

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
KAMU YÖNETİMİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK EMEK
SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ

Merve KAYADUVAR

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Nazmi ÜSTE

İZMİR – 2021

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “Şehir Hastanelerinde Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih/....../.....

Merve KAYADUVAR



ÖZET

Doktora Tezi

Şehir Hastanelerinde Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü

Merve KAYADUVAR

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Kamu Yönetimi Anabilim Dalı

Kamu Yönetimi Programı

1980’li yıllardan itibaren gelişmiş ve gelişmekte olan bir çok kapitalist ülkede uygulanmaya başlayan neoliberal politikalar kapsamında, Türkiye’de de önemli yapısal değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bu değişikliklerin en kapsamlılarından biri, sağlık hizmetleri alanında 2003 yılında uygulamaya geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’dır. SDP kapsamında neoliberal sağlık “reformları” bütünsel bir program şeklinde ortaya koyulmuştur. Bu reformların tamamlayıcı olarak, 2005 yılında yapılan bir yasal düzenleme ile Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) modeli, sağlık alanında uygulamaya geçirilmiştir. KÖO modeli ile sağlık tesislerinin yaptırılması kapsamında “Şehir Hastaneleri Projesi” uygulanmaya başlanmış, ardarda yapılan ihaleler sonrasında hemen inşaatları başlayan şehir hastaneleri, 2017 yılı itibarıyla hizmete açılmaya başlamıştır. 2021 yılı itibarıyla 13 şehir hastanesi hizmete girmiş ve 6 şehir hastanesi yapım aşamasında bulunmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ikinci fazı olarak nitelendirilen şehir hastaneleri, sağlık hizmeti üretim sürecinde yönetsel ve mekânsal bir dönüşüm gerçekleştirmiştir. Bu dönüşümle birlikte sağlık emek süreci üzerinde önemli değişiklikler ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın amacı, şehir hastanelerinin sağlık emek sürecinde ortaya çıkardığı etkilerin emek süreci kuramı çerçevesinde bütünlüklü bir çözümlemesini yapmaktır. Bu bağlamda, şehir hastaneleriyle birlikte sağlık emek sürecinde yeni bir emek rejimi ortaya çıktığı ve bu rejimin Neoliberal Emek Rejiminin bir türü olarak “Abulik Emek Rejimi” olarak tanımlanabileceği çalışmanın temel savını oluşturmaktadır. Çalışmada bu

argümanlar nitel araştırma metodu kullanılarak yapılan alan araştırmasının bulguları ile desteklenmeye çalışılmıştır. Adana Şehir Hastanesi ve Mersin Şehir Hastanesinde gerçekleştirilen alan araştırması kapsamında derinlemesine mülakat, grup görüşmeleri, katılımcı ve katılımcı olmayan gözlem teknikleriyle veri toplanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şehir Hastaneleri, Emek Süreci, Emek Rejimi, İş güvenliği, İşgücü Piyasası, İstihdam Güvencesi.



ABSTRACT
Doctoral Thesis
Doctor of Philosophy(PhD)
Transformation of Health Labour Process At The City Hospitals
Merve KAYADUVAR

Dokuz Eylul University
Graduate School of Social Sciences
Department of Public Administration
Public Administration Program

Within the context of neoliberal policies which began to be implemented in the developed and developing capitalist countries since the 1980s, in Turkey, too, significant structural changes have been made in the health services. One of these comprehensive changes is the Health Transformation Programme (HTP) which was put into practice in 2003 in the health service sector. In the context of the HTP, neoliberal health “reforms” were put forward as a holistic program. As a complement of these reforms, with a legislative regulation made in 2005, public private partnership (PPP) model was put into practice in the health sector. In the scope of building health facility via the PPP model, “City Hospitals Project” was initiated. City hospitals which were started to be built immediately after the consecutive tenders have begun to put into service by year of 2017. As of 2021, there are 13 city hospitals which were opened and 6 city hospitals whose constructions are on-going.

The city hospitals which are described as the second phase of the Health Transformation Programme made way for an administrative and spatial transformation in the process of health service production. Through this transformation, fundamental changes were emerged on the health labour process. This study aims to make a complete analysis of the effects brought about by the city hospitals into the health labour process within the framework of labour process theory. In this regard, the fundamental argument of this study is that with the city hospitals, a new labour regime emerged in the health labour

process and this regime could be described as “Abulic Labour Regime” as a type of the Neoliberal Labour Regime. These arguments were supported through the findings of the case study made using a qualitative research design. Within the context of the case study carried out in the Adana City Hospital and Mersin City Hospital, data is collected through the techniques of in-depth interviews, group discussion, participant observation and nonparticipant observation.

Keywords: City Hospitals, Labour Process, Labour Regime, Job Security, Labour Market, Employment Security.



ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xi
TABLolar LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiv
EKLER LİSTESİ	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE YÖNTEMİ

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ	4
1.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE ÖRNEKLEM	7
1.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	12

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM

2.1. YÖNETSEL DÖNÜŞÜM	15
2.1.1. Bilimsel Yönetim	15
2.1.2. Yalın Üretim	26
2.1.3. Yeni Kamu İşletmeciliği	38
2.1.4. Yönetsel Dönüşümün Sağlık Hizmetlerine Etkisi	47
2.2. MEKÂNSAL DÖNÜŞÜM	54

2.2.1. Mekânın Üretimi	54
2.2.2. Mega Projeler	57
2.2.3. Emeğin Denetimi ve Mekân	61
2.2.4. Mekânsal Dönüşümün Sağlık Hizmetlerine Etkisi	63

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE ŞEHİR HASTANELERİ

3.1. TÜRKİYE REFAH REJİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ	70
3.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	79
3.3. ŞEHİR HASTANELERİ	92
3.3.1. Kamu Özel Ortaklığı	92
3.3.2. Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı olarak Şehir Hastaneleri	98

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ

4.1. EMEK SÜRECİ KURAMI VE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ	120
4.2. ŞEHİR HASTANELERİNDEKİ SAĞLIK EMEK REJİMİ ÜZERİNE BİR KAVRAMSALLAŞTIRMA DENEMESİ	137
4.3. ŞEHİR HASTANELERİ ÖNCESİ SAĞLIK EMEK SÜRECİ	140
4.4. BULGULAR IŞIĞINDA ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ	157
4.4.1. Şehir Hastanelerinin Yönetsel Yapısı	158
4.4.2. Şehir Hastanelerinin Mekânsal Yapısı	165
4.4.3. Yönetsel ve Mekânsal Dönüşümün Emek Sürecine Etkisi	171
4.4.3.1. Çalışma Koşullarının Dönüşümü	175
4.4.3.2. Sağlık Çalışanları Arasındaki İlişkilerin Dönüşümü	208
4.4.3.3. Sağlık Çalışanı ve Hasta Arasındaki İlişkilerin Dönüşümü	213

4.4.3.4. Sağlık Çalışanı ve Yönetim Arasındaki İlişkilerinin Dönüşümü	221
4.4.3.5. Denetimin Dönüşümü	223
4.4.4. Alan Araştırması Bulgularının Değerlendirilmesi	237
SONUÇ	245
KAYNAKÇA	248
EKLER	



KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
AVM	Alışveriş Merkezi
BAĞ-KUR	Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BK	Birleşik Krallık
BUT	Bütçe Uygulama Talimatı
DB	Dünya Bankası
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
E-NABİZ	Elektronik Nabız
FTP	Dosya Transfer Protokolü (File Transfer Protocol)
GSS	Genel Sağlık Sigortası
HBYS	Hastane Yönetim Bilişim Sistemleri
IMF	Uluslararası Para Fonu
KHB	Kamu Hastane Birlikleri
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KİK	Kamu İhale Kanunu
KÖİ	Kamu Özel İşbirliği
KÖO	Kamu Özel Ortaklığı
MHRS	Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MYM	Merkezi Yardım Masası
NHS	Ulusal Sağlık Hizmeti
OECD	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
ÖAŞ	Özel Amaçlı Şirket
SB	Sağlık Bakanlığı
SES	Sağlık Emekçileri Sendikası
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SHKS	Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu

SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
ŞH	Şehir Hastanesi
TİG	Teşhis İlişkili Gruplar
TKY	Toplam Kalite Yönetimi
TL	Türk Lirası
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TZÜ	Tam Zamanında Üretim
YEGAP	Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Temel Yeni Kamu İşletmeciliği Uygulamaları ve Gerekçeleri	s. 41
Tablo 2: Zorunlu Hizmetler	s. 110
Tablo 4: Şehir Hastaneleri	s. 113
Tablo 5: Genel Bütçeden Yapılacak Şehir Hastaneleri	s. 115
Tablo 6: Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Şehir Hastaneleri Kira ve Hizmet Bedelleri (Bin TL)	s. 118
Tablo 7: Şehir Hastaneleri İçin Yapılan Kullanım ve Hizmet Bedelleri (Bin TL)	s. 118
Tablo 8: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Boyut ve Bölümler Tablosu	s. 144
Tablo 9: SKS Hastane Hasta Deneyimi Bölüm Standartları	s. 145
Tablo 10: Sözleşme Eklerinin Numara ve Başlıkları	s. 160
Tablo 11: Alan Çalışması Sonuçlarının Değerlendirilmesi	s. 244

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki payı (%)	s. 64
Şekil 2: Sağlık Alanında KÖO Kurumsal Yapısı	s. 105
Şekil 3: KÖÖ Sözleşmelerine Göre Özel Amaçlı Şirkete Yapılacak Ödeme Süreci	s. 111
Şekil 4: Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları	s. 143



EKLER LİSTESİ

EK 1: Görüşme Yapılan Kişiler	ek s. 1
EK 2: Araştırma İzin Belgeleri	ek s. 2
EK 3: Görüşmeci Listesi	ek s. 4
EK 4: Adana Şehir Hastanesi Fotoğrafları	ek s. 6
EK 5: Mersin Şehir Hastanesi Fotoğrafları	ek s. 9
EK 6: Adana Şehir Hastanesi ve Mersin Şehir Hastanesi Haritaları	ek s. 12
EK 7: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları	ek s. 13



GİRİŞ

2016 yılının Ekim ayında Yozgat'ta dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ, 2017'den itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'nin ikinci fazını yürürlüğe koyacaklarını ifade etmiştir.¹ Bakanın SDP'nin ikinci fazı olarak sözünü ettiği proje kamu özel ortaklığı modeliyle inşa edilecek hastanelerden oluşan Şehir Hastaneleri Projesi'dir.

Şehir Hastaneleri Projesi'ne yönelik ilk yasal düzenleme 2005 yılında yürürlüğe konmuş ve 2009 yılında ilk şehir hastanesi ihale ilanı Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü (ihaledeki ismi) için yapılmıştır. Başlangıçta "Entegre Sağlık Kampüsü", ardından "Sağlık Kampüsü", sonrasında "Kamu Özel Ortaklığı", daha sonra "Kamu Özel İşbirliği" olarak adlandırılan proje en son olarak "Şehir Hastaneleri" adıyla anılmaya başlanmıştır. 2017 yılında ilk şehir hastanesi, Mersin Şehir Hastanesi, açılmıştır.²

Şehir hastaneleri, sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açan neoliberal politikalar kapsamında Recep Akdağ'ın ifade ettiği gibi, 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye sağlık alanında gerçekleştirilen dönüşümün tamamlayıcısı olarak hayata geçirilmiştir. Şehir hastanelerinin inşaatı kamu özel ortaklığı modelinin yap- kirala- devret finansman yöntemi çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda, kamu tarafından bedelsiz olarak verilen hazine arazisi üzerine, ihaleyi alan şirketler grubu (genellikle bir inşaat, tıbbi malzeme/cihaz ve yatırım sektörlerinde faaliyet gösteren şirketlerden oluşan konsorsiyumlar) tarafından hastane binası inşa edilmektedir. Kamu, proje yüklenicisi şirketler grubuna yaptıkları yatırım karşılığında 25 yıllık süre için kira ödemesi yapmakta ve bu sürenin sonunda proje yüklenicisi yatırımı kamuya devretmektedir. Kiralama süresi boyunca hastane binasının bakım ve onarımı ihaleyi alan şirketler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, "çekirdek hizmet" dışındaki hizmetler bu şirketlere devredilmektedir.

¹ <https://www.sozcu.com.tr/2016/gundem/son-dakika-haberi/bakan-akdag-saglikta-sampiyon-ulke-icin-gayret-sarf-ediyoruz-1431720/>

² Yozgat Şehir Hastanesi, 2017 yılının Ocak ayında hasta kabulüne başlayarak fiilen açılmıştır fakat resmi açılış töreni 2017 yılının Nisan ayında yapılmıştır. Mersin Şehir Hastanesi'nin resmi açılış töreni, 2017 yılının Şubat ayında gerçekleştirildiği için açılan ilk şehir hastanesi Mersin Şehir Hastanesi olarak kabul edilmektedir.

Şehir hastaneleri, devasa büyüklükte, yüksek yatak sayısına sahip, entegre sağlık kampüsleri olarak inşa edilmekte ve kamu özel ortaklığı modeli çerçevesinde kamu ve yüklenici şirket tarafından birlikte yönetilmektedir. Dolayısıyla, şehir hastaneleri ile birlikte sağlık hizmetleri alanında büyük bir yönetsel ve mekânsal dönüşüm gerçekleşmiştir. Bu dönüşüm kapsamında, sağlık emek sürecinde köklü değişiklikler ortaya çıkmıştır. Bu çalışma, şehir hastanelerinin sağlık emek sürecinde ortaya çıkardığı etkilerin emek süreci kuramı çerçevesinde bütünlüklü çözümlemesini konu almaktadır. Bu bağlamda, şehir hastaneleriyle birlikte sağlık emek sürecinde yeni bir emek gücü yönetim rejimi yani yeni bir emek rejimi ortaya çıktığı ve bu rejimin Neoliberal Emek Rejiminin bir türü olarak “Abulik Emek Rejimi” olarak tanımlanabileceği çalışmanın temel savını oluşturmaktadır.

Girişin ardından birinci bölümde çalışmanın amacı, önemi ve yöntemi ortaya konmaktadır. Bu çalışma, Adana Şehir Hastanesi ve Mersin Şehir Hastanesi’nde gerçekleştirilen alan araştırmasına dayanmaktadır. Araştırma kapsamında yarı-yapılandırılmış derinlemesine mülakat, grup görüşmeleri, katılımcı gözlem ve katılımcı olmayan gözlem teknikleriyle veri toplanmıştır.

İkinci bölümde sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm, kuramsal düzeyde yönetsel ve mekânsal dönüşüm boyutlarıyla birlikte ele alınmaktadır. Yönetsel dönüşüm boyutu; bilimsel yönetim, yalın üretim ve yeni kamu işletmeciliği alt başlıklarında tartışılmakta ve bu dönüşümün sağlık hizmetlerinde ortaya çıkardığı etkileri ortaya koymaktadır. Mekânsal dönüşüm boyutu; mekânın üretimi, mega projeler ve emeğin denetimi ve mekân başlıkları altında tartışılmakta ve mekânsal dönüşümün sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini ortaya koymaktadır.

Üçüncü bölümde, önceki bölümde kuramsal düzeyde tartışılan sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm sürecinin Türkiye’deki izdüşümü açıklanmaktadır. Bu bölümde öncelikle Türkiye’deki refah rejimi üzerine bir tartışma yürütülmekte ve sağlık hizmetlerinin Türkiye’deki gelişimi ortaya konulmaktadır. Daha sonra, Türkiye sağlık hizmetleri alanını köklü bir değişime uğratan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sağlık hizmetleri alanındaki etkileri tartışılmaktadır. Ardından, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ikinci fazı olarak hayata geçirilen Şehir Hastaneleri’nin finansman yapısı, uygulanma şekli, yasal ve tarihsel arka planı ve güncel durumu ortaya konulmaktadır.

Dördüncü bölümde, alan çalışmasının bulguları ışığında şehir hastanelerindeki sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşüm açıklanmaktadır. İlk olarak, sağlık emek sürecinin dönüşümüne ilişkin kuramsal tartışmalar ele alınmaktadır. Bu kuramsal tartışmalar ekseninde, şehir hastanelerinde yeni bir emek rejiminin ortaya çıktığı ve bu rejimin “Abulik Emek Rejimi” olarak kavramsallaştırılabileceği tartışılmaktadır. Ardından, şehir hastanelerindeki sağlık emek sürecini daha iyi ortaya koyabilmek adına emek süreci kuramının penceresinden şehir hastaneleri öncesindeki sağlık emek süreci analiz edilmektedir. Sonrasında, alan çalışmasının bulguları ışığında şehir hastaneleriyle birlikte sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşüm yönetsel ve mekânsal dönüşüm boyutları üzerinden değerlendirilmektedir. Yönetsel ve mekânsal dönüşümün sağlık emek süreci üzerindeki etkileri; çalışma koşullarının, sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerin, sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişkilerin, sağlık çalışanı ve yönetim arasındaki ilişkilerin ve denetimin dönüşümü başlıkları altında ele alınmaktadır.

Bu çalışma TÜBİTAK tarafından 2211-E Doğrudan Yurt İçi Burs Programı kapsamında sağlanan destekle tamamlanmış olup çalışmanın yazarı TÜBİTAK’a teşekkürü bir borç bilmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE YÖNTEMİ

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Bu çalışma, Türkiye’de 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ikinci fazı olarak nitelendirilen “Şehir Hastaneleri Projesi’nin” sağlık emek sürecinde ortaya çıkardığı dönüşümün bütünlüklü bir çözümlemesini amaçlamaktadır. Literatürde şehir hastaneleriyle birlikte sağlık hizmetlerinde yaşanan yönetsel ve mekânsal dönüşümün ortaya çıkardığı köklü değişikliklere ilişkin henüz çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Şehir hastanelerinin sağlık alanında çok yeni bir olgu olması nedeniyle çalışmalar genellikle kamu özel ortaklığı modelinin sağlık hizmetleri alanında uygulanış şekli, hastanelerin yapısı, şehir hastaneleri modelinin tarihsel ve yasal arka planına odaklanmaktadır. Hastanelerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini analiz eden çok az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır.

Kamu özel ortaklığı (KÖO) modeli hem uluslararası hem de ulusal yazında çok geniş bir yer tutmaktadır. Özellikle neoliberal politikaların egemen olmaya başladığı 1980’li yıllarda enerjiden ulaşımaya çok geniş bir alanda uygulanmaya başlanan KÖO modelinin sağlık hizmetleri alanına uygulanması 1990’lı yıllarda gerçekleşmiştir. KÖO’nun sağlık alanına uygulanması ilk olarak Birleşik Krallık’ta gerçekleştiği için sağlık hizmetleri alanında kamu özel ortaklığı modeline ilişkin Birleşik Krallık’a odaklanan geniş bir yazın bulunmaktadır (Akintoye ve Ezekiel, 2005; Boyle, 1997; Boyle ve Harrison, 2000; Gaffney ve Pollock, 1997; Gaffney, Pollock, Price ve Shaoul, 1999a; 1999b; Harrison, 2001; Mayston, 1999; Pollock, Shaoul ve Vickers, 2002, Shaw, 2003; Sussex, 2001). Birleşik Krallık’ın ardından bir çok ülkede KÖO modeli sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmaya başlanmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak literatürde çeşitli ülkelerde sağlık alanında uygulanan kamu özel ortaklığı projelerini analiz eden çalışmalar artmıştır (Acerete, Stafford ve Stapleton, 2011; Alfen, Buscher, Daube ve Weidemann, 2005; Barrows vd., 2012; Cappellaro ve Longo, 2011; Ferreira ve Marques, 2021; La Forgia ve Harding, 2009; Linda, 2007; Vecchi, Hellowell ve Longo, 2010).

Türkiye’de sağlık alanında kamu özel ortaklığı modeli, 2005 yılında 5396 sayılı *Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Yasa* ile uygulamaya geçirilmiştir. İlk şehir hastanesi ihalesi 2009 yılında Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü için gerçekleştirilmiştir. Bu dönemden itibaren sağlık alanında kamu özel ortaklığı modeline ilişkin yazın ortaya çıkmaya başlamıştır. Türkiye’deki yazında yaygın olarak sağlıkta kamu özel ortaklığı, bir finansman modeli olarak yasal alt yapısı, sözleşme ilişkisi, organizasyon yapıları ve risk paylaşımı kapsamında ele alınmaktadır (Acartürk ve Keskin, 2012; Emek, 2017; 2019; Emek ve Küçükkocaoğlu, 2019; Karasu, 2011; Karahanoğulları, 2011; Karahanoğulları, 2012; Sözer, 2013; Teker, 2008; Uysal, 2021). Kamu özel ortaklığı modelinin sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerine yönelik ilk çalışmalar çoğunlukla Türk Tabipler Birliği’nin yayınları ve konferansları, sağlık alanında örgütlenen sendikaların yayınları ve Bianet, Hekim Postası gibi haber portallarında yayınlanan yazılardır. Şehir hastaneleriyle birlikte sağlık hizmetleri alanında ortaya çıkan dönüşüme ilişkin çalışmalar bir elin parmaklarını geçmeyecek sayıdadır (Atasever vd., 2018; Erbaş, 2021; Savaş, Keleş ve Göktaş, 2020; Uysal Y., 2019; Yalanız, 2017; Yeşiltaş, 2020). Şehir hastanelerini her yönüyle ele alan ilk ve tek çalışma Kayıhan Pala editörlüğünde 2018 yılında çıkan *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* kitabıdır. Şehir hastanelerine ilişkin sınırlı yazın içerisinde hasta memnuniyetine odaklanan çalışmalar özellikle lisans üstü tezler geniş yer tutmaktadır (Çınar, Türkoğlu ve Tütünsatar, 2017; Talmaç, 2020; Sarcan, 2019; Önder, 2019; Yıldız, 2018).

Şehir hastanelerine ilişkin lisansüstü tezler içerisinde sağlık çalışanlarına odaklanan çalışmalar son derece azdır ve sağlık çalışanlarının emek süreçlerinin analizine pek fazla yer vermemektedir. Cansızoğlu (2020) tarafından gerçekleştirilen araştırmada Balıkesir ve Bursa Şehir Hastaneleri’nde görev yapan sağlık çalışanlarına anket uygulanarak çalışanların hastane bilgi yönetim sistemine olan yatkınlığı, bakış açıları ve sistem üzerinden sağladıkları faydalar araştırılmıştır. Ceylan’ın (2020) Ankara, Mersin, Adana, Yozgat ve Manisa şehir hastanelerinde hastane yöneticileriyle gerçekleştirdiği çalışması yarı yapılandırılmış görüşmelere dayanmakta ve şehir hastanelerinin çalışanlar, hastalar, sağlık turizmi ve sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini araştırmaktadır. Çalışmanın sağlık çalışanlarına ilişkin bulguları şu şekilde özetlenebilir; şehir hastaneleri sağlık çalışanlarının iş yüklerini artırmaktadır ve sağlık

personel sayısı istenilen düzeyin altında kalmaktadır. Atıcı (2020) tarafından gerçekleştirilen araştırma kapsamında Elazığ, Adana ve Yozgat şehir hastanelerinde çalışan hemşirelere anket uygulanmış ve iş performansları ve iş doyum düzeyleri belirlenmiştir. Çalışma sonucunda şehir hastanelerinde çalışan hemşirelerin iş performans düzeylerinin yüksek ve iş doyum düzeylerinin orta düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yetişir'in (2019) Yozgat Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşirelerle yaptığı anket çalışmasına dayanan araştırması ise şehir hastanelerinde çalışan hemşirelerin yaşam kalitesini belirlemeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın bulgularına göre, hemşirelerin yaşam kalitesi orta düzeydedir ve hemşirelerin çalışma saatleri ile ilgili düzenlemelerin yapılması önerilmektedir. Pangal Çalışkan (2019) tarafından Adana Şehir Hastanesi'nde sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilen anket çalışmasına dayanan araştırma, sağlık çalışanlarının kamu özel ortaklığı modeline ilişkin bilgi, tutum ve algılarını incelemektedir. Araştırmada çalışanların çalışma şartlarına yönelik herhangi bir bulguya yer verilmemektedir, yalnızca bir finansman modeli olarak kamu özel ortaklığı konusundaki bilgi, tutum ve algıları araştırılmaktadır.

Literatürde şehir hastanelerindeki emek sürecinin dönüşümünü bir bütün olarak analiz eden herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Fakat, Pehlivan Barış'ın (2019) Ankara Şehir Hastanesi'nde klinik branşlarda çalışan hekimlerle gerçekleştirdiği anket çalışmasına dayanan araştırması, hekimlerin emek süreçlerine ilişkin olarak şiddete maruz kalma deneyimlerini araştırmaktadır. Çalışmanın bulgularına göre, şiddet oranları gittikçe artmaktadır ve hekimlere göre bu durumun en önemli sebepleri hekimleri değersizleştiren sağlık politikaları ve yetersiz hukuki yaptırımlardır. Türk Tabipler Birliği ve sağlık hizmetleri alanında örgütlenen sendikaların sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve şehir hastanelerinde karşılaştıkları sorunlara ilişkin yayınları, şehir hastanelerindeki emek sürecine ilişkin önemli veriler sunmakla birlikte kuramsal bir perspektiften yoksundur.

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinde şehir hastaneleriyle birlikte yaşanan yönetsel ve mekânsal dönüşümün emek süreci kuramı çerçevesinde bütünlüklü bir çözümlemesini yaparak literatürdeki boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, şehir hastaneleriyle birlikte sağlık emek sürecinde gerçekleşen dönüşümü ele alırken buraya kadar özetlenen sağlık hizmetleri alanında kamu özel ortaklığı

modeline ilişkin mevcut, sınırlı yazından ve sağlık emek sürecindeki dönüşümü analiz eden uluslararası ve ulusal yazından yararlanılmaktadır. Sağlık emek sürecindeki dönüşüme ilişkin uluslararası yazında çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Birleşik Krallık'ta Ulusal Sağlık Hizmeti'nde gerçekleştirilen reform sürecini sağlık emek sürecindeki dönüşüm bağlamında ele alan çalışmalara rastlanmaktadır (Harrison, 2002; Money ve Law, 2007). Türkiye'de de sağlık emek sürecindeki dönüşümü hizmet üretim sürecinin parçalanması, denetim, teknolojik dönüşüm, itibarsızlaşma, performansa dayalı ücretlendirme, toplam kalite yönetimi, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları gibi başlıklardan bir ve ya bir kaçını temelinde analiz eden ve bu alanlarda gerçekleşen dönüşümü ekonomik ve politik dönüşümlerle ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır (Belek, 2003; Çelebi Çakıroğlu ve Harmancı Seren, 2016; Civaner, 2005; Etiler, 2015; Soyer, 2009a; Tekin ve Kaya, 2015; Yücesan Özdemir, 2017). Türkiye'de sağlık emek sürecindeki dönüşümü bir bütün olarak analiz eden tek çalışma Ünlütürk Ulutaş (2011) tarafından gerçekleştirilen araştırmadır. Sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açan sağlıkta yeniden yapılanma sürecini emek kuramı çerçevesinde analiz eden çalışmanın temel varsayımları şu şekilde özetlenebilir; sağlığın metalaşması ile hizmet üretimi kamusal ihtiyaçlar yerine kâr etme amacıyla gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Sağlık emek süreci, kamusal hizmet özelliklerini yitirerek meta üretim süreci ile benzeşmiştir ve sağlık çalışanları üzerindeki baskı ve denetim artmıştır.

Şehir hastaneleri ile birlikte sağlık emek sürecinde ortaya çıkan dönüşümü çözümlemeyi amaçlayan bu çalışmada Ünlütürk Ulutaş'ın sağlık emek sürecini emek kuramı çerçevesinde bütüncül bir yaklaşımla analiz eden araştırmasının sonrasındaki dönem ele alınmaktadır. Bu doğrultuda, şehir hastaneleri öncesindeki sağlık emek sürecini analiz eden Ünlütürk Ulutaş'ın çalışmasından sıklıkla yararlanılmaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE ÖRNEKLEM

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinin metalaşmasına yol açan neoliberal politikalar kapsamında Türkiye'de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci fazı olarak nitelendirilen Şehir Hastaneleri projesinin sağlık emek sürecinde ortaya çıkardığı dönüşümü çözümlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda, temel

analiz birimi olarak emek süreci çalışmalarının tipik analiz birimi olan “üretim mekânı” yani tıbbi hizmetlerin üretildiği şehir hastaneleri benimsenmiştir.

Çalışmada nitel desenli araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel desenli araştırmalar, araştırma nesnesini doğal ortamı içerisinde, bütünlüklü olarak, tarihsel-sosyal bağlamı içinde kavramayı öngörmektedir. Şehir hastanelerindeki sağlık emek sürecinin dönüşümünü inceleyen bir çalışma, emek sürecini deneyimleyen öznelere anlamlandırmalarının derinlemesine analizini gerektirmektedir. Bu bağlamda, nitel araştırma modeli olarak örnek olay (özel durum) çalışması benimsenmiştir. Örnek olay çalışması, bir olgunun ya da bir olayın kendi koşulları içerisinde, bütüncül olarak derinlemesine incelenmesine dayanmaktadır. Olay bir kişi, grup, kurum ya da politika olabilir. Ne, niçin ve nasıl sorularına cevap aranarak mevcut durum açıklanmaya çalışılmaktadır. Veri toplama aracı olarak anket, mülakat, gözlem ve doküman analizleri kullanılabilir (Altunışık, Çoşkun, Bayraktaroğlu ve Yıldırım, 2012: 69). Bu çalışmada, derinlemesine mülakat, grup görüşmeleri, katılımcı ve katılımcı olmayan gözlem teknikleriyle veri toplanmıştır. Derinlemesine mülakatlar yarı-yapılandırılmış tarzda gerçekleştirilmiştir.

Araştırma tasarımına başlanmadan önce Türkiye’de şehir hastaneleri konusunda uzman olan ve bu alanda araştırma yapan akademisyen ve hekimlerle yapılandırılmamış görüşmeler yapılmıştır.³ Bu görüşmeler, araştırma soruları ve araştırma tasarımı konusunda yönlendirici olmuştur.

Çalışma, Adana Şehir Hastanesi ve Mersin Şehir Hastanesi’nde gerçekleştirilmiştir. Bu hastanelerin seçilmesinin ardında üç temel neden bulunmaktadır. İlk olarak, çalışmanın yapıldığı dönemde hizmete girmiş sadece 4 şehir hastanesi bulunmaktaydı. Hizmete giren Adana Şehir Hastanesi, Mersin Şehir Hastanesi, Yozgat Şehir Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi arasında yatak sayıları en yüksek hastaneler Adana Şehir Hastanesi (1550 yatak) ve Mersin Şehir Hastanesi’dir (1294 yatak). Şehir hastaneleri, büyük ölçekli, yüksek kapasiteli, entegre sağlık kampüsleri olarak inşa edilen hastanelerdir. Dolayısıyla, hizmete giren hastaneler arasında kapasitesi en yüksek iki hastane seçilmiştir.⁴ İkinci olarak, Mersin Şehir Hastanesi ilk hizmete açılan şehir hastanesi olduğu için çalışmanın yapıldığı

³ Görüşme yapılan kişiler için bakınız: Ek 1.

⁴ Yozgat Şehir Hastanesi’nin yatak sayısı 475, Isparta Şehir Hastanesi’nin yatak sayısı 755’tir.

dönem itibariyle en uzun süre hizmet veren hastane olması nedeniyle tercih edilirken, Adana Şehir Hastanesi, yeni bir hizmet birimi olan adli psikiyatri hastanesine sahip ve eğitim ve araştırma hastanesi olarak açılan ilk şehir hastanesi olması nedeniyle tercih edilmiştir. Üçüncü olarak, Adana ve Mersin illerinin birbirine yakın olması nedeniyle çalışmanın daha kısa sürede ve kolay şekilde gerçekleştirebilmesi için bu hastaneler seçilmiştir. Alan araştırması bulgularının her ne kadar çalışma yapılan şehir hastaneleriyle ilgili olacağı düşünülse de hâlihazırda hizmet veren veya yapımı devam eden diğer şehir hastanelerindeki sağlık emek sürecinin çözümlenebilmesine katkı vereceği düşünülmektedir.

Araştırma, Adana ve Mersin İl Sağlık Müdürlükleri'nden alınan izinler kapsamında gerçekleştirilmiştir.⁵ İzin başvurusu, 13.02.2018 tarihinde Adana ve Mersin İl Sağlık Müdürlükleri'ne bizzat yapılmış ve 21.02.2018 tarihinde Mersin İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, 28.02.2018 tarihinde ise Adana İl Sağlık Müdürlüğü tarafından araştırma için izin verilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce izin başvurusunun yapıldığı dönemde bir pilot çalışma gerçekleştirme imkânı bulunmuştur. Söz konusu pilot çalışma kapsamında, Adana Tabip Odası Başkanı, Mersin Tabip Odası Başkanı ve Adana Şehir Hastanesi ve Mersin Şehir Hastanesi'nin başhekim yardımcıları ile şehir hastanelerinde görev yapan kişisel bağlantılar yoluyla ulaşılan hekim ve hemşirelerle görüşme yapılmıştır. Pilot çalışma, şehir hastanelerindeki çalışma koşulları hakkında bir ön bilgi sahibi olunmasını sağlamıştır.

Araştırma, iki hastanenin birbirine yakın illerde bulunması sayesinde eş zamanlı olarak Ekim-Kasım 2018 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Bazen bire bir bazı durumlarda ise grup şeklinde yapılan görüşmelerin hepsi üretim mekânında yani hastanelerde gerçekleştirilmiştir. Araştırma izninin bulunması görüşme yapılacak kişilere ulaşmayı ve görüşmeye ikna etmeyi kolaylaştırırken aynı zamanda hastanenin tüm bölümlerine girebilmeyi ve gözlem yapabilmeyi sağlamıştır. Adana Şehir Hastanesi'nde yer alan Yüksek Güvenlikli Psikiyatri Hastanesi'ne girebilme ve gözlemlene imkânı bu şekilde elde edilebilmiştir. Ameliyathaneler, poliklinikler, hasta odaları, acil servis, hemodiyaliz ünitesi, nükleer tıp bölümü, yanık ünitesi, servisler, hastane merkezi yardım masası kontrol merkezleri gibi bölümlerde gözlem

⁵ Araştırma izin belgeleri için bakınız: Ek 2.

yapma olanağı elde edilmiştir. Katılımcı olmayan gözlem kapsamında hastanenin tüm bölümleri, günlük işleyişi, gece acil servislerin işleyişi gözlemlenmiştir. Ayrıca, kişisel ilişkilere sahip olunan hekim ve hemşireler sayesinde personel yemekhaneleri, personel dinlenme odaları, hastanenin çeşitli yerlerinde yer alan kafe ve restoranlarda çalışanlar arası ilişkiler gözlemlenmiştir. Katılımcı gözlem kapsamında ise hastanenin bir çok biriminden randevu alınarak muayene olma, tetkik yaptırma yoluyla hasta kimliği ile gözlem yapılmıştır.

Görüşmeler, sağlık çalışanlarının yoğun çalışma temposu nedeniyle genellikle öğle arasında yemek yenilirken, poliklinik bitiş saati olan 16.00 sonrasında, acil servis hemşireleri ve asistan hekimlerle akşam görece daha az yoğunluğun olduğu saatlerde gerçekleştirilmiştir. Yasal izin sayesinde akşam saatlerinde hastanede bulunabilme ve görüşme yapma imkânı bulunmuştur.

Şehir hastanelerinde kamu idaresi sadece çekirdek hizmetleri (tıbbi hizmetler) sunmakta, bu hizmetler dışındaki tıbbi destek hizmetleri⁶ ve destek hizmetler⁷ özel girişimci tarafından üstlenilmektedir. Dolayısıyla tıbbi hizmetleri sunan hekim, hemşire, eczacı, iş güvenliği uzmanları ve kan alma personeli kamu çalışanıyken, tıbbi destek hizmetlerini ve destek hizmetleri sunan tüm diğer sağlık çalışanları şirket çalışanıdır. Bu çalışma, şehir hastaneleriyle birlikte sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşüme odaklandığı için şehir hastaneleri öncesinde de kamu hastanelerinde çalışan kişilere odaklanmaktadır. Şehir hastaneleri öncesinde kamu hastanelerinde çalışan tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetlerini sunan kamu personelleri ya da taşeron personeller şehir hastanelerinde istihdam edilememektedir. Dolayısıyla çalışma kapsamında yalnızca kamu çalışanı olan hekim, hemşire, eczacı, iş güvenliği uzmanları ve kan alma personeli ile görüşmeler gerçekleştirilmiş, tıbbi hizmetler dışındaki hizmetlerde çalışan personel araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur. Hekim, hemşire, eczacı, kan alma personeli ve iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarının yanı sıra başhekim yardımcıları, kalite müdürleri ve özel şirketin hastane

⁶ Tıbbi destek hizmetleri, görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri, sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve diğer tıbbi ekipman hizmetlerini içermektedir.

⁷ Destek hizmetler, bina ve arazi hizmetleri, ortak hizmetler yönetimi hizmeti, mefruşat hizmetleri, yer ve bahçe bakım hizmetleri, temizlik hizmetleri, hasta bilgi yönetim sistemi uygulama ve işletme hizmeti, güvenlik hizmetleri, hasta yönlendirme ve refakat/resepsiyon, yardım masası/taşıma hizmetleri, ilaçlama hizmetleri, otopark hizmetleri, atık yönetim hizmetleri, çamaşır ve çamaşırhane hizmetleri ve yemek hizmetlerini kapsamaktadır.

yöneticileriyle görüşme yapılmıştır. Araştırma sırasında Adana Şehir Hastanesi'nde 34 kişi ile görüşme yapılırken, Mersin Şehir Hastanesi'nde 38 kişi ile görüşülmüştür.⁸ Seçilen örneklemin salt niceliksel değerlendirmesi nitel desenli bir araştırma için eksik olmaktadır ve nitel araştırmalar için örneklem büyüklüğü evren büyüklüğünden bağımsız olarak alınan yanıtların doygunluk düzeyine göre belirlenmektedir (Durmaz, 2014: 173). Çalışmada her iki hastanede de görüşülen kişilerden alınan yanıtlar doyurucu niteliktedir. Şehir hastaneleri konusunda uzman kişilerle gerçekleştirilen görüşmelerin ve pilot çalışma kapsamında yapılan görüşmelerin dahil edilmesiyle toplam görüşmeci sayısı 102 olmuştur.

Görüşmeciler kar topu örneklem tekniği kullanılarak seçilmiştir. Bireysel ilişki dışında, Tabip Odaları ve sendikalar kanalıyla erişilen referans kişilerin aracılığıyla ulaşılan kişilerle görüşmeler yapılmıştır. Sonrasında o kişilerin referans olduğu başka kişilerle görüşülmüştür. Ayrıca yemekhanelerde, kafelerde oturan sağlık çalışanlarının yanlarına gidilerek ve araştırma izni gösterilerek görüşmeler yapılmıştır. Görüşmecilerin farklı branşlardan ve bölümlerden olmasına özen gösterilmiştir. Ayrıca seçim yapılırken görüşmecilerin bir kısmının şehir hastanesinde çalışmadan önce kapatılan hastanelerde çalışan kişilerden bir kısmının ise ilk defa şehir hastanesinde çalışmaya başlayan kişilerden oluşmasına dikkat edilmiştir çünkü kapatılan hastaneler ile şehir hastanesindeki çalışma koşullarının karşılaştırılması kadar şehir hastanelerindeki çalışma koşullarının kendi içerisindeki değerlendirmeler de araştırma için kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca, kapatılan hastanelerde çalışırken şehir hastanelerinin açılması nedeniyle emekli olan ya da istifa eden sağlık çalışanlarıyla görüşülmüştür.

Çalışmada görüşme gerçekleştirilen sağlık çalışanlarının kimliklerini korumak amacıyla isimlerine yer verilmediği gibi branşlarına da yer verilmemiştir. Dahili branşlar, cerrahi branşlar, laboratuvar branşları şeklinde genel kategoriler şeklinde belirtilmiştir. Bu tercihin sebebi hastanelerde belli branşlarda tek bir hekim ya da hemşirenin çalışıyor durumda olmasıdır. Alan çalışmasının bulgularının tartışıldığı bölümde kullanılan alıntılarda görüşmecinin branşına atıf yapan cümleleri görüşmeciler izin verdiği takdirde korunmuştur. Her bir görüşmeci için "Görüşmeci" kodu kullanılmış ve Görüşmeci 1, Görüşmeci 2 biçiminde sıralamaya tabi

⁸ Görüşmeci listesi için bakınız: EK 3.

tutulmuştur.⁹ Ayrıca görüşmecinin mesleği hastane yöneticisi, hekim, hemşire, eczacı ve uzman şeklinde belirtilmiştir.

Görüşme verilerinin kaydedilmesinde kayıt cihazı kullanılmasına izin veren görüşmeciler için ses kaydı alma yöntemi, diğer görüşmeciler için not alma yöntemi kullanılmıştır. Görüşmeler iş yoğunluğu nedeniyle bazı görüşmecilerle 15 dakikada tamamlanırken, çoğu görüşmeciyle sohbet havasında gerçekleştirilmiş ve 45 dakika ile 1 saat arası sürmüştür.

1.3. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Şehir hastanelerindeki emek sürecinin dönüşümünü incelemeyi amaçlayan bu çalışmanın başlangıcında Türkiye'nin en yüksek yatak kapasitesine sahip Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nde de gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Fakat, Bilkent Şehir Hastanesi'nin beklediği dönemde açılmaması nedeniyle bu hastane çalışmanın kapsamından çıkartılmıştır. Alan araştırması tamamlandıktan sonra tez yazma sürecinin beklediğinden uzun sürmesi nedeniyle tam kapasiteyle açılması 2019 yılının ikinci yarısını bulan Bilkent Şehir Hastanesi'nin yeniden tez kapsamına alınması düşünülmüştür. Ancak araştırma yapılacak hastanelerin seçiminde sistemin oturabilmesi için hizmet verme sürelerinin en az bir sene olmasına dikkat edilmesi nedeniyle Bilkent Şehir Hastanesi'nin bir sene hizmet vermesi beklenmiştir. O sırada Çin'in Vuhan kentinde ortaya çıkan ve tüm dünyaya yayılan koronavirüs hastalığı Türkiye'de de ortaya çıkmıştır. Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nin pandemi hastanesi olarak ilan edilmesi ve salgın şartlarının sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilecek bir alan araştırmasına izin vermemesi nedeniyle Bilkent Şehir Hastanesi tekrardan tez kapsamından çıkartılmıştır. Araştırmanın 3711 yatak sayısına sahip, Türkiye'nin en yüksek kapasiteli şehir hastanesinde gerçekleştirilebilmesi araştırmayı kuşkusuz zenginleştirecekti.

Şehir hastaneleri yatak sayıları üzerinden bir kategorileştirmeye tabi tutulursa ortalama yatak sayısının (1417) altında yatak sayısına sahip küçük şehir hastaneleri, ortalama yatak sayısına sahip orta büyüklükte şehir hastaneleri ve ortalama yatak

⁹ EK 3'te yer alan görüşmeci listesinde görüşmecilerin meslek grupları (hekim, hemşire, eczacı vb.) ve genel kategoriler şeklinde branşları verilmiştir.

sayısının üzerinde yatağa sahip büyük şehir hastaneleri olarak kategorilere ayrılabilir. Mekânsal büyüklüğün sağlık emek süreci üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmanın alan araştırmasının farklı kategorilere ait üç şehir hastanesinde gerçekleştirilmesi şüphesiz ölçeğin etkilerini daha net biçimde ortaya koyacaktır. Büyük şehir hastaneleri kapsamına alınabilecek şehir hastanelerinin çalışmanın alan araştırmasının gerçekleştirildiği dönemde henüz hizmete girmemiş olması nedeniyle böyle bir karşılaştırmalı analiz mümkün olmamıştır. İlerleyen dönemlerde yapılacak çalışmalarla bu eksikliğin giderilmesi temenni edilmektedir.

Bu araştırmanın kapsamı kamu özel ortaklığı modeli ile inşa edilen şehir hastaneleriyle sınırlıdır. Şehir hastanelerinin toplum nezdinde artan popülaritesi nedeniyle genel bütçe kaynaklarıyla inşa edilen bazı yeni hastanelere de şehir hastanesi ismi verilmiştir.¹⁰ Bu hastaneler, devlet hastanesi oldukları için başhekimlik tarafından yönetilen hastanelerdir ve yatak sayıları kamu özel ortaklığı modeliyle inşa edilen şehir hastanelerinin ortalama yatak sayısından düşüktür. Bu nedenle, bu hastaneler kamu özel ortaklığı modelinin sağlık emek süreci üzerindeki etkilerini inceleyen bu çalışmanın kapsamı dışında kalmaktadır.

2019 yılında daha önce kamu özel ortaklığı modeliyle inşa edilmesi kararlaştırılan 10 şehir hastanesi KÖO programından çıkartılmıştır (Bakınız: Tablo 5). Bu hastanelerin genel bütçeden yapılmasına karar verilmiştir. Genel bütçe kaynaklarıyla finanse edileceği için KÖO modeline özgü ikili yönetim (özel sektör ve kamu) yapısına sahip değilken mekânsal boyutta KÖO modeliyle inşa edilen şehir hastanelerine benzer özellik taşıyacak bu hastanelerin sağlık emek süreci üzerindeki etkilerini inceleyecek çalışmalar, şehir hastanelerinin KÖO modeline özgü hibrid yönetim yapısının etkilerini net olarak ortaya koymayı sağlayacaktır. Karşılaştırmalı bir perspektiften KÖO modeliyle inşa edilen ve genel bütçeden inşa edilen şehir hastanelerinin analiz edilmesi kuşkusuz bu tezdeki bulguları zenginleştirecektir. Fakat tezin yazıldığı tarih itibarıyla henüz genel bütçeden finanse edilerek inşa edilmiş bir şehir hastanesi açılmamıştır. Bu çalışmanın bulgularının ilerleyen dönemlerde bu konuda yapılacak karşılaştırmalı analizler için çok faydalı olacağı düşünülmektedir.

¹⁰ Kamu özel ortaklığı modeliyle inşa edilmeyen şehir hastaneleri; Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Erzurum Şehir Hastanesi, İstanbul Kartal Lutfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul Kadıköy Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İstanbul Okmeydanı Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi ve Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi'dir.

Ayrıca, KÖO modeliyle işletilen şehir hastanelerindeki sağlık emek süreciyle özel sektöre ait hastanelerdeki sağlık emek sürecini karşılaştırmalı bir perspektiften analiz edecek çalışmalar, KÖO modelinin dayandığı ikili yönetim yapısının sağlık emek süreci üzerindeki etkilerini daha görünür kılacaktır. Bu çalışma şehir hastanelerindeki sağlık emek sürecine odaklandığı için özel hastanelere yönelik bir alan araştırması gerçekleştirilmemiştir. Bu çalışmanın bu konuda gerçekleştirilecek çalışmalara ışık tutması umut edilmektedir.

Bu çalışmanın dayandığı alan araştırması 2018 yılında tamamlandığı için çalışmanın bulguları pandemi öncesi koşulları yansıtmaktadır. Dolayısıyla, çalışmada ulaşılan önermeler pandemi dönemi için geçerli olmayabilir. Bu çalışmada elde edilen önermelerin pandemi sonrasında aynı konuda yapılacak araştırmalara ışık tutması ve bu çalışmanın eksiklerinin gelecek çalışmalar ile tamamlanması umut edilmektedir.

Şehir hastanelerindeki emek sürecini inceleyen bir çalışmanın kapsamının çekirdek tıbbi hizmetleri sunan ve kamu çalışanı olan hekim, hemşire, eczacı ve iş sağlığı ve güvenliği uzmanlarıyla sınırlı olması ve tıbbi destek ve destek hizmetlerinde özel şirkete bağlı olarak çalışan kişileri kapsamaması tez için bir eksiklik olarak görülebilir. Ne var ki, kamu çalışanlarından farklı bir çalışma rejimine tabi olan şirket çalışanlarının emek sürecinin analizini de kapsayan bir çalışma, belirli süreyle sınırlanmış, araştırma sürecinin tüm aşamalarının bir kişi tarafından gerçekleştirildiği bir doktora tezi çalışmasının sınırlarını aşacaktır. Bu eksikliğin, şehir hastanelerinde özel şirket çalışanlarının emek sürecini incelemeyi amaçlayan araştırmalarla giderilmesi temenni edilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM

2.1. YÖNETSEL DÖNÜŞÜM

2.1.1. Bilimsel Yönetim

Yönetim meselesi insanların topluluk halinde yaşamasıyla birlikte ortaya çıkmış ve tarih boyunca farklı şekiller alarak günümüze kadar devam etmiştir. Fakat 19. yüzyılda sanayi devriminin etkisiyle yönetim anlayışı çok farklı bir boyut kazanmış ve literatürde “Bilimsel Yönetim” olarak adlandırılan dönem başlamıştır. “Bilimsel Yönetim” anlayışının kurucusu olarak kabul edilen Frederick Winslow Taylor ve onun izini takip edenler¹¹ tarafından bilimsel yöntemler kullanılarak işletmelerin verimliliğinin ve üretkenliğinin artırılacağı iddia edilmiş, ortaya koydukları yöntemlerin fabrikalarda belli bir verimlilik ve üretkenlik artışı sağlama bu yöntemlerin tüm dünyaya yayılmasına ve uygulanmasına neden olmuştur. Taylor’un 1911 yılında yayınladığı *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*¹² kitabı, Fukuyama’nın deyişiyle “yeni sanayi çağının kutsal kitabı” olarak kabul edilmiş (2000: 241), kitapta ortaya koyduğu ilkeler sadece belli bir dönemdeki yönetimi değil, günümüze kadarki tüm yönetim anlayışlarını şekillendirmiştir. Braverman’a göre, Taylor’un ortaya koyduğu temeller, örgüt yönetim şekillerinin hepsinin içinde olduğu ana yatak haline gelmiştir (2008: 107). Taylor’un *Bilimsel Yönetimin İlkeleri* kitabında ortaya koyduğu ve daha sonra “Taylorizm” olarak anılan kapitalist emek sürecinin örgütlenmesi ve denetimindeki temel ilkeleri Braverman (2008) şöyle özetlemektedir;

- 1) Emek sürecinin işçilerin vasıflarından arındırılması
- 2) Üretim sürecinde tasarımın uygulamadan ayrılması
- 3) Bilgi tekelinin yönetimin eline geçmesi.

Taylor’un temel hedefi bir işin en verimli şekilde nasıl yapılacağını bulmak ve işçilerin de işi o yolla yapabilmesi için eğitilmelerini sağlamaktır. Bir işi en verimli

¹¹ Bilimsel yönetim anlayışının önemli temsilcileri C. I. Barnard, M. L. Cooke, H. Emerson, H. Fayol, H. L. Gantt, F. Gilbreth, L. Gilbreth, L. White, L. Gullick ve L. Urwick’dir.

¹² The Principles of Scientific Management

şekilde yapmanın yolu, Taylor'un ortaya koyduğu bilimsel yönetim ilkelerini uygulamak ve geliştirmektir. Taylor'a göre verimliliği artırabilmek için bilimsel metotlar kullanarak standart iş usullerinin geliştirilmesi, standart iş sürelerinin belirlenmesi, uygun iş araç ve gereçlerinin geliştirilmesi ve standartlaştırılması gerekmektedir. İşçilerin de işi etkin ve hızlı bir şekilde gerçekleştirmesi için maddi ödüllerle özendirilmesine ihtiyaç vardır bu nedenle belirli miktarda üretim yapan işçilere normal ücretleri dışında ikramiye ve primler verilerek teşvik edilmeleri sağlanmalıdır. Bu şekilde bilimsel yöntemler kullanarak bir işin “en iyi şekilde” nasıl yapılacağı bulunacak ve o şekilde yapılması sağlanacaktır. Fakat, Braverman'a göre, Taylor'un hedefi bir işin en iyi şekilde nasıl yapılacağını bulmak değil, emek gücünün en iyi şekilde nasıl denetlenebileceğini bulmaktır (2008: 109). Bir başka ifade ile, Taylor, emeği denetlemenin en iyi yolunu bulmayı hedeflemektedir. Bu nedenle, Braverman için bilimsel yönetim, “bilimin yöntemlerini hızla büyüyen kapitalist işletmelerin giderek karmaşıklaşan emek denetimi sorunlarına uygulamayı amaçlayan bir girişimdir” (2008: 106). Düzenleme okulunun önemli temsilcilerinden Aglietta da benzer şekilde bilimsel yönetimin 19. yüzyıl sonunda emeği denetim altına almanın bir yolu olarak gündeme geldiğini ifade etmektedir (2015: 237).

Emeğin denetim altına alınmasının sermaye için yaşamsal bir zorunluluk olması, kapitalist emek sürecinin doğası ve gelişimiyle ilişkilidir. Marx'ın *Kapital*'in birinci cildinde ortaya koyduğu şekliyle emek süreci, kapitalizm çözümlemesinin ve sınıfsal mücadelenin başlangıç noktasını oluşturmaktadır çünkü emek süreci artı-değer üretim sürecinin ve tahakküm ilişkilerinin temelidir (Yücesan Özdemir, 2014: 30; Yücesan Özdemir ve Özdemir, 2008: 17). Kapitalistin kârının kökeni, artı değer olduğu için kapitalist sürekli artı değeri artırma ve onu sürdürülebilir kılma amacı taşımaktadır. Artı değer artırılması ve sürdürülmesi, sermayenin satın aldığı emek gücünden olabildiğince faydalanabilmesine bağlıdır çünkü artı değer üretim süreci “karşılığı ödenmemiş emeğin nesnelleşme sürecidir” (Marx, 2011: 757). Başka bir ifade ile artı değer, üretim sürecinde emeğin ürettiği değer ile emek gücünün değeri arasındaki farktır. Emek gücünün değerini belirleyen şey, emek gücünün nasıl kullanıldığı değildir, emek gücünün üretimi yani emeğin kendisinin yeniden üretimi için gerekli emek zamanıdır çünkü insanlar yaşamlarını sürdürebilmek için belirli bir miktarda geçim aracına ihtiyaç duymaktadır. Marx'ın ifadesiyle, “emek gücünün

üretimi için gerekli emek-zaman, bu geçim araçlarının üretimi için gerekli emek-zamana indirgenir; ya da bir başka deyişle, emek gücünün değeri, sahibinin varlığını sürdürmesi için gerekli olan geçim araçlarının değeridir” ve bu “geçim araçlarının miktarı, çalışan bireyi çalışan birey olarak normal sağlık durumunda tutmaya yetecek kadar olmak zorundadır” (2011: 173). Sermayedar, işçilere emek gücünün değerini öderken, işçileri öyle bir çalıştırır ki onları kendi emek güçlerinin değerinden daha fazla değer üretmeye yani artı değer üretmeye zorlamaktadır (Harvey, 2012: 140). Çünkü işverenin işçiyle girdiği sözleşmede satın aldığı şey “*üzerinde anlaşmaya varılmış olan bir emek miktarı değil, üzerinde anlaşmaya varılmış olan bir zaman dilimi içindeki emek gücüdür*”¹³ (Braverman, 2008: 78). Yani sermayedar, işçiye işe aldığı anda onun emek gücünü belli bir süreliğine satın almış olur, işçinin zamanı sözleşmede yazan süre boyunca sermayedara aittir ve sermayedar bu sürede ondan mümkün olduğunca fazla emek elde etmeye çalışmaktadır (Saad-Filho, 2006: 46) çünkü o süre içinde işçiye ne kadar çok üretim yaptırabilirse üretilen artı değeri artmaktadır. Bu nedenle sermayedar, “bir saniyenin bile boş geçmemesi için bütün dikkatini harcar. Emek gücünü belli bir zaman süresi için satın almıştır... Soyulmak istemez” (Marx, 2011: 198). Marx, bu durumu “emek gücünün tüketim süreci” olarak kavramsallaştırmaktadır. Emek gücü sermayedar tarafından tüketilmektedir ve bu tüketim süreci de artı değer üretim sürecidir.

Marx, sermayedarın işgününü işçinin kendi emek gücünün değerine eşit bir değeri ürettiği noktanın ötesine uzatarak artı değeri artırmasını “mutlak artı değer” üretimi olarak kavramsallaştırmaktadır. Sermaye, işgününün süresi aynı kalırken emeğin bu sürede yaptığı üretimi artırarak başka bir ifade ile emek üretkenliğini yükselterek de “görelî (nispi) artı değeri” artırabilmektedir. Bunun için, işçileri aynı üretim süresi içinde daha fazla çalışmaya zorlayabilmekte (emek yoğunluğunu artırır) veya emeğin üretkenliğini artıracak üretim araçlarını üretime sokabilmektedir. Kapitalistin bunları yapabilmesi için emek sürecini kendi boyunduruğu altına alması gerekmektedir. Emeğin sermayenin boyunduruğu altına girmesi, Marx’a göre, ilk başta işçinin sadece kendisi adına çalışmak yerine sermayedarın emri altında çalışmak zorunda olmasının biçimsel bir sonucu olarak görülmektedir (2011: 322). Fakat emek gücünün sermayenin boyunduruğu altına girmesi, işçinin sermayeye bu biçimsel

¹³ Metnin orijinalinde bu cümle italik şekilde yazılmıştır.

bağımlılığını aşan bir sürece işaret etmektedir. Marx, bu durumu emeğin sermayeye biçimsel bağımlılığı ve gerçek bağımlılığı arasında yaptığı ayrım üzerinden açıklamaktadır.

Marx’a göre, emeğin sermayeye biçimsel bağımlılığı işçinin kapitaliste emek gücünü satmak zorunda olmasından kaynaklanmaktadır. İşçi üretim sürecinin temel girdileri (üretim araçları ve hammadde) bakımından kapitaliste bağımlı durumdadır bu nedenle yaşamını sürdürmek için emek gücünü kapitaliste satmak zorundadır. Fakat bu bağımlılık biçimsel bir bağımlılıktır. Kapitalistin emeği henüz bulduğu biçimiyle kullandığı, kendine göre biçimlendirmede olduğu aşamada emek sermayenin biçimsel olarak boyunduruğu altındadır. Kapitalistin emek sürecini kendisine göre biçimlendirdiği aşamada emeğin sermayeye gerçek bağımlılığı ortaya çıkmaktadır. Başka bir ifade ile sermayedar emek sürecini bütünüyle artı değeri artıracak ve bu şekilde sermayeyi olabildiğince genişletecek şekilde biçimlendirdiğinde emeğin sermayeye gerçek bağımlılığı aşamasına ulaşılmaktadır. Emeğin sermayenin gerçek boyunduruğu altına girmesiyle emek doğa ile ilişkisi içinde sermayeye tabi hale gelmektedir (Savran, 2015: 127). Savaş alanında bir generalin komutası nasıl vazgeçilmezse, emeğin sermayeye gerçek bağımlılığının tesisi için de sermayenin emek sürecini komutası yani denetlemesi bir zorunluluk, gerçek bir üretim koşuludur yani emeğin denetimi sermayedar açısından yaşamsal bir öneme sahiptir. Başka bir ifade ile, sermaye artı değeri arttırmak için satın aldığı emek gücünü sonuna kadar kullanmak zorundadır. Bunun için de emek süreçlerini örgütleyerek ve emek sürecinin denetimini bütünüyle ele geçirerek emeği tamamen kendine tabi kılmaya çalışmaktadır. Braverman için de satın aldığı emeği sonuna kadar kullanmak isteyen kapitalistle emek güçlerini satmak zorunda kalan işçilerin karşıt çıkarları yani sermaye ile emek arasındaki antagonistik üretim ilişkileri emeğin denetimini zorunlu hale getirmektedir. Sermayedar için emek süreci üzerindeki kontrolün işçilerin ellerinden kendi eline geçmesi hayati bir öneme sahiptir. “Bu geçiş kendisini tarih içinde *üretim sürecinin* işçiden kapitaliste doğru *yavaş yavaş yabancılaşması* olarak ifade ederken; kapitalist açısından da kendisini *yönetim* sorunu olarak ifade eder” (2008: 81)¹⁴ Savran’a göre de “[e]mek sürecinin ve emek süreci içinde sermaye ile işçi arasındaki

¹⁴ Metnin orijinalinde bu sözcükler italik şekilde yazılmıştır.

ilişkinin tarihi, gerçek boyunduruğun kuruluş tarihidir, sermayenin adım adım emeği kendine daha fazla tâbi kılmasının tarihidir” (2015: 127).

Emeğin sermayeye gerçek bağımlılığının sağlanması süreci, birdenbire gerçekleşmez, türlü aşamalardan geçilerek sağlanmaktadır. Kapitalizmin ortaya çıktığı Batı Avrupa’da emeğin sermayeye gerçek bağımlılığının sağlanması süreci 1700’lü yılların sonunda sanayi devrimiyle başlamış yavaş yavaş ilerlemiş 1900’lü yılların başında ortaya çıkan bilimsel yönetim anlayışıyla doruğa ulaşmıştır (Savran, 2015: 127). Savran’ın kendi ifadesi ile, “Taylorizm, sermayenin emek üzerindeki gerçek boyunduruğunun sistematik hale gelmesi olarak düşünülebilir” (2015: 127) çünkü Taylorizm’in amacı, emek sürecinin sermayenin ihtiyaçlarına göre örgütlenmesi ve bu süreç üzerinde sermayenin denetiminin sağlanmasıdır (Braverman, 2008: 106). Taylor tarafından geliştirilen yöntem temelde emeğin verimliliğini, işyerinde işçinin emeğinden mümkün olduğu kadar faydalanarak artırmayı amaçlamaktadır. Başka bir ifade ile, Taylorist yöntemler nispi artı değeri artırmayı amaçlamaktadır. Bunu da emeği, sermayenin gerçek boyunduruğu altına yerleştirerek sağlamaktadır çünkü Taylorizm’le birlikte denetim kavramı daha önceden görülmemiş boyutlara ulaşmıştır. Taylor’dan önce denetim “yalnızca işçinin görevlerini yerine getirme tarzına yapılan sınırlı bir doğrudan müdahaleyle birlikte, görevlerin genel anlamda düzenlenmesi anlamına” gelmekteydi (Braverman, 2008: 109). Fakat Taylorizm, sermayeye “yönetimin, en basitinden en karmaşığına kadar her bir emek etkinliğinin sahici gerçekleştirilme tarzı üzerinde denetim elde etmesini sağlayan” bir araç sunmuştur (Braverman, 2008: 110).

Taylorizm’le birlikte işbölümünde o güne kadar gerçekleştirilenlerden daha büyük bir devrim gerçekleştirilmiştir. İşbölümü her toplumda görülen bir olgudur. Farklı uzmanlık ya da faaliyet alanlarına göre toplumun örgütlenmesi kapitalizme özgü bir durum değildir. Toplumların tümünde görülen bu işbölümünü Marx “toplumsal işbölümü” olarak kavramsallaştırmaktadır. Toplumsal işbölümü, farklı faaliyet alanlarının farklı kişiler tarafından bütünsel olarak yürütülmesine dayanmaktadır ve çocuk bakan anneden avcıya, çiftçiden zanaatkara her birey kendi faaliyet alanının tüm bilgisine sahip olarak işin tasarımından uygulanmasına her süreci kendisi kontrol etmektedir (Savran, 2015: 128). Toplumsal işbölümünde bireyler belirli ürünlerin üretilmesiyle ilgilenseler de kural olarak bir ürünün üretilmesiyle ilgili

farklı farklı işlemleri birbirinden ayırmamaktadır. Braverman'ın belirttiği gibi “kapitalizmden önceki hiçbir toplum, her bir üretken uzmanlık çalışmasını sınırlı işlemlerden oluşan altbölümlere sistemli biçimde parçalamış değildir. Bu işbölümü biçimi yalnızca kapitalizm koşulları altında gerçeklik kazanmıştır” (2008: 93). “Ayrıntılı ya da teknik işbölümü”¹⁵ olarak kavramsallaştırılan ve kapitalizmle birlikte emek sürecinde ortaya çıkan işbölümü, herhangi bir ürünün üretim sürecinin küçük alt bölümlere ayrıştırılmasına ve her bir işçinin bütünsel üretim sürecinin sadece çok küçük bir alt bölümünü gerçekleştirmesine dayanmaktadır (Savran, 2015: 128). Braverman toplumsal işbölümüyle ayrıntılı işbölümünü şu şekilde özetlemektedir:

*Toplumsal işbölümü, toplumu hepsi de belirli bir üretim dalında yeterlilik sahibi olan meslekler ekseninde böler; ayrıntılı işbölümü ise meslekleri bu anlamda imha eder ve işçiyi herhangi bir bütünlüklü üretim sürecinin tamamını gerçekleştirmek bakımından yetersiz hale getirir. Kapitalizmde, toplumsal işbölümü piyasa tarafından kaotik ve anarşik bir yolla uygulanırken, atölye içindeki işbölümü planlama ve denetim yoluyla dayatılır. Yine kapitalizmde, toplumsal işbölümünün ürünleri metalar olarak birbirleriyle mübadele edilirken, parça işçisinin gerçekleştirdiği işlemlerden doğan sonuçlar, fabrika içinde, piyasada olduğu gibi birbirleriyle mübadele edilmezler; aksine, hepsinin sahibi aynı sermayedir. Toplumsal işbölümü **toplumu** alt parçalarına bölerken; ayrıntılı işbölümü **insanları** alt parçalarına böler ve toplumun alt parçalarına bölünmesi, bireyi ve türü geliştirebilirken, bireyin alt parçalarına bölünmesi, insan yeteneklerine ve ihtiyaçlarına aldırış edilmeden gerçekleştirildiği zaman, insana ve insanlığa karşı işlenmiş bir suçtur (2008: 95).¹⁶*

Adam Smith, 1776 yılında yayınlanan ünlü kitabı *Ulusların Zenginliği*'nde¹⁷ ayrıntılı işbölümünün “avantajlarını” toplu iğne üretimi örneği üzerinden ortaya koymaktadır.

İşbölümü sonucunda, aynı sayıda adamın, iş miktarında sağlayabildiği bu büyük artış üç ayrı nedenden; birincisi, teker teker her işçide el yatkınlığının artmasından; ikincisi çokluk bir çeşit işten ötekine geçerken yitirilen vaktin tasarruf edilmesinden; sonuncu olarak da, işi kolaylaştırıp kısaltan, bir adama bir çoklarının işini yapabilme olanağını veren çok sayıda makinenin icat edilmiş olmasından ileri gelmektedir (2008: 9).

Ayrıntılı işbölümünün sermayeye tek katkısı üretimde sağlanan artış değildir. Literatürde “Babbage İlkesi” olarak bilinen, Charles Babbage tarafından 1832 yılında yayınlanan *Makine ve Manifaktürlerin Ekonomisi*¹⁸ kitabında ortaya koyulan ilkeye

¹⁵ Bazı kaynaklarda manifaktür işbölümü olarak da kullanılmaktadır.

¹⁶ Metnin orijinalinde italik yazılmış bölümler kalın yazılarak belirtilmiştir.

¹⁷ The Wealth of Nations

¹⁸ On The Economy Of Machinery And Manufactures

göre zanaatın tekil parçalara bölünmesi ve her bir parçanın farklı işçiler arasında dağıtılması, bu tekil parçaların üretim maliyetlerini düşürür çünkü iş tekil parçalara ayrıldığında tekil parçaların çoğunun üretimi için basit emek yani hiç bir vasıf içermeyen emek yeterli olacaktır, basit emeğe ödenen ücret de vasıflı emeğe ödenecek ücretten daha düşük olacağı için ayrıntılı işbölümü sermayedara maliyetlerini düşürme imkanı sağlamaktadır (Savran, 2015: 130).

Ayrıntılı işbölümü görüldüğü gibi, Adam Smith döneminde yani Sanayi Devrimi öncesinde manifaktür çağında uygulanmaya başlamıştır. Fakat esas olarak Taylorizm’le birlikte en üst aşamasına ulaşmıştır. Ayrıntılı işbölümü, Taylor tarafından ortaya koyulan temel ilkelerden¹⁹ üretim sürecinde *tasarımın uygulamadan ayrılması* ilkesine uygun olarak emek sürecinin tasarım ve uygulamayı içeren birliğini parçalamaktadır çünkü her bir işçi bütünsel bir üretim sürecinin sadece küçük bir alt bölümünün gerçekleştirilmesinden sorumludur. Braverman’a göre kavramanın uygulamadan ayrıştırılması satın alınan emeğin yönetilmesi bakımından hayati bir öneme sahiptir çünkü eğer bir işçinin uygulaması kendi kavrayışı tarafından yönlendirilirse, sermayedar o işçiye ne yönetsel etkinliği ne de istediği çalışma temposunu dayatabilmektedir (2008: 127).

Ayrıntılı işbölümünün yerleştirilmesi noktasında Taylor’un *emek sürecinin işçilerin vasıflarından arındırılması* ilkesi kritik bir öneme sahiptir çünkü işin tasarımının uygulamadan ayrıştırılabilmesi için üretime ilişkin bilginin yönetim tarafından bir araya getirilmesi ve bu bilginin kurallara ve formüllere dönüştürülmesi gerekmektedir. Yani geçmişte işçinin sahip olduğu emek sürecine ilişkin geleneksel bilginin tümü, yönetim tarafından bir araya getirilmektedir ve kurallara, prosedürlere indirgenmektedir. Bu şekilde, emek sürecinin zanaattan, işçilerin geleneksel bilgisinden bağımsız kılınması sağlanmaktadır ve emek süreci bundan itibaren işçilerin vasıflarına değil, tamamen yönetim pratiklerine yaslanmaya başlamaktadır (Braverman, 2008: 126-127). Tasarım, tamamen yönetimin elinde toplanırken, işçilerden düşünmelerine gerek olmaksızın üretimin arkasında yatan mantığı ya da teknik bilgiyi kavramaksızın basitleştirilmiş buyruklara itaat etmeleri beklenmektedir.

¹⁹ Metinde daha önce ifade edildiği gibi Taylor tarafından ortaya koyulan 3 temel ilkedden bahsedebilir;

- 1) Emek sürecinin işçilerin vasıflarından arındırılması
- 2) Üretim sürecinde tasarımın uygulamadan ayrılması
- 3) Bilgi tekelinin yönetimin eline geçmesi

Yönetimin işçinin vasıflarından kopartarak bir araya getirdiği emek sürecine ilişkin bilgiyi tamamen kendi tekeline alması, yönetime emek sürecinin her adımını ve uygulama şeklini denetleme imkânı sunmaktadır. “Bilgi tekelinin yönetimin eline geçmesi” olarak adlandırılan bu ilke “artık işçinin imgeleminde bir süreç olarak mevcut olmayıp sadece özel yönetim görevlilerinin imgelemindeki bir süreç olarak mevcut olan emek süreci öğelerinin tamamının sistematik biçimde önceden planlanması ve önceden hesaplanmasıdır” (Braverman, 2008: 132). Böylece yönetimin emeği denetlemesi kolaylaşmaktadır. Emek sürecinin her adımı, uygulamanın şekli yönetim tarafından belirlenmekte ve işçilere dikte edilmektedir. Taylor’un (1967) kendi ifadesiyle;

Belki de modern bilimsel yönetimin en önemli yegâne ögesi görev fikridir. Her bir işçinin işi yönetim tarafından en az bir gün öncesinden tam olarak planlanır ve adamların her birisi çoğu zaman, işi yaparken kullanılacak araçlar kadar, yapması gereken görevi ayrıntılarıyla tanımlayan yazılı buyruklar da alırlar... Bu görev sadece neyin yapılacağını değil ayrıca nasıl yapılacağını ve yapılması için kendisine tam olarak ne kadar süre tanıdığını da belirler... Bilimsel yönetim çok büyük ölçüde bu görevler için hazırlıklar yapılmasından ve bunların yürütülmesinden oluşur (alıntılayan Braverman, 2008: 131).

Bu alıntıdan da anlaşıldığı gibi, modern bilimsel yönetim, üretimde iş akışlarının belirlenmesini ve işçilerin üretim sırasında yaptığı hareketlerin verimliliği en üst düzeye çıkaracak şekilde sistematik hale getirilmesini amaçlamaktadır. Bu şekilde emek süreci üzerindeki denetim sadece biçimsel olarak değil sürecin gerçekleştirilme şekli de dahil olmak üzere üretimin her adımının yönetimce belirlenmesi ve denetlenmesi anlamında sermayenin eline geçmektedir (Braverman, 2008: 117). Braverman bu durumu “[i]şin, işin seyri içinde alınan kararların denetlenmesi yoluyla denetim altına alınması” olarak ifade etmektedir (2008: 122).²⁰ Bunun sonucunda, Taylorizm’le birlikte, emek süreci işçinin denetimi altındaki bir süreç olarak imha edilirken, sermayenin denetimi altındaki bir süreç olarak yeniden inşa edilmektedir (2008: 100).

Taylorizm, bir yönetim anlayışı olarak teknolojinin ilerlemesiyle ilgili değildir yani teknolojik bir devrimin sonucu değildir. Esasen, teknolojinin gelişme düzeyini veri olarak kabul eden bir emek örgütlenme biçimidir. Braverman’a göre Taylor’un amacı, herhangi bir verili teknoloji düzeyindeki emeği kontrol altına almaktır (2008:

²⁰ Metnin orijinalinde bu sözcükler italik şekilde yazılmıştır.

125). Taylorizm, Sanayi Devrimi'yle yaygınlaşan makinalaşmanın üzerinde yükselmekte, makinalaşmanın emek süreci üzerindeki etkisini sistematikleştirmektedir. Üretimde makinelerin kullanımı emeğin üretici güçlerini tarihte görülmemiş şekilde yükseltmiştir. Makinalı üretim, diğer koşulların sabit olduğu durumda aynı sayıdaki işçinin belli bir süre içinde yaptığı üretimi ciddi boyutlarda arttırmakta yani emek üretkenliğini önemli ölçüde yükseltmektedir. Fakat emek üretkenliğinin yanı sıra makine, üretimde emek yoğunluğunun artırılmasını da sağlamaktadır. İşçinin çalışma temposunun kontrol altına alınması yoluyla aynı süre içinde daha fazla üretim yapması sağlanabilmektedir çünkü işçi üretim esnasında kendi bilgisine ve tercihinine göre işlemler yapmak yerine çalışma hızı kendi dışında belirlenmiş bir makina ya da makineler sisteminin temposuna ve ritmine ayak uydurmak zorunda kalmaktadır (Savran, 2015: 131). Bu durum işçinin kendi emeği üzerindeki denetimini azaltırken, sermayenin emek sürecini denetlemesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, üretimde makinenin kullanımı ayrıntılı işbölümünün derinleşmesini sağlamaktadır. Makina kullanımı işin alt parçalara ayrılmasını kolaylaştırırken işlerin bir kısmı da makineler tarafından yerine getirilmeye başlamakta, işçiler yalnızca makinaya hareket gücünü sağlayan ya da makinayı kontrol eden konumuna gelmektedir. Marx'ın ifadesi ile işçi emek aracını değil, emek aracı işçiyi kullanmaya başlamaktadır (2011: 404). Makinalaşma ile derinleşen işbölümü işçileri makinenin bir uzantısı haline getirmektedir (Aglietta, 2015: 234). Böylelikle sermaye emek sürecinin denetimini tamamen eline geçirmiş, emeğin sermayeye gerçek bağımlılığını tesis etmiştir (Savran, 2015: 131). Braverman, makinenin yönetime, Taylorizm'in "örgütsel ve disiplinler araçlarla yapmaya çalıştığı şeyi tam anlamıyla mekanik araçlarla yapma fırsatı" sunduğunu belirtmektedir (2008: 194). Bu anlamda, ileri makinalaşma biçimlerinin üretime sokulması Taylorizm'i bir yandan tamamlarken bir yandan da yoğunlaştırmaktadır (Burawoy, 2015: 36). Böylece makinalı üretim üzerinden yükselen Taylorist yönetim, emeğin bütünsel denetiminin sermayenin eline geçmesini sağlamaktadır.

Emeğin üretim süreci üzerindeki denetimini tamamen yitirerek makinenin bir uzantısı haline gelmesi Fordizm'le birlikte bir üst aşamaya geçmiştir. "Fordizm emek ve teknolojinin örgütlenmesi anlamında Taylorizm'den sonraki aşamadır. Taylorizm emeğin makine başındaki örgütlenmesini dile getirirken; Fordizm emekle birlikte

makineli sistemin fabrika sistemi içinde yeniden düzenlenmesini ifade etmektedir” (Belek, 1999: 60). Başka bir ifade ile, Fordizm, Taylor’un ortaya koyduğu ilkeleri kullanarak emeğin emek araçlarıyla birlikte yeniden organize edilme biçimidir (Belek, 1999: 60). Fordist emek sürecinin temel karakteristiği yürüyen yarı otomatik montaj hattı/üretim bandıdır (Aglietta, 2015: 242). Henry Ford tarafından, 1914 yılında Ford’un ünlü T model otomobilinin üretiminde daha önce hayvan kesim mezbahalarında kullanılan yürüyen bant sistemi kullanılmaya başlamıştır. Yürüyen montaj hattı üretime çığır açan bir yenilik getirmiştir. Bant akışının hızının kontrolü yönetimin elinde olduğu için kapitalist artık tek bir makine aracılığıyla tek bir işçinin çalışma hızını belirlemenin ötesine geçerek bütün fabrikanın çalışma temposunu belirleme imkanını elde etmiştir. Bandın hızı artırılarak her bir işçinin belirli bir süre içinde tekrar etmek zorunda olduğu işlemlerin sayısı artırılabilir (Savran, 2015: 136). Yani Fordizm, Taylor tarafından formüle edilen ilkelerin kendiliğinden yürüyen bir üretim bandı sisteminde zaman kayıplarını en alt düzeye indirecek şekilde yeniden düzenlenmesidir (Belek, 1999: 60). İşçiler kendiliğinden akan bir bant sisteminin önünde kontrollerini tamamen yitirerek, tam anlamıyla sistemin akışı içinde kaybolmuş bir duruma gelmektedir (Aglietta, 2015: 246). Bu anlamda Fordizm, Taylorizm’i emek sürecinin denetimi noktasında derinleştirmektedir (Aglietta, 2015: 244). Eğer Taylorizm olmasaydı, Fordizm emek süreci üzerindeki bu denetimi tesis edemezdi çünkü sermaye, montaj hattının avantajından faydalanabilmek için “herşeyden önce, her bir işçinin üretim bilgisine sahip olmalı, vasıfları kırarak işi küçük parçalara ayırabilmeli, işi kendi tasarlayabilmeli, bunun için tasarım işlerini atölyeden koparmış olmalıdır. Yani, yürüyen montaj hattı, Taylorizmi varsayar ve güçlendirir” (Savran, 2015: 136). Bu nedenle Savran’a göre, Fordizm, “yürüyen montaj hattıyla güçlendirilmiş Taylorizmdir” (2015: 136).

Taylorizm’le birlikte yeni bir boyut kazanan ve Fordizm’in derinleştirdiği kapitalist denetim, Marx’ın kullandığı anlamda denetimin despotik/baskıcı biçimidir. Artı değer üretimini artırmak ve sürdürülebilir kılmak için denetim kapitalist için bir zorunluluktur fakat kapitalist denetim salt baskıya dayanmamaktadır, işçilerin rızasını da kendine eklemektedir. Kapitalist üretim sisteminde, emeğin denetimi basit bir antagonizmanın ötesine geçen baskı ve rızayı içeren karmaşık ve çelişkili bir yapıya sahiptir (Yücesan-Özdemir, 2014: 134). Başka bir ifade ile, denetimi belirleyen emek-

sermaye mücadelesidir. Dolayısıyla, Braverman'ın kapitalist denetim tartışmaları konusunda aldığı en önemli eleştiri, yönetimi mutlak güç sahibi olarak kabul etmesidir. Halbuki, sermaye denetim stratejilerini belirleme konusunda tek güç değildir, işçilerin denetime yönelik direniş, kabul, içselleştirme ve mücadele gibi duruşları da denetimi şekillendirmekte ve sınırlamaktadır (Yücesan-Özdemir, 2014: 134; Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 31). Bu nedenle, Littler ve Salaman'a (1982) göre, kapitalist denetim konusunda sermayenin “kadir-i mutlak” olarak görülmesi yerine denetimin bir “ilişki” olarak görülmesi gerekmektedir (aktaran Yücesan-Özdemir, 2014: 134; Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 31). Braverman'a yöneltilen bir diğer önemli eleştiri ise yönetime atfettiği rasyonelliğin gerçekçilikten uzak olduğudur. Storey'in (1985) ifadesi ile, “Bravermancılar, yönetimin eylemine abartılmış oranda bir akılcılık atfetmektedirler. Gerçekte, yönetimin eylemi bencil, kısa dönemli, tutarsız ve bölük pörçüktür” (alıntıl原因 Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 31). Dolayısıyla, emeğin denetimini tartışırken sermayenin stratejilerini, işçilerin karşı duruşlarıyla ilişki içerisinde incelemek gerekmektedir. Ayrıca, sermayenin stratejileri Braverman'ın ortaya koyduğundan farklı olarak Taylorizm'e indirgenemeyecek kadar karmaşık ve çok boyutludur. Sermayenin denetim stratejileri tarihsel döneme ve konjonktüre bağlı olarak değişebilmektedir (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 28).

Taylorist ilkeler bağlamında emek üzerinde uygulanan sıkı ve yoğun denetimi, “doğrudan denetim” olarak kavramsallaştıran Friedman (1977), doğrudan denetim dışında “sorumlu otonomi” dediği ikinci tür bir denetimden bahsetmektedir. “Sorumlu otonomi”, işçilerin işleri üzerinde geniş hareket imkânı tanınması yoluyla sorumluluk sahibi olmalarına bu şekilde de çalıştıkları işyerine bağlılıklarının arttırılmasına dayanmaktadır (Friedman, 1977: 49). Sorumlu otonomi, yaptıkları iş üzerinde belli bir denetime sahip vasıflı işgücü üzerinde uygulanırken; doğrudan denetim, vasıf gerektirmeyen basit işleri yerine getiren iyi örgütlenmemiş işgücü üzerinde uygulanmaktadır (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 29).

Friedman'dan sonra Edwards (1979), kapitalist sistemin tarihsel gelişimi içerisinde sermayenin benimsediği farklı denetim biçimlerini ortaya koyarak kapitalist denetimin Taylorizm'e indirgenemeyeceğini öne sürmüştür. Edwards'a göre kapitalist denetim gelişim sırasıyla “basit, teknik ve bürokratik denetim” olarak kavramsallaştırılabilir. 19. yüzyılda küçük işletmelere ve görece basit üretim

koşullarına dayanan rekabetçi kapitalizm aşamasında doğrudan patron ya da patronun seçtiği kişiler tarafından uygulanan “basit denetim” sonrasında 20. yüzyılın ilk yıllarında makinalaşmanın ve Taylorizm’in etkisiyle “teknik denetim” ön plana çıkmıştır. Teknik denetim özellikle Fordist sistemle yani üretim bandıyla somutlaşmıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ise kurallara, görevlere, prosedürlere dayalı ve hiyerarşik emir komuta zincirine göre gerçekleşen bürokratik denetim ortaya çıkmıştır. Edwards’a benzer şekilde, Burawoy da (1985) kapitalizmin farklı tarihsel dönemlerinde farklı denetim biçimlerinin ortaya çıktığını belirtmektedir. Fakat Edwards’dan farklı bir dönemselleştirmeye giden Burawoy (1985), kapitalizmin ortaya çıktığı 1800’lü yıllardan I. Dünya Savaşı’na kadar ki dönemde baskıya dayalı emek denetim biçimlerinin egemen olduğunu belirtmektedir. Dolayısıyla bu dönemin denetim biçimi despotik denetimdir. II. Dünya Savaşı sonrası gelişen sosyal refah devletinin etkisiyle despotik denetim yerini baskıyı asla dışlamayan ama rıza üretimine dayanan hegemonik denetime bırakmıştır. Burawoy’un en önemli katkısı denetimin önemli bir boyutu olmasına rağmen büyük ölçüde dışlanan rıza üretiminin kapitalist denetim tartışmasına dahil edilmesidir. Yücesan-Özdemir’in ifade ettiği gibi, “kapitalist denetim değişik koşullarda farklı biçimlerde uygulanır, bu (Taylorizm gibi) en despot düzenlemelerden, değişik derecelerde “işçi denetimi” benzeri biçimlere kadar” uzanmaktadır (2014: 135). Daha önce ifade edildiği gibi, sermaye için artı değer üretimini artırmak ve sürekli kılmak için bir zorunluluk olan emeğin denetimi, yalnızca baskı üzerinden yükselmez, rızayı da içeren karmaşık ve çelişkili bir yapıya sahiptir (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 39). Rıza üretimine ilişkin ideolojik denetim biçimleri ve baskıya dayalı basit, teknik ve bürokratik denetim biçimleri bazen tek tek bazen de birlikte kullanılmaktadır. Bu denetim biçimlerinin hangisinin ağırlıklı olarak kullanılacağını belirleyen emek-sermaye mücadelesinin içinde gerçekleştiği ekonomik, politik ve ideolojik yapılardır (Yücesan-Özdemir, 2014: 135).

2.1.2. Yalın Üretim

1960’lı yıllardan itibaren Japonya’da uygulanmaya başlanan ve 1980’lerden sonra başta gelişmiş kapitalist ülkeler olmak üzere tüm dünyada egemen olmaya başlayan “esnek üretim”, “yalın üretim” ya da “post-Fordizm” olarak anılan yeni

yönetim düzenlemeleri, kapitalist emek denetiminde ideolojik denetimi ön plana çıkartarak emek süreci üzerinde köklü değişiklikler doğurmuştur. Fakat, ideolojik denetimin baskıya dayalı denetim biçimlerine üstün gelmesi, baskıya dayalı denetim biçimlerinin varlığını hiçbir şekilde yadsımamaktadır. Yeni yönetim pratikleri, teknik ve bürokratik denetim biçimleriyle emeği kontrol etmeye devam ederken, ideolojik denetimle de o güne kadar denetim dışı kalan bir alanı denetlemeyi hedeflemektedir: işçilerin zihnini. İdeolojik denetimin temel hedefi sermayenin emek üzerindeki hakimiyetini gizlemek ya da tahakkümü emek sürecine içselleştirerek emeğin sermayeye olan bağımlılığını artırabilmektir. Bunu sağlayabilmek için, işçilerin ve yönetimin menfaatlerinin aslında uzlaşmaz olmadığı, biz-onlar ayrımının artık öneminin kalmadığı, emek-sermaye çelişkisinin yerini işbirliğine bıraktığı iddialarıyla yeni yönetim pratikleri, ideolojik denetim yoluyla emek denetiminde yönetimin ulaşamadığı bir alan bırakmamaya çalışmaktadır (Yücesan-Özdemir, 2000: 241-242). Littler ve Salaman'ın (1984) ifade ettiği gibi “hiçbir kural ya da kurallar bütünü tavır ve davranışları tümüyle ve yeterince denetim altına alamaz” (alıntıl原因 Yücesan-Özdemir, 2000: 242) bu nedenle Jermier'in “kontrolün kadife eldiveni” (1998: 241) olarak nitelendirdiği ideolojik denetimle işçilerin zihninin denetim altına alınması emeğin bütünsel denetimini sağlama noktasında çok önemlidir.

Yeni yönetim düzenlemeleri, Taylorizm ve Fordizm'in işçiyi makinanın bir uzantısına indirgeyen anlayışına karşılık emek sürecini “insanileştirme” iddiası taşımaktadır fakat bu iddiaların aksine sermayenin emek üzerindeki denetimini sağlamlaştırmayı, emek yoğunluğunu ve üretkenliğini yükseltmeyi böylece artı değeri artırmayı ve maliyetleri azaltmayı amaçlamaktadır (Savran, 2015: 138). Başka bir ifade ile, yeni yönetim stratejilerinin iddia edildiği gibi Taylorizm'i baş aşağı ettiğini söylemek aslında mümkün değildir, aksine yeni üretim modellerinin mümkün kıldığı yeni baskı mekanizmalarıyla ve ideolojik denetimin emek sürecine eklemlenmesiyle kapitalist denetimin daha yoğunlaştığı görülmektedir. Belek'in de belirttiği gibi, yeni üretim sistemleri, “Tayloristik bilimsel yönetim tekniklerinin iş organizasyonunun bütün boyutlarına yaygınlaştırılması, hatta yoğunlaştırılmasıdır” (Belek, 2018: 286). Benzer şekilde, Delbridge, Turnbull ve Wilkinson da “çok çalışma değil akıllıca çalışma” mottosu taşıyan yeni yönetim modellerinin, daha insani çalışma ortamı iddiasından çok uzak olduğunu, gerçekte olanınsa artan iş yükü ve denetim olduğunu

ifade etmektedir. Hatta Taylorizm’le birlikte boyut değiştiren denetimi, yeniden ürettiklerini ve konsolide ettiklerini bu nedenle yeni yönetim stratejilerinin “emek kontrolünün sınırlarını zorladığını” iddia etmektedir (1992: 102-105).

“Yalın üretim”, “esnek üretim”, “sosyoteknik üretim”, “post-Fordizm” gibi farklı kavramlarla tanımlanan yeni yönetim modelleri özü aynı olan yönetim ilkelerinin farklı biçimleridir. Hepsinin özünde kalitenin artırılması ve maliyetlerin azaltılması yer almaktadır (Belek, 2018: 19). Çalışmada bundan sonraki kısımlarda yeni yönetim stratejilerinden bahsedilirken “yalın üretim”²¹ kavramı kullanılacaktır bu tercihin sebebi “yalın üretim” kavramının ortaya çıkan yeni sistemin özelliklerini oldukça iyi ifade etmesidir. Çok kısa bir tanım yapılırsa yalın üretim “fazlalıklardan arındırılmış”, “tamponsuz” ya da “yedeksiz üretim” olarak tanımlanabilir (Savran, 2015: 138). Yani yalın üretimde temel amaç, maliyet unsuru olarak görülen her türlü israfı ya da zayıfatı azaltmaktır. Bunun için de üretime değer katmayan her türlü etkinlik ortadan kaldırılmalıdır. Yalın üretim sistemi için yürüme zamanları, tatiller, dinlenme araları, üretim yapılmayan bir gece israftır (Belek, 2018: 286).

Yalın üretim, Fordist üretim sisteminde yaşanan tıkanıklıklara ve çelişkilere çözüm arayışı olarak nitelendirilebilir. Fordizm, görece korunan iç piyasaya yönelik ölçek ekonomisine dayalı kitlesel tüketim için gerçekleştirilen kitlesel üretimdir. 1970’li yıllara gelindiğinde azalan kâr oranları Fordist sistemin doygunluk noktasına geldiğini göstermekteydi. Art arda yaşanan petrol şoklarıyla 1970’lerin ortasında kapitalizm yapısal bir krizin içine girmiştir. Artan küresel rekabetin de etkisiyle sermaye maliyetleri azaltacak ve kâr oranlarını artıracak yeni stratejiler aramaya girmiştir. Yeni bir ekonomik ve toplumsal düzen olarak neoliberalizm²², sermayenin krizden çıkış stratejisi olarak ortaya çıkmıştır. Sermaye, bu krizden çıkışı krizin yükünü işçi sınıfının sırtına yükleyecek politikalar yoluyla gerçekleştirmiştir (Savran, 2015: 153). Bu nedenle Duménil ve Lévy, neoliberalizmi sermayenin işçi sınıfının II. Dünya Savaşı sonrası dönemdeki kazanımlarına yönelik karşı-devrimci bir projesi olarak nitelendirmektedir (2005b: 9). Benzer bir şekilde, Harvey de (2005: 19)

²¹ “Yalın üretim” kavramı ilk kez Womack , Jones ve Roos tarafından 1990 yılında yayımlanan “Dünyayı Değiştiren Makine (The Machine That Changed the World)” kitabında kullanılmıştır.

²² 1970’lerde yaşanan kapitalizmin yapısal krizi ve neoliberal dönüşüm hakkında ayrıntılı tartışmalar için bakınız: Duménil ve Lévy, 2004a; 2004b; 2005a; 2009; Harvey, 2005; 2007; Jessop, 2002; Larner, 2010; Peck ve Tickell, 2002; Saad-Filho ve Johnston, 2005.

neoliberalizmin sermayenin emek üzerindeki gücünü yeniden tesis etmesine dönük siyasi bir proje olduğunu ifade etmektedir. Sermayenin işçi sınıfına dönük bu genel taarruzunun temel unsurları özelleştirmeler, deregülasyon, serbestleştirme, devletin kamusal hizmetlerden çekilmesi ve esnekleştirme gibi politikalardır. Yalın üretim de bu genel taarruz stratejisinin bir parçasıdır (Savran, 2015: 153-154).

Yalın üretimde temel hedef, azalan kârlılık oranlarına karşı artı değerin ve firmaların rekabet gücünün artırılmasıdır. Bu doğrultuda artı değeri artırmak için emek yoğunluğunun ve üretkenliğinin yükseltilmesi hedeflenirken, rekabet gücünü artırabilmek için de üretim sürecinin tüketici talebindeki hızlı değişimlere ve tüketici beklentilerine ayak uyduracak şekilde yeniden düzenlenmesi amaçlanmaktadır. Bu hedeflere ulaşabilmek için üretim sürecinin olabildiğince yalınlaştırılması yani daha önce ifade edildiği gibi değer yaratmayan her türlü etkinliğin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Ölü zaman, gereksiz hareket, stok, hatalı ürün, gereksiz bürokrasi gibi maliyet yaratan unsurlar ortadan kaldırılmalıdır. Yalın üretim, yüksek stokla, standart ürünlerin kitlesel üretimine dayanan Fordist üretimin aksine sıfır stokla yüksek kalitede tüketici taleplerine göre farklılaşan ürünlerin zamanında üretimine dayanmaktadır. Örgüt yapısı olarak Fordist dönemin büyük ölçekli hiyerarşik yapıları yerine, küçük ve orta ölçekli işletmelere ve bunların aralarında oluşturdukları tedarik zincirlerinin, piyasa ağlarının ya da işletmeler arası konfederatif yapıların üzerine oturmaktadır (Belek, 1999: 107).

Birbirinin tamamlayıcısı olan “tam zamanında üretim” ve “toplam kalite yönetimi”, yalın üretimin iki merkezi kavramıdır. Tam zamanında üretim (TZÜ) “stoksuz, sipariş üzerine ve o anda yapılan üretim anlamına gelmektedir” (Belek, 1999: 71). TZÜ düşüncesi, Toyota’nın başkanı Ohno tarafından 1940’larda ortaya atılmıştır bu nedenle Ohno’ya yalın üretimin Taylor’u denmektedir. Toyota’dan sonra diğer Japon şirketleri tarafından da uygulanmış, 1970’lerde yaşanan kriz sonrası ise tüm dünyaya yayılmıştır. Tam zamanında üretimdeki temel mantık piyasayla üretim sürecini eşleştirmektir böylece üretim süreci, hızla değişen piyasa koşullarına ve tüketici taleplerine anında adapte olabilmektedir. Piyasada talep edilen ürün çeşitliliğine yüksek stokla çalışan Fordist sistem cevap veremediği için stoksuz, tam zamanında, sıfır hataya ve ürün esnekliğine dayanan yeni üretim sistemiyle arz ve talep arasındaki mükemmel simetri yakalanmış olmaktadır (Sewell ve Wilkinson, 1992:

278) Bu hedeflere yönelik olarak üretim süreci ana firma, tedarikçiler, fason üreticiler arasında bölünmekte ve stoksız tam zamanında üretim tedarikçiler ve fason üreticilerle sağlanan eşgüdümle gerçekleştirilmektedir (Balkız, 2013: 197). Tam zamanında üretim, stokların depolanması için gereken masrafları ortadan kaldırarak ve sermayenin stok biçiminde fabrika içinde âtıl kalmasını engelleyerek de stok maliyetlerinin azaltılmasını sağlamaktadır (Savran, 2015: 141).

TZÜ'nin sermayeye sağladığı esas avantaj ise emeğin yoğunlaşmasını sağlamasıdır. Savran'ın ifadesi ile tam zamanında üretimin gerçekleştirdiği asıl işlev “ölü zamanın teşhis edilmesi ve elenmesidir” (2015: 141). Ölü zaman, işçilerin sermaye açısından faydalı işler yapmadığı çeşitli zamanların toplanmasıyla ortaya çıkan süredir. Başka bir ifade ile, işçilerin üretime yönelik bir işlem yapmadığı her an kapitalist için kayıp bir andır yani ölü zamandır. Üretimdeki ölü zaman sorununun temel kaynağı “hattın dengelenmesi” olarak ifade edilen durumdur (Savran, 2015: 139). Savran hattın dengelenmesi sorununu şu şekilde açıklamaktadır;

Farklı iş istasyonlarında yapılmakta olan işlerin, çalışan işçilerin, kullanılan makinaların bir sürü nedenden dolayı birbirine uyumsuz bir iş akışına sahip olması mümkündür. Oysa fabrika bir bütündür, kolektif işçinin bütün unsurları birbirlerinin temposuna bağlıdır. Bir iş istasyonunda bitirilen parça, bir sonraki iş istasyonunun üretim faaliyetinin girdisidir. İkisinin arasında uyumlu bir tempo ve ritm yaratılmazsa, üretim sürecinde ya aksamalar olacaktır ya da istasyonların bazılarında kullanılmayan bir emek fazlası olacaktır. Yürüten bantın ateşli temposunu bilenler, bunun işçinin nefes almasına yarayabileceğini, aşırı stresli bir çalışma temposu içinde böyle bir gevşemenin işçinin sağlığı açısından son derece yararlı olacağını anlayabilirler. Ama sermaye için tam tersi geçerlidir (2015: 139).

Yalın üretim, hattın dengelenmesi probleminde kaynaklanan ölü zaman sorununu sermaye lehine çözüme amacı taşımaktadır. Yalın üretimin bu temel amacı bütün açıklığıyla ABD Ulaştırma Bakanlığı için Japonya'da uygulanan yalın üretim sistemini açıklamak için yazılmış bir raporda görülmektedir. Raporda yalın üretim sisteminin temel hedefinin her işçiyi “her saat boyunca tam 60 dakika” çalıştırmak olduğu ifade edilmektedir (Savran, 2015: 139). TZÜ, yalın üretim sisteminin bu temel hedefe ulaşmasını şu şekilde sağlamaktadır;

Hat hızla akarken hattın temposuna yetişemeyen herhangi bir işçi ya da iş istasyonu, daha önceden stoklanmış parça varsa onu kullanacaktır. Oysa stokun olmadığı durumda, işe yetişemeyen işçi ya da istasyon sıkışacaktır. Bu noktada görselleştirme sistemi (Japonca terimle andon) devreye girer. Her istasyonda yeşil, sarı ve kırmızı ışıklardan oluşan bir işaret sistemi vardır. Bant normal olarak akıyor ve işler yerinde gidiyorsa, yeşil ışık yanar. Eğer bir istasyonda

kısmi bir sorun varsa sarı ışık yakılır. İstasyon artık tempoya yetişemiyorsa kırmızı ışığa basılır ve bant durur. Eski tür üretimde istenen bantın akışının hiç durmamasıdır (yani andon sistemi kullanılıyor olsa, hep yeşil ışık yanmasıdır). Ama yalın üretimin paradoksal mantığında, yeşil hayra işaret değildir! Yönetim sürekli yeşil ışıktan burada emek fazlası olduğu sonucunu çıkarır. Bu durumda sürekli yeşil ışık yakan işçiye ya da istasyona yeni görevler verilir ya da istasyondan, başka işe verilmek üzere işçi çekilir. Ta ki istasyon ya da işçi sarı ışığı yakmanın sınırına gelene kadar. Böylece hat, süratin ve çalışma temposunun artırılmasıyla dengelenmiş olur (Savran, 2015: 142).

Tam zamanında üretim bu şekilde üretim sürecindeki emek fazlası noktaların tespit edilmesini ve işçilerin yeniden dağılımı yoluyla daha çok çalıştırılmalarını sağlamaktadır. Emek üzerindeki basınç yani çalışma temposu sürekli artırılmaktadır bu yalın üretimin doğasında vardır. Savran’a göre “yalın üretimin özü stres ya da basınç yoluyla yönetimdir” (2015: 142). Benzer şekilde Parker ve Slaughter da yalın üretimi “stres tarafından yönetim”²³ olarak kavramsallaştırmaktadır (1990: 32). Yalın üretimin temel unsurlarından biri olan sürekli iyileştirme anlamına gelen “kaizen” kavramı çalışma temposunun sürekli daha yüksek emek yoğunluğu elde etmek için artırılacağını ifade etmektedir (Savran, 2015: 142). “Bu o kadar böyledir ki, sistemin vatani Japonya’da işçiler iş yüküne yetişebilmek amacıyla sabahları işbaşı saatinden önce gelerek veya kahve/dinlenme aralarını kullanarak tedbir alırlar. Böylece, yalın üretim yöntemleri ölü zamanı ortadan kaldırmakla kalmaz, yeni “canlı zaman” da yaratmış olur” (Savran, 2015: 142-143). Böylece hızlandırılan çalışma temposu ile artan emek yoğunluğunun yanı sıra yaratılan canlı zaman ile birlikte işgünü iş sözleşmesinin ötesinde kısmi bir şekilde uzatılarak da emek yoğunluğu artırılmış olmaktadır.

Ayrıca tam zamanında üretim bu şekilde hem çalışma temposunu hızlandırarak hem de andon sistemi sayesinde işçiyi hatanın kaynağı olarak çok kısa bir sürede tespit ederek emeğin üzerindeki sermaye denetimini artırmaktadır (Sewell ve Wilkinson, 1992: 283). Andon sisteminin yanında, TZÜ sisteminde “görünürlüğün” yüksek oluşu ayrıca gelişmiş, kurallardan sapmaları çabuk ve kesin bir şekilde tespit edebilen yönetim bilişim sistemleri kullanılması sayesinde. Bilgi teknolojilerinde yaşanan gelişmeler yönetimlerin emeğin denetimi konusunda sahip olduğu araçların gelişmesini sağlamıştır. Özellikle emeğin denetiminde “gözetim” olgusu emek süreci

²³ “Management by stress” Türkçe’ye “stres tarafından yönetim” olarak çevrilmiştir.

tartışmalarının merkezine oturmuştur. Yönetim bilişim sistemleri sayesinde işçinin gözetim altında tutulması kolaylaşmış bu nedenle TZÜ’de denetim yapısının önceki dönemde egemen olan geleneksel bürokratik hiyerarşiye dayalı piramitten ziyade Panoptikon’a²⁴ daha çok benzediği ifade edilmektedir (Sewell ve Wilkinson, 1992: 277). Tam zamanında üretimin görünürlük üzerine kurulu emek denetiminde Panoptikon gibi emek gücü sürekli gözetim altındayken işçiler ne zaman gözetlenip gözetlenmediklerini bilememektedir. Bu durum bilgi teknolojilerindeki gelişmenin sağladığı bu imkanlardan dolayı Zuboff (1988: 322) tarafından “Bilgi Panoptikonu” olarak nitelendirilirken, Sewell ve Wilkonson (1992: 283) tarafından “Elektronik Panoptikon” olarak kavramsallaştırılmaktadır. İşçiler sürekli gözetim altında olduklarını düşündükleri için kurallara uyma, prosedürleri yerine getirme, işten kaytarmama, hata yapmama konusunda kendi kendilerini disiplin altına almaktadırlar. Foucault’un ifade ettiği gibi disipline edici gözetim mekanizmaları sayesinde bireyler kendileri maruz kaldıkları iktidarın taşıyıcısı haline gelerek bu iktidar ilişkisinin içine sıkışıp kalmaktadırlar bu nedenle “görünürlük bir tuzaktır” (1992: 296). TZÜ, işçilerin kendilerini her an silah altında hissetmelerini sağlamaktadır ve bunu orta düzey yöneticilerin denetim görevini tamamen ortadan kaldırarak sadece işçilerin kendi bilinçleri dolayısıyla gerçekleştirmektedir. Bu nedenle Sewell ve Wilkinson’a göre tam zamanında üretimle bütünleşen son dönem emek süreci örgütlenmesi, gözetim ve disiplin olguları üzerinde kristalleşmektedir. Güçlü disipline edici denetim mekanizmalarının kullanılmasıyla emeğin daha dolaysız ve detaylı kontrolü başka bir ifade ile bütünsel denetimi mümkün kılınmıştır (1992: 276-286). Delbridge ve diğerleri de bilgi teknolojilerinin kapitalist denetimin alanını genişleterek ve denetimi merkezileştirerek emek denetiminin sınırlarını zorladığını bu sebeple TZÜ’nün emeğin sermayeye olan gerçek bağımlılığını tesis etme noktasında sermaye için çok önemli bir araç olduğunu ifade etmektedir (1992: 100). Daha önce ifade edildiği gibi Savran’a göre de tam zamanında üretim yöntemleri, ölü zamanı ortadan kaldırmakla

²⁴ Panoptikon, J. Bentham tarafından 18.yüzyılda tasarlanan bir hapisane modelidir. Daire şeklinde tasarlanmış birkaç katlı yapıda tek kişilik hücreler yer alırken ortada bir gözetleme kulesi vardır. Bu tasarımın arkasında yatan temel düşünce gözetleme kulesindeki görevlinin tüm hücreleri tamamen görebilmesi, hücrede kalanlarınsa kulede görevli olup olmadığını ya da ne zaman gözetlendiklerini bilmemeleridir. Bu şekilde ne zaman gözetlendiğini bilmeyen tutuklunun her zaman izleniyormuşçasına davranmaktan başka çaresi yoktur yani tutuklu kendi kendisini sürekli disipline eder. Böylece Panoptikon, gözetim altında tutulan tutuklu için otomatik bir iktidar işlevi görmektedir.

kalmayıp ayrıca yeni canlı zaman yaratmaktadır (Savran, 2015: 143) böylece sermaye, denetimi daha önce denetim dışı kalan alanlara da kahve ve dinlenme araları gibi yaygınlaştırma imkânı kazanmaktadır bu şekilde TZÜ ile birlikte kapitalist denetim yoğunlaştırılırken emeğin sermayeye gerçek bağımlılığı artmaktadır.

