



# MEMUR-SEN KONFEDERASYONU SAĞLIK-SEN

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası

Dergisi

GENEL YETKİLİ SENDİKA

Şubat 2010

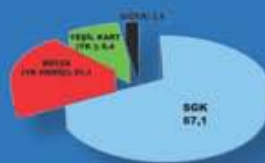
## Performans Sistemi

# Sorunları, Çözüm Yolları



### BİLİŞİM

3G İle Hastalara  
Evden Refakat Dönemi



### GÜNDEM

2010 Yılı'nın  
Sağlık Bütçesi Açısından Görünümü



## MEMUR-SEN KONFEDERASYONU SAĞLIK-SEN

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları  
Genel Yetkili Sendikası

ŞUBAT 2010

**SAĞLIK-SEN ADINA  
İMTİYAZ SAHİBİ**  
Mahmut KAÇAR  
Genel Başkan

**GENEL YAYIN YÖNETMENİ**  
Semih DURMUŞ  
Genel Basın Yayın ve Dış İlişkiler Sekreteri

**YAYIN KURULU**  
Menderes TURBAY  
Metin MEMİŞ  
Mehmet Güner ERDOĞDU  
Mustafa KULLUK  
Mahfuz SUNAR

**EDİTÖR**  
Murat KALEM  
Genel Başkan Danışmanı



**Grafik Tasarım ve Uygulama**  
Sağlık-Sen Genel Merkezi

**BASKI**  
Özkan Matbaacılık Gazetecilik ve Tic. Ltd. Şti.  
538. Sok No:62-64 İvedik Organize Sanayi/İVEDİK  
Tel: 0 312 395 48 91 Fax: 0 312 395 48 93

**SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ**  
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/3  
Demirtepe/ANKARA  
Tel: 0 312 444 19 95  
Faks: 0 312 230 83 65  
GSM: 0 506 397 92 92  
www.saglikksen.org.tr

Sağlık-Sen'in ücretsiz yayın organıdır.  
Yazıların sorumluluğu yazarına aittir.

# İçindekiler

BAŞKANDAN



Performans Sistemi ve Güven

GÜNDEM



2010 Yılı'nın  
Sağlık Bütçesi Açısından Görünümü

DOSYA



Performans Sistemi:  
Sorunları, Çözüm Yolları

SAĞLIKLI  
İLETİŞİM



En Yaygın  
7 Hitabet Hatası

SAĞLIĞINIZ



Önlenebilir Tehlike:  
KANSER

# Editörden



BİLİŞİM

3G ile Hastalara Evden Refakat Dönemi

48



PORTRE

Cerrahların Babası : Halef İbn Abbas Ez-Zehravi (930-1013)

50



SAĞLIK TARİHİ

Tartışmalar Gölgesinde Aşı Tarihi

52



AJANDA

Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda Kasım 2009 - Şubat 2010

57



BASINDA BİZ

Basında Sağlık-Sen Haberleri Kasım 2009 - Şubat 2010

60

2010 yılının ilk aylarında 4/C ve Tam Gün Yasası nedeniyle çalışanların sorunları gündeme oturdu. Tekel işçileri ile sağlık çalışanlarının farklı talepleri aynı dönemde bulundu. Bu iki konuyla iktidar, sendikalara ve muhalefete karşı sınav verdi. 4/C konusu Tekel işçilerinden önce de bir sorundu ancak ne medyanın, ne de siyasi partilerin ilgisini çekmiyordu. Hekimlerin tam gün esasına göre çalışması yıllarca dile getirilen, sosyal tarafların destek verdiği bir konuydu, ancak TBMM Genel Kurulu'ndan çıkan yasa üzerinde tam anlamıyla bir konsensüs sağlanamadı.

Her iki konuda da kamuoyunda ortak bir kanaat oluşturulamadı. Tekel işçilerinin mağduriyeti popülist söylemler ve siyasal istismar niyetleri arasında gözden kayboldu. Meselenin tarafları, empati yapmak yerine, kamu vicdanında meşruiyet arayan süslü sözlere sarıldı. Takındıkları tavırlarla, sorunun devamından yana algısı uyandıran bazı çevreler, Tekel işçilerinin etrafına ideolojik bir duvar örerek, Hükümet ise her ne kadar 4/C'ye yönelik iyileştirmeler yapsa da, Tekel işçilerinin mücadelesini haksız göstermeye dönük söylemleriyle, sağlıklı bir atmosferin gelişmesine engel oldu.

Hükümet; gerek 4/C, gerekse Tam Gün Yasası konusunda "popülizm yapmıyorum" mesajı vermeye çalışırken, halkın belirli bir kesiminin dile getirdiği talepleri önemsizleştirme, haksız bir talep durumuna düşürme hedefine hizmet edecek bir dil kullanmaktadır. Tekel işçilerinin karşısına işsizlerin çıkarılması, Tam Gün Yasası'na yönelik itirazların, tam gün çalışmaya itiraz gibi yansıtılması gerçekte, halkın desteğini sağlamaya dönük popülist bir yaklaşım izlenimi uyandırmaktadır.

Tam Gün Yasası'nda, döner sermaye dağılımının adil olması, hekim dışı sağlık çalışanlarının döner sermaye tavan oranlarının yükseltilmesi, döner sermaye gelirlerinin emekliliklerine yansıtılması, radyoloji çalışanlarının çalışma sağlığı güvence altına alınmadan çalışma sürelerinin arttırılmaması gibi talepler, son derece haklı ve yüz binlerce sağlık çalışanının geleceğini ilgilendiren, iş motivasyonunu ve verimliliğini, dolayısıyla sağlığa hizmet kalitesini etkileyecek konulardır. Ancak, bu talepleri dikkate almayan Hükümet, Tam Gün Yasası'na yönelik demokratik tepkileri, "tam gün çalışmaya karşı çıkılıyor" genellemesiyle bertaraf etmeye çalışmıştır.

Bu tavır, genel bir alışkanlık haline getirildiği takdirde, bir süre sonra sorun toplumsal çatışmaya dönüşebilecektir. Nitekim Tam Gün Yasası 72 milyon vatandaşı ve yaklaşık 400 bin sağlık çalışanını ilgilendirmektedir. Bu mesele tartışılırken, sağlık hizmeti alanlarla, hizmeti sunanların karşı karşıya getirilmesi sonucunu doğuracak hiçbir söylem demokratik ve meşru kabul edilemez.

Bu iktidar dönemiyle sağlıkta reform niteliğinde gelişmeler yaşanmıştır. Vatandaş memnuniyeti artmıştır. Hatta Hükümete, ikinci kez iktidarın yolunu açan toplumsal desteği, sağlıktaki gelişmeler getirmiştir. Ancak, bu başarının kalıcı ve sürdürülebilir olmasını sağlamak için yaşanan sorunlarla yüzleşmek gerekir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ve ekonomik geleceklerine ilişkin kaygıları önemsizleştirmeye çalışılmamalıdır. Dergimizin dosya konusu olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin adil bir yapıya kavuşması noktasında sağlık çalışanları hükümetten irade koymasını beklemektedir.

Bu düşüncelerle Dergimizin 2010 yılı ilk sayısını dikkatlerinize sunuyor, faydalı olmasını diliyoruz.



# Performans Sistemi ve Güven



**Mahmut KAÇAR**  
Sağlık-Sen Genel Başkanı

**Performans değerlendirme sistemi; meslek etiğini referans alan, çalışma barışına duyarlı, tıbbi bilimsel gelişmelere açık ve her türlü ilgili verilerden yararlanan geniş kapsamlı bir zemine oturtulmalıdır.**

Sağlık hizmetlerindeki arz-talep uyumsuzluğu yıllardır süren ve çözümlenmekte zorlanılan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Günden güne artan talep artışına karşın sağlık kurum ve kuruluşlarında yeterli düzeyde sağlık arzı oluşturulamamıştır. Bu nedenle başta uzun poliklinik kuyrukları ve ileri tarihli ameliyat günleri olmak üzere teşhis ve tedavi sürelerinin olağan dışı zaman dilimlerine ötelenmesi gibi sağlık hizmetlerinin sunumundaki verimsizlik, toplumun her kesiminde şikayet konusu olmuştur. Oysa ki vatandaşlarımızın koruyucu ve

tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde istifade edebilmesi hepimizin arzusudur.

Sağlık hizmetlerinde verimliliği ve hizmet kalitesini artırma hedefiyle 2004 yılından itibaren performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Ancak uygulamada olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin mevcut sağlık personelimiz üzerinden üretilen bir çözüm modeli olarak karşımıza çıktığı da bir gerçektir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin nitelikten çok niceliğe yö-

nelik verilerle sonuçlandırılması sağlık çalışanlarını ve sağlık kurumlarını iş kapasitesine odaklanmaya mecbur bırakmaktadır. Özellikle poliklinik ve klinik süreçlerin sayısal ve girişimsel olarak puantaja tabi tutulması gibi uygulamalarla oluşturulan yoğun çalışma temposu bunun en açık örneğidir. Bu durum ise sağlık personelimizin motivasyonunu ve çalışma memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık hizmetleri sunumunda performans analizlerinin yapılması ve sonuçlarının değerlendirilmesi elbette desteklenmesi gereken bir uygulama-

dir. Ancak bazı hastalıklara, uzmanlık dallarına ve cerrahi müdahalelere karşı daha avantajlı diğerlerine ise daha dezavantajlı bir ek ödeme sisteminin geliştirilmiş olması ayrıca tartışılması gereken bir konudur.

Gerek hekim gerekse hekim dışı personelin birlikte hizmet verdiği sağlık kurum ve kuruluşlarında her hastalığın özellikli olduğu unutulmamalıdır. Hastaların sağlığına kavuşturulmasında tüm sağlık personelinin bir ekip olarak çalışması gerekliliğine ne kadar mecbur olduğumuzu düşünürsek performans değerlendirilmesinde de aynı hassasiyeti ve hakkaniyeti göz önünde bulundurmalıyız.

Hasta ve çalışan güvenliği, zamanında gerçekleştirilen teşhis ve tedavi ile modern ekipmanların kullanılabilirliği çalışma ortamlarında nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun esas alındığı bir sistemin hayata geçirilmesi daha reel performans analizlerine ulaşmamızı sağlayacaktır.

Mevcut sağlık personeli üzerinden artan sağlık talebini sübvans etmek yerine sağlık personeli sayısını artırarak daha nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumun gerçekleştirilmesi hasta ve çalışan memnuniyeti açısından daha sağlıklı olacaktır. Nitekim hekimlerin performans gelirinin artması için gereksiz test veya görüntüleme tetkikleri ile cerrahi müdahalelere olan yatkınlıklarına yönelik eleştirilerin kay-

nağında, bahsettiğimiz hususlardan bağımsız olan bir sistemin arzu edilmeyen sonuçlarını görmekteyiz. Performans değerlendirme sistemi; meslek etiğini referans alan, çalışma barışma duyarlı, tıbbi bilimsel gelişmelere açık ve her türlü ilgili verilerden yararlanan geniş kapsamlı bir zemine oturtulmalıdır.

Halihazırda, sağlık çalışanlarının ekonomik haklarının, döner sermaye işletmesinin karlılığı ve devamlılığına göre değiştiği, aynı zamanda sağlık hizmetinin maliyet içeren birçok kaleminin de bu işletmenin gelirlerinden karşılanmak durumunda bırakıldığı bu sistem, geniş tabanlı bir istişare ortamında yeniden tartışılmalı ve revize edilmelidir.

Tam Gün Yasası'nda Maliye Bakanlığının hekim dışı sağlık çalışanlarının döner sermaye tavan oranlarının artırılmasına koyduğu engelde de görüldüğü üzere sistem, bu haliyle dış müdahalelerin etkisine de açıktır. Bu koşullar altında sağlık hizmetinde verimliliğin ve sürdürülebilirliğin sağlanması kolay olmayacaktır.

Sağlık kurumlarında uygulanan performans sistemi gerçek anlamda bir teşvik sistemine dönüşebilir. Bunun için öncelikle sağlık çalışanlarının; geçim, ailesinin ve çocuklarının geleceği gibi insani kaygılarını giderecek bir yaşam standardına kavuşmaları sağlanmalıdır. Özellikle hekim dışı sağlık çalışanlarının aylık gelirleri bugün, döner

sermayeden aldıkları pay eklense dahi, yoksulluk sınırına yaklaşmamaktadır. Tüm sağlık çalışanlarının, döner sermaye gelirlerinden bağımsız olarak asgari yoksulluk sınırı üzerinden garanti bir gelire sahip olmaları ve bu gelirleri emekliliklerine yansıtılmalıdır. Devlet tarafından sağlanacak böyle bir teşvik, sağlık hizmetlerinde hizmet kalitesinin, bireysel ve kurumsal performansın çok daha üst seviyelere çıkmasını sağlayacaktır.

Özetle; performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulandığı son 6 yıl içinde, vatandaşın sağlık hizmetine erişimi ve memnuniyeti açısından önemli gelişmeler kaydedildiği görülmektedir. Ancak, sistem; çalışan motivasyonuna, verimliliğe ve sağlık hizmetlerinin niteliğine katkısı gibi açılardan eleştirilmeye devam edilecektir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi; sağlık çalışanlarının kafasındaki kuşkuyu en az seviyeye indirecek adil ve gerçek anlamda teşvik edici bir niteliğe kavuşturulmalıdır.

Bu vesile ile, Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli ayaklarından birisi olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin, Sendikamızın 12-13-14 Mart 2010 tarihinde Sağlık Bakanlığıyla birlikte gerçekleştireceği "Sağlık Çalışanlarının Sorunları" sempozyumunda enine boyuna tartışılacağını bildiriyor, değerli okurlarımızı saygıyla selamlıyorum.



# 2010 Yılına Sağlık Bütçesi Açısından Görünümü ve Kamu Sağlık Harcamalarına Karşılaştırmalı Bir Bakış

Doç. Dr. H. Hakan YILMAZ  
AÜ SBF Maliye Bölümü

## I. 2010 Yılı Bütçesi ve Sağlığa Ayrılan Kaynak

### A. Makro Ekonomik Çerçeveye Kısa Bir Bakış

2010 yılı merkezi yönetim bütçesi dünya ve Türkiye'de küresel nitelikli ekonomik krizin etkisinin devam ettiği

bir dönemde hazırlanmıştır. Ekonomik büyümenin tarihi olarak önemli düzeyde düştüğü, işsizliğin arttığı bir dönemde birçok ülke ekonomik krizden dönemsel çıkışı veya kriz koşullarının yarattığı olumsuz etkileri azaltmak için özellikle kamu harcamalarını artırmaya yönelik olarak genişletici maliye politikası tedbirlerini uygulamaya koymuştur.

2010 yılı tüm iyimser yaklaşımlara rağmen yaşanan küresel nitelikteki krizin etkisinin devam etmesinin beklendiği bir yıl olma özelliği taşımaktadır. Özellikle toplam talep, üretim ve istihdam düzeyindeki iyileşmenin sınırlı olması beklendiği bir ortamda makro politikalar ve mali yönetim geçmiş dönemlerden çok daha önem kazanmaktadır. 2009 yılında tahminlerin ötesinde daralan ve % 1,1 oranında küçülen dünya ekonomisinin 2010 yılında % 3,1 oranında reel büyüme içinde olması öngörülmektedir. Türkiye açısından önemli olan AB bölgesi ve gelişmiş ülkelerde 2010 yılı büyümesi sırasıyla % 0,5 ve % 1,3 olurken daha çok Asya ülkelerinden kaynaklı olarak gelişmekte olan piyasalar ve gelişmekte olan ülkelerde ise büyüme performansının % 5'i aşması beklenmektedir (Yılmaz, Bozoğlu 2010).

	2000-2007	2008	2009 (GT)	2010 (P)
Dünya	4.1	3.0	-1.1	3.1
Gelişmiş Ekonomiler	2.5	0.6	-3.4	1.3
Gelişmekte olan piyasalar ve gelişmekte olan ülkeler	6.4	6.0	1.7	5.1
Merkezi ve Doğu Avrupa	5.0	3.0	-5.0	1.8
AB	2.5	1.0	-4.2	0.5

Tablo 1: Dünya Ekonomisi Reel Büyüme Oranları  
Kaynak: IMF World Economic Outlook, September 2009  
GT: Gerçekleşme Tahmini; P: Projeksiyon

Küresel krizin etkilerinin çok daha yoğun yaşandığı bir ortamda Türkiye ekonomisi 2009 yılında %6 darılırken 2010 yılında ise % 3,5 oranında büyümesi programlanmıştır. 2010 yılında yılsonu enflasyon % 5,3 oranında tahmin edilirken, ortalama ABD doları kurunun 1,6 TL olması hazırlanan program çerçevesinde öngörülmektedir. Ekonomide 2010 yılında büyüme yönlü olmak üzere bir toparlanma beklenmekle birlikte bunun istihdama yansımalarının sınırlı olacağı program kapsamında beklenmektedir. 2009 yılında % 14-15 aralığında beklenen işsizlik oranının 2010 yılında yine aynı aralık içinde kalacağı tahmin edilmektedir.

	2009		2010
	Prog	Gerç. Tah.	Prog
GSYH Büyümesi (%)	4.0	-6.0	3.5
GSYH (Cari Fiy. Milyon TL)	1.111,418	946,678	1,028,802
TÜFE (Yıl Sonu, %)	7.5	5.9	5.3
Dolar Kuru (\$/ YTL) (Ort.)	1.41	1.6	1.6
Cari İşlemler Dengesi/GSYH (%)	-6.4	-1.8	2.8
Dış Ticaret Dengesi (milyar \$)	-83.5	-21.4	-31.0
İşsizlik Oranı (%)	10.4	14.8	14.6

**Tablo 2:** Türkiye Ekonomisi 2009 Yılı Tahminleri ve 2010 Yılı Programı

**Kaynak:** DPT 2010 Yılı Programı

	Milyon TL			Artış Or. (%) 2010/2009	GSYH'ya Oranlar		
	2008	2009	2010 (B)		2008	2009	2010 (B)
<b>Merkezi Yön.Bütçe Harcamaları</b>	225,967	267,275	286,982	7.37	23.78	28.23	27.89
<b>Faiz Dışı Harcamalar</b>	175,306	214,074	230,232	7.55	18.45	22.61	22.38
I. Personel Harcamaları	48,825	55,930	60,349	7.90	5.14	5.91	5.87
II. Sosyal Güv. Kur. Devlet Primi	6,402	7,206	11,110	54.18	0.67	0.76	1.08
III. Mal ve Hizmet Alımları	23,941	29,594	25,190	-14.88	2.52	3.13	2.45
IV. Faiz Harcamaları	50,661	53,201	56,750	6.67	5.33	5.62	5.52
V. Cari Transferler	70,116	91,761	102,173	11.35	7.38	9.69	9.93
VI. Sermaye Giderleri	18,441	19,847	18,924	-4.65	1.94	2.10	1.84
VII. Sermaye Transferleri	3,173	4,314	3,429	-20.50	0.33	0.46	0.33
VIII. Borç Verme	4,411	5,422	6,903	27.32	0.46	0.57	0.67
IX. Yedek Ödenekler	0	0	2,153				0.21
<b>Merkezi Yönetim Bütçe Gelirleri</b>	208,899	215,061	236,794	10.11	21.99	22.72	23.02
<b>I. Genel Bütçe Gelirleri</b>	202,790	208,657	231,236	10.82	21.34	22.04	22.48
<b>A. Vergi Gelirleri</b>	168,087	172,417	193,324	12.13	17.69	18.21	18.79
Dolaysız Vergiler	59,021	61,132	63,965	4.63	6.21	6.46	6.22
Dolaylı Vergiler	109,066	111,285	129,359	16.24	11.48	11.76	12.57
<b>B. Vergi Dışı Gelirler</b>	34,703	36,240	37,912	4.61	3.65	3.83	3.69
Özelleştirme*	8,889	2,044	10,649	420.99	0.94	0.22	1.04
Diğer	25,814	34,196	27,263	-20.27	2.72	3.61	2.65
<b>II. Özel Bütçeli İd. Öz Gel.</b>	4,369	4,603	4,898	6.42	0.46	0.49	0.48
<b>III. Düzen. ve Denet. Kur. Gel.</b>	1,740	1,802	660	-63.36	0.18	0.19	0.06
<b>Bütçe Dengesi</b>	-17,068	-52,215	-50,188	-3.88	-1.80	-5.52	-4.88
Faiz Dışı Denge	33,593	986	6,562	565.25	3.54	0.10	0.64
<b>Program Tanımlı Denge</b>	17,740	-14,493	-8,547	-41.03	1.87	-1.53	-0.83

**Tablo 3:** Merkezi Yönetim Bütçe Büyüklükleri

**Kaynak:** TEPAV 2010 Yılı Bütçe Değerlendirmesi ve Maliye Bakanlığı Muhasebat Gn. Md. Kamu Hesapları Bütçeleri (2008-2009)



## B. 2010 Yılı Bütçesi ve Sağlık Ödenekleri

2010 merkezi yönetim bütçe tasarısı, 287 milyar TL bütçe ödeneği, 236,8 milyar TL bütçe gelir tahmini ve 50,2 milyar TL bütçe açığı öngörüsü ile TBMM'den geçmiştir. 2009 yılında özellikle vergi gelirlerindeki düşme nedeniyle 10 milyar TL düzeyinde hedeflenen bütçe açığı yıl sonunda 52,2 milyar TL düzeyinde gerçekleşmişti. 2010 yılında bütçe açığında bir iyileşme hedeflenmekle birlikte bütçe açığı 2009 yılında çıktığı yüksek düzeyi 2010 yılında bir şekilde devam ettirmektedir.

Bütçe harcamalarının 2009 yılının aksine program kapsamında reel olarak azalması öngörülmektedir. Cari transferlerdeki % 10'luk artış çıkarıldığında (bütçe dışı kurumların ve kişilerin harcamalarının finansmanına yönelik transferler ayıklandığında) bütçe yolu ile üretilen mal ve hizmetlere yönelik ödeneklerin bir daralma içinde olacağı anlaşılmaktadır. Harcama, politikanın uygulama başarısı, özellikle esnek olmayan harcamaların büyüklüğü dikkate alındığında, riskli görülmektedir.

Bütçe gelirlerindeki artış ise, geçmiş yıl programlarında olduğu gibi, dolaylı vergilerden ve özelleştirme nitelikli gelirlerden kaynaklanmaktadır. Bütçe gelirlerini artıran unsurlar hem vergi gelirleri hem de özelleştirme gelirlerindeki artış kaynaklı vergi dışı gelirler olmaktadır. Dolaylı vergilerde % 20'ye yaklaşan artış oranı ekonominin can-

	2009	2010 (B)	Değişim
<b>Bütçe Sağlık Harcamaları</b>	<b>15.681</b>	<b>14.960</b>	<b>-4,6</b>
Sağlık Bakanlığı	14.428	13.909	-3,6
Diğer Bütçe Kurumları	1.253	1.052	-16,1
<b>Bütçe Sağlık Harcamaları (D)</b>	<b>18.431</b>	<b>17.848</b>	<b>-3,2</b>
Sağlık Bakanlığı	14.428	14.249	-1,2
Diğer Bütçe Kurumları	4.003	3.599	-10,1

**Tablo 4:** Merkezi Yönetim Sağlık Giderleri Bütçesi (milyon TL)  
D: Memurlara yapılan tedavi ve ilaç yardımları aynı baza getirilmiş, düzeltilmiş

lanmasından ziyade elektrik, doğalgaz, telefon, tütün ve alkol mamulleri gibi bazı mal ve hizmetlerin fiyatlarının ve veya bunlar üzerindeki vergilerin artışı ile açıklanabilir (TEPAV, 2009).

2010 yılında merkezi yönetim bütçesi, kapsamında sağlık kurumları için ayrılan bütçe 14,96 milyar TL düzeyindedir. 2009 yılına göre sağlık bütçesi % 4,6 oranında düşmektedir. Bu düşmenin temel nedeni bütçe kapsamında Sağlık Bakanlığı bütçesinde yer alan yeşil kart ödeneğinin 2010 yılında 2009 yılına göre 903 milyon TL düşük düzeyde öngörülmesidir. Nitekim izleyen tabloda görüleceği üzere Sağlık Bakanlığı bütçesi 2009 yılına göre 2010 yılında % 3,6 oranında düşerken, diğer bütçe kurumlarının ödeneği % 16,1 oranında azalmaktadır.

Memurlara yönelik yapılan sağlık yardımları bütçe kapsamında

fonksiyonel olarak ilgili hizmet birimi ile ilişkilendirilerek kurum hangi fonksiyonda ise o fonksiyonda gösterilmektedir. Başta GFS 2001 ve COFOG olmak üzere uluslararası standartlara uygun olmayan bir şekilde yapılan bu sınıflandırma nedeni ile sağlık giderleri bütçede fonksiyonel bazda eksik gösterilmektedir. Bu durum düzeltilerek bakıldığında, Sağlık Bakanlığı bütçesindeki düşme % 1,2 oranında çıkarken, diğer bütçe kapsamındaki kurumun ödeneğindeki düşme ise % 10,1 oranında olmaktadır. Buradaki düşmenin ise iki temel kaynağı bulunmaktadır; birincisi yukarıda bahsettiğimiz yeşil kart ödeneğinin eksikliği ile çalışan memurların sağlık giderlerinin artık bütçeden ödenmeyecek olması nedeniyle yaklaşık 3 milyar TL düzeyinde tahmini bir harcamanın bütçede artık yer almayacak olmasıdır.

