



TÜRKİYE'DE
HEKİMLİĞİN ve
HEKİMLERİN

SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

2021-2022 RAPORU



EDİTÖRLER

Recep Yılmaz Bayraktarlı
Cundullah Torun

YAYIN KURULU

Elyesa Koytak
İsmail Haskul
Mehmet Tayfun Özcan
Muhammet Üzeyir Kurt
Musab Öztürk
Recep Yılmaz Bayraktarlı
Serkan Bayram
Servet İzci
Ümit Doğan

KATKIDA BULUNANLAR

Ahmet Erçek
Muhammed Numan Aydın
Berkay Özdenoğlu
Buğra Okşaşoğlu
Emre Akçay
Fahrettin Parlak
Gürcan Sünnetçi
Lütfullah Çaştur
Muhammet Raşit Sayın
Mustafa Kemal Yenidünya
Nurullah Bayram
Serkan Yavuz
Yusuf Canbay

İÇİNDEKİLER

Önsöz	4
Sağlıkta Şiddet	7
Sağlığın Finansmanı	13
Aile Hekimliği ve Aile Hekimlerinin Sorunları	17
Asistan Hakları ve Yaşanan Sorunlar	21
Öğretim Üyelerinin Sorunları	33
Diş Hekimliğinin Genel Sorunları ve Çözüm Önerileri	37
Sağlık Sisteminin Lokomotifi Doktorlar	42
Almanya ve Türkiye'nin Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması	54

ÖNSÖZ

Hekim, tabip ve diğer isimlendirmeye tıp doktoru; tıbbi durumları, bozuklukları ve hastalıkları, uzmanlık gerektiren tıbbi beceri ve bilgiyi uygulayarak teşhis ve tedavi eden kişidir.

Aynı zamanda hekim; hikmet sahibi, tıp sanatının icracısı, şifa vesilesidir. Tıp fakültelerinde öğretilen “hastalık yoktur; hasta vardır” kuralı, hekimliğin sanatkârlık olduğunu vurgulamaktadır.

Hekimlerin konumunun; sanatkârlıktan, “çok sayıda hastaya bakma” ile görevli memurluğa evrilmesi, bu yazıda konu edindiğimiz sorunların başlangıç noktasını teşkil etmektedir.

Sağlık hizmetine ulaşım, her insanın hakkıdır. Bu ulaşımı sağlamak da toplumsal bir görevdir. Tüm vatandaşlarının sağlık hizmetine ulaşmasını ve doğru şekilde faydalanmasını sağlamak da sosyal devletin görevidir. Devlet bu görevini yaparken; hastalıkları, hastaları, bu hastalara hizmet verecek tabipleri ve tabiplerin yardımcılarını etkili bir şekilde organize etmelidir.

Ülkemizde son zamanlarda sağlık yöneticilerimiz, sadece vatandaşı “hekimle buluşturmayı” hedeflemek, sağlık hizmetini yalnızca rakamlar üzerinden değerlendirmek gibi doğru olmayan yaklaşımlarda bulunmaktadır. Adliyelerde bakılan toplam dava sayısını artırmak gibi bir hedef konulması ne kadar yanlış olursa, toplam hasta ve muayene sayısını artırmayı hedeflemek de o kadar yanlıştır.

Sağlık hizmetine ulaşabilen vatandaşın, sağlık hizmetinden faydalanabilmesi için gerekli maddi ve kültürel donanımına sahip olması gerekir. Bu da, ancak sağlık okur-yazarlığının artırılması ile sağlanabilir. Ayrıca sağlık sisteminin beklenen faydayı sağlaması için hastanın, öncelikle başvurduğu hekimin “bilgili ve saygın” olduğunu kabul etmesi gerekir. Böyle olunca hekime güvenir, hekimi dinler ve dediklerini tatbik eder. Bu açıdan değerlendirildiğinde, hekimin

hasta gözünde ve toplumda itibarı artar ve bu da tedavinin gücünü artırır. Sistemde 'hekim seçme hakkı' ile bu her ne kadar uygulanmış olsa da, son yıllarda hekime ulaşmadaki sıkıntılar nedeni ile artık fonksiyonunu kaybetmiştir.

Sağlıkta dönüşüm projesi, benzerleri farklı ülkelerde de denenmiş köklü bir sistem değişikliği olup, toplumun sağlık hizmetlerine erişiminde nicelik olarak önemli derecede iyileşme sağlamıştır. Geçmişte vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı zorluklar, bazı hekimler tarafından kamu kaynaklarının kişisel çıkarlar için kullanılması vb. sorunlar hatırlandığında; dönüşümün, sosyal bir ihtiyacın sonucu olduğu ilk bakışta söylenebilir. Ancak dönüşüm projesi ile birlikte; sağlık sisteminin merkezinde yer alan hekimler yavaş yavaş etkinliklerini ve itibarlarını kaybetmiş, hastaneler döner sermaye dağıtabilmek için adeta ticarethane gibi işletilmeye başlanmıştır. Dönüşümün maddi düzenlemelerinden olan döner sermaye ödemelerinde; el emeğinin, malzeme fiyatları kadar takdir edilmemesi de yeni dönemde hekimlerin sanatkarlığının artık göz ardı edildiğinin göstergesi olmuştur.

Hekimliğin değişen konumunda hekimlerin de payı olması doğaldır. Modern tıp anlayışının bir sonucu olarak -sadece ülkemizde değil tüm dünyada- "hastayı bütünü ile değerlendirme anlayışı"; hasta ile daha az iletişim kurulan, hastanın sosyal ve ruhsal durumunun göz ardı edildiği, tetkiklerin daha fazla yer edindiği bir anlayışa evrildi. Ülkemizde hekimlerin hukuki güvencelerinin yetersiz olması, başa çıkamayacakları tazminat ve ceza davalarından çekinmeleri, gereksiz tetkik istemleri ve hastaların triaj yapılmadan üst basamağa sevk edilmesine yol açtı.

Sağlık sistemi modellerinin veya toplumun sağlığı için atılacak herhangi bir adımın faydalı ve sürdürülebilir olması, yalnızca hekimlerin mesleki açıdan huzurlu ve zihinlerinin sanatlarının icrası dışında herhangi bir işle meşgul olmadığı şartlarda mümkün olabilir. Bu çalışmada Türkiye'deki hekimlerin çalışma şartları, sağlıkta şiddet, özlük hakları, malpraktis ve hukuki sorunları, ayrıca bunların temelinde yatan "hekimliğin değişen konumu"nu anlamaya çalıştık.

Tüm bu sorunların çözüme kavuştuğu; hekimlerin itibarlı ve huzurlu, hastaların az ve acilen şifaya kavuştukları örnek bir sağlık sistemine sahip Türkiye temennisiyle...

SAĞLIKTA ŞİDDET

Elyesa Koytak (İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Doktor Öğretim Üyesi)

Sağlıkta şiddet ile ilgili çözüm önerilerini sunmadan önce, durum tespiti yapılması gerekliliği kaçınılmazdır. Maalesef ülke çapında sağlıkta şiddet ile ilgili herkese açık veri bulunmamaktadır. Örneğin, “şu klinikte günün şu saatinde kadın/erkek hasta veya hasta yakını, kadın doktora/erkek doktora şiddet uyguluyor” gibi bir **verimiz yok. Takip ve analiz sistemi yok.** Sağlık bakanlığının yılda bir periyotla yayınlayacağı bir veri olması gerekiyor. Sağlık gibi büyük bir sektörün sorunlarını, ortak sistemli ve düzenli veriler olmadan takip edemeyiz. Bireysel deneyimler ne kadar çok doğru ve yerinde tespitler olsa da, sonuç itibarıyla hep bireysel kalacaktır. Örneğin beyaz kod, fiziki saldırı, arbede, darp, yaralama, silahlı saldırı gibi olaylarda en başta veri tutulması gerekmektedir. Tutulan bu verilerin Sağlık bakanlığı tarafından paylaşılması ve meslek odaları, sendikalar gibi hekim hakları ile ilgilenen kişi ve kurumlara iletilmesi ve bu kurumlarca da incelemesi gerekir.

Şiddet, her toplumda ve her yerde görülmekte ve yaşanmaktadır. Sokağa çıkıldığında hasta ruhlu birinin bir anda gerçekleştirdiği şiddet eylemi söz konusu olabilmektedir. Zaten toplumda %2-4 oranında anti-sosyal kişilik bozukluğu bulunmaktadır. Ancak şiddet, hastanelerde daha çok ön plana çıkmaktadır. Sokaktaki şiddetten farklı olarak sağlıkta şiddetin, “hizmet alınan kişilere karşı” olması, olayı daha itici ve hoş karşılanamayacak duruma getirmektedir.

Sağlıkta şiddetle ilgili akla ilk gelen çözüm, genelde ceza hukuku oluyor. Darp eden insanlar yani hekime yönelik fiziki veya sözlü tacizde ve saldırıda bulunan insanlar, çok ağır ceza hukuku yaptırımları ile karşı karşıya kalsın, hemen tutuklansın, en üst sınırdan ceza alsın, cezaevine gönderilsin hatta sağlık hizmeti almasın vb. birçok yaptırım, hekimler tarafından dillendiriliyor. Ceza hukuku, aslında sorunun çözümü değil. Ortadaki olguyu ortadan kaldırmış olmuyor, sadece “daha tahammül edilebilir” hale getiriyor. Ama **sorun devam ediyor ve bu palyatif bir çözüm oluyor.** Üstelik; hekimleri darp eden insanları şiddet uygulayan insanlar sağlık hizmeti almasın, hastaneye gelemesinler, 6 ay gelemesin, 2 yıl gelemesin

gibi çokça dillendirilen taleplerin, hukuki gerçekliği de yok. Bebek katili yahut bir seri katil düşünün, onun bile anayasal olarak sağlık hizmeti alma hakkı var. Yani sağlık; anayasal bir hak, sosyal devletin bir gereği. Dolayısıyla sağlık hizmetinden dışlama veya çok ağır cezai cezalandırması şeklinde çözmek asla mümkün değil.

Şiddetin zaten sağlık sektöründe kurulu bir şey olduğunu fark etmek gerekiyor. **Hasta ile hekimin buluşması zaten çok şiddet yüklü bir buluşma, çok şiddet yüklü bir ilişki!.. Hekimin bildiği onlarca yüzlerce binlerce bilgiyi beceriyi hasta bilmiyor. Hastayla hekim arasında ciddi bir “bilgi asimetrisi” var.** Hastanın beklentilerini, hastanın stratejilerini, hastanın hangi hisle hastaneye geldiğini, o hastaneyi hangi hisle tercih ettiğini bilmiyoruz. Aynı şekilde hasta yakınının hasta ile ilişkisini, doktordan beklentilerini, kendi imajını nasıl yönettiğini, o anki etkileşimleri de hekim veya sağlık hizmeti sunan taraf bilmiyor. Çok şiddet yüklü bir an, iki tarafın birbirini anlamadığı, anlama fırsatının da olmadığı, anlamaya yatkın olmadığı, anlama ihtiyacı ve çıkarı olmadığı bir durum füzyon halinde ve bu 5 dakika sürüyor. Yani 5 dakikada şikâyetiniz neydi, şuydu, tamam röntgen yazıyorum, tam kan tahlili yazıyorum, verin gelin gibi. Bu kadar hızlı oldu maalesef. Burada bu kadar yoğun bir ilişkide -acil servislerde daha yoğun olduğunu biliyoruz - **şiddetin özellikle ölümlü vakalarda, ama aslında her hasta-hekim buluşmasında potansiyel bir durum olduğunu bilmeliyiz. Bunun temel nedeni de; iki tarafın karşılıklı bir bilgi ihtiyacı, bilgi açığı olması.**

Hastalar sağlık hizmeti almaya geldiklerinde, kendi başının çaresine bakmalıyım hissi ile hastaneye gidiyorlar. Sorunu daha iyi anlamak için hastaların da hasta olma rolleri, hastalık rolleri hastalığı, hasta olmayı yaşama ve hastanedeki kararlarını nasıl verdiklerini anlamaya çalışmalıyız. İnsanların önemli bir kısmı kendi başının çaresine bakmalıyım hissiyle davranıyorlar. Hekimlerin çok aşına olduğu, gözü kapalı şekilde koridorlarında kaybolmadan üst kata çıkabileceği; ama hastaların, insanların önemli bir kısmının her bakımdan yabancı oldukları bir dünya. Bu yabancı oldukları dünyada nasıl kendi kendimi mağdur etmem, nasıl doktordan en hızlı verimi alırım? Bu verim tabi ki bilimsel/tıbbî bir verim olmayabilir.

Yani nasıl o raporu alırım, nasıl o ilacı yazdırırım, nasıl yakınım olan hastaya şov yaparım, belki annesini getirmiş anneme kendimi nasıl ispat etmiş olurum vs... **İki farklı dünya; sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık hizmeti almaya gelen vatandaşların dünyası. Bir-biriyle konuşmuyor, birbirini anlamaya fırsatı yok, vakti yok, çıkarı yok ve bunun için araçlar yok ortada.**

Hastanelerde temel bir “tampon mekanizma”nın olmadığı görülmektedir. Şiddeti açığa çıkmadan ya da çıkmak üzereyken absorbe edecek ve sağlık çalışanına, hekime, sağlık hizmeti sunan aktöre o şiddeti engelleyecek, araya girecek mekanizmalar olmalıdır. Bu mekanizmalar mesela k-9 köpekleri olamaz. Bazı ülkelerde uygulanan şeyler bunlar. Acil gibi örneğin daha çok şiddet olan yerlerde k-9 köpeğiyle hastaların gözünü korkutmak veya şiddet eğilimli olan insanları caydırmak söz konusu. Ancak bu semptomatik bir tedavi, palyatif geçici bir çözüm. **Öyle bir tampon mekanizmadan bahsediyoruz ki; asıl boşluk olan “bilgi açığını doldursun, bilgiden doğacak olan güven açığını doldursun”.** Hastanelerde sağlık personeli, memurlar, idari personel var. Orada birileri bankalarda duruyor; ama bir tampon mekanizma dediğimiz o işlevi yerine getirmiyorlar. **Tampon mekanizmanın; hastanın aşırı çeşitli ve kontrol edilemez bilgi açığını, bilgi boşluğunu, beklenti yükünü doktora hiçbir şekilde geçmeyecek şekilde absorbe etmesi gerekir.** Mesela poliklinikteki doktor hastaya diyor ki “laboratuvara gideceksiniz, kan tahlili vereceksiniz”, hasta “laboratuvarın nerede olduğunu bilmiyorum” diyor, doktor laboratuvarı tarif ediyor. Diyor ki işte “sağa dönün, sola dönün”, sonra hasta 1-2 dakika sonra tekrar geliyor, “hocam bulamadım”. Doktor diyor ki “nasıl bulamadınız?”. Hasta bir daha gidiyor geliyor, başka bir hasta geliyor “hocam rapor çıkmamış” diyor. Bir başkası geliyor “kan çıkmış mı, ekranda görüyor musunuz” vs. yüzlerce soru soruyorlar. Bütün bunları hiçbir şekilde doktorun cevaplamaması lazım. Yani doktordan önce, bunları başka birinin cevaplıyor olması lazım. Bunları hastaya ve hasta yakınlarına verecek “bilgi ve güven elçileri” olması lazım. Bir sekreterle ya da bir başka görevli personel ile, ya da acilde sekreter olmayabilir, başka yöntemler geliştirmek gerekebilir ama muhakkak surette bir tampon mekanizma olmalıdır.

Örneğin; doktor bir reçete yazacak, bir tedavi söyleyecek, “bir ay boyunca bunu evde uygula sonra tekrar bakalım” diyecek. Bunu sağlık sekreterinin de anlıyor olması gerekiyor ki, çıkışta hastaya ve yakınına yardım etsin, anlatsın. Sekreter yanında bulunamıyorsa, doktor her seferinde dışarı çıkıp sekretere onu anlatamayacağına göre, demek ki ikisi arasında bir ara yüz lazım. Bu tampon mekanizmayı “ara yüz” olarak da düşünebilirsiniz. **Ara yüzler yok sağlık sektöründe. Bir kurumda, bir hizmet sektöründe ara yüz yoksa; “fazlasıyla insan odaklı, fazlasıyla insanın gayretlerine, emeklerine bağlı” bir hizmet söz konusudur ki, haliyle bu da insan tüketir. Doktorlar da tükeniyor zaten..**

Teknolojinin ve ara yüzlerin etkin kullanılması, gereksiz iş yükünün önüne geçecektir. Mesela e-Nabız diye bir sistem var. On sene önceki kan tahlilleri dahi görülebiliyor. **Hastaların rapor talepleri, ilaç tekrarı talepleri, tedavinin açıklanması, tedavinin kontrolü gibi basit ve çok sık olan, çok sık olduğu için de doktorla hastayı sık sık karşı karşıya getiren, doktorun enerjisini heba eden çok basit şeyler için bir ara yüz oluşturulmalıdır.**

Sağlık sektörü dijital sistemleri, hasta-doktor açısından çok kullanmıyor. Bunlar doktorun iş yükünü ve şiddet ihtimalini de anlamlı olarak azaltacak uygulamalardır. Örnek olarak; hasta veya yakını, “onamı, dijital olarak verebilmelidir”. Sözlü açıklamayı doktor yüz yüze yapar, ama daha sonra hasta o anda veya oturduktan sonra e-nabıza girip, anladım diyebilmeli veya ben anlamadım, unuttum deyip ertesi gün doktora bir şey sormak için tekrar hastaneye gidip, doktorun izahatını alabilmelidir. E-nabızdan “sayın hocam, onunla ilgili şurayı anlamadım” diyebilmeli, sekreter de bilgi vermelidir. Bu onam da, hukuki olarak kabul edilebilir formda olmalıdır. Yani bu ara yüzleri ve tampon mekanizmalarını birçok durum için yapabiliriz, üretebiliriz.

