



NEOLİBERAL POLİTİKALAR ve SAĞLIK EMEKGÜCÜ ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Dr. Nilay ETİLER

Doç., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Giriş

Bir toplumdaki sağlık sisteminin özelliklerinin ülkenin hatta dünyanın içinde bulunduğu siyasi atmosferle çok yakından ilişkisi olduğu pek çok kez gösterilmiştir. Kapitalizmin tarihi ile başlayan “örgütlü sağlık hizmetleri”nin zaman içindeki değişimi ve dönüşümü de kapitalizmin geçirdiği aşamalar ile paralellik göstermektedir. İçinde bulunduğumuz neoliberal dönemde yeniden şekillenen sağlık hizmetleri, piyasa dinamiklerinin etkisi altına girerek ticarileşmiştir. Diğer yandan hizmet sektörü olma özelliği taşıyan sağlık hizmetlerinde emekgücü, gelişen teknolojiye karşın yerine başka bir şeyin ikame edilemediği, vazgeçilmez, göz ardı edilemez büyük bir topluluktur. Sağlık alanının ticarileşmesiyle ortaya çıkan yeni koşullar, beklendiği gibi sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, istihdam özellikleri vb pek şeyi dönüştürmüştür. Bu yazıda; sağlık hizmetlerinin neoliberal döneme gelene kadar taşıdığı özellikler, içinde bulunduğu tarihsel döneme dikkate alınarak kısaca incelenmiş ve Türkiye’de neoliberal politikaların uygulanmaya başlamasıyla sağlık emekgücündeki dönüşüm ele alınmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin

Tarihine Kısa Bir Bakış

Tarihin ilk dönemlerinden beri toplumda sağaltım işini gören meslekler olmasına karşın, sağlık hizmeti olarak adlandırabileceğimiz örgütlenmenin ortaya çıkışı kapitalizm ile ilişkilidir. Bilindiği gibi sanayi devriminin ardından kentlere göç eden kalabalık bir nüfus, kentlerde sağlıklı yaşam ve çalışma koşulları altında yaşamlarını sürdürmeye çalışırken büyük salgın hastalıklar patlak vermişti. İlk kez bu dönemde salgınları kontrol altına almak için devletlerin müdahale ettiği görülmektedir. Bu müdahalelerin dışında toplumun önemli bir kesimini oluşturan yoksulların daha çok dini kuruluşlar aracılığıyla hizmet aldıkları bilinmektedir.

Gerçek anlamda “örgütlü sağlık hizmetleri”nin ise 1945 sonrasında ortaya çıktığını görmekteyiz. Bi-

lindiği gibi 2. Dünya Savaşı sonrasında Birleşmiş Milletler ve buna bağlı çok sayıda uluslararası örgüt kurulmuş ve bunlar bir takım ‘sosyal haklar’ tanımlamışlardır. O dönemde son derece güçlü esen sosyalizm rüzgarı sosyal refah devletini tarih sahnesine çıkarmıştır. Sermaye ve işçi sınıfı arasında düzenleyici bir rol üstlenen devlet de aralarında ‘sağlık hakkı’ da olan pek çok sosyal hak tanımlamış, kurduğu kamusal sağlık sistemleri ile bunun altını doldurmaya çalışmıştır. Sağlığın bir vatandaşlık hakkı olarak ele alındığı bu dönem pek çok ülkede “ulusal sağlık sistemleri”nin kurulduğu, farklı biçimlerde de olsa hizmetin kamu tarafından sunulup finanse edildiği, hizmetin tüm vatandaşları kapsadığı, sağlıksızlığın toplumsal bir sorun olarak adlandırıldığı bir dönem olmuştur. Bu yaklaşımın doğal bir sonucu olarak tüm sağlık çalışanları kamu çalışanı statüsünde tanımlanmıştır. Türkiye’de de buna paralel bir süreç yaşanmıştır.

Yine bilindiği gibi, 1970’lerin ortasında genel olarak kâr oranlarının düşmesiyle başlayan “daralma” sonrasında küresel kapitalizm dönemi başlamıştır. Küreselleşme döneminde ulus-devletin siyasi otoritesi Dünya Bankası (DB) başta olmak üzere uluslararası örgütlere devredilmiştir. Bu uluslararası örgütlerin hazırladığı ve çeşitli şekillerde ulus-devletlere dayattığı reform programları Türkiye gibi ülkelerde hükümetler aracılığıyla yaşama geçmiştir. Yeni anlayışa göre devlet, sadece eşgüdüm faaliyeti yürüten, denetleyen ve kontrol eden bir aygıt olarak tasarlanan ve serbest piyasanın kurallarına göre hareket eden ‘düzenleyici devlet’dir (1). Bu dönemde devlet, değişen rolünün gereği olarak uluslararası örgütlerin önerdiği neoliberal politikaları yine onlar tarafından hazırlanmış paket programlar ile yaşama geçirdiler. Diğer yandan ‘yerelleşme’ kavramı ile merkezi hükümetlerin pek çok işi desantralize edilerek (ademi-merkezleşme) yerel uygulayıcılara devredildi. Bu süreç aynı zamanda mülkiyetin özele devredildiği yani özelleştirmelerin yürütüldüğü bir süreçtir. Neoliberal



politikaların ilk döneminde devletin küçültülmesi gerektiği (ki böylece açılan boşluğu serbest piyasa ekonomisi dolduracaktır), kamu işletmelerinin verimsiz olduğu gibi söylemlerin hakim olduğu görülmektedir. Bu dönemi Türkiye'deki sağlık hizmetleri özelinde incelediğimizde de benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır.

Türkiye'de neoliberal sağlık politikaları dönemi

Türkiye'deki sağlık reformunun başlangıcını 1986 yılında DB'nin yaptığı "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" olarak aldığımızda, 2000'lerin ilk yarısına kadar süren bir "kualsızlaştırma dönemi" karşımıza çıkmaktadır. Sağlıktaki bu kualsızlaştırma döneminde, bir yandan kamu sağlık kuruluşlarının desteklenmediği tam tersine bütçelerinin azaltıldığı, kamu sağlık çalışanlarının itibarsızlaştırıldığı diğer yandan da özel sağlık sektörünün çok çeşitli biçimlerde desteklendiği görülebilmektedir. Yine bu dönemde kamu sağlık kuruluşlarında (özellikle hastaneler) destek hizmetlerinden başlayarak hizmet satın alma yaygınlaşmıştır.

