

HEKİM EMEĞİNİN UCUZLATILMASINA HAYIR!

“Sağlık Personelinin **Tam Gün** alışmasına
ve Sağlıkla İlgili Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına
Dair Kanun Tasarısı Taslağı” Hakkında Görüşler



**SAĞLIK PERSONELİNİN TAM GÜN
ÇALIŞMASINA VE SAĞLIKLA İLGİLİ BAZI
KANUNLARDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA
DAİR KANUN TASARISI TASLAĞI HAKKINDA**

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GÖRÜŞLERİ



SAĞLIK PERSONELİNİN TAM GÜN ÇALIŞMASINA VE SAĞLIKLA İLGİLİ BAZI
KANUNLARDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN TASARISI TASLAĞI HAKKINDA
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ GÖRÜŞLERİ



*Birinci Baskı, Mayıs 2008, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79 ● Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr ● <http://www.ttb.org.tr>

ÖNSÖZ

Sağlık Bakanlığı hekimlerin “Tam Gün” çalışmasına dair yasa taslağını açıkladı. TTB ve bir kaç sendikaya hazırlanan taslak ile ilgili görüşünü bildirmesi için çok kısa süre tanıyan Bakanlık, daha görüşler bile iletilmeden Taslağın Bakanlıktan çıktığını, Başbakanlığa gönderildiğini, çok kısa süre içerisinde ilgili Bakanlıklardan görüşler alınarak çok kısa süre içerisinde TBMM’ye sevk edileceğini ve yasalaşacağını bildirdi. İstenen görüş ve öneriler Taslak Başbakanlıkta iken yetişmezse, artık TBMM’de komisyonlarda görüşülürken iletilebileceği bildirildi.

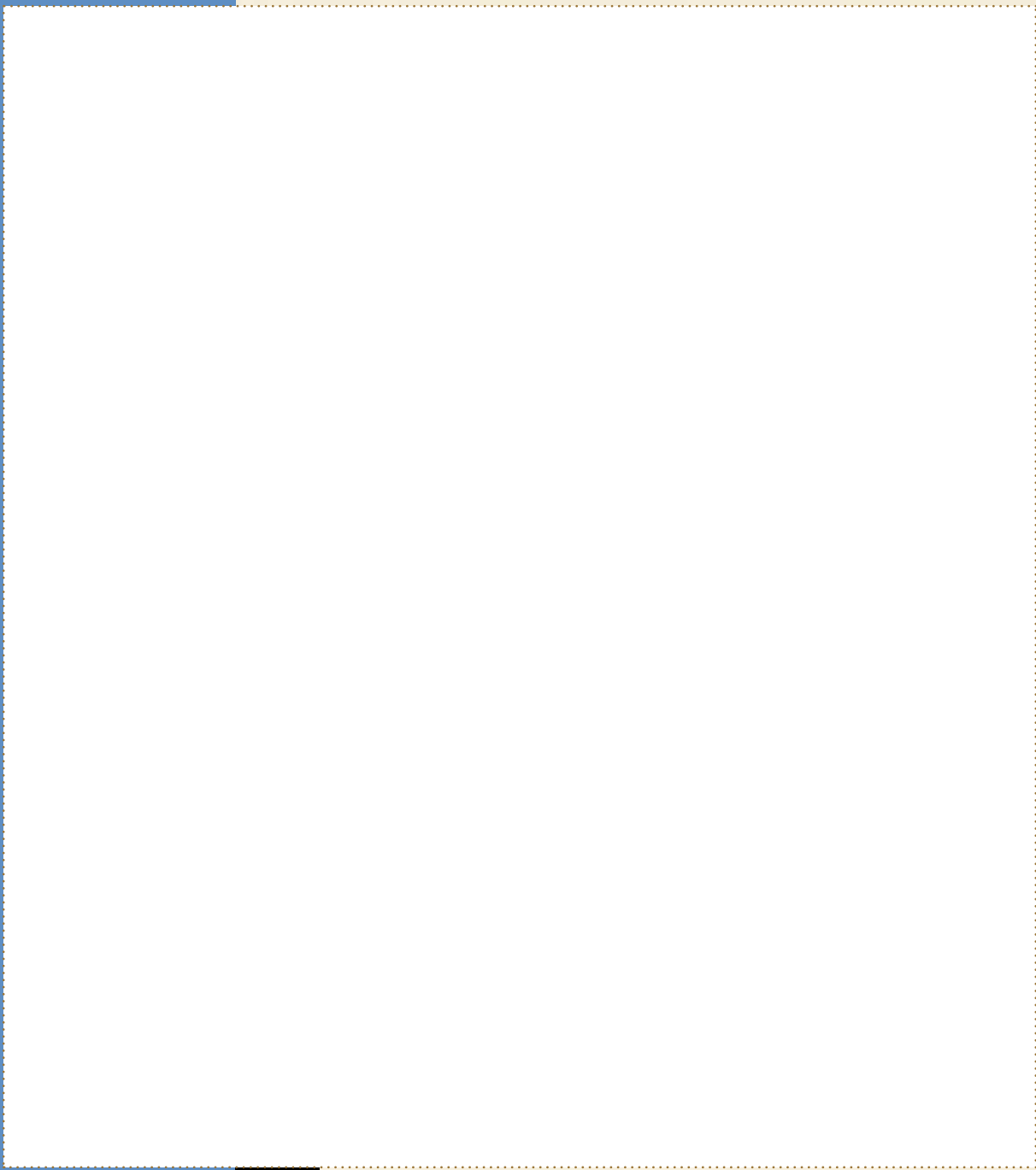
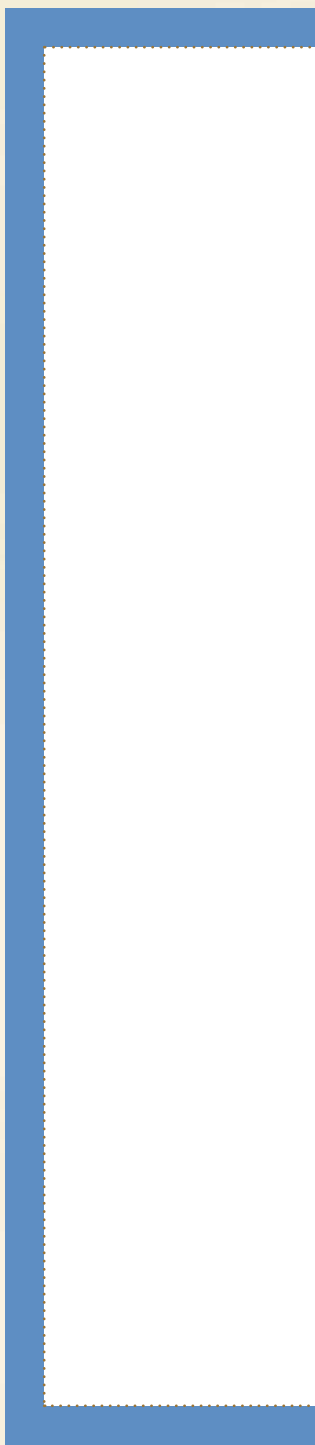
Türkiye sağlık ortamınının hizmet sunucuları ve yararlanıcıları başta olmak üzere tüm bileşenlerini yakından ilgilendiren böylesi bir düzenleme hakkında Sağlık bakanlığı’nın gösterdiği aceleci tutumun nedenini anlayabilmek pek mümkün değil. Bu nedenle hazırlanan Taslağa dair görüşlerimizi hazırlayabilmek adına ek süre istedik ve Bakanlığın yapmadıklarını yapmaya koyulduk. Konunun doğrudan muhatabı olan Uzmanlık derneklerinden, Tıp fakültelerinden, Tabip Odalarından Taslağa dair yazılı görüş istedik. Taslağa dair ilk incelememizi basın açıklaması yoluyla kamuoyuyla paylaştık.

Türkiye tıp ortamınının temel bileşenleri olan tabip Odalarından, Uzmanlık derneklerinden, Tıp Fakültelerinden gelen görüş ve önerilerin harmonizasyonu ve TTB’nin yıllar içerisinde biriktirdiği İyi hekimlik değerlerinin harmonizasyonu ile oluşturduğumuz Taslağa dair görüşlerimizi bu broşür ile paylaşmayı uygun gördük. Yasa taslağı incelendiğinde görülecektirki Bakanlığın Tam Gün çalışma olarak adlandırdığı çalışma modelinin TTB’nin yıllardır savunageldiği Tam Gün çalışma ile isim benzerliği dışında hiç bir benzerliği yoktur.