Buradaki örnekleri ve formları üretebiliriz ama **temel boşluk; bilgi boşluğu. Bilgi iletişimi ve bilgi köprüleri yok, bilgi elçileri yok ve bilginin mekanik ve ara yüz formları yok.** Aslında iyi biliyoruz ki hastaların çoğu şiddet eğilimli değil, yüz hastadan doksa-

nı şiddete eğilimli değildir. Şiddet uygulayan insanlar, toplumda da olduğu gibi aslında azınlık insanlar. Nasıl ki doktorlarla ilgili kötü bir şey söylendiğinde “bu, her meslekte olan münferit vakalar” deniliyorsa, toplumda da doktora şiddet vakasına sebep olan insanlar çoğunluğu oluşturmuyor, fakat çok sık oluyor. Hemen her doktor gözlemliyor veya maruz kalıyor, dolayısıyla çok baskın olan oymuş gibi algılanıyor.

“İyi hasta olmak” diye bir kavramı geliştirmemiz lazım. Hep birlikte iyi hasta nasıl olunur? Burada “iyi hasta”dan kasıt; uysal hasta, pasif hasta, doktora teslim olan hasta anlamında değil, haklarını da sorumluluklarını da iyi bilen, hastane sisteminde kaybolmadan kendini güvende hisseden hasta demek. “Bana burada iyi bakılacak, bir saat beklesem de yeşil alan için bir saat sonra doktor benim için gereken neyse yapacak” diye emin, güvenli ve bilgi temelli bir şekilde yaşayan, yaşama becerilerine sahip hasta demek.

İyi hastalar var aslında ve çoğunlukta; tıpkı iyi doktorların çoğunlukta olduğu gibi. Dolayısıyla meslek ile hastalar, meslek ile toplum arasındaki ortak bilgi ve çıkarların çoğaltılması, öne çıkarılması gerekiyor. Bunu sendikalar çok iyi yapabilir; çünkü sendika, meslek örgütüne, tabip odasına veya bürokratik başka mekanizmalara göre daha tabandan gelen bir harekettir. Sendika, çalışma şartları, özlük hakları gibi çok haklı taleplerle yola çıkar. Bununla beraber tabi ki kamu otoritesinin üzerine düşen şeyler de var. **Kamu otoritesi, dostane bir hekim-hasta ilişkisi, dostane bir sağlık hizmeti deneyimi, dostane bir hastane ortamını her taraf için sağlamalıdır. İllerde veya ilçelerde kamu otoritesi olarak, acil servislere veya yoğun kliniklere veya şiddetin yoğun olduğu branşlara ziyaretler gerçekleştirilmelidir.** Mülki amirlerin veya o bölgede saygı duyulan büyüklerin hastaneye gidip hastalarla selamlaşması, “geçmiş olsun teyzeciğim” demesi, doktorun kapısını tıkladıp “kolay gelsin doktor bey, doktor hanım, bir ihtiyacınız var mı?” diye selam verip gitmesi, dostane bir atmosferin oluşmasına katkı sağlayacaktır. Ama klişe bir görüntü olarak; bir protokol tarzında, bir yanına başhekimini, diğer yanına il sağlık müdürünü alıp fotoğraf çektirmenin bu bağlamda faydası olmadığı/olmayacağı aşikardır.

Son olarak, sağlık hizmetlerinin; yer yer aşırı şahsî inisiyatife, keyfi değil belki ama tesadüflere, klinik şefinin mizacına veya kurumun geleneklerine, o anki kuşağın becerilerine bırakılmış durumda olduğu da gözlemlenmektedir. Kurumsallaşmasını tamamlamış, ara yüzleri ve tampon mekanizmaları etkin kullanan sağlık sistemi; hastaların ve hasta yakınlarının medikal ve paramedikal ihtiyaçlarına cevap verebilecek ve hekimin hekimliği dışındaki konularla ilgilenme zorunluluğunun önüne geçecektir. Böylelikle sağlıklı bir hekim-hasta ilişkisi doğabilecektir.

SAĞLIĞIN FİNANSMANI

Dr. Ümit Doğan (Sosyal Güvenlik Kurumu)

Sağlık sisteminin kalitesinin artması ve topluma faydalı hale gelmesi için; sağlık hizmet sunucuları ile sağlık hizmeti alanlar açısından belli bir dengenin olması gerekmektedir. Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği için bu denge çok önemlidir. Dengenin bozulması durumunda, bunun düzeltilmesi için gerekli bakış açıları ve fiziki şartlar hızlıca devreye alınmalıdır.

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinde en önemli belirleyici nokta, “kamu maliyeti”dir. Kamu hastanelerinin tek geri ödeme kurumu olan SGK'nın yıldan yıla değişen toplam harcama bütçesi ve harcama kalemleri incelendiğinde, sağlık politikalarının somut sonuçları daha anlaşılır olmaktadır.

SGK, iki türlü finansman sağlamaktadır: “Götürü bedel” denilen daha çok kamu hastanelerine ödenen, diğeri de “hizmet başı” olarak tanımlanan özel sağlık hizmet sunucularına ödenen finansmandır. Hizmet başı ödeme incelemeye tabi tutulmakta (özel hastanelerin kümülatif takiplerinin %5-10 kadarı random örnekleme ile incele-yici hekimlerin önüne düşüyor, hekimler tıbbi ve SUT'a uygunluk açısından denetleme yapıyorlar); götürü bedel ise incelenmeden Sağlık Bakanlığı'na aktarılmaktadır.

2021 yılında Türkiye'nin toplam bütçesi 1,6 trilyon liraydı. Sağlık bakanlığının bütçesi 77 milyar olup total bütçenin %4'üne tekabül etmektedir. Ancak bu bütçe, Bakanlığın yalnızca teşkilat harcamalarını kapsamaktadır. SGK'nın bir yılda sağlığa ödediği finansman ise, 177 milyar TL olarak tespit edilmiştir. 2020'de özel sağlık sigortasına 13 milyar TL prim ödenmiştir (<https://www.tsb.org.tr/tr/istatistikler>).

Özel sağlık sigortasının hesaba katılmadığı halde bile, **genel bütçenin en az %16'sının sağlığa** ayrıldığını söylemek daha doğru olacaktır. 2022 yılında sağlık harcamasının 240 milyar TL olacağı varsayılıyor. 2020 yılında SGK'nın götürü bedel (kamu hastaneleri, üniversite ve dış hekimliği fakülteleri) için aktardığı para 71 milyar

TL iken; 2021 yılında 95 milyar TL olarak gerçekleşmiştir (%26'lık bir artış). 2021 yılında SGK 94 milyar TL açık vermiş, bu fark hazine tarafından karşılanmıştır.

Özetle Türkiye, her sene katlanarak artan sağlık harcamaları ile karşı karşıyadır. **Nüfusta belirgin bir artış olmamasına rağmen sağlık harcamalarının bu derecede artışının sebeplerinin incelenmesi gerekmektedir.**

Sağlık harcamalarındaki artışın başlıca nedenlerinden biri; **toplumun sağlık hizmetinden faydalanma konusunda yeterince bilinçli olmamasıdır.** Ne zaman hekime başvurulması gerektiği ile ilgili yeterli bilinç düzeyine sahip olunmaması; bir taraftan gereksiz başvurular ile sağlık harcamalarını artırırken, diğer taraftan hastalığın ihmali ve komplikasyonlara yol açması nedeni ile de sonuçta sağlık harcamalarını artırmaktadır.

Bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri olarak tanımlanan “sağlık okur-yazarlığı” konusunda, toplumun yeterli bilgi sahibi olmadığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (SGGM) tarafından yürütülen *“Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması”nda, Türkiye’de yaklaşık olarak 10 kişiden 7’sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz veya sınırlı olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyi düştükçe kronik hastalıkların arttığı gösterilmiştir.* (<https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html>)

Sağlık hizmet sunumunun başlıca aktörleri olan hekimler, diğer sağlık çalışanları, hastaneler ve tıbbi cihazlar sınırlı olmasına rağmen; sağlık hizmet sunumunda **yeterli triaj** yapılamamaktadır. Bir yılda kişi başı hekime müracaat sayısının incelendiği bir çalışmada 2002, 2010 ve 2018 yıllarında bu sayının sırası ile 3.1, 7.3 ve 9.5 olduğu, dolayısıyla büyük bir hızla arttığı görülmüştür. Hekimlere bu konu sorulduğunda çarpıcı örneklerle karşılaşılmaktadır. Örneğin; primer anjiyografi sonrası by-pass ameliyatı yapılmasına karar

verilen bir hastanın, 2 hafta içerisinde hekimin bu kararını teyit etmek üzere 7 farklı kamu hastanesinde kardiyo­loji başvurusu oldu­ğu, adeta elindeki CD ile hastane hastane dolaştığı öğrenilmektedir.

Sağlık harcamalarındaki artışın diğ­er önemli nedeni ise, **defansif tıp** uygulamalarıdır. Defansif tıp uygulamaları; hekimlerin malpraktis (tıbbi uygulama hataları) davalarından korunmayı amaçladıkları tıbbi uygulamalardır. Defansif tıp uygulamaları, hem yüksek riskli işlemleri yapmaktan sakınmayı, hem de -hastaya belirgin bir faydası olmasa da- olası malpraktis davalarını göz önünde bulundurarak ilave hizmetler eklemeyi kapsamaktadır. Böylece sağlık harcamaları, gereksiz tetkiklerle daha da artmaktadır.

Artan sağlık harcamalarına rağmen, sağ­lığa ulaşım­da beklenen düzeye ulaşamadığı görülmektedir. “Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni” verilerine göre toplam hekim sayısı 2019 yılında 160.810 iken, %6,5 artış göstererek 2020 yılında 171.259 olmuş, 2021 yılında daha da artmıştır. Ancak vatandaş MHRs’den randevu alamadığından şikayetçi olmakta, birçok bölüme iki haftadan önce randevu alınamazken, bazı bölümlere randevu alabilmek için aylarca beklenmesi gerekmektedir. Hastanelerde MR cihaz sayısı geçen seneye göre 2020 yılında 902’den 939’a, BT cihaz sayısı 1.213’ten 1.248’e, Doppler Ultrason cihaz sayısı 6.383’ten 6.538’e, EKO cihaz sayısı 2.714’ten 2.823’e ve Mamografi cihaz sayısı ise 961’den 982’ye ulaşmıştır. Buna rağmen birçok hastanede örneğin doppler randevusu 6 aydan daha kısa sürede verilememektedir.

(<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf>)

Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmak için açılan hastanelerin, yeni mezun olan hekimlerin, yeni alınan tıbbi cihazların, talebi karşılamaktan uzak olduğu, her geçen gün de uzaklaştığı görülmektedir. Bu nedenle **hastane sayısını ve hekim sayısını artırmaktan daha önemli olanın; toplumun hekime başvurusunu ölçülü hale getirmek için söylemin değiştirilmesi ve bu doğrultuda düzenlemelerin yapılması gerektiği görülmektedir.** MHRs sürelerinin kısaltılması gibi geçici tedbirlerin sağlık sitesinde yaşanan problemleri iyileştirmeyeceği gibi daha da büyüttü-

ğü, verilerden anlaşılmalıdır.

Sağlık harcamalarının yıldan yıla artmaya devam etmesi, kamu kaynaklarının yetersiz hale gelmesine ve özel sigorta ve tamamlayıcı sağlık sigortası yolu ile sağlığın özelleştirilmesine neden olabilecek ve -temel haklardan sayılan- sağlığa erişim konusunda daha büyük tartışmalara yol açabilecektir.

Hasta sayısını artırmak değil, azaltmak amacı ile politika geliştirmek, sağlık okuryazarlığının artırılması amacı ile bakanlık ve ilgili genel müdürlükler aracılığı ile proje ve kampanyaların yapılması, hekimlerin çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve malpraktis baskısının kaldırılması, çözümün ilk basamakları arasında sayılabilir. Bu konuda daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmakla beraber, geç kalınmadan somut adımlar atılması gerektiği görülmektedir.

AİLE HEKİMLİĞİ VE AİLE HEKİMLERİNİN SORUNLARI

Muhammet Üzeyir Kurt (Aile Hekimi-Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisi)

Önce pilot bölge uygulamalarıyla başlayan ve 2010 yılı sonu itibarıyla ülkemiz geneline uygulanan Aile hekimliği sisteminin, çeşitli ekleme ve çıkarmalarla birlikte gelinen noktada tıkanmasına ve arızalı bir sistem halini almasına kayıtsız kalamayan yaklaşık 160 aile hekimi, çevrimiçi ortamda Tabip-Sen çatısı altında bir araya geldi ve sistemi tüm yönleriyle masaya yatırdı.

Yapılan bu çalıştayda, öncelikle mevcut aile hekimliği yönetmeliğinin lağvedilmesi gerektiği ve yeni yönetmeliğin hekim ve aile hekimliği STK'ları ile birlikte düzenlenmesi gerektiği görüşünde uzlaşıldı.

Özlük noktasında duyulan iyileştirme ihtiyaçlarına yönelik şu çözümler üretildi:

A) 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na; 2021 Aralık ayında Meclis tarafından kabul edilen oranlardan az olmamak üzere, aile hekimlerini de kapsayacak şekilde kamu kurumlarında çalışan tüm hekimlere "**hekimlik tazminatı**" eklenmelidir. Bunun yanı sıra aile hekimlerinin emekliliğinde özlük kaybı doğurabilecek durumların önüne geçilmelidir.

B) Aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerine verilen cari gider ödeneğiyle artık karşılanamayacak düzeylere ulaşan masraflar sebebiyle, cari gider ödeneklerine; personel maaşları, elektrik, doğalgaz gibi ana harcama kalemlerine gelen zamlara paralel oranda zam yapılmalıdır. Ayrıca mobil hizmet yapan aile hekimlerinin ödenekleri de, akaryakıt fiyat artışları dikkate alınarak güncellenmelidir.

Çalıştayda, sahadaki işleyiş baştan aşağı ele alındı, sorunların tespitleri yapıldı ve çözüm önerileri oluşturuldu. Bu doğrultuda:

Mevcut sistemde; yıllık izinli, istirahat raporlu, SAHU eğitiminde vs. olan aile hekimi, yerine vekalet edecek hekim bulamazsa ücret

kesintisine uğramaktadır. Bu vekalet sistemi ortadan kaldırılmalı; Covid-19 enfeksiyonu geçirmekte olan hekimlerin izinlerinde olduğu gibi, vekalet vermek durumunda kalan aile hekiminden ücret kesintisi olmayacak ve görevlendirilen aile hekimine/İSM hekimine ücreti müdürlük tarafından ödenecek şekilde yeniden düzenleme yapılmalı, aile hekimlerine vekaletsiz izin hakkı sağlanmalıdır.

Esnek mesai uygulaması, özellikle çok birimli aile sağlığı merkezlerinde ciddi sıkıntılara sebep olmaktadır. Vatandaşlar tarafından 08:00-17:00 şeklinde kanıksanan mesai saatlerinde bir hekim hizmet verirken, bir diğeri tarafından hizmet verilmediği durumlarda sahada gerginlikler yaşanmakta, o sırada hizmet veren hekim de tacize uğramaktadır. Esnek mesai uygulaması maddi kayıp doğurmadan sınıflandırma kriteri olmaktan çıkarılmalı ve kaldırılmalıdır.

Aşı, izlem gibi uygulanması zorunlu hizmetlerde, hizmet alacak kişilerin umursamaz tavırlarına karşı aile sağlığı çalışanı/aile hekimi yoğun uğraş vermekte ve ortaya çıkan olumsuzluklardan da sadece personel sorumlu tutulmaktadır. Bu sebeple aile sağlığı merkezlerindeki tüm **koruyucu hekimlik uygulamaları, hastaya da sorumluluk yüklenecek şekilde revize edilmelidir.**

Kayıtlı nüfusla irtibat kurulması gereken durumlarda (aşı veya izlem gibi) kullanılmak üzere, arama yapıp mesaj gönderilebilecek bir mobil uygulama oluşturulmalı ve kullanıma sunulmalıdır.