Türkiye'de 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) anlamı, sağlık sistemi konusundaki planlamanın ulusal düzeyden uluslararası düzeye çıkmasıdır. Neoliberal dönemin bir özelliği olarak tam da yukarıda tanımlandığı gibi uluslararası örgütler eliyle hazırlanan reform programının devletin düzenleyici rolünün yerine geçmesinin tipik bir örneğidir. 2002 yılında iktidara gelen AKP, on yıllık iktidarı sürecinde 'neoliberal dönemin devleti'nin temel işlevini yerine getirmekte, bu anlamda görevini 'başarı'yla ifa etmektedir.

Sağlık alanı üzerinden incelemeye devam ettiğimizde şöyle bir manzara karşımıza çıkmaktadır: 1990'lı yıllardan itibaren çeşitli hükümetlerin sürdürdüğü ve "sağlık alanında kualsızlaştırma" diye özetlenebilecek dönem SDP'nin temel taşı oluşturmuştur. Ancak bu kadarla da kalmamış, AKP hükümetleri tarafından tarumar edilen sağlık hizmetleri alanında taşlar yeniden dizilmeye başlanmıştır. Bu noktada AKP'nin piyasa dostu, girişimci, etkin devlet olarak betimlenen yani devlet ve piyasa ortaklığı rolünü oynadığı dikkat çekmektedir.

Tablo 1. Kapitalizmin dönemlerine göre sağlık sistemlerinin özellikleri

	Erken Kapitalizm Dönemi	Ulus Devlet Dönemi	Küreselleşme
Dönemin stratejileri	Sanayi Sonrası Dönem	Sosyal Refah Devleti	Neoliberal Dönem
Devletin müdahalesi	<ul style="list-style-type: none"> Salgın gibi felaketlerde devletin müdahalesi 	Kamucu sağlık sistemleri	1. Dönem (Kualsızlaştırma dönemi) Devletin küçülmesi 2. Dönem: Neoliberal politikaların uygulanması Piyasa dostu devlet Girişimci devlet Etkin devlet Sermaye için dadı devlet
Sağlık politikasındaki genel eğilimler	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık hizmetleri örgütlü değil Sağlık hizmetleri yardım kuruluşlarıyla sunuluyor 	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık, insan hakkı Sağlık/sağlıksızlık sosyal bir sorun Ulusal sağlık sistemleri devlet eliyle. 	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık bir gereksinim, hak değil Sağlık/sağlıksızlık bireysel bir sorun Kamu kuruluşlarının deformatsyonu Özel sektörün yaygınlaştırılması İradenin ulusal düzeyden yerel düzeye devri (desantralizasyon) Programların ulusal düzeyden uluslararası düzeye çıkması
Sağlık hizmetlerine yansımaları			Kualsızlaştırma <ul style="list-style-type: none"> Kamu hizmetlerinin desteklenmemesi / çöktürülmesi Piyasalaşma Özelleştirilmenin teşviki Hizmet satın alma - taşeronlaşma Neoliberal sağlık reformları <ul style="list-style-type: none"> Hizmet sunumunda Finansman modelinde reformlar Pazar oluşturma / Talep yaratma Sağlık emekgücü düzenlemeleri Devlet girişimciliği : kamu-özel ortaklıkları



Neoliberal politikaların ikinci dönemi olarak adlandırabileceğimiz bu dönemde devlet tam anlamıyla neoliberal devlet niteliğine bürünerek özelleştirmenin ve serbest meta ticareti ve sermaye piyasaları için uygun ortam yaratılması için çabalamaktadır (2). Sermaye için dadılık yapan AKP'nin bu ikinci neoliberal dönemde sağlık alanındaki en önemli icraatı kamu-özel ortaklığı gibi görünmektedir.

Pek çok ülkede neoliberal sağlık reformlarının “uygulama” sürecinde bir sonraki basamak sağlık emekgücü düzenlemeleri olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü bu eğilime paralel olarak 2006 yılının raporunda sağlık insan gücüne önemli bir yer ayırmıştır. Yine bu yıllar itibarıyla DB'nin sağlık insan gücü konusunda yayınladığı raporların yanı sıra Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın da konuyla ilgilendiği çeşitli çalışmalar sonucu bir takım raporlar yayınladığı görülmektedir. Önce uluslararası ardından ulusal düzeyde yürütülen bu faaliyet, örgütlenme ve finansman anlamında tamamlanmak üzere olan bir sağlık reformu sürecinde sıranın alt başlıklardan biri olan sağlık emekgücüne geldiğini, sağlık çalışanlarının da bu ticarileşmiş yeni çalışma ortamına uyumlaştırılması gerektiğini göstermektedir.

Türkiye'de Sağlık Emekgücünde Görülen Değişimler

Türkiye'de de yukarıda ayrıntılı olarak bahsedilen devletin dönüşümü ve sağlık alanına özel reformlar bir arada yaşanmış, sağlık hizmetleri üzerinde pek çok yıkıcı etkiye neden olmuştur. Bu saldırı döneminde gelinen noktada sağlık çalışanlarının etkilenmesi iki yödedir: İlkinde; kamusal hizmetin özel sektör eliyle verilmesinin teşvik edilmesiyle hızla büyüyen bir “özel sağlık sektörü” ortaya çıkmış ve bu alanda çalışan sayısında büyük bir artış olmuştur. İkinci olarak ise kamuda özel sektör işletmecilik anlayışının uygulanmaya başlamasıyla, kamu personeli rejiminde esnekleşme olmuş, kamu içinde bazı esnek istihdam biçimleri uygulanmaya başlamıştır.

Yeni istihdam biçimleri

Sağlık reformu sürecinde sağlık çalışanlarının geleneksel devlet memuru statülerinin farklı biçimlerde istihdam edildikleri dikkat çekmektedir. İlk olarak 2003'te yapılan bir düzenleme ile sağlık hizmetleri alanında kamuda sözleşmeli çalışmanın önü açılmıştır. 27 Temmuz 2003 tarihinde Resmi Gaze-

te'de yayınlanan 4924 sayılı Kanun'da “eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülebilmesini temin etmek üzere, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilecek ve işçi sayılmayan sağlık personeli” tanımlanmıştır. Aynı Kanun ile 657 sayılı Kanun'un 36. maddesine “III-Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı” bendinde değişiklik yaparak “Bu sınıfa dahil personel tarafından yerine getirilmesi gereken hizmetler, lüzumu halinde bedeli döner sermaye gelirlerinden ödenmek kaydıyla, Bakanlıkça tespit edilecek esas ve usullere göre hizmet satın alınması yoluyla gördürülebilir.” ifadesi eklenmiştir.

