

**TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERSONEL
REJİMİ, 1923–2023: DÖNÜŞÜMLER, POLİTİKALAR,
SORUNLAR VE BAKIŞ AÇILARI**

Pamukkale Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Doktora Tezi

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Programı

Havva Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ

Danışman: Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR

Haziran 2023

DENİZLİ

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atıfta bulunulduğunu beyan ederim.

Havva Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ

ÖNSÖZ

Doktora tez çalışmamda, yıllardır içinde yer aldığım kamu sağlık hizmetinin sunumunda büyük öneme sahip olan sağlık personelinin kamu personel rejimi içerisindeki yerini ele almaya çalıştım. Bu tezin oluşma sürecinde pek çok kişinin emeği ve desteği olmuştur; bu anlamda her birine teşekkürü ayrı ayrı bir borç bilirim. Yüksek lisans eğitimimden bu yana danışmanım olan, desteğini, bilgisini, emeğini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman bana vakit ayırıp motivasyonumu yükselten ve tezime büyük değer katan hocam Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR'e teşekkür ederim. Yapıcı eleştirileri, tecrübeleri ve somut önerileriyle bana yeni bakış açıları kazandıran ve tezimin şekillenmesinde rol oynayan Tez İzleme Komitesi üyeleri Dr. Öğretim Üyesi Mısra CİĞEROĞLU ÖZTEPE ve Dr. Öğretim Üyesi Hava TAHTALIOĞLU'na şükranlarımı sunuyorum.

Denizli'deki sağlık tesislerinde çalışmalarım için bana her zaman destek olan İl Sağlık Müdürüm Uz. Dr. Berna ÖZTÜRK'e; Başkanlarım Özgül ERTAN ve Yavuz TOSUN'a; ayrıca mülakat sorularımı içtenlikle cevap veren Denizli İl Sağlık Müdürlüğü, kamu ve özel sağlık tesisleri yöneticileri ile Pamukkale Üniversitesi Hastanesi yöneticileri ve akademisyenlerine; Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nde beraber çalıştığım yardımsever ve vefalı mesai arkadaşlarıma teşekkürü bir borç biliyorum.

Son olarak hayatımın her alanında yanımda olan annem Vahide ARMAĞAN ve babam Rasim ARMAĞAN'a; her zaman her konuda desteğini benden hiç esirgemeyen eşim Umut KAYGUSUZ'a ve küçük olmasına rağmen büyük bir olgunlukla bana güç veren oğlum Murat Erdem KAYGUSUZ'a sonsuz teşekkürler.

Havva Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ

Denizli, 2023

ÖZET

TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERSONEL REJİMİ, 1923-2023: DÖNÜŞÜMLER, POLİTİKALAR, SORUNLAR VE BAKIŞ AÇILARI

ARMAĞAN KAYGUSUZ, Havva Ecehan

Doktora Tezi

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi ABD

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Programı

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR

Haziran 2023 xi+301 Sayfa

Türk Kamu Personel Rejiminin yolculuğu Cumhuriyetin kurulmasından günümüze kadar oldukça farklı ilerlemiştir. Reformlarla, kanunlarla ve çalışmalarla eksiklik görülen hususlar düzeltilmeye çalışılmıştır. Özellikle kamu hizmeti alanında geniş yer tutan sağlık hizmetlerinin sunumunu gerçekleştiren, sağlık hizmetlerinin görünür yüzü kamu sağlık personeli de değişiklik, yenilik ve reformlardan payına düşeni fazlasıyla almış; ayrıca çok da farklı şekillenmiştir. Sağlık hizmetinin sunumundaki zorluklar ve hizmet çeşitliliği sağlık personelinde farklı istihdam türlerini oluştururken aynı zamanda yeni riskleri, çatışmaları, farkları ve çalışma hayatına dair bazı konuları da gündeme getirmiştir.

Bu çalışmada 1923-2023 yılları arasında sağlık personel rejiminin dönüşümü, gelişimi ve bunların nedenleri ve sağlık personeline dair çalışma hayatını etkileyen faktörler, rejim çeşitliliği politikalar ve reformlar doğrultusunda değerlendirilmiştir. Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde Türkiye’de kamu personel rejimi ve sağlığa dair gelişmelere; ikinci bölümde konuya dair literatür analizine; üçüncü bölümde sağlık personelin tarihsel gelişimini içine alan düzenlemelere; dördüncü bölümde sağlık personeli özelinde planlama, istihdam, farklılıklar, çalışma yaşamına yönelik konulara değinilmiştir. Beşinci bölümde ise konu çerçevesinde Denizli İlinde yer alan sağlık tesislerinde görevli yöneticiler (kamu, özel, üniversite) ve konuya hakim öğretim üyeleri ile yarı yapılandırılmış mülakat temelli bir araştırma yapılmıştır. Katılımcıların cevapları Nvivo analiz programı yardımıyla ve literatür ışığında analiz edilmiş; yorumlanmış ve çözüm önerileri getirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kamu Personeli, Sağlık Personeli, Sağlık Personel Rejimi, Sağlık Personeli Çeşitliliği, Sağlık Personel Politikaları

ABSTRACT

THE REGIME OF PERSONNEL IN PUBLIC HEALTH SECTOR IN TURKEY, 1923-2023: TRANSFORMATIONS, POLICIES, PROBLEMS AND PERSPECTIVES

ARMAĞAN KAYGUSUZ, Havva Ecehan

Doctoral Thesis

Department of Political Science and Public Administration

Political Science and Public Administration Programme

Adviser of Thesis: Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR

June, 2023 xi+301 Pages

The journey of Turkish Public Personnel Regime has progressed quite differently from establishment of government to present. Lacking issues have been tried to be improved through reforms, laws and studies. Especially the public health personnel, face side of healthcare services, who perform presentation of healthcare services having an extensive coverage in field of public service have taken their share greatly from alterations, innovations and reforms and they have taken shape very differently, as well. Whereas the challenges in the presentation of healthcare system and service range have created different employment types for the healthcare personnel, they have raised new risks, conflicts, differences and certain topics concerning working life at the same time.

Within this study, the transformation and development of the healthcare personnel regime from 1923 to 2023, its reasons and factors influencing working life about the health personnel are evaluated in line with regime varieties, policies and reforms. The study consists of five parts. While the first part focuses on the public personnel regime in Turkey and developments concerning health, the second part focuses on literature analysis about the topic. The third part mentions the regulations including historical development of the healthcare personnel and the fourth part refers to planning, employment, differences specific to the healthcare personnel and issues concerning working life. Within the fifth part, a semi-structured interview based research has been carried out with the commissioned managers in the healthcare facilities in Denizli province (public, private and university) within the framework of the topic and the faculty members knowing the stuff. Answers of participants have been analysed with the help of Nvivo analysis programme in the light of literature, interpreted and solutions have been offered.

Key words: Public Personnel, Healthcare Personnel, Healthcare Personnel Regime, Healthcare Personnel Range, Healthcare Personnel Policies.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLolar DİZİNİ	ix
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM:

TÜRKİYE'DE KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜ: SİSTEM VE PERSONEL REJİMİ

1.1. TÜRKİYE'DE KAMU PERSONEL REJİMİ TANIMI, İLKELERİ VE GELİŞİMİ	8
1.1.1. Kamu Personel Rejiminin Tanımı ve Kapsamı	8
1.1.2. Kamu Personel Rejimi Gelişimi ve Unsurları	11
1.1.3. Kamu Personel Rejiminin Temel İlkeleri	26
1.1.3.1. Liyakat İlkesi.....	26
1.1.3.2. Kariyer İlkesi.....	28
1.1.3.3. Sınıflandırma İlkesi	29
1.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNE GENEL BİR BAKIŞ VE SİSTEM İÇİNDE SAĞLIK PERSONELİNİN YERİ.....	31
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Örgütsel Yapısı ve Yönetimi.....	31
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Özellikleri.....	32
1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sınıflandırması	35
1.2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	35
1.2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	36
1.2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	37

İKİNCİ BÖLÜM:

LİTERATÜR TARAMASI: SAĞLIK PERSONEL REJİMİ

2.1. ALAN ARAŞTIRMASI İÇERMEYEN SAĞLIK PERSONEL REJİMİ POLİTİKASI LİTERATÜRÜ	41
2.2. ALAN ARAŞTIRMASI İÇEREN SAĞLIK PERSONEL REJİMİ POLİTİKASI LİTERATÜRÜ	52

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:

TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİ REJİMİNE YÖNELİK POLİTİKALAR, REFORMLAR VE DÖNÜŞÜMLER

3.1. SAĞLIK PERSONEL REJİMİNDE POLİTİKALAR, REFORM ÇABALARI VE ÇALIŞMALARI	59
3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONEL REJİMİNDE REFORM GELİŞİMİ..	63
3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONEL REJİMİNDE DÖNÜM NOKTASI: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ VE SONRASI GELİŞMELER	71
3.4. TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİ SAĞLIK PERSONEL REJİMİ GELİŞMELERİ	91

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:

TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONEL REJİMİNİN DİĞER PERSONEL REJİMLERİDEN FARKLARI VE DÖNÜŞÜMLERİ

4.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİ REJİMİNDE PLANLAMA	94
4.2. SAĞLIK PERSONELİ İSTİHDAMI VE TÜRLERİ.....	101
4.2.1. 657 Sayılı DMK'nın 4/A Maddesine Göre Atanan Personel	105
4.2.2. 657 Sayılı DMK'nın 4/B Maddesine Göre ve 663 sayılı KHK'nın 45/A Maddesine Göre Atanan Personel (Sözleşmeli Personel)	105
4.2.3. 657 Sayılı DMK'nın 4/C Maddesine Göre "Eskiden" Atanan Geçici Personel	107
4.2.4. 657 Sayılı DMK'nın 4/D Maddesine Göre Atanan Personel (İşçiler)....	107
4.2.5. 4924 sayılı Kanun'a Dayalı Olarak Çalışan Personel.....	108
4.2.6. Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Çalışanları	110
4.2.7. Vekil Ebe/Hemşireler	111
4.2.8. Şehir Hastaneleri Modeline Göre Çalıştırılan Sağlık Personeli.....	112
4.2.9. 663 Sayılı KHK'ya Tabi Çalışan Yöneticiler	113
4.2.10. Yabancı Sağlık Personeli İstihdamı	114
4.3. SAĞLIK PERSONEL REJİMİ İÇERİSİNDEKİ İSTİHDAM TÜRLERİ ARASINDAKİ FARKLAR: NEDENLERİ VE SONUÇLARI.....	115
4.3.1. Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Personelin Haklar Açısından Karşılaştırılması	116
4.3.2. Sağlık Personel Rejimi İçerisindeki İstihdam Türleri Açısından İzin Süreleri Bağlamındaki Farklar	121
4.4. SAĞLIK PERSONELİNİN ÇALIŞMA HAYATINA DAİR BAZI ETKENLER VE KONULAR	124
4.4.1. Sağlık Personeli ve Motivasyon	125
4.4.2. Sağlık Personeli ve İş Sağlığı/Güvenliği	127
4.4.3. Sağlık Personeli ve Şiddet	130

4.4.4. Sağlık Personeli ve Hizmet İçi Eğitim.....	133
4.4.5. Sağlık Personeli ve Sendikalaşma	135

BEŞİNCİ BÖLÜM:

SAĞLIK PERSONEL REJİMİNE DAİR DERİNLEMESİNE MÜLAKAT TEMELLİ BİR ALAN ARAŞTIRMASI

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI.....	150
5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI	151
5.3. ARAŞTIRMANIN TASARIMI VE GERÇEKLEŞTİRİLMESİ.....	156
5.4. BULGULAR VE TARTIŞMA	162
5.4.1. Mesleğe Başlandıktan Sonra İş, Meslek ve Unvan Bazında Meydana Gelen Değişiklikler	167
5.4.2. Sağlık Personel Sistemindeki Dönüşümler ve Değişimler	171
5.4.3. Son Dönemde Sağlık Sektöründeki Personel Politikasına Dair Değişimler	179
5.4.4. Son Dönemde Türk Sağlık Sektöründe Gerçekleştirilen Politikaların Güçlü ve Zayıf Yönleri	188
5.4.5. Sağlık Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği	196
5.4.6. Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	206
5.4.7. Farklı İstihdam Türlerinden Olan Sağlık Personelinin Aralarındaki Sorunlar	214
5.4.8. Sağlık Personelinin Geleceği	218
5.4.9. Sağlık Personeline Dair Genel Düşünceler	223
SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME	229
KAYNAKÇA	239
EKLER.....	297
EK-1: Görüşme Formu.....	297
EK-2: Mülakat Temelli Araştırmada Katılımcıların Özellikleri.....	298
ÖZGEÇMİŞ.....	301

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlıkta Dönüşüm Politikası Çemberi	75
Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı	139
Şekil 3. Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması	143
Şekil 4. Hastane Kurumsal Organizasyon Yapısı	144
Şekil 5. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Merkez Müdürlük Organizasyon Şeması	148
Şekil 6. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başmüdürlük Organizasyon Şeması	149
Şekil 7. Kelime Sıklığına Yönelik Kelime Bulutu Analizi	163
Şekil 8. Sağlık Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi	164
Şekil 9. Eğitim Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi	165
Şekil 10. Kamu Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi	165
Şekil 11. Personel Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi	166
Şekil 12. Fayda Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi	166
Şekil 13. Maddi Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi	166
Şekil 14. Sağlanmalıdır Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi	167
Şekil 15. Katılımcıların Mesleklerindeki Değişiklikler Kategorisinin Tema Dağılımı	168
Şekil 16. Katılımcıların Mesleklerindeki Değişikliklerin Değerlendirilmesi Kategorisinin Tema Dağılımı	169
Şekil 17. Katılımcıların Sağlık Personel Sistemindeki Dönüşümler ve Değişimler Kategorisinin Olumlu Tema Dağılımı	172
Şekil 18. Katılımcıların Sağlık Personel Sistemindeki Dönüşümler ve Değişimler Kategorisinin Olumsuz Tema Dağılımı	173
Şekil 19. Katılımcıların Sağlık Personel Politikasına Dair Değişimler Kategorisinin Olumlu Tema Dağılımı	180
Şekil 20. Katılımcıların Sağlık Personel Politikasına Dair Değişimler Kategorisinin Olumsuz Tema Dağılımı	182
Şekil 21. Katılımcıların Son Dönem Türk Sağlık Sektöründe Politikalar Kategorisinin Güçlü Tema Dağılımı	189
Şekil 22. Katılımcıların Son Dönem Türk Sağlık Sektöründe Politikalar Kategorisinin Zayıf Tema Dağılımı	191
Şekil 23. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Düşüncelerinin Kategorisinin Tema Dağılımı	196
Şekil 24. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki	

Çeşitliliğin Azaltılması Kategorisinin Tema Dağılımı	197
Şekil 25. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Gerek Yoktur Kategorisinin Tema Dağılımı	198
Şekil 26. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki İhtiyaç Kategorisinin Tema Dağılımı	200
Şekil 27. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Olumlu Bir Süreç Kategorisinin Tema Dağılımı	201
Şekil 28. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Sistem Geliştirilmeli Kategorisinin Tema Dağılımı	202
Şekil 29. Katılımcıların Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar Konusundaki Çözüm Önerileri Kategorisinin Dağılımı	207
Şekil 30. Katılımcıların Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar Konusundaki Çözüm Önerileri Kategorisinin Dağılımı	208
Şekil 31. Katılımcıların Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar Konusundaki Yaşanan Sorunlar Tema Dağılımı	210
Şekil 32. Katılımcıların Sağlık Sektöründe Aynı İş Yapan Fakat Farklı Türde Dağılımı	215
Şekil 33. Katılımcıların Sağlık Personelinin Geleceği Konusu Kategorisinin Olumlu Tema Dağılımı	219
Şekil 34. Katılımcıların Sağlık Personelinin Geleceği Konusu Kategorisinin Olumsuz Tema Dağılımı	220
Şekil 35. Katılımcıların Mülakat Sorularına Eklemek İstedikleri Kategorisinin Tema Dağılımı	224

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Yıllara Göre 657 Sayılı DMK'da Kamu Personeline Dair Sınıflandırmanın Gelişimi	30
Tablo 2: İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinin Nüfuslara Göre Pozisyon Standartları Tablosu	141
Tablo 3: Başkan ve Başkan Yardımcılarının İllere ve Hizmet Alanlarına Göre Dağılım Tablosu	142
Tablo 4: Sözleşmeli Başhekim, Hastane Müdürü, Başhekim Yardımcısı ve Müdür Yardımcısı Standart Cetveli	145
Tablo 5: Kelime Sıklığı Veri Analizi	164
Tablo 6: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Mesleklerinde Yaşadıkları Değişiklikler ve Bu Değişikliklere İlişkin Değerlendirmeleri	170
Tablo 7: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Personel Sisteminde Önemli Olan Dönüşüm ve Değişimler	175
Tablo 8: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Sektöründeki Personel Politikasında Meydana Gelen Değişiklikler ve Personel Politikasının Gelişiminde Yaşanan Dönüşümler	184
Tablo 9: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Türk Sağlık Sektöründe Gerçekleştirilen Politikaların Sağlık Personeli Adına Güçlü ve Zayıf Yönleri	193
Tablo 10: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliğinin Değerlendirilmesi	203
Tablo 11: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar ve Çözüm Önerileri	212
Tablo 12: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Sektöründe Aynı İşi Yapan Fakat Farklı Türde (memur, sözleşmeli gibi) İstihdam Edilen Personel Arasında Yaşanan Sorunlar	216
Tablo 13: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Personelinin Geleceği	221
Tablo 14: Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Önemli Gördükleri ve Eklemek İstedikleri Noktalar	226

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AİD	: Amme İdaresi Dergisi
AKP	: Adalet ve Kalkınma Partisi
CBİKO	: Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi
CHS	: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
DB	: Dünya Bankası
DMK	: Devlet Memurları Kanunu
DMS	: Devlet Memurluğu Sınavı
DPB	: Devlet Personel Başkanlığı
DPD	: Devlet Personel Dairesi
DPD	: Devlet Personel Dairesi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DUS	: Diş Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
ILO	: International Labour Organization
KAYA	: Kamu Yönetimi Araştırması
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama Eğitim Merkezleri
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KİT	: Kamu İktisadi Teşebbüsü
KPSS	: Kamu Personeli Seçme Sınavı
KYTK	: Kamu Yönetimi Temel Kanunu
MEHTAP	: Merkezi Hükümet Araştırma Projesinin
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
OHAL	: Olağanüstü Hal
ÖSYM	: Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SASAM	: Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBKY	: Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi

SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TODAİE	: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TUS	: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ULAKBİM	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
WHO	: World Health Organization
YÖK	:Yükseköğretim Kurulu

GİRİŞ

Kamu personeli, kamu hizmetinin ve kamu kurumların vazgeçilmez unsurudur. Devletin gittikçe artan görevleri doğrultusunda çalışan insan kaynağı sayısında da artma olmuş ve devlet de önemli ölçüde işveren haline gelmiştir. Kamu personeli, kamu kurumlarında kamu hizmetini oluşturmak, sunmak ve ulaştırmak için görevlendirilen kişilerdir.

Türk kamu personel rejiminde Cumhuriyetin ilanından sonra yeni ülkenin eksiklikleri ve aksak işleyen yapıları gözden geçirilmiştir. Bu anlamda ilk adım 1924 Anayasa'sıyla atılmış ve sonrasında bireysel bir personel kanunu olan 788 sayılı Memurin Kanunu'yla durum daha iyi toparlanmıştır; ancak bu Kanun'da yeterli olmamış ve gerek düzenlemeler gerekse reformlarla iyileştirme çabaları devam etmiştir. 788 sayılı Memurin Kanunu'ndan sonra da bu konu ile ilgili düzenlemeler hükümetçe istenmiş gerek yerli gerekse de yabancı raporlarla yeniden bir kamu yönetimi düzeni kurulmak istenmiştir. Bu raporlarda da önemle vurgulanan personel sistemi için bir dairenin kurulma önerisi 1960'ların başlarında kamu personel rejimimizde somut bir adıma dönüşmüştür ve 1960 yılında kurulan Devlet Personel Dairesi (DPD) 1962 yılında faaliyetine başlamıştır. İlgili Daire, personel rejimine yönelik çalışmaları başlatmış ve raporlarla da bu çalışmaları desteklemiştir. Bu çalışmalar neticesinde çıkan sonuçlar doğrultusunda kamu personeline yönelik koşullar, atamalar, yükümlülükler, yükselmeler, sosyal ve ekonomik hakların daha bütüncül ve günün şartlarına uygun şekilde dizayn edilmesi düşüncesiyle üç ilke üzerine inşa edilen 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu yürürlüğe girmiştir. 657 sayılı Kanun'un üzerine inşa edildiği ilk ilke liyakat olup, işine layık, uygun ve yeterli olma anlamına gelir. Bu ilkeye göre kamuda işe girişten, yükselme ve işten ayrılma işlemlerine varıncaya kadar eşit imkânlarla, uygunluk çerçevesinde davranılması gerekmektedir. İkincisi kariyer ilkesi olup kamuda görevli personelin en yüksek dereceye ilerleyebilmesini gösterir. Kariyer kişinin çalıştığı kurumda ilerleyebilme ve yükselme imkânını bulması anlamındadır. Üçüncü ilke sınıflandırma ilkesi olup hizmete, göreve ve personelin niteliğine göre kamu personelinin ortak özellikte olanlarının diğerlerinden ayrılması ve bir araya getirilmesi

işlemini anlatır. Türkiye’de 2016 yılı sonu itibariyle 12’li sınıflandırma uygulanmaktadır. 657 sayılı Kanun sürekli olarak düzenlemelere ve revizyona maruz kalmıştır. Dolayısıyla 657 sayılı DMK, üzerinde en çok değişiklik yapılan kanunlar listesinde ilk sıralarda yer almaktadır.

Kamu personel rejimi ülkelere göre değişiklik gösterdiği gibi o ülkenin içerisinde özellikle siyasi yapı, idari sistem ve anlayış, sosyal yapı ve ekonomik durum çerçevesinde belirli zamanlar ve koşullara göre de zamanla değişim geçirmektedir.

Kamu personel rejimi, kamu yönetimi içerisinde hizmetin sunumunda bulunan personelin yönetimine ilişkin kurallar, normlar ve tüm yönetsel işlevlerini oluşturur. Kısaca devletin çalıştırdığı personeline uyguladığı görev ve istihdam kurallarıdır. Bir kamu kurumu personel eliyle iş ve işlemlerini gerçekleştirdiğinden ve o kurumun görünen yüzü olduğundan hizmetin etkin ve verimli yürümesinde personel rejiminin önemini arttırmaktadır.

Kamu hizmetleri denilince akla gelen ilk hizmetlerden birisi sağlık hizmetidir. Bireylere iyi bir sağlık hizmeti sunmak ülkelerin hedefleri içinde en önemlisidir. Sağlık hizmeti hastalıkların ve hasta yapacak durumların bertaraf edilmesi, tedavi edilmesi ve sonrasında rehabilite uygulamalarından oluşur. Bu uygulamaların planlanmasında, kuralların, normların oluşturulmasında, hayata geçmesinde, ilerletilmesinde ve incelenmesinde Sağlık Bakanlığı (SB) görevlidir.

Sağlığın kendine has özelliklerinin olması ve diğer hizmetlerden farklı uygulamalar içermesi nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunucusu sağlık personelinin iyi bir şekilde oluşturulması gerekmektedir. Sağlık kurumunda çalışanlara yönelik olarak, çalışma statüleri (memur, işçi, sözleşmeli), mali, sosyal, özlük hakları bakımından, sağlık kurumları bakımından, hizmet gereği bakımından sınıflandırmalar bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, World Health Organization, WHO), sağlık personelinin; hekim, sağlıkta özel alanlarda görev yapan personel, ebeler ve hemşireler, diğer sağlık personeli (tamamlayıcı/yardımcı bir görev için eğitilmiş laboratuvar, diyetisyenleri kapsar) ve sağlık alanı dışı personel (temizlikten görevli personel, şoförler, idari personel, büro personeli, vb. kapsar) olarak beşli kategoride ele alınmaktadır.

Sağlık altyapısına dair hastanelerin iş çeşitliliğinin ve yükünün fazla olması, tesis niteliği ve sayısı hem sağlık hizmetleri sunumunu hem de personelin ücret, yaşam standartları, çevre, barınma anlamında da konularda tercihini ve dağılımını etkilemektedir. Zaman zaman personel dağılımının dengelenmesi adına politikalar geliştirilse de bu politikalar kısıtlı ve işlevsiz kalmıştır.

Sağlık insangücünün gelişimi ile sağlık hizmetlerinin eşgüdümü çabaları ve çalışmaları dünya çapında 1950'li yıllarda başlamasına rağmen bu konu ancak 1976 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün resmi politikası haline gelebilmiştir. Türkiye'de sağlık personeli, Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar sağlık çalışmalarında ilk sıralarda yer almış ve hemen hemen bütün reform alanlarına girmiştir.

Oluşturulan politikalar sonucu yayımlanan mevzuatlarla genelde sağlık sisteminde ve özel olarak da sağlık personeli bazında da köklü değişim süreci yaşanmıştır. Zamanla Cumhuriyet döneminin genelinde standart, kapalı ve yorulmuş sağlık hizmetlerine aktif, günün koşullarına ve gelişime ayak uydurabilecek, yeni kamu yönetimi anlayışına yakın bir anlayışa geçilmek istenmiştir. Teşkilat yapısı için de yeni stiller denenmiş ancak 6 yıllık bir deneyimden sonra tekrar eski sisteme dönmüştür. Ancak özellikle sağlık hizmetlerinin her alanına esnek istihdam modeli olarak da nitelendirilecek bir sistem olan sözleşmelilik sistemi oluşturulmaya çalışılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile bu anlamda köklü çalışmalar yapılmıştır. Örneğin 663 sayılı KHK, 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve 2005'ten bu yana hızla bu anlamda alımlara ağırlık verilen 4/B sözleşmeli personel ile sözleşmelilik çerçevesinde sağlık personeli kavramına farklı tarzda sözleşme uygulamaları oluşturulmuştur. Ayrıca askeri hastanelerin ve bu hastanelerde görev yapan sağlık personelinin Sağlık Bakanlığı bünyesine bağlanması ile 676 sayılı KHK ile 663 sayılı KHK'nın 45 inci maddesine bir hüküm daha eklenerek 45/A olarak da yeni bir sözleşmeli sağlık personeli istihdamı oluşturulmuştur. 676 sayılı KHK ile gelen yeni tip sağlık personeli araştırmacıların dikkatinden kaçabilmektedir.

Genel olarak sağlık sisteminde özel olarak kamu sağlık personel sisteminde ve rejiminde mevzuat hayli karmaşık; farklı kanun, tüzük ve yönetmelikler ve diğer ikincil

düzenlemelere bölünmüş, her bir ilgili mevzuatta çok kez değişiklik yapılmış ve çoğu kez ne demek istediği anlaşılmayan ve/veya günün şartlarına uymayan bir yapıdadır. Üstelik bu sağlık alanındaki personel rejimini etkileyen aktörlerin ve konusu olan çalışanların unvan, yetiştirme ve eğitim durumu, gelir düzeyleri, toplumsal konumları ve yaptıkları işler ile bağlı buldukları kurumsal yapılar ve sendikal örgütlenmeler de oldukça farklılık gösterebilmektedir. Bu çerçevede kamu sektörü sağlık personelinin tabii olduğu kanunlar ve ikincil mevzuat oldukça dağınık durumdadır. Cumhuriyetimizin kuruluşundan bu yana sağlık personeli ile ilgili birçok düzenleme tasarlanmış ve bazıları gerçekleştirilmiştir, kimisi de ilerleyen bölümlerde detaylarına değinileceği üzere beklenen olumlu sonuçları verememiştir. Yasalar, tebliğler, genelgeler, yönergeler, Programlar, projeler, kongreler, çalışma notları, bildirimler, şuralar, uluslararası belgeler, sivil toplum kuruluşları ve/veya diğer kamu kurum kuruluşları protokolleri kapsamında kompleks mevzuat ve dokümanlar mevcut olup bunların derli toplu ve sistematik analizi önemlidir ve gereklidir. Türkiye’de sağlık personeline dair genellikle mikro konular çalışılmış, makro ve meso düzeyde sağlık personelinin ele alan çalışmalar hayli sınırlı kalmış; doğrudan sağlık personeline odaklanmak yerine birçok araştırmacı ve lisansüstü öğrenci sıklıkla sağlık sistemi ve hizmetlerinin dönüşümüne odaklanıp personel konusuna ancak ikincil ve satır arasında yer vermeyi tercih etmiştir.

Sağlık personeli sistemi ve rejiminin Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar oldukça değişken ve ilginç bir yolculuğu olmuştur. Sağlık personeli rejiminin tarihsel dönüşümünü irdelemek; bu dönüşümün nedenlerini, gerekliliklerini ve sonuçlarını öğrenmek ve sistematize etmek; günümüze kadar gerçekleştirilen politikaları ve uygulamaları, rejimi ve işleyişi ve ayrıca konuyla ilgili çeşitli aktörlerden gelen çözüm önerilerini topluca değerlendirmek bu tezin ana amaçlarını oluşturmaktadır.

Bu çalışmayla Denizli ilinde sağlık personelinin rejim sorunları ve çözüm önerileri incelenecektir. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için 1923–2023 yılları arası konuyla ilgili reformlar ve sonrasındaki birincil (kanun ve KHK) ve ikincil mevzuatlar (tüzük, Bakanlar Kurulu Kararı, üçlü kararname, yönetmelik, yönerge, sirküler, Bakanlık yazısı ve diğer), akademik eserler, sahaya yönelik çalışmalar, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının ilgili dokümanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Tezde kamuya ait sağlık kurumları ve birimleri başta olmak üzere,

öğretim üyelerinden, özel hastane yöneticilerinden de yarı yapılandırılmış soru kâğıdı kullanılarak yüzyüze mülakat tekniğinden yararlanılarak veriler derlenmiştir. Elde edilen mülakat sonuçları literatür, kişisel gözlemler ve ilgili kamu politikaları ile hukuki düzenlemeler ışığında değerlendirilerek çıkan sonuçlar yorumlanmış ve tüm bulgular literatür çalışmasıyla harmanlanarak tartışılmaktadır.

Çalışma literatür ve alan araştırması olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Tezin ilk dört bölümü hem literatür hem de, yer yer, beşinci bölümdeki alan araştırmasının sorularının oluşturulması için arka plan ve altlık olacak şekilde kaleme alınmıştır. Tezin beşinci bölümünde mülakat veri toplama yöntemleriyle sahadan çalışmalar yapılmıştır. Toplanan veriler, daha önceden tamamlanmış ve ilk dört bölümde atıf verilip tartışılan, sistematize edilen yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarla ilişkilendirmek suretiyle irdelenmektedir.

Beşinci bölümdeki saha araştırmasında (mülakat) Denizli'deki il sağlık Müdürlüğünde yöneticilerini (İl Sağlık Müdürü, başkanlar, başkan yardımcıları), hastane yöneticilerini (hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı, başhekim, başhekim yardımcısı), Pamukkale Üniversitesi akademisyenleri ile Tıp Fakültesi Hastanesi yöneticilerini, özel hastane sahiplerini ve ortakları ile üst yöneticilerini kapsamaktadır. Daha sonra yarı yapılandırılmış mülakat tekniğinin bulguları kullanılarak veriler literatür ışığında aynı bölümün sonunda yorumlanmaktadır.

Saha araştırmasının etkin, verimli, amaca uygun ve araştırma yöntem ve teknikleri bilimsel bilgisine uygun geçmesi için reformlar ve reform çabaları, hukuki mevzuat, akademik çalışmalar (kitap, makale, tez), profesyonel ve mesleki raporlar strateji belgeleri ile Sağlık Bakanlığının ilgili çalışmaları incelenecek olup bu inceleme yapılırken kamu kurum ve kuruluşların, meslek örgütleri, Türk Tabipler Birliği (TTB) gibi şemsiye/çatı örgütlenmeler, düşünce kuruluşları ve diğer sivil toplum kuruluşlarının görüşleri de dikkate alınmaktadır. Derinlemesine yarı yapılandırılmış mülakat veri toplama tekniğine ve nitel araştırma yönetimine dayalı gerçekleştirilen görüşme sorularının oluşturulması ve aynı zamanda bu görüşmelerin bulgularının değerlendirilmesinde akademik ve mesleki literatürden en geniş şekilde yararlanılma yoluna gidilmiştir.

Bu tez Giriş ile Sonuç, Genel Değerlendirme ve Öneriler bölümlerine ilaveten beş ana bölümden oluşmaktadır.

Bu doktora tezinin Giriş bölümünde, sorunsal, kapsam, bu çalışmanın yaklaşımı, sınırlılıklar, alan araştırması, tezin bölümlerinin ayrı paragraflar halinde tanıtılması sağlanmaktadır.

Tezin Birinci Bölümü iki ana alt kısımdan oluşmaktadır: 1) Türkiye'nin genel personel rejimi, tanımı, kapsamı, gelişimi, unsurları, temel ilkeleri 2) Türkiye'nin sağlık sisteminde mevcut ve örgütsel yapı, sağlık hizmetlerinin kapsamı, özellikleri, sunumu, sınıflandırması, sağlık personeli ve planlaması.

Tezin İkinci Bölümü sağlık personel rejimi ve bu ana konunun etrafındaki kuvvetli ilişkili diğer alt konu başlıklarına dair kapsamlı literatür analizi üzerinedir. Literatür analizine konu olan sağlık personel rejimine dair eserler sadece kısaca tanıtılmakla kalmayıp, aynı zamanda ele alınan, disiplinler/bilim dalı temeli, eser türleri (tez, makale, bildiri, kitap, editörlü kitap bölümü), alan araştırması içerip içermeme, ele aldığı dönem, odaklandığı alt konu ile yazarın /yazarların aynı konudaki devamlılığı ve mensup oldukları disiplin gibi çeşitli ölçütler kullanılarak literatür sistematize edilmektedir. Ayrıca tezin bu kısmındaki literatürün sonraki üç bölüme ışık tutması ve özellikle alan araştırması içerenler başta olmak üzere mülakat sorularının hazırlanmasına olası katkıları da bölüm anlatımı içerisinde yer bulmaktadır.

Üçüncü Bölümde sağlık personel rejiminin Siyasa Bilimi ile Kamu Politikası ve Analizi disiplinleri bakış açısından içerdiği politikalar, mikro, meso ve makro düzeyde ve çeşitli ilgili alt meslek veya uğraş dalları temelindeki kurumsal, entelektüel, dönemsel ve diğer temel bakış açılarını ortaya koyan temel belgeler (Sağlıkta Dönüşüm Projesi, şuralar, komisyonlar) tanıtılmaktadır.

Dördüncü Bölümde Türkiye'de kamu personel rejimi içerisinde, sağlık sektörü için ayrı bir rejimin olmayışı, liyakat, sınıflandırma, kariyer, mesleğe ilk girişe ve terfilere yönelik sınavlar (KPSS, TUS, DUS) ve mülakatlar, zorunlu hizmet yükümlülüğü, yardımcı sağlık personelinin yetiştirilmesi ve atanması, her türlü ve branştaki sağlık personelinin özlük hakları, çalışma koşulları, performans, disiplin sorunsalı, bazılarında (radyoloji teknisyeni gibi) erken emeklilik ve yıpranma payları ve

benzeri hususlar “sağlık personel rejimi” çerçevesinde ve düzeyinde ele alınmaktadır. Ayrıca bu Bölümde çeşitli sağlık personeline dair mevzuat ve yapılar da irdelenmektedir. Literatür ve alan araştırması bulguları ile kişisel birikim ve gözlemlerin harmanlanması ışığında Türkiye'nin sağlık personel rejiminin daha iyi işlemesi ve aksaklıkların azaltılması, sağlık çalışanların mutluluğu ve bilgi birikimlerinin etkili kullanımı bağlamlarında yeni öneriler getirilmekte ve eski önerilerden daha anlamlı ve tutarlı olup halen geçerliliği bulunanlar sistematize edilerek bölüm sonunda okuyucuya sunulmaktadır.

Beşinci Bölüm kapsamlı mülakata dayalı veri toplama tekniğiyle elde edilecek verileri ve bunların nitel yöntemle analizlerini içermektedir. Mülakatlar Denizli'de İl Sağlık Müdürü, İl Sağlık Müdürlüğünde görevli başkan, başkan yardımcıları, uzmanlar, Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Başhekimisi, Hastane Müdürü, İlçe Sağlık Müdürleri, Denizli'deki Devlet Hastanesi Başhekimleri, Devlet Hastanesi Müdürleri, sendika yetkilileri, öğretim üyeleri mülakat grupları içerisinde yer almaktadır. Bulgular Nvivo nitel ağırlıklı karma araştırma analiz programı yardımıyla analiz edilip literatür ışığında yorumlanma ve sonuç çıkarma yoluna gidilmektedir.

Tezin kapanış kısmı olan Sonuç, Genel Değerlendirme ve Öneriler Bölümünde ise genel değerlendirme, bulguların yorumlanması, tespitlerin toparlanması, politika düzeyinde, pratik düzeyde ve akademik öneriler yer almaktadır.

BİRİNCİ BÖLÜM:

TÜRKİYE’DE KAMU SAĞLIK SEKTÖRÜ:

SİSTEM VE PERSONEL REJİMİ

Kamu personeli, kamu hizmetlerinin görülmesinde en önemli unsur olarak görülür. Devletin asli görevlerini yerine getiren personelin işe girişinden emekliliğine kadar geçen süreçteki çalışma hayatının tüm düzenini içeren, kamu hizmetine bağlı kendine has özellikleri olan doku ise personel rejimini oluşturur.

1.1. TÜRKİYE’DE KAMU PERSONEL REJİMİ TANIMI, İLKELERİ VE GELİŞİMİ

Personel rejimine yönelik her dönemde ve iktidarda çeşitli mevzuat düzenlemeleri yapılarak rejimin günün şartlarına ve siyasal tercihlere uygun hale getirilmesi istenmiştir. Bu bölümde kamu personel rejiminin kapsamı, unsurları, ilkeleri açıklanarak, Türkiye’deki gelişimi incelenmekte ve sonrasında da devletin ana hizmetlerinden olan sağlık hizmetlerine dair Türkiye’deki yapı, sunum ve personel konularına yer verilmektedir.

1.1.1. Kamu Personel Rejiminin Tanımı ve Kapsamı

Personel kelimesi, “person” (birey) sözcüğü ile “nel” ekinin gelmesiyle çoğullaştırılarak oluşturulmuş olup “bir örgütte veya bir işte çalışanlar” anlamına gelmektedir (Ayman Güler, 2005: 1). Türk Dil Kurumu’na göre “*Bir hizmet veya kuruluşun görevlileri, bir işyerinde çalışanların tümü, devlet ve diğer kamu kuruluşlarında çalışan, etkinliğe çeşitli görevleriyle katılan gerçek kişiler*” olarak tanımlanmıştır (WEB_1).

Personel rejimi ise örgüt, hizmet, birey ve iş arasında bulunan ilişkiyi düzenleyip onları bir düzene oturtan kuralların ve uygulamaların tamamıdır (Tutum, 1980: 95; Canman, 1995: 4). Kurumun etkinliğinin sağlanabilmesi için uygulanan personel rejimi önemli bir yere sahiptir (Tortop, 1999: 10-11). Kamu personel rejimi, devletin sorumluluğu altında yürütülecek olan hizmetlerin insan faktörünü oluşturmasından dolayı oldukça önemlidir. Kamu personel rejimi, insan/çalışan ile kamu hizmeti

arasındaki bağlantıyı sağlayan normların, yöntemlerin ve etkinliklerin tümüdür (Acar, 2009: 8). Özetle, kamu personel rejimi kamu yönetimi ve kamu personeli ilişkisinin hukuki durumunu ifade etmektedir (Eren ve Eken, 2007: 173).

Yönetim içerisinde en önemli yapı olan kamu personel rejimi, ülkenin içerisinde bulunan her türlü siyasal, ekonomik, yönetsel gelişimlerden ve değişimlerden etkilenmektedir (Canman, 1995: 251). Kamu personel rejimi, devletin kamu örgütünde çalışan ve kamu hizmeti yüklenen personeli kapsayan her türlü uygulama, politika ve kurallar bütünüdür. Personel rejimi, çalışma koşullarından ücret sistemine; işi alımı, yükselmesi, emekliliğinden hakları, yükümlülükleri, sorumlulukları, ödül ve cezaya kadar kamu görevlisi olarak mesleğini icra ederken yaşadığı her dönemi ve bulunduğu hizmetle olan ilişkisini oluşturur (Tutum, 1994: 4; Akgüner, 2001: 33). Personel rejimi aynı zamanda kamu personelinin kamu yönetimi içerisindeki hukukiliğini gösterir (Eren ve Eken, 2007: 173).

Kamu personel rejimi ise devlet tarafından işe alınan personel için oluşturulan çalışma sisteminin uygulama yöntemidir (Aslan, 2005: 1). Kamu personel rejiminin en önemli nitelikleri 1) devlet örgütü ve kamu hizmeti olması, 2) yönetimin içinde bulunması, 3) 1982 Anayasası'nda kamu hizmetine girmenin siyasi haklar içerisinde sayılması, 4) her vatandaşa görevin gerektirdiği nitelikler harici bu hakkın verilmesi ve 5) siyasi bir temele oturmasıdır (TODAİE, 2001: 6; 1982 Anayasası). Türkiye'de kamu personel rejimi, birbirinden farklı bölümlerden oluşan ama ortak bir personel rejimi üzerinde inşa edilmiştir (İzci ve Yıldız, 2017: 399). Türkiye'de kamu personel sistemi farklı ve bölünmüş taşlardan oluşmakta ve bu taşların birleşiminden doğan personel rejimi sürdürülmektedir (İzci ve Yıldız, 2017: 399).

Bazı kaynaklarda kamu personeli dar ve geniş olarak tanımlanmıştır. Kamu personeli kavramına dar anlamda baktığımızda kamu hukuku çerçevesinde idarece düzenlenen kıstaslara uygun olarak kamu sektöründe görev alan kişilerdir (Onar, 1952: 790). Geniş anlamda ise istihdam niteliği, statüsü ne olursa olsun kamu sektöründe görev yapan tüm personeli içine almaktadır. Geniş anlamda yapılan genellemede atanmış personele ek olarak seçilerek göreve gelen personelinde rejim içerisine katıldığı bir grubu kapsamaktadır. (Akgüner, 2009: 42; Özkal Sayan, 2009: 201-245). Her

şekilde, görevli personelin kamu sektöründe bulunması ile buralardaki yeri ve görevleri gereği yetkilere sahip olması önemli ortak özelliklerdir (Atay, 2018: 852-855; Aydın ve Taş, 2016: 89-90;). Kamu personeli Türk Ceza Kanunu'nda geniş anlamıyla ele alınmaktadır. Bazı uzmanlara ve akademisyenlere göre, kamu görevlisinin kamuya ait bir faaliyet yapıyor olması yeterli olup süreklilik ve atanma şekli önemli görülmemiştir (Bucaktepe, 2014: 465). Şeref Gözübüyük (2001: 18) ise kamu personeli için 1) ücret yönünden, 2) asli ve yardımcı eleman olarak çalışmaları yönünden, 3) uygulanan hukuk dalları yönünden, 4) hizmet süreleri yönünden 5) hizmete alımları yönünden bir ayırım yapmıştır. Nuri Tortop ve arkadaşları (2012: 240) kamu personelini 1) genel ve katma bütçeli kurumlarda çalışan personel, 2) il özel idaresi personeli, 3) iktisadi devlet teşekkülü personeli, 4) belediye ve köy personeli şeklinde ayırmaktadırlar. İpek Özkal Sayan (2009) ise özlük hakları temelinde 1) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, 2) 926 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Yasası, 3) 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanunu, 4) 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Kanunu ve 5) 6216 sayılı Anayasa Mahkemesinin Kuruluşu ve Yargılama Usulleri Hakkında Kanun doğrultusunda idari, askeri, akademik, adli personel ayırımı yapmıştır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda üç çeşit çalışma türü belirtilmektedir. Bunlar memurlar (4/A), sözleşmeli personel (4/B), işçilerdir (4/D). Daha önceden 1965 yılında devlet memuru, sözleşmeli personel ve yevmiyeli personel olarak belirlenen istihdam türünde yevmiyeli personel kavramı 1327 sayılı Kanun'la işçi olarak düzenlenmiştir. 1974 yılında var olan bir sözleşmeye bağlı olarak çalışıp işçi olarak sayılmayan geçici personel istihdamı getirilmiş ancak 696 sayılı KHK ile 2017 yılında kaldırılmıştır. İlgili Kanun'da memur, *“mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifa ile görevlendirilenler, bu Kanunun uygulanmasında memur sayılır. Yukarıdaki tanımlananlar dışındaki kurumlarda genel politika tespiti, araştırma, planlama, programlama, yönetim ve denetim gibi işlerde görevli ve yetkili olanlar da memur sayılır”* şeklinde; Sözleşmeli Personel, *“Kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi, işletilmesi ve işlerliği için şart olan, zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde, Cumhurbaşkanınca belirlenen esas*

ve usuller çerçevesinde, ihdas edilen pozisyonlarda, mali yılla sınırlı olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu hizmeti görevlileridir” şeklinde; İşçiler, “(A), (B) ve (C) fıkralarında belirtilenler dışında kalan ve ilgili mevzuatı gereğince tahsis edilen sürekli işçi kadrolarında belirsiz süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan sürekli işçiler ile mevsimlik veya kampanya işlerinde ya da orman yangınıyla mücadele hizmetlerinde ilgili mevzuatına göre geçici iş pozisyonlarında altı aydan az olmak üzere belirli süreli iş sözleşmeleriyle çalıştırılan geçici işçilerdir” şeklinde tanımlanmıştır (WEB_2). Ancak 1982 Anayasası ile kamu personeli tanımının “Devletin kamu iktisadi teşebbüsleri ve diğer tüzel kişilerin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü oldukları kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevleri yürüten personeldir” şeklinde yapılması yoluyla asli ve sürekli ibaresine istinaden dördüncü bir istihdam türü eklenmiş ve yeni gelen “geçici personel” kamu personeli sayılmıştır.

Kamu hizmetlerinin sunumu büyük çoğunlukla kamu personeline yerine getirilmektedir (Aslan, 2012: 3-4). Aslında kamu hizmetinin sürdürülmesinde kamu personeli; kamu faaliyetlerinin görünürdeki ifadesidir, hizmetlerin temsilini ve vatandaşlara ulaşımını sağlayan öznedir (Altunok, 2018: 49). Türkiye’de kamu personeliyle ilgili işleyiş hem 657 sayılı DMK’ya; hem de 4857 sayılı İş Kanunu’na göre de olmaktadır.

1.1.2. Kamu Personel Rejimi Gelişimi ve Unsurları

1921 Anayasası ile personele yönelik bir gelişme olmadığından yıllardır süregelen adem-i merkeziyetçi yapı etrafında personelin şekillenmesi devam etmiştir (Aslan, 2006: 217-219). Memurluk mesleği otoritenin temsilcisi durumundadır (Tortop ve arkadaşları, 2012: 493). Cumhuriyetin ilan edilmesiyle ülkede her anlamda ve alanda yenilik süreci başlamıştır. Medeni Kanun, Borçlar Kanunu, Ticaret Kanunu gibi kanunlarla ülkenin hukuki anlamda düzenlenmesine ve sınırlar çizilmeye başlanmıştır; kamu yönetimi alanında da önemli gelişmeler yaşanmıştır (Aykaç, Yayman ve Özer, 2003: 165). Kamu yönetimi içerisinde personel rejimi önemli yer tutmaktadır. 1924 Anayasası ile kamu personeline yönelik bazı gelişmeler yaşanmış ve bu anlamda bir hukuki düzenleme yoluyla adımlar atılmıştır. Milletvekili olmak için memuriyetin düşmesi, liyakate göre devlet memuru olunabileceği, memurları ilgilendiren konularda

sadece kanunla düzenleme yapılacağı ve kanunsuz emir verilemeyeceği 1924 Anayasası'yla getirilen önemli gelişmelerdendir (Şaylan, 2000: 25-26).

Bu gelişmeler sonucunda beklenen ve istenen kamu personeli düzenlemesi 788 sayılı Memurin Kanunu'yla belirlenmekteydi. Kanun'un çıkış dönemi itibariyle Türkiye'nin hukuki anlamda kuruluş zamanıdır. 1924 Anayasası'nda belirtilen konularda 788 sayılı Kanun'la sağlam bir personel yapısı oluşturulması planlanmıştır (Kayar, 2021: 9). Bu Kanun, kamu personeli için genel çizgiler çizmesi (istihdam, adaylık, memuriyete giriş, haklar, yasaklar, terfi, öğrenim durumlarına göre kıdem, disiplin ilkeleri ve cezaları) ve bir personel rejiminin gelişimine önyak olacak bazı ilkeleri oluşturması ve sonraki düzenlemelere ışık tutması nedenleriyle önemli bir yasaydı (Akgüner, 2001: 14; Yılmazöz, 2009: 295; Tutum, 1979: 16). Bu Kanun'la atılan memuriyet rejiminde memuriyetten Osmanlı'dan gelen "idareten azil" kaldırılarak memura iş güvencesi sağlanmıştır (Öztürk, 2001: 6; Şaylan, 2000: 26). İş güvencesinin yanında, memur olmak için belli başlı kuralların ve şartların sayılmış olması ve alımların genelde ilgili kurumun takdirine devredilmesi sorun olmuştur (Şaylan, 2000: 107). Her bakanlığın kendi personel rejimini oluşturabildiği düzeni kurmasına izin verilmiştir (Aslan, 2005: 253). Müstahdem ve memur tanımları yapılarak ikili kamu personel ayrımı da gerçekleştirilmiştir. Daha ziyade 788 sayılı Kanun'da öne çıkan müstahdem kavramı, sayıları zamanla azalsa da, kamu görevlileri içerisinde yer bulmaya devam etmektedirler. 788 sayılı Kanun'da yer verilen müstahdemler, kadrosu olmayan, sözleşmeye ve bu sözleşme karşılık ücret alan; sözleşme yapılmasa da veya var olan sözleşmede belirtilmese de, çalışma koşulları idare tarafından belirlenen, dolayısıyla kısacası hakları ve yetkileri çok olmayan ve o dönemde sayıca memurdan çok, çalışanlardır (Altunok, 2018: 50; Aslan, 2005: 261; Aslan, 2012: 25; Canman, 1995; Kayar, 2008: 12; Öztürk, 2001: 9; Tutum, 1979; Yaşamış, 2001). 788 sayılı Kanun'da hizmete alınma yöntemine ilişkin net bir durum olmamasına rağmen memurluk için "*Türk olmak, Siyasi haklardan kısıtlı olmamak, İyi bir ahlaka sahip olup yüz kızartıcı suç işlememiş olmak, En az ortaokul mezunu olmak, Askerlik ile ilgisinin bulunmaması, Görevini yapmaya mani bir hastalığının bulunmaması, Yabancı tabiyetli kadınla evli olmamak* şeklinde genel kıstaslar varken müstahdem atamasında ise sadece *Türk olmak, siyasi haklardan kısıtlı olmamak, iyi bir ahlaka sahip olup yüz kızartıcı suç işlememiş*

olmak, görevini yapmaya mani bir hastalığının bulunmaması” (Adal, 1939: 117) yer almaktadır. Bu Kanun’un en önemli özelliklerinden birisi de belediye ve diğer yerel yönetimlerin memurlarının bu Kanun kapsamına alınmaması ve onlar için ayrı bir nizamname düzenlenmesidir (Aslan, 2005: 249; Özer ve arkadaşları, 2017: 336).

788 sayılı Memurin Kanunu’yla önemli yenilikler getirilse de, işe alım işlemlerinin düzgün işletilmemesi, denetimin tam sağlanamaması, sınav sisteminin tam oturtulamaması --sınavsız yerleşim fazla yer almaktadır-- ve bir sınıflandırma sisteminin olmayışı, kariyer sisteminin ve yükselmenin eğitim ve diplomadan ziyade zamana ve amir takdirine bağlı olması ve buna bağlı olarak ücret sisteminin düzensizliği gibi sorunlar devam etmiştir (Ergun ve Polat, 1978: 253-254; Aslan, 2005: 257-258). Bu sorunlardan daha çok maaş ve diğer ödemelerin iyileştirilmesi üzerine mevzuat düzenlemeleri takip eden yıllarda yapılırken, diğer sorun alanlarına dair önemli hukuki düzenlemelerin bir kısmının gerçekleştirilmesi uzun yıllar sonra olabilmıştır.

Yine 1924 Anayasası ışığında memurlarla ilgili düzenlemeler kanunlar yoluyla yapılmaya devam edilmiştir. Maaşlarla ilgili olarak 788 sayılı Kanun’da bir düzenleme yapılmadığından 1108 sayılı Maaş Kanunu’yla maaş sistemine dair ödemelerin yapılması, kesilmesi, saymanlık işleri, vekalet/makam/diğer görevlendirme ödeme giderleri, yargılananlara yönelik ödemeler düzenlenmeye çalışılmıştır (WEB_3). 1929 yılında yasalaşan 1452 sayılı Yasayla ilk defa kamu maaş sistemine barem rejimi ve tek tip maaş uygulaması getirilmiştir. Ayrıca memurlara ayrı ayrı kadrolarına yönelik unvan oluşturularak 20 dereceli sınıflandırma yapılmıştır (WEB_4). 1939 yılında çıkarılan 3656 sayılı Yasayla ilgili Yasa yürürlükten kaldırılmış ve derece sınıflandırması 15’e ayrılmıştır. Memurluğa dair dereceler ve o dereceye ait maaşlar yeniden düzenlenmiş ve memuriyete giriş derecesi eğitim durumları baz alınarak düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 1939).

Memur zamlarına ilişkin iyileştirmeler 4178 sayılı Memur ve Müstahdemlere Verilecek Olağanüstü Zam Hakkında Kanun’la dereceye göre %15-25 arası olarak gerçekleşmiştir. Bunlara ek olarak da, 4 çocuk ve üzeri için çocuk zammı ve yakacak zammı getirilmiştir (WEB_5). Devlet memurlarına ek ödeme yapılmasına ilişkin 1943 yılında yasalaşan 4500 sayılı Yasayla getirilmiştir (WEB_6).

3656 sayılı Kanun'un bazı maddelerini değiştiren 21.6.1944 tarihli ve 4598 sayılı Kanun'la maaşlı ve ücretli Devlet memurlarının çocuklarına ayda beş lira çocuk zammı verilmeye başlanmış, 1.-3. derecelere inebilmek için yüksekokul mezuniyeti şartı getirilmiş ve ölüm yardımı da eklenmiştir (Resmi Gazete, 1944). Adnan Güriz (1975: 176-178), *Türkiye'nin Nüfus Politikası ve Hukuk Düzeni* başlıklı araştırma kitabında çocuk zammını ve çocuk doğum yardımını daha detaylı olarak ve birinci el kaynaklar kullanarak anlatmaktadır.

Bu kanunların memurlar için ortak yönleri 1) derece sınıflandırmasının varlığına rağmen hizmet temelli bir sınıflandırmanın olmayışı, 2) net bir ücret sisteminin olmayışı, 3) sosyal güvenlik bazlı, kariyer ve liyakate yer verilmesi, 4) kamu personeli olan ve olacak olan kişilerin politikadan bağımsız ve tarafsız olmasının talep edilmesidir (Günay, 2005: 47).

Memurin Kanunu'ndan sonra da, hükümetçe bazı düzenlemelerin yapılması arzu edildiği gibi gerek yasa tasarıları gerekse de yerli ve yabancı raporlarla yeniden bir kamu yönetimi düzeni kurulmak istenmiştir. Bu anlamda düzenlenen ilk rapor, *Türkiye'nin İktisadi Bakımdan Umumi Bir Tetkiki* başlığını taşımaktadır. Bu Rapor ekonomik düzenlemelere yönelik görünse de, personel rejimine yönelik önemli bazı düzenlemelerin yapılmasına dair öneriler de içermekteydi (Yayman, 2005: 108). Zamanla personel rejiminde düzensizlikler oluşmaya başlamış ve personel yapısı gitgide bozulmuştur. Bu durum karşısında ilave birçok önce yabancı sonra da yerli raporlar ve çalışmalara başvurulmuştur (Aykaç, 1991: 55). Bu raporlar; kamu personel rejiminin düzenlenmesi ve yön verilmesinde önemli bir yer tuttuğu gibi ilerleyen zamanlarda yapılan tasarılar ve tartışmalara da temel oluşturmaktadırlar (Kara, 2006: 152).

İlgili raporların önde gelenlerinden Barker Raporu Dünya Bankası heyeti tarafından hazırlanmıştır. Personel yapısı üst kademedeki toplanan yetki çokluğu, yetkilerin yeniden gözden geçirilmesi gerektiği, sınıflandırmanın yapılmamış ve yükselme kriterlerinin kıdem esaslı olması nedeniyle eleştirilmiştir. Bunun yanında tüm kurumlarca ortak politika belirlenerek tüm sorunların cevabı oluşturulması, işe alım, emeklilik ve maaşların artmasına rağmen memurun satın alma gücünün azalması, terfilerin keyfi olarak yapılmaması gibi konularında revizyon gerektiği vurgulanmış;

aynı zamanda personel işlerinin düzene alınması, bu yöndeki politikaları oluşturmak, geliştirmek için bir Personel Dairesinin kurulması, genel bir personel politikasının oluşturulması, uzmanlaşmış personele gerek duyulduğu ve bunun için de üniversitelerde eğitim anlamında yardım alma konusunda önerilerde bulunulmuştur (Işıl, 1965: 8; Şaylan, 2000: 110; Kayar, 2008: 14). Hatta Personel Dairesinin kurulması ve Amerika'ya has kadro ve sınıflandırma yapılması gerektiği için öneri getirilen ilk yazılı kaynak özelliğine sahiptir (Mihçioğlu, 1987: 77). Barker Raporunda bulunan önerilerin büyük çoğunluğunu o dönem iktidara gelen Demokrat Parti programlarına koymuştur. Programda “*Devlet hayatında, bütün idare şubelerimiz için, siyasî tesirler dışında ihtisas heyetlerince, umumî plân ve programlar hazırlanmasını ve bunların usul dairesinde kanunlaştırılmasını lüzumlu görmekteyiz*” ibaresi yer almış ve memurlarda öncelikle hizmet isteğinin ve sorumluluğunun olması ve görevi yerine getirecek eğitime ve özelliğe sahip olmaları gerektiği vurgulanmıştır (Tunçay, 2019: 52-53). Rapor ilk yıllarda pek önemsense de, sonradan değerli görüldüğü tarafları olmuş, zamanla özellikle ekonomi, sanayi, yatırım, kalkınma alanlarındaki gelişmeler doğrultusunda Rapordaki önerilerin Türkiye'nin iç işlerine karışılma düşüncesi meydana getirmesi nedeniyle tam anlamıyla uygulanmak istenmemiştir (Semiz ve Toplu, 2021: 152).

Neumark Raporunda, yönetmelikle ilgili sıkıntılardan, kanunların fonksiyonel olmaması, kırtasiyeciliğin çokluğu, denetim mekanizmalarının tam olarak işlememesi, personel sayısının bazı yerlerde az olmakla birlikte genelde fazlalığı, benzer görevler üstlenen bazı bakanlıkların ve genel müdürlüklerin birleştirilmesi, buna bağlı olarak memur fazlalığının tasfiyesi ve tasfiye sonuca kalan nitelikli personele ödenecek maaş ile gelir dengesizliğinin giderilmesi, çok kişiye az maaş yerine bilgili ve yetkin az kişiye daha yüksek maaş dağıtarak hayat standardının yükseltilmesi (Neumark, 1963: 21) ve eğitim durumuna göre sınıflandırma yapılarak maaşın ona göre düzenlenmesi gerektiğinden bahsedilmiştir ve hizmet içi eğitimin sıklaştırılması, işe girme ve yükselmede sınavın olması, adaylık süresinin de üç ile beş yıl arası olması, personelin ne kadar çalıştığının kontrol edilmesi gibi öneriler sunulmuştur (Şaylan, 2000: 109; Neumark, 1963: 28). Türkiye'de hem kamu kurumlarında yerleşik bürokrasinin devam ettiği hem de yeni kamu kurumları oluşturularak bürokrasinin artışta olduğu gözlenmektedir (Parlak ve Sobacı, 2005: 264-265). Gerek personel yapısı gerekse işlerin

yapısı farklılaşmakta, artmakta ve hatta daha da karmaşıklaşmaktadır. Neumark'ın belirttiği sorunlar halen varlığını sürdürmekte ve bir çözümde bulunamamış durumdadır (Kılınç, 2018: 22).

Bir diğer rapor ise Thornburg ve arkadaşları tarafından kaleme alınmış olup araştırmacılar Türk idaresine hâkim olan çok fazla mevzuatın kırtasiyeciliğe neden olduğunu söylemişlerdir. Devletçilikten ziyade özel sermaye ve girişimi öneren politikalar önerilmiştir (Demirci, 2009: 90). Hatta Türkiye'de yatırım planlayanları da yasal zemini netleştirmeleri konusunda uyarmıştır (Kara, 2006: 154). Personelle ilgili bölümde ise kamu personelinin sayısında azalma olması ve nitelik olarak yükseltilmesi gerektiğini, aynı durumun yöneticiler içinde geçerli olduğunu işinde uzman, iyi yetişmiş, nitelikli ve liyakatle göreve getirilen yöneticilerin olması gerektiği vurgulanmıştır (Demirci, 2009: 90). Rapor tam anlamıyla bir düzenlemeden ziyade tamamıyla var olan bir yapının kaldırılıp yeni bir yapının oluşturulması önerdiğinden ve daha çok sanayileşme ve kalkınma konuları Türkiye gündemini çok meşgul ettiğinden bir dönem Türkiye şartlarında kabul görmüşse de, konu her zaman sürüncemede ve daha sonra düzenlenecekler arasında kalmıştır.

James V. Martin ve Frans C. E. Cush tarafından Marshall Planı uygulamalarına yönelik hazırlanan Raporda personelle ilgili sorunlar ile Maliye Bakanlığı'nın yapısı, çalışma şekilleri, yine merkezi bir personel dairesinin kurulması ve sınav sisteminin oluşturulması gerektiğinin, memurlar arası adaletin ve eşitliğin sağlanmasının, sınıflandırılmanın ve kayıt sistemini yapılması, işe alım, emeklilik, örgütlenme üzerinde durulmuştur (Şaylan, 2000: 110; Sürgit, 1972: 71). Memurların işlerini sevmeleri ve devletin çıkarlarını düşünmeleri için personel politikalarının düzenlenmesi; bunun için de her memurun eşit olması gerektiği vurgulanmıştır. Sınıflandırmanın ise sadece ücrete yönelik olmaması aynı zamanda yapılan işe ait özellikler, yetkilendirme ve sorumlulukların belirlenebilmesi için de gerekli olduğu (Martin ve Cush, 1952) söylenmiştir. Martin ve Cush Raporunda da belirtilen problemler ve onlara karşı sunulan çözümler kendinden öncekilerle yakınlık göstermektedir. Aslında Türkiye için tespitler çok net belirtilmiş; ancak uygulanama gerçekleştirilemeden rafa kaldırılmış ve bir sonraki raporda tekrar gündeme gelerek bir sarmal oluşturmuştur (Kaya, 2016: 172).

Profesör Leimgruber'in 1951 yılında hazırladığı Raporda personelle ilgili yapı incelenmiştir. Bu yapıda personelin oluşturduğu kadrolar, statüler, sınıflandırma, sosyal ücret yani ihtiyaçlara göre ücret verme, iş saatleri ve personel sayısının ciddi boyuttaki fazlalığı ele alınmıştır (Kantarcıoğlu, 1977: 24).

Chailloux–Dantel Raporu'nda memurluk mesleğine uygun yetiştirmeleri için eğitiminin sağlanmadığı, idare karşısında örgütlenmenin önemi, maaş sisteminin günün koşullarına ve satın alma durumlarına göre ayarlanması, özel sektörde çalışan ile kamu sektöründe çalışan personel arasında büyük farklılık olduğu ve personele dair bir özlük standardının olması gerektiği vurgulanmıştır (Kayar, 2008: 16; Chailloux-Dantel, 1959: 10). Yabancı raporlardan bağımsız olarak 1952 yılında Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü'nün (TODAİE) kurulmasıyla kamu personelinin yetiştirilmesi ve eğitimi anlamında önemli bir adım atılmış ve kurumsallaşma sağlanmıştır (Aslan, 2005: 246-283). Ancak TODAİE, 2018 yılındaki bir kararnameyle Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi sonrasında kapatılarak tamamen Yükseköğretim Kuruluna devredilmiştir.

Bu dönemin yerli raporlarından Gıyas Akdeniz Raporunun büyük çoğunluğunu ücret sistemi ve buna dair düzenlemeler oluşturmaktadır. Ücret reformunun getirilerek personel içerisinde bir uyum sağlanması, esnek ücret ve Maliye Bakanlığı içerisinde personelle ilgili bir komitenin kurulması önerilmiştir (Şaylan, 2000: 110-111; Kayar, 2008: 16). Bu Rapor Maliye Bakanlığı tarafından hazırlanırken 1958 yılında da Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü tarafından Devlet personeli hakkında rapor hazırlanmıştır. Bu 2. Raporda da, diğer raporlar gibi, sistemin eksiklikleri ve öneriler belirtilmiştir (Şaylan, 2000: 111).

Bu raporlardan sonra 1956 yılında günün şartlarına uygun hem kamu personelinin tüm niteliğini kapsayan hem de personelle ilgili bir dairenin kurulmasına yönelik öneri ve ilk adım sayılacak Devlet Personel Kanun Tasarısı hazırlanmış; ancak seçimler nedeniyle bu Tasarı yasalaşamamıştır (Ayman Güler, 2005: 16). Yabancı uzmanların hazırladığı raporlarda bulunan öneriler doğrultusunda hazırlanan Tasarının en önemli özelliği kadro ve sınıflandırma konularında Amerika'ya ait sistemin eklenmiş olmasıdır. Ayrıca eşit işe eşit ücret, performans sisteminin uygulanması, işin ve hizmetin

niteliğine göre kadro sisteminin oluşturulması, personele ait işlerin personel teşkilatınca yapılması vurgulanmıştır (Mihçioğlu, 1987: 99). Günün şartlarına uygun olarak özel kesim ile kamu kesiminin biraz daha yakınlaştırılması, hatta iki kesim arasında geçişin sağlanması gibi ileriye yönelik politikalar da önerilmiştir. Kanun, tasarı olarak kalsa da, ileride çıkacak olan 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na zemin hazırlamıştır (Ayman Güler, 1996: 219).

Devlet Personel Dairesinin kuruluşu dört yıl sonra 17 Aralık 1960 tarihinde 160 sayılı Kanun'la gerçekleştirilmiştir. Ülkenin sosyal, mali, hukuki yapılarına uygun olarak personel rejiminin düzenlenmesi amaçlanmıştır (Kuzu, 1994: 308). Personel Dairesi ve TODAİE işbirliğiyle İdari Reform ve Reorganizasyon Hakkında Ön Rapor (1961) oluşturulmuştur. İki bölümden oluşan Raporda yönetime dair gelişim çabaları anlatılarak Türkiye'nin yönetim yapısına değinilmiş ve öneriler sunulmuştur. Raporun son bölümünde ise bu belirlenen yapının düzenlenebilmesi için yeni bir düzenin oluşturulması gerektiği belirtilmiştir (Başbakanlık, 1994: 39). Merkezi Hükümet Teşkilatı Araştırma Projesinde görev dağılımı yaparak yapısal, koordineli ve planlı personel rejimi sağlayarak kamu hizmetinin etkin ve verimli işleyebilmesi amaçlanmıştır (Leblebici, 2005: 7-8; Sürgit, 1972: 86). Kadro sisteminin daha anlaşılır ve düzenli olması, personelin eğitime tutularak yeterlilik kazanması, başarının ve motivasyonun yükseltilmesi önemli görülmüştür. Ancak bunların yapılması da düzenli şekilde hazırlanmış ücret ve çalışma koşullarına oturtulmuştur (Şaylan, 2000: 115). Türk uzmanlarca oluşturulmuş geniş ölçekli ilk projedir. Kamu yönetiminin her alanında sıkıntıları bulup çıkararak, onlar için çözüm oluşturan ve yeniden düzenlemeyi gerektiren bir çıkış noktasıdır (Kalağan, 2010: 72). Projede Türkiye'nin modern devlet anlayışının sağlanması gerektiği bunu yaparken de her bakanlığın bu düzenlemelere katılması gerektiği ve 'İdareyi Geliştirme Komitesi' kurulması gerektiği vurgulanmıştır. Gerek programlarda gerekse planlarda MEHTAP Raporunun etkileri görüldüğü için önemli bir proje olarak kalmıştır (Dinçer ve Ersoy, 1974: 2-3). MEHTAP Raporu etkili ve esin kaynağı olsa da yeniden yapılandırma anlamında tam anlamıyla hayata geçememiştir (Öke, 2002: 7).

1960'lardan sonra OECD Uzmanı Van Mook (1962) tarafından personel rejiminin düzenlenmesi, sınıflandırma sisteminin olması maaş, kadro, terfi, ceza, liyakat

uygulamalarında bir standardın olması gerektiğini ve yöneticilere dair ayrı bir başlık açarak yöneticilerin seçimi, yetiştirilmesi, sınavları ve yabancı dil bilgisinin önemini vurgulamıştır (Sulhun, 1989: 23; Yayman 2008: 225). Mook 788 sayılı Memurin Kanunu içerisinde memurluğa yönelik farklı mertebelerin olduğunu ve kanunun çıkarıldığı zamandan sonraki zamanlarda sürekli ekler yapılarak düzeltilmeye çalışıldığı ve durumunda daha çok karışıklık oluşturduğu ve yeni yasanın gerekliliğini belirtmiştir. Arkasından yeni bir personel kanunu çıkarılma çalışmaları başlamıştır. Planlanan ve sonrasında uygulamaya konulan, eksikliklerin giderildiği düşünülen 657 sayılı DMK'da şu anda Mook'un eleştirdiği 788 sayılı Kanun için belirttiği karmaşıklık devam etmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nden getirilen John Fisher tarafından hazırlanan Rapor genel anlamda o dönemde personel politikası, hukuki statüler, personel dairesinin kurulması, ücret rejimi, sınıflandırma, Türkiye'de çıkarılması düşünülen personel kanununun taslağı ve alt yapısını oluşturmuştur (Demirci, 2010: 159-160). Fisher Raporunda, memur sayının fazla olması, sayılarının ve bilgilerinin tam anlamıyla düzgün tutulmadığı ve bu durumun güvensizlik oluşturduğunu belirtmiştir. Ayrıca ücret sisteminin yapılan işe ve sorumluluğa göre değişmesi gerektiğini, sorumluluk gerektiren işlere talep sağlanarak maddi motivasyon sağlanacağını (Fisher, 1962) söylemişti. Bu konulara ilişkin genel idarece bir kurulun kurulması istenmiş ve aynı zamanda MEHTAP başlatılmıştır. Dönemdeki askeri otorite bağlamında hem idare hem de personel konularında hızlıca gerçekleştirilecek ve kararlı şekilde uygulanacak reformlarla kötü yönetimin düzeleceği düşünülmüştür (Yayman, 2005: 251).

Podol Raporunda merkezîyetçi yönetim bakışı ve yöneticilerin yetki devri, başarıları, nitelikleri, hiyerarşik yapı, otorite, makam anlayışı, yetenekleri, bilgi seviyeleri bakımından Türkiye'deki durumları irdelenmiştir (Podol, 1967). Ayrıca birim içi iletişimin ve teknik personelin eksikliği üzerinde durulmuştur (Aykaç, 1991: 165). Yine Milletlerarası Kalkınma Örgütü mensuplarının önde gelen isimlerinden birisi olan Richard Podol (1967) da üst kademe yöneticiler üzerinde durmuş; yetki devri, hiyerarşinin katı olması, otorite, mevki hevesleri, iş başarma konusunda zayıflığı, merkezîyetçi, mevzuatlara bağlılığı, karar vermede pasifliği konusunda eleştirilmiştir. Günümüzde Türkiye'deki kamu kurumlarında görevli yöneticiler hala bu konularda

eleştirilmektedirler. Mevzuatlar, aile, gelenekler yöneticilerin tavırlarını etkilemektedir. Yeniliklere kapalı ve araştırmayan yöneticiler kendi bildikleri yöntemlerle ve görevleri şahsileştirerek yönetimlerine devam etmektedirler (Yayman, 2005: 256).

1988 yılında başlayıp 1991 yılında tamamlanan Kamu Yönetimi Araştırma Projesinde (KAYA), tüm idarenin etkin, verimli ve günün şartlarına uygun bir işleyişinin oluşturulması, sınıflandırma, kariyer, sicil sistemi, kamu kurumlarının yapılarında, görev ve kaynak dağılımlarında, mevzuatlarında oluşan bozulmaları, yolunda gitmeyen işlemleri ve nasıl giderileceği tartışılmıştır (Kalağan, 2010: 73). Devlet Personel Dairesi'nin, çözmekle yetkili ve yükümlü olduğu bazı sorunları giderememesi hakkında ilk defa eleştiriler getirilmiştir. Tazminat ödemeleri, performans, hizmet içi eğitimin personel için önemli olduğu, sözleşmeli personelin bazı işler için gerekliliği, sosyal güvenlik sistemindeki aksaklıkların giderilmesi vurgulanmıştır (Öktem, 1992: 101). KAYA, etkin ve verimli hizmetin sağlanması, kamu yönetiminin amaçları doğrultusunda iyileştirilmeyi, yapılanmayı, yeniden düzeni hedefleyen çoklu bakış açısına ve araştırmaya sahip kapsamlı bir çalışmadır (Ergun, 1991: 12).

1924–1960 yılları arasında yapılan çalışmalarda Cumhuriyetin ana yönetim süreçleri ve düzenlemeleri oluşturma gayesi önemli bir yere sahip olmuştur (Yaşamış, 2001: 18). 1960'larla beraber reform kelimesi sürekli gündemde olmuş ve bu reformlar doğrultusunda politikalar şekillenmiş ve gelişmiştir. Bu politikaların en önemlisi de personel rejimine yönelik çağa uygun, gelişimlerle desteklenen, sorunlara ve modern çerçeveye cevap verebilen çalışmalardır, hal böyle olunca personel konusu bir politika alanında yerini almıştır (Altunok, 2018: 53). 1960 öncesi raporlarda da önemle vurgulanan personel için bir dairenin kurulma önerisi kamu personel rejimimizde kurumsallaşma olarak somut bir adıma dönüşmüştür. 1960 yılında kurulan Devlet Personel Dairesi personel rejimini yenilemeye yönelik işlemlere girişmiştir (Aslan, 2012: 40).

14.7.1965 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu gündeme gelmiştir. Kanun 1965 yılında düzenlenmesine rağmen kuvvetli bir direnmeyle karşı karşıya geldiğinden yürürlüğe girişi ve uygulanmaya başlayışı önemli değişiklikler yaşayarak 1970 yılı olmuştur (Aslan, 2005: 278). Ayrıca bu tarihten hemen bir yıl sonra da

Kanun'da bulunan maddelerde değişiklikler ve kaldırmalar olmuş; bu hareketlilik KHK'lar ile arttırılmıştır (Güran, 1980: 67; Öktem, 1992: 96). Askeri personel ile hakim ve savcılar 657 sayılı DMK kapsamına alınmamıştır. Öğretim elemanları ise sadece mali konular açısından Kanuna tabi olmuşlardır. Yerel yönetimler ve Kamu İktisadi Teşekkülleri içinde Kanun'da bir düzenleme yapılmamış olup gerekli düzenlenmenin yapılması tavsiye edilmiştir (Şaylan, 2000: 121-122).

Kanun'un hazırlanmasında Devlet Personel Dairesinin ve Maliye Bakanlığı'nın görüşleri, çalışmaları ve raporları, yabancı ve yerli uzmanlarca oluşturulan raporlar, kalkınma planları önemli yer tutmuştur. Bütün bu çalışmaların derlenmesiyle oluşmasına rağmen, yeterli ve uygun ölçüde tartışmanın ve görüşmenin yapılmamış olması, aceleci davranarak kanunda olması gereken düzenlemelerin tüzük ve yönetmelikle sağlanması; ayrıca çoğu düzenlemenin kamu personelin ihtiyacı, günün koşullarına uygunluğu, etkili ve verimliliğinden ziyade Maliye Bakanlığı tarafından maaş-kadro-bütçe üçgeninde gerçekleşmiş olması anlamında da eleştirilere maruz kalmıştır (Altunok, 2018: 54-55; Erkin, 1971: 47). Maliye Bakanlığı Devlet Personel Dairesinden çok personel konulu işleri düzenlemiş ve personelle ilgili gelişmelerde üst belirleyici görevi ve rolü üstlenmiştir (Tutum, 1970: 13).

Bu tarihten sonrada 657 sayılı DMK en fazla değişikliğe uğramıştır. Hatta genel bir görüş ve tabirle “yamalı bohça” sıfatına uygun görülmüştür. 657 sayılı Kanun'a gelince kadar farklı kurumlar ve uzmanlar birçok rapor hazırlamış ancak yetersizliği konusunda eleştirilerde yöneltmiştir. Önemli eleştirilerde biri de “*Türkiye'nin tarihi, sosyal ve idarî bünyesini bilmeden, bu noktaları tetkik etmeden ve edemeden bir takım fikirler telkin eden yapısı Türkiye'den tamamen farklı olan Amerika'ya numune tutan bazı uzmanlarla Birleşmiş Milletler'de çalışan bir Hollandalı sömürge mütehasssının düşünce ve telkinleri bu Kanunun hazırlanmasında mühim bir rol oynamıştır*” şeklinde yapan Sıddık Sami Onar'a aittir (Akın, 1972: 193; Onar ve Akın, 1971: 110).

DMK'nin kendisinde ve işleyişinde aksaklık bulunan hatta bozulmaların yaşandığı kamu personel rejiminin düzeltilmesi amaçlandığından bir reform yapılmaya çalışılmıştır. Ancak zaman zaman oluşan aksaklıklar nedeniyle değişikliğe uğramış olmasına rağmen günümüzde de hala ihtiyaçları giderebilecek niteliği ve misyonu eksik

olmakla beraber gelişen koşullar ışığında oluşan personel ilkelerinin uygulanmasına da bir engel teşkil etmektedir (İzci ve Yıldız, 2017: 400). Birçok kez değişikliğe uğrayan 657 sayılı Kanun'un ilk halinde 3'lü kamu personeli ayrımı yapılırken (memur, sözleşmeli personel ve yevmiyeli personel) 1974 yılında 4'lü ayrıma (memur, sözleşmeli personel, geçici personel ve işçi) geçilmiştir. 1978 yılında da "Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar" belirlenerek sözleşmeli personel uygulanmasına başlanmıştır (Aslan, 2005: 281).

1978 yılında 657 sayılı DMK'da eksik bırakılan sicile yönelik uygulamanın sağlanabilmesi için bir Sicil Yönetmeliği çıkartılmıştır; ancak uygulama alanı bulunmadan kaldırılmıştır. Yönetmeliğe göre kurumu tarafından memur kütüğüne kaydedilen memur için özlük dosyasının yanında sicil dosyasına sahip olmaktadır. Bu sicil dosyalarına birinci ve ikinci amirleri tarafından gizlilik çerçevesinde not tutulacak ve rapor düzenlenmekteydi. Olumsuz sicil alan personele bildirim yapılarak ve iki aylık itiraz süresi tanınmaktaydı (Aykaç, 1986: 226). Bu düzenlemeler uygulamaya konulmadığından 1986 yılında tekrar sicil sistemine yönelik bir yönetmelik hazırlanmış ve yürürlüğe konulmuştur. Sicil Yönetmeliğinde her yıl Aralık ayında gizlilik altında 100 tam puan üzerinden sicil notunun verilmesi, iki sicil amirinin verdiği puanların aritmetik ortalamasının alınması, 59 puandan aşağı alanların sicilleri olumsuz olmaktadır. Bu personelin bir aylık itirazı olmakta ve iki kez üst üste olumsuz sicil alan memur başka bir amirle çalışmakta, tekrar olumsuz sicil alması sonucu ise görevine son verilmekteydi. Bu işlemlerin gizlilik içinde yürütülmesi işlemi 2003 yılında çıkarılan 4982 sayılı Bilgi Edinme Kanunu'yla son bulmuştur.

657 sayılı Kanunu'nla ilk etapta 8'li hizmet sınıfı ayrımı yapılmıştır. Bunlar, Eğitim Hizmetleri Sınıfı, Sağlık ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı, Genel İdare Hizmetleri, , Teknik Hizmetler Sınıfı, Avukat Hizmetleri Sınıfı, Din Hizmetleri Sınıfı, Emniyet Hizmetleri Sınıfı, Yardımcı Hizmetler Sınıfıdır. 1975 yılında ise 1897 sayılı Kanunla sayılan sekiz hizmet sınıfına Milli İstihbarat Sınıfı ve Mülki İdare Hizmetleri Sınıfı eklenmiştir. Özellikle Milli İstihbarat Sınıfı üzerinde çalışmalar yapılmış ve başta bir sınıflandırmada yer olmayacağına karar verilmiş; ancak 1975'te hizmet sınıfları içerisinde yerini almıştır (WEB_2). Türkiye'de idari anlamda yapılan çalışmalar ve

reformlarda personel konusu her zaman önemli bir yer etmiştir (Ergun ve Polat, 1978: 253-254).

1980'lerden sonra klasik personencilikten sözleşmeli, profesyonel, etkin, verimli, değişime uyan insan kaynakları düşüncesine geçiş gündeme gelmiştir (Eroğlu, 2010: 231). Ayrıca aynı yıllarda küreselleşme, neo-liberal ekonomiler yönünde değişimlerle yönetim, bürokrasi, devlet yapılanmasında yenilikler oluşmuştur. Türkiye'de ise daha önce yerli ve yabancı raporla şekillenen personel rejimine de artık OECD, IMF gibi uluslararası kuruluşlar yön vermeye başlamıştır (Ayman Güler, 2003: 21-23). Bu dönemde kadro sayılarında azalma yapılırken getirilecek ve talep edilen kadro için de analiz ve çalışması öngörülmüştür (Şener, 2013: 579). Sözleşmeli personel istihdamının gündeme geldiği 1980'lerde amaç KİT'lerden başlanarak özelleştirmenin kurumlara geçmesidir.

1982 yılında 2680 sayılı Yetki Kanunu'yla kamu yönetimine ve özellikli ücret, terfi, kadro sitemlerinin yeniden gözden geçirilmesi için personel rejimine yönelik bir Komisyon kurulmuştur. Komisyon tarafından aylık, ek gösterge, görev tazminatı (yapılan işin zorluk-sorumluluk derecesine göre) uygulamaları düzenlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca kadro düzenlemesinde standardın ve esnekliğin sağlanması, unvan sayılarının düşürülmesi şeklinde önerilerde bulunulmuştur. 1980'li yıllardan 2000'li yıllara kadar kamu personel rejimine dair çalışmalar memurluğa sözleşmeli bir yapının getirilme; sürekli işçilik içinde geçici işçilik getirilme çabaları şeklinde olmuştur (Ayman Güler, 2003: 18) Devlet Personel Dairesi (DPD) ise bu dönemde Devlet Personel Başkanlığı (DPB) olmuştur (Şener, 2013: 579). 2011 yılında ise DPB Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı kuruluş olmuş; Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine geçildikten sonra da lağvedilerek Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı altında bir genel müdürlüğe dönüşmüştür (Oral, 2019: 383-384). Ayrıca kadroyla ilgili görevler de Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Bütçe Genel Müdürlüğü'ne bırakılmıştır (WEB_7). Devlet Memurları Sınavının (DMS) ve norm kadro anlayışının getirilmesi kamu personeli alımıyla ilgili önemli adımlardan birisi olmuştur (Şener, 2013: 582; Aslan, 2005: 404-405). Norm kadro, kamuda belirlenen kadroların standart hale getirilmesini temsil eder. Norm kadro ile bir kurumda göreve, işe ve pozisyona ilişkin analizin yapılarak benzerlikler doğrultusunda kadro oluşturulur

ve o kurumun hangi görev ve ücret bağlamında ne kadar personele ihtiyacı olduğu çıkarılır (Ayman Güler, 2005: 230). Norm kadro daha çok personelle ilgili sorunlardan olan eğitim ve istihdamın tam olarak benzerlik göstermediği, birincil ilişkilerin ön planda tutularak liyakatten uzaklaşıldığı, yozlaşma ve verimsizliğin yüksek olduğuna inanılan belediyeler gibi kurumlar için getirilmiştir (Yüceyılmaz ve Özgür, 2018: 88). 22/1/1990 tarihli ve 399 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kamu personel rejimi içine performansa dayalı ödeme sistemi girmiştir. İlk kez KİT'lerde başlayan uygulama, hizmetin etkin ve verimli olması, personelin görevini motive şekilde ve nitelikli olarak yerine getirmesi, girişimcilik, çaba, üretim kademelerin artması yönünde etki sağlayacağı düşüncesiyle geliştirilmiştir (Ceylan, 2009: 62; Tahtaloğlu ve Özgür, 2019).

2000'li yıllara gelindiğinde, kamu yönetimi alanında reform çalışması kapsamında yönetim, e devlet, yeni kamu işletmeciliği ve diğer teorik ve pratik gelişmelerin etkisiyle Kamu Yönetimi Temel Kanunu (KYTK) Tasarısı hazırlanmış; ancak dönemin Cumhurbaşkanıca Meclise gönderilince sadece tasarı olarak kalmış ve uygulamaya geçilmemiştir (Şener, 2013: 583; Albayrak, 2017: 15). Tasarıda esnek çalışma ve sözleşmeli personel rejiminin daha da yaygınlaştırılması, çalışan sayısının azaltılması, performans ve buna bağlı olarak ücretlendirme üzerinde durulmuştur (Erdoğan, 2003: 13). KYTK Tasarısı'nın amacı kamu yönetimi içerisinde örgütlenmenin, işlevlerin, görevlerin, ilişkilerin, sorumlulukların yeniden gözden geçirilmesiydi. Tasarı kanunlaşmasa da, Tasarı etrafındaki tartışmalar sayesinde literatüre yeni kavramların ve uygulamaların eklendiği görülmektedir (Parlak ve Sobacı, 2005: 337). Tasarının en belirgin özelliği hizmetin üretiminin, sunumunun, mali yapısının yerleşmenin etkisini artırarak sağlanması ve devletin birçok alandan çekilerek yetki ve görevlerin çoğunlukla yerel yönetimlere aktarılması ve hem özelleşmenin sağlanması hem de kamu personelinin sayıca düşürülmesidir (Ayman Güler, 2005: 100); ancak zamanla Tasarıda bahsedilen konular ve görüşlerin çoğu kısım kısım uygulanmıştır. 2000'li yıllarda kamu personeli alanında bir başka farklılık da bazı görevlerin ve hizmetlerin piyasadan temin edilerek taşeron işçi alımının artmasıdır (Aslan, 2012: 28). Ancak kadrolu personele göre iş güvencesinden yoksun aynı işi yapan ama daha az maaş alan personelin talepleri neticesinde 2018 yılında kadro geçişleri gerçekleşmiştir (Arap Kavili, 2018: 138). 2000'li yıllarda yani kamu işletmeciliği

kavramıyla birlikte performansın etkili olması ve maaş sisteminin de ona göre ayarlama, personel rejiminde merkezi yapıdan kaçınma, kuralların ve bürokratik yapının azaltılma çalışmaları, özelleştirme ve kamu görevlileri arasındaki sınıflandırma sisteminin değiştirilmesi gibi reform konuları gündeme gelmiştir (Battaglio, 2015: 1-21). 2011 yılında 6111 sayılı Torba Kanun'la ücretsiz izinlerin süre ve koşul düzenlemesi, annelik haklarının genişletilmesi, geçici görevlendirme hakkının getirilmesi, özel sektörde geçen sürelerin memuriyet süresine eklenmesi, sicil sisteminden ziyade başarı ölçütlerinin getirilmesi (herhangi bir değerlendirmeye tabi tutulmayan memurun 8 yıl olumsuz sicil almaması durumunda bir kademe verilmesi ödüllendirme yerine geçmiştir) gibi 657 sayılı DMK'da bulunmayan ya da bulunsa da yeterli olmayan bazı düzenlemeler getirilmiştir (WEB_8; Aslan, 2012: 28).

2017 yılında ise Anayasa değişikliği ve 2018 yılındaki Cumhurbaşkanlığı seçimiyle yeni hükümet sistemine geçilmesiyle kamu yönetiminde gerçekleşen değişikliklerden personel rejimi de etkilenmektedir (Oral, 2019: 299). Yürütme gücünün tekleşmesiyle istikrar ve hızlı karar alabilme özelliklerini ön plana çıkararak Kanun Hükmünde Kararnamelerle yenilik ve değişikliklere yer verilmektedir. Personel eğitimi için önemli bir yere sahip olan Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü, personelin alımından yönetimine kadar personel rejimine birçok tamamlayıcı ve toparlayıcı ancak işlevsiz olarak belirtilen Devlet Personel Başkanlığı gibi kurumların bir kısmı kapatılmış, bir kısmı da başka kurumların bünyesinde alt birimlere dönüştürülmüştür. Daha önce Başbakanlığa bağlı olan Personel ve Prensipler Genel Müdürlüğü ise Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığına bağlanmıştır (Özkal Sayan ve Altunok, 2018: 24-25). Müdürlüğün görevi kamu personeline yönelik mevzuat çalışmaları yapmak, üst düzey yönetici atamalarının hukuksal incelemesini ve yöneticilere ait bilgi ve sicil ve eğitim işlemlerini yapmak, Cumhurbaşkanı ve Cumhurbaşkanlığı teşkilatında çalışanlarının özlük ve diğer politika işlemlerini uygulamaktır (Kayar, 2020: 18).

Cumhurbaşkanlığı içerisinde İnsan Kaynakları Ofisi (CBİKO) gibi yeni bir birim kurulmuştur (Oral, 2019: 299). Cumhurbaşkanlığına bağlı, kamu tüzel kişiliğine ve mali özerkliğe sahip olan Ofisin, insan kaynaklarının eğitim, yetenek anlamında geliştirilmesi, şartlara uygun insan kaynağının sağlanması, performans ve kariyer, liyakat ve verimlilik odaklı projeler sunmak ve bu alanda geliştirici çalışmalar yapmak

gibi görevleri bulunmaktadır (WEB_9). Üst düzey yöneticilerin atanmalarına dair yetkinin hızlı ve engelsiz olabilmesi için bu yetki Cumhurbaşkanı'na verilmiştir (Turan, 2018: 78). Böylece bürokratik yapının değişmesi ve bürokrasi üzerinde denetimin sağlanabilmesi öngörülmüştür (Polat, 2019: 132-134). Ayrıca Cumhurbaşkanı tarafından atanan yöneticilerin görev süresine dair güvence ilkesinin tam tersi Cumhurbaşkanının görev süresine bağlıdır (Saylam, 2019: 22). Ayrıca tüm müsteşarlık kadroları kaldırılmış ve Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanı en yüksek devlet memuru olmuştur (Polat, 2019: 125).

10/07/2018 tarihinde 2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi çıkmıştır. Kararname ile kamu kurum ve kuruluşları içerisinde bulunan kadro ve pozisyonların oluşturulması, kullanılması ve iptaline ilişkin hususlar belirlenmiştir. 657 sayılı DMK kapsamındaki memurlar, öğretim elemanları, işçiler, sözleşmeli personel ile hâkim ve savcılara dair kadrolar belirlenmiştir ve uygulamaya geçilmiştir. Özellikle akademik personel açısından farklı fakültelerin, şartların belirlenmeden norm kadro ve norm dışı sayılarının oluşturulması, norm dışı kadroların bir gerekçeyle istenmesi durumunda YÖK tarafından verileceği ancak bu kadronun kullanımının rektörün elinde olması gibi konularda eleştiriler getirilmiştir (Tahtaloğlu, 2021: 1118). Ancak bu uygulama 16/06/2021 tarihinde Üniversite Öğretim Elemanlarının Kadrolarının Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Düzenlenmesine İlişkin Kuralın Anayasaya aykırı olduğu gerekçesiyle iptal edilmiştir (WEB_10). 3 numaralı Kararname ile üst derecede görev yapan yöneticiler ile o yöneticilerin atanma usulleri belirlenmiştir. 4 numaralı Kararnameyle de bakanlıkların teşkilat yapıları belirlenmiştir (WEB_11; WEB_12).

1.1.3. Kamu Personel Rejiminin Temel İlkeleri

657 sayılı Devlet Memurları Kanununda kamu personel rejimi içerisindeki rejim liyakat, kariyer ve sınıflandırma ilkeleri üzerine oturtulmuştur (Özmen, 2016: 30).

1.1.3.1. Liyakat İlkesi

Liyakat kelimesi genel olarak insanların görevini başarılı biçimde yapabilme gücü anlamına gelir; layık, uygun ve yeterli olma anlamını taşır (Kayar, 2008: 90). Kamu sektöründe, ihtiyaç duyulan bir göreve en uygun insan gücünün seçilmesi, etkili ve verimli bir personel rejimi içerisinde kurallara uygun olarak davranılmasıyla

gerçekleştirilebilir. Çünkü etkin ve verimli insan kaynakları yönetiminin sağlanmasına yönelik kural ile işlemlerin bütünü olarak liyakat, görevine girişte ve kurum içinde yükselmelerde, bilgiyi ve öğrenim belgesini esas alan bir ilkedir (Eryılmaz, 2010: 267).

657 sayılı DMK'nın 3. maddesinde liyakat ilkesi; “*Devlet kamu hizmetleri görevlerine girmeyi, sınıflar içinde ilerleme ve yükselmeyi, görevin sona erdirilmesini liyakat sistemine dayandırmak ve bu sistemin eşit imkânlarla uygulanmasında Devlet memurlarını güvenliğe sahip kılmaktır*” şeklinde yer almaktadır (Özmen, 2016: 40). McCourt'a (2007: 5) göre, liyakat ilkesi herhangi bir işe en uygun kişinin alınmasıdır. Sadece başarı ve yetenek göz önüne alınarak şekillenen liyakat ilkesi bu anlamda şekillenirse hizmetin sürekliliğin ve verimliliğin devamı düzgün şekilde sağlanır (Güran, 1980: 123).

Tanıma göre, liyakat sistemi, memurlar için belirlenmiş temel ilkedir. Sözleşmeli personel, geçici personel ve işçi olarak istihdam edilecek olanların, bu ilkeye göre seçilip seçilmeyecekleri üzerine açık bir hüküm getirilmemiştir. Yine tanıma göre, memurlar için söz konusu edilen liyakat sistemi, dört alanda uygulamaya konulmalıdır: Bu alanlar, kamu hizmetine alınma, kurum içerisinde yükselebilmek ve ilerleyebilmek, kamu görevinden ayrılma ve kurum içerisinde eşit uygulamalar için kamu çalışanlarının güvenliği. Bunlardan, ilk ikisi “hizmete uygunluk”, öbür ikisi “hizmette tarafsızlık” ilkelerini (Ayman Güler, 2005: 170) dile getirmektedir. Kamu personel rejiminin çağdaş gelişimi, kayırmacılık sistemine karşı liyakat (yeterlik) sisteminin kuruluşu olarak da özetlenebilir (Ayman Güler, 2005: 142). Liyakat, görev gerekleriyle uyuşmayan tüm ayrımcılık ve kayırmacılığın zıttı bir yapıdır. Liyakat sisteminin kamuya getirilmesi geleneksel yönetim anlayışının kökten değişmesini (Bozkurt, 2008: 158) ifade etmektedir. Ayman Güler ayrıca bu durumu kamu görevlerine hukuksal olarak eşit ve özgür kişilerin yalnızca “erdem ve yeteneğe göre gelmesi”, önceki yönetim uygulamalarından tam bir kopuşu sağlamak demektir şeklinde özetlemiştir (Ayman Güler, 2005: 151).

Hava Tahtalıoğlu (2016) doktora tezinde cam tavan sendromuna odaklansa da, Türkiye'nin personel rejiminin prensip olarak “yükselmeye açık” bir sistem olduğunu

tezinde ve tezinin başlığında kullanmakta, ancak Türkiye'nin personel rejiminin yükselmeye açık olduğunu ana çalışma konusu olarak ele alan eser bulunmamaktadır.

Liyakat ilkesi hemen hemen bütün kamu personel yönetimi literatürü içerisinde bulunmaktadır. Birgül Ayman Güler'e (2005: 142) göre, kayırmacılık sistemine karşı liyakat sisteminin gelişmesine koştur olarak çağdaş kamu personel rejiminin kuruluşu gelişmiştir. Ancak sayılan kriterler yerini kayırmacılık ve siyasetleşme ile bizden olsun kriterine kendini bırakmıştır (Yalçın, 2011: 22). Ayrıca Burhan Aykaç (1990: 108), liyakat için temel koşulun tarafsızlık olduğuna; ancak kamu personel yönetiminde tarafsız olması gereken idarenin takdir yetkisinin bulunduğu ve yetkinin de kanun ve düzenlemelerle sınırlandırılrsa da özellikle üst kademe atamalarında bu ilkeye riayet edilmediğine değinmiştir. Bu ilkeye Bahadır Şahin (2016: 237) de mülakatlar üzerinden değinerek kurumda çalışabilmek ve yükselebilmek için kullanılan mülakat uygulamasının liyakate uygun tatbik edilmediğine vurgu yapmıştır.

1.1.3.2. Kariyer İlkesi

Kariyer kelimesi, Latince "carraria" kelimesinden türetilmiş olup, bir kişinin yaşam boyu izleyeceği, ilerleme ve yükselme olanağı da sağlayan bir meslek anlamına gelmektedir (Kayar, 2008: 88). 657 sayılı DMK'nın 3. Maddesinde kariyer ilkesi; "*devlet memurlarına, yaptıkları hizmetler için lüzumlu bilgilere ve yetişme şartlarına uygun şekilde sınıfları içinde en yüksek derecelere kadar ilerleme imkânını sağlamaktır*" olarak (Özmen, 2016: 24-25) tanımlanmaktadır. Bu ilke, Kanun'un memurun aldığı eğitim ve sahip olduğu yeteneği ile memuriyette en alt basamaktan (örneğin 15) en üst basamağa (örneğin 1) kadar yükselebilmek olanağını göstermektedir (Aslan, 2005: 282). Personelin eğitim düzeyi ve hizmetin niteliği ve alanına görev şekillenen ve memuriyet hayatı süresince meslekte ilerlemeyi gösteren bir sistemdir (Ayman Güler, 2005: 190). Kariyer bulunduğu örgütte personelin yükselerek ilerleyip ücretinin, saygınlığının, sorumluluğunun artması anlamında da gelir (Can, Akgün ve Kavuncubaşı: 1988: 17). Kariyer ilkesindeki amaç nitelikli personelin kamu kurumlarında istihdamını, devamlılığını ve yetiştirilmesini sağlamak ve kamu hizmetinin yürütülmesinde etkinliğinin arttırmaktır (Eryılmaz, 1995: 285).

Kariyer daha çok kıdem ve hizmet yılına göre değişir ve ilerledikçe bir üst dereceye geçişi yapılır. Dolayısıyla derece de hizmet yılının, mali hakların ve kariyerin belirleyicisi ve bildiricisidir (Dinç, 2011: 4). Kariyer ilkesi adil bir şekilde uygulandığı bir kurumda personel istekli ve verimli çalışır. Bu durumda aksaklıkları ortadan kaldırarak halkın da kurumlara olan güvenini artırır (Erkin, 1971: 48).