Bu mali çerçeve içinde bütçe ödeneklerine fonksiyonel düzeyde bak-



	milyon TL		%	% Artış		GSYİH'ya Oranları (%)	
	Toplam Bütçe Giderleri	Yeşil Kart Hariç Bütçe	Yeşil Kart/ SB Bütçesi	Toplam Bütçe Giderleri	Yeşil Kart Hariç Bütçe	Toplam Bütçe Giderleri	Yeşil Kart Hariç Bütçe
2000	1.140	973	14,6			0,68	0,58
2001	1.822	1.572	13,7	59,9	61,5	0,76	0,65
2002	3.039	2.502	17,7	66,8	59,2	0,87	0,71
2003	3.674	3.042	17,2	20,9	21,6	0,81	0,67
2004	4.461	3.703	17,0	21,4	21,7	0,80	0,66
2005	6.769	4.961	26,7	51,7	34,0	1,04	0,76
2006	8.536	5.625	34,1	26,1	13,4	1,13	0,74
2007	10.390	6.476	37,7	21,7	15,1	1,23	0,77
2008	11.995	7.964	33,6	15,4	23,0	1,26	0,84
2009	14.596	9.090	37,7	21,7	14,1	1,54	0,96
2010	13.942	9.339	33,0	-4,5	2,7	1,36	0,91

**Tablo 5:** Sağlık Bakanlığı Bütçe Büyüklüğünün Gelişimi

**Kaynak:** Yılmaz 2007, Sağlık Bakanlığı Bütçesi 2010, Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü Kamu Hesapları Bültenleri (2000-2009)

tığımızda, sağlık harcamalarının toplam bütçe giderleri içindeki payı % 5,1 oranında çıkmaktadır. 2009 yılında bu oran % 5,9 düzeyinde gerçekleşmişti. Bunun anlamı 100 liralık bütçe kaynağının 5 lirasının sağlığa ayrılmasıdır. Bu rakamın sektörel anlamda sağlık sektörü için düşük çıkmasının iki temel nedeni vardır: Birincisi, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik bütçenin Türkiye'de yapısal bir problem olarak düşük olması. İkinci neden ise sağlık harcamalarının % 70'den fazlasının başta Sosyal Güvenlik Kurumu olmak üzere bütçe dışı kurumlar tarafından yapılıyor olmasıdır. Sağlık harcamaları bir bütün olarak izleyen başlıkta ele alı-

nacaktır. Ama izleyen bölüme geçmeden Sağlık Bakanlığı bütçesine kısa bir şekilde bakarsak:

2010 yılında Sağlık Bakanlığı toplam bütçesi % 4,5 oranında düşmektedir. Yeşil kart harcamaları ayıklanıp bakıldığında ise bütçe ödeneklerinin % 2,7 oranında arttığı görülmektedir. GSYİH'ya oran olarak ise sırasıyla Bakanlığın bütçesinin % 1,36 ve % 0,91 oranlarına ulaşması beklenmektedir. 2000'lerin başından itibaren bakıldığında Bakanlık bütçesinin belirgin bir şekilde reel olarak arttığını görmekteyiz. Sağlığa yönelik Bakanlık harcamalarında bir artış olmakla birlikte reel artışa

katkı esas olarak iki gelişmeden kaynaklanmıştır:

- Bunlardan ilki yukarıdaki tablodan da görüleceği üzere bakanlık bütçesindeki yeşil kart harcamalarındaki artıştır. Geldiğimiz noktada toplam Bakanlık bütçesinin % 38'i yeşil kart harcamalarına ayrılmaktadır. Bu oldukça yüksek bir orandır. Bu düzeydeki bir harcamanın kamu politikaları özellikle sağlık politikaları üzerindeki alternatif maliyetinin iyi tartışılması gerekmektedir.

- İkinci nokta ise SSK hastanelerinin Bakanlığa devredilmesiyle birlikte bütçenin 2005 yılından itibaren düzey olarak yükselmesidir.



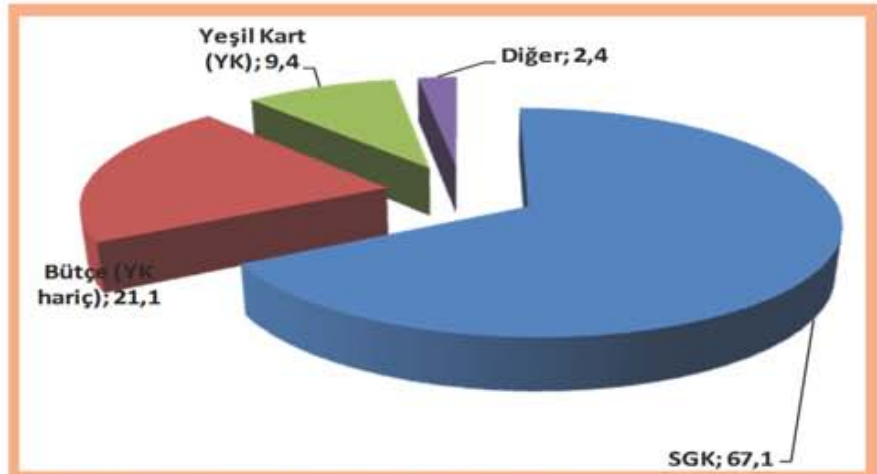
Yeşil kart harcamaları 2009 yılında Bakanlık bütçesinde gözlemlenen reel artışın kaynağı olmuştur. Başlangıç ödeneği 4,1 milyar TL olan yeşil kart harcamaları dönem sonunda %34 oranında sapmayla 5,5 milyar TL gibi oldukça yüksek bir düzeye çıkmıştır. Bu düzeydeki bir artış genelde seçim öncesi ve seçim döneminde gözlemlenen bir artış eğilimine benzeri nedeniyle dikkat çekmektedir.

## II. Türkiye Sağlık Harcamalarına Karşılaştırmalı Bir Bakış

Sağlık harcamalarının son beş yıllık dönemde ortalama % 60'ının SGK tarafından yapılıyor olması eğitim gibi diğer sektörlerden farklı olarak harcamaların ağırlıklı olarak bütçe dışında gerçekleşmesine neden olmuştur. Bu yapının devamında yeni SGK yasa-sının da uygulamasıyla 2010 yılında toplam kamu sağlık kaynaklarının % 67'sinin SGK tarafından kullanılması beklenmektedir.

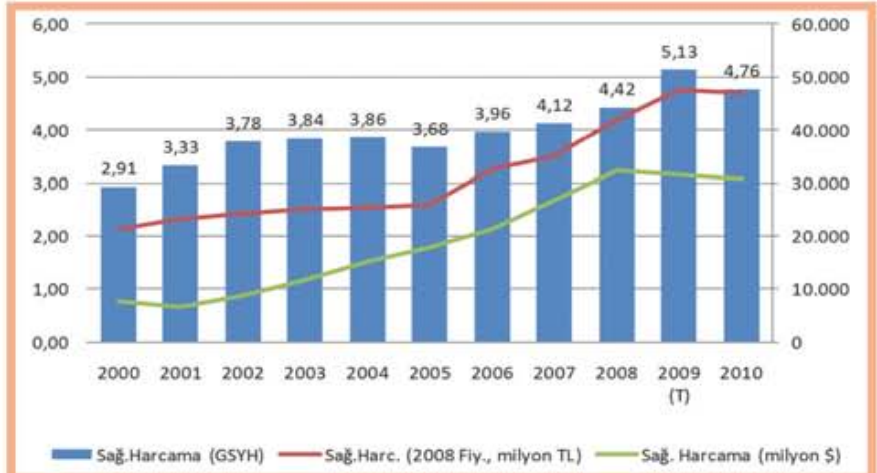
2009 yılında Türkiye'de toplam kamu sağlık harcamaları 48,6 milyar TL düzeyinde gerçekleşmiştir (31,4 milyar ABD doları), GSYİH'ya oran olarak sağlık harcamaları % 5,1 düzeyine çıkmıştır. 2010 yılında kamu sağlık harcamalarının 49 milyar TL'ye (30,6 milyar ABD doları) çıkması, GSYİH'ya oran olarak ise % 4,76 oranına düşmesi programlanmıştır.

Türkiye'de sağlık harcamaları sabit fiyatlarla 2000-2009 arasında



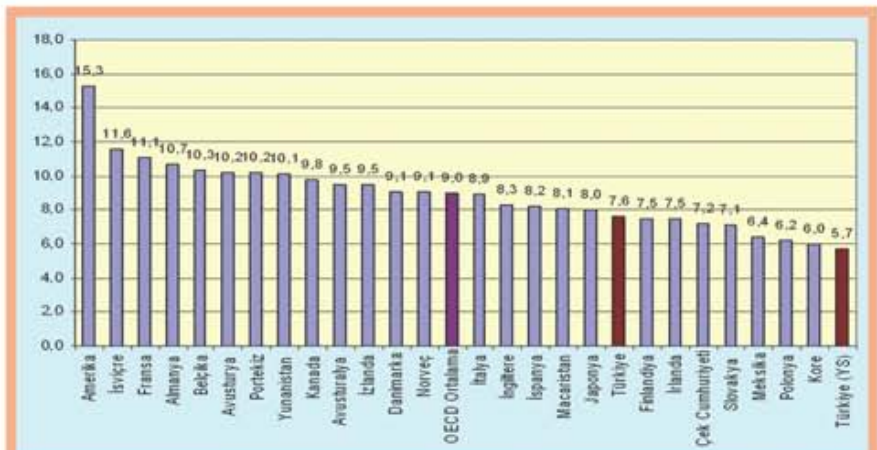
Grafik 1: 2010 Yılı Programı Kapsamında Kamu Sağlık Harcamalarının Kurumlara Göre % Dağılımı

Kaynak: Emil, Yılmaz (yakında çıkacak olan çalışma)

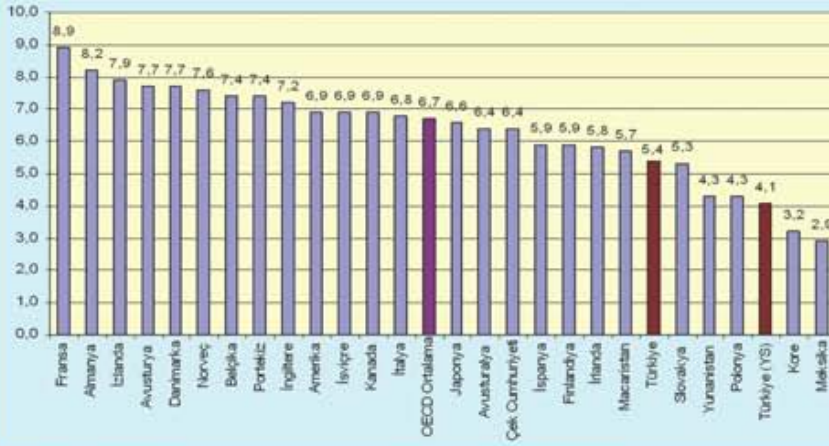


Grafik 2: Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi

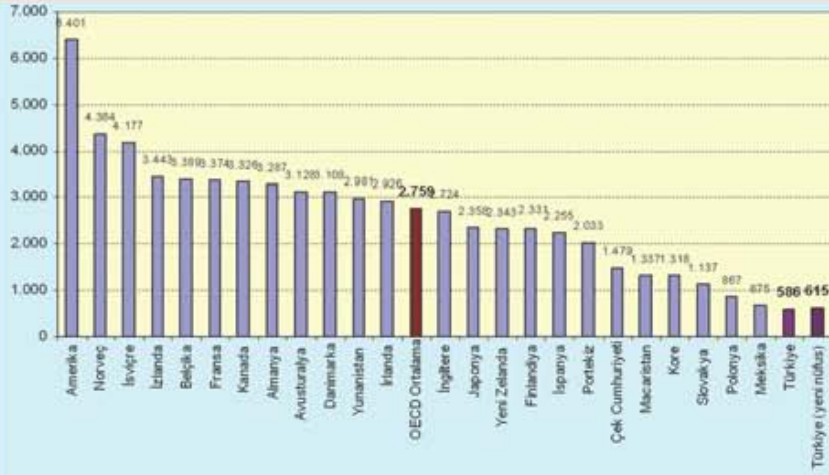
Kaynak: Emil, Yılmaz (yakında çıkacak olan çalışma)



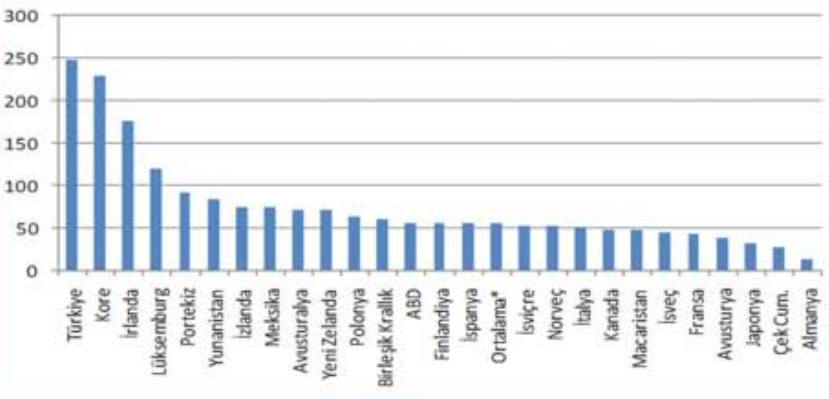
Grafik 3: OECD Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Toplam Sağlık Harcamaları (2005, % GSYH)



**Grafik 4:** OECD Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Toplam Kamu Sağlık Harcamaları (2005, % GSYİH)



**Grafik 5:** OECD Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Kişi Başına Sağlık Harcamaları (2005, ABD \$, SGP)



**Grafik 6:** OECD Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Kişi Başına Sağlık Harcamalarındaki Artış (1995-2005, ABD \$, SGP)

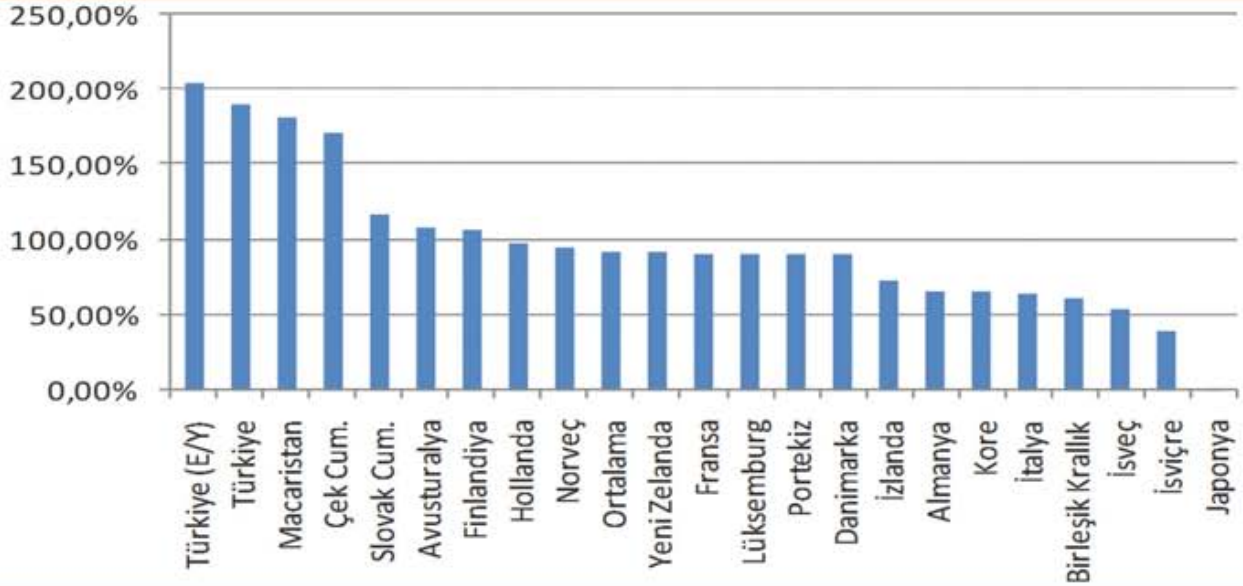
**Kaynak:** OECD Veri Tabanı (Haziran 2009); Emil, Yılmaz (yakında çıkacak olan çalışma)

%125 oranında artmıştır. Son 10 yıllık dönem için bu düzeydeki bir artış önemli bir kamu kaynağının sağlık sektöründe kullanılmaya başlandığını göstermesi açısından önemlidir.

OECD ülkeleriyle karşılaştırmalı baktığımızda Türkiye'de son dönemde yaşanan sağlık harcamalarındaki artış daha çarpıcı bir şekilde görülmektedir. Sağlık harcamaları Türkiye'de olduğu gibi dünyada da reel olarak artmaktadır. Örneğin OECD ülkelerinde 2000 yılında GSYH'ya oran olarak % 7,8 düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları 2006 yılında % 8,9'a çıkmıştır (OECD 2008). Türkiye'de bu oran % 5-6'lar düzeyinde değişmekle birlikte artış çok daha yüksek oranlardadır.

Türkiye'de kamu artı özel sektör sağlık harcamalarının 2009 yılı itibarıyla GSYİH'ya oran olarak % 6'nın (yeni GSYİH serisine göre) üzerine çıktığı tahmin edilmektedir. Bununla birlikte Türkiye hala OECD ülkeleri içinde toplam sağlık harcamaları içinde son üç ülke arasında yer almaktadır. Kamu sağlık harcamaları açısından bakıldığında 2005 yılında % 4,1, 2009 yılında ise % 5,1 oranı ile daha iyi bir noktada yer almaktadır.

Kişi başına sağlık harcamaları açısından ise Türkiye yaklaşık 600 ABD doları ile OECD ülkeleri arasında son sırada çıkmaktadır. Bununla birlikte Türkiye ekonomisinin ve nüfusunun görece büyüklüğü dikkate alındığında Türkiye birçok OECD ülkesinin üzerinde



Grafik 6: OECD Ülkeleriyle Karşılaştırmalı İlaç Harcamalarındaki Artış (2000-2005, ABD \$)  
Kaynak: OECD Veri Tabanı (Haziran 2009); Emil, Yılmaz (yakında çıkacak olan çalışma)

bir sağlık sektörü büyüklüğüne sahiptir. Başka bir ifadeyle sağlık ekonomisinin piyasa anlamında büyüklüğü açısından Türkiye farklı bir noktadadır.

Türkiye'de sağlık harcamaları son dönemde sağlığa erişimin artmasıyla birlikte reel olarak önemli oranda artmıştır. Gelecek dönemde nüfusun yaşlanmasıyla birlikte nüfus dışındaki bireysel ve çevresel risk faktörleri sağlık harcamalarının ayrıca artmasına yol açacaktır. Bu sağlığa ilişkin kaynakların etkin kullanımı açısından önemli bir konu olarak görülmektedir. Kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda kaynakların etkin ve ekonomik kullanımdan uzaklaşması gelecek dönem açısından önemli bir risk alanı olarak görülmelidir. Nitekim, OECD ülkelerinde 1995-2005 arasında kişi başı reel sağlık harcamalarında (2000 yılı SGP-Satınalma Gücü paritesi ile düzeltilmiş) artış oranı % 3,9

oranında çıkarken, bu oran Türkiye için ise %11 olarak çıkmıştır. OECD ülkeleri içinde reel olarak kişi başına harcaması en hızlı artan ülke Türkiye'dir. 2007-2009 verileri eklendiğinde artış oranları arasındaki farkın daha da artacağı tahmin edilmektedir.

Türkiye ilaca bu dönemde geçmiş dönemlerle kıyaslanmayacak düzeyde kaynak aktarmıştır. 2000'lerin başında 3-4 milyar ABD Doları düzeyinde değişen kamu ilaç harcamaları 2006 yılında 7,6 milyar ABD dolarının üzerine çıkmıştır. 2009 yılında kamu ilaç harcamalarının 10,8 milyar ABD doları düzeyinde olması tahmin edilmektedir. 2004 yılında ilaç fiyatları üzerindeki KDV indirimi de dikkate alındığında ilaç giderlerindeki artış çok daha çarpıcı olmaktadır. Bu durum Sağlık Bakanlığı'nın bütçe sunuşunda da dile getirilmiştir. Bakanlık verilerine göre Türkiye'de ilaç

tüketimi 2000'lerin başında 600 milyon kutu civarındayken bugün bu sayı yaklaşık 1,5 milyar kutuya çıkmıştır. İlaça erişimin bu düzeyde artması iyi tartışması gereken ayrı bir etkinlik ve etkililik sorunu olarak gündeme gelmektedir. Sağlık harcamalarındaki artışa paralel olarak gerek kişi başına gerekse toplam harcama düzeyi açısından OECD ülkeleri içinde ilaç harcaması en fazla artan ülkelerin başında yine bu dönemde Türkiye gelmektedir. İzleyen grafikte yer aldığı şekilde 2000-2005 döneminde OECD ülkeleri içinde ilaç harcaması en fazla artan ülke Türkiye olmuştur.

2005 sonrası dönemde ilaç harcamalarındaki artış hızını devam ettiği dikkate alındığında aşağıdaki grafikte Türkiye'nin diğer ülkelerle olan artış hızı farklılığı çok daha belirgin hale gelecektir.

## Sonuç

2010 yılında Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve bütçeden sağlığa ayrılan kaynak 2009 yılı gerçekleştirmelerine göre düşmektedir. Bu düşme esas olarak yeşil kart giderlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesinde 2010 yılında 2009 yılına göre 903 milyon TL daha düşük düzeyde belirlenmesi ile kurumların bütçelerinde yer alan yaklaşık 3 milyar TL düzeyindeki memurlara ait tedavi ve ilaç giderinin SGK tarafından 2010 yılından itibaren ödenecek olmasıdır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının finansman kurumu SGK olmaktadır. 2010 yılında program kapsamında yapılan hesaplamalar sonucunda sağlık harcamalarının % 67'sini bu kurum sağlayacaktır.

Türkiye'de sağlığa erişimin artmasıyla birlikte sağlık harcamaları da artmaktadır. Sağlığa erişimin artması sağlığa ayrılan kaynakların kullanımında kamusal anlamda bir etkinlik sorunu gündeme getirmektedir.

Türkiye açısından gelecekte sağlık sektörü açısından riski artıran faktörlerin başında nüfusun yaşlanması ile çevresel risk faktörlerinin (bulaşıcı hastalıklar, kentleşme ile gelen hastalıklar gibi) varlığı dikkate alındığında bu tespit daha önemli hale gelmektedir. Bu durumun anlamı, tedavi giderlerinin dolayısıyla özellikle kamu sağlık giderleri-

nin gelecekte artacak olmasıdır. Kamu sağlık harcamaları kamu kaynakları içinde sosyal koruma ve güvenlikten sonra % 15 pay ile çıktığı ikinci sırayı gelecekte de sürdürecektir. Bu çerçevede, Türkiye'de etkililiği mortalite, insidans, prevelance, yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi gibi göstergelerle ölçülecek uluslararası standartlara uygun bir veri altyapısı sistemi en öncelikli politika alanı olarak görülmelidir.

Sağlık harcamalarındaki artışla birlikte makul bir yönetim güvencesinin sağlanması anlamında harcamaların ve kararların kontrolüne yönelik olarak sistematik bir yapının kurulması için etkin ve riskleri kavrayan bir iç kontrol sisteminin geliştirilmesi yine gelinen noktada oldukça önemli bir konudur. Bu anlamda söz konusu kurumların (Sağlık Bakanlığı, SGK) iç kontrol eylem planlarının bu konuyu kısa ve orta vadeli hedefler içinde öncelikle kavramış ve içselleştirmiş olması önem taşımaktadır.

Örneğin yeşil kart harcamalarının Sağlık Bakanlığı bütçesinin % 40'ına yaklaştığı bir ortamda Bakanlığın iç kontrol sürecinde yeşil karta ilişkin yönetsel yapı ile birlikte denetim sisteminin bir an önce güçlendirilmesi açık bir ihtiyaçtır.

Sağlık harcamaları artarken sağlık hizmetini sunan kurumların mali yapılarında kamu sektörünün finans-

man yapısında yaşanacak olası bir bozulma ve kamunun ödeme güçlüğü içine düşmesi bir bütün olarak sağlık sektörünü olumsuz etkileyecektir. Bu bağlamda, ekonomide yaşanacak olan dalgalanmalar ve yeni tedbirlerin odağında kaçınılmaz olarak sağlık sektörü olacağı karar alıcılar ve uygulayıcılar açısından yakın dönemin bir risk alanı olarak görülmelidir.

### Kaynakça:

\*Akdağ, Recep, (2010), "Sağlık Bakanlığı 2010 Yılı Bütçe Sunum", Aralık 2009

\*Emil, Ferhat, H. Hakan Yılmaz, "Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamaları: Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", (yakında çıkacak bir çalışma)

\*Maliye Bakanlığı, Muhtelif Yılların Kamu Hesapları Bültenleri

\*OECD Veri Tabanı (Erişim tarihi, Haziran 2009)

\*TEPAV, (2009), "Ekim-Kasım Mali İzleme Raporu:210 Yılı Bütçe Değerlendirmesi"

\*Yılmaz, H. Hakan (2007), "İstikrar Programlarında Mali Uyumda Kalite Sorunu: 2000 Sonrası Dönem Türkiye Deneyimi", TEPAV Yayını

\*Yılmaz, H. Hakan, Turgay Bozoğlu, (2010), "2010 Yılı Makro Mali Çerçeve ve Maliye Politikası", Vergi Dünyası Dergisi, Ocak 2010.



# Performans Sistemi: Sorunları, Çözüm Yolları



Performansa dayalı ek ödeme sistemi Sağlıkta Dönüşüm sürecinin parçası olarak 6 yıllık bir uygulama dönemini geride bıraktı. Performansa dayalı teşvik sistemi ile sağlık çalışanlarının,

döner sermaye paylarında artış oldu. Ancak performans sistemi; getirilen ek ödeme tavan oranlarının adaletsizliğinden, puanlama kriterlerinin yanlışlarına kadar çeşitli yönlerden eleştirilmektedir.

Dergimizin 2010 yılı ilk sayısında, performansa dayalı ek ödeme sistemini ve geleceğini tartışmaya açtık. Dosyamızda çok önemli isimlerin değerli görüşlerine yer verdik.

Bu isimlerden birisi Sağlık Bakanlığı'nda Müsteşar Yardımcısı olarak Sağlıkta Dönüşüm Programının koordinatörlüğünü yürüten **Prof. Dr. Sebahattin Aydın**. Sistemin bugünü ve geleceğine ilişkin değerlendirmelerini ve sisteme yönelik eleştirileri, kendisine yönelttiğimiz sorulara verdiği cevaplar da okuyabileceksiniz.

Dosyamızda görüşlerine yer verdiğimiz bir diğer isim **Dr. Mehmet Demir**. Sağlık Bakanlığında Bakan Müşavirliği görevini yürüten Demir'in, sağlıkta dönüşüm programı kapsamında sağlıkta performans yönetimi, kalite ve hasta güvenliği konularında çalışmaları bulunuyor. Dosyamıza değerli görüşleriyle katkı sunan KTÜ Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi **Prof. Dr. Yakup Aslan** ise, Tam Gün Yasasının üniversite hastanelerinin performansı ve geleceğine etkisi konusundaki eleştirilerini sıraladı.

Performansın Performansı makalesiyle performans sisteminin üç yıllık uygulama sürecini kritize eden YÖK Üyesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi **Prof. Dr. Recep Öztürk**, dosyamıza katkı sunan bir diğer isim. Prof. Dr. Sebahattin Aydın'a yönelttiğimiz soruları, Prof. Dr. Recep Öztürk'e de yönelttik. Sağlık bilimi ve politikaları konusunda etkin ve ilkel bir yayıncılık takip eden Medimagazin Gazetesi Genel Yayın Yönetmeni **Dr. İbrahim Ersoy**'un performansın bugünü ve geleceğine ilişkin değerli görüşlerine de dosyamız içinde ulaşabileceksiniz.

Performans sistemi içinde hekim dışı sağlık çalışanlarının performansının dikkate alınmaması, bugüne kadar en çok eleştirilen konu olarak öne çıkmıştır. Bu konuda çalışmalar yürüttüğünü bildiğimiz, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı **Prof. Dr. Aytolan Yıldırım**,

Hemşirelerin çalışma koşulları ve performansı konu başlıklı makalesiyle, değerli görüşlerini dergimiz okurları ile paylaşmışlardır.