Diğer yandan 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile diğer bir sözleşmeli çalışma biçimi uygulanmaya başlamıştır. Bu kanuna göre aile sağlığı merkezlerinde çalışacak sağlık çalışanları, esas kadroları ile ilişkileri kesilmeden aylıksız veya ücretsiz izinli sayılarak Sağlık Bakanlığı ile bir sözleşme yapmaktadır. Geçiş dönemi uygulaması olarak değerlendirilmesi gereken bu istihdam şeklinin reformun tamamlanmasından sonra değişeceği, hekimlerin Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşme yapan, Sağlık Bakanlığı'nın denetiminde ancak ‘kendi hesabına çalışan’ olacağı, aile sağlığı elemanı olarak anılan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının hekimin yanında çalıştırılacağı ifade edilmektedir.

2005 yılında yapılan diğer bir düzenlemeyle sağlık çalışanlarının 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun ‘memur’ (4/A) statüsü dışında ‘sözleşmeli’ (4/B) olarak istihdamları mümkün hale gelmiştir. Bu düzenlemeden sonra sayıları hızla artan 4/B'liler 2011 seçimlerinin öncesinde 4/A statüsüne geçme hakkı elde etmişlerdir. 4 Haziran 2011'de Resmi Gazete'de yayınlanan 632 sayılı KHK ile 4/B statüsünde çalışanlar ile 4924 sayılı Kanun'a bağlı çalışanların ‘memur’ kadrosuna atanmaları konusunda bir düzenleme yapılmıştır.

Bir diğeri ise, 2005 yılında 657 sayılı Yasa'nın 86. maddesine ek yapılarak kamuoyunda vekil ebe ve hemşire olarak bilinen statünün ortaya çıkmasıdır. Açıktan atamayla alınacak bu personelin, köy sağlık evleri, sağlık ocaklarında çalıştırılması öngörülmüştür. 2006 yılında 3000, 2007 yılında da 2700 civarında personel alımı yapılmıştır. Bu personel,



vekalet ettikleri kadronun 1. derecesinin 2/3'ü oranında ücret almakta olup ücretleri 580-800 TL arasında değişmektedir (3). Ayrıca diğer sözleşmeliler arasında iş güvencesi en az olan bu gruptakilerdir. Bu istihdam türünün, aile hekimliği uygulamasının yerleştirilmeye çalışıldığı bu dönemde, boşalan ve tercih edilmeyen uzak noktalarını doldurmak için kullanılan geçici bir uygulama olduğu görülmektedir.

Sonuç olarak kamu sağlık çalışanlarının günümüzde istihdam biçimleri şöyle özetlenebilir (4):

1. 657 sayılı Yasa'nın 4/A maddesine göre memur,
2. 657 sayılı Yasa'nın 4/B maddesine göre sözleşmeli,
3. 4924 sayılı Yasa'ya göre sözleşmeli,
4. Hizmet satın alma yoluyla gerçekleştirilen işlerde sözleşmeli
5. Vekil ebe ve hemşire statüsü,
6. Aile hekimliği hizmet sözleşmesine bağlı sözleşmeli.

Tablo-2'de Sağlık Bakanlığı kadrolarında 2009 yılı itibariyle farklı statülerde çalışan personelin sayıları görülmektedir. Veri kaynağında belirtilmemekle birlikte aile hekimliği sözleşmesi yapanlar (hekim, hemşire ve ebe) hâlâ memur statüsünde oldukları için 'genel bütçe kapsamındaki memur' başlığı altında sayılmaktadır.

Özel sektörün büyümesi

Neoliberal sağlık politikalarının ilk dönemi olan kuralısızlaştırma döneminden itibaren özel sağlık sektörünün desteklenmesiyle; özel sektör, sağlık çalışanlarının giderek yoğunlaştığı bir alan olmuş ve beklendiği gibi özel sektörde çalışan sayısı yıllar içinde artmıştır. Sağlık alanında kuralısızlaştırmanın yaşandığı 1990'lı yıllarda özel sağlık sektöründe çalışanların sayısındaki artış Tablo-3'te gösterilmiştir. 1994 yılından itibaren neoliberal sağlık politikalarının son etabı olan SDP başlayana kadar özelde çalışan sağlık çalışanlarının sayısı %77 artarken kamuda %24 artmıştır. Daha büyük artış, beklendiği gibi SDP sonrası dönemde olmuş, SDP öncesine göre kamuda %57, özelde ise %278 artış olmuştur. Neoliberal sağlık politikaları dönemi boyunca kamuda çalışan sayısı yaklaşık ikiye katlanırken (%94 artış) özelde 6 kata yaklaşmıştır (%571).

Tablo-3'te bu artışın meslek gruplarındaki durumu verilmiştir. Buna göre özel sektörde çeşitli meslek gruplarının tümünde artış gözlenmesine kar-

şın en büyük artış sağlık teknisyeni grubunda gerçekleşmiştir. Sağlık memuru ve teknisyeni sayısı, 1994 yılından 2008 yılına kadar kamuda 1.6 kat artarken özel sağlık kuruluşlarında 8.2 kat artmıştır. Hemşire ve ebe sayısındaki artışın kamuda hekim sayısındaki artışın gerisinde kalması dikkat çekicidir. Buna karşın özel sağlık sektöründe hemşire-ebe sayısındaki artış azımsanmayacak boyuttadır (kuralısızlaştırma döneminde %119, SDP döneminde %157 toplamda 4.6 kat). Hekim sayısındaki artışa bakıldığında da kuralısızlaştırma döneminde kamuda hekim sayısının %67, özelde ise %29 arttığı buna karşın SDP sonrası dönemde özel sektörde hekim sayısındaki artışın kamunun önüne geçtiği dikkat çekmektedir.

Özetle, neoliberal sağlık politikaları özel sağlık sektörünün büyümesine yol açmıştır. Hızla büyüyen özel sektörde tüm meslek gruplarında artış gözlenmesine karşın hekim dışında kalan sağlık çalışanlarının çok daha fazla artmıştır.

2009 yılı itibariyle SGK'ya (4a-SSK) kayıtlı "insan sağlığı hizmeti" sunan kurum sayısı 6225'tir ve 98.601 kişi bu hizmet sınıfı altında istihdam edilmektedir. Çoğunluğunun taşeron şirketlerde çalıştığı bu kitlenin %67'si kadındır. Dolayısıyla özel sağlık sektörü hem sağlık meslek mensupları hem de diğer çalışanları için hızla büyüyen bir istihdam alanı haline gelmiştir.

