SAĞLIK ve HEMŞİRELİK YÖNETİMİ DERGİSİ
JOURNAL of HEALTH and NURSING MANAGEMENT
DERLEME

# Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri

## *The Impact of Health Transformation Program on Healthcare Workers and Health System*

**Oya Çelebi Çakıroğlu, Arzu Kader Harmancı Seren**

İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

## ÖZET

Küreselleşme olgusunun etkisi ile birlikte uluslararası örgütlerin öncülüğünde Türkiye'nin de içinde yer aldığı gelişmekte olan birçok ülkede önemli politik değişiklikler yaşanmıştır. Bu kapsamda sağlık alanında meydana gelen makro ölçekli bir değişim olarak "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulamaya konulmuştur. "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulamasından Türkiye'nin sağlık sistemi ve sağlık çalışanları büyük ölçüde etkilenmiştir. Bu derlemede "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın sağlık sistemini ve sağlık çalışanlarını etkilediği alanlar ele alınarak mevcut bulunan güncel durum değerlendirilmeye çalışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Sağlıkta dönüşüm programı, sağlık reformu, sağlık politikaları, sağlık çalışanları, hemşirelik

## *ABSTRACT*

There have been significant political changes in many developing countries including Turkey as a result of globalisation phenomenon led by international organisations. In this regard, Health Transformation Program has been put into practice as a macro-sized change in the field of healthcare. Health Transformation Program has affected significantly both healthcare workers and health system in Turkey. In this compilation, it was aimed to evaluate the current situation by examining the areas that healthcare workers and health system have been affected by Health Transformation Program.

**Key words:** Health transformation program, health reform, health politics, healthcare workers, nursing

## GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, ülkelerin ulusal politikalarında öncelikli bir alan olmasının yanı sıra toplumun sosyal yaşamında da oldukça önemli bir yere sahip olup, bu alanda yaklaşık 20 yıldır büyük değişiklikler meydana gelmiştir (Buerhaus et al., 2012; Aizhan and Saipinov, 2014; Wendt, 2014).