Çoğunlukla “basit bir sağlık raporu yeterlidir” telkiniyle çeşitli kurumlarca istenen ve ağır hukuki/vicdani sorumluluklar gerektiren sağlık raporlarını (sporcu lisans, ehliyet vb.) düzenleme görevi; her ilçede yahut hastanelerde oluşturulacak kurullara devredilmeli ve keyfî **rapor istemlerinin önüne geçilmelidir.**

SGK tarafından ödenmeyen özel muayenehane/hastane reçetelerini yazdırma ve dış merkezlerce istenen tahlilleri yaptırma gibi amaçlarla aile sağlığı merkezlerine yapılan yoğun başvuruların, yapılacak net düzenlemelerle önüne geçilmelidir.

Vatandaş tarafından “isteğe bağlı ilaç yazdırılacak yer” olarak da

görülen aile sağlığı merkezlerinde, usulsüz ilaç talebi engellenecek şekilde sistemsel kısıtlamalara gidilmeli; **sistem, hekimini hasta ile karşı karşıya gelmesine sebep olabilecek tüm usulsüz taleplerden korumalıdır.**

Hizmet verilen mahallerde genel olarak apartmanların zemin katlarına mahkûm olmuş, market, kasap, berber vb. dükkanlara komşuluklarıyla ve görünüş itibarıyla içinde adeta bu tarz bir hizmet verildiği izlenimi uyandıran ve kamu kurumu ciddiyetinden çok uzak hallerde olan aile sağlığı merkezlerine başvurularda herhangi bir kısıtlama bulunmamaktadır. Örneğin bir vatandaş; keyfi isteklerle, alt komşusu/yan komşusu olan aile sağlığı merkezine pazardan dönerken, markete giderken vb. her gün başvuruda bulunabilme hakkına sahiptir. Bu durum başvurularda ciddi artışlara sebep olduğu gibi, aile hekiminin asıl hizmet alması gereken nüfusa ve koruyucu hekimlik uygulamalarına harçayacağı vakitten de enerjiden de kayba sebep olmaktadır. Bu nedenlerle, **başvurulara yönelik net düzenlemeler yapılmalı** ve aile hekimliği birim nüfusları hekimlerin maddi kaybı olmayacak şekilde azaltılmalıdır.

Kamu hizmeti veren aile sağlığı merkezi binaları -asgari fiziki/teknik şartların sağlanması dahil- kamu tarafından yeterli ve güvenli ortamlar olarak yeniden inşa edilmeli ve oluşturulan şartların devamı da sağlanarak aile sağlığı merkezlerine kamu kurumu ciddiyeti kazandırılmalıdır.

Elini kolunu sallayan herkesin girip çıkabileceği, herhangi bir güvenlik önleminin olmadığı ve hukuki sorumlulukları yüksek hizmetlerin verildiği sağlık kuruluşları olan aile sağlığı merkezlerindeki mevcut koşullar, ülkemizde sağlıkta şiddetin zirve yaptığı da göz önünde bulundurulursa çalışanlar için tedirgin edici boyutlardadır. En yakın zamanda her **aile sağlığı merkezine birer güvenlik personeli istihdamı** sağlanmalı ve sağlıkta şiddeti önleyecek etkili tedbirler alınmalıdır.

Aile sağlığı çalışanı olmayan birimlere aile sağlığı çalışanı istihdamı ivedi olarak sağlanmalı ve bu birimler nitelikli hizmet verebilir hale getirilmelidir.

Adli/defin nöbetlerine aile hekimlerinin dahil edilmesinde gönüllük esası gözetilmelidir.

Cezaevi, entegre hastane gibi özel çalışma şartları olan aile hekimlerinin şartlarına spesifik düzenlemeler yapılmalı, uğradıkları maddi manevi kayıplar giderilmelidir.

Büyük bir soru işareti olarak önümüzde duran ve mevcut koşullarda uygulanması mümkün olmayan HYP askıya alınmalı ve kısa vadede süreçte aile hekimliğine yönelik yapılacak olan tüm çalışmalar; çok sorunlu hale gelmiş olan sistemi, hekim STK'larının çalıştayları ve talepleri doğrultusunda onarmak üzerine olmalıdır.

Sonuç olarak koruyucu hekimlik zemininde kurulan aile hekimliği sisteminin uygulama amacından saptığı, birçok arıza ile çalışanların sırtında ağır bir yük halini aldığı ve halk sağlığını korumaktan ziyade angaryalarla dolu bir sistem haline geldiği malumdur. Yapılacak düzenlemelerle; gerek hizmet verenin, gerekse hizmet alanın mutlu ve tatmin olabileceği, misyonunu da hakkıyla yerine getirebilen bir sistemin kurulabileceği öngörülmektedir.

ASİSTAN HAKLARI VE YAŞANAN SORUNLAR

Musab Öztürk (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Asistan Hekim)

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi prosedürleri, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Bu yönetmeliğin amacı; tıp ve diş hekimliği alanlarında uzmanlık eğitimi, uzmanlık belgelerinin verilmesi ve Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir. Bu yönetmelik; Tıpta Uzmanlık Kurulu ile tıp ve diş hekimliği alanlarında eğitim vermeye yetkili kurum ve uzmanlık eğitimi ile ilgili programları ve kişileri kapsar.

Kurumlar; eğitim-öğretim, uygulama ve araştırma faaliyetlerinin değerlendirilmesi ve bilimsel denetimin etkinliğinin sağlanması için, tabii olduğu mevzuat çerçevesinde uzmanlık eğitimini düzenleme ve koordine etme görevini kendi akademik kurullarınca yaparlar. (TUEY Madde 9/1)

Programlardaki eğitim, kurul tarafından ilan edilen ve eğitim standartlarını da içeren çekirdek müfredatı karşılayacak şekilde olmak zorundadır. Program yöneticisi, ilgili dalda eğitici olmak zorundadır; anabilim veya bilim dalı başkanı veya eğitim ve araştırma hastanelerindeki eğitim sorumlusu ilgili dalda uzmanlık eğitici niteliğini haiz değilse, o dalda başka bir eğitici kurum yöneticisi tarafından program yöneticisi olarak belirlenir. (TUEY Madde 8/1-2)

Programlar çekirdek eğitim müfredatları ve standartlarına uygunlukları yönünden, Kurul tarafından ya da 5 inci maddenin birinci fıkrasının (1) bendi uyarınca oluşturulan komisyonlarca, en az beş yılda bir yerinde denetlenir. Bu denetim dışında kurumlar eğitim verilen programlarıyla ilgili öz değerlendirmelerini yıllık olarak UETS üzerinden Kurula sunarlar. Özdeğerlendirme raporunda belirgin eksiklik saptanan programlar kurul tarafından öncelikle denetlenir. Özdeğerlendirme raporunda eksiklik veya yetersizlik tespit edilen programlar belirlenen eksiklikleri 6 ay içinde tamamlamak zorundadır. Özdeğerlendirmede eksiklik saptanan yerler için uzmanlık öğrencisi kontenjan planlaması o yıl için yapılmaz.

(TUEY Madde 9/1)

Adli Tıp Kurumu dışındaki kurumlarda uzmanlık eğitimi, ilgili dalda uzman olup profesör, doçent, yardımcı doçent unvanına sahip olanlar ile eğitim görevlisi veya başasistanlar tarafından verilir. Yardımcı doçent ve başasistanların uzmanlık eğitimi verebilmeleri için bu kadrolarda bir yıl çalışmış olmaları şarttır. (TUEY Madde 10/1)

Uzmanlık öğrencisi; kurumlarındaki kadro unvanı ne olursa olsun, bu yönetmelik ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde programlarda uzmanlık eğitimi gören, araştırma ve uygulama yapan kişilerdir. (TUEY Madde 11/1)

Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilemez. Ancak deprem, sel baskını, salgın hastalık gibi olağandışı ve hizmetin normal olarak sürdürülemediği hallerde; uzmanlık öğrencileri, hekimlik görevlerini yürütmek üzere eğitim gördüğü kurumda veya aynı il içerisindeki sağlık tesislerine 3 aylık süreler halinde bir yıl içinde en fazla iki defa görevlendirilebilir. Bu görevlerde geçen süreler eğitim süresinden sayılır. Ancak yukarıda sayılan haller nedeni ile tezini yetiştiremeyen ve çekirdek eğitim müfredatındaki yetkinliklerini kazanamayan uzmanlık öğrencilerine program yöneticisinin önerisi üzerine eğitim kurumunun akademik kurulu kararı ile 6 aya kadar süre uzatımı verilebilir. (TUEY Madde 11/4)

Uzmanlık öğrencilerinin nöbet uygulaması üç günde birden daha sık olmayacak şekilde düzenlenir. (TUEY Madde 11/5)

Uzmanlık öğrencisinin; programlarda, kurul tarafından belirlenmiş müfredat ve standartlarda eğitim verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır. Nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi eğitsel ve sosyal gereksinimleri karşılayan altyapı ve diğer standartlar kurumca sağlanır.(TUEY Madde 11/6)

Uzmanlık öğrencisi, programda bulunan bütün eğitimcilerin gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar.(TUEY

Madde 11/7)

İŞ YÜKÜ FAZLALIĞI: Asistan hekimlerin en önemli sorunlarının başında, fazla iş yükü ve angarya çalışma gelmektedir. Bu sorun uzun yıllardır var olmakla birlikte halen çözüme kavuşturulamamıştır. TUEY Madde 11/7 ve madde 11/4'te asistan hekimin 'programda bulunan bütün eğitimcilerin gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alması' ve 'uzmanlık eğitimi uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilmemesi' gerektiği belirtilmiştir. Ancak maalesef pratikte mevzuata uyulmadığı gözlenmektedir. İş yükü fazlalığı; poliklinik, servis, ameliyathane, yoğun bakım ve acil ünitelerinde; mesai saatlerinde ve/veya nöbetlerde gelişebilmektedir. Ayrıca angarya (uzmanlık eğitimden sayılmayacak işler) çalışma da, bir diğer önemli sorundur. Biz iş yükü başlığı altında iş yükünün ve angarya çalışmanın fazla olduğu üniteleri alt başlıklar halinde değerlendireceğiz.

a) Poliklinikler: Asistan hekimlerin birçok nedenden dolayı polikliniklerde iş yükü, mevzuata aykırı olarak artmıştır. Ayrıca kaliteli ve yeterli eğitim alınamaması da, bir diğer sorundur. Gelişmiş ülkelerde yeni başlayan uzmanlık öğrencileri, sorumlu olduğu eğitici ile birlikte çalışmak zorundadır. Eğitici gözetiminde bilgi ve deneyimi artar. Ancak ülkemizde TUEY Madde 11/7'de açıkça 'programda bulunan bütün eğitimcilerin gözetim ve denetiminde' denilmesine rağmen birçok klinikte daha **ilk aylardan itibaren asistan hekim poliklinikte tek başına hasta bakmaya zorlanmaktadır**. Bu durum birçok sıkıntıyı da beraberinde getirmektedir. Öncelikle henüz yeterli mesleki deneyime sahip olamayan asistan hekim tanıları atlamakta ya da yanlış tanı koymakta, vaka üzerine derinleşme yapmamaktadır. Ayrıca fazla hasta bakılması için 5-10 dakikaya inen hasta muayene süreleri de bu duruma katkı sağlamaktadır. 5 dakikalık muayene süresi; asistan hekim bir yana, bir uzman hekim için dahi yetersizdir. Ayrıca asistan hekim, eğiticiye danışması gereken hastaları da yine bu kısıtlı zaman diliminde yapmaya zorlanmaktadır. Bir diğer sorun ise eğitici olmadan uzman adına hasta bakılmasının getirdiği hukuki sorunlardır. Burada tüm sorumluluk ilgili poliklinikteki uzmanda olmasına karşın, olası malpraktis davalarında asistan hekimler de yargılanabilmekte ve cezalandırılabilir.

Yukarıdaki paragrafta ifade edilen sorunlardan dolayı **bir asistan hekimin muayene süresi hastayı değerlendirme ve danışma süresi olarak en az 20 dakika olmalıdır.** Asistan hekimler eğiticilerin gözetimi ve denetimi altında hasta bakmalıdır. Ayrıca; eğiticilere kolay ulaşabilir olmalıdır. **Uzmanların performans kaygısıyla asistan hekimlere fazla hasta muayene ettirme baskısı kati bir şekilde engellenmelidir. Ancak bunun sebebinin sorgulanması gerekmekte ve asistan ücretlerinin uzmanın performansından verilmesinin önüne geçilmelidir, asistanlara yeterli sabit ücret tek maaş olarak verilmelidir.** Poliklinik saatleri, asistan hekimin eğitim etkinliklerine göre düzenlenmelidir. Bu şekilde planlanmadığı takdirde, eğitimler mesai dışı saatlerde yapılabilmektedir. Eğiticilerin mesai saatlerinde yerinde olup olmadığı denetlenmelidir. Poliklinik hizmetinin aksayacağı kaygısıyla asistan hekimlerin yıllık izin ve mazeret izinlerini kullanmalarını engelleme girişimleri reddedilmelidir. Asistan hekimlere polikliniklerde çalışabilmesi için gerekli teknik donanım ve fiziki şartlar sağlanmalıdır.

b) Nöbetler ve Servis Hizmetleri: Asistan hekimin hizmet sunma yükümlülüğü mevzuatta TUEY Madde 11/7'de "Uzmanlık öğrencisi, programda bulunan bütün eğiticilerin gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar." şeklinde ifade edilmiştir. Yine Madde 11/4'de "Uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi uygulamasından sayılmayan işlerde görevlendirilemez. " denilmektedir. Klinik hizmetlerinde tüm sağlık personellerinin tanımı açıktır. Asistan hekimler ilgili tüm mevzuatlara aykırı olarak (başta TUEY, hemşirelik mevzuatı olmak üzere) kan alma, ekg çekme, monitörizasyon, hastayı mobilize etme, insizyon yara yeri pansumanı, bası yaraları bakımı, foley katater takma gibi kliniğin bedensel anlamda tüm iş yükünü çekmektedir. Asistan hekimlerin bu kadar bedensel iş yükü arasında eğitim ve araştırmalara katılması uzmanlık eğitimi kapsamlı bir şekilde alması asla mümkün olamamaktadır. Ayrıca çalışanlar arası iş barışını da bozmaktadır. Çünkü **başka bir personelin yapmakla yükümlü olduğu işleri, bu işlerle yükümlü olmayan asistan hekimler icra etmektedir.**

Bir diğer önemli sorun ise; nöbetlerde yaşanan sorunlardır. Yatak-

lı tedavi kurumlarında nöbet; normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edebilmek amacını güder şeklinde tanımlanır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde (YTKİY) **nöbet türleri**; İcap nöbeti, Acil nöbeti, branş nöbeti, normal nöbet olarak belirlenmiştir. (Madde 42/C) Genel olarak asistan hekim nöbetleri; acil, klinik ve konsültasyon hizmetleri nöbeti şeklindedir. **Asistan hekimlerin nöbetlerle ilgili başlıca sorunları**; sık nöbet sayıları, ilgili olmayan bölümlerde nöbet tutma, nöbetlerde angarya iş yaptırılması, **nöbet ertesi izin hakkının verilmemesi**, nöbet ücretlerinin tam olarak ödenmemesi veya geç ödenmesi olarak sıralanabilir.

Avrupa Birliği Parlamentosunun üye ülkeler açısından bağlayıcı ve zorunlu 1993 tarih ve 104/EC ve 2003 tarih ve 88/EC sayılı direktiflerine göre; **hekimlerin günlük çalışma süresi 8 saat olup bu süre haftalık 40 saati aşmayacaktır**. Zorunlu hallerde günlük çalışma süresi 10 saati aşmamak üzere uzatılabilecektir. Ancak günlük 10 saatlik çalıştırma halinde dahi, çalışanlar yönünden bir yılda 24 hafta ortalama 8 saatlik çalışmayı güvence altına alacak şekilde çalışma düzenin belirlenmesi zorunludur. Yine TUEY Madde 11/5'e göre, 'Uzmanlık öğrencilerinin nöbet uygulaması üç günde birden daha sık olmayacak şekilde düzenlenir' denilmektedir. Ancak ülkemizde eskiden beri var olan mesai-nöbet-ertesi sabah tekrar mesai uygulaması halen devam etmektedir. Böyle bir çalışma düzeninde asistan hekim 32-40 saat arasında hastaneden çıkmamakta ve dinlenme süresi olmadan çalışmaktadır. Bu çalışma düzeni, yukarıda değinilen Avrupa Birliği Parlamentosu ve TUEY maddelerine de aykırıdır. Ancak özellikle hekim azlığı gerekçe gösterilerek, uygulama devam etmektedir. İnsan tabiatına, ilgili mevzuat maddelerine ve etik kurallara aykırı olan bu uygulamadan bir an öncde vazgeçilmelidir. Ayrıca **ilgili olmadıkları birimlere görevlendirme ile nöbet tutturulması, asistan hekimi hukuki olarak zayıf duruma düşürmektedir**. Asistan hekimler nöbetlerde primer sorumlu oldukları alan dışında özellikle cerrahi branşlarda elektif özel ameliyatlara sokulup primer sorumlu oldukları servis ve acil hiz-

met alanlarını aksatmaktadır. Ortaya çıkacak hukuki süreçte hiçbir şekilde asistan hekimler kendini savunamamaktadır.