Türkiye’de kariyer sisteminde daha çok eğitim sistemine yaslanmaktadır. Kısacası başlangıçta öğrenim düzeyinin kişinin kamu hizmetine başlama şeklini belirlemiştir (Canman, 2000: 23). İşe girdikten sonra ve devamında da kademe ve derece ilerlemesiyle hatta amirlerle ilişki boyutunda şekillenmiştir. Türkiye’de ismi pek çok kez değişikliğe uğrayan günümüzde KPSS (Kamu Personeli Seçme Sınavı) ile her kurum personeli almakta; hatta kariyer meslekleri içinde bir ön eleme oluşturmaktadır. Sonrasında kendi sınavlarını yapmaları ve mevzuatlarını bu yönde düzenlemeleri personel rejiminden uzaklaşılmasının bir göstergesidir (Özkal Sayan ve Altunok, 2018: 32).

1.1.3.3. Sınıflandırma İlkesi

657 sayılı DMK’nın 3. maddesinde sınıflandırma ilkesi; “*devlet kamu hizmetleri görevlerini ve bu görevlerde çalışan Devlet memurlarını görevlerin gerektirdiği niteliklere ve mesleklere göre sınıflara ayırmaktır*” olarak tanımlanmaktadır (Özmen, 2016: 24). Meslekteki niteliklerin ve eğitimin ortaklığı kamu görevlileri içerisinde grupsal bir sınıflaşmayı oluşturur (Akyılmaz, Sezginer ve Kaya, 2011: 567). Sınıflandırma ortak niteliklere sahip memurları ortak paydada buluşturmak; farklı niteliklere sahip memurları da ayırma yöntemidir (Kayar, 2009: 82).

657 sayılı DMK ile 8; daha sonra da 1974 yılında Mülki İdare Hizmetleri Sınıfının, 1975 yılında da Milli İstihbarat Hizmetleri Sınıfının eklenmesiyle 10’lu bir sınıflandırma usulü kabul edilmiştir (Tortop, 1999: 104). Bunun yanında, 25/07/2016 tarih ve 668 sayılı KHK ile belirlenen sınıflandırmaya 2 sınıf daha eklenerek toplam da 12’li kamu personel sınıflandırması oluşturulmuştur.

Tablo 1: Yıllara Göre 657 Sayılı DMK'da Kamu Personeline Dair Sınıflandırmanın Gelişimi

Yıl	Sınıf
1965	Emniyet Hizmetler Din Hizmetleri Eğitim ve Öğretim Hizmetleri Avukatlık Hizmetleri Yardımcı Hizmetler Teknik Hizmetler Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetler Genel İdare Hizmetleri
1974	Mülki İdare Hizmetleri
1975	Milli İstihbarat Hizmetleri
2016	Sahil Güvenlik Hizmetleri Jandarma Hizmetleri

Devletlerin yönetim şekillerine, sosyal, kültürel, mali yapılarına göre kadro ve rütbe sınıflandırması şeklinde iki tür sınıflandırma doğmuştur (Eryılmaz, 1995: 286). Kadro sınıflandırması, personelden ziyade o kadro için oluşturulan görev, sorumluluk ve yetki dikkate alınır ve uzmanlık önemlidir. Böyle olunca sınıflandırma hizmetin niteliğine ve uzmanlık boyutuna göre şekillenmektedir. Rütbe sınıflandırması ise daha çok görev alacak personel ile onların niteliklerine ve kişiliğine göre belirlenir. Personelin kendi niteliği doğrultusunda bulunan sınıfta göreve başlayarak memuriyet süresi ve eğitimi doğrultusunda rütbe şekillenir (Akbaş, 2002: 12). 657 sayılı DMK'da rütbe sınıflandırması bulunmaktadır. Ancak üst düzey personel atamalarının gerçekleşmesi ve istisnai memuriyet uygulamaları kadro sınıflandırmasına doğru gidildiğine işaret etmektedir (Kayar, 2018: 96).

Sınıflandırma ilkesinde çalışma yapıları benzer istihdam stillerinin ortak değerlendirilmesi ve çalışanların tüm işlerinin aynı ölçüde oluşturulması amaçlanmıştır. Kamu personelinin göreve başlayışları ile görev dağılımlarının yapılması yönünden önemlidir. Ayrıca sınıf içlerinin doluluğu ve farklılaşan iş grupları sebebiyle yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir. Diğer kurumlar içerisinde fazla istihdam sayısına sahip olan sağlık personeli kendi içerisinde oldukça farklı bir yapıdadır. Sağlık personeli konusuna geçmeden önce Türkiye'deki sağlık sistemine göz atmak konunun bütünlüğü ve tamamlayıcılığı açısından uygun olacağı düşünülmektedir.

1.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNE GENEL BİR BAKIŞ VE SİSTEM İÇİNDE SAĞLIK PERSONELİNİN YERİ

Günümüz dünyasında bireylerin sosyal ve iktisadi açıdan daha iyi yaşama istekleri artmıştır ve bu bir haktır. İyi yaşam sürme durumunun en önemli yapısı sağlık hizmetlerinden etkin ve verimli şekilde yararlanmaktır. Sağlık hizmetlerinin bu anlamda uygulanabilmesi için ülkelerin sağlık sistemlerinin iyi işliyor olması gerekmektedir (Çelebi ve Cura, 2013: 48). Sağlık sistemi ülke içerisinde yaşayan kişilerin sağlıklı, mutlu ve kaliteli hayat sürmeleri için kaynakların doğru ve zamanında kullanılmasını sağlayarak sağlık problemlerinin en alt seviyede tutulmasını sağlayan mekanizmadır (Sabuncu ve arkadaşları, 1994: 24). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2000’de yapılan çalışmada sistem, toplumların sağlık düzeylerini korumak, arttırmak ve geliştirmek için uygulamalarda bulunan her türlü kaynak ve örgütsel yapının toplamı olarak tanımlanmıştır (World Health Organisation / WHO, 2005: 5). Sağlık sistemi sağlığın hem korunması hem de geliştirilerek daha da iyileştirilmesi sürecini kapsadığından hem Bakanlığın hem de diğer sağlık sektörü örgütlerinin birbiriyle uyumlu ve işbirliği halinde çalışmaları gerekmektedir (WHO, 2000). Türkiye’de sağlık sektörü etkinliğinin çoğu devlet tarafından üstlenilmekte ise de 2000’li yılların başlarından itibaren artan şekilde özel sektörün etkinliği artmaktadır. Ülkenin her döneminde müdahaleler, reformlar ve programlar geliştirilmiş ve uygulamaya konularak değişimler ve dönüşümler yaşanmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra kurulan Sağlık Bakanlığı vasıtasıyla günümüze kadar birçok kanun ve çeşitli ikincil düzenlemeler de bu süreçte yerini almıştır. Koruyucu halk sağlığı ile başlayan sağlık sistemi süreci yeni yönetim uygulamaları anlayışıyla erişimli, etkin, verimli ve nitelikli hizmet verebilme temeline oturtulmuş bir sağlık sistemi planlanmıştır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Örgütsel Yapısı ve Yönetimi

Bir ülkenin toplumda sağlık problemleri ne kadar azsa bu durum o ülkenin sosyal, mali, siyasi durumuna yansır. Kısaca ülkeler ve toplumlar için en büyük gelişmişlik ve zenginlik göstergesi sağlıktır. Sosyal aktivitelerini yerine getirerek hayat ve toplumla ilişkilere katılma, psikolojik ve fiziki anlamda uyumun sağlanması, hasta olmama, kendisine sıkıntı oluşturabilecek anormalliğin olmaması sağlık kavramı

içerisinde sayılır (Çelik, 2013: 25). Sağlığı sadece fiziki bir anlam olarak değil ruhsal olarak da almak gerekir; hatta fiziki durumu etkilediği için ruhsal anlamın ve boyutun daha çok değeri vardır denebilir. Sağlıklı bir insanda bedensel ve ruhsal durum dengeli ve yerinde ilerler (Akben, 2006: 13). Türkiye’de sosyal, siyasal, ekonomik, kültürel, antropolojik ve diğer ilgili değişimler neticesinde bireylerin sağlık durumları da etkilenmektedir. Bu etkilenme sadece fiziki anlamda değil ruhsal açıdan da gerçekleşmektedir (Durmuş, 2001: 15). Zaten, sağlık kavramı 1946 yılında DSÖ tarafından düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı’nda “*sadece hastalığın olmaması değil; biyolojik, psikolojik ve kişiler arası ilişkiler bakımından iyi olma durumu*” olarak tanımlanmıştır. Bu tanım ülkelerin büyük çoğunluğu tarafından kabul edilmiş ve benimsenmiştir (WHO, 2012; Hamzaoğlu, 2010: 407-408). DSÖ sağlığı sadece fiziki iyilik hali olarak almayıp sağlığın sosyal, biyolojik, psikolojik anlamları ve boyutlarına da yer vererek daha kapsamlı bir tanım yapmıştır, ki bu tanım daha kapsayıcı ve doyurucu gözükmektedir. Sağlık tüm insanlara sunulması gereken bir haktır ve en iyi şekilde insanlara ulaştırılması gerekir (Hayran ve Sur, 1998).

Türkiye’de sağlık sisteminin kamu-özel-üçüncü sektör örgütleri (sivil toplum örgütleri / STK’lar) tarafından gerçekleştirilmekte ve sisteme dair politikalar yine bu üç sektör tarafından gerek ayrı ayrı gerekse ve giderek çoğunlukla birbirleriyle etkileşim halinde şekillendirilmektedir. Sağlık Bakanlığı öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sunucusu ve birinci basamak (sağlık evi, aile ve toplum sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri) ve ikinci basamak (hastaneler) sağlık hizmetlerinde uygulayıcısıdır. Sağlık Bakanlığının 2019 ve en son çıkan Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre, 897 Sağlık Bakanlığına bağlı hastane, 68 üniversite hastanesi, 561 özel hastane, 308 özel poliklinik, 636 özel tıp merkezi, 26.476 Aile Hekimliği Birimi, 7.997 Aile Sağlığı Merkezi, 778 Toplum Sağlığı Merkezi, 5.078 Sağlık Evi, 174 Verem Savaş Dispanseri, 178 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), 83 Halk Sağlığı Laboratuvarları bulunmaktadır (WEB_13).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi, rehabilitasyonun sağlanması ve sağlığı korunmasına yönelik işlemlerin, çalışmaların ve uygulamaların

yapılmasına denir (Akdur, 1999: 5). Diğer bir ifadeyle hem toplumların hem de kişilerin sağlıklarını koruyarak gerekli hallerde tedavilerinin ve bireysel iş görme glerin sağlanması ve böylece toplumun sağlık düzeylerinin arttırılmasıdır (Tengilimoğlu, 2012). Sağlık hizmetlerin ilerletilmesi, geliştirilmesi, planlanması, halk sağlığının oluşturulması, buna yönelik uygulanacak hizmetin çerçevesinin çizilmesi ve iinin doldurulması, standartların ve kuralların oluşturulması ve denetiminin gerçekleştirilmesi Türkiye’de Sağlık Bakanlığı görev alanındadır (Karar, 2013: 7). Sağlık Bakanlığı’na bağlı olmayan sağlık tesisleri sadece tedavi edici hizmetlerle ilgilenmekte olup Sağlık Bakanlığı tedavi edici hizmetin yanında rehabilite ve koruyucu sağlık hizmetlerinin çoğunu da üstlenmiş durumdadır (Bodur, 1991: 1).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı teşkilatı merkez ve taşra teşkilatı şeklinde oluşmuştur. Merkez teşkilatı politikaların yapımı, uygulanma, koordinasyon faaliyetlerini üstlenmiştir (Balcı, 2005: 83). Sağlık Bakanlığı teşkilatı, ilk olarak 1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu’yla düzenlenmiş; Bakanlık ana hizmet, danışma, denetim ve yardımcı birim kollarına ayrılmıştır. İkinci olarak 1983 yılında çıkarılan 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığın kuruluşu, teşkilat yapısı ve görevleriyle ilgili kıstaslar düzenlemiştir. (Resmi Gazete, 1936).

663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat yapısı esaslı şekilde değiştirilince, Sağlık Bakanlığına bağlı yeni genel müdürlükler ve kurullar ihdas edilmiş, personel rejimine ilişkin düzenlemeler yapılmış; Kamu Hastane Birlikleri kurulmuş, Sağlık Serbest Bölgeleri oluşturulmuş, yetersiz sağlık personeli istihdamı sorununu çözmek veya en azından hafifletmek amacıyla yabancı hekim ve hemşire alıştırılmasına başlanmış, sağlık personelinin meslekten geçici veya sürekli men edilmesi yönünde düzenlemeler yapılmıştır (Durmuşoğlu, 2013: 54). Kamu Hastane Birliklerinin daha sonra kaldırılması gibi, bu düzenlemelerin bazılarında vazgeçilmiş, eski sisteme dönülmüştür. Bu gelişmelere dair detaylar ilerleyen bölümlerde ayrıca yer almaktadır.

2017 yılında çıkarılan 694 sayılı KHK ile e bölünen Bakanlık teşkilat yapısı yerine tekil yapıya dönüşmüştür (Ak, 2018: 63-64). OHAL sürecinde olan devlet yapısı

içinde 694 sayılı KHK çıkarılarak yeni anlayışın eski sisteme döndürülmesi hususunda adım atılmıştır. Aslında 2018-2021 yıllarında geçerli olan en yeni sistemde “yeni” olarak adlandırılabilir olan gelişme bir öncesinde (2011-2017 döneminde) kısa ömürlü olarak yaklaşık sekiz yıl geçerli olan sistemden vazgeçilerek tekrar terk edilen iki önceki sisteme büyük ölçüde geri dönmüş olmasıdır.

2018 yılında Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine fiilen de geçildikten sonra Cumhurbaşkanlığı 1. Nolu Kararnamesi'nin on ikinci bölümünde (madde 352-384 arası) Bakanlığın hizmet birimleri ve görevleri; Cumhurbaşkanlığı 4. Nolu Kararnamesi'yle de Bakanlık içerisinde müsteşar ve müsteşar yardımcılığı kadroları kaldırılmış ve yerine bakan yardımcılarını getirilmiştir ve Yüksek Sağlık Şûrası kaldırılmıştır. Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminde (CHS) politika yapımında rol oynayan politika kurulları içerisinde Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu eklenmiştir. İlgili Kurula sağlık anlamında politikalar üretmek, yapılan politikaların uygulama durumunu gözlemlemek ve Cumhurbaşkanına bu konu hakkında değerlendirmelerini iletmek anlamında görevler verilmiştir (WEB_15).

Sağlık hizmetlerinde hedef sağlıklı, mutlu, uzun yaşayan kişiler, sağlıklı toplumlara ulaşmaktır. Yaşlı nüfusun fazla oluşu ve bakım, destek ve beklenti anlamında çitanın yüksekliği sağlık hizmeti açısından hedeflere ulaşmada bir kısıttır. Bu hedeflere ulaşırken de insanların sağlık problemleri ile başa çıkabilme ve sonuçların olumlu ilerlemesi, insanlara danışmak, kalitenin hizmetin her aşamasında sağlanabilmesi ve ölçülebilmesi, insan kaynaklarının yerinde, doğru zamanda seçilmesi ve eğitilmesi gibi konulara eğilinmesi gerekmektedir (Hoge, Auchterlonie ve Milliken, 2006: 1025). Sağlık hizmetlerinin amacı sağlık düzeyinin artırılması, toplumda sağlığın devamının sağlanması, halk sağlığının ve korunmanın gerçekleştirilmesi, tedavilerin başarılı olarak devam etmesi ve kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması ile kişilerin kendilerine yeterliliklerinin sağlanmasıdır (Somunoğlu, vd., 2012: 10; Öztekin, 2001: 295). Sağlık hizmetlerinde ilgili amaçların gerçekleştirilmesi için sağlık insangücüne, fiziki alan, ilaç, teknolojik araçlara, mali yapının tam olarak kurulmasına, arz ve talep bölümlerinin net olarak oluşturulmasına ve etkin, kaliteli idare sistemine gereksinim duyulmaktadır (Sargutan, 2005: 405).

Sağlığın 1) en temel haklardan oluşu, 2) uluslararası etkisinin yüksekliği, 3) ikamesinin olmayışı, 4) ihtiyacın hemen giderilmesi gerekliliği, 5) sunulan ve sunulacak hizmetin acil ve ertelenemez olması, 6) süreklilik içermesi, 7) hata payını kaldıramaz oluşu, 8) toplu üretimin olmayışı, 9) sosyal amacının yüksekliği, 10) emek yoğunluğu, 11) sosyal bir hizmet oluşu, 12) uzmanlaşma, koordinasyon ve işbölümünün fazlalığı ve gerekliliği, 13) çoğu zaman standartlaşmanın olmaması ve yetmemesi, 14) pahalı girişimlerin olması, 15) çıktının ölçülemeyişi, 16) bilgi asimetrisinin olması, 17) konuların karışık ve bireysel oluşu, 18) sürekli eğitim ve yeniliklerin gerekliliği sağlık hizmetlerinin temel özelliklerindedir (Özmen, 2013: 6; Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2015).

1.2.3. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Sınıflandırması

Sağlık hizmetlerinde temel hedef, toplumda hastalıkların önlenmesi, korunması ve sağlıklı halin devamının sağlanmasıdır. İkinci hedef ise korunamayan hastalıkların tedavisini gerçekleştirmektir. Bir diğer hedef ise tedavi sonrası sağlığın tam olarak kazanılması ve yaşamın daha rahat geçirilebilmesi rehabilitasyon uygulamasının verilmesidir (Kuruca, 2012: 51). Bu hedefler doğrultusunda da sağlık hizmetleri; 1) sağlığın korunması, 2) tedavinin oluşturulması ve 3) rehabilitasyonun uygulanması olarak üç bölüme ayrılmaktadır (Akdur, 1999: 5). Sağlık hizmeti sunumunda bu üç hizmet zincirin halkalarını oluştururlar. Bu halkalarda bir kopuşun ve aksaklığın oluşması tüm sağlık hizmetlerini sekteye uğratmaktadır. Bu tür aksaklıkların olmaması için de bu üçlü hizmetin eksiksiz, dengeli ve koordineli çalışması şarttır (Sözen ve Alkan, 2009: 28). Bu hizmetlerin tümünün doyurucu, sağlıklı, düzenli, kesintisiz, en uygun teknolojiyle verilmesi açısından da temel unsurlardan birisi, belki de en başta geleni ilgili her branşta yetişmiş insangücüdür.

1.2.3.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, toplumda bireylerin karşılaşabilecekleri hastalık riskini en alt dereceye indirmeye, sağlığın korunmasına yönelik birey ve çevrede alınan önlemlerin tamamını oluşturur. Sağlıklı olmak ve onun devamını sağlamakta en temel koşul çevrenin sağlıklı olmasıdır (Arslantaş, 2013: 10). Sağlık Bakanlığının çevreye ve oradaki canlılar için, hava, su kirliliği, gürültü, atıkların imha edilmesi, gıda ve konut

sağlığı, radyasyonun önlenmesi; insana yönelik olarak da, hastalıklara karşı bağışıklığın sağlanması, hijyen eğitimi, ana çocuk sağlığı, aile planlaması, hastalıklara karşı erken tanı ve teşhisin sağlanması, beslenmenin yeterli ve dengeli olarak sağlanması şeklinde çeşitli görevleri vardır. Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklardan koruma ile ilgilendiği için daha az maliyetli ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin gösterilmesinde etkin bir kriter olduğundan diğer sağlık hizmetlerinden daha önemli bir yere sahiptir (Kurt, 2009: 15). Ülkeler sağlık sistemleri açısından koruyucu sağlık sistemlerine ağırlık verdikleri sürece gelişirler ve tedavi edici gibi diğer sağlık sistemlerinin iş ve maliyet yükünü daha pratik şekilde hafifletirler.

Bu hizmetin maliyeti düşük ancak etkisi çok büyüktür ve hem kişiye hem de çevreye yönelik verilir. Sağlık evi, 112 acil sağlık hizmeti birimi, verem savaş dispanseri, halk sağlığı laboratuvarıdır (Özmen, 2013: 8).

1.2.3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin sağlığının bozulması sonucunda sağlığına kavuşturmaya yönelik teşhis, muayene ve tedavi aşamalarını ayakta, yatış ve evde bakıma yönelik işlemleri kapsar (Çelikay ve Gümüş, 2010: 185). Bu gruptaki sağlık hizmetleri hizmetin niteliği, yoğunluğu, şekli ve kapsamı gereği birinci, ikinci ve üçüncü basamak şeklinde gruplandırılmıştır (Tengilimoğlu, 2009: 47-48).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bireylerin sağlıklarının geliştirilerek hastalıklardan korunmalarının sağlanması ve erken tanı anlamında ayakta tedavilerini içerir (Bostancı, 2007: 51-52). Burada uygulanan tedaviler ve hizmetlerle diğer sağlık kurumlarındaki yığılmalar önlenerek yük hafifletilmiş olmaktadır (Başer ve arkadaşları, 2015: 27). Aile hekimlikleri, verem savaş dispanserleri bu gruptadır.

İkinci basamak sağlık hizmetleri teşhis ve tedavinin yoğun olduğu ve yataklı olarak oluşan sağlık tesisleridir (Önder, 2013: 38). Çoğunlukla kamu ve özel hastanelerin yanında tıp merkezleri ve semt polikliniklerinde verilir (Özmen, 2013: 13).

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise hastalığın niteliğine, tanıya, cinsiyete, yaşa göre ileri tedavi, uzmanlaşma ve teknoloji hizmeti içerir. Eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, çocuk, kadın hastalıkları ve doğum, kemik

hastalıkları, fizik tedavi, onkoloji, göz, göğüs, ruh ve sinir hastalıkları dal hastanelerinden oluşur (Özmen, 2013: 16).

1.2.3.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri, bireylerin hastalıkları, geçirdikleri kazalar sonrasında ruhsal ve bedensel olarak oluşan problemlerinin çözülmesi ve yaşamlarının rahatlıkla sürdürebilmelerine yönelik sosyal ve fiziki yönde verilen hizmetlerdir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186). Kaybedilen ya da güçsüzleşen organ için tedavi uygulayarak hastanın günlük faaliyetlerini kazandırabilmek için tıbbi rehabilitasyon hizmetleriyle sağlanır (Karataş, 1994: 193). Psikolojik hasarların oluşturduğu yıkımı önlemek ya da tedavi etmek için sosyal hizmet anlamında verilen hizmetler ise sosyal rehabilitasyon hizmetleri içinde yürütülür (Akdur, 1999: 6).

İKİNCİ BÖLÜM:

LİTERATÜR TARAMASI: SAĞLIK PERSONEL REJİMİ

Sağlık alanı veya kamu personeli hakkında eserlere, çalışmalara rahatlıkla rastlanırken sağlık personeli konusunda ise yapılan çalışmalar çok daha azdır. Makale içerisinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, en çok sağlık personeli ücret ve performans alanına değinildiği görülmekte ve bu konuda yüksek lisans tezi ve makalelerden daha az doktora tezi yapılmıştır. Son dönemde genel olarak kamu personel yönetimi çalışmalarının eksikliği, Özkal Sayan ve Küçük ile Mavi gibi birkaç istisna dışında, özellikle de SBKY perspektifinden sağlık personeline odaklanan çalışmalar sayıca oldukça az olduğu gibi sağlık sistemindeki ve genel olarak personel rejiminde sık gerçekleşen değişimler yapılan akademik çalışmaları bir ölçüde geçersiz kılabilmektedir. Konuya Çalışma İlişkileri perspektifinden yaklaşan Ünlütürk Ulutaş (2011), giderek sayıları artan Sağlık Yönetimi programları bakış açısından yaklaşan Gamze Nesipoğlu (2018), Halk Sağlığı Anabilim Dalı açısından yaklaşan Mustafa Öztürk (1999), Kamu Hukuku disiplininden (Karakaş ve Yüzbaşı, 2015); Sosyoloji perspektifinden yaklaşan Aytül Kasapoğlu (2016), Kamu Politikası perspektifinden Mete Yıldız ve Mustafa Serdar Sezer (2009) ile Hasan Engin Şener (2013) gibi kısıtlı çalışmalar vardır. Bu kısımda literatür taraması yapılarak okuyucuların toplu bir şekilde konu ile ilgili literatüre ulaşmaları daha rahat olacak ve sonraki bölümler için bilgilendirme çalışmasına ilişkin zemin oluşturulacaktır.

Çalışmayla ilgili literatür taraması çeşitli kriterlere göre yapılabilir hatta diğer bölümler içerisinde de dağıtılabilirdi ancak literatür taraması için bir bölümün ayrılmasıyla okuyucuların toplu bir şekilde konu ile ilgili literatüre ulaşmaları daha rahat olacak ve sonraki bölümler için bilgilendirme çalışmasına ilişkin zemin oluşturulacaktır.

TÜBİTAK ULAKBİM'e bağlı olan Dergipark sisteminde Haziran 2022 itibariyle Sosyal ana kategorisinde "Sağlık Politikaları ve Hizmetleri" konusunda tasniflenen 34 adet, Sağlık ana kategorisinde "Sağlık Bilimleri ve Hizmetleri" konusunda 210, "Temel Sağlık Hizmetleri" konusunda 28, Tıbbi Etik konusunda 11 dergi bulunmaktadır. Ayrıca Hemşirelik, Acil Tıp, Halk Sağlığı, Sağlık Yönetimi gibi konularda yayımlanan dergilerde de bazı makaleler sağlık personeli konusuna yer vermektedirler. Bu bağlamda

içerdikleri makaleler açısından Türkiye özelinde genelde sağlık idaresi/yönetimi özelde sağlık personeli alanlarında daha fazla makale içerme ihtimali olduğuna kanaat getirilen Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Gazi Üniversitesi, Selçuk Üniversitesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergileri, Sağlık Yönetimi Dergisi, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, Sağlık Bilimleri Dergisi, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Uluslararası Sağlık Yönetimi Stratejileri Araştırma Dergisi, Türkiye Hail Sağlığı Dergisi, Sağlık Bakanlığının akademik süreli yayını olan Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Avrasya Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dergisi, Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisinin ciltleri ve sayıları kapsamın örtüşmesi bağlamında sağlık personeliyle ilgisi olan eserleri bazı dergilerde tek tek sayılara bakarak bazılarında arama motoru kullanılarak tüm sayıları taranmıştır. Bu paragrafta adı geçen Sağlık İdaresi ve benzeri dergilerde sağlık personeline dair örnek makaleler burada verilmeyip sayılarının çokluğu nedeniyle alan araştırması içermeyenleri 2.1. ve alan araştırması içerenler ise 2.2. alt başlığında aşağıda sunulmaktadır.

Dergipark'ta sağlık personeli üzerine ilgili olabilecek makaleler taranırken daha ilgili gözüken makalelerin bir kısmında anahtar kelimeler arasında yer alan “sağlık çalışanı” teriminin geçtiği makaleler üzerinden iz sürüldüğünde Haziran 2022 itibariyle buna sahip 412 makale olduğu görülmüştür. “Sağlık çalışanı” anahtar kelimesi içeren makaleler listesinden de bu tezle daha ilgili olanların bulunması ve kullanılması için Dergipark arama motoru bu yönüyle de kullanılmıştır.

Covid-19 ile sağlık sektörü çalışanları arasında ilişki kuran makale sayısında artış görülmekte olup bu artış Dergipark veri tabanındaki dergilere de yansımıştır. Ayrıca bazı makaleler “Covid-19” anahtar kelimesi girişi içerse de bu anahtar kelimeye girenlerin ancak küçük bir kısmı doğrudan sağlık çalışanlarıyla ilişkili olup “sağlık çalışanı” anahtar kelimesi kadar bu tez için ulaşılmak istenen makaleleri bulmaya yardımcı olmamaktadır. Yine de, “Covid-19” anahtar kelimesi içerenlerden Cartı Dörterler ve Demirbaş (2020), Gürer ve Gemlik (2020), Çalışkan Pala ve Metintaş (2020), Yıldızal, Önder ve Demir (2021), Hande Yağcan ile Tuğçe Çetin (2021), Demirkol vd. (2021) makaleleri sağlık personeli ve özellikle de kamu sektöründe sağlık personeline dair eserlere örnek verilebilir.

Alan araştırması içeren ve genel olarak sağlık sektörüyle özel olarak sağlık personeliyle bağlantısı olan eserlerin bu tezin kapsamına girip girmeyeceği konusunda bazen zorlu kararlar verilmiştir; çünkü çok sayıda sağlık personeli araştırması genel eğilimleri ve politikaları veya personel rejimini merkeze almak yerine sağlık sektörü çalışanlarının mikro düzeydeki bazı durumlarını ve sorunlarını konu edinmektedirler. Stres ve stres yönetimi (örneğin, Aslan ve Atayeter, 2004; Çamkerten vd., 2020), mobbing, çatışma, kalite, performans (Ateş ve Kırılmaz, 2015; Kırılmaz, 2012; Esen ve Aykal, 2020; Akar vd., 2015), iş yerine bağlılık, iş doyumu (Songur ve Yaman, 2020; Güven, 2019; Oruç ve Yüceler, 2021) gibi mikro konular bunlar arasındadır; hatta bazı araştırmalarda sağlık personelinin kendisine özgü sorunları ve durumları yerine pratikte örnekleme ve erişim kolaylığı gibi nedenlerle sağlık personeli sadece denekler ya da anketi cevaplayıcılar durumundadırlar.

Az bilinen ve sağlık personeli ile ilişkisi eserin yayımlandığı dergi veya editörlü kitap başlığı ile kendi başlığından anlaşılabilen (Özdemir'in, 2010, Belediye Dünyası Dergisi gibi) eserlerin de bulunması ve burada yer verilmesine ciddi çaba gösterilmiştir. Diğer yandan sağlık personeliyle ilişkisini eserin adından ve yayımlayan kurumundan dolayı kurabilmek mümkün olsa da az atıf verilen, zor fark edilen SASAM'ın raporu gibi eserler de literatür analizi bağlamında bu bölümde ele alınmaktadır. Ayrıca Dergipark online/çevrimiçi platformunda yer almayan Yeni Türkiye gibi başka bazı uzun soluklu akademik dergilerin de sağlık yönetimi ve politikası konusunda özel sayılar çıkardığı bilinmektedir. Bu bağlamda Hasan Celal Güzel'in sağlığı boyunca onun önderliğinde yayımlanan Yeni Türkiye Dergisinin 2001 yılındaki çok sayıda yazı içeren 39. (örneğin, Durmuş, 2001; Öztekin, 2001) ve 40. (örneğin, Sarp, Esatoğlu ve Akbulut, 2001; Yıldırım, 2001; Atun, 2001; Sur ve Atlı, 2001; Fidaner, 2001) sayıları Sağlık Özel Sayısı olarak yayımlanmıştır. Kamu Yönetimi alanındaki Amme İdaresi Dergisinde (AİD) sağlık hizmetleri, finansmanı, yönetimi ve nadiren de olsa personeli konularında makaleler bulunmaktadır. Bu makalelerin çoğu kamu yönetimi veya siyaset bilimi akademisyenleri tarafından kaleme alınmış olsa da Maliye, Çalışma Ekonomisi, İşletme gibi alanlardan da AİD'ye sağlık yönetimi konusunda makale katkıları bulunmaktadır. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi de Alcan ve Özsoy (2019), Gönç (2017), Özkal Sayan ve Küçük (2012), Çelikay ve Gümüş (2011), Karasu (2011) gibi sağlık personeline

doğrudan veya sağlıkta kamu-özel ortaklıkları konularındaki makaleleriyle güçlü katkılarda bulunmaktadır. Genelde sağlık yönetimi, sağlık sektöründe çalışan personele dair motivasyon, mobbing, liderlik, şiddet, performans, hasta-hekim ve hekim-hemşire ilişkileri gibi konularda daha çok İşletme, Halk Sağlığı, Sağlık Yönetimi Anabilim Dallarından olmakla birlikte çok farklı anabilim dalları penceresinden yapılmış bol miktarda yüksek lisans ve önemli sayılabilecek derecede de tıpta uzmanlık ile doktora tezleri YÖK Tez Merkezinin lisansüstü tezler kataloğunda yer almakta, önemli bir kısmına PDF olarak online erişim sağlanabilmektedir. Ancak bu lisansüstü tezler kamu sağlık sektöründe veya genel olarak sağlık sektöründe sağlık personeline dair bakış açıları, politikalar ve gelişmeler konusuna geniş zaman dilimlerinde ve makro veya meso-makro düzeylerde bakışı yerine bir anın veya kısa bir dönemin personelle ilgili tek bir teknik konudaki fotoğrafının çekilmesi ve/veya seçilen teorik ve araştırma deseni çerçevesinde analizinin yapılmasına yöneliktir.

2.1. ALAN ARAŞTIRMASI İÇERMİYEN SAĞLIK PERSONEL REJİMİ POLİTİKASI LİTERATÜRÜ

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi ile Kamu Yönetimi bölümleri içerisinde Otçu (2001), Orhan (2006), Bostancı (2007), Önder (2013), Aykır (2014), Karacaer (2014), Serez Arslan (2016), Sariahmetoğlu (2019) genellikle sağlık alanında sağlık politikaları, sağlık reformu, Sağlıkta Dönüşüm Projesi konusunda çalışmalarını yapmıştır. Bölümde doktora tezi ve personel konusu çerçevesinde Mavi (2010) 1960 sonrası sağlık personeline dair sağlık politikalarını incelemiştir. Kamu Hukuku (Arslan Hızal, 2015), Tarih Bölümü (Tunçay, 2019), Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri (Görmüş 2011; Kaynak Özçelik, 2016) başta olarak lisansüstü tez çalışmalarında alan araştırmasına değinmeden Türkiye'nin sağlık sektöründe personel konusu ele alınmıştır.

Literatürde alan araştırması içermeyen ve doğrudan Türkiye'de var olan sağlık politikaları, reformları, yönetimi konusunda (Bakar ve Akgün, 2005; Günaydın, 2012; Aktel vd., 2013; Hamzaoğlu, 2013; Erol ve Özdemir, 2014; Başol ve Işık, 2015; Madenoğlu Kıvanç, 2015; Kol, 2015; İleri vd., 2016; Mamur Işıkcı, 2016; Cansever, 2018; Yılmaz, 2018; Boyacı, 2020) çok sayıda çalışma tamamlanmıştır. Ancak daha spesifik bir boyut veya alt başlık olan sağlık personeli konusunda yayınlar çok daha

sınırlıdır. Yine de sistematize etme ve takip kolaylığı açısından sağlık personeline dair makaleler içeren Türkiye kökenli dergiler beş ana kümeye ayrılmak suretiyle incelenmiş olup Amme İdaresi Dergisi ve Ankara SBF örneklerinde olduğu üzere tek tek sayılara bakılarak, başlığın çağrıştırmadığı eserlerin de bulunmasına gayret gösterilmiştir. Bu bağlamda alan araştırması içermeyip doğrudan sağlık personeli üzerine odaklı veya güçlü şekilde sağlık personeli tartışmaları da barındıran dergiler ve onların örnek makaleleri şu beş kümede toplanmıştır: 1) Sağlık idaresi, politikası ve yönetimi, 2) Hemşirelik, tıp, tıp eğitimi, hemşirelik eğitimi, 3) Kamu yönetimi ve siyaset bilimi, 4) personel / İKY, 5) diğer konular ve daha genel sosyal bilimler alanındaki süreli akademik yayınlar.

1) Sağlık idaresi, politikası ve yönetimi dergileri:

- Sağlık Yönetimi Dergisi (Çavmak ve Çavmak, 2017; Çavmak, 2017)
- Sağlık Akademisyenleri Dergisi (Akgün, 2015; Bıyık ve Tekin, 2015; Sarı, 2019; Beylik vd., 2015; Çıraklı ve Yıldırım, 2019)
- Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Dergisi (Songur ve Yaman, 2020)
- Toplum ve Hekim (Bakar ve Akgün, 2005; Zencir, 2009)

2) Hemşirelik, tıp, tıp eğitimi, hemşirelik eğitimi gibi dergiler:

- Abant İzzet Baysal Üniversitesi (Akpınar, 2014)
- Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Akış vd., 2008; Öztürk, 1999)
- Ankara Tıp Fakültesi Dergisi (Balçık ve Nangır, 2016)
- Batı Karadeniz Tıp Dergisi (Aydemir, 2020)
- Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi (örneğin, Nesipoğlu, 2018, Sargutan, 2015; Yalçınkaya, 2018)
- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi (Aygır ve Önsüz, 2017; Çakmak Barsbay, Mehtap, 2021; Çalışkan Pala ve Metintaş, 2020)

- Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (Soyer, 2012; Yavuz, 2016)
- Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi (Madenoğlu Kıvanç, 2015)
- İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi (Öztürk ve Şaylıgil, 2017)

3) *Kamu yönetimi, İİBF ve Sosyal Bilimler Dergileri:*

- Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (Çelikay ve Gümüş, 2010; Kayral, 2016)
- Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi (Karabulut ve Emsen, 2003)
- İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (Boyacı, 2021)
- Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi (örneğin, Özkal Sayan, 2009; 2016; Özkal Sayan ve Küçük, 2012)
- Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (Çapar, 2019)
- Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (Çetin, 2021)
- Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (Uğrak vd., 2016)
- Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi (Sarıyıldız, 2021)
- Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (Öztürk ve Bilkay, 2016)
- Amme İdaresi Dergisi (Özkal Sayan ve Albayrak, 2011; Ataay, 2008; Ateş ve Kırılmaz, 2015; Kalender ve Uludağ, 2004; Övgün ve Küçük, 2013; Sabuktay, 2008)
- Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi (Mamur Işıkcı, 2016)

4) *Personel / İKY Dergileri:*

- Sağlık Bakanlığının akademik süreli yayını olan Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi (Avcı ve Ağaoğlu, 2014)

- Journal of Healthcare Management and Leadership (Özdemir, 2021)

1) *Diğer Dergiler:*

- Toplum ve Sosyal Hizmet (Yıldırım ve Işıkhan, 2014)
- Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi (Kalemli, 1985)
- OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi (Çevik Özdemir vd., 2019)
- Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi (Ak, 2018)
- Sayıştay Dergisi (Altay, 2005)
- Standard: Ekonomik ve Teknik Dergi (Aslan vd., 2004)
- Yaklaşım (Bilgili, 2002a, 2002b)
- Toplum ve Demokrasi Dergisi (Ergun ve Dericioğulları Ergun, 2010)
- Çalışma ve Toplum (Urhan ve Etiler, 2011; Yeşiltaş, 2015)

Kamu yönetimi, kamu politikası ve sağlık yönetimi konusundaki birkaç editörlü kitapta (örneğin, Yıldız ve Sobacı, 2013; Babaoğlu ve Akman, 2018; Yıldırım Kaptanoğlu, 2011) ve telif kitapta (örneğin, Fişek, 1997; Aslan, 2005, Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010; Cankul, 2010; Tengilimoğlu ve arkadaşları, 2012; Söyük, 2018; Aslan, 2019; Atalay ve Çavmak, 2020; Avcı, 2020) kamu sektöründe sağlık personeli konusu alan araştırması içermeksizin yer bulmuştur. İngilizce dilinde Türkiye’de sağlık personeli konusuna yer veren çok az çalışma bulunmaktadır ve bunların çoğu dolaylı ve sınırlıdır (örneğin, Akgün ve Al-Assaf, 2014; Visconti, Doş ve Gurgun, 2017; Can ve Haylı, 2020).

Alan araştırması içermeyen yurtdışı kaynaklar R.M. Visconti, A. Dos ve A.P. Gurgun (2017: 407-437) tarafından yayımlanan “Public–Private Partnerships for Sustainable Healthcare in Emerging Economies”, J. Leitao, E. de Moraes Sarmento ve J. Aleluia editörlüğündeki *The Emerald Handbook of Public–Private Partnerships in Developing and Emerging Economies* başlıklı kitapta yer alan bölümün amacı kamu-özel sektör ortaklığını sağlık sistemi yatırımları açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında karşılaştırmaktır.

Leo Panitch ve Colin Leys tarafından hazırlanıp İngilizce orijinali Social Register tarafından basılan ve Türkçe literatüre Yordam Kitap tarafından Social Register’in özel

sayılarının çevirileri arasındaki yayınlardan birisi olarak kazandırılan *Kapitalizmde Sağlık: Sağlıksızlık Sempozyumları* derleme kitabındaki çok sayıda bölümün bazılarında sağlık personeli konusuna satır aralarında bazen güçlü şekilde yer verilmektedir.

Kolehmainen ve Riitta (1993) *Human Resources Planning: Issues and Methods*, adlı çalışmalarında, Sağlık hizmetlerinde sağlık personelinin gelişimi için sağlıkta insan kaynakları programının büyük önem taşıdığı bildirilmiştir. Sağlık sisteminin toplumun ihtiyaçlarına hizmet etmesi gerektiği, özellikle gelişmekte olan ülkeler için sağlık personel rejimi politikaların belirlenmemesi, yönetimdeki deneyimsizliklerin, eğitim ve bilgideki eksikliklerin sorun teşkil edeceğine dair açıklamalar yapılmıştır.

Lutchmie Narine (2000) “Impact of Health System Factors on Changes in Human Resource and Expenditures Levels in OECD Countries” çalışmasında, OECD verileri kullanılarak sağlık sistemine dair yaşlıların oranı, ayakta tedavi harcamaları, eğitim programlarına kayıt seviyeleri, kamu finansman düzeyi ve kişi başına gelir gibi değişkenlerin etkileri incelenmiştir.

Mariel Lavieri ve Martin L. Puterman (2009) “Optimizing Nursing Human Resource Planning in British Columbia”, hemşirelerin işe girişlerinden terfilerine kadar işgücü programları incelenmiştir. Yaş dinamikleri ve yıpranma oranları baz alınarak Kanada’nın British Columbia (Province) Eyaleti için bir model oluşturulmuştur.

Aşağıda sadece mevzuat aktarmanın ötesine geçerek sunduğu verilerle ve yaptığı yorumlarla bu tezin gelişimine ve yazımına önemli katkısı dokunan ve özellikle de ana konu içinde personele dair politikalar, bakış açıları ve reformlar boyutlarına yer verip yorum üreten eserlere öncelik ve ağırlık verilerek literatürden eserin yayım tarih sırası dikkate alınarak özetlemeler yapılmaktadır. Doğrudan alan araştırması içermeyen çalışmalar tarih (yıl) sırası izlenerek --olabildiğince literatür özeti bağlamında anlatımı bozmamaya da dikkat ederek-- bu tez çalışmasıyla ilgisi kurulmak suretiyle özetle tanıtılmakta ve irdelenmektedir. Bu kısımda özetle ele alınan eserlere dair kimi toplu değerlendirmeler, özelliğine göre bu Bölümün sonunda verilmektedir.

Çağlar Keyder ve arkadaşlarının derlediği (2007) kitapta Türkiye’nin ve birkaç ülkenin sağlık politikaları konusunda çeşitli bölümler bulunmakta, bu bölümlerin

bazılarında sağlık personeli ancak satır aralarında yer alırken kimisinde sağlık personeline hiç yer verilmemektedir.

Erdal Eke'nin (2020) editörlüğünde yayımlanan *Sağlık Yönetiminde Güncel Tartışmalar* teorik ve alan uygulamalı çalışmaları kapsayan 13 bölümlü kitabında sağlık personeline doğrudan veya dolaylı olarak odaklanan kamu özel ortaklığı ve şehir hastaneleri, hekim adaylarının tercihlerini etkileyen faktörler gibi konularda bazı bölümler bulunmaktadır.

Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın (2007) editörlüğündeki *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği* başlıklı hacimli editörlü kitapta 2002–2013 yılları arasındaki dönemde Sağlık Bakanlığı da yapan Recep Akdağ dahil birçok yazarın katkısı bulunmaktadır.

Türkçe dilinde yayımlanan kamu personel yönetimi telif ve editörlü kitaplarında sağlık personel rejimi ve uygulamalarına doğrudan yer verilmemektedir. Türkçe literatürde sağlık personel rejimi ve pratiği kamu yönetimi başlıklı veya konulu editörlü kitaplarda veya kamu politikası (örneğin, Avaner ve Fedai, 2018; Özkal Sayan, 2018; Yıldız ve Sobacı, 2013; Yıldırım ve Yıldırım, 2013) kitaplarında sağlık politikası üzerine birer bölüm bulunmaktadır. Sağlık yönetimi ile sağlık politikası alanlarındaki editörlü kitaplarda (örneğin, Panitch ve Leys, 2010; Eke, 2019 ve 2020) da az sayıda sağlık personeli konusunun ele alındığı bölümler yer bulmaktadır.

Türkçe literatürde sağlık personel rejiminin alt konuları ile sorunları açısından en temel süreli yayın kaynaklarından birisi 2018 yılına kadar Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) ve sonrasında Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi (HBVÜ) tarafından çıkarılan Amme İdaresi Dergisidir. Amme İdaresi Dergisine ilaveten 2018 öncesi TODAİE tarafından yayımlanan İnsan Hakları Yıllığı ile Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi gibi diğer süreli yayınlarında da sağlık personel rejimi, ücretlendirilmesi, istihdamı, norm kadro ve personeliyle ilişkili diğer konularına dair bazı makaleler yayımlanmıştır.

Birgül Ayman Güler ve arkadaşlarının (1999) *Kamu Personel Sistemi* başlıklı kitabı personel sistemini anlama açısından hayli önemlidir; ancak doğal olarak 1999'dan 2021'ye kadarki gelişmeleri içermemektedir. Kubilay Yalçınkaya (2017; 2018a; 2018b)

TODAYE Uzmanlık tezinden üretilen (2017) iki makalesi de de sağlık hizmetlerinde 1923-1980 arasını kapsayan geniş bir geçmiş dönemde maaş rejimine yer vererek sağlık çalışanları politikası ve sağlık çalışanlarına dair bakış açıları açısından çok önemli bir konu başlığı olan maaş ve maaşa dair rejim konularında çarpıcı tespitlerde bulunmaktadır. İpek Özkal Sayan (2015) çeşitli tek ve ortak yazarlı makalelerinde konuya kam personeli düzeyinde çok genel bakmak yerine, sağlık sektörü özelinde makro bakış açıları ve kamu yönetimi perspektifinden çarpıcı tartışmalara kapı araladığı için bu teze katkı ve altlık sağlamaktadır.

Aşağıda Türkiye’de personel konusuna ve/veya kamu sektöründe norm kadro başta olmak üzere personel istihdamı ve temini alt konusuna yer veren ve doğrudan alan araştırması içermeyen çalışmalar tarih (yıl) sırası izlenerek --olabildiğince literatür özeti bağlamında anlatımı bozmamaya da dikkat ederek-- bu tez çalışmasıyla ilgisi kurulmak suretiyle özetle tanıtılmakta ve irdelenmektedir. Bu kısımda özetle ele alınan eserlere dair kimi toplu değerlendirmeler, özelliğine göre tezin bu 1. Bölümünün sonunda verilmektedir.

Fazliye Uzun (1989) *Belediyelerin Gıda Kontrol Hizmetleri Konusunda Bir Çalışma* başlıklı Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde tamamlanan Bilim Uzmanlığı tezinde farklı büyüklüklerdeki belediyelerde gıda kontrol hizmetlerinin durumunu ve gıda kontrolünde görev yapan zabıta ile veteriner gibi personelin sayı, nitelik ve sorunlarını irdelemektedir.

Yusuf Öztürk ve Osman Güney (1991) makalelerinde Cumhuriyet döneminde yaşanan sağlık problemlerine, çözümlere ve politikalara sosyo-ekonomik yapı içerisinde değinmektedir.

Osman Hayran ve Haydar Sur (1998) editörlü kitapta temel sağlık hizmetleri, sağlık düzeyi göstergeleri, sağlık hizmetleri maliyeti ve finansmanı, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve kalitesi, Sağlık Bakanlığının yapısı ve yönetim sistemi, sağlık mevzuatı konularına değinilerek sağlık hizmetlerine yönelik temel ve genel bir değerlendirme yapılmıştır.

Faruk Ataay (2008) “Sağlık Reformu ve Yurtaşlık Hakları”, başlıklı Amme İdaresi Dergisi makalesinde günümüzde Türkiye’de sağlık sisteminin köklü bir

reformdan geçtiğini ve bu çerçevede, mevcut sosyal güvenlik ve sosyal yardım kuruluşlarının çoğu Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilerek “genel sağlık sigortası” sistemine geçilmekte olduğunu belirtmektedir. Ataay (2008) sosyal yardım sözcüğü sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları (SYDV) de kapsar; ancak SYDV’ler 1986 yılında kuruluşlarından 2021 yılı sonuna kadar hiçbir zaman SYDV SGK çatısı altında olmamışlardır ve olmaları yönünde herhangi bir irade veya söylem de bulunmamaktadır. (SYDV politikasına dair daha fazla bilgi için bakınız: Yatkın, 2019). Ataay (2008) birinci basamak sağlık hizmetlerinde “aile hekimliği” sistemi, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında “sağlık işletmesi” modelinin yerleştirilmekte olduğunu ve bunların Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması hedefi içinde yaşanan dönüşümler olarak gerçekleştirilirken, temelde “liberal” bir sosyal politika anlayışından hareket edildiği, bu yaklaşımın da sağlık hizmetine erişimde adaletsizlikleri arttırdığını savunmaktadır.

Koray Karasu (2011) Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı başlıklı makalesinde yönetim ilişkisini kuşatan ve dönüştüren sözleşme temelindeki örgütlenme modellerinden birisi olarak görülen kamu-özel ortaklığı Türkiye dahil bazı ülkelerde sağlık alanında hızla yaygınlaşmakta olup, hizmetlerin işletmecilik esasları temelinde örgütlenmesine dayanmakta olan ve örgütlenme ilke ve değerleri açısından piyasa dostu bir modeldir. Devletin sadece tıbbi hizmet (çekirdek hizmet) üretiminde yer aldığı bu modelin uygulandığı hastanelerde, sağlık tesislerinin yapımı, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu ve ticari alanların işletilmesi özel sektöre (tek bir ortak girişime) blok halinde devredilmektedir. Devlet, uzun süreli sözleşmelerle ortak girişimden temin ettiği mal, hizmet ve yapım işinin karşılığını bütçe dışı yollarla, yıllık kira şeklinde ödemektedir. Sağlık hizmetleri alanında Türkiye’de kamu-özel ortaklığı modeliyle yapılacak hastanelerin örgütlenme biçimini, modeli uygulayan farklı ülkelerin deneyimlerinden de yararlanarak analiz etmeyi amaçlayan bu makalede Kamu Yönetimi disiplini mensubu yazar ele aldığı bu modeli, dayandığını iddia ettiği neo-liberal örgüt kuramlarının varsayımları açısından da test ederek eleştirel bakışla değerlendirmektedir.

İpek Özkal Sayan ve Aziz Küçük (2012) yeni kamu işletmeciliğinin personel yönetimine ilişkin uygulamalarının en belirgin görüldüğü alanlardan birisi olarak

gördükleri sağlık hizmetlerinde örgütlenme değişimini yansıtan “aile hekimliği” ve “kamu hastane birlikleri” modellerinde personel istihdamının “sözleşmelilik” esasına dayandırıldığını; o dönemde (2018 yılında kaldırılıncaya kadar) hizmetin özel hukuk sözleşmeleri yoluyla üçüncü kişilere yaptırılmasının yolunu açan “taşeron personel çalıştırma” düzenlemesine gidildiğini; özel hastane işletmeciliğinin geliştirilmesi ve ucuz işgücü ihtiyacını karşılamaya yönelik “yabancı sağlık personeli” istihdamının yolunun açıldığını vurgulamaktadırlar. Çalışmada, sağlık hizmetlerinin niteliğindeki dönüşümün sağlık personeli istihdamının yönünü kadroluluktan sözleşmeliliğe doğru çevireceği ve şehir hastaneleri başta olmak üzere kamu-özel ortaklığı tarzındaki örgütlenme değişiminin gerçekleşmekte olduğunu ileri sürmüşlerdir. Özkal Sayan ve Küçük’ün (2012) ortak eserinde kamu hastaneleri birlikleri, taşeronluk sisteminin yaygınlaşması ve yabancı sağlık personeli istihdamının yaygınlaşacağı yönünde ileri sürdükleri gelişmeler gerçekleşmemiş, yavaş ilerlemiş veya taşeronluk ile kamu hastaneleri birlikleri örneklerinde olduğu üzere sonlanmıştır. Yazarlar, kamu istatistikleri, mevzuat, Anayasa Mahkemesi kararları, Özel İhtisas Komisyonu ve diğer raporlar ile literatürü bilgisini harmanlamak suretiyle iddialarını ve makalenin amacını desteklemeye çalışmışlardır.

Sağlık personel rejiminin dönüşümüne dair Etiler (2012), piyasa koşullarına göre şekillenen sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ile çalışma koşullarının, istihdam şekillerinin değiştiğine değinilmiştir. Yavuz (2016) “Sağlık Emekçilerinin Durumu Üzerine” adlı çalışmasında Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sağlık personelinin istihdam dokusu üzerinde yaşanan çeşitlilik, süre, uygulama yapısı üzerinde değişikliklere değinilmiştir. 1980 sonrası Türkiye’de değişen ve farklılaşan yapı sürecinde sağlık politikalarının da neoliberal şekilde değiştiğini vurgulayan Yenimahalleli Yaşar (2010) 1980 sonrası sağlık politikalarındaki dönüşümleri dönemlere ayırarak incelemekte ve çıkarılan sonuçlar doğrultusunda analizler yapmaktadır. Sallan Gül ve arkadaşları (2009) “Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Üzerine Bir İnceleme”, adlı çalışmalarında aile hekimliği modelinin yerele ve yerelleşmeye yönelik bir adım ve kamusal toplumcu yaklaşımın piyasa temelli hizmet olarak görüldüğüne değinmişlerdir.

Sezer ve Yıldız (2009) Türkiye’deki yabancı doktor istihdamının getirdikleri irdelenerek olumlu ve olumsuz yönleri incelenmiştir. Ayrıca konuyla ilgili olarak Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada’daki sağlık politikaları ve yaşadıkları deneyimler incelenmiş olup Türkiye için uygulama programı belirlenmeye çalışılmıştır.

Mustafa Sönmez (2017) *Paran Kadar Sağlık: Türkiye’de Sağlık Ticarileşmesi* başlıklı üç baskı yapan ve dört ana bölümden oluşan telif kitabının 4. Bölümüne “Sağlık Elemanları ve Çalışan Hakları” başlığını uygun görmüştür. Sönmez bu kitabında sağlık çalışanlarının haklarına odaklanmaktadır.

Fedayi Yağar ve Sema Dökme (2019) “Sağlık Çalışanları ve Mobbing” başlıklı makalede Pub Med, Science Direct ve Google Akademik veri tabanlarını kullanarak 2009–2018 döneminde yayımlanan ulusal ve uluslararası bilimsel makaleleri “hastanelerde mobbing, sağlık kuruluşlarında mobbing, sağlık çalışanları ve mobbing, hekimler ve mobbing ve hemşireler ve mobbing” anahtar kelimelerini kullanarak tespit etmişlerdir. Bu kapsamda, çeşitli kısıtlamalarda dikkate alınarak 56 araştırma makalesini içerik analizine tabi tutmuşlardır.

Ertan Eğribel ve Yüksel Yıldırım (2019) editörlüğündeki “Sağlık Sosyolojisine Giriş” kitabı ile Batının modern biliminde bazı durumlarda asıl amacın sağlığın korunması ve iyileştirme çabalarından çok çıkarların ön planda tutulduğu konusunda eleştiriler sunulmaktadır. Bu eserde özetle toplumların kendi politikaları ve oluşturdukları siyasetle bu durumu düzeltebilecekleri bildirilmektedir.

Sabahattin Aydın (2008) *Hayata Yüksekten Bakabilmek (Sağlık Politikası Üzerine Makale ve Denemeler)* eserinde sağlık hakkından sağlık politikalarına kadar sağlık konusunda geniş bir yelpaze açmakta ve sağlığın geliştirilmesi konusunda insanı merkeze koyan bir yaklaşım sergilemektedir.

Literatür analizi için yapılan taramada sağlık personeli, sağlık çalışanı, sağlık insangücü, sağlık ve işgören gibi anahtar kelimeler bazen istenilen sonucu vermemekte, başlıkta, özetle ve anahtar kelimedeki taratılan anahtar kelimeler yer alsa bile tarihsel (örneğin, Dağ, 2017), bakış açılarına yönelik spesifik ve bu tezin daha makro bakış açısına uymayan eserlere ulaşılabilmektedir.

Mustafa Dağ (2017) “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Urfa’nın İlk Eczaneleri ve Sağlık Personeli” başlıklı eserinde Urfa halkının Fransızlara karşı kazandıkları zaferden sonra kurulan eczaneler belgeleriyle birlikte tanıtılmaktadır. Ayrıca o dönemlerde Urfa’da görev almış sağlık personeli tanıtılmış ve sağlık hizmetlerine verdikleri katkılara değinilmiştir.

Kamu Yönetimi disiplini mensubu lisansüstü öğrenciler ve akademisyenlerin sağlık personeli konusuna ilgisi sınırlıdır ancak bu spesifik alanda bazı çok değerli ve doğrudan konuya odaklanan eserler mevcuttur. Bunlar arasında Özkal Sayan ve Küçük (2012) gibi konuyu ele alış, kamu personeli ve/veya sağlık personeli konusundaki diğer yayınlarının varlığı (örneğin, Özkal Sayan, 2007; 2009; Küçük, 2017) doğrudan konuya odaklanma gibi nedenlerle özel bir yeri vardır ve bu tez konusuyla bağlantı düzeyi yüksektir. Özkal Sayan ve Küçük (2012) çalışmasına ilaveten Ataay (2008; 2005: 63-82); Karasu (2012), Karkın (2007), Övgün ve Küçük (2013), Avaner ve Fedai (2015: 515-560), Ateş ve Kırılmaz (2015), Özer (2016), Eke’nin (2014; 2019) de kamu yönetimi ve aynı zamanda sağlık idaresi perspektifinden konuyu ele almaları bu tez açısından önemlidir. Sağlık hizmetleri örgütlenmesine devletin yeniden ölçeklendirmesi bağlamında bakan Övgün ve Küçük (2013) bölgelere odaklanırken Karkın (2007) yerel yönetimler düzeyine odaklanmaktadır.

Songül Sallan Gül ve Ayşe Dericioğulları Ergun (2010) *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu –II’de* sundukları “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar” başlıklı basılı bildirilerinde aile hekimliği sisteminin hayata geçirilmesinde yeni liberalizmin etkisi altında devletin küçültülmesi, kamusal hizmet ve üretimin ticarileştirilmesi sağlık hizmetlerinin piyasaya entegre edilmesi çabasıyla herkesin doktoru olacak söyleminden hareket edildiğini savunmaktadırlar.

Hüseyin Gül örneğinde olduğu üzere sağlık yönetimi ve/veya tıp öğretim elemanlarıyla sosyal bilimler boyutu olan ortak alan araştırmaları yapan ve çalışmaları geniş bir akademik camiada dikkat çeken kamu yönetimi ve kamu politikası akademisyenleri de bulunmaktadır. Bu bağlamda Mehtap ve arkadaşları ile Hüseyin Gül’ün (2008) “Süleyman Demirel Üniversitesi Personelinin Organ-Doku Bağışı ve

Nakli Hakkındaki Bilgi ve Tutumları” başlıklı makalesinde, Süleyman Demirel Üniversitesinde görevli personelinin organ ve doku bağıışı hakkındaki bilgisi ve tutumlarına yönelik araştırma yaparak organ ve doku bağıışına ne kadar yakın oldukları ölçülmüştür. Çalışmada personelin yeterli bilgiye sahip olmadıkları, bağııştan kaçındıkları ve bu konuyla ilgilenen kurumların yeteri düzeyde bilgilendirme yapmadıkları gözlenmiştir. Ayrıca Derman Boztok ve Bülent Kılıç (1995), Minenur Sünter (2018), Şirin Özkan ve Mert Uydacı (2019), Keziban Avcı ve Selçuk Ağaoglu’nun (2014) sağlık insangücü planlamasına yönelik çalışmaları da dikkat çekicidir. Fatih Şantaş ve arkadaşları (2012) “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması” adlı çalışmalarında sağlık insan gücü planlamasına dair ihtiyaçları, standartları ve denetim yapısını Beş Yıllık Kalkınma planları yönünden incelemişler ve 1963 yılından itibaren uygulamaya konulan kalkınma planlarında yerini alan sağlık personeli planlamasına yönelik hususlar değerlendirilmiştir. Esat Yılgör (2006) ise SİGP in amaçları, hedefleri ve iyi bir SİGP için etkin yöntemleri açıklamıştır. Ayrıca hesaplama yöntemleri de belirlenerek ve hatta işleme dökülerek formüle edilmiştir.

2.2. ALAN ARAŞTIRMASI İÇEREN SAĞLIK PERSONEL REJİMİ POLİTİKASI LİTERATÜRÜ

Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi ile Kamu Yönetimi bölümleri ve lisansüstü programları içerisinde Kaplan (2013), Sağdıç Tekeş (2017), Sağlam (2019), yüksek lisans tezlerinde genellikle sağlık alanındaki personel istihdamına, motivasyonuna, iş doyumuna, 663 sayılı KHK’dan sonraki yapının oluşturduğu yeni gelişmelere değinmektedirler ve bu çalışmalarda konuyla ilgili il bazında alan araştırmaları ile çalışmalar desteklenmiştir. Sosyoloji alanında Çirpici (2010), Demir (2018), Acar (2018) çalışmalarında sağlık personeli içerisindeki ekonomik etkileri, sözleşmelilik, taşeronlaşma gibi olguları sosyolojik analizini yapmışlardır. İşletme alanında da daha çok Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalında çalışmalar yapılmıştır. İnceoğlu Bektaş (1998), Durmuşoğlu (2013), Topcu (2018) 663 ve 694 sayılı KHK’ların getirdiği yeniliklere personel alt konusunda değinmişlerdir.

Alan araştırması içeren doğrudan sağlık personeli üzerine odaklı veya güçlü şekilde sağlık personeli tartışmaları da barındıran dergiler ve onların örnek makaleler ise şu şekilde ve özgün biçimde gruplandırılabilir:

1) Sağlık idaresi, politikası ve yönetimi dergileri:

- Sağlık Akademisyenleri Dergisi (Akar vd., 2015; Ünal ve Ünal, 2017; Bıyık ve Tekin, 2015; Gemik vd., 2016; Mazı vd., 2018)
- Sağlık Bilimleri Dergisi (Kılıç ve Çetinkaya, 2011; Balcı vd, 2011)
- Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi (Arı ve Özenci, 2020)
- Sağlık İdaresi Dergisi (Kılıç ve Tunç, 2004).

2) Hemşirelik, tıp, tıp eğitimi, hemşirelik eğitimi gibi dergiler:

- Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi (Çiftçi ve Bostan, 2016)
- Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Akış vd., 2008).

3) Kamu yönetimi, İİBF ve Sosyal Bilimler Dergileri:

- Kayseri Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi (Erber, 2020)
- Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi (Tengilimoğlu ve Çermikli, 2002)
- Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi (Muş ve Özdemir, 2021).

4) Personel / İKY Dergileri:

- Sağlık Bakanlığının akademik süreli yayını olan Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi (Avcı ve Ağaoğlu, 2014).

5) Diğer Dergiler:

- International Conference in Economics (Bahçe vd., 2014),
- Turkish Studies.

Kamu Yönetimi alanında sağlık personeline dair lisansüstü tezlerinden birisi Harun Kırılmaz'ın (2012) *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastaneler Örneği* başlığını taşıyan doktora tezidir. Kırılmaz'ın, ayrıca, Hamza Ateş ile birlikte (Ateş ve Kırılmaz, 2015) *Amme İdaresi Dergisinde* (AİD) alan araştırması temelli performans konusunda uzun soluklu bir makalesi bulunmaktadır. Sağlık personeline odaklanan kamu yönetimi kökenli lisansüstü tez sınırlı sayıdadır, genel olarak sağlık sektörüne odaklanan başka tezlerde ise satır aralarında personel konusu yer almaktadır.

Çağla Ünlütürk Ulutaş'ın (2011) kapsamlı bir alan araştırmasına dayalı kitap boyutunda eserinde konuya Çalışma Ekonomisi ve İlişkileri perspektifinden yaklaşmaktadır. Ünlütürk Ulutaş'ın (2011) eseri sağlık hizmetlerinin üretiminde 2000'lerde yaşanan dönüşümde ve yine hizmetlerin üretiminde hızlıca gerçekleşmekte olan piyasalaşma sürecinde sağlık çalışanlarının sınıf ve statülerine dair etkileri araştırmaktadır.

Kerim Özdemir ve Fehim Göze (2005) 2. *Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu* Bildiriler Kitabında yer alan *Bandırma'da Hemşirelerin Sağlık Etiği Algılamaları* adlı basılı bildiride sağlık hizmetini gerçekleştiren sağlık çalışanlarının etiğe uygun davranışlarının sağlık hizmetlerinde verimliliğe etkisini incelemişlerdir. Eser fark edilmesi ve erişilmesi zor bir kaynakta yer aldığından sonraki çalışmalarda çok az ilgi çekmiştir.

Nurşen Özçelik Adak (2002) *Sağlık Sosyolojisi: Kadın ve Kentleşme* başlıklı yazarın doktora tezinden (Özçelik, 2001) esinlenen telif araştırma kitabında sağlık alanının farklı bir boyutu sağlık sosyolojisine değinerek sağlığa sadece tıbbi anlamda değil sosyal anlamda da bakılması gerektiğini, toplumun, kültürel yapının, değerlerin kadın çevresinde sağlığa etkilerini incelemiştir.

Yukarıda kısaca yer verilen Türkiye'de sağlık personel rejimine ve/veya sorunlarına dair alan araştırmasına dayalı veriler ve bulgular sunan tezlerden Çirpici (2010), Küçük (2012), Önder (2013), Özmen (2013), Kaplan (2013), Durmuşoğlu (2013), Eke (2014), Erdoğan Kaya (2014), Doğruyol (2015), Sağdıç Tekeş (2017), Topcu (2018), Sağlam (2019) yüksek lisans tezidir. Aynı bağlamda, İnceoğlu Bektaş

(1998), Ünlütürk Ulutaş (2011), Demir (2018), Acar (2018) çalışmaları ise alan araştırmasına dayalı ve sağlık personeline kısmen ve dolaylı da olsa yer veren lisansüstü çalışmalar ise doktora tezleridir. Bu lisansüstü tez çalışmaları içerisinde Uzun (1989) ve Özsan (1994) Sağlık Bilimleri uzmanlık tezi, Yalçınkaya (2017) TODAİE KYUP yüksek lisans tezidir.

Tıpta Uzmanlık tezleri uzun süre Tıp Fakültelerinde tamamlanmakla birlikte, zamanda doktora programlarına dönüştürülerek Sağlık Bilimleri Enstitüleri altındaki doktora programlarından birisi haline getirilmişlerdir. Ayrıca Diş Hekimliği Fakültelerinin ve özellikle Sağlık Bilimleri Fakültelerinin fakülte sayısı, program çeşitliliği ve öğrenci sayıları itibariyle artışı Sağlık Bilimleri Enstitüleri altında başkaca yüksek lisans ve doktora programlarının artmasına vesile olmuştur. Elbette 2010'lu yılların sonlarında başlayan yeni akım bir üniversitedeki lisansüstü programlarda ilgilenen tüm enstitüleri kapatıp tüm programları Lisansüstü Eğitim Enstitüsü çatısı altında toplamaktır. Bünyesinde uzunca sayılabilecek bir süredir Tıp Fakültesi olduğu halde Lisansüstü Eğitim Enstitüsü kuran ve diğer enstitüleri kapatan, 2021 yılı sonu itibariyle şimdilik, nadir devlet üniversitelerinden birisi Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi'dir.

Tarih sırasıyla vermek gerekirse, Fazlıye Uzun'un (1989) ve uzmanlık tezi Tıp Fakültesinde tamamlansa da, sonraları Burcu Esen'in (2013) Sağlık Bilimleri Enstitüsünde İbrahim Gün'ün (2021) Şehir Hastanesinde tamamlandığı için, doğal olarak, yüksek lisans veya doktora tezi yerine tıpta uzmanlık tezi olarak kayıtlara geçmiştir. Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık tezleri diğer enstitüler ve programların doktora tezlerine eşdeğerdir; çünkü zaten tıp fakültesi öğrencileri 7 yıl, diş hekimliği öğrencileri 6 yıl lisans okumak suretiyle lisans derecelerini aldıkları anda --örtük ve hakkaniyetli bir öngörüyle-- yüksek lisans yapmış kabul edilerek kendi alanlarında olmak şartıyla doğrudan doktora veya tıpta uzmanlık programlarına başvurabilmektedirler.

Güneşer Demirci'nin (2009) tezi ise kamu sektöründe personel konusunda alan araştırması barındırmamakla birlikte çok önemli tarihsel perspektif sunmaktadır.

İnceoğlu Bektaş'ın doktora tezi sağlık personeli konusunda tamamlandığı tarih açısından açık ara ndedir.

Aslında konuya ilk etapta akla gelen sağlık sektörü personeline odaklanan lisansüstü tezler yerine kamuda görev yapan başka çalışanların sağlık sorunları şeklinde yaklaşıldığında çok daha erken tarihli lisansüstü tezlere rastlanmaktadır. Örneğin Ankara Belediyesi itfaiye personelinin sağlık sorunları hakkında bir tıpta uzmanlık tezi 1979 yılında tamamlanmıştır. Ayrıca YK Tez Kataloğunda 1985 ncesi, özellikle de 1983 öncesi tezlere erişimin çok sınırlı olduğu, ancak tez sahibinin tezini 2010'lu yıllarda yapılan birkaç açık çağrıya uyarak kendisi gerekli bilgi formunu ve tezini PDF olarak teslim etmek suretiyle önceki tarihli bazı tezlerin erişime açıldığı hatırlanmalıdır.

Kamu sektöründe sağlık personel rejimine doğrudan veya satır aralarında güçlü şekilde yer veren ve Türkiye'de tamamlanan tezlerin bazıları spesifik bir veya birkaç sağlık kurumuna veya bir veya az sayıdaki ilde yer alan sağlık kurum ve kuruluşlarına odaklanmışlardır. Tek bir sağlık kurumu yerine bir ildeki sağlık kurumlarının çoğunda veya tamamında alan araştırması yapmayı tercih edenlerden Köse (2008) Trabzon ilindeki, irpici (2010) İzmir ilindeki, Kaplan (2013) Karabük ilindeki, Durmuşoğlu (2013) Edirne ilindeki, Filiz (2014) ve şimşek (2016) Balıkesir ilindeki, zkan (2014) Kocaeli ilindeki, Akın (2015) ve ifti Kıraca (2017) Konya ilindeki, Sağdıç Tekeş (2017) Van ilindeki, Filiz (2017) Sivas ilindeki sağlık kurumları üzerinde alan araştırmasına dayalı lisansüstü tezlerini tamamlamışlardır. Armağan Kaygusuz (2012), Küçük (2012), şen (2013) ve Sağlam (2019) ise Ankara ilindeki sağlık kurumlarını örnekleme veya doğrudan hedef alan lisansüstü tezleri tamamlamak suretiyle aynı ildeki sağlık kurumları ve personeline odaklanan birden fazla çalışmanın örneklerinden birisini oluşturmaktadırlar. Temelli (2019), İstanbul ilindeki sağlık kurumları ile Topcu (2018) Türkiye genelindeki 100 yatak üzeri sağlık tesisleri üzerinde çalışmalarını gerçekleştirmişlerdir.

Köse (2008), Armağan Kaygusuz (2012), Sağlam (2019) anketlerini hastanelerde görev yapan st düzey yöneticilere (başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdürleri ve hastane müdür yardımcıları) uygulamışlardır. Küçük (2012) ise hastane yöneticilerine ek olarak il ve ilçe sağlık müdürlüklerinde görev yapan yöneticiler ile bu hedef kitlenin

dışında kalan ilgili sivil toplum kuruluşu yöneticileri ve üyelerine de anket gerçekleştirmiştir.

Armağan Kaygusuz (2012), Yalçınkaya (2017) Sağlık Bakanlığı idari personel kadrosunda görev yaptıkları dönemde lisansüstü tezlerini tamamlamışlardır. Aralık 2021 tarihi itibarıyla her iki araştırmacı da Sağlık Bakanlığındaki aktif görevlerini sürdürmektedirler.

Tarih bakış açısı ve disiplininden sağlık hizmetleri ve/veya sektöründeki politikalara (Gürsel, 2014); kişilere (Konya, 2018; Öztürk ve Sayılıgil, 2017), kurumlara ve kurumlarla birlikte spesifik olarak hekimlere (Kahya ve Erdemir, 2000), tıp eğitimine (Koçer, 1981) odaklanan mülakat, arşiv belgesi, fotoğraf gibi birinci el bilgi ve belgelerden yararlanan çalışmalar bulunmaktadır.

Sağlık personel rejimine odaklanıp alan araştırmasına içeren eserler arasında tez çalışmasından türeyen ve alan araştırmasına dayalı olarak Türkiye’de sağlık personeline (de) odaklı çalışma sayısı oldukça azdır. Eke’nin (2014) tezinden makale olarak beş yıl sonra türeyen Eke (2019) bu durumun az sayıdaki örnekleri arasındadır.

Sağlık personeli tartışmaları da içeren ancak ana konusu sağlık hizmetleri olan ve ilgili sendikalar veya sendikalarla ilişkili ya da daha bağımsız SASAM Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi) Enstitüsü (2018) gibi enstitüler, araştırma merkezleri ve düşünce kuruluşları da sağlık personeli konusunda raporlar yayımlamışlardır. SASAM’ın raporu doğrudan sağlık personeline odaklanması bağlamında önemlidir.

İbrahim Gün (2021) tıpta uzmanlık tezinde çeşitli uzmanlık ve statülerdeki sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve anksiyete durumunu sağlık çalışanı olmayan bireylerle karşılaştırmalı olarak tek bir şehir hastanesi özelinde araştırmıştır.

Sağlıkta insan gücü planlamasına yönelik alan araştırması yapılan çeşitli çalışmalar da bulunmaktadır. Mustafa Kılıç ve Şebnem Tunç (2004) etkin bir insan gücü planlamasının öneline vurgu yaparken, sağlık personelin çalışmada bölgesel tercihinine yönelik bir alan araştırması yapmıştır. Sadece hekimlere yöneltilen sorularla algılar ve memnuniyet derecesi ölçümü ile durum değerlendirilmiştir. Nuray İşlek (2005). *Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin İş yükü Analizine Dayalı İnsan gücü Planlaması: Klinik Ölçeğinde Bir Uygulama* adlı bilim uzmanlığı tezinde, sağlık tesislerinde bakım

hizmetlerinin büyük birçoğunu üstlenen Sağlık personelinin özelinde hemşirelerin sayı ve nitelikleri anlamında değerlendirilmesi ve karşılaşılan zorlukların belirlenmesi anlamında çalışma yürütülmüştür. Haluk Özsarı da (1994) bilim uzmanlığı tezinde, sağlık personeli planlama tekniklerinden yararlanarak özellikle birinci basamak sağlık tesisleri için etkin ve verimli bir sağlık personeli dağılımının nasıl olacağına ışık tutmak istemiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM:

TÜRKİYE’DE SAĞLIK PERSONELİ REJİMİNE YÖNELİK POLİTİKALAR, REFORMLAR VE DÖNÜŞÜMLER

Tezin bu bölümünde Türkiye özelinde geniş anlamda sağlık personeli ve sağlık sektöründe görev yapan çeşitli meslek, uzmanlık, branş ve statüdeki sağlık çalışanlarının personel rejimine dair geçmişte (1923’ten itibaren geçen yıllarda) ve bugün mevcut kamu politikaları, reform düşünce, söylem ve çabaları ile reform adı altında gerçekleştirilen mevzuat çalışmaları detaylı olarak irdelenmektedir. Ele alınan bazı hukuki düzenlemelerin ana amacı sağlık personeli yerine ya doğrudan kamu personeli ya da sağlık hizmetleri ve sağlık sektöründe teşkilatlanma olup sağlık personeliyle ilişkisi satır arasında ve/veya dolaylı olabilmektedir. Resmin bütününe görebilmek ve bu tezin iddiası olan sağlık sektörüne özgü ayrı bir personel rejimi yerine birçok hususun ayrı ve genel mevzuatta düzenleniyor olmasına da yeri geldikçe dikkat çekilmekte ve daha dolaylı veya ikincil gözükken hukuki düzenlemeler ile politikalar da bütünü anlaşılmaması ve aktarılması adına bu ve ilerleyen bölümde ele alınmaktadır. Bu bölümde nihai olarak ayrı başlıkta (3.3.) ve yeri daha uygun oldukça konu ve anlatım bütünlüğü açısından bölüm içerisindeki önceki alt başlıklarda sağlık personel rejimi ile sağlık çalışanlarının içerisinde buldukları ana sistemin dönüşümlerine doyurucu biçimde ve 1923-2023 dönemi özeli Türkiye’inde yer verilmektedir. Tezin tamamında ve bu özel olarak bu bölümünde yurtdışı örneklere ayrılan ayrı bir alt kısım bulunmasa da, ilgili olabilecek yerlerde okuyucu yurtdışı çalışmalar ve gelişmelerden de satır aralarında ve amaçla sınırlı ölçüde bilgilendirme ve tartışmalardan haberdar edilmektedir.

3.1. SAĞLIK PERSONEL REJİMİNDE POLİTİKALAR, REFORM ÇABALARI VE ÇALIŞMALARI

İktisadi politikalar ışığında devletin küçültülme anlayışı sağlık hizmetlerine de yansımıştır. Özelleştirme düşüncesi ve rekabetin artırılması ile verimliliğin yükselmesi ve maliyetlerin düşürülmesi planlanmıştır (Leys, 2009: 16). Bu düşünce ile sağlık kurumlarının ek ve vazgeçilmez işleri temizlik, güvenlik, yemek ve teknik işlemlerde

piyasalaşma ışığında özel sektör devrine geçilmeye doğru bir çizgi çizilmiştir (Belek, 2014).

Birçok ülke küreselleşmenin etkisiyle çoğu yeni akım ve bakış açıları doğrultusunda ayakta kalmak adına ek kaynak oluşturabilme yoluna gitmiş ve bu durum reformları da beraberinde getirmiştir. Devletin asli görev sürecinde yer alan “sağlık” alanı da yenilikler karşısında reform ve politikalar da ön sıralarda bulunmuştur (Dikmetaş ve İnan, 2000: 113). Sağlık hizmetleri özellikle sosyal politikanın önemli bir bileşeni olmuştur. Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin durumu oluşturulan ve yürürlükte olan politikaların bir sonucudur (McGregor, 2008: 82). DSÖ’ye göre, ABD ve İngiltere’nin ekonomik krizden sonraki başlattıkları istikrar politikasını benimsemiş olmaları sağlık reformlarının başlamasına ve yön vermesine neden olmuştur (WHO, 1998).

Aşağıda önce makro hatta ultra makro düzey denebilecek ve çok sayıda boyut ile meso veya makro-meso düzey geçiş düzeyindeki alt politikaları içeren sağlık politikası tanım ve unsurlarına sonra da sağlık personel politikası ile sağlık personel rejimine kavramsal düzeyde yer verilmektedir.

Sağlık politikası bir ülkedeki sağlık hizmeti veren tüm kamu, özel, gönüllü kuruluşların hizmetlerini, mali uygulamalarını, eylemlerini ve mevzuat düzenlemelerini içerir. Sağlık hizmetinin sunumuyla bu hizmet sunumunda uygulanan karar, yaklaşım ve strateji politikayı oluşturur (Atabey, 2012: 22; Watt, 1994). Sağlık reformu ise, sağlıkla ilgili kuruluşların ve o dönemde uygulanan politikaların değiştirilmesine dair faaliyetlerdir. Sağlık politikasını ülkesel sağlık seviyesini yükseltmek ve sağlık hizmetlerin etkin ve verimli sağlanabilmesi için hükümetler tarafından oluşturulan politikalar ile gerçekleşen değişme faaliyetleridir (Belek, 2001: 430) şeklinde tanımlayanlar da bulunmaktadır. Önceliklerin saptanarak politikaların belirlenmesi, politikaların içerisinden uygun olanının belirlenmesi ve uygulanma aşamasına geçiş reform kavramının oluşmasını sağlar (Saltman ve Figueras, 1999: 384). 1998 yılında DSÖ tarafından yayımlanan raporda reformların sağlık açısından en üstten alta doğru ve planlı olarak işleyen ve değişimi getiren siyasi bir atılım olduğu (WHO, 1998) vurgulanmıştır. Sağlık reformu çabaları ve düzenlemelerinde sağlık hizmetlerine

herkesin ulaşabilir olması, bu hizmetlerin toplumun tüm kesimini kapsamaması, sağlık hizmetlerinin değişen ve çeşitlenen her yaştan insanın gereksinimlerine cevap verebiliyor olması büyük anlam taşır (Belek, 1997: 28). Ayrıca sağlık reformları; tüm ülkeyi, toplumu, tüm kurumları ve yönetimleri içine almalı, kısa süreli değil uzun süreye yayılmalı ve sürdürülebilir olmalı; önceden planlanmış, tasarlanmış, geniş çaplı araştırılmış olmalı, ülkeye, insanlarına, yaşam tarzına, gereksinimlerine uygun ve uygulanabilir olmalıdır (Yurdadoğ, 2006: 160). Giderek sağlık reformları, turist, öğrenci, göçmen, kaçak göçmen, işçi gibi yabancıların da ihtiyaçlarını dikkate alan özelliklere sahip olmalıdır.

Sağlık reformlarının genel olarak tüm toplumları kapsayan ortak özellikleri (Tatar, 2009: 157) şunlardır:

- Kamu sektörünün payının azaltılarak özel sektöre kayma eğiliminin olması,
- Sağlık hizmetlerinde mali hizmetlerin ayrı, sunumun ayrı değerlendirilmesi,
- Sağlık hizmetinden yararlanabilecek sigorta kaynağının genişletilmesi ve topluma yansıtılması,
- Reformlara geçilmeden önce geniş bir çalışma yapılarak gereksinimleri önceliklerine sıralanması
- Reformların tam uygulanabilmesi, verimli ve etkin bir süreç için kaynakların dengeli dağılımının sağlanması,
- Merkezi yönetim iş ve işlemlerinin bir kısmının yerele ve taşraya kaydırılması,
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda kurumlar ve yönetimler arası rekabet ortamının sağlanması.

Sağlık alanındaki bilimsel araştırmaların ve çalışmaların artması ile nüfus ve artan hastalıklar nedeniyle artan hastane ve tedavi talebi, halk tarafından verimlilik, kalite, finans ve hizmet tartışmalarının gündeme gelmesi reformlar için sayılan gerekçeler içinde yer almaktadır (Belek, 2001). Sağlıkta reformun amaçları; 1) sağlık harcamalarını ve maliyeti azaltılmak, 2) kaynak kullanımında etkinlik ve verimlilik kurallarını uygulayabilmek, 3) sağlık hizmetini herkese götürebilmek, 4) sağlık hizmetinin kalitesini arttırmak, 5) hasta memnuniyetini yükseltmek ve 6) günün şartlarına ve geleceğe yönelik planlar yapabilmek ve gerek çalışmalar gerekse de

teknolojik anlamda hazır olabilmektir (Belek, 2001). Çeşitli ülkelerde sağlık reformlarının sebeplerine dair ortak maddelere bakılacak olursa (Roberts vd., 2009: 3), aşağıda kurulan sistematik ve alt başlıklar üzerinden bazı açıklamalar şekillendirilebilir:

Hizmet sunumundaki maliyetinin çok yükselmesi: Tüm dünyada sağlık hizmetlerinin sunumu önemli maliyet artışlarına neden olmuştur. Maliyetlerin artması aynı zamanda sağlık harcamalarını da arttırmaktadır. Bu artışında en önemli nedeni ise sağlığın sunumunda maliyeti yüksek teknolojinin kullanılması zorunda kalınması ve yaşlı nüfusun artışıyla kronik rahatsızlıklarla mücadelenin zorlu ve masraflı olmasıdır.

Artan beklentiler: Küreselleşme, siyasi, sosyal değişiklik, internet ve medya sağlığın sorgulanmasına, tüketilmesine ve bunlara bağlı olarak sağlık hizmetlerinin talebinde artışa neden olmaktadır. Beklentilerle beraber hizmetin kaliteli olarak verilmesine ve yeni hizmet sunum modellerine geçiş hızlanmıştır.

Kamu kurumlarında ödeme kalemlerinde kapasite sıkıntısının olması: Artan beklentiler ve maliyet artışları, ekonomik sıkıntılarla beraber devlet bütçelerinde sağlık için ayrılan payında kısılmasına neden olmuştur.

Geleneksel kamu hizmeti düşüncesinin değişimi: Neo-liberal yapıyla beraber özel sektörü benimseyen piyasa temelli hâkim görüş kamu kesiminin etkinliğinin azaldığı yönde bir alana kaymıştır. Devlet bütçesinin halkın talebi doğrultusunda kullanılmayıp halkın kamu yönetimi uygulamasını eleştirmesine neden olmuştur.

Bu unsurlar sayesinde sağlık hizmetlerinde reform fikirleri hızlılık kazanmış ve devletler bu yönde politika yapma yarışına girmiştir (Lister, 2008). Pek çok ülkede sağlık sistemi yapısına yönelik incelemeler başlatılmış ve sisteme dair en önemli nokta olarak kamu sektörünün sağlık hizmetleri üzerindeki rolü önemli bulunmuştur. Bu rol üzerinden bazı ülkeler merkezi yönetim yetkilerini yerele kaydırırken bazı ülkeler ise özel sektöre yetki ve görev aktarma yolunu tercih etmişlerdir (Saltman ve Figueras, 1998: 39-41).

1997’de sağlık reformlarına DSÖ’de yer vermiş ve bu durumu “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” uygulaması olarak duyurmuştur; hatta bu uygulamada sağlıkta insan gücü planına da değinilmiştir (Dikmetaş ve İnan, 2000: 113). Arkasından Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Çalışma Örgütü’nce (International Labor Organisation / ILO) Ljubljana Sağlık Hizmetleri Reformları Bildirgesi yayımlanarak eşitlik, etik ilkelerinden

bahsedilerek sağlık sektöründe çalışanlarının görevlerinin ve ihtiyaçlarının baştan gözden geçirilmesine ve politikalar bazında ilerlenmesine değinilmiştir (ILO, 2003: 174).

Sağlık sektöründe personel rejimi aslında politika doğrultusunda şekillenen bir yapıdır. Unvanların, branşların belirlenmesi, çalışacak olan personelin niteliği ve sayısı, ihtiyacı olan yerlerin çıkartılması genellikle devlet politikaları doğrultusunda oluşmaktadır (Dreesch vd., 2005). Kısacası Bakanlıkça personele dair çalışmalar sağlık politikalarında özel bir öneme sahiptir (Akdur, 2008: 3). Sağlık hizmetin düzgün sunulabilmesi için insan kaynakları ülkenin ihtiyacına göre değerlendirilmeli ve istihdam edilmelidir. İnsan kaynaklarının bu planlar doğrultusunda doğru yerde ve zamanda işlemesi gerekmektedir. Aksi takdirde, sağlık politikalarında reform yapmaya çalışırken, kaynak israfı yaşanmakta ve maliyetler atmakta ve kalite bozulmaktadır (Hornby vd., 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan 2000 yılı Dünya Sağlık Raporunda insan kaynaklarının sağlık sisteminin en temel girdisi olduğu belirtilmektedir (World Health Organization / WHO, 2000). Pek çok ülkede sağlık sistemi harcamalarının %65-80'inin maaş, prim (bonus) ve diğer ödemeleri içeren çalışan ücretlerinden oluştuğu (Özcan 2009; WHO, 2000) belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde en önemli maliyet unsurlarından birisi olan insan kaynaklarının planlanması, eğitimi, düzenlenmesi ve nihai olarak optimizasyonu zorunludur (Lavieri ve Puterman, 2009). Sağlıkta insangücü planlamasının sistematik bir uygulamanın gerçekleştirilebilmesi ülkenin şimdiki halinin bilinmesine, sayıların ve değerlerin çıkartılmasına ve bu bilgiler ışığında durumun doğru bir şekilde belirlenmesine bağlıdır (Sünter, 2018: 151).

3.2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONEL REJİMİNDE REFORM GELİŞİMİ

Sağlık hizmetleri 1920 yılında Sıhhiye ve Muayenet-i İçtimaiye Vekaleti şeklinde bir bakanlık örgütlenmesi şeklindeki bir kuruluş gerçekleştirilerek devletin asli görevleri arasında yerini almıştır (Metintaş ve Elçioğlu, 2007: 1).

1923 yılında Türkiye'de sağlık hizmeti ve sağlık personeli ilgili ilk hareket Dr. Refik Saydam öncülüğünde başlamıştır. Bu dönemde, sağlık müdürlükleri ve hükümet

tabipliği örgütlenmesi yoluna gidilmiştir (Özgür, 1999: 126) Koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok yönelmiş, hastalıkların tedavi sürecinin yerel yönetimlerce takibinin yapılabilmesi için örnek olarak ve sonradan yerel yönetime devredilmek üzere numune hastaneleri inşa edilmiştir; ancak bu durum hiçbir zaman gerçekleşmemiştir (Aygün, 1998: 1976). Dr. Refik Saydam, tıp fakültelerinde öğrencilerin rahat okuyabilmelerini sağlayabilmek için yurtlar kurmuştur. Ayrıca sağlık personeli bulunmayan yerlere sağlık hizmetlerinin götürülebilmesi için zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir. Koruyucu hizmete büyük önem verildiğinden o işleri yapan personele daha yüksek maaş uygulaması başlamıştır. Ancak sağlık personeli konusu daha önemli sağlık ihtiyaçları nedeniyle biraz sekteye uğramıştır (İşlek, 2005: 13).

1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır. 1928 yılında yasalaşan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun sayesinde tıp alanındaki mesleki grup ayrımının yapılması ve bu mesleki grupların devlet gözetiminde artmasının sağlanması istenmiştir. Sağlık personeli açısından önemli maddeleri bulunan 1219 sayılı Kanun sağlık hizmetlerinde çalışanları beş kısma ayırmaktaydı. Birinci bölüm doktorlarla (tababetle) ilgili mesleğini yapma, muayene ve ameliyat, muayenehane açılış koşulları ve nitelikleri, tabiplere ve muayenehanelere verilebilecek cezaları kapsamaktaydı Bir yandan özel muayenehane açma hakkı getirilirken bir yandan da doktorların devlet kurumlarında kalması da istenmiştir. İkinci kısım diş hekimlerine, üçüncü kısım ebelere, dördüncü kısım sünnetçilere, beşinci kısım hemşire ve hastabakıcılara ayrılmıştır. Genel olarak yapılacak tüm müdahalelerde hasta onamının alınması ve hasta kayıtlarının tutulması da bu Kanun'da belirtilmiştir (WEB_16; WEB_17).

1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda ise sağlık ve sosyal haklardan tüm vatandaşların yararlanacağı ve bu hizmeti sunmanın devletin asli görevi olduğu öne çıkarılmıştır. Hem ilçelere hem de nahiyelere sağlık hizmetin ulaştırılması, hükümet tabiplerin yanında sağlık personelinin de bulundurulması gerektiği vurgulanmıştır (Aydın, 1997). Bu dönemde daha çok sosyal devlet olgusuyla hareket edilerek sağlık hizmetleri anlamında koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalar yapılmıştır. Ancak Saydam dönemindeki politikalar bir sonraki dönem politikalarına ışık

tutmuştur (Karabulut, 2007: 6). Bu dönemde özellikle sıtma ve frenginin önlenmesi için devlet tarafından atamaları yapılan ve maaşlarının il özel idarelerce karşılanmak kaydıyla seyyar tabiplik getirilmiştir. Sağlık hizmetlerini köylere kadar, vatandaşın ayağına götürme amacıyla yapılan girişimlerden biri de “Seyyar Tabiplik”tir. Seyyar tabipler, finansmanı il özel idareleri tarafından sağlanmak üzere, devlet tarafından tayin edilirdi (Resmi Gazete, 1934).

Sağlık Bakanlığının örgütlenmesi adına kapsamlı ilk gelişme 1936’da 3017 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu yoluyla gerçekleştirilmiştir. Bu mevzuat Sağlık Bakanlığının teşkilat düzenlemesini yapan ilk yasa düzeyinde hukuki düzenlemedir. Bakanlık için basit yapıda, hiyerarşik, dikey örgütlenme planlanmıştır. Tüm idare ve emir verme yetkisi Bakanlıkta toplanmış ve sağlık hizmetlerinin sunulması, ulaştırılması ve düzeltilmesinden Bakan sorumlu tutulmuştur (Resmi Gazete, 1936).

1946 yılına gelindiğinde Dr. Behçet Uz sağlık alanında ülkenin önünü görebilmesi adına Birinci On Yıllık Sağlık Planı hazırlatmış; ancak uygulamaya geçmeden Dr. Behçet Uz Bakanlıktan ayrılmıştır. Dr. Behçet Uz dönemindeki bu Planda, Türkiye sağlık anlamında toplam yedi bölgeye ayrılmış ve her sağlık bölgesine tıp fakültesi kurulması öngörülmüştür (Akdur, 1998; 1984). Ayrıca sağlık hizmetinin merkezden yürütülmesi gerektiği bir kez daha vurgulanmıştır. Bir yandan özel girişimcilik yükseltmek istenmekte bir yandan da sağlığın merkezileşmesi planlanmaktaydı (Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl, 1973: 42-43).

Dr. Behçet Uz, 1954 yılında tekrar göreve geldiğinde planı uygulamamış; ancak 1955’te daha da geliştirerek Milli Sağlık Programı Etüdü hazırlanmasını sağlamıştır (Karabulut, 2007: 8). Bu Etütte, Birinci On Yıllık Sağlık Planı ile Türkiye için belirlenen yedi sağlık bölgesi 16’ya çıkarılmıştır. Ayrıca köy grupları oluşturulması ve bu köy grupları içinde birer sağlık tesisinin kurulması, sağlık tesisleri içerisinde hekim, ebe, sağlık memuru olması amaçlanmıştır. Buna ek olarak, gerekli görülen bölgelerde yeni sağlık tesislerini kurmak, Milli Sağlık Bankası veya Milli Sağlık Sigortası Kurumunu kurmak da bu Planda gerçekleştirilmesi düşünülen önemli hedeflerden bazılarıdır (Sağlık Hizmetlerinde 50. Yıl, 1973: 43).

Sağlık insangücü planlamasıyla ilgili olarak tüm ülkede gerekli olan sağlık çalışanlarını yerinde ve günüm koşullarına uygun olarak eğitilmesi anlamında okulların açılması ve ilerletilmesi ve Milli Sağlık Bankasının kurulması yönünde çeşitli kararlar alınmıştır (Dikmetaş ve İnan, 2000: 114). Ayrıca doktor sayısını arttırmak için İstanbul ve Ankara'dan sonra İzmir'de de tıp fakültesi kurulmuştur. Ek olarak hem sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi hem de sağlık personeli konusunda ilerleyebilmek amacıyla Eczacılar ve Eczaneler Kanunu, Türk Eczacıları Birliği Kanunu, Türk Tabipler Birliği Kanunu, Hemşirelik Kanunu çıkarılmıştır (Cansever, 2018: 110). 1960 yılında sağlık personeli anlamında gelişmeler görülmüştür; ancak personel dağılımındaki dengesizlikler ve özel sektör ve kamu sektörü çalışan farkları devam etmiştir.

Hıfzıssıhha Okulu Müdürü olan Dr. Nusret Fişek 15.07.1960 tarihinde Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak atanmış ve Dr. Nusret Fişek sosyalleştirme programı hazırlamıştır. 1961'de dönemin Müsteşarı Dr. Nusret Fişek hazırladığı sosyalleşme raporu çerçevesinde yasalaşan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'la sağlık hizmetlerinin adalete uygun olarak, ihtiyaçlar doğrultusunda yararlanma ve hizmetin sunulması hedeflenmiştir (Keyder vd., 2007: 15). Bu Kanun, özel ve kamu sağlık sektörü işbirliği, katılımcı ve kamuda sevk işleminin sağlanarak sağlık işlerin ekip şeklinde işlemlerini öngörüyordu (Öztek ve Eren, 1990: 369).

Tam yayımlacı, eşitlikçi, koruyucu hekimlik uygulamasını içeren bir sağlık hizmeti ve örgütü anlayışı sergilenmekteydi (Akdur, 1998: 5; Tatar, 2008: 420). 224 sayılı Kanun'la;

- Kamu kurumunda çalışan personel sadece orada çalışabilir, ayrı olarak özel bir kuruluştaki çalışamayacağı,
- Sağlık hizmetlerinin bir hak olduğu ve onun içinde ücretsiz olacağı,
- Sağlık hizmetlerinin tüm işlemleriyle askeri hastaneler hariç tek elden yürütüleceği,
- Hekimlerin sözleşmeli olacağı ve maaşlarını bu sözleşmedeki hükümlere göre alacakları,

- Ülke genelinde eşit ve dengeli sağlık hizmetlerinin dağılımı için atamaların adaletli ve tarafsız yapılacağı ve tayinlerin ve görevde yükselmede aynı kıstasların uygulanacağı,
- Bu Kanun'un uygulanmasına gerekli olan tüm altyapı, personel ve cihaz temini yapıldıktan sonra başlanacağı düzenlemeleri ortaya konmuştur.

Bu denli kapsamlı bir sosyalleştirme uygulaması, mali kaynakların yetersizliği, yeterli sayıda ve eğitim almış sağlık insangücünün olmayışı, uygulayıcıların ve yöneticilerin sosyalleştirme düşüncesine karşı olumsuz ve kararsız bakış açıları, kurumların birbirleriyle koordinasyon içinde olamamaları nedeniyle çok da başarılı olamamıştır (Metin, 2003: 5). İnsangücünün artması ve yetiştirilmesi adına tıp fakültelerine ek olarak İstanbul'da Eczacılık Fakültesi de kurulmuştur (Öztürk, 1999: 40). Bu dönemde sağlık politikaları açısından daha planlı ilerlenmiş ve diğer alanlardaki politikalar gibi sağlık politikasını da içerisinde barındıran beş yıllık kalkınma planları yapılmaya başlanmış ve sağlığa dair politikalar kalkınma planlarına işlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 3). Kanun kapsam bakımından çoğulcu yaklaşıma yönelmesine rağmen, uygulamada öyle olmamış; Kanun'dan sonra değişen yönetimin Kanunu tam anlamıyla uygulamak istememesi, mali açıdan getirilen yeniliklerin karşılanamaması, neo-liberal politika anlayışının etkilerinin ülkede (daha derinden) hissedilmeye başlanması gibi nedenlerle sorunlar yaşanmıştır (Tatar, 2008: 421-425).

1978 yılında sağlık çalışanlarının çalışma şekilleri açısından Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esasları Kanunu kapsamında üniversite, eğitim ve araştırma hastaneleri ve kamu hastanelerinde çalışan sağlık çalışanlarının gün boyu kadrolarının buldukları kurumda görev yapmaları kararlaştırılmıştır. Bu yenilikle sağlık personelinin etkin olarak çalışması ve daha verimli olması planlanmıştır (Akin ve Aksoy, 1985: 13). Bu gelişmeler ışığında sağlık çalışanlarının planlamasında dağılımın daha iyi olduğu ve sağlık personeli maaş artışı belirtilmiştir (Taşkın, 2001: 247). Ancak politikalar iyi başlamışken sonu gelememiş kısacası ülke geneline ulaşamamıştır. Ekonomik sıkıntılar ve yetişmiş personel azlığı sebebiyle çok istenilen sosyalleşme çalışmaları etkisiz kalmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2013: 359) ya da yeterince başarıya hedef dönem/yıl geçildiği halde kısa vadede tam başarı sağlanamamıştır.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan ve artarak devam maliyetler, teknolojik gelişmeler, toplumsal sağlık hizmetine ve tedavi uygulamalarına olan beklenti ve bakılar reform girişimlerini de beraberinde getirmiştir. Reformun bu dönemdeki amacı sağlık hizmetlerindeki harcamalarda verimlilik etkilerinin yükseltilmesi, sağlık hizmetlerine eşit, dengeli ve kolay ulaşımın sağlanabilmesi için yapının oluşturulması olmuştur (Günaydın, 2011: 327). Bu anlamda 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmeti Yükümlülüğüne Dair Kanun yapılmıştır. Bu kanunla uzman ve pratisyen hekimlere devlet hizmet yükümlülüğünü çalışacakların yerin gelişmişlik durumuna göre belirlenen gün sayısında yerine getirme zorunluluğu verilmiştir (Mavi, 2010: 249; WEB_37). Ancak ileride de açıklanacak olan SDP ile gönüllü çalışacak personel amaçlandığından hekimlere getirilen devlet hizmet yükümlülüğünü 2003 yılında kaldırılmıştır (Çirpici, 2010: 61). Ancak iki yıl sonra tekrar devlet hizmet yükümlülüğü personel dağılımındaki sıkıntılar, dengesizlik ve ihtiyaca bağlı olarak getirilmiştir (Mavi, 2010: 249).