Tam Gün çalışma bir istihdam biçimi olarak uygulanan sağlık sisteminin bütününden ayrı olarak düşünülemez ve kamucu sağlık sisteminin çalışma modelidir. Sağlık bakanlığının yaklaşık altı yıldır sağlık hizmetlerini tümüyle piyasaya terk eden Sağlıkta Dönüşüm Programını uyguladığı bilinmektedir. Öyleyse rahatlıkla söyleyebiliriz ki Taslağın genel gerekçesinde de belirtildiği üzere Bakanlığın Sağlıkta Dönüşüm programınının bir bileşeni olarak gündeme getirdiği bu taslağın piyasanın ihtiyaç duyduğu ucuz hekim emeği yaratma çabasından öte anlamı yoktur.

Hekim emeğinin ucuzlatılmak istenmesi ve ithal hekim gibi halk sağlığını ciddi riske edecek çabalara karşı yürütülecek mücadelenin en az Bakanlığın piyasalaşma yönünde gösterdiği çaba kadar kararlılıkla sürdürülmesi gerekmekte. Umarız bu broşür bilgilendirme, tutum alış ve eylem arasındaki zincirin kurulmasına yardımcı olur.

Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi



Birliğimiz tarafından, 2 Mayıs 2008 günü iletilen Taslak için tanınan bir haftalık görüş verme süresinin 20 Mayıs gününe kadar uzatılması istenmiştir. Taslağın alındığı gün Birliğimiz görüşlerine esas olmak üzere tabip odaları, uzmanlık dernekleri ve tıp fakültelerinden tasarıya ilişkin görüş ve önerilerini iletmeleri istenmiştir. Çok sayıda yazılı görüş iletilmiş olmakla birlikte, sözlü olarak pek çok kurum tarafından, tanınan sürenin oldukça yetersiz olduğu, ayrıntılı demokratik katılıma dayalı kurumsal görüşlerin hazırlıklarının devam ettiği bu nedenle sürenin uzatılması istenmiştir.

Taslak, başta hekimler olmak üzere kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışacak sağlık personelinin, ülke çapında verilecek sağlık hizmetlerini, tıp fakültelerini, tıp ve tıpta uzmanlık eğitimini, araştırma hizmetlerini bütünüyle etkileyecektir. Bu nedenle Taslağın aceleye getirilmeksizin tartışılması ve sağlık çalışanlarının, kurumların, tıp fakültelerinin üzerinde mutabık kalacağı bir hale getirilmesi için sürenin uzatılmasının gerekli olduğunu belirtiyoruz. Sınırlı süreden kaynaklı eksiklikler bulunmakla birlikte, tarafımıza yazılı olarak tıp fakülteleri, uzmanlık dernekleri ve tabip odaları tarafından iletilen eleştiri ve önerilerimizi aşağıda sunuyoruz.

Yazımızda öncelikle konu ile ilgili diğer düzenlemelere değinilecek devamında ise Taslakta yer alan düzenlemeler dört başlık altında gruplandırılarak düşünce, eleştiri ve önerilerimize yer verilecektir.

I- GENEL DEĞERLENDİRME

Taslağın düzenleniş gerekçesinde; tam gün çalışma sistemine geçilmesinin Sağlıkta Dönüşüm Programının bir aşaması olduğu, bu sisteme geçerken kamu sektöründe çalışmayı teşvik eden, verimliliği artıracak düzenlemelere taslakta yer verildiği, kısmi zamanlı çalışma sisteminden tam gün çalışma sistemine geçilmesiyle, kamu sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin tüm mesaisini çalıştığı kuruma hasretmesi suretiyle, sağlık hizmetlerinin hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, verimli, kaliteli ve etkin şekilde sunulmasına katkıda bulunulmasının amaçlandığı belirtilmektedir.

Taslak maddelerinin bütünlük içinde değerlendirilebilmesi, tasarının sağlık hizmetinde niteliğine, hekimlerin çalışma koşullarına ve özlük haklarına, tıp ve tıpta uzmanlık eğitimine, bilimsel çalışmalara etkilerinin anlaşılır olabilmesi için, sağlıkta dönüşüm programı adı altında sağlık sistemi ile ilgili olarak yapılan kimi düzenlemelere de kısaca değinmekte yarar görüyoruz.

Taslakla Bağlantılı Yasa ve Tasarılar

- 10 Temmuz 2003 tarihinde kabul edilen 4924 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında hekimlerin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu dışında sözleşmeli olarak çalıştırılması benimsenmiştir. Bu tarihten itibaren hekimler hizmet akdi ile sözleşmeli olarak istihdam edilmeye başlamıştır.
- 10 Temmuz 2003 tarihinde 4924 Sayılı Kanununun 36. maddesine eklenen hükümlerle, hekimlerin ve diğer sağlık personelinin iş güvencesine sahip kad-

rolu personel olarak istihdamı yerine, hizmetinin satın alınması yani taşeron aracılığı ile çalıştırılması kabul edilmiştir. Bu şekilde satın alınan hizmetin bedelinin ise döner sermayeden ödenmesi öngörülmüştür. Bu düzenlemelerden sonra hekimlerin kamu sağlık kuruluşlarında verilen sağlık hizmetini kamu görevlisi olarak değil taşeron işçisi olarak sunmasına ilişkin ihaleler hızla yaygınlaşmıştır.

- 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile Aile Hekimleri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ile diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılması hakkındaki hükümlerine bağlı olmaksızın, sözleşmeli olarak hizmet akdi ile çalıştırılmaya başlanmıştır. İş güvencesi, çalışma süreleri ve diğer hakları bakımından aile hekimleri aleyhine ayrımcı düzenlemeler kabul edilmiştir.
- 20 Ekim 2005 tarihinde 5413 sayılı Kanun ile 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameye eklenen Ek madde 3 ile hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kadrosuz bir biçimde ücretleri döner sermayeden karşılanmak üzere, sürekli olmayan işler için getirilen istihdam yöntemi olan 657 sayılı Kanunun 4. Maddesinin B fıkrasına göre sözleşmeli çalıştırılmaları getirilmiştir. Bu statüde çalıştırılan sağlık personelinin de iş güvencesi bulunmamaktadır.
- 1 Temmuz 2006 tarihinde kabul edilen 5538 sayılı Kanun ile İş Kanununun 81. maddesine eklenen hükümlerle kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlere asli görevlerine ek olarak ve herhangi bir ilave ücret almaksızın kuruma ait işyerlerinde işyeri hekimliği yapma zorunluluğu getirilmiştir.
- 21 Haziran 2005 tarihinde kabul edilen 5371 sayılı Kanun ile hekimler, tıp fakültesi, uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimleri için ayrı ayrı 300 ile 600 gün arasında zorunlu hizmete tabi tutulmuştur. Zorunlu hizmetini, her bir eğitimi için yerine getirmeyen hekimlerin diplomaları alıkonularak, kamu ya da özel ayrımı olmaksızın hekimlik yapmaları yasaklanmıştır.
- 2006 ve sonrasında çok sayıda değişikliğe uğratılan Sağlık Bakanlığı Atama Nakil Yönetmeliği ile zorunlu hizmet kapsamındaki hekimler stratejik personel sayılmış, bu personelin eş durumu atamalarından yararlanması ortadan kaldırılmış, zorunlu hizmetin bitiminde de adil bir yer değiştirme sistemi ve eş durumu ataması güvenceye alınmamış, hekimler aile birliğinin parçalanması ile işsizlik arasında seçim yapmaya zorlanmıştır.
- 06 Mart 2007 günü Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığına sunulan Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Kanun Tasarısı, 18 Aralık 2007 günü Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonundan geçmiş ve yasalasmaı beklemektedir. Tasarı ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu sağlık kuruluşları yönetiminden işleyişine bir bütün olarak sağlık işletmesine dönüştürülmekte, kurulması planlanan Kamu Hastane Birliklerinin verecekleri her türlü sağlık hizmetlerinden elde edeceği "kar"dan Birlik giderlerini karşılaması esası kabul edilmektedir. Birlik Yönetim Kuruluna, hastanelerde verilen hizmeti bir bütün olarak ya da parça parça

bölgümleri işlettirerek, kiraya vererek, devrederek hatta satarak özelleştirme yetkisi verilmektedir. Birliklerde esasen sözleşmeli statüde personel çalıştırılması öngörülmekte, personelin katkısı ile elde edilen birlik gelirlerinden hastanelerde görev yapan (işçiler hariç) personele yapılacak ek ödeme miktarı, gayri safi hasılatın en fazla %40' olarak mevcut duruma göre aşağı çekilmekte, işletmede taşeron aracılığı ile hizmeti satın alınacak hekim ve diğer personele döner sermayeden ek ödeme verilmemesi öngörülmektedir.

