



## Major problems and solutions in the health care system of specialist physicians working in hospitals

## Hastanelerde çalışan uzman hekimlerin sağlık sistemindeki başlıca sorunları ve çözüm önerileri

Adil Kurban<sup>1</sup>

### Abstract

Transformation project in health which started to be implemented in 2003, has been implemented by the ministry of health quickly, this system which includes a very different point of view from the previous period and implementation in health, has been realized sometimes despite everybody, by means of the approval and acceptance of health staff in high percent. However, current implementation mistakes and lacks at the accepted speed, even getting worse in the system have created a dissatisfaction feeling at the each step and rank of the health staff. World Health Organization has described the health as not having an illness and weakness and having a well-being in physical, in soul and in social completely (WHO 1946 ). Health system is the general name of health service which has been given to life which is the most precious thing in universe and to the human being who is the most valuable within all the living creatures. As versatile matrix structure is very technical and needs expertise, the lack at the each point of this structure and the value of the served living creatures, chaos is a complex system which can lead to a crisis. At our research, a questionnaire has been implemented for specialist doctors working at the second rank state institutions (Hospitals). In this study, a survey of specialist physicians working for government agencies in hospitals has been applied. In this survey, the major issues of concern Specialist Physicians as a

### Özet

2003 yılı itibarıyla uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Sağlık Bakanlığınca hızla yürürlüğe konulmuş, önceki dönemden çok farklı bir bakış açısı ve sağlıkta uygulama içeren bu sistem, bazen herkese rağmen, önemli oranda da sağlık personelinin vicdanen tasdiki ve kabulüyle gerçekleşmiştir. Ancak sistem içerisinde mevcut uygulama hataları, mevzuat eksiklikleri ve bu eksikliklerin ve hataların beklenen hızda düzeltilemeyip adeta müzminleşmesi, sağlık personeli içerisinde her basamak ve kademede memnuniyetsizlik hissi oluşturmuştur. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması ve beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur olarak tanımlamaktadır (WHO 1946). Sağlık sistemi, evrende en kıymetli şey olan hayata ve hayat sahibi canlılar içinde en kıymetlisi insana verilen sağlık hizmetinin genel adıdır. Çok yönlü matrix yapısı, çok teknik oluşu ile uzmanlık gerektirmesi ve bu yapının her bir noktasındaki eksikliklerin hizmet verilen canlının kıymeti nedeniyle, kaos, kriz oluşturabildiği kompleks bir sistemdir. Bu çalışmamızda 2.basamak devlet kurumlarında çalışan uzman hekimlere yönelik bir anket çalışması uygulanmıştır. Bu anket çalışmasında özet olarak uzman hekimleri ilgilendiren başlıca sorunlar olan 1) Ek Ödeme dağıtımında ki adaletsizlikler 2) Tek hekim icapçılığı konusu ve icap hekimliği 3) Hekim emekli maaşları 4) Sağlık personeline yapılan fiili Saldırıları değerlendirilmiş ve onların önerdiği çözüm yolları ve rasyonel

<sup>1</sup> Uzman Hekim, Sağlık Bakanlığı, [drkurban@hotmail.com](mailto:drkurban@hotmail.com)

summary of the study 1) Additional payment distribution in the Injustice 2) One physician on call of thread and care of Emergency Medicine out of shift hours. 3) Physicians pensions 4) Health personnel carried out actual attacks have been evaluated and their proposed solutions and rational solutions compiled suggestions and it discussed. This survey of major problems existing in our health system, for example, comprise the solution. This article is the first research study conducted in Turkey in its field, it is considered the most versatile and comprehensive study will encourage other.

çözüm önerileri derlenmiş ve tartışılmıştır. Bu anket çalışması sağlık sistemimizde mevcut önemli sorunların, örnek çözümlerini içermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Bakanlığı; Sağlık Sistemi; Sağlık İdaresi; Hastane; Uzman Hekim Sorun ve Çözümleri.

**Keywords:** Ministry of Health; Health System; Health Management; Hospital; Specialist Physicians Problems and Solutions.

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

## GİRİŞ

Açık, kompleks, üst düzey teknik, mahrem, yüksek riskli, elzem, kesintisiz, direkt insanı ve en çok değer verdiği hayatı ilgilendiren bir sistem ve bir teknik disiplin olan sağlık sistemi, suistimale açık olabilmesi, güçlkle kontrol edilebilmesi, eğitim standartlarının zor ve yüksekliği gibi nedenlerle bütün devlet sistemleri içerisinde üretilmeye, denetlenmeye ve kontrol altına alınmaya çalışılan, yine devlet yapılanması içerisinde yer alan bir alt sistemdir.

Mali, finansal, etik, tıbbi denetim ve kontrole tabi tutulan sağlık sisteminde çalışanlar ve özellikle uzman hekimler özlük haklarının kaybından, bununla birlikte prestijlerinin kaybından ve güvenlik risklerinin artmasından şikayetçi hale gelmişlerdir. Bu durum onlarda tepkisel davranışlara yol açmaktadır. Bu şekilde çalışanlar açısından istikrarsızlaştırılan bu sistem, finans sistemleri tarafından yatırım değerlemesinde bu haliyle riskli bulunurken kendi içerisinde de verimini sürdürmemektedir. Sağlık sistemimiz, insan hayatına hizmeti nedeniyle en önemli hizmettir. İnsanların tüm sosyal fonksiyonları hayatlarıyla beraber sağlıklarıyla devam edebilmektedir. Kanuni Sultan Süleyman gibi bir cihan padişahı bunun önemini bir şiirinin ünlü ikiliğinde; 'Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi, olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi', ile ifade etmiştir. Bu makalede bir anket çalışması içerisinde 2. Basamak Devlet Hastanelerinde görev alan hekimlerin belli başlı 4 sorunu incelenmiş ve hekimlerle çözüm yolları araştırılmıştır.

Bu sorunlar 1)Ek ödeme dağıtımındaki adaletsizlikler 2)Tek hekim icapçılığı 3)Hekim emekli maaşları 4)Sağlık personeline karşı uygulanan şiddet' tir.

Başvurulan hekimlerin sayısı maalesef bürokratik nedenlerle sınırlı kalmıştır. Anket çalışmasına toplam 3 ilden 44 uzman hekim ve bir eğitim araştırma hastanesi başhekim yardımcısı katılmıştır. Ankete katılan hekimlere özlük bilgilerinin asla kendi izinleri dışında paylaşılmayacağı , bununla birlikte zorunlu doldurulması gereken bölümlere çalışmanın değerlendirilebilmesi için katılımlarının gerekliliği ifade edilmiş . Anket formunda bir soru ile bağlantılı olarak hekimlere güncel emekli maaşları bilgisi de verilmiştir.

## I. Sistem Teorisi İçinde Sağlık Sisteminin Yeri

Sağlık sistemleri, 'Sistem Teorisi' tanımında, Ludwig Von Bertalanffy sınıflandırmasına göre açık sistem olarak faaliyet gösteren, içerisinde kavramsal sistem özelliklerini barındıran (dil bilim, mantık), yapılanmasında soyut bir sistem üzere organize olmuş bu bağlamda cansız, ancak girdileri bileşenleri ve çıktıları itibarıyla canlıları kullanan gerçek bir sistemdir (Bertalanffy 1951).

Kennett Boulding sınıflandırmasında canlıların faaliyet gösterdiği ancak cansız parametreleri, vektörleri, kaynak ve hedefleri içeren sibernetik özelliğinde, yapılanması itibarıyla 3. cansız düzey özellikleri gösteren, bununla birlikte sistem sınıflandırmasında 8.(sosyal organizasyon, tarih, kültür, ekonomik durum), 9.sınıflandırma düzeylerini(dil ve sanat) dönüşüm ve bileşenlerini kullanan kompleks bir sistemdir (Boulding 1956).

Hekimler tarihte bireysel bir tıp zanaatkarı olarak bulunurken, günümüzde bir sağlık sistemi içinde görev yapmaktadırlar. Bu sistem içinde tıbbi cihazlar, tahliller ve bunlar gibi hekimin işini kolaylaştıran ve hizmet verdiği hasta sayısını arttıran yardımcı sağlık personeli, işin daha çok lojistik kısmıyla ilgilenen diğer memur ve uzman personel, yine sistemin çeşitli noktalarında daha basit işleri yapan personel ve bunların özet olarak organizasyonu ve denetiminden sorumlu idari uzman personelle kompleks bir yapı mevcuttur. Özet olarak teşbih yapılırsa hekimin arkasında ve yanında bulunan bu çok yönlü yapı, öncelikle işin merkezinde bulunan hasta-hekim ilişkisinin verimi, tıbben desteklenmesi, kontrolü, denetimi, hukuksal ve adli güvenliğinin sağlanması ve sosyal açıdan korunmasından sorumlu görünmektedir. Toplumun bu sistemin çalışmasından sorumlu tuttuğu, devlet yapılanması içerisinde yer almış, bu kompleks yapıyı işleten, organize eden, verimini, finansını planlayan, kontrol eden ve denetleyen T.C Sağlık Bakanlığı kurumudur (S.B Teş. ve Gör. Hakkında K.H.K 1983).

## II. Sağlık Sistemi İçerisinde Bulunan Birey ve Alt Sistemler

Sağlık Bakanlığının diğer bakanlıklardan önemli bir farkı da devletin bu sisteme yetiştirdiği insan düzeyleriyle ilgilidir. Sağlık sisteminde sınav sistemiyle seçilmiş, kendini nispi elit ve o işin uzmanı ve aldığı eğitimi tek yönlendirici gören bir hekim kesimi ile çok daha az bir eğitimle o sistemde çalışmaya başlayan diğer personelin varlığı ile ilgilidir. Bu durum hekimi mutlak otorite haline getirmektedir.

