

TC.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME
ve
SENDİKALAŞMA
KONUSUNDA GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

BERRİN KOÇAK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2006

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN SAĞLIKTA ÖZELLEŞTİRME
ve
SENDİKALAŞMA
KONUSUNDA GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

BERRİN KOÇAK

Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Gülseren KOCAMAN

“Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıkta Özelleştirme ve Sendikalaşma Konusunda Görüşlerinin İncelenmesi” isimli bu tez 25.07.2006 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.



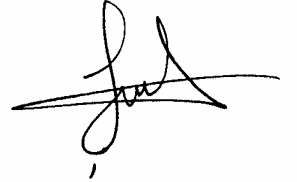
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Gülseren Kocaman



Jüri Üyesi

Prof. Dr. Zuhâl Bahar



Jüri Üyesi

Yar.Doç. Dr. Şeyda Seren

ÖZET	1
İNGİLİZCE ÖZET	2
BÖLÜM I-GİRİŞ	
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2 Araştırmanın Amacı	7
BÖLÜM II-GENEL BİLGİLER	
2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME ve SOSYAL SONUÇLARI	
2.1.1. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU	8
2.1.1.1. Dünyada Sağlık Sistemleri ve Finansman Yöntemleri	8
2.1.1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemi ve Finansmanı	10
2.1.1.2.1. Doğrudan Ödeme	11
2.1.1.2.2. Dolaylı Ödeme	11
2.1.1.2.2.1. Genel Bütçe ile Finansman	11
2.1.1.2.2.2. Sosyal Güvenlik Kuruluşları Aracıyla Finansman	11
2.1.1.2.2.3. Özel Nitelikli Finansman Kuruluşları	12
2.1.2. DÜNYADA SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ SORUNLAR ve ÖZELLEŞTİRME UYGULAMALARI	12
2.1.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME YAKLAŞIMLARI ve UYGULAMALARI	14
2.1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ve HASTANELERDE ÖZELLEŞTİRME.....	20
2.1.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesinin Tanımı	20
2.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin ve Hastanelerin Özelleştirilmesi Hakkındaki Olumlu ve Olumsuz Düşünceler.....	21
2.1.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin ve Hastanelerin Özelleştirilmesi Hakkındaki Olumlu Düşünceler	22
2.1.4.2.2. Sağlık Hizmetlerinin ve Hastanelerin Özelleştirilmesi Hakkındaki Olumsuz Düşünceler	23
2.1.5. ÖZELLEŞTİRMENİN GENEL OLARAK SOSYAL SONUÇLARI ve SENDİKALAŞMA AÇISINDAN ÖNEMİ	27
2.1.5.1. Özelleştirmenin İstihdama Etkileri	27
2.1.5.2. Ücrete Yönelik Etkileri	28

2.1.5.3. Çalışma Koşullarına Etkileri	29
2.1.5.4. Sosyal Güvenliğe Etkileri	30
2.1.5.5. Sosyal Hukuk ve Sosyal Kuruluşlara Etkileri	32
2.1.5.6. Özelleştirmenin Sendikalaşmaya ve Sendikal Faaliyetlere Etkisi	33
2.1.5.6.1. Özelleştirmenin Sendikalaşmaya Etkileri	33
2.1.5.6.2. Toplu Pazarlık Yapısında ve Sürecinde Özelleştirmenin Rolü ve Toplu İş Sözleşmelerinin İçeriğine Özelleştirmenin Etkileri	34
2.1.6. SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÇALIŞANLARIN ÖZELLEŞTİRMEYE KARŞI TUTUMLARI	36
2.1.6.1. Dünyada Sağlık Sektöründeki Çalışanların Sağlık Sektöründeki Özelleştirmeye Karşı Tutumları.....	34
2.1.6.2. Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Çalışanların Özelleştirmeye Karşı Görüş ve Tutumları	39
2.1.6.2.1. Hekimlerin Görüş ve Tutumları	40
2.1.6.2.2. Hemşirelerin Görüş ve Tutumları	40
2.1.6.2.3. Diğer Sağlık Çalışanlarının Görüş ve Tutumları	42
2.1.6.3. Sendikaların Özelleştirmeye Yönelik Görüşleri	43
2.2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SENDİKAL ÖRGÜTLENME	
2.2.1. Sağlık Sektöründe Sendikal Örgütlenmenin Tarihçesi	45
2.2.2. Sendikacılık Anlayışı ve Günümüzde Sendikal Faaliyetlere İşlerlik Kazandıran Hukuki Düzenlemeler	47
2.2.3. Dünyada Hemşirelerle İlgili Mesleki ve Sendikal Örgütler	48
2.2.4. Türkiye’de Hemşirelerle İlgili Mesleki ve Sendikal Örgütler	51
2.2.4.1. Mesleki Örgütler	51
2.2.4.2. Sendikal Örgütler	53
BÖLÜM III-GEREÇ ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	55
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	55
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	55
3.4. Veri Toplama Araçları	55
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	56
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	56
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	56

BÖLÜM IV-BULGULAR

4.1. Hemşirelerin Demografik Özellikleri ve Çalışma Yaşamlarına Ait Bulgular	57
4.2. Hemşirelerin Özelleştirme Konusunda Görüşleri	59
4.2.1. Hemşirelerin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin sağlık hizmetleri ile ilgili olası sonuçları konusunda görüşleri	59
4.2.2. Hemşirelerin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin hemşirelik ile ilgili olası sonuçları konusunda görüşleri	60
4.3. Hemşirelerin Örgütlere ve Sendikalara Üyelikleri ve Bu Örgütlere Üye Olmama Nedenleri İle İlgili Bulgular	61
4.4. Hemşirelerin Sendikalara Üyeliklerini Etkileyen Etmenler.....	63
4.5. Hemşirelerin Özelleşme Nedeniyle Sendikalara Üye Olmama Konusundaki Görüşlerine İlişkin Bulgular	66

BÖLÜM V-TARTIŞMA

5.1. Hemşirelerin Özelleştirme Konusundaki Görüşleri	69
5.2. Hemşirelerin Mesleki Örgütlere ve Sendikalara Üyelikleri ve Bu Örgütlere İlişkin Görüşleri	72
5.3. Hemşirelerin Sendikalara Üyeliklerini Etkileyen Etmenler.....	76
5.4. Hemşirelerin Özelleşmenin Olası Etkileri Nedeniyle Sendikalara Üyelik Konusundaki Görüşleri	77

BÖLÜM VI- SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar	79
6.2. Öneriler	80

KAYNAKLAR	82
------------------------	----

EKLER

Ek1- Anket Formu	92
------------------------	----

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	57
Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Yaşamlarına İlişkin Bulgular	58
Tablo 3. Hemşirelerin, Özelleştirmenin Sağlık Hizmetleri İle İlgili Olası Sonuçları Konusunda Görüşleri	59
Tablo 4. Hemşirelerin, Özelleştirmenin Hemşirelik İle İlgili Olası Sonuçları Konusunda Görüşleri	60
Tablo 5. Hemşirelerin Mesleki Örgüte Üye Olma Durumları ve Bu Örgütlere Üye Olmama Nedenleri.....	61
Tablo 6. Hemşirelerin Sendikalara Üyeliği ve Sendikalara Üye Olmama Nedenleri	62
Tablo 7. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Sendikalara Üye Olma Durumları	63
Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Yaşamları, Mesleki Örgütlere Üyeliklerine Göre Sendikalara Üye Olma Durumları	64
Tablo 9. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre “Sağlıkta Özelleşmenin Olası Etkileri Nedeniyle Sendikalara Üye Olmalıdır” İfadesine Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	66
Tablo 10. Hemşirelerin Çalışma Yaşamları ve Sendika Üyeliklerine Göre “Sağlıkta Özelleşmenin Olası Etkileri Nedeniyle Sendikalara Üye Olmalıdır” İfadesine Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması	67

ŒEKİL LİSTESİ

Œekil:1 Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan KuruluŒlar	10
--	----

TEŞEKKÜR

Araştırma süresince büyük desteğini gördüğüm, bilgi ve önerilerinden yararlandığım tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gülseren Kocaman'a, tezimin yazım aşamasındaki yardımlarından dolayı Sayın Yar. Doç. Dr. Şeyda Seren'e, sürekli yanımda olup beni destekledikleri için değerli aileme, okulum süresince desteğini esirgemeyen çalıştığım kurum Başhemşiresi Aytaç Turpçulu'ya ve çalışma arkadaşlarıma, araştırma anketlerini doldurmayı kabul eden tüm hemşire arkadaşlarıma, TEŞEKKÜR EDERİM.

Berrin KOÇAK

ÖZET

Bu çalışma, hemşirelerin sağlıkta özelleştirme ve sendikalaşma konularındaki görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, iki üniversite hastanesinde çalışan 218 sözleşmeli, 255 kadrolu olmak üzere toplam 473 hemşire oluşturmuştur. Veriler, hemşirelerin demografik özellikleri, çalışma ortamları ile mesleki örgüt ve sendika üyeliğine ilişkin 11 soru; sağlıkta özelleştirme konusunda 13 soru ve sendikalaşma konusunda görüşlerini ölçen bir soruyu içeren bir anket formu ile toplanmıştır. Sağlıkta özelleştirmenin sağlık hizmetleri ve hemşirelere olası etkilerini değerlendiren sorular beşli likert tipi bir ölçek formunda hazırlanmıştır. Veriler ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin, özelleştirmenin sağlık hizmetlerini daha çok olumsuz etkileyeceğini düşündükleri alanlar hizmetin ulaşılabilirliği, hastaların yapacağı sağlık harcamaları, sosyal güvencesi olan hastaların ücretsiz alacağı hizmetlerin kapsamı, halkın sağlık sorunlarının çözümü ve sağlıkta eşitsizliğin giderilmesidir. Hizmetin kalitesine ise özelleştirmenin olumlu bir etki göstereceği beklentisinde oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin yaklaşık olarak 2/3'si, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin hemşirelerin iş yaşamının değişik boyutlarını olumsuz/çok olumsuz etkileyeceği görüşündedirler.

Hemşirelerin %26.6'sı bir mesleki örgüte, %12.1'i bir sendikaya üyedir. Hemşirelerin, mesleki bir örgüte ve sendikaya üye olmamalarının en önemli nedenleri sırasıyla dernek için meslekleri adına hiçbir şey yapılmaması; sendika için siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık etmesidir. Hemşirelerin "Sağlıkta özelleştirmenin olası etkileri nedeniyle hemşireler sendikalara üye olmalıdır" ifadesine, katılıyorum/kesinlikle katılıyorum diyenler %43.3, kararsızım yanıtı verenler %43.1'dir. Evli, 28 yaş ve üzerinde, çalışma süresi altı yıldan fazla olan, kadrolu ve bir mesleki örgüte üye olan hemşirelerde sendikalara üyelik oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Lisans ve lisansüstü mezunu ve sendikaya üye olan hemşirelerde "özelleştirmenin olası etkileri nedeniyle sendikaya üye olmalıdır" ifadesine katılma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Özelleştirme, sağlık sistemi reformları, sendika, hemşirelik organizasyonları

SUMMARY

This study was performed descriptively in order to determine the opinions of the nurses on privatization and labor unionism in health services.

The sample population of the study was composed of 473 nurses of whom 218 were working on contractual and 255 civil servants from two universities hospitals. The data were collected with a questionnaire form including 11 questions about demographic and working characteristic together with labor union membership of the nurses; 13 questions about privatization in health services and one question about labor unionism. The probable effect of privatization on health services and nurses were investigated on a 5-point Likert scale with 13 items. The data were analyzed with chi-square test.

Negatively effected areas due to privatization of health services according to nurses were health expenses the comprise of free of charge services and inequality. The quality of the services, the solution of public health problems and applicability of the services were the areas intended to be positively affected. But approximately 2/3 of the nurses believe that privatization of health services would affect different dimensions of working lives of the nurses negatively / very negatively.

Membership of an occupational organization and a labor union were %26.6 and %12.1 respectively. The cause of these low rates of membership were performing nothing for their occupational area by the organization and mediation of the labor unions for political and idea logic activities. The answers of the nurses to the question “nurses must be the members of labor unions because of probable effect of privatization” were “agree/ absolutely agree” for 44.3% of nurses and “undecided” for 43.1 of nurses.

Membership rates of married nurses, over 28 years of age with a working life of more than six years, civil servants and a member of an occupational organization were found to be significantly high. Graduates of BSN program and member of a labor union, nurses agree with the statement in a significantly high rate.

Keywords: Privatization, health care reform, unions, nursing organization.

BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

Dünya ekonomisinde 1980'ler boyunca temel bazı değişimler meydana gelmiş ve küreselleşme akımları göze çarpmıştır. Dünya çapında 1990'lara gelindiğinde; daha köklü olarak ekonomik, politik ve sosyal alandaki değişimler hızlı bir şekilde devam etmiş ve yeni dünya düzeni ve küreselleşme sonucu serbest piyasa koşullarının iktisadi ve sosyal hayatın her aşamasına hakim kılınması, özelleştirme, özel mülkiyetin teşvik edilmesi, devletin sosyal alanlardan çekilmesi gündeme gelmiştir. Bu bağlamda devletin, işletmelerin ve vatandaşların rolleri ciddi anlamda sorgulanmaya başlanmıştır (1). Döneme damgasını vuran yeni-liberal stratejinin ana boyutları; piyasa ekonomisi, küreselleşme ve özelleştirme. Ekonomik baskılar ve bütün ülkelerde ortaya çıkan ekonomik bunalımlar nedeniyle gelişmekte olan ülkelerin bütçeleri açık vermeye başlamış ve dış borçlarını ve faizlerini ödeyememe durumuna düşmüştür. Özellikle 1980'lerde ve 1990'ların başında Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF) gibi kuruluşlar verdikleri borçları ve borçların faizlerini tahsil etmek ve kasalarındaki paralara yeni müşteriler bulmak amacıyla sağlık, eğitim vb gibi sosyal alanlarda “arzın kendi talebini yaratması” ilkesi çerçevesinde ön plana çıkmaya başlamışlardır. Bu nedenle çeşitli ülkelerle, özellikle de gelişmekte olan ülkelerle, sosyal sektörlerde reform yapmaları durumunda proje kredisi desteği sağlayabilecekleri konusunda görüşmelere başlamışlardır. Bu rüzgarın etkisiyle de 1990'ların ortasına gelindiğinde hemen hemen tüm gelişmekte olan dünya ülkeleri kendilerini bir yapısal reform serüveninin içinde bulmuşlardır (2). Yapısal uyum programlarının doğasında devletin küçültülmesi ve özelleştirme vardır. Yapısal uyum programları çerçevesindeki sağlık reform çabaları özelleştirme çalışmalarına odaklanmaktadır (3).

Sağlıkta özelleştirme kavramı; kamu mülkiyetindeki kurumların, mülkiyet olarak özel sektöre devredilmesi anlamına gelmemektedir (4). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) özelleştirmeyi özel sektör hizmet sunumunu ve finansmanını yaygınlaştıran, kolaylaştıran ve uyarıcı hükümet politikaları olarak tanımlamaktadır. Dolayısıyla özelleştirme hükümet dışı faktörlerin sağlık hizmetlerinin üretim ve finansmanına giderek daha fazla oranda katıldıkları bir süreci ifade etmektedir. Bu anlamda da iç piyasa olarak tanımlanan ve kamu sağlık sektörü

içine piyasa unsurlarının sokulması şeklinde gelişen değişiklik de özelleştirme olarak nitelendirilmektedir (5, 6).

Sağlık hizmetlerinde özel kuruluşlara yer verilmesi ve bireylere kamu ve özel sektör arasında seçme olanağı sağlanması, bir anlamda yarışma ve etkinlik sağlayabilir. Ancak, toplumsal bir devlette sağlık hizmetlerinin tümüyle özelleştirilmesi ve piyasa mekanizmalarına bırakılması söz konusu olmamalıdır. Çünkü pazar düzeninin toplumsal amaçları herkes için tatminkar ölçüde karşılaması beklenemez. Bunun için devlet, pazar düzenini düzenlemeye, vergi ya da destekleme önlemlerini uygulamaya veya doğrudan hizmet sağlamaya gidebilir. Salt ekonomik açıdan bile tartışılan özelleştirme, sağlık hizmetlerinde kimi yararları yanında, birçok sakıncalar oluşturabilir (7).

Sağlık hizmetlerinin tümüyle özelleştirilmesinin getireceği olumsuzluklar bugün DSÖ, DB ve İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) gibi uluslararası kuruluşlarca da kabul edilmektedir. Özellikle gelir durumu kötü olan ülkeler ve temel sağlık hizmetleri içinde yer alan bağışıklama, aile planlaması, çevre sağlığı vb. programlar için devlet müdahalesinin zorunlu olduğu kabul edilmektedir (2).

Türkiye’de sağlık sektörü, bu sektörle ilgili bütün kesimlerin memnuniyetsizliğine neden olan kronik bir problemin içindedir. Uzun yıllardır ülke kamuoyunun temel gündem maddelerinden biri olan bu problem, sektörün bütün alanlarını (insan gücü, finansman, örgütlenme modeli vb) kapsamaktadır (8). Sağlık sektöründe yaşanan sorunlar ve sağlık hizmetlerinin etkinliğine ilişkin göstergelerimizin istenilen tabloyu sergileyememesi, örgütlenmede yeni düzenlemelerin gerekli olduğuna işaret etmektedir (9).

Sağlık Bakanlığı’nın, mevcut problemlerin çözümüne yönelik olarak başlattığı reform çalışmalarında, iki ana özellik ortaya çıkmaktadır. Bunlardan birincisi; birinci basamak sağlık hizmetlerinin, aile hekimliğine dayandırılması ile kamu hastanelerinin özleştirilmesi, ikincisi ise; bu hastanelerin zaman içerisinde özleştirilmesidir. Amacın, verimliliği artırmak ve hizmet sunumunda rekabeti sağlamak olduğu belirtilmektedir. Diğer yandan, bu yapı içerisinde Sağlık Bakanlığı’nın genel halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulması, doğrudan hizmet üreten bir kuruluş özelliğinden zaman içerisinde uzaklaşması düşünülmektedir (10).

Bugün sağlık hizmetleri kapsamındaki birçok hizmetin ve özellikle hastanelerde uygulanan bir takım hizmetlerin özel sektöre yaptırıldığı, dolayısıyla sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin özelleştirme sürecine girdiği görülmektedir.

Özelleştirme temelinde bir iktisat politikası aracı olmakla birlikte toplumun ve özelleştirmenin uygulandığı iktisadi birimlerde faaliyet gösteren çalışanların üzerinde de önemli etkileri bulunmaktadır. Özelleştirmenin sosyal açıdan en önemli etkisi istihdamla ilgili olanıdır. Özelleştirmenin, öncelikle kamu kurum ve kuruluşlarında istihdamı daraltacağı ve bu daralmaların da ülkenin genel istihdam düzeyini düşürüp, işsizlik oranında artışa yol açacağı düşünülmektedir (11). Avustralya’da 1993–1994 yılında yapılan sağlık reformları sonucu Viktorya’da 2000 tam zamanlı personel kaybı yaşanmıştır. Viktorya’daki reform süreci sonucu kamu sağlık sektörünün iş gücünün büyüklüğünde azalma olmuştur ve herkesçe bilinen “işten çıkarmalar” nedeniyle hastane koşulları ve bütün eyaletteki kamu hastane yataklarının büyük bir kısmı kapanmıştır (12) .

Özel sektörde işveren ek istihdam maliyetinin yüksek olduğu durumlarda, emek arzı artışını fazla mesai saatlerini artırarak sağlamaya çalışır. Yeni kişileri istihdam etmektense, mevcut çalışanların mesai saatlerini artırmak, ülkemizde de olduğu gibi istihdam vergisi niteliğindeki sosyal kesintilerin fazla olduğu ülkelerde daha avantajlıdır. Bu yönde bir eğilim çalışma şartlarının ağırlaşması anlamına gelir (13). Letonya’da hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının %60-%65’i fazla çalışırken, Rusya Federasyonu’nda hemşirelerin tamamına yakını (%98) benzer durumdadır. Belarus’ta hekimlerin %54’ü, hemşirelerin %58’i fazla mesai yapmaktadır (14).

Özelleştirme sonucu esnek çalışma sisteminde, kurum çalışanı istediği her yerde çalıştırılabilecek ve meslek dışı işlerde de kullanabilecektir. İngiltere’de özelleştirme sonrasında doktorların çok zaman harcadıklarını düşündükleri işlere uygun şekilde eğitilmiş hemşirelere devredilmiştir (15).

İşe alma, çalıştırma, ücret süreleri ve işe son verme açısından, kamu işyerlerinde yazılı mevzuata büyük bir titizlikle uyulur. Bu açıdan ele alındığında kamu işyerleri iş güvencesinin yoğun olduğu kuruluşlar olarak bilinmektedir. Özelleştirme, eğer özel sektör işvereni bu mevzuatların uygulanması açısından yeterince duyarlı değil ise, bu hakların geriye gitmesi sonucunu doğurabilir (13). Reformların sonucunda iş güvencesi azalmış işten çıkarmalar ve işten çıkarmalarla ilgili mevzuat değiştirilmiştir. İşten ayrılma tazminatı ile ilgili süreler, bir aydan (Ermenistan, Letonya), altı aya kadar değişmektedir (Polonya). İş güvencesini etkileyen en temel etmen, sözleşmeli personel uygulamasına geçiştir. Sözleşmeler, güvencenin düzeyini oldukça olumsuz etkilemektedir (14) .

Özelleştirme öncelikle çalışanların statülerini değiştirir. Bu değiştirme o ülkedeki sosyal mevzuata da bağlı olarak çalışanların tabi oldukları sosyal hukuku değiştirir. Ülkemiz örneğini vermek gerekirse, kanunda memur statüsünde çalışanların özelleştirme sonrasında hizmet akdine tabi olarak çalışmaları Devlet Memurları Kanunu yerine, İş Kanunu kapsamına alınmaları sonucunu doğurur (11).

Toplu iş hukukuna yönelik en önemli sonuçlar sendikalar açısından ortaya çıkacaktır. Özelleştirme ile birlikte kamu işveren sendikalarının yerini işverenin kendisi veya özel sektör sendikası alacaktır (13). ABD’de 1980’li yıllarda yapılan araştırmada sendikalı çalışanların sendikasızlardan %33 daha fazla ücret aldığı görülmüştür (16).

Demokratik rejim içinde, toplumu oluşturan kesimlerin örgütlenmeleri ve mesleki kuruluşları aracılığı ile çıkarlarını korumaları önemli bir faktördür (17). Mesleki örgütler ve sendikalar sağlıkta dönüşüm programının sağlık çalışanlarına etkisi konusunda dünya deneyimlerinden de yararlanarak çeşitli çalışmalar yapmaktadır. Yapılan araştırmalar hemşirelerin işyerinde memnuniyetsizlik, iş güvencesinin olmaması, motivasyon eksikliği, endişe, düşük moral ve hastaların aldığı hizmet ve hizmetin kalitesi ile ilgili kaygılar yaşamış olduklarını göstermektedir. Hemşirelik hizmeti ve hizmetin verilmesindeki performansın sonuçları olarak da yıpranma, stres ve işe devamsızlık oranlarının artması ve bununda memnuniyetsizliği artırmış olduğunu göstermiştir (12, 18, 19). Bu olumsuz gelişmelere alternatif olarak bazı hemşireler sağlık hizmeti içindeki değişiklikleri kolaylaştırmak için kolektif bir ses halinde bir araya gelmeye inanmaktadır. Hemşirelerin sağlık reformlarına yanıtını inceleyen çalışmalar, hasta bakımı ortamıyla ilgili olumsuz algılamaları olduğunu göstermektedir. Yeniden yapılanma konusunda güçlü bir tepki oluşamamakla birlikte; olumsuz algılaması olan hemşireler örgüt ve hastane personeli içinde daha güçlü bir sese gerek olduğunu ifade etmişler ve sendikalaşmak için gönüllü olmuşlardır (16). Miserendino’nun yaptığı çalışmada, hemşirelerin sendikaların ilgi odağı olduğu, sağlık sistemindeki değişikliklerin hemşireliğe olumsuz yansımaları nedeniyle sendikalaşmanın gerektiğini düşünenlerin artış gösterdiği belirlenmiştir (20).

Ülkemizde hemşirelik örgütleri ve sağlık çalışanları sendikalarının, reform çalışmalarının hemşirelere etkileri konusunda çalışmaları ise son derece sınırlıdır. Sağlıkta özelleşme konusunda ulusal düzeyde kurumsallaştırma çalışmaları devam ederken, üniversite hastaneleri, kamu kadrolarının kısıtlanması nedeniyle yıllardır sözleşmeli hemşire istihdam

etmektedir. Diğer bir anlatımla üniversite hastanelerinde sözleşmeli olarak çalışan hemşireler sağlıkta özelleşmenin bazı sonuçlarını şimdiden yaşamaktadır.

Dünyada yaşanmış sorunlar örgütlenme gereksinimine işaret ederken, hemşirelerin örgütlenmeye karşı tutumlarının olumlu olmadığı da bilinmektedir. Bu bağlamda, özelleşmeye geçiş sürecinde, hemşirelerin özelleşmenin kendilerine (çalışma koşullarına) ve sağlık hizmetine (bakım kalitesi) yansımaları konusunda algıları ile örgütlenmeye karşı tutumlarının birlikte incelenmesine gereksinim duyulmuştur. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılma sürecinde, hemşirelerin örgütlenmesine ilişkin belirlenecek stratejiler açısından bu bilgilere gereksinim vardır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Üniversite hastanelerinde kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin özelleştirmeye geçiş sürecinde özelleştirme ve sendikalaşma konusunda görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır;

1. Hemşirelerin, sağlık hizmetlerinin özelleşmesinin sağlık hizmetleri ve mesleki yaşamlarına etkisi konusunda düşünceleri nelerdir?
2. Hemşirelerin örgütlenme ve sendikalaşma konusunda görüşleri nelerdir?
3. Hemşirelerin sendikalaşma konusunda davranışlarını ve görüşlerini etkileyen etmenler nelerdir?

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

Çalışmanın teorik çerçevesi iki bölümde ele alınmıştır. Birinci bölümde dünyada ve ülkemizdeki sağlık hizmetleri sunumu, özelleştirmede dünyada ve ülkemizdeki durum ile özelleştirme kavramı ele alındıktan sonra özelleştirmenin genel olarak sosyal ve sendikalaşma açısından önemi incelenmiştir. İkinci bölümde hemşirelerin sendikalaşma ve örgütlenme eğilimleri, örgütlenmeye karşı tutumlarını etkileyen kişisel ve çalışma koşulları ile ilgili etmenler üzerinde durulmuştur.

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME ve SOSYAL SONUÇLARI

Sağlık hizmetlerinin ve hastanelerin özelleştirilmesine geçmeden önce, dünyada ve ülkemizde sağlık hizmet sunumu ve finansmanı hakkında kısaca bilgi vermenin, konuyu daha iyi açıklama yönünde faydalı olacağı düşünülmektedir.

2.1.1.DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE SAĞLIK HİZMETLERİ SUNUMU

2.1.1.1. Dünyada Sağlık Sistemleri ve Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin sunumu ülkelerin sosyo-politik yapısı, teknolojik ve ekonomik gelişmişlik düzeyi, kültürel yapısı ve coğrafi yapısıyla yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemen her ülkede karşılaşılan üç model “Doğrudan hizmet sunumu, hizmet satma ve satın alma (dolaylı) ve karma model” dir.

Doğrudan Hizmet Sunumu;

Hizmet sunumundan sorumlu kurum, aynı zamanda hizmetin finansmanı görevini de üstlenir. Hizmet üretmek üzere yatırımlar yapar.

Hizmet Satma ve Satın Alma (Dolaylı);

Hizmeti sunan ve finanse eden kurum ya da kuruluşlar birbirinden farklıdır. Hizmet sunan kişi ya da kuruluşlar personel istihdamında, ürettiği hizmetin fiyatını belirlemede bağımsızdır ve belli anlaşmalar ile sorumlu (ve/veya finanse eden) kuruma bu hizmetlerini satar.

Karma Model;

Hizmet sunumundan sorumlu kurum ya da kuruluş bir taraftan hizmetin bir kısmını kendisi üretirken, diğer taraftan da gereksinim duyduğu, fakat üretemediği hizmetleri de diğer kişi ya da kuruluşlardan satın alır (21, 22).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ya bireyler tarafından doğrudan ya da bağlı buldukları kamu ya da özel nitelikli sigorta kuruluşları kanalıyla dolaylı olarak finanse edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları şöyledir (23, 24);

1. Kamu finansman: Genel vergi gelirleri, özel amaçlı vergiler,

2. Özel finansman:

Doğrudan ödeme: Bireyler talep ettikleri sağlık hizmetlerinin bedellerini doğrudan kendi ceplerinden karşılamaktadırlar.

Dolaylı ödeme: Gelişmiş ülkelerde yaygın olan bu modelde, kişi sağlık hizmetini hizmet sunucularından bedeli karşılığında satın alır ve parasını sağlık sigortası daha sonra kişiye öder.

3. Sağlık sigortası:

Kamu ve sosyal sigorta: Çalışanlar ve işverenlerde zorunlu olarak alınan primler

Özel sigorta: Özel sigorta şirketleri

İşveren temelli sigorta: İşverenlerden alınan primler

4. Dış kaynaklar: Uluslararası kuruluşlar (DB, IMF vb)

Özel sigorta ABD’de olduğu gibi sistemin temel ögesi olabileceği gibi, sosyal sigortanın ya da vergi ile finansmanın egemen olduğu bir ülkede de varlık gösterebilir. Vergi ile finansman İngiltere, İtalya, İsveç gibi ülkelerde egemen olan sistemdir.

Sunum alanındaki üç seçenek ile finansman alanındaki dört seçenek arasında çok çeşitli kombinasyonlar oluşturulmaktadır. Örneğin vergi ile finanse edilen bir sistemde sağlık hizmeti sunumu kamusal sağlık kuruluşlarınca gerçekleştirilebilir. Ancak üretim ve sunumun kamusal sağlık kuruluşlarınca gerçekleştirildiği bir sistem kamusal sigorta ile de bir arada bulunabilir. Anılan iki düzende de özel sağlık kuruluşlarından da hizmet satın alınabilir. Sistemlerin her birinde aktörlerin davranış amaçları ve sistemin özendirici ve caydırıcı etkileri farklıdır (22, 23, 24).

2.1.1.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sistemi ve Finansmanı

Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemi gerek hizmet arzı, gerekse hizmet talebi açısından çeşitlilik göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde gerek birinci, gerekse ikinci basamak hizmetleri özel ve kamu sektöründe değişik kurumlar tarafından sunulurken, hizmet alımında da sağlık sigortası güvencesi kapsamında olanlar ve olmayanlar diye iki kısma ayrılır (24).