- 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Genel Sağlık Sigortası kurulmuştur. Kurumun gelirlerinin asgari ücretin üçte biri ve üstünde gelire sahip olan sigortalıların ödeyeceği sağlık sigortası primlerinden oluşması, bu pirim gelirleri ile sağlık hizmetinin, Kurumun sözleşme yapacağı kamu ve özel sağlık kuruluşlarından satın alması yöntemi kabul edilmiştir.
- Maliye ve Sağlık Bakanlığı tarafından 30 Mayıs 2003 tarihinde yürürlüğe konulan bir tebliğ ile özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alınmaya başlanarak özel sektöre kamu kaynaklarının transferi genişletilmiştir.
- Özel hastanelerin ve ayakta tanı ve tedavi hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarının açılışları uzun yıllar teşvik edilmiş Ekim 2006 günlü Özel Hastaneler Yönetmeliğinde yapılan değişikliklerle genel hastane ve özel dal hastanesi açılmasına ilişkin koşullar daha kolaylaştırılmış, hatta ayrı bir binanın bulunması zorunluluğu bile kaldırılmıştır. Özel hastanelerin açılacağı şehir ya da bölgelere ilişkin planlama yapılmamış, tıp fakültesi hastaneleri ile ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin çok sayıda olduğu, yatak ve sağlık kuruluş ihtiyacı olmayan, başta İstanbul olmak üzere Ankara, Antalya, Konya ve Kocaeli gibi şehirlerde çok sayıda özel hastane açılışına izin verilmiştir.
- 15 Şubat 2008 günü Sağlık Bakanlığı tarafından değiştirilen Yönetmelik ile ayakta sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşları alanında bir sistem değişikliğine gidilmiştir. Bu sistem değişikliği esasen; özel sağlık kuruluşlarının azaltılması, hekimlerin bağımsız serbest mesleki faaliyet olanaklarının ortadan kaldırılması sonucuna yönelik olmuştur.
- 2004 yılından itibaren önce Yıllık Bütçe Kanunları ile 7 Mart 2006 tarihinde ise 5471 sayılı Kanunla 209 sayılı Kanunda yapılan değişikliklerle Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarında çalışanlar yönünden tedavi hizmetlerine yaptıkları katkı esas alınarak çalıştıkları kurumların döner sermayelerinden performans dayalı ek ödemelerin oranları artırılmıştır. Ek ödeme için kabul edilen performans ölçütleri ile; hekimlerin yaptıkları iş aynı olsa bile çalıştıkları kurumlara göre, aynı kurumda çalışan hekimler yönünden ise uzmanlık dallarına göre ve hekimlerle diğer personel arasında ekip çalışmasını bozacak derecede farklı ek ödeme miktarları ödenmeye başlanmıştır. Bu ek ödemeler de zamana göre değişmekte olup, emekli ikramiyesi, maaş ve diğer özlük haklarına yansıtılmamaktadır.

II- TASLAK HÜKÜMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1- Çalışma Düzenine Yönelik Düzenlemeler

Taslakta;

- Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ile Diğer Kamu Sağlık Kuruluşlarında çalışan hekimlerin kamu sağlık kuruluşları dışında çalışmaları yasaklanmaktadır.
- Üniversitelerde öğretim üyelerinin özel hasta muayenesi ortadan kaldırılmaktadır.
- Türk Silahlı Kuvvetleri'ne mensup tabiplerinin kamu görevi dışında serbest çalışmasına olanak tanınmaktadır.
- Muayenehanesi olan hekimin SGK ile anlaşması olan özel hastane ve tıp merkezlerinde çalışması, hasta takibi, ameliyat yapması yasaklanmakta, sadece SGK ile sözleşmesi olmayan sağlık kuruluşlarında çalışmasına izin verilmektedir.
- Özel sağlık kuruluşunda çalışan hekimlerin, kısmi zamanlı olarak birden fazla sağlık kuruluşunda çalışması yasaklanmakta, Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmalı ve anlaşmalı olmayan sağlık kuruluşu ayırımına göre aynı tür kuruluşlarda birden fazla yerde kısmi çalışıp çalışılamayacağına ve çalışma yöntemine Sağlık Bakanlığı'nın çıkaracağı yönetmelikle karar vereceği belirtilmektedir.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında ihtiyaç duyulması halinde ilgilinin ve kurumların muvafakatiyle üniversite veya diğer kamu kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmetleri sınıfındaki personelin kısmi zamanlı olarak veya belirli vakalar ve işler içinde görevlendirilmesine,
- Aynı şekilde Tıp Fakültelerinde ihtiyaç duyulması halinde kamu kurum ve kuruluşlarında kısmi zamanlı olarak veya belirli vakalar ve işler için görevlendirilmesine ve yaptıkları iş karşılığında döner sermayeden ödeme yapılmasına olanak sağlayan düzenlemelere yer verilmektedir.

a) Hekimler yönünden çalışmalarına getirilen sınırlandırmalar hakkında görüş ve önerilerimiz:

Bilindiği gibi sağlık hizmetlerinde tam süre çalışma konusu, ülkemizde uzun süredir tartışılan ve bundan 30 yıl kadar önce uygulanıp vazgeçilen bir sağlık politikası yaklaşımıdır. Günümüzde, ülkemiz dışındaki Avrupa Birliği Ülkeleri dahil olmak üzere diğer ülkelerde de kamu sağlık hizmetlerinde hekimlerin çalışma koşullarına yönelik değişik uygulamalar olduğu dikkati çekmektedir.

Buna göre üniversite hastanelerinde ve diğer sağlık kurumlarında tam gün çalışma yanında yarı zamanlı, zaman oranlı sözleşmeli hekimler, eğitim hastanelerinde klinik profesör veya akademik profesör gibi kadrolar, tam veya yarım gün çalışma özelliklerine göre ayrılabilir. Haftada belirli çalışma saatlerini içeren tam gün çalışma yanında hekimin aynı kurum içinde veya dışında saat veya gün te-

melinde özel çalışabildiği seçenekler vardır.

Hiç kuşku yok ki kamu kurumlarında, özellikle de temel görevi öğrenci ve asistan eğitimi olan tıp fakültesi hastanelerinde öğretim üyeleri ve diğer personelin “ekonomik kaygılar ve/veya baskılar” olmadan tam süre çalışması toplum yararınadır ve ilke olarak desteklenmelidir. Bununla birlikte yasanın, gerekçesinde değinilen yarı zamanlı çalışma ve “mesai dışı katkı” nedeniyle ortaya çıkan sorunların bu yasa ile önlenip önlenemeyeceği, bir başka deyişle özellikle eğitim veren hekimler olmak üzere, kamuda çalışmayı seçen hekimlerin bütün enerjilerinin toplum yararına vakfetmelerini sağlayacak ortamın yaratılıp yaratılamayacağı noktasında düğümlenmektedir.

Yukarıda bir kısmına yer verildiği üzere ardı ardına yapılan diğer düzenlemelerle; hekimlerin ve diğer sağlık personelinin kadrolu çalışmasını, kamu görevlisi olarak sahip olduğu iş güvencesini, mesleki bağımsızlığını ortadan kaldıran hükümler getirilmiş ve getirilmektedir. Hekimlere yönelik hiçbir meslek mensubuna öngörülme bir biçimde, her bir zorlu mesleki eğitimi için ayrı ayrı olmak üzere zorunlu çalışma, aile birliğini ortadan kaldırıcı adaletsiz atama nakil sistemi uygulamaları yapılmaktadır. Kamu ve özel bütün sağlık kuruluşları işletmeye dönüştürülmekte ve piyasa kurallarına göre faaliyet göstermeleri benimsenmektedir. Hekimlerin işletmeye dönüştürülen sağlık kuruluşlarında seçeneksiz bir biçimde işverenlerin öngördüğü ücretler üzerinden çalışma zorunluluğu getirilmektedir.

Tam gün çalışmanın uygun bir yöntem olup olmadığı hangi sağlık sisteminin içinde uygulanacağına göre değişebileceğinden bir bütün içinde ele alınmalıdır. Sağlık sisteminin örgütlenme ve finansman yapısından kaynaklanan sorunlardan hekimleri sorumlu tutarak çare aramak etkili bir çaba değildir. Tam gün çalışma politikası ancak sağlık hizmetlerinin bütüncül bir bakışla ve gereksinime göre sunulduğu bir hizmet modelinde gerçekçi ve bağlamına oturan bir uygulama olabilir.

Sağlıkta dönüşüm projesi ile, özel sektöre ağırlık veren, serbest piyasa koşulları içinde bir sağlık sistemi öngörülmesine rağmen hekimlerin çalışma alanlarının katı bir biçimde sınırlandırılması ile hekimlerin nitelikli sağlık hizmeti üretmesi ve verimin artırılması zemini yaratılamaz. Üstelik bu şekilde getirilen sınırlamalar ile hekimlerin, başta Anayasa ve uluslar arası sözleşmelerle belirlenen, kendi geleceğini belirleme, maddi manevi varlığını geliştirme, kamu görevine girme ve kamu görevlisi güvencelerinden yararlanma, çalışma ve örgütlenme hakları göz ardı edilmektedir.

b) Tıp Fakültelerine etkileri bakımından görüş ve önerilerimiz:

Tıp fakültelerinde öğretim üyelerinin, serbest çalışması ve özel hastane muayenesi ortadan kaldırılırken, karşılığında önerilen sistem, 2547 sayılı Yasa'nın döner sermayeye ilişkin 58. maddesinin 209 sayılı Yasa ile paralel hale getirilmesinden ibarettir. Öğretim üyelerinin maaşlarının artırılması, eğitim ve bilimsel araştırmalara ödenek ayrılması ile ilgili olarak döner sermaye gelirleri dışında kaynak yaratılmamaktadır.