1980'li yıllara gelindiğinde petrol krizinin oluşturduğu ekonomik sıkıntılar, gelişen teknoloji, kamunun taleplerinin, beklentilerinin ve giderlerinin artması ile ekonominin globalleşmesi gibi nedenler klasik kamu yönetimi anlayışının daha da ilerisi devletin sosyal ve ekonomi düzlemindeki hareketlerinin gözden geçirilmesini sağlamış ve devletin bu anlamdaki rolünü düzenleyici yeni bir yönetim anlayışına geçilmiştir (Ömürgönülşen, 2003: 3; Ciğeroğlu Öztepe, 2013: 208-209). Bu anlamda ekonominin canlanması, kamu hizmetlerinin sunulmasındaki yavaşlığın ve hantallığın giderilmesi, hizmet sunumlarında verimliliğin ve etkinliğin artırılması için liberal politikalar belirlenmiş ve devlet etkisini küçültme programları geliştirilmiştir (Bilgiç, 2008: 97). Bu programların içerisinde kamuda özelleştirmenin artması, kamuda istihdam edilecek personelin sınırlandırılması, kamu harcamalarının düşürülmesi ve performansa bağlı sistemin getirilmesi, bunun artırılması gibi başlıklar bulunmaktadır (Ömürgönülşen, 2003: 3). Neoliberal bakışta kamunun üstlendiği mal ve hizmet üretiminde verimsizlik yaşanırken, özel sektörün üretimi ise daha verimli ve ekonomiktir. Dolayısıyla kamunun özelleştirme ile üretimini azaltması gerekmektedir (Aksoy, 1995: 167).

Türkiye ise Turgut Özal zamanında özelleştirme programları, özel sektöre yöneliş, serbest piyasa ekonomisinin yansıtılması gibi uygulamalarla yeni kamu yönetimi anlayışına geçişi sağlamıştır (Tutum, 2003: 453). Bu yönetim anlayışı ışığında

kamu personel politikası açısından da değişiklikler gözlenmiştir. Kamu hizmetinin sunulmasında rol oynayan memurların sayılarının azaltılması daha doğrusu personel planlaması yapılarak alımların bu planlar doğrultusunda belirlenen sayılar bazında yapılması, iş güvencelerinin ve ücretlendirmelerinin yeniden düzenlenmesi, yeni personel alım tarzlarının değişmesi gibi gelişmeler ön görülmüştür (Tutum, 2003: 446-449; Özer, 2012: 323). Bu dönemde biraz daha özel sektöre kayma ve yönetim biçimlerini örnek alma durumu oluşmuştur. Performansa dayalı ücretlendirme, İletişime ve yükselmeye açık, bürokrasinin azaldığı, esnek ve rekabete dayalı, müşteri odaklı, sonuçların daha sıkı denetlendiği, daha özerk yönetim sistemi belirlenmiştir (Özer, 2012: 220; Aksoy, 2004: 42-43). Bu dönemde sağlık alanında devlet biraz daha rolünü azaltma halini benimsediği görünmektedir. Sağlık hizmetleri de bir meta olarak görülmeye başlanmıştır. Sağlık hizmeti sunumunun özelleştirilmesine, hastaların müşteri olarak görülmesine ve sözleşmeli sağlık personelinin alımı yapılmasına önem verilmiştir (Üçkuyu, 2006: 328-329).

181 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığının örgütlenmesine ilişkin olup bu KHK ile Bakanlığa taşra teşkilatı kurma yetkisi de verilmiştir. 181 sayılı KHK ile il sağlık müdürlüklerinden ve ilçelerde de ilçe sağlık grup başkanlığı şeklinde oluşan yapıda il sağlık müdürleri valinin hiyerarşisi altında sağlık hizmetlerinden sorumlu tutulmuştur. Personelin çoğu kadrolu olarak sayılmış ancak istisnai durumlarda sözleşmeli personel olarak alınabileceği de vurgulanmıştır (Sevinç ve Özer, 2016: 1709). 1985'te yayımlanan bir genelgeyle de sağlık tesisindeki bazı ihtiyaçların-örneğin güvenlik, temizlik, yemek- özel sektörece sözleşmeye bağlı olarak, hizmetin satın alınması yoluyla yerine getirilmesi öngörülmüştür (Mavi, 2010: 152). 1987 yılında 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'yla 1980'lerin getirdiği neo-liberal politikalar ışığında merkezîyetçi yapıdan uzaklaşma, sağlık finansmanında iyileştirme, Genel Sağlık Sigortası başlangıcı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yeniden düzenleme çabaları ortaya atılmıştır (Soyer, 2009: 301). 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu kabul edilmiş olup bu Kanun'da sağlık personelinin hatta sağlık tesislerinin de ülke içerisinde dengeli dağılımına verilen önem bir kez daha vurgulanmıştır. Sağlık hizmetlerinin bir standart içinde verileceği, personelin de bu konuda eğitim alması gerektiği, personelin niteliğinin yükseltilebilmesi için hem üniversitelerden hem de sağlık meslek

örgütlerinden yararlanılabileceği; ayrıca hizmetine ihtiyaç duyulması neticesinde hem Türk hem de yabancı uyruklu sağlık personelin sözleşmeli olarak çalıştırılabileceği vurgulanmıştır.

Türkiye’de sağlıkla ilgili yenileştirme çalışmaları 1990’lı yıllarla beraber hızlanmaya başlamıştır (Yılmaztürk, 2013: 182). Bölgesel ve kırsal alan sağlık durumlarının ve hizmet kalitesi ve kapsayıcılığının düşüklüğü hizmet endişesine neden olduğundan ciddi reform uygulamaları planlanmıştır (Ökem ve Çakar, 2015). Ayrıca Koruyucu sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla işlememesi, ölüm oranının yüksekliği, genel sağlık sigortasının karmaşıklığı, veriye ulaşımının zor olması, veri hatalarının yüksekliği, finansal açıkların fazlalığı, kaynak aktarımında kısıtların oluşu ve düzgün kaynak kullanımının olmaması, kalite düşüklüğü sağlıkta reform fikrinin hareketlenmesine neden olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1998; 2003). Türkiye’nin sağlık reformuna ana hatlarıyla geçişi Sağlık Sektörü Master Plan Etüdüyle şekillenmiştir. Etüt çalışmasında o zamanki mevcut durum analiz edilmiş ve çözüm yolları aranmıştır.

1990’da “2000 Yılında Herkese Sağlık” sloganı kapsamındaki çalışmayla sağlık hizmetlerinin planının yanında sağlık personelinin de düşünülmesi ve gerekli programın yapılması ihtiyacına değinilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 1990: 20) Bu yılda taslağı oluşturulan Milli Sağlık Politikası etkinliği ile Hükümetler ve Sağlık Bakanları değışse de değışmeyen sağlık politikalarının oluşturulması gereğı önerilmiştir (Yılmaztürk, 2013: 182). Dünya Bankası’nın “Sağlık Sektörü Master Planı” sonucunda Türkiye’de düzenlenen Birinci Sağlık Projesi ve İkinci Sağlık Projesi’nde kamu sağlık tesislerinin incelenmesi, hizmet ve finansman ayağının ayrıştırılması ve sistemsal bağlantılar kurulması, bilgi geçişinin elektronik olarak sağlanması istenmiştir (Onay, 1998: 40; Karkın, 2007: 104; İleri vd., 2016: 181). Birinci ve İkinci Sağlık Projelerinin amacı, sağlık tesisleri bazında planlananların bir an önce uygulanması ve bunun içinde bir alt yapının oluşturulmasıdır (Belek, 2001: 430).

1992 yılında Sağlık Bakanlığı içerisinde personel planlamasına yönelik I. Ulusal Sağlık Kongresi yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1996: 8). Kongre çalışmaları daha çok sağlık tesislerinin özerkliğinin oluşturulması, sağlık sigortasının revize edilmesi, aile

hekimliği sisteminin getirilmesi çerçevesinde ilerlemiştir (1. Ulusal Sağlık Kongresi Raporları, 1992). Ayrıca, ilgili çalışmada sağlık hizmetlerinin özerkleşmesiyle birlikte yönetici kadınının profesyonelleşmesi ve sağlık hizmetlerin geniş yektiler verilen yöneticilerce sağlanması istenmiştir (Ataay, 2008: 9).

1993 yılında da üniversite öğretim üyeleri, kamu ve özel sektörde görev yapan üst düzey yöneticiler, sivil toplum kuruluşları yöneticileri tarafından sağlık personelinin ülke ve ihtiyaçlar temelinde dengeli dağılımının yapılabilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin işletilebilmesi, mali kaynakların güçlendirilmesi konularını kapsayan bir rapor hazırlanmış ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi'nde sunulmuştur; bu İkinci Kongre adeta bir reform önerisi çalışması olmuştur (Savaş, 2001: 126). Ayrıca yataklı sağlık tesislerinin özelleşmesi yönünde işleme, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi konuları kongrelerde tartışılmıştır (Kasapoğlu, 2016: 143; Görgün, 2009: 116).

1990'lı yıllarda sağlık reformunda odaklanan konuları; genel sağlık sigortasının geliştirilerek tek bir gövdenin oluşturulması, sağlık hizmeti sunan kurumların daha özerk olması, koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmesi, aile hekimliği uygulamasının gerçekteştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunun ve buna bağlı olarak personel planlamasının etkin şekilde işleme, 1993 yılından 1997 yılına kadar geçen dönemde sağlık hizmetleri idaresi düzgün işleyememiş ve sürekli yönetim değişikliği yaşanmış olması sağlık reformlarının ve çalışmalarının da yavaşlaması hatta durmasına neden olmuştur (OECD, 2010). Ekonominin bozulması, yönetimde istikrarın sağlanamaması politikaların kağıt üzerinde bırakılmasına neden olmuştur (Ataay, 2008: 170; OECD, 2008: 34).

3.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONEL REJİMİNDE DÖNÜM NOKTASI: SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROJESİ VE SONRASI GELİŐİMELER

SDP'den önce sağlık sisteminde kamu kurumları, Sağlık Bakanlığı, sosyal sigortalar kurumu, KİT'lerin başı çekteğiği hizmet sunucuları ve sağlık finansmanını sağlayan Sosyal sigortalar kurumu, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, şeklinde üçlü bir yapı mevcuttu. Ayrıca sağlık güvencesindeki bu üçlü yapı hizmete ulaşımı ve eşitliği zedeleyicidir. Kayıt dışı uygulamalar ve ödemelerin çokluğu kaynak israfına neden

olmaktaydı (Soyer, 2009: 179). Türkiye’de sağlık politikaları çalışmalarda hep ön planda yerini almış özellikle 2000’den sonra gündemdeki yeri artarak devam etmiştir (Yıldırım, 2010: 31).

1998 yılında DSÖ tarafından “21. Yüzyılda 21 Hedef” yayımlanmıştır. Türkiye de bu hedefleri benimseyerek hatta bu hedefler doğrultusunda Avrupa Birliği mevzuat koşullarına yaklaşarak sağlık alanında 2001 yılında stratejik planlarını hazırlamıştır (Çiftçi ve Bostan, 2016: 2).

Dünya Bankası (WB), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi örgütlerin etkileri ve dünyadaki diğer ülkelerin sağlık uygulamaları ışığında sağlık alanında iyileştirmeye gidilmesi planlanmıştır. Örneğin Dünya Bankası Türkiye ile ilgili bir raporunda verimsiz kaynak kullanımının, bölgesel farklılıkların, sağlık hizmetine ulaşılabilirlik, personel eşişsizliği ve sağlık eğitiminin yetersizliği gibi konulara değinmiş ve sağlık sistemi için büyük bir düzenleme gerektiğine vurgu yapmış ve genel sağlık sigortasının getirilmesi, aile hekimliği uygulamasının yapılandırılması, kamu hastanelerinin özerk olması gibi noktaları sıralamıştır (Çetin, 2017: 274; Ener ve Demircan, 2008: 57). Aslında, SDP, DB’nin sağlık hizmetlerine yönelik Türkiye raporlarında sunduğu değerlendirmeler ve öneriler bazında şekillenmiş bir projedir (Bakar ve Akgün, 2005: 346). SDP’nin en temel düşüncesi vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminin kesintisiz olması, hizmet sunumunda verimliliği arttırarak ve harcamaları düşürerek neo-liberal piyasa düzenini sağlayacak bir sağlık sistemi ve yapılanmasının kurulmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 51; Elbek ve Adaş, 2009: 33-34).

2002 yılında 58. Hükümet Acil Eylem Planında; genel sağlık sigortasının getirilmesi, devlet hastanelerinin özerkleştirilmesi, aile hekimliği ve koruyucu hekimliğin uygulamasının oluşturulması, Sağlık Bakanlığının yeniden yapılandırılması, sağlık personeli olmayan kalkınmada öncelikli bölge olarak belirlenen alanlara sağlık hizmeti sunacak personelin yerleştirilmesi Herkese Sağlık başlığı altında belirlenen hedefler içerisinde duyurmuştur (Aktel, 2013: 50). Genel anlamda bu hedefler şöyle sıralanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008):

- a) Sağlık bakanlığının idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- b) Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınması,

- c) Sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması,
- d) Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- e) Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- f) Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- g) Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- h) Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- i) Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri yapılması,
- j) Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- k) Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

59. Hükümet Programında ise, 58. Hükümetin sunduğu Acil Eylem Planında bulunan hedefler devam ettirilmiştir. Programda ek olarak uygulanan sağlık hizmetleri ve yapısı ile sağlık personeli ve işleyişinin günün gereklerine cevap veremediği ve bunun için de harcamaların arttığı, hizmetin ülke içerisinde dağılımında sıkıntıların çıktığı görüşlerine yer verilmiştir. Türkiye'nin sağlık hizmetleri alanında gelişiminin tam sağlanabilmesi için de bu alanda finans, yapı ve hizmet anlamlarında iyileştirmelerin ve yeni bir düzenlemenin kaçınılmaz olduğu saptanmıştır. Herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için kamu ve özel sektörlerin işbirliği önerilmiş; aynı zamanda sağlık hizmetinde sosyal devlet anlayışının önemi vurgulanmıştır. Bu durumda sosyal güvenlik kuruluşlarının verimsizlikten kurtulması, tek bir standardın oluştuğu, eşitliğin benimsendiği sosyal güvenlik sisteminin kurulması anlamını taşımıştır (WEB_18).

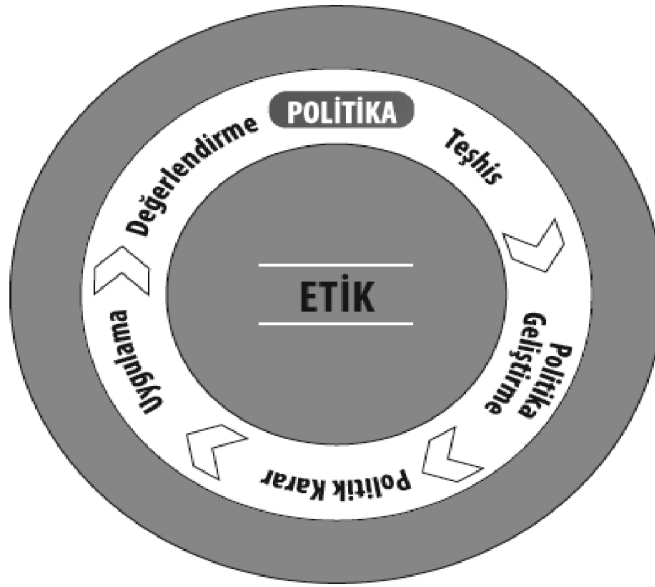
Sağlık uygulamalarının iyi bir şekilde ilerleyebilmesi için personele yönelmek ve ülke gerçekleriyle uyumlu sağlıklı yaklaşımlar bulmak gerekmektedir. Türkiye'de SDP'den sonra insangücü plan çalışmalarına yönelinmiş hatta bu çalışmalar tüm çalışmalar arasında en önemlisi olarak görülmüştür (Yıldırım ve Işıksan, 2014). "Önce İnsan" bağlamında başlatılan dönüşüm programı sayesinde sağlık alanında pek çok konuda dönüşüm başlatıldı (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Sağlık hizmetlerinin düzgün ve ihtiyaca yönelik sağlanması, sağlığın ülkede her açıdan seviyesinin yükseltilmesi, sağlık personeli dağılımının iyileştirilmesi, ticari bir sağlık anlayışının geliştirilmesi,

devlet hastanelerinin özel işletme sistemine dönüştürülmesi ve bu bağlamda hastaların da müşteri olarak görülmesi, sağlık çalışanlarının kadrolu çalışmasından ziyade onlara güvencesiz, esnek çalışma koşulu sunulması, maliyetlerin düşürülmesi SDP'nin içerdiği önemli amaçlar arasındadır (Harmancı Seren ve Yıldırım, 2013: 124; Sağlık Bakanlığı, 2007: 15). SDP ile bir insanlık hakkı olan sağlık hakkı serbest piyasaya bırakılma eğilimi gösterilmektedir şeklinde (örneğin, Harmancı Seren ve Yıldırım 2013: 124) eleştiriler de bulunmaktadır.

Türkiye'nin sağlık sistemine yönelik oluşturulan SDP'nin sekiz ilkesi ve hedefi şu şekilde sıralanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 20):

1. Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.

SDP, kamu yönetimi yeniden gözden geçirme, düzenleme ve yapılandırmayı içeren bir belge olarak sunulmuştur. Yeni kamu yönetimi anlayışı, kalite odaklılık, özerkleşme anlamında verimlilik, etkililik, katılımcılık, rekabetçilik, gönüllülük, kaliteye yönelimcilik, uzlaşmacı ilkeler katılarak bir model tasarlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 3).



Şekil 1: Sağlıkta Dönüşüm Politikası Çemberi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010, s. 31

Süreç için beş aşama tasarlanmıştır. Birinci aşama sorunların ve o sorunların oluşmasına neden olan sebeplerin tespitidir. İkincisi sorunların çözümüne yönelik politikaları oluşturmaktır. Üçüncüsü tasarlanan, belirlenen ve benimsenen politikaların hayata geçirilmesi için karar verme aşamasıdır. Dördüncüsü verilen kararlar ışığında politikaları uygulamaya dökmedir. Beşincisi ise belirlenen ve uygulanan politikaların sonuçları inceleme ve değerlendirmedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 30). SDP planlanırken uygulama yapısına ve dönemine göre 2003–2009 yılları arası ve 2009–2014 yılları arası olarak iki aşamaya bölünmüştür. İlk aşamada Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat yapısının yeniden gözden geçirilmesi, sosyal güvenlik kurumunu yapısının ilerletilmesi, insan kaynakları sayısının yükseltilmesi; İkinci aşamada ise ilk aşamadaki uygulamaların devam ettirilerek bunlarla uyumlu olarak stratejik planın yapılması kararlaştırılmıştır. Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması, sosyal güvenlik kurumlarının kapasitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmeti sunumunun yeniden düzenlenmesi, halk sağlığı ve insan kaynakları kapasitesinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir (Çiftçi ve Bostan, 2016: 2).

Belirlenen hedefler (Saraçoğlu ve arkadaşları, 2012: 272) şöyle anlatılabilir:

Yönetimsel ve örgütsel olarak:

- Bakanlık yapısının merkezi ve taşra teşkilat olarak ayrı ayrı yeniden düzenlenmesi,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasını getirmek,
- Kamu sağlık kurumlarında özerkliği arttırmak, bürokrasiyi azaltmak.

Hizmet sunumu olarak:

- Hasta hakları uygulamasının yaygınlaştırılması,
- Merkezi Hekim Randevu Sistemine geçilmesi ve hekim seçme hakkının sunulması,
- Sağlık bilgi sistemlerinin düzenlenmesi,
- Evde sağlık bakım hizmetleri, organ nakli uygulamalarının getirilmesi,
- Sağlık personeline yönelik performans sisteminin getirilmesi,
- Sağlık tesislerine kalite ve akreditasyon uygulamalarına daha çok önem verilmesi,

Hizmet sunumu, finansal, insan kaynakları olarak ayrılmış ve kapsamlı olarak ele alınmıştır.

Finansal olarak:

- Sosyal güvenlik sisteminin iyileştirilmesi,
- Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması,
- Kaynakların etkin ve verimli kullanılmasına yönelik çalışmalar yapmak

İnsan kaynakları olarak:

- Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin imzalanan protokolle ortak çalışmalarının önünün açılması,
- Sağlık çalışanlarının sayısının arttırılması,
- Sağlık personel yönetimine yeni istihdam türlerinin ve modellerinin getirilmesi,
- Atama, nakil ve görevlendirmelerinin eşitlikçi ve şeffaf yapılması,
- Sağlık personeli hizmet içi eğitimine önem verilmesidir.

SDP'nin uygulanabilirliği açısından sağlık personelin etkinliği ve değeri çok büyük olmuştur.

Sunulan hizmette maliyetin hem vatandaş hem de devlet adına yüksek olması ve parçalanmışlık, sağlık hizmetlerinin sunumunda bölgesel farklılıkların artması, sağlık ve hastane yönetiminde verimsizliklerin çoğalması, yetişmiş personelin azalması, dengesiz, kentsel personel dağılımı ve bu durumun eşitsizlik oluşturması, vatandaşlar tarafından beklentilerin ve yapılan, uygulanan işlerin ve yönetim anlayışının irdelenmesi, kalitesizlik SDP'yi zorunlu kılan önemli nedenlerdendir (Elbek ve Adaş, 2009: 34; Memişoğlu, 2016: 78). Tek çatılı sağlık sigortasının getirilmesi, aile hekimliği ile birlikte etkili bir sevk zincirini oluşturulması ve hizmete ulaşımının rahatlatılması, sistemin yönetimine uygun eğitim kurumlarının açılması, kalite ve akreditasyonun artırılması ve tüm bilgileri içinde barındıran, etkili bir tedavinin ayağını oluşturacak olan bilgi sisteminin oluşturulması SDP'nin temel ilkelerindendir (Er, 2011: 152). SDP öncelikle, sağlık hizmetlerinin örgütsel yapısına ve bu hizmetlerinin yönetiminin daha yerele indirgemeye çalışmıştır. Yönetici yapısının ve bürokrasinin değişimi sağlık hizmetlerinin sunumu için değerlendirmeye alınmıştır (Erençin ve Yolcu, 2008: 129).

SDP'nin personel konusuna değindiği en temel ilkesi ise “*bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü*”ne sahip olmak vardır. Ayrıca SDP ile sağlıkta sunulan hizmetin durumu, ulaştırılması ve örgütlenmesi anlamında değişiklikleri belirleyerek Sağlık Bakanlığı'nın üstleneceği rolün boyutu incelenmiş ve sağlık alanında da personel anlamında taşeron personel ile sözleşmeli personel istihdamı sağlanmıştır (Akdağ, 2007: 17). Bu durum neticesinde parçalara bölünmüş ve karmaşık farklı istihdam türleri oluşmuştur. Sağlık personeli içerisinde aynı işi yapan ancak farklı mevzuatlara, uygulamalara, statülere, ücretlendirme sistemine ve haklara sahip pek çok kadro doğmuştur (Ayman Güler, 2005; Etiler ve Urhan, 2008; Aydoğan, 2010: 170). Kadro içerisinde aile hekimleri, profesyonel sağlık yöneticileri, yabancı sağlık personeli ile sözleşmeli olarak çalıştırılan personel oluşturulmuştur. Sözleşmeli personel istihdamı mantığında sağlık hizmetlerini sunan personel için ödenen maaş miktarının düşürülmesi ile kamu sağlık tesislerinin özel sağlık tesislerine dönüştürülmesi amaçlanmıştır (Özkal Sayan ve Küçük, 2012: 173; Sevinç ve Özer, 2016: 1381). Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında profesyonel yönetim öngörülmüştür. Genel Sekreterlik içerisinde il sağlık

müdür yardımcılarını yerine ve hala günümüzde de devam eden başkanlıklar (idari, mali ve tıbbi) kurulmuştur. Hastanelerin hastane yöneticileri tarafından ve yöneticiye bağlı farklı branşta çeşitli hizmetlerden sorumlu müdürlükler belirlenmiştir (Al, 2007: 55). Sağlık hizmetlerinin profesyonel yöneticilerle sürdürüleceği düşünülse de getirilen kıstaslarla yine hekim yöneticiler tercih edilmek zorunda kalmıştır (Pala, 2017: 7).

Sözleşmeli yöneticilik görevi alabilmek için 663 sayılı KHK'nın 42. Maddesinde en az lisans mezunu olma şartı belirlenmiştir. İlgili Maddenin 5. Fıkrasında şu hüküm bulunmaktadır (WEB_19):

“Eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp, hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastanelerin ve 112 il ambulans servisi başhekimlerinin tabip; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir”.

Aynı zamanda yöneticiler maaşlarını sözleşmelilik esasına göre alacaklarından yüksek maaş alma potansiyelinin önü açılmıştır.

SDP sağlık hizmetlerinin sunumu içerisinde;

1) 4924 sayılı sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunla Türkiye genelinde ihtiyaç duyulan yerlerde, unvan ve branşlarda hizmetin etkin ve verimli sağlanması için sağlık personelin çalışma yerinde sürekli olarak görev yapması ve tayin hakkının bulunmamasına ve sözleşmeye bağlı bir yapı oluşturulmuştur.

2) Taşeron Personel ve Hizmetler: Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller Tebliği doğrultusunda hizmet alımı sonucu karşılığı döner sermayeden karşılanmak yoluyla sağlık personelinin yerine getireceği işler için taşeron kullanımı mümkündür.

3) Performansa Dayalı Ödeme: Performans sistemi, hedefleri ile döner sermaye ile çalışanların işlerine ve hizmete katkısı oranında ödeme olarak verimliliği arttırmak

amaçlanmıştır. Performans bazlı ödemenin oluşturulması için çok sayıda sadece hekimler tarafında yapılacak olan tıbbi işlem sıralanarak puanlandırma işlemi yapılmıştır.

1961 yılında çıkarılan 209 sayılı Kanun’la döner sermaye kavramı sağlık hizmetlerinin içine girmiş; 1989 yılına kadar hastanelerin ihtiyaçları için kullanılırken 1989 yılından sonra o kurumlarda çalışan personele ek ödeme şeklinde bir pay verileceği kararlaştırılmıştır. 2001 yılında da sadece hastaneler için kullanılan döner sermaye yataklı tedavi kurumu olmayan 1. basamak sağlık kurumlarında çalışan personel de yararlanmış ve sağlık çalışanlarının ücretleri içerisinde önemli bir yere sahip olmuştur. 2004 yılında ise döner sermayenin performansına göre dağıtılacağı kararlaştırılmış olup performans ödemesiyle bazı hekimlerin maaşı artarken bazılarını etkilememiştir. Bu durum ise branşlar arası hatta bazen aynı branş içinde çalışan hekimlerde ücret adaletsizliğine dönüşmüştür (Urhan ve Etiler, 2011).

Tam gün çalışan personelin ödemelerine performans ödemesinin eklenmesi ile hasta ve hekim ilişkisine ticari boyut getirdiği görülmüştür (Sülkü, 2011: 242). Yeterli sağlık hizmetine ulaşamayan kesimin sağlık yapılanması ve bu durumu kendi lehlerine etik olmayan çabalarla çevirmeye çalışan sağlık personeline karşı olan sıkıntılar reformundan gerekçelerinden biri olmuştur (Atun vd., 2014).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği, kaliteyi arttırmak, kalite artırma ve hizmet sunmaya herkesin ortak olmasını ve personel için motivasyonun sağlanması, hasta memnuniyetini sağlamak ve yeni yapılanmanın benimsenmesinin hızlı bir şekilde sağlanması amacıyla yapılan her hizmete karşı performans olarak adı konan ödeme sistemi oluşturulmuştur. SDP’nin ortaya atıldığı dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ, *“kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa o kişinin performansı, yani döner sermayeden aldığı katkı payı daha yüksek olacak”* şeklinde konuyla doğrudan ilgili bir açıklama yapmıştır (Elbek ve Adaş, 2009: 3839; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 149-151).

Performans sisteminin getirilmesiyle tam gün çalışan hekim sayılarında yükselme gözlenmiştir. Ancak uygulamanın sadece hekim bazlı olduğu, sağlık

meslekleri içerisinde ayırım yapıldığı, yapılan uygulamalarda etik dışı düşüncelerin bulunduğu, rekabet nedeniyle ekip ve çalışanlar arasında etkileşimin ve iletişimin bozulduğu, daha çok ücret alabilmek için ve performans ücretinin kesilmemesi için izin kullanmadan robotvari çalışma ortamının oluşması yönde eleştiriler yöneltilmiştir (Kart, 2013: 134-136; Erkan, 2011: 433-436).

Performans gelirinin sağlanabilmesi için Bakanlıkta kurulan ve çoğu uzman hekimlerden ve öğretim elemanlarından oluşan Komisyon performans puanı tablosu hazırlamıştır. Performans geliri hesaplanırken ameliyat edilen hasta sayısı, poliklinikte bakılan hasta sayısı, anestezi ve girişimsel işlem uygulamaları, laboratuvar ve görüntüleme işlemleri, unvan, doktorun aktif olarak hastanede çalıştığı gün sayısı gibi kıstaslar göz önüne alınmıştır. Sağlık Bakanlığı performans ödemesinin israfı azalttığını, her uygulamanın kayıtlı şekilde yapıldığını, hekimlerin işleri konusunda ve yapılan uygulamalar bazında daha gönüllü olduklarını bildirmiştir (Orhan, 2006: 186). Ancak bu uygulamanın endikasyon bulunmadan performans ücret payını yükseltebilmek için operasyon yapması, hastanın durumuna göre daha faydalı olabilecek bir uygulama yerine puanı daha yüksek olan bir tedavi yönteminin seçilmesi gibi durumlara neden olabileceği, sayının kaliteden daha önce gelebileceği, daha çok hasta puanı için muayene sürelerinin kısaltılacağı, tetkik isteme, görüntüleme sistemi istemlerinin sayısının yükseleceği endişe oluşturmuştur

4) Sözleşmeli Statüde Aile Hekimliği uygulaması hizmetin yerine getirilmesi konusunda genellikle aile hekimine önemli sorumluluklar, beklentiler ve kısıtlar getirmiştir ve hizmeti Bakanlığın belirlediği koşullarda hekimden yerine getirmesini beklemiştir. Ayrıca hekime yardımcı olmak için ebe, hemşire, sağlık memuru şeklindeki yetişmiş uzman personel aile hekimliğinde çalışması halinde sadece aile sağlığı elemanı olarak genel bir unvanın içine hapsedilerek bu çalışanların kendi unvanlarını kullanmaları engellenmiştir.

Aile Hekimliği birimlerinde çalışanların ücretleri performansa ve sağladığı nüfusa bağlanmıştır. Sistemde girişimcilik örneği kapsamında çalışılan bina için kira ödenmekte ayrıca kullanılan malzeme ve yardımcı personel masrafları aile hekimlerince ödenmektedir. Halk sağlığının ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin yükseltilmesi,

eşitsizliğin önlenmesi SDP'nin ilkelerinden olan aile hekimliği biriminin yaygınlaştırılmasıyla sağlanacaktır görüşü önem kazanmış ve öne çıkmıştır (WEB_20). Bu ilkenin uygulamaya konmasına öncelikle sağlık ocaklarının kapatılıp aile hekimliği ve toplum sağlığı merkezlerinin kurulmasıyla başlanmıştır. Çalışanlar (aile hekimi ve aile sağlığı elemanı) sözleşmeli olup sözleşme süreleri bir yıldır. Sözleşme yenileme dönemlerinde hasta sayısı ve aile hekiminin performansı göz önüne alınmaktadır (Sallan Gül ve Dericioğulları Ergun, 2010: 332-333). Ancak bu durumun nüfusunu arttırmaya çalışan hekimlerin rekabetine neden olduğu hatta kişilerin kendisini seçmesi veya buldukları yerlerinde kalması için etik dışı davranışlar sergileyebileceği düşünülmektedir.

5) Sözleşmeli sağlık çalışanı (4/B) sayısını arttırma.

6) Vekil hemşire ve ebe (personeli olmayan sağlık evlerinde daha düşük ücretle ve iş güvencesiz çalışma şartları) uygulamaları getirmiştir (Memişoğlu, 2011: 148; Pala, 2007: 20; Erol ve Özdemir, 2014: 42).

Bunların yanında, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin sunumunda toplam kalite açısından gelişim çabası da görülmektedir. Hasta hakları birimi kurulması, hekim seçme özgürlüğü getirilmesi, hastane odalarının yeniden düzenlenmesi gibi çalışmalara da ayrıca ağırlık verilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010: 154). 2004 yılında yayımlanan 117 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi yoluyla hastalara hekim seçme hakkı getirilmiştir. Genelgede önceden nöbetleşe poliklinik yapan hekimlerin artık tamamının aynı zamanda poliklinik hizmetlerine katılacağı belirtilmiştir.

SDP ile Avrupa Birliği normlarına uyum bazında sivil toplum kuruluşlarının, meslek birliklerinin, yerel yönetimlerin bu dönüşümde bulunması ve rol alması; sağlık personelinin iş anlamında motivasyonunun sağlanarak verimli hizmet sunumunun sağlanması, ülke genelinde sağlık hizmetinin tam olarak yayılabilmesi için hekimlere uygulanan mecburi hizmet dayatması yerine gönüllü hizmet verme teşvikinin oluşturulması, sağlık yönetiminin profesyonelleşme şeklinde ilerlemesi, aile hekimliği uygulamasının geliştirilmesi, günün koşullarına uygun tıp, hemşirelik ve hizmet içi eğitimin verilmesi hedeflenmiştir (Eke, 2014: 139). SDP ile hekim sayılarını yükseltmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim

Kurulu'nun ortak çalışmasıyla beraber tıp fakültelerine alınan sayısı arttırılmaya başlanmıştır. Her geçen yıl hem öğrenci hem de sağlık personeli hem de hizmet alımı yoluyla çalışan personel sayısında artış gözlenmiştir (Akdağ, 2011: 23).

Sağlık personelinin ülke genelinde dengesiz dağılımı SDP'nin ana sorunları içerisinde olduğundan çözüm için personel planlamasının ve atamalarının adil, objektif, standartlara uygun yapılması, eşitlikçi ve dağılımdaki farklılığın en aza inmiş şekilde olması planlanmıştır (SDP İlerleme Raporu, 2008: 87). Bu plan çerçevesinde standart ölçülerin belirlenebilmesi adına Atama ve Nakil Yönetmeliği hazırlanmıştır. Stratejik personel olarak adlandırılan eczacı, diş hekimi, pratisyen hekim ve uzman hekimlerin ilk atamaları noter huzurunda kura ile hemşire, ebe, sağlık memuru ve yüksek öğrenimli personelin bulunduğu (psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı, vb.) diğer sağlık personeli atamaları ise merkezi sınavla yapılmaktadır. Bu uygulamalar baskıları, kayırmacılığı engellemek için getirilmiştir (SDP İlerleme Raporu, 2008: 89).

2002 yılından sonraki hükümet programlarında mutlaka kamu yönetiminin etkinliğinden, verimliliğinden ve şeffaflığından sürekli bahsedilmiştir (Karkın ve Çiğeroğlu Öztepe, 2017: 129). 2003 yılında gerçekleştirilen SDP'nin bu zamana (2021 yılı sonuna) kadar yapılan reformlardan en önemli farklarından birisi sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk çeken halkın sıkıntısını ve öfkesini sağlık çalışanlarına ve özellikle doktorlara yüklemesidir. Bu durum veya bakış açısı da reformun temelinde yatan en önemli parça veya değer haline gelmiştir. “Kürek çeken değil, dümen tutan” devlet iddiasıyla yola çıkan Sağlık Bakanlığı, verimlilik, eşitlik ve etkililik kıstasları çerçevesinde bir dizi yenilik çabasına girmiştir (Elbek ve Adaş, 2009: 39). Bu itibarla Sağlık Bakanlığı bağlı kuruluşlara özerklik vererek veya vermiş gözükerek kendine sadece politikaların belirlenmesi, koordinasyonun sağlanması ve denetlenmesi görevini almıştır (Erçetin ve Yolcu, 2008: 120) denebilir; ancak bu görüşe aykırı merkezîyetçi eğilimlerden de yer yer bahsetmek olasıdır.

2006 yılında yabancı doktor istihdamı konusunda büyük tepkiler gösterilmesine rağmen, Avrupa Birliği tam üyelik sürecinde AB normlarına uyum amacıyla bir tasarı hazırlanmıştır. Bakanlık yeni bir mevzuat yerine 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcraasına Dair Kanun'un 1. maddesindeki, “Türk bulunmak” ibaresi metinden çıkartmış ve 4. maddesinin birinci cümlesindeki “izinli Türk hekimlerinin”

ibaresi “mezun hekimlerin” şeklinde düzenlenerek konuya açıklık getirmiştir (WEB_16).

Yabancı hekimlerin sağlık hizmetlerinin dengeli dağılımının sağlanabilmesi adına özellikle Doğu illerinde çalışacağı haberlerde çıkmıştır (WEB_21). Ancak ilgili çevrelerce gelir dağılımının çözümlenmeden yabancı doktor uygulamasının bir çözüm getirmeyeceği konusunda eleştiriler getirilmiştir.

2010 yılında yürürlüğe giren Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’la dış tabibi, pratisyen tabip, uzman tabiplerin sadece kamu kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversiteleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrasından birinde mesleklerini yapacakları belirtilmiştir. 2011 yılından sonra da hem özel muayenesi olup hem de kamu kurumlarında çalışan tabip kalmamıştır.

Genel anlamda SDP sonrasında 2003-2011 tarihleri arasında personele ilişkin performansa dayalı ödeme sistemi, her hekim için ayrı tahsis edilmiş muayene odası uygulaması, hekim seçme hakkı, Sağlık Bilgi İletişim Merkezi (SABİM) kurulması, mahrumiyet bölgesi olarak belirlenen yerlere ilişkin sözleşmeli personel uygulaması, aile hekimliği uygulaması, Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), tam gün yasası olarak bilinen ve üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasını öngören yasa, sağlık çalışanlarına yönelen şiddet eylemlerine karşın “Beyaz Kod” sistemi başlatıldı (Sülkü, 2011: 7-12).

2011 yılında 663 Karar Nolu Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname yayımlanmıştır. İlgili Kararnamede sağlık personelinin istihdam modellerinin gelişmesi anlamında sağlık personeli planlaması, sağlık personelinin kalitesinin ve sayısının arttırılması ve bu personeli yetiştirecek eğitim kurumlarının oluşturulmasına değinilmiştir (Avcı ve Ağaoglu, 2014: 88). Bu yapılanma içerisinde sözleşme uzmanlık ve yöneticilik kavramı oluşturulmuştur.

663 sayılı KHK ile sözleşmeli yönetici için bir performans karnesi belirlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin verimliliği anlamında yöneticilerin performansları, politikaları uygulayabilme başarıları bu karneler aracılığıyla denetlenmiştir. Ayrıca konuyla ilgili olarak Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi de çıkartılmıştır. Bu Yönergenin amacı, illerde sağlık hizmetini yürüten sözleşmeli yöneticilerin sözleşme süresince yürüttükleri faaliyetlerin Bakanlığın strateji ve hedefleri doğrultusunda, kaynak kullanımı ve hizmet sunumu etkililik ve verimlilik düzeylerini, ölçülebilir verilere dayalı performans göstergeleri kullanarak izlemek, ölçmek ve değerlendirmektir. Yönetici performans değerlendirmesinde kullanılacak olan veriler Bakanlık bünyesinde ilgili Genel müdürlük/kurumlar, illerde il sağlık müdürlükleri ve/veya ilgili sağlık tesisleri üzerinden toplanır. Performans değerlendirmesinde ilgili dönemde toplanan veriler esas alınır; geriye dönük veri düzeltmeleri dikkate alınmaz. İlgili genel müdürlük/kurumlar bu verilerin zamanında ve doğru olarak bildirilmesinden sorumludur (WEB_22). Puanlama 100 tam puan üzerinden yapılır ve performans değerlendirmesi gizlilik esaslarına göre yürütülür. Başarı düzeyinin belirlenmesinde;

A düzeyi (90-100 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevinin mükemmel bir performansla tam ve doğru olarak yerine getirmiştir.

B düzeyi (80-89 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevinin üstün bir performansla tam ve doğru olarak yerine getirmiştir.

C düzeyi (70-79 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından görevinin ortalama düzeyde yerine getirmiştir.

D düzeyi (50-69 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından geliştirilmeye ihtiyaç duymakta olup görevini beklenenin altında yerine getirmiştir.

E düzeyi (0-49 Puan): Değerlendirme dönemi boyunca gerekli bilgi, beceri ve davranışlar bakımından yetersiz olup görevini beklenenin çok altında yerine getirmiştir.

İlgili karne puanlarıyla yöneticilerinin başarı durumları netleşir. Başarısız bir karneye sahip yöneticinin sözleşmesi sona erer ve eski görev yerine geri döner. Ayrıca

bu nedenle sözleşmesi feshedilen yönetici iki yıl içinde tekrar sözleşme imzalamasına izin verilmez. Kıstaslar il sağlık müdürü olarak ve yapılan hizmete göre hizmet müdürleri, başhekimler, başkanların çalışmalarına ilişkin kısımlardan oluşur ve her biri ayrı parametrelerce değerlendirilir. Bu uygulama sağlık sistemindeki kariyer anlayışını değiştirmiştir. Diğer kamu kurum ve kuruluşlara bakıldığında bu uygulama hem farklı hem de hiç yapılmamış bir sisteme sahiptir. Aslında uygulama sağlık hizmetlerinin hem verimliliği hem etkinliği düşünüldüğünde iyi gibi görünse de liyakat ve kariyer ilkelerini de zedeleyici görünmektedir (Ak, 2018: 69).

663 sayılı KHK ile ikinci basamak sağlık hizmeti taşra bazında düşünüldüğünde Kamu Hastaneler Birliğine bırakılmıştır; merkez teşkilatı işe Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu olmuştur (Durmuşoğlu, 2013: 54). SDP ile eğitim ve araştırma hastaneleri hariç tüm hastanelerin il özel idaresine bağlanıp sağlıkta işletmecilik modeline geçilmek istenmiş ve hatta konu ile ilgili kanun tasarıları hazırlanmış ancak yasa boyutuna geçememiştir. Daha sonra yeni bir düzenleme ile 663 sayılı KHK ile Bakanlık bünyesinde ancak işletme anlayışına daha yakın olabilecek kendi kararlarını alabilme, hizmet ve verimlilik kıstaslarına uygun sorumluluk yüklenme açısından Hastane birlikleri yapılandırması oluşturulmuştur (Erol ve Özdemir, 2014: 4; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003: 32). Bakanlık 663 sayılı KHK ile kurulan birliklere geniş yetki vermek suretiyle tüm sağlık hizmetinden sorumlu ve tek yetkili il sağlık müdürlükleri yetkisizleştirilmiş ve müdahale alanı daraltılmıştır. Bu itibarla il sağlık müdürlerinin hem görevlerine devam etmesi hem de yetkilerinin kısıtlanması nedeniyle diğer yöneticilerle arasında yönetsel karışıklık ve çatışma oluşmuştur.

Bu denli yönetim çatışması nedeniyle Sağlık Bakanlığı 4 Temmuz 2013'da bir genelge yayımlayıp üç başlı taşra teşkilatlanması hiyerarşi problemi il sağlık müdürünün birlik genel sekreterinden ve halk sağlığı müdüründen önce geleceği belirtilerek çözülmeye çalıştı (Acar, 2018: 713). SDP hedefleri içerisinde Sağlık Bakanlığına biçilen düzenleyicilik ve denetleyicilik görevi doğrultusunda Kamu Hastaneleri Kurumu ve Birliklerinde yatay örgütlenme değerlendirmesi yapılarak merkez teşkilatta başkan yardımcılığı getirilerek genel müdür yardımcılığı kaldırıldı. Yönetim kademesindeki şube müdürlüğü ve şeflik kadroları da kaldırılarak şefliklere eşit sayılabilecek uzmanlık kadroları getirilmiştir (Küçük, 2017: 316). Merkez ve taşra teşkilatında yüzlerce

oluşturulan, performans ölçütlerinin başarıda baz alındığı ve verimlilik, etkinlik kavramıyla içselleştirilen sözleşmelilik aynı zamanda iş güvencesinden yoksun, keyfi uygulamalara kayabilecek ve liyakat kavramı endişesini de oluşturabilecek bir durum olarak da görünmektedir (Lamba vd., 2014: 66; Elitez, 2017: 6).

15 Temmuz 2016 darbe girişiminden sonra sağlık alanında 667, 669, 670, 676, 694 ve 696 no.lu KHK'lar ile yeni düzenlemeler getirilmiştir. 23 Temmuz 2016 tarihli 667 sayılı KHK ile bazı özel ve vakıf yükseköğretim kurumlarına bağlı sağlık uygulama merkezleri Sağlık Bakanlığına tüm mal varlıkları ve personeli ile devredilmiştir. 31 Temmuz 2016 tarihli 669 sayılı KHK'da "Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Asker Hastanelerinin Devri" olarak geçen dördüncü bölümünde Gülhane Askeri Tıp Akademisine (GATA), Türk Silahlı Kuvvetlerine (TSK) ve Jandarma Genel Komutanlığına bağlı askeri hastane, sağlık kuruluşu, rehabilitasyon ve bakım merkezleri de Sağlık Bakanlığına; GATA'ya bağlı yükseköğretim kurumları da Sağlık Bilimleri Üniversitesine devredilmiştir. Devir sonrası bu kurumlarda bulunan personel Sağlık Bakanlığı personeli olarak görevlerine devam etmişler, yeni bir uygulama, yapı ve mevzuat ile karşı karşıya kalmışlardır. 17 Ağustos 2016 tarihli 670 sayılı KHK ile 669 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığına devredilen personelin ek ödemesine, tazminatına, yurtdışına gönderilip geri gelen sağlık ve yardımcı sağlık personeline devir kapsamında olduğuna, uzmanlık eğitimini kazanıp başlamayan hekimlerin uzmanlık eğitimlerini Sağlık Bilimleri Üniversitesinde başlayacaklarına dair hükümler yer almaktadır. 29 Ekim 2016 tarihindeki 676 sayılı KHK ile 663 sayılı KHK'nın 45. maddesine bir hüküm daha eklenerek 45/A olarak da yeni bir sözleşmeli sağlık personeli istihdamı oluşturulmuştur. Bu kapsamda yer alan sağlık personeli Kamu Personel Seçme Sınavı (KPSS) ile sonucuna göre Sağlık Bakanlığınca sözlü sınav sonucuna göre atanırlar. 3+1 olarak da bilinen uygulama ile atanan personel 3 yıl aynı yerde görev yaptıktan sonra talepleri halinde kadroya (657 sayılı DMK'nın 4/A maddesi) geçip aynı yerde en az 1 yıl daha çalışma zorundadır.

2017 yılında 694 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. 2011 yılından beri yürütülen üçlü teşkilat yapısı tekrar birleştirilerek 2011 yılı öncesine dönüştürülmüş, kısacası eskiye bir dönüş yaşanmıştır (Ak, 2018: 63-64). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bakanlık

içerisinde genel müdürlük seviyesinde yerini almıştır. Taşrada genel sekreterlik kadrosu kalkarak il sağlık müdürü; hastanelerde hastane yöneticileri kadrosu kalkarak yine eski düzende olduğu gibi Başhekimlik getirilmiştir. Sözleşmeli yöneticilik ise aynı kalmış ve bir değişiklik yaşanmamıştır (Pala, 2017: 7).

24 Aralık 2017 tarihli ve 696 sayılı KHK ile taşerona bağlı olarak çalışan personel kadroya geçirilmiştir. Sağlık personelinin planlaması ve ülke içerisindeki dağılımında tüm yapılan politikalara rağmen sıkıntılar yaşandığından personele yönelik ek politikalar geliştirilmeye devam edilmektedir. Sağlık personeli daha az gelişen şehirlere atanmalarına rağmen daha çok gelişen bölgelere geçmenin çözümünü bulmaya çalıştığı gözlemlenmiştir (Kılıç ve Tunç, 2004: 42).

Sağlık personelinin dağılımındaki dengenin sağlanabilmesi adına iki nokta bulunmuştur. Birincisi sağlık personel sayısında artışın oluşturulmasıdır. Fakat çalışmalar yapılırken hizmet, nitelik göz ardı edildiğinden çok da verimli olamamıştır (Türkay vd., 1999). Önemli olan eğitimini tamamlamış personeli düzgün planlama ve dağıtımını yapabilmektir. Eğitimde süreklilik sağlanmalı ve durum hizmet içi eğitimde sürekli olarak desteklenmelidir. Çalışma koşullarının ve özlük haklarının da çalışma motivasyonu sağlayacak biçimde ve çalışanlara iş güvenliği-güvencesi sağlayarak biçimlendirilmesi gerekmektedir. İyi yönetim sağlamak sağlık hizmetlerinin sunumunda çok etkili olduğundan görev tanımları net şekilde çizilmeli ve yöneticilik üzerinde siyasi etkileri azaltmak gerekmektedir (Pala, 2007: 39). İkinci nokta ise devlet hizmet yükümlülüğü uygulamasıdır. Bu uygulama az da olsa başarıya ulaşırsa da personel dağılımının dengeli ve adaletli olmasına tam olarak etki edememiştir (Türkay vd., 1999). Aslında Türkiye’de sağlık personeline ilişkin önemli olan nokta soruna bütüncül olarak ele alınmayışı ve sağlık personeli denildiğinde ilk akla gelen hekimler olduğundan odak nokta hekimlerin oluşudur (Pala, 2007: 34). Ülke genelinde açılan yeni tıp fakülteleri ile hekim sayısı yükseltilmeye çalışılsa da verilen eğitim ve fakülte yeterliği, donanımı, ekonomisi, kadrosu kısacası altyapı yetersizliği nedeniyle kazanım açısından sorun oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2022 yılında sağlık personeli haklarının geliştirilmesi adına düğmeye basarak peşpeşe yenilik duyuruları yapmıştır. Öncelikle 12 Mayıs 2022

tarihinde Sağlıkta Şiddet Yasası ve Mesleki Sorumluluk Kurulu çalışmaları yasalaşmıştır. Yeni düzenlemeyle düzgün giyim ve görünüm iyi hal indirimini etkilemeyecek, kasten yaralama suçuyla tutukluluk gerçekleşecektir. Ayrıca 14 Mart'ta Cumhurbaşkanının müjdeleri arasında sayılan malpraktis davalarıyla ilgili gelişme de sağlanarak kasıt olmazsa sağlık personelinin uygulaması sonucu oluşan tazminat ödemeleri devlet tarafından gerçekleştirilecektir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2022 yılı itibarıyla kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından soruşturma izni verilmeden önce il sağlık müdürlüklerinde görevli başkan veya yardımcılarını ile özel sektör sağlık çalışanları da ön incelemenin yapılması için görev alacaklardır. Bu güvence sayesinde sağlık çalışanını tıbbi uygulamadan kaçınmadan tedavisini uygulayacaktır (WEB_23).

Şiddet Kanunu'ndan sonra Sağlık Bakanı Uz. Dr. Fahrettin Koca sağlık personelinin maaşları ve özlük haklarının iyileştirilmesine yönelik çalışmanın Meclise getirileceğini açıkladı. Öngörülen iyileştirmeler şöyle özetlenebilir:

1) Ek ödemenin emekliliğe yansması [Daha önce maaş ve ek ödeme alan sağlık personelinin maaşı ek ödemeyle tam bir maaş oluyordu ve emekliliğe yansırken ek ödeme olarak aldığı tutar emekliliğine yansımıyordu. Dolayısıyla aldığı ücretin sadece bir miktarını emeklilik için Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) bildiriliyordu.]

2) Ek ödeme almayan hastane kalmaması (Son birkaç yıldır hemen hemen bütün hastanelerde çalışan personele yoğun sağlık giderleri nedeniyle ek ödeme yapılmamaktaydı).

3) Sağlık çalışanlarına 3600 Ek gösterge verilmesi (Önceden sadece uzman hekim, pratisyen hekim, uzman diş hekimi ve diş hekimi için verilen 3600 ek gösterge artık sağlık personeline de verileceği bildirilmiştir. Ancak sağlık personelinin tamamını yoksa belirli şartları taşıyanlar mı olacağı belirlenmemiştir. Beklenen 3600 ek göstergeyle emekli olacak sağlık personelinin emekli aylığının ve ikramiyesinin artacağı bildirilmiştir (WEB_24).

Sağlık personeline yönelik maaşlarda ve ek ödemelerde iyileştirme yapılmasına dair Yönetmelik 12 Ağustos 2022 tarihli ve 31921 sayılı Resmi Gazete ile yürürlüğe girmiştir. Sağlık Bakanı Uz. Dr. Fahrettin Koca sosyal medya hesabından Yönetmeliğin Resmi Gazete'de yayımlandığını bildirerek *“Yönetmelik dili hepimiz için açık*

olmayabilir. Günlük hayata tercüme her ayın 15'inde yapılacak. Hayırlı olsun" şeklinde müjde açıklaması yapmıştır. Yeni Yönetmelikle performansla göre ek ödemeyi öngören önceki Yönetmelik kaldırılıp iş yükü, sorumluluk, çalışılan birim göz önüne alınarak döner sermaye hak eden tüm sağlık personeline taban ek ödeme sistemine göre teşvik ödemesi öngörülmüştür. Sağlık Sen Başkanı Semih Durmuş ise bir televizyon programında artışla ilgili "Sağlık çalışanlarına derece, unvan ve kademelerine göre; 400 liradan başlayarak 10 bin liraya kadar gidebilecek ek ödeme yapılacaktır" açıklamasında bulunmuştur (WEB_25). Yeni Yönetmelik'le eskiden maaştan ayrı ödenen döner sermaye uygulaması kaldırılmış ve yeni teşvik ödemesi maaşa eklenerek genel bütçeden ödenmektedir. Eski döner sermaye uygulamasında izin ve sağlık raporu alan personelin döner sermaye ek ödemesi kesilirken şimdi sağlık raporlarında ve 12 güne kadar yıllık izinlerde hiçbir kesinti olmamaktadır. Eski sistemde bu durumu yaşayan sağlık personeli kendilerini ücret kesintisini insanlık dışı, çalışmaya bağımlı, kendi iznini ve hastalığını bile yaşayamayan, ücret kesintisi riski ve endişesi yaşayan robot şeklinde görüyorlardı (WEB_26).

Ağustos 2022'de yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği bazı sağlık tesislerinde görevli sağlık personeli (Bakanlık Laboratuvarı ve birinci basamakta görevli sağlık personeli) kapsam dışı bıraktığı için eleştirilmişti. Bu durum karşısında Sağlık Bakanlığı bir çalışma yapmış ve Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 9 Kasım 2022 tarihli 32008 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu değişiklikte Bakanlık Laboratuvarı ve birinci basamak sağlık tesislerinde görevli sağlık personeli de teşvik ödemesi kapsamı içine alınmıştır. Ancak bu sağlık tesislerinde görevli personelin işin özelliği baz alınarak bulaşıcılık, tedavi, iş sağlığına yöneliş, koruyucu sağlık hizmetlerinde bulunma, eczane denetimleri, 112 çağrı karşılama ve vaka oranı, numunenin analizi, sonuç alma süresi dikkate alınarak görevli sağlık personelinin teşvik oranları çeşitlenmiştir (WEB_27). Ayrıca eczacıların, yataklı sağlık tesislerinde görev yapan mutemetlerin, profesörlerin ve diğer eğitim görevlilerinin, 112 istasyonunda çalışan hekim ve dış hekimlerinin katsayıları arttırılmış ve üremeye yardımcı tedavi merkezleri ile yoğun bakım, kemik iliği, diyaliz, yeni doğan, nükleer tıp ve girişimsel radyoloji işlem hizmetleri, yanık ünitesi, evde bakım hizmetleri çalışanlarının girişleri ve

katsayıları belirlenmiştir (WEB_28). Son maaş iyileştirmelerinden sonra özellikle doktorlar arasında çok popüler olan ve devlet hastanelerine nazaran fazla ödeme getirisi olan özel hastanede çalışma isteği bitmiş görünmektedir. Hatta özellikle klinik branşlar kamu hastanelerinde maaş anlamında özel hastanelere göre fazla alır olmuştur. Önceden özel sektöre geçme düşüncesi ve isteği tam tersine özelden kamu sektörüne geçme çalışmasına dönüşmüştür. Özellikle Yönetmelik sonrası Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan istifa ve emeklilik sonrası yeniden ve açıktan atama kurasına çok fazla talep olmuş, atamalar ise diğer dönemlerle karşılaştırılacak olursa beş kat artmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nca son dönemlerde çok fazla alım ilanları yayınlanmaktadır. Devlet Hizmet yükümlülüğü kurası ile açıktan ve yeniden alım kuralarının yanında çok fazla personel alınacağı da bildirilmiştir. 28 Kasım 2022 tarihinde Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinde İstihdam Edilmek Üzere 1.183 Sözleşmeli Personel ve 30.000 Sözleşmeli Sağlık Personeli Alım İlanı ve Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinde İstihdam Edilmek Üzere 11.317 Sürekli İşçi Alımı İlanı yayımlanmıştır. 28 Kasım 2022 tarihinde Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinde İstihdam Edilmek Üzere 1.183 Sözleşmeli Personel ve 30.000 Sözleşmeli Sağlık Personeli Alım İlanında KPSS-2022/11 Tercih Kılavuzu yayınlandığı ve ortaöğretim, ön lisans ve lisans düzeylerinde sağlık personeli alınacağı; Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinde İstihdam Edilmek Üzere 11.317 Sürekli İşçi Alımı İlanında ise alınacak personelin Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) üzerinden Sağlık Bakanlığı irtibatıyla ve 4857 sayılı İş Kanunu'na göre çalışacağı bildirilmiştir (WEB_29).

Bunlara ek olarak yine aynı tarihte 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun 1 inci maddesi uyarınca sözleşmeli personel istihdam edilecek personel için kadro artırımı yapılacağı, ilgili kanun ve sözleşme metni üzerinde çalışma yapılacağı Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yazısıyla hem ilan edilmiş hem de il sağlık müdürlüklerine bildirilmiştir. Aynı yazıda 1 Ocak 2023 tarihinde yeni sözleşmelerin imzalanmasının planlandığını ve hali hazırda ilgili Kanun kapsamında sözleşmeli olarak görev yapan tüm personelin sözleşmelerinin son bulunacağı, sözleşmelerinin yenilenmeyeceğinin bildirilmesi istenmiştir. Ancak değişiklik hakkında bilgilendirme yapılmamış ve ilgili personel alımının nasıl olacağı, belirlenen unvanların ve vize

sayılarının oranı ve önceki personelin durumunun ne olacağı merak konusudur (WEB_30). Personel açısından bir başka gelişme de, Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın, aynı tarihte yapılan Kabine Toplantısı sonrasında kamuda çalışan sözleşmeli personelin kadroya geçireceğini bildirmesi olmuştur. Kadroya geçişler için üç yıl belirlenen kadrolarda çalışma gerekliliğinin olacağı, bu süreyi doldurmayanların doldurduktan sonra aynı haklara sahip olacakları bildirilmiştir. Ayrıca 657 sayılı DMK kapsamında 4/B maddesine göre çalışan ve 663 sayılı KHK'nın 45. Maddesine göre çalışan sağlık personelin kadroya geçmesi planlanmaktadır. Geçiş sonrasında bu personelinde 657 sayılı DMK kapsamında 4/A maddesine göre çalışan personelle aynı sosyal ve mali haklara sahip olacağı bildirilmiştir. Dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Vedat Bilgin de konu üzerinde yoğunlaştığını, çalışmaların en kısa sürede bitireceğini, kamuda tek tip personelin oluşturulmak istendiği, atama hakkı, görevde yükselme hakkı gibi önem taşıyan hakların kadroya geçen personelin de sahip olacağını bildirmiştir (WEB_31). Ancak sözleşmeli personel olarak çalışan Meclis danışmanı, KİT personeli, askeri, akademik, sanatçı, sağlık yöneticilerinin kapsam dışında kalacağı belirtilmiştir (WEB_32).

3.4. TÜRKİYE'DE COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİ SAĞLIK PERSONEL REJİMİ GELİŞMELERİ

2019 yılı Aralık ayında Çin'de başlayıp tüm dünyayı etkisi altına alan, ölümcül, semptomatik bazen de asemptomatik, bulaşma riski yüksek halde karşımıza çıkan Covid-19'nun ilerlemesiyle 11 Mart 2020'de WHO tarafından "pandemi" ilan edilmiştir. Yoğun ve riskli iş temposu içerisinde pandemi ile büyük orada etkilenen sağlık çalışanları olmuştur. COVID-19'un ne olduğu, nasıl geliştiği, süreci, süresi ve en önemlisi tedavisi için ne yapılacağı, mücadele kapsamında net bilginin olmayışı sağlık çalışanlarının üzerine ağır bir yük bildirmiştir (Yüncü ve Yılan 2020). Enfeksiyon açısından da bakıldığında, en yüksek riskli grup sağlık çalışanlarıdır. Gerek muayenelere dair durumlar gerekse de laboratuvar işlemleri açısından sağlık hizmeti içerisinde olan tüm personel risk grubu olarak kabul edilmiştir. Pandeminin bütün bölümlerinde sağlık personeli her zaman en önde olmuş ve mesleki sorumlulukları artmıştır. Hastaların

tedavisinin yanı sıra enfekte etmeme, kaynakların düzgün ve yerinde kullanılması, belirlenin kuralların ve önlemlerin uygulanmasıdır (Selgelid, 2009: 256).

DSÖ pandemi sonrası hazırladığı raporda sağlık personelinin haklarını, sıralamıştır. Bu haklar (WHO, 2020);

- Sağlık kurumlarına iş sağlığı ve güvenliği kapsamında önlemler, eğitimler, bilgilendirmeler için sorumluluk verilmelidir.
- Personele enfeksiyon ile mücadele için bilgilendirme yapılmalı, koruyucu ekipmanların kullanımına yönelik eğitim verilmelidir.
- Sağlık personeline her türlü koruyucu, önleyici ekipman, alet, malzeme verilmelidir.
- Sağlık çalışanlarının çalışma saatleri, molalar ve izinler çalışma koşullarına uygun olarak düzenlenmelidir.
- İş sağlığı ve güvenliği açısından olumsuz durumlar mesleki güvenlik uzmanlarına derhal bildirilmelidir.
- İş yerinde ciddi sağlığa dair, hayati, tehlikeli makul gerekçeli sorun olması nedeniyle düzenleme yapılmıyca kadar sağlık personelinin işe dönüş zorunluluğu kaldırılmalıdır.
- Sağlık personelinin iş yeri nedeniyle COVID-19 ile enfektesi karşısında tedavi hizmeti hemen başlatılmalı, rehabilitasyon ve tazminat konularında da destek olunmalıdır. Bu durum da meslek hastalığı içerisine eklenmelidir.

Türkiye’de, 2021 yılı sonu itibariyle, toplam 50 bin civarı sağlık çalışanı Covid-19 virüsüne yakalanmış; 300’ün üzerinde sağlık çalışanı ise hayatını kaybetmiştir. Ayrıca bu süreçte sağlık personeli için hasta yükünün artması, yüksek bulaş riski, sayısal yetersizlik, erken tıp öğrencisi mezuniyeti, emekli olmuş ve istifa etmiş sağlık personelinin göreve yeniden alımları, yoğun bakım ve kişisel koruyucu ekipman zorlukları, yiyecek ve tuvalet sıkıntıları, uzun çalışma saatleri, yorgunluk, alerji (Liu ve arkadaşları, 2020; Bulca Karadem, 2020), psikolojik sıkıntılar, uykusuzluk, gerginlik, stres, durumu kritik olan hastaların durumlarına yakından tanıklık etme, herkesin korku ile yakınlarına dahi yaklaşamazken sağlık personelinin bire bir hastalarla iletişime geçip tedavilerine yardımcı olmaları için temastan kaçınmamaları, yakınlarıyla görüşememe

gibi sıkıntılar olmuştur (Shanafelt vd., 2020). Tüm bu olumsuzlukların yanında 657 sayılı DMK'da tüm memurlara verilen haklar sağlık çalışanları için kısıtlanmıştır. Örneğin görevinden çekilme, yer değiştirme, izin (evlilik, ölüm, analık, hastalık, refakat hariç), emeklilik (yaş haddi hariç) hakları Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yazılarıyla ertelenmiş ve bu erteleme kademeli olarak önce emeklilik ve zaruri izinler hariç diğer izinler için 19/01/2021 tarihinde; istifa için 01/07/2021 tarihinde son bulmuştur. öngörülmeven tarihe kadar ertelenmiştir. Bu durumda sağlık personelinin görevde ve hizmette aktif tutulması sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı önceden yılda üç defa görevinden istifa etmiş ya da emekliye ayrılmış sadece doktor ve eczacı alımı yaparken yeni bir personel politikasıyla istifa etmiş ya da emekliye ayrılmış diğer sağlık personeli alımını da 2020 yılında dört kez gerçekleştirmiştir; ayrıca KPSS ile sağlık personeli alım sayısını arttırmıştır.

Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, 5510 sayılı Kanun'un 14'üncü maddesi hükümleri doğrultusunda bir genelge yayımlandı. Bu Genelgeyle, Covid-19 tanısıyla tedavi olan kamu, özel ve üniversite sağlık tesislerinde çalışan sağlık personeli için meslek hastalığı veya vazife malullüğü açısından sosyal güvenlik hakları verilmiştir (WEB_33). Ancak Türk Tabipler Birliği bu hakkın illiyet bağı ve doldurulması gereken formlarda bulunan sorular itibariyle tüm personeli kapsamadığına dair eleştiriler vardır. Türkiye'de sağlık alanında günün koşullarına hatta ilerisinde kanunlar çıkarılmasına rağmen uygulama eksiklikleri ve alt yapı olmadan yenilik ekleme anlayışı nedeniyle tam olarak anlamlı olmamıştır (Bakar ve Güler, 2005: 348).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:

TÜRKİYE’DE SAĞLIK PERSONEL REJİMİNİN DİĞER PERSONEL REJİMLERİDEN FARKLARI VE DÖNÜŞÜMLERİ

İnsan kaynakları sağlık sisteminin en önemli ögesidir. Sağlık hizmetinin oluşturulması ve sunulmasında her ne kadar teknolojik girdiler önemli olsa da, insan kaynağının önemi daha fazla bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde insan kaynağı hiçbir zaman geri plana atılamaz. Planlamasının iyi yapıldığı bir sağlık sistemi her zaman daha güçlü olmuştur, kalitesini arttırmıştır. Özel teknik bilgi ve becerilerle donatılmış insan gücünün sınırlı sayıda bulunması, sağlık hizmetinin toplumun her kesimine eşit şekilde verilebilmesi için etkili bir insan gücü planlaması yapılmasını zorunlu kılmaktadır (Kılıç ve Tunç, 2004: 24). Dünyadaki gelişmelere paralel olarak sağlık personelinin yapısı, planlaması, istihdamına yönelik projeler ve politikalar da değişime uğramıştır. Sağlık hizmetlerinin emek bazlı olduğu bilindiğinden yaşanan her gelişme sağlık personelinin etkilemiştir.

Tezin bu bölümünde Türkiye’deki sağlık personel rejimine özel bir giriş yapılmaktadır. Bugün var olan sağlık sistemi içerisinde yer alan sağlık personeli rejimlerinde planlamanın önemi ve gerekliliği, personel istihdamı ve türleri boyutlarında/başlıklarında irdelenmektedir. Türkiye’de sağlık personeline dair istihdam türleri özgün şekilde detaylı olarak sistematize edilmekte ve tartışılmaktadır. Bu bölümde ayrıca sağlık personelinin görevi ve yapılan hizmeti gereği karşılaştığı durumlar sıralanmaktadır.

4.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK PERSONELİ REJİMİNDE PLANLAMA

Bir ülkede sağlık personeli konusunda en önemli ve hemen hemen tüm reformlarda ana başlıklardan biri olan konu ise sağlık personelinin ülke içerisindeki dağılımı ve planlanmasıdır. DSÖ’ye göre sağlık personeli planlaması sağlık hizmetlerindeki hedefleri sağlayabilmek için gerekli iş gücü sayısının önceden kestirilebilmesi anlamına gelmektedir (Şantaş vd., 2012: 46). Sağlıkta personel planlaması, topluma bugün sunulan ve gelecekte sunulacak sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek üzere sağlık çalışanlarının yeterli nicelikte, yüksek nitelikte, düzgün bir

dağılımla, yerinde bir zamanlama ile ve doğru bir şekilde istihdam edilmesidir (Sağlık Bakanlığı ve YÖK, 2008: 3). Sağlık insan gücü planlaması, doğru yerde, doğru zamanda, doğru beceride ve doğru sayıda insanı bulundurmadır şeklinde ifade edilebilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010: 379).

1960'ların başlarından 1970'lerin ortalarına kadar olan süreçte sağlık insangücünün ulusal olarak planlanması giderek artan bir öneme sahip olmuştur. Ayrıca karar vericiler üzerinde bu zamana kadar çok az etkisi olan teknik planlama prosedürleri de tanınmaya başlanmıştır. "Herkes İçin Sağlık" hareketi sağlık insangücünün ulusal ihtiyaçlara bağlı olması gerektiği sorusunu beraberinde getirmiştir. Sağlık insangücünün gelişimi ve sağlık hizmetlerinin eşgüdümü 1950'li yıllardan itibaren vurgulanmasına rağmen, bu konu ancak 1976 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün resmi politikası haline gelmiştir. Kavram 1989 yılında değiştirilmiş ve "Uyumlaştırılmış Sağlık ve Sağlık İnsan gücü Gelişimi" kavramı getirilmiştir. Uyumlaştırılmış Sağlık ve Sağlık İnsan gücü Gelişimi kavramı üç temel kurala dayanmaktadır. İlk kural, sağlık insan gücü planlaması, üretimi ve yönetimi fonksiyonları birlikte yapılmalıdır. İkincisi, sağlık insan gücü, sağlık sisteminin ihtiyaçlarını karşılama amacına hizmet etmelidir. Üçüncüsü ise, sağlık sistemi insanların ihtiyaçlarına hizmet etmelidir (Kolehmainen ve Liisa, 1993: 3).

DSÖ'ye göre ise sağlık işgücü toplumun sağlık düzeyini koruyan ve geliştiren kişilerdir (Akdağ, 2010: 1). DSÖ tarafından yayımlanan 2000 yılı Dünya Sağlık Raporu'nda insan kaynaklarının sağlık sisteminin en temel girdisi olduğu belirtilmektedir (World Health Organization, WHO, 2000). Öte yandan sağlık sektörü en büyük işverenlerden biridir ve sağlık için tahsis edilen ulusal bütçenin büyük bir oranı insan kaynakları ödemelerinden oluşmaktadır (Narine, 2000: 297). Pek çok ülkede sağlık sistemi harcamalarının %65-80'inin maaş, prim (bonus) ve diğer ödemeleri içeren çalışan ücretlerinden oluşmaktadır (Özcan, 2009: 161). Bu nedenle sağlık hizmetlerinde en önemli maliyet unsurlarından birisi olan insan kaynaklarının planlanması, eğitimi, düzenlenmesi ve nihai olarak optimizasyonu zorunludur (Lavieri ve Puterman, 2009: 120).

Sağlık insangücü planlamasının temel amaçlarını şu şekilde sıralanabilir (İşlek, 2005: 96):

- Halihazırda istihdam edilmiş insan kaynaklarının verimli şekilde kullanılması;
- Gelecekte ihtiyaç duyulan insan gücü gereksiniminin öngörülmesi;
- Mevcut insangücü yeteneklerinin tahmin edilmesi;
- İnsan gücünün yetersizliği veya fazlalığı gibi sorunların önceden tespit edilmesi ve önlenmesi;
- İnsan kaynağıyla ilgili alınacak kararlarda etkililiğin artırılması;
- İleride ihtiyaç duyulabilecek yeni mesleklerin ve bu mesleklerin rollerinin, sorumluluklarının ve özelliklerinin belirlenmesi;
- Gelişen ve değişen teknolojik ve çevresel koşullara insangücünün uyumunun sağlanması.

Aşağıda sağlık insangücü planlamasının süreçlerinde yapılması gereken işlemler kısaca özetlenmektedir (Özsarı, 1994: 23):

Hazırlık Aşaması: Bu aşamada her türlü ilgili kurum ve kuruluşun katkılarıyla çalışma grubu ya da grupları oluşturulmalı ve ülkeye ait uzun vadeli demografik projeksiyonlar, sağlık hizmet öncelikleri, sağlığa ayrılan kaynaklar gibi kritik alanlarla ilgili veri toplanmalıdır. Tüm yapılacak çalışmaların taslağı ve zaman tablosu yine bu aşamada belirtilmelidir.

Mevcut Sağlık İnsangücü ve Kurumları Hakkında Rapor Hazırlanması: Bu raporun ulusal sağlık planını da içermesi zamandan tasarruf sağlayacaktır. Raporda ayrıca mevcut personel sayısı ve eğilimi, ulusal, bölgesel ve yerel bütçe olanakları, personel politikaları gibi mevcut durumu anlatır konular yer almalıdır.

Sağlık İnsangücünün Gelecekteki Durumunun Tahmin Edilmesi: Bu aşamada, mevcut personel, ayrılma, ölümler, emeklilik hızı gelecekteki eklenmeler (sağlık insan gücü yetiştiren okullar dikkate alınarak) göz önüne alınmalıdır.

Sağlık İnsangücü Gereksinimi, Nicelik, Nitelik ve Dağılımının Belirlenmesi: Bu aşamada sağlık gereksinimi, hizmet hedefi, sağlık talebi, nüfus/insan gücü oranları, analitik yöntemler gibi bazı yöntemler kullanılarak insan gücü gereksinimi belirlenebilir.

Arz ve Gereksinimler Arasındaki Uyumsuzlukların Belirlenmesi: Sağlık insangücü planlama aslında bir sağlık insan gücü piyasasında arz ve talep dengesinin

oluşturulması tekniği olarak görülebilir. Şöyle ki, bir tarafta sağlık hizmetlerinin sunulması için eğitilen/egitilecek olan ve yetiştirilen/yetiştirilecek olan bir nüfus vardır ki buna arz tarafı denir. Diğer taraftan bu kişileri istihdam ederek sağlık hizmetleriyle ilgili amaçlarını ve hedeflerini gerçekleştirmesi gereken bir yapı vardır ki buna da talep tarafı denir. Etkili bir sağlık işgücü planlamasında bu hususların dengeli olması gerekmektedir; ancak maalesef uygulamada farklılıklar gözlenmektedir. İşte bu farklılıkların incelenmesi bu aşamada yapılmaktadır.

Belirlenen Uyumsuzlukların Çözümüne Gidilmesi: Belirlenen uyumsuzlukların nedenleri araştırılır ve eldeki imkânlar doğrultusunda politika önerileri geliştirilir.

Örgütsel ve Yönetimsel Soruların Çözümlemesi: Sağlık hizmetleri ile insan gücü gelişimi eşgüdümü sağlanır, sağlık personelinin eğitimi ile gereksinilen hizmetler uyumu gözetilir, personel için kariyer olanakları sağlanır ve hizmet içi eğitimler düzenlenir.

Sağlık İnsangücü Stratejisinin ve Planının Belirlenmesi: Eldeki analiz sonuçlarına göre sağlık insangücü uyumsuzluklarının giderilmesi için alternatif seçenekler (stratejiler) belirlenir.

Ayrıntılı Sağlık İnsangücü Gelişim Planının Hazırlanması: Seçilen stratejilere bağlı kalınarak insangücü planı hazırlanır, uygulama adımları ve süreçte kullanılacak başarı kriterleri belirlenir.

Uygulama ve İzleme: Seçilen strateji ve uygulama aşamaları uygulanır ve önceden belirlenen başarı kriterleri çerçevesinde değerlendirilir. Yeni planlama için dikkat edilmesi gereken hususlar belirlenir.

Sağlık hizmetin düzgün sunulabilmesi için insan kaynakları ülkenin ihtiyacına göre değerlendirilir ve istihdam edilir. İnsan kaynaklarının bu planlar doğrultusunda doğru yerde ve zamanda işlemesi gerekir; aksi takdirde, kaynak israfı yaşanır ve maliyetler artar ve kalite bozulur (Hornby vd., 2003).

Sağlık personeli planlaması, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulan bölgelerde sağlık ihtiyaçlarının neler olduğunu belirleyen, bunları düzeltmeye çalışan, uğraş veren sağlık personelinin temin edilerek ve süreci yöneterek oluşturulan planlardır (Yılığör,

2006: 24). Boztok ve Kılıç (1995: 7) sağlık personeli planlamasını amaçlar doğrultusunda ihtiyacın seviyesinde, kaliteli, zamanında programa dahil edilmiş personelin bulunması için oluşturulan uygulamaların tümü şeklinde tanımlamışlardır. Kısaca sağlık hizmetlerinin tam olarak sağlanabilmesi için sağlık personelinin personelin uygun konumda, uygun bölgede ve uygun sayıda sağlanmasına denmektedir (YÖK, 2010).

Sağlık insangücü planlaması, Türkiye adına önem arz etmesine rağmen çok ilgi görmemiş; sadece nüfus bazlı hesaplamalarla sınırlı kalmıştır (Boztok ve Kılıç, 1995: 7). 2007’de Sağlık Bakanlığı Sağlıkta İnsan Kaynakları Politika Oluşturma Çalıştayı yapmış ve sağlık personeli planına yönelik sosyal ve teknolojik yapının incelenmesi, nüfusun yaşlanmasıyla fizik tedavi, geriatri, psikoloji gibi bölümlerin giderek artacak olmasından dolayı bu bölümlere oluşacak ihtiyaçların giderilmesi, sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçlar doğrultusunda planlanan sağlık personeli için özendirici önlemlerin alınması, sağlık personeli arasında görev tanımlarının tam ve net olarak yapılması önerilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007a: 32).

Sağlık personel planlamasına yönelik çalışmaların en geneli de kalkınma planları olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2007b: 211; WEB_34).

Birinci ve İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planları, istihdamın gelişimine yönelik olmuştur. Sonrasındaki kalkınma planlarında ise Avrupa Birliği temeli doğrultusunda kıstaslar belirlenmiştir. Kalkınma planlarının hemen hemen hepsinde sağlık personeli, temel sağlık hizmetleri ve sağlık tesislerindeki gelişmeler ve yatak sayıları önemli olmuştur. Özellikle yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’ndan sonra sağlık sistemindeki dönüşümler gündeme gelmeye başlamıştır (WEB_35).

Türkiye’de kalkınma planlarıyla makro düzeyde sağlık insan gücü sağlama ve planlama çalışmaları yapılmıştır; ancak bu anlamda yapılan planlar bina, yatak ve doktor sayısına göre yapılmış; eğitim ve niteliksel düzenleme geride kalmıştır. Ayrıca kalkınma planlarında konu yüzeysel olarak geçilmiş, Sağlık Bakanlığı ile Kalkınma Bakanlığı arasında koordinasyon tam olarak sağlanamamış ve makro düzeydeki planlar mikro düzeydeki planları baskılamış ve görünmez kılmıştır. Durum böyle olunca yapılan ve/veya yapılmak istenen yenilikler yüzeysel kalmıştır (Şantaş, vd., 2012: 56).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yurt genelinde etkin ve verimli şekilde yürütülebilmesi için Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin atama ve yer değiştirmelerine ilişkin usul ve esaslar 26.3.2013 tarihli ve 28599 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği’yle belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları Yönergesiyle Sağlık Bakanlığı’nın taşra örgütlerinde çalışacakların unvanlara göre kadro standartlarının belirlenmesi, kullanılması ve hizmet birimlerinin görev tanımlarının yapılması olarak belirtilmiştir (SASAM Enstitüsü, 2018: 16; WEB_14).

İlgili mevzuatlar doğrultusunda, sağlık insan kaynaklarının illere, kurumlara ve sağlık tesislerine göre tahsisinde ve ihtiyacın belirlenmesinde dikkate alınan hükümler aşağıda ifade edilmektedir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 90):

Hizmet Bölgeleri ve Hizmet Grupları: Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği 7. Maddesinde “*PDC doluluk oranına göre iller, her unvan ve branşta en yüksekte en düşüğe doğru A, B, C ve D olarak dört hizmet grubuna ayrılır. Doluluk oranı en yüksek ilk 20 il A, ikinci 20 il B, üçüncü 20 il C ve diğer iller ise D hizmet grubu olarak belirlenir. İllerin doluluk oranlarının eşit olması hâlinde Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Endeksinde üst sıralarda yer alan il, doluluk oranı daha yüksek olan il olarak kabul edilir*” hükmü yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği, 2013). Unvan ve branşlara göre il dağılım cetvelinde belirlenen sayı, illerde istihdam edilen personel sayısının karşılaştırılması sonucu bulunan doluluk oranı cetvelleri ve buna göre belirlenen hizmet grupları ise her iki ayda bir yenilenerek Bakanlık internet sitelerinde duyurulur ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünde iki yıl süreyle muhafaza edilir (WEB_36).

PDC Doluluk Oranı: Unvan ve branşlara göre il dağılım cetvelinde belirlenen sayı ile illerde istihdam edilen personel sayısının karşılaştırılması sonucu doluluk oranları belirlenmektedir (Avcı ve Ağaoğlu, 2014: 91). Türkiye’de bulunan hastaneler için (kamudakiler) sağlık insangücü dağılımı Bakanlık ve Bağlı Kuruluşlar Personel Dağılım / Standart Kadro Cetveline göre yapılmaktadır. PDC Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan personelin iller arası ve hizmet alanları içerisinde dağılımını

yönetmeliklerle belirlenen hükümleri kapsayarak yılda bir kez kadroların ve pozisyonların sayısal değerini gösteren tablodur (WEB_36). Resmi Gazete tarih ve sayısı 26.03.2013 ve sayısı 28599 Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğinin Ek 2'sinde Personel Dağılım Cetveli dayandığı ilkeler belirtilmektedir. İlgili Cetvele göre, personelin iller arasında planlanmasında esas ilke Türkiye İstatistik Kurumunca (TÜİK) belirlenen nüfustur. Nüfus dışında hastanenin türü, il dışından başvuru, yıllık ortalama poliklinik sayısı, yıllık ameliyat sayısı, özellik arz eden birimlerinin olması (yoğun bakım ünitesi, reanimasyon ünitesi, yanık ünitesi, diyaliz, kan bankası ve benzeri birimlerin bulunması), demografik, epidemiyolojik (hastalık insidans ve prevalansı, vb.), coğrafi ve turizm kaynaklı değişiklikler, illerin tıbbi cihaz ve fiziki mekân kapasitesi, personel dağılımını etkileyecek ölçüde nüfus hareketleri ya da poliklinik sayısındaki farklılıkların dikkate alındığı ifade edilmektedir (Özkan, 2014: 55).

Hizmet Puanı: Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği 7. Maddesinde *“personelin atama ve yer değiştirme işlemlerinde kullanılmak üzere, bu Yönetmelik kapsamındaki personel için her atama döneminden önce atamaya esas olmak üzere çalışılan yerin özelliklerinin göz önüne alındığı bir hizmet puanı hesaplanır. Açık bulunan ve Bakanlıkça ilan edilen kadrolara yapılacak atamalarda hizmet puanı esas alınır. Hizmet puanlarının eşitliği hâlinde ise meslekî kıdemi fazla olan personel atamaya hak kazanmış olur”* hükmü gereğince iller arası ve il içi tayinleri yapılmaktadır (WEB_36).

Atamalarda, objektif kriterlerin sağlanarak, sağlık işletmeleri ve kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması amacıyla, Atama ve Nakil Yönetmeliği hazırlanarak, sağlık personeli için personel dağılım cetveli oluşturulmuştur. Yönetmelikle bölge gruplaması yapılarak açıktan atama yoluyla uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacılar dijital ortamdaki kurayla sağlık personeli genel hükümlerine göre merkezi sınavla atama yapılmaktadır (Akdağ, 2012: 205). Devlet tarafından asli olarak sunulan hizmetlerin başında sağlık hizmetleri bulunur. Sağlık hizmetleri için gereği nedeniyle oldukça dinamik ve karmaşık bir yapıdadır. Hizmetin etkin ve verimli sunulabilmesi için bu sisteminin çarklarının düzgün işlemesi gerekmektedir. Bu çarkları oluşturan yönetsel, örgütsel ve faaliyet temelli yapıda da

sağlık personelinin etkisi büyüktür. Sağlık personelinin eğitiminin, istihdamının, ülke içerisinde dengeli dağılımının, motivasyonunun, özlük haklarının eşitlikçi, adil ve sağlık hizmetlerinin başarıyla yürütülmesi ilkeleri çerçevesinde düzenlenmesi hem sağlık hizmeti sunucusu hem de alıcısı açısından son derece önemlidir.

4.2. SAĞLIK PERSONELİ İSTİHDAMI VE TÜRLERİ

Sağlık tesislerinde teknik kavramlar ve araçlar kullanılsa da hizmetin en önemli yapısını personel oluşturur (Özkan, 2014: 30). Sağlık hizmetlerinde personel, ikamesi olmayan, göz ardı edilemeyen, vazgeçilemez bir unsurdur (Etiler, 2012: 1). Sağlık personel sayısı çoğu sektörde çalışan personel sayısından fazladır (Kaplan, 2013: 36).

Sağlık personeli için istihdam durumlarına göre pek çok ayırım yapılmaktadır. Örneğin 1) memur, 2) sözleşmeli personel (4-B, 4924'lü, Aile Hekimi ve Aile Sağlığı Elemanı, Kamu Hastaneleri Birlikleri Sözleşmeli Personeli), 3) 4-C Geçici Personel, 4) 4-D İşçi, 5) Vekil Ebe/Hemşire, 6) Hizmet Alımı Yöntemiyle Taşeron Personel (Ahmet Kaplan, 2013: 50). Bir başka ayırmda 1) Hekimler ve dış hekimleri, 2) Hekim dışı sağlık personeli olarak yapılmıştır (Kadir Sümbüloğlu, 1982). Dünya Sağlık Örgütünün sağlık insan gücü sınıflamasına dair 1980'li yıllarda yaptığı çalışma Nusret Fişek'in (1983) tarafından Türkçe literatüre kazandırılmış olup bu sınıflandırmaya Mavi (2010) ve Fişek (1995) sonraki bazı çalışmalarında da atıf vermektedir.

DSÖ'de sağlık personeli 1) sağlık mesleklerinde çalışanlar, 2) tıp dışında çalışanlar, 3) tıp dışı bilim dallarında yetişenler ve standart eğitim düzeyi altındaki personel olarak gruplandırmıştır (Fişek, 1983: 124-126; Fişek, 1995: 21-24; aktaran Mavi, 2010: 10). Sağlık personeli sınıflandırması aldıkları eğitime ve seçtikleri bölüme göre de 1) kişiye yönelik hizmet yapanlar (hekim, dış hekim, ebe, fizyoterapist, diyetisyen, optometrist, vb.); 2) çevreye yönelik hizmet yapanlar (sağlık mühendisi, veteriner, çevre sağlık teknisyeni, vb.); 3) laboratuvar personeli ve diğer bilimciler (mikrobiyolog, biyokimya uzmanı, hematolog, patolog vb.); 4) sağlık alanında uzmanlaşmış destek personel (hastane idarecisi, tıbbi sekreter vb.); 5) genel hizmetliler (daktilo, şoför, temizlikçi, vb.) olarak da belirlenmiştir (Fişek, 1983: 126, aktaran Mavi, 2010: 11).

Sağlık teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak birçok sağlık meslek grupları gelişmiş, sağlık hizmetleri bir ekip hizmetine dönüşmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir komitesi tarafından sağlık personeli üç grupta (sağlık mesleklerinde çalışanlar, tıp dışında çalışanlar, tıp dışı bilim dallarında yetişenler ve standart eğitim düzeyi altındaki personel) sınıflandırılmaktadır.

Dünya genelinde sağlık hizmeti sunumu yapan sağlık çalışanları, toplam sağlık iş gücünün ortalama olarak %70'ini oluşturmaktadır. Bu sınıflandırmaların dışında dünyada sağlık çalışanları beş temel kategoride ele alınmaktadır. Bu beş kategorinin kapsamaları şu şekildedir (Doğruyol, 2015: 43; WHO, 2006: 43):

- 1) Hekim: Tıp alanında (uygulama, yönetim, araştırma ve benzerlerinin) çalışan tüm tıp fakültesi veya tıp okulu mezunlarını kapsar.
- 2) Sağlık alanındaki diğer profesyoneller: Bir üniversite mezunu olmayı gerektiren, özel alanlarda görev yapan tüm sağlık personelini kapsar (diş hekimleri, eczacılar, biyologlar).
- 3) Hemşirelik ve ebelik personeli: Hemşireler ve ebeler gibi sağlık hizmetlerinde bakım ve hizmet sunan tüm personeli kapsar.
- 4) Yardımcı sağlık personeli: Sağlık hizmetlerinde özel olarak eğitilmiş veya bağımsız olmayan, tamamlayıcı/yardımcı bir görev için eğitilmiş tüm personeli kapsar (bakımla görevli olmayanlar: Laboratuvar, radyoloji teknisyenleri, sağlık danışmanları, diyetisyenler).
- 5) Diğer personel: Sağlık alanında hiçbir özel eğitim görmemiş, tüm diğer personeli kapsar (temizlikten görevli personel, şoförler, idari personel, büro personeli, vb.)

OECD'nin istatistiklerinde sağlık personeli için doktor ve hemşire verilerine rastlamaktayız. Veri kılavuzunda doktorlar sağlık uygulayıcıları olarak görülmektedir. 2021 OECD göstergelerinde 1000 kişi başına düşen hekim sayısı anlamında 37 ülke içerisinde Türkiye 34. olmuştur. Bu oran oldukça düşük bulunmaktadır. Hemşireler ise uygulamayı yapanlar olarak görülmektedir. Maalesef Türkiye 2021 OECD göstergelerinde 1000 kişi başına düşen hemşire sayısı anlamında 37 ülke içerisinde Türkiye 33. olmuştur. Ancak doktor mezuniyet seviyelerine bakıldığında Türkiye 37 ülke içerisinde 14. olmuştur. Hekimlerin yetişmesi uzun zaman aldığından ülkeler yeterli

hekim sayılarına ulaşması için tıp eğitimi konusunda program geliştirmeye başlamıştır. Gerek eğitim kurumlarının sayısını arttırmak gerekse yurt dışından doktor çekmek gibi uygulamalara başlamışlardır (WEB_74).

Sağlık çalışanlarının, üstlendikleri mesleki sorumluluklar ve sosyal statüleri gereği kendi yaşam biçimleriyle toplumda örnek olma ve sağlık eğitimi yönünden de hizmet sunumu yaptıkları bireyleri/grupları etkileme özelliğine sahiptirler. Sağlık çalışanları bireyleri, aileleri, toplumları yaş, cinsiyet, ırk yönünden ayırım yapmadan kültürel özellikleri ile birinci derecede hizmet sunumunu gerçekleştiren aile hekimleri, hemşire, ebe, sağlık teknisyeni ve diğer sağlık çalışanları mesleklerinin ilkeleri ve gereğiyle insanlarla kurdukları sıkı iletişimlerini olumlu, bireylerin/toplumların sağlıklarını koruyucu, önleyici ve rehabilite edici olarak gereken azami özeni göstererek toplumun ve gelecek nesillerin sağlıklı olmasına önemli katkılarda bulunmaktadır (Aykır, 2014: 138). Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı, önemli ve çok yönlü özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri insan niteliklerinin geliştirilmesi için gerekli olan en temel hizmet özelliğine sahiptir. Beşerî sermaye, insana ait niteliklerin değeri olarak ifade edilmekte olup sağlık hizmetlerinin bünyesinde taşıdığı özelliklerle birebir ilişkilidir (Altay, 2005: 3).

Aslında sağlık çalışanları istihdamında oluşan çeşitlilik bir karışıklığa da neden olmuştur. Bu durumdan dolayı sağlık personeli arasında yapısal anlamda büyük farklılıklar oluşmuştur (Akdur, 2008: 11). Örneğin SDP sonrası sözleşmeli çalışanlar oluşmaya başlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetleri içerisinde kamuda sözleşmeli çalışabilme gündeme gelmiştir. Hizmetin üçüncü kişilerce gördürülmesi, Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması, Aile Hekimliği uygulaması yeni istihdam türlerinin oluşmasını sağlamıştır. 2011 yılında sözleşmeli çalışan personel kadroya geçirilmiştir. Bu durum 2023 yılında da gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı bu dönemde hem sözleşmeli personel alırken hem de mevcuttaki sözleşmeli personeli kadroya geçirmiştir. 2016'da OHAL döneminde askeri hastaneler devredilince askeri sağlık tesislerinde görev yapan personelde Sağlık Bakanlığı bünyesine geçirilmiştir. Kısacası hem askeri sağlık tesisleri hem de askeri sağlık personeli Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır (Yavuz, 2016: 6).

Bu çalışmada de Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği başlıklı makalelerinde İpek Özkal Sayan ve Aziz Küçük (2012) tarafından belirlenen sağlık personeli gruplandırmasından büyük ölçüde yararlanmış; ancak özelde bazı farklılıklar geliştirilerek eklemeler yapılmıştır. Özkal Sayan ve Küçük (2012) makalelerinde 657 sayılı Kanun’un 4/A maddesi boyutunu bütün olarak almış ve genel olarak taşeron personel, sözleşmeli personel, yabancı sağlık personeli ile vekil ebe/hemşire şeklinde bölünmüş istihdam yapısından bahsetmişlerdir.

Bu tezde yazar tarafından, başka kaynaklardan istifadeyle, gerçekleştirilen onlu sınıflandırmaya tabi tutularak mevcut sınıflandırma içerisindeki önemli noktalar belirlenerek açıklama yapılmaya çalışılmıştır. Denizli İl Müdürlüğünde personel işlerine de bakan Şef unvan ve kadrosundaki tez yazarının ortaya koyduğu sağlık çalışanlarına dair dokuzlu sınıflandırma aşağıdadır:

- 1) 657 sayılı DMK’nın 4/A Maddesine Göre Atanan Personel (Memur),
- 2) 657 sayılı DMK’nın 4/B Maddesine Göre ve 663 sayılı KHK’nın 45/A Maddesine Göre Atanan Personel (Sözleşmeli Personel),
- 3) 657 sayılı DMK’nın 4/C Maddesine Göre Atanan Personel (Geçici İşçi) (Bu personel 01 Ocak 2018 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdari Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 sayılı KHK’nın Geçici 23 ve Geçici 24 üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ ile 4B kadrosuna geçirilmiştir. Yine de, geçmişe yönelik evreler de inceleneceği için yapı farklılığından dolayı değinmeye karar verilmiştir.)
- 4) 1965 yılında yasalaşan 657 sayılı DMK’nın 4/D Maddesine göre atanan personel (işçiler),
- 5) 4924 sayılı Kanun’a dayalı olarak eleman temininde günlük çekilen yerlerde çalışan hekim, sağlık memuru ve diğer sağlık personeli,
- 6) 24/11/2004 yılında yasalaşan 5228 sayılı Aile Hekimliği Kanunu’na tabi çalışan Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Çalışanları,

- 7) Vekil Ebe/Hemşireler,
- 8) Şehir Hastaneleri Modeline göre çalıştırılan sağlık personeli,
- 9) 663 sayılı KHK'ya tabi çalışan yöneticiler ve diğer sözleşmeli personel,
- 10) Yabancı sağlık personeli.

4.2.1. 657 Sayılı DMK'nın 4/A Maddesine Göre Atanan Personel

657 sayılı DMK'nın 4/A maddesinde bulunan “*Mevcut kuruluş biçimine bakılmaksızın, Devlet ve diğer kamu tüzel kişiliklerince genel idare esaslarına göre yürütülen asli ve sürekli kamu hizmetlerini ifayla görevlendirilenler, bu Kanun'un uygulanmasında memur sayılır. Yukarıdaki tanımlananlar dışındaki kurumlarda genel politika tespiti, araştırma, planlama, programlama, yönetim ve denetim gibi işlerde görevli ve yetkili olanlar da memur sayılır*” hükmü yönünde görev alan personeldir. Mevcut mevzuat baz alınarak personel işlemleri gerçekleştirilir (SASAM Enstitüsü, 2018: 11).

657 sayılı Kanun'un 4/A maddesine göre Sağlık Bakanlığında çalışan personele diğer sağlık personelinden daha fazla hak tanınmaktadır. İzinlerinden, atamalarına, tayin haklarından fiili hizmet taleplerine kadar oldukça geniş yelpazede hakları bulunmakta olup bu haklara aşağıda geniş şekilde değinilmektedir.

Özellikle SDP'den önce sağlık personeli alımları çoğunlukla olarak 657 sayılı DMK kapsamında memur olarak istihdam edilmekteydi. Şu anda sadece stratejik personel (uzman hekim, pratisyen hekim, uzman diş tabibi, diş tabibi, eczacı) atamaları sonucunda direkt olarak 4/A kapsamında atanmaktadır. Sağlık Bakanlığına özgü belirlenmiş sözleşmeli personel alternatif istihdam biçimi yaratılmış, böylece memurluk statüsü yerine asli ve sürekli hizmetlerde sözleşmeli istihdamının önü açılmıştır (Arslan, 2005: 361).

4.2.2. 657 Sayılı DMK'nın 4/B Maddesine Göre ve 663 sayılı KHK'nın 45/A Maddesine Göre Atanan Personel (Sözleşmeli Personel)

657 sayılı DMK'nın 4/B maddesinde belirtilen, “Kalkınma planı, yıllık program ve iş programlarında yer alan önemli projelerin hazırlanması, gerçekleştirilmesi,

işletilmesi ve işlerliği için şart olan, zaruri ve istisnai hallere münhasır olmak üzere özel bir meslek bilgisine ve ihtisasına ihtiyaç gösteren geçici işlerde, Cumhurbaşkanınca belirlenen esas ve usuller çerçevesinde, ihdas edilen pozisyonlarda, mali yılla sınırlı olarak sözleşme ile çalıştırılmasına karar verilen ve işçi sayılmayan kamu hizmeti görevlileridir.” hüküm gereğince istihdam edilen personeldir (657 sayılı DMK). Sağlık personeli alımları çoğunlukla artık bu hükme göre belirlenmektedir (Ayman Güler, 2005: 117). Sözleşmeli personel rejiminde kariyere yer verilmemiş; aksine iş güvencesi bile yoktur. Yapılacak olan iş önemlidir ve o işin yerine getirilmesi bir taahhüt altına alınmıştır (Özkal Sayan, 2009: 208).