### Prof. Dr. Sebahattin AYDIN

Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

### Dr. Mehmet DEMİR

Sağlık Bakanlığı Müşaviri

### Prof. Dr. Yakup ASLAN

KTÜ Tıp Fakültesi  
Sağlık-Scn Bilim Kurulu Üyesi

### Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK

YÖK Üyesi  
Sağlık-Scn Bilim Kurulu Üyesi

### Dr. İbrahim ERSOY

Medimagazin Gazetesi Genel Yayın Yönetmeni

### Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu  
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı



# "Performans Sistemi Daha Adil Bir Yapıya Kavuşturulabilir"

**Prof. Dr. Sebahattin AYDIN**  
*Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı*

## **– Performans sisteminin sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak ve iş motivasyonunu sağlama noktasında doğru bir model olduğunu düşünüyor musunuz?**

Kamuoyunda performans sistemi diye sözü edilen uygulama aslında Sağlık Bakanlığı tarafından çalışanlarına döner sermaye gelirlerinden performans ölçümüne dayanarak yapılan bir ek ödeme modelidir. Bu modelin görünen yüzü hizmetlerin puanlanması ve ek ödemenin yapılması olmakla birlikte, hizmet sunucularını kökten etkileyen bir arka planı vardır. Kurumsal performans çalışmaları, hizmet kalite standartları, hasta ve tesis güvenliği çalışmaları gibi birçok unsur bu modelin arka planını oluşturmaktadır. Bugün devlet hastanelerinde bir değişimden söz edebiliyor-

sak, OECD tarafından örnek gösterilebiliyorsak, başka ülkelerden kendi kamu hastanelerinin iyileştirilmesi konusunda danışmanlık teklifi alabiliyorsak bütün bunlar sözünü ettiğim arka plana dayalı model sayesinde.

Şu da özellikle bilinmelidir ki; sağlık bakımında, olumsuz yan etkilere yol açmayan hiçbir ödeme sistemi henüz geliştirilebilmiş değildir. Bu yüzden her zaman eleştirilecek yönü bulunacaktır. Önemli olan belirlenen hedeflere en fazla yaklaşabilme başarısıdır.

Sağlık emekçilerinin daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde

durulmaktadır. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır:

- 1- Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak,
- 2- Daha iyi bir sağlık düzeyi (çıkıntı/akibet) elde etmek,
- 3- İyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak,
- 4- Bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek.

Performans ölçütü olarak bunların hangisi kullanılırsa kullanılsın eleştirel yaklaşımlardan kurtulabilmek mümkün değildir. Her birinin avantaj





ve dezavantajları vardır. Bu yüzden hakkaniyetli bir performans ölçümünü gerçekleştirmek istenince genellikle bu ölçütlerin bir arada değerlendirildiği karmaşık yapılar oluşturulmaktadır. İster tek başına, isterse birçoğunu bir arada barındıran karmaşık bir yapı içinde olsun, hangi performans ölçüm yöntemini kullanırsak kullanalım, uygulama esnasında cevaplanması gereken birçok soru karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki bu performans ölçütleri açısından mevcut uygulamaları değerlendirirsek, sınırlı düzeyde de olsa yukarıdaki kriterlerin kullanıldığını söyleyebiliriz. Sistemde hasta memnuniyetinin ölçümü ile alt yapının ölçümü konusunda daha fazla somut uygulamalar yer almaktadır. Ancak, süreç ölçümü son derece sınırlı kalmakta, çıktı ölçümü ise henüz yapılamamaktadır. Klinik uygulama süreçleri ve klinik çıktıların ölçümü için daha fazla çalışma yapılması ve uygulamaların bu yönde geliştirilmesi önerilebilir.

Ancak çıktıya dayalı performans ölçümünün kuramı konusunda fikir birliği olsa da, işlerliğinin tartışmalı olduğu unutulmamalıdır. Yine süreç analizinde, belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü tayin etmenin ne denli karmaşık bir yapı arz ettiği bilinmektedir. Bu yüzden uygulamada eksik gibi görünen hususların aslında çok daha tartışmalı konular olduğu unutulmamalıdır.

### **– Performans sisteminin uygulamaya geçtiği 2003 yılından bu güne değerlendirdiğinizde öngörülen hedeflerin gerçekleştiği söylenebilir mi?**

Uygulamaya konduğu 2003 yılından beri geri bildirimler ve elde edilen sonuçlar analiz edilerek sürekli geliştirilen bireysel performans göstergeleri, öncelikle sağlık hizmetlerinde takım liderliği görevi üstlenen hekimler tarafından gerçekleştirilen ve doğrudan emeğe bağlı hizmetlerin ölçümüne dayanmaktadır. Bunun yanında, hastane enfeksiyon kontrolü, klinik içi eğitim ve bilimsel çalışmalar ayrıca performans göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında performans uygulamasında bazı koruyucu sağlık ölçütlerine özellikle ağırlık verilmiştir.

Nicelik olarak ölçülebilen bireysel performans ölçütleri değerlendirilirken, kurumların kendi aralarında derecelendirilmesi veya çalışanlara ücret olarak yansımada, çalıştıkları kurumun amaçlarını gerçekleştirme başarısı önemli bir yer tutmaktadır. Bu

yüzden öncelikle kurumun hizmetlerini kayıt altına alarak belgelemesi, ödül kaynaklarını üretmesi, satın almalarda ve sarf kullanımında yeterli verimlilik ve tasarrufu gözetmesi, yani akılcı bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde bütün çalışanlar olumsuz etkilenecektir. Bunun yanında "kurumsal performans" tanımı ile Bakanlığın koyduğu hedeflerin gerçekleştirilme oranı da sonucu belirleyici önemli bir faktördür. Kısacası çalışanların performansının yüksek olması için, hastalara hekim seçme hakkının sağlanmış olması, hastane ortamının, altyapı ve fizik şartlarının belli kriterleri karşılayacak düzeye çıkarılması, sağlık hizmet sürecinde belli uluslararası kalite kriterlerinin yerine getirilmesi, hasta memnuniyetinin sağlanmış olması ve Bakanlığın güncellediği hedeflerin yerine getirilmiş olması gerekmektedir.

Bu hedeflerin hepsinde ideal düzeye ulaşıldığını iddia etmek mümkün değildir. Böyle bir beklenti içinde de olamayız. Ancak geçtiğimiz bu süreç içindeki değişimleri ve gelişmeleri hep birlikte yaşadık. Kim 2003 öncesine dönmek ister? Bu konuya ilgisi olanların, dışarıdan bir gözlemci olan OECD uzmanlarının Türkiye sağlık sistemine ilişkin raporuna göz atmasını öneririm.

### **– 6 yıllık süreç, sistemin gelecekte uygulanabilirliği konusunda ne tür işaretler vermektedir? Sistemin geleceğine ilişkin kanaatiniz nedir?**

Sağlık Bakanlığının bu uygulama



ması birçok örnekten etkilenmiş olsa da, kendine has kuralları olan özgün bir model haline gelmiştir. Başlangıçta uygulanabilirliği, uygulama başladığında sürdürülebilirliği konusunda çok yoğun tartışmalar yürütülmüştür. Bu ülkede 6 yıl kesintisiz sürdürülen ekonomik politikaların bile var olduğunu iddia etmek çok kolay değilken, 6 yıldır sürdürülen bir modelden söz ediyoruz. Bu bile modelin ne kadar yerleştiğini göstermektedir.

Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp belirlenen "başarı ölçütlerine" göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği artırmasının yanında "kurumsal performans kriterleri" ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarının idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır. Zira bu sistem, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek bireylerin oluşturdukları değeri bu ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektedir.

Ancak süreçte karar vericiler ile kurumların, kurumlar ile çalışanların amaç ve hedeflerinin ayrıştığı noktalar ve dönemler olabilir. Bu durum, sistemin revizyonunu gerektirebileceği gibi ortadan kaldırılmasını da zorunlu kılabilir. Bu hedef ve amaçları keşişti-

rebildiğimiz ve süreç içinde sapmaları durdurabildiğimiz ve daha fazla hakka niyete doğru yönlendirmeler ve değişiklikler yapabildiğimiz oranda devam edecektir.

### **– Performans uygulamalarının tecrübe edildiği dönem ele alındığında, meslek etiği açısından sorunlar doğurduğu düşüncesine katılıyor musunuz?**

Performans uygulamaları bir teşvik modelidir. Hem kolaylaştırıcaksınız hem de insanları oraya doğru teşvik edeceksiniz. Kendi haline bıraktığınızda o bozulma eğiliminde olan davranış biçimleri bu süreçte daha iyiye doğru gitme eğiliminde olacak. Böyle bir teşvik mekanizması oluşturmamız lazım.

Teşvik konusu en çok tartışılan hususlardan biridir bu alanda. Etik davranışı, etik kavramları ulaşılabilen değil de ulaşılması hedeflenen bir kavram gibi gören anlayışlar, yani daha somut değil soyut gören anlayışlar etiğe dokunduramazlar. Bu anlayışa göre o çok dokunulmazdır, kimse el değemez; el değemeyeceğiniz için de erişemezsiniz zaten. Onun için teşvikler hep itibar olmalıdır, şan olmalıdır, şöhrat olmalıdır. Asla maddi olmamalıdır. Zira maddi teşvikin içine girdiği yapı kokuşmaya, bozulmaya meyillidir. Bu anlayışa göre maddi teşvikler etik değerlere zarar vermektedir. Bu

iddialarını güçlendirecek mikro düzeyde örnekler de verirler. Gerçek hayatta her zaman barışmasa da, kendi içinde tutarlı gibi görünen bu anlayış, bu bakış açısı savunulmaktadır. Rekabet ortamında baktığımız zaman bu çelişkiyi görürüz. Halbuki, en maddiyattan uzak zannedilen teşvik bile aslında dolaylı olarak maddi bir teşvikle bağlantılıdır. Ben mutlaka maddi bir teşvik olmalıdır demiyorum ama maddi teşvike karşı çıkan anlayışın aslında bir kısır döngü içine girdiğini vurgulamak için bunu söylüyorum. Her ne yöntem bulursanız bulun lütfen bir teşvik unsuru mutlaka uygulayınız; hem kuruma hem de çalışanlarına.

İşte bizim uygulamamızda bu teşviklerin duyurulması bile süreçte hastanelerimize büyük bir hareketlilik kazandırdı. Herkes birbirini eleştirmeye, diğerinin yaptığı işi gözlemlemeye başladı ve ciddi bir kayıt tutma kapasitesi geliştirildi. Bugüne kadar kimin neyi ne miktarda ve ne derece etik yaptığı sorgulanmaz ve rapor edilmezken şimdi bütün bunlar anlatılır yazılır ve rapor edilir oldu. Bütün buna rağmen kişisel



çıkarlarını ön plana alarak teşviki etik dışı davranışına gerekçe olarak kullanılanların olmadığını söyleyebilmemiz mümkün mü? Tabii değil. Bu gibiler dün de muayenehanede, hastanede, poliklinikte, serviste görünür ve görünmez alanlarda etik dışı yollarla çıkar gözetimini yapıyorlardı; bugün de yapıyorlardır. Ancak bugün daha fazla takip ediliyorlar ve daha fazla deşifre oluyorlar. Ancak bu kesimin sağlık çalışanları içinde çok yer tutmadığına inanıyorum. Aksini düşünmek fedakarça çalışan yüzbinlerce sağlık çalışanına haksızlık etmek, iftira atmak olurdu.

Bütün o elimizdeki ölçülebilir zannedilen ölçütlerin dışında çok önemli evrensel bir ölçüt daha var. Onu hiç göz ardı etmememiz lazım; bu esas önemli ölçütü kullanabilmemizin ön şartı kendi yaptığımız işi sorgulamamızdır. Herkes kendi bulunduğu pozisyondaki işi sorgulamalıdır. Yönetici, yöneticilik pozisyonunda, sağlık profesyoneli kendi pozisyonunda, doktoru hemşiresi kendi pozisyonunda yaptıkları işi sorgulamalıdır. Hangi girdileri, çıktıları hangi yöntemle analiz ederseniz edin, bu evrensel ölçüte ihtiyacımız vardır.

Bu ölçüt bizim kendi gelişmişlik düzeyimizle, bireysel gelişmişlik düzeyimizle çok yakından ilgilidir. Gece işten eve dönüp başımızı yastığıımıza koyduğumuzda "huzur içinde uyuyabilirim" diyebiliyorsak, aslında o günkü en önemli performans ölçütümüz devrededir. Bütün sağlık çalışanlarımızı öncelikle bu evrensel ölçütlere uygun olan insanlar olarak yetiştirmeliyiz. Aksi takdirde hangi modeli uygularsak uygulayalım sorgulayacağız ve sorgulanacağız.

### **– Sistemin ölçme kriterleri ve puanlama yöntemi açısından adaletsizlikler içerdiği yorumları yapılmaktadır. Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?**

Sağlıkta performans yönetiminde önemli bir araç haline gelen performansla göre ödeme yöntemi, diğer dinamiklerden bağımsız bir sistem gibi ele alınırsa, sağlık hizmetlerinde erişimde adaletin sağlanması, kalite arayışı ve maliyet kontrolü gibi sağlığa yönelik politika yapımcılarının ana gündem maddelerinin ağır yükünün yeterince kaldırılamayacağı görülebilir. Sağlık bakım hizmetlerinde önemli olan bir-

çok günlük rutin işler ile belirlenen hedeflerle doğrudan ilişkili olmayan başarılar performans ölçütleri içine alınamayacaktır. Bu açıdan sistemi iyileştirmeyi bir bütün içinde değerlendirmek ve performans ölçümü ve buna göre ödüllendirme yöntemi-

mini tek başına çözüm yerine, önemli araçlardan biri olarak görmek daha gerçekçi bir yaklaşımdır.

Böyle bir kısıtlılık içinde mutlak adaleti tesis edebilecek bir puanlandırma ve ölçüm yöntemi oluşturmayı hayal etmek doğru olamaz. Yani her halükarda sistemin kısıtlılıkları ve hatalı yerlerinin olabileceğini kabul ederek daha iyiye doğru geliştirmek zorundayız. Başlangıçta bu sistemdeki puanlamalar uluslararası örneklerden uyarlanarak hazırlandı. Ancak süreç içinde aynı hizmetlerin bir kısmının bizim ülkemizdeki algısı, kabulü, hizmet ve maliyet yükü ile riskinin örnek alınan uluslararası kabul görmüş ölçütlerden ayrıştığı gözlemlendi. Bu yüzden Bakanlık, öncesinde sistematik bir elektronik haberleşme, ardından yüzü aşkın meslektaşımızın katılımıyla gerçekleştirdiği çalıştay sonucunda bütün puanları yeniden gözden geçiren bir çalışma yapılmıştır. Henüz bu çalışmaların sonuçları uygulamaya yansımada. Ancak yine de şunu itiraf edeyim ki, herkesi memnun edebilecek bir puanlama gerçek adil olmayacaktır. Ortaya ne çıkarsa çıksın, mutlak adaletli olmayacak ve herkesi memnun etmeyecektir. Önemli olan bugünden daha iyisini yapabilmektir.

### **– Performans sistemi içinde hekim dışı personelin emeğinin ayrı olarak ele alınması ve performansla tabi olmaması konusunda ne düşünüyorsunuz?**

Bugünkü kayıt sistemimiz içinde hekim dışı sağlık personelinin hizmetlerinin ölçümü ve kaydı yeterince yapı-





lamamaktadır. Büyük risk alınarak ve fedakarca yapılan hizmetlerin birçoğu yeterince tanımlanmış bile değildir. Dolayısıyla bu hizmetlerin kayıt altına alınabilecek şekilde kodlanması ve puanlanması kısa sürede ve yakın gelecekte çok kolay görünmüyor. Bugünkü haliyle puanlama yapılabilen hizmetlerle yola çıkılırsa bu meslek gruplarımızın emeklerinin çoğu kayıt altına alınamayacak ve bunlara haksızlık edilmiş olacaktır. Uzun vadede sağlık için yapılan bütün hizmet kalemleri tek tek tanımlanabilir ve ölçülebilir hale getirilirse bunların kodlanması ve puanlanması mümkün olacaktır. Aksi takdirde subjektif kanıya dayalı puanlamalar yapmak gerekecek ki, bu kaosa yol açar; sistemin güvenilirliğini tartışmaya açar ve hatta sürdürülebilirliğini engeller.

Bu yüzden sistem, doktorun diğer sağlık çalışanları ile birlikte gerçekleştirdiği ve kayıt altına aldığı işlemlerin puanlamasına dayalı olarak geliştirilmiş ve takım lideri olarak kabul edilerek onun üzerine kaydedilmiştir. Sonuçta doktor adına kaydedilen puan aslında takımın puanıdır ve bu takımda yer alan bütün çalışanlar o puana oranlı olarak teşvik almaktadır. Yani bu hizmetler doktor puanı olarak değil, "sağlık hizmeti puanı" olarak kaydedilebilir ve bu toplam puan takımda görev alanlar tarafından paylaşılabilir. Belki bu daha doğru olur ve bu tür tartışmalara yol açmazdı. Ancak sistemin detaylarını iyi bilen biri olarak ifade edeyim ki, değişen sadece terminoloji olur, sonuç olmazdı.

Belki bu noktada meslek grup-

ları arasında paylaşılan ek ödeme oranlarının ne kadar hakkaniyetli olduğu tartışmaya açılabilir. Doktor dışı sağlık personelinin ve tabii aynı zamanda idari personelin günün şartlarına göre doktorlarla daha kıyaslanabilir bir ek ödeme almasını sağlayacak tartışma başlatılabilir. Bu tür beklentilere yardımcı olacak olan doktor dışı sağlık personelinin ayrıca puan alması değil, farklı meslek grupları için uygulanan

**Bugünkü kayıt sistemimiz içinde hekim dışı sağlık personelinin hizmetlerinin ölçümü ve kaydı yeterince yapılamamaktadır. Büyük risk alınarak ve fedakarca yapılan hizmetlerin bir çoğu yeterince tanımlanmış bile değildir. Dolayısıyla bu hizmetlerin kayıt altına alınabilecek şekilde kodlanması ve puanlanması kısa sürede ve yakın gelecekte çok kolay görünmüyor. Bugünkü haliyle puanlama yapılabilen hizmetlerle yola çıkılırsa bu meslek gruplarımızın emeklerinin çoğu kayıt altına alınamayacak ve bunlara haksızlık edilmiş olacaktır.**

kat sayıların ve yasa ile belirlenmiş olan tavanların değişmesidir.

### **-Tam Gün Yasası'nın performans sistemine etkileri ne olabilir?**

Tam Gün Yasasının devlet hastanelerindeki yansıması fark bile edilmeyecek derecede önemsiz olacaktır. Belki az sayıda doktorumuzun ayrılmasına ve yine az sayıda doktorumuzun hastanesine daha fazla sahiplenmesine yol açacaktır. Üç büyük ilimizdeki eğitim hastanelerinde doktor dışı personel etkilenmezken bilhassa klinik şefleri ve bazı uzman doktorlarımızın hayatı büyük oranda etkilenecektir. Bu meslektaşlarımız sağlıkta performans yönetimi ve performansa göre ödeme sistemini daha yakından incelemek, anlamak ve hatta geliştirmek ihtiyacı duyacaklardır. Anadolu üniversiteleri süreçten ya hiç etkilenmeyecek ya da olumlu etkilenecek ancak yine üç büyük ilimizdeki üniversite hastaneleri için yeni ve sıkıntılı bir dönem başlayacaktır. Belki bu dönem onlar için var olmanın bir gerekçesi haline gelir.

### **- Yürürlüğe girecek olan Yönetici Mali Performansı Yönergesi hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?**

Bugüne kadar uygulanan sistem işletme dinamiklerini gözetse de, yöneticileri bu konuda fazla sorumlu hale getirmemekteydi. Bu değişiklikte birlikte yöneticilerimiz daha fazla ayakları üzerinde durma sorumluluğu taşıyan hastaneler oluşturma gayreti içine gireceklerdir diye umuyorum.

# Sağlıkta Performansa Göre Ödeme Sistemi, Sorunlar ve Çözümler

**Dr. Mehmet DEMİR**  
*Sağlık Bakanı Danışmanı*

Sağlık alanına yönelik uygulamaya konulan reform çalışmalarının önemli konu başlıklarından birisi kamu sağlık çalışanlarına emeklerinin karşılığında yapılan ödemeler olmuştur. Neredeyse 25 yıldır parçalı olarak sürdürülmeye çalışılan reform çalışmalarının

sonucusu ve bütüncül sağlık reformu olarak nitelendirebileceğimiz "Sağlıkta Dönüşüm Programı" öncesinde, sağlık insan gücünün, özellikle hekimlerin kamudaki verimsizliği ile sağlık çalışanlarının ücretler konusundaki sorunları ve memnuniyetsizlikleri, politika yapıcılar

sağlık çalışanlarına yönelik yeni ödeme yöntemi arayışına itmiştir.

Ülkemizdeki kamu maaş rejiminin tarihsel gelişimi ve farklı alanlarda çalışan kamu personelinin ücretlerinin belirlenmesindeki girift mekanizma





yeni yöntemlerin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Ne dün ne de bugün sadece kamu sağlık çalışanlarına yönelik anlamlı bir "maaş" iyileştirilmesi çok da mümkün görülmemektedir. Bu açıdan sadece maaşlara yönelik bir düzenleme gerçekçi görülmemiş reformcu ve yeni bir yöntem ortaya konmuştur. Bu konuda geçmiş yıllara yönelik bir değerlendirme yaptığımızda, 1980 ihtilalinin sadece ülkeyi geri götürmekle kalmadığını aynı zamanda sağlık çalışanlarının ücretlerine de darbe indirdiğini söyleyebiliriz. Sonraki yıllarda ise kamu arenasının zayıflatılmış bir unsuru haline getirilen sağlık çalışanlarının hak ettiklerinin verilmesi de zaten beklenemezdi. Sağlık çalışanlarının lokomotifini sayılabilecek meslek grubu olan hekimlere yönelik verilen sözde bazı "haklar" ise kayıt dışı bir ödeme mekanizmasının oluşmasına neden olurken aynı zamanda sağlık alanını da dejenere etmiştir. 2003 öncesi ne tuhaf ki sağlık çalışanları da dahil olmak üzere herkes tarafından kanıksanmış olan düşük kamu maaşı ve kayıt dışı gelir şeklinde bir ödeme yöntemi oluşmuştur.

Çalışma hayatına yönelik literatür incelendiğinde çalışanlara ödeme yapmanın niteliği gereği siyasi bir konu olduğu görülüyor. Özel sektörü de içine alacak şekilde bu ifadeyi genişletecek olursak "çalışana ödeme" yönetsel bir mevzudur. Bu çerçevede, sağlıktaki teknik maliyetler dışındaki ücretlerin yönetimin kararı olduğunun farkına varmak önemli bir nokta.

Sağlık alanında çalışanlara

ödeme yapmak için pek çok mekanizma var. Uluslararası tecrübe incelendiğinde, tek başına kullanıldıklarında, verimlilik açısından en kötü seçeneklerin, hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme ve sabit maaş olduğunu gösteriyor. Bunların en kötüsü ise sabit maaş.

**Ülkemizdeki kamu maaş rejiminin tarihsel gelişimi ve farklı alanlarda çalışan kamu personelinin ücretlerindeki belirlenmesindeki girift mekanizma yeni yöntemlerin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır. Ne dün ne de bugün sadece kamu sağlık çalışanlarına yönelik anlamlı bir "maaş" iyileştirilmesi çok da mümkün görülmemektedir.**

Aslında, tüm bunların pozitif ve negatif yönleri olduğunu görüyoruz. Dünyanın hemen her yerinde sağlık çalışanlarının çalışma ortamından, düzenlemelerden ve ödemelerden memnun olmadıkları da görülüyor. Bu yüzden "mükemmel bir sistem yoktur" demek yanlış olmayacaktır.

"Ülkemizde ne tür seçenekler değerlendirilmiştir?" sorusuna yanıt verecek olursak; ülkemizin tercihi, 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı kitapçığında "Atanmış statik yöneticilikten performans yönetimine geçmek zorundayız. Performans göstergeleri belirlenecek ve performansla bağlı ödeme sistemleri geliştirilecektir" şeklinde ifade edilerek istikameti belirlenmiştir. Böylece, 2003 yılında sistemin teorik altyapısı kurularak, performans modeli geliştirilmiş. 10 hastane ve bir sağlık müdürlüğünde ilk pilot çalışmalar yapılmıştır. Pilot çalışmalar sonucunda elde edilen veriler değerlendirilerek mevzuata son şekli verilmiş ve 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde sistem uygulanmaya başlamıştır.

Sistemi isimlendirecek olursak, sabit maaş ve performans ücreti kavramlarını içeren "performansa dayalı ödeme" doğru tanım olacaktır. "Performansa dayalı ödeme" hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak tanımlanabilir. Değişmeyen sabit maaşa ilave olarak verilen değişken yüksek performans ücreti çalışmayı teşvik eden önemli bir araç olmuştur. Sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından ise bu ödeme modeli "performans yönetimi" sisteminin bir parçası olarak ifade etmek gerekir. Kamuya oranla daha verimli kabul edilen özel sektörün kullandığı bu metotları yeni kamu yönetimi anlayışı içinde kullanılması gerekmiyor muydu? Yeni kamu yönetimi anlayışı özel sektörde başarıyla uygulanan değer, yöntem ve tekniklerin kamu sektörüne aktarılmasını savunmakta. Bu



doğrultuda, kamu sağlık kurumlarında hasta odaklılık, toplam kalite yönetimi, stratejik yönetim ve performans yönetimi gibi uygulamalara geçilmesi gerekiyor. Bu değerlendirme çerçevesinde altı yıl önce ülkemizin kamu sağlık alanında çalışanlara yönelik ödeme konusunda doğru modeli tercih ettiğini ifade edebiliriz. Bu tespitin ulusal ve uluslararası kuruluşların raporlarında da teyit edildiği görüyoruz.

Sistemin ilk yılı olmasına rağmen 2004 yılı kaynakların etkin kullanım ödülü bu sisteme istinaden Sağlık Bakanlığına verilmiştir. OECD'nin 2009 yılı Türkiye sağlık sistemi inceleme raporunda da "Aslında diğer ülkelerin Türkiye'deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini artırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda, öğrenebileceği pek çok şey olabilir" denilmektedir. Ayrıca ülkemizin geliştirdiği bu ödeme modeli Makedonya tarafından kullanılmaya başlamıştır. KKTC'de ise modelin kullanılması konusunda mev-

zuat çalışmalarında son aşamaya gelinmiştir. Son olarak Filipinler'in modeline ilgi duyduğu görülmektedir.