İnsanların çoğunlukla sosyal bilimlerde, fen bilimlerine göre nispi başarılı olmasının bir nedeni onların yetiştirilme dönem ve şekilleriyle de ilgilidir. İnsan zekasının en çok geliştiği dönem 0-5 yaş arası dönemdir ki, 5-7 yaş arası dâhil bu dönemlerde eğitim daha çok dil öğrenimi, basit mantık, sosyal yaşamın kurallarını içermekle birlikte bu yaşlarda çocuklara çoğunlukla yaşanan sosyal olaylar içinde basit düzeyde matematik veya sosyal olaylarla bağlantılı fen bilgisi verilmektedir. Bu durumda insanların zeka düzeyleri çoğunlukla sosyal zekaları açısından yeterli gelişirken, zekanın fen matematik ve diğer bölümleri açısından yeterli veya ileri düzeyde gelişmesi desteklememektedir. Debil olarak adlandırılan IQ 70-90 arası insanımıza kadar (embesil, idiot hariç) hemen herkes sosyal olayları anlamlı düzeyde çözer ve menfaatini matematik ve fen derslerinde başarılı olmasa da temin edebilir. Halbuki tıp zanaatı empati, sosyal zeka gerektirdiği gibi, özellikle fen ve matematik kabiliyetleriyle birlikte çok yönlü bir zeka gerektirir (Gardner' in Çoklu Zeka Kuramı).

Hekim dışı çalışan kalifiye uzman personel istihdamı bu sistemin günümüzde önemli bir ihtiyacıdır. sağlık ve sağlık sistemi eğitimi almamış bir idarecinin sağlık sisteminde idareciliği çok açıdan düşünülemez. Olursa da, tabii olacak ve her açıdan destek verecek uzman hekimlere ihtiyaç gösterir ki, uzman hekim düzeyinde hekimler hastanelerde pratisyen hekimlerin idareciliğini dahi yetersiz bulurlar. Bu tanımlar kapsamında işletilmesi, matrix yapısı, kompleks bilgi birikimi, tecrübe, kendi içinde çok yönlü çalışanların ve sistemin kontrol, denetim ve organizasyonunu içermesi ve kalite sistemlerinin koordinasyonunda (S.B Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve

Akreditasyon Daire Başkanlığı Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları) ayrıca ciddi sağlık bürokrasisi oluşmuş olan sağlık sisteminin sağlık sektörü içerisinde gelmiş ve bu çok yönlü sistemi idare edebilecek kabiliyetteki insanları kullanmadan halen yönetilmesi mümkün görünmemektedir. Zira bu sistem içerisinde her bir aksama insan hayatını ilgilendiren sonuçlar doğurduğundan kaos ve kriz oluşturabilmektedir. Hatta küçük görülebilecek, eğitilmiş bir tıbbi nazarla bakılmadan yapılan bir tıbbi müdahale, sistem teorilerinde ismiyle dikkati çeken 'Kelebek Etkisi' ni doğurabilir (E.N. Lorenz 1993).

### III. Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sistemlerinin Yeri

Türkiye'de sağlık sektörü son yıllarda önemli değişiklikler ve gelişmeler göstermiştir. Bunların başında işçilerin ve memurların ayrı hastanelerde tedavi olmaları gibi sınıf ayrımcılığına yol açan uygulamanın ortadan kaldırılması gelmektedir. Sadece işçilere hizmet veren hastaneler ve sadece memurlara hizmet veren hastaneler şeklinde yapılan ayrımcı uygulamalara son verilerek bu hastaneler sağlık bakanlığına devredilerek sağlık hizmetleri tek bir çatı altında toplanmıştır. Herkesin istediği hastanede tedavi olabilmesine imkan sağlanmıştır. Ayrıca, herkese ister devlet hastanelerinde ister özel hastanelerden faydalanabilme imkanı getirilmiştir. Bütün kişileri içine alacak şekilde hastalardan hiçbir ücret alınmayan, aile hekimliği uygulaması başlatılmıştır. Sağlık hizmetlerinde % 18 olarak uygulanan KDV oranı % 8'e indirilmiştir. Ödeme gücünden yoksun olan fakirlere yeşil kart uygulaması getirilmiştir (en son olarak tüm bu uygulamalar SGK kapsamına alınmıştır). Bu kişilerin hem ayakta tedavi hem yatarak tedavilerinin yapılması ve her türlü ilaçlarının devlet tarafından üstlenilmesine dair uygulamalar getirilmiştir (Kantarıcı & Kurban 2015).

Etkin bir sosyal güvenlik sisteminin organize edilmesi oldukça önemlidir. Kişiler maruz kaldıkları risklerden sorumlu olmadıkları halde güvensizlik ve endişe duygusu ile karşı karşıya kalmaktadırlar. İngiltere'de olduğu gibi, sağlık, kaza veya iş kaybı vs. nedenlerle kişilerin uğradıkları maaş kaybı vb. zararların tamamının kolektif olarak özel sigorta sistemlerince karşılanması, kişilerin ekonomik şartlardaki değişime ayak uydurmaya karşı gösterdikleri dirençlerini hafifletmektedir (Kantarıcı 2011).

Özel sağlık hizmetleri organizasyonunda maksat sıralamasında ilk sıraya kar maksimizasyonu girmektedir (Robert 1960). Zira özel hizmet veren müesseselerin varlık nedeni işletmenin sürekliliğidir. Bu konuda Finansal Yönetim varlık nedenlerini şöyle tanımlamaktadır;

'Finansman bölümü, faaliyetleri ile ilgili kararlar alırken öncelikli olarak firmanın amacını bilmesi gerekir. Finansal Yönetim'in temel politikalarının her birinin bu firma amacının gerçekleşmesine yönelik olması gerekir. Genel olarak üç yönde amaçtan bahsetmek mümkündür' (Ercan 2012).



Grafik No 1: Şirket amaçları.

Bu hizmetin insan için mutlak zarureti, devamının mecburiyeti, rekabet şartlarının üst düzey teknik bir disiplin içermesi nedeniyle zorluğu, işletmecilik anlayışında firma çıkarları için eşi bulunmaz bir sektör fırsatını oluşturmaktadır. Ancak üst düzey teknik disiplin arzı kısıtlamaktadır.

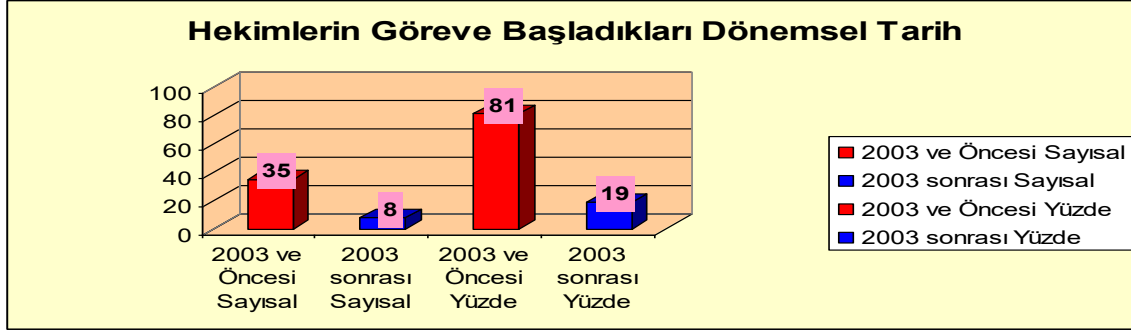
Bu durum nedeniyle Özel sağlık hizmetleri organizasyonunda yönetim kurulu ve hastane müdürleri, tıbbi tüm sorunlarda olaya vakıf olabilmek için uzman hekimleri kullanmaktadırlar. Bunun dışında hemşire, sağlık memuru, ebe , laborant , diğer tıbbi teknisyenlerin tamamı yine hekim ve uzman hekimlerin varlığında hizmet verebilmektedirler. Onların tıbbi uygulamalarından hekimler sorumlu olduğu gibi ancak onların hekimler tarafından tıbben denetlenmesi ve düzenlemesi ile verimli, kalıcı ve güncellenen sağlık hizmeti vermek mümkün olmaktadır. Hastanelerde gider kalemlerinin en büyüğü % 70'e varan personel giderleridir ve bu teknik disiplinin sunabileceği bir arz hacmi ve hatırı sayılır bir bedeli vardır. İşte bu teknik durum olaya dışarıdan bakan özel işletmeciler tarafından tam olarak görülememekte, sağlık hizmetinde artışı sınırlandırılmaya çalışılan bütçeye değil, gelecekte olacağı tahmin edilen bütçeye ve sağlık harcamalarında kişisel ödemelere nazar edilmektedir.

Özellikle 2009 öncesinde olduğu gibi özel muayenecilik nedeniyle sağlık sisteminin yaygın olarak kişisel harcamalarla finanse edilmesi nasıl kabul edilemezse, maddi rant kaygısı ve beklentisi içinde olan özel sektörün sağlık sistemi içerisinde genişlemesi ve sistemin bu manada tam olarak özelleştirilmesi kabul edilmemelidir. Özelleştirme hükümet politikası içerisinde planlanıyorsa da, tıbbi, mali, deontolojik ve ahlaki çok yönlü denetim ve finansının sağlanması gereklidir. Zira sağlık hizmeti almak insanlık hakkıdır. Özel kurumlar bulunsa bile devletimizin vatandaşın maddi düzeyine bakmadan onların sağlık ihtiyacını yeterli düzeyde karşılaması anayasamızla (1982 Anayasası), kanunlarla(1219 Sayılı Kanun), kültürümüzün içeriğinde bulunan insanlığımız ve vicdanımız nedeniyle, uluslararası antlaşmalarla(uluslararası anlaşmalar anayasamızda kanunlardan üstün konumda tutulmuştur. Bu anlaşmalara örnek olarak bu konuda İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 1948 ve 5013 sayılı Kanunla Biyotıp Sözleşmesi 2003 örnek olarak verilebilir) zaruri olarak gerekmektedir. Bu ihtiyaç, toplumsal barış içinde gerekli bir durum ve beklentidir. Türk Sağlık Sistemi, devlet yapısındaki köklülüğe bağlı organizasyon kabiliyeti, tecrübesi, kültürü, bilgi birikimi, sosyal bakış açısı v.b ile halen birçok yakın ülke tarafından da kısmen uygulanan (Arnavutluk Sağlık Sistemi) örnek olmuş bir sistemdir.