Devlet hastanelerindeki deneyimler, bu sistemin hekimleri kontrolsüz bir şekilde “hizmet üretmeye”, her türlü tıbbi işlemi zihinlerinde “bu işlemde ben ne kadar kazanıyorum” refleksi ile yapmalarına,

bu şekilde hem çok fazla hasta bakmaktan hem de hekimliğin manevi hazzından uzaklaşmaktan kaynaklanan bir yabancılaşma ve “tükenme” durumuna neden olduğu konusunda güçlü kanıtlar sunmaktadır. Benzer bir uygulama üniversite hastanelerine getirildiğinde öğretim üyeleri ek ödeme tavanına ulaşmak için “hizmet odaklı” çalışmaya zorlanacak ve bu durumda tam günden beklenen yarar gerçekleşmeyecektir. Bir başka deyişle “ performans “ ile ücretlendirmeye dayalı bir tam gün, “ikili çalışma” düzenindeki sorunların sürmesine, hatta artmasına neden olabilecektir. Tam gün yasının özlük haklarından kapsamlı bir iyileştirme ile amacına ulaşabileceği unutulmamalıdır. Böyle olumsuz bir gelişmeyi önlemenin yolu tıp fakültelerinin temel işlevlerini dikkate alan eğitim ve araştırmanın da yeterli şekilde ekonomik olarak değer bulunduğu bir ücretlendirme sisteminin kurulması ile olanaklı olabilecektir.

Taslak döner sermaye gelirlerinde bir artış olanağı sağlamadan, giderlerin belirgin şekilde arttırılmasına neden olacak düzenlemeler içermektedir. Nöbet paralarının döner sermayeden ödenmesine yönelik düzenleme, part-time çalışan hekimlerin tam gün çalışmaya geçişleri ile birlikte mevcut döner sermaye gelirlerinin daha çok personele paylaşılması, çalışan diğer personelin, araştırma görevlilerinin, idari personelin döner sermayeden alacakları ek ödeme oranlarının arttırılması vb. düzenlemeler giderlerin arttırıcı düzenlemelerdir. Mevcut oranları bile karşılayamayan döner sermaye işletmelerinin taslaktaki bu iyileştirmeleri nasıl yapacağı anlaşılammamaktadır. Bir başka deyişle bu yasanın uygulanmasını sağlayacak ekonomik kaynaklar konusunda ciddi belirsizlikler vardır. Üniversite hastanelerindeki ortalama öğretim üyesi kazancında belirgin bir ilerleme olmadan tam gün çalışmanın uygulanacağı ortamı yaratmak olanaklı değildir. Bu durumda üniversite hastanelerinde bütün öğretim üyelerini etkileyen ekonomik kaynaklı bir huzursuzluk atmosferinin doğacağı açıktır.

Çok sayıda tıp fakültesi tarafından yazılı olarak bildirildiği üzere bütçe uygulama talimatındaki fiyatlar ile oluşturulacak döner sermaye ile üniversite hastanelerinin öngörülen sistemi işler halde tutabilmesi mümkün görünmemektedir. Hali hazırda 10 büyük üniversite tıp fakültesinin döner sermaye gelirleri yaklaşık 4 Milyar YTL dolayında olduğu ve üniversitelerin Sosyal Güvenlik Kurumlarından alacaklarını uzun süre alamamaları nedeniyle döner sermayelerinin nakit girdilerinin öğretim üyesi farklarından oluştuğu bildirilmektedir. Taslakla ortadan kaldırılması planlanan bu kaynağın yerine yeni bir kaynak konulmadığı için ödenek yokluğu nedeniyle çalışmalarının durma noktasına geleceği belirtilmektedir. Taslakta öğretim üyelerinin doğrudan hasta bakarak ürettikleri hizmet ile diğer hekimlerin ürettiği hizmetin karşılıklandırılması arasında farka ilişkin bir düzenleme bulunmaması eleştirilerek, böylesi bir uygulamanın, uzmanlaşma ve deneyime değer vermeme anlamı taşımayacağı; bu nedenle de üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin doğrudan hizmet üretme süreçlerinden önemli bir motivasyon kaybına neden olacağı dile getirilmektedir.

Ayrıca taslakta getirilen düzenlemenin; tıp fakültelerinin öğretim üyesi kaybına yol açacağı, tedavi hizmetine yönelik katkıların ücretlendirilmesi ve maaşlarda gerekli iyileştirmenin sağlanmaması tedavi edici sağlık hizmetine yönelimi arttırarak eğitim ve araştırma hizmetlerini aksatacağı, tıp fakültesi öğretim üyelerine yönelik hastaların hekim seçme haklarının kullanabilmeleri yönünde hükümlerin getiril-

memiş olması, ayrıca tıp fakültesi dışında serbest çalışma olanağı olan diğer fakülte öğretim üyelerine yönelik böyle bir sınırlamanın getirilmemesinin eşitlik ilkesine aykırılığı, tıp fakültelerinde, doğrudan sağlık hizmeti sunumunda yer almayan, temel bilimlerde görev yapan ve tıp eğitiminde önemli işlevler üstlenen öğretim üyelerinin durumunun önemli bir sorun oluşturacağı vb. yönündeki kaygıların ciddiye alınması gerekmektedir.

Tıp fakülteleri sadece hasta bakan kurumlara dönüştürülmemeli, 2547 sayılı Kanun'da öngörülen işlevine uygun olarak eğitim ve araştırma hizmetlerinin döner sermaye gelirleri dışında hangi kaynaktan nasıl teşvik edileceği açık bir biçimde düzenlenmelidir.

c) Taslakta benimsenen çalışma yönteminin yaratacağı eşitsizliklere ilişkin görüş ve önerilerimiz.

Türk Silahlı Kuvvetleri'nde çalışan hekimler yönünden ayrımcı bir düzenlemeye gidilmesi, tasarının gerekçeleri ile bağdaşmamaktadır. Burada çalışan hekimler yönünden de maaşları ve ek görev tazminatlarında gerekli iyileştirmelerin yapılması gerekir. Hekimlerin askeri hastanelerde çalışıp çalışmamasına göre değil hekim oldukları ve sağlık hizmetinin gerekleri dikkate alınarak ayrımcı değil bütüncül bir düzenleme yapılmalıdır.

Tıp Fakültesi öğretim üyeleri dışında yarı zamanlı çalışma hakkı olan diğer fakültelerin öğretim üyelerine yönelik çalışma sınırlandırması getirilmemesi, buna karşılık tıp fakültesi öğretim üyeleri lehine mali haklarını ve çalışma koşullarını gerektiği gibi iyileştirici düzenlemelerin yapılmaması bir başka negatif ayrımcılık noktasıdır.

Bunlara ek olarak gereksinim halinde üniversitelerde ve diğer kamu sağlık kurumlarında görev yapan sağlık personelinin kısmi zamanlı veya belirli vakalar ve işler için başka yerde görevlendirilmesine olanak verilirken, bu kişilerin hangi esaslar çerçevesinde belirleneceği, eşit konumdaki kişiler arasında nasıl seçim yapılacağı, ihtiyacı kimin belirleyeceği ve kim tarafından onaylanacağı düzenlenmemiştir. Görevlendirmede uygulanacak gereksinim belirleme ve görevlendirme ölçütleri objektif ve nesnel bir biçimde düzenlenmeden, bütünüyle kurum amirlerinin takdirine bırakılması, ayrımcılığa, suiistimallere, bazı kişilerin haksız kazanç sağlanmasına ve hakkaniyetsizliğe yol açacaktır.

2- Ücretlendirmeye yönelik Düzenlemeler

Taslakta;

- Kamu sağlık kurumlarında çalışmayı tercih eden hekimlere 15.000 gösterge rakamını geçmemek üzere Bakanlar Kurulunca tespit edilecek gösterge rakamlarının memur aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucunda bulunacak miktarda görev tazminatı ödeneceği düzenlenmiştir. Bu tazminatın miktarı ve alt sınırının ne olacağı düzenlenmemektedir.
- Hekimlerin ücretlerinin iyileştirilmesinde, 209 Sayılı Kanun uyarınca sağlık kurumlarının elde ettikleri döner sermaye gelirlerinden hekimlere ödeyebilecekleri ek ücretler kaynak gösterilmek-

tedir. Bu ek ücretlerde, 2006 yılında 5. maddede tam gün çalışan pratisyen, uzman şef ve şef yardımcısı ve diğer personel için getirilen üst limit oranları aynen korunmaktadır. Üniversite tıp fakültelerinde çalışan hekimler ve öğretim üyeleri için de ek ödeme için aynı üst sınır oranları kabul edilmektedir.