Ülkemizde uygulanmakta olan modelin başarısı ve özgünlüğü, modelin teorik çerçevesi, teknik düzenlemeleri ve kapsamlı kurallarından kaynaklanmaktadır. Sistem dinamik bir şekilde günün şartlarına, yeni ortaya çıkan sorunlara, verilere, sağlık sistemindeki gelişmelere, yönetim stratejilerine, sağlık personelinin taleplerine istinaden revize edilmiş ve bu şekilde gelişerek bugüne gelmiştir. Bu dinamik yapısı modeli başarılı kılmaktadır. Başlangıçta Sağlık Bakanlığı'nın stratejik amaçlarına yönelik kullandığı bir araç iken, model, kapsamı, uygulanışı, mali boyutu, sonuçları ve özgün modellemesi itibarıyla değerlendirildiğinde sadece bir araç olmaktan öte sistemin önemli bir müstakil parçası haline gelmiştir. Bugün geldiğimiz noktada, belki de daha iddialı bir ifade ile; sağlık sistemini daha iyiye doğru sürükleyen, motive eden ve sistemin sorunlarının çözümünde gü-

venilir bir güç haline gelmiştir.

Altıncı yılını dolduran bu modelin sorunları da yok değil. Zira, "hiç sorunu yok" demek doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Mevcut sorunlara yönelik geliştirilen çözümler yeni sorunları ortaya çıkarabiliyor. Çözümler daha önce hiç zikredilmeyen yeni beklentilere ve taleplere neden olabiliyor. Mevcut çözüm yöntemlerini daha iyisi ile ikame etme çabası sürekli devam ediyor.

Uygulamanın kamuda sadece Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmasından dolayı üniversitelere bağlı hastanelerde çalışanların bir mağduriyeti söz konusu. Buralarda çalışan sağlık personeli Sağlık Bakanlığı hastanesinde çalışan benzer meslektaşından düşük bir gelire sahip. Hatta bazı hocalarımız mezun ettiği asistanının yanı başındaki devlet hastanesinde göreve başlayarak yüksek performans ücreti aldığından bahisle tepkilerini dile getiriyor. Tam Gün Yasasının hayata geçmesi ve performansa dayalı ücretlendirme uygulamasının kamu sağlık sektörüne genelleştirilmesi ile birlikte bu sorun çözüme kavuşmuş olacaktır. Böylelikle, kamuda çalışan tüm sağlık personeli kurum farkı gözetmeden benzer model çerçevesinde ödeme alabileceklerdir.

Yapılacak düzenlemenin, verilecek çok önemli bir hak olduğunu düşünüyoruz. Sistemin uygulanmasından bu güne kadar hem baz maaş artışına hem de hastanelerin verimliliğine bağlı olarak ortalama performans ücretleri sürekli artış göstermiştir. Mesai sonrası ek performans ücreti ise, çalışanla-



rin ortalama gelirlerinde normal artışın üzerinde bir artış meydana getirecektir.

Bugüne değin yaşanan diğer bir sorun ise, kamuda çalışan uzman hekimlerin toplam gelirleri içindeki sabit maaşlarının düşük olmasıdır. Yine Tam Gün Yasasıyla birlikte bu sorun da çözülmüş olacak. Toplam gelir içinde sabit maaşın oranı tavan kazanç çerçevesinde değerlendirildiğinde %19'dan, %26'ya çıkmaktadır. 2009 yılının ilk altı ayındaki ortalamalar çerçevesinde değerlendirildiğinde ise %26'dan, yüzde 37'ye çıkmaktadır.

Diğer bir önemli sorun olan, performans ücretlerinin emekliliğe yansıtılması konusunda ise kısmi bir çözüm oluşturulmuştur. Yeni göreve başlayan bir uzman hekim emekli olduğunda yapılan iyileştirme ile 2 kat daha fazla emekli maaşı alabilecektir. Ancak, bu konuda henüz ve maalesef tam kapsamlı bir çözüm gerçekleştirilememiştir.

Öte yandan, performans puanları ile ilgili sorunların çözümü ve uzmanlık branşlarının öneri ve taleplerinin değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığınca bir süredir yapılan çalışmaların sonuna yaklaşılmıştır. Bu çalışmalarda performans puanları yeniden gözden geçirilmiş, işlemlerin kural ve puanlarının değiştirilmesi için referans alınacak bir rapor oluşturulmuştur. Bu çalışmada tüm işlemlerin, işlemin riskine, süresine ve emek yoğunluk derecesine göre bir değerlendirilmesi yapılmış, girişimsel işlemleri yapan hekimler tarafından işlemin raporlanması aşamasında ortaya çıkan hataların en

aza indirilmesi için alınması gereken tedbirler tespit edilmiştir.

Bilindiği üzere, 2010 yılında aile hekimliği sistemi tüm illerde uygulamaya başlayacaktır. Bu çerçevede, birinci basamak ile ikinci basamakta çalışan personel arasındaki performans ücretlerindeki farklılıklarının giderilmesi daha kolaylaşacaktır. Aile hekimliği sistemi dışında yer alacak olan toplum sağlığı merkezlerinde çalışanlar ile il sağlık müdürlüğünde çalışan personele yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu birimlerde çalışan personelin performans ücretinin kaynağının iyileştirilmesi ve idari ve toplum sağlığı performans ölçütlerinin geliştirilmesi çalışmaları devam etmektedir. Birinci basamakta aile hekimliği sistemine tam olarak geçilmesi ile birlikte geride kalan personel açısından yeni düzenlemeler bu konudaki sorunların çözümünü kolaylaştıracaktır.

Performansa dayalı ödemenin finansmanının devam edip edemeyeceği bazı çevreler tarafından hep bir

sorun olarak zikredilmiştir. Geride kalan altı yıla baktığımızda bu ödemelerin aynı maaş gibi düzenli ödendiği görülmektedir. Sonraki yıllar içinde finansman sorunu olmayacağına dair bir çok kanıt bulunmaktadır. Global bütçe ile finanse edilen Sağlık Bakanlığı hastanelerinin 2010 yılı bütçesi kesinleşmiş ve performans ödemeleri için gerekli kaynak garanti altına alınmıştır. Aynı şekilde 2011 ve 2012 tahmini bütçeleri konusunda da ödeyici kurumlarla mutabakata varılmıştır. Diğer taraftan, ödeme konusundaki yasal mevzuat başlı başına bir garantiyi sağlamaktadır.

Sistemin burada daha çok sağlık çalışanlarına bakan yönü değerlendirilmeye çalışılmıştır. Çalışanlar dışında, modelin vatandaşa ve yönetime bakan taraflarını ayrıca değerlendirmek gerekir. Sonuç olarak modeli bir bütün olarak değerlendirdiğimizde, çalışanlara ve vatandaşa yönelik güzel sonuçları ve çözülen ve çözülemeyen sorunlarıyla da birlikte doğru yolda olduğunu düşünüyoruz.





# Tam Gün Yasası ve Tıp Fakülteleri

**Prof. Dr. Yakup ASLAN**

*KTÜ Tıp Fakültesi,  
Pediatri ABD, Neonatoloji Bilim Dalı*



Tam gün Yasası 110 bini hekim olmak üzere 400 bin civarında sağlık çalışanını ilgilendirmektedir. Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep Akdağ'ın ifade ettiği gibi sadece 1200 öğretim üyesini etkilememektedir. Ancak, bu yasadaki en çok tıp fakülteleri etkileneceği için, en büyük itirazı öğretim üyeleri yapmaktadırlar. Yasanın tıp fakülteleri dışındaki kamu kuruluşlarında çalışan sağlık personeline etkileri ile ilgili çeşitli yazılar yazıldı. Ben burada ağırlıklı olarak tıp fakültelerinde çalışan sağlık personeline etkilerini ele alacağım.

Öncelikle şunu belirtmek gerekir. Hekimlerin çok büyük bir kesimi tam gün çalışmaya değil, tasarımın bu hali ile yasallaşmasına karşıdır. Zira, şu anda hekimlerin %80'e yakın bölümü tam gün çalışmaktadır. O halde hekimler yasaya neden itiraz etmektedirler?



Yaptığım mülakat ve incelemelerden elde ettiğim bilgilerden hareketle, özellikle tıp fakültelerinde çalışan sağlık personelinin endişe ettiği bazı noktaları kısaca şöyle özetleyebilirim:

### **1. Doktor seçme hakkı gerçekçi mi, isteyen herkes öğretim üyesine muayene olabilecek mi?**

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ demeçlerinde "Bir hasta üniversite hastanesine gittiğinde hastalığı ile ilgilenmesi için para vermeden doktora ulaşabilecek. Tam günle, sadece parası olanlara değil, parası olmayanlara da hekim seçme hakkı getiriyoruz. Batılı üniversitelerde bir uzman olmadan doktorlar karar veremezken, Türkiye'de

yasal olmamasına karşın araştırma görevlisi ameliyat yapmaktadır. Devlet hastanelerinde ise hastaların doktor seçme hakkı fiilen uygulanmaktadır" dedi.

Üniversiteye gelen hastalara "İşte öğretim üyeleri ve asistanlar, buyurun doktorunuzu seçin" denildiğinde, acaba kaç hasta asistana muayene olmak isteyecektir? Emin olun ki, yasa evet diyen milletvekilleri dahil bütün hastalar öğretim üyesine muayene ve tedavi olmak ister. Bu durumda, bütün hastalar öğretim üyelerinin kapılarında birikmeyecek mi?

Denilebilir ki, tıp fakülteleri dışındaki kamu kurumlarında doktorlar

100'ün üzerinde hasta bakmaktadırlar, fakültelerde de bakılsın. Ancak, fakültelere başvuran hastalar genellikle diğer hastanelerde sorunları çözülemeyen karmaşık hastalar olduğu için muayene ve tedavileri uzun sürmektedir. Bu nedenle, ideal koşullarda fakülte hastanesinde çalışan bir hekimin bakabileceği hasta sayısı 15-20 civarındadır.

Sayın Bakanımız, batılı ülkelerde uzman olmadan doktorların karar vermediğinden bahsetmektedir. Ancak, o ülkelerde bir doktorun kaç hasta baktığına değinmemektedir. Kaldı ki, bizde de asistanlar çalıştıkları kliniklere ve kıdem durumuna göre baktıkları hastaların hepsini veya önemli bir kısmını hocalara konsülte etmektedirler. Asistanların ameliyat yapması konusu ise, belki çok nadiren görülen bir durum olup, bu gibi yasal olmayan işlemleri yapanları belirleyip haklarında gereken işlemlerin yapılmasına kimsenin bir itirazı olamaz.

Sonuç olarak, isteyen herkese öğretim üyesine muayene olma hakkı verilmesi, öğretim üyesine de bu hastalara bakma zorunluluğu (yasal zorlama veya maddi kaygılarla) getirilmesi, bırakın parası olmayanların muayene olmasını, paralıların dahi zamanında muayene olmasını imkansız hale getirir. Çünkü, böyle bir durumda bazı polikliniklerde aşırı hasta yükü nedeni ile şu anda var olan uzun süreli randevular, daha da artarak içinden çıkılmaz bir hal alacaktır. Ayrıca, hastalar istediğine değil, ulaşabildiği hekime muayene olmak zorunda kalacağı için, hekim seçme özgürlüğü de ortadan kalkmış olacaktır.

## 2. Sağlık hizmetinin kalitesi artacak mı?

Tam Gün Yasasının hedeflerinden birinin de "sağlık hizmetinin kalitesini artırmak" olduğu ifade edilmektedir.

Bir yandan hekime baktığı hasta veya ürettiği hizmet başına ücret öneceksiniz, diğer yandan da kaliteli hizmet bekleyeceksiniz. Bunun mümkün olmadığı aşikardır. Bazı hekimler performanstan daha fazla yararlanabilmek için, kronik hastalıklı ve pek çok sorunu olan hastalara bakmak yerine, riski ve iş yükü daha az olan hastalara bakmaya yönelecektir.

Edindiğim bilgilere göre, şu anda tıp fakülteleri dışındaki kamu kurumlarında bu sıkıntı yaşanmaya başlamıştır. Tam Gün Yasasının mevcut haliyle tıp fakültelerinde bu problem çok daha belirgin olarak yaşanacaktır. Zira, diğer kamu kuruluşlarında karmaşık ve çok sayıda problemi olan hastalar fakülte hastanelerine gönderilmektedir. Oysa, fakülte hastanesine başvuran böyle bir hastanın başka bir yere nakli mümkün olmamakta ve hekimler bu hastalara bakmak zorunda kalmaktadır.

Kısaca söylemek istediğim şudur: Bu Yasanın, kronik ve çok sayıda problemi bulunan hastaların sahihsiz kalmasına zemin hazırlaması kuvvetle muhtemeldir. Ayrıca fazla ücret almak için daha fazla sayıda hastaya bakmaya çalışan doktorun, hastalara istenilen kalitede hizmet vermesi zorlaşacaktır. Dolayısı ile yasa sağlık hizmetinin kalitesini artırmak bir yana, daha da kötü

hale gelmesine ve malpraktis vakalarının artmasına neden olacaktır. Bu nedenle ki, hekimler şimdinden meslek sigortası yaptırmaya ve sigorta şirketleri de bundan nemalanmaya başlamıştır.

## 3. Üniversitelerde eğitim kalitesi etkilenecek mi?

Sağlık Bakanımız Sayın Prof. Dr. Recep Akdağ "Öğretim üyelerinin açıklamalarına baktığımızda eğitim kötüleşir diyorlar. Bir üniversite öğretim üyesinin muayenehanesi varsa, üniversitede saat 12:00'a kadar kalıyor. Sonra muayenehanesine gidiyor. Biz diyoruz ki, hoca saat 09:00'da gelir mesaisi bitinceye kadar hastalarına bakar, üniversitede ders verir, araştırmasını yapar. Bunun neresi eğitimi bozacak. Akla ziyan bir iddia bu" dedi.

Benim gibi bir çok öğretim üyesinin muayenehanesi yoktur ve bu öğretim üyeleri bütün günlerini hastanede geçirmektedirler. Örneğin ben öğleden sonraki 2 saatlik sürede birkaç adet özel hasta bakmanın dışındaki bütün mesai süresini serviste yatan hasta vizitleri, konsültasyonlar, eğitim ve araştırma faaliyetlerine harcamaktayım. Buna rağmen, araştırma, tez ve konferans çalışmalarını yetiştirebilmek için saat 18-19'a kadar fakülteden ayrılamıyorum. Birçok meslektaşımın da bu şekilde çalıştığını biliyorum.

Öğretim üyesi olan Sağlık Bakanımızı tenzih ederek, eğitimi sadece öğrenciye ders vermekten ibaret zannedenlere, bir öğretim üyesinin eğitim ile ilgili faaliyetlerini hatırlatmak

isterim. Eğitim faaliyetlerimizin bazıları, "Öğrencilere teorik ve pratik ders vermek, asistanlara teorik ve pratik ders vermek, yan dal asistanlarına teorik ve pratik ders vermek, tez çalışmalarını organize etmek ve yürütmek, Üniversitelerarası Kurul'un görevlendirmesi ile doçentlik sınavlarına katılmak, bilimsel kongrelerde konferans vermek, Sağlık Bakanlığı'nın görevlendirmesi ile Şeflik Sınavlarına katılmak, Sağlık Bakanlığı, diğer kamu kurumları ve sivil toplum örgütlerinin düzenledikleri meslek içi veya mezuniyet sonrası eğitim programları çerçevesinde pratisyen ve uzman doktorlara teorik ve pratik ders vermek (örneğin: NRP eğitimi, ÇİLYAD eğitimi, TRK eğitimi, aile hekimliği eğitimi, enfeksiyon kontrol hemşiresi eğitimi vb) ve halkı eğitmeye yönelik konferanslardır.

Şayet bizler, yasada öngörülen çalışma koşullarına mahkum bırakılırsak, ya maddi kazancımızdan





feragat edeceğiz, ya da eğitimin bazı kısımlarını yerine getiremeyeceğiz. Mevcut durumda, fakültemiz dışındaki eğitimlere katılmak bizim için büyük bir iş yükü oluşturmaya ve hiçbir maddi getirisi olmamasına rağmen, olayın manevi yönünü hesaba katarak eğitim faaliyetlerine katkı sağlamaktayız. Bölgemizde Aile Hekimliği Uygulaması başladıktan sonra, Sağlık Bakanlığı'nın yukarıda değindiğim bazı meslek içi eğitim programlarında eğitici olarak görev yapan bazı meslektaşlarımızın maddi kaygılarla eğitim faaliyeti yerine, daha yüksek ücret ödenen aile hekimliğine yönelmeleri ve bu nedenle eğitici bulmakta zorlanmamız bunun en canlı örneğidir.

Sonuç olarak; Yasa, bu haliyle, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin ikinci, hatta üçüncü plana atılmasına neden olacak ve nitelikli hekim yetiştirme sürecini olumsuz etkileyecektir. Üniversitelerin esas görevinin eğitim ve araştırma faaliyetleri olduğu göz ardı edilmemeli ve öğretim üyeleri asli görevini ikinci plana iterek hasta bakmaya yönlendirilmemelidir. Aksi halde, bundan en büyük zararı yine ülkemiz görecektir ki, bunun vebali ağır olur.

#### **4. Yasadan kimler etkilenecek ve kimler itiraz ediyor?**

Sağlık Bakanımız Sayın Akdağ "Meclis'e sunulan Tam Gün Tasarısıyla ilgili tartışmayı üniversitelerdeki bazı öğretim üyeleri sürüklemektedir. Üniversitelerde 7 bin civarında uzman doktordan 1200'ünün muayenehanesi var. Bunlar ısrarla muayenehane yoluy-

la hastalardan para kazanmak istiyor. Yaptığımız araştırmalara göre doktorların yüzde 75'i, halkın ise yüzde 93'ü doktorların tam gün çalışmasını istiyor" dedi.

**Para kazanmanın şekli çok önemlidir. Şayet, öğretim üyesi veya başka bir kişi vatandaşı yokuşa sürerek onun parasını ahlaki olmayan zorlama yöntemlerle almaya yönelirse bu ahlaksızlık ve kanunsuzluktur ki, hepimiz bunun karşısında dururuz. Bu gibi ahlaksızlıkları, halkı eğiterek, haklarını öğreterek ve devletin denetim ve yaptırım mekanizmalarını devreye sokarak önlemek mümkündür.**

Ülkemizde, hangi meslek mensuplarının çalışma koşulları ile ilgili olarak halkın görüşüne başvurulmuş- tur ki, insan sağlığı gibi çok önemli bir konuda hekimlerin nasıl çalışılacağı halka sorulmaktadır? Örneğin siyasetler kendi mesleklerinin çalışma koşullarını halka soruyorlar mı? Ayrıca, öğretim üyelerinin bu tasarıya itirazlarını "bun-

lar ısrarla para kazanmak istiyor" diye sunar ve başka hiçbir endişeleri yoktur imajını verirsiniz, tabii ki insanlar tasarruflarınızı destekler ve karşı çıkanları kınar. Ancak, olayı bu kadar basite indirgemek kolaycı ve popülist davranmaktan başka bir şey değildir.

Hekimlerin ise hemen hiçbiri yasa tasarsının bu hali ile kanunlaşmasına taraftar değildir. Yasa şu andaki hali ile değil de, hekim haklarını gözetir bir hale getirilseydi buna hekimler neden itiraz etsin ki? Burada, hedef saptırma ve zihin bulandırma taktiği uygulanmaktadır.

Herhangi bir kişinin para kazanmak istemesinin neresi anormaldir? Ancak para kazanmanın şekli çok önemlidir. Şayet, öğretim üyesi veya başka bir kişi, vatandaşı yokuşa sürerek onun parasını ahlaki olmayan zorlama yöntemlerle almaya yönelirse bu ahlaksızlık ve kanunsuzluktur ki, hepimiz bunun karşısında dururuz. Bu gibi ahlaksızlıkları, halkı eğiterek, haklarını öğreterek ve devletin denetim ve yaptırım mekanizmalarını devreye sokarak önlemek mümkündür.

Ayrıca, hukuk, iktisat, mühendislik, mimarlık, vb diğer fakültelerdeki öğretim üyeleri özel kuruluşlarda danışmanlık, eğitmenlik ve bilirkişilik gibi ek işler yaparak yan gelirler sağlarken, neden tıp fakültesi öğretim üyelerinin ek işi olan muayenehanede çalışma hakkı elinden alınmak istenmektedir?

Sonuç olarak; yasaya itiraz, sadece muayenehanelerin kapatılma-

sına değil, itiraz edenler de sadece muayenehanesi olanlar değildir. Sayın Bakan'ın da dediği gibi öğretim üyelerinin çoğunda muayenehane yoktur ve tam gün çalışmaktadırlar. Tam gün çalışan benim gibi öğretim üyeleri de, gerek tam gün çalışmayanlara yapılmaya çalışılan haksızlık ve gerekse diğer olumsuzluklarından dolayı yasanın bu haline itiraz etmektedirler.

### 5. Muayenehaneler kapatılmak zorunda mıdır?

Şu anda bile muayenehanelerin bir çoğu kapanmış durumdadır. Ancak, üniversitemizde muayenehanesini kapatmak istemeyip deneyimlerini de öğrenci ve araştırma görevlilerine aktarmak isteyen çok değerli bilim insanlarının var olduğu da inkar edilemez. Bu öğretim üyelerinin birçoğu alanlarında ülkenin en iyileri olup, üniversitelerden ayrılmaları kanaatimce ülkemizin tıbbına zarar verir. Bu nedenle bir orta yol bulunmalı ve gerçekten kendine güvenen ve hastalar tarafından tercih edilen hekimlere imkan verilmelidir.

Ne kadar iyi idare edilseler de maalesef devlet kuruluşlarında, özel hastaneler veya muayenehanelerdeki hizmet kalitesini yakalamak mümkün değildir. Bu nedenle azımsanamayacak miktarda hasta, devlet kuruluşlarında muayene olmak istememektedir. Örneğin, biz kendi hastanemizde özel hasta bakmaktayız. Özel muayene için ücret ödeyen hastalarımızın çoğu bize "hocam sizin muayenehaneniz yok mu, burada beklemek istemiyoruz?" diye sormaktadırlar. Oysa, bölümümüzde



sadece öğretim üyelerine özel muayene için başvuran hastalara hizmet veren sekreterimiz bulunmaktadır. Buna rağmen istenilen hasta düzeni ve randevu sistemi sağlanamamaktadır. Bazı kliniklerde ise özel hasta sekreterleri dahi bulunmamaktadır. Devletimiz de konforu artırmak için sekreter veya personel sayısını daha fazla artıracak ekonomik güce sahip değildir. Bırakalım da, ekonomik durumu müsait olan kişi istediği kalitede hizmeti, bedelini ödeyerek muayenehanede alabilsin.

"Herkes eşit hizmet sunacağız" ifadesi kulağa çok hoş gelmektedir, ancak ülkemizde devletin sunduğu hizmetlerin hangisinden bütün vatandaşlar eşit olarak yararlanabilmektedir. Devletin sunduğu diğer hizmetlere bakmaya bile gerek yok, bazı hastaların ek ücret karşılığında özel odalarda yatırılması bu yasanın öngördüğü eşitlik ilkesine aykırı değil midir? Bana göre ne özel muayene olmak, ne de özel odada yat-

mak eşitlik ilkesine aykırıdır. Bu bir arz talep meselesidir.

Kanımcıca, hastayı muayenehaneye gitmeye zorlamak ne kadar yanlış ise, hekimi muayenehane kapatmaya zorlamak da o denli yanlıştır. Siz, muayenehaneyi tercih edecek olan hekime birçok kısıtlama getirecek, SGK ile anlaşma yapma ve resmi reçete yazma izni vermeyeceksiniz, sonra da "zaten muayenehanelerin çoğu kapanmıştır" diyeceksiniz. Böyle tutarsızlık olmaz. Devlet resmi kuruluşta çalışırken güvendiği hekimine, özel muayenehane açınca güvenemez mi? Güvenmelidir diyorsanız, muayenehanesinde çalışmayı tercih edecek olan hekime SGK ile anlaşma ve yazdığı reçetelere resmîyet kazandırma çok görülmemelidir.

Muayenehane, hekimle hasta arasında duygusal bir bağ oluşturmaktadır ve hekimde mesai saati dışında da hastasını sahiplenme duygusunu güç-



lendirmektedir. Muayenehaneler kapatıldığında, mesai sonrasında problemi gelişen hastalar artık gündüz muayene oldukları hekime değil, nöbetçi hekime (telefonla değil bizzat hastaneye giderek) ulaşabileceklerdir. Zira, artık hekim belli saatler içinde çalışan bir memur durumunda olacaktır.

Batılı ülkelerde, asistanların uzmanlar olmadan operasyon yapmalarını hekimlere hatırlatan Sağlık Bakanımıza, ben de, bütün dünyada çeşitli biçimlerde ofis hekimliğinin var olduğunu hatırlatmak isterim.

Ayrıca, muayenehane sadece para kazanma aracı değildir. Aynı zamanda bir sosyal aktivitedir. İlimizde muayenehanesi olan meslektaşlarımın benden daha çok kişiyi tanıdığı, onları da daha çok kişinin tanıdığına bizzat şahit olmuştum. Yani bazı hekimler bir hobi olarak bu işi yapmaktadırlar. Bu şekilde iş hayatı ve sivil toplum örgütleri ile hekimlerin diyalogları da artmaktadır. Buna da saygı duymak gerektiğine inanıyorum.

Sonuç olarak, muayenehanenin halka bir mecburiyet olarak dayatılması doğru olmadığı gibi, halkın bu seçenektan tamamen mahrum bırakılması da doğru değildir. Madem ki halka doktorunu seçme hakkı sağlanmaya çalışılıyor, bunun en dolaysız yollarından biri de muayenehaneciliğe izin verilmesidir. Devletin görevi muayenehaneciliği bitirmek değil, suiistimallere meydan vermeyecek şekilde onu denetlemek, eleştirilen yönlerini düzeltmek, ahlaka ve yasalara uygun şekilde devam et-

mesini sağlamak olmalıdır. Zira, muayenehanecilik, ancak halk istemediği zaman tamamen biter.

## 6. Yasa hekimlerin özlük haklarını nasıl etkileyecek?

Yasaya göre bir Uzman Doktor'un 8.000 TL, Klinik Şefi'nin 10.000 TL, Profesör Doktor'un 15.000 TL civarında ücret alabileceği belirtiliyor. Ancak tasarıda, devlet hastanelerindeki düşük miktar sabit döner sermaye ödemelerinin dışındaki (550-1.200 TL) bütün ödemelerin döner sermaye gelirlerinden sağlanması öngörülmektedir. Yani, bu ödemelerin hiçbir garantisi yoktur ve sağlık kurumu kâr edemezse özellikle fakültelerde çalışan hekimler sadece maaş alabileceklerdir. Üniversitede profesör olarak çalışan bir hekimin net maaşın 2650 TL civarında olduğu göz önüne alındığında tehlikenin büyüklüğü anlaşılabilir.

Şu anda devlet hastanelerinde uygulanmakta olan sistem içinde hekimlerin hiçbirinin kamuoyuna açıklanan rakamları alamadıkları ortadadır.

Üstelik, TBMM Sağlık Komisyonunda yapılan bir düzenleme ile Tam Gün Yasasında, devlet hastanelerinde çalışan doktorların döner sermaye gelirlerinin bir kısmını emekliliğe yansıtılması suretiyle maaşlarında artış sağla-

nırken, üniversitelerde çalışan doktorlar bu hakkın dışında tutularak adeta cezalandırılmıştır.