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı bireylerin kendi ceplerinden ödentileri veya bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşları kanalıyla sağlanmaktadır. Türkiye’deki sağlık hizmetleri sunan kuruluşların kamu ve özel sağlık harcamaları açısından durumu Şekil 1’de gösterilmiştir. Kamu sektöründe sağlık harcaması yapan kuruluşlar, SB, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, üniversiteler, bakanlıklar, KİT’ ler, belediyeler ve fonlardır. Ayrıca devletin genel bütçeden yapmış olduğu harcamalar da sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir paya sahiptir (24).



Şekil:1 Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar

Tokat M, “Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar” Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (24)

2.1.1.2.1. Doğrudan Ödeme:

Ülkemizde bu finansman yöntemi, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna veya özel sağlık sigortasına bağlı bulunmayan kişilerin ödemelerinden oluşmaktadır. Kişiler talep ettikleri sağlık hizmetlerinin bedellerini doğrudan kendi ceplerinden karşılamaktadırlar (25, 25).

2.1.1.2.2. Dolaylı Ödeme:

Bu yöntemde hizmet arz edenle hizmet talep eden arasında doğrudan parasal bir ilişki söz konusu değildir. Bireyin bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşu birey adına hizmeti satın almaktadır. Birey ödediği primlerin karşılığında, sağlık hizmetlerine olan talebinin finansmanını bu kuruluşlar kanalıyla sağlamaktadır. Ülkemizde dolaylı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı genel bütçeden, sosyal güvenlik kuruluşlarından ve özel sağlık sigortaları tarafından finanse edilmektedir (26, 27). Anayasamızın 60. maddesi hükmüne göre, tüm vatandaşlarımızın sosyal güvenlik hakkından yararlanmaları gerekmekte, bu hakkın sağlanması için gerekli her türlü tedbirin alınması görevi devlete verilmektedir. Bu amaçla sosyal güvencesi olmayan bireylerin, yürürlüğe konulmuş olan 2022, 2828, 3826 sayılı (yeşil kart) yasalarla sağlık hizmetlerinin finansmanı dolaylı yoldan finanse edilmeye çalışılmıştır (26).

2.1.1.2.2.1. Genel Bütçe ile Finansman:

Bu yöntemin finansman kaynağı daha çok vergi gelirlerinden oluştuğu için vergiye dayalı finansman olarak da bilinmektedir. Özellikle birinci basamak hizmetlerinin finansmanı devlet bütçesi tarafından finanse edilmektedir (23, 25).

2.1.1.2.2.2. Sosyal Güvenlik Kuruluşları Aracılığıyla Finansman

Sağlık hizmetlerinin dolaylı olarak finansmanında diğer bir uygulama da sosyal güvenlik kuruluşları kanalıyla sağlık hizmetlerinin finanse edilmesidir. Uygulamada bu sosyal güvenlik kuruluşlarına üyelerinin yapmış olduğu prim ödemeleriyle üyelerin muayene ve tedavi giderlerinin karşılanması esas alınmıştır (25, 27, 28).

Sağlık hizmetlerini dolaylı olarak finanse eden kuruluşlar arasında, üyelerinden prim toplama, üyeliğe kabul edilme, finansman oranları gibi konularda bir homojenlik yoktur. Her kuruluşun, kuruluş ve uygulamalarının dayandığı yönetmelik ve tüzükler birbirlerinden farklıdır (27, 29, 30).

2.1.1.2.2.3.Özel Nitelikli Finansman Kuruluşları:

Özel sigorta şirketleri, kişi ve gruplar için poliçeler düzenleyerek bireyleri sigortalamaktadır. Özel sağlık sigortası şirketleri, kar amacı güden kuruluşlar olmaları nedeni ile aşağıdaki durumlarda finansmanını kişiye bırakmış ve kişiyi sigorta kapsamı dışında tutmuştur. Bunlar; intihar ve intihar girişimi, kronik hastalıklar, uyuşturucu bağımlılığı, hayati tehlike arz eden sportif faaliyetler, savaş veya savaş ihtimali ile grev, işçi hareketleri ve terörizm hareketine karışmasıyla oluşan riskler, organ nakli, sigortalanmadan önceki hastalıklar, resmi olarak ilan edilen salgın hastalıklar vb. durumlar özel sağlık sigortalarının güvence dışı bırakılmıştır. Ayrıca bugün özel sağlık sigortalıların çoğunda diş hastalıklarında, protez, röntgen çekimi, göz hastalıklarında gözlük çerçevesi, lens vb. sigorta kapsamı dışında tutulmuştur (31, 32, 33).

2.1.2. DÜNYADA SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ SORUNLAR ve ÖZELLEŞTİRME UYGULAMALARI

Dünyanın önemli bir ölçeğinde, 1970'lerin sonları ile 1980'lerin başlarından beri ekonomik ve politik alanda; ekonominin küreselleşmesi olarak ele alınan benzeri görülmemiş bir duruma tanıklık edilmektedir. Ticarete, yatırımda ve finansmandaki küreselleşme sağlık politikalarını da içerecek şekilde kamu politikalarının oluşturulmasında da temel itici güç olmaktadır. Artık devletlerin kendi başlarına ulusal politikalarını belirleme ve biçimlendirme güçleri, uluslararası ekonominin artan rekabeti yoluyla, önemli ölçüde sınırlandırılmaktadır (34).

Uluslararası sağlık politikası, DSÖ tarafından 1970'lerin sonlarında gündeme getirilmiştir. İkinci dünya savaşından sonra kurulan DSÖ, ilk olarak hastalıkların kontrolü ve eradikasyonu üzerinde durmuş, evrensel bazlı bilgi sağlama ve teknik danışmanlık verme gibi fonksiyonları üstlenmiştir. Ancak DSÖ'nün bu fonksiyonları 1970'lerin ortasında hem çevresel/ortamsal hem de DSÖ'nün kendi içersisindeki çeşitli nedenlerden dolayı değişime uğramıştır (35).

Dünya 1980'lerin sonlarında, çok hızlı bir şekilde değişim sürecinin içine girmiştir. Dünyadaki ulusal sağlık sistemleri kriz içine girmiş ve yeni sağlık sorunları ortaya çıkmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklarda bir azalma yaşanmış, maliyetler gittikçe yükselmeye, kamunun sağlık hizmetlerindeki rolü sorgulanmaya ve sağlık hizmetlerinde özel sektörden medet umulmaya başlanmıştır. Ülkeler, yeni global çevresel ortamda ortaya çıkan

bu tür problemlerin üstesinden gelmek için çözüm arayışlarına başlamışlardır. Artık DSÖ, bu yeni problemlere yanıt veremez duruma gelmiştir. İşte tam bu noktada DB, prestijini, parasını ve gücünü kullanarak DSÖ'den doğan boşluğu doldurmaya başlamıştır. İlk başlarda DB, daha radikal politika araçları (kullanıcı katkıları, özelleştirme gibi) ve söylemlerle uluslararası sağlık politikası arenasında etkili olmaya çalışırken, sonraları daha sosyalle olmuş söylemlerle bu etkiyi devam ettirmeye çalışmıştır (35).

Bu yeni ortamın güç ve siyaset gerçeği Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) kurulması ile kurumsallaşmıştır. İşte bu yeni küresel ortamda diğer sektörlerle ilişkin politikalarda olduğu gibi sağlık sektörüne ilişkin politikalar da artık küresel düzeyde belirlenmektedir. Yani "küresel sağlık politikası" yolu ile sağlık politikaları şekillenmektedir (35).

İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) tarafından yapılan bir araştırma sonucunda hazırlanan raporda; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanında birtakım problemlerin olduğu belirtilmektedir. Belirtilen problemleri şu şekilde özetlemek mümkündür: Sağlık harcamalarının artış eğiliminin devam etmesi, gereksiz ve aşırı tıbbi bakım ve sosyal sorunların artış eğilimi, bazı ülkelerdeki hastanelerde uzayan kuyrukların oluşması ve bekleme sürelerinin artması, yine bazı ülkelerdeki hizmet sunucuların sorumluluklarındaki eksiklik ve yetersiz tıbbi bakım, hizmet üreticileri arasındaki koordinasyon bozukluğu ve yetersizliği, sağlık hizmetine ulaşmada ve ödeme gücünde var olan eşitsizliklerin devam etmesi ülkeler arasında ve ülke içinde faaliyetlerdeki birim maliyetlerde büyük dengesizlik ve tanımlanamayan farklılıklar şeklindedir (36).

Bu problemlerin çözümü için, birtakım reform nitelikli önlemler üzerinde durulmaktadır. Ancak en önemli çözüm önerisi hizmet sunumu ve finansmanının ayrı ayrı ya da birlikte özelleştirilmesi; dolayısıyla harcamalarda özel harcamaların payının artırılmasıdır. Böylece öncelikle artış gösteren kamu sağlık harcamalarının durdurulması, sonrasında ise azaltılması veya kısılması düşünülmektedir (36). Hastane ve sağlık hizmetlerinde görülen sorunların çözümünde özellikle ve öncelikle sağlık hizmetlerinin gerek sunumunda, gerekse finansmanında özelleştirme önerilmektedir (37).

Eski sosyalist ülkelerde, sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanı devlet tarafından karşılanırken, bugünkü eğilim, ekonominin bütün sektörlerinin piyasa koşullarına açılması yönündedir. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, maliyet-fayda analizine dayalı olarak hizmet anlayışının getirilmesi ve maliyetlerin kontrol altına alınması; bugün için sosyalist ülkelerin sağlık hizmetlerindeki en önemli amaçları olduğu söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin

özelleştirilmesi maliyet bilincinin geliştirilmesinin ve verimliliğin artırılmasının yolu olarak görülmekte ve yine gelişmekte olan ülkelerdeki gibi sağlık sigortasının örgütlenmesi sonrasında yaygınlaştırılması planlanmaktadır (38).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sektöründe görülen birtakım sorunların çözümünde, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi özellikle DB tarafından önerilmektedir. Sağlık hizmetleri ve hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi ile kamu sağlık harcamalarının önemli oranda azaltılabileceği, özellikle finansmanın özelleştirilmesi ile kişilerde maliyet bilincinin gelişebileceği ve toplam sağlık harcamalarının kontrol altına alınabileceği, maliyet bilinci ile hareketin, özel sağlık kuruluşlarını en düşük maliyetle üretim yapmaya yöneltebileceği ve rekabetin sağlanması ile hizmetin kalitesi ve verimliliğinin artabileceği, sosyal faydanın en yüksek düzeye ulaşabileceği ayrıca optimum kaynak kullanımı ve dağılımının sağlanabileceği düşünülmektedir (38, 39).

2.1.3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZELLEŞTİRME YAKLAŞIMLARI ve UYGULAMALARI

Türkiye, Atatürk’ün önderliğinde Cumhuriyetle, çağdaş bir toplumsal devlet yapısına yönelmiş, yapılan uygulamalar ve çabalar ile toplumsal devlet kimliği yeni bir içeriğe ve belirli bir kurumlaşmaya ulaşmıştır. Kurtuluş Savaşı yıllarında 2 Mayıs 1920’de 3 sayılı kanunla Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekilletinin kurulması, kamu sağlığına verilen önemin göstergesi olmuştur (7).

Cumhuriyetin kurulması ile başlayan Refik Saydam Döneminde, koruyucu sağlık hizmetleri tamamen genel bütçeden karşılanmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde de kamu kaynakları esas alınmış, ancak bu harcamalarda, yerel bütçelere ağırlık verilmesi düşünülmüştür. Bu amaçla, genel bütçeden Numune Hastaneleri inşa edilmiş, il özel idareleri ve belediyelerin bunları örnek alarak yerel hastaneler kurması istenmiştir. Hizmetlerin yapılanmasında kamu sektörü yolu seçilmiş ve “Hükümet Tabiplikleri” örgütün temelini oluşturmuştur (40).

“Sağlık Merkezleri” uygulaması 1940 yılından sonra geliştirilmiş ve tedavi edici hizmetlerinin de genel bütçeden karşılanması anlayışı benimsenmiştir. Ayrıca SSK’nın kurulması ile kamu sigortacılığı uygulamasına başlanmıştır. 1950’den sonra “Devlet Hastaneleri” uygulaması ile tedavi edici hizmetlerinin tamamının genel bütçeden karşılanması düşüncesi pekiştirilmiş ve hastane hizmetlerinin devlet eliyle tüm ülkeye yayılması

amaçlanmıştır. Böylece, hastanelerin devletleştirilmesi ile sürdürülen tedavi edici sağlık hizmetlerindeki yerel düzeyli liberal yaklaşımdan uzaklaşıp, giderek merkezi devletçilik uygulamasına geçilmiştir (40, 41).

Ekonomide 1960'ların sonundan itibaren etkili olan özelleştirme girişimlerine karşılık olarak, sağlık alanında özel sektöre ağırlık verme gayretlerinde belirgin bir artış olmuştur. Hizmet sırasında ödeme sisteminin yaygınlaşması için ortam hazırlanmış, bunun getireceği etkilenme ve zorlama ile hizmetlerin yapılanmasında da özel sektörün ağırlık kazanması beklenmiştir. Doktorların tek tek çalıştığı muayenehanelerin sayısında belirgin artışlar olmasına karşılık, temel karakteri değiştirecek olan şirketleşme ve büyük hastaneler gelişmemiştir (40, 41).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu (224 sayılı) 1961 yılında çıkarılarak aşamalı olarak, kapsamı genişletilerek, 1983 yılında ülkenin tümüne yaygınlaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinden eşit ve parasız yararlanma, halkın planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılımı gibi önemli ilkeler getiren bu yasanın hedeflediği gelişmeler, başta kaynak ve yönetim yetersizliği ile uygulama düzensizlikleri gibi nedenlerle gerçekleştirilememiştir (42).

Sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olması düşüncesi 24 Ocak 1980 kararlarının bir gereği olarak tamamen terk edilmiştir. Kamu kaynaklarından sağlığa ayrılan paylar azaltılırken, diğer yandan da hizmet birimlerinin yapısına müdahale edilerek özelleştirmeye zorlanmıştır. Böylece, sosyalleştirme çalışmaları askıya alınmış ve hastanelerin işletme ve karlılık esasına göre çalışması için düzenlemeler yapılmıştır. Bu düşünceye göre, hizmet birimleri özelleştirilecek veya özel işletmeler gibi çalıştırılacak, bunun sonucunda ise, finansmanda da hizmet başı ödeme öncelik ve önem kazanacaktır. Ancak bu düşünceler gerçekleştirilememiştir (42). Kamu kesiminin sağlık sektöründen yavaş yavaş çekilmesi ile özel kişi ve kurumların sağlık sektörüne girişinin desteklenmesi biçiminde başlayan süreç, kamu hastanelerinin, tıbbi olmayan bazı hizmetleri özel sektörden satın alınması uygulaması, özel sağlık kuruluşlarının ve hastanelerin teşvik edilmesi şeklinde özetlenebilen devlet politikası, yatırım teşviklerine de yansımıştır (43). 1980 öncesi sadece ilaç sektörüne verilen yatırım teşvikleri, 1982 yılından itibaren sağlık sektörüne de verilmeye başlanmıştır. Bu devlet politikası sonucu, 1982–1992 yılları arasında toplam sağlık yatırımları içinde kamu sektörünün payı %93.1'den, %67'ye gerilemiştir (44).

Cumhuriyet tarihinde ilk defa 1982 Anayasası sağlık alanında özel sektörden söz etmektedir. 1983 hükümet programında, sağlık alanındaki en önemli hedef olarak, özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi ve sağlık alanında genel olarak rekabetin sağlanması gösterilmiştir. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık hizmetlerini, toplumun sağlık düzeyine katkısı açısından değil de, bir işletme gibi verimlilik ve karlılık çerçevesinde değerlendirmektedir (45, 46).

“Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” (3359 sayılı) 1987 yılında çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun, çeşitli maddelerinin, özellikle personel istihdamına ilişkin hükümlerinin Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş olması ve kanunun sadece genel çerçeveyi belirleyerek uygulamaya ilişkin hükümleri yönetmeliklere bırakması, bu kanunla tanımlanan sağlık işletmelerinin uygulamaya geçirilmesini geciktirmiştir (47). Diğer yandan, 3359 sayılı kanuna dayanarak sağlık işletmesine personel ve finansman konusunda tam bir özerklik verilmesi mümkün olmadığından, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından, tam özerk hastane yapısını amaçlayan “Hastane ve Sağlık İşletmesi Temel Kanunu Tasarısı” hazırlanmıştır (48). Bu yasa tasarısının amacının; ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli, etkili ve verimli bir şekilde sunumunu sağlamak için, hastane ve sağlık işletmelerinin kuruluş, işleyiş, hizmet sunumu ve kullanımı ile ilgili temel esaslarının düzenlenmesidir. “Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönetmeliğin” yürürlüğe konulması, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9. maddesine göre Bakanlar Kurulu'nca 29.11.1994 tarihinde kararlaştırılmış ve yönetmelik 11.1.1995 gün ve 22168 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmeliğin 4. maddesinde, “Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kurum ve kuruluşlarının işletmecilik esaslarına göre işletilmesi, ilgili bakanlıkça teklif edilen ve durumu Sağlık Bakanlığı tarafından uygun görülenler bakanlar kurulu kararı ile sağlık işletmesi haline dönüştürülürler” hükmü bulunmaktadır. Böylece, Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi sağlık işletmesine dönüştürülerek bir anlamda, özerkleştirilmiştir (48, 49).

Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye'de yürüttüğü sağlık reformu çalışmaları, dünyadaki diğer bazı ülkelerde görülenlerle aynı şekilde, IMF özelleştirme temeline dayalı, yapısal uyum politikalarıyla uyumlu politikaları öneren DB ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (United Nations Development Programme: UNDP) ile Türkiye adına Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı anlaşmalara göre uygulamaya konmuştur (50).

Dünya Bankası, UNDP Türkiye Temsilciliği aracılığıyla, Sağlık Bakanlığı'na bir proje teklif etmiş ve görüşmeler sonucunda, 7.10.1990 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 3057/TU "Sağlık Projesi" adlı anlaşma imzalanmıştır. Söz konusu projenin amaçları; Ankara, Diyarbakır, İstanbul, Mardin, Muğla, Tokat, Sivas ve Yozgat illerinden oluşan proje bölgesinde, temel sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artırmak, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sektörünün yönetiminde etkinliği artıracak önlemleri almak, Sağlık Bakanlığı'nın teknik ve yönetim kapasitesini güçlendirmektir (50, 51).

Dünya Bankası ve UNDP bir süre sonra, bakanlıkla iki anlaşma daha imzalamıştır. Bunlardan, "Dünya Bankası Kredisi ile Finanse Edilen Birinci Sağlık Projesi İle İlgili Olarak UNDP Tarafından Sağlanacak Yönetim ve Destek Hizmetleri" konulu anlaşma 28.8.1991 tarihinde imzalanıp, 17.11.1991 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Diğerisi ise "Sağlık Kesiminde Satın Alma Hizmetlerine Teknik Destek" konulu proje anlaşması taraflar tarafından imzalanarak, 17.11.1991 tarihli Resmi Gazetede yayınlanmıştır (52, 53).

Sağlık Bakanlığı'nın, "Sağlık Reformu" adlı çalışmalarında hedeflerinin yer aldığı, "Birinci Sağlık Projesi'nin" içeriği, yukarıda verilmiş olan proje/anlaşmalarından oluşmaktadır. Dolayısıyla, proje içeriğinden ve bakanlık kaynaklı diğer bilgilerden çıkan sonuçlara göre, Sağlık Bakanlığı'nın beş temel idari yapı değişikliğini benimsediği ve bunu gerçekleştirmek için ise, beş ana strateji tespit etmiş olduğu belirtilmektedir. Bunlar; Sağlık Bakanlığı teşkilatı ve görevlerini değiştirerek sorumluluklarını daraltmak ve sağlık hizmetlerini devlet görevi olmaktan çıkarmak, özerk bölge sağlık idareleri veya benzeri sağlık örgütleri kurarak, yönetim ve hizmet yükümlülüklerini bakanlıktan alarak bu örgütlere veya bir süre sonra yerel yönetimlere devretmek, aile hekimliği sistemi kurarak kişiye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile birinci kademe tedavi hizmeti verme görev ve sorumluluklarını doktorlara devretmek, hastanelerden başlayan özerkleştirme ve özelleştirme ile ikinci ve üçüncü kademe yataklı tedavi hizmeti verme görev ve sorumluluğunu özel sektöre devretmek, prime dayalı sağlık sigortası kurarak, sağlık hizmeti arz ve talep finansmanı sorumluluğunu devletten alıp özelleştirerek, kişilerin doğrudan veya dolaylı prim harcamalarına devretmek şeklinde özetlenebilir (53, 54).

Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesine ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair 4046 sayılı Kanun, 24 Kasım 1994 tarihinde kabul edilmiş ve 27 Kasım 1994 gün ve 22124 sayılı Resmi Gazetede yayınlanmıştır. Söz konusu kanunun 1. maddesi (A) fıkrası (f) bendinde, Genel ve Katma Bütçeli İdarelerle

bunlara bağılı döner sermayeli kuruluşların, mal ve hizmet üretim birimleri ve varlıkları (baraj, gölet, otoyol, yataklı tedavi kurumları, limanlar vb. diğler mal ve hizmet üretim birimleri)” ile bu kanunun 35. maddesinin (B) fıkrasında belirtilen kamu iktisadi kuruluşlarının temel kuruluş amaçlarına uygun mal ve hizmet üretim birimlerinin işletilmesi haklarının, ekonomide verimlilik artışı ve kamu giderlerinde azalma sağlamak için özelleştirilmelerine ilişkin esasları düzenleyeceği hükme bağlanmıştır. 4046 sayılı kanunun 15. maddesinde, kamu hizmeti gören kuruluşların mülkiyet devri yöntemiyle özelleştirilmesine ilişkin konularda, bu kanunun 1. maddesinde öngörülen ayrı kanunlara düzenleme yapılmasına ilişkin şartlar saklı kalmak kaydıyla; kamu hizmeti gören kuruluşların işletme haklarının verilmesi veya kiralanması ve mülkiyetin devri dışındaki benzeri yöntemlerle özelleştirmenin bu kanun hükümleri çerçevesinde yapılacağı belirtilmektedir. 4046 sayılı kanunun 15. maddesi ile işletme hakkı verilmesi, kiralama vb. diğler yöntemlerle kullanma hakkı devrinin, süre olarak 49 yılı geçemeyeceği de ifade edilmiştir (54). Bu kanunla, KİT’lerle birlikte, yataklı tedavi kurumlarının işletilmesi haklarının özelleştirilebilmesi olanağı getirilmiş ve hastaneler de özelleştirme kapsamına alınmıştır. Ancak, kanunun uygulanmaya başladığı tarihten günümüze kadar, kamuya ait herhangi bir hastanenin işletilmesi hakkı özel sektöre verilmemiş, yani herhangi bir kamu hastanesi özelleştirilmemiştir. Diğler yandan uygulamada, devlet hastanelerindeki bir takım hizmetlerin, 2886 sayılı Devlet İhale Yasası çerçevesinde özel sektöre yaptırıldığı veya özel sektörden hizmet satın alındığı görülmektedir (53, 54).

Son dönem iktidar partisi AKP’nin 2003 yılında ortaya koyduğu “Sağlıkta Dönüşüm Programı” 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır. Hükümet kendi “Acil Uygulama” planını Ocak 2003 itibarı ile başlatmış, bu çalışma “Sağlık Sektörü Dönüşüm Programı” ile genişletilmiştir. Bu projenin amacının Türkiye’de genel sağlık sigortasını tüm nüfusa yayarak, sağlık sektöründe, özellikle fakir olan ve kırsal bölgelerde yaşayan kişilerin, kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımındaki zorlukları en aza indirmek olduğunu belirtilmiştir. Proje; sağlık hizmetlerinin yeniden organize edilmesi, aile hekimliğinin uygulanması, genel sağlık sigorta sisteminin yürürlüğe girmesi, özel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması gibi başlıkları içermektedir (55)

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” nın devamı olarak başlangıçta bir sosyal güvenlik kurumu olarak kurulan, özel hukuk hükümlerine tabii ve idari ve mali özerkliğe sahip olan SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı’na devri ile ilgili çalışmalar başlatılmıştır. Resmi Gazete’de 21.07.2004 tarihli yayımlanarak yürürlüğe giren 5220 Sayılı “Sağlık Hizmetleri

Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile; Maliye Bakanlığı, “Sağlık Bakanlığı’na tahsisli taşınmazlar ile Sağlık Bakanlığı kullanımında bulunan diğer taşınmazlardan gerekli görülenleri, mülkiyetinin Hazine’ye bedelsiz devrinden sonra”, satmaya yetkili kılınmıştır. Bu kanun ile, Sağlık Bakanlığı’na ait tüm sağlık kuruluşlarını satmanın hukuki zeminini yaratılmıştır. Başta SSK olmak üzere, kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na devredilmesi ile, bunlara ait sağlık tesislerinin de “satış listesi”ne konulmasının önü açılmış olmaktadır (56). Söz konusu politika girişiminde asıl amaç hükümetin kamu yönetimi reformu çalışmaları kapsamında sağlık kuruluşlarını il özel idarelerine devretme sürecinde SSK hastanelerinin dışarıda bırakılmaması için gerekli altyapı hazırlama ve bu devri kolaylaştırma girişimidir (57).

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından hazırlanan Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı, Emeklilik Sigortaları Kanunu Tasarı Taslağı ve Sosyal Güvenlik Kurum Kanunu Tasarı Taslağı, Aralık 2004’de tarafların görüşleri alınması için ilgililere sunulmuş ve bakanlığın web sayfasına da konulmuştur. Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarı Taslağı’nın (GSS) da çok kısa sürede yürürlüğe girmesi için çalışmalar sürmektedir. Taslak mevcut sağlık finansman kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ve standartlarda birlik ile birlikte monopol ve güçlü bir sigorta ve sağlık hizmetleri satın alma kuruluşu oluşturulması amaçlanmaktadır. Monopol bir fon kuruluşunun olması primlerin yüksekliğini de beraberinde getirebilecektir. Kurumun bu pozisyonu aynı zamanda hizmet sunucuları arasındaki rekabeti de artırabilecek, artan bu rekabet beraberinde hizmet kalitesini de ön plana çıkarabilecektir. Ancak hizmet sunucuları arasında oluşacak bu rekabet kimi hizmet sunucularında daralmalara (personel vs açısından) ve hatta kapanmalara kadar gidebilecektir. GSS, kullanıcı katkılarının yaygın bir biçimde kullanılmasını öngörmektedir. Kullanıcı katkılarının yaygın ve esnek olarak öngörülmesi zamanla temel teminat paketinde daralmalara, dolayısıyla doğrudan cepten ödemelerin artışına yol açabilecektir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmayacağı belirtilirken, birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde katılım payı almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye kurum yetkili kılınmıştır (GSS Kanun Tasarısı, madde 68 ve 69). Burada birinci basamak sağlık hizmetleri yapısı içerisinde katılım payı açısından ikili bir yapı oluşturulmuştur ki bu da aile hekiminin bulunduğu yer ile bulunmadığı yerdeki hizmet alıcıları arasında bir hakkaniyetsizlik unsuru olarak ortaya çıkacaktır (58).

“Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme” kanununun 1961 yılında çıkarılması ile ilk reform uygulamasını yaşayan Türk sağlık sistemi, dünyada yaşanan küreselleşme ve liberalleşme akımlarının etkisiyle global ölçekte yaşanan sağlıkta reform girişimlerine paralel olarak 1990’ların başlarında ikinci sağlık reformlarına tanık olmuştur. İkinci reform çalışmaları dönemin içinde bulunduğu ekonomik ve politik istikrarsızlık, muhalefetin ve sivil toplum kuruluşlarının karşı çıkmaları, eksik toplumsal destek gibi nedenlerden dolayı yasallaşamamıştır. Daha sonra 3 Kasım 2002 seçimlerinden sonra tek iktidar partisi olan AKP’nin, 2003 yılında ortaya koyduğu “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile üçüncü sağlık reform süreci başlatılmıştır.

Üçüncü reform süreci, AB dinamiği ve tek parti hükümetinin şekillendirdiği ekonomik ve politik ortam çerçevesinde yasalaşma aşamasını tamamlayıp uygulama aşamasına geçmektedir. Bunların başında da aile hekimliği pilot uygulaması ve genel sağlık sigortası tasarısı gelmektedir. Özde ikinci ve üçüncü reformların içerik ve strateji bakımından bir farkları olduğu söylenemez.

2.1.4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ve HASTANELERDE ÖZELLEŞTİRME

2.1.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesinin Tanımı

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile ilgili olarak yapılan tanımlardan birkaçı şöyledir:

Özelleştirme, sağlık sektörü açısından; kamu ve özel sektör hizmet sunucularının bulunduğu ve farklı finans kaynaklarının aynı anda var olduğu yani çoğulcu bir yapı içinde, özel sektörün, sağlık sektöründeki ve sağlık hizmetlerindeki rolünün göreceli olarak artırıldığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (59).

Sağlıkta özelleştirme; görüntü olarak özel hastanelerin yaygınlaşması, özel sağlık kuruluşlarının genişlemesi veya genişletilmesi şeklinde bir eğilim sergilese de, öz olarak bir hizmet alanının olabildiğince kar amaçlı kılınması, ticarileşmesi, dolayısıyla toplumun sosyal güvenlik şemsiyesinin daraltılması olarak belirtilmektedir (38).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi konusunda benzer bir tanım ise şöyledir; sağlık sektöründe özel girişimin artması ve devletin sağlık hizmetleri alanındaki etkisinin veya rolünün azaltılmasıdır (60).

Sağlık hizmetleri ve hastanelerin tanımı hizmet arzı ve talebi açısından yapılabilir. Sağlık hizmetlerinin ve hastanelerdeki hizmetlerin sunumunun özelleştirilmesi “Arz Yönlü

Özelleştirme”, finansmanın doğrudan ve hiçbir kamu kurumu aracılığıyla olmaksızın kullanıcılara kaydırılması veya yönlendirilmesine “Talep Yönlü Özelleştirme” dir (61).

Sağlık hizmetlerinde özelleştirmeyi temelde iki ana grupta ele alarak ortaya koymak mümkündür. Bunlar: 1) Ulusal boyutta özelleştirme: Hizmet sözleşmeleri (contracting-out), kullanıcı katkıları (user charges/hizmet finansmanının veya talebin finansmanının özelleştirilmesi), döner sermaye uygulamaları, dahili piyasa (internal market/hizmet üretiminin özelleştirilmesi), bütçeden sağlığa ayrılan payın azaltılması, teşvikler (özel hastanelere, kliniklere, laboratuarlara, özel sağlık sigortalarına verilen teşvikler, muafiyetler gibi) ve mülkiyet devri (denasyonalizasyon) ve 2) Uluslararası özelleştirme: Sınır ötesi ticaret (tele tıp gibi teknoloji yoluyla ticaret), yurt dışında tüketim (sağlık turizmi), ticari varlık (yabancı girişimcilerin hastane veya sağlık merkezleri açmaları), gerçek kişilerin hareketliliği (geçici veya kalıcı olarak tıbbi ve sağlık personelinin başka ülkelere göç etmesi) gibi hizmet arzı biçimleridir (62).