Türkiye’de kamu personeli uygulamasında Maliye Bakanlığı’nın etkisi büyüktür; hatta kamuda kadro kavramı kamu personel rejiminde ana ilkedir. Kadrolar için düzenlemeler Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığı’nca yapılsa da, Maliye Bakanlığı Bütçe Kanunu’yla atanacak personel sayılarını belirler ve süreci yönlendirir. 2000’li yıllara gelindiğinde, Maliye Bakanlığı’nca kadro politikasında katılık görülmekte olduğundan kamu personel rejimi içerisinde de sorunlar oluşmaya başlamıştır. Maliye Bakanlığı bütçe disiplinini sağlayabilmek için genel bütçe içerisinde personel giderlerini azaltma görevi edinmiş ve bunun için de kamu kurumlarının memur kadrolarına yapılacak atamalar için önemli kısıntılar sunmuştur. Bu durum karşısında memur kadrolarına yerleştirme izni verilmemiş olup hizmetin artması nedeniyle memur ihtiyacı olan kurumlara kendilerince gelirleri sağlanmak üzere sözleşmeli personel ya da geçici olarak çalışacak işçi alınabileceği bildirilmiştir. Uygulama ile hizmetin artışı ve sözleşmeli personel ve geçici olarak çalışan işçi sayısı paralel gitmemiştir. Memur yerine alınan geçici işçi ve sözleşmeli personel memur gibi çalıştırılmıştır (Özkal Sayan, 2016: 680). Bu kadro değişimiyle memur atama sayıları kısıtlamasıyla sözleşmeli personel pozisyonlarının arttırılmasına yönelik uygulamalar sürmüştür. 2011 yılına gelindiğinde ise bu pozisyonda çalışan personel 632 sayılı KHK ile memur kadrosuna geçirilmişlerdir (Özkal Sayan, 2016: 681). Özellikle Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı bu statüde personel istihdamına gitmişlerdir. Kurumların sözleşmeli personel istihdamına gitmelerinin nedeni, ihtiyacın kadrolu istihdam ile kapatılamaması sonucu hizmetin gördürülebilmesi için yapılmıştır. Bu kadrolara da alım ÖSYM tarafından yapılan KPSS puanına göre tercihle yapılmaktadır (Armağan Kaygusuz, 2021: 479).

2016 yılında 663 sayılı KHK’da yapılan değişiklik ile 2017 yılından itibaren 45/A’lı personel alımı yapılmıştır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen ihtiyaç ve pozisyon dahilinde KPSS’ye göre alım gerçekleştirilmektedir. Bu şekilde atanan personel üç yıl boyunca atandıkları birimden hiçbir yere gidemezler ancak eşinin kamu personeli olması halinde bir yıl sonra eş durumu tayin hakları verilmiştir. 45/A’lı personelin 4/B’li personelden en önemli farkı ikisinin de sözleşmeli olmasına rağmen 45/A’da üç yılı doldurması sonucunda kadroya geçebilmesi; kadroya geçtikten sonra bir yıl daha aynı yerde çalışması halinde 4/A’lı personel olmaları ve 4/A’nın haklarından yararlanabilmesidir (663 sayılı KHK). “3+1” olarak da çalışma diline yerleşmiş olan bu uygulama 4/B personelden bu anlamda daha avantajlı görünmektedir.

4.2.3. 657 Sayılı DMK’nın 4/C Maddesine Göre “Eskiden” Atanan Geçici Personel

Bu madde hükümlerince çalışan personel 2017 yılında yapılan düzenlemeyle 4/b sistemine aktarılmıştır (SASAM Enstitüsü, 2018: 12) olup kısaca değinilecek olursa, bu kapsamda çalışan personel sosyal, mali, çalışma koşulları açısından sözleşmeli personelden daha alttta olup ucuz ve güvensiz bir yapıya sahipti (Gülmez, 2011: 68). Ayrıca çalıştırılacak personel Bakanlar Kurulu Kararıyla tespit edilmiş olup tüm hakları iki taraflı imzalanan sözleşme hükümleriyle belirlenmekte ve 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları ve Toplu Sözleşme Kanunu kapsamı dışında tutulmuştur (Kaynak, 2016: 79; WEB_39). 01 Ocak 2018 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdari Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 sayılı KHK’nın Geçici 23 ve Geçici 24 üncü Maddelerinin Uygulanmasına Dair Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ yoluyla 4B kadrosuna geçirilmiştir.

4.2.4. 657 Sayılı DMK’nın 4/D Maddesine Göre Atanan Personel (İşçiler)

657 sayılı DMK’nın 4/D maddesine eklenen kamu kurumlarında sürekli işçi niteliğiyle görev yapan sözleşmeleri belirsiz süreli olarak belirlenen personeldir. Taşeron sağlık hizmetlerinin sunumunda görevlendirilen personelin 2016 yılında kadroya geçirilmesiyle oluşturulan personel grubudur (SASAM Enstitüsü, 2018: 12).

Sağlık tesislerine 4/D maddesine göre alınacak personel öncelikle İş ve İşçi Bulma Kurumu (İş-Kur) ile koordineli olarak belirlenmektedir. Kapsam, işin niteliği, ihtiyaç ve gerekli personel sayısı Sağlık Bakanlığınca belirlenerek İş-Kur'a gönderilir. İlgili pozisyonlara başvurmak isteyen personel müracaatlarını İş-Kur'a yapmaktadır. İş-Kur tarafından noter huzurunda yapılan kura sonrasında yerleşmeye hak kazanan asil ve yedek adaylara ait isim listesi Sağlık Bakanlığı'na gönderilir. Sağlık Bakanlığı da taşra örgütü İl Sağlık Müdürlüklerince adaylardan evrak toplama ister. Toplanan evraklar İl Sağlık Müdürlüklerinde kurulan yetkili komisyonun incelemesinden geçerek Bakanlık atabilmeye haiz olan ve olmayan adaylar bildirir. Bu aşamadan sonra Bakanlık sağlık tesislerinde görev alabilecek personelin atamasını gerçekleştirir. Ataması yapılan personel 4857 sayılı İş Kanunu hükümlerine göre işe başlar ve çalışma hayatına da yine İş Kanunu hükümlerine göre devam eder (Kaplan, 2013: 63-64). SDP sonrası ihaleler vasıtasıyla hizmet alımı kapsamında önce güvenlik, temizlik gibi hizmetlerle başlanmış sonrasında tedaviye ve tıbbi uygulamalara kadar hizmet alımı sistemine devam edilmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 151). Sağlık tesislerinde taşeronlaşmanın en önemli nedeni kadronun verdiği güçlü pozisyonun bitirilerek ucuz iş gücü ile hizmetin sunumunu ve devamlılığını sağlamaktır (Özkal Sayan, 2016: 682). 2018'de taşeron şirkete bağlı olarak çalışan personel Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Personel Çalıştırılmasına Dayalı Hizmet Alımı Sözleşmeleri Kapsamında Çalıştırılmakta Olan İşçilerin Sürekli İşçi Kadrolarına veya Mahalli İdari Şirketlerinde İşçi Statüsüne Geçirilmesine İlişkin 375 sayılı KHK'ya göre kamu kurumlarında kadroya geçirilmiştir.

4.2.5. 4924 sayılı Kanun'a Dayalı Olarak Çalışan Personel

SDP sonrası geliştirilen ve devlet hizmet yükümlülüğü yerini tutacağı düşünülen, sağlık personelinin istek ve verimliliğini arttırmak amacıyla 2003 yılında 4924 sayılı Kanun'la eleman temininde güçlük çekilen yerlerde, sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması uygulaması getirilmiştir. Bu uygulama ile kamu sağlık tesislerinde çalışan sağlık personelinin iş güvencesi kalmamış ve devlet hizmet yükümlülüğü uygulaması gibi işlemediği ve yerine kullanılmadığı için de yaklaşık iki yıl sonra devlet hizmet yükümlülüğü getirilmiştir (Bağımsız Sosyal Bilimciler, 2006: 234).

Sağlık personelinin bölgeler arasında adil dağıtımı ve eşitlikçi sağlık hizmetlerinin sunulması anlamında Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'a göre sözleşmeli olarak çalışan personeli kapsar. Bu Kanun tüm Bakanlıklar içerisinde personele yönelik çıkarılan ilk Kanundur (Ayman Güler, 2005: 120). Sağlık personelinin bu kapsamda sözleşme imzalaması ve görevine devam etmesinin --hatta çoğu personel 4924'e tabi çalışma hayalindedir-- nedenleri arasında en önemli faktör kendi unvan ve branşındakilere göre daha fazla --neredeysse iki kat-- ücret almalarıdır (SASAM Enstitüsü, 2018: 12; Ünlütürk Ulutaş, 2011: 202). Bu sistem isteğe ve yüksek ücrete bağlı istihdama dayanmaktadır (Aykır, 2014: 67). Bu uygulama ancak Sağlık Bakanlığına bağlı çalışan sağlık personeli için getirilmiş; mali açıdan avantaj getirmekle beraber atama yoluyla yer değişikliği hakkına sahip olmamaları ve sürekli olarak buldukları bölgede ve sağlık tesislerinde görev almaları anlamında dezavantaj sağlamıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2010: 278).

4924 sayılı Kanun'la getirilen bir değişiklik ise sağlık personelinin hizmet satın alınma yoluyla maaşları döner sermayeden karşılanmak üzere çalıştırılması konusunda olmuştur. Bu yenilik akabinde Denizli Devlet Hastanesinde hizmetine ihtiyaç duyulan çocuk psikiyatrisi, tıbbi onkoloji, endokrinoloji, ruh ve sinir hastalıkları branşlarından Uzman hekim çalıştırmak için ihaleye çıkılmış; ancak Türk Tabipleri Birliğince ihalenin iptali davası açılmıştır. Danıştay'dan da Anayasa Mahkemesine intikal etmiştir. Anayasa Mahkemesi ise 24 Aralık 2007 tarih ve 26736 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2004/114 Esas, 2007/85 sayılı Kararıyla bu uygulama için Anayasada açıkça memur ve kamu görevlisi tanımının yapılmadığı ve *“sağlık hizmetlerinin bütünüyle devletin genel idare esaslarına göre yürütmekle yükümlü olduğu bir kamu hizmeti şeklinde nitelendirilmesi olanaklı değildir. Dolayısıyla sağlık hizmetinin tamamının salt memur ve diğer kamu görevlileri eliyle yürütülmesi gerektiğinden söz edilemeyeceği gibi, 47. maddesinde öngörülen hizmet kapsamında bunun özel hukuk sözleşmeleri ile üçüncü kişilere yaptırılabilmesi olanaklıdır”* değerlendirmesiyle Anayasaya aykırı bulmamıştır. 4924 sayılı Kanun'un 11. maddesinde 14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'yla ilgili olup yerine işlenmiştir ibaresi bulunup 657 sayılı DMK'nın 36. maddesindeki Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı bölümünde artık

“Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir” hükmü bulunmaktadır.

4.2.6. Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Çalışanları

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu’nun 3. Maddesi *“ihtiyaç duyulması halinde, Türkiye’de mesleğini icra etmeye yetkili ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 48 inci maddesinin (A) bendinin (4), (5) ve (7) numaralı alt bentlerindeki şartları taşıyan kamu görevlisi olmayan uzman tabip, tabip ve aile sağlığı elemanları; Sağlık Bakanlığının önerisi, Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine sözleşme yapılarak aile hekimliği uygulamalarını yürütmek üzere çalıştırılabilir”* hükmüne göre çalışan personeldir. (WEB_40).

2004 yılında birinci basamak sağlık hizmetinin artırılması, koruyucu sağlık hizmetlerin verilmesi, halkın sağlık bilgisinin tam olarak belirlenip kaydedilmesi ve sağlık hizmetlerin dengeli ve adil dağılımının sağlanması için Aile Hekimliği Kanunu yayımlanmıştır. Bu kapsamda da, sağlık ocağı sistemi kaldırılarak aile sağlığı merkezleri (ASM) kurulmuştur (SASAM Enstitüsü, 2018: 12). Aile hekimliği sisteminde görevli personel kamu görevlisi olmak zorunda değildir, dışarıdan sağlık personeli de çalışabilir. Dolayısıyla aile hekimliği modeli tamamen koruyucu sağlık hizmetlerini içermez asıl olan piyasa ekonomisine dayalı sağlık hizmetlerinin sunumunun oluşturulmasıdır (Sallan Gül vd., 2009: 575). Ayrıca önceki yapıda bulunan sağlık ocakları şeklindeki sağlık hizmetleri sunumu kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri daha da özertleştirilmek ve bu hizmetlerinin daha da verimli olarak sunulması için sözleşme esaslı bir yapı kurulmak istenmiştir (Eke ve Ünal, 2016: 1100).

Sağlık Bakanı Uz. Dr. Fahrettin Koca aile hekimliğine ek olarak aile sağlığı merkezlerinde çalışacak aile dış hekimlerinin de bulunmasına dair çalışma başlattıklarını ve hatta iki ili pilot uygulama için seçtiklerini beyan etmiştir (WEB_41). Daha öncede eski sağlık Bakanı Mehmet Müezzinoğlu 2016 yılında bu konuyu gündeme getirmişti (WEB_42). Dış tedavilerine yönelik hizmetin hastalara tam ulaşamaması veya randevu konusunda yaşanan sorunlar bu konuyu tekrar gündeme getirmiştir.

Aile hekimi olarak sözleşme imzalayabilmek için, aile hekimi uzmanı olmak gerekmektedir. Uzman aile hekiminin yanı sıra aile hekimliği eğitimi almış pratisyen hekimler de aile hekimi olarak sözleşme imzalayabilmektedirler. İlk başta sözleşme süresi 1 mali yıl olarak belirlenmişse de, süre, daha sonra 2 mali yıl olarak revize edilmiştir. Sözleşme imzalayan aile hekimi veya aile sağlığı elamanının asli kadroları ile ilişkileri devam etmektedir. Bu personel sözleşme imzaladıktan sonra ücretsiz izne ayrılmış sayılmaktadır. Sözleşmeli personel istediğinde sözleşmesinde belirtilen sürede müracaat ettiği takdirde görevinden çekilerek asli kadrosuna geri dönebilmektedir. Geri dönüşünde kadro fazlalığı da olsa eski kurumuna tekrar atanmaktadır. Bu personelin sözleşme dönemindeki hizmeti derece ve kademe yönünden kıdeminde değerlendirilmektedir (Kaplan, 2013: 53-54; Sayım ve Temir, 2014: 1533).

Aile hekimliği için iki tür istihdam modeli belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığındaki personele dair bir diğer ilk ise kadrosu memur iken ücretsiz izinli sayılarak sözleşmeli olarak aile hekimi veya aile sağlığı elemanı şeklinde çalışılması olup bir yandan da asıl kadroyla durumu bitmemektedir. Talepleri halinde eski görevlerine atanabilmeleri mümkün olup bu statüde geçen süreleri hak kaybı olmaksızın özlük hakları bakımından değerlendirilmektedir. Aile hekimi veya aile sağlığı elemanının kendisinin vazgeçmesi veya sözleşmesinin sona ermesi halinde kadrosunun bulunduğu kuruma ücretsiz iznini keserek dönmesi mümkündür (Kaynak, 2016: 237-238).

Bu istihdam türünde amaç aile sağlığı elemanı ihtiyacının giderilemediği aile hekimliği birimlerinde görev yapacak aile sağlığı elemanı açığını kapatmaktır. Bu istihdam şekli, aile hekimi ve aile sağlığı elemanı ihtiyacının karşılanamadığı pozisyonlar için yapılmaktadır. Daha çok aile sağlığı elemanı için kullanılan bu istihdam şeklinde herhangi bir sınava tabi tutulmadan; KPSS puanına dahi bakılmadan doğrudan doğruya ebe, hemşire veya sağlık memuru olmasına bakılarak sözleşmeyi imzalayacak olan aile hekiminin inisiyatifiyle alımı yapılmaktadır. Bu husus fırsat eşitliğine aykırı bir durumdur (Kaplan, 2013: 54).

4.2.7. Vekil Ebe/Hemşireler

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 86 ncı Maddesinde "*Ancak, ..., köy ve beldelerdeki ebelik ve hemşirelik, ... ait boş kadrolara Maliye Bakanlığının izni (mahalli*

idarelerde izin şartı aranmaz) ile, açıktan vekil atanabilir” hükmü ile 2012 yılında yasalaşan 6360 sayılı kapsamlı torba Kanun’un 3 üncü maddesinin 11 inci fıkrasında yer verilen, “Bu Kanun ile tüzel kişiliği kaldırılan belde ve köylerde 4/07/1965 tarihli ve 657 sayılı Kanun’un 86 ncı maddesinin üçüncü fıkrasına istinaden istihdam edilen ebe ve hemşireler, halen görev yaptıkları yerlerde görev yapmaya ve mevzuatta kendileri için öngörülen haklardan aynı şekilde yararlanmaya devam ederler. Bu yerler için ihtiyaç halinde aynı usulle vekil ebe ve hemşire istihdam edilebilir” hükmü neticesinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde çok miktarda vekil ebe/hemşire alımı sağlanmıştır (WEB_2).

İlgili düzenlemeye dayanarak Sağlık Bakanlığında çok sayıda vekil ebe/hemşire istihdamı gerçekleştirilmiştir. Vekil ebe/hemşire istihdamında şöyle bir sıra izlenmektedir: Herhangi bir yerdeki açık ebe/hemşire kadrosunun bulunması halinde, vekil ebe/hemşire olmak isteyen kişiler açık kadronun bulunduğu yere il/ilçe sağlık müdürlüğüne yazılı olarak başvururlar. İl/ilçe sağlık müdürlüğü talebi uygun görürse, mülki idare makamlarından (valilik/kaymakamlık) ve bütçe uygulama talimatı hükmü gereğince Maliye Bakanlığında alınacak izin doğrultusunda ilgili kişiyi vekil ebe/hemşire olarak atamaktadır. Vekil ebe ve hemşire istihdamı iş güvencesinden yoksundur, ayrıca vekâlet ettikleri görevin kadro derecesinin 2/3 oranında bir ücretle çalışarak ucuz bir istihdam şekli olarak karşımıza çıkmaktadır (Özkal Sayan ve Küçük, 2012: 196).

2005 yılında 657 sayılı Kanun’un 86. Maddesine eklenen bir hükümlerle vekil ebe ve hemşire statüsü ortaya çıkmıştır. Bu personelin sağlık evlerinde çalışması öngörülmüştür. Böylece personel ihtiyacı duyulan ve boşalan yerlerin doldurulması için çalışılmıştır. Bu personelin vekilliğini yaptıkları unvanın 1. derecesinde alınan maaşın 2/3’ünü almışlardır (Etiler, 2012: 5).

4.2.8. Şehir Hastaneleri Modeline Göre Çalıştırılan Sağlık Personeli

Sağlık sistemindeki yüksek harcamaların oluşması, ihtiyaçların değişmesi ve/veya yön değiştirmesi sağlık hizmetinin sunulmasında sorunlar oluşturmuştur. Bu sorunların bitirilmesi ilişkin bir bakış açısı da Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli olmuş ve Kamu Özel İşbirliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması

Hakkında Kanun'un yayımlanmasıyla Türkiye'de sağlık hizmeti sunumu içinde farklı olan bu model yasal bir zemine oturtulmuştur.

2003 yılından sonra sağlık tesislerinin döner sermaye ile kan-zarar-fayda-maliyet kavramlarıyla şekillenen yönetim anlayışı ile yönetilmesi öngörülmüştür. Sonrasında da kurulan döner sermaye sistemi ile özel sektörden mal ve hizmet alımına yönelik getirilen uygulamanın ardından sağlık tesislerinin de hem bina hem malzeme hem de personel anlamında özel sektörle anlaşması şehir hastanelerini getirmiştir (Avaner ve Fedai, 2018: 546). SDP'den sonra sağlık kurumlarının yeniden inşa edilmesi ve günün şartlarına göre yeniden düzenlenmesi açısından oluşturulmuştur (Şenel Tekin ve Çelik, 2012).

Türkiye bu sistemin en önemli yansıması şehir hastanelerinin kurulmasında olmuştur (Küçük, 2017: 361-362). Bu kapsamda pek çok şehirde sağlık hizmeti veren ve yapımına devam eden sağlık tesisleri bulunmaktadır; ancak bu büyük kampüs hastane nezdinde hastanelerde sağlık hizmeti sunacak personel sayısı yetersizliği nedeniyle sağlık hizmetinin sunumu özel firmalara verilmiştir. Örneğin laboratuvar ve tetkik işlemleri, tıbbi görüntüleme işlemleri özel şirketlerce ve onların bünyesinde bulunan personelce yapılmaktadır (SASAM Enstitüsü, 2018: 13).

4.2.9. 663 Sayılı KHK'ya Tabi Çalışan Yöneticiler

2003 yılında SDP ile sağlık sisteminde gerek sağlık hizmetleri, gerek sağlık tesisleri, gerekse de sağlık personeli anlamında bir dönüşüm yaşanmıştır (Yıldırım ve Işıkkhan, 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Programla yeni kamu yönetimi anlayışına yönelik istenirken kalite odaklı ve rekabetçi yapıya yönelinmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Sağlık hizmetinin düzgün yürütülmesi için sözleşmeli profesyonel yönetimin getirilmesi öngörülmüştür. Bu düşünceden hareketle 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Mükerrer Resmi Gazete'de 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kararname yayımlanmıştır.

Geleneksel personel yapısının değiştirilerek uzmanlığa dayalı personel rejimine ve sözleşmeli yöneticiliğe geçiş yapılmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde tüm yöneticilerin iki ila dört yıla varan süre kapsamında sözleşmeli olması Türkiye tarihinde bir ilki oluşturmuştur. Kamunun personele sunduğu güvenceden biraz daha arındırılmış, normal sözleşmeli personel gibi görünen ancak

görevde kalabilmesi performans ve kurumun kriterlerine bağlı bir biçimdir (Görmüş, 2013).

663 sonrası ayrılan teşkilat yapısı 2017 yılında tekrar bir araya gelmiş; yataklı tedavi kurumlarında da hastane yöneticisi kavramı atılarak eski başhekim dönüşümü yaşanmıştır. Ancak eski yapıya dönülse de, sağlık kurumlarında sözleşmeli yöneticilik devam ettirilmiştir. İl Sağlık Müdürü de dahil olmak üzere tüm sağlık kurumlarında görev alan yöneticiler sözleşme imzalamıştır. Ayrıca sözleşmeli de olsa il sağlık müdürü taşra örgütlenmesinin karar ve yürütme yetkisine sahiptir (Armağan Kaygusuz, 2022: 50-51).

663 sayılı KHK’da bulunan Sözleşmeli yöneticiler grubu İl Sağlık Müdürü, İlçe Sağlık Müdürü, Başkan, Başkan Yardımcısı, Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Müdür, Müdür Yardımcısı ve Uzman olarak oluşmaktadır. Sözleşmeli olarak yönetici olabilmek için önce 657 sayılı DMK’nın 48 inci maddesinde bulunan şartları taşımak ve lisans mezunu olmak gerekmektedir. Buna ek olarak, sağlık kurumlarında başhekim olabilmek için *“Eğitim ve araştırma hastaneleri başhekiminin eğitim görevlisi tabip veya tıp alanında doçent veya profesör unvanlı tabip; diğer hastane başhekimlerinin uzman tabip veya tıp, hukuk, kamu yönetimi, işletme, sağlık yönetimi alanında lisans, yüksek lisans veya doktora eğitimi almış tabip; yüz yatağın altındaki hastanelerin ve 112 il ambulans servisi başhekimlerinin tabip; ağız ve diş sağlığı ile ilgili hastanelerde başhekimin diş hekimi olması; başhekim yardımcılarının ise tıp, diş hekimliği veya eczacılık öğrenimi almış olması veya lisansüstü eğitim yapmış olmaları kaydıyla sağlık bilimleri lisansiyeri olması gerekir”* hükmüne uygun eğitim durumuna sahip olunmalıdır (Resmi Gazete, 2011). KHK ile sağlık yönetimine getirilen bir yenilik de yöneticiler için karne ve performans ölçütleri getirilmesidir. Performansı sürekli, dinamik ve güçlü tutma çabası anlamında sözleşmeli yönetici uygulaması kamu kurumlarında bir ilki oluşturmaktadır (Armağan Kaygusuz, 2022: 57).

4.2.10. Yabancı Sağlık Personeli İstihdamı

663 sayılı KHK’nın 58. maddesinden ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun 4. Maddesi’nden “Türk hekimleri” ibaresi kaldırılarak “hekimler” ibaresinin getirilmesi yabancı sağlık personeli kavramını da

gündeme getirmiştir. Emeğin serbest dolaşımının sağlanması şeklinde belirlenen sistemde ucuz maliyetli personel sağlanarak sağlık hizmetlerinin gördürülmeye çalışılması, sağlık turizmin artması, ülkeye yabancı sermayenin çekilmesi ve ekonominin canlanarak çeşitlenmesinin sağlanması asıl amaç olarak görülmektedir (Özkal Sayan ve Küçük, 2012: 197).

Türk hekimlerinin yetiştirilmesi, alımlarının ve atanmalarının yapılmasındansa kültürü, sosyo-ekonomik yapıyı bilmeyen, ülkede yaşayan insan yapısının özelliklerini kavrayamamış hekimlerin getirilmesi sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla etkin bir şekilde yürütülmesini sekteye uğratabilir (Sezer ve Yıldız, 2009: 53). Ayrıca Türk doktorların istihdamıyla ilgili sorunları devam ederken, yabancı doktorların Türkiye’de çalışmalarının yerinde olmayacağı, gelecek olan doktorların eğitim seviyelerinin yetersiz olabileceği, düşük ücretli iş ortamı ve fırsatı nedeniyle tıp eğitimlerini yeterince alamamış olanların Türkiye’de çalışmaları sonucunda sağlık hizmetlerinin sunum kalitesini düşürebileceği görüşleri büyük yer tutmaktadır.

4.3. SAĞLIK PERSONEL REJİMİ İÇERİSİNDEKİ İSTİHDAM TÜRLERİ ARASINDAKİ FARKLAR: NEDENLERİ VE SONUÇLARI

Yeni kamu yönetimi anlayışının ilk görüldüğü ve personel istihdamı açısından ilk uygulamaların yaşandığı alanlardan biri de sağlık olmuştur (Batchelder and Alexander, 2009: 153; Özkal Sayan ve Küçük, 2012: 173).

2003 yılındaki dönüşüm ile personel alanında sözleşme ve hizmet alımına yönelik istihdam türleri uygulamaları yoğunluk kazanmıştır. (Akdağ, 2007: 17). Sağlık tesislerinde ise çoğu zaman aynı işi yapan ancak farklı istihdam türü mensubu personel oluşumu yaşanmıştır.

2003 yılında 4924 sayılı Kanun’un yürürlüğe girmesi, aynı Kanun’la 657 sayılı DMK’nın 36. Maddesinde hizmet alımı yoluyla sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık personeli temin edilebileceğine dair hükmün getirilmesi, 2004 yılında Aile Hekimliği modelinin oluşturulması, 2005 yılında 4/B personel alımın yaygınlaştırılması neo-liberal politikanın bir yansıması olarak sağlık personeli politikalarında yerini almış ve uygulanmıştır (Aydoğan, 2010; Etiler, 2011; Harmancı Seren, 2013). Bu düzenlemelerle esnek istihdam anlayışına dayalı olarak kurgulandığı, memur statüsünün sağladığı

güvencelerin kaldırılarak ücret ve mesai açısından esnek düzenlemelerin getirildiği, çalışanların haklarının sınırlandırıldığı, işverene işgücü maliyetlerini azaltmak ve kârlılığı arttırmak için uygun bir ortam hazırlandığı görülmektedir (Ataay, 2011: 19).

Sözleşmeyle iş güvencesinin kalktığı ve çakılı kadro mantığı ile personel sıkıntısı çekilen yerler için personel temini oluşturulmuştur. Sözleşmeli personel uygulaması yoluyla sağlık hizmetlerine ihtiyacı olanların hizmete erişimlerinin sağlanması, devletin sağlık hizmetine yönelik devamlı artan mali yükünü hafifletmek sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (Rosen, 2000: 5-6).

Personel arasında izin, atama, istihdam tarzları noktasında farklı yansımalar ortaya çıkmıştır (Topak, 2012: 263). Bu farklar personel istihdamında bir parçalanmış getirirken en büyük sıkıntı ise kolektif hak talebi için bir engel oluşturmuştur. Kısacası Sağlık Bakanlığında bir personel istihdamı parçalanması ve çözülmesi yaşanmıştır (Aslan, 2005: 362; Zencir, 2012: 35).

Bu bölümde farklı istihdam türündeki sağlık personelinin haklar açısından karşılaştırılması yapılmaktadır. Her birinin tabii olduğu konularına göre farklılık oluşturan çeşitli ve kapsamlı ayrı mevzuatı vardır. Türkiye’de sağlık personeline dair yapılan çalışmalarda farklı, özgün ve bir sistematik düzenlemeyle açıklanan bir bölüm oluşturulmuştur.

4.3.1. Kamu Sağlık Sektöründe Çalışan Personelin Haklar Açısından Karşılaştırılması

Sağlık Bakanlığı’nda da özellikle 657 sayılı Kanun’un 4/A maddesine göre görev yapan personele ilişkin oldukça gelişmiş haklar mevcuttur. Bu haklar 1) Atama ve Nakil Hakları, 2) Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Sınavından Yararlanma Hakkı, 3) Fiili Hizmet Zammı Hakkı, 4) Hizmet Puanı Verilmesi, 5) Hizmet Borçlanması ve Hizmet Birleştirme, 6) Derece-Kademe İlerlemesi ve Terfi.

Atama ve Nakil Hakları: Sağlık personelinin en büyük sorunlarından biri de atama ve nakillerinde farklı uygulamalarının olmasıdır. 4/A maddesine göre görev yapan personel emekli olduktan ve veya istifa ettikten sonra Sağlık Bakanlığının yılda iki ya da üç kez açtığı kuralarla kamuya geri dönebilmektedirler. Ancak 4/B sözleşmeli ve 45/A’lı

personelde böyle bir uygulama yoktur. Ayrıca giderken sözleşmeleri feshedileceğinden bir yıl başka herhangi kurumda çalışamaz. Bir yıl sonunda da tekrar KPSS ile atanırlar (WEB_43).

4/A maddesine göre görev yapan personele uygulanan atama hakkı oldukça fazladır: İller arası Ocak ve Haziran aylarında; il içinde de Mayıs ve Kasım aylarında açılan pozisyonlar itibariyle tayin isteyebilirler. Döneme bağlı kalmaksızın; eş durumu, sağlık mazereti, can güvenli, alt bölge, üst bölge tayin talebine ek olarak a) eşinin, çocuklarının, annesinin, babasının veya kardeşlerinden birinin ağır engelli olduğunu belgelendirenler engelli yakınının ikamet ettiği yere, kendisinin engelli olduğunu belgelendirenler ise talep ettiği yere atanabilir. b) Eşinin vefatından itibaren bir yıl içinde talep ettiği yere atanabilir. c) Eşinden boşanması halinde anne, baba, kardeş veya reşit çocuklarının boşanma tarihinden önce ikamet ettiği ile veya D ve C hizmet grubu illerden birine ya da halen görev yaptığı yer esas alınarak alt bölgeye boşanma tarihinden itibaren bir yıl içerisinde atanabilir. ç) Eşinin zorunlu yer değiştirmeye tâbi olarak görev 17 yapmakta iken emekliye ayrılması halinde bir yıl içinde eşinin ikamet ettiği yere atanabilir. d) Eş, çocuk, anne, baba veya kardeşlerinden birisinin terör eylemleri etkisi ve sebebiyle şehit olması veya çalışamayacak derecede mâlûl ya da mâlûl olup da çalışabilir durumda olması ile bu durumdaki kamu görevlisi olması durumunda talep ettiği yere atanabilir. e) Başka bir ildeki aile hekimliği pozisyonuna yerleşip fiilen iki yıl görev yapması ve sözleşmesinin herhangi bir sebeple sona ermesi ve talebi halinde sözleşmesinin feshedildiği yere atanabilir. f) Kadroları Bakanlıkta olup diğer kamu kurum ve kuruluşlarında uzmanlık eğitimi veya yan dal uzmanlık eğitimi yapanlar, ilgili uzmanlık eğitimi giriş sınavı sonucunda yerleştirildiği eğitim kurumunun bulunduğu ildeki Bakanlık kadrosuna atanabilir. g) Sağlık ile ilgili bir alanda en az dört yıllık örgün öğrenim gördüğünü belgelendirmesi hâlinde (Stratejik personel olan uzman hekim-pratisyen hekim-uzman dış hekimi-dış hekimi hariç), öğrenim süresi ile sınırlı olmak kaydıyla, öğrenim gördüğü yere atanabilir. Ayrıca il içi veya il dışında aynı bölge ve unvan olması kaydıyla becayiş hakları da bulunmaktadır (WEB_22; WEB_44).

4/B sözleşmeli çalışanların sadece eş ve sağlık mazereti atamaları bulunmaktadır. Pozisyonunun bulunduğu il'de kendisinin veya kanunen bakmakla yükümlü olduğu eş, anne, baba veya çocuklarından birinin hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını,

belgelendirenlerin görev yeri Bakanlıkça değiştirilebilir. Eş durumu tayinine ise bazı kısıtlamalar getirilmiştir. Sözleşmeli personelin eş durumuna bağlı kurum içi yer değişikliği talebi için; vizeli olduğu birimde fiilen en az bir yıl çalışmış olması ve eşinin kamu görevlisi olması gerekir. Eş durumu nedeniyle iller arası yer değişikliği kuraları her yıl Ocak ve Temmuz aylarında ilan edilir. Bu dönemler haricinde atama yapılamaz. Eşi şehit olan personelin tayin talebi ise dönem ve yer şartı aranmaksızın bir defaya mahsus yapılmaktadır. Ek olarak aynı il içerisinde becayiş hakları bulunmaktadır (WEB_38). 45/A'lı personelin ise sadece eş durumu tayin hakkı vardır. Her yıl Ocak ve Temmuz aylarında ilan edilir ve eşinin kamu görevlisi olma şartı bulunmaktadır (WEB_27; WEB_45).

4924 sayılı Kanun'a tabi personelin ataması için istihdam edildiği hizmet biriminde en az bir yıl çalışmış olması şarttır; bir yıl çalıştıktan sonra becayiş hakları vardır. Eşinin yer değişikliği mümkün olmayan personelin, Eşi vefat eden sözleşmeli personelin, kendisinin, eşinin, annesinin, babasının, bakmakla yükümlü olduğu çocuklarının ve yargı kararı ile vasi tayin edildiği kardeşinin hastalığının tedavisinin mümkün olmadığını, üniversiteler veya eğitim ve araştırma hastanelerinden alınacak sağlık kurulu raporu ile belgelendiren personelin, can güvenliği tehlikede olan personelin tayin isteme hakkı bulunmaktadır (WEB_46).

Aile hekimliği çalışanları ise hizmet puanlarına göre illerde açılan kuraya katılırlar. Göreve başlarsa bir yıl çalışmadan tayin isteyemezler. Kurum tarafından ilan edilmek suretiyle, diğer illerde çalışan hekimler arasından yılda asgari üç kez olmak üzere yerleştirme yapılır. Bu pozisyonlara yerleşmek isteyenler, tercih yaparak müracaatta bulunur. Kurum tercih sırasına bakmaksızın aşağıdaki öncelik sıralamasına uymak kaydıyla hizmet puanına göre yerleştirme işlemini tamamlar. Öncelik sıralaması eşit olanlar içinde hizmet puanlarının eşit olması hâlinde tercih sıralamasına bakılır. Yerleştirme işlemini müteakip 15 gün içerisinde yeni pozisyonlarda başlayış yapılır. İl dışından yerleştirmeye açılan aile hekimliği pozisyonlarında sözleşme ile çalıştırılacak hekimler aşağıdaki sıralamaya göre yerleştirilir. Aile sağlığı elemanının ise sözleşmesi imzalanabilmesi için, aile sağlığı elemanı adayının kadro veya pozisyonunun görev yapmak istediği aile hekimliği biriminin bulunduğu ilde olması şarttır. Aile sağlığı elemanı sözleşme imzaladığı aile hekimliği birimindeki aile hekiminin görevinden

ayrılması veya yer değiştirmesi durumunda sözleşme döneminin bitimine kadar o pozisyonda görevine devam edebilir. Bu durumda sözleşmesini feshetmek isterse bir yıl beklemeden yeni sözleşme imzalayabilir (WEB_47).

Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Sınavından Yararlanma Hakkı: Sağlık Bakanlığı merkez ve taşrada bulunan sağlık tesislerinde çalışmak üzere sadece 4/A'ya göre çalışanlar için sınav açmaktadır. Diğer sağlık personelinin bu sınava girmeye hakkı yoktur (WEB_48).

Bu sınavların sadece 4/A maddesine göre görev yapan personele uygulanıyor olması sağlık personeli arasında hem ayrımcılığa yol açmakta hem de diğer sağlık personelin kariyer ve yükselme planlarını ve haklarını zedelemektedir. Dolayısıyla ilgili personelin çalıştığı ortamda yükselme şansı ve hakkı bulunmamaktadır.

Fiili Hizmet Zammı Hakkı: 5510 sayılı Kanun'un 40'ıncı maddesi kapsamında sayılan iş ve görevlerde fiilen çalışılan süreye belirli oranlarda ek süre verilir. Denetimli alan sayılan radyoaktif ve radyoionizan maddelerle fiilen çalışan ve 07/09/1985 tarih ve 18861 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Radyasyon Güvenliği Tüzüğü'nün 2. Maddesinin K bendine göre radyasyon görevlisi sayılan her personel için fiili hizmet zammı süresi tanınır. Ancak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 40. Maddesinin 3. Paragrafı ile sigortalıların fiili hizmet zammı süresinden beş yılı geçmemek üzere yararlanabilecekleri belirtilmektedir (WEB_49).

Bu hakkın sadece yine 4/A maddesine göre görev yapan personele uygulanıyor olması, 4/A'lı personelin sözleşmeli personelden daha önce emekliliği hak etmesi, mesleki anlamda rahat ilerleyebilmesi aynı işi yapan sözleşmeli radyoloji personeli açısından oldukça olumsuz bir tablo sergilemektedir.

Hizmet Puanı Verilme Hakkı: 4/A'ya göre çalışan sağlık personelinin atama ve yer değiştirme işlemlerinde kullanmak üzere çalışan yerin özelliklerine ve İl ve İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Tablolarına göre yılda iki kez (Ocak ve Temmuz) olmak üzere hizmet puanı hesaplanır. Belde ve köylerde çalışanlara; yangın, savaş, sel ve deprem gibi doğal afetlerin oluştuğu yerlerde çalışanlara veya görevlendirilenlere belirli oranlarda ek puan verilir. Askerlikte geçen süreler içinde sağlık personeli askerliği yaptığı yerin hizmet puanını alır (WEB_22) Ancak ücretsiz

izin alanlar ve tutukluluk, göz altı veya görevinden uzaklaştırma nedeniyle görev yapamayanlara hizmet puanı verilmez. Hizmet puanı verilmesi doğrudan bir hakkı çağrıştırmasa da, daha yüksek hizmet puanı alarak kamu sektöründe çalışan sağlık personeli kendisi açısından daha tercih edilebilir yerlere tayin isteme hakkını ve kolaylığını elde etmesi bağlamında bir hak olarak değerlendirmek mümkün gözükmemektedir.

Hizmet Borçlanması ve Hizmet Birleştirme Hakkı: 4/A'ya göre çalışan sağlık personelinin askerlikte geçen, aylıksız izinde geçen, seçim nedeniyle ayrılıştan geçen, yurt dışı hizmette geçen süreler Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı ile koordineli olarak hizmet borçlanması şeklinde ödenip hizmetten sayılabilir; Sağlık Bakanlığı'ndaki diğer istihdam türlerinde ise bu hak bulunmamaktadır. Personelin 4/A kapsamında çalışmadan önceki özel sektör çalışmaları hizmetten sayılarak hizmet süresine eklenir; ancak özel sektörde çalışılan unvan ile kamu sektöründe halen çalıştığı unvanın aynı olması gerekmektedir. Ayrıca 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanunu'na tabi olarak çalışanlar için özel sektörde çalıştıkları sürenin tamamı emekliliğe esas aylıktan sayılmakta olup kazanılmış hak aylığına eklenmemektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na tabi çalışanlardan ise özel sektörde çalıştıkları sürenin tamamı emekliliğe esas aylıktan sayılmakta olup $\frac{3}{4}$ 'ü ise kazanılmış hak aylığına eklenmektedir.

Derece-Kademe İlerlemesi ve Terfi Hakkı: Derece, personelin hizmet süresine ve öğrenim durumuna bağlı olarak 657 sayılı DMK'ya göre kıdem puanlamasıdır. 3 yıl boyunca bulunduğu derecede kalmak ve kadro için öngörülen görev niteliğini taşımak kaydıyla derece ilerlemesi sağlanır. Üst dereceden boş bir kadronun bulunması şartıyla derecesi içinde en az 3 yıl ve bu derecenin 3. kademesinde 1 yıl bulunarak, kadronun tahsis edildiği görev için öngörülen nitelikleri elde etmektir. Kademe, ceza almadığı sürece bulunduğu dereceden her yıl ileriye gitme durumudur. Kademe ilerlemesi için bulunulduğu kademe de en az bir yıl çalışması gerekmektedir. Ayrıca personelin sekiz yıl çalışmış ve disiplin cezası almamış olması durumunda bir kademe ilerlemesi ile kalkınmada öncelikli yerlerde görev alan personel içinde çalışılan iki yıla ek bir kademe ilerleme daha eklenir düzenlemesi uygulanmaktadır (WEB_2). Terfi ise, 4/A'ya göre çalışan sağlık personelin bulunduğu derece ve kademedeki derece ve

kademeye geçmesi veya unvan olarak yükselmesidir. Öğrenim durumuna göre memuriyete girişteki derece ve kademe ile yükselebilecek derece ve kademe 657 sayılı DMK'da belirtilmektedir. 657 sayılı DMK'nın 4/A Maddesine göre çalışanlar, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin ve aile hekimliğinde görevli personelin derece ve kademesi belirlenen kıstaslara göre ilerlerken, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin ise kadro, derece ve kademe ilerlemesi bulunmamakta ancak sadece emeklilik keseneğine esas aylık terfisi ilerlemektedir. Ayrıca 4/B sözleşmeli çalışanların ve vekil ebe/hemşirelerin ise derece ve kademesi bulunmamakta olup bu durumdan faydalanamamaktadırlar.

Sözleşmeli personel politikası ile esnekliğe yönelik ve güvencesiz bir istihdam şekli gelmiştir. (Erdoğan, 2006; Ayman Güler, 2005; Etiler ve Urhan, 2008; Aydoğan, 2010; Ünlütürk Ulutaş, 2011). Farklı istihdam yapısına sahip sağlık personeli kendisini ekibin bir parçası olarak görememekte olup çoğu zaman personel arasında tabakalaşma, rekabet ve kadrolu-sözleşmeli, amir-işçi çatışmada çıkmaktadır. Sağlık sektöründeki bu gelişmeler sağlık personelinin çalışma ortamı üzerinde olumsuz etkiler bırakmıştır. Bir yandan haklar azalırken diğer yandan iş yükü artarak devam etmektedir.

4.3.2. Sağlık Personel Rejimi İçerisindeki İstihdam Türleri Açısından İzin Süreleri Bağlamındaki Farklar

4/A'ya göre çalışan sağlık personelin aşağıda sıralanan diğer sağlık personelinde farklı çeşitli izin türleri bulunmaktadır: Yıllık izin, sağlık izni, şua izni, babalık izni, evlilik izni, ölüm izni, refakat izni, gebelik ve doğum izni, yarı zamanlı çalışma izni, süt izni, aylıksız izin, kongre-seminer ve sempozyum izni, mazeret izni, diğer izinler. Karşılaştırmalı olarak izinler bazında istihdam çeşitliliği türünde ilerlendiğinde --bu çalışmaya özgü ve özgün olarak-- şu hususlara değinilmektedir:

Yıllık İzin: 4/A'ya göre çalışanlar ile 4/B sözleşmeli çalışanların çalışma süreleri açısından bir yıldan on yıla kadar 20 gün, on yıldan fazla ise 30 gün izin hakları bulunmaktadır, yıl izinleri bir sonraki yıla devredebilir. 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, vekil ebe/hemşirelerin ve 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin çalışma süreleri açısından bir yıldan on yıla kadar 20 gün, on yıldan fazla ise 30 gün izin hakları bulunmaktadır; ancak bu izinler gelecek yıla devredilemez.

Aile hekimliğinde görevli personelin sözleşme dönemlerinde geçerli olmak üzere 30 güne izinleri bulunmaktadır (WEB_2; WEB_19; WEB_50).

Sağlık İzni: Tek hekim tarafından verilecek olan raporlar için 657 sayılı DMK'nın 4/A maddesine göre çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, Aile Hekimliğinde görevli personelin, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin yılda toplam 40 gün rapor hakkı vardır. 4/B sözleşmeli çalışanların ve vekil ebe/hemşirelerin ise rapor süresi yılda toplam 30 gündür (WEB_51).

Şua İzni: Sağlık tesislerinde radyasyon ışınlarına maruz kalan personele yılda 30 gün verilen sağlık hakkı iznidir. Şua izni sadece 4/A'ya göre çalışanlar ile 4/B sözleşmeli çalışanlar için verilmektedir; bu izin gelecek yıla devredilemez (WEB_52).

Babalık İzni: 657 sayılı DMK'nın 4/A maddesine göre çalışanların, 4/B sözleşmeli çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, aile hekimliğinde görevli personelin, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin eşinin doğum yapması halinde on gün babalık izin hakları vardır (WEB_2; WEB_19; WEB_40; WEB_50).

Evlilik İzni: 657 sayılı DMK'nın 4/A maddesine göre çalışanların, 4/B sözleşmeli çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, Aile Hekimliğinde görevli personelin, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin, vekil ebe/hemşirelerin, kendisinin veya çocuğunun evlenmesi halinde yedi gün babalık izin hakları vardır (WEB_2; WEB_19; WEB_40; WEB_50).

Ölüm İzni: 657 sayılı DMK'nın 4/A maddesine göre çalışanların, 4/B sözleşmeli çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, Aile Hekimliğinde görevli personelin, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin ve vekil ebe/hemşirelerin eşinin, çocuğunun, kendi ve eşinin annesi, babası ve kardeşlerinin vefatı halinde yedi gün ölüm izni hakları vardır (WEB_2; WEB_19; WEB_40; WEB_50).

Refakat İzni: 657 sayılı DMK'nın 4/A maddesine göre çalışanların, 4/B sözleşmeli çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, aile hekimliğinde görevli personelin, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin refakat edilmediği takdirde hayatı tehlikeye girecek olan annesi, babası, kardeşleri ve

çocukları için personele üç aya kadar refakat izni verilir ve hatta bu izin gerektiğinde bir defaya mahsus üç ay uzatılabilir. Vekil ebe/hemşirelerin ise refakat izinleri bulunmamaktadır (WEB_2; WEB_19; WEB_40; WEB_50).

Gebelik ve Doğum İzni: 4/A'ya göre kadın çalışanların, 4/B sözleşmeli çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, aile hekimliğinde görevli personelin, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin, vekil ebe/hemşirelerin doğum öncesi sekiz hafta, doğum sonrası sekiz hafta ve çoğul gebelikler için doğum öncesi ek iki hafta izin hakları bulunmaktadır (WEB_2; WEB_19; WEB_40; WEB_50).

Yarı Zamanlı Çalışma İzni: Doğum sonrası izin bitiminden sonra sadece 4/A'ya göre çalışanlara birinci doğumda iki ay, ikinci doğumda dört ay, üçüncü doğumda altı ay, çoğul doğumlarda ise bu sürelere birer ay eklenmek kaydıyla yarım gün çalışma izni tanınmıştır (WEB_2).

Süt İzni: Kadın 4/A'ya göre çalışanların, 4/B sözleşmeli çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, aile hekimliğinde görevli personelin, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin, vekil ebe/hemşirelerin, doğum sonrası izni bitiminden itibaren ilk altı ay günde üç saat, ikinci altı ayda ise günde bir buçuk saat süt izni verilir. Ayrıca personele saat seçim hakkı verilmiştir (WEB_2; WEB_19; WEB_40; WEB_50).

Aylıksız İzin: 4/A'ya göre çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin doğum yapması kaydıyla doğum sonrası izni bitiminden itibaren iki yıl; eşinin doğum yapması kaydıyla doğum tarihinden itibaren iki yıl, beş hizmet yılına istinaden bir yıl, yurtdışında öğrenimine başlayacaklar veya görev alacaklar için öğrenim ve görev süreleri kadar ve ilgili erkek personelin askerlik görevleri süresince aylıksız izin hakları bulunmaktadır. 4/B sözleşmeli çalışanlarla aile hekimliğinde görevli personel için sadece doğum sonrası izni bitiminden itibaren iki yıl ve askerlik hizmet süresi kadar aylıksız izin hakları bulunmaktadır; ayrıca bu sürelerde sözleşmeleri feshedilmektedir (WEB_2; WEB_19; WEB_50).

Kongre-Seminer ve Sempozyum İzni: 4/A'ya göre çalışanların yılda en fazla iki defa kullanılmak üzere toplam on beş gün; aile hekimliğinde görevli personel için bir mali yılda en fazla beş gün kongre-seminer ve sempozyum izni verilir. Diğer sağlık personelinin kongre-seminer ve sempozyum izinleri yoktur (WEB_2; WEB_40).

Mazeret İzni: 4/A'ya göre atanıp bir hizmet yılını doldurmamış personelin ve en az %70 engelli çocuğu olan (anne ya da babadan birine) personelin bir yıl içinde on gün ücretli; 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin on gün ücretsiz olarak; 4/B sözleşmeli çalışanların yıllık izin haklarının bulunmaması halinde sözleşme dönemi içerisinde on gün ücretli mazeret izinleri bulunmaktadır. Aile Hekimliğinde görevli personelin, vekil ebe/hemşireler, 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personelin hiçbir surette mazeret izinleri bulunmamaktadır (WEB_2; WEB_19; WEB_40; WEB_50).

Diğer İzinler: 2009 yılı Toplu Görüşme Mutabakat Metninde belirtildiği üzere 4/A'ya göre çalışanların bakıma muhtaç engelli yakını bulunması halinde günlük bir saat bakım izni verilir; ayrıca nu statüde çalışanlar nöbet ve gece çalışmalarından da muaf tutulurlar ve yataklı tedavi kurumlarında tedavi süresince ve diyaliz tedavisi boyunca da izinlidirler. Dünya Engelliler Günü nedeniyle de engelli personele bir gün izin verilir. 4/B sözleşmeli çalışanların, 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilerin, aile hekimliğinde görevli personelin bakıma muhtaç engelli yakını bulunması halinde günlük bir saat bakım izni verilir. Ayrıca nöbet ve gece çalışmalarından da muaf tutulurlar. Dünya Engelliler Günü nedeniyle de engelli personele bir gün izin verilir. 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak çalışan personel ve vekil ebe/hemşireler bu izinlerden ve muafiyetlerden yararlanamazlar (WEB_53).

4.4. SAĞLIK PERSONELİNİN ÇALIŞMA HAYATINA DAİR BAZI ETKENLER VE KONULAR

Günümüzde teknolojinin, bilginin ve hayat koşullarının değişimine paralel olarak kurumlar ve kurumların hizmet sunum şekilleri de değişmiştir. Hizmet sektörünün ana karakterlerinden olan sağlık hizmetlerinin gerek üretimi gerekse de sunumu gereksinimler doğrultusunda farklılaşmış ve yoğunlaşmıştır. Bu yoğun tempo ve iş yükü içerisinde insan odaklı çalışan sağlık sektörünün vazgeçilmez unsuru sağlık personeli en

çok etkilenen kesimdir. İnsanların en sıkıntılı dönemlerinde karşılaştıkları sağlık personelinin beklentide oldukça yüksek olmaktadır. Hastaları sağlıklarına kavuşturmak yeterince zor iş olmasının yanında tehlikesi ve riski de eklenince süreç daha da ağırlaşmaktadır. Bunlara kaliteli hizmet sunma gayesi ve baskısı, stresli ortam, iş yükü fazlalığı, hasta yakınlarıyla temas ve iletişim kurma gerekliliği, uzun ve nöbet usulü çalışma saatleri eklenmesiyle durum daha da karmaşıklaşmaktadır.

Sağlık kurumları yapılan iş ve işi yapan personel anlamında karmaşık bir yapıya sahiptir. Toplumun tüm kesiminin taleplerini karşılayabilecek sağlık hizmetleri sunumu ancak sağlık personelinin yaşadığı olumsuzlukları kaldırınca, beklentilerini ve ihtiyaçlarını karşılayabilince gerçekleşebilir. Aslında sağlık hizmetinin kalitesi sağlık personelinin çalışmasıyla doğru orantılıdır. Bu bölümde sağlık kurumlarında hizmet sunan sağlık personelinin karşılaştıkları çalışma yaşamının getirdiği unsurlara değinilmektedir; aslında liste daha da arttırılabilir, ancak sağlık personelinin en çok etkilendiği, maruz kaldığı ve en çok gerek duyduğu çalışma ortamı hareketlerine yer verilmektedir.

4.4.1. Sağlık Personeli ve Motivasyon

Motivasyonun kelime anlamı yönlendirmedir. Kişileri amaca yönelik olarak, hedefleri doğrultusunda güdüleyerek harekete geçirmek ve eylemleriyle yöneltme çalışmasıdır ve çalışmaların tümünü kapsar (Güney, 2015: 16; Acat ve Demiral, 2002: 313; Eren, 2012: 497).

Sağlık hizmetlerinde ise sağlık personelinin kurumun amacı doğrultusunda sunulacak sağlık hizmetinin en iyi şekilde oluşabilmesi için güdülemek, heveslendirmek, ikna etmek anlamında yerini alır (Güney, 2015: 17). Sağlık hizmetinin ülke için değeri çok yüksektir. İnsan yaşamını konu alan hizmet olduğundan sağlık personelinin çalışma durumları da diğer sektörlere nazaran büyük önem ve farklılık oluşturur. Durum bu şekildeyken de sağlık personelinin mutluluğu ve motivasyonu tam olmalıdır (Aba, 2009: 40).

Sağlık sektörü çıktısının tam olabilmesi sağlık personelinin şartlarının düzgünlüğüne de bağlıdır. Motivasyon ile performans aynı doğrultuda gider. Motivasyonu tam olmayan bir sağlık çalışanı beklenen ve istenilen performansta etkin

ve verimli çalışmaz. Bu anlamda çalışanların motivasyonu yönetimin-yöneticilerin birincil önceliği olmalıdır. Sektör içerisinde çalışanların nitelikleri çok iyi de olsa yönetim tarafından desteklenip hedefe doğru yönlendirilmezse hizmet sunumunda bir fayda oluşturmaz (Akçakaya, 2004: 187).

Sağlık sektörü karmaşık ve çok çeşitli bir alandır. Gerek yapılan iş ve müdahaleler gerekse de personel çeşitliliği fazladır. Bu anlamda stresin azaltılması, demokratik bir çalışma ortamının oluşturulması, iş temposunun yeniden düzenlenmesi, sağlık personelinin yaptığı işten tatminin sağlanması, ücret politikalarının düzenlenmesi, ek ödemelerin düzeltilmesi, terfi-ödül sisteminin daha net ve belirgin olması sağlık tesislerinin genelinde beklenen etkin çalışma konuları arasına girmiştir (Önal, 2016: 27-28). Etkin ve verimli sağlık hizmetinin sunulabilmesi sağlık tesisleri için en önemli amaçtır. Bu amaca ulaşabilmek için gerekli olan faktörler mali yeterlilik, personel, malzeme, araç ve gereçler, zaman ve kurum binasıdır. Ancak bütün bu faktörler personel varsa anlamlı ve işlevsel olur (Dalkıran, 1993: 3).

Sağlık çalışanları görev aldıkları işin doğası gereği diğer çalışanlardan farklı bir yerdedir. Sunulan hizmetin insan hayatına etki etmesi ve çoğunun ertelenemeyecek şekilde aciliyet göstermesi, telafisi güç hatta bazen mümkün olmayan sonuçların olabileceği, gece gündüz demeden kesintisiz hizmet sunulması, hasta bakım ve tedavilerinin çoğu zaman çok yoğun olması hizmeti sunan sağlık çalışanları açısından zorluk ve büyük önem teşkil edilmektedir (Kılıç ve Keklik, 2012: 148). İş bazlı stres ve kaygı sağlık hizmetlerinin sunumunda oldukça yoğun görülmektedir. Bu durum ise sağlık personelinin hem zihinsel hem de psikolojik olarak yormakta ve pek çok sıkıntıyı da arkasında getirmektedir. En büyük sıkıntı da bu durumun hata yapma olasılığını arttırmasıdır, ancak sağlık sistemi hatayı kaldıramayacak sistemlerin ve sektörlerin arasındadır. İnsan hayatı ana nokta olarak kabul edildiğinden personel açısından hataların oluşmaması için motivasyonun kullanımı çok önemlidir ve gereklidir. Sağlık sisteminde motivasyon amaçlı olarak hem ekonomik hem de psikolojik araçlar kullanılmaktadır. Takdir-teşekkür belgelerinin düzenlenmesi, maaş ve ek ödemelerinin arttırılması, kademe ilerlemesi verilmesi gibi araçlar motivasyon aracı olarak kullanılmaktadır (Bekcan, 2015: 112). Ağır çalışma şartları altından kalkabilmek için sağlık çalışanlarının motivasyonu tam olmalıdır.

İş yoğunluğunun azaltıldığı, çalışma hayatının düzgün ilerlemesi, adil ve hakkaniyetli görev ve ücret dağılımının yapıldığı, özlük haklarının iyileştirildiği, takdir gördüğü bir ortamda sağlık çalışanın motivasyonu, verimliliği ve iş tatmini artacaktır. Çalışanın büyük motivasyonla çalıştığı bir kurum her zaman yükselir ve ileriye gider; ayrıca konu sağlık hizmetleri ise tüm toplumun faydası ve memnuniyeti de olumlu anlamda etkilenecektir. Dolayısıyla sağlık kurumları sağlık personelinin motivasyonu için çalışmalı ve önlemler almalıdırlar (Pekel, 2001: 202). Sağlık çalışanlarının motivasyonu arttırılırsa çalışanlar işlerini daha zevkle yaparlar, kendilerini daha da geliştirme çabası içerisine girerler ve performans artışı gözlenir. Bu durum karşısında sağlık kurumlarında sunulan hizmetin verimliliği, kalitesi artar (Kırcı, 2013: 51). Kısacası sağlık kurumlarının kalitesi motive olmuş personel ile gerçekleştirilebilir. Bundan dolayı sağlık kurumunun yöneticisi öncelikle motivasyonun önemini kavramalı, personeli motive ederek çalışan ve hasta memnuniyetini sağlamalıdır (Aykanat ve Tengilimoğlu, 2001: 3).

4.4.2. Sağlık Personeli ve İş Sağlığı/Güvenliği

Bir işyerinin sağlık ve güvenlik önlemleriyle donatılması ve bu doğrultuda çalışanların güvence altına alınması öncelikle İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin gereğidir (Aydın Aktekin, 2010: 3). Bu bağlamda iş sağlığı ve güvenliği tüm çalışma alanları için vazgeçilemeyecek, zorunluluk teşkil eden bir durumdur. Türkiye’de Sağlık sektörü riskli çalışma alanları arasında sayılmaktadır (Devebakan, 2007: 4). İş sağlığı ve güvenliği hem sağlık personeli için bir hak hem de çalışma şartları ve risklerini belirleme anlamında bir zorunluluktur. Sağlık personeli yapılan işin özelliği, niteliği ve çalışma süresinin uzunluğu nedeniyle hem farklı hem de çok çeşitli risklere maruz kalmıştır. İş sağlığı ve güvenliği de sağlık personelinin sağlık sorunlarına sebep olan çalışma şartlarını düzeltmek ve sağlık durumlarını iyileştirmek için vardır (Öztürk vd., 2012: 265).

Sağlık çalışanlarının iş sağlığı ve güvenliğine dair 1958 yılında Amerikan Hastaneler Birliği ve Amerikan Tıp Birliği’nin ortak hazırladıkları bildiri hastanede çalışan sağlık personeline yönelik İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) uygulamalarını daha fazla gündeme getirmiştir (Uçak, 2009: 6). İlgili bildiriyle sağlık tesislerindeki çalışan

sağlığına dair oluşturulan programlara destek verdiklerini, bu konuyla ilgili olarak sağlık kurumlarının eğitim ve iş güvenliği konusunda örnek olması gerektiğini vurgulamaktadırlar (Kutlu, 2007: 9). ILO ve sağlıkla ilgili birçok bu örgüt uygulamaları desteklemiş ve bunun sağlık çalışanları için bir hak olduğunu ve sağlık çalışanlarının görev yaptıkları sağlık tesisleri içinde de bu yönde bir birim kurulması gerektiğini vurgulamıştır (Çelik, 2018: 17). Ulusal Mesleki Sağlık ve Güvenlik Enstitüsü ile sendikalar birlikte hareket ederek 1974'te hastaneler için iş güvenliği programı hazırlamışlardır. İngiltere'de aynı dönemde İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çıkarılmış ve sağlık çalışanları için özel bir alan oluşturulmuştur (Özkan ve Emiroğlu, 2006: 45). Uluslararası İş Sağlığı Komisyonunun çalışmalarıyla da mesleki sağlık kavramı geliştirilmiştir (Fidicioğlu, 2010). Sağlık personeli kendi içinde pek çok meslek grubuna ayrılır ve her meslek grubunun kullandığı araç ve gereçler de hem fazla hem de çeşitli olduğundan sağlık personeli her anlamda risk durumuyla sürekli karşı karşıyadır (Aksan Davas, 2005: 1). Türkiye'de sağlık sektörü çalışanları içinse bu konu biraz geri planda ve az önemli kalmıştır. Zaman zaman meslek örgütlerinin ve sendikaların katılımlarıyla kararlar alınmış; ancak uygulamaya dökülememiştir. Örneğin Türk Tabipler Birliği'nin 1989 yılında "Bu bizim sağlığımız" sloganıyla konuya değinmiş ve veri tabanı oluşturulmasını istemiştir (WEB_54).

Sağlık ve iş güvenliği komitesinin tam anlamıyla oluşturulamaması, kayıtların net bir şekilde tutulamaması, Türkiye'de iş sağlığı güvenliği yönetmelikleri içerisinde sağlık personeline dair bir ibarenin olmayışı riskli bir iş yapan sağlık personeli için eksidir (Aksan Davas, 2005: 8). 2009 yılına kadar konuyla ilgili çalışmalar hep geri planda kalmıştır. 2009 yılında çıkarılan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ ile sağlık tesislerinde alınması gereken önlemler düzenlenmektedir. Nisan 2011'de çıkarılan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik'le de kamu, özel ve üniversite sağlık tesislerinde hasta ve çalışan güvenliği adına gereken işlemlerin uygulama gerekliliği (Türk, 2011: 99) şekillendirilmektedir.

Sağlık sisteminde hem hasta hem de çalışan olarak ikili bir iş sağlığı ve güvenliği durumu vardır. Sağlık personelinin karşılaştığı riskler, kazalar, hastalıklar diğer çalışanlara oranla daha fazladır (Güzel vd., 2012). Sağlık sistemi çalışanları için

kimyasal, fiziksel, biyolojik, psikiyatrik, sosyal ve ergonomik pek çok risk faktörü vardır. Bir kısmı genele dair olup bir kısmı da sadece sağlık personeline yönelik risk faktörleridir (Bilir, 2004: 306). Biyolojik risk faktörleri, zehirlenmeye, alerjiye ve enfeksiyona neden olan parazit, kültür ve mikroorganizmalarla oluşur. Çalışma ortamında temas ve laboratuvar kaynaklı en çok karşılaşılan biyolojik risk faktörü mikroorganizmalardır (Bilir, 2004: 308). Ayrıca özellikle ameliyathanelerde delici ve kesici aletlerle yaralanma sonucu kan yoluyla bulaşan hastalıklar da yüksektir (Demircan, 2008: 10). Fiziksel risk faktörleri, radyasyon, nem, sıcaklık, soğukluk, basınç, aydınlanma gibi nedenlerle kas ve iskelet sisteminde oluşan hasarlar (Demirbilek, 1999) olup özellikle radyasyon sağlık çalışanları için büyük bir risk oluşturmaktadır (Uğurluer ve Azap, 2006: 197-202). Kimyasal risk faktörlerine ilaçlar, cerrahi ve tedavide kullanılan araçlardan çıkan gazlar, sterilizasyonda ve dezenfekte kullanılan ürünler, anestezi ve laboratuvar ürünleri sayılabilir (Bilir, 2004: 308).

Ergonomik risk faktörleri ise cihazlar, yapısal, cerrahi ve tedavi de kullanılan malzemeler ve diğer teknolojik aletler ile çalışma ortamının oluşturulması ve sağlık personelinin ortama uygun olsun olmasın onları kullanmak zorunda kalmalarıdır. Ergonomik olmayan aletler çalışanlar üzerinde kas veya iskelet sistemine zarar verebilir ya da yaralanmalara yol açabilir. Vücuda uygun olmayan yapıda oluşturulmuş aletler, sürekli ayakta kalma ve ağır kaldırma ergonomik sorunlar arasında sayılabilir. Psiko-sosyal riskler arasında da insan hayatına dair yapılan işlemin verdiği stres, yapılan işte hata payının olmaması, büyük bir sorumluluk yüklenilmesi, gece ve nöbetli aktif olarak çalışma mecburiyeti ve yoğunluk nedeniyle sosyal hayattan kopma, aile ve yakın çevre ile tam ilgilenememe, fiziksel yorgunluk hali, hasta ve hasta yakınlarından görülen şiddet, hastalık ve kaza sonrası sağlıklarına kavuşamayacak olan insanların acısını ve korkularını içselleştirme sayılabilir (Bilir, 2004; Taşçıoğlu, 2007: 22).

Ülkemizde 19.4.1937 tarih ve 3143 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun'la ve 27.4.1939 tarih ve 2710857 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi Müesseseleri Hakkında Tüzük'le radyasyon ve fizik tedaviyle ilgili görevli sağlık personeli için mesai saatlerinin günlük 5 saati geçemeyeceği, yılda otuz gün şua izni verilmesi, fiili hizmet süresinin çalışma yılına eklenmesi gibi bazı düzenlemeler getirilmiştir. Sağlık

personelinin çalışma koşulları her zaman ağırdır. Çoğu zaman iş sağlığı ve güvenliği anlamında verilen eğitimler ve önlemler yetersiz kalmaktadır (İzgi ve Öztürk Türkmen, 2012: 171).

4.4.3. Sağlık Personeli ve Şiddet

Şiddet, kişinin kendisine, başkasına veya bir topluluğa karşı gösterilen her türlü yaralama, ruhsal sıkıntılar oluşturma, düzende bozulmaları destekleme ve hatta ölüme yol açmaya neden olabilecek güç kullanımı, fiziksel temas ve zorlamada bulunma, baskı ve tehdit oluşturmaktır (WHO, 1998).

Şiddet toplumun geneline yayılmış ve çalışma alanlarına da yansımış bir sorundur. Çalışma alanları bakımından işin niteliği, kişilerin o andaki durumları, çevresel etkenler bakımından bazı iş yerlerinde daha fazla görülmektedir (Yazıcı Gülteki, 2020: 9). Personel sayısının, çeşitliliğin ve çalışma alanlarının farklılığının çok olduğu sağlık tesisleri de özellikle son zamanlarda şiddetin yoğun görüldüğü alanlardan olmuştur (Wells ve Bowers, 2002).

Sağlık tesislerinde ise hasta, hasta yakını ya da üçüncü şahıslarca sağlık personeline yönelik uygulanan sözel veya fiziksel risk, tehdit, davranışsal hareket, saldırı veya eylemlerdir (Saines, 1999: 9). Sağlıkta şiddet son zamanlarda sağlık hizmetlerinin her alanında ve ortamında görülebilen bir durum haline gelmiştir. Aslında bu durum sadece sağlık personeli içinde geçerli değil; aynı zamanda hastalar ve hasta yakınları içinde ciddi sorunlar oluşturmaktadır (Eker, vd.: 2011).

Sağlık tesisleri içerisinde şiddetin en çok görüldüğü alanlar ise acil servisler, psikiyatri servisleri, poliklinikler ve cerrahi servisler olmuştur. 24 saat kesintisiz ve kalabalık çalışma ortamı, nöbet ve vardiya sistemi şeklinde çalışmak, hasta yoğunluğu, çevresel-ortamsal eksiklikler, yasaların ve sağlık politikalarının eksik kalması, deneyim ve eğitim eksikliği, stresle başa çıkamama, acil hizmet isteyen hasta ve hasta yakınları, tetkiklerin istenme sıklığı ve zamanlama, hastalara hastane işlerinin karışık görünmesi ve yeterince yönlendirilmedikleri düşüncesi, personel ve malzeme yetersizliği, hastaların ve/veya hasta yakınlarının adil hizmet görmediği kuşkusu şiddet faktörleri nedenlerindedir (Yeşildal, 2005; Altıntaş, 2006; Aktuğlu ve Hancı, 1999). Sağlık tesisleri gerek hasta ve hasta yakınları gerekse sağlık personelinin kendi içinde fiziksel

(yaralama, öldürme, çevredeki insanlara ve eşyalara vurma, zarar verme, itme) ve sözlü şiddet (tehdit, hakaret, bağırma) olayları açısından risk oluşturmuştur (Akca vd., 2014: 2). Durum böyle iken sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir. Şiddet karşısında sağlık personelinde korku, stres, uyku bozuklukları, iş bırakma eylemleri, verimsizlik, performans düşüklüğü, ruhsal bozulma gibi durumlar gözlemlenmiştir. Ayrıca şiddet olayı gerçekleştikten sonra sağlık personeli ile hastalar arasında uyumsuzluk ve olumsuz yaklaşımlar olabilmekte bu da sağlık hizmetinin aktarılmasında kopukluklar ve aksaklıklar oluşturabilmektedir (Ayrancı vd., 2002: 148).

ILO tarafından 2002 yılında hazırlanan “Sağlık Sektöründe Mesleki Şiddet” adlı Raporda tüm şiddet olayları toplandığında sağlıkta yaşanan şiddet olaylarının toplamın %25’ini oluşturduğu görülmektedir (Pınar ve Pınar, 2013: 317). DSÖ tarafından da şiddet olayı, bir halk sağlığı sorunu olarak (WHO, 2014) kabul edilmektedir.

Şiddetin önlenmesi için sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve stresle başa çıkma eğitimi almaları, uygun güvenlik önlemlerinin alınması, binaların fiziksel düzenlenmesine önem verilmesi, şiddet olaylarının bildirilmesi ve raporlanması gerektiği gibi ve gereken zamanda yapılması, şiddeti önleyici bildirimler, afişler hazırlanmalı ve caydırıcı yaptırımlar oluşturulmalı, muayene ve ziyaret ölçütlerinin net belirlenmesi, çalışanlara da bu konuda eğitim ve destek verilmesi gerekmektedir (Silahsızoğlu, 2019: 17, Annagür, 2010: 167).

Sağlık Bakanlığı şiddet olaylarının önüne geçmek için ilk olarak 2009 yılında Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulanması Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ yayımlamıştır. Tebliğde, yoğun bakım, ameliyathane gibi yerlere sağlık personeli harici girişlerin denetiminin sağlanması için şifreli kapıların ve güvenlik kameralarının konulması, acil servisler için güvenlik önlemlerinin artırılması ve yöneticilerin acil servisin işleyişinden ve tedbirlerin alınmasında sorumlu tutulması bildirilmiştir. 2012 yılında İçişleri Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması Genelgesi’yle sağlık personeline görevlerini icra ederken yönelik hakaret, tehdit, yaralama gibi fiiller sonrası başvuru aranmadan hastane polisi ve diğer kolluk kuvvetleri tarafından işlem başlatılarak Cumhuriyet Savcısına

bildirilecek ve talimat gereğince işlemlerin başlayacağı düzenleme altına alınmıştır (Er, 2019: 20). Öncelikle 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çıkarılarak şiddetle karşılaşılan personel için hukuki destek verilmek istenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012). Yönetmelik kapsamında Beyaz Kod uygulamasına geçilmiştir. Bakanlıkça Beyaz Kod Masası kurulmuş ve kesintisiz iletişim sağlayan “113” numaralı telefon hattı belirlenmiştir. Beyaz Kod uygulaması, şiddete maruz kalan personeli koruma amaçlı görünse de, daha çok şiddet sonrası hukuki destek boyutunda kalmakta (Sarcan, 2013: 94) olup idari bir ceza uygulaması bulunmamaktadır. Mevzuattaki boşluklar, medyanın şiddet olaylarından çok bahsetmesi, güvenlik önlemlerinin yeterince alınamaması nedeniyle sağlık personelinin kendine güvende hissedip rahat çalışabilme durumu azalmıştır (Yiğitbaş ve Deveci, 2011: 26). Ayrıca Bakanlıkça hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik bir Hasta ve Çalışan Güvenliği genelgesi yayımlanmıştır. Bu Genelgeyle sağlık personeline yönelik şiddetin önlenmesi ve sağlık personelinin motivasyonunun artırılması amaçlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Amerika Birleşik Devletleri özelinde ise konuyla ilgili birimlerin kurulması ve aylık raporlamaların yapılması, riskli yerlerin belirlenerek oranı personel, malzeme, fiziki yapının iyileştirilmesi, güvenlik önlemlerinin alınmasının sağlanması, sağlık çalışanlarına iletişim ve öfke kontrolüne dair eğitimlerin verilmesi, hasta ve hasta yakınlarına tedavi, tahlil, süre bina hakkında bilgi verilmesi, sağlık personeline şiddete karşısında acil tedaviler hariç sağlık hizmetinin sunulmasından çekilme hakkının verilmesine dair hükümler yer almaktadır (Butchart vd., 2016).

2022 yılında 14 Mart Tıp Bayramı’nda Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan sağlık çalışanlarına müjde açıklaması yapmıştır. İlk müjdenin sağlık personeline yönelik şiddet olaylarının son bulmasına yönelik kesin çözümün getirileceğine dairdi. Sağlık tesislerinde görevi başında sağlık personeline uygulanacak kasten yaralama suçu, Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) kapsamında kataloğa dahil edilecektir beyanının arkasından Mayıs 2022’de Sağlıkta Şiddet Kanunu’nun yasalaşmasıyla duyurulan ve ana çerçevesi Kanun’la ortaya konan ilgili düzenlemeler kısa sürede yürürlüğe konabilmiştir. Katalog suçlar, gözetim, hak ve alacaklara el koyma, iletişimin dinlenmesi, teknik araçla

izleme gibi koruma tedbirlerinin uygulanabilmesi ve tutuklama için Ceza Muhakemesi Kanunu'nda sayılan suç kategorisidir. Eğer katalog suçlar içerisine giren bir suç işlenmişse tutuklama nedeni de bulunmaktadır (WEB_55). İkinci müjde sağlık personelinin meslek icralarıyla ilgili Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun kurulması ve görevi sırasında yaptıkları tıbbi müdahalelere karşı ceza soruşturması kararını/iznini bu Kurulun vermesi, yine eğer idareye tazminat cezası verilecek olursa sağlık personeline rücu edilip edilmemesine bu Kurulun karar vermesi öngörülmüştür. Rücu işlemi sadece kasıt durumlarında uygulanabilecektir. Üçüncü müjde ise tüm sağlık personelinin ek ödeme alması ve ayrıca alınan ek ödemelerinde artış yapılmasına yönelik olmuştur. Ayrıca ek ödemelerin emekliliğe yansması haberi de sağlık personelinin de mutlu etmiştir. Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan, 6 Haziran 2022 tarihinde kabine toplantısından sonra tüm kamu çalışanlarına +600 ek gösterge puanı verileceğini açıklamıştır. Bu durum memur maaşlarını, emekli aylığını ve emekli ikramiyesini etkileyecek olup sağlık çalışanlarının 3600 ek göstergesi kazanımıyla ilgili bir açıklama ise yapılmamıştır (WEB_56). Dördüncü müjde ise sağlık personelinin 3600 ek gösterge almasıyla ilgili olup ek göstergenin yükselmesiyle emekli maaşlarının yeniden düzenlenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Beşinci müjde ise aile hekimlerinin aldıkları baz ücretin arttırılmasıdır (WEB_57; WEB_58). Dönemin AK Parti Grup Başkanvekili Mustafa Elitaş, 5 Mayıs 2022 tarihinde sosyal medya hesabından tabip ve tabip dışı sağlık personelinin sabit ek ödemelerinin ve emekli aylıklarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalarının devam ettiğini (WEB_59) bildirmiştir.

4.4.4. Sağlık Personeli ve Hizmet İçi Eğitim

Kurumsal hedeflere ulaşabilmek için işgücüne devamlı yatırım yapılarak, çalışanların kabiliyet ve donanımlarını geliştirecek eğitim fırsatlarının oluşturulması durumunda, çalışanlar, kurumsal değeri geliştirecek bir sürecin önemli bir yapı taşı konumuna gelebilirler (Açıkalin, 1996: 3). Nitekim göreve yeni başlayan insan kaynaklarının da işlerini gereğince ifa edebilmesi, işin niteliklerini yerine getirebilmesi, kurumsal etkililik ve verimlilik için büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla eğitim işlevi sayesinde, çalışanlarının yeni bilgiler ve yetenekler kazanmaları, hali hazırdaki bilgi ve kabiliyetlerini ise artırmaları amaçlanmaktadır. Böylece çalışanların bilgi ve yetenekleri,

bugünün ve geleceğin potansiyel işlerinin gereklerine cevap verebilecek bir noktaya getirilmektedir (Bingöl, 2013: 281-282).

Yapılan işin niteliği ve önemi bazında insan hayatını etkilenmesi, sürekli gelişme ve değişme içerisindeki sağlık bilgi sistemi ve teknolojik yapının varlığı sağlık sektöründe en temel aktör olan sağlık personelinin bilgisi ve becerisi sağlık kurumları için büyük önem arz etmektedir (Taş, 2012: 83; Aksoy, 1991: 21). Türkiye’de sağlık personelinin eğitimi konusu kapsamlı biçimde ilk kez 1940 yılında 3959 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Teşkiline Dair Kanun’da geçmiştir. Sonrasında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile geliştirilerek sürekli eğitimin adımları atılmış fakat kendine bir uygulama alanı bulamamıştır (Tabak, 2005: 60). 70’li yılların sonuna doğru Dünya Sağlık Örgütü’nün eğitim anlamında hareketlenmesiyle Türkiye’de de Türkiye Tıp Akademisi tarafından düzenlenen ve hazırlanan Ulusal Kongre’de bahsedilmiştir (Okçabol, 2006). Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği çıkarılarak sağlık personeline hizmete yönelik eğitim verilmesine mevzuat anlamında da katkı verilmiştir. İlgili Yönetmelik’te hizmet içi eğitimin amacı sağlık tesislerinde görevli sağlık personelinin günün şartlarına uygun olarak yetiştirilmesi ve mesleki donanıma sahip olmaları şeklinde belirlenmiştir (WEB_60). Hizmet içi eğitimin mesleki ve kurumsal donanımın yanında personel ve yönetim arasında uyumun oluşturulması, motivasyonun ve kurumsal bağlılığın yükseltilmesi, sağlık politikaların tanıtımının sağlanması, verimliliğin artması, yeni gelişmelerin takibinin sağlanmasıdır (Tabak, 2005: 61). 2001 yılında Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri başlıklı Sağlık Bakanlığınca yayımlanan kitapta sağlık personelinin eğitimine dair programların planlanması ve oluşturulması gerekliliği vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2001). İl Sağlık Müdürlüklerinde kurulan eğitim birimlerince ilde hizmet verilen sağlık kurumlarında görevli sağlık personelinin değerlendirilerek eğitimleri planlanmakta, uygulanmakta ve denetimler yapılmaktadır. Ayrıca hastanelerde bulunan eğitim hemşirelerince de yeni başlayan veya halen görevde bulunan personele zaman zaman eğitimler verilmektedir (WEB_61).

Sağlık personelinin eğitimine ve mesleki gelişimine katkı sağlayacak olan her türlü eğitim araç-gereçleri (kitap, bilimsel içerikli yayın gibi) sağlık işletmelerinin döner sermaye kaynaklarından temin edilerek personelin mesleki eğitim ve bilimsel

etkinliklere katılımları sağlanmasıdır (Akdağ, 2012: 42). Mevcut durumda eğitim ve araştırma hastanelerinde ücretsiz olarak sağlanan bilimsel yayınlara elektronik erişim imkânları sağlanarak tüm sağlık çalışanlarının elektronik ortamda, basılı bilimsel yayın kitap ve kongre desteği sağlanacaktır. Sağlık çalışanlarının bilimsel ve teknolojik gelişimlere uygun eğitim görmesi ve uluslararası düzeyde görev yapacak nitelikte sorumluluk alması, kendini geliştirmesi ve bağlı olduğu kurumun bu yöndeki destek ve teşvikleri sayesinde gerçekten iyi eğitilmiş, hizmet kalitesini esas alan bir hizmet anlayışına sahip olması gereklidir (Aykır, 2014: 71). Sağlık tesislerindeki çalışan personelin eğitimlerinin plan ve program içerisinde verilmesi ve hatta kurum dışı eğitimlerinin de desteklenmesi gerekmektedir (Hoş, 2016: 500).

4.4.5. Sağlık Personeli ve Sendikalaşma

Sendika hakkı bireysel ve kolektif özellikleri ihtiva etmesi ve kişilerin sosyal ve ekonomik haklarını elde etmeleri açısından büyük öneme sahiptir. Kişilerin çalışma hayatında bireysel olarak kendi hak ve menfaatlerini savunmaları konusunda herhangi bir sınırlama getirilmese de, söz konusu haklarını ararken karşısına çıkacak güçlükleri atlatabilmesi kolay olmadığından çalışanlar arasındaki örgütlenme ihtiyacından dolayı günümüzdeki sendikalara kadar gelinmiştir (Tüysüz, 2010: 1). Çalışanlar ve çalıştıranlar (işverenler) ekonomik, sosyal hak ve menfaatlerini korumak ve geliştirmek için sendikalar kurulabilmekte, kurulu sendikalara üye olabilmek, bu sendikalardan ayrılabilme ve sendikal faaliyetlerde bulunabilme hak ve özgürlükleri bulunmakta ve bu hakların temel insan hak ve özgürlüklerinden sayıldığı kabul edilmektedir (Girgin, 2011: 1).

1960'lı yıllarda sağlığın sosyalleştirilmesi onun metalaşmasını büyük ölçüde engellediği gibi sağlık çalışanlarının da haklarını alabilmeleri için örgütlenerek güçlenmeleri de sağlamıştır. Örneğin 1961'de "Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası" ve 1962 yılında "Türkiye Sağlık İşçileri ve Personeli Sendikası" kurulmuştur. Ancak işçi-memur ayırımından kaynaklı dayanışma yetersizliği örgütlü mücadeleyi her zaman zayıflatmıştır. Bununla birlikte, 1971 Askeri Müdahalesi sırasında 657 sayılı Kanun'la hak kayıplarına uğrayan sendikalar Türk Tabipler Birliği (TTB) önderliğinde kurulan "Türk Sağlık Hizmetleri Güçbirliği" platformunda bir araya gelmişlerdir. Birlik,

hakların kazanımı için acil durumlar hariç görev bırakmayı ve hastaların muayene edilebilmesi için yeterli sürenin verilmesi gibi konularda güçlü bir mücadele sinyalini vermiştir (Yeşiltaş, 2015: 138) Ayrıca bu birliktelikte TTB, Türkiye Hekimler ve Eczacılar Sendikası, SSK Hekim ve Eczacıları Sendikası, Türkiye Hekim Sendikaları Federasyonu, Türkiye Sağlık memurları sendikası, Türkiye Hemşireler Sendikası, Türkiye Ebeler Sendikası, SSK Hemşire, Sağlık Memurları Sendikası katılmıştır. Veteriner Hekimleri Sendikası ile Türk Eczacılar Sendikası da destek vermiştir (Fişek, 1995). Sendika sayısının çokluğu ilk bakışta sivil toplumun gelişmişliği adına umut kaynağıdır. Öte yandan 1976'da SSK hastanelerinde meslek hastalıkları kliniklerinin kurulması da önemli bir adım olmuştur (Kasapoğlu, 2016: 141). 1980'li yıllarda işçi sendikalarının yoğunluğu ve ulaşılan haklar memurlar için söz konusu değilken, 90'lı yıllara doğru zamanla anayasal değişiklikler ve uluslararası çalışmalarla sendikalaşma memurlar için de yoğunlaşmıştır (Yenimahalleli, 2010: 207). 1990 yılında Sağlık Emekçileri Sendikası, 1991 yılında Tüm Sağlık Çalışanları Sendikası ve Genel Sağlık İşkolu Kamu Görevlileri Sendikası kurulmuştur (Petrol-İş, 1997: 587).

Türkiye'de sağlık sendikaları içerisinde Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen), Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolu Kamu Görevlileri Sendikası (Türk Sağlık-Sen) ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) en fazla üyeye sahiptir (Eraslan, 2012: 67). Sağlık sektöründe en çok üyeye sahip bu üç sendikanın tüzüklerinde, üyelerinin menfaatlerinin korunması, çalışma şartlarının ve ortamlarının kaliteli, adil, eşit ve özgür şekilde yapılandırılması, özlük haklarının iyileştirilmesi, personelin her türlü eğitimine desteğin sağlanması, sosyal güvenlik inşasının kurulması ve yararlandırılması, engelli personelin desteklenmesi, personelin sendikal faaliyetlerini ve anayasal haklarının korunması ortak amaç olarak yerini almaktadır (WEB_62; WEB_63; WEB_64).

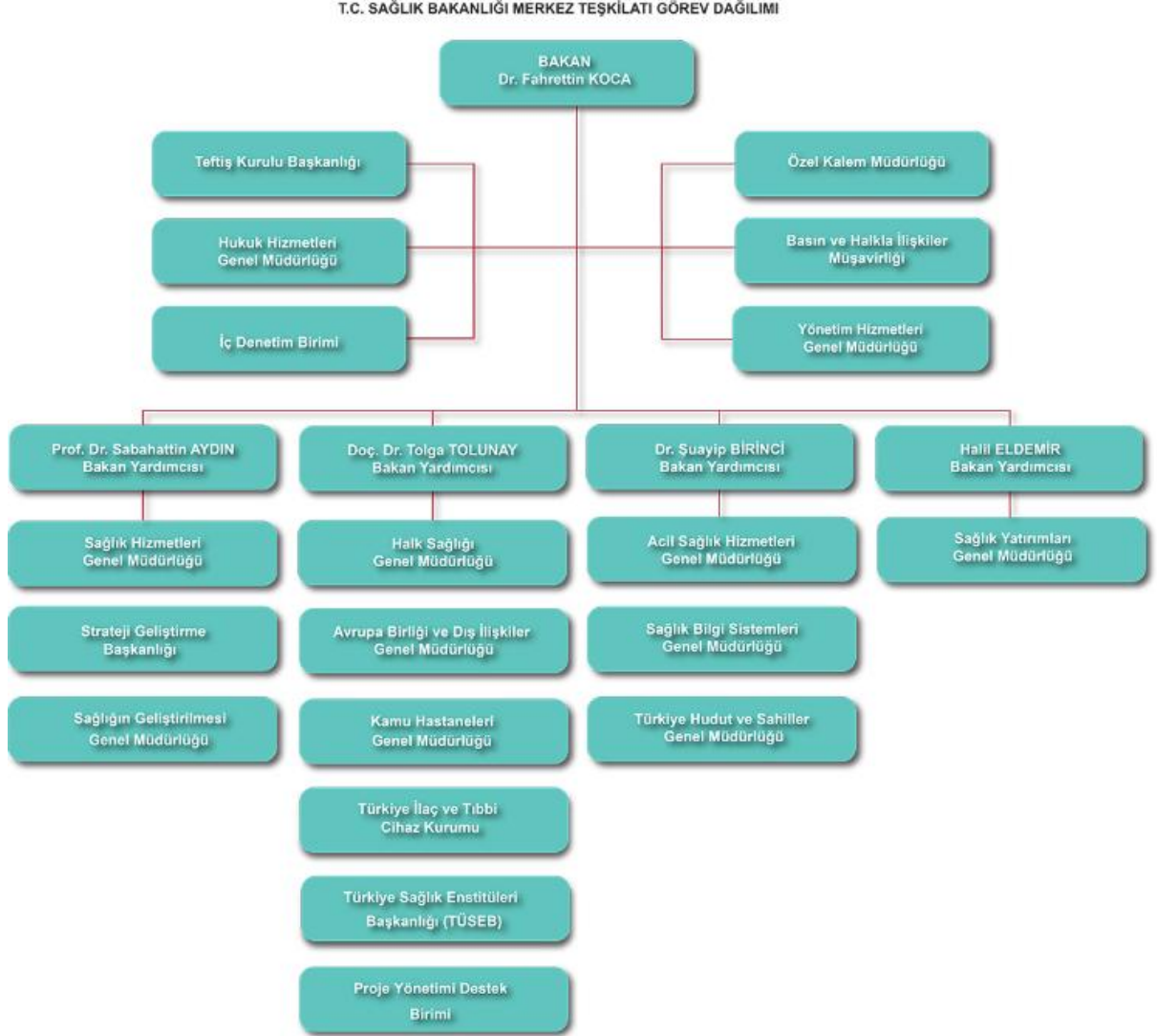
BEŞİNCİ BÖLÜM:

SAĞLIK PERSONEL REJİMİNE DAİR DERİNLEMESİNE MÜLAKAT TEMELLİ BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Sağlık hizmetlerinin sunumundaki en önemli unsur insan kaynağıdır. Sağlık personeli yetiştirilmesi, eğitimi, kendi içerisinde çok boyutlu dallara ayrılması, iş yaşamının düzenlenmesi, sağlık kurumlarındaki dağılımının niteliği ve birçok açıdan farklılık içerir. Literatür açısından bakıldığında sağlık personeli anlamında fazla çalışma olmakla beraber sağlık personelinin sınıflandırmasına ve rejimine dair yapılan çalışmalar daha kısıtlı kalmıştır. Genellikle personel dağılımındaki eşitliğin çözülememiş olması ve daha az maliyetle sağlık hizmetlerinin sunumunun sağlanmak istenmesi sağlık personelinin çeşitlendirmiş ve ayrıştırmıştır.

SDP sonrasında Türkiye’de yoğun değişimler yaşanmıştır ve yaşanmaktadır. Bu değişimlerin en temeli ve en önemlisi de Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat yapısındaki farklılaşma olup 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilat yapıları da değişmiştir. Yatay bir örgütlenme sisteminin benimsenmesi, performans odaklı, uzmanlaşmaya dayalı, etkinliğin ve verimliliğin öneminin arttığı yönetim anlayışı oluşturulmaya çalışılmaktadır (Aktel, vd., 2014: 69-70). 2017 yılında 694 sayılı KHK merkez teşkilatındaki özerkliği olan ve değinilen üç kurum genel müdürlük olarak Bakanlığın iç birimlerine dönüştürülürken taşra teşkilatında sonradan oluşturulan üçlü yapı yeniden tek yapı (İl Sağlık Müdürlüğü ismi) altında birleştirilmiştir. 2018 yılında 703 sayılı KHK ile de Bakanlıkta bulunan en üst yönetim bürokratı olan müsteşar ve müsteşar yardımcılarını kadroları kaldırılarak onların görevleri Bakan yardımcılara verilmiştir. Son olarak da, yine 2018 yılında 1 No.’lu Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Sağlık Bakanlığı yönetim sistemi bir kez daha bazı değişikliklere uğramak suretiyle Cumhurbaşkanlığı’na bağlanmış ve teşkilat yapısı yeniden düzenlenmiştir. Taşra ve merkez teşkilatları şeklinde örgütlenen Sağlık Bakanlığı 14 ana hizmet biriminden oluşmaktadır. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü, Avrupa Birliği ve Dış İlişkiler Genel

Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Teftiş Kurulu Başkanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği, Özel Kalem Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı'nın ana hizmet birimleridir. Aynı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesiyle Yüksek Sağlık Şûrası kaldırılmış ve Tıpta Uzmanlık Kurulu ile Sağlık Meslekleri Kurulu oluşturulmuştur. Bunlara ek olarak, Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminde politika yapımında bulunan kurullara Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu da eklenmiştir. Cumhurbaşkanlığı 1. Nolu Kararnamesiyle taşra teşkilatının yapısı, hastanelerin yönetimi ve denetimi, kadro ve performansa dair bilgi, ödeme, hizmet binası ve sağlık tesislerinin kurulması, tıbbi ürün desteği, ruhsatlandırma ve lisans bedellerine dair hükümler düzenlenmiştir.



Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı

Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> (Erişim Tarihi: 15.09.2022)

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının geçirdiği değişimi taşra teşkilatı da --hatta daha fazla mevzuatla-- yaşamıştır ve yaşamaktadır. Gerek yönetsel yapı ve organizasyon, gerek işleyiş ve yeni getirilen kadrolarla en önemli değişim 663 sayılı KHK ile olmuştur. 663 sayılı KHK ile taşra yapısındaki sağlık kurumlarına sözleşmeli yöneticilik getirilmiştir. Taşrada kamu hastaneleri birliği genel sekreteri ve sekreter yardımcılığı bazında başkanlıklar ve uzmanlık kadroları oluşturulmuştu. Yataklı sağlık kurumlarının yönetimi de sözleşmeli hastane yöneticilerine verilmiştir. Ek olarak da, idari, mali ve sağlık bakım hizmetleri müdür ve müdür yardımcılarını ayrı ayrı yapılarak

hastane yapısı oluşturulmuştur (Al, 2007). Taşra teşkilatının geleneksel yapısı değiştirilerek profesyonel yöneticiliğe dayalı bir anlayış benimsenmiştir. 663 sayılı KHK ile sağlık yönetiminde uzmanlaşmanın gerçekleştirilmesi, yönetici performansının iyi şekilde denetlenmesi, sağlık kurumlarının mali durumlarının daha rahat düzenlenebilmesi bu sistemin ana amaçlarıdır (Alper, 2012). 2017 yılında 694 sayılı KHK ile merkezi teşkilatın yanında taşra teşkilatı da tek yapıda toplanmıştır. Kamu sektörüne ait hastanelerin yönetimi ise 2011 yılı öncesinde olduğu gibi başhekimlik kadrosuna dönmüştür. Bu dönüşümler yaşanırken 663 sayılı KHK ile getirilen sözleşmeli yöneticilik anlayışı devam etmekte ve başkan yardımcılığı pozisyonu da önceki sözleşmeli yöneticiler kategorisine eklenmiş bulunmaktadır.

Taşra teşkilatı sağlık tesisleri yöneticileri sözleşme imzalayarak görevlerine başlamaktadırlar. Sözleşmeli personel içerisinde sayılan uzmanlar ise sözleşmeli birim sorumlusu olarak kabul edilmektedir. Diğer kamu sektörü kurumlarında birim sorumlusu olarak şube müdürleri bulunurken il sağlık müdürlüklerinde çoğunlukla uzmanlar bu görevi üstlenmiştir. Son dönemlerde Sağlık Bakanlığı bünyesinde açılan görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavlarında da sınav ile görevde yükselme sınırı şeflikte kalmış ve şube müdürlüğü kadrosu açılmamıştır. İlgili KHK'da yeni açılacak sağlık tesisleri için başhekim, başhekim yardımcısı, müdür ve müdür yardımcısı pozisyonlarının sayılarının Hazine ve Maliye Bakanlığının uygunluğu alınmak kaydıyla %20'ye kadar arttırılabileceği hatta sonradan ilave şartların getirilerek normların belirlenebileceği (WEB_19) düzenlenmiştir.

Taşra teşkilat yapılanması için Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği yayımlanmıştır. İlgili Yönetmelik ile Sağlık Bakanlığı'nın taşra teşkilatında görev yapacak yöneticilerin il içi dağılımı, kadroların neler olduğu ve pozisyonlara dair hükümler ve esaslar düzenlenmiştir. İller nüfus değerlerine göre gruplara ayrılmıştır. Bakanlık ise her grup il için azami kadro ve pozisyon sayılarını belirlemiş, bu kadro ve sayıların üzerinde personel ataması yapılamayacağını belirtmiştir. Ancak bir ilin büyük oranda nüfusunda ve sağlık kurum sayılarında bir artış olması halinde Bakanlık onayı ile sözleşmeli çalışacak olan başkanla

başkan ve yardımcıları ile uzmanların miktarının artırılabilceği (WEB_66) belirtilmiştir.

Tablo 2: İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinin Nüfuslara Göre Pozisyon Standartları Tablosu

POZİSYON	İ1	İ2	İ3	İ4	İ5	İ6	İ7	İ8	İ9
İl Sağlık Müdürü	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Başkan	11	7	7	5	5	5	4	4	2
Başkan Yardımcısı	30	17	13	11	9	7	5	4	3
İlçe Sağlık Müdürü	Nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçelerde ilçe sağlık müdürlüğü kurulur.								

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2012.



Ayrıca 2012 yılındaki Yönergeye ek olarak 2017 yılında Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge başlıklı bir yönerge daha çıkartılmıştır. Yönerge ile Bakanlığın taşra teşkilatının kuruluşu, sözleşmeli yöneticilerin ayrı ayrı gruplandırılarak görev tanımları yapılmıştır (WEB_67).

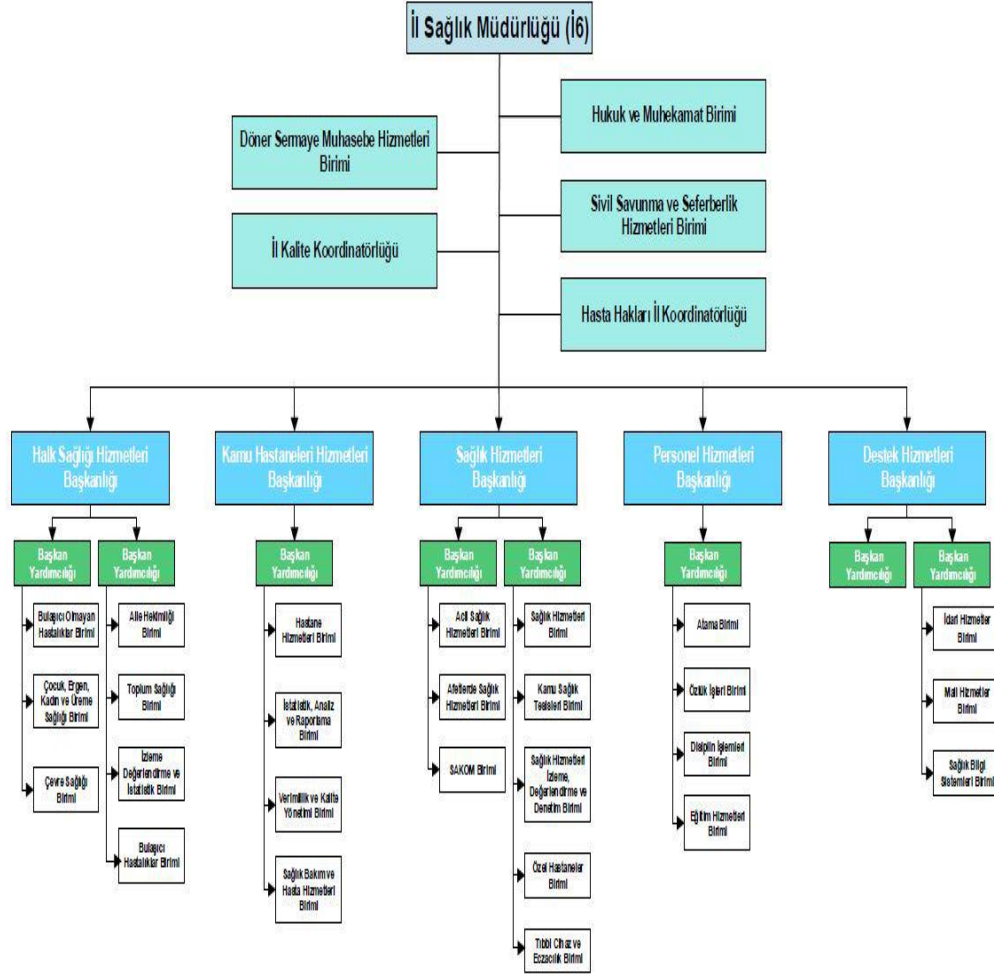
Tablo 3. Başkan ve Başkan Yardımcılarının İllere ve Hizmet Alanlarına Göre Dağılım Tablosu

İl Grubu	Halk Sağlığı Hizmetleri	Kamu Hastaneleri Hizmetleri	Acil Sağlık Hizmetleri	İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri	Sağlık Hizmetleri	Personel Hizmetleri	Destek Hizmetleri
İ1	1 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	6 Başkan 12 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 5 Başkan Yardımcısı
İ2	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	2 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı		1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı
İ3	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	2 Başkan 4 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı		1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı
İ4	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 3 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı		1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ5	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı		1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ6	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı			1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı
İ7	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı			1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	
İ8	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı			1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı	
İ9	1 Başkan 2 Başkan Yardımcısı					1 Başkan 1 Başkan Yardımcısı	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017 verilerinden ve düzenlemelerinden yararlanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki tüm yataklı sağlık tesislerinin, yatak kapasitelerine, ünit sayılarına, acil servis ve branş-dal niteliğine göre çalışma şekilleri hazırlanmıştır.