## 7. Tıp Fakülteleri ek ödeme veya performans ödemelerini yapacak bütçeye sahip mi?

Maalesef, tıp fakültelerinin hemen hepsi çok ciddi mali sıkıntılar yaşamaktadır. Kimse tıp fakültelerinin bu durumunu yönetim beceriksizliğine bağlayamaz. Zira, bunun çok değişik nedenleri var olup bunların bazıları şunlardır:

Fakülte hastanelerinin en büyük sorunu, verdikleri hizmetin maddi karşılığını alamamalarıdır. Genellikle fakülte hastanelerine komplike hastalar başvurmakta veya gönderilmektedir. Bu hastaların muayene, tetkik ve tedavi süreleri uzun ve dolayısıyla maliyetleri çok yüksek olmaktadır. Diğer hastanelerin en büyük gelir kaynakları poliklinik hizmetleri olmasına karşın, fakülte hastanelerinde polikliniklerin





çoğu zarar etmektedir. Örneğin, fakülte hastanelerinde muayene olan bir çocuk hasta için devletin ödediği paket ücret 44 TL olmasına rağmen, bizim çocuk polikliniğimizde bakılan hastaların hastanemize ortalama maliyeti 105 TL'dir. Yani polikliniğimizde muayene edilen her hastadan hastanemiz ortalama 61 TL zarar etmektedir. Oysa diğer kamu hastaneleri veya özel hastaneler komple olmayan hastalara hizmet verdikleri için onların bir çocuk hastasından aldıkları ücretin tamamına yakını (25-35 TL) kasalarında kalmaktadır. Yani, fakülte hastanelerinde hem bir hekimin bakabileceği günlük hasta sayısı düşük hem de hasta hizmetlerinin hastaneye maliyeti yüksektir.

Özellikle paket program dahilinde ücretlendirilen ameliyatlara ve yoğun bakımlar için de durum vahimdir. Yine bizim hastanemizde cerrahi müdahalelerin çoğu ya zarar etmekte ya da çok cüzi karlar sağlamaktadır. Yoğun bakımların hemen hepsine ödenen ücretler yapılan masraftan çok uzaktır ve bir kaçı hariç hepsi

zarar etmektedir. Bunun da nedeni, komplike, dışarıda uzun süre yatmış, sorunları çözülememiş, komplikasyonları ve ilaç gereksinimleri artmış hastaların bize sevk edilmesidir. Maalesef, ameliyat veya yoğun bakımlara ödenen ücretler açısından diğer hastaneler ile fakülte hastaneleri arasında bir fark bulunmamaktadır.

Devlet, tıp fakültelerinin cihaz alımlarına diğer resmi hastaneler gibi destek vermemektedir. Üniversitelere verilen ödenekler de cihaz alımı için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle fakülte hastaneleri, cihazların çoğunu kendi döner sermaye gelirleri ile satın almaktadırlar.

Fakülte hastaneleri mevcut hali ile iflasta iken ve bir çoğu personeline çok düşük rakamlardaki döner sermayeyi bile ödemekten aciz iken, yeni sistemde öngörülen performans ödemelerini yapması mümkün değildir. Nakit girdisinin en önemli kalemi olan öğretim üyesi özel muayeneleri de kaldırdığında, bırakın performans ödemelerini, hasta hizmeti için hayati önem arz eden sarf malzemelerini temin etmek bile imkansız hale gelecektir.

Gerçi Sağlık Bakanımız "Üniversitelerin döner sermaye kanunları veya ilgili mevzuatında da yeni düzenlemeler yapılması planlanmaktadır" şeklinde açıklamalar yapmıştır. Ancak şimdiye kadar bu konuda somut bir adım atıldı-

ğına şahit olmadık. Sağlık harcamalarının çok abartılı olduğu, ülke ve dünya ekonomisinin alarm verdiği ve her türlü harcamanın kısılması için çalışmaların yürütüldüğü günümüzde bu konuya çözüm getirilebilmesi çok zor gibi gözükmektedir.

O halde, en azından üniversite hastanelerinin acil malzeme ihtiyacını karşılamakta kullandığı öğretim üyesi özel muayenelerine dokunulmaması gerekmez mi? Bunun için de, "Eşitlik ilkesine aykırı olduğu için mümkün değildir" denilecektir. Bana göre, yasanın bu haliyle uygulamaya sokulması akılcı bir yol değildir.

## 8. Performans ödemelerinde problem yaşanırsa çalışanların mağduriyeti nasıl telafi edilecek?

Ciddi ekonomik sıkıntıları nedeni ile bu sistemin, en azından fakülte hastanelerinde sağlıklı yürümeyeceği aşikardır. Belirli bir süre devlet desteği ile performans ödemeleri sağlansa da, herhangi bir garanti verilmediği için bir süre sonra ödemelerin durması söz konusudur. Öğretim üyelerine bu konuda bir garanti verilebilecek mi? Olumsuz bir tablo yaşanırsa özellikle bu sisteme güvenerek muayenehanesini kapatacak olan hekimlere tazminat ödenecek mi? Zira, insanlar belirli bir yatırım yaparak muayenehane açmaktadırlar.

Özetle, bu ve benzeri sorular cevaplanmadıkça bu sistemin etkin bir şekilde çalışması zor gibi gözükmektedir.



## Sonuç ve Öneriler:

Tekrar vurgulamak istiyorum. Hekimler tam gün çalışmaya değil, yasanın bu haline karşıdır. Yukarıda bahsetmeye çalıştığım sorunlara mantıklı çözümler getirilmedikçe ne hekimler, ne ülkemizin sağlık sistemi bu yasadaki olumlu etkilenecektir. Tam Gün Yasası tasarımı halindeyken, özellikle tıp fakültesi hastanelerinde çalışan öğretim üyelerinin çalışma koşullarının ve özlük haklarının olumsuz etkilenmemesi ve tıp fakültelerinin hayatiyetlerini sürdürebilmesi için, gerekli olduğunu gördüğüm düzenlemelerin önemini özetle bir kez daha vurgulamak isterim:

**a.** Asıl görevleri eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri olan öğretim üyelerinin gelirlerini, ürettiği hasta hizmetine endekslemek yanlıştır. Yeni sistemde öğretim üyelerinin performans gelirlerinden yeterli derecede (en azından öğretim üyelerinin yetiştirdikleri ve devlet hastanelerinde çalışan uzmanlar kadar) yararlanmaları için eğitim-

öğretim, araştırma ve konferanslar gibi faaliyetlerine ödenen ücretlerde ciddi artışlar yapılmalıdır.

**b.** Tıp Fakültelerinin nakit para girdisinin ana unsuru olan öğretim üyesi özel muayenelerinin kaldırılmaması gerekir. Mutlaka kaldırılacaksa fakültelerin

bu kaleminden kazançları kadar devlet desteği sağlanmalıdır.

**c.** Fakülte hastanelerine başvuran hastalar diğer hastanelere başvuranlara göre daha komplike, muayene süreleri uzun ve tetkik gereksinimleri çok daha fazladır. Ayrıca eğitim ve öğretim gören araştırma görevlilerinin deneyimsizlikleri dolayısıyla ile sarf malzeme giderleri de yüksektir. Bundan hareketle, bu hastanelere başvuran hastalar için yapılan hizmet bedeli ödemeleri yeniden düzenlenmeli ve artırılmalıdır.

**d.** Muayenehanelerde çalışmak isteyen hekimlere, kurumlarındaki çalışma süreleri artırılarak izin verilebilir. Bu şekilde, hem muayenehanede muayene olmak isteyen kişilerin hakkı korunacak, hem de eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ile muayenehaneciliği birlikte yürütmek isteyen çok değerli bilim insanlarından ülkemiz tıbbının yararlanması sağlanacaktır.

**e.** Devletin görevi muayenehaneleri kapatmak değil, suistimalleri ve ahlaki

olmayan yaklaşımları yakinen denetleyip, yanlış işler yapanlara gereken müeyyideleri uygulamaktır. Her meslekte olduğu gibi, hekimlik mesleğinde de var olması muhtemel art niyetli kişiler yüzünden bütün hekimler zan altında bırakılmamalıdır.

Hekimle hasta arasındaki bağı koparan, hekimlerin özlük haklarını bir takım temennilere bırakan ve içeriğini, ismi dışında Sağlık Bakanımızın da savunamayacağı böyle bir yasa maalesef tüm itirazlara rağmen TBMM Genel Kurulunda kabul edilmiştir. Hastaların, en kaliteli sağlık hizmetine en kolay ulaşabildiği ve hekimlerin maddi ve manevi huzur içinde sağlık hizmeti sunabildiği bir ortamın sağlanması hepimizin en büyük dileğidir. Ancak mevcut yasanın bu beklentiyi karşılamayacağı zaman içinde görülecektir.





# "Performans Sistemi, Kalite ve Verimliliği Öncelemeli"

**Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK**

*İstanbul Üniversitesi*

*Carrah Paşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ABD*

**– Performans sisteminin sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmak ve iş motivasyonunu sağlama noktasında doğru bir model olduğunu düşünüyor musunuz?**

Öncelikle farklı tarifleri olsa da performansı, "belirlenmiş standart ölçümlere göre verilen sağlık hizmetinin

kıyaslanması", başka bir ifade ile "bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavram" şeklinde tanımlayabiliriz.

Performansın belirlenmesinde, sağlığın hizmetlerindeki klinik sonuçların beklenen standartları ile elde edilen kişisel veya kurumsal veriler karşılaştırı-

larak değerlendirme yapılması gerekir.

Günümüzde verilen sağlık hizmetinin değerini ölçebilmek; hasta güvenliği, klinik kalite, hasta-odaklılık, zamanında hizmet ve verimliliği esas alan, kanıta dayalı bir performans sisteminin kurulması ve bu durumun ücretlendirmede esas alınması ile sağlanabilir. Haliyle performansa dayalı ödemede kalite, kanıta dayalı uygulamalar ve verimlilik olmazsa olmaz öğelerdir.

Performansa dayalı geri ödeme sisteminde mükemmel bir metot bulunmuş değildir, ama öncelikle, uygulanmakta olan ücret sisteminden "hak ediş" vazgeçip, kalite ve verimlilik öncelikli ve hasta sonuçlarını ölçen ve değerlendiren bir performans sistemini esas alan ücretlendirme sistemine geçilmelidir.





Ülkemizdeki uygulama şekline değişik itirazların yapıldığı bir gerçektir. Kalite ve iş motivasyonu açısından öncesine göre bir düzelme, gelişme olduğunu kabul etmekle birlikte, günümüz uygulama şekliyle iş hacminin kaliteden çok daha fazla önemsendiğini görüyoruz. Performans uygulamasından değişik yakınmaların olduğunu biliyoruz, ama motivasyon ve çalışan memnuniyeti açısından değerlendirme yapabilecek yeterlilikte veriler yoktur. Hasta memnuniyetleri gibi hekim ve diğer sağlık çalışanlarının memnuniyetlerinin ve motivasyon durumlarının belirlenmesi gerekir.

### **– Performans sisteminin uygulamaya geçtiği 2003 yılından bu güne değerlendirdiğinizde öngörülen hedeflerin gerçekleştiği söylenebilir mi?**

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde hacim ve nicelik açısından son 5-6 yıldır bir gelişmenin kaydedildiği ortadadır. Kalite açısından da bir ilerleme olmakla birlikte niteliğin, yani kalitenin niceliğe göre çok daha geride olduğunu söyleyebiliriz. Bugünkü sistem iş hacmini öne çıkarmaktadır. Örneğin bir hastanede bir ayda tanı konup izlenen myokart infarktüsü, sepsis, pnömoni vb hastalıklara sahip olan hastaların toplam sayısı üzerinden

performans işlemi yapılmaktadır. Halbuki myokart infarktüsü için kapı-iğne zamanı, sepsiste ilk bir saatte, pnömönide ilk dört saatte uygun antibiyotiğe başlanması vd bilimsel rehberlerde belirlenmiş göstergelerin dikkate alınması gerekir. Yukarıda değindiğimiz gibi, performans belirlenmesinde hasta güvenliği, klinik kalite, hasta-odaklılık, zamanında hizmet ve verimliliği esas alan, kanıta dayalı bir performans sisteminin kurulması sağlanmalıdır.

### **– 6 yıllık süreç, sistemin gelecekte uygulanabilirliği konusunda ne tür işaretler vermektedir? Sistemin geleceğine ilişkin kanaatiniz nedir?**

Bugünkü performans sistemi; laboratuvar testleri, görüntüleme tet-

kikleri, yan dal konsültasyonları ve hastaneye yatışları artırmıştır. Etkin eğitim ve denetim yapılamadığından gereksiz girişim ve tıbbi uygulamaların sisteme çok fazla bir yük getirdiği ortadadır. Ayrıca kurumlar bünyesinde birimlerin tüm girdi ve çıktılarını değerlendirilememekte, özette birimlerin net karlılık durumu dikkate alınmadan ödemeler yapılmaktadır. Artan iş hacmiyle kalitenin paralel seyretmediği bir gerçektir. Bugünkü sistemde gereksiz test veya görüntüleme tetkikleri ile klinik sonuçların sorgulanması yapılmamaktadır. Sonuçta bu durumlar hasta güvenliği ihlallerine, tıbbi hatalara yol açmaktadır. Bu durumlar kurum ve ülkeye zarar vermektedir.

Kaliteli hizmet ve net kârlılığı gözetmeyen performansla bağlı döner sermaye uygulamasının, devletçe bir sübvansiyon sağlanmadığı sürece kalıcı olması mümkün değildir. Halı hazırda hastanelerin sabit maaşlar, kira, demirbaş araç, gereç ve cihazlar gibi sabit giderleri genel bütçeden karşılanmaktadır. Yatırım amaçlı yeni ekipman alımının bir kısmı son dönemlerde döner sermaye havuzundan karşılanırsa da, halen Bakanlık, il özel idaresi ve sağlık müdürlükleri kanalıyla oluşturulan ödenekler ile bina yapımı ve ekipman alımına devam edilmektedir. Performansa dayalı ödemenin sürekliliği konusunda en önemli sorun kaynak sürekliliğidir. Hasta-



nelerin yakın gelecekte bağımsız birer işletme olacağı düşünülürse, bu işletmelerin hekimlere bugünkü düzeyde bir performans ödemesi yapabileceği bugünkü fiyatlandırma sistemine göre çok kuşkuludur.

Hastanelerin, kliniklerin hatta hekimlerin bireysel olarak giderlerinin, amortisman masrafları dahil olmak üzere hesaplanmasıyla net kâr üzerinden bir hak edişin ortaya çıkarılması ekonomik açıdan gereklidir. Akılcı ve ekonomik hastalık yönetimi, kaynakların daha etkin olarak kullanılabilmesi ve ödeme devamlılığını sağlamak için, bahsettiklerimizin uygulamaya sokulması gereklidir.

### **– Performans uygulamalarının tecrübe edildiği dönem ele alındığında, meslek etiği açısından sorunlar doğurduğu düşüncesine katılıyor musunuz?**

Daha fazla performans geliri elde etmek için, gereksiz test veya görüntüleme tetkikleri ile klinik sonuçların sorgulanmasının yapılmaması sonuçta hasta güvenliği ihlallerine, tıbbi hatalara yol açmaktadır. Bu durumların varlığı veya var olduğunun şüyu bulması ve performans puanı belirlemede branşlar arası önemli farklılıklar çalışma etiğini önemseyen hekimler arasında huzursuzluk ve demotivasyon oluşturmaktadır. Sonuçta kaliteli hizmet veren veya vermek isteyen hekimler ile birimler/kurumlar dolaylı şekilde cezalandırılmaktadır. Performans sisteminin deon-

tolojik kuraları ve etik ilkeleri zedelediği yönünde benim de paylaştığım yaygın bir kanaat vardır.

### **– Sistemin ölçme kriterleri ve puanlama yöntemi açısından adaletsizlikler içerdiği yorumları yapılmaktadır. Bu konudaki düşünceleriniz nelerdir?**

Performans değerlendirme sistemi; şeffaf, destekleyici tüm verilerden yararlanan geniş kapsamlı, analitik olmalıdır. Ülkemizde uygulanan performans sisteminde uzmanlık dalları arası adaletsizlik olduğuna inanılmaktadır. Dahili, cerrahi ve tetkik disiplinlerinde aktif olarak eşit zamanlı hizmet veren hekimler arasında puanlama açısından adaletsizlik doğuracak düzeyde ciddi farklar vardır. Tüm hekimler dikkate alındığında %45'lik kesim 4000 TL altında performans geliri elde etmekte, 6000 TL üzerinde gelir elde edebilenler %8 düzeyinde kalmaktadır. Geniş bir ekip hizmeti ve alt yapı imkânları gerektiren cerrahi ve tetkik hizmetlerin üretim maliyeti dahili branşlara göre çok yüksektir. Cerrahi ve tetkik branşları için ciddi alt yapılar ve çalışan ekipler gerekmektedir. Performans puanlarında bu alt yapılar ve ekiplere harcanan maliyetler ve amortisman göz önüne alınmamaktadır.

Cerrahi branşlar da kendi içinde benzer sıkıntılar yaşamaktadır. Birçok



branş yaptıkları iş ve aldıkları riskin puan olarak doğru yansıtılmadığını, diğer uzmanlık alanlarından örnekler vererek ifade etmektedir. Bazı cerrahi dallarda puan hesaplamalarında işlemlerine uygun hak edişler verilmediği ifade edilmektedir.

Bir uzmanlık alanında hekim sayısı o hastanede biri aştığında ortalamadan ödeme yapılması yasal olarak devreden çıkmaktadır.

Hekimlerin bir gün boyunca ürettikleri hizmetin puan olarak karşılıkları arasında uçurum düzeyinde fark olmamalıdır. Hastalıklar veya girişimler için çoğunluğun kabul edeceği bir puanlama sistemine ihtiyaç vardır. Muayene ve konsültasyonda hastalıklar ağırlıklarına göre farklı puanlamaya tabi olmalıdır. Pratisyenlik, aile hekimliği ve diğer



uzmanlık alanlarının temsil edildiği bir "çalıştay" sonrasında "adil bir puanlandırma" sistemi yürürlüğe konulmalıdır.

### **– Performans sistemi içinde hekim dışı personelin emeğinin ayrı olarak ele alınması ve performansa tabi olmaması konusunda ne düşünüyorsunuz?**

Sağlık hizmeti bir ekiple sunulmaktadır. Sunulan hizmette ekibi oluşturan çalışanların iş yükü dikkate alınmalı, diğer ekip üyeleri de adil bir yöntemle ödüllendirilmelidir. Bu belirlemeler yapılırken çalışma barışı ve adalet duygusuna önem vermek önemli olduğu kadar, liderlik, iş riski, hiyerarşi ve diğer hususlar da hesaba katılmalıdır.

### **– Tam Gün Yasası'nın performans sistemine etkileri ne olabilir?**

Tam Gün Yasasından beklenen, eğitim, araştırma ve hizmet alanında nicelik ve nitelik açısından ilerleme, düzelme sağlanmasıdır. Bu beklenti ne kadar gerçekleşebilecektir? Mevcut durum ve yasalar çerçevesinde, devlet tarafından geliştirme ve ödüllendirme temelli bir denetim mekanizması kurulabilseydi Tam Gün Yasası gerekçeleri oluşmazdı. Aynı şekilde etkin bir denetim yapıp, sisteme bağlı sorunlar giderilmezse ve denetim sonunda performansa yönelik bir ödüllendirme yapılmazsa Tam Gün Yasası'ndan umulan yararların sağlanabileceğini

sanmıyorum. Özellikle Tıp Fakültesi Hastaneleri bilinen nedenlerden dolayı, son 6-7 yıldır fiziki imkanlar, teknolojik donanım ve kaliteli insan gücü açısından yeterince gelişmemiş, hatta nispi bir gerileme olmuştur. Uzmanlık öğrenciliği ve yan dal asistanlığında mali sorunlar nedeniyle Tıp Fakülteleri artık öncelikle tercih edilmemektedir. Bütün bu nedenler sonucu eğitim, araştırma ve hizmet alanında gerekli destek verilmez, sunulan ileri düzey hizmetlerin karşılığı maliyetler dikkate alınmadan SGK tarafından karşılanmazsa Tıp Fakülteleri içlerinde buldukları mali kriz ortamında beklenen çalışmalarını

**Sağlık hizmeti bir ekiple sunulmaktadır. Sunulan hizmette ekibi oluşturan çalışanların iş yükü dikkate alınmalı, diğer ekip üyeleri de adil bir yöntemle ödüllendirilmelidir.**

**Bu belirlemeler yapılırken çalışma barışı ve adalet duygusuna önem vermek önemli olduğu kadar, liderlik, iş riski, hiyerarşi ve diğer hususlar da hesaba katılmalıdır.**

yapamayacaklar, yasayla yolu açılan düzeyde bir performans ödemesi yapamayacaklardır.

Sonuçta demotive olmuş öğretim üyesi, araştırma görevlisi, uzmanlık öğrencisi ve yardımcı sağlık elemanlarıyla beklenen nicelik ve nitelikte bir hizmet sunumu mümkün olmayacaktır. Bu tespit Üniversite Hastaneler Birliği çatısı altında tıp kökenli rektör ve tıp fakültesi dekanlarının hepsinin paylaştığı bir gerçektir.

### **– Yürürlüğe girecek olan "Yönetici Mali Performansı Yönergesi" hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?**

Yönerge kapsamında başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire bulunmakta ve bunlara kurumun mali durumu (borçluluk durumu, hastanenin türü vb) esas alınarak ilgili yöneticiler için esas alınacak performans katsayısının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Ülkemizde profesyonel yönetici sıkıntısı olduğunu biliyoruz.

Fedakarlık ve risk üstlenerek yönetici olan bir hekimin meslektaşlarına göre farklı bir ücret alması gereklidir. Burada klinik şeflerinin yöneticiler arasına katılması uygundu. Ayrıca hizmetlerin kalitesinin ve diğer performans göstergelerinin de yönetici mali performansı belirlenirken dikkate alınması gereklidir.

# Performansta Neler Oldu, Neler Bekleniyor?

**Dr. İbrahim AKSOY**

*Medimagazin Gazetesi Genel Yayın Yönetmeni*

**Performansa göre ücret sistemi, başta hekimler olmak üzere sağlık camiası tarafından son 5 yılda en çok tartışılan konuların başında yer almıştır. Hekim davranışını değiştiren her uygulamanın sağlık sistemini de değiştirdiği göz önüne alındığında, performans sisteminin bu gündemi "hak ettiğini" söylemek yanlış olmaz.**

Para ile ilişkili gündemlerin ülkemizde daha hararetli bir şekilde tartışıldığı gerçeği ortadayken, performans sistemi de hekimlerin hem bir araya geldiklerinde hem de basına yansıyan tartışmalarda yeterli yeri bulmuştur. Ancak, performansın sadece ekonomik açıdan ele alınışı bir taraftan tartışmaların iyice kısırlaşmasına yol açarken diğer taraftan sistemin bütününe görülmesine de engel olmuştur.

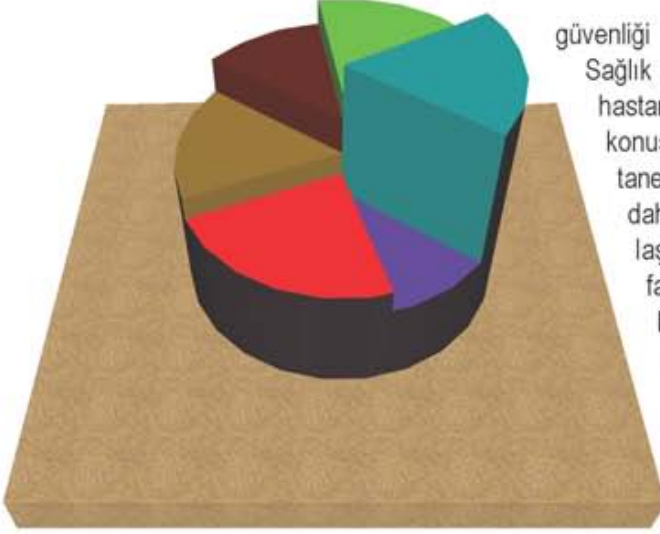
## Performansa Eleştiriler

Hekimler performansla ilgili, ellerine geçen kazançtan hareketle eleştirilerde bulundular. Bu eleştirilerin içinde sistemin mantığı ile ilgili itirazların yer aldığı kadar, genelde sistemin bütününe kavrayan eleştiriler çok fazla yer almadı. Performansla ilgili branşlar arasındaki farklılıklar en çok gündemde olan konu oldu.

Türk Tabipleri Birliği de "çalışma barışının" bozulması ve hekimler arasında etik olmayan rekabet uygulamalarına dikkat çekerek, performansın hekim ilişkilerine ve hekimlik mesleğine zarar verdiği eleştirilerini gündeme getirdi. Bir diğer eleştiri noktası ise eğitim ve araştırma hastanelerinde performansla birlikte eğitim ve araştırma fonksiyonunun tamamen kaybolacağı, bu hastanelerin hizmet hastanesine dönüştürüleceği oldu.

Performansın birinci basamak- taki koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olumsuz etkisi, Bakanlık tarafından kabul edilmese de her zaman vurgulanan noktalardan biri oldu.

Performans sistemine yönelik olarak en çok yapılan eleştirilerden biri de, hekimlerin performansla "yapay talep" yaratması oldu. Özellikle



güvenliği gibi kavramların Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde daha çok konuşulması ve hastane işletmeciliğinde daha profesyonel yaklaşım gerekliliği daha fazla hissedilmeye başlandı. Kurumsal performans uygulaması hastane idarecilerinin fiziksel altyapı konusunda daha fazla çalışmalar yapmasını sağla-

endikasyon olmayan cerrahi işlemlerin yapıldığına yönelik hem sağlık camiasındaki konuşmaların hem de basın yoluyla kamuoyuna yansımaların geçtiğimiz dönemde arttığını izledik.

### Performansın Kazanımları

Tüm bu eleştirilere rağmen hemen herkesin kabul ettiği bir gerçeği de görmek gerekiyor. Performans sistemi sayesinde hekimler kazançlarını önceki döneme göre arttırdılar. Bu artış öyle dikkat çekici oldu ki, eski SSK hastanesi hekimleri (hastanelerin tek çatı altında birleşmesinden önce), devlet hastanelerindeki gibi performans sisteminin uygulanmasını talep etti. Performans sistemiyle birlikte TUS'ta eğitim hastanelerinin tercih edilmeleri, puanlarını arttırdı.

Devlet hastaneleri özel hastanelerle yarışmak için çabalarını arttırdı. Monoton ve bürokrasiye gömülmüş bir sağlık sistemi (üniversitelerde hala mevcut olmasına rağmen) devlet hastanelerinden kaybolmuş görünüyor. Performansla birlikte kalite ve hasta

Yine en önemli kazanımlardan biri de, performans sistemiyle hastanelerde hastalık kayıtlarının daha sağlıklı tutulmasının teşvik edilmesi oldu. Bunun yanı sıra Türkiye'nin sağlık istatistikleri açısından hastaneye başvuru sayısındaki artışta da, hastanelere ulaşılabilirliğin artmasının yanı sıra performansın da etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Yine Türkiye'nin sağlık göstergeleri açısından sağlık hizmetlerine kişisel başvuru sayılarının yılda 3'lerden 6-7'lere çıkmasında da performansın dolaylı olarak etki ettiğini kabul edebiliriz.