- Haftalık 40 saat çalışmanın ve nöbetlerin dışında yapılacak mesai dışı çalışma halinde normal mesai ve nöbet karşılığı alınan ek ödeme oranlarının yüzde 50'sini geçmeyecek şekilde ayrıca ek ödeme yapılması kararlaştırılmaktadır.
- Nöbet ücretleri de döner sermaye gelirlerinden gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu bulunacak tutarda ödenecektir.

Hekimlerin kamuda çalışmalarını cazip hale getirecek ücret iyileştirmelerinin esas olarak döner sermaye ve performans ödemeleri ile yapılması ciddi sakıncalar taşımaktadır. Bu uygulamaların hizmet niteliğini arttırdığı düşüncesi doğru değildir. Performansa dayalı çalışma uygulaması ülkemizde yaygınlık kazanırken, bu yöntem ile elde edilen sonuçlar belirtilen amacın aksi yönünde gelişmektedir. Performansa dayalı çalışma kavramı içinde hekimler daha çok hasta görmeye ve daha çok tetkik istemeye zorlanmışlardır. Hekimler arası eşitsizlikler çalışma ortamına olumsuz yansımaktadır. Örneğin iki farklı kamu hastanesinde aynı performans puanına sahip aynı dal uzmanı hekimler farklı ücret almaktadır. Bu sistem “kar eden” ve yüksek performans ücreti ödeyen hastaneler ile “kar etmeyen” ve düşük performans ücreti ödeyen hastanelerde aynı hizmeti üreten çalışanlar arasında eşitsizlik yaratmakta adaletsiz ücret uygulamasını derinleştirmektedir.

209 sayılı Kanunda yer aldığı hali ile performansa dayalı ek ödeme sistemi hizmetin niteliğini değil niceliği ön plana çıkarmaktadır. Hastaya zaman ayıran, işini performans kaygısıyla değil hastanın gereksinimine göre hizmet üretme amacıyla yapan hekimler de daha az ödeme almaktadır. Bu sistemde hekimler hastaya yeterince bakmak ile mümkün olduğunca çok hastaya bakmak tercihleri arasında sıkışıp kalmaktadır. Sağlık kuruluşlarında döner sermayeden elde edilecek gelirden, belirlenen ölçütler üzerinden ve değişen oranlarda ek ücret ödenmesi adil olmadığı gibi sağlık hizmet sunumunda kamusal yarar- sağlık hakkı önceliğini ortadan kaldırmaktadır.

Öte yandan esasen kamusal bir gelir olan çok sayıda sağlık kuruluşuna ait döner sermaye gelirleri, kurumdan kuruma, yöneticiden yöneticiye değişen ve verimlilikten uzak bir biçimde kullanılabilir. Bu gelirlerin tamamının ya da bir bölümünün merkezi bütçeye aktarılarak planlama kapsamında hizmetlerinin bütüncül gereksinimleri ve sağlık personelinin eşit ve adil bir ücret alması ve koşullarının iyileştirilmesinde kullanılması olanağı da bulunmaktadır.

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının ekip hizmeti olarak bütüncül bir yaklaşımla sunulması gereken sağlık hizmetini yönelik emekleri, istikrarlı, düzenli, hak olarak düzenlenmiş, emekliliklerine yansıyan adil bir ücretlendirme sistemi ile karşılanmalıdır. Hekimlere emeklerine paralel, düzenliliği ve sürekliliği olan bir şekilde ücret verilmesinin sağlanması kamu sağlık hizmetlerinde tam gün çalışma için ön koşuldur.

Öğretim üyelerine ve diğer hekimlere ödenecek ücretlerin ne kadar olacağı net bir biçimde düzenlenmeli ve yapılan olumlu değişiklikler emekli maaşlarına da orantılı olarak yansıtılmalıdır. Böylece döner sermayesi bulunmayan kurum hekimliği ve belediyeler gibi yerlerde çalışan hekimlerin koşulları da düzeltilmelidir.

3- Çalışma Süresine Yönelik Düzenlemelere ilişkin görüş ve önerilerimiz

- Haftalık Çalışma Süresi 45 saatten 40 saate indirilmektedir.
- Nöbet dışında mesai dışı çalışma kavramı getirilmektedir.
- Fazla çalıştırmaya yönelik bir süre sınırlaması getirilmemektedir.

Taslakta hekimlerin haftalık çalışma saatinin diğer kamu görevlileri ile eşit hale getirilmesi ve 40 saat olarak belirlenmesi olumlu bir düzenlemedir.

Ancak Taslakta hekimlerin normal mesailerinin dışında; “nöbet” “ıcap nöbeti” ve 209 sayılı Yasanın 5. maddesine yönelik değişiklikte yer verilen “mesai dışı çalışma”, vb. adlar altında ne kadar süre ile fazla çalıştırılabileceği konusunda her hangi bir üst sınır getirilmemektedir.

Oysa Taslağın gerekçesinde “*Tabiatı itibarıyla zor ve riskli bir mesleği üstlenmiş olan hekimlerin, yoğun ve stres dolu bir günün yorgunluğundan sonra, başka bir mekanda çalışarak hastalarını görmesi, tedavi ve kontrol sorumluluğunu üstlenmesi mesaisini ciddi bir şekilde bölmektedir., bu durum hekimlerin görevine odaklanmasında sorunlara yol açabilmekte, zaman zaman kamudaki mesainin aksamaması sonucunu doğurmakta, tam verimlilik sağlanamamakta, hatta böyle bir çalışma düzeni hasta güvenliği açısından da risk oluşturabilmektedir.*” denilerek birden fazla kurumda uzun saatler çalışmasının sakıncaları dile getirilmiştir. Bu sakıncalar tek bir kurumda yürüttüğü uzun çalışmalar için de geçerlidir.

Taslak hekimleri bölünmüş çalışmadan kurtarma gerekçesi ile uzun saatler fazla çalışmaya zorlayıcı hükümler içermektedir. Nitelikli sağlık hizmetinin merkeze alınma halinde, hekimlerin verecekleri hizmette riski arttıran unsur olan uzun ve ağır çalışma koşullarının sınırlandırılması zorunludur.

Avrupa Birliği Parlamentosu’nun 1993 yılında yayınladığı 104/EC sayılı direktifte hekimlerin de içinde yer aldığı çalışanların haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiştir. Bu direktif 2003 senesinde 88/EC sayılı direktif ile revize edilmiş, hekimlerin günlük çalışma süresi 8 saat ile sınırlanmış ancak zorunlu durumlarda en çok 10 saate çıkarılabileceği, bu durumda da yılda en az 24 hafta, ortalama 8 saatlik çalışma süresinin tutturulması zorunlu kılınmıştır. Her 8 veya 10 saatlik çalışma periyotları arasında en az 11 saatlik dinlenme süresinin bulunması zorunluluğu getirilmiştir. Direktife aykırı uygulamalar Avrupa Birliği Mahkemesine intikal etmiş ve iki ayrı davada da (03.10.2000 tarihinde SIMAP kararı ve 09.09.2003 tarihinde JAEGER kararı ile) hekimlerin nöbetler dahil haftalık çalışma saatlerinin en çok 48 saat olabileceği ve bu çalışmanın da her 8 veya 10 saatlik periyotlar için en az 11 saatlik dinlenmeler şeklinde planlanması gerekeceği hüküm altına alınmıştır.

Mahkemece 104/EC sayılı direktifin amacı; çalışanların güvenlik ve sağlığının etkin biçimde korunmasıdır. Aksi halde gerekli dinlenme süresi kesintisi olmaksızın tamamlanan bir dizi çalışma süresinin/kesintisiz çalışmanın, hekimin karar verme yetisini olumsuz etkileyerek ya da en azından fiziksel kapasitesini zorlayarak, güvenlik ve sağlığını tehlikeye düşürmenin önlenmesi olarak yorumlanmıştır.

Kaldı ki 4857 sayılı İş Kanunu'nun 63. maddesinde işçi statüsünde çalışanlar yönünden fazla çalışmaların günde üç saati geçmeyeceği gibi bütün bir yıl boyunca fazla çalışmalarının toplamının da 270 saati aşamayacağı açıkça düzenlenmiştir. Gece çalışmaları ile ilgili olarak çalışma süreleri daha da azaltılmıştır.

Taslakta yukarıda belirttiğimiz gerekçelerle hekimlerin fazla çalıştırılmalarına sınır getirilmeli ve koşulları ayrıntılı bir biçimde düzenlenmelidir.