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI	<h2 style="margin: 0;">DENİZLİ İLİ TEŞKİLAT ŞEMASI (İ6)</h2>				 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI DENİZLİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
	Doküman Kodu:	Yayın Tarihi: 01/01/2020	Revizyon No: 00	Revizyon Tarihi: .../.../.....	



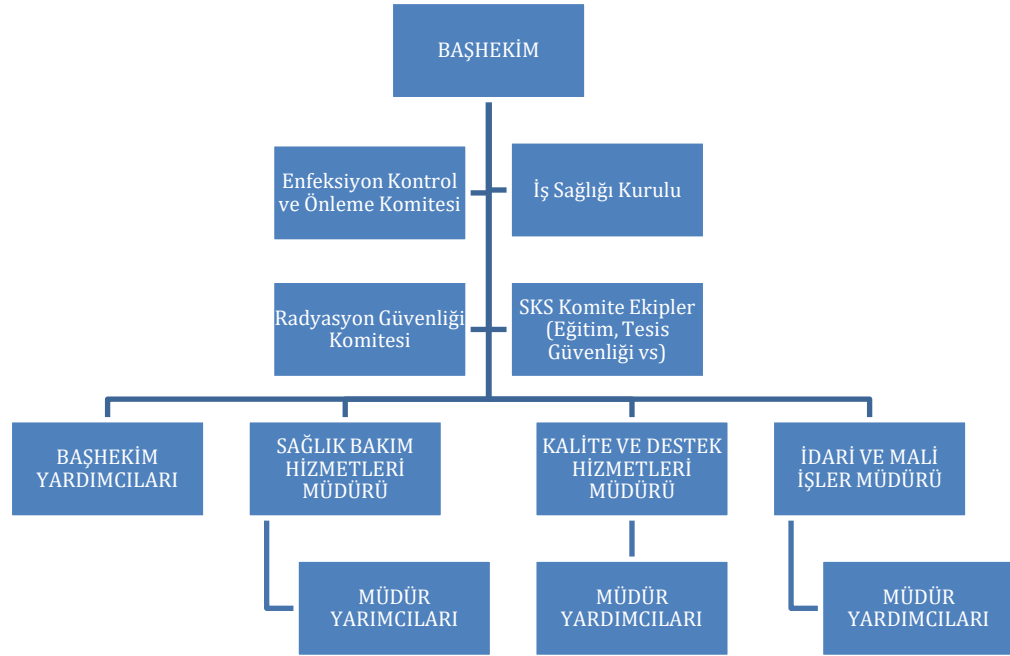
Şekil 3. Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Teşkilat Şeması

Kaynak: <https://denizliism.saglik.gov.tr/TR-839/teskilat-semasi.html>

Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergesine göre Denizli İ6 il olarak belirlenmiştir. Bu itibarla İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde direkt olarak İl Sağlık Müdürüne bağlı olarak Döner Sermaye Muhasebe Hizmetleri Birimi, İl Kalite Koordinatörlüğü, Hukuk ve Muhakematı Müdürlüğü, Sivil Savunma ve Seferberlik Birimi ve Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü bulunmaktadır. Ayrıca Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı, Sağlık Hizmetleri Başkanlığı, Personel Hizmetleri Başkanlığı ve Destek Hizmetleri

Başkanlığı şeklinde beş başkanlık kurulmuştur. Yine ilgili Yönetmelik gereğince Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Sağlık Hizmetleri Başkanlığı ve Destek Hizmetleri Başkanlığı'nın ikişer; Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı ve Personel Hizmetleri Başkanlığının birer başkan yardımcısı bulunmaktadır.

Hastane yönetimi ise başhekimine verilmiştir. Başhekimler hastane içerisindeki güvenlikten, mali durumlardan, çalışan ve hasta güvenliğinden, hizmetin kalitesinden il sağlık müdürüne karşı sorumludur.



Şekil 4. Hastane Kurumsal Organizasyon Yapısı

Kaynak: denizlidh.saglik.gov.tr/TR-637277/organizasyon-yapisi.html

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergesinde hastanelerin yönetim yapısı belirlenmiş ve bu yapı içerisinde bulunan taşlar detaylı olarak açıklanmıştır. Başhekim yardımcıları başhekimin vereceği görevlere yönelik başhekimine karşı sorumlu olmakla birlikte hastane müdürleri de görevleri doğrultusunda yine başhekimine karşı sorumludurlar. Sayıları da yine ilgili yönetmelikte belirtilmiştir.

Tablo 4. Sözleşmeli Başhekim, Hastane Müdürü, Başhekim Yardımcısı ve Müdür Yardımcısı Standart Cetveli

ROL	Baş hekim	İdari ve Mali İşler Müdürü	Sağlık Bakım Hizmet Müdürü	Destek ve Kalite Müdürü	Teknik İşler Müdürü	Başhekim Yardımcısı	Müdür Yardımcısı
A I	1	1	1	≥ 400 yatak	≥ 1000 yatak	Başhekim yardımcısı pozisyonu için; 50-150 ise 1	Müdür yardımcısı pozisyonu için; 0-100 ise 1
AI-DAL	1	1	1	≥ 400 yatak	≥ 1000 yatak	151-250 ise 2 (ancak 2. Pozisyon 200 yatağa ulaştığında verilir.)	101-200 ise 2 (ancak 2. Pozisyon 150 yatağa ulaştığında verilir.)
A2	1	1	1	≥ 400 yatak	≥ 1000 yatak	251-350 ise 3 (ancak 3. Pozisyon 300 yatağa ulaştığında verilir.)	201-300 ise 3 (ancak 3. Pozisyon 250 yatağa ulaştığında verilir.)
A2-DAL	1	1	1	≥ 400 yatak	≥ 1000 yatak	351-450 ise 4 (ancak 4. Pozisyon 400 yatağa ulaştığında verilir.)	301-400 ise 4 (ancak 4. Pozisyon 350 yatağa ulaştığında verilir.)
B	1	1	1	≥ 400 yatak		451'den sonraki her 200 yatak artışında 1 pozisyon ilave edilir.	401'den sonraki her 200 yatak artışına 1 pozisyon ilave edilir.
C	1	1	≥ 50 yatak			Eğitim ve araştırma hastanesi veya şehir hastanesi ise ilave 1 pozisyon verilir. (400 yatak altı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ilave edilmez.)	Eğitim ve araştırma hastanesi veya şehir hastanesi ise ilave 1 pozisyon verilir. (400 yatak altı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ilave edilmez.)
D	1	1				Eğitim ve araştırma hastanesi ise ilave 1 pozisyon verilir. (400 yatak altı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde ilave edilmez)	
E1	1	1					
ADSH	1	1				≥ 50-99 ünit ise 1 ≥ 100 ünit ise 2	≥ 50-99 ünit ise 1 ≥ 100 ünit ise 2
ADSM	1	1				≥ 50 ünit ise 1	≥ 50-99 ünit ise 1 ≥ 100 ünit ise 2
İASB	1					Her başhekimlik için; İ1 grubu İstanbul: Avrupa'da 4, Anadolu'da 2, İ2 ilinde 3, İ3 ve İ4 illerinde 2, İ5 ve İ6 illerinde 1	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2017 verileri ve düzenlemelerinden yararlanılarak yazar tarafından hazırlanmıştır.

İlgili cetvelde belirtilen pozisyonlarda görev almaya yönelik hazırlana hizmet sözleşmesi personel ile Bakan arasında imzalanmaktadır. Fakat Bakan gerekirse hizmet sözleşmesi imza yetkisini İl sağlık Müdürlerine de devredebilir (WEB_19). Sözleşme imzalayan yöneticiler içinde 657 sayılı DMK'da belirtilen yasaklı durumlar ve çalışma süreleri aynen geçerlidir. Ancak DMK'dan farklı olarak sözleşme imzalayan yöneticilerin görev yaptıkları kurumlardan ücretsiz izinli olarak ayrılmış olmasıyla ilgilidir. Yöneticilerin hem ücretsiz izinle ayrılmış olmaları hem de sosyal güvenlik

hizmet aktarımı yönünden işleyişin devam ediyor olması ilginç bir uygulamayı barındırmaktadır. Bir başka farklılık da kamu sağlık tesislerine kurum dışından hatta hiç devlet memurluğu yapmamış olan kişilerinde yönetici olabilmeleridir. Ancak bu durum daimi kadro tasarrufunu barındırmaz, hizmet sözleşmesi sonlandığında sonlanma tarihinden itibaren bir ay içinde eski görev yerlerine dönmektedirler (Arslan Hızal, 2015). Bir diğeri ise Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi kapsamında yöneticilerin başarılarının karneler vasıtasıyla ölçülme işlemidir. Yönetmelikte belirtilen niteliklerin yılda iki kez puanlanmasıyla yöneticilerin başarıları değerlendirilmektedir.

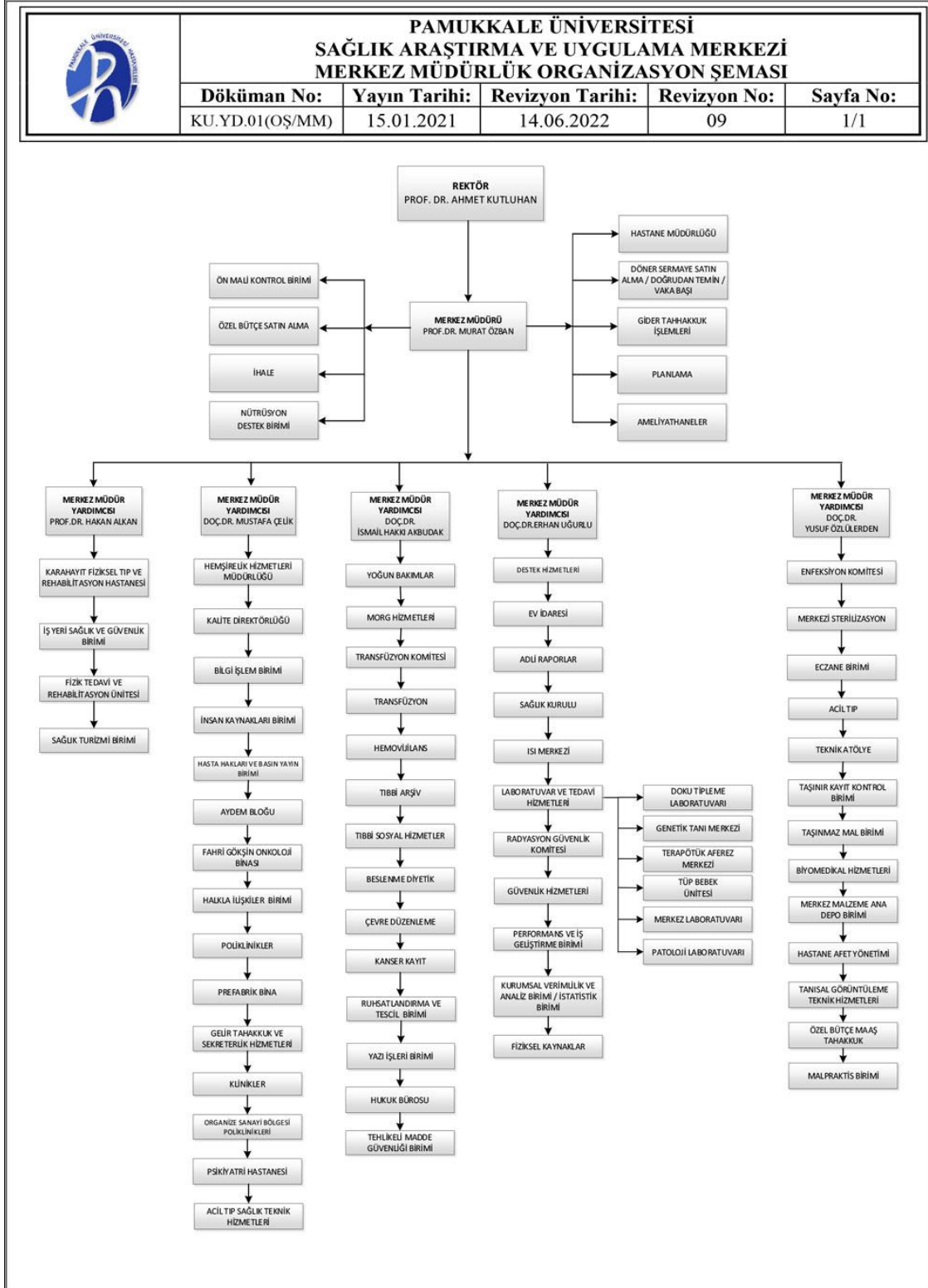
Yöneticilerin istihdam şekilleri ve performans dayalı çalışma stiline sahip olması özel sektör personel algısının kamuya adapte edilmesi gibi algılanmıştır (Özkal Sayan ve Küçük, 2012). Bu halde kadrolu, kökleşmiş memur anlayışını bir tarafa bırakarak hem sağlık çalışanlarının hem de yöneticilerin sözleşmeli dayalı ve daha esnek çalışma ortamına geçilmiştir. Kamu yönetimine yenilik getirilmesi anlamında sağlık personel rejiminin bu yapısı bir ilki oluşturmuştur (Aytuğ, 2011; Özkal Sayan ve Küçük, 2012).

Bu bilgiler ışığında derinlemesine mülakata dayalı alan araştırmasının yapıldığı Denizli ilinde İl Salık Müdürlüğü bünyesindeki yöneticilere ve mülakata geçmeden önce alan araştırması için pratiklik ve erişilebilirlik boyutunca seçilen il Denizli özelinde kamu sağlık sektörü için bazı temel bilgilerin verilmesinde büyük fayda bulunmaktadır. Araştırmanın yapılacağı Denizli İlinin yüz ölçümü 12.134, nüfusu ise 1.040.915'tir. Türkiye'nin bu anlamda 23. büyük ilidir. Denizli'de Sağlık Bakanlığı'na ait 13 devlet hastane bulunmaktadır. Bu hastanelerde toplam yatak sayısı 1.714'tür. Ayrıca toplam 772 yatak kapasiteli 5 özel hastane ve 857 yatak kapasiteli bir üniversite hastanesi (Pamukkale Üniversitesi) bulunmaktadır. Türkiye Genelinde ise sağlık tesislerindeki toplam yatak sayısı 254.497'dir. Denizli'de 336 aile hekimliği birimi bulunurken Türkiye genelinde bu sayı 26.928'dir. Aile Hekimliği Birimi Başına Düşen Nüfus Denizli'de 3.128 iken Türkiye genelinde ortalama 3.145'tir. Denizli'de tüm sağlık birimlerinde görev yapan hekim sayısı 2.286'dır. Türkiye'de ise toplam hekim sayısı 183.569'dur. Kişi başı hekime müracaat sayısı Türkiye'de ortalama 8,0 iken Denizli'de bu sayı ortalamanın üzerinde 9,3 olmuştur. Denizli'de 488 diş hekimi, 559 eczacı, 2.757

hemşire, 986 ebe bulunmaktadır. türkiye genelinde bu sayılar ise 39.851 diş hekimi, 37.211 eczacı, 232.442 hemşire, 57.908 ebe şeklindedir (WEB_70).

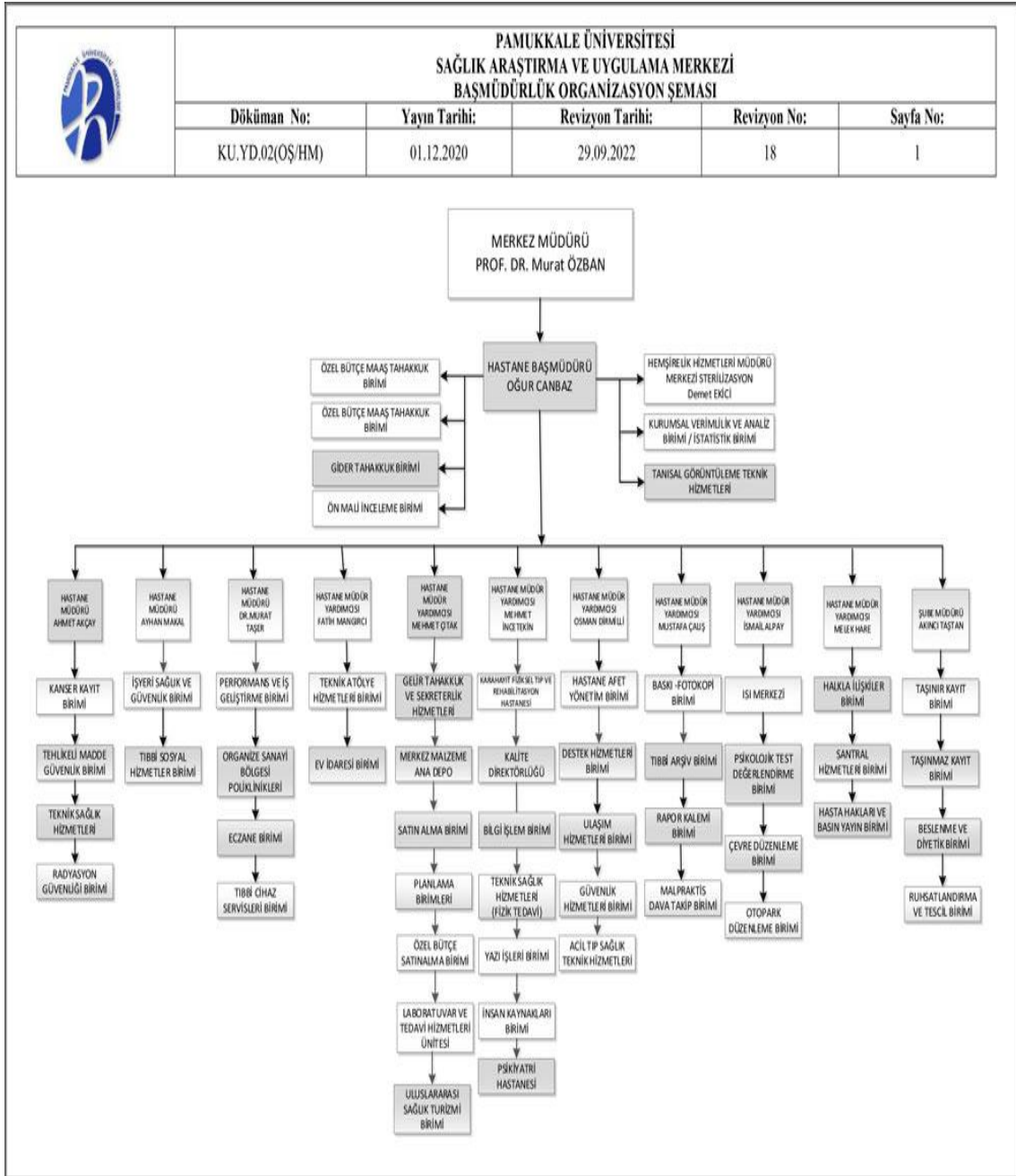
Birinci basamak sağlık hizmetleri anlamında 1 il sağlık müdürlüğü, 7 ilçe sağlık müdürlüğü, 5 toplum sağlığı merkezi, 127 aile sağlığı merkezi, 335 aile hekimliği birimi, 3 entegre ilçe devlet hastanesi, 2 sağlıklı hayat merkezi, 2 göçmen sağlığı merkezi, 1 verem savaş dispanserliği, 31 acil hizmetleri istasyonu bulunmaktadır. İkinci basamak da sağlık hizmeti sunan 9 devlet hastanesi, 1 dal hastanesi, 1 ağız ve diş sağlığı hastanesi ve 9 tane de özel hastane bulunmaktadır. Denizli’de yüz bin kişiye düşen sağlık bakanlığı sağlık tesisleri için hekim sayısı 46, pratisyen hekim sayısı 49, diş hekimi 14, ebe ve hemşire 248’dir. Denizli genelinde 7.810 sağlık personeli bulunmakta olup bu personelden 87’si sözleşmeli olarak yöneticilik görevini üstlenmiştir.

Denizli’de üçüncü basamak sağlık tesislerinden olan Pamukkale Üniversitesi Hastanesi ise hem tedavi hem de akademik faaliyetleri yürütmektedir. Kısaca sağlık hizmetinin yanında eğitim hizmetinin de verilmesi, il bazında değil bölge bazında en üst basamak çözüm sunan bir hastane olması, unvanların çoklu olarak ayrılması üniversitenin yönetim yapısını da etkilemektedir. Üniversitenin başında rektör bulunmaktadır, hastanede ayrıca akademik kurul ve hastane yönetim kurulu bulunmakta olup bu kurullar doğrudan rektöre bağlıdır. Hastane hizmetlerinde sorumlu merkez müdür ile merkez müdür yardımcıları bulunmaktadır. Hastane merkez müdürü altında ise hastane başmüdürü ve onunda altında hastane hizmetleri müdürleri ve yardımcıları bulunmaktadır.



Kaynak: <https://hastane.pau.edu.tr/organizasyon-yapisi> (Erişim Tarihi: 25/11/2022)

Şekil 5. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Merkez Müdürlük Organizasyon Şeması



Şekil 6. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başmüdürlük Organizasyon Şeması

Kaynak: <https://hastane.pau.edu.tr/organizasyon-yapisi> (Erişim Tarihi: 25/11/2022)

Üniversite hastaneleri hem sağlık hizmeti ve klinik yapılanması hem de eğitim ve araştırma boyutunda akademik yapılanmasının olması nedeniyle oldukça karmaşık bir yönetim biçimine sahiptir (Özcan, 1995: 236) ve bu karmaşık yapı halen devam etmektedir. Üniversite Hastaneleri 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun da

Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak belirlenmiştir. İlgili Yönetmeliğin 3. “Yükseköğretim kurumlarında eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim-öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumu” (2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu) olarak tanımlanmıştır. Üniversite hastaneleri en üst seviye sağlık hizmetini sunan sağlık kurumlarıdır. Dolayısıyla bir yerde kurulması önemli değildir ülke geneline en iyi sağlık hizmetini sunmak ve sağlık konusunun her alanında diğer birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarına önderlik etme potansiyelindedir. Bu yükümlülüğün yanında sağlık hizmetinin sunan personeli de yetiştirme görevini üstlenmiştir (Uğurluoğlu, 2015: 52). Denizli’de faaliyet gösteren Pamukkale Üniversite Hastanesi de ilin tek eğitim ve araştırma hastanesidir. Pamukkale Üniversitesi 1992 yılında kurulmuştur. 1994 yılında da Tıp Fakültesi Hastanesi faaliyete başlamıştır. Hastanede 264 uzman hekim, 523 pratisyen hekim, 50 diş hekimi, 8 eczacı, 641 hemşire ve ebe, 1362 diğer personel görev yapmaktadır. Ayrıca Pamukkale Üniversitesi Hastanesi’nde yönetim kanadında bir merkez müdürü, beş merkez müdür yardımcısı, bir hastane başmüdürü, üç hastane müdürü, yedi hastane müdür yardımcısı bulunmaktadır.

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE KAPSAMI

Kamu hizmetleri de denilince akla gelen ilk hizmetlerden birisi sağlık hizmeti olup; hizmet sunumu sağlık personeliyle sağlanmaktadır. Türkiye’de sağlık personeli, Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne kadar sağlık çalışmalarında ilk sıralarda yer almış ve hemen hemen bütün reform alanlarına girmiştir.

İpek Özkal Sayan’ın “Türkiye’de Kamu Personel Sistemi: İdari, Askeri, Akademik, Adli Personel Ayrımı” adlı çalışmasında dörtlü bir sınıflandırma bulunmaktadır. Özkal Sayan bu dört kategoride personel ile ilgili önemli kıstaslar belirlenmiş ve bu doğrultuda da ayırım yapılmıştır. Ancak çalışmada sağlık personeli için bir ayırım yapılmayarak idari personel içinde sayılmıştır. Sağlık sistemi veya personeli odaklı çalışmalar hayli fazla olmakla birlikte sağlık personel rejimine yönelik çalışma azdır. “Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Alanında Yapılan Çalışmaların İncelenmesi” adlı çalışmada Erigüç ve arkadaşları (2018) Türkiye sağlık sisteminde

faaliyet gösteren sağlık tesislerinde görevli personele dair eserler konu bazında sınıflandırmışlardır. Makale içerisinde yapılan çalışmalar incelendiğinde, en çok sağlık personeli ücret ve performans alanına değinildiği görölmekte ve bu konuda yüksek lisans tezi ve makalelerden daha az doktora tezi yapılmıştır.

SBKY açısından kamu sağlık personelinin rejimine, yapısına ve politikasına yönelik nitel araştırma tekniği ve verileri kullanılarak yapılan farklı bir çalışma olması yönünden literatüre eklenmesi çalışmayı önemli kılmaktadır.

Bu doktora tezinin amacı 1923–2023 yılları arasındaki sağlık personeli rejiminin tarihsel dönüşümünü incelemek; bu dönüşümün nedenlerini ve gerekliliklerini irdelemek ve sistematize etmek; günümüze kadar gerçekleştirilen politikaların ve uygulamaların, rejimin ve işleyişin konuyla ilgili çok çeşitli aktörlerden gelen çözüm önerilerini değerlendirmektir. Bu amaçlara uygun olarak derinlemesine mülakat soruları oluşturulmuş ve ilgili sorulara cevap aranmıştır.

Ayrıca, mülakat sorularına ve verilerine görüşülen kişilerin cinsiyetleri, unvanları, öğrenim durumları, doğum yılları, görevleri, çalıştıkları kurumlar, ne kadar süredir bu görevi yürüttükleri, daha önce hangi görevlerde buldukları, görev yaptıkları sağlık tesislerinin türleri eklenmiş ve bilgi alınmıştır. Mülakatın yapıldığı tarih, başlangıç saati, bitiş saati ve yeri de not alınmıştır.

5.2. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI

Çalışmada 1923–2023 yılları arasında Türkiye’de kamu sağlık personel rejiminde yaşanan politikalar, sorunlar ve sağlık personel rejimine yönelik bakış açıları tartışılmaktadır. Bu anlamda sağlık personeli rejimine dair yapılan reformlar ve politikaları görevli oldukları sağlık kurumlarında uygulayan, uygulanmasını sağlayan ve uygulanma şeklini denetleyen yöneticilerle yarı yapılandırılmış mülakatlar yapılmıştır. Türkiye’de kamu sağlık sektöründeki personel rejimi çalışmasına esas teşkil eden tezin bu araştırması sadece 1923–2023 yılları arasını kapsamış olup cevaplayıcıların bilgi ve deneyim birikimleri açısından da çoğunlukla son 10-30 yıla odaklanmaktadır. Çalışmanın alan araştırması kısmında birkaç sınır ve zorluğu bulunmaktadır. Bunlar, başlıklar halinde, i) potansiyel cevaplayıcının mülakat yapmayı kabul etme durumu ii) cevaplayıcıların tüm sorulara tam ve doyurucu cevaplama konusundaki istekliliği ve

hazır olma durumu, iii) çalışmanın sadece yöneticilerle yapılması, iv) araştırmanın Denizli il sınırlarında gerçekleştirilmesi, diğer illeri ve Bakanlık merkez teşkilatını kapsamaması. Mülakat uygulamasında yöneticilerin reformları ve politikaları eleştirme konusunda bazı kaygıları olabilir.

Çalışmanın örneklemini Denizli’de bulunan sağlık tesislerindeki sözleşmeli yöneticiler, özel hastane yöneticileri, üniversite yöneticileri ve hocaları oluşturmaktadır. Sağlık personeli rejiminin Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar oldukça değişken ve ilginç bir yolculuğu olmuştur. Art arda gelen personel rejimine dair reformları algılayıp nasıl bir uygulama sistemi oluşturulacağına karar vererek denetlenmesi aynı zamanda beklentileri ve görüşleri dinleyerek sorunları yerinde çözebilmesi beklenen hep yöneticiler olmuştur. Kısaca bir programın hayata geçirilmesi yöneticiler eliyle olmaktadır.

Çalışmanın evrenini oluşturan 85 görüşmecinin hepsinin gerçekleşmeyebileceği araştırmaya başlamadan önce düşünülen bir husus olup görüşmeler gerçekleştikçe listeye elde edilen deneyim ve sohbetlerde konuyla ilgili derin bilgisi olabilen isimlerin anılması neticesinde az sayıda yeni isim de eklenmiştir. Mülakatların bir kısmı danışman öğretim üyesi ile birlikte yapılırken, baştan planlandığı üzere, danışman öğretim üyesi tüm yarı yapılandırılmış mülakatlara katıl(a)mamıştır. Çalışmanın evreni olarak Denizli ilinde 85 görüşmeciyle yarı yapılandırılmış mülakat planlanmış ancak, uzun yıllık izin, sağlık sorunları, cevaplamak istememe gibi bazı nedenlerle görüşme sayısı daha az sayıda 50 görüşmeciyle gerçekleştirilmiştir, Görüşmelerin önce deftere kısa kısa ama olabildiğince eksiksiz not tutulup sonra temize çekilmesi. Ses kayıt cihazı ile kayıt alma konusunda bir talep hiçbir zaman görüşmeci iznine sunulmamıştır. Nadiren de olsa kayıt dışı (off-the-record) anlatım ve paylaşımlar gerçekleşmiş olup bunlar tezin bu beşinci bölümünde asla doğrudan kullanılmamıştır.

Bu doktora tezinin ana varsayımları şöyle sistematize edilebilir:

Türkiye’de kamu sağlık sektöründe personel rejimiyle ilgili yapılan bütüncül ve doyurucu çalışma oldukça azdır. Aslında karmaşık görünen ve ihmal edilmiş bir alan olan kamu sektöründe sağlık personel rejimi, bu tezde ele alındığı üzere, uzun vadede daha da karmaşıklaşmakta ve belki de bu nedenlerle araştırmacıların pek ilgisini

çekmemektedir. Genel olarak Türkiye'nin sağlık sisteminde özel olarak kamu sağlık personel rejiminde mevzuat hayli karmaşık; farklı kanun, tüzük ve yönetmeliklere bölünmüş, her bir ilgili mevzuatta çok kez değişiklik yapılmış, ana konusu başka olan (örneğin Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışma Esasları Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, SDP, 663 sayılı KHK, Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Aile Hekimliği Kanunu, Sözleşmeli Yönetici Performans Değerlendirme Yönergesi, Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge, Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği, Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği gibi) içerisinde hükümler bulunan ve çoğu kez ne demek istediği anlaşılmayan bir yapıdadır.

Gerek liberal Batı demokrasilerinde gerekse Türkiye'de sağlık personel rejiminin şekillenmesi, uygulanması ve değişim taleplerini etkileyen ve/veya belirleyen aktör, çalışan ve etkilenen personel sayısı çoktur ve her bir kesimin öncelikleri ve farklılıkları farklı olduğu gibi bazen de çatışmaktadır. Üstelik bu alandaki personel rejimini etkileyen aktörlerin ve konusu olan çalışanların unvan, yetiştirme/egitim durumu, gelir düzeyleri, toplumsal konumları ve yaptıkları işler ile bağlı buldukları kurumsal yapılar da oldukça farklılık gösterebilmektedir.

Kamu ve/veya özel sektör için Türkiye'de --akademik, adli ve askeri için olduğu gibi-- ayrı bir personel kanunu bulunmamaktadır. Bu çerçevede kamu sektörü sağlık personelinin tabi olduğu kanunlar ve ikincil mevzuat oldukça dağınık durumdadır ve birçok düzenleme kanun ve KHK yerine yönetmelik, yönerge, Bakanlık oluru veya görüşü, sirküler gibi diğer ikincil düzenlemeler yoluyla gerçekleştirilmektedir.

Sağlık personeli bazında yapılan politikalarda hekimlerin sosyal çevredeki baskınlığı, düşüncelerini ve isteklerini gönderebilme ile durumu ifade edebilme anlamında güç sağlarken diğer sağlık personeli ve sağlık tesislerinde çalışan idari personel için aynı olmamıştır. Elbette tabipler ve hemşirelerin de personel rejimi bağlamında sorunları olduğu gibi Türkiye'nin özgün şartlarından kaynaklanan makro

düzy düzenlemelere gitme konusunda Sağlık Bakanlığının ve ilgili diğer bakanlıklar ile kamu kurum ve kuruluşlarının da haklı görülebilecek, ancak önemli sonuçları olan politika tercihleri bulunmaktadır. Örneğin uzmanlığını almak isteyen tıp doktorlarının Cumhuriyet tarihi boyunca geçerli olan Doğu ve/veya Batıdaki izole ve/veya görel olarak geri kalmış yerlere zorunlu atama hususu personel rejimi açısından önemli olduğu gibi vatandaşların sağlığı ve Türkiye'nin sağlık sisteminin iyi işlemesi açısından da önemli bir konudur; ancak öte yandan da zorunlu hizmete tabi sağlık personeli ile onların yakınları açısından eş durumu, sağlık durumu engeli, eğitiminde ilerleme, nitelikli sosyalleşme ihtiyacı ile istenilen boyutta doğru hareket edememe gibi bazı ciddi sorunlar ve sıkıntılara da yol açabilmektedir.

1980 sonrası dönemde neo-liberalleşme, dışa açılma ve küreselleşmenin de Türkiye'nin ve başka birçok ülkenin genelde sağlık sistemi ve özelde sağlık personeli rejimi üzerinde giderek artan güçlü açık ve örtük etkileri bulunmaktadır. Neo-liberal politikalar hastanelerin ve son yıllarda dal merkezlerinin özel sektör tarafından kurulabilmesini hatta ulusal veya uluslararası zincir olarak birçok ilde ve ülkede faaliyet göstermesine izin vermeyi teşvik etmektedir. Oysa geçmişte Cumhuriyet tarihinin uzun bir döneminde sadece pratisyen ve uzman hekimlerin tabip olarak tek başlarına açtıkları, ebe, hemşire, tekniker gibi birkaç yardımcı sağlık personeliyle küçük bir klinikte faaliyet gösterdiği sistem yaygındı.



Kaynak: <https://www.artofit.org/>



Kaynak: <https://www.samsunbulten.com/>

Türkiye ve az sayıda ülke özelinde yurtdışından turist veya öğrenci olarak gelenler, kaçak ve resmi göçmenler, sığınmacılar ve nihayet tıbbi teşhis ve tedavi hizmeti almak için gelenler şeklinde çok sayıda hasta dil, yurtdışı sigorta sistemi, prosedürleri ve hasta beklentilerini bilen esas ve yardımcı sağlık personeline ihtiyacı arttırmaktadır. Bunun da personel rejimi ve bu rejimin somutta işleyişi üzerine, bazen gecikmeli olarak, kimi zaman kazanç düzeyini arttıran (yurtdışından gelen yüksek gelirli hastalar) gibi bazen de zorluk ve külfet olarak algılanması ihtimal olan göçmenler ve kaçak geçiş yapanlar gibi yansımaları olmaktadır. Yabancı doktor istihdamı Türkiye gündeminde çok önemli bir yer tutmasa da Türkiye'deki sağlık personelinin yurtdışına gitmesi, Türkiye'ye yurtdışından sağlık ve yardımcı sağlık personeli gelmesi ve dış protezi gibi alanlarda yurtdışına çok sayıda iş yapan alt sektörlerde ilgili yetişmiş elemanın temini ve sertifikalandırılması gibi alanlarda önemli sorunlar bulunmaktadır ve bu alanlardaki doyurucu hukuki düzenlemelerin gerçekleştirilmesi yavaş ilerlemektedir.

Çalışmanın araştırma sorunsalı hem 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'ndaki kamu hizmeti yürüten personel grubunun içinde bulunup hem de farklı rejime sahip sağlık personeli hakkında düzenlemeler yapılsa da zamanla oluşan personel rejimi karmaşık, çoklu ve bol olumsuzluklar içeren hale gelmiştir. Ayrıca alt sorular olarak sağlık sistemi için gerçekten personel çeşitliliğine gerek var mı? Personel çeşitliliği ne gibi sorunlara neden olmaktadır? Personel istihdam çeşitliliği karşısında oluşan sorunlara karşı ne gibi çözümler sunulabilir? Yarı yapılandırılmış mülakat soruları ile bu

konu hakkında bilgi edinilmeye çalışılmıştır. Konuyla ilgili olarak Türkiye’de sağlık personel rejimine göz atıldığında belki sorunsuz ve düzgün işleyen bir yapı görünse de, aslında altında çok farklı ve önem arz eden yenilikler, değişimler, sorunlar bulunmaktadır. Dolayısıyla bunların incelenmesi ve sistemin net olarak analiz edilmesi işleyiş anlamında gerekli görülmüştür.

5.3. ARAŞTIRMANIN TASARIMI VE GERÇEKLEŞTİRİLMESİ

Bu çalışma, sağlık politikaları süreci içerisinde sağlık personelinin yapısını ele aldığından daha derinlere inebilmek, konunun anlaşılabilirliğinin net olabilmesi, zaman dilimleri içerisinde daha bütüncül olarak kavramları oturtabilmek ve bunlara bağlı olarak kamu personeli ile kamu politikasının analizinin tam olarak gerçekleştirebilmek için nitel veri analizi tercih edilmiştir. Zaten özellikle sağlık bilimleri ve sosyal bilimleri çalışmalarında nitel analiz uygulamaları tercihi oldukça fazladır. Sahaya inilerek sınıflandırma yapma ve yorumlama yardımıyla çalışılan konu ile ilgili olarak daha anlamlı sorun çözümü için oldukça faydalıdır. Araştırmacı literatür ile katılımcı cevaplarını ve gözlemlerini birleştirerek sonuçları yorumlar ve sağlam çıkarımda bulunmaktadır (Çelik, Başer Baykal, Kılıç Memur, 2020: 380-381). Sosyal bilimler insana odaklanmaktadır. Her insanı derinlemesine incelemek, her etkiyi ele almak ve özgün bir yaklaşım sergilemek için genellemelerden ve büyük gruplardan kaçınmakta ve daha özellikli özgün gruplar belirlenmektedir (Baltacı, 2019: 368). Nitel araştırmada problemin, ortamında sorgulamalarla çözülmesi ve anlamlandırılması yönetimi olarak çıkmaktadır (Guba ve Lincoln, 1994; Klenke, 2016). Sosyal hayatın genellemelerinden uzak, fark edilmemiş olguları müdahale etmeden anlamlandırmaya, karışık dünyayı çözmeye, farklı yaklaşımlarla farklı yönleri keşfetmeye ve farklı bakış açıları sunmaya yönelik çalışmaları sunar (Seale, 1999; Maxwell, 2008). Nitel araştırmada sosyal yapı içerisinde yaşananlar daha çok doküman, gözlem ve görüşme teknikleri ile anlamlandırılmaya çalışılır. Anlamlandırma ile bağlantılar kurulur, detaylara inilir ve yorumlanır. Araştırma daha özele inerek biraz da kişileştirilir.

Sağlık personeli her dönemdeki sağlık politikaları içerisinde yerini ve önemini korumuştur ve korumaktadır. Sağlık personeli konusu sağlık politikalarında ve reformlarında en çok etkilenen ve etkileyen ana konu başlıklarından birisi olmaktadır.

Yönetim bilimi açısından 1923 yılından günümüze kadar sağlık personeli rejiminde görünen değişimleri ve dönüşümleri anlamak adına görüşmeler yapılmıştır. Görüşme ile insanların olaylara yaklaşımı ve algıları, görüşleri, tepkileri kolaylıkla anlaşılabilirdiğinden en çok tercih edilen teknik olmuştur.

Görüşme ile insanların olaylara yaklaşımı ve algıları, görüşleri, tepkileri kolaylıkla anlaşılabilirdiğinden en çok tercih edilen teknik olmuştur (Marshall ve Rossman, 2014). Hem insanların düşüncelerini hem de davranışlarının arkasındaki ifadeleri anlayabilme açısından da kullanıma uygun bir teknik olmuştur. İpuçlarını yakalayabilmek, yeni bakış açılarını bulabilmek, akıştaki esnekliği alabilmek anlamında da oldukça yorumlayıcı malzeme sunmaktadır (Robson, 2017: 348). Ayrıca görüşmenin tam anlaşılmayan soruların açıklanabilmesi ve buna bağlı olarak da çalışmanın doğruluk oranının yüksek çıkması olasıdır. İletişimin açık olması nedeniyle de güven daha fazla sağlanır. Bunun yanında görüşme sorularında detaya inilmesi, görüşme süresinin sınırlı olmaması, anlaşılır ve açıklanabilir olma açısından olumlu yanı görüşme ve/veya derinlemesine mülakatı önemli kılmaktadır (Arıkan, 2011: 68-69).

Görüşmenin sohbet havasında sürdürülmesi aynı zamanda soru haricinde detayların yakalanması ve konunun ilgi çekiciliğini artırılması anlamında da olumlu bir taraf olarak düşünülebilir (Gökçe, 1988: 89). Görüşmecinin aktif olması, kendisini çalışmanın bir parçası olarak görmesi sağlandığından verilen cevaplarda samimi olacaktır. Örneklerin verilmesi, görüşmecinin dünyasına adım atılması ve empati anlamında çalışma bir yoğunluk kazanır (Tanrıöğen, 2014: 153). Zaten işbirliğinin oluşması, güven ortamının sağlanması ve en nihayetinde veri toplamak görüşmenin de amaçlarındandır. Gerçeklerin ortaya çıkartılması, soruların ve cevapların aydınlatıcı olması, ses tonu, mimikler görüşmede son derece önemlidir (Karasar, 1976: 166). Görüşme içinde konunun net olarak iyi öğrenilmiş ve görüşme sorularının da detaylarının görülebileceği, çalışmaya farklılık katabilecek iyi anlaşılabilir, mantık çerçevesinde yorumlanabilirliği yüksek olması gerekmektedir (Marshall ve Rossman, 2014).

Bu çalışmayla Denizli ilinde sağlık personelinin rejim sorunları ve çözüm önerileri seçilen yöneticilerle yüzyüze ve bizzat araştırmacı tarafından yapılan

derinlemesine mülakatlar ve gözlemler yoluyla irdelenmektedir. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için 1923–2023 yılları arası konuyla ilgili birincil (kanun ve KHK) ve ikincil mevzuatlar (tüzük, yönetmelik, yönerge ve benzeri), akademik eserler ve sahaya yönelik çalışmalar harmanlanan mülakat soruları ve tekniği ile kamu sağlık personeli politikasına ait veriler derlenmiştir. Tez literatür ve alan araştırması olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Tezin ilk dört bölümü hem literatür hem de, yer yer, beşinci bölümdeki alan araştırmasının sorularının oluşturulması için arka plan ve altlık olacak şekilde kaleme alınmıştır. Elde edilen derinlemesine mülakat verileri sorunsal ile karşılaştırılarak ve nihayet tüm bulgular ilgili literatürle harmanlanarak tartışılmaktadır.

Sağlık tesislerindeki yöneticiler büyük düzeyde reformlardan birebir etkilenmektedir. Türkiye’de 1923-2023 yılları arasında bir asırlık dönemde sağlık personeli konusunda yaşanan değişimleri bu anlamda yönetici kanadından algılamak için bu çalışmayı oluşturacak derinlemesine mülakat uygulaması tercih edilmiştir.

Saha araştırmasının etkin, verimli, amaca uygun ve araştırma yöntem ve teknikleri bilimsel bilgisine uygun geçmesi için reformlar ve reform çabaları, hukuki mevzuat, akademik çalışmalar (kitap, makale, tez), profesyonel ve mesleki raporlar strateji belgeleri ile Sağlık Bakanlığının ilgili çalışmaları incelenmekte olup bu inceleme yapılırken kamu kurum ve kuruluşların, meslek örgütleri, Türk Tabipler Birliği (TTB) gibi şemsiye/çatı örgütlenmeler, düşünce kuruluşları ve diğer sivil toplum kuruluşlarının görüşleri de dikkate alınmaktadır. Yarı yapılandırılmış derinlemesine mülakat veri toplama tekniğine ve nitel araştırma yönetimine dayalı olarak gerçekleştirilecek görüşme sorularının oluşturulması ve aynı zamanda bu görüşmelerin bulgularının değerlendirilmesinde akademik ve mesleki literatürden en geniş şekilde yararlanılma yoluna gidilmektedir.

Mülakat soruları literatür taraması yapılarak ve konuya yakın çalışmalar incelenerek konuya hakim öğretim üyelerinden ve Sağlık Bakanlığında görevli uzman görüşleri alınarak hazırlanmıştır. Araştırmada Denizli’deki il ve ilçe sağlık müdürlükleri, 2. basamak (devlet hastaneleri) ve 3. basamak (Pamukkale Üniversitesi Hastanesi) tercih edilmiştir. Çünkü Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinden İl Sağlık Müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüklerinde sözleşmeli yöneticilik uygulaması vardır ve aynı zamanda

yönetici yardımcıları da bulunmaktadır. 3. Basamak hastane olan Pamukkale Üniversitesi hastanesi ise ilin tek üniversite hastanesi olup YÖK'e bağlıdır. Sağlık Bakanlığı ve YÖK'e bağlı sağlık tesisi karşılaştırılmasının da uygun olacağı değerlendirilmiştir. Ayrıca özel hastane yöneticilerinin düşünceleri de yine sağlık personeli politikalarına bakışın karşılaştırılması anlamında büyük önem taşıdığından kendileriyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla politikaların uygulanabilirliğini anlama ve yorumlama açısından yönetici görüşleri oldukça kritik öneme sahiptir.

Araştırma için gerekli izinler ilgili birimlerden alınmıştır. Çalışmaya başlayabilmek için Pamukkale Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden ve Denizli İl Sağlık Müdürlüğünden izin belgeleri alınarak çalışmaya başlanmıştır. Denizli'de bulunan sağlık tesisleri (kamu-özel-üniversite hastaneleri) görevli idarecilerden randevu talep ederek ya da çalışmaya katılan yöneticilerin başka yöneticilere yönlendirmesi veya iş yeri bağlantıları ile derinlemesine mülakatlar yapılmıştır. Araştırmanın mülakatlarını çoğunlukla tez danışmanı öğretim üyesi ve araştırmacı birlikte gerçekleştirmişlerdir. Araştırmaya başlamadan önce araştırmacılar yöneticilere kendilerini tanıtarak yapılacak derinlemesine mülakat hakkında kısa bilgi vermişlerdir. Bu süreçte her bir katılımcının sözel onamları alınmıştır.

Çalışmada derinlemesine mülakatlar yapabilmek için belirlenen yöneticilerin bir kısmı çok yoğun olduklarını ve mülakata katılmak için yeterli zamanının olmadığını belirtmiş; bazı yöneticiler konunun kendilerine yabancı olduğu ve bu anlamda yeterli katkıyı tam olarak veremeyeceğini bildirirken diğerleri arasında sağlık problemleri nedeniyle izinli olduklarından çalışmaya katılamayanlar da olmuştur. Mülakatların tamamı ilgili yöneticilerle kurumlarında yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Aslında yüz yüze olması cevaplayıcıların soruları rahat anlayabilmesi ve sorulara daha net, anlaşılır ve gelişigüzel olmayacak şekilde cevap verilmesi, birebir iletişim kurma, sağlık politikaları ve uygulamalarla ilgili farklı bakış açısı geliştirecek tarzda bilgi edinme yönünden faydalı olmuştur. Hatta görüşmecilerle kendi iş yerlerinde görüşülmesi ilave rahatlık sağlamakla beraber iş yerlerine gelinmiş oluştuktan mutluluk duyduklarını belirtmişlerdir. Araştırmacı görüşme boyunca sorulara, yorumlara ve görüşmecilere

uygun ve eşit şekilde yaklaşmış, hatta görüşmecileri rahatlatmak adına mülakatlar sohbet eder gibi devam etmiştir. Görüşmeye başlamadan önce görüşmecilere mülakat formunda sıralanan soruların olduğu kağıt verilmiş ve öncesinde sorulara göz atabilecekleri söylenmiş ve sorular paylaşılmıştır. Her görüşmeci için ayrı not kağıdı tutulmuştur. Not kağıdına görüşme yeri, saati, görüşmeciye ait bilgiler not alınmıştır.

Katılımcıların 3'ü başkan, 4'ü başkan yardımcısı, 2'si şube müdürü, 6'sı uzman, 1'i ilçe sağlık müdürü, 6'sı başhekim, 3'ü başhekim yardımcısı, 10'u hastane müdürü, 10'u hastane müdür yardımcısı, 1'i dekan, 1'i dekan yardımcısı, 1'i öğretim görevlisi, 1'i fakülte sekreteri, 1'i daire başkanıdır. Tabloda bulunan yaş gruplarını saha çalışması sonrası ayırma tabi tutulduğunda; 26-35 yaş arası 5 kişi, 36-45 yaş arası 18 kişi, 46-55 yaş arası 26 kişi, 56-65 yaş arası 1 kişi araştırmaya katılmıştır. 25 yaş altı yönetimde görevli kişi bulunmamaktadır. Yönetim kademesinde en fazla 46-55 yaş arası katılımcı olduğu görülmektedir. Yönetim tecrübe gereken bir iş olduğu bu sayılardan anlaşılmaktadır. Katılımcıların 22'si kadın, 28'i erkektir. Yönetim için kadın sayısı düşük olmakla birlikte yine de aradaki fark çok fazla değildir. Ayrıca kadın katılımcıların çok büyük bir oranı il sağlık müdürlüğü, ilçe sağlık müdürlüğü ve devlet hastanelerinde çalışmaktadır. Katılımcıların 22 tanesi lisans, 12'si yüksek lisans, 16'sı doktora mezunudur. Yüksek öğrenim oldukça fazla görülmektedir. Yüksek öğrenimin büyük çoğunluğu da yine sağlık alanında gerçekleşmiştir. Araştırma sağlık tesislerinde gerçekleştirildiğinden büyük çoğunlukla katılımcılar içerisinde sağlık kökenli meslekler ön plandadır. Sayılarla ifade etmek gerekirse 11 uzman hekim, 5 tabip, 1 diş hekimi, 8 sağlık memuru, 8 hemşire, 2 ebe, 2 sağlık teknikeri, 5 şube müdürü, 1 şef, 5 memur, 2 tekniker araştırmaya katılmıştır. 37 katılımcı yöneticilik öncesi sağlıkla ilgili bir meslekte çalışmaktadır. Katılımcıların 32'si il ve ilçe sağlık müdürlüğünde ve devlet hastanelerinde çalışmaktadırlar. Hizmet yılları gruplandırıldığında ise 0-9 yıl arası 4 kişi, 10-19 yıl arası 11 kişi, 20-29 yıl arası 23 kişi, 30-39 yıl arası 12 kişi bulunmaktadır. Hizmet yıllarında en fazla oran 20-29 yıl arasındadır. Ayrıca yöneticilikte geçen süreler incelendiğinde 0-5 yıl arası 21 kişi, 6-10 yıl arası 19 kişi, 11-15 yıl arası 4 kişi, 16-25 yıl arası 5 kişinin olduğu bulunmuştur. Yeni yönetici olanların sayısı oldukça fazladır. Katılımcıların görevlerini de farklı mevzuatlara göre yapmaktadırlar. 39 kişi 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun

Hükmünde Kararname'ye tabi çalışmaktadır. İlgili katılımcılar Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesislerinde görev yapmaktadır. Yukarıda da değinildiği üzere, Sağlık Bakanlığı'nda sözleşmeli yöneticilik uygulamasına istinaden bir uygulama gerçekleştirilmektedir. 2 kişi 4847 sayılı İş Kanunu'na tabi özel sağlık sektöründe çalışmaktadırlar. 1 kişi öğretim görevlisi olduğundan Yükseköğretim Kanunu'na, 2 kişi Üniversitelerde Akademik Teşkilat Yönetmeliği'ne ve 6 kişi Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumlarının İdari Teşkilatı Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye göre çalışmaktadırlar.

Çalışmada katılımcıların kimlikleri gizli tutulmuştur. Kimlikleri açığa çıkarma sorunu olabileceğinden sonuçlar ile ilgili ilişkilendirme ve kişisel profilleri anlamında yorumlama yapılamamaktadır. Katılımcılara ait kişisel veriler çalışmanın ekinde bulunmaktadır (EK 2). Çünkü sağlıklı bilgi edinimi sağlanabilmesi adına mülakat öncesi katılımcılara bu konuda söz verilmiştir. Ancak mülakatlar sırasında doktor kökenli katılımcıların daha geniş, daha net ve daha cesur bilgi verdiği ve yorumlama yaptıkları gözlemlenmiştir.

Literatür taraması, konusunda uzman, aktif olarak görev yapan sağlık idareciliği konusunda eğitim alan Sağlık Bakanlığında çalışan kamu görevlileri ve yöneticileri ile kamu personeli konusunda çalışan çok değerli hocalarla görüşülerek ve pilot uygulamalar yapılarak yarı yapılandırılmış 9 adet mülakat sorusu hazırlanmıştır. Araştırmacı rahat bir şekilde sohbete dahil olup görüşmeciyi yönlendirmek istemediğinden, görüşmenin rahat ilerlemesi konunun daha da anlaşılabilmesinin sağlanması için yarı yapılandırılmış mülakat yapılmıştır.

10/08/2022-20/09/2022 döneminde 50 kişiyle mülakat gerçekleştirilmiştir. Katılımcılarla görüşme zamanı 65 ile 25 dakika olup çalıştıkları kurumlarda görüşülmüştür. Ses kaydı alınmamış olup verilen cevaplar not tutulmuştur. Yapılan görüşmelerden 50 tanesi çalışmanın içerisine alınmıştır. Hızlı bir şekilde not alınan cevaplar görüşme sonrasında bilgisayar ortamında temize çekilmiştir. En son görüşme yapıldıktan sonra toplam 107 sayfa not dokümanı, 53 sayfa olarak temize çekilmiştir. Doküman toplamda 14.595 kelimedenden oluşmuştur. Doküman defalarca incelenerek ve okunarak analize uygun hale getirilerek programlanma aşamasına getirilmiştir.

Hatta bazı katılımcılar “bu söyleyeceklerimi lütfen not almayın”, “isim verecek misiniz, vermeseniz iyi olur”, şeklinde uyarılarda bulunmuştur. Ancak bazı katılımcılar da bir o kadar rahat davranmış ve “İsimde ekleyebilirsiniz, hiç problem değil”, “keşke böyle çalışmalar artsa”, “sonuçları çok merak ediyorum”, “konu çok güzel güzel”, keşke Bakanlık da ara ara böyle çalışmalar yapsa”, “bu konularda çok dertliyiz” gibi dönüşler yapmıştır. Hatta görüşme saati konusunda araştırmacıya destek olmuşlar ve samimiyetle ve hoşnutla karşılaşmışlardır. Görüşmeler katılımcıların görevli olduğu sağlık tesislerinde gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler sonrasında elde edilen veriler Nvivo programına aktarılmış ve analiz edilmiştir. Nvivo ile veriler rahatlıkla incelenmiş, tablolarla görselleştirilerek konu anlamlandırılmış ve yorumlanmıştır. Programla birlikte zor görünen analiz işlemi kolaylıkla ve daha az zamanda yapılmıştır. Kelimelerle kodların oluşturulmasıyla önemli olan ve atlanmaması gereken noktalar daha net görülebilmekte ve karşılaştırmalarla daha rahat yapılabilir.

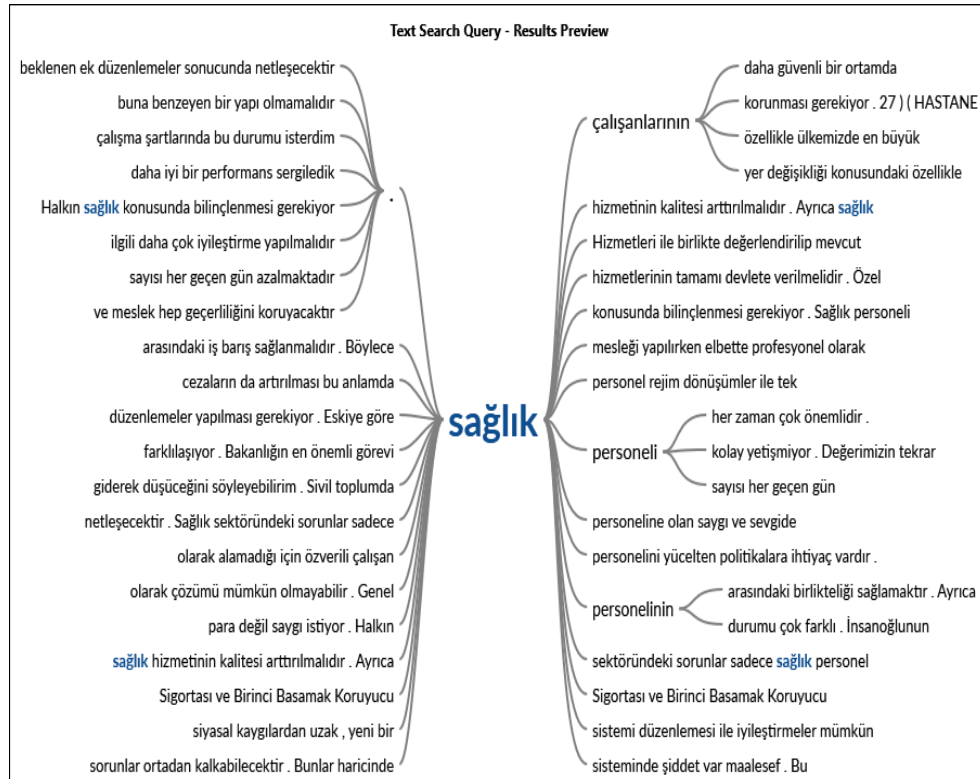
Araştırma içerisinde bazı yöneticilerin konu anlamında çekinceleri olduğu, bazılarının da zamanı olmadığı için görüşmeyi kabul etmemişlerdir. Mülakat çalışmasında 9 soru bulunmaktadır. Araştırmanın güvenle uygulanabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğünden bağlı birimlerde çalışma yapılabilirlik ve ayrıca Pamukkale Üniversitesi’nden de Etik Kurul İzni alınmıştır. Ayrıca mülakata başlamadan önce de katılımcıların gerekli bilgilendirme yapılarak onayları alınmıştır.

5.4. BULGULAR VE TARTIŞMA

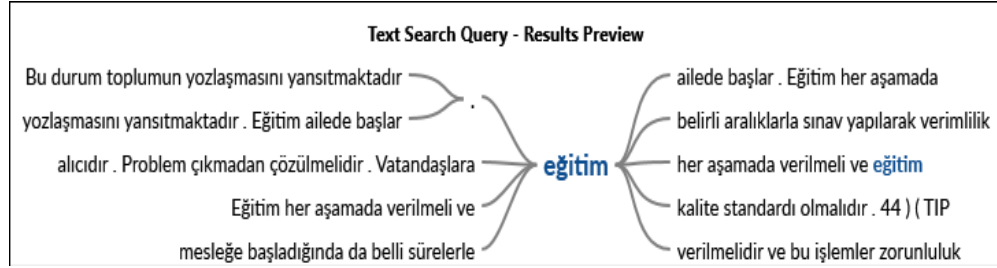
NVivo 12 Plus programının kelime bulutu analiz sonuçlarına göre en sık kullanılan kelimeler (*Toplam 410 kelimedenden 20 kelime ile tüm genel yüzdelerden %001'e kadar olan kelimeler tabloda gösterilmiştir*) yukarıdaki şekilde görülmektedir. Araştırmanın amacı ile bağlantılı olarak en sık kullanılan kelimelerin başında “sağlık, kamu, personel, eğitim, fayda, gerektiği” gelmektedir. Bu bulgulardan elde edilen sonuca göre, yaşanan sorunların ve problemlerin tespiti için yeterlidir kelime bulutuna ulaşıldığı değerlendirilebilir. Daha derinliğine bir analiz yapmak açısından araştırma sorularına yönelik problem durumunu ortaya çıkarmak amacıyla müteakip bulgularda da görüleceği gibi nelerin anlamlı olabileceği üzerinde durmak için analizler derinleştirilmiştir.

Tablo 5. Kelime Sıklığı Veri Analizi

Kelime	N	(%)
Sağlık	24	003
Bir	12	001
Olarak	11	001
Daha	10	001
Hangi	9	001
Kamu	9	001
Personel	8	001
Eğitim	7	001
Sağlanmalıdır	7	001
Fayda	6	001
Gerektiği	6	001
Hem	6	001
Maddi	6	001
Olsun	6	001
Olursa	6	001
Personeli	6	001
Sağlayan	6	001
Çalışma	6	001
Çok	6	001
Yapılması	5	001

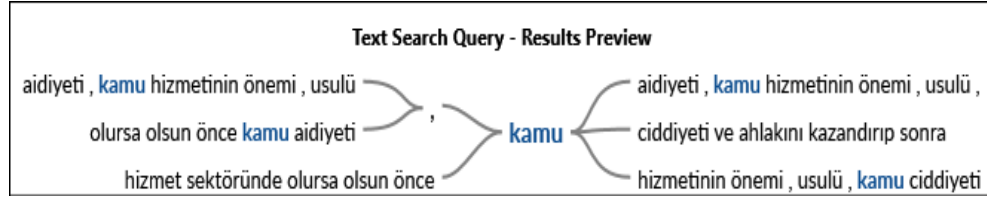
**Şekil 8. Sağlık Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi**

Sağlık kelimesinden yola çıkarak yapılan analiz sonucunda; sağlık personeli arasında iş barışının sağlanması, güvenlik - şiddet sorununun yaşandığı ve bunu çözmeye yönelik uygulamalara ihtiyaç duyulduğu, halkın sağlık konusunda bilinçlenmesi gerektiği, sağlık hizmeti kalitesinin artırılması gerektiği, sistem üzerinde iyileştirmeler yapılması gerekliliği ortaya çıkan bulgular arasındadır.



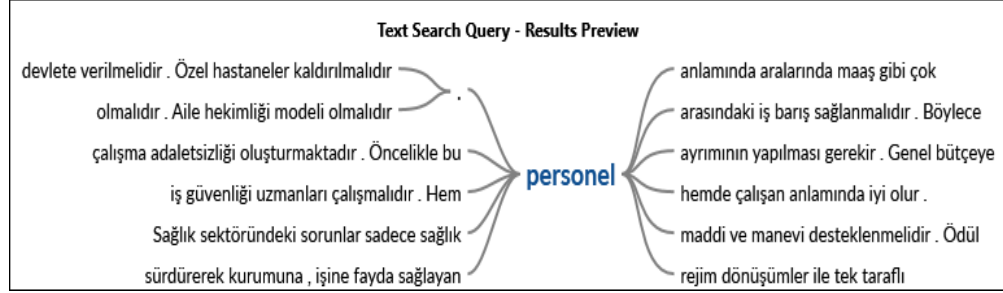
Şekil 9. Eğitim Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi

Eğitim kelimesinden yola çıkarak yapılan analiz sonucunda; toplumun eğitim alması, sağlık personellerine yönelik hizmet içi eğitimler verilmesi, ailede verilen eğitim önemi, verimliliği artırması bulgularına ulaşılmıştır.



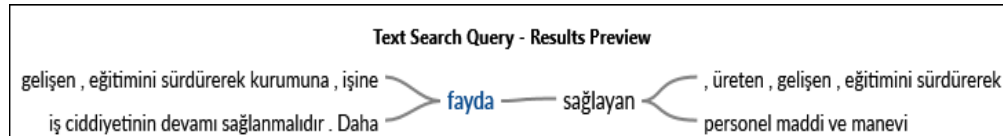
Şekil 10. Kamu Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi

Kamu kelimesinden yola çıkarak yapılan analiz sonucunda; kamu hizmetinin önemi, sağlık sektöründe çalışanlarda kamu aidiyetinin oluşması gerektiği, kamu ciddiyeti bulgularına ulaşılmıştır.



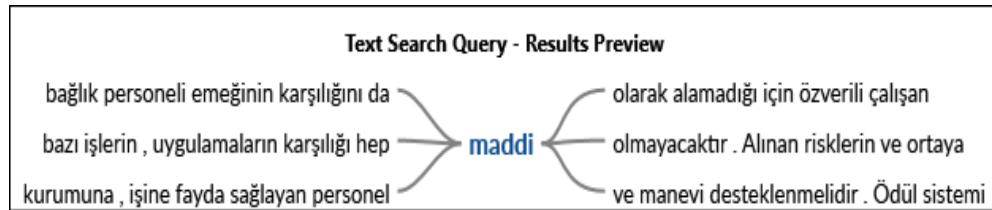
Şekil 11. Personel Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi

Personel kelimesinden yola çıkarak yapılan analiz sonucunda; özel hastanelerin kaldırılarak sağlık sektörünün devletin elinde olması gerektiği, aile hekimliği modelinin uygulanması gerektiği, sağlık sektörü çalışanları arasında istihdam modellerinden dolayı oluşan maaş farkının iş barışını bozduğu ve iş barışının sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılması gerektiği, sağlık personellerinin maddi ve manevi anlamda desteklenmeleri gerektiği, sağlık personellerinin motivasyonlarını sağlamaya yönelik ödül sistemi gibi uygulamaların işe koşulması gerektiği bulgularına ulaşıldığı söylenebilir.



Şekil 12. Fayda Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi

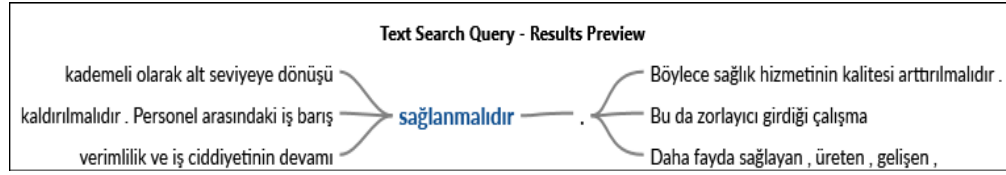
Fayda kelimesine yönelik kelime sıklıkları analiz incelendiğinde eğitimini sürdüren, üreten personele maddi ve manevi destek sağlanması gerektiği aynı zamanda iş ciddiyetinin devamının sağlanmasının fayda sağlayacağı bulgularına ulaşıldığı söylenebilir.



Şekil 13. Maddi Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi

Maddi kelimesine yönelik kelime sıklıkları analiz incelendiğinde işine fayda sağlayan gelişen personelin maddi ve manevi yönden desteklenerek ödül sistemi gibi

uygulamalarla motivasyonuna katkı sağlanması gerektiği bulgularına ulaşıldığı söylenebilir.



Şekil 14. Sağlanmalıdır Kelimesine Yönelik Kelime Sıklıkları Analizi

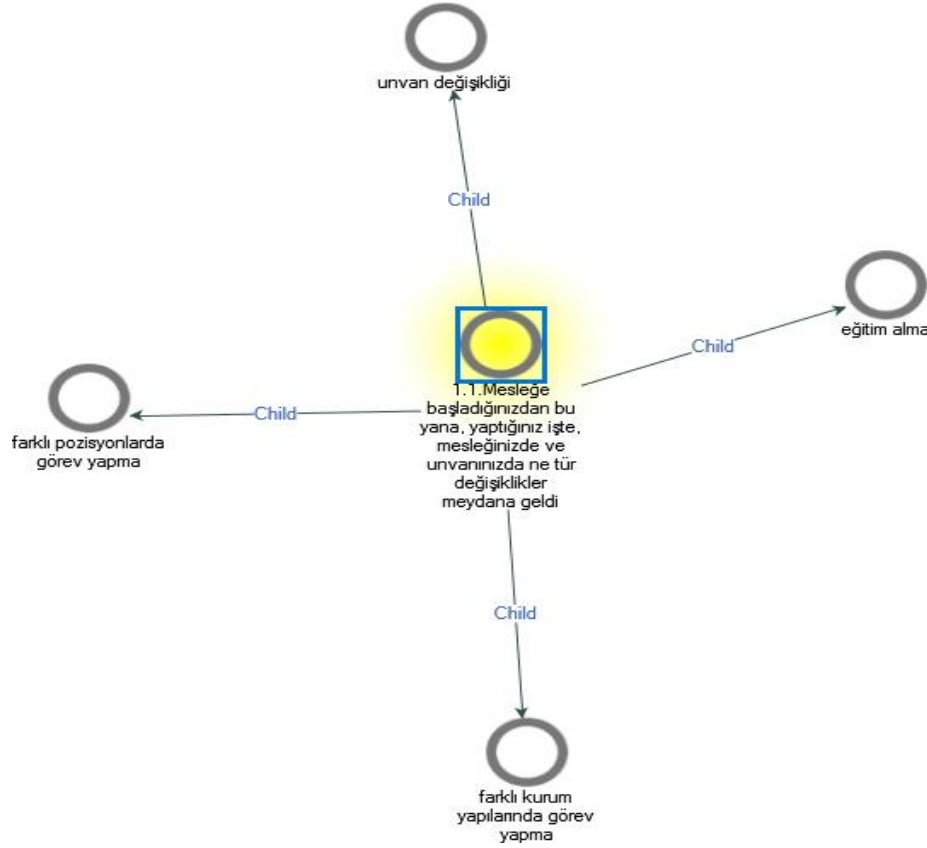
Sağlanmalıdır kelimesine yönelik kelime sıklıkları analiz incelendiğinde; personel arasındaki iş barışının sağlanması gerektiği, daha fayda sağlayan, üreten gelişen personelin desteklenmesi gerektiği, sağlık hizmetinin kalitesinin artırılmasına yönelik bulgular elde edildiği söylenebilir.

Kelime sıklığı analizlerinden sonra katılımcılara yöneltilen sorular ışığında alt başlıklara bölünerek incelenmiştir. Soruların yöneltildiği katılımcıların cevapları teker teker dikkatlice okunarak gruplandırılmış ve bulgulara yansıtılmıştır.

5.4.1. Mesleğe Başlandıktan Sonra İş, Meslek ve Unvan Bazında Meydana Gelen Değişiklikler

Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere “*Mesleğe başladığınızdan bu yana, yaptığınız işte, mesleğinizde ve unvanınızda ne tür değişiklikler meydana geldi? Bu değişiklikleri nasıl değerlendiriyorsunuz?*” sorusu yöneltilmiştir.

Katılımcıların görüşleri iki kategori altında incelenmiştir. Bunlar meydana gelen değişiklikler ve değişikliklerin değerlendirilmesidir. Meydana gelen değişiklikler kategorisinde dört farklı tema belirlenmiştir. Bunlar; Tecrübe Edinimi, Meslekte Profesyonelleşme, Liyakat Usulü Atamaların Yapılması ve İş Doyumudur. Belirtilme sıklığı en yüksek olan farklı pozisyonlarda görev yapma iken en az belirtilen unvan değişikliğidir.



Şekil 15. Katılımcıların Mesleklerindeki Değişiklikler Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların soruyla ilişkin örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur:

“Pratisyen hekim olarak mesleğime başladım. Daha sonra asistanlık sürecimden sonra uzman olarak atandım. Uzman olarak çalıştıktan sonra yönetici olarak göreve başladım. Her yerin ve her mesleğin ayrı bir güzelliği var.”

“Sağlık ocağında, devlet hastanelerinde, sağlık müdürlüğünde çalıştıktan sonra yönetici olarak görev aldım.”

“Mesleğe Sağlık Memuru olarak başladım. Göreve başladıktan 2 yıl sonra o dönemde alanında Türkiye de tek örgün öğretim olarak eğitim veren Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek okuluna başlayıp mezun oldum. Mezuniyetten itibaren Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatta o dönemde Personel Genel Müdürlüğünde Doktor atama ve Merkez atama daire başkanlıklarına bağlı birimlerde görev yaptım. 2016 yılından itibaren Görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavı sonucunda Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne Şube Müdürü olarak atandım ve halen atama ve özlük işlerinden sorumlu Şube Müdürü olarak görev yapmaktayım.”

“Mesleğe başladıktan çeşitli birimlerde birim sorumluluğu yaptıktan sonra hem İdari ve Mali İşler hem de Sağlık Bakım İşleri Müdürlüğü görev sorumluluğunu yerine getirmekteyim.”

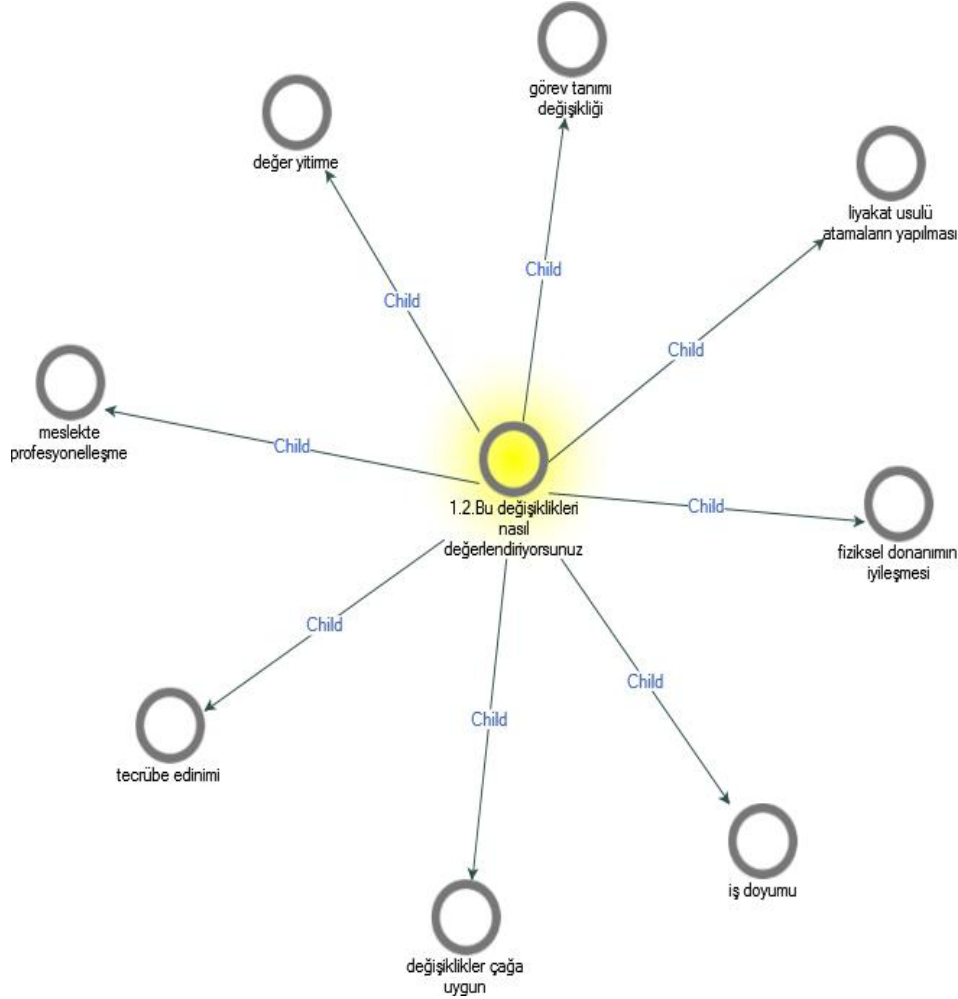
“Lise yıllarımda yönetici olmak istediğim için kamu yönetimi okudum. Ancak referans gereksinimi olduğundan olmadı. Hekimliğe yöneldim.”

“Lisans tamamlama verildi. Bizim için bir dönüşüm oldu. Sağlık yönetimi eğitiminin hastane yönetimine faydası oldu. Kariyer imkanı da oldu. Bakanlıkta birçok branşta lisans tamamlama imkanı verdiği için lisans eğitimi sağlandı.”

“İdari personel olarak göreve başladım. Sonrasında görevde yükselme sınavı ile şef kadrosuna atandım. Daha sonra da Hastane Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildim. Bu

süreçte birçok idari birimde görev aldım. Halen de hastanede sorumlu olduğum birçok birim bulunmaktadır.”

Değişikliklerin Değerlendirilmesi kategorisinde ise sekiz tema belirlenmiştir. Bunlar; Tecrübe Edinimi, Meslekte Profesyonelleşme, Liyakat Usulü Atamaların Yapılması, İş Doyumu, Görev Tanımı Değişikliği, Fiziksel Donanımın İyileşmesi, Değişiklikler Çağa Uygun ve Değer Yitirmedir. Belirtme sıklıkları dikkate alındığında en yüksek olan tema tecrübe edinimidir.



Şekil 16. Katılımcıların Mesleklerindeki Değişikliklerin Değerlendirilmesi Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların soruyla ilişkin örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur:

“Görevde yükselme ve unvan değişikliği hakları ile değişim yapabilme personel açısından olumlu bir süreçtir. İmkanların sunulmasıyla amaca ulaşabilmek adına çalışmanın önemi hedefe ulaşınca yaşanan mesleki doyum adına yerindedir.”

“Tecrübelerimi işime yansıttığım için bu unvan değişikliğini olumlu olarak değerlendiriyorum.”

“Hemşireler olarak görev tanımımız değişmese de yaptığımız iş daha profesyonel ve donanımlı olarak yapmaktayız. Geçmişte daha çok hemşireler hastaya yardımcı olarak düşünülüyordu. Hemşire kelimesinin anlamı zaten kız kardeş. Sağlık meslek liselerinde de bize bu şekilde öğretildiği için biz profesyonel olarak düşünmekten çok kardeş gibi düşünüyorduk. Şu zamanda ise üniversitelerdeki eğitimler, hizmet içi eğitimler vb. hemşirelik mesleğini daha profesyonel olarak icra etmemizi sağlıyor.”

“İdari görevler performansa bağlı olarak liyakat usulü oldu.”

Tablo 6. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Mesleklerinde Yaşadıkları Değişiklikler ve Bu Değişikliklere İlişkin Değerlendirmeleri

KATEGORİ	TEMA	N
Meydana Gelen Değişiklikler	Farklı Pozisyonlarda Görev Yapma	37
	Farklı Kurum Yapılarında Görev Yapma	13
	Eğitim Alma	12
	Unvan Değişikliği	11
	Toplam	73
Değişikliklerin Değerlendirilmesi	Tema	N
	Tecrübe Edinimi	8
	Meslekte Profesyonelleşme	3
	Liyakat Usulü Atamaların Yapılması	1
	İş Doyumu	1
	Görev Tanımı Değişikliği	1
	Fiziksel Donanımın İyileşmesi	1
	Değişiklikler Çağa Uygun	1
	Değer Yitirme	1
Toplam	17	

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu sağlık tesislerinde yönetici olarak çalışmaktadır. Ancak yöneticilik görevlerini üstlenmeden önce yine çeşitli sağlık tesislerinde sağlıkla ilgili bir meslek grubunda (uzman hekim, tabip, diş hekimi, sağlık memuru, hemşire, ebe, sağlık teknikeri, şube müdürü, şef, memur, tekniker) çalışmaktaydılar. Ayrıca özellikle Sağlık Bakanlığımıza tabi sağlık tesislerinde 663 sayılı KHK'ya tabi sözleşmeli yöneticilik yapanlar sözleşmeleri son bulduğunda eski görevlerine ve kadrolarının bulunduğu sağlık tesislerine geri döneceklerdir.

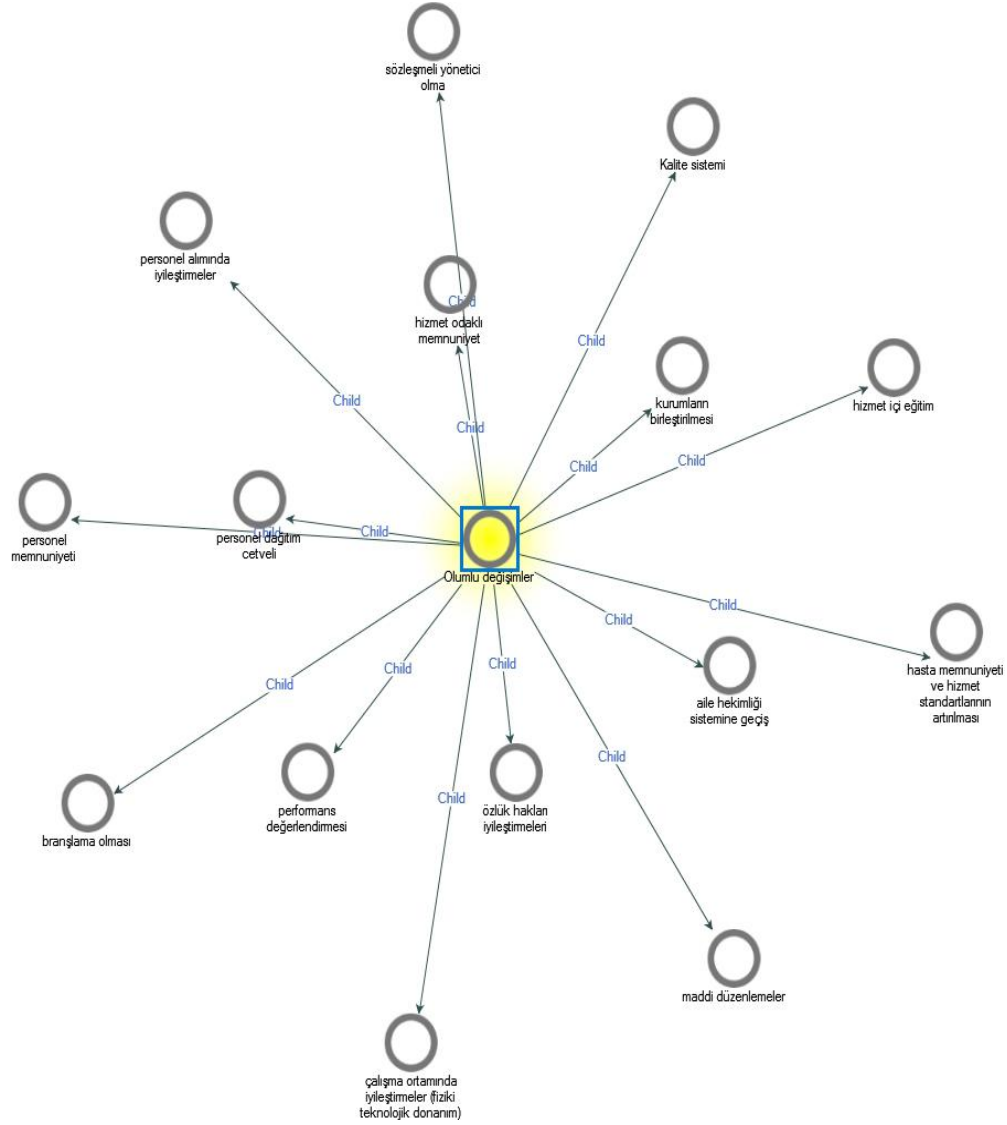
Katılımcıların hizmet yılları gruplandırıldığında en fazla oran 20-29 yıl arası olarak çıkmıştır. Dolayısıyla mesleklerinde meydana gelen değişiklikleri bu süreçte en iyi şekilde incelemiş ve bu alana hakim olarak bu soruyu rahatlıkla cevaplandırmışlardır.

Katılımcılar görüşmeler sırasında meslek hayatları boyunca farklı sağlık tesislerinde farklı pozisyonlarda görev yaptıklarına değinmişlerdir. Hatta bu soruyu duyunca cevaplandırmaya bu yönde başlamışlardır. Daha sonra da eğitim anlamında kendilerini geliştirip farklı okullar bitirdiklerini ve durumun onlara yeni kapıların ve yeni unvanların getirdiklerini söylemişlerdir. Katılımcılar meslek hayatları boyunca her çalışılan ortamın kendilerine tecrübe olarak geri döndüğünü ve çalışma hayatlarına çok fayda kattığını söylediler. Katılımcıların meslek hayatlarında çalıştıkları tesislerinde düzenlemelerin olduğu, liyakatin geliştiği ve değişikliklerin günümüze uygun olarak düzenlendiğini bildirirlerken olumsuz olarak da kendilerinin de çoğunlukla sağlık çalışanı olarak baz alındığında vatandaş karşısında sağlık çalışanlarının değer kaybettiği, önemsenmediği, eskiden daha değerli olduklarını hissettiklerini bildirmişlerdir.

5.4.2. Sağlık Personel Sistemindeki Dönüşümler ve Değişimler

Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere *“Sağlık personel sisteminde hangi önemli dönüşüm/değişimlerin olduğunu düşünmektесiniz? Neden?”* sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılar, zaman zaman sağlık personel sisteminde gerçekleşen değişiklikleri farklı yansıtmışlardır. Katılımcıların bu konuyla ilgili en çok birleştikleri nokta sağlık personeline getirilen haklar üzerine gelişmeler olmuştur.

Katılımcıların görüşleri iki kategori altında incelenmiştir. Bunlar olumlu ve olumsuz değişimlerdir. Olumlu değişimler kategorisinde on dört farklı tema belirlenmiştir. Bunlar; Maddi Düzenlemeler, Personel Alımında ve atamalardaki İyileştirmeler, Kurumların Birleştirilmesi, Branşlaşma ve Hizmet İçi Eğitim, Performans Değerlendirmesi, Çalışma Ortamında, İyileştirmeler (Fiziki/Teknolojik Donanım), Hizmet İçi Eğitim, Personel Memnuniyeti Özlük Hakları İyileştirmeleri, Personel Dağıtım Cetveli, Aile Hekimliği Sistemine Geçiş, Hizmet Odaklı Memnuniyet, Kalite Sistemi ve Sözleşmeli Yönetici Olmadır. Belirtilme Sıklığı En Yüksek Olan Maddi Düzenlemeler Ve Personel Alımında İyileştirmeler Temasıdır.



Şekil 17. Katılımcıların Sağlık Personel Sistemindeki Dönüşümler ve Değişimler

Kategorisinin Olumlu Tema Dağılımı

Katılımcıların olumlu değişimler kategorisine ilişkin örnek görüşleri aşağıdadır:

“Yasa ile 3 kurumun, kamu hastaneleri, halk sağlığı ve sağlık müdürlüğünün tek çatı altında yönetilmesi, personellerin efektif kullanımı, ihtiyaç olan yere göre personel görevlendirmesi açısından olumlu bulmaktayım. Kurumların birleşmesini yönetim ve denetim açısından iyi bir çalışma olduğunu değerlendiriyordum.”

“Şu an yöneticiliğimin en iyi ayını yaşıyorum. Son dönemdeki döner sermaye yönetmeliği çok iyi geldi. Maddi sıkıntı vardı ve sağlık çalışanlarına döner sermaye dağıtamıyordum. Personel mutlu ve tatmin oldukça hastaneye de yansıyor. İş yine maddi boyuta geliyor.”

“Branşlaşma oldu. Diyaliz-ameliyathane gibi sağlık memurluğu branşlaştı. Eskiden hemşireler laboratuvarında ya da röntgende çalışırdı. Şu anda herkes kendi işini yapıyor. Epey gelişme oldu.”

“Sağlık personelinin bilgi ve becerisini sürekli geliştirmek ve çeşitli sertifika programlarıyla bunu geliştirerek branşlaşmanın önü açılmıştır. Bu da her iş için profesyonel ve belgeli sağlık personelinin olmasını sağlamakla beraber işi değerli ve özel kılmıştır.”

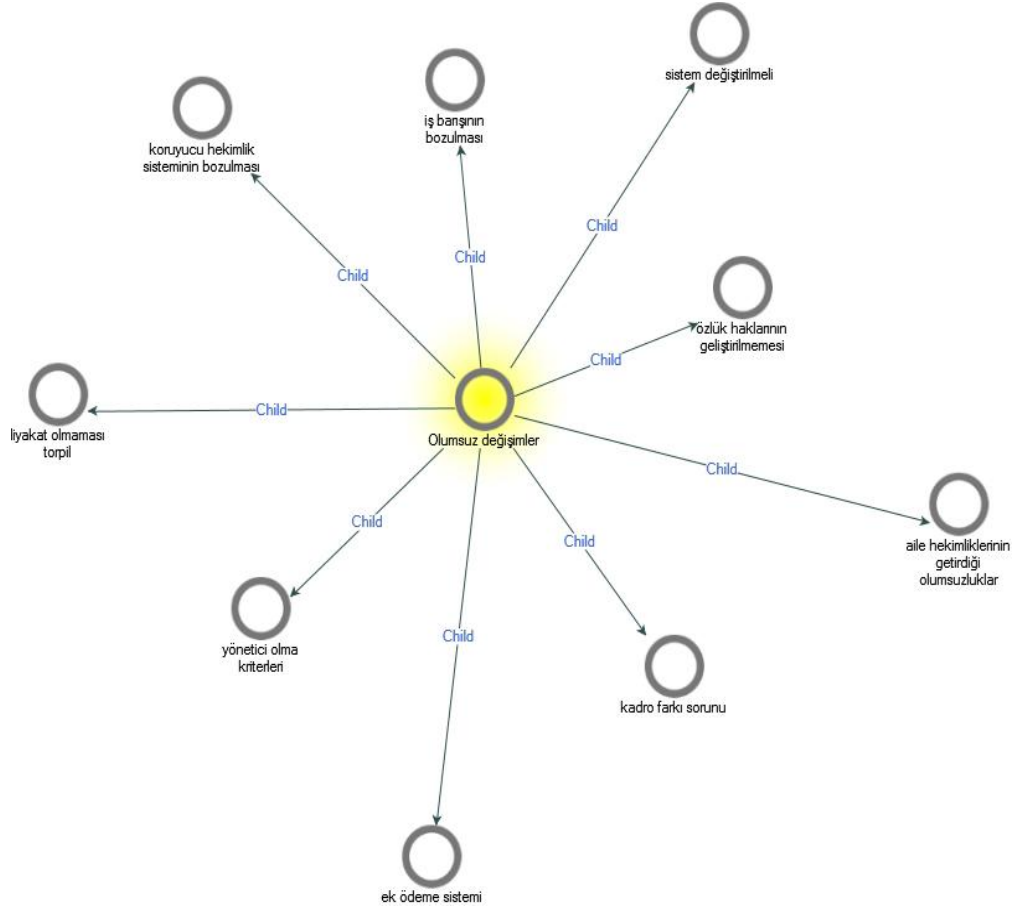
“663 sayılı KHK Sağlık Bakanlığı ile önemli bir değişim. Sözleşmeli yöneticilik uygulaması iyi bir sistem. Sözleşmenin olması ve kalıcılığı sağlamaması önemli.”

“Sağlık personel sisteminde istihdamdan çalışma koşullarına, maddi çözümlere kadar birçok dönüşüm/değişim yapılmıştır.”

“Personel haklarını gözeten ve aynı zamanda hizmet kalitesini arttırmaya yönelik çalışmalar yapıldığını düşünüyorum. Çalışan memnuniyet anketi çalışmalarının değerli olduğunu düşünüyorum.”

“Sağlık personel sisteminden ki en büyük değişikliğin Aile Hekimliği uygulaması olduğunu düşünüyorum. Aile Hekimliği sayesinde Hastanelerdeki hasta yoğunluğu bir nebze olsa da azalmıştır. 4-B Sözleşmeli personel istihdamı getirilerek Doğu bölgesinin Sağlık personeli eksikliğinin kapatılması sağlanmaya çalışılmıştır. Taşeron olarak çalışan yardımcı sağlık personeli, temizlik personeli vs ... İşçi statüsüne alınmıştır. Performansa dayalı ek ödemeye geçilmiştir.”

Olumsuz değişimler kategorisinde sekiz farklı tema ortaya çıkmıştır. Belirtilme sıklığı dikkate alındığında Aile Hekimliklerinin ve Koruyucu Hekimliğin Getirdiği Olumsuzluklar, İş Barışının Bozulması en çok belirtilen görüşler olmuştur. Sağlık sektörü yöneticilerinin görüşleri dikkate alındığında yaşanan değişimleri daha çok olumlu yönde ifade ettikleri belirlenmiştir.



Şekil 18. Katılımcıların Sağlık Personel Sistemindeki Dönüşümler ve Değişimler Kategorisinin Olumsuz Tema Dağılımı

Katılımcıların olumsuz değişimler kategorisine ilişkin örnek görüşleri aşağıda sunulmaktadır:

“Sağlık ocakları aile hekimliklerine dönüştü. Bu anlamda işleyiş iyi olmadı. Sağlık ocağı sisteminde çalışanların iş hakimiyetleri daha iyiydi. Tutumları daha iyiydi.”

“Eskiden sağlık ocakları sistemi vardı. Aile hekimliği sistemi ile yer değişti. Eskiden takipler daha iyi yapılıyordu. Koruyucu hekimlik doğru işlemiyor.”

“Sözleşmeli personel ile tamamen politik ve referans sahibi kişiler göreve getirilerek hem iş bilmeyenler unvan sahibi olmasına ve işi yapan kişilerden daha fazla maaş alarak iş barışının bozulmasına sebep olundu.”

“İşçiler ile memurlar arasında özlük hakları anlamında farklar var. İşçi sendikalarının büyük ayrıcalıkları var. Sağlık personeli arasında yapılan işin riski, eğitim durumu ve ücretler anlamında büyük adaletsizlik var. Ancak bu kadar çeşitlilik olduğunu ve aralarındaki farkları idareci olmadan bilmiyordum.”

“Dönüşüm Projesi sonrasında sağlık ocağı aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Sevk zinciri olmadığı için aile hekimliği sistemi de yürümüyor. Koruyucu hekimlik azaldı; sadece vatandaşa ilaç yazan hekimler oluştu.”

“Sendikal dönüşümlerle devlet memurluğunda yozlaşma başladı. Liyakat sıkıntıları gün yüzüne çıkmaktadır. Personel sayısı artıyor ama nöbet tutmayan personelde artıyor. Genel bütçede sıkıntılar oluşuyor. Personel fazla ancak katkı sağlamamaktadır.”

Tablo 7. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Personel Sisteminde Önemli Olan Dönüşüm ve Değişimler

Kategori	Tema	N
Olumlu Değişimler	Maddi Düzenlemeler	7
	Personel Alımında ve Atamada İyileştirmeler	7
	Branşlaşma ve Hizmet İçi Eğitim	6
	Kurumların Birleştirilmesi	6
	Performans Değerlendirmesi	5
	Çalışma Ortamında İyileştirmeler (Fiziki/Teknolojik Donanım)	4
	Personel Memnuniyeti	3
	Özlük Hakları İyileştirmeleri	3
	Personel Dağıtım Cetveli	3
	Aile Hekimliği Sistemine Geçiş	2
	Hizmet Odaklı Memnuniyet	2
	Kalite Sistemi	1
	Sözleşmeli Yönetici Olma	1
	Toplam	50
Olumsuz Değişimler	Tema	N
	Aile Hekimliği Olumsuzlukları	6
	İş Barışının Bozulması	3
	Yönetici Olma Kriterleri	2
	Özlük Haklarının Geliştirilmemesi	2
	Liyakat Olmaması Torpil	1
	Sistem Değiştirilmeli	1
	Ek Ödeme Sistemi	1
	Kadro Farkı Sorunu	1
Toplam	17	

Konuyla ilgili yapılan çalışmalardan; Hakan Diren'in (2014) "*Kamu Hastaneleri Birliği ve Hastanelerinde Kurumsallaşmanın İncelenmesi*" adlı yüksek lisans tezinde anket uygulamasında o dönem var olan, ancak 2017 yılında kaldırılan kamu hastaneleri birliklerinde görevli sözleşmeli yöneticilerle görüşülmüştür. Ankete katılanların %47,4'ü sağlık kurumlarında uyum eğitiminin iyi bir şekilde verildiğine katılmamaktadır.

Erdoğan Kaya (2014) çalışmasında katılımcılar kurumlarında oryantasyon eğitiminin verildiğini ancak usta-çırak eğitimiyle işlerin daha iyi öğrenilebileceğini bildirmişlerdir. Ayrıca oryantasyon eğitimlerinin sadece hastaya yönelik hizmetler ve hemşirelik hizmetleri ile sınırlı kaldığını, bu konuda daha kurumsallaşamadıklarını beyan etmişlerdir. Katılımcılara göre diğer personel için bu eğitimlerin olmaması kurum açısından eksi olmaktadır. Ayrıca kurumlarında verilen diğer bir eğitim uygulamasının memurların asaletlerinin onaylanması için zorunlu olduğunu vurgulamışlardır.

Çirpici'nin (2010) çalışmasında katılanların büyük çoğunluğu çalıştıkları sağlık kurumunda eğitim verildiğini bildirmiştir. Ancak farkı bir durum vardır ki yine katılımcıların çoğu bu eğitimlerin formaliteden verildiğini, zaman kaybından başka bir işe yaramadığını, verimsiz ve rasyonellikten uzak olduğunu söylemiştir.

Demir'in (2018) çalışmasında katılımcılar sağlık personelinin iyi yetişmediği, iyi eğitim almadığı için sağlık hizmetlerinde aksaklık olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca sağlık personelinin yetersizliği, hasta başına düşen sağlık personel sayısının azlığı, sağlık personel dağılımının yeterli ve dengeli yapılamayışı nedeniyle iyi bir sağlık personel politikasına gerek olduğunu vurgulamışlardır.

Erdal Eke'nin (2014) "*Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı*" adlı doktora tezinde Sosyal Güvenlik Kurumu, Kamu ve Özel Hastane ve Sivil Toplum Kuruluş yöneticileri ile hekimler ve hastalara anket uygulanmıştır. İlgili çalışmada, hastaların %83,2'si aile hekimliği uygulamasından memnun olduklarını söylemişler; ayrıca aile hekimliği uygulamasının birinci basamakta ihtiyaç görülen hizmetlere fayda sağlayacağı düşünülmüştür.

Filiz Uysal'ın (2014) "*Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi (İzmir İli Konak İlçesi Örneği)*" adlı çalışmasında aile hekimlerinin iş yükünün arttığı, aile hekimliğinde çalışan personelin özlük haklarının yetersiz olduğu bildirilmiştir.

İlknur Rabia Sırakaya'nın (2015) "*Yeni Kamu İşletmeciliği Açısından Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Sakarya İlinde Bir Araştırma*" adlı çalışmasında katılımcı hekimler aile hekimliği uygulamasında koruyucu hekimlik anlayışı yitirilmiştir. Aile hekimliğinde görevli personelin iş yoğunluğunun fazla olduğu, daha çok hasta memnuniyetine daha çok önem verildiği ve hastalar tarafından bazı durumlara zorlandıklarını söylemişlerdir.

Emine Yaradılmış'ın (2019) "*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine Başvuran Hastaların Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin İncelenmesi*" adlı çalışmasında 353 hasta ile anket çalışması yapılmıştır. Katılımcıların %64,9'u bir sağlık problemine karşılık aile hekimine gitmeden hemen 3.

basamak sağlık tesislerine gittiğini belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların %47,7'si aile hekimine başvuru nedenini ilaç yazdırmak olarak cevaplamıştır.

Elif Uzuner'in (2017) "*Aile Hekimliği Kapsamında Verilen Sağlık Hizmetleri: Çalışanların Değerlendirmesi ve Hizmet Alanların Memnuniyet (Kocaeli İli Örneği)*" adlı yüksek lisans tezinde aile hekimleriyle yapılan çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu Türkiye'de Aile Hekimliği uygulamasında tam bir sevk bağlantısı bulunmamaktadır. Ayrıca hastaların zaman kaybı olarak gördükleri için tedavi maksatlı aile hekimine gitmeyi düşünmediklerini söylemişlerdir. Ayrıca mevzuatta istenilen hizmetlerin çok olduğunu ancak personel sayısında sıkıntılar yaşadıkları için bu hizmetlerin sunulmasında eksiklikler olabileceğini söylemişlerdir. Aynı tezde aile hekimliğine başvuran kişilerle de görüşülmüş ve büyük çoğunluğu rapor almak veya ilaç yazdırmak için aile hekimine gittiklerini belirtmişlerdir. Birinci basamak koruyucu hizmet için aile hekimliği maalesef bu konuda geride kalmıştır.