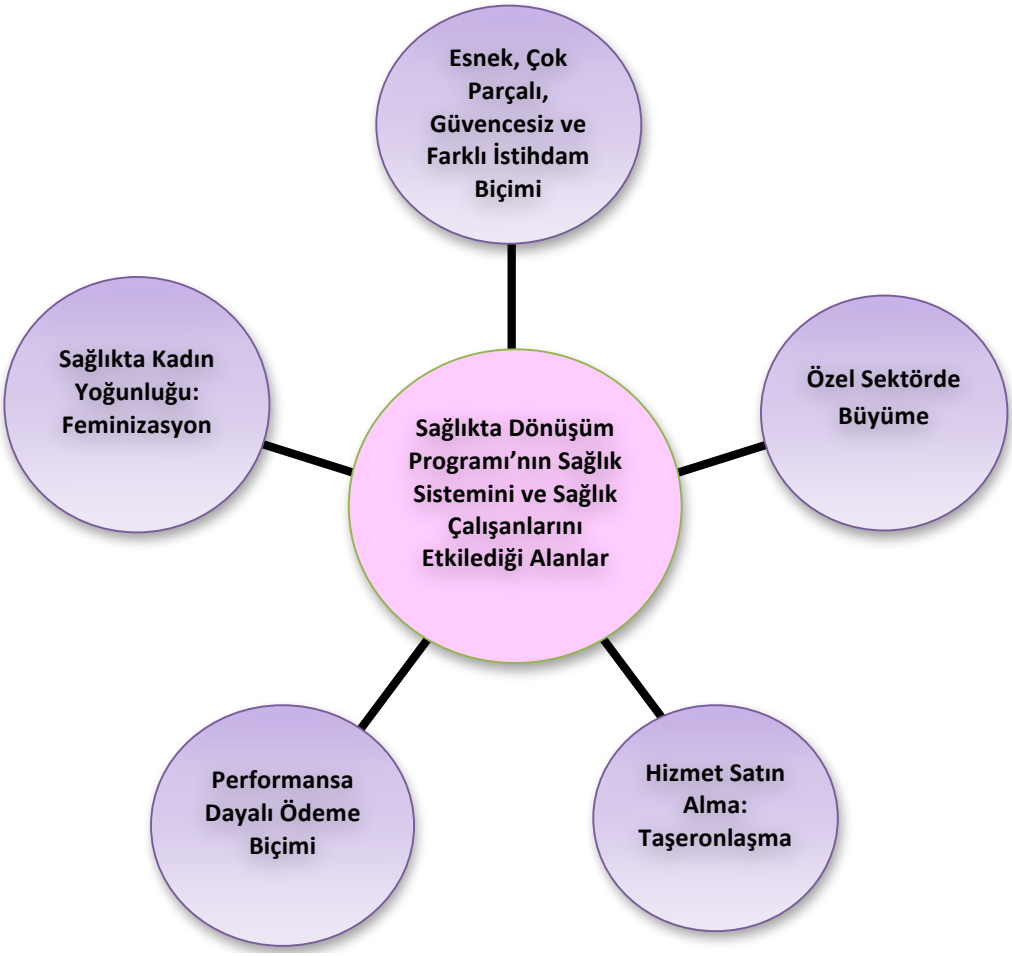
Neoliberal politikaların 1980'li yıllardan bu yana sağlık hizmetleri alanında "Sağlık Reformu" olarak adlandırıldığı bu uygulama, 2000'li yıllarda ana hatları aynı kalmak koşuluyla "Sağlıkta Dönüşüm" şeklinde uygulamaya konmuştur (Pala, 2012). Uluslararası örgütlerin önerileri üzerine, hükümet ve Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen "Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye"nin sağlık bakım sistemi büyük bir değişim geçirmiş (Akıncı et al., 2012) ve bu durumdan sağlık çalışanları da önemli ölçüde etkilenmiştir (Omaç Sönmez ve Sevindik, 2013).

**Geliş Tarihi / *Arrival Date*:** 29.07.2015 **Kabul tarihi / *Date of Acceptence*:** 03.02.2016
**İletişim / *Corresponding author*:** Oya Çelebi Çakıroğlu, İ.Ü. Florence Nighitngale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet C.-34381-Şişli-İstanbul
**E-posta / *E-mail*:** oya.celebi55@gmail.com
**Sayı / *Number*:** 1 **Cilt / *Volume*:** 3 **Yıl / *Year*:** 2016 **e-ISSN:2149-018X doi:10.5222/SHYD.2016.037**

Sağlık çalışanları tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı" sağlığı ticarileştirerek hastaneleri işletme, hastaları ise müşteri haline getiren, sağlık profesyonellerinin çalışma koşullarını ağırlaştıran, güvencesizleştiren ve sunulan sağlık bakım hizmetlerini gerileten bir uygulama olarak değerlendirilmektedir (Harmancı Seren ve Yıldırım, 2013).

**"Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri**

Yapılan literatür taraması sonucunda, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın sağlık sistemini ve sağlık çalışanlarını etkilediği alanlar Şekil 1'de görüldüğü biçimde ele alınmıştır.




**Şekil 1: "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın Sağlık Sistemini ve Sağlık Çalışanlarını Etkilediği Alanlar**