#### IV. Anket Çalışması ve Değerlendirilmesi

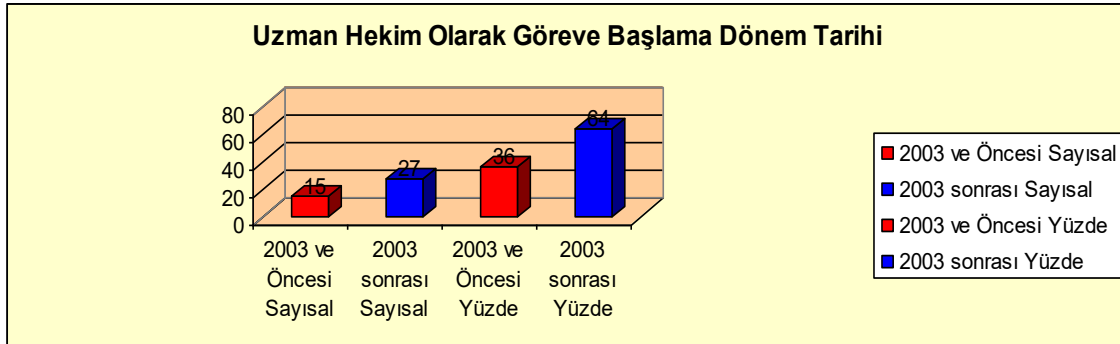
Bu makalede değerlendirilecek olan anket çalışmasında hekimlerin 2. basamak sağlık sisteminde en çok rahatsız oldukları düşünülen 4 önemli problem temel alınmış ve hekimlerin bunların dışında ki diğer problemleri de sorgulanmıştır. Hekimlere çalışmanın herhangi bir siyasi maksat gözetmediği, kişisel bilgilerinin saklı tutulacağı ve bazılarının doldurulma zorunluluğunun olmadığı, bu çalışmanın aynı zamanda idari mekanizmalarda değerlendirilebileceği dolayısıyla hekimlerin sorunlarını ve önerdikleri çözüm yollarını bildirmeleri istenmiştir. Anketimize 3 ayrı ilden toplam 45 hekim katılmıştır. Araştırmamızda doldurulması zorunlu olmayan ad-soyad bölümüne 14 hekim katılmışlardır. Yine zorunlu olmayan doğum yeri ve tarihi bilgisini aynı sayıda hekim doldürmüştür. Anket formunda 3. ve 4. soru olan tıp fakültesini bitirme tarihi ve hekim olarak göreve başlama sorusu özellikle hekimlerin hangi siyasi dönemleri ve sağlık politikaları dönemlerini hekim olarak gözlemlediğini ve hangi karşılaştırmaları yapabileceğini anlamak için sorulmuştur. Bunun önemi Sağlıkta Dönüşüm Programı'na bakış açısının da yıllara sarıhan araştırılmasıdır. 2003 ve öncesi 35, 2003 sonrası 8 hekim göreve başlamıştır. Bu orantı özellikle çoğunluğun önceki hükümetlerle mevcut hükümet sağlık politikalarını kıyas edebileceğini de bize bildirmektedir.





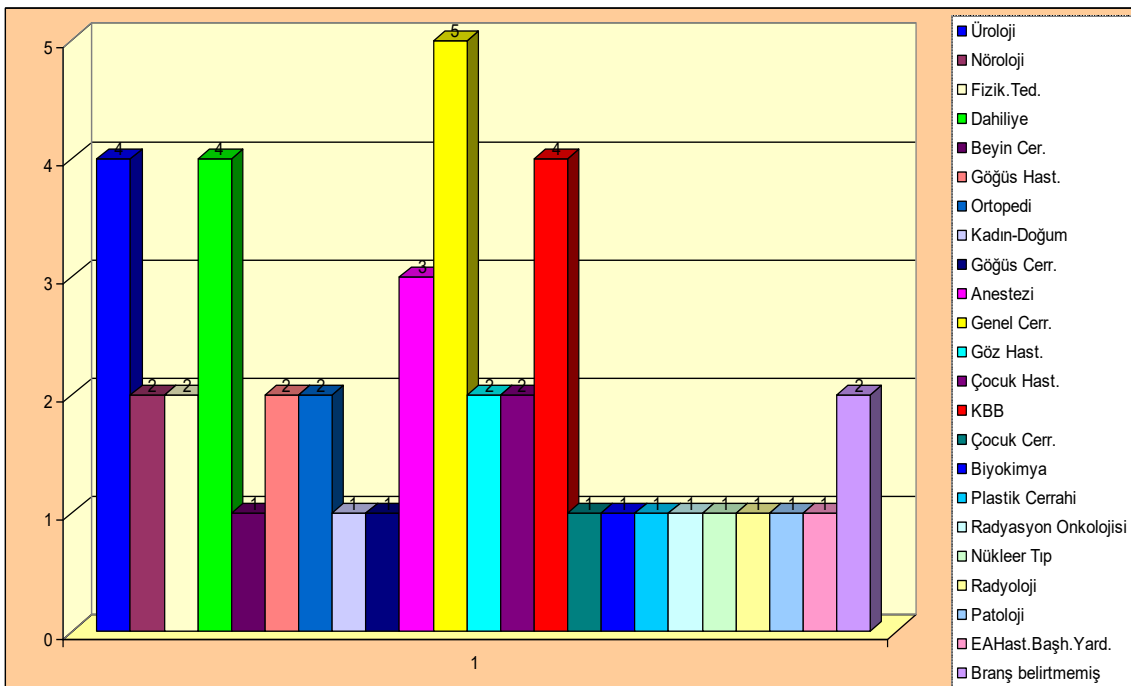
Grafik No.2: Hekimlerin göreve başladıkları dönemsel tarih.

5. soru uzman olarak göreve başlama tarihidir ki, 15 hekim 2003 ve öncesinden beri uzman olarak çalışmaktadırlar.



Grafik No.3: Uzman hekimlerin göreve başladıkları dönemsel tarih.

6.Sorumuz uzman hekimlerin branşları olmuştur.

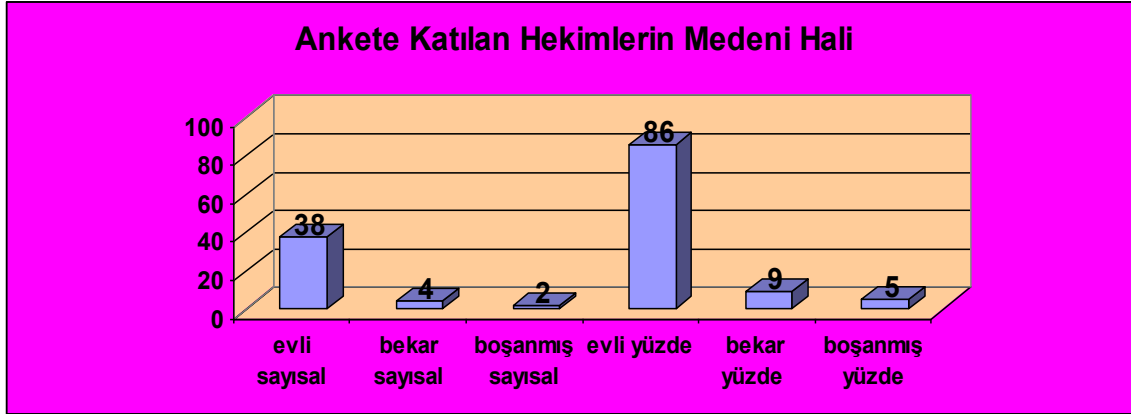


Grafik No 4: Uzman hekimlerin branşları.

Toplam 21 branştan 44 uzman hekim katılmıştır. Bir hekim de Sağlık Bakanlığı'nda çeşitli genel müdürlüklerde üst düzey görev almış halen bir Eğitim Araştırma Hastanesinde başhekim yardımcılığı yapmaktadır. İki uzman hekim branşından bahsetmemiştir.

7. ve 8. sorularımızda hekimlerin en son çalıştığı ve daha önce çalıştıkları kurumlar sorulmuştur ve zorunlu doldurulması istenmemiştir. Bu sorulara hekimlerin çoğunluğu cevap vermişlerdir.

9.Sorumuz evli, bekar veya boşanmış olduklarını sorgulamış, bu soruya cevap veren 44 hekimden 38'si evli , 4'ü bekar , 2'si boşanmış bulunmuştur.



Grafik No 5: Ankete Katılan hekimlerin Medeni Hali.

Bu kadar sayıda herhangi bir istatistiksel çalışma yapmak hekimlerin boşanma oranlarında ki farklılığı tespit açısından yeterli değildir. Ancak hekimlerin yoğun ve stres altında ki mesleklerinin evlilik yaşantılarını ne ölçüde etkilediği de araştırılması gereken konulardandır. Bu çalışmada evli çiftler içinde % 2,5 oranında boşanmış hekime rastlandı. Türkiye' de 2009-2011 yılları arasında kaba boşanma hızı yıllık ortalama % 0,160 düzeylerinde olmuştur. 10 binde 16 kişi ortalama yıllık boşanmış görünmektedir. Bu istatistiklere göre boşanmış çiftlerin toplam evli ve boşanmış çiftler içindeki oranı % 2,5 civarındadır. Bu istatistiklere göre bu örnekte hekim evlilikleri içerisinde boşanma oranı yaklaşık olarak toplum ortalamasına denktir.(DİE İstatistik Göstergeler Hayati Göstergeler.1923-2012)

Bu örneğin büyütülmesi ve toplum ortalaması ile karşılaştırılmasının önemli bir çalışma olacağı düşünülmektedir.