Yalın üretimin bir diğer merkezi kavramı “toplam kalite yönetimi”, tam zamanında üretim sisteminin tamamlayıcısıdır hatta TZÜ için bir gerekliliktir çünkü zamanında, stoksuz şekilde gerçekleştirilen üretimin piyasanın beklentilerini karşılayacak kalitede üretilmesi bir zorunluluktur, TZÜ’de hata payına yer yoktur (Sewell ve Wilkinson, 1992: 278). Toplam kalite yönetimi (TKY), tüketicilerin kalite beklentilerini belirleyerek ve bu beklentilere göre hatasız üretim yaparak müşteri memnuniyetini sağlamak ve kaliteyi sürekli artırmak için geliştirilen yönetim stratejileridir. Toplam kalite yönetimi, “üretim sürecinde kalite ve mükemmelliğe ulaşma doğrultusunda istatistiksel yöntem ve prosedürleri, zaman-hareket ölçümlerini, verimlilik hesaplarını ve standardizasyonu kullanan bir sistemdir” (Balkız, 2013: 198). TKY’nin temel hedefi küreselleşen piyasada rekabet üstünlüğü sağlamak ve bunun için de kaliteyi artırmak, maliyetleri düşürmek ve ortalama kâr oranlarını yükseltmektir (Belek, 2018: 102). Toplam kalite yönetiminin asıl işlevi ise emek üretkenliğini artırmaktır, bunu işçiyi işletme felsefesine bağlayarak bu şekilde artı değer üretimini gizleyerek başarmaktadır. Başka bir ifade ile TKY, ideolojik bir işlev üstlenerek emek ve sermaye arasında bir uzlaşma izlenimi yaratılmasını sağlamaktadır. İşçilerin ve işverenlerin bir “aile” olduğu izlenimi yaratılarak, menfaatlerinin aslında ortak olduğu, işletmenin kalite hedeflerini yakalamasının herkesin yararına olduğu bu nedenle de herkesin sorumluluğunda olduğu düşüncesi yaygınlaştırılmaktadır. Tuckman’ın (1995) ifade ettiği gibi, “[t]oplam kalite yönetimi, ‘hepimiz, ürün ve hizmetlerimizin kalitesini arttırmak için çalışmalıyız’ tasarımı üzerine kurulan hegemonik bir projedir” (alıntılayan Yücesan-Özdemir, 2000: 245).

Toplam kalite kontrolünün temel ilkeleri şu şekilde özetlenebilir; kalite konusunda herkesin eğitim alması, sıfır hata amacına yönelik sürekli iyileştirme ve hataların görünür kılınması, her işçinin kendi işinden ve kaliteden sorumlu tutulması ve kaliteyi kaynağında geliştirmek, bakım ve onarımın sorumluluğunun işçilere verilmesi, takım çalışmasının ve işçilerin katılımının sağlanması ve işçilerin becerilerinin çok yönlüleştirilmesi yani çoklu görev için eğitilmesi (Luggen, 1991:

145-154). TKY'nin en önemli unsuru "sorumluluk paylaşımı" düşüncesidir. Fordist sistemde kalite, bitmiş ürünlerden örnekler alınarak, kalite kontrol departmanlarınca en baştan belirlenmiş standartlara uygunluk derecesine göre belirlenmektedir. Bu nedenle üretim sürecinde üretim hattının herhangi bir noktasındaki hatanın sebep olduğu kalite sorunu ancak en son aşamada tespit edilebilmektedir (Belek, 2018: 101). Toplam kalite yönetimi, sıfır hata anlayışı içerisinde kalite kontrol görevini kalite kontrol departmanlarından alarak üretim işçilerinin sorumluluğu haline getirmiştir böylece sonuca odaklanan Fordist kalite kontrolünden süreçte üretim işçisi tarafından gerçekleştirilen kalite kontrolüne geçilmiştir. İşçinin sorumluluğu haline gelen kalite denetimi, bir taraftan kalite kontrol elemanlarının sayısını azaltarak işgücü maliyetlerini azaltırken, diğer taraftan hatanın üretim sonuna gelmeden üreten işçiler tarafından tespit edilebilmesiyle hatalı ürünün üretiminin devam ettirilmesinin önüne geçilmesini sağlamaktadır. TKY'nin temel ilkesi hataların saptanması değil, önlenmesidir bu şekilde hatalardan kaynaklanan maliyetlerin ortadan kaldırılması hedeflenmektedir (Belek, 1999: 76).

Toplam kalite yönetimi anlayışı, işçilerin kalite, bakım ve onarım konularında sorumlu hale getirilerek üretim sürecindeki inisiyatiflerinin artırıldığı iddiasını taşımaktadır. Bu iddiaya karşı Delbridge ve diğerleri, işçilere sağlanan otonominin tamamen kozmetik olduğunu, üretime ilişkin tüm kararların, hedeflerin, kotaların, işin yapım şeklinin, prosedürlerin yönetim tarafından dikte edildiğini ifade etmektedir. Bu nedenle de TKY sistemi altında çalışan işçilerin durumunu haklardan yoksun olarak sorumluluk sahibi olmak olarak nitelendirmektedirler. TKY ile sorumluluk ademi-merkezileştirilirken, daha önce ifade edildiği gibi denetim merkezileşmekte, bu şekilde toplam kalite yönetimi "toplam yönetim denetimine"²⁵ dönüşmektedir (1992: 97-102). Sewell ve Wilkinson'a göre de işçilere verilen sorumluluk taktikseldir, stratejik kontrolün merkezileşmesini görünmez kılmaktadır (1992: 271).

Toplam kalite yönetimi ile işçilerin sorumlulukların artması, iş yükünü artırarak emek yoğunluğunun yükselmesine neden olmaktadır fakat TKY'nin ideolojik işlevi sayesinde işçilerin işletmeye olan bağlılığı geliştirilerek bu süreç gözlerden saklanmaktadır. Kalite çemberleri yoluyla işçileri ve işverenleri birbirine yakınlaştıran ve bağlayan ortak değerler üretilirken, işçilerin firma kültürünü benimsemesi ve

²⁵ "Total management control" Türkçe'ye "toplam yönetim denetimi" olarak çevrilmiştir.

çıkarların birbiriyle özdeşleştirilmesi sağlanmakta, işbirliği düşüncesi yaygınlaştırılmaktadır. “Kalite çemberleri herhangi bir işyerinin verimlilik, etkenlik, kalite gibi çok çeşitli sorunlarını görüşmek, tartışmak ve çözümlemek amacı ile tamamen gönüllülük ilkesine dayalı olarak oluşturulan ve düzenli olarak toplanan küçük çalışan gruplarıdır” (Bayazıt, 1998: 97). Kalite çemberlerinin altında yatan ana düşünce işçilerin motivasyonunu sağlayan temel faktörlerin kendini gerçekleştirmek, başarıma hissi, alınan kararlara katılma hakkı gibi olgular olduğu ve maddi ödüllerin işçileri motive etmede yeterli olmadığıdır (Belek, 2018: 132). Kalite çemberlerine katılmak, bir taraftan işçilerde kendi sözlerinin dinlendiği, üretim sürecini etkileyebilecek bir güce kavuştuklarına dair bir algıya neden olmaktadır diğer taraftan da artan kalite vurgusuyla kalite konusunda başarılı olan firmaların çeşitli ödüller ve belgelerle (ISO belgeleri vb. gibi) öne çıkarılması işçilerin çalıştıkları firmadan gurur duyma reflekslerini harekete geçirmektedir. Böylece işçilerin ve işverenlerin bir aile olduğu algısı, çatışan çıkarların yerini görünürde bir uzlaşıya bırakmasına neden olmaktadır (Savran, 2015: 146).

Kalite çemberlerinin emeğin denetimi konusunda keşfedilmesi en güç yanı ise işçilerin en azından mental kapasitelerinin çalışma süresini sınırsız hale getirmesi, boş zamanı sermayedar için harcanan bir süreye dönüştürmesidir. Bunu kalite çemberlerinin “öneri sistemi” aracılığıyla işçilerin boş zamanlarında da firmaların üretim faaliyetlerinin nasıl daha da iyileştirilebileceğini düşünmelerine yol açabildiği ölçüde gerçekleştirmektedir. İşçiler, kendi çıkarlarını sermayedarın çıkarlarıyla özdeşleştirerek, boş zamanlarını gönüllü bir şekilde emek yoğunluğunun ve üretkenliğinin yükseltilmesinin yöntemlerini düşünmeye vakfetmektedir (Savran, 2015: 147). Savran’a göre “[k]alite çemberlerinin en tehlikeli yanı işte budur: işçinin ruhunu fethetmenin bir aracı olması” (2015: 147). Delbridge ve diğerlerine göre, kaizen yani sürekli iyileştirme sistemi işçileri sürekli olarak işin iyileştirilmesi için düşünmeye ve öneriler geliştirmeye teşvik etmektedir. Böylece işçilerin hem el becerilerini hem zihinsel becerilerini sermaye birikiminin geliştirilmesi için vakfetmeleri sağlanmaktadır. Özellikle yalın üretimin israfın her türlüşünün ortadan kaldırılması konusundaki takıntısı nedeniyle işçiler öneri sistemiyle tasarruf yapılabilecek yerleri tespit etme konusunda telkin ve teşvik edilmekte bu şekilde de işçiler kendi iş yüklerinin artırılmasına katkıda bulunmaktadır. Sürekli iyileştirme

bağlamında işletmenin performansının artması işçilerin kendi yaptıkları görevlerin ya da iş yükünün artması anlamına gelmektedir (1992: 103-104). Sewell'e göre de işçiler daha çok çalışmak için daha akıllıca çalışmaya teşvik edilmektedir (1996: 794)

Toplam kalite yönetiminin temel ilkelerinden biri olan takım çalışması da emek yoğunluğunu artırma işlevi taşımaktadır çünkü üretimin takımlar şeklinde organize olması hem işçilerin sorumlu oldukları işleri artırmaktadır yani işçileri sadece kendi işlerinden değil, takımlarındaki bütün işlerden sorumlu kılmaktadır hem de denetim mekanizmasının daha iyi çalışmasını sağlamaktadır. Özellikle kalite sorumluluğun takımlara devredildiği ücretlerin, primlerin ya da ödüllerin takım performansına göre belirlendiği bir sistemde takım üyelerinin birbirlerine yakın baskı ve sıkı denetim uygulaması standart bir davranış örüntüsü halini almaktadır (Sewell ve Wilkinson, 1992: 281). Başka bir ifade ile takım çalışması, bireysel işçi üzerinde takım arkadaşlarının üretkenlik ve disiplin baskısını yaratmaktadır. Her işçi işini en iyi biçimde yapabilmek için bir diğer işçiye bağımlıdır. Bir işçinin kendi üzerine düşen görevi tam anlamıyla yerine getirmemesi, işi yavaşlatması ya da işe gelmemesi diğer takım üyelerinin üzerine yük binmesine yol açmaktadır (Delbridge, 1992: 103). Bu nedenle takımı oluşturan tüm işçiler birbirinin en yakın denetçisi halini almakta böylece işçiler üzerindeki denetim yoğunlaşmaktadır. Sewell ve Wilkinson'ın (1992: 280) "komşunun göz hapsi sistemi"²⁶ olarak kavramsallaştırdığı grup içi baskı, işçilerin kendi kendilerini denetlemelerini sağlayarak emeğin bütünsel denetimine katkı sağlamaktadır. Başka bir ifade ile takım içindeki sosyal baskı dışsal bir kontrol mekanizmasına gerek olmadan denetimin içselleştirilmesini sağlayarak öz-disiplin yoluyla denetimi yoğunlaştırmaktadır.

Özetle; yalın üretimin birbirinin tamamlayıcısı olan iki merkezi kavramı tam zamanında üretim ve toplam kalite yönetimi emeğin gerçek boyunduruğunu tesis etme konusunda sermayeye çok önemli araçlar sunmaktadır. Yalın üretim teknikleri emeğin yoğunluğunu artırırken aynı zamanda işçileri işletme felsefesine bağlayarak bu süreci gizlemeyi başarmaktadır. Hatta öyle ki kalite çemberleri yoluyla işçiler kendi iş yüklerini artıracak önerilerin bir parçası haline getirilmektedir. İşçilerin ve işverenlerin bir "aile" olduğu, menfaatlerinin ortak olduğu, işletmenin kalite hedeflerini tutturmasının herkesin yararına olduğu retoriği ile sermayenin emek

²⁶ "Neighbour-watch system" Türkçe'ye "komşunun göz hapsi sistemi" olarak çevrilmiştir.

üzerindeki hakimiyetini gizlemek ya da tahakkümü emek sürecine içselleştirerek emeğin sermayeye olan bağımlılığını arttırmak hedeflenmektedir. Böylece sermaye teknik ve bürokratik denetim biçimleriyle emeği kontrol etmeye devam ederken, ideolojik denetim yoluyla da işçilerin zihinlerini kontrol altına alarak emek denetiminde yönetimin ulaşamadığı bir alan bırakmamaya çalışmaktadır. Ayrıca bilgi teknolojilerinin gelişmesi sayesinde işçilerin artan görünürlüğü ile hataların, yavaş çalışmanın, prosedür dışı hareketlerin çok bir hızlı şekilde tespit edilmesi kolaylaşırken, sürekli gözetim altında olma algısıyla işçilerde öz-disiplin mekanizmalarının ortaya çıkması sağlanmaktadır. Bu sürece takım çalışmasının işçiler üzerinde yarattığı grup içi baskı da eklendiğinde merkezi denetim yerini içsel denetim mekanizmalarına bırakmaya başlamıştır. Sewell ve Wilkinson’a göre de, sermaye için TZÜ/TKY, emek gücünün en verimli şekilde disipline edilmesini sağlayan araçlardır. Bunu iki boyutta gerçekleştirmektedirler. Birincisi takım üyelerinin birbiri üzerinde kurduğu kontrol üzerinden işleyen dikey denetim mekanizmasıyken ikincisi yönetim bilişim sistemleri sayesinde artan gözetim yoluyla kurulan yatay denetim mekanizmasıdır. Bu iki boyut emek denetimini yoğunlaştırırken denetim alanı dışında kalacak hiçbir alan bırakmamaktadır. Yalın üretimle birlikte eski tarz denetim mekanizmalarının yani merkezi denetimin rolü azalmış gibi görünse de dışsal denetim içsel denetime yani öz-disipline dönüşerek denetimi sistematik ve sürekli hale getirmiştir (1992: 271). Hyman’ın özetlediği gibi, yeni sistemin yaratmış olduğu kendi kendilerini kontrol ve disipline eden işçiler, işletmenin hedefleriyle daha açıkçası işverenin hedefleriyle tam olarak bütünleşmiş bir biçimde aslında sermaye tarafından sömürülme süreçlerine kolaylıkla müsaade eder duruma gelmişlerdir (1989: 51).

Görüldüğü üzere, TZÜ/TKY gibi yeni yönetim stratejileri, yeni baskı mekanizmalarını mümkün kılarken ideolojik denetimi de emek sürecine eklemleyerek kapitalist denetimi daha yoğunlaştırmaktadır. Bu nedenle yeni yönetim stratejilerinin Tayloristik bilimsel yönetim tekniklerini iş organizasyonunun bütün boyutlarına yaygınlaştırdığı, hatta yoğunlaştırdığı söylenebilmektedir. Belek’in ifadesiyle yalın üretim sistemi “her şeyiyle Taylorizm’den beter bir Taylorizmdir (Belek, 2018: 289). Sewell ve Wilkinson’a göre de yeni yönetim stratejilerinin Taylorizm’den farklılaştığını söylemek mümkün değildir, TZÜ/TKY bilimsel yönetimin yeniden gündeme getirilmesinden başka bir şey değildir bu nedenle de yönetim anlayışında bir

paradigma değişikliğinden bahsedilememektedir. Hatta yeni yönetim stratejilerinin emeğin emek gücüne dönüştürülmesi konusunda Taylorizm’den daha başarılı oldukları söylenilmektedir bu noktada Taylorizm’den bir kopuş değil aksine Taylorizm’in emek sürecinde derinleştirilmesinden bahsedilebilmektedir (1992: 276-286). Benzer bir şekilde Delbridge ve diğerleri de TZÜ/TKY’nin kapitalist denetimin alanını genişleterek ve denetimi merkezileştirerek Taylorizm ve Fordizm’e göre emeğin sermayeye olan gerçek bağımlılığını tesis etmede daha başarılı olduğunu ifade etmektedir (1992: 100). Bu sebeplerden dolayı yeni yönetim stratejilerini yönetim anlayışında yeni bir paradigma olarak değil de “Neo-Taylorizm” olarak tanımlamak mümkündür.²⁷

2.1.3. Yeni Kamu İşletmeciliği

1970’li yıllarda düşen kr oranlarıyla ciddi bir krize giren kapitalist sistem, yaşanan petrol bunalımıyla sanayinin temel girdisi olan enerjinin fiyatlarının yükselmesi sonucu artan maliyetler, yükselen kamu harcamaları, artan uluslararası rekabet koşulları, enflasyon ve işsizlikle birlikte yapısal bir krizin içine sürüklenmiştir. Krize czm olarak ortaya çıkan neoliberal politikalar krizin faturasını Keynesyen Refah Devleti döneminde iyice büyüyen, müdahaleci devlete çıkarmıştır. Neoliberalizm, “minimum devlet” anlayışı çerçevesinde devletin rolünü yeniden tanımlamıştır. Devlet, refah devleti dnemindestlendiği ekonomik ve toplumsal işlevlerinden geri çekilerek piyasa düzeninin devamını sağlamaktan sorumlu olacaktır. Bu kapsamdazelleştirmeler, deregülasyon, serbestleştirme ve piyasalaştırma yoluyla devletin ekonomideki ve toplumsal yenidenretimdeki rolü azaltılırken, kamu yönetimi anlayışı da devletin değişen rolüne uygun olarak yeniden yapılandırılmıştır. Başka bir ifade ile, kriz ve yeniden yapılanma süreci, kapitalist ekonominin yapısını ve devletin rolünü değiştirdiği gibi kamu yönetimi yapılarını vergtlerini de radikal biçimde değiştirmiştir.

²⁷ Literatürde TZÜ/TKY gibi yeni yönetim stratejilerinin Neo-Taylorizm olarak tanımlanabileceğini ortaya koyan çalışmalar için bakınız: Crowley, Tope, Chamberlain ve Hodson, 2010; Karel, Haslam, Williams ve Cutler, 1992; Kraft, 1999; Livingstone, 2015; Parker, 2003; Spencer ve Carlan, 2008; Vallas, 1999.

Kamu yönetiminin o dönemdeki mevcut yapısının 1970’li yılların ortasından itibaren yaşanan ekonomik, siyasal ve toplumsal gelişmeleri yakalamakta geç kaldığı, vatandaşların gittikçe artan ve çeşitlenen hizmet taleplerine hızlı ve yeterli cevap veremediği bu durumun da kamu yönetiminin bürokratik yapısının hantal ve verimsiz olmasından kaynaklandığı düşüncesi, kamu yönetiminde “reform” gerekliliğini gündeme getirmiştir. Bu bağlamda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan kapitalist ülkelerde kamu yönetimleri “reform” adı altında köklü değişikliklere uğramıştır. Hughes, bu nedenle bu yılları reform uygulamalarının “altın çağı” olarak nitelendirmektedir (1994: 48). Reformlarla sağlanmak istenen kaynak israfına neden olan verimsiz ve hantal bürokrasiden ve onun neden olduğu ekonomik ve sosyal değişikliklere uyum sağlayamama probleminden kurtulmak için kamu yönetiminin faaliyet alanlarını özellikle iktisadi faaliyetlerini daraltmak, verimliliği sağlamak için kamu yönetiminin geri kalan faaliyet alanlarında da işletmecilik mantığını uygulamaktır (Arslan, 2010: 25). İşte 1980’li yıllarda kamu yönetimi alanında egemen olmaya başlayan “Yeni Kamu İşletmeciliği” ile hedeflenen bürokratik örgütlenmenin olabildiğince azaltılarak işletmeciliğin ilke ve uygulamalarının kamu yönetiminde yaygınlaştırılmasıdır (Akdoğan, 2007: 21). Kamu yönetiminde işletmecilik mantığının yaygınlaştırılması düşüncesi liberal iktisat teorisinin iki temel varsayımına dayanmaktadır. Birincisi, toplumsal kaynakların piyasa aracılığıyla daha verimli dağıtılacağı, ikincisi ise rasyonel yani bilimsel iş örgütlenmesi ve sürecinin verimliliğin yapısal unsurlarını oluşturduğudur (Akbulut, 2007: 73). Bu varsayımlardan yola çıkarak kamu yönetiminde “ekonomiklik (verimlilik), etkinlik ve etkililik” sağlama amacıyla kamu yönetimi örgütlenmesi piyasacı ilkeler bağlamında yeniden yapılandırılmaktadır.

Yeni kamu işletmeciliği genel olarak “özel sektör yönetim teknikleri kullanılarak belirlenen standart ve performans ölçütlerine ulaşmak için geniş takdir yetkisine dayalı yöneticilerin sonuç odaklı yönetimi” şeklinde tanımlanabilmektedir (Akdoğan, 2007: 31). Bu genel tanımdan yola çıkılarak yeni kamu işletmeciliğinin altı temel ilkesinden bahsedilebilmektedir.

İlk olarak, geniş yetki ve sorumluluklara sahip yöneticilere yönetme özgürlüğü yani geniş takdir yetkisi sağlanmalıdır (Hood, 1991: 4) ve yöneticilerin kararlarını alırken maliyet bilinci ile karar vermeleri sağlanmalıdır (Güzelsarı, 2004: 4).

İkinci olarak, geleneksel kamu yönetiminin girdi ve süreç odaklı anlayışından çıktı ve sonuç odaklı kamu işletmeciliğine geçilmelidir (Politt, 2003: 27). Yani kamu kurumları ürettikleri mal ve hizmetlere ve bu süreçte elde edilen kaynak tasarruflarına başka ifade ile verimliliklerine göre değerlendirilmelidir. Geleneksel kamu yönetiminin “idare”²⁸ anlayışına göre resmi süreç ve kurallara bağlı uygulamalar temel alınırken, “işletme”²⁹ anlayışına göre hedeflenen sonuçlara ulaşmak için kaynakların etkin ve verimli kullanılması faaliyet sürecinden daha önemlidir (Güzelsarı, 2004: 5). Bu nedenle kamu kaynaklarının tahsisinde performans ölçümlerinin sonuçları dikkate alınmalıdır (Hood, 1991: 4). Girdilerden çok çıktılarına odaklanan sistemlerde performansla bütçe arasında doğrudan ilişki kurulmaktadır bu sebeple yöneticiler performans hedeflerini tutturmaya odaklanmaktadır (Akdoğan, 2007: 32). Üçüncü ilke bu durumla ilişkilidir.

Üçüncü olarak, kamu kaynaklarının performansa göre tahsis edilmesi standartların ve performans ölçütlerinin saptanmasını gerektirmektedir. Hood’a göre performansı ölçmek için amaçlar, hedefler ve göstergeler beş temel ilke³⁰ çerçevesinde belirlenmelidir. Standart ve ölçütlerin; belirli, ölçülebilir, ulaşılabilir, sonuç odaklı ve zaman sınırlı olması gerekmektedir (1991: 4).

Dördüncü olarak, belirlenen standart ve ölçütlere ulaşabilmek için özel sektörde uygulanan yönetim tekniklerinin kamu hizmetlerinde uygulanması gerekmektedir. Liberal iktisat teorisinin varsayımlarına dayanarak özel sektörün yönetim tekniklerinin ekonomiklik, etkililik ve etkinlik sağlama konusunda devlete karşı üstünlüğü düşüncesi özel sektör yönetim tekniklerinin kamu sektörüne uygulanmasını gerektirmektedir. Bu bağlamda performansa dayalı ödeme, kalite yönetimi, stratejik plan, düzenleyici etki analizi gibi işletme teknikleri kamu yönetimine transfer edilmelidir.

Beşinci olarak, kamu sektöründe rekabetin oluşturulması ve merkeziyetçi bürokrasinin etkisinden kurtulmak için âdem-i merkeziyetçiliğin ön plana çıkartılması gerekmektedir. Hood’a göre, rekabet kamu kaynaklarının daha az harcanmasını ve

²⁸ “Administration” kavramının Türkçe karşılığı olarak “idare” kavramı kullanılmıştır.

²⁹ “Management” kavramının Türkçe karşılığı olarak “işletme” kavramı kullanılmıştır.

³⁰ Hood tarafından belirlenen beş ilkenin baş harfleri İngilizce “smart” kelimesini oluşturmaktadır. Hood kavramın Türkçe karşılığındaki gibi standart ve ölçütlerin “akıllı” bir şekilde belirlenmesi gerektiğini ifade etmektedir. Beş ilkenin İngilizceleri; specific, measurable, attainable, result based ve time bound şeklindedir.

daha yüksek standartların yakalanmasını sağlayacak bir araçtır (1991: 5). Kamu sektöründe rekabeti sağlama yöntemleri arasında özelleştirmeler, dışardan tedarik, kamu özel işbirlikleri ve kamu hizmetlerinin ücretlendirilmesi yer almaktadır. Âdemi-merkezeleşme yeni iktidar odakları yaratılmasını sağlayarak rekabeti teşvik etmektedir (Akdoğan, 2007: 35). İdari örgütlenme sisteminde geleneksel, hiyerarşik, piramit tipi örgütlenme yerine yatay örgütlenme modeline geçilerek, bürokratik yapılar birbirleriyle “kullanıcı/faydalanan öder” ilkesi temelinde ilişki kuracak yarı-özerk ya da özerk kurumlara ya da kamu kurumu niteliğindeki kuruluşlara ayrılmıştır (Güzelsarı, 2004: 4). Daha yatay, daha az hiyerarşik, daha âdemi-merkezi olarak örgütlenen ve yetki devri yoluyla sorumlulukları artırılan bu yapıların rekabeti artırmak için yerine getirmeleri gereken işlevleri özel sektöre devretmeleri ya da kamu özel işbirlikleri yoluyla gerçekleştirmeleri teşvik edilmektedir (Akdoğan, 2007: 35).

Altıncı olarak ise, geleneksel kamu yönetimi anlayışının “vatandaş” kavramı yerine kamu hizmetlerinin saygın bir “tüketicisi” ya da “müşterisi” anlayışı getirilerek hizmetlerin “müşteri memnuniyetini” sağlayacak kalite ve çeşitlilikte sunulması gerekmektedir.

Bu ilkeler temelinde yükselen yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı kapsamında 1980’li yıllarda kamu hizmetlerinin bir çoğu bedelsiz olmaktan çıkarılmış, kullanıcı/faydalancı öder ilkesi uygulanmaya başlanmış, devlet-vatandaş ilişkisi üretici-tüketici/müşteri ilişkisine dönüştürülmüş, sadece işletmecilik teknikleri değil özel sektörün değerleri de kamu yönetimine aktarılmıştır. Toplam kalite yönetimi, performansa dayalı ödeme gibi yönetsel araçlar kamu kurum ve kuruluşlarına entegre edilmiştir. Ayrıca bütçe politikaları yeniden düzenlenmiş ve alternatif bütçe sistemleri (katma bütçe, döner sermayeler, bütçe dışı fonlar ve yerel yönetimlerin kendi bütçelerini yaratacak olanaklar gibi) kullanılmaya başlanmıştır (Güzelsarı, 2004: 5). Aşağıdaki tablo yeni kamu işletmeciliği yaklaşımının temel uygulamalarını ve bu uygulamalara ilişkin öne sürülen temel gerekçeleri özetlemektedir.

Tablo 1: Temel Yeni Kamu İşletmeciliği Uygulamaları ve Gerekçeleri

UYGULAMA	GEREKÇE
Kesin performans standart ve ölçütleri	Mali sorumluluk hedeflerin açıkça belirlenmesini gerektirir

Çıktı denetimine odaklanma	Süreç yerine çıktılara odaklanmak gerekmektedir
Birimlerin parçalanması	Böylece birimler daha yönetilebilir, taşeronlaştırma ve imtiyaz uygulamaları ile daha etkin bir hale gelecektir
Özel sektör tipi yönetim	Kamu hizmetlerinin etkin işlemesi için, kamu hizmet etiğinden uzaklaşarak işe alım ve ödüllendirmelerde esnekleşme ve halkla ilişkiler gibi özel sektör yönetim araçlarının kullanılması gerekmektedir
Hizmet sunucular arasında rekabet yoluyla maliyet denetimi	Geleneksel olarak örgütlenmiş kamu hizmetleri maliyetleri etkin bir biçimde denetleyemez ve azaltamaz
Kaynak kullanımında yüksek disiplin ve kısıtlama, emek maliyetlerini düşürme	Kamuda daha az kaynakla daha çok hizmet sağlanmalıdır
Rekabet ve Kalite uygulamaları	Geleneksel olarak örgütlenmiş kamu hizmetlerinde hizmet kalitesi etkin biçimde geliştirilemez
Hizmet standartlarının oluşturulması ve hizmet alan bireylerin bu standartlara uygun hizmet almalarını sağlayacak yönergelerin çıkartılması	Geleneksel olarak örgütlenmiş kamu hizmetleri, yurttaşların beklentilerine uygun standartlarda hizmet sunamaz
Kamu sendikalarının ve doktorlar, öğretmenler gibi profesyonel meslek gruplarının güçlerinin azaltılması	Sendika ve profesyonel örgütlerinin kamu hizmetlerinin sunumu ve düzenlenmesi üzerinde çok fazla etkisi ve gücü bulunmaktadır. Mükâfatların azaltılması tehdidi, grev yasağı veya sınırlamaları, etik kurallara başvurulması ve özelleştirilmenin genişletilmesi tehdidi ile bu gücün zayıflatılması sağlanabilir

Kaynak: Ünlütürk Ulutaş, 2011: 30.

1980'lere damgasını vuran, özelleştirmeler, deregülasyon ve piyasalaştırma girişimleri sonucu devletin ekonomideki ve toplumsal yeniden üretimdeki rolünün azaltılmasını sağlayan neoliberal politikalar ve küçülen devletin geriye kalan bütünlüğünün bir "işletme" gibi yönetilmesine dönük uygulamaları yaygınlaştırılan yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı, 1990'lı yıllara gelindiğinde tıkanma sinyalleri vermeye başlamıştır. Uygulanan politikaların ekonomik krizler, yüksek işsizlik ve yoksulluk gibi yıkıcı etkilerinin kendini göstermeye başlaması neoliberal politikaların sorgulanmaya başlamasına yol açmıştır. "Bu dönemde başlangıçtaki argümanlarını yeniden gözden geçirme ve tanımlama ihtiyacı duyan neo-liberalizm vurguyu devlet üzerine yaparak, ideolojik söylemlerini bunun üzerine inşa etmeye başlamıştır" (Güzelsarı, 2004: 9). Bu bağlamda yaşanan ekonomik krizlerin ve toplumsal sorunların çözümünün "devlete olan inancın yeniden keşfi" ile mümkün olduğu düşüncesi gündeme gelmiş, devletin rolünün yeniden tanımlanması gerektiği ortaya

konmuştur. Devletin rolünün yeniden tanımlanması “minimal devlet” anlayışından uzaklaştığı anlamına gelmemektedir. Devletin küçültülmesinin yanı sıra devletin piyasa mekanizmasının ve özel sektörün düzgün işlemesi için gerekli düzenlemeleri yapacak araçlarla donatılması gerekmektedir. Başka bir ifade ile ekonomik ve toplumsal yeniden üretim rolleri azalan devletin kapitalist sistemin işleyişini sağlamak için ekonomiye müdahalesinin hangi yollarla ve hangi araçlarla gerçekleştirileceğinin yeniden tanımlanması gerekmektedir (Güzelsarı, 2004: 9).

Bu çerçevede, 1990’larda yeni kamu işletmeciliği anlayışının temel önermeleri yeniden formüle edilmiştir. Osborne ve Gaebler’in 1992 yılında yayımladıkları kitabın başlığından yola çıkılarak yaygınlaşan “yönetimin yeniden icadı” yaklaşımı³¹ kapsamında yaşanan sorunların kaynağının yeni kamu işletmeciliğinin temel önermelerinde değil, yanlış yönetimde başka bir ifade ile reform programlarına olması gerektiği gibi uyulmamasında aranması gerektiği ortaya konmuştur. Neoliberalizm ve onun kamu yönetimi alanındaki uygulanma şekli olarak yeni kamu işletmeciliği devletin “ne” yapması gerektiğiyle ilgilenirken, yönetimin yeniden icadı yaklaşımı devletin “nasıl” çalışması gerektiğini ortaya koymaktadır (Güzelsarı, 2004: 9). Üstüner (2000: 23-24), yönetimin yeniden icadı anlayışının üzerine oturduğu temel ilkeleri şu şekilde özetlemektedir;

1) **Katalizör Yönetim:** Yönetimler olabildiği ölçüde etkinliklerini özel sektöre devretmelidir. Katalizör yönetim ilkesi kamu işletmeciliği anlayışının çok sık kullandığı “kürek çekmek yerine dümende oturmak” sloganıyla uyumludur.

2) **Sahibinin Vatandaşlar Olduğu Yönetim:** Yönetimler vatandaşların ihtiyaç duydukları hizmetleri onlara hazır olarak sunmak yerine, kendilerinin üretmeleri için vatandaşları ‘toplumsal girişimciler’ olarak yetkilendirmelidir. Bu ilke kamu işletmeciliği anlayışının “muktedir kılan yönetim” sloganıyla uyumludur.

3) **Rekabetçi Yönetim:** Yönetimler hem hizmetlerin sağlanması noktasında rekabetçi olmalı hem de kamu yönetimi kurumsal düzeyde kendi içinde rekabetçi bir ortam sağlamalıdır. Bu ilkenin dayandığı temel varsayım klasik liberal anlayışın “rekabet hem toplumsal dinamizmi sağlar hem de kaliteyi artırır” varsayımıyla uyumludur.

³¹ “Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector” isimli kitap kamu yönetimi disiplinde “reinventing the government” yaklaşımının ortaya çıkmasını sağlamıştır.

4) **Amaçlara Yönelmiş Yönetim:** Yönetimler önceden belirlenen katı kurallar yerine yönetsel yapının amaçları doğrultusundaki fiilleri ön plana çıkarmalıdır. Bu şekilde “üretkenlik, esneklik ve yenilikçilik” sağlanabilecektir.

5) **Sonuçlara Önem Veren Yönetim:** Yönetim anlayışı ve yapısı girdilerden çok çıktılara odaklanmalı ve bunları desteklemeli ve finansman sağlamalıdır. Doğal bir şekilde bunu gerçekleştirebilmek için tüm kamu işletmeciliği yaklaşımının özel bir önem atfettiği performans değerlendirme yöntem ve ölçütleri geliştirilmelidir.

6) **Müşteri Odaklı Yönetim:** Özel sektör- kamu benzeşiminin tabii bir sonucu olarak kamu kurumlarının sundukları hizmetlerden faydalanan vatandaşlar bu kurumların “müşterileri” olarak kabul edilmelidir. Bu nedenle müşterilerin ön planda tutulması, müşterilere sunulan hizmetlerin sürekli olarak iyileştirilmesi ve çıktıların müşterilerin talepleri doğrultusunda oluşturulması büyük öneme sahiptir.

7) **Girişimci Yönetim:** Yöneticilerin sadece harcama yapmaya dayalı yönetim anlayışı yerine kazanmayı da ilke edinen bir anlayışa sahip olması gerekmektedir. Yöneticiler bir şirket yönetir gibi etkinlikleri esnasında kamu bütçesini denkleme hedefinin yanı sıra kâra geçmeyi de hedeflemelidir.

8) **Uzak Görüşlü Yönetim:** Yönetim anlayışı tedavi etmekten çok önlemek hedefine yönelmelidir. Bu ilkeyi belirleyen dinamik, gelişmelere hazır ve kestirim yapabilen, bir iş olup bittikten sonra değil daha olmadan devreye girebilen bir yönetim yapısı ve anlayışıdır.

9) **Âdem-i Merkeziyetçi Yönetim:** Hiyerarşik düzen yerine katılımcı, takım çalışması odaklı, olabildiği ölçüde ve özellikle karar alma yetkisinin merkezden uzaklaştırıldığı ve devredildiği yönetim yapıları kurulmalıdır.

10) **Pazara Yönelik Yönetim:** Yönetim anlayışında koşullar ve kurallar başka ölçütler yerine direkt olarak piyasa ilişkileri tarafından belirlenmeli ve bu bağlamda düzenlemeler (regülasyon) en aza indirilmelidir.

Yönetimin yeniden icadı yaklaşımının yukarıda özetlenen ilkelerine bakıldığında aslında yeni kamu işletmeciliğinin temel önermelerinin yinelenildiği ve derinleştirildiği görülebilmektedir. Yani, yeni bir yaklaşım olarak öne çıkarılan yönetimin yeniden icadı, önceki dönemin egemen anlayışı yeni kamu işletmeciliğinin söylemlerinin daha rafine hale getirilmiş biçimini sunmaktan öteye geçememektedir (Güzelsarı, 2004: 10). Üstüner’in de ifade ettiği gibi yönetimin yeniden icadı yaklaşımı

yeni hiç bir şey icat edememektedir (2000: 24). Yeni kamu işletmeciliğinden farklılaştığı tek nokta “yönetişim” modellerinin siyasal karar alma mekanizmalarına uygulanmaya başlamasıdır. Yönetişim genel olarak devlet, özel sektör ve sivil toplum arasındaki karşılıklı etkileşim ve ilişkiler ağı olarak tanımlanabilmektedir (Clark, 2000: 3). Bayramoğlu’na göre yönetim “devletin toplumla veya diğer aktörlerle piyasa mantığı ile ilişkilenesidir” (2002: 88).

Yönetişim bağlamında, yönetimin yeniden icadı yaklaşımına göre girişimci devlet yalnızca kamu hizmetlerinin sağlanması noktasında değil ayrıca problemlerin çözülmesi için bir araya gelen özel sektör ve sivil toplum kuruluşları arasında ortaklık ve kolaylaştırıcılık ekseninde katalizör rolü üstlenmelidir. “Kürek çekmek yerine dümende oturan devlet” anlayışı siyasal karar alma yani dümen tutma ile kamu hizmeti sunma yani kürek çekme arasında bir ayırıştırma yaparak kamunun siyasal karar alma işlevini üstlenirken hizmet sunma işlevlerini ve sistemlerini özel sektöre ve/veya üçüncü sektör olarak adlandırılan kuruluşlara devretmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Siyasal karar alma mekanizmalarında ise özel sektörün ve sivil toplumun karar alma süreçlerine katılımına dikkat çekmektedir (Güzelsarı, 2004: 10). Bu nedenle yönetim anlayışının “asıl olarak piyasa aktörlerinin siyasal süreci doğrudan belirleyebildiği yeni bir yönetim tarzını ve iktidar yapılanmasını” amaçladığı söylenebilmektedir (Güzelsarı, 2004: 13).

Neoliberalizm, devletin küçültülmesi ve piyasanın güçlendirilmesinin yanı sıra devletin geri kalan mevcut yapılarında da piyasa mekanizmalarının işletilmesi yoluyla içeriden piyasalaştırılmasını öngörmektedir. Yönetişim modeliyle neoliberalizmin devletin içeriden piyasalaştırılma projesi, kamu-özel sektör-sivil toplum işbirliği modeliyle sosyal hayatın bütün alanlarını kapsayacak şekilde genişletilirken verimlilik, etkinlik, kârlılık, büyüme gibi iktisadi ölçütler sosyal hayatın bütün alanlarına nüfuz ettirilmektedir. Bu nedenle yeni kamu işletmeciliği anlayışına “katılımcılık” vurgusu katan yönetimin yeniden icadı, girişimci devlet ya da kamu yönetimi olarak adlandırılan yeni yönetim yaklaşımı önceki dönemin söylemlerini yinelemekten, derinleştirmekten öteye çok fazla geçemediği için yeni kamu işletmeciliğinin bir üst aşaması olarak nitelendirilmektedir. Başka bir ifade ile “yönetişim” söyleminin yeni kamu işletmeciliği yaklaşımından bir kopuş gerçekleştirdiğini yani kamu yönetimi alanında bir paradigma değişikliği

gerçekleştirdiğinin söylenmesi çok zordur. Yönetimin yeniden icadı yaklaşımı yeni kamu işletmeciliği anlayışının kapsamını genişleten alternatif bir öneri olarak nitelendirilebilmektedir (Güzelsarı, 2004: 10-12).

Özetle, yeni kamu işletmeciliği, girişimci devlet, post-bürokratik devlet, kamu yönetişimi, piyasa-temelli kamu yönetimi farklı kavramlarla ifade edilen yeni kamu yönetimi yaklaşımı, geleneksel kamu yönetimi anlayışını radikal bir biçimde değiştirmiş, sadece işletmecilik tekniklerinin değil aynı zamanda özel sektör değerlerinin de kamu yönetimi alanına aktarılmasını sağlamıştır. Bu bağlamda girdilerden çok çıktıların önemli olduğu, müşteri odaklılık, rekabet, şeffaflık, hesap verilebilirlik, yerellik gibi olguların ön plana çıkartıldığı, performans yönetimi, toplam kalite yönetimi, stratejik planlama gibi araçların entegre edildiği bir kamu yönetimi modeli ortaya konmuştur. Bu dönüşüm 1970’li yılların sonlarından itibaren uygulanan neoliberal politikalar bağlamında devletin değişen rolünün ve yaygınlaşan yalın üretim sisteminin kamu yönetimine yansımasıdır. Yalın üretim sisteminin toplam kalite yönetimi, hizmet alımı ve performansa göre ücretlendirme gibi temel araçları kamu kurumlarına entegre edilirken, çalışanların artan sorumluluğuna dayalı yatay örgütlenme modeli kamu yönetimine uyarlanmıştır. Müşteri memnuniyeti, rekabet, esneklik, verimlilik, etkinlik, israfın yani maliyetlerin azaltılması gibi özel sektör değerleri kamu yönetimi anlayışının temel ilkeleri halini almıştır. Daha önce ifade edildiği gibi üretim sisteminde 1980li yıllarda yaşanan dönüşüm “Neo-Taylorizm” olarak nitelendirilmektedir buna paralel olarak kamu yönetiminde egemen paradigma haline gelen yeni kamu işletmeciliğinin de temel kuramsal kaynaklarından biri neo-Taylorizmdir. Pollitt’e göre, yeni kamu işletmeciliği Neo-Taylorizm’in yükselişi olarak adlandırılabilir (1993: 53). Yani, neoliberalizmin krizden çıkış için devletin ekonomik ve toplumsal yeniden üretimdeki rolünü dönüştürme projesinin saç ayakları olan üretim sistemindeki ve kamu yönetimindeki dönüşümün benzer bir temele dayandığı, yalın üretimin de yeni kamu işletmeciliğinin de Neo-Taylorizmden beslendiği söylenebilir.

2.1.4. Yönetmel Dönüşümün Sağlık Hizmetlerine Etkisi

1970’li yıllarda kapitalizmin içine girdiği yapısal kriz, üretim alanındaki yönetimsel stratejileri buna bağılı olarak da emek denetim biçimlerini dönüştürmüştür. Üretim alanında yaşanan bu dönüşüm yeni kamu işletmeciliği yaklaşımıyla kamu sektörüne aktarılmış, kamunun özel sektör mantığına göre yönetilmesi durumunda daha etkili ve verimli olacağı varsayımıyla (Peters, 2001: 349), özel sektör değerleri ve işletmecilik teknikleri kamu yönetimi alanına entegre edilmiştir. Kamu tarafından yerine getirilen diğler hizmet alanları gibi sağlık hizmeti de değışen yönetimsel yaklaşım kapsamında dönüşmüş, devletin sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, sunumunda ve yönetimindeki rolü ve temel hizmet ilkeleri köklü bir değışime uğramıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 27).

Sağlık sektöründe yaşanan en temel değışiklik sağlık hizmetinin kamusal niteliğinin ortadan kaldırılması ya da deforme edilmesidir. Sağlık hizmetine kamusal niteliğini kazandıran devlet tarafından üretim ilişkileri alanından bağımsız ve piyasa kurallarının dışında yerine getirilmesidir. Çünkü bir hizmetin kamu hizmeti olarak nitelendirilmesi için “yönetenler tarafından örgütlenmesi ve yönetenlerin kontrolünde işlenmesi” (Karahanoğlu, 2004: 54-55) ve sermaye mantığının yani kâr-zarar hesaplaması ve etkinlik oranının dışına çıkartılması gerekmektedir (Özuğurlu, 2003: 71). Esping-Andersen (1990) tarafından “dekomodifikasyon”³² olarak kavramsallaştırılan, hizmetin piyasanın işleyişinden bağışık kılınarak meta-dışılaştırılması, söz konusu hizmetin sosyal hak olarak sunulması ile yakından ilişkilidir (Özuğurlu, 2003: 71). Bu bağlamda kamusal sağlık hizmetinin temel özellikleri şu şekilde özetlenebilir; “piyasa kurallarından, kâr maksimizasyonu ve maliyet minimizasyonu hesapları ve etkinlik oranından bağışıklık, genel bir yurttaşlık hakkı olarak sunuluyor olması, kamu otoritesinin hizmet tekeli altında bulunuyor olması” (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 23). Bu özelliklerin yanında piyasa fiyatlandırmasına karşı vergilendirme sistemiyle finansman sağlanması ve hizmetin kamu yararını önceleyen yüksek iş güvencesine sahip kadrolu memurlar tarafından yerine getirilmesi

³² “Decommodification” kavramı Türkçe’ye meta-dışılaştırma olarak çevrilirken bazı Türkçe metinlerde dekomodifikasyon olarak kullanılmaktadır.

de sağlık hizmetinin kamusal niteliğinde belirleyici olan unsurlardır (Ayman Güler, 2005’den aktaran Ünlütürk Ulutaş, 2011: 23).

Sağlık hizmetinin söz konusu özellikleri kazanarak kamusal bir nitelik alması son yüz-yüz elli senelik dönem içinde gerçekleşmiştir.³³ Kapitalist sistemde sermayenin yeniden üretimi için emek gücünün yeniden üretimi bir zorunluluktur bu nedenle sağlık hizmeti üretimi doğrudan bir meta üretimi olmamasına rağmen, meta üretimini gerçekleştiren emek gücünün sağlıklı olması için gerekli bir unsurdur. Bu sebeple, kapitalist üretimin belirli bir aşamasından sonra sağlık hizmetleri düzenli olarak topluma sunulmaya başlanmıştır (Hamzaoglu, 2009: 28). Kamusal sağlık hizmetinin köklerini 19. yüzyılın ortalarında bulmak mümkündür. 18. yüzyılın sonundan 19. yüzyılın ilk yarısına kadar “vahşi” olarak nitelendirilen her şeyin piyasanın egemenliğinde olduğu, devletin neredeyse hiç müdahale etmediğı bir kapitalist sistem varken, 19. yüzyılın ortalarından itibaren Çulhaoğlu tarafından “regüle edilmiş kapitalizm” olarak adlandırılan yeni bir döneme geçilmiştir. Bu dönemde Almanya’da, İkinci Dünya Savaşı sonrası egemen hale gelen refah devletini çağrıştıran uygulamalar ortaya çıkmıştır. Almanya’nın kapitalistleşme sürecinde geriden gelmesi ve 1848 devrimleriyle yükselen işçi hareketleri emek gücünün yeniden üretiminin sağlanması zorunluluğıyla birleşerek Bismarck’ın 1884 yılında hastalık sigortası ile Avrupa’da ilk defa sosyal sigortacılığı başlatmasında etkili olmuştur (Çulhaoğlu, 2005: 405). Almanya’dan sonra Avrupa’nın çeşitli yerlerinde de o dönemde kamusal sağlık hizmetlerinin kökeni sayılabilecek uygulamalar ortaya çıkmıştır fakat kamusal sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması ve yaygınlaşması ancak 20.yüzyılda gerçekleşmiştir.

1929 yılında yaşanan ve “Büyük Buhran” olarak adlandırılan kapitalizmin yapısal kriz ardından gelen İkinci Dünya Savaşı’nın etkisiyle derinleşmiş, krizden çıkış stratejisi olarak Keynesyen ekonomi politikaları uygulanmaya başlamıştır. Bu bağlamda devletin ekonomiye müdahale ederek sermaye birikim sürecinin önünü açıcı bir işlev üstlenmesi gerekliliğinden yola çıkılarak devletin sermayenin kârlı görmediğı için yatırım yapmak istemediğı ancak bir taraftan da sermaye akışının gerçekleşmesi için gerekli olan alt yapı alanlarına yatırım yapması gündeme getirilmiştir. Bu alanlar

³³ Kamusal sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi için bakınız: Akkaya, 2006; Çulhaoğlu, 2005; Leys, 2014; Ünlütürk Ulutaş, 2011.

özellikle büyük sermaye yatırımları gerektiren yoğunlukla üretim araçları üretiminde yoğunlaşan sektörler ve toplumsal yeniden üretimi sağlayacak eğitim, sağlık, konut ve sosyal güvenlik gibi sektörlerdir. Bu kapsamda savaş sonrası dönemde bir taraftan üretim araçları üretimini bir taraftan da toplumsal yeniden üretimi üstlenerek devlet, sermayenin ihtiyaç duyduğu üretimin temel girdilerinin (hammadde, malzeme, makine ve emek) sağlanması işlevini yerine getirmiştir (Belek, 2016: 272).

Kamunun emek gücünün yeniden üretimine yönelik politikaları uygulayabilmesi, üretilen artı değerın bir kısmının bu amaca yönelik ayrılmasını gerektirmektedir. Bu anlamda sosyal refah devleti ancak kapitalist genişlemenin mümkün olduğu dönemlerde ortaya çıkabilmektedir. Kâr oranları artan sermaye için kaldırılabilir kabul edilen bu durum özellikle iç piyasaya yönelik üretim koşullarında talep artırıcı bir işleve sahip olduğu için sermayenin işine gelmektedir. Bilimsel teknolojik gelişmeler ve Fordist yönetim tekniklerinin sağladığı artan ortalama kâr oranları sayesinde İkinci Dünya Savaşı sonrasında kapitalizm, bir genişleme dönemine girmiştir. Ekonomik genişlemenin ve uygun uluslar arası konjonktürün (reel sosyalizmin varlığı ve görece kapalı ekonomilere dayalı düzen) mümkün kıldığı refah devleti uygulamaları, sermaye ve işçi sınıfı arasında görece bir uzlaşma yaratmış, böylece ekonomik, toplumsal ve siyasal boyutlarıyla kapitalizmin istikrara kavuştuğu bir dönem başlamıştır.

Bu bağlamda İkinci Dünya Savaşı sonrasında hemen hemen tüm ülkelerde sağlık hizmeti sosyal hak olarak tanınmış bunda 1948 yılında hazırlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin de önemli etkisi olmuştur. Bildirgenin 25. maddesine göre sağlık hizmeti almak bir insan hakkı olarak tanımlanmıştır. Bu kapsamda ülkeden ülkeye refah devleti uygulamaları değişmekle birlikte pek çok ülkede kamusal sağlık hizmetleri kurumsallaştırılmıştır. Sosyal sigorta ya da genel vergi sistemi üzerinden finanse edilen ve tüm vatandaşları ya da çalışanları, kadınları, çocukları ve yaşlıları kapsamına alan kamusal sağlık hizmetleri,³⁴ sağlığı piyasa ilişkilerinden belirli oranlarda bağımsız kılarak meta-dışlaştırmıştır.

³⁴ Sağlık hizmetleri Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) tarafından finansman yöntemlerine göre Beveridge modeli, Bismarck modeli ve özel sağlık sigortası olarak adlandırılan üç modele ayrılmaktadır. Beveridge modeline göre sağlık hizmetleri genel vergiler aracılığıyla finanse edilirken, Bismarck modeline göre sağlık hizmetleri çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primlere dayalı sosyal sigorta aracılığıyla finanse edilir. Özel sağlık sigortası modeli ise isminden anlaşıldığı üzere sağlık hizmetlerinin özel sigortalar aracılığıyla finanse edildiği sistemdir. Beveridge modeli

1970’li yıllara gelindiğinde daha önce ifade edildiği gibi kapitalizm yapısal bir krizin içine girmiş böylece kapitalizmin *Altın Çağı* olarak nitelendirilen Keynesyen Refah Devleti dönemi sona ermiştir.³⁵ Krizden çıkış stratejisi olarak uygulanmaya başlanan neoliberal politikalar kapsamında, Keynesyen Refah devleti döneminde meta-dışlaştırılan yani kamusal bir nitelik kazanan sağlık hizmetleri, meta ilişkileri dışına çıkartılan diğer mal ve hizmetler gibi yeniden metalaştırılmaya çalışılmıştır. Cerny’nin ifadesi ile devlet, Keynesyen dönemde artan dekomodifikasyon yani meta-dışlaştırma işlevini terk ederek, erken kapitalizm döneminde olduğu gibi tekrar metalaştırma ajanına dönüşmüştür (1990: 230) böylece kamu tarafından üstlenilen hizmetler metalaştırma yoluyla sermayenin yeniden değerlendirme alanları haline gelmeye başlamıştır (Güzelsarı, 2012: 35). Bu bağlamda sağlık hizmetleri, Harvey’in “gasp yoluyla sermaye birikimi” olarak ifade ettiği şekilde zor kullanılarak sermaye için yatırım alanına dönüştürülmüş, içerdiği değerlerin sömürülmesine imkân sağlanmıştır. Harvey’e göre sosyal güvenlik, sağlık gibi sosyal hakların özel sermayenin avucuna bırakılması neoliberalizm kapsamında yürütülen en korkunç gasp politikalarından birisidir (2003a: 148).

Sağlık sektörü kendine has özellikleri dolayısıyla 1970’li yıllarda kârlılık krizine girmiş sermayenin, Loepky’nin deyişiyle, dinmek bilmeyen bir açlıkla saldırdığı bir alandır. Sağlık sektörü “kârın sınırsızmış gibi görüldüğü” bir alandır. “Ne toplumların sahip olması gereken sağlık düzeyi için bir tavan, ne de teşhis ve tedavi (tercihen uzun tedaviler) gerektiren hastalıklar icat etme konusunda bir kısıtlama var. Üstelik, sağlığın bir insani ihtiyaç olarak görülmesine karşı kimsenin bir diyeceği yok ve sağlıklı olmak da genellikle bir hak olarak tanımlanıyor” (2014: 75). Bu nedenle sağlık sektörü sıra dışı boyutlara ulaşan kâr oranlarıyla sermayenin iştahını kabartan alanlardan birisidir, Belek’in de ifade ettiği şekliyle sağlık hizmetinin ikame edilemezliği ve gereksinim olarak ortaya çıktığında ertelenemezliği sağlık rantı oluşturur, sağlık rantı da sermayeye ortalama kâr oranlarını artırma imkânı

Birleşik Krallık’taki Ulusal Sağlık Hizmeti ile özdeşleştirilirken, Bismarck modeli Almanya’daki Sosyal Sigorta Sistemi ile özdeşleştirilir. Özel sağlık sigortası sistemi de Amerika Birleşik Devletleri’nin sağlık sistemi ile özdeşleştirilmektedir. Modeller hakkında ayrıntılı bilgi için bakınız: Judge, 1988; Lameire, Joffe ve Wiedemann, 1999; Tatar, 2011.

³⁵ Refah devleti ve refah devletinin dönüşümü ile ilgili ayrıntılı tartışmalar için bakınız: Barr, 2020; Castles, Leibfried, Lewis, Obinger ve Pierson, 2012; Esping-Andersen, 1990; Gough, 1979; Jessop, 2002; Leibfried ve Mau, 2008; O’Connor, 1973; Offe, 1984; Pierson, 1994; 1996; 1998; Pierson ve Castles, 2006; Rothstein ve Steinmo, 2016; Spicker, 2000.

tanınmaktadır (2016: 74), yüksek kâr oranları da sermayenin yatırım yapmak için sağlık alanına üşüşmesine neden olmaktadır (Loeppky, 2014: 76). Bu nedenle Leys'e göre, sağlık alanının yeniden inşası 1970'lerde ortaya çıkan neoliberal karşı devrimin en kilit unsurlarından birisidir. Neoliberalizm, kamu sağlık hizmetlerini yeniden metalaştırma projesine girilerek bu kârlı sektörü özel sermayeye bir birikim alanı haline getirmiştir (2014: 33-38).

Kamusal sağlık hizmetlerini piyasada alınıp satılabilecek metalara dönüştürme yani yeniden metalaştırma eğiliminin arkasında yatan iki temel düşünce giderlerin kısılması ve verimliliğin artırılmasıdır (Leys, 2014: 33). Bir önceki bölümde bahsedildiği gibi, 1970'lerden itibaren hâkim kamu yönetimi anlayışı haline gelen Yeni Kamu İşletmeciliği yaklaşımı kapsamında temel hedef verimlilik, etkinlik ve etkililiğin kamu sektöründe sağlanmasıdır. Yeni Kamu İşletmeciliği bu temel ilkeler kapsamında tüm kamu yönetimi sisteminin yeniden örgütlenmesini hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerinin de bu ilkeler kapsamında yeniden inşası Dünya Bankası (World Bank, 1993: 112) tarafından "sağlık krizi" olarak nitelendirilen gittikçe artan sağlık harcamalarının³⁶ ve verimsiz ve etkin olmayan hizmet sunumunun önüne geçilmesini sağlayacaktır. Bu bağlamda gelişmiş kapitalist ülkelerde sağlık alanında "reform" olarak adlandırılan köklü değişiklikler gündeme gelmiş ve Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankası (DB) gibi uluslararası kuruluşlar yapacakları yardım ve verecekleri kredileri bu reformların uygulanması koşuluna bağlayarak reform programlarının bir çok ülkeye yaygınlaştırılmasını sağlamıştır.

Her ülke farklı ekonomik yapı ve gelişmişlik düzeyi ile farklı sağlık sistemlerine sahip olmasına rağmen, Dünya Bankası, yaşanan "sağlık krizine" karşı tüm ülkelerin içeriğini âdem-i merkeziyetçilik ve özelleştirme olarak iki ana başlıkta topladığı benzer "reform reçetelerini" uygulayarak, sağlık sistemlerinin etkinlik ve etkililiğini artıracaklarını, hakkaniyet ve hasta memnuniyetini sağlayacaklarını öne sürmüştür. Dünyanın neredeyse her yerinde benzer yol ve araçlar kullanılarak sağlık hizmetlerinin "reform" edilmesi Hamzaoglu'na göre "Sağlık Reformu Pandemisi",

³⁶ İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde sağlık harcamaları ciddi oranlarda artmıştır. Özellikle gelişmiş kamusal sağlık hizmetlerine sahip merkez kapitalist ülkelerde sağlık harcamalarının ulusal gelir içindeki oranı yüzde 10'u aşarken, savunma ve eğitim harcamalarının bile üzerine çıkmıştır. Bu artışın arkasındaki nedenler kamusal sağlık hizmetinin yaygınlaşması ve her geçen gün gelişen tedavi imkanları tarafından koşullanan talep, yaşanan nüfus ve tıbbi teknolojideki gelişmeler olarak kabul edilmektedir. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Belek, 2016; 278-291.

olarak nitelendirilebilir çünkü bir çok ülkeye yayılmış, çok sayıda insanın ölümüne yol açmış, bulaşıcı hastalık veya tıbbi durumlara verilen pandemi ismi gibi benzer sağlık reformları da ülkeden ülkeye yayılmış benzer sonuçlara yol açmıştır. Fakat sağlık reformu pandemisinin dünya tarihinde yaşanmış diğer pandemilerden farkı etkeninin Dünya Bankası tarafından laboratuvar koşullarında geliştirilmesi ve onun tarafından tüm dünyaya bulaştırılmasıdır (2011: 27).

Sağlıkta “reform” olarak adlandırılan değişiklikler, küçük çapta ya da evrimsel olarak gerçekleştirilen değişiklikler değildir, yapısal bir değişikliğe işaret etmektedir. Hükümetlerin politika hedeflerindeki değişimi ifade eden, bir kereliğine veya rastgele gerçekleştirilmeyen planlı, uzun süreli ve sürdürülebilir niteliğe sahip değişikliklerdir (World Health Organization, 1997’den aktaran Belek, 2016: 304). Yeni Kamu İşletmeciliği anlayışı bağlamında temel hedefleri giderlerin azaltılması, kaynakların daha verimli kullanılması ve yeni kaynaklar yaratılması olarak özetlenebilecek reformlar kapsamında sağlık sistemlerinin finansmanı, organizasyonu ve yönetimi köklü değişikliklere uğramıştır. Bu değişiklikler sonucu sağlık alanı piyasacı bir anlayışla yeniden metalaştırılarak, sağlık hizmetinin kamusal niteliğini ortadan kaldırılmış ya da deforme edilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması başka bir ifade ile kamusal olanla piyasaya ait olan arasındaki ayrımın silikleşmesi olarak nitelendirilen bu süreçte gerçekleştirilen değişiklikler şu şekilde özetlenebilir;

- 1) Sağlık harcamalarının finansmanında kamunun (vergi ve sigorta primleri) payı azaltılırken, özel sigorta sistemlerinin, ek ödemelerin ve cepten ödemelerin payı ciddi oranda artırılmıştır. Bazı tedavi ve uygulamalar (dış ve optik hizmetleri gibi) kapsamdan çıkartılarak kamusal sağlık sigortalarının kapsamı daraltılmıştır. Finansmanı vergi dışına taşımak için zorunlu sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır.
- 2) Alıcı-tedarikçi ayrımı olarak adlandırılan sağlık hizmetlerinin finansmanı ile hizmet sunanların ayrıştırılması sonucu sağlık alanında bir “iç piyasa” ya da “yarı-piyasa” oluşturulmuştur. Sağlık hizmetinin finansmanı esas olarak yine kamuda kalırken kamuya ve özel sektöre mensup hizmet sunucuları birbiriyle rekabet etmektedir. Oluşturulan iç piyasada birbirleriyle rekabet edebilmeleri için kamu sağlık sunucularına (hastane

vb.) özerklik sağlanarak her biri kendi adına kâr-zarar eden birer işletme haline getirilmiştir.

- 3) Alıcı-tedarikçi ayrımı sağlıkta fiyatlandırma sistemine geçilmesine neden olmuştur. Her hizmet kaleminin ve işlemin ayrı ayrı ücretlendirilmesi taşeronlaşmaya giden yolu açmıştır. Başlangıçta yemek, temizlik, güvenlik gibi destek hizmetleriyle sınırlı olan taşeronlaştırmanın kapsamı gün geçtikçe genişlemiş görüntüleme, laboratuvar gibi tıbbi hizmetler de taşeronlaştırılmaya başlamıştır.
- 4) Doğrudan özelleştirmeler yoluyla kamu hastaneleri özel yatırımcılara satılmıştır. Kamu kurumlarında özel klinikler açılmış, kamu hastanelerindeki bazı yataklar özel kullanıma tahsis edilmiştir.
- 5) Kamu özel ortaklıkları kapsamında sağlık tesislerinin yapımı ve yenilenmesi özel sektör tarafından gerçekleştirilmeye başlamıştır. Özel yatırımcı aynı zamanda bazı hizmet kalemlerini de (temizlik, bakım, yemek vb.) üstlenmektedir.
- 6) Âdem-i merkeziyetçiliğin yaygınlaştırılmasıyla sağlık alanındaki bürokrasinin azaltılması, hiyerarşik örgütlenme yerine yatay örgütlenmenin sağlanması amaçlanmıştır. Bu bağlamda sağlık hizmeti sunan kurumlar özerkleştirilirken, aile hekimliği sistemiyle birinci basamak sağlık hizmetleri kişiye yönelik ve hekim temelli hale getirilmiş, sağlık bakanlıkları hizmet sunma işlevlerinden arındırılarak sadece “düzenleyici” kurumlara dönüştürülmüştür.
- 7) Özerk kurumlar halini alan hastaneler profesyonel hastane yöneticileri tarafından yönetilmeye başlamıştır ve Toplam Kalite Yönetimi, Performansa Göre Ücretlendirme, Stratejik Plan gibi özel sektör yönetim teknikleri sağlık alanına entegre edilmiştir.
- 8) Sağlık hizmetleri istihdamında esnek çalışma biçimleri yaygınlaştırılmış, özellikle hekim ve hemşirelik hizmetleri sunumunda ara emek gücü kullanımı artırılmıştır.
- 9) Hastaların sağlık hizmetinin “tüketicisi” olarak kabul edildiği ve bireysel seçimlerini önceleyen bir hizmet anlayışına geçilmiştir. “Tüketici” birbirleriyle rekabet eden hizmet sunucuları ve hekimler arasından (kamu

ve özel sektör sunucuları) kendilerine en yüksek faydayı sağlayacak birini seçebilmektedir (Belek, 2016: 319-421; Hermann, 2014: 147-157).

Hayata geçirilen reformlara bakıldığında yeni kamu işletmeciliğinin kamu yönetimindeki dönüşüm dinamiklerine paralel bir dönüşümün sağlık hizmetlerinde gerçekleştiği görülmektedir. Reformlarla birlikte yeni kamu işletmeciliğinin temel ilkeleri olan özel sektör yönetim tekniklerinin kamu kurumlarına uygulanması, çıktı odaklı değerlendirme, performansa göre ücretlendirme, rekabet, tüketici memnuniyeti, kalite ve âdem-i merkezileşme gibi ilkelerin (Bakınız: Tablo 1) sağlık alanına tamamıyla entegre edilirken, neoliberalizmin kürek çeken değil dümen tutan devlet anlayışına uygun olarak kamunun hizmet sunum sürecinden çekilmesiyle bu alanda özel sektöre bir birikim alanı yaratılmaktadır. Panitch ve Leys, bu süreci kamusal sağlık hizmetlerinin “Amerikanlaştırılması” olarak kavramsallaştırmaktadır çünkü özel sağlık sigortasına dayalı Amerikan sağlık sistemine benzer şekilde devlet öncülüğünde yürütülen piyasalaştırma yoluyla özel sermaye kamu sağlık sektörüne acımasızca nüfuz etmeye başlamaktadır. Böylece refah devleti döneminde “business” ve “ekonomi” sınıfı kabinlerin bulunmadığı bir alan haline getirilen hastane ve her türlü sağlık kurumu, neoliberal piyasalaştırma siyaseti kapsamında özel sermaye lehine dönüştürülmektedir (2014: 10-11). Doğrudan ya da kısmi özelleştirmeler yoluyla gerçekleştirilen bu süreç özellikle 1990’lı yılların sonundan itibaren kamu özel ortaklıkları yoluyla sürdürülmektedir. Güzelsarı’nın ifade ettiği gibi kamu özel ortaklığıyla birlikte sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması süreci daha da derinleştirilmektedir (2012: 31). Çalışmanın konusu olan şehir hastaneleri de giriş bölümünde ifade edildiği gibi kamu özel ortaklığı projesi olarak hayata geçirilmektedir ve piyasalaşmanın Türkiye sağlık hizmetleri alanındaki ileri bir aşaması olarak kabul edilmektedir.

2.2. MEKÂNSAL DÖNÜŞÜM

2.2.1. Mekânın Üretimi

Sosyal bilimlerde “mekân” kavramına yönelik ilgi 1960’lı yılların sonlarında artmış ve mekâna yönelik tartışmalar sosyolojiden ekonomiye uzanan bir çok alanın

merkezinde yer almıştır. Gough’a göre, mekâna yönelik ilginin artışı 1970’li yılların başlarında ortaya çıkan kapitalizmin yapısal krizine denk düşmektedir. Söz konusu kriz, kapitalist sanayileşmenin oldukça uzun dönemli toplumsal ve mekânsal pratikleri üzerinde etkili olmuş ve onlara yeni bir biçim vermiştir. Mekânın incelenmesine yönelik artan ilgi, mekânın kendisinin ne olduğuna dair bir tartışma başlatmıştır. Bu tartışmanın merkezinde toplum, üretim ve mekân arasındaki ilişki yer almaktadır. Bu tartışma içerisinde mekânın toplumsal ilişkilerin pasif bir yansıması veya kabı olmadığı tam tersi toplumsal ilişkilerin etkin bir ögesi olduğu yönündeki değerlendirmeler ön plana çıkmıştır (2006: 14-21).

Mekânın toplumsal ilişkilerin etkin bir bileşeni olduğu düşüncesi mutlak mekân-görece mekân ikiliğinin aşılaraq toplum ve mekânın karşılıklı yeniden üretildiklerini ve birlik sergilediklerini gösterme çabası içerir. Mutlak mekân, mekânın geleneksel algılanışdır yani nesnelerin ve süreçlerin konumlandığı boş bir alan ya da kaptır. Mutlak mekân doğası itibariyle verili bir gerçekliktir yani her türlü nesne ve insan pratiğinden bağımsızdır. Görece mekân ise, bilinçli insan eylemlerinin ve toplumun ürünüdür. İnsanlar ve toplumsal pratikler, mutlak mekânın içerisinde fakat ondan ayrı bir mekân oluştururlar. Her toplum farklı mekânlar yaratır bu sebeple görecedir toplumdan topluma değişir. Mutlak mekân anlayışı, mekânı hiçbir dışsal şeyle ilişkisi olmayan, boş bir hazne gibi algılamak, görece mekân anlayışı mekânı kendisini üreten toplumsal olgu ve pratiklere indirgemektedir (Kars Kaynar, 2015: 19).

İlk olarak Lefebvre tarafında kullanılan “mekânın üretilmesi” kavramı ile mekânın ve toplumun karşılıklı olarak birbirlerini yeniden ürettikleri ortaya koyularak mutlak mekân-görece mekân ikiliğinin ötesine geçilmiştir. Mekânın üretilmesi kavramı, mekânın hem toplumsal ilişkilerin bir ürünü hem de üreticisi olduğunu ortaya koymaktadır. Başka bir ifade ile, Lefebvre’ye göre mekân toplumsal ilişkilerin yaratıcısıyken aynı zamanda toplumsal ilişkilerin sonucudur yani Lefebvre, mekân konusunda diyalektik bir bakış açısı geliştirmiştir. Buradan hareketle her toplumun, her üretim tarzının kendi mekânını ürettiğini ortaya koymaktadır (Doğan, 2007: 98). Yani, her üretim tarzı kendi özgül toplumsal ilişkileriyle birlikte kendi mekânını üretmektedir (Lefebvre, 2014: 28). Kapitalizm de sermaye birikim koşullarının gereksinimlerine göre kendine özgü bir mekân düzenlemesi yaratmıştır çünkü mekânın toplumsal üretim ilişkilerinin yeniden üretiminin yeri olması nedeniyle

kapitalizmin kendisini yeniden üretirken mekânı da bir bütün olarak yeniden üretmesi gerekmektedir (Kars Kaynar, 2015: 24).

Kapitalizm, her girdiği birikim krizinde temel unsurları aynı kalmakla birlikte yeniden örgütlenmek zorunda kalmıştır. Krizleri aşmanın en önemli gerekliliklerinden biri üretimin oluşan yeni koşullara göre yeniden örgütlenmesidir. Bu durum da mekânsal olarak yeni organizasyonları gerektirmektedir. Başka bir ifade ile, üretim yeniden örgütlenirken yeni mekânsal organizasyonlar gerektirmektedir bu nedenle kapitalizmde yaşanan her yeniden örgütlenme kendi özgül mekânsal dinamiklerini ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda hem Fordist üretim hem esnek üretim örgütlenmesi kendilerine özgü farklı mekânsal organizasyonlar oluşturmuştur. Böylece, kapitalizm egemen birikim modelinin gereksinimleri doğrultusunda mekânları düzenleyerek hem kendisini yeniden üretmektedir hem de mekânları yeniden üretmiş olmaktadır. Yani kapitalizm ve mekân karşılıklı olarak birbirlerini yeniden üretmektedir. Harvey'in ifadesi ile, sermaye belli bir momentte kendi koşullarına uygun mekânsal düzenleme oluşturur fakat bir zaman sonra bu mekânsal düzenleme sermaye birikiminin gereksinimlerini karşılayamamaya başlar ve eskimiş mekânsal düzenleme krizlerle birlikte yıkılır (2003b: 262). Ancak takip eden yeni mekânsal düzenleme her zaman eskisinden bütünüyle farklı bir yapı sergilememektedir. Yeni üretim tarzı önceden var olan, önceden şekillenmiş olan mekâna nüfuz etmekte ve onu kendi amaçlarına göre düzenlemektedir. Bu nedenle yeni düzenlemeler devraldıkları mekânsal örgütlenmelerle tarihsel biçimler ve yapılar açısından süreklilikler gösterebilmektedir fakat bazı durumlarda da eski düzenlemeleri alt üst edebilmektedir (Lefebvre, 2014: 28).

Lefebvre, sermayenin mekânları kendi gereksinimleri doğrultusunda düzenlemesini, “mekânın enstrüman olarak kullanılması” şeklinde kavramsallaştırmaktadır (2014: 16). Sermaye, mekânı kârlılığını maksimize edecek bir araç olarak görmektedir. Bu nedenle günümüzde her türlü mekânsal yapılanma ekonomik rasyonelliğin belirleyici etkisi altındadır (Yırtıcı ve Uluoğlu, 2004: 44). Neoliberalizm de son otuz yıldır bütün dünyada mekânları kapitalizmin özgül gereksinimleri doğrultusunda benzer bir kurgu içerisinde dönüştürme çabasına girişmiştir.

2.2.2. Mega Projeler

Neoliberal kalkınma stratejisinin en önemli saç ayaklarından biri literatürde “mega projeler” şeklinde kavramsallaştırılan büyük ölçekli projelerin ön plana çıkartılması ve sürdürülmesidir. Kapitalist birikim stratejisinin bu aşamasında küresel kapitalizmin cazibe merkezleri haline gelen büyük kentlerde mega projeler (havalimanları, alışveriş merkezleri, hastaneler vb.) sermaye birikiminin temel lokomotifine haline gelmiştir (Harvey, 1989; Brenner 1998; 2004). Büyük ölçekli projeler neoliberal dönemde ortaya çıkan bir olgu değildir. Kapitalizmin erken dönemlerinden itibaren özellikle Fordist dönemde büyük ölçekli altyapı yatırımları gerçekleştirilmiştir fakat “eski tip mega projeler” olarak adlandırılan bu yatırımlar kamu tarafından başlatılan ve finanse edilen, kamu yararı amacı güden projelerdir (Kennedy, 2015: 166). “Mega projelerin yeni jenerasyonu olarak” tanımlanan projeler ise genellikle kamu özel ortaklığı modeliyle finanse edilen ve uluslararası sermayeyi çekme amacı taşıyan projelerdir (Díaz Orueta ve Fainstein, 2008: 706).

Mega projelerin kullanım sıklığının ve büyüklüğünün her geçen gün artması *The Economist* dergisinde “tarihin en büyük yatırım patlaması” başlığıyla yer almıştır. Dergiye göre, tarihin hiçbir döneminde büyük ölçekli altyapı yatırımlarının küresel gayri safi hasılaya oranı bu kadar yüksek olmamıştır (2008: 80). McKinsey Global Enstitüsü’nün yayınladığı rapora göre küresel büyük ölçekli altyapı yatırımları için 2013-2030 yılları arasında 62 trilyon ABD doları harcama yapılacağı tahmin edilmektedir. Yıllık ortalama 3,4 trilyon ABD dolarına denk gelen bu miktar yıllık küresel gayri safi hasılanın yaklaşık yüzde dördüne eşittir (2013: 3). Bu bağlamda Flyvbjerg, son dönemde yapılan projelere bakıldığında “tera projeler çağına” girdiğimizi ifade etmektedir çünkü ekonomik anlamda kullanımına bakıldığında mega, milyon dolarlık projeleri tanımlamak için kullanılmaktadır fakat artık milyar dolarlık hatta trilyon dolarlık projeler gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla son dönemdeki projeleri “giga projeler” (milyar dolarlık) ve “tera projeler” (trilyon dolarlık) diye tanımlamak daha doğru olmaktadır (2014a: 7).

Mega projelerin neoliberal dönemde birikim stratejisinin en önemli saç ayaklarından biri haline gelmesinin en temel nedeni uluslararası sermayenin daha çok uluslararası ihaleler için yatırım yapmak istemesidir. İhalelerin uluslararası nitelik

kazanması için çok uluslu inşaat şirketlerinin ilgisini çekmesi gerekmektedir bunun için de projelerin ölçeklerinin büyük olması gerekmektedir. Uluslararası yatırımcılar ve kreditorler ancak böyle ihalelere borç vermek istemektedir. Ayrıca uzun ve zor sözleşme yazma süreci, yüksek işlem maliyetleri, projeler için gereken yasal düzenlemeler gibi zorluklar büyük ölçekli projeler için daha kolay göze alınabilmektedir. Neoliberal dönemde projeler daha çok özel finansman ile gerçekleştirilmektedir ve özel sektör yatırımlardan hızlı geri dönüş almak istemektedir bu da büyük ölçekli projelerde daha kolay gerçekleşmektedir (Gellert ve Lynch, 2003: 22). Ayrıca Harvey'e göre, bina, yol ve diğer altyapıya yapılan büyük ölçekli yatırımlar, kapitalist sisteme krizleri ortadan kaldırma mekanizması sunmaktadır. Büyük ölçekli yatırımların iki benzersiz özelliği vardır; inşaat maliyetleri çok yüksektir ve yapılan harcama ile ortaya çıkan yatırımın geri dönüşü yıllara yayılmaktadır. Örneğin bir kültür kongre merkezinin inşası 80 milyon ABD dolarına mal olabilir ve yatırımcılar uzun yıllar boyunca yapılacak etkinliklerden kira geliri elde edebilir. Ekonomik krizin başlangıç aşamalarında sermaye, yatırımlarını üretim sektöründen coğrafi alanda uzun dönemli sabit sermaye yatırımlarına kaydırmaktadır çünkü büyük ölçekli altyapı yatırımları, sermaye fazlasını sabitleştirerek ekonomik krizin geçici olarak defedilmesini sağlamaktadır (Castree, 2018: 410).

Mega projelerin ön plana çıkmasında pozitif yayılma etkileri³⁷ ve ölçek ekonomisinin sağlayacağı verimlilik artışları da önemli rol oynamaktadır. Mega projelerin sahip olduğu en önemli pozitif yayılma etkisi inşa edildikleri yerlerin etrafında rant merkezleri oluşturmalarıdır. Ölçek ekonomisi ise en genel anlamda firma ölçeğinin (yani üretim miktarının veya firma büyüklüğünün) değişmesine bağlı olarak sağlanan ekonomik kazançlardır (Yiğitbaşı ve Atabey, 2001: 184). Ölçek ekonomisi, bir firmanın optimum üretim ölçeği büyüklüğüne bağlı olarak ortaya çıkmakta ve ona göre tanımlanmaktadır.

Firmaların üretim ölçeği büyüdükçe birim maliyetlerin azalmasını sağlayan ölçek ekonomileri reel ve parasal ölçek ekonomileri olarak ikiye ayrılmaktadır. Reel ölçek ekonomileri üretim ve hizmet sunumunda ortaya çıkan ölçek ekonomileridir. Üretimde ölçek ekonomisi işbölümü ve uzmanlaşma, stok ve teknoloji avantajları yoluyla sağlanmaktadır. Firma ölçeği büyüdükçe işbölümü ve uzmanlaşma

³⁷ Positive spill-over effect

artmaktadır böylece verimlilik yükselmektedir. Ayrıca firma ölçeğinin büyümesi gerekli stok miktarını düşürürken ölçeğin büyütülmesi için kullanılan yeni teknolojiler birim maliyetlerin düşmesini sağlayabilmektedir (Pratten, 1971'den aktaran Koçak, 2018: 43). Hizmet sektöründe ölçek ekonomisine göre bir hizmetin sunum ölçeği büyüdükçe hizmetin birim maliyeti düşmekte ve hizmet idari yetki ve sorumluluk alanı daha geniş olan merkezden sunulduğunda yani hizmet sunumu merkezileştiğinde daha rasyonel hale gelmektedir (Evans, 2011). Örneğin satış-pazarlama sektöründe firma büyüklüğünün artması birim başına reklam maliyetlerini azaltırken, yönetim alanında firmanın ölçeğinin büyümesi birim başına düşen sabit yönetim maliyetlerini düşürmektedir. Parasal ölçek ekonomileri ise firmaların ölçekleri büyüdükçe her türlü mal ve hizmet alımında avantajlar elde etmesidir. Firmalar büyüdükçe pazarlık güçleri artmaktadır ya da bankalardan daha düşük faizle kredi alabilmektedir (Pratten, 1971'den aktaran Koçak, 2018:43).

Ölçek ekonomisi, Fordizm'i niteleyen en önemli özelliklerden birisidir. Fordist üretim, ölçek ekonomisi ve merkezileşme üzerine temellenen kitlesel üretimin gerçekleştiği büyük ölçekli üretim mekânlarına dayanmaktadır. Kitlesel üretim, belirli bir ürünün çok sayıda üretilmesi anlamına gelen büyük ölçekli üretimden farklıdır. Kitlesel üretim standart ürünlerin büyük ölçekli üretimidir. Ürün standartlaşması ile verimlilik artırılmaktadır. Fordist üretimin ölçek ekonomisi, dikey birleşmeyi yani üretimin ardarda gelen evrelerinin ve dağıtımın tek bir firmanın kontrolü altına girdiği süreci desteklemektedir. Dikey birleşmede, üretimin farklı evreleri arasında hiyerarşik bir yapı bulunmaktadır. Esnek üretim ise ürün çeşitliliğine dayanan, üretimin birbirinden ayrı, uzmanlaşmış aşamalara bölündüğü ve bu aşamaların birbirine dışsallaştırılarak farklı üretim mekânlarına taşındığı bir sistemdir. Başka bir ifade ile dikey ayrışmaya dayanan esnek üretimde daha önce tek bir firma içinde gerçekleştirilen üretim süreci parçalanır ve mekânsal olarak ayrıştırılır. Fordist üretimin mekânsal organizasyonu olan büyük ölçekli, dikey birleşmeye dayalı üretim mekânları, esnek üretimde yerini küçük ölçekli, dikey ayrışmaya dayalı mekânsal örgütlenme biçimlerine bırakmıştır (Kars Kaynar, 2015: 70-77).

Neoliberal dönemde birikim stratejisinin belkemiğini oluşturan mega projeler, esnek üretimin dayandığı küçük ölçekli, üretimin parçalandığı ve mekânsal olarak ayrıştırıldığı örgütlenme biçimlerinden farklı olarak merkezileşmeye ve ölçek

ekonomisine dayanmaktadır. Yani bir taraftan üretim aşamalara bölünerek ve mekânsal olarak ayrıştırılarak ademi merkezileşmeye ve yatay örgütlenme biçimlerine dayanan küçük ölçekli işletmeler ortaya çıkarken, bir taraftan da uluslararası sermayenin cazip bulacağı büyük ölçekli, merkezileşmeye dayanan mekânsal örgütlenmeler ön plana çıkmaktadır. Mega projeler, Fordizmin dayandığı standart ürün ve hizmetlerin büyük ölçekli üretiminden farklı olarak çeşitli ürün ve hizmetlerin büyük ölçekli üretimine dayanmaktadır. Dolayısıyla mega projeler ölçek ekonomisinin yanında kapsam (alan) ekonomisine de dayanmaktadır. Kapsam ekonomisi çok çeşitli ürün veya hizmetlerin birlikte, büyük hacimlerde üretimi yoluyla daha az maliyetle ve daha hızlı üretilmesidir. Başka bir ifade ile, değişik ürün ya da hizmet gruplarının her birinin uzmanlaşmış farklı işletmeler tarafından üretilmesi yerine tek bir işletme tarafından eş zamanlı olarak üretilmesiyle maliyetlerin azaltılmasıdır (Gao ve Featherstone, 2008: 418).

Mega projelerin karar alıcılar tarafından her geçen gün daha da çok tercih edilmesinin ekonomik nedenleri dışında literatürde teknolojik, politik ve estetik başlıklarıyla kategorize edilen nedenleri şunlardır; teknoloji geliştikçe daha büyük projelerin yapılabilir olması, “en büyüğü” yapma motivasyonunu beslemektedir (Frick, 2008: 239). Flyvbjerg’e göre politikacılar için mega projeler medyanın ve kamuoyunun dikkatini çekmeyi kolaylaştırmaktadır ve yeniden seçilme potansiyelini yükseltmektedir. Bir siyasetçinin hem medyada hem de kamuoyunda dikkat çekmesi için büyük ölçekli bir projenin açılış kurdelesini kesmekten daha etkili yapacağı çok az şey vardır. Büyük projeler siyasetçilerin “abidesi” haline gelmekte ve sonraki kuşakları da etkilemeyi sağlamaktadır. Son model mimari tasarımlarla gerçekleştirilen ve devasa binalar ve projeler insanların estetik anlayışlarına hitap etmektedir. İnsanlar böyle binalarda hizmet almaktan mutlu olmaktadır (2012; 2014b). Fakat günümüzde mega projelerin de dahil olduğu her türlü mekânsal yapılanma kapitalist ekonomik rasyonalite çerçevesinde üretilmektedir çünkü daha önce ifade edildiği gibi mekânsal biçimlenişler üretim ilişkileri tarafından belirlenen ürünlerdir. Dolayısıyla mekânsal düzenlemeleri biçimlendiren bu bağlamda mega projeleri ortaya çıkaran diğer sebepler, mekânı kârlılığı maksimize edecek bir araç olarak gören kapitalist mantığın belirleyici etkisi altındadır.

2.2.3. Emeğin Denetimi ve Mekân

Lefebvre'ye göre ekonomik ve toplumsal ilişkilerin ürünü olan mekânsal düzenlemeler, egemen sınıflar tarafından çok amaçlı bir enstrüman olarak kullanılmaktadır. Bu çok amaçlı enstrüman emekçi sınıfı dağıtma, belirli yerlere bölüştürme, kurumsal kurallar yoluyla mekân içinde çeşitli akışlar düzenleyerek mekânı iktidara tabi kılma gibi amaçlar için kullanılmaktadır (2014: 16). Örneğin mekânsal organizasyonlar, mekân içinde yapılacak her eylemi önceden programlayacak şekilde düzenlenebilmektedir; mekânın içine giren kişinin izleyeceği yol, neyin neye yakın ya da uzak olacağı belirlenerek kişilerin eylemleri şekillendirilebilmektedir. Bu bağlamda sermaye birikiminin özgül tarihsel gereksinimleri doğrultusunda bir enstrüman olarak kullanılan mekânsal düzenlemeler, emek sömürsünü azamileştirecek şekilde biçimlendirilebilmektedir çünkü kapitalizmin yaşadığı yapısal krizler, sermayeyi kârlılığı artırmak için emek sömürsünü daha da artırmaya yöneltmektedir. Gough'a göre, Lefebvre'nin mekânın ekonomik ve toplumsal ilişkilerin ürün ve üreticisi olduğunu, Harvey'in ise kapitalist sermaye birikiminin mekânsal olarak gerçekleştiğini öne sürmelerinden hareketle mekân, sermaye ve işçi sınıfının sınıf stratejilerinin bir çatışma alanı ve aynı zamanda bu çatışmanın bir unsuru olarak görülebilmektedir (2004: 186). Sermaye sınıfı, mekânı işçi sınıfının örgütlenme stratejilerini engelleme ve emek denetimini artırmaya yönelik kendi stratejilerini uygulama doğrultusunda biçimlendirmektedir. Smith'e göre mekânın kontrolü ile ilgili mücadeleler iktidar ve direniş için bir yanma noktasıdır ve Smith bu mücadeleleri "mekânsal politika" olarak adlandırdığı bir tür siyaset olarak görmektedir (1992: 54). Sermaye, emek sömürsünü derinleştirmek için mekânsal politika çerçevesinde mekânsal düzenlemeleri kullanarak emek üzerindeki denetimini artırmaya çalışmaktadır. Başka bir ifade ile mekân, emeğin denetim altına alınmasını sağlayacak şekilde biçimlendirilmektedir.

Mekânsal düzenlemelerin bir denetim ve itaat aracı olarak sermaye birikimine hizmet etmesi, Spencer (2018) tarafından "neoliberal mimarlık" olarak kavramsallaştırılmaktadır. Mimarlığın (mekânsal tasarım ve düzenlemelerin) neoliberalizmin hizmetine girmesi bir yandan emek üzerindeki denetimi derinleştirerek emeğin üretkenliğini azami düzeye çıkaracak bir mekânsal çerçeve

kurarken diğerk yandan denetimi daha az görünür kılacak şekilde bu mekânsal çerçeveye adeta ince ayar vermektedir.

Mekânı iktidar ve denetim mekanizmaları çerçevesinde ele almak ve bu bağlamda mekânsal tasarım ve düzenlemelere yani mimarlığa denetim ve itaat aracı olarak yaklaşmak, Foucault'un Panoptikon metaforu üzerine odaklanmayı gerektirir. Foucault, mimarlığın toplumu disipline ederek denetim altına almadaki kuvvetli rolüne dikkat çekmektedir. Foucault'a göre hem baskının hem de bu baskılara karşı direnişin öznesi ve nesnesi olan mekânın mercek altına alınması, bir iktidar stratejisi olarak bireylerin mekânsal organizasyonlar yoluyla nasıl disipline edildiğini ortaya koymaktadır.

Foucault, Bentham tarafından 18. yüzyılda geliştirilen Panoptikon tasarımında mekânsal düzenlemelerin disipline edici iktidar stratejisi olarak işleyişini açıklayan ilhamlar bulmuştur. Panoptikon modelinin mekânsal düzenlemesi sürekli bir denetime izin verirken denetleyeni görünmez kılmaktadır. Görülmeden gözetleyerek disiplin ve denetim altına alabilmek iktidarın sürekliliği sağlayan en önemli garantördür çünkü iktidarın görülmeden görebilme kapasitesi sayesinde birey sürekli izlendiği algısına kapılmaktadır böylece iktidarın otomatik işleyişi gerçekleşmektedir. Bu nedenle Foucault'a göre Panoptikon sadece bir hapisane tasarımı değildir bir iktidar teknolojisidir (2003: 155). Panoptikon tasarımı, mekânsal düzenlemelerin bir iktidar teknolojisi olarak nasıl denetim ve itaat aracına dönüştürüldüğünün en güzel örneklerinden birisidir. Foucault, hapishanelerin dışında hastanelerden fabrikalara, kışlalardan okullara kadar bir çok kurumun mekânsal tasarımlarının panoptik denetim mekanizmalarına sahip olduğunu ifade etmektedir. Foucault tarafından "kapatma mekânları" olarak kavramsallaştıran bu mekânlar aracılığıyla iktidar bireyleri gözetlemekte, disiplin ve denetim altına almaktadır (1992: 250-258). Başka bir ifade ile Panoptik tasarım sadece mahkumların kontrol altına alınması için değil, hastaların gözetim altında tutulması, öğrencilerin eğitimi, işçilerin denetimi ve askerlerin disiplin altına alınması için de kullanılabilir. Dolayısıyla, Foucault'un Panoptikon metaforu üzerinden analiz ettiği mekânsal düzenleme ve tasarımların iktidar mekanizmalarının yürürlüğe konmasındaki rolü, bir kapatma mekânı olarak fabrikaların ve diğerk üretim mekânlarının emeğın denetimi sürecindeki işlevini ortaya koymaktadır. Üretim mekânları, işçilerin sermaye birikiminin talepleri ile uyumlu bir şekilde "itaatkâr

bedenler ve uysal zihinler” olarak disiplin altına alınmasını sağlayacak şekilde düzenlenmektedir böylece mekânsal organizasyonlar emek gücünden maksimum faydanın elde edilmesini sağlayarak iktidara hizmet etmektedir.

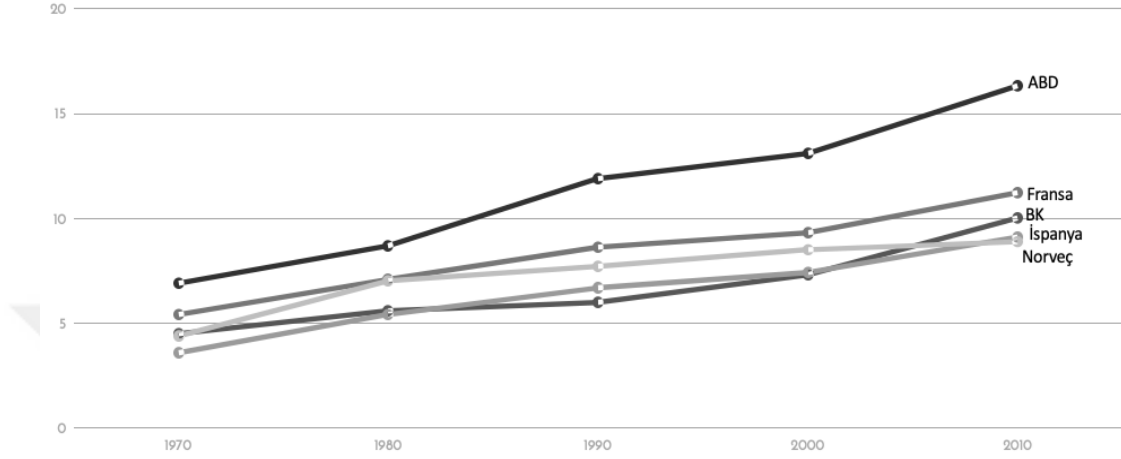
2.2.4. Mekânsal Dönüşümün Sağlık Hizmetlerine Etkisi

Günümüzde sağlık hizmeti üretim mekânı olarak hastanelerin de dahil olduğu her türlü mekânsal yapılanma kapitalist ekonomik rasyonalite çerçevesinde üretilmektedir çünkü önceki bölümlerde ifade edildiği gibi mekânsal biçimlenişler üretim ilişkileri tarafından belirlenen ürünlerdir. Dolayısıyla mekânsal düzenlemeleri biçimlendiren bu kapsamda hastanelerin mekânsal organizasyonunu şekillendiren nedenler mekânı kârlılığı maksimize edecek bir araç olarak gören kapitalist mantığın belirleyici etkisi altındadır. Bu bağlamda, kapitalist sermaye birikiminin gereksinimleri doğrultusunda bir enstrüman olarak kullanılan mekânsal düzenlemeler, emek sömürsünü azamileştirecek şekilde biçimlendirilebilmektedir. Sermaye sınıfı, mekânı işçi sınıfının örgütlenme stratejilerini engelleme ve emek denetimini artırmaya yönelik kendi stratejilerini uygulama doğrultusunda biçimlendirmektedir. Sağlık hizmeti üretim mekânı olarak hastaneler de kapitalist sermaye birikiminin gereksinimleri doğrultusunda emek sömürsünü artırmaya dönük olarak emek örgütlenmesini engelleyecek ve emek denetimini artıracak şekilde biçimlendirilmektedir. Arka planında sermaye birikiminin özgül gereksinimleri yatan hastanelerin mekânsal olarak yeniden örgütlenmesinin gerekçesi olarak hastanelerin artan sağlık harcamaları içerisindeki payı gösterilmektedir.

Sağlık harcamaları hem gelişmiş kapitalist ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelere 1970’li yıllardan itibaren ciddi oranlarda artmıştır. ABD’de 1970 yılında yüzde 6,9 olan toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2010 yılına gelindiğinde yüzde 16,3’e çıkarken, Birleşik Krallık’ta 1970 yılında yüzde 4,5 olan bu oran 2010 yılında yüzde 10’a çıkmıştır (Bakınız: Şekil 1). Türkiye’de ise 1980 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı yüzde 3,3 iken 2010 yılında bu oran yüzde 7,3’e yükselmiştir. Sağlık harcamalarındaki artışın temel nedenleri nüfus artışı ve yaşam süresinin uzaması gibi demografik değişiklikler, ilaç, tedavi ve sağlık

teknolojisi alanındaki ilerlemeler, sağlık bilincinin ve eğitim seviyesinin artması gibi sosyo-kültürel faktörlerdir.

Şekil 1: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki payı (%)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri

Toplam sağlık harcamalarının içerisinde en büyük harcama kalemini hastaneler oluşturmaktadır. 2016 yılında Avrupa Birliği ülkelerinin toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde kırkı hastanelere ayrılmıştır. İtalya ve Estonya gibi bazı ülkelerde bu oran yüzde elliye ulaşmaktadır (OECD/EU, 2018: 138). 2020 yılında yayımlanan bir araştırmaya göre ABD’de de hastanelere yapılan harcamaların toplam sağlık harcamalarına oranı yaklaşık yüzde otuz üçtür (Rama, 2020: 2). Dolayısıyla sağlık harcamalarının yaklaşık yarısının harcandığı hastanelerin etkin ve verimli çalışması sağlık alanının en önemli konularından biri haline gelmiştir. Özellikle neoliberal politikaların egemen olmaya başladığı 1980’li yıllardan itibaren uygulamaya konulan “sağlık reformlarının” en önemli ayaklarından biri hastanelerdeki etkinlik ve verimliliğin artırılması politikaları olmuştur. Neoliberalizmin kamu mali disiplini hedefi doğrultusunda kamu harcamalarının azaltılmasına yönelik olarak hastanelerde ölçek ve kapsam ekonomisinden yararlanma tartışmaları ön plana çıkmıştır.

Sağlık sektöründe ölçek ekonomisi, hastanelerin hizmet verdiği hasta sayısının artırılması yoluyla ortalama maliyetlerin azaltılmasıyla ortaya çıkmaktadır. Hastanelerin hizmet verdiği hasta sayısı, yatak sayılarının ve hizmet verilen birimlerin kapasitelerinin artırılması yoluyla yükseltilebilmektedir. Sağlık hizmetlerinde

genellikle sabit yatırım maliyetleri çok yüksek olduğu için hastanelerin belli bir büyüklük altında hizmet vermesi ortalama maliyetleri artırmaktadır. Dolayısıyla hastanelerin büyüklükleri artırılarak ölçek ekonomisinden faydalanmaları maliyetleri düşürerek sağlık harcamalarının azaltılmasını sağlamaktadır. Hastanelerde ölçek ekonomisinin ortaya çıkışının temel nedeni emeğin ve sermayenin uzmanlaşmasıdır. Başka bir ifade ile ölçeğin büyümesi işgücünün ve yüksek teknolojiye tıbbi ekipmanların uzmanlaşmasını artırmaktadır böylece işgücü ve ekipmanların verimliliği yükselmektedir. Ancak belirli bir büyüklüğe ulaşıldıktan sonra ölçek ekonomisi son bulmaktadır ve ölçeğin büyümesi ortalama maliyetleri düşürmeye yaramamaktadır.

“Optimal büyüklük” olarak tanımlanan ideal büyüklük hastaneler için yapılan çalışmalara göre 200 ile 600 yatak sayısı arasındadır (Giancotti, Guglielmo ve Mauro, 2017; Posnett, 1999; 2002; Aletras, 1999). Yani iki yüzden daha az yatak sayısına sahip hastaneler ile altı yüzden daha fazla yatak sayısına sahip hastaneler verimli kabul edilmemektedir. Yatak sayısı iki yüzün altında olan hastaneler henüz yararlanacakları tüm ölçek ekonomisinden yararlanmadıkları için, altı yüzden fazla yatak sayısına sahip hastanelerin ise büyüklüğü ortalama maliyetleri artırdığı için verimli kabul edilmemektedir. Yapılan çalışmalar optimal büyüklüğü aşmadıkça tek bir yerleşkede yer alan hastanelerin ölçek ekonomisinden yararlandıklarını ortaya koymuştur. Yani 200 yataklı iki farklı hastane yerine 400 yataklı tek bir hastanenin daha verimli olduğu görülmektedir. Fakat 400 yataklı iki hastane, 800 yataklı tek bir hastaneye göre daha verimli kabul edilmektedir çünkü 600 yataktan daha fazla yatağa sahip hastanelerin ortalama maliyetleri artmaktadır (Posnett, 1999: 1064). PricewaterhouseCoopers tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada 526 sağlık sistemi ve 5600 sağlık tesisi incelenmiştir. Araştırmaya göre hastaneler ölçek ekonomisinden faydalanarak yüzde on beş ile yüzde otuz arasında tasarruf yapabilmektedir. Fakat ölçek ekonomisinden faydalanabilme noktasında tek bir yerleşkeden oluşan hastaneler birden fazla tesise yayılan hastanelere göre daha avantajlıdır (Kaul, Prabha ve Katragadda 2016: 5).

Sağlık sektöründe kapsam ekonomisi, farklı hizmetlerin bir arada üretilmesiyle toplam maliyetlerin azaltılması sonucu ortaya çıkmaktadır. Sağlık harcamalarının en önemli kalemleri olan personel ve tıbbi cihaz ve ekipman maliyetleri, hastanelerde farklı servisler ve branşların bir arada hizmet üretmeleriyle birlikte sağlık işgücünü ve

tıbbi cihaz ve ekipmanlarını ortaklaşa kullanmaları yoluyla azaltılabilmektedir. Farklı servis ve branşlar benzer destek hizmetlere ihtiyaç duymaktadır. Hizmet sunumlarının birleştirilmesi destek hizmetler konusunda maliyetleri düşürmektedir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik kapsam ekonomisinden yararlanmak için dal hastaneleri yerine genel hastaneler ve yataklı tedavi ve ayaktan tedavi veren hastanelerin birleştirilmesi ön plana çıkmaktadır.

Neoliberal dönemde hastanelerin maliyetlerini düşürerek sağlık harcamalarını azaltma hedefi doğrultusunda gündeme gelen ölçek ve kapsam ekonomilerinden yararlanmaya yönelik hastanelerin uygulayabilecekleri stratejileri dört kategoriye ayırmak mümkündür; inorganik ölçek, sanal hastane entegrasyonu, dikey organik ölçek ve yatay organik ölçek.³⁸ İnorganik ölçek yöntemi, hastanelerin birleşme ve satın almalar yoluyla ölçeğini ve kapsamını genişletmesine dayanmaktadır. Sanal hastane entegrasyonu, başka hastanelerle birleşmeden ölçek ve kapsam ekonomisinden faydalanmayı sağlayacak işbirliği anlaşmaları, dışardan tedarik, bazı servislerin paylaşılması gibi yöntemleri içermektedir. Dikey organik ölçek, hastanelerin genişletilerek ölçeklerinin büyütülmesi ya da kapatılarak daha büyük yerleşkelerde bir araya getirilmelerine dayanmaktadır. Yatay organik ölçek, hastanelerin hasta sayısını artırmaya yönelik uyguladıkları yeni ödeme yöntemleri, yeni tedavi yöntemleri uygulamak vb. gibi stratejileri içermektedir (LaPointe, 2019: 3).

1990'lı yıllardan itibaren bir çok ülkede özellikle Birleşik Krallık, ABD, İsveç, Danimarka, Portekiz ve Norveç'te ölçek ve kapsam ekonomisinden yararlanmak için sağlık alanında merkezileşme eğilimleri artmaya başlamıştır. 2000'li yıllara gelindiğinde hastane birleşmeleri ve satın almalar yoluyla sağlık alanında az sayıda büyük hastanenin egemen olduğu bir durum ortaya çıkmıştır. Danimarka'da bir çok küçük hastane kapanırken, diğer hastaneler birleşmeler yoluyla "konglomerat hastaneleri" olarak tanımlanan küme hastanelerini ortaya çıkarmaktadır (Kristensen, Olsen, Kilsmark ve Pedersen, 2008: 3). İsveç'te ise genellikle hastane birleşmeleri kurulan yeni bir hastanenin çatısı altında gerçekleştirilmektedir (Ahgren, 2008: 96). Hastane birleşmeleri konusunda özellikle Birleşik Krallık öne çıkmaktadır. 1997 yılında yönetime gelen İşçi Partisi, hastane birleşmelerini teşvik eden politikalar

³⁸ "Inorganic scale, virtual hospital integration, horizontal organic scale, vertical organic scale" Türkçe'ye sırasıyla "inorganik ölçek, sanal hastane entegrasyonu, dikey organik ölçek, yatay organik ölçek" olarak çevrilmiştir.

uygulamaya başlamıştır ve İşçi Partisi hükümetinin ilk iki döneminde hizmet veren 223 genel hastane arasında 112 birleşme gerçekleştirilmiştir. İngiltere sağlık alanında yaşanan bu durum “birleşme çılgınlığı”³⁹ olarak adlandırılmaktadır (Gaynor, Laudicella ve Propper, 2012: 528). Birleşmelerin arkasındaki temel neden ölçek ve kapsam ekonomilerinden yararlanarak özellikle de yönetim giderlerini azaltarak elde edilecek ekonomik kazançlar olsa da hastanelerde atıl kalmış kapasiteleri (bina, tıbbi cihaz ve ekipmanlar, işgücü vb.) kullanarak hizmet sunumunu rasyonelleştirmek, küçük hastanelerin finansal sürdürülebilirliklerini artırmak, kamuoyunda hastanelerin ve servislerin kapatılmalarını meşrulaştırmak⁴⁰ gibi nedenler de etkili olmaktadır (Fulop, Protosaltis, Hutchings, King, Allen, Normand ve Walters, 2002: 246).

Neoliberal birikim stratejisinin temel dayanaklarından biri olan büyük ölçekli (mega) projeler, dünyanın bir çok ülkesinde ortaya çıkan hastanelerin verimliliğini artırmayı amaçlayan ölçeğin büyümesi ve merkezileşme eğilimlerini daha da artırmaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi mega projeler, neoliberal dönemde sermaye birikiminin gereksinimleri doğrultusunda ortaya çıkan mekânsal düzenlemelerdir. Çoğunlukla kamu özel ortaklığı modeliyle finanse edilen mega projelerin sağlık alanında uygulanmaya başlamasıyla büyük ölçekli hastane projeleri hayata geçirilmeye başlanmıştır. Yatak sayıları yüksek, mekânsal olarak büyük yapılardan oluşan kampüs hastaneleri, hem ölçek ve kapsam ekonomisinden yararlanma hedefine dönük olarak hem de sermaye birikiminin özgül gereksinimleri doğrultusunda sağlık alanına egemen olmaya başlamıştır.

Büyük ölçekli hastaneler genellikle uygun arsa ve arazi bulma problemleri nedeniyle kentlerin dışında ve çeperlerinde inşa edilmektedir fakat erişilebilirlik ilkesine dayanması gereken sağlık tesislerinin kent merkezlerinin dışına yerleşmeler kurularak çıkartılması, sadece uygun arazi bulma kolaycılığının dışında sermayenin kârlılık ihtiyacının göz önüne alınmasından da kaynaklanmaktadır. Mekânla ilgili kararlarda sermayenin kârlılığı devrede olduğu için, hastanelerin yer seçiminin arkasında da sermayeye yeni kârlılık alanları yaratma düşüncesi yer almaktadır. Kentin dış bölgelerindeki alanlar düşük rant nedeniyle yatırımcılara cazip gelmemektedir fakat büyük ölçekli hastanelerin inşa edildiği alanlar yeni konut ve faaliyet yatırımları

³⁹ “Merger mania” Türkçe’ye “birleşme çılgınlığı” olarak çevrilmiştir.

⁴⁰ Birleşik Krallık’ta artan sağlık harcamaları ve kamu özel ortaklığı modeliyle inşa edilen hastanelerin kira ödemeleri nedeniyle servis ve hastane kapatılmaları gündeme gelmiştir.

için ekonomik anlamda cazip olmaya başlamaktadır. Pozitif yayılma etkisi olarak tanımlanan bu durum mega projelerin tercih edilmesinin en temel sebeplerinden birisidir. Mega hastaneler olarak tanımlanabilecek büyük ölçekli hastaneler de çevrelerindeki arazilerde kârlılığı yüksek pahalı emlak yatırımları için gerekli cazibenin oluşturulmasını sağlamaktadır.