Performans sisteminin olumlu ve olumsuz yönleri görünürde netleşmeye başlamakla birlikte, sisteme yönelik akademik araştırmaların henüz yetersiz olduğu gözlenmektedir. Artık 5 yılı aşkın bir performans tecrübesinin sonuçlarının bilimsel çalışmalarla daha net olarak ortaya konması gerekmektedir.

### Performansta Fırsatlar

Performans Dairesi tarafından son bir yıldır gündeme getirilen kalite

ve hasta güvenliği gibi kavramlar ve buna yönelik çalışmalar, performans uygulamasında yeni bir aşamaya geçişin belirtisi olarak kabul edilebilir. Şimdiye kadar sadece özel hastanelerin bir kısmında gördüğümüz, üniversite hastanelerinde ise neredeyse hiç gündemde olmayan bu kavramların, devlet hastaneleri tarafından yoğun bir gündem haline getirilmesi, sağlık sistemi açısından olumlu bir gelişme olarak kabul edilmelidir.

Ancak kalite ve hasta güvenliği gibi çalışmaları performans uygulamasıyla birlikte veya daha önce başlamış olsaydı, sistemin nitelik yönünün daha ön plana çıkması sağlanabilirdi. Ancak sağlık çalışanları arasındaki performans algısı şu an neredeyse tamamen nicelik ile ifade edilir durumdadır, bu da belki de sistemin özünü anlamının önünde bir engel olarak ortada durmaktadır.

Sağlık Bakanlığı'nın performans sistemini uygularken, baştan beri gösterdiği esneklik ve sistemin sürekli canlı tutulmasına yönelik ilgi, sistemle ilgili fırsatların her zaman kullanılabilmesi için bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

### Performansın Geleceği

Uygulamaya başladıktan sonra performansla ilgili olarak en çok merak edilen durum "sürdürülebilirliği" oldu. Kamu hastanelerinde çalışanların zihinlerinde muayenehaneleri kapatanlar da dahil olmak üzere her zaman bir "sürdürülebilirlik" sorusu canlı kaldı.

Geçen süre içerisinde bu soruya tam olarak cevap verilemedi. Son zamanlarda sağlık sistemindeki belirle-

yicilerin artması, bu sorunun çok bilinmeyenli bir denkleme dönüşmesine yol açtı.

Örneğin, bir taraftan Sağlık Bakanlığı politika olarak sağlık hizmetlerine erişimin yolunu açarken, diğer taraftan katılım payının uygulamaya konması, bu erişimin önünde bir engel oluşturdu. Katılım payının sağlık hizmetlerine erişimi ise elbette performans sistemini de etkiledi.

Performansın hali hazırda önündeki en büyük engellerden biri "global bütçe" olarak görünüyor. Son 6 ayda SGK'nın sağlık hizmetlerinde daha etkin bir rol alma pozisyonu, neredeyse tamamen "sağlık harcamalarını azaltmak" mantığıyla yapıyor. Bunlardan performans sistemini en çok etkileyecek olan da global bütçe olacak gibi görünüyor.

Global bütçe devlet hastanelerinin yanı sıra, üniversiteleri ve özel hastaneleri de kapsayacağı için ve hastanelerin de neredeyse tek gelir kaynağı

SGK olduğundan dolayı, global bütçelendirmedeki dağıtım usulünün de bu hastanelerin geleceğini belirleyeceğini söyleyebiliriz.

Global bütçeyle birlikte hastanelerin sadece kendileri için ayrılmış kaynağı kullanacak olması, ileride hastane çalışanlarının motivasyonu ile ilgili sorunlara yol açabilir. Hekimlerin çalışma mantıklarının performanstan önceye dönmesi yakın gelecekte söz konusu olmasa bile, global bütçenin sürekliliği böyle bir tehdit olarak sürekli karşımıza çıkabilir. Global bütçenin performans üzerindeki olumsuz etkilerinin hissedilmemesini sağlamak da yine Bakanlığın sistem içindeki değişiklikleriyle giderilebilir.

### Performans ve Tam Gün

Tam gün uygulamasıyla birlikte üniversitelerde de performans sisteminin uygulanmasına muhtemelen 2011 yılında başlanacaktır. Bu sürede tam gün uygulaması yasalaştığı takdirde, üniversitelere yönelik bir performans sisteminin geliştirilmesinde Bakanlığa büyük iş düşmektedir.

Hali hazırda bazı üniversite hastaneleri performans sistemini uyguluyor. Örneğin Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde bir çeşit "kar paylaşımı" şeklinde başlayan sistem, bu konuda üniversitelerin de kafa yorduğunun bir işareti olarak kabul edilmelidir.

Performans sisteminin üniversitelerde uygulanması, Bakanlığa bağlı hastanelere kıyasla daha zor olacaktır. Üniversitelerin eğitim (hem öğrenci hem asistan) ve araş-

tırma fonksiyonunu yok edecek bir sistem, üniversite hastanelerini tamamen bir hizmet hastanesi haline çevirecektir. Henüz eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim ve araştırmanın ekonomik açıdan "değerli" bir sistem olarak tam uygulanmıyor olması, üniversite hastanelerinde performans sistemini uygulamanın başlıca bir sorun olduğunu, belki de bir "tehdit" olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığının bu durumu akademik çevrelerce iyi konsülte ederek uygulaması, sistemi başta öğrenci eğitimi üzere uzmanlık eğitimi de düşünerek geliştirmesi gerekmektedir. Eğer Sağlık Bakanlığı üniversite hastanelerindeki performansını "Ülkedeki tüm hekimlerden en fazla verimlilik" esasına göre düzenlerse, bu kez hekimlerin nicelik yetersizliğinden değil, nitelik olarak yetersizliğinden dolayı performans alamayacaktır.

Diğer taraftan üniversite hastanelerinin içinde bulunduğu ekonomik durum, performans sisteminin eğitim ve araştırmayı önemli hale getirecek olması açısından hiç de umut vermemektedir. Üniversite hastanelerinin ekonomik durumlarını düzeltmek için şu anda bile tamamen sağlık hizmetlerini önceleyen bir tutum alması, performans sistemi üniversitelerde uygularken çok daha dikkatli olunması gerektiğinin bir başka nedeni olarak kabul edilmelidir.

Son olarak Tam Gün Yasasının uygulanmasıyla birlikte birkaç yıl içinde üniversite, devlet, özel hastaneler ve ayrı bir kategoride değerlendirilmesi gereken muayenehanelerdeki hekim dağılımları netleşecek ve bundan sonra hekimlerin "yer değiştirmelerinde" en önemli etken de performans sistemi olacaktır.





# Sağlık Çalışma Koşulları ve Hemşirelerin Performansı

**Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM**

*İstanbul Üniversitesi*

*Flornce Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu  
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Başkanı*

İnsan kaynaklarının stratejik önem kazandığı günümüzde kurumlar, insan gücünün etkin kullanımına olanak sağlayan yönetim yaklaşımları ile rekabet avantajı elde etmeye çalışmaktadırlar. Bu yaklaşımlar arasında, çalışma ortamını işe ve iş görene uygun hale getirerek, işgücünü en yüksek

performansla üretime katmayı öngören iş yaşam kalitesini yükseltilmesine ilişkin stratejiler dikkat çekmektedir.

Sağlık sektörü açısından bakıldığında, diğer hizmet ve işkollarından farklı olarak, hizmetin kendisinden kaynaklanan faktörlerin çalışan perfor-

mansı ve iş verimliliğini önemli ölçüde etkilediği görülür. Temelde bireyin sağlık çıkarlarını koruma ve geliştirmeyi amaçlamasına karşın, sağlık hizmetlerinde, bakıma ilişkin süreçler, kullanılan teknoloji, karmaşık insan bileşimi ve benzeri birçok faktör, hasta ve çalışan güvenliği açısından hataların olmasını ve istenmeyen olayların meydana gelmesini olası kılar. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikler arasında, sunulan hizmetlerin bireye özgü, karmaşık, değişken, acil ve ertelenemez nitelik taşıması ve hatalar doğrudan insan yaşamı ile ilişkili olması sayılabilir. Hizmetlerin sunumunda ikili otorite hattının bulunması, hastanelerde matris yapının kurallarının iyi anlaşılması ve bu yönde işletilmesini son derece gerekli kılar. Çoklu profesyonel grupların yer aldığı hastanelerin yönetim ve denetimi de farklılık gösterir.





Birden fazla sağlık profesyoneli bir arada tutan sektörde, mevcut geleneksel yönetim yaklaşımları ile etkin bir şekilde amaçlara ulaşılması beklenemez. Hizmetlere özgü sözü edilen niteliklerinden ortaya çıkan karmaşa, sağlık kuruluşlarını potansiyel çatışma açısından elverişli konuma getirir ve bu durum özellikle hizmetlerin kesintisiz yürütülmesinden sorumlu hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının performansına yansır, iş doyum ve motivasyonu olumsuz yönde etkiler.



### **Hemşireler uygulamada yataklı birimlerin dışında laboratuvar, röntgen, hastane eczanesi, hasta kayıt, satın alma, halkla ilişkiler, tıbbi sekreterlik, arşiv, depo ve benzeri bir çok birimlerinde hemşireleri çalışırken görmek mümkün.**

Sistem içinde hemşireler tarafından sunulan hizmetler, içerik açısından oldukça çeşitli ve karmaşıktır. Sağlık iş gücü içerisinde işinin sınırları ve uygulama alanı belirli olmayan tek disiplin hemşireliktir. Sağlık çalışma ortamlarında hemşireler, mesleki amaçları doğrultusunda doğrudan hasta bakımına yönelik işlevler yerine, bakımın uzağında sistemin kendisine yüklediği işleri sorgulamaksızın yerine getirme çabası içindedir. Daha doğru anlatımla, hemşireler hastanelerde açık olan hizmetleri kapatmaya yönelik bir nöbetçi personel konumunda. Yapılan işler daha çok beceriye dayalı ve teknik nitelikte olup hemşirelik kararlarını içermez. Bağımsız hemşirelik uygulamalardan çok, sınırları giderek genişleyen, ancak profesyonel açıdan mesleğe bir zenginlik katmayan bağlı nitelikte hizmetler ağırlıklıdır. Diğer yandan hemşireler tarafından üstlenilen işlevler kendi içinde bir homojenlik göstermez. Hemşireler bir taraftan önemli tıbbi girişimleri gerektiren işlevlerden sorumlu tutulurken,

diğer taraftan da son derece basit bir alet yıkama vb işlerden sorumlu tutulabilirler. Sağlık disiplinleri içerisinde kendi meslek alanının ve işinin üyeleri dışında, başkaları tarafından belirlendiği tek disiplin. Uygulamada, yataklı birimlerin dışında laboratuvar, röntgen, hastane eczanesi, hasta kayıt, satın alma, halkla ilişkiler, tıbbi sekreterlik, arşiv, depo ve benzeri bir çok birimlerinde hemşireleri çalışırken görmek mümkün. Yani hastanelerde farklı meslek grupları tarafından yapılması gereken hizmetler, genelde tek bir meslek grubu ile yani hemşirelerle gerçekleştirilmeye çalışılıyor. Dünya Sağlık Örgütü ve uluslararası birçok kuruluş, hemşirelerin sağlık bakım sisteminin güçlendirilmesinde kilit noktada ve vazgeçilmez

nitelikte personel olduğu görüşünde birleşmektedirler.

Ülkemiz açısından da vazgeçilmez konumda oldukları bir gerçek ancak ama hangi açıdan vazgeçilmez olduğu önemli. Eğer sistem, bu kadar farklı hizmet alanlarında, söz konusu insan gücünün becerisinden tek başına yararlanabiliyorsa gerçekten hemşireler vazgeçilmez ve başka bir iş gücüne ihtiyaç yok. Emek israfı ile açıklanabilecek bu çalışma özelliğinde hemşirelerin işe kattığı değer de anlaşılması bir hayli zor. Diğer yandan, uygulama alanının sınırlarını belirlemede sorun yaşayan hemşireler, uygulamalarının özerk olarak yönetme konusunda da konusunda benzer sorunları yaşamakta. Yönetici



kriterlerinin standart olmadığı, meslek otoriteleri dışında kişi ve kurumlar tarafından belirlendiği, mevcut yöneticilerin, beklentiler doğrultusunda, hemşirelik bakımını yönetmekten ziyade hastaneyi yönetme çabaları içinde ve buna itirazları yok.

Ülkemizde hemşirelik kadın ağırlıklı bir meslek. 2007 yılında Hemşirelik Kanunu'nda yapılan değişiklikle cinsiyet ayrımı ortadan kaldırılarak erkeklerin de mesleğe katılmaları sağlandı. Ancak erkeklerin mesleğe katılmaları, hemşireliğin meslek olarak kabulüne, mevcut statüsüne, imajına ve hemşirelik bakımının geliştirilmesine ne tür bir katkı sağlayacağı şu anda çok net değil. Kanun değişikliği sürecinde hemşireliğin kadın cinsine özel meslek olduğu gerekçesi ile erkeklerin hemşire unvanı altında çalışmayı kabul etmeyecekleri şeklinde çeşitli görüşler ileri sürüldü. Ancak başvuru sayısı, tüm bu tartışmaların aksine erkek adayların mesleğe ilgisinin beklenenden fazla olduğu gösterdi.

Sağlık disiplinleri içerisinde farklı eğitim düzeyinde kazanılan ancak aynı unvanı taşıyan tek meslek hemşirelik. Meslek lisesi, ön lisans, lisans ve lisans üstü düzeylerde farklı eğitimlerden hemşire unvanı ile mezun olan üyeler, uygulamada da aynı işlevlerden sorumlu tutulmakta. Hemşirelik hizmetlerin farklılaştırılmayan ve niteliğinin geliştirilmesine katkı sağlamayan bu durum aynı zamanda hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonlarını da olumsuz etkilemekte. Diğer yandan mesleği anlama

ve kavrayış farklılıkları, hemşirelerin ortak amaçlar doğrultusunda birlikte hareket etmelerini ve meslek örgütlü çatısı altında güçlerini birleştirmelerini engellemekte ve sistem içinde sayısal çokluğunu güçlü kamuoyu oluşturmada avantaja dönüştürmemektedir.

Sağlık çalışma ortamları, işgücünün performansını olumsuz anlamda etkileyen bir çok faktörü içinde barındırır. Çalışanların sağlığını doğrudan etkileyecek potansiyel risk faktörlerinin en önemlilerinden biri cilt, solunum, ağız ve benzeri yollarla vücuda alınan, başta dezenfektan ve antiseptikler olmak üzere karşılaşılan kimyasal ajanlardır. Her bir kimyasal ajanın etkisi, karşılaşma sıklığı, yoğunluğu ve temas sürelerine göre değişir ve kişilerde kısa ve uzun dönemde değişik sağlık sorunlarına yol açar. Yine hastanelerin nemli ortamları, bakterilerin üremesi ve patojen mikro organizmaların yoğunlaşması açısından oldukça elverişlidir ve ameliyathane, yoğun bakımlar gibi ünitelerde çalışanlar bu açıdan yüksek risk altında kalırlar. Çalışma ortamının aydınlatma, iklimlendirme sistemleri ile iyonize radyasyon ışınları, sağlık çalışanlarının iş performansını etkileyen fiziksel faktörler arasında yer alır. Yine girişimsel tıp ve hemşirelik uygulamaları sırasında



enfekte olmuş kesici ve delici materyallerle yaralanmalar, çalışanların Hepatit B, Hepatit C ve HIV gibi ciddi hastalık etkenleri ile karşılaşmalarına neden olur. İş yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin arasında son yıllarda çalışma ortamının çalışanların niteliğine uygun hale getirilmesi anlamından ergonomik faktörler dikkat çekmektedir. Özellikle hemşirelerin hasta bakımı verme, hastayı kaldırma, çevirme, taşıma ve çeşitli büyüklük ve ağırlıktaki tıbbi araç-gereçleri taşıma vb. görevleri yerine getirirken, kas incinmeleri ve disk kaymaları gibi sorunlarla sık karşılaştıkları ve bu durumun işe devamsızlıkta önemli bir mazeret olduğu bilinmektedir. Son yıllarda, yeterli ve dengeli beslenmenin çalışan verimi ve üretimin artırılması

yanı sıra, iş kazaları ve meslek hastalıklarının azaltılması ile iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir.

Çalışanın başarısı üzerinde etkisi yeni ortaya çıkan ve olumlu sonuçlar gösteren ergonomik faktörler özellikle hemşireler açısından önemli. Hemşireler, doğrudan hasta bakımına yönelik çalışmalarında hastayı kaldırma, çevirme, taşıma ve çeşitli büyüklükte cihazları yer değiştirme ve taşıma görevlerinde, uygun ergonomik koşulların sağlanmadığı durumlarda sıklıkla kas incinmeleri ve disk kaymaları gibi sağlık sorunlarla karşılaşmaktadır.

Çalışma ortamında iş yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerden bir diğeri psikososyal faktörler. Araştırmalar, sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer iş kollarından on altı kat daha fazla ve sağlık çalışanları içinde hemşirelerin şiddete maruz kalma riskinin ise üç kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Fiziksel şiddetin yanı sıra, ondan daha yaygın olarak karşılaşılan şiddet türü, iş ortamında daha çok yöneticiler tarafından çalışana uygulanan baskıcı, yıldırıcı ve zorbaca davranışları içeren psikolojik şiddettir. Ülkemizde de mobbing olarak dilimize yerleşen psikolojik şiddet, moral bozukluğu, iş doyumunda azalma, işteki hataların artış, işe devamsızlık gibi hizmetlerin kalitesini olumsuz olarak etkileyecek sonuçlara yol açmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerde stres ve tükenmişliğin ana nedenlerinin yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol ça-

tışması ve belirsizlikler, aşırı iş yükü, hastalarla çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma ve vardiyalı çalışma olarak belirtmektedir.

Mevcut sağlık çalışanları içerisinde hemşireleri en fazla etkileyen konulardan biri de çalışma biçimleridir. Bilindiği gibi sağlık hizmetleri 24 saat kesintisiz hizmeti öngören bir hizmet kolu ve bu kesintisiz hizmetin, kesintisiz elemanları da hemşirelerdir. Ülkemizde hemşireler 657 Sayılı Devlet Personel Kanunu, İş kanunu, sözleşmeli yada hizmet satın alma statüsü kapsamında çalışmaktadır. Meslek üyelerinin haftalık çalışma saatleri kırk ile altmış saat arasında değişmekte ve çalışma saatleri sekiz saatlik vardiyalardan 12, 16, 24 ve 48 saat arasında değişen nöbetlere uzanmaktadır.

Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın yol açtığı birçok sorunun başında beden biyoritminin bozukluğuna bağlı gelişen, kronik uykusuzluk ve uyuyamama sorunları gelmekte ve bu durum özellikle motorlu araç kazaları, kadınlarda kolorektal kanser ve meme kanseri gibi hastalıklar üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de meme kanseri ve kolorektal kanserlerle nöbetli ve vardiyalı çalışmanın ilişkisi konusunda da uyarılarda bulunduğunu biliyoruz. Diğer yandan bu tür çalışmalar hafıza ve konsantrasyon bozuklukları, duygu durum bozuklukları, iş kazaları ve kardiyovasküler



hastalıklar gibi iş performansını etkileyen sonuçlara yol açmaktadır. Yine gece çalışmalarının kronik böbrek yetmezliği, gebelik ile ilgili komplikasyonlar, diyabetlilerde kan şekeri düzensizliği, malign tümörler, madde bağımlılığı, trioid fonksiyon bozuklukları gibi hastalıklarla ilişkilerini belirleyen çalışmalarla mevcut. Gece çalışmaları ve nöbetli çalışmalar çalışanlar üzerinde psikolojik etkileri yanı sıra, sosyal izolasyona yol açtığı bilinmektedir. Bunun sonucunda çalışanlar, anksiyete huzursuzluk, benlik saygısında azama, tükenmişlik



sendromu, duyarsızlaşma, yabancılaşma iş doyumsuzluğu ve kişiler arası ilişkilerde problem gibi performans olumsuz yansıyan sorunları yaşamakta... Aile içi rollerde ve ilerleyen süreçte ebeveynlik rolünde zorlanma, bakım ve yöneticilik rolünde yetersizlik, yorgunluk ve kişisel başarısızlık bunları izlemektedir. Araştırma sonuçlarında, sabit vardiyada çalışanların dönüşümlü vardiyada çalışanlara göre iş yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmalar, düzensiz vardiyada çalışanların, stresin ve işten ayrılma niyetlerinin düzenli vardiyalarda çalışan hemşirelere oranla daha çok görüldüğünü ortaya koymaktadır.

Çalışma ortamından kaynaklanan tüm bu sorunlar çalışan güvenliği ile birlikte, hasta güvenliği içinde tehdit oluşturmakta, birçok uygulama hatalarına yol açmaktadır. Hata yapma riskinin özellikle çalışılan vardiyanın ikinci

yarısında 04–06 saatleri arasında yükseldiği ve ortalama gün içinde çalışılan saat kadar ya da hafta içinde fazladan çalışma saati kadar arttığı belirtilmektedir. 12 saat süren vardiyada çalışan hemşirelerin hata yapma riski, sekiz buçuk saat süren hemşirelere göre üç kat daha fazla. Yine 12 saatlik bir çalışmadan sonra ilaç hataları ve iğne ucuyula ilgili kazalar sekiz saatlik çalışmaya göre çok daha fazla artış göstermektedir. Yapılan hatalar genellikle ilaç uygulamaları, aseptik tekniklere uymama, hasta ve diğer çalışanlarla ilişkilerde problem vb. şekilde ortaya çıkmaktadır. Yine araştırmalar hemşirelerin kendilerini yaralama durumlarının, 2–5 arası çalışma saatlerinde düşük, sekizinci saatten sonra belirgin bir şekilde yükseliyor, on ikinci saatten sonra ise ilk sekiz saate göre iki kat daha fazla oranda yaşadıklarını belirtiyor.

İş yüküyle bakım saati arasında ilişkileri ortaya koyan dış kaynaklı birçok çalışmada, cerrahi müdahale sonrası hasta başına sağlanan günlük tam hemşire bakım saati ile idrar yolu enfeksiyonları pnomoni tromboz ve akciğer rahatsızlıkları arasındaki, 68.000 Ml'lı hasta üzerinde yapılan araştırma-

da hasta başına günlük hemşire bakım saati ile ölüm oranları arasındaki ilişki belirleyen bulgulara yer verilmekte. Benzer araştırmalarda, AIDS'li hastalara hasta başına ilave bir hemşire ile otuz günlük mortalite oranında yüzde elli azalma olduğu, normalde dört hastaya bakan bir hemşireye ilave bir hasta yükünün ilk otuz günlük izlemde ölüm riski ve kurtarma çabalarında beklenmedik başarısızlık oranlarında %7 artış gösterdiği belirtilmektedir. Yine hastalara verilen günlük bakım saati ile hastanede kalış süresi ve idrar yolu enfeksiyonları, barsak kanamaları, pnomoni şok arasında kalp krizi vakalarında ilişkiyi, günlük hasta başına verilen hemşirelik bakım saatinde bir saatlik artış ile pnomoni vakalarında %8,5, %10'luk bir artış ile %9,5 oranında bir azalmaya yol açtığını kanıtlayan çalışmalar mevcut.

Çalışan performansı üzerinde kurumun politikaları da son derece etkili. Ücret sistemi ödül ceza sistemi, çatışma yönetim tarzı, yönetim ilişkileri, yönetim politikaları ve benzeri süreçler işten ayrılma ve işte kalmayı etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır. Çalışanların işten ayrılma kararlarında önemli derecede etkili olan bir diğer



**Hata yapma riskinin özellikle çalışılan vardiyanın ikinci yarısında 04–06 saatleri arasında yükseldiği ve ortalama gün içinde çalışılan saat kadar ya da hafta içinde fazladan çalışma saati kadar arttığı belirtilmektedir. 12 saat süren vardiyada çalışan hemşirelerin hata yapma riski, sekiz buçuk saat süren hemşirelere göre üç kat daha fazla.**

faktör otonomi yetersizliği. Çalışanların uygulamaları ile ilgili karar süreçlerine katılamaması, profesyonel gelişme olanaklarının yetersizliği, yetersiz ödüllendirme sistemi, hemşire yöneticinin liderlik tarzı, iş yaşam kalitesi ve olumlu çalışma ortamının olmaması işte ayrılma nedenlerinden bazıları. Bunlara ek olarak iş doyumsuzluğu, yetersiz ücret, aşırı ve esnek olmayan çalışma saatleri, aşırı iş yükü, yönetici çalışan meslektaşları ilişkileri, sürekli eğitim ve kariyer gelişim olanaklarının sağlanması gibi faktörler de işte kalma kararları üzerinde etkili. Aynı şekilde hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının mesleki nitelikte ve meslek otonomisi ile uyumlu olmaması ve kurumsal düzeyde yeterli ücret, etkili ödül sistemi ve geri bildirim sağlayacak performans değerlendirmelerinin yapılmaması, kariyer geliştirme ve profesyonel statü elde etme fırsatlarının sağlanmaması, kariyer memnuniyeti ve örgüte bağlılık açısından önemlidir.

Son yıllarda bilindiği gibi gelişmiş ya da az gelişmiş tüm ülkelerde bir hemşire açığından söz edilmekte ve bu açığı kapatılması, özellikle hemşirelerin yeniden mesleğe çekilmesi ve iş ortamına yönltilmesi için farklı stratejiler uygulanmaktadır. Ülkemiz için de bir hemşire açığı dillerde her dönem iktidarlar açısından da bu böyle olmuştur. Ancak hemşire açığını gidermeye yönelik stratejilere bakıldığında, diğer ülkelerden farklı stratejilerin uygulandığı görülür. Biz ülke olarak, sayısal açığı gidermede genelde daha kısa süreli eğitimle hemşire iş gücü yetiştirecek bir takım

**Ülkemizde hemşirelerin çalışma koşullarının, yüksek performansla iş görme ve iş doyumu sağlamaya elverişli olduğu söylenemez. Bu durumda mesleki uygulamaların sınırları ve çalışma alanlarına göre hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi önem kazanmaktadır.**

modeller üstünde çalışıyoruz. Yani salt sayısal yetersizlik üzerinde yoğunlaşan bir anlayışla yaklaşıyoruz. Oysa dünya ülkeleri, güvenli hasta bakımı ve kaliteli sağlık hizmet sunumunda nitelikli hemşire iş gücünün önemini farkında ve onu anahtar rolde kabul eden bir anlayışla konuya yaklaşıyor. Dolayısıyla hemşire iş gücünün eğitiminden ve niteliğinden asla taviz vermeksizin, onlardan sağlık ortamında en etkili bir şekilde yararlanma yollarını bulmaya çalışıyor. Hemşireleri işte tutma ve işe özendirme gelişmiş ülke modellerinde olduğu gibi ülkemizde de Sağlık Bakanlığı ve meslek örgütleri başta olmak üzere diğer ilgili kurumların ciddi politikaların oluşturulmada ortak sorumluluklarının olduğu unutulmamalıdır.