Diğer bir sorun ise, **nöbet ücretleriyle ilgili sorunlardır.** İlgili kanuna göre nöbet ücreti ödenmesi için ilk şart; haftalık çalışma süresinin (40 saat) dışında çalışılmış olmasıdır. İkinci olarak; ilgili kurumun, nöbet karşılığında izin kullanılmasına müsaade etmemiş olması gerekir. (Şayet nöbet karşılığında izin kullanılmış ise ayrıca nöbet ücreti ödenmeyecektir.) Üçüncü olarak; nöbet süresi kesintisiz 6 saatten fazla sürmüş olmalıdır. Dördüncü olarak; 130 saatten fazlası için ödeme yapılmamaktadır. **Asistan hekimlere mevzuatta belirtildiği üzere 7 nöbet parası ödenip bazı kliniklerde 10 ile 15 nöbet arasında değişen nöbetler tutturulmaktadır** ve fazla tuttuğu nöbet ücreti ise ödenmemektedir. Bu durumda ya ilgili yasa değiştirilmeli, ya da bir asistan hekime ayda 130 saatten fazla nöbet tutturulmamalıdır. Ayrıca acil serviste yoğun bir şekilde vakit geçiren branş hekimlerinin nöbet ücretleri en düşük birimden, yani servis nöbeti ücretlendirmesi şeklinde ödenmektedir. Nöbet ücretlerinin geç yatırılması ve bazen yatırılmaması ise bir diğer sorundur. Kurumlar ilgili yasalara uyararak nöbet ücretlerini bir sonraki ayın 15 ine kadar mutlaka ödemelidirler. Asistan hekimler nöbet ertesi izin kullanmaları halinde ise gündüz yapacakları 8 saatlik mesai ücreti nöbet ücretinden düşürülmektedir. Asistan hekimlerin gece çalışması gündüz çalışmaya göre ruh ve beden sağlığı açısından daha zordur ve ücretlendirmesi asla mesai ücretlendirmesi ile aynı olmamalıdır. Ayrıca nöbetlerin ücretleri çok düşük miktarlardadır ve artırılmalıdır.

EĞİTİME İLİŞKİN HAKLAR

MADDE 8 - (1) Programlardaki eğitim, Kurul tarafından ilan edilen ve eğitim standartlarını da içeren çekirdek müfredatı karşılayacak şekilde olmak zorundadır.

MADDE 11 - (6) Uzmanlık öğrencisinin programlarda, kurul tarafından belirlenmiş müfredat ve standartlarda eğitim verilmesinin sağlanmasını isteme hakkı vardır. Nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi eğitsel ve sosyal gereksinimleri karşılayan altyapı ve diğer

standartlar kurumca sağlanır.

Uzmanlık eğitiminde belirlenmiş çekirdek eğitim müfredatları asgari bilgi, beceri ve tutum kazandırmayı amaçlar. Bu doğrultuda her asistan hekimin girişim sayıları, rotasyonları, işlem becerileri ve süreleri belirlenmiştir. Ayrıca Genişletilmiş eğitim müfredatı da her kurumun kendi akademik kurul/program tarafından belirlenir. Asistan hekimlerin bu iki müfredat doğrultusunda bilgi ve birikim kazanarak yetiştirilmesi planlanır. Asistan hekimlerin bu müfredatlara hakimiyeti maalesef yeterli düzeyde değildir. **Çekirdek müfredatı dahi sağlayabilen kurum sayısı oldukça az sayıdadır.** Bu müfredata hâkim olmak için gereken işlemlerin, becerilerin asistan hekimin iş tanımında olması gerekir. Bu görevler haricindeki angarya işleri tanımlayabilmesi iş yükünün farkına varılması ve efektif eğitim sürecinin sağlanmasında önemlidir. Çoğu kurumda bulunmayan ancak uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin müfredatında yer alan rotasyonlar ve girişimler için altyapı oluşturulmalı ve diğer kurumlarla bu eksiklerin giderilmeye çalışılması elzemdir.

TEORİK EĞİTİMLER

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS)'a göre eğitimler üç gruba ayrılır.

- **Yapılandırılmış Eğitim Etkinlikleri (YE):** Sunum, seminer, olgu tartışması, dosya tartışması, konsey, kurs ve diğer.
- **Uygulamalı Eğitim Etkinlikleri (UE):** Vizit, nöbet, girişim, ameliyat, ayaktan hasta bakımı ve diğer.
- **Bağımsız ve Keşfederek Öğrenme Etkinlikleri (BE):** Ayaktan hasta takibi, yatarak hasta takibi, araştırma, literatür okuma, öğretme, diğer.

Eğitimlerin önemli bir kısmını teorik eğitimler oluşturmaktadır. Uzmanlık öğrencileri asistanlık süresince bu teorik eğitimlerin pratikte yansımaları görmeli ve gerekli beceriyi kazanmalıdır. Mevcut durumda; hem eğitim sürecinde olan, hem de sağlık hizmeti sağlayan asistan hekimlere, uygun teorik derslerin mesai saatleri içerisinde verilmesi gerekmektedir. Bu eğitimler pandemi öncesinde

öğle arasında haftada 1-2 saat yapılan dersler şeklinde iken, pandemiden sonra önemli oranda online eğitimlere dönüşmüştür. Pandemiden önceki süreçte de öğle arasında sabah mesaisinin ardından dinlenmek isteyen ve yeme-içme-tuvalet vb. insani ihtiyaçlarını sağlamak isteyen birçok asistan hekimin, eğitimlerden etkin şekilde faydalanamadığı görülmektedir. Bu durum; pandemiden sonra ise mesai saatleri dışında genellikle akşam saatlerinde yapılan online derslere dönüşmüştür. Bu derslerde yeterli nitelik ve etkinliğe ulaşamamaktadır. Bunun haricinde sağlık hizmetindeki aksamaları önlemek adına bazen asistan hekimlerin dönüşümlü çalışarak eğitim saatinden mahrum bırakıldığı görülmektedir.

Uzmanlık eğitimini vermesi beklenen eğitici/akademik kadronun iş yükü, özel hasta bakımı, yeterli kadrolu eğitici eksikliği vb. sebeplerle teorik eğitimler konusunda yeterince etkin rol alamadığı görülmektedir. **Uzmanlık eğitiminin büyük bir kısmı akran eğitimi şeklinde gerçekleşmektedir.** Özellikle yatarak ve ayakta hasta takibiyle kazanılan bilgi ve birikimler tecrübe ve eğitici ile direkt ilişkili olup bu konularda da yatan hasta servisi ve ayakta poliklinik hizmetinde uzmanlık eğitimi öğrencilerinin çoğunlukla yalnız kalabildikleri görülmektedir.

Asistanlık eğitiminde akademik açıdan gelişim maalesef üniversite ve eğitim araştırma hastanelerindeki **hizmet/eğitim dengesinin hizmet yönüne kayması** nedeniyle gitgide gerilemektedir. Asistan hekimlerin özellikle kongre, kurs vb. organizasyonlara hem maddi sebeplerle hem de sağlık hizmetinde işyükü kaybı düşüncesiyle gönderilmediği, imkanlarının çok kısıtlı olduğu görülmektedir.

ROTASYONLAR

Rotasyonlar TUEY Madde 18'de belirlenmiş ve tarif edilmiştir. İç ve dış rotasyonlar olarak ikiye ayrılabilir. Mevcut işleyişte, rotasyonların standardizasyonu sağlanamamış olup kurumdan kuruma birçok farklı uygulanma çeşidi mevcuttur.

Rotasyonlar, asistanlık döneminde müfredatlara uygun şekilde düzenlenmemektedir. Dış rotasyon denilen diğer bölümlere olan rotasyonların çoğu zaman kağıt üzerinde kaldığı ve asistanların kendi

bölümlerinde çalışmaya devam ettiği görülmektedir. Aynı zamanda gidilen bölümlerde de gerekli bilgi ve beceriyi kazanacak teorik ve pratik bilgileri kazanamadığı, bazen gidilen bölümde angarya işleri yapacak kişi olarak değerlendirildiği bilinmektedir. Yan dalları olan dahiliye, pediatri gibi branşlarda asistanlık sürecinin sonunda birçok hekimin yeterince rotasyonları tamamlayamadığı, bunun sebebinin adil bir dağıtım olmaması ve eğitim alınan kurumda eksik olan bölümlerin diğer kurumlarla kapatılmamasının yattığı düşünülmektedir. Kurumdan kuruma değişen bu uygulamalar ile rotasyonlar konusunda standardizasyonun sağlanamadığı düşünülmektedir.

UZMANLIK EĞİTİMİNİN TAKİBİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzmanlık eğitimi devam ederken, eğitim görevlilerin eğitim standartlarını takip etmeleri ve değerlendirmelerin devamlılık göstermesi önem taşımaktadır. **Asistanlar, ek iş gücü olarak kliniği çevirmekle görevli elemanlar olarak görülmemeli ve eğitimlerinin standardize edilmesi konusunda somut ve radikal çalışmaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir.**

Uzmanlık eğitiminin en başından itibaren o kurumdaki eğitim görevlilerinin gayretleri ile oryantasyon sürecinin verilmesi ve sonrasında da uzmanlık eğitiminin takibi gerekmektedir. Bu konuda TUEY’de belirtilmiş olan takip sistemi UETS çerçevesidir. UETS; Çekirdek eğitim müfredatı, Genişletilmiş eğitim müfredatı, uzmanlık eğitimi karnesi, program yöneticisi kanaati, Tez çalışmasının takibi, Uzmanlık öğrencisi kanaati ve uzmanlık eğitimi yeterlilik sisteminin oluşur. Bu takip sürecinde kullanılan asistan karneleri efektif kullanılmamaktadır. Hem eğitimlerin ayarlanması hem de asistan eğitimine uygun fiziksel ve psikolojik ortamın sağlanması da bu takip sürecinin içerisinde. TUK tarafından kurumlar 5 yılda bir denetlenmektedir ancak nitelikli eğitim için gerekli asgari şartların oluşturulması konusunda gayret gerekmektedir. Asistanlık sürecinde rotasyonlar, tez süreci vb. konularda standardizasyon sağlanması niteliği artıracaktır.

DİĞER BAZI SORUNLAR

Yabancı Uyruklu Asistan Hekimlerin Düşük Maaş Sorunu:

Ülkemizde, 02/01/2014 tarihli ve 6514 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” 18/01/2014 tarih ve 28886 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanunun 25 inci maddesi ile 1219 sayılı Kanunun ek 14. maddesine “Tıpta ve diş tabipliğinde yabancı uyruklu kontenjanında uzmanlık eğitimi yapmakta olanlara, ilgili kurumun döner sermayesinden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçesinden, vakıf üniversitelerinde ise kendi bütçelerinden (13.000) gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarda ödeme yapılır. Bu ödemeden damga vergisi dışında herhangi bir kesinti yapılmaz.” hükmü eklenmiştir. Bunun dışında fazla mesaiden kaynaklanan nöbet ücretleri de alabilen yabancı uyruklu asistan hekimler, döner sermaye ve performans ücreti ise alamamaktadırlar. 2019 yılında bir asistan hekimin açtığı dava sonucunda, artık yabancı uyruklu asistan hekimlerin de döner sermayeden ücret almaları sağlanmış ancak bu karara itiraz eden sağlık bakanlığı avukatlarının açtığı karşı dava sonucunda Aralık 2020’de bu karar Danıştay tarafından iptal edilmiştir. Ayrıca diğer kamu personellerin aksine yabancı uyruklu asistan hekimlerin sağlık sigortası da yapılmamaktadır. **Mevcut durumda yabancı uyruklu asistan hekimler, ciddi geçim sıkıntısı yaşamaktadırlar. Günümüzde bir yabancı uyruklu asistan hekimin maaşı, asgari ücretin altındadır.** Yabancı uyruklu asistan hekimler de Türkiye vatandaşı asistan hekimlerle aynı koşullarda ve aynı iş gücüyle çalışmaktadır. Sağlık bakanlığı ilgili kanunda tekrar değişikliğe gitmeli, yabancı uyruklu asistan hekimlerin de Türkiye vatandaşı asistan hekimler kadar maaş alması sağlanmalıdır.

SBA Kadrosunun Sorunları: SBA kadroları, Sağlık Bakanlığına bağlı kadrolardır. TUS kılavuzunda “Sağlık Bakanlığı Adına Tıp Fakültesi Kadroları” olarak açıklanmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı kadrolar olsa da bu kadrolara yerleşen hekimler, asistanlık eğitimlerini YÖK’e bağlı üniversite hastanelerinde tamamlamaktadır. SBA kadrosuna yerleşen hekimler üniversite hastanelerinde görev yapı-

yor olsalar da, 657 sayılı memuriyet yasasına bağılıdırlar. SBA kadrosunda eğitim alan asistan hekimler 657 sayılı yasaya bağılı memuriyet statüsünde yer almaktadırlar. SBA kadroları bir memuriyet kadrosu olduğu için usullü istifa durumunda 6 ay, usulsüz istifa durumunda 12 aylık memuriyete geri dönülememektedir. SBA kadrosunda asistanlığa başlamadan önce imzalanan yüklenme senedi adı verilen kefalet sözleşmesinin kaldırılması, önemli bir iyileştirme olmuştur. Bununla beraber geçmişe ödenen borçların ve halihazırda borç ödeyenlerin durumu belirsizliğini korumaktadır. SBA kadrosundan uzman olunması halinde ise, asistanlık süresi kadar Sağlık Bakanlığı'na bağılı olarak çalışmak zorunluluğu kaldırılmıştır. Ancak düzenlemenin yapıldığı tarihten önce uzman olanların durumu belirsizliğini korumaktadır. Ayrıca SBA kadrosundaki asistan hekimler, kurumun döner sermaye ücretini alamamaktadırlar. İlgili kanunlarda değışiklik yapılarak YÖK ve SBA kadroları arasındaki bu eşitsizliklere son verilmelidir.

Mobbing (Bezdirme): Mobbing; iş yerinde çalışan kişiye karşı aynı iş yerinde bulunan bir veya birden çok kişi tarafından uygulanan psikolojik taciz, şiddet, düşmanca tutum vb. davranışlardır. Bu tanım, mobbing nedir sorusuna verilebilecek en kısa yanıttır. Türk Dil Kurumu, kavramın karşılığı olarak "Bezdiri" kelimesini belirlemiş ve "İş yerlerinde, okullarda vb. topluluklar içinde belirli bir kişiyi hedef alıp, çalışmalarını sistemli bir biçimde engelleyip huzursuz olmasına yol açarak yıldırma, dışlama, gözden düşürme" olarak tanımlamıştır. Maalesef asistan hekimler, kliniklerde en fazla mobbinge uğrayan meslek grubudur. Genellikle asistan hekimlere düşey mobbing (hijerarşik düzende yukarıdan aşağıya şeklinde gerçekleşen mobbing türü) uygulanmaktadır. İlgili eğitici, diğer uzman hekimler, kıdemli asistan hekimler, hekim dışı sağlık personelleri tarafından mobbing görülebilmektedir. Mobbinge sebep olacak davranışlar çeşitli şekillerde ortaya çıkmaktadır. Tehdit, aşağılama, azarlama, hakaret, yüksek sesle konuşma, sürekli anlamsız işler verilmesi, performansın üzerinde iş verilmesi, fiziksel şiddet, yalnızlaştırma, şantaj, alay etme, lakap takma vb. görülebilmektedir. Mobbinge maruz kalan asistan hekim fiziksel ve psikolojik olarak etkilenmekte ve giderek iş yapamaz hale gelmektedir. Özellikle asistanlık sürecinin ilk yıllarında ve cerrahi branşlarda daha sık gö-

rülmektedir. Mobbing nedeniyle konsantrasyon bozukluğu, iŖe geç gelme, eğitimlere katılmama ve hatta alıŖmakta olduğu kurumdan istifa görülebilmektedir. Asistan hekimler, uğradıkları mobbingi genellikle daha fazla mobbinge uğrama ve kariyerde ilerleyememe korkusuyla ifade edememektedirler. Mobbing, ilgili mevzuatlar da doğrudan bağımsız bir suç tipi olarak dzenlenmemiŖtir. Fakat mobbing uygulanırken ortaya konulan davranıŖlar açısından mevcut ceza hukuku araçlarının ve suç tiplerinin yeterli olduğu söylenbilir (intihara yönlendirme suçu, kasten yaralama suçu, eziyet suçu, cinsel saldırı suçu, hakaret suçu, cebir kullanma suçu). Asistan hekimlerin, mobbinge uğramaları durumunda gerekli hukuki süreci baŖlatmaları, bu süreç içerisinde herhangi bir baskıya maruz kalmamaları gerekmektedir. Özellikle cerrahi branŖlardaki katı hiyerarŖik yapı düzeltilmelidir.