Hastanelerin kent dışında ve çeperlerinde inşa edilmesi, hastaların ve çalışanların coğrafi ve ekonomik erişebilirliklerini ciddi anlamda etkilemektedir. Ayrıca büyük ölçekli hastanelerin düşünüldüğü gibi verimli olmadığını ortaya koyan bir çok çalışma bulunmaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi yatak sayısı altı yüzden fazla hastaneler ölçek ekonomisinden yararlanamamakta ve verimsiz olarak kabul edilmektedir (Giancotti, Guglielmo ve Mauro, 2017; Posnett, 1999; 2002; Aletras, 1999). Hastane birleşme ve satın almaları nedeniyle hastanelerde âtil durumdaki kapasitenin kullanılması ve örtüşen klinik servislerin ortadan kaldırılması yoluyla maliyet düşüşleri gerçekleşse de bu durum ölçek ekonomisi sayesinde elde edilen bir kazanç değildir başka bir ifade ile hastanenin ölçeğinden bağımsızdır (Ahgren, 2008: 97; Posnett, 1999; 1064). Büyük ölçekli hastanelerde yönetim giderleri artmaktadır. Bu durumun temel nedenleri şu şekilde özetlenebilir; ölçeğin büyümesi ile yönetici sayısının artması, bir araya gelen hastaneler nedeniyle yönetimin klinik servisler üzerindeki odağının kaybolması (özellikle dal hastanelerinin genel hastanelerin çatısı altında bir araya getirildiği durumlarda), bir araya gelen hastaneler arasındaki kurum kültürü farklılıklarından kaynaklanan sorunların yönetmeyi zorlaştırmasıdır (Anderson ve Warkov, 1961; Champion ve Betterton, 1974; Fulop vd., 2002).

Ölçek ve kapsam ekonomileri yoluyla toplam maliyetlerin azaltılması amacıyla öne çıkarılan büyük ölçekli hastaneler, düşünüldüğünün aksine maliyetlerin azaltılması konusunda çok da başarılı olamamaktadır fakat neoliberal birikim stratejisinin en önemli dayanaklarından biri olan mega projelerin sağlık alanındaki uygulaması olan büyük ölçekli hastaneler neredeyse dünyanın her yerinde sağlık alanına egemen olmaya başlamıştır. Çalışmanın konusu olan şehir hastaneleri de dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye sağlık alanına egemen olmaya başlamış büyük ölçekli hastanelerdir. Şehir hastanelerinin ortalama yatak sayısı 1417 yataktır ve kamu özel ortaklığı modeliyle hayata geçirilen mega projelerin sağlık alanındaki uzantısı olarak kabul edilmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN DÖNÜŞÜMÜ VE ŞEHİR HASTANELERİ

1970’li yılların başlarında art arda yaşanan petrol şoklarıyla kapitalist sistemde ortaya çıkan yapısal krizin yarattığı ekonomik istikrarsızlık ve daralma önceki bölümlerde değinildiği gibi Keynesyen refah devletinin küçültülmesine odaklanan neoliberal politikalar ile aşılmaya çalışılmıştır. Mooney’in, *Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru*⁴¹ kitabında ifade ettiği gibi neoliberalizmin amaçlarından biri “Keynesçiliğin cenazesini kaldırmak olmuştur” bu nedenle Mooney, neoliberalizmi “Keynesçiliğin ölüp gömülmesine tanıklık eden” kapitalizmin ileri bir aşaması olarak nitelendirmektedir (2013: 65). Neoliberal politikalar kapsamında büyük oranda Keynesyen refah devleti döneminde kamusal nitelik kazanan sağlık, eğitim, konut gibi hizmetler piyasalaştırma süreciyle metalaştırılmıştır, bu dönüşüme, kamu yönetiminde hâkim anlayış haline gelen yeni kamu işletmeciliği kapsamında verimlilik, etkinlik, etkililik gibi özel sektör değerlerinin kamusal hizmet alanlarına entegrasyonu eşlik etmiştir. Türkiye’de de benzer bir süreç yaşanmış 1970’lerin ortalarında ilk belirtileri ortaya çıkan ekonomik kriz sonucunda 24 Ocak 1980 kararları olarak nitelendirilen neoliberal politikalar gündeme gelmiştir. Bu politikaların gündeme gelmesinde 1970’li yıllardan itibaren gelişmekte olan ülkelerin bir çoğuna empoze edilen IMF’nin istikrar programları ve DB’nin yapısal uyum programları etkili olmuştur. İthal ikameci kalkınma politikaları terkedilirken ihracata dayalı büyüme stratejisi ön plana çıkmış, serbestleştirme, kuralsızlaştırma, devletin ekonomideki rolünün azaltılması, kamu harcamalarının düşürülmesi amacı taşıyan neoliberal politikalar kapsamında sosyal politikalar da dönüşmüştür. Özelleştirme ve ticarileştirmeye odaklanan neoliberal politikalar kamusal hizmet alanlarında da yaygınlaştırılmıştır. Bu bağlamda kamusal sağlık hizmetleri metalaştırılmaya başlanmış böylece kamusal niteliğinden uzaklaşmıştır.

⁴¹ The Health of Nations: Towards a New Political Economy

3.1. TÜRKİYE REFAH REJİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ

Türkiye’de sağlık sisteminde yaşanan neoliberal dönüşüm buna bağlı olarak sağlık hizmetlerinin piyasalaştırma süreciyle kamusal niteliğinin aşındırılması, gelişmiş kapitalist ülkelerde, İkinci Dünya Savaşı sonrası kurumsallaştırılan Keynesyen refah devleti kapsamında yaygınlaştırılan kamusal sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmelere paralel bir seyir izlemiştir fakat Yalman’ın da ifade ettiği gibi Türkiye hiç bir zaman tam anlamıyla bir Keynesyen refah devleti olmamıştır (2007: 70) bu nedenle Türkiye’de kamusal sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılma sürecini kendine has özelliklerini göz önünde bulundurarak incelemek gerekmektedir. Buğra ve Adar’a göre, Türkiye “olgunlaşmış refah devletine sahip olmayan” ülkeler kategorisine girmektedir. Bu ülkelerin ortak özellikleri şu şekilde özetlenebilir; çalışma hayatı formel işgücü piyasasıyla sınırlı değildir; kayıt dışı istihdam ve tarımın istihdamdaki oranı çok yüksektir, sosyal güvenlik sistemi istihdam temellidir ve parçalı bir yapıya sahiptir, eğitim, sağlık gibi kamusal hizmetler hak temelli sunulmaz, sosyal hizmet harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı çok düşüktür, bireyin temel ihtiyaçlarının karşılanmasında ve risk durumlarıyla (işsizlik, hastalık vb.) baş etmesinde aile temel rol oynamaktadır, sosyal konut uygulamalarının yerine kamu arazilerinin gaspına veya imar kurallarının ihlaline göz yumulmasına dayanan çarpık yapılaşma egemendir, klientalizm, akrabalık, hemşerilik kamu istihdamında, sosyal hizmetlerin ve yardımların dağıtımında etkilidir (Buğra ve Adar, 2008: 89-91). Türkiye’yi, Leibfried (1993) tarafından “olgunlaşmamış refah devleti” modeli olarak Esping-Andersen’in üçlü refah devleti tipolojisine karşı geliştirilen “Güney Avrupa Refah Rejimi” olarak da nitelendiren çalışmalar da bulunmaktadır (Buğra ve Keyder 2003; Gough, 1996; Grütjen, 2008; Saraceno, 2002). Leibfried’e göre bu refah rejiminin temel özellikleri şunlardır; refah, tanınmış bir hak değildir, tam anlamıyla kurumsallaşmış bir sosyal güvenlik programı bulunmamaktadır, işgücü piyasasının yapısı ve istihdamın sektörel dağılımı Keynesyen refah devletlerinden çok farklıdır, tam istihdam geleneği yoktur (1993: 198). Leibfried gibi, Ferrera da, Güney Avrupa ülkelerinin farklı bir refah rejimi olarak ele alınabileceğini ifade etmektedir. Bu ülkelerde gelir desteği istihdam statüsüyle ilişkilendirilmektedir, sosyal güvenlik sisteminin kurumsal parçalanma derecesi çok yüksektir, sosyal politikaların meta-

dışılaştırma (piyasa ilişkilerinden bağışık kılma) düzeyi düşüktür, refah hizmetlerinin sağlanmasında kamu dışı kurum ve kuruluşların (dini kuruluşlar vs.) önemli rolü vardır, klientalizm yardımların dağıtımında sürekli hale gelmiştir (2011: 218). Ağartan’a göre, Türkiye, Seekings’in geliştirdiği üçlü tipolojiden⁴² “eşitsiz korporatist refah rejimleri” kategorisine girmektedir. Eşitsiz korporatist refah rejimlerinin temel özelliği istihdam temelli bir refah sistemine dayanmasıdır. Bu rejimlerde işgücü piyasasının durumu eşitsiz bir şekilde nüfusun belli bir kısmının kapsam dışında kalmasına neden olmaktadır (2008: 33). Yılmaz ise, Rudra’nın (2007) sınıflandırmasını kullanarak Türkiye’nin “korumacı refah devleti”⁴³ olarak nitelendirilebileceğini ifade etmektedir. Korumacı refah devletlerinde, sosyal haklar işgücü piyasasındaki statüyle ilişkilidir bu durum haklardan sadece toplumun belirli kesimlerinin faydalanmasına ve belirli kesimlerin mahrum kalmasına neden olmaktadır (2017: 51). Hangi sınıflandırma kullanılırsa kullanılsın, Türkiye’nin istihdam yapısına ve sosyal politikalarına bakıldığında Türkiye’nin hiçbir zaman gelişmiş kapitalist ülkelerde İkinci Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan Keynesyen Refah Devleti’ne tam olarak uygun özelliklere sahip olmadığı görülmektedir.

Yalman’a göre Keynesyen refah devletinin temel makro-ekonomik hedeflerinden biri olan tam istihdam, Türkiye’de hiçbir zaman devletin temel hedefi olmamıştır. Refah devletlerinde uygulanan kapsayıcı, evrensel sosyal hizmetler Türkiye’de istihdam statüsüyle ilişkilendirilerek sunulmaktadır (2007: 70). Türkiye’de nüfusun yaklaşık yüzde yirmisi sosyal sigorta kapsamı dışındadır. Aile, temel ihtiyaçların karşılanması ve risk durumlarında en önemli dayanışma mekanizmasıdır (Buğra, 2001). Sosyal hizmet harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı Keynesyen refah devletleriyle karşılaştırıldığında çok düşüktür.⁴⁴ Sosyal konut sağlama zorunluluğunun yerini kamu arazilerinin işgaline dayanan gecekondulaşmaya göz yumma politikaları almıştır. Sosyal hizmetler ve yardımların dağıtımında, kamu iktisadi teşekküllerinde sağlanan istihdamda akrabalık, hemşerilik, partililik

⁴² Seekings, Esping-Andersen’in üçlü refah devleti tipolojisinin eleştirisi üzerinden üçlü refah rejimi tipolojisi geliştirmiştir; tarımsal, eşitsiz korporatist ve yeniden-bölüştürücü refah rejimleri. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Seekings, 2004.

⁴³ Rudra, az gelişmiş ülkelerin sahip olduğu refah devletlerini üçlü bir sınıflandırma üzerinden incelemektedir; üretken refah devletleri, korumacı refah devletleri ve ikisine birden sahip refah devletleri. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Rudra, 2007.

⁴⁴ <http://documents.worldbank.org/curated/en/230351468332946759/pdf/226840WDR00PUB0ng0poverty0200002001.pdf>

ilişkilerinin iç içe geçtiği klientalizm egemendir (Buğra, 2001). Ayrıca, refah devletlerinde iş güvencesinin kurumsallaşmasını sağlayan hukuksal ve yönetsel mekanizmalar ve işsizlik sigortası mevcutken, Türkiye’de işsizlik sigortası ilk defa 1999 yılında başlatılırken, iş güvencesi kanunu ilk defa 2003 yılında yürürlüğe girmiştir. Türkiye’de çalışma hayatı formel işgücü piyasasıyla sınırlı değildir. Türkiye’de çalışan nüfusun neredeyse yarısı kayıt dışı çalışmaktadır⁴⁵ ve tarım sektörünün istihdam içindeki oranı yüksektir.⁴⁶ Bu nedenlerden dolayı, Türkiye hiçbir zaman tam anlamıyla kurumsallaşmış bir Keynesyen Refah devleti olmamıştır (Yalman, 2007: 70). Bu yüzden de Türkiye’de yaşanan neoliberal dönüşüm, gelişmiş kapitalist ülkelerde refah devletlerinin geçirdiği dönüşüme paralel olmakla birlikte kendisine özgü özelliklere sahiptir. Neoliberalizmle birlikte Keynesyen refah devletleri ters yüz edilip temelleri sarsılırken, Türkiye’nin “yarı-sosyal refah devletinin”⁴⁷ temelleri yıkılmıştır (Özdemir ve Yücesan-Özdemir, 2011: 70; 2004: 33).

Türkiye’nin refah devletinin kendine özgü özellikleri dolayısıyla kamusal sağlık hizmetleri de Keynesyen refah devletlerinin temel unsurlarından biri olan ücretsiz, kapsayıcı ve evrensel sağlık hizmetinden farklılıklar taşımaktadır. Türkiye’de hiçbir dönemde Beveridge tipi sağlık sistemlerindeki gibi vatandaşlık hakkı olarak tüm vatandaşlara tamamen ücretsiz, kapsayıcı sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmemiştir. 2008 yılında kurulan Genel Sağlık Sigortası’yla (GSS) tüm nüfus kapsam altına alınana kadar, Bismarck tipi sağlık sistemlerindeki gibi evrensel nitelikte bir sosyal sigorta sistemi de Türkiye’de mevcut olmamıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin meta-dışına çıkartılarak kamusal bir nitelik kazanması süreci Cumhuriyet’in ilanı sonrası ulus devletin inşası ile başlatılabilmektedir.⁴⁸ Cumhuriyet’in ilanından İkinci Dünya Savaşı’na kadarki dönemde özellikle salgın hastalıklarla mücadele etmek amacıyla gerekli sağlık hizmetleri yapı ve örgütleri kurulmuş (hastaneler ve sanatoryumlar vb.), ulusal ilaç ve aşı üretiminin sağlanması için kuruluşlar ve enstitüler açılmış, doğum ve bakım evleri, sağlık görevlilerini

⁴⁵http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/kayitdisi_istihdam/kayitdisi_istihdam_oranlari/kayitdisi_istihdam_orani

⁴⁶ <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=27688>

⁴⁷ “Quasi-social welfare state” Türkçe’ye “yarı-sosyal refah devleti” olarak çevrilmiştir.

⁴⁸ Osmanlı İmparatorluğu’nun son döneminden günümüze kadar sağlık hizmetlerinin gelişimi hakkında ayrıntılı bilgi için bakınız: Bakar ve Akgün, 2005; Fişek, 1991; Özbek, 2006; Yılmaz, 2017.

yetiştirecek eğitim kurumları gibi yapılar oluşturulmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrasında 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu⁴⁹ kurulmuştur ve kuruma sigortalı işçileri için sağlık kuruluşu açma ve işletme ve sağlık personeli atama yetkileri tanınmıştır. İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulmasından sonra 1949 yılında Emekli Sandığı kurulurken 1971 yılında Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) kurulmuştur. Bu kurumlar SSK'dan farklı olarak kendilerine ait sağlık kuruluşlarına ve sağlık personeline sahip olmamışlardır.

Türkiye'de kamusal sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması yönünde en önemli adımlar 1960'lı yıllarda atılmıştır. 1960'lara kadar devletin sağlık hizmeti sunması kanunlarla düzenlenirken, 1961 Anayasası ile birlikte anayasa hükmü haline gelmiştir. 1961 Anayasası'nın 49. Maddesine göre “[d]evlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir”.⁵⁰ Sağlık alanında devlete anayasal bir sorumluluk yükleyen 1961 Anayasası ile birlikte 1961 yılında kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğini pekiştiren en önemli gelişmeler olarak kabul edilmektedir. Eşitlikçi bir yaklaşımla hazırlanan kanuna göre tüm sağlık hizmetleri devletin görevi olarak kabul edilmektedir (Pala, 2017: 43). Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesini öngören kanuna göre hastalar sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak ya da kendisine yapılan masrafın bir kısmını ödeyerek yararlanabilecektir. Hekimlerin hem kamu sağlık kuruluşlarında çalışmaları hem de özel olarak hekimlik yapma imkanları olmayacaktır. Kamu sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve diğer sağlık personeli sözleşmeli olarak istihdam edilecektir. Şehirlerde ve köylerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacaktır. Sağlık ocakları hastanelerle işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürüteceklerdir. Fakat sağlık personeli ve kaynak yetersizliği nedeniyle yasa aşamalı olarak uygulanacaktır⁵¹. Tüm ülkede uygulanması için 15 yıllık bir dönem öngörülmüştür (Fişek, 1991: 4).

⁴⁹ İşçi Sigortaları Kurumu'nun adı, 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değiştirilmiştir.

⁵⁰ <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>

⁵¹ Sosyalleştirme uygulamasına ilk olarak Muş'ta 1963 yılında başlanmıştır. Muş'u, Bitlis, Hakkâri ve Van illeri izlemiştir, eğitim-öğretim konusunda faydalanmak üzere de Ankara'dan bağımsız olarak Etimesgut bölgesi sosyalleştirme kapsamına alınmıştır.

1963 yılında hayata geçirilmeye başlanan Sosyalizasyon programı, 1965 yılına kadar başarıyla uygulanmıştır fakat 1966 yılından itibaren başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür. Bu durumun temel nedenleri şu şekilde özetlenebilir; program sağlık bakanları başta olmak üzere üst düzey sağlık yöneticileri tarafından yeteri kadar sahiplenilmemiştir, bütçeden yeterli pay ayrılmadığı için gerekli araçlardan, ilaçlardan ve sağlık personelinin yoksun kalan sağlık ocakları gerekli hizmetleri gerçekleştirememiştir, sağlık kurumları basamakları arasında eşgüdüm ve işbirliği sağlanamamıştır. 1965 yılında 657 sayılı Devlet Memurları Yasası ile hekimlerin devlet memuru olarak istihdam edilmesi düzenlemesi getirilmiş ve sözleşmeli kamu personeli çalıştırma olanağı ortadan kalkmıştır. Bu durum bir çok sağlık ocağına uzun yıllar hekim atanamamasına neden olmuştur. Sağlık yöneticisi ve hekim dışı sağlık personeli yetiştirilmesine gereken önem verilmemiştir. Sağlık işgücü hekimler de dahil olmak üzere hastanelere personel yetiştirmeye yönelik olarak eğitim görmüştür. Bu durum sağlık ocaklarında çalışmanın öneminin benimsenmesini engellemiştir. Sosyalizasyon yasası sağlık hizmetlerinin tek elde toplanmasını öngörse de SSK, Emekli Sandığı ve daha sonra eklenen BAĞ-KUR'dan oluşan yapı devam etmiş basamaklar arası sevk zinciri hayata geçirilememiştir (Fişek, 1983: 166).

Başlangıçta planlandığı şekilde yürütülemediği olsa dahi sosyalizasyon uygulamalarıyla sağlık hizmetlerinin meta-dışılaştırılması ve sağlığın sosyal bir hak olarak tanınması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Fakat nüfusun tamamının kapsama alındığı vatandaşlığa dayalı genel bütçeden finanse edilen bir sağlık sistemi kurulamamıştır. Zaman içerisinde kapsam içerisindeki nüfusun ve hastane sayılarının artmasına rağmen Türkiye'de 1960'lı yıllar da dahil olmak üzere hiçbir dönemde sağlık hizmetleri tamamen meta-dışına çıkartılamamıştır.

1980'lere gelindiğinde tüm dünyada yaşanan neoliberal yeniden yapılanma süreci Türkiye'de de etkilerini göstermeye başlamış, kamusal sağlık hizmetlerinin piyasalaşma sürecinin altyapısını hazırlayan değişiklikler bu dönemde ortaya çıkmıştır. Öncelikle 1961 Anayasası ile sağlık hizmetleri sunumunda tek sorumlu olan devlet, 1982 Anayasası ile sağlık hizmetleri sunumunun düzenleyicisi ve denetleyicisi konumuna gelmiştir. 1982 Anayasası'nın 56. Maddesine göre,

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

*Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.*⁵²

Neoliberalizmin devletin kamusal hizmetlerden çekilerek küçültülmesi anlayışına uygun olarak anayasal ölçekte gerçekleştirilen bu değişim ilerleyen yıllarda bu çerçeveye uygun yasal düzenlemelerle sürdürülmüştür. Devletin yalnızca düzenleyici bir konuma çekilmesiyle, Yeni Kamu İşletmeciliği'nin kürek çeken değil dümen tutan devlet anlayışı kamusal sağlık hizmetlerinde de kendisini göstermeye başlamıştır. Böylece, 1980'li yıllarda kendisini göstermeye başlayan piyasalaştırma aracılığıyla sağlık hizmetlerinin kamusal niteliğinin aşındırılması süreci, 1990'lı yıllarda "reformlarla" yaygınlaşmış, 2000'li yıllarda ise sistematik hale gelmiştir. Bu durumu, Belek şu şekilde ifade etmektedir; kapitalist sağlık paradigmasının, sosyal devletçi sağlık paradigmasına saldırısı 1980'lerde kendini göstermeye başlamıştır, bu operasyon 1990'larda ergenlik dönemine girmiştir, 2000'li yıllardan itibaren ise yetişkinlik dönemine girmiştir (2016: 13).

1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına yönelik atılan en önemli adımlardan biri 1981 yılında özel sağlık yatırımlarının devlet teşvikleri kapsamına alınmasıdır. Böylece kamusal kaynakların sağlık alanına yatırım yapan özel sektöre aktarılmasının önü açılmıştır. Ayrıca 1981 yılında hekimlere zorunlu hizmet yükümlülüğü getirilirken,⁵³ kamu sektöründe çalışan hekimlere özel muayenehane açma izni verilmiştir. Bir diğer önemli adımsa, Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümün yönünü en iyi ortaya koyan belgelerden biri olarak kabul edilen 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'dur. 3359 sayılı Kanun, özel sektör ve kamu sağlık kurumlarını aynı yaklaşımla ele alırken, sağlığın korunması ve gelişmesi için özel sektör ve kamu sağlık kurumları arasında işbirliği öngörmüştür. Genel bir sağlık sigortası oluşturulmasının ilk adımlarını tanımlayan kanun, kamu hastanelerinin kamu tüzel kişiliğini haiz işletmeler haline getirilmesine ve kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları ya da sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatlandırılmasına dair düzenlemeler içermektedir. Ayrıca bu kanunla, sözleşmeli yabancı uyruklu sağlık çalışanlarının

⁵² <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf>

⁵³ Hekim açığını kapatma gerekçesiyle 2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Hizmet Yükümlülüğüne Dair Yasa, hekimlere 2 yıl pratisyenlik, 2 yıl da uzmanlık dönemi için, 4 yıl zorunlu hizmet yükümlülüğü getirmiştir.

çalıştırılabilmesinin önünü açılırken, kamu hastanelerinde çalışan hekimlere mesai saatleri dışında çalıştıkları kuruluştaki özel teşhis ve tedavi yapabilme imkânı sağlanmıştır. 3359 sayılı Kanun'un sözleşmeli personel çalıştırma gibi temel bölümleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir, iptal edilmeyen maddeleri de sağlık meslek kuruluşlarının ve sendikaların tepkisini çektiği için uygulanamamıştır. Fakat bu yasa Türkiye'de sağlık hizmetlerinin neoliberal dönüşümünün yörüngesini ortaya koyması açısından önemlidir (Pala, 2017: 45).

1980'li yıllarda sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sürecine yönelik atılan bir diğer önemli adım 1961 yılında Sağlık Bakanlığı'na (SB) bağlı kurumlarda döner sermaye uygulamasını başlatarak kurumları satın alma ve kiralamalarda yetkilendirerek, bürokrasinin azaltılması amacıyla yürürlüğe giren 209 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa'da yapılan değişikliklerdir. 1983 yılında yapılan değişiklikle döner sermayeli kuruluşlar, ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma konusunda yetkilendirilmiştir. Böylece sağlık kurumları bağımsız ve kâr amaçlı işletmeler durumuna getirilirken, sağlık çalışanları da işletme kârından pay alan işçiler durumuna gelmiştir. 1989 yılında ise kanun hükmünde kararname ile, her türlü hakedişi ve giderleri döner sermayeden ödenmek şartıyla, yataklı tedavi kurumlarına dışarıdan personel çalıştırma ve döner sermaye gelirlerinin yüzde ellisini kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabilme olanağı sağlayan değişiklikler yapılmıştır (Akçakanat ve Çarıkçı, 2019: 151).

1980'li yıllardaki gelişmeler Türkiye'de sağlık alanının neoliberal dönüşümü açısından önemli olmakla birlikte neoliberal yeniden yapılandırmanın esas başlangıcı 1990'lı yıllar olarak kabul edilmektedir (Belek, 2012: 9; Pala, 2017: 45). "Sağlık Reformu'nun" çerçevesi Türkiye'de ilk defa 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması⁵⁴ ile belirlenmiştir. 1990'ların başında Dünya Bankası ile imzalanan anlaşmalarla uygulanan "Sağlık Projeleri" de Türkiye'nin sağlık alanının yapısal dönüşümü açısından dönüm noktası

⁵⁴ Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile Türkiye'nin sağlık sektörünün mevcut durumu hakkında kapsamlı bir rapor ortaya konmuştur. Mevcut durumun geliştirilmesi için dört ana strateji belirlenmiştir; mevcut durumun iyileştirilmesi, serbest Pazar stratejisi, sağlık hizmetleri stratejisi ve uzlaşma seçeneği. DPT uzlaşma seçeneğini seçmiştir ve SB "Ulusal Sağlık Politikası'nı" geliştirirken bu strateji üzerinden çalışmıştır (Belek, 2012: 15).

olmuştur (Belek, 2012: 9). İlki 1991 yılında ikincisi ise 1995 yılında uygulamaya geçen Sağlık Projeleri'nin finansmanında Dünya Bankası'ndan alınan krediler kullanılmıştır.

Birinci Sağlık Projesinin bütçesi yaklaşık 150 milyon dolardır. Bunun 75 milyon doları Dünya Bankası'ndan alınan kredi ile karşılanmıştır. Proje ile DB'den alınan paraların nereye ve ne miktarda harcanacağı belirlenmiş ve harcamaların bu kurallara uygun yapılıp yapılmadığı DB tarafından denetlenmiştir. Projenin uzun vadeli amacı yüksek kalitede ve kısmen kendi kendini destekleyen ve finanse eden bir sağlık bakım sistemi kurmaktır. Bu amaca yönelik belirlenen hedefler proje bölgesinde⁵⁵ temel sağlık hizmetlerine erişimi artırmak, sağlık hizmetlerinin yönetiminde ve sunumunda etkinliği artırmak ve SB'nın teknik ve yönetim kapasitesini geliştirmektedir. Bu hedefler sağlık sisteminin fiziksel, kurumsal ve yönetsel altyapısını güçlendirmeyi amaçlamaktadır (Belek, 2012: 16-17)

İkinci Sağlık Projesi'nin bütçesi 200 milyon dolar olarak belirlenmiştir. Bunun 150 milyon doları Dünya Bankası'ndan alınan kredi ile finanse edilmiştir. İkinci Sağlık Projesi içerik, kapsam ve amaçları yönünden Birinci Sağlık Projesi'ne benzemektedir. Bu nedenle birincinin devamı olarak projenin yirmi üç ile⁵⁶ yaygınlaştırılması olarak kabul edilmektedir. Sağlık Projeleri'nin uygulanmasının temel amacı neoliberal sağlık reformlarının uygulanması için gerekli iktisadi, siyasi ve hukuksal altyapının oluşturulmasıdır (Belek, 2012: 19-21).

Sağlık reformlarının teorik arka planının oluşturulması amacıyla Sağlık Bakanlığı 1992 yılında Birinci Ulusal Sağlık Kongresi, 1993 yılında da İkinci Ulusal Sağlık Kongresi düzenlemiştir. 1991-1993 yılları arasında politik altyapısının hazırlığı tamamlanan "Ulusal Sağlık Politikası" üç ana stratejiden oluşmaktadır; aile hekimliği, genel sağlık sigortası ve hastanelerin işletme haline getirilmesi. Birlikte ele alındıklarında, bu üç stratejinin, Türkiye'deki sağlık sisteminin tüm bileşenlerini yani birinci basamak sağlık hizmetlerini, sağlık hizmetlerinin finansmanını ve hastaneleri bütünüyle yeniden yapılandırmayı amaçladığı görülmektedir (Belek, 2012: 23). Bu

⁵⁵ Birinci Sağlık Projesi'nin bölgesi Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Sivas, Tokat ve Yozgat'tır.

⁵⁶ İkinci Sağlık Projesi'nin bölgesi Adıyaman, Ağrı, Ardahan, Artvin, Batman, Bayburt, Bingöl, Bitlis, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gümüşhane, Hakkari, Iğdır, Kahramanmaraş, Kars, Malatya, Muş, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak, Tunceli ve Van'dır.

stratejilerin hayata geçirilmesi için bir çok adım atılmasına rağmen 1990'lı yıllarda sağlık reformunun tüm bileşenleriyle uygulamaya geçirilmesi mümkün olmamıştır.

1992 yılında 3836 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Karşılanması Hakkında Yasa ile “Yeşil Kart” uygulaması başlatılarak, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun kapsamında olmayan ve sağlık giderlerini karşılama gücüne sahip olmayan kişilerin Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar sağlık giderleri devlet tarafından karşılanmaya başlamıştır (Bakar ve Akgün, 2005: 345).

1994 yılında yaşanan ekonomik kriz sonrasında uygulanmaya başlanan 5 Nisan Kararları çerçevesinde bütçe açıklarını kapatmak amacıyla kamu sağlık kurumlarına devlet katkısı sadece personel giderlerini karşılayacak düzeye indirilirken, kamusal sağlık hizmetlerinin finansmanı giderek daha fazla oranda genel bütçe dışındaki kaynaklardan özellikle de döner sermaye gelirlerinden karşılanır hale gelmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşları hizmet karşılığında katkı payı almaya başlamıştır. 5 Nisan İstikrar Programı kapsamında yapılan kısıtlamalarla birlikte hastaneler ve sağlık ocakları ilaç ve en basit araç ve gereçlerin sağlanması noktasında sorunlar yaşamaya başlamış, sarf malzemeleri hastalara aldırılmaya başlanmıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 173-174).

Daha önce ifade edildiği gibi, 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 1987 yılında yürürlüğe girmiş ama uygulanma imkânı oluşmamıştır. Yasanın 5. Maddesi'ne göre sağlık kuruluşları Bakanlar Kurulu kararıyla kamu tüzel kişiliğini haiz sağlık işletmesine dönüştürülebilecektir. Bu hükme dayanarak 1995 yılında Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik çıkartılmış ve sağlıkta özelleştirmenin ilk örnekleri olarak, en yüksek döner sermaye gelirine sahip hastaneler arasında yer alan Yüksek İhtisas ve Koşuyolu Hastaneleri işletme haline getirilmiştir (Eke, 2019: 152).

1990'lar Türkiye'de özel sağlık sektörünün hızla büyüdüğü yıllar olmuştur. Özel sağlık kuruluşlarının sayısı büyük oranda artmış, özel sağlık sigortacılığı önemli bir piyasa haline gelmiştir (Pala, 2017: 45).

2000'li yılların başında kamusal sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına dönük olarak 23.01.2001 tarih ve 4618 sayılı Yasa ile döner sermaye uygulaması birinci basamak sağlık kuruluşlarında da uygulanmaya başlamıştır. Ayrıca Sağlık

Bakanlığı'na bağı eğitim hastaneleri ve yatak sayısı yüz ve üzerinde olan hastanelerde şef, şef yardımcısı ve uzmanlar tarafından saat 16:00'dan önce olmamak üzere mesai saatleri dışında özel sağık hizmetleri verebileceğı hükme bağlanmıştır. Yasaya göre mesai saati dışındaki bu hizmetlerden elde edilen ödentiler döner sermayeye gelir olarak kaydedilecektir ve döner sermayeden personele yapılacak ek ödeme oranı SB tarafından belirlenecektir. 2002 yılında Sağık Bakanlığı'na Bağı Hastanelerde Özel Sağık Hizmetleri Verilmesine Dair Yönerge yürürlüğe girmiş böylece Sağık Bakanlığı'na bağı hastanelerde mesai saatleri dışında özel sağık hizmeti verilmeye başlanmıştır. Kamu sağık kuruluşlarında özel sağık hizmeti verilmeye başlanması gerek kamusal sağık hizmetlerinin özelleştirilmesi gerekse kamu hastanelerinin muayenehaneleştirilmesi sürecinde önemli bir dönüm noktası olmuştur (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 174).

1990'lı yıllar boyunca tam anlamıyla uygulanma olanağı bulunamayan sağık reformları 2000'li yılların ikinci yarısından itibaren kararlı bir biçimde hayata geçirilmiştir. 2003 yılında başlatılan Sağıkta Dönüşüm Programı ile sağık hizmetlerinin finansmanından sunumuna kadar bütün bileşenlerinde sistematik bir yeniden yapılanma gerçekleştirilmiştir.

3.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

Türkiye'de kamusal sağık hizmetlerini piyasalaştırma girişimleri 1980'li yıllarda gündeme gelmiş, 1990'lı yıllarda somutlaşmaya başlamıştır. “Sağıkta reformun” en somut yansıması 1993 yılında Sağık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Ulusal Sağık Politikası” belgesidir. Sağık hizmetlerinin liberalizasyonunu benimseyerek piyasalaştırılması teşvik eden “Ulusal Sağık Politikası” üç temel stratejiden oluşmaktadır; aile hekimliğı, genel sağık sigortası ve hastanelerin işletme haline getirilmesi (Yenimahalleli Yaşar, 2017: 104).

1990'lı yıllarda koalisyon hükümetlerinin uygulamaya geçirmekte zorlandıkları bu reformlar, 3 Kasım 2002 seçimlerinde Adalet ve Kalkınma Partisi'nin (AKP) tek başına iktidar olmasının ardından büyük bir hızla hayata geçirilmiştir. Seçimlerden çok kısa bir süre sonra 16 Kasım 2002'de “Acil Eylem Planı” açıklanmış

ve sağlık alanında gerçekleştirilmesi planlanan temel hedefler belirlenmiştir. Hedefler şunlardır;

Etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyaını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde;

Bir yıl içinde;

- Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırılmaya dönük çalışmalar başlatılacak,
- Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacaktır,
- Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulacak,
- Aile hekimliği uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak,
- Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması zendirilecektir.

İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde;

- Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliği sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır.⁵⁷

Belirlenen hedefler doğrultusunda 2003 yılı başında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” açıklanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile ortaya konan reform programı esasen Ulusal Sağlık Politikası’nın hedeflerini tekrar etmektedir. Fakat Ulusal Sağlık Politikası hedefleri kâğıt üzerinde kalırken SDP kararlılıkla uygulanarak Türkiye sağlık hizmetleri bütün bileşenleriyle birlikte yeniden yapılandırılmıştır (Yenimahalleli Yaşar, 2017: 104). Sağlık Bakanlığı’na göre “Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçları sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması, sunulmasıdır” (2003: 24). Programın temel bileşenleri;

1. Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
2. Herkesi Tek atı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası
3. Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi
 - Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği
 - Etkili, Kademeli Sevk Zinciri
 - İdari ve Mali zerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri
4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla alışan Sağlık İnsan Gücü
5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları
6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon
7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma
 - Ulusal İlaç Kurumu
 - Tıbbi Cihaz Kurumu

⁵⁷ <http://arsiv.ntv.com.tr/news/188080.asp>

8. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi.⁵⁸

Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan bu sekiz temel bileşene bakıldığında Dünya Bankası'nın Haziran 2002'de yayınladığı *Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar*⁵⁹ başlıklı raporda ortaya konan önerilerin hepsinin SDP'ye dahil edildiği görülmektedir. Raporda sağlık hizmetlerinin finansmanında genel sağlık sigortasını ve tamamlayıcı özel sağlık sigortasını içeren sosyal sağlık sigortasına geçilmesi, genel sağlık sigortası kapsamında sunulacak hizmetler için temel teminat paketinin belirlenmesi, kamu hastanelerinin özertleştirilmesi, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çekilerek düzenleyici ve denetleyici bir rol üstlenmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği sistemine geçilmesi önerilmiştir. Pala, tüm bu önerileri içerecek şekilde hazırlandığı için Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı, Dünya Bankası'nın raporunun "ikinci sürümü" olarak nitelendirmektedir (2017: 47). Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Dünya Bankası'nın bir programı olduğunu gösteren bir diğer husus da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından SDP'nin Dünya Bankası tarafından fonlanan bir sağlık sistemi reformu olduğunun resmi olarak açıklanmasıdır (World Health Organization, 2012: 56).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk aşaması 2004 yılında Dünya Bankası ile yapılan bir projeyle⁶⁰ başlatılmıştır. Proje 2004-2008 yılları arasında kullanılmak üzere yaklaşık 70 milyon dolar bir bütçeye sahiptir. Proje imzalanan ek bir protokolle 2009 yılına kadar uzatılırken bütçeye 55 milyon dolar ek yapılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ikinci aşamasına yaklaşık 75 milyon dolar bütçeye sahip Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi ile 2009 yılında geçilmiştir. Ayrıca Ülke Ortaklık Stratejisi ve Program Amaçlı Kamu Sektörü Gelişim Politikası Kredileriyle Dünya Bankası, Türkiye'ye sağlık reformlarının uygulanmasına yönelik mali, teknik ve insan gücü desteği vermiştir.

Dünya Bankası'nın rehberliğinde uygulamaya geçirilen ve neoliberalizmin sağlık hizmetlerine taşınmasını hedefleyen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir ayağını sağlık sektörünün özel sermaye için birikim alanı haline getirilmesi başka bir

⁵⁸ <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>

⁵⁹ <http://documents.worldbank.org/curated/en/919651468760505354/pdf/multi0page.pdf>

⁶⁰ Health Transition Project

ifade ile kamusal sağlık hizmetlerinin metalaştırılması oluştururken, ikinci ayağını ise tahsiste verimlilik yani sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının azaltılması oluşturmaktadır (Sönmez, 2017: 87-88).

2004 yılında 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yasa ile pilot illerde aile hekimliği uygulanması başlatılarak birinci basamağın özelleştirilmesi yönünde adım atılmıştır. 2011 yılında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “pilot” kelimesi kaldırılmış ve tüm ülkede aile hekimliği sistemi mevcut sağlık ocağı sisteminin yerini almıştır. Nüfusa göre örgütlenen ve çok amaçlı hizmet sunumuna dayanan sağlık ocağı sisteminden hekim ve muayenehane merkezli pasif hizmet sunumuna dayanan aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Sağlık ocağı, sorumlu olduğu coğrafi alan içindeki nüfusa bir hekimin sorumluluğuunda ebe, hemşire, sağlık memuru ve tıbbi sekreterden oluşan bir ekiple gezici, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bütüncül bir şekilde bir arada sunan bir sistemken, aile hekimliği sisteminde coğrafi bölge kısıtı olmadan hekim seçme ve değiştirme hakkı bütüncül sağlık hizmeti sunumunu engellemektedir. Bu kısıtı ortadan kaldırmak için sağlığın geliştirilmesi ve korunması işlevlerini yerine getirmek üzere Toplum Sağlığı Merkezleri açılmıştır. Aile hekimliği sistemine geçişle birlikte kürek çeken değil dümen tutan devlet anlayışına uygun olarak Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan çekilmiştir, hekim ve diğer sağlık personeli sözleşmeli statüye geçirilmiş böylece güvenceli istihdam ortadan kalkmıştır, hekim seçme ve değiştirme hakkı birinci basamak sağlık hizmetlerinin rekabete açılmasına neden olurken performans dayalı ücretlendirme sağlık çalışanları üzerindeki denetimi ve iş yükünü artırmıştır. Okay’ın ifadesi ile aile hekimliği sistemi birinci basamak sağlık hizmetlerinin özel sektör kurallarına ve değerlerine göre örgütlenmesini sağlayan bir sistemdir (2012: 153).

2005 yılında 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Yasa ile Sosyal Sigortalar Kurumu’na ait 148 hastane ve 370 sağlık tesisi Sağlık Bakanlığı’na devredilmiş, 60.000’e yakın SSK personeli Sağlık Bakanlığı’na kaydırılmıştır. Bu yasayla kamu hastaneleri arasındaki ayırım kaldırılarak tüm hastaneler devlet hastanesi olarak düzenlenmiştir. 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası ile üç sosyal güvenlik kurumu birleştirilerek “Sosyal Güvenlik Kurumu” (SGK) kurulmuştur. Aynı

yıl 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası⁶¹ ile Türkiye’deki bütün emeklilik ve sağlık finansman modeli değiştirilmiştir. Genel Sağlık Sigortası (GSS), tüm vatandaşların zorunlu olarak dahil olduğu, prim toplamaya dayalı, hizmetten yararlanma sırasında kullanıcıların katkı payı ödediği, sunulacak hizmetlerin temel teminat paketi ile belirlendiği bir sosyal sağlık sigortasıdır. GSS ile kamusal sigortacılık sistemine cepten ödemeleri, katkı paylarını, farkları içeren özel finansman da eklenerek karma bir finansman modeli oluşturulmuştur. Kanun öncesinde Yeşil Kartı olanların 2012 yılına kadar bu durumları devam ettirilmiş, 2012 yılında Yeşil Kartlılar ya da Yeşil Karta başvuracak kişiler gelir testine tabi tutularak GSS kapsamına alınmış, hane içinde kişi başına geliri asgari ücretin üçte birinden az olanların GSS primleri devlet tarafından ödenmeye başlamıştır. Gelir testini geçemeyenler prim ödemeye başlamıştır.

SGK’nın hizmet sunuculara yapacağı ödemeler için sağlık hizmetlerinin fiyatlarını belirlemek üzere Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)⁶² hazırlanmıştır. Hastanelere yapılan geri ödemelerde çoğunlukla “hizmet başı ödeme yöntemi”⁶³ kullanılmaktadır. Yatarak yapılan sağlık hizmetlerinin bedelleri ödenirken “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme sistemi”⁶⁴ kullanılmaktadır. Eğer yatarak yapılan tedavi işlemleri SUT’ta yer alan listede bulunmuyorsa hizmet başına ödeme sistemi kullanılmaktadır. 2006 yılında “global bütçe” modeli uygulanmaya başlamıştır. Global bütçe yöntemi, bir geri ödeme yöntemi değil, ileriye dönük ödeme yöntemidir. Global bütçe yönteminde belli bir programın tümü için bir harcama limiti belirlenmekte ve hizmet sunucusunun yıl sonuna kadar belirlenen bütçe ile bütün

⁶¹ Yasanın bir çok maddesi Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için 2008 yılında 5754 Sayılı Kanun ile 5510 Sayılı Kanun’da değişiklikler yapıldı bu nedenle yasanın yürürlüğe girme tarihi 01.10.2008’dir.

⁶² Sağlık Uygulama Tebliği, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla Kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu’nca belirlenen bedellerin bildirildiği tebliğdir.

⁶³ Hizmet başı ödeme yöntemi, hizmet sunucularına verdikleri her bir sağlık hizmeti için daha önce belirlenmiş bir fiyat listesi üzerinde ödeme yapılmasına dayanmaktadır.

⁶⁴ Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yönteminde, sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-9 listesi esas alınarak faturalandırılmaktadır. Taniya dayalı ödeme listesi, yatak bedeli, yatış dönemindeki muayeneler ve konsültasyonlar, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, ilaç (kan ürünleri hariç), kan bileşenleri (eritrosit süspansiyonu, tam kan, trombosit, plazma, vb.), sarf malzemesi, anestezi bedeli, laboratuvar, patoloji ve radyoloji tetkikleri, refakatçi bedeli gibi tedavi kapsamında yapılan tüm işlemleri kapsamaktadır.

programı gerçekleştirmesi beklenmektedir (Belek, 2016: 145). Yani verilecek sağlık hizmetinin hacmini belirlenmekte ve bu doğrultuda toplam bir bütçe ayrılmaktadır. Bu şekilde hizmet sunucuların belirlenen bütçeleri daha verimli şekilde kullanacağı ve maliyet kontrolü yapacakları varsayılmaktadır. Global Bütçe uygulaması kapsamında SGK, Sağlık Bakanlığı'na ait sağlık kurumlarına “Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi” doğrultusunda ödemeler yapmaya başlamıştır. Kamu hastanelerinde global bütçeye geçilmesinin ardından, 2014 yılında üniversite hastaneleri ile SGK arasında “Global Bütçe Protokolleri” imzalanmaya başlanmıştır.

Sağlık harcamalarının azaltılmasına yönelik olarak hastanelerin verimlilik ve etkinliği artırmak için 1980’li yıllarda Amerika’da hastane geri ödeme yöntemi olarak kullanılmaya başlanan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG)⁶⁵ uygulanmasına yönelik Türkiye’de 2005 yılında çalışmalar başlatılmıştır. TİG, sağlık hizmeti sunan kurumlara yapılan geri ödemeleri standart hale getiren ve kurumların maliyet kontrolüne yönelik girişimlerini teşvik eden bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. TİG, klinik ve maliyet verilerine bakılarak benzer hastalıkların benzer gruplara dâhil edilmesi şeklinde hastaların gruplandırılmasına dayanmaktadır. Gruplandırma öncelikle ana tanıya göre sonrasında ise işlemlere göre yapılmaktadır. Tedavi harcamaları, parasal değer yerine bağıl değer⁶⁶ olarak belirlenmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014: 8). 2005 yılında başlatılan *Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Alt Yapı Geliştirilmesi Projesi* kapsamında 7 pilot hastanede Tanı İlişkili Gruplar adı ile veri girişi yapılmaya başlanmış ve 2008 yılı sonuna kadar 40 hastanenin katılımı ile pilot çalışma sürdürülmüştür. 2009 yılının Kasım ayında proje tamamlanmıştır. 2012 yılında 81 pilot hastanede 2011 yılı verileriyle maliyet analizi çalışması yapılmış ve Türkiye TİG Bağıl Değer Listesi oluşturulmuştur. TİG temelli hastane geri ödeme sistemi, 1 Aralık 2010 tarihinde 50 pilot hastanede Kasım dönemine ilişkin sağlık hizmeti bedel ödemeleriyle başlatılmıştır. 2010 yılının Aralık ayı itibariyle tüm il merkezlerindeki 206 devlet hastanesi sisteme dâhil edilmiş ve 2011 yılının Ocak ayından itibaren de tüm ilçe hastanelerinin sisteme dâhil edilmesiyle toplam 555 kamu hastanesinin hizmet bedeli ödemelerinin yüzde 10’u TİG üzerinden gerçekleştirilmiştir. 2013 yılında ara

⁶⁵ “Diagnosis Related Groups” kavramının Türkçe çevirisi olarak “Tanı İlişkili Gruplar” da kullanılmaktadır.

⁶⁶ Bağıl değer, bir TİG’in maliyetinin tüm TİG’lerin ortalama maliyetine oranıdır.

verilen TİG temelli geri ödeme sistemi, 2015 yılında yeniden başlamıştır. 2013-2014 yılları arasında özel hastaneler ve üniversite hastaneleri sisteme entegre edilmiştir. 2015 yılının Ocak ayında 472 devlet hastanesi, 2016 yılının Ağustos ayında ise 646 devlet hastanesi TİG'e dayalı ödeme almıştır. Ağustos 2016 sonrasında TİG'e dayalı ödemeler kaldırılmış ve TİG verileri istatistiki amaçlı tutulmaya devam etmiştir. Fakat kalkınma planlarında, yıllık programlarda ve stratejik planlarda TİG'e dayalı geri ödeme yönteminin yaygınlaştırılmasına dönük tedbirler yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı'na göre, kamu hastanelerine TİG sistemi üzerinden yapılan geri ödemenin kamu hastanelerine yapılan toplam geri ödeme içerisindeki payın 2023 yılına kadar yüzde 6'ya çıkarılması hedeflenmektedir.⁶⁷

2005 yılında hekimler için zorunlu hizmet uygulaması başlamıştır. Tıp eğitimini, uzmanlık eğitimini ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayan hekimler için her bir eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile sözleşmeli sağlık personeli olarak devlet hizmeti yapma zorunluluğu getirilmiştir. 2010 yılında ise 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa ile tam süreli çalışma uygulaması başlamıştır. Kanunla kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlere tam gün çalışma zorunluluğuyla birlikte dışarıda çalışma yasağı da getirilmiştir. Başka bir ifade ile kamuda çalışan hekimler özel sağlık kuruluşlarında çalışamayacakları gibi özel muayenehane de açamayacaklardır. Ayrıca yasa ile üniversitelerdeki öğretim elemanlarının devamlı statüde görev yapacağı belirtilmiştir. Tam gün yasağı uygulanması 5947 sayılı Kanun ile başlayan tartışmalı bir süreç sonrası bir çok aşamadan geçerek ancak 2014 yılında yürürlüğe koyulan 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa ile kesinleşmiştir.⁶⁸ Söz konusu yasa ile hekimlerin ve öğretim üyelerinin kısmi çalışmaları ve mesailerı bittikten sonra dahi dışarıda çalışmaları yasaklanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasına yönelik olarak 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı hizmet sunumundan çekilerek planlayıcı ve denetleyici konumuna getirilmiştir. KHK'nın 2. maddesine göre Sağlık Bakanlığı'nın

⁶⁷ <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan.pdf>

⁶⁸ Tam gün yasağının uygulanma sürecine yönelik 4 yıla yakın süren hukuksal tartışmalar ve yasal düzenlemeler hakkında ayrıntılı bilgi için bakınız: Özalp, 2015.

sorumluluğu sadece acil durum ve afet durumlarında hizmetin planlanması ve yürütülmesidir, bunların dışında kalan hizmetlerle ilgili sadece strateji ve hedefleri belirleme, planlama, düzenleme ve koordinasyon görevi bulunmaktadır.⁶⁹ Söz konusu KHK ile sağlıkta piyasalaştırmanın bir aracı olarak iç piyasa/yarı piyasa oluşturma amacıyla hizmet alıcısı ile hizmet sunucuları ayrılmıştır. Alıcı-tedarikçi ayrımı kapsamında sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında toplanmasıyla, SGK sağlık sektöründeki tek satın alıcı haline gelirken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı'na "bağlı kuruluş" olarak tanımlanan "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na" bırakılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda da "bağlı kuruluş" olarak tanımlanan "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu" sorumlu hale getirilmiştir. Böylece sağlık sektöründe hizmet alıcısı ile hizmet sunucuları birbirinden ayrılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın bünyesindeki sağlık kuruluşları, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun il düzeyinde kurarak işlettiği Kamu Hastane Birliklerine (KHB) devredilerek kamu tüzel kişiliğini haiz özerk sağlık işletmeleri haline getirilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri, sözleşmeli olarak istihdam edilen, CEO olarak adlandırılan Genel Sekreterler tarafından yönetilirken işlettikleri hastaneler de sözleşmeli olarak istihdam edilen hastane yöneticisi tarafından yönetilmektedir. Başhekimler hastane yöneticisine bağlı olarak çalışmaktadır. Kamu Hastane Birlikleri, kâr etme amacına yönelik olarak kurulmuş, gelirleri ağırlıklı olarak ürettikleri hizmet karşılığında SGK'dan aldıkları geri ödemeler ve hastaların cepten ödeyecekleri katkı paylarından oluşan kurumlardır. Yeni yapılanma ile KHB'ler tarafından işletilmeye başlanan kamu hastanelerinin piyasa işleyişine uygun olarak sağlık hizmeti üretip SGK'ya satan, gelir getirici işletmelere dönüştürülmesi amaçlanmıştır (Tükel, 2017).

2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Kanun'la birlikte hastaların SGK ile sözleşmeli olan istedikleri üniversite hastanelerinden ve özel sağlık kuruluşlarından ayaktan ve yatarak tedavilerde doğrudan müracaat edebilmelerine ve sağlık hizmeti almalarına olanak tanınmıştır. Bu durum sağlık alanını özel sektör için önemli bir yatırım alanı haline getirmiştir buna bağlı olarak da özel sağlık kuruluşlarının sayısı ciddi oranlarda artmıştır böylece özel sağlık piyasa genişlemiştir. 2002'de özel hastane sayısı 271 iken bu sayı 2013 yılına gelindiğinde 550 olmuş, 2017 yılında ise 571'e

⁶⁹ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>

yükselmiştir. Hastane yatak sayılarına bakıldığında ise 2002 yılında özel sağlık kuruluşlarına ait 12.387 yatak bulunurken, bu sayı 2017 yılında 49.200'e yükselmiştir.⁷⁰

Hastalar, özel hastanelerde muayene olmak isterlerse katkı payı ve ilave ücret ödeyerek hizmet alabilmektedir. Vakıf üniversitelerinin hastaneleri dâhil tüm sözleşmeli özel sağlık sunucularında başvuran hastalardan ek olarak alınabilecek ücretin tavan miktarı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) listesinde belirtilen ücretin %200'ü yani iki katıdır. SGK'nın sözleşme yaparak özel sağlık kuruluşlarından hizmet almaya başlamasıyla kamu hastanelerinin üzerindeki rekabet baskısı daha da artmıştır. Kamu hastaneleri sadece diğer kamu hastaneleriyle değil özel sağlık kuruluşlarıyla da rekabet ederek döner sermaye gelirlerini artırmaya çalışmaktadır.

Hastaneler arası rekabeti artırarak verimliliği yükseltmek amacıyla Kamu Hastane Birlikleri'ne devredilen hastaneler hizmet altyapısı, organizasyonu, kalite, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutularak aldıkları puanlara göre yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılmaya başlamıştır. Bir birliğin grubu, işlettiği hastanelerinin ağırlıklı ortalamasına göre belirlenmektedir. Birliğin kötü performansı durumunda yani grubu (D) ve altına düştüğü durumda genel sekreterin, hastanenin kötü performansı durumunda ise hastane yöneticisinin görevine son verilmektedir (Yavuz, 2011). Bu düzenleme hastane yöneticilerinin hastane puanının düşmemesi için daha az personel ve girdiyle daha çok hizmet üretmeye çalışmasını sağlamaya yöneliktir. Hastane gelirleri ağırlıklı olarak üretilen hizmet karşılığı SGK'dan alınacak ücretlerden oluştuğu için hasta sayısını artırmak, kârlı alanlarda hizmet üretmek, işgücü maliyetlerini düşürmek önem kazanmıştır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 183).

Kamu Hastane Birlikleri yapılanması 2017 yılında yayımlanan 694 Sayılı KHK ile kaldırılmıştır. Sağlık Bakanlığı'na "bağlı kuruluş" olarak kurulan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu yürürlükten kaldırılarak, bakanlığın merkez teşkilatının genel müdürlüğü haline dönüştürülmüştür. Halk Sağlığı Kurumu Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü olurken Kamu Hastaneleri Kurumu Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü oldu. Sağlık Bakanı tarafından "çok başlılık getirdiği ve

⁷⁰ <https://ohsad.org/wp-content/uploads/2018/12/28310saglik-istatistikleri-yilligi-2017pdf.pdf>

verimi düşürdüğü” gerekçesiyle kaldırılan üçlü yapı yerine bu düzenlemeyle sağlık hizmetleri yeniden tek çatı altında toplanmıştır.⁷¹ İl düzeyindeki sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesinden il müdürleri sorumlu olacak bu bağlamda hastanelerin yönetimi ve denetimi de il sağlık müdürlerinin sorumluluğu altında olacaktır. Hastaneler başhekimler tarafından yönetilecektir. Önceki düzenlemeye benzer şekilde, hastaneler tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulacaklar ve değerlendirme sonuçlarına göre, hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılacaktır. İl düzeyindeki hastane grubunu o ildeki hastanelerin gruplarının ağırlıklı ortalaması belirleyecektir. İl düzeyindeki hastanelerin gruplarının düşürülmesi, üç değerlendirme sonucunda hala aynı grupta kalmış olmaları durumunda il sağlık müdürünün görevine son verilecektir. Benzer şekilde hastanelerin performansı kötü olduğunda da başhekimin görevine son verilecektir.⁷² Bu düzenlemeyle birlikte yeniden sağlık il müdürlüklerine bağlanan hastaneler için idari ve mali özerklik azalmış dahi olsa hastane gelirlerinin temel olarak döner sermaye gelirlerinden oluşması, hastanelerin mali özerkliğini artıran bir durumdur çünkü döner sermaye uygulaması, büyük oranda SGK tarafından yapılan ödemelerden oluşan kaynakların serbestçe harcanmasına imkân tanımaktadır. Türkiye’deki yıllık toplam sağlık harcamalarına bakıldığında 2018 yılı için yapılan toplam sağlık harcamaları 99.670 Milyar TL olarak gerçekleşmiştir bu harcamaların 91.566 Milyar TL’lik kısmı (yaklaşık yüzde 92) SGK tarafından gerçekleştirilmiştir. Merkezi Yönetim Bütçesi’nden gelen kaynak 507 Milyon TL (yaklaşık yüzde 0,5) olmuştur.⁷³ Bu nedenle, hastanelerin gelirleri büyük oranda SGK’dan gelen kaynaklardan oluşan döner sermayelerdir ve Pala’nın ifade ettiği gibi hastaneler döner sermaye gelirlerini özgürce harcayabilmektedir (2005: 72). Bu durum Kamu Hastane Birlikleri kapatılsa dahi hastanelerin mali özerkliklerin devam ettiğinin göstergesidir. Bir kamu kurumunun mali bakımdan özerklik sahibi olmasının günümüzdeki anlamı kâr-zarar rasyonalitesine tabii olmasıdır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 216). Bu bağlamda

⁷¹<https://www.ntv.com.tr/saglik/saglik-bakani-demircansagliktacokbasliligikaldiriyoruz,GPE7r80Kq0-93VKCV70B2w>

⁷²<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/08/20170825-13.pdf>

⁷³https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2019/11/2020_Yili_Butce_Gerekcesi.pdf

kamu hastaneleri, gelirlerinin büyük çoğunluğunu oluşturan döner sermaye gelirlerini artırma ve performanslarını iyileştirerek gruplarını yükseltme baskısı altındadır.

2004 yılında uygulamaya geçirilen “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” ile 1989 yılından bu yana uygulanan döner sermaye gelirlerinin yüzde 50’sinin sağlık personeline ek ödeme olarak dağıtılması uygulamasından, dağıtımın meslek, kıdem, uzmanlık ve tıbbi hiyerarşideki konum, çalışılan birim yanı sıra, personelin gerçekleştirdikleri muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlem sayısına göre, başka bir ifade ile sağlık kurumuna sağladıkları gelire göre belirlendiği yeni bir sisteme geçilmiştir. Bütün basamaklarda uygulanan performansa göre ücretlendirme uygulaması 2011 yılında üniversite hastanelerine de yaygınlaştırılmıştır. Ücretlendirme sistemi değişikliği esas olarak hekimler için uygulanmıştır. Aile hekimleri için “kişi başına ödeme” sistemi uygulanırken, kamu hastanelerinde çalışan hekimler için de “hizmet başına ödeme” sistemi hayata geçirilmiştir (Pala, 2017: 67).

2010 yılında yataklı tedavi kuruluşlarında “Mesai Dışı Poliklinik” uygulaması başlatılmıştır. Mesai Dışı Poliklinik Uygulamasına İlişkin Genelge ile yataklı sağlık kuruluşlarında ihtiyaç ve talep olması durumunda hafta içerisinde mesai saati bitiminden saat 24:00'e kadar, hafta sonu ve resmî tatil günlerinde ise 08:00- 24:00 saatleri arasında, hasta yoğunluğu ve hekim sayısı dikkate alınarak, hastaların bekletilmeksizin muayene ve tedavileri sağlanacak şekilde poliklinik hizmet verilmesi düzenlenmiştir. Mesai dışı çalışma yapan hekim ve diğer sağlık personeline Sağlık Bakanlığı ek ödeme yönetmeliğine göre hastane döner sermayelerinden ek ödeme yapılabilecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel bileşenlerinden biri olan “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon” hedefine yönelik olarak, 2001 yılında yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi ile başlatılan Toplam Kalite Yönetimi uygulaması, 2005 yılından itibaren sistematik bir şekilde geliştirilmiştir. TKY kapsamında yapılan çalışmalar üç temel eksen üzerine oturmaktadır. İlk olarak Sağlık Bakanlığı merkezinde kurumsal bir yapı ve bunun devamı niteliğinde il ve hastane düzeylerinde yapılar oluşturulmuştur. İkinci olarak Türkiye sağlık sisteminin ihtiyaçlarına göre hazırlanmış bilimsel ve uygulanabilir kalite standartları belirlenmiştir. Bu kapsamda, sağlık hizmetinin tüm aşamalarında kaliteyi değerlendiren ve bu anlamda kalitenin artırılması için sağlık çalışanlarına

rehberlik görevi yapmayı da amaçlayan *Hizmet Kalite Standartları* belirlenmiştir. Üçüncü olarak, hazırlanan standartlara yönelik belli periyotlarda ölçme ve değerlendirme gerçekleştirilmeye başlamıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012: VI). Kalite standartları sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine yönelik olarak sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları içermektedir.

2005 yılında 100 sorudan oluşturulan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 soruluk bir set halini alırken 2008 yılında yapılan revizyonda ise, 150 sorudan oluşan kalite kriterleri bütünüyle revize edilmiş ve hem yapısal hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. 2009 yılında özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik *Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları* yayımlanmıştır. 2011 yılında sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri kapsayan 621 kalite kriterinden oluşan *Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SHKS) Hastane Seti* yayımlanmıştır. SHKS Hastane Seti, bir çok kez revize edilmiştir. En güncel hali, SHKS Hastane Seti Versiyon 6, 2020 yılının Haziran ayında yayımlanmıştır.

Kalite standartları içerisine hasta memnuniyeti boyutunun eklenmesi TKY yaklaşımının “müşteri odaklılık” anlayışının sağlık hizmetleri alanına yansımadır. Hasta hakları konusu, 1990’lı yılların sonlarına kadar Türkiye sağlık hizmeti alanında ön plana çıkmamış bir konudur. Geleneksel, paternalist hekim-hasta ilişkisi kapsamında, sağlık hizmeti sunucusunun tek karar verici ve yönlendirici olduğu düşüncesi yakın döneme kadar hâkim görüş olarak devam etmiştir. 1990’lı yılların sonlarında sağlığın piyasalaştırılması kapsamında hastalar sisteme “müşteri” kimliği ile dahil olmuştur. Hastanelerin döner sermaye gelirleriyle işletilmeye başlanması ve sağlık çalışanlarının gelirlerinin önemli bir kısmının döner sermaye kazançlarına dayanmaya başlaması, hastaları “velinimet” durumuna getirmiştir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 193-194).

1998 yılında yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nde belirlenen hedef ve standartlara ilişkin uygulama programı, 2003 yılında Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge ile düzenlenmiş ve yönerge 2005 yılında yenilenmiştir. Bu yönergeyle hastanelerde hasta hakları birimleri ve kurulları

oluşturulmuştur. 2004 yılında vatandaşların talep, öneri, sorun ve şikayetlerini iletebilmeleri için Alo 184 SABİM (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) hattı kurulmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na ait sosyal medya hesapları üzerinden, internet sitesi üzerinden, e-posta, faks kanalları kullanılarak da talep ve şikayetler iletelebilmektedir. SDP ile hasta hakları kapsamında hayata geçirilen bir diğer uygulama ise Hekim Seçme Hakkı'dır. Hekim seçme hakkı uygulaması, 2004 yılında 11 kamu hastanesinde başlatılmıştır. 2010 yılının sonundan itibaren tüm hastanelerde uygulanmaya başlamıştır.

Hasta memnuniyetinin artırılması, hastanelerdeki gereksiz beklemlerin ortadan kaldırılması, sağlık hizmeti sunumunun kalitesinin ve verimliliğinin artırılması hedeflerine yönelik olarak 2010 yılında Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) uygulaması başlatılmıştır. MHRS uygulaması ile kamu hastanelerindeki randevulu poliklinik hizmetleri, tek bir merkezden yürütölmeye başlanmıştır. İlk olarak Erzurum ve Kayseri illerinde pilot uygulama olarak başlayan MHRS, zamanla yeni illerin kapsama alınmasıyla 2012 yılının Mart ayından itibaren tüm illerde hizmete girmiştir. 2013 yılının Temmuz ayı itibariyle aile hekimleri de sisteme dahil edilmiştir.

2013 yılında temel teminat paketi dışında kalan hizmetler, özel sağlık kuruluşlarının ilave ücretleri, SUT fiyatının 3 katına kadar ücret tahsil edilebilen istisnai sağlık hizmetleri (robotik cerrahi, diş protezleri, lazerli prostat vb. gibi) gibi artan cepten harcamalar için Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliğı ile tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır. Böylece her geçen temel teminat paketi dışına çıkartılan sağlık hizmetleri için bir çözüm bulunmuş olmuştur (Yenimahalleli Yaşar, 2017: 124).

2005 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın "İkinci Fazı" olarak kabul edilen "Şehir Hastaneleri" projesine yönelik ilk yasal düzenleme yürürlöğe konmuş ve ilk şehir hastanesi ihale ilanı 2009 yılında Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü (ihaledeki ismi) için yapılmıştır. SDP kapsamında sağlık alanında gerçekleştirilen dönüşümün tamamlayıcısı olarak hayata geçirilen Şehir Hastaneleri ile sağlık hizmetleri köklü şekilde değişikliğe uğratılmıştır.

3.3. ŞEHİR HASTANELERİ

Son otuz yıldır bir çok ülkede uygulamaya konulan “sağlık reformlarıyla” sağlık hizmetleri alanında kapitalist faaliyetler genişletilerek bir kapitalist sağlık endüstrisi kurumsallaştırılmaya çalışılmaktadır. Bu hedefin gerçekleştirilmesinde sağlık hizmetlerinin örgütsel dönüşümü temel bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütsel dönüşümüne yönelik temel mekanizmalar; doğrudan özelleştirme, kısmi özelleştirme (taşeronlaştırma), özerkleştirme yoluyla özelleştirme ve kamu özel ortaklığıdır (Güzelsarı, 2012: 40). Kamu sağlık kurumlarının özel yatırımcılara satılması olarak açıklanabilecek doğrudan özelleştirme sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasında görece daha az uygulanan bir mekanizmadır. Kısmi özelleştirme, hizmet alımı ve alt işverenlik sözleşmeleriyle sağlık hizmetlerinin parçalanarak ve fiyatlandırılarak özel sektöre havale edilmesidir. Başlangıçta destek hizmetlerde (temizlik, yemek, güvenlik vb.) başlayan taşeronlaştırma uygulamaları giderek bilgi teknolojileri ve muhasebe gibi hizmetleri de kapsamaya başlamış, günümüzde temel tıbbi hizmetleri de içerecek şekilde genişlemiştir. Özerkleştirme yoluyla özelleştirme, kamu sağlık kurumlarına idari ve mali özerklik sağlanarak şirketleştirilmesidir. Kamu özel ortaklığı ise son yıllarda sağlık hizmetlerinde yaygın şekilde kullanılmaya başlanan piyasalaştırma mekanizmalarından biridir.

3.3.1. Kamu Özel Ortaklığı

Kamu özel ortaklığı (KÖO) kavramının üzerinde küresel düzeyde uzlaşılmış bir tanımından söz etmek mümkün değildir. Küresel düzeyde kamu özel ortaklığının ne olduğu sorusuna cevap verirken referans gösterilebilecek kuruluşların Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü’nün tanımlamaları birbirinden farklılaşmaktadır.

Dünya Bankası, kamu özel ortaklığı kavramını “bir kamu varlığının inşası veya kamu hizmetinin sunulması amacıyla özel sektör ve kamu kuruluşları arasında imzalanan ve özel sektörün önemli bir risk ve yönetim sorumluluğu üstlenirken, performansa dayalı olarak gelir elde ettiği uzun dönemli bir sözleşme” olarak tanımlamaktadır (World Bank, 2017a: 1).

Uluslararası Para Fonu (IMF)'na göre KÖO “geleneksel olarak kamu tarafından sağlanan alt yapı varlıklarının ve hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulmasıdır” (International Monetary Fund, 2006: 1).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından, kamu özel ortaklığı “kamu ve özel sektör arasında imzalanan, özel sektörün sermaye sağlayarak kamu hizmetini fonladığı ve hizmeti tedarik ettiği ve bu ortaklığa ilişkin risklerin paylaşımının düzenlendiği uzun dönemli sözleşme” şeklinde tanımlanmaktadır (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012: 3).

Mevcut tanımlardan yola çıkılarak genel bir tanımlama yapılırsa kamu özel ortaklığı bir kamu malı veya hizmetini tedarik etme amacıyla kamu ile özel sektör arasında uzun süreli olarak imzalanan ve taraflar arasında risk paylaşımını içeren bir sözleşmedir. Kamu özel ortaklığı sözleşmelerinin temel özellikleri şunlardır;

- Kısmen ve ya tamamen kamusal nitelik taşıyan bir mal veya hizmet üzerinedir,
- Uzun dönemlidir,
- Projenin finansmanını sağlamak, yatırımı gerçekleştirmek ve/veya sözleşme sonuna kadar işletmek proje yüklenicisinin sorumluluğundadır,
- Proje yüklenicisi gelirini sözleşmede tanımlanan şekilde ya hizmeti sunma sorumluluğu olan kamu kuruluşundan ya hizmetten faydalananlardan ya da her ikisinden alınan ücretlerden elde etmektedir (Öncü, 2018: 16-17).

Kamu özel ortaklığı kavramı yerine literatürde “kamu özel işbirliği” (KÖİ) kavramı da sıklıkla kullanılmaktadır.⁷⁴ Pala’ya göre ortaklardan birinin diğerine ücret ödediği bir birlikteliği, ticari olarak ortaklık olarak nitelendirilmek söz konusu olamaz ayrıca kamu ile özel sektör arasında bir ortaklıktan ziyade uzun süreli bir işbirliği söz konusu olduğu için bu tür sözleşmeleri ortaklık olarak nitelendirmek doğru değildir (2018: 118). Uysal’a göre de bu projelerde özel sektörün amacı kâr etmek iken kamu idaresinin amacı kamu yararının gerçekleşmesidir bu nedenle bir amaç birliği yoktur dolayısıyla ortaklık şeklinde ifade etmek isabetli değildir (2021: 21). Hangi şekilde kullanılırsa kullanılsın ortaklık/işbirliği kavramının özelleştirme ve taşeronlaştırma gibi tepki çeken uygulamaların yarattığı kötü algıları silme amacıyla dayanışma,

⁷⁴ Çalışmada “Public-Private Partnership” kavramının Türkçe çevirisi olarak “Kamu-Özel Ortaklığı” kullanılmaktadır.

birliktelik ve paylaşım gibi vurguları içermesi nedeniyle bilinçli olarak tercih edildiği ifade edilmektedir (Linder, 1999: 35; Buse ve Harmer, 2004: 51). Linder’e göre, bu tür sözleşmeleri ortaklık/işbirliği olarak nitelendirmek neoliberalizmin etkileyici bir pazarlama stratejisinden başka bir şey değildir (1999: 35). Ortaklık veya işbirliği olarak tanımlamak sistemin özünde yer alan kamudan özel sektöre kaynak aktarma işlevinin gizlenmesini sağlamaktadır. Sönmez, bu sistemin özel sektör lehine kamudan özel sektöre gerçekleşen bir kaynak aktarma mekanizması gibi işlev gördüğünü bu bağlamda kapitalist sermaye birikimi aracı olduğunu öne sürmektedir (2018: 56-57). Benzer şekilde, Pala’da bu tür sözleşmeleri kamu sektöründen özel sektöre kaynak aktarmak olarak tanımlamanın daha doğru olacağını ifade etmektedir (2018: 118).

Kamu özel ortaklığı, 1980’li yıllardan itibaren tüm dünyada egemen olan özelleştirme trendinin 1990’ların sonunda hız kesmeye başlamasıyla, sermaye birikimine yönelik önemli bir araç haline gelmiştir. KÖO’nun ön plana çıkmasında bazı kamusal alt yapı yatırım ve hizmetlerinin doğası gereği özelleştirmeye uygun olmaması ve özelleştirmelere yönelik olumsuz toplumsal tepkilerin etkisi olmuştur (Mecit, 2019: 39). Kamu özel ortaklığı modeli, neoliberal yeniden yapılanma sonucu devletin kamusal mal ve hizmetlerin sunumundan çekilmesi ile istisna haline gelen geleneksel yöntemler ile kural/standart haline dönüşen piyasadan temin ve özelleştirmelere alternatif olarak üçüncü bir yol olarak kabul edilmektedir. Başka bir ifade ile KÖO modeli, devletin tek başına kamusal yatırım veya hizmeti yerine getirdiği geleneksel tedarik (emanet usulü) ile özelleştirme arasında yer almaktadır. Kamu özel ortaklığında geleneksel tedarikten farklı olarak kamu hizmeti kamu ve özel sektörün işbirliğinde üretilirken, özelleştirmeden farklı olarak da hizmet üretim sorumluluğu kamu sektörü üzerinde bulunmaktadır.

Kamu özel ortaklığı modelinin, özellikle 1990’lardan itibaren sıklıkla tercih edilmeye başlanması iki temel sebeple gerekçelendirilmektedir. Birincisi, kamu hizmetlerinin sunumunda bütçe kısıtlılıklarını aşmak için özel finansman desteğinden yararlanmak iken, ikincisi özel sektörün sahip olduğu düşünülen işletme kapasitesi ve tekniklerinden faydalanmaktır. Bu sebeple kamu özel ortaklığı modeli “kazan-kazan formülü” olarak nitelendirilmektedir. Her kesimin “kazandığı” bu modelde, kamu kesimi, ihtiyaç duyduğu büyük çaplı alt yatırımları özel finansman desteğiyle harcama-borçlanma noktasında rahat ederken, özel sektörün sahip olduğu teknoloji,

bilgi ve becerilerden faydalanmaktadır. Özel sektör ise sermayesini risk altına sokmadan, geri dönüşü noktasında büyük güvencelere sahip olduğu bir yatırıma girmektedir. Bu modelde vatandaşlar da büyük alt yapı yatırımlarına ve kamusal hizmetlere çok kısa sürede kavuşmaktadırlar (Karasu, 2011: 220).

Kamu özel ortaklığı modeli hükümetlere ihtiyaç duyulan yatırımları kamu finansmanı üzerindeki yüklerini kamuoyundan gizleyerek gerçekleştirebilme avantajı sağlamaktadır çünkü bu yatırımlardan kaynaklanan yükümlülükler kamu bilançosunda yer almamaktadır (Emek ve Küçükkocaoğlu, 2019: 10). Özellikle kamu borç yükünün gayri safi yurtiçi hasılaya oranının kredibilite açısından temel gösterge kabul edildiği ve Maastricht Kriterleri gibi uluslararası borçlanma limitlerinin söz konusu olduğu bir konjonktürde kamu maliyesinin borçları çevirebilme gücü öne çıkmıştır. Kamu özel ortaklığı projeleri bilanço dışı finansman yöntemi olarak “görünür” kamu borç yükünü artırmadan ihtiyaç duyulan kamu yatırımlarının gerçekleştirilmesini sağlamaktadır. Kamu özel ortaklığı modelinde kamu mal veya hizmetine yönelik yatırım harcaması özel sektör tarafından yapılmakta ve sözleşme süresince söz konusu varlık özel sektör sahipliğinde kalmaktadır bu nedenle varlığın kamuya devrine kadar geçen sürede söz konusu varlık ve varlığa ilişkin maliyetler kamu finansal tablolarında gözükmemektedir (Gökten, 2019: 24-31). Oysa kamu bu yatırımı kendisi yaparsa, başlangıç yatırımı için kendisi borçlanmakta ve bu yükümlülükler kamu borç stoğu içerisinde gösterilmektedir. Bu sebeple, başlangıç yatırımlarından kaynaklanan borçları gizlemeyi sağlayan kamu özel ortaklığı projeleri hükümetlere çok cazip gelmektedir (Emek, 2019a: 26).

Kamu özel ortaklığı modelinin sistematik olarak uygulanması ilk olarak 1992 yılında Birleşik Krallık (BK)’ta gerçekleşmiştir. Thatcher yönetimi tarafından başlatılan neoliberal dönüşüm programının en önemli saç ayaklarından biri, yapılacak mali reformlar yoluyla kamu malı ve hizmeti kavramını ortadan kaldırarak kamu harcamalarının sınırlandırılması (kemer sıkma politikaları), kamu borçlarının azaltılması ve borcun kamudan özel sektöre kaydırılmasıdır. Bu bağlamda hükümet sunması gereken kamu hizmetlerini ve yapılması gereken kamu yatırımlarını borçlanmadan yapmanın yolu olarak kamu özel ortaklığı modelini ön plana çıkartmıştır (Öncü, 2018: 18). Altyapısı Thatcher yönetimi tarafından hazırlanan fakat Thatcher yönetiminden sonraki Major yönetimi tarafından uygulamaya konulan kamu

özel ortaklığı modeli, Birleşik Krallık'ta “özel finans girişimi”⁷⁵ olarak adlandırılmaktadır. 1990'ların sonuna doğru özel finans girişimi projeleri Birleşik Krallık'ta eğitim, sağlık, ulaşım, askeriye gibi çeşitli alanlara yayılmış ve yaygınlaşmıştır.

Birleşik Krallık'ın ardından özellikle 2000'li yıllarda bir çok ülkede ulaşımın enerjiye, eğitimden sağlığa çeşitli alanlarda sıklıkla kullanılmaya başlanan kamu özel ortaklığı modelinin yaygın olarak kullanılan türleri; yap-devret, yap-işlet-devret, yap-kirala-devret, yap-sahiplen-işlet, yap-devret-işlet, tasarla-yap-işlet ve tasarla-yap-finance et-işlet yöntemidir⁷⁶. Türkiye'de sağlık alanında kullanılan KÖO yöntemi yap-kirala-devrettir⁷⁷. Yap-kirala-devret yönteminin genel bir tanımı yapılacak olursa, kamuya ya da özel girişimciye ait bir arazi üzerinde özel girişimci, sözleşmeye konu tesisi tasarlamakta, finanse ve inşa etmekte ve uzun süreli olarak (50 yıla kadar) kamuya kiralamakta, bu süre sonunda tesisi kamu idaresine devretmektedir. Türkiye'de şehir hastanelerinin yapımında uygulanan yap-kirala-devret modeline göre, bir özel şirketler grubu kamu tarafından bedelsiz olarak verilen arazi üzerinde hastaneyi inşa etmekte, uzun süreliğine (25 yıl) devlete kiraya vermekte, bunun karşılığında devlet bu şirketler grubuna kira ödemektedir. Çekirdek hizmetler (temel tıbbi hizmetler) kamu tarafından sunulurken, çekirdek hizmet dışındaki hizmetlerin (tıbbi destek hizmetleri ve destek hizmetler) sunumu bu şirketler grubuna devredilmektedir.

Çekirdek hizmetlerin kamu tarafından sunulması nedeniyle yap-kirala-devret yöntemi, kamu otoritesi tarafından kamusal mal veya hizmetlerin özel sektöre sözleşme ile gördürülmesinin en yaygın biçimlerinden olan imtiyaz ve kamu alımı yöntemlerinden farklı olarak “eksik imtiyaz” şeklinde tanımlanmaktadır. İmtiyaz yönteminde, idari kararlar piyasasının işleyiş kurallarından belli ölçüde bağışık kılınmış bir kamu hizmetinin üretim ayrıcalığı tek bir girişimciye verilmektedir. Bu nedenle bu hakkı elde eden girişimci o kamu hizmetinin üretimini yapma imtiyazını elde etmektedir. Örneğin, hazine arazisinin bedelsiz olarak devri, tekel yaratılmış bir piyasa ve alım garantileri özel girişimcilere sağlanan imtiyazlardandır. İmtiyaz yönteminde, hizmetin asıl sahibi olan kamu somut üretimde görünmez durumdadır, kullanıcılara ya

⁷⁵ Private Finance Initiative

⁷⁶ Kamu özel ortaklığı türleri hakkında ayrıntılı bilgi için bakınız; Atasever vd., 2018; Teker, 2008.

⁷⁷ Build-Lease-Transfer

da yararlanana özel bir Şirket tarafından üretilen ve tarifelendirilmiŐ Şekilde satılan bir hizmet sunulur. Kamu alımı modelinde, kamu hizmeti üretimi devlet tarafından gerçekleŐtirilirken, araç-gereç ve inşaat işleri gibi konularda özel girişimciler kamu hizmeti alanına dahil olurlar. Kamu alımlarında imtiyazdan farklı olarak özel giriŐimcilerim kamu hizmeti alanı ile ilişkileri dışsal ve kısa sürelidir. İmtiyazda ise özel girişimci kamu hizmeti alanının içerisinde yer alır ve uzun süreli olarak o alanda kalmaktadır. Yap-kirala-devret modelinin “eksik imtiyaz” olarak tanımlanmasının nedeni kamu hizmeti üretim sürecinin parçalanarak çekirdek hizmetin üretimi kamuya bırakılırken, diğerk parça hizmetlerin üretiminin özel girişimciye bırakılmasıdır (Karahanoğulları, 2011: 179-181). Başka bir ifade ile, yap-kirala-devret modelinde, imtiyaz modeline benzer Şekilde zel girişimci kamu hizmeti alanına yerleŐirken, imtiyaz modelinden farklı olarak “ekirdek (asıl) hizmet” denilen alanda kamu sektörü hizmeti üretmektedir.

Çekirdek hizmetlerin kamu otoritesi tarafından üretilmesi, talep riskinin kamuda kalmasını sağlayarak özel girişimciyi kr güvencesine kavuŐturmaktadır. Kamu sektörünün hizmet üretim noktasındaki varlığı özel girişimci tarafından sunulan hizmetlere “müşteri” sağlamak içindir. Özel girişimcinin krını güvence altına alan kamu hizmetinden faydalanırken hizmetin sağlandığı mekâna bağlanmak zorunda olan “müşteri” sayısı ve çekirdek hizmetin retilbilmesi için gerekli, özel girişimci tarafından tedarik edilen mal ve hizmetlerin genişliği ve vazgeilmezliğidir. Bu nedenle özel girişimciye devredilen hizmetler çok geniş ve çeşitli tutulurken, çekirdek hizmetlerin alanı çok dar tutulmaktadır. Kapsamı bu denli dar tutulan çekirdek hizmetler, hizmet alanının “kamusal” olma niteliğinin korunmasını sağlarken aynı zamanda talep riskini ortadan kaldırarak sermayeye yüksek kr imkânı sunmaktadır (Karahanoğulları, 2011: 183; Karasu, 2011: 228; Güzelsarı, 2012: 53). Onur Karahanoğulları’na göre, eksik imtiyaz modelinde özel sektöre kamusal hizmet alanında sağlanan imtiyazın tek eksiği çekirdek hizmetlerin kamu tarafından sunulmasıdır, fakat özel sektörün sahip olduğu işletmenin imtiyaz haline gelmesini sağlayan da bu eksikliğin kendisidir çünkü hizmet üretimi imtiyazının tamamı özel girişimciye verildiğinde, özel girişimci yatırımın altyapısını kurduktan sonra iŐleterek altyapı yatırımının maliyetini çıkarmak ve kr elde etmek zorundadır. Özel girişimcinin tekel olduğu bir piyasada ya da alım garantisi verildiği durumlarda

“müşteri” bulmak zor olmasa da çekirdek hizmetin kamu tarafından üretildiği bir ortamda özel girişimci “müşteri” bulmak zahmetinden tamamıyla kurtulmakta ve ayrıyeten altyapı yatırımının maliyetini kendi çıkartmakla uğraşmamaktadır. Devlet, özel girişimci tarafından yapılan tesiste çekirdek hizmeti üretebilmek için kira ödemek zorundadır. Özel girişimci bu şekilde yatırım maliyetini kamunun ödediği kiralar ile çıkartmaktadır (2011: 182-183). Bu nedenle, bu model sayesinde özel girişimciler, herhangi bir risk almadan büyük miktardaki kamu kaynağına erişim olanağına kavuşmaktadır (Güzelsarı, 2012: 50).

Özellikle kamu özel ortaklığı modelinin sağlık alanında uygulanması özel sektörün kârlılığı açısından bir “devrim” olarak nitelendirilmektedir çünkü sağlık gibi kârlılık olanağı çok yüksek bir alanda kamu güvencesi altında kırk dokuz yıla kadar uzanan bir yatırım, yüksek getiri potansiyeli taşımaktadır (Health Research Institute, 2010: 7). Bu bağlamda dünyaca ünlü bağımsız kredi derecelendirme kuruluşu Standard & Poor’s, sağlık alanındaki KÖO projelerine yüksek kârlılık ve düşük risk değerlendirmesi yaparak yüksek not vermektedir. Yüksek kâr potansiyeli nedeniyle kamu özel ortaklığı modeliyle gerçekleştirilecek büyük ölçekli yatırımlar, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’deki finans, inşaat ve danışmanlık şirketleri tarafından “hayalden gerçeğe” şeklinde tanımlanarak büyük bir heyecan yaratmıştır (Karasu, 2011: 221).

Kamu özel ortaklığı modelinin sağlık alanında sistematik olarak uygulanmasının ilk örneği Birleşik Krallık’tır. BK’da özel finans girişimi kapsamında özel girişimciler, birinci basamak sağlık merkezlerinin ve hastanelerin binalarını inşa etmekte ve klinik olmayan hizmetleri sunmaktadır. Klinik hizmetler çekirdek hizmet olarak Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)⁷⁸ tarafından sunulmaktadır. Türkiye’de sağlık alanında SDP’nin tamamlayıcısı ve ikinci fazı olarak uygulanmaya başlanan kamu özel ortaklığı yöntemi, Birleşik Krallık’ta uygulanan bu sistemi model almaktadır.

3.3.2. Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı olarak Şehir Hastaneleri

1990’lardan itibaren tüm dünyada yaygın şekilde kullanılmaya başlanan kamu özel ortaklığı modeli, Türkiye’de de altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesi

⁷⁸ National Health Service

noktasında sıklıkla kullanılmaktadır. 1986-2019 yılları arasında Türkiye’de 246 kamu özel ortaklığı projesi uygulamaya konulmuştur. Bu sözleşmelerin yatırım değerleri toplamı 145 milyar ABD dolarıdır. Sözleşmesi imzalanmış 246 KÖO projesinin sektörel dağılımına bakıldığında ilk sırayı 94 adet proje ile enerji üretim sektörü alırken, sağlık sektörü 20 proje ile dördüncü sırada yer almaktadır. Sözleşme değerleri üzerinden sıralandığında ise en yüksek sözleşme değerine sahip sektör 72,7 milyar ABD doları sözleşme değeriyle havaalanı sektörüken, sağlık sektörü, 11,5 milyar ABD doları sözleşme değeriyle dördüncü sırada yer almaktadır.⁷⁹

Dünya Bankası’nın yayınladığı verilere göre 1990-2017 yılları arasında Türkiye’de 136 milyar ABD doları büyüklüğünde kamu özel ortaklığı sözleşmesi gerçekleşmiştir. Türkiye, bu büyüklükteki sözleşme tutarıyla dünyada dördüncü en büyük KÖO yatırımı gerçekleştirilen ülkedir⁸⁰. Bu KÖO sözleşmelerinin yaklaşık 90 milyar ABD dolarlık kısmı yani üçte ikisi 2013 sonrası döneme aittir bu nedenle KÖO projelerinin daha çok Türkiye’nin son on yılına ait bir olgu olduğu ifade edilebilmektedir (Sönmez, 2018: 61-63).

Sağlık alanında işletme aşamasında ya da yapım aşamasında olan 20 adet KÖO projesinin toplam yatırım tutarı yaklaşık 11,6 milyar ABD dolarıdır.⁸¹ Şehir hastaneleri ve fizik tedavi rehabilitasyon, psikiyatri ve yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastanelerinden oluşan bu projelerin hayata geçirilmesine yönelik ilk yasal düzenleme, 2005 yılında 5396 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Yasa ile gerçekleştirilmiştir. Mecliste ek madde görüşülürken, konunun uzmanları, sağlık alanında uygulanacak KÖO projelerinin iktisadi, mali ve toplumsal etkilerinin büyük olacağını bu nedenle KÖO sözleşmelerinin usul ve esaslarını tek bir maddelik yasa ile düzenlemenin ileriki yıllarda hukuki sorunlar doğuracağını dile getirmişlerdir. Fakat, sağlıkta KÖO modelini hayata geçiren düzenleme yeterli hazırlıklar yapılmadan kısa sürede çıkartılmıştır. Ek madde ile sağlık tesislerinin, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kriterler dahilinde gerçek yada özel hukuk tüzel kişilerine belirli bir bedel karşılığında, kırk dokuz yılı geçmeyecek bir süre üzerinden

⁷⁹ <https://www.sbb.gov.tr/koi-gostergeleri/>

⁸⁰ 385 milyar ABD doları büyüklüğü ile Brezilya birinci sırada, 253 milyar ABD dolarıyla Hindistan ikinci sırada yer alırken, Çin 163 milyar ABD doları sözleşme tutarıyla üçüncü sırada yer almaktadır (Sönmez, 2018: 61).

⁸¹ <http://www.sbb.gov.tr/koi-gostergeleri/>

yaptırılabilceğı düzenlenmiş ve yasanın uygulanması, ihale usullerinin belirlenmesi ve sözleşmelerin kapsamına ilişkin ilke ve süreçlerin düzenlemesi konusunda Bakanlar Kurulu yetkilendirilmiştir. Bir yıl sonra yayımlanan yönetmelik⁸² ile ihale usul ve esasları, yükleniciye ödenecek bedel ve devredilecek ticari araziler, anlaşmazlık çözümü ve sözleşmenin feshi gibi hususlar düzenlenmiştir (Emek, 2017: 162).

Sağlık alanında kamu özel ortaklığı modelini hayata geçirmeye yönelik olarak atılan bir başka adım 2007 yılında Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısını değiştiren yasa⁸³ ile bakanlık bünyesinde sağlık tesislerinin yapım ve onarım işleri ile kamu özel ortaklığı projelerinin yürütülmesi amacıyla İnşaat Onarım Dairesi Başkanlığı ve Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı'nın kurulmasıyla atılmıştır. İlk ihale ilanına ise 2009 yılında Kayseri Şehir Hastanesi⁸⁴ için çıkmıştır ancak o dönemde yönetmeliğin ve dayanak yasanın iptali talebiyle açılan bir dava⁸⁵ sebebiyle Kayseri ŞH ihalesi ancak 2011 yılında tamamlanmıştır. Kayseri ŞH ihalesinin ardından 30 Haziran 2011'de Ankara Etlik Şehir Hastanesi ihalesi yapılmıştır.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Başkanlığı, Ankara Etlik Şehir Hastanesi'ne ilişkin ihale ile dayanak yönetmeliğin bazı hükümlerinin iptali için ve işlemlerin dayanağı olan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 7. Maddesinin iptali için Anayasa Mahkemesi'ne başvurulması istemiyle idari yargıda dava açmıştır. Talebe gerekçe olarak dayanak yasanın sağlıkta uygulanacak KÖO sisteminin temel ilkelerini belirlemeden uygulamayı yönetmeliği bırakmasının yasama yetkisinin devri anlamına geldiği bu nedenle anayasaya aykırı olduğu belirtilmiştir.⁸⁶ Danıştay 13. Daire Başkanlığı, 3359 sayılı kanunun Ek 7. Maddesindeki "Bu maddenin uygulanmasına ilişkin esas ve usuller ile ihale yöntemi; gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerinde aranılacak nitelikler, sözleşmelerin kapsamı ve konuya ilişkin diğer hususlar Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıkları'nca müştereken hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulur" şeklindeki hükmün yürütme organına sınırsız bir alanda ilk elden

⁸² Sağlık Tesislerinin, Kiralama Karşılığı Yaptırılması ile Tesislerdeki Tıbbî Hizmet Alanları Dışındaki Hizmet ve Alanların İşletilmesi Karşılığında Yenilenmesine Dair Yönetmelik

⁸³ 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8. Maddesinde Değişiklik Yapan 5683 Sayılı Yasa

⁸⁴ İhale ilanında Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü olarak geçmektedir. Şehir hastaneleri ismi daha sonra kullanılmaya başlanmıştır.

⁸⁵ Dava hakkında bilgi için bakınız: Erbaş, 2018: 155.

⁸⁶ Dava hakkında ayrıntılı bilgi için bakınız: Erbaş, 2018: 159.

düzenleme yetkisi tanıdığı sonucuna vararak, dava konusu hükmün iptali için Anayasa Mahkemesi'ne başvurulmasına ve bu hükmün Anayasa'ya aykırılığı ve uygulanması halinde telafisi zor ya da mümkün olmayan zararlar ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurularak esas hakkında bir karar verilinceye kadar yürürlüğünün durdurulmasının istenilmesine karar vermiştir (Sözer, 2013: 225).

Dava sürecinde idari işlem dosyasının alınmasıyla, ihale şartnamesinde açılacak şehir hastanesine taşınarak kapatılacak sağlık tesislerinin üzerinde bulunduğu taşınmazların yükleniciye kampüs dışı ticari alan kapsamında bırakılacağına ilişkin düzenlemenin yer aldığı tespit edilmiştir. Bunun üzerine, Ankara Etlik Şehir Hastanesi'ne taşınacak 11 hastanenin⁸⁷ taşınmazlarının yükleniciye devredilmesi öngören ihale şartnamesinin iptali için ayrıca dava açılmıştır.

TTB, Ankara Etlik ŞH ihalesinin ardından yapılan Elâzığ ve Ankara Bilkent ŞH ihalelerine karşı da dava açmıştır. Danıştay 13. Daire Başkanlığı, bu davalara karşı verdiği kararlarda Ankara Etlik ŞH ihalesine ilişkin açılan davada 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 7. maddesinin Anayasa'ya aykırı olduğu kanısına ulaşılması nedeniyle Anayasa Mahkemesi'ne başvurulmasına karar verildiğinden Anayasa Mahkemesi'ne başvurulması ile ilgili talepler hakkında yeniden bir karar verilmesine gerek bulunmadığını belirtmiştir. Elâzığ ŞH ve Ankara Bilkent ŞH ait ihale şartnamelerinde açılacak şehir hastanelerine taşınacak sağlık tesislerinin taşınmazlarının yüklenicilere bırakılmasına ilişkin düzenlemeye yer verilmesi nedeniyle, Danıştay, söz konusu ihalelerin ilgili mevzuatta dayanağı bulunmayan şartnameler ile gerçekleştirildiğine bu sebeple hukuka uygun olmadıklarına karar vermiştir (Sözer, 2013: 227). Danıştay kararında “sağlık tesisinden tamamen bağımsız bir taşınmazın, sağlık tesisi konsepti ile herhangi bir ilgisi ve uyumu bulunmaksızın ticari alan olarak işletilmek üzere yüklenici lehine üst hakkı tanınması söz konusu mevzuata göre yapılan ihaleler çerçevesinde olanaklı değildir”⁸⁸ diye belirtmiştir ve Elâzığ ŞH ve Ankara Bilkent ŞH ihalelerinin işlemlerinin yürütülmesinin durdurulmasına hükmetmiştir.

⁸⁷ Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Hastanesi, Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Çocuk Hastanesi, Ulus Devlet Hastanesi, Ankara Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, Ulucanlar Göz Hastanesi, Ulucanlar Ek Poliklinik Binası, Altındağ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve Etlik İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi.

⁸⁸ Danıştay 13. Daire Başkanlığı, 09.07.2012, Esas No: 2011/4558.

Danıştay 13. Daire Başkanlığı'nın kararlarına ilişkin taraflar (TTB ve Sağlık Bakanlığı) karşılıklı olarak itirazda bulunmuştur. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, kararında davacı TTB'nin yönetmeliğin kimi hükümlerinin hukuka aykırılığı konusunda verilen red kararına karşı yaptığı itirazı kabul etmiş ve yürütmenin durdurulmasına ilişkin Sağlık Bakanlığı'nın itirazını reddetmiştir.⁸⁹ Fakat yürütmeyi durdurma kararına rağmen yeni bir hastane olan Etlik İhtisas Hastanesi önce fiilen dağıtılmış ardından yıkılmıştır. Böylece şehir hastaneleri için yıkılan ilk hastane Etlik İhtisas Hastanesi olmuştur (Erbaş, 2018: 162-163).

Şehir hastaneleri ihalelerine karşı açılan davalar sonucu ortaya çıkan hukuki durum dikkate alınarak 21 Şubat 2013'te 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun yürürlüğe konmuştur. Yasal düzenleme gerçekleşene kadar Anayasa Mahkemesi, Danıştay'ın 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 7. maddesinin iptali için yaptığı başvuruyu gündeme almamıştır. 6428 sayılı Kanun ile 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 7. maddesi yürürlükten kaldırılmıştır. Anayasa Mahkemesi, yasal düzenleme sonrası Danıştay'ın başvurusunu gündeme almıştır ve 3359 sayılı Kanunun Ek 7. Maddesinin yürürlükten kaldırılması nedeniyle başvuruya ilişkin karar verilmesine yer olmadığına hükmetmiştir.⁹⁰ 6428 sayılı Kanunun Geçici 1. maddesinde şu şekilde düzenleme yapılmıştır;

Bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten önce 3359 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesi çerçevesinde ihale süreci tamamlanmış olan veya devam eden işlere ait şartnamelerdeki, yüklenici tarafından yapılacak sağlık yerleşkesinin dışındaki taşınmazların ticari alan olarak işletilmek üzere yükleniciye verilebileceğine dair hükümler uygulanmaz ve sağlık yerleşkesi dışındaki taşınmazlar yükleniciye verilmez; ihale iş ve işlemleri ile yapılmış olan sözleşmeler bu hükümler geçerli olmaksızın yürütülür.⁹¹

Bu şekilde Danıştay'ın kapatılan sağlık tesislerinin taşınmazlarının yükleniciye devredilmesine ilişkin kararı yerine getirilmiştir. Fakat idari işlemlerin yargı tarafından denetimi işlemin yapıldığı tarih esas alınarak gerçekleştirilmekte ve yapılan herhangi bir yasal değişiklikle bir idari işlem geriye dönük olarak düzeltilememektedir; bu sebeple dava konusu olan ihaleler üzerindeki yürütmeyi

⁸⁹ Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, 17.10.2012, İtiraz No: 2012/714.

⁹⁰ Anayasa Mahkemesi, 06.06.2013, Karar No: 2012/105E.-2013/71K.

⁹¹ <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-1.htm>

durdurma kararlarına ilişkin olarak 26 Şubat 2014 tarihinde kabul edilen 6527 sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile, 6428 sayılı Kanunun Geçici 1. maddesine bir fıkra eklenmiştir; “Bu fıkranın yürürlüğe girdiği tarihten önce 3359 sayılı Kanunun ek 7 nci maddesi çerçevesinde yapılan ihalelere karşı açılan davalarda idari yargı mercilerince verilen kararların gerekleri mevcut ihale dokümanında ve sözleşmelerde gerekli düzenlemeler yapılarak yerine getirilir ve işler buna göre yürütülür.”⁹² Böylece Danıştay’ın yürütmeyi durdurma kararlarının gerekçeleri ortadan kaldırılmıştır.

6428 sayılı Kanun ile sağlık alanında KÖO modelinin nasıl uygulanacağı kanun düzeyinde daha ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Yasada bu kanunun uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyecek yönetmeliğin altı ay içerisinde yürürlüğe konması öngörülmüş olsa da ancak bir sene sonra 9 Mayıs 2014 günü uygulama yönetmeliği yayımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın, kamu özel ortaklığı modeli çerçevesinde gerçekleştirdiği iş ve işlemleri Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü yürütmektedir. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü 2013 yılında kurulmuştur ve 2007 yılında kurulan Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü’ne bağlanmış ismi Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı olarak değiştirilmiştir. Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı altında altı adet alt birim bulunmaktadır. Bu birimler; arsa tespit, imar ve altyapı birimi, finans hizmetleri birimi, idari işler ve bilgi sistemleri birimi, ihale birimi, koordinasyon ve raporlama birimi ve sözleşme yönetimi birimidir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne⁹³ bağlı Şehir Hastaneleri Koordinasyon Daire Başkanlığı da kamu özel ortaklığı projeleri çerçevesinde görev yapmaktadır. Bu dairenin KÖO modeli ile gerçekleştirilen sağlık yatırımlarına ilişkin süreçleri takip etmek ve bu yatırımların hizmete açılması ve sonrasındaki iş ve işlemleri yürütmek ve yüklenici şirket ile ortaya çıkabilecek uyuşmazlıkların çözüm süreçlerini koordine etmek gibi görevleri bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı’nın, kamu özel ortaklığı modeliyle gerçekleştirilecek sağlık yatırımlarının ihale sürecini başlatmadan önce Cumhurbaşkanlığı’ndan yetkilendirme kararı alması gerekmektedir. Yetkilendirme kararı sürecini Cumhurbaşkanlığı’nın

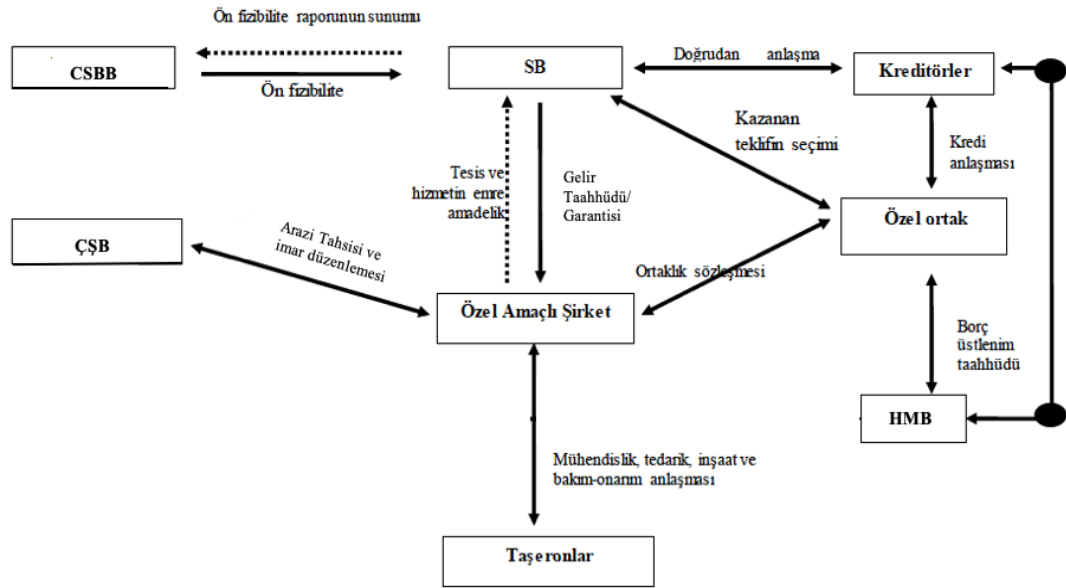
⁹² <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/03/20140301-1.htm>

⁹³ Daha önce ifade edildiği gibi, 2017 yılında 694 sayılı KHK ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’ne dönüştürülmüştür.

sekretaryası olarak Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı, gerçekleştirilecek sağlık yatırımına ilişkin ön fizibilite raporu hazırlayarak Cumhurbaşkanlığı'na sunmaktadır. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, önerilen yatırımın ekonomik, finansal ve toplumsal katma değerini ve sektörel, bölgesel ve ulusal politikalarla uyumluluğunu göz önünde bulundurarak ön fizibilite raporunu değerlendirmektedir. Değerlendirme esnasında KÖO yatırımlarından kaynaklanan yükümlülüklerin koordinasyonu, bütçelenmesi ve izlenmesi hususlarında Hazine ve Maliye Bakanlığı'ndan görüş almaktadır. Teknik hazırlıkların yetersiz bulunması durumunda bu kurumlar, Sağlık Bakanlığı'ndan yatırım projesinde değişiklik, ekleme ya da çıkarmalar yapmasını talep edebilmektedir. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, yatırım konusunda nihai görüşünü hazırlayarak Cumhurbaşkanlığı'na sunmaktadır. Cumhurbaşkanlığı'nın yetkilendirme konusundaki kararı olumlu sonuçlanırsa, Sağlık Bakanlığı ihale sürecini başlatmaktadır ve ihale sonucunda kazanan teklif sahibi ile sözleşme imzalamaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, projede aksaklıklar meydana geldiğinde ve ihtiyaç duyulması durumunda finansal kuruluşların devreye girebilmesinin şartlarını belirlemek amacıyla finansal kuruluşlarla “doğrudan anlaşma” yapabilmektedir (Emek ve Sevindik, 2019: 130). (Bakınız: Şekil 2)

Hazine ve Maliye Bakanlığı'nın KÖO projeleri husundaki sorumlulukları; sözleşmelerden kaynaklanan yükümlülükler için yılı bütçelerine ödenek tahsisatı ve bu sözleşmelerden kaynaklanan hak ve yükümlülüklerin muhasebeleştirilmesidir. Hazine ve Maliye Bakanlığı ayrıca, Sağlık Bakanlığı ve özel ortak arasında imzalanan KÖO sözleşmesinin süresi dolmadan feshedilmesi ve sağlık tesisinin kamuya devredilmesi durumunda, sözleşmenin feshine kadar yapılan işler için kullanılmış dış finansmanın kamu tarafından üstlenilmesi hususları ile ilgilenmektedir. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'nın sorumlulukları ise; Sağlık Bakanlığı'nın talebi üzerine projenin gerçekleştirilmesi için yükleniciye hazineye ait taşınmazlar üzerinde üst hakkı tesis etmek ve Sağlık Bakanlığı'nın talep etmesi durumunda projenin uygulanacağı yerlerin imar planlarını yapmaktır (Emek ve Sevindik, 2019: 130-132).

Şekil 2: Sağlık Alanında KÖO Kurumsal Yapısı



Not: Kesikli ve düz oklar rast geldiğinde: kesikli oklar teklifi, düz oklar geri dönüşü göstermektedir. CSBB: Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, ÇŞB: Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, HMB: Hazine ve Maliye Bakanlığı, SB: Sağlık Bakanlığı

Kaynak: Emek ve Sevindik, 2019: 131.

