

## SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ESNEK ÜRETİM ve SAĞLIK EMEK-GÜCÜNE ETKİLERİ

Özlem ÖZKAN\*  
Aslıhan ÇATIKER\*\*

Kapitalizmde 1960'lı yıllarının sonlarında üretimin kitleselleşip, sermaye birikiminin yoğunlaşmasıyla kar oranlarında hızlı bir düşüş baş göstermiş ve bu nedenle bir kez daha halen devam eden küresel ölçekteki kriz kendini göstermiştir. Böyle olunca, sermaye sınıfı kâr oranlarının düşme eğilimini köklü ve yapısal dönüşüm özelliğine sahip ekonomik, politik, sosyal ve ideolojik düzenlemelerle aşmaya çalışmıştır. Bu düzenlemelerden bazıları: 1) sermaye birikimini canlandırmak için yeni liberal ekonomik-politikaların uygulanması 2) kapitalizmin küreselleşmesiyle ülkelerin piyasa ekonomileriyle hızla bütünleştirilmesi ve 3) finanslaşmadır (Sönmez 2009). Sağlık dahil tüm kamu hizmetleri, hizmeti üreten emek-gücü ve hizmetten yararlanan toplum, bu yapılanma sürecinde önemli oranda etkilenmiş ve "yeni" durumlarla karşı karşıya kalmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin metalaşma sürecinin başlangıcında, sağlık hizmetlerinin kâra dayalı olmasının hizmetlerin niteliğini arttırdığı ve maliyeti düşürdüğü iddia edilmiştir. Ancak ilerleyen zamanlarda, bu dogmanın giysisiz kaldığı kanıtlarıyla ortaya koyulmuştur (Woolhamdler, Himmelstein 2004). Makalemizde bu durum, sağlık emek-gücünün emek sürecinde de ortaya koyulmaya çalışılacaktır. Makalenin ilk bölümü sağlık hizmetlerinin metalaşma sürecini, ikinci bölüm ise ona özgü olan sağlık hizmeti üretim sürecinde uygulanan esnek üretim biçiminin sağlık emek-gücüne etkileri ve sonuçları değerlendirilmeye çalışılacaktır. Esnek ücretlendirme biçimleri ve toplam kalite yönetimi uygulamaları ayrıca makale konuları olduğundan, bu makalede kapsam dışı bırakılmıştır.

\* Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı.

\*\* Ordu Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi.

Sağlık hizmetini üretenlerin kavramsallaştırılması ile ilgili literatür incelendiğinde, çok sayıda kavram kullanılmaktadır. Bu kavramlar; sağlık emek-gücü, sağlık çalışanları, sağlık emekçileri, sağlık işçileri, sağlıkçılar, sağlık insan gücü, sağlık işgücü, sağlık bakım profesyonelleri, sağlık bakım sağlayıcıları, sağlık bakım personeli, sağlık personeli ve sağlık elemanı şeklindedir. Bu makalede, sağlık emek-gücü kavramı kullanılacaktır.

### **Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma**

Genelde sağlık hizmeti üretimi, özelde sağlık emek-gücünün metalaşma dereceleri ve biçimleri mevcut sermaye birikimi ile ona özgün emek sürecine göre biçimlenir. O nedenle, kapitalizmin 1960'lı yılların sonlarında içine girdiği krizi aşmanın araçlarından birisi de sağlık dahil tüm kamu hizmetlerinin yeniden yapılanması olmuştur. Ülkelerin kapitalizme eklenme biçimlerine göre değişmekle beraber, yaklaşık olarak 1970'li yılların ortalarında başlayan bu yapılanma sürecinde büyük bir bölümü kamu sektörüne ve kapitalist/kapitalistleşen ülkelere göre farklı düzeylerde olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir bölümü parasız olarak sunulurken, sağlık hizmetleri tümüyle metalaştırılmıştır. Bir başka ifadeyle, öncelikle kamunun mal ve hizmet sunumuna son verilmiş; sağlık hizmetlerinin bütün alanları (sağlık emekçileri ile toplum/hasta ilişkisi de dahil) piyasanın gerekleri ve talebi üzerinden alım ve satımın konusu olmaya, paralı olmaya ve ticareti yapılmaya başlanmıştır (Pellegrino 1999). Kapitalizmin küreselleşmesiyle beraber çok uluslu şirketlerin artması, sağlık finansmanındaki değişimler, ileri teknolojinin geliştirilmesi, doğrudan yabancı yatırımların artması, ülkeler arasında sınırların kalkması, e-ticaret, tele-sağlık hizmetleri, hastaların ve sağlık emek-gücünün başka bir ülkeye seyahatleri konusunda engellerin ortadan kaldırılması sağlık hizmetlerinde doğrudan ticaretin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Hastaneler, klinikler ve özel sağlık sigorta şirketleri yabancı sermayenin yatırım kaynağı olmuştur. Ne yazık ki bu süreçte böyle ülkelerin sağlık kurumlarına yapılan teknoloji vb. yabancı yatırımlar, o ülkenin toplumu tarafından özel sağlık hizmetlerinin kamuya göre daha nitelikli olduğu algısını oluşturmaktadır (Timmermans 2004). Sağlık hizmetlerinin ticarileşmesiyle; laboratuvar numuneleri, teşhis ve klinik danışmanlık hizmetleri elektronik ortamla (e-mail vb.) bir ülkeden başka bir ülkeye, aynı ülkede bir ilden diğerine çok hızlı bir biçimde hareket eder olmuştur. Hastalar nöroloji, kardiyoloji, endokrinoloji nefroloji ve üroloji gibi özel uzmanlık alanlarında ameliyat olabilmek için daha ucuz olması nedeniyle ABD, İngiltere gibi ülkeler yerine, Hindistan, Bangladeş, Nepal ve Ortadoğu ülkelerini tercih etmeye başlamıştır. Örneğin, Hindistan'da bir koroner bypass ameliyatının maliyeti ABD'den iki kat daha düşük olduğu için hastalar Hindistan'da ameliyat

olmaktadır. Bu değişimlerle son yirmi yılda sağlık sektörüne yapılan yabancı yatırımın payı diğer hizmet sektörlerine göre 20 kat artmıştır (Chanda 2002, Timmermans 2004, Smith 2004). Özellikle Hindistan, Endonezya, Nepal, Sri Lanka ve Tayland'da yabancı yatırımların payı dikkat çekici bir biçimde artmaya başlamıştır. Örneğin, sermayenin %90'ının kendisinin olduğu bir Alman şirketi Delhi'de 200 yataklı bir hastane, Hindistan'daki Apollo hastane grubu ise Malezya, Nepal ve Sri Lanka'da dört milyar dolarlık yatırımı olan 15 yeni hastane kurmuştur (Chanda 2002).

Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve ticarileşmesi sağlık hizmetlerinin üretiminin toplumun gereksinimi için değil, bütünüyle sermayenin birikmesi ve çoğalması içindir. Eşitlik, katılımcılık, ulaşılabilirlik vb. "siyasi söylemleriyle" ifade edilen oysa özde metalaşma olan bu süreç, kapitalist ülkelerde şu aşamalarla gerçekleşmiştir: 1) sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sunumunun birbirinden ayrılması 2) sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bütçenin doğrudan ya da dolaylı katkısı yerine sigorta, cepten ödeme, katkı payı uygulamalarıyla hizmete ulaşım ve hizmetin kullanımı kişilerin sorumluluğuna indirgenmesi 3) genelde devletin özelde Sağlık Bakanlığı'nın sadece denetleyici ve sağlık sektörü piyasasını düzenleyici bir işleve indirgenmesi 4) geri ya da eskimiş teknolojilerin merkez kapitalist ülkelere çevre kapitalist ülkelere yoğun olarak transfer edilmesi ve sağlık hizmetlerinin bu teknolojiyi tüketecek şekilde yapılandırılması 5) özellikle çevre kapitalist/kapitalistleşen ülkelere kamu kaynaklı ilaç, aşı ve diğer tıbbi teknoloji üretiminden vazgeçilmesi ve dışa bağımlı olunması 6) kamu eliyle özel sağlık kurumlarının desteklenmesi 7) özel sağlık kurum sayısının artması 8) kamu sağlık kurumlarının özellikle hastanelerinin tamamının ve/veya bir bölümünün blok olarak özel sektöre satılması ya da önceden kamu hastanesi tarafından sunulan temizlik, yiyecek-içecek, çamaşır, güvenlik vb. bazı hizmetlerin sözleşmeler yoluyla taşeron şirketlere devredilmesi 9) hastanelerdeki laboratuvar gibi karlı bölümlerin özel şirketlere kiralanması 10) kamu hastanelerinde özel yataklar, özel muayeneler oluşturularak, kamunun olanaklarıyla özel sağlık sektörünün desteklenmesi 11) özellikle laboratuvar hizmetlerinin ve radyolojik tetkikleri vb. hizmetlerin özel sektörden satın alınması 12) kamu finansmanlı hizmetlerin tamamının ya da bir bölümünün parasız sunulduğu birinci basamak sağlık hizmetleri yerine paralı sağlık hizmeti sunumuna dayalı aile hekimliği modelinin uygulanması 13) genel bütçeden sağlığa ayrılan payın azaltılması 14) desantralizasyon 15) sağlık turizmi 16) sağlık emek-gücüne yönelik esnek çalışma biçimleri (Øvretveit 2003, Holden 2005a, Holden 2005b, Navarro 1998, PSI 2003, Lethbridge 2004, Timmermans 2004, Özkan, Hamzaoğlu 2008).

Sağlık hizmetlerinin bu metalaşma süreci farklı kapitalist ülkelerde farklı biçimlerde uygulanırken, ülkemizde bu süreç üç temel aşamada kendini göstermektedir: İlki, 1980-1990 yılları arasında alt yapının kurulması aşaması ile karakterizedir. Bu aşamada pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de sermaye sınıfının çok sayıdaki aygıtlarıyla toplumun özellikle emekçi sınıfına kamu sağlık hizmetlerinin yararsızlığı, verimsizliği, hantallığı ve özel sektörün gerekliliği konusunda ikna etkinlikleridir. Bu dönemde, sağlık hizmetini piyasalaştıran ve ticarileştiren doğrudan sağlık alanıyla ilgili yaklaşık 12 yasal mevzuat yaşama geçirilmiştir. İkincisi, 1990-2000 yılları arasındaki dönemde “Sağlık Reformları” ifadesiyle de bir yer bulan, piyasacı ve ticarileştirilmiş sağlık hizmetlerinin yerleşikleştiği aşamadır. Reform döneminde sağlık alanıyla ilgili doğrudan yaklaşık 28 yasal mevzuat yaşama geçirilmiştir. Üçüncüsü ise 2000’den günümüze “Sağlıkta Dönüşüm” ifadesiyle karakterize olan bir bütün olarak sağlık hizmetlerinin metalaşma sürecinin ivme kazandığı bir dönemdir. Bu dönemde ise bugüne değin doğrudan sağlık alanıyla ilgili yaklaşık 44 yasal mevzuat yaşama geçirilmiştir.