ÖĞRETİM ÜYELERİNİN SORUNLARI

Serkan Bayram (İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Ortopedi ve Travmatoloji Doktor Öğretim Üyesi)

Sağlık hizmeti sunumunun devamı için gerekli olan sağlık personeli (doktor, hemşire, ebe vs.) yetişmesini sağlayan üniversite hastaneleri; yıllar içerisinde çıkarılan yeni yasalara veya hala değişmeyen eski kanunlara bağlı olarak birçok aksaklıklarla varlıklarını sürdürmeye çalışmaktadır. Üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin sağlık sunumunda ve öğrenci eğitiminde yaşadığı sorunlar konumuzun temel noktasını oluşturmaktadır.

Öğretim üyelerinden beklenti, ağırlıklı olarak sağlık hizmeti yerine, eğitim olmalıdır. Dekanlık düzeyinde sıkı takipler ile öğretim üyesi-öğrenci uygulama pratiklerinin yapılması sağlanmalıdır. Özellikle cerrahi branşlarda çoğu zaman eksik kalan bu uygulamalar ile hem eğitim yetersiz kalmakta hem de öğretim üyesi asli görevinden uzaklaşmaktadır. Öğrenci dersi konusunda bir diğer husus, konu seçimi olmaktadır. Özellikle klinik branşlarda öğrenciler çok fazla teorik bilgiye boğulmaktadır. Halihazırda uzmanlık sınavında zaten çalışacağı teorik konuların fakültede yoğun bir şekilde öğretilmesi, pratikte işlerine daha çok yarayacak konulardan uzaklaşılmasına neden olmaktadır.

Üniversite hastanelerinde ülkemizin birçok farklı merkezlerinden gelen hastaların tanı ve tedavileri titizlikle ve güvenle yapılmaya devam etmektedir. Bunun yanında binlerce pratisyen-uzman doktor ve diğer sağlık personelleri eğitimi verilmektedir ve her sene yeni kadrolar ile sağlık ordusu güçlendirilmektedir. Üniversite hastanesinde görevli öğretim üyesi, hem sağlık hizmeti, hem de eğitici görevi ile iki alanda katma değeri çok yüksek bir görev idame ettirmektedir. Buna rağmen ülkemizin güzide, en köklü üniversitelerinde öğretim üyelerinin aldığı maaş oldukça düşüktür. İnsan hayatının en önemli iki basamağında (sağlık ve eğitim) görev yapan öğretim üyelerinin maaş durumunun göz ardı edilmesi, akademik titr yükseldikçe akademisyenlerin ne yazık ki istifa etmesine veya alternatif çözümler aramasına, hatta bazen illegal çözümlere yönelmesine neden olmaktadır. **Bu kadar kıymetli basamaklar-**

da görev yapan öğretim üyeleri, geçim kaygısı nedeniyle asli görevlerinden uzaklaşmamalıdır. Bu durumun düzeltilmesi için gereken adımlar uygun zeminde atılmalıdır.

Öğretim üyelerine ve üniversiteye ek gelir olması amaçlı planlanan mesai dışı uygulamasında da birçok sorun yaşanmaktadır. İlk olarak mesai dışı ücreti ve dağıtımı gözden geçirilmelidir. Ücretin büyük kısmı üniversiteye aktarılmaktadır. Mesai dışı tanımı ile uygulama farklı olabilmektedir. Çalışma saatlerinde yapılan muayene, mesai dışı olarak gösterilebilmektedir. Bu tanımı “mesai dışı” yerine “öğretim üyesi farkı” olarak düzenlenmesi kafa karışıklıklarını giderecektir.

Öğretim üyelerinden eğitim ve sağlık hizmeti sunumu yanında akademik çalışma yapmaları da beklenmektedir. Doğal olarak öğretim üyesinin aslında asli görevlerinden birisi de; akademik makale başta olmak üzere akademik faaliyetler içerisinde bulunmaktır. Akademi, öğretim üyesinin yalnızca kendisini temsil etmez; bizzat ülkemizin uluslararası platformda temsili olduğu için, bu alanın hem desteklenmesi hem de denetlenmesi gerekmektedir. Ne yazık ki ülkemizde akademik faaliyetler genellikle akademik basamakları çıkmak için yapılmaktadır. Akademik faaliyetler yeterince kıymet görmemektedir.

Mesleğini; eğitim, sağlık hizmeti ve akademik çalışmalar olmak üzere en az üç alanda götürmek zorunda olan öğretim üyesinin akademik alanı boş bırakması asla kabul edilemez. Bununla birlikte özellikle maddi kaygılar nedeniyle sağlık hizmeti ön plana çıkmakta ve eğitim-akademi alanı geri planda kalmaktadır. Akademik çalışmalar alanının geri kalmaması “akademik teşvik” puanı ve ödeneği gibi uygulamalar ile mümkün değildir. **Fakültelerin dekanlık düzeyinde birimler oluşturularak her akademisyenin aylık-yıllık faaliyetleri takip edilmeli, akademik faaliyet raporlarını bizzat dekanlık tarafından tutulmalıdır. Akademik faaliyetini fazla yapan akademisyenler maddi-manevi teşvik edilmelidir.**

Üniversite hastanelerinde ve eğitim-araştırma hastanelerinde verilen asistan eğitimi, öğretim üyesinin belki de en aktif olduğu alan-

dır. Özellikle cerrahi branşlarda ameliyat yoğunluğundan, teorik eğitime gerekli vakit ayıramamaktadır. Asistan eğitimi pratik uygulama üzerinde yürütülmektedir. Bu çoğu zaman yeterli gibi görünse de, literatür taraması dahi yapamadan uzman olan birçok asistan doktor bulunmaktadır. **Asistan teorik eğitimlerinin artırılması, literatür destekli eğitim temeli kurulması gerekmektedir.** Asistan doktorların asistanlıkları süresinde “bilimsel makale nasıl okunur?”u öğrenmesi gereklidir. Bunun yanında yine asistanlık süresinde bilimsel araştırmanın nasıl yapılacağını öğrenmeli, en azından 2-3 adet bilimsel çalışma içerisinde bulunmalıdır. Bu amaçla her klinikte asistanların akademik çalışmalarından sorumlu öğretim üyesi seçilmelidir.

Öğretim üyeleri, her memur gibi belirli saatlerde çalışmaktadır. Kağıt üzerinde böyle iken, uygulamada tam olarak böyle olmamaktadır. Kimi öğretim üyesi tam saat poliklinik-ameliyat hizmeti vermekte iken, bazısı hiç hasta muayene etmemektedir. Bu durum asgari olarak **standardize edilmelidir, çok çalışan-az çalışan öğretim üyesi gibi ayrıma mahal verilmemelidir.** Aksi durumda ilerleyen zamanlarda kimse çalışmak istemeyecektir. Üniversitelerde öğretim üyelerinden istenilen asgari sağlık hizmeti sunumu tanımı yapılmalıdır. Bunun üstünde çalışmak isteyen öğretim üyelerine imkan sağlanabilir. Bu amaçla öğretim üyesinden beklenen en önemli hizmet; hasta konsültasyonu olmaktadır. Asistan doktorların eğitimi ve hastaların tedavileri için öğretim üyelerine hasta danışılabilir. Bu amaçla her öğretim üyesinden faydalanabilmek amacıyla yeni düzenlemeler yapılmalıdır.

Son olarak, tıp fakültelerindeki öğrencilerin bir kısmı yurt dışında (özellikle Almanya, İngiltere ve Amerika) hekimlik yapmaya karar vermiş durumdadır. Kendilerine göre sebepleri var olup, bu sebepleri sorgulamaya gerek yoktur. Öğrencinin; hocasının gözlerine bakarken ve dersi dinlerken, bu ülkeden ve dersten alacağı hiçbir şeyin olmadığına dair kanaate sahip olması, ülkemiz hekimliği için çok üzücü bir durumdur. Bedenen fakültede olan öğrencilerin zihinlerinin almanca ve ingilizce öğrenme peşinde olması da ayrıca üzücü bir durumdur. Bu durumun önüne geçmek için yapılan düzenlemeler pansuman tedbirler olup, kalıcı çözüm oluşturamaya-

caktır. Uzmanlık kadrosunu artırmak, hekimlerin uzmanlık sonrası yurtdışına gitmesi –hekimin göçünü ertelemek- dışında bir değişiklik oluşturmayacaktır. Çünkü uzman hekimlerin bir kısmı da çalışma şartları, özlük hakları, hukuki baskılar, şiddet vb nedenlerle yurtdışı planları yapmaktadır. Öncelikle **hekimlerin dört ana başlıkta topladığımız sorunları masaya yatırılmalı, nesilleri “hekimlik” mesleğine iştıyaklı hale getirmek için yapılması gereken adımlar atılmalıdır.**

DIŞ HEKİMLİĞİNİN GENEL SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Mehmet Tayfun Özcan (İstanbul Pendik Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi Diş Hekimi)

Performans sistemi revize edilmelidir

Devlet Hastanesinde çalışan diş hekimini ile ADSM’de çalışan diş hekimini aynı puanları yapsa dahi, ek ödeme olarak aralarında çok büyük farklar olmakta ve genelde devlet hastanesinde çalışan diş hekimleri performans ek ödemesi alamamaktadır. Maaştaki performans oranını %25’i geçmemelidir. Makul emekliliğe yansıyan bir temel maaş olmalıdır. ADSM/ADSH ek ödeme komisyonunun karar verdiği döner sermaye dağıtım oranında başka bir makamca düzenleme yapılmamalıdır. “Hekimlerin birkaç kalemden ödeme alması ve bunun sadece bir parçası üzerinden emekli edilmesi” şeklindeki uygulamaya son verilmelidir. Tek kalem sabit bir maaş tespit edilmeli ve garanti altına alınmalıdır. Aynı görevi yapmış, hatta aynı zamanda bile hizmete başlamış diş hekimlerinin karşısına çıkan emekli maaşları arasındaki farkların ortadan kaldırılması da elzemdir. Aynı mesleği, aynı şekilde yapan hekim arkadaşlarımız arasındaki her türlü fark ve ayrıcalıklar olumlu yönde düzenlenmelidir. Mesleğin icrası, ödemeler, özlük hakları... vs yönünden merkeze bağlanması önemlidir. Tavan hak ediő ve gelir katsayılarının, meslekte yıllarını geçirdikçe ve kıdem-kademe arttıkça ters orantılı olarak düzenlenmesi, yaő ilerledikçe gerek fiziki, gerek ruhen yorgun olan meslek büyüklerimizden daha efektif yararlanabilmek adına son derece önemlidir ve söz konusu düzenleme zaman kaybetmeden yapılmalıdır.

Kamuda uzman diş hekimini eksikliği

Diş hekimliğinin her uzmanlık dalında kendini göstermektedir. Hastaların ortodonti, ağız diş ve çene cerrahisi başta olmak üzere uzman diş hekimine erişmesi mümkün olamamaktadır. Kamuda uzman diş hekimini sayısı arttırılmalı ve kamuda kalmaları için gerekli özlük hakları ivedi şekilde verilmelidir. Örneğin kamuda fakülte hastanelerinde ortodontik tedavi görmesi için sıraya alınan hastaya 5 yıldan daha uzun sürelere randevu verilmektedir. Örneğin bir or-

odontist kamuda kazanacağıının 10 katını özelde kazandığıından, zorunlu hizmeti bittiğinde istifa etmektedir. Uzman diş hekimleri yapmış oldukları birçok işlemin SUT'taki puan karşılığı çok düşük olduğundan performans yapamamakta ve ek ödeme alamamaktadırlar.

Kamu dış hekimliğinde birim performans uygulaması kaldırılmalıdır

Diş hekimini belli oranlarda girişimsel işlem yapmaya zorlayan, yapamadığında ise puan kesintisine sebep olan bu uygulama etik ve adaletli değildir. Örneğin 50.000 puan yapan bir diş hekiminin puanı birim performans katsayısı ile çarpılarak 45.000'e düşürülmektedir ve hak kaybına neden olmaktadır; pratikte istenen oranların tutturulması hekime bağlı değildir. Hukuka ve bilime aykırı bu düzenleme, bir an evvel iptal edilmelidir.

Çalıştığımız kurumlarda, tıp hekimi arkadaşlarımıza sunulan seçenek gibi, isteyen diş hekimleri arkadaşlarımıza da 4924 no.lu kanuna bağlı olarak sözleşmeli statüde çalışılabilme hakkı verilmelidir.

Aile dış hekimliği kurulmalıdır

Diş çürüğü, önlenemez bir sorundur. Yalnızca tedaviye odaklanarak sorunu çözmek mümkün olmaz. Koruyucu hekimlik uygulamalarına ağırlık vermeye bugünden başlarsak, 15 yıl sonra toplum olarak faydasını göreceğiz. **Önleyici tedaviler, kamunun maliyetlerini azaltacaktır.** Gelişmiş ülkelerdeki modeller incelenerek gereken adımlar en kısa süre içinde atılmalıdır. Aile dış hekimliği sisteminin nasıl dizayn edileceği ile ilgili bir çalıştay düzenlenmelidir. Bu sistem oturduğunda hasta hekimini bilecek, hekim de hastanın periyodik kontrollerini ve gerekli girişimsel işlemleri yapabilecektir.

Yetersiz muayene süreleri

Diş Hekimliği işlemlerinin tamamına yakını operatif işlemlerdir. Hastanın muayene edilip röntgeninin çekilmesi ve işlem için anestezi yapılıp yeterli uyuşukluğun sağlanması için kamuda en az 30 dk gerekmektedir. Örneğin kanal tedavisi yapılacaksa 45 dk daha

ek zaman gerekmektedir. MHRS’de 20 dk da bir hasta randevusu olduğundan, işlemler olması gerektiği gibi yapılamamaktadır. Diş Hekimliğinde hastaya girişimsel işlem yapılacağı öngörülerek, MHRS aralığı 1 saat olarak düzenlenmelidir. Kamuda Diş hekiminin işini iyi yapabilmesi ve hastasını memnun edebilmesi için günde 10 hastadan fazla girişimsel işlem için randevusu olmamalıdır.

Çalışma ortamları düzenlenmeli ve personel yetersizliği

Diş hekimleri, Covid-19 pandemisinden önce de hep enfeksiyon riski ile karşı karşıyaydı (Hepatit B, Hepatit C, HIV vb). Covid-19’un hava yolu ile bulaşma riski olduğu ve diş hekimliği uygulamalarında aerosol oluşturan işlemler yapıldığı için; odalar tek kişilik olmalı ve her hekimin yardımcı personeli ve sekreteri olmalıdır. Hekim, üç kişinin yapması gereken işi tek başına yaptığında yorulmakta ve hata yapma riski artmaktadır. Mesleğimizin icrasının bir gereği olan “dört-el kuralı” ile çalışabilmek adına gerekli düzenlemeler yapılmalı; yine mesleğimize ve mesleğine hâkim “ağız diş sağlığı teknikerleri” muhakkak istihdam edilmelidir.

Diş hekimliği, dünyada en çok yıpranan meslek gruplarından- dır

İleri dönemde omurgasında sorunu olmayan, işitme kaybı yaşamayan diş hekimi yok gibidir. Birçok mesleki hastalıkla baş etmek zorunda olunmasına rağmen, yıpranma payı geçmişe dönük yansıtılmamıştır. Bakanlıkta daire başkanlığı düzeyinde temsil edilen diş hekimliği etkisiz kalmaktadır. Daha etkin bir temsil sağlanmalıdır (genel müdürlük gibi). Bu bağlamda “yıpranma yasası” geçmişte kapsayacak ve içinde bulunduğumuz pandemi dönemini ekstra olarak değerlendirecek şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Dünya genelinde diş hekimliğinde acil nöbeti uygulaması yoktur

Ülkemizde kamuda çalışan diş hekimleri acil nöbetine kalmaktadır. Diş hekimliğinde nöbet ya tamamen kaldırılmalı ya da revize edilmelidir. Acil nöbetine gelip girişimsel işlem yapılmasını isteyen

hasta ile hekim karşı karşıya gelmektedir. İstanbul'da herhangi bir ağız ve diş sağlığı hastanesinde, bir nöbette ortalama 70-120 arası hasta gelmektedir. Diş hekimi, nöbette tek başına -yanında yardımcı olmaksızın- ilaç yazma ve anestezi yapma dışında herhangi bir işlemi pratikte yapmamaktadır.