2.1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin ve Hastanelerin Özelleştirilmesi Konusundaki Olumlu ve Olumsuz Düşünceler

Özelleştirmenin kavram olarak tanımlanmasından, nedenleri ve amacının belirlenmesinden, uygulanacak yöntemlerine ve sonuçlarına kadar çeşitli tartışmaların ve farklı düşüncelerin bulunduğu, dolayısıyla özelleştirmenin ideolojik olarak motive edildiği veya karşı çıkıldığı görülmektedir. Bunu bir anlamda, özelleştirmenin başarılı bir araştırma ile tanımlanmış ve ispatlanmış sonuçlarının olmamasına da bağlamak mümkündür. Özelleştirmeyi savunanlar ve eleştirenlerin bakış açısından özelleştirmenin nedenleri farklı algılanabilir. Tartışmaların pek çoğu, özellikle özelleştirmenin gerekçeleri üzerinde olmaktadır. Çünkü karşıt görüştekilerin özelleştirmenin gizli kalmış durumları hakkında pek çok düşünceleri vardır, bunlar temelde refah düzeyini yükseltmeye yönelik ideolojilere aykırıdır (61).

Aşağıda, sağlık hizmetleri ve hastanelerdeki özelleştirme hakkında ileri sürülen olumlu ve olumsuz düşüncelere yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerindeki özelleştirmenin; amacı, nedenleri ve çözeceği düşünülen sorunları, bir anlamda özelleştirmeyi benimseyen, hatta savunanların düşünceleri olarak kabul etmek mümkündür.

2.1.4.2.1. Sağlık Hizmetlerinin ve Hastanelerin Özelleştirilmesi Konusundaki Olumlu Düşünceler

Sağlık hizmetlerinde özelleştirmeyi savunanlar, sağlık sektöründe özel sektör rolünün artırılması ile hem dağıtımçı, hem de teknik verimliliğin artacağını düşünmektedir (59).

Özelleştirmeyi savunanların önemle üzerinde durdukları konu, sağlık hizmetlerinde verimliliğin artırılmasıdır (61). Özelleştirmenin, hastalara doktor seçiminde özgürlük vereceği ve çalışanlara ise özgür çalışma ortamı sağlayacağı düşünülmektedir (63). Bu düşüncedekiler, özelleştirmenin gereksiz sağlık harcamalarını ve gereksiz tüketici taleplerini, dolayısıyla kaynakların verimli kullanılacağını ileri sürmektedir (61). Ayrıca, özelleştirmenin öncelikle tedavi hizmetlerinin kalitesini yükselteceği ve devletin hastanelere ayırdığı payın, koruyucu sağlık hizmetlerinde ve çevre sağlığı hizmetlerinde kullanılacağı, bu nedenle de, toplumdaki tedavi hizmetlerine olan gereksinimin giderek azalacağı belirtilmektedir (63). Diğer yandan, mevcut yönetsel ve örgütsel yapı içinde hastanelerdeki sorunların çözülemeyeceği; sorunların çözümü için hastanelerin mutlaka özelleştirilmesi gerektiği ileri sürülmektedir (64).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ile sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisinden piyasa ekonomisine geçerek yaygınlığının sağlanacağı ve etkinliğinin artırılacağı, hastaneler arasında rekabet ortamı oluşturulacağı, dolayısıyla sosyal faydanın en yüksek düzeye ulaşacağı belirtilmektedir. Özelleştirme ile kamu sağlık kuruluşlarının özellikli yapılarına (iflas etmemeleri, zararların bütçeden karşılanması vb.) son verileceği ve hastanelerin özel sağlık işletmeleri biçiminde yapılabileceği, böylece çağdaş işletmecilik ilkeleri içerisinde kaliteli, düşük maliyetli, modern teknolojiyi kullanan etkin ve verimli sağlık işletmeleri durumuna geleceği düşünülmektedir (65).

Özelleştirme ile sürekli olarak bütçe açığına neden olan bir faaliyetten kurtulacağı, devlete hiçbir yük getirmeden bina ve teçhizatın yenileneceği, araç modernizasyonu ve teknolojiler için kaynak sağlama şansının daha yüksek olacağı, daha az personel ve bilgisayar sistemleri ile daha yüksek bir etkinliğin sağlanacağı, kalifiye personelin çalıştırılacağı, yeni hizmetler sağlamada esnekliğin oluşacağı; bu sayede de yöre halkı için daha iyi bir sağlık hizmeti verileceği belirtilmektedir (66, 67).

Özelleştirmeyi savunanlar, sağlık bakım hizmetlerinin alışla geldiği gibi zenginlik ve fırsatlara göre dağıtılması görüşünü kabul etmekte gönülsüzdürler. Bakım hizmetlerine eşit ulaşım yolu özelleştirmenin pek çok savunucularına göre, doğru bir hükümet politikası değildir. Bunlara göre, İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri ve Kanada'daki Medicare (65

yaş ve üzerine tıbbi yardım sigortası) gibi refah seviyesi politikalarının yararları ve gerekliliği tartışma konusudur (61).

2.1.4.2.2. Sağlık Hizmetlerinin ve Hastanelerin Özelleştirilmesi Konusundaki Olumsuz Düşünceler

Özelleştirme daha önceden de belirtildiği gibi, çok tartışılan bir kavramdır. Çünkü özelleştirmeyi benimsemeyenler veya karşı çıkanların bazıları, özelleştirmeyi, finansal risklerin ortadan kaldırılması ve adaletli çözüm yollarını içeren kamu politikaları için uzun vadede ciddi bir sorun olarak görmekte ve çok çaba gerektirdiğini düşünmektedir. Karşı çıkanların bazıları ise, özelleştirmenin kişilerin bireysel ve toplumsal kalkınmalarını amaçlayan devlet politikaları üzerinde olumlu etkisinin olmayacağını savunmaktadır (61).

Kamu sağlık kurumlarının aksine, özelleşen sağlık kuruluşları halkın temel sağlık gereksinimlerini değil, sağlık pazarının büyüklük, yerleşim ve taleplerini göz önünde tutacaklardır. Hizmetlerin niteliği düşecek, fiyatlarda artış olacak, sağlık sektöründe çalışanların sosyal ve çalışma şartları bozulacaktır. Özelleşme sonucunda yalnızca belli bir kesim için “lüks sağlık hizmeti” olanağı sağlanacak, sağlık hizmeti hasta olmayanlara götürülmesi gereken bir hizmetten çıkarılıp, yalnızca hastaya götürülen ve sağlık sorunlarını yalnızca fiziksel ve organik rahatsızlıklar olarak gören bir anlayışa dönüşecektir. Dolayısıyla özelleştirmenin temelinde sosyal devlet anlayışının reddi vardır ve sosyal devletten uzaklaşma olacaktır. Çalışanlar açısından sosyal yardım ve ücretler genel olarak yetersiz kalacak, özelleştirme personel arasında huzursuzluğa yol açacak, bu huzursuzluk sonucunda ise, hizmet sunmaya duyulan istek ve güdü bozulmaya başlayacaktır. Komplike ve kronik vakalar devlet hastanelerine gönderilecek ve özelleştirme kamu hizmetinde kalite düşüklüğüne neden olacaktır (68, 69).

Genellikle sağlık politikasının en önemli amacı sağlık hizmetlerine eşit olarak ulaşmaktır (61). Dolayısıyla, özelleştirme ile sağlık hizmetine eşit ulaşılamayacak, gelir düzeyi düşük olanlar ve sosyal güvencesi olmayanlar mağdur olacaktır (8, 63).

Özelleştirilen hastaneler, özel hastanelerde olduğu gibi, ülkenin pazar olanaklarının süreklilik ve güvence gösterdiği büyük merkezlerde toplanma eğiliminde olacak, dolayısıyla, özelleştirilen hastaneleri ülkenin geri kalmış bölgelerine kaydırmak amacıyla devletin teşviklerine karşılık, bu kez de, hastaneler geri kalmış bölgelerin büyük merkezlerinde toplanacak ve personel dağılımında varolan dengesizlikler de artacaktır. Özelleştirilen

hastaneler aşılama, eğitim, çevre sağlığı, epidemiolojik alan araştırmaları gibi konularda kendilerini tamamen sorumsuz görecekler, koruyucu hizmetler için devletten ekonomik teşvikler bekleyecekler ve diğer ilgili kurum ve sektörlerle koordinasyon olanakları azalacaktır. Özel ya da kamu sigorta fonları karşılığı hizmet sunan özel hastaneler, gerçekten hizmete gereksinim duyan risk gruplarına yönelik hizmet sunmayacak ve bu konuda devlet desteği bekleyecek, dolayısıyla özelleştirme sağlık harcamalarını artıracak, sonuçta ise sağlık sistemi çökecektir (38, 70, 71).

Özelleştirme ile rekabet ön plana çıkacak, dolayısıyla hastaneler giderek bazı kar getirmeyen bölümlerinden arınarak uzmanlık hastanelerine dönüşecektir. Daha az personel daha çok iş anlayışı ile etik anlayış zedelenecek ve başta hastaneler olmak üzere ilaç, tıbbi cihaz, malzeme, araç-gereç ve donanım gibi, sağlıkla ilgili alanlar tekelleşecektir (70, 71).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, bazı kuşkuları öne çıkarmaktadır. Bu konuyu daha iyi değerlendirmek için geçmiş ampirik araştırmalar ve altında yatan nedenleri incelemek yerinde olacaktır.

Mülkiyet ve sağlık hizmetlerine ulaşım konusundaki ampirik çalışmaların, genel olarak üç alan üzerinde odaklaştığı görülmektedir. Bunlar, sağlık hizmetlerinin sunulduğu coğrafik yer, sağladıkları hizmetler ve kar getirmeyen hastalara bakımdır (72). Bu tür araştırmalar, kar amaçlı kuruluşların mali konulara daha duyarlı oldukları ve doğrudan veya dolaylı olarak kar getirmeyen hastaların ulaşımını engelledikleri varsayımına dayanmaktadır. Örneğin; bu tür hastanelerin gelir grubu yüksek ve daha çok sigortasız hastaların az olduğu yerlerde kurulma olanaklarının daha fazla olduğu düşünülmektedir (70). Aynı şekilde, özel hastanelerin, kar getirmeyen fakat topluma faydası olan hizmetleri sunma eğilimlerinin daha az olduğu belirtilmektedir (71, 72). Yapılan araştırmalar, özel hastanelerin davranışlarındaki eğilimin sürekli olarak yukarıda söz edilen şekilde olduğunu ortaya koymaktadır (8).

Kar amaçlı hastaneler ile, kar amacı olmayan hastanelerin ekonomik performansları ile ilgili olarak yapılan araştırmaların sonuçlarının, şaşırtıcı derecede karışık olduğu görülmektedir. Kar amaçlı özel hastaneler, elbette kar elde etmek isteyecektir. Fakat yapılan araştırmalar sonucunda; kar amaçlı özel hastanelerin teknik etkinliğinin, kar amacı olmayan hastanelerden daha fazla olmadığı belirtilmiştir. Şüphesiz bu özellik; kar amaçlı özel hastanelerin, günlük hasta maliyeti, kar amacı olmayan hastanelerdekine göre daha yüksektir. Dolayısıyla, daha yüksek günlük hasta maliyetine rağmen, kar amaçlı özel hastanelerin daha fazla kar elde etmeleri; bu hastanelerin fiyatlarının daha yüksek olmasına ve daha karlı

hizmetlere yönelmelerine bağlanmaktadır (61).

Ulusal Bilimler Akademisi tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada; kar amaçlı ve özel hastaneler, kar amacı gütmeyenlerle karşılaştırılmıştır. Araştırmada bakım kaliteleri arasında bir fark bulunamamış, ancak kar amaçlı hastanelerdeki maliyetlerin diğerlerinden % 10 kadar fazla olduğu saptanmıştır (66).

Hastanelerin birbirleriyle rekabete girmesinin, gelir düzeyi düşük grupların tedavileri konusunda birtakım kısıtlamalar getirebileceği düşünülmektedir. Eğer bir bölgede bir hastane varsa; bu hastane, kendisine başvuran hastanın tedavisinden kaçınamayacaktır. Eğer, aynı bölgede birden fazla hastane varsa; kendisine müracaat edilen hastane, hastanın diğer hastaneler tarafından tedavi edilebileceğini ileri sürerek gelir düzeyi düşük hastayı kabul etmeyebilecektir. Piyasada faaliyet gösteren hastane sayısı arttıkça hastaneler bu şekilde davranmaya başlayabileceklerdir. Daha ucuz tedavi etmek bir kamu hizmeti anlayışıdır. Dolayısıyla, hizmeti kim sunarsa sunsun faydası toplumda görülmektedir. Dolayısıyla; rekabetin artmasının, hastanelerin topluma karşı duydukları görev duygusunun değişmesine yol açacağı düşünülmektedir (72).

Sağlık bakım sistemindeki değişmeler üzerinde birçok şey söylenmekle beraber bu değişikliklerin tedavi hizmetleri üzerindeki ortak etkisinin ne olacağı henüz açık değildir. Dolayısıyla, kar amaçlı ve kar amacı gütmeyen hastaneler gittikçe büyürken ve rekabet ederlerken bunlar bazılarının söylediği gibi “davranışları açısından birbirlerine benzeyip, ekonominin diğer alanlarındaki büyük şirketler gibi tedavi alanındaki görevlerini unutup tamamen kar amaçlı hizmetlere yönelerek kar amaçlı şirketler mi olacaklar?” veya “bazı hastaneler kendilerinin rakip hastanelerden farklı olduğunu belirtmek için “topluma hizmet” prensibini öne mi çıkaracaklardır?”. Bu düşüncelerle ilgili net bir şeyler söylemek şu an için mümkün değildir (72).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve hastanelerin kullanılabilirliği konusunda doktorların düşüncelerinin belirlenmesine yönelik olarak Amerika’da yapılan bir araştırmada, kar amacıyla çalışan özel hastaneler, kamu hastaneleri ve kar amacı olmayan hastaneler arasında; medicaid (gelir düzeyi düşük ailelere tıbbi yardım sigortası) veya sigortalı hastaların hastaneye kabullerindeki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Medicaid ve sigortasız hastalar için bulguların, hemen hemen benzer olduğu görülmüş, ancak özelleştirmenin olumsuz etkilerinin sigortasızlar için Medicaid hastalarından daha büyük olduğu sonucuna varılmıştır. Yazarlar, söz konusu çalışmanın sonucunda: “Amerika’da sağlık

hizmetlerinde devam eden özelleştirme uygulamalarının yakın gelecekte de süreceğini, hastane idarecileri, kamu görevlileri, sigorta şirketleri; hastanelerin %25'inin özel yatırımcılar tarafından, %50'sinin üzerindeki bir kısmının ise grup hastaneleri tarafından ele geçirilmiş olacağını tahmin ettiklerini ve sektördeki rekabetin, piyasaya yeni girenler, hastaların maliyet konusunda duyarlı olması ve kamu politikaları nedeniyle büyük bir olasılıkla artacağı ve bu gelişmelerin düşük gelirli hastaların sağlık hizmetinden yararlanmalarını ve sağlık hizmetlerini satın almalarını kısıtlayabileceğini” belirtmişlerdir (72).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan kalite ölçüm sistemlerinde (JCAHO gibi) ölüm oranları ve hastane enfeksiyon görülme oranları kalite indikatörleri olarak kullanılmaktadır (73) . Hasta hemşire oranları da hasta bakım kalitesinin önemli bir parçasıdır. Özelleştirme uygulamaları sonucunda istihdamda yaşanan sorunlar hasta bakım kalitesini de doğrudan etkilemektedir. Aiken ve arkadaşlarının araştırmasında, eğitilmiş hemşire sayısının fazla ve hemşire /hasta oranının uygun olduğu hastanelerde komplikasyon ve ölümlerin daha az olduğu gösterilmiştir (74). Benner ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, hasta/hemşire oranlarında önerilen düzeyin %20 altına düştüğü zaman, komplikasyon olasılığının %30 arttığı saptanmıştır (75). Stindul-Rothschild ve arkadaşlarının hemşirelik bakım kalitesini değerlendirdiği çalışmada, hemşirelerin büyük çoğunluğu örgütsel yapı değişikliklerinin bakım kalitesini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (76).

Yukarıda sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine karşı olanların, karşı olma nedenleri ve konu ile ilgili görüşleri verilmeye çalışılmıştır. Türkiye’de bu görüşler, başta Türk Tabipler Birliği (TTB) olmak üzere, çeşitli meslek örgüt ve kuruluşları ile bazı kişilerce savunulmaktadır. Hatta bazı kişiler, sağlık alanındaki herhangi bir hizmetin özelleştirilmesine karşı olduğu gibi, halen uygulanmakta olan özel hastane işletmelerine, özel poliklinik ve muayenehanelere karşı çıkmakta ve sağlık hizmetlerinin tamamen devlet tarafından ve hiçbir karşılığı olmadan verilmesini istemektedirler.

Söz konusu iki karşıt görüş yanında, gerekiyorsa bazı hizmetler için özelleştirmenin uygun olabileceği ancak, tüm sağlık hizmetleri için bunun doğru ve gerçekçi olmayacağı görüşünü savunanlarda bulunmaktadır (52).

2.1.5. ÖZELLEŞTİRMEİN GENEL OLARAK SOSYAL SONUÇLARI ve SENDİKALAŞMA AÇISINDAN ÖNEMİ

İktisat politikası araçlarından özelleştirmede, uygulamaya geçildiğinde, ilk etkiler sosyal alanda ortaya çıkmakta ve önemli sonuçlar doğurmaktadır.

Özelleştirmenin sosyal etkileri, en başta özelleştirme konusu iktisadi birimlerin çalışanları ve onları çevreleyen endüstri ilişkileri sistemini etkilemektedir; istihdam, sendikalaşma, ücretler ve toplu sözleşme uygulamaları üzerindeki etkileri yanında, bir bütün olarak endüstri ilişkileri sistemini etkileyen uzun dönemli etkileri de vardır (13).

2.1.5.1. Özelleştirmenin İstihdama Etkileri

Özelleştirmenin sosyal açıdan en önemli etkisi istihdamla ilgili olanıdır. Özelleştirmenin, öncelikle kamu kurum ve kuruluşlarında istihdamı daraltacağı ve bu daralmaların da ülkenin genel istihdam seviyesini düşürüp, işsizlik oranında artışa yol açacağı düşünülmektedir (11). Özelleştirmenin istihdamla ilgili etkileri yalnızca istihdam düzeyi ile sınırlı değildir, işçi devrine ve çalışanların statülerine yönelik etkileri de vardır (13).

İngiltere’de Thatcher’ın özelleştirme politikalarından sonra, Ulusal Sağlık Sistemine destek zamanla azalmış ve sağlık insan gücü istihdamında yaklaşık 10 bin kişilik bir azalmaya gidilmiştir (38).

Azerbaycan, Bulgaristan, Ermenistan, Estonya, Gürcistan, Kazakistan, Letonya, Litvanya, Makedonya, Moldova Cumhuriyeti, Romanya, Rusya Federasyonu, Tacikistan, Ukrayna’ da 1990–2000 yılları arasında hemşire sayısının nüfusa göre azaldığı görülmüştür. Sağlık kurumlarının azaltılması ile sağlık çalışanlarının sayıları da azalmıştır. Ermenistan ve Moldova Cumhuriyeti’nde ciddi hastane kapanmaları yaşanmıştır (14, 77).

Avustralya’da 1993–1994 yılında yapılan sağlık reformları sonucu Viktorya’da 2000 tam zamanlı personel kaybı yaşanmıştır. Viktorya’daki reform süreci sonucu kamu sağlık sektörünün iş gücünün büyüklüğünde azalma olmuştur ve herkesçe bilinen “işten çıkarmalar” süreciyle hastane koşulları ve bütün eyaletteki kamu hastane yataklarının büyük bir kısmı kapanmıştır (12).

2.1.5.2. Ücrete Yönelik Etkileri

Kamu hizmetleri ve sosyal refah hizmetleri emek yoğun faaliyet alanlarıdır. Bunun sonucu olarak da üretim maliyetlerinin büyük bir kısmını emeğe yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Bu faaliyet alanlarında meydana gelen özelleştirme sonrasında uygulamaya konan maliyeti düşürme ve kar düzeyini artırma çalışmaları çalışanları etkilemektedir (78).

Özelleştirme, büyük kamu kuruluşlarının küçük birimlere bölünerek satılması ile gerçekleştirilirse, bu tip özelleştirme ölçek değişikliği dolayısıyla ücretlerde düşmeye yol açabilir. Ödeme gücü yüksek kuruluşun yerini küçük ve mali bakımdan zayıf olan işletmelerin alması, maliyet azaltmaya yönelik ilk önlemlerin ücret düzeyini düşürmeye yönelik olarak alınmasını kaçınılmaz hale getirecektir (79).

İşçi devri, işletmeler ve çalışanlar açısından büyük bir önem arz etmekte ve verimliliği, işe adaptasyonu önemli ölçüde etkileyen unsurların başında gelmektedir. İşçi devrinin azaltılması, ücret düzeyi ve sosyal yardımlar ve ücret sistemleri gibi etkenler işletmede çalışanları önemli ölçüde etkilemektedir. Buradan hareketle, özelleştirme ile birlikte kuruluştaki işçi devri artarsa, yüksek ücretle çalışanların yerine düşük ücretle çalışanlar alınacak ve bu durum ücretin düşmesine yol açacaktır. Sonuçta işten çıkarılmayanların ücretlerinde kısa dönemde bir değişme meydana gelmeyecek ancak uzun dönemde ücret artışları düşük tutulacaktır (79, 80).

İngiltere’de NSH reformlarının hemşirelerin iş yaşamına etkileri yeterince araştırılmamakla birlikte, hemşire maaşlarının faturaları tüm NSH harcamalarının 1/3’ünü oluşturması nedeniyle dikkatle incelenmektedir. 1988 yılından itibaren klinik derecelendirme sistemi çalışmakta ve sürekli rekabet ortamı iş güvenliğini azaltmakta ve hemşirelerin maaşlarında keyfi indirimler olmaktadır. Hastane yöneticileri ulusal ödeme normlarını görmezden gelerek yerel ödeme pazarlıkları yapmakta ve hemşirelerin maaşlarını düşürmektedirler. Yönetim yaygın olarak iş değerlendirmesi yapmış, iş profili teknikleri ile hemşirelik işlevlerinin iş bağıntılıklarını çalışmış ve böylece her derecedeki çalışanın maaşını saptayabilmişlerdir. Klinik derecelendirmenin, yüksek işsizlik olan alanlarda hemşire iş gücünü düşük değerlerde gösterdiği ortaya çıkmıştır. Kayıtlı hemşirelerin işleri eğitilmiş sağlık hizmeti destek işçilerine devredilmiştir. Seçkin NHS yöneticileri, hemşireliğin ayrı bir başlık altında mı yer alacağını sorgulamaya başlamışlardır (15).

Sağlık sistemlerinin yeniden yapılandırılması hemşire iş gücünün azaltılmasına yol açtığı gibi, sağlık hizmeti maliyeti kısıtlaması nedeniyle hemşirelerin iş yüklerinde artma

olmuştur. Reform sürecinde yüksek eğitimli ve deneyimli hemşireler işten atılmış ve hizmet gücünün yeniden yapılanmasında deneyimsiz çalışanlar kullanılmıştır. Bu eğilimler Avrupa'da, Kanada'da ve ABD'de gözlenmiştir (18).

Doğu Avrupa Ülkelerinde sağlık çalışanlarına yapılan ödeme biçimleri, sağlık reformları nedeniyle ücretlerde azalmaya neden olmuştur. Rusya Federasyonu'nda 1960–1990 yılları arasında bir sanayi işçisinin ortalama ücretinin %72-75'i kadar kazanan sağlık çalışanı, 2000'de ancak %46'sı kadar kazanabilmektedir. Ukrayna'da hekimler ve diğer sağlık çalışanları çok yetersiz ücret almakta, birçok illerde çoğu zaman sağlık çalışanının aylıkları ödenmemektedir (14, 77).

2.1.5.3. Çalışma Koşullarına Etkileri

Kamu sektöründen özel sektöre geçen işyerlerinde, özel sektörün çalışma ilkelerine bağlı olarak çalışma koşullarında da farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Ekonomi tarihimizde devletçilik ilkesinin, devleti sadece kamu müdahalesinin bir aracı değil, aynı zamanda en büyük işverenlerinden biri haline getirmesi, devletin toplum yararına bir takım hukuki düzenlemeleri çalışma yaşamına getirmesini zorunlu kılmaktadır (76).

İşe alma, çalıştırma, ücret, çalışma süreleri ve işe son verme açısından, kamu işyerlerinde yazılı mevzuata büyük bir titizlikle uyulur. Bu açıdan ele alındığında, kamu işyerleri, iş güvencesinin yoğun olduğu kuruluşlar olarak bilinmektedir. Özelleştirmede özel sektör işvereni, bu mevzuatların uygulanması açısından yeterince duyarlı değil ise, bu hakların geriye gitmesi sonucunu doğurabilir (13).

Çalışma ortamını iyileştirecek önlemlerin alınması konusunda kamu kesimi işverenleri daha duyarlıdır. Bu bakımdan, çalışanları korumaya yönelik işçi sağlığı ve iş güvenliği önlemlerinin alınması konusunda maliyet endişesi taşımaksızın gerekli faaliyetler yürütülür. Özelleştirme, bu önlemler bakımından da geriye gitme sonucu doğurabilir. Burada da özel sektörün maliyet düşürücü önlemleri, emeğe yönelik harcamaları kısarak sağlayacağı varsayılmakta ve bu sonucun ortaya çıkması beklenmektedir (13, 80).

Kamudaki kıdeme bağlı ücret sistemi yerine, özelleştirme sonrasında uygulanacak olan rekabet ve performansa dayalı ücret sistemlerinin işyerinde stresi ve buna bağlı olarak da şikayetleri ve uyuşmazlıkları artıracığı ileri sürülmektedir (82).

Ingersoll ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, yeniden yapılanmanın hemşirelerin rol ve sorumluluklarını önemli ölçüde değiştirdiği, iş ilişkilerinin bozulduğu, mevcut kaynakların

azalması nedeniyle hizmetin kalitesinin azaldığı, hemşirelerin önemli ölçüde stresli oldukları, işlerini kaybetme korkusu yaşadıkları, diğer iş grubundakilerle ilişkilerde bozulma olduğunu saptanmıştır (19).

Pyne'in çalışmasında, ekonomik çevre değişikliği ve iş gücünü azaltmanın hemşirelerin iş doyumunda olumsuz bir etkiye sahip olduğu; hemşirelerin sağlık reformlarının etkileri hakkında görüşlerinin olumsuz olduğu; bakım kalitesi ve işyeri koşullarını çok olumsuz buldukları belirlemiştir (83).

Özel sektörde işveren ek istihdamın maliyetinin yüksek olduğu durumlarda, emek arzı artışını fazla mesai saatlerini artırarak sağlamaya çalışır. Yeni kişileri istihdam etmektense, mevcut çalışanların mesai saatlerini artırmak, ülkemizde de olduğu gibi istihdam vergisi niteliğindeki sosyal kesintilerin fazla olduğu ülkelerde daha avantajlıdır. Bu yönde bir eğilim çalışma şartlarının ağırlaşması anlamına gelir. Hatta mevzuatlarla belirlenen iş sürelerinin ötesinde fazla çalıştırma uygulaması gündeme gelebilir. Bu da çalışanlar açısından çalışma şartlarını, en başta işçi sağlığı ve iş güvenliğini olumsuz yönde etkiler (13, 80).

İngiltere'de 1998 yılında hemşirelerin fazla mesaiye kalma süreleri 5.8 saat iken 1999'da %59'u 6.6 saat fazla mesaiye kalmaktadır. Japonya'da hemşirelerin her ay ortalama 12 saat 36 dk. fazla mesai ve hastane çalışanlarının %70'den fazlasının rotasyonlu gece vardiyasında çalıştırılmasına gerek duyulmaktadır. Letonya'da hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının 2/3'ne yakını fazla çalışırken, Rusya Federasyonu'nda hemşirelerin tamamına yakını benzer durumdadır (%98). Belarus'ta hekimlerin %54'ü, hemşirelerin %58'i fazla mesai yapmaktadır (14, 77).

Kamu işyerlerinde çalışma ortamı fiziki açıdan daha olumludur. Genellikle maliyet dikkate alınmaksızın iş yerini çalışabilir hale getirecek çeşitli sosyal tesisler oluşturulabilmektedir. Lokaller, spor ve dinlenme tesisleri, lojmanlar yapma yoluna gidilmektedir. Bunun yanında çalışanlarla birlikte ailelerine de sosyal amaçlı hizmetler verilmektedir. Özelleştirme bu tür etkinlikleri kısıtlayıcı bir etki yaratabilir (13).

2.1.5.4. Sosyal Güvenliğe Etkileri

Özelleştirme, sosyal güvenlik sistemleri bakımından da önemli sonuçlar doğurabilmektedir.

Ülkemiz gibi sosyal sigorta kurumlarının mesleki esasa göre oluşturulduğu ülkelerde, özelleştirme dolayısıyla çalışanların sosyal güvenlik kurumları değişebilmektedir. Kamu

kesiminde özelleştirme öncesi işçi statüsünde çalışanlar için bir değişiklik söz konusu değildir. Ancak memur veya sözleşmeli personel statüsünde olanlar için, özelleştirme sonrasında sosyal güvenlik kurumlarının değiştirilmesi zorunluluğu vardır (81). Sosyal güvenlik kurumları arasında sağlanan garanti bakımından büyük farklılıkların olduğu durumlarda, bu değiştirme çalışanlar bakımından önemli sonuçlar doğurur. Süreye bağlı olarak koruma garantisi sağlanan bir kurumdan, prim ödemeye bağlı koruma garantisi sağlanan bir kuruma geçilmek zorunda kalınabilir. Sosyal güvenlik kurumları arasında norm ve standart birliğinin olmadığı durumlarda bu değişiklik hukuki bakımdan da çözülmesi güç problemlere yol açar. Statüsü değişenlerin eski kurumlarına bağlı olarak kalmalarını sağlayacak düzenlemeler geçici nitelikte olduğu gibi, uzun dönemde daha karmaşık durumlar yaratabilir. Sosyal güvenlik kurumlarının tekdüzeliğini bozarak hukuki karmaşaya yol açabilir (13, 82).