### **Sağlık Hizmeti Üretim Sürecinde Esnek Üretim**

Kapitalizmin 1960’lı yılların sonlarına doğru ortaya çıkan krizi karşısında sermaye sınıfının yeniden yapılanma stratejilerinden birisi de esnek üretim biçimidir. Esnek üretim, kapitalistlerin kâr oranlarını arttırabilmek için sermaye birikimi önündeki tüm engelleri kaldırmaya ve üretimlerini pazarların yeni koşullarına uyarlamaya yönelik bir birikim sürecidir. Küresel piyasada rekabet edebilmek, esnekleşmiş piyasanın ani ve hızlı gereksinimlerine yanıt verecek bir emek-gücü gereksinimi karşılamak, emek-gücü maliyetini düşürebilmek, üretim akışının kesintiye uğratmamak kısacası işçilerin üretim deneyimlerini ve zihinsel potansiyellerini sonuna kadar kullanma biçimine dayalıdır (Ansal 2004, Göçmen 2004). Böylece sermaye, emek-gücü üzerinde denetim kurarak, kendi kontrolü sağlama olanaklarını geliştirir. Esnek üretim biçimi; sayısal esneklik (piyasalardaki talep değişikliğine ve yeni teknolojik uygulamalara göre emek-gücünün sayısının belirlenmesi), zamana göre esneklik (iş sürelerinin kayganlaştırılması), fonksiyonel esneklik (işçilerin iş tanımlarının esnekleştirilmesi, iş gücünün değişik biçimlerde kullanılması), ücret esnekliği (ücret yapısının emek piyasasına göre ayarlanması) ve üretim sürecinde esneklik, işyerinin esnekleştirilmesi ya da uzaklaştırma stratejileri (işyerinin bölünmesi, küçülmesi, bağımsız birimlere ayrılması ya da taşeronlaşma vb.) uygulamalarından oluşur (Akkaya 2004, Desombre ve ark. 2005). Bu nedenle, esnek üretim emek-gücünün örgütlenmesini, istihdam biçimlerini, ücretlendirilmesini, çalışma ortamını, çalışma koşulları, çalışma ilişkilerini, üretim nes-

nelerini, üretiminin gerçekleşeceği mekanları, üretim birimlerinin yönetim biçimlerini, üretim ve tüketim ilişkilerini hatta özel yaşam gibi geniş bir alanı dahi etkisi altına almakta ve bir önceki üretim sürecine göre yeniden yapılanmaktadır (Belek 2004, Öngen 1996). Esnek üretim biçimi genel olarak sanayi üretiminde kullanılırken, 1970 sonrasında sağlık, eğitim gibi kamu hizmet sektöründe de uygulanmaya başlamıştır (Lethbridge 2004, PSI 2003, Wendt, Thompson 2004, Hart 2004). Buna bağlı olarak sağlık emek-gücünün karşı karşıya kaldığı emek sürecindeki değişimler şu şekildedir: piyasalardaki talep değişikliğine ve yeni teknolojik uygulamalara göre sağlık emek-gücünün sayısının belirlenmesi, uluslararası emek-gücü göçü, her ne kadar sağlık hizmeti üretimi kadın emeğine dayalı bir sektör olarak adlandırılırsa da, son yıllarda erkek emeğinin yoğun olduğu mesleklerle kadınların, kadınların yoğun olduğu mesleklere ise erkeklerin dahil olması ve bunun giderek artması, kamusal istihdam politikalarının kısıtlanmasına ve plansız sağlık emek-gücü yetiştirilmesine bağlı olarak özel sektörde çalışmanın artması, sağlık emek-gücünün daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerinin verildiği hastanelerde istihdam olması, yoğun teknoloji kullanımı, belirli süreli sözleşme çalışma, kısmi süreli sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma, geçici çalışma, çağrıya dayalı çalışma, zorunlu çalışma sürelerinin uzatılması ve çalışma saatlerinin düzenlenmesi, yoğun çalışma, aşırı çalışma, tele çalışma, uzmanlaşma ve üst uzmanlaşmanın artması, vardiyalı/gönüllü çalışma, icapçılık, sağlık emek-gücünün iş tanımlarının esnekleştirilmesi, taşeron çalışma, performans dayalı ücretlendirme ve toplam kalite yönetimi, insan kaynaklı yönetimi gibi 'yeni' hizmet yönetim biçimleridir (PSI 2003, Randall, Williams 2006, Özkan, Hamzaoglu 2008, Hart 2004, Belek 2004).

**Sayısal esneklik:** 1970 sonrası kamu hizmetlerindeki piyasalaşma ve ticarileşmeler sonucunda sağlık sektörü en hızlı büyüyen sektörlerden birisidir. Örneğin, 1990'lı yıllarda ABD'de üçüncü, İsveç'te dördüncü ve Norveç'te beşinci en büyük sektör haline gelmiştir (Tablo 1). Aynı yıllarda Dünyada yaklaşık 35 milyon sağlık emek-gücü sayısı (18.5 milyonu hekim ve hemşire), 2006 yılına gelindiğinde yaklaşık 60 milyona ulaşmıştır (ILO 1999, WHO 2006). Bu sayı bugün, Avrupa'daki toplam emek-gücünün %7 ile %13'ünü Kanada'da ise %5'ini oluşturmaktadır (Eurofound 2007, Galarneau 2003). Buna karşın, piyasalaşmış ve ticarileşmiş olan bu sağlık hizmetlerinde sıklıkla sağlık emek-gücünün sayısının yetersizliği, nadiren fazlalığı ülkemiz dahil tüm kapitalist ülkelerde ifade edilen sorunlardan birisidir. Sağlık emek-gücü eksikliği ya da açığı temelde toplumun sağlık sorunlarına, sağlık gereksinimlerine ve nüfusun özelliklerine dönük olmayıp, daha çok esnekleşmiş emek piyasasının arz ve talebine dayalı olarak tanımlanmak-

tadır. Özellikle çevre ülkelerde bu durum merkez ülkelerin nüfus başına düşen sağlık emek-gücü oranının kendi ülkesiyle karşılaştırılması şeklinde olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 4.2 milyondan fazla sağlık emek-gücüne (WHO 2006), ABD 2020 yılına kadar bir milyondan fazla hemşireye, İngiltere ise 640 bin hemşireye, 200 bin hekime ihtiyaç olduğunu belirtmektedir. Dünya Bankası ve DSÖ gibi uluslararası sermaye örgütlerinin reçetelerine dayalı olarak ülkeler sağlık emek-gücü eksikliğini ya da açığının çözümünü, nitelik dikkate alınmadan göçmen sağlıkçı alınması ve/veya okul sayısının ve okullara alınacak öğrenci sayısının artırılması olarak ifade etmektedir (Özkan, Hamzaoğlu 2008, TTB 2008). Örneğin, ABD’de sağlık-emek-gücü açığının kapanması için hemşire sayısının %29.4, hekim ve cerrah sayısının %24, eczacı sayısının %24.6 ve hekim yardımcıları sayısının %49.6 artırılması gerektiği belirtilmektedir (Sarrett, Bradley 2008). Hangi ülkede olursa olsun sağlık emek-gücü ile ilgili tanımlanan açığın ya da eksikliğin aslında kanıtla dayandırılmadığı belirtilmektedir. Bir çalışmada ABD’de yaygın olarak tüm yayınlarda hemşire açığının olduğu belirtilirken ve bunun 2014’de 1.2 milyona ulaşacağı belirtilirken, aslında böyle bir sorun olmadığı da bilimsel olarak ortaya koyulmuştur (Sarrett, Bradley 2008, Zurn ve ark. 2004). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı hekim sayısının yetersiz olduğunu ve hekim açığı olduğunu belirtmiş olmasına karşın, azımsanmayacak sayıda raporlarda yeni tıp fakültesi açmayı ya da diğer ülkelerden hekim getirmeyi gerektirecek büyük bir hekim açığı olmadığı belirtilmektedir. Ebelerin sayısının eksik olmadığı aksine, fazla olduğu saptanmıştır (TTB 2008, TSBEKB 2008). Tüm kapitalist ülkelerde hekimlerin ve hemşirelerin sayılarının yetersiz olduğu belirtilirken, tersine ABD’de 1990’lı yıllardan itibaren diş hekimi sayısının arttığı ve 2006 yılında 875.000’ine ulaştığı bu nedenle 2016 yılından itibaren fazlalık olacağından, arttırılmaması aksine sınırlama getirilmesi gerektiği gösterilmiştir (Solomon 2009).

Öte yandan emek-gücünün baskılanması ve onun ucuzlatılmasının en önemli stratejilerinden birisi olan işsizliğin 1970’li yılından beri sağlık sektöründe giderek yaygınlaşması, emek-gücü eksikliğini ya da açığının kanıtlessiz olduğunu ortaya koyan bir başka özelliktir. Örneğin, 2006 yılında Kanada’da %6.1 olan hemşire işsizliği, 2009 yılında %8.6’ya yükselmiştir. Bu, Almanya’da %7.8’den %9’a, İzlanda’da yaklaşık üç kat artarak %4.4’den %11.8’e ve ABD’de yaklaşık iki kat artarak %5.1’den %9.5’e ulaşmıştır (ICN 2006, 2009). Hekimlerdeki işsizlik; İtalya %21, İngiltere %10, İspanya %8, Belçika %9, Yunanistan %7, İsveç %4 ve İspanya %20’dir (Löytnyemi 2001, Rechel ve ark. 2006). Fizyoterapistlerde işsizlik; Bulgaristan %13, Danimarka %4.2, Yunanistan %15, Finlandiya %6, İspanya %10 ve Polonya %5.5’dir (ERWC 2003). Ülkemizde ise yapılan bir çalışmada 70

bin hemşirenin sağlık memurunun ve ebenin işsiz olduğu saptanmıştır (Ülker ve ark. 2001).

**Tablo 1. 1970-2008 Yılları Arasında Ülkelere Göre Sağlık ve Sosyal Sektörlerin Toplam İstihdam İçindeki Değişimi**

Ülkeler	Yıllar					
	1970	1980	1990	1992	1995	2008
ABD	3.7	5.3		9.2	10.0	12.5
Japonya	1.4	2.0	2.4	4.4	5.8	9.4
Almanya	2.9	4.5		5.5	7.5	11.6
İtalya	1.6	3.9	4.3	4.4	5.0	7.2
Birleşik Krallık	3.1	4.7	4.6	4.8	6.3	12.4
Hollanda	6.4	6.4	6.4	6.6	9.8	13.9
İsveç	6.2	9.9	9.9	10.0	14.2	15.7
OECD	2.8	5.0	5.2	5.8	6.4	9.9

OECD 1995 (Akt): ILO 1999, OECD 2009

Bir diğer konu ise sağlık emek-gücü gereksinimi tanımlanırken, istihdamdaki eşitsizliklerin tümüyle göz ardı edilmesi ya da bu eşitsizliğin kaynağının sağlık emek-gücünün batıyı tercih etmesi gibi bireysel sorumluluğuna yüklenilmesidir. Oysa bu ticarileşen ve piyasalaşan sağlık hizmetleri için sermaye birikimi neredeyse sağlık kurumları orada inşa edilir, sağlık emek-gücü istihdamı da ona göre yapılır. O nedenle, büyük kentler, metropoller, batı bölgesi vb. sağlık kurumlarının en fazla bulunduğu ve sağlık emek-gücünün de en fazla istihdam edildiği yerlerdir. Sağlık kurumları arasındaki eşitsiz dağılım daha sonraki bölümde değerlendirileceğinden, sadece bölgesel ya da coğrafik dağılımdaki eşitsizliklere bakılacak olursa; dünya nüfusunun %55'inin kentlerde yaşarken, hekimlerin %75'i, hemşirelerin ise %60'ı kentlerde çalışmaktadır (WHO 2006). Avustralya'daki ebelerin %68.1'i büyük şehirlerde, %7.4'ü diğer büyük metropol şehirlerde, geri kalanı kırsal bölgede istihdam edilmektedir (AHWAC 2002). Kanada'daki fizyoterapistlerin %92.1'i kentsel bölgede çalışmaktadır (WHO 2006, CIHI 2007). Türkiye'de ise sağlık emek-gücünün %60'ı Türkiye'nin en büyük 15 ilinde iken, bunların yarısı İstanbul, Ankara ve İzmir'dedir. Bin kişiye düşen sağlık emek-gücü sayısının en yüksek ve en düşük olduğu iller arasındaki fark, zaman içerisinde artmıştır (TTB 2008).