Diş hekimliği son sınıf öğrencileri yoğun bir şekilde aktif olarak hasta bakmakta ve gereken tedavileri yapmaktadırlar. Son sınıf öğrencileri sigortalı olmalı ve asgari ücret düzeyinde maaş almalıdır.

Diş hekimliği öğrencileri; eğitim sürecinde ve kamu adına hasta baktıkları 4. ve 5. sınıflarda birçok sarf malzemesinin masrafını kendileri karşılamaktadır. Hatta DUS kazanarak kadrolu olarak göreve başlamış asistan arkadaşlarımıza bazı hocalar tarafından "biz bölüm olarak kaliteli malzeme kullanacağız" gerekçesi ile malzemeler aldırılmaktadır. Bu durumların önüne katı bir şekilde geçilmesi doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinde kullanılan malzemelerin kaliteli olması, tedavinin başarısı için hayati önemdedir

Hastanelerde özellikle hastanın direkt tedavisinde kullanılan (kompozit dolgu) maddelerin/malzemelerin ihalesi, sadece fiyat baz alınarak yapılmamalı; kaliteli malzemeler temin edilmelidir. Hastalara yapılmakta olan veneer kron ve protezler, laboratuvarların işlerini iyi yapmamasından dolayı zamanında gelmemekte ve genelde kötü ürün olarak gelmektedir. Bu işlemlerin tekraren yapılması, hem zaman ve emek kaybı, hem de israfa neden olmaktadır. Bunun sonucunda yapılan protez işleminde hastane ve protez laboratuvarı arasında kalan hekim, kendisinden kaynaklı olmayan aksaklıklardan dolayı hasta ile karşı karşıya gelmektedir. Hekim tutanak tutsa bile laboratuvara verilen para cezaları yetersiz ve etkisiz kalmaktadır. Bu süreç, hem hekim hem de hastayı mağdur ettiğinden, diş hastaneleri en ucuz fiyatı veren laboratuvarla değil, işini iyi yapan laboratuvarlarla çalışmalıdır.

Diş hekimliğinde yapılan neredeyse her işlem operatif olduğundan, her işlemde hastalardan onam formu alınması gerek-

mektedir

Hasta yoğunluğundan bazen onam formu alınması unutulmakta, sonrasında da hekim hukuki sorun yaşayabilmektedir. Bunların yerine; **hasta Mhrs'den randevu alırken, dijital ve yasal geçerliliği olan bir onam formu modeli olmalıdır.** Böylelikle hekim ve hastaneler bu yükten kurtulmuş ve kağıt israfının önüne geçilmiş olunur.

Performans sistemi uygulanırken tavan ve taban puanlar belirlenmeli

Hasta veya raporlu olmayan hekim taban puanın altına düşerse veya tavan puanı geçerse soruşturma açılmalı ve yaptırımı olmalıdır. Örneğin diş hekimliğinde ayda 20 gün mesai yapan bir hekim 15.000 puanın altında kalmamalı ve 50.000 puanı geçmemelidir. Böylece hekimler 30.000-40.000 aralığında tavandan döner almış olacaktır. Hekimler; hastane gelir giderinden bağımsız olarak bireysel olarak döner almalı ve izinli ve raporlu olduklarında ortalama-dan döner almaya devam etmelidir.

Hekime şiddetin önlenmesi, cezasının artırılması gereklidir

Hekime ve sağlık çalışanına karşı her türlü şiddet, hiçbir şekilde cezasız kalmamalı, cezanın uygulanması geriye bırakılmamalı, erteleme olmamalıdır. Beyaz kod durumlarında ve sonrasında, olabilecek tüm olumsuzlukların önüne geçmek adına, hekim ve söz konusu hasta ve/veya yakını karşı karşıya getirilmemelidir.

SAĞLIK SİSTEMİNİN LOKOMOTİFİ DOKTORLAR

*Recep Yılmaz BAYRAKTARLI, İstanbul Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi,
Radyoloji Kliniği*

Türkiye’de ve dünyada sağlık sisteminin iki temel taşı vardır.

Bunlardan ilki; “koruyucu sağlık hizmetleri”dir ki, halk sağlığının temel yapı birimidir. Bunun ülkemizdeki karşılığı; toplum sağlığı merkezleri ve aile hekimliği birimleridir.

Gelişmiş ülkeler, daha çok sağlığın korunmasına yatırım yapıp hastalıkları önleyerek sağlık sistemini ayakta tutmaya çalışırken; geri kalmış veya popülist ülkeler ise, hastalıkların ortaya çıktığı, acıların çekildiği ve daha çok masraf edilen tedavi edici hizmetleri ile ön plana çıkmaktadır.

İkincisi ise “tedavi hizmetleri”dir ki; bunun karşılığı 2. derece ve 3. derece tedavi kurumları olan hastanelerdir. Tedavi hizmetleri kapsamında; ülkemizde devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler hizmet vermektedir.

Türkiye’de sağlığın dönüşümünden önce devlet hastaneleri devlet, SSK ve kurum hastaneleri var iken; dönüşüm ile bunlar devlet hastanesi başlığı altında birleştirildi ve büyük bir atılım yapıldı ve işlemler hastalar açısından oldukça kolaylaştırıldı. Bunun yanında doktorların da muayenehaneleri kapatıldı, özel hastanelerde çalışmalarına önemli kısıtlamalar ve kıstaslar getirildi.

HASTANELERİN YÖNETİMİ

İkibinli yılların başında ülkemizde hastanelerin yönetimi, işleyişi ve hizmet sunumu tam bir keşmekeşlik içerisinde ve kabul edilemeyecek derecede kötü idi. Ancak Ak Parti hükümetlerinin bu hastanelere ve sağlığa yönelik yaptığı büyük reformlar ile belirgin bir şekilde düzelme oldu ve sağlık göstergeleri üst seviyelere yükseldi.

Reformlardan sonra ülkemizde kurum hastaneleri kapatıldı ve hastaneler; özel ve kamu hastaneleri olarak iki kategoride hizmet ver-

meye başladılar.

Özel hastanelerin işleyişinde ve yönetiminde Sağlık Bakanlığının koyduğu kurallar ile hizmet verilmekte ve bakanlığın aldığı kararlar ile bu hastanelerin önleri ya tıkanmakta ya da açılarak hizmet sunumları etkilenmektedir. Yine SGK'nın ödeme şartlarının, özel hastanelerde hizmetin yürümesinde önemli etkileri bulunmaktadır.

Sağlık yöneticilerinin aldığı kararlar ile de, kamu-özel hastane dengesi belirgin değişim göstermektedir. Kamuda verilen hizmetlerin aksaması durumunda, önce durumu iyi olanlar olmak üzere özele doğru büyük bir yöneliş olmaktadır. Zor durumda kalan ve hastasını kamuda muayene ve tedavi ettiremeyen (maddi durumu iyi olmayanlar) de, evini arabasını elden çıkararak tedavi satın almak durumunda kalmaktadır.

Kamu hastaneleri; yönetsel olarak kısmen farklılık gösteren birkaç kategoride bulunmaktadır.

- Devlet hastaneleri
- Şehir hastaneleri
- Kamu şehir hastaneleri (Okmeydanı, Göztepe vb.)
- Üniversite hastaneleri
- Bir üniversiteye afiliye devlet hastaneleri
- Vakıf hastaneleri

Hastanelerin yönetimi, devletin kanunlarına göre -siyasal iktidarca ehil kişilerce yapıldığı sürece- işler iyi yürümektedir. Zaten siyasal iktidarlar da, kendi hedeflerine ulaşmak, halkın sağlık hizmetini görmek, memnuniyeti sağlamak için hastanelere kendi hedeflerine doğru koşacak yetkili kişileri atamalıdır. Ancak; atayan kişilerin ya da atanmaların ehil olmaması durumunda, amaç-hedef çizgisi çökmektedir.

Hükümetin aldığı prensip kararlarının bakanlıkça nasıl uygulandığı; merkezde ve taşrada takip edilmeli, hedeflerden şaşma durumlarında usulünce müdahale edilmelidir. Atanan yöneticilerin ellerini güçlendirici işlemler yapılmalı, eksiklikler giderilmeli ve çarkın dişlerinin ritmik dönmesi üzerinde beraberce kafa yorulmalıdır.

Bugün, hastane hizmetlerinden memnun olmayan kişilerin başvuruları üzerine ‘aksaklığın nerde olduğunu’, ‘nasıl giderileceğini’, ‘tekrar olmaması için neler yapılması gerektiğini’ sorgulaması gereken siyasiler; hastanelere ‘şunu muayene ettir’, ‘şuna rapor ver’, ‘şu kardeşimize destek ol’ tarzında listeler göndererek hastane yönetimlerini zor durumda bırakmaktadırlar.

Yöneticilerin; hasta bazlı destek istemesi, günü kurtarmaya çalışması doğru bir yaklaşım değildir. Örneğin; “filan hastamı Endokrin’e muayene ettir” demek yerine; “sizin hastanenizde Endokrin muayenelerinde aksama mı var, vatandaş bize gelip yardım istiyor, yeni bir kadroya mı ihtiyaç var, Endokrin uzmanı tayini için uğraşayım, kadro yoksa Endokrin yerine başka bir birim bunu halledebilir mi, Endokrine olan yığılma nasıl çözülebilir? vs.” tarzında yaklaşımlar sağlamalıdır.

Hastanelerde klinik idarecileri;

Devlet hastanelerinde (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde); başhekimlikten sonra idareci olarak çalışan ve başhekimce her yıl atanan klinik idari ve eğitim sorumluları bulunmaktadır. Bu idareciler başhekimliğin eli kolu ve belirlenen hedefe ulaşmak için doktorlar ile idarenin arasında bağıdır. Aynı zamanda, hastalar ile idare arasında bağıdır. Başhekimliğin aldığı kararların uygulanabilirliğini sağlayacak kişilerdir. Bakanlığın hastanelerdeki en uç yöneticileridir. Çalışanların memnuniyetini, hastaların memnuniyetini ölçecek, sorunları tespit edecek ve çözüm önerecek kişilerdir. Varlıkları yadsınmaz ve iyi hizmet vermeleri için düzgün çalışmalarının sağlanması kaçınılmazdır.

Bu idareciler, doktor işlem puanı üzerinden %20 artışla ücret aldıkları için kliniğin ana işlerini takip etmek yerine, daha çok puan odaklı çalışma yapabilmektedirler. Ve yine daha çok puan toplamak için, puanlı işleri kendilerine veya asistan ile yapılan işleri kendilerine yansıtmak yoluna gidebilmektedirler. Bu da, birçok klinikte adaletsizliğe veya çatışmaya sebep olmaktadır. Bunu önlemek için büyük hastanelerde yataklı (400-500 yataklı veya kliniğinde 10 doktordan fazla doktor olduğunda denebilir) klinik idari sorumlular

su ve eğitim sorumlusunun, kendi kliniğinin ortalamasından döner sermaye alması, sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır.

SEVK ZİNCİRİ

Türkiye’de sağlıkta dönüşümden sonra -daha önce kısmen de olsa uygulanan- sevk zinciri tamamen kaldırıldı. Aslında başlangıçta sevk zinciri planlandı; ancak aile hekimliğinin zayıf olması, hastanelerde çok fazla doktor olması nedeni ile aksamalar oldu. Ve fakat, bu aksaklıkları düzeltmek yerine, sevk zinciri kaldırıldı. Hastalar, istediği hastaneye istediği gibi başvurdu. Bu da, suiistimale ve hastanelerde yığılmalara sebep oldu.

Halbuki; başlangıçta, oluşan aksaklığı çözme iradesi gösterilse ve aksayan taraf o zamanki güçlü irade ile düzeltilse idi, durum bugünkü haline gelmeyecekti.

Bugün ise -kısa veya orta vadede- sevk zinciri, hem hastalar hem aile hekimleri için teşvik edilerek getirilebilir. Sevk ile gelenlerin muayenelerinde normal zamanda olduğu gibi 12.-TL ücret yansıtılırken; sevksiz hastaneye gelenlerin muayenelerine (sevkle geldiğinin 5 katı olarak) 60.-TL yansıtılabilir. Aile hekimliğine ise, hastanın hastanede lüzumsuz sebep olacağı masrafları azalttığı için maddi katkı yapılarak, iyi muayenesi sağlanabilir. Üst solunum yolu enfeksiyonu, gastroenterit, demir eksikliği anemisi gibi hastalıkların hastanelerde tedavi edilmesi, günümüz tıbbının işleyişine aykırıdır.

Bunun yanında, sistemin değiştiği günden beri hastanelerde katkı için alınan 12.-TL nin aynı kalması, enflasyona göre artmaması da ayrı bir sorundur, bu da masaya yatırılmalıdır.

DÖNER SERMAYE

Devlet hastanelerinde; Devlet, memurların maaşlarını ve hastane binasını vermekte ve geri kalan harcamalar döner sermaye üzerinden yapılmaktadır. Birçok kişi hatta doktorlar dahi, bu gerçeğin farkında değildir. Hastaneler, en büyük müşterisi olan SGK tarafından zaman zaman yayınlanan sağlık uygulama tebliğlerine (SUT) göre

fatura işlemleri yapmaktadır. Hastanenin gelirinin çoğu, bu faturalama üzerinden oluşmaktadır. Her ne kadar son zamanlarda SGK ile Sağlık Bakanlığı arasında toptan ödeme anlaşması yapılsa da, hastane fatura işlemleri için SUT değerlerini temel alınmaktadır.

Sağlıkta dönüşümden sonra, doktorların hastanelerde tam gün çalışması için muayenehanelerinin kapatılması gerekliliği düşüncesiyle doktorlara “muayenehanede çalışmanıza gerek yok, onun yerine hastanede daha çok çalışın ve size burada maaşınız dışında ek ücret verelim” uygulaması ile döner sermayeden ücret tahsis edildi. “Ne kadar çok çalışırsan o kadar kazanırsın” yaklaşımı ile ilk yıllarda belli bir gelir elde etmeleri sağlandı. Bu ücret ilk zamanlar sabit maaşın yaklaşık 3-4 katı idi ve bir kısmı da sabit ödeme olarak verilmekte idi. Her ne kadar döner sermaye içerisinde tutarsızlıklar ve yanlış uygulamalar olsa da sistem kabullenildi ve ister istemez uygulandı.

Hastanelerde SUT fiyatları ile hastanenin SGK için faturalayacağı fiyatlar belirlenirken, doktorlar yaptıkları işlemler için doktor puanı üzerinden döner sermaye almaktadır. İkisinin farklı listeleri bulunmaktadır.

SUT fiyatları teorik olarak hastanenin kazanacağı ücreti gösterirken, doktorlar yaptıkları her işlem için ‘doktor işlem puanı’ listesinden puan toplamakta ve ay sonunda bu puanların TL karşılığını almaktadırlar. Böylece doktorlar; iyi bir döner sermaye için, puan biriktirme ile yüz yüze kalmışlardır. Bunun da adı “super mario-culuk” olarak ifade edilir olmuştur. Yine bu nedenle kliniklerde bir işlemin puanı yoksa, o işe bakan olmamaktadır veya gönüllülük üzerine ya da kliniğin gelenekleri ile işler yürümektedir. Hastanenin hasta tartışma konseylerine katılmak, ders anlatmak, danışmak için gelen meslektaşları veya hastalarla ilgilenmek, zaman kaybı olarak algılanmaktadır.

Doktorlar için, döner sermaye ödeme sistemi zaman içerisinde çürüdü ve ayak bağı haline geldi. Bu nedenle; döner sermaye, doktorun ana ücret kaynağı olmaktan çıkarılmalıdır.

Döner Sermaye sisteminde de birçok doktorun veya kliniğin

kabullenemediği kısımlar bulunmaktadır.