Özetle belirtmek gerekirse ülkemizde hemşirelerin çalışma koşullarının, yüksek performansla iş görme ve

iş doyumu sağlamaya elverişli olduğu söylenemez. Bu durumda mesleki uygulamaların sınırları ve çalışma alanlarına göre hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi önem kazanmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Türk Hemşireler Derneği temsilcilerinin oluşan komisyon tarafından çalışan ve yaklaşık bir yıl önce tamamlanan Hemşirelik Hizmetleri Yönetmeliği hangi nedenle ertelendiği anlaşılabilir bir şekilde henüz uygulamaya geçirilmemiştir. Diğer yandan Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (İLO) bir çok ülke tarafından kabul edilmiş olan Hemşirelik Personelinin İstihdamı ile Çalışma ve Yaşam Koşullarına İlişkin Sözleşmesi de ülkemiz tarafından imzalanmamıştır. Söz konusu sözleşme, hemşirelik personeli politikası, teorik ve pratik eğitimi, hemşirelik mesleğinin icraatı, meslek üye ve örgütlerinin mesleki ve sağlık politikalarına ilişkin kararlara katılımı, üyelerin mesleki gelişimini, hizmetin ücretlendirilmesi, çalışma saatleri ve dinlenme süreleri, iş sağlığının korunması, sosyal güvenlik ve özel istihdam koşulları ile ilgili düzenlemeleri içermektedir.

Sonuç olarak, eğer ülkemizde mesleğin değeri, yapılan işin sayısı ve çeşitliliği ile ölçülüyor olsaydı, kuşkusuz hemşireler sağlık işgücü arasında birinciliği kimseye kaptırmazdı. Ama mevcut sistemde belli ki meslektaşlarımız daha uzun süre sonu olmayan maratonda koşmaya devam edecekler. Bize de son söz olarak onlara iyi yolculuklar dilemek düşecek...



# En Yaygın 7 Büyük Hitabet Hatası



**Muhammed ALPKENT**

*Kişisel Gelişim Uzmanı ve Endüstri Mühendisi*



Hayatta zaman zaman konuşma yapmamız gerekir. Bu konuşmalarımızın sonunda iki ihtimal vardır. Ya konuşmamız muhataplarımız üzerinde etki bırakacak, onların düşünce ve davranışları üzerinde bir değişime neden olacak; ya da sadece görevimizi yerine getirmiş olduğumuz sıradan bir konuşma olacaktır. Birincisi gibi bir konuşma, bizde özgüven ve coşku, ikincisi gibi bir konuşma ise bizde güvensizlik ve sıkıntı doğurur. Birincisi gibi etkileyici bir konuşma yapabilmek, 7 önemli hatadan uzak durmaya bağlıdır. Bunları sıralayalım:

## 1. Karşıındakileri Uzman Zannetmek

Pek çok konuşmacı, dinleyicilerinin kendi uzmanlık seviyesinde olduğunu zanneder. Kendisinin bildiği her şeyi 'zaten' muhataplarının da bildiği varsayımıyla konuşur. Bu düşünceyle, kullandığı kelimelere dikkat etmez, söylediklerinin anlaşılmadığını fark etmeden konuşmaya devam eder.

Bir profesör, konuştuğu halk kitlesinin üniversite-deki öğrencileri gibi olmadığını dikkate almaz ve akademik bir üslupla konuşma yaparsa, grup onu anlayamadığı için takip etmekte ve zevk almakta zorlanır.

## 2. Herkesin Zaten İlgili Olduğunu Düşünmek

Bazı konuşmacılar da dinleyicilerinin kendisini dinlemeye can attığını düşünürler.



Anlattıklarının dünyanın en değerli bilgileri olduğunu düşünen bu tip konuşmacılar, konuşmalarına ilgi çekici malzemeler eklemeyi de gereksiz görürler.

Demokrasi Tarihi konusunda bilgilerini anlatmak, bir konuşmacı için çok heyecan verici olabilir. Onun zihninde bu 'zaten' ilgi çekici, herkesin de dinlemeye can attığı bir konu olabilir. Ama kabul edelim ki, konuştuğu kitle için bu cazip olmayabilir. Bu durumda yine konuşmanın geri kalanını dinlemek bir azaba dönüşür. Bu durumun tek bir istisnası var: Herkesin dikkatini çekebilecek hatıra, hikaye, fıkra, soru gibi malzemelerle konuşmanın süslenmesi.

### 3. Güzel ve Düzgün Konuşmayı Fazla Önemsemek

Diksiyonla hitabetin birbirinin tamamlayıcısı olduğunu biliyoruz. Ancak diksiyon kullanarak güzel ve düzgün konuşmayı gereğinden çok önemsemek, bu defa konuşmacıyı hitabette olması gereken samimi ve ilgi uyandırıcı tarzdan uzaklaştırabilir. Diksiyonun hitabete en önemli iki destek noktası; ses tonunu güçlendirmesi ve söylediklerinin tekrara gerek kalmadan anlaşılabilmesidir.



### 4. Bilinen Şeyleri Tekrar Etmek

Konuşmalarda yaşanan en yaygın hatalardan biri de, izleyicilerin genellikle zaten bildiği şeylerin tekrar edilmesidir. Çok bilinen hikayeler, katkı sağlamayan bilgiler, defalarca kullanılmış espriler ve yenilik getirmeyen yorumlar, grubun dinleme isteğini öldürür. Ayrıca bunlar, konuşmacının karizma algısını da olumsuz etkilerler.

Mesela, bir konuşmacı uzun uzun, ballandıra ballandıra Nasrettin Hoca'nın yoğurda maya çalması hikayesini anlatıyor olsun. Dinleyici, hikayenin gerisini zaten bildiği için konuşmanın devamını merak etmez ve dikkatini salondaki başka unsurlara yöneltir.

### 5. Samimiyet ve Bilgiyi Yeterli Görmek

Bazı hatiplerde de, 'sadece' samimiyetine ve bilgisine güvenme hastalığı vardır. Samimi olmak hitabette çok şeydir, ama her şey değildir. Anlattığı konuya hakim olmak da çok önemlidir, ama etkiyi garanti etmez. Önemli olan samimiyet ve bilgiden mânâ devşirip bunu profesyonel teknikler ve emek verilmiş bir hazırlıkla yoğurmaktır.

### 6. Daldan Dala Atlamak (Sistemsiz ve Hazırlıksız Konuşmak)

Çok bilgili konuşmacıların bir kısmı, zihinlerini toparlamakta zorlanırlar. Anlattıklarını önceden bir plana, bir sisteme koymadan sundukları için, bir

söyledikleri bir başkasını, başkası daha başkasını çağırıştırır durur. Bunun sonucunda, dinleyicilerin yoğunlaşmakta zorlandıkları, sıkıcı bir konuşmaya ortaya çıkar.

### 7. Çok Konuşmak

Konuşma sanatının en büyük düşmanlarından biri de, gereğinden çok konuşmaktır. İzleyicinin durumunu göz önünde bulundurmadan konuşmayı uzattıkça uzatmak, olası olumlu konuşmacı imajını da yok eder. Planlanan konuşma süresine eklenen fazladan her bir dakika, dinleyici üzerinde daha fazla gerginliğe yol açar. Çok merak uyandıran bazı özel durumlar hariç, en güzel konuşma 'kısa' olanıdır.

Yukarıda sıraladığımız 7 büyük hatadan kaçınan konuşmacı, etki uyandırma konusunda çok büyük avantaj yakalamıştır. Etkili konuşmak, insanın bireysel kalitesini de yükselten, kurumsal temsil misyonunu da güçlendiren kritik bir yetenektir. Liderliğin enerjisinde, insanlarla iletişimin etkisinde de 'hitabet' önemlidir.





# Önlenebilir Tehlike: KANSER

**Modern tıptaki gelişmelere rağmen, kanser insanlık için hala büyük tehlike olarak görülüyor. Konuyla ilgili yapılan araştırmalar da bu kanaati teyit ediyor. Dünyada her yıl ortalama 7,6 milyon insan kanserden ölüyor. Türkiye'nin de durumu pek içi açıcı değil. Sağlık Bakanlığı verilerine göre de ülkemizdeki kanser ölümleri yıllık 140 bin.**

4 Şubat Dünya Kanserle Savaş Günü dolayısıyla kanser yine gündeme geldi. Biz de Sağlık-Sen dergisi olarak konuyu tekrar hatırlatma gereği duyduk. Hastalığın tehlike boyutu fazla olmakla birlikte erken tanı ve tedavilerde kanserin önlenildiği ifade ediliyor.

## Ürkütücü Rakamlar

Dünyada her yıl 12 milyon kişiye kanser tanısı konulmakta ve 7.6 milyon kişi kanserden ölmektedir. Önlem alınmazsa, dünya genelinde kanser

yükünün artarak 2030 yılında 26 milyon yeni tanı kanser vakasına ve 17 milyon ölüme ulaşacağı tahmin edilmektedir. Kanserde en hızlı artış ise ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde olması beklenmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2000-2006 yıllarını kapsayan son çalışmasına göre de, Türkiye'de 396 bin kanser vakası bulunuyor. Her yıl 140 bin kişi kanserden ölüyor, bu rakamın önümüzdeki 20 yılda 500 bine çıkacağı tahmin ediliyor. Her yıl ortalama 150 bin yeni kanser tanısı konuyor, yine 20 yıl içinde hasta sayısının 1,5 milyona ulaşacağı öngörülüyor.

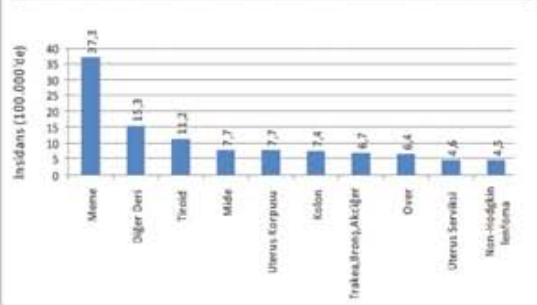
## Türkiye'de En Çok Görülen 10 Kanser

Kanserin Türkiye'ye yıllık maliyeti ise 2,5 milyar doları buluyor. Kadınlarda meme, erkeklerde ise akciğer kanseri birinci sırada yer alıyor.

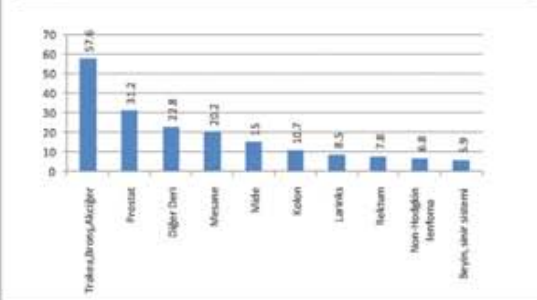
Türkiye'de İç Anadolu Bölgesi'ndeki mezotel-yoma sorunu dünya ortalamasının bin katı kadar yüksek. Ege

Bölgesi'nde arsenikle ilgili olabilecek kanserlerde, Doğu Anadolu'da da mide kanseri sıklığında diğer bölgelere göre artış göze çarpıyor.

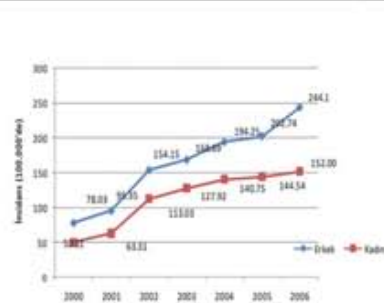
**Türkiye'de En sık Görülen 10 Kanser Türü Kadın 2006**



**Türkiye'de En sık Görülen 10 Kanser Türü Erkek 2006**



**Türkiye'de Kadın ve Erkek Kanser İnsidans Değerleri 2000-2006**





Kanserlerin yüzde 43'ü potansiyel olarak önleniyor. Tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi, güneşe fazla maruz kalma ve obezite ile ilişkili kanserler için risk, bu risk faktörlerinden kaçınılması yanında sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivite ve enfeksiyonlardan korunma gibi sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi ile önemli ölçüde azaltılabilir.

### Genel Tanım:

Kelime anlamı olarak kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urlara denir. Genel anlamda ise kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100'den fazla hastalık grubudur. Çok çeşitli kanser tipleri olmasına rağmen, hepsi anormal hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile başlar. Tedavi edilmez ise ciddi rahatsızlıklara, hatta ölüme dahi neden olabilir.

Kanser (cancer) terimi, tıbbın babası olarak bilinen Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından oluşturulmuştur. Hippocrates carcinos

ve carcinoma terimlerini ülser oluşturan ve ülser oluşturmeyen tümörler için kullanmıştır.

### Kanserin Nedenleri:

Kanserin sebebi kesin olarak bilinmemektedir. Kanser hastalığı için iki grup risk faktörü vardır. Bunlar değiştirilebilir faktörler ve değiştirilemeyen faktörlerdir. Değiştirilemeyen faktörler yaş, cinsiyet ve aile öyküsüdür. Değiştirilebilir faktörler ise çevresel etkenlerdir. Bunlar:

- Sigara ve alkol kullanımı,
- Radyasyona maruz kalma,
- Bazı virüsler,
- Kötü beslenme alışkanlığı,
- Gıdalardaki katkı maddeleri,
- Uzun süre güneş ışığına maruz kalma,
- Aşırı dozda röntgen ışınına maruz kalma,
- Bazı kimyasal maddeler (katran, benzin, boya maddeleri, asbest v.b.),
- Hava kirliliği,

Bu risk faktörlerinden biri veya daha fazlasına maruz kalmak bu kişide

kesin kanser gelişeceğini göstermez, ama kansere yakalanma ihtimalini artırır. Bazı insanlar birçok risk faktörü bulundurmasına rağmen yaşamı boyunca hiç kansere yakalanmazken, kanser tanısı konulan bazı hastalarda ise hiçbir risk faktörüne rastlanmayabilir.

### Sık Görülen Kanser Tipleri

- Cilt kanseri
- Meme kanseri
- Akciğer kanseri
- Prostat kanseri
- Mide kanseri
- Kalın bağırsak (kolon) kanseri
- Rahim ağzı (serviks) kanseri
- Lenf bezi tümörleri

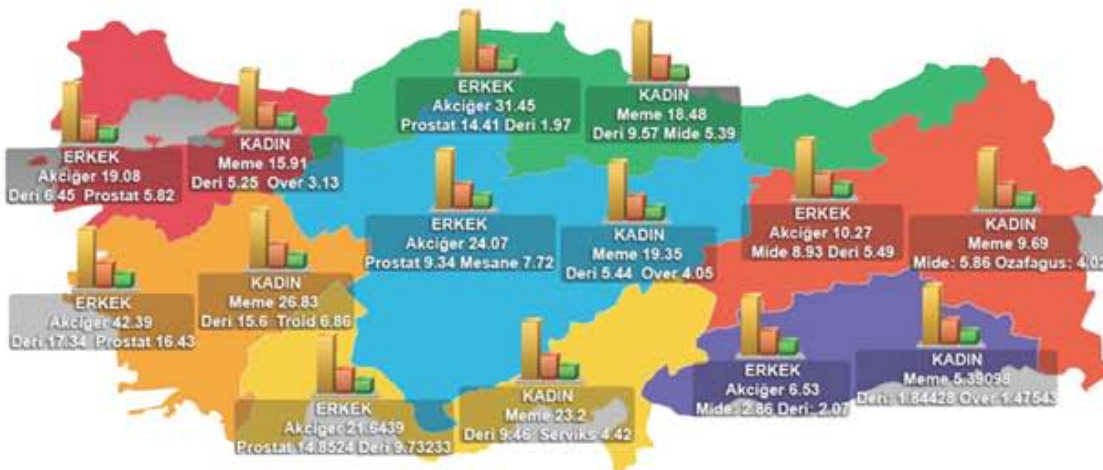
### Kanserin Belirtileri Nelerdir?

Kanserin belirtilerini bilmek hastalığın erken teşhisi açısından önemlidir, ancak bu belirtilerin birine veya daha fazlasına sahip olmak kişinin kanser olduğu anlamına da gelmez.

Açıklanamayan kilo kaybı, ateş, halsizlik, ağrı, memede veya vücutta hissedilen kitleler, cilt değişiklikleri, Kanama, dışkılama veya idrar yapma alışkanlığında değişiklik, öksürük ve horlama, Ben ve siğillerdeki değişiklikler.

### Kaynaklar:

www.turkkanser.org.tr  
www.ntvmsnbc.com  
www.kansernedir.net





# 3G ile Hastalara Evden Refakat Dönemi...



3G'nin sağladığı kolaylıklar sağlıkta da kendini hissettirmeye başlıyor. Sağlık Bakanlığı yeni başlattığı projeye, hastanın ambulanslardaki tetkikleri hasta hastaneye varmadan bildirilecek. Öte yandan odalardaki kamera sistemiyle de hasta ve hasta yakınları görüntülü ve sesli konuşabilecek.

Türkiye 3G'ye yaklaşık bir yıl önce geçti. Yeni sistemin hayatımızdaki kolaylıkları da her alanda kendini hissettirmeye devam ediyor. Görüntülü konuşma, televizyon, hızlı internet derken şimdi de sağlık alanında yapılan çalışmayla 3G hayatımıza yeni kolaylıklar sağlıyor. Bu kapsamda hastaneye mobil sağlık alanında etkin çözümler sunuluyor. Sistem Ankara Keçiören

Eğitim Araştırma Hastanesi'nde uygulanacak. Bu uygulama çerçevesinde 3G kameralarla görüntülü telefon görüşmesi sayesinde hasta yakınları hastaneye gelmeden, hatta başka illerden hastalarıyla hem sesli hem de görüntülü olarak görüşebiliyor.





### Mobil Ambulans Uygulanması

"Mobil Ambulans" uygulaması ile de hasta bilgileri ambulandan önce hastaneye ulaştırılabiliyor. Böylelikle bu veriler ışığında gerekli ön hazırlıklar başlatılarak, acil vakalarda yaşamsal önem taşıyan zaman kaybının önüne geçilebiliyor. Eş zamanlı olarak gönderilen bilgiler, hastane acil servislerindeki monitörler üzerinden uzman doktorlar aracılığıyla izlenebiliyor. Bu verilerin alınmasının ardından, hastanede gerekli hazırlıklar yapılabiliyor. Böylece özellikle yaşamsal önem taşıyan acil vakalarda zaman kaybının önüne geçilebiliyor. Bu uygulama, hem kara hem hava ambulansında kullanılabiliyor.



Bulaşma riski yüksek hastalıklarda, hem hasta yakınlarını hem de hastane personelini koruma amaçlı olarak hastanenin enfeksiyon ünitesine 3G kamera sistemi yerleştirildi. Yeni doğan ünitesinde de 3G kameralar sayesinde özel bakıma alınan bebekler, aileleri tarafından cep telefonları üzerinden izlenebiliyor. Sistemin, acil,

poliklinik, yoğun bakım ve kan alma gibi birimlere konumlandırılmasıyla hastane güvenliğinin de üst düzeyde tutulması amaçlanıyor. Böylece, hastane yönetimi kamera sistemi sayesinde hastaneyi cep telefonu üzerinden görüntülü olarak kontrol edebiliyor. Hastane personeli bu sistemle görüntülü ve sesli olarak bilgi paylaşımı da yapabiliyor.

Bunların dışında Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi için özel olarak geliştirilen Hücre Yayın Servisi ile Keçiören ilçesindeki GSM aboneleleri ücretsiz olarak hastane bilgilendirme mesajını alabiliyor. Ayrıca hastaların muayene randevuları, aşı takvimi, laboratuvar sonuçları gibi önemli bilgiler de SMS yoluyla iletiliyor. Projeye, hasta, hasta yakınları ve hastane personeli arasındaki iletişimin güçlendirilerek teşhis ve tedavi sürecinin daha başarılı geçmesi sağlanırken, acil durumlarda hızlı müdahale yapılmasına olanak sağlayan uygulamalar sayesinde hayat kurtarmada başarı oranının artırılması amaçlanıyor.



## Cerrahların Babası:

# Halef İbn Abbas Ez-Zehravi (930-1013)



Cerrahiyyatü'l-Hâniyye'den bir çizim:  
Diş tedavisi



Cerrahiyyatü'l-Hâniyye'den bir çizim

İslam'ın ilk emri olan 'Oku' beraberinde de ilim anlamında dönemin Müslümanlarını çeşitli branşlarda araştırmalara, ihtisas yapmalarına sevk etmiştir. Kur'anda her derdin devasının bulunduğu bildirilmesi, birçok alanda olduğu gibi tıp ilminde de Müslümanların çalışmalar yapmasını beraberinde getirmiştir.

Avrupa'nın karanlık bir çağ yaşadığı hatta tıpla ilgili bütün okulların kilise kararı ile kapatılıp ve doktorluğun cellatlığa yakın bir meslek hatta sihirbazlık olarak görüldüğü bir dönemde Endülüs Emevi tabiplerinden olan Halef İbn Abbas Ez-Zehravi, 10. asrın en ünlü cerrahlarından olmuştur.



Bir hastayı tedavi eden halîm ve hastasını gözleren nöneyîr.

İsmi Halef bin Abbas ez-Zehravi olup, künyesi Ebû'l-Kasım'dır. Kurtuba yakınlarındaki Ez Zehrâ da doğduğu için Zehravi ismiyle meşhur oldu. Batı ilim aleminde Ebû'l-Kasim, Bukasis ve Al-Zahravis olarak bilinir. 930 (H.318)-1013 (H.404) seneleri arasında yaşamıştır. Zamanında ilim ve kültür seviyesi en yüksek olan Kurtuba Üniversitesi'nde öğrenim gördü. Özellikle tıp ilminin nazari ve tatbiki sahalarında derinleşerek söz sahibi oldu. Zehravi, tıp ilmini, o dönemin büyük ustalarından olan İbn-i Cülcül, Ebu Bekir er-Razi, İbnü'l-Cezzar el-Kayrevani gibi ilim adamlarından almıştır.

Bu eğitim ve öğretim ile hem teorik, hem de pratik anlamda kendisini çok iyi yetiştirdiği gibi, yanında da değerli birçok ilim adamı yetişmiştir. Ayrıca tıp ilminin yanında fizik, matematik ve astronomiyle de ilgilenmiş, kendini geliştirmiş ve hatta ilim meclislerinde bu ilimlerle ilgili münazaralara katılmıştır. Yaptığı çalışmalarla modern cerrahinin öncülüğünü yapan Ez-Zehravi, tıp ilminde hem teorik, hem de pratik ola-

rak uzmanlaşınca, kendisini çok genç yaşta saray doktoru olarak Emevî sarayında bulmuştur. Önce Halife Üçüncü Abdurrahman, sonra da Halife İkinci el-Hakem dönemlerinde sarayın özel doktorluğunu yapmıştır. Bu iki halife de ilme verdikleri destek ve himaye ile Ez-Zehravî'nin zirveye çıkmasında çok önemli rol oynamıştır. Bütün hayatını tıbbî ilimlere ve eczacılık sahasındaki çalışmalara veren Ez-Zehravî, 10. asrın en ünlü cerrahlarından olmuştur.

Cerrahların babası olarak kabul edilen Zehravî, daha çok cerrahi sahasında başarılı ve meşhurdur. Modern cerrahinin öncülüğünü yapan Zehravî'nin devrinde, Avrupa da bu ihtisas, hekimler tarafından üstün görülmediği için, uygulama sahası açılmamıştı. Avrupa'nın aksine, İslâm aleminde; makbul, yaygın ve revaçta bir ilim olduğundan, tatbiki başarılı neticeler veriyordu.

Ez-Zehravî'yi günümüze kadar taşıyan şey, tıp ilminin farklı yönlerini içine alan ve 30 makale, 200 şekil ve yaklaşık 1.500 sayfadan oluşan iki ciltlik Kitab'u't-Tasrif Limen Aceze Ani't-Te'lif adlı tıp ansiklopedisi mahiyetindeki eseridir. Ayrıca üzerinde çalıştığı ihtisas alanları ve bunlarla ilgili icat ettiği tıbbî âletlerle de ilmî şöhretini artırmıştır. Bu çalışmalarıyla hem çağına, hem de kendisinden asırlarca sonra gelen bilim adamlarına ve onların yaşadığı asırlara öncülük etmiştir.

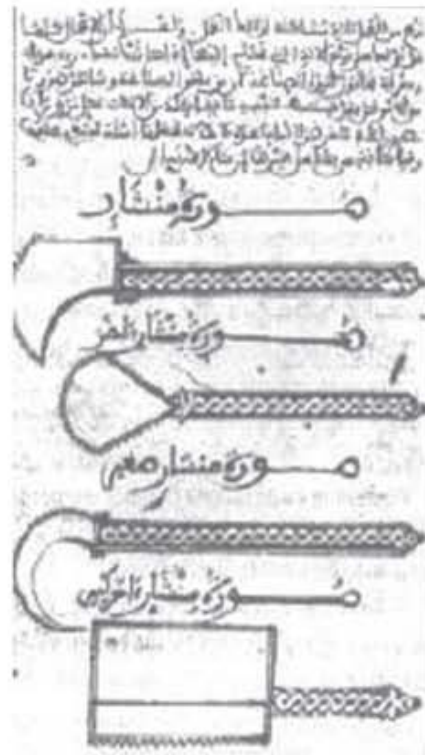
### Uzmanlık Alanları ve İcat Ettiği Aletler

İslâm dünyasının en büyük cerrahi ve anatomisti olan Ez-Zehravî, uzmanlık alanlarını ve cerrahide kullan-

dığı 200 kadar âleti, yazdığı eserinde resimlerini de çizerek teferruatlı olarak anlatmıştır.

Ez-Zehravî dahiliye ve genel cerrahide önemli yeniliklere imza atmıştır. Hemofiliyi(kanarca) ayrıntılı olarak ilk tanımlayan doktor olan Ez-Zehravî, fitik ameliyatından ameliyatlarda kanın durması için damar dikimine, eklem tedavisinden böbrek taşının çıkarılmasına kadar sayısız branşta ilkleri gerçekleştirmiştir. Aynı zamanda dünyanın ilk ortopedi cerrahisi olan Ez-Zehravî, bu alanda da birçok buluşa imza atmıştır. Bunların başında da ilk dizkapağı ameliyatı gelmektedir.

Kadın hastalıklarıyla ilgili yeni usûller ve metotlar bulan Ez-Zehravî doğumun kolay olması için ilk defa yeni teknikler uygulamıştır. Ağız sağlığı ve diş bakımı noktasında da buluşları olan



**Cerrahiyyatü'l-Hâniyye'den bir çizim: Kelik'i tedavi ederken**

Ez-Zehravî, kulak, burun, boğaz ve göz hastalıklarının teşhisini ve tedavisini de yapmıştır.