İhale sonuçlandıktan sonra, Sağlık Bakanlığı kazanan teklif sahibiyle sözleşme imzalayarak ticari kapanışı gerçekleştirmektedir. Ticari kapanışın ardından ihaleyi kazanan ortak girişim,⁹⁴ projeyi gerçekleştirmek için “özel amaçlı şirket”⁹⁵ (ÖAŞ) kurmaktadır ve KÖO sözleşmesi için finansman arayışına girmektedir. 6428 sayılı kanuna göre, özel amaçlı şirketin faaliyet alanı sözleşme konusu ile sınırlıdır bu şekilde şirketin, gelirlerini öncelikle projenin devamı için gereken bakım-onarım harcamalarına, daha sonra da sırasıyla ticari ve mali borçların, yapısal kredilerin ve kâr payı ödemelerine tahsis etmesi sağlanmaktadır (Emek, 2019a: 29). Böylece yatırım projesinin başarısız olması durumunda çapraz finansal ilişkilere girilmesi engellenerek riskin sadece söz konusu proje ve finansman üzerinde kalması sağlanmaktadır (Karahanoğulları, 2012: 12). Özel amaçlı şirketi kuran ortak girişim çok sayıda firmadan genellikle inşaat, tıbbi malzeme/teknoloji ve finans şirketlerinden oluşan bir konsorsiyumdur. ÖAŞ, gerçekleştireceği projenin gelirini teminat göstererek finansal

⁹⁴ 6428 sayılı kanuna göre “ortak girişim”, ihaleye katılmak üzere birden fazla gerçek veya özel hukuk tüzel kişinin aralarında yaptıkları anlaşma ile oluşturulan iş ortaklığını ifade etmektedir.

⁹⁵ Special Purpose Vehicle

piyasalardan yatırım dönemi ödemesiz olmak üzere uzun vadeli borçlanmaktadır. İşletme dönemi içerisinde projeden elde ettiği gelirle borçlarını ödemektedir (Emek ve Küçükkoçoğlu, 2019: 14).

6428 sayılı Kanuna göre, sağlık alanında gerçekleştirilen kamu özel ortaklığı sözleşmeleri, 2003 yılında yürürlüğe giren 4734 sayılı Kamu İhale Kanunu'na (KİK) tabi değildir. Kamu ihale süreçlerindeki keyfiyeti sınırlandırmak ve hesap verilebilirliği artırmak amacıyla ayrıntılı düzenlemeler yapan KİK'in sağlık alanında uygulanan KÖO projelerine uygulanmaması düzenleme yetkisini büyük oranda Sağlık Bakanlığı'na delege etmektedir. Böylece Bakanlık ihale süreçlerinde şeffaflık ve rekabeti sınırlandırabilecek ölçüde geniş takdir yetkisine sahip olmaktadır (Emek, 2017: 159). 6428 sayılı kanunda benimsenen temel satın alma yöntemleri açık, belli istekliler arasında ihale ve pazarlık usulleridir fakat Sağlık Bakanlığı yaptığı ihalelerde sadece belli istekliler arasında ihale usulünü kullanmaktadır (Emek ve Sevindik, 2019: 132).

1999 yılında gerçekleştirilen anayasa değişikliği ile, yasama organına özel şirketlerle kamu mal ve hizmetlerin üretimi için imzalanacak sözleşmeleri özel hukuk sözleşmesi olarak nitelendirebilme yetkisi verilmiştir. Böylece, özel hukuk sözleşmesi statüsü kazanan sözleşmelerin Danıştay ön denetiminden geçirilmeden gerçekleştirilebilmesi ve doğabilecek uyuşmazlıklar konusunda da tahkim yoluyla Türk yargı sisteminin dışına çıkılabilmesi imkânı doğmuştur. Bu bağlamda 6428 sayılı kanunda sağlık alanındaki KÖO sözleşmelerinin özel hukuk hükümlerine göre yapılacağı düzenlenmiştir. Bu şekilde, bu sözleşmelerin Danıştay onayından geçirilmeden uygulanabilmesi ve uyuşmazlık çözümü için yabancı tahkim yoluna gidilebilmesi mümkün olmuştur. Buna ilişkin olarak uyuşmazlık çözümü hususunda 6428 sayılı kanunda şu düzenleme getirilmiştir;

*Sözleşmenin uygulanması sırasında taraflar arasında doğabilecek hukuki ihtilaflarda Türk hukuku uygulanır ve ihtilafların çözümünde Türkiye Cumhuriyeti mahkemeleri görevli ve yetkilidir. Ancak, taraflar ihtilafların esasına Türk hukukunun uygulanması ve davanın Türkiye'de görülmesi kaydıyla ihtilafların 21/6/2001 tarihli ve 4686 sayılı Milletlerarası Tahkim Kanunu çerçevesinde çözümlenebileceğini kararlaştırabilirler.*⁹⁶

⁹⁶ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6428&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

2015 yılında yapılan düzenleme ile “ve davanın Türkiye’de görülmesi” ibaresi kaldırılarak uyuşmazlık davasının yurtdışında tahkime gidilerek çözüme bağlanması olanağı doğmuştur.

6428 sayılı kanuna göre, KÖO sözleşmelerinin süresi, tesisin özelliklerine ve ön fizibilite raporuna bağlı olarak sabit yatırım dönemi hariç en fazla 30 yıldır. Uygulamada şehir hastaneleri sözleşmeleri için belirlenen süre yatırım dönemi hariç 25 yıldır. Ön fizibilite raporu kanunda yapılacak sağlık yatırımı projesinin “teknik, finansal, ekonomik, çevresel, sosyal ve hukuki açıdan yapılabilirliğini analiz eden, öngörülen kullanım bedeli, hizmet bedeli ve garantiler de dâhil olmak üzere risk analizlerini ve paylaşımını içeren” ve söz konusu yatırımın geleneksel tedarik yöntemleri yerine KÖO modeli ile hayata geçirilmesinin gerekçesini karşılaştırmalı ekonomik ve finansal analizlerle ortaya koyan rapor olarak tanımlanmaktadır.⁹⁷ Ön fizibilite raporları, ihale şartnameleri ve sözleşmeler “ticari sır” içerdikleri gerekçeyle kamuoyu ile paylaşılmamaktadır. Bu sebeple, ön fizibilite raporlarının yöntemi, bulguları ve sonuçları hakkında ayrıntılı ve objektif bir değerlendirme yapmak çok zordur (Emek, 2018a: 84). Dünya Bankası tarafından her sene yapılan KÖO projelerini geliştirme konusunda Türkiye’nin de dahil olduğu 82 ülkeyi kapsayan çalışmaya göre Türkiye’de yasal olarak ön fizibilite zorunluluğu bulunsa da icracı bakanlıkların bu raporların hazırlanması noktasında izlemeleri gereken yöntemleri belirleyen düzenlemeler bulunmamaktadır. KÖO projelerinin geleneksel kamu alımlarına göre karşılaştırmalı olarak üstünlüğünü analiz etme amacı taşıyan ön fizibilite raporlarının hazırlanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen ayrıntılı yasal düzenleme bulunmadığı için de belirli bir metodolojiye dayanmayan ve genellikle de başarılı olmayan fizibilite çalışmaları yapılmaktadır (World Bank, 2017b’den aktaran Emek, 2019a: 30). Benzer şekilde Kalkınma Bakanlığı’nın, 2014 yılında yayımlanan Kamu Özel İşbirlikleri Özel İhtisas Komisyonu Raporu’nda ön fizibilite raporlarının KÖO sürecini hızlandırmak için aceleyle ve özen gösterilmeden hazırlandığı belirtilmektedir (2014: 57-61).

Sağlık Bakanlığı’nın 2017 yılı bütçesinin mecliste görüşüldüğü sırada, bakanlık yetkililerinin milletvekillerine dağıttığı Ankara Bilkent Şehir Hastanesi’ne ilişkin Paranın Değeri Analizi Yaklaşımı isimli bir fizibilite çalışmasında, Bilkent

⁹⁷ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6428&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>

Şehir Hastanesi'nin kamu özel ortaklığı modeli ile gerçekleştirilmesi ile geleneksel kamu alımı yöntemiyle gerçekleştirilmesi durumlarında ortaya çıkacak maliyetler karşılaştırılmaktadır ve Bilkent Şehir Hastanesi'nin KÖO modeliyle gerçekleştirilmesinin geleneksel yöntemle göre yüzde yirmi dört daha az maliyetli olduğunu ortaya koymaktadır. Rapora göre, Bilkent ŞH'nin geleneksel yöntemle yapılması durumunda yirmi beş yıl içerisinde ortaya çıkacak toplam maliyetin net bugünkü değeri 5,2 milyar Türk Lirası (TL) iken KÖO yöntemindeki maliyeti 3,9 milyar TL'dir. Bu rapora ilişkin Uğur Emek (2018a)'ın yaptığı çalışmada, fizibilite raporu hazırlanırken yapılan varsayım ve işlem hataları düzeltildiğinde Bilkent ŞH'nin geleneksel yöntemle gerçekleştirilmesi durumundaki maliyetin 3,9 milyar TL olacağı, KÖO yöntemindeki maliyetinin ise 6,8 milyar TL olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durumda KÖO yöntemi geleneksel yöntemle göre yüzde yüz yetmiş üç daha maliyetli olmaktadır. Ön fizibilite raporunda hatalı varsayım ve işlem yapılmasının sonucu ortaya 2,9 milyar TL kamu zararı çıkmaktadır. Bu nedenle özensiz hazırlanan ön fizibilite raporları, projeler konusunda hatalı öngörülere neden olmaktadır.

İhale şartnameleri ve ihale sonucu imzalanan sözleşmeler, hazırlanan ön fizibilite raporlarına dayandığı için özen gösterilmeden hazırlanan ön fizibilite raporları eksik ve başarısız biçimde yazılan ihale şartnamelerine ve sözleşmelere neden olmaktadır. Bu durumda imzalanan sözleşmelerin finansmana erişimi ve uygulama süreçlerinde problemler yaşanmaktadır. Finansal kurumlar eksik ve başarısız biçimde yazılmış sözleşmelere finansman sağlamamakta veya sözleşmede değişiklik yapılmasını talep etmektedir. Sözleşmeler revizyona uğradığı ölçüde de ihale şartnamesinden uzaklaşlabilmektedir.

Finansmana erişim problemleri KÖO sözleşmelerinin finansal kapanış süresinin⁹⁸ uzamasına neden olmaktadır. Türkiye'nin kamu özel ortaklığı modeli konusunda örnek aldığı Birleşik Krallık'ta sağlık alanındaki KÖO sözleşmelerinin finansal kapanış süresi ortalama 40,6 ay iken Türkiye'de ortalama 57 aydır. Finansmana erişim süresinin uzunluğu yatırımın zamanında ve öngörülen bütçe içerisinde tamamlanmasını zorlaştırmaktadır. Yatırımı gerçekleştirmek için kurulan özel amaçlı şirketin 6428 sayılı kanuna göre yatırımın finansmanın asgari yüzde

⁹⁸ Finansal kapanış süresi ihale tarihinden finansman sözleşmesinin imzalandığı güne kadar geçen süredir.

20'sini öz sermayesiyle karşılaması gerekmektedir. Yüksek öz sermaye gerektiren KÖO projeleri, ihaleyi kazanan şirketlerin proje finansmanından önce sermaye finansmanı arayışına girmesine neden olmaktadır. Bir yandan ihaleye katılımı sınırlandıran öz sermaye gerekliliği bir yanda da ihaleyi kazanan şirketlerin finansmana erişim süresini uzatarak finansal kapanışı geciktirmektedir. (Emek, 2017: 159-161).

Kamu özel ortaklığı projeleri için finansmana erişim sorunlarını aşma konusunda “kamu garantileri” önemli bir işleve sahiptir. Avrupa Kamu Özel Ortaklığı Uzmanlık Merkezi⁹⁹ (2011: 5-8) tarafından yayımlanan Kamu Özel Ortaklıklarında Kamu Garantileri isimli rapora göre, 2008 yılında yaşanan küresel ekonomik krizin özel şirketlerin finansal piyasalardan borçlanmasını güçleştirilmesi ve borçlanma maliyetlerini artırmasıyla finansal piyasalar KÖO projelerine kredi verirken kamu garantisi aramaya başlamıştır. Bu durum, 2008 öncesinde örtük bir şekilde var olan “kamu garantisi” olgusunu KÖO modelinin temel bir bileşeni haline getirmiştir. Kamu garantileri sayesinde kamu özel ortaklığı piyasasında projelerin başarısızlığa uğrama riskine karşı güven ortamının sağlanması ve yatırımcıların piyasaya çekilmesi kolaylaşmaktadır ayrıca ulaşılan kredi miktarı genişlerken, projenin finansman maliyetleri azaltılmaktadır (aktaran Karahanoğulları, 2012: 111). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde özel sektörün finansal piyasalara erişimi konusunda kamu özel ortaklığı projeleri için sağlanan kamu garantileri çok daha önemli bir role sahiptir. Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genellikle kamu tarafından sağlanan garantiler şunlardır; asgari gelir garantisi ya da satın alma (talep) garantisi, kredi geri ödeme garantisi, fesih durumunda ortaya çıkacak ödemeler için garanti, faiz oranı/döviz kuru/enflasyon değişimlerinden kaynaklanan zararların garantisi ve yasal düzenleme değişikliklerinden kaynaklanan zararların telafisidir (Cangöz, 2019: 64).

Türkiye’de sağlık alanında gerçekleştirilen kamu özel ortaklığı yatırımları için sağlanan kamu garantileri; borç üstlenim garantisi, enflasyon ve kur artışı garantisi ve satın alma garantisidir. Borç üstlenim garantisi kapsamında, sözleşmenin Sağlık Bakanlığı ya da özel girişimciden kaynaklı feshedilmesi durumunda yüklenici şirketin tüm kredi borçları tüm mali ek yükümlülükleriyle birlikte Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından üstlenilmektedir. Enflasyon ve kur garantisi kapsamında yükleniciye

⁹⁹ European Public-Private Partnership Expertise Centre

yapılacak ödemeler de enflasyon ve kur artışlarına karşı güncellenmektedir. Satın alma garantisi ile kamu, yüklenici tarafından sunulan miktara bağlı hizmetler için yıllık yüzde 70 doluluk oranına göre hesaplanan miktarları satın almayı ve bedelini ödemeyi garanti etmektedir. Bu durum, kamuoyunda yüklenici şirketlere yüzde 70 yatak doluluk garantisi verildiği şeklinde yoğun olarak tartışılmıştır.

Yüklenici şirket, sözleşmeye bağlı olmak üzere “zorunlu hizmetler” (P1 hizmetler) ve “isteğe bağlı (opsiyonel) hizmetler” (P2 hizmetler) olarak toplam on dokuz kalemde hizmet sunmaktadır. Altı kalemde sunulan zorunlu hizmetler, sözleşme süresi (yirmi beş yıl) boyunca yüklenici firma tarafından sağlanmaktadır (Bakınız: Tablo 2). On altı kalemde sunulan opsiyonel hizmetlerin tedariki isteğe bağlı olmak üzere sözleşmede belirlenmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın yüzde yetmiş doluluk oranına eşit miktarlar için ödeme garantisi verdiği hizmetler isteğe bağlı hizmetlerin içerisinde yer alan miktara bağlı hizmetlerdir (Bakınız: Tablo 3).

Tablo 2: Zorunlu Hizmetler

ZORUNLU HİZMETLER (P1)	Bina ve Arazi Hizmetleri
	Olağanüstü Bakım ve Onarım Hizmetleri
	Ortak Hizmetler Yönetimi Hizmetleri
	Mefruşat Hizmetleri
	Yer ve Bahçe Bakım Hizmetleri
	Diğer Tıbbi Ekipman Destek Hizmetleri

Kaynak: Atasever vd., 2018: 40.

Tablo 3: İsteğe Bağlı Hizmetler

İSTEĞE BAĞLI (OPSİYONEL) HİZMETLER (P2)	İlaçlama Hizmetleri	
	Otopark Hizmetleri	
	Temizlik Hizmetleri	
	Hastane Bilgi Yönetim Sistem Hizmetleri	
	Güvenlik Hizmetleri	
	Hasta Yönlendirme ve Refakat Hizmetleri / Resepsiyon/ Taşıma Hizmetleri	
	MİKTARA BAĞLI HİZMETLER	Çamaşır ve Çamaşırhane Hizmetleri
		Yemek ve Yemekhane Hizmetleri
		Laboratuvar Hizmetleri ¹⁰⁰

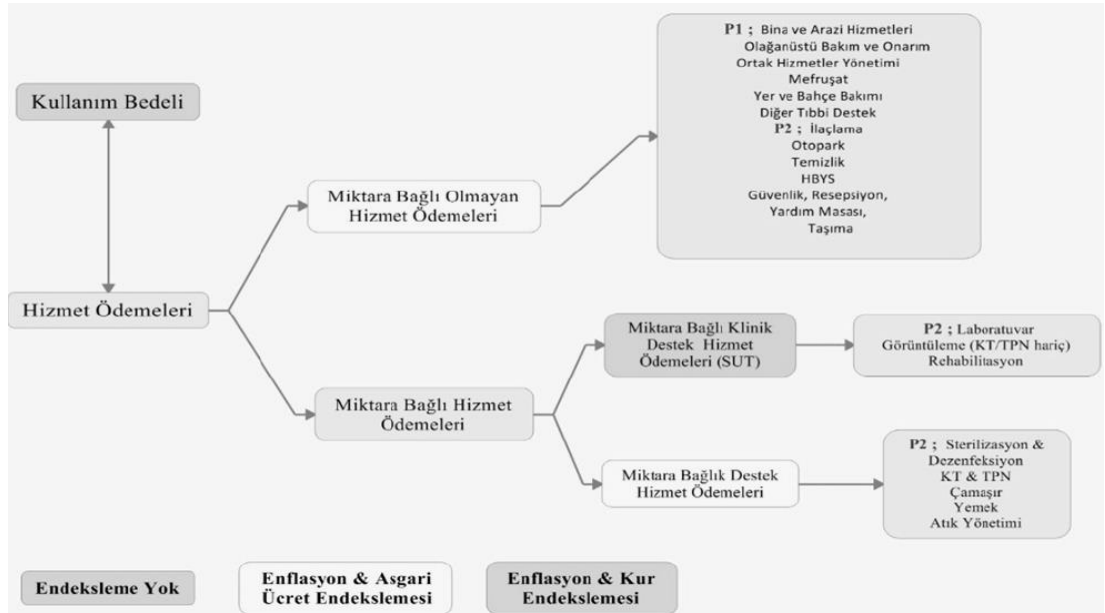
¹⁰⁰ Laboratuvar hizmetleri; biyokimya, parazitoloji, hematoloji, mikrobiyoloji, seroloji, immunoloji/genetik, tıbbi genetik, patoloji/histopatoloji, infertilite tetkikleri ve işlemlerini kapsamaktadır.

		Görüntüleme Hizmetleri ¹⁰¹
		Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Hizmetleri
		Atık Yönetimi
		Rehabilitasyon

Kaynak: Atasever vd., 2018: 40-51.

Sağlık Bakanlığı, KÖÖ sözleşmeleri kapsamında özel amaçlı şirkete “kullanım bedeli” (P1 hizmetler) ve “hizmet bedeli” (P2 hizmetler) toplamından oluşan bir “bedel” ödemektedir. Kira ödemesi olarak da isimlendirilen kullanım bedeli üç aylık şeklinde ödenirken, hizmet bedeli aylık olarak ödenmektedir. Daha önce kamu garantileri kapsamında ifade edildiği gibi, kullanım bedeli ve hizmet bedeli ödemelerine tüketici ve üretici fiyat endekslerinde gerçekleşen artışların ortalaması yüzde yüz oranında yansıtılmaktadır ayrıca döviz kurundaki artışların üretici ve tüketici fiyat endeksleri ortalamasında gerçekleşen artıştan daha fazla olması durumunda Türk Lirası değer kaybına karşı kullanım bedeli ödemeleri güncellenmektedir (Bakınız: Şekil 3).

Şekil 3: KÖÖ Sözleşmelerine Göre Özel Amaçlı Şirkete Yapılacak Ödeme Süreci



Kaynak: Atasever vd., 2018: 52.

¹⁰¹ Görüntüleme hizmetleri; röntgen, floroskopi, anjiyo, mamografi, bilgisayarlı tomografi, ultrason, manyetik rezonans görüntüleme ve nükleer tıbbi kapsamaktadır.

Kamu özel ortaklığı sözleşmelerinde kamunun sağladığı enflasyon ve kur endekslemesi garantisi nedeniyle kullanım ve hizmet bedellerinde gerçekleşen artış ciddi boyutlara erişmektedir. Uğur Emek (2018b), yaptığı çalışmada bu farkı Bilkent Şehir Hastanesi örneği üzerinden göstermektedir. Bilkent Şehir Hastanesi'nin ihalesinin gerçekleştiği Mart 2011 tarihinde kazanan ihale teklifine göre ortaya çıkan kullanım ve hizmet bedelleri sırasıyla yaklaşık olarak 300 milyon TL ve 41 milyon TL'dir. Bu bedellerin enflasyon ve kur güncellemesi sonucu 2018 yılında ulaştığı rakam sırasıyla 1 milyar 88 milyon TL ve 149 milyon TL'dir. Yani Sağlık Bakanlığı'nın yapacağı ödemeler enflasyon ve kur güncellemesi nedeniyle dört kat artmıştır.

Kamu özel ortaklığı projelerinde, özel amaçlı şirketin geliri kullanım ve hizmet ödemelerinden oluşan bedel ve ticari alanların işletilmesinden elde edilen gelirlerden oluşmaktadır. Ticari alanlar (P3 hizmetleri), projede yer alan restoran, kafe, market, alışveriş merkezi, otel vb. gibi alanları kapsamaktadır ve özel amaçlı şirket tarafından sözleşme süresi (yirmi beş yıl) boyunca işletilmektedir. Ticari alanlar da hizmet alanları gibi ikiye ayrılmaktadır. Bu çerçevede, kamu idaresi tarafından zorunlu tutulan ve ihale dokümanında belirlenen alanlar “mecburi ticari hizmet alanları” olarak adlandırılırken, mecburi ticari hizmet alanları dışında kamu idaresinin ihale dokümanı ile belirlediği esaslara göre sağlık yerleşkesi içerisinde yapılan ticari alanlar “ihtiyari ticari hizmet alanları” olarak tanımlanmaktadır (Uysal, 2021: 185). Sağlık alanındaki KÖO piyasasında önemli bir aktör olan YDA Grup'un açıklamalarına göre, özel amaçlı şirketlerin toplam geliri içerisinde en büyük paya kullanım bedeli ödemeleri (yaklaşık yüzde 90) sahipken, hizmet bedeli ödemeleri ve ticari alan gelirlerinin payları sırasıyla yüzde sekiz ve yüzde ikidir (Emek ve Sevindik, 2019: 135).

6428 sayılı kanuna göre yapım işi tamamlanmadan hiçbir bedel ödemesi yapılmamaktadır. Başka bir ifade ile Sağlık Bakanlığı yatırım döneminde hiçbir ödeme gerçekleştirilmemekte ve bedel ödemelerini sadece işletme döneminde yapmaktadır. Kanuna göre, bedel ödemeleri Sağlık Bakanlığı'na veya bağlı kuruluşlara ait döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenmektedir. Son gelişmeler ışığında kullanım bedellerinin merkezi yönetim bütçesinden ödendiği, hizmet bedellerinin ise hastanelerin döner sermaye bütçeleri ile ödendiği anlaşılmaktadır (Pala, 2018: 125). Ayrıca döner sermayelere Maliye Bakanlığı

tarafından proje yüklenicisine bedelsiz olarak tahsis edilen hazine arazisinin bedeli borç olarak yazılmaktadır bu nedenle projeyi kullanacak hastaneler araziden dolayı borçlandırılarak kaynakları Maliye Bakanlığı'na kesilmektedir (Sönmez, 2018: 66).

Sağlık alanında kamu özel ortaklığı projesi yürüten özel amaçlı şirketler, Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı düzenli bedel ödemelerinin ve sağlanan kamu garantilerinin yanında yasal düzenlemelerle getirilen teşvik, istisna ve muafiyetlerden de yararlanmaktadır. Tam KDV muafiyeti, Damga Vergisi ve Harçlar kanunlarından muafiyet, vergi indirimi, gümrük vergisi muafiyeti, yatırıma katkı oranı gibi teşvikler yoluyla sağlık alanındaki KÖO projeleri yatırımcılar için cazip hale getirilmektedir. Örneğin Ekonomi Bakanlığı¹⁰² tarafından yayımlanan teşvik belgeleri listesine göre, 2015 yılında Adana Şehir Hastanesi için 1 milyar 46 milyon liralık teşvik belgesi verilmiştir (Toker, 2018: 255).

2020 yılı itibarıyla Türkiye'de 12 şehir hastanesi tamamen, 1 şehir hastanesinin ise bazı kısımları hizmete girmiştir, yapım aşamasında olan 6 şehir hastanesi¹⁰³ bulunmaktadır (Bakınız: Tablo 4).

Tablo 4: Şehir Hastaneleri

	PROJE İSMİ	AÇILIŞ TARİHİ	YATAK SAYISI
1	Mersin Şehir Hastanesi	2017	1294
2	Isparta Şehir Hastanesi	2017	755
3	Yozgat Şehir Hastanesi	2017	475
4	Adana Şehir Hastanesi	2017	1550
5	Kayseri Şehir Hastanesi	2018	1607
6	Elâzığ Şehir Hastanesi	2018	1038
7	Manisa Şehir Hastanesi	2018	558
8	Eskişehir Şehir Hastanesi	2018	1081
9	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi	2019	3711
10	Bursa Şehir Hastanesi	2019	1355

¹⁰² 2018 yılında Ekonomi Bakanlığı ve Gümrük ve Ticaret Bakanlığı birleştirilerek Ticaret Bakanlığı olmuştur.

¹⁰³ Sağlık Bakanı tarafından 2020 bütçe sunumunda sözleşmesi imzalanan şehir hastaneleri projelerinin arasında yer alan 1700 yataklı Şanlıurfa Şehir Hastanesi, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü'nün internet sayfasında yer alan şehir hastaneleri listesinden çıkarılmıştır. Bu nedenle yapım aşamasında olan şehir hastanesi sayısı yediden altıya düşmüştür.

11	İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi	2020	2682
12	Konya Karatay Şehir Hastanesi	2020 (kısmen)	1250
13	Tekirdağ Şehir Hastanesi	2020	480
14	Kocaeli Şehir Hastanesi	2021 (tahmini)	1210
15	Kütahya Şehir Hastanesi	2021 (tahmini)	610
16	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	2021 (tahmini)	3624
17	Gaziantep Şehir Hastanesi	2021 (tahmini)	1875
18	İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi	2021 (tahmini)	2060

Kaynak: <https://sygm.saglik.gov.tr/TR,33960/sehir-hastaneleri.html>

Yapım aşamasında bulunan şehir hastaneleri açıldığında toplam yatak kapasitesi 27.215 olacaktır. Bu sayı Türkiye’deki toplam hastane yatak sayısının yaklaşık yüzde on ikisine denk gelmektedir.¹⁰⁴ Fakat tüm hastanelerin açılmasıyla ortaya çıkacak 27.215 yatak, toplam yatak sayısını artırmayacaktır çünkü Yüksek Planlama Kurulu,¹⁰⁵ şehir hastanelerinin yapılmasına, yeni yapılacak hastanedeki yatak sayısı kadar yatağın mevcut hastanelerden azaltılması veya mevcut hastanelerin kapatılması şartıyla izin vermektedir. Bu nedenle şehir hastanelerinin inşaatı tamamlandıktan sonra halen hizmet sunan devlet hastaneleri yeni açılan şehir hastanesine taşınmakta, şehrin içinde kalan ve taşınan eski devlet hastaneleri kapatılmaktadır (Pala, 2018: 9). Böylece şehir hastanesi açılan illerdeki hastane yatak sayısı değişmemektedir fakat o ildeki “nitelikli yatak” sayısı artmaktadır. Başka bir ifade ile, şehir hastaneleri ile Türkiye’deki nitelikli yatak sayısının artırılması amaçlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na göre, nitelikli yatak, bir ya da en fazla iki hasta yatağı içeren, içerisinde banyo, tuvalet, televizyon, buzdolabı, telefon ve refakatçi koltuğu yer alan hasta odalarında bulunan yatakları ifade etmektedir.¹⁰⁶ Şehir hastanelerinde yer alan yatakların hepsi nitelikli yatak özellikleri taşımaktadır.

Kamu özel ortaklığı modeliyle yapılması planlanan fakat 2019’un son aylarında KÖO programından çıkartılarak genel bütçeden yapılacağı duyurulan 10

¹⁰⁴ TÜİK tarafından 04.03.2020 tarihinde açıklanan istatistiklere göre 2018 yılı itibarıyla Türkiye’deki toplam hastane yatak sayısı 231.913’tür. Bu yatakların 139.651’i Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde yer almaktadır. 42.066 adet yatak üniversite hastanelerine aitken, 49.868 tanesi özel sektör hastanelerine aittir (<https://data.tuik.gov.tr/tr/main-category-sub-categories-sub-components2/#>).

¹⁰⁵ 2018 yılında Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi’ne geçişle birlikte şehir hastaneleri için Yüksek Planlama Kurulu’na ait yetkilendirme kararı verme yetkisi Cumhurbaşkanlığı’na tevdi edilmiştir.

¹⁰⁶ <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>

şehir hastanesinin açılmasıyla birlikte şehir hastanelerinin toplam yatak kapasitesi yaklaşık 40.000 olacaktır (Bakınız: Tablo 5).

Tablo 5: Genel Bütçeden Yapılacak Şehir Hastaneleri

	PROJE İSMİ	YATAK SAYISI
1	Ordu Şehir Hastanesi	900
2	Sakarya Şehir Hastanesi	1000
3	İstanbul Sancaktepe Şehir Hastanesi	4200
4	Denizli Şehir Hastanesi	1000
5	Samsun Şehir Hastanesi	900
6	Trabzon Şehir Hastanesi	900
7	Aydın Şehir Hastanesi	950
8	Diyarbakır Kayapınar Şehir Hastanesi	750
9	Antalya Şehir Hastanesi	1000
10	Rize Şehir Hastanesi	800

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2020 Bütçe Sunumu

On şehir hastanesinin ihalesi planlandığı halde KÖO programından çıkartılması, kamu özel ortaklığı modelinin yarattığı yüksek maliyetlerin azaltılmasının amaçlandığı şeklinde yorumlanmaktadır (İlhan, 2020). Açılması planlanan on hastanenin genel bütçeden yapılmasıyla kamunun borç yükü ciddi oranda azalacaktır çünkü şehir hastanelerinin kamu özel ortaklığı modeliyle gerçekleştirilmesi durumunda kamu üzerine binen borç yükü neredeyse üç katına çıkmaktadır. Kalkınma Bakanlığı tarafından 2017 yılında yayınlanan rapora göre sağlık alanında gerçekleştirilen yatırım tutarı 10,6 milyar ABD doları olan 18 kamu özel ortaklığı projesi¹⁰⁷ için kamunun 25 yıl içerisinde yapacağı kira ödemesi 30,3 milyar ABD dolarıdır (2017: 24). Yiğit Karahanoğulları (2019) tarafından gerçekleştirilen hesaplamalarda da benzer bir sonuç ortaya çıkmaktadır. Karahanoğulları, 2018 yılı itibarıyla açılan 8 şehir hastanesi için yapılan kira bedeli ödemeleri üzerinden bir

¹⁰⁷ Raporda sağlık alanında gerçekleştirilen 18 KÖO projesinden bahsedilmektedir bu projelerin 16 tanesi şehir hastanesi projesidir. Şehir hastaneleri dışında kalan projelerden biri şehir hastaneleri kampüsleri içerisinde yer alan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri projesiyken, diğer proje kapsamında Ankara'da Türkiye Ulusal Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu inşa edilmektedir.

hesaplama yaparak toplam 21 KÖO projesi¹⁰⁸ için 30,9 milyar ABD doları kira ödemesi yapılacağına ulaşmaktadır. Söz konusu 21 KÖO projesinin yatırım tutarına ilişkin Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı'nın internet sitesinde 12 milyar ABD doları açıklaması yapılmıştır. Özet olarak, 12 milyar ABD doları yatırım maliyetine sahip olan 21 KÖO projesi için kamunun yapacağı kira ödemesinin 30,9 milyar ABD olacağını tahmin etmektedir. Benzer şekilde, Türkiye'nin kamu özel ortaklığı yönteminde model olarak aldığı Birleşik Krallık'ta da Hazine tarafından açıklanan verilere göre sağlık alanındaki özel finansman girişimi projelerinin 1998 yılından geri ödemelerinin tamamlanacağı 2048 yılına kadar geçen sürede ödenmiş ve ödenecek kira bedellerinin toplamının 73,7 Milyar Sterlin, projelerin yatırım tutarlarının toplamının ise yaklaşık 12 Milyar Sterlin olduğu görülmektedir. Yani neredeyse altı kat daha fazla borç yükü ile karşı karşıya kalınmaktadır (Karahanoğulları, 2012: 103).

Kamu özel ortaklığı projelerinin kamunun üzerine yüklenen mali yükü ciddi oranda artırmasının en önemli nedenlerinden birisi, yatırımın finansmanı için yapılan özel borçlanmanın kamu kesimi borçlanmasına göre daha maliyetli olmasıdır. Başka bir ifade ile, özel kesimin finansman maliyeti kamunun borçlanma maliyetlerinden her zaman daha yüksektir (Karasu, 2011: 251). Sağlık alanında gerçekleştirilen KÖO projeleri için verilen hazine garantilerine rağmen özel sektör kamuya göre her zaman için finansal piyasalardan daha yüksek maliyetle borçlanmaktadır (Kulaksız ve Küçükkocaoğlu, 2019: 223). David Hall (2010), Birleşik Krallık için yaptığı çalışmada KÖO projelerinde sermaye maliyetinin, inşaat maliyetinin ve işlem maliyetinin projenin kamu tarafından gerçekleştirilmesine göre daha yüksek olduğunu ifade etmektedir. Birleşik Krallık Sayıştay¹⁰⁹ tarafından yayımlanan raporda da özel sektör borçlanmasıyla inşa edilen hastanelerin kamu tarafından inşa edilmesi durumuna göre yüzde yetmiş daha pahalıya geldiğini ortaya konmaktadır (2018: 15). Avrupa Yatırım Bankası'nın verilerine göre KÖO modeliyle yapılan yatırımlar kamunun geleneksel tedarik yöntemlerine göre yüzde 24 daha pahalı gelmekteyken (Erbaş, Yavuz ve İlhan, 2012: 12), Dünya Bankası tarafından yayımlanan çalışmaya göre de KÖO sözleşmeleri

¹⁰⁸ 19 şehir hastanesi ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri projesi ile Türkiye Ulusal Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu projesi.

¹⁰⁹ National Audit Office

etkin biçimde kullanılmadığı sürece geleneksel ihale yöntemlerine göre daha yüksek sermaye maliyetine sebep olmaktadır (De la Torre ve Rudolph, 2015: 1).

2018 yılında açılan Manisa Şehir Hastanesi projesi için hazırlanan ön fizibilite raporu, kamu özel ortaklığı modelinin hastanelerin kamuya maliyetini ne kadar artırdığını göstermesi açısından önemlidir. Rapora göre Manisa ŞH'nin toplam maliyeti 122 Milyon TL iken ihalede yıllık kira bedeli 64.25 Milyon TL olarak belirlenmiştir. Yani Manisa ŞH için ödenecek iki senelik kira bedeli ile hastanenin yapım maliyetleri karşılanırken geri kalan yirmi üç sene kira bedeli ödenmeye devam edilecektir (Erbaş, Yavuz ve İlhan, 2012: 15). Manisa ŞH'ye benzer şekilde, Kayseri, Ankara Etlik, Ankara Bilkent ve Elâzığ Şehir Hastaneleri için hazırlanan ön fizibilite raporlarında da yaklaşık üç senelik kira bedelleri ile hastanelerin yapım maliyetlerinin karşılanabildiği görülmektedir.¹¹⁰ Sağlık Bakanlığı'nın Erzurum'da genel bütçeden inşa ettiği 1200 yataklı hastanenin inşaatı 193 Milyon TL'ye mal olmuştur. Erzurum'da inşa edilen hastanenininkine yakın yatak sayısına sahip Kayseri Şehir Hastanesi için belirlenen yıllık kira bedeli 137.73 Milyon TL'dir. Yani Kayseri ŞH'ye ödenen bir buçuk senelik kira ile kamu geleneksel yöntem kullanarak benzer yatak sayısına sahip bir hastane inşa edebilmektedir (Erbaş, Yavuz ve İlhan, 2012: 14). Bir başka örnek de Bursa'dan verilebilmektedir. Bursa'da ihalesi yapılan iki devlet hastanesinin toplam yatak sayısı 1350'dir. 750 yataklı Ali Osman Sönmez Devlet Hastanesi'nin proje tutarı 371 Milyon TL iken, Yıldırım'da inşa edilen 600 yataklı devlet hastanesinin proje tutarı 225 milyon TL'dir. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından 2018 yılında 1355 yataklı Bursa Şehir Hastanesi için açıklanan yatırım tutarı yaklaşık 2,3 Milyar TL'dir (2018: 45).¹¹¹ Toplamda 600 Milyon TL'ye inşa edilebilen toplam 1350 yataklı iki hastane, benzer yatak sayısına sahip Bursa Şehir Hastanesi'yle karşılaştırıldığında yaklaşık dörtte bir maliyetle hayata geçirilmiştir. Pala'nın (2019) yaptığı hesaplamalara göre Bursa ŞH'nin yaklaşık yirmi aylık kirası ile toplam yatak sayısı şehir hastanesine eşit iki hastane inşa edilebilmektedir.

¹¹⁰ Söz konusu şehir Hastanelerinin yapım maliyetleri ve kiralarına ilişkin ayrıntılı bilgi için bakınız: Erbaş, Yavuz ve İlhan, 2012: 15-17.

¹¹¹ Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından açıklanan rakam 399 Milyon ABD dolarıdır. 2018 yılındaki ortalama kur ile hesaplanarak TL'ye çevrilmiştir.

Kamu özel ortaklığı modeliyle inşa edilen şehir hastanelerinin kamuya getirdiği yüksek maliyetler nedeniyle Sağlık Bakanlığı bütçesine eklenen ödenekler hastaneler açıldıkça artmaya başlamıştır (Bakınız: Tablo 6). Öyle ki 2020 yılında sadece işletme durumunda olan 12 şehir hastanesi¹¹² için yapılan ödemeler Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin yaklaşık beşte birine denk gelmektedir. Uğur Emek (2019b) tarafından yapılan hesaplamalara göre kamu özel işbirliği projesi ile gerçekleştirilen 21 projenin tamamı faaliyete geçirildiğinde şehir hastaneleri için yapılacak sadece kullanım bedeli ödemeleri Sağlık Bakanlığı bütçesinin yüzde kırk yedisi olacaktır. Başka bir ifade ile Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinin yaklaşık yarısı sadece şehir hastanelerinin kira ödemelerine ayrılacaktır.¹¹³

Tablo 6: Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve Şehir Hastaneleri Kira ve Hizmet Bedelleri (Bin TL)

	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı Bütçesi	37.571.386	48.437.276	61.466.277	68.580.514
Şehir Hastanesi Kira ve Hizmet Bedelleri	2.544.317	6.150.000	14.075.000	16.960.000
ŞH Aktarılacak Payın Bakanlık Bütçesindeki Oranı	%6,8	%12,7	%22,9	%24,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2019 Yılı Bütçe Teklifi

Tablo 7: Şehir Hastaneleri İçin Yapılan Kullanım ve Hizmet Bedelleri (Bin TL)

	2018	2019	2020	2021
Şehir Hastaneleri Kullanım Bedelleri	1.274.684	3.680.000	7.575.000	9.290.000
Şehir Hastaneleri Hizmet Bedelleri	1.269.633	2.470.000	6.500.000	7.670.000
Toplam	2.544.317	6.150.000	14.075.000	16.960.000

Kaynak: Sağlık Bakanlığı 2019 Yılı Bütçe Teklifi

Daha önce ifade edildiği gibi, kamu özel ortaklığı projelerinin Sağlık Bakanlığı'nın bütçesinde büyük bir yük oluşturmaya başlaması nedeniyle 10 hastane KÖO programından çıkartılmış ve bu hastanelerin genel bütçeden yapılmasına karar

¹¹² 2020 yılı itibarıyla 11 şehir hastanesi tamamen, Konya Karatay Şehir Hastanesi kısmen açılmıştır.

¹¹³ Kullanım bedeli ödemeleri Sağlık Bakanlığı bütçesinden yapılırken, hizmet bedeli ödemeleri döner sermaye bütçesinden yapılmaktadır.

verilmiştir. Bu kararla birlikte çalışmanın temel konusu olan kamu özel ortaklığı modeliyle inşa edilen şehir hastanesi sayısı, 2021 yılına kadar açılması planlanan hastanelerle birlikte 18 olurken toplam yatak sayısı 27.215 olacaktır.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ŞEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ

4.1. EMEK SÜRECİ KURAMI VE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DÖNÜŞÜMÜ

Emek süreci, Marx için kapitalizm çözümlemesinin başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Marx'ın bu düşüncesinin kaynağı emek sürecinin artı-değer üretiminin ve tahakküm ilişkilerinin başlangıç noktası olmasıdır (Yücesan-Özdemir, 2014: 30; Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 17). Emek süreci, en soyut haliyle herhangi bir toplumsal formasyondan bağımsız olarak insanların kullanım değeri üretme amacıyla doğayla kurduğu ilişki olarak tanımlanabilmektedir. Emek süreci kapitalist bir çehreye kavuştuğundaysa, bu ilişki artı-değer üretme amacı taşımaya başlamaktadır. Bir başka ifade ile, kapitalist emek sürecinde üretim araçları mülkiyetinden koparılmış dolaysız üreticiler, sermayenin kontrolü altında artı-değer üretmektedir. Üretilen artı-değer, Marx'a göre sadece kapitalistin kârının kaynağını oluşturmaz, aynı zamanda sömürü ilişkisinin de temelini oluşturmaktadır (Yücesan-Özdemir, 2014: 31; Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008:18). Bu sebeple, kapitalist emek süreci çözümlemesi, üretim noktasını sadece iktisadi üretim yapan ve artı-değerin üretildiği bir yer olarak değil aynı zamanda siyasal süreçlerinde üretildiği ve yeniden üretildiği bir alan olarak düşünmeyi gerektirmektedir.

Marx'ın *Kapital*'in 1. Cildinde formüle ettiği emek süreci analizi, 1970'lere kadar tartışılmadan kabul edilmiş ve geliştirilmemiştir. Burawoy (1985), bu durumu Marksizm tarihinin en ilgi çekici çelişkilerinden biri olarak kabul etmektedir. Braverman de, benzer şekilde 1974 yılında yayımlanan *Emek ve Tekelci Sermaye* kitabında şöyle ifade etmektedir:

Marx'ın Kapital'inin birinci cildinde sahnenin tam ortasında, sermayenin denetimi altında gerçekleşen emek süreci yer alır ve alt başlık da kitabı haklı olarak "kapitalist üretimin eleştirel bir çözümlemesi" diye betimler... Marx, bu çalışmayı 1860'ların ortalarında tamamladı. Aynı dinamik, geçen yüzyıl boyunca, Marx'ın kendi ömrü boyunca tanık olduğu ve kapitalist üretimle ilgili eleştirel çözümlemesinin temellerini oluşturan ifade biçimlerinden çok daha güçlü bir niteliğe sahip oldu. Yine de, Marksistlerin Marx'ın çalışmasına bu bakımdan pek az şey eklemiş olmaları inanılmaz bir gerçektir. Ne kapitalizmin ve tekelci kapitalizmin bu yüzyılı boyunca üretim süreçlerinde ortaya çıkmış olan değişimler, ne de çalışan nüfusun mesleki ve sınai yapısındaki farklılaşmalar,

Marx'ın ölümünden bu yana herhangi bir kapsamlı Marksist çözümlemeye konu edilmiştir (2008: 41-42).

Marx için kritik bir öneme sahip emek süreci çözümlemesinin yeniden gündeme gelmesi Braverman'ın *Emek ve Tekelci Sermaye*¹¹⁴ kitabıyla gerçekleşmiştir ve bu kitap emek süreci alanındaki kuramsal birikime zemin oluşturmuştur. Braverman bu kitapta, Marx'ın emek süreci tahlilinden yola çıkarak üretim sürecindeki makineleşmenin vasıf üzerindeki etkilerini, emek süreci üzerindeki denetim mekanizmalarını, emeğin sermayeye olan bağımlılığını, değişen meslek yapılarını ve işçi sınıfının geçirdiği dönüşümü incelemiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ifade edildiği gibi, Braverman'a (2008) göre, kapitalizme has en önemli özellik emek sürecini oluşturan iki faaliyet grubunun yani zihin ve kol emeğinin birbirinden ayrılmasıdır. Bir başka ifade ile, tasarım ile uygulamanın birbirinden ayrılması, kapitalist üretim tarzının alamet-i farikasıdır ve bu durum işçinin karşısına tahakküm olarak çıkmaktadır. Braverman'ın temel tezi kapitalizmin gelişmesi ile birlikte yalnızca kol emeğinin değil zihin emeğinin de vasıfsızlaşmasıdır. İşin değersizleşmesi ve emeğin niteliksizleşmesi olarak tanımlanan vasıfsızlaşma, Braverman için kapitalist sisteme içkin yapısal bir eğilimdir.

Braverman'ın tasarım ile uygulamanın birlikteliği/ayrılığı üzerinden kuramsallaştırdığı emek süreci nosyonunu Burawoy ilişkisel bir emek süreci nosyonu ile değiştirmiştir. Burawoy (1985), emek sürecini kadınların ve erkeklerin yararlı şeyler üretmek üzere girdiği sosyal ilişkiler biçiminde tanımlamaktadır. Bu ilişkiler sömürü ilişkilerini de içermektedir yani hem artı-değere el konulması sürecini hem de artı-değerin bölüşümü sürecini kapsamaktadır. Böylece Braverman'daki tahakküm vurgusu Burawoy'da yeniden üretimi sağlayan sosyal ilişkiler meselesine kaymıştır.

Burawoy'un, emek süreci teorisinde Braverman'la başlayan birikime en önemli müdahalesi, üretim noktasını salt ekonomik yapının bir unsuru olarak artığın üretildiği teknik bir örgütlenme olarak ele alan çalışmalara getirdiği ciddi eleştiri ve "fabrika rejimleri" kavramı ile üretim noktasından görece uzakta tutulmuş olan siyasi ve ideolojik yapıların üretim sürecine içkinliğini vurgularken, üretim sürecinin kendisinin de ekonomik, ideolojik ve siyasi boyutları olduğunu ortaya koymasındır (Yücesan-Özdemir, 2014: 31-32).

¹¹⁴ Labor and Monopoly Capital

Burawoy’a (1985) göre, kapitalist emek sürecinin çözümlemesini yapabilmek için kapitalist üretim tarzının temel özelliklerine odaklanmak gerekmektedir. Kapitalizmi, kapitalist olmayan üretim tarzlarından ayıran en temel özelliği artı değer güvence altına alırken bir taraftan da gizli tutmaktır. Bir başka ifade ile, kapitalizm artı değer üretimini sürekli kılarken artı değer transferinin yani sömürü ilişkisinin de gizlenmesini sağlamaktadır. Burawoy’a göre, kapitalist üretim tarzının bu ayırt edici özellikleri “üretim içi ilişkiler”¹¹⁵ olarak kavramsallaştırdığı emek süreci içindeki ilişkilerdir. “Üretim içi ilişkiler” işçilerin yöneticilerle ve işçilerin ve yöneticilerin birbirleriyle kendi aralarındaki ilişkilerini kapsamaktadır dolayısıyla sömürü ilişkilerini de içermektedir. Böylece, üretim noktasının iktisadi boyutunu tanımlayan “üretim ilişkilerinin” yanına üretimin siyasi ve ideolojik boyutlarını kapsayan “üretim içi ilişkiler” kavramını ekleyerek Burawoy, üretim sürecinin ekonomik, politik ve ideolojik süreçlere gömülü olduğunu ortaya koymaktadır. Burawoy’un kendi ifadesi ile;

... ben üretim sürecinin işçi sınıfı mücadelelerinin gelişmesini mutlak surette şekillendirdiği tezini savunuyorum. Bu tez ancak üretim sürecinin iki politik momente sahip görülmesi halinde sürdürülebilir. Birincisi, işin örgütlenmesi politik ve ideolojik etkilere sahiptir; başka bir ifadeyle, kadınlar ve erkekler hammaddeleri yararlı şeylere dönüştürürken, aynı zamanda belirli toplumsal ilişkileri ve tabii bu ilişki deneyimini de yeniden üretmektedirler. İkincisi, işin örgütlenmesinin -başka bir ifadeyle emek sürecinin- yanında, üretim ilişkilerini düzenleyen üretiminin özgün politik ve ideolojik aygıtları mevcuttur. Üretim rejimi, ya da daha spesifik olarak fabrika rejimi nosyonu üretim siyasetinin bu iki boyutunu da içermektedir (2015: 17-18).

Burawoy’a (1985) göre “üretim içi ilişkiler”, “üretim ilişkileriyle” beraber “üretim rejimini” daha spesifik olarak “fabrika rejimini” meydana getirmektedir. Burawoy, despotik ve hegemonik fabrika rejimleri olarak kavramsallaştırdığı iki temel fabrika rejimi tanımlamakta ve kapitalizmin tarihini fabrika rejimlerinin birbirini takip etmesi üzerinden dönemselleştirmektedir. Kapitalizmin ilk yıllarında gözlemlenen despotik fabrika rejimleri, yerini İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde hegemonik fabrika rejimlerine bırakmış, 1980’lerden sonra neoliberalizmin ortaya çıkışıyla birlikte hegemonik despotik fabrika rejimleri yükselişe geçmiştir.

¹¹⁵ “relations in production” kavramı “üretim içi ilişkiler” ya da “üretimde ilişkiler” olarak Türkçe metinlerde kullanılmaktadır.

Despotik fabrika rejimi, erken kapitalizm döneminde gözlemlenen, Marx tarafından “piyasa despotizmi” olarak tanımlanan rejimlerdir. Marx’a göre piyasa despotizmi kapitalist gelişmenin gerekliliklerine uygun tek rejimdir. “Bu, piyasa baskılarının kapitalistleri yeni teknolojilerin uygulanması ve emeğin yoğunlaştırılması üzerinden yok olmak pahasına birbirleriyle rekabete zorlamasının üretim alanındaki karşılığıdır. Piyasadaki anarşi üretimde despotizme yol açmaktadır” (Burawoy, 2015: 119). Piyasa despotizminin varlığı 3 tarihsel koşula bağlıdır;

Söz konusu üç koşuldan birincisi, işçilerin ücret karşılığında emeklerini satmak dışında bir hayatta kalma aracına sahip olmamalarıdır. İkincisi, emek sürecinin parçalanma ve makineleşmeye konu olması ve dolayısıyla vasıf ve uzmanlık bilgisinin artık bir güç kaynağı olmaması. Zihin emeği ile kol emeğinin sistematik bir şekilde birbirinden ayrılması ve işçilerin makinelerin birer uzantısına indirgenmesi işçilerin keyfi baskılara direnme gücünü ortadan kaldırmıştır. Üçüncüsü, rekabet dürtüsüyle hareket eden kapitalistler işgününün uzatılması, emeğin yoğunlaştırılması ve yeni makinelerin kullanıma sokulması yoluyla üretimi durmaksızın dönüştürmektedirler (Burawoy, 2015: 161-162).

Despotik fabrika rejiminde üretim içi ilişkiler piyasanın anarşik yapısına tabidir. Devletin bu ilişkilere müdahale etme imkânı yoktur. Piyasanın anarşik yapısı sayesinde kapitalist işçiyi istediği gibi işe alıp, işten çıkarırken, ücretleri ve çalışma sürelerini istediği şekilde belirleyebilmektedir. Başka bir ifade ile emek tamamıyla sermayenin boyunduruğu altındadır. Bu “boyun eğme iktisadi kırbacın baskı mekanizmasıyla sağlanmıştır. Fabrikada baskı hüküm sürmektedir” (Yücesan-Özdemir, 2014: 33).

Hegemonik fabrika rejimi, 1929’da yaşanan kapitalizmin yapısal krizine karşı 1930’lu yıllarda geliştirilen, fakat uygulanması İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemi bulan Keynesyen politikaların etkisiyle devletin aktif bir unsur olarak emek sürecine müdahil olmasıyla ortaya çıkmıştır. Düzenleyici bir rol olarak devletin üretim sürecine müdahale etmesi, emeğin yeniden üretiminin üretimle olan bağlarını koparan ya da bu bağları zayıflatan bir unsur olarak emeğin sermayenin mutlak hakimiyeti altındaki durumunu değiştirmiştir (Burawoy, 1985). Bir başka ifade ile, devlet emek piyasasına yönelik düzenlemeler yoluyla emeğin sermayeye olan bağımlılığını azaltmış, zor koşullarda dahi olsa, emek gücü emek piyasası dışında kalarak da yaşamını devam ettirme imkanına kavuşmuştur. Bu imkânı, yani emek gücünün piyasadan bağımsız olarak hareket edebilmesi ve asgari düzeyde bir yaşam standardını gerçekleştirebilmesi imkânını, daha önce belirtildiği gibi Esping-Andersen (1990),

“dekomodifikasyon” (meta-dışlaştırma) şeklinde kavramsallaştırmaktadır. Meta-dışlaştırma, emeğin yeniden üretimi için fabrikaya ve ücrete bağımlılığının azalması anlamına gelmektedir. Emeğin fabrikaya bağımlılığının ya da ücrete katılma zorunluluğunun azalması, sosyal sigorta düzenlemeleriyle gerçekleşirken ücrete bağımlılık, sendikal hakların tanınması, toplu pazarlık ve toplu sözleşme hakları ve asgari ücret düzenlemeleri yoluyla azaltılmıştır (Burawoy, 2015: 164-165). Bu koşullar altında kapitalist, artık “sadece ve tamamen piyasanın ekonomi kırbacına bel bağlayamamaktadır. Ne de keyfi bir despotizm dayatabilmektedir. İşçiler idareyle işbirliğine *ikna edilmek* zorundadırlar” (Burawoy, 2015: 165). Bu nedenle “[z]orun rızaya baskın geldiği erken kapitalizmin *despotik rejimleri* yerini (her ne kadar zor asla tamamen dışlanmasa da) rızanın hüküm sürdüğü *hegemonik rejimlere* bırakmak zorundadır” (Burawoy, 2015: 165).

Hegemonik fabrika rejimi, makro ölçekte emeğe yönelik iktisadi ve politik tavizlerin verildiği bir yapıda, mikro ölçekte sermayenin işçilerin rızasını örgütlemeye çalıştığı emek rejimini tanımlamaktadır. Hegemonik fabrika rejimi bu sebeple rızanın zora üstün geldiği rejimlerdir. Gamze Yücesan Özdemir’in ifadesiyle hegemonik fabrika rejimi “piyasaya karşı devletin ortaya çıkmasıdır” (2014: 34). İşte hegemonik rejimleri despotik rejimlerden ayıran en önemli nokta emek sürecinin yeniden üretiminde devletin oynadığı kritik roldür. Hegemonik fabrika rejimlerinde işçiler artık sermayenin keyfi kurallarının insafına kalmamakta ve zor ile rıza arasında ikincinin ilkinin üstün geldiği yeni bir denge kurulmaktadır (Burawoy, 2015: 26).

Despotik fabrika rejimlerinin kapitalizmin ortaya çıktığı yıllardan 1945’e kadarki döneme hâkim olan rejim tipi olduğu, hegemonik fabrika rejimlerininse, İkinci Dünya Savaşı sonrasında gelişen refah devleti dönemine denk geldiği söylenebilmektedir. 1980’li yıllarda egemen olmaya başlayan neoliberal dönemde ise Burawoy’un “hegemonik despotik fabrika rejimleri” olarak kavramsallaştırdığı rejim tipinin ortaya çıktığı görülmektedir (Burawoy, 1985).

Önceki bölümlerde tartışıldığı gibi, kapitalizmin *Altın Yılları* olarak anılan İkinci Dünya Savaşı Sonrası dönem, 1970’lere gelindiğinde yerini kâr oranlarının düştüğü, büyüme hızının azaldığı, enflasyonun arttığı bir ekonomik ortama bırakmıştır. Kapitalizmin içine girdiği yapısal krizden çıkış için uygulanmaya başlanan neoliberal politikalar kapsamında, devletin ekonomideki rolü yeniden

yapılandırılmıştır. Devletin emeğin yeniden üretimindeki rolü zayıflarken, piyasa tekrardan ana aktör haline gelmiştir. Peet'in (2003) ifadesiyle neoliberal dönüşüm salt vahşi bir liberalizmin yeniden direksiyona geçirilmesini ifade etmez, aynı zamanda Keynesyen Refah Devleti ile ilgili her şeye toptan dudak bükülmesi anlamına da gelmektedir (aktaran Loepky, 2014: 75). Bu nedenle, neoliberalizm, "toplumdan bireye ve devletten piyasaya geçiş süreci" olarak "refah sağlayıcı ve müdahaleci devletin sistematik bir saldırıya uğramasının kurumsallaşmasında önemli rol oynamıştır" (Yücesan-Özdemir ve Özdemir, 2008: 52). Neoliberalizm ile birlikte emek sermaye karşısında savunmasız hale gelirken, baskı mekanizmaları yeniden ön plana çıkarılmaya başlanmıştır. Bu durum, Burawoy'a göre "hegemonik rejim temelleri üzerine inşa edilen yeni bir despotizmi" doğurmuştur. Kapitalizmin içine girdiği kriz, firmaların piyasada var olabilmelerine dönük ciddi riskler ortaya çıkardığı için "işçiler bireyler olarak değil, firmanın yaşayabilmesine dönük tehlikelerin bir sonucu olarak işlerini kaybetmekle karşı karşıyadırlar." Burawoy için, bu durum sermayenin "işçilerin tavizlere rıza göstermesini sağlamak için hegemonik rejimin çıkarları koordine etme mekanizmalarına dayanmasına ve böylece hegemonik rejimleri işçilere karşı döndürmesine olanak vermektedir" (2015: 167).

Hegemonik despotik fabrika rejimlerinin iki temel özelliğinden bahsedilebilmektedir. İlk olarak, sosyal devlet uygulamalarının azaltılmasıyla emek gücü, ücret dışı yeniden üretim araçlarından mahrum kalmış ve emeğin sermayeye bağımlılığı yeniden tesis edilmiştir. İkinci olarak, fabrikada emek gücüne yönelik despotik uygulamaları kısıtlayan çalışma mevzuatı, sendikal haklar gibi mekanizmaları zayıflatılmıştır ya da tamamen ortadan kaldırılmıştır (Durmaz, 2014: 131). Böylece, refah devleti uygulamaları ile ortaya çıkan meta-dışlaştırma (dekomodifikasyon) süreci neoliberal politikaların etkisiyle yeniden-metalaştırma (rekomodifikasyon)¹¹⁶ sürecine girmiştir. Bir başka ifade ile, emeğin yeniden üretimi için emek piyasasına ve sermayeye olan bağımlılığının yeniden kurulduğu neoliberal dönemde sermaye, baskı mekanizmalarını yoğunlaştırma imkânına kavuşmuştur böylece hegemonik fabrika rejimleri, despotik karakter kazanmıştır. Fakat baskı mekanizmalarının yeniden tesisi, hegemonik bir biçimde gerçekleşmekte, yani

¹¹⁶ "Recommodification" kavramı Türkçe'ye yeniden-metalaştırma olarak çevrilmiştir. Bazı Türkçe metinlerde rekomodifikasyon şeklinde kullanılmaktadır.

baskının rızaya üstün gelmeye başladığı yeni fabrika rejiminde rıza tamamen dışarıda bırakılmamaktadır. Bu durumun sebeplerinden biri, yeni fabrika rejiminin, bir çok noktada aşındırılmış ve zayıflatılmış olsa da sosyal refah devleti kalıntılarının üzerine inşa edilmesidir. Bir diğer sebep ise üretim süreçlerinin daha esnek, yeni bilgi teknolojilerine ve kaliteye dayalı bir üretime doğru revize edilmesidir. Küreselleşmeyle birlikte rekabetin küresel ölçeğe taşınması ve yeni bilgi teknolojilerinin ortaya çıkması ile daha önce ifade edildiği gibi tüketici taleplerine göre üretim yapma esasına dayalı yeni üretim sistemleri ortaya çıkmıştır. Yalın üretim, kitlesel üretime göre daha yüksek vasıf gerektiren bir üretim biçimidir. Emek gücünün yüksek vasıf yanında esnek çalışma şartlarına uyum sağlayabilme ve çok amaçlı işlevleri yerine getirme becerilerine sahip olması gerekmektedir (Belek, 2018). Dolayısıyla, esnek üretim aşamasında, erken kapitalizm döneminde egemen olan despotik fabrika rejimlerinin yeniden tesisi mümkün olmamaktadır. Despotik fabrika rejimlerinin baskı mekanizmaları, hegemonik fabrika rejimlerinin rıza üretme mekanizmalarıyla eklemlenerek hegemonik despotik fabrika rejimleri ortaya çıkmaktadır (Burawoy, 1985).

Burawoy'un fabrika rejimi kavramı, üretim noktasını sadece ürünlerin üretildiği bir alan olarak değil, siyasetin, siyasi aygıtların ve toplumsal ilişkilerin üretildiği ve yeniden üretildiği bir alan olarak tanımlamaktadır (Yücesan-Özdemir, 2014: 31). Yani üretim noktasını, son kertede ekonomik ilişkilerin belirlediği siyasi ve ideolojik ilişkilerin etkisinden ve işyerinin kendisinin siyasi ve ideolojik yapısından kaynaklanan toplumsal ilişkilerden ayrı olarak değerlendirmek mümkün değildir (Özügürlü, 2008: 49). Hastaneler de bir hizmet üretim noktası olarak iktisadi, siyasi ve ideolojik yapılara gömülüdür bu nedenle hastanelerdeki sağlık emek süreci de bu yapılar içinde anlaşılabilir.

Sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşüm, sağlık alanında gerçekleşen metalaşma ve piyasalaşmayla birlikte sağlık hizmetinin kamusal niteliğinde yaşanan aşınmanın bir yansımasıdır. Sağlık hizmetinin standartlaşmış ticari bir niteliğe bürünmesi, artizanal (zanaatkar işi) vasıflara dayanan sağlık hizmeti üretim sürecini dönüştürmüş ve sağlık emek süreci kamusal ilkeler yerine piyasa ilkeleriyle örgütlenmeye başlamıştır.

Sağlık emek sürecinin piyasanın işleyiş ilkelerine göre örgütlenmesi, üretken olmayan sağlık emeğini üretken emeğe¹¹⁷ başka bir ifade ile sağlık çalışanlarını artı değer üreten işçilere dönüştürmektedir. Sağlık emek süreci, meta üretim süreciyle benzeştikçe emeğin sermayeye biçimsel bağımlılığından gerçek bağımlılığına geçiş gerçekleşmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 66). Emeğin sermayenin gerçek boyunduruğu altına girmesi, emek süreci üzerindeki tüm denetimin sermayenin eline geçmesiyle gerçekleşmektedir. Sağlık hizmeti üretim süreci özellikle hekimlik hizmeti¹¹⁸, artizanal vasıflara dayandığı için iş üzerindeki denetimin yitirilmesi, sağlık emek gücünün zanaatkar niteliğinin aşınmasına yol açmaktadır. Braverman tarafından tasarım ve uygulamanın birlikteliği şeklinde tanımlanan artizanal vasıfların fabrika üretimine geçişle birlikte parçalanmasıyla zanaatkarın kol işçisine dönüşmesi sürecine benzer şekilde sağlık emek gücü, emek süreci üzerindeki denetiminin azalmasıyla zanaatkar niteliğini yitirerek işçileşmektedir. Marx'ın ifadesi ile; “[b]urjuvazi, şimdiye kadar itibar gören ve saygı duyulan her mesleğin halesini söndürdü. Doktoru, avukatı, rahibi, bilim adamını ücretli emekçisi durumuna getirdi” (2001: 12). Bu süreç “vasıfsızlaşma” olarak kavramsallaştırılmaktadır. Vasıfsızlaşma, önceki bölümde ifade edildiği gibi, Braverman (2008) tarafından işin değersizleşmesi ve emeğin niteliksizleşmesi olarak tanımlanmaktadır. Yücesan- Özdemir’e göre vasıfsızlaşma emeğin sahip olduğu vasıfların artı değer üretimi için parça pincik edilmesidir (2014: 110). Artizanal niteliklerin yitirilmesi, zihin ve kol emeğinin ayrışması, iş için gereken eğitim düzeyinin düşmesi, emek gücü ikamesinin kolaylaşması ve iş üzerindeki denetimin kaybedilmesi gibi göstergeler, vasıfsızlaşmayı tanımlamak için kullanılmaktadır (Schaffer ve Schaffer, 2006).

İşçinin emek süreci üzerindeki denetimini kaybederek vasıfsızlaşması ve üretim araçlarının basit bir uzantısı haline gelmesi, Marx tarafından “işgücünün

¹¹⁷ Marx, üretken emek- üretken olmayan emek ayrımını artı değer üretme üzerinden yapmaktadır. Kapitalist için artı değer üreten emek, üretken emektir. Değişim değeri üretmeyen emeğin tamamı üretken olmayan emektir. Buna bağlı olarak devletin çeşitli kurumları tarafından bedelsiz olarak sunulan hizmetler için sarf edilen emek değişim değeri ortaya çıkarmadığı için üretken olmayan emektir (Savran ve Tonak, 2012: 270).

¹¹⁸ Literatürde sağlık emek süreci tartışmaları çoğunlukla hekimlere odaklanmaktadır. Çalışmada şehir hastanelerindeki sağlık emek süreci incelenirken sadece hekimlere odaklanılmamaktadır fakat literatürdeki tartışmalar özetlenirken literatürdeki eğilimden kaynaklı olarak daha çok hekimlere vurgu yapılmaktadır.

proleterleşmesi”¹¹⁹ olarak kavramsallaştırılmaktadır. Proleterleşme, emeğin vasıfsızlaşmasının yanında emeğin yeniden üretim koşullarının metalaşmasını (ücret dışındaki alternatif geçim imkanlarının ortadan kalkmasını) da içermektedir (Özügurlu, 2002: 88-89). Bu kapsamda proleterleşme süreci, çalışma konusunda bağımsızlıktan bağımlı olmaya, kendine yeterlilikten tabii olmaya, nitelikli ve prestiji yüksek konumlardan niteliksiz konumlara, ekonomik refahtan yoksulluğa doğru bir dönüşümü ifade etmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 129). Hekimlerin proleterleşmesi, bu bağlamda bir taraftan hekim emek gücünün vasıfsızlaşmasına dikkat çekerken, bir diğer taraftan emeğin yeniden üretim koşullarının metalaşmasına ve hekimlerin piyasaya gerçek tahakkümünün ortaya çıkmasına işaret etmektedir.

Hekimlerin proleterleşmesi tezi, profesyonelliğin yitirilmesi¹²⁰ tartışmalarıyla yakından ilişkilidir. Profesyoneller ya da profesyonel sınıfı, üretim araçlarına sahip olmayan ve bu yönüyle sermaye sınıfından ayrılan ve toplumsal kültürün ve sınıf ilişkilerinin yeniden üretiminde yer alan emek grubu olarak tanımlanabilmektedir (Ehrenreich ve Ehrenreich, 2000: 205). Profesyonel meslekler kuramına göre¹²¹, profesyoneller çalıştıkları alana ilişkin yüksek bilgi düzeyine sahiptir ve bu sayede kendi emek süreçleri üzerinde denetim kurabilmektedirler. Emek süreci üzerinde denetim sahibi olmaları profesyonelleri işçi sınıfından ayırmaktadır.

Piyasa ilişkilerinin ve kamusal hizmetlerin genişlemesiyle birlikte bağımsız profesyoneller giderek devlet kurumlarında ya da özel sektörde istihdam edilmeye başlanmıştır ve kendi hesabına çalışan profesyoneller maaşlı ya da ücretli işgücüne dönüşmüştür. “Profesyonellerin proleterleşmesi”¹²² olarak kavramsallaştırılan bu süreç, Derber’a (2010: 7-10) göre, “teknik” ve “ideolojik” proleterleşme süreçlerinden oluşmaktadır. Teknik proleterleşme, artı değer üretimi için zorunlu olan denetim üzerinden gerçekleşmektedir. Derber iki tür denetimden bahsetmektedir; birincisi kapitalistin emek gücü üzerindeki denetimi, ikincisi kapitalistin emek süreci

¹¹⁹ Marx, proleterleşmeyi üç farklı anlamda kullanmaktadır; işgücünün proleterleşmesi, toplumsal proleterleşme ve politik proleterleşme. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Edgell, 1998: 15.

¹²⁰ “Deprofessionalism” kavramı literatürde “profesyonellikten çıkış”, “profesyonelliğin kaybı” ya da “profesyonelliğin yitirilmesi” şeklinde Türkçe’ye çevrilmiştir. Profesyonelliğin yitirilmesi tartışması için ayrıntılı bilgi için bakınız: Haug, 1975.

¹²¹ Profesyonel meslek kuramının başlıca temsilcileri T. Parsons ve D. Bell’dir. Ayrıntılı bilgi için bakınız: Bell, 1973; Parsons, 1954.

¹²² Profesyonellerin proleterleşmesi tartışmaları hakkında ayrıntılı bilgi için bakınız: Derber, 1982; Larson, 1980; McKinlay ve Arches, 1985; Oppenheimer, 1972.

üzerindeki denetimidir. İdeolojik proleterleşme ise, yapılan işin hedefleri, toplumsal amaçları üzerindeki denetimin sermayenin eline geçmesidir. Başka bir ifade ile, kişi yaptığı işin piyasadaki tasarrufu, toplumsal kullanımı üzerindeki denetimini yitirmektedir.

Profesyonellerin proleterleşmesi bağlamında, yaptığı iş üzerindeki tüm kontrolü elinde bulunduran, kendi inisiyatifleriyle yönettiği muayenehanesinde çalışan, küçük siyah çantasıyla şifa dağıtan hekim profilinin, refah devletinin gelişimiyle büyük bürokratik sağlık kuruluşlarında çalışan hekime dönüşmesi, hekimlik mesleğinin profesyonelliğini yitirdiğine yönelik tartışmaları başlatmıştır. Hekimliğin bürokratikleşmesi olarak tanımlanan bu durum hekimlerin inisiyatifli davranma imkânını ortadan kaldırmaktadır (Soyer, 2009a: 144). McKinlay ve Arches’a göre, bürokratik sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti, hekimler tarafından düzenlenmemiş yönetsel hiyerarşiye göre örgütlendiğinden, hekimler önceden belirlenmiş kurallara tabi olmaktadır bu nedenle yaptıkları iş üzerindeki kontrollerini kaybetmektedir. Bu şekilde, hekimler profesyonel egemenliklerini yitirmekte ve proleterleşmektedir (1985: 162). Profesyonellerin proleterleşmesi tartışmaları, özellikle hekimlerin proleterleşmesi tezi, bürokratikleşme sürecine vurgu yaparken, neoliberal dönemde yaşanan sağlıkta piyasalaşmanın hekimler üzerindeki etkilerini açıklama gücüne de sahiptir. “Yeni proleterleşme” olarak kavramsallaştırılan ve proleterleşmenin son 25-30 senelik kesitine denk gelen tarihsel süreç, meta dışı alanların metalaştırıldığı, emek üzerinde gerçek tahakkümün tesis edildiği bir dönemdir. Tam da neoliberal dönemle çakışan yeni proleterleşme sürecinde emekçilerin yaşadığı dönüşüm, “yeniden proleterleşme” olarak nitelendirilmektedir (Durmaz, 2014: 75-77). Bu bağlamda, neoliberal dönemde sağlıkta piyasalaşma ile sağlık emek gücü yeniden proleterleşmektedir.

Braverman’a (2008) göre, proleterleşme olgusu emeğin yabancılaşmasına yol açan bir süreçtir. “Yabancılaşma”, kapitalist emek süreci içerisinde işçinin işi üzerindeki denetimini yitirmesi ve kapitaliste tamamen bağımlı hale gelmesiyle yani vasıfsızlaşmasıyla gerçekleşmektedir. Marx’a göre kapitalist emek süreci ve kapitalist üretim ilişkileri içerisinde yabancılaşma dört biçimde gerçekleşmektedir. İlk olarak, işçi kendi emeğine ve emeğinin ürününe yabancılaşmaktadır yani üretim araçlarının mülkiyetinden kopartılan dolaysız üretici, hayatını idame ettirebilmek için emeğini

ücret karşılığında kapitaliste satmakta ve böylece kendi üretici etkinliği olan emeği ve emeğinin ürünü üzerinde hiçbir söz hakkı olmamaktadır. İkinci olarak, işçi ürünü yarattığı emek sürecine yabancılaşmaktadır. Emek sürecinin denetimi ve yönetimi kapitalistin eline geçmektedir. Üçüncü olarak, işçi kendi türsel varlığına yani insana yabancılaşmaktadır çünkü insanı insan yapan yaratıcı etkinliği üretimdir. Dördüncü olarak, insan kendisine ve sosyal çevresine yabancılaşmaktadır (Durmaz, 2014: 95). Marx'a göre kapitalist üretim sisteminde işçinin yabancılaşması kaçınılmazdır. İşçinin, harcadığı emek üzerinde denetim sahibi olamaması işçiyi üretim sürecinin bir nesnesi haline getirirken işçi işe değil, iş işçiyi hükmeder hale gelmektedir (Kulak, 2011: 40-41).

Marx'ın yabancılaşma kuramına, Blauner (1964) ve Seeman (1959) tarafından sosyo-psikolojik bir bakış açısı eklenmiştir. Bireyin öznel değerlendirmelerinin de yabancılaşmada önem taşıdığı ve yabancılaşmanın güçsüzleşme, anlamsızlık, yalıtılmışlık ve işten kendi kendine soğuma süreçlerini de kapsadığı ifade edilmektedir. Güçsüzleşme, bireyin yaptığı iş üzerindeki psikolojik hakimiyetini kaybetmesi ve emek sürecinde belirleyici gücün makine ya da yöneticiler haline gelmesidir. Anlamsızlık, bireyin anlamlandırma yetisini kaybetmesi, yaptığı işe bir anlam verememesi ve kendisini değersiz hissetmesidir. Yalıtılmışlık, bireyin kendini izole hissetmesi ve işyerinde ve iş dışında başarılı sosyal ilişkiler kuramamasıdır. İşten kendi kendine soğuma ise bireyin işinden ve emek sürecinden soğuması ve kendisini yabancı gibi hissetmesidir (Blauner, 1964: 18-26).

Braverman'a (2008) göre, yabancılaşma sadece meta üretim sürecine ve mavi yakalı işçilere özgü bir durum değildir. Yabancılaşma, çalışanın emek süreci üzerindeki denetimini kaybetmesi ile ilgilidir. Dolayısıyla kapitalist emek sürecine tabi her emekçi gibi beyaz yakalılar da ürettikleri hizmete, hizmetin sonuçlarına ve kendilerine ve sosyal çevrelerine yabancılaşmaktadır (Fine ve Saad-Filho, 2004: 47).

Sağlık çalışanlarının emek sürecinde deneyimlediği yabancılaşma neoliberal dönemde sağlıkta piyasalaşma süreci ile derinleşmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde ifade edildiği gibi, sağlıkta piyasalaşmanın en önemli araçlarından biri alıcı – tedarikçi ayrımı kapsamında sağlık finansmanının sunumundan ayrılmasıdır. Sağlık finansmanını vergi dışına çıkarmak için yaygınlaşan zorunlu kamusal sağlık sigortalarının ve sağlık finansmanında payı artan özel sigortaların hizmet sunan sağlık

kuruluşlarına yapacağı ödemeleri düzenleyen ödeme yönergeleri kapsamında teşhis, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri her işlem ve alt işlemler için ayrı ayrı tanımlanmakta, kodlanmakta ve ücretlendirilmektedir. En alt işlemde başlanarak tüm işlemlerin standardize edilmesi ve ücretlendirilmesi, sağlık piyasasına yönelik fiyat denetimi tesis etmeyi ve bu şekilde sağlık harcamalarını kontrol etmeyi ve kaçakları önlemeyi amaçlarken aynı zamanda emek sürecinin denetimini sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinde standardizasyon bu dönemde ortaya çıkan bir olgu değildir. Tıbbi hizmetleri düzenleyen yazılı kurallar ve etik değerler, modernizmle birlikte ortaya çıkmaya başlamıştır fakat bu döneme kadar Hippokrates’in “Hastalık Yok, Hasta Var” ilkesi sağlık hizmetlerinin önemli bir ilkesi olmuştur. Bu ilkeye göre, teşhis ve tedavi süreçlerinde, koruyucu hizmetlerde ve rehabilitasyonda her hastanın kendine özgü psikolojik, sosyo-ekonomik, fizyolojik özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin standardizasyonu ile birlikte, bu kişiselleştirilmiş tıbbi bakım hizmeti ilkesi, insana değil, hastalığa, bir organa ya da bir semptomaya odaklanan “Hasta Yok, Hastalık Var” ilkesine dönüşmüştür (Bulut ve Civaner, 2016: 67; Ünlütürk Ulutaş, 2011: 102-108). Soyer’in ifadesiyle, artık “sağlık çalışanları için, gelen hasta sadece ‘patlamış bir apandisit’tir ya da ‘ikinci kattaki safra kesesi’ ile ilgilidir” (2009a: 145).

Standardizasyon, sağlık alanında ilk olarak tıbbi cihaz ve ilaçların ticaretinin kolaylaştırılmasına yönelik yaygınlaşmaya başlamıştır. Yeni kamu işletmeciliği kapsamında uygulanmaya başlanan toplam kalite uygulamaları, akreditasyon sistemleri, performansa dayalı ücretlendirme uygulaması, iş akış şemaları, klinik kılavuzlar ve tedavi yönergeleri, standardizasyonu sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden biri haline getirmiştir. Son dönemde yaygınlaşan ‘kanıta dayalı tıp’ uygulamalarıyla sağlıkta standardizasyon yeni bir aşamaya ulaşmıştır. Kanıta dayalı tıp, en iyi bilimsel kanıtların hekimin mesleki deneyimi ile hastanın sorununa uygulanmasını temel almaktadır (Uysal O.A., 2019: 84). Bilimsel kanıtlara dayanarak hazırlanan klinik uygulama yönergeleri, hekim tarafından gerçekleştirilen uygulamaların her bir adımı için talimatlar içermektedir.

Tedavi yönergeleri, klinik kılavuzlar vb. gibi sağlık hizmet sunumunu standartlaştırmayı amaçlayan uygulamalar tıbbi hizmetin artisanal özelliğini aşındırmakta tamamen olmasa dahi hekimler açısından tasarımın uygulamadan

ayrılması sürecine yol açmaktadır. Soyer'in ifade ettiği gibi, anamnezden¹²³ tedaviye giden sürecin parçalara ayrılarak her bir aşamanın kılavuzlar üzerinden standartlaştırılması, hekimin rolünü bu standartların yerine getirilmesine indirgemekte böylece tasarım – uygulama ilişkisi kopmaktadır. Hekim, tüm süreci en başından takip eden, sürece müdahale eden bir aktör olmaktan çıkıp, kendisi dışında belirlenmiş yönergelerin teknik bir uygulayıcısına dönüşmektedir (2009a: 147). Başka bir ifade ile, standardizasyon, hekimlerin inisiyatiflerinin ve emek süreci üzerindeki denetimlerinin azalmasına böylece hekimlerin vasıfsızlaşmasına yol açmaktadır.

Kalite uygulamaları, iş akış şemaları, sigorta ödemeleri gibi tıbbi süreçleri aşamalandıran ve standardize eden uygulamalar, tıpta uzmanlaşmaya da katkıda bulunmaktadır. Tıpta uzmanlaşmanın 19. yüzyılda Paris'te ortaya çıktığı düşünülmektedir. Tıp bilgisinin gelişmesiyle hekimlerin tek başına bu bilgiye sahip olmasını beklemek zorlaşmaktadır. Uzmanlaşma, genişleyen ve gittikçe daha az bilinebilir duruma gelen sağlık alanının, bilinebilir parçalara ayrılmasının sonucu olarak da kabul edilebilir. Tıbbi pratikler parçalara ayrıldıkça daha anlaşılabilir hale gelmekte, uzmanlar bu parçaların tüm bilgisine sahip olmaktadır (Soyer, 2009a: 148). Tıpta uzmanlaşmada 1960'lı yıllardan itibaren bir patlama gerçekleşmiş ve 1970'lerden günümüze uzmanlaşma ortaya çıkan alt uzmanlıklar ve yan dal uzmanlıklarıyla yepyeni bir boyut kazanmıştır. Hekimler artık tek bir hastalık, tedavinin tek bir aşaması lazer tedavisi vb. gibi ya da tek bir organ üzerinde uzmanlaşmaktadır. Standardizasyon, bu sürece katkı da bulunarak uzmanlaşılan alanların daha da daraltılabilmesini sağlamaktadır. Aşırı uzmanlaşma olarak tanımlanan bu süreci, sağlığın metalaşması ve tıbbi teknolojinin dönüşümü de tetiklemektedir.

Sağlığın metalaşmasıyla sağlık hizmet üretiminin giderek meta üretim sürecine benzemesi tıp alanında endüstriyel işbölümüne benzer bir yapılaşmaya zemin hazırlamaktadır. Taylor tarafından ortaya konan bilimsel yönetim ilkelerine göre verimliliğin artırılması için üretim süreci ölçülebilir ve yönetilebilir parçalara bölünmelidir. Barker (1911: 617), bilimsel yönetim ilkelerinin klinikte de uygulanması önerirken, endüstrideki benzer bir işbölümünün tıp alanında da

¹²³ Anamnez, hekimin hastaya teşhis koyma amacıyla sorduğu sorular sonucunda elde ettiği hasta öyküsüdür.

verimliliği ve etkinliği artıracağını öne sürmüştür. Daha etkin ve verimli sağlık hizmetleri için bilimsel yönetim ilkelerine dayanan bir uzmanlaşmanın gerekli olduğu düşüncesi, sağlık yazınında ve hastane yöneticileri tarafından sıkça dile getirilmeye başlanmış ve tıpta uzmanlaşma yaygınlaşmıştır. Mc Kinlay ve Arches (1985), tıpta uzmanlaşmış işbölümünün, endüstriyel işbölümüne benzer şekilde tasarım ve uygulamanın birbirinden ayrılması yoluyla sağlık emekçisinin emek süreci üzerindeki denetiminin azalmasına yol açtığını ifade etmektedir. Aynı şekilde Soyer de (2009a: 148) uzmanlaşmanın profesyonelleşme sürecini tersine çeviren bir süreç olduğunu ve bu süreçte hekimlerin iş üzerindeki denetimlerini yitirdiklerini belirtmektedir. Fakat uzmanlaşmanın, özellikle tıbbi teknolojilerde yaşanan gelişimle birlikte hekimlerin statü ve özerkliklerini artırdığı da öne sürülmektedir (Belek, 2016; Light ve Levine, 1988). Belek'e göre uzmanlaşma yani hekim emeğinin ikame edilemeyecek düzeyde incelenmesi hekime çok önemli bir güç kazandırır. Bu güç sayesinde, belirli alanda ikame edilemez bir niteliğe sahip olan hekimin sunduğu hizmetin fiyatı artar. Bu durum, sağlık rantı olarak nitelendirilmektedir (2016: 73-74).

Tıpta uzmanlaşmanın gelir artırıcı bir işlev görmesi, meta üretim sürecindeki işleyişin tam tersine işaret etmektedir. Braverman'a (2008) göre, işbölümü yani işin parçalara ayrılması ve her parçada uzmanlaşan emek gücünün farklılaşması, emek gücünü ucuzlatır fakat tıpta uzmanlaşmanın hekimlerin gelirlerini artırdığı kabul edilmektedir. Tıp bilgisinin parçalı hale gelmesi, parçaların farklı emekçi gruplar arasında bölüştürülmesini kolaylaştırmakta ve bazı alanlarda hekim dışı personelin çalıştırılmasıyla emek maliyetlerinin azaltılmasını sağlamaktadır (Mc Kinlay ve Arches, 1985: 177). Yani, hekimler açısından gelir artırıcı işlev gören uzmanlaşmanın arka planında emek maliyetlerinin düşürülmesi işlevi de yer almaktadır. Ayrıca parçalanma, bazı alanların tıbbi teknolojiye devredilmesini sağlayarak emek gücünden tasarruf sağlarken hekimin süreçteki rolünü teknisyene indirgemektedir (Soyer, 2009a: 148). Daha önce ifade edildiği gibi, teknolojik gelişmeler tıpta uzmanlaşmanın en önemli tetikleyicilerinden birisidir. Tıbbi teknolojilerde yaşanan gelişmeler, son teknolojilere ait teknik bilgiye sahip olmanın önemini artırmıştır. Son teknolojiyi yakalamak ve tıp alanında yaşanan gelişmelere ayak uydurabilmek uzmanlaşmayı körüklemektedir öyle ki bazı hekimler sadece belirli teknolojik cihazlar üzerinde uzmanlaşmaya başlamıştır.

Ayrıca, Soyer'e göre teknolojiyi takip etmeyi sağlama, gelir artırıcı işlevi, sınırlı bir alanın tüm bilgisine sahip olma düşüncesi, uzmanlıkların sürekli daraltılan tıbbi bilginin yönergeler ve kurallara indirgenmeye uygun hale geldiğini, teknolojiye devrini kolaylaştırdığını, tıp eğitimi almayan kişiler tarafından da gerçekleştirilecek hale getirildiğini en önemlisi de denetimi kolaylaştırdığını gözden kaçırmamasına neden olmaktadır. Soyer, bu durumu uzmanlaşmanın "sahte bir bilinçlilik" yaratması olarak ifade etmektedir (2009a: 145).

Sağlık emek gücünün denetimi, kamusal sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırıldığı 20. Yüzyıl boyunca çoğunlukla bürokratik denetim özellikleri taşımıştır ve bu süreçte hekimler, özerkliklerini ve statülerini belli derecelerde korumuşlardır (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 80). Dolayısıyla anılan dönemde, çalışmanın ikinci bölümünde tartışılan Friedman'ın "sorumlu otonomi" olarak kavramsallaştırdığı bir denetimden bahsetmek mümkündür. Fakat, neoliberal dönemde sağlığın piyasalaşması ve kamu yönetimi anlayışını dönüştüren Yeni Kamu İşletmeciliği kapsamında yaygınlaşan uygulamalar, emek denetim biçimlerini radikal bir şekilde değiştirmiştir. YKİ kapsamında sağlık hizmetlerine entegre edilmeye başlanan, müşteri memnuniyeti, rekabet, değer yaratmayan her türlü etkinliğin ortadan kaldırılması, sürekli iyileştirme gibi yalın üretim ilkeleri ve performansa dayalı ücretlendirme ve toplam kalite yönetimi gibi yalın üretim teknikleri, endüstriyel üretimdeki emek denetiminde yaşanana benzer bir dönüşümün sağlık emek gücünün denetiminde gerçekleşmesine neden olmuştur.

Yalın üretimin ölü zaman, gereksiz hareket gibi israfların ortadan kaldırılması ilkesi temelinde, sağlık çalışanlarının zaman kullanımını denetim altına almaya yönelik teknik ve ideolojik denetim mekanizmaları yoğunlaştırılmıştır. Hasta başına ayrılan sürelerin hesaplanması, verimliliğin artırılması hedefi adı altında çalışma temposunun hızlandırılmaya çalışılması, hastane bilgi sistemleri üzerinden her şeyin kayıt altına alınarak kontrolü gibi baskıya dayalı, teknik denetim mekanizmaları, performansa dayalı ücretlendirme, TKY gibi ideolojik denetim mekanizmalarıyla birlikte uygulanarak tahakkümün emek sürecine içselleştirilmesi hedeflenmektedir. Ayrıca, bilgi teknolojilerinde yaşanan gelişmelerin görünürlüğü artırarak gözetimi kolaylaştırması, öz-disiplin yoluyla denetimi artırmaktadır. Hastane bilgi sistemleri, kamera ve kartlı geçiş sistemleri gibi gözetim mekanizmaları denetimin içselleştirilmesini sağlamaktadır. Yeni kamu işletmeciliği anlayışı ile kamu

yönetimine entegre edilen müşteri memnuniyeti ilkesi de yeni bir emek denetim stratejisi olarak uygulamaya girmiştir. Hasta şikâyet mekanizmaları, memnuniyet ölçümleri, sağlık emek gücü üzerinde bir gözetim mekanizması olarak kullanılmaktadır. Ünlütürk Ulutaş'ın ifadesi ile, sağlık emek sürecinde rızaya dayalı bir görünüm altında, “içselleştirilmiş zora” dayalı bir denetim türünden söz etmek mümkündür (2011: 83). Çalışmanın ikinci bölümünde tartışıldığı gibi, ideolojik denetim mekanizmalarıyla eklemlenen yeni emek denetimi mekanizmaları, Taylorizm'in zora dayalı teknik denetiminin derinleştirilmesi ve yoğunlaştırılmasıdır.

Uzmanlaşma ve standardizasyon teknolojik gelişmelerle birlikte emek gücü üzerindeki denetimi kolaylaştıran bir işlev görmeye başlamıştır. Tıbbi hizmetlerin parçalanması ve tüm alt işlemlerin sigorta ödeme yönergeleri, performansa göre ücretlendirme ve kalite kriterleri, iş akış şemaları, klinik kılavuzlar kullanılarak belirlenmesi özellikle bilişim teknolojilerinin yardımıyla yapılan her işlemin izlenmesini kolaylaştırmaktadır. Uygun olmayan işlemler, verimsiz kabul edilen uygulamalar, bakılan hasta, yazılan reçete, yapılan operasyon ve sevk sayısı vb. çok kolay tespit edilebilmektedir.

Sağlık emek gücü üzerindeki denetimi kolaylaştıran bir diğer faktör, sağlıkta piyasalaşmayla birlikte sağlık çalışanlarının iş güvencesinin giderek ortadan kalkması ve atipik istihdam biçimlerinin sağlık alanında yaygınlaştırılmasıdır. Özel sektörün sağlık alanındaki artan rolü, kamusal sağlık hizmetlerinde taşeronlaştırma ve sözleşmeli çalışma gibi uygulamalar, sağlık çalışanlarının güvence düzeylerini ciddi anlamda etkilemiştir. Özellikle sağlık işgücü arzının artırılması yoluyla yedek sağlık ordusu yaratılmaya ve sağlık emeğinin ikame edilmezlik özelliği aşılmaya çalışılmaktadır.

Sağlık emek gücü üzerindeki denetim, emek gücünün farklı tabakaları için farklı biçimler almaktadır. İş güvencesinin düzeyi ve emek piyasasındaki pazarlık gücü denetimin biçimini ve düzeyini belirlemektedir. Dolayısıyla, hekimler ve yardımcı sağlık personeline yönelik denetimin baskı-rıza bileşimi önemli düzeyde farklılık göstermektedir. Hekimler üzerinde çoğunlukla rızaya dayalı ideolojik denetim mekanizmaları uygulanırken, hemşireler ve diğer sağlık personeli üzerinde baskının rızaya üstün geldiği bir denetim söz konusudur (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 83).

Hekimlerin proleterleşmesi sürecinde, hekimlerin toplumsal konum ve itibarlarında yaşanan gerileme geleneksel hasta-hekim ilişkisinde değişime yol açmıştır. Geleneksel hasta-hekim ilişkisi “paternalistik” özellikler taşımaktadır. Hekimin sahip olduğu “kutsal ve gizli” tıp bilgisi nedeniyle hasta hekime güvenir ve hekimi çok hata yapmayan, hastanın çıkarını düşünen bir “vasi” olarak görmektedir. Gelişen iletişim teknolojileri sayesinde tıp bilgisinin ulaşılabilirliğinin artışı geleneksel “edilgen hasta” konumunu “sorgulayan hasta” konumuyla değiştirmiştir. Piyasalaşmanın etkisiyle hastaların müşteri kimliğine bürünmesi de hasta hakları, hasta şikâyet mekanizmalarının gelişmesiyle hekimin hasta üzerindeki otoritesinin kırılmasına yol açmıştır. Ayrıca sağlığın piyasalaşmasıyla hasta-hekim ilişkisi sigorta şirketlerinin, döner sermaye işletmelerinin de yer aldığı bir ticari ilişkiye dönüşmüştür. Hastane kârının ön plana çıkması, performans kriterleri, sigorta ödeme yönergeleri, hekimin hasta yararını öncelediğine inanılan geleneksel algının kırılmasına ve hastaların hekimlere olan güveninin azalmasına yol açmıştır. Hasta-hekim ilişkisinde yaşanan değişim iki Latince deyişle ifade edilmektedir; eskiden “credat emptor” (hasta hekime güvensin) kavramı geçerliken, artık “caveat emptor” (hasta hekime dikkat etsin) kavramı geçerli hale gelmiştir (Soyer, 2009a: 138). Hekime yönelik oluşan güven kaybı ve hastanın müşteri kimliği kazanması sadece geleneksel hasta-hekim ilişkisini dönüştürmekle kalmamakta, sağlık alanında şiddet olaylarının da ortaya çıkışını körüklemektedir.

Özetle ifade edilirse; performans kriterlerini tutturma, tıbbi yönerge ve kılavuzlara uygun hareket etme, sigorta ödemelerine göre tedavi ve ilaç seçimi yapma ve iş güvencesi kaygısıyla kurum yönetimleriyle uyumlu olma gereksinimleri, artan emek denetimiyle birleştiğinde, hekimlerin inisiyatiflerini kaybettiklerini, finansal ve iş üzerindeki özerkliklerinin azaldığını yani emek süreci üzerindeki kontrollerini yitirerek vasıfsızlaştıklarını söylemek mümkündür (Soyer, 2009a: 145-147). Emegin yeniden üretim koşullarının metalaştığı neoliberal dönemde, sağlık emek gücünün deneyimlediği bu vasıfsızlaşma süreci, hekimlerin proleterleştiği tezinin geçerliliğini koruduğunu göstermektedir. Sağlık çalışanları yaptıkları işe ve emek sürecine yabancılaşmaktadır. Güçsüzlük, anlamsızlık, sosyal ilişkiler konusunda sorunlar ve tükenmişlik sağlık çalışanlarının hayatlarının bir gerçekliği haline gelmektedir. Sağlık hizmeti üretim mekânı olarak hastanelerde sağlık emekçilerinin emek sürecinde

yaşanan bu dönüşüm, üretim noktasını iktisadi, siyasi ve ideolojik yapılara gömülü bir alan olarak tanımlayan fabrika rejimi kavramından hareketle tanımlanabilir. Bölümün başlangıcında ifade edildiği gibi Burawoy'un fabrika rejimi kavramı, üretim noktasını sadece ürünlerin üretildiği bir alan olarak değil, siyasetin, siyasi aygıtların ve toplumsal ilişkilerin üretildiği ve yeniden üretildiği bir alan olarak tanımlamaktadır (Yücesan-Özdemir, 2014: 31). Sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşümü, fabrika rejimleri kavramsallaştırmasından hareketle hegemonik despotik fabrika rejimi olarak tanımlamak mümkündür. Hastanelerde bir taraftan baskıyı var eden emek denetim mekanizmaları kullanılırken, bir taraftan da rıza üretimine dönük mekanizmalar kullanılmaktadır. Benzer şekilde, şehir hastanelerindeki emek süreci de hegemonik despotik fabrika rejimi olarak tanımlanabilir fakat şehir hastanelerindeki emek sürecini analiz etmek için “fabrika rejimi” kavramını kullanmaktansa “emek rejimi” kavramını kullanmak daha açıklayıcı olmaktadır. Sonraki bölümde bu tartışma derinleştirilmektedir.

4.2. ŞEHİR HASTANELERİNDEKİ SAĞLIK EMEK REJİMİ ÜZERİNE BİR KAVRAMSALLAŞTIRMA DENEMESİ

Gamze Yücesan Özdemir, *İnatçı Köstebek* (2014) kitabında “emek rejimi” kavramının kapitalizmin içinden geçmekte olduğu süreci anlama noktasında “fabrika rejimi” kavramına göre daha açıklayıcı olduğunu ifade etmektedir. Yücesan, bu argümanı “emek rejimi” kavramının beş temel özelliği üzerinden tartışmaktadır (2014: 35-38).

İlk olarak, “emek rejimi” kavramı ile sadece fabrika düzleminin sınırlı alanında gerçekleşmeyen, toplumun yaşamsal alanlarına yönelen ve mekânsal ve zamansal olarak fabrikanın sınırlılıklarının ötesine geçen bir emek süreci örgütlenmesi anlatılmaktadır. Başka bir ifade ile emek rejimi, neoliberal dönemde üretimin mekânsal ve zamansal örgütlenmesinde yaşanan dönüşümleri açıklama kapasitesine sahip bir kavramdır. Artık üretim salt fabrika kapılarının ardında gerçekleşen bir faaliyet olmaktan çıkmıştır dolayısıyla emek süreci de hayatın her alanına yayılmıştır. Evden çalışma, eve iş verme ve fason üretim gibi çalışma biçimleri emek sürecinin fabrika dışına yayıldığını göstermektedir. Bu nedenle fabrika rejimi kavramına göre

emek rejimi kavramı son dönemde üretim süreçlerinde yaşanan dönüşümü daha iyi açıklamaktadır.

İkinci olarak, “emek rejimi” kavramsallaştırması emek sürecini içine gömülü olduğu ve farklı tarihsel gelişmişliklere sahip ekonomik, siyasi ve ideolojik yapılara içkin olarak analiz etmeyi sağlamaktadır. Bu noktada üretim noktasını içine yerleşik olduğu ekonomik, politik ve ideolojik yapılarla inceleyen fabrika rejimlerinden bir farkı yokmuş gibi görünse de emek rejimi daha kapsamlı bir yapı analizi içermektedir. Fabrika rejimi kavramsallaştırması emek sürecinin ekonomik, politik ve ideolojik yapılarla ilişkisini devletin emeğin yeniden üretimine müdahalesi üzerinden kurmaktadır. Halbuki üretim noktasının içkin olduğu siyasal ve ideolojik yapıları, yoğunluklu bir devlet müdahalesi olarak değerlendirmekten öteye geçerek siyasal ve ideolojik tahakküm ilişkileri ve sınıf siyaseti içinde değerlendirilmek gerekmektedir. Bu bağlamda emek rejimi emek sürecinin içine gömülü olduğu iktisadi, politik ve ideolojik yapıları kavramada fabrika rejimi kavramına göre daha açıklayıcıdır.

Üçüncü olarak, emek rejimi kavramsallaştırması üretim noktasının sadece iktisadi momente sahip olmadığını, politik ve ideolojik momentlere de sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bir başka ifade ile üretim noktası sadece malların üretildiği salt ekonomik bir alanı işaret etmemektedir. Üretim noktası ekonomik boyutunun yanında siyasal ve ideolojik boyutlara da sahiptir. Çünkü üretim noktası aynı zamanda artı-değerin bu nedenle sömürü ilişkilerinin de üretildiği bir alandır. Kapitalizm ekonomisi ve siyaseti birbirinden ayırarak ekonomik olanın aslında siyasal boyutu da olduğunu gizlemeye çalışmaktadır. Emek rejimi kavramı üretim noktasından görece uzakta tutulan siyasal ve ideolojik yapıların aslında üretim sürecine içkin olduğunu vurgulamaktadır.

Dördüncü olarak, bir emek rejimi o emek rejiminin altında çalışanların karşı gelme, itaat etme ya da onay gibi tavır, tutum ve davranışlarını belirlerken aynı zamanda kendisi de bunlara göre tanımlanmaktadır. Yani işçilerin emek rejimine ilişkin onay, red, başkaldırı, boyun eğme gibi tutumları, altında çalıştıkları emek rejimini şekillendirirken, emek rejimi de bu tutumlara göre şekillenmekte ve tanımlanmaktadır. Emek rejimi bu karşılıklı ilişkide var olmaktadır.

Beşinci olarak, emek rejimi kavramı fabrika rejiminin despotik-hegemonik ikiliğine sıkışan açıklama gücüne göre emek sürecinin karmaşık yapısını açıklama

konusunda daha ufuk açıcudur. Çünkü karmaşık bir çelişkiler bütünü olan emek sürecini analiz etme noktasında emek rejimi kavramı -her ne kadar çok değerli tartışmalar olsa da- baskı ve rızanın birbirine üstünlüğü üzerinden kavramsallaştırılan fabrika rejimine göre daha açıklayıcıdır.

Tüm bu noktalardan hareketle, şehir hastanelerindeki emek sürecinin Burawoy'un "fabrika rejimi" kavramsallaştırması üzerinden hegemonik despotik fabrika rejimi özelliklerini taşıdığı söylenebilirse de "emek rejimi" kavramı, sağlık emek sürecinde şehir hastanelerine geçişle birlikte yaşanan dönüşümü daha iyi açıklamaktadır.

1970'lerde yaşanan kapitalizmin yapısal krizine karşı, gelişmiş ve gelişmekte olan kapitalist ülkelerde uygulanmaya başlanan neoliberal politikalar kapsamında, sosyal politikalar köklü bir değişime uğramıştır. Emek piyasaları esnekleştirme, kuralsızlaştırma ve atipik istihdam biçimlerinin¹²⁴ yaygınlaştırılması yoluyla dönüştürülmüştür. Neoliberal emek piyasasında güvencesiz, sendikasız, kayıt dışı çalışma yaygınlaşırken, emek sürecinde artan denetimden ve vasıfsızlaşmadan bahsedilebilmektedir. Emek sürecinde yaşanan bu dönüşümü tanımlamak için "Neoliberal Emek Rejimi" kavramı kullanılmaktadır. Neoliberal emek rejiminin içine gömülü olduğu ekonomik, siyasi ve ideolojik yapılar neoliberalizmin emek karşıtı bakışı tarafından şekillendirilmiştir. Bir başka ifade ile üretim noktasını dışarıdan kuşatan, onu şekillendiren, tanımlayan ekonomik, siyasi ve ideolojik yapılar neoliberalizmin emek karşısında sermayeyi önceleyen anlayışı çerçevesinde yapılanmıştır (Yücesan-Özdemir, 2014: 38).

Son dönem emek rejimi "Neoliberal Emek Rejimi" olarak tanımlanmakla birlikte farklı tür neoliberal emek rejimlerinden bahsedilebilmektedir. Bu rejimler emek karşıtı ekonomik, siyasi ve ideolojik yapılara gömülü olmaları noktasında ortaklaşırken, üretim noktalarında farklılaşmaktadır. Yücesan Özdemir'in kendi ifadesi ile;

[T]üm emek rejimlerini Neoliberal Emek Rejimi altında olarak görmekle birlikte taşeron çalışma, çağrı merkezlerinde çalışma, evde çalışma, bilişim sektöründe çalışma gibi farklılaşan emek rejimlerini farklı sıfatlarla adlandırabiliriz. Örneğin küçük ve orta ölçekli işletmelerde paternalist emek rejimlerinden, ev-

¹²⁴ Atipik istihdam biçimleri, işin işverene ait işyerinde, belirsiz ve tam süreli iş sözleşmesine göre yapılmasına dayanan tipik istihdam biçimi dışında kalan istihdam biçimlerini tanımlamaktadır. Evden çalışma, çağrı üzerine çalışma, belirli süreli iş sözleşmesi ile çalışma, geçici çalışma gibi istihdam biçimlerini kapsamaktadır.

eksenli çalışan kadınlar örneğinde muhafazakâr-liberal emek rejimlerinden bahsetmek mümkündür (2014: 38-39).

Şehir hastanelerindeki emek süreci de Neoliberal Emek Rejiminin bir türü olarak “Abulik Emek Rejimi”¹²⁵ olarak tanımlanabilir. Çalışmanın sonraki bölümünde alan araştırmasının bulguları ışığında yürütülecek bu tartışma şu şekilde özetlenebilir; şehir hastanelerinde uygulanan yönetsel stratejiler, emek denetim biçimleri, ağır çalışma şartları ve hastanelerin mekânsal örgütlenmesi, sağlık çalışanlarının işleri üzerindeki denetimlerini ve özerkliklerini azaltarak sağlık emek gücünün vasıfsızlaşmasına yol açmaktadır. Emek rejiminin sağlık emek gücü üzerindeki etkisi “abuli” hastalığının insan vücudu üzerindeki etkisine benzemektedir. “Abuli” tıpta sıkça kullanılan istenç yitimi, inisiyatif alamama, irade kaybı, irade ile karar verme ve hareket etme yeteneğinin azalması veya kaybı, iradesizlik anlamlarına gelen, bir çeşit nörolojik hastalığı tanımlamak için kullanılan bir terimdir (Larner, 2016: 3). Bu rahatsızlığı bulunan kişi “abulik” olarak tanımlanmaktadır ve irade ile karar verme, inisiyatif alma ve kullanma, istemli harekette bulunma, iradesini kullanma yetenekleri azalmış ya da bu yeteneklerden yoksundur. Şehir hastanelerindeki emek rejimi de sağlık çalışanları üzerinde abuliye benzer etkiler yaratarak, sağlık çalışanlarının hizmet üretimi üzerindeki özerklik ve denetimlerinin azalmasına veya ortadan kalkmasına yol açarak sağlık çalışanlarının kendi iradi davranışlarını, inisiyatif kullanma imkanlarını, karar verme ve uygulama yeteneklerini sınırlamakta veya ortadan kaldırmaktadır. Bu nedenle şehir hastanelerindeki emek rejimi “abulik emek rejimi” olarak nitelendirilebilmektedir. Bu tartışmanın derinleştirilebilmesi için öncelikle şehir hastaneleri öncesinde sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşümün analiz edilmesi gerekmektedir.

4.3. ŞEHİR HASTANELERİ ÖNCESİ SAĞLIK EMEK SÜRECİ

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinde yaşanan “reform” süreci, sağlık emek süreci üzerinde önceki bölümlerde kuramsal

¹²⁵ Abulic labour regimes

düzeyde tartışılan standardizasyon, vasıfsızlaşma, yabancılaşıma ve proleterleşme gibi süreçlere yol açmış ya da var olan süreçleri derinleştirmiştir.