Özelleştirmenin sosyal güvenlik alanındaki bir başka etkisi, özelleştirmeyi cazip hale getirmek için sosyal güvenlik yükümlülüklerinin azaltılmasına yönelik uygulamaları da beraberinde getirmesidir. Sonuçta, Arjantin’de özelleştirilen işyerlerine yönelik olarak iş kazaları ve meslek hastalıklarında işveren sorumluluğu azaltılmıştır. Aynı şekilde, devletin sosyal güvenlik katkılarında da %50 ile %100 arasında azalma olmuştur (84).

Özelleştirme, sosyal güvenlik kurumlarının kapsamında da değişiklikler meydana getirebilir. Sosyal güvenlik primlerinin yüksek olduğu ülkelerde, kapsam dışı işçi çalıştırma eğilimini artırabilir. Bir yandan sigortalı çalışanların sayısında azalma görülürken, sosyal güvenlik haklarından mahrum çalışanların sayılarında da artış görülebilir (13).

İstihdam seviyesinde daralmaya yol açan bir özelleştirme, sosyal güvenlik sistemlerinin finansman yapısını zorlayıcı etkilere yol açabilir. Özelleştirme nedeniyle işten çıkarılanlar bir yandan prim gelirlerini azaltırken, diğer yandan işsizlik sigortalarının yükünü artırırlar. Eğer, özelleştirme dolayısıyla ortaya çıkan tepkileri azaltmak için, bu sebeple işsiz kalanlara yönelik ayrıcalıklar tanınmışsa, örneğin; daha uzun süre işsizlik sigortasından faydalanma veya daha yüksek aylık alma gibi bir uygulama getirilmişse, özelleştirmenin sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki olumsuz etkileri daha büyük olur (80, 81).

KİT’lerde de istihdamı azaltmaya yönelik olarak getirilen erken emeklilik uygulamaları benzer bir olumsuz etki oluşturmaktadır. Ülkemizde özelleştirilecek kuruluşlarda istihdamı eritmek amacıyla erken emeklilik, düşünülen yöntemlerden biridir. Bu

da özelleştirmenin getirdiği yükümlülükleri çalışanlara devretmekten başka bir anlam ifade etmeyecektir (13, 81).

Erbilol'un özelleştirilen kamu kuruluşunda çalışanlar üzerinde yaptığı çalışmasında özelleştirme sonucunda işçilerin çoğunun farklı birimlere tayin edildiklerini, birçok işçinin emekliye ayrılmak zorunda bırakıldığını saptamıştır (85).

Avrupa'da birçok ülkede özelleştirmelerden dolayı bir yandan sağlık çalışanları erken emekliliğe zorlanırken, diğer yandan emekli maaşları yetersiz olduğu için ek iş yapmak zorunda kalan emeklilerin sayısı artmaktadır (86). Emekliler, halen sağlık sektöründe önemli rol oynamaktadırlar. Giderek, emeklilerin sağlık çalışanları içindeki payı azalmakla birlikte, örneğin Rusya Federasyonu'nda emekli sağlık çalışanlarının toplam sağlık çalışanları içindeki payı %40 civarındadır. Düşük emekli maaşlarının yetmemesi üzerine, ek gelir amacı ile çalışmak durumunda kalan emekli sağlık çalışanlarının oranı, Gürcistan'da %28, Kırgızistan'da %18, Belarus'ta %15, Litvanya'da %12, Polonya'da %6 ve Bulgaristan'da %2'dir (14, 77).

2.1.5.5. Sosyal Hukuk ve Sosyal Kuruluşlara Etkileri

Endüstri ilişkileri sisteminde yer alan faktörler ve işleyiş mekanizmalarına yönelik etkiler nedeniyle özelleştirme, sosyal hukuku ve sosyal kuruluşları da etkileyecektir. Söz konusu etkinin yönü ve şekli, özelleştirmenin tipi ve kamu ile özel sektör arasındaki farklar yanında ve onlardan daha çok o ülkenin sosyal mevzuatına, sosyal kurumlarına ve özelleştirme politikasına bağlı olarak ortaya çıkacaktır. Bireysel, toplu ve sosyal güvenlik hukukuna yönelik köklü etkiler oluşacaktır (86).

Özelleştirme öncelikle çalışanların statülerini ve o ülkedeki sosyal mevzuata da bağlı olarak çalışanların tabi oldukları sosyal hukuku değiştirir. Ülkemiz örneğini vermek gerekirse, memur statüsünde çalışanların özelleştirme sonrasında hizmet akdine tabi olarak çalışmaları Devlet Memurları Kanunu yerine, İş Kanunu kapsamına alınmaları sonucunu doğurur. Bu değişme çalışanların bütün çalışma koşullarını ve çalışma yaşamını değiştirir, bu değişimin sonuçlarının olumlu ya da olumsuz olması, çalışma koşulları ile ilgili her hüküm bakımından farklı şekilde ortaya çıkar. İstihdam bakımından kamuda çalışmanın güvencesi ortadan kalkarken, ücretlerin yükselmesi sonucunu doğurabilir (13).

Çalışanların tabi olduğu sosyal hukuk mevzuatının değişmesi, daha önce kazandığı hakların yeni mevzuat hükümlerine uydurulması ve çalışma statüsünde meydana gelen

değişikliklere rağmen daha önce elde edilen hakların devamının sağlanması gibi problemler de ortaya çıkacaktır. Nitekim ülkemizde, kıdem tazminatı ve emeklilik uygulamaları bugünkü kargaşanın önde gelen konularındandır. Özelleştirme sonrası farklı işyerlerinde geçirilen süreler özel kuruluşlar tarafından dikkate alınmayabilir. Bu da, ülkemizde sosyal mevzuatta önemli bir yere sahip olan kıdem tazminatı uygulamasının değişmesi anlamına gelir ve sonuçta bu konuda anlaşmazlıkların ortaya çıkacağı açıktır. Öte yandan hükümetler bu konuda yeni düzenlemeler yapma yoluna gitse de bu tür düzenlemeler özel sektör işverenine ağır yükler getirecek ve tepki alacaktır (81, 82).

2.1.5.6. Özelleştirmenin Sendikalaşmaya ve Sendikal Faaliyetlere Etkisi

2.1.5.6.1. Özelleştirmenin Sendikalaşmaya Etkileri

Demokratik rejim içinde, toplumu oluşturan kesimlerin örgütlenmeleri ve mesleki kuruluşlar aracılığı ile çıkarlarını korumaları önemli bir faktördür. Çeşitli kesimlerin çıkarlarının toplamının, toplumun genel çıkarlarına eşit olması gerektiği düşünülürse, sendikaların üyelerini korumaya yönelik mücadeleleri de haklı görülmelidir. Öyleyse diyebiliriz ki sendikalaşma, temsil edilen mesleki kuruluşlarla birlikte, toplumun diğer kesimlerinin de demokratik haklarını koruyan bir etki yaratır.

Sendikaların hukuki gücü yanında fiili güçleri de sendikal örgütlenmede ve sendikalaşmada önemli rol oynayan faktörler arasındadır. Sendikaların fiili gücünü, üye sayıları, üyeler arası bağlılık, yöneticilerin durumu ve davranış tarzı belirlemektedir. Üye aidatını ödeyerek sendikaların maddi gücünü ve mücadele gücünü belirleyen üye sayısı ayrıca baskı unsuru olarak da sendikaların siyasi ağırlığını belirlemektedir (79).

Toplam iş gücünün %30'unu aşan bir sendikalaşma oranı, gelişmiş ülkeler için yüksek bir sendikalaşma oranı olarak değerlendirilmektedir. On sekiz OECD ülkesinde 1970 yılında %35 olan sendikalaşma oranı, 1975 yılında %37'ye yükselmiş ve 1980'de ise tekrar %35'e düşmüştür. Sendikalaşma oranı 1985 yılında %30'lara gerilemiş, 1988 yılında %28'e kadar düşmüştür. ABD'de sendikalaşma oranının 1980'li yıllarda %16'lara kadar düşmesi ise dikkat çekici bir gelişmedir. Avrupa Ülkeleri'nde Finlandiya, Danimarka ve İsveç gibi Kuzey ülkeleri dışında sendikalaşma oranı %30'lar dolayında veya altında seyretmektedir (87, 88).

Özelleştirme, sendikalaşma oranının düşmesine yol açacak bir gelişme olarak değerlendirilmektedir. Özelleştirmenin sendikalaşma oranında meydana getireceği değişikliklerin çoğu kamu işyerlerinde görülecektir. Çünkü sendikalaşma oranı kamu

işyerlerinde daha yüksektir. Özelleştirme ile istihdam seviyesinde meydana gelecek azalma, sendikalaşma oranının düşmesinde büyük rol oynayacaktır (13).

Bu etkilerin yanında, sendikalaşma oranını düşüren bir diğer faktör ise işverenlerin sendikalara karşı tavrıdır. Çünkü işverenler, genelleme yapılmamakla birlikte, çoğu zaman sendikalara karşıdır ve emrinde çalışanların sendikalı olmalarını istemezler. İşverenler sendikaları kendi yönetim güçlerine ortak olarak görmekte ve sendikaları devre dışı bırakma yönünde faaliyet gösterebilmektedirler. Sendikaların özelleştirmeye karşı tavrı takınmalarının en önemli sebeplerinden biri de budur (13).

Özelleştirmenin bir başka etkisi, sendikalaşma oranının, güç dağılımını bozacak şekilde sonuçlar ortaya çıkarmasıdır. Kamu ve özel sektör ayrımının önemli olduğu ülkelerde kamu kesiminde çalışanların özel sektöre dahil olmasıyla, özel sektör çalışanlarının oranında artış görülecek ve bu gelişme doğal olarak kamu ve özel sektör sendikalarının üye sayılarında değişiklik meydana getirecektir. Bu değişim ise endüstri ilişkilerini etkileyecek sonuçlara sahip olabilecektir (80, 81).

Özelleştirmenin tanımından hareketle, kamu kurumlarının yönetim ve mülkiyetini, özel sektöre devreden ve kamuya ait faaliyet alanlarında özel sektörün faaliyet göstermesine olanak sağlayan özelleştirme, güç dağılımının değişmesine bağlı olarak politik güç dengesini de değiştirmektedir. Bu sonuçtan, en fazla sendikalar etkilenmekte ve sendikaların politik süreç üzerindeki güçleri azalmaktadır (81, 82).

Özelleşmenin, sendikaların gücünde yol açtığı azalma öncelikle, sendikalı işçi sayısında meydana gelen düşmeye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Sendikaların üye sayısı ile, sahip oldukları güç arasında doğrudan bir bağlantı vardır ve özelleştirme ile ortaya çıkan sendikalı işçi sayısındaki azalma, sendikaların toplum içindeki gücünü de azaltmaktadır (88).

2.1.5.6.2. Toplu Pazarlık Yapısında ve Sürecinde Özelleştirmenin Rolü ve Toplu İş Sözleşmelerinin İçeriğine Özelleştirmenin Etkileri

Toplu iş hukukuna yönelik en önemli sonuçlar sendikalar açısından ortaya çıkacaktır. Özelleştirme ile birlikte kamu işveren sendikasının yerini işverenin kendisi ve özel sektör sendikası alacaktır. En büyük değişiklik de işverenin veya işveren sendikasının değişmesinden dolayı toplu pazarlık sürecinde ortaya çıkacaktır. Toplu iş sözleşmelerinin kapsamı da değişecektir (78, 86).

Kamu işletmelerinin en önemli özelliklerinden biri, faaliyet konuları ile ilgili olarak ülke çapında veya sektör bazında faaliyet göstermeleridir. Bu yüzden de kamu işletmeleri genel ortalamanın üzerinde büyüklüğe sahip olan ve çalıştırdıkları işçi sayısı fazla olan iktisadi faaliyet birimleri olarak ülke endüstri ilişkileri sisteminde büyük bir yere sahiptirler (80).

Tek bir işverenin bulunduğu kuruluştaki özelleştirme sonrası çok sayıda işveren ortaya çıkacaktır. Bu değişimin sonucu olarak toplu sözleşmelerin kapsamı daralmakta ve aynı toplu sözleşme görüşmelerini birden fazla işveren ile yapma zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. İşveren sayısında meydana gelen artış, sendikaların aynı sayıda çalışan için çok daha fazla toplu pazarlık görüşmesi yapmasına ve toplu iş sözleşmesi imzalamasına yol açacaktır ve böylece sendikaların faaliyetleri zorlaşacaktır. Özel sektör işvereni toplu iş sözleşmelerinde istihdam güvencesine, işe alma ve işten çıkarmaya yönelik uygulamaları ya kaldırır veya en aza indirir ve özelleştirme toplu pazarlık sürecinde, görüşmelerinde ve içeriğinde bu tür sonuçlar doğurur. Aynı toplu sözleşme ile benzer hakları elde etmiş olan çalışanların, işverenlerinin ve toplu sözleşmelerinin değişmesi ile elde ettikleri haklar farklılaşmakta ve sonuçta toplu sözleşmelerin içeriği değişmektedir (82, 88).

Özelleştirmenin, toplu pazarlık süreci ve toplu sözleşmelere olan etkilerinden en önemlisi kamu işvereni ile özel sektör işvereni arasındaki tutum farkından kaynaklanır. Kamu işvereni, toplu pazarlık sürecinde sendikaların taleplerine daha olumlu yaklaşırken, özel sektör işvereni ise “nasıl az verebilirim” düşüncesinde olmaktadır. Bu nedenle de, özelleştirme sonucu özel sektör işvereni ile karşı karşıya gelecek sendikalar arasında mutlak bir gerginliğin doğması kaçınılmaz olacaktır. Kamu işyerlerinde karar verme yetkisi sınırlı olan bürokrat yöneticinin varlığı toplu pazarlık sistemini değiştirmekte, işveren ile sendikalar arasındaki görüşmelere siyasi iktidarlar taraf olmaktadır. Bu nedenle de sendikalar, toplu sözleşme görüşmelerinde yönetimi değil, mevcut siyasi iktidarı hedef alarak isteklerini öne sürmektedirler. Bu isteklere yanıt yine siyasi iktidarlardan gelmektedir. Birçok uzman, endüstri ilişkilerinde sağlıklı bir gelişme yaratan bu mekanizmanın özelleştirilme ile ortadan kalkabileceğini düşünmektedir (79, 88).

Toplu pazarlık görüşmeleri sürecinde meydana gelecek uyuşmazlıkların çözümünde de, özelleştirme ile birlikte farklılıklar meydana gelecektir. Endüstri ilişkileri sisteminin mücadele aracı olan grev ve lokavttan daha çok kamu işyerlerinde meydana gelen uyuşmazlıkların çözümünde, siyasi iktidar ve siyasi karar mekanizmaları hedef olarak

kullanılır. Devlet ise, bir işveren olarak lokavt hakkını kullanma eğiliminde değildir. Bu eğilimi bilen sendikalar isteklerini buna göre şekillendirir ve toplu pazarlık sürecindeki tutumlarını belirlerler. Özelleştirme uygulamasından sonra devlet taraf olarak ortadan kalkacağı için, toplu pazarlık sürecinde meydana gelecek uyuşmazlıklarda grev ve lokavt başvurulacak mücadele aracı olacaktır (88, 89).

Siyasi iktidarların 1980'li yıllardan sonra kamu kesimindeki toplu pazarlık görüşmelerindeki klasik davranışlarını değiştirdikleri ve sertleştirdikleri görülmüştür. Ülkemizde, devletin sendikal harekete ve toplu pazarlık sürecine sıcak yaklaşmakla beraber siyasi endişelerden hareketle kamu kesimi işyerlerindeki anlaşmazlıklara müdahale ettiği ve bu müdahale şekillerinden birinin de kamu kesimi işyerlerindeki grevleri erteleme eğilimi olarak ortaya çıktığı görülmektedir (80). Özelleştirme, devletin kamuya ait grev ertelemelerini azaltacaktır. Özelleştirme sonrasında toplu pazarlık sürecinin uzaması ve pazarlık sırasında gerginliğin artması, özel kesim işverenin kamu işvereninden daha anlayışsız davranacağı varsayımına dayanmaktadır (82, 79).

2.1.6. SAĞLIK SEKTÖRÜNDEKİ ÇALIŞANLARIN ÖZELLEŞTİRMEYE KARŞI TUTUMLARI

2.1.6.1. Dünya'da Sağlık Sektöründeki Çalışanların Özelleştirmeye Karşı Tutumları

Özelleştirme uygulamaları tüm dünyada tartışmalara neden olmakla beraber, hiç kuşkusuz üzerinde en çok konuşulana, sağlık sektöründeki özelleştirmeler olmuştur. Bunun en önemli nedenlerinden biri, sağlık konusunun çok hassas ve ince dengeler üzerinde bulunmasıdır. Kişilerin yaşamlarını doğrudan ilgilendiren sağlık sektöründeki özelleştirme uygulamaları gerek toplumların farklı sosyo-ekonomik durumları, gerekse de farklı politik tercihleri doğrultusunda çeşitli yöntemler izlenerek yapılmaya çalışılmıştır (90).

Toplumların giderek artan refah arayışları içinde önemli bir yer tutan sağlık konusunda, devletlerin giderek yetersiz kalmaları veya ekonomik zorlamalar nedeniyle yapısal değişikliklere gitme zorunluluğu içine girmeleri, sağlık sektörünün özelleştirilmesinde en önemli etken olarak görülebilir. Fakat uygulamalarda devletin tek tarafı olarak özelleştirmeyi toplum katmanlarına ve çalışanlara dikte etmesi hemen her seferinde sağlık sektöründeki özelleştirmelerin başarısızlığa uğramasına neden olmuştur (91).

Sağlık sektöründeki özelleştirmelerde, özelleştirmeye karşı en sert tepki sağlık sektörü çalışanlarından gelmektedir. Sektörde özelleştirmeyi istemeyen sektör çalışanlarına rağmen yapılmak istenen özelleştirmelerde uygulamalar ya iktidarın geri adım atması ya da daha geniş kitle eylemlerinin çıkmasıyla son bulmaktadır (14, 88).

Yunanistan'da Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini kolaylaştıran ve özelleştirme amacına yönelik olarak bir yasa tasarısı gündeme gelmiştir. Tasarının hazırlanmasıyla birlikte, 20 Mayıs 1996'da doktorlar genel grev ilan etmişler, ülke çapında uygulanmak istenen özelleştirme planının bir parçası olarak görülen tasarıyı şiddetle eleştirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı'nın ilgisiz tavrını protesto eden doktorlar, Atina ve Selanik'te bulunan altı hastaneyi işgal etmişler, acil durumlar dışında hasta kabul etmemişlerdir (91, 92).

İngiltere'de, özelleştirme uygulamaları NHS'ye ayrılan bütçe payının azaltılması ile ön plana çıkarılmaya çalışılmıştır. Devlet hastanelerinin bir kısmının özel laboratuvarları kullanmaya başlaması, yine bu hastanelerin temizlik, çamaşır ve mutfak hizmetlerinin özel sektör firmalarına ihale ile verilmesi, İngiltere'de sağlık sektörünün özelleştirilmesinin adımlarını oluşturmaktadır. Diğer bir yöntem olarak da vakıfların ve yardım kurumlarının sektöre girmeleri teşvik edilmiştir. İngiltere'de uygulanan özelleştirme yöntemi temelde sağlık sektöründeki kısıtlamaların kaldırılmasını öngörür bir yöntemdir (93).

İngiltere'de uygulanan özelleştirmeyle ilgili eleştirilerin başında denetim sorunu bulunmaktadır. Özel hastanelerde, verilen tedavi hizmetlerinin, yetersiz olduğu, özel sektörde çalışan hekimlerin deneyim sahibi olmadığı iddia edilmektedir. Konuyla ilgili olarak 24 Ocak 1992'de yayınlanan The Guardian Gazetesi'nin haberinde, “....NHS hastaneleri önünde oluşan hasta kuyruklarını kısaltmak amacıyla hastaların bir özel hastaneye yollanmasına NHS hastanesi cerrahları karşı çıktı. Cerrahların iddiasına göre, hastalar bu özel hastanede ihtisas kazanmamış, yeterli deneyim sahibi olmayan cerrahlar tarafından ameliyat edilmektedir.....” denilmekte ve eleştiriler denetim sorunu üzerinde yaygınlık kazanmaktadır (94). İngiltere New Castle'da özelleştirmelere karşı, Ekim 2003 tarihinde hastanelerde 24 saatlik greve gidilmiştir. HSU (Sağlık Hizmet Sendikası) grevin ülkedeki tüm sağlık kurumlarına endüstriyel grev olarak yaygınlaşabileceği konusunda toplumu uyarmıştır (91).

Uzun yıllar siyasal çalkantılarla sarsılan Şili'de özelleştirme uygulamaları 1970'li yıllardan itibaren yürürlüğe konulmuştur. Sağlık sektöründeki özelleştirmeler ise kademeli olarak yürütülmüş, öncelikle sağlık sektöründeki devlet tekeli kaldırılmış, kamu sağlık

hizmetlerine ayrılan bütçe payı giderek azaltılmıştır. Daha sonra da hastaların sosyal sigorta sisteminden özel sigorta sistemine geçmesi teşvik edilerek, sağlık sektörü finansmanının devlet bütçesi yerine özel sektör tarafından karşılanması sağlanmıştır (95).

Şili’de uygulanan özelleştirmeye birlikte kamu sağlık sektöründe çalışan hekim sayısı giderek düşmüş, bununla birlikte hemşire ve teknisyen sayısında bir artış söz konusu olmuştur. Kamu sağlık sektöründe çalışan hekimlerin sayısındaki azalma hekimlerin özel sektörde çalışmayı tercih etmeleri ve aynı zamanda devletin kamu sağlık sektöründe düşük maliyetli personel tutarak, doktorların verdiği hizmeti özel sektöre kaydırması ile ilgilidir (91).

Şili’de kamu sağlık sigortasından, özel sağlık sigortalarına geçişte ülkede pek çok tartışmalar çıkmıştır. Bu tartışmalar, ülkenin kamu sağlık sigortasının çok köklü geçmişi olmasıdır. Sosyal güvenlik sistemini Latin Amerika’da ilk uygulayan ülke olmasına bağlıdır. Ülkede uygulanan özelleştirme programı kamu sağlık sektörü çalışanları tarafından olumsuz karşılanmakla beraber, iktidarın kararlılığı ve ülke ekonomisinin içinde bulunduğu durumda kamu sağlık sektörü finansmanının giderek zorlaşması nedeniyle özelleştirmenin uygulanmasında zorlu bir engel olarak hükümetin karşısına çıkmamışlardır (95).

Özelleştirme çalışmalarına 1985 yılından itibaren hız veren Kosta Rika’da özelleştirme uygulamalarını yapmak için büyük bir devlet kurumu niteliğinde olan Kosta Rika Kalkınma Kurumu (CODESA)’na görev verilmiştir. Temel olarak hükümete kaynak yaratma amacını güden özelleştirme uygulaması istenildiği düzeye erişememiş; 1995 yılına kadar yapılan uygulamalar programlananın çok gerisinde kalmıştır. Kosta Rika hükümeti eğitim ve sağlık alanında da özelleştirme uygulamalarına gitmek istemiştir. Bu amaçla yapılan tasarılar sendikacılar ve öğrencilerin kitle gösterileri ve şiddetli muhalefeti nedeniyle rafa kaldırılmıştır. Eylemlerin son bulması amacıyla 1991 yılı sonlarına doğru Maliye Bakanı istifa etmek zorunda kalmıştır (96).

Kosta Rika örneğinde de açıkça görüldüğü gibi toplumun ve sektör çalışanlarının onayı ve düşüncesi alınmadan yapılacak uygulamalar başarısızlığa mahkum kalmakta ve ülkelerde siyasi iktidarların istifasına, toplumsal ayaklanmalara neden olmaktadır (91).

Portekiz’de Nisan 2002’de yetersiz personel, nöbet ücretlerinin azlığı ve sağlık sistemindeki yetersizlikler nedeniyle hekimler tarafından üç günlük grev yapılmıştır. Fransa’da Ocak 2002’de pratisyen hekimler ücretlerinin artırılması için iki ay süreyle grev yapmışlardır (91, 92).

Avusturalya 1990'lı yılların başında kamu sağlık sistemini desteklemek amacıyla, 80 bin sağlık çalışanın katıldığı bir günlük grevde sağlıkta katkı payına karşı bir duruş sergilemiştir (91).

San Salvador'da Şubat 2002 tarihinde kamuda çalışan doktorlar ve diğer sağlık çalışanları sağlık sisteminin özelleştirilmesine karşı greve gitmiştir. Benzer grevler 1998 ve 2000 yılında da yapılmıştır. 1998 yılı grevinde hükümet doktor sendikasının yasa çalışmalarına katmayı kabul etmiş; ancak bu sözünde durmamıştır (91, 92).

Özelleştirmelerin sağlık alanındaki olumsuz etkilerinden, sağlık hizmet sunumundaki bozukluklara, maaş artışından sigorta primlerinin yüksekliğine kadar birçok konuda, Dünya'nın birçok ülkesinde eylemler yapılmıştır. Bu eylemlerin özelliği "endüstriyel grev" denilen klasik grevden farklı olarak acil hastalara bakılmasıdır (91).

2.1.6.2. Türkiye'de Sağlık Sektöründeki Çalışanların Özelleştirmeye Karşı Görüş ve Tutumları

Sektör çalışanlarının özelleştirmeye karşı oluşturdukları tutumlar genel olarak özelleştirmenin başarılı olmasında belirleyici olmaktadır. Özellikle sağlık sektörünün toplumsal olarak üstlendiği görev, sağlık sektörü çalışanlarının tutum ve düşüncelerinin kamuoyunu yönlendirmede oldukça güçlü bir pozisyona getirmektedir (91, 97).

Gerek sağlık sektörünün yapısı, gerekse Türkiye'nin uzun yıllar devletçilik anlayışıyla yönetilmesi nedeniyle, sağlık sektöründe yapılmak istenen özelleştirme veya reform çalışmalarına toplumun ve sektör çalışanlarının olumlu olarak yaklaştığı söylenemez.

Diğer yandan sağlık sektöründe giderek artan sorunların öncelikle çözüme ulaştırılması için uygulanması düşünülen özelleştirme veya reform paketi, ideolojik olarak da tepki alabilmekte kamusal yararın ön plana çıktığı sektör için kar amacı gütmeyen etik olarak yanlış bir uygulama veya söylem olduğu düşünülmektedir.

Sağlık sektöründe etkin bir rol üstlenen hekim, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, sektörde yapılacak özelleştirmeye karşı oluşturdukları tutumla bu harekete destek verme veya onaylamama girişimiyle uygulamanın başarısını doğrudan etkileyebilme gücünü ellerinde bulundurmaktadırlar.

2.1.6.2.1. Hekimlerin Görüş ve Tutumları

Sağlık sektöründe ağırlıklı bir konumda bulunan hekimler, sektörde en fazla söz sahibi olarak dikkat çekmektedir. Dolayısıyla özelleştirme çalışmalarına karşı oluşturdukları tutumda, bu grubun belirleyici bir etkiye sahip olduğu söylenebilir.

Meslek üyelerinin hak ve yararlarını korumak amacı ile kurulmuş kamu kurumu niteliğinde bir mesleki kuruluş olan Türk Tabipleri Birliği (TTB), aynı zamanda sağlık sektöründeki özelleştirme uygulamalarını en çok eleştiren kurumların da başında gelmektedir (98).

Türk Tabipleri Birliği'nin sağlık sektöründeki özelleştirmeye karşı açıkça olumsuz tutum sergilemesi ve Sağlık Bakanlığı'nın meslek birliklerini karşısına alması, kamu sektöründe çalışan hekimlerin özelleştirmeye karşı tutumlarının olumsuz yönde eğilim kazanmasını teşvik etmektedir (91).

Sağlık sektöründe çalışan hekimlerin de içlerinde bulunduğu gruplar özelleştirme aleyhine gösteriler düzenlemiş ve toplumu da olumsuz yönde tepki vermeye çağırmışlardır. En son Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ), Hak İşçi Sendikaları Konfederasyonu (HAK-İŞ), Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK), Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK), Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB), Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Kamu İşletmeciliğini Geliştirme Merkezi Vakfı (KİGEM) olarak, 26-27 Mayıs 2005 tarihlerinde Ankara'da birlikte gerçekleştirdikleri ve emek örgütlerinin üyeleri, bilim insanları ve basın emekçilerinin hazırladıkları 9 adet çağrılı bildiriye, 16 adet sektör raporunu ve duyarlı her yurttaşa söz verilen forumu içeren "20. Yılında Türkiye'de Özelleştirme Gerçeği" konulu Sempozyum sonunda açıklamışlar ve özelleştirmeye karşı görüşlerini bildirmişlerdir (99).

Bu süreç içinde hekimlerin özelleştirmeye karşı tutumları genel olarak kararsız görünmekle birlikte, küçümsenemeyecek bir bölümünün de özelleştirmeye karşı olumlu bir tutum içinde olduğu gözlenmektedir.

2.1.6.2.2. Hemşirelerin Görüş ve Tutumları

Sağlık çalışanlarının önemli bir bölümünü hemşireler oluşturmaktadır ve 2004 yılı için hemşire sayısı 81064'dür. Bu sayı tüm sağlık personelleri arasındaki en yüksek ikinci rakamı oluşturmaktadır (100).

THD genel başkanının 2006 Ocak ayında derneğin internet sayfasında yaptığı açıklamada Genel Sağlık Sigortası (Döner Sermaye, Performansa Dayalı Döner Sermaye), Aile Hekimliği, Sağlıkta özerkleştirme/özelleştirme gibi politikalara karşı olduklarını ifade etmiştir (101). Türk Hemşireler Derneği (THD) İzmir Şubesi Eylül 2004 yılında Türk Tabipleri Birliği İzmir Tabip Odası ve Sağlık ve Sosyal Emekçileri Sendikası İzmir Şubesi'nin ortaklaşa düzenlediği "Dünyada ve Türkiye' de Sağlıkın Yeniden Yapılanması, Topluma ve Çalışanlara Etkileri" Sempozyumunda özelleştirmeye karşı olumsuz tutumunu ortaya koymuştur (102).

Sağlık sektöründe çalışan hemşirelerin, diğer sağlık personelleri gibi özelleştirmeye ilgili net bir tutum içinde bulunmadığı açıktır. Bununla birlikte gerek özelleştirme uygulamalarının başlamaması, gerekse konuyla ilgili bilgilendirmenin yeterince yapılamaması, hemşirelerin özelleştirmeye karşı açıkça olumlu veya olumsuz tepkiler göstermesini engellemektedir.

Gürsel'in, kamu sağlık sektöründe özelleştirmeye geçiş sürecinde çalışanların tutumlarını incelediği araştırmada, hemşirelerin özelleştirmeye kısmen destek verdikleri saptanmıştır (103)

Samancı'nın çalışmasında, hemşirelerin %63'ünün özerkleşmeyi istedikleri saptanmasına karşın, diğer sağlık çalışanlarına göre özerkleşen hastanelerde çalışmayacağını bildirenlerin oranı hemşirelerde daha yüksektir (104).