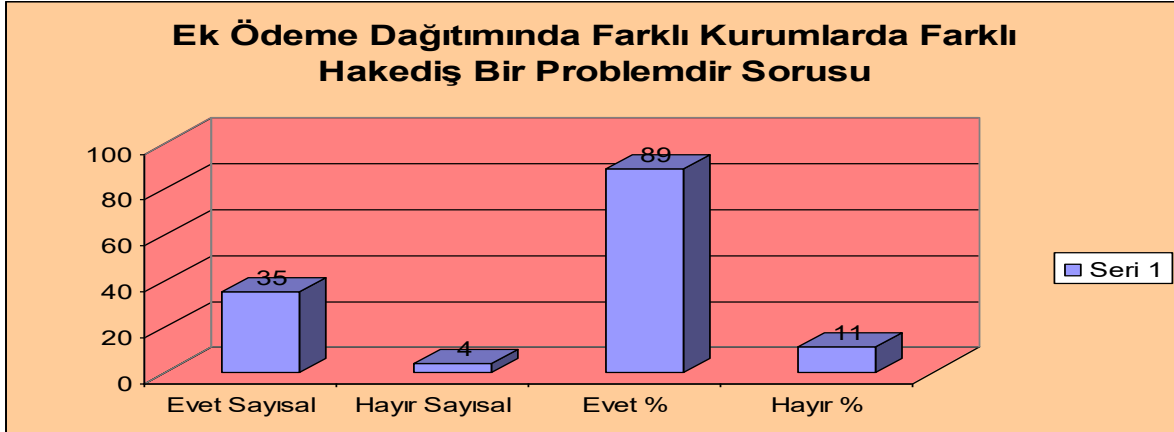
10. soru çocuk sayısı ile ilgilidir ki, bekarlar hariç toplam 38 evli ve boşanmış 2 hekimin toplam 56 çocuğunun bulunduğu, evli ancak çocuğu bulunmayan 1 hekimin bulunduğu, en çok çocuğu olanın 4 çocuğu olduğu, ortalama ise 1,5 çocuk sahibi oldukları, bir kısmının bekar olması dolayısıyla bu sayının artabileceği ve ortalama 2 çocuk sahibi olmayı tercih ettikleri görülmektedir.

## V. Tartışma

Bu bölümde sorularla ve verilen cevaplarla ilgili izahlar, açıklamalar, tartışmalar yazılmıştır. Tartışma bölümüne araştırmamızı esas olarak ilgilendiren 11. sorudan başlanılmıştır.

11.Sorumuzun konusu ek ödeme dağıtımındaki adaletsizliklerdir. Bu konu 3 başlık altında toplanmış ve hekimlere bu başlıklardan hangisi hakkında daha önceden bilgilerinin olduğu ve tespit ettikleri diğer problemler sorulmuştur.

11.Soru B şıkında sorulan ; ‘Önemli Bir Eksiklik Aynı Performans Puanına Farklı Kurumlarda Farklı Hak Edişlerin Düzenlenebilmesidir.’ sorusuna 35 hekim evet, 4 hekim hayır demişlerdir.



Grafik No.7: Ek ödeme dağıtımında farklı kurumlarda farklı hakediş problemdir.

Bu sorunun açıklaması şudur;

Hastanelerde dağıtılan ek ödeme (döner sermaye) sistemine benzetme yapılırsa havuz sistemi verilebilir. Dağıtılan miktara göre hak ediş şöyle düzenlenmektedir; Önce en az eğitim alanlar tam döner sermaye alırlar, daha sonra eğitim düzeyine göre tam döner sermaye dağıtmakta en son uzman hekimler tam döner sermaye alabilmektedirler. Hastanede dağıtılan ek ödeme tutarı, toplam gelirin % 40' ının hastanenin Kalite Katsayısı(Sağlık Bakanlığı standartlarına göre 0-1 arasında olan, Hastanenin belirli kriterlere göre aldığı katsayı) ile çarpımından sonra kalan miktardır. Yine toplam gelirin yaklaşık olarak % 20'si vergiye, % 40'ı ise hastanenin masraflarına ayrılmaktadır (Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik Resmi Gazete Tarihi 12.05.2006 Sayı 26166 ve İlgili Genelgeler.)

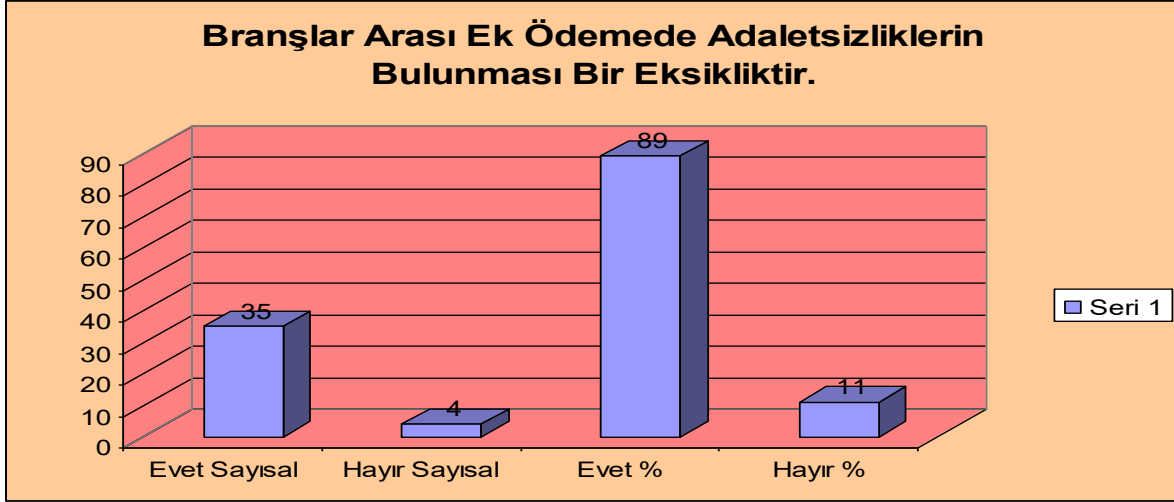
Buna göre hastanenin gelir düzeyine göre özellikle hekimlere dağıtılan miktar değişir. İşte bu nedenle aynı performans puanı alan hekimler farklı kurumlarda farklı hak ediş alabilmektedirler. Bu fark miktarı ayda ortalama 2 bin TL'ye varabilmektedir. Bundan özellikle ilçe hastaneleri olumsuz etkilenmektedirler. Zira hastanelerde toplanan gelirin çok büyük bir bölümü hekimlere endekslidir. Branş uzmanı, acil hekimi, diş hekimi eksiklikleri, hastanenin donanımsal eksiklikleri veya hekim başı düşen hasta sayısının azlığı (nüfus yoğunluğuna bağlı v.b) hastanenin gelirini etkiler. Bu durum özellikle ilçelerde tüm çalışan personelin başta da uzman hekimlerin gelirini anlamlı düzeyde düşürmektedir. Bu soruya katılan hekimlerin % 89' si evet diyerek problemi tasdiklemişlerdir. Hayır diyenler büyük hastanelerin hekimleridirler ki, nedenini açıklamamakla birlikte buna hayır demişlerdir. Hayır diyen hekimlerin bir nedeni, icap hekimliğidir. İcap hekimliği küçük kurumlarda verimle uygulanamamaktadır. Çoğunlukla aynı branştan tek hekim çalışmakta, tek hekimin kendi branşında her icaba her gün riayet etmesi beklenememekte ayrıca tatmin edici bir değerde olmasa da verilen icap parasını tam almaktadırlar. Maddi karşılıktan ziyade büyük kurumlarda ki hekimler kendilerine daha çok yük bindiğini iddia edip kendilerini özet olarak adeta alacaklı hissetmektedirler. Küçük kurumları dışarıdan daha rahat, problemleri daha az kabul etmekte aldıkları nispi çok ek ödemenin de yaptıkları işi karşılamadığını düşünmektedirler.

Problemin çözümünde il ya da ülke bazında eşit puana, aynı branşlara eşit ek ödeme dağıtılabilir. Yine alınabilecek en çok ek ödeme miktarının alınan sabit maaşın yaklaşık 4-5 katı olduğu düşünülünce bu orantının maaş lehine düzeltilmesinin gerekli olduğu görülmektedir(Bu durum emekliliğe esas göstergenin veya sabit ek ödemenin artması ile mümkün olabilir). Bu şekilde mevcut



adaletsizliğin önüne önemli ölçüde geçilebilir. Bu sorun aynı zamanda küçük hastanelerin personel sıkıntılarının esas nedenlerindedir.

11.Sorumuzda C şikkında: 'Branşlar Arasında Ek Ödeme Dağıtılmasında Adaletsizliklerin Bulunması bir Eksikliktir(E/H) sorusuna da 35 Evet, 4 hayır cevabı verilmiştir.



Grafik No.8 : Branşlar arası ek ödeme adaletsizliklerinin bulunması bir eksikliktir.

Burada ki problem özet olarak şudur;

Her hekime hasta başı eşit puan verilmektedir. Halbuki Psikiyatri hastaları daha uzun süre muayene süresi gerektirmekte(dolayısıyla aynı zaman aralığında bakılabilir hasta sayısı az kalmaktadır), çocuk hastalar tam fizik muayene ve sıklıkla laboratuvar desteği gerektirmekte, bazı branşların hastaları görece olarak az yada çok, bazı branşların icapçılığı ve icap sırasında hastayla ilgilenme süresi fazla(ameliyat yapmak gibi),bazı branşların yatırdığı hastaların durumu daha ağır(Anestezi-Reanimasyon, Nöroloji, Kardiyoloji, Beyin Cerrahi, Kadın-Doğum, Genel Cerrahi gibi) yine bazı branşların hastaları çok daha riskli ve hayati tehlikeleri daha çoktur(Kadın-Doğum, Göğüs Cerrahi, Beyin Cerrahi, Nöroloji v.b). Hastaların burada yalnız sayısal olarak değerlendirilmeleri adaletsizliğin temelini oluşturmaktadır.

Hekimlerin de değindiği gibi bazı branşların yaptıkları işe biçilen puan çoktur (Radyasyon Onkolojisi gibi). Bazı branşlarda(hasta muayene edip puan üretmeyen) ortalamadan Ek Ödeme almakta ancak icapçılıkları bile bulunmamaktadır (Biyokimya, Mikrobiyoloji, Patoloji gibi). Bazen de bu branşların uzmanlarının hastanede buldukları sayıyla ilgili veya laboratuvarlarının olup olmasına göre kendi aralarında da adaletsizlikler yaşanabilmektedir.