Sağlıkta piyasalaşıma kapsamında uygulamaya konan sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve hizmet sunumunun finansmandan ayrıştırılması sonucunda, SGK hizmet alıcı konumuna gelirken, hastaneler hizmet sunan ve SGK'dan hizmet bedeli tahsil eden kurumlar haline gelmiştir. Bu şekilde, Türkiye sağlık sistemi, bir tarafta gereksiz işlemlerle kaçakların önlenmesi gibi amaçlarla hareket eden SGK'nın yer aldığı, diğer tarafta gelir-gider hesabı yapmak zorunda kalan ve SGK'dan azami tahsilâtı gerçekleştirmeye çalışan hastanelerin bulunduğu ikili bir yapıya dönüşmüştür. Bu kapsamda, SGK'nın ve Hazine ve Maliye Bakanlığı'nın sağlık hizmeti sunan kurumlara ödeme yapacağı tüm işlemleri ve koşulları en ince ayrıntısına kadar belirleyecek tebliğler yayınlanmıştır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) ile sağlık harcamalarının azaltılması ve sistemdeki kaçakların önlenmesi amaçlanmaktadır. Hastanelerin içine girdiği hizmet bedellerini tahsil edebilmek için SUT ve BUT'a uygun işlem yapma ve kâr-zarar hesabına uygun hareket etme çabası, hastaneleri tanı koyma, tedavi etme, tıbbi işlem süreçlerinde zarar etmemek için maliyetleri asgariye indirmeye yönlendirebildiği gibi, tebliğlerde belirlenen daha kârlı işlemlerin daha çok gerçekleştirilmesine de sevk edebilmektedir. Ayrıca, hekimler tanı koyma ve tedavi etme süreçlerini bu tebliğler etrafında belirlemek ve değiştirmek zorunda kalmaktadır çünkü SGK tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri bu tebliğlerde belirlenmiştir. Tebliğlerde yer almayan teşhis ve tedavi yöntemlerinin SGK tarafından karşılanması için kurumun uygun görmesi ve Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nun ödenecek bedelleri belirlemesi gerekmektedir. İlaveten, hekimlerin teşhis koyabilmek için istemde bulunabileceği laboratuvar uygulamaları kısıtlanırken, reçetelerde teşhis yazılması zorunluluğu bulunmaktadır. İlaçların ödeme koşulları tebliğlerde belirli tanımlarla sınırlandırılmıştır. Yani, SGK, ilaç ödemelerini reçetelere belirli tanımlar yazıldığı takdirde yapmaktadır. Bu durum, hekimleri reçete etmek istedikleri ilaca uygun tanı bulmaya sevk etmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 180-181). Dolayısıyla, tebliğler hekimlerin teşhis ve tedavi süreçlerindeki özerkliklerinin azalmasına yol açmaktadır.

2005 yılında daha önce ifade edildiği gibi SGK bünyesinde Teşhis İlişkili Gruplar (TİG)’a dayalı bir geri ödeme altyapısı oluşturulmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır. Bu kapsamda klinik ve maliyet verilerine bakılarak benzer hastalıkların benzer gruplara dâhil edilmesi şeklinde hastalar gruplandırılmaktadır. Gruplandırma öncelikle ana tanıya göre sonrasında ise işlemlere göre yapılmaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014: 8). TİG veri sistemine yatan hasta teşhis ve işlemlerinin verileri, klinik kodlamaları yapılarak kaydedilmektedir. Yatan hasta verilerine ek olarak, günübirlik ve ayaktan hasta verilerinin de toplandığı ve sağlık hizmetlerinin tümünü kapsayan bütüncül bir yapı oluşturulmasına yönelik, polikliniklere ayaktan yapılan başvurular, Branş Bazlı Ayaktan Gruplar verisi olarak, günübirlik ve bir tedavi planı doğrultusunda tedavisi gerçekleştirilen hasta verileri ise, İşlem Bazlı Ayaktan Gruplar verisi olarak toplanmaya başlamıştır.

Teşhis İlişkili Gruplar, hastanede tedavi edilen hasta türlerinin belirlenmesi, hastaların ne kadar hasta olduğunun ölçülmesi, hastanelerin benzer gruptaki hastalara bakarken kullandığı kaynaklar yönünden karşılaştırılması, hastaneler arası farklılıkların nedenlerinin ortaya koyulması amacıyla klinik ve maliyet özellikleri açısından benzer vakaların özetlendiği ve anlamlı hale getirildiği araçlardır (Arık ve İleri, 2016: 47). Ayrıntılı ve standart bir teşhis ve prosedür kodlaması ve maliyetler hakkında detaylı bilgiler gerektirdiği için TİG uygulaması sağlık hizmetlerinde standardizasyonu ciddi anlamda artıran bir uygulamadır. Dolayısıyla TİG’e dayalı yapılan geri ödeme sistemi klinik özerkliği aşındırıcı etkilere sahiptir.

Sağlık harcamalarının azaltılması ve kaçakların önlenmesi amacını taşıyan Sağlık Uygulama Tebliği, Bütçe Uygulama Talimatı ve Teşhis İlişkili Gruplar’a dayalı geri ödeme sistemi sağlık alanında standardizasyon sürecinin en önemli sac ayaklarını oluşturmaktadır. Diğer önemli sac ayağı ise toplam kalite uygulamalarıdır. Önceki bölümlerde ifade edildiği gibi, toplam kalite yönetimi uygulaması kapsamında, sağlıkta kalitenin geliştirilmesi ve değerlendirilmesine yönelik olarak sağlık kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları belirlenmiştir. Sağlıkta kalite sisteminin üç temel yapı taşı; merkez ve taşra teşkilatı kurumsal yapısı, sağlık hizmet kalitesi ve klinik kalitedir (Bakınız: Şekil 4).

Şekil 4: Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020: 18.

Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti, hastanelerdeki tüm birimleri kapsayan ve detaylı olarak düzenlenmiş kalite standartlarını, kalite göstergelerini ve kalite değerlendirmelerini içermektedir. SKS Hastane setinde, 5 Boyut, 46 Bölüm, 523 standart, 1599 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır (Bakınız: Tablo 8). Boyutlar; kurumsal hizmetler, hasta ve çalışan odaklı hizmetler, sağlık hizmetleri, destek hizmetler ve gösterge yönetimidir. Kurumsal hizmetler boyutu, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartları içermektedir. Hasta ve çalışan odaklı hizmetler boyutu, hasta hakları, güvenliği ve memnuniyeti ile çalışanların sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamaya dönük standartlardan oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri boyutu, hastanede sunulan tüm tıbbi hizmet süreçlerine yönelik standartları içermektedir. Destek hizmetler boyutu, tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğinin ve sürekliliğinin sağlanmasına yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış standartlardan oluşmaktadır. Gösterge yönetimi boyutu ise hizmet sunum performansının sürekli izlenmesi yoluyla kalite iyileştirme süreçlerinin sürdürülebilirliğini sağlamaya dönük standartları içermektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020: 22).

Tablo 8: Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Boyut ve Bölümler Tablosu

KURUMSAL HİZMETLER	
Kurumsal Yapı	
Kalite Yönetimi	
Doküman Yönetimi	
Risk Yönetimi	
Kurumsal Verimlilik	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
Afet ve Acil Durum Yönetimi	
Kimyasal, Biyolojik, Radyasyon ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	
Eğitim Yönetimi	
Sosyal Sorumluluk	
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	
Hasta Deneyimi	
Hizmete Erişim	
Yaşam Sonu Hizmetleri	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
SAĞLIK HİZMETLERİ	
Hasta Bakımı	
İlaç Yönetimi	
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	
Transfüzyon Hizmetleri	
Terapötik Aferez Hizmetleri	
Radyasyon Güvenliği	
Acil Servis	
Ameliyathane	
Yoğun Bakım Ünitesi	
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	
Doğum Hizmetleri	
Diyaliz Ünitesi	
Psikiyatri Hizmetleri	
Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	
Biyokimya Laboratuvarı	
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	
Patoloji Laboratuvarı	
Doku Tiplendirme Laboratuvarı	
Kemoterapi Hizmetleri	
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	
Palyatif Bakım Kliniği	
Evde Sağlık Hizmetleri	
DESTEK HİZMETLERİ	
Tesis Yönetimi	
Otelcilik Hizmetleri	
Bilgi Yönetim Sistemi	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Atık Yönetimi	
Dış Kaynak Kullanım	
GÖSTERGE YÖNETİMİ	
Göstergelerin İzlenmesi	

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020: 23.

Hasta memnuniyeti, önceki bölümlerde ifade edildiği gibi toplam kalite yönetiminin “müşteri odaklılık” anlayışının sağlık alanındaki yansıması olarak kalite standartlarının içerisinde kendisine yer bulmuştur. SKS’nin hasta ve çalışan odaklı hizmetler boyutunun bir bölümü hasta deneyimidir (Bakınız: Tablo 9). Bu bölüm kapsamında uygulanan “hasta deneyimi anketleriyle” hasta memnuniyet düzeyi düzenli olarak ölçülmektedir.

Tablo 9: SKS Hastane Hasta Deneyimi Bölüm Standartları

BOYUT	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
Bölüm	Hasta Deneyimi
	Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.
	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.
	Hasta ve yakınlarının hastane bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.
	Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır
	Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır.
	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.
	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir
	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.
	Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır
	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.
	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır
	Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır
	Hasta veya hasta yakınının sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020: 49.

Hasta memnuniyetine yönelik TKY kapsamında hayata geçirilen hasta deneyim anketleriyle birlikte, SDP ile başlatılan, önceki bölümlerde tartışılan, “hekim seçme” uygulamaları, hasta hakları birimleri ve hasta şikâyet mekanizmalarıyla hastalar sağlık sisteminde söz hakkı kazanırken, bu mekanizmalar sağlık çalışanları üzerinde önemli bir denetim aracı haline gelmektedir. Dolayısıyla, neoliberal politikalar kapsamında piyasalaştırılan sağlık hizmetlerine “müşteri” kimliği ile dahil olan hastaların bu mekanizmalar yoluyla sağlık çalışanları üzerinde oluşturduğu denetim, piyasa despotizminin üretim noktasındaki aygıtları haline gelmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 196).

Türkiye sağlıkta kalite sisteminin bir diğer yapı taşı klinik kalite standartları kapsamında Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme sistemi kurulmuştur. Belirlenen çeşitli sağlık olgularına yönelik tıbbi hizmet süreçleri ile ilgili standartlar tanımlanmaktadır. Standartlar, sağlık olgusu ile ilgili kanıta dayalı tıp rehberleri esas alınarak belirlenmektedir. Kanıta dayalı tıp rehberleri ve tanı, tedavi ve takip uygulamalarına ilişkin temel kalite standartları ilgili uzman ve akademisyenlerden oluşan çalışma grupları tarafından oluşturulmaktadır. Daha sonra belirlenen standartların uygulanma düzeyini izlemeyi sağlayan göstergeler tanımlanmaktadır. Sağlık olguları belirlenirken, ülke öncelikleri, sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri ve hastalık yükü dikkate alınmaktadır. Bu çerçevede belirlenen ilk 11 sağlık olgusu diabetes mellitus, diz protezi, kalça protezi, inme, koroner kalp hastalığı, gebelik süreci ve doğum, kolorektal kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, katarakt cerrahisi, prostat kanseri ve diş implantıdır. Sürecin ilerleyen aşamalarında yeni sağlık olguları ve göstergeler belirlenecektir. Belirlenen 11 sağlık olgusuna ait 158 adet gösterge belirlenmiştir ve 11 sağlık olgusuna ait 10 adet *Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberi* (diz ve kalça Protezi tek rehber olarak) hazırlanmıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019: 11-12). Ayrıca bu sağlık olgularına ait iyi klinik uygulamalarını tanımlayarak olguların tanı, tedavi ve izleminde yüksek kalitede bir temel ölçüt ve standart oluşturmayı amaçlayan klinik protokolleri hazırlanmaktadır.

Sağlıkta kalite sistemi kapsamında uygulamaya konan; sağlıkta kalite standartları hastane seti, klinik kalite ölçme ve değerlendirme rehberleri, kanıta dayalı tıp rehberleri ve klinik protokoller, tıbbi süreçlerde anamnezden tetkik ve tedavi sürecine kadar tüm basamakları tanımlayarak standardizasyonu artırmakta ve hekimlere çok az hareket alanı bırakarak hekim özerkliğini azaltıcı işlev görmektedir.

Sağlıkta standardizasyonu artıran bir diğer uygulama ise performansa dayalı ek ödeme uygulamasıdır. Önceki bölümlerde ifade edildiği gibi, Performansa dayalı ek ödeme sistemi 2004 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde¹²⁶, 2011 yılında ise üniversite hastanelerinde uygulanmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan sistemin yasal dayanağı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde

¹²⁶ Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanan performansa dayalı ücretlendirme hakkında ayrıntılı bilgi için bakınız: Balcı ve Kırılmaz, 2005; Demir, 2007.

Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik'tir. Yönetmelik ile, SB belirlediği hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınarak “personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, tetkik, eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetleri, yapılan muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlemlerden oluşan genel tıbbi işlemler, özellikle tıbbi işlemler ile uluslararası sağlık hizmetlerinde çalışma gibi” unsurlara göre döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esasları belirlenmiştir (Resmi Gazete, 4 Mart 2020, Sayı: 31058). Yönetmelik, tüm hizmet unsurlarını en küçük ayrıntısına kadar tanımlamış, standardını belirlemiş ve puanlamıştır.¹²⁷ Buna göre, hekimlere yapılan döner sermaye ödemelerinde, sağlık hizmeti sunumu için gerçekleştirilen tüm işlemlerin puan karşılıkları kullanılarak hesaplamalar yapılmaktadır. Hekim sorumluluğunda olsa dahi tıbbi cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler puanlandırılmamaktadır.

Hekimlerin performans puanları aktif çalıştıkları günler dikkate alınarak hesaplanmaktadır. Hesaplama yapılırken, sağlık tesisi puan ortalaması, sağlık tesisi kalite katsayısı, birim performans katsayısı, klinik hizmet puanı ortalaması gibi unsurlar dikkate alınmaktadır. Hastane yöneticilerinin, laboratuvar branşı hekimlerin ve diğer sağlık personelinin alacakları ek ödemeler unvanları, görevleri, çalışma şartları ve süreleri ile özellik arz eden birimlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık tesisi puan ortalaması ile çarpılarak hesaplanmaktadır. Başka bir ifade ile, klinisyen hekimlerin bireysel performansları doğrudan hesaplanırken, yöneticilerin, laboratuvar branşı hekimlerin ve diğer sağlık personelinin performansları dolaylı olarak ölçülmektedir (Demir, 2007: 285).

Performansa göre ücretlendirme sistemiyle ilgili en temel eleştirilerden birisi performans kriterlerinin iş ve işlem odaklı olması, niceliksel değerlendirmeler yapılmasıdır. Nitelik değerlendirmesine yönelik kalite kriterlerinin hesaba katılmasıyla bu eleştiriler çözüme kavuşturulmaya çalışılmaktadır fakat mevcut durumda hala daha verilen sağlık hizmetinin niteliği, iyileşen hasta sayısı vb. gibi unsurlar göz ardı edilmektedir.

Performansa dayalı ücretlendirme modelinin bireysel ve kurumsal performansın birlikte değerlendirildiği bir sistem olması, kurum içi ve kurumlar arası

¹²⁷ Yönetmeliğe dayanarak yayımlanan Nisan 2020 tarihli Tıbbi İşlemler Yönergesi'ne göre, 7358 girişimsel işlem, 142 özellikli tıbbi işlem belirlenmiş ve puanlandırılmıştır (<https://khgmekodemedb.saglik.gov.tr/TR-64878/yeni-tibbi-islemler-yonergesi-yayimlandi.html>).

rekabeti gerekli kılmaktadır. Kurumsal performansın tüm çalışanların alacağı ek ödemeyi etkileyen bir faktör olması, herkesin kurumsal performans kriterlerini tutturmak için el ele vermesini ve pastanın büyümesini sağlamasını gerektirmektedir. Bu durum, hastane yöneticilerinin hekimler üzerindeki performans baskısını artırmasına yol açmaktadır. Birim performans katsayısı, klinik hizmet puanı ortalaması gibi unsurların hesaplama katılması ise, kurum içi rekabetin sadece hekimler arasında değil, farklı hastane birimleri arasında da ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu nedenle hastanelerdeki çalışma barışı zedelenmektedir. Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu'nun (2009) bu duruma ilişkin hekimlerle yaptığı anketin sonuçlarına göre, katılanların yüzde 81,1'i performansa göre ücretlendirmenin çalışanlar arası rekabeti artırdığını, yüzde 69,3'ü klinikler arası rekabeti artırdığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların yüzde 56,1'i performansa dayalı ücretlendirme nedeniyle mesleki dayanışmanın azaldığını belirtmiştir. Çalışmanın ortaya koyduğu en çarpıcı sonuç ise, katılımcıların neredeyse tamamına yakınının (yüzde 96) performansa dayalı ücretlendirme nedeniyle dürüst çalışmanın azaldığını ifade etmesidir. Performansa dayalı ücretlendirmeye yönelik eleştirilerin çoğu da bu konuda getirilmektedir. Bireysel ve kurumsal performansı yükseltmek için hastanelerde gerçekleştirilen işlemlerin gereksiz yere çoğalması, gerçek dışı endikasyonlara göre tedavi düzenlenmesi, hastalara ayrılan süreler azaltılarak muayene edilen hasta sayılarının artırılması, teşhis sürecinde öykü alma yerine tetkiklere yönelme, tedavisi zor ve puanı düşük hastalıkların gereken önemi görememesi, hasta yatış sürelerinin kısaltılarak yatan hasta devrinin artırılması ve teşhis ve tedavi süreçlerinde tıbbi teknolojilere daha fazla dayanılması gibi durumlar ortaya çıkmaktadır. Bu durumun en temel sebebi performansa dayalı ücretlendirme sisteminin “etik ikilem”¹²⁸ doğurma potansiyelidir. Sistem, hekimleri bir ikilem arasında bırakmaktadır. Bir tarafta, daha az hastaya bakarak her hastaya daha fazla zaman ayırma, daha nitelikli hizmet sunma seçeneği yer alırken diğer tarafta, daha fazla hasta bakma, daha fazla işlem yapma seçeneği yer almaktadır (Üstüner ve Kalav İdrisoğlu, 2014: 186).

¹²⁸ Etik ikilem, birbiriyle çekilen farklı ilke, kural ya da değerlerin, kamu görevlisinin karşısına yol gösterici olarak eş zamanlı ve ağırlık olarak birbirine yakın şekilde çıkmasıdır. Bu durumda bir ilkeye ya da değere uygun davranmak diğerine aykırı davranmayı yani biri uğruna diğerini harcamayı gerektirmektedir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007: 77).

Performansa göre ücretlendirme sistemi bireysel faydayı ön plana çıkaran bir uygulama olduğu için hekimi “homo-economicus” olarak tanımlayarak kendi bireysel çıkarını maksimuma çıkarmaya yönelmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 77). Hekimlerin temel maaşlarının düşük tutularak aldıkları ücretin büyük çoğunluğunun performansa dayalı ek ücretlendirmeye dayanıyor olması sistemin dışında kalmayı zorlaştırmaktadır. Taban maaşların 7-8 katına varan hatta özellikli tıbbi işlemler söz konusu olduğunda daha da yüksek oranlara ulaşan ek ödemeler hekimlerin sisteme ayak uydurmasını kaçınılmaz hale getirmektedir.¹²⁹ 520 sağlık çalışanıyla yapılan bir anket çalışmasına göre katılımcıların yüzde 56,5’i döner sermaye uygulamasının performansa dayalı olmasını istediklerini ifade etmiştir (Nesanır, Erem, Bilge ve Saltık, 2006: 233). Bu durum, temel maaşların 7-8 katına varan cazip ek ödemelerin hekimlerin sisteme entegrasyonunu kolaylaştırırken aynı zamanda bir ideolojik denetim mekanizması olarak sisteme ilişkin rıza üretmeyi sağladığını göstermektedir.

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, mutlak ve göreceli (nispi) artı değer artırılmasını sağlayarak emeğin sömürsünü derinleştirmektedir. Çalışma saatleri nöbet, icap nöbetleri¹³⁰ ve 2010 yılında başlatılan mesai dışı çalışma gibi uygulamalar yoluyla uzatılmaktadır. Hekimler performans ek ödemelerini artırmak için daha uzun saatler çalışmayı ve fazla mesaiyi kabul etmekte ve performans ödemeleri aktif çalışılan gün sayısına göre hesaplandığı için yıllık izin kullanmamaktadır. Bu şekilde mutlak artı değer üretimi artmaktadır. Aynı zamanda birim zamanda yapılan işlem sayısı, bakılan hasta sayısı çoğaltılarak, nöbet sonrası ve günlük çalışma süresi içerisindeki dinlenme süreleri azaltılarak göreceli artı değer artırılmaktadır. Dolayısıyla,

¹²⁹ 209 Sayılı Kanun’un 5. Maddesine göre, “bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dâhil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamının; eğitim görevlisi ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentlerde yüzde 800’ünü, uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabiplerinde yüzde 700’ünü, pratisyen tabip ve dış tabipleri ile uzman eczacılarda yüzde 500’ünü, idarî sağlık müdür yardımcısı, idarî halk sağlığı müdür yardımcısı, hastane müdürü ve eczacılarda yüzde 250’sini, başhemşirelerde yüzde 200’ünü, diğer personelde ise yüzde 150’sini geçemez. Sağlık Bakanlığı tarafından, Maliye Bakanlığının onayı ile belirlenen özellikli tıbbi işlemler karşılığı yapılacak ek ödemelerde, yüzde 800 ve yüzde 700 oranları beş kat artırılarak uygulanır”.

¹³⁰ İcap nöbeti, telefonla çağrı üzerine çalışma şeklinde gerçekleştirilen ev nöbetidir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 42. Maddesine göre, uzman sayısı nöbet tutacak miktarlardan az, fakat birden fazla olan kurumlarda uzmanlar sırayla ev nöbetini tutmaktadır. Bunun için, aylık ev nöbet listeleri hazırlanmaktadır. Ev nöbetçisi mesai saatleri dışında kurumun idari ve tıbbi her türlü gereklerinden sorumludur ve ev nöbetçisi akşam ziyaretlerini yapmaya, mesai dışında bulunduğu yeri bildirmeye, kuruma her davette gelmeye mecburdur.

hekimler kendi sömürülerini derinleştiren bir sürecin gönüllü aktörleri haline gelmektedir. Zencir'e (2009: 185-186) göre, performans sisteminin sağladığı yüksek ücretler, hekimlerin sömürü ilişkilerine yönelik itirazlarını minimize ederek onları sistemi onaylar hale getirmektedir. Hekimler üzerinde ideolojik denetim sağlayan performans sistemi, diğer sağlık personeli üzerinde bir baskı mekanizması haline almaktadır. Performans sistemiyle artan iş yükü ve sömürü düzeyine rağmen hekim dışı personel ya hiçbir ek ödeme alamamakta ya da çok düşük ek ödeme almaktadır. Dolayısıyla, performansa dayalı ücretlendirme sistemi, sağlık emekçileri arasındaki rekabeti ve parçalanmayı körüklemekte ve çalışma barışının bozulmasına neden olmaktadır. Ortaya çıkan bu yapı, mesleki dayanışmayı azaltırken kolektif mücadeleyi zorlaştırmaktadır.

Sağlık emekçileri arasındaki parçalanmanın en temel nedeni, parçalı istihdam yapısıdır. Sağlık hizmetlerindeki istihdam yapısını dönüştüren çeşitli yasal düzenlemelerle farklı sözleşmeli statüler oluşturulmuş, hizmet alımı uygulamaları yaygınlaştırılarak taşeron işgücü istihdamı artırılmıştır. Memur, sözleşmeli personel, geçici personeli, taşeron istihdam gibi farklı statülerde çalışan emekçilerden oluşan sağlık hizmetleri istihdam yapısı sonucunda bir tarafta merkez işgücü kabul edilen iş güvencesine sahip, yüksek ücret alan ve sisteme entegrasyonları daha çok ideolojik araçlarla sağlanan emekçiler bulunurken, diğer tarafta güvencesiz ya da iş güvencesi düşük şekilde istihdam edilen, daha düşük ücret alan, daha çok baskı araçlarıyla denetim altına alınan emekçiler yer almaktadır. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, istihdam yapısının katmanları arasındaki gelir uçurumunu artırarak bu parçalanmayı derinleştirmektedir.

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi sağlık alanında standardizasyonu artırarak hekimlerin emek süreci üzerindeki denetimlerini azaltmaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi kurumsal ve klinik performans kriterlerinin performans ödemelerini etkilemesi nedeniyle, başhekim ve klinik şeflerinin hekimler üzerindeki performans yükseltme baskısı, klinik özerkliğin daha da aşınmasına yol açarken aynı zamanda baskıya dayalı bir denetim işlevi görmektedir. Başka bir ifade ile, performansa dayalı ücretlendirme sistemi ideolojik denetim işlevinin yanı sıra hekimler üzerinde bir baskı mekanizması haline gelmektedir. Performansın değerlendirilebilmesi yapılan işlemlerin kaydının tutulmasına bağlıdır. Hekimlerin tüm iş ve işlemleri kayıt

edilmekte, izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Performansın beklenen düzeyden düşük olduğu durumlarda yöneticilere hesap verme zorunluluğu ortaya çıkabilmektedir. Bu yolla, hekimler üzerinde baskıya dayalı bir denetim uygulanabilmektedir.

Performansa dayalı ücretlendirme gibi toplam kalite uygulamaları, sigorta ödeme sistemleri (SUT, BUT ve TİG) gibi sağlıkta standardizasyonu artıran uygulamalar, klinik özerkliği aşındırmanın yanı sıra yapılan her iş ve işlemin ve ne şekilde yapıldığının hastanenin alacağı ödemeler, kalite kriterleri ve performans ölçümleri için kayıt altına alınması ve takip edilmesi yoluyla kontrolü kolaylaştırarak emeğin denetim altına alınmasını sağlamaktadır. Önceki bölümlerde tartışıldığı gibi emeğin denetim altına alınması artı değer üretimi için bir zorunluluktur. Performansa dayalı ücretlendirme, TKY ve sigorta ödeme sistemleri, teknik ve bürokratik denetim mekanizmaları işlevi görerek emeğin denetim altına alınmasını kolaylaştırmakta böylece artı değer üretimini garanti altına almaktadır.

Teknik ve bürokratik denetim, son yıllardaki iletişim teknolojilerindeki gelişmelerle birlikte ortaya çıkan elektronik denetim aygıtlarıyla yeni bir boyut kazanmıştır. Elektronik denetim aygıtları, çalışanların gözetlenmesini, kontrolünü ve takibini kolaylaştırarak emek üzerindeki denetimi derinleştirmektedir. Türkiye sağlık hizmetleri alanındaki en önemli elektronik denetim aygıtlarından biri, MEDULA sistemidir. MEDULA sistemi, sosyal Güvenlik Kurumu ile tüm sağlık hizmeti veren kuruluşların, eczanelerin ve optiklerin veri tabanlarını birbirine bağlayarak hizmet ve ilaç fatura ödemelerinin denetimini sağlamaktadır. MEDULA sistemi kısaca reçete onay sistemi olarak da tanımlanmaktadır. Tüm işlemlerin, reçetelerin, hastalık raporlarının¹³¹, tedavi raporlarının, epikriz raporlarının¹³² MEDULA sistemine girilmesi zorunludur.

Hastane Yönetim Bilişim Sistemleri (HBYS) de teknik denetimin önemli elektronik denetim aygıtlarından birisidir. HBYS, hastanelerin idari, tıbbi ve örgütsel

¹³¹ Hastalık raporları istirahat raporlarını, ilaç raporlarını, tıbbi cihaz ve malzemelerin kullanımına yönelik olarak düzenlenen raporları, özürlü sağlık kurulu raporları, yurt dışı tedavi raporları, maluliyet raporları, özel tertibatlı araç ithali amacıyla alınan raporlar gibi raporları kapsamaktadır.

¹³² Epikriz raporu, hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara taburcu olduklarında verilen rapordur yani çıkış özetidir. Rapora sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların poliklinik tedaviden başlayan ve klinik tedavinin bitimine kadar yapılan her türlü işlemin akış durumu, hastalara konulan teşhis, uygulanan tedavi şekli ve diğer gerekli bilgiler kaydedilmektedir.

anlamda sinir sistemini oluşturan ve tüm işleyiş ve süreçlerin sürekli ve gerçek zamanlı olarak izlenebilmesini ve yönetilebilmesini sağlayan entegre otomasyon sistemleridir. HBYS'nin temel amacı mevcut iş akışının ve süreçlerin otomasyonunu sağlayan teknolojik bir altyapıya sahip olmanın yanında hastanelerde tümüyle kağıtsız ve filmsiz bir ortam sağlamak ve sağlık verilerini tüm sağlık paydaşları için ulaşılabilir hale getirmektir. Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerde kullanılan hastane otomasyon sistemleri asgari olarak hasta danışma, kayıt, kabul ve randevu, poliklinik, hasta yatış ve taburcu işlemleri, yatan hasta takip, eczane, görüntüleme ve laboratuvar, stok takip, hastane demir baş ve satın alma işlemleri, muhasebe, vezne, döner sermaye, fatura ve finansman işlemleri, personel işlemleri, bilgi yönetimi, istatistik ve raporlama, arşivleme ve iletim sistemi, görüntü inceleme, tıbbi kayıt ve arşiv, hemodiyaliz, kan merkezi, diyet, radyoterapi, nükleer tıp, cihaz takip, ameliyathane, ağız ve diş sağlığı, hemşirelik bilgi sistemi, sağlık kurulu, Türkçe konuşma tanıma teknolojisi ve veri tabanı yönetim sistemi modüllerine sahiptir (Ak, 2014). Hastane otomasyon sistemleri hastanedeki tüm işleyiş ve süreçlerin izlenebilmesini ve kontrolünü sağlayarak emek üzerindeki denetimi artırmaktadır.

Hastane otomasyonlarına benzer şekilde, 1 Ocak 2015 tarihinde kullanılmaya başlanan vatandaşların hangi sağlık kuruluşunda yapıldığına bakılmaksızın tüm muayene bilgilerine, randevu, tanı, tedavi, reçete ve ilaç detaylarına, alerji bilgilerine, laboratuvar tahlil sonuçlarına ve radyolojik görüntüleme raporlarına ulaşmasını sağlayan web tabanlı bir bilgi paylaşım ve ulaşım platformu olan elektronik nabız (e-nabız) sistemi (Sağlık Bakanlığı, 2018: 3) tanı ve tedavi süreçlerinin takibini kolaylaştırarak denetimi artıran bir uygulamadır.

Sağlık emeği üzerindeki teknik denetimi artıran diğer uygulamalar ise kamera sistemleri ve kartlı giriş çıkış sistemleri gibi gözetleme teknolojileridir. Lyon (1994) bu sistemleri “elektronik göz” olarak nitelendirmektedir. Elektronik denetim aygıtları, çalışanların her an izlenmesini ve takip edilmesini sağlayarak kontrolü artırırken sürekli izlendikleri algısını yaratarak da öz disiplin yoluyla denetim sağlamaktadır. Foucault'a göre gözetim altında tutmak ve disiplin sağlamak için sürekli bir kayıt sisteminden destek alınmaktadır (1992: 247). Bu durum, önceki bölümlerde ifade edildiği gibi “Elektronik Panoptikon” olarak kavramsallaştırılmaktadır (Sewell ve Wilkonson, 1992: 283). Harrison da hekimlerin tüm eylemlerinin sürekli gözetlendiği

ya da gözetlenmediği durumlarda da gözetlenebilir olduğunu bildikleri bir panoptikonik rejim tasarısı olarak “klinik yönetim” olgusundan bahsetmektedir. İşletmecilik anlayışının sağlık hizmetlerine yansımaları olan klinik yönetim, standardizasyon ve denetimin merkezileşmesi süreçleri sonucu ortaya çıkmaktadır ve Harrison, bu özellikleri nedeniyle klinik yönetimi Fordist emek sürecine benzetmektedir. Fordist emek süreciyle tasarımın işçinin elinden sermayenin eline geçişine benzer şekilde klinik yönetim, klinik kararların hekimlerde olduğu bir dönemden kopuşu ifade etmektedir (2002: 475-477).

MEDULA sistemi, hastane otomasyonları, kalite uygulamaları, performansa dayalı ücretlendirme ve sigorta geri ödeme sistemleri gibi uygulamalar ile birlikte her şeyin kayıt altına alınması zorunluluğu, denetimi artırırken sağlık çalışanlarının iş yükünü de artırmakta ve iş yoğunlaşmasına neden olmaktadır (Zencir, 2009: 185). Bu durum özellikle yardımcı sağlık personellerini birer veri giriş elemanı haline getirmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 139).

Tıp alanında artan standardizasyon, tıbbi karar alma sürecinin hekimin elinden alınarak yönetimin elinde toplanması yoluyla emeğin vasıfsızlaşmasına ve emek üzerindeki denetimin yoğunlaşmasına neden olmanın yanı sıra tıbbi işlemleri standartlaştırarak çalışma hızının yönetim tarafından belirlenebilmesinin de önünü açmaktadır. Hekimlere yönetim tarafından arzulanan çalışma temposunu dayatabilmenin önünü açan en önemli gelişme 2010 yılında yasalaşan tam gün çalışma zorunluluğudur. Önceki bölümlerde belirtildiği gibi Tam Gün Yasası öncesinde kamu hastanelerinde çalışan hekimler kendi hesaplarına çalışabilme hakkına sahipti. Hekimlerin tam gün çalışma zorunluluğu ile tamamen kamudan alacakları ücrete tabi bir konuma gelmeleri, hekimler üzerinde denetim kurmayı ve çalışma temposunu belirlemeyi kolaylaştırmaktadır. Performansa dayalı ücretlendirme ile hayata geçirilen hizmet başı ödeme sistemi de arzulanan çalışma temposunun hekimlere dayatılabilmesini sağlamaktadır.

Önceki bölümlerde ifade edildiği gibi, fabrikada işçinin çalışma temposu kontrol altına alınarak, çalışma hızının artırılması böylece emek yoğunluğunun artırılması mümkün hale gelmektedir. İşçi, hızı kendi dışında belirlenmiş bir makine veya makineler sisteminin temposuna göre hareket etmek zorunda kalmaktadır. Böylece işçi artık makinanın bir uzantısı haline gelmektedir (Savran, 2015: 131).

Benzer şekilde, Türkiye sağlık alanında uygulamaya geçirilen Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS), alışma temposunun yönetim tarafından belirlenebilmesini sağlayarak hekimler üzerinde bir baskı mekanizması işlevi görmektedir. Hızı yönetim tarafından belirlenen makinalar sistemine benzer şekilde birim zaman içerisinde verilebilecek randevu sayısı ve süresi Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Böylece muayene süresini tayin etme hakkı hekimlerin elinden alınmaktadır.

Hastane kalite standartlarının hasta ortalama yatış süresi, yoğun bakım ve nitelikli yatak sayısı, acil servis müşahede alanında hasta yatış süresi, başka bir kuruma sevk edilen hasta sayısı gibi kriterler içermesi nedeniyle bu ölçütlere ulaşma çabası, hasta yatış sayılarını artırılması, yatış sürelerinin kısılması, yoğun bakım yatak sayılarındaki artış sayesinde gerçekleştirilen operasyonların artırılması, sevk sayılarının azalması ve hastalara ayrılan srelerin kısılması gibi süreçleri ortaya çıkarmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan istatistiklere göre 2002-2016 yılları arasında yatak devir hızı yüzde 47 artarken, ortalama yatış süresi yüzde 33 kısılmıştır. Muayene sayıları 3 kat artarken ve ameliyat sayıları 2 kat artmıştır.¹³³ Sağlık hizmetleri alanında hastalara sağlanan kolaylıkların ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğin artması da hasta başvuru sayılarını artırmıştır. Kamu hastanelerine hasta başvuru sayıları ve kişi başi hekime müracaat sayısı 2002-2016 yılları arasında 3 kat artmıştır.¹³⁴ Hekimler bu artışlar nedeniyle gün içerisinde daha fazla hasta muayene etmek ve daha çok işlem yapmak zorunda kalmaktadır. Hasta sayılarının artması muayene sürelerinin kısılmasına neden olmak olmaktadır (Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2009: 36). Bu süreçlerin dayattığı hızlı ve yoğun tempo sağlık çalışanlarının kendi çalışma hızları belirleme imkanlarını azaltmaktadır.

Buraya kadar özetlenen gelişmeler sonucu sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşüm, hekimlerin profesyonelliklerini yitirdiklerine ve proleterleştiklerine yönelik tartışmaları yoğunlaştırmıştır. Bu tartışmalar,  hat üzerinden yürütülmektedir; 2010 yılında yasallaşan tam gün çalışma zorunluluğu, tıp fakültesi sayılarının ve

¹³³ <https://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/>

¹³⁴ Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan İstatistik Yıllıkları'ndan derlenmiştir.

kontenjanlarının artırılması¹³⁵ ve yabancı hekim çalıştırılması politikaları¹³⁶ (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 224). Tam gün çalışma zorunluluğu ile hekimler ücret dışı gelir elde etme imkanlarından yoksun duruma gelirken, pazarlık güçleri zayıflamakta böylece ücretlerin düşürülmesi kolaylaşmaktadır. Tıp fakültesi sayılarının ve kontenjanlarının artırılması ve yabancı hekim istihdamının sağlanması yoluyla hekim arzı yükseltilmeye çalışılmakta böylece istihdam fazlası yaratarak hekimlerin pazarlık gücünün iyice zayıflatılması ve ücretler üzerinde baskı yaratılması amaçlanmaktadır.

Hekimlerin proleterleşmesi olgusu hekimlerin toplumsal statülerinin sarsılmasıyla da yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşüm önceki bölümlerde ifade edildiği gibi geleneksel hasta hekim ilişkisini değiştirmiştir. Hastaların yaşadıkları sağlık sisteminden kaynaklı sorunların nedeni olarak da hekimler görülmeye başlanmış ve hekimlik mesleği toplum gözünde itibarsızlaşmaktadır. İtibarsızlaşmanın en önemli göstergelerinden birisi son yıllarca artan sağlık çalışanlarına yönelik şiddettir. Sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşüm sonucu proleterleşen hekimler çift taraflı bir baskı altına girmiştir. Bir tarafta azalan hekim özerkliği, yoğunlaşan denetim ve hızlanan çalışma temposu ile artan sömürü ve tahakküm bulunurken diğer tarafta müşteri kimliğiyle sisteme dahil olan hastaların yarattığı baskı ve şiddet yer almaktadır. Hekimlerin toplumsal statülerini derinden sarsan bu dönüşüm, sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşüm rüzgarlarının oluşturduğu türbülans nedeniyle hekimlerin irtifa kaybetmesi olarak ifade edilmektedir (Tekin ve Kaya, 2015: 44-48).

Sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşümle birlikte klinik kararların hekimlerin elinden alınarak yönetimin elinde toplanması, denetimin merkezileşmesi ve çalışma hızının yönetim tarafından belirlenebilmesi başka bir ifade ile tıbbi işlemlerin ne şekilde ve ne kadar sürede yapılacağının sağlık çalışanlarına dikte edilebilmesi ve

¹³⁵ 1990 yılında 25 olan tıp fakültesi sayısı 2020 yılında 104 olmuştur (74'ü devlet, 30'u vakıf üniversitesi bünyesinde yer almaktadır). Sağlıkta dönüşüm programının başlatıldığı 2003 yılında 4941 olan tıp fakültesi kontenjanları 2020 yılında 15.963'e yükselmiştir.

¹³⁶ 15.02.2007 tarihli 5581 sayılı "Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa" ile yabancı hekimlerin Türkiye'de çalışmasına olanak sağlanması yabancı hekim istihdamı konusunda sıcak tartışmalar gündeme gelmiştir. Dönemin Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer tarafından yasa 02.03.2007 tarihinde yabancı hekimlerin Türkiye'de çalışmasına olanak sağlayan maddelerinin bir kez daha görüşülmesi için TBMM'ye geri gönderilmiştir. Cumhurbaşkanının vetosu sonrasında düzenlemeden vazgeçilmiştir. 2015 yılında Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan'ın Kübalı doktorların Türkiye'de çalışmaya davet edileceği yönündeki açıklaması ile Sağlık Bakanlığı'nın "devlet ve üniversite hastanelerinde yabancı doktor" projesini gündeme gelmiştir. Projeye göre yabancı hekimler, şehir hastanelerinde çalışabilecektir.

denetimi, sağlık hizmetleri alanında Taylorizmin hayata geerilmesi olarak kabul edilmektedir. Tasarımın uygulamadan ayrılması sürecini sağlık emek gücü açısından yaygınlaştıran kalite uygulamaları, sigorta ödeme sistemleri, tedavi protokolleri, klinik rehber ve kılavuzlar, parça başı ücrete eş değer hizmet başı ve hasta başı ödeme sistemini ve çaba-ödül ilkesini sağlık alanında hayata geçiren performansla dayalı cretlendirme, çalışma temposunun yönetim tarafından belirlenmesi sağlayan MHRS uygulaması, mutlak artı değer artırmaya yönelik çalışma saatlerini ve mesai dışı çalışmayı, görelili artı değer artırmaya yönelik iş yoğunluğunu ve üretkenliği artırmaya dönük uygulamalar, emek denetimini yoğunlaştırmaya yönelik teknik denetim mekanizmalarının yaygınlaştırılması, hastanenin performans ve kalite kriterlerinin karşılanması için artan yönetim baskısı, Taylorist ilkelerin sağlık hizmetleri alanındaki yansımaları olarak kabul edilmektedir. Sönmez'e göre, SDP ile sağlık alanında gerçekleştirilen dönüşüm kapitalizmin emek gücünden maksimum artı değer saçma amacını taşıyan Taylorizm'in sağlığa taşınmasından başka bir şey değerildir. Üretim bandındaki hastaya ayrılacak süreler, hangi tedavi ve ilacın kullanılacağı yönetim tarafından belirlenirken, hekimin parça başı ödeme yöntemiyle daha çok hasta bakarak birim zamandaki üretimini artırmayı hedeflenmektedir (2017: 88). Soyer (2009b), bu dönüşümü "sağlığın fabrikalaşması" olarak kavramsallaştırmaktadır ve şöyle özetlemektedir;

şimdi ise, yüksek teknolojili, çok sayıda ve çeşitte çalışanın hizmet sunduğu, karmaşık yapıya sahip "sağlık fabrikaları" var. Çalışılan yer "fabrika" olunca, iş temposu da ona göre ayarlanıyor. Hasta başına ayrılan süreler hesaplanıyor, "verimlilik" bahanesi ile tempo hızlandırılmaya çalışılıyor. Artık, hekimlerin öyle düşünmeye, hastalığı anlamaya ayıracak çok zamanları yok. şimdi "klinik kılavuzlarımız" var. "Akış şemalarımız" var. Her şeye, bunlara göre karar veriyoruz.

Çünkü, hekimler, çalıştıkları kurumların (devlet veya özel) bürokrasisi tarafından, bu kurallara göre denetlenmeye başlandı. Kılavuzda ne yazıyorsa, o! "Uygun olmayan" işlemler, "verimsiz" bulunan uygulamalar, "gereksiz masraflar" ayıklanıyor. En "hatasız" ve "verimli" retim -tabii ki en kârlı-sağlanmaya çabalıyor. Hekimler, böylece performansla tanışmış oldu. Yani, ücretlerini artık kaç hasta baktıklarına, kaç reçete yazdıklarına, kaç operasyon yaptıklarına, kaç sevk yaptıklarına, vb göre almaktalar. Geçtiğimiz yüzyılın başlangıcında fabrikalarda uygulanmaya başlayan bilimsel yönetim, yani Taylorizm, artık sağlık sektörüne de girmeye başladı.

Türkiye sağlık hizmetleri alanında yaygınlaşan Taylorist yönetim teknikleri, yalın üretim yaklaşımına ait yeni yönetim teknikleriyle yan yana yer almaktadır. Toplam Kalite Yönetimi, müşteri memnuniyeti, hizmet sağlayıcılar arası (kurumların

ve sağlık çalışanlarının kendi aralarında) rekabet, performans ölçümü, sonuç (ıktı) odaklı değerlendirme gibi yalın üretim ilkeleri sağlık hizmetleri alanına entegre edilmektedir. Fakat, nceki bölümlerde ifade edildiği gibi, Post-Fordizm, yalın üretim, esnek üretim gibi kavramlarla ifade edilen yeni yönetim stratejilerini, Taylorizm’den bir kopuş değil aksine Taylorizm’in emek sürecinde derinleştirilmesi olarak kabul eden yaklaşımlar bulunmaktadır (Belek, 2018: 289; Sewell ve Wilkinson, 1992: 276-286). Bu anlayıştan hareketle yeni bir paradigmanın ortaya çıkışından bahsetmenin mümkün olmadığı, Neo-Taylorizm’in yükselişinden bahsedilebileceği ifade edilmektedir (Pollit, 1993). Türkiye sağlık alanındaki dönüşümleri açıklamada da Neo-Taylorizm yararlı bir ereve sunsa da bu dönüşümleri salt Taylorizm’in kamusal sağlık hizmetlerine uygulanması olarak düşünmek yeterli değildir (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 75). Türkiye sağlık hizmetleri alanında baskı mekanizmalarını ideolojik baskı mekanizmalarıyla eklemlen ve yeni gözetleme mekanizmalarıyla güçlendiren Taylorist ve yalın üretim yönetim stratejilerinin bir arada yer aldığı hibrid (melez) bir düzenlemeden bahsetmek daha açıklayıcı olacaktır.

4.4. BULGULAR IşIĞINDA şEHİR HASTANELERİNDE SAĞLIK EMEK SÜRECİNİN DöNüşüMü

Sağlık emek sürecinde şehir hastaneleriyle birlikte yeni bir dönüşüm süreci başlamıştır. nceki bölümlerde ifade edildiği gibi, şehir hastaneleriyle birlikte sağlık emek sürecinde yaşanan dönüşümü, bir emek gücü yönetim rejimi yani bir emek rejimi olarak “Abulik Emek Rejimi” olarak tanımlamak mümkündür çünkü şehir hastaneleri, sağlık çalışanlarının emek süreçleri üzerindeki denetimi büyük oranda kaybettiği, inisiyatif kullanma şanslarının ellerinden alındığı, denetim ve gözetimin yoğunlaştığı sağlık emek sürecini daha ileri bir noktaya taşımıştır. şehir hastaneleri öncesinde sağlık emek sürecinde yaşanan standardizasyon, denetim, rekabet ve bu süreçlere bağlı olarak ortaya çıkan vasıfsızlaşma, proleterleşme ve yabancılaşma gibi olgular, şehir hastanelerinin sağlık emek sürecinde yarattığı dönüşüm ile birlikte daha da derinleşmiştir.

Abulik emek rejimi olarak şehir hastanelerindeki emek sürecini iki temel boyutta analiz etmek mümkündür; yönetimsel ve mekânsal boyut. şehir hastanelerinde

bu iki boyutta da hibrid (melez) düzenlemeler karşımıza çıkmaktadır. Yönetmel boyutta, şehir hastanelerinin yönetim yapısı, kamu özel ortaklığı modeline özgü olarak özel girişimci ve kamudan oluşan hibrid bir yapıya sahipken, şehir hastanelerinde yönetmel stratejiler açısından şehir hastanelerinden önceki dönemde uygulanmaya başlanan Taylorist ve yalın üretime özgü yönetim tekniklerinin bir arada kullanıldığı hibrid yönetim stratejileri yaygınlaştırılmıştır. Mekânsal boyutta ise şehir hastaneleri Fordist ve Post-Fordist örgütlenme yapılarının bir arada yer aldığı hibrid bir mekânsal organizasyona sahiptir.

4.4.1. Şehir Hastanelerinin Yönetmel Yapısı

Şehir hastanelerinin yönetmel yapısının temelini proje için kurulan özel amaçlı şirket ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan “sözleşme” oluşturmaktadır. Adana Şehir Hastanesi için Rönesans Sağlık Yatırım, Fransız Yatırım Fonu Meridiam, SILA Sağlık Grubu ve ŞAM Yapı’dan oluşan konsorsiyum tarafından kurulan Adana PPP Sağlık Yatırım A.Ş isimli özel amaçlı şirketle Sağlık Bakanlığı arasında 2013 yılında sözleşme imzalanmıştır. Mersin Şehir Hastanesi için de 2013 yılında DİA Holding, CCN Sağlık ve İtalyan şirket FZCO-Techint Compagnia Tecnica Intenazionale S.P.A. oluşan konsorsiyum tarafından kurulan Mersin Entegre Sağlık Hizmetleri Yatırım ve İşletme A.Ş. isimli özel amaçlı şirketle Sağlık Bakanlığı arasında sözleşme imzalanmıştır.

Önceki bölümlerde ifade edildiği gibi inşaat aşamasında ÖAŞ, hastanenin finansman, tasarım, inşaat ve belli ekipmanların tedarikini sağlamaktadır. İnşaat aşamasının ardından işletme aşamasında şehir hastanelerinde ikili bir yönetim sistemi oluşturulmaktadır. İşletme döneminde sözleşmenin yürütülmesi yetki ve sorumluluğu ile Sağlık Bakanlığı adına harcama yetkisi, ilgili taşra biriminin en üst yöneticisine aittir. Projenin tüm sorumluluğunu üstlenen özel amaçlı şirket imzalanan sözleşmeye göre kendi sorumluluğundaki hizmetlerin yürütülmesi için bir işletme ve yönetim şirketi kurmaktadır. Yani özel amaçlı şirketin altında biri yapımdan diğeri işletmeden sorumlu iki adet şirket bulunmaktadır. Yapımdan sorumlu şirket yapımla ilgili işleri yapmakla mükellefken, işletmeden sorumlu şirket kendi sunması gereken hizmetleri sağlamakla mükelleftir (Atasever vd., 2018: 28). Bu ikili yönetim sistemi, hastane

yönetiminde kamu idaresi tarafından sunulan tıbbi hizmetlerin yönetiminde başhekimin yer aldığı, özel amaçlı şirket tarafından sunulan hizmetlerin yönetiminde şirket yöneticisinin bulunduğu ikili bir hastane yönetimi ortaya çıkarmaktadır.

Şehir hastanelerinde kamu idaresi ile özel amaçlı şirket ya da özel girişimci arasında hiyerarşik bir ilişki bulunmamaktadır. Sözleşme ilişkisi içerisinde yer alan, ayrı birer hukuki kişilik olarak idarenin ve özel girişimcinin sözleşmeden kaynaklanan hak ve sorumlulukları vardır. Sözleşmede tarafların yapım ve işletme dönemlerindeki görev ve sorumlulukları, risk paylaşımları gibi hususlar açıkça belirlenmektedir.¹³⁷

¹³⁷ 6282 Sayılı Sağlık Bakanlığı Kamu Özel İşbirliği Uygulama Yönetmeliği'ne göre sözleşmede yer alması gereken hususlar şunlardır;

1. Taraflar, sözleşmenin konusu ve süresi.
2. Yapım veya yenileme işlerinde kesin projelerin ve uygulama projelerinin hazırlanma ve onay usul ve esasları.
3. Yapım, yenileme ve hizmetlerin standart ve kalitesi.
4. Yapım veya yenileme işlerinde yükleniciye bırakılacak olan hizmetler ve ticari hizmet alanlarının kapsamı ve genel esasları ile hizmet bedellerinin sözleşme şartlarına ve beş yılı geçmemek üzere piyasa testi ile güncellenmesine ilişkin usul ve esasları.
5. Yatırım ve işletme dönemi için işe başlama, bitirme ve süre ve koşulları ile finansman temin süresi, gecikme halinde uygulanacak cezai şartlar.
6. Yapım veya yenileme işlerinde tesisin üzerinde inşa edileceği arsa veya araziye veya yenileme yapılacak binaya ilişkin teslim etme ve teslim alma şekil ve şartları.
7. Bedel, bedeldeki değişim ve temerrüt halinde uygulanacak usul ve esaslar.
8. Yapım veya yenileme işlerinde yüklenici tarafından kullanılacak ticari hizmet alanlarının kullanım şartları ve esasları.
9. Yüklenici tarafından yerine getirilecek olan hizmetlerin yerine getirilmesi ve temerrüt halinde uygulanacak usul ve esaslar.
10. Yükleniciye bırakılan hizmetler ve ticari hizmet alanlarının fiyatlandırma ölçütleri ile bedel hesabında dikkate alınma usul ve esasları.
11. Yapım veya yenileme işlerinde tıbbi donanım da dahil projelerde bulunan her türlü donanım ve mefruşatın özellikleri, temini, piyasa testi ile yenilenmesi, bakım ve onarımına dair hususlar.
12. Yapım veya yenileme işlerinde tesisin yatırım ve işletme dönemlerinin finansmanı ve finansmanın yenilenmesine ilişkin usul ve esaslar.
13. Tesisi işletmeye alma, muayene ve kabul usul ve esasları.
14. Kesin teminat miktarı ile tenkis ve iadesine ait şartlar.
15. Aylık ve yıllık faaliyet raporları.
16. Yapım veya yenileme işlerinde güvenlik, emniyet ve çevre önlemleri ve iş ve işyerinin sigortalanması.
17. Yatırım ve hizmetlerin niteliğine göre bakım ve onarım hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar.
18. Sözleşme süresi sonunda veya süresinden önce sözleşmenin sona ermesi halinde tesisin devrine ilişkin usul ve esaslar.
19. Yatırım ve hizmetlerin niteliğine göre yüklenici ile üçüncü şahıslar arasında akdedilmesi gereken diğer sözleşmelere ilişkin hükümler.
20. Mücbir sebepler ve bunların hüküm ve sonuçları.
21. Sorumluluklar, denetim ve anlaşmazlıkların çözümü.
22. Sözleşmenin feshi, derhal fesih halleri ile ödenecek tazminatlar ve sorumluluklara ilişkin hususlar.
23. Vergi, resim ve sözleşme ile ilgili diğer masrafların ödenmesine ilişkin hususlar.
24. Tebligat, sözleşme dili, sözleşmenin yürürlüğe girmesi ile ilgili hususlar.
25. Finans sağlayıcıların müdahale hakkına ilişkin usul ve esaslar.
26. Yüklenicinin sözleşme konusu iş ile ilgili çalıştıracağı personele ilişkin sorumlulukları.
27. Süre uzatımı verilebilecek haller ve şartları.
28. Sözleşmenin tadiline ilişkin hususlar ve diğer sözleşmelere ilişkin hükümler.

Sözleşmeler, esas olarak ana sözleşme metni ve sözleşmeye bağlı 30 tane ekten oluşmaktadır (Bakınız: Tablo 10).

Tablo 10: Sözleşme Eklerinin Numara ve Başlıkları

1- Tanımlar ve Sözleşmenin Yorumlanması	16- Şirket Temsilcisi
2- Tamamlama Belgeleri	17- Pazar Testi Prosedürü
3- Proje Belgeleri Rejimi	18- Ödeme Mekanizması
4- Kilit Teknik Personel	19- Finansal Model
5- İşlerin Gözlemcisi	20- İşletme Dönemi Yönetim Planı
6- Finansman Sağlayanların Doğrudan Anlaşması	21- Sigorta Şartları
7- Arazi Hususları	22- Değişiklik Prosedürü
8- İnşaat Hususları	23- Sona Ermede Tazminat
9- Program	24- İade Prosedürü
10- İnceleme Prosedürü	25- Üst Hakkı Sözleşmesi
11- Hizmet Sağlayıcı Yan Anlaşması	26- Uyuşmazlıkların Çözümü Prosedürü
12- Kabul Programı	27- Mali Tablolar
13- Ekipmanlar	28- Faaliyet Raporları
14- Hizmet Şartları	29- Yeniden Finansman
15- İdare Temsilcisi	30- Sözleşmenin İngilizce Metni

Kaynak: Sayıştay Başkanlığı, 2019: 25.

Özel girişimci tarafından sözleşme ve eklerinde bulunan hizmetlerin Ek-14 kapsamındaki şartlara uygun olarak nasıl sunulacağına ilişkin, mevzuat ve standartlara uygun olarak hizmetin yürütülmesindeki organizasyon yapısını, personel sayısını ve niteliklerini, makine ve ekipman sayısı ve niteliklerini, iş sirkülasyonunu gösteren yöntem beyanları hazırlanmaktadır. Kamu idaresi, özel girişimci tarafından sunulan hizmetlerin ve işletilen ticari alanların karar ve yönetim süreçlerinde yer almamaktadır fakat idarenin özel girişimcinin sorumluluğunda bulunan bütün faaliyetleri her aşamasında denetleme yetkisi bulunmaktadır. Bakanlık denetim işlevini bizzat kendisi yerine getirebilirken, ihtiyaç duyulması halinde dışardan hizmet alma yoluna da gidebilmektedir.

Kamu idaresi ile özel girişimci arasındaki tüm ilişkileri sözleşme ve ekleri belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı KÖİ Uygulama Yönetmeliği'ne göre bazı hallerde sözleşmenin uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini artırmak amacıyla sözleşme bedelinin değiştirilmemesi kaydıyla Sağlık Bakanı'nın onayı ile sözleşme ve eklerinde taraflarca değişiklik yapılabilir. Bu haller; mücbir sebepler, olağanüstü haller,

29. Sözleşme kapsamında yaptırılacak iş artışları veya iş eksilişleri durumunda karşılıklı yükümlülükler ve idarece öngörülecek diğer hususlar

sözleşme ve eklerinin uygulanmasını etkileyen bir durumun ortaya çıkması ve sözleşme ve eklerindeki hükümlerin ihtilaf içermesidir. Bazı durumlarda sözleşmenin feshi de mümkündür.¹³⁸

Sözleşmedeki hükümler çerçevesinde kamu idaresi ve özel girişimci arasındaki koordinasyonu sağlamaya yönelik olarak “Koordinasyon Kurulu” oluşturulmaktadır. Kurulun görevi, sözleşmelerde belirlenen kamu ve özel sektörün yetki ve sorumluluk alanlarında ortaya çıkabilecek belirsizliklerin çözümü, başka bir ifade ile, sözleşmelerdeki sorunlu ve gri alanlar konusunda karara varılmasıdır. Koordinasyon kurulu, idare ve özel girişimci temsilcilerinden oluşmaktadır. İdare ve özel girişimci adına üçer temsilci imza yetkisiyle kurula katılmaktadır fakat kurulda görüşülen konulara ilişkin başka katılımcılar da yer alabilmektedir. Sağlık Bakanlığı adına Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Şehir Hastaneleri Koordinasyon Dairesi Başkanı ve uzmanları vb. gibi merkez teşkilatı düzeyinde katılım olabildiği gibi, il sağlık müdürlüğü yöneticileri, başhekimler ve başhekim yardımcıları da katılabilmektedir. Özel girişimci adına da kurula holding genel müdürlük düzeyinde katılımlar gerçekleştirilmektedir. Ayrıca hastane yöneticisi, yönetici yardımcıları, proje müdürü de katılabilmektedir. Koordinasyon Kurulu toplantıları dışında her hafta başhekim ve hastane yöneticisi toplantı gerçekleştirmektedir. Başhekim yardımcıları ve hastane

¹³⁸ 6282 Sayılı Sağlık Bakanlığı Kamu Özel İşbirliği Uygulama Yönetmeliği’ne;

- Yüklenicinin, yapım sözleşmesi imzalandıktan sonra yatırım döneminde sözleşme kapsamındaki taahhüdünden vazgeçmesi veya taahhüdünü, sözleşme hükümlerine uygun olarak yerine getirmemesi halinde, sözleşmede belirlenen derhal fesih halleri hariç olmak üzere, idarenin noter aracılığı ile yapacağı yazılı ihtarla keyfiyet açıkça belirtilerek yükleniciye gereğinin yapılması için işin mahiyetine uygun süre verilir. Ayrıca keyfiyet, projenin finansmanına kaynak sağlayan finans sağlayıcılara da ihbar edilir. Verilen bu süre, sözleşme süresini etkilemeyeceği gibi gecikmeden kaynaklanan cezai şartın uygulanmasını da engellemez. İhtarla belirlenen süre sonunda taahhüdün yerine getirilmemesi halinde, finans sağlayıcılar idare ile anlaşarak yüklenicinin ortaklık yapısında değişikliğe gitmek suretiyle işin yapılmasını sağlayabilir. Bunun sağlanamaması halinde idare tarafından, ayrıca protesto çekmeye ve hüküm almaya gerek kalmaksızın sözleşme feshedilir.
- Yapım sözleşmelerinin işletme döneminde yüklenicinin, sözleşmede belirtilen hata puanının üzerine çıkması halinde finans sağlayıcılar, idare ile anlaşarak yüklenicinin ortaklık yapısında değişikliğe gidilmek suretiyle işin devamını sağlayabilir. Aksi halde idare tarafından sözleşme feshedilir.
- Yenileme, araştırma-geliştirme, danışmanlık ve hizmet alım sözleşmelerinde yüklenicinin sözleşme kapsamındaki taahhütlerini yerine getirememesi halinde, sağlık hizmetlerinin sürdürülemez hale gelmesi durumu hariç olmak üzere, idarenin noter aracılığı ile yapacağı yazılı ihtarla keyfiyet açıkça belirtilerek yükleniciye gereğinin yapılması için işin mahiyetine uygun süre verilir. Verilen bu süre, sözleşme süresini etkilemeyeceği gibi gecikmeden kaynaklanan cezai şartın uygulanmasını da engellemez. Verilen süre içinde yüklenicinin yazılı ihtardaki talimata uymaması halinde idare tarafından, ayrıca protesto çekmeye ve hüküm almaya gerek kalmaksızın sözleşme feshedilir. Taahhüdün yerine getirilmemesi dolayısıyla sağlık hizmetlerinin sürdürülemez hale gelmesi durumunda ise sözleşme derhal feshedilir.

yöneticisinin yardımcıları ile toplantı gündemine göre konuyla ilgili kişiler de katılmaktadır. Adana Şehir Hastanesi yöneticisi bu toplantılar ve koordinasyon kurulu hakkında şunları ifade etmektedir;

Genel olarak bir özel hastanenin yönetim kurulu gibi toplantılarımız oluyor. Şöyle haftalık bizim hizmetlerimizle alakalı toplantılar yapıyoruz gündemli. Günlük operasyonda ya da haftalık toplantılarda çözemediğimiz konuları çözmek içinse resmi bir koordinasyon kurulumuz var. Bu koordinasyon kurulu sözleşmede tanımlanmış 6 kişiden oluşuyor. İdare temsilcisi ve şirket temsilcisi birer tane bunlar genelde şirketin genel müdürü ile Adana il sağlık müdürü ya da başhekim oluyor. İkişer kişide ben ve Ankara'daki genel müdürlüğümüzden birisi ya da SPV dediğimiz özel amaçlı şirketin genel müdürü oluyor idarede ise bakanlık merkezinden Şehir Hastanesi Koordinasyon Daire Başkanlığı'ndan temsilciler olabiliyor. Koordinasyon kurulu 2 taraf anlaşmazlığa düşerse ilgileniyor. Koordinasyon kurulunu aşan bir şey olmadı daha henüz bugüne kadar (Görüşmecı 1, Hastane Yöneticisi).

Adana Şehir Hastanesi'nde özel şirket yönetim tarafında çalışan bir başka uzman ise haftalık toplantılar hakkında şunları eklemektedir;

Her hafta idare-şirket toplantılarımız oluyor. Koordinasyon kurulu da Sağlık Bakanlığı'ndan temsilcilerin katılımıyla bizim daha üst Ankara merkezli katılımlarımızla gerçekleştiriliyor. Biz her hafta başhekimle toplantıyoruz. Başhekim ve bizim müdürümüz katılıyor. Ayrıca mesela internet kopma sıkıntısı var bu konu hakkında teknik hizmetler, bilgi işlem tarafı gibi temas eden alanlardan temsilciler katılıyor. Hastane müdür yardımcıları ve başhekim yardımcıları da katılıyor. Ama hepsi değil konuya göre. Çok ayrıntılı bir sözleşme var ama gri alanlar da var. O konulara ilişkin koordinasyon kurulunda çözüm aranıyor (Görüşmecı 2, Uzman).

Şehir hastaneleri yönetim yapısında kamu idaresi ve özel girişimci arasındaki ilişki, hastane yöneticileri ve başhekimlik tarafından “koordinasyon ilişkisi” olarak tanımlanmaktadır. Bu ilişki tamamıyla sözleşme tarafından düzenlenmektedir. Mersin Şehir Hastanesi yöneticisi sözleşmeyi “bizim anayasamız” olarak ifade etmektedir. Ayrıca şunları eklemektedir;

Hastanede her şeyi belirleyen sözleşmedir. Bizim sözleşme yapımızda 20 küsur tane ek var. Ödeme ile ilgili, inşaat ile ilgili, uyuşmazlıklarla ilgili, mahkemelerle ilgili, bu sözleşme eklerinden 2 tanesi işletme olarak çok majör; biri Ek14 biri Ek18. Ek14 bütün bu hizmetin nasıl yönetileceğini anlatıyor, tarifliyor. Sözleşme bizim anayasamız demiştim ya Ek14'te bizim uygulama yönetmeliğimiz gibi. Bunların dışına çıkamayız. Sözleşme, benim de idarenin de yapabileceği her şeyi belirler ve sınırlar (Görüşmecı 3, Hastane Yöneticisi).

Benzer şekilde Adana Şehir Hastanesi yöneticisi de sözleşmenin yönetsel ilişkilerdeki egemen rolü hakkında şunu ifade etmektedir;

Bu modelin diğer kamu hastanelerinden ve özel hastanelerden farkı şu kendi kendini denetleyen sözleşmelere sahip. Bu şu demek sözleşmede her şey belirlenmiş, parametrelere bağlanmış ve uygulanmadığında ortaya çıkacak cezai yaptırımlar da belirtilmiş. Sözleşme ne derse o, bunu esnetme şansımız yok (Görüşmeci 1, Hastane Yöneticisi).

Şehir hastaneleri sözleşmelerinin “özel hukuk sözleşmesi” olması, sözleşmenin yönetsel ilişkilerdeki bu hâkim rolünü perçinlemektedir. Çal’a göre, sözleşmelerin özel hukuk sözleşmesi olduğunun kabul edilmesi sözleşmenin “kral” olmasıdır ve mevzuat ne derse desin sözleşme asıldır ve ne diyorsa o geçerlidir. Tarafların yaşayacakları uyuşmazlıklar konusunda uluslararası tahkime gidilebilmesi bu durumu daha da ileri bir noktaya taşımaktadır çünkü uluslararası tahkim dünyasında hükümdar olan mevzuat değildir, sözleşmedir (2018: 51).

Şehir hastaneleri sözleşmeleri, hizmetin büyüklüğü ve çeşitliliği, mekânsal alanın genişliği nedeniyle karmaşık, kapsamlı ve uzun süreli (28 yıllık) sözleşmelerdir. Bu derece kapsamlı, ayrıntılı ve karmaşık sözleşmelerin hazırlanması zor bir süreçtir dolayısıyla bu tür sözleşmelerin belirsizlik düzeyi yüksektir. Başka bir ifade ile bu kadar kapsamlı ve karmaşık sözleşmelerde öngörülemeyen çok sayıda konu olmakta ve bazı konularda da sadece genel ifadelerle yer verilmektedir (Karasu, 2011: 247). Gri alanlar olarak ifade edilen bu konularda taraflar arasında müzakere esas olmaktadır. Koordinasyon kurulu bu müzakere işlevini yerine getirmek üzere oluşturulmuştur. Karasu’ya göre, müzakerenin temel olması, özel girişimcinin çok daha etkili olduğu yeni kontrol biçimlerini doğurabilmektedir. Bu yapıda kamu idaresi ile özel girişimci arasında özel girişimci lehine bir güç dengesizliği söz konusu olabilmektedir çünkü özel sektör sözleşme konusunda daha kurumsallaşmış ve uzmanlaşmış bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla hem yazım hem de uygulama aşamasında özel sektör önemli avantajlara sahiptir. Sürekli izlemeyi gerektiren bir sözleşme uygulaması, özel sektöre çok önemli kazançlar sağlamaktadır. Özel girişimcinin en güçlü ve en çok kazanç sağladığı olduğu noktalar, gri alanlar ve kamu idaresinin sözleşmede açıkça hüküm altına alınmamış değişiklik talepleri olabilmektedir. Özel sektörü sözleşme konusunda güçlü bir pozisyona getiren bir diğer husus, çok sayıda ve çeşitte hizmet sunumunun ve geniş ticari alanların işletmeciliğinin blok halinde özel girişimciye bırakılmasıdır. Bu derece geniş bir alanın denetimini elinde bulunduran özel girişimci, yönetim ilişkilerinde ve hastane içerisinde önemli bir güç kazanmaktadır. Bu durum, kamu idaresinin sorumlu olduğu yönetsel çevreye egemen olmasını engelleyecek bir sonuç

doğurabilmektedir (2011: 243-247). Adana Şehir Hastanesi hastane yöneticisi bu konuda benzer bir düşüncüyü ifade etmektedir;

Hastanede başhekim ve yardımcıları yeni yönetimi oluşturuyorlar. Taşınmışsınız bu hastaneye ama modeli bilmiyorsunuz, sözleşmeyi bilmiyorsunuz. Yani idare kısmında süreci bilmeyen bir yönetim ekibi geliyor. Şirket var karşıda ve şirket sözleşmeye hâkim ama siz sözleşmeye hâkim değilsiniz (Görüşmeci 1, Hastane Yöneticisi).

Sözleşmenin hastane yönetimindeki egemen rolü, sözleşmenin hazırlanma sürecine ve sonrasındaki revizyonlara kritik bir önem kazandırmaktadır. Dünya Bankası'nın bir çalışmasında 1000 kamu özel ortaklığı sözleşmesi incelenmiştir ve yetersiz ve kusurlu yazılan sözleşmelerin yeniden müzakere edilmek zorunda kaldığı ve bu müzakerelerden çoğunlukla özel girişimcinin kârlı çıktığı dolayısıyla sözleşme revizyonlarının kamu açısından etkinlik kazanımlarını riske attığı belirtilmektedir (Guasch, 2004: 19). Şehir hastaneleri projelerinde gerekli finansmana erişimde zorluk yaşanması, imzalanan sözleşmelerin finansal kurumların talepleri doğrultusunda da revize edilmesine neden olmaktadır. Örneğin, Avrupa İmar ve Kalkınma Bankası¹³⁹, belirli şehir hastaneleri projelerinde sözleşmelerdeki belirli sorunların çözümlenmesinde ve dolayısıyla sözleşmelerin revize edilmesinde etkin bir rol oynadıklarını ifade etmektedir (Emek ve Sevindik, 2019: 140). Finansörlerin ve kreditorlerin sözleşmeler üzerindeki ciddi etkisi konusunda Adana Şehir Hastanesi yönetiminden bir uzman şunu ifade etmektedir;

Bu projelerin iki tane başı var gibi görünüyor ama aslında 3 tane başı var. İdare tarafı, yüklenici firma ve kreditorler. Sözleşmeler en temelde kreditorlerin taleplerine göre düzenleniyor (Görüşmeci 2, Uzman).

Özetle, şehir hastanelerindeki yönetim, kamu idaresi ve özel girişimciden oluşan ikili bir yapı sergilemektedir ve kamu idaresi ile özel girişimci arasındaki tüm ilişki sözleşme tarafından belirlenmektedir. Hastane yönetiminde sözleşme egemen bir rol oynamaktadır. Sözleşmedeki gri alanlar ve tartışmalı noktalarda müzakere süreci idare ve özel girişimci arasındaki haftalık toplantılar ve koordinasyon kurulu üzerinden yürütülmektedir. Şehir hastaneleri projelerinde yaşanan finansmana erişim problemleri finansörlerin ve kreditorlerin taleplerinin sözleşmelerde etkin bir duruma gelmesine yol açmaktadır. Dolayısıyla hastane yönetimi, kamunun, özel girişimcinin

¹³⁹ European Reconstruction and Development Bank

ve finansal kuruluşların taleplerinin ve menfaatlerinin hem çatıştığı hem de uyumlulaştırıldığı bir alan halini almaktadır.

4.4.2. Şehir Hastanelerinin Mekânsal Yapısı

Şehir hastanesi projeleri, büyük bir alana kurulu, farklı hastanelerin bir arada yer aldığı, yatak sayısı ve sunulan hizmet çeşitliliğinin yüksek olduğu dev sağlık kompleksleridir. Hayata geçirildiği ilk dönemde bu sebeple “entegre sağlık kampüsleri” ismiyle tanımlanmaktaydı.

1550 yatak sayısına sahip Adana Şehir Hastanesi, toplam 318.500 metrekare alan üzerine kurulmuş, 1.300 yatak kapasiteli Ana Hastane, 150 yatak kapasiteli Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi ve 100 yatak kapasiteli Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YEGAP) Hastanesi’ni kapsayan bir entegre sağlık kampüsü projesidir.¹⁴⁰ Ana hastane, ortak bir çekirdek yapı etrafına kurulmuş olan 4 adet bloktan oluşmaktadır ve içerisinde şu hastaneler yer almaktadır; genel hastane, onkoloji hastanesi, kardiyoloji ve kardiyovasküler hastanesi ve kadın doğum ve çocuk hastanesi. Hastanenin kapalı inşaat alanı toplam 550.000 metrekaredir. Hastanede 380 poliklinik odası, 57 ameliyathane ve 180 yoğun bakım ünitesi yer almaktadır. Kampüs içerisinde hastanelere ek olarak sağlık destek tesisleri, ticari alanlar (market, restoran, kafe, pastane, alışveriş mağazaları, çiçekçi, berber, kuaför, otopark), teknik servis binası, helikopter platformu ve trijenerasyon¹⁴¹ tesisi bulunmaktadır.¹⁴² Adana Şehir Hastanesi’nin açılmasıyla birlikte Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Seyhan Uygulama Merkezi kapatılarak şehir hastanesine taşınmıştır.

1294 yatak sayısına sahip Mersin Şehir Hastanesi, 232.000 metrekare alan üzerine kurulmuş bir entegre sağlık kampüsü projesidir.¹⁴³ Hastane ortak bir çekirdek yapı etrafına kurulmuş olan 3 adet bloktan oluşmaktadır ve içerisinde şu hastaneler yer almaktadır; genel hastane, kalp ve damar hastanesi, kadın doğum ve çocuk hastanesi, onkoloji hastanesi ve psikiyatri hastanesi. Hastane toplam 374.000 metrekare kapalı

¹⁴⁰ Adana Şehir Hastanesi’ne ait fotoğraflar için bakınız: Ek 4.

¹⁴¹ Trijenerasyon yakıt olarak doğal gaz veya biyogaz kullanılarak eşzamanlı elektrik, ısıtma ve soğutma üretimidir.

¹⁴² <http://www.pppadanahastanesi.com/tr/21083/Proje-Hakkinda>

¹⁴³ Mersin Şehir Hastanesi’ne ait fotoğraflar için bakınız: Ek 5.

alana sahiptir ve hastanede 280 poliklinik odası, 51 ameliyathane ve 204 yoğun bakım ünitesi yer almaktadır. Kampüste helikopter pisti ve ticari alanlar (market, restoran, kafe, pastane, banka, giyim mağazaları, çiçekçi, berber, kuaför, açık ve kapalı otopark) bulunmaktadır.¹⁴⁴ Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ile Mersin Devlet Hastanesi kapatılarak Mersin Şehir Hastanesi'ne taşınmıştır.

Şehir hastaneleri; merkezi kütle, kuleler, sağlık hizmet sunum binası ve destek hizmet alanları gibi alanlara ayrılmaktadır. Hastanenin büyüklüğüne göre sağlık hizmet alanları branş bazlı olarak kulelere yerleştirilmekte ve buna göre de yataklı servisler ve ilgili poliklinikler tanımlanmaktadır. Hastanenin ortak hareket noktası olan merkezi kütle diye adlandırılan alanlarda her branşın kendine yakın noktasında ameliyathaneleri, görüntüleme ve laboratuvar gibi tıbbi alanlar bulunmaktadır (Hospital Manager, 2009: 13).

Şehir hastaneleri, alanında özelleşmiş çok sayıda hastaneyi içine alan devasa kampüsler şeklinde, çok geniş bir alan üzerine inşa edildikleri için Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın da ifade ettiği gibi "hastane şehirleri" olarak da tanımlanmaktadır (Hospital Manager, 2009: 11). Bu hastaneler, hazine arazileri üzerine kuruldukları için ve şehir merkezlerinde bu derece büyük kamu arazileri bulma güçlüğü nedeniyle genellikle şehre uzak yerlerde ve otoyol kenarlarına inşa edilmektedir. Adana Şehir Hastanesi, Yüreğir ilçesinde Adana Çevre Yolu'nun kenarında yer alırken, Mersin Şehir Hastanesi, Toroslar ilçesinde Mersin-Tarsus otoyolu kenarında konumlanmaktadır.¹⁴⁵ Şehir hastaneleri, şehir merkezine uzak bölgelerde ve otoyol kenarlarında inşa edilmeleri nedeniyle "şehir dışı hastaneleri" ya da "otoyol hastaneleri" olarak da nitelendirilmektedirler (Pala, 2019: 71). Bu durum bazı ulaşım problemlerini de beraberinde getirmektedir. Hem çalışanlar hem de hastalar için hastaneye erişimde ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Mersin Şehir Hastanesi'ne şehir merkezinden¹⁴⁶ ulaşım yaklaşık 20-25 dakika sürerken, taksi ücreti 100 TL civarı tutmaktadır. Mezitli ilçesinden ulaşım yaklaşık 1,5 saat sürmektedir. Adana Şehir Hastanesi'ne şehir merkezinden¹⁴⁷ ulaşım ise yaklaşık 40 dakika sürerken taksi ücreti 60 TL civarı tutmaktadır.

¹⁴⁴ <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/115363.turkce-tanitim-kitapcigipdf.pdf?0>

¹⁴⁵ Adana Şehir Hastanesi ve Mersin Şehir Hastanesi haritaları için bakınız: Ek 6.

¹⁴⁶ Şehir merkezi olarak Valilik Binası kabul edilmiştir.

¹⁴⁷ Şehir merkezi olarak Valilik Binası kabul edilmiştir.

Şehir hastanelerinin büyük ölçekli, yüksek yatak kapasiteli, entegre sağlık kampüsleri şeklinde inşa edilmelerinin temel sebebi ölçek ekonomisinden faydalanmaktır. Farklı hastaneleri tek bir kampüste toplayarak, sağlık işgücünü toplu olarak kullanma imkânı ile verimlilik elde etmek, tıbbi teknoloji ve laboratuvarları ortak kullanma imkânı ile maliyetleri azaltmak ve hastaneler arası hasta naklini minimum seviyeye düşürmek amaçlanmaktadır. Fakat, önceki bölümlerde tartışıldığı gibi, hastaneler belirli bir büyüklüğe ulaştıktan sonra ölçek ekonomisi son bulmaktadır ve ölçeğin büyümesi ortalama maliyetleri düşürmeye yaramamaktadır. Optimal büyüklüğün hastaneler için 200 ile 600 yatak sayısı arasında olduğu ve bu nedenle 600’den fazla yatak sayısına sahip hastanelerin verimli olmadığı kabul edilmektedir (Giancotti, Guglielmo ve Mauro, 2017; Posnett, 1999; 2002; Aletras, 1999). Kalkınma Bakanlığı’nda *Türkiye’deki Üçüncü Basamak Kamu Hastanelerinin Etkinliklerinin Ölçümü ve Sağlık Tesislerinin Birlikte Kullanımının Değerlendirilmesi* başlığıyla hazırlanan bir uzmanlık tezinde sağlık hizmetlerinin kaliteli ve verimli çalışması için optimal büyüklüğün 400-800 yatak arasında olması gerektiği ortaya konulmaktadır (Yalçın, 2014). Şehir hastanelerinin ortalama yatak sayısı 1417 yataktır dolayısıyla bu hastaneler literatürde kabul edilen optimal ölçekten uzak bir yapıya sahiptir. Yüksek yatak sayısının yanı sıra şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan büyüklüğü de çok yüksektir. Şehir hastanelerinde ortalama olarak yatak başına 287 metrekare kapalı alan düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde yeni inşa edilen hastanelerde genel olarak yatak başına 150-200 metrekare kapalı alan düşmektedir. Büyük binalar inşa etmekle ünlü olan ABD’de dahi yatak başına düşen kapalı alan ortalama olarak 198 metrekaredir. Şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan gelişmiş ülkelerdeki, yeni ve modern hastanelerde yatak başına düşen kapalı alan miktarından yaklaşık yüzde 40 daha fazladır (Pala, 2018: 126). Yatak başına düşen kapalı alan miktarının yüksekliği, enerji tüketimi (ısıtma, soğutma, elektrik), temizlik, dezenfeksiyon ve bakım-onarım giderleri gibi maliyetlerin artmasına yol açmaktadır. Ölçek verimsizliklerine ve kapalı alan büyüklüğünün maliyetleri artırmasına rağmen devasa büyüklükte hastanelerin tercih edilmesinin arkasındaki temel neden önceki bölümlerde tartışıldığı gibi büyük ölçekli “mega projelerin” son yıllarda neoliberal kalkınma stratejisinin lokomotifine haline gelmesidir. Sermaye birikim rejiminin gereklilikleri,

büyük ölçekli, uluslararası özel finansmana dayanan (kamu özel ortaklığı modeli) kamusal alt yapı yatırımlarının ön plana çıkmasına yol açmıştır.

Büyüklik, bir mekâna dışarıyı gereksiz hale getirme imkânı sunmaktadır. Dış gereksiz hale geldiğinde iç önem kazanmakta ve yeni bir kamusallık biçimi kurulmaktadır. Her şey bir çatı altında toplanmakta, kendi kendisine yeten, insanların tüm ihtiyaçlarını karşıladıkları yeni bir kamusal alan ortaya çıkmaktadır. Alışveriş merkezleri (AVM), her şeyin bir çatı altında toplandığı küçük bir dünya olarak bu yeni kamusal alan anlayışına işaret etmektedir. Kapitalist ekonomi, kârlılığı artırmak amacıyla mekânları bir AVM mantığında yeniden örgütlemektedir Havalimanları, üniversite kampüsleri, müzeler vb. gibi mekânlar günümüzde bu mantıkla örgütlenmektedir (Yırtıcı, 2003: 119-128). Şehir hastaneleri de büyüklükleriyle dışarıyı gereksiz hale getirerek içerisinde insanların tüm ihtiyaçlarını karşılayabildikleri yeni bir kamusal alan oluşturmaktadır. Bu durum ilk bakışta kolaylık sağlıyor ve verimliliği artırıyor gibi gözükse de hastanelerin şehir dışındaki konumlarıyla birleştirildiğinde hastane çalışanlarını ve hastaları, hastane içerisindeki ticari alanlara mecbur hale getirmektedir. Şehrin merkezi yerlerinde yer alan, köklü hastanelerin kapatılıp şehir merkezine uzak, devasa büyüklükteki şehir hastanelerine taşınması insanların mekânla ve çevresiyle kurduğu tanışıklık ilişkisini ortadan kaldırmaktadır. Toplumsal hafızayla ilişkili, çevresiyle bir bağlam içerisinde bulunan köklü hastaneler, büyük bir kapalı kutu olarak kendisini çevresinden kopartan, soyutlayan böylece dışarıyı gereksiz hale getiren kimliği olmayan hastanelere dönüşmektedir. Ayrıca kent merkezinde kapatılan hastanelerin bulundukları bölgeler ölü alanlar haline gelmekte, hastanelerin etrafında yer alan market, restoran, kafe gibi ticari işletmeler ve sağlık hizmetleriyle ilişkili eczane, medikal satış, optik gibi işletmeler kapanmaktadır.

Şehir merkezlerindeki farklı hastanelerin kapatılarak tek bir kampüs içerisine toplanması özellikle büyük şehirlerde bir merkezileşmeye sebep olmaktadır (Yavuz, 2018: 228). Bu merkezileşme eğilimi önceki bölümlerde tartışıldığı gibi 1990'lı yıllardan itibaren bir çok ülkede görülmeye başlanmıştır. Özellikle Birleşik Krallık, ABD, İsveç, Danimarka, Portekiz ve Norveç'te ölçek ve kapsam ekonomisinden yararlanmak için sağlık alanında merkezileşme eğilimleri artmış ve 2000'li yıllara gelindiğinde hastane birleşmeleri ve satın almalar yoluyla sağlık alanında az sayıda

büyük hastanenin egemen olduğu bir durum ortaya çıkmıştır. Tüm dünyada sağlık alanında ortaya çıkan bu mekânsal merkezileşme trendi, Türkiye’de yönetsel ve siyasi merkezileşme eğilimlerinin arttığı bir döneme karşılık gelmektedir. Türkiye kamu yönetimi anlayışı, 2011 yılından itibaren büyük ölçüde merkezileşme karakterine bürünmüştür. Bu eğilim temelde ekonomik nedenlerden kaynaklanmaktadır (Övgün, 2016: 161). 2000’li yılların başında yaşanan büyük ekonomik krizin yansıması sadece ekonomi alanında olmamış, kamu yönetimi alanında da devletin işlevlerinin yerelleşmesi gerektiği iddiasından hareketle ademi-merkezileşmeye dayanan, çok odaklı yapılar ön plana çıkmıştır (Balaban, 2004: 6-13). Bu dönemde yasal düzenlemelerle yerel yönetimlerin karar organları güçlendirilmiş ve yeni yetki ve görevlerle donatılmalarına ve yönetim kapasitelerini artırmaya dönük adımlar atılmıştır. 2003 yılında yasalaşan Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanunu ile her bir kamu kuruluşuna kendi geleceğini kendisinin belirlemesini sağlayacak stratejik plan yapma yetkisi verilmiş ve hazırlanacak plan kapsamında denetimin ve harcama yetkisinin idare düzeyinde tek tek kurulacağı hüküm altına alınmıştır böylece Maliye Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı merkezde koordinasyon sağlama yetkisiyle sınırlandırılmıştır. Bu dönemdeki yerelleşme eğiliminin bir diğer örneği bölgesel kalkınma ajanslarının kurulmasıdır. Yerelleşme eğilimlerinin tersine karar alma, planlama ve uygulama yetkilerini merkezi yönetimin elinde toplayan başka bir ifade ile kurullar ya da kurumların elindeki yetkilerin bu birimlerden alınarak daha üst bir makama devredilmesi anlamına gelen merkezileşme eğilimi 2011 yılından itibaren egemen olmaya başlamıştır. 2008 ekonomik krizi büyümenin yavaşlaması, dış ticaret ve ödemeler dengesinde gerileme, tasarruf hacminin düşmesi ile birlikte kriz tüm dünyayı etkisine aldığı için sermaye girişlerinde azalmaya yok açmıştır. Bu sorunları aşmak için devletin daha yoğun bir ekonomiye müdahale politikası izlemesi gerekmiştir. Ekonomik krizlerle baş etmede hızlı karar verme gereksinimi, devletin bu şekilde bir rol üstlenmesinin temel gerekçesi olmaktadır. Ayrıca ekonomik sorunları aşmada ölçek ekonomilerinden yararlanma etkili bir yöntem olarak düşünülmektedir. Türkiye’de de bu gerekçelerle 2008 krizinin ekonomide yarattığı sorunların ve yaşanmakta olan darboğazın önüne geçebilmek amacıyla devlet başta ekonomi olmak üzere bir çok alanda yoğun bir müdahale politikası izlemeye başlamıştır (Övgün, 2016: 163-167).

2011 sonrası dönemde uygulamaya geçirilen ve Bakanlar Kurulu'na kamu hizmetlerini düzenli, süratli, etkin, verimli ve ekonomik bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere kanun hükmünde kararname çıkarma yetkisi veren 6223 sayılı kanun ve bu kanun kapsamında yapılan düzenlemeler örneğin başbakan yardımcılığı uygulaması ve Sermaye Piyasası Kurulu, Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurulu ve Merkez Bankası gibi önemli ekonomi kuruluşlarının tek bir başbakan yardımcısına bağlanması, Ekonomi Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı gibi bazı bakanlıkların çatısı altında ekonomi yönetiminin toplulaştırılması, sermaye girişini hızlandırmak için büyük ölçekli mega projelere hız verilmesi, imar ve planlama konusunda yerel yönetimlerin yetkilerinin azaltılarak Çevre ve Şehircilik Bakanlığı'na devredilmesi, büyükşehir belediyelerinin sınırlarını il mülki sınırlarına genişleterek yerelde merkezileşen yapılar ortaya çıkaran 6360 sayılı kanun, bağımsız idari otorite olarak isimlendirilen üst kurulların bakanlıkların denetimi altına girmesi gibi düzenlemeler Türk kamu yönetiminde yaşanan merkezileşme anlayışı çerçevesinde hayata geçirilmiştir (Övgün, 2016: 168-173).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri bileşeni kapsamında kamu hastanelerini idari ve mali yönden özerk işletmeler haline getirebilmek amacıyla 2007 yılında Bakanlar Kurulu tarafından meclise sunulan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, kamu yönetiminde 2000'li yılların başında yoğunlaşan âdem-i merkezileşme anlayışının bir parçası olarak ortaya çıkan bir düzenlemedir. Önceki bölümlerde ifade edildiği gibi tasarı, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının kamu tüzel kişiliğini haiz, Bakanlığın ilgili kuruluşu statüsünde birliklere dönüştürülmesini düzenlemektedir. Tasarı 2011 yılına kadar yasalaşamamıştır. 2011 yılında 663 sayılı KHK ile Kamu Hastane Birlikleri ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur. Fakat kuruluşu yaşanan gecikmeler nedeniyle merkezileşme eğilimlerinin hız kazandığı bir döneme denk gelen Kamu Hastane Birlikleri'nin ömrü bu sebeple çok kısa olmuştur. Birlikler “çok başlılık getirdiği” gerekçesiyle 2017 yılında yayımlanan 694 sayılı KHK ile kaldırılmıştır. KHB'nin kaldırılması, özerk konumda bulunan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Bakanlık merkez teşkilatına bağlı bir genel müdürlüğe dönüştürülmesi ve kamu hastanelerinin yeniden sağlık il müdürlüklerine bağlanması, kamu yönetimi anlayışında ortaya çıkan merkezileşme eğiliminin sağlık

alanındaki yansımalarıdır. Kent merkezindeki hastanelerin kapatılarak şehir hastanelerinin çatısı altında tek bir hastaneye dönüştürülmesi süreci de bu merkezileşme anlayışının bir parçasıdır.

Kent merkezlerindeki köklü hastanelerin kapatılarak şehir hastanelerine taşınmalarında “sağlık turizmi” önemli bir yer tutmaktadır. Fiziki mekânları itibarıyla çağın gereklerine uygun, özel hastanelerle rekabet edebilme niteliğine sahip, yurtdışından gelecek hastalar için cazip olanaklara sahip olmaktan uzak eski hastaneler yerine devasa sağlık kampüsleri şeklinde örgütlenen, içerisinde otelden, helikopter pistine, AVM’den bankaya her türlü sosyal yaşam olanağının yer aldığı, modern tasarımlı binalara, yürüyen merdivenler, hastane içinde hasta ulaşımında kullanılan golf arabaları, geniş tek kişilik hasta odaları, içerisinde toplantı salonu dahi bulunan VIP hizmet sunan hasta odaları ile “mükemmeliyet merkezleri” haline gelen şehir hastanelerinin sağlık turizminin hareketlenmesine katkı yapacağı düşünülmektedir. Tüm bu imkanları bir arada sunacak, şehirdeki en iyi hekimlerden tedavi görme imkânı sağlayacak, yüksek maliyetli tıbbi teknolojinin yer alabileceği hastanelerin büyük ölçekli, mega projeler şeklinde inşa edilmesi ve şehirdeki köklü hastanelerin kapatılarak bu hastanelere taşınması gerekmektedir.

4.4.3. Yönetsel ve Mekânsal Dönüşümün Emek Sürecine Etkisi

Şehir hastanelerinin yönetsel ve mekânsal yapısı, sağlık emek sürecinde yaşanan klinik otonomi ve inisiyatif kaybı, denetim ve gözetimin yoğunlaşması, rekabetin artması ve mesleki dayanışmanın azalması gibi süreçlerin keskinliğini artırırken, bu süreçlere bağlı olarak ortaya çıkan vasıfsızlaşma, proleterleşme ve yabancılaşma gibi olguların derinleşmesine yol açmaktadır. Abulik emek rejimi olarak tanımlanan, sağlık emek gücünün yönetiminde ortaya çıkan bu dönüşümün temelinde, şehir hastanelerinde yönetsel ve mekânsal boyutta ortaya çıkan melez (hibrid) düzenlemeler yatmaktadır.

Şehir hastanelerinde yönetsel boyutta ortaya çıkan hibrid düzenlemelerin ilki yönetim yapısında görülmektedir. Önceki bölümde ifade edildiği gibi şehir hastaneleri ikili bir yönetim yapısına sahiptir. Kamu idaresi ve özel girişimci arasındaki tüm ilişkiyi belirleyen sözleşmenin egemen bir rol oynadığı bir yönetim sistemi

bulunmaktadır. Bu yönetim sistemi, kamu hastanelerinin başhekimlik sistemine dayanan yönetim sistemiyle, hastane sahibi ve hastane yöneticisine dayanan özel hastane yönetim sisteminin bir arada bulunduğu hibrid bir yönetim yapısına sahiptir.

İkinci olarak, yönetsel boyutta şehir hastanelerinde Taylorist ve yalın üretime özgü yönetim tekniklerinin bir arada kullanıldığı hibrid yönetim stratejilerinin uygulandığı görülmektedir. Önceki bölümlerde tartışıldığı gibi, bu durum şehir hastanelerine özgü bir süreç değildir. Fakat şehir hastaneleriyle birlikte, sağlıkta standardizasyonu artırarak tasarımın uygulamadan ayrıştırılması sürecini hayata geçiren uygulamalar yoğunlaşmakta, işbölümü derinleşirken aşırı uzmanlaşma eğilimleri artmaktadır. Çalışma temposunun yönetim tarafından belirlenmesini sağlayan uygulamalar yaygınlaşmaktadır. Böylece, tıbbi işlemlerin ne şekilde ve ne kadar sürede yapılacağına sağlık çalışanlarına dikte edilebilmesi daha da kolaylaşmaktadır. Ayrıca, şehir hastanelerinde artan rekabet ile parça başı ücrete eş değer, hizmet başı ve hasta başı ödeme sistemini ve çaba-ödül ilkesini sağlık alanında hayata geçiren performansa dayalı ücretlendirme sistemi emek sürecinde daha belirleyici bir rol kazanmaktadır. Şehir hastanelerinde iş yoğunluğu ve üretkenlik artarken, çalışma saatleri uzamakta ve mesai dışı çalışma yaygınlaşmaktadır böylece göreceli ve mutlak artı değer artırılmaktadır. Emek üzerindeki denetimi yoğunlaştıran teknik denetim mekanizmaları yaygınlaştırılırken hastane yönetiminin emek üzerindeki baskısı şiddetlenmektedir. Şehir hastanelerinde sağlık alanında Taylorist ilkeleri hayata geçiren bu uygulamalar yoğunlaşırken, yönetim stratejilerine eklenen yalın üretime özgü müşteri memnuniyeti, kalite yönetimi, performans ölçümü, katılım gibi ilkeler yaygınlaştırılmaktadır. Başka bir ifade ile, sağlık hizmetleri alanında uygulanan, baskı mekanizmalarını ideolojik baskı mekanizmalarıyla eklemlen ve yeni gözetleme mekanizmalarıyla güçlendiren Taylorist ve yalın üretime özgü ilkeleri harmanlayan hibrid yönetim stratejileri şehir hastaneleriyle birlikte ileri bir aşamaya taşınmaktadır. Dolayısıyla, Soyer (2009b) tarafından “sağlığın fabrikalaşması” olarak kavramsallaştırılan hastane şartlarının fabrika şartlarına dönüştürülmesi sürecinin, şehir hastaneleriyle birlikte esas anlamını kazandığını söylemek mümkündür. Şehir hastanelerinin mekânsal yapısı da bu tezi destekler nitelikte sağlıkta fabrikalaşma sürecini gözler önüne sermektedir.

Fabrikaların en önemli iki özelliği aynı işyerindeki iş gücünün büyüklüğü yani merkezileşmiş, kitlesel işgücü ve ölçek ekonomisine dayanan kitlesel üretime uygun büyük ölçekli mekânsal organizasyondur. Devasa büyüklükte, entegre sağlık kampüsleri şeklinde inşa edilen şehir hastaneleri, şehir içindeki hastanelerin kapatılmasıyla kitlesel sağlık işgücünün tek bir çatı altında toplandığı yani merkezileştirildiği, ölçek ekonomisine dayanan kitlesel hizmet üretimi gerçekleştirilen birer sağlık fabrikası niteliği taşımaktadır.

“Fordist fabrika” olarak nitelendirilen kitlesel işgücünün büyük ölçekli işletmelerde yoğunlaştığı, üretimde merkezi örgütlenme ve Taylorist yönetim tekniklerine dayanan fabrika örgütlenmesi önceki bölümlerde tartışıldığı gibi 1980’li yıllardan itibaren parçalanma sürecine girmiş, işletmelerde küçülme eğilimleri ortaya çıkmıştır. Tüm üretim birimlerinin bir arada yer aldığı ve üretimin bir bütün halinde yapıldığı büyük ölçekli fabrikalar desantralize olarak yerlerini küçük ölçekli ancak büyük oranda uzlaşmış işletmelerin işbirliğinden oluşan yeni üretim yapısına bırakmaya başlamıştır. “Post-Fordist fabrika” olarak tanımlanan yeni üretim organizasyonu, üretimin parçalanarak, aralarında güçlü bir bağımlılık ve işbirliği ilişkisi olan küçük ölçekli taşeron işletmelere aktarılmasına dayanmaktadır. Benzer eğilim, kamu örgütlenmesinde de ortaya çıkmıştır. 20. yüzyılın önemli bir bölümünde amaçlara ulaşmada etkin ve verimli olarak kabul edilen büyük, bürokratik yapılar 1980’lerden sonra verimsizliğin ve hantallığın baş sorumlusu olarak kabul edilmiş ve yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı çerçevesinde bu yapıların parçalanarak küçültülmesi ve bürokratikleşmenin azaltılması ön plana çıkmıştır. Hizmet alımları ve kamu özel ortaklığı gibi çeşitli sözleşme ilişkileri yaygınlaştırılarak kamu örgütlenmesinde etkin ve küçük yapılara dayalı bir örgütlenme yapısı ortaya çıkmıştır.

Şehir hastaneleri, Fordist ve Post-Fordist fabrika örgütlenme yapılarının bir arada yer aldığı hibrid bir mekânsal organizasyona sahiptir. Bir yanda büyük ölçekli, merkezileşmeye dayalı mekânsal bir organizasyona sahipken, diğer yanda sağlık hizmeti üretiminin parçalanarak alt işverenlere devredildiği, küçük ölçekli, her biri farklı bir faaliyette uzmanlaşmış işletmelerden oluşan bir örgütlenme yapısına sahiptir. Kamu hastanelerinde hizmet alımı, 1988 yılında 318 sayılı KHK ile yasal zemine kavuşan ve giderek yaygınlaşan bir uygulamadır. Yemek, temizlik ve güvenlik hizmetlerinde başlayan hizmet alımı süreci önce diğer destek hizmetlere daha sonra da

radiyoloji, laboratuvar gibi tıbbi hizmetlere kadar yayılmıştır. Bu süreç şehir hastaneleriyle birlikte farklı bir boyuta taşınmıştır. Kamu idaresi ve özel girişimci arasındaki ilişkiyi belirleyen ana sözleşmeyle blok halinde özel sektöre bırakılan, toplamda 19 kalemden oluşan hizmetler (zorunlu hizmetler ve isteğe bağlı hizmetler), şirket tarafından alt yüklenicilere devredilmektedir. Şehir hastaneleri öncesinde tek tek hizmet alımı yapılan alt yüklenicilerle hastane yönetiminin sözleşme yapmasına dayanan sistem, şehir hastanelerinde kamu idaresi ve özel girişimci arasındaki sözleşme, özel girişimciyi oluşturan şirketler arasındaki sözleşmeler ve özel girişimcinin alt yüklenicilerle yaptığı sözleşmelerden oluşan farklı roller üstlenen çok fazla örgütün sözleşme ilişkisinde olduğu karmaşık bir yapıya bürünmektedir. Bu nedenle, Karasu'ya göre, kamu özel ortaklığı ile yani şehir hastaneleriyle birlikte sözleşme sistemi adeta genelleşmektedir. Sözleşme ilişkisi kamu hizmetleri örgütlenmesinde geçmişten beri çeşitli biçimlerde var olmuştur fakat kamu özel ortaklığı modelinde sözleşme ilişkisi, yönetim ilişkilerini dönüştürecek düzeyde daha yoğun ve daha derindir. Çok sayıda örgütün birbiri ile sözleşme ilişkisinde olduğu bir yapıya dayandığı için kamu özel ortaklığı “Yeni Kamu Sözleşme Sistemi”¹⁴⁸ olarak tanımlanmaktadır (2011: 228-256).

Şehir hastanelerinde özel girişimcinin sözleşme ilişkisi içerisinde olduğu, her biri belirli bir faaliyette uzmanlaşmış bir şirketler ağı oluşturulmaktadır. Yatay düzlemde entegre olmuş, hukuki olarak bağımsız ama fiili olarak birbirine bağımlı küçük ve orta ölçekli işletmelerin hizmet üretimi konusunda işbirliği yaptığı bu sistem literatürde “şebeke (ağ) örgütlenme yapısı” olarak tanımlanmaktadır. Şehir hastaneleri örgütlenmesindeki bu yapı, şehir hastanelerinin Post-Fordist fabrika örgütlenmesi özellikleri taşıdığı göstermektedir fakat şehir hastanelerinde bu şirketler ağı aynı mekânsal örgütlenme içerisinde hizmet üretmektedirler. Dolayısıyla, şehir hastaneleri hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeye ve merkezileşmeye buna bağlı olarak da ölçek büyümesine dayanan Fordist fabrika örgütlenmesinin ve asıl kuruluşun çevresinde küçük ve orta ölçekli firmalardan oluşan bir ağa dayanan Post-Fordist fabrika örgütlenmesinin aynı mekânsal organizasyon içerisinde bir arada bulunduğu hibrid bir örgütlenme yapısına sahiptir.

¹⁴⁸ The New Public Contracting System

Şehir hastanelerinde yönetsel ve mekânsal boyutta ortaya çıkan hibrid düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yönetsel karar süreçlerini, çalışma koşullarını, işbölümünü, çalışma ilişkilerini, denetim biçimini kısacası bütün olarak emek sürecini etkilemektedir. Şehir hastaneleriyle birlikte, yeni bir sağlık düzeni tesis edilmektedir; “fabrika” düzeni (Soyer, 2010). Bu yeni düzenin sağlık emek sürecinde ortaya çıkardığı dönüşüm, “abulık emek rejimi” kavramsallaştırması altında alan araştırmasının bulguları ışığında tartışılacaktır.

4.4.3.1. Çalışma Koşullarının Dönüşümü

Şehir hastanelerinin sağlık emek gücü üzerindeki en temel etkisi, çalışma koşulları noktasında ortaya çıkmaktadır. Şehir hastanelerinde çalışma koşulları açısından göze ilk çarpan artan iş yüküdür. İş yükündeki artışın temelinde hasta sayısının yüksekliği yatmaktadır.

Şehir hastanelerinde hasta sayısının çok yüksek olmasının bir çok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenlerin başında şehir hastanelerinin “mükemmeliyet merkezleri” olarak lanse edilmeleri ve toplum nezdinde popülerliğinin artırılmasına yönelik politikalar gelmektedir. Şehir hastaneleri, en son model tıp teknolojileri ile donatılmış, ülkenin alanlarındaki en deneyimli uzman doktor ve profesyonel sağlık çalışanları ile çağdaş, güvenilir ve en üst düzeyde sağlık hizmeti sunan, Avrupa’nın en büyük hastaneleri olarak tanıtılmaktadır. Sağlık Bakanı Fahrettin Koca’nın ifadesiyle şehir hastaneleri Türkiye’nin sağlık alanında “modern yüzü” olmuştur. Şehir hastanelerinde hastalar her branştan hizmet veren polikliniklerde, çok daha modern ve konforlu ünitelerde muayene olabilmek şansına kavuşurken, mahremiyeti ön planda tutan, içinde tuvalet ve banyosu, elbise dolabı, buzdolabı bulunan konforu en üst seviyeye çıkaran nitelikli odalarda kalarak tedavi olmaktadır. Şehir hastanelerinde son teknolojiye sahip tıbbi cihazlar, hasta parametrelerinin en yüksek seviyede takip ve ölçümüne olanak sağlayan yaşam destek üniteleri, uluslararası standartlarda en prestijli donanımına sahip ameliyathaneler, günde yüzlerce ameliyat ekipmanını steril etme kapasitesine sahip sterilizasyon üniteleri, çok daha kısa sürede, doğru, güvenilir sonuç alınmasına imkân sağlayan en yüksek teknolojiye sahip laboratuvarlar bulunmaktadır (Hospital Manager, 2019: 11). Adana Şehir Hastanesi projesini

portföyünde bulunduran Rönesans Holding'in İşletme Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı'na göre, şehir hastaneleri projesinin temel amaçlarından biri şehir hastaneleriyle birlikte özel hastane algısının kamu hastanelerine taşınmasıdır. Şehir hastanelerinde hastalara özel hastanelerden alabilecekleri kalitede, hatta beklentilerinin üzerinde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu kapsamda yüksek fiziki özellikteki kampüslerde ileri teknoloji sistem ve cihazlar ve etkin çalışan yaklaşımı ile güvenilir, hijyenik, konforlu ve zamanında hizmet sunumunu gerçekleştirilmektedir (Hospital Manager, 2019: 24). Şehir hastanelerinin sağlık alanının cazibe merkezleri halini alması hastaların şehirde bulunan diğer hastaneler yerine şehir hastanelerini tercih etmelerine neden olurken aynı zamanda çevre illerden şehir hastanelerine gelen hasta sayısını da artırmaktadır:

Şehir hastanelerinin beş yıldızlı otel kalitesinde hizmet veriyor diye reklamları yapıyor. İşte odalar tek kişilik, özel banyosu, refakatçi yatağı, televizyonu var, modern mobilyalar, yürüyen merdivenler, sanki bir AVM gibi içinde her şeyi var. İnsanlar hem merak ediyor hem de böyle bir hastane varken onda tedavi olmak istiyor. Normalde semt polikliniğine ya da aile hekimine gitse kolayca çözülecek rahatsızlıkları için bile buraya geliyor. Şehir hastanesine taşınan hastanelerin toplam hasta sayısından daha fazla hasta geliyor buraya tamam yeni hastane daha büyük ama 5 kat fazla hasta da gelir mi? Normalde özel hastaneye giden hastalar da şehir hastanesine geliyor çünkü burası özel hastane gibi otelcilik hizmeti veriyor (Görüşmeci 10, Hekim).