**• Esnek, Çok Parçalı, Güvencesiz ve Farklı İstihdam Biçimleri**

1980'li yılların ardından özelleştirme ve piyasa girişimleriyle birlikte, kamu istihdamında geleneksel yapı değişikliğe uğramış, bu durumdan en çok etkilenen alanlardan biri de sağlık hizmetleri olmuştur. Sağlık hizmetlerinde kamu tarafından sunulan kadrolu ve güvenli istihdam biçimi, "Sağlıkta Dönüşüm Programı"yla birlikte esnek istihdam biçimine dönüşmüştür. Sağlık alanında çalışanların geleneksel istihdam biçimi, hem kamu çalışanlarına yönelik düzenlemelerle hem de sağlık hizmetleriyle ilgili yapılan özel düzenlemelerle birlikte büyük ölçüde değiştirilmiş, bunun sonucunda esnek, çok parçalı ve farklı istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanları arasında, aynı işi yapan fakat farklı statüde bulunan, farklı mevzuatlara tabi, farklı ücret ve özlük haklarına sahip birçok kadro ortaya çıkmıştır (Ayman Güler, 2005; Etiler ve Urhan, 2008; Aydoğan, 2010; Ünlütürk Ulutaş, 2011).

Resmi Gazete'de 23 Temmuz 2003 tarihinde 4924 sayılı Kanun yayınlanmıştır. Bu Kanun'da "eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli" tanımlanmış, kamuda sağlık alanında sözleşmeli istihdamın önü açılmıştır (Aydoğan, 2010; Etiler, 2011; Harmancı Seren, 2013).

Yine aynı kanunla, 657 sayılı Kanun'un 36. Maddesinin "III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıf" bendinde değişiklik yapılmıştır. Yapılan değişiklikle, "Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usüllere göre hizmet satın alması yoluyla gördürülebilir" ibaresi eklenmiştir (Etiler, 2011; Harmancı Seren, 2013).

2004 yılında "5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" kabul edilmiştir. Kanun'da, aile sağlığı merkezlerinde çalışacak sağlık çalışanları, esas kadroları ile ilişikleri kesilmeden aylıksız veya ücretsiz izinli sayılmış, Sağlık Bakanlığı ile bir sözleşme yapılmıştır. Bu durum, uygulanacak reform ve gerçekleştirilecek değişimler için yalnızca bir geçiş süreci oluşturmuştur. Reformun tamamlanmasının ardından hekimler Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan, Sağlık Bakanlığının denetiminde fakat kendi hesabına çalışan bir statüye geçerken, aile sağlığı elemanı olarak belirtilen sağlık çalışanları (hemşire, ebe, sağlık memuru) ise, bu hekimlerin yanında çalışan işçi halini almıştır (Etiler, 2011; Harmancı Seren, 2013).

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda 2005 yılında yapılan düzenlemeyle sağlık çalışanlarının, "memur (4/A)" statüsüne ek olarak, "sözleşmeli (4/B)" statünde istihdam edilebilmelerinin önü açılmıştır. Bu değişiklikle birlikte, sözleşmeli sağlık çalışanı sayısında ciddi artış ortaya çıkmıştır (Etiler, 2011; Harmancı Seren, 2013).

2005 yılında yapılan bir diğer düzenleme ise, 657 sayılı Kanun'un 86. maddesine ek yapılması olmuştur. Bu düzenemeyle vekil ebe ve hemşire statüsü oluşmuştur. Ebe ve hemşirelerin açıktan atanmasıyla köy sağlık evleri ve sağlık ocaklarında çalıştırılması planlanmış, 2006 yılında 3000, 2007 yılında ise, 2700 vekil ebe ve hemşire alımı yapılmıştır. Vekil hemşire ve ebelerin almış oldukları ücretler ise, 580-800 TL arasında değişmiştir. Bu istihdam biçimi, aile hekimliği uygulamasının başladığı dönemde boşalan ve tercih edilmeyen bölgeleri doldurmak amacıyla geçici olarak kullanılmasına karşın, diğer sözleşmeli sağlık çalışanları arasında iş güvencesi en az olan grup, bu istihdam biçimine bağlı çalışanlar olmuştur (Etiler, 2011; Harmancı Seren, 2013).

Kamu sağlık çalışanları:
- 657 sayılı Yasa 4/A maddesi memur
- 657 sayılı Yasa 4/B maddesi sözleşmeli
- 4924 sayılı Yasa sözleşmeli
- Hizmet satın alma yolu ile yapılan işlerde sözleşmeli
- Vekil ebe-hemşire statüsü
- Aile hekimliği hizmet sözleşmesine bağlı sözleşmeli
- Üniversite vakfının elemanı olarak sözleşmeli olmak üzere yedi farklı şekilde istihdam edilmeye başlanmıştır (Etiler, 2011; Ünlütürk Ulutaş, 2011; Harmancı Seren, 2013).