Dinç ve arkadaşlarının, Harran Üniversitesi'nde çalışan 120 hemşire üzerinde yürüttükleri çalışmada; %70.3'ünün Sağlıkta Dönüşüm Programını daha önce hiç duymadıkları, duyan hemşirelerin çoğunluğunun (%70.9) bu sistemde hemşirelik mesleğinin görev ve sorumluluklarının yok olacağını ifade ettikleri saptanmıştır (105).

Körükçü ve arkadaşlarının, 207 hemşire üzerinde yürüttükleri çalışmada; hemşirelerin %68.6'sının sağlıkta dönüşüm projesi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları, %41.5'inin genel sağlık sigortası ile tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabileceğini düşündükleri saptanmıştır (106).

Yılar ve Öztürk'ün "Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Ebe ve Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri Doğrultusundaki Görüşleri" isimli çalışmada, ebe ve hemşirelerin %76.97'u "Genel Sağlık Sigortası'nın toplumun sağlık düzeyini olumlu etkileyeceğini, %65.1'i sağlık hizmetleri finansmanının tek elde toplanmasını olumlu bulduğunu ve %22.2'sinin bu fikri

benimsedikleri saptanmıştır. Ebe ve hemşirelerin “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile hayata geçirilmesi planlanan değişimlere olumlu yaklaştıkları saptanmıştır (107).

Genel olarak hemşireler, kamu sağlık sektöründeki özelleştirmeye karşı kararsız bir tutum içindedir.

2.1.6.2.3. Diğer Sağlık Çalışanlarının Görüş ve Tutumları

Bu grupta yer alan, hekim ve hemşireler dışındaki sağlık çalışanlarının, genel olarak hekim ve hemşire grubundan daha değişik bir tutum sergilediğini söylemek güç olacaktır. Diğer sağlık çalışanları da, hekim ve hemşireler gibi kamu sağlık sektöründeki özelleştirme çalışmalarında genel olarak net bir tutum sergilememektedirler.

Emek Platformu, 18.01.2005 tarihinde toplanarak Hükümet tarafından hazırlanan ve TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu gündeminde olan, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu tasarısına, toplumun sosyal güvenlik ve sağlık haklarını tehdit ettiği, kazanılmış hakları ortadan kaldırdığı, sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarını ticari işletmelere dönüştüreceği gerekçeleri ile karşı çıkmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programının finansmanını sağlamak amacıyla hazırlanan “Genel Sağlık Sigortası”nın mevcut sağlık haklarını geriye götüren düzenlemelerine Emek Platformu, sağlık hakkını ortadan kaldıracağı gerekçesiyle karşı çıkmaktadır (108).

Bununla birlikte söz konusu grubun özelleştirme çalışmalarına karşı bağlı oldukları sendika ve dernekler gibi özelleştirmeye karşı olumsuz yaklaştığı söylenemez.

Bunun başlıca nedeni; özelleştirmeyle ilgili bilgilerinin yeterli olamamasından dolayı net bir tavır ortaya koymanın güçlüğüdür. Diğer yandan, kamu sağlık sektöründe yapılacak özelleştirmeyle ilgili olarak söz konusu grubun diğer grupların aksine, özelleştirmede etkin bir rol oynadığı söylenemez.

Kaplan’ın Sağlık Bakanlığı hastanelerinin özleştirilmesi ve özleştirilmesi hakkında sağlık personelinin düşüncelerini incelediği araştırmada, hastanelerin özleştirilmesi ile sağlık hizmetlerinin ticari bir meta olabileceğini dolayısıyla insanların çoğunluğunun sağlık hizmetlerinden yoksun kalabileceğini (%85.5) düşündükleri saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %74.5’inin hastanelerin özleştirilmesi ile hastaların serbestçe hekim ve hastane seçebileceklerini düşündükleri gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunun hastanelerin özleştirilmesi ile sağlık hizmetlerinin fiyatının artacağını, hastanelerin özleştirilmesi fikrine karşı olan personelin %51.2’sinin, hastanelerin

özelleştirilmesi ile, bölgesel eşitsizliklerin artacağını, %60.6'sının sağlık hizmetlerinin güvenilirliği ve kalitesinin düşmeyeceğini, büyük çoğunluğunun özerkleşme ve özelleştirme ile hizmet kalitesinin artacağı düşüncesinde oldukları saptanmıştır. Personelin %86.5'inin, hastanelerin özelleştirilmesi ile sağlık hizmetleri fiyatında artış olacağını, %84.4'ünün sosyal güvencesi olmayan hastaların mağduriyetinde artmanın gerçekleşeceğini düşündüklerini saptamıştır. Ayrıca sağlık çalışanlarının %60.62'si hastanelerin özelleştirilmesi sonucu verimli çalışan tüm personelin kazançlı çıkmayacağını düşündüklerini, %58.1'inin, hastanelerin özelleştirilmesi ile sağlık çalışanlarının işsiz kalma olasılığının artacağını düşündükleri saptanmıştır. Personelin %73.2'sinin, hastanelerin özelleştirilmesi ile sağlık personelinin iş olanağı konusunda sıkıntıların olabileceğini ve %59'unun iş güvenliğinin daha iyi sağlanamayacağı, %74.3'ü ücret sorununun çözülemeyeceğini düşündükleri saptanmıştır (109).

Gürsel'in, kamu sağlık sektöründe özelleştirmeye geçiş sürecinde çalışanların tutumlarının incelendiği araştırmada, çalışanların kararsız bir tutum içinde oldukları saptanmıştır (103).

2.1.6.3. SENDİKALARIN ÖZELLEŞTİRMeye YÖNELİK GÖRÜŞLERİ

Dünya'da 1980'li yıllarda ve ülkemizde bir ekonomik sistem tercihi olarak tartışılmaya başlanan özelleştirme, kavram, uygulama ve en önemlisi de iktisadi ve sosyal hayata yapacağı olumlu ve olumsuz etkileri ile gündemde oldukça fazla yer almaktadır. İktisadi açıdan ekonomiye yapacağı olumlu katkılar sık sık dile getirilmekte, sosyal yönüne ilişkin sonuçları göz ardı edilmektedir (88). Sendikaların özelleştirme karşıtı tavırları 1990'lı yıllarda belirginleşmeye başlamış, 5 Nisan 1994 kararlarında özelleştirme ile ilgili uygulamalara ağırlık verilmesi ve kamuoyunda büyük yankılar uyandırması ile de iyice artmıştır (89).

Özelleştirmenin, gündeme geldiği bütün ülkelerde bir karşı koyma hareketi görülmüştür. Politikacılar, ideolojik düşüncelerine bağlı olarak aydınlar, üreticiler, tüketiciler, bayiler ve özellikle de sendikalar özelleştirmeye karşı koyma hareketi içinde yer almışlardır. Özelleştirmenin, sendikaların varlık sebebi olan çalışanlara yapacağı etkiler sebebiyle bu yönde taraf olmaktadır. Ayrıca örgüt olarak varlıklarına doğrudan etki yaratacağı için özelleştirmenin doğal tarafları olmaktadır (80, 81). Sendikalar özelleştirmeye karşı olan tavırlarının gerekçelerini, sosyal alanda ortaya çıkacak sorunların göz ardı edilerek sadece

iktisadi yönleri ile ele alınan bir özelleştirme politikasının geliştirilmesi olarak açıklamaktadırlar (81, 86).

Ülkemiz, özelleştirme kavramının ilk olarak gündeme geldiği ülkelerin başında gelmesine rağmen, geçen on yıllık sürede yaygın bir özelleştirilme gerçekleştirilememiştir. Bu dönemde, özelleştirmenin sosyal alanda etkileri ortaya çıkmadığı için sendikalar bu konuda bir tavır ortaya koymamışlardır (86).

Sonuç olarak, Türk sendikalarının özelleştirme ile ilgili izlediği politikalar, siyasi iktidarların gerçekleştirmek istedikleri politikaları gerçekleştirmeyi engelleyecek veya önleyecek boyuta ulaşmamıştır (90).

Sağlık sektörünün özelleştirilmesinde başarılı olabilmenin şartı olarak görülen uzlaşmanın oluşmasında en önemli etken, sektör çalışanlarının ve bağlı oldukları örgütlerin kaygılarını gidermek, özelleştirme programlarını yaparken, tarafların tutumlarını, önerilerini en yüksek düzeyde dikkate almak şeklinde ortaya çıkmaktadır (92, 97).

2.2. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SENDİKAL ÖRGÜTLENME

2.2.1. Sağlık Sektöründe Sendikal Örgütlenmenin Tarihçesi

Ülkemizde 1950’li yılların başlarına kadar sağlık alanında sendikal örgütlenmeye rastlanmamaktadır. 1950’li yıllar ise sağlık iş kolunda işçi sendikalarının görülmeye başlandığı dönemdir. 1954 yılında kurulan “İstanbul Sıtma Savaş ve Hastane İşçileri Sendikası” bunların ilkidir (110).

1961 Anayasası ve bu dönemin özgürlükçü yasaları ile toplu sözleşmeli bir dönem başlamıştır. Altmışlı yıllarda sağlık işkolunda ikinci işçi sendikası, 1961 yılında İzmir’de kurulan “Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası”dır. Bu sendika 26.02.1962 yılında yapılan ilk genel kurulu’nda Türk-İş’e üye olma kararı vermiştir.

Bu iş kolunda kurulan üçüncü işçi sendikası 27.03.1962 yılında İstanbul’da kurulan “Türkiye Sağlık İşçileri ve Personeli Sendikası”dır. Bu sendika, İstanbul Verem Savaş Derneği Erenköy Senatoryumu’nda işkolunun ilk işyeri toplu iş sözleşmesini gerçekleştirmiştir (111, 112).

İzmir’de kurulu bulunan Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası ile İstanbul’da kurulu bulunan Türkiye Sağlık İşçileri ve Müstahdemleri Sendikası 1964 yılında birleşerek “Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası” kısa adı ile Sağlık-İş adını almışlardır. Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, aynı yıl yaptığı olağanüstü genel kurul ile genel merkezin Ankara’ya taşınmasına ve Uluslararası Kamu Çalışanları Federasyonu (Public Services International: PSI)’na üyelik başvurusu yapmaya karar vermiştir. İstanbul’da 14.02.1965 yılında kurulan ve bu iş kolunda dördüncü işçi sendikası olan Türk Sağlık-İş Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası’na katılma kararı almıştır (110, 111).

Sağlık işçilerinin örgütlenmesi aşamasında karşılaşılan sorun kamu kesiminde çalışanların sendika üyesi olup olamayacaklarının diğer bir deyişle, işçi mi memur mu oldukları tartışmasıdır. 1963 yılında 274 sayılı sendikalar ve 275 sayılı Toplu İş Sözleşmesi ve Grev ve Lokavt Yasaları’nın yürürlüğe girmesi ile birlikte yapılan örgütü mücadele sonunda kamuda çalışan sağlık personelinin önemli bir bölümünün SSK’lı olması yoluyla işçi statüsüne aktarılmaları ve toplu iş düzeninden yararlanmaları olanaklarına kavuşturulmuştur (111, 112).

Sağlık işkolunda 1960’lı yıllar memur sendikalarının da görülmeye başladığı dönemdir. 1961 anayasası, sendika hakkını düzenleyen 46. maddesinde, çalışanların ve işverenlerin önceden izin almaksızın sendikalar ve sendika birlikleri kurma, bunlara özgürce

üye olma ve üyelikten ayrılma haklarına sahip olduklarını açıkça belirttikten sonra, “işçi niteliği taşımayan kamu hizmeti görevlilerinin bu alandaki haklarının kanunla düzenleneceği” hükmüne yer vermiştir. Bu hükme dayanarak 08.06.1965 tarihinde kabul edilen ve 17.06.1965 tarihinde yürürlüğe giren 624 sayılı Devlet Personeli Sendikalar Kanunu, kamu görevlilerine sendika kurma olanağı sağlamış ve bu dönemde kurulan sendikaların sayıları kısa zamanda 500’e ulaşmıştır. Ancak bu yasaya göre memurların toplu sözleşme ve grev hakkı yoktur. Dolayısıyla yasa, memur sendikalarını gerçek sendikal işlevler yerine getiren örgütler olarak değil, sadece yönetime yardım eden ve adı sendika olan kuruluşlar olarak düzenlenmiştir (110, 111).

Geleneksel devlet ve memur anlayışını bozmayan ve devlete karşı çıkmayan, devletle işbirliği içinde olup ekonomik savaşım gütmeyen bir sendikacılık öneren 624 sayılı yasa ancak altı yıl uygulanabilmiştir. 1971 tarihinden sonra memurların sendikalara üye olmaları açıkça yasaklanırken işçilerin sendikal haklarının da kapsamı daralmıştır (113).

Memurların sendika kurmalarının yasaklandığı dönemde memur dernekçiliğinde büyük bir sıçrama yaşanmıştır. Bu dönemde kurulan Tüm-Der (23.01.1975) gibi tüm memurları kapsamayı amaçlayan derneklerin yanı sıra, Tüm-Sağlık-Der gibi sadece sağlık çalışanlarını kapsamayı amaçlayan dernekler de kurulmuştur (113).

Sağlık işkolunda 1970’li yıllar aynı zamanda işçi sendikalarının kurulma sürecinin devam ettiği yıllardır. Nitekim 24 Aralık 1973 yılında Birleşmiş Sağlık İşçileri Sendikası adı ile kurulan ve bu yıllarda çok güçlü bir sendikal hareket yakalayan Devrimci Sağlık-İş bunlardan biridir. Bu dönemde Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK) üyesi olan Hastane İşçileri Sendikası da iyi bir örgütlülük düzeyi yakalamıştır (112).

Sağlık personeli için 1980’li yıllarda sendikal hakları için hem anayasal hem de yasalar düzeyinde bazı değişiklikler olmuştur. Bu dönemde işçi statüsünde çalışanlara sendikal haklar açıkça tanımlanmıştır. Ancak, memur statüsünde çalışanlar için 1982 Anayasası’nda bir yasaklama söz konusu değilken, bazı yasalar buna engel olacak hükümler taşımaktadır. Ancak 1980’li yılların sonlarına doğru memurların sendikal haklarını anayasal düzeyde yasaklayan bir hüküm olmadığının keşfi ve Anayasa’nın 90. maddesine göre onaylanan uluslararası belgelerin memurlara sendikal haklar tanınması ile yoğun bir sendikalaşma süreci başlamıştır (110, 114).

Bu dönemde sağlık alanında da sırasıyla 26 Ekim 1990’da İstanbul’da Sağlık Emekçileri Sendikası (Sağlık-Sen), 11 Ocak 1991’de İstanbul’da Tüm Sağlık Çalışanları

Sendikası (Tüm Sağlık-Sen) ve 19 Şubat 1991’de Ankara’da Genel Sağlık İşkolu Kamu Görevlileri Sendikası (Genel Sağlık-Sen) adıyla üç ayrı sendika kurulmuştur (110, 111,112).

2.2.2. Sendikacılık Anlayışı ve Günümüzde Sendikal Faaliyetlere İşlerlik

Kazandıran Hukuki Düzenlemeler

Temel hak olarak ferdi sendika özgürlüğü, pozitif sendika özgürlüğü ve negatif sendika özgürlüğü olarak ele alınabilir. Pozitif sendika özgürlüğü, işçilerin ekonomik ve sosyal durumlarını geliştirmek amacı ile serbestçe sendika kurma ve kurulmuş sendikalara girme haklarını ifade eder. Anayasamız 51. maddesi ile çalışanlar sendikalara serbestçe üye olma hakkını vermektedir. 2821 sayılı Sendikalar Kanunu md. 22/1’de de mesleki kuruluşlara üye olmanın isteğe bağlı (ihtiyari) olduğunu ifade etmektedir (115).

Buradan hareketle, işçinin sendikaya üye olmasını hatta mevcut sendikalar içinde bir tercih yapmasını yasaklayıcı, sınırlayıcı ve önleyici her türlü düzenleme ve tedbir hem Anayasaya hem de kanuna aykırılık teşkil edecektir. Ayrıca Uluslar Arası Çalışma Örgütü’nün 87 sayılı Milletlerarası Sözleşmesinde sendika özgürlüğü ve sendikalaşma hakkı ikinci maddede de yer almaktadır (113,116).

Sendikaya üye olmama, üyelikten çekilme özgürlüğü şeklinde tanımlanan negatif sendika özgürlüğü ile ilgili olarak 1948 tarihli 87 sayılı “Sendika Hürriyeti ve Sendikalaşma Hakkının Korunmasına Dair Sözleşme”de, 1949 tarihli ve 98 sayılı “Teşkilatlanma ve Kollektif Müzakere Hakkı” uluslararası sözleşmesinde, 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde diğer milletlerarası belgelerde bir düzenlemeye rastlanılmamaktadır. Genellikle bu belgelerde sendika özgürlüğünün pozitif yönüyle ilgilenilmekte negatif yönüne değinilmemektedir. Bu durumun nedeni, pozitif sendika özgürlüğünün esasen negatif sendika özgürlüğünü de kapsadığı düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Sendika özgürlüğü bir bütün olarak düşünülüp güvence altına alınmak istenmiştir (111, 114).

Sendikalarla ilgili 2821 sayılı kanunun 31/1’de gerek olumlu gerekse olumsuz sendika özgürlüğü, bireyin hangi taraftan gelirse gelsin herhangi bir müdahaleye karşı korunduğunu ortaya koyar. Bendeki ifade de “işçilerin işe alınmaları belli bir sendikaya girmemeleri veya üyelikten istifa etmeleri şartlarına bağlı tutulamaz” şeklinde olumlu olduğundan işverenlerin işçileri kendi kontrollerindeki sendikalara girmeye zorlamalarının da önlenmesi istendiği anlaşılmaktadır (116).

Sendika özgürlüğü dar ve geniş anlamda olmak üzere iki şekilde ele alınabilir. Dar anlamda sendika özgürlüğü, tek başlarına ekonomik yönden zayıf olan çalışanların ortak ekonomik, sosyal ve kültürel çıkarlarını korumak ve geliştirmek amacı ile serbestçe sendika kurma, sendikalara girme ve sendikadan çıkma haklarını ifade etmektedir. Geniş anlamda sendika özgürlüğü ise, tek bir özgürlüğü değil fakat bir özgürlükler bütününe ifade etmektedir (115, 116).

Bir ülkede demokratikleşmenin ölçüsü, tabandan gelen hareketlerin, sivil örgütlerin, sendikaların, derneklerin siyasi yaşamdaki etkileridir. Sanayi toplumlarının en güçlü sivil örgütlenmesi ise sendikalardır.

2.2.3. DÜNYA'DA HEMŞİRELERLE İLGİLİ MESLEKİ ve SENDİKAL ÖRGÜTLER

ABD'de hemşirelerin mesleki örgütlere üye olmaları, “mesleklerinin gelişimine katkı sağlama olanağı” olarak nitelendirilmektedir. Buradaki mesleki örgütler, bölgesel düzeyde, eyalet düzeyinde ve federal düzeyde olmak üzere farklı düzeylerde ya da tüm düzeylerde birden, hemşireler adına davranma ve söz söyleme yetkisine sahip olabilmektedir (117).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association: ANA)'ne lisanslı (hemşirelik yapma yeterliliğine sahip) hemşireler üye olabilmektedir. Bin dokuz yüz yetmiş yılında tüm lisanslı hemşirelerin %29.1'inin içinde örgütlendiği ANA'da bugün tüm lisanslı hemşirelerin yalnızca %12.1'i temsil edilmektedir (117).

ANA'nın sıradan mesleki örgütlerden farklı olarak 1979 yılında sendikalara ilişkin düzenlemeleri içeren Taft-Hartley yasasında yapılan düzenlemelerden yararlanarak, aynı zamanda sendikal örgütler gibi faaliyet yürütebilme hakkı kazanmıştır. Bu durum ilk dönemlerde örgüt içerisinde sıkıntıya yol açmıştır. O dönemde çalıştıkları kurumlarda yönetsel roller üstlenen hemşireler, mesleki örgütlerinin sendikal faaliyetler yürütebilme ehliyeti kazanması sonrasında bir ikilem yaşamışlar ve yöneticilik rollerinden kaynaklanan nedenlerle mesleki örgütlerden ayrılmak durumunda kalmışlardır (117, 118).

İngiltere'de hemşireliğin profesyonelleşme çabalarında büyük rol oynadığı bilinen mesleki örgüt Kraliyet Hemşirelik Birliği olarak tanınmaktadır. Kraliyet Hemşirelik Birliği (Royal College of Nursing: RCN), hemşireliğin mesleki gelişimine katkı sağlamakta, hemşirelik mesleği üyelerinin haklarının korunmasında ve hemşirelerin “yaptıkları işten gurur duyan” insanlar haline gelmelerinde önemli rol oynamaktadır. Kraliyet Hemşirelik Birliği bir

mesleki örgüt olarak mesleki alanda bilgi birikiminin artırılmasını ve yaygınlaştırılmasını, spesifik alanlarda uzmanlaşmak isteyenlere özgü çalışmalar yürütülmektedir (119).

Kraliyet Hemşirelik Birliği, 1977 yılında mesleki örgüt dışında sendikal örgütlere özgü faaliyet yürütebilme izni alan ve bu özelliği ile ANA'ya benzeyen bir örgüt olarak tanınmaktadır. Ülkenin en büyük Sendikalar Konfederasyonu'na (TUC) üye olmak konusunda, birlik içerisinde yapılan oylama sonucu çoğunluğun bağımsız kalmak yönünde oy kullanması üzerine, bugün hala sendikalar konfederasyonundan ayrı olarak faaliyetlerini yürütmektedir (119).

Salvage, hemşirelerin sendikal örgütlere, çalışma koşullarının iyileştirileceği ve ücretlerinin artırılabileceği beklentisiyle üye olduklarını belirtmektedir. Ulusal Sağlık Hizmetleri kapsamında çalışan 400.000 hemşirenin büyük bölümünün bir mesleki veya sendikal örgüte üye gözükmekle birlikte, aktif olarak çalışanların azınlıkta olduğu vurgulanmaktadır (119).

İngiltere'de hemşirelerin ücretlerinin düşük olması, hemşireliğin kadın işi olarak görülmesi, hizmet sektöründe yapılan bir iş olması ve ağırlıklı olarak da kamuda çalışıldığı için, ülkenin ekonomik durumundan diğer mesleklere göre daha doğrudan etkilenmesi söz konusudur. Ekonomik duruma bağlı olarak o yıl sağlığa ayrılan bütçenin belirlenmesi ve ekonomik durgunluk yaşandığında bütçeden sağlığa ayrılan payın düşürülmesi nedeniyle sıkıntılar yaşanmaktadır (119).

Örgütlenme konusunda pek çok kaynakta örnek gösterilen bir ülke olan İsveç'te üç farklı sendikal konfederasyon faaliyet yürütmektedir (120).

İsveç'te 1775 yılında "Ebeler Evi"nin açılması ile sağlık alanında örgütsel çalışmaların ilk adımı atılmış, 1886 yılında da Göteborg Ebeler Birliği olarak "birlik" adı altında örgütsel çalışmalara başlamış ve 1888 yılında sendikal faaliyetlere yönelik bir yayın çıkarılmıştır. İzleyen dönemde 1910 yılında, hemşireler birliğinin kurulması ve ebeler birliği ile koordine bir biçimde çalışması göze çarpmaktadır. Bu örgütlerin birlikte faaliyet yürüterek 1921 yılında kadınlara oy hakkı tanınması gibi siyasal hakların elde edilmesinde oynadıkları rol dikkat çekmektedir (120).

Mesleki örgütlerin yaygınlaşması ve Göteborg, Stockholm gibi şehirlerin dışında da kurulması ile bu örgütler özel mesleki sorunlarla ve mesleki eğitimin yetersizliğine ilişkin sorunlarla ilgilenmeye başlamıştır. Bin dokuz yüz otuzlu yıllarda Hemşireler Birliği'nin, hemşirelerin ücret ve iş güvencesi gibi sendikal haklarını içeren sorunları gündeme getirilmiştir. Yürütülen bu çalışmalar sonrasında 1936'da hemşireler grev ve toplu sözleşme

yapma haklarını elde etmişlerdir. Laboratuvar Asistanları Birliği'nin 1942 yılında kurulması ile bu kez üç örgütün birlikte hareket etmeye başladıkları dikkat çekmektedir. Bu dönemde bazı hemşirelerin işlerinden atılması üzerine Hemşireler Birliği toplu iş bırakma kararı almış, bu karar üzerine yapılan baskılar sonucu geri adım atmak yerine, birlik üyesi hemşireler topluca işlerinden ayrılmışlardır. Sağlık bakımının tümüyle durması üzerine meclisin olağanüstü toplanması ve işinden atılan hemşirelerin işlerine geri alınmaları ile noktalanmış süreç, hemşirelerin ve ebelerin örgütlerine ve örgütsel çalışmalara güvenlerinin artması ile sonuçlanmıştır (120).

Bu üç birlik 1965 yılında federasyon çatısı altında organize olarak, 1976 yılında da mesleki birlik adını bırakıp, İsveç Sağlık Memurları Sendikası adını alarak çalışmalarını sürdürmüşlerdir. Bugün İsveç Sağlık Memurları Sendikası İsveç'teki en aktif sendikalardan biri olarak bilinmektedir. Bu örgütün üyeleri 88.000 olup %95'i ve başkanı kadındır. Sendikal örgüt, üyeleri için ücret ve iş güvenliği sağlamak, toplumsal gelişmeleri yakından izlemek, araştırma yapmak, sendikal ve mesleki eğitim yapmak, işsiz kalan üyelerinin ücretlerini ödemek ve en önemlisi sağlık politikalarını yönlendirmek gibi amaçlarla hareket etmektedir (120).

Roberts ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin sendikalı olma eğilimi şu kategorilerde tanımlanmıştır: kazançlar, ücretler, iş yeri koşulları, hasta bakımını aktif bir şekilde planlama yeteneği ve işlerin uygulanması ile ilgili problemlerin sonuçlanması (121). Breda'nın araştırmasında, 60 yataklı küçük bir hastanede, hemşirelerin kendi mevkileri için gerekli kazançları elde etmek amacı ile bir işçi sendikasıyla işbirliği içinde çalıştığı, hemşirelerin örgütlenme girişiminde, hastane yönetiminin aşırı baskı uygulaması ve özerk profesyonel uygulamalara karşı çıkmasına karşın, sendikaların ücret ve aynı zamanda profesyonel hemşirelik uygulamalarında dikkate değer sonuçlar elde ettiği saptanmıştır (122).

Link ve London, ABD'de 65 şehirde 317 hastanede yaptıkları çalışmada, %75 ve daha fazla hemşire temsil edildiği zaman, %75'den daha az temsil edilenlere göre hemşirelerin %5-10 daha fazla prim aldıkları saptanmıştır. Ayrıca kamu hastanelerinde sendikalaşma oranı ve hemşire ücretleri özel hastanelere göre daha yüksek bulunmuştur (123).

2.2.4. TÜRKİYE’DE HEMŞİRELERLE İLGİLİ MESLEKİ ve SENDİKAL ÖRGÜTLER

2.2.4.1. Mesleki Örgütler

Türk Hemşireler Derneği (THD) 23 Ağustos 1933’de gönüllü hemşireler tarafından “Türk Hastabakıcılar Derneği” adı altında kurulmuş bir dernektir. 3 Temmuz 1943 tarihinde Türk Hemşireler Derneği olarak adı değiştirilmiş ve 1949 yılında İsveç’in Stockholm şehrinde yapılan kongrede Uluslararası Hemşireler Konseyine (ICN) üyeliği kabul edilmiştir. Derneğin genel merkezi 1973 yılında İstanbul’dan Ankara’ya taşınmıştır (124, 125).

Hemşirelerin organize oldukları THD’nin tüzüğünde belirtilen amaçları; hemşirelik hizmetleri ve eğitimi ile ilgili standartları saptamak, hemşirelerin işlevlerini ve niteliklerini tanımlamak, toplumu hemşirelik hizmetlerinden beklmeleri gerekenlerle ilgili bilgilendirmek, sağlık ekibinin üreteceği hizmeti koordine etmek, araştırma yapmak, bakımın niteliğini ve etkinliğini değerlendirmek, gelişen teknolojiye yararlanarak en üst düzeyde bakım verilmesini sağlamak, meslek üyeleri arasında birlik, beraberlik ve dayanışma sağlamak olarak sıralanmaktadır. Görüldüğü gibi bir mesleki örgütün amaçları arasında yer alması gereken temel unsurlar, bu amaçlar listesinde yer almaktadır. Ancak, THD, dernek statüsünde çalışan bir örgüt olmasının da etkisiyle bu amaçlara tam anlamıyla ulaşmada sınırlı kalmaktadır (124, 125).

Türkiye’de, hemşirelik mesleğine ilişkin düzenlemeleri içeren yasa 28.02.1954 tarihinde yürürlüğe girmiş olan 6283 sayılı “Hemşirelik Kanunu”dur. Geçen 52 yıl içerisinde kanunda hiçbir değişikliğe gidilmediği bilinmektedir. Sağlık meslek gruplarının sayıca yeterli olanlarının mesleki birliklerini kurmaları, ulusal sağlık politikası içerisinde yer almışken, sağlık meslekleri içerisinde en yüksek sayıda çalışanı içeren hemşirelik mesleğinin odalaşması ve ilişkili mevzuatın çıkarılması noktasında bir tıkanma yaşanmaktadır (126, 127).

Türk Hemşireler Derneği’nden farklı olarak günümüzde özel dallarda uzmanlaşmış veya bu alanlarda çalışan hemşirelerin içlerinde organize olabilecekleri özel dal demeklerinin sayısı artmaktadır. Ayrıca hemşireliği, inceleme ve araştırmalara dayalı olarak geliştirmek ve mesleki hakların korunması ve geliştirilmesi için Hemşirelikte Araştırma-Geliştirme Derneği (HEMAR-G DER) kurulmuştur (128).

Türk Hemşireler Derneği’nin oda kurmak doğrultusunda çalışmalar yaptığı ve şu an “Hemşirelik ve Türk Hemşireleri Birliği Kanun Tasarısı”nın hazırlanmasında rol aldığı bilinmektedir (127).

Bengisu'nun 1967 yılında "Türk Hemşireliğinin Durumu ve Sorunları" başlıklı makalesinde bugünden hiç de farklı olmayan maddi ve manevi mesleki sıkıntılara değinilmektedir. Makalede çözüm önerilerinden biri olarak da, hemşirelerin güçlü mesleki ve sendikal örgütler kurmaları ve bunlar içinde aktif olarak çalışmaları önerilmektedir. Makalede Türk Hemşireler Derneği'nin mesleği ve meslek üyelerini temsil etmede yetersiz kaldığı vurgulanmakta ve bu yetersizliğin nedeni olarak da hemşirelik meslek örgütünün kamu kurumu niteliğindeki mesleki örgütler tanımına girmemesi, üye sayısının azlığı ve üyelerinin yeterince aktif çalışmadığı gibi saptamalar yapılmaktadır (129).