4- Diğer Hükümler ile ilgili görüş ve önerilerimiz

Yukarıda yer verilen hükümlerin dışında taslakta;

- Türkiye de yabancı uyruklu hekimlerin çalıştırılabilmesi için vatandaşlık koşulu kaldırılmakta, dil bilgisi, bilgi beceri düzeyinin belirli ölçütler üzerinden ölçülmesi, mesleki denetiminin sağlanmasına yönelik herhangi bir düzenlemeye yer verilmemektedir.
- İyonlaştırıcı Radyasyonla çalışan sağlık personelinin haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmektedir.
- Daha önce Sağlık Bakanlığından istifa ederek ayrılmış olan hekimlerin boş kadrolara atanması olanağı getirilmektedir.

a) Türkiye hekimlik yapabilmek için zorunlu vatandaşlık koşulunun kaldırılması ile ilgili görüş ve önerilerimiz.

Tasarı Taslağının 5. ve 10. maddeleri ile yapılan değişiklikler sonucu Türkiye'de hekimlik yapmak için aranan vatandaşlık koşulu kaldırılmakta tıp fakültesi denklik işleminin ise Yükseköğretim Kuruluna bırakıldığı belirtilmektedir.

Daha önce Cumhurbaşkanı tarafından geri gönderme kararı verilen 15.02.2007 günü Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulu'nca kabul edilen 5581 sayılı Kanun'un 6. ve 8. maddeleri ile Türkiye'de hekim olarak çalışabilmek için Türk vatandaşı olma koşulu kaldırılmıştır. Bu değişikliğin gerekçesi olarak; *"Avrupa Birliğine tam üyelik sürecinde, kişi ve hizmetlerin serbest dolaşımı önündeki engellerin kaldırılması amacına uygun olarak, Türkiye'de tababet icra edebilmek için Türk olmak şartının kaldırılması gerektiği"* ileri sürülmüştür. Şimdi ise değişiklikle güdülen amacın ülkemizde yabancı uyruklu hekimlerin çalışmasının sağlanması olduğu belirtilmekte, bu kez AB direktifleri ve uygulamaları referans gösterilmemektedir.

Taslakta, herhangi bir ülkenin vatandaşının ülkemizde çalışması için hangi eğitimi alması, bu eğitim

sonucu hangi belgelerin aranacağı, bu belgelerin Türkiye’de denkliği belirlemede yetkili organ olan YÖK ve belgeyi tescil edecek kurum olan Sağlık Bakanlığı tarafından nasıl incelemeden geçirileceği, bu kişinin ülkemizde meslekle ilgili nasıl bir yükümlülüğe sahip olacağı, mesleki denetiminin nasıl sağlanacağı, olası hatalı meslek uygulamalarında zararın nasıl karşılanacağı, yine bu kişilerin Türkçe’yi mesleklerini icra edebilecek düzeyde, anlama, konuşma, yazma bilgisine sahip olduklarının resmi bir sınavla ölçüldüğüne ilişkin belge sahibi olmaları gerektiği yönünde hiçbir kurala yer verilmemiştir.

Nitekim Avrupa Birliği’nin 2005/36/EC sayılı direktifinde, AB üyesi ülkelerin vatandaşlarının AB üyesi ülkelerde edindikleri mesleki yeterlilik belgeleri otomatik tanıma rejimine tabi kılınmış ancak, mesleğin icrasına ve özelde ruhsat verilmesine ilişkin konular ile otomatik tanımaya tabi olmayan hekimler için mesleki yeterliliğe dair konular iç hukukun tasarrufuna bırakılmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, 2005 yılında yayımladığı Avrupa Bölgesinde hekimlerle ilgili düzenleme ve uygulamaları derlediği iki bölümden oluşan raporunda; ülkenin dilini mesleği uygulamaya olanak verebilecek şekilde bilmek (Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, İtalya, Letonya, Lüksemburg, Hollanda, Polonya, Slovakya, Slovenya, İsveç, Birleşik Krallık), belgeleri yeterli görmeyerek sınav yöntemini benimsemek (Çek Cumhuriyeti, Finlandiya, Yunanistan, İrlanda, Malta, Polonya, Portekiz, Slovenya, İsveç), mesleki gelişimi izlemek (Avusturya, Danimarka, Finlandiya) gibi yöntemlerle kriterler koyduğu, ayrıca yabancı hekimlere çalışma izninin verilmesi aşamasında tabip odalarına önemli yetkilerin verildiği, yabancı hekimlerin çalışmaya başlamadan önce mesleki belgelerini meslek odasına vermelerine ve mesleki yaptırımlar açısından ülke meslek örgütünün yetkili kılınmasına ilişkin kuralların olduğu görülmektedir.

Yapılan değişiklikle ise; Avrupa Birliği ülkelerinde alana ilişkin ayrıntılı ve kapsamlı düzenlemelerin paralelinde bir yaklaşım taşımamakta, yalnızca ülkemizde hekim olarak çalışmak için aranılan vatandaşlık koşulunu kaldırmaktadır. Bunun dışında Avrupa ülkelerinde ve dünyanın başka ülkelerinde halkın sağlığı, hasta güvenliği gibi yasa koyucunun duyarlılık göstermesi gereken alanlarda ortaya konan ve ayrıca meslek sahibi insanların haklarının korunması için öngörülen hiçbir düzenlemeye yer vermemektedir. Gelenlerin mesleki denetimi için zorunlu olan meslek örgütüne yetki veren bir düzenleme yapılmamaktadır.

Yüksek Öğretim Kurumu’nun verdiği denklik ile 1219 sayılı Yasada tanımlanan yetkilendirme aynı şeyler değildir. Sadece vatandaşlık koşulu kaldırılıp yukarıda söylenen koşullar yerine getirilmez ise sağlık hizmetinin de son derece olumsuz etkilenmesi söz konusu olacaktır.

Ayrıca tıp fakültesi eğitimi dışında tıpta uzmanlık dalları ve bu dalların eğitim süreleri, eğitim içerikleri ile dolayısıyla faaliyet alanları ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Bu durumda ülkemizde bulunmayan uzmanlık alanlarının ya da bulunmakla birlikte kapsamı, eğitim içeriği ve süresi farklı olan uzmanlık dallarından yabancı hekimlerin ülkemizde hangi alanlarda nasıl faaliyet göstereceği de belirsizdir. Tasarı bu haliyle tam bir kaosa neden olacağı gibi, hasta hakları ve sağlık hizmetinin niteliği açısından hiç istenmeyen sonuçların doğmasına da neden olabilecektir.

Hiçbir zorunlu ve gerekli ayrıntıyı içermeyen bu düzenlemeyle uluslar arası deneyim ve bilgiden faydalanma amacı güdülmektedir. Aynı zamanda eğitim ve çalışma koşulları bizden daha kötü olan çevre ülkelerden gelecek ve düşük ücretle çalışmaya razı hekimlerin istihdamı da hedeflenmektedir. Ayrıca, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan hekimlere tıp fakültesi mezuniyeti, tıpta uzmanlık ve yan dal uzmanlığı gibi üç farklı aşamada devlet hizmeti yükümlülüğünü uygularken yabancı uyruklu hekimlere doğrudan çalışma olanağı sunulması son derece haksız bir yaklaşım olacaktır. Zorunlu hizmet ile hekimlerin karşı karşıya kaldıkları yoksunluklar, ülkedeki insanların hekime olan ihtiyacı, hekimlerin ülke insanları ile sevinçte ve tasada ortaklık duygusu ile telafi edilmeye çalışılmaktadır. Taslak ve ilgili düzenlemeler hekimlere hem çok sayıda hak yoksunluğuna katlanmayı dayatmakta, hem de özel hastane ve işletme sahiplerinin getirilmesini istediği yabancı hekimlerle iş gücünün ucuzlatılmasına ve yaratılacak işsizliğe seyirci kalmaları istenmektedir.

Bu şekilde sağlıkta dönüşüm programı'nın gereği olarak sağlık piyasasına ucuz işgücü oluşturulması, yedek işsiz hekim ordusu yaratılması sözkonusu olacaktır. Bu hekimlerin kısa vadede özel sektördeki "artan hekim maliyetlerinin" düşürmek amacı ile tehdit aracı olarak kullanılmaları da söz konusu olacaktır.

Yabancı hekimlerin ülkemizde çalışıp çalışmaması ve koşullarının tartışılması için; önce gerçek ihtiyacın belirlenmesi gerekir. Sağlık yatırımları, tıbbi donanım olanakları, hekim ve hekim dışı personelin sayı, dağılım ve nitelikleri bir arada değerlendirilerek açık ve şeffaf bir biçimde tartışılmalıdır. İşgücü ihtiyacını saptama kriterleri de tartışmaya açılmalıdır. Bunlar yapılmadan vatandaşlık koşulu kaldırılmamalıdır.