Bunun en uç örneği Bursa'da üniversite hastanesinde yatarken ben şehir hastanesinde tedavi olmak istiyorum diye helikopter ambulansla buraya gelen hastadır. Sorduk neden geldiniz diye çünkü şehir hastanesini merak ediyorum burada tedavi olmak istedim dedi (Görüşmeci 37, Hekim).

Hastaların daha çok tercih etmelerinin yanı sıra şehir hastanelerinin hasta sayısı bilinçli şekilde uygulanan bazı politikalarla artırılmaktadır. Şehir hastanelerinin bulunduğu illerde 112 Acil Ambulans Komuta Merkezi'ne verilen talimatla ambulanslar şehir hastanelerine yönlendirilmektedir:

Toros Devlet Hastanesi'nin karşısında trafik kazası oldu. Kazazedeler 112 çağırıyorlar. İstese sedye götürüp taşıyabileceği bir yakınlıktaki hasta buraya getiriliyor neden çünkü bütün 112'ler buraya yönlendirildi (Görüşmeci 39, Hekim).

Hasta Karaman'da hastalanmış. Mut'ta boş yer var, Silifke'de boş yer var, Erdemli'de boş yer var ama hasta bize geliyor. 112'ye soruyoruz kardeşim Silifke'de boş yer varmış, 2 saat uzaklıkta bizden, 2 saat önce müdahale edecekler oraya niye götürmedin hocam talimat size getirmem yönünde diyor (Görüşmeci 45, Hekim)

Bu durum şehir hastanelerinin acil servislerinde ve yoğun bakımlarında hizmet sunulan hasta sayısını ciddi oranda artırmaktadır.

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın ifade ettiği gibi, şehir hastanelerinde amaç hastaneye başvuran hastaların sağlıkla ilgili sorunlarının tamamının bir merkezde sonuçlandırılmasıdır (Hospital Manager, 2019: 11). Bu nedenle tüm uzmanlık ana dallarında ve yan dallarda hizmet verilmektedir. İl içerisindeki yan dal uzmanlıkları şehir hastanelerinde toplandığı için il içerisindeki diğer hastaneler (ilçe hastaneleri) uzmanlık gerektiren vakaları şehir hastanesine sevk etmektedir. Başlangıçta yalnızca acil ve uzmanlık gerektiren vakalar şehir hastanelerine sevk edilirken, ilerleyen süreçte tüm hastalar yönlendirilmeye başlanmıştır. Bu durumun temel nedeni şehir hastanelerinin “referans hastane” gibi kabul edilmeleridir:

Burası referans hastane gibi gösteriliyor. Çevre hastanelerde hoca olmasına rağmen ameliyatlara için hastalar buraya yönlendiriliyor. Nasıl olsa şehir hastanesinde her türlü ameliyat yapılıyor (Görüşmeci 40, Hekim).

Hasta sayımız inanılmaz arttı. Bunun sebebi, referans hastane gibi algılanmamız sürekli bütün hastaların periferden bakılmadan bize gönderilmesi. Normalde bir devlet hastanesinde tedavi edilebilecek hastaların, sevk zincirine uyumsuz olarak direkt buraya gönderilmesi maalesef bunun da sınırsızca kabul edilmesi (Görüşmeci 41, Hekim).

Hastaların şehir hastanelerine yönlendirilmesinin bir diğer önemli sebebi ilçe hastanelerindeki uzman hekimlerin özellikle hastalar tarafından daha çok tercih edilen hekimlerin şehir hastanelerinde görevlendirilmeleridir:

Toros Devlet'teki bazı branş doktorlarını, beyin cerrahlarını, iyi doktorları şehir hastanelerine transfer ettiler ki hastalar şehir hastanesine gitsin diye. Tarsus'tan da bazı doktorları getirdiler. Çok hastası olan, isim yapmış doktorları şehir hastanesinin hasta sayısını artırmak için şehir hastanesine getirdiler (Görüşmeci 34, Hekim).

Branş hekimleri buraya çekildi. Multidisipliner yaklaşım burası dışında hiç bir hastanede yok. Hasta o hastanelere gitse branş hekimleri yok yani göğüs cerrahisi yok, beyin cerrahisi yok, yan dal branş hekimleri yok hepsi burada. Orada olanlar buraya çekildi (Görüşmeci 37, Hekim).

İlçe hastanelerini âtil duruma getiren bu uygulama sonucu her yerde çözümlenebilecek olgular bile şehir hastanelerine sevk edilmeye başlanmıştır:

Bizim totaldeki en büyük sıkıntımız çok fazla hasta gelmesi. Sirkülasyon çok yüksek ve diğer hastaneler sürekli bize yönlendiriyorlar. Onlar iş yapamadıkça ya da yapmadıkça herkes buraya gelmeye başlıyor. İlçe hastanelerine bir zaman şehir hastanesine yönlendirin denildi onlar da herkesi buraya yönlendirdiler

şimdi de bu hastane bu iş yükü altında boğuluyor. Normalde orada bakılabilecek hastalar da buraya geliyor (Görüşmeci 41, Hekim).

Şehir hastanelerindeki hasta sayısını artıran diğer uygulamalar yeni branşların ve hizmet ünitelerinin açılması, ileri tetkiklerin sadece şehir hastanesinde yapılmaya başlanması ve şehir hastanelerinde yoğun bakım yatak sayılarının artırılmasıdır:

Şehir hastanesine taşınınca Mersin Devlet Hastanesi'nde olmayan bazı branşlar açıldı. Örneğin; Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Tıbbi Genetik açıldı. Yoğun bakım yatak sayısı arttı. Tüm yoğun bakım hastaları burada toplanmaya başladı. Mesela beni Batman'dan arıyor tetanozlu bir hasta var entübe size göndermek istiyoruz diye (Görüşmeci 46, Hekim).

Özellikli branşlar şehir hastanelerinde toplandı, ileri tetkikler sadece şehir hastanelerinde yapılmaya başlandı bu yüzden atıllaşan ilçe hastanelerindeki hekimler sevke yönelmeye başladı (Görüşmeci 37, Hekim).

Şehir hastanelerine başvuran ya da sevk edilen hasta sayısı artarken, sağlık çalışanlarının sayısında önemli bir artış gerçekleşmemiştir. Kapatılarak şehir hastanesine taşınan hastanelerden transfer edilen personel dışında çok az bir atama gerçekleştirilmiş, şehir hastanesine geçmek istemediği için istifa eden, emekli olan ya da tayin isteyen sağlık çalışanları nedeniyle yeni atamalara rağmen personel artışının hiç gerçekleşmediği birimler ya da branşlar olmuştur. Bazı kliniklerde ise atama gerçekleşmemiş personel sayısı aynı kalmış ya da azalmıştır:

Siz şehirdeki devlet hastanesini kapatmışsınız, 4 tane semt polikliniğini kapatmışsınız, bir tane devlet hastanesini atıl duruma getirmişsiniz neredeyse sadece Suriyelilerin geldiği bir hastane durumuna gelmiş. Tüm şehir buraya akıyor. Siz aynı sayıda personelden 1300 küsur yataklı hastanede hasta sayısı 2 kat artmışken aynı verimi bekliyorsunuz. Mümkün değil. Hasta sayısı 2 katından fazla arttı ama personel sayısı 1-2 kişi arttı (Görüşmeci 45, Hekim).

Bizim kliniğimiz büyüdü, yatak sayımız, yoğun bakım ve servis yatak sayımız eski hastaneye göre arttı. Hasta sayımız arttı ama uzman doktor sayımız aynı (Görüşmeci 9, Hekim).

Mersin Devlet Hastanesi'ne göre 2-3 hekim eksik çalışıyoruz. İş yükümüz çok arttı bu yüzden özellikle yan dalcı arkadaşlar üzerindeki iş yükü daha da arttı çünkü az sayıda hekim var ama hasta sayısı çok fazla. (Görüşmeci 40, Hekim).

Bazı doktorlar geçmek istemedi. Kadın doğum çocuk hastanesinde emekliliği gelenlerin yüzde 90'ı buraya geçerken ayrıldı hem hekimler hem hemşireler. Geçmek istemediği için istifa edenler oldu. Geçtikten sonra da çok bırakanlar oldu. Bu yüzden hekim sayısı azaldı (Görüşmeci 34, Hekim).

Burada iş yükümüz çok arttı çünkü Numune’de çalışırken de 18 eczacıydık, 600 yatağa hizmet veriyorduk. Şuan 1550 yatağa hizmet veriyoruz ama yine 18 eczacıyız (Görüşmeci 31, Eczacı).

Sağlık çalışanlarının sayısında şehir hastanesine geçişle birlikte yeterli artışın sağlanmaması, özellikle yardımcı sağlık personeli konusunda personel yetersizliği sorununu ortaya çıkarmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının hepsi çalıştıkları birimlerde hemşire sayısında yetersizlik yaşandığını ifade etmiştir. Hemşire sayısının azlığı, şehir hastaneleri dışındaki hastanelerde de büyük bir sorundur fakat şehir hastanelerinde yaşanan hasta sayısındaki artış ve hastanenin mekânsal büyüklüğü nedeniyle hemşire yetersizliği çok daha kritik bir hale bürünmektedir. Bu durum, hastane yönetimini hemşirelerde niteliksizleşme¹⁴⁹ sürecine neden olabilecek uygulamalara itmektedir. Hemşireler, deneyim ve uzmanlık sahibi oldukları alanlar dışında görevlendirilmekte ve bir çok bölüm arasında rotasyona tabi tutulmaktadır. Bu durum ciddi adaptasyon sorunlarını beraberinde getirirken, hemşirelerin vasıflarında körelmelere neden olabilmektedir:

Bütün 112’lerin buraya yönlendirilmesi yüzünden travma arenasında iş yükü çok arttı. Yer bulunmuyor, hastalar bekliyor. Bu nedenle triyaj alanları ve gözlem alanları çoğaltıldı. Tabi ciddi personel eksikliği var bir günde 23-24 hemşire kalıyor yetişkin acilde. Akşamda aynı sayıda hemşire oluyor. Ama alan çok fazla, bölüm çok fazla, çok kalabalık. Hemşire eksikliğini diğer servislerden acil deneyimi olmayan hemşireleri acil servise çekerek kapatmaya çalışıyorlar (Görüşmeci 24, Hemşire).

Daha önce hiç nükleer tıpta çalışmamıştım ama burada nükleer tıpa verdiler. Buradan önce çocuk acile verdiler, ebe olmadığım halde doğum servisinde bile çalıştım nerede eksik varsa oraya veriyorlar. Hastanede çok ciddi hemşire eksikliği var. Kemoterapide 80 hastaya bir hemşire bakıyor (Görüşmeci 18, Hemşire).

Ben 6-7 yıl yeni doğan yoğun bakımı hemşireliği yaptım burada bana adaptasyon, uyum vermediler direk ertesi gün ventila4'teki hastayı verdi sorumlu hemşire ama ben orada [Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi] prematüre vakalarla çalışıyordum bana burada opera olmuş çocuğu verdi ben hayatımda görmediğim bir operasyon geçirmiş, ameliyat olmuş bir çocuğu takip etmek zorunda kaldım. Demedi tamam sen yeni doğancısın ama sen buna bakabilir misin (Görüşmeci 19, Hemşire).

¹⁴⁹ Niteliksizleşme, işçinin sahip olduğu vasıfların, bilgi ve becerilerinin körelmesi ya da kaybolması olarak kavramsallaştırılmaktadır. Literatürde vasıfsızlaşma kavramının eş anlamlısı olarak da kullanılmaktadır. Fakat bu çalışmada vasıfsızlaşma, Braverman’ın kavramsallaştırması üzerinden işçinin emek süreci üzerindeki denetimini ya da takdir yetkisini yitirmesi ve işin değersizleşmesi olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle işgücünün vasıflarının körelmesi sonucu niteliklerini yitirmesi anlamında niteliksizleşme kavramı tercih edilmiştir.

Şehir hastanesinin en temel sorunu bu; hemşiremiz yok. Üstelik yeni servis açacağız çocuk ve ergen açacağız. Birimde 18 hemşireyiz. Bu sayı yeterli değil. Hayatı boyunca psikiyatride çalışmamış hemşireleri buraya verdiler (Görüşmeci 27, Hemşire).

Üniversiteyi bitirdim direk Adana Ruh Sağlığı Hastanesi'ne atandım 6 yıl orada çalıştım buraya geçince kadın doğuma verdiler. Serviste çalışma koşulları çok kötü. Hemşire yok. Bazı günler 20 servisli yatakta tek başıma çalışıyorum. Sürekli ameliyat oluyor. Ben ebe değilim orada herkes ebe bir tek ben hemşireyim hiç kadın doğum deneyimim de yok çok strese girdim, psikolojim bozuldu. Çok riskli bir alan, asistan doktora yardım etmeye çalışıyorum ben çok yabancıyım ama tabi. Şunu ver, bunu ver diyor mesela ben bilmiyorum o ne demek öğrencilik zamanımda kadın doğumda staja gitmişim o kadar (Görüşmeci 30, Hemşire).

Şehir hastanelerinin mekânsal koşulları, sağlık çalışanlarının iş yükünü etkileyen bir diğer unsurdur. Görüşme yapılan sağlık çalışanlarının tamamı, hastanenin fiziki koşulları nedeniyle çok zorlandıklarını ve iş yüklerinin ciddi oranda arttığını vurgulamışlardır. Bu fiziki şartların başında hastanenin mekânsal büyüklüğü gelmektedir. Şehir hastanelerinin mekânsal yapısı tartışılırken ifade edildiği gibi, şehir hastanelerinde yatak başına düşen kapalı alan çok yüksektir. Bir çok kuleden oluşan, devasa bir mekânsal alana sahip şehir hastanelerinde birimler arası mesafeler çok fazladır. Uzunluğu 800 metre ile 1 kilometre arasında değişen koridorlar bulunmaktadır. Hastanede ölü alanların fazlalığı, hasta odalarının gereğinden büyük olması, koridorların gereksiz uzun ve geniş olduğu, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ortaklaşa paylaştıkları bir saptamadır:

Hastane çok büyük, alanı büyük yapıp parayı büyük almak için bir sürü ölü alan var. Çok fazla büyütmüşler hastaneyi. Hasta odaları gereksiz büyük, odadan odaya geçiş odası gibi gereksiz bir oda var. Malzeme hazırlama odası var kocaman hep gereksiz yere kapalı alanı büyütmüşler (Görüşmeci 6, Hekim).

Hastane büyük olmasının yanında tamamen dağınık hiç efektif kullanılmıyor alanlar. Çok hantal bir yer, ölü alan çok fazla. Odalar gereksiz büyük (Görüşmeci 50, Hekim).

Poliklinikler, servisler, ameliyathaneler ve acil servis gibi birimler arasındaki mesafelerin fazlalığının yanı sıra geniş, tek ya da çift kişilik, sayısı 18-24 arasında değişen hasta odaları uzun bir koridorda sıralanmaktadır. Bu nedenle hasta viziteleri, konsültasyonlar ve nöbetler sırasında sağlık çalışanlarının kat ettikleri mesafeler çoğalmakta bu durum fiziksel yorgunluğun yanı sıra ciddi zamansal kayıplara da yol açmaktadır:

Ben şuan konsültan hekim olarak çalışıyorum birisi arıyor 7. katta şu hastam var bakar mısın diyor. Kalkıp gidiyorum poliklinik kapısında bir sürü kişi var

bekleyen. İnsanları yarıp gidiyorum. Sonra biri arıyor 8. katta bir hastamız var diyor oraya koşturuyorum hastayı görüp polikliniğe geri dönüyorum acilden arıyorlar hasta geldi diyorlar acile koşturuyorum. Mesafeler o kadar fazla ki çok ciddi bir zorluk yaşıyorum (Görüşmeci 50, Hekim).

Mesafelerden dolayı fiziksek olarak aşırı yorucu. Vizite gidip gelmek insanı bitiriyor. Sabah normalde aynı serviste olsak yarım saatte bitireceğimiz vizit, 1,5 saat sürüyor. Sabah 1,5 akşam 1,5 saat vizit yapıyorsun. Sabah vizitten koştur koştur kan ter içinde polikliniğe git. Poliklinikte kapıda 30-40 hasta bekliyor toplamda günde 100 hasta bakıyorsun. 100 hastayı muayene ettikten sonra beyin tükeniyor zaten çıkıp tekrar vizit yapıyorsun. Bazı arkadaşlar kısa yolunu bulmuştu akşam vizit yapmıyordu. Ama benim içim rahat etmiyordu çünkü bir şey kaçırırsan sıkıntı olur (Görüşmeci 34, Hekim).

Burada poliklinikten hasta yatırılıyorsun servise, servisten ameliyata, ameliyattan sonra ekstra bir şey oluyor. Bu takip, mesafeler çok uzak olduğu için çok zor oluyor. Mesela poliklinik yapıyorsun, acil bir hasta çıkıyor, acile gitmen 5-10 dakikanı alıyor. Poliklinikteki hastalar bekliyor (Görüşmeci 47, Hekim).

Hastane çok büyük ve kompakt değil. Kompakt olmaması bir yerden bir yere ulaşımı özellikle konsültasyonlarda bir yerden bir yere giderken çok zamanımızı alıyor. Nöbetler için de yine çok zorluyor bizi. Eskiden bir nöbette 3 km yol yürüyorsak şimdi bir nöbette 10 km yol yürüyorsun (Görüşmeci 51, Hekim).

Eve gittiğimde ayaklarımın altı falakaya yatırılmış, işkence görmüş gibi ağrıyor. Bakıyorum günlük 15-20 bin adım atmışım ve bunun çoğunu iş yapmak için değil mesafeleri kat etmek için atıyorum. Zamanımın çoğu bir yerden bir yere gitmekle geçiyor (Görüşmeci 62, Hemşire).

Hastanenin mekânsal büyüklüğüne karşın personel sayısında yeterli artışın gerçekleşmemesi özellikle nöbetlerdeki iş yükünü ciddi oranda artırmaktadır. Farklı birimlerde çalışan çok sayıda hekim ve hemşire nöbetler sırasında çok sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir:

Çalışma şartları çok ağır. Hemşirenin üzerine binen iş yükü çok fazla. Buraya taşınırken çok fazla arkadaş emekli oldu sayımız azaldı. Onkolojide serviste 24 hastaya bakıyorum, eski hastanede 20 hastaya bakıyordum. Sadece 4 hasta artmış, çok artmamış diyebilirsiniz ama eskiden 3 m2'lik bir odada 6 tane ya da 4 tane hasta yatardı şimdi 24 m2'lik odada tek hasta yatıyor yani alanın ne kadar büyüdüğünü hesap edin. Ben bir nöbetimde adım hesabı yaptım. Stabil bir hastaya 16 saatlik bir nöbette 6 kere gitmek zorundayım. Eğer bu hasta koridorun başındaysa 29 adım atıyorum en sonundaki odadaysa 53 adım. Tüm nöbet boyunca en uzaktaki hastaya gitmek için 2,7 km yürüyorum. Bu sadece o hastaya bakmak için gittiğim yol. 24 hasta için hesapladığınızda korkunç bir rakam ortaya çıkıyor. Nöbetten çıkarken yürümeye dermanım kalmıyor, bitik durumda oluyorum (Görüşmeci 61, Hemşire).

Nöbet çok büyük sıkıntı. Çocukta biri acil, biri servisler olmak üzere 2 kişi nöbetçi kalıyor. Servisçi hekim 9 kata bakıyor. 2 tane yoğun bakım var, 2 tane yeni doğan yoğun bakım var, bir sürü servis var yani çok büyük sıkıntı. Fiziki mekân çok büyük, nöbetçi olduğumuzda oradan çağırıyorlar buradan çağırıyorlar acil hasta

oluyor, travmalı hasta oluyor yetişemiyoruz hepsini gezince zaten nöbet bitiyor. Yapman gereken diğer işleri yapamıyorsun sabaha kadar (Görüşmeci 47, Hekim).

Eskiden servislerde 5-6 kişi aynı odada kalıyordu. Şimdi en fazla 2 hasta aynı odada kalıyor. Oda sayısı beşken 18'e çıktı. Koridorlar bu nedenle çok uzun. Servislerde sadece bir hemşire nöbet tutuyor. Bir odadan bir odaya gidip gelmek çok zaman alıyor. Bir odadaki hasta fenalaştığında koridorun diğer ucundaki hasta da ağırlaşırsa yetişmek neredeyse mümkün değil (Görüşmeci 58, Hemşire).

Nöbetler çok büyük bir sorun. Nöbetlerde mesafelerden dolayı zaten sorun oluyor ama en önemlisi nöbet tutan personel sayısı az personel sayısı yetersiz olduğu için. Yoğun bakımlar ve servislere yani tüm 9 kata bir hekim bakıyor, bir kişi de acile bakıyor. Bu tüm hastane için geçerli yani tüm nöbetçi arkadaşlar için geçerli mesela sezeryana girecek kadın doğumcu arkadaş için de sıkıntılı. Gidilecek yer çok fazla, mesafe çok fazla. İnşaat yapılırken yapılan yanlış daha sonrasında personeli çok yoruyor. Mesela koridor çok uzun. Bir hemşire bir hastadan diğerine yetişebilmek için müthiş bir zaman kaybı ve yorgunluk yaşıyor. Odalar tek ya da iki kişilik. Hasta için konforlu ama çalışan için çok büyük bir külfet. Tek tek tüm hastaları kontrol ediyor hemşireler hele hasta sıkıntılı bir hastaysa, ateşliyse sürekli o hastaya kontrole gitmek bitiriyor hemşireyi. Sabaha bitmiş oluyor hemşire (Görüşmeci 34, Hekim).

Nöbetlerde yaşanan bu sıkıntılar nedeniyle görüşmeciler bazı birimlerde nöbetçi sayısını artırma yoluna gidildiğini ifade etmişlerdir. Personel sayısı aynı kaldığı için bu uygulama çalışanların nöbet sıklığının artmasına yol açmaktadır bu sebeple çalışanlar arasında şikayetlere yol açmaktadır:

Nöbetleri ikiye kişiye çıkarmaya çalışıyorlar. Geçen ay ve bu ay gece 12'ye kadar nöbeti çiftleme uygulaması başlattık. O yüzden ben geçen ay 80 saat fazla mesai yaptım. Önümüzdeki aydan itibaren tüm gece 2 kişi nöbet tutacak. Biz iki senedir diretiyoruz, sendika olarak da diretiyoruz diyoruz ki yetmiyoruz yetemiyoruz buraya eleman takviyesi yapılarak nöbetlerin ikiye çıkarılmasını talep ediyoruz. Hastalardan şikâyet olunca ancak bu uygulama başladı hemşire hanım benimle yeteri kadar ilgilenemedi diğer hastalarla ilgilendi diye ama personel sayısını artırmadan nöbetçi sayısını ikiye çıkardılar. Böyle olunca nöbet sayımız katlandı dün gece buradaydım yarın gece yine buradayım. Haftada sadece 2 gece evimde akşam yemeği yiyebiliyorum evli bir kadını, bir aile yaşıyorum var ama eşimi görmüyorum. Küçük çocuğu olan arkadaşlarımız var. Sadece bizleri etkilemiyor tüm aile yaşantımızı etkiliyor. Devlet hastanesinde haftada 1 bilemedin en fazla 2 nöbet gelirdi. Şuan haftada 4 gün nöbet tutuyoruz. Tükenmiş bir durumdayız (Görüşmeci 61, Hemşire).

Şehir hastanelerinde katlar arası ulaşımın sadece asansörler aracılığıyla sağlanması mekânsal büyüklüğün neden olduğu zamansal kayıpları artırmaktadır. Şehir hastanelerinde yangın merdivenleri dışında bir merdiven bulunmaktadır. Yangın merdivenlerinin kapısı da kilitli durumdadır sadece acil durumlarda açılmaktadır bu nedenle hastalar ve tüm personel asansörleri kullanmak zorundadır. Personel için ayrı

bir asansör bulunmaması özellikle hastanenin yoğun olduğu saatlerde ciddi zaman kayıplarına yol açmaktadır:

Hastanenin çok büyük olması çalışma anlamında en büyük sorun. Ölü alanlar çok fazla. Ameliyathaneler çok büyük. Hasta bir kattan bir kata transfer edilecek bir yoğun bakımdan başka bir yoğun bakıma götürülecek bazen ambu¹⁵⁰ yaparak 2. tüp değiştiriliyor bazen 3. tüp değiştiriliyor. Yani bitmeyen bir koridor, asansör sıkıntısı var. Mesela ameliyathaneden çıkan ya da personelin çıktığı bir asansör var ama tabi hastanede merdiven olmadığı için sadece yangın merdiveni var dolayısıyla zaten mesafe uzak zaten personel sayısı sıkıntılı insanların bir yerden bir yere çabuk gitmesi gerekiyor dolayısıyla diğer asansörlerde kullanılıyor tüm asansörler aşırı yoğun oluyor. Bir yerden bir yere gitmek aşırı zaman kaybı ve yorucu (Görüşmeci 62, Hemşire).

Hastanenin fiziki şartları zor. Hastane çok büyük bir yerden bir yere gitmek çok zor. Fiziksel olarak çok fazla efor sarf ediyoruz. Kocaman hastaneye doktor sayısı yetmiyor. Yetmediği için de bizi çok yoruyor. Hasta sayısı çok çünkü başka alternatifleri yok insanların. Mersin'de Toros devlet hastanesi var onun dışında alternatif hastane yok. Toros'ta çocuk hastalıkları bölümü yok. Herkes buraya geliyor, yığılma oluyor. Bu kadar insan asansörleri kullanıyor zaten mesafeler uzak bir de asansör bekliyorsunuz. Asansör direk gelirse ve binersem bir üst kattan alt kata inmem 7 dakika sürüyor hesapladım. Eğer asansör beklersem 10-15 dakika sürüyor ve düşünün ben bunu gün içinde onlarca kez yapmak zorundayım (Görüşmeci 35, Hekim).

Mesela konsültasyona gitmeniz gerekiyor ama aynı zamanda 8.kattaki hastaya da gitmeniz gerekiyor. Bütün bu yerlere gitmek ve aynı anda da poliklinik yapmak zorundasınız. Hastane çok büyük bu yüzden çok yıpratıcı. Çok büyük, ulaşım çok sıkıntılı. Konsültasyon için tüm gününüz asansör beklemeyle geçebiliyor. Poliklinikten servise gitmek yarım saatinizi alıyor. Yetişmekte zorlanıyoruz (Görüşmeci 52, Hekim).

Şehir hastanelerinin mekânsal büyüklüğü nedeniyle hastane içi ulaşım için kullanılan golf arabalarının sağlık çalışanları tarafından kullanılmasının yasak olması da sağlık çalışanları tarafından dile getirilen en önemli şikayetlerden birisi:

Koskoca hastanede konsültan hekimler tüm gün oradan oraya koşturuyorlar, biz servis, poliklinik ve acil arasında koşturuyoruz. Yetişmekte zorlanmamıza rağmen golf arabalarını kesinlikle kullanamıyoruz. Sağlık çalışanları her yere yürüyerek yetişmek zorundalar (Görüşmeci 7, Hekim).

Toplamda 2 tane golf arabası var. Toplam 10 kişilik ama basında sanki bu araçlardan onlarca varmış gibi anlatılıyor. 10.000 hasta geliyor günde bu araçlar sadece bir koridorda var. Hastalardan fırsat kalmaz zaten ama sağlık çalışanlarının binmesinin yasak olması çok kötü. Bazen çok aceleniz olduğunda ihtiyacınız olduğunda binemiyorsunuz (Görüşmeci 68, Uzman).

¹⁵⁰ Ambu, solunum arresti gibi temel yaşam desteği sunulacak veya anestezi uygulanan durumlarda solunumu desteklemek amaçlı manuel kullanılan bir ekipmandır.

Şehir hastanelerinde hasta içi ulaşım için harcanan sürelerin uzunluğu zamanın çok kritik bir öneme sahip olduğu sağlık hizmetlerinde sağlık çalışanlarının üzerindeki stresi artırmaktadır. Özellikle mavi kod¹⁵¹ ve diğer acil durumlarda çok ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin çok yüksek olduğu bu dönemde beyaz kod¹⁵² erişim süresinin de uzamasına neden olmaktadır. Hastane içerisinde bir yerden bir yere gitmenin, asansör beklemenin, birbirine uzak hasta odaları arasında mekik dokumanın uzun sürelerle mâl olması, sağlık çalışanlarının mesailerinin bir kısmını işgal ederek hastalara ayrılacak süreleri azaltmaktadır:

Servis, poliklinik ve acil arasında geçen süre neredeyse muayene süresi kadar. Acilden çağrılıyorum mecbur poliklinik hastalarımı bırakıyorum. Geri geliyorum onlarca hasta var kapıda hızlı hızlı eritmek zorunda kalıyorum hasta sırasını (Görüşmeci 11, Hekim).

Birim iş yapmak için harcadığımız zaman arttı. Eskiden bir hastaya bakmak için ayırdığımız zaman her anlamda poliklinik, konsültasyon vs. daha azdı ama sürenin tamamını hastaya harcıyorduk çünkü böyle zaman kayıpları yoktu. Şuan daha uzun süre harcıyoruz ama bu zamanın büyük çoğunluğu mesafeleri kat etmekle geçiyor bu yüzden hastaya ayrılan süre daha az oluyor. Hastalara eskisi kadar süre ayırmak istersen daha az hasta bakman lazım. Ama burada eskiye göre daha çok hasta bakıyoruz o yüzden eskisinden bile daha az zaman ayırabiliyorsun hastalara (Görüşmeci 37, Hekim).

Önceki bölümde tartışıldığı gibi, sağlık emek sürecinde hekim özerkliğini erozyona uğratan en önemli unsurlardan birisi, hekimlerin hastalarına ayıracakları süreleri belirleyebilme inisiyatiflerini kaybetmeleridir. MHRS ile birim zaman içerisinde verilebilecek randevu sayısı ve süresinin Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmesi, hekimlerin muayene süresini tayin etme haklarını ellerinden alarak çalışma temposunun SB tarafından belirlenebilmesini sağlamaktadır:

MHRS randevularının arasındaki süre bize resmen dayatılarak belirleniyor. Her klinik eşitmiş gibi, iş yükü, muayene süresi eşitmiş gibi belirleniyor. Klinik özerkliğimiz tamamen elimizden alınıyor. Ben kendi kliniğimin şartlarına göre her hastaya kaç dakika ayırmak istediğime karar veremiyorum. Merkezi şekilde belirlenen 10 dakikada bir randevu sistemine ayak uydurmak zorundayım (Görüşmeci 37, Hekim).

Hekimlerin randevulu hasta sayısını belirleyememesinin yanı sıra şehir hastanelerinde randevusuz gelerek kayıt olan hasta sayısını da belirleme imkanları

¹⁵¹ Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan hastalar, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır.

¹⁵² Hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan acil durum yönetim aracıdır.

bulunmamaktadır. Başka bir ifade ile şehir hastanelerinde hekimler bir günde muayene edecekleri hasta sayısını belirleme inisiyatiflerini tamamen yitirmektedirler. Görüşmeciler, bu durumun başhekimliğin gün içinde hastaneye başvuran tüm hastaların muayene edilmesi için sağlık çalışanları üzerinde uyguladıkları baskıdan kaynaklandığını ifade etmektedir:

Ben randevusuz sadece şu kadar hasta bakacağım dersiniz kayıttaki görevliye hemen telefon açılıyor. Sıkıntı mı var niye az hasta bakıyorsunuz. Gelen diğer hastalara da bakın diye gayri resmi bir baskı var yani. Eğer bakmazsanız ben gittim ama muayene olamadım diyen her hasta, yönetime şikâyet eden her hasta bir şekilde baktırılıyor. Yani hiçbir şey olmasa şikâyet eden hasta için başhekim yardımcısı arıyor benim yakınım diyor. Baktırılıyor (Görüşmeci 51, Hekim)

Baktığımız hasta sayısını artıran en önemli şey, hastaneye gelen hastaya bakacaksınız denmesi. Bir çocuk psikiyatristinin bir günde göreceği hastanın normali 20'dir Avrupa'da 10'dur, Amerika'da 5'tir, az gelişmiş ülkelerde 20'dir. Bizim hastanemizde ortalama 40, bazı günlerde 50'de baktığımız oluyor. Tabi buna bakmak denmiyor artık, ancak bakmış gibi olmak denebilir (Görüşmeci 50, Hekim).

Başhekimliğin sağlık çalışanları üzerinde baskısı var. Biz randevusuz hasta bakmak istemiyoruz diyoruz, onlar her gelen hastaya bakın diyor. En son günde 60 hasta bakın dediler. Yani daha çok hasta bakılsın diye bir baskı var (Görüşmeci 9, Hekim).

Görüşmeciler tarafından başhekimliğin hastaneye başvuran tüm hastalara bakılması yönünde sağlık çalışanları üzerinde kurduğu baskının siyasi kaygılardan kaynaklandığı düşünülmektedir:

Randevular 10 dakikada bir veriliyor. Bana sabahtan akşama 38 randevu veriyor sistem üstüne aradan giren ve kontrollerle birlikte 90'ı buluyor bazen 100'ü buluyor. Ben en az bakanım, ben 70 bakınca bir gün, öbürü 150 bakmak zorunda kalıyor. Araya giren hastaları kabul etmeme şansınız yok hemen idareden yani başhekimlikten araniyorsunuz 20 hasta daha al diyor. Burada siyasi kaygı söz konusu, hasta geri gitmesin, gazetelere çıkmayalım kaygısı var. Yeni açılmış bir şehir hastanesi bu kadar reklam yaptık basında, sıkıntı olmasın. Hemen kapatmaya çalışıyorlar, bir hasta birikimi falan olduğu zaman. Doktor ölsün umurlarında değil. Önemli olan hastanın bakılması. Şehir hastanesinde gelen hasta bakılacak mantığı var. Hasta geri dönmeyecek. Acil olsun olmasın, polikliniğe gelmiş bakılacak (Görüşmeci 34, Hekim).

Bakanlık ya da başhekimlik ya da il sağlık müdürlüğü, şehir hastanelerinin ideal çalıştığını, hiç bir sorun olmadığını, daha önce söylenen basına yansıyan aksaklıkların doğru olmadığını göstermek için hastayı reddetmeyeceksiniz diyorlar. Benim normalde bakmam gereken hasta sayısı maksimum 30 çünkü biz enfeksiyon hastalıkları kliniği bir hematoloğun bakması gereken hasta sayısı 30'dur. Bir onkoloğunki 30'u geçmemelidir. Bize gelen hasta normal dahiliyeye gitmiş işi çözülmemiş, normal göğse gitmiş işi çözülmemiş, normal acile gitmiş, sağlık ocağına gitmiş işi çözülmemiş komplike hasta. Sizin bu hastaya zaman ayırmanız lazım, önceki tahlillerine bakmanız lazım, hastayı adam gibi muayene

etmeniz lazım, gelen sonuçlarını adam gibi değerlendirmeniz lazım. Ama size 90 hasta gelirse sabah 3 saatiniz var, öğleden sonra 3 saatiniz var. 60 dakikadan 6 saat 360 dakika eder. 360 dakikayı 90 hastaya bölerseniz hastayı sadece bir kere gördüğünüz, sonucuna tekrar bakmadığınız durumda her hastaya 4 dakika düşer. Ben 4 dakikada bu hastaya tanı koyamam. Bir şeyleri atlarım, gözümünden kaçır. Bu yüzden vallahi billahi lavaboya bile gitmiyoruz. Ama idare diyor ki kaç kade muayene var 16.30'a kadar o zaman 16.20'de de gelse hasta alacaksın. 16.20'de gelen hastanın önünde 10 tane bekleyen hasta var zaten. Olsun 16.20'de gelmiş hastayı kayıt edeceksin geri çeviremezsin (Görüşmeci 45, Hekim).

Fabrikada işçinin hızı kendi dışında belirlenmiş bir makine veya makinalar sisteminin temposuna göre hareket etmek zorunda kalması böylece makinanın bir uzantısı haline gelmesi gibi sağlık çalışanlarının çalışma temposu MHRS ve başhekimliğin baskısı yoluyla yönetim tarafından belirlenmektedir. Birim zamanda muayene edilecek hasta sayısı artırılarak sağlık çalışanlarının emek yoğunluğunun artırılması mümkün hale gelmektedir. Benzer şekilde bir görüşmeci de yaşadıkları süreci fabrika analogisiyle ifade etmiştir:

Ben psikiyatristim 5 dakikada hastayı dinlemem ve tanı koymam mümkün değil. Günde 60-70 hastaya poliklinik yapıyorum. Sizinle görüşene kadar 57 hasta baktım, 13 tane daha randevulu hastam var, 6 tane de normal sıra almış hastam kalmış. Bugün 76 hastaya poliklinik yapacağım. Ortalama 7 saat deseniz poliklinik süresine hasta başına 5-6 dakika düşüyor. Hasta ile ilgili not almam ve reçetesini yazmam zaten 5 dakika sürüyor ben bir de hastayı dinlemek zorundayım bu sürede. Mümkün mü sizce? Bazı hastalarla uzun konuşmam gerekebiliyor. Başka bir hasta kapıyı açıyor benim randevum vardı 5 dakika gecikti diyor. Burası fabrika mı? Hasta da yönetim de bizden fabrika gibi çalışmamızı bekliyor. Takır takır önüne bant geliyor, vidaları sıkıyorsun gidiyor. Vida geliyor sıkıyorsun, gidiyor. Hasta gelecek bakacağım çıkacak, diğeri girecek hastaların içeri girme çıkma hızını onlar belirleyecek ben önüme gelen hastaya bakıp, göndereceğim. Böyle şey mi olur? (Görüşmeci 5, Hekim).

Eskişehir Şehir Hastanesi'nden bir hekim de TTB tarafından düzenlenen Şehir Hastaneleri: Yalanlar Ve Gerçekler Sempozyumu'nda şehir hastanelerinde deneyimledikleri süreci "fabrika türü üretim süreci" olarak nitelendirmiştir. Yılmaz (2019), yaklaşık 2600 sağlık çalışanının çalıştığı devasa bir sağlık birimi olan şehir hastanesinde çalışan değerinin hiç hissedilmediğini, hiç hissettirilmediğini belirtirken şehir hastanelerinin sağlık çalışanları açısından üzerlerindeki emek ve ücret sömürsünün giderek arttığı ve derinleştiği bir fabrika türü üretim ilişkisine sahip yeni bir çalışma alanı olduğunu ifade etmiştir.

Çalışma temposunun hızlandırılması yoluyla emek yoğunluğunun artırılması görece artış değer üretimini artırmaktadır. Hekimlerin birim zamanda yaptıkları iş

artarken aynı zamanda mekânsal büyüklük ve yüksek hasta sayısının yarattığı iş yükü çalışma süresinin uzamasına ve dinlenme sürelerinin kısaltılmasına ya da ortadan kalkmasına neden olarak mutlak artı değer üretimini artırmaktadır. Başka bir ifade ile şehir hastanelerinde hekimler mesai saatleri içerisinde daha çok hastaya bakarken aynı zamanda daha uzun saatler çalışmakta ve daha sık nöbet tutmaktadır:

Aslında biz hekimlerin sabit bir mesaisi yoktur yani bir hastanız kötüleşirse mesainiz uzar. Fakat şehir hastanelerinde mesaimizi uzatan şey sağlık hizmet üretim biçiminin kendisi yani sistem daha çok ve daha uzun saatler çalışmanızı gerektiriyor. Zamanımızın çoğunu hastane içi ulaşımaya harcıyoruz. Hem yatan hastamız var hem yoğun bakım hastalarımız var. Diğer klinikler konsültasyon için çağırıyor o arada poliklinik hizmeti de vermek zorundayız. Yatan hastayı ziyaret etmem ya da konsültasyonu yapıp polikliniğe dönmem 40 dakikayı bulabiliyor. O süre boyunca poliklinikteki hastaları bekletmek zorunda kalıyorum. Bunu telafi etmek için ya mesaiden önce gelip vizitleri halletmem gerekiyor ya geç çıkıp tüm işleri halletmem (Görüşmeci 37, Hekim).

Daha fazla çalışıyoruz, daha fazla yoruluyoruz. Yetişmek için herkesten önce gelip herkesten sonra çıkıyorum (Görüşmeci 9, Hekim).

Eski hastanede kıdemli asistan olduğunuzda nöbet sayınız düşerdi burada maalesef düşmüyor çünkü personel az, iş çok. Yani burada herkes daha çok nöbete kalıyor (Görüşmeci 15, Asistan Hekim).

Ben sabah 8'de başlasa da mesaim 7'de geliyorum çünkü her katta hastam var, gez gez poliklinik saatine kadar hastalarımı bitiremiyorum. Nöbette de aynı şey oluyor fiziki mekân çok geniş olduğu için oradan çağırıyorlar, buradan çağırıyorlar, acil hasta oluyor, travmalı hasta oluyor yetişemiyorum hepsini gezince zaten nöbet bitiyor. Yapman gereken diğer işleri yapamıyorsun sabaha kadar mecburen geç çıkıyorum dinlenme süremden yiyorum (Görüşmeci 47, Hekim).

İş yükü çok fazla, nöbet sayılarımız arttı. Konsültasyonlara yetişmek çok zor. Mesafeler çok uzak. Mecburen hastaneden çok geç çıkıyoruz. Hekimlerin bu şartlara çok fazla dayanabileceğini düşünmüyorum eninde sonunda iflas edecek vücutlarımız (Görüşmeci 40, Hekim).

Şehir hastanelerinde nöbet sıklığının artmasının yanı sıra icap nöbetleri de artan iş yükü nedeniyle zorlaşmaktadır. Ambulansların şehir hastanelerinin acillerine sevk edilmesi, sağlık hizmetlerinin dönüşümü kapsamında artan acil servis başvurularının şehir hastaneleriyle birlikte daha da tırmanması icap nöbeti tutma yükümlülüğü bulunan hekimleri çok zorlamaktadır:

Nöbet tutmayan hekimler icap nöbeti kapsamında arandıkları anda hastaneye teşrif etmek zorundalar. İcap nöbetinin amacı acil durumlarda uzman hekimin görmesi. Fakat tüm gece sürekli arama geliyor ama bunların neredeyse hiçbiri acil değil. İnsanlarda 7 gün 24 saat emre amade bir sağlık hizmeti gibi bir algı oluştu. Birisi acile başvurduğu anda kendini acil addediyor. Örneğin bir hastanın

sızlayan bir nasırı var, gece 11-12'de acile gelmeye karar veriyor ve acilde illa uzman bir doktor görsün beni diyor. Talebi karşılanmazsa tartışma başlıyor ve sonunda bir olay çıkmasın diye uzman doktor arıyor ve çağırılıyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Görüşmeciler, nöbetlerde ve icap nöbetlerinde bakılan hasta sayısının yüksek olmasında acil olmayan vakaların da bakılması konusunda başhekimliğin baskısının çok etkili olduğunu dile getirmişlerdir:

Acile gelen hastalar acil olsun olmasın bakılıyor çünkü başhekimliğin acilde rutin vaka da bakın diye bir baskısı var (Görüşmeci 12, Hekim).

Hekimler gibi yardımcı sağlık personeli özellikle hemşireler de çalışma saatleri içerisinde daha yoğun çalıştıkları gibi çalışma saatlerini uzatmak zorunda kalmakta, dinlenme sürelerini kısaltmakta ve daha sık nöbet tutmaktadır böylece hemşire emeği üzerinden sağlanan mutlak ve artı değer üretimi de artmaktadır:

Nöbeti yok diye geçmek için çok uğraştığım birimde nöbet olmasa bile gece 12'ye kadar çalışıyorum. Sabah tekrar mesaiye geliyorum. Mersin Devlet Hastanesi de yoğundu ama burada durum çok farklı hasta çok, hastane çok büyük. Burası ayrı bir dünya. İşler asla yetişmiyor gece 12'ye kadar kalmak zorunda kalıyorum. Özel hayatımız kalmadı (Görüşmeci 62, Hemşire).

Fazla mesaimiz 100 saati geçiyor. 120-130 saat olan aylar oluyor. Eski hastanede fazla mesaimiz 70-80 saat oluyordu ama bu kadar olmuyordu. Gün aşırı nöbet tutuyoruz. Ayda sadece bir hafta sonumuz boş diğer hafta sonları nöbetimiz var (Görüşmeci 26, Hemşire).

Burada yoğun bakım diyaliz makinası sayısı artırıldı ve hastane çok büyük olduğu için çok dağınık yerlerde farklı noktalara gitmek zorunda kalıyoruz. Seanslı hastalar içinse makine sayımız azaldı eski hastaneye göre hasta sayımız fazla ama makine sayımız az. Orada 40 makine ile çalışıyorduk burada 30 makinaya düştük. Mecburen yetiştirmek için çalışma saatlerimizi artırdık. 3. seansların açılmasına sebep oldu 6 gün boyunca bu yüzden daha uzun sürelerde çalışıyoruz (Görüşmeci 60, Hemşire).

16 saat boyunca acil servisten sadece yemeğe çıkarken çıkabiliyorum. Yemek süremden çalışıyorum bazen yemek yiyemiyorum, ayakta bir şeyler atıştırıyorum. Bir çay içmeyi geçin tuvalete gitme şansım yok. Benim tuvalete gitmem için birisinin benim yerime bakması lazım bir arkadaştan rica edersem o bulunduğu yeri bırakabilirse bu yoğunlukta 5 dakika benim yerime bakabilirse gidebilirim. Yoksa buradan çıkamıyorum. O yüzden tuvalete gitmemek için su içmiyorum (Görüşmeci 24, Hemşire).

Şehir hastanelerinde “mesai dışı” anlayışını ortadan kaldıran uygulamalar da mutlak artı değer üretimini artırmaktadır:

Hasta sayısı çok yüksek olduğu için görüntüleme hizmetleri 7 gün 24 saat hizmet veriyor. Fakat sabaha kadar çekim olsa da görüntüleme raporlarını yazacak insan gücü yeterli olmadığı için görüntüleme raporlama da hizmet alımı oldu.

Böylece sabaha kadar rapor da yazılmaya başlandı. Tetkik sonuçları da bize 7/24 herhangi bir saatte gönderilmeye başladı. Yani biz onlar gönderdiği anda 7 gün 24 saat tetkik sonuçlarına bakmak zorundayız. Tetkik sonuçları bize whatsapp üzerinden gönderiliyor. Yani mesai dışı diye bir kavram kalmadı. Eve iş götürmek zorunda kalıyoruz. Her an emre amade şekilde tetkik sonuçlarına bakmak zorundayız (Görüşmecisi 37, Hekim).

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın ifade ettiğine göre şehir hastanelerinde nöbet tutulan branşların artırılması için çalışmalar başlamıştır. Bakan'ın ifadesi ile;

Şehir hastanelerini, branş çeşitliliğinin fazla olduğu, herhangi bir hizmet eksikliğinin olmadığı, hatta 7 gün 24 saat sağlık hizmetinin verildiği kurumlar haline getirmek için bazı hastanelerimizde çalışmalara başladık. Şu an Bilkent'te kısmen başladı. Bursa'da ve Eskişehir'de de başlamış oldu. Hafta sonu veya gece bir kulak burun boğaz, cildiye veya nöroloji bölümlerine gitmek istediğinizde bu bölümleri genelde nöbetçinin olmadığı branşlar olarak biliriz. Gideceğimiz yer de aciller olur. 18 branşa kadar 24 saat hafta sonları da dahil olmak üzere nöbet sistemini devreye sokmaya başladık. Vatandaş, Ankara'da bu branşlara gitmek istediğinde şehir hastanesinde bu branşların olduğunu biliyor olmalı. Şehir hastanesine o branş için gelebilir olmalı ("Şehir hastanelerinde '24 saat nöbet' uygulaması", 2020).

Şehir hastanelerinde kullanılan ileri teknoloji tıbbi donanım, birim zamanda daha çok hizmet üretilmesini sağlayarak sağlık emek gücü üzerinden elde edilen artı değeri artırmaktadır. Başka bir ifade ile, tıbbi teknoloji, sermayenin organik bileşimini artırarak nispi artı değeri artırmaktadır. Bu süreç, hekimlerin birim zamanda ürettikleri hizmeti artırabilmek için tanı sürecinde hastanın öyküsünü alma yerine tetkik sonuçlarına yönelme eğilimleriyle kol kola gitmektedir. Tetkike yönelme eğilimi, şehir hastaneleri öncesi süreçte de görülse de şehir hastaneleriyle birlikte yoğunlaşmıştır. Muayene edilecek hasta sayısının artırılmasına dönük baskılar ve mekânsal büyüklüğün yarattığı zaman kayıpları nedeniyle hastalara ayrılan sürelerin iyice kısılması bu eğilimi yoğunlaştırırken son teknoloji her türlü tıbbi donanımın varlığı bu eğilimi desteklemektedir:

Günde 100 hasta bakan doktor, hastaya ortalama 3,5 dakika ayırıyor. Ben kendimden yola çıkarak bir hesap yaptım ben 100 hastaya baktığım gün ortalama 3,5 dakika ayırıyorum. Ben 3,5 dakikada muayene ediyorum ama bu benim tecrübemle ilgili 2-3 soru ile anamnezde hastayı anlıyordum. Genç hekim arkadaşlar için bu çok da mümkün değil mesleki tecrübe ile bile çok riskli ve zor bu kadar kısa sürede teşhis koyabilmek. Kısa sürede teşhis koymak tetkike yönelimi artırıyor bu da sağlık maliyetlerini artırıyor. Mesela ben de yapıyordum içerdeki hasta öksürüyor ve ardında da kapıda bir kaç tane sorun çıkaran hasta var, kapı çok kötü, bunalmışsın. Hemen bir akciğer filmi istiyorsun, sen hemen filmi çekti gel diyorsun, yarım saat sürer. Yarım saatte ben kapının önünü boşaltmış oluyordum, geldiğinde bu sefer hem filme bakıp hem daha iyi

dinliyordum. Belki baştan daha iyi dinleyebilsem filmi istemeyeceğim veya ishali var çocuğun, iyice konuşup viral, bakteriyal ne olduğunu anlayacağım ama bakıyorum ki çok hasta var, bunalmışım en az 50 kişi daha var döndüremeyeceğim bu kadar hastayı, olay çıkacak hemen kaka tahlilini yaptır, 2 saat sonra gel bir bakayım sonuca. İş yüküm daha da artıyor bir noktada aynı hastaya iki kere bakıyorum, belki bir kerede teşhis koyacağım ama böylece döngüyü sağlayabiliyorum. Beyin cerrahı napıyor, MR istiyor, tomografi istiyor. Maliyete bak. Ne yapsın kapıda hasta bekliyor, bizimki acil diyor sürekli hastalar, o da ne diyor şu MR çektir 2 gün sonra gel. Şirket açısından ve başhekimlik açısından bir sıkıntı yok. Hastane SGK'dan alıyor, şirket devletten alıyor (Görüşmeci 34, Hekim).

Hasta sayısının yüksekliği ve mekânsal büyüklüğün neden olduğu zaman kayıpları kadar şehir hastanelerindeki prosedür işlemleri de hastalara ayrılacak süreleri kısaltarak hekimleri tetkik sonuçlarına yöneltmektedir. Özellikle polikliniklerde sekretersiz çalışma zorunluluğu nedeniyle hekimlerin hastaya ilişkin tüm bilgisayar işlemlerini kendilerinin yapması muayene sürelerinin büyük bir kısmının bu işlemlere ayrılmasını gerektirmektedir:

Mekân devasa olunca, hasta sayısı bu kadar çok olunca hekim istediği kadar iyi olsun yetişemiyorsun. Üstüne bir de burada bilgisayarda yapmamız gereken işlemler arttı. Napıyorsun tetkik istiyorsun hastayı dinlemek yerine bilgisayardan tahlillere bakıyorsun. Sağlıkta başarıyı getiren hastanın hikayesini alma, muayenesini yapma ve ondan sonra karar verme kısmı yani en kritik iki ayağı ortadan kalkmış oluyor, kayboluyor. Tetkiklere yönelmeyi artırmasının yanında daha da önemlisi yanılmayı artırıyor. Hastanın iyiye gidiş, kötüye gidiş durumunu denetleyemiyorsun doğal olarak da tedavi başarısını ortadan kaldırıyor. En önemli sorunlardan birisi de polikliniklerde sekretersiz ve hemşiresiz çalışmak zorunda bırakılmamız. Neredeyse temizliği bile bize yaptıracaklar. Bunların hepsi muayeneden çalınan zamanlar. Hastanın yüzüne bakmadan bilgisayara veri giriyoruz bu nedenle hasta ile aramızdaki ilişki hiç tatmin edici değil. Mesela serviste yatan bir hasta doktor ve hemşireler bizimle ilgilenmek yerine bilgisayarda oyun oynuyor diye şikâyetle bulunmuş. Dışardan bakınca haklı çünkü vizite ve muayenelere ayırdığımız süreden daha fazlasını bilgisayara veri, tedavi ve rapor girişi yapmak için harcıyoruz (Görüşmeci 37, Hekim).

Resmen bilgisayara bağlı hale geldik ve hastalardan koptuk. Tüm işlemleri bilgisayar üzerinden yapmak zorundayız ve bu işlemler çok uzun sürüyor. Üstüne poliklinikte sekretersiz çalışmak iş yükünü tamamen doktora yüklenmesi demek, tüm istemler bizim tarafımızdan yapılıyor. Ben hastayı mı dinleyim, o sırada istemleri mi sisteme gireyim sırada onlarca hasta var. 2 dakikada hastayı muayene etmek zorundayım yani ne yapayım tetkikleri sisteme girmem zaten 5 dakika oluyor. Hasta odadan çıkıyor ben daha ona ait işlemleri bitirememiş oluyorum (Görüşmeci 40, Hekim).

Şehir hastanelerine geçişle birlikte prosedür işlemlerinin ciddi oranda artışı, tüm görüşmeciler tarafından dile getirilen bir şikayettir. Bilgisayar ve evrak işlerinin artışının en önemli sebeplerinden birisi şehir hastanelerinin “dijital hastane”

çerçevesinde işletilmesidir. Prosedür işlemlerin artışı en çok hemşireleri etkilemekte, hemşireler çalışma sürelerinin büyük bir kısmını bu işlemler için harcamaktadır. Şehir hastaneleri öncesinde de hemşireleri “veri giriş elemanı” haline getiren prosedür işlemleri (Ünlütürk Ulutaş, 2011: 139), şehir hastanelerine geçişle birlikte katlanarak artmıştır:

Şehir hastanesine geçiş çalışanları kötü etkiledi. İşlere yetişemiyoruz ve sürekli iş yükümüz artıyor. Burada hasta sayımız çok fazla ve bilgisayar işimiz çok çoğaldı. Bilgisayar başından kalkıp hastaya bakamıyoruz (Görüşmeci 66, Hemşire).

Bilgisayar üzerinden yapılan işlemler çok çoğaldığı için, kaliteye dayalı işlemler çok çoğaldığı için iş yükümüz çok arttı. Devlet hastanesinde bu kadar yoktu. Buraya geçerken tamamen dijital bir hastane olacağı söylendi ama bu tam oturtulmadı hem kâğıt üstünden hem dijital yürütüldüğü için işimiz bitmiyor. Eskiden kâğıt üzerinde yaptığımız şeyleri bize dediler ki sadece bilgisayar üzerinden yapacaksınız. Ama ikisi birlikte devam ediyor. Bir olan işimiz iki oldu (Görüşmeci 61, Hemşire).

Beni tüketen şey hastanenin büyüklüğünün yanında evraklardaki prosedürler. Zaten servislerde hemşire az hastalara yetişmek mümkün değil ama biz hastadan daha çok bu işlere zaman harcıyoruz. Buraya gelmeden önce kesinlikle bu kadar evrak ve bilgisayar işi yapmıyorduk (Görüşmeci 62, Hemşire).

Şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını etkileyen en önemli unsurlardan birisi de hastanenin ikili yönetim yapısıdır. Görüşmecilerin tamamına yakını tarafından şehir hastanelerinde sözleşmenin egemen olduğu kamu idaresi ve özel girişimci arasındaki ilişkinin iş yapmayı zorlaştırdığı ve şirketin hastanedeki varlığı olumsuz bir gelişme olduğu dile getirilmiştir:

Kamu özel ortaklığı işin içine girince işleyişin yürümesi zorlaştı. Eski hastanede de yönetim çok iyi, harika değildi ama burada bir de şirket girince korkunç oldu. Orada direk yönetimle baş başaydık (Görüşmeci 52, Hekim).

Bambaşka bir kuruma geçmişiz gibi oldu. Kamu özel ortaklığı nedeniyle şirketten 19 kalem hizmet alımı yapılması ve onları şirketin yönetmesi bizim açımızdan en büyük handikap o. Eski devlet hastanesinde de hizmet alımı vardı, yine özel sektör vardı ama buradaki sorunların hiçbirini yaşamıyorduk (Görüşmeci 60, Hemşire).

Bir sorunla karşılaşıldığında muhatap bulamamak görüşülen tüm sağlık çalışanlarının ortaklaşa paylaştıkları bir saptamadır. Şehir hastanelerinde herhangi bir sorun karşısında ya da bir ihtiyaç durumunda Merkezi Yardım Masası'na (MYM) telefonla talep açılması gerekmektedir. Adana Şehir Hastanesi için 5555, Mersin Şehir Hastanesi için 911 numaralı telefonla ulaşılan MYM gelen talepleri ilgili birimlere iletmektedir. Hastanede özel girişimcinin sorumluluğuna bırakılan 19 kalem hizmetin

tamamı bu yardım masası üzerinden gerçekleştirilmektedir. Adana Şehir Hastanesi hastane yöneticisinin ifadeleriyle;

Kamu özeli beyni diyebileceğimiz bir yardım masamız var; 5555. Yardım masasına talepler açılıyor. Günlük ne kadar atık çıkmış yardım masasına giriliyor. Ne kadar steril alet yapmışım, ne kadar radyolojide röntgen, film çekmişim hepsi oradan takip ediliyor bütün miktarlar. Artı açılan talepler var. Günde ortalama 1200 civarı çağrı açılıyor yani benim hastam radyolojiye gidecek taşıma personeli, hasta odadan çıktı taburcu oldu dezenfeksiyon yapılacak bunların hepsi için telefonla 5555'ten çağrı oluşturuluyor. O çağrı şeffaf şekilde takip ediliyor. Bu modelin [kamu özel ortaklığı] diğer kamu hastanelerinden ve özelden farkı şu kendi kendini denetleyen sözleşmelere sahip. Sözleşmelerde parametreler, cezaları, hata puanları yazıyor. Mesela buraya su döküldüğünde benim ek14 hizmet şartlarındaki parametreler gereği çağrıyı yanıtlayma sürem var, onu bir de düzeltme sürem var. Siz bunu 10 dakika içerisinde temizlemelisiniz. 11 dakikaya gelince cezaya düşüyorum. Yardım masası dediğimiz yerden bütün bunları elektronik takip edebiliyoruz (Görüşmeci 1, Hastane Yöneticisi).

Merkezi yardım masası şirket tarafından gerçekleştirilen tüm işlemlerin ve sunulan tüm hizmetlerin tek bir merkezden kontrolünü ve kamunun şirkete yapacağı hizmet bedellerinin hesaplanmasını sağlamaktadır. Mersin Şehir Hastanesi hastane yöneticisi bu konuda şunları ifade etmiştir;

Ek14'te yer alan benim sunduğum 19 hizmetten bir tanesi yardım masası. Böyle büyük projelerde tek bir yere sorumluluk verirsın, orası alsın dağıtsın. Onla bunla uğraşmazsın, yardım masası onun için oluşturulmuş bir yapı. Aynı zamanda burada bana ödenen paraları veya kazancımı belirleyecek ve disiplin edecek, bana ceza oluşturabilecek bir yapıya sahip. Sözleşmede binlerce parametre var mesela bir hocaların bilgisayar çalışmıyorsa benim yiyeceğim ceza bellidir. Ne kadar sürede yapmam gerektiği sözleşmede belirli, o süre içinde ben adamın sorununa cevap vermezsem, bu temizlikte olur, bu bir bilgisayar arızasında olur, bu bir ameliyata hasta taşıma işlemi de olur, her hizmet için tanımlanmış ayrı ayrı eklerde var. Bu işi düzgün ve zamanında yapmazsam idare bana hem hata puanı, finansal olarak maddi ceza da verebiliyor. İki parçalı maddi, finansal yapımız var. Bazı işlemlerimiz bizim miktara bağlı, bazı hizmetlerimiz de götürü bedeli mesela temizlik hizmeti bizde götürü bedelidir yani ben sana aylık bu kadar personelle şu şu hizmetleri yapacağım. Ay sonunda oturuluyor, bakılıyor, yardım masasından talepleri çıkarıyoruz, bak bize bu kadar iş bildirmişsin biz bu kadarını yapmışız. Yardım masasında camın silinmesi istenmiş ama yerine getirilmemiş, onun ilgili parametresi var, oradan da ceza puanı ve parası hesaplanıyor ve benim aylık götürü bedelimden düşüyor. Radyoloji, laboratuvar ve fizik tedavi artı çamaşır, sterilizasyon hariç. Orada miktara bağlı anlaşmam var. Bana diyor ki sen aylık kaç test çalışmışsın laboratuvar, o kadarlık para kazanacaksın buradan. Orada şeye bakmıyor içeride kaç adamım var, sabit bir fiyat yok, ben belli bir seviyenin üstünde alıyorum ücreti, onun altına inmiyorum çünkü benim hazine garantim var yüzde 70 doluluk garantim var. Bu miktara bağlı hizmetlerde adamlarla anlaşmam var. Bunlarda ne kadar ceza yiyeceğim yine yardım masası taleplerine bakılıyor toplantılarda, komisyonlarda. Görüştüğümüz konularda ceza hesaplanıyorsa

oturup 50.000 lira kazanmam gerekiyorken 5 bin lira ceza çıkıyor alacağım paradan düşülüyor (Görüşmeci 3, Hastane Yöneticisi).

Ayrıca yardım masası özel girişimcinin alt işverenlere devrettiği hizmetlerin denetimini sağlamaktadır. Mersin Şehir Hastanesi hastane yöneticisinin ifadesiyle;

Yardım masası bize iş planı çıkması ve kendimizi izlememiz demek. Benim CCN olarak içerde alt işverenim TEPE dediğimiz grubun 1500 kişi güvenlik ve taşıması falan çalışanı var. Poliklinik saatlerinde 1300 kişi çalışıyor. Ben bu adamların ne yaptığını bilmek istiyorum. Niye işin ana sahibi benim bu adamlar benim adıma bu işi yapıyor. Bu adamlar kötü çalışıyorsa ben kötü olurum (Görüşmeci 3, Hastane Yöneticisi).

Adana Şehir Hastanesi hastane yönetiminden bir uzmanın aktardığına göre özel girişimci de Bakanlık'ın özel girişimci üzerinde işlettiği gibi alt işverenler üzerinde hizmetlerin parametreler içerisinde yerine getirilmesine yönelik yaptırım uygulamaktadır:

Rönesans hizmetler sözleşmede belirtilen şekilde ve sürede gerçekleştirilmediğinde cezaları yiyor. Bu hizmeti sunan alt yükleniciye hata puanları veriyor. Rönesans ceza puanı veriyor ama parasal yaptırımında bulunmuyor. Yani biz devletten hem ceza puanı alıyoruz hem de ceza yaptırımına uğruyoruz. Ama biz Rönesans olarak alt yüklenicimize parasal ceza yaptırımında bulunmuyoruz, Ceza puanı işletiyoruz sadece. Her hizmetinde belli bir ceza puanı var aşmaması gereken. Örneğin 100 puanın üstünde sözleşmenin feshine kadar giden yaptırımlar var ama sözleşme feshine gidene kadar çok fazla aşama var (Görüşmeci 2, Uzman).

Sağlık çalışanlarının bir sorun karşısında ve ihtiyaçları durumunda yarım masasına çağrı açmak zorunda olmaları onlara bir muhataplarının olmadığını hissettirmektedir:

Bir sorun karşısında direk bir muhatabınız yok. 5555 diye bir numara var ona bildiriyorsunuz. Çözülür mü, ne zaman çözülür belli değil. Talebiniz gerçekleşmezse kime başvuracaksınız belli değil (Görüşmeci 9, Hekim).

Biz muhatap bulmakta zorlanıyoruz. Eskiden bizim muhatabımız belliydi başhekimdi. Şu bardak alınacak ya da alınmayacak kararı verirdi biz onun alınacağını ya da alınmayacağını bilirdik. Olacaksa belki geç olacak ama olacağını bilirdik. Fakat şuanda bu bardaktan kim sorumlu bunu kim alacak ya da almayacak bunu bilemiyoruz (Görüşmeci 67, Uzman).

Muhatap bulamama sorununun iki boyutu bulunmaktadır. Birinci boyut her hangi bir sorunda konunun kamu idaresi ya da özel girişimciden hangi tarafın sorumluluk alanına girdiğiyle ilişkilidir. Görüşmecilerin tamamı hastanede ikili yönetim yapısının “çift başlılık” yarattığını dile getirmiştir:

Çift başlılık var hastanede. Çift başlılık olunca bakanlık diyor ki ben kiracıyım sen bunları tahsis etmekle sorumlusun öbürü diyor ki sözleşmede o yazmıyor ben yapamam. Topu birbirlerine atıyorlar. Şirket hastanenin sahibi olduğunu düşünüyor bu hastane bizim diyorlar. Bakanlık diyor ki hayır bu hastane sizin değil biz burada kiracıyız, kullanım hakkı bizim ve sonunda bize devredilecek. Çift başlılık olduğu için sürüncemede kalıyor her şey (Görüşmecı 7, Hekim).

Muhatap bulamıyoruz. Bir sorun yaşadığımızda şirkete iletiyoruz, şirket diyor ki idarecilerinize söyleyin, idareci diyor ki bizim yapacağımız bir şey değil şirketin çezeceği sorun diyor (Görüşmecı 61, Hemşire).

İkinci boyut ise özel girişimcinin sorumluluk alanına giren bir sorunda bu sorunun muhatabının hangi alt yüklenici şirket olduğuyula ilgilidir. Bu durum sağlığın piyasalaşması çerçevesinde sağlık hizmeti üretim sürecinin parçalanması ve hizmet tedarik zincirlerinin oluşması ile ilişkilidir. Şehir hastaneleri öncesinde sağlık hizmetlerinin yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı kapsamında parçalanması ve taşeronlaştırılmasını süreci şehir hastaneleriyle birlikte yeni bir boyut kazanmıştır. Şehir hastaneleri öncesinde, hizmet alımı yoluyla sunulan hizmetlerin ihalesini alan taşeron şirketlerle bire bir sözleşmeler yapılmakta ve bu şirketler başhekimliğin denetimi altında bulunmaktaydı. Şehir hastanelerinde 19 kalemden oluşan tıbbi destek ve destek hizmetlerinin blok halinde özel girişimcinin sorumluluğuna bırakılması ve özel girişimcinin farklı taşeron firmalara işleri devretmesi yoluyla özel girişimcinin altında her biri belirli bir faaliyette uzmanlaşmış taşeron şirketlerden oluşan bir şirketler ağı oluşturulmaktadır. Bu durum ağ tipi örgütlenmelerin yarattığı yetki-sorumluluk karmaşasının şehir hastanelerinde hizmet sunumu konusunda yaşanan sorunlarda ortaya çıkmasına yol açmaktadır;

Bir sorunla karşılaşıyoruz mesela şurası sıhhi şartlara uygun değil diyoruz. Başhekimlik diyor ki evet haklısınız uygun değil. Şirkete yazı yazılıyor. Şirket diyor ki ben alt yükleniciyim benim üst yüklenicim A şirketi, A şirketine gidiyoruz diyor ki tamam doğru ben o şirkete verdim ama benim de üst yüklenicim B şirketi, B şirketi diyor ki benim üst yüklenicim esas ana firma CCN. CCN diyor ki tamam ilk ben aldım ama ben sadece kullanım hakkını aldım, ben kime verdimsem o yapmakla sorumlu. Peki kim yapacak, kim sorumlu? Belli değil (Görüşmecı 45, Hekim).

Burada taşeronun taşeronu var. Bir şeyden kim sorumlu bilinmiyor. Bir sorun olduğunda aynı olayı belki 40 kişiye anlatmak zorunda kalıyoruz. Mesela kartımı kaybettim katlara girebilmek, asansöre binebilmek için gerekli o kart dilekçe yazdım kart çıkartmak için. Rönesans bana dedi ki ISS firmasıyla görüş. Onlarla görüştim, orası kart basma işini hastanedeki bir restorana ihale etmiş git orayla görüş diyor. O oraya o diğerine yolluyor. Benden kart için para istiyor restoran ben kamu görevlisiyim hastanede kapıları açmak için kullandığım karta para mı vereceğim hadi verecek olsam bedeli döner sermayeye yatır deseler tamam ama

restorana verecekmişim. İşler böyle ondan ona ondan diğerine ihale edilirse çıkan sonuç bu olur herkes at koşturur (Görüşmeci 8, Hekim).

Görüşme yapılan sağlık çalışanları, ikili yönetim yapısına rağmen özel şirketin hastane yönetimindeki ağırlığının başhekimliğe göre daha fazla olduğunu benzer biçimde dile getirmiştir. Bu durum, sorunların çözümünde başhekimliğin “pasif” kalmasına neden olmaktadır:

Burası ticarethane gibi işliyor. Yönetim ve işleyişte Sağlık Bakanlığı söz sahibi değil. Kamu özel ortaklığı denen sistemde kamu ve özel ortak değil. Özel sadece kendine çalıştırıyor kamuyu (Görüşmeci 8, Hekim).

Ben burada nasıl bir yönetim var anlayamadım. Başhekimliğin hiçbir inisiyatifi yok. Her yerde şirket etkili, başhekimliğin etkili gibi görüldüğü yerde bile şirketin gölgesi var. Hastaneyi şirket yönetiyor gibi. Başhekimlik sağlık çalışanlarından sorumlu ama çalışanların sorunlarına duyarsızlar. Bir şeyi 5 kere bile söyleyen yapılmıyor. Eski hastanede başhekim inisiyatif sahibiydi, bir sorunumuzu iletip çözüp bulabiliyorduk. Başhekim ilgileniyordu sorunlarla şimdi başhekim bunlarla bizim alakamız yok ki durumunda biz her şeyi 911 arayıp şirketle çözmek zorundayız. Yani burada şirketin yönetimi var ama kamunun bir yönetimi diye bir şey yok (Görüşmeci 34, Hekim).

Başhekimliğin bir inisiyatifi yok. Özel şirketle doktorlar arasında köprü kuran bir kadrodan ibaret. Hastaneyi yöneten özel şirket o yüzden aslında şehir hastaneleri özel bir kurum. Kamuya ait olan hizmeti alanlar ve hizmet sunan sağlık çalışanları (Görüşmeci 37, Hekim).

Kamu özel ortaklığı farklı tabi şimdi. Buranın patronu kim? Biz buraya kira ödüyorsak burası bizim değil yani Sağlık Bakanlığı’nın değil. Sahibi başka buranın sahibi özel sektör. Söz sahibi de o. Başhekimlik değil (Görüşmeci 9, Hekim).

TTB tarafından düzenlenen Şehir Hastaneleri: Yalanlar Ve Gerçekler Sempozyumu’nda başhekimliğin hastane yönetimindeki pozisyonu konusunda Eskişehir Şehir Hastanesi’nden bir hekim şunu ifade etmiştir; “[a]slında bizim hastane yönetimimiz üstteki CEO’nun, alttaki CEO’su. Yani aslında bence hastaneyi başhekim değil, şirketin CEO’su yönetiyor” (Aksaray, 2019). Aynı konuda, Bursa Şehir Hastanesi’nde hekim olarak çalışan Çoşkun (2019) ise şunları aktarmıştır;

Şehir Hastanesinde -ben ona daha çok yakıştığını düşündüğüm Şirket Hastanesi adını kullanacağım- şirket ve kamu idaresi diye ikili bir yapı var ama hani eski medeni kanunun “ailenin reisi kocadır” diyen hükmü gibi yazılmamış bir baskınlığın; devasa binanın mimarisinde, seçilen şehir dışı lokasyonunda, işletme yönteminde, kurumsal bir güç dayatması amacıyla seçilmiş noktalara yerleştirilmiş güvenlik, yönlendirme elamanlarının belletilmiş hal ve davranışlarında ÖZEL ŞİRKET baskınlığı olanca ağırlığıyla hissediliyor. Hani o kadar ki hastane açıldıktan sonra aylarca bir kamu yöneticisi bile atanmadı. Sonra da oldukça genç ve yöneticilik tecrübesi olmayan bir yardımcı doçent

eğitim ve araştırma hastanesi başhekimisi olarak atandı yine çok genç yardımcıları tercih edildi. Şirket müdürleri ne kadar “dinamik ve operasyonel” ise idari yetkililer o kadar “bi bakalım bi soralım ne yapsak ki” tarzında rol dağılımı yapmış durumdadır. Bu ikili hayat sözü de bana ait değil. Zorunlu olarak tabi tutulduğumuz, bizim hastane başhekimisi tarafından verilen eğitimde sağlık başkanlığı tarafından hazırlanmış sunumun girişinde kullanılıyordu bu ifade: Şehir hastanelerinde ikili bir hayat vardır: şirket ve idare şeklinde.

Alan araştırmasına katılan görüşmecilere göre, hastane yönetiminde başhekimliğin ağırlığının özel sektöre göre düşük olmasının temelinde projenin en başında imzalanan ve sağlık hizmetinin ve hastanenin bulunduğu şehrin özellikleri dikkate alınmadan hazırlanan sözleşmeler yatmaktadır. Sözleşmenin değiştirilememesi ve sözleşmede belirsiz kalmış gri alanlar başhekimliğin sorunlar karşısında inisiyatif almasını zorlaştırmaktadır. Adana Şehir Hastanesi’nde bir başhekim yardımcısının ifadesiyle;

Sözleşme bu hastanenin işleyişini tamamıyla belirleyen unsur. Biz sözleşme ve ekleriyle sınırlıyız. Sözleşmede belirlenmemiş yani gri alan dediğimiz konular var. Bunlarla ilgili durumlarda koordinasyon kurulu olarak yüklenici şirketle oturup karar veriyoruz. Ama bu kolay bir süreç değil tabi ki. Ayrıca şirketin sorumlu olduğu konularda çıkan sorunlarda bizim inisiyatif almamız mümkün olmayabiliyor çünkü sözleşmede her şey belli bizim sözleşmede belirlenmiş bir durumun farklı bir şekilde yapılmasını isteme şansımız yok. Yani örneğin sözleşmede belirlenmiş hastaneye alınacak bilgisayarların özellikleri belli şimdi hekim arkadaşlar bu bilgisayar işini görmüyor dediğinde bizim bilgisayarı değiştirin deme imkânımız yok sözleşmeye göre. Ama şirketle konuşuyoruz orta yol bulmaya çalışıyoruz ama çözüme ulaştıramayabiliriz tabi ki sözleşme ne derse o sonuçta (Görüşmeci 4, Hastane Yöneticisi).

Adana Şehir Hastanesi özel sektör hastane yönetiminden bir uzman da sözleşme ve başhekimlikle ilişkileri konusunda şunları ifade etmiştir;

Sonuçta bu işi biz para için yapıyoruz. Ama para için yapmadığımız şeyler de var benim sözleşmem de geçmiyor ama benim sağlık hizmeti sunma zorunluluğum var. Sözleşmede geçmeyen bir cihaz var diyelim benim almamam gerekiyor çünkü sen bana bunun parasını vermiyorsun ama işin yürüsün diye ben sana o hizmeti veriyorum neden çünkü benim burada olma nedenim sağlık hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlamak. Bu nedenle yaptığımız bir çok imtiyaz oluyor çünkü devletle çalışıyoruz. Biz bu işi para için yapıyoruz ama sonuçta biz bir devlet hastanesiyiz. Yani ben para kazanamıyorsam şu servisi kapatıyorum diyemem. Ama sonuçta sözleşmede ne geçiyorsa ona göre karar veriliyor. Gri alanlar olduğu zamanda ya o konu bir sonraki kurul toplantısına kalıyor ya Sağlık Bakanlığı’na taşınıyor ya da bir taraf inisiyatif alıyor. Şirket tamam ben yaparım diyor ya da idare diyor ki tamam bu beklesin, ben de yapabilirim belki, bir danışayım diyor. Uzlaşmanın sağlanamadığı durumlar da olabiliyor (Görüşmeci 2, Uzman).

Başhekimliğin ve özel sektör hastane yönetiminin söylediklerine benzer şekilde, görüşmecilerin büyük çoğunluğu sözleşmenin sınırlılıkları ve kamu idaresi ve özel girişimci arasında uzlaşma sağlanamaması nedeniyle sorunların çözümsüz kalması ve taleplerin karşılanmaması gibi durumların yaşandığını dile getirmiştir:

Sanki yönetim başhekimlikteymiş gibi görünüyor ama aslında başhekimlik sadece bizim taleplerimizi iletebildiğimiz ve maalesef çözüm bulamadığımız bir yere dönüşmüş durumda. Özel şirketin yöneticileri ile aramızdaki duvar haline gelmiş. Bir şeylerin düzeltilmesi, yoluna girmesi ya da ihtiyaçlar konusunda iletilen her talep, maliyet konusunda ilgili şirketle yapılmış olan sözleşmeler öne sürülerek uzlaşamadığı için maliyeti bize ait değil, yapamayız cevabıyla aslında özel şirket tarafından reddediliyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Gri alanlar dediğimiz, belirlenmemiş alanlar var sözleşmede. Net bir şekilde belirlenmemiş alanlarda çok ciddi sıkıntılar yaşanıyor. Daha önceden sözleşme ile yapılması gereken şeyler örneğin kalem alınacak, kalemin niteliği belirtilmemiş. Şirketin aldığı kalem sizin işinizi görmüyor. Ama siz bunu değiştiremiyorsunuz. Çünkü şirket diyor ki yapılan sözleşmeye göre kalem dedin, ben de kalem aldım, bu kalemin nasıl olacağı bana söylenmedi, bana kalem dendi. Ben de alacağım kalemin ortalama fiyatını düşündüm neye göre kazanırım. Mesela bu kalemin ederi 1 lira, ben bunu toplu alırsam 80 kuruşa alırım, naparım ihaleye girerim 70 kuruştan alırım. Şuanda sen bana tutup da bu kalem benim işimi görmüyor, bana 2 liralık kalem al diyemezsin diyor. Başhekimlikte bir şey yapamıyor. İşin bize yansıyan en sıkıntılı kısmı bu (Görüşmeci 67, Uzman).

Şirkete iletilen fakat çözüme ulaşmayan, çalışanları en zorlayan durumlardan biri hastanenin havalandırma sistemidir. Camların açılmaması ve merkezi havalandırma, sağlık çalışanlarının en büyük şikayetlerinden biridir ve sözleşme nedeniyle bu durumun değiştirilemediğini ifade etmişlerdir:

Hastanenin kapalı bir ortamı var. Camı açıp havalandırma imkânınız yok. Merkezi havalandırma var diyorlar ama çok yetersiz. Bütün gün bir odanın içerisinde. Koridor geniş görünse de günde 100 hasta bakıldığı için koridorda anne baba ile birlikte 300 kişi oluyor gün içinde. Odaya günde 300 kişi girip çıkıyor yani. Nefes alamıyorsun. Sürekli hasta oluyoruz. Sinüzit kronikleşiyor, baş ağrısı yapıyor oksijensizlik. Servisler de aynı şekilde. Camları açmaları için şirkete defalarca söyledik. Bu şekilde yapılmış camları değiştirmek için kaynak gerekli çeviremeyiz dediler (Görüşmeci 34, Hekim).

Havasızlık çok büyük bir sorun. Hepimizde unutkanlıklar başladı. Havalandırma çok yetersiz. Kendimizi inanılmaz bitkin, mutsuz hissediyoruz. Hepimiz birbirimizin yüzlerine bakarken ölü balık gözleriyle bakıyoruz (Görüşmeci 62, Hemşire).

Ameliyathanelerin havalandırma sistemi ve dışarıya açılan bir penceresinin olmaması nedeniyle bütün personelde depresyon, baş ağrısı şikayetleri oluşmaya başladı (Görüşmeci 38, Hekim).

Bırakın camın açılmasını, benim poliklinik odamda pencere yok. Güneş göremiyorsunuz. Merkezi klima var ayarlayamıyorum. Mesela ekim ayının sonuna geldik hala buz gibi içerisi siz de fark etmişsinizdir donuyoruz resmen ama ayarlama şansımız yok (Görüşmeci 52, Hekim).

Sözleşmenin değiştirilememesi, özellikle sağlık hizmetlerinin özgül özellikleri göz önüne alınmadan imzalanması nedeniyle sağlık çalışanlarının işlerini zorlaştırmakta ve bazı durumlarda işlerini yapmalarını imkânsız duruma getirmektedir:

Siz bir şey istiyorsunuz, onlar [yüklenici şirket] diyor ki bu iş şu şirkette şirkete soralım. Şirket diyor ki bu bizim anlaşmamız dışında, biz bunu yapamayız. Tekrar dönüyorsunuz başhekimliğe ama bu bize lazım diyorsunuz. Başhekimlik diyor ki ama biz onlarla anlaşma imzalamışız buna gerek yok diye baştan kabul etmişiz o yüzden şimdi isteyemeyiz. Mesela bu şekilde yapılamayan tetkikler var. Benim çok sık gördüğüm fenilketonüri diye bir hastalık var bu Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından tanınan yeni doğan bebeklerin topuk kanından tanınan ve tedavi yapılan bir hastalık ve metabolik hastalıkların Türkiye’de en sık görüleni. Biz buna bu hastanede bakamıyoruz, yaklaşık 12-13 dilekçeden sonra hala bakamıyoruz çünkü hastane özel şirketle bir anlaşma imzalamış. Laboratuvar testleri özel şirkette. Özel şirket sonuçları 7 gün içinde veririm demiş, bizim hastane de kabul etmiş. Ama bu çocukların testinin aynı gün sonuçlandırılması lazım ki anne sütünü hemen kesip özel mama başlamanız lazım yoksa çocukta zekâ geriliği oluyor. Yani yakınımızdaki Adana bu teste aynı gün sonuç verirken biz buna 7 gün sonra ki bazen 10 günü bile bulabiliyor verme süreleri. Bu kadar kimseyi bekletip de çocukların da zekâ geriliği olmasına sebep olamayız. Ama bu konuyu çözemiyoruz. Peki bu anlaşma ne zaman bitecek diye sorduğumda, bu anlaşma hiç bitmeyecek diyorlar çünkü biz bunu sözleşme sonuna kadar böyle olacak şekilde imzaladık dediler. Bu yüzden biz şimdi şirkete bir günde sonuçlandırın diyemiyoruz. Kadın doğum hastanesinde bu testi yapamıyorduk, burada testi yapıyoruz ama sonuç 7 günde çıkıyor. Bu nedenle bu testi yapmıyoruz yani bu hastalığa bakamıyoruz çünkü bir anlamı yok. Kimsenin çocuğunu 7 gün bekletip bu vebali alamayız. Hastaları Adana’ya sevk ediyoruz. Doktor var ama tahlil yok yani. Sağlık ocağında topuk kanı alınıyor, topuk kanında sorun çıkan şüpheli olanlar buraya gönderiliyor. Burada bakılıp hemen tanı konabilecekken Adana’ya gitmek zorunda kalıyorlar. Şehir hastanelerinin bu özelle olan ortaklığı ve sözleşme meselesi çok bürokratik sıkıntı yaratıyor. Baştan imzalanırken kimse bana sormadı ki bu hastaya ben bakıyorum. 7 günde mi sonuç almak istersiniz, yoksa bir günde mi sonuç almak istersiniz, sizin için uygun süre nedir ya da bir sürü metabolizma hocası var Türkiye’de. Arayıp da bir tanesine, iki tanesine sorup fikir alınarak hazırlanmamış bu sözleşme. CCN 7 gün demiş bizimkiler atmış imzayı. Araştırılmadan, alt yapı kurulmadan ve işin ehli kişilere sorulmamış. Fenilketonüri tetkikinin metabolizmacıya sorularak imzalanması gerekiyor, öbürünün öbürüne sorularak imzalanması gerekiyor. Orada imzalayan kişilerin konudan haberi yok. Başhekimlerin hepsiyle tek tek görüştüm hepsi de anladıklarını ve son derece önemli olduğunu söylediler ama imzalar çok önceden atıldığı için hiçbir şeyi değiştiremeyeceklerini söylediler. Başhekimin çok da bir etkisi yok maalesef. Sadece görüntüde var. Bir şeyleri toparlıyor ama çok güçlü yetkileri ve yaptırımları yok (Görüşmeci 52, Hekim).

1,5 yıldır düzeltilmediğimiz şeyler var, defalarca resmi yazıyla göndermişiz. Başhekimlik bu yazıları kayda alıyor, numara veriyor, şirkete bildiriyorlar ama çözülüyor. Düzeltmiyorlar. İdare de bunu söylüyor düzeltmiyorlar doktor bey diyor. Mesela ikimiz de aynı kinikte çalışıyoruz, ikimiz de ameliyata giriyoruz sizin bu sabuna karşı alerjiniz var. Devlet hastanesinde biz hemen idareye söyleyip böyle böyle bir durum var Merve Hanım'a şu sabunu alalım diyorduk. 3 gün bile sürmezdi, başhekim biraz cevvalse aynı gün gelirdi hatta. Depoya söylüyordu getir, evrakları sonra takip et. Biz burada 1,5 yıldır yazıyoruz adam diyor ki bizim sözleşmemizde sadece bu var (Görüşmecı 45, Hekim).

Yöntem beyanı diye bir şey var, onda burayı hastanenin diğer taraflarıyla ortak tutmuşlar ve 1 tane yardımcı personel öngörmüşler. O öngörünün dışına çıkmıyorlar. İşlevsellik boyutuna kimse bakmamış sözleşme neyse o deniyor. Robotik bir sistem. Ankara'da imzalanmış buranın ihtiyacına göre imzalanmamış. Orada kendilerine göre ihtiyaç belirlemişler. Mekanize bir şey yani. Sadece sözleşmeler bizi bağlar dedikleri için aslında görüyorlar burada bu hizmet bu şekilde yürümez ama sözleşmede olmadığı için de bir şey yapmıyorlar. Burada hizmet aksamış firma tarafını çok da bağlamıyor. Burada çalışanlar o kadar mutsuz ki 5-6 kişi ile yapılması gereken işi 2 kişi ile yaptırmaya çalışıyorlar. Ben hiç bir cihazı dezenfekte ettiremiyorum, hiç bir işi yürütemiyorum. Herkes kayıtsız kalıyor bu işe. Yöntem beyanında yok. Ee napalım? 19.30'da makinalar silinmiyor ama ertesi gün ben hasta alıyorum diyalize. Bir tane muhatabım yok ya. İnsanlık suçu işleniyor burada. Az önce genel müdür buradaydı o da dinledi sadece. Yazmadığım gitmediğim yer kalmadı. Şuraya ananız babanız yatsa ne yapacaksınız acaba. Mesela diyaliz personelinin değişmemesi gerekir çünkü teknik gerektirir. Eskiden devlet hastanesinde değişmiyordu. Burada gelenler hiçbir şey bilmiyor. Buranın elemanının özel olması lazım, yetiştikten sonra buradan ayrılmaması lazım. Burada yaşadığımız sorunu bilmeyen kimse yok. Başhekimden, sağlık müdürüne kadar herkes biliyor. Mersin devlette olsaydım, ben başhekime bile gitmeme gerek yoktu, ilgili başhekim yardımcısıyla çözebileceğim bir sorun. Burada hizmet yürüyor denmez yürütemiyoruz. Günü kurtarıyoruz. Çalışanlar çok yıpranıyor. Artık umudumu tamamen yitirdim nasıl olsa olmayacak nasıl olsa çözülmeyecek noktasına geldim (Görüşmecı 60, Hemşire).

Cerrahi aletler yeni ama istediğimiz, iyi kaliteli malzemeler alınmadı buraya. Bizim görüşlerimizi almadı bakanlık. Cerrahi aletlerle ilgili sürekli sorun yaşıyoruz, çok çabuk deforme oldular, sürekli tamire gidiyor ama değiştirme imkânımız, yeni malzeme isteme şansımız yok ya da çok zor. Tadilat çok uzun sürüyor, kullanıcı hatasından kaynaklandığını söylüyor firmalar. Başhekimlik sorunların çözümünde yetersiz kalıyor. Bu durum idarecilerin yetersizliğinden daha çok sözleşmeden kaynaklanıyor. Sözleşmeye göre başhekimliğin yapabileceği bir şey yok bu konuda. Bizim verdiğimiz malzeme listesi üzerinden yapılmamış şartname şimdi de değiştirme şansı yok (Görüşmecı 9, Hekim).

Özel şirketin personel politikası, araştırmaya katılan tüm görüşmecilerin şikayetçi oldukları bir konudur. Şirketin sunmakla sorumlu olduğu hizmetlerde çalışan personel sayısının yetersizliği ve personelin sürekli değişmesi, sağlık hizmetleri gibi ekip çalışmasına dayalı bir alanda sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır:

Kalifiye yardımcı personel eksikliği var. O hastanede 2 kişinin yaptığı işi burada bazen 10 kişi yapamıyor çünkü eleman kalifiye değil olayı bilmiyor. Personel sürekli değişiyor. Taşıma personeli her gün değişiyor. Ben bunun değişmesini istemem, benim sabit elemanım olsun, onunla aynı iletişimi kurayım ben. Olayı bilsin ve işi halletsin. Ama burada acili, işi bilmeyen sürekli yeni yardımcı personeller geliyor. Bu da işimizi zorlaştırıyor (Görüşmeci 15, Asistan Hekim).

Milyon kere şirketle konuştuk, personel sıkıntısı var, işler yürümüyor diye. Güya bakanlık bu kadar personelle iş yürütmelerini uygun görmüş. Bakanlık gece blokta 2 tane personel kalabilir demiş ama bazen koca blokta gece bir tane personel oluyor. Hiçbir şeye yetişemiyor (Görüşmeci 64, Hemşire).

Otelcilik hizmetleri konusunda kalite arttı ama işlerin yürümesi yavaşladı. Eskiden servislerde bir tane personelimiz olurdu, her işi yapardı. Şimdi bir hastayı ameliyata götüreceksiniz veya acilden gelecek taşıma personeli çağırıyorsunuz. Nöbetlerde serviste eleman olmuyor başka yerlerden arıyorsunuz oradan geliyor. Eleman sıkıntısı çok büyük. Sabit personel olmayınca her seferinde farklı bir kişi karşılaşıyorsunuz. Sağlık ekip işi. O senin dediğini anlamıyor, sen onun dediğini anlamıyorsun (Görüşmeci 47, Hekim).

Şirkete göre ticarethane burası o yüzden az personelle çok iş yapma derdindeler. En basitinden taşıma personeli sorunundan bahsedeyim. Gece saat 11'den sonra 3 bloğa bir temizlik elemanı bakıyor. Bir de o çocuğa o saatlerde bekleme salonlarını, koridorları falan temizle diyorlar. İhtiyaç olduğu anda ara ki bulasın. Gece 3 kata yani 9 servise tek bir taşıma personeli bakıyor. Bir gece bir hasta düştü. Hastayı kaldıramıyorum, gücüm yetmiyor. Kadının başını dizlerime koydum, bağıryorum personel diye ama yok sesimi duyuramıyorum. O kadar büyük alan ki katta olsa bile sesimi duymaz. Sesimi duyan bir hasta yakınına telefonumu getirmesini rica ettim. Oradan telefon ettirerek taşıma personeline ulaştım. Abla 4. kattayım hemen koşarak geliyorum dedi. Ama o saate kadar hasta yerde benim dizimin üzerinde yatıyor. Başka bir hastaya bir şey olsa gidebilme durumum yok (Görüşmeci 61, Hemşire).

Hekimlerin kliniklerinde çalışan yardımcı personelin sayısı, çalışan kişinin nitelikleri, çalışan kişilerin sürekliliği ve çalışanların hizmetin gerektirdiği bilgi düzeyi konusunda inisiyatif sahibi olamamaları şehir hastanelerinde klinik özerkliği aşındıran en önemli unsurlardan biri haline gelmektedir:

Ben kliniğimde yürütmem gereken hizmeti kaç kişiyle yürüteceğime karar verme imkanımı tamamen yitirmiş durumdayım. Klinik olarak bu personel bana yetersiz deme şansım yok. Taşeron personel sayısı yetersiz olduğu gibi, çalışanlar sağlık alanında yaptığı işin niteliği ve gereklilikleri ile ilgili yeterli eğitime de sahip değil. Biz kliniklerde eğitim versek bile şirket çalışanları rotasyona tabi tuttuğu için çalışanların sürekli yerleri değiştiriliyor ve başka birimlerde görevlendiriliyorlar. Bizler her defasında yeni bir işi bilmeyen çalışanla karşı karşıya kalıyoruz. Ben o eğitim verdiğim personeli kliniğimde istiyorum deme imkânımız yok. Bu klinik özerkliğimizin azalması anlamına geliyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Uzman hekimler bakanlık tarafından şu şekilde tayin edilir. Müstakil olarak bir kliniği yönetebilir yazar uzman hekim diplomasında. Bir kliniği yönetebilmek için

klinik muhatapları olur. Biz şuan bu kliniğin muhataplarını bilmiyoruz. Ne açıdan bilmiyoruz yani hastayı kim getirecek mesela eskiden bir klinikte bir personel olurdu. Hastanın tüm çarşaf değişimi, yani otelcilik hizmetinin altyapısı, bunların hepsinin muhatabı klinikte çalışan personelimizdi. Ama şimdi tüm bu hizmetler şirket tarafından yürütüldüğü için muhatabı bilmiyoruz. Yani biz yönetmiyoruz aslında iş yaptıracağımız kişi üzerinde herhangi bir otonomimiz yok (Görüşmeci 8, Hekim).

Devlet hastanesinden şehir hastanesine geçiş, özellikle yardımcı personellerle yıllardır kurumsallaşmış ilişkileri dönüştürdüğü için sağlık çalışanlarının alıştıkları iş yapma biçimlerini ortadan kaldırmaktadır. Özel şirket ve alt yüklenicilerin çalışanlarının görev tanımlarının çok net şekilde belirlenmesi dolayısıyla çalışanların inisiyatif kullanma imkanlarının bulunmaması sağlık çalışanları açısından işlerin yürütmesini zorlaştırmaktadır. Devlet hastanesinde uzun yıllar boyunca enformel şekilde yürütülen ilişkiler, şehir hastanesine geçişle formel sınırlar içerisinde yürütülmek zorunda kalınmaktadır. Aslında yardımcı personelle ilişkiler şehir hastanelerinde yasal ve kurumsal açıdan olması gerektiği şekilde yürütülmektedir fakat şirket personelinin yetersizliği nedeniyle enformel ilişkiler kuramamak sağlık çalışanlarının işlerini yürütmesini zorlaştırmakta ve yavaşlatmaktadır:

Şirket elemanları, eski hastanedeki çalışanlar kadar performans sergilemiyorlar. Mesela bizim yoğun bakımdaki güvenlik görevlileriyle eski hastanedeki görevliler arasında ciddi farklılıklar var. Eski hastanede çalışanlar görev tanımı dışında çok fazla inisiyatif alıyordu. Adamın şimdi bir görev tanımı var. Bu tanım dışına çıkmam, şirket tarafından yasak diyor. İşte bu da bizi negatif olarak etkiliyor. Hastaları taşıyan personeller var onlar şirkete bağlı olduğu için eski hastanede bir kişi hem temizlik yapıp hem de aynı zamanda gerektiği zamanda hastayı bir yere götürmesi gerekiyorsa götürüyordu. Buradaki kişi diyor ki hayır ben bunu yapmayacağım, bunu ancak şu kişi yapabilir. Bunu yapabilecek kişi 1 tane biz bütün yoğun bakım o kişinin bu işi yapmasını bekliyoruz. Birisini tomografiye götürüyor, oradan gelecek, diğer hastayı ultrasona götürecektir. Yoğun bakım adına böyle sıkıntılar oluyor. Adam görev tanımım bu. Ben temizliği yaparım, hastayı taşımaya yardım etmem diyor. Ben eczaneye gidecek adam değilim, eczaneye taşıma gider diyor. Adamın öyle bir yetkisi yok eczaneye gittiği zaman ona o ilaç teslim edilmiyor. Bu seferde işler aksıyor. Adam sayısı yeterli olsa sistematik bir durum. İş güvenliği ve işçi suistimalleri açısından güzel bir durum ama işçi sayısı yeterli değil. Tüm bu işi yapacak bir kişi olamaz. Bu işin yavaşlamasına neden oluyor (Görüşmeci 42, Hekim).

Hastane yönetimi temizlik ve taşıma personelinin kaç tane olacağını ve nasıl çalışacağını belirliyordu. Ama şimdi bunu belirleyemiyor. Temizliği, temizlik şirketi belirliyor, taşımayı, taşıma şirketi. Herkes zaten şunu diyor benim iş tanımımda yok. Biz sayıyı artıramıyoruz, kaydırma yapamıyoruz. Çalışanların hepsinin görevleri var, kimisi yol göstermeden sorumlu, birisi taşımadan sorumlu. Personele diyorsun ki şunu şuradan şuraya götür, o benim görevim değil diyor. Onun için talep oluşturacaksın, bilmem ne personeli gelecek. Çok anlamsız bir prosedür var, işler yürümüyor. Devlette bir personele dediğinde,

giderken bırakırdı, yapardı o işi yani. Burada işler yürümüyor (Görüşmeci 38, Hekim).

Görüşme yapılan sağlık çalışanları, özel girişimcinin kendisine ve alt yüklenici şirketlere ait personelin enformel ilişkiler üzerinden görev tanımları dışına çıkmasını istememesinin en önemli sebebinin maliyet kontrolü olduğunu dile getirmiştir. Merkezi yardım masası üzerinden talep oluşturulmadan personel tarafından bireysel inisiyatif kullanılarak yapılan işlerin ve hizmetlerin kontrolü ve maliyetlendirilmesi mümkün olmadığı için şirket personelin görev tanımı dışında ve sözlü talep üzerine hizmet sunmasına izin vermemektedir. Daha önce ifade edildiği gibi, özel girişimcinin sunduğu hizmetler karşısında alacağı hizmet bedelleri, merkezi yardım masası sistemi üzerinden hesaplanarak yapılmaktadır. Personelin yardım masası üzerinden talep edilmeden hizmet sunması şirketin bu hizmetin bedelini kamuya yansıtmasını engellemektedir. Ayrıca, merkezi yardım masası özel girişimcinin alt yüklenicileri kontrolünü sağlayan bir sistemdir. Taleplerin karşılanma hızı özel girişimcinin cezai yaptırımlara uğramasına neden olmakta, alt yükleniciler de özel girişimci tarafından yaptırımlara maruz kalabilmektedir. Bu yaptırım sistemi, alt yüklenicileri merkezi yardım masası sisteminin dışına çıkmaya ve enformel ilişkiler üzerinden hizmet sunmaya yöneltebilmektedir. Dolayısıyla özel girişimcinin kurumsallaştırmaya çalıştığı ilişkiler yine kişiselleşmeye başlamaktadır:

911 numaralı telefonu arayarak talepte bulunuyoruz. Kayıt oluyor. Ama taşeron şirketin sorumlusu diyor ki beni arayabilirsiniz, ben size hemen gönderirim. 911'e düşen her arama süresinde gerçekleştirilemezse onların aleyhine işliyor. Böylece sözde kişisel ilişkiler kurmadan sistem üzerinden yürütülmeye çalışan işler yine kişisel ilişkiler üzerinden yürütülüyor. CCN, güvenliği TEPE'ye yaptırıyor. TEPE bir konuda talebi yerine getiremezse, CCN ile cezai bir sorumluluk ilişkisi var sanırım. CCN'de bakanlık ile böyle bir ilişki içinde herhalde. Alt yükleniciler aleyhine olacak durumlar için şirketler kurumsal ilişkilerin dışına çıkmaya çalışıyor. 911 üzerinden yapmayın bizi arayın diyorlar (Görüşmeci 62, Hemşire).

Şirketler personel sayıları az olduğu için yetişemiyorlar. Talep açılır, geç kalırlarsa cezası var. Bize direk cep telefonundan arayın diyorlar böylece cezai işlem olmayacak geç kalsalar bile. Personel cep telefonundan ara diyor ama ben şirket zarar görsün diye talep açıyorum (Görüşmeci 64, Hemşire).

Cezai yaptırım uygulamasına rağmen bazı taleplerin yerine getirilmemesi ya da çok yavaş yerine getirilmesi görüşmecilerin büyük çoğunluğunun dile getirdiği bir sıkıntıdır:

Numune Hastanesi'nde de temizlik bir şirketteydi, güvenlik bir şirketteydi. Yemek yine başka şirketteydi. Ama mesela bilgi işlemdeki arkadaş şunu yap diyorlardı tıkr tıkr yapıyordu, 15 dakikada halloluyordu. Şimdi talep açıyoruz, orası bilgi işlemde sorumlu şirkete söylüyor, orası personele söylüyor iş uzuyor (Görüşmeci 32, Eczacı).

Örneğin bilgisayarla ya da televizyonla ilgili bir problem oldu diyelim. Özel bir şirket var aslında çok güzel bir şey ama anında çözüm olmuyor mesela 1 gün sonra, 2 gün sonra hatta 1 hafta sonra geldikleri oluyor. Ruh Sağlığı Hastanesi'nde öyle değildi. Siz çağırıyorsunuz, telefonla talep açma falan yok. Hemen, anında gelip çözümleniyordu olay ki burası psikiyatri servisi. Mesela bir hastamız camı kırmıştı. Biz şimdi gelemeyiz akşama dediler yani psikiyatri servisinde böyle olmaz. Hasta kendisine zarar verebilir, hemen müdahale edilmesi gereken bir yer burası. Talepler konusunda çok gecikmeler oluyor. Sözleşmede süreler belirlenmiş, ceza varmış ama muhtemelen bunlar belirlenirken servislerin özel durumları göz önüne alınmamış. Bir cam kırılması durumunda örneğin sözleşmeyi tabi ki bilmiyorum ama 12 saat süre içerisinde çözülecek denmişse bu psikiyatri servisi için kabul edilebilir değil (Görüşmeci 30, Hemşire).

Ben buranın açılışında, malzeme alınıp falan bulundum. Doktor dinlenme odaları falan var ama onların camlarında perde yoktu. Biz dedik ki buraya perde lazım, yoksa Mersin'de bu sıcakta, güneşte burada oturulmaz. Dediler ki sözleşmede böyle bir şey yok. Bu mümkün değil olmaz. O zaman dedik biz kendimiz takalım. O da olmaz siz dışardan getirip taktıramazsınız dediler. Çünkü aslında biz kiracıyız ev sahibinin izin vermediği bir şeyi yapamıyorsun. Bir aya yakın bunun kavgası oldu. Gördüler ki hastane açıldıktan sonra mümkün değil oturmak en sonunda getirip kendileri taktılar. Nasıl çözdüler bilmiyoruz. Sözleşme dışında talepte bulunamıyorsun. Gerçekten çok önemli bile olsa yerine getirilmiyor. Bir perdeyi zor yaptılar (Görüşmeci 38, Hekim).

Biz normalde eko yapıyoruz ve ultrason jelini siliyoruz. Peçete talebinde bulunduk, bize peçete vermediler geçenlerde. Alımlarda sıkıntı yaşıyoruz, peçete alamayacağız dediler. Sekretere tuvaletten aldırırım, sonra tuvaletteki peçeteliklere kilit koydurdular alamayalım diye. Şirket tarafından kâr öncelendiği için taleplerimiz karşılanmıyor. Onun da bizim işimizi yapmamızı engelleyici etkileri oluyor (Görüşmeci 51, Hekim).

Taleplerin yerine getirilmemesi ya da yerine getirilme hızının yavaşlığı özellikle acil durumlarda ciddi sıkıntılar yaratabilmektedir. Görüşmeciler, her konuda merkezi yardım masasına talep oluşturmak zorunda kalmanın bazı durumlarda bilhassa da acil durumlarda çok işlevsiz olduğunu ve zaman kayıpları yarattığını ifade etmiştir:

Burası acil servis. Normal prosedüre göre 5555 arayıp, talep oluştur taşıma personeli gelecek diyorlar. Ama burada buna vakit yok. Ben işlemlerin hızlanması için şuradan koridora çıkıyorum, bağıriyorum taşıma personeli diye. Sistem sıkıntılı çözmek de bize düşüyor mecburen. Düşünsenize hasta şurada epilepsi nöbeti geçirse, tutup şeye götüreceksin, napacam talep mi açacağım, koridorda bağırsam personel bulamazsam, kendim götüreceğim. Yapacak bir şey

yok, personelin 5555'i arayıp gelmesini mi bekleyeceğim (Görüşmeci 15, Asistan Hekim).

Bir kere yoğun bakımda kapılar kilitlenmiş. Giriş-çıkış yok. Hastaya bir şey olsa çıkamıyoruz. Arıyorum bana sistemden talep oluşturun diyorlar. Başlarım talebinize dedim onunla mı uğraşacağım ya hastaya bir şey olsa. Bu talep açma prosedürü acil durumlar için saçma (Görüşmeci 38, Hekim).

Bizim açımızdan en hızlı olması gereken şey bir personel istemek. Onun için 5555'e talep oluşturmamız gerekiyor. Hasta ameliyata gidecek, burayı arıyorsunuz. Oradaki yarım saatlik bir gecikme bizim için çok önemli (Görüşmeci 9, Hekim).

İş yaptırıyoruz. Hastanede şirketin varlığı iş yaptırılmamızı engelledi. Mesela ekstra temizlik getirecek bir durum ortaya çıktı ya da duy bozuldu, eskiden arardık, gel yap derdik. Şimdi talep açıyorsun, talepten bir mesaj geliyor talebiniz alınmıştır. Arıyorum 3 saat ile 3 gün arasında yapılacaktır diyor. 3 saatte de yapılabilir, 3 günde de yapılabilir. Taleplerimiz sıraya alınıyor. İşiniz acil bile olsa acil olanların arasında sıraya alınıyor. İş yapmamız zorlaşıyor üstüne zaman kayıpları yaşanıyor. Zaten fazla olan iş yükü bu sebeplerle daha da artıyor (Görüşmeci 39, Hekim).