Kamunun hizmet satın alması

Sağlıkta özelleştirme sürecinde kamu kuruluşları, bir takım hizmetleri dışarıdan satın almaya başlamıştır. Hizmet satın alma genellikle hastanelerde olup bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere destek hizmetler olan temizlik, güvenlik, yemek vb hizmetlerle başlamıştır. 2004 yılında yapılan bir düzenleme ile ana hizmet olan sağlık hizmetlerinin

Tablo-2: Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışan sağlık personelinin istihdam şekline göre dağılımı (2009, Haziran) (5)

İstihdam şekli	Sayı
Genel bütçe kapsamında;	
Memur	335.539
Sözleşmeli	45.879
Sürekli ve geçici işçi (657 – 4/D)	4.590
Geçici personel (657 – 4/C)	1.750
Döner sermaye kapsamında;	
Memur	4.073
Sözleşmeli	24.976
Toplam	

Tablo-3. Sağlık Bakanlığı ve özel sektörde 1994, 2002 ve 2008 yıllarında personel sayıları ve artış yüzdeleri

	Kuralısızlaştırma Dönemi (1994-2002)			SDP Dönemi (2002 sonrası)			Neoliberal dönemin başlangıcından itibaren (1994-2008)		
	1994	2002	2008	Artış (%)	Artış (%)	Artış (%)	Artış (%)	Artış (%)	Artış (%)
Sağlık Bakanlığı †									
Toplam sağlık çalışanı	125.469	196.740	243.621	24	57	94			
Hekim	34.405	57.291	63.536	67	11	85			
Hemşire- Ebe	68.386	96.991	113.622	42	17	66			
Sağlık memuru ve teknisyenleri	22.678	37.041	59.846	63	62	164			
Özel sektör									
Toplam sağlık çalışanı	14.562	55.048	97.639	77	278	571			
Hekim	9.125	11.766	22.598	29	92	148			
Hemşire - Ebe	3.432	7.522	19.314	119	157	463			
Sağlık memuru ve teknisyenleri	2.005	4.478	18.365	123	310	816			

† 2004 öncesi verilerine SSK Hastanelerinin çalışan sayıları eklenmiştir.

TÜİK "Türkiye İstatistik Yılı 2004" Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara. 2005. S: 86

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. Ankara. 1996.

de satın alma ile görülmesinin önu açılmıştır (9). Bundan sonra sağlık taşeronlaşmanın en hızlı yaygınlaştığı sektörlerden biri olmuş, SDP'nin başladığı yıldan 2010'a gelindiğinde taşeron işçi sayısı 11 binden 116 bine çıkmıştır (10). Diğer bir ifadeyle 2002 yılında hizmet alımı ile istihdam edilen personel, toplam sağlık personelinin %4,3'ü iken, 2010 yılında %26.4'e çıkmıştır (11).

Diğer yandan hemşire, laborant vb sağlık meslek mensuplarının bir kısmının taşeron şirket çalışanı olarak istihdam edildiği de bilinmekte birlikte, bu şekilde çalıştırılan sağlık meslek mensubunun sayısı bilinmemektedir.

Sağlık kuruluşunun içinde gerek sağlık hizmetinin kendisi, gerekse destek hizmetlerin anlaşmalı taşeron şirketlere yaptırılmasından başka, özel sağlık kuruluşu ile anlaşma yapılarak hastaların bu kuruluşa yönlendirilmesiyle de hizmet satın almak mümkündür. Bu tip hizmet alma da giderek yaygınlaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin %93'ünün en az bir hizmetini kurum dışından hizmet satın alma yoluyla karşıladığı, daha çok klinik dışı (manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi vb) hizmetlerde buna başvurulduğu bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı, dışarıdan hizmet satın almanın giderek yaygınlaşan bir yönetim/işletme stratejisi olmasının yanında bu yolla %45-60 oranında maliyet tasarrufu sağladığını belirtmektedir (12).

Personel ücretlerinin ödeme biçimlerinde değişim

1961 yılında çıkan 209 sayılı Yasa ile yürürlüğe giren döner sermaye uygulaması, 1989 yılında yapılan yeni bir düzenlemeye kadar sadece yataklı tedavi kurumlarının bir takım gereksinimlerini karşılamak amacıyla kullanılmıştır. 1989 yılında kabul edilen KHK'ye göre kurumun döner sermaye gelirlerinden çalışanlara ek ödeme yapılması konusu düzenlenmiştir. 2001'de başka bir düzenleme ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında da döner sermaye işletmeleri kurulmuş ve bu kuruluşlarda çalışan personele ek ödeme yapılmaya başlanmıştır. Böylece döner sermaye sağlık çalışanlarının gelirleri arasında yıllar içinde giderek artan önemli bir paya sahip olmuştur.

Döner sermayenin dağıtımında performans sisteminin kullanılması ise ilk kez 2003 yılında pilot olarak 10 hastanede başlamış, daha sonra 2004'de tüm Sağlık Bakanlığı kuruluşlarına yaygınlaştırılmıştır.



Tablo-4: Yüksek öğrenimde sağlık bilimleri alanında lisans düzeyinde öğrenim gören öğrenciler arasında kız öğrenci yüzdeleri (2009-2010 Eğitim Öğretim Dönemi)

	Kız öğrenci yüzdesi
Üniversiteler toplamı	47,2
Sağlık bilimleri toplamı	55,8
Ebelik	100,0
Beslenme ve diyetetik	83,9
Hemşirelik	77,6
Diş hekimliği	54,3
Eczacılık	54,2
Sosyal hizmetler	53,2
Fiziksel tıp ve rehabilitasyon	47,1
Tıp	43,1
Sağlık idaresi	32,6
Veterinerlik	19,1
Acil bakım ve ilkyardım	13,9

Tablo-5: İnsan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetlerinde meslek grubuna göre dağılım (2011)*

	Kadın (%)
Kanun yapıcılar üst düzey yöneticiler ve müdürler	29,4
Profesyonel meslek mensupları	47,5
Yardımcı profesyonel meslek mensupları	76,7
Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar	60,3
Hizmet ve satış elemanları	71,0
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	12,5
Tesis ve makina operatörleri ve montajcılar	0,0
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	41,7
Toplam	59,6

*19 nolu kaynaktan hesaplanmıştır

miştir. Performansa dayalı ücretlendirme 31 Ocak 2011 tarihinden itibaren üniversite hastanelerinde de uygulanmaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirme ile özellikle hekimlerin bir kısmının geliri oldukça artmış, ayrıca kamu sağlık çalışanlarının gelirleri arasında önemli düzeyde eşitsizlikler ortaya çıkmıştır. Böylece tam gün kamuda çalışan hekimlerin döner sermaye gelirleri, aylık maaşlarının üstüne çıkmıştır. Bu artış büyük oranda uzman hekimlerin döner sermaye gelirlerindeki artıştan kaynaklanmakta, maaşlarının yaklaşık 1,5 katı döner sermaye geliri elde etmektedirler. Döner sermaye geliri pratisyen hekimlerde maaşa yakın düzeydedir (13).