Öte yandan yukarıdaki koşullar gerçekleştirilmesi halinde de diploma denkliği ile yetinilemez. Bilindiği üzere diploma denkliği ile ilgili kararlara diploması adına belirlenen gereklilikler de etki edebilmektedir. Ülke insanlarımızın sağlığı, iş gücünün korunması ve niteliği için; için ülkeler arasında mevzuat açısından karşılıklı koşulu ile Avrupa Birliği ülkelerinin aradığı koşullar olan, yetkili meslek kurullarının yapacağı yeterlilik sınavı ve Türkçe yeterlilik sınavından başarılı olma koşulları düzenlenmelidir. Bu hekimlerin mesleki denetimi, tıbbi deontolojiye ve hukuka aykırı eylemleri ile ilgili yaptırımların hem ülkemizde hem de uluslar arası alanda uygulanmasına yönelik düzenleme ve diğer ülkelerle karşılıklı işbirliğine yönelik düzenlemelerin yapılması gerekir. Aksi takdirde organ ve doku ticareti vb, sağlıkla ilgili yasa dışı işlerde yabancı hekimlerin çalıştırılması vb. pek çok olumsuz uygulamaya zemin oluşturulacaktır.

b) Radyoloji çalışanları ile ilgili görüş ve önerilerimiz

Taslağın 7. maddesi ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 99 uncu maddesinin birinci fıkrasına eklenen cümle iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel için haftalık çalışma süresi 40 saate çıkarılmakta, yönetmelikte belirlenen radyasyon doz limitlerinin aşılmaması için alınması gereken tedbirler ile aşıldığı takdirde izinle geçilecek süreler ve alınacak diğer tedbirlerin yönetmelikle gösterileceği belirtilmektedir. Bu düzenleme

bu alanda çalışan sağlık personelin sağlığını korumak için gerekli düzenlemeleri içermemesi nedeniyle yaşam ve sağlık hakkını ihlal etmektedir.

Sanıldığına aksine iyonlaştırıcı radyasyonun sağlığı olumsuz etkilemeyen bir limit değeri bulunmamaktadır. Pek çoğu son yıllarda olmak üzere düşük doz radyasyonun insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini saptayan çok sayıda bilimsel araştırma yapılmıştır. Belirlenen doz limitlerinin altında radyasyona maruz kalan sağlık personelinin çalışma süresi arttıkça sağlığının olumsuz etkilenmesi riski de artmaktadır. Bu nedenle günlük çalışma süresinin diğer personel ile aynı değil riskli-ağır ve tehlikeli meslekler sınıflandırmasında yer aldığı dikkate alınarak daha az süre ile çalıştırılmaları gerekir

Personelin maruz kaldığı doz limitlerinin ölçülmesi ve aşılması halinde personeli izin verilmesi radyasyondan korumada öngörülen tek ve yeterli tedbir değildir. Uluslararası Radyasyondan Korunma Komisyonu (ICRP), Uluslararası Atom Enerjisi Ajansı (IAEA) ile bu kurumların belirlediği standartlara uygun düzenlemeler olan 96/29 ve 97/43 Euratom Direktiflerinde;

- Uygulanabilir, yeterli ve güvenli bir denetleme sistemi ile bu sistemin kontrol dışı kalması durumunda yerine geçecek bir mekanizmanın kurulması,
- Radyasyonun yapısını ve niteliğini gösteren harici doz oranlarının ölçülmesi, sonuçlarının kaydedilmesi ve raporlanması,
- Koruyucu cihaz ve tekniklerin etkinliğinin düzenli kontrol edilmesi, ölçüm cihazlarının standart dozimetre laboratuvarlarına uygun olarak düzenli ayarlanması ve kullanılabilir olduklarının ve doğru kullanıldıklarının düzenli kontrol edilmesi,
- Çalışanların sağlık kontrollerinin düzenli olarak yapılması, Kişisel dozimetre ve çevresel izleme işlevlerinin yerine getirilmesi,
- Mesleki maruziyet olasılığı ve bu olasılığın derecesine uygun olarak korunma ve güvenlik için uygun ve yeterli donanım, ekipman ve hizmetlerin sağlanması gereklidir.

Radyasyonla çalışanların çalışma saatlerinin sağlığını bozulmasına yönelik koşulları ortadan kaldırmadan, gerekli denetim ve gözetim işlevini etkin bir biçimde yerine getirmeksizin çalışma sürelerinin artırılması yoluna gidilmesi, Avrupa Sosyal Şartı'nda taahhüt edilen sağlığın korunması yükümlülüğüne aykırıdır.

Radyasyondan korunma, tedbirler ve izolasyon konusunda 96/29 ve 97/43 Euratom direktiflerinde öngörülen yeterli güvenlik ve korunma önlemleri bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalı, bu tedbirlerin alınıp alınmadığı içinde meslek kuruluşları tarafından belirlenecek bağımsız temsilcilerin de olduğu denetim örgütleri tarafından saptanmalıdır.

Taslakta alınacak önlemler, yapılacak etkin denetime ilişkin düzenlemeler ayrıntıları ile yer almalıdır. Önlemlerin etkin bir şekilde uygulanmaması veya kesin bir şekilde denetlenmemesi durumunda, uygulanacak etkili yaptırımlarda yasada düzenlenmelidir.

c) İşyeri Hekimliği ile ilgili görüş ve önerilerimiz.

Taslak, ülkemizde büyük bir bölümü kısmi zamanlı olarak çalışan ve sayıları 10 bine yaklaşan işyeri hekimlerini ve işyeri sağlık hizmetlerini doğrudan etkileyecektir. Her ne kadar işyeri hekimliği hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak bir yönetmelikle düzenleneceği belirtilmişse de, iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin İş Kanunu ve ilgili diğer düzenlemelerle birlikte işyeri hekimliği hizmetlerinin bütüncül bir biçimde düzenlenmesi zorunludur. Türk Tabipleri Birliği'nin 6023 Sayılı Yasa'da kendisine verilen yetki ve görevler ışığında işyeri hekimlerinin eğitimi ve görevlendirilmesinde uzun yıllardır uygulamadan kaynaklı deneyim ve birikime sahiptir. Bu nedenle bu alanda yapılacak yasal düzenlemede temel ölçütlerin belirlenmesinden sonra uygulama işlemlerini gösterir yönetmeliğin Türk Tabipleri Birliği'nin etkin katılımına dayalı görüşü alınarak çıkarılacağı belirtilmelidir.

III- SONUÇ

Öncelikle Tasarı Taslağı tüm tarafların yeterince tartışmasına ve katılımına olanak sağlandıktan sonra yeniden düzenlenerek yasalaşması sağlanmalıdır.

Sağlıkta dönüşüm projesi ile, özel sektöre ağırlık veren, serbest piyasa koşulları içinde bir sağlık sistemi öngörülmesine rağmen hekimlerin çalışma alanlarının katı bir biçimde sınırlandırılması ile hekimlerin nitelikli sağlık hizmeti üretmesi ve verimin artırılması zemini yaratılamaz.

Tam gün yasasının özlük haklarından kapsamlı bir iyileştirme ile amacına ulaşabileceği unutulmamalıdır. Hekimlerin kamuda çalışmalarını cazip hale getirecek ücret iyileştirmelerinin esas olarak döner sermaye ve performans ödemeleri ile yapılması ciddi sakıncalar taşımaktadır. 209 sayılı Kanunda yer aldığı hali ile performans dayalı ek ödeme sistemi hizmetin niteliğini değil niceliği ön plana çıkarmakta, sağlık hizmet sunumunda kamusal yarar- sağlık hakkı önceliğini ortadan kaldırmaktadır. Bu sistem "kar eden" ve yüksek performans ücreti ödeyen hastaneler ile "kar etmeyen" ve düşük performans ücreti ödeyen hastanelerde aynı hizmeti üreten çalışanlar arasında eşitsizlik yaratmakta adaletsiz ücret uygulamasını derinleştirmektedir.

Kamusal bir gelir olan çok sayıda sağlık kuruluşuna ait döner sermaye gelirleri, kurumdan kuruma, yöneticiden yöneticiye değişen ve verimlilikten uzak bir biçimde kullanılabilir. Bu gelirlerin tamamının ya da bir bölümünün merkezi bütçeye aktarılarak planlama kapsamında hizmetlerinin bütüncül gereksinimleri ve sağlık personelinin eşit ve adil bir ücret alması ve koşullarının iyileştirilmesinde kullanılması olanağı da bulunmaktadır.

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının ekip hizmeti olarak bütüncül bir yaklaşımla sunulması gereken sağlık hizmetini yönelik emekleri, istikrarlı, düzenli, hak olarak düzenlenmiş, emekliliklerine yansıyan adil bir ücretlendirme sistemi ile karşılanmalıdır. Hekimlere emeklerine paralel, düzenliliği ve sürekli-

liği olan bir şekilde ücret verilmesinin sağlanması kamu sağlık hizmetlerinde tam gün çalışma için ön koşuldur.