Ayrıca, yardım masasında çalışan kişilerin sağlık çalışanı olmamasından kaynaklı olarak telefonda iletin tıbbi sorunları anlamakta güçlük çekmeleri, taleplerin yerine getirilmesini ve sorunun aciliyetini algılamalarını zorlaştırmaktadır. Sağlık çalışanlarına göre, zamanla yarışılan bir yer ve durumda telefonda iletişim kurma konusunda yaşanan sorunlar gerginlik yaratmaktadır ve bu durum şehir hastanelerinin yol açtığı yeni bir iş stresi olarak tanımlanmaktadır (Ökten, 2018: 287). Taleplerin yerine getirilme hızı, bazı görüşmecilerin aktardığına göre, talebin hastaneye olan kazancına göre de değişmektedir:

Branşa göre taleplerin yerine getirilme hızı değişiyor. Hastaneye olan getirisine bakıyorlar. Biz 1,5 yıldır onayımız olmasına rağmen diyaliz makinesi aldıramadık. Ama hastanenin kârlılığını artıracak bir şey olsa hallolurdu (Görüşmeci 37, Hekim).

Burada para getiren birimler; yoğun bakımlar, yeni doğan servisi, radyoloji, girişimsel işlemler gibi birimlerde çalışan kişilerin istekleri her zaman daha önceliklidir. Bu kişiler daha ön plana getirilirler ve talepleri çok hızlı yerine getirilir (Görüşmeci 38, Hekim).

Araştırmaya katılan görüşmecilerin talepler konusunda rahatsız oldukları bir konu da bazı taleplerin daha yerine getirilmeden sisteme yerine getirilmiş gibi işlenmesidir. Bu durumun, taleplerin yerine getirilmesi konusunda yaşanan sıkıntılar nedeniyle özel girişimcinin cezai yaptırımlara uğrama riskinden kaçmak istemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir:

Biz talep oluşturduktan sonra mesaj geliyor talebiniz alınmıştır diye. Bu şirketin talebi yerine getirmesi olarak işleniyor sisteme ama şirketin talebi gerçekleştirmesi 3 gün sürüyor ama bu ancak ben geri bildirimde bulunursam ortaya çıkıyor. Şirket talep alınmıştır dediğinde zaten gerçekleştirmiş gibi görünüyor sistemde (Görüşmeci 37, Hekim).

Bize elektronik reçete yazdığımız aparatlar verdiler. Arızalı. Reçete yazamıyoruz. Arayıp söylüyoruz böyle böyle bir sıkıntı var. Cep telefonunuza 2 dakika sonra hemen mesaj geliyor 911'den açtığınız talebin düzeltilmesi yapılmıştır. Daha gelmediler ama mesajda yapılmış gibi görünüyor. Bir hafta 10 gün sonra diyorlar ki hocam bu bizimle ilgili değilmiş, siz bunu bakanlığa gönderecekmisiniz diyorlar ama ben talep açtıktan 2 dakika sonra mesaj geliyor yapılmıştır diye, düzeltilmiştir diye yapılmadığı halde. Sistem üzerinden yapılmış gibi görünüyor tıkr tıkr işliyor ama fiiliyatta yapılmıyor. Başhekimliğe söylüyoruz yapılmadığı halde böyle görünüyor diye başhekimlik diyor ki kalite kuralları gereği işte belli süre içerisinde bunu yapmak zorundalar ama süre geçince sıkıntılar yaşanıyor bu nedenle böyle bir uygulama var diye açıklama yaptı (Görüşmeci 45, Hekim).

Taleplerin yerine getirilmesi konusunda yaşanan sıkıntıların yanı sıra özel şirketin bazı uygulamaları çalışanların iş yapmasını zorlaştırmakta ve sağlık çalışanlarının iş yüklerini artırmaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi şehir hastanelerinde kamu personelinde ciddi personel eksikliği bulunmaktadır. Artan hasta sayısı ve hastanenin mekânsal büyüklüğünün yarattığı iş yükü, özel şirketin hastayla birebir temas gerektiren işlerde yer almama kararı nedeniyle daha da artmaktadır. Bu nedenle hekimler polikliniklerde sekretersiz çalışmak zorunda kalmakta, devlet hastanesinde hizmet alımı yapılan şirketin çalışanları tarafından gerçekleştirilen iş ve işlemler şehir hastanesinde sayıları hali hazırda yetersiz olan hemşireler tarafından gerçekleştirilmektedir:

Eskiden PET'i şirket yapıyordu. Yine hizmet alımıyla yapılıyordu şimdi de yine özel şirket yapıyor burada da ama işin uygulayıcı kısmını hemşireler yapmaya başladı. Yani eski hastanede şirketin teknisyeni damar yolu açıp ilacı uyguluyordu ama şuan ki ibarede hemşire damar yolunu açacak, hemşire tarafından ilaç uygulanacaktır diye bir madde var sözleşmeye böyle yazılmış. Şuan teknisyenler kesinlikle dokunmuyorlar, sadece çekimden sorumlu oluyorlar, çekip bana veriyorlar. Hastanın damarını ben açıyorum, ilacını veriyorum. Böyle bir madde koymuşlar neden bilmiyorum herhalde daha az elamanla yürütmeye çalışıyorlar, teknisyenlerini damar açma ve ilaç vermede kullanmıyorlar. Ya da uygulamadaki sorumluluğu almak istemiyor şirket ama hastanede zaten hemşire eksikliği var. PET'de de bir hemşire bağlanmış oluyor bu yüzden (Görüşmeci 18, Hemşire).

Eski hastanede sadece ameliyata giren ve çıkan hastalara, yoğun bakıma gidecek hastalara hemşire eşlik ediyordu. Burada artık tüm hasta transferlerinde, hasta bir servisten bir servise gidecekse bile mutlaka hemşire eşlik ediyor. Personel sayısı zaten az, yeni uygulamalarla daha da iş yükü artıyor (Görüşmeci 62, Hemşire).

Bu uygulamaların sebebini Adana Şehir Hastanesi özel şirket hastane yöneticisi şöyle açıklamaktadır:

Daha önceki hastanelerinde hekimlerin bütün işlerini yaptırdığı bir sekreteri vardı. Kaldırılma sebebi şu; kamu özel mantığında kreditorler bize diyor ki burayı yaparken, Rönesans gidip hazine garantili bu parayı Türkiye'ye getirirken kreditorler şunu yasaklıyor hastaya dokunmayacaksın, hasta ile ilgili herhangi bir davada beni muhatap etmeyeceksin, tıbbi veri girişine müdahil olmayacaksın. Aslında bunlar son derece çalışma bakanlığı müfettişlerinin de desteklediği şeyler. Saha öyle değil ama. Kâğıt üzerinde baktığınızda evet şirket işini yapmalı, herkes görev tanımındaki işini yapmalı. Aslında bizim kanunlarımız da bunu destekliyor ama bir müfettiş geldiğinde atıyorum eskiden hatırlarsınız bir temizlik personeli ameliyathanede dikiş attı gibi hikayeler duyuyorduk. Personel yokluğundan göz yumulmuş şeyler bunlar ama bunların yol açabileceği sorunlar insan hayatına mal olabiliyor. Bizim kreditorlerimiz ve danışmanlarımız kesinlikle buna şey değiller, o yüzden sigorta edilemeyen risk olarak görüp, bu tür şeylerde, sen tıbbi veri girişinde yoksun diyorlar. Düşünün sekreteriniz var siz bir şeyler diyorsunuz, ultrasonda kardiyolojidesiniz çapını söylüyorsunuz, damarın genişliğini söylüyorsunuz, anemnez alıyorsunuz bir şeyler yazıyorsunuz, sekreter oraya farklı bir şeyler yazabilir. Doktorun şifresi ile yapıyor bunu. Şimdi bu tür davalar son derece arttığı için kreditorler diyor ki sen tıbbi veri girişine müdahil olamazsın. Doktor kendi girecek olması gereken bu. Bizim yerel kanunlarımızın da desteklediği bu aslında. Hem mahremiyet açısından, hekim ve hasta arasındaki iletişimi bozmamak açısından üçüncü bir kişinin olmaması gerekiyor. Hem de böyle bir hatayı şirketin personelinin yapmasını istemiyor. Şirketin personeli hastanın hikayesine müdahil olmasın. Ben ne yapıyorum, danışmada hastanın sadece demografik bilgilerini alıyorum, kaydını yapıyorum bu kadar. Bundan sonra içeri giriyor, hekimle görüşüyor. O yüzden tıbbi veriye erişimde bile kendi kendimi kısıtlamak zorundayım. Benim yurtdışında olan anlaşmalarım neticesinde. Rönesans gelip Sağlık Bakanlığı ile üst düzeyde anlaşırken kreditorün şartları bu diyor. Bakanlık da diyor ki ben sekreter istemiyorum, tıbbi veri girişine karışma, benim hastama dokunma diğer bir yandan hastaya sonda takılması, sonda çıkarılması, pozisyon verilmesi, mobilize edilmesi bunlar tamamen hemşire hizmetleri aslında ya da bir ameliyathanede hekimin aletini vermek yani hekimi asiste etmek de bir hemşirenin işi ama Türkiye'de insan kaynağı yetersiz olduğu için şuana kadar taşerondan alınan firma çalışanlarına bunlar yaptırılmış. Sözleşmeye hâkim bir şirket geliyor, sınırları olan, bunları çok esnetmeyen bir şirket geliyor. Öbür tarafta da kamu diyor ki seni anlıyorum ama benim de elemanım yok, iş dönecek, ameliyat yapacağız, hasta bakacağız. Böyle bir çatışma olabiliyor şirket ve kamu arasında. Biz doğru olan bu diyoruz ama o da diyor ki hayatın gerçekleri var, yeteri kadar hekimim, hemşirem yok, elemanım yok senin görevinde bu yazmıyor ama yap. Yapamıyorum beni kısıtlıyor hem yerel hem uluslararası kanunlar. Böyle çatışmalar yaşıyabiliyoruz (Görüşmeci 1, Hastane Yöneticisi)

Şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını etkileyen ve hekim özerkliğini azaltarak hekimlerin kendi emek süreçleri üzerindeki denetimlerini azaltan bir diğer konu sağlık turizmidir. Daha önce ifade edildiği gibi, şehir hastaneleri, Türkiye'de sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik en önemli

projelerden birisidir. Bu kapsamda, görüşmecilere göre şehir hastanelerine sağlık turizmi kapsamında gelen hastaların hastanede öncelikleri bulunmaktadır. Bu durum, hekimlerin muayene ve tedavide hastaları durumlarına ve aciliyete göre önceliklendirme özerkliğini yitirmelerine sebep olmaktadır. Bir hekimin ifadesiyle;

Sağlık turizmi kapsamında gelen hastalara özel katlar var hastanede. O hastalara VIP odaları, birbirine bağlı hasta ve refakatçi odalarından oluşan süit odalar tahsis ediliyor. Bu katlarda kalan hastalara özel hekim dışı personel bulunuyor, hemşire, taşıyıcı gibi. VIP katlarından sorumlu idari kadro her şeyi organize ediyor. İlgili başhekim yardımcısı turizm şirketi tarafından bulunan hastaların yatışlarını yapıyor. Hekimler hastanın durumuna göre hastaya bakması için arıyor. Bizler, normal koşullarda hastayı görür, yatarak tedaviye gerek var mı yok mu karar veririz. Ama sağlık turizminde bizim bu özerkliğimiz elimizden alınıyor. Ayrıca konsültasyonları aciliyetine göre sıralama özerkliğimiz de elimizden alınıyor çünkü bize talep edildiği anda öncelikli olarak sağlık turizmi kapsamında gelen hastalara bakmamız dayatılıyor ve ayrıca VIP hastaları yerinde görmek ve cihazlarla odalarına gitmek zorundayız. Zaten hastanenin büyüklüğü nedeniyle zaman kaybı yaşıyoruz böylece harcadığımız zaman katlanmış oluyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Sağlık çalışanlarının şehir hastanelerindeki çalışma koşullarına ilişkin olarak bahsedilmesi gereken bir diğer konu, dinlenme alanlarının yetersizliğidir. Hastanede sağlık çalışanları için yeterli dinlenme odaları, servislerde hekimlere ait oda ve sadece sağlık çalışanlarına ait kafe, pastane vb. gibi alanlar bulunmamaktadır. Şehir hastanelerinde tüm ticari alanların işletmesi yüklenici firmaya aittir ve tüm mekânlar hastaların kullanımına açıktır:

Hemşire odası yok, serviste hekimlere oda verilmiyor ama bizim serviste bir sürü işimiz oluyor, dinlenmeye ihtiyacımız oluyor. Ameliyathanede kullandığım oda küçücük. Hekimlerin oturup da bir şeyler içeceği bir alan yok. Hasta ve hasta yakınlarının gittiği yerlere gidip oturunca sürekli soru sormaya geliyorlar bir dinlenme, kafanı boşaltma imkânı olmuyor (Görüşmeci 9, Hekim).

Şehir hastaneleriyle birlikte herkes kendi poliklinikliğine gömüldü. Kimsenin birbiriyle telefon dışında temas edecek, sohbet edecek vakit yok. Zaten sağlık çalışanlarına özel mekânlar ayrılmadığı için bir araya gelme gibi bir olanağımız yok. Burada ortak bir akıl, ortak bir çözüm çıkmasının zorluğunun yanı sıra yalnızca sohbet etmek, dertleşmek ve az biraz rahatlamak da mümkün değil (Görüşmeci 37, Hekim).

Son olarak, hastaneye ulaşım sorunu, görüşme yapılan sağlık çalışanlarının tamamının şikayetçi olduğu bir konudur. Şehir merkezindeki hastanede çalışırken, şehir dışındaki bir hastaneye transfer olmak sağlık çalışanlarını hem zamansal hem de maddi yönden zorlamaktadır:

Hastane ulaşım olarak kötü bir yerde. Şehir dışında olduğu için buraya gelen daha az araç var. Eski hastanenin oradan geçen daha çok araç vardı. Sabahları

binmek mümkün değil toplu taşımaya mecburen kendi aracımı kullanmak zorunda kalıyorum. Beni maddi olarak çok etkiledi bu durum (Görüşmeci 19, Hemşire).

Eski hastane merkezde olduğu için benim evimden yürünerek geliniyordu. Buraya taşınınca toplu taşıma kullanmam gerekti ama özellikle sabahları aşırı kalabalık oluyor, akşamları iş çıkışı ve nöbetçi olduğumda da dönerken gücüm olmuyor ayakta o kadar yol gitmeye tüm gün mahvoluyoruz zaten koca hastanede oradan oraya gitmek için. Eşim işe arabayla gittiği için ikinci bir araba almak zorunda kaldık bir de kredi ödüyorum, üstüne benzin ödüyorum (Görüşmeci 18, Hemşire).

Ben 6 senedir ruh sağlığında çalıştığım için, eşim de ruh sağlığında çalışıyor benim oradan ev aldık biz. Benim evim taa 100. Yılda. Buraya geliş gidişim o kadar sıkıntı oluyor ki çok erken çıkıyorum. Kendi arabam var onunla gelip gidiyorum ama çok erken çıkmak zorunda kalmak ve bu kadar yol gelmek benim için çok büyük bir maliyet oluyor (Görüşmeci 30, Hemşire).

İcap nöbeti tutmak zorunda olan hekimler için bu hastane korkunç bir yerde. Acil durumlarda çok sıkıntı yaşıyoruz. Hastaneye yakın bir yere taşınmak zorundayım ama bu sefer çocuklarımın okuluna çok uzak olacak böyle otoban kenarına hastane yapılırsa ne çalışanlar gelebilir ne de hastalar. Çalışanların çoğu Yenışehir, Mezitli tarafında oturuyorlar. Şehrin batıya doğru olan kesimlerinde kiralar daha uygun olduğu için o taraflarda oturuyorlar. Hastaneye o bölgelerden erişim çok zor ve çok kötü (Görüşmeci 40, Hekim).

Ben Mezitli'de oturuyorum. 1,5 saat sürüyor otobüsle. Kendi aracım yok. Dolmuşlar hastanenin önüne kadar gidemiyor. Son ışıkların orada bırakıyor. 1100 metre hastane kapısına kadar o yolu yürümek zorundasın dolmuşla geldiysen. Oradan itibaren otobüsler ücretsiz. Otobüse binmen lazım ama otobüse de binebilirsen sabah o hengamede (Görüşmeci 65, Hemşire).

4.4.3.2. Sağlık Çalışanları Arasındaki İlişkilerin Dönüşümü

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasındaki dönemde sağlık emek sürecinde sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi şekillendiren en temel unsur “rekabet” haline gelmiştir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, sağlık emek sürecinde rekabeti teşvik eden ve bu bağlamda sağlık çalışanlarını bölen ve bireycileştiren bir uygulama olarak çalışma barışının bozulmasına neden olmuştur. Mesleki dayanışmanın azalarak kolektif mücadelenin zorlaştığı bu süreç, şehir hastanelerinde rekabetin körüklenmesi ve mekânsal organizasyonun yarattığı izolasyonla birlikte derinleşmektedir.

Şehir hastanelerinde şehir içindeki hastanelerin kapatılmasıyla kitlesel sağlık iş gücü tek bir çatı altında toplanmakta yani merkezileştirilmektedir. Bu durum, farklı hastanelerden gelen sağlık çalışanları arasında da rekabet tesis edilmesini sağlamaktadır. Başka bir ifade ile, daha önce farklı hastanelerde çalışan sağlık

çalışanları tek bir çatı altında toplanarak performansa dayalı ücretlendirme sistemi üzerinden birbiriyle rekabet etmeye başlamıştır. Önceki bölümde ifade edildiği gibi, tüm özellikli branşların şehir hastanelerinde toplanması ve kapatılmayan ilçe hastanelerinin tanınan ve hasta sayısı yüksek hekimlerinin şehir hastanelerine transfer edilmeleriyle birlikte bu rekabet daha da körüklenmektedir:

Performans sistemi, rekabete yönelik, hekimler birbirini yesin, otoriteye herhangi bir şey söylemesin diye. Burada otorite dediğim yöneticiler. Bu performans sistemi o kadar güzel işledi ki ben döner sermaye kurullarında falan da bulundum doktorlar birbirini yiyor. Mesela çok fazla puan yapan birine, hiç bir şekilde sistemi suiistimal etmese dahi, kendi işini yapsa dahi sen niye bu kadar puan yapıyorsun diye diğer doktorlar baskı yapıyor. Birbirlerine giriyor doktorlar. Zaten hemşire doktor arası doktor neden bu kadar yüksek alırken biz bu kadar düşük alıyoruz diye bir çatışma var. Rekabet zaten vardı ama şehir hastanesi bunu körükledi. Özellikle Ankara Bilkent, Etlik gibi daha büyük şehir hastanelerinde bu çok daha vahim bir durum alacak. Orada çok köklü eğitim araştırma hastaneleri kapatılacak ve Ankara'nın en köklü hastanelerinin en iyi doktorları rekabet etmeye başlayacak. Mersin'de de Toros Devlet'ten, Tarsus'tan bazı branş doktorlarını, iyi cerrahları, isim yapmış, hasta sayısı çok olan hekimleri şehir hastanesine getirdiler ne oldu rekabet kızıştı (Görüşmeci 34, Hekim).

Sağlık sisteminde rekabet performansla birlikte oluşturuldu. Çalışanlar arası huzur bozan bir şey buraya taşınınca tamamen huzursuzluk yarattı. Hekim sayısı arttı. Pastada da büyüdü. Kapatılan hastanelerin toplam hasta sayısından daha fazla hasta geliyor buraya yani pasta büyüdü daha çok kazanma imkânı oldu rekabet arttı bir de pasta büyürken bölüşmek isteyen baş sayısı da arttı. Eskiden birse rekabet beş oldu (Görüşmeci 36, Hekim).

İki hastane taşındı buraya ama Toros'ta da ismi olan beyin cerrahları, ürologlar falan buraya getirildi. Rekabeti artıracak şeyler bunlar. Buranın kâr etmesi için yaptıkları şeyler çalışanlar arasında rekabeti körükliyor. Hastanenin kâr etmesi için halk arasında bilinen isimleri getirdiler ama bunu sağlayabilmek için de Toros'ta malzeme alımını engellediler, bir çok ameliyatlari yapamaz hale getirdiler (Görüşmeci 37, Hekim).

Bazı görüşmecilere göre, şehir hastanelerine geçiş, rekabeti artırmasına rağmen artan iş yükü nedeniyle rekabet edemeyecek kadar tükenmelerine neden olmaktadır:

Burada rekabet tabi ki kızıştı ama ondan daha önemlisi rekabet edecek halimiz yok çünkü çok yoruluyoruz. Bazen yorgunluktan şuursuz gibi hareket etmeye başlıyorum. Kim benden çok para aldı düşünecek halde olmuyorum (Görüşmeci 43, Hekim).

Belirli branşların ve hekimlerin şehir hastanesinde toplanması, ilçe hastanelerini âtil duruma getirirken hasta sayılarının azalması nedeniyle hastanelerin döner sermaye gelirleri buna bağlı olarak da sağlık çalışanlarına yapılan ek ödemeler azalmaktadır. Bu durum, şehir hastaneleriyle diğer hastanelerde yapılan performansa

dayalı ek ödemeler arasındaki makasın açılmasına ve sağlık çalışanları arasında çatışmaya neden olmaktadır:

Şimdi Toros Devlet iyi döner almıyor, Şehir hastanesi alıyor. Toros Devlet'teki doktor diyor ki onlar alıyor ben niye almıyorum. Diğer hastanelerdeki doktorlar ve şehir hastanesindeki doktorlar arasındaki çatışma körükleniyor (Görüşmeci 34, Hekim).

Şehir hastanelerinde bulunan son teknoloji tıbbi donanım, tüm özellikli branşların bir arada bulunması, daha önce yapılamayan tetkiklerin ve işlemlerin yapılabilmesi, artan hasta sayısı gibi unsurlar, bakılan hasta sayısının ve yapılan işlemlerin artmasını sağlayarak daha yüksek puan toplamayı sağlayabilmektedir. Görüşmeciler, bu durumun sağlık çalışanlarının ek ödemeleri arasındaki uçurumu artırdığını ve rekabeti kızıştırdığını belirtmiştir:

Performans sistemiyle başlayan rekabet durumu burada iyice gün yüzüne çıktı. Performans sistemi rekabeti körüklüyor. Sağlık sistemi paranın en az konuşulması gereken bir alan ama burada sizin alacağınız para bile belirsiz bir para sizin ne kadar çok hasta baktığınızla orantılı. Dolayısıyla kaliteli hasta bakmaktansa çok hasta bakmak sizin bir süre sonra amacınız haline geliyor. Şehir hastanesi bunun için biçilmiş kaftan gibi hasta sayınızı artırmak, daha çok işlem yapmak, puanı çok yüksek özellikli işlem yapmak, daha çok hasta yatırmak burada daha kolay. Yani burada çok para kazanmak isteyen doktorlar eski hastaneye göre çok daha fazla para kazanıyor. Herkesin farklı para alıyor olması çalışma huzurunu bozan bir şey. Herkes aynı diplomaya sahip herkes aynı unvana sahip ama herkes farklı paralar alıyor. Sanki konfeksiyonda parça başı iş yapan ucuz işçiler gibi. Burada bu durum tavan yaptı. Randevusuz hasta sayını 200'e kadar çıkarabilirsin çünkü hasta akıyor buraya. O yüzden doktorların arasındaki gelir makası çok genişledi (Görüşmeci 51, Hekim).

Rekabetin körüklenmesiyle, sağlıkta performans sistemiyle birlikte bozulan çalışanlar arası ilişkiler ve iş barışı daha kötü bir noktaya ilerlemiştir. Bu süreç mesleki dayanışmayı ve kolektif mücadeleyi ciddi şekilde azaltmaktadır:

Rekabet öyle bir hal aldı ki insanlar arasında hırstan dolayı çatışma çıkacak. Performans sistemi berbat bir sistem. İnsanlara baktıkları kafa başına para veriyorsunuz ve ücretin büyük bir kısmının performanstan gelmesini sağlıyorsunuz bu ne demek yiyin birbirinizi demek. Şehir hastanesinde gir çık gir çık yaparak milyarlar kazanan doktor bile olabiliyor. Ben kimsenin bilmediği milyonda bir görülen bir hastalığa tanı koyup tedavi ediyorum ama ben o hastadan 45 puan alıyorum öbürü 3 tane öksürükle beni geride bırakabiliyor. Şimdi o adamla ben aynı kalitede mi iş yapıyorum. Nasıl dayanışma olsun aynı bakmıyoruz, aynı kazanmıyoruz (Görüşmeci 52, Hekim).

Çocuk Hastanesi'nde de rekabet vardı ama burası gibi değildi. Burada her şey gibi rekabet de kar topu gibi büyüdü. Mesela bir sorun oluyor, kimse kimsenin açığını kapatmıyor daha çok hekimler arasında bir birinin açığını arama gibi bir durum ortaya çıkıyor. Gelir uçurumu oluştu burada. Bir doktor ayda 10.000 lira kazanırken, bir doktor 100.000 lira kazanabiliyor. Bu da doktorların kendi

arasında bir birliktelik yaratmasını engelliyor bence. Sınıfsal olarak ortak bir çıkar algısı yok bence. Bir doktor kendinin neden 10.000 lira aldığından ziyade diğerinin neden 100.000 lira aldığına takılıyor. Kendisinin neden sekreterlikten ziyade diğerinin neden sekreteri olduğuna takılıyor. Sana düşman sana bilmiyor aslında orada talep etmesi gereken sekreter, bunun için mücadele etmesi lazım ama onun niye sekreteri varı dillendiriyor. Doktorlardaki bu algı bence ortak hareket etmeyi sektöre uğratan bir şey. Doktorların kendi odalarına, meslek örgütlerine bile sahip çıkamama gibi bir durumları var (Görüşmeci 51, Hekim).

Fabrikada iş gücünün merkezileşmesi yani kitlesel iş gücünün aynı çatı altında toplanması, mesleki dayanışmayı ve örgütlülüğü artırırken, şehir hastanelerinde kitlesel sağlık iş gücü aynı çatı altında çalışıyor olsa da hastanenin mekânsal organizasyonu mesleki dayanışma ve kolektif mücadeleyi azaltarak örgütlenmeyi zorlaştırmaktadır. Devasa büyüklükteki hastanede birimler arası mesafelerin uzaklığı nedeniyle sağlık çalışanları birbirlerinden izole şekilde çalışmakta ve bir araya gelebilecekleri ortak mekânların bulunmaması artan iş yüküyle eklemleendiğinde sağlık çalışanları arasındaki iletişim imkanlarını ciddi derecede azaltmaktadır. Sağlık çalışanlarının toplu bir şekilde yemek yeme imkanları dahi bulunmamaktadır. Sağlık çalışanlarının birbirlerini en rahat şekilde görüp, iletişim kurabildikleri yerler yemekhanelerdir. Şehir hastanelerinde hastanenin farklı yerlerine dağılmış 12-13 tane küçük yemekhane bulunmaktadır:

Türkiye’de uzun süredir örgütsüzleştirme politikası uygulanıyor zaten. Böyle büyük hastaneler yapmanın bir amacı da bu. Büyük hastanede insanların bir araya gelmesi mümkün değil buna hem ortam hem zaman müsait değil. Yani bir amaç da bu insanlar bir araya gelemesin. Bu kadar büyük bir hastanede ortak oturacağımız bir mekân yok. Hekimlerin oturup da bir şeyler içeceği bir alan yok (Görüşmeci 9, Hekim).

Hekim örgütlülüğü son dönemde iyice zayıflamıştı. Şehir hastanelerine geçişle birlikte eylemselliğimiz artabilir diye düşünüyorduk fakat mekân öyle bir şekilde tasarlanmış ki, birbirimizi görmeden aylar geçiyor. Herkes kendi alanında en büyük sorunu kendisinin yaşadığını düşünüyor. Meslektaşlarının da onunla benzer dertlere sahip olduğunu onların dilinden ya da gözünden dinleyemiyor. Bir araya gelip aslında aynı sorunu yaşadığımıza dair paylaşımda bulunabileceğimiz temas etme alanlarına, ortak mekânlara ve zamana sahip değiliz. Eskiden yemekhaneler de buluşulurdu. Şimdi her kulede ellişer kişilik iki tane yemekhane bulunuyor. Hepimiz fırsat bulduğumuz anda hızla yemek yiyip işimize dönüyoruz. Baskı, zorlamalar, her an işini kaybetme korkusu, köşeye sıkışmışlık hissi, hiç bir şeyin değiştirilemeyeceğine dair umutsuzluk uyandırıyor. Aslında tek çözüm bir arada durmak ama iş yükünün artması ve herkesin birbiriyle çatışır duruma gelmesiyle iş barışının yok olması, büyük bir sorun yaratıyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Örgütlenmeyi zorlaştırdı. Örgütlenmenin temel dayanağı iletişimdir. Mesafeler iletişimi kopartıyor. Sosyal iletişim anlamında sorunlar yaşıyoruz. Hem branşdaşlarımızla hem hemşirelerle iletişimimiz yok denecek kadar az bu da otomatik olarak sorunlarımızı konuşmayı, dayanışma geliştirmeyi engelliyor. Herkes kendisini yalnız hissediyor (Görüşmeci 34, Hekim).

Eski hastanede sürekli her gün görüştüğümüz arkadaşlarla bile burada birbirimizi aylarca hiç görmüyoruz. 3 ayda bir koridorda falan belki karşılaşıyoruz. Sendikal faaliyetlerimizi doğru düzgün yürütemiyoruz bir araya gelemiyoruz. Örgütlenmemiz ciddi anlamda etkilendi. Mesela bir sorun oluyor, biz bir araya gelemiyoruz. Ve örgütlülüğü kırmak için kültür değişimi yarattılar. Bunu da en iyi şekilde performansla yaptılar. Bir sorun olduğunda herkes birbirine atıyor, herkes birbirinin kuyusunu kazıyor (Görüşmeci 62, Hemşire).

Şehir hastanesi örgütlenmeyi çok ciddi oranda etkiledi. 12 tane yemekhanemiz var. Bir imza kampanyamız var mesela hangi birinde nasıl bir çalışma yürütelim. Sonuçta sadece sendikacılık yapmıyoruz. Haftanın sadece bir günü sendika izni kullanabiliyoruz. İş yükümüz zaten arttı, sendika çalışmalarını yürütmek zorlaştı. Eskiden yemekhanelerin önünde ya da hastane girişinde bir şeylerin çağrısını yapardık, şuan bir sürü yemekhane, bir sürü giriş var hastanede. Birbirimizi görme şansımız hiç kalmadı. İş yükünden dolayı birbirimize selam bile verecek zaman bulamıyoruz. Eskiden bir merhaba der, bir çay içerdik artık onu da yapamıyoruz. Normalde işyerlerinin büyümesi örgütlülüğü artırır öyle bir kurgulanmış ki sistem bu kadar çalışan hem bir arada, aynı çatı altında çalışıyoruz hem birbirimizden bir haberiz (Görüşmeci 61, Hemşire).

Görüşmecilerin aktardığına göre, şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının kolektif mücadelesini zorlaştıran bir diğer unsur da kamu özel ortaklığı modelinden kaynaklı olarak hastanenin özel mülk olarak değerlendirilmesi ve hastane içerisinde örgütlü mücadeleye izin verilmemesidir:

Biz Mersin Tabip Odası olarak artan hekime şiddete karşı hastane önünde basın açıklaması yapacaktık. Buluşamadığımız için duyuruları whatsapp ve mail üzerinden yapıyoruz. Öğle arasında bir boşluğum olunca el ilanlarıyla basın açıklamasına çağrı yapmak istediğimde güvenlik beni engelledi. Bazı polikliniklere girmeme engel oldu. Yaptığının hukuksuz olduğunu ifade ettiğimde amirini aradı. Amiri de başhekimliği aradı ve başhekimlik müdahalede bulunmayın, engel olmayın dememiş. Ertesi gün basın açıklaması yapmak istediğimizde şehir hastaneleri kamu hastanesi diye geçmesine rağmen biz o gün böyle olmadığına çok sert bir şekilde tanık olduk. Bir şiddet karşıtı eylemi, çalıştığımız ve şiddete maruz kaldığımız mekân olarak hastanenin kapısının önünde yapmak istedik. Kolluk kuvvetleri geldi burası özel mülk siz ancak hastanenin dışında yapabilirsiniz dediler. Dışarıda yapmazsak müdahale edeceklerini söylediler. Başhekimlik de buna müdahil olamıyor onları da aşıyor. Burası özel mülk diyerek örgütlülüğümüzün önü kesilmeye çalışılıyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Adana Şehir Hastanesi içinde basın açıklaması yapamazsınız dediler, izin vermedi polisler. Sonradan niçin izin vermediklerini anladım. Burası herhalde kamunun değil de özel şirkete ait olarak görülüyor (Görüşmeci 9, Hekim).

Geçen imza kampanyası yaparken önce güvenlik geldi, benim resmimi çekti. Arkadaşlar yemeklerini yiyip bitirmişler, yukarı çıkmışlar, kafede oturuyorlardı. Emniyetten polis geldi, adımı aldı. Burası kamu özel ortaklığı olduğu için sendika çalışması yapmamıza da engel olmaya çalışıyorlar. Adam bana diyor ki sen burada stand açmışsın. Ben stand açmadım, ben işimi yapıyorum, ben sendikacıyım, sendikal mücadelemi sürdürüyorum. Kimden izin aldın dedi. Sendika çalışması yapmak için kimseden izin alınmaz memur bey dedim. Nasıl alman lazım dedi. Bakın yine söylüyorum, ben bir sendikacıyım ve sendikal mücadele yürütüyorum burada. Sendikaların mücadele yürüttükleri yerler işyerleridir ve bunun için kimseden izin alınmaz. Ama biz yine de başhekim yardımcısına bilgi verdik, şu yemekhanede şu bildirileri dağıtıp imza kampanyası başlatacağız dedik. Özel şirketin olmasından kaynaklı örgütlenmeye yönelik engeller ortaya çıkıyor. Devlet hastanesinde yürüten arkadaşlarla konuştuk onlar benzer bir şey yaşamamışlar ama şehir hastanesinde sadece burada değil diğer şehir hastanelerinde de imza kampanyası yürüten arkadaşları önce özel güvenlik sonrasında bir polis sorgulamış. Burası devlet hastanesi değil gibi sanki şirketin hastanesi aslında öyle gibi biz kiracıyız, sahibi onlar (Görüşmeci 61, Hemşire).

4.4.3.3. Sağlık Çalışanı ve Hasta Arasındaki İlişkilerin Dönüşümü

Sağlık hizmetlerinde geleneksel, paternalist hasta-hekim ilişkisi; gelişen iletişim teknolojileri sayesinde tıp bilgisinin ulaşılabilirliğinin artışıyla geleneksel edilgen hasta profilinin yerini sorgulayan hasta profilinin alması, piyasalaşmanın etkisiyle hastaların müşteri kimliğine bürünmesi, hastane kârının ön plana çıkması, performans kriterleri, sigorta ödeme yönergeleriyle hekimin hasta yararını önceliğine dair geleneksel algının kırılması ve hastaların hekimlere olan güveninin azalması, hasta hakları, hasta şikâyet mekanizmalarının gelişmesiyle hekimin hasta üzerindeki otoritesinin kırılması, hastaların yaşadıkları sağlık sisteminden kaynaklı sorunların nedeni olarak hekimleri görmeye başlaması ve hekimlik mesleğinin toplum gözünde itibarsızlaşması nedeniyle dönüşmüş ve bu dönüşüm beraberinde sağlık alanında şiddet olaylarının artışı getirmiştir. Şehir hastaneleri, sağlık hizmetlerinde yaşanan bu dönüşüm sürecinin keskinliğini artırmıştır.

Şehir hastaneleri, sağlıkta piyasalaşmanın hastaları büründürdüğü “müşteri” kimliğini ileri bir noktaya taşımaktadır. Bu sürecin üç boyutu bulunmaktadır. İlk olarak, şehir hastanelerinde yeni kamu işletmeciliği yaklaşımı çerçevesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın hedeflerinden biri olarak belirlenen hastanelerin işletmeleştirilmesi ve işletme ilkelerinin kamu hastanelerine aktarılması süreci hızlanmıştır. Şehir hastanelerinin kamu-özel ortaklığına dayanan yönetim yapısı, özel sektör ilke ve değerlerinin kamu hastane yönetim sürecine aktarımını

kolaylaştırmaktadır. Şehir hastaneleriyle birlikte derinleşen kamu hastanelerinin işletmeleştirilmesi süreci, hastaların “müşteri” kimliğini pekiştirmektedir. Bazı görüşmecilerin aktardıkları ifadeler, şehir hastanelerinde bir kamu hastanesinin nasıl işletmeleştirildiğini gözler önüne sermektedir;

Mesela ben şuan anjiyo yapamıyorum. Anjiyoya devlet 2000 lira ödüyor cihaza ama cihazın Türkiye'ye gelişi 10.000 lira. Ben anjiyo yaparsam devleti 8000 lira zarara uğrattıyorum. Çocuğun deliğini kapatırsam anjiyoyla bunu aileden de alamıyorum 8000 lira farkı ama hastane kasasından ödüyor, bizim döner sermayeden gidiyor. Dolayısıyla idare bir şekilde bahane uydurarak bu işlemleri yapmayın diyor bize. SGK hastanelere çok az para ödüyor. Sen bu işlemi yaparsan sana sadece 2000 lira ödeyebilirim diyor. Ona SUT diyoruz. SUT fiyatları diyoruz. Hastaların bunlardan haberi yok bunlar bizim yani doktorların pratikte birebir yaşadıkları sorunlar. Bir çok hasta gittik bizi tedavi etmediler ha bire erteliyorlar diyor ben 2 senedir anjiyo erteliyorum (Görüşmeci 51, Hekim).

Kliniklere yatak doluluk oranını tutturmak zorundayız diye sürekli telefon geliyor. Olur da yatağınız boşsa, bazen 22 yataklı serviste tek hasta yatıyor oluyor, boş diye sürekli uyarı alıyorum. Dolduracaksınız yatakları, böyle bir şey var, sözel uyarı alıyoruz yönetimden. Ayrıca, atıyorum by-pass üzerinden gidelim yöneticinin [başhekimin] performansı nasıl değerlendiriliyor; bakanlığa sen taahhütte bulunuyorsun, 1 ayda 40 tane by-pass çıkacak bu hastaneden. Başhekim sonra geliyor, kalp damar cerrahına 40 tane by-pass yapılacak. Ee nereden bulacaksın, bul. Yapılması için de sürekli baskı sürekli baskı. İşte para kazanamazsın diyor, bir şekilde herkes gaza geliyor havala huvala o işler yapılıyor. Bu performans sisteminin beslediği bir durum (Görüşmeci 37, Hekim).

İkinci boyut olarak, şehir hastaneleri son teknoloji tıbbi donanımın kullanıldığı, devasa, modern mimari tasarımlara, geniş, her türlü imkana sahip tek kişilik hasta odalarına, yürüyen merdivenlere, hastane içi ulaşımında kullanılan golf arabalarına, çok çeşitli sosyal yaşam olanaklarına sahip “mükemmeliyet merkezleri” olarak kurgulandıkları için vatandaşlarda yıllardır sahip oldukları devlet hastanesi algısından farklı bir hastane algısı oluşturmaktadır. Beş yıldızlı otel, alışveriş merkezi, özel hastane gibi mekânlara benzetilen şehir hastaneleri, hastaların kendilerini “tüketici” konumunda hissetmelerini kolaylaştırmaktadır. Dolayısıyla, literatürde “klinik tüketicilik” olarak kavramsallaştırılan hizmet sunucusu ve hasta arasındaki ilişkinin ticari bir ilişkiye dönüşmesi süreci şehir hastanelerinde derinleşmiştir:

Bence şehir hastanesi hiç iyi olmadı. Çalışan açısından iyi olmadı. Çünkü hastalar geliyorlar artık bize özel hastanede hemşireymişiz muamelesi yapıyorlar. Her şeyin, her isteklerinin anında olmasını bekliyorlar. Bize karşı davranışları, tavırları daha kaba, daha kötü. Sağlıkçıya, doktora, hemşireye saygı kalmadı. Siz eşek gibi yapacaksınız diyorlar (Görüşmeci 24, Hemşire).

Burada özel şirketin çalışanıymışız gibi düşünüyor hasta. Sanki burası özel bir hastane çünkü devlet hastanesi gibi değil. Buranın ayrıcalıklı bir yer olduğunu düşünüyor çünkü insanların alıştığı devlet hastanesi mantığından çok farklı bir hastane. Bunu görüyor ve bizi de özel hastanenin çalışanı olarak gördüğü için şunu yapmak zorundasın diye düşünüyor. İstediklerini yapmak zorundaymış gibi bakıyor hekime (Görüşmecı 46, Hekim).

Fiziksel koşullar hastalar için aşırı ferah yaratılmış. Hastalarda şöyle bir algı oluşuyor burası son model bir özel hastane, siz de hizmetlisisiniz. Hemşire de olsan doktor da olsan bana hizmet vermek zorundasın. Şehir hastaneleri insanlarda böyle bir algı yarattı. Geçenlerde bir tane hasta geldi, randevum yok dedi. O gün için randevusuz bakacağım hastalar bile dolmuş durumdaydı ama uzaktan gelmiş Erdemli taraflarından. Ben de inisiyatif kullanıp kaşeli kâğıt verdim kayıt aldırma için. Şimdi kayıt alınca ona otomatikman randevulu ve randevusuz hastalardan sonra çıkıyor en son o geldiği için çünkü o sıra herkesin aldığı saate göre çıkıyor. Dolayısıyla onun sırası da mesela 50, ben o sırada 30. hastaya bakıyorum. Adam kapının önünde sürekli kıpır kıpır, işte sürekli arada girip soruyor ne zaman sıra gelecek, niye gelmedi, ne zaman alacaksınız. 2-3 hastada bir içeri giriyor. En sonunda geldi, Allah devletten razı olsun dedi bize böyle özel hastane gibi hastaneler, hizmetler yaptı dedi ama maalesef böyle güzel hastanelere yine tutmuşlar eski hastanelerden doktorları getirmişler dedi. Böyle hastaneye yakışmıyorsunuz, bize hizmet etmeniz gerekirken bizi bir sürü saat kapıda beklettiniz dedi. Ben de dedim ki amca sen bugün tamamen benim iyi niyetimle muayene oldun. Bana dedi ki neyse uzatma çocuğun neyi var onu söyle dedi. O amcanın ifadesi çok iyi bir göstergeydi. Devlet çok güzel özel hastane gibi bir hastane yapmış ama tutmuş yine eski doktorları getirmiş. Eğer bu kadar güzel bir hastanede bir sorunla karşılaştıysa bunun tek muhatabının doktorlar olduğunu, doktorların işlerini zorlaştırdığını düşünüyor. Şehir hastanesi böyle bir mentalite yarattı (Görüşmecı 51, Hekim).

Hastane yeni ve güzel olduğu için hastalar burayı biz cazibe merkezi olarak görüyor bu nedenle hastaların beklentisi de çok yüksek. Bize karşı bakışları devlet hastanesindekinden daha farklı. Özel bir hastaneye gelmiş gibi muamele görmek istiyor. Ben parasını veriyorum bana hizmet edeceksin diyen bir müşteri gibi (Görüşmecı 41, Hekim).

TTB tarafından düzenlenen Şehir Hastaneleri: Yalanlar Ve Gerçekler Sempozyumu'nda Eskişehir Şehir Hastanesi'nde hekim olan Aksaray (2019), bu konuya ilişkin şöyle bir anekdot aktarmıştır;

Hasta beklentisi çok arttı. Gerçekten AVM gibi kristalli yürüyen merdivenli falan olunca hastalarda böyle, el pençe divan herkes onlara tabi olacak sanıyor. Poliklinikte bir hastaya “refakatçi de bırakmanız lazım hastanın yanına” demiştim ben. Dedi ki “nasıl yani şehir hastanesinde refakatçi mi kalıyor?” dedi. Yani beklentileri çok çok çok yukarıda tutuluyor insanların.

Üçüncü boyut olarak, şehir hastaneleri, şehir dışında ve diğer yaşam alanlarından tecrit edilmiş alanlarda inşa edildikleri için hastanede bulunan herkesin ihtiyaçlarını özel şirketin işlettiği alanlardan karşılaması bir zorunluluk halini almaktadır. Başka bir ifade ile, kamu özel ortaklığı modeli, özel şirkete çok sayıda ve

çeşitte mal ve hizmeti blok halinde sunma imkânı vererek kamusal sağlık hizmetinden yararlananların özel şirkete aşırı bağımlı olmasına yol açmaktadır. Özel şirket, ticari alanların işletmeciliği açısından tekel konumu sayesinde kamusal sağlık hizmeti almaya gelen ve başka seçeneği olmayan hastaları kendi müşteri kitlesine dönüştürme imkânı bulmaktadır (Karasu, 2011: 244). Bu durumun iki önemli sonucu bulunmaktadır. Birincisi, kamu özel ortaklığı modeli, kamu hizmeti alan vatandaşları özel şirketin müşterisine dönüştüren bir tablo yaratarak hastaların “tüketici” konumlarını pekiştirmektedir:

Hastalar hastanenin kapısından içeri girdiği andan itibaren kendisini beş yıldızlı bir otelin müşterisi gibi hissediyor. Sanki bir kamu hastanesine girmiyor, bir AVM’ye, beş yıldızlı otele giriyor. Yani ilk dakikadan hastanın kendisini müşteri gibi algılaması sağlanmış oluyor. Kapıda karşılayan hostesler, kuaför, berber, giyim mağazaları, market, restoranlar, kafeler. Hastane, kentle bağı koparıp kendi ekonomisini yarattığı için hastalar buradaki alanlara mecburlar. Her şey dahil beş yıldızlı otel gibi düşünün ya da içinde her şeyin olduğu AVM gibi o alana mecbursunuz yani burası sizin vatandaş olarak sağlık hizmeti aldığınız bir mekân değil burası sizin müşterisi olduğunuz bir mekân algısı yaratıyor hastalarda (Görüşmeci 5, Hekim).

Hastane öyle bir kurgulanmış ki hastaya sen müşterisin diyor her taraftan. Tüm sosyal alanların işletmesi özel şirkette ve hastanın hastane dışına çıkma olasılığı yok herhangi bir ihtiyacını karşılama şansı yok hastane dışında. Otoparklar AVM otoparkı gibi, restoranlar sanki AVM foodcourtu, Migros var yani hastane içinde, hasta hastane içerisinde her ihtiyacını karşılama şansına sahip o yüzden kendisini AVM’de hissediyor bunu kamu özel işbirliği modeli sağlıyor. Hastaneyi bu şekilde kurgulamışlar, hastaya sen müşterisin diyor burası devlet hastanesi gibi gelmiyor hastaya o yüzden (Görüşmeci 48, Hekim).

İkinci sonucu ise, hastane içerisindeki ticari alanların “müşterisi” olmaya mecbur kalmak, maddi olarak hastaları ve aynı zamanda sağlık çalışanlarını zorlamaktadır:

Şuan oturduğumuz mekân bile hasta ve çalışanlar için bir söğüşleme mekânıdır. Yemekler çok pahalı, çay bile 3 TL dışarıda 1,5-2 lira. Hasta geliyor buraya öğlene kadar muayene oluyor. Öğleden sonra tahlillerini alacak, şehir merkezinde olsaydı evine yakınsa dolmuşa binip evine giderdi. Bizim eski Mersin Devlet Hastanesi öyleydi mesela şehir merkezindeydi. Evine gitmese bile çok fazla alternatif vardı. Şehir merkezinde gidecek, yemek yiyecek çok fazla seçeneği vardı. Ama burada şirkete mecbur insanlar. Şirkette kiraya veriyor tüm bu mekânları. Otoparkın ücretini de devlet veriyor. Yoksa arabasını da koyacak ücretsiz yer olmayacaktı (Görüşmeci 46, Hekim).

Kurulduğu alan itibarıyla şehir dışında yer aldığı için markete falan uzağız. Market çok pahalı hastanedeki. Dışardaki bisküviyi, simidi çok pahalıya alıyoruz. Sen buraya çarşı yaptın ama çok pahalı. Sadece Migros var, tek bir seçenek var bu yüzden mecbursunuz. Bizi maddi olarak çok etkiliyor. Öbür hastanede etrafta bir sürü yer vardı, yemek yemek için, alışveriş yapmak için seçeneklerimiz vardı.

Buraya yemek siparişi bile veremiyorsunuz, doğru düzgün hiç bir yer servis yapmıyor buraya (Görüşmeci 18, Hemşire).

Hastaların “müşteri” kimliğinin pekiştirilmesi, hasta şikâyet mekanizmalarına başvuruların ve şiddet olaylarının artmasına yol açmaktadır. Hastalar kendisini hizmet satın alan müşteri, sağlık çalışanlarını da onlara her türlü isteklerini yerine getirmekle sorumlu hizmetliler olarak değerlendirdiğinde beğenmedikleri her şey ve çıkan her türlü sorun için öfkelerini sağlık çalışanlarına yöneltmeye başlamaktadır. Görüşmecilerin tamamı en sık karşılaştıkları söylemin “yapmak zorundasın” olduğunu ve aksi bir durumda hakaret, kötü muamele, şikâyet edilme ve şiddetle karşılaştıklarını ifade etmiştir:

Bizden kaynaklanmıyorsa bile mesela hastayı görmeden ilaç yazamıyor olmamız, hastanın randevu bulamaması, 182'ye ulaşamaması ya da muayene sırasında bilgisayar sisteminin kopması gibi bizden kaynaklanmayan sorunlar için bile muhatap bizim olmamız çok yıpratıcı bir şey bizim açımızdan. Mesela katkı payları ödeniyor ya eczanede bir sürü şeyler çıkıyor, paralar çıkıyor insanlar bunu şöyle algılıyorlar, doktorlar bizden para alıyor. Hasta sorumlu olarak beni görüyor, beni şikâyet ediyor CİMER'e (Görüşmeci 51, Hekim).

Eski hastanede de hasta memnuniyeti tabi ki de önemliydi. Bizim işimiz bu hastaya hizmet etmek ama şehir hastanesinde artık hastalarla ilişkimiz çok değişti. Şimdi hasta için daha iyi olduğunu düşündüğümüz şeyi yapamıyoruz çünkü hasta onun için daha iyi olduğunu düşünmüyor. Hastalarda özel hastanedeymiş gibi müşteri memnuniyeti önce gelir mantığı var, yapmak zorundasın diyor ve yapmak zorunda kalıyoruz. Örneğin yaşlı bir hastayı hemşire odasına daha yakın bir odaya transfer etmek istedik daha çok ihtiyacı olabiliyor diye. Kendi odasının manzarasını daha çok beğendiği için, onu zorla taşıdığımızı söyleyip şikâyet etmiş. Biz de taşımadık mecburen (Görüşmeci 21, Hemşire).

Yaşadığım bir durumu anlatayım sana. Bir gün poliklinikte dolu olduğu için randevu bulamayan bir hasta içeri girdi ve ben ona bakmadan çıkmayacağını söyledi. Kapının önü hınca hınç dolu zamanımı alıyor. Beni zaman kaybına uğrattığını söyledim bana çalışmayacaksan emekli ol dedi. Emeklilik yaşı gelmedi daha dedim bunun üzerine hiç belli olmuyor suratına bak çok çirkinsin dedi. Hakaret edip gitse anlaşılır ama ısrar etmeye devam ediyor. Bana hakaret ettikten sonra ona iyi bakacağım nasıl emin olduğunu sorduğumda çünkü bakmak zorundasın dedi. Bu tam olarak hiçleştirme. Karşınızdaki kişi sizin yaptığınız işin değerini, zorluğunu, gerektirdiği zamanı algılamıyor. Bir köle-efendi denklemi kuruyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi'nden hekim olan Koyuncu (2019) tarafından TTB tarafından düzenlenen Şehir Hastaneleri: Yalanlar Ve Gerçekler Sempozyumu'nda şehir hastanelerinde artan şiddet konusuna ilişkin olarak şunlar ifade edilmiştir;

En önemli sorunlardan biri şiddet. Eski hastanemizde ben hiç bir arkadaşımızın fiziksel şiddete maruz kaldığını görmedim. Evet çok büyük bir sorundu şiddet yine, sözel şiddet hiç eksik olmuyordu ama bu kadar çok fiziksel şiddetle karşılaşmadık. Çok yeni olmasına rağmen 3 arkadaşımız fiziksel şiddet ile karşılaştı. Daha sonrasında diğer kliniklerde de şiddet olayları oldu. Ve biz aynı yerde aynı bölgede çalışmamıza rağmen yani bir kilometre uzağa taşınmamıza rağmen, aynı hasta profiline bakmamıza rağmen insanların davranışı çok değişti. Karşımızdaki insanlar “koskoca şehir hastanesi” diye başlayıp bize her türlü hakareti etme hakkını kendilerinde buluyorlardı. Resmen ben bir sağlık çalışanı olarak şöyle hissediyorum, karşımda bana kesinlikle saygı duymayan, kendilerini benim sahibim sanan bir kitleye hizmet ediyorum.

Şehir hastanelerinin hastalarda oluşturduğu “mükemmeliyet merkezi” algısının yükselttiği beklentiler ve müşteri kimliğinin pekiştirilmesiyle “müşteri daima haklıdır” anlayışının hastalarda yaygınlaşması, hasta şikâyet mekanizmalarına başvuruları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını artırırken hekimleri defansif tıp uygulamalarına yöneltmektedir. Defansif tıp, hekimlerin hukuk davalarıyla, şikâyetlerle, tazminat ödeme zorunluluğuyla karşılaşmamak amacıyla aşırı korumacı, savunmacı ya da çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik medikal uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması şeklinde tanımlanmaktadır. Şikâyet edilme ve dava açılma ihtimallerinin yarattığı baskı ile defansif tıp uygulamalarına yönelmek hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde bağımsız karar almasını etkileyerek hekim özerkliğinin azalmasına neden olmaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi, şehir hastanelerinde muayene edilecek hasta sayısının artırılmasına dönük baskılar, prosedür işlemlerinin ve mekânsal büyüklüğün yarattığı zaman kayıpları nedeniyle hastalara ayrılan sürelerin iyice kısalması ile yoğunlaşan tanı ve tedavi süreçlerinde tetkik ve tıbbi teknolojiye yönelme eğilimi, hastanede son teknoloji her türlü tıbbi donanımın varlığı ile desteklenmektedir. Bu eğilim, şehir hastanelerinde yaygınlaşan defansif tıp anlayışı çerçevesinde hekimlerin karar alma sürecinde hata yapma risklerini azaltmak amacıyla güçlenmektedir:

Halkın şehir hastanesine gelirken beklentisi çok yükseldi. Son basamağa geldiğine inanıyor ve sizden beklenen ve bazen veya çoğunlukla gerçekleşmesi mümkün olmayan talepler nedeniyle şiddete uğramanız kaçınılmaz hale geliyor. Hastanenin büyüklüğü, şehre uzaklığı nedeniyle mesafe ve ulaşılabilirlik sorunlarını hastalar da yaşıyorlar. Gerginlikler kaçınılmaz oluyor. Hastalar ve hekimler arasında çok ciddi sıkıntılar yaşanıyor. Gerilim doğurabilecek, hukuki sorunlara yol açabilecek süreçlerin üzerimizde yarattığı baskı nedeniyle artık defansif tıp uygulamamız var (Görüşmecı 37, Hekim).

Hasta parasıyla hizmet aldığı özel hastaneye gelmiş gibi düşünüyor kendisini, O yüzden istediği her şeyin anında yapılmasını istiyor. Her şeyine bakılsın istiyor. Böyle olunca doktorun biri bu tetkiki senden istemiyorum deyince ortalık karışıyor, kavga çıkıyor. Başlarda hastaya direniyorduk, son 3-4 yılda hiç direnmiyoruz. Annesi diyor ki hocam kan tahlili yapalım çocuğa, kansızlığı var mı? Kapıda 50 kişi var bekleyen, hastanın bilinç düzeyi düşük. Hasta ile yaptırma konusunda uğraşacağıma şöyle bakıyorum, gülümsüyorum, hemen kan tahlilini isteyelim diyorum, yaptırın getirin. Böylece mükemmel doktor oluyorum. Hasta çok mutlu ve memnun olarak ayrılıyor odadan (Görüşmeci 34, Hekim).

Ayrıca, görüşmecilerin aktardığına göre hekimler hata yapma ihtimalini azaltmak ve sorumluluk paylaşma amacıyla konsültasyon istemlerini artırmaktadır:

Acil olsun olmasın, gerekli olsun olmasın herkes sürekli konsültasyon istemeye başladı. Böylece kararın sorumluluğunu paylaşabiliyorsunuz. Ama bu zaten var olan iş yükümüzü ciddi anlamda artırıyor, hastanenin büyüklüğü yüzünden konsültasyon zor oluyor ve bu kadar çok konsültasyon istemi gelmesi çok zorlayıcı. Her vaka acil olmasa bile konsültasyon isteniyor, konsültasyon yükü artıyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Şehir hastanelerinde hastalar için “mükemmeliyet merkezi” olarak kurgulanan mekânsal örgütlenme, bir taraftan da dönüşen hasta-hekim ilişkisini yansıtmaktadır. Hastaların her türlü konforu düşünülerek organize edilen hastanede çalışanlar düşünülmemiştir. Geniş hasta odalarına karşılık, poliklinik odaları aşırı küçük tasarlanmıştır. Sağlık çalışanlarına yeterli dinlenme alanı ayrılmazken, sadece sağlık çalışanlarına tahsis edilmiş gün içinde kafalarını boşaltmalarını sağlayacak sosyal alanlar düşünülmemiştir. Bankadan, kuaföre çeşitli ticari alanlar yer alırken, sağlık çalışanlarının çocukları için kreş bulunmamaktadır. Hastane içerisinde farklı birimler arasında tüm gün gidip gelmek zorunda olan çalışanların hastaların kullanımına sunulan golf arabalarını kullanmaları yasaktır. Görüşmeciler, hastanenin mekânsal örgütlenmesinin onlara sadece “müşterinin” önemli olduğu, çalışanların düşünülmendiği ticari bir işletmede çalıştıklarını hissettirdiğini ifade etmiştir:

Hastanenin her tarafı bize ikinci sınıf vatandaş olduğumuzu hatırlatıyor. Burada hasta müşteri o yüzden çok önemli ama çalışan önemli değil (Görüşmeci 47, Hekim).

Hasta odaları 35-40 metrekare, doktor muayene odaları 10 metrekare. Doktorların durumu her türlü konfordan yoksun. Pencere yok. Gün ışığına hasret bir şekilde çalışıyoruz (Görüşmeci 51, Hekim).

Bize verdikleri dolaplara ayakkabılarımız dahi yan yana sığmıyor. Üst üste koymak zorunda kalıyoruz. Serviste bize oda bile vermiyorlar. Eşyalarımızı koyacak yeterli dolabımız bile yokken, odamız yokken. Hasta odaları, bekleme salonları, refakatçi odaları çok geniş (Görüşmeci 9, Hekim).

Şehir hastanesine girdiğinizde hastaya bu hastane senin için yapıldı imajı veriyor. Yürüyen merdivenler, geniş koridorlar, büyük hasta odaları, restoranlar ama peki çalışanlara ne vaat ediyor? Oradan oraya koştur, ayrı bir asansörün bile olmasın, hastane içindeki ringlere binme hakkın olmasın, dinlenecek bir odan, arkadaşlarınla bir araya gelip bir çay içeceğin özel bir alanın olmasın, odanda penceren olmasın bir hava alma şansın bile olmasın. Tüm gün küçük odada yüzlerce hasta bakıyoruz hava almadan, güneş ışığı görmeden, saatlerce asansör bekliyoruz. Bu hastane yapılırken biz hiç düşünülmemişiz, sanki bizi unutmuşlar sonra hatırlamışlar aa napsak ki? Neyse böyle idare etsin demişler (Görüşmeci 10, Hekim).

Bursa Şehir Hastanesi'nden bir hekim TTB'nin düzenlediği Şehir Hastaneleri: Yalanlar Ve Gerçekler Sempozyumu'nda benzer şekilde bu konuda şunları ifade etmiştir; “ŞH'de her birim koca koca özellikli. Müşteri yani hasta kullanım alanları, hasta odaları mesela gereksiz büyük ve pencereli. Hatta WC kabinleri sanırsınız bir kaç kişilik. Tek küçük ve kapı dışında dört duvar olan hizmet birimi ise doktor odalarıdır” (Çoşkun,2019).

Dönüşen hasta-hekim ilişkisinin yansımaları, hasta memnuniyetinde de görülmektedir. Hastaların şehir hastanelerinden memnuniyeti yüksekken, sağlık çalışanlarından memnuniyeti düşüktür. Hastalar “mükemmeliyet merkezi” olarak algılanan şehir hastanelerindeki hizmetlerden memnunken, yükselen beklentilerinin karşılanmaması nedeniyle yaşanan tüm sorunların sorumlusu olarak sağlık çalışanlarını görmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarından memnuniyetlerine olumsuz olarak yansımaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi, artan hasta şikâyet başvuruları ve şiddet olayları bu durumun bir göstergesidir. Adana Şehir Hastanesi'nde hasta memnuniyetine ilişkin gerçekleştirilen bir çalışmanın gösterdiği gibi, hastaların hastaneden genel memnuniyet düzeyleri yüksektir. Hastaların memnuniyet puanı ortalamalarının en yüksek olduğu hizmet faktörleri sırasıyla; temizlik hizmetleri, idari ve destek hizmetleri personeli, yemek hizmetleri, güvenlik hizmetleri, fiziksel ve çevresel koşullar, geceleri ve hafta sonları hastane hizmetleri, hemşire bakımı, acil servis hizmetleri, doktor bakımı ve hastane sistemi ile örgütlenmesi şeklindedir. Doktor bakımına ilişkin hasta memnuniyeti puan ortalaması, ölçeğin hastane sistemi ve örgütlenmesi boyutu hariç diğer boyutlarından düşük çıkmıştır. Doktor bakımı boyutunda memnuniyetin düşük olduğu ifadeler; tıbbi tedavi konusunda hastaya yeterince bilgi vermemektedir, hastaya gösterdiği ilgi eksiktir, hasta için ayırmış olduğu süre yetersizdir, hastanın duygu ve hislerini anlamaya çalışmamaktadır ve doktor sayısı azdır ifadeleridir (Sarcın, 2019: 79-84). Görüldüğü

gibi, şehir hastanelerinde sistemin hekimleri sürüklediği kısaltılmış muayene süreleri, tanı sürecinde öykü alma yerine tetkike yönelme, hekim eksikliği durumları hasta memnuniyetini düşüren en önemli unsurlar haline gelmektedir. Doktor bakımı boyutundan daha yüksek çıkmasına rağmen ölçeğin bir çok boyutundan düşük çıkan hemşire bakımı boyutunda da memnuniyetin düşük olduğu ifadeler şunlardır; hastaya gösterdiği bakım yetersizdir, tıbbi tedavi konusunda hastaya yeterince bilgi vermemektedir, hasta için ayırmış olduğu süre yetersizdir, hastanın duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışmamaktadır ve hemşire sayısı azdır (Sarcın, 2019: 85). Benzer şekilde, şehir hastanelerinde sistemin hemşirelere yüklediği iş yükünün neden olduğu durumlar ve hemşire eksikliği de hasta memnuniyetini azaltan en önemli unsurlar halini almaktadır.

4.4.3.4. Sağlık Çalışanı ve Yönetim Arasındaki İlişkilerinin Dönüşümü

Şehir hastanelerine geçişle birlikte sağlık çalışanları ve hastane yönetimi arasındaki ilişkiler dönüşüme uğramıştır. Şehir hastanelerinin ikili yönetim yapısı ve hastane yönetiminde daha önce ifade edildiği gibi başhekimliğin ağırlığının özel şirkete göre düşük olması, sağlık çalışanlarının yönetim karşısındaki konumlarını değiştirmektedir. Sağlık çalışanlarının hastane yönetiminde hiç söz haklarının kalmadığı, tüm görüşmeciler tarafından ortaklaşa paylaşılan bir saptamadır:

Hastaneyi asıl şirket yönetiyor. Başhekimlik sağlık çalışanlarından sorumlu ama eski devlet hastanesindeki gibi başhekimlik, başhekim yardımcılığı gibi bir durum yok şehir hastanesinde. Herkes kaçıyor zaten başhekim yardımcılığından. Teklif edilen çoğu kişi kabul etmiyor çünkü çok sıkıntılı bir süreç. Yaklaşık 450-500 doktor, 2-3 bin hemşire var. Başhekimliğin böyle kompleks bir yapıyı yönetmesi mümkün değil. Her bloğa başhekim ve başhekim yardımcısı koysan anca yönetebilirsin. Hastane o kadar büyük ki başhekim yardımcıları hastanenin bir köşesine geçip oturuyorlar, kendi bloklarını gezme gibi falan bir durum yok. Sağlık çalışanlarının sorunlarına duyarsızlar. Bir şeyi kaç kere söylüyoruz ama yapılmıyor. Yönetim diye bir şey yok burada. Personelin çoğu tanımaz, kim başhekim kim başhekim yardımcısı bilmez. O kadar uzak ki, ayrı bir ilde sanki yöneticiler. Ancak bir sorun olursa bir araya gelinir. Sağlık çalışanlarının hastanenin çalışması ile ilgili her hangi bir konuda, kararda fikri alınmaz. Eski hastanede ilişkiler daha iyiydi başhekim daha yakındı, konuşabiliyorduk, sorunumuzu iletip çözüm bulabiliyorduk, başhekim yardımcılarına ulaşabiliyorduk. Şirket falan yoktu, başhekimlik inisiyatif sahibiydi. Başhekim ilgileniyordu sorunlarla, camları değiştirelim ya da klima taktıralım dediğimizde başhekim ilgileniyordu. Şimdi bizim alakamız yok ki başhekimle. Biz şimdi şirkete söylüyoruz, 911 arayıp istem bırakıyorsun. Talebin 1 hafta, 10 gün, 1 ay sonra da karşılanabiliyor. Bir çok sorunda çözülüyor hava alamıyoruz camları

açın dedik, yapmadılar. Günde 100 hasta bakıyorum, hastaneye kazandırdığıma gelirsen oo müthiş çalışan bir doktorsun ama bir cam açılması isteğim yapılmıyor (Görüşmeci 34, Hekim).

Çalışanların fikirleri asla alınmıyor işleyiş hakkında. Hiçbir söz hakkımız yok. Ben dedim olacak mantığı var. Çalışanın hiçbir inisiyatifi yok. Hasta hakları var ama çalışan hakları diye bir şey yok (Görüşmeci 62, Hemşire).

Hekim olurken bize bir kliniği yönetebilecek yetkinliğe sahip olduğumuza dair bir diploma ya da uzmanlık belgesi veriyorlar. Fakat biz bu süreçte şunu gördük ki aslında bu modelde [şehir hastaneleri] bizim sağlığın işleyişi üzerinde hiçbir etkimiz yok. Yani iş düzenimizi, iş planımızı, sağlık hizmeti üretmek için gereklilikleri, mesleğin niteliği açısından bir klinikte, ameliyathanede veya laboratuvarında ihtiyaç duyulan şeyleri, gerekli fiziki değişiklikleri, malzeme alımlarını biz belirleme ve talep etme hakkına sahip değiliz. Tüm bunlar bizim elimizden alınmış. Bir şeyleri yoluna sokmak için harcadığımız tüm çaba da maliyet denklemiyle bize geri dönüyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Görüşmecilere göre, hastane yönetiminde özel şirketin daha etkili olması, sağlık çalışanlarında devlet hastanesinde kamu adına değil de özel bir şirket için çalışıyormuş algısı yaratmaktadır:

Ben önceden devlete çalışırdım. Şuan şirkete çalışmış gibi hissediyorum. Benim üzerimden şirket para kazanıyor (Görüşmeci 8, Hekim).

Bizim hissettiğimiz, yaşadığımız duygular anlamında da işçileştirmeyi bir fabrikada çalışan işçiler gibi hissettiğimizi söyleyebilirim. Patron şirket. O izin vermediği zaman hiç bir şey yapılmıyor. Devlet sağlık çalışanlarını şirkete kiralyor gibi. Bir istihdam ofisi gibi devlet sağlık çalışanlarını şirkete kiralar, şirket patron biz onun fabrikasındaki işçiler gibiyiz (Görüşmeci 68, Uzman).

Burada tabip odası bir basın açıklaması yapacaktı. Hastanenin içine almadılar. Doktora şiddeti kınama eylemi yapılacaktı. Burası özel mülk siz ancak hastanenin dışında yapabilirsiniz dediler. Yani devletin kendisi buranın özel mülk olduğunu kabul ediyor. Zaten hastane içinde konuşulurken de bugün hastanenin patronu ya da hastanenin sahibi Murat Çeçen gelecek diye konuşuluyor. Yani bu hastanenin bir sahibi var. Burası özel bir işletme, burası kamu hastanesi değil. Biz de onların çalışanlarıyız. O yüzden biz kendimizi şirkete kiralanmış gibi hissediyoruz (Görüşmeci 38, Hekim).

Eskişehir Şehir Hastanesi'nden bir hekim TTB'nin düzenlediği Şehir Hastaneleri: Yalanlar ve Gerçekler Sempozyumu'nda benzer şekilde bu konuda şunları aktarmıştır; “[g]it gide baktık ki biz gerçekten onların işçisiyiz. Bunu gördük maalesef... Bir kere işte onayımız alınmadan bir şirkete hizmet sunmak üzere görevlendirildik bu net. Kötü ve inanmadığımız bir sistem ve onun devamı ve onun iyileştirilmesi için çaba sarf ediyoruz, payanda gibi kullanılıyor” Aksaray (2019).

Araştırmaya katılan görüşmecilerin aktardığına göre, hastane yönetiminde “pasif” olarak nitelendirdikleri başhekimlik, konu sağlık çalışanları üzerinde “baskı” kurma noktasına geldiğinde çok etkin bir rol oynamaktadır. Daha önce belirtildiği gibi, görüşmeye katılan hekimler, hastaneye gelen tüm randevusuz hastaların muayene edilmesi ve acil serviste rutin vakaların bakılması için başhekimliğin üzerlerinde baskı kurduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, başhekimliğin yatak doluluk oranlarının tutturulması, hasta memnuniyetinin artırılması için hasta taleplerinin kabul edilmesi, tetkik istemlerinin ve bazı işlemlerin artırılması konularında baskı uyguladığı görüşmeciler tarafından aktarılmıştır:

Hastane ilk açıldığında yatışları artırma yönünden çok baskı oldu. Yatışla ilgili sıkıntı çıkarmayın her geleni yatırın dediler. Şuan yatak doluluk oranını geçtiğimiz için öyle bir baskı yok ama bazı servisler boş kalıyor, telefon geliyor hasta yatışını artıralım şu servis boş oraya yatırın diye. Şuan bizim serviste fulle yakın doluyuz ama yine de telefon gelebiliyor yatışı artırın başka servise hasta yatışı yapın diye (Görüşmeci 45, Hekim).

Devlet çekilsin çekilmesin taahhüt ettiği kadar PET çekim ücretini şirkete ödüyor. Başhekimlik hastalar istediği zaman sıkıntı çıkarmayın gerekliydi değildi istemde bulunun diyor. Gerçekten ihtiyaç dahilinde mi isteniyor PET, MR falan, yoksa başhekimlik zaten devlet her türlü ödeyecek, çekelim hastalar bize iyi bakılıyor desinler dedi diye mi yapılıyor? (Görüşmeci 21, Hemşire).

Bu konuda Eskişehir Şehir Hastanesi’nde hekim olan Yılmaz (2019), TTB tarafından düzenlenen Şehir Hastaneleri: Yalanlar ve Gerçekler Sempozyumu’nda şunları ifade etmiştir;

Gerçekten şehir hastaneleri farklı bir üretim süreci sağlık hizmeti açısından. Çift başlı gibi görünen bir yönetim süreci var ama bu sadece kâğıt üzerinde böyle. Tamamen yönetimin özel şirketin elinde olduğu bir yönetim anlayışıyla karşı karşıyayız. Her şeyini onlar belirliyorlar. Peki başhekimlikler ne yapıyor bu süreçte? Başhekimlikler sadece hekimler ve sağlık çalışanları üzerinde bir baskı oluşturma uğraşı içerisinde. “Onları nasıl yönetebiliriz? Süreçlere nasıl dahil edebiliriz? Aynı zamanda karşı duruşlarını nasıl engelleyebiliriz?” gayreti içerisinde yönetimin bir bakıma şirketin militarist yanını oluşturluyorlar.

4.4.3.5. Denetimin Dönüşümü

Sağlık emek sürecinde önceki bölümlerde tartışıldığı gibi, emek üzerindeki denetim, rızayı var eden ideolojik denetim mekanizmaları ve baskıya dayalı basit, teknik ve bürokratik denetim mekanizmaları birlikte kullanılarak gerçekleştirilmektedir. Şehir hastanelerine geçişle birlikte emek sürecinde kullanılan

bu denetim mekanizmaları, yeni boyutlar kazanarak emek üzerindeki denetimin yoğunlaşmasına neden olmaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin rıza üretimini sağlayarak ideolojik bir denetim mekanizması işlevi görmesi, şehir hastanelerinde daha kritik bir önem kazanmaktadır çünkü önceki bölümlerde aktarıldığı gibi şehir hastaneleriyle birlikte yeni bir sağlık düzeni inşa edilmiştir. Bu yeni düzen, çalışma koşullarından, yönetimle ilişkilere kadar bir çok dönüşümü beraberinde getirmiştir. Artan hasta sayısı ve iş yükü, kamu özel ortaklığı modeli ve özel şirket nedeniyle işlerin yürümesinin zorlaşması, artan yönetim baskısı, mekânsal örgütlenmenin neden olduğu zorluklar, hasta-hekim ilişkisindeki dönüşüm ve artan şiddet olayları, rıza üretiminin önemini son derece artırmıştır. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, hekimlerin şehir hastanelerindeki bu yeni çalışma sistemine entegrasyonu ve sistemi benimsemesi noktasında kritik bir rol oynamaktadır.

Görüşme yapılan hekimlerin tamamına yakını performans ödemelerinin şehir hastanesinde önceki hastaneye göre daha yüksek olduğunu aktarmıştır. Bu durum, hekimlerin deneyimledikleri ve şikayetçi oldukları konulara rağmen şehir hastanesinde çalışmalarını başka bir ifade ile rıza üretimini sağlamaktadır:

Şuanda performans ödemesi devlet hastanesinde aldığımızdan daha iyi. O yüzden bu şartlara itiraz etmiyoruz (Görüşmeci 37, Hekim).

Ek ödemeler burada daha iyi. Toros'ta falan çok az ek ödeme alıyorlar. Ek ödemeler azalırsa burada kimse kalmaz. Herkes emekli olur ya da ayrılır (Görüşmeci 62, Hemşire).

Şehir hastanesinde hekimlerin isyan etmemesinin tek sebebi dönerlerin daha iyi olması. Yoksa bu şartlara hiçbir hekim burada çalışmaz. Ki çoğu kişi buna rağmen burada durmadı, çekilecek çile değil burası (Görüşmeci 45, Hekim).

Performansa dayalı ücretlendirme, ideolojik bir denetim mekanizması olarak sisteme yönelik rıza üretiminin yanı sıra kâr-zarar mantığının tanı ve tedavi karar süreçlerine entegrasyonunu sağlayarak sağlıkta piyasalaşmayı desteklemektedir. Bu durum, hekimlerin tanı ve tedavi süreçlerinde tıbbi gereklilikler ve bireysel inisiyatiflerine göre karar almalarını etkilemekte dolayısıyla hekim özerkliğinin aşınmasına neden olmaktadır:

Hekimler arasında bir şey yaparken şunu yapmayalım kâr ettirmiyor lafları dönüyor. Şunun getirisi yok hastaneye diye düşünmeye başladıysa bir sağlık çalışanı sisteme uyum sağlamış demektir. Bunu da performans sistemi sağlıyor.

Doktor kendisinin cebine giren paranın hastaneye giren parayla ilişkili olduğunu düşünür hale geliyor. Bu yüzden, hekimlerde getirisi olan işi yapmak veya zarar getirecek işi yapmamak gibi bir eğilimi oluştu. Burası az kazanırsa, ben de az kazanırım diyor. Bu da hekimin kararlarını ona göre almasına neden oluyor, klinik özerklik baltalanıyor (Görüşmeci 39, Hekim).

Hekim yaptığı işin değerini karşılığında ödenen ücretle ölçmeye başlıyor ve tüm kararlarını alacağı ücret üzerinden vermeye başlıyor. O yüzden belli hasta grupları ortada kalıyor. Hangi hasta grupları; kronik, takip gerektiren, çok emek gerektiren mesela kalp yetmezliği hastası. Yatırman, her gün vizit yapman, gel git yapman ama karşılığında hiç denilebilecek bir para alacağın bir grup var. Doğal olarak kimse bu hastaları yatırmıyor. Kimleri yatırıyor; genç, sağlıklı, fit. Böyle biri göğüs ağrısı şikayetiyle geliyor, hemen ona anjiyo yapıyor. Anjiyo çok puan getiriyor o yüzden o yatırılabilir bir hasta. Hem beni uğraştırmıyor hem taburculuğu kolay hem bir anda çok para. Bu parayı hem hastane hem ben. Hastane kazandıkça ben, ben kazandıkça hastane. Bu denklemin içine girip artık yaptığımız her şeyi buna göre yapmaya başlıyoruz. Tüm işin tanımını, her şeyini unutup buna göre karar veriyoruz (Görüşmeci 37, Hekim).

Hekimlerin karar süreçlerinde hastanenin gelir-gider dengesini gözetmeyi benimsemesi, görüşmecilere göre, başhekimliğin hastanenin gelirlerinin artırılması için sağlık çalışanlarına uyguladığı baskılara hekimlerin direnmemesinin en temel sebebidir:

Sağlık çalışanları üzerindeki en büyük denetim para kazandırın yeter. Performans sistemi çok uzun soluklu bir politika olarak bir kültür oturttuğu için doğal olarak şehir hastanelerindeki bu durumu kimse sorgulamıyor. Hekimler hayata zaten hastaneye para kazandırma halinde bakmaya alışkın olduğu için şehir hastanesi bunun top noktası olsa da kimse yadırgamıyor (Görüşmeci 37, Hekim).

Eskişehir Şehir Hastanesi'nde hekim olan Aksaray (2019) da TTB tarafından düzenlenen Şehir Hastaneleri: Yalanlar ve Gerçekler Sempozyumu'nda başhekimlik tarafından hastanenin gelirlerinin artırılmasına yönelik çalışanlar üzerinde uygulanan baskılardan bahsetmiştir. Kendi ifadesiyle;

[B]ir arkadaşımın cümlesini çok önemsiyorum “Ben arkamda kırbaçla çalışıyormuş gibi hissediyorum bu hastanede” dedi. Bence net bir ifade bir hekim arkadaş bunu söyleyen. Çok doğru bir tanım. Tabi para kırbacı bu. Hastanenin idame ettirilmesi için poliklinikten çok hasta gelmesi lazım, çok ameliyat yapılması lazım, çok giriş yapılması lazım ki bu hastane dönebilsin. Onun için bizlere ha bire toplantı yapılıyor. Kötü anlar bunlar gerçekten de. Bir kere zaten hekimliğe hiç yakışmıyor. “Kapıdan giren hastaya bakılacak, randevuyu kabul etmiyorum, giren bakılacak” gibi böyle tehditlerle falan çalışıyoruz. Gerçekten de kötü hissettirici bir durum.

Görüşmecinin ifade ettiği gibi, performansla ücretlendirme sistemi, sağlık çalışanlarında kâr-zarar mantığına göre hareket etme kültürü oluşturduğu için şehir

hastanelerinde artan yönetim baskısına rağmen sistem sürdürülebilmektedir. Baskının tek kaynağı hastanenin gelirlerinin artırılması değildir, aynı zamanda performansa göre ücretlendirme sistemiyle kurumsal performans bireysel performansla ilişkilendirildiği için bireysel performansların artırılmasına yönelik baskılar artmaktadır. İdeolojik işlevinin yanı sıra performansa dayalı ücretlendirme sistemi, bir baskı mekanizmasına dönüşerek de hekim özerkliğinin azalmasına yol açmaktadır;

Polikliniklerde muayene olan hasta sayısı, ameliyat sayısı, hastaların memnuniyet katsayısının artırılması için, hastanenin kalite kriterlerini karşılaması için üzerimizde sürekli bir baskı var. Kararlarımızı özgür irademizle alıyoruz (Görüşmeci 5, Hekim).

Hastaneyi zarara uğratan işlemlerden uzak duralım, gece poliklinik hizmeti verelim, acile her geleni kabul edelim, yatışlarda sıkıntı çıkarmayalım, hastaneye gelen her randevusuz hastayı muayene edelim sürekli bunlara maruz kalıyoruz. Tamam da ben bir uzman hekimin tıbbi kanaatime göre karar vermek istiyorum (Görüşmeci 11, Hekim).

Sanki özel hastanede çalışıyormuşuz gibi hekimler üzerinde sürekli bir ciro ve performans baskısı var. Başhekimlik her toplantıda yatışları artırmamız konusunda, bireysel performanslarımızı artırmamız konusunda bize talimatlar veriyor. Hastalarımızı tedavi ederken bu uyarılara göre hareket etmemiz bekleniyor bizden (Görüşmeci 12, Hekim).

Görüşmecilerin aktardığına göre, performansa dayalı ücretlendirmenin sisteme yönelik rıza üretim işlevi, şehir hastanelerinin eğitim araştırma hastanesi statüsü kazanmasıyla güçlenmiştir çünkü kamu sağlık harcamalarından devlet hastanelerine ayrılacak payların hesaplanmasında kullanılan puanlama sisteminde eğitim ve araştırma hastanelerinin puanlama katsayıları daha yüksektir. Başka bir ifade ile, eğitim ve araştırma hastanelerine kamu sağlık harcamalarından daha fazla kaynak aktarılmaktadır. Dolayısıyla, şehir hastanelerinde ek ödemeler 2. basamak devlet hastanelerine göre daha yüksektir. Görüşmecilere göre, bu durum, şehir hastanelerindeki koşulların çalışanlar tarafından kabullenilmesini kolaylaştırmaktadır. Hatta Mersin Şehir Hastanesi'ndeki görüşmeciler tarafından şehir hastanelerine eğitim ve araştırma alt yapısına sahip olmadıkları halde eğitim ve araştırma hastanesi statüsü verildiği fakat bu duruma çalışanlar tarafından ek ödemelerde yaratacağı artışlar nedeniyle ses çıkartılmadığı ifade edilmiştir:

Hastane açıldıktan bir sene sonra bir gün ismimizin eğitim araştırma hastanesine dönüştüğünü gördük. Çalışanlarda hiçbir değişiklik yoktu. Akademik kadro yoktu. İşleyişte eğitim kurumu olmasına yönelik bir değişim yoktu. Fakat bir anda bir eğitim araştırma hastanesi olmuşuk. Eğitim araştırma hastanesi olmanın bize

performans ödemesindeki değişikliklerle maddi anlamda bir katkısı olacağı beklentisi ile çok ses çıkarmadık (Görüşmeci 37, Hekim).

Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi kapatılarak Adana Şehir Hastanesi'ne taşındığı için Adana Şehir Hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi kadrosuna sahiptir. Fakat, Mersin Şehir Hastanesi'ne Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ile Mersin Devlet Hastanesi taşınmıştır bu nedenle eğitim ve araştırma kadrosu bulunmamasına rağmen hastane açıldıktan bir sene sonra eğitim ve araştırma hastanesi statüsü almıştır. Adana Şehir Hastanesi'nde akademik kadro bulunmasına rağmen hastanenin mekânsal örgütlenmesi eğitim ve araştırma hastanesi olarak kurgulanmadığı için önemli sıkıntılar yaşanmıştır. Özellikle hastanenin mekânsal büyüklüğü nedeniyle artan iş yükü asistan eğitimini olumsuz etkilemiştir:

Şehir hastaneleri eğitim hastaneleri olacak şekilde planlanmamış ve ona uygun olarak inşa edilmemiş. Hastanede yeterli sayıda akademisyen, asistan odası bulunmuyor. Kliniklerde yeterli sayıda toplantı salonu yok. Sadece her bloğun en üst katında eğitim salonları bulunuyor ama bu salonlar kliniklere uzak. Kütüphane yok. (Görüşmeci 9, Hekim).

Toplantı odasını ders odası olarak kullanıyoruz. Burası eğitim araştırma hastanesi olarak değil devlet hastanesi olarak kurulmuş. Kütüphanemiz yok mesela. Ayrıca burası çok yoğun bir hastane girişimsel işlemi öğrenmen için başında bir uzman dururken bu işi yaparsın ama burada bu her zaman olmayabiliyor. Bundan dolayı bazı sıkıntılar oluyor. TOKİ'de yoğunluk bu kadar olmadığı için yanımızda eşlik eden oluyordu. Fiziksel alanın büyüklüğü de sıkıntı yaratıyor. Benim çalıştığım alan acilde kritik hastaların bir tık altının nitekim daha iyi hastaların olduğu yer. Kritik hastaların olduğu alan eskiden karşımdaki alandaydı kıdemlilerin, bütün hocaların bulunduğu yer orası. Bir sıkıntı olduğu zaman direk oraya gidiyordum. Şuan burada çok uzak bir yerdeler ne ben onları görüyorum ne onlar beni görüyor. Bu hastanede kopukluk oldu (Görüşmeci 15, Asistan Hekim).

Bu kadar büyük hastane eğitim vermeye müsait inşa edilmemiş. Derslik yok, eğitim odası yok, bir tane konferans salonu var yani yaratırlar mı yaratırlar odalar çok büyük bozarak yaparlar ama baştan buna yönelik inşa edilmesi daha iyi ve işlevsel olabilirmiş. Baştan planlama eğitim araştırma hastanesine göre yapılsaymış daha iyi olurdu. Tüm planlama hasta bazlı yapılmış. Hasta konforu, hasta memnuniyeti düşünülerek yapılmış ama çalışanlar asla düşünülmemiş (Görüşmeci 47, Hekim).

Şehir hastanelerine eğitim ve araştırma hastanesi statüsü verilmesine rağmen uygulanan politikalar nedeniyle hastaneler bu işlevlerini yerine getirememektedir. Basamaklar arası sevk zincirinin bulunmaması, ilçe hastanelerinden gerekli olmayan durumlarda hasta sevk edilmesi, tüm acil hastaların şehir hastanelerine yönlendirilmesi, hastaneye gelen randevusuz tüm hastaların muayene edilmesi baskısı,

acil servislerde rutin vaka bakılması, hastanenin 3. basamak bir sağlık kuruluşu olarak ilgilenmesi gereken zor ve spesifik vakalarla ilgilenmesini zorlaştırmaktadır:

Şehir hastanesine bu kadar kalifiye doktorları topladıysan, plastik cerrahi, el cerrahisi doktorlarını bunlar çok nadir bulunan doktorlardandır, yan dal uzmanlarını buraya topladıysan burası bir devlet hastanesi değil eğitim araştırma hastanesi olmalıdır ama isim olarak eğitim araştırma ama mantık olarak devlet hastanesi olduğu için sıkıntı yaşıyoruz. Eğitim araştırma hastanesinin mantığı spesifik, zor vakalara bakmaktır ama 1. basamağa gitmesi gereken hasta da bize geliyor. 1. ve 2. basamakta çözülecek hastalar buraya geldiği için ben 3. basamak hastane ihtiyacı olan hastalarla uğraşamıyorum ama benim görevim kritik hastalarla, işi sonlanmadığında daha mortal daha öldürücü ve sakat bırakıcı sıkıntılar yaşayacak hastalarla uğraşamıyorum. 1. basamakta işi çözülecek hasta olmadan yapamıyorlar, hastaneyi döndüremiyorlar çünkü en fazla getiriye onlar yapıyor. Ama biz de 3. basamağa ihtiyaç duyan hastaya etkili tedavi uygulayamıyoruz. Saat 8-9 gibi burası [acil servis] öyle bir curcuna oluyor ki kritik hastalara ayıracak zamanımı daha basit rahatsızlıkları olan hastalara harcıyorum (Görüşmecisi 16, Asistan Hekim).

Eskiden dal hastanesiydi [Mersin Kadın ve Çocuk Hastanesi] daha kolaydı genel hastane olunca çalışma şartları daha zorlaştı. Hasta sayısı arttı. İş yoğunluğu da arttı. Sözde eğitim araştırma hastanesi olduk ama genel hastane gibiyiz. Genel hastane olunca hasta sayısı artıyor, hasta sayısı çoğalınca nitelik azalıyor. Senin kendi branşına özgü hastalar gelmiyor. Eğitim araştırma hastanesinde senin branşına özgü hasta gelir ama burada asıl hastaya zamanın kalmıyor daha az vakit ayırabiliyorsun. Gerçekten acil ihtiyacı olan hasta için sıkıntı oluyor çünkü acilden çağırılıyorsun gidiyorsun o an başka bir hastanın muayenesini erteliyorsun. Dal hastanesiyken daha spesifik hastalara bakıyorduk. Burada eğitim araştırma olduk ama spesifik hasta bakamıyoruz (Görüşmecisi 47, Hekim).

Buranın sadece adı eğitim araştırma. Eğitim araştırma gibi çalışmıyor. Basamaklandırma yok, hasta direkt gelecek mesela karnım ağrıyor diye buraya girecek eğitim araştırma böyle olmaz ileri ve zor hastalıkların araştırıldığı, gerçekten eğitim ve araştırma yapan merkezler olması lazım. Burada böyle bir şey yok. Buraya eğitim araştırma demenin bir anlamı yok (Görüşmecisi 52, Hekim).

Görüşme yapılan hekimler, eğitim ve araştırma hastanesi olmanın hastaların beklentilerini artırdığını, fakat gelen tüm vakalara bakma zorunluluğunun bu beklentileri karşılamayı zorlaştırdığını ifade etmiştir:

Eğitim ve araştırma hastanesi olunca artık halkın şehir hastanesine gelirken talebi daha da yükseldi. Yani son basamağa geldiğine inanıyor, son noktaya geldiğine inanıyor. Sizden beklentisi çok artıyor ve gerçekleştirilmesi mümkün olmayan şeyler için de sizi suçluyor. Son model tıbbi donanımlı eğitim araştırma hastanesi olduğu varsayımıyla diğer ilçe hastanelerine gitmek istemiyor (Görüşmecisi 37, Hekim).

Buranın eğitim araştırma olması çok zorlayıcı oldu. Eğitim araştırma hastanesinde kliniklerde şef olur ve bu şeflerinde bakılacak hasta grubunu belirleyip buna yön vermesi gerekir. Asıl sıkıntı bu biz buna engel olamayız bizim

gelen hastaya bakmak gibi bir sorumluluğumuz var. Sen git Toros Hastanesi'ndeki doktor sana bakabilir diyemiyoruz. Burası eğitim araştırma kliniği kardeşim bu hastanın burada yeri yok taburcu edin gönderin biz daha spesifik hastalara bakıyoruz denemiyor. Bu da durumu iyice zorlaştırıyor. Eğitim araştırma hastanesi gibi hastalar sizden hizmet bekliyor çünkü artık burası 3. Basamak hastane diyor ama biz eğitim araştırma hastanesi gibi çalışmıyoruz. Mesela 2 aydır takip ettiğim bir ateş hastası var. Normalde eğitim araştırma hastanesi gibi olsaydık iş daha hızlı yürürdü, o hastanın ateş tamısını daha çabuk koyabilirdik. Bir uzmanın üstüne bu kadar çok hasta yüklenince başka iş yüküyle birlikte zor, spesifik vakalar hakkındaki karar mekanizması da yavaşlıyor. Ben hem polikliniğine koşturuyorum hem servise koşturuyorum hem diğer yatan 15 hastama bakıyorum hem de ağır hastaya bakıyorum bu durumdayken spesifik vakalara gereken zamanı ayıramıyorum, doğru kararları alamıyorum (Görüşmecî 40, Hekim).

Performansa dayalı ek ödemelerin şehir hastanelerinde daha yüksek olması ve eğitim ve araştırma hastanesi olmasıyla kat sayıların artması, şehir hastanelerini ek ödemeler konusunda “cazibe merkezi” haline getirmiştir. Âtıl duruma gelen, hasta sayısı azalan ilçe devlet hastanelerinden şehir hastanesine tayin ve görevlendirme isteyen hekim sayısında ciddi artışlar olmuştur. Şehir hastanelerinde yaşanan tüm sıkıntılara rağmen ekonomik kaygılar şehir hastanelerinde çalışma talebi yaratmaktadır. Yani, performans ödemesi rıza üretim işlevini yerine getirerek sistemin sürdürülebilirliğini sağlamaktadır:

Özellikli branşlar, ileri tetkikler sadece şehir hastanesinde yapıldıkça ilçe hastaneleri hizmet üretemediği ya da hizmet üretemediği noktada sevkler yöneldi. Bu durum şehir hastanelerinin iş yükünü artırmanın yanı sıra ilçe hastanelerinde maddi sıkıntılar yarattı. Sağlık çalışanlarının performans ödemelerinin azalması ya da kesilmesi şehir hastanelerine olan tayin taleplerini artırdı (Görüşmecî 37, Hekim).

Şehir hastanelerinde performansa dayalı ek ödemelerin yüksek olmasının en önemli sebebi, Sağlık Bakanlığı bütçesinden şehir hastanelerine aktarılan kaynaktır. Daha önce ifade edildiği gibi, şehir hastanelerinin kullanım ve hizmet bedel ödemeleri döner sermaye bütçesinden ve/veya merkezi yönetim bütçesinden ödenmektedir. Döner sermaye gelirlerinin kullanım ve hizmet bedel ödemelerine yeterli gelmemesi nedeniyle şehir hastanelerine merkezi yönetim bütçesinden kaynak aktarılmaktadır. Bu sayede şehir hastanelerinde performans ödemelerinde düşüş gerçekleşmemektedir. Fakat, görüşme yapılan tüm sağlık çalışanları bu durumun sürdürülebilir olmadığını, tüm şehir hastanelerinin hizmete girmesiyle bütçeden aktarılan kaynakların azalacağını ve performans ödemelerinin düşeceğini düşünmektedir:

Performans ödemeleri konusunda bir sıkıntı yok. Hatta daha olumlu. Ama şehir hastanesi diye şuan ağzımıza bir parmak bal sürüyorlar muhtemelen. Şuan sesinizi çıkarmayın, isyan etmeyin, bu sizi idare etsin ama bir süre sonra azalacak muhtemelen. Çünkü Isparta'da rezillik oldu ödeyemediler, Yozgat'ta da 300-500 lira gibi bir rakam ödediler. Rezillik çıkmasın diye şuan ödüyorlar devlet desteği sayesinde (Görüşmeci 45, Hekim).

Devletin yardımı olmazsa hastane kendi ayakları üzerinde duramaz. Performans ödemelerimiz şuan için iyi ama sürdürülebilir değil. Herkes bunun farkında kimse burada çalışmaktan memnun değil. Paramızı vermedikleri noktada ben durmam burada, kimse durmaz. Bir çok doktor giderse hasta gelmez. Toros'tan falan iyi doktorları aldılar ama para vermezlerse kimse durmaz burada. Elbet azalacak performans ödemeleri devlet nereye kadar sübvansede edecek o zaman göreceğiz kimse kalmayacak (Görüşmeci 47, Hekim).

Görüşmecilere göre, hastane döner sermayelerinin kullanım ve hizmet bedellerini ödemek için yeterli gelmemesinin temelinde şehir hastanelerinin sağlık maliyetlerini artırması yatmaktadır. Sağlık çalışanları, bütçeden aktarılan kaynakların azalması durumunda ek ödemelerin kesintiye uğramaması için maliyetleri azaltıcı uygulamalara yöneldiklerini ifade etmiştir:

Özel şirketin varlığı hastanenin giderlerini artırıyor. Yapılan sözleşme gereği mesela sterilizasyon, devlet hastanesinde kendimiz yapıyorduk, ücretsiz yapıyorduk. Şimdi en küçük bir aleti bile sterile ettirmek için çok yüksek ücretler ödüyoruz. 1 tane pensi sterile ettirmek 170 TL. Biz de bunu engellemek için genellikle 20 liralık, 30 liralık kendinden steril setler kullanmaya başladık, kendimizce çözüm üretiyoruz. Şirkete sterilizasyon ücretini ödemeyelim diye uğraşıyoruz. Çünkü çok anlamsız bir tane aleti de 170 liraya yapıyor, koskoca şeyi de 170 liraya yapıyor ama onların ayrı ayrı sterilize edilmesi gerekiyor eskiden ücretsiz olan bir şey şimdi ciddi maliyet oluşturuyor. Bir de 25 yıl boyunca anlaşılmışlar bunu değiştirme şansları yok. Mesela ameliyat bitiyor, ameliyat sonrası içeriye bir temizlik ekibi var, giriyor, siliyor, çok yüksek bir ücret alıyor şirket bunun için. Bunlar hep döner sermayeden ödeniyor. Eskiden hiç maliyet oluşturmayan şeyler şuan ciddi anlamda döner sermaye üzerinde yük durumunda. Biz bir nevi kendi dönerimizi kurtarmaya çalışıyoruz (Görüşmeci 38, Hekim).

Kemoterapi ünitemiz var bizim. Devlet 180 TL fatura öder bir hastanın ayakta kemoterapi hizmeti için. Robotik kemoterapi hazırlanma hizmeti karşılığı firmaya biz 140 TL para ödüyoruz. Eskiden bunu bizim kendi hemşiremiz, kendi personelimiz yapar kurum bundan fatura olarak bedel alırdı. Bu sistemde kişi başı maliyet yükseltiyor artı devletin kendi imkanlarıyla yaptığı hizmetlerin hepsine birim başına para ödemeye başladık. Eskiden bu odayı bir personel gelirdi, temizler giderdi. Şimdi yaptığı her hizmeti tanımlıyor ve her hizmeti ücretlendiriyor. Eskiden 3000 liralık ameliyat yaptığımızda devlete 3000 lira paket olarak fatura ederdik. Ve bunun taş çatlasın maliyeti kuruma 300-500 liraydı. Şuan 3000 lira fatura kesiyoruz belki bunun 2000-2500 lirasını bu hizmet alımlarıyla beraber şehir hastanesi altyapısında şahıslara veriyoruz. Kurum çalışanına ya da devlete hiç bir gelir kalmıyor. Tüm sağlık sistemini özel sektöre altın tepside sunmuş oluyoruz. Buradaki sistem sürdürülebilir değil. Bu bize er

ya da geç dönecek, ek ödemelerdeki azalmalarla dönecek çünkü maliyetleri karşılamaya yetmiyor bütçeden kaynak gelmeyince burada ilk feragat edilecek şey bize ödenen döner sermaye olacak (Görüşmeci 8, Hekim).

Bir sünnet için kullanılan aletlerin sterilizasyonu için 180 TL ödiyor devlet şirkete ama SGK'dan sünnet için 70 lira alıyor. Sünnet yapıyor hastane, zarar ediyor. Şuan devlet destekliyor. Aktarım olmazsa ödemeler azalacak. Bu yüzden kendimizce çözümler bulmaya çalışıyoruz sterilizasyona bu paraları vermemek için (Görüşmeci 68, Uzman).

Spançların her birine bir barkod koymuşlar. Her bir spançın sterilizasyonu 15 TL. Kaç tane spanç var? 2 trilyon sterilizasyon hakedişi çıkarmış şirket. Bu nasıl olur demiş idare, işte sen bu kadar spanç kullandın, her birini steril ettik. Ve spançların hepsi satın alınıyor. Eskiden personel oturur, spanç yapardı. Bizde toplu alınırdı, spanç katlardı personel, steril edilirdi, paketlenirdi. Bunun bir maliyeti yoktu. Şimdi 3 tane spançın sterilizasyonu 15 lira. Ben ameliyathaneye şöyle bir girdim, vaka iptal oldu, çıktım. Giydiğim, çıkarttığım terlik, elbise 50-60 liraya steril ediliyor. Ameliyathaneye girdim ve çıktım. Burada nefes almak bile paraya çevrilmiş (Görüşmeci 7, Hekim).

Bütçeden aktarılan kaynaklar sayesinde performans ödemeleri konusunda “cazibe merkezi” haline gelen şehir hastanelerine artan tayin ve görevlendirme talebine rağmen hastaneden ayrılmak isteyen çok fazla sağlık çalışanı da bulunmaktadır. Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin rıza üretim işlevi, sistemin sürdürülebilirliği açısından baskıya dayalı denetim mekanizmalarıyla desteklenmektedir. Özellikle hekim dışı sağlık personeli için performansa dayalı ücretlendirme sistemi rıza üretim işlevi göremediği için baskıya dayalı denetim mekanizmaları önem kazanmaktadır. Bürokratik bir denetim mekanizması olarak şehir hastanelerinden tayin hakkının engellenmesi, sağlık çalışanlarının hastanenin çalışma şartlarından memnun olmasalar dahi hastanede çalışmalarını sağlamaktadır. Şehir hastaneleri açılırken kapatılan hastanelerde çalışan sağlık çalışanlarının il içerisindeki başka hastanelere tayin istemeleri yasaklanmıştır. Dolayısıyla, şehir hastanesinde çalışmak istemeyen sağlık çalışanlarının istifa etme ya da il dışına tayin isteme dışında bir seçeneği bulunmamaktadır. Ayrıca ilçe hastanelerinden şehir hastanesine görevlendirilen sağlık çalışanları iradeleri olmadan görevlendirilmiştir ve tayin isteme hakkına sahip değildir. Görüşmecilere göre, tayin hakkının bulunmaması nedeniyle şehir hastanesine geçerken ve geçtikten sonra emekliliği dolan çok sayıda sağlık çalışanı emekliliğini istemiş ve istifa eden çok kişi olmuştur. Çalışmaya katılan görüşmecilerin tamamına yakını geçmeme şansı olsa şehir hastanesine geçmeyeceğini belirtmiştir:

Performanslar TOKİ’de çok geç ve düzensiz yatıyordu. Burada performans düzenli yatıyor burada daha çok para alıyoruz ama bunun tek sebebi dönerlerin daha iyi olması değil, daha çok para alıyoruz çünkü daha çok çalışıyoruz. Buranın çalışma şartları çok kötü ayrılmak istiyoruz ayrılamıyoruz. Tayin hakkımızı yasakladılar il içi tayin isteyemiyoruz. Çok büyük bir baskı bu. Buraya mecbursun diyorlar (Görüşmeci 26, Hemşire).

Şehir hastanesi açılınca direk buraya geçtik. Başka opsiyonumuz yoktu. Seçme şansım olsa bu hastane mi o hastane [Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi] mi? O hastanede kalmak isterdim tabi (Görüşmeci 7, Hekim).

Mersin Devlet’teydim. Buraya geçmeyi istemezdim. Performanslar açısından çok da fazla bir fark olmadı açıkçası yani buranın şartlarını düşününce performans ödemesi için burada kalmazdım ama başka şansımız yok. İl dışına tayin isteyemem eşim, çocuklarım, düzenim var. Ama hekimlerin bu şartlara çok fazla dayanabileceğini sanmıyorum. Buraya geçmek isteyenler oluyor başka hastanelerden gelseler pişman olurlar niye geldik diye, biz kaçmak istiyoruz imkânımız yok (Görüşmeci 40, Hekim).

Benim ilk çalışma yerim burası o yüzden karşılaştırma yapamıyorum ama geçirdiğim süre içinde burada kalmak istemediğimi anladım. Ama mecburum Mersin’de başka hastanede çalışma şansım yok (Görüşmeci 35, Hekim).

Ayrıca şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarına gizlilik sözleşmesi imzalatılarak bürokratik bir denetim gerçekleştirilmektedir. Görüşmecilere göre, çalışanların hastane hakkında herhangi bir bilgiyi dışarıya vermemesi konusunda imzalatılan sözleşme¹⁵³, şehir hastanelerinin “mükemmeliyet merkezi” algısının bozulmasını engelleme amacı taşımaktadır:

Şuan tüm çalışanlara hastane gizliliği ile ilgili bir yazı imzalatılıyor. Yağmurda hastanede akıntılar oldu, ben fotoğraf çektim, paylaştım. Yerel basında kullananlar olmuş sanırım bu görüntüleri öyle olunca işte bununla ilgili baskı yaptılar. Sendikanın avukatı ile hukuki mücadelemi sürdürürüm, hiçbir şey yapamazsınız dedim. Yeni bir hastane yapmışsın, elektrik kablolarının üzerinden sular akıyor, insanlar ölebilir. Sen beni sorgulayana kadar yapan şirketi sorgulayacaksın. Hukuki işlemleri başlatacağım ve şirketin hatalarını ortaya koyacağım dedim. Başhekim yardımcısı dedi ki sakın yapmayın (Görüşmeci 62, Hemşire).

Bize hastane içerisinde herhangi bir bilgiyi dışarıya vermememiz konusunda özel sözleşme imzalatıldı. Hastanedeki eksikliklerle ilgili bir yerde basında falan haber çıkacak diye korkuyorlar. Bir şey olur da hastanenin halk nezdindeki imajı sarsılır diye (Görüşmeci 67, Uzman).

Şehir hastanelerinde kullanılan bir diğer baskıya dayalı denetim mekanizması emeğin doğrudan-basit denetimi olarak başhekimliğin çalışanlar üzerindeki baskısıdır.

¹⁵³ Gizlilik sözleşmesi nedeniyle araştırmaya katılan görüşmecilerin bir çoğu isminin kullanılmaması konusunda istekte bulunmuştur.

Daha önceki bölümlerde ifade edilen, başhekimliğin randevusuz tüm hastaların muayene edilmesi, acil servislerde rutin vaka bakılması, yatak doluluk oranlarının tutturulması, hastanenin gelirlerini ve kurumsal performansını artırmak için bireysel performansların yükseltilmesine yönelik baskıları, şehir hastanelerinde görüşmeciler tarafından sıklıkla dile getirilen baskıya dayalı denetim mekanizmasıdır. Hasta memnuniyetinin şehir hastanelerinin politik önemi nedeniyle daha da ön plana çıkması bu baskıları beslemektedir. Sağlık çalışanları bir tarafta müşteri kimliğiyle sağlık hizmetlerine dahil olan vatandaşların artan beklenti ve istekleri ile diğer tarafta başhekimliğin vatandaşların isteklerinin yerine getirilmesi baskısı ile sıkışmış hissetmektedir. Hekim özerkliğini ciddi oranda azaltan bu süreç, artan hasta şikâyet başvuruları ve şiddet olayları tarafından perçinlenmektedir:

Burası kamu hastanesi gibi değil. Bir tarafta patron var sürekli ciro baskısı, müşteriye memnun edin baskısı yapan, diğer tarafta müşteriler var ve en ufak şeyde sizi şikâyet edebiliyorlar. Müşteri de ek bir patron. Özel hastane gibi yani. Parayı veren düdüğü çalar hesabı gibi davranıyorlar. İdare kötü haberler çıkacak diye çekiniyor. Koridorda hastalar bekleyince fotoğraf çekip sosyal medyada şehir hastanesinde rezillik diye paylaşıyor hemen çağrılıyorsunuz. Ben ne yapabilirim bizim halkımızın kapının önünde bekleme huyu var (Görüşmeci 5, Hekim).