Tüm bu düzenlemeler ve değişiklikler, sağlık çalışanlarının farklı şekillerde ve güvencesiz biçimde istihdam edildiğini ortaya koymaktadır.

**• Özel Sektörde Büyüme**

Özelleştirme kavramının tanımı ile ilgili görüş birliğine varılamamış olmakla birlikte, birçok tanımı bulunmaktadır. Ancak en geniş anlamıyla, kamu sektörüne karşı özel sektörün her geçen gün büyümesi olarak ifade edilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2004).

Özelleştirme, kamu tarafından sunulan hizmetlerin maliyetinin yüksek olduğu, aynı zamanda kalitesi ve etkinliğinin düşük olduğu ileriye sürülerek ortaya çıkmıştır. Bu nedenlerden dolayı kamu hizmeti olan sağlık hizmetleri piyasaya açılmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2004).

Sağlıkta özelleştirme uygulamaları sadece Türkiye'de değil birçok ülkede uygulanmış, hem ulusal hem de uluslararası düzeyde gerçekleşmiştir. Hizmet sözleşmeleri, kullanıcıların katkıları, döner sermaye uygulaması, özel sektöre ait yatırımlara teşvik verilmesi, genel bütçeden kamusal sağlık hizmetlerine ayrılan payın azalması vb. uygulamaların tamamı özelleştirmenin gerçekleşmesi için bir araç olarak kullanılmıştır. Uluslararası düzeyde Dünya Ticaret Örgütü'nün öncülüğünü yaptığı "Hizmet Sözleşmesi Genel Anlaşması" ile ülkelerin sunduğu kamu hizmetleri piyasalaştırılmak istenmiş, bunun için çok sayıda reform gerçekleştirilmiştir ve sağlık alanında da uluslararası düzeyde özelleştirme başlamıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2004).

Özel sağlık sektörünün teşvik edilmesiyle birlikte, bu alana sağlık çalışanlarının ilgisi her geçen gün artmıştır. 1994 yılından "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın başlangıcına kadar olan yıllar arasında özel sektörde hizmet sunan sağlık çalışanlarının sayısı kamuda %24, özelde %77 oranında artmıştır. "Sağlıkta Dönüşüm Programı" sonrasında ise, kamuda %57, özel sektörde ise %278 oranında artış meydana gelmiştir (Etiler, 2011).

Neoliberal politikaların uygulanması sonucu özel sağlık sektörü ciddi ölçüde büyümüş, sağlık meslek gruplarının tümünde özel sektörde çalışma oranı artış göstermiştir. Artış oranları incelendiğinde, en büyük artışın sağlık teknisyenlerinde olduğu görülmüş, hekim ve hemşirelerde de önemsenmesi gereken bir artış olduğu belirlenmiştir. Uygu-

lanan politikalar özel sağlık sektörünün büyümesine ve özel sağlık sektöründe çalışan sayısının artmasına neden olurken, en büyük artışı hekim dışı sağlık çalışanları oluşturmuştur (Etiler, 2011).

**• Taşeronlaşma (Hizmet Satın Alma)**

Taşeronluk, bir kurumun çalışanlarının başka bir kurumun (ana kurumun) sunduğu hizmetin bir kısmını yapması olarak tanımlanmıştır. Bu durum ana kurumda çalışanlarla, farklı işverenlere bağlı çalışan gruplarının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Sönmez, 2011).