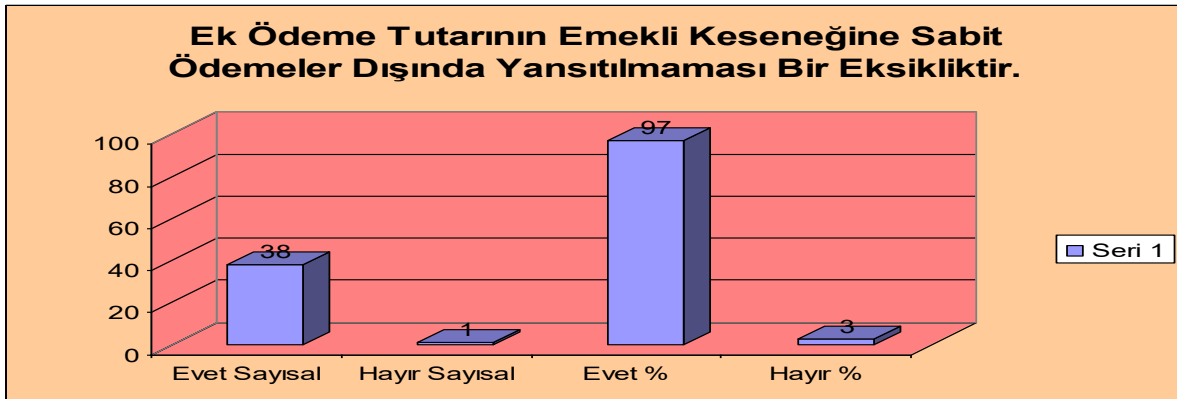
Bununla birlikte en büyük problemlerden birini performans sisteminde durumu ağır ve riskli hastalar oluşturmaktadır. Bu riskin bir kısmı 'malpractice' riskini oluşturur. Bu tür zahmeti, malpractice (yanlış, yetersiz, eksik tedavi) riski fazla, getireceği ek ödeme miktarı diğer riski az hastalarla aynı olan hastaları hekimler kabul etmek istemeyip diğer ilgili branşlara bırakmaya çalışmaktadırlar. Bunun sonucunda zaman içinde şu görülebilir ki, malpractice cezaları alan ve bu yüzden ciddi sıkıntılar yaşayacak hekimler olacak ve bu durum hekimlerin genel rahatsızlığını arttıracaktır (Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1).

Bütün bu durumlar bu sistemin bu noktada da yapılanmasını gerektirmektedir. Her branş il, ülke bazında değerlendirilmeli ona özgü durumu, iş yükü tespit edilmeli, riski, teknik zorluğu , yoğunluğu

hastanın durumuna göre de puanlanması yapılmalıdır. Haksızlık payını azaltmak ankete katılan hekimlerin bahsettiği maaş, ek ödeme oranının tersine çevrilmesi (hekim maaş/ek ödeme oranı yaklaşık 1/1-5 civarındadır) ile kısmen sağlanabilir. Ayrıca bu şekilde hekimlerin kullanacakları izinlerde kaybedecekleri ek ödeme miktarlarının azalması ile rahatlamaları sağlanabilir. Zira hekimler yıllık izinlerinin büyük bölümünü ek ödeme kaybı nedeniyle kullanamamaktadırlar. Yalnız performans sisteminin bazı özellikleri ve gerekleri de vardır. Bu konuda rasyonel bir bakış açısı da şudur;

Özel Muayenehane döneminde uzman hekimlerin büyük bölümü muayenehane işletmiş ve hastanede kazandıkları dışında ek gelir elde etmişlerdir. Mevcut sistem buna alternatif olarak hekime maaşını vermiş, üstüne hastanenin cihaz, donanım, servis hizmetini, çoğu yerde tıbbi sekreter, poliklinik ve bunlara ait tüm giderleri (elektrik, su, yakıt, diğer çalışanların maaşı v.b) karşılamış ve adeta hekimlere: ‘Muayenehanenizi hastaneye taşıdık burada çalışın, ne kadar çalışırsanız o kadar daha fazla kazanırsınız’ demiştir. Aslında bu açıdan bakıldığında hekimler açısından ciddi cazibesi olmalıdır ancak olay bununla bitmez. Sistem kendi ihtiyacını karşılamak için sayısal, organizasyonel tüm eksik ve hatalarını hekimlerle kapatmaya çalışmaktadır. Bununla birlikte bütçesini kısıtlamış ve hekimlerle birlikte tüm sağlık çalışanının aldığı ek ödeme nedeniyle, tüm diğer kurumlarında özlük haklarını arttırıp maaşlarına bunu yansıtırken, sağlık çalışanına düzenleme yapmaz ve zaman içinde sağlık çalışanının aldığı fazladan verilen ek ödeme ve maaş, diğer kurumların maaş seviyesine iner. Bütçenin bu noktada kısıtlanması Sağlık Bakanlığı’nda sorumlu idarecilerin organizasyonlarında kısıtlılık oluşturmaktadır, örneğin fazladan iş yapan, tek kişiyken her gün icap nöbeti tutan hekimlere hakkını veremez ancak sorumluluk yükler. İşte bu durum dağıtımda yapılan adaletsizlik dışında sorunun önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.

11.Sorunun D şikkında: ‘Ek Ödeme Tutarının Emekli Keseneğine Sabit Ödemeler Dışında Yansıtılmaması Bir Eksiklikdir (E/H) sorusuna hekimlerin 38’ i Evet,1’ i Hayır cevabını vermişlerdir. Orantısal olarak % 97 Evet % 3 Hayır demiştir. % 3’ü oluşturan tek bir hekimdir ve bende bilinçli olarak sorulara zıt yanıtlar verdiği izlenimi oluşturmuştur.



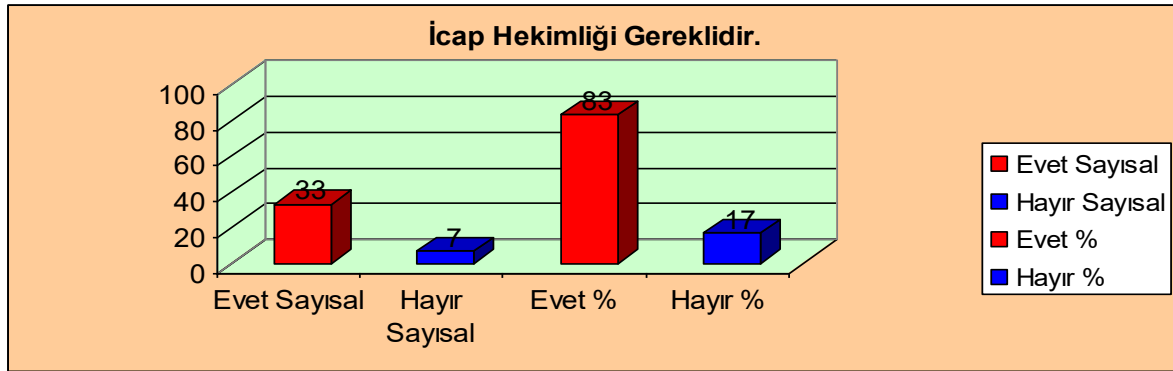
Grafik No.9: Ek ödeme tutarının emekli keseneğine sabit ödemeler dışında yansıtılmaması bir eksiklikdir.

Bu durumu izah etmek için hekimlerin gelirlerinin oluştuğu kalemleri izah etmek gerekmektedir. Hekimlerin aylık gelirleri içinde maaşları, sabit ek ödeme, sabit dışı ek ödeme, nöbet ücretleri, icap ücretleri yer almaktadır. Hekimlerin emekli keseneğine yansıyan para maaşından ve sabit ek ödemesinden kesilen rakamdır. Ancak alınan emekli maaşının miktarını bu oluşturmaz. Bu konuya daha sonra yeniden değinilecektir.

11.Soru E şikkında; ‘Tespit Ettiğiniz Diğer Eksiklik Ve Problemler’, sorulmuştur. Bu bölümde hekimler çoğunlukla tartışma bölümü içerisinde izah edilmiş konulara değinmişlerdir. Ardından 8

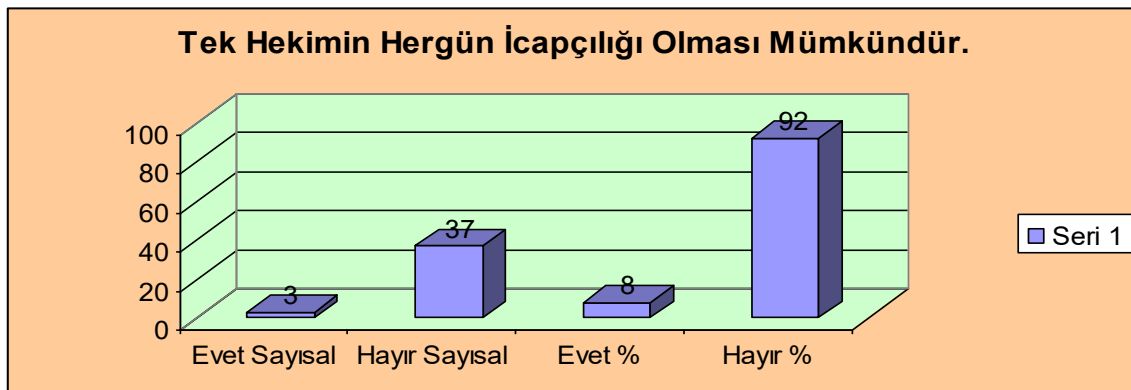
hekim çözüm önerilerini sunmuşlardır. Hekimler tarafından eklenen diğer sorun ve çözüm önerileri içerisinde değerlendirilebilecek ve değerlendirilemeyecek olanlar vardır. Şöyle ki, performans sistemi kaldırılın teklifi, çalışma performansını sağlayacak alternatif bir sistemle mümkündür ki, çok çalışanla az çalışan nasıl ayırt edilmeli ve onların hak edişleri başka nasıl bir yöntemle düzenlenmelidir? Bununla birlikte daha makul görülen önerileri ek ödemenin sabit tutarını arttırmak bütün gelirden emekli keseneği almaktır(bu durum hemen sadece emeklilik ikramiyesini ilgilendirir). Bununla birlikte ek ödeme yönetmeliğinin bütünlüğü özellikle puanlama sistemi açısından yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Zira branşlar arasında adaletsizlikler daha önce açıklandığı gibi anlamlı düzeydedir. Ayrıca ağır hastanın zahmet ve riskinin ek ödeme yönünden hakkı ölçülmeli ve daha hakkaniyetli verilebilmelidir. Bu ölçümlerin temel eğitimi Sağlık Kurumları İşletmeciliği bilgisi içerisinde mevcut olup, ayrıca bir uzmanlık işidir ki bilimsel olarak ele alınabilecek bir konudur. Yönetmelikler için, yanlış ve eksik bilinen, tüzüklerde gerekli olduğu gibi Bakanlar Kurulu kararına gerek yoktur. Bakanlık bu konuda yetkili ve sorumludur. Buna değinilmesinin nedeni, bunun birçok yetkilice devamlı mevzuat zorluğu nedeniyle yapılamadığı iddiasıdır.(1982 Anayasası)