- √ Bazı temel branşlar göz ardı edilmektedir (İç Hastalıkları, genel cerrahi, beyin cerrahisi)
- √ Uzun muayene süresi gerektiren branşlar teşvik edilmemektedir. (Çocuk psikiyatrisi, geriatri)
- √ Eşit çalışmaya eşit ücret durumu korunmamaktadır.
- √ Zor ve riskli işlem yapanlar desteklenmemektedir.
- √ Karmaşık işlem yapanları ödüllendirici tedbirler ve kurullar yetersiz kalmıştır.
- √ Döner sermayeye katkısı olmayanlara döner sermayeden pay verilmesi. Bu konu ile ilgili radyologların açtığı mahkeme kararı var. (Döner sermayeye katkı yapmıyorsan döner sermaye alamazsın kuralı) (sağlık müdürlüğü, yandan giriş yapanlar, değerli adamlar vb)

Bu ve benzer sorunlar sıkça dile getirilmesine rağmen, çözümü için adım atılmadı ve hep '**temel düzenleme gerek**' denilerek ertelendi. Döner sermaye adaletsizlikleri ve düzeltilmesi için her klinik branşın içinde olduğu tartışmalı ve adaletli bir çalıştay yapılmalıdır. Biz, yine de birkaç örnek sorunu ve çözüm önerisini burada zikre-
delim:

SORUN	ÇÖZÜM ÖNERİSİ
<p>Döner sermaye puanlarındaki adaletsizlik</p> <p><i>Örnek: Endoskopik USG yapılmaması</i></p>	<p>Puanlar değiştirilerek risk-zorluk derecesi göz önünde bulundurularak riskli işlerin puanı artırılmalıdır.</p> <p>Çözüm: Endoskopik USG'nin SUT karşılığı, Gastroskopinin 3 katı kadar olmalıdır, doktor işlem puanı da ona göre değişmelidir.</p>
<p>Komplikasyonu olabilecek cerrahi işlemlerden kaçınılması</p>	<p>Bu hastaların tedavilerinin bir üst basamakta yapılması ve cerrahının işleminden imtina etmeyecek kadar puan alması</p>
<p>Aynı işi yapan doktorların farklı ödeme tablosundan ücret alması</p>	<p>SBÜ kadrosunda olanlar ile olmayanların yaptıkları işlemler aynı ise, aynı ücreti almalarının sağlanması</p> <p>Aynı işlemin farklı ücretlendirmesi iş barışını bozmaktadır.</p>
<p>Eşit çalışmaya eşit ücret olmaması</p>	<p>Doktor işlem puanlarının karşılığı her hastanede kalite puanının etkisi dışında yaklaşık aynı olmalıdır. 30.000 puan alan doktor, Çorum'da da, İstanbul'da da döner sermayeyi benzer miktarda almalıdır. Hastanede çalışanların değil, hastane yönetiminin puanları yönetmelerine göre değişebilir.</p>
<p>Puan için çok hastayı alelacele muayene etmek</p>	<p>Daha az hasta sayısına daha çok puan verilmesinin sağlanması</p>

SUT fiyatlarındaki artışın azlığı

Döner sermaye uygulaması, hem hastanelerin hem çalışanların iş yapmasında zamanla “kısıtlayıcı” rol oynadı. Hastaneler, faturalarını ve personel ödemelerini SUT üzerinden aldıkları geri ödemeler ile yapmaktadır. Her ne kadar SGK-Sağlık bakanlığı toptan ödeme üzerinde anlaşma yapmış olsalar da, görünen durum, faturalar ve SUT üzerinden olmaktadır. 2013’te başlayan SUT ödemeler sistemi uzun süre hiç değişmedi. SUT fiyatları enflasyon ile birlikte değişmedi ve bu hastaneler açısından geriye düşüşün temel nedeni oldu. Örnek olarak apendektomi 2013 tebliğinde 420.-TL iken 2020’de 504.-TL (%20) ve 2022 tebliğinde 811.-TL ye (%93) çıkarılmış olup asıl artış son SUT ile yapılmıştır. Buna karşın bu 9 yıllık süreçte enflasyon 2022 başı itibari ile %248 ve dolar 2022 başı itibari ile %658 (2013’de 1,77.-TL’den 2022 başında 13,42.-TL) artış gösterdi. Yani apendektomi enflasyon artışına göre 420 TL’den 1454 TL’ye, dolara göre ise 3186 TL’ye çıkmalıydı. Oysa ki henüz 811 TL’ye yükseltildi.

2013’de doktorların ücretlerinin dörtte üçü SUT üzerinden alınan fiyatlar ile oluşan döner sermayeden gelmekte idi. Bunun bir kısmı sabit, diğeri yapılan puan kadarı idi. Dörtte biri ise, memur olduklarından emekliliğe de yansıyan ana maaşları idi.

Doktorların sabit maaşı enflasyona göre artarken, döner sermaye olarak aldıkları ücret -SUT fiyatları enflasyona göre artmadığından-enflasyon karşısında sürekli eridi ve reel olarak sürekli azaldı. Sabit ana maaş dörtte bir iken, sonraları toplamda ele geçenin asıl kısmı oldu. Yani öğretmenin, bekçinin maaşı enflasyona göre verildiği kadar artarken, doktorun da sadece ana maaşı arttı ama döner sermayesi artmadı ve toplam ele geçeni sürekli azaldı ve bugünlerdeki sıkıntılı süreci oluşturdu.

Tablo 1 ve tablo 2’de seçilen belli kalem işlemlerin SUT tebliğindeki ücretleri ve zaman içerisinde enflasyona ve dolara göre artışı görülmektedir.

ENFLASYONA GÖRE		BAŞLANGIÇ YILLARI 2013-2021				ENFLASYON TAM CANAVARLAŞTIKTAN SONRA				
SUT KODU	İŞLEM ADI	SUT 2013	SUT 2020	ENFLASYONA GÖRE DEĞERLENDİRME 03.2013-03.2020		SUT 2013	SUT 2022	FARK		
		24.03.2013 SUT	11.03.2020 SUT	SUT Artış 2013-2020	olması gereken	24.03.2013 İLK SUT	08.02.2022 SON SUT	SUT Artış 2013-2022	olması gereken Ocak 2022	olması gereken Haziran 2022
		İşlem Puanı TL	İşlem Puanı TL		2021 yılı ENF (%106)	İşlem Puanı TL	İşlem Puanı TL	% ARTIŞ	ENFLASYON %248	ENFLASYON %326
520030	Normal Poliklinik Muayenesi	26.14	28.75	9.90%	₺52	26.14	44.63	70.66%	₺91	₺111
510010	Standart yatak tarifi	50.59	55.65	10%	₺104	50.59	89.6	77.11%	₺177	₺216
704230	Hemodiyaliz	178.08	320.95	80%	₺367	178.08	577.71	224.41%	₺621	₺759
609230	Kolesistektomi	500.34	684.46	36.70%	₺1,031	500.34	1101.98	120.24%	₺1,746	₺2,131
610130	Apendektomi	420.24	504.28	19.90%	₺866	420.24	811.9	93.19%	₺1,454	₺1,790
615880	Lomber diskektomi, tek seviye	674.54	922.77	36.79%	₺1,390	674.54	1485.65	120.24%	₺2,354	₺2,874
618480	Tiroidektomi total, iki taraf	650.25	889.55	36.80%	₺1,340	650.25	1873.03	188.04%	₺2,269	₺2,770
604910	Koronar arter by-pass, karotidendarerektomi	2200	4224	92%	₺4,532	2200	6800.64	209.12%	₺7,678	₺9,376
619530	Sisteskopi, tansal	150.08	135.08	-11.10%	₺309	150.08	217.47	44.90%	₺524	₺639
621410	Prostatektomi, radikal	1981.45	7727.66	390%	₺3,896	1981.45	12441.52	527.89%	₺6,915	₺8,441
621550	İnmemis testis cerrahisi	500.34	750.51	50%	₺1,031	500.34	1208.31	141.49%	₺1,746	₺2,131
803150	Perkütan Nefrestomi	428.84	385.95	9.98%	₺883	428.84	621.39	45.06%	₺1,497	₺1,827
R10306	MRG, Beyin kontrastlı	109.61	114.54	4.49%	₺226	109.61	176.4	60.93%	₺383	₺467
R10001	BT, Abdomen-üst, kontrastlı	92.75	96.92	4.49%	₺191	92.75	149.25	60.91%	₺324	₺395
803680	Karotis Renkli Doppler	35.75	37.36	4.50%	₺78	35.75	57.54	52.42%	₺132	₺152
803350	Endoskopik USG	95.95	100.27	4.50%	₺198	95.95	154.42	60.93%	₺335	₺409

Tablo 1: SUT fiyatlarının enflasyona göre değişim tablosu

		BAŞLANGIÇ 2013- 2021 YILLARI				DOLAR ARTIŞI KATLAMALI OLDUKTAN SONRA				
SUT KODU	İŞLEM ADI	DOLARA GÖRE DEĞERLENDİRME Mart 2013 1USD:177 ve Ocak 2021 1USD:7,36			SUT 2013	SUT 2022	FARK	03.01.2022'de 1 USD=13,42TL ve 15.06.202'de 1 USD=17,25TL		
		24.03.2013 SUT	11.03.2020 SUT	olması gereken	24.03.2013 İLK SUT	08.02.2022 SON SUT	SUT Artış 2013-2022	olması gereken 1USD=13,42TL	olması gereken 1USD=17,25TL	
		İşlem Puanı TL	İşlem Puanı TL	2021 yılı başı USD artış (%415)	İşlem Puanı TL	İşlem Puanı TL	% ARTIŞ	2022 yılı Ocak ayı USD GÖRE (%758)	2022 yılı Haziran ayı USD GÖRE (%974)	
520030	Normal Poliklinik Muayenesi	26.14	28.75	₺109	26.14	44.63	70.66%	₺199	₺255	
510010	Standart yatak tarifi	50.59	55.65	₺210	50.59	89.60	77.11%	₺384	₺493	
704230	Hemodiyaliz	178.08	320.95	₺740	178.08	577.71	224.41%	₺1,350	₺1,736	
609230	Kolesistektomi	500.34	684.46	₺2,081	500.34	1,101.98	120.24%	₺6,715	₺4,876	
610130	Apendektomi	420.24	504.28	₺1,747	420.24	811.90	93.19%	₺3,186,22	₺4,096	
615880	Lomber diskektomi, tek seviye	674.54	922.77	₺2,805	674.54	1,485.65	120.24%	₺5,114	₺6,574	
618480	Tiroidektomi total, iki taraf	650.25	889.55	₺2,704	650.25	1,873.03	188.04%	₺4,930	₺6,337	
604910	Koronar arter by-pass, karotidendarerektomi ile	2200	4224	₺9,148	2200	6,800.64	209.12%	₺16,680	₺21,441	
619530	Sisteskopi, tansal	150.08	135.08	₺624	150.08	217.47	44.90%	₺1,138	₺2,589	
621410	Prostatektomi, radikal	1981.45	7727.66	₺8,239	1981.45	12,441.52	527.89%	₺26,591	₺19,311	
621550	İnmemis testis cerrahisi	500.34	750.51	₺2,081	500.34	1,208.31	141.49%	₺3,794	₺8,631	
803150	Perkütan Nefrestomi	428.84	385.95	₺1,783	428.84	621.39	45.06%	₺3,251	₺4,179	
R10306	MRG, Beyin kontrastlı	109.61	114.54	₺456	109.61	176.40	60.93%	₺831	₺1,061	
R10001	BT, Abdomen-üst, kontrastlı	92.75	96.92	₺386	92.75	149.25	60.91%	₺1,245	₺904	
803680	Karotis Renkli Doppler	35.75	37.36	₺149	35.75	57.54	52.42%	₺286	₺348	
803350	Endoskopik USG	95.95	100.27	₺399	95.95	154.42	60.93%	₺727	₺935	

Tablo 2: SUT fiyatlarının dolara göre değişim tablosu

Asistanlar;

Asistanlar kendi adlarına klinik işlem puanı üretememektedirler. Ya klinik uzmanı, ya da hocası adına çalışmaktadır. Asistan çalışıp, puan üretip, kendi döner sermayesi kadar da puan ürettiği takdirde sorun olmamaktadır; ancak puan üretilmediğinde ay sonu klinik puanına bölen olduğu için, diğer çalışan ve puan üretenlere yük olarak algılanmaktadır. Bu da klinik huzurunu bozmakta ve asistanlara farklı bakışa sebep olmaktadır. Bu nedenle asistanların döner sermayeden pay alması işlemi yeniden düzenlenmeli, asistanları da mağdur etmeyecek bir yol bulunmalıdır.

Yardımcı Sağlık Personeli;

Döner sermaye dağıtımının başladığı dönemlerde; döner sermaye, doktorların hastanede kalmaları, muayenehaneye gitmemeleri ve özelde kanun dışı çalışmalarının önlenmesi amacıyla başlamışken, döner sermayeden kısmen de yardımcı sağlık personeline destek verilmesi sağlandı. Ancak yıllar içerisinde sağlık sendikalarının da gayretleri ile bu oran gittikçe artırılarak amacının üzerine çıkarıldı. Şimdi ise yardımcı sağlık personelinin döner sermaye sabitleri her geçen gün arttığı ve de hastane girdileri de sürekli azaldığı için, birçok hastanede doktorlara dağıtılacak döner sermaye kalmamaktadır. Hatta 2021 Aralıkta YSP ek ödemelerine yapılan %20 zam ile doktorlar ile yardımcı sağlık personelinin arasının açılmasına sebep oldu. Bu istenmeyen durumun yeniden bir düzenleme ile makul ve amacına uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Yardımcı sağlık personelinin sabit maaşı artırılarak, döner sermaye ödemesinden ücret almalarına gerek bırakılmamalıdır.

Özetle; Döner sermaye ana havuzuna girdi sağlamayan kişiye, işe veya durumlara döner sermayeden ödeme yapılmamalıdır. Örneğin; radyoloji uzmanlarının yönetmelik gereği mecburen çıkartıldıkları şua izninde iken döner sermaye alma istemi nedeni ile açılan mahkemelerin hemen hepsinde aynı karar çıkmıştır ki; **'Kişi izinde iken döner sermayeye katkısı olmadığından, mecburen izne çıkartılsa da döner sermayeden pay alamaz'.**

MALPRAKTİS

Malpraktis davaları kaynaklı baskı, hekimleri ciddi oranda **defansif tıbb**a yönlendirmiş ve sırf ileride bir hukuk davası ile karşı karşıya kalmamak adına gereksiz tıbbi işlem oranı ve harcamaları artış göstermiştir.

Dolayısıyla bu alanda yapılacak düzenlemeler ve sistemde sağlanacak rahatlama, kamu sağlık harcamalarına doğrudan yansıtacak ve ciddi oranda tasarrufun da sağlanmasına katkı sağlayacaktır.

15 Haziran 2022 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan **'Sağlık meslek mensuplarının tıbbi işlem ve uygulamaları nedeniyle soruşturulmasına ve idarece ödenen tazminatın rücu edilmesine dair usul ve esaslar hakkında yönetmelik'** ile malpraktis konusunda bir rahatlama olacağını umuyoruz.

Bu ihtiyaçtan dolayı yeni çıkarılan bu "malpraktis yönetmeliği" oldukça faydalı olacaktır; ancak uygulaması zaman içinde görülecektir. İyi uygulanması ve doktorlara anlatılması ile defansif tıpta belirgin gerileme sağlanabilecektir.

Bununla beraber sadece malpraktis için değil, sağlığın iyileştirilmesi adına Sağlık Bakanlığı; çalışanlarının çalışma ortamını iyileştirmeyi, hata oranlarını en aza indirmek için kalite süreçlerini işletmeyi, personel eğitimlerini güçlendirmeyi ön planda tutmalıdır.

SAĞLIKTA ŞİDDET

Son yıllarda hekimlere ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet artışı söz konusudur. Bunun en büyük sebeplerinden biri, sosyologların da belirttiği gibi doktor ile hasta arasında tampon görevi yapacak ara elemanların kaldırılması ve doktorun hasta ile direkt muhatap olmasıdır. Çünkü, önceden hastayı sekreter karşılıyor, gerekli bilgiyi veriyor, doktor ile sonra görüşüyordu, yine muayeneden sonra sekreter hastanın anlamadığı konularda hastaya yardımcı oluyordu. Şimdi ise personel tasarrufu veya hukuki bazı nedenler ile -gergin durumdaki- hasta direkt hekime ulaşıyor ve gerginlik tırmanıyor. İlginç şekilde, polisler yardımcı olarak alınan binlerce bekçi var iken, doktorların hekimlik dışı işlerinde yardımcı olacak sekreteri veya yardımcısı bulunmamaktadır.

Yine bizzat Cumhurbaşkanı tarafından; sağlıkta şiddet suçunun terör suçu ile eşdeğer olduğunu belirtilmiş, ancak bununla ilgili, bunun önüne geçecek tam bir hukuksal çalışma yapılmamıştır.

Sağlık sisteminin uzun süredir gündeminde olan ve hassasiyetle takip ettiği “Sağlıkta Şiddet Yasası” TBMM Genel Kurulunda görüşüldü ve 12 Mayıs 2022 tarihinde **”sağlık çalışanlarına yönelik kasten yaralama suçlarında tutuklu yargılamayı sağlayan, sağlıkta kamu hizmetini engelleme suçunu ise daha ağır cezaya çarptıran kanun maddesi kabul edildi”**. Failin ceza indirimi amacıyla duruşmada kılık kıyafetine özen göstermesi, takım elbise giymesi, kravat takması gibi şekli tutum ve davranışlarının iyi hal indirimi nedeni sayılmaması da düzenlemenin getirdikleri arasında yer alıyor. Uygulamanın nasıl olacağını ise, ilerleyen günlerde göreceğiz.