Uluslararası düzeyde sağlık emek-gücü göçü artmaktadır. Kapitalizmin küreselleşmesiyle, sağlık alanında uluslararası sermaye birikimindeki değişiklikler, sermayenin merkezileşmesi ve yoğunlaşması sağlık sektörünün uluslararası küresel ekonomiye giderek artan oranda dikey ve yatay olarak eklenmesine yol açmıştır. Bunun yanında, sağlık sektöründe yeni ve ileri teknolojilerin kullanımı, bilimsel gelişmeler ve uluslararası şirketlerin faaliyetleri sağlık alanındaki ticarileşmeyle birlikte, bu piyasada rekabet edebilecek nitelikli sağlık emek-gücüne olan talebi artırmıştır. Ayrıca, merkez kapitalist ülkelerin emek-gücünün maliyetini düşürmesi, nitelikli sağlık emek-gücünün yetiştirilmesi kendileri için ayrı bir maliyet unsuru olarak görmesi, çevre kapitalist ülkelerin sağlık emek-gücünün onların kullanılabilceği bir pazara dönüştürmüştür. 1970'li yılların ortalarında başlayan ve bugün önemli bir sorun olan uluslararası düzeyde sağlık emek-gücü göçü bunların sonuçlarından birisidir. Göç ile sağlık emek-gücü, piyasa mekanizmasına bir biçimde doğrudan entegre olmuştur. Bu göç diğer emek göçlerinde olduğu gibi, yoksul ülkelere orta ve yüksek gelirli ülkelere doğru olmaktadır. Göç veren ülkeler büyük oranda yoksullaşmış Sahra Altı Afrika ülkeleri, Asya ülkeleri -özellikle Filipinler- ve eski sosyalist ülkeler ile diğer bazı çevre kapitalist ülkelerdir. En fazla göç alan ülkeler ise ABD, Birleşik Krallık, Fransa, Kanada ve Avustralya'dır. Dünyadaki hemşire göç hızı 1972 yılında %5 iken, bu oran %20-65 arasında değişmektedir. ABD'de 1980 yılında her on hekimden birisi, bugün ise her dört hekimden birisi göçmendir. Kanada'da 1990 yılından beri hekimlerin %1'i göçmenken, bu oran bugün %24'e yükselmiştir. İngiltere'deki kamu hastanelerinde 71 bin sağlık çalışanının üçte birisi göçmendir. Güney Afrika'da mezun olan sağlıkçıların %30-50'si ABD ve İngiltere'ye gitmektedir. Bulgaristan'daki her dört sağlıkçıdan, Gürcistan'da ise her üç sağlıkçıdan birisi göç etmektedir. Sayıları giderek artan göçmen sağlıkçıları, merkez kapitalist ülkelerde genellikle meslek dışı işlerde ara emek-gücü olarak, o ülkenin sağlıkçılarının çalışmak istemediği daha kırsal, daha yoksul, şiddetin yoğun olduğu ve insan haklarının ihlal edildiği bölgelerde çalışmaktadır. Bunun yanında göçmen sağlıkçıları, emek yoğun ancak düşük ücretli ve düşük statülü işlerde, daha düzensiz ve daha fazla denetim altında ve sağlık ve güvenlik açısından riskli olan hastanelerde (%63), daha sonra evde bakım merkezlerinde çalışmaktadır. Göç alan ülkelerde bu sorunlar yaşanırken, göç veren ülkelerdeyse kronikleşmiş sağlık emek-gücü yetersizliği ya da açığı, sadece maaş bordroları olan ancak, işyerlerinde hiç görünmeyen "hayalet işçiler" in artması, o ülkedeki sağlık emek-gücünün ağır iş yükü ve özellikle Afrika ülkelerinde sağlık hizmetlerinin verilemeyecek düzeye gelmesi gibi sorunlar yaşanmaktadır (Özkan, Hamzaoglu 2008, Chanda 2002, Özkan 2008).



**Sağlık hizmetleri kadın emeğine dayalı bir hizmet üretimidir. Ancak 1970 yılı sonrasında, erkek emeğinin yoğun olduğu mesleklere kadınların, kadınların yoğun olduğu mesleklere ise erkeklerin sayıları giderek artmaya başlamıştır.** Genel olarak bakıldığında sağlık hizmetleri kadın emeğine dayalıdır. Örneğin, 18 ülkenin (Avusturya, Kanada, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Hollanda, Norveç, İspanya, İsviçre, Birleşik Krallık, ABD, Çekoslovakya, Macaristan, Polonya, Rusya, Slovakya ve Slovenya) sağlık sektöründe kadınların payı %62-85 arasında değişmektedir. Bu oran en fazla Rusya Federasyonu (%85), Birleşik Krallık (%83), Kanada (%79) Danimarka (%78) ve ABD (%77)'dir (Gupta ve ark. 2003). Benzer olarak, AB bölgesindeki 31 ülkenin sosyal ve sağlık sektöründe kadınların payı %78'dir (Eurofound 2007, Galarneau 2003). Hekimlerde kadın çalışan oranı Avrupa ülkelerinde en yüksek düzeyde iken, Güney Doğu Asya ülkelerinde bu oran Avrupa'nın 2'ü kadardır (WHO 2006). Türkiye'deki sağlık emek-gücünün %64'ü, Sağlık Bakanlığı'nda ise %40'ı kadın emeğine dayalıdır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2009).

Her ne kadar sağlık hizmetlerinin kadın emeğine dayalı olduğuna dair genel bir kabul varsa da, bu meslekler özelinde ve özellikle esnek istihdam biçimleriyle önemli farklılıklar göstermektedir. Şöyle ki, yaklaşık 1980'li yıllara kadar hekimler, diş hekimleri, eczacılar ve fizyoterapistler ve sağlık teknisyenlerinde erkeklerin, özellikle hemşirelik ve ebelik gibi diğer mesleklere ise kadınların ağırlıkta olduğu görülmektedir (WHO 2006, Wuliji 2009). Fakat 1980 sonrasında piyasanın gereksinimlerine paralel olarak, erkek yoğun mesleklere kadınların, kadın ağırlıklı mesleklere ise erkeklerin sayıları giderek artmaya başlamıştır. Bu durum, sağlık hizmeti üretiminde yatay ve dikey katmanlaşmanın camlarının çatlamaya başladığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Örneğin, 1990 yılında Almanya'daki hekimlerde kadın hekimlerin payı %33'den, 2007 yılında %40'a, Fransa'da %30'dan %39'a, ABD'de %20'den %30'a, İsviçre'de %22'den %34'e, Norveç'te ise %24'den %39'a yükselmiştir (OECD 2009). Türkiye'de ise hekimlerin %70'i erkektir (TTB 2008). 1980 yılında aktif diş hekiminin %3'ünden daha azı kadın iken, hızlı bir artışla kadınların payı 1990'lı yılların sonunda %19'lara ulaşmış, 2020 yılında ise bunun %30'lara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Solomon 2009). Bugün ülkelere göre kadın eczacı oranı %20-80 arasında değişmektedir. Bu oran, Çek Cumhuriyeti'nde %80'lere ulaşırken, Uganda'da %20, Kanada'da %78'dir (Wuliji 2009, CIHI 2007). Yıllardır kadın mesleği olarak bilinen hemşirelikte ve ebelikte ise sadece kadının olmasının piyasada geçerli olmadığı, eğer erkekler dahil olursa mesleklerin daha örgütlü, daha mücadeleci olacağı varsayılırsa da erkeklerin mesleğe dahil olması büyük oranda piyasanın gereksinimleri-

ne dönüktür. Erkek hemşire oranı ülkeden ülkeye farklılık göstermekle beraber %1-11 arasında değişmektedir (Gupta ve ark. 2003, ICN 2003). Bu oran özellikle 1980 sonrasında artmaya başlamıştır. ABD’de 1994 yılında % 5.5 iken, 2008 yılında %8’e yükselmiştir. Yeni Zelanda’da %6, Kanada’da %9.1, Avustralya’da ise %8.1’dir (ICN 2008). İngiltere’de 1999’da %9.4 iken, dokuz yıl sonra %10.7’ye yükselmiştir (Duffin 2009). Yeni Zelanda’da erkek ebe oranı %0.6, Avustralya’da ise %1’dir (MCNZ 2010, AHWAC 2002). Türkiye’de ise hemşirelerin %70’i, ebelerin tamamı kadındır (TTB 2008).

Kadın emeğine dayalı bir emek etkinliği, piyasalaşan ve ticarileşen sağlık hizmeti üretiminde emek-gücünün maliyetinin düşürülme stratejilerinden birisidir. Kadınların erkeklere göre daha düşük ücretle, daha güvencesiz ve sendikasız çalıştırılmaları esnek üretim biçimlerinin paha biçilmez kaynaklarından birisidir (Gupta ve ark. 2003, Eyck 2005). Örneğin, tüm ülkelerde kadın hekimler erkeklere göre, hemşirelikte erkekler daha az olmasına karşın (İngiltere’de haftada %23 oranından daha fazla kazanmakta), erkek hemşireler kadın hemşirelere göre daha fazla kazanmaktadır. Ayrıca hemşirelikte erkekler kadınlara göre daha hızlı terfi etmekte, bakım yerine daha fazla teknolojiye dayalı hizmetler yürütmekte ve özel sektör tarafından daha fazla tercih edilmeye başlanmaktadır. İngiltere’de özel sağlık sektöründe çalışan hemşirelerin %80’i erkek ve yüksek ücretli, kamuda çalışanların %80’i kadın ve düşük ücretlidir (Gupta ve ark. 2003, ICN 2003).

Kapitalist ülkelerin sağlık dahil hizmet üretiminde de özellikle esnek üretim biçimleriyle emek-gücünün duygularının da işletmeleşmiş kurum politikaları ve hedeflerine uyumlandırma ya da onların ve müşterilerinin koşulsuz güler yüzlülük gibi talep ettiği duyguları göstermesi istenmektedir. Bu, emek-gücünün duygularının da bir metaya dönüşmesinin ve böylece piyasaya entegre edilmesinin (duygusal emek) bir şeklidir (Özkaplan 2009). Hastalarla ve/veya kişilerle sürekli yüz yüze olmak durumunda olan sağlık hizmetlerinin paralı hale dönüştüğü, az çalışan ile çok iş yapılan bu sağlık sisteminde duygusal emeğin de metalaştırılması, sağlık emek-gücü için çok önemli bir stres kaynağıdır.

**Sağlık hizmetlerinin üretildiği mekanlar değişmiştir.** Sağlık hizmetlerinde 1970 sonrası meydana gelen kâr odaklı yapısal değişimi, beraberinde sağlık emek-gücünün hizmet verdiği mekanları da değiştirmiştir. Aslında bu değişimle, sağlık emek-gücünün sadece çalıştığı mekan değil, aynı zamanda, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri, üretim nesnelere vb. de bütünüyle emek süreci yeniden yapılanmaktadır (Wendt, Thompson 2004, Özkan, Hamzaoğlu 2008, Özkan 2009). Muayenehaneler yerine zincir hastanelerde, eczane yerine zincir eczanelerde ya da marketleşmiş eczanelerde, daha çok tedavi edici kurumlarda ve da-

ha çok hastanelerde, evde bakım merkezlerinde, sağlık ocağı gibi birinci basamak kurumları yerine aile hekimliği birimlerinde ve daha da önemlisi kamu sektöründen çok hızla özel sağlık kurumlarında çalışma artmıştır. Örneğin, ABD'deki eczacıların beşte biri zincir eczanelerde çalışmaktadır (MPWRC 2010). Böyle bir eczanede çalışan eczacı, sağlık çalışanı olmaktan çıkıp, bir satıcıya dönüşür ve onun farmasötik ürünlerle ilgili bilgisi değersizleşir.