12.Soruda tek hekim icapçılığı ve icap hekimliği konusunda hekimlerin bilgilerine başvurulmuştur. Dikkati çeken bir konu mevzuat bilgilerine hekimlerin önemli bir bölümünün sahip olmadığıdır. Anket sorusuna cevap veren 40 hekimin % 42'si bu konuda mevzuat bilgisine sahip olmadığını beyan etmiştir. Bu da sorgulanması gereken bir durumdur. Zira kabul edilmelidir ki Tıp fakültelerinde mevzuat bilgisi hemen hiç verilmez. Ancak asgari 3-4 yıldır devlet memuru olan uzman hekimler ilgili mevzuat bilgilerini hiç sorgulamamışlardır.



Grafik No.10: İcap hekimliği gereklidir.

12.Soru A şıkında tek hekimin her gün icapçı olup olamayacağı sorulmuştur. Bu soruya katılımda bulunan yine 40 hekimden 3'ü bunun mümkün olduğunu, aralarından biri mümkün ama insani olmadığını belirtmişlerdir.



Grafik No11: Tek hekimin her gün icapçı olması mümkündür.

Tek hekim icapçılığı konusunda yapılabilecekler ilerleyen bölümlerde ele alınacaktır.

12.Sorunun C şikkında icap hekim nöbetlerinin tutulması için gerekli asgari uzman hekim sayısı ne olmalıdır diye sorulmuştur. 37 Hekimin belirttikleri sayının ortalaması 4 olarak bulunmuştur. Bu tespit ilginç biçimde, ücreti kısmen ödenen süreye 120 saate, 7,5 hafta içi gün gecesine denk gelmiştir.

12.Sorunun D şikkında, 'Bu Konuda Diğer katılımlarınız Nelerdir?' diye sorulmuştur. Hekimler diğer hekimlerin kullandığı süt izinlerinin onların icap sayısını arttırdığından, icap nöbetlerinin zorluğundan, nitelikli acil hekimi yetiştirmeye kadar birçok konuda katılımda bulunmuşlardır.

12.Soruda daha sonra Hekimlerin çözüm önerileri sorulmuştur. 11 hekim bu konuda katılımda bulunmuştur. Çeşitli öneriler sunan hekimlerin özellikle bir kısmı yakın hastanelerin ortak icap nöbetleri oluşturmalarının gereğini ifade etmişlerdir. Nöbet saati aylık 130 saate kadar, icap ise 120 saate kadar ödenmektedir. Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliğine göre Nöbetçilik için en az 4 uzman hekimin bulunması gerekmektedir. Ücreti ödenen süreler (hafta sonları hariç gece nöbetleri 16 saat kabul edilirse) yaklaşık ayda en çok 8 nöbete denk gelmektedir ve dolayısıyla ücreti ödenen nöbetler toplam nöbet saatini aşmazken, icaplarda tek hekim ay boyu mesai dışında mevzuat gereği icapçıdır(ort. 448 saat)ancak bu sürenin 120 saati ödenmektedir(tam icap parası aylık yaklaşık 360 TL'dir). Aynı kurumda birden çok hekim varsa icapçılık süresi hekim sayısınca eşit oranlarda bölüşülür. Ancak yine hekimler icap sürelerinin karşılığını alamazlar. İcap nöbetlerin bazı diğer farkları ise Hekim o nöbette evindedir. Hangi vaka için çağrılırsa gelmek zorundadır, yoğunluktan gecenin büyük bölümünü de hastanede geçirse onun için hastanede yemek , kahvaltı tahakkuku da resmi olarak yoktur.

İcap ve nöbet çalışmaları hekimliğin en zahmetli çalışmalarından biridir. Hekimlerde zaten icapçılığın gereğini anketimizde % 83 oranında kabul etmişler. Hayır diyenler çoğunlukla mevcut uygulama şekline hayır dediklerini ifade etmiştir.

Bu konuda hekimlerimizin de önerdiği gibi il düzeyinde bir organizasyon yapılması gerekmektedir. Bu konuda önerilebilecek çalışmalar şunlardır;

1)Bakanlık hekim planlamasında azami ihtimam göstermelidir. Yani yalnız mevcut hekimlerin sayısına değil ankete katılan hekimlerinde belirttiği gibi icap veya nöbet tutan hekimlerin sayısına göre de planlama yapmalıdır.

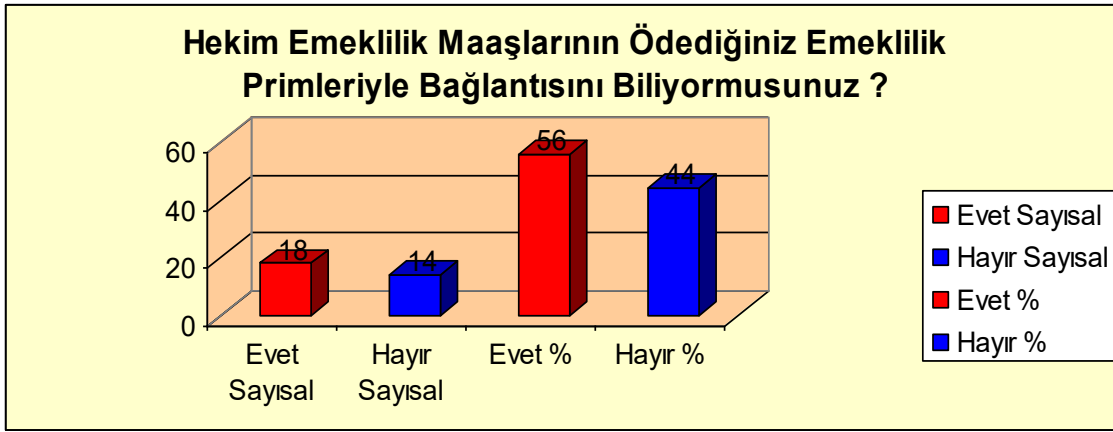
2)Hiç kimseye yapamayacağı bir iş teklif edilemez, bu zaten karşılığı madden de verilen bir iş değildir. Bu durumda hekimler verimli olamamaktadırlar. Yapılması gereken onların verimli olarak zanaatlarını icra etmelerinin sağlanması, faydalarının arttırılmaya çalışılmasıdır.

Bunun için her ilde, o il için çalışma planlanmalıdır. 'o il için' ifadesi eklenmiş zira her ilin kısmen nüfusuna orantılı olması gereken hekim, uzman hekim sayısı ve branş dağılımı, ilçelerinin merkeze uzaklığı, ulaşım zorluğu, ilgili branşa ait yoğunlukları, hastanelerin gelişmişlik özellikleri v.b birçok faktörle bağlantılı farklılıkları vardır.

Ulaşım imkanları, ilgili branş hekiminin sayısı, ilin kuturları, 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin çalışma imkanına v.b dikkat edilerek her hastane için değil , bölge için nöbetçi ve icapçılık oluşturulabilir. Şöyle ki, S.B Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde (S.B YTKİY 8/2014) Nöbet ve İcap uygulamaları ilgili hastanede ki hekim sayısına göre planlanmaktadır. O hastanede nöbet uygulaması ilgili branş için yapılamazsa hekimler doğal icapçı olmaktadır. Halbuki birbirine yakın konumda bir bölgede 2 hastane bile varsa, her iki kurumda toplam 6 hekim ilgili branştan mevcut olsa, her hekim kendi hastanesinde çalışmak şartıyla 6 günde bir nöbet tutar ve bu durum o bölge için icap uygulamasını kaldırır ve hakeza sayı ve yakınlığa bağlı organizasyon yapılabilir. 112 Ambulansları o branşın hastalarını o gece için o hastaneye taşır, her hekim kendi yatırdığı hastasının doğal icapçısıdır, gerekirse Sağlık Bakanlığının telefon orderi uygulaması ile veya nöbetçi arkadaşına hastasını konsulte ettirerek hastasının tedavisini devam ettirebilir. Beklenmeyen durumlarda tüm