İşlevsel esneklik

Tamamen piyasa dinamikleriyle şekillenen özel sektörde hekim dışında kalan sağlık çalışanlarının artışı incelenmeye değer bir durumdur. Bunun olası

nedenlerinden biri özel sağlık kuruluşlarının kurumsallaşmasıyla hekim dışında diğer meslek mensubu çalışanların gereksiniminin ortaya çıkmasıdır. Özel sektördeki sağlık çalışanlarının dağılımına bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nda olduğundan daha fazla bir oranda hekim olduğu görülmektedir (özelde %38, Sağlık Bakanlığı'nda %27). Diğer bir deyişle hekim dışı sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı'nda daha fazla olduğu görülmektedir. Bu orantısızlığın nedenlerinden biri özel sağlık sektöründe hastanecilik hizmetinin ağırlıklı olması, Sağlık Bakanlığı'nda ise ebe, hemşire ve sağlık memurlarının yoğun olduğu birinci basamak sağlık kuruluşlarının bulunmasıdır. Örneğin Sağlık Bakanlığı'nda istihdam edilen ebelerin %39'u, hemşirelerin ise %74'ü hastanelerde, geri kalanı ise çok büyük oranda birinci basamakta çalışmaktadır (7).

Özel sektörde hekim dışı sağlık çalışanlarının istihdamındaki bu artışın diğer bir nedeni, bu meslek gruplarının işlevsel olarak esnek çalıştırılabilirliğidir. İşte esneklik "üretimdeki miktar değişikliklerine, ihtiyaç duyulan vasıf ve bilgideki hızlı değişikliklere ayak uydurabilme yeteneğini" olarak ifade etmektedir (14). Sağlık hizmetleri alanından bakıldığında da benzer bir durum dikkat çekmektedir. Özel sektörde hekim dışındaki sağlık çalışanlarının birbirinin işlerini yaptıkları görülmektedir. Örneğin bir sağlık memurunun hem acil serviste nöbet tutması hem de gerektiğinde röntgen çektiği görülebilir. Kamuda sadece küçük hastanelerde gözlenebilen bu türden durumların özel sağlık kuruluşlarında oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Yine bir devlet hastanesinde her kliniğin ayrı hemşireleri olmasına karşın çoğu özel hastanede hemşireler tüm kliniklerde görev yapabilmektedir. Böylece gece nöbetinde cerrahi servisten pediatri servisine kadar tüm yatan hastalar aynı hemşirelerin sorumluluğu altında olmaktadır. Bu işlevsel esneklik aynı zamanda sayısal esnekliği de getirmekte, böylece az sayıda sağlık çalışanı ile hastanenin işleri yapılabilir. İşlevsel esneklik pratisyen hekimler için de söz konusudur.

Vasıfsızlaştırma

Hekimlerin gerek kamuda gerekse özelde diğer sağlık meslek mensuplarına göre daha yüksek ücret aldığı bilinmektedir. Tablo-3'e göre özel sektörde hekim artışının diğer sağlık mesleklerinin gerisinde kaldığı görülmektedir. Hemşire, ebe, laborant, sağ-

**Tablo-6.** İnsan sağlığı ve sosyal hizmetler alanında meslek gruplarına göre aylık brüt gelirin tüm faaliyet alanlarındaki gelirle karşılaştırılması

Faaliyetler	Toplam	Yöneticiler	Profesyonel meslek mensupları	Teknisyenler teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	Büro hizmetlerinde çalışan elamanlar
İnsan sağlığı ve sosyal hizmetler	1890 TL	3530 TL	3126 TL	1481 TL	1069 TL
Tüm sektörler	1512 TL	3710 TL	2683 TL	1873 TL	1596 TL
Fark (%)	25	-5	17	-21	-33

lık teknisyeni vb gibi meslek gruplarının kısa süreli eğitimlerle hekimin yapacağı işlemleri belli bir aşamaya kadar gerçekleştirmeleri ile hekimin çalışma süresinin kısalması söz konusudur. Özel sağlık kuruluşlarında daha yaygın olarak başvurulan bu yol, hastane için maliyeti daha yüksek olan hekimlerin daha az sayıda ve/veya daha kısa süreli çalıştırılmalarını sağlamaktadır.

Bu durum 'kapitalist üretim biçimleri karmaşık iş süreçlerini daha küçük, daha basit ve vasıfsız işlere parçalayarak emek maliyetini düşürmek' olarak tanımlanan (15) vasıfsızlaştırmaya işaret etmektedir.

Sağlık hizmetleri alanında feminizasyon

Tarih boyunca şekillenen toplumsal cinsiyet rollerine göre her alanda bakım işi kadınların işi olmuştur. Çocuk bakımından başlayarak, yaşlı, özürlü, hasta kişilerin bakımları kadınların toplumsal cinsiyet rolleri ile örtüşmektedir (16). Toplumsal cinsiyete dayalı bu işbölümü sağlık hizmetlerinde de kendini göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde operasyonel işler olarak adlandırılabilir işlerde daha çok erkeklerin kümelenildiği, kadınların da daha çok bakım hizmetlerinde olduğu görülmektedir. Bu durum hekimlikte cerrahide erkeklerin, dahili alanlarda ve bakım işlerinde (hemşirelik başta olmak üzere) kadınların kümelenmesiyle sonuçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin her düzeyinde bakımın yoğun olması, günümüzde geçmişten itibaren kadınların sağlık hizmetleri alanında çalışma yaşamının geneline göre daha yoğun olmalarıyla sonuçlanmıştır.

Sağlık mesleklerine baktığımızda kadın hemşirelikte %70, ebelikte %100 ve sağlık teknisyenliğinde %72 kadın olduğu görülmektedir. Hekimlikte ise kadınlar yaklaşık yarı yarıyadır. Çalışma yaşamında bir sektörün feminizasyonu olarak tanımla-

nan kavram, o sektörde işgücünün yarısı hatta yarısından fazlasının kadınlardan oluşması durumunda ortaya çıkmaktadır (17). 2011 yılı itibarıyla sağlık hizmetlerinde çalışanların %59,6'sı kadınlardan oluşmaktadır (18) ve bu durum sağlık hizmetlerinde kadın çalışan oranındaki yüksekliğine işaret etmektedir.