Eke'nin (2014) çalışmasında katılımcıların %98,1'i SDP öncesi sağlık sektöründe değişiklik ihtiyacı vardır derken, aynı zamanda %87,2'si SDP sonrası kamu hastaneleri ile SSK Hastanelerinin birleşiminden sonra sağlık hizmetlerinin daha kolay sağlanabileceğine değinmişlerdir. İlgili (2014) çalışmada yönetici ve hekimlerden oluşan katılımcı grubunun %91,6'sı kamu hastaneleri ile SSK hastanelerinin birleşimine sağlık hizmeti sunumu açısından olumlu bakmışlardır. Hatta ilgili katılımcıların %63,2'si tam gün yasası ile getirilen muayenehanelerin kapatılmasına da olumlu bakmışlardır.

Egemen Cevahir'in (2013) "*Türkiye'de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*" başlıklı doktora tezinde İstanbul'un Kartal ilçesinde sağlık hizmetlerinden yararlanan kişiler, sağlık çalışanları, sağlık tesisi yöneticileri, sağlık meslek temsilcileri ve özel hastane yöneticisi ve ortakları ile derinlemesine mülakat ve aile sağlığı merkezi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, eczane gözlemi yapmıştır. Çalışmada tüm sağlık tesislerinin birleştirilmesine ve durumun olumlu değerlendirilmesine değinilmiştir.

Çalışmada ayrıca bazı katılımcılar tayin hakkını biraz daha açıp adil tayin hakkının da nasıl sağlandığına dair çıkarımlarını bildirmişlerdir. Literatür kısmında

değindiğim üzere 26/03/2013 tarihli 28599 sayılı Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği ile sağlık personelinin atama hareketleri belli bir sisteme oturtulmuş ve daha adaletli nakil sistemi oluşturulmuştur. Katılımcıların yine en çok değindikleri nokta hizmet içi eğitimlerin zamanla arttırılmış olmasıdır. Ancak yukarıda da belirtilen bazı çalışmalarda eğitimin verildiği ancak bu eğitimin formalite olduğu, sınırlı konu yapısına sahip olduğu bu nedenle de eğitimlerin verimsiz ve yetersiz olduğu bildirilmiştir. Ancak 11/12/2009 tarih ve 15296 sayılı Bakanlık Makamı onayı ile yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği ile sağlık personelinin günün koşullarına doğrultusunda bilgisin ve donanımının arttırılarak hizmet verimliliğinin ve üst görev hazırlığının sağlanması amaçlanmıştır.

Çalışmada personele verilen haklar, çalışma ortamlarının düzenlenmesi ile hizmet kalitesinin de gün geçtikçe sağlandığını; haklar ile hizmet kalitesinin doğru orantılı gittiğini belirtmişlerdir. Katılımcılar sağlık personel sisteminin gün geçtikçe gerek performans sistemiyle gerekse de hizmet içi eğitimlerle ileriye gittiğini, il içi sağlık personel kapasitelerinin net belirlenebildiğini, tayin ve özlük haklarının hizmet puanı sistemiyle düzenlendiğini, personel memnuniyetine, haklarına odaklı, kendilerini iyi ifade edebildikleri ortamın olduğunu, profesyonel sağlık çalışanlarının oluşması için yeni branşların ve eğitim programlarının açıldığını, her geçen gün günün şartları ve geleceğe uygun olarak sistemin yenilendiğini ve hatta çalışma ortamlarında ve fiziki yapıda birçok yeniliklerin yaşandığını ve her iyileştirme ile sağlık personelinin durumunun olumlu anlamda düzeldiğinin bildirmişlerdir.

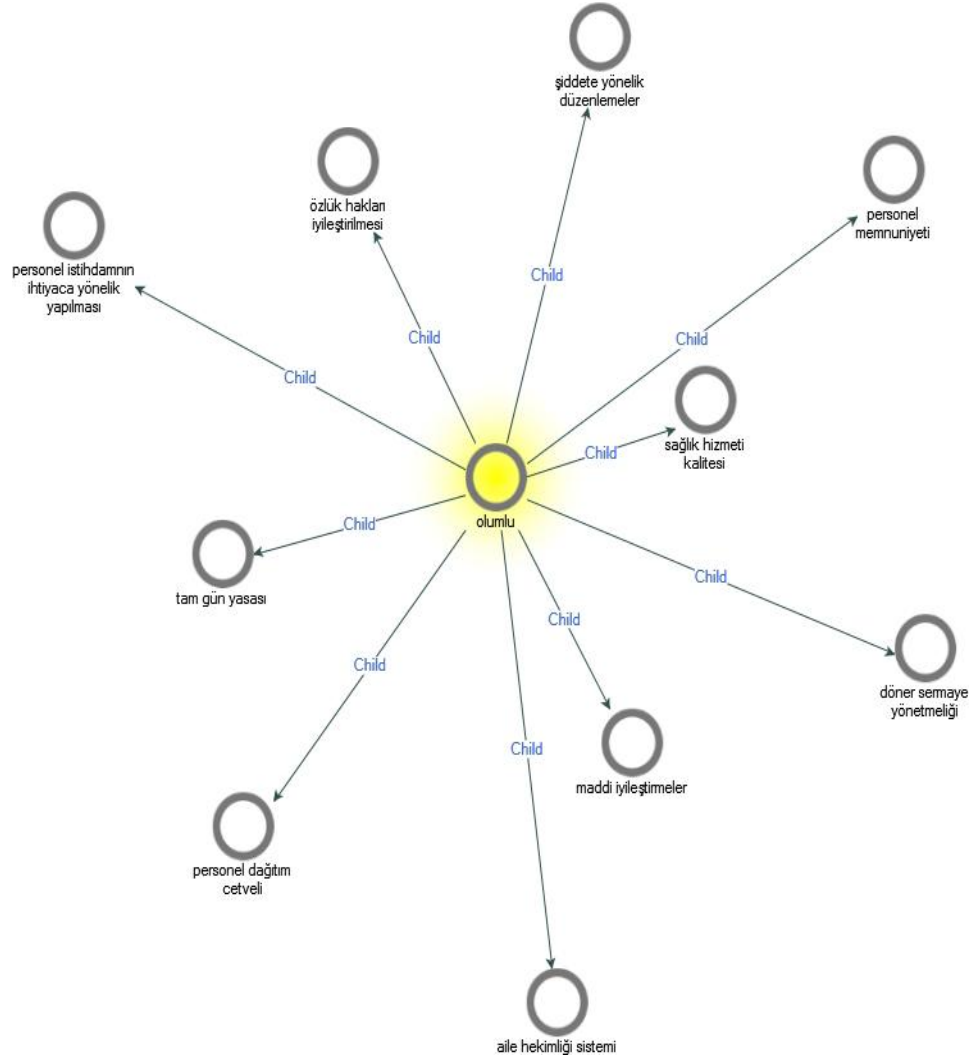
Katılımcılar olumsuz olarak aile hekimliği uygulamasının düzenli işlememesinden dertli olduklarını bildirmişlerdir. Örnek verilen çalışmalarda da aile hekimliği uygulamasına hastaların yaklaşımları ile görev yapan personelin yaklaşımının farklı olduğu ortaya çıkmıştır. şu anda uygulanan aile hekimliği sisteminde aslında birinci basamak sağlık hizmeti sunum nedeni olan hastalığı önleme görevini ikinci plana atılmıştır. Aile hekimliği daha çok ilaç yazdırma bölümleri olarak görölmektedir. Sistem öncesinde düşünölen ikinci ve üçüncü basamak hasta sayısının azaltılması ve sevk sisteminin oluşturulması amacı sekteye uğramıştır.

Ayrıca özellikle SDP ile Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması ve sosyal güvenlik sisteminin eşitlik anlamında tek bir standardın oluşması planlanmıştır. Planlanan atılımların gerçekleştirilmesi gerek halk gerekse sağlık çalışanları açısından olumlu karşılanmıştır. Çalışmada bazı katılımcılar yanıtlarında da personel politikası uygulamasına 19.01.2005 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 5283 sayılı Bazı kamu Kurum ve Kuruluşlarına ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına bağlanmasıyla sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli ilerleme olarak yansımıştır.

5.4.3. Son Dönemde Sağlık Sektöründeki Personel Politikasına Dair Değişimler

Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere *“Son dönemde sağlık sektöründeki personel politikasında meydana gelen değişiklikleri ve personel politikasının gelişiminde yaşanan dönüşümleri nasıl değerlendirirsiniz?”* sorusu yöneltilmiştir.

Katılımcıların görüşleri iki kategori altında incelenmiştir. Bunlar olumlu ve olumsuz değişimlerdir. Olumlu değerlendirmeler kategorisinde on farklı tema belirlenmiştir. Bunlar; Personel İstihdamının İhtiyaca Yönelik Yapılması, Döner Sermaye Yönetmeliği, Aile Hekimliği Sistemi, Şiddete Yönelik Düzenlemeler, Personel Memnuniyeti, Maddi İyileştirmeler, Özlük Hakları İyileştirilmesi, Personel Dağıtım Cetveli, Sağlık Hizmeti Kalitesi ve Tam Gün Yasasıdır.



Şekil 19. Katılımcıların Sağlık Personel Politikasına Dair Değişimler Kategorisinin Olumlu Tema Dağılımı

Katılımcıların olumlu değerlendirmeler kategorisine örnek görüşler aşağıda yer almaktadır:

“Sağlık sektörü çeşitli unvan ve branşlarda personel istihdamı ile sürekli bir gelişim içerisindedir. Geline bu noktada önceden mecburen personeli ilçeye görevlendirme yaparken şimdi ise sayı yeterli. Çok gerekli bir durum olmadıkça kendi içinde yeterli. Mazeret durumları hariç personel ihtiyacı olmamaktadır.”

“Sağlık alanında personel politikalarında yapılan her yeni değişiklik daha iyi sağlık alanında daha iyi hizmet sunumu sağlayabilmek için yapılmıştır. Tam Gün Yasası ile kamuda çalışan hekimlerin muayene açma yetkisinin kaldırılması, aile hekimliği sistemi, devlet hizmet yükümlülüğü ve eleman temininde güçlük çekilen yerlere özlük hakları iyileştirilmiş 4924 sayılı kanuna tabii personel ataması gibi çok yerinde olan değişiklikler Sağlıkta insan gücünü sayısal olarak artmasına özellikle ülkemizin doğusunda ve taşrada sağlık hizmetine ulaşılabilirliği kolaylaştırmıştır.”

“Personel alımlarının çoğalması, sayıların ve kadroların artması güzel. Olması gereken buydu.”

“Şiddet olayları ile ilgili son zamanlardaki gelişmeler güzel. Katalog suçlar içerisine eklendi mesela. Bunun yanında döner sermaye yönetmeliği de güzel oldu. Sağlık personeli alımları da arttırıldı. Bunlar güzel gelişmeler.”

“Son döner sermaye yönetmeliği ile maaşlarda iyileştirme oldu. Bu da gerekliydi. Maaşlar azaldıkça bu negatif direnç oluşturdu.”

“Aile hekimliği uygulaması ve sistemin aktifleşmesi de önemli. Aile hekimliği uygulaması tam uygulanamasa da amacına ulaşmaya doğru gidiyor.”

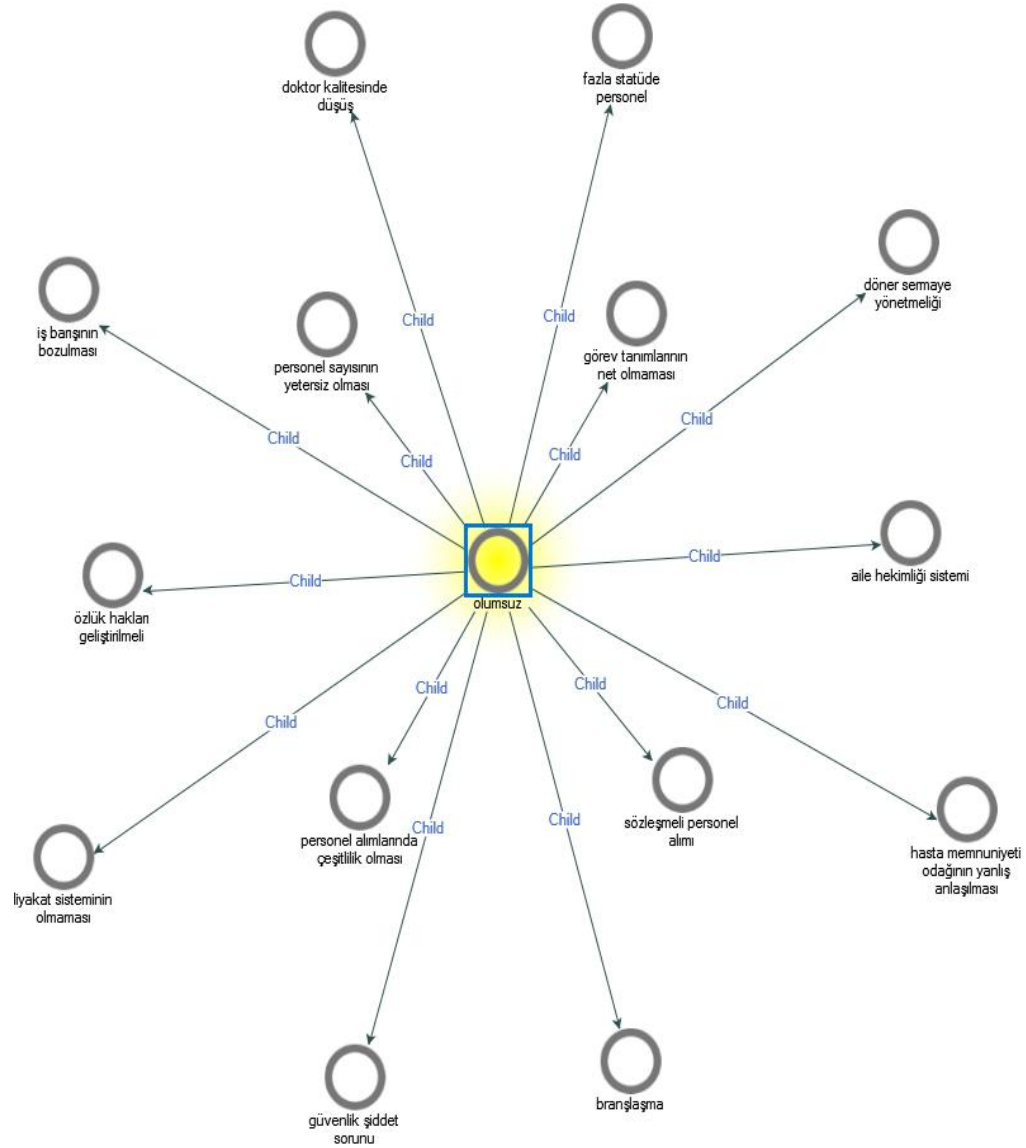
“Personelin sahada yaşanan ihtiyaçları, özlük talepleri gibi sorunlar daha hızlı farkına varılmakta ve çözüme kavuşabilmektedir.”

“Personelin sahada yaşanan ihtiyaçları, özlük talepleri gibi sorunlar daha hızlı farkına varılmakta ve çözüme kavuşabilmektedir.”

“Geçmiştekine göre aile hekimliği sistemi şimdi daha düzgün oldu. Sistem kendini yeniledi.”

“Personel politikalarındaki değişiklikler benim düşünceme göre sağlık hizmeti sunumunun kalitesini arttırmıştır. Devlet eliyle yürütülen sağlık hizmeti, özel sektör ile yarışır hale gelmiştir.”

Olumsuz değerlendirmeler kategorisinde 14 tema belirlenmiştir. Bunlar; döner sermaye yönetmeliği, personel sayısının yetersiz olması, güvenlik şiddet sorunu, liyakat sisteminin olmaması, personel alımlarında çeşitlilik olması, branşlaşma, sözleşmeli personel alımı, özlük hakları geliştirilmeli, iş barışının bozulması, fazla statüde personel, aile hekimliği sistemi, doktor kalitesinde düşüş, görev tanımlarının net olmaması ve hasta memnuniyeti odağının yanlış anlaşılmasıdır. Belirtilme sıklıkları dikkate alındığında, ek ödemelerle ilgili yapılan düzenlemeler hem olumlu hem de olumsuz yönde değerlendirildiği söylenebilir. Personel istihdamı ile ilgili olarak personelin ihtiyaca göre istihdam edildiği, ancak sayısının yetersiz olduğu belirtilmiştir. Katılımcılar tarafından sağlık sektöründeki güvenlik ve şiddet olayları ile ilgili mevzuatın çıkarılmış olması olumlu değerlendirilirken aynı zamanda konu ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.



Şekil 20. Katılımcıların Sağlık Personel Politikasına Dair Değişimler Kategorisinin Olumsuz Tema Dağılımı

Katılımcıların olumsuz değerlendirmeler kategorisine örnek görüşler aşağıda yer almaktadır:

“Son zamanlarda en etkili atılım Döner Sermaye Yönetmeliğinde oldu. Ancak bu yönetmelikle ödenen miktarın dengeli olduğunu düşünmüyorum. Adalet yok, eşitlikçi olmalıdır. Hekim ve sağlık personeli bütündür. Herkesin hak ettiği ücreti alması gerekir.”

“Yeni açılan bölümler ve branşlar var. Bu kadar çeşitlilik içerisinde ücretlendirme politikaları hatalı görünüyor. Hepsi aynı alanda çalışıyor ama ücretlendirme politikaları iş barışını bozdu. Bunun silsile şeklinde yayılması da iş barışını hep bozacaktır.”

“Bu iyileştirme sadece doktora yapıldı. Ancak diğer sağlık personeline de daha iyi iyileştirme yapılmalıydı. Hatta özel sektörden kamu hastanelerine dönüş olacak. Düzenleme iyi oldu ancak eksik oldu.”

“Hasta memnuniyeti üzerinde çok duruluyor. Toplum ise bunu yanlış anlıyor. Sağlık personeli üzerinde bir baskı oluyor. Şiddet olayları da artıyor.”

“Tıp fakültesi öğrencilerinden artık cerrahi birimleri tercih edenler yok. Çünkü hekimlerin meslekleri ile ilgili yasal güvencesi yok.”

“Günümüzde sosyal medya ve sanal alem kötü iletişim ile şiddet daha görünür hale gelmiştir.”

“Personel politikasındaki değişiklikleri çok politik buluyorum ve beklenen performansa ulaşılmadığını ve yine liyakat sisteminin olmadığını düşünüyorum.”

“Sendikal dönüşümlerle devlet memurluğunda yozlaşma başladı. Liyakat sıkıntıları gün yüzüne çıkmaktadır.”

“Hekim sayısı arttı ancak hekim kalitesi düştü. Ayrıca sınıflandırmada arttı. Tıp fakültelerinden mezun olup pratisyen olarak atanarlarda eskiye göre farklı, ceval değiller.”

“Sağlık personeli içerisinde branşlaşma var. Ameliyathane teknikeri, evde bakım, klinik destek elemanı gibi. Ancak bu meslek gruplarının görev tanımları saha ile uyumlu değil. Öyle olunca çalışma düzeni bozuluyor. ‘Bu benim görevim değil’ gibi geri dönüşler oluyor.”

“Aile hekimliği ile ilgili bir politika geliştirildi ama etkili olmadı. Hastalarda sevk zincirini benimsemek istemedi, popüler bir politikaydı ama olmadı. Sadece benim hastam gitmesin anlayışı oluştu hatta bazen etik kurallar ihlal edildi. Özel sektör mantığı oluştu.”

Tablo 8. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Sektöründeki Personel Politikasında Meydana Gelen Değişiklikler ve Personel Politikasının Gelişiminde Yaşanan Dönüşümler

KATEGORİ	TEMA	N
OLUMLU	Personel İstihdamının İhtiyaca Yönelik Yapılması	7
	Döner Sermaye Yönetmeliği	6
	Aile Hekimliği Sistemi	4
	Şiddete Yönelik Düzenlemeler	3
	Personel Memnuniyeti	3
	Maddi İyileştirmeler	2
	Özlük Hakları İyileştirilmesi	2
	Personel Dağıtım Cetveli	1
	Sağlık Hizmeti Kalitesi	1
	Tam Gün Yasası	1
TOPLAM	30	
	TEMA	N
OLUMSUZ	Döner Sermaye Yönetmeliği	8
	Personel Sayısının Yetersiz Olması	6
	Güvenlik Şiddet Sorunu	4
	Liyakat Sisteminin Olmaması	3
	Personel Alımlarında Çeşitlilik Olması	3
	Branşlaşma	3
	Sözleşmeli Personel Alımı	2
	Özlük Hakları Geliştirilmeli	2
	İş Barışının Bozulması	2
	Fazla Statüde Personel	1
	Aile Hekimliği Sistemi	1
	Doktor Kalitesinde Düşüş	1
	Görev Tanımlarının Net Olmaması	1
	Hasta Memnuniyeti Odağının Yanlış Anlaşılması	1
TOPLAM	38	

Bayram Demir (2018) “*Kamu Sağlık Kurumlarında Sözleşmeli Yöneticiliğin Sosyolojik Analizi*” adlı doktora tezinde sağlık tesislerinde görevli hekim olan ve hekim olmayan Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Hastane Müdürleri ile görüşme gerçekleştirmiştir. İlgili yöneticiler sağlık reformunun sağlık sistemini ileriye taşıdığını söylemişlerdir. Çirpici’nin (2010) çalışmasında ise sağlık hizmetlerinde değişim ve

dönüşümler konusunda çoğu katılımcı böyle bir çabanın olduğunun farkında ancak bu değişim ve dönüşümlerin sağlık personeline olumsuz olarak yansıdığını bildirmiştir.

Eke'nin (2014), çalışmasında SDP ile sağlıkta cihaz, fiziki alt yapının ayrıca personel ve hekim sayısının arttığına değinmişlerdir. Ancak Şirin Özkan'ın doktora tezinde Kocaeli'de bulunan kamu hastanelerinde çalışan sağlık personel sayısı ile ilgili bir soruya sağlık meslek grupları içerisinde sadece odyometri ve laboratuvar teknikerlerinin yeterli olduğunu, diğer sağlık personeli sayısının yetersiz olduğu şeklinde cevap verilmiştir. Çalışmasında (2014) katılımcılar kamu hastaneleri arasında iş yükü ve personel açısından dengesiz olduğu söylemişlerdir. Ayrıca katılımcılar çoğunluğu sağlık çalışanlarının iş yüklerinin fazla olduğunu, bu fazlalık ve yoğunluk nedeniyle kendilerini geliştirecek vakit bulamadıklarını söylemişlerdir.

Betül Işıklar Karakaya'nın (2019) "Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının, Kamu Hastanelerinde Çalışan Personelin İstihdam ve Ücretlendirme Açısından Çalışma Koşullarına Olumsuz Etkilerini Anlamaya Yönelik Çalışma" adlı yüksek lisans tezinde ikinci basamak sağlık kurumlarına yönelik düzenlemelere, konuşmalara, sivil toplum kuruluşları ve kamu idarelerine ait raporlara, gazete metinlerine ve diğer yazılı metinlere yer verilmiştir. Dokümanlar derlenerek veri seti oluşturulmuştur. Sağlık hizmetlerinde yetersiz personel sayısının olması SASAM Enstitüsü'nün raporunda belirtilmiştir. Raporda Türkiye'nin sağlık sisteminde en önemli sorunlarından birinin de sağlık personel sayısının azlığıdır. Türkiye'nin diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırması yapılarak bu düşüklüğün iş yükünün artmasına ve personel üzerindeki tükenmişliğe sebep olmuştur (Işıklar Karakaya, 2019: 55).

Murat Coşar'ın (2017) "*Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Uygulamaları Sorunlar ve Çözüm Önerileri Van Dursun Odabaş Tıp Merkezi Örneği*" adlı yüksek lisans çalışmasında kurumda çalışan personele anket uygulamasıyla insan kaynakları temin hakkında sorular yöneltilmiştir. Kurumda görev alanların %77,9'u personel alımlarında yandaşlık olduğunu vurgulamıştır. Çalışmaya katılanların %52'si yaptığı mesleği başkalarına da tavsiye etmiştir. Kurumda görev yapanların meslekleri nezdinde tavsiye oranlarına bakıldığında akademik personelin yarıdan fazlası, 4/A kadrolu

personelin %40,3'ünün, firma taşeron çalışanlarının ise %26,6'sının mesleklerini tavsiye ettikleri ortaya çıkmıştır.

Cevahir (2013: 213)'in çalışmasında da katılımcıların büyük çoğunluğu özellikle hekimlik mesleğinin artık değersiz olarak görüldüğünü, hasta ve hekim ilişkisinin zedelendiğini, şiddet olaylarının artış gösterdiğine değinmişlerdir. Ayrıca değersizleşmenin nedeni ise uygulanan sağlık politikalarının ve üst yöneticilerin söylemleridir. Katılımcıların çoğu da gerek sözel gerekse fiziki olarak şiddete maruz kaldıklarını beyan etmişlerdir.

Ayşe Özkul Bilen'in "Sağlık İşletmelerinde Personelin Motivasyonuna Etki Eden Faktörler: İzmir İli Üniversite ve Kamu Hastanelerinde Uygulama (2015) adlı çalışmasında, 11 hastanedeki 500 hemşireye anket uygulanmıştır. 25 yaş ve üzeri katılımcılar için ücret motivasyon anlamında genç çalışanlara göre daha anlamlı çıkmıştır. 18-25 yaş grubu katılımcılarda ise en büyük oran iş güvencesi olmuştur.

Ayşe Çuvadar'ın "Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu ve Nedenleri Edirne/2013" (2017) adlı yüksek lisans tezinde, katılımcıların büyük çoğunluğu sağlık personelinin şiddetle karşılaşma nedenini ülkenin sağlık sistemindeki uygulamalara dayandırmıştır. Hatta konuyla ilgili olarak şiddet olaylarının günümüzde arttığını ve dönemde uygulanan yasal düzenlemelerin şiddeti önleme konusunda yetersiz kaldığını (%80'i) söylemişlerdir. Katılımcılar sağlık hizmetlerinde şiddetin artma gerekçesini en çok personel sayısındaki yetersizlik, mevcut iş yükü, sağlık personelinin değersiz olarak görülmeye başlanmasına dayandırmışlardır.

Derya Başak'ın "Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Şiddet ve Yönetimi" (2015) adlı çalışmasında katılımcılar arasında en çok görülen şiddet türü %76,7 ile sözel şiddet cevabı verilmiştir. Katılımcıların %69,4'ü sağlık personeline önceden var olan saygının azaldığını, %80,1'i şiddetin son dönemlerde arttığını, şiddeti arttıran etken olarak katılımcıların %73,8'i hasta yoğunluğu olduğunu beyan etmişlerdir. Katılımcıların %30,1'i sağlıkta şiddet olaylarının politikalarla çözülebileceğini düşünmektedir. Hatta %31'lik bir kısımda Şiddet Yönetmeliğinin şiddet azaltma konusunda etkili

olabileceğine değinmişlerdir. Çalışmada katılımcıların %62,4'ü şiddet olaylarının azaltılabilmesi için personel sayısının artırılması gerektiğini düşünmektedir

Sevil Özdemir Takak'ın “Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Konusundaki Görüş ve Tutumları İle Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi” (2017) Uzmanlık tezinde sağlık personeline uygulanan şiddet olaylarının nasıl son bulacağı sorusuna en çok verilen cevap cezaların caydırıcılığı olmuştur. Ancak katılımcıların %35'i şiddet olaylarının engellenemeyeceği düşüncesindedir.

Binnaz Bahadır'ın “Acil Servislerde Çalışan Personelinin, Şiddete Uğrama Sıklığı ve Şiddetin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi” (2017) çalışmasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi acil servisinde görevli sağlık personeline uygulanan anket uygulamasında katılımcıların %63,9'u en az yılda bir defa şiddete uğradıklarını beyan etmişlerdir. Uğranılan şiddet çeşidi sorulduğunda %80,2'lik sözel şiddet cevabı çıkmıştır. Katılımcı sağlık personeline şiddetin ne şekilde önlenebileceği hakkındaki soruya güvenli önlemlerinin artırılması ve kanuni yaptırımların oluşturulması cevabı verilmiştir.

Katılımcılara son dönemde sağlık sektöründeki personel politikasında meydana gelen değişiklikler konusunu biraz daha politika boyutuna ve özellikle sağlık sektöründeki personel politikasına çevirdiğimizde ve son dönem olarak da kısıtladığımızda farklı bakış açıları karşımıza çıkmaktadır. Bu soruyla amaçlanan son dönemdeki sağlık personel politikasının net olarak hangi alanlarda algılandığı ve sahaya, uygulamaya yansımalarının nasıl olduğunu bulabilmektir.

Bu tez için Denizli'de gerçekleştirilen derinlemesine mülakatlarda, verilen bu cevaplardan ziyade pek çok katılımcı son 6 ay içerisinde yaşanan değişimleri daha çok baz almışlardır. Bu soruya katılımcıların büyük bir çoğunluğu 12 Ağustos 2022 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin getirileri kapsamında yaklaşmıştır.

Ücretleri artmasıyla personel için bir motivasyon sağlandığına değinilmiştir. Ancak ilgili yönetmeliğin çıkışı bir yandan memnuniyet verici olarak görünürken diğer yandan bu yönetmeliğin personel arasında ücret anlamında ayırım oluşturduğunun

belirtilmesi dikkat çekicidir. Ücret hizmet karşılığı insan emeğine karşılık ödenen mali tutardır. Emeğin ölçülemeysi, farklı şartlar altında olması, risk-önem ikilisinin kıyasının oluşması nedeniyle ücreti belirlemek oldukça zor bir iştir (Kestane, 2003: 127).

Döner Sermaye Yönetmeliği'nden sonra yaşanan ücret gelişimi sonrasında en sık verilen cevapların başını gündemde de sık sık ön plana çıkan, gerek yazılı basın gerekse görsel basın ve sosyal medyada haberler ve yorumlar doğrultusunda yerini alan sağlık personeline karşı uygulanan şiddet olayları ve konuyla ilgili gelişmeler çekmektedir. Şimdilik küçük adımlar olarak görünse de sağlık personeline uygulanan şiddetin katalog suçlar içerisinde alınması sevindirici görülmüştür. Tezin 3. Bölümünde bu konuya özellikle değinilmektedir. Literatür ile mülakat sırasında verilen cevapların paralel gitmesi de sevindirici olmuştur.

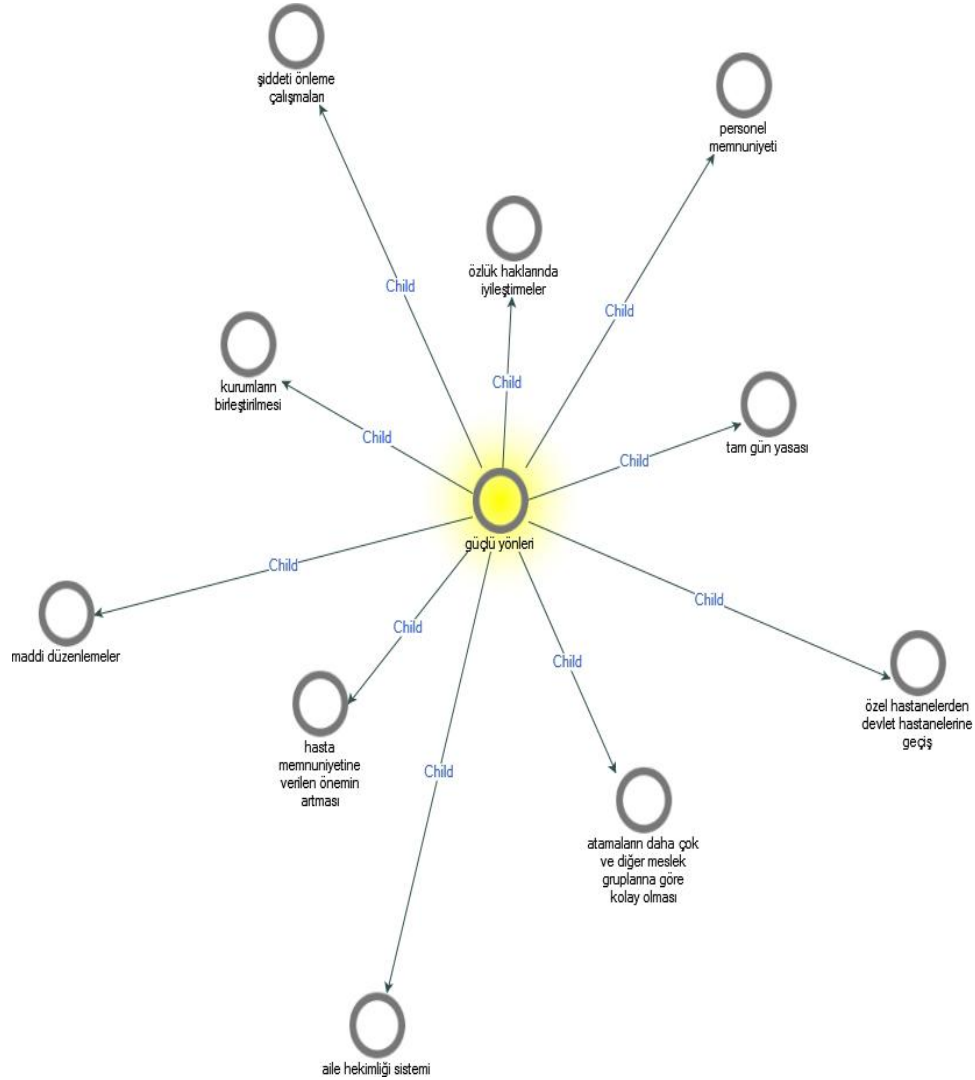
TTB'nin 2014-2016 raporunda, sağlık personelinin kendi içinde ve hasta yakınlarından yaşadığı şiddet olaylarına değinilmiştir. Özellikle SDP'den sonra sağlık çalışanları ile hastalar ve/veya sağlık çalışanları ile hastane yöneticileri arasında görülen şiddet olaylarının arttığı bildirilmiştir (Işıklar Karakaya, 2019: 74). Bir katılımcı sağlık personeline yöneltilen şiddet konusunda iyileştirmelerin olduğu ancak şiddetin sebebi de hasta memnuniyetinin amacını aşan bir boyuta ulaştığından kaynakladığını söylemiştir. Katılımcılar 22 Mayıs 2022 tarihinde malpraktis davalarına ilişkin Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın tıbbi müdahalelere karşı cezalara ilişkin açıklamalarına karşılık olumlu dönüşümler olduğu da bildirilmiştir.

5.4.4. Son Dönemde Türk Sağlık Sektöründe Gerçekleştirilen Politikaların Güçlü ve Zayıf Yönleri

Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere “*Son dönemde Türk sağlık sektöründe gerçekleştirilen politikaların sağlık personeli adına güçlü ve zayıf yönleri hakkında ne düşünüyorsunuz?*” sorusu yöneltilmiştir.

Katılımcıların görüşleri iki kategori altında incelenmiştir. Bunlar güçlü ve zayıf yönlerdir. Güçlü yönleri kategorisinde on tema belirlenmiştir. Bunlar; Maddi Düzenlemeler, Atamaların Daha Çok ve Diğer Meslek Gruplarına Göre Kolay Olması, Aile Hekimliği Sistemi, Özlük Haklarında İyileştirmeler, Kurumların Birleştirilmesi, Personel Memnuniyeti, Özel Hastanelerden Devlet Hastanelerine Geçiş, Tam Gün

Yasası, Hasta Memnuniyetine Verilen Önemin Artması ve Şiddeti Önleme Çalışmalarıdır. Güçlü yönleri kategorisinde belirtilme sıklığı en yüksek olan tema maddi düzenlemelerdir. Atamaların Daha Çok ve Diğer Meslek Gruplarına Göre Kolay Olması, Aile Hekimliği Sistemi ve Özlük Haklarında İyileştirmeler teması da bu kategoride sık belirtilen temalar arasındadır.



Şekil 21. Katılımcıların Son Dönem Türk Sağlık Sektöründe Politikalar Kategorisinin Güçlü Tema Dağılımı

Katılımcıların güçlü yönler kategorisine göre örnek görüşler aşağıda yer almaktadır:

“Yeni çıkan döner sermaye yönetmeliği ile maaşlarda da bir adalet sağlandı.”

“Hekimler için son dönemde Döner Sermaye Yönetmeliği geldi, geç kalınmış bir olaydı.”

“Sağlık personeline dair düzenlemeler genelde maaş ile ilgili olmuştur. Özellikle son zamanlarda maddi düzenlemeler ile bazı haklar sağlandı.”

“Birçok sağlık okulu mezunu diğer mesleklere göre daha kolay şekilde atanabiliyor. Hayatını kurup idame ettiriyor.”

“Sağlık personeline dair belirlenen politikalarının güçlü yönleri daha fazla. Sağlık personeli sayısı artmaya başladı.”

“Politikaların güçlü yönü sayıları hatırlayamıyorum ama toplam sağlık personelinin sayısının artmasıdır.”

“Aile Hekimliği sistemi ile birlikte 2. Basamak sağlık tesislerindeki gereksiz hasta yoğunluğu azaltılması ve 2. Basamak sağlık tesisinde görev yapan sağlık personelinin iş yükünü azaltmış olduğunu düşünmekteyim.”

“Kurumlar birleşmeden önce her kurum farklı şeyler istiyordu, iş yükü artıyordu. Ayrıca aile hekimliği sistemi sevk zincirini tam oluşturamasa da acil servis yükünü biraz aldı. Ancak yine de aile hekimine gitmeyip acil servise gelenlerde var.”

“2004 yılına kadar sağlık personelinin yer değiştirme vb. özlük haklarını düzenleyen somut mevzuat hükümleri yoktu sağlık personeli diğer hizmet sektörlerinde çalışanlardan ayrılması gereken kendine has mevzuata ihtiyacı vardı ve 2004 yılından itibaren sağlık personeline özel mevzuat çalışmaları başlamış oldu.”

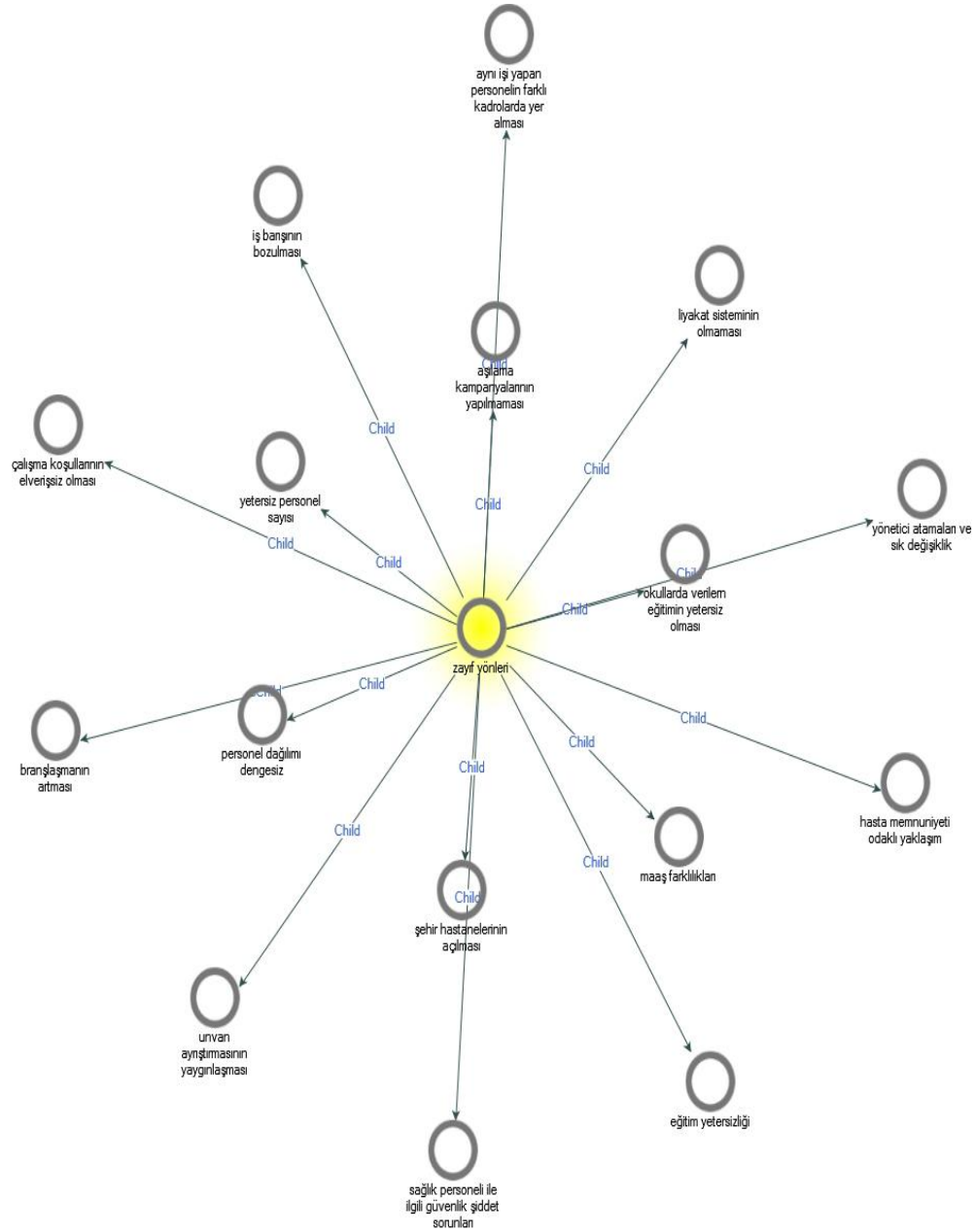
“Daha önce sağlık personelinin özlük hakları çok net değildi. Ancak bu göreve başlayınca biraz daha işin içinde net bir şekilde oluştu.”

“Tam gün yasası ile birlikte kamuda çalışan hekimlere muayenehane açma yetkisinin kaldırılması en başarılı en güçlü personel politikalarından idi.”

“Sağlık sektöründe gerçekleştirilen politikalardan özellikle şiddeti önleme konusunda atılan ciddi adımlar ben de dâhil sağlık çalışanları çok mutlu etmiştir. Hem çalışan açısından hem de başvuran hasta kısmındaki önlemlerle daha güvenilir bir ortam oluşmasına zemin oluşturulmuştur.”

Zayıf yönleri kategorisinde Maaş Farklılıkları, Hasta Memnuniyeti Odaklı Yaklaşım, Sağlık Personeli İle İlgili Güvenlik Şiddet Sorunları, Branşlaşmanın Artması, İş Barışının Bozulması, Aynı İşi Yapan Personelin Farklı Kadrolarda Yer Alması, Liyakat Sisteminin Olmaması, Yönetici Atamaları Ve Sık Değişiklik, Unvan Ayrıştırmasının Yaygınlaşması, Eğitim Yetersizliği, Okullarda Verilen Eğitimin Yetersiz Olması, Şehir Hastanelerinin Açılması, Çalışma Koşullarının Elverişsiz Olması, Personel Dağılımı Dengesiz ve Aşılama Kampanyalarının Yapılmamasıdır. Zayıf yönler kategorisinde ise maaş farklılıkları teması olmuştur. Katılımcıların görüşlerine göre maaş düzenlemelerinin yapılmış olması güçlü yön olarak görülmekte iken sağlık personelleri arasında istihdam edilme şekilleri, döner sermaye gibi yönetmeliklerden dolayı oluşan maaş farklılıklarını zayıf yön olarak belirtilmiştir. Hasta Memnuniyeti Odaklı Yaklaşım ve Sağlık Personeli İle İlgili Güvenlik Şiddet Sorunları zayıf yönlerde belirtilme sıklığı yüksek olarak belirlenmiştir. Katılımcıların görüşlerine göre hasta memnuniyetine odaklanan yaklaşım sağlık personeline karşı şiddeti artırmıştır.

Katılımcıların görüşlerine göre zayıf yönler kategorisinde daha fazla tema belirlenmiş olup belirtilme sıklığı da artmıştır.



Şekil 22. Katılımcıların Son Dönem Türk Sağlık Sektöründe Politikalar Kategorisinin Zayıf Tema Dağılımı

Katılımcıların zayıf yönler kategorisine ilişkin örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur:

“Zayıf yönlerinden başlamak istiyorum. Personel politikasında çok fazla kadro ve sınıf yapılandırması olması aynı işi yapan insanların farklı kadro ve sınıfta olması ve bunlar arasındaki ücret dengesizliğinin personel barışını bozduğunu düşünmekteyim.”

“Tüm sağlık personeli döner sermayeyi konuşuyor. Ayrışma yarattı maalesef. Sağlık personeli bu anlamda birbirleriyle çatışıyor.”

“Mali açıdan teşvikle birlikte doktorlarda iyileştirme var. Ancak bu durum sağlık personeli arasında bir çatışma oluşturdu. Doktorlar ile sağlık personeli arasında çok uçurum olmaması gerekiyor. Ücret adaletsizliği var maalesef.”

“Yapılan değişikliklerin çoğu sosyal devlet anlayışına göre düşünüldüğünden değişikliklerin odağında sağlık personelinden çok hasta odaklı yapılmıştır. Bu nedenle sağlık personeli adına güçlü olan çok fazla şey olduğunu düşünmüyorum.”

“Dengenin hasta lehine kaydığını düşünüyorum. Eskiden hastane ve muayenehaneye gidilirdi. Ancak kavga ve şiddet yoktu. Şimdi her şey rahat ama hastaların yaklaşımı çok değişti. Şiddet yaygınlaştı.”

“Sağlık sektöründeki politikalarla sağlık personelinin eli zayıfladı. Hatta doktor ile hasta arasındaki ilişkide zayıfladı. ‘Sen benim vergimle buradasın’ anlayışı var. Karşısındakinin de insan olduğunu unutuyorlar.”

“Hasta haklarına daha fazla önem verilmesi ile bazı kesimlerin bu hakları suiistimal etmesine ve Sağlık çalışanlarına şiddet uygulamasına neden olduğunu düşünüyorum.”

“Kişi başı fazla dağılımının çokluğu, sağlık sektöründe görev tanımlarına uygun çalışılmaması artı iş yükü olmuştur.”

“Farklılıklar güzel ve kuruma katkı sağlıyor. Ancak bu durumun personel içerisinde ayırtırmaya dönüşmemesi gerekmektedir.”

“Sağlık sektörü gibi çok hayati ve ağır maliyetli bir sektöre liyakati olmayan kişiler gelmeye başladı.”

“Siyasi etkide çok oluyor. Liyakat yok, bu da motivasyon kaybı oluşturuyor.”

Herkes tek bir mevzuata göre çalışmalıdır. Hiyerarşik sistem ona göre ayarlanması gerekir. Bazı personel torpille girdiği için işleri bu şekilde halletmeye çalışıyor.”

“Son dönemdeki pandemi olayından sonra maalesef stajlar sektöre uğradı. YÖK sigorta primlerini değiştirdi.

Öğrenci stajları çok azaldı. Niye devlet hastanelerine gitmiyoruz eğitim için?”

“Şehir hastanelerinin açılmasıyla verilen hizmet kalitesinin (koordinasyon bozukluğu, birçok hastaneden sonra tek hastanede birleşme ile çalışanlar arasında huzursuzlukların olması, vb.) düşmesi. Hizmet sunucuları ve alıcılarının mutsuz olması”.

Tablo 9. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Türk Sağlık Sektöründe Gerçekleştirilen Politikaların Sağlık Personeli Adına Güçlü ve Zayıf Yönleri

KATEGORİ	TEMA	N
GÜÇLÜ YÖNLERİ	Maddi Düzenlemeler	6
	Atamaların Daha Çok ve Diğer Meslek Gruplarına Göre Kolay Olması	5
	Aile Hekimliği Sistemi	3
	Özlük Haklarında İyileştirmeler	3
	Kurumların Birleştirilmesi	2
	Personel Memnuniyeti	2
	Özel Hastanelerden Devlet Hastanelerine Geçiş	2
	Tam Gün Yasası	1
	Hasta Memnuniyetine Verilen Önemin Artması	1
	Şiddeti Önleme Çalışmaları	1
	TOPLAM	26
	Tema	N
ZAYIF YÖNLERİ	Maaş Farklılıkları	10
	Hasta Memnuniyeti Odaklı Yaklaşım	8
	Sağlık Personeli ile İlgili Güvenlik Şiddet Sorunları	8
	Branşlaşmanın Artması	5
	İş Barışının Bozulması	4
	Aynı İşi Yapan Personelin Farklı Kadrolarda Yer Alması	3
	Liyakat Sisteminin Olmaması	3
	Yönetici Atamaları ve Sık Değişiklik	2
	Unvan Ayrıştırmasının Yaygınlaşması	2
	Eğitim Yetersizliği	2
	Okullarda Verilen Eğitimin Yetersiz Olması	1
	Şehir Hastanelerinin Açılması	1
	Çalışma Koşullarının Elverişsiz Olması	1
	Personel Dağılımı Dengesiz	1
	Aşılama Kampanyalarının Yapılmaması	1
TOPLAM	52	

Çirpici'nin çalışmasında (2010) ek ödemelerin adil dağıtılmadığı ortaya konulmuştur. Ayrıca sağlık personeline ödenen ek ödemenin hekim bazlı olduğu vurgulanmıştır. Dolayısıyla bu durum sağlık hizmetlerinde çalışan diğer sağlık personeli motivasyon anlamında da olumsuz etkilemektedir.

Harun Kırılmaz, Mehmet Bağış, Bilal Salım ve İsmail Şimşir'in (2015) "*Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*" başlıklı makalesinde kamu hastaneleri birliklerinde görevli on beş orta ve üst düzey yöneticilerle görüşülmüştür. Katılımcıların tamamı özlük hakları başlığında ücret-sorumluluk ikilisine değinerek ücret artışının doğru orantılı gitmediğini vurgulamışlardır.

Kaplan'ın (2013) çalışmasında katılımcıların %54,9'u aldıkları ücretten memnuniyetsiz çıkmıştır. %33,9'u memnuniyet duymuştur, %11,1'i de kararsız kalmıştır. Kaplan'ın çalışmasında katılımcıların %42,8'i farklı istihdam türlerinin farklı ücret almalarından memnuniyetsiz; %39,3'ü memnundur. Sonuç olarak farklı istihdam türlerinin farklı ücret almaları çok da hoş karşılanmamaktadır.

Demir (2018) hekim olan ve hekim olmayan yöneticilerle görüşme temelli bir çalışma uygulamıştır. Görüşme sırasında hekim olmayan yöneticiler hekim olan yöneticilere göre daha az ek ödeme aldıklarını beyan etmişlerdir. Dolayısıyla hekim olan yöneticiler ile hekim olmayan yöneticilerin ücretleri arasında adil bir uygulama olmadığı belirtilmiştir. Aynı işi yapan yöneticiler arasında eşit ücret uygulamanın olmayışı bir sorun olarak görünmüştür. Ayrıca yöneticiler bu durumun sağlıksız olduğunu, istikrarı bozduğunu söylemişler ve bunlara bağlı olarak hakkaniyetli bir ödeme sisteminin oluşturulmasını istemişlerdir.

Cihan Sağlam'ın (2019) "*Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerdeki Sözleşmeli İdarecilerin İş Doyum Düzeyleri: Ankara İli Örneği*" adlı yüksek lisans tezinde Ankara'da bulunan sağlık kurumlarında görev yapan sözleşmeli yöneticiler ile görüşülmüştür. Katılımcılar yapılan işe karşılık alınan ücretten memnuniyet duyulmaması oranı oldukça fazladır. Her ne kadar katılımcı yöneticiler diğer sağlık çalışanlarına oranla fazla ücret alsalar da üstlenilen sorumluluk ve alınan yönetsel riskler fazlalığı nedeniyle ücretin yetersiz kaldığını bildirmişleridir.

İhsan Öztunç'un (2017) "*Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Zonguldak İli Kamu Hastaneleri Birliği Uygulaması*" adlı çalışmasında performansa dayalı ek ödeme alan personelin durumlarını incelemiştir. Katılımcılar aynı işi yapıp birbirlerinden farklı bir ödeme alan

personel arasında huzursuzluk olacağını söylemişlerdir. Hatta katılımcıların %67,3'ü ek ödemelerin işbirliğini arttırıp arttırmadığı sorusuna da olumsuz yanıt vermişlerdir.

Bu sorunun güçlü yanları kısmına büyük çoğunlukla yine üçüncü soruya verilen cevapla uyumlu olarak ücret artışı cevabı verilirken zayıf yönleri için de çok ilginçtir ki ücret artışı cevabı verilmiştir. Ayrıca 10 katılımcı da daha karamsar olarak güçlü yönleri olmadığını bildirmiştir. Katılımcıların beşte birinin böyle düşünmesi oldukça düşündürücüdür. Katılımcılar bu durumu Ağustos 2022'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliği çerçevesinde değerlendirmiştir. Ücret çalışanı motive eden önemli ekonomik araçlardan biridir. Motivasyonu tam bir personel kurumun hedeflerine ulaşma doğrultusunda yol alır. Ancak ücret artışının belirlenme işleminin tam olarak yapılması ve artış tespitinin doğru sağlanması gerekmektedir. Aksi takdirde sonucun olumlu olması beklenirken olumsuz olacak; personel arasında adil ve eşit iş-ücret anlayışı sekteye uğrayacaktır (Tortop, 1999: 107).

Katılımcıların son dönem sağlık politikalarının sağlık personeli adına zayıf yönü cevabı ücret sistemi olarak not alınmıştır. Ücret sisteminin olumsuz olarak algılanmasının nedeni Döner Sermaye Yönetmeliği'nin sadece hekimler için büyük bir getiri sağlarken diğer sağlık çalışanlarına veya hekim olup yönetici ve aile hekimliği alanında sözleşme imzalayan hekimlere getiri sağlanamamıştır. Çoğu olumsuz cevapta bu durumun ayrışma yarattığı ve adaletsizlik oluşturduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların bazıları son dönem sağlık politikalarının sağlık personeli adına güçlü yönü için sağlık personeli alımlarının oldukça fazla olduğunu, iş bulma konusunda sıkıntı yaşanmadığı, sağlık kurumları içinde bu durumun sağlık hizmetinin tam olarak sağlanabilmesi adına gayet iyi olduğunu vurgulamışlardır.

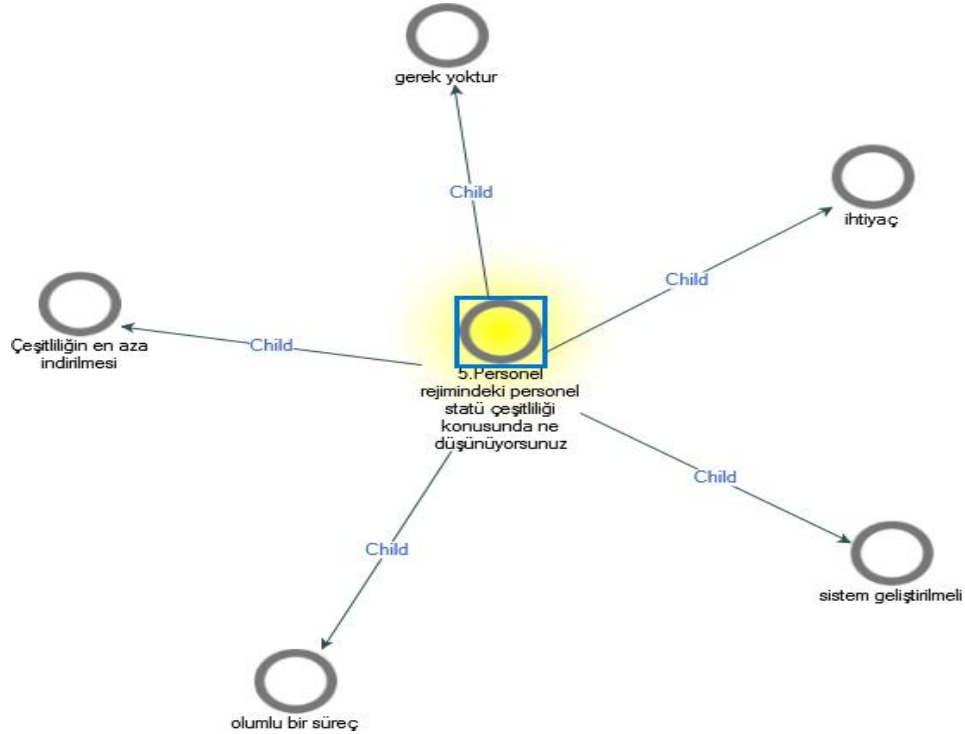
Ücretler konusundan sonra yine sık sık gündeme gelen şiddet konusu cevaplara yansımıştır. Aslında yapılan yenilikler ve politikalar bu konularda gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar tarafından şiddet olaylarının çokluğu bildirilirken diğer yandan katılımcıların büyük çoğunluğu hasta hakları kadar çalışan haklarının önemsenmediğini, yapılan politikaların yetersiz kaldığını ve politikaların hastalar tarafından yanlış anlaşıldığını, yanlış anlaşıldığı içinde şiddet olaylarının yaygınlaştığını söylemişlerdir.

Katılımcıların birçoğu da diğer personelden daha da olumsuzluğa kapılarak yapılan politikaların sağlık personeline yansıyan hiçbir güçlü yönünün olmadığını vurgulamıştır. Hatta bu soruyu cevaplamaya zayıf yönlerinden başlamış ve güçlü yönüne sıra gelince susmayı tercih etmiştir.

5.4.5. Sağlık Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği

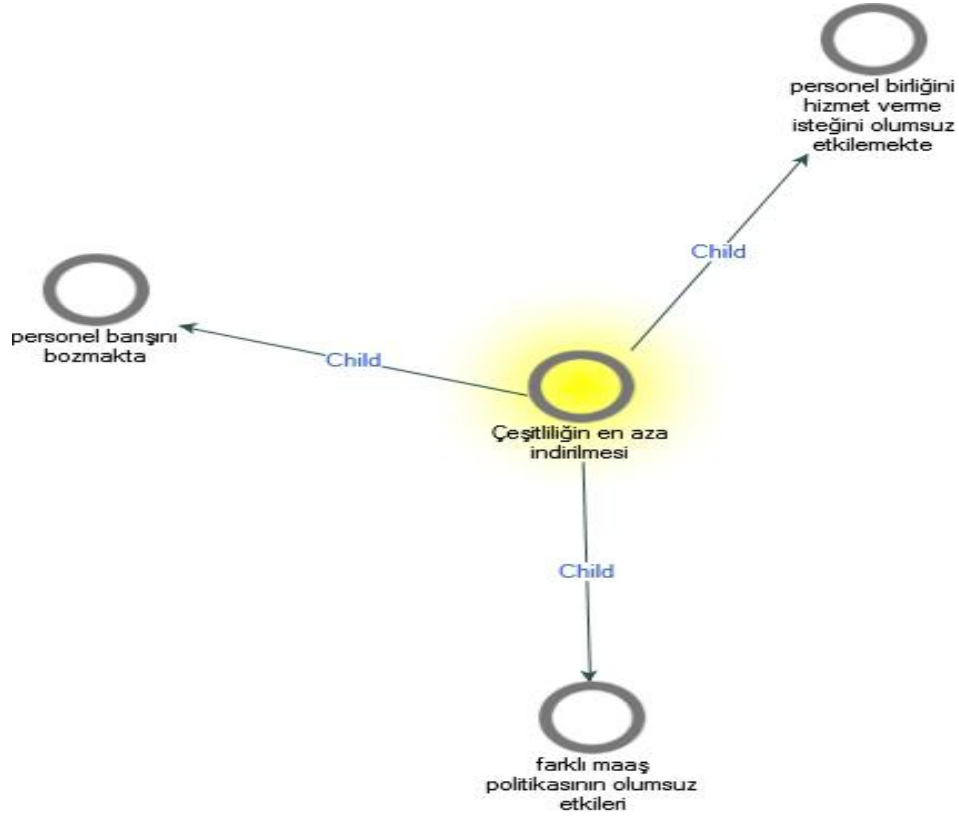
Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere “*Personel rejimindeki personel statü çeşitliliği konusunda ne düşünüyorsunuz? Burada yeni personel statü çeşitlerine ihtiyaç var mıdır?*” sorusu yöneltilmiştir.

Katılımcıların görüşleri beş kategori altında incelenmiştir. Bunlar çeşitliliğin azaltılması, gerek yoktur, çeşitliliğin ihtiyaç olması, olumlu ve sistem geliştirilmelidir. Soruya verilen yanıtlarda belirlenen kategori ve temalarda katılımcıların öncelikler statü çeşitliliğine bakış açıları dikkate alınmıştır. Statü çeşitliliğine yönelik görüşleri belirlendikten sonra temalar belirlenmiştir. Katılımcıların farklı kategorilerde de olsa benzer görüşler belirttiği için benzer temalar ortaya çıktığı tespit edilmiştir.



Şekil 23. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Düşüncelerinin Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların görüşlerine göre belirtilme sıklığı yüksek olan bir diğer kategori çeşitliliği azaltılmasıdır. Bu kategori altında belirlenen temalar; Motivasyonun bozulması, Farklı Maaş Politikasının Olumsuz Etkileri ve İş Barışının Bozulmasıdır.



Şekil 24. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Çeşitliliğin Azaltılması Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların çeşitliliğin azaltılması kategorisine örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur:

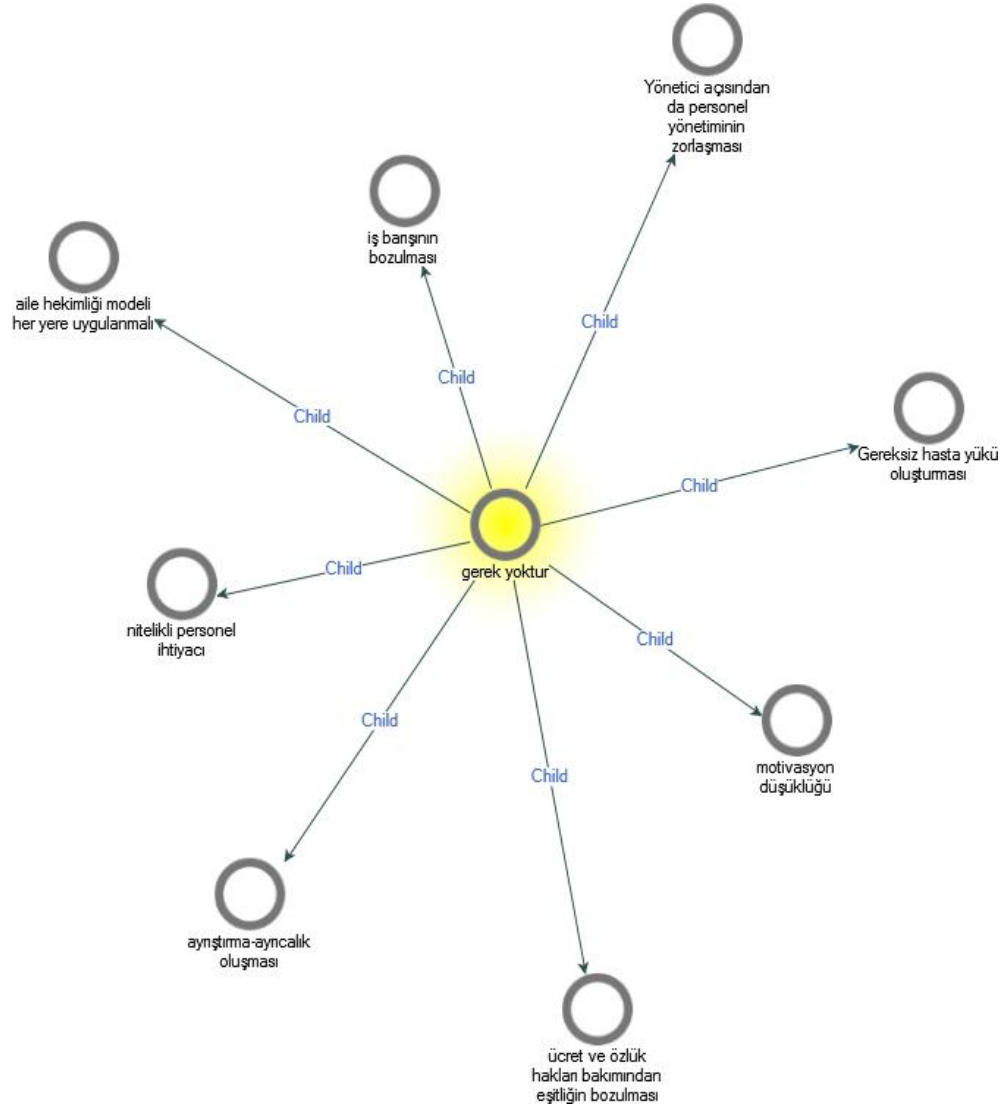
“Statü çeşitliliği personel birliğini, bağlılığını ve hizmet verme isteğini olumsuz etkilemekte, personel barışını bozmaktadır. Çeşitliliğin en aza indirilmesi gerekmektedir.”

“Personel statüsü iyi, açık ve fazlalık yok. Taşerondan geçenlerin ücretleri hekim ve hemşireden fazla oluyor yeri geliyor. Taşerondan sözleşmeliliğe geçenler özlük hakları ve maaşlar anlamında yükselme var. Bu da kurum içinde anarşi sebep olabilir. Personel ihtiyacı yok, sadeleşmek lazım.”

“Çok fazla statü var. Bu statüler sadeleştirilmelidir. Nitelendirilebilir sistem oluşturulmalıdır.”

Katılımcıların görüşlerine göre personel rejimindeki personel statüsünde yaşanan değişikliklerde en çok belirtilme sıklığı çıkan kategori “*gerek yoktur*” kategorisi

olmuştur. Bu kategoride ortaya çıkan temalar; Maaş Ve Özlük Hakları Bakımından Eşitliğin Bozulması, Ayrıştırma-Ayrıcalık Oluşması, İş Barışının Bozulması, Yönetici Açısından, Personel Yönetiminin Zorlaşması, Motivasyon Düşüklüğü, Gereksiz Hasta Yükü Oluşturması, Aile Hekimliği Modelinin Uygulanması ve Nitelikli Personel İhtiyacıdır. Katılımcıların görüşlerine göre bu kategoride en sık belirtilen tema maaş ve özlük hakları bakımından eşitliğin bozulmasıdır. Yine personel arasında ayrıştırma-ayrıcalık oluşması ve iş barışının bozulması belirtilme sıklığı yüksek olan temalardandır.



Şekil 25. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Gerek Yoktur Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların gerek yoktur kategorisine örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur:

“Statü çeşitliliğini çalışan barışını bozan en önemli unsur olarak görüyorum. Aynı işi yapan ama 4/A, 4/B, 4/C, 4924 gibi kadro çeşitliliği olan farklı özlük haklarına sahip personelin (istihdam, mali haklar) bir arada yaşadığı ortamlarda farkı yaklaşımlarla karşılaşıyor.”

“Sağlıkta dönüşümde özellikle SSK-devlet hastanesi çalışanı bir çatı altında toplanmışken günümüzde farklı statülerde çalışan çeşitliliği yine sorun oluşturmaktadır. Hastanelerde taşerondan kadroya geçişler yaşandı. Ancak bu durum fırsat eşitliğini bozdu. İhtiyaç yokken farklı statüler oluştu.”

“İş barışı yok. İşçi olarak çalışanlar İş Kanunu’na görev sözleşme imzalıyorlar. Önceden taşeron firmayla ihaleler yapılırdı. O personel 4/D’ye geçti. Ancak taşeronda çalışanlardan hepsi kadroya geçmedi, mutfak hizmetleri ve bilgi işlem çalışanları taşeron personel olarak görevlerine devam etmektedir. Ancak bütünlük de yok. Tıbbi sekreterlikte hem 657 sayılı Kanun’a tabi çalışanlar var hem de taşerondan geçen personel var. Unvanlar aynı olmasına rağmen bayram veya fazla çalışma yövmiyeleri var.”

“Sağlık sistemindeki personel çeşitliliği ile ilgili sıkıntı yaşıyoruz. Sonradan kadroya geçenler var. Uygulamalar farklı. İşçi-memur ayrımı yeterli, hatta hepsi sadece 657’li olsun. Tek mevzuat, tek uygulama olmalıdır. Ancak şimdi işçilerin memurlar karşısında kazanılmış hakları fazladır. Örneğin işçiyi hastanede fazla çalıştıramazsınız, belli bir saat ayarlamaları var, İş Kanunu’nda öyle; ancak memur istediğimiz kadar kalabiliyor, çalıştırabiliriz.”

“Tek bir personel sistemi olmalıdır. 4/A, 4/B, sözleşmeli olmamalı. Bu sistem bu şekilde parçalı ve ayrıık olduğu için haksızlıklar oluşuyor. Hatta personel arası iletişimsizlik oluşuyor. Aslında hepimiz bir ekibiz, ayırıştırma-ayrıcılık olmamalı, sistem bu şekilde işlemeli.”

“Çok fazla ve çeşitli sağlık personeli var. Maaş konusunda olsun, izin konusunda olsun, kısaca uygulama açısından farklılık oluşturulmuştur. Tek tip personel olsa her şey daha kolay olur. Yönetici açısından da personel yönetimi kolaylaşır.”

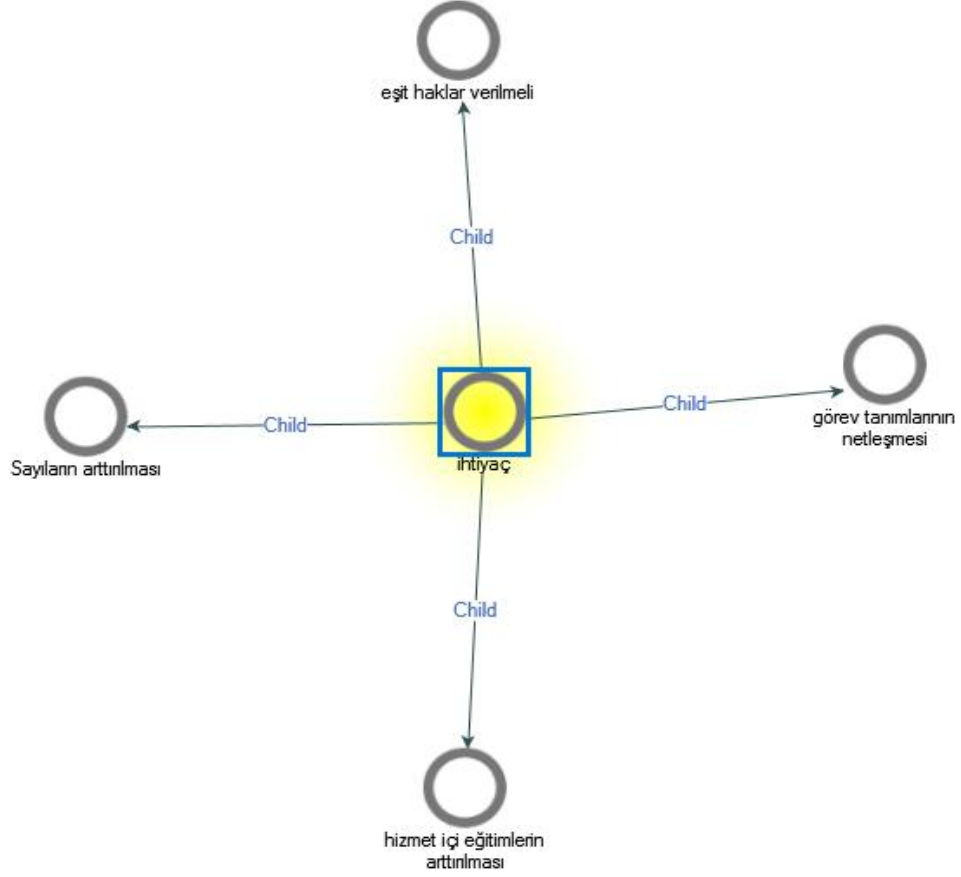
“Eşitliğin sağlanması gerekiyor. Aynı işi yapanlar her anlamda eşit olmalıdır. Çok fazla multi disiplinler var. Statüleri ortak yürütmek çok zordur.”

“Düzeltilmesi gerekiyor. Bir yönetmelik – yasa gerekli. Tek yönetmelik, tek statü olmalıdır. Ayrıca aile hekimliği modeli her yere uygulanmalıdır. Yapıda her şey ile aile hekimi ilgileniyor.”

“Sağlık politikaları gereği gereksiz hasta bakılıyor. Bu durumda bana siyasi ve oy kaybı düşüncesini gibi geliyor. Gereksiz hasta yükü nedeniyle ihtiyacı olan tam anlamıyla ulaşamıyor. Bu durumda randevu bulamama, hekimde soğuma, hata riski oluyor. Ayrıca mali yük de oluşuyor. Bilimsellikten uzak popüler politikalar var.”

“Bence yok. Ama daha nitelikli personellere ihtiyaç var. Örneğin kriz yönetebilen, strese daha dayanıklı vb.”

Katılımcıların değerlendirmelerine yönelik belirlenen bir diğer kategoride statü çeşitliliğinin ihtiyaç olmasıdır. Bu kategoride belirlenen temalar; Eşit Haklar Verilmesi, Görev Tanımlarının Netleşmesi ve Hizmet İçi Eğitimlerin Arttırılmasıdır.



Şekil 26. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki İhtiyaç Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların statü çeşitliliğinin ihtiyaç olması kategorisine örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur:

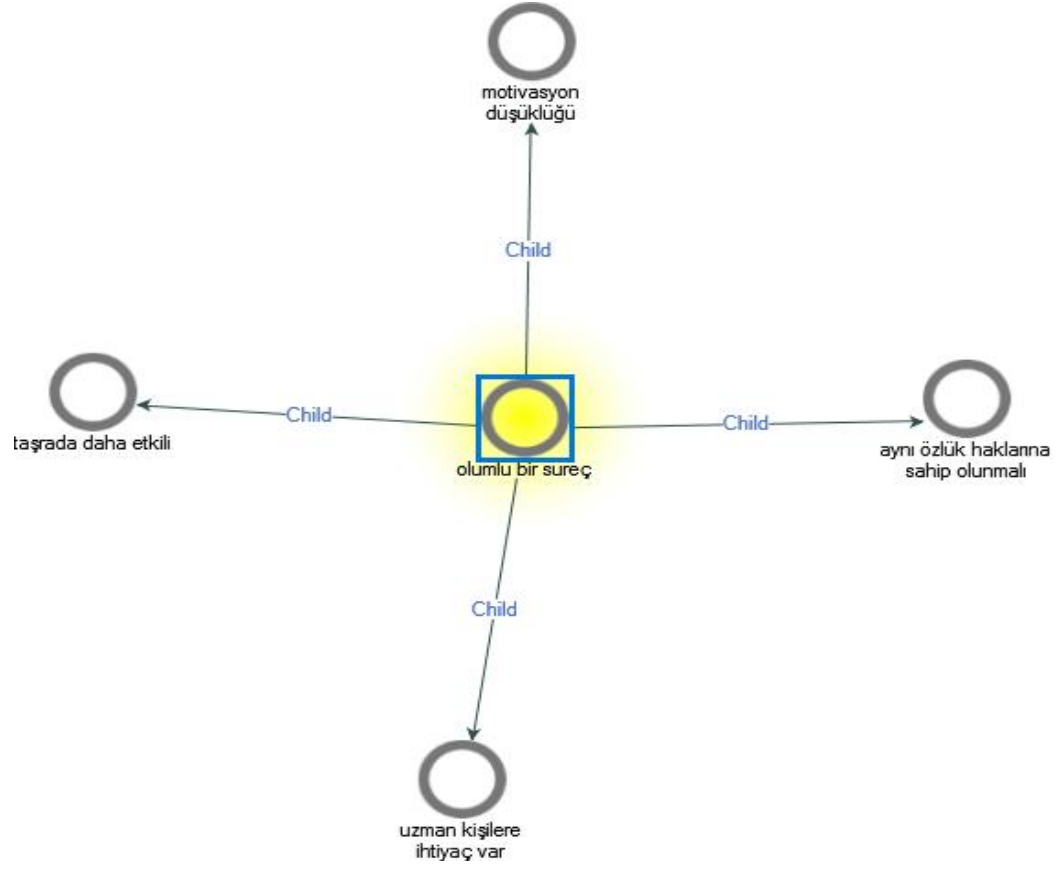
“Çeşitlilik gerekli. Sağlık personeli olmalı. Hatta daha da artması gerekiyor.”

“Personel statü çeşitliliği yıllar içerisinde ihtiyaçtan dolayı artmıştır. Statü çeşitliliğinden çok farklı statülerde çalışan personelin görev tanımlarının geçirilmesi gerekiyor. Sayıların artırılması ve hizmet içi eğitimlerin artırılması gerekiyor.”

“Personel statü çeşitliliğine tabip ve uzman tabip unvanında bölgesel olarak ihtiyaç olduğunu düşünüyorum. Ancak bu çeşitlilik aynı sağlık tesisi için aynı unvanlarda eşit pozisyon hakkı verilmesi kaydı ile.”

“Çeşitliliğe ihtiyaç vardır. İlgili kanun, mevzuat, yönetmelik olduğu olguda personele her zaman ihtiyaç duyulduğu süreçlerde çeşitlilik her zaman önem arz etmektedir. İlgili politikalar mevzuatlar ışığında hazırlandığında çalışan haklarına uygun hareket edildiği kanısındayım.”

Katılımcıların görüşlerine göre personel rejimindeki personel statü çeşitliliğinin değerlendirilmesinde belirlenen bir diğer kategori olumlu yönde olmasıdır. Bu kategoride belirlenen temalar ise; Aynı Özlük Haklarına Sahip Olunması, Uzman Kişilere İhtiyaç Olması ve Taşrada Etkisidir.



Şekil 27. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Olumlu Bir Süreç Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların statü çeşitliliğini olumlu olarak değerlendirdikleri kategoriye örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur:

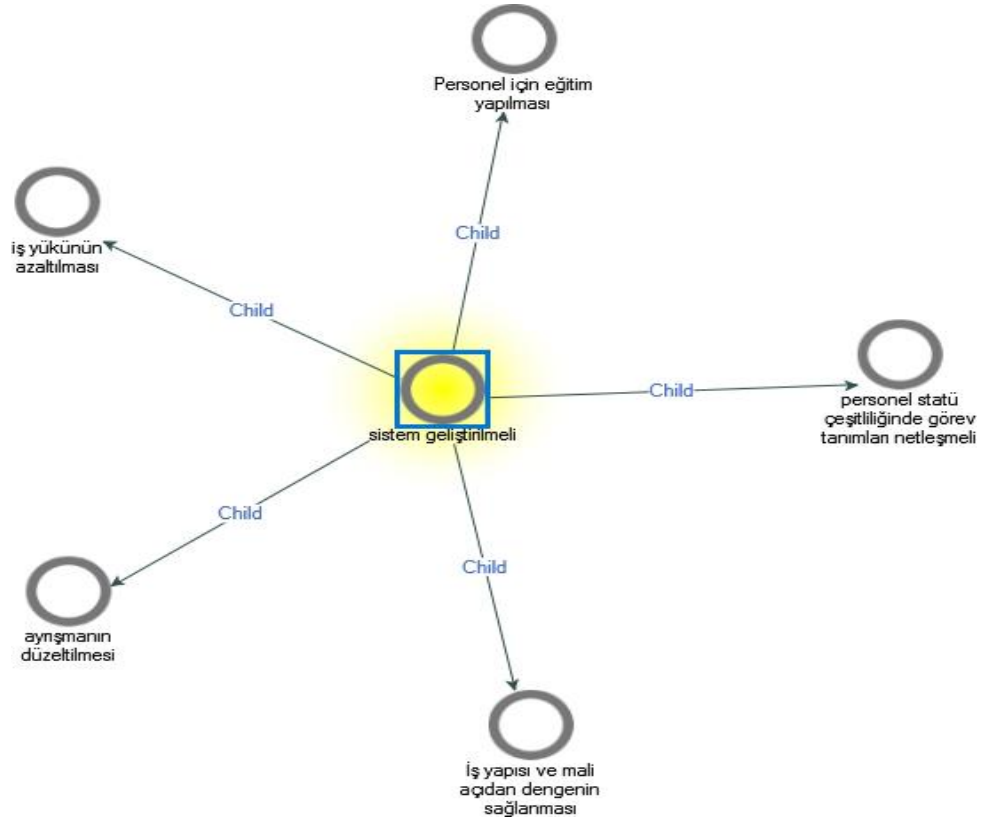
“Çeşitlilik olumlu bir şey. Taşrada daha etkili oluyor ve sağlık tesislerinde bulunulması gerekiyor. Personelin iş yerine bağlanması önemli ama statüler arasındaki maaş farklılıkları olumsuzdur. Bir birimde çalışanların statüleri aynı olmalıdır. Farklılık olması nedeniyle çalışmada adaletsizlik oluyor. 45/A ve 4/B çalışmaları destekliyorum. Sağlık personeli ihtiyacı olan sağlık tesisleri için ve sağlık hizmetlerinin yürümesi için olumlu bir şey.”

“Çeşitlilik olması güzel. Farklılıklar güzel ve kuruma katkı sağlıyor. Ancak bu durumun personel içerisinde ayrıştırmaya dönüşmemesi gerekmektedir.”

“Statü çeşitliliği olumlu bir süreç. Branşlaşmalı ve profesyonelce yaklaşılmalı. Şöyle ki ancak genel alt yapı verilerek branşın uygulamayacağı alanlarda da genel sağlık hizmeti de verebilmelidir.”

“Tabii ki var. Gelişen teknoloji yapısıyla personel yapısının değişmesi gerekmektedir. Eğitim almış, uzman kişilere ihtiyaç duyulmaktadır.”

Katılımcıların görüşlerine göre belirtilme sıklığı yüksek olan bir diğer kategori “sistemin geliştirilmesidir”. Bu kategoride belirlenen temalar; Görev Tanımlarının Netleşmesi, Ayrışmanın Düzeltilmesi, İş Yapısı ve Mali Açından Dengenin Sağlanması, Personel İçin Eğitim Yapılması ve İş Yükünün Azaltılmasıdır.



Şekil 28. Katılımcıların Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliği Konusundaki Sistem Geliştirilmeli Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların sistem geliştirilmelidir kategorisine örnek görüşleri aşağıdadır:

“Statü çeşitliliği faydalı olmakla birlikte gerekliliği değerlendirilerek ya da farklı bir statünün de yapabileceği işlerin ayrımını yaparak belirlendiğinde daha verimli ve net rollerin ortaya çıkacağını düşünmekteyim.”

“Yıllar içinde çeşitli branşlardaki personel açığı hizmet çeşitliliğinden dolayı artmıştır. Ancak görev tanımları yenilenmemiştir. Görev, yetki, sorumlulukların yenilenmesi ve bazı branşlardaki personelin hizmet içi eğitim programlarının daha çok olması gerektiğini düşünüyorum.”

“Hakları ve mevzuatları çok çok farklı. Maaş anlamında da sıkıntılar yaşanıyor. Taşerondan kadroya geçenler mesela tıbbi terimlerden anlamıyorlar. Eğitim bu aşamada fark ediyor. Burada girişlerle ilgili çok hata düzeltiyoruz. Sistem geliştirilebilir.”

“Çeşitlilik olmalıdır. Bir hastaneyi yönetmek çok zor. Öğrenim görmüş personelin olması çok önemli. Çeşitlilikler arasında ayırıştırma olabiliyor. Eşitliğin sağlanması gerekiyor. Aynı işi yapanlar her anlamda eşit olmalıdır.”

“Eğer iyi bir sistem varsa her türlü farklılığı kaldırır. İş yapısı ve mali açıdan dengenin sağlanması gerekiyor.”

“Personel rejimindeki personel statü çeşitliliği iş yükünün azaltılması adına yapılabilir.”

Tablo 10. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Personel Rejimindeki Personel Statü Çeşitliliğinin Değerlendirilmesi

Kategori	Tema	N
Çeşitliliğin Azaltılması	Motivasyonun bozulması	3
	Farklı Maaş Politikasının Olumsuz Etkileri	2
	İş barışının bozulması	2
	Toplam	7
Gerek Yoktur	Tema	N
	Maaş Ve Özlük Hakları Bakımından Eşitliğin Bozulması	14
	İş Barışı ve Motivasyonun Bozulması	11
	Ayrıştırma-Ayrıcalık Oluşması	9
	Yönetici Açısından Personel Yönetiminin Zorlaşması	5
	Gereksiz Hasta Yükü Oluşturması	2
	Aile Hekimliği Modelinin Uygulanması	1
	Nitelikli Personel İhtiyacı	1
Toplam	43	
Çeşitliliğin İhtiyaç Olması	Tema	N
	Personel Sayısının Arttırılması	2
	Eşit Haklar Verilmesi	2
	Görev Tanımlarının Netleşmesi	1
	Hizmet İçi Eğitimlerin Arttırılması	1
Toplam	6	
Olumlu	Tema	N
	Aynı Özlük Haklarına Sahip Olunması	3
	Uzman Kişilere İhtiyaç Olması	2
	Taşrada Etkisi	1
Toplam	6	
Sistem Geliştirilmeli	Tema	N
	Görev Tanımlarının Netleşmesi	6
	Ayrışmanın Düzeltilmesi	5
	İş Yapısı Ve Mali Açıdan Dengenin Sağlanması	5
	Personel İçin Eğitim Yapılması	3
İş Yükünün Azaltılması	1	
Toplam	20	

Ahmet Kaplan'ın (2013) yüksek lisans tezinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarına çalışan 321 personele anket uygulanmıştır. Çalışmada farklı istihdam

türlerinin olmasından katılımcıların yarıya yakını memnuniyetsiz olduğunu bildirmiştir. 4/A'ya tabi katılımcılar daha çok memnuniyetsiz olurken; sözleşmeli personel memnun olduklarını beyan etmiştir. Ayrıca katılımcıların %54,12'si kendi istihdam türlerinden memnun olduklarını bildirmişlerdir.

Saliha Erdoğan Kaya (2014) yüksek lisans tez çalışmasında İstanbul'da bir kamu hastanesinde görevli personelle ilgilenen yöneticilerle odak grup görüşmesi yapmıştır. Çalışmasında katılımcılar bir kaç mali politikalar nedeniyle istihdamın şekillendiği, 4/B sözleşmeli personel seçimi maaşı döner sermayeden karşılandığı için tercih edildiğini bildirmişlerdir. Ayrıca mali sıkıntıların ve sorunların farklı istihdam şekillerine neden olduğunu ve tüm personeli etkilediğini söylemişlerdir.

Çirpici'nin çalışmasında (2010) sözleşmeli personel kadrolu personele verilen pek çok haktan faydalanamadıklarını söylemişlerdir. Bu haklar genelde atama hakkı, izin hakkı, ücret kesintileri, giyim yardımı gibi özlük haklarıdır. Özellikle atama hakkının verilmeyişi aile birlikteliğini sekteye uğrattıklarını söylemişlerdir.

Fatma Kuzan Topan'ın "Sağlık Kurumlarında Yönetimsel Zorluklar ve Yönetim Algısı" (2015) adlı çalışmasında Kayseri İlinde faaliyette olan 4 özel hastanede çalışan 250 hemşireyle anket uygulaması yapılmıştır. Çalışmada çalışılan sağlık kurumunda farklı personelin çalışmasının yönetimi zorlaştırıp zorlaştırılmadığı sorulmuştur. Bu soruya katılımcıların %50,5'i zorlaştırdığı yönünde görüşlerini bildirmişlerdir. Çalışmada eğitim düzeylerindeki farklılıklarının personel arasında çatışma olup olmadığı sorusuna %57,7'si çatışma olduğu konusunda bu doğrultuda cevap vermişlerdir. Çalışmada katılımcıların %71, 3'ü çalıştıkları kurumlarında hizmet içi eğitime önem verdikleri konusunda kurumlarında önem verildiği bildirilerek olumlu yanıt vermişlerdir.

Sinan Acar'ın "Sağlıkta Dönüşüm ve Yeni İstihdam Biçimleri: Taşeron Sağlık Çalışanları Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme" adlı çalışmasında sağlık personelinin kurumdaki birimlerde dağılımının adil ve yeterli olup olmadığı sorulmuştur. Çalışmaya katılanların sadece %5'i evet cevabını vermiştir. Bir diğer soru da iş yükünün dengeli dağılımına yöneliktir. Katılımcıların %56,7'si hayır cevabını vermiştir. Dolayısıyla katılımcılar arasında personel yetersizliği anlamında bir yönelim ortaya çıkmıştır.

Çalışmaya katılanların yarıdan fazlası kadrolu personel ile taşeron personel ayrımı olup olmadığı sorusuna fikrim yok cevabını vermiştir. Fikrim yok cevabı aslında gizliden de olsa katılımcıların çalıştıkları kurumda böyle bir düşüncelerinin olduğu gösterebilir. Çalışmada (2018), katılımcıların %61,7'lik kısmı taşeron personelinin güvencesinden uzak olduğuna değinmişlerdir. Ayrıca çalışmaya katılan sağlık personeline maaşlarıyla da ilgili bir soru yöneltilmiştir. Aldıkları ücretin yeterli olup olmadığı konusunda yöneltilen bu soruya katılımcıların %94,2'si hayır cevabını vermiştir.

Aslı Köse'nin "Kamu Hastanelerinin Özerkleşmesi Sürecinde Profesyonel Sağlık Yöneticisi İhtiyacının Belirlenmesi Trabzon İline Ait Bir Çalışma" (2008) adlı çalışmasında Trabzon İlinde bulunan sağlık kurumlarında görev yapan yöneticilerin katılımı ile anket uygulaması yapılmıştır. Katılımcılar yönetim ile ilgili karşılaşılan sorunlara yönelik sorulan soruya %86,9'u hastane personelinin becerisinin ve bilgisinin azlığı cevabı verilmiştir. Çalışmaya katılanlara istekleri sorulduğunda ilk sırada sağlık tesislerinde çalışan personelin sorumluluklarının belirlenmesi, görev ayrımının tam olarak yapılması gerektiği söylenmiştir.

Eke'nin çalışmasında (2014), hekimler ve yöneticilerin yarısı SDP'nin sağlık personeli için getirdiği bol motivasyonlu, bilgi ve beceri ile birleştirilmiş insan gücü hükmüne pek de sıcak bakmamışlardır. %51,8'lik bir kısım SDP'nin sağlık personeli açısından istenilen sonuca varamadığı düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcılar, personel rejimindeki personel statü çeşitliliği konusunda ne düşündükleri ve yeni personel statü çeşitlerine ihtiyacın olup olmadığı sorusuna karşılık olumsuz olarak personel çeşitliliğine gerek yok diyenlerin sayısı oldukça fazla olmuştur. Katılımcıların personel çeşitliliğine gerek yok olarak olumsuz cevap vermelerindeki en büyük etken ise izin, yükselme, kesintiler, kanun hükümleri, atama ve yer değiştirme gibi özlük haklarının ve ücret sistemlerinin değişkenliği ve farklılığı gösterilmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde personel alımları son dönemlerde oldukça fazla görülmektedir. Ancak Bakanlık ihtiyacı olan hizmete karşılık daha düşük ücret verebileceği ve özlük hakları anlamında kendisine çok da sıkıntı çıkarmayacak, görev yeri değişikliğinin daha az olan personel tercih etmektedir. Dolayısıyla aynı birimde aynı işi yapan ancak özlük hakları, maaş ve bağlı oldukları mevzuatların farklı olduğu

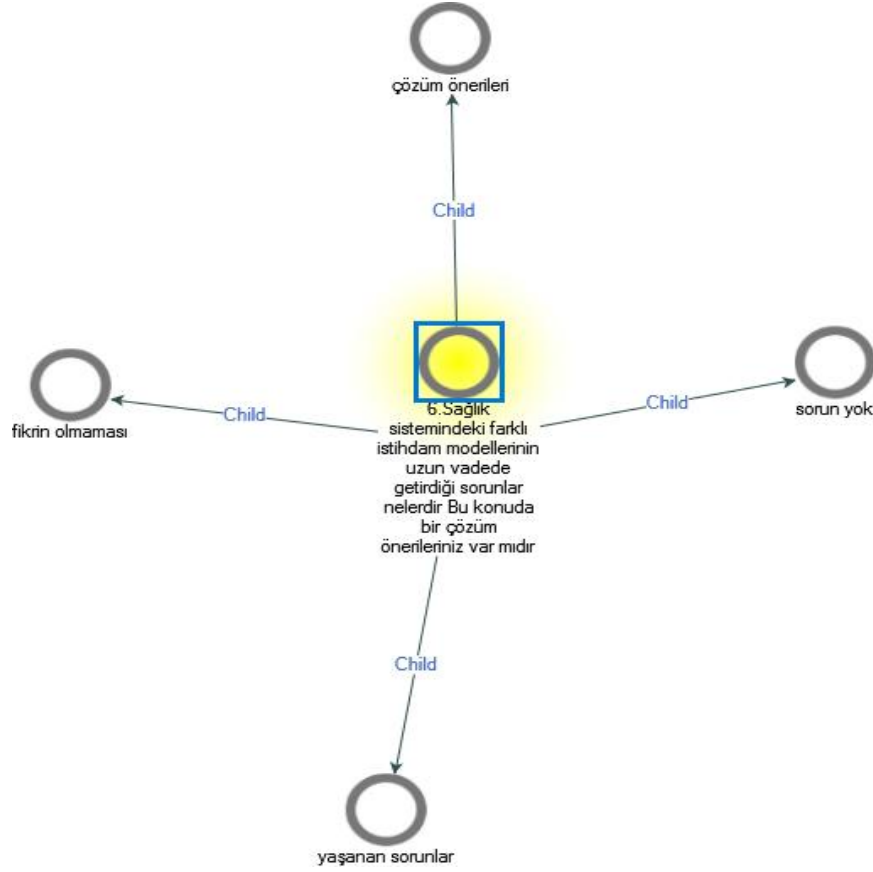
personel yapısı oluşmaktadır. Örneğin bir ilin personel atama işlerine bakan bir birimde çalışan personelin görevi aynı olmasına rağmen yan yana masalarda çalışan pek çok personel sistemine tabi personel bulunmaktadır (4/B, Sürekli İşçi, 657 4/A gibi). Örneğin 4/B sözleşmeli personelin tayin isteme, hizmet puanı, derece ve kademe ilerleme gibi hakkı yoktur; sürekli işçi unvanına sahip personelin tayin hakkı, yükselme hakları yoktur. İzin haklarında bile bazı kısaltmalar bile yapılmıştır. Özellikle ücret anlamında da diğer personel grubuna göre daha düşük maaş almaktadırlar (Asgari ücret uygulaması yapılmaktadır.). Bu gruplar karşısında 4/A'ya göre görev yapan personel hem maaş hem tüm özlük hakları anlamında daha düzenli ve daha çok gelişmiş görülmektedir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde de personel arasında pek çok yönden ayrımların varlığı ve bu ayrımların personel arasında çatışmaya neden olduğu ortaya konulmuştur. Güvenceden, çalışan haklarından ve özellikle ücret yönünden ayrımın oluştuğu aşikardır. Personel sistemindeki bu ayrım aynı zamanda yönetimi ve kanunları uygulayıcıları da zor duruma düşürmektedir. Hem personel arasındaki ilişkiyi rahatlatıp düzgün seviyede tutabilmek hem de personel hakları anlamında farklı soruların ve sorunların anlaşılıp çözülebilmesi ve uygulanabilmesi oldukça zor ve zahmetli bir iş olmuştur.

5.4.6. Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar ve Çözüm Önerileri

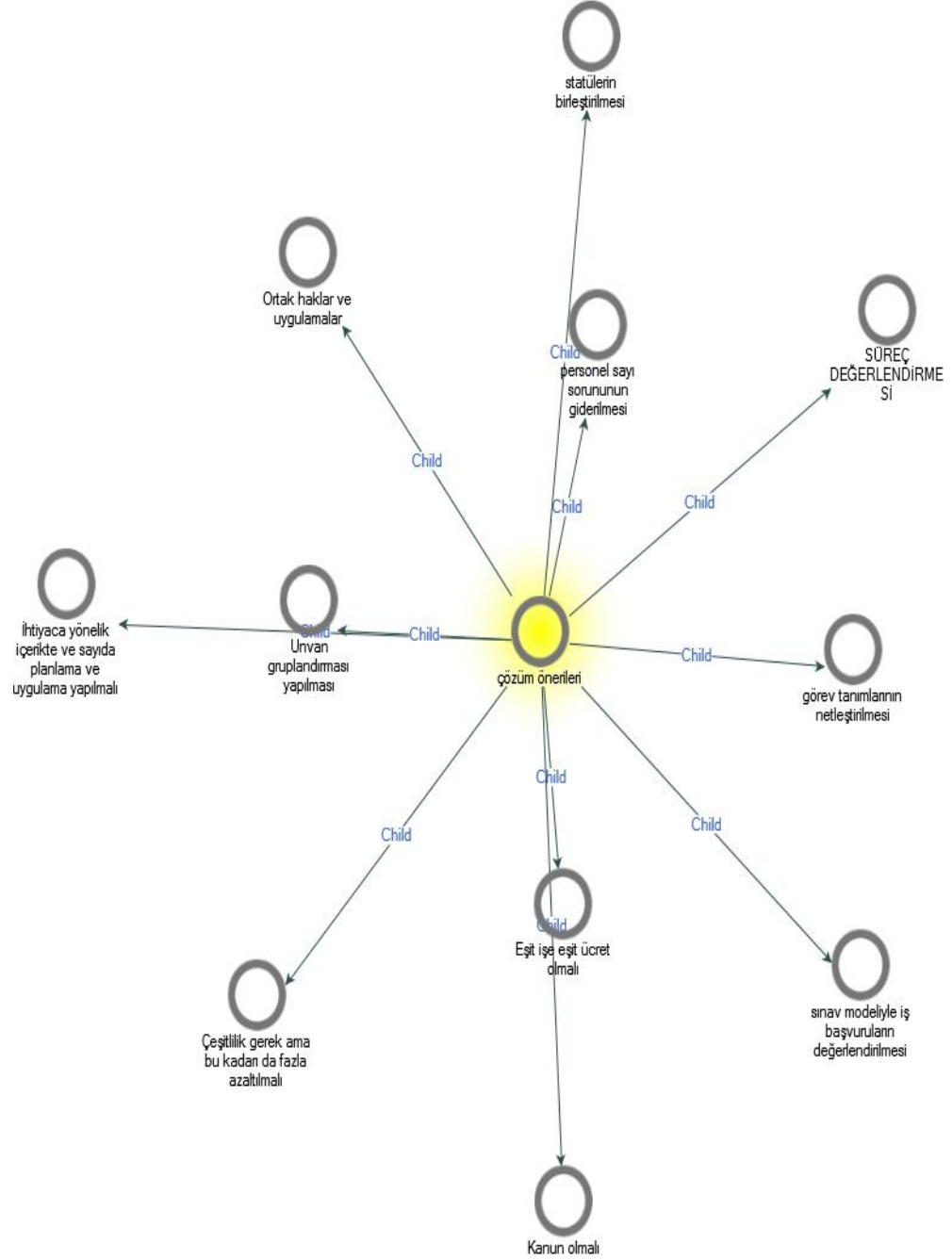
Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere *“Sağlık sistemindeki farklı istihdam modellerinin uzun vadede getirdiği sorunlar nelerdir? Bu konuda bir çözüm önerileriniz var mıdır?”* sorusu yöneltilmiştir.

Katılımcıların görüşleri dört kategori altında incelenmiştir. Bu kategoriler; yaşanan sorunlar, çözüm öneriler, sorun olmaması ve fikrin olmamasıdır.



Şekil 29. Katılımcıların Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlara ve Çözüm Önerileri Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların görüşlerine göre yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerileri kategorisinde on bir tema belirlenmiştir. Bunlar; Statülerin Birleştirilmesi, Ortak Haklar ve Uygulamalar, Eşit İşe Eşit Maaş Olması, Çeşitliliğin Azaltılması, İhtiyaca Yönelik Planlama ve Uygulama Yapılması, Kanun Olması, Görev Tanımlarının Netleştirilmesi, Unvan Gruplandırması Yapılması, Personel Sayı Sorununun Giderilmesi, Sınav Modeliyle İş Başvurularının Değerlendirilmesi ve Süreç Değerlendirmesidir. Belirtilme sıklıkları dikkate alındığında statülerin birleştirilmesi teması en yüksek belirtilen görüş olmuştur. Bunun yanı sıra Ortak Haklar ve Uygulamalar ve Eşit İşe Eşit Maaş Olması belirtilen en yüksek çözüm önerilerindedir.