Taşeronlaşma (hizmet satın alma), ilk kez 1988 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda gerçekleştirilen değişiklikle başlamıştır. 657 sayılı Kanun'un sınıfları tanımlayan 36. Maddesinde VIII-Yardımcı Hizmetler Sınıfı başlıklı bendine 318 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, "Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetlerden hizmet yerlerinin ve tedavi kurumlarının temizlenmesi, tesisatın bakım ve işletilmesi ve benzeri nitelikteki hizmetlerin üçüncü şahıslara ihale yoluyla gördürülmesi mümkündür" hükmü ile kamu tarafından sunulan yardımcı hizmetlerin piyasadan karşılanarak yapılmasının yolu açılmıştır (Aydoğan, 2010; Demirel Etöz, 2010).

Öncelikle yardımcı hizmetler sınıfında yer alan temizlik hizmetlerinde ortaya çıkan taşeronlaşma, zamanla destek hizmetlerinin tamamına yayılmıştır. Sağlık alanında satın alınarak sunulan hizmetler, kullanılan alet ve cihazların bakımı (laboratuvar cihazları, görüntülme cihazları vb.) ve işletimi (cihazın başında durarak çalıştırılması), güvenlik, temizlik ve yemekhane hizmetleri vb. şeklinde ele alındığında, taşeronlaşma çok büyük bir bölümü içermektedir. Sağlık hizmetlerini doğrudan sunan sağlık çalışanları ise, ilerleyen dönemlerde bu durumdan etkilenmiştir (Aydoğan, 2010; Demirel Etöz, 2010).

10.07.2003 tarih ve 4924 sayılı KHK'nın 11. Maddesi, 657 sayılı Kanunun 36. maddesindeki III. Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri başlıklı bendine, "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 alması yoluyla gördürülebilir" hükmü eklenmiştir. Bu durum sağlık hizmetlerinin taşeronlaşmasına (hizmetin satın alınmasına) neden olmuştur (Demirel Etöz, 2010).

01.11.2005 tarihli 25983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Kanun'da "Sayılan unvanları taşıyan sağlık personellerinin temininde güçlük çekildiği ve Bakanlar Kurulu Kararı ile belirlenen hizmet birimlerinde istihdam edilebilecektir." ibaresi, sağlık hizmetlerini sözleşmeli istihdama açmış ve sağlık hizmetlerinde de taşeronlaşma başlamıştır (Demirel Etöz, 2010).

Uygulanan sağlık politikaları ve özel sektörde genişleme ile birlikle kamu kurumları, sunmuş oldukları bazı hizmetleri dışarıdan satın alma yoluna başvurmuştur. Bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere öncelikle güvenlik, temizlik ve yemekhane hizmetleri gibi destek hizmetler satın alınmaya başlanmış, fakat 2003 yılında yapılan değişiklik ile sağlık hizmetlerinin de satın alınmasının yolu açılmış, bu düzenlemeyle birlikte taşeronlaşmanın en çok genişlediği alanlardan biri sağlık hizmetleri olmuştur (Etiler, 2011).

Hem destek hizmetler hem de sağlık hizmetlerinin taşeron şirketlerle anlaşmalı şekilde yaptırılmasının dışında, hastaların anlaşmalı özel kurumlara yönledirilmesiyle manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi gibi hizmetlerde satın alınmaya başlanmıştır. Bu uygulamalara ek olarak, sağlık hizmetleri sunumunda doğrudan yer alan bir meslek olan hemşireler de taşeron şirketler tarafından istihdam edilmeye başlamıştır (Etiler, 2011).

**• Performansa Dayalı Ödeme Biçimi**

1961 yılında çıkan 209 sayılı Kanun ile döner sermaye uygulaması, yataklı tedavi kurumlarının belirli gereksinimlerini karşılamak amacıyla uygulanmıştır. 1989 yılında kabul edilen kanun hükmünde kararname ile elde edilen döner sermaye gelirinden çalışanlara ek ödeme uygulaması başlamıştır. 2001 yılında yapılan bir diğer düzenleme ile birinci basamak sağlık kurumlarında döner sermaye işletmeleri oluşturulmuş, bu birimlerde çalışan personele de ek ödeme uygulanmaya başlamıştır. Bu değişikliklerin sonucunda, döner sermayeden yapılan ödeme miktarı, sağlık çalışanının aldığı toplam ücret içinde büyük bir pay oluşturmuştur (Etiler, 2011).