Daha çok özel sektörde çalışma: Hastanelerin %80'inin zincir hastanelere katıldığı ABD'de, aslında özel sağlık sektörü ilk olarak 1800'lü yılların sonunda özel hastanelerin açılmasıyla başlamıştır (Terzi 2007, Schroth, Khawaja 2007). Ancak, esas olarak özelleştirmeci sağlık uygulamaları ve kamusal istihdamın sınırlandırılması ile beraber tüm kapitalist/kapitalistleşen ülkelerde 1970'li yıllarla birlikte hız kazanmıştır. Bu tarihten itibaren devletlerin sağlık hizmetlerinde rolünün azalmasıyla boşalan bu alan, özel sağlık sektörü tarafından doldurulmaya başlanmıştır. Bugün dünyada sağlık emek-gücünün üçte biri özel sağlık sektöründe çalışmaktadır (WHO 2006). Bu, İsveç'te 1993 yılında %4.8 iken, 2000 yılında %7.2'ye yükselmiştir (Holden 2005a). Finlandiya'da 1990 yılından sonra özel sektörde çalışan hekim sayısı %50 artış göstermiştir (Kankaanranta ve ark. 2006). Sahra Altı Afrika'daki altı ülkede ve Yunanistan'daki hekimlerin %60'dan fazlası özel sektörde istihdam edilmektedir (WHO 2006, Tountas ve ark. 2005). Almanya'da tüm hekimlerin %39'unu kendi adına, %48.5'i özel sektörde, Avusturya da ise sosyal sağlık sigortası ile anlaşmalı olarak kendi adına çalışan hekimlerin %50'si özel sağlık kurumlarında çalışmaktadır (Wendt, Thompson 2004). Avustralya'daki ebelerin %24.7'si, Yeni Zelanda'daki fizyoterapistlerin ise %28.7'si kendi adına özel, %25.6'sı özel sektörde çalışmaktadır (AHWAC 2002, MHMH 2010). Aynı şekilde Kanada'daki fizyoterapistlerin %42.8'i, Japonya'da hemşirelerin yarısından fazlası, Almanya'da yarısına yakını İngiltere'de ise %26'sı özel sektörde çalışmaktadır (CIHI 2007, ICN 2008). Türkiye'de 2007 yılında 12.400 özel sağlık kurumu bulunmakta olup, 2008 yılı sonunda özel hastane sayısı 390'a ulaşmıştır. 2003 yılında özel sağlık sektöründe 57.201 sigortalı çalışırken, bu sayı altı yıl sonra yaklaşık iki kat artmıştır. Örneğin, 2008 Haziran tarihinde özel sektörde çalışan hekim sayısı 15.014'e, özel hastanede çalışan hekim dışı sağlık emek-gücü sayısı ise 46.507'ye ulaşmıştır (Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2003, 2009). Özel hastanede çalışan hemşire sayısı 2002 yılında %7.7 iken, bu sayı, 2008 yılında iki kat artmıştır (Özkan ve ark. 2010).

Kamuda çalışırken sağlık hizmeti meta biçimini almadığı dolayısıyla artık değer üretmediği için üretken emeği olmayan sağlık emek-gücünün, özel sektörde çalışmaya başlamasıyla, artık değer ürettiği için üretken emeğe dönüşmüştür. Bir

başka ifadeyle, kamuda çalışırken maddi varlığı üretken faaliyetlerde üretilen artık değer iken, özel sektöre geçtikten sonra bizzat kendisi artık değer üretir hale gelmiştir (Karahanoğulları, Tonak 2009). Bu değişim, kamu sağlık kurumlarında sağlık emek-gücün eksikliği ve diğer faktörlerle beraber, kamu sağlık hizmetlerini sürdürülemez boyuta taşıyabilmektedir. Sağlık emek-gücü için güvencesiz, işsizlik kaygısı, ağır çalışma koşulları, uzun çalışma süreleri, düzensiz çalışma vb. yaşamını tehdit eden bir çalışma biçimidir ve bu haliyle sermayenin sağlık emek-gücünün emek sürecinde tam bir denetim kurduğu ve kendisine bağımlı kıldığı bir aşamadır. Tüm bunlara rağmen, sermaye birikiminin yoğun olduğu daha çok kentsel ve daha çok kent merkezlerinde kurulan özel sağlık kurumları savunucuları kârın hizmeti motive ettiğini, daha etkin, daha nitelikli bir hizmet sunduğunu ve maliyeti düşürdüğünü iddia etmişlerdir. Oysa yürütülmüş bilimsel çalışmalar, kâr amacı güden hastanelerin kâr amacı gütmeyenlere göre daha fazla sağlık harcaması, daha az hemşirelik bakımı, daha fazla yönetim maliyeti ve daha yüksek mortaliteye (özellikle kamu ve özel diyaliz merkezlerinde) yol açtığını göstermektedir. Tüm bunların yanında, özel sağlık kurumlarından hizmet alanların cepten ödemeleri de daha fazladır (Woolhandle, Himmelstein 2004, Hart 2004, Özkan 2009).

Daha çok hastanelerde çalışma: Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve ticarileşmesi sürecinin unsurlarından birisi de kamu hastanelerinin özertleştirilmesi/özelleştirilmesi ve hastaneler başta olmak üzere, özel sağlık kurumlarının sayısının artırılmasıdır. İster kamu ister özel sektördeki hastaneler olsun artık sermaye sınıfı için kâr getirici bir yatırım alanı haline dönüşmüştür. Özel sağlık sektöründeki bu yatırımlar büyük sermaye gerektiğinden, büyük ve çok uluslu şirketlerin mülkiyetinde olmuştur. Durum böyle olunca, hastanecilik hizmetleri toplumun gereksinimlerine göre değil, sermayenin kâr oranlarını maksimize etmeye dönük bir hizmet sunmaya başlamaktadır. Bunun mekanizmalarından bazıları; tıbbi gereklilik dışında tıbbi teknoloji, tetkik ve ilaç kullanımının artırılması, kâr getiren hizmet türlerine yönelik talep mekanizmasının oluşturulması, sağlık-emek-gücünün maliyetinin düşürülmesi ve onun üretkenliğinin artırılması, sağlık sistemine ek kaynak oluşturulması için "maliyet paylaşım" ve sağlık harcamalarının sınırlandırılması ya da azaltılması için "maliyet sınırlaması" stratejilerinin kullanılmasıdır. Ayrıca, hastaların daha kısa süre yatırılıp, erken taburcu edilerek hastaneye hızlı hasta giriş-çıkışın sağlanması ve bununla hastanede sürdürülmesi gereken bazı bakım ve destek hizmetlerinin bir bölümünün sınırlandırılması ya da bakım, rehabilitasyon vb. hizmetlerin daha az kamusal kaynak, daha fazla cepten ödeme ile evde sürdürülmesidir. Bu nedenle, bugün bütün kapitalist ülkelerdeki işletmeleştirilmiş kamu hastaneleri ya da özel hastaneler diğer sağlık kurumlarına göre sayıca en fazla ve en

çok sağlık emek-gücü istihdam eden yoğun ve pahalı teknoloji kullanan, uzmanlaşmış hizmetler sunan ve sermaye birikiminin yoğun olduğu metropollerde bulunan sağlık kurumlarıdır (Holden 2005b, Özkan 2009, ILO 1999). ABD'deki toplam emek-gücünün %4'ünü, Avrupa'daki sağlık sektörünün %2.9-5.5'ini hastane sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Avrupa ülkelerinde her iki hekim ve iki hemşireden birisi, Avustralya'da ebelerin neredeyse tamamı (%98.4) hastanede çalışmaktadır (AHWAC 2002). Kanada'da fizyoterapistlerin yaklaşık yarısı, Danimarka'da tüm pratisyen hekimlerin %58'i, Almanya'da tüm hekimlerin %47.8'i ise hastanede istihdam olmaktadır (CIHI 2007, Wendt, Thompson 2004). Kanada'da hemşirelerin %57'si, Danimarka'da %64.2'si, Norveç'te %57.9'u, Birleşik Krallık'ta %59'u Japonya'da %74.8'i, ABD'de 56.2'si ve Türkiye'de yaklaşık olarak %80'i hastanede çalışmaktadır (ICN 2009, Özkan ve ark. 2010). Diğer sağlık emek-gücünün aksine, dünyadaki tüm eczacıların sadece %12'si, ABD'de ise %26.8'i hastanede çalışmaktadır (Wuliji 2009, MPWRC 2010).

Hastanelerdeki bu durum, diğer sağlık politikalarıyla beraber özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde önemli bir engel oluşturmaktadır (PSI 2003). Kamu hastanelerinde temizlik, yiyecek-içecek, çamaşır vb. hizmetlerin taşeron şirketlere devredilmesi nedeniyle, hastanelere sürekli yeni iş gücü katılmakta ve şirketler ucuz olduğu için eğitimi ve niteliği düşük olan kişileri tercih etmekte, bu da hastane sağlık çalışanlarında ve hizmeti yönetenlerde ayrı bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Hastanelerde hasta girişi, yatış ve çıkışın hızlanması ile sağlık çalışanları sürekli, ani, yeni ve beklenmedik durumlarla karşılaşmaktadır (Holden 2005a, Øvretveit 2003). Bunların yanında, bir yandan hastanelere yeni ilaçların, tıbbi malzemelerin, teknolojilerin, uzmanlık alanlarının, klinik uygulamaların girmesi, fonksiyonel esnekliğe bağlı olarak iş tanımlarının ve içeriğinin değişmesi, insan kaynakları yönetimi, toplam kalite yönetimi uygulamalarının hızla uygulanması öte yandan sağlık hizmetinden toplumun giderek artan beklentileri, sağlık emek-gücünün sağlığını ciddi anlamda tehdit etmektedir. Artık hastaneler bu haliyle sanayi üretimindeki üretim birimleri kadar emek-gücünün sağlığını tehdit eder olmuş ve meslek hastalığına, iş kazalarına ve işe bağlı sağlık sorunlarına maruz kalma riskinin yüksek olduğu mekanlar haline dönüşmüştür.

### **Esnek istihdam biçimi giderek artmaktadır.**

*Sözleşmeli çalışma:* AB bölgesindeki ülkelerde süreli sözleşmeli sağlık emek-gücü %14'tür (Eurofound 2007). Bu ülkelerdeki hastane sağlık çalışanlarının %30-60'ı bireysel sözleşmelerle çalışmaktadır. İngiltere'de hemşirelerin %70'i sözleşmeli çalışıp, sadece %38'inin sözleşme süresi bir yıldır (ILO, 1999). Pratisyen hekimlerin Birleşik Krallık'ta %53'ü, Norveç'te %30'u, Finlandiya'da %32'si

Danimarka ve İngiltere’de ise hekimlerin tümü sözleşmeli çalışmaktadır (Øvretveit 2003). Türkiye’deki sağlık hizmetlerinde süreli sözleşmeli çalışma 1987 yılında ilk olarak var olmasına karşın, esas olarak 2003 yılında çıkarılan “4924 sayılı eleman temininde güçlük çekilen yerlerde sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması ile bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelelerde değişiklik yapılması hakkında kanun” ile sağlık emek-gücü sözleşmeli statüye geçmiştir ve o tarihten beri sayıları hızla artmaktadır. Bir yıl sonra iş güvencesiz çalışma ise sağlık ve yardımcı sağlık personeli tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerin satın alma yoluyla gördürülmesine ilişkin esas ve usuller düzenlemesiyle sağlıkta taşeronlaştırma uygulama başlamasıyla ortaya çıkmıştır. Kamu Hastane Birlikleri tasarısı gibi sağlık mevzuatları, işçi sağlığı iş güvenliği politikaları da bu duruma hız kazandıracaktır. Bugün, Sağlık Bakanlığı’nda genel bütçe kapsamında çalışanların %11.8’i, döner sermaye kapsamında çalışanların ise %85.9’u 4B statüsünde süreli sözleşmeli olarak çalışmaktadır (Tablo 2). Hemşire, ebe ve sağlık memuru içinde en fazla 4B statüsünde çalışan sağlık memurlarıdır. Sözleşmeli çalışmanın başında hemşirelerin %4.7’si, ebelerin %9.1’i, sağlık memurlarının %12.5’i 4B statüsünde çalışırken, bu oranlar 2010 yılının Nisan ayında sırasıyla %28.8, %24.1 ve %60.2’ye yükselmiştir (Tablo 3).