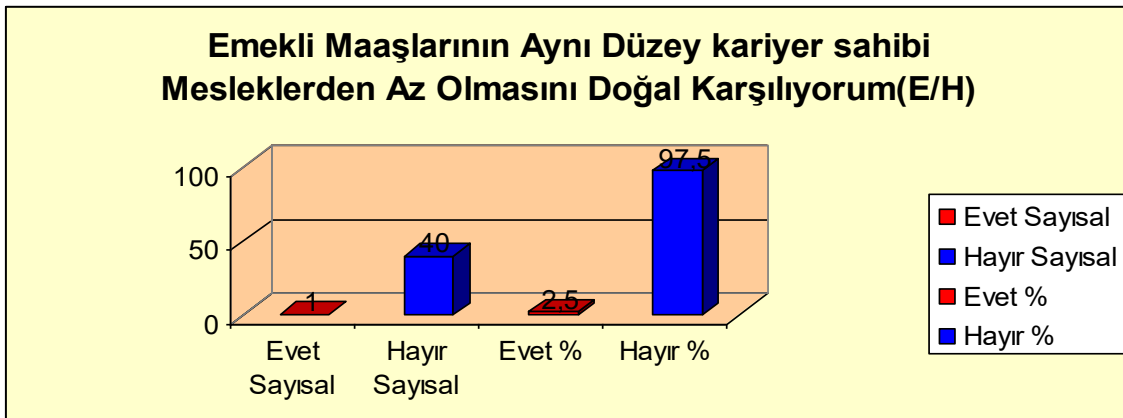
hekimler zaten mevzuat gereği ve vicdanen icapçıdırlar ve bu problem bu şekilde nispi verimli bir sağlık hizmeti sağlanarak kalıcı olarak çözülebilir. Yine nöbet tutacak sayıda hekim bulunmayan iki hastanede toplam aynı branştan 3 hekim varsa 3 günde bir icapçı olurlar(aksi durumda bir hastanede gün aşırı diğerinde her gün icapçılık vardır) . Bununla birlikte ne kadar icap nöbeti duruyorlarsa, tatmin edici maddi karşılık almaları doğal haklarıdır. Ancak Bakanlıkça icap nöbetlerinin ücretinin kısıtlı tutulmasının bir nedeni her icap nöbetinde icapçılığa riayetin gerekli olmayacağı düşünülmesidir. Sadece icap süresine bağlı ücretlendirme yerine icap süresi yanında uzmanların icaba geldikleri sayı, baktıkları hasta sayısı, müdahale sayısı, vaka ağırlıkları v.b göz önüne alınarak planlanma yapılması daha verimli ve hakkaniyetli olacaktır. Bu konuda hekimlerin anket ifadeleri değerlendirildiğinde, hekimlerin duygu durumlarının, sosyal yaşantılarının araştırılacağı başka çalışmalarında yapılması gerektiği düşünülmektedir. Zira paylaşımları kendini ifade edememenin, mevzuat ve lüzumun oluşturduğu baskının, yaptıkları işten tatmin olamamanın tepkisel ifadelerini içermektedir.

13.Anket sorusu; 'Hekim Emekli Maaşlarının Ödediğiniz Emeklilik Primleriyle Bağlantısı Konusunda Bilginiz Var Mı?', olmuştur. Ankete katılan 32 hekimin %44'ü bu soru ya hayır demişlerdir.



Grafik No.12: Hekim emekli maaşlarının ödediğiniz emeklilik primleriyle bağlantısını biliyor musunuz?

13.Soru A şıkkında; 'Emeklilik maaşlarının aynı düzeyde kariyer sahibi bazı mesleklerden daha az olmasını doğal karşıyorum(E/H):' sorusuna 41 hekim cevap vermiş, 1'i hariç tamamının cevabı hayır olmuştur.

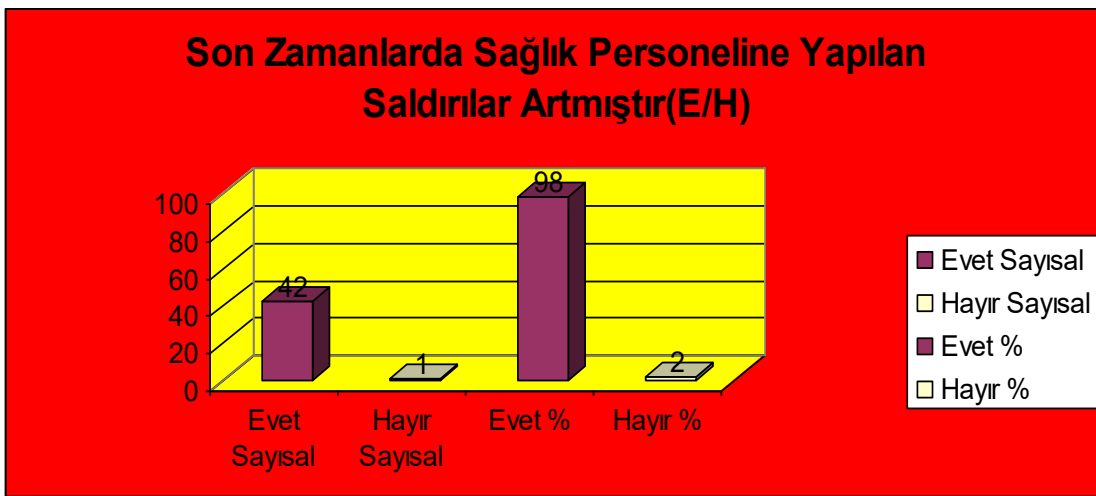


Grafik No.13: Emekli maaşlarının aynı düzey kariyer sahibi mesleklerden az olmasını doğal karşıyorum.

Bu soruda anket formunda bazı mesleklerin ortalama emekli maaşları da hekimlere bilgi olarak ankette verilmiştir.(Hekim emekli maaşları 2016 yılı için 2300 TL civarındadır.)

13.Soru B şıkında, ' Bu konuda çözüm önerileriniz nelerdir?' denmiştir. Bu konuda hekimler, bir iki hekim hariç çoğunlukla Ek Ödemelerin Emekli keseneğine tamamen yansması gerektiğini ifade etmişlerdir. Ancak bir hekim(Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Başhekim Yardımcısı) olayın sadece maaştan alınan Emekli Sandığı kesintisi olmadığını bilmekte ve direkt: 'Emekliliğe esas ek göstergemizin 3600 den 7200'e çıkartılması', demiştir. Esas farkı getiren bu göstergedir. Bu gösterge bazı mesleklerin lehine , nispi fazla emekli aylığı dağıtılmasına sebep olmaktadır. Bu göstergenin düşük tutulmasının nedenleri bu çalışmada tartışılmayacaktır.

14.soru A şıkında, 'Sağlık personeline yapılan saldırılar son zamanlarda artmıştır(E/H)' :42 hekim evet, 1 hekim hayır olarak cevap vermiştir.



Grafik No.14:Son zamanlarda sağlık personeline yapılan saldırılar artmıştır.

14.Soru B şıkında 'Sizce bir artış varsa bu artış ne zamandan beri mevcuttur?' diye sorulmuştur. Rakamların ortalaması 7 olup hekimlerin 16'sı 10 yıl diyerek özellikle 2003-2013 yılları arasında uygulanan politikalara işaret etmişlerdir.

14. Soru C şıkı, 'Bunun nedenleri konusunda fikriniz nedir ?' olmuştur.

37 olan çalışma için rekor sayılabilecek katılımı, özet olarak hekimler çoğunlukla sağlık politikalarını, popülist söylemlerle itibarsızlaştırılmalarını, cezaların yetersizliğini, halkın eğitimsizliğini, gazetelerin ve sosyal medyanın kötülerini neden olarak göstermişlerdir.

14.Sorunun D şıkında; 'Bunu Önlemenin Yolu Ne Olabilir?' diye sorulmuştur. 30 katılım olan anket sorusunda özet olarak;

Hekim yükünün azaltılmasından, medyanın düzeltilmesinden, popülist siyasi söylemlerle hekimlerin kötülenmemesinin gerektiğinden, fiili saldırılara caydırıcı cezaların verilmesinin gerektiği, sağlık sisteminin sorunlarının hekimler tarafından oluşturulduğu algısının değişmesinin gerektiği, hekim seçme hakkı gibi hasta seçme veya ret etme hakkının acil durumlar dışında olması gerektiğinden v.b bahsetmişlerdir.

Yine bir talep ki hukuken mümkün görünmemektedir;

SGK kurumunun bu tür fiili saldırılar yapan kişilerin sağlık giderlerini bir süre ödememesi talebidir. Zira bu hak kişinin zorunlu sağlık ödemelerinden doğmaktadır. Bu hakla SGK'nın bu ceza



nedeniyle sağlık giderinin karşılamamasının bağlantısı yoktur. Sağlık harcaması ödenmezse kişinin zorunlu sigorta ödeneği mi geri verilmelidir? Hukuksal olarak (anayasamıza ve kanunlarımıza göre) uygulanması mümkün görünmemektedir.

Daha sonra hekimlere; 'Bu Konuda katılımda bulunmak istediğiniz görüşleriniz ve çözüm önerileriniz nelerdir?' diye sorulmuştur. 7 katılımlı olduğu Anketlerde ilk hekimin : 'Genç kardeşlerimiz hekim olmayı düşünmesinler, başka meslek seçsinler kendilerine 'cümlesi denk gelerek başlamıştır. Diğer birkaç hekim: 'Gereksiz hasta yoğunluğunun önlenmesi ve acil servislerin triaj uygulamasında ücret uygulamasının olması, acil servis ilaç yazdırma veya polikliniğe sıra alma yeri değildir' demişlerdir.

Bir hekim hastanelerde güvenlik görevlilerinin faydalı olamadığından ve polislerin yeniden görev almasının gerekliliğinden bahsetmiştir.

15.Soruda hekimlere; '2. Basamakta çalışan uzman hekimlerin yaşadıkları diğer problem, eksik ve beğenmediğiniz durumlar ve bu durumlara yönelik çözüm önerileriniz nelerdir?' diye soru sorulmuştur. Hekimlerin açıklamalarında mevcut problemlerin özetlendiği bilgisi mevcut olduğu gibi ,buraya sığdıramayacağı, aile hekimliğinin görevini yerine getiremediği (sevk zinciri çalışmıyor, hizmete dayalı performans sistemi yok v.b), kongre desteklerinin finanse ve organize edilmesi gerektiğinden ve bunun gibi 26 katılımda birçok ortak problemlerinden bahsetmişlerdir.

16.Anket Maddesinde 'Yukarıda ki Örneklerle Çözüm Önceliği Sıralaması Yapar mısınız?' denilmiş ve hekimlerin katılımı beklenmiştir. Bu maddeye 13 hekim katılmış ama sıralama çoğunlukla yapmamış yukarıda ki 15.sorunun devamı gibi değerlendirmişlerdir. Çözüm önceliğinin belirlenmesinde hekimlerin ankette paylaşımında ve katılımda buldukları soruların toplam sayılarının değerlendirilebileceği düşünülmüş ve bunun istatistiği çıkarılmıştır. Buna göre Sağlık Personeline yapılan saldırılar bölümünde 67 paylaşımında bulunulmuş, ankete katılım sayısı ise 43 olmuştur.

Hekim Emekli Maaşlarındaki adaletsizlikte 30 paylaşım ve 41 anket katılımı olmuştur.