2003 yılı başında "Sağlık Dönüşüm Programı" bileşenleri ve hedefleri kamuoyuna duyurulmuştur. Programın içerisinde "Performansa Dayalı Ödeme Biçimi" de yer almıştır. Performansa dayalı ödeme, sunulan hizmete sağlık çalışanının katkısı oranında yapılan ödeme ve bunun yanında çalışanların verimliliğinin artmasını sağlayan ve farklı dinamikleri içeren bir süreç olarak belirtilmiştir. Fakat sağlık alanında bulunan sorunların daha da belirsiz bir hal almasına ve sağlığın piyasalaşmasına neden olmuştur (Kart, 2013).

Döner sermayenin performans sistemine göre dağıtılması ile ilgili ilk uygulama, pilot olarak 2003 yılında 10 hastanede yapılmış, 2004 yılında Sağlık Bakanlığına ait hastanelerin tümünde, 2011 yılından itibaren üniversite hastanelerinde uygulamaya geçilmiştir (Etiler, 2011).

Performansa dayalı ödeme sisteminde, 5120 tıbbi işlem belirlenmiş ve puanlanmıştır. Hekimler tarafından doğrudan yapılan ve sonuçlandırılan girişimler puanlandırılırken, diğer sağlık çalışanları tarafından yapılan işlemlerde puanlandırma yapılmamıştır. Örneğin; koroner arter bypas 2500 puan, psikiyatri muayenesi 30 puan, enjeksiyon 0 puan gibi (Erkan, 2011).

Performansa dayalı ödeme sisteminin ortaya çıkardığı olumsuzluklar:

- Bireysel ve kurumsal performans sistemi, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlamış ve döner sermayenin dağıtımında eşitsizlik meydana getirdiği gibi sağlık çalışanları arasında da çatışmaya neden olmuştur.
- Bölümler arasında performansa dayalı puan farklılıkları meydana gelmiş, aldıkları ek ödemeler arasında ciddi farklılıklar oluşmuştur.
- Hekimler daha fazla performans puanı toplamak amacıyla baktıkları hasta sayılarını artırmıştır. Bu uygulama hekim dışı sağlık çalışanlarının (hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyenleri vb.) iş yoğunluğunun artmasına, hastaya ayrılan zamanın azalmasına ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olmuştur.
- Müşteri odaklı anlayış egemen olmuş, sağlık temel insan hakkı olmaktan çıkmış, sağlıkta özelleştirme uygulamalarının temelleri atılmıştır.
- Sağlık hizmeti sunanlar ve hizmeti alanlar arasına maddi kavramlar girmiş ve bu iki grup karşı karşıya gelmiştir (Ceylan, 2009).

**• Kadın Yoğunluğunda Artış (Feminizasyon)**

Toplumsal cinsiyet eşitliği, hayatın tüm alanlarında kadın ve erkeğin eşit haklara sahip olması düşüncesi üzerine temellenmiştir. Dünyada yıllarca kadının toplumsal statüye erişmesi noktasında büyük uğraşlar verilmiş olmasına rağmen, Türkiye'de kadın ve erkeği eşitleyen haklar tam anlamıyla elde edilememiştir. Birleşmiş Milletlerin 2010 yılında sunduğu raporda küresel toplumsal cinsiyet eşitsizliğinde Türkiye'nin 134 ülke arasından 129. sırada olması bu durumun göstergesi olmuştur (Yıldırım, 2013).