**Tablo 2. Genel Bütçe ve Döner Sermaye Kapsamında Sağlık Bakanlığı Kadro ve Pozisyonlar**

	2007	2008	2009
Genel Bütçe Kapsamında Sağlık Bakanlığı Kadro ve Pozisyonları			
Memur 4a	334.765	335.539	335.539
Sözleşmeli personel 4b	42.253	37.936	45.879
Sürekli işçi 4d	4.747	4.747	4.555
Geçici işçi 4d	0	0	35
Geçici personel 4c	1.750	1.750	1.750
Genel toplam	383.515	379.972	387.758
Döner Sermaye Kapsamında Sağlık Bakanlığı Kadro ve Pozisyonları			
Memur 4a	4.073	4.073	4.073
Sözleşmeli personel 4b	20.953	20.979	24.976
Geçici işçi 4d	515	35	-
Geçici personel 4c	-	-	-
Genel toplam	25.541	25.087	29.049

T.C. Maliye Bakanlığı Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü.

Tablo 3. Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurlarının Yıllara Göre İşihdam Biçimi

Meslek	Yıllar*											
	2003		2004		2005		2006		2008		2010	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Hemşire</b>												
4A	43774	-	43427	95.3	56204	95.3	61300	95.8	53485	25.1	53070	71.2
4B	-		2157	4.7	2763	4.7	2689	4.2	17948	74.9	21460	28.8
Toplam	43774	-	45584	100.0	58967	100.0	63989	100.0	71433	100.0	74530	100.0
<b>Ebe</b>												
4A	37469	-	35141	9.1	36973	89.7	36467	89.8	34906	7.9	34215	75.9
4B	-		3520	90.9	4225	10.3	4134	10.2	8797	20.1	10840	24.1
Toplam	37469	-	38661	100.1	41198	100.0	40601	100.0	43703	100.0	45055	100.0
<b>Sağlık Memuru</b>												
4A	33725	-	32362	87.5	32623	94.4	34736	15.9	31754	36.6	31503	60.2
4B	-		4653	12.5	6100	15.6	6549	84.1	18313	63.4	20821	39.8
Toplam	33725	-	37015	100.0	38723	100.0	41285	100.0	50067	100.0	52324	100.0

\* Kolon yüzdesi alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü 2010.

Geçici çalışma ise özellikle 1990'ların başından itibaren AB ülkelerinde yaklaşık %15 iken, 2007 yılında bu sayı %28'e ulaşmıştır. ABD sağlık sektöründe geçici çalışma %6-20 arasında değişmektedir. Finlandiya'da ise 1990'larda bu oran %14 iken, onbir yıl sonra %24'e ulaşmıştır (Jalonen ve ark. 2006, Eurofound 2007). Taiwan'da kurumlara göre değişmekle beraber, hemşirelerin %15-45'i geçici çalışmaktadır (Ying-Jung ve ark. 2007). Ülkemizde ise geçici çalışma genel bütçe kapsamında Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2009 yılında 4c statüsünde 1750 kişi çalışmaktadır (Tablo 2).

Yarı zamanlı çalışma: Avustralya'daki toplam 11.985 ebenin %27'si, Finlandiya ve Norveç'teki hekimlerin üçte biri (%32, %30) yarı-zamanlı çalışmaktadır (AHWAC 2002, Øvretveit 2003). Kanada'da sağlık sektöründe yarı zamanlı çalışma son yirmi yılda tam zamanlı çalışmaya göre iki kat artmıştır (Yassi ve ark. 2004). Bu ülkede yarı zamanlı çalışan hemşirelerin (%32.1) büyük bir bölümü tam zamanlı iş aramaktadır (ICN 2009). Aynı ülkede çalışan her üç fizyoterapistten birisi, Yeni Zelanda'da ise altı fizyoterapistten birisi yarı zamanlı çalışmaktadır (CIHI 2007, MHMH 2010). ABD'deki eczacılarda 2000 yılında yarı zamanlı çalışma %13 iken, bu dokuz yıl sonra %20.9'a yükselmiştir (MPWRC 2010). Hemşirelerin Norveç'te %57'si, Danimarka'da %53'ü, İrlanda'da %29.6'sı, Yeni Zelanda'da %48.2'si, İzlanda'da %72'si, ABD'de %25'i, İngiltere'de %37'si yarı zamanlı çalışmaktadır (ICN, 2009). Birleşik Krallık'ta 1984 yılında tam zamanlı çalışan sayısı 700.000 iken, bu sayının 2015'de 900.000, yarı zamanlı çalışanın ise 1.450.000 iken, 2.000.000 olacağı tahmin edilmektedir (<http://www.guidance-research.org/future-trends/health/info/h2/h4>). ABD'de 1975 yılında aktif çalışan dış hekimlerinin %10'undan azı yarı zamanlı çalışırken, son zamanlarda bu %20'ye yükselmiştir. Eğer eğilim bu şekilde devam ederse, 2020 yılına kadar her dört dış hekiminden birisinin yarı zamanlı çalışacağı öngörülmektedir (Solomon 2009).

Kadınlarda, yaşlılarda ve gençlerde yarı zamanlı çalışma giderek artmaktadır. Sağlık sektöründeki kadınlarda yarı zamanlı çalışması %38.4 iken, erkeklerde %14.3'tür (ILO 1999, PSI 2003, Ying-Jung 2007). Yeni Zelanda'da yarı zamanlı çalışan ebeler bunun nedenlerini ailevi sorumlulukları ve çalışma saatlerinin az olması olarak göstermektedir (MCNZ 2010). ABD'de 1999 yılında 40 yaşından genç kadın dış hekimleri diğer yaş gruplarından beş kat, 60 yaşından fazla olan erkek dış hekimlerinin ise yarısına yakını (%46.2) yarı zamanlı çalışmaktadır (Solomon 2009).

Çalışma süreleri düzensizleşmekte, uzamakta, ağır, yoğun çalışma ve iş yükü artmaktadır. Kanada'da hastanede çalışan on sağlık çalışanından dördünün,



günde iki saatten fazla emeğinin karşılığı ödenmeyen işler yaptığı saptanmıştır (ILO, 1999). İsviçre'deki sağlık emek-gücünün haftalık çalışma süresi 55 saati geçmektedir. İspanya'da gece şiftinde çalışma saati 35 saat iken, günlük şift 40 saati bulmaktadır. Avrupalı hekimlerin %70'inin sözleşmesinde çalışma süresi 37-45 saat, %23'ünün sözleşmesinde ise 46-72 saattir. Brezilya'da sağlık emek-gücünün yasal olarak çalışma saatleri kamuda 35, özel sektörde 40 saat olarak belirtilirken, bu süre son yirmi yılda 70-80 saate ulaşmıştır. Avrupa ülkelerinde hastanede çalışan hemşirelerin şift süresi 12 saati geçmektedir (Ullrich 2000). Japonya'daki hekimlerin (2005 yılı) haftalık çalışma saati ortalama 66.4'e çıkmıştır (Hiyama, Yoshihara 2008). Dünya'da hemşirelerin zorunlu fazla çalışma süresi 4-20 saat arasında değişmektedir. Özellikle hemşirelerin çalışma saatleri 2006'dan 2009'a tüm ülkelerde bir artış göstermiştir. Bu artış, Kanada ve İzlanda'da yaklaşık iki kat, Japonya'da yaklaşık üç kattır (ICN 2003, 2009). Kanada'da hastanede çalışan hemşirelerin %31'inin aşırı çalıştığı ve aşırı çalışılan aydaki toplam 48 saatin 16 saatinin ücretsiz çalışma olduğu belirlenmiştir. İrlanda'da sözleşmeli çalışan bir hemşirenin aşırı çalıştığına aldığı ücret, kadrolu hemşireden üç kat daha azdır (ICN 2009). İstanbul'da 18 özel hastanede yürütülen bir çalışmada ise hemşirelerin haftalık çalışma saati 70 saati geçmektedir (Özkan ve ark. 2010).

Sözleşmeli çalışma, yarı zamanlı çalışma (haftada 35 saatten az çalışma), çalışma sürelerinin uzaması vb. emek-gücü maliyetini azaltan, çalışma süresini uzatan ve düzensizleştiren, yoğun çalışma ve tele çalışma ile de emek üretkenliğinin arttıran, işletmeler arası rekabeti kolaylaştıran bu esnek istihdam biçimi, sermaye sınıfı için bulunmaz bir fırsattır. Özellikle geçici işçi statüsündeki taşeron işçiler, iş, mekan vb. son derece esnek emek-gücüdürler. Bu esnekleşmeyle, mutlak artı değer artar. Bununla sermaye sınırsız sömürü hakkına sahip olarak, işçileri istediği zaman istediği sürede ve istediği yerde çalıştırır (Göçmen 2002). Dolayısıyla, işten çıkarmalar kolaylaştırılmış olur. Çalışanlar işsizlik korkusu, işsizlik kaygısı, iş güvencesizliği yaşar, işine son verileceği korkusuyla örgütlenmesi imkansızlaşır. Örneğin, ülkemizde bir kamu hastanesinde 4B statüsünde çalışan hemşirelerin %45.4'ü iş güvencesizliği, daha fazla oranda ise (%51.7) gelir güvencesizliği, özel hastanede çalışan hemşirelerin ise benzer düzeyde iş güvencesizliği ve gelir güvencesizliği (%38.5, %48.6) yaşadığı belirlenmiştir (Özkan ve ark. 2009, Özkan ve ark. 2010). İş güvencesizliği, çalışanların iş üzerindeki kontrollerini azaltmakta, olanaklardan daha az yararlanmalarına yol açabilmektedir (Yassi ve ark. 2004). Bu nedenle, geçici çalışan hemşirelerin sürekli çalışanlara göre iş streslerinin daha yoğun olduğu (Ying-Jung 2007), Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise özel sektörde çalışan sağlıkçıların tamamına yakını (%92) kadrolu

statüye geçmek istediği belirlenmiştir (Çırpıcı 2010). Bu çalışanlar, geniş ölçüde sosyal güvenceden yoksundur. Ücretlerin baskılanması, geçici sözleşmeli çalışma ve örgütsüz olmaları nedeniyle, çalışma sürelerinden kolaylıkla taviz verebilir. Özellikle geçici ve yarı zamanlı çalışanlar ek ödemelerden yararlanamazlar. Hastalık izinleri belirli süre sonra ücretsiz olur. Yarı zamanlı çalışmayla aynı günde birden fazla birbirinden çok farklı işyerinde çalışmak zorunda kalırlar. Örneğin, Avustralya’da hemşirelerin %11.8’i ikinci bir işte çalıştığı, İngiltere’deki çoğu hekimin çift işi olduğu bulunmuştur (AIHW 2008, Øvretveit 2003). Esnek istihdamla iş bırakma ve grev hakkı azalır, iş yasasından ve sosyal yardımlardan (kreş, işçi sağlığı ve güvenliği vb.) daha az yararlanır. Böylesi bir esneklik içinde istihdam olan sağlık emek-gücünü, kamu sağlık işletmeleri, özel sağlık kurumları tarafından sistematik bir kontrol ve denetim mekanizmalarına maruz kalır.