Türkiye'de yüksek öğrenimdeki öğrencilerin rakamları üzerinden incelendiğinde (19), tüm üniversite öğrencileri arasında kız öğrencilerin %47 olduğu buna karşın sağlık bilimleri alanında %56'ya çıktığı görülmektedir. Sağlık bilimleri başlığı altında toplanan meslek grupları içinde de kadın-erkek dağılımı yukarıda bahsedildiği gibi toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkilidir. En fazla kadın olan üç alan ebe, diyetisyen ve hemşire mesleklerindedir (Tablo -4).

Sağlık hizmetleri alanında geleneksel olarak kadın oranının yüksek olmasının ötesinde feminizasyonun giderek artması dikkat çekmektedir (20). Yine yüksek öğrenim istatistiklerine göre 1990 yılında sağlık bilimlerindeki toplam öğrenci sayısının %40'ı kadın iken 2010 yılında kadın oranının %56'ya çıkması, kadınların yıllar içinde artışını göstermektedir (Şekil-1). TÜİK İşgücü İstatistiklerine göre insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetinde 2011 yılında istihdam edilen toplam 693 bin kişinin %60'ı kadındır. Bu oranın 2009 yılında %55,5 olduğu bildirilmektedir.

Bu durum Türkiye'ye özgü olmayıp benzer durum çeşitli Avrupa ülkelerindeki sağlık çalışanları için de geçerlidir. İspanya, Norveç, Litvanya, Almanya ve Fransa'da kadınların sağlık insan gücü içindeki payının giderek arttığı bildirilmektedir. Eski sosyalist ülkelerde ise kadın hekim oranı eskiden beri fazla olmasına karşın sosyalizm sonrası dönemde devlet korumasının ortadan kalkmasıyla



kadın ve erkek hekimler arasında ücret farkı oluştuğu dikkat çekmektedir (21).

Hekimlikte toplumsal cinsiyet rollerine göre ayrışma daha görünür durumdadır. Erkekler daha çok cerrahi alanlarda yoğunlaşırken kadınlar daha çok dahili dallarda yoğunlaştığı görülmektedir. Bunun istisnaları da yine bu kuralı bozmamaktadır. Örneğin cerrahi alanlardan kadın-doğum ve çocuk cerrahisinde kadınların oranı diğer cerrahi dallara göre daha yüksektir. Ayrıca diğer bir cerrahi alan olan anesteziyoloji ve yoğun bakımda yine kadın oranı yüksektir.

TÜİK'in verilerin göre ülkemizde insan sağlığı ve sosyal hizmetler alanında çalışanların cinsiyet açısından özellikleri dikkat çekicidir. Bunlar;

- İnsan sağlığı ve sosyal hizmet alanı en fazla kadın çalışan oranına sahip olanıdır (23). %60'ını kadınların oluşturduğu bu alanda profesyonel meslek grupları arasında (hekim, hemşire, ebe vb) yarısından azı kadinken yardımcı sağlık çalışanları, büro çalışanları, hizmet ve satış elemanlarının önemli bir kısmı kadınlardan oluşmaktadır (Tablo-5).

- Bu çalışma alanı diğerleriyle karşılaştırıldığında en fazla çalışma süresi olan faaliyet alanıdır ve haftalık ortalama 45.2 saat çalışma söz konusudur (23). Bilindiği gibi yasal olarak haftalık çalışma süresi en fazla 45 saattir. Türkiye aynı zamanda Avrupa ülkeleri arasında sağlık sektöründe en uzun çalışma süresi olan ülke özelliği taşımaktadır (24).

- Türkiye'de sağlık alanında kadın ve erkeğin çalışma süreleri eşit olmasına karşın aylık ücreti ödenen ücret erkeklerde 201.9 saat kadınlarda ise 200.5 saattir (23).

- Bu hizmet alanında cinsiyetler arası gelir eşit-

sizliği söz konusudur ve 2006'dan 2010 yılına kadar artış göstermiştir (Şekil 2). Bunun en önemli nedeni "yatay ayrışma" olarak tanımlanan meslekler arasında kadınların ve erkeklerin işlerinin ayrılmasıdır. Bu durum genel olarak yüksek gelir getiren işlerin erkekler tarafından yapılmasıyla birliktedir (25). Yukarıda bahsedildiği gibi profesyonel meslek mensupları arasında erkekler diğerlerine göre daha yüksektir.

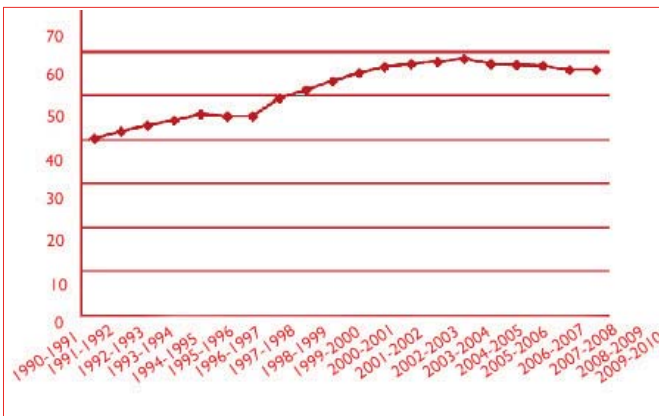
- Sağlık ve sosyal hizmetler alanında kadınların yoğunlukta olduğu meslek gruplarındaki ücretler Türkiye ortalamasından düşüktür (Tablo-6). Söz konusu alanda toplam gelir Türkiye genelinin %25'i olmasına karşılık gerek teknisyenler/yardımcı profesyonel meslek mensupları gerekse büro hizmetlerinde çalışanların ücretleri düşüktür. Bu meslek gruplarında kadınların yoğun olmasının ücretlerin düşmesine neden olduğu anlaşılmaktadır. Çünkü kadınlar erkeklerle aynı verimlilikte çalışıyor olmalarına karşın daha düşük ücret alabildikleri gibi kadınların yoğunlaştığı sektörlerde yani kadın işlerinde bir takım sosyal faktörlerin rol oynaması nedeniyle ücretler daha düşük olmaktadır (26). Özel sağlık sektörünün genişlemesiyle, kadınları bu ücret eşitsizliğinden koruyan ortam da ortadan kalkmadır. Örneğin Litvanya'da sosyalizm sonrası sağlık hizmetlerinin özelleşmesiyle birlikte kadınların ücretleri cinsiyet ayrımcılığına yönelik yasaların çıkarılmasına karşın erkeklerle göre giderek düşmektedir (yaklaşık erkeklerin %80'i) (27).