Tarihten günümüze, toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle birçok alanda bakım işi kadınların görevi olarak görülmüştür. Toplumsal cinsiyete bağlı olarak ortaya çıkan bu ayrım, sağlık alanında da kendini göstermiş, kadınların meslek seçimini de etkilemiştir (Etiler, 2011; Yıldırım, 2013)

Sağlık hizmetlerinde operasyonel işlerde erkekler yer alırken, daha çok bakım işinde kadınların görev aldığı görülmüştür. Hekimlikte cerrahi alanlarda erkekler, dahili alanlarda ve hemşirelik başta olmak üzere bakım işlerinde kadınlar yer almıştır. Sağlık meslekleri incelendiğinde hemşirelikte %70, ebelikte %100, teknisyenlikte ise %72 oranında kadınların yer aldığı görülmüştür. Çalışma hayatında, bir sektörde işgücünün yarısından fazlasının kadın olması o sektörün feminizasyonu olarak belirtilmiştir. 2011 yılı itibariyle de sağlık hizmetlerinin %59'unun kadınlardan oluşması sağlık alanında kadın çalışan oranının yüksek olduğunu, yani feminizasyonun var olduğunu göstermiştir (Etiler, 2011).

Sağlık alanında geçmişten beri kadın oranının yüksek olması geleneksel bir durum olmasına rağmen, feminizasyonun giderek artması dikkat çekmiştir. TÜİK verilerine göre sağlık ve sosyal hizmetlerde görev yapan kişilerin 2009 yılı itibariyle %55,5'i kadın iken, 2011 yılı itibariyle bu oran %60'a yükselmiştir. Fakat bu durumun sadece Türkiye'ye ait olmadığı, Avrupa ülkelerinde de sağlık alanında çalışan kadın sayısının arttığı bildirilmiştir (Etiler, 2011; Urhan ve Etiler, 2011; TÜİK, 2012).

2000'li yıllarda ortaya çıkan sağlık alanında yeniden yapılanma süreci ve "Sağlıkta Dönüşüm Programı", kadın sağlık çalışanlarını büyük ölçüde ve olumsuz yönde etkilemiştir. Belirtildiği üzere, yalnızca Türkiye'de değil tüm dünyada sağlık alanı, kadın çalışanların yoğun olduğu bir alan olmasına rağmen sağlık alanında yaşanan dönüşümle birlikte, kadınlar toplumsal cinsiyet rolleriyle ilişkili olarak olumsuz çalışma koşullarında destek mekanizma olarak görülmüşlerdir (Yaman Öztürk ve Ergüneş, 2011).

Sağlık alanında uygulanan neoliberal politikalar ve dönüşüm ile birlikte, çalışma saatlerinin uzaması, iş güvencesinin azalması ve emeğin değersizleşmesi üzerine erkekler farklı işlere yönelmiş, boşalan alanlar kadınlar tarafından dolurularak sağlık alanında çalışan kadın oranı giderek artmıştır (Etiler, 2011; Yaman Öztürk ve Ergüneş, 2011).

# SONUÇ

1980'li yılların ardından neoliberal politikalar hakimiyet kazanmış ve sağlık alanını da büyük ölçüde etkilemiştir. Neoliberal politikalarla birlikte uygulamaya konan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerini piyasalaştırmıştır. Bu süreçte birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği modeline devredilmiştir. Piyasalaşma ile birlikte istihdamın yönü kadroluluktan sözleşmeliliğe doğru değişmiş, güvencesiz ve farklı birçok kadro ortaya çıkmış ve özel sağlık sektörü hızla büyümüş, dışardan hizmet alımı artmıştır. Sağlık çalışanlarına performansa dayalı ücretlendirme uygulaması getirilmiş, hasta merkezli anlayış kaybolmuş, müşteri anlayışı ortaya çıkmıştır.

Sonuç olarak, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile birlikte, sağlık sistemini değiştiren ve tüm sağlık profesyonellerini etkileyen adımların atıldığı görülmektedir. Bu adımların ortaya çıkardığı sağlık bakım ortamına ilişkin yapılacak yeni araştırmalarla uygulamaların sonuçlarının daha sağlıklı biçimde değerlendirilmesi olası olabilecektir.