Sağlık hizmetleri üretimi birbirinden farklı nitelikte çok çeşitli, çok sayıda ve çok yönlü bir emek etkinliğidir. Bu emek etkinliği sırasında emek gücünün sayısının ve çeşitliğinin fazla olması, belirli oranda emek gücünü birbirine bağımlı ya da ekip çalışmasını zorunlu kılabilmektedir (Özkan, Hamzaoğlu 2008). Ne var ki özellikle esnek istihdam, esnek ücretlendirme ve toplam kalite yönetimi gibi hizmet yönetimi uygulamalarıyla, bu ekip çalışması rekabete dayalı bir “takım çalışması”na dönüşmüştür. Beraberinde yoğun çalışma, sağlık emek-gücünü arasında artan tabakalaşma çalışanların birbiri ile ve hizmet verdiği kişi/toplum arasındaki iletişimin ilişkilerinin bozulmasına yol açmaktadır. Kolektif çalışma olanağı ortadan kalkmaktadır. Bu durum, örgütlenme önünde önemli bir engeldir.

Esnek üretim biçimlerinin bir diğer etkisi, “sosyal epidemi” ya da “görünmeyen epidemi” olarak da adlandırılan sağlık emek-gücünün meslek hastalıkları, iş kazaları ve işe bağlı sağlık sorunlarının artmasıdır. Burada yeni ortaya çıkan iki sağlık sorununda bahsedilebilir: a) ilk kez Japonya’da görülen, esnek üretim teknikleriyle aşırı çalışmaya bağlı ölüm (ya da 4 hafta ve daha fazla sürede haftada ortalama 65 saat veya daha fazla çalışan ya da 8 hafta ve daha fazla sürede haftada 60 saat veya daha fazla çalışan herhangi bir işçide beklenmedik ölüm) olan “Karoshi” b) aynı nedenle aşırı çalışmaya bağlı intihar ya da intihar girişimi olan “Karojisatsu”dur. Japonya Sağlık, İşçi ve Refah Bakanlığı’na göre 2005 yılında 328 Japon işçisi, 1996-2005 yılları arasında kayıt altına alınmış en azı sekiz hekim (en fazla pediatri, anestezi, dahiliye ve cerrahi uzmanları) Karoshi’den zarar görmüştür. Aynı tarihlerde aşırı çalışmaya bağlı 42 işçi (Bu sayı, 2000 yılına göre 2.2 kez daha fazladır) ve en az beş hekim (cerrah, pediatri, anestezi, dahiliye uzmanı ve bir stajyer hekim) Karojisatsu’ya kalkışmıştır. Eğer yoğun çalışma bu şekilde devam ederse, başta hekimler olmak üzere sağlık-

emek-gücünde Karoshi ve Karojisatsu'nun durumunun hızla artacağı beklenmektedir (Hiyama, Yoshihara 2008). Sağlık emek-gücünün esnek istihdama bağlı yaşadığı bu olumsuzluklar onların gündelik yaşamlarının yanı sıra, hizmet verdiği toplumu/kişileri olumsuz etkilemektedir. Örneğin, hastalardaki değişimlerin fark edilememesi, hatalı mesleki uygulamalar, klinik karar vermede zorluklar vb.

**E-sağlık hizmetleri giderek yaygınlaşmaktadır.** Yaygın olarak kullanılan "Tele-tıp" ifadesinin sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımı, sosyal destek vb. hizmetleri açıklamada yetersiz olduğu için yerine e-sağlık ifadesinin kullanılmasının daha doğru olduğu belirtilmektedir. E-sağlık (internet ve medyaya dayalı sağlık hizmetleri), telekomünikasyon teknolojisinin tanı, tedavi, bakım, sağlık eğitimi, araştırma, video konferanslar yoluyla sağlık emek-gücünün eğitimi, evde bakım hastalarının izlemi, vb. sağlık hizmetlerinde kullanılmasıdır. Aslında sağlık alanında ilk e-sağlık uygulaması 1910 yılında EEG'nin okunmasıyla başlamıştır. Daha sonra 1950'li yılların sonunda radyografiler başta olmak üzere pek çok işlem daha ucuz olduğu gerekçesiyle elektronik ortamda transfer edilmiştir (Stanberry 2000, Maheu ve ark. 2001). 1980'li yılların sonunda kırsal ve ücra köşelere uzmanlık hizmeti sunmak, sağlık alanındaki bilgi paylaşımını arttırmak amacıyla Norveç'te ve beraberinde ABD'de askeri sağlık hizmetleri olmak üzere bütün ülkelere yayılan bir hizmettir. Özellikle 1990'lı yıllardan itibaren yoğun olarak kullanılmaya başlanmıştır. Şu anda bu hizmetler, daha çok uluslararası düzeydeki faaliyetler olarak sürmektedir. En çok kullanıldığı alanlar; tele-patoloji, tele-radyoloji ve tele-psikiyatridir. ABD, Kanada, Avustralya, Fransa, Birleşik Krallık, Almanya, Yunanistan, İtalya, Hindistan, Malezya ve Japonya bu hizmetleri en fazla kullanan ülkelerdir. Örneğin, Hindistanlı hekimler Bangladeş ve Nepal'e tele-patoloji, Çin bazı Güney Doğu Asya ülkelerine tele-teşhis ve ABD'deki hastaneler Ortadoğu ülkelerine tele-teşhis ve danışmanlık hizmeti sunmaktadır (Timmermans 2004, Maheu ve ark. 2001, Chanda 2002). AB ülkelerindeki sağlık emek-gücünün %6'sı tele çalışmaktadır. Bu ülkelerdeki sağlık emek-gücünün %55'i bilgi teknolojisi, %10'u bilgi ve makine teknolojisi kullanmaktadır (Eurofound 2007).

Aslında e-sağlık hizmetleri, patrona hem değişen hem de değişmeyen sermayeden tasarruf etme olanağı verir. Nitekim, tele tıp ya da e-sağlığın yararlarının başında onun maliyetinin düşük olduğu ifade edilmektedir. Bu nedenle bir maliyet etkinlik stratejisidir. Örneğin, ABD'de evde sağlık hizmeti için her gününde 1.5 milyon ev ziyaretinin yapıldığı ve maliyetinin 90 dolar olduğu bunun da işletmeye yük getirdiği tespit edilmiştir. Çözüm olarak, maliyeti 20-30 dolara düşüren "tele ziyaret" görülmüş ve 1997 yılından itibaren "tele evde sağlık hizmetleri kurumları" hızla yaygınlaşmıştır (Özkan 2009). Ancak tele-sağlık hizmet-

lerinin gelişmekte olan ülkeler için alt yapı sorunlarından dolayı, maliyet etkin olmadığı belirtilmektedir. E-sağlık hizmetleriyle şirketleşmiş sağlık kurumlarının piyasada rekabet edebilirliği artmaktadır. Çünkü e-sağlık ya da tele sağlık hizmetleriyle uzmanlaşmış emek-gücüne olan gereksinim azalır ya da eksik olan sayı, e-sağlık hizmeti yoluyla karşılanmaya çalışılır. Ayrıca, teknoloji konusunda sağlık emek-gücünün eğitiminin pahalı olması, bu eğitim için başka bir kuruma gidilmesinin işe devamsızlığa yol açması nedenleriyle de e-sağlık hizmetleri bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Söylem olarak e-sağlık hizmetlerinin kırsal bölgelere ve ücra köşelere sağlık hizmeti sunacağı iddia edilse de, özde bu bölgelerdeki kişileri ve birinci basamak sağlık hizmetleri dışarıda bırakarak, büyük oranda kentli üst ve orta sınıfa hizmet sunmaktadır. Bunların yanında, e sağlık hizmetleri, sağlık çalışanlarının birbirleri ve hastalar arasındaki iletişimi azaltmakta, çalışanların iş yükünü arttırmakta, hastaların ev ortamında görülmeden teknoloji kanalıyla mekanik bir bakım ve tedavi hizmetinin sunulmasına yol açmaktadır. Teknoloji bağımlılığını arttırdığından, çalışanların kapitalist iş süreçlerine ve yönetime olan bağımlılığını arttırır, kendi inisiyatiflerini azaltarak, hem onları pasifleştirir hem de mesleki otonomilerini azaltır (Timmermans 2004, Maheu ve ark. 2001, Chanda 2002, Öngen 2009, Özkan 2009).

**Uzmanlaşma ve üst uzmanlaşma artmaktadır.** Teknik iş bölümü etrafında gelişen ve şekillenen uzmanlaşma ve üst uzmanlaşma özellikle 1970 sonrasında tüm sağlık emek-gücünde (hekim, özellikle üçüncü basamak hastanelerinde çalışan hemşireler ve teknisyenler ) ayırd edici bir biçimde artmaya başlamıştır (Yassi ve ark. 2004, Galarneau 2003, Nancarrow, Borthwick 2009). Beraberinde sertifika programlarına dayandırılan eğitim uygulamaları da yaygınlaşmıştır. ABD’de 1965-2000 yılları arasında kişi başına düşen uzman hekim sayısı üç kat artmıştır. Aynı ülkede 1996 yılında 641.423 olan uzman hekim sayısı 2006 yılında 824.802 olmuştur (Terzi 2007, Salsberg, Rivers 2008). Kanada’da hemşireler arasındaki uzmanlaşma hızı ise %45.7’dir ve hekimler arasında genel pratisyen hekim sayısı %12 düşerken, uzman hekim sayısı %34 artmıştır (Galarneau 2003).

Bazılarına göre sağlık alanındaki uzmanlaşma ve üst uzmanlaşma; sağlıkçıları özgürleştiren, bağımsızlaştıran, yaptığı iş üzerinde denetimini arttıran ve emir alacakları bir “patron ve yönetici” gereksinimi azaltan bir “sihirli değnek”tir. Oysa, uzmanlaşmanın ya da herhangi bir olgunun yararını tartışırken, o kavram, olgu vb. durumların hangi üretim biçiminde ve kim için gerekli olduğu kim için yararlı olduğu konusunda önemli bir ipucudur. Böyle bakıldığında, sağlık hizmetlerinin metalaşma sürecinde sermaye birikimini sağlamak için tıpkı diğer üretim alanlarında olduğu gibi, sermaye sınıfının gereksinimlerine dönük olarak emek-gücünün

bölünmesi önemli bir mekanizmadır. İleri teknoloji kullanımı, aşırı uzmanlaşma bu bölünmeyi sağlayan faktörlerden bazılarıdır (Navarro 1978, Terzi 2009). İleri teknoloji kullanımıyla daha az emek-gücü ile daha hızlı ve daha fazla üretim sağlanır. Ancak bu mekanizmayı kullanacak emek-gücünün de bu teknolojiyi kullanacak niteliğe sahip olması gerekir ki uzmanlaşma bunun araçlarından birisidir.

Uzmanlaşma/üst uzmanlaşma ve ileri teknoloji kullanımına bağımlılıkla üretim sürecinin bölünmesi sağlık emek-gücünün görev alanlarını daraltır. Bu daralma beraberinde sağlık emek-gücü içindeki meslek grupları arasında yapay bir görev, yetki sorumluluk çatışmasına yol açar. Sağlık emek-gücünün üretim sürecini ve insan organizmasını bir bütün olarak görmeleri gün geçtikçe olanaksızlaşır. Emek etkinliği; kafa veya kol işi, kamusal veya özel iş, üretken veya üretken olmayan emek biçiminde ayrıştırılarak, kapitalist iş bölümü desteklenir. Bu durum esnek istihdam mekanizmalarıyla birlikte en üst düzeye ulaşır. Örneğin, bir hastanede çalışan hemşire, hasta hakları sorumlusu hemşire, toplam kalite yönetimi sorumlusu hemşire, sorumlu hemşire, 4C'li hemşire, 4B'li hemşire, yüksek lisans mezunu hemşire vb. olarak eğer sınıf bilince yeterli değilse birbirlerini farklı sınıfsal konumda algılamalarına yol açar. Böylesi farklılıklara bağlı farklı koşullarda çalışmayla sağlık emek-gücü içinde hatta bir meslek içinde katmanlaşma, tabakalaşma artar. Üretim sürecindeki bu bölünme, sömürü ilişkilerine de dayalı olarak otorite figürlerini ve hiyerarşileri ortaya çıkarır. Bu hiyerarşiler, sınıf ilişkisini tekrar tekrar üretirken, işçi sınıfının üyeleri kendini o sınıfın dışında algılar. Bu durum, ayrıca algı düzeyinde çalışanlar arasında kapatılamaz bir boşluk oluşturur (Öngen 2009, Navarro 1978). Öte yandan özellikle meslek örgütlerinde örgütlenmeyi zorlaştırır.