Sağlık sektöründe kadın sağlık çalışanlarının oranı giderek artması neoliberal politikaların yarattığı etkiyle sağlık hizmetleri alanında emeğin değersizleşmesine işaret eden bir bulgu olarak değerlendirilmelidir. Sağlık sektöründe gelirin düşmesi, erkeklerin bu alanı terk ederek daha yüksek gelir elde edebilecekleri işlere yönelmesine yol açmakta, böylece erkeklerin boşalttıkları alan kadınlar tarafından doldurulmaktadır.

Şiddetin Artışı

1980'li yıllardan itibaren süregelen neoliberal sağlık politikalarının diğer bir sonucu da sağlık çalışanlarına yönelen şiddettir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet bir anlamıyla neoliberal sağlık politikalarının 'istenmeyen yan etkisi' olarak son yıllarda giderek artmaktadır. Diğer yandan bu şiddet sağlıkta çalışma ortamını olumsuz hale getirmekte, sağlık çalışanlarının hizmet sundukları kişilerle ilişkisini zedelemektedir.

Şekil 1. Yükseköğretimde sağlık bilimleri alanındaki kadın öğrenci oranının yıllar içindeki değişimi (23. Kaynaktaki Tablo 54'ten oluşturulmuştur)



Neoliberal politikaların ilk dönemi olan kural-sızlaştırma döneminde; kamu sağlık hizmetlerinin kötülendiği, kamu sağlık çalışanlarının tembelleştiği, işlerini yapmadıkları, kamu kuruluşlarının verimsizliği gibi söylemler, reform öncesi hazırlık stratejilerinden biri olarak karşımıza çıkmıştır. Bu dönemde kamu sağlık kuruluşlarının finansal olarak desteklenmemesi sonucu yaşanan aksaklıkların sağlık çalışanlarına mal edilmesiyle toplumun gözünde küçük düşürüldüğü görülmektedir. Diğer alanlardaki özelleştirmelerde olduğu gibi, bu süreçte medyanın etkin bir biçimde kullanıldığı görülmektedir. Neoliberal politikaların sadık uygulayıcılarından biri olan Tansu Çiller'in dönemin Sağlık Bakanı Yıldırım Aktuna ile birlikte sürdürdüğü "Balyoz Harekatı" bunun örneklerinden biridir. Hatırlanacağı gibi televizyon habercileri ile gece yarılarında acil servislerin basıldığı bu hareketin mekanı kamu hastaneleri, düşmanlar ise sağlık çalışanları idi. Bu hareketin, sağlığın neoliberal dönüşümünde bir köşe taşı olan Genel Sağlık Sigortası hazırlıkları döneminde yapıldığı da unutulmamalıdır.

1990'lardan itibaren kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesine paralel olarak sürdürülen "sağlık çalışanlarının itibarsızlaştırılması" SDP sonrasında daha sistematik olarak sürdürülmüştür. AKP'nin hükümet olduğu ancak henüz SDP'nin açıklanmadığı bir dönemde Sağlık Bakanı Recep Akdağ hekimlere "hastanın cebinden elinizi çekin" diye seslenerek çok yakında uygulanmaya başlanacak sağlık reform paketinin sonucunda artan cepten

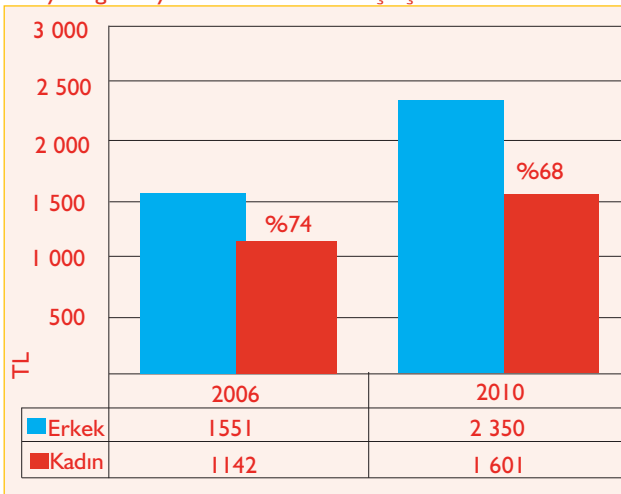
harcamaların sorumlusunu kamuoyuna ilan ediyordu. Türkiye'de neoliberal sağlık politikalarının ikinci dönemi olan SDP döneminde, Sağlık Bakanlığı tarafından vatandaşların sağlık çalışanlarını kolayca şikayet etmeleri için gerekli alt yapı hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı yapılanması içinde "hasta hakları" başlığı altında yürütülen bu çalışmalar, konuyla ilgili halka ve sağlık çalışanlarına yönelik seminerler düzenlenmesi, hastanelerde hasta hakları birimlerinin kurulması, şikayet kutularının yaygınlaştırılması, 24 saat hizmet veren Alo 184 hattının kurulmasıdır.

Sağlık Bakanlığının konuya bu sistematik yaklaşımı kısa süre sonra toplumda karşılık bulmuş ve sağlık çalışanlarına saldırı olayları artmıştır. Sağlık sisteminin piyasacı bir biçime dönüştüğü bu dönemde, hükümet yetkililerinin; sistemden kaynaklanan sorun olmadığı, eğer bir sorun varsa oradaki sağlık çalışanın sorumlu olduğunu her fırsatta dile getirmesiyle sağlık çalışanları hedef haline getirilmiştir.

Sonuç

Kamu sağlık hizmetleri, neoliberal politikaların en yıkıcı etkilerinin yaşandığı alanlardan biridir. Yaşanan dönüşüme paralel olarak sağlık çalışanları da çalışma koşulları açısından önemli değişimlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu dönemde hem sağlık hizmetlerinde hem de kamuda yaşanan reformlar etkili olmuş, sonuçta kamu sektöründe iş güvencesinden yoksun esnek istihdam biçimleri ortaya çıkmıştır. Kamu kuruluşlarının özel işletmecilik kurallarıyla yönetimi, çalışanlar açısından kamu ve özel sektör arasındaki sınırın silikleşmesiyle sonuçlanmıştır. Diğer yandan özel sağlık sektöründe sayıları giderek artan sağlık emekçileri güvencesiz, örgütsüz bir ortamda çalışmaktadır. Kısaca piyasa dinamiklerinin kamu sektörüne sızması ve de devletin kamusal sağlık hizmeti sunmaktan vazgeçmesi binlerce sağlık çalışanın çalışma koşullarının, serbest piyasa kurallarına göre yeniden oluştuğu bir ortamı yaratmıştır. Bu ortam sağlık emekgücü maliyetini göz önünde bulunduran, bu maliyetin düşürülmesi için çeşitli yollara başvuran serbest piyasa ortamıdır. Böylece sağlık hizmetlerinde piyasalaşmayla esnek çalışma biçimleri, uzun çalışma saatleri ve düşük ücret gibi uygulamalar gündeme gelmiştir. Özel sağlık sektörünün büyümesine paralel olarak hızla artan sağlık çalışanlarının dağılımı vasıfsızlaştırmanın da ipuçlarını vermektedir. Bu

Şekil-2. İnsan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetlerinde çalışanların cinsiyete göre aylık brüt ücretlerin karşılaştırılması.





durum vasıfsızlaştırılmanın tipik sonuçları olan ücretler ve istihdam koşullarının alt düzeye indirilmesi, işsizlik ve güvencesizliğin yaygınlaşması ve vasıfsızlaştırılmış işleri yapan kişilerin kendi işine yabancılaştıklarını getirmektedir.