## KAYNAKLAR

**Aizhan, Z. and Saipinov, D. (2014).** The stages of the healthcare system reform of the republic of Kazakhstan. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 140, 657-661.
http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.488

**Akıncı, F., Mollahaliloğlu, S., Gürsöz, H. and Öğücü, F. (2012).** Assesment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis. Health Policy Journal, 107, 21-30.
http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.05.002

**Aydoğan, R. (2010).** Sağlık personel reformu:1980-2010 dönemi. Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reformu, 9, 169-196.

**Ayman Güler, B. (2005).** Yeni Sağ ve Devletin Değişimi: Yapısal Uyarlama Politikaları 1980-1995. (2.Baskı). İmge Kitapevi, Ankara.

**Buerhaus, P.I., Desroches, C., Applebaum, S., Hess, R., Norman, L.D. and Donelan, K. (2012).** Are nurse ready for helath care reform? A decade of survey of survey research. Nursing Economics, 30(6), 318-330.

**Ceylan, Z. (2009).** Performansa dayalı ücretlendirme modelleri ve Türkiye açısından bir değerlendirme. Sayıştay Dergisi, 74, 45-72.

**Demirel Etöz, S. (2010).** Sağlık reform 1980-2010. Kamu Yönetimi Çalışmaları: Kamu Yönetimi ve Reform, 9, 148-168.

**Erkan, A. (2011).** Performansa dayalı ödeme: Sağlık Bakanlığı uygulaması. Maliye Dergisi, 160, 423-437.

**Etiler, N. (2011).** Neoliberal politikalar ve sağlık emek gücü üzerindeki etkileri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 42, 2-11.

**Etiler, N. ve Urhan, B. (2008).** Kocaeli ilinde kamu sektöründe istihdam edilen hekimlerin çalışma koşulları. I. Ulusal Çalışma İlişkileri Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul.

**Harmancı Seren, A.K. (2014).** Sağlık çalışanlarının sağlıkta dönüşüm projesine ilişkin görüşleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(1), 19-24.
http://dx.doi.org/10.5222/SHYD.2014.019

**Harmancı Seren, A.K. ve Yıldırım, A. (2013).** Özelleştirme: Sağlık, özelleştirme ve hemşireler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16(2), 123-131.

**Kart, E. (2013).** "Sağlıkta Dönüşüm" sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. Çalışma ve Toplum Dergisi, 3, 103-140.

**Omaç Sönmez, M. ve Sevindik, F. (2013).** Sağlıkta dönüşümün sağlık personeli üzerine etkisi: Aile sağlığı elemanı olmak. Koruyucu Hekimlik Bülteni, 12(1), 43-48.

**Pala, K. (2012).** Sağlık Politikaları. İçinde Kılınç, B. (Ed.). Türkiye'de Sağlık Politikaları ve İstihdamı. Türkiye Halk Sağlığı Raporu, 1-33.

**Sönmez, M. (2012).** Paran Kadar Sağlık. Türkiye'de Sağlığın Ticarileşmesi. (2.baskı). Yordam Kitap Basım, İstanbul.

**TÜİK, (2012).** İstatistiklerle Kadın. Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.

**Urhan, B. ve Etiler, N. (2011).** Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum Dergisi, 2(29), 191-216.

**Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011).** Sağlıkta dönüşümün kadın sağlık çalışanlarına temel yansımaları. I. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitabı, Denizli, 22-26.

**Wendt, C. (2014).** Changing helathcare system types. Social Policy and Admnistration, 48(7), 864-882.
http://dx.doi.org/10.1111/spol.12061

**Yaman Öztürk, M. ve Ergüneş, N. (2011).** Türkiye'de kadın istihdamı ve kadın emeği: Sağlık sektöründe kadın emeği ipuçları.I. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Bildiri Kitabı, Denizli, 9-18.

**Yıldırım, A. (2013).** Sağlık Sistemi ve Yönetim İlkeleri Işığında Hemşirelik. Ankara: Hedef Yayınları, 8-136.

**Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2004).** En değerli sermayem ticarileşiyor: Sağlık, sağlık reformları ve sağlıkta özelleştirme. Hastane Yaşam Dergisi, 1(2), 1-5.