Uzmanlaşma/üst uzmanlaşma ve teknoloji kullanımına bağımlılıkla, çalışanların yaratıcılık olanaklarını ortadan kaldırır ve bu durum zamanla onların pasifleşmesine ya da otonomilerini kaybetmelerine yol açar. Teknoloji kullanımına dayalı işlerin çoğalması, işlerin çeşitlenmesi yönündeki gelişmeler ve işin rasyonalizasyonu (profesyonelleşme) çalışanların emek üretkenliğini arttırdığı için onların daha fazla sömürülmesi ve emek sürecindeki özerkliklerin azalmasına neden olur. Proleterleşmeyi boyutlandırır. Böyle olurken, eğer sağlık emek-gücü sınıfsal bir bilinci yoksa, sömürüyü görmezden gelerek, uzmanlaşma/üst uzmanlaşmanın ileri teknoloji kullanımının vb. kendilerine statü, güç, bağımsızlık, özerklik sağladığı algısını oluşturmaktadır (Öngen 2009, Navarro 1978, Yassi ve ark. 2004).

**Daha çok sanayi üretiminde kullanılan fonksiyonel esneklik, sağlık hizmetlerinde de artmaya başlamıştır.** Fonksiyonel esneklik, hizmetin kalitesinin sağlanması ve müşteri/tüketici odaklı bir hizmet anlayışı olarak tariflenmektedir. Oysa

o, esnek üretim biçime bağlı olarak emek-gücünün piyasanın gereksinimine dönük, özellikle acil olarak piyasa talebine yanıt verecek, emeğin sermaye ve bütün unsurları tarafından yönetilmesi ve denetimini sağlayan, iş tanımlarının esnekleştirilmesi ve emek-gücünün değişik biçimlerde çok yönlü, mobilitesi yüksek kullanılmasıdır. Başka bir ifadeyle, eşzamanlı olarak farklı işleri yapabilecek beceriye sahip, çok işlevli bir çalışanın oluşturulmasıdır. Burada temel argümanlardan birisi de çok görevli işçilerin etkin ve kaliteli hizmeti yürütemediği o nedenle çok görevli değil, çok yönlü işçi olmasıdır. İşletmeleşmiş kamu kurumları ya da özel sağlık kurumları daha az emek-gücü istihdam ederek, emeğin maliyetinden tasarruf eder ve verimliliğin artırılması için de bütün işler az sayıda ancak "çok yönlü" özellikli sağlık emek-gücü tarafından yerine getirilir (Akkaya 2004, Desombre ve ark. 2005, Nancarrow, Borthwick 2009). Böyle olunca, emek-gücünün fonksiyonel olarak sınırları değişir. Sağlık hizmetlerinin piyasalaşması, ticarileşme ve beraberinde esnek üretim biçimleriyle emek-gücü sayısının azaltılması için işten çıkarmalar, erken emeklilik vb. uygulanmıştır. Meksika, Zambia, Doğru Avrupa ülkeleri, El Salvador, Japonya bu ülkelerden bazılarıdır (PSI 2003, Nancarrow, Borthwick 2009, Desombre ve ark. 2005). Japonya 2004 yılında OECD'nin 30 üye ülkesi içinde hekim sayısını sınırlandıran 27. ülke olmuştur (Hiyama, Yoshihara 2008). Beraberinde sözleşmeli çalışma gibi esnek istihdam uygulamaları da benzer gerekçelerle 1980 sonrasında fonksiyonel esnekliğin başlamasına yol açmış, 1990 yılından sonra da yaygınlaşmıştır. Ancak, bu yaygınlaşmanın sağlık emek-gücü içinde görev tanımlarının sınırlılıklarının uzun süredir gelenekselmiş olması, uzmanlaşmanın artması ve sendikaların karşı çıkışı gibi nedenlerle istenilir düzeyde olmadığı belirtilmektedir (Desombre ve ark. 2005, PSI 2003, Nancarrow, Borthwick 2009).

Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Sistemi'nin piyasalaşmasıyla fonksiyonel esneklik büyük bir hız kazanmıştır. Bu ülkede özellikle hemşirelerin rollerinin genişletilmesi gerektiği, çok yönlü olmaları ve bunun için kaynak ayrılması gerektiğinin altı çizilmiş ve 1997 yılından sonra da hukuksal mevzuatla desteklenmiştir. Daha sonra diğer meslek gruplarında da benzer süreçler yaşanmıştır. (Desombre ve ark. 2005). Sağlık sektöründe bir sağlık çalışanın başka bir nitelikteki emek-gücü ile ikame etmenin olanakları yok iken, tüm kapitalist/kapitalistleşen ülkelerde bu esnek üretimin özellikle fonksiyonel esnekliğin emek sürecinde uygulanmaya başlamasıyla bu değişmiştir. Sağlık sektöründe fonksiyonel esnekliğin ilk uygulamalarından birisi, "ara emek gücü" kullanımudur. Bununla sağlık emek-gücünün gelenekselmiş fonksiyonları değişir. Maliyeti azaltmak amacıyla hekimin yerine hemşire, hemşirenin yerine temizlik işçisi, diş hekiminin yerine diş hekimi yardım-

cı hemşire çalışır. Sağlıkçı olmayan yardımcı emek-gücü hemşirelik bakımı, hasta taşıma vb. sağlık hizmetleri üretir Böylece çalışanlar birbirlerinin yerine ikame edilirler (Desombre ve ark. 2005, PSI 2003, ILO 1999, Nancarrow, Borthwick 2009). Avustralya'da ve ABD'deki bir kamu ve özel hastanelerinde yapılan çalışmalarda fonksiyonel esneklik uygulamasıyla temizlik, güvenlik çalışanlarının aynı zamanda hasta hizmet yardımcısı olarak çalıştırıldığı belirlenmiştir (Desombre ve ark. 2005). İngiltere'de pratisyen hemşire reçete yazmakta, temizlik işçisi hasta bakımı yapmaktadır. ABD'de esneklik uygulamalarıyla maliyeti azaltmak için sağlıkçı olmayan yeni işçiler sağlık sektörüne hızla dahil olmaya başlamıştır. (Nancarrow, Borthwick 2009). Ülkemizde ise taşeronlaşmayla beraber özellikle hemşire, ebe vb. temizlik işçisi kadrosuyla meslek dışı işler yapmaktadır. Özel hastanelerin önemli bir bölümünde hemşirelik bakımı, sağlık alanından olmayan ve kurslarla yetiştirilen bakım teknikeri ya da teknisyeni kişiler tarafından yerine getirilmektedir. Tüm bu değişime karşın, çalışanların ücretlerinde, statülerinde, iş güvencelerinde vb. herhangi bir değişiklik olmamaktadır. İkame görevini yerine getiren çalışan, diğer çalışan tarafından sıkı bir denetime ve kontrole maruz kalmaktadır. Sağlık sektöründeki diğer fonksiyonel esneklik biçimi de genellikle merkez kapitalist ülkelere göç eden sağlık emek-gücünde görülen hekimin hemşirelik, hemşirenin temizlik işçisinin görevlerini yerine getirmesidir (Özkan, Hamzaoğlu 2008, PSI 2003).

Tüm bunlar, sağlık emek-gücünün emek piyasasındaki durumunu zorlaştırır ve sömürü oranlarında artışı sağlarken, diğer yandan ara emek-gücü olarak kullanılan yeni grup sağlık emekçileri için de benzer sonucu yaşatmaktadır (Özkan, Hamzaoğlu 2008). Öte yandan, çalışanlarda anksiyete, endişe, stres, rol çatışmaları, karmaşa, sağlık emek-gücü arasındaki çalışma ilişkilerinin bozulması, iş yükünün, iş yoğunluğunun artması, angarya gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bir çalışmada bu uygulamalardan en fazla yardımcı sağlık çalışanın olumsuz etkilendiği o nedenle fonksiyonel esnekliğe negatif yaklaştıkları, hekimlerin ise esneklik ve çok yönlülüğe daha olumlu yaklaştığı hatta buna ev sahibi yaptığı belirlenmiştir (Desombre ve ark. 2005).

Özetlersek, kapitalist ve kapitalistleşen ülkelerin 1970 sonrası sağlık dahil tüm kamu hizmetleri yeniden yapılandırılmıştır. Bu yeniden yapılanmayla sağlık hizmetleri piyasalaşmış ve ticarileşmiş, kısacası metalaşmıştır. Beraberinde sağlık emek-gücü de esnek üretim biçimleriyle karşılaşmıştır. Makaledeki verilerden de görüleceği gibi, bu üretim sürecinin ne sağlık emek-gücüne ne onlardan hizmet alan topluma hiçbir olumlu etkisi yoktur. Aksine, sağlık-emek-gücünün mutlaka ve görece sömürsünü artmaktadır. Her ne kadar egemen yaklaşım, bu yeniden ya-

pılanmanın sağlık emek-gücü üzerinde olumlu etkilere sahip olduğunu iddia etse de bu iddia “giysisiz” kalmıştır.

## KAYNAKLAR

- Akkaya Y. (2004) Teknoloji esneklik çalışma ilişkileri ve sendikacılık. *Toplum ve Hekim*, 19 (3):176-189.
- Ansal H. (2004) Emek sürecinde yeni hedef: Esneklik çalışanlar için ne demek. *Toplum ve Hekim*, 19 (3):164-168.
- Australian Health Workforce Advisory Committee- AHWAC. (2002) The midwifery workforce in Australia 2002-2012, Erişim adresi: AHWAC Report. <http://www.ahwo.gov.au/documents/Publications/2002/> Erişim tarihi: 05 Mart 2010
- Australian Institute of Health and Welfare -AIHW (2008) Nursing and midwifery labour force, 2005. Erişim adresi: [www.aihw.gov.au/publications/hwl/nmlf05/nmlf05.pdf](http://www.aihw.gov.au/publications/hwl/nmlf05/nmlf05.pdf) - Erişim tarihi: 05 Haziran 2010
- Belek İ. (2004) Esnek üretim derin sömürü. Nazım kitaplığı dizisi. İstanbul.
- Canadian Institute for Health Information-CIHI. (2007) Workforce trends of physiotherapists in Canada, 2007. Erişim adresi: [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Workforce\\_Trends\\_of\\_Physiotherapists\\_2007.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Workforce_Trends_of_Physiotherapists_2007.pdf). Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı-ÇSGB. (2003, 2009). İstatistikler. Erişim adresi: [http://www.cs.gb.gov.tr/article.php?category\\_](http://www.cs.gb.gov.tr/article.php?category_)
- Chanda R. (2002) Trade in health services. *Bulletin of the World Health Organisation*, 80:158-163.
- Çırpıcı E. (2010) Türkiye’de kamu hizmetlerinde 1980 sonrası uygulanan neo-liberal ekonomi politikalarının sağlık personeli istihdamı üzerindeki etkileri, sözleşmeli sağlık personeli istihdamının eleştirel bir değerlendirmesi. Adnan Menderes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Desombre T, Kelliherw C, Macfarlane F, Ozbilgin M. (2005) Re-organizing work roles in health care: Evidence from the implementation of functional flexibility. *British Journal of Management*, Vol. 16. DOI: 10.1111/j.1467-8551.2005.00473.x
- Duffin C. (2009) Would an increased proportion of male nurses benefit the profession? *Nursing Standart*, September 2, 23(52):12-13.
- Eurofound. (2007) European working conditions surveys. Erişim adresi: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm92-897-0974-X>. Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010.
- European Region of The World Confederation-ERWC (2003) The number of physiotherapists. Erişim adresi: [www.physio-europe.org/download.php?document.....](http://www.physio-europe.org/download.php?document.....) Erişim tarihi: 16 Haziran 2010.
- Eyck KV. (2005) Women, workers, and migrants in the globalised public health sector: Debate the 2004. *International Labour Conference Development in Practice*, 15(5):701-709.