Harmancı'nın çalışmasında, hemşirelerin %28.1'inin bir mesleki örgüte üye olduğu, üye olanların çoğunlukla (%44.63) özel dal derneklerine üye olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %80.9'unun, meslekte söz sahibi bir örgüte sahip olmadıklarını düşündükleri gösterilmiştir. Ayrıca mesleki örgütlere ilişkin görüşleri incelendiğinde; %86.7'sinin mesleki örgütleri gerekli gördüğü saptamıştır (130). Oktay ve Baykal'ın çalışmasında da büyük çoğunluğun (%61,3) herhangi bir mesleki örgüte üye olmadığı belirlenmiştir (131).

Önder ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelerin %7.3'ünün bir mesleki örgüte üye olduğu, üye olan hemşirelerin %84.2'sinin THD'ne üye olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin %73.4'ünün THD'ne üye olmak istedikleri ve %60.7'si mesleki yeniliklerden haberdar olmak, %53.9'u meslek üyeleri ile dayanışma içinde olmak, %53.9'u hemşirelik kanun tasarısının kabulü için lobi oluşturmak veya siyasetçiler üzerinde baskı oluşturmak, %51.8'i örgütlü mücadelenin gerekliliği inancı nedeniyle üye olmak istedikleri saptanmıştır. Derneğe üye olmayan hemşirelerin üyeliğin kendisine (%50) veya mesleğine (%46.4) bir yarar getirmeyeceği inancı ve dernek yöneticilerinin derneği amacının dışında kullanabileceği kaygısı üye olmama nedenleri olarak saptanmıştır (132).

Gözüm ve arkadaşlarının Erzurum'da 175 hemşire üzerinde yürüttükleri çalışmada; %89.7'si THD'ni bildiğini, %45.5'i üye olmak istediğini ama üye olmadıklarını belirtmiştir. Üye olmama nedenleri olarak; %38.3'ü dernek faaliyeti hakkında bilgisi olmadığını, %30.9'u ulaşamadığını, %18.3'ü zamanının olmadığını, %18.3'ü ise güvenmediğini belirtmiştir. "Hemşireler mesleki örgütlerden ne bekliyor" sorusuna; %37.14'ü "hemşirelerin haklarının korunması", %33.71'i "hemşirelerin mesleki sorularıyla ilgilenmesi", %21.7'si "bilimsel destek", %14.9'u "meslek saygınlığını artırıcı girişimlerin yapılması" yanıtlarını vermişlerdir (133). Aynı biçimde Abay ve arkadaşları da hemşirelerin önemli bir çoğunluğunun (%77) mesleki bir derneğe gereksinim olduğunu belirtmesine karşın ancak %11'inin dernek üyesi

olduğunu saptamıştır. Çalışmada Türk Hemşireler Derneği'nin mesleği ve meslek üyelerini temsil etmede yetersiz kaldığı vurgulanmakta ve bu yetersizliğin nedeni olarak da hemşirelik örgütünün kamu kurumu niteliğindeki mesleki örgütler tanımına girmemesi, üye sayısının azlığı ve üyelerinin yeterince aktif çalışmadığı gibi saptamalar yapılmaktadır (125).

Ulusoy ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin %92'si hemşirelerin ülkemizde meslekte söz sahibi bir örgüte sahip olmadıklarını, %96'sı hemşirelikte örgütlenme olması gerektiği görüşünü belirtirken, tüm hemşirelerin sadece %38'i THD gibi bir mesleki örgüte üye olduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin mesleki bir örgüte üye olmama nedenleri arasında, mesleki örgütlerin çalışmalarını bilmemek (%15), üye olmak için zaman ayıramamak (%10) gibi nedenleri sıralamışlardır. Hemşirelerin %89'u ülkemizdeki hemşirelikle ilgili mesleki bir örgütün adını doğru yazarken, %48'i ülkemizdeki hemşirelerin THD çatısı altında birleşmeleri gerektiğini belirttikleri saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hemşirelerin mesleki örgütlere üyeliklerini desteklemesi, THD gibi mesleki örgütlerin çalışmalarını hemşirelere daha etkin duyurmaları önerilmiştir (134).

Öğrenci hemşirelerle yapılan çalışmalarda da, öğrencilerin yaklaşık 2/3'sinin bir mesleki derneğe üye olmak istedikleri saptanmıştır (135, 136, 137)

Günümüze çok farklı yıllara ait farklı kaynaklar incelendiğinde görülmektedir ki günümüze kadar hemşirelik mesleği üyeleri ve önde gelenleri tarafından sürekli olarak benzeri sorunlara değinilmekte ve en önemli çözüm önerilerinden biri olarak da hemşirelerin mesleki alanda organize olmaları gösterilmektedir (124, 138).

Sağlık personeli arasında sayısal olarak en büyük grubu oluşturan hemşireler, gerek meslekleriyle ilgili konularda, gerekse sağlık politikalarının belirlenmesinde söz sahibi olamamaktadırlar (126, 127, 138).

2.2.4.2. Sendikal Örgütler

Geçmişte hemşirelerin üyesi olabildiği sendikal örgütlerin varlığı ve bu örgütlerin 1965 yıl ve 624 sayılı Devlet Memurları Sendikaları Yasası'na dayanılarak kuruldukları bilinmektedir. Bunlara Türk Hemşireler Sendikası ve Türkiye Hemşire, Ebe, Sağlık Memurları Sendikası (HES) örnek gösterilebilir (129). Türk Hemşireler Sendikası yeterli üye sayısına ulaşamamış ve o dönemdeki siyasi politikalar nedeniyle kapanmıştır (125).

Hemşirelerin örgütsel çalışmalara ilgisini gösterebilecek bir veri HES'in ikinci kongresine ilişkin bir raporda yer almaktadır. Kongre raporunda, kongrede sendikaya üye

sağlık memurlarının sayısının daha fazla olduğu, hemşirelerin kongreye ve sendikal örgütlerin çalışmalarına ilgisiz kaldıkları ve kongreye gelen hemşirelerin söz almadıkları ve görüş bildirmedikleri belirtilmiştir (129).

Harmancı'nın (2003) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %77.7'sinin sendikal organizasyonlara üye olmadığını, %77.4'ünün 25 Haziran 2001 tarihli Kamu Görevlileri Sendikaları Kanunu'ndan haberdar olmadıklarını, sendikal organizasyonlara üye olan hemşirelerin %79.2'sinin sendika üyeliğinin özlük haklarının korunmasında faydalı olacağını düşündükleri için üye olduklarını belirttiklerini saptamıştır (130).

Günümüzde kamuda hemşirelerin üye olabilecekleri ve içlerinde sendikal örgütler arasında, daha önce sağlık iş kolunda faaliyet yürütülen sendikalar (Türk-Sağlık-Sen, SES, Memur -Sen, KESK) vardır.

BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, hemşirelerin sağlıkta özelleştirme ve sendikalaşma konularındaki görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir il merkezinde bulunan iki üniversite hastanesinde, hastanelerin Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüklerinden izin alınarak Ocak-Haziran 2005 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, İzmir il merkezinde bulunan iki üniversite hastanesinde çalışan 1481 sözleşmeli ve kadrolu hemşiredir. Araştırmaya katılmayı kabul eden ancak anket sorularının bir kısmını cevaplamayan 207 kişi araştırma örneğine alınmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve anket formunu tam olarak dolduran; 218 sözleşmeli, 255 kadrolu toplam 473 (%31.9) hemşire araştırmanın örneğini oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu uygulanarak toplanmıştır. Anket, hemşirelerin demografik özellikleri çalışma ortamları ile mesleki örgüt ve sendika üyeliğine ilişkin 11; sağlıkta özelleşme konusunda 13 ve sendikalaşma konusunda görüşlerini ölçen bir sorudan oluşmaktadır. Sağlıkta özelleştirmeye ilişkin sorular, sağlıkta özelleşmenin sağlık hizmetleri ve hemşirelere olası etkilerini değerlendirmek üzere 13 maddelik beşli likert tipi bir ölçek formunda hazırlanmıştır. Soruların altısı özelleştirmenin sağlık hizmetleri ile ilgili, yedisi hemşirelik ile ilgili olası etkilerine yöneliktir. Hemşirelerin, sendikalaşma konusunda görüşleri, “sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle hemşireler sendikalara üye olmalıdır” ifadesine (kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) verdikleri yanıtlarla değerlendirilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra anket formları verilerek doldurulması istenmiştir. Anketin yanıtlanma süresi 5-10 dakikadır.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, hemşirelerin “sendika üyeliği” ve “hemşirelerin sağlıkta özelleştirmenin olası etkileri nedeniyle sendikaya üye olmalıdır” ifadesine verdikleri yanıtlar; bağımsız değişkenleri hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma süresi, görevi, kadro durumu ve herhangi bir örgüte üye olma durumudur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SSPS 11.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ve yates düzeltmeli Ki-kare analizi kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları, örnekleme alınan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, özelleştirme konusundaki görüşleri, mesleki örgütlere ve sendikalara üyelikleri ve üyeliklerini etkileyen etmenler başlıkları altında sunulmuştur.

4.1. HEMŞİRELERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ ve ÇALIŞMA YAŞAMLARINA AİT BULGULAR

Tablo 1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=473)

Demografik Özellikler	n	%
<u>Yaş Grubu</u>		
27 yaş ve altı	232	49.0
28 yaş ve üzeri	241	51.0
<u>Medeni Durum</u>		
Bekar	288	60.9
Evli	185	39.1
<u>Eğitim Durumu</u>		
Sağlık Meslek Lisesi (SML)	64	13.5
A.Ö.F.Hemşirelikte Ön lisans Programı	65	13.8
Lisans	324	68.5
Lisansüstü	20	4.2

Hemşirelerin demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Yaş ortalaması 29.18 ± 6.06 olan hemşirelerin %51.0'ı 28 yaş ve üzerinde, %60.9'u bekarıdır. Hemşirelerin, %68.5'i lisans mezunudur.

Tablo 2. Hemşirelerin Çalışma Yaşamlarına İlişkin Bulgular (N=473)

Çalışma Yaşamları	n	%
<u>Görevi</u>		
Servis hemşiresi	353	74.6
Diğer bölüm hemşireleri	82	17.3
Başhemşire ve sorumlu hemşireler	38	0.8
<u>Kadro Durumu</u>		
Kadrolu	255	53.9
Sözleşmeli	218	46.1
<u>Çalışma Süresi</u>		
5 yıl ve altı	249	52.6
6 yıl ve üzeri	224	47.4

Hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin bulgular Tablo 2’de sunulmuştur. Hemşirelerin %74.6’sı servis hemşiresi, %17.3’ü yoğun bakım, diyaliz, laboratuvar gibi alanlarda görev yapmaktadır. Sözleşmeli hemşire oranı %46.1’dir. Hemşirelerin %52.6’sının çalışma süresi beş yıl ve altındadır.

4.2. HEMŞİRELERİN ÖZELLEŞTİRME KONUSUNDA GÖRÜŞLERİ

4.2.1. Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesinin Sağlık Hizmetleri İle İlgili Olası Sonuçları Konusunda Görüşleri

Tablo 3. Hemşirelerin, Özelleştirmenin Sağlık Hizmetleri İle İlgili Olası Sonuçları Konusunda Görüşleri (N=473)

Özelleştirmenin Sağlık Hizmetleri İle İlgili Olası Sonuçları	Çok olumlu etkiler		Olumlu Etkiler		Değişiklik olmaz		Olumsuz etkiler		Çok olumsuz etkiler	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hizmetin ulaşılabilirliğine etkisi	9	1.9	120	25.4	151	31.9	139	29.4	54	11.4
Hastaların yapacağı sağlık harcamalarına etkisi	-	-	40	8.5	124	26.2	194	41.0	115	24.3
Alınacak hizmetin kalitesine etkisi	34	7.2	135	28.5	170	35.9	86	18.2	48	10.1
Sosyal güvencesi olanların ücretsiz alacağı hizmetin kapsamına etkisi	6	1.3	63	13.3	153	32.3	175	37.0	76	16.1
Halkın sağlık sorunlarının çözümüne etkisi	4	0.8	65	13.7	215	45.5	110	23.3	79	16.7
Sağlıkta eşitsizliğin giderilmesine etkisi	12	2.5	32	6.8	192	40.6	150	31.7	87	18.4

Hemşirelerin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin sağlık hizmetleri ile ilgili olası sonuçları konusunda görüşleri Tablo 3’de gösterilmiştir. Hemşirelerin yarıdan fazlası, “hastaların yapacağı sağlık harcamalarını” (%65.3), “sosyal güvencesi olan hastaların ücretsiz alacağı hizmetlerin kapsamını” (%53.1), “sağlıkta eşitsizliğin giderilmesini” (%50.1) özelleştirmenin olumsuz/çok olumsuz etkileyeceğini belirtirken; “halkın sağlık sorunlarının çözümü” (%40) ve “alınacak hizmetin kalitesi” (%28.3) ve “hizmetin ulaşılabilirliği” (%40.8) için olumsuz düşünenlerin oranının daha düşük olduğu saptanmıştır.

4.2.2. Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesinin Hemşirelik İle İlgili Olası Sonuçları Konusunda Görüşleri

Tablo 4. Hemşirelerin, Özelleştirmenin Hemşirelik İle İlgili Olası Sonuçları Konusunda Görüşleri (N=473)

Özelleştirmenin Hemşirelik İle İlgili Olası Sonuçları	Çok olumlu etkiler		Olumlu etkiler		Değişiklik olmaz		Olumsuz etkiler		Çok olumsuz etkiler	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İş güvencesine etkisi	5	1.1	30	6.3	104	22.0	215	45.5	119	25.2
Ücretlere etkisi	8	1.7	41	8.7	107	22.6	217	45.9	100	21.1
Çalışma koşullarına etkisi	5	1.1	33	7.0	115	24.3	211	44.6	109	23.0
İşe yerleşme (İstihdam) olanaklarına etkisi	8	1.7	26	5.5	132	27.9	201	42.5	106	22.4
Çalışma saatlerine etkisi	4	0.8	18	3.8	120	25.4	229	48.4	102	21.6
İş yüküne etkisi	1	0.2	16	3.4	109	23.0	213	45.0	134	28.3
Hemşirelik dışı işlere ayrılacak zamana etkisi	6	1.3	27	5.7	85	18.0	184	38.9	171	36.2

Hemşirelerin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin hemşirelik ile ilgili olası sonuçları konusunda görüşleri Tablo 4’de gösterilmiştir. Özelleştirmenin iş yaşamlarına etkisi konusunda sorulan sorulara verilen yanıtlar, hemşirelerin %75.1’inin “hemşirelik dışı işlere ayrılacak zamanı”, %73.3’ünün “iş yükünü”, %70.7’si “iş güvencesini”, %70’inin “çalışma saatlerini”, %67.6’sının “çalışma koşullarını”, %67’sinin “ücretleri” ve %64.9’unun “istihdam olanaklarını” olumsuz/çok olumsuz etkileyeceğini düşündüklerini göstermiştir.

4.3. HEMŞİRELERİN ÖRGÜTLERE VE SENDİKALARA ÜYELİKLERİ VE

BU ÖRGÜTLERE ÜYE OLMAMA NEDENLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 5. Hemşirelerin Mesleki Örgüte Üye Olma Durumları ve Bu Örgütlere Üye Olmama Nedenleri

Mesleki Örgüte Üye Olma Durumu ve Bu Örgütlere Üye Olmama Nedenleri	n	%
<u>Mesleki Örgüte Üye Olma Durumu</u>		
Hayır	347	73.4
Evet	126	26.6
Toplam	473	100.0
<u>Üye Oldukları Mesleki Örgütler</u>		
Türk Hemşireler Derneği	116	92.1
Hemşirelik İle İlgili Özel Dal Dernekleri*	10	7.9
Toplam	126	100
<u>Mesleki Örgüte Üye Olmama Nedenleri**</u>		
Mesleğim adına bir şey yapmıyorum	185	53.3
Sözleşmeli olduğum için	47	13.5
Örgütlerin faydalı olacağını düşünmüyorum	45	12.9
Siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık ettiğini düşünüyor	42	12.1
Zamanım yok, fırsat bulamadım	34	9.7
Bize ulaşmıyor ve kendilerini tanıtıyorlar	29	8.3
Memur olduğum için üye değilim	20	5.7
Hiç düşünmedim, istemedim, eşimin mesleğinden dolayı	20	5.7

*

Hemşirelik İle İlgili Özel Dal Dernekleri: Yoğun Bakım Hemşireler Derneği, Çocuk Cerrahisi Hemşireleri Derneği

** Yüzdeler üye olmayan hemşirelerin sayısına göre alınmıştır

Hemşirelerin mesleki örgütlere üye olma durumları ve bu örgütlere üye olmama nedenleri Tablo 5’de verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin %26.6’sı bir mesleki örgüte üyedir. Hemşirelerin %92.1’i Türk Hemşireler Derneği’ne, %7.9’u özel dal derneklerine üye olduklarını belirtmişlerdir.

Mesleki örgüte üye olmayan hemşirelerin %53.3’ü örgütlerin meslekleri adına hiçbir şey yapmaması, %13.5’i sözleşmeli olduğu için, %12.9’u örgütlerin faydalarına inanmamaları nedeniyle, %12.1’i siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık etmesi nedeniyle, %9.7’si zamanı ve fırsatı olmadığı için, %8.3’ü kendilerine ulaşmadıkları ve kendilerini tanıtmadıkları için,

%5.7'si memur olduklarından dolayı, %5.7'si hiç düşünmedikleri ve eşlerinin mesleğinden dolayı mesleki bir örgüte üye olmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 6. Hemşirelerin Sendikalara Üyeliği ve Sendikalara Üye Olmama Nedenleri

Sendikalara Üyelik ve Sendikalara Üye Olmama Nedenleri	n	%
<u>Sendikaya Üye Olma Durumu</u>		
Hayır	416	87.9
Evet	57	12.1
Toplam	473	100.0
<u>Üye Olunan Sendikalar</u>		
Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES)	53	93.0
Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK)	4	7.0
Toplam	57	100.0
<u>Sendikaya Üye Olmama Nedenleri *</u>		
Siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık ettiğini düşünüyor	172	41.3
Mesleğim adına bir şey yapmıyor	126	30.2
Memur olduğum için sendikaya üye değilim	58	13.9
Sözleşmeli olduğum için	55	13.2
Sendikaların faydalı olacağını düşünmüyorum	35	8.4
Örgüt ve faaliyetleri hakkında yeterli bilgim yok	31	7.4
Hiç düşünmedim, istemedim, eşimin mesleğinden dolayı	21	5.0
<u>Sağlıkta Özelleşmenin Olası Etkileri Nedeniyle Hemşireler Sendikalara Üye Olmalıdır</u>		
Kesinlikle katılmıyorum	24	5.1
Katılmıyorum	40	8.5
Kararsızım	204	43.1
Katılıyorum	131	27.7
Kesinlikle katılıyorum	74	15.6
Toplam	473	100.0

* Yüzdeler üye olmayan hemşirelerin sayısına göre alınmıştır

Hemşirelerin sendikalara üyeliği, üye olmama nedenleri ve sağlıkta özelleştirme nedeniyle sendikalara üye olma konusundaki görüşleri Tablo 6'da sunulmuştur. Örnekleme alınan hemşirelerin %12.1'i herhangi bir sendikaya üyedir ve üye olanların % 93.0'ü Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'na (SES) üye olduklarını belirtmişlerdir. Sendikaya

üye olmayan hemşirelerin %41.3'ü siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık ettiğini düşündükleri, %30.2'si mesleği adına bir şey yapmadığını düşündüğü, %13.9'u memur olmalarından dolayı, %13.2'si sözleşmeli olmalarından dolayı, %8.4'ü sendikaların faydalarına inanmadıkları için, %7.4'ü sendikalar hakkında yeterli bilgileri olmamalarından dolayı ve %5'i hiç düşünmedikleri ve eşlerinin mesleğinden dolayı herhangi bir sendikaya üye olmadıklarını belirtmişlerdir.

“Sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle hemşirelerin sendikalara üye olmalıdır” ifadesine hemşirelerin %43.1'i kararsızım yanıtı verirken, katılmıyorum ve kesinlikle katılmıyorum diyenler %13.6, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum diyenler %43.3 olarak saptanmıştır.

4.4. HEMŞİRELERİN SENDİKALARA ÜYELİKLERİNİ ETKİLEYEN ETMENLER

Tablo 7. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre Sendikalara Üye Olma Durumları (N=473)

Demografik Özellikler	Sendika Üyeliği			χ^2 p		
	Evet n	%	Hayır n		Toplam n	
<u>Yaş Grubu</u>						
27 yaş ve altı	9	3.9	223	96.1	232	χ^2 : 28.69 p: 0.000
28 yaş ve üzeri	48	19.9	193	80.1	241	
<u>Medeni Durum</u>						χ^2 : 23.38 p: 0.000
Evli	39	21.1	146	78.9	185	
Bekar	18	6.3	270	93.8	288	
<u>Eğitim Durumu</u>						χ^2 : 1.26 p: 0.261
SML ve Önlisans Programı	12	9.3	117	90.7	129	
Lisans ve Lisansüstü	45	13.1	299	86.9	344	

sd:1

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre sendikalara üye olma durumları karşılaştırılmasında tabloda beşten küçük değerler olmasında dolayı sağlık meslek lisesi ile hemşirelikte önlisans programı ve lisans ile yüksek lisans programları birleştirilerek analiz yapılmıştır.

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre sendikalara üye olma durumları Tablo 7’de gösterilmiştir. Hemşirelerin yaş gruplarına göre sendikalara üye olma durumları anlamlı olarak farklı bulunmuş ($p<0.05$) ve 28 ve üzerindeki yaş grubunda olanların (19.9), 27 ve altı yaş grubundaki hemşirelere (%3.9) göre daha fazla oranda sendikaya üye oldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre sendikalara üyelikleri anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p<0.05$). Evli olan hemşirelerin (%21.1) bekar olan hemşirelere (%6.3) oranla daha fazla üye oldukları belirlenmiştir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre sendikalara üye olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 8. Hemşirelerin Çalışma Yaşamları, Mesleki Örgütlere Üyeliklerine Göre Sendikalara Üye Olma Durumları (N=473)

Çalışma Ortamları	Sendika Üyeliği					χ^2 sd p
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	
<u>Görev Durumları</u>						
Başhemşire ve sorumlu hemşire	12	31.6	26	68.4	38	χ^2 : 15.19 sd: 2 p: 0.001
Servis hemşiresi	35	9.9	318	90.1	353	
Diğer bölüm hemşireleri	10	12.2	72	87.8	82	
<u>Çalışma Süresi</u>						
5 yıl ve altı	8	3.2	241	96.8	249	χ^2 : 38.75 sd: 1 p: 0.000
6 yıl ve üzeri	49	21.9	175	78.1	224	
<u>Kadro Durumu</u>						
Sözleşmeli	4	1.8	214	98.2	218	χ^2 : 39.82 sd: 1 p: 0.000
Kadrolu	53	30.7	202	79.2	255	
<u>Mesleki Örgüt Üyeliği</u>						
Evet	34	27.0	92	73.0	126	χ^2 : 36.14 sd: 1 p: 0.000
Hayır	23	6.6	324	93.4	347	

Hemşirelerin çalışma yaşamları, mesleki örgüt üyeliklerine ilişkin özelliklere göre sendikalara üye olma durumları Tablo 8'de sunulmuştur. Hemşirelerin görevlerine göre sendikalara üye olma durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda farkın servis hemşirelerin diğer hemşirelere göre sendikalara daha az üye olmalarından kaynaklandığı saptanmıştır.

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre sendikalara üyelikleri incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Altı yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin (%21.9), beş yılın altında çalışan hemşirelere (%3.2) göre daha fazla oranda sendikaya üye oldukları belirlenmiştir.

Hemşirelerin kadro durumlarına göre sendikalara üyelikleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kadrolu çalışan hemşirelerin (%30.7), sözleşmeli çalışan hemşirelere (%1.8) göre daha fazla oranda sendikaya üye oldukları saptanmıştır.

Hemşirelerin herhangi bir mesleki örgüte üyeliklerine göre sendikalara üyelikleri arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Mesleki örgüte üye olan hemşirelerin sendikaya üyelikleri (%27.0) üye olmayanlardan (%6.6) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

4.5. HEMŞİRELERİN ÖZELLEŞME NEDENİYLE SENDİKALARA ÜYE OLMAMA KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 9. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine Göre “Sağlıkta Özelleşmenin Olası Etkileri Nedeniyle Sendikalara Üye Olmalıdır” İfadesine Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (N=473)

Demografik Özellikler	Sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle hemşireler sendikalara üye olmalıdır						χ^2 sd p	
	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum			Toplam n
	n	%	n	%	n	%		
<u>Yaş Grubu</u>							χ^2 : 0.55 sd: 2 p: 0.759	
27 yaş ve altı	34	14.7	100	43.1	98	42.2		232
28 yaş ve üzeri	30	12.4	104	43.2	107	44.4		241
<u>Medeni Durum</u>							χ^2 : 1.57 sd: 2 p: 0.456	
Evli	28	15.1	83	44.9	74	40.0		185
Bekar	36	12.5	121	42.0	131	45.5		288
<u>Eğitim Durumu</u>							χ^2 : 6.21 sd: 2 p: 0.045	
SML, Önlisans	21	16.3	64	49.6	44	34.1		129
Lisans ve lisansüstü	43	12.5	140	40.7	161	46.8		344

Hemşirelerin demografik özelliklerine göre “Sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle sendikalara üye olmalıdır” ifadesine verdikleri yanıtlar Tablo 9’da sunulmuştur. “Sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle sendikalara üye olmalıdır” ifadesi beşli likert tipi (Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kararsızım, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum) ölçek ile değerlendirilmiştir. Tabloda beşten küçük değerler olması nedeniyle, istatistiksel değerlendirme için “kesinlikle katılmıyorum ve katılmıyorum” ifadeleri birleştirilerek “katılmıyorum”, “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” ifadeleri birleştirilerek “katılıyorum” ifadesine dönüştürülmüştür.

Hemşirelerin yaş ve medeni durumlarına göre “Sağlıkta özelleşirmenin olası etkileri nedeniyle sendikaya üye olmalıdır” ifadesine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin eğitim durumlarına göre verilen yanıtlar arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan ileri analiz sonucunda lisans ve lisansüstü eğitim

almış hemşirelerin, sendikaya üyelik ifadesine katılanların (%46.8) oranı sağlık meslek lisesi ve önlisans grubundan (%34.1) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 10. Hemşirelerin Çalışma Yaşamları ve Sendika Üyeliklerine Göre “Sağlıkta Özelleşmenin Olası Etkileri Nedeniyle Sendikalara Üye Olmalıdır” İfadesine Verdikleri Yanıtların Karşılaştırılması (N=473)

Çalışma Yaşamları	Sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle hemşireler sendikalara üye olmalıdır				Toplam n	χ^2 sd p	
	Katılmıyorum		Kararsızım				Katılıyorum
	n	%	n	%	n	%	
<u>Görev Durumları</u>							
Başhemşire ve sorumlu hemşire	5	13.2	12	31.6	21	55.3	χ^2 : 3.087 sd: 4 p: 0.543
Servis hemşiresi	47	47.8	154	43.6	152	43.1	
Diğer bölüm hemşireleri	12	14.6	38	46.3	32	39.0	
<u>Kadro Durumu</u>							
Sözleşmeli	28	12.8	100	45.9	90	41.3	χ^2 : 1.241 sd: 2 p: 0.538
Kadrolu	36	14.1	104	40.8	115	45.1	
<u>Çalışma Süresi</u>							
5 yıl altı	31	12.4	114	45.8	104	41.8	χ^2 : 1.613 sd: 2 p: 0.446
6 yıl ve üzeri	33	14.7	90	40.2	101	45.1	
<u>Sendikaya Üyeliği</u>							
Evet	7	12.3	9	15.8	41	71.9	χ^2 : 23.529 sd: 2 p: 0.000
Hayır	57	13.7	195	46.9	164	39.4	

Hemşirelerin çalışma yaşamları ve sendikalara üyeliklerine göre “sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle sendikalara üye olmalıdır” ifadesine verdikleri yanıtlar Tablo 10’da sunulmuştur. Hemşirelerin pozisyonları, kadro durumları ve çalışma sürelerine göre “sağlıkta özelleştirmenin olası etkileri nedeniyle sendikaya üye olmalıdır” ifadesine verilen yanıtlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin sendikalara üye olma durumlarına göre verilen yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Yapılan ileri analizde, sendikaya üye olan hemşirelerin “sağlıkta özelleştirme nedeniyle sendikalara üye olmalıdır” ifadesine katılanların oranı (%71.9) üye olmayan hemşirelere (%39.4) göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, hemşirelerin özelleştirme konusunda görüşleri, hemşirelerin mesleki örgütlere ve sendikalara üyelikleri ile bu örgütlere üye olmama nedenleri, sendikalara üyeliklerini etkileyen etmenler ve özelleşmenin olası etkileri nedeniyle sendikalara üyelik konusundaki görüşleri başlıkları altında tartışılacaktır.

5.1. Hemşirelerin Özelleştirme Konusundaki Görüşleri

Hemşirelerin yarıdan çoğunun, özelleşmenin sağlık hizmetlerini daha çok olumsuz etkileyeceğini düşündükleri alanlar “hastaların yapacağı sağlık harcamaları” (%65.3) ve “sosyal güvencesi olan hastaların ücretsiz alacağı hizmetlerin kapsamı”dır (%53.1).

Kaplan’ın, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin özertleştirilmesi ve özelleştirilmesi hakkında sağlık personelinin düşüncelerini incelediği araştırmada, sağlık çalışanlarının çoğunluğu özelleştirmeden hasta ve hasta yakınlarının kazançlı çıkamayacaklarını, özelleştirme ile sağlık hizmetlerinin ticari bir meta olabileceğini dolayısıyla insanların çoğunluğunun sağlık hizmetlerinden yoksun kalabileceğini, sağlık hizmetleri fiyatında artış olacağını, sosyal güvencesi olmayan hastaların mağduriyetinin ve bölgesel eşitsizliklerin artacağını, hastaların serbestçe hekim ve hastane seçebilecekleri düşündükleri saptanmıştır (109). Bizim çalışmamızda, hemşirelerin, özelleştirmenin sağlık harcamaları ve alınacak hizmetin kapsamı konusunda daha çok olumsuz etki göstereceği yönündeki görüşleri bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin yarısı, “sağlıkta eşitsizliğin giderilmesi” konusunda özelleştirmenin olumsuz etki göstereceğini belirtirken, örneklemin diğer yarısının eşitsizlik konusunda olumsuzluk algılamadıkları saptanmıştır. Körükçü ve arkadaşlarının çalışmasında da, genel sağlık sigortası ile tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanabileceğini düşünenlerin oranı %41.5 olarak saptanmıştır (106). Örneklemimizde bu alanda olumlu algılama oranının daha yüksek olması, farklı bölgelerde çalışan hemşirelerin “eşitlik” algılarının farklılığı ile ilgili olabilir.