Şehir hastanelerinde emek üzerindeki denetimi derinleştiren bir diğer baskıya dayalı denetim mekanizması, kartlı giriş çıkış sistemleri, kameralar, bilgisayarlar ve hastane bilgi sistemleri gibi elektronik denetim araçlarıyla sağlanan teknik denetimdir. Şehir hastaneleri öncesinde de yaygın şekilde kullanılan elektronik denetim araçları, şehir hastanelerinde yeni boyutlar kazanarak teknik denetimi yoğunlaştırmıştır. Şehir hastanelerinde en önemli elektronik denetim aracı hastane otomasyon sistemidir. Şehir hastanelerinde “dijital hastane” anlayışı kapsamında gelişmiş hastane otomasyon sistemleri kullanılmaktadır. Örneğin Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, numune verme ve sonuç alma sürecine kadar tüm aşamaların hastane bilgi yönetim sistemi üzerinde kayıt altına alındığı ilk hastane olma özelliği taşımaktadır. Şehir hastanelerinde kalite yönetimi kapsamında yapılan tüm iş ve işlemler, istemler ve sonuçlar hastane otomasyon sistemine girilmek zorundadır. Kalite ölçümleri bu sistem üzerinden yapılmaktadır. Sağlık çalışanlarının tüm iş ve işlemleri ve bu işlerin gerçekleştirildiği süreler sistem üzerinden takip edilmektedir. Görüşmecilere göre, sadece sisteme girişler üzerinden denetim yapılması nitelik denetimi yerine nicelik denetimi yapılması sonucunu doğurmaktadır. Bu durum, sağlık çalışanları üzerinde baskı yaratarak

hekimlerin klinik kararlar alırken nicelik ve süre kısıtı baskısıyla hareket etmesine yol açarak klinik özerkliği azaltıcı etkiler doğurmaktadır:

Kalite denetimi dedikleri şey sistem üzerinden girilen şeyler üzerinden her şeyimizin denetlenmesi. Hastanenin kalite kriterlerini tutturmak için bizim her işimizi denetliyorlar işte sonuçta hastane hasta doluluk oranı yüzde 80 tutturmuş, atıyorum tahlil isteme yüzde 90 tutturmuş. Biz her şeyi sisteme girmek zorundayız. Konsültasyon yaptın ama sisteme girmedin diyelim 2 saatte bir tamamlanmamış konsültasyon mesajı geliyor yani belli bir sürede kapatmazsan sistem otomatik olarak sana sürekli mesaj atıyor. Ve bunlar üzerinden sen şu kadar yere şu kadar sürede gitmişsin, normal bir konsültasyon süresi 2 saattir. Sen konsültasyonlarına 5 saatte gitmişsin, gitmemişsin diye sana bir geri dönüşü olabilir (Görüşmeci 39, Hekim).

Sistem üzerinde yaptığımız her iş, ne kadar sürede yaptığımız kayıtlı. Kalite kapsamında belli süreler var o sürelere uymak zorundasınız. Bu çok büyük bir baskı aslında sisteme girmek bazen iş yoğunluğu arasında mümkün olmuyor, sistem çok yavaş olabiliyor. Bütün önceliklerimizi sistemin durumuna göre, sistemin zorladığı sürelerle göre ve sisteme girmeye yönelik düzenlemek bireysel klinik kararlarımızı etkiliyor (Görüşmeci 5, Hekim).

Acil olarak bir hekimin çağrılma talebi, acil ve normal bütün çağrıları hekim de çağrılrsa diğer personel de çağrılrsa sanal sistem üzerinden gerçekleşiyor ve süre başlıyor. Acil tıklandıysa eğer 30 dakikada gitmek zorundasın, normale eğer 1 saatte gitmek zorundasın. Böyle sürelerle tanımlanmış ve o saatte gitmediysen sana uyarı geliyor sürekli. Bir kişi aynı anda 3 tane acile çağrıldı mesela mümkün değil yetişmek. Bir yerden çağrılıyorsun, sonra çok uzak başka bir yerden çağrılıyorsun. Hiç bir gerçekliği yok fakat kalite değerlendirmesi puan olarak hastanenin kalite hanesine yazılıyor ve ödeme sistemi bunun üzerinden geliştiriliyor. Puan ne kadar yüksekse kat sayısı artıyor. Şimdi doğal olarak da kalite değerlendirmesini bununla yapınca sen yetişemedikçe kalite düşüyor para azalıyor. Çalışanlar üzerinde baskı yaratıyor. Her ay toplantılar yapılıyor, deniyor ki sen 30 dakikada değil 80 dakikada yanıtlamışsın bunu. Çünkü gidiyorsun, hastayı görüyorsun, yazıyorsun falan ya da gidemedin. Bunu bireylere yansıtarak kalite üzerinden baskı kuruyorlar. Sürekli elektronik ortamda verisel olarak bir denetleme mekanizması var. Sanal zeminde kontrol ediliyor her şey. (Görüşmeci 37, Hekim).

Sistem tarafından çalışanlara sürekli uyarı mesajları gönderilmesi de elektronik denetimin bir parçasıdır. Bir görüşmeci bu mesajları aralarında “taciz” olarak nitelendirdiklerini belirtmiştir. Görüşmecilere göre, kalite yönetimi kapsamında sürekli uyarılarla dayatılan nicelik ve süre denetimi, nitelikten ödün verilmesine yol açan uygulamalara da ortam hazırlamaktadır:

Kalite sisteme yapılan girişler üzerinden şöyle ölçülüyor. Mesela acilden konsültasyon atılıyor, ben acilden arandığımda gecenin bir körü cevaplamışım, hastayı yatırmışım, iş 2 saatte çözülmüş aslında ama konsültasyonu doldurmadım bilişim üzerinden, sistem üzerinden ve ben o hastayı yatan hasta olarak takip ediyorum, her gün ziyaret yapıyorum ama sisteme göre evrakı doldurmadığım için bana sürekli doldurmadınız diye mesaj geliyor. Burada şunu

da görüyorsun kimse benim hastayı muayene edip tedavi etmemle ilgilenmiyor. Sisteme girip girmediğimle ilgileniyor ve şunu söylüyor hastayı görmeyebilirsin, hastaya bakmayabilirsin yeter ki sisteme bir şey yaz. De ki hastanın tansiyonu şu, bilmem nesi şu, nefrolojik patoloji düşünülmeli yaz, kapat. Ama hastayı görmedim, kimse niye görmedin demiyor. Kalite sistem üzerinde konsültasyonun 3 saat içerisinde tamamlandığını görmekle ölçülüyor. Yani konsültasyonla ilgili hiçbir şey yapmadan hastayı görmeden oraya yazıp kapatsam kalite denetiminde hiç bir sorun olmuyor. 15 dakika içinde hasta görülmüş şeklinde görünüyor sistemde (Görüşmeci 37, Hekim).

Özellikle şehir hastanelerinde mekânsal büyüklüğün yarattığı zaman kayıpları nedeniyle acil servise ve konsültan hekimin çağrıldığı andan itibaren çağrıldığı birime ulaşma süresinin kalite göstergesi olarak kabul edilmesi çalışanlar üzerinde ciddi bir baskı yaratmaktadır. Bu durum, bir çok işlemin bizzat gitmek yerine telefon üzerinden gerçekleştirilmesine yol açmaktadır:

Bu kadar büyük bir mekânda her yere ulaşmanın mümkün olmadığı bir noktada bir zaman sonra sanal hekimlik yerleşmeye başlıyor. Artık hasta görmemeye başlıyoruz. Üç tane kule var ve siz bir kuledeyken diğerinden talep geliyor, ona gittiğiniz zaman öbüründen tekrar geliyor ve bir süre sonra artık kalite yönetimi kapsamında tanımlanmış sürelerde, tanımlanmış işin gerçekleşmesinin mümkün olmadığı bir noktada, sanal sistemin üzerinden notlar koyularak ilerlemeye başlıyor her şey. Telefonun diğer ucunda bulunan hemşireyle ya da hekimle değerlendirme yapıyorsunuz. Sonrasında sisteme sanal olarak gerçekleştirdiğiniz muayene sonuçlarınızı giriyorsunuz (Görüşmeci 37, Hekim).

Şehir hastanelerinde elektronik denetimin bir diğer aracı sağlık çalışanlarının bilgisayarlarıdır. Bilgisayarların açılış, kapanış saatleri üzerinden çalışanların denetimi gerçekleştirilmektedir:

Her şey bilgisayar üzerinden yapılıyor hastanede. Çalışanların mesai kontrolü bile bilgisayar üzerinden yapılıyor. Senin bilgisayarını açtığın saat üzerinden kontrol var (Görüşmeci 39, Hekim).

Ben sabah poliklinikçiyim. 08.30'da poliklinik bilgisayarın açılmazsa sana mesaj geliyor, polikliniğe başlamadınız diye. Biz de ne yapıyoruz bilgisayarı açıyoruz, sonra diğer işlerimi hallediyorum. Hastalarımı 09.00-09.30'da görmeye başlıyorum. Orada hasta olup olmaması önemli değil, senin bilgisayarının açılması gerekiyor (Görüşmeci 38, Hekim).

Mesela benim yatan hastam çok ve tek hekimim bir de yoğun bakımları geziyorum. 07.45 gibi geliyorum hepsi anca 09.30da bitiyor. Yatan hasta ağırlıklı branşlarda, sabah vizitlerini bu kadar büyük bir mekânda yarım saatlik bir süreye sığdırmak ve sonra onların tedavilerini tek tek sisteme girmek mümkün olmuyor. Ama ben her sabah 08.31'de poliklinik bilgisayarınızı açmadınız mesajı alıyorum ve yönetim bana gelip diyor ki 08.30da polikliniğe başlayın. Diyorum ki mümkün değil yatanlar ne olacak siz bana onları boş verin diyorsunuz. Yok öyle demiyoruz. Peki ne diyorsunuz? Benim polikliniğim o saatte başlayamaz. Eğer diyorsanız ki bana mesaiden önce 06.30'da falan gel öyle yap, onu da

yapamam çünkü sabaha kadar beni telefonla arıyorsun. İcap nöbeti tutuyorum ben 7 gün 24 saat (Görüşmeci 37, Hekim).

Mesai denetiminde yaygın şekilde kullanılan kart basma sistemi, şehir hastanelerinde yeni bir boyut kazanarak hastane içerisindeki hareketlerin de kontrolünü sağlayacak şekilde geliştirilmiştir. Hastane içerisindeki bölümlere girişler, asansörler, yangın merdivenleri, hastane birimlerinin kapıları kart sistemiyle açılıp kapanmaktadır. Çalışanların yetkili olmadıkları yerlere girişinin engellenmesini sağlayan kart sistemi, aynı zamanda çalışanların hastane içerisindeki hareketlerinin takibini de sağlamaktadır:

Mesai giriş ve çıkışta manyetik kartlar okutuyoruz. Kart basacağımız yer bizim birime çok uzak onun için de çok fazla yürümek zorunda kalıyoruz. Yani mesaiye geldik demek için bile yürümek zorundayız ve daha ilk dakikadan yorulmaya başlıyoruz. Hastanede her yere kartla giriliyor. Bu da bizi kontrol etmelerini sağlıyor. Eğer o anda birimde değilsem sorumlu hemşire arayıp şuradaymışsın diyebiliyor (Görüşmeci 18, Hemşire).

Kart sisteminin yanı sıra şehir hastanelerinde gelişmiş kamera sistemleri kullanılmaktadır. Asansörler de dahil olmak üzere tüm mekân sürekli olarak kamera sistemiyle izlenmektedir. Mekânın, iletişim teknolojileri yoluyla bireylerin gözetlenip gözetlenmediklerini bilmeden sürekli olarak gözetim altında tutulmalarını sağlayacak şekilde kurgulanmasına dayanan “Elektronik Panoptikon” (Sewell ve Wilkonson, 1992: 283) kavramsallaştırmasına benzer şekilde şehir hastanelerinde tüm mekân, kartlı giriş-çıkış ve kamera sistemleriyle sürekli olarak gözetlenmektedir:

Tüm asansörlerde kameralar var. Mesailerini kontrol etmek için kullanıldığını düşünüyorum doktorların ve diğer sağlık çalışanların mesaisini. Ayrıca kartlı sistem var girerken ve çıkarken kart okutuluyor. Asansöre bindiğinizde de kart okutuyorsunuz. Bu şekilde sürekli takip edildiğimizi düşünüyorum (Görüşmeci 51, Hekim).

Acil servisten ayrılmamız mümkün değil. Tuvalete giderken bile birisi senin yerine bakmak zorunda yoksa ayrılamazsın. Ama insani ihtiyaçlarımız olunca bazen yerimize birini bulamayabiliyoruz. Hiçbir arkadaş bulunduğu yeri bırakamayabiliyor. Sürekli izleniyoruz bir gidip geleyim deme şansımız yok. Geçen bir arkadaş 10 dakika tuvalete gitmiş. Herhalde zor durumda kaldı, kimseyi bulamadı. Başhekim yardımcısı bunu tespit etmiş. Kameradan izlemişler (Görüşmeci 24, Hemşire).

Ensemde bir gözle çalışıyormuşum gibi hissettiriyor bu hastane bana. Girdiğimiz çıktığımız her yer belli, kart okutuyorsun, kameralar sürekli kayıttı. Çok fazla şikâyet olduğu için denetim çok sıkı bu hastanede, her hareketiniz izleniyor (Görüşmeci 21, Hemşire).

Şehir hastanelerinde mesai takibine yönelik başka uygulamalar da görülmektedir. Örneğin, Eskişehir Şehir Hastanesi'nde mesai takibi için giriş ve çıkışlarda manyetik kart okutulmasının yanında personelin fotoğrafının çekilmesi uygulaması başlatılmıştır. Fakat, Eskişehir-Bilecik Tabip Odası'nın uygulamaya karşı açtığı dava ile Eskişehir 1. İdare Mahkemesi uygulamayı iptal etmiştir. İptal kararında mesai giriş ve çıkışlarında personelin fotoğraflarının çekilmesinin Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nu ihlal ettiği ve uygulamanın ölçülülük ilkesine aykırı olduğu belirtilmiştir.

Son olarak, şehir hastanelerinde emek üzerinde uygulanan denetimin bir diğer boyutu, hastanenin mekânsal tasarım ve düzenlemesinin çalışanların mesleki dayanışma ve kolektif mücadelesini engelleyici şekilde düzenlenmesidir. Daha önce ifade edildiği gibi, görüşmecilere göre, şehir hastanelerinin mekânsal yapısı, çalışanların bir araya gelmesini, iletişim kurmalarını zorlaştırarak kolektif bilinci zayıflatmaktadır:

İşçi üzerindeki en önemli denetim nedir? Bilinçlenmesini engellemek, örgütlülüğü zayıflatmak değil midir? İşte şehir hastanesi öyle bir tasarlanmış ki bunu sağlıyor. Öncelikle iletişimi kopartıyor, alan çok fazla genişlediği için birbirimizi görmek çok zorlaşıyor. 3 tane kule var onlarca katlı aylarca birbirimizi görmeden çalışıyoruz. Bir araya geleceğimiz alan yok. Eski hastanede bir yemekhane vardı hepimiz orada yemek yiyorduk. Şimdi 16 tane yemekhane var. Sadece bize ayrılmış bir sosyal alan yok. Kantin yok, çay-kahve içeceğimiz bir yer yok. İşte bizi böylece birbirimizden izole tutuyorlar. Böylece denetim altında tutuyorlar. Yani burası örgütlülüğe çok olumsuz yansıdı (Görüşmeci 67, Uzman).

4.4.4. Alan Araştırması Bulgularının Değerlendirilmesi

Şehir hastaneleri, yeni bir sağlık hizmeti üretim mekânı ve çalışma örgütlenmesi olarak sağlık emek sürecinde yaşanan klinik otonomi ve inisiyatif kaybı, denetimin ve gözetimin yoğunlaşması, sağlık çalışanları arasında rekabetin teşvik edilmesi ve mesleki dayanışmanın ve kolektif mücadelenin azalması gibi süreçleri derinleştirirken bu süreçlere bağlı olarak ortaya çıkan vasıfsızlaşma, proleterleşme ve yabancılaşma gibi olguların şiddetini artırarak yeni bir emek rejiminin ortaya çıkmasına yol açmıştır. “Abulik emek rejimi” olarak tanımlanabilecek sağlık emek sürecinde ortaya çıkan bu dönüşümün temelinde şehir hastaneleriyle birlikte sağlık hizmetlerinde yaşanan yönetsel ve mekânsal dönüşüm yatmaktadır.

Yönetsel dönüşümün temelini kamu özel ortaklığı modeli oluştururken, mekânsal dönüşümün temelini devasa büyüklükte, entegre sağlık kampüsü şeklinde inşa edilmeleri oluşturmaktadır. Yönetsel ve mekânsal dönüşüm, sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, aralarındaki ilişkiler, hastalarla ve hastane yönetimiyle olan ilişkileri ve denetimleri üzerinde önemli etkiler ortaya çıkarmıştır. Çalışmanın alan araştırması bulgularıyla ortaya koyulan bu etkiler, Sağlık Emekçileri Sendikası (SES) Mersin Şubesi tarafından Aralık 2017’de Mersin Şehir Hastanesi çalışanlarına yapılan anketin sonuçlarında da görülmektedir;

- Sağlık çalışanlarının %70’i hastaneye ulaşmada sıkıntı çektiğini
- %90’ı havalandırmadan dolayı sıkıntı yaşadığını
- %78’i iş yoğunluğundan şikayetçi olduğunu
- %82’i iş yükü nedeniyle sağlık sorunları yaşadığını
- %94’ü personel eksikliğinden şikayetçi olduğunu
- %52’si mesleki itibarın olumsuz yönde seyrettiğini
- %76’sı emekli olana kadar çalışmayı düşünmediğini
- %80’i hastane içi ulaşımın zor olduğunu
- %82’si hastane yönetiminin sorunlara yaklaşımını olumsuz bulduğunu
- %70’i çalışma düzenini verimsiz bulduğunu
- %88’i çalışan haklarının sıkça ihlal edildiğini
- %98’i çalışanların hastane içi kararlara katılımının yetersiz bulduğunu ifade etmiştir (Uğurhan, 2018: 272).

Şehir hastanelerinde ortaya çıkan yeni emek rejiminin en temel özelliği, sağlık çalışanlarının iş üzerindeki denetimini yitirmesidir. Sağlık emek gücünde abuli hastalığının semptomlarına benzer etkiler yaratan yeni emek rejimi, sağlık çalışanlarının hizmet üretimi üzerindeki özerklik ve denetimlerinin azalmasına veya ortadan kalkmasına yol açarak sağlık çalışanlarının kendi iradi davranışlarını, inisiyatif kullanma imkanlarını, karar alma ve uygulama yeteneklerini sınırlamakta veya ortadan kaldırmaktadır.

Sağlık çalışanlarının kendi emek süreçleri üzerindeki denetimlerini yitirerek vasıfsızlaşmaları, şehir hastaneleri öncesinde başlayan bir süreçtir. Vasıfsızlaşmanın temelinde yatan tasarımın uygulamadan ayrılması sürecini sağlık emek süreci açısından yaygınlaştıran SUT, BUT, TİG gibi geri ödeme sistemleri, kalite

uygulamaları kapsamında uygulanan kalite standartları setleri, klinik kalite ölçme ve değerlendirme rehberleri, kanıta dayalı tıp rehberleri ve klinik protokoller, performansa dayalı ücretlendirme sisteminin getirdiği performans kriterleri, çalışma temposunun yönetim tarafından belirlenebilmesinin önünü açan MHRS uygulaması, emek denetimini yoğunlaştırmaya yönelik teknik ve bürokratik denetim mekanizmaları, performansa dayalı ücretlendirme sisteminin ortaya çıkardığı kâr-zarar düşüncesine göre hareket etme ve öz denetim ve değişen hekim-hasta ilişkisi temelinde hasta şikayet mekanizmalarına artan başvurular ve şiddet nedeniyle bağımsız karar almanın zorlaşması ve defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşması gibi klinik özerkliği aşındırarak sağlık çalışanlarının işleri üzerindeki denetimlerini azaltan süreçler, şehir hastaneleriyle birlikte sağlık hizmetlerinde yaşanan yönetsel ve mekânsal dönüşüm nedeniyle derinleşmiş ve yeni boyutlar kazanmıştır.

İlk olarak, şehir hastanelerinin yönetsel ve mekânsal yapısının iş yükünde yarattığı artış, sağlık çalışanlarının muayene edecekleri hasta sayısını ve muayene süresini belirleme haklarını ve tanı ve tedavi süreçlerine ilişkin bağımsız karar alma yetilerini sınırlamaktadır. Şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının iş yükünün artışında artan hasta sayısı çok etkili olmuştur. Şehir hastanelerinin “mükemmeliyet merkezleri” olarak lanse edilmesi ile vatandaşlar tarafından daha çok tercih edilmesi, ambulansların şehir hastanelerine yönlendirilmesi, acil servislerde rutin vaka bakılması, tüm uzmanlık ana dallarının ve yan dallarının şehir hastanelerinde toplanması ve son teknoloji tıbbi donanımla birlikte özellikli işlemlerin ve ileri tetkiklerin şehir hastanelerinde gerçekleştirilmeye başlamasıyla “referans hastane” olarak kabul edilmesi, ilçe hastanelerinden özellikli branş hekimlerinin ve hasta sayısı yüksek hekimlerin şehir hastanelerine görevlendirilmesi, âtıl duruma gelen ilçe hastanelerinden şehir hastanelerine sevklerin artması, hasta sayısının artışının arkasında yatan temel nedenlerdir.

Hastanenin mekânsal büyüklüğü ve örgütlenmesi de sağlık çalışanlarının iş yükünün artmasına neden olmaktadır. Birimler arası uzaklıkların çok fazla olması, hasta odalarının geniş tek ve çift kişilik odalardan oluşması ve uzun bir koridorda sıralanması, hastanenin yerleşiminin çok dağınık olması, sağlık çalışanlarının fiziksel olarak daha çok efor harcamasına ve zaman kayıplarına yol açmaktadır. Sağlık çalışanları konsültasyonlar, viziteler ve nöbetlerde çok zorlanmaktadır. Hastanede

yangın merdiveni dışında merdiven bulunmaması, personele ait asansörlerin olmaması ve hastane içi ulaşımında kullanılan golf arabalarını sağlık çalışanlarının kullanmasının yasak olması, yorgunluğun ve zaman kayıplarının daha da artmasına neden olmaktadır.

Şehir hastanelerinde prosedür işlemlerinin artması, iş yükünü artıran bir diğer etmendir. “Dijital hastane” anlayışı kapsamında her şeyin hastane otomasyon sistemlerine girilmesi, kalite işlemlerinin artması ve her ihtiyaç ve talebin hastane merkezi yardım masasına iletilmesi, sağlık çalışanlarının iş yükünü ve veri girişi için harcadıkları zamanın artmasına yol açmıştır. Özellikle yardımcı sağlık personeli mesailerinin büyük bir kısmını veri girişi için bilgisayar başında geçirmek zorunda kalmaktadır.

Artan iş yükü, sağlık çalışanlarının mesai saatleri içerisinde daha yoğun çalışmasına yol açarak görece artı değer üretimini artırırken, işlerin yetişmesi için mesai saatlerinin uzatılmasına neden olarak mutlak artı değer üretimini artırmaktadır. Özellikle polikliniklerde merkezi randevu sistemi ve randevusuz tüm hastaların bakılmasına yönelik başhekimlik baskısı nedeniyle hekimlerin muayene edecekleri hasta sayısını ve muayene süresini tayin haklarının ellerinden alınarak yönetimin elinde toplanması, emek yoğunluğunun artırılabilmesinin en önemli aracıdır. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, mutlak ve görece artı değer üretimini artırarak emeğin sömürü düzeyini derinleştiren ve hekim özerkliğini ciddi şekilde erozyona uğratan bu sürece dönük rıza üretim işlevini yerini getirmektedir.

İkinci olarak, şehir hastanelerinde yönetsel ve mekânsal yapının neden olduğu iş yükü artışının sonucunda muayene sürelerinin kısalması, artan yorgunluk nedeniyle hata yapma şansının yükselmesi, sağlık çalışanlarını bireysel olarak da inisiyatif kullanmaktan çekinir hale getirmektedir. Defansif tıp uygulamalarını yaygınlaştıran bu yönelimin en önemli kaynağı ise şehir hastanelerinde değişen hastane algısıyla birlikte hasta şikayetlerinin ve şiddetin artışıdır. Şehir hastanelerinin hastalarda oluşturduğu “mükemmeliyet merkezi” algısı hastaların beklentilerini yükseltmekte ve müşteri kimliğinin pekiştirilmesiyle “müşteri daima haklıdır” anlayışı hastalarda yaygınlaşmaktadır.

Üçüncü olarak, başhekimliğin sağlık çalışanları üzerinde yatak doluluk oranlarının tutturulması, acil serviste rutin vakaların bakılması, hasta memnuniyetinin artırılması için hasta taleplerinin kabul edilmesi, tetkik istemlerinin ve bazı işlemlerin

artırılması yönünde uyguladığı baskı, şehir hastanelerinde klinik otonomiye azaltmaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi kapsamında gelen hastaları öncelikli olarak bakmak zorunda bırakılmaları da hekimlerin muayene ve tedavide hastaları durumlarına ve aciliyete göre önceliklendirme özerkliğini yitirmelerine sebep olarak klinik otonomiye azaltan bir unsurdur.

Dördüncü olarak, hastane yönetiminin kamu özel ortaklığı modeli kapsamında ikili bir yapıya sahip olması ve sözleşmenin egemen konumu, sağlık çalışanlarının bağımsız klinik karar alma imkanlarını azaltmaktadır. Bir ekip işi olan sağlık hizmetlerinde hekimlerin kliniklerinde çalışan yardımcı personelin sayısı, çalışan kişinin nitelikleri, çalışan kişilerin sürekliliği ve çalışanların hizmetin gerektirdiği bilgi düzeyi konusunda karar alma yetkisinin bulunmaması, tıbbi taleplerin sözleşme ve maliyetler öne sürülerek karşılanmaması veya geç karşılanması, sözleşme hazırlanırken işin gereklerine, çalışanların ihtiyaçlarına ve isteklerine uygun şekilde hazırlanmaması ve sözleşmenin değiştirilememesi, herhangi bir sorun karşısında muhatap bulamama nedeniyle sorunların çözümsüz kalması, sağlık çalışanlarının bir nevi ellerini kollarını bağlayarak klinik karar alma süreçlerini etkilemektedir.

Sağlık çalışanlarının işleri üzerindeki denetimlerini yitirmelerine yol açan bu süreç, çalışanlar üzerindeki denetimin yoğunlaşmasıyla kol kola gitmektedir. Şehir hastanelerindeki sağlık emek sürecinde rıza üretimine ilişkin ideolojik denetim mekanizmaları ve baskıya dayalı basit, teknik ve bürokratik denetim mekanizmaları birlikte kullanılmaktadır. Rıza ve zor mekanizması olarak performans dayalı ücretlendirme sistemi, basit-doğrudan denetim mekanizması başhekimliğin sağlık çalışanları üzerinde uyguladığı baskılar, bürokratik denetim mekanizması olarak il içerisinde başka bir yere tayin hakkının engellenmesi ve hastane hakkında dışarıya bilgi verilmemesi konusunda imzalatılan gizlilik sözleşmesi, teknik denetim mekanizması olarak kartlı giriş çıkış sistemleri, kameralar, hastane bilgi sistemleri, sistem tarafından sürekli gönderilen uyarı mesajları ve bilgisayarlar kullanılmaktadır. Ayrıca şehir hastanelerinde piyasa kontrolü olarak kavramsallaştırılan hastaların tüketici konumuyla sisteme dahil olarak üreticiden talepte bulunması yoluyla yaptığı dolaylı kontrol de hasta şikâyet mekanizmaları ve şiddet olaylarıyla birlikte yoğunlaşmaktadır.

Özetle, şehir hastanelerinde sağlık çalışanlarının vasıfsızlaştığı, işi üzerindeki denetimini yitirdiği, çalışanlar üzerindeki denetimin/baskının arttığı bunlara bağlı olarak proleterleştiği bir süreç yaşanmaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi, işçinin kendi emek süreci üzerindeki denetimini yitirerek vasıfsızlaşması ve sermayeye tamamen bağımlı hale gelmesi, proleterleşme olarak kavramsallaştırılmaktadır. Proleterleşme olgusu, emeğin yabancılaşmasına yol açan bir süreçtir. Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları, monotonluk, sinirsel yıpranmalar ve tükenmişlik sendromuyla karşı karşıya kalmakta ve yabancılaşmaktadır. Yabancılaşma; güçsüzleşme, anlamsızlık, yalıtılmışlık ve işten kendi kendine soğuma süreçlerini de kapsamaktadır. Güçsüzleşme, bireyin yaptığı iş üzerindeki psikolojik hakimiyetini kaybetmesi ve emek sürecinde belirleyici gücün makine ya da yöneticiler haline gelmesidir. Anlamsızlık, bireyin anlamlandırma yetisini kaybetmesi, yaptığı işe bir anlam verememesi ve kendisini değersiz hissetmesidir. Yalıtılmışlık, bireyin kendini izole hissetmesi ve işyerinde ve iş dışında başarılı sosyal ilişkiler kuramamasıdır. İşten kendi kendine soğuma ise bireyin işinden ve emek sürecinden soğuması ve kendisini yabancı gibi hissetmesidir (Blauner, 1964: 18-26). Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları, güçsüzlük, anlamsızlık, yalıtılmışlık ve işten soğuma süreçlerinin tümünü deneyimlemektedir. Mesleki dayanışmanın ve kolektif mücadelenin zayıflaması da bu süreçleri beslemektedir.

Sağlık emek sürecinde rekabeti teşvik ederek mesleki dayanışmayı azaltarak kolektif mücadeleyi zorlaştıran performans dayalı ücretlendirme sisteminin yanı sıra şehir hastaneleri, mesleki dayanışmayı ve kolektif mücadeleyi engelleyen zamansal ve mekânsal bir yapılanmaya sahiptir. Bu yapılanmanın temel unsuru, sağlık çalışanları arasındaki iletişim eksikliğidir. Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları açısından kurumsal bir araya geliş ama mekânsal bir parçalanma söz konusudur. Aynı çatı altında çalışılıyor olsa da hastanenin mekânsal büyüklüğü ve organizasyonu nedeniyle sağlık çalışanlarının birbirlerinden izole şekilde çalışması ve bir araya gelebilecekleri ortak mekânların bulunmaması, sağlık çalışanlarının birbiriyle kurabilecekleri iletişimi sınırlamaktadır. Ağır iş yükünün ve mekânsal büyüklüğün yarattığı zamansızlık da sağlık çalışanları arası iletişimi azaltmaktadır. Kamu özel ortaklığı modelinden kaynaklı olarak hastanenin özel mülk olarak değerlendirilmesi ve hastane

içerisinde örgütlü mücadeleye izin verilmemesi de kolektif mücadele önünde bir engel oluşturmaktadır.

Şehir hastanelerinde Abulik emek rejimi altında klinik özerkliğini ve otonomisini kaybeden, inisiyatif kullanamayan ya da kullanmaktan çekinen, irade gösteremeyen çalışanlar, yabancılaştırıcı ve yalnızlaştırıcı etkilere maruz kalmaktadır. Sağlık hizmeti üretim mekânının fabrikalaştığı, sağlık hizmeti üretiminde tasarımın uygulamadan ayrılması, parça başı ücrete eş değer hizmet başı ödeme sistemi, çalışma temposunun yönetim tarafından belirlenmesi, mutlak artı değeri artırmaya yönelik çalışma saatlerini ve mesai dışı çalışmayı, görelî artı değeri artırmaya yönelik iş yoğunluğunu ve üretkenliği artırmaya dönük uygulamalar, yoğun emek denetimi, artan yönetim baskısı gibi Taylorist yönetim ilkelerinin yaygınlaştırıldığı bu süreçte sağlık çalışanları da üretim bandında çalışan işçilere dönüşmektedir. Başka bir ifade ile, şehir hastaneleri sağlık çalışanlarının tekelci kapitalizm sürecinde fabrikada Taylorizm’le birlikte işçileşmesine benzemektedir. Fukuyama’nın ifade ettiği gibi, Taylorizm’in hedefi, işyerini, bir işçinin gerek duyduğu tek niteliğin itaat olduğu bir tarzda yapılandırmaktır. İşçinin üretim bandı üzerinde yaptığı en temel hareketlere kadar tüm aktiviteleri işçiye dikte edilmekte ve denetlenmektedir. Yaratıcılık, inisiyatif, yenilikçilik gibi diğer bütün insani nitelikler işçinin elinden alınmaktadır. Sağlık emek sürecinde “Modern Zamanlar”¹⁵⁴ olarak nitelendirilebilecek şehir hastanelerinde de çalışanlardan beklenen itaatkâr zihin ve bedendir. Abulik emek rejiminin düşünmeden işleyen mekanik aygıtlara dönüştürmeye çalıştığı sağlık çalışanları, her geçen gün kendi emeğine, emek sürecine, kendi türüne ve kendisine yabancılaşmaktadır. Bu bağlamda, Adana Şehir Hastanesi’nden bir hekim, şehir hastanesinde çalışmayı mitolojideki Sisyphos efsanesini günümüzde yaşıyor olma hissine benzetmiştir. Kendi ifadesiyle;

Mitolojide Sisyphos efsanesi vardır. Tanrı Zeus yaptığı bir suçtan dolayı onu cezalandırır. Buna göre Sisyphos, ölümler ülkesinde kalacak ve bir kayayı yokuş yukarı çıkaracaktır. Kaya parçasını tepeye ulaştırdığında, kaya yeniden aşağıya yuvarlanacak ve tüm ağırlığıyla bir kez daha Sisyphos'un omuzlarına ve sırtına yerleşecektir.

¹⁵⁴ Modern Zamanlar (Modern Times), 1936 ABD yapımı bir filmidir. Filmin yapımcısı, senaryo yazarı, yönetmeni ve başrol oyuncusu Charles Chaplin 'dir. Filmde, 1930'lu yıllarda hüküm süren Büyük Buhran sırasında makineleşmenin de etkisi ile bozulan ekonomik ve toplumsal koşullar, artan işsizlik sorunu dile getirilmektedir. Charles Chaplin filmde bir fabrikada montaj hattında monoton bir vida sıkma işinde delicesine bir tempoda çalıştırılan bir işçiye oynamaktadır.

Batı dillerinde kullanılan 'Sisyphos gibi çalışmak' deyimi, insanların hiçbir zaman tamamlayamayacaklarını bildikleri tekdüze, yorucu, zahmetli bir işi her gün umutsuzca sürdürme çabalarını anlatmaktadır. Rekabet yoğun günümüz iş ortamında yaşamı bir ceza olarak niteleyen ve yaşamın ağır yükü altında ezilen, güne amaçsız, beklentisiz ve umutsuz başlayan, kronik yorgunluk ve yoğun stres altında günlerini geçiren insanların yaşamlarını Sisyphos gibi sürdürdüklerini gözlemek mümkündür.

Şu an yaşadığımız durum buna uymaktadır. Çalıştığımız ortam ve sorunlar, her gün sonunda bin bir zorlukla tepeye çıkardığımız kayayı, her sabah tekrar aşağıya yuvarlayarak tekrar tüm ağırlığınca omuzlarımıza ve sırtımıza yüklemektedir (Ökten, 2018: 297).

Tablo 11: Alan Çalışması Sonuçlarının Değerlendirilmesi

	Şehir Hastaneleri
Klinik Özerklik	Azaldı
Rekabet	Arttı
Denetim	Arttı
Örgütlenme	Azaldı
Hasta Şikayetleri ve Şiddet	Arttı
Tükenmişlik	Arttı

SONUÇ

1980’li yıllardan itibaren bir çok ülkede sağlık alanında uygulamaya geçirilen “reformlar” aracılığıyla sağlık hizmetleri piyasalaştırılarak kapitalist sağlık endüstrisi kurumsallaştırılmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütsel dönüşümü, bu hedefin gerçekleştirilmesine yönelik en temel adımlardan birisidir. Sağlık hizmetlerinin örgütsel dönüşümü bağlamında, bir çok ülkede kamu özel ortaklığı modeli son yıllarda sağlık alanında sıklıkla uygulanmaya başlamıştır.

Türkiye’de kamu özel ortaklığı modeli, sağlık alanına 2005 yılında yapılan bir yasal düzenleme ile girmiştir. Ardarda yapılan ihaleler ve 2017 yılından itibaren birbirini izleyen hastane açılışlarıyla birlikte Türkiye’de sağlık alanının en önemli unsuru haline gelen şehir hastaneleri, sağlık hizmeti üretim sürecini radikal biçimde değiştirmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık emek sürecinde ortaya çıkan ya da yoğunlaşan standardizasyon, vasıfsızlaşma, yabancılaşma ve proleterleşme gibi süreçler, SDP’nin ikinci fazı olarak nitelendirilen şehir hastaneleriyle birlikte derinleşmiştir ve yeni bir emek rejimi ortaya çıkmıştır. Bu emek rejimi, Neoliberal Emek Rejiminin bir türü olarak “Abulik Emek Rejimi” olarak tanımlanabilir. Şehir hastaneleriyle birlikte sağlık hizmetleri alanında ortaya çıkan yönetsel ve mekânsal dönüşüm, sağlık çalışanlarının kendi emek süreçleri üzerindeki denetimlerini yitirmelerine yol açarak sağlık emek gücü üzerinde “abuli” hastalığının insan vücudu üzerindeki etkilerine benzer etkiler oluşturmaktadır. Abuli rahatsızlığı bulunan kişiler “abulik” olarak tanımlanmaktadır ve bu kişiler irade ile karar verme, inisiyatif alma ve kullanma, istemli harekette bulunma, iradesini kullanma yetenekleri azalmış ya da bu yeteneklerden yoksundur. Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları hizmet üretim sürecindeki özerkliklerini ve denetimleri kaybetmekte ve sağlık çalışanlarının iradi davranışları, inisiyatif kullanma imkânları, karar verme ve uygulama yetenekleri sınırlandırmakta veya ortadan kalkmaktadır.

Abulik emek rejimi olarak şehir hastanelerindeki emek süreci iki temel boyutta analiz edilebilir; yönetsel ve mekânsal boyut. Şehir hastanelerinde yönetsel ve mekânsal boyutta hibrid düzenlemeler söz konusudur. Yönetsel boyutta, şehir hastanelerinin yönetim yapısı, kamu özel ortaklığı modeline özgü olarak özel girişimci ve kamudan oluşan hibrid bir yapıya sahiptir. Ayrıca, şehir hastanelerinde yönetsel

stratejiler açısından Taylorist ve yalın üretime özgü yönetim tekniklerinin bir arada kullanıldığı hibrid yönetim stratejileri uygulanmaktadır. Bu durum şehir hastanelerine özgü bir süreç değildir. Fakat şehir hastaneleriyle birlikte, sağlıkta standardizasyonu artırarak tasarımın uygulamadan ayrıştırılması sürecini hayata geçiren uygulamalar yoğunlaşmakta, işbölümü derinleşirken aşırı uzmanlaşma eğilimleri artmaktadır. Çalışma temposunun yönetim tarafından belirlenmesini sağlayan uygulamalar yaygınlaşmakta; böylece, tıbbi işlemlerin ne şekilde ve ne kadar sürede yapılacağına sağlık çalışanlarına dikte edilebilmesi daha da kolaylaşmaktadır. Ayrıca, şehir hastanelerinde artan rekabet ile parça başı ücrete eş değer, hizmet başı ve hasta başı ödeme sistemini ve çaba-ödül ilkesini sağlık alanında hayata geçiren performans dayalı ücretlendirme sistemi, emek sürecinde daha belirleyici bir rol kazanmaktadır. Şehir hastanelerinde iş yoğunluğu ve üretkenlik artarken, çalışma saatleri uzamakta ve mesai dışı çalışma yaygınlaşmaktadır böylece göreceli ve mutlak artı değer artışı sağlanmaktadır. Emek üzerindeki denetimi yoğunlaştıran teknik denetim mekanizmaları yaygınlaştırılırken, hastane yönetiminin emek üzerindeki baskısı şiddetlenmektedir. Şehir hastanelerinde sağlık alanında Taylorist ilkeleri hayata geçiren bu uygulamalar yoğunlaşırken, yönetim stratejilerine eklenen yalın üretime özgü müşteri memnuniyeti, kalite yönetimi, performans ölçümü, katılım gibi ilkeler yaygınlaştırılmaktadır. Başka bir ifade ile, sağlık hizmetleri alanında uygulanan, baskı mekanizmalarını ideolojik baskı mekanizmalarıyla ekleyen ve yeni gözetleme mekanizmalarıyla güçlendiren Taylorist ve yalın üretime özgü ilkeleri harmanlayan hibrid yönetim stratejileri şehir hastaneleriyle birlikte ileri bir aşamaya taşınmaktadır.

Mekânsal boyutta ise şehir hastaneleri Fordist ve Post-Fordist örgütlenme yapılarının bir arada yer aldığı hibrid bir mekânsal organizasyona sahiptir. Bir yandan büyük ölçekli, merkezileşmeye dayalı mekânsal bir organizasyona sahipken, diğer yandan sağlık hizmeti üretiminin parçalanarak alt işverenlere devredildiği, küçük ölçekli, her biri farklı bir faaliyette uzmanlaşmış işletmeler ağından oluşan bir örgütlenme yapısına sahiptir. Başka bir ifade ile, şehir hastaneleri hizmet, iş ve işlem hacmi açısından büyümeye ve merkezileşmeye buna bağlı olarak da ölçek büyümesine dayanan Fordist fabrika örgütlenmesinin ve asıl kuruluşun çevresinde küçük ve orta ölçekli firmalardan oluşan bir ağı dayanan Post-Fordist fabrika örgütlenmesinin aynı

mekânsal organizasyon içerisinde bir arada bulunduğu hibrid bir örgütlenme yapısına dayanmaktadır.

Şehir hastanelerinde yönetsel ve mekânsal boyutta ortaya çıkan hibrid düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde yönetsel karar süreçlerini, çalışma koşullarını, işbölümünü, çalışma ilişkilerini, denetim biçimini kısacası emek sürecinin bütününe etkilemektedir. Dolayısıyla, şehir hastaneleriyle birlikte yeni bir sağlık emek rejimi ortaya çıkmaktadır. Abulik emek rejimi altında sağlık çalışanlarının vasıfsızlaştığı, işi üzerindeki denetimini yitirdiği, çalışanlar üzerindeki denetimin/baskının arttığı bunlara bağlı olarak proleterleştiği bir süreç yaşanmaktadır. Proleterleşme olgusu, emeğin yabancılaşmasına yol açan bir süreçtir. Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları, monotonluk, sinirsel yıpranmalar ve tükenmişlik sendromuyla karşı karşıya kalmakta ve yabancılaşmaktadır. Yabancılaşma; güçsüzleşme, anlamsızlık, yalıtılmışlık ve işten kendi kendine soğuma süreçlerini de kapsamaktadır. Şehir hastanelerinde sağlık çalışanları, güçsüzlük, anlamsızlık, yalıtılmışlık ve işten soğuma süreçlerinin tümünü deneyimlemektedir. Mesleki dayanışmanın ve kolektif mücadelenin zayıflaması da bu süreçleri beslemektedir. Şehir hastanelerinde sağlık emek sürecinde rekabeti teşvik ederek mesleki dayanışmayı azaltarak kolektif mücadeleyi zorlaştıran performans dayalı ücretlendirme sisteminin yanı sıra mesleki dayanışmayı ve kolektif mücadeleyi engelleyecek zamansal ve mekânsal bir yapılanma söz konusudur.

KAYNAKÇA

Acar, T. (2010). Dönüşen Sağlıkta ‘Çalışmanın’ Halleri”. A. Buğra (Ed.), *Sınıftan Sınıfa Fabrika Dışında Çalışma Manzaraları* içinde (ss. 149- 180). İstanbul: İletişim Yayınları.

Acartürk, E. ve Keskin, S. (2012). Türkiye’de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 17(3): 25-51.

Acerete, B., Stafford, A. ve Stapleton, P. (2011). Spanish Healthcare Public Private Partnerships: The ‘Alzira Model’. *Critical Perspectives on Accounting*. 22(6): 533-549.

Aglietta, M. (2015). *A Theory of Capitalist Regulation: The US Experience*. Londra: Verso.

Ağartan, T. İ. (2008). *Turkish Health System In Transition: Historical Background and Reform Experience*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). State University of New York.

Ahgren, B. (2008). Is It Better to Be Big? The Reconfiguration of 21st Century Hospitals: Responses to a Hospital Merger in Sweden. *Health Policy*. 87(1): 92-99.

Ak, B. (2014). *Şehir Hastanelerinin Entegre Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminden Beklentileri*.

<https://akademiksunum.com/index.jsp?modul=document&folder=bc37b97dd8acaa566dde256270e3c3842a818056>, (25.12.2020).

Akbulut, Ö. (2007). Kamu Yönetiminde İşletmecilik Sorunu. *Mülkiye Dergisi*. 31(254): 73-86.

Akçakanat, T. ve Çarıkçı, İ. H. (2019). *Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Sağlık Kurumlarında Uygulanması*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.

Akdoğan, A. A. (2007). Habermas'ın Sistem Kuramı Eleştirisi Çerçevesinde Yeni Kamu İşletmeciliği. *Amme İdaresi Dergisi*. 40(4): 21-44.

Akintoye, A. ve Ezekiel, C. (2005). Private Finance Initiative in the Healthcare Sector: Trends and Risk Assessment. *Engineering, Construction and Architectural Management*. 12(6): 601-616.

Akkaya, Y. (2006). Sosyal Güvenlik ve Tarihi Üzerine 'Aykırı' Notlar. *İktisat Dergisi*. 478: 15-17.

Aksaray, N. (2019). Eskişehir Şehir Hastanesi Deneyimi. *Şehir Hastaneleri: "Yalanlar Ve Gerçekler" Sempozyumu Kitabı* (ss. 81-86). Düzenleyen Türk Tabipler Birliği. İstanbul. 9 Kasım 2019.

Aletras, V. H. (1999). A Comparison of Hospital Scale Effects in Short-Run and Long-Run Cost Functions. *Health Economics*. 8(6): 521-530.

Alfen, H. W., Buscher, F., Daube, D. ve Weidemann, A. (2005). Public Private Partnership im Krankenhausbereich. *das Krankenhaus*. 97(12): 1083-1088.

Anderson, T. R. ve Warkov, S. (1961). Organizational Size and Functional Complexity: A Study of Administration in Hospitals. *American Sociological Review*. 26(1): 23-28.

Arık, Ö. ve İleri, Y. Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 7(2): 45-50.

Arslan, N. T. (2010). Klasik- Neo Klasik Dönüşüm Süreci: Yeni Kamu Yönetimi. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 11(2): 21-38.

Atasever M., Gözlü M., Özaydın M., Güler H., Örnek M., Barkan B., Kavak Y. ve İlhan

M. N. (2018). *Şehir Hastaneleri Araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Atıcı, R. (2020). *Şehir Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin İş Performansı ve İş Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul: Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Ayman Güler, B. (2005). *Kamu Personeli*. Ankara: İmge Kitabevi.

Bakar, C. ve Akgün, S. (2005). Türkiye’de Sağlık Reformları: Sonu Gelmeyen Hikaye. *Toplum ve Hekim*. 20(5): 339- 352.

Balaban, O. (2004). Krizden Kaçış, Krize Kaçış: Türkiye’de Kamu Yönetimi Reformu. *Çağdaş Yerel Yönetimler*. 13(4): 5-18.

Balcı, A. ve Kırılmaz, H. (2005). Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı’nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. A. Nohutçu ve Asım Balcı (Ed.). *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I* içinde (ss. 169-201). İstanbul: Beta Yayınları.

Balkız, Ö. I. (2013). Yeni üretim/Yönetim Modelleri ve Denetim TZÜ/TKY Modelinde Hegemonik Despotizmin Yükselişi. *Çalışma ve Toplum*. 36(1): 187-210.

Barker, L. F. (1911). Some Tendencies in Medical Education in The United States. *Journal of the American Medical Association*. 57(8): 613-621.

Barr, N. (2020). *Economics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Barrows, D., MacDonald, H. I., Supapol, A. B., Dalton-Jez, O. ve Harvey-Rioux, S. (2012). Public-Private Partnerships in Canadian Health Care: A Case Study of the Brampton Civic Hospital. *OECD Journal On Budgeting*. 12(1): 1-14.

Bayazıt, Ö. (1998). Toplam Kalite Yönetimi'nin Yürütülmesinde Önemli Bir Araç: Kalite Çemberleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 53(1): 95-105.

Bayramoğlu, S. (2002). Küreselleşmenin Yeni Siyasal İktidar Modeli: Yönetişim. *Praksis*. 7: 85-116.

Belek, İ. (1999). *Postkapitalist Paradigmalar*. İstanbul: Sorun Yayınları.

Belek, İ. (2003). *Antalya'da Hekimler: Statü ve Sınıf Konumu Açısından Değerlendirme*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Belek, İ. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

Belek, İ. (2016). *Sağlığın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

Belek, İ. (2018). *Esnek Üretim Derin Sömürü*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.

Bell, D. (1973). *The Coming of Post-Industrial Society*. New York: Basic Books.

Blauner, R. (1964). *Alienation and Freedom: The Factory Worker and His Industry*. Chicago: University of Chicago Press.

Boyle, S. (1997). The Private Finance Initiative: Undermines Rational Planning of Health Services. *BMJ*. 314: 1214-1215.

Boyle, S. ve Harrison, A. (2000). *Investing in Health Buildings: Public-Private Partnerships*. Londra: The King's Fund.

Braverman, H. (2008). *Emek ve Tekelci Sermaye*. Çev. Çiğdem Çıdamlı. İstanbul: Kalkedon Yayınları.

Brenner, N. (1998). Global Cities, Global States: Global City Formation and State Territorial Restructuring in Contemporary Europe. *Review of International Political Economy*. 5(1): 1-37.

Brenner, N. (2004). *New State Spaces: Urban Governance and the Rescaling of Statehood*. New York: Oxford University Press.

Buğra, A. (2001). Kriz ve Geleneksel Refah Rejimi. <https://m.bianet.org/biamag/toplum/1916-kriz-ve-geleneksel-refah-rejimi>, (10.01.2019).

Buğra, A. ve Adar, S. (2008). Social Policy Change in Countries without Mature Welfare States: The Case of Turkey. *New Perspectives on Turkey*. 38: 83-106.

Buğra, A. ve Keyder, Ç. (2003). *New Poverty and the Changing Welfare Regime of Turkey*. <https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/poverty/Newpovertyandthechangingwelfare.html>, (10.12.2018).

Building BRICs of Growth. (7 Haziran 2008). *The Economist*, s.80.

Bulut, F. ve Civaner, M. (2016). Modern Tıp İnsancıl Özünü Yitiriyor: Artık “Hasta Yok, Hastalık Var!”. *Turkish Journal of Bioethics*. 3(2): 66-73.

Burawoy, M. (1985). *The Politics of Production: Factory Regimes Under Capitalism and Socialism*. Londra: Verso.

Burawoy, M. (2015). *Üretim Siyaseti: Kapitalizm ve Sosyalizmde Fabrika Rejimleri*. Çev. Çağdaş Gümüroluk. Ankara: Nota Bene Yayınları.

Buse, K. ve Harmer, A. (2004). Power To The Partners?: The Politics of Public-Private Health Partnerships. *Development*. 47(2): 49-56.

Cangöz, M. Ç. (2019). Türkiye’de Kamu-Özel İşbirliği Modeli: Fırsat mı, Tehdit mi?. U. Emek ve G. Küçükkocaoğlu (Ed.), *Teoriden Uygulamaya Türkiye’de Kamu Özel İşbirlikleri* içinde (ss. 57-83). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Cansızoglu, R. (2020). *Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Kullanımı; Şehir Hastanelerinde Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Cappellaro, G. ve Longo, F. (2011). Institutional Public Private Partnerships for Core Health Services: Evidence From Italy. *BMC Health Services Research*. 11(1):1-9.

Castles, F. G., Leibfried, S., Lewis, J., Obinger, H. ve Pierson, C. (2012). *The Oxford Handbook of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.

Castree, N. (2018). David Harvey. P. Hubbard ve R. Kitchin (Ed.), *Mekân ve Yer Üzerine Büyük Düşünürler* içinde (ss. 405-417). İstanbul: Litera Yayıncılık.

Champion, J. ve Betterton, H. (1974). On Organizational Size and Administrative Ratios: A Critical Examination of General and Specialized Hospitals. *The Pacific Sociological Review*. 17(1): 98-107.

Cerny, P.G. (1990). *The Changing Architecture of Politics: Structure, Agency, and the Future of the State*. Kaliforniya: Sage Publishing.

Ceylan, Y. (2020). *Türkiye Sağlık Sektöründe Kamu Özel İşbirliği ve Şehir Hastaneleri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Civaner, M. (2005). Teknoloji Sağlık Hizmetlerine Bakışımızı Nasıl Etkiliyor. *Toplum ve Hekim*. 20(4): 279- 284.

Clark, I. (2000). *Governance, the State, Regulation and Industrial Relations*. New York: Routledge.

Crowley, M., Tope, D., Chamberlain, L. J. ve Hodson, R. (2010). Neo-Taylorism at Work: Occupational Change in the Post-Fordist Era. *Social Problem*. 57(3): 421-447.

Çal, S. (2018). Kamu-Özel Ortaklığı (KÖÖ) ve Kamu Hizmetlerinin Metalaştırılması. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri içinde* (ss. 35-53). İstanbul: İletişim Yayınları.

Çelebi Çakıroğlu, O. ve Harmancı Seren, A. K. (2016). Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağlık Sistemi ve Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 1(3): 37-43.

Çınar, N. F., Türkoğlu, Ç. ve Tütünsatar, A. (2017). Kamu-Özel Ortaklığı/İşbirliği Modeli ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Hizmet Memnuniyetinin Ölçülmesi: Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) İçin Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 4(29): 215-232.

Çoşkun, C. (2019). Sağlıkın Tekelci Endüstriye Devri: Ş(İrket)Ehir Hastaneleri. *Şehir Hastaneleri: “Yalanlar Ve Gerçekler” Sempozyumu Kitabı* (ss. 87-97). Düzenleyen Türk Tabipler Birliği. İstanbul. 9 Kasım 2019.

Çulhaoğlu, M. (2005). Yuvarlak Masa: Sağlık ve Sosyal Güvenlikteki Daralma Ne Getirecek?. *Toplum ve Hekim*. 20(6): 402-414.

De la Torre, A. ve Rudolph, H. (2015). *The Seven Sins of Flawed Public-Private Partnerships*.

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23595/The0seven0sin0private0partnerships.pdf?sequence=5&isAllowed=y>, (03.02.2019).

Delbridge, R., Turnbull, P. ve Wilkinson, B. (1992). Pushing Back the Frontiers: Management Control and Work Intensification under JIT/TQM Factory Regimes. *New Technology, Work And Employment*. 7(2): 97-106.

Demir, M. (2007). Sağlık Bakanlığı'nda Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi. H. Ateş, H. Kırıılmaz ve S. Aydın (Ed.), *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi* içinde (ss. 279-305). Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Derber, C. (2010). *Profesyonelleri Yönetmek, İdeolojik Proleterleşme ve Post-Endüstriyel İşgücü*. Çev. Aydın Gelmez. Ankara: TMMOB İnşaat Mühendisleri Odası.

Díaz Orueta, F. Ve Fainstein, S. (2008). The New Mega-Projects: Genesis and Impacts. *International Journal of Urban and Regional Research*. 32(4): 759-767.

Doğan, A. E. (2007). Mekân Üretimi ve Gündelik Hayatın Birikim Ve Emek Süreçleriyle İlişkisine Kayseri'den Bakmak. *Praksis*. 16: 91-122.

Duménil, G. ve Lévy, D. (2004a). Neo-liberal Dynamics: Toward a New Phase? K. van der Pijl, L. Assassi ve D. Wigan (Ed.), *Global Regulation: Managing Crises After the Imperial Turn* içinde (ss. 41-63). New York: Palgrave Macmillan.

Duménil, G. ve Levy, D. (2004b). *Capital Resurgent: Roots of the Neoliberal Revolution*. Cambridge: Harvard University Press.

Dum  nil, G. ve L  vy, D. (2005a). From Prosperity to Neoliberalism. Europe Before and After the Structural Crisis of the 1970s. <http://www.cepremap.fr/membres/dlevy/dle2002d.pdf>, (15.01.2014).

Dum  nil, G., ve L  vy, D. (2005b). The Neoliberal (Counter-) Revolution. D. Johnston ve A. Saad-Filho (Ed.), *Neoliberalism A Critical Reader* içinde (ss. 9-19). Londra: Pluto Press.

Dum  nil, G. ve L  vy, D. (2009). The Nature and Contradictions of Neoliberalism. *Socialist Register*. 38(38): 43-71.

Durmaz, O. S. (2014). *Türkiye’de   ğretmen Olmak Emek Süreci ve Yeniden Proleterleşme*. Ankara: Nota Bene Yayınları.

Edgell, S. (1998). *Sınıf*.  ev. Didem  zyiğit. Ankara: Dost Yayınevi.

Edwards, R. (1979). *Contested Terrain: The Transformation of the Workplace in the Twentieth Century*. New York: Basic Books.

Ehrenreich, B. ve Ehrenreich, J. (2000). Profesyonel Yönetici Sınıf. Z. C rhinlioğlu (Ed.), *Meslekler ve Sosyoloji* içinde (ss. 197-230). Ankara: G ndoğ n Yayınları.

Eke, E. (2019). *Sağlıkta Dönüşüm–Dönüşün Devlet Anlayışı  er evesinde Sağlık Sektöründe Bir Alan Araştırması*. İstanbul: Hiperlink Yayınları.

Emek, U. (2017). Sağlık Sektöründe Kamu- zel İşbirliğı Sözleşmeleri: Beklenti ve Gerçekleşme. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*. 7(1): 140-168.

Emek, U. (2018a). Şehir Hastanelerinde Paranın Değeri Yaklaşımı. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu- zel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* içinde (ss. 71-98). İstanbul: İletişim Yayınları.

Emek, U. (2018b). *Bilkent Şehir Hastanesine Yapılacak Ödemeler Ne Durumda?*. <http://uemek.blogspot.com/2018/11/bilkent-sehir-hastanesine-yapilacak.html#more>, (05.01.2020).

Emek, U. (2019a). Kamu Özel İşbirliği Sözleşmelerinin Yönetişim Yapısı. U. Emek (Ed.), *Kamu Özel İşbirlikleri ve Rekabet* içinde (ss. 21-35). Ankara: Orion Kitabevi.

Emek, U. (2019b). *Şehir Hastanelerindeki Tehlikenin Farkında Mısınız?*. <http://uemek.blogspot.com/2019/02/sehir-hastanelerindeki-tehlikenin.html>, (05.01.2020).

Emek, U. ve Küçükkocaoğlu, G. (2019). Altyapı Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel İşbirliklerinin İşlevi. U. Emek ve G. Küçükkocaoğlu (Ed.), *Teoriden Uygulamaya Türkiye’de Kamu Özel İşbirlikleri* içinde (ss. 7-16). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Emek, U. ve Sevindik, İ. (2019). Şehir Hastanelerinde “Yap-Kirala-Devret” Modeli. U. Emek ve G. Küçükkocaoğlu (Ed.), *Teoriden Uygulamaya Türkiye’de Kamu Özel İşbirlikleri* içinde (ss. 125-144). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Erbaş, Ö. (2018). Şehir Hastanesi Yargılamaları. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* içinde (ss. 155-176). İstanbul: İletişim Yayınları.

Erbaş, Ö. (2021). *Şehir Hastaneleri: Altı Kaval Üstü Şişhane*. Ankara: Dipnot Yayınları.

Erbaş, Ö., Yavuz, C. I. ve İlhan, B. (2012). *Soru ve Yanıtlarla Sağlıkta Kamu Özel Ortaklığı*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds Of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.

Etiler, N. (2015). Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emekgücü Üzerindeki Etkileri. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 11(42): 2-11.

European Public-Private Partnership Expertise Centre. (2011). *State Guarantees in PPPs: A Guide to Better Evaluation, Design, Implementation and Management*. <https://ppp.worldbank.org/publicprivatepartnership/sites/ppp.worldbank.org/files/documents/EPEC-state-guarantees-in-ppps-public.pdf>, (05.05.2019).

Evans, B. (2011). *Devlet Aygıtları, İktidar Partisinin Gündemine Daha Da Bağımlı Hale Gelecek*. <http://www.sendika.org/2011/07/bryan-evans-devlet-aygitlari-iktidar-partisinininsiyasal-gundemine-daha-da-bagimli-hale-gelecek/>, (15.12.2018).

Ferrera, M. (2011). Sosyal Avrupa’da Güney Avrupa Refah Modeli. A. Buğra ve Ç. Keyder (Ed.), *Sosyal Politika Yazıları* içinde (ss. 195-230). İstanbul: İletişim Yayınları.

Ferreira, D. C. ve Marques, R. C. (2021). Public-Private Partnerships in Health Care Services: Do They Outperform Public Hospitals Regarding Quality and Access? Evidence From Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*. 73: 100798. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798>, (29.05.2021).

Fine, B. ve Saad-Filho, A. (2004). *Marx’s Capital*. Londra: Pluto Press.

Fişek, N. (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Ankara: Çağ Matbaası.

Fişek, N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti Hükûmetlerinde Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*. 7(48): 2-4.

Flyvbjerg, B. (2012). Why Mass Media Matter, and How to Work with Them: Phronesis and Megaprojects. B. Flyvbjerg, T. Landman ve S. Schram (Ed.), *Real Social Science: Applied Phronesis* içinde (ss. 95–121). Cambridge: Cambridge University Press.

Flyvbjerg, B. (2014a). What You Should Know About Megaprojects and Why: An Overview. *Project Management Journal*. 45(2): 6-19.

Flyvbjerg, B. (2014b). *Megaproject Planning and Management: Essential Readings*. Cheltenham: Edward Elgar.

Foucault, M. (1992). *Hapishanenin Doğuşu*. Çev. Mehmet Ali Kılıçbay. Ankara: İmge Kitabevi.

Foucault, M. (2003). *İktidarın Gözü*. Çev. Işık Ergüden. Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2003.

Frick, K. T. (2008). The Cost of the Technological Sublime: Daring Ingenuity and the New San Francisco–Oakland Bay Bridge. H. Priemus, B.Flyvbjerg ve B. van Wee (Ed.), *Decision-Making on Mega-Projects: Cost–Benefit Analysis, Planning, and Innovation* içinde (ss. 239-262). Northampton: Edward Elgar.

Friedman, A. (1977). Responsible Autonomy versus Direct Control over the Labour Process, *Capital and Class*. 1(1): 43-57.

Fukuyama, F. (2000). *Güven Sosyal Erdemler ve Refahın Yaratılması*. Çev. Ahmet Buğdaycı. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Fulop, N., Protosaltis, G., Hutchings, A., King, A., Allen, P., Normand, C. ve Walters, R. (2002). Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis. *BMJ*. 325(7358): 246–249.

Gaffney, D. ve Pollock, A. (1997). *Can the NHS Afford the Private Finance Initiative?*. Londra: British Medical Association.

Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D., ve Shaoul, J. (1999a). The Politics of the Private Finance Initiative and the New NHS. *BMJ*. 319(7204): 249-253.

Gaffney, D., Pollock, A. M., Price, D. ve Shaoul J. (1999b) PFI in the NHS—Is There an Economic Case? *BMJ*. 319(7202):116–119.

Gao, Z. ve Featherstone, A. M. (2008). Estimating Economies of Scope Using the Profit Function: A Dual Approach for the Normalized Quadratic Profit Function. *Economics Letters*, 100(3): 418–421.

Gaynor, M., Laudicella, M. ve Propper, C. (2012). Can Governments Do It Better? Merger Mania and the Outcomes of Mergers in the NHS. *Journal of Health Economics*, 31(3): 528-543.

Gellert, P. K. ve Lynch, B. D. (2003). Mega-projects as Displacements. *International Social Science Journal*. 55(175): 15-25.

Giancotti M., Guglielmo A. ve Mauro, M. (2017). Efficiency and Optimal Size of Hospitals: Results of a Systematic Search. *PLoS ONE*. 12(3): 1-40.

Gough, I. (1979). *The Political Economy of the Welfare State*, Londra: Mc Millen.

Gough, I. (1996). Social Assistance in Southern Europe. *South European Society & Politics*. 1(1): 1-23.

Gough, J. (2004) Changing Scale as Changing Class Relations: Variety and Contradiction in the Politics of Scale, *Political Geography*. 23(2): 185-211.

Gough, J. (2006). Jamie Gough ile Söyleşi. *Praksis*. 15: 13-48.

Gökten, S. (2019). Bilanço Dışı Kamu Özel İşbirlikleri Kamu İçin Bir Finansman Tekniği mi Yoksa Yaratıcı Muhasebe Uygulaması mı?. U. Emek ve G. Küçükkocaoglu (Ed.), *Teoriden Uygulamaya Türkiye’de Kamu Özel İşbirlikleri* içinde (ss. 19-36). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Gökkaya, D., İzgüden, D. ve Erdem, R. (2018). Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 9(20): 136-148.

Grütjen, D. (2008). The Turkish Welfare Regime: An Example of the Southern European Model? The Role of the State, Market and Family in Welfare Provision. *Turkish Policy Quarterly*. 7(1): 111-129.

Guasch, J. L. (2004). *Granting and Renegotiating Infrastructure Concessions: Doing it Right*. Washington: World Bank.

Güzelsarı, S. (2004). Kamu Yönetimi Disiplininde Yeni Kamu İşletmeciliği ve Yönetişim Yaklaşımları. *Tartışma Metinleri*. 66: 1-29.

Güzelsarı, S. (2012). Sağlık Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Kamu-Özel Ortaklıkları. *Amme İdaresi Dergisi*. 45(3): 29-57.

Hall, D. (2010). PPPs. <http://www.psiru.org/reports/ppps.html>, (15.10.2019).

Hamzaoglu, O. (2011). Sağlık Reformu Pandemisi: Neden ve Nasıl? Sağlıkın Ekonomi Politikası. *Kapitalizmin Krizi ve Sağlık Konferansı Kitabı* (ss. 25-32), Düzenleyen Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi. Ankara. 29 Eylül - 2 Ekim 2011.

Hamzaoglu, O. (2009). Kapitalizmin Krizi ve Sağlık: Türkiye Örneği. *Toplum ve Hekim*. 24(1): 26-35.

Harrison, A. (2001). Public-Private Partnerships within Health Care Since the NHS Plan. J. Appleby ve A. Harrison (Ed.), *Health Care UK: Winter 2000: The NHS Plan içinde* (ss. 63-81). Londra: Kings's Fund.

Harrison, S. (2002). New Labour, Modernisation and The Medical Labour Process. *Journal of Social Policy*. 31(3): 465-485.

Harvey, D. (1989). From Managerialism to Entrepreneurialism: The Transformation in Urban Governance in Late Capitalism. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*. 71(1): 3-17.

Harvey, D. (2003a). *The New Imperialism*. New York: Oxford University Press.

Harvey, D. (2003b). *Postmodernliğin Durumu*. Çev. Sungur Savran. İstanbul: Metis Yayınları.

Harvey, D. (2005). *A Brief History of Neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.

Harvey, D. (2007). Neoliberalism as Creative Destruction. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 610(1): 21-44.

Harvey, D. (2012). *Marx'ın Kapital'i İçin Kılavuz*. Çev. Bülent O. Doğan. İstanbul: Metis Yayınları.

Haug, M. (1975). The Deprofessionalization of Everyone?. *Sociological Focus*. 8(3): 197-213.

Health Research Institute. (2010). *Build and Beyond: The revolution of Healthcare PPPs*.

<https://www.pwc.se/sv/halso-sjukvard/assets/build-and-beyond-the-revolution-of-healthcare-ppps.pdf>, (20.11.2019).

Hermann, C. (2014). Avrupa'da Sağlık Hizmetleri ve Piyasalaştırma Süreci. L. Panitch ve C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* içinde (ss. 143-162). İstanbul: Yordam Kitap.

Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons?. *Public Administration*. 69(1): 3-19.

Hospital Manager. (2019). *Tüm Yönleriyle Şehir Hastaneleri. Fahrettin Koca ile Röportaj*. <https://www.hospitalmanager.com.tr/wp-content/uploads/HM-47-Mart-Nisan-2019.pdf>, (07.01.2021).

Hughes, O. E. (1994). *Public Management and Administration*. Londra: St. Martin 's Press.

Hyman, R. (1989). Flexible Specialization: Miracle or Myth?, R. Hyman ve W. Streeck (Ed.), *New Technology and Industrial Relations* içinde (ss. 48-61). Oxford: Blackwell Publishing.

International Monetary Fund. (2006). *Public Private Partnerships, Government Guarantees and Fiscal Risk*. Washington: International Monetary Fund Publication Services.

İlhan, B. (2020). *Şehir Hastaneleri: Haklı Mücadele, Mahcup Geri Adımlar*. <https://www.birgun.net/haber/sehir-hastaneleri-hakli-mucadele-mahcup-geri-adimlar-307762>, (10.02.2021).

Jermier, J. M. (1998). Introduction: Critical Perspectives on Organizational Control. *Administrative Science Quarterly*. 43(2): 235-256.

Jessop, B. (2002). *The Future of the Capitalist State*. Cambridge: Polity Press.

Judge, K. (1988). Financing and Delivering Health Care: A Comparative Analysis of OECD Countries. *Journal of Social Policy*. 17(4): 547-548.

Kalkınma Bakanlığı. (2014). *Kamu Özel İşbirlikleri Özel İhtisas Komisyonu Raporu*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları.

Kalkınma Bakanlığı. (2017). *Dünyada ve Türkiye'de Kamu-Özel İşbirliği Uygulamalarına İlişkin Gelişmeler 2016*. Ankara: Kalkınma Bakanlığı Yayınları.

Karahanoğulları, O. (2004). *Kamu Hizmeti Kavram ve Hukuksal Rejim*. Ankara: Turhan Kitabevi.

Karahanoğulları, O. (2011). Kamu Hizmetleri Piyasa İlişkisinde Dördüncü Tip: Eksik İmtiyaz
(Kamu Özel Ortaklığı). *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 66(3): 177-215.

Karahanoğlu, Y. (2012). Kamu Özel Ortaklığı Modelinin Mali Değerlendirmesi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 67(2): 95-125.

Karasu, K. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*. 66(3): 217-262.

Kars Kaynar, A. (2015). *Sermayenin Coğrafyası: Yayılan Sermayenin Daralan Mekanları*. Ankara: Nota Bene Yayınları.

Kaul, A., Prabha, K. R. ve Katragadda, S. (2016). *Size Should Matter: Five Ways to Help Healthcare Systems Realize the Benefits of Scale*.
<https://www.strategyand.pwc.com/us/en/reports/2016/size-should-matter.pdf>,
(20.01.2019).

Koçak, B. (2018). *Tedarik Zinciri Ölçek ve Kapsam Ekonomileri Modelinin Araştırılması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Koyuncu, B. (2019). Ankara Şehir Hastanesi Deneyimi. *Şehir Hastaneleri: “Yalanlar Ve Gerçekler” Sempozyumu Kitabı* (ss. 98-104). Düzenleyen Türk Tabipler Birliği. İstanbul. 9 Kasım 2019.

Kraft, P. (1999). To Control and Inspire: U.S. Management in the Age of Computer Information Systems and Global Production. M. Wardell, T. L. Steiger, ve P. Meiksins

(Ed.), *Rethinking the Labor Process* içinde (ss. 17-36). Albany: State University of New York Press.

Kristensen, T., Olsen, K., Kilsmark, J. ve Pedersen, K. (2008). *Economies of Scale and Optimal Size of Hospitals: Empirical Results for Danish Public Hospitals*. <https://portal.findresearcher.sdu.dk/en/publications/economies-of-scale-and-optimal-size-of-hospitals-empirical-result>, (10.04.2019).

Kulak, Ö. (2011). Karl Marx'ta Yabancılaşma Meta Fetişizmi ve Şeyleşme Kavramları. *Doğu Batı Dergisi*. 55: 33-61.

Kulaksız, S. ve Küçükkocaoğlu, G. (2019). Kamu Hizmet Tedarik Yönteminin Seçilmesinde Yatırımın Değeri Analizi: Bir Hastane Projesi Üzerine Uygulanması. *Muhasebe ve Bilim Dünyası Dergisi*. 21(1): 197-227.

La Forgia, G. M. ve Harding, A. (2009). Public-Private Partnerships and Public Hospital Performance in São Paulo, Brazil. *Health Affairs*. 28(4): 1114-1126.

Lameire, N., Joffe, P. ve Wiedemann, M. (1999). Healthcare Systems—An International Review: An Overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 14(suppl_6): 3-9.

La Pointe, J. (2019). *Key Strategies for Health Systems to Achieve Economies of Scale*. *Revcycle Intelligence Xtelligent Healthcare Media*. <https://revcycleintelligence.com/news/key-strategies-for-health-systems-to-achieve-economies-of-scale>, (22.05.2020).

Larner, A. J. (2016). *A Dictionary of Neurological Signs*. Berlin: Springer.

Larner, W. (2000). Neo-liberalism: Policy, Ideology, Governmentality. *Studies in Political Economy*, 63(1): 5-25.

Larson, M. S. (1980). Proletarianization and Educated Labor. *Theory and Society*. 9(1): 131-175.

Lefebvre, H. (2014). *Mekânın Üretimi*. Çev. Işık Ergüden. İstanbul: Sel Yayıncılık.

Leibfried, S. (1993). Towards of a European welfare state?. C. Jones (Ed.), *New Perspectives on the European Welfare State in Europe* içinde (ss. 120-143). Londra: Roudledge.

Leibfried, S. ve Mau, S. (2008). *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Leys, C. (2014). Sağlık ve Kapitalizm. L. Panitch ve C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* içinde (ss. 15-42). İstanbul: Yordam Kitap.

Light, D. W. ve Levine, S. (1988). The Changing Character of Medical Profession: A Theoretical Overview. *Milbank Quarterly*. 66(2): 10-32.

Linda, M. (2007). Performance Audit of Australian Public Private Partnerships: Legitimising Government Policies or Providing Independent Oversight? *Financial Accountability and Management*. 23(3): 313-336.

Linder, S. H. (1999). Coming to Terms with the Public-Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings. *The American Behavioral Scientist*. 43(1): 35-51.

Littler, C. ve Salaman, G. (1982). Bravermania and Beyond: Recent Theories of the Labour Process. *Sociology*. 16(2): 251-269.

Littler, C. R. ve Salaman, G. (1984) *Class at Work: The Design, Allocation and Control of Jobs*. Londra: Batsford.

Livingstone, D. W. (2015). *Lifelong Learning in Paid and Unpaid Work: Survey and Case Study Findings*. New York: Routledge.

Loeppky, R. (2014). Kusursuz Servet: Sağlık Endüstrisinde Sermaye Birikimi. L. Panitch ve C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* içinde (ss. 74-98). İstanbul: Yordam Kitap.

Luggen, W.W. (1991). *Flexible Manufacturing Cells and Systems*. New Jersey: Prentice Hall.

Lyon, D. (1994). *The Electronic Eye: The Rise of Surveillance Society*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Marx, K. (2001). *The Communist Manifesto*, Londra: ElecBook.

Marx, K. (2011). *Kapital I*. Çev. Mehmet Selik ve Nail Satlıgan. İstanbul: Yordam Kitap.

Mayston, D. J. (1999). The Private Finance Initiative in the National Health Service: An Unhealthy Development in New Public Management?. *Financial Accountability & Management*. 15(3-4): 249-274.

McKinley, J. B. ve Arches, J. (1985). Towards the Proletarianization of Physicians. *International Journal of Health Services*. 15 (2): 161-95.

McKinsey Global Institute. (2013). *Infrastructure Productivity: How to Save \$1 Trillion a Year*.

<https://www.mckinsey.com/business-functions/operations/our-insights/infrastructure-productivity>, (10.09.2020).

Mecit, M. (2019). Uluslararası Alanda KÖİ Uygulamaları. U. Emek ve G. Küçükocaoğlu (Ed.), *Teoriden Uygulamaya Türkiye’de Kamu Özel İşbirlikleri* içinde (ss. 37-56). Ankara: Siyasal Kitabevi.

Mooney, G. (2013). *Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politığı Doğru*. Çev. Cem Terzi. İstanbul: Yordam Kitap.

Mooney, G. ve Law, A. (2007). Strenuous Welfarism: Restructring the Welfare Labour Process. G. Money ve A. Law (Ed.), *New Labour/Hard Labour?* içinde (ss. 23-53). Bristol: Policy Pres.

National Audit Office. (2018). *PFI and PF2*. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/PFI-and-PF2.pdf>, (12.11.2019).

Nesanır, N., Erem, A., Bilge, B. ve Saltık, A. (2006). Manisa’da Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması. *Toplum ve Hekim*. 21(3): 231-238.

O'Connor, J. (1973). *The Fiscal Crisis of the State*. New York: St Martin's Press.

Offe, C. (1984). *The Contradictions of Welfare State*. Londra: Hutchinson.

Okay, B. (2012). Türkiye’de Aile Hekimliği Uzmanlığı Süreci ve Sosyalleştirme. *Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı, Füsun Sayek TTB Raporları/Kitapları* içinde (ss.149-156). Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.

Oppenheimer, M. (1972). The Proletarianization of the Professional. *The Sociological Review*. 20(1): 213-227.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2012). *Recommendation of the Council on Principles for Public Governance of Public-Private Partnerships*. <https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/275/275.en.pdf>, (05.02.2019).

Organisation for Economic Co-operation and Development/ EUROPEAN UNION. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Paris: OECD Publishing.

Osborne, D.ve Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Massachusettes: Addison-Wesley.

Ökten, A. İ. (2018). Adana Şehir Hastanesi: Neler oldu?. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* içinde (ss. 277-297). İstanbul: İletişim Yayınları.

Öncü, T. S. (2018). Talan Yoluyla Sermaye Birikim Aracı Olarak Kamu-Özel Ortaklığı: Verimsiz ve Pahalı Bir Finansman Modeli. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* içinde (ss. 13-33). İstanbul: İletişim Yayınları.

Önder, E. (2019). *Türkiye’de Kamu Özel Sektör Ortaklığı ile Yapılan Entegre Sağlık Kampüslerinin Hasta Memnuniyeti Açısından İncelenmesi: Yozgat Şehir Hastanesi Örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Gazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Övgün, B. (2016). Kamu Yönetimi Reformunda Bir Açmaz: Yerelleşme mi, Merkezileşme mi? *Mülkiye Dergisi*. 40(3): 159-179.

Özalp, N. Y. (2015). Yasa, Kanun Hükmünde Kararname ve Mahkeme Kararları Işığında Tam Gün Sorunsalı. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 19(2): 259-290.

Özbek, N. (2006). *Cumhuriyet Türkiye’si’nde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar*. İstanbul: Tarih Vakfı Yayınları.

Özdemir, A. M. ve Yücesan Özdemir, G. (2004). Living in Endemic Insecurity: An Analysis of Turkey's Labour Market in the 2000s. *South East Europe Review*. 7(2): 33-42.

Özdemir, A. M. ve Yücesan Özdemir, G. (2011). Labour, Law and Society in Turkey: The New Labour Act in a Wider Social Context. *Critique of Political Economy*. 1: 63-87.

Özuğurlu, M. (2002), *İşçi Sınıfının Oluşumu Üzerine Bir Çözümleme Çerçevesi: Anadolu'da Bir 'Küresel Fabrika'nın Doğuşu (Denizli Örneği)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Özuğurlu, M. (2003). Sosyal Politikanın Dönüşümü ya da Sıfatın Suretten Kopuşu. *Mülkiye Dergisi*. 27(239): 59- 75.

Özuğurlu, M. (2008). *Anadolu'da Küresel Fabrikanın Doğuşu, Yeni İşçilik Örüntülerinin Sosyolojisi*. İstanbul: Kalkedon Yayınları.

Pala, K. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması. *Toplum ve Hekim*. 20(1): 72-74.

Pala, K. (2017). Türkiye'de Sağlık Reformu/ Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (Ed.), *Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa içinde* (ss. 43-74). İstanbul: Nota Bene Yayınları.

Pala, K. (2019). Şehir Hastaneleri. U. Emek (Ed.), *Kamu Özel İşbirlikleri ve Rekabet içinde* (ss. 63-78). Ankara: Orion Kitabevi.

Pangal Çalışkan, Z. (2019). *Türkiye'de Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı Modeli: Şehir Hastaneleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Panitch, L. ve Leys, C. (2014). *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları*. İstanbul: Yordam Kitap.

Parsons, T. (1954). Professional And Social Structure. T. Parsons (Ed.), *Essays in Sociological Theory* içinde (ss. 239-271). Glencoe: Free Press.

Parker, M. ve Slaughter, J. (1990). Management-by-Stress: The Team Concept in the US Auto Industry. *Science as Culture*. 1(8): 27-58.

Parker, S. K. (2003). Longitudinal Effects of Lean Production on Employee Outcomes and the Mediating Role of Work Characteristics. *Journal of Applied Psychology*. 88(4): 620-634.

Peck, J. ve Tickell, A. (2002). Neoliberalizing Space. *Antipode*. 34(3): 380-404.

Peet, R. (2003). *Unholy Trinity: The IMF, World Bank and WTO*. Londra: Zed Books.

Pehlivan Barış, N. (2020). *Ankara Şehir Hastanesinde Klinik Branşlarda Çalışan Doktorların, Şiddete Maruz Kalma Durumlarının ve Şiddete Karşı Çözüm Önerilerinin Değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi.) Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Peters, B. G. (2001). *The Politics of Bureaucracy: An Introduction to Comparative Public Administration*. Londra: Routledge.

Pierson, P. (1994). *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pierson, P. (1996). The New Politics of the Welfare State. *World Politics*. 48(2): 143-179.

Pierson, C. (1998). *Beyond the Welfare State?: The New Political Economy of Welfare*. Pennsylvania: Penn State Press.

Pierson, C. ve Castles, F. G. (2006). *The Welfare State Reader*. Cambridge: Polity Press.

Pollit, C. (1993). *Managerialism and the Public Services*. Oxford: Blackwell.

Pollitt, C. (2003). *The Essential Public Manager*. Philadelphia: Open University Press.

Pratten, C. F. (1971). *Economies of Scale in Manufacturing Industry*. Londra: Cambridge University Press.

Pollock, A. M., Shaoul, J. ve Vickers, N. (2002). Private Finance and ‘Value For Money’ in NHS Hospitals: A Policy in Search of a Rationale?. *BMJ*. 324(7347):1205-1209.

Posnett, J. (1999). Is Bigger Better? Concentration in the Provision Of Secondary Care. *BMJ*. 319(7216): 1063-1065.

Posnett, J. (2002). Are bigger hospitals better? M. McKee ve J. Healy (Ed.), *Hospitals in a Changing Europe* içinde (ss.100-118). Buckingham: Open University Press.

Rama, A. (2020). *Policy Research Perspectives National Health Expenditures, 2018: Spending Growth Remains Steady Even With Increases in Private Health Insurance and Medicare Spending*. <https://www.ama-assn.org/system/files/2020-08/prp-annual-spending-2018.pdf>, (20.04.2020).

Rothstein, B. ve Steinmo, S. (2016). *Restructuring the Welfare State: Political Institutions and Policy Change*. Berlin: Springer.

Rudra, N. (2007). Welfare States İn Developing Countries: Unique or Universal?. *The Journal of Politics*. 69(2): 378–396.

Saad-Filho, A. (2006). Değer, Sermaye ve Sömürü. A. Saad-Filho (Ed.), *Kapitalizme Reddiye: Marxist Bir Giriş* içinde (ss. 41–57). İstanbul: Yordam Kitap.

Saad-Filho, A. ve Johnston, D. (2005), *Neoliberalism: A Critical Reader*. Londra: Pluto Press.

Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Programı*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, (15.10.2018).

Sağlık Bakanlığı. (2018). *E- Nabız Kullanım Kılavuzu*. [https://enabiz.gov.tr/document/KILAVUZ .pdf](https://enabiz.gov.tr/document/KILAVUZ.pdf), (17.12.2020).

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2020). *T.C. Resmi Gazete* (31058, 4 Mart 2020).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2012). *Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri*. Ankara: Pozitif Matbaa.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2014). *Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi*. <https://www.saglikaktuel.com/d/file/rehber-tig-16122015son-ik.pdf>, (02.01.2021).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2019). *Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi*. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/31458,2019-revize-rehberpdf.pdf?0>, (15.02.2021).

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane*. Ankara: Tam Pozitif Reklamcılık / Matbaa.

Saraceno, C. (2002). *Social Assistance Dynamics in Europe: National and Local Poverty Regimes*. Bristol: Policy Press.

Sarcan, E. (2019). *Adana Şehir Hastanesi'nde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Savran, S. (2015). *Marksizm ve Sınıflar*. İstanbul: Yordam Kitap.

Savran, S. ve Tonak, E. A. (2012). Üretken Emek ve Üretken Olmayan Emek: Açıklığa Kavuşturma ve Sınıflandırma Denemesi. N. Satlıgan, S. Savran ve E. A. Tonak (Ed.), *Kapital'in İzinde* içinde (ss. 239-271). İstanbul: Yordam Kitap.

Savaş, T., Keleş, R. ve Göktaş, B. (2020). Kamu Özel İşbirliği Modeli Ankara Şehir Hastanesi Örneği. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(2): 22-31.

Sayıştay Başkanlığı. (2019). *Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu*. https://www.sayistay.gov.tr/tr/Upload/62643830/files/raporlar/kid/2018/Genel_B%C3%BCt%C3%A7e_Kapsam%C4%B1ndaki_%20Kamu_%C4%B0dareleri/SA%C4%9ELIK%20BAKANLI%C4%9EI.pdf, (15.02.2021).

Schaffer, V. A. ve Schaffer, L. S. (2006). The Use of Recipe Knowledge in Medicine. *International of Technology Knowledge and Society*. 2(7): 73–80.

Seekings, J. (2004). *Prospects for Basic Income in Developing Countries: A Comparative Analysis of Welfare Regimes in the South*. https://open.uct.ac.za/bitstream/handle/11427/19413/Seekings_Prospects_for_Basic_Income_2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y, (15.05.2020).

Seeman, M. (1959). On the Meaning of Alienation. *American Sociological Review*. 24(6): 783-791.

Sewell, G. (1996). Be seeing you: A Rejoinderto Webster and Robins and to Jenkins. *Sociology*, 30(4): 785-797.

Sewell, G. ve Wilkinson, B. (1992). Someone to Watch Over Me: Surveillance, Discipline and the Just-in-Time Labour Process. *Sociology*. 26(2): 271-289.

Shaw, E. (2003). Privatization by Stealth? The Blair Government and Public-Private Partnerships in the National Health Service. *Contemporary Politics*. 9(3): 277-292.

Smith, A. (2008). *Milletlerin Zenginliği*. Çev. Haldun Derin. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Smith, N. (1992). Contours of a Spatialized Politics: Homeless Vehicles and the Production of Geographical Scale. *Social Text*. 33: 54-81.

Soyer, A. (2009a). Profesyonelden Proletere, Hekimler; Değişen Ne?. *Toplum ve Hekim*. 24(2): 130-150.

Soyer, A. (2009b). *Sağlık Bütçesi ve Sağlık Çalışanları*. <https://bianet.org/bianet/bianet/118748-saglik-butcesi-ve-saglik-calisanlari>, (13.11.2018).

Soyer, A. (2010). *Sağlık Hizmetlerinde “Fabrika” Dönemine Geçiliyor*. <https://m.bianet.org/bianet/siyaset/122812-saglik-hizmetlerinde-fabrika-donemine-geciliyor>, (05.06.2018).

Sönmez, M. (2017). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye’de Sağlığın Ticarileşmesi*. İstanbul: Yordam Kitap.

Sönmez, M. (2018). Sermaye Birikimi, “Kamu-Özel İşbirliği” ve Şehir Hastaneleri. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri içinde* (ss. 55-70). İstanbul: İletişim Yayınları.

Sözer, N. (2013). Sağlıkta Yeniden Yapılanmanın (Özelleştirmenin) Devamı Olarak Şehir Hastahaneleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 15: 215-253.

Spencer, D. (2018). *Neoliberalizmin Mimarlığı Çağdaş Mimarlığın Denetim ve İtaat Aracına Dönüşme Süreci*. Çev. Akın Terzi. İstanbul: İletişim Yayınları.

Spencer, D. ve Carlan, N. (2008). The Complexities of the Automotive Industry. Positive and Negative Feedbacks in Production Systems. *Canadian Journal of Sociology*. 33(2): 265-290.

Spicker, P. (2000). *The Welfare State: A General Theory*. Kaliforniya: Sage Publishing.

Sussex, J. (2001). *The Economics of the Private Finance Initiative in the NHS*. Londra: Office of Health Economics.

Storay, J. (1985). The Means of Management Control. *Sociology*. 19(2): 193-211.

Şehir hastanelerinde '24 saat nöbet' uygulaması devrede. (23 Ocak 2020). *Anadolu Ajansı*.

<https://www.aa.com.tr/tr/saglik/sehir-hastanelerinde-24-saat-nobet-uygulamasi-devrede/1711065>, (02.01.2021).

Şemin, S. (1999). *Sağlık Hizmetlerinde Teknoloji*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Talmaç, N. (2020). *Hizmet Kalitesinin Hastalar Tarafından Değerlendirilmesi: Adana Şehir Hastanesi Örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş: Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1): 103-133.

Taylor, W. T. (1967). *The Principles of Scientific Management*. New York: Norton Library.

Taiichi O. (1996). *Toyota Ruhu: Toyota Üretim Sistemi’nin Doğuşu ve Evrim*. Çev. Canan Feyyat. İstanbul: Scala Yayıncılık.

Teker, D. L. (2008). Sağlık Sektöründe Proje Finansman Modelleri: Türkiye için Bir Model Önerisi ve Bir Hastane Projesinin Fizibilite Analizi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*. 37.

<http://mufad.org.tr/journal-/attachments/article/301/11.pdf>, (20.02.2019).

Tekin, A. ve Kaya, E. (2015). Sağlık Alanında Türbülans: İrtifa Kaybeden Hekimler. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 7(13): 43-63.

Toker, Ç. (2018). Bütçeyi Hasta Eden Bir Sağlık Modeli: Şehir Hastaneleri. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* içinde (ss. 249-259). İstanbul: İletişim Yayınları.

Tuckman, A. (2007). Ideology, quality and TQM. A. Wilkinson, H. Willmott ve C. Smith (Ed.), *Making Quality Critical: New Perspectives on Organizational Change* içinde (ss. 54-81). Londra: Routledge.

Tükel, R. (6 Ekim 2017). *Kamu Hastane Birlikleri Modelinin İflası ve Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısında Değişiklikler*. <http://www.tipdunyasi.dr.tr/2017/10/kamu-hastane-birlikleri-modelinin-iflasi-ve-saglik-bakanligi-teskilat-yapisinda-degisiklikler/>, (20.12.2019).

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. (2009). *Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Uğurhan, F. (2018). Orda Bir Hastane Var Uzakta: Mersin Şehir Hastanesi. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* içinde (ss. 261-276). İstanbul: İletişim Yayınları.

Uysal, O. A. (2019). Kanıta Dayalı Tıp (KDT). *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*. 2(3): 83-89.

Uysal, Y. (2019). Kamu-Özel İşbirliği (Yap-Kirala-Devret) Modeli ve Şehir Hastanelerinin Sağlık Hizmetlerindeki Değişim ve Dönüşüm Üzerine Etkileri. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 14(3): 877-898.

Uysal, Y. (2021). *Kamu-Özel Ortaklığı Modeli ve Şehir Hastaneleri*. Ankara: Ekin Yayınevi.

Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). *Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü*. Ankara: Nota Bene Yayınları.

Üstüner, Y. (2000). Kamu Yönetimi Kuramı ve Kamu İşletmeciliği Okulu. *Amme İdaresi Dergisi*. 33(3): 15-31.

Üstüner, Y. ve Kalav İdrisoğlu F. (2014). Kamu Çalışma Etiği ve Neo-Taylorist Uygulamalar: Türk Kamu Sağlık Hizmetinde Performansa Dayalı Ücretlendirme Örneği. *ODTÜ Gelişme Dergisi*. 41: 177-200.

Vallas, S. P. (1999). Rethinking Post-Fordism: The Meaning of Workplace Flexibility. *Sociological Theory*. 17(1): 68–101.

Vecchi, V., Hellowell, M. ve Longo, F. (2010). Are Italian Healthcare Organizations Paying Too Much for Their Public–Private Partnerships?. *Public Money & Management*. 30(2): 125-132.

Williams, K., Haslam, C., Williams, J., Cultler, T., Adcroft, A. ve Johal, S. (1992). Against Lean Production. *Economy and Society*. 21(3): 321-354.

Womack, J. P., Jones, D. T. ve Roos, D. (1990). *The Machine That Changed the World*. New York: Rawson Associates.

World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.

World Bank. (2017a). *Public-Private Partnerships Reference Guide 3.0*. <https://library.pppknowledgehub.org/documents/4699>, (10.01.2019).

World Health Organization. (1997). *Renewed Health for strategy: Draft policy for the twenty-first century*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/173699>, (02.05.2019).

World Health Organization. (2012). *Case Studies on Health System Performance Assessment. A Long-Standing Development in Europe*. Kopenhag: WHO.

Yalanız, Y. (2017). *Şehir Hastaneleri Raporu*. Ankara: Saadet Partisi.

Yalçın, S. (2014). *Türkiye’deki Üçüncü Basamak Kamu Hastanelerinin Etkinliklerinin Ölçümü ve Sağlık Tesislerinin Birlikte Kullanımının Değerlendirilmesi*. (Uzmanlık Tezi). Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

Yavuz, C. I. (2018). Şehir Hastanelerinde Çalışanların İstihdam Koşulları ve Özlük Hakları. K. Pala (Ed.), *Türkiye’de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri içinde* (ss. 227-247). İstanbul: İletişim Yayınları.

Yavuz, C. I. (2011). Kamu Hastane Birlikleri ve Kamu Özel Ortaklığı Emekçilere Nasıl Yansıyacak?. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 3. Ulusal Kongresi Kitabı* (ss. 48-56). Düzenleyen Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Çalışma Grubu. Ankara. 18-20 Kasım 2011.

Yenimahalleli Yaşar, G. (2017). AKP’li Yıllarda Sağlık ve Sağlık Politikası. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birler (Ed.), *Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Güvenlik: İnsana Karşı Piyasa* içinde (ss. 103-142). İstanbul: Nota Bene Yayınları.

Yeşiltaş, A. (2020). Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri Üzerine Bir Değerlendirme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 6(1): 15-28.

Yetişir, F. (2019). *Yozgat Şehir Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Yozgat: Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yıldırım, G. ve Kadioğlu, S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 7-12: 75-83.

Yıldız, Z. (2018). *Şehir Hastanelerinde Hasta Memnuniyeti Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Yapısal Eşitlik Modeli ile Analizi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yılmaz, B. N. (2019). Türkiye’de Şehir Hastaneleri Deneyimleri. *Şehir Hastaneleri: “Yalanlar Ve Gerçekler” Sempozyumu Kitabı* (ss. 64-65). Düzenleyen Türk Tabipler Birliği. İstanbul. 9 Kasım 2019.

Yırtıcı, H. (2003). *Modern Kapitalist Toplumlarda Mekân Üretimi: Hipermarketler Özelinde Tüketim Mekanlarının Altyapısal Dönüşümü ve Yeni Bir Mekân Epistemolojisi Tartışması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.

Yırtıcı, H. ve Uluoğlu, B. (2004). Mekânın Altyapısal Dönüşümü. *İTÜ Dergisi/a Mimarlık, Planlama, Tasarım*. 3(1): 43-52.

Yiğitbaşı, Ş. ve Atabey, N.A. (2001). *Mikro İktisat*. Konya: Dizgi Ofset.

Yılmaz, V. (2017). *The Politics of Healthcare Reform in Turkey*. Londra: Palgrave Macmillan.

Yücesan Özdemir, G. (2000). Başkaldırı, Onay ya da Boyun Eğme?: Hegemonik Fabrika Rejiminde Mavi Yakalı İşçilerin Hikayesi. *Toplum ve Bilim*. 86: 241-259.

Yücesan Özdemir, G. (2008). Emek Süreci, Denetim ve Emek Rejimleri: Taşeron Çalışma Üzerine İlk Notlar. *Toplum ve Hekim*. 23(4): 254-262.

Yücesan Özdemir, G. (2014). *İnatçı Köstebek: Çağrı Merkezlerinde Gençlik, Sınıf ve Direniş*. İstanbul: Yordam Kitap.

Yücesan Özdemir, G. (2017). Dönüşümün Köşe Taşları: Kamu Hizmeti ve Sağlık Emek Süreci. *Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. 16(60-61): 8-11.

Yücesan Özdemir, G. ve Özdemir, A. M. (2008). *Sermayenin Adaleti: Türkiye’de Emek ve Sosyal Politika*. Ankara: Dipnot Yayınları.

Zuboff, S. (1988). *In the Age of the Smart Machine*. New York: Basic Books.



EKLER

EK 1: Görüşme Yapılan Kişiler

GÖRÜŞÜLEN KİŞİ	ALANI
Prof. Dr. Kayıhan Pala	Halk Sağlığı Eski Bursa Tabip Odası Başkanı TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu Üyesi
Prof. Dr. Mehmet Zencir	Halk Sağlığı Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)
Prof. Dr. Fuat Ercan	İktisat
Doç. Dr. Selime Güzelsarı	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi
Doç. Dr. Gülbiye Yenimahalleli Yaşar	Sağlık Yönetimi
Prof. Dr. Fehmi Akçiçek	İç Hastalıkları İzmir Tabip Odası Eski Başkanı
Prof. Dr. İlker Belek	Halk Sağlığı
Prof. Dr. Meltem Çiçeklioğlu	Halk Sağlığı
Prof. Dr. Uğur Emek	İktisat
Prof. Dr. Mehmet Özügürlü	Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü
Prof. Dr. Gamze Yücesan Özdemir	İletişim
Dr. Bayazıt İlhan	Göz Hastalıkları TTB Merkez Konseyi Eski Başkanı TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu Üyesi
Özgür Erbaş	Hukuk TTB Şehir Hastaneleri İzleme Grubu Üyesi
Çiğdem Toker	Medya Sözcü Gazetesi Yazarı
Prof. Dr. Raşit Tükel	Psikiyatri TTB Merkez Konseyi Eski Başkanı
Dr. Eriş Bilaloğlu	Tıbbi Biyokimya TTB Merkez Konseyi Eski Başkanı
Ankara Hastanemi Kapatma Platformu Üyeleri	

EK 2: Araştırma İzin Belgeleri



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ADANA SAĞLIK
GELİŞTİRİLMİŞ BİRİMİ



Sayı : 27350520/799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz bünyesinde İİBF Kamu Yönetimi Bölümü Araş.Gör. Merve KAYADUVAR'ın "Sağlık Sektöründe Finansallaşma ve Sağlık İşgücünün Dönüşümü: Kamu Özel Ortaklığı Modeli Olarak Şehir Hastaneleri" başlıklı çalışmasını Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Yıvvazlar Mah. Mustafa Kemal Paşa Bulvarı 01250 Sk. Seyhan/Adana

Faks No:0322 344 15 72

e-Posta:serife.kose@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü

Evsikin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden cc6267e7-6f97-4c5e-87b2-ab19e97cc4c5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Şerife KÖSE

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0322 344 03 03 Dahili: 3280

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Mersin İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI :
KONU: Araştırma İzni İnceleme Komisyonu

BİLİMSEL ARAŞTIRMA/TEZ/ PROJESİ İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	Sağlık Sektöründe Finansallaşma ve Sağlık İşgücünün Dönüşümü:Kamu Özel Ortaklığı Modeli Olarak Hastaneleri
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasının Yapılacağı Hastane ve Klinik/bölümün adı	Mersin Şehir Hastanesi
Araştırma/Tez/Projenin verildiği eğitim kurumu	Dokuz Eylül Üniversitesi
Araştırma/Tez/Proje Çalışmasını yapan/yürüten Öğrenci/Yürütücü	Merve KAYADUVAR
Danışman Öğretim Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Ahmet Nazmi ÜSTE Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

KARAR

Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar ile İlgili Usul ve Esaslarla İlgili Yönerge gereği, T.C.Sağlık Bakanlığı Mersin İl Sağlık Müdürlüğü'nün 08/01/2018 tarihli ve 65355327-604.01.02-E.46 sayılı Makam Onayı ile görevlendirilen Komisyon üyeleri, Sağlık Müdürlüğümüze intikal eden Tez Çalışmasını değerlendirmek üzere 21/02/2018 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Değerlendirme sonucunda; başvuru yapılan Tez Çalışmasının Müdürlüğümüze Bağlı Tüm Sağlık Tesislerinde yapılmasına karar verilmiştir.

EK 3: Görüşmeci Listesi

GÖRÜŞMECİ	MESLEK	ALAN	ŞEHİR HASTANESİ
Görüşmeci 1	Hastane Yöneticisi	Özel Şirket	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 2	Uzman	Özel Şirket	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 3	Hastane Yöneticisi	Özel Şirket	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 4	Hastane Yöneticisi	Kamu	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 5	Hekim	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 6	Hekim	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi YGAP
Görüşmeci 7	Hekim	Cerrahi Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 8	Hekim	Cerrahi Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 9	Hekim	Cerrahi Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 10	Hekim	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 11	Hekim	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 12	Hekim	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 13	Asistan Hekim	Cerrahi Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 14	Asistan Hekim	Cerrahi Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 15	Asistan Hekim	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 16	Asistan Hekim	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 17	Asistan Hekim	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 18	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 19	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 20	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 21	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 22	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 23	Hemşire	Cerrahi Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 24	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 25	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 26	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 27	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi YGAP
Görüşmeci 28	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi YGAP
Görüşmeci 29	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi YGAP
Görüşmeci 30	Hemşire	Dahili Tıp	Adana Şehir Hastanesi YGAP
Görüşmeci 31	Eczacı		Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 32	Eczacı		Adana Şehir Hastanesi
Görüşmeci 33	Hastane Yöneticisi	Kamu	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 34	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 35	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 36	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 37	Hekim	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 38	Hekim	Cerrahi Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 39	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 40	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 41	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 42	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi

Görüşmeci 43	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 44	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 45	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 46	Hekim	Dahili Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 47	Hekim	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 48	Hekim	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 49	Hekim	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 50	Hekim	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 51	Hekim	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 52	Hekim	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 53	Hekim	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 54	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 55	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 56	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 57	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 58	Hemşire	Cerrahi Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 59	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 60	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 61	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 62	Hemşire	Cerrahi Tıp	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 63	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 64	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 65	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 66	Hemşire	Dahili Tıp Yan dal	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 67	Uzman	İş Sağlığı ve Güvenliği	Mersin Şehir Hastanesi
Görüşmeci 68	Uzman	İş Sağlığı ve Güvenliği	Mersin Şehir Hastanesi

EK 4: Adana Şehir Hastanesi Fotoğrafları







EK 5: Mersin Şehir Hastanesi Fotoğrafları







EK 7: Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

- 1) Unvanınız nedir? (Uzman hekim, pratisyen hekim, asistan doktor, diş hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, idari memur, teknik personel vb.)
- 2) Branşınız nedir? (Yalnızca uzman hekimlere yöneltilecektir)
- 3) Ne zamandır bu işi yapıyorsunuz? Ne kadar süredir şehir hastanesinde çalışıyorsunuz? Daha önce nerede alışıyordunuz?
- 4) Daha önceden çalıştığınız hastaneden şehir hastanesine geçmeyi istediniz mi? Neden?
- 5) şehir hastanesinde çalışmaya başladığınızdan beri eskiye göre yaptığınız işte ne tür değişiklikler meydana geldi? Bu değişiklikleri nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 6) Eski alıştığınız hastane ile karşılaştırdığınızda çalışma koşullarınızda ve özlük haklarınızda ne tür farklılıklar meydana geldi? şehir hastanesinde çalışmanın ne tür getirileri oldu?
- 7) Daha önce çalıştığınız hastanede sizin branşınızda çalışan kaç uzman doktor vardı? şehir hastanesine geçişle birlikte bu sayı kaç oldu? Bu durum çalışma saatlerinizde ve iş yoğunluğunuzda ne gibi değişikliklere neden oldu? (Yalnızca uzman hekimlere yöneltilecektir)
- 8) Daha önce çalıştığınız hastanede sizinle aynı alanda çalışan kaç kişi vardı? şehir hastanesine geçişle birlikte bu sayı kaç oldu? Bu durum çalışma saatlerinizde ve iş yoğunluğunuzda ne gibi değişikliklere neden oldu?
- 9) şehir hastanesine geçişle birlikte daha önce mevcut olmayan yeni uzmanlık dalları açıldı mı? Bu durumu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 10) Yeni bir uzmanlık alanı olarak blmnzn ayırışmasının gerekçeleri nelerdir? Bu durumun avantajları oldu mu? (Yalnızca yeni uzmanlık alanı çalışanlarına yönlendirilecektir)
- 11) şehir hastanelerinde kullanılan son teknoloji tıbbi cihazların sizin çalışma biiminize etkileri oldu mu? İş yoğunluğunuzu etkiledi mi?
- 12) Daha önce çalıştığınız hastanede çalıştığınız birimde açık ve sınırları belirlenmiş yazılı bir görev tanımınız var mıydı? Bu durum şehir hastanesine geçişle birlikte değişti mi?

13) Hastanedeki ve biriminizdeki iş akış şemaları nasıl belirleniyor? Bu konuda önerileriniz dikkate alınıyor mu?

14) Şehir hastanelerinin büyük entegre sağlık kampüsleri biçiminde tasarlanmalarının çalışma koşullarınız ve fiziksel sağlığınız açısından avantajları ve dezavantajları nelerdir?

15) Şehir hastanesine geçişiniz nedeniyle oturduğunuz yeri değiştirdiniz mi? Hastaneye nasıl gelip gidiyorsunuz?