Şekil 30. Katılımcıların Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar Konusundaki Çözüm Önerileri Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların çözüm önerileri kategorisine yönelik örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur:

“İş tanımları net değil ayrıca ücrette de dengesizlik mevcut. Çeşitli statülere gerek yok, tek sistem üzerinden ilerleyebilir.”

“Personel rejiminde personel statü çeşitleri akademik personel ve idari personel olarak ayrılmaktadır. İdari personeller de 657 sayılı DMK’ya göre 4-A, 4-B, 4-D olarak

çeşitlenmiştir. Aslında burada yeni personel statüsüne ihtiyaç olmamakla birlikte tüm çalışanların tek bir statü altında birleştirilmesinin uygun olacağını düşünmekteyim. Yukarıda da bahsettiğim gibi tek bir statü altında birleştirilmesi gerekir diye düşünüyorum.”

“Personel sisteminin bu farklılaşması önlenmeli, çeşitlilik azaltılmalıdır. Hatta tek elden oluşturulan bir yapı gelmelidir, birlik oluşturulmalıdır, ayrımcılık oluşmamalıdır.”

“Kanun olmalıdır. Sağlık sistemi hali hazırda anında tespit edilip ilerleyen süreçte olumsuzluk olmayacağı kanısındayım.”

“Unvan gruplandırması yapılması gerekiyor. Sistem bizi ne derece idare ediyor, olayların bize etkisi ne olacak? Bu sorulara cevap bulmak gerekiyor.”

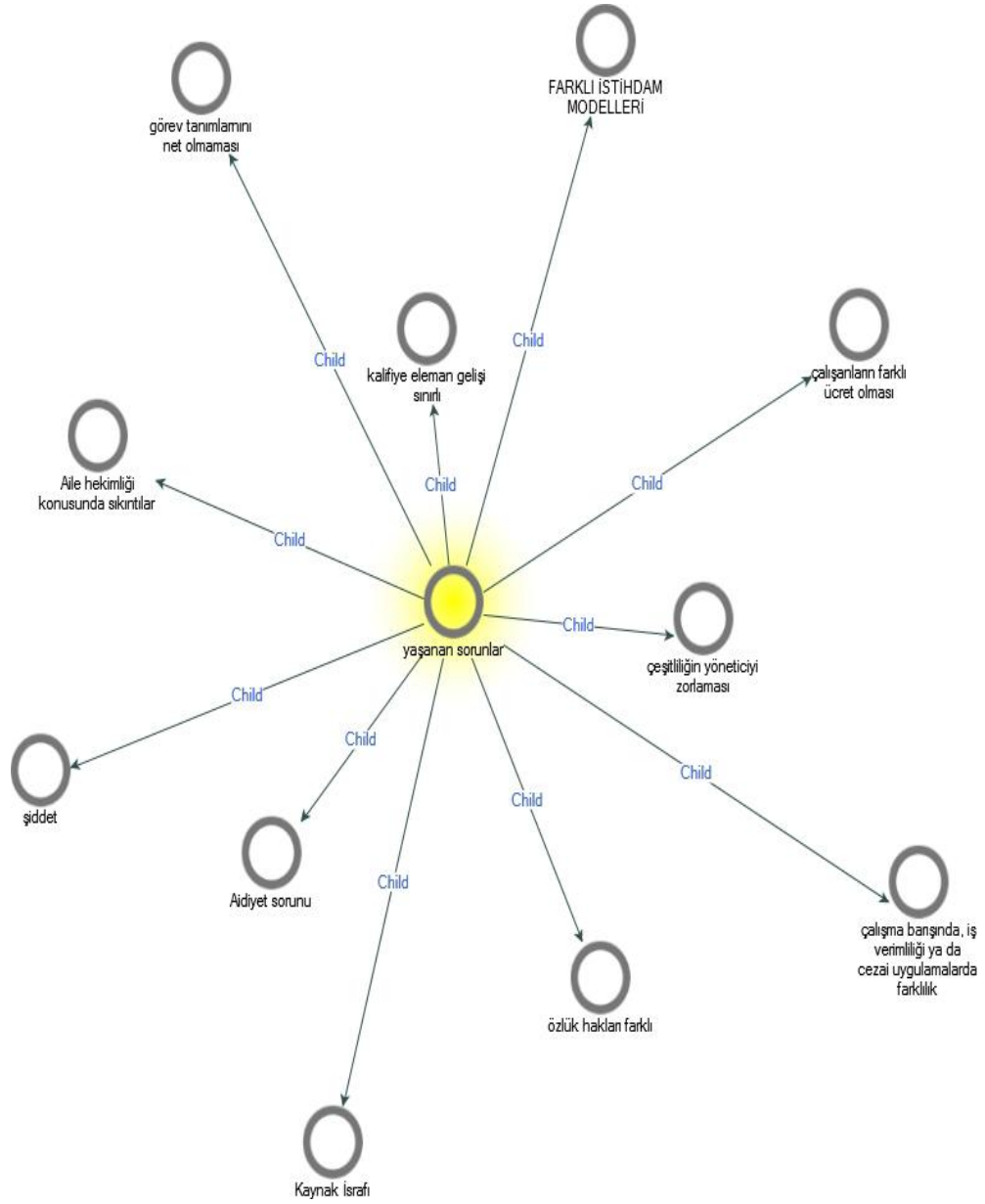
“Ülke genelinde coğrafi bölge alanında sözleşme ile daha fazla ücret alarak istihdam sağlanarak personel sıkıntısının giderileceğini düşünüyorum.”

“Siyasilerin öncesinde hükmetmediği sınav modeliyle iş başvuruların değerlendirilmesidir.”

“Yılda 1 sözlü sınav olmalıdır. Uygulamalı bir sınav olması gerekiyor. 3-4 yılda bir rotasyon gerekiyor.”

Yaşanan sorunlar kategorisinde Çalışanların Farklı maaş alması, Çalışma Barışında, İş Verimliliğinde Azalma, Özlük Hakları Farklı, Çeşitliliğin Yöneticiyi Zorlaması, Görev Tanımlarının Net Olmaması, Aile Hekimliği Konusunda Sıkıntılar, Aidiyet Sorunu, Kaynak İsrافی, Şiddet ve Kalifiye Eleman Gelişi Sınırlıdır. Katılımcıların görüşlerine göre çalışanların farklı maaş alması ve çalışma barışı ile iş verimliliğin azalması belirtilme sıklığı en yüksek olan temalardandır. Katılımcıların görüşleri incelendiğinde farklı istihdam modellerinden dolayı farklı maaş alınmasının iş barışını olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Katılımcılardan iki tanesi farklı istihdam modellerinin sağlık sektöründe sorun olmadığını belirtmiştir. Katılımcılardan bir tanesi ise fikrinin olmadığını bildirmiştir.



Şekil 31. Katılımcıların Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar Konusundaki Yaşanan Sorunlar Tema Dağılımı

Katılımcıların yaşanan sorunlar kategorisine yönelik örnek görüşleri aşağıda verilmektedir:

“Farklı istihdam modelinde özlük hakları da farklı olmak zorunda kalıyor. Kendi mevzuatları doğrultusunda işlem yapılıyor. Bu da çalışma barışında, iş verimliliği ya da cezai uygulamalarda farklılık ve sıkıntı oluşturuyor. Ortak haklar ve uygulamalar olmalı.”

“Sağlık Sistemindeki farklı istihdam modelleri sorunları uzun vadede getirdiği sorunları, işveren ve çalışan açısından değerlendirirsek, işveren için insan kaynağını ve mali kaynağını verimli kullanamaması nedeniyle bu sorunu “Kaynak İsrarı” başlığı altında toplayabiliriz.”

“Çok fazla personel çeşitliliği var. Çeşitlilik gerek ama bu kadarı da fazla; azaltılmalıdır. Bu durum yöneticiji de, mutemeti de, disiplin amirlerini de zorluyor.”

“Günün getirdiği ihtiyaçlar ile farklı istihdam modelleri denenmiş ve bazılarında hala ısrar edilmektedir. Ancak bu konuda ihtiyaçlara uygun, genel ve sürekli bir politika belirlenmeli ve uygulanmalıdır. Sürekli bir politika yoktur. Belirsizlik oluşuyor ve gelecekte mesleği seçecek veya seçen personelde umutsuzluğa ve meslekten uzaklaşmaya sebep olabilir.”

“Aidiyet sorunu ortaya çıkıyor. Ben kadroluyum yada değilim diyor. Bir sahiplenme sorunu var. Uzun vadede sahiplenemiyor. KPSS ile gelenler bir bedel ödeyerek geliyorlar. Ancak taşerondan geçenler ise bir aracı ile iş yaptırma eğilimindedir maalesef.”

“İstihdam edilen personelin özlük hakları, çalışma koşulları farklı olduğundan iş barışı zaman zaman bozulmaktadır. İşleyişte farklı kurumlara tabi olmaları işleyişi ve hizmeti olumsuz yönde etkilemektedir.”

“Kalifiye eleman gelişi sınırlı kalıyor. Zamanla maalesef iş teslimi kalifiye olmayan personele verilecektir.”

“Sağlık da şiddet aklıma gelenlerden. Bakanlığın daha etkili çözmesi gerekiyor. Ayrıca KPSS ile taşerondan kadroya geçenler arasında fark var.”

“Kadro anlamında eşit haklar gerekir. Branşlarda da sadeleşme yoktur. İhtiyaç bazında alımlar olmalıdır. İzin ve maaş farklı olmamalıdır. Disiplin yönünden de çok farklılar.”

“Gidişat iyi değil. İnsanlar mutsuz. Bu durumda yöneticilik de çok zor. Ayrı yönetmelikler, ayrı alımlar var, hepsine hakim olmak zor oluyor.”

“Bölüm içerisinde uyumsuzluklara neden oluyor. Bu durumda işleyiş zorlaşıyor. O yapsın gibi söylemler çıkıyor. İş barışı bozuluyor. Yapılan işler göz önüne getirilmesi gerekiyor. Bir standart oluşturulmalıdır.”

“Bütün statülerin eşit olması gerekiyor. Eşit işe görev ve sorumluluk verilmesi gerekmektedir.”

Katılımcıların sorun olmaması kategorisine dair görüş örnekleri şöyledir: *“Bir sorun teşkil etmez bence. Sözleşme ile çalışanlarda belli bir süre sonra kadroya geçiyorlar zaten. Belirlenmiş bir yönetmelik de var.”* *“İş başvurularında her şey açık. Seçenekler belirlenmiştir. Çalışanlar her şeyi bilerek ve kabul ederek geliyorlar.”*

Katılımcıların fikrin olmaması kategorisine yönelik örnek görüşleri aşağıda sunulmuştur: *“Fikrim yok”*

Tablo 11. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Sistemindeki Farklı İstihdam Modellerinin Uzun Vadede Getirdiği Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Kategori	Tema	N
Çözüm Önerileri	Statülerin Birleştirilmesi	15
	Ortak Haklar Ve Uygulamalar	9
	Eşit İşe Eşit Maaş Olması	8
	Çeşitliliğin Azaltılması	3
	İhtiyaca Yönelik Planlama Ve Uygulama Yapılması	2
	Kanun Olması	2
	Görev Tanımlarının Netleştirilmesi	2
	Unvan Gruplandırması Yapılması	1
	Personel Sayı Sorununun Giderilmesi	1
	Sınav Modeliyle İş Başvuruların Değerlendirilmesi	1
	Süreç Değerlendirmesi	1
	Toplam	0
	Tema	45
Yaşanan Sorunlar	Çalışanların Farklı Maaş Alması	12
	Çalışma Barışında, İş Verimliliğinde Azalma	12
	Özlük Hakları Farklı	8
	Çeşitliliğin Yöneticiyi Zorlaması	6
	Görev Tanımlarının Net Olmaması	3
	Aile Hekimliği Konusunda Sıkıntılar	2
	Aidiyet Sorunu	1
	Kaynak İsrafi	1
	Şiddet	1
	Kalifiye Eleman Gelişi Sınırlı	1
Toplam	47	
Sorun Görmeme	Tema	N
	Sorun Görmeme	2
	Toplam	2
Fikrin Olmaması	Tema	N
	Fikrin Olmaması	1
	Toplam	1

Çirpici'nin çalışmasında (2010) sağlık sisteminde sözleşmeli istihdam modelinin uygulanmasını %96'lık bir kesim olumsuz bulmaktadır. Çözüm önerileri sorulduğunda ise sözleşmeli sağlık personeli istihdamından vazgeçilmesi gerektiğini bildirmişlerdir.

Çalışmada (2010) ayrıca sözleşmeli personel kadrolu personelle kıyaslandığında özlük hakları anlamında eksikliklerinin olduğunu ve bu konu hakkında ayrımcılık yapıldığını bildirmiştir. Bu durumun sınıflar arası gruplaşmaya ve personelin parçalanmasına, çalışma bilincinin yok olmasına neden olmuştur.

Işıklar Karakaya (2019: 62) çalışmasında meclis tutanağında farklı statülerin bulunması ücrette de adaletsizlik oluşturacağı beyan edilmiştir. Personelin farklı olması farklı ücret uygulamalarına ve döner sermayede eşitliksiz sisteme neden olmaktadır. Çözüm olarak tüm sağlık personelin tek bir statüye ulaştırılması, ücretin yeniden belirlenerek ekip ruhunun zedelenmesine mahal verilmemesi, aynı işi yapan arasında ücret eşitsizliğinin yok edilmesi sunulmuştur. Ayrıca başka bir meclis tutanağında farklı statülerdeki istihdamın iş barışını bozduğu, her sağlık personelinin eşit haklara sahip olmadığı, çok çeşitli olan istihdam modellerinin Anayasa'nın özellikle eşitlik ve adalet ilkelerine göre aykırı olduğu ve kurumsal çalışma barışını bozduğu kayıtlara geçmiştir.

Kaplan'ın çalışmasında (2013), katılımcıların %64'ü kamu sağlık tesislerinde sözleşmeli personel çalıştırılması, böyle bir kadro olmasına sıcak bakmamaktadır. %20,9'u ise sözleşmeli sağlık personeli istihdamına ılımlı yaklaşmaktadır. %15,1'i ise kararsız kalmıştır. Bu konuya ılımlı bakanlar 4/D'ye göre sağlık hizmeti sunan sözleşmeli personeldir. Diğer istihdam türlerine göre çalışanlar ise bu konuya sıcak bakmayan gruptur.

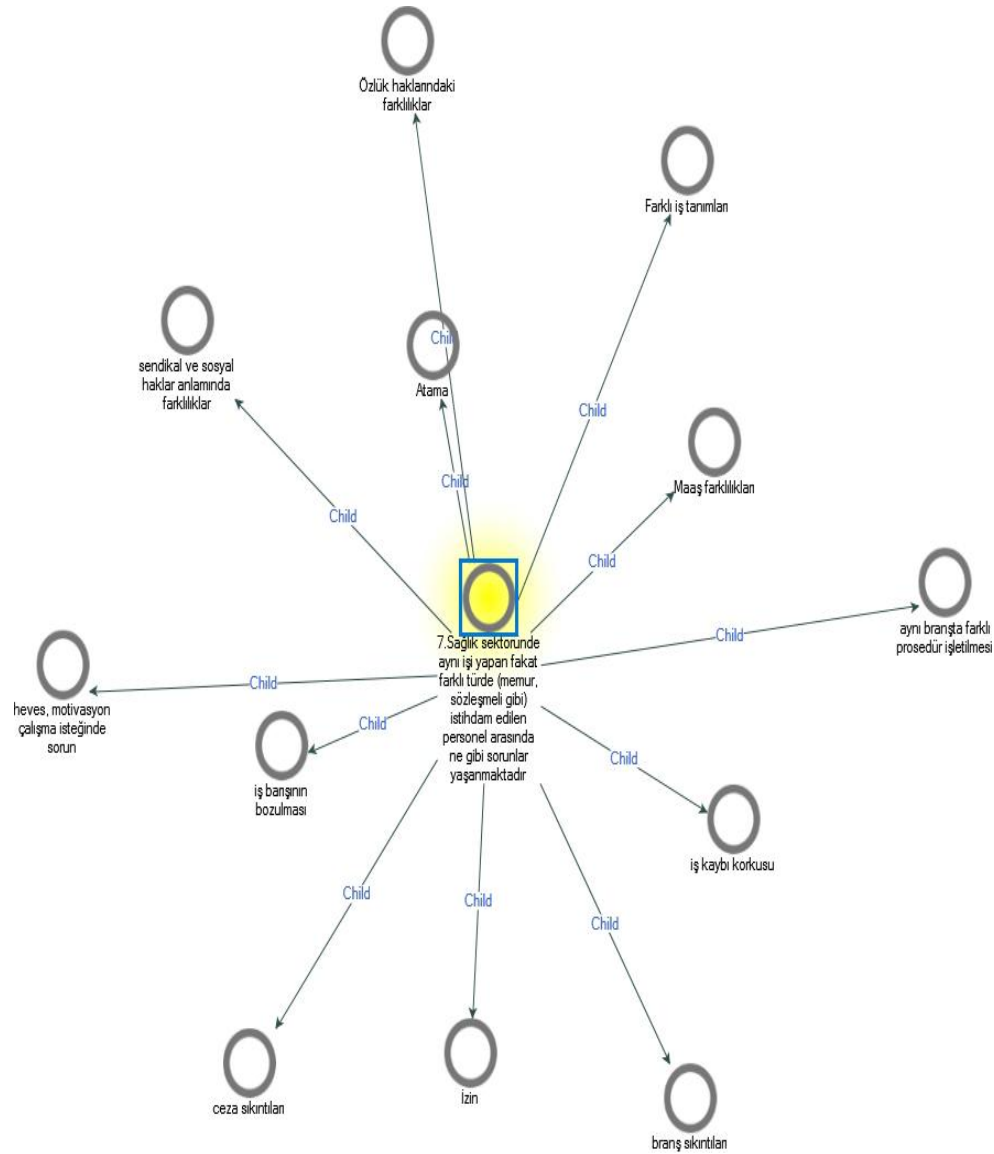
Bu soru ile sağlık sektöründe çok fazla olan statü çeşitliliği konusunda hangi sorunların yaşandığını, bunların neler olduğunu, bu sorunların hangi yolla, nasıl çözülmesi gerektiği ve iyi bir sağlık hizmeti ve sağlık personel rejimi nasıl olması gerektiği noktasında çözümü tespit edilebilmesi amaçlanmıştır. Katılımcıların çoğunluğu tarafından sağlık sistemindeki farklı istihdam modellerinin uzun vadede getirdiği sorunların başında sağlık tesislerinde görev yapan personel arasındaki iş barışının bozulması gösterilmiştir. Çözüm önerilerinin büyük bir bölümü tek bir personel sisteminin oluşturulmasından yanadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu tek tip personel sistemini savunmuşlardır. Tek model, tek tip sağlık personel sisteminin oluşturulması, personel sisteminin birleştirilmesi ve tüm sağlık personelinin eşit haklara sahip olması, eşit işe eşit ücret uygulamasının sağlık personel sistemine de uygulanması çözüm önerileri içinde sayılmıştır.

Katılımcıların genellikle savundukları bir çözüm yolu ise eşit işe eşit ücret olmuştur. Bir iş yerinde ücret olgusunu belirleyebilmek oldukça zordur. Kaldı ki bu kurum bir sağlık kurumu ise daha zordur. Ancak işin benzerliği boyutunda ücret belirleme işlemleri yapılabilir. Eşit işe eşit ücret sistemi ile personel maliyetleri önceden saptanarak analiz rahatlıkla yapılabilecektir. Hem personel arasında sosyal denge de kurulmuş olacaktır.

5.4.7. Farklı İstihdam Türlerinden Olan Sağlık Personelinin Aralarındaki Sorunlar

Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere *“Sağlık sektöründe aynı işi yapan fakat farklı türde (memur, sözleşmeli gibi) istihdam edilen personel arasında ne gibi sorunlar yaşanmaktadır?”* sorusu yöneltilmiştir.

Katılımcıların görüşlerine göre tek kategori altında incelenen cevaplarda on iki tema belirlenmiştir. Bunlar; maaş farklılıkları, iş barışının bozulması, heves, motivasyon çalışma isteğinde sorun, özlük haklarındaki farklılıklar, atama, aynı branşta farklı, prosedür işletilmesi, farklı iş tanımları, sendikal ve sosyal haklar anlamında farklılıklar, izin, branş sıkıntıları, ceza sıkıntıları ve iş kaybı korkusudur. Belirtilme sıklığı en yüksek olan tema maaş farklılıklarıdır. İş barışının bozulması, heves, motivasyon çalışma isteğinde sorun temaları da belirtilme sıklığı yüksek olan temalardandır.



Şekil 32. Katılımcıların Sağlık Sektöründe Aynı İş Yapan Fakat Farklı Türde İstihdam Edilen Personel Arasında Yaşanan Sorular Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların görüşlerine örnekler aşağıda sunulmuştur:

“Sağlık personeli içinde farklılık özellikle maaşta oluyor. “Siz daha çok maaş alıyorsunuz, alın siz yapın, siz çalışın” diyorlar. Bu da heves, motivasyon, iş barışı, çalışma isteğinde sorun olarak geri dönüyor.”

“Aynı işi yapan fakat farklı statüde istihdam edilen çalışanların en önemli problemi yapılan işin eşit fakat farklı ücret ve özlük hakları olması. Bu şekilde çalışanların kendilerini haksızlığa uğradığını ve adaletsiz bir ortamda çalıştığını düşünmesidir. Sonuç olarak iş ortamında çalışma barışı bozulur.”

“En önemli özlük, atama ve mali açıdan sorunlar yaşanmaktadır.”

“Hastanede hem KPSS ile hem de taşerondan kadroya geçerek çalışan tıbbi sekreterler var. Taşerondan kadroya sınavsız geçen tıbbi sekreter işçi statüsünde sözleşmeli olduğundan daha fazla maaş alıyor.”

“Aynı kurumda çalışıp aynı işi yapan personel arasında doğal olarak başta ücret olmak üzere çalışma hayatında öncelikle bilinçaltında sonra dedikodu olmak üzere iç dünyalarında devletin adaletine gölge düşmektedir.”

“Özlük ve mali hakları arasında farklılıklar olmaktadır. Bu da dezavantajlı olan ve istihdam edilen personelin motivasyonunu ciddi biçimde azaltmaktadır. Sahada bu kişi verimli olamamaktadır.”

“İzinler konusu, ücret farklılıkları, sendikal faaliyetler anlamında farklılık ve sıkıntı vardır.”

“Sözleşmeli de iş kaybı korkusu var. Memurda çok yok. Tabi kişiden kişiye de değişiyor.”

“Klinik branşlar için sıkıntı yok. Uzman hekimler arasında da branş sıkıntıları yaşandı.”

“Sağlıkta kalite çok önemlidir. Tanımlar tam yapılmalıdır.”

“Sağlık personeli statüleri tek bir çatı altında birleşmesi gerekir. Aynı iş aynı ücret ve görev tanımlarının da doğru yapılması gerekir. Görev, yetki ve sorumluluklarda problem çıkıyor. Memur ile sözleşmeli personelin yer değişikliği kuralları da farklı. Sosyal ve mali hakları da farklı. Bu anlamda yasal düzenlemeler yapılmalıdır.”

“Ücret farklılıkları huzursuzluk yaratmakta, performansı düşürmekte, KPSS ile yerleşmenin zorluğunun yanında kolayca işe yerleşenlerdeki rahatlık ve kişilerin referanslarına güvenmesi görevlerinin gereğini yapmalarını engellemekte.”

“En önemli özlük, atama ve mali açıdan sorunlar yaşanmaktadır.”

“İşçilerin kazanımları çok fazla. 657 sayılı DMK’ya tabi olanlar üniversite okuyup KPSS’ye giriyorlar. Ancak işçiler için bu aşamalar yok, geçerli değil. Üstelik işçinin kazandığı haklar da çok olunca motivasyonu etkiliyor.”

Tablo 12. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Sektöründe Aynı İş Yapan Fakat Farklı Türde (memur, sözleşmeli gibi) İstihdam Edilen Personel Arasında Yaşanan Sorunlar

Kategori	Tema	N
	Maaş Farklılıkları	22
	İş Barışının Bozulması	16
	Heves, Motivasyon Çalışma İsteğinde Sorun	14
	Özlük Haklarındaki Farklılıklar	8
	Atama	4
Sorunlar	Aynı Branşta Farklı Prosedür İşletilmesi	3
	Farklı İş Tanımları	3
	Sendikal Ve Sosyal Haklar Anlamında Farklılıklar	3
	İzin	2
	Branş Sıkıntıları	1
	Ceza Sıkıntıları	1
	İş Kaybı Korkusu	1
	Toplam	78

Erdal Çirpici’nin “Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1980 Sonrası Uygulanan Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerindeki Etkileri: Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamının Eleştirel Bir Değerlendirmesi” (2010) adlı çalışmasında İzmir ilinde bulunan on sağlık tesisinde görevli sözleşmeli ve kadrolu yüz kişiyle görüşülmüştür. İlgili çalışmada (2010) sözleşmeli katılımcıların %92’si

kadroya geçmek istediklerini bildirmişlerdir. Kadroya geçmek isteyenler 4/B'li personel; kadroya geçmek istemeyenler ise sözleşmeliler içerisinde çok daha fazla hakka sahip olup maaş anlamında da sıkıntıları olmayan 4924 sayılı Kanuna göre çalışan sağlık personelidir. Ayrıca kadrolu çalışanlarla sözleşmeli çalışanların aralarındaki ilişkinin kopuk olduğunu katılımcıların %64'ü söylemiştir. Ayrıca sözleşmeli personel olan katılımcılar kadrolu çalışanların kendilerini daha çok çalıştırma isteğinde olduklarını söylemişlerdir. Bu anlamda aynı sağlık tesisi içerisinde sağlık emek gücünün ortak hareketinin engellendiğinin, koordinasyonun olmadığına göstergesidir.

Işıklar Karakaya (2019: 60-61) aynı işi yapan kadrolu ve diğer personelin farklı ücret alıyor olması aynı iş yerinde çalışan personel arasında büyük bir ayrıma yol açtığını bildirmiştir. Konuya SASAM Enstitüsünün raporunda değinilmiştir. Rapora göre bir kurumda farklı statülerde çalışan personelin olması gelir ve özlük hakları anlamında yönetimi zorlaştırmaktadır. Ayrıca Türk Tabipler Birliği (TTB) yayınlarında da röntgen biriminde çalışan kadrolu ve taşeron personel ayrımı yapıldığı, taşeron personele koruyu ekipman bile verilmediği bildirilmiştir.

Kaplan'ın çalışmasında (2013), katılımcıların %57'si farklı istihdam türleri arasında gruplaşma ve tartışma olduğunu düşünürken; %23,8'i bu durumu kabul etmemekte; %19,1'i ise kararsız kalmıştır. Bu duruma katılmayanların çoğu da 4/B sözleşmeli olarak çalışan sağlık personelidir.

Katılımcılara yöneltilen bu soru sıklıkla ücret sistemi olarak cevaplanmıştır. Ücret sistemindeki farklı uygulamalar tüm sağlık sisteminde görevli personel arasında asıl sorun olarak görülmüştür. Özellikle aynı işi yapan ancak istihdam türü farklı olan personel için bir çatışma oluşturduğu ifade edilmiştir. Ayrıca sıklıkla karşılaşılan bir sonraki cevap ise personele uygulanan özlük haklarının --bunun içine izinler, disiplin uygulamaları, çalışma saatleri-- farklılığı da personel arasında yaşanan sorunlar içerisinde sayılmıştır.

Sağlık personeli arasında özellikle farklı unvanlarda olup aynı branşta çalışan personel bulunmaktadır. Örneğin Sağlık memuru/teknikeri/teknisyenleri unvanlarının alt branşlarında tıbbi sekreter unvanında çalışan personel bulunmaktadır. Bu personelin ÖSYM tarafından yapılan KPSS sonucuna göre atamaları yapılmaktadır. Ayrıca Sağlık

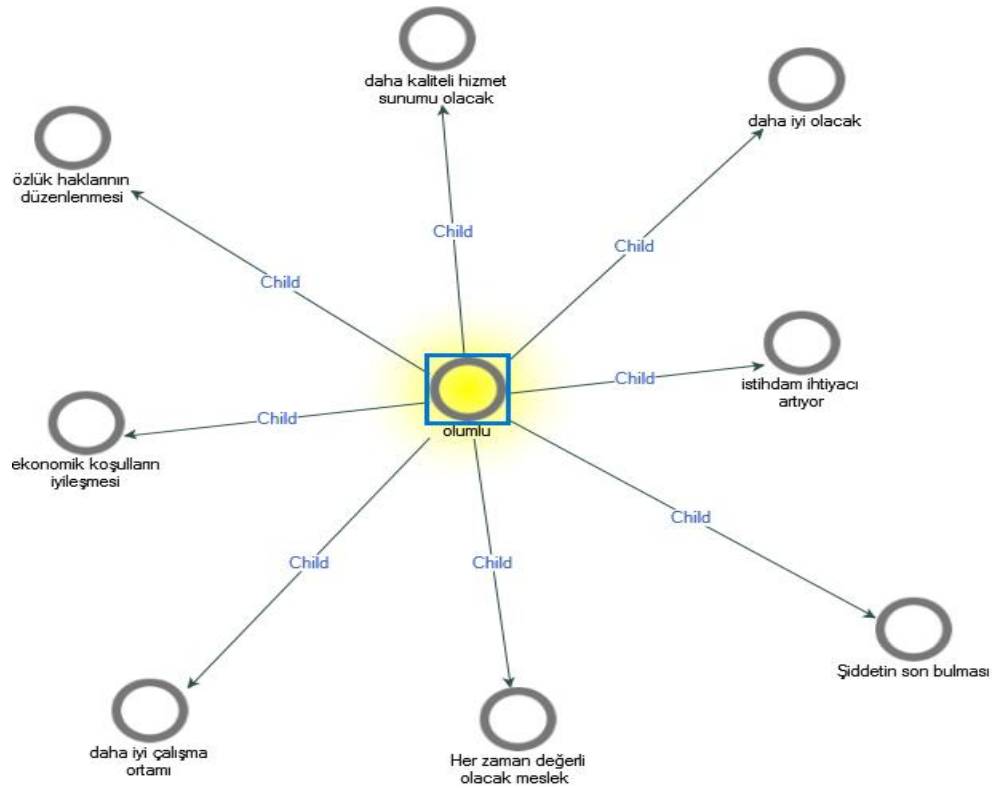
Bakanlığı'nın 2018 yılında taşeronda çalışan personelin kadroya alınma sürecinde kadroya geçen ve 4/D'li çalışan Tıbbi Sekreterler var. Birinci grup personelin sınavla atanması, atanmak için bir çaba harcaması, özlük haklarında (izin ve tayin isteme gibi) ilk yıllarda sıkıntı yaşamaları ve maaşlarındaki sınırlamalar göz önüne alındığında ikinci grup tıbbi sekreterlere tanınan haklar ve sınavsız kadroya geçiş işlemleri personel arasında oldukça fazla sıkıntı oluşturmuştur.

Tezimde yaptığım 10'lu gruplandırmada belirttiğim istihdam modellerinin her birinde özlük haklarının farklı işlediği görülmektedir. Saha bu anlamda yıpranmış görünmektedir. Son dönemlerde Bakanlık personel politikası olarak sözleşmeli alımlar yapmaktadır. Ancak 28 Kasım 2022 tarihinde açıklama ile hali hazırda sözleşmeli olarak çalışan sağlık personeli kadroya geçirilmesi planlanmıştır. Bir yandan sözleşmeli personelin kadroya alınması planlanırken diğer yandan Sağlık personelinin alınması öngörülmüş ve asıl problem bu alınacak sağlık personelinin alımlarının sözleşmeli personel şeklinde olacağı bildirilmiştir.

5.4.8. Sağlık Personelinin Geleceği

Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere “*Sağlık personelinin geleceğini nasıl görüyorsunuz?*” sorusu yöneltilmiştir.

Katılımcıların görüşlerine göre iki kategori belirlenmiştir. Bunlar olumlu ve olumsuz değerlendirmelerdir. Olumlu kategorisinde sekiz tema belirlenmiştir. Bunlar; Her Zaman Değerli Olacak Meslek, Daha İyi Olacak, Ekonomik Koşulların İyileşmesi, Özlük Haklarının Düzenlenmesi, İstihdam İhtiyacı Artıyor, Daha Kaliteli Hizmet Sunumu Olacak, Daha İyi Çalışma Ortamı ve Şiddetin Son Bulmasıdır. Belirtilme sıklığı en yüksek olan tema ise her zaman değerli olacak meslektir.



Şekil 33. Katılımcıların Sağlık Personelinin Geleceği Konusu Kategorisinin Olumlu Tema Dağılımı

Katılımcıların olumlu kategorisinde belirttikleri görüşlerden örnekler aşağıda sunulmuştur:

“İnsan var oldukça sağlık personeli ve sağlık sistemi var olacaktır. İşin maddi boyutu ve arz-talep dengesi ön plana çıkar. Manevi boyutu da önemlidir. Her zaman revaçta olacak meslek grubudur.”

“Sağlık personeli her zaman değerlidir. Hiç önemi yitirilmeyecektir.”

“İnsanların var olduğu ve yaşanan süreçte sağlık personeli ve sağlık hizmetleri teknoloji ile birleşerek olmazsa olmazlardan oldu. Bu haliyle sağlık sektörü insanlık var olduğu sürece yükselerek değerine değer katacağı görülmektedir.”

“Devletimiz tarafından her yıl daha da olumlu yönde iyileştirmeler yapılmakta olup, çalışanların daha iyi ortam ve ekonomik açıdan daha iyi şartların oluşacağını düşünmekteyim.”

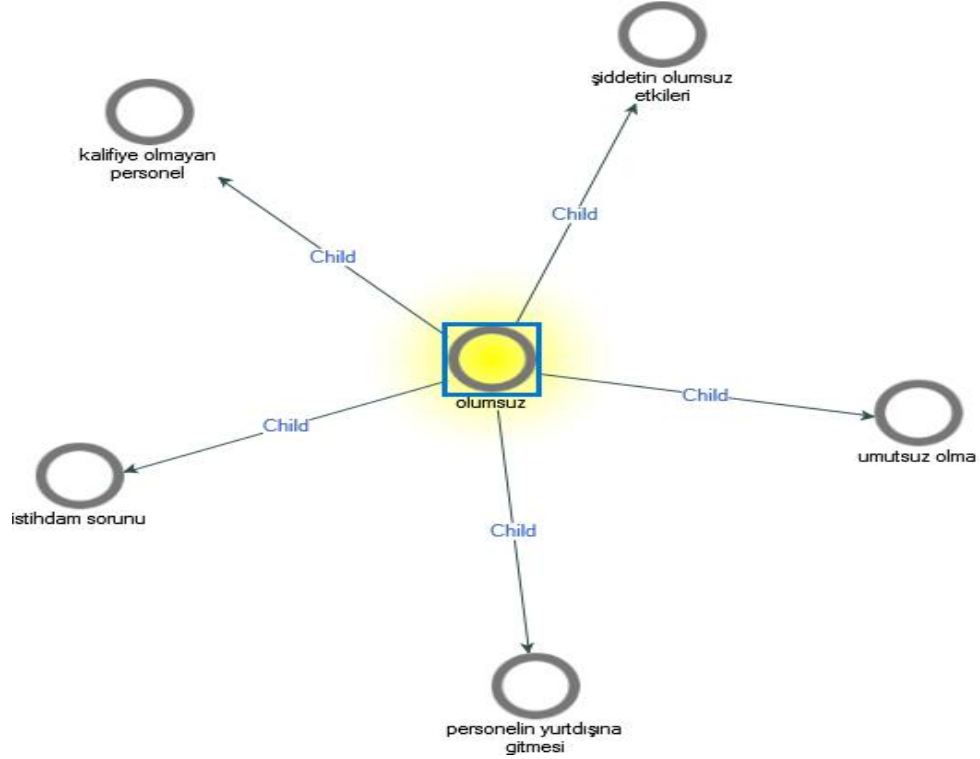
“Devletimiz tarafından her yıl daha da olumlu yönde iyileştirmeler yapılmakta olup, çalışanların daha iyi ortam ve ekonomik açıdan daha iyi şartların oluşacağını düşünmekteyim.”

“Öznlük haklarının 7/24 hizmet standartlarına uygun düzenleneceği ve öznlük haklarının ve çalışma koşullarının şiddetten uzak güvencede oluşacağı bir sisteme dönüşüleceğine inanıyorum.”

“Sağlık personelinin geleceğini iyi görüyorum.”

“Çalışan haklarında yapılan yeni iyileştirmeler ile eskiye nazaran daha iyi olacağını düşünüyorum.”

Olumsuz kategorisinde beş kategori belirlenmiştir. Bunlar; Umutsuz Olma, Şiddetin Olumsuz Etkileri, İstihdam Sorunu, Personelin Yurtdışına Gitmesi ve Kalifiye Olmayan Personeldir. Belirtilme sıklığı en yüksek olan tema umutsuz olmadır. Katılımcıların görüşleri incelendiğinde sağlık personelinin geleceği konusunda daha çok olumsuz düşüncelere sahip oldukları belirlenmiştir. Katılımcılar sağlık çalışanlarının gelecekleri hakkında genel anlamda umutsuz oldukları söylenebilir.



Şekil 34. Katılımcıların Sağlık Personelinin Geleceği Konusu Kategorisinin Olumsuz Tema Dağılımı

Katılımcıların olumsuz kategorisinde belirttikleri görüşlerden örnekler aşağıda sunulmuştur:

“Gelecek göremiyorum. Çok umutsuzum. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin gittikçe düştüğünü görmek çok üzücü.”

“Yaşanılan pandemi sürecinde ne kadar önemli olduğumuz anlaşılmış ancak değer kaybımız artmıştır. Biraz umutsuzum.”

“Sağlık personelinin geleceğini göremiyorum, geleceği kestiremiyorum, ne olacağını bilemiyorum”

“Hasta çok fazla ancak maaşlar çok az. Riskli bir çalışma ortamı var, üstelik çalışma saatleri de çok karmaşık ve zor. Pandemi özellikle sağlık çalışanlarını çok yıprattı. Sürekli çalışma koşullarına ve saatlerine bakmadan herkes ortama takviye sağladı. Yakınları ölenler bile hemen gelip çalışmaya başladılar.”

“Sağlık personelinin geleceğini çok iyi görmüyorum. Özellikle yeni gelenlerin çalışma durumları ile ilgili sorunları var. Yeni nesil daha hazırcı ve bir bedel ödemedi bazı şeylere sahip olmak istiyor. Ayrıca eğitimsiz sağlık personeli de yetiştiriyor.”

“Açıkkası çok iyimser bir tablo çizemiyorum. Fakat daha öncede belirttiğim gibi sağlık sektörünün diğer sektörlerden farkı ve hassasiyeti anlaşılabilirse aslında aklın aldığı hizmetin kalitesi otomatik olarak artacaktır. Elbette tüm meslekler önemlidir, değerlidir. Fakat şunu unutmamak gerekir sağlık hata kabul etmeyen, tekrar yaparım olur diyemeyeceğimiz bir alandır. O yüzden hizmeti alacak olan bireyler kaygılı, mutsuz, gergin ve hassas oluyorlar. Bu da sağlık çalışanının iletişime hep 1-0 geride başlaması demek oluyor. Sonuç olarak şimdiki zamanı konuşuyorsak sağlıkta henüz ülkemizde olması gereken, istenen seviyeye ulaşamadığımızı görüyorum.”

“Vatandaşlarında hastanelerde sağlık personeline yönelik sözel ve fiziksel şiddete başvurmaları mesleğin saygınlığı ve geleceği açısından olumsuz düşünmeme yol açıyor.”

“Son zamanlarda artan sağlık şiddet olaylarını düşündüğümüzde de sektör adına iyi şeyler olacağı umudunu kaybediyorum.”

Tablo 13. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Sağlık Personelinin Geleceği

Kategori	Tema	N
Olumsuz	Umutsuz Olma	21
	Şiddetin Olumsuz Etkileri	5
	İstihdam Sorunu	3
	Personelin Yurtdışına Gitmesi	3
	Kalifiye Olmayan Personel	2
	Toplam	34
Olumlu	Tema	N
	Her Zaman Değerli Olacak Meslek	7
	Daha İyi Olacak	5
	Ekonomik Koşulların İyileşmesi	3
	Özlük Haklarının Düzenlenmesi	3
	İstihdam İhtiyacı Artıyor	2
	Daha Kaliteli Hizmet Sunumu Olacak	1
	Daha İyi Çalışma Ortamı	1
	Şiddetin Son Bulması	1
	Toplam	23

Çirpici'nin (2010) çalışmasında katılımcıların çoğu gelecekte umutsuz olduklarını söylemişler ve ayrıca iş değiştirmek istediklerini bildirmişlerdir. Çünkü sağlık hizmetlerinin olumsuzları ve bar de sözleşmeli çalışma personeli yıpratmaktadır.

Ayşe Çuvadar'ın “Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu ve Nedenleri Edirne/2013” (2017) adlı yüksek lisans tezinde katılımcıların %80'e yakını sözel şiddete uğradıklarını

söylemişlerdir. Ayrıca katılımcıların neredeyse yarısı şiddete alıştığını, dörtte biri de şiddet nedeniyle işini bile bırakmayı düşündüğünü beyan etmiştir. Çalışmada şiddete uğrama sıklık oranı oldukça yüksek %70 olarak çıkmıştır. Çalışmanın yapıldığı kurumlarda bu oran oldukça fazladır.

Tuba Karakaş'ın "Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Şiddet Maruziyetinin ve Bu Durumun Çalışanlar Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi" adlı çalışmasında %74,4 oranında şiddeti maruz kalan katılımcı tespit edilmiştir. Şiddete maruz kalan katılımcıların %92,7'si psikolojik şiddet yaşamıştır. Alınan tedbirlerin yeterliliği konusundaki soruya %69,4 ile yetersiz, %26,4 fikrim yok cevabı çıkmıştır. Şiddet karşısında katılımcıların %76,2'si motivasyonunun azaldığını, %66,0'sı ise hemşire veya hekim olarak çalıştığından pişmanlık hissettiğini beyan etmişlerdir.

Burak Yoral'ın "Sağlık Çalışanlarının Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Algılarının İncelenmesi" adlı çalışmasında hemşirelerden, hekimlerden ve yöneticilerden oluşan katılımcıların %68,8'i yaptırımların yeterli olmadığını söylemişlerdir.

Pınar Emiroğlu'nun "Sağlık Çalışanlarına Fizyolojik ve Psikolojik Şiddet: Kastamonu Örneği" (2021) adlı çalışmasında katılımcıların %70'i birden fazla kez şiddete maruz kaldığını ve %74,2'si sözel olarak şiddete maruz kaldıklarını ifade etmiştir. Şiddet olayları karşısında mesleklerini bırakmayacaklarını bildiren katılımcıların oranı %65,9, işlerini bırakmayı düşünenler ise %17,4'tür.

Görüşme yapılan katılımcılar daha çok sağlık hizmetlerinin sürekliliğine ve sağlık personelinin vazgeçilmezliğine, gelecekte de gündemde olacak bir meslek grubuna sahip olduklarına değinmişlerdir. Ayrıca katılımcılar görüşme sırasında sağlık personelinin değerine değinirken aynı zamanda gelecek ile ilgili hissiyatlarını da belirtmişlerdir. Kimi katılımcılar geleceğe daha iyi bakarken kimileri ise daha karamsar bir düşünce içindedirler. Ayrıca karamsar düşüncelere sahip olan katılımcıların sayısı da iyimsen olanlardan fazla olması da dikkat çekicidir. İyimsen olan katılımcılar devletin ve Sağlık Bakanlığı'nın elinden geleni yaptığını, sağlık personel sisteminin daha iyiye gittiğini söyleyerek gelecekte daha olumlu gelişmeler olacağını düşünmektedirler.

Katılımcıların verdikleri cevaplardan karamsar olmalarının sebebi ise sağlık hizmetlerinin uygulamada çok yıpratıcı olması ve bu göz önüne alınarak daha çok yakın zamanda yapılan iyileştirmelerin yeterli olmadığı, sağlık personeline karşı gün geçtikçe şiddetin arttığı ve buna bağlı olarak sağlık personeline karşı saygının ve değerini kaybedildiği özellikle pandemi döneminde iyi anlaşılmadıkları, yoruldukları ve kıymetlerinin bilinmediğidir. Bu nedenle umutsuz olarak cevap veren katılımcılar gelecekte de aynı şeylerin olacağını ve bu şekilde devam ederek personel sisteminin ilerleyeceğini düşünmekte ve belirtmektedirler.

Sağlık personelinin geleceğini iyi görmeyenlerin hala çalışma koşullarının iyileştirilemediğinden dert yanmaktadırlar. Çünkü sağlık çalışanlarının çalışma ortamları oldukça zor ve yıpratıcıdır. Bu ortamda sağlık personelinin yaşadığı olumsuzluklar ve olumsuzluk karşısında yeterince destek alamamaları onları üzmüş ve iyimserlikten uzaklaştırmıştır. Katılımcılara göre özellikle yaşadıkları, gördükleri, duydukları şiddet olayları karşısında kendilerini değersiz görmektedirler. Hatta bir katılımcı yeni yapılan ücretsiz düzenlemeyi bile bir tarafa bırakacak bir cevap vererek saygı görmenin ücretten daha önemli olduğunu söylemiştir.

Katılımcılar özellikle pandemi döneminde yıprandıklarını ve bu dönemde de canla başla çalışan sağlık personelinin yeterince destek görmediğine değinmiştir. Pandemi dönemi çok zorlu bir sınavdan geçin sağlık personeline bazı ödeme kalemleri açılmış ancak çok yetersiz kalmıştır. Bazı firmalar, yerel yönetimler bireysel olarak sağlık personeline gerekli desteği vermeye çalışmış ancak Sağlık Bakanlığı'na kayda değer bir uygulama aktarılamamıştır.

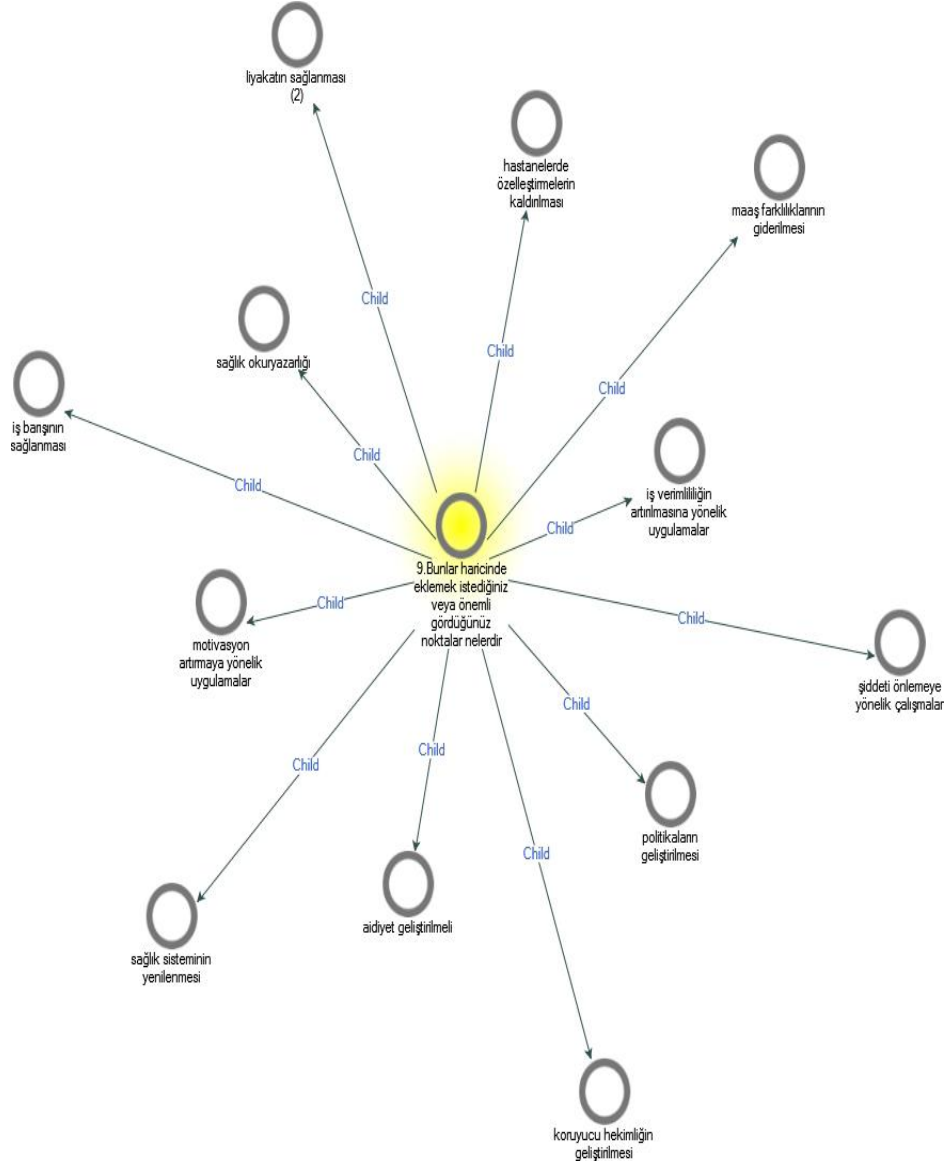
5.4.9. Sağlık Personeline Dair Genel Düşünceler

Araştırmaya katılan sağlık sektöründe çalışan yöneticilere “*Bunlar haricinde eklemek istediğiniz veya önemli gördüğünüz noktalar nelerdir?*” sorusu yöneltilmiştir.

Katılımcıların görüşlerine göre 12 tema belirlenmiştir. Bunlar; Şiddeti Önlemeye Yönelik Çalışmalar, Sağlık Okuryazarlığı, Maaş Farklılıklarının Giderilmesi, İş Barışının Sağlanması, Politikaların Geliştirilmesi, Aidiyet Geliştirilmesi, Koruyucu Hekimliğin Geliştirilmesi, Hastanelerde Özelleştirmelerin Kaldırılması, İş Verimliliğinin

Artırılmasına Yönelik Uygulamalar, Motivasyon Artırmaya Yönelik Uygulamalar, Liyakatin Sağlanması ve Sağlık Sisteminin Yenilenmesidir.

Katılımcıların görüşlerine göre belirtilme sıklığı en yüksek olan tema şiddeti önlemeye yönelik uygulamalardır.



Şekil 35. Katılımcıların Mülakat Sorularına Eklemek İstedikleri Kategorisinin Tema Dağılımı

Katılımcıların görüşlerine örnekler aşağıda verilmiştir:

“Şiddetle ilgili daha çok iyileştirme yapılmalıdır. Sağlık personeli kolay yetişmiyor. Değerimizin tekrar görülebileceği bir toplum önemlidir.”

“Sağlıkta şiddete yönelik atılan adımların geliştirilmesini istiyoruz. Her gün hakaret görüyoruz.”

“Hasta haklarının kaldırılması gerekiyor. Şiddet olaylarında artış yaşanmaktadır. Pandemi dönemi zorlu çalışma şartlarında bu durumu isterdim. Sağlık çalışanlarının korunması gerekiyor.”

“Sivil toplumda sağlık personeline olan saygı ve sevgide azalma olması, toplumun şiddeti bir çözüm olarak görmesi bizi çok üzmektedir. Şiddete maruz kalan sağlık personeli emeğinin karşılığını da maddi olarak alamadığı için özverili çalışan sağlık personeli sayısı her geçen gün azalmaktadır. Sağlık personeline yücelten politikalara ihtiyaç vardır.”

“Sağlık çalışanlarının özellikle ülkemizde en büyük sorunlarından bir tanesi sözel veya fiziksel şiddettir. Özellikle acil servislere yaşanan bu olayların önüne geçmek adına yeni bir yönetmelik çıkartılarak acil servisteki tüm alanların sesli ve görüntülü olarak izlenmesi sağlanacaktır, ayrıca basında çıkan haberler ve verilen cezaların da artırılması bu anlamda sağlık çalışanlarının daha güvenli bir ortamda çalışmasını sağlayabilecektir.”

“Halkın sağlık konusunda bilinçlenmesi gerekiyor. Sağlık personeli her zaman çok önemlidir.”

“Vatandaşlara eğitim verilmelidir ve bu işlemler zorunluluk olmalıdır.”

“Personel anlamında aralarında maaş gibi çok fark olmamalıdır. Bunları sağlayacak bir sistem olmalı.”

“Personel arasındaki iş barış sağlanmalıdır. Böylece sağlık hizmetinin kalitesi artırılmalıdır.”

“Hangi statüde hangi hizmet sektöründe olursa olsun önce kamu aidiyeti, kamu hizmetinin önemi, usulü, kamu ciddiyeti ve ahlakını kazandırıp sonra hangi dalda olursa olsun işini yapması gerektiği, mesleğe başladığında da belli sürelerle eğitim belirli aralıklarla sınav yapılarak verimlilik ve iş ciddiyetinin devamı sağlanmalıdır. Daha fayda sağlayan, üreten, gelişen, eğitimini sürdürerek kurumuna, işine fayda sağlayan personel maddi ve manevi desteklenmelidir. Ödül sistemi yada kurumsal bazda onure edilerek motivasyonu artırılmalı, diğerlerine örnek olmalı. Bu olduğu gibi çalışmayan kişiler sistemden elimine edilmeli, kademeli olarak alt seviyeye dönüşü sağlanmalıdır. Bu da zorlayıcı girdiği çalışma hayatının ciddiyetini, önemini, gereklerini mecburen yapılması gerektiği bilincinin oluşmasını sağlar.”

“Hem özelde hem de kamuda tedavi tercihi var. Asıl önemli olan koruyucu hekimliktir. Tedaviler hem zor, hem pahalı hem de zaman alıcıdır. Problem çıkmadan çözülmelidir.”

“Sağlık sektöründeki sorunlar sadece sağlık personel rejim dönüşümler ile tek taraflı olarak çözümü mümkün olmayabilir. Genel Sağlık Sigortası ve Birinci Basamak Koruyucu Sağlık Hizmetleri ile birlikte değerlendirilip mevcut kaynakları daha verimli kullanılmasını mümkün kılacak, siyasal kaygılardan uzak, yeni bir sağlık sistemi düzenlemesi ile iyileştirmeler mümkün olacaktır.”

“Sağlık çalışanlarının yer değişikliği konusundaki özellikle sendikaların baskıcı tavrı olmamalıdır. Bu tarz nedeniyle yönetim üzerinde baskı kurması hiç de olumlu bir şey değil. Siyasi görüş zaten sendikada da bazı yer değişikliklerinde de etkin oluyor, bu durumda kalkmalıdır.”

Tablo 14. Sağlık Sektöründe Çalışan Yöneticilerin Görüşlerine Göre Önemli Gördükleri ve Eklemek İstedikleri Noktalar

Tema	N
Şiddeti Önlemeye Yönelik Çalışmalar	9
Sağlık Okuryazarlığı	2
Maaş Farklılıklarının Giderilmesi	2
İş Barışının Sağlanması	2
Politikaların Geliştirilmesi	2
Aidiyet Geliştirilmesi	2
Koruyucu Hekimliğinin Geliştirilmesi	1
Hastanelerde Özelleştirmelerin Kaldırılması	1
İş Verimliliğinin Artırılmasına Yönelik Uygulamalar	1
Motivasyon Artırmaya Yönelik Uygulamalar	1
Liyakatin Sağlanması	1
Sağlık Sisteminin Yenilenmesi	1
Toplam	25

Nuray Aydın'ın Ankara'da Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 1600 sağlık personeli ile yaptığı “Şiddet Açısından Güvenli Ortamda Çalışılması İçin Alınan Önlemlerin Sağlık Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi” (2014) adlı çalışmasında, katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%73,7) son bir yıl içerisinde çalıştıkları kurumda şiddet olaylarında artış olduğunu, %55,4'ü ise bu şiddet olaylarına tanıklık ettiklerini ve hatta çalışmaya katılan sağlık personelinin %64,1'i de meslek hayatları boyunca çalıştıkları kurumda en az bir kez şiddete maruz kaldıklarını söylemiştir. Aydın'ın çalışmasında (2014), katılımcılara uğradıkları şiddet türleri sorulduğunda %58'i sözel şiddet cevabını vermiş; sonrasında ise duygusal ve fiziksel şiddet ve ayrıca birlikte olan cevaplar verilmiştir. Aydın'ın çalışmasına (2014) katılımcıların %59,4'ü şiddete maruz kaldıktan sonra hiçbir şey yapmadıklarını söylemişlerdir.

Mustafa Çatel'in “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi” (2015) adlı yüksek lisans tezinde Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görevli 717 sağlık personeline anket uygulanmıştır. Katılımcıların %61,1'i iş hayatı boyunca; %48,9'u da son bir yılda şiddetle karşılaştığını beyan etmiştir. En çok uğranılan şiddet türü %79,5 iye sözel şiddet olmuştur. Şiddet olaylarından sonra %28,5'i herhangi bir girişimden sonra sonuç

alamayacağını; %27,4'ü yasal işlemler uzadığı için çekindiğini söylemişlerdir. Hatta %22,6'sı şiddeti işinin bir parçası olarak görmektedir. Katılımcıların %59,8'i şiddet konusuyla ilgili yasal düzenlemeler yapılması gerektiğini söylemiştir. %90,4'ü konuyla ilgili eğitim verilmesi gerektiğine değinmiştir.

Sibel Şahinler Baba'nın "Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çalışanlarının Şiddete Maruziyet Düzeyi" adlı çalışmasında katılımcıların %90'ı bir yıl içerisinde sağlık personeline yöneltilen şiddetin arttığını söylemişlerdir. Çalışmaya katılanların %49,4'ü meslek hayatlarında en az bir defa şiddete maruz kaldıklarına; %91,3'ü de en çok sözel şiddete uğradıklarını bildirmişlerdir.

Tuğçe Er'in "Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi (2019) adlı tıpta uzmanlık tezinde Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesinde görevli 943 sağlık personeline sağlık sektöründe şiddetin artış artmadığı sorulduğunda %96,7'si evet cevabını vermiştir. Şiddet olayları karşısında endişe yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda %70'e yakını endişeli olduklarını söylemişlerdir. Katılımcıların %41,9'u şiddetin önlenebileceğini; %44,3'ü kısmen önlenebileceğini bildirmiştir. Çalışmaya katılanların %73,0'ü meslek hayatlarında bir defa iş yerlerinde şiddet olayına tanıklık ettiklerini söylemişlerdir.

Funda Arslan'ın "Sağlık Personeline Yönelik Şiddet Olgusu: Ordu İli Örneği" adlı çalışmasında katılımcıların %80,7'si görev yaptıkları kurumda şiddet olaylarını önlemeye yönelik alınan tedbirlerin yetersiz olduğunu söylemişlerdir. Çalışmaya katılanların %93,1'i şiddet olaylarından sonra şiddet gösterenlere gereken yaptırımın uygulanmadığını savunmuşlardır. Hatta çok büyük bir oranla %99,7 oranındaki katılımcılar son zamanlarda şiddet olaylarında artış olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcıların %81,7'si meslek hayatları boyunca çok kez sözel olarak şiddete maruz kaldıklarını söylemişlerdir.

Engin Bayrakçı'nın "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Sağlıkta Şiddet Deneyimleri ve Şiddetin Branş Seçimlerindeki Etkisi" (2022) adlı çalışmasında katılımcılardan %72,8'lik kısım iş hayatları ve/veya öğrenim dönemlerinde en az bir defa şiddetle karşılaştığını söylemiştir

Feyza Dereli ile Sinem Kabataş'ın (2009) "Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin İş Bulma Endişeleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı makalelerinde sağlık yüksekokulunda okuyan katılımcıların %52,0'si mezun olduktan sonra rahatlıkla işe başlayacakları konusunda endişeleri olduğunu söylemiştir. Ancak %46,1'lik (sorudaki en büyük oranda) kısım altı ay içerisinde işe girebileceklerini beyan etmiştir.

Meltem Aydın, Semra Erdoğan, Mine Yurdakul ve Aslı Eker'in (2013) "Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyleri" adlı çalışmalarında katılımcıların %64,4'ü mezun oldukları zaman iş bulamama endişesi yaşamamaktadır. İlgili çalışmada sağlık okullarında okunan bölüme de bağlı olarak iş bulma endişesi olabileceği saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın istihdam politikaları ve personel alımlarında sağlık okullarında okuyanların tercihleri ve geleceği bakışları çeşitlenip şekillenmektedir.

Çalışmalarda ve genel anlamda diğer sorularda da ara ara görüldüğü üzere sağlık personeline şiddet konusu tüm personel için önemli bir yerdedir. Mülakat sırasında da şiddet konusu görüşme boyunca katılımcılar tarafından birkaç kez zikredilmiştir. Bu konuda ne kadar dertli olduklarını beyan etmişlerdir. Sağlık yöneticilerinden oluşan katılımcıların asıl meslekleri çoğunlukla yine sağlıkla ilgili olmakla birlikte (örneğin doktor, hemşire, sağlık memuru, ebe gibi) hepsinin birleştiği nokta şiddet olmuştur. Ayrıca yine katılımcıların gündemini meşgul eden diğer bir konuda personel arasındaki farklılıkların giderilmesi yada en aza indirilmesi olmuştur. Bu farklılıklardan en önemlisi de maaş farklılıkları olmuştur.

Günümüzde ücretin önemli bir motivasyon kaynağı olduğunu düşündüğümüzde bu farklılığın varlığı hem çatışmaya, hem işin niteliğinin düşmesine hem de yönetime olan güveni zedelemektir. Katılımcılar bu durumun iş barışını zedelediğini de beyan etmişlerdir. Ayrıca çıkan sonuçlar doğrultusunda katılımcıların bu durumların politika geliştirerek düzelebileceğine inanmaktadır. Dolayısıyla sağlık personelinin sıkıntılarının çoğu ortak sıkıntılardır, çoğunlukla aynı dertlere sahiplerdir. Bunların giderilmesi için bir çalışma yapılarak ortak sıkıntıların giderilmesi hatta politikalarla yeni düzenlemelerin uygulamaya konulması gerekmektedir.

SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Kamu personeli, kamu hizmetinin ve kamu kurumlarının vazgeçilmez unsurudur. Kamu personel rejimi, kamu yönetimi içerisinde hizmetin sunumunda bulunan personelin yönetimine ilişkin kurallar, normlar ve tüm yönetsel işlevlerini oluşturur. Kısaca kamu personel rejimi devletin çalıştırdığı personeline uyguladığı görev ve istihdam kurallarıdır. Her bir kamu kurumu personel eliyle iş ve işlemlerini gerçekleştirdiğinden ve çalışanlar her bir kurumun görünen yüzü olduğundan hizmetlerin etkin ve verimli yürütmesinde personel rejiminin önemini arttırmaktadır.

Türkiye’de Cumhuriyetin ilanından sonra tüm alanlardaki yeniliklere ek olarak devlette çalışan personelin durumu da gözden geçirilmiş ve geçirilmekte; çıkarılan mevzuatlarda da bu konuya mütemadiyen yer verilmektedir. Türkiye’de ilk olarak 788 sayılı Memurun Kanunu ile kamu görevlilerin durumları ve personel rejime yönelik hususlar belirlenmiştir. Ayrıca günün şartlarından yola çıkarak Kanunun geride kaldığı yerlerde yerli ve yabancı raporla düzenlemelere devam edilmeye çalışılmıştır. 657 sayılı DMK’nın getirilmesiyle Türk kamu personel rejimine ait iyileştirmeler 1960’lı yıllarda hız ve önem kazanmıştır. Kamu personeli anlayışına yenilikler ve gerekli düzenlemeler getirmek adına çıkarılan DMK, giderek yetersiz kaldığından sürekli değişikliklere uğramaktadır.

DMK’da kamu personeline yönelik 12’li kamu personeli sınıflandırması bulunmaktadır. 12 sınıfın içerisinde de bu tezin ana noktası olan “Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı” bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri kamu hizmetleri içerisinde ilk akla gelenleri arasındadır. Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden de kaynaklanacağı üzere devletin vazgeçilmez, ertelenemez, sürekliliğin devamının mutlaklığı açısından ön planda bulunan ve bulunması gereken görevlerindedir. Bu görev de sağlık personeli eliyle yerine getirilmektedir. Sağlık personeliyle ilgili konular ancak DSÖ’nün öncülüğünde 1976’da resmi bir politika haline gelebilmiştir. Türkiye’de de Cumhuriyet’in kurulmasından sonra sağlık alanında çıkarılan mevzuatlarda ve ayrıca kalkınma planlarında belirli ve bölümsel oranda sağlık personeline değinilmiş; sağlık personeli konunun bir parçası olarak görülmüştür. Dr. Refik Saydam ile başlayan Türkiye’nin sağlık hizmetleri ve sağlık personeline dair düzenlemeler yolunda atılan

adımlar ilk dönemlerde daha çok kurumsal ve öncelikli ihtiyaçlara yönelik politikalar geliştirilmesi boyutlarında gerçekleşmiştir. Düzenlemelerde mevcut kaynaklarla sağlık hizmetlerinin düzenli şekilde sağlanabilmesi ilk öncelik olmuştur. Bu öncelik içerisinde de sağlık personelinin düzenlenmesi yine sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli şekilde sunulmasına yönelik ve bu amaçla olmuştur. Ancak sağlık insan gücünün yetişmesi, artırılması ve verimli şekilde planlanması sürekli geliştirilen reformların içerisine girmiş; maalesef etkin bir politika ve reform oluşturulamamış ve bir şeyler sürekli eksik ve/veya yarım kalmıştır. Ancak 2003 yılında SDP ile Türkiye’de sürekli yapılmak istenip yapılamayan veya uygulanamayan sağlık alanında bir dizi çeşitli konu alt konu başlıklarındaki iyileştirmeler gündeme gelmiştir. SDP’de bilgi ve beceriyle donatılmış yüksek motivasyona sahip sağlık personeli oluşturmak personele yönelik asıl amacı oluşturmuştur. SDP sonrası yeni sağlık personel sistemi ve türleri oluşmaya başlamıştır. Giderek sözleşme ve performansa dayalı olmanın ağırlık kazanmakta olduğu bu personel sistemiyle Türkiye’de farklı haklara, ücretlere, mevzuatlara ve uygulamalara sahip çeşitli, parçalı ve düzensiz sağlık personel sistemi oluşmuştur ve sözleşmeliliğin önemi ve yaygınlığı devam etmektedir.

Sözleşmeli personel uygulaması yeni kamu yönetimi anlayışının önemli unsurlarından birisidir. Sağlık Bakanlığı sözleşmeli personel istihdamı anlamında başı çeken kurumlardandır. Sağlık personel rejiminde iş güvencesinin azaltıldığı, ücret, mesai ve çalışan hakları kavramının sınırlandırıldığı, çakılı kadro ve performansa bağlı ödeme sistemi ile sağlık hizmetlerinin devamının sağlandığı bir yapı meydana gelmiştir. Hatta bu durum sonrası aynı kurumda ve birimde aynı işi yapan fakat farklı haklara, ücrete ve uygulamalara tabi personel uygulaması doğmuştur. Sağlık personeli arasında atama ve nakil hakları, görevde yükselme ve unvan değişikliği sınavından yararlanma hakkı, fiili hizmet zammı hakkı, hizmet puanı verilmesi, hizmet borçlanması ve hizmet birleştirme, derece-kademe ilerlemesi ve terfi, ücret hakları anlamında önemli farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar SDP’den sonra giderek de artmaktadır. Ayrıca hizmetin çeşitlilik ve değişkenlik arz etmesi nedeniyle sağlık personeli rejiminde oldukça fazla meslek, unvan ve branş bulunmaktadır. Ancak bu farklılık ve çeşitlilik sağlık hizmetlerinin yararına görünse de sağlık personelinin sağlık kurumları ve ülke

içerisindeki dağılımlarında, planlanmasında ve özlük haklarında dengesizlik, eşitsizlik ve çoğu zaman da adaletsizliği getirmektedir.

Sağlık personeli istihdamı konusundaki Türkiye'ye özgü literatür sınırlıdır. Tez yazarının Sağlık Müdürlüğü'nde personel hizmetleri bölümünde çalışması sağlık personeli istihdam çeşitliliğini aktarmak anlamında güçlü veriler sunmaktadır. Literatür ve mesleki bilginin harmanlanmasıyla bu çalışmada onlu sağlık personeli istihdam türü oluşturulmuştur. Bunlar; 657 sayılı DMK'nın 4/A Maddesine Göre Atanan Personel (Memur), 657 sayılı DMK'nın 4/B Maddesine Göre ve 663 sayılı KHK'nın 45/A Maddesine Göre Atanan Personel (Sözleşmeli Personel), 657 sayılı DMK'nın 4/C Maddesine Göre Atanan Personel (Geçici İşçi) (Bu personel 2018 yılında 4B kadrosuna geçirilmiştir; ancak yine de, geçmişe yönelik evreler de inceleneceği için yapı farklılığından dolayı değinmeye karar verilmiştir.), 1965 yılında yasalaşan 657 sayılı DMK'nın 4/D Maddesine göre atanan personel (işçiler), 4924 sayılı Kanun'a dayalı olarak eleman temininde güçlük çekilen yerlerde çalışan hekim, sağlık memuru ve diğer sağlık personeli, 24/11/2004 yılında yasalaşan 5228 sayılı Aile Hekimliği Kanunu'na tabi çalışan Aile Hekimliği ve Aile Sağlığı Çalışanları, Vekil Ebe/Hemşireler, Şehir Hastaneleri Modeline göre çalıştırılan sağlık personeli, 663 sayılı KHK'ya tabi çalışan yöneticiler ve diğer sözleşmeli personel, Yabancı sağlık personeli (Armağan Kaygusuz, 2021) Bu itibarla, farklı sağlık istihdam türlerinin oluşması personel sisteminde parçalanmışlığı getirmiştir. Hem sistem, hem yönetici hem de personel arasındaki ortak payda ve paylaşım anlamında rejimde ve uygulamada engel teşkil etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde olası gelişmeler sağlık sisteminin olmazsa olmaz unsuru sağlık personelini de çok etkilemiştir. En zor zamanlarda sağlık personelinin beklentinin yüksek olması, riskli ve tehlikeli bir iş yapısının bulunması, iş temposunun, mesailerin, nöbetlerin ve yükünün en üst limitte ilerlemesi sağlık personelinin durumunu zorlaştırmakta ve karmaşıklarıdır. Sağlık tesisleri riskli çalışma ortamlarından sayılmaktadır. Bu riskleri en aza indirmek için gerekli tedbirlerin alınması gerekmektedir. Sağlık personeline dair alınacak bu tedbirler arasında hizmet içi eğitim de önemli bir yer tutmaktadır. Hizmet içi eğitimlerle hem sağlık personelinin yetiştirilmesi, hem kurumu tanıma hem de mesleki ve iş güvenliği anlamında belirli bir yetkinliğe kavuşmaları planlanmıştır. Sağlık personelinin motivasyonunu yüksek tutmak

yapılan işler ve sunulan hizmetler anlamında oldukça büyük bir yere sahiptir. Sunulan işin niteliği gereği sağlık personeli oldukça zorlu ve büyük önem taşıyan bir durumla karşı karşıyadır. Sağlık personelinin motivasyonunu arttırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı Ağustos 2022’de ek ödeme yönetmeliği yayınlamıştır. Bu Yönetmelikle sağlık personeline görevleri doğrultusunda maaşlarına ek olarak ödeme yapılmaya başlanmıştır. Maalesef sağlık tesislerinde son dönemlerde fazlasıyla gözlemlenen şiddet olaylarının önlenmesi adına Mart ve Mayıs 2022’de şiddetle ilgili Bakanlık düzenlemeleri ortaya konmuştur. Görevi başındaki sağlık personeline uygulanan şiddet suçunun CMK suç kataloğuna eklenmesi ve Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun kurulması sağlık personelinin motivasyonu anlamında olumlu gelişmelerdendir.

Bu çalışma kamu yönetiminin bir parçası olan kamu personeline dair sağlık özelinde gelişim, değişim, yaklaşımlar, yaşanan sıkıntılar, kendi içindeki sistemi, zorluklar, güçlükler, bakış açıları ve değerlendirmeler bağlamında incelemeler yapmak ve bu anlamda literatüre katkı yapmak ve fayda sağlayabilmek için yapılmıştır. Çalışma 1923-2023 yılları arası sağlık personeline ve rejime bakış açılarını ve değişimleri anlama adına Denizli’de bulunan sağlık tesislerinde görev yapan özel, kamu ve üniversite hastanesindeki yöneticiler ve az sayıda da olsa konuya hakim akademisyenlerle yarı yapılandırılmış mülakat sorularıyla görüşme yapılarak (50 kişi katılmıştır) ile çalışma son halini almıştır. Çalışmada kamu sağlık tesislerinde görev yapan yöneticilerin sayısı daha fazladır. Kamu sağlık tesislerinde görev yapan yöneticiler 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilik yapan personeldir. Tezin içerisinde hem 4. Bölümde sağlık personel çeşitliliği sıralanırken hem de 5. Bölüme başlarken konu hakkında kısa birer bilgilendirme de yapılmıştır. Katılımcıların düşünceleri not alınmış ve görüşme sonrası temize çekilmiştir. Tüm görüşmeler bittikten sonra analiz yapılmış ve hatta katılımcıların konuyla ilgili çarpıcı ifadeleri de alıntı yapılarak bilgi aktarımı sağlanmıştır ve böylece anlatım zenginleştirilmiştir.

Çalışmadaki katılımcıların hepsi mülakat yapıldığı dönemdeki görevlerine gelmeden farklı görevler yapmışlardır. Özellikle 663 sayılı KHK gereğince sözleşmeli yöneticilik yapan katılımcıların çoğu sağlık kökenli bir mesleğe sahiptirler. O mesleklerinde bulunan kadroları ve hakları son bulmamış; sözleşmelilik süresinde askıya alınmış olup sözleşme imzalamamaları sonucunda tekrar eski mesleklerine ve

kadrolarının bulunduğu tesislere geri dönebileceklerdir. Meslek hayatları boyunca yaşadıkları değişimleri iyi analiz edip katılım sağlamışlardır.

Katılımcılar sağlık personel sistemindeki değişimler konusunda bazı zamanlar olumlu ve diğer zamanlarda ise olumsuz farklı bakış açıları sunmuşlardır. Son yıllarda gerçekleşen ve sağlık personeline iyi bir motive kaynağı olan ek ödeme ile ilgili gelişmeler neredeyse tüm sorulara karşılık olarak verilmiş durumdadır. Buradan maddi düzenlemenin gerekli olduğunu, hayat şartları göz önüne alındığında ücretin motivasyonu sağlayıcı araçlar arasında en üstlerde yer aldığı ortaya çıkmıştır. Aslında görüşme yapılan yöneticilerin Sağlık Bakanlığı'na düzenlenen ek ödeme iyileştirmesinden yararlanamaması ve bu uygulamanın dışında kalmasına rağmen ilk sıralarda maddi düzenlemeler cevabının vermesi ilgi çekici olmuştur. Maddi düzenlemeler konusu katılımcılarca sağlık personeli adına hem güçlü hem de zayıf yönler içerisinde ilk sırada söylenmiştir. Bir değerlendirmenin hem olumlu hem olumsuz kategoride sunulması oldukça ilgi çekicidir.

Gerek pandemi dönemi gerekse 6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan deprem felaketinde sağlık personeli yine ilk sırada görev bilinciyle yer alanlar arasındadır. Ekip çalışmasıyla, kenetlenerek ve tüm ülke bazında gönüllü ya da resen görevlendirmeler yapılarak kötü durum biraz olsun düzeltilmeye çalışılmıştır.

Katılımcılar ayrıca sağlık personel sistemindeki olumlu gelişmelere personel alımlarını ve atamalardaki gelişmeleri örnek vermişlerdir. Çoğu katılımcıya göre sağlık personelinin atanması kolaydır. Sağlık Bakanlığınca belli dönemlerde alımlar yapılmaktadır; hatta bu durum pandemi sürecinde daha da artmıştır. Ocak ve Haziran ayları 657 sayılı Kanun kapsamında 4/A isteğe bağlı iller arası yer değiştirme suretiyle atanma kuraları (yılda iki kez), devlet hizmet yükümlülüğü kuraları (yılda yaklaşık altı kez), farklı branşlarda sürekli işçi alım kurası, 4924 sayılı Kanun'a istinaden sözleşmeli personel alım kurası, 2828 sayılı Kanun'a tabi Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı kapsamında alımlar, eski hükümlü, engelli, asker aileleri arasından istihdam edilecek personel kurası, il içi personel atama kurası, KPSS sonucu 663 sayılı KHK 45/A ve 657 sayılı Kanun 4/B'li sözleşmeli sağlık personeli alımı, Sözleşmeli Aile Hekimliği yerleştirme kurası, ilk defa ve yeniden (emeklilik ve istifa sonrası) atanma kurası, 65-72 yaş yeniden atanma kurası, Şubat 2023 tarihinde yaşanan deprem nedeniyle etkilenen

iller bazında yer değişikliği kurası alımları Sağlık Bakanlığının yaptığı atamalardandır. Bu atamalar özellikleri bazında daha önce çalışmayan KPSS'ye bağlı ÖSYM tarafından yerleştirilmesi sonucu açıklanıp Sağlık Bakanlığı tarafından atanan personeli, atanıp yer değişikliği yapmak isteyen personeli, daha önce sağlık tesislerinde görevli olup istifa ve emeklilik yoluyla ayrılmış olan personeli kapsamaktadır.

İstihdamın meslek, sayı, vardiya sayısı, hasta ve hastalık türü, aciliyet durumu gibi kriterler temelinde yapılması katılımcıların gözünden kaçmamış ve sağlık sektöründeki personel politikasındaki değişikliklerde olumlu gelişmeler kategorisinde ilk sıraya oturmuştur. Personel politikasındaki değişiklikler içerisinde olumsuz olarak görünen gelişmelerde personel alımlarındaki iyileştirmeye karşılık çeşitliliğin ve farklı statüde alımlar yapılmakta olmasıdır. Sağlık personelinin ihtiyaca göre ve sayıca fazla olarak istihdamı olumlu karşılanırsa da sağlık personeli alımlarındaki çeşitlilik ve farklılık olumsuz olarak görülmüştür. Bu duruma farklı özlük haklarını oluşturduğu, her personel için uygulamaların farklılaştığı, sağlıkta personel ilişkilerini zedelediği ve iş barışını bozduğu gerekçesiyle olumsuz gözle bakılmıştır. Katılımcıların çok büyük oranı sağlık tesislerinde yöneticilik yaptığından her atama, nakil, becayiş, emeklilik, istifa, sözleşme imzalama işlemleri, görevlendirme, disiplin iş ve işlemleri, her türlü izin hakları, iç düzeninin işleyişi, çalışma çizelgeleri, nöbet uygulamaları, ihtiyaç ve istek ile talep ve şikayet işleri, ihaleler, mal ve sarf malzemeleri alımları, personelin iş ve iş dışı talepleri yöneticileri ilgilendirmektedir. Bu bağlamda sağlık tesislerinde nice iş ve işlemler yöneticiyi ilgilendirmekte; yöneticiden görüş istenmekte ve nihai uygulayıcı vasfıyla her şeyi bilmesi beklenmektedir. Ayrıca yönetici bu durumda tüm personel mevzuatına hakim olmalıdır ki, herhangi bir aksaklık oluşmadan tüm süreçleri geri dönüşümsüz olarak tamamlaması gerekmektedir. Bu durumda tüm yöneticilerin tezde de belirtildiği üzere genelde on çeşit --özelde branşlara inilirse yüzlerce çeşit-- sağlık personelinin ayrı mevzuat yapısını bilmesi; talep neticesinde ona göre hareket etmesi ve uygulamaya geçip işlemleri sonlandırması gerekmektedir. Bu farklılıklar ve çeşitlilikler kamu sağlık sektörü yöneticilerini bir hayli zorlamaktadır. Bu durumun farklı bir boyutu ve yansıması da yine yöneticileri yakından ilgilendiren sağlık çalışanları arasındaki çatışmayı engellemek veya oldukça azaltmak; motivasyonu yüksek tutmak ve iş barışını sağlayabilmektir. Görüşmeler sırasında katılımcıların çoğu “hangi personele hangi

mevzuatı uygulayacağımı şaşırıyorum; aynı odada oturup aynı işi yapan personelin farklı özlük haklarına ve farkı ücretlendirmeye tabi olması; ‘eşit işe eşit ücret’ uygulamasının olmaması personel arasında çatışmaya, boş vermişliğe ve motivasyonunun azalmasına neden olmaktadır” şeklinde cevap aralarında bu konuyu sürekli dile getirmişlerdir.

Katılımcılara sağlık personel rejimindeki personel statü çeşitliliği konusundaki düşünceleri sorulduğunda büyük bir oranla (43 katılımcı) gerek yoktur cevabını vermişlerdir. Katılımcılar bu cevabı vermelerine yol açan sebepler olarak maaş ve özlük haklarında eşitliğin bozulmasını, sağlık personeli arasında ayrıştırıcı ve ayrımcı bir yapının oluşmasını, iş barışının bozulmasını, yönetici açısından personel yönetiminin zorlaşmasını ve personel arasındaki motivasyonun düşüklüğünü ifade etmişlerdir. Katılımcılar sağlık personel rejimine yönelik sorunları ve zayıf yönleri bolca vurgulamıştır. Ayrıca konuyla ilgili katkı boyutunda düşünülen çözüm önerileri de sorulmuştur. Sunulan çözüm önerileri de yine cevaplarla ve çalışmayla uyumlu olarak sağlık personel sistemindeki personel statülerinin birleştirilmesi, tüm personele ortak haklar verilmesi ve uygulama getirilmesi, personel çeşitliliğinin azaltılması ve eşit işe eşit ücret uygulamasının sağlanarak sağlık personel rejiminin daha düzenli ve sistemli olması, uygulamanın bürokrasinin azaltıldığı bir yapıda gerçekleştirilmesi, personel yönetiminin daha kolay sağlandığı daha sağlıklı ve sade bir sağlık personel sistemi getirilmesi ısrarla istenmiştir.

Her bir katılımcıyla yapılan mülakatın sonuna yaklaşırken genel bir soru yöneltilmiş ve sağlık personelinin geleceği hakkında ilave bilgi vermeleri istenmiştir. Verilen cevaplar nitel araştırma analizinde olumlu ve olumsuz şeklinde bir yapıya oturtulmuştur. Olumlu olarak sağlık çalışanlarının her zaman değerli olacağı, ihtiyacın ve gerekliliğin bitmeyeceği sıklıkla vurgulanmıştır. Olumsuz cevapların oranı olumlu bakanlardan çok daha fazla çıkmış olup olumsuz-olumlu oranı yaklaşık üçe bir şeklindedir. Geleceği görememek, ileride ne olacağını kestirememek, sağlık personelinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi, gelecek hakkında iyimser bir tablonun çizilememesi kamu sağlık personel rejimi açısından üzücü ve daha fazla araştırmaya değerlidir. Sağlık hizmet alanı yıpratıcı, yorucu, motivasyonu ve mesleği bağlılığı azaltıcı

ve riskli bir sektördür. Bu durum mülakat görüşmelerinin son sorusuna verilen cevaplarla desteklemektedir.

Katılımcılara diğer sorular karşısında verdikleri cevaplara eklemek istedikleri ya da önemli gördükleri bir şeyin olup olmadığı da sorulmuştur. Bu soru karşısında katılımcıların büyük çoğunluğu sağlıkta şiddet konusu hakkında daha detaylı bir iyileştirmenin yapılmasını istemişlerdir. Bu anlamda şiddet konusunda kalıcı çözümlerin üretilmesi ve halkın ve sağlık çalışanlarının da bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bunun çözümü, yapılabilirliği ve uygulanabilirliği ancak eğitimle sağlanabilecektir. Ayrıca katılımcılar tarafından eklenen bir diğer nokta önceki cevaplarda da sıklıkla tekrarlanan sağlık personeli arasındaki her türlü farklılığın, ayrımın ve ayrıcalığın kaldırılmasıdır.

Bu araştırmadan elde edilen veriler ışığında sunulacak öneriler şu şekildedir:

- Sağlık personeli çeşitliliği daha sınırlı bir seviyeye çekilerek görev tanımları tam ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir. Kamu sağlık personel rejiminin revize edilmesi ve/veya yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Bunun için konuya hakim üniversitelerde görevli öğretim elemanlarından, yerel yönetimlerden sağlık ve kamu personeline odaklanan sivil toplum kuruluşlarından, ilgili sendikalardan, sağlık kurumları yöneticilerinden ve her branş ile unvanda görevli sağlık çalışanları temsilcilerinden ve düşünce kuruluşlarından da fikir alınmalı, görüş sorulmalı hatta çalıştay bazında toplantılar yapılarak koordineli bir şekilde personel sistemi ve politikaları konusunda eksiklikler azaltılmalıdır.
- Sağlık personeline dair mevzuat yapısı karışıklıklardan ve fazlalıklardan arındırılmalı; düzenlemeler daha kolay ve anlaşılır hale getirilmelidir. Benzer özelliklere ve niteliklere sahip sağlık personeli belirli çatılar altında toplanmalı; hatta belki de tüm sağlık sektörü çalışanları sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli şeklinde tek çatı altında toplanarak genel bir mevzuat oluşturulmalıdır.
- Sağlık insan gücünün sayısı ve niteliği arttırılmalı; sosyal ve ekonomik yönleri iyi düşünülerek, tüm çalışma hakları eşitlik üzerine kurulmuş sağlık personel rejimi geliştirilmelidir.
- Sağlık personeli arasındaki özlük hakları, maaş ve çalışma şartları, kazanımları daha adaletli bir sisteme oturtulmalı, aynı işi yapan personelin arasındaki

farklılıklar ve ayırım kaldırılmalı, bu konuyla ilgili çatışmalar ve belirsizlikler en alt seviyeye indirilerek iş barışı tam olarak sağlanmalı ve işgücü verimsizliği azaltılmalıdır.

- Merkezde Sağlık Bakanlığı taşrada İl Sağlık Müdürlüklerince insan kaynakları yönetimine daha fazla önem verilmeli; günün koşullarına, ekonomik, sosyal, toplumsal yapıya ve değişimlere uygun, ihtiyaçlar doğrultusunda, gerekli sayıda, gerektiği zamanda ve özellikle personel temini, istihdamı ve görevlendirmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık personelinin iş koşulları ve çalışma hayatı iyileştirilmeli; meslekleri ve görevlerine dair düşüncelerine, her anlamda eğitimine, kendini geliştirmesine önem verilmeli, gerek sağlık tesislerinde gerekse çalışılan birimlerde kararlar ortak fikirler doğrultusunda alınmalıdır. Yönetim anlayışının teşvik ediciliği, yapılan işin takdir edilmesi, katılımcılığı, iletişimi güçlü olması, eşitlikçiliği, moral ve motivasyona değer vericiliği yönleri geliştirilmelidir. Bu durum aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, hizmetin etkin ve verimli şekilde sağlanabilmesi için de önemlidir.
- Sağlık personeline yönelik şiddet olaylarının engelleyici daha fazla uygulamalar gerekmektedir. Bunun için de sağlık personeline gerekli eğitimler verilmeli, iletişim becerileri güçlendirilmeli, konuyla ilgili yayınlar ve çalıştaylar yapılmalı, mevzuata dair her türlü eksiklikler giderilmeli ve destek alanları artırılmalıdır.

Tezin bütününden gelen bilgiler çerçevesinde araştırmacılara yönelik şu akademik önerilerde bulunmak mümkündür:

- Çalışma da her ne kadar Cumhuriyet döneminden itibaren günümüze kadar ki kamu personel rejimi içerisindeki sağlık personeli rejimi de ele alınsa da; sadece 1923 öncesi Osmanlı modern dönemi veya Sağlıkta Dönüşüm Projesinin hayata geçirildiği Dönem de ele alınabilir ve/veya dönemsel karşılaştırmalar da yapılabilir.
- Belli meslek grupları (hemşireler, uzman doktorlar, aile hekimleri, bakanlık personeli, yardımcı sağlık personeli, teknik elemanlar, yöneticiler, Sağlık Bakanlığı dışındaki diğer sağlık personeli, üniversite ve araştırma hastaneleri öğretim elemanları) arasında karşılaştırmalar yapılabilir.

- Başka ülkelerin sağlık rejimleri ve sağlık personel rejimleri incelenip birkaç ülke arasında mukayese yapılabilir. Sağlık sistemi ve politikası üzerine birkaç ülkeyi derinlemesine karşılaştıran yabancı dilde çalışma bulunmaktadır; ancak sağlık personeline yönelik bu tarz çalışmalara ihtiyaç vardır.
- Sağlık personeli ile diğer personel rejimleri ve/veya sınıfları (akademik, adli, askeri, jandarma ve sahil güvenlik, mülki idari amirleri) arasında farklılar incelenebilir. Benzer çerçevede Türkiye'deki diğer personel rejimleri ve/veya sınıfları ile karşılaştırma yapmaksızın araştırma konusu olarak kullanılabilir.
- İnsan kaynakları yönetimi veya kamu personel yönetimin konu başlıkları veya birkaçı daha derinlikli olarak tek bir araştırmada tez boyutunda incelenebilir.
- Bu çalışmanın mülakat soruları Ankara merkez teşkilatı veya büyük illerde uygulanabilir.
- Konuyla ilgili hipotezler üretilerek anket temelli araştırma yapılarak hipotez testleri gerçekleştirilmesi yenilikçi katkılar sağlayabilir
- Özel sektör ve vakıflardaki sağlık çalışanları için benzer bir inceleme yapılabilir.
- Çalışmada politikalara değinme ve bazı arka plan bilgileri verilse de bu tezin ön bulgularından ve başka çalışmalardan yararlanarak akademik amaçlı sağlık personeli üzerine kamu politikası çözümlemesi yapılabilir.

KAYNAKÇA

- Aba, Gökhan (2009). *İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyon İlişkisi: Sağlık Sektöründe Bir Uygulama* (Basılmamış Doktora Tezi), Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Acar, Aykut (2009). *Türkiye’de Kamu Personel Rejiminde 1980 Sonrasında Yaşanan Dönüşüm: Eğitim Sektörü Örneği*, (Basılmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir.
- Acar, Osman Kürşat (2018). “Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı: Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz”, *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7 (3), s. 703-722.
- Acar, Sinan (2018). *Sağlıkta Dönüşüm ve Yeni İstihdam Biçimleri: Taşeron Sağlık Çalışanları Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme*, (Basılmamış Doktora Tezi), Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Acat, M. Bahaddin ve Demirel, Seyfettin (2002). “Türkiye’de Yabancı Dil Öğreniminde Motivasyon Kaynakları ve Sorunları”, *2000’li Yıllarda Öğrenme ve Öğretme Sempozyumu*, 31 (1), s. 312-329.
- Açıkalın, Aytaç (1996). *Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağı Yönetimi*, Pegem Yayınları, Ankara.
- Adal, Hasan Şükrü (1939). *Modern Devlette Memur*, Başvekalet İstatistik Umum Müdürlüğü, Yeni Cezaevi Matbaası, Ankara.
- Ak, Murat (2018). “Yeniden Yapılandırılan Sağlık Bakanlığı’nda Değişen İnsan Kaynakları Uygulamaları”, *Anadolu Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 2 (1), s. 62-78.
- Akar, Yeşim, Gülhan, Yıldırım Beyazıt, Acar, Pınar (2015). “Sağlık Sektöründe Kalite Yönetimi, Sağlık Yöneticilerinin Kalite Anlayışı (Ankara İli Örneği)”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (2), s. 76-81.

- Akbaş, Zafer (2002). “Kamu Personel Rejimi ve Sorunları: Malatya Valiliği Personeli Üzerine Bir Uygulama”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (4), Güz, s. 1-28.
- Akben, Ali (2006). *Bir Ömür Boyu Sağlıklı Yaşam*, Ares Kitap, İstanbul.
- Akçakaya, Murat (2004). “Personelin Verimliliğinde Motivasyonun Etkisi: Keçiören Belediyesi Örneği”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 6 (2), s. 187-214.
- Akdağ, Recep (2007). “Sağlık Hizmetleri Anlayışında Değişim: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli”, Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın (Editörler), *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Asil Yayınları, Ankara, s. 246-250.
- Akdağ, Recep (2010). *Sağlık Bakanlığı Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdağ, Recep (2011). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2010*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdağ, Recep (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 10. Yılı, 2013 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu*, TBMM, Ankara.
- Akdur, Recep (1998). “Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri”, *Yeni Türkiye*, 4 (23-24), s. 1-13.
- Akdur, Recep (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Akdur, Recep (2008). “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı*, (21-25 Ekim 2008, Ankara), Sağlık Bakanlığı, Ankara, s. 45-71.
- Akgün, Seval (2015). “Sağlık Sektöründe İş Kazaları”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (2), s. 67-75.
- Akgün, Seval ve Al-Assaf, A. F. (2014). “Sürdürülebilir Sağlık Sistemleri, Sağlık İnsan Gücü Planlaması”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1 (1), s. 1-10.

- Akgüner, Tayfun (2001). *Kamu Personel Yönetimi*, Der Yayınları, İstanbul.
- Akgüner, Tayfun (2009). *Kamu Personel Yönetimi: Memurluğa Giriş, Haklar Yükümlülükler, Disiplin, Ceza Kovuşturması, Aylıklar, Emeklilik*, Der Yayınevi, İstanbul.
- Akın, Harun (2015). *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastaneleri Birliği Sisteminde Yaşanan Yönetimsel Sorunlar (Konya Örneği)*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Akın, Mecdeddin (1972). “50 Yıl İçinde Personel Rejimimiz”, *Mülkiyeliler Birliği Dergisi*, 7 (4), s. 26-32.
- Akın, Ülgen ve Aksoy, Serap (1985). *Sağlık Hizmetlerine Verimlilik Açısından Bir Yaklaşım*, MPM. Ankara.
- Akış, Mehtap, Katırcı, Ebru, Uludağ, Hayriye Y., Küçükklıç, Bahriye, Gürbüz, Turgut, Türker, Yasemin, Kayacan, Hacer, Öngel, Kurtuluş ve Gül, Hüseyin (2008). “Süleyman Demirel Üniversitesi Personelinin Organ-Doku Bağışı ve Nakli Hakkındaki Bilgi ve Tutumları”, *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (4), s. 28-33.
- Akpınar, Mahmut (2014). “Max Weber’in Rasyonalizasyon (Ussallaşma) Yaklaşımı ve Türkiye Sağlık Sektöründe Performans Sistemi Düzenlemesi”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14 (2), s. 189-202.
- Aksan Davas, Aslı (2005). *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Çalışan Hemşirelere Yönelik İş Kazası Kayıt Sisteminin Geliştirilmesi ve İzlenmesi*, (Basılmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir.
- Aksoy, Güler (1991). “Hemşirelere Uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarına İlişkin Bir Çalışma”, *Hemşirelik Bülteni*, 4 (16), s. 20-24.
- Aksoy, Şinasi (1995). “Yeni Sağ ve Kamu Yönetimi”, *Kamu Yönetimi Disiplini Sempozyumu Bildirileri*, C: II, Todaie Yayınları, Ankara, s. 159-173.

- Aksoy, Şinasi (2004). “Kamu Yönetimi Nereye Gidiyor? Bir Durum Saptaması”, Kamu Yönetimi Forumu Bildiriler Kitabı, Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara, s. 32-49.
- Aktel, Mehmet, Altan, Yakup, Kerman, Uysal ve Eke, Erdal (2013). “Türkiye’de Sağlık Politikalarının Dönüşümü: Sağlık Bakanlığının Taşra Örgütlenmesi Üzerinden Bir Analiz”, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 15 (2), s. 33-62.
- Aktel, Mehmet, Lamba, Mustafa, Altan, Yakup ve Kerman, Uysal (2014). “Sağlık Bakanlığı’nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme”, *Amme İdaresi Dergisi*, 47 (1), s. 53-78.
- Aktuğlu, Kemal ve Hancı, Hamit (1999). “Acil Serviste Şiddet Tehdidi, Hekimin Yasal Sorumluluk ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku)”, *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi*, 8 (5), s. 1-7.
- Akyılmaz, Bahtiyar, Sezginer Murat ve Kaya, Cemil (2011). *Türk İdare Hukuku, İkinci Baskı*, Seçkin, Ankara.
- Al, Hamza (2007). “Kamu Kesiminde Yeni Denetim Yaklaşımları: Süreç Odaklı Denetimden Sonuç Odaklı Denetime Geçiş”, *Amme İdaresi Dergisi*, 40 (4), Aralık, 45-61.
- Albayrak, Süha Oğuz (2017). “Kamu Yönetimi Temel Kanunu Sonrası Kamu Personel Rejimi”, *Memleket Siyaset Yönetim (MSY)*, 12 (27), Haziran, s. 1-11.
- Alcan, Sezer ve Özsoy, Onur (2019). “Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Açısından Hakkaniyet”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 74 (2), s. 549-580.
- Alper, Mehmet (2012). *Türkiye’deki Kamu Hastanelerinin Yönetim ve Organizasyon Yapısı, Kamu Hastaneler Birliği, Kapsamı ve Değerlendirilmesi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Altay, Asuman (2005). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, (54), s. 33-58.

- Altıntaş, Nevin (2006). *Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Altunok, Hatice (2018). *Türkiye’de Kamu Personel Reformu Politikası Analizi*, (Basılmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Annagür, Bilge (2010). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi”, *Current Approaches in Psychiatry*, 2 (2), s. 161-173.
- Arap Kavili, Sultan (2018). “Yerel Yönetimlerde Personel Sistemi Üzerine Bir Çözümleme”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 32 (1), s. 119-141.
- Arı, Güler, Özenci, İlkyaz (2020). “Hastanelerde İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları ve Örgütsel Politika Algısı Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma”, *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6 (2), s. 366-385.
- Arıkan, Rauf (2011). *Araştırma Yöntem ve Teknikleri*, 2. Baskı, Nobel Yayınevi, Ankara.
- Armağan Kaygusuz, Havva Ecehan (2012). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi: Ankara’da İki Hastanedeki Yöneticilerin Algıları*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli.
- Armağan Kaygusuz, Havva Ecehan (2021). “Türkiye’de Kamu Personel Yönetimi ve Rejimi İçerisinde Sağlık Personelinin Yeri”, *Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi*, 8 (2), s. 462-492.
- Armağan Kaygusuz, Havva Ecehan (2022). “Türkiye’de Kamu Sağlık Sisteminde Sözleşmeli Yöneticilik Uygulaması”, *Eurasian Journal of Health Technology Assessment (EHTA)*, 6 (1), s. 46-59.

- Arslan, Funda (2021). *Sağlık Personeline Yönelik Şiddet Olgusu: Ordu İli Örneği*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Arslan Hızal, Sevinç (2015). *Kamu Hastaneleri Birliği Yönetiminin Hukuki Yapısı ve Yöneticilerin Tıbbi Organizasyondan Kaynaklanan Ceza Sorumluluğu*, (Basılmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, İzmir.
- Arslantaş, Didem (2013). *Temel Sağlık Hizmetleri*, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Aslan, Onur Ender (2005). *Kamu Personel Rejimi: Statü Hukukundan Esnekliğe*, TODAİE, Ankara.
- Aslan, Onur Ender (2006). *Kamu Personel Rejiminin Anayasal İlkeleri: Tarihi ve Toplumsal Temelleri*, TODAİE, Ankara.
- Aslan, Onur Ender (2012). *Kamu Personel Hukuku*, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları, Eskişehir.
- Aslan, Onur Ender (2019). *Devlet Bürokrasi ve Kamu Personel Rejimi*, İmge Kitabevi, Ankara.
- Aslan, Şebnem ve Atayeter, Coşkun (2004). "Sağlık Çalışanlarında Stres ve Stres Yönetimi", *Standard: Teknik ve Ekonomik Dergi*, (512), s. 19-24.
- Aslan, Şebnem, Özata, Musa ve Atayeter, Coşkun (2004). "Sağlık İşletmelerinde Ekip Yönetimi: Fırsatlar ve Sınırlılıklar", *Standard: Ekonomik ve Teknik Dergi*, (516), s. 17-23.
- Ataay, Faruk (2008). "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (3), s. 169-184.
- Ataay, Faruk (2011). "Devlet Hastaneleri İçin Yeni Bir Model: Kamu Hastane Birlikleri", *Sağlık-Sen Dergisi*, (14), s. 18-27.
- Atabey Ertürk, Selin (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*, Gazi Kitabevi, Ankara.