“Halkın sağlık sorunlarının çözümü” (%40), “alınacak hizmetin kalitesi” (%28.3) ve “hizmetin ulaşılabilirliği” (%40.8) için olumsuz düşünenlerin oranı ise daha düşük bulunmuştur.

Yılar ve Öztürk'ün (2006) çalışmasında da benzer şekilde, ebe ve hemşirelerin %76.9'unun "Genel Sağlık Sigortası"nın toplumun sağlık düzeyini olumlu etkileyeceğini düşündükleri, "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile hayata geçirilmesi planlanan değişimlere olumlu yaklaştıkları saptanmıştır (107). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda, hemşireler ve sağlık çalışanlarının görüşleri, özerkleşme ile hastaya daha iyi hizmet götürüleceği (104); özel hastanelerin daha kaliteli, verimli ve güvenilir bir sağlık hizmeti verdikleri, ancak devlet hastanelerine göre pahalı ve kolay ulaşılır olmadığı (106) yönündedir.

Konu ile ilgili olarak ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda, hemşirelerin %63'ünün özerkleşmeyi istedikleri (104); %70.3'ünün Sağlıkta Dönüşüm Programını daha önce hiç duymadıkları (105); %68.6'sının sağlıkta dönüşüm projesi hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları (106) gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda, hemşirelerin sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin sağlık hizmetlerine etkisini genel olarak olumlu algılamaları, konunun yeterince bilinmediğini ve eğitim etkinliklerinin yetersiz kaldığını düşündürmüştür.

Çalışmamızın sonuçları, örneklemdeki hemşirelerin, ülkemizde yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla uyumlu şekilde özelleştirmenin bazı alanlarda olumlu etki göstereceğine inandıklarını göstermektedir. Dünya örnekleri, hizmet maliyetini düşürmeyi hedefleyen sağlık reform projelerinin, hizmeti alanlara olumsuz etkilerini göstermesine (19, 130) karşın örneklemimizdeki hemşireler bu alanda olumlu bir beklenti içindedirler. Bu sonuçlar, sağlıkta dönüşüm projesinin başlatıldığı veri toplama döneminde özel hastane sayılarında, kamu hastanelerinden sevklerde artış ve bu geçiş sürecinde sergilenen kolaylaştırıcı düzenlemelerin oluşturduğu olumlu algılamalara bağlı olabilir. Özel hastanelerin sevkli hastalardan ek ücret talepleri ve çıkan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinin getirdiği kısıtlamalar bu araştırma verilerinin toplandığı tarihlerden sonra uygulamaya konmuştur. Bu nedenle hemşirelerin olumlu düşünceleri, veri toplama döneminin özel koşulları ile açıklanabilir.

Sağlık hizmetlerinin hizmet alanlar açısından incelendiği bu alanlar hemşireliğin, sağlığın sosyal boyutu, temel insan hakkı olması ve eşitlik gibi temel değerleri ile örtüşmektedir ve hemşirelerin mesleki değerleri nedeniyle de son derece duyarlı oldukları konulardır. Bu bağlamda, elde edilen sonuçlar, hemşirelik öğretileri ve değerleri açısından beklentilerle uyumlu değildir.

Hemşirelerin çoğunluğu, özelleştirmenin hemşirelikle ilgili olası sonuçlarını, tüm maddeler için olumsuz bulduklarını belirtmişlerdir. Hemşirelerin, olumsuz/çok olumsuz buldukları maddeler sırasıyla "hemşirelik dışı işlere ayrılacak zaman" (%75.1), "iş yükü"

(%73.3), “iş güvencesi” (%70.7), “çalışma saatleri” (%70), “çalışma koşulları” (%67.6), “ücret” (%67) ve “istihdam olanakları”dır (%64.9).

Ülkemizde sağlık sektöründe, özelleştirmenin sağlık çalışanlarına etkisi konusunda Samancı ve Kaplan’ın yaptığı çalışmalarda, sağlık çalışanlarının özelleşmenin kendilerini olumsuz etkileyeceği, hemşirelerin sözleşmeli çalışmaya karşı olumsuz görüşte oldukları, işsizlik, iş güvenliği ve ücret sorunları ile karşı karşıya kalacaklarını düşündükleri saptanmıştır. Ancak, çalışma koşullarında düzelme beklentisi olanlar da vardır (104, 109).

Özelleştirme kapsamında ya da yeni özelleştirilen sağlık dışı kamu kuruluşlarında yapılan çalışmalarda da, çalışan sayısında/istihdamda daralma ve işsizlik endişesi (139), farklı sektörlere geçiş ve zorunlu emeklilikle karşı karşıya kalma (83) gibi olumsuz sonuçlar yaşanmıştır. Özcan’ın (1996) çalışmasında da kamu çalışanlarının büyük çoğunluğu, özelleştirme sonrası verimliliğin artacağını ancak yoğun çalışmanın psikolojik gerilmeyi ve yorgunluğu artıracığını, performansı iyi olmayan çalışanların kolayca işten çıkarılacağını; işten çıkarılanlara yeni iş olanaklarının yaratılmayacağı; özelleştirmenin yeni iş alanları yaratacağına, personelin büyük çoğunluğunun özelleştirme sonrası adaletli bir ücret politikasının oluşacağı beklentisinde oldukları saptanmıştır (140).

ILO’nun (2002) Orta ve Doğu Avrupa’da sağlık reformu ve özelleştirmenin, dört ülkedeki sağlık çalışanlarına etkisinin incelediği çalışmada, çalışanlarının iş kaybı tehdidi, iş güvencesinin olmaması ve yoksulluk gibi sorunlar yaşadıkları gösterilmiştir (77). Amerika ve Avrupa’da farklı ülkelerde, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasının hemşirelere etkisinin incelendiği birçok çalışmada, özelleştirme sürecinin hemşire istihdamında sınırlama, bakılan hasta sayısında artış iş yüklerinde artış, işten çıkarmalarda artma (12, 14, 76, 77, 141); hemşire iş doyumuna ve motivasyona olumsuz etki (19, 83), iş yaşamı kalitesinde ve ücretlerde düşüş, çalışma saatlerinde artma (14, 19, 73, 77) olduğu gösterilmiştir.

Dünyada sağlık reform çalışmalarının bakım kalitesi ve hemşirelerin çalışma koşullarına olumsuz etkilerinin araştırmalarla gösterilmesine karşın örneklemimizdeki hemşirelerin 1/3’nin özelleşmenin mesleki olarak olumsuz etkileneceklerini düşünmemeleri, bilinçli bir inançtan çok, özelleştirmenin sağlık hizmetlerine etkisinde de değinildiği gibi, konunun bilinmemesine bağlı olabilir. Çalışmanın yapıldığı süreçte, İzmir ilinde THD şubesi ve diğer sivil toplum örgütleri özelleşme ve sonuçları konusunda birçok eğitim etkinliği gerçekleştirmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü hastanelerde de hemşire sayısı yetersizliğine bağlı fazla çalışma saati ve nöbet sayılarının fazlalığı gibi çalışma koşulları geçerlidir. Bu

koşullar, onların özelleşme konusunu derinlemesine öğrenmek için zaman ayırmalarını engellemiş olabilir. Keddy, hemşirelerin reformlara direnç göstermemesini, tükenmelerine/yorgunluklarına ya da reformlar konusunda bilgilerinin olmamasına bağlamaktadır (142). Bizim çalışmamızdaki sonuçlar için de benzer nedenler geçerli olabilir.

Dünyada ve ülkemizde, birçok kamu işletmesinin özelleştirilmesi sonucu yaşanan olumsuzluktan dolayı hemşirelerin de iş yaşamları konusunda olumsuz bir beklenti içinde olmaları beklenen bir sonuçtur. Son yıllarda üniversite hastanelerinde sözleşmeli çalışan hemşireler bu sorunların bazılarını yaşamaktadır. Hemşirelerin diğer çalışanlardan farkı, arz edilen hemşirelerin henüz talebi aşmamış olması ile ilgilidir. Halen işsiz olan hemşirelerin çoğu Sağlık Bakanlığı meslek liselerinden mezun olan ve kadrolu bir göreve atanmamış olanlardır. Şu anda lisans mezunu hemşirelerde istihdam fazlalığı yoktur. Bu nedenle, sözleşmeli hemşireler diğer sektörler ya da çalışanların yaşadığı işsizlik, işten atılma sorunlarını daha az yaşamaktadırlar. Hemşirelerin olumlu algıları, çalışmanın yapıldığı döneme özel koşullarla da açıklanabilir. Gürsel'in, kamu sağlık sektöründe özelleştirmeye geçiş sürecinde çalışanların tutumlarının incelediği araştırmada, çalışanların kararsız bir tutum içinde oldukları ve hemşirelerin özelleştirmeye kısmen destek verdikleri saptanmıştır (103). Bizim çalışmamızda olumlu görüş belirten hemşireler özelleşmeyi destekleyenlerin görüşlerini yansıtıyor olabilir.

5.2. Hemşirelerin Mesleki Örgütlere ve Sendikalara Üyelikleri ve Bu Örgütlere İlişkin Görüşleri

Mesleki örgütlere üyelik:

Çalışmaya katılan hemşirelerin %26.6'sı bir mesleki örgüte üyedir. Üye olanların %92.1'i Türk Hemşireler Derneği'ne, %7.9'u özel dal derneklerine üye olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 5).

Ülkemizde hemşirelerin mesleki bir örgüte üye olma oranlarını Oktay ve Baykal %38.7 (131); Harmancı %28.1(130); Önder %7.3 (132); Ulusoy %38 (134) ve Abay %11 (125) olarak saptamıştır. Bu çalışmalarda derneği bilenler ve üyeliği gerekli görenlerin oranı çok yüksek olmasına karşın üyelik düşük düzeyde kalmıştır.

Sonuçlarımız, örnekleme 10 hemşireden yaklaşık 3'ünün bir mesleki derneğe üye olduğunu göstermektedir. THD Genel Merkez'in üye sayısı 26/Ocak/ 2006 itibariyle 3697 dir (102). Bizim örnekleminizde, THD üyeliğinin bazı araştırmalara göre daha yüksek oranda

olması, İzmir ili THD şubesinin üye sayısının Türkiye ortalamasının oldukça üzerinde olması ve İzmir’de kurulmuş özel dal dernek sayısının azlığı ile ilgilidir. Öte yandan araştırmanın yapıldığı iki üniversite hastanesi THD İzmir şubesini ve üyeliği destekleyen kurumlardır. Diğer bir deyişle, ulusal meslek örgütüne üyeliğin görece daha iyi olması, İzmir şubesi ve bu örnekleme yer alan hemşirelerin çalıştıkları kurumların duyarlılıkları ile de açıklanabilir. Ancak şubenin örgütlenme çabaları ve kurumların desteği gözönüne alındığında beklenenden düşük bir üyelik profili olduğu söylenebilir.

Konu ile ilgili çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, hemşirelerin mesleki örgütlenme konusunda son 20 yılda görüşlerinde önemli bir değişiklik olmadığı söylenebilir. Mesleki sorunların görece çözülmüş olduğu gelişmiş ülkelerde örgütlenme yetersizliği daha anlaşılabilir bir durumdur. Ancak ülkemizde yasa ve özlük sorunları gibi temel sorunlarını çözememiş bir grupta örgütlenme motivasyonunun daha yüksek olması beklenmektedir. Öte yandan örgütlenme, profesyonelleşmenin gereklerinden birisi olarak düşünüldüğünde, Türk hemşirelerinin örgütlenmedeki zayıflığı, profesyonelleşme sürecini tamamlayamamış olmasıyla da açıklanabilir.

Hemşirelerin, mesleki bir örgüte üye olmamalarının en önemli nedeni, derneğin meslekleri adına hiçbir şey yapmadığını düşünmeleri (%53.3) ve benzer bir şekilde örgütlerinin faydalarına inanmamalarıdır (%12.9). Diğer nedenler derneklerin siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık etmesi (%12.1), memur (%5.7) ve sözleşmeli (%13.5) olmaları, zaman ve fırsat bulamamaları (%9.7) ve örgütlerin kendilerine ulaşmaması ve tanıtılmamasıdır (% 8.3) (Tablo 5).

Abay ve arkadaşları, hemşirelerin üye olmama nedenlerini, dernek faaliyeti hakkında bilgisizlik (%38.3), ulaşamama (%30.9), zaman olmaması (%18.3) ve güvenmemek (%18.3) olarak saptamışlardır. Türk Hemşireler Derneği'nin mesleği ve meslek üyelerini temsil etme açısından yetersiz bulunduğu gösterildiği bu çalışmada, yetersizliğin nedeni, üye sayısının azlığı ve üyelerinin yeterince aktif çalışmaması ile açıklanmıştır (125). Oktay ve Baykal ile Ulusoy'un çalışmalarında da benzer nedenler saptanmıştır (131, 134). Harmancı'nın (2003) çalışmasında ise hemşirelerin %80.9'unun hemşirelerin meslekte söz sahibi bir örgüte sahip olmadıklarını düşündükleri gösterilmiştir. Gözüm ve arkadaşlarının çalışması, hemşirelerin mesleki örgütlerinden beklentilerinin “hemşirelerin haklarının korunması” (%37.14), “hemşirelerin mesleki sorunlarıyla ilgilenmesi” (%33.71), “bilimsel

destek” (%21.7), “meslek saygınlığını artırıcı girişimlerin yapılması” (%14.9) olduğunu göstermektedir (133).

Bu sonuçlar, hemşirelerin dernek etkinliklerini başkalarının işi olarak gördüklerinin, mesleki örgütlerine ve örgütlenmeye karşı güvensiz olduklarının ipuçları olarak değerlendirilebilir. Hemşireler tarafından belirtilmemekle birlikte, hemşireliğin bir kadın mesleği olması, nöbetli bir yaşamlarının olması, fazla çalışma saatleri ve sosyal yaşama ayırabilecekleri sürelerin sınırlılığı gibi nedenlerin de bu edilgen duruşa katkı sağlayan önemli etmenler olduğu unutulmamalıdır.

Sendikalara üyelik:

Örnekleminizdeki hemşirelerin %12.1’i sendika üyesidir ve üye olanların % 93.0’ü Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası’na (SES) üyedir (Tablo 6). Harmancı’nın (2003) yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin %22.3’ünün sendikalara üye olduğu saptanmıştır (130). Bizim araştırmamızda sendika üyeliğinin daha düşük olması araştırma örnekleminin özellikleri ile ilgilidir. Sendika üyeliğinin, mesleki örgüt üyeliğinden de düşük olmasının nedeni hemşirelerin genel olarak örgütlenmeye olan ilgisizliklerine ve yakın döneme kadar memurların sendikalara üye olmalarının yasak olmasına bağlı olabilir.

Amerika’da birçok eyalette hemşirelerin sendikalara üyelik oranı düşükken, Kaliforniya eyaletindeki hemşirelerin yaklaşık %35’i sendikal bir örgüte üyedir (143). Bu sonuçlar, hemşirelerin sendikal örgütlerden uzak duruşunun evrensel bir sorun olduğuna da işaret etmektedir. Tarihsel olarak dünyada sendikalaşma, hemşire liderler tarafından profesyonelliğe uygun olmayan bir ideoloji olarak vurgulanmıştır Bu yaklaşım, hemşirelerin sendikalara katılımını engellemiştir (122). Ancak dünya örnekleri, sendika üyeliğinin özel sektörde azalmasına karşın, hemşirelik sendikalarına üyeliğin arttığını; hemşirelerin de diğer sağlık çalışanlarından daha hızlı sendikalaştıklarını göstermektedir (143). Ülkemizde de, istihdamın kamudan özel sektöre geçmesi ile benzer bir gelişim yaşanarak sendikalaşma oranında artış olması beklenebilir.

Hemşirelerin %41.3’ü, sendikalar siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık ettiği için üye olmayı düşünmemektedirler (Tablo 6). Bu bulgu, hemşireliğin ülkemizde hala bir kadın mesleği olması ve hemşirelerin kendilerini siyasi-ideolojik çalışmaların dışında görme eğilimlerinin doğal bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Sendikaya üye olmamalarının diğere bir nedeni meslekleri adına hiçbir şey yapılmadığını düşünmeleri (%30.2) ve sendikaların faydalarına inanmamalarıdır (%8.4) (Tablo 6). Harmancı'nın (2003) çalışmasında ise sendikalara üye olan hemşirelerin %79.2'si, sendikaların özlük haklarının korunmasında faydalı olacağı görüşündedir (130). Bu karşıt sonuçlar, araştırmaların yapıldığı kurumlardaki sendikal çalışmalardaki farklılıkla ve araştırma örneklemindeki hemşire profili ile ilgili olabilir. Meslek derneklerinden daha az olmakla birlikte sendikalara üyelikte de kendileri için bir şey yapılmamasını önemli bir neden olarak bildirmeleri, hemşirelerin, sorunlarının çözümü için edilgen bir bekleme eğilimi içinde olduklarını göstermesi açısından dikkat çekicidir.

Salvage'ın (1989) sendikalara üye olma gerekçelerine ilişkin saptamaları arasında sendika üyeliğinin özlük haklarının korunmasında faydalı olacağı vurgulanmaktadır (119). Gerçekten de sendikalı hemşirelerin kazanımlarının incelendiği çalışmalar, sendikaya kayıtlı hemşirelerinin ücretlerinin, kayıtsızlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir (144, 145).

Daha düşük oranlarda olmakla birlikte, memur (%13.9) ve sözleşmeli olmaları (%13.2) diğere üye olmama nedenleri olarak saptanmıştır (Tablo 6). Harmancı (2003), hemşirelerin %77.4'ünün 25 Haziran 2001 tarihli Kamu Görevlileri Sendikaları Kanunu'ndan haberdar olmadıklarını vurgulamaktadır (130). Bizim örnekleminizde, konunun bu boyutu sorgulanmamakla birlikte, memur ve sözleşmeli olmayı üye olmama nedeni olarak göstermek memurların sendika üyesi olması konusunda yanlış bilgiye dayalı olabileceği gibi, sendikaların tanıtım etkinliklerindeki yetersizlikle de ilgili olabilir.

Sağlıkta özelleşme ve sendikalaşma:

“Sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle hemşireler sendikalara üye olmalıdır” sorusuna, katılıyorum/kesinlikle katılıyorum diyenler %43.3, kararsızım yanıtı verenler %43.1'dir (Tablo 6).

Miserendino (2001)'in yaptığı çalışmada, hemşirelerin sendikaların ilgi odağı olduğu, sağlık sistemindeki değişikliklerin hemşireliğe olumsuz yansımaları nedeniyle sendikalaşmanın gerektiğini düşünenlerin artış gösterdiği belirlenmiştir (20). Hemşirelerin yeniden yapılanma sürecinde, bakım ortamıyla ilgili değişiklikleri daha olumsuz algıladıkları; algıları olumsuz olan hemşirelerin sendikalaşma istekliliklerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Breda'nın çalışması da sendikalaşmanın ücret ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi üzerine olumlu etkisini gösteren bir örnektir. Hemşirelerin iş doyumsuzluğu, ilerleme

olanaklarının sınırlılığı ve profesyonel otonomilerinin azlığı sendikalaşmayı motive eden faktörler olarak tanımlanmaktadır (122).

Bizim araştırmamızda, hemşirelerin yaklaşık yarısının özelleşme sürecinde sendikalaşmanın gereğine inanmaları; bu çalışmada özelleşmenin hemşirelerin çalışma yaşamını olumsuz etkileyeceğine ilişkin beklentileriyle uyumlu olduğu söylenebilir. Ancak örneklemin yaklaşık diğer yarısının kararsızlık göstermesi özelleşme sürecinde yaşanacak olası gelişmeler konusunda yeterli bilgi donanımlarının olmamasına bağlı olabilir.

5.3. Hemşirelerin Sendikalara Üyeliklerini Etkileyen Etmenler

Hemşirelerin yaşlarına göre sendikaya üye olma durumları incelendiğinde, 28 ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerde sendika üyeliği 27 ve altı yaş grubundaki hemşirelere göre daha fazla bulunmuştur (Tablo 7). Genç yaş grubu hemşirelerin sendikal üyeliklerinin daha az olması, mesleki yaşamlarının başında olmalarına, eğitimlerine ve gelişim düzeylerine bağlı olabilir.

Evli olan hemşirelerde sendika üyeliği bekarlardan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Fiorito ve Greer'in (1982) çalışmasında, aile sorumluluğu olan insanların, çocuklu kadınların sendikalara üyelik eğiliminin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Birçok çalışma medeni durum ile sendika üyeliği konusunda farklı sonuçlar ortaya koymaktadır (146). Araştırmamızda, evlilerde sendika üyesi olma oranının yüksekliği, bu grubun aynı zamanda ileri yaş ve kadrolu hemşireler olması ile ilgili olabilir.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre sendikalara üyelikleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Harmancı'nın (2003) çalışmasında, yüksek eğitilmiş hemşirelerin sendikal organizasyonlara daha az üye oldukları gösterilmiştir (130). Fiorito ve Greer (1982) eğitim ve sendikalaşma arasındaki olumsuz ilişkinin, yüksek eğitilmiş bireylerin daha fazla pazarlık gücüne sahip olmalarından ve sendikalaşmaya daha az gereksinim duymalarından kaynaklanabileceğini belirtmiştir (146). Breda'da diğer çalışanlara göre daha eğitilmiş hemşirelerde sendikalaşmanın daha fazla olduğunu vurgulamaktadır (122). Türkiye'de ve bizim çalışmamızda eğitimin sendika üyeliğini belirleyici bir etmen olarak saptanmamasının nedeni, bu çalışma örneklemindeki hemşirelerin kamu sektöründe çalışmaları ile ilgili olabilir.

Hemşirelerin görevlerine göre sendikalara üye olma durumları arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 8). Servis hemşirelerinin sendika üyeliği, sorumlu ve diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu sonuç, servis

hemşirelerinin genç ve sözleşmeli grubu temsil etmesi ile ilgili olabilir. Kamu personeli sınavını kazanmayı ve kamu sektörüne geçmeyi bekleyen sözleşmeli grubun sendika üyeliğine karşı da çekingen kaldığı düşünülmektedir.

Çalışma süresi altı yıl ve üzerinde olan hemşirelerde sendika üyeliği, beş yılın altında olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Harmancı'nın (2003) yaptığı çalışmada da, çalışma deneyimi az olan hemşirelerin sendikalara daha az üye oldukları saptanmıştır (130). Araştırma bulguları bu çalışmayla benzerlik göstermekle birlikte, çalışma süresi az olan hemşirelerin büyük çoğunluğunun sözleşmeli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadrolu hemşirelerin, sendika üyeliği sözleşmeli hemşirelerden fazla bulunmuştur. Fiorito ve arkadaşlarının çalışmasında kamu ve özel sektör arasında sendikalaşma konusunda giderek büyüyen bir uçurum olduğu; bunun olası nedenlerinin, politik görüşler, işverenle ilişkiler konusunda yaşanan korku ve iş güvenliği endişesi olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda sözleşmeli hemşirelerin sendikalara daha az üye olmaları benzer nedenlere dayalı olabilir (146).

Herhangi bir mesleki örgüte üye olan hemşirelerin sendika üyelikleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 8). Mesleki derneğe üye olanların sendikalaşma eğiliminin yüksek olması, bu grubun, örgütlenme bilincinin bir yansıması ve beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

5.4. Hemşirelerin Özelleşmenin Olası Etkileri Nedeniyle Sendikalara Üyelik Konusundaki Görüşleri

Hemşirelerin yaş, medeni durumları, çalışma pozisyonları, kadro durumları ve çalışma sürelerine göre "sağlıkta özelleştirmenin olası etkileri nedeniyle hemşireler sendikaya üye olmalıdır" ifadesine verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Lisans ve lisansüstü eğitim alan ve sendika üyesi olan hemşirelerde bu görüşe katılma oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 8). Hemşirelerin demografik özellikleri ve çalışma koşullarının özelleşme ile ilgili olası tehditleri algılamalarını etkilemediği anlaşılmaktadır. Sendikaya üye olanların özelleşme nedeniyle sendikalaşma gereğine inanmaları beklenen bir sonuçtur. Daha eğitilmiş olanların bu eğilimi göstermesi de bu grubun örgütlenme bilinci ve gelişmiş profesyonellik algılarıyla ilgili olabilir.

Sonuç olarak, hemşirelerin, özelleşmenin çalışma koşullarını, sağlık hizmetlerine kıyasla daha olumsuz etkileyeceğini düşünmelerine karşın; algılanan bu olumsuzluğun henüz örgütlenme bilincine yeterince yansımadığı anlaşılmaktadır.

SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Sonuçlar

Hemşirelerin Özelleştirme Konusundaki Görüşleri

Hemşirelerin, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin sağlık hizmetleri ve hemşireliğe olası etkileri konusunda görüşleri aşağıda verilmiştir:

- Özelleştirmenin sağlık hizmetlerine etkisi konusunda; hemşirelerin, %65.3'i "hastaların yapacağı sağlık harcamalarını", %53.1'i "sosyal güvencesi olan hastaların ücretsiz alacağı hizmetlerin kapsamını", %50.1'i "sağlıkta eşitsizliğin giderilmesini" özelleştirmenin olumsuz/çok olumsuz etkileyeceğini belirtirken; bu oran "halkın sağlık sorunlarının çözümü" için %40, "alınacak hizmetin kalitesi" için %28.3 ve "hizmetin ulaşılabilirliği" için %40.8 olarak saptanmıştır.

- Özelleştirmenin iş yaşamlarına etkisi konusunda; hemşirelerin %75.1'i "hemşirelik dışı işlere ayrılacak zamanı", %73.3'ü "iş yükünü", %70.7'si "iş güvencesini", %70'i "çalışma saatlerini", %67.6'sı "çalışma koşullarını", %67'si "ücretleri" ve %64.9'u "istihdam olanaklarını" olumsuz/çok olumsuz etkileyeceği görüşündedirler.

Hemşirelerin Mesleki Örgütlere ve Sendikalara Üyelikleri ve Bu Örgütlere İlişkin Görüşleri

Çalışmaya katılan hemşirelerin %26.6'sı bir mesleki örgüte, üye olanların %92.1'i Türk Hemşireler Derneği'ne, %7.9'u özel dal derneklerine üyedir. Mesleki örgüte üye olmamalarının önde gelen nedenleri; örgütlerin meslekleri adına hiçbir şey yapmaması (%53.3), sözleşmeli olmaları (%13.5), örgütlerin faydalarına inanmamaları (%12.9) ve örgütlerin siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık ettiğini düşünmeleridir (%12.1).

Hemşirelerin %12.1'i herhangi bir sendikaya, üye olanların % 93.0'ü Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası'na (SES) üyedir. Sendikaya üye olmamalarının önemli nedenleri; sendikaların, siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık ettiğini (%41.3), mesleği adına bir şey yapmadığını düşünmeleri (%30.2), memur olmaları (%13.9) ve sözleşmeli olmalarıdır (%13.2).

"Sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle hemşirelerin sendikalara üye olmalıdır" ifadesine, hemşirelerin %43.3'ü katılıyorum/kesinlikle katılıyorum, %43.1'i kararsızım, %13.6'sı katılmıyorum/kesinlikle katılmıyorum yanıtı vermişlerdir.

Evli olan hemşirelerin (%21.1) bekar olan hemşirelere (%6.3) göre, 28 ve üzerindeki yaş grubunda olanların (19.9), 27 ve altı yaş grubundaki hemşirelere (%3.9) göre, 6 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin (%21.9), beş yılın altında çalışan hemşirelere (%3.2) göre, kadrolu çalışan hemşirelerin (%30.7), sözleşmeli çalışan hemşirelere (%1.8) göre, mesleki örgüte üye olan hemşirelerin (%27.0) üye olmayanlara (%6.6) göre daha fazla oranda sendikaya üye oldukları saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre sendikalara üye olma durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Hemşirelerin Özelleşmenin Olası Etkileri Nedeniyle Sendikalara Üyelik

Konusundaki Görüşleri

Hemşirelerin yaş, medeni durumları, çalışma pozisyonları, kadro durumları ve çalışma sürelerine göre “sağlıkta özelleştirmenin olası etkileri nedeniyle hemşireler sendikaya üye olmalıdır” ifadesine verdikleri cevaplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Sendikaya üyelik ifadesine katılanlar, lisans ve lisansüstü eğitim almış hemşirelerde ve bir sendikaya üye olan hemşirelerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar göre; hemşirelerin sağlık hizmetlerinde özelleşmenin, çalışma koşullarını, sağlık hizmetlerine kıyasla daha olumsuz etkileyeceğini düşündüklerini; ancak bu olumsuzluğun örgütlenme bilincine yeterince yansımadığını ortaya koymuştur.

Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre meslek örgütleri, sendikalar, eğitimciler ve araştırmacılar için öneriler şunlardır:

- Ülkemizde hemşirelik örgütleri ve sağlık çalışanları sendikalarına yol gösterecek, reform çalışmalarının hemşirelere etkileri konusunda çalışmalar son derece sınırlıdır. Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılma sürecinde, hemşirelerin örgütlenmesine ilişkin belirleyecekleri stratejiler açısından, daha kapsamlı araştırmaların yapılmasına gereksinim vardır.

- Hemşirelerin örgütlenme konusundaki isteksizlikleri ve örgütlere üye olmama nedenleri farklı hemşire gruplarında ve kalitatif yöntemlerle incelenmelidir.

- Meslek örgütleri ve sendikalar, örgütlenme stratejilerini konu ile ilgili araştırmalara dayalı olarak yapmalıdır.