Taslak tıp fakülteleri yönünden döner sermaye gelirlerinde bir artış olanağı sağlamadan, giderlerin belirgin şekilde arttırılmasına neden olacak düzenlemeler içermektedir. Taslağın uygulanmasını sağlayacak ekonomik kaynaklar konusunda ciddi belirsizlikler vardır. Üniversite hastanelerindeki ortalama öğretim üyesi kazancında belirgin bir ilerleme olmadan tam gün çalışmanın uygulanacağı ortamı yaratmak olanaklı değildir.

Tıp fakülteleri sadece hasta bakan kurumlara dönüştürülmemeli, 2547 sayılı kanunda öngörülen işlevine uygun olarak eğitim ve araştırma hizmetlerinin döner sermaye gelirleri dışında hangi kaynaktan nasıl teşvik edileceği açık bir biçimde düzenlenmelidir.

Öğretim üyelerine ve diğer hekimlere ödenecek ücretlerin ne kadar olacağı net bir biçimde düzenlenmeli ve yapılan olumlu değişiklikler emekli maaşlarına da orantılı olarak yansıtılmalıdır. Böylece döner sermayesi bulunmayan kurum hekimliği ve belediyeler gibi yerlerde çalışan hekimlerin koşulları da düzeltilmelidir.

Türk Silahlı Kuvvetleri'nde çalışan hekimler yönünden ayrımcı bir düzenlemeye gidilmesi, tasarının gerekçeleri ile bağdaşmamaktadır. Burada çalışan hekimler yönünden de maaşları ve ek görev tazminatlarında gerekli iyileştirmelerle, sağlık hizmetinin gerekleri dikkate alınarak ayrımcı değil bütüncül bir düzenleme yapılmalıdır.

Gereksinim halinde üniversitelerde ve diğer kamu sağlık kurumlarında görev yapan sağlık personelinin kısmi zamanlı veya belirli vakalar ve işler için başka yerde görevlendirilmesine olanak verilirken, Görevlendirmede uygulanacak gereksinim belirleme ve görevlendirme ölçütleri objektif ve nesnel bir biçimde düzenlenmeli, kurum amirlerine geniş takdir yetkisi bırakılarak ayrımcılığa, kötüye kullanımlara ve hakkaniyetsizliğe yol açılmamalıdır.

Taslakta hekimlerin normal mesai dışındaki; “nöbet” “ıcap nöbeti” ve 209 sayılı Yasanın 5. maddesine yönelik değişiklikte yer verilen “mesai dışı çalışma”, vb. adlar altında ne kadar süre ile fazla çalıştırılabileceği konusunda her hangi bir üst sınır getirilmemesi, uzun saatler çalıştırmaya ve sağlık hizmeti için istenmeyen sonuçların doğmasına neden olmaktadır. Nitelikli sağlık hizmetinin merkeze alınarak, hekimlerin verecekleri hizmette riski arttıran unsur olan uzun ve ağır çalışma sınırlandırılmalı ve koşulları ayrıntılı bir biçimde düzenlenmelidir.

Yabancı hekimlerin ülkemizde çalışıp çalışmaması ve koşullarının tartışılması için; önce gerçek ihtiyacın belirlenmesi, sağlık yatırımları, tıbbi donanım olanakları, hekim ve hekim dışı personelin sayı, dağılım ve nitelikleri bir arada değerlendirilerek açık ve şeffaf bir biçimde ortaya konulmalı, İşgücü ihtiyacını saptama kriterleri de tartışmaya açılmalıdır. Bunlar yapılmadan vatandaşlık koşulu kaldırılmamalıdır.

Öte yandan vatandaşlık koşulu kaldırılırken diploma denkliği ile yetinilemez. Ülke insanlarımızın sağ-

lığının, iş gücünün korunması ve niteliği için; için ülkeler arasında mevzuat açısından karşılıklı koşulu ile Avrupa Birliği ülkelerinin aradığı koşullar olan, yetkili meslek kurullarının yapacağı yeterlilik sınavı ve Türkçe yeterlilik sınavından başarılı olma koşulları düzenlenmeli, yabancı hekimlerin mesleki denetimi, tıbbi deontolojiye ve hukuka aykırı eylemleri ile ilgili yaptırımların düzenlenmesi gerekir.

İyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personel için haftalık çalışma süresinin diğer sağlık personeli ile eşit hale getirilerek 40 saate çıkarılması uygun değildir. Belirlenen doz limitlerinin altında radyasyona maruz kalan sağlık personelinin çalışma süresi arttıkça sağlığının olumsuz etkilenmesi riski de artmaktadır. Bu nedenle günlük çalışma süresinin diğer personel ile aynı değil riskli-ağır ve tehlikeli meslekler sınıflandırmasında yer aldığı dikkate alınarak daha az süre ile çalıştırılmaları, Radyasyondan korunma, tedbirler ve izolasyon konusunda ilgili direktiflerde öngörülen yeterli güvenlik ve korunma önlemleri bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalı, alınacak önlemler, yapılacak etkin denetime ve uygulanacak yaptırımlara ilişkin düzenlemelere ayrıntıları ile taslakta yer verilmeli yönetmeliğe bırakılmamalıdır.

İşyeri Hekimliği hizmetlerinin iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin İş Kanunu ve ilgili diğer düzenlemelerle bütüncül bir biçimde düzenlenmesi, bu alanda yapılacak yasal düzenlemede temel ölçütlerin belirlenmesinden sonra uygulama işlemlerini gösterir yönetmeliğin Türk Tabipleri Birliği'nin etkin katılımına dayalı görüşü alınarak çıkarılmalıdır.

Hekimlerin çalışma koşullarını ve tıp eğitimini ilgilendiren uygulama işlemlerini gösterecek bütün alt düzenleyici işlemlerin Türk Tabipleri Birliği'nin katılımı ile düzenlenmesi taslakta yer verilmesi, katılımılığı ve uygulanabilirliği güvence altına alacaktır.

Özetle sağlık hizmetlerinin niteliğini arttıracak, hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının kabul edebileceği ve uygulanabilir bir tam süre ile çalışma düzenlenmesi için:

- Sağlık kuruluşlarının kar elde etmeye yönelik işletmeler olarak değil, gereksinime uygun sağlık hizmeti vermeye ve hizmetin niteliğini arttırmaya yönelik kamusal kurumlar olarak organize edilmesi,
- Aksi yönde düzenlemeler içeren tasarıların geri çekilmesi, yürürlüğe konulan yasaların yeniden gözden geçirilerek değiştirilmesi,
- Genel bütçeden finanse edilen, basamaklandırılmış, birinci basamak sağlık hizmetlerini öncelleyen, sevk zincirinin işletildiği, eşit, ücretsiz, nitelikli, ulaşılabilir bir sağlık sisteminin benimsenmesi,
- Hekimler ve diğer sağlık personeli yönünden insanca yaşanabilecek bir ücret, tam süre tazminatı, eğitim tazminatı ödenmesi,
- Sağlık personeline ayrımsız, iş güvencesi, grev ve toplu sözleşme hakkını içerir sendikal hakların verilmesi,

- Tüm kamu hastanelerinin alt yapı, yeni tıbbi teknoloji gereksinimleri için bütçeden yeterli öde- nek aktarılması,
- Tıp Fakülteleri ile tıp fakültelerinin eğitim ve araştırma işlevlerini yerine getirebilmeleri için yeterli kaynak aktarılması,
- Sağlık kurumlarına nitelikli sağlık hizmetinin ancak gerekli ekiple birlikte verilebileceği gerçe- ğinden hareketle sadece hekim değil diğer sağlık personeli açıklarının giderici önlemlerin alınma- sı ile olanaklı olacaktır.

KATKIDA BULUNANLAR

TABİP ODALARI

ÜNİVERSİTELER

- Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi
- İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa İstanbul Tıp Fakültesi
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
- Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
- Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Selçuklu Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi
- Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi

UZMANLIK DERNEKLERİ

- Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği
- Türk Algoloji-Ağrı Derneği
- Türk Biyokimya Derneği
- Türk Göğüs Cerrahisi Derneği
- Türk İç Hastalıkları Derneği
- Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
- Türk Nöroloji Derneği
- Türk Oftalmoloji Derneği
- Türk Pediatri Kurumu
- Türk Radyoloji Derneği
- Türk Toraks Derneği
- Türk Üroloji Derneği
- Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneği
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
- Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzman Hekimleri Derneği
- Türkiye Psikiyatri Derneği
- Türkiye Ulusal Alerji ve Klinik İmmünoloji Derneği

Tüccar mantığıyla Tam gün olmaz!



T Ü R K T A B İ P L E R İ B İ R L İ Ğ İ

▼

Sağlık Bakanlığı'nın Sözde Tamgün'ü: Özünde Esnek Çalışma



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
MERKEZ KONSEYİ

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4, 06570 Maltepe / ANKARA
Tel: (0 312) 231 31 79 Faks: (0 312) 231 19 52 - 53
e-posta: ttb@ttb.org.tr <http://www.ttb.org.tr>