- Atalay, Emine ve Çavmak, Doğancan (2020). *Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi: Temel Kavramlar ve Bileşenler*, İKSAD Yayınevi, Ankara.
- Atay, Ender Ethem (2018). *İdare Hukuku*, Turhan Kitabevi, Ankara.
- Ateş, Hamza (2007). “Kavramlar, Tartışmalar ve Genel Çerçeve”, Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın (Editörler), *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi*, Asil Yayınları, Ankara.
- Ateş, Hamza ve Kırılmaz, Harun (2015). “Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri”, *Amme İdaresi Dergisi*, 48 (4), s. 97-128.
- Atun, Rifat A. (2001). “Kamu ve Sağlık Sektöründe Değişim”, *Yeni Türkiye*, (40), Mayıs-Haziran, s. 1148-1162.
- Atun, Rifat, Aydın, Sebahattin, Aran, Meltem, Gürol, İpek, Chakraborty, Sarbani and Akdağ, Recep (2014). “Health-Care Reform in Turkey: Far from Perfect. Authors’ Reply”, *The Lancet*, (383), p. 25-29.
- Avaner, Tekin ve Fedai, Recep (2018). “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Dönüşüm”, Cenay Babaoğlu ve Elvettin Akman (Editörler), *Kamu Politikası Analizi: Türkiye Uygulamaları*, Gazi Kitabevi, Ankara, s. 514-560.
- Avcı, Keziban (2020). *Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Yönetimi*, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Avcı, Keziban ve Ağaoğlu, Selçuk (2014). “Türkiye’de Sağlık İnsan Kaynakları Planlaması”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 7 (1), s. 83-94.
- Aydemir, İshak (2020). “Sağlık Çalışanlarının Cam Tavan Algılarının Toplumsal Cinsiyet Algısı ile İlişkisi”, *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 4 (3), s. 167-180.
- Aydın, Erdem (1997). “Türkiye’de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi Tarihi”, *Toplum ve Hekim*, XII (80), Temmuz-Ağustos, s. 21-44.
- Aydın, Ahmet Hamdi ve Taş, İbrahim Ethem (2016). *Kamu Yönetiminde Halkla İlişkiler*, Seçkin, Ankara.

- Aydın, Sabahattin (2008). *Hayata Yüksekten Bakabilmek (Sağlık Politikası Üzerine Makale ve Denemeler)*, Medipol Eğitim ve Sağlık Vakfı, İstanbul.
- Aydın, Meltem, Erdoğan, Semra, Yurdakul, Mine ve Eker, Aslı (2013). “Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Meslek Lisesi Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyleri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1), s. 1-6.
- Aydın, Nuray (2014). *Şiddet Açısından Güvenli Ortamda Çalışılması İçin Alınan Önlemlerin Sağlık Çalışanları Tarafından Değerlendirilmesi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aydın Aktekin, Firdevs (2010). *İş Sağlığı ve Güvenliğinin Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Aydoğan, Reyhan (2010). “Sağlık Personel Reformu: 1980-2010 Dönemi”, *Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reformu*, 9, s. 169-196.
- Aygar, Hatice ve Önsüz, M. Fatih (2017). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi”, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2 (1), s. 25-32.
- Aygün, Remzi (1998). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, *Yeni Türkiye Dergisi Cumhuriyet Özel Sayısı*, Eylül-Aralık, 23-24 (3), s. 1976-1970.
- Aykaç, Burhan (1986). *Kamu Personelinin Değerlendirilmesi*, (Basılmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Aykaç, Burhan (1990). “Personel Yönetiminde Yeterlilik İlkesi”, *Amme İdaresi Dergisi*, 4 (23), s. 91-109.
- Aykaç, Burhan (1991). “Türk Kamu Personel Yönetiminin Yapısı, Gelişimi ve Aksayan Yönleri”, *Kooperatifçilik Dergisi*, (92), Nisan-Mayıs-Haziran, s. 51-84.
- Aykaç, Burhan, Özer, Mehmet Akif ve Yayman, Hüseyin (2003). “Türkiye’de İdari Reform Hareketlerinin Eleştirel Bir Tahlili”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5 (2), s. 153-179.

- Aykır, Emel (2014). *2000-2012 Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Dönüşüm*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Aykanat, Sevil ve Tengilimoğlu, Dilaver (2001). *Sağlık İşletmelerinde Motivasyonun İş Başarısına Etkisi Üzerine Bir Alan Çalışması*, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Ayman Güler, Birgül (1996). *Yeni Sağ ve Devletin Değişimi*, TODAİE, Ankara.
- Ayman Güler, Birgül (2003). “Kamu Personel Sisteminde Reform Zorlamaları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 36 (4), s. 17-34.
- Ayman Güler, Birgül (2005). *Kamu Personeli (Sistem ve Yönetim)*, 1. Baskı, İmge Kitabevi, Ankara.
- Ayrancı Ünal, Yenilmez, Çınar, Günay, Yasemin ve Kaptanoğlu, Cem (2002). “Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3 (3), s. 147-154.
- Aytuğ, Hüseyin Kutay (2011). “Küresel Rekabetin İşletmelerin Üretim ve İstihdam Yapısı Üzerindeki Etkileri”, *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 2 (2), s. 45-77.
- Bağımsız Sosyal Bilimciler (2006). *2008 Kavşağında Türkiye: Siyaset, İktisat ve Toplum*, Yordam Kitap: 42, İstanbul.
- Bahadır, Binnaz (2017). *Acil Servislerde Çalışan Personelinin, Şiddete Uğrama Sıklığı ve Şiddetin Tükenmişlik Düzeyine Etkisi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Bakar, Coşkun ve Akgün, Seval (2005). “Türkiye’de Sağlık Reformları; Sonu Gelmeyen Hikaye”, *Toplum ve Hekim*, 20 (5), s. 339-352.
- Balcı, Asım (2005). *Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim*, Atlas Yayınları, Ankara.
- Balcı, Elçin, Çakıl, Enver, Dudak, Ahmet Hamdi, Gün, İskender, Çetinkaya, Fevziye ve Günay, Osman (2011). “Kayseri İli’nde Görev Yapan Sağlık Yöneticilerinin Genel Özellikleri ve Uygulamada Karşılaştıkları Sorunlar”, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (3), s. 174-183.

- Balçık, Yalçın Pınar ve Nangır, Ömer Faruk (2016). “Avrupa ve Türkiye’de Sağlık İnsangücü ve Sağlık Teknolojileri -2, *Ankara Medical Journal*, 16 (1), s. 90-97.
- Baltacı, Ali (2019). “Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır?”, *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, 5 (2), s. 368-388.
- Başak, Derya (2015). *Sağlık Çalışanlarının Karşılaştığı Şiddet ve Yönetimi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İzmir
- Başer, Duygu Ayhan, Kahveci, Rabia, Koç, Meltem, Kasım, İsmail, Şencan, İrfan ve Özkara, Adem (2015). “Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak”, *Ankara Medical Journal*, 15 (1), s. 26-31.
- Başol, Emel ve Işık, Abdülkadir (2015). “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler”, *International Anatolia Academic Online Journal*, 2 (2), s. 1-26.
- Batchelder, John Stuart ve Ross C. Alexander (2009). “Effects of Personnel Policy on the Public Administration Paradigm Shift: From Merit to Neo-managerial”, *Journal of Social Science*, 21 (2), p. 153-159.
- Battaglio, Jr., R. Paul (2015). *Public Human Resource Management*, Sage and CQ Press, Los Angeles.
- Bayrakçı, Engin (2022). “Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Sağlıkta Şiddet Deneyimleri ve Şiddetin Branş Seçimlerindeki Etkisi”, *Ege Tıp Dergisi*, 61 (4), s. 558-567.
- Bekcan, Seçil (2015). *İletişim Becerileri, Motivasyon ve Sağlık Çalışanları*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İzmir.
- Belek, İlker (1997). “Türkiye’de Sağlık Harcamaları: Makro Düzeyde Bir Değerlendirme”, *Ekonomik Yaklaşım*, 8 (24-25), s. 147-156.

- Belek, İlker (2001). “Türkiye’de Sağlık Reformları”, *Toplum ve Hekim*, 6 (16), s. 438-447.
- Belek, İlker (2014). *Avrupa Sağlık Reformları Kel Göründü*, Yazılama Kitabevi.
- Beylik, Umut, Kayral, Halil İbrahim ve Çıraklı, Ümit (2015). “13. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Türk Sağlık Sisteminin Gelişim Süreci Üzerine Bir Derleme”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (4), s. 183-189.
- Bıyık, Erhan ve Tekin, Kemal (2015) “Sağlıkta Dönüşüm Programı’na İlişkin Sağlık Personelinin Görüşlerinin Karşılaştırılması”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (2), s. 103-110.
- Bilgiç, Veysel K. (2008). “Küreselleşme Sürecinde Kamu Hizmetinde Dönüşüm”, Bekir Parlak (Ed.), *Kamu Yönetiminde Yeni Vizyonlar*, Alfa Aktüel Yayınları, İstanbul, s. 91-120.
- Bilgili, Özkan (2002a). “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşlarında Personel İstihdamı –I”, *Yaklaşım*, (115), s. 147-152.
- Bilgili, Özkan (2002b). “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşlarında Personel İstihdamı –II”, *Yaklaşım*, (116), s. 187-194.
- Bilir, Vahide (2004). *Meslek Hastalıkları*, Türk-İş, Ankara.
- Bingöl, Dursun (2013). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Beta Basım Yayım Dağıtım, İstanbul.
- Bodur, Said (1991). *Aile Sağlığı Eğitim Serisi*, Ankara.
- Bostancı, Yalçın (2007). *Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası*, (Basılmamış Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, Konya.
- Boyacı, İsrail (2020). “Türkiye Sağlık Sisteminin Dönüşümü (2003-13): Covid-19 Pandemisi ile Mücadele Sürecinde Sağlık Reformlarına Yeniden Bakış”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 19 (37) Bahar, Özel Ek: Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı, s. 59-80.
- Bozkurt, Ömer (2008). *Kamu Yönetimi Sözlüğü*, Seçkin, Ankara.

- Boztok, Derman ve Kılıç Bülent (1995). “Sağlık İnsangücü Planlaması”, *Çalışma Ortamı*, (23), s. 7-10.
- Bucaktepe, Adil (2014). “Devlet Memurluğu ve Memurların Değerlendirilmesi Üzerine Düşünceler”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 18 (3-4), Temmuz, s. 459-489.
- Bulca Karadem, Feziye (2020). *Sağlık Çalışanlarında Covid Korkusunu Belirleyen Psikiyatrik Değişkenlerin İncelenmesi*, (Basılmamış Tıpta Uzmanlık Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta.
- Butchart, Alexandre, Mikton, Christopher, Dahlberg, Linda, and Krug, Etienne (2016). “Global Status Report on Violence Prevention 2014”, *American Journal of Preventive Medicine*, 50 (5), p. 652-659.
- Can, Halil, Akgün, Ahmet ve Kavuncubaşı, Şahin (1988). *Kamu ve Özel Kesimde Personel Yönetimi, Üçüncü Baskı*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Can, Senanur and Haylı, Müge (2020). “Violence Against Health Workers and Measures to Prevent Violence”, *International Journal of Health Services Research and Policy*, 5 (2), p. 189-193.
- Cankul, İbrahim Halil (2010). *İnsan Kaynakları Yönetimi ve Planlaması: Sağlık Hizmetlerinde Bir Uygulama*, Siyasal, Ankara.
- Canman, Doğan (1995). *Çağdaş Personel Yönetimi*, TODAİE, Ankara.
- Canman, Doğan (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Yargı, Ankara.
- Cansever, İbrahim Hüseyin (2018). “Devlet Anlayışları Ekseninde Sağlık Politikalarının Değişimi ve Analizi: Türkiye İncelemesi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (31), s. 105-120.
- Cartı Dörterler, Özgül ve Demirbaş, Ayşegül (2020). “Covid-19 Sürecinde Diş Hekimliği Uygulamaları”, *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Özel Sayı, s. 88-96.
- Cevahir, Egemen (2013). “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri”, (Basılmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul.

- Ceylan, Zeynep (2009). “Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme”, *Sayıştay Dergisi*, (74-75), s. 45-72.
- Çiğeroğlu Öztepe (2013). *Kamu Yönetiminde Etik Sorunu: Türk Kamu Yönetiminde Etik Sisteminin Eleştirel Çözümlemesi*, (Basılmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Coşar, Murat (2017). *Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Uygulamaları Sorunlar ve Çözüm Önerileri Van Dursun Odabaş Tıp Merkezi Örneği*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Van.
- Çakmak Barsbay, Mehtap (2021). “Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımının Değerlendirilmesi”, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 6 (2), s. 191-199.
- Çalışkan Pala, Seval ve Metintaş, Selma (2020). “Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanları”, *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5, s. 156-168.
- Çapar, Haşim (2019). “Sağlık Alanında Meslekleşme ve Türkiye’nin Yaşadığı Sorunlar: Yeni Mesleklere Doğru”, *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21 (3), s. 803-816.
- Çamkerten, Sami, Tatar, Arkun ve Saltukoğlu, Gaye (2020). “Sağlık Çalışanlarının Stres Düzeylerinin İncelenmesi”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7 (4), s. 257-265.
- Çatel, Mustafa (2015). *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Çavmak, Doğançan (2017). “Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Planlaması: Türkiye Değerlendirmesi”, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (2), s. 13-24.
- Çavmak, Şeyda ve Çavmak, Doğançan (2017). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı”, *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1 (1), s. 48-57.

- Çelebi, Kemal ve Cura, Serkan (2013). “Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, *Maliye Dergisi*, (164), s. 47-67.
- Çelik, Hilal, Başer Baykal, Nur ve Kılıç Memur, Hale Nur (2020). “Nitel Veri Analizi ve Temel İlkeleri”, *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi (Journal of Qualitative Research in Education)*, 8 (1), s. 379-406.
- Çelik, Hızır (2018). *Rize İli Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Kültürünün Araştırılması* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Ana Bilim Dalı, Trabzon.
- Çelik, Yusuf (2013). *Sağlık Ekonomisi, 2. Baskı*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Çelikay, Ferdi ve Gümüş, Erdal (2010). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11 (1), s. 177-216.
- Çetin, Fatma Gökşen (2017). “Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlığın Ekonomi Politikası”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19 (1), s. 274-293.
- Çetin, Fatma Gökşen (2021). “Türkiye’de Kamu Politikası Oluşturma Sürecinde Gündem Belirleme: Sağlıkta Dönüşüm Programına Yönelik Bir İnceleme”, *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11 (2), s. 667-682.
- Çevik Özdemir, Çakır, Rahman ve Küçükali, Rıdvan (2019). “Sağlık Yöneticilerinin Liderlik Özellikleri”, *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 13 (19), s. 2893-2907.
- Çıraklı, Ümit, Çelik, Yusuf ve Beylik, Umut (2015). “Etkili Ekip Çalışmasının Sağlıktaki Önemi ve Faydaları: Bir Literatür Çalışması”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2 (3), s. 140-146.
- Çıraklı, Ümit ve Yıldırım, Hasan Hüseyin (2019). “1990’dan 2014’e Kadar Dünyada Ekonomik Kriz Zamanlarında Sağlık Politikası Tercihleri ve Alınan Önlemler: Teknik Bir İnceleme”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6 (1), s. 43-51.

- Çiftçi, Fatma ve Bostan, Sedat (2016). “Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (2), s. 1-8.
- Çiftçi Kıracı, Fatma (2017). *Kamu Hastane Birliği Yapılanmasının Hastaneler Üzerindeki Değişime Etkisi: Konya Örneği*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Konya.
- Çirpici, Erdal (2010). *Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1980 Sonrası Uygulanan Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerindeki Etkileri*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Aydın.
- Çuvadar, Ayşe (2017). *Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu ve Nedenleri* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne.
- Dağ, Mustafa (2017). “Cumhuriyetin İlk Yıllarında Urfa’nın İlk Eczaneleri ve Sağlık Personeli”, *Şehir ve İrfan Araştırmaları Dergisi*, (5), s. 89-104.
- Dalkıran, Mesut (1993). *TSK Asker Hastanelerinde Görev Yapan Sağlık Personelinin Daha Verimli Çalışmasına Etki Eden Motive Edici Faktörlerin Belirlenmesi* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara
- Dantel, Maurice Chailloux (1959). *Türkiye’de Devlet Personeli Hakkında Bir Araştırma* (Çev: Faiz. R. Karacaoğlu), TODAİE, Ankara.
- Demir, Bayram (2018). *Kamu Sağlık Kurumlarında Sözleşmeli Yöneticiliğin Sosyolojik Analizi*, (Basılmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- Demircan, Emel (2008). *Ameliyathane Hemşirelerinin Delici/Kesici Aletlerle Yaralanma Sıklığının ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

- Demirci Güneşer, Aytül (2010). “Bir Politika Transferi Örneği Olarak Türkiye’de Kadro Sisteminin İnşası”, *Toplum ve Demokrasi*, 4 (8-9-10), s. 143-168.
- Demirci Güneşer, Aytül (2009). *Kamu Personel Sistemleri Analizi: Türkiye’de Kariyer-Kadro Gerilimi*, (Basılmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi ve Siyaset Anabilim Dalı, Ankara.
- Demirbilek, Tunç (1999). *İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği*, HT Ajans, İzmir.
- Demirkol, Emin, Kaya, Musa, Küçan, Olgu ve Kocadağ, Derya (2021). “Covid-19 Salgınının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi”, *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 5 (2), s. 266-271.
- Dereli, Feyza ve Kabataş, Sinem (2009). “Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin İş Bulma Endişeleri ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi”, *Yeni Tıp Dergisi*, (26), s. 31-36.
- Dreesch, Norbert, Dolea, Carmen, Dal Poz, Mario R., Goubarev, Alexandre, Adams, Orvill, Aregawi, Maru, Bergstrom, Karin, Folstad, Helga, Sheratt, Della, Linkins, Jennifer, Scherpbier, Robert, Youssef-Fox, Mayada (2005). “An Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millennium Development Goals”, *Health Policy and Planning*, 20 (5), p. 267-276.
- Devebakan, Nevzat (2007). *Özel Sağlık İşletmelerinde İş Sağlığı ve Güvenliği*, (Basılmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İzmir.
- Dikmetaş, Elif ve İnan, Nesrin (2000). “Sağlık İnsangücü Planlaması”, *I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi*, 20-21 Mayıs, Ankara.
- Dinç, Adem (2011). *Açıklamalı ve Yargı İçtihatları ile 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu*, Korza Yayıncılık, Ankara.
- Dinçer, Nabi ve Ersoy, Turan (1974). *MEHTAP Tavsiyelerinin Uygulanma Durumunu Değerlendirme Araştırması*, TODAİE, Yayın No: 143, Ankara.

- Diren, Hakan (2014). *Kamu Hastaneleri Birliği ve Hastanelerinde Kurumsallaşmanın İncelenmesi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Doğruyol, Ahmet (2015). *Memur Sendikacılığı Kapsamında Sağlık İşkolunda Örgütlü Sağlık Sendikaları Üyelerinin Toplu İş Sözleşmelerini Değerlendirmeleri (İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine Bağlı Kamu Hastaneleri Örneği)*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı) (1963). *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)*, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara,
- DPT (1968). *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara
- DPT (1973). *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)*, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Ankara
- DPT (2000). *Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı.
- Durmuş, Osman (2001). “2000’lerin Türkiye’sinde Sağlık”, *Yeni Türkiye*, (39-40), Sağlık Özel Sayısı, s. 11-23.
- Durmuşoğlu, Olgun (2013). *Türkiye Sağlık Sisteminde Değişim ve 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararnamenin Sağlık Personeli Tarafından Bilinirlik Düzeyi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Eğribel, Ertan ve Yıldırım, Yüksel (Editörler) (2019). *Sağlık Sosyolojisine Giriş*, Doğu Kitabevi, İstanbul.

- Eke, Erdal (2014). *Neoliberal Devlet Döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarına Yönelik Sektördeki Paydaşların Algısı*, (Basılı Doktora Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Eke, Erdal (2019). *Sağlıkta Dönüşüm: Dönüşen Devlet Anlayışı Çerçevesinde Sağlık Sektöründe Bir Alan Araştırması*, Hiper Yayın, İstanbul.
- Eke, Erdal (Editör) (2020). *Sağlık Yönetiminde Güncel Tartışmalar*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Eke Erdal ve Ünal Betül (2016). “Sağlık Hizmetlerinde Yerelleşme ve Özerkleşme Odaklı Uygulamalar Üzerine Bir Analiz”, *Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Metinleri Dergisi*, Aralık 2016 Özel Sayısı, s. 1084-1104.
- Eker, Hasan Hüseyin, Topcu, İbrahim, Şahinöz, Saime, Özder, Aclan, Aydın, Halime, (2011). “Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Şiddet Sıklığı”, *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 3 (3), s. 16-22.
- Elbek, Osman ve Adaş, Emin Baki (2009). “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), s. 33-44.
- Elitez, Güzide (2017). “Sağlıkta Dönüşüm ve Kararnameler/Eskiye Dönüş”, *Hekimce Bakış*, Bursa Tabip Odası, Bursa.
- Emiroğlu, Pınar (2021). *Sağlık Çalışanlarına Fizyolojik ve Psikolojik Şiddet: Kastamonu Örneği*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Kastamonu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Kastamonu.
- Ener Meliha ve Demircan Esra (2008). “Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 13 (1), s. 57-82.
- Er, Ünal (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Er, Tuğçe (2019). *Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi*, (Basılmamış Tıpta Uzmanlık Tezi), Zonguldak

Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Zonguldak.

- Eraslan, Levent (2012). “Günümüz Öğretmen Sendikacılığının Değerlendirilmesi”, *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum*, 1 (1), s. 59-72.
- Erbir, Mustafa (2020). “Sağlık Sektörü Çalışanlarının Kurumsal Sosyal Sorumluluk Algıları, Kamu-Özel Ortaklığı Örneği”, *Kayseri Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2 (1), s. 1-14.
- Erdoğan Kaya, Saliha (2014). *Kamu Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Temini ve Seçiminde Karşılaşılan Sorunlar ve Bir Uygulama*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul.
- Erdoğan, Seyhan (2003). *Kamu Personel Rejiminde Uyarlanma: Kamu Yönetimi Reformu İncelemeleri*, Ankara Üniversitesi Tartışma Metinleri, Mülkiye’den Perspektifler (2), Ankara.
- Erdoğan, Seyhan (2006). “Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu”, *Mülkiye*, 30 (252), s. 211-236.
- Eren, Erol (2012). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi*, Beta Basım, İstanbul.
- Eren, Veysel ve Eken, Musa (2007). “Kamu Personel Rejiminde Reform Arayışları”, Şinasi Aksoy ve Yılmaz Üstüner (Editörler), *Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 173-193.
- Erençin, Arif ve Yolcu, Vesim (2008). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, *Memleket Dergisi*, 3 (6), s. 118-136.
- Ergun, Turgay (1991). “Yönetimin Yeniden Düzenlenmesi Gereksinimi ve KAYA Projesi”, *Amme İdaresi Dergisi*, 24 (4), s. 11-23.
- Erigüç, Gülsün, Şahinbaş, Furkan, Demirci, Şenol, Şantaş, Gülcan (2018). “Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Alanında Yapılan Çalışmaların İncelenmesi”, *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18 (1), s. 49-64.
- Ergun, Turgay ve Polat, Aykut (1978). *Kamu Yönetimine Giriş*, TODAİE, Ankara.

- Ergun, Cem ve Dericioğulları Ergun, Ayşe (2010). “Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma”, *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 4 (8), s. 33-54.
- Erkan, Arslan (2011). “Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması”, *Maliye Dergisi*, (160), s. 423-438.
- Erkin, Vedat (1971). *Türkiye’de Personel Rejimini Geliştirmek Amacı ile Yapılan Çalışmaların Kronolojik Etüdü ve Genel Değerlendirmesi. 1327 Sayılı Kanun Açısından Personel Reformu Sorunu*, Sevinç Matbaası, Ankara.
- Eroğlu, Tuğba (2010). “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Kamu Personeli Yönetimine Etkisi”, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (12), s. 225-233.
- Erol, Hatice ve Özdemir, Abdullah (2014). “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4 (1), s. 9-34.
- Eryılmaz, Bilal (1995). *Kamu Bürokrasisi*, İzmir Ticaret Odası, İzmir.
- Eryılmaz, Bilal (2010). *Kamu Yönetimi*, Okutman Yayıncılık, Ankara.
- Esen, Burcu (2013). *Yenidoğan Yoğun Bakım Ebe ve Hemşirelerinin Etik İkilemleri ve Mesleki Profesyonellik Düzeyleri ile İlişkisi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Esen, Hatice ve Aykal, Güzin (2020). “Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddetin Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7 (1), s. 1-9.
- Etiler, Nilay ve Urhan, Betül (2008). “Kocaeli İlinde Kamu Sektöründe İstihdam Edilen Hekimlerin Çalışma Koşulları”, *Çalışma İlişkileri Kongresi*, 6-8 Kasım, Sakarya.
- Etiler, Nilay (2012). “Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri”, *Türk Tabipler Birliği, Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11 (42), s. 1-11.
- Fidaner, Caner (2001). “Sağlıkta Reform: Yeni Bin Yıl, Eski Sistem”, *Yeni Türkiye*, (40), Mayıs-Haziran, s. 1185-1195.

- Fidecioğlu, Ahmet (2010). “Sağlık alışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği”, Mehmet Nurullah Kurutkan (Editör), *Sağlık Hizmetlerinde alışan Güvenliği*, Sage Yayıncılık, Ankara.
- Filiz, İsmail (2014). *Kamu Hastane Birliklerinin lke Sağlık Politikalarına Katkısını Belirlemede Sağlık alışanlarının Algısı*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Fisher, John (1962). *Türkiye’de Devlet Hizmetlerine Memur Seçme Hakkında Program Teklifi; Devlet Personel Dairesinde İmtihanları Yapacak Olan Teşkilata Dair Mütalaalar, Türk Personel Sistemi*, Devlet Personel Dairesi, Ankara.
- Fişek, Nusret (1983). *Halk Sağlığına Giriş*, Hacettepe Üniversitesi, Dünya Sağlık rgt, Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Ankara.
- Fişek, Nusret (1995). “Sağlık İnsan Gücü: Sorunlar ve zmler”, *alışma Ortamı*, (Fişek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü Yayını), (23), s. 21-24.
- Fişek Nusret (1997). *Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları (I)*, Türk Tabipler Birliği, Ankara.
- Gemlik, Hatice Nilay, Soylu, zlem, Bektaş, Gülfer ve Dani, Semi (2016). “Hastanelerde alışan Personelin İnsan Kaynakları Yönetimi Algısı zerine Nitel Bir Araştırma”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3 (4), s. 145-154.
- Girgin, Ali İsmet (2011). *Sendika Kurma Hakkı*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Dicle Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Diyarbakır.
- Gökçe, Birsen (1988). *Toplumsal Bilimlerde Araştırma*, Savaş Kitabevi, Ankara.
- Gn, Temmuz (2017). “Türkiye’de Erkek Hemşire Olmak: Avantajlar ve Dezavantajlar”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 72 (1), s. 35-76.
- Grgn, Hülya (2009). *rgtlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı zerindeki Etkisinin İncelenmesi: Sağlıkta Dnşim Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri*,

(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Çanakkale.

Görmüş, Ayhan (2011). *Sağlık Sistemindeki Neoliberal Dönüşümün Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul.

Görmüş, Ayhan (2013). “Kamu Kurumlarında Hizmet Alımı Yoluyla İstihdam Edilenlerin Kıdem Tazminatı Sorunu”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 3 (38), s. 141-172.

Gözübüyük, A. Şeref (2001). *Yönetim Hukuku, Güncelleştirilmiş 14. Basım*, Turhan Kitabevi, Ankara.

Guba, Egon G., and Lincoln, Yvonna S. (1994). “Competing paradigms in qualitative Research”, *Handbook of Qualitative Research*, 2 (105), p. 163-194.

Gülmez, Mesut (2011). “TBMM 4/C’lileri: Sendika Karşıtı Geçici Personel İstihdamı”, *Çalışma ve Toplum*, (3), s. 11-72.

Gün, İbrahim (2021). *Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve Anksiyete Seviyelerinin Değerlendirilmesi*, (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, İstanbul.

Günay, Ömer Faruk (2005). *Türkiye’de Kamu Yöneticisi Nasıl Yetiştirilmelidir?* Turhan Kitabevi, Ankara.

Günaydın, Davuthan (2011). “Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 60 (1), s. 323-365.

Günaydın, Davuthan (2012). “Sağlık Hizmeti Krizi: Reformlar ve Krizi Aşma Yaklaşımları”, *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31 (2), s. 195-227.

Güney, Salih (2015). *Davranış Bilimleri*, Nobel Akademik Yayıncılık, İstanbul.

- Güran, Sait (1980). *Memur Hukukunda Kayırma ve Liyakat Sistemleri*, Fakülteler Matbaası, İstanbul.
- Gürer, Asu ve Gemlik, Nilay H. (2020). “Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sahada Olan Sağlık Çalışanlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri Üzerine Nitel Bir Araştırma”, *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 4 (2), s. 45-52.
- Gürsel, Ali (2014). “Atatürk Dönemi Sağlık Politikaları ve Uygulamaları”, *Asia Minor Studies Dergisi*, 3 (1), s. 1-11.
- Güriz, Adnan (1975). *Türkiye'nin Nüfus Politikası ve Hukuk Düzeni*, Türkiye Kalkınma Vakfı, Ankara.
- Güven, Ş. Dilek (2019). “Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Sağlık Çalışanlarının İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi”, *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (1), s. 6-12.
- Güzel, Ali, Okur, Ali Rıza ve Caniklioğlu, Nurşen (2012). *Sosyal Güvenlik Hukuku, Yenilenmiş 14. Baskı*, Beta Yayınları, İstanbul.
- Hamzaoğlu, Onur (2010). *Sağlıkta AKP'li Dönemin Bilançosu, AKP Kitabı: Bir Dönüşüm Bilançosu*, Işık Kitapevi, Ankara.
- Hamzaoğlu, Onur (2013). “Dünyada Sağlık Reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri”, *Toplum ve Hekim*, 28 (3), s. 172-180.
- Harmancı Seren, Arzu Kader ve Yıldırım, Aytolan (2013). “Sağlık, Özelleştirme ve Hemşireler”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16 (2), s. 123-131.
- Hayran, Osman ve Sur, Haydar (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*, Yüce Yayın, İstanbul.
- Hoge, Charles W., Auchterlonie, Jennifer, L., and Milliken, Charles S. (2006). “Mental Health Problems, Use of Mental Health Services and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan”, *JAMA. The Journal of the American Medical Association*, 295 (9), p. 1023-1032.
- Hornby Peter, Ozcan. Serpil, and Ghimire Raj (2003). *Strategic Plan for Human Resources for Health 2003 to 2017*, Ministry of Health Kathmandu, Nepal.

- Hoş, Canan (2016). “Sağlık Sektöründe Zoru Başarmak: Sağlık Sektöründe Akreditasyon”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (CİEP Özel Sayısı), s. 499-533.
- International Labour Organization Fact Sheet (2003). *Workplace Violence in the Health Services*, ILO, Geneva.
- Işıklar Karakaya, Betül (2019). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının, Kamu Hastanelerinde Çalışan Personelin İstihdam ve Ücretlendirme Açısından Çalışma Koşullarına Olumsuz Etkilerini Anlamaya Yönelik Çalışma*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Işıl, Bedri (1965). *Reorganizasyon ve Modern Sevk ve İdare*, Ayyıldız Matbaası, Ankara.
- İnceoğlu Bektaş, Gülfer (2012). *Sağlık İnsangücü Planlaması ve Hastanelerde Hastanın Bakım Gereksinimlerine Göre Hemşire İnsangücü İhtiyacının Saptanmasına Yönelik Bir Araştırma*, (Basılmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- İşlek, Nuray (2005). *Hemşirelik Hizmetlerine İlişkin İş yükü Analizine Dayalı İnsan gücü Planlaması: Klinik Ölçeğinde Bir Uygulama*, (Basılmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Ankara.f
- İzci, Ferit ve Yıldız, M. Şerif (2017). “Türkiye’de Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynakları Yönetimine Geçiş: Temel Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, *Al-Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (3), s. 397-412.
- İzgi, Mustafa, Öztürk Türkmen, Hafize (2012). “Akdeniz Üniversitesi’nde Taşeron Sağlık İşçilerinin İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Durum Tespiti”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10 (3), s. 160-173.
- Kahya, Esin ve Erdemir, Ayşegül D. (2000). *Bilimin Işığında Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları*, Türk Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara.

- Kalağan, Gökhan (2010). “Cumhuriyet Dönemi Türk Kamu Bürokrasisinde Yeniden Yapılanma ve Yönetimsel Reform Çalışmaları”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 2 (1), s. 65-84.
- Kalemlı, Mustafa (1985). “Türkiye’nin Genel Sağlık Politikası”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (34), s. 3-31.
- Kalender, Ahmet ve Uludağ, Ayhan (2004). “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde Doktor - Hasta İlişkisinin Rolü”, *Amme İdaresi Dergisi*, 37 (4), s. 117-132.
- Kantarcıoğlu, Selçuk (1977). *Devlet Personel Rejimi Nasıldı, Ne Oldu, Yeni Düzenleme Nasıl Olmalıdır*, Devlet Personel Dairesi, Yayın No: 34, Ankara.
- Kaplan, Ahmet (2013). *Sağlık Bakanlığı İstihdam Çeşitliliğinin Karabük İlindeki Sağlık Çalışanlarının Motivasyonuna Etkisi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Karabük.
- Kara, Bülent (2006). “Türkiye’de Personel Reformu Çalışmalarının Altyapısı: 1930-60 Yılları Arasında Yabancı Uzmanların Kamu Yönetimine İlişkin Hazırladıkları Raporlar”, *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30 (2), s. 149-162.
- Karabulut, Kerem ve Emsen, Ö. Selçuk (2003). “Doğu Anadolu Bölgesinde Sağlık Sektörü ve Bir Model Önerisi”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4 (1), s. 19-30.
- Karabulut, Umut (2007). “Cumhuriyet’in İlk Yıllarında Sağlık Hizmetlerine Toplu Bir Bakış: Dr. Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı ve Hizmetleri (1925-1937)”, *Journal of Modern Turkish History Studies*, 6 (15), s. 151-160.
- Karacaer, Tarık (2014). *Türk Sağlık Sisteminde Dönüşümün Yönetişim Açısından Değerlendirilmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Karakaş, Tuba (2006). *Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Şiddet Maruziyetinin ve Bu Durumun Çalışanlar Üzerindeki Etkilerinin Değerlendirilmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi),

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İzmir.

Karakaş, Meray ve Yüzbaşı, Firdes (2015). “Kamu Hastanelerinde Yapılan Tıbbi Tedavi ve Girişimlerden Ötürü, Hekimin Hukuki Sorumluluğu: Hastaneden Adliyeye Uzanan Süreç”, *Social and Legal Studies*, 1 (1), s. 37-50.

Karar, Şiyar (2013). *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 2003 Sonrası Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Bilkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Karasar, Niyazi (1976). *Araştırmalarda Rapor Hazırlama Yöntemi*, Pars Matbaacılık, Ankara.

Karasu, Koray (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 66 (3), s. 217-262.

Karataş, Kasım (1994). *2000’li Yıllara Doğru Sosyal Devletin Gerçekleşmesinde Sosyal Hizmetlerin Yeri ve Önemi*, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, Ankara.

Karkın, Naci (2007). *Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü Sürecinde Yerel Yönetimlerin Tutum ve Beklentileri: Büyükşehir Belediyeleri Örneği*, (Basılmamış Doktora Tezi), Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Antalya.

Karkın, Naci ve Ciğeroğlu Öztepe, Mısra (2017). “Değerler Üzerinden Türk Kamu Yönetiminde Değişim Algısı: 2002-2015 Dönemi Hükümet Programları”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7 (1), s. 113-142.

Kart, Elife (2013). “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 38 (3), s. 103-139.

Kasapoğlu, Aytül (2016). “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü”, *Sosyoloji Araştırmalar Dergisi*, 19 (2), s. 131-174.

Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami (2010). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.

- Kaya, Fevzi (2016). “Türkiye Cumhuriyetinde Yapılan İdari Reform Çalışmalarının Karşılaştırmalı Analizi”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (48), s. 165-181.
- Kayar, Nihat (2008). *Kamu Personel Yönetimi, 2. Baskı*, Ekin Basım Dağıtım, Bursa.
- Kayar, Nihat (2020). *Kamu Personel Yönetimi, 10. Baskı*, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Kayar, Nihat (2021). *Kamu Personel Yönetimi, 11. Baskı*, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Kaynak Özçelik, Kezban (2016). *Kamu Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin İstihdam Türleri*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İzmir.
- Kayral, İbrahim H. (2016). “Çok Boyutlu Kalite Modeli’nin Sağlık Kurumlarında Uygulanmasına Yönelik Bir Yol Haritası”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17 (1), s. 1-19.
- Kestane, Doğan (2003), “Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği”, *Maliye Dergisi*, (142), s. 126-142.
- Keyder, Çağlar, Üstündağ, Nazan, Ağartan, Tuba ve Yoltar, Çağrı (Derleyenler) (2007). *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İletişim*, İstanbul.
- Kılıç, Mahmut ve Çetinkaya, Fevziye (2011). “Yozgat İl Merkezindeki Sağlık Çalışanlarında Sağlık Sorunları Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler”, *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (3), s. 184-194.
- Kılıç, Mustafa ve Tunç, Şebnem (2004). “İnsan Kaynakları Planlaması Açısından Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinde Çalışan Hekimlerin Sorunları ve Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi”, *Sağlık İdaresi Dergisi*, 7 (1), s. 39-64.
- Kılıç, Recep ve Keklik, Belma (2012). “Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi ve Motivasyona Etkisi Üzerine Bir Araştırma”, *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 14 (2), s. 147-160.

- Kılınç, Aygöl (2018). “Türkiye’de Kamu Yönetimini Geliştirme Açısından Neumark Raporu”, *ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi*, (11), s. 15-23.
- Kırcı, Ayşe (2013). *Sağlık Çalışanlarının Motivasyonunu Etkileyen Faktörler: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Kırılmaz, Harun (2012). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastaneler Örneği* (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Kırılmaz, Harun, Bağış, Mehmet, Salım, Bilal ve Şimşir, İsmail (2015). “Sağlık Yöneticilerinin Değişim Sürecine Bakış Açılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma”, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 11 (25), s. 91-113.
- Klenke, Karin (2016). “Qualitative Research as Method”, Karin Klenke (Editor), *Qualitative Research in the Study of Leadership*, Emerald Group Publishing Limited, Bingley, p. 31-55.
- Kolehmainen, Aitken and Riitta, Liisa (1993). *Human Resources Planning: Issues and Methods*, Department of Population and International Health, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts.
- Koçer, Hasan Ali (1981). *Türkiye’de Modern Tıp Eğitimi ve Gelişimi (1773-1981)*, Milli Eğitim Bakanlığı, İstanbul.
- Kol, Emre (2015). “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5 (1), s. 135-164.
- Konya, Didem (2018). “Türkiye’nin İlk Türk Kadın Doktoru: Safiye Ali ve Çalışmaları”, *Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 19 (42), s. 35-54.
- Köse, Aslı (2008). *Kamu Hastanelerinin Özerkleşmesi Sürecinde Profesyonel Sağlık Yöneticisi İhtiyacının Belirlenmesi-Trabzon İline Ait Bir Çalışma*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı, İstanbul.

- Kurt, Yılmaz (2009). *Vakıf Medeniyeti Sağlık Yılı*, Ankara.
- Kuruca, Mustafa (2012). *Genel Sağlık Sigortası*, (Basılmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kutlu Dilek (2007). *Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.
- Kuzan Topan, Fatma (2015). *Sağlık Kurumlarında Yönetimsel Zorluklar ve Yönetim Algısı*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul
- Kuzu, Burhan (1994). *Türk Anayasa Metinleri ve İlgili Mevzuat*, Filiz Kitabevi, İstanbul.
- Küçük, Aziz (2017). *Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Ana bilim Dalı, Ankara.
- Küçük, Yavuz Selim (2012). *Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Kuruluşu Yöneticileri ile Sağlık Meslek Örgütlerinin Kamu Hastaneleri Birliklerine İlişkin Görüş ve Önerileri* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Lavieri, Mariel and Puterman Martin, L. (2009). “Optimizing Nursing Human Resource Planning in British Columbia”, *Health Care Management Science*, (12), p. 120-128.
- Leblebici, Doğan Nadi (2005). “Küresel Değişim Baskısına Karşı Türk Bürokrasisindeki Yapısal Uyum Çabalarının Yapısal Atalet Kavramı Açısından Değerlendirilmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6 (1), s. 1-14.
- Leitão Joao, Morais Sarmiento E., and Aleluia Joao (2017). “The Emerald Handbook of Public-Private Partnerships in Developing and Emerging Economies”, Leitão, João, Sarmiento, Elsa Morais, Aleluia, João (Editors), *The Emerald Handbook of*

- Public-Private Partnerships in Developing and Emerging Economies*, Emerald Publishing, p. 407-438.
- Leys, Colin (2009). *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları İçinde Sağlık ve Kapitalizm*, Yordam Yayınları, İstanbul.
- Lister, John (2008). *Sağlık Politikası Reformu: Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?* Çev.: Melis İnan, Alaz Kılıçaslan, Nilay Erten, Deniz İlhan ve Halil Can Kurban, İnsev Yayınları, İstanbul.
- Liu, Yu, Wang, Hui, Chen, Junhua, Zhang, Xiaoyun (2020). “Emergency Management of Nursing Human Resources and Supplies to Respond to Coronavirus Disease: 2019 Epidemic”, *Int J Nurs Science*, 7 (2), p. 135-138.
- Martin, James W. ve Cush, Frank C. E. (1952). *Maliye Bakanlığı Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Rapor* (Çev.: Haluk Demirtaş), Damga Matbaası, Ankara.
- McCourt, Willy (2007). *The Merit System and Integrity in the Public Service*, Development Economics and Public Policy Working Papers Series No: 20, University of Manchester.
- Madenöglü Kıvanç, Meral (2015). “Evrensel Sağlık Bildirgeleri ve Türkiye’de Sağlık Reformları”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3 (2), s. 162-166.
- Mamur Işıklı, Yasemin (2016). “Bir Kamu Politikası Analizi: Sağlık Politikasında Dönüşüm”, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9 (46), s. 731-748.
- Marshall, Catherine, and Rossman, Gretchen B. (2014). *Designing Qualitative Research*, Sixth Edition, Sage Publications, Boston.
- Mavi, Esra Ebru (2010). *1960 Sonrası Türk Sağlık Personeli Politikası*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Ankara.
- Maxwell, Joseph A. (2008). “Designing a Qualitative Study”, *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods*, Leonard Bickman and Debra J. Rog (Editors), Sage Publications, The United States of America, p. 214-253.

- Mazı, Mehmet İshak, Günaydın, Hatice ve Oral, Rufen (2018). “Sağlık Yöneticilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5 (4), s. 296-300.
- McGregor, Sue (2008). “Neoliberalism and Health Care”, *International Journal of Consumer Studies*, 25 (2), p. 82-89.
- Memişoğlu, Dilek (2011). *Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği*, (Basılmamış Doktora Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Memişoğlu, Dilek (2016). “Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı”, *Yasama Dergisi*, Sayı 34, s. 62-93.
- Metin, Bekir (2003). *Türkiye'nin Sağlık Sorunları: Cumhuriyet Döneminde Sağlık Reformları*, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye İrtibat Ofisi, Ankara.
- Metindaş, Mustafa Yahya ve Elçioğlu, Ömür (2007). “Cumhuriyetin İlk On Beş Yılında Sağlık Hizmetleri”, (1923-1938)”, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 29 (3), s. 162-170.
- Mihçioğlu, Cemal (1987). “Devlet Personel Dairesinin Kuruluş Yılları: Anımsamalar, Düşünceler”, *Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 1 (4), s. 75-114.
- Mollahaliloğlu, Salih (2007). *Sağlıkta İnsan Kaynakları Mevcut Durum Analizi*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Muş, Yasemin ve Özdemir, Mahmut (2021). “Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Kadınlarda Hissedilen Cam Tavan Algısının Örgütsel Bağlılığa Etkisi”, *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 7 (1), s. 145-170.
- Narine, Lutchmie (2000). “Impact of Health System Factors on Changes in Human Resource and Expenditures Levels in OECD Countries”, *Journal of Health and Human Services Administration*, 22 (3), p. 292-307.

- Nesipoğlu, Gamze (2018). “Olgusal Bir Yapı Olarak Sağlık Politikaları: 1920–1960 Yılları Arası Cumhuriyet Döneminin Tarihsel İzleği”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21 (1), s. 165-177.
- Neumark, Fulton (1963). *Devlet Daire ve Müesseselerinde Rasyonel Çalışma Esasları Hakkında Ön Rapor*, Devlet Personel Başkanlığı, Yayın No: 7, Ankara.
- Okçabol, Rıfat (2006). *Halk Eğitimi (Yetişkin Eğitimi)*, Der Yayınları, İstanbul.
- OECD ve Dünya Bankası (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye*, Paris.
- Onar, Sıddık Sami ve Akın, Mecdettin (1971). “Yeni Personel Rejimi ve Uygulaması”, *Amme İdaresi Dergisi*, 4 (1), s. 109-118.
- Onar, Sıddık Sami (1952). *İdare Hukukunun Umumi Esasları*, Marifet Matbaası, İstanbul.
- Onay, Zeynep (1998). “Sağlık Sektöründe Bilgi Sistemleri”, *D.E.Ü. İ.İ.B.F. Dergisi*, 13 (2), s. 35-46.
- Oral, İsmail (2019). *Merkezi Personel Yönetimi Örgütlenmesi: ABD ve Japonya Örnekleri ve Türkiye İçin Bir Model Önerisi*, (Basılmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Oruç, Pınar ve Yüceler, Aydan (2021). “Sağlık Çalışanlarında Kariyer Tatmini ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişki: Konya İlinde Bir Uygulama”, *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (2), s. 82-90.
- Otçu, Şükrü (2001). *Türkiye’deki Sağlık Sisteminin Aksaklıkları ve Sağlık Reformu* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Bilim Dalı, Muğla.
- Öke, M. Kemal (2002). *Bolu İl Gelişme Planı Yönetmelik ve Kurumsal Yapı Raporu*, Bolu.
- Ökem, Zeynep Güldem ve Çakar, Mehmet (2015). “What Have Health Care Reforms Achieved in Turkey? An Appraisal of the Health Transformation Programme”, *Health Policy*, 119 (9), p. 1153-1163.

- Öktem, M. Kemal (1992). “Türk Kamu Personel Yönetiminin Gelişimi”, *Amme İdaresi Dergisi*, 25 (2), s. 85-105.
- Ömürgönülşen, Uğur (2003). “Kamu Sektörünün Yönetimi Sorusuna Yeni Bir Yaklaşım: Yeni Kamu İşletmeciliği”, Muhittin Acar ve Hüseyin Özgür (Editörler), *Çağdaş Kamu Yönetimi -I*, Nobel Yayın, Ankara, s. 3-43.
- Önal, Özlem (2016). *Sağlık Çalışanlarının Motivasyonu ve Motivasyonel Öncelikleri*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Önder, Burçak (2013). *Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Aydın.
- Övgün, Barış ve Küçük, Aziz (2013). “Sağlık Hizmetlerinde Yeniden Ölçeklendirme: Bölge Uygulamaları”, *Amme İdaresi Dergisi*, 46 (1), s. 57-80.
- Özcan, Cemil (1995). “Üniversite Hastanelerinin Yönetim Yapısının İncelenmesi ve Yeni Bir Model Önerisi”, *Turgut Özal Tıp Fakültesi Dergisi*, 2, s. 236-240.
- Özcan, Yaşar A. (2009). *Quantitative Methods in Care Management: Techniques AANAD Applications*, John Wiley & Sons, A Wiley Imprint, San Francisco.
- Özçelik Adak, Nurşen (2002). *Sağlık Sosyolojisi: Kadın ve Kentleşme*, (Gözden Geçirilmiş Basılı Doktora Tezi), Birey Yayıncılık, İstanbul.
- Özçelik, Nurşen (2001). *Sağlık-Hastalık Sistemi ve Kadın* (Basılı Doktora Tezi), Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Anabilim Dalı, İzmir.
- Özdemir, Ayşe (2021). “Türkiye’de Sağlık İşgücü Kamu İstihdamı”, *Journal of Healthcare Management and Leadership*, (1), s. 59-69.
- Özdemir, C. Sinan (2010). “İş Kanunu’na Göre İşyeri Hekimliği ve Ortak Sağlık Birimi Uygulaması”, *Belediye Dünyası*, 11 (10), s. 36-47.
- Özdemir, Kerim ve Göze, Fehim (2005). “Bandırma’da Hemşirelerin Sağlık Etiği Algılamaları”, Mustafa Lütfi Şen, Özer Köseoğlu, Hale Biricikoğlu, Fatma

Yurttaş (Yayına Hazırlayanlar), 2. *Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, Sakarya Üniversitesi, Sakarya, s. 87-97.

Özdemir Takak, Sevil (2017). *Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Konusundaki Görüş ve Tutumları ile Bunlara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi*, (Basılmamış Uzmanlık Tezi), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.

Özer, Mehmet Akif (2012). *Yeni Kamu Yönetimi*, Barış Kitap, Ankara.

Özer, Mehmet Akif (2016). "Sağlık Sektöründe Yeni Bir Hizmet Sunum Modeli: Kamu Özel Ortaklığı", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6 (1), s. 9-38.

Özer, Mehmet Akif; Sökmen, Alptekin; Akçakaya, Murat ve Özaydın, Mehmet Merve (2017). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Gazi Kitabevi, Ankara.

Özgür, Hüseyin (1999). "Tanzimat'tan Cumhuriyete Temizlik ve Halk Sağlığı Hizmetleri", *Yeni Türkiye*, Büyük Osmanlı Araştırması, Cilt 5: Toplum, Yeni Türkiye, Ankara, s. 116-128.

Özkal Sayan, İpek (2007). "Sicil Sisteminden Performans Değerlendirmesine", Şinasi Aksoy ve Yılmaz Üstüner (Editörler), *Kamu Yönetimi Yöntem ve Sorunlar*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s. 521-536.

Özkal Sayan, İpek (2009). "Türkiye'de Kamu Personel Sistemi: İdari, Askeri, Akademik, Adli Personel Ayrımı", *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 64 (1), s. 201-245.

Özkal Sayan, İpek (2016). "Türkiye'de Kamu Personel Sisteminde Sorun Alanları ve Çözüm Önerileri", *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, 71 (3), s. 669-691.

Özkal Sayan, İpek ve Albayrak, Süha Oğuz (2011). "İstisnailikten Genelliğe, Geçicilikten Sürekliliğe: 4/B Sözleşmeli Personel İstihdamı", *Amme İdaresi Dergisi*, 44 (3), s. 141-172.

- Özkal Sayan, İpek ve Küçük, Aziz (2012). “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Dergisi*, 67 (1), s. 171-203.
- Özkal Sayan, İpek ve Altunok, Hatice (2018). “Kamu Personel Politikaları”, *Kamu Politikası Analizi: Türkiye Uygulamaları*, Cenay Babaoğlu ve Elvettin Akman (Editörler), Ankara: Gazi Kitabevi, s. 13-41.
- Özkan, Şirin (2014). *Hastanelerde İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacını Belirleme: Kocaeli Örneği*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Özkan, Özlem ve Emiroğlu, Oya Nuran (2006). “Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (3), s. 43-51.
- Özkan, Şirin ve Uydacı, Mert (2019). “Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Planlaması”, *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1 (1), s. 29-37.
- Özkul Bilen, Ayşe (2015). *Sağlık İşletmelerinde Personelin Motivasyonuna Etki Eden Faktörler: İzmir İli Üniversite ve Kamu Hastanelerinde Uygulama*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Türk Hava Kurumu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Özmen, Remzi (2016). *Devlet Memurları Kanunu*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Özmen, Sümeyye (2013). *Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Bursa.
- Özsarı, Haluk (1994). *Türkiye’de Sağlık İnsan gücü Planlaması: Sağlık Bakanlığı’nda Bir Uygulama*, Yayımlanmamış Tıpta Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Ankara.
- Öztek, Zafer ve Eren, Nevzat (1990). *Sağlık Ocağı Yönetimi*, Palme Yayınevi, Ankara.

- Öztek, Zafer (2001). “Sağlıkta Kavramlar”, *Yeni Türkiye*, (39), Mayıs-Haziran, s. 294-298.
- Öztunç, İhsan (2017). *Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Zonguldak İli Kamu Hastaneleri Birliği Uygulaması*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Bülent Ecevit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Zonguldak.
- Öztürk, Havva, Babacan, Elif ve Özdaş Anahar, Elif (2012). “Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (4), s. 252-268.
- Öztürk, Ali (2001). “Kamu Kesiminde Personel ve Ücret Rejimi Arayışları”, *Sayıştay Dergisi*, 42, s. 3-19.
- Öztürk, Mustafa (1999). “Cumhuriyet Dönemi”nde Sağlık Hizmetleri”, *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 6 (1), s. 37-41.
- Öztürk, Zekai ve Bilkay, Aybike (2016). “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunda Çalışan Kadınların Kariyer Engelleri ve Cam Tavan Sendromu Algıları”, *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3 (6), s. 89-102.
- Öztürk, Yusuf ve Güney, Osman (1991). *Atatürk Dönemi Sağlık Politikası*, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Yayım No. 2, Kayseri.
- Öztürk, Hülya ve Şaylıgil, Ömür (2017). “Bir Hekim ve Politika Adamı: Dr. Behçet Uz ve Sağlık Politikaları”, *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 7 (2), s. 77-85.
- Pala, Kayıhan (2017). “Türkiye’de Sağlık Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci”, G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (Editörler), *İnsana Karşı Piyasa, Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik*, Notabene Yayınları, İstanbul, s. 44-74.
- Panitch, Leo ve Leys, Colin (2014). *Kapitalizmde Sağlık: Sağlıksızlık Sempozyumları*, Yordam Kitap, İstanbul.

- Parlak, Bekir ve Sobacı, M. Zahid (2005). *Kuram ve Uygulamalarda Kamu Yönetimi: Ulusal ve Global Perspektifler*, Alfa Aktüel, Bursa.
- Pekel, N. Hüseyin (2001). *İşletmelerde Motivasyon Verimlilik İlişkisi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Petrol-İş (1997). *Özelleştirme Kimin İçin*, Petrol-iş Yayın No: 45, İstanbul.
- Pınar, Tevfik ve Pınar, Gül (2013). “Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 12 (3), s. 315-326.
- Podol, Richard (1967). “Bir Yabancı Gözüyle Yirminci Yüzyıl Ortasında Türk Kamu Yöneticisi”, (Çev. Cahit Tutum), *Amme İdaresi Bülteni*, 10, s. 10-15.
- Polat, Alparslan (2019). *Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi, Konya.
- Resmi Gazete (1934). *Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname*. Kanun No: 2821, Kabul Tarihi: 06.10.1934.
- Resmi Gazete (1936) *Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu*. Kanun No: 3017, Kabul Tarihi: 09.06.1936, Yayın Tarihi: 23.06.1936, Sayı: 3337.
- Resmi Gazete (1939). *Devlet Memurları Aylıklarının Tevhid ve Teadülüne Dair Kanun*, Kanun No: 3656, Kabul Tarihi: 30.06.1939, Yayın Tarihi: 08.07.1939, Sayı: 4253.
- Resmi Gazete (1944). *Devlet Memurları Aylıklarının Tevhit ve Teadülüne Dair Olan 3656 Sayılı Kanuna Ek Kanun*, Kanun No: 4644, Kabul Tarihi: 03.08.1944, Yayın Tarihi: 12.08.1944, Sayı: 5781.
- Roberts, Marc, Hsiao, William, Berman, Peter, and Reich, Michael (2009). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, Oxford University Press.
- Robson, Colin (2017). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri (Gerçek Dünya Araştırması)*, Şakır Çınkır ve Nihan Demirkasımoğlu (Editörler), Anı Yayıncılık, Ankara.

- Rosen, James E. (2000). *Contracting for Reproductive Health Care: A Guide*, World Bank, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington D.C.
- Sabuktay, Ayşegül (2008). “Yönetimsellik ve Biyosiyaset Kavramları Açısından ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, *Amme İdaresi Dergisi*, 41 (2), s. 81-100.
- Sabuncu, Necmiye; Babadağ, Kamerya; Taşocak, Gülsün ve Atabek, Türkinaz (1994). *Sağlık Bakım Sistemi, Sağlık Ekibi ve Hemşirenin Rollerini, Hemşirelik Esasları*, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Sağdıç Tekeş, Behiye (2017). *Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Yönetim Sisteminin Değerlendirmesi Van İli Örneği* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Van.
- Sağlam, Cihan (2019). *Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastanelerdeki Sözleşmeli İdarecilerin İş Doyum Düzeyleri: Ankara İli Örneği* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu (2008). *Türkiye Sağlık İnsan gücü Durum Raporu*, Sağlık Bakanlığı, Yayın No: 739, Ankara.
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (1973). *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl*, Ayyıldız Matbaası, Ankara.
- Saines, J. C. (1999). “Violence and Aggression in A&E: Recommendations for Action”, *Accid Emerg Nursing*, 7 (1), p. 8-12.
- Sallan Gül, Songül ve Dericioğulları Ergun, Ayşe (2010). “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar”, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu -II Bildiriler Kitabı*, Pamukkale Üniversitesi İİBF ÇEKO Bölümü, Denizli, s. 317-337.
- Sallan Gül, Songül, Dericioğulları Ergun, Ayşe ve Gül, Hüseyin (2009). “Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı Çerçevesinde Aile Hekimliği Uygulaması Üzerine Bir İnceleme”, Necat Akyıldız ve diğerleri (Editörler),

- KAYFOR 2008: 18. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Kamu Yönetiminde Reform*, TODAİE, Ankara, s. 567-582.
- Saltman, Richard B. ve Figueras, Joseph (1999). “Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi”, *Toplum ve Hekim*, (Çeviren: H. Hüseyin Yıldırım), 14 (5), s. 384-396.
- Saraçoğlu, Bedriye, Sülkü, Seher Nur ve Açıkgöz, Şenay (2012). “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri”, *Ekonomik Yaklaşım*, 23 (Özel Sayı), s. 269-282.
- Sarcan, Emine (2013). *Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı*, (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi), Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep.
- Sargutan, A. Erdal (2005). “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (3), s. 400-428.
- Sarı, Hatice (2019). “Analysis of the Development of Health Systems in Turkey”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6 (1), s. 52-57.
- Sariahmetoğlu, Öznur (2019). *Sağlıkta Dönüşüm: Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Sürecinin Ekonomi Politik Değerlendirmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Sarıyıldız, A. Yunus (2021). “Sağlık Kurumlarında Yeşil İnsan Kaynakları Yönetimi ve Uygulamaları”, *Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi*, 3 (1), s. 155-159.
- Sarp, Nilgün; Esatoğlu, A. Ezel ve Akbulut, Yasemin (2001). “Globalleşmenin Türk Sağlık Sektörüne Etkileri”, *Yeni Türkiye*, 40 (Temmuz-Ağustos), Sağlık Özel Sayısı, s. 1116-1123.
- SASAM (Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi) Enstitüsü (2018). *Türkiye Sağlık Sisteminde İnsan Gücü Durumunun Analizi*, SASAM, Ankara.
- Sayım, Ferhat ve Temir, Yıldırım (2014). “Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi ve Yeni Kamu Hastaneleri Birlikleri ile İlgili Düzenlemelerin Yöneticiler Arasında

Algılanışı”, 8. *Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı*, Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, KKTC, s. 1530-1543.

Saylam, Ayşegül (2019). “Cumhurbaşkanlığı Teşkilatındaki Yeniden Yapılanma Yeni Kamu İşletmeciliği Yaklaşımı ile Ne Kadar Örtüşmektedir”, *Yasama Dergisi* (40), Temmuz-Aralık, s. 13-50.

Seale, Clive (1999). “Quality in Qualitative Research”, *Qualitative Inquiry*, 5 (4), p. 465-478.

Selgelid, Michael J. (2009). “Pandethics”, *Public Health*, 123 (3), p. 255-259.

Semiz, Yaşar ve Toplu, Güngör (2021). “Barker Raporu: Çok Partili Hayata Geçiş Döneminde İktisadi Kalkınmayı Hızlandırmak Amacıyla Yabancı Uzmanlara Hazırlatılan Örnek İnceleme”, *Akademik Tarih ve Araştırmalar Dergisi*, (4) s. 114-161.

Serez Arslan, Bahar (2016). *Yeni Kamu İşletmeciliği Anlayışının Sağlığa Yansıması-Kamu Hastane Birlikleri İncelemesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Edirne.

Sevinç, İsmail ve Özer, Kubilay (2016). “Yeni Kamu Yönetimi Bağlamında Sağlık Bakanlığı Yeniden Yapılandırma Çalışmaları”, *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2 (4), p. 1373-1387.

Seyyar Tabiplerin Vazifeleri Hakkında Talimatname (1934). T.C. Resmi Gazete 2821, 6.10.1934.

Sezer, Mustafa Serdar ve Yıldız, Mete (2009). “Türkiye’de Bir Kamu Politikası Sorunu Olarak Yabancı Doktor İstihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada Örnekleri”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11 (3), s. 43-78.

Shanafelt, Tait, Ripp, Jonathan, and Trockel, Mickey (2020). “Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic”, *JAMA*, 323 (21), p. 2133-2134.

- Sırakaya, İlknur Rabia (2015). *Yeni Kamu İşletmeciliği Açısından Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Sakarya İlinde Bir Araştırma* (Yayımlanmamış Tıpta Bilim Uzmanlığı Tezi), Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya.
- Silahsızoğlu, Bedia (2019). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet”, *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 1 (1), s. 10-19.
- Somunoğlu, Sinem, Ağırbaş, İsmail, Tengilimoğlu, Dilaver, Çelik, Yusuf, Erdem, Ramazan, Akbulut, Yasemin ve Eriğüç, Gülsün (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi -I*, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Songur, Ahmet ve Yaman, Duygu (2020). “Sağlık Sektörü Çalışanlarının Örgütsel Bağlılık ve İş Tatminlerine Yönelik Literatür İncelemesi”, *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 2 (2), s. 80-100.
- Soyer, Ata (2012). “‘Sağlıkta Dönüşüm’ ve Kamu Sağlık Çalışanları”, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 12 (42), s. 12-22.
- Sönmez, Mustafa (2017). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye’de Sağlıkın Ticarileşmesi*, 3. Basım, Yordam Kitap, İstanbul.
- Söyük, Selma (2018). “New Management Concepts”, Elena Alexandrova, Nelya Lukpanovna Shapekova, Bilal Ak and Fügen Özcanaslan (Editors), *Health Sciences Research in the Globalizing World*, St Kliment Ohritski University Press, Sofia, p. 514-560.
- Sözen, Cenk ve Alkan, Gizem (2009). “Sağlık Kurumlarında Önemli Bir Yönetim ve Organizasyon Sorunu: Koordinasyon”, *Sağlıcakla Aylık Sağlık Dergisi*, Cilt: 15, s.26-30.
- Sulhun, İhsan (1989). *Türk Kamu Personel Sistemi (1920-1970)*, TODAİE, KAYA Projesi Alt Raporu, Ankara.
- Sur, Haydar ve Atlı, Hakkı (2001). “Türkiye’de Sağlık Reformu Çalışmalarına Bir Bakış”, *Yeni Türkiye*, (40), Mayıs-Haziran, s. 1163-1167.

- Sülkü, Seher Nur (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Maliye Bakanlığı, Yayın No: 2011/414, Ankara.
- Sümbüloğlu, Kadir (1982). *Sağlık Alanına zel İstatistiksel Yöntemler*, Türk Tabipler Birliği Ankara Tabip Odası, Yayın No: 4, Ankara.
- Sünter, Minenur (2018). “Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetiminin nemi”, *Verimlilik Dergisi*, (3), s. 143-160.
- Sürgit, Kenan (1972). *Türkiye’de İdari Reform*, TODAİE, Ankara.
- ahin, Bahadır (2016). “Kamu Personel Sisteminde İe Girme ve Ykselmede Çağdaş Liyakat Kavramları”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, s. 231-242.
- ahinler Baba, Sibel (2019). *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi alıanlarının iddete Maruziyet Düzeyi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Sivas.
- anta, Fatih, zer, zlem ve ıraklı, mit (2012). “Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2 (2), s. 45-59.
- aylan, Gencay (2000). *Devlet Reformu: Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynaklarına Geçiş*, TESEV, İstanbul.
- en, Harika (2013). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Bağlamında Toplam Kalite Yönetimi ile İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi: Kamu ve zel Hastane Uygulamaları*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, alıma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara.
- Şenel Tekin, Perihan, elik, Yusuf (2012). “Türkiye’de Sağlık Sektöründe Bir Finansman Yöntemi Olarak Kamu-zel Ortaklığı Politikasının Politika Haritalama Yöntemi ile Analiz Edilmesi”, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (3), s. 81-98.

- Şener, Hasan Engin (2013). “Türkiye’deki Kamu Personel Politikalarının Bir Analizi”, (Derleyenler: Mete Yıldız ve Mehmet Zahid Sobacı), *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama*, Adres Yayınları, Ankara, s. 566-603.
- Şimşek, Erdoğan (2016). *Balıkesir İl Merkezindeki İki Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Kamu Hastaneler Birliğine Bakışı*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Tabak, Ruhi Selçuk (2005). “Sağlık Hizmetlerinde Sürekli Eğitim ve Sürekli Mesleki Gelişim”, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 62 (1), s. 59-66.
- Tahtalıoğlu, Hava (2016). *Yükselmeye Açık Kamu Personel Sistemine Sahip Türkiye’de ‘Cam Tavan’*, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Denizli.
- Tahtalıoğlu, Hava ve Özgür, Hüseyin (2019). “The Analysis of Contracted Public Personnel Policy of Turkey”, Onur Kulaç, Elvettin Akman and Cenay Babaoglu (Editors), *Public Policy Analysis in Turkey*, Peter Lang GmbH, Berlin, p. 147-162.
- Tahtalıoğlu, Hava (2021). “Akademik Kadrolar Açısından Norm Kadro Uygulamalarına Genel Bir Bakış”, *Alanya Akademik Bakış Dergisi*, 5 (2), s. 1107-1124.
- Tanrıöğen, Abdurrahman (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Anı Yayıncılık, Ankara.
- Taş, Dersu (2012). “Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 4 (2), s. 79-102.
- Taşçıoğlu, İlknur (2007). *Lüleburgaz Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz 82. Yıl Devlet Hastanelerinde İş ve Çalışma Ortamından Kaynaklanan Riskler ve Bu Riskleri Hemşirelerin Algılama Düzeylerinin Saptanması*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Taşkın, Mükremin (2001). “Sağlık Politikamız”, *Yeni Türkiye*, 7 (39), s. 243-250.

- Tatar, Mehtap (2009). “Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Teorik Bir Değerlendirme”, *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, (1), s. 8-12.
- TBMM Zabıt Ceridesi (1936). *Devre II, İçtima Senesi*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1990). *2000 Yılında Herkese Sağlık*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1992). *1. Ulusal Sağlık Kongresi*, 23-27 Mart 1992, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1996). *Sağlık İnsan gücü Mevcut Durum Raporu*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (1999). *Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu*, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2001). *Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri*, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2007a). *Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalışmayı*, Ankara, s. 32-54.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2007b). *Türkiye’de Sağlığa Bakış*, Ankara, s. 211-214.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu*, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurulu (2008), *Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu*, Yayın No:739, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2001). *Sağlık İstatistikleri*, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu*, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı-Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2013). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Tatar, Mehtap (2009). “Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Teorik Bir Değerlendirme”, *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, (1), s. 8-12.
- Temelli, Erdoğan (2019). *Sağlık Bakanlığında Değişen Yönetim Yapısının Kurumsal Kimlik Personel Motivasyonu ve Kurumsal Yönetim Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İstanbul.
- Tengilimoğlu, Dilaver (2009). “Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Araştırması”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, (56), s. 44-49.
- Tengilimoğlu, Dilaver (2012). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Tengilimoğlu, Dilaver ve Çermikli, Hakan (2002). “Sağlık Kuruluşlarında Rekabetçi Strateji Olarak Firma Birleşmeleri Konusuna Hastane Yöneticilerinin Görüşlerini Tespite Yönelik Bir Alan Çalışması”, *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20 (2), s. 171-186.
- Tengilimoğlu, Dilaver, Akbolat, Mahmut, Işık, Oğuz (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Savaş Kitap, Ankara.
- The Child Survival and Health Grants Program (2005). *Health Systems Strengthening Chapter 1, Technical Reference Material*, WHO, Geneva, Switzerland.
- The World Health Organization (1998). *The World Health Report*, WHO, Geneva.
- The World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*, WHO, Geneva.
- The World Health Organization (2006). *The World Health Report 2006: Working Together for Health*, Geneva.
- The World Health Organization (2012). *Health Policy Report*, WHO, Geneva.
- TODAİE (2001). *Belediye Personel Yönetimi El Kitabı*, TODAİE, No: 305, Ankara.

- Topak, Oğuz (2012). *Refah Devleti ve Kapitalizm: 2000'li Yıllarda Türkiye'de Refah Devleti*, İletişim, İstanbul.
- Topcu, Havva Gül (2018). *Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısına İlişkin 663 Sayılı ve 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnameler Hakkında Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Tortop, Nuri (1999). *Personel Yönetimi*, Yargı Yayınları, Ankara.
- Tortop, Nuri, Özer, Mehmet Akif, Aykaç, Burhan ve Yayman, Hüseyin (2012). *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Nobel Yayım Dağıtım, Ankara.
- Tunçay, Berrin (2019). *Demokrat Parti Dönemi Sağlık Politikaları*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tarih Anabilim Dalı, Bilecik.
- Turan, A. Menaf (2018). "Türkiye'nin Yeni Yönetim Düzeni: Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi", *Social Sciences Research Journal*, 7 (3), s. 42-91.
- Tutum, Cahit (1970). "Yeni Personel Rejimi Üzerine", *Amme İdaresi Dergisi*, 3 (3), s. 11-29.
- Tutum, Cahit (1979). *Personel Yönetimi*, 2. Baskı, TODAİE Yayını, Ankara.
- Tutum, Cahit (1980). "Türk Personel Sisteminin Sorunlarına Genel Bir Yaklaşım", *Amme İdaresi Dergisi*, 13 (3), Eylül, s. 95-107.
- Tutum, Cahit (1994). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma*, TESAV Yayınları No: 3, Ankara.
- Tutum, Cahit (2003). "Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma", Burhan Aykaç-Şenol Durgun-Hüseyin Yayman (Ed.), *Türkiye'de Kamu Yönetimi*, Yargı Yayınevi, Ankara, s.441-457.
- Türk, Meral (2011). "Türkiye'de Sağlık Kurumlarında İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Hizmetleri", 3. *Ulusal Kongresi: Sağlık Çalışanlarının Sağlığı*, Sağlık Bakanlığı, Ankara, s. 98-103.

- Tüysüz, Cemre (2010). *Uluslararası Belgelerde Sendika Hakkı*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk Anabilim Dalı, İstanbul.
- Uçak, Ayşe (2009). *Sağlık Personelinin Maruz Kaldığı İş Kazaları ve Geri Bildirimlerinin Değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.
- Uğrak, Uğur, Erigüç, Gülsün ve Uzuntarla, Yasin (2016). “Personel Güçlendirme ve Sağlık Sektörü”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7 (1), s. 69-84.
- Uğurluer, Gamze ve Azap, Alpay (2006). “Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri Sözlüğü”, *Toplum ve Hekim*, 21 (3), s. 197-202.
- Uğurluoğlu, Özgür (2015). Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3 (1), s. 52-63.
- Urhan, Betül ve Etiler, Nilay (2011). “Sağlık Sektöründe Kadın Emeginin Toplumsal Cinsiyet Açısından Analizi”, *Çalışma ve Toplum*, 29, s. 191-216.
- Uysal, Filiz (2014). *Aile Hekimliği Uygulamasının Sağlık Personeli Tarafından Değerlendirilmesi (İzmir İli Konak İlçesi Örneği)*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul
- Uzun, Fazlıye (1989). *Belediyeleri Gıda Kontrol Hizmetleri Konusunda Bir Çalışma*, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Uzuner, Elif (2017). Aile Hekimliği Kapsamında Verilen Sağlık Hizmetleri: Çalışanların Değerlendirmesi ve Hizmet Alanların Memnuniyet (Kocaeli İli Örneği), (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Üçkuyu, Yavuz (2006). “Toplumsal Yapı ve Sağlık Sistemleri: Sağlık Sistemlerine Nasıl Bakılmalı”, *Toplum ve Hekim*, Cilt:21 (5-6), s. 325-330.

- Ünal, Ali ve Ünal, Aslı Köse (2017). “Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığına Yönelik Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4 (1), s. 51-56.
- Ünlütürk Ulutaş, Çağla (2011). *Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Işığında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*, NotaBene, Ankara.
- Visconti, Roberto Moro, Doş, Anna, and Gurgun, Asli Pelin (2017). *Public-Private Partnerships for Sustainable Healthcare in Emerging Economies*, Emerald Publishing Limited, p. 407-437.
- Wells, John and Bowers, Len, (2002). “How Prevalent is Violence Towards Nurses Working in General Hospitals in the UK?”, *J Adv Nurs*, 39 (3), p. 230-240.
- World Health Organization (1998). *Violence and Health: Task Force on Violence and Health*, WHO, Geneva.
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on Violence Prevention*, WHO, Geneva.
- World Health Organization (2020). *Coronavirus Disease (Covid-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers, Including Key Considerations for Occupational Safety and Health*, WHO, Geneva.
- Yağar, Fedayi ve Dökme, Sema (2019). “Sağlık Çalışanları ve Mobbing”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2 (6), s. 121-129.
- Yağcan, Hande ve Çetin, Tuğçe (2021). “Covid-19 Süresinde Bir Devlet Hastanesi Hemşiresi Gözlemleri”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8 (3), s. 186-190.
- Yalçın, Berrin (2011). *Kamu Sektöründe Sözleşmeli Personel İstihdamı: Akdeniz Üniversitesi Örneği*, (Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta.
- Yalçınkaya, Kubilay (2017). *Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), TODAİE Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Programı (KYUP), Ankara.

- Yalçinkaya, Kubilay (2018a). “Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1923 Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde 1923-1980 Dönemi İstihdam ve Maaş Rejimi”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21 (2), s. 355-391.
- Yalçinkaya, Kubilay (2018b). “Kamu Sağlık Hizmetlerinde Bütçe Temelli Dönüşüm ve Personel Ödemeleri”, *Toplum ve Hekim*, 33 (3), s. 223-236.
- Yaradılmış, Emine (2019). *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniğine Başvuran Hastaların Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunu Tercih Nedenlerinin İncelenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.
- Yaşamış, Firuz Demir (2001). “Osmanlı Devlet Yönetimi Başlangıç Yılları”, *Türk İdare Dergisi*, (432), s. 1-32.
- Yatkin, Şerife (2019). *1986-2017 Döneminde Türkiye’nin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları Politikasının Çözümlemesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi EABD, Kamu Yönetimi Bilim Dalı, Denizli.
- Yavuz, Cavit Işık (2016). “Sağlık Emekçilerinin Durumu Üzerine”, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 16 (60), s. 2-7.
- Yayman, Hüseyin (2005). *Türkiye’nin İdari Reform Politikası*, (Basılmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yayman, Hüseyin (2008). *Türkiye’nin İdari Reform Tarihi*, Turhan Kitabevi, Ankara.
- Yazıcı Gülteki, Zehra (2020). *Sağlık Sektöründe Yaşanan Şiddetin Medyaya Yansıması*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, Yeni Medya ve Gazetecilik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Yenimahalleli Yaşar, Gülbiye (2010). “Türk Sağlık Politikasında Neoliberal Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, İpek Özkal Sayan (Yayına Hazırlayan), *Devlet Yönetim Bilimi, Kamu Yönetimi, Bürokrasi, Yerel Yönetimler: Prof.Dr. Kurthan FİŞEK İçin Yönetim Üzerine*, Ankara Üniversitesi, Ankara, s. 269-289.

- Yeşildal, Nuray (2005). “Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve Şiddetin Değerlendirilmesi”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (5), s. 280-302.
- Yeşiltaş, Aysun (2015). “Sağlık Sektöründe Kamu Sendikalaşması”, *Çalışma Toplum*, (47), s. 131-150.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Yıldırım, Türkan (2010). “Türkiye Sağlık Politikaları ve Reformları: Tarihsel Bir Bakış”, *Türkiye Demokrasi Vakfı Enstitüsü Dergisi*, Şubat, s. 28-33.
- Yıldırım, Hasan Hüseyin ve Yıldırım, Türkan (2013). “Türkiye Sağlık Reformları ve Politikaları: Politika Analizi Çerçevesinde Bir Değerlendirme”, Mete Yıldız ve M. Zahid Sobacı (Derleyenler), *Kamu Politikası: Kuram ve Uygulama*, Adres Yayınları, Ankara, s. 352-385.
- Yıldırım, Savaş (2001). “Değişimin Getirdiği Reform İhtiyacı”, *Yeni Türkiye* (40), Mayıs-Haziran, s. 1140-1144.
- Yıldırım, Selami ve Işıkhân, Vedat (2014). “Sağlık İnsan Gücü Planlaması: Sosyal Hizmet Uzmanlarına Yönelik Bir Durum Analizi”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 25 (1), s. 133-148.
- Yıldızal, Cumali, Önder, Çiçek ve Demir, Feyza (2021). “Covid-19 sürecinde Bir Devlet Hastanesi Hemşiresi Gözlemleri”, *Selçuk Sağlık Dergisi*, 2 (2), s. 128-150.
- Yılığör, Esat (2006). “Sağlıkta İnsangücü Planlaması Nasıl Yapılmalı?”, *Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı*, 01-03 Aralık 2006, Sağlık Bakanlığı, Ankara, s. 24-30.
- Yılmaz, Gözde (2018). “Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar ve Politika Transferi”, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (41), s. 179-206.
- Yılmazöz, Mehmet (2009). “Türkiye’de Kamu Personel Yönetimi Sorunu”, *Maliye Dergisi*, (157), Temmuz-Aralık, s. 293-302.
- Yılmaztürk, Aysun (2013). “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi”, *The Journal of Social Science Research*, 8 (1), s. 176-178.

- Yiğitbaşı, Çağla Deveci, Süleyman Erhan (2011). “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing”, *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 11 (42), s. 23-28.
- Yural, Burak (2021). *Sağlık Çalışanlarının Şiddete Karşı Güvenlik ve Güven Algılarının İncelenmesi*, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- YÖK (2010). Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, YÖK, Ankara.
- Yurdadoğ, Volkan (2007). “Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı ve Analizi”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16 (1), s. 591-610.
- Yüceyılmaz Hilal ve Özgür, Hüseyin (2018). “Türkiye’de Belediye Norm Kadro Yönetmelikleri ve Ek Tabloların Analizi, 2006-2017: Mevzuat Temelli Bir Okuma”, *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11, s. 86-115.
- Yüncü, Volkan ve Yılan, Yunus (2020). “COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkilerinin İncelenmesi: Bir Durum Analizi”, *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Ek Sayı 2, s. 373-401.
- Zencir, Mehmet (2009). “Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma, Sağlık Personelinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri”, *Toplum ve Hekim*, 24 (3), s. 161-240.
- Zencir, Mehmet (2012). “Sağlık Hizmetlerinin Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Süreçlerine Doğrudan Katkısı”, *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, (45-46), s. 49-58.

İnternet Kaynakları

- WEB_1 (1932). <https://www.tdksözlük.gov.tr>. (15.09.2021).
- WEB_2 (1965). 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> (24/10/2021).
- WEB_3 (1927). 1108 sayılı Maaş Kanunu, <https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d06/c022/b017/tbmm060220170112.pdf> (24/10/2021).

- WEB_4 (1929). 1452 sayılı Devlet Memurları Maşatının Tevhid ve Teadülü Hakkında Kanun, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1989.pdf> (24/10/2021).
- WEB_5 (1942). 4178 sayılı Memur ve Müstahdemlere Verilecek Olağanüstü Zam Hakkında Kanun, <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/6635.pdf> pdf (24/10/2021).
- WEB_6 (1944). https://www5.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc026/kanuntbmmc026/kanuntbmmc02604551.pdf (24/10/2021).
- WEB_7 (2019). T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Teşkilatı Görev Yönergesi, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13&MevzuatTur=19&MevzuatTertip=5> (24/10/2021).
- WEB_8 (2011). 6111 Sayılı Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6111.pdf> (24/10/2021).
- WEB_9 (2022). www.cbiko.gov.tr (30/05/2022).
- WEB_10 (1982). 1982 T.C. Anayasası, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf> (24/10/2021).
- WEB_11 (2018). Cumhurbaşkanlığı 3. Nolu Kararnamesi <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.3.pdf> (24/10/2021).
- WEB_12 (2018). Cumhurbaşkanlığı 4. Nolu Kararnamesi, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.4.pdf> (24/10/2021).
- WEB_13 (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, <https://www.sbsgm.saglik.gov.tr/TR-82338/saglik-istatistikleri-yilligi-2019>. (15/09/2021).
- WEB_14 (2017). Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge, <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,26280/saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadrostandartlari-ile-calisma-usul-ve-esaslarina-dair-yonerge.html> (14/02/2022).

- WEB_15 (2019). Cumhurbaşkanlığı 1. Nolu Kararnamesi, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/19.5.1.pdf> (24/10/2021).
- WEB_16 (1928). 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcraasına Dair Kanun, <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/6024/0/131219pdf.pdf> (11/06/2022).
- WEB_17 (1930). Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593> (24/10/2021).
- WEB_18 (2014). T.C. 59. Hükümet Programı, <http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP59.htm> (25/11/2022).
- WEB_19 (2011). 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (25/11/2022)
- WEB_20 (2005). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi-anasayfa> (11/06/2022).
- WEB_21 (2006). <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/anasayfa-saglikek.htm> (11/06/2022).
- WEB_22 (2019). <https://yhgm.saglik.gov.tr/Eklenti/31432/0/yonergeekcfb62d08-e140-4b4c-9193-6ee5d624b1e8pdf.pdf> (11/06/2022).
- WEB_23 (2022). <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/saglikta-siddet-yasasi-kabul-edildi-100527> (30/05/2022).
- WEB_24 (2022). <https://www.cnnturk.com/turkiye/bakan-kocadan-saglik-calisanlarina-maas-mujdesi-meclis-gundemine-aliniyor> (30/05/2022).
- WEB_25 (2022). <https://www.yenisafak.com/saglik-calisanlarina-ne-kadar-ek-odeme-yapilacak-saglik-bakanligi-ek-odemeler-kimlere-verilecek-h-3855296> (05/12/2022).
- WEB_26 (2022). <https://www.finans.mynet.com/haber/detay/ekonomi/hangi-saglik-calisani-ne-kadar-ek-odeme-alacak-kimleri-kapsiyor-bakan-koca-acikladi-izinde-12-gun-detayi/447990/> (05/12/2022).

- WEB_27 (2022). <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/saglik-bakanligi-ek-odeme-yonetmeliginde-degisiklik-yapildi/2733602> (05/12/2022).
- WEB_28 (2022). <https://www.saglikpersonelihaber.net/ekonomi/saglik-bakanligi-tesvik-duzenlemesi-neler-getirdi-h19544.html> (05/12/2022).
- WEB_29 (2022). <https://www.yhgm.saglik.gov.tr/TR,93752/tasra-teskilati-hizmet-birimlerinde-istihdam-edilmek-uzere-11317-surekli-isci-alimi-ilani.html> (05/12/2022).
- WEB_30 (2022). <https://www.yhgm.saglik.gov.tr/TR,93777/4924-sozlesmeli-tabip-ve-uzman-tabip-personelin-dikkatine.html> (05/12/2022).
- WEB_31 (2022). <https://www.yenisafak.com/sozlesmeli-personele-kadro-h-3868030> (05/12/2022).
- WEB_32 (2022). <https://www.csqb.gov.tr/haberler/cumhurbaskani-erdogan-kamudaki-sozlesmelilere-kadro-mujdesini-acikladi> (05/12/2022).
- WEB_33 (2020). <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/covid-19-hastasi-saglik-calisani-vazife-malulu-hukumlerinden-faydalanabilecek-6172426> (11/06/2022).
- WEB_34 (2019). Onbirinci Kalkınma Planı, <https://www.sbb.gov.tr/kalkinma-planlari> (15/09/2021).
- WEB_35 (2018). Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu- “Birinciden On Birinciden Kalkınma Planlarında Sağlık”, Haluk Özseri, <http://www.sdplatform.com/Dergi/1107/Birinciden-on-birinciye-kalkinma-planlarinda-saglik.aspx> (15.09.2021).
- WEB_36 (2013). Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.17232&MevzuatIliski> (24/10/2021).
- WEB_37 (1987). 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3359&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (24/10/2021).

- WEB_38 (2012). Sağlık Bakanlığı 4/B Sözleşmeli Personelin Yeniden Hizmete Alınması ve Kurum İçi Yer Değişikliğine Dair Yönerge, <https://www.yhgm.saglik.gov.tr/TR-86857/saglik-bakanligi-4b-sozlesmeli-personelinin-yeniden-hizmete-alinmasi-ve-kurum-ici-yer-degisikligine-dair-yonerge.html> (11/06/2022).
- WEB_39 (2003). İş Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4857.pdf> (11/06/2022).
- WEB_40 (2004). 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu, <https://www.samsunbulten.com> (25/11/2022).
- WEB_41 (2022). <https://medimagazin.com.tr/guncel/dis-sagligi-icin-aile-hekimi-2-ilde-pilot-uygulama-basladi-100919> (11/06/2022).
- WEB_42 (2016). <https://www.dentiss.com/aile-dis-hekimligi-projesi-nasil-isleyecek-y2243.html> (11/06/2022).
- WEB_43 (2018). 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 45-A Maddesine Tabi Sözleşmeli Sağlık Personelinin Aile Birliği Mazeretine Bağlı Yer Değiştirmesine İlişkin Usul ve Esaslar, <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-40555/usul-ve-esaslar.html> (11/06/2022).
- WEB_44 (2015). Sağlık Personelinin İl İçi Yer Değişikliği Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, <https://yhgm.saglik.gov.tr/Eklenti/2705/0/saglik-personelinin-il-ici-yer-degisikligi-usul-ve-esaslarina-dair-yonergepdf.pdf> (25/11/2022).
- WEB_45 (1978). Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar, <https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=21&MevzuatNo=715754&MevzuatTertip=5> (25/11/2022).
- WEB_46 (2015). Sağlık Bakanlığı 4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20525&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (25/11/2022).

- WEB_47 (2013). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> (25/11/2022).
- WEB_48 (2014). Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19581&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>(25/11/2022).
- WEB_49 (1985). Radyasyon Güvenliği Tüzüğü, <https://www.mevzuat.gov.tr/> (25/11/2022).
- WEB_50 (2003). Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4924.pdf> (25/11/2022).
- WEB_51 (2011). Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/3.5.20112226.pdf> (25/11/2022).
- WEB_52 (2012). Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları İle Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10531/saglik-hizmetlerinde-iyonlastirici-radyasyon-kaynaklari-ile-calisan-personelin-radyasyon-doz-limitleri-ve-calisma-esaslari-hakkinda-yonetmelik.html> (11/06/2022).
- WEB_53 (2022). <https://www.memurlar.net/haber/147701/2009-yili-toplu-gorusme-tutanaginin-resmi-hali.html> (11/06/2022).
- WEB_54 (2012). Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalıştay, <https://www.saglikcalisanisagligi.org/dosyalar/SCS-Calistay-Antalya.pdf> (11/06/2022).
- WEB_55 (2022). <https://www.cnnturk.com/yasam/katalog-suc-nedir-ne-demek-katalog-suclari-nelerdir> (30/05/2022).

- WEB_56 (2022). <https://www.haberturk.com/son-dakika-saglik-calisanlarina-3600-ek-gosterge-mujdesi-3429636-ekonomi> (11/06/2022).
- WEB_57 (2022). <https://www.timeturk.com/genel/saglik-calisanlari-yasal-duzenleme-maddeleri-neler-doktor-hemsire-ebe-maaslari-artacak-mi-saglik-calisanlari-yasal-duzenleme-icerigi-neler/haber-173341> (30/05/2022).
- WEB_58 (2022). <https://www.aa.com.tr/tr/gundem/cumhurbaskani-erdogan-saglik-calisanlarinin-ucretlerinde-yaptigimiz-iyilestirme-emekliliklerine-de-yansiyacak/2534573> (30/05/2022).
- WEB_59 (2022). <https://www.trthaber.com/haber/gundem/saglik-calisanlariyla-ilgili-yasal-duzenleme-meclise-sunulacak-678075.html>(30/05/2022).
- WEB_60 (2009). Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği, <https://www.saglik.gov.tr/TR,10513/saglik-bakanligi-hizmet-ici-egitim-yonetmeli.html> (15/09/2021).
- WEB_61 (2022). <https://pydb.saglik.gov.tr/TR-25165/faaliyetlerimiz.html> (11/06/2022).
- WEB_62 (2011). Sağlık-Sen Ana Tüzüğü, <http://www.saglikksen.org.tr/cdn/uploads/cloud/0e973f7d4817af5787f34aaa31924568.pdf> (15/09/2021).
- WEB_63 (1996). Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Tüzüğü, <https://ses.org.tr/wp-content/uploads/2017/12/Nisan-2017-tuzuk-1> (15/09/2021).
- WEB_64 (1992). Türkiye Sağlık ve Sosyal Hizmetler Kolu Kamu Görevlileri Sendikası Tüzüğü, <https://www.turksaglikksen.org.tr>. (15/09/2021).
- WEB_65 (2023). Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Görev Dağılımı, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11444/teskilat-semasi.html> (15.09.2022).
- WEB_66 (2012). Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği, <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR-11596/yonetmelikler.html> (14/02/2022).
- WEB_67 (2017). Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge, <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,26280/saglik->

bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-esaslarina-dair-yonerge.html (14/02/2022).

WEB_68 (2022). <https://denizliism.saglik.gov.tr/TR-839/teskilat-semasi.html> (25/11/2022).

WEB_69 (2022). <https://denizlidh.saglik.gov.tr/TR-637277/organizasyon-yapisi.html> (25/11/2022).

WEB_70 (2021). <https://www.saglik.gov.tr/TR,95109/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-yayinlanmistir.html> (14.02.2023).

WEB_71 (2022). <https://hastane.pau.edu.tr/organizasyon-yapisi> (25/11/2022).

WEB_72 (2022). <https://www.artofit.org/>(25/11/2022).

WEB_73 (2022). <https://www.samsunbulten.com/>(25/11/2022).

WEB_74 (2021). <https://data.oecd.org/turkiye.htm#profile-health> (09/06/2023).

EKLER

EK-1: Görüşme Formu

Değerli Katılımcı,

Bu mülakat “Türkiye’de Kamu Sağlık Sektöründe Personel Rejimi, 1923-2023: Dönüşümler, Politikalar, Sorunlar ve Bakış Açıları” adlı doktora tez çalışmasına veri toplama amacıyla gerçekleştirilecektir. Cevaplar araştırma amaçlı kullanılacak olup verdiğiniz her türlü bilgi gizli kalacaktır. Çalışmanın bilimselliği ve verimliliği bakımından sorulara vereceğiniz içten cevaplar önem arz etmektedir. Araştırmaya yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Prof. Dr. Hüseyin ÖZGÜR

H. Ecehan ARMAĞAN KAYGUSUZ

Anadolu Üniversitesi

Pamukkale Üniversitesi

İİBF-Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi

SBE, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi

- 1) Mesleğe başladığınızdan bu yana, yaptığınız işte, mesleğinizde ve unvanınızda ne tür değişiklikler meydana geldi? Bu değişiklikleri nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 2) Sağlık personel sisteminde hangi önemli dönüşüm/değişimlerin olduğunu düşünmektесiniz? Neden?
- 3) Son dönemde sağlık sektöründeki personel politikasında meydana gelen değişiklikleri ve personel politikasının gelişiminde yaşanan dönüşümleri nasıl değerlendirirsiniz?
- 4) Son dönemde Türk sağlık sektöründe gerçekleştirilen politikaların sağlık personeli adına güçlü ve zayıf yönleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
- 5) Personel rejimindeki personel statü çeşitliliği konusunda ne düşünüyorsunuz? Burada yeni personel statü çeşitlerine ihtiyaç var mıdır?
- 6) Sağlık sistemindeki farklı istihdam modellerinin uzun vadede getirdiği sorunlar nelerdir? Bu konuda bir çözüm önerileriniz var mıdır?
- 7) Sağlık sektöründe aynı işi yapan fakat farklı türde (memur, sözleşmeli gibi) istihdam edilen personel arasında ne gibi sorunlar yaşanmaktadır?
- 8) Sağlık personelinin geleceğini nasıl görüyorsunuz?
- 9) Bunlar haricinde eklemek istediğiniz veya önemli gördüğünüz noktalar nelerdir?

EK-2: Mülakat Temelli Araştırmada Katılımcıların Özellikleri

UNVAN	SAYI	%
Başkan	3	6
Başkan Yardımcısı	4	8
Şube Müdürü	2	4
Uzman	6	12
İlçe Sağlık Müdürü	1	2
Başhekim	6	12
Başhekim Yardımcısı	3	6
Hastane Müdürü	10	20
Hastane Müdür Yardımcısı	10	20
Dekan	1	2
Dekan Yardımcısı	1	2
Öğretim Görevlisi	1	2
Fakülte Sekreteri	1	2
Daire Başkanı	1	2
TOPLAM	50	100

Katılımcıların 3'ü başkan, 4'ü başkan yardımcısı, 2'si şube müdürü, 6'sı uzman, 1'i ilçe sağlık müdürü, 6'sı başhekim, 3'ü başhekim yardımcısı, 10'u hastane müdürü, 10'u hastane müdür yardımcısı, 1'i dekan, 1'i dekan yardımcısı, 1'i öğretim görevlisi, 1'i fakülte sekreteri, 1'i daire başkanıdır.

YAŞ GRUPLARI	SAYI	%
26-35 yaş arası	5	10
36-45 yaş arası	18	36
46-55 yaş arası	26	52
56-65 yaş arası	1	2
TOPLAM	50	100

Tabloda bulunan yaş gruplarını saha çalışması sonrası ayırdığımızda; 26-35 yaş arası 5 kişi, 36-45 yaş arası 18 kişi, 46-55 yaş arası 26 kişi, 56-65 yaş arası 1 kişi araştırmaya katılmıştır. 25 yaş altı yönetimde görevli kişi bulunmamaktadır. Yönetim kademesinde en fazla 46-55 yaş arası katılımcı olduğu görülmektedir. Yönetim tecrübe gereken bir iş olduğu bu sayılardan anlaşılmaktadır.

CİNSİYET	SAYI	%
Kadın	22	44
Erkek	28	56
TOPLAM	50	100

Katılımcıların 22'si kadın, 28'i erkektir. Yönetim için kadın sayısı düşük olmakla birlikte yine de aradaki fark çok fazla değildir. Ayrıca kadın katılımcıların çok büyük bir

orani İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Devlet Hastanelerinde çalışmaktadır.

ÖĞRENİM DURUMLARI	SAYI	%
Lisans	22	44
Yüksek Lisans	12	24
Doktora	16	32
TOPLAM	50	100

Katılımcıların 22 tanesi lisans, 12'si yüksek lisans, 16'sı doktora mezunudur. Yüksek öğrenim oldukça fazla görülmektedir. Yüksek öğrenimin büyük çoğunluğu da yine sağlık alanında gerçekleşmiştir.

MESLEK	SAYI	%
Uzman Hekim	11	22
Pratisyen Hekim	5	10
Diş Hekimi	1	2
Sağlık Memuru	8	16
Hemşire	8	16
Ebe	2	4
Sağlık Teknikeri	2	4
Şube Müdürü	5	10
Şef	1	2
Memur	5	10
Tekniker	2	4
TOPLAM	50	100

Araştırma sağlık tesislerinde gerçekleştirildiğinden büyük çoğunlukla katılımcılar içerisinde sağlık kökenli meslekler ön plandadır. Sayılarla ifade etmek gerekirse 11 Uzman Hekim, 5 Tabip, 1 Diş Hekimi, 8 Sağlık Memuru, 8 Hemşire, 2 Ebe, 2 Sağlık Teknikeri, 5 Şube Müdürü, 1 Şef, 5 Memur, 2 Tekniker araştırmaya katılmıştır. 37 katılımcı yöneticilik öncesi sağlıkla ilgili bir meslekte çalışmaktadır.

KURUMLAR	SAYI	%
İl Sağlık Müdürlüğü	15	30
İlçe Sağlık Müdürlüğü	1	2
Devlet Hastaneleri	23	46
Özel Hastane	2	4
Üniversite	9	18
TOPLAM	50	100

Katılımcıların 16'sı İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğünde, 23'ü devlet hastanelerinde, 2'si özel hastanede ve 9'u da Üniversite de çalışmaktadırlar.

KURUMLAR	SAYI	%
0-9 yıl	4	8
10-19 yıl	11	22
20-29 yıl	23	46
30-39 yıl	12	24
TOPLAM	50	100

Hizmet yılları gruplandırıldığında ise 0-9 yıl arası 4 kişi, 10-19 yıl arası 11 kişi, 20-29 yıl arası 23 kişi, 30-39 yıl arası 12 kişi bulunmaktadır. Hizmet yıllarında en fazla oran 20-29 yıl arasındadır.

KURUMLAR	SAYI	%
0-5 yıl	22	44
6-10 yıl	19	38
11-15 yıl	4	8
16-25 yıl	5	10
TOPLAM	50	100

Yöneticilikte geçen süreler incelendiğinde 0-5 yıl arası 21 kişi, 6-10 yıl arası 19 kişi, 11-15 yıl arası 4 kişi, 16-25 yıl arası 5 kişinin olduğu bulunmuştur. Yeni yönetici olanların sayısı oldukça fazladır.

KURUMLAR	SAYI	%
663 sayılı KHK	39	78
İş Kanunu	2	4
Yükseköğretim Kanunu	1	2
Üniversitelerde Akademik Teşkilat Yönetmeliği	2	4
Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumlarının İdari Teşkilatı Hakkında KHK	6	12
TOPLAM	50	100

Katılımcıların görevlerini de farklı mevzuatlara göre yapmaktadırlar. 39 kişi 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye tabi çalışmaktadır. İlgili katılımcılar Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesislerinde görev yapmaktadır. Yukarıda da değinildiği üzere Sağlık Bakanlığı'nda sözleşmeli yöneticilik uygulamasına istinaden bir uygulama gerçekleşmektedir. 2 kişi 4847 sayılı İş Kanunu'na tabi özel sağlık sektöründe çalışmaktadırlar. 1 kişi öğretim görevlisi olduğundan Yükseköğretim Kanunu'na, 2 kişi Üniversitelerde Akademik Teşkilat Yönetmeliği'ne ve 6 kişi Yükseköğretim Üst Kuruluşları ile Yükseköğretim Kurumlarının İdari Teşkilatı Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'ye göre çalışmaktadırlar.