- Üyelik çalışmaları, hemşirelerin dernek ve sendikalara üye olmama nedenleri gözönüne alınarak yapılmalı; özellikle genç ve sözleşmeli hemşirelerin üyelik konusunda daha çekingen oldukları unutulmamalıdır.
- Mesleki örgütler ve sendikalar, üniversiteler ve okullarla iş birliği yaparak hemşire adaylarına kendilerini tanıtmalıdır.
- Mesleki örgütler ve sendikalar, kendilerine ulaşılabilirliği kolaylaştırmak için hastaneler ve üyeleri ile iletişim kurmalı ve hastane temsilcilikleri oluşturmalıdır.
- Örgütler, meslek adına yaptıklarını göstermek için dergi, gazete ya da web sayfası gibi diğer kitle iletişim araçlarını kullanmalı, hastanelerdeki temsilcilerle bu bilgilerin hemşirelere ulaşması sağlamalıdır.
- Sağlıkta özelleştirme ve bunun hemşireler ve toplum açısından sonuçları konusunda yapılacak eğitimler için, hastanelerde eğitim hemşireleri ile iş birliği yapılmalıdır. Bunun için elektronik ortamda hazırlanan makale ve slayt gibi eğitim materyallerinin, eğitim hemşireleri ve hemşirelere ulaşması sağlanmalıdır.
- Hemşirelik eğitim programlarında, sağlıkta özelleşmenin sonuçları ve örgütlenme konularına yer verilecek şekilde düzenlemeler yapılmalı; hemşirelerin sağlık politikalarında belirleyici olabilecekleri bilinci öğrencilik döneminde kazandırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yıldırım H H, Yalçın T, (2001). “Küreselleşme ve Uluslararası Ticaret: Uluslararası Sağlık Politikasında Değişen Dinamikler”, IV Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul, 27-28 Eylül.
2. Foltz A M, (1994). “Donor Funding for Health Reform in Africa: Is Non Project Assistance the Right Prescription ?” Health Policy and Planning 9 , 4:371-3 84.
3. Yıldırım H H, (2000). “Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi K1ş, 5:1.
4. Soyer A, Belek İ, (1998). “Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme”, Toplum ve Hekim, Şubat,13:35-45.
5. WHO, (1993). “ Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, Technical Report Series”, Geneva.World Bank, World Development Report, Investing in Health, Oxford University Press.
6. Muschell J, (1996). “Privation in Health”, WHO, 25.
7. Ay M N, (1994). “Toplumsal Yönetim Açısından Türkiye’de Sağlık Sorunu”, Doğan M, Harmancıoğlu Ö, Yeğinboy E, (Ed). 1. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Dokuz Eylül Üniversitesi, 4-7 Mayıs, 403-422.
8. Türk Tabipler Birliği (TTB), (1992). “Sağlıkta Gündem: Herkese Eşit Fırsat mı? Serbest Piyasa Egemenliği mi?” Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dokümanı Değerlendirme Raporu, TTB Merkez Konseyi, [URL://http://www.ttb.org.tr/](http://www.ttb.org.tr/).
9. Aksayan S, Ayhan S, Hayran O, (1991). “Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon: Etkinliği Artırmak İçin Önerilen Bir Yaklaşım”, Toplum ve Hekim, Aralık, 48; 46-51.
10. Sağlık Bakanlığı (1992). “Türkiye’de Sağlık Reformu”, Sağlıkta Mega Proje, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları.
11. Tan T, (1994). “KİT’lerin Özelleştirilmesi ve Sorunlar”, A.İ.D.,25:1;50-68.
12. Wynne R, (2003).”Clinical Nurses Response to An Environment of Health Care Reform and Organizational Restructuring”, Journal of Nursing Management, 11:98-106.
13. Alper Y, (1994). “ İktisadi ve Sosyal Sonuçlarıyla Özelleştirme”, Sağlık-İş Yayınları, Ankara, 95;89-95.
14. Soyer A, Öztürk A, (2004). “Doğu Avrupa’da Sağlık Reformları ve Sağlık Çalışanlarının Çalışma-Yaşam Koşulları”, Gündemdeki Dosya, [URL:http://www.evrensel.net/gundem.html](http://www.evrensel.net/gundem.html).
15. Bradshaw P L, (1995). “The Recent Health Reforms in The United Kingdom: Some Tentative Observations On Their Impact On Nurses And Nursing in Hospital”, Journal Of Advanced Nursing, 21:975-979.

16. Rigolli F, Dussault G, (2003). "The Interface Between Health Sector Reform and Human Resources in Health", Human Resources for Health,1;9:1-12 .
17. Aksayan S, Oktay S, Ülker S, Kocaman G, Atalay M, Pektekin Ç, Buldukoğlu K, (2001). "Türkiye'de Hemşire İnsan Gücü; Planlama, Eğitimi ve İstihdam Sorunları", Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı 1; 39: 375-376.
18. Spitzer A, (2002). "Swiss Nurses Knowledge Related to Health Care Reforms: An Exploratory Study", Journal of Advanced Nursing, 38;4:329-340.
19. Ingersoll G L, Fisher M, Ross B, Soje M, Kidd N, (2001). "Employee Response to Major Organizational Redesign", Applied Nursing Research, , February, 14;1:18-28.
20. Miserendino C A, (2001). "Collective Bargaining Membership of Illinois Hospital-Employed Registered Nurses", Submitted as Partial Fulfillment of the Requirements For The Degree of Doctor of Public Health in The School of Public Health of the University of Illinois at Chicago.
21. Hayran O, Sur H, (1997). "Hastane Yöneticiliği", Nobel Tıp Kitapevleri, 102-103.
22. Kılıç B, Aksakoğlu G, (1995). "Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar", Toplum ve Hekim Dergisi, Kasım, Şubat, 9:64-65:4-13.
23. Şenatalar B, (2003). "Sağlık Ekonomisine Genel Bakış" C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, Özel Eki; 25:4.
24. Tokat M, (2001). "Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı", Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ; [URL:http://www.spgk.saglik.gov.tr](http://www.spgk.saglik.gov.tr).
25. Tatar F, (1996). "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları", Toplum ve Hekim Dergisi Mart-Nisan, 11:72.
26. Yıldırım A, (1994). "1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı", Toplum ve Hekim Dergisi, Mart-Nisan, 9:60 .
27. Seyyar A, (1999). "Sosyal Güvenlik Sistemimizin Tarihi Gelişimi ve Bugünkü Durumu", Sosyal Güvenlik Dünyası, Nisan-Mayıs-Haziran ;2:4.
28. Tuncay C, (1997). "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform İhtiyacı", Kamu-İş Dergisi, 4;2.
29. Kazgan G, (1992). "Sosyal Güvenlik Ötesi" Mülkiyeliler Birliği Dergisi", Nisan,10:50:91.
30. Yusuf A, (1999). "Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar", Genişletilmiş 2. Baskı, Alfa Yayıncılık, Mart .
31. Çiçek H, (1998). "Türkiye'de Özel Sigortacılık Sektörünün Durumu", Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi, SSK Sigorta Müfettişleri Derneği Yayını, Aralık, 74.

32. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, (1995). “Sağlık Sigortacılığında Kamu ve Özel Sektör Paylaşımı”, Sağlıkta Strateji Dergisi, Haziran, 9.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık [Projesi Genel Koordinatörlüğü](#), (1998). “Türkiye’de Sağlık Güvencesi Olmayan Kesim”, Sağlıkta Strateji Dergisi, Aralık, 10.
34. Navarro V, (1998). “ Comment: Whose Globalization”. American Journal of Public Health, May, 88; 5: 742-743.
35. Kickbusch İ, (2000). “The Development of International Health Policies: Accountability Intact?”, Social Science and Medicine, 51: 979-989.
36. OECD, (1992). The Reform of Health Care Comparative Analysis of Seven OECD Countries, Paris.
37. Belek İ, (1995). “Özelleştirme Tartışmalarının Açığa Çıkardığı Sorunlar: Tarz, Verimlilik, Devletçilik, Özerkleştirme”, Belek İ, Soyer A (Ed), Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları, 41-65.
38. Soyer A, (1995). “Sağlıkta Özelleştirme” Belek İ, Soyer A, (Ed) Sağlıkta Özelleştirme Sorun Yayınları ,76-89.
39. Soyer A, (1995). “Sağlık Reformu: Piyasa Egemenliğinin Meşrulaştırılması”, Belek İ, Soyer A,(Ed), Sağlıkta Özelleştirme, Sorun Yayınları,185-198.
40. Tümerdem Y, (1992). “Halk Sağlığı I, II”, Toplum Hekimliği, İstanbul, 366- 367.
41. Dirican R, Bilgel N, (1993). “Halk Sağlığı”, Bursa, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayını, No:70, 82.
42. Sargutan E, (1996). “Türk Sağlık Politikası, Değerlendirmeler, İlkeler, Öneriler”, Sağlık Yayınları, 23.
43. Sağlık Bakanlığı, (1992). “ Sağlık Reformu Çerçeve Taslağı”, Sağlık Bakanlığı I.Ulusal Sağlık Kongresi, 9-13.
44. Soyer A, (1994). “Sağlık Alanında Yatırım Teşvik Belgeleri (1980-1992) Ne İçin? Nereye Kadar?”, Toplum Ve Hekim Dergisi Temmuz- Ağustos, 9:62:94-105 .
45. ATO, (1986). “Sağlık Hizmetlerinde Reform ve Genel Sağlık Sigortası”. ATO Görüşü, ATOB, Nisan, 16-18.
46. Devlet Planlama Teşkilatı, (1985). “Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989” Ankara, DPT Yayınları, Yayın No:1974,128.
47. Tekin F, (1987). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, Anadolu Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 5;1: 263-297.
48. Belek H, Belek İ, (1997). “Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon”, Toplum ve Hekim, Mart-Nisan, 12;78:44-53.

49. Resmi Gazete, (1995). “Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesinin Sağlık İşletmesine Dönüştürülmesine İlişkin 95/6560 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı”, 7.3.1995 gün ve 22220 sayı.
50. Sağlık Bakanlığı, (1992). “Reform Çalışmaları”, [URL://www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
51. Sargutan E, (1996). Türk Sağlık Politikası, Değerlendirmeler, İlkeler, Öneriler, Sağlık Yayınları.
52. Sağlıkta Strateji, (1995). “Sağlık Reformları: Hastane Özerkleşmesi”, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Mart ,10-11.
53. Sağlık Bakanlığı, (1993). “Ulusal Sağlık Politikası Tasarısı”, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayınları.
54. Resmi Gazete, (1994). “Özelleştirme Uygulamalarının Düzenlenmesi ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılmasına Dair 4046 Sayılı Kanun”, 27 Kasım 1994 gün ve 22124 sayı.
55. The World Bank, (2006). “Sağlık Sektörü Dönüşüm Programı”, Projeler ve Programlar, [URL:http://www.worldbank.org.tr/](http://www.worldbank.org.tr/).
56. Ankara Tabib Odası (ATO), (2004). “Basın açıklaması”, [URL:http://www.ato.org.tr/basinaciklamalari/20041019.php3](http://www.ato.org.tr/basinaciklamalari/20041019.php3).
57. Yıldırım H H, (2004). “SSK Hastanelerinin Devri: Eleştirel Bir Sorgulama”, Ankara [URL:http://www.absaglik.com](http://www.absaglik.com).
58. Yıldırım H. H, (2004). “Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarısı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama”, Ankara , [URL:http://www.absaglik.com](http://www.absaglik.com).
59. Tatar F, (1994). “Sağlık, Özelleştirme ve Dahili Piyasaların Kuramsal analizi ve Türkiye İçin Çıkarılacak Dersler”, Doğan M, Harmancıoğlu Ö, Yeğinboy E, (Ed), 1.Ulusal Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Dokuz Eylül Üniversitesi, 4-7 Mayıs, 423-452.
60. Smith S R, Lipsk M, (1992). “ Privatization in Health And Human Services: A Critique”, Journal of Health Politics, Policy and Law, Summer,17:2:232-253.
61. Manga P, (1987). “Privatization of Health Care in Canada: Reform of Regress”, Journal of Consumer Policy, 10:1-4.
62. Yıldırım H H, (2004). “Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu Tasarısı Taslağı: Eleştirel Bir Sorgulama”, Ankara , [URL:http://www.absaglik.com](http://www.absaglik.com).
63. Young D W, (1990). “Privatizing Health Care: Caveat Emptor”, International Journal of Health Planning and Management, John Wiley and Sons.ltd, 5;237-270.
64. Yılmaz U, (1992). “Sağlık Sisteminin Özerkleştirilmesi veya Özelleştirilmesi Üzerine”, Toplum ve Hekim, Mart,16.

65. Doğan M, Yeğinboy Y, (1994). “Sağlık Hizmetlerinde Alternatif Finansman Kaynaklarının Değerlendirilmesi”, Doğan M, Harmancıoğlu Ö, Yeğinboy E(Ed) 1.Ulusal Sağlık Kurumları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Dokuz Eylül Üniversitesi, 4-7 Mayıs;189-206 .
66. Savaş E S, (1994). “Özelleştirme - Daha İyi Devlet Yönetiminin Anahtarı”, Çev. Yener E, MPM Yayınları, 517.
67. Savaş E S, (1993). “Kent Hizmetlerinin Sunumunda Alternatif Yapısal Modeller”, Eker, A Aktan, (Ed). Kamu Ekonomisinin Genişlemesi ve Özelleştirme (Seçme Çeviriler), Çev. Tosuner M, 322-339.
68. Belek İ, (1994). “Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Ne İçin? Kim Adına?”, Toplum ve Hekim Dergisi, Mart- Nisan, 9:62:82-93 .
69. Soyer A, (1987). “Sağlık Ajanında Esen Batı Rüzgarı Özelleştirme”, ATOB, 10; 3-4.
70. Bays C, (1983). “Patters of Hospital Growth: The Case of Profit Hospitals”, Medical Care, 32:950-957.
71. Renn S, Schram M C, Watt J, Derzon R, (1985). “The Effects of Ownership and System Affiliation on the Economic Performance of Hospitals”, Inquiry, 22:219-236.
72. Schlesinger M, Bentcover J, Blumental D, Musacchio R, Willer J, (1987). “The Privatization of Health Care and Pyhsicians Perception of Access to Hospital Services, The Milbank Quarterly, 65:1:25-58.
73. JCAHO (2006) . “Joint Commission Standards”,
URL:http://www.jointcommission.org/Standards/Pre-PublicationStandards/pre_pub_std.htm
74. Aiken L, H, Smith H L, Lake E T, (1994). “Lower Madicare Mortality Among A Set of Hospitals Known for Good Nursing Care”, Medical Care,32:8:771-787.
75. Benner K G, Fogg L F, Fournier L C, Frankenbach J T, Robertson S B, (1990). “Nursing Resource Management: Analysing The Relationship Between Costs and Quality in Staffing Decisions”, Health Care Management Review,15:4:63-71.
76. Stindul –Rothschild J, Berry D, Long-Middleton E, (1996). “Where Have All The Nurses Gone? American Journal of Nursing,11:25-29 .
77. ILO ,(2001). “ Health Care in Central and Eastern Europe: Reform, Privatization and Employment in Four Countries”, Geneva, August, 1-8;32-35.
78. Küpeli B, (1997). “Özelleştirme: Yaşanan İşten Çıkarmalar ve Sendikasılaştırma Örnekleri”, TÜRK-İŞ, Şubat, 24-26
79. Dereli T, (1993). “Özelleştirmenin Endüstri İlişkilerine Etkisi”, Basın-Sen, Ekim,24-25
80. Bedir E., (1992). “Kamu İktisadi Teşebbüslerinin Özelleştirilmesinden Doğan Problemler ve Çözüm Önerileri”, Türk-Metal, Ankara, 21-24 Ocak, 51.

81. Güzel A, (1994). “Özelleştirmenin Hukuksal Boyutu ve Çalışanlar Açısından Ortaya Çıkan Sorunlar”, Dünyada ve Türkiye’de Özelleştirme, Ankara,188.
82. Tuncay C, (1991). “Özelleştirme ve İş Hukukuna İlişkin Sonuçları”, Çimento İşveren, Eylül, 5: 7-9.
83. Pyne G D, (1998). “Nurses’ Perceptions of The Impact of Health Care Reform and Job Satisfaction”, School of Memorial University of Newfoundland, November .
84. Değer N, (1994). “Arjantinde Özelleştirme”, Bilanço, Ocak,1:10:7.
85. Erbilol Ö H, (2001). “ Özelleştirme Sonrası İşten Ayrılan / İş Değiştiren İşçilerin Mesleki Yönelimleri ve Mesleki Eğitim Sorunları”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,
86. Atasayar K, (1193). “ Özelleştirmenin Sosyal ve Ekonomik Etkileri”, Toprak İşveren Dergisi, Eylül,19:8.
87. TİSK (1992). “Olağan Genel Kurulu Çalışma Raporu”, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, Ankara, Aralık, 127-129.
88. Işıklı A, (1990). “Özelleştirme ve Sendikalar”, Dünyada ve Türkiye’de Özelleştirme, ODTÜ Kamu Yönetimi Bölümü, Ankara, 44-52.
89. Kotal M, (1997), “Küreselleşme Sürecinin Türk Sendikacılığı Üzerindeki Olası Etkileri”, İş Hukuku ve İktisat Dergisi, Haziran, 4:267
90. Işıklı A, (1997). “Küreselleşmeye Karşı Sosyal Devletin Yeniden Yapılandırılmasında Sendikaların Toplumsal Görevi” Konulu Konferanslar-2, Türk Harb İş Yayınları, Ankara, 7;18.
91. Sayek F, (2003). “ Dünyada Sağlık Alanında Yürütülen Eylemler”, Tıp Dünyası Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Ankara, sayı:113 ,[URL://http://www.ttb.org.tr/](http://www.ttb.org.tr/).
92. Toplum ve Hekim Dergisi (2000). “Sayıların Dili” , (“.....2000 Yılı İçinde Dünyadaki Sağlık Emekçilerinin Grevleri, Nedenleri”,Sağlıkçının Sağlığı Bülteni, Ekim, 2000, Sayı 3) Eylül-Ekim, 15;5
93. Aksakoğlu G, (1994). “İngiltere Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim Dergisi, Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Kasım-Şubat, 96.
94. Martin B, (1995). “Özelleştirme: Kimin Çıkarına?” Çev. Osman Deniztekin, İstanbul Cep Kitapları, 189.
95. Griffin C, (1989). “Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector”, Washington. World Bank, 37-39.

96. Valverde J M, Trejos M E, Rosales C,(2000). “Formas de Contratacion Laboral en El Sector Salud De Costa Rica”, In: Observatorio de Recursos Human en Salud en Costa Rica: Avances y Perspectivas, Ministerio de Solud,CSS OPSIOMS. Washinton, DC: Pan American Health Organization/ World Health Organization; [URL://http://americans.Health-sector-reform](http://americans.Health-sector-reform).
97. Işıklı A, (1999). “Sendikal Hareketin Eğitim Modelleri Neler Olmalıdır?”, Sendikal Eğitimin Dünü-Bugünü-Geleceği, (Freiderich Ebert Vakfı-Toplumsal Tarih Vakfı, Workshop, 6-7 Kasım 1997, Bolu) ; Sendikal Eğitim Atölye Çalışmaları, Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı, İstanbul, Ocak, 105-107.
98. Türk Tabipler Birliği TTB, (1992). “Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı Değerlendirme Raporu”, Ekim, 35-44.
99. Türk Tabipler Birliği TTB, (2005). “ Kısa Haberler”, [URL://http://www.ttb.org.tr/data/kisa_haber/haziran05/sempozyum.php](http://www.ttb.org.tr/data/kisa_haber/haziran05/sempozyum.php).
100. Devlet Planlama Teşkilatı,Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, (2004). “Ekonomik Göstergeler”, [URL:http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/](http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/).
101. Ülker S, (2006). “Bülten”, URL :<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/>.
102. Bahar Z, (2004). “Sağlıkta Dönüşüm Programı Sağlık Çalışanına Ne Getiriyor?” Dünyada ve Türkiye’de Sağlıkın Yeniden Yapılanması, Toplum ve Çalışanlara Etkileri Sempozyumu, Sabancı Kültür Merkezi,17-18 Eylül 2004.
103. Gürsel H, (1997). “Kamu Sağlık Sektöründe Çalışanların Özelleştirmeye Geçiş Sürecinde Tutumlarını Belirlemeye ve Olumsuz Tutumları Gidermeye Yönelik Öneriler Getiren Bir Çalışma”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
104. Samancı A Y, (1993). “Türkiye’de Psikiyatri Hastanelerinin İyileştirilmesi Üzerine Bir Çalışma (Özerleştirme ve Sağlık Personelinin Özerkleştirme ve Özelleştirmeye Olan Ön Tavırlarını İnceleyen Bir Araştırma)”, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi.
105. Dinç S, Yılmaz P, Acar N, Taş F, Özgün A, (2006). “Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Yasasının Hemşireliğe Yansımaları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Saptanması”, V. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 20-21 Nisan, Şanlıurfa.
106. Körükçü Ö, Özdemir G, Aksu H, Karagöz B, (2006). “ Hekim ve Hemşirelerin Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile İlgili Düşünceleri ve Bilgi Düzeyinin Saptanması”, V. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 20-21 Nisan, Şanlıurfa ,44.
107. Yılar Z, Öztürk N, (2006). “Sağlıkta Dönüşüm Programına İlişkin Ebe ve Hemşirelerin Bilgi Düzeyleri Doğrultusundaki Görüşleri”, V. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 20-21 Nisan, Şanlıurfa ,43.

108. KESK, (2006). “Haberler”, URL:<http://www.kesk.org.tr/kesk.asp?sayfa=haber&id=173>
109. Kaplan A, (1997). “Özerkleştirme Ve Özelleştirme Teorileri Ve Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Özerkleştirilmesi Ve Özelleştirilmesi Çalışmaları Hakkında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Çalışan Yüksek Öğrenimli Sağlık Personelinin Düşüncelerinin Tespiti Üzerine Bir Araştırma”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi .
110. Mıhçıoğlu C, (1968). “Türkiye’de Kamu Personeli Sendikaları, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1968.
111. Sargurtan E, (1993). “ Türk Sağlık Sektörünün Sendikal Yapısı”, Sağlık-İş Yayınları , Ankara, Temmuz.
112. Koç Y, (1992). “ Memur Sendikacılığında Ulaşılan Nokta ve Sorunlar”, Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Ağustos, 146:XVI:6.
113. Öke M K L, (1998). “2000’li Yıllarda Sendikal Politikalar Ne Olmalıdır?”, Harb-İş Konferansları 3, Harb-İş Sendikası Yayını, Ankara.
114. Kutal M, (1970). “Toplu İş Münasebetleri”, CL Teksir, İstanbul, 36.
115. Çelik N, (1988). “İş Hukuku Dersleri”, İstanbul, , S.284.
116. Sönmez F, (1968). “Türkiye’de Sendika Hürriyeti ve Teminatı”, İzmir, Belediye-İş, A.G.E,19.
117. Nelson N, (1997). “Influences of the Present”, Nursing Today, Ed; Zerwekh J A, Claborn J C, WB Saunders Company, 57-63.
118. Marquis B L, Huston C J, (2000). “Potential Constarints Affecting Directing: Unions and Employment Laws”, Leadership Roles and Functions in Nursing, Theory and Application, Lippincott third edition, Philedelphia, New York, Baltimore, 370-390.
119. Salvage J, (1989). “Getting Organised”, The Politics of Nursing, Heinemann Nursing, 102-111.
120. Erol A, (1995). “Demokrasi Örgütlenme Özgürlüğü ve İsveç Örneği”, T.C. Kültür Bakanlığı Yayınları: 1728. Yayınlar Dairesi Başkanlığı Demokrasi Klasikleri Dizisi,17:1-39.
121. Roberts R M, Cox J L, Baldwin L E, Baldwin I J, (1985). “What Causes Hospital Nurses To Unionize?” Nursing Form, 22:22-30
122. Breda K L, (1997). “Professional Nurses in Unions: Working Together Pays Off”, Journal of Professional Nursing, 13:99-109.
123. Link C R, Landon J H, (1975). “Monopsony and Union Powder in the Market for Nurses”, Sounthem Economic Journal, 41:649-659.

124. Velioglu P, (1960). "27 Mayıs Ruhü ve Dileğimiz", Türk Hemşireler Dergisi, 1960; 2.
125. Abay F, Algier L, Bingöl B, Doğancı H, Güçsavaş N, Platin N, Yazıcı G, (1985). "Hemşirelerin Türk Hemşireler Derneği'ne İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi", Türk Hemşireler Dergisi, 35; 2: 19-26.
126. Oktay S, (1966). "1990'da Türkiye'de Hemşireliğin Durumu", Cumhuriyet Bilim Teknik, 479.
127. Ülker S, (2000). "1954 Tarih ve 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu", Toplum ve Hekim, 15;3:166-170.
128. Hemarge, (2006). "Derneğin Kuruluş Amaçları",
[URL://http://www.hemarge.org.tr/index.php](http://www.hemarge.org.tr/index.php).
129. Bengisu F, (1967). "Türkiye'de Hemşireliğin Durumu ve Sorunları", Florence Nightingale Tesisleri Hemşirelik Özel Dergisi, 7-11.
130. Harmancı A, (2003). "Hemşirelerin Mesleki Organizasyonlara İlişkin Görüşleri", İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
131. Oktay S, Baykal Ü, (1995). "Sağlık Personelinin Örgütlenme Faaliyetlerine Katılımının Değerlendirilmesi", Hemşirelik Bülteni, 36:1-10.
132. Önder A, Ağartan E, Memiş S, (2006). "Hemşireler Meslek Derneklerine Neden Sıcak Bakmıyorlar?", V. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 20-21 Nisan, Şanlıurfa, 86.
133. Gözüm S, Ünsal A, Demirci P, Birsell Ş, (2000). "Hemşirelerin Mesleki Örgütler ve Dergilere İlişkin Görüşleri", Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3; 2:19-28.
134. Ulusoy H, Kukuş B, Topal P, Urak Z, (2006). "Hemşirelerin Mesleki Örgütlenmeye İlişkin Görüşleri", V. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 20-21 Nisan, Şanlıurfa, 79.
135. Göldeli D, Tekin K, Çetin H, (2006). "Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşirelikte Mesleki Örgütlenme İle İlgili Düşünceleri", V. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 20-21 Nisan, Şanlıurfa, 25.
136. Kiper S, Koştu N, (2006). "Denizli Sağlık Yüksekokulu Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Örgütlenme Konusundaki Görüşleri", V. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 20-21 Nisan, Şanlıurfa, 26.
137. Bahtiyar G, Tursun P, Kaya M, Ramadanoğlu M, Şen Z, Çarıkçı M, Kaya S, (2006). "Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşirelikte Mesleki Dayanışma ve Örgütlenme İle İlgili Görüşlerinin İncelenmesi", V. Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 20-21 Nisan, Şanlıurfa, 78.

138. Oktay S, (1993). “Meslekleşme ve Mesleki Kuruluşlar”, Yayınlanmamış Panel Konuşması, Hemşirelik Haftası Etkinlikleri.
139. Afşin H, (1995). “Çalışanlar Açısından Özelleştirme- Sendikalaşma İlişkisi”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
140. Özcan B, (1996), “ Özelleştirme Kapsamında Veya Yeni Özelleştirilen KİT’lerdeki Çalışanların İş Sorunlarına Bakışı Ve Beklentileri Üzerine Bir Araştırma”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
141. Way C, (1994). “Report on Analysis of Responses to the ARNN Special Survey: Health System Changes. St.John’s, NF: The ARNN.
142. Keddy B, Gregor F, Foster S & Denney D, (1999). “Theorizing About Nurses’ Work Lives: the Personal and Professional Aftermath of Living With Healthcare ‘Reform’. Nursing Inquiry 6, 58-54.
143. Reynolds M, (2004). “ The Impact of Nursing Unions on Job Satisfaction and Patient Outcome”, Indiana-Purdue University at Fort Wayne.
144. Feldman R, Scheffler R, (1982). “The Union Impact on Hospital Wages and Fringe Benefits”, Industrial and Labor Relations Review, 35:196-206.
145. Hirsch B T, Schumacer E J, (1998). “ Union Wages, Rents and Skills in Health Care Labor Markets”, Journal of Labor Research, 19:125-147.
146. Fiorito J, Greer C R, (1982). “Determinants of US Unionism: Past Research and Future Needs”, Industrial Relations, 21:1-32.

Ek 1. Anket Formu

Bu çalışıma üniversite hastanelerinde kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin sağıkta özelleştirme ve sendikalaşma konusunda görüşlerini incelemeyi amaçlamaktadır.

Vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca bu araştırma için kullanılacak; isim belirtilmeyecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşamayacaktır. Bu çalışmaya katılarak vereceğiniz değerli bilgiler ve katkılarınız için şimdiden teşekkür eder, esenlikler dilerim.

Üniversite Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Sağıkta Özelleşme ve Sendikalaşma Konusunda Görüşlerini Belirleme Anketi

- 1) Yaşınız
- 2) Medeni durumunuz
a)Evli b)Bekar
- 3) Eğitiminiz
a) Sağlık Meslek Lisesi
b) A.Ö.F.Hemşirelikte Önlisans Programı
c) Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
d) Hemşirelik Yüksek Okulu
e) Lisans Üstü
- 4) Hemşire olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....
- 5) Göreviniz
a) Sorumlu Hemşire
b) Klinik-Servis Hemşiresi
c) Diğer
- 6) Kadro durumunuz?
a) Sözleşmeli b) Kadrolu

7) Herhangi bir mesleki örgüte üye misiniz? Yanıtınız evet ise üye olduğunuz örgütü ve üyelik sürenizi yazınız?

a)Evet

b) Hayır (Soru 10'ye geçiniz)

Mesleki örgüt

Üyelik süresi

1. Türk Hemşireler Derneği

2.....

3.....

8) Yanıtınız hayır ise bir mesleki örgüte üye olmama nedeninizi belirtiniz.

a) Mesleğim adına bir şey yapmıyor

b) Siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık ettiğini düşünüyorum

c) Memur olduğum için mesleki örgüte üye değilim

d) Diğer (Belirtiniz).....

.....

.....

9) Herhangi bir sendikaya üye misiniz?

a) Evet

b) Hayır (Soru 13'e geçiniz)

10) Yanıtınız evet ise hangi sendikaya üyesiniz?

.....

.....

.....

11) Yanıtınız hayır ise bir sendikaya üye olmama nedeninizi belirtiniz.

a) Mesleğim adına bir şey yapmıyor

b) Siyasi ve ideolojik faaliyetlere aracılık ettiğini düşünüyorum

c) Memur olduğum için sendikaya üye değilim

d) Diğer (Belirtiniz).....

.....

.....

.....

12) Sağlıkta özelleşmenin olası etkileri nedeniyle hemşireler sendikalara üye olmalıdır ?

1. Kesinlikle katılmıyorum

2. Katılmıyorum

3. Kararsızım

4. Katılıyorum

5. Kesinlikle katılıyorum

13)Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin hemşireler ve hastalar açısından olası sonuçları aşağıda listelenmiştir. Her madde için size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Çok olumlu etkiler	Olumlu etkiler	Değişiklik olmaz	Olumsuz etkiler	Çok olumsuz etkiler
SAĞLIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ					
1.Hizmetin ulaşılabilirliğine etkisi					
2.Hastaların yapacağı sağlık harcamalarına etkisi					
3.Alınacak hizmetin kalitesine etkisi					
4.Sosyal güvencesi olanların ücretsiz alacağı hizmetin kapsamına etkisi					
5.Halkın sağlık sorunlarının çözümüne etkisi					
6.Sağlıkta eşitsizliğin giderilmesine etkisi					
HEMŞİRELERLE İLGİLİ					
1.İş güvencesine etkisi					
2.Ücretlere etkisi					
3.Çalışma koşullarına etkisi					
4.İstihdam (işe yerleşme) olanaklarına etkisi					
5.Çalışma saatlerine etkisi					
6.İş yüküne etkisi					
7.Hemşirelik dışı işlere ayrılacak zamana etkisi					