Ek Ödeme dağıtımında ki Problemlerde 31 paylaşım ve 39 ankete katılım olmuştur.

İcapçılık probleminde 21 paylaşım ve 40 ankete katılım olmuştur.

Dikkat edilirse, problemin ilgilendirdiği kişi sayısı ve hayati tehlikenin önemine göre katılımda bulunulmuştur. TBMM tarafından sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddet araştırılmış(TBMM Araştırması 2008)ve Sağlık Bakanlığı'na tavsiye mektubu verilmiştir. Bu mektupta sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin araştırılması ve buna yönelik politikaların oluşturulması gerektiği ifade edilmiştir.

## SONUÇ

Sağlık sistemimiz büyük hedeflere doğru, çok hızlı ve lüzumlu bir şekilde gelişmektedir. Sağlık sistemi mevcut tüm sistemler içinde en çok revizyona uğrayan, bu değişim ve dönüşüm içinde, arzın talebi karşılamakta ki güçlüğü ve hayata hizmeti açısından önemi nedeniyle, çalışanlarından en çok verim alınmaya çalışılan sistemdir. Bu anket çalışmasında bu verim alınırken hekimlerin özlük haklarının rölatif olarak verilemediği, mevcut bütçenin onlara ait dağıtılan bölümünde aralarında hakkaniyetli bölüşüm yapılamadığı, konularına uygun görmek istedikleri saygınlığın sağlanamadığı, onore edilmedikleri, artık bu saygısızlığın ve durumun onların güvenlik kaybına yol açtığı bu durumdan da ağırlıkla politikacıları sorumlu tuttıkları ve problemlerinin çözülememesi nedeniyle tepkisel davranabildikleri değerlendirilmiştir. Tartışma bölümünde değerlendirildiği gibi sıralanan problemlerin rasyonel çözümleri mevcuttur. Bu çözüm çalışması zannedildiği gibi anlamlı bir bütçe artışı da gerektirmemektedir. İstisnası icap nöbetlerinin ücretinin ödenmesidir ki, o da verilmemiş bir hakkın verilmesidir. Emekliliğe esas göstergenin yükseltilmesi ise sağlık bütçesine ait bir bütçe artışı gerektirmez. Anket sonuçları bu problemlerin çözülememesinin hekimlerin ve sağlık

çalışanlarının organize tepkisel davranışlarına yol açabileceğini düşündürmektedir. Bunun dışında bu durumun onların çalışma verimini ve motivasyonunu bozduğunu düşünmek yanlış olmamalıdır. Sağlık Bakanlığı'nın çalışanlarının önerilerini değerlendirip, onların problemlerini bu ve lüzumlu diğer başlıklar altında araştırıp, rasyonel çözümler üretmesi ve siyasi iradenin bu çözümleri tasdikleyip uygulaması gerektiği açıktır. Bu makale çalışması kendi alanında Türkiye'de yapılan ilk araştırma olup, çok yönlü ve kapsamlı başka çalışmaları da teşvik edeceği düşünülmektedir.

### KAYNAKLAR

- 1)Anthony Robert Lowbridge, (1960) "The Trouble With Profit Maximization" The Trouble with Profit Maximization: Harvard Bus. Rev., Nov-Dec, Yayıncı: R. Lowbridge (Module Leader), Harvard.
- 2)Bertalanffy L., (1951) General system theory: a new approach to unity of science, Human Biology, Baltimore, Maryland.
- 3)Boulding K.E., (1956) General Systems Theory The Skeleton of Science, University of Michigan Press, Michigan.
- 4)DİE, İstatistik Göstergeler Hayati Göstergeler 1923-2012.
- 5) Lorenz E.N., The Essence of Chaos, University of Washington Press : Seattle(1993).
- 6)Kantarıcı Hasan Bülent ve Kurban Adil, "The healthcare export and the potential of health tourism in Turkey", The Business & Management Review, Volume 5 Number 1, s.417-422.
- 7) Kantarcı Hasan Bülent, 2011, "Ekonomik Kurumların İktisadi Büyümedeki Rolü ve Önemi", Bütçe Dünyası Dergisi, Sayı:35, Cilt:1, s.56-67.
- 8)Ercan M. Kamil, (2012) Finansal Yönetim 7.Basım, Gazi Kitabevi, Ankara.
- 9)Gardner'in Çoklu Zeka Kuramı: Gardner, H. Frames of mind: The theory of multiple intelligences. New York 1985.
- 10)İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 10 Aralık 1948'de BM Genel Kurulu, Paris.
- 11)Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair 1219 Sayılı Kanun, (1928).
- 12)TBMM Araştırma Raporu, (2008) Sağlık Çalışanlarına Karşı Şiddet Araştırma Komisyonu Raporu.
- 13)T.C Anayasası (1982), m.17, m.56. m.8
- 14)Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk. Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul Ve Esaslara Dair Tebliğ, (2010/1) Resmi Gazete 21 Temmuz 2010, Sayı: 27648
- 15)Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Karar Sayısı: khk/181 Resmi Gazete: 14.12.1983 - 18251 mükerrer)
- 16)Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi 12.05.2006 Sayı: 26166 (ve İlgili Genelgeler).
- 17)S.B Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon daire Başkanlığı, Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları)
- 18)S.B Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde(S.B YTKİY 8/2014)
- 19)WHO International Health Conference, New York, 19-22 June,1946
- 20)5013 sayılı Kanun, Biyotıp Sözleşmesi 2003.

### Extended English Abstract

Transformation project in health which started to be implemented in 2003, has been implemented by the ministry of health quickly, this system which includes a very different point of view from the previous period and implementation in health, has been realized sometimes despite everybody, by means of the approval and acceptance of health staff in high percent. However, current implementation mistakes and lacks at the accepted speed, even getting worse in the system have created a dissatisfaction feeling at the each step and rank of the health staff. World Health Organization has described the health as not having an illness and weakness and having a well-being in physical, in soul and in social completely (WHO 1946). Health system is the general name of health service which has been given to life which is the most precious thing in universe and to the human being who is the most valuable within all the living creatures. As versatile matrix structure is very technical and needs expertise, the lack at the each point of this structure and the value of the served living creatures, chaos is a complex system which can lead to a crisis. A medical intervention without even looking at it with an educated eye, which may seem small, may lead to the 'Butterfly Effect' which attracts attention with its name in system theories (E.N. Lorenz 1993).

At our research, a questionnaire has been implemented for specialist doctors working at the second rank state institutions (Hospitals). In this study, a survey of specialist physicians working for government agencies in hospitals has been applied. In this survey, the major issues of concern Specialist Physicians as a summary of the study 1) Additional payment distribution in the Injustice 2) One physician on call of thread and care of Emergency Medicine out of shift hours. 3) Physicians pensions 4) Health personnel carried out actual attacks have been evaluated and their proposed solutions and rational solutions compiled suggestions and it discussed.

Totally 44 specialist physicians from 21 branches attended to our survey. A physician is also a senior physician at the Ministry of Health and has a senior position at various general directorates. Especially, 81% of physicians participating in the survey started to work as 2003 medicine doctors and 31% as pre-2003 experts. This shows that they can evaluate health policies after 2003. The structure of the health system in our work was investigated in this structuring, the situations of the physicians and non-physicians, their positions and their place in the system and the health system was defined as a sub-system.

The private health system has been dealt with, the purpose of the private health system, the point of view, the misconception of private business knowledge within the health sector has been shown and accordingly its place in our health system has been discussed. Although privatization is planned within government policy, it is necessary to provide multifaceted auditing and financing of medical, financial, deontological and moral. Because getting health care is the right of humanity. Even in the case of private institutions, our constitution has been kept in a superior position by international treaties because of our humanity and conscience in the context of our culture (Law No. 1219) with the Constitution (1982 Constitution), which allows our state to satisfy their health needs adequately without regard to the material level of the citizen. As an example of such agreements; (The Universal Declaration of Human Rights can be given in 1948 and the Law No. 5013 on Biomedicine.) These are indispensable. This need is a necessary condition and expectation in social peace. The Turkish Health System is an exemplary system that is partly applied by many neighboring countries (Albanian Health System), such as organizational ability, experience, culture, knowledge, social point of view, and so on.

In this study, the family members of the physicians were partially examined and it was found that the divorce rates were close to the average of the divorce of the society and they preferred 2 children on average. Physicians were asked to rank according to the order of importance of the questionnaires. However, when the number of physicians was not reached, participation rates in the questionnaire were considered to be important for physicians. According to this, there are 67 shares

in the attacks made to the health personnel and 43 in the questionnaire. In this context, 30 shares and 41 questionnaires participated in injustice of physician pensions, 31 shares and 39 questionnaires in the supplementary payment distribution, 21 shares in the problem of intervention and 40 in the survey. It is seen that these participation rates are realized according to the importance of the number of physicians interested in problems and the danger of life.

The violence against health workers was investigated by the National Assembly of Turkey (TBMM Survey 2008) and a letter of recommendation was given to the Ministry of Health.

Our health care system is developing rapidly, in a way that is right for big targets. The health system is the system that tries to get the most efficiency from its employees because it is the most revision in all existing systems and in this change and transformation, the supply is inadequate in meeting the request and in terms of the service of the life.

In this questionnaire study, when the efficiency of these surveys is taken, the rights of the personalities of the physicians can not be given relative, the equitable distribution can not be made between them in the distributed part of the current budget, the respect they deserve to conform to their position is not provided, And that they were able to react reactively because their problems were not resolved. As discussed in the discussion section, there are rational solutions for the listed problems. This solution does not require a meaningful budget increase as it is supposed to work. Exception is the payment of the seizure charge, which is the grant of an unrecognized right. Raising the basic pension level does not require a budget increase for the health budget. The results of the questionnaire suggest that the inability to solve these problems may lead physicians and health workers to react organically. Apart from that, it should not be wrong to think that this situation has ruined their working efficiency and motivation. It is very clear that the Ministry of Health should evaluate its employees and their proposals and investigate their problems under these other necessary headings to produce rational solutions and to confirm and implement these solutions by political will. This article study is the first article work in hospitals in Turkey in its field and it is thought that it will encourage other multifaceted and comprehensive studies.