ALMANYA ve TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

Almanya, Avrupa ülkeleri içinde sağlık hizmeti uygulamalarının da önde gelen ülkelerinden biridir. Almanya sağlık hizmetleri konusunda, 1970 ve 80'li yıllarda, hastanın tüm sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması şeklinde sınırsız hizmet sunarken, 1989 yılında Batı ve Doğu Almanya'nın birleşmesinden sonra, hastalardan katılım ücreti talep etme ve bazı sağlık harcamalarını hasta üzerinde bırakma şeklinde uygulamaya geçti. 2. Dünya Savaşı'ndan sonra kısa bir zamanda ekonomik olarak dikkat çekecek bir seviyeye yükselen Almanya, sağlık hizmetlerinin finansmanında dar boğaza girince, 2000'li yıllardan sonra sağlık hizmetlerinin birçok kaleminde sınırlamalara gitmiş ve hastaların sisteme finansal katkı sağlamasının yolunu açmıştır. Yine sağlık hizmetlerinde birçok kalem, devlet ödemesi kapsamı dışında bırakılmıştır.

Buna karşın 2000'li yıllardan önce Türkiye'de sağlık hizmetinin büyük bir kısmının hasta tarafından ya da devlet hastanelerinde usul dışı ödemelerle karşılandığı bilinmektedir. 2000'li yıllardan itibaren, sağlık alanında sağlanan dönüşümden sonra sağlık hizmeti sunumunda büyük ilerlemeler kaydedildi. Ancak yapılan bazı yanlış uygulamalara dayalı olarak, sağlık sistemi sürdürülemez bir hal almış ve zengin Almanya'nın dahi kaldıramadığı finansal bir yükün altına girilmiş görülmektedir. Hastaneye başvuran bir kişi (bu kişiye her zaman hasta dememek gerekir) rahatlıkla istediği doktora muayene olmakta ve -bunun sonucunda enflasyona veya ekonomik değişmelere karşı hiç değişmeyen- 12.-TL gibi bir miktarı ödeyerek muayene olmakta ve ilaçlarını %20 katkı payı ödeyerek satın alabilmektedir.

Yukarıda kısaca anıldığı gibi Almanya, sağlık sistemi için yaptığı harcamalarda ekonomik koşullarını dikkate alarak sağlık sistemini yönetirken, Türkiye sağlık sisteminde ekonomik koşulları dikkate almaksızın, çökmesi mukadder olan uygulamalarda ısrar etmektedir. Burada önemle altının çizilmesi gereken husus şudur: İcra edilen bu uygulamalar, hastaların Türk sağlık sistemini ileri derecede suiistimal etmeleri için devlet tarafından adeta yol verildiği hissini vermektedir.

ALMANYA'DA SAĞLIK SİGORTASI

Almanya'nın toplam nüfusunun yaklaşık %85'i, **zorunlu sağlık** sigorta kapsamındadır. Sağlık hizmetleri, esas olarak çalışanların zorunlu sağlık sigorta primleri ve işverenlerin katkı payları tarafından finanse edilmektedir. Çalışanların katkı payları, gelirleri ile orantılıdır.

Almanya'da hangi şekilde olursa olsun, **geçerli bir sağlık sigortası olmayanlar**, normal olarak ne acilde/hastanelerde ne de özel doktorlarda ücretsiz sağlık hizmeti alabilmektedirler.

Almanya'da tıbbi bakım iki alana ayrılmıştır:

- Ayakta tedavi
- Yatarak tedavi

Ayakta tedavi, hastaneler, özel doktorlar, diş hekimleri ve psikoterapistler tarafından sağlanmaktadır. İlaçlar, görme ve işitme cihazları gibi yardımcı malzemeler ve fizik tedavi ve ergoterapi gibi ilaçların temini, ayaktan bakımın bir parçasıdır.

Yatarak tedavi için bir hastaneye kabul, sadece aile hekimi tarafından veya acil sevk yoluyla gerçekleşir.

ALMANYA'DA HASTANELER NASIL FİNANSE EDİLİYOR?

Hastanelerin finansmanı Almanya'nın federal sistemine dayalı olarak oldukça karmaşıktır. Genel hatları ile söylemek gerekirse; vergiler, sağlık sigortası şirketlerinin ödemeleri ve çok az da olsa özel ödemelerle sağlanmaktadır. Hastane binaları veya yeni cihazlar gibi yatırım maliyetlerinin eyaletler tarafından finanse edilmesi, yasalarla düzenlenmiştir. Çalışanların maaşları, işletme giderleri sağlık sigortası şirketleri tarafından karşılanmaktadır. Çok nadir olarak, özel sigortalı hastalar hastanelerde tedavi olur ve ödemelerini kendileri yaparlar.

Almanya'da, zorunlu sağlık sigortasının finansmanı, ücretli çalışanların brüt ücretlerinden yapılan işçi/işveren kesintileri ile sağ-

lanmaktadır. Almanya’da hastaneler, eyaletlerin yönetimindedir. Ancak hastanelerin finansmanı ikili bir sistem tarafından sağlanmaktadır. Hastane yatırımları 1984 yılına kadar merkezi hükümet ve eyaletler tarafından ortaklaşa finanse edildi. Bu tarihten sonra ise hastanelerin inşası, hastaneler için ilk donanım ve belirli varlıkların yeni satın alınması, eyaletlerin sorumluluğuna bırakılmıştır.

Sağlık sigortası şirketleri (Krankenkassen), hastanelerin devam eden işletme harcamalarını üstlenir. Bunlar, doğrudan tıbbi tedavi için ortaya çıkan maliyetlerdir. 1990’ların ortalarına kadar, işletme maliyetleri sabit oranlı günlük bakım ücretleriyle finanse edilirdi. 1993 yılında yapılan yeni yasal düzenleme ile bu modelin yerini, sabit maliyetli vaka, özel ücretler ve bakım ücretlerinden oluşan karma bir sistem aldı. 1 Ocak 2004’ten bu yana, bu karma sistem; kademeli olarak, “yalnızca teşhise bağlı vaka başına alınan sabit ücretlendirmelerle finanse edilen bir sistem”e dönüştürülmüştür.

2012’den sonra eyaletler, önceki döneme ait yatırıma dayalı finansmanı, performans dayalı sabit ücretlendirme ile değiştirmişlerdir. Bu seçenek, 2008 yılında kabul edilen Hastane Finansmanı Reform Yasası (KHRG) ile yeniden düzenlendi (Madde 10/1 KHG). Federal hükümet, hastaneler ve sağlık sigortası şirketleri açısından, performans dayalı sabit ücretlendirmeye geçilmiştir.

Türkiye’de ise; Sağlık Güvenlik Kurumu (SGK), Çalışma Bakanlığına bağlı bir devlet kurumudur ve bütçesi meclis tarafından her yıl yapılmaktadır. Yani yıllık sağlık harcamalarına göre SGK bütçesini merkezi hükümet belirlemektedir. Sağlık harcamaları fazla olan kişilerden daha fazla sağlık kesintisi yapma, sağlık harcaması az olan ve sağlığına dikkat edenlerden daha az kesinti ile ödüllendirme durumu ve de anlayışı sistemde yoktur. Yani SGK’da “ne kadar harcarsan o kadar ödersin” zihniyeti hâkim değildir. Sigortalıların sınırsız sağlık harcamalarına rağmen ödemeleri deşışmemektedir.

ALMANYA'DA HASTANELER

2020 yılı itibarı ile Almanya genelinde 1.903 hastane ve 487.783 yatak bulunmaktadır. Bunlardan

- % 35'u kamuya,
- % 31'si özel sektöre (591 hastane, 5800 özel klinik),
- % 34'ü kar amaçsız veya kamu yararına çalışan dernekler, vakıflar, kurumlar veya kiliseye bağlıdır.

1.914 hastanenin sadece 96'sı 800 yatak veya daha fazla kapasiteye sahiptir.

Türkiye'de 2020 yılında toplam **1.534 hastane ve 251.182 yatak** bulunmaktadır. Bunlardan

- % 58,6 - Sağlık Bakanlığı; 900-Hastane ve 156.965 yatak
- % 36,9 - Özel Hastane; 566-Hastane ve 52.230 yatak ve
- % 4.5 - Üniversite Hastanesi; 68 -Hastane ve 41.987 Yatak

Almanya istatistik kurumunun hastane istatistiklerine bakarsak; hastane sayısı ve hastanelerde yatak sayısı her geçen yıl düşmektedir. Mesela 1991'de hastane sayısı 2.411 ve yatak sayısı 665.565 iken, 2000 yılında hastane sayısı 2.242 ve yatak sayısı 559.651 ve istatistik verdiği son yıl olan 2020 de hastane sayısı 1.903 ve yatak sayısı 487.783'dür. Bu da gösteriyor ki, 20 yılda hastane sayısı %26,6 düşüş göstermiştir. Her geçen yıl daha da yaşlanan nüfusu ve yaşlıların daha çok hastalandığını düşünürsek bu istatistik oldukça anlamlıdır. Bunun sebebi; gittikçe artarak önemsenen koruyucu sağlık hizmetleri ve halkın da sağlığını korumaya önem vermesi olabilir.

ALMANYA'DA DOKTORLAR

Alman Tabipler Birliği, 2020'nin sonunda Almanya'da, **409.121 aktif çalışan doktor** olduğunu açıklamıştır. Bu çerçevede 2020 yılında bir doktor başına yaklaşık 203 hasta düşmektedir.

Türkiye Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de 2020 yılında kamuda 104.158, Üniversitelerde 36.418 ve özelde 30.683 olmak üzere toplam 171.259 hekimin çalıştığını açıklamıştır. Yine bu istatistiğe göre

2020 yılında 600.261.131 kez hekime müracaat olunmuş. (Birinci basamağa 253.119.935, ikinci ve üçüncü basamağa ise 347.141.196). Kişi başı hekime müracaat ise 7,2 olarak bildirilmiştir.

AİLE HEKİMİ VE SAĞLIK HİZMETİ

Almanya’da sağlık hizmeti (muayene ve tedavi) aile hekimleri ve uzman hekimler tarafından verilmektedir. Aile hekimlerinin sayısı 2020 yılı itibari ile 55.012’dir. Aile hekiminizi isteğinize göre seçebilir ya da kolayca değiştirebilirsiniz.

Muayene ve tedavi için acil durumlar dışında ilk başvuru her koşulda aile hekimlerine yapılır. Aile hekimleri, genel pratisyen hekimlerdir ve tıbbi müdahale konusunda karar verirler. Aile hekimleri, sadece gerekli gördüğünde hastayı ilgili uzman hekime veya hastaneye sevk eder. Yani hasta **sadece acil durumlarda** bir hastaneye tedavi için başvurabilir.

Türkiye’de ise hastalanınca ilk durak, çoğunlukla hastanelerdir. Bundan dolayı hastaneler daima kalabalık olur. Vatandaşlar ne rahatsızlığı bulunursa bulunsun, öncelikle hastaneye gitmek istemektedirler.

DİJİTAL SAĞLIK HİZMETLERİ

Türkiye-Almanya sağlık sistemlerinde karşılaştırılması gereken bir başka konu da sistem çerçevesinde sağlık teknolojilerinin kullanımıdır. Görünen odur ki, sağlık teknolojilerinin uygulamasında Türkiye bir adım daha ileride görünmektedir. Örneğin, Almanya; MHRS randevu sistemi, e-nabız ve benzeri uygulamaları tercih etmemiştir. Hasta, aile hekiminden randevu almak için telefon açmakta ve doktorun sekreteryasından randevu talep etmektedir.

Diğer taraftan kan sonuçları, radyolojik görüntüleri vs. Türkiye’de olduğu gibi E-nabız gibi bir uygulama üzerinden hasta tarafından doğrudan görüntülenememektedir. Ülkemizde e-Nabız sisteminin kullanıcısı, sistem çerçevesinde ilgili doktorlara giriş izni tanımla-

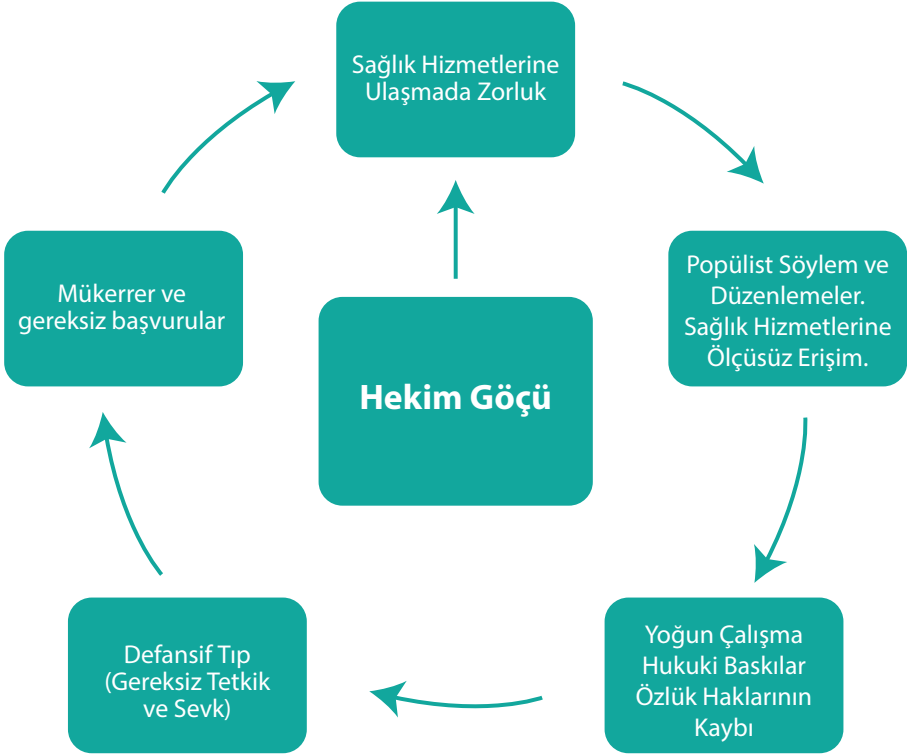
mışsa sistem, ülke sınırları içinde her doktora veya sağlık kurumuna, hastanın tüm bilgilerine ulaşabilme imknı vermektedir. Almanya ise hlihazırda böyle veya benzer bir sistem ile çalışmamaktadır.

Türkiye’de kişi, kayıt altına alınmış her türlü sağlık bilgisine dijital ortamda hızlı bir şekilde ulaşılabilmektedir. Türkiye bu alanda sağlık hizmeti sunumu alanında dijitalleşmede Almanya’nın önünde görünmektedir.

NOTLAR:

<https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf>

DEUTSCHE STATIS Statistische Bundesamt; https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html;jsessionid=C692F74C5E02E8955C7D23ACD701254E.live741





SAĞLIK ve
MEDENİYET
DERNEĞİ

Sağlık ve Medeniyet Derneği'nin amacı ; medeniyetimizin temel ilkeleri doğrultusunda, insan sağlığını korumaya ve sağlık sistemini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmaktır.

Bu kapsamda; başta mensuplarının eğitimi, iş birliği ve dayanışmasını sağlamakta, diğer taraftan sağlık sisteminin ulaşılabilir, sürdürülebilir, etkin ve kaliteli olması için neler yapılması gerektiği ile ilgili çalışmalar yapmaktadır.

Sağlık ve Medeniyet Derneği, oluşturduğu özgün örgütlenme modeliyle ülkemizin 40 ilinde temsilcilikler açmış, 15 ihtisas komisyonuyla çalışmalar yapan, toplumsal hassasiyetler konusunda ilkesel duruşunu ortaya koyan, önemli konularda toplantı, basın açıklaması, seminer ve sempozyumlar düzenleyen bir sivil toplum kuruluşudur.





“Tabiplerin hakları, yönetim kurulu ve başkanı tabip olan sendikalar tarafından savunulmalıdır” düşüncesiyle; haksızlıklara karşı biraraya gelen tabipler birlik oldular ve yegâne ilgi alanı “mesleki hak mücadelesi” olan TABİP-SEN kuruldu.

TABİP-SEN; içerisinde her görüşten tabip, dış tabibi ve eczacının yönetici olabildiği, sivil, hür ve tam bağımsız olan; hiçbir güç veya odakla bağlantısı olmayan, yalnızca mesleğini ve meslektaşlarını güç merkezine alan, somut ve kalıcı çözümlere yönelik icraatları hedefleyen, bu doğrultuda sorumluluk hissedenlerin sözü yükseltecekleri bir adres olmayı benimsemiştir. Tabip-Sen; tabiplerin bu hak mücadelesini, temsil ettiklerine yakışır bir şekilde, akliselim çerçevesinde, asil ve saygın bir tavırla yapma kararlılığındadır.

Tabip-Sen; tabiplerin hak ettiği konuma gelene ve huzurlu çalışma ortamını elde edene kadar var gücüyle çalışarak, “sağlıklı tabiplik” iklimini sağlama hedefine ulaşmayı; böylece gerek tabipliğin onurunu, itibarını, gerekse hizmet alanların tabip emeğine saygı ve güvenlerini, son tahlilde “daha nitelikli sağlık hizmeti”ni tesis etme çizgisinde yürüyüşüne devam etmektedir.