- Galarneau D. (2003) Health care professionals. *Perspectives on Labour and Income*, 14 (12):14-27.
- Göçmen D. (2004) Marx'ın emek kavramı ve çalışma koşullarının esnekleştirilmesi. *Praxis*, 12:193-229.
- Gupta N, Diallo K, Zurn P, Dal Poz MR. (2003) Assessing human resources for health: What can be learned from labour force surveys? *Human Resources for Health*, 1:1-16.
- Hart TJ. (2004) Health care trade? A historic moment of choice. *International Journal of Health Services*, 34(2):245-254.
- Hiyama T, Yoshihara M. (2008) New occupational threats to Japanese physicians: Karoshi (death due to overwork) and karojisatsu (suicide due to overwork). *Occupational Environmental Medicine*, 65: 428-429
- Holden C. (2005a) Privatization and trade in health services: A review of the evidence. *International Journal of Health Services*, 35(4):675-689. Çev. Özkan Ö. (2005) Sağlık hizmetlerinde özelleştirme ve ticaret: Kanıta dayalı bir derleme. *Toplum ve Hekim*, 20(6): 423-430.
- Holden C. (2005b) Investigating international health markets: Methodological problems and challenges. *Social Policy & Society*, 4(4):427-435.
- National Guidance Reserach Forum. Employment status of health care workforce, 1984-2014. Erişim adresi: <http://www.guidance-research.org/future-trends/health-info/h2/h4> Erişim Tarihi: 13 Mart 2009.
- International Council Nursing-ICN (2003, 2006, 2008, 2009) Nursing workforce profile. Erişim adresi: [http://www.icn.ch/sew\\_nwp09.htm](http://www.icn.ch/sew_nwp09.htm). Erişim tarihi: 02 Nisan 2010
- ILO. (1999) Terms of employment and working conditions in health sector reforms. Erişim adresi: <http://www.ilo.org>.
- Jalonen P, Virtanen M, Elovaino M, Kivimäki M. (2006) Predictors of sustained organizational commitment among nurses with temporary job contracts. *The Journal of Nursing Administration*, 36(5): 268-276.
- Kankaanranta T, Nummi T, Vainiomäki J, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Mattila K, Virjo I, Vänskä J, Rissanen P. (2006) The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private. *Health Policy*, 83(1):50-64.
- Karahanoğulları Y, Tonak A. (2009) Türkiye'de üretken olmayan işçiler sömürülüyorlar mı? *Toplum ve Hekim*, 24(2):91-97.
- Lethbridge J. (2004) Public health sector unions and deregulation in Europe. *International Journal of Health Services*, 34(3):435-452.
- Löytyniemi V. (2001) Doctors drifting: Autonomy and career uncertainty in young physicians' stories. *Social Science & Medicine*, 52(2):227-237.
- Maheu MM, Whitten P, Allen A. (2001). *E-health, telehealth, and telemedicine: A guide to start-up and success*. Wiley e-Book.
- Midwifery Council of New Zealand-MCNZ (2010) *The midwifery*. Erişim adresi:

- <http://www.midwiferycouncil.org.nz/> Erişim tarihi 20 Haziran 2010.
- Midwest Pharmacy Workforce Research Consortium- MPWRC. (2010) 2009 National Pharmacist workforce survey, USA. Erişim adresi: [ww.aacp.org/.../research/pharmacymenpower/.../2009%20National%20Pharmacist](http://www.aacp.org/.../research/pharmacymenpower/.../2009%20National%20Pharmacist). Erişim tarihi: 02 Temmuz 2010.
- Ministry of Health Manatü Hauora-MHMH. (2010) Physiotherapist workforce, summary result from the 2009 health workforce annual survey. New Zealand Government. Erişim adresi: [http://moh.govt.nz/moh.nsf/Files/workforcepamphlets/\\$file/physio-results2009.pdf](http://moh.govt.nz/moh.nsf/Files/workforcepamphlets/$file/physio-results2009.pdf) Erişim tarihi: 02 Temmuz 2010.
- Nancarrow SA, Borthwick AM. (2009) Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health and Illness*, 27(7):897-919.
- Navarro, V. (1978) The crisis of the western system of medicine in contemporary capitalism. *International Journal of Health Services*, 8(2): 179-21. Çev.: Özkan Ö, Baltacı E. (2001) Modern batı kapitalizmde batı sağlık sisteminin krizi. *Toplum Sağlık ve Eczacı Dergisi*, 1(1):61-85.
- Navarro V. (1998) Neoliberalism, unemployment, inequalities and welfare state. *International Journal Health Service*, 28(4): 607-682.
- OECD. (2009) Health at glance: OECD indicators. Erişim adresi: <http://www.oecd.org> Erişim tarihi: 04 Nisan 2010.
- Øvretveit J. (2003) Nordic privatization and private healthcare. *International Journal of Health Planning and Management*, 18:233-246. Çev.: Etiler N. (2005) İskandinav ülkelerinde özelleştirme ve özel sağlık hizmetleri. *Toplum ve Hekim*, 20(5):353-360.
- Öngen T. (1996) Prometheus'un sönmeyen ateşi. Alan yayıncılık.
- Öngen T. (2009) Marks (Sınıf) ve Weber (Statü) çözümlemesinde bir uğrak olarak meslek ve hekimlik. *Toplum ve Hekim* 24(2):83-90
- Özkan Ö, Koçyiğit Z, Şen Ü, Acarlar K, Özkan BM. (2010) Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma koşulları. *Çalışma Yaşamı ve Hemşirelik Sempozyumu*, Ankara.
- Özkan Ö, Hamzaoğlu O. (2008) Uluslararası sağlık emek göçü: ne, nasıl, neden. TÜSAM 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu. Türkiye İşçi Sınıfı Ve Emek Hareketi Küreselleşiyor mu?, 170-178, İstanbul,
- Özkan Ö. (2008) Uluslararası hemşire göçü: kim(ler) için ve neden bir sorundur? *Toplum ve Hekim*, 23(3):222-231.
- Özkan, Ö. (2009) Almanak 2008 Analizleri içinde: Mevcut sağlık sistemi içinde evde sağlık hizmetleri. 545-559.
- Özkan Ö, Kan-Öntürk Z, Himmetoğlu R, Artan A, Güldibi Ö. (2009) Üç kamu hastanesinde sözleşmeli çalışan hemşirelerde iş güvencesizliği ve sağlık durumları ile ilişkisi. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 33:42-48
- Özkaplan N. (2009) Duygusal emek ve kadın işi/erkek işi. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 2:15-23.

- Pellegrino ED. (1999) The commodification of medical and health care: The moral consequences of a paradigm shift from a professional to market ethic. *Journal of Medicine and Philosophy*, 24(3):243-266.
- Public Services International-PSI (2003) Terms of employment and working conditions in health sector reforms, studies in HSO&P, 21. Erişim adresi: [dspace.itg.be/bitstream/10390/2551/2/2003shso0171.pdf](http://dspace.itg.be/bitstream/10390/2551/2/2003shso0171.pdf) Erişim tarihi: 9 Mayıs 2010.
- Randall GE, Williams AP. (2006) Exploring limits to market-based reform: Managed competition and rehabilitation home care services in Ontario. *Social Science & Medicine*, 62(7):1594-604.
- Rechel B, Carl-Arady D, Mckee M. (2006) The health care workforce in Europe Learning from experience. WHO. Erişim adresi: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/91475/E89156.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/91475/E89156.pdf) Erişim tarihi: 21 Nisan 2010.
- Salsberg E, Rivers KL. (2008) 2008 physician specialty data center for workforce studies. Association of American Medical Colleges. Erişim adresi: [www.aamc.org/workforce/specialtyphysiciandatabook.pdf](http://www.aamc.org/workforce/specialtyphysiciandatabook.pdf) Erişim tarihi: 26 Nisan 2010.
- Schroth L, Khawaja R. (2007) Globalization of healthcare. *Frontiers of Health Services Management*, 24(2):19-30.
- Smith RD. (2004) Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature. *Social Science & Medicine*, 59(11):2313-2323
- Sarrett DC, Bradley CJ. (2008) Paying attention to our health care system and workforce, time to join a national discussion. *The Journal of American Dental Association*, 139 (8):1024-1028.
- Solomon ES. (2009) Dental workforce. *Dental Clinics of North America*, 53 (3):435-449.
- Sönmez M. (2009) Küresel krizin merkez ve çevre ülkelerde yaşanma biçimleri. *Toplum ve Hekim*, 24(1):20-25.
- Stanberry B. (2000) Telemedicine: Barriers and opportunities in the 21 st century. *Journal of Internal Medicine*, 247:615-628.
- T.C. Maliye Bakanlığı. (2010) Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürlüğü İstatistikleri. Erişim adresi: <http://www.bumko.gov.tr/> Erişim tarihi: 24 Mart 2010.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010) SB Personel Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Terzi C. (2007) Sağlık çalışanlarının dağılım ve aşırı uzmanlaşma sorunu: ABD sağlık sistemi - X SoL, 10 Aralık 2007.
- Terzi C. (2009) Tıpta uzmanlaşma ve aşırı uzmanlaşma: Genel cerrahi alanında özel olarak odaklanarak. *Toplum ve Hekim*, 24(2):151-158.
- Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı- TSBEKB- (2008) Türkiye' de tıp-sağlık bilimleri alanında eğitim ve insan gücü planlaması. Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu. Erişim adresi: <http://www.tead.med.ege.edu.tr/Dosyalar/5/tp-salk%20bilimleri%20eitim%20konseyi%20SGP%20rapor.pdf> Erişim tarihi:28 Eylül 2009.
- Timmermans K. (2004) Developing countries and trade in health services: which way is forward? *International Journal of Health Services*, 34(3):453-466.
- Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K. (2005) The "unexpected" growth of the private

- health sector in Greece. *Health Policy*, 74:167-180.
- TTB (2008) Sağlık emek-gücü: Sayılar ve gerçekler. TTB, Ankara.
- Ulrich G. (2000) Labour and social dimensions of privatization and restructuring: Health-care services. Erişim adresi: <http://www.ilo.org>. Erişim tarihi: 15 Aralık 2004.
- Ülker S, Buldukoğlu K, Aksayan S, Atalay M, Kocaman G, Oktay S, Pektekin Ç. (2001) Türkiye'de hemşirelik: Temel mesleki eğitim ile insangücü'ne ilişkin sorunlar ve çözüm önerileri.
- Wendt C, Thompson T. (2004) Social austerity versus structural reform in European health systems: A four country comparison of health services. *International Journal of Health Services*, 34(3):415-433.
- WHO. (2006) The world health report 2006 - working together for health. Geneva: WHO.
- Woolhandler S, Himmelstein DU. (2004) The high costs of for-profit care. *The Canadian Medical Association Journal*, 170(12):1814-5.
- Wuliji T. (2009) International Pharmaceutical Federation, Global pharmacy workforce description. FIP Project Manager Human resources and education. Erişim adresi: [http://www.fip.org/healthcare\\_workforce](http://www.fip.org/healthcare_workforce) Erişim tarihi: 25 Haziran 2010.
- Yassi A, Wickström GJ, Palacios M. (2004) Globalization and the health of the health care workforce. *International Journal of Occupational Environmental Health*, 10(4):355-359.
- Ying-Jung YY, Jyh-Jer RK, Yu-Shen C, Chun-Hsi Vivian C. (2007) Job stress and work attitudes between temporary and permanently employed nurses. *Stress and Health*, 23(2):111-120.
- Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. (2004) Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2:13-24.