Neoliberal politikaların kamu ve özel sektördeki sağlık çalışanları arasındaki açığı daraltan etkisi, sağlık emekgücünü bir anlamda homojenleştirmiştir. Kamuda güvencesiz çalışma biçimlerinin yaygınlaşmasıyla, devlet memuru statüsünün avantajlarının kaybedilmesi, kamu ve özel sağlık kuruluşlarındakileri çalışma koşulları açısından birbirine yaklaştırmıştır. Bu homojenleşmenin sağlık çalışanlarının emek eksenli örgütlenmesinde yeni olanaklar sunduğu da göz ardı edilmemelidir. Sağlık çalışanlarının örgütlenmesinde göz önünde bulundurulması gereken diğer bir olgu da kadın sağlık çalışanlarının oranı giderek artmasıdır. Sendikal yapılarda kadınların temsiliyetinin sağlanmasının ötesinde, kadınların özelliklerini toplumsal cinsiyet boyutuyla dikkate alan yaklaşımlara gereksinim kendini göstermektedir.

Kaynaklar

1. Bayramoğlu S. Düzenleyici Devlet Düzenlenirken: OECD Türkiye Raporu Üzerine Eleştirel Bir Çözümleme. *Praksis*, 2003;9:143-162.
2. Güzelsarı S. Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü Türkiye’de Mali İdarede Yeniden Yapılanma. Sosyal Araştırmalar Vakfı Küreselleşme Dizisi – 8, İstanbul, 2008. S: 38-39
3. Vekil Ebe ve Hemşirelerin Maaş Cetveli. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-1854/vekil-ebehemsire-alimi.html?vurgu=vekil+ebe> (Erişim: 28/7/2011)
4. Ünlütürk Ulutaş, Ç. Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. NotaBene Yayınları. Ankara. 2011.s:197
5. Maliye Bakanlığı. Bütçe ve Mali Kontrol genel Müdürlüğü İstatistikleri 2009. <http://www.bumko.gov.tr/TR/Genel/dg.ashx?DIL=1&BELGEANAH=14059&DOSYASIM=kamuldareleriTop.xls> (erişim: 27/7/2011)
6. TÜİK “Türkiye İstatistik Yılı 2004” Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara. 2005. S: 86
7. TÜİK. Türkiye İstatistik Yılı 2010. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara. 2011. S: 104
8. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. Ankara, 1996.
9. Sağlık ve Yardımcı Sağlık Personeli Tarafından Yerine Getirilmesi Gereken Hizmetlerin Satın Alma Yoluyla Gördürülmesine İlişkin Esas ve Usuller. Resmi Gazete Tarih: 5.5.2004, Sayı: 25453.
10. DİSK-AR. Taşeron ve Güvencesiz Çalışma Raporu, DİSK Araştırma Enstitüsü. <http://www.disk.org.tr/default.asp?Page=Content&ContentId=1081> (Erişim:26/7/2011)
11. Ünlütürk Ulutaş, Ç. Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü. NotaBene Yayınları. Ankara. 2011.s:209
12. Sağlık Bakanlığı. Türk Sağlık Sisteminde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara 2010. http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/kitaplar/Outsourcing_tr.pdf (01.04.2011)
13. Etiler N, Urhan B. Chapter 5: Working conditions of physicians employed in public institutions in Turkey. In: Europe’s Health for Sale: The Cost of Privatisation. (Ed. John Lister) Libri Publishing, UK. 2011.
14. Parlak Z ve Özdemir S. Esneklik kavramı ve emek piyasalarında esneklik. Sosyal Siyaset Konferansları. 2011;60(1):1-60.
15. Marshall G. Sosyoloji Sözlüğü (Çev. Osman Akinhay, Derya Kömürcü) Bilim ve Sanat Yayınları. Ankara. 1999. s:785-786
16. Gediz Gelegen D “The Gendered Climate of The Medical Profession: A Case Study of Women Doctors in Ankara”. The Graduate School of Social Sciences of The Middle East Technical University. Ankara. Yayınlanmamış Araştırma Projesi.2002.
17. İlkaracan, İ “Uzlaştırma Politikaları Yokluğunda Türkiye Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri”, İpek İlkaracan (der) Emek Piyasasında Toplumsal Cinsiyet Eşitliğine Doğru İş ve Aile Yaşamını Uzlaştırma Politikaları, İstanbul. 2010.
18. TÜİK, İlgücü İstatistikleri Veri Tabanı Dinamik Sorgulama
19. ÖSYM İstatistikleri. <http://www.osym.gov.tr/dosya/1-58211/h/13ogretimalanlisansogrencisay.pdf>
20. Urhan B ve N. Etiler. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum. 2011;29:191-215
21. Rechel B, Dubois C.A., McKee M (eds) “Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience” World Health Organization. 2006.
22. TÜİK. İstatistiklerle Kadın, 2011. Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara. 2012.
23. TÜİK. Kazanç Yapısı Araştırması, 2010. Türkiye İstatistik Kurumu. Ankara. 2012.
24. ILO. Terms of employment and working conditions in health sector reforms. International Labour Office. Geneva. 1998.
25. Ellen Guy, M ve Newman, MA. Women’s Jobs, Men’s Jobs: Sex Segregation and Emotional Labor. *Public Administration Review*.2004;64(3), 289-298.
26. Ecevit Y. 2. Ünite: Emek. İçinde Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları (Eds. Ecevit Y ve Kalkınır N). T.C. Anadolu Üniversitesi. Yayın No:2312. Eskişehir. S:31.
27. Padaiga Z, Starkiene L, Logminiene Z, Reamy J. Lithuania. İçinde: Healthcare Workforce in Europe: Learning from Experience. B. Rechel, C.A. Dubois, M. McKee (eds). World Health Organization. 2006. ●