Tıp ilminin hemen hemen her branşında çalışmalar yapan Ez-Zehravî, farmakoloji de aynı başarıyı göstermiştir. Ez-Zehravî ilaçların faydalarından, özelliklerinden ve terkiplerinden bahsetmektedir. Hangi ilâcın hangi hastalığa iyi geleceğini de anlatmıştır.

#### Kaynaklar

\* İslâm Ansiklopedisi, TDV yay., c. 4, s. 87-90, İst., 1994.

\* Şaban Döğen, Müslüman İlim Öncüleri Ansiklopedisi, s. 306-309, İst., 1987.

\* M. F. Gülen, Beyan, Nil yay., s. 27, İzmir, 2004.

\* Gökhan Özdemir, Ortaçağ Cerrahisinin\* de Müslümanların Yeri, Sızıntı, c. 3, s. 267-268.

\* Selim Çaldıranlı, On Asır Yaşayan Hekim, Ebu'l Kasım ez-Zehravî, Sızıntı, c. 6, s. 70-73.

www.davetci.com

www.beyan.com.tr

www.medinfo.hacettepe.edu.tr

www.atominsan.com



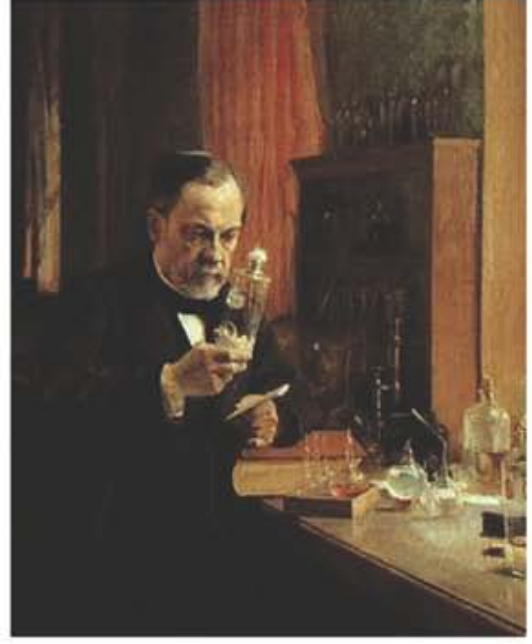
# Tartışmalar Gölgesinde Aşı Tarihi

Domuz Gribi ülke gündemini işgal etmekten çıktı. Yoğun ve hararetli tartışmaların yaşandığı süreçte, 'Domuz Gribi Aşısı' tartışmalarının nirengi noktasıydı. Ancak yakın tarihe kısa bir yolculuk yaptığımızda çocuk felci ve çiçek aşısında da benzer tartışmalar olduğu ortaya çıkıyor. O dönemler için yapılan 'aşılar kısır yapıyor' iddiaları domuz gribi aşısı için de gündeme getirildi.

Tartışmalar Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın, Sağlık Bakanı Recep Akdağ ile aynı paralellikte düşünmediğini söylemesiyle iyice kızıştı. Konuyla ilgili tereddütler, halkı iki arada bir derede bıraktı. Aşıya en başından beri karşı olan muhalefetin tutumu da halkın düşüncesini etkiledi. 43 milyon aşı sipariş eden Bakanlık da sadece 4 milyon aşı kullanabildi. 33 milyon aşı siparişi ise iptal edildi.

Salgınla mücadele, hep tartışmaların gölgesinde kaldı. Tartışmaların boyutu 'Türkiye kendi aşısını neden üretmiyor?' noktasına da taşındı. Oysa aşı ile ilgili tarihsel süreç, kuşku ve polemikleri haksız gösteren gerçeklerin olduğunu da ortaya koyuyor. Çiçek





hastalığı dünyada aşılama yoluyla yok edildi. Çocuk felcinde de yapılan aşı kampanyalarında 2010 yılında hastalığı tamamen ortadan kaldırmak amaçlanıyor.

Aşının salgınların ve hastalıkların azalması hatta tamamen ortadan kalkması için önleyici bir etken olduğu noktasında yaygın bilimsel bir kanaat vardır. Tarihte de bakıldığında aşı kullanımının M.Ö. 590 yılında Çin'de Sung Hanedanı döneminde "çiçek hastalığından korunmak için ciltteki iltihaplı maddenin sağlıklı kişilerin burnuna verilmesiyle" başladığı yapılan araştırmalarda ortaya çıktı. Bu da gösteriyor ki aşı sadece günümüzde değil, asırlardır önemli bir tedavi metodu olarak işlev görüyor.

### Aşıların Tarihçesi

Tarihte aşı konusunda ilk uygu-

lamanın M.Ö. 590 yılında Çin'de Sung Hanedanı döneminde çiçek hastalığından korunmak için ciltteki iltihaplı maddenin sağlıklı kişilerin burnunun içine verilmesi olduğu bilinmektedir.

Sistemli aşılama ise ilk kez yine çiçek hastalığına karşı olmak üzere 1796 yılında Edward Jenner tarafından başlatılmıştır. Bağışıklık biliminde o günden bu güne çok büyük ilerlemeler olmuştur. Aşılama ile ilgili ayrıntılı bilgiler Jenner'den 100 yıl kadar sonra, Pasteur tarafından elde edilmiştir. Bu büyük bilim adamı, infeksiyon hastalıklarının kaynağının mikroplar olduğunu keşfetmiştir.

Ayrıca mikropların zayıflatılmış, hastalık yapamayacak hale getirilmiş biçimde insanlara verilmesiyle, bireyin bulaşıcı hastalıklardan korunabileceğini kanıtlamıştır. Pasteur, 1885 yılında daha önce köpeklerde etkinliğini kanıtladığı kuduz aşısını, bir köpek tarafın-

dan ısırılmış olan Joseph Meister adlı kişiye uygulamıştır. Bu uygulama insan bağışıklamasındaki en önemli atılımdır.

1892 yılında Laffnik adlı araştırmacı kolera aşısını, 1896 yılında Wright tifo aşısını geliştirmiştir. Bugün BCG adıyla bildiğimiz tüberküloz (verem) aşısı Calmette ve Guerin tarafından 1921 yılında geliştirilmiştir. Ramon ve Glenni 1923'te difteri aşısını, aynı yıl Madsen boğmaca aşısını ve 1927 yılında Ramon ve Zoeller tetanoz aşısını üretmişlerdir. Bundan sonra kullanıma sunulan çeşitli aşılar birbirini izlemiştir.

1932 yılında Sellard ve Laigret sarı humma aşısını, 1937 senesinde Salk ilk influenza aşısını ve 1949 yılında Smorodintsev canlı kabakulak aşısını geliştirmiştir. Salk 1954 yılında ölü çocuk felci aşısını, Sabin 1957'de canlı zayıflatılmış ağızdan uygulanan çocuk felci aşısını geliştirmiştir. Kızamık aşısı





1960 yılında önce Edmonston ve daha sonra Schwartz tarafından oluşturulmuştur. 1962'de kızamıkçık aşısı Weller, Neva ve Parkmann adlı araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

Ölü kabakulak aşısını 1966 yılında Weibel, Buynach, Hillemann ve daha sonra Takashashi üretmeyi başarmışlardır. İnsan hücrelerinde üretilen ilk kuduz aşısı 1967 yılında Victor tarafından gerçekleştirilmiştir. Takashashi 1973 senesinde su çiçeği, Maupas ve Hillemann 1976'da ilk kez hepatit B (sarılık) aşısını uygulamışlardır.

1968 yılında meningokok C menenjitisi aşısı, 1971 senesinde meningokok A menenjitisi geliştirilmiştir. 1978 yılında pnömokok enfeksiyonlarına karşı kullanılmak üzere pnömokok aşısı üretilmiştir. Bugün genel olarak menenjitisi aşısı olarak bilinen Hemofilus influenza tip B aşısı 1980 yılında geliştirilmiştir.

Sonraki senelerde bir arada kullanılan çeşitli aşılar geliştirilerek kullanıma sunulmuştur. Aşı geliştirme çalışmaları halen aktif olarak devam etmektedir.

Aşılama çalışmalarında güdülen başlıca amaç, insanların aşı ile önlenbilir hastalıklardan ölümlerini engellemek, yarınımızı emanet edeceğimiz kuşakların daha sağlıklı yetişmesini sağlamaktır.

## Türkiye'de Aşı

Türkiye'de aşıyla ilgili tartışmalar beraberinde de neden ülkemizde üretilemiyor sorusunu da akıllara getiriyor.

Türkiye, bugün dışa bağımlı olduğu aşı hususunda köklü bir geçmişe sahip aslında. Aşı, Batı'ya Osmanlı'dan



teknolojilerine ayak uyduramayınca 1996'da aşı üretimini durdurdu. Aşı ithalatıyla ilgili tartışmaların yoğun olarak yaşandığı günümüzde konuyla ilgili yeni politikaların üretilmesi artık kaçınılmaz görünüyor.

Türkiye, temel aşıları özellikle Bulgaristan, Hindistan, Danimarka ve Japonya'dan alıyor. Bağışıklamada kullanılan aşıların yüzde 60'ı Sağlık Bakanlığı, yüzde 30'u özel sektör tarafından ithal ediliyor. Yüzde 10'u ise bağışıklardan sağlanıyor.

#### Kronolojik Takvim

geçti. İlk çiçek aşısını Osmanlı üretti, uygulanması için kanun çıkarttı, Çin'deki kolera salgını için aşı gönderdi. Dahası, bugün ithal edilen aşıların bir kısmını veren Sanofi Pasteur'ün kurucusu Louis Pasteur'e aşı yapımı konusunda Sultan II. Abdülhamid destek verdi.

1928'de kurulan Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü aşı üretimine Cumhuriyet'in ilk yıllarında başlamıştı. Bütün ülkenin aşı ihtiyacını karşılayan kurum, 20. yüzyılda Çin'de ortaya çıkan kolera salgını için ihtiyaç duyulan aşıları gönderdi. İlk çiçek aşısını üretti. Dünyada kuduz aşısını ilk üretenlerin başında geliyor.

Yıllarca tifo, dizanteri, kolera, veba, menengokok, stafilokok, boğmaca, brucella, nezle, kuduz, verem, tetanos, difteri, kızıl, karma aşı, tifüs, çiçek, grip gibi birçok aşının üretimini gerçekleştirdi. Fakat mevzuat gereği çağın

**1801:** Jenner metoduna göre çiçek aşısı uygulaması başladı.

**1885:** Çiçek aşısı uygulaması için Osmanlı'da kanun çıkarıldı (dünyada ilk).

**1885:** Kuduz aşısı bulundu (Fransızlar buldu).

**1886:** Kuduz aşısının üretilip uygulanması için Fransa'ya Pasteur'ün laboratuvarına eğitime gidildi.

**1887:** Ocak ayı başında kuduz aşısı Osmanlı'ya getirildi. Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane'de ilk kuduz aşısı üretildi.

**1892:** İlk çiçek aşısı üretim evi kuruldu.

**1927:** Verem aşısı üretimi başladı.

**1937:** Kuduz serumu üretilmeye başlandı.

**1940:** Çin'deki kolera salgınına karşı aşı gönderildi.

**1942:** Tifüs aşısı ve akrep serumu üretimi başladı.

**1947:** Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kuruldu. BCG aşısı üretimine geçildi.

**1948:** Boğmaca aşısı üretimi başladı.

**1950:** İnflüenza laboratuvarı, WHO tarafından 'Uluslararası Bölgesel İnflüenza Merkezi' olarak tanındı. İnflüenza aşısı üretimine geçildi.

**1965:** İlk kez kuru çiçek aşısı üretimi yapıldı.

**1976:** Kuru BCG aşısının deneysel üretimi başladı.

**1983:** Kuru BCG aşısı üretimine geçildi.

**1991:** Üretilen aşı ve serumların kalitesinin artırılması ve üretilmeyen aşılarla birlikte ihraç edilmesi DPT yatırım programına girdi.

**1998:** BCG aşı üretim laboratuvarlarında üretime son verildi.

#### Kaynak:

[www.ttb.org](http://www.ttb.org)

[www.beyazgazete.com](http://www.beyazgazete.com)

# Sağlık ve Sosyal Hizmet Kolunda

## (Kasım 2009 - Şubat 2010)

### 1 Kasım 2009 – Genel Başkanımız Güven Tazeledi

Yargı kararı çerçevesinde yenilenen Genel Başkanlık seçiminde Genel Başkanımız Mahmut Kaçar yeniden seçilerek güven tazeledi.

### 4 Kasım 2009 – YÖK'ten İşletme Bölümü İçin Nihai Karar

Yükseköğretim Yürütme Kurulu, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi İşletme Lisans Bölümü'nün, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Sekreterlik Önlisans programları ile Sağlık Meslek Lisesi Tıbbi Sekreterlik mesleğinin üst öğrenimi sayılmayacağına karar verdi. Aynı toplantıda Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans Programının sağlık çalışanları için üst öğrenim olmadığı kararı da çıktı.

### 6 Kasım 2009 - 4924'lülerin Ek Ödeme Farkı İçin Dava Açtı

Sendikamız 4924'lüleri ek ödeme farkından yararlanmasını engelleyen idarenin işleminin iptali için dava açtı.

### 8 Kasım 2009 - 4/C'lilere Sendika Üyeliğinin Yolu Açıldı

Büro Memur-Sen'in başvurusunu değerlendiren Ankara 3. İş Mahkemesi, 4/C'lilerin 4688 Sayılı Yasa doğrultusunda memur sendikalarına üye olabileceklerine karar verdi.

### 10 Kasım 2009 – Anayasa Mahkemesi, Toplu Görüşme Primini İptal Etti

Anayasa Mahkemesi CHP'nin başvurusu üzerine, 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Kanunu hükümleri uyarınca kamu görevlileri sendikasına üye olup üyelik ödentisi kesilen kamu görevlilerine verilen Toplu Görüşme Priminin iptaline karar verdi.

### 18 Kasım 2009 – Tüm Branşlara Lisans Tamamlama

Genel Merkez Yönetim Kurulumuz, sağlık teknikerlerinin sağlık memurluğu lisans tamamlama hakkından yararlanmasını ve tüm branşlarda lisans tamamlama hakkı için Sağlık Eğitimi Genel Müdürü Prof. Dr. Safa Kapıcıoğlu ile görüştü.

### 19 Kasım 2009 - Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans Programı İçin YÖK'e Dava Açtı

Yükseköğretim Kurulu'nun Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans Programı'nın sağlık çalışanları için üst öğrenim olmadığına ilişkin aldığı karara karşı Danıştay'a yürütmeyi durdurma ve iptal davası açtı.

### 24 Kasım 2009 – Sendikamızdan Harçlar 12 Taksitle Ödensin Talebi

19 Mayıs Üniversitesine resmi yazı gönderen Sendikamız, üniversitenin belirlediği harç ücretinin 12 taksitle ödemesi talebinde bulundu.

### 25 Kasım 2009 – Görevde Yükselme Sınavının Takvimi Belli Oldu

Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü, yaptığı duyuru ile Görevde Yükselme Sınavı ile ilgili ayrıntıları açıkladı.

### 25 Kasım 2009 – Eş Durumu Tayini

Daha önce eş durumu tayiniyle ilgili boş pozisyonları açıklayan ve başvuruları alan Sağlık Bakanlığı, yönerge ve pozisyonlara uygun olarak değerlendirdiği talepleri açıkladı.

### 27 Kasım 2009 – Ebelik Lisans Tamamlama Kayıt İşlemleri

19 Mayıs Üniversitesi, Ebelik Lisans Tamamlama kayıt işlemlerinin 27 Kasım 04 Aralık tarihleri arasında yapılacağını duyurdu.

### 3 Aralık 2009 – Eş Durumu Kurası Çekildi

4/B'li personelin eş durumu nedeniyle yer değişikliği kurası noter huzurunda yapılarak, görev yeri değişikliğine hak kazanan sözleşmeli personel ilan edildi.

### 5 Aralık 2009 – Unvan Değişikliği Sınavı Gerçekleşti

Sendikamızın yetkili sendika olarak Sağlık Bakanlığı ile yaptığı görüşmeler sonucunda kararlaştırılan Unvan Değişikliği Sınavı gerçekleştirildi. Bakanlık sınav için 1741 kadro tahsis etti.



#### **5 Aralık 2009 – Sendikamızdan Yetki Coşkusu**

2009 yılında yetkiyi alarak, toplu görüşme masasına oturan Sendikamız, 2 bin 200 temsilcimizin katılımıyla 'Yetki Kutlaması' yaptı.

#### **6 Aralık 2009 – Anı Yarışmamızda Ödüller Sahiplerini Buldu**

Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları arasında düzenlediğimiz ve bu yıl ikincisini gerçekleştirdiğimiz anı yarışmamız sonuçlandı. Yarışmada dereceye girenler ödülleri, Antalya'da gerçekleştirdiğimiz "Yetki Buluşması" programında, düzenlenen törenle aldılar.

#### **15 Aralık 2009 – Eş Durumu Tayiniyle Yer Değişikliği Kazananlar Yeni Görev Yerlerinde**

Eş Durumu nedeniyle görev yerleri değişen çalışanlar, 8-14 Aralık tarihleri arasında yeni görev yerlerine müracaat yapıp, 15 Aralık itibarıyla de hizmet sözleşmelerini imzalayarak görevlerine başladı.

#### **15 Aralık 2009 – Sendikamızdan YÖK ve Üniversitelerarası Kurula Çağrı**

Sendikamız, aldıkları kararla, Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans Programını okuyan ve mezun olan binlerce sağlık çalışanını mağdur eden Yüksek Öğretim Kurulu ve Üniversitelerarası Kurul Başkanlığı'na kararlarını gözden geçirme çağrısında bulundu.

#### **17 Aralık 2009 – Diş Tabibi ve Eczacı Alım İlanı**

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı hizmet birimlerinde, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4/B maddesine göre sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilmek üzere, noter tarafından yapılacak kura ile (476) Diş Tabibi ve (310) Eczacı alımı yapılacağını duyurdu.

#### **21 Aralık 2009 – Personel Alım İlanı**

ÖSYM tarafından yapılan duyuruya göre, Sağlık Bakanlığı'nın KPSS puanıyla da 5 bin 312 sözleşmeli personel alacak.

#### **19 Aralık 2009 – Acil Farkı İle İlgili Bir Yargı Kararı Daha**

Sendikamızın açtığı davada, Yargı, fiilen riskli birimlerde çalışan ve nöbet tutan röntgen teknisyeninin döner sermaye ek ödemesinden faydalanması gerektiğine karar verdi.

#### **22 Aralık 2009 – Devlet Bakanı Kavaf'ı Ziyaret Ettik**

Devlet Bakanı Selma Aliye Kavaf'la görüşen Genel Merkez Yöneticilerimiz, başta ek ödeme olmak üzere SHÇEK KİK toplantısında mutabakat altına alınan 14 maddenin gündeme getirilmesini ve bir an önce uygulanmasını talep etti.

#### **28 Aralık 2009 – Genel Başkanımız Sağlık Bakanı Recep Akdağ İle Görüştü**

Sendikamız Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ile görüştü. Görüşmede sözleşme-

li personel için tek tip yasa konusu başta olmak üzere sağlık çalışanlarının sorunları değerlendirildi.

#### **4 Ocak 2010 – ÖSYM Tarafından Yerleştirilen Personele Duyuru**

Sağlık Bakanlığı, ÖSYM tarafından tercihine yerleştirilen adayların göreve başlatılmasına ilişkin müracaatları, 06-15 Ocak 2010 tarihleri arasında, ilgili sağlık birimlerinde oluşturulacak müracaat kabul komisyonlarınca kabul edileceğini belirtti.

#### **5 Ocak 2010 - Sağlık Bakanlığı İşlem Başlattı**

Sağlık Bakanlığı YÖK'ün söz konusu kararı uyarınca Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans Programını bitirenlerin zam ve tazminatlarının kesilmesine neden olacak işlem başlattı.

#### **7 Ocak 2010 - Sağlık Bakanlığı'nın İşlemine Karşı Dava Açtı**

Sendikamız, Laborant ve Veteriner Sağlık Ön Lisans mezunu sağlık çalışanlarının intibaklarını iptal ederek kazanılmış haklarına müdahale eden Bakanlık işleminin iptali için Danıştay'a dava açtı.

#### **11 Ocak 2010 - Sendikamızdan "Becayıste Dönem Şartı Kalksın" Başvurusu**

Sendikamız, Sözleşmeli personele becayiş müracaatında dönem şartının kaldırılması için Sağlık Bakanlığı'na başvurdu.

#### **12 Ocak 2010 – Sözleşmeli Personele Tek Yasa Çalışması**

Sağlık Bakanı Recep Akdağ TBMM Genel Kurulunda yaptığı konuşmada, Bakanlık bünyesinde çalışan yaklaşık 75 bin sözleşmeli personelin mevzuatı hakkında yeni bir çalışma yürüttükleri bilgisini verdi.

#### **12 Ocak 2010 – 4924'lülerin Becayışında Dönem Şartının Kaldırılması İçin Başvurduk**

Sendikamız, 4924 kapsamında çalışan personelin de becayişında dönem şartının kaldırılması için Bakanlığa başvurdu.

#### **12 Ocak 2010 - Hizmet Sözleşmeleri Yargı Kararlarımıza Göre Yeniden Düzenlendi**

Sendikamızın 2009 yılında verdiği hukuk mücadeleleri sonucu sözleşmeli personelin hastalık izninin 30 günü aşması, döner sermaye gelirlerinin yetersiz kalması gibi nedenler fesih gerekçesi olmaktan çıktı.

#### **13 Ocak 2010 - Tam Gün'deki Adaletsizliklere Karşı Alanlardaydık**

Genel Kurul'da görüşülen Tam Gün Yasa Tasarısındaki adaletsizliklere dikkat çekmek isteyen Sendikamız, tüm Türkiye'de

meydanlardan Hükümet'e seslenerek, çalışma barışını bozan tasarının bir an önce çalışanların talepleri doğrultusunda değiştirilmesini istedi.

#### 15 Ocak 2010 – Memurlar SGK'lı Oldu

5510 sayılı Kanunun geçici 12'inci maddesi gereğince sağlık hizmetleri kamu kurumlarınca karşılanmaya devam olunan devlet memurları ve aynı kapsama giren diğer kamu görevlileri ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler, SGK'ya devredildi.

#### 19 Ocak 2010 – Sağlık Bakanlığı Şef Atama Sınavlarının Yönetmeliğini Değiştirdi

Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şefi, şef yardımcısı, başasistan kadrolarına yapılacak atamalarda uygulanacak sınavların yönetmeliğini değiştirdi.

#### 21 Ocak 2010 – Tam Gün Yasası TBMM'de Kabul Edildi

Sağlık çalışanlarının özlük hakları ve döner sermaye payları hakkında da düzenlemeler içeren Tam Gün Yasası TBMM Genel Kurulunda kabul edildi.

#### 22 Ocak 2010 – Üniversitelerarası Kurul Başvurumuzu Değerlendirdi

Üniversitelerarası Kurul, Genel Merkezimize gönderdiği cevabı yazıda Laborant ve Veterinerlik Sağlık Önlisans Programının sağlık çalışanları için yeniden mesleki üst öğrenim sayılması konusundaki başvurumuzu değerlendirdiğini bildirdi.

#### 22 Ocak 2010 – Genel Merkez Yöneticilerimizden YÖK Başkanına Ziyaret

Genel Başkanımız Mahmut Kaçar ve Genel Mevzuat ve Toplu Görüşme Sekreterimiz Mustafa Kulluk YÖK Başkanı Prof. Dr. Yusuf Ziya Özcan'la Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans mezunu sağlık çalışanlarının sorunlarını görüştü. Genel Merkez Yöneticilerimiz daha sonra Üniversitelerarası Kurul Eğitim Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Ahmet Acar ile de görüşerek, mağduriyetin giderilmesi talebinde bulundu.

#### 23-24 Ocak 2010 – Başkanlar Kurulu Toplantımızı Gerçekleştirdik

Sendikamızın Başkanlar Kurulu, Ankara'da toplanarak, sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının gündem konularına ilişkin sendikal politikaları değerlendirdi.

#### 25 Ocak 2010 – Memur-Sen'den Uluslararası Demokrasi Kongresi

Konfederasyonumuz Memur-Sen tarafından düzenlenen Uluslararası Demokrasi Kongresi Başbakan Recep Tayyip Erdoğan'ın da katılımıyla gerçekleşti.

#### 28 Ocak 2010 - Mesai Dışı Poliklinik Uygulaması Başladı

Sağlık Bakanlığı, hastanelere mesai saatleri dışında

başvuracak hastalar için, mesai dışı poliklinik uygulaması başlattı.

#### 29 Ocak 2010 – Devlet Memurlarının 'Toplu Müracaat Veya Şikâyet Etmesinin' Önü Açıldı

Anayasa Mahkemesi, memurların 'toplu müracaat veya şikâyet etme' eyleminde bulunmaları halinde aylıklarından kesinti yapılmasına imkân sağlayan yasa hükmünü 10'a karşı 1 üyenin oyuyla iptal etti.

#### 30 Ocak 2010 – Tam Gün Resmi Gazete Yayımlandı

TBMM Genel Kurulunda kabul edilen Tam Gün Yasasını Cumhurbaşkanı onayladı. Resmi Gazetede yayımlanan yasa, yürürlüğe girdi.

#### 30 Ocak 2010 – Toplu Görüşme Kazanımımız Hayata Geçti

2009 toplu görüşmelerinde Sendikamızın talebi doğrultusunda mutabakata alınan ailesinde engelli bulunan kamu çalışanına bir saat erken mesai, nöbet muafiyet hakkı, Resmi Gazete'de yayımlanan Başbakanlık Genelgesinde yer aldı.

#### 30-31 Ocak 2010 – Eğitim Seminerlerimiz Başladı

Sendikamızın sürekli eğitim hedefiyle ilkinin 2009 yılında gerçekleştirdiği kapsamlı eğitim programlarına başlandı. Bu yıl ki eğitim seminerleri 42 ilde gerçekleştirilecek.

#### 03 Şubat 2010 – Unvan Değişikliği Sınavı Başarı Sıralama Listesi

Sağlık Bakanlığı Unvan Değişikliği Sınavında başarı gösterenlerin listesini yayımladı.

#### 03 Şubat 2010 – Üniversitelerarası Kurul'dan Müjdeli Haber

Üniversitelerarası Kurul, yaptığı toplantıda Laborant ve Veteriner Sağlık Önlisans Bölümünün 4 Kasım 2009 tarihinden önce mezun olan ve kayıt yaptıran sağlık çalışanları için yeniden üst öğrenim sayılmasına karar verdi.

#### 4 Şubat 2010 – YÖK Onayladı, Sorun Çözüldü

Yükseköğretim Genel Kurulu yaptığı toplantıda, Laborant ve Veterinerlik Sağlık önlisans bölümünün, 1 Aralık 2009 tarihinden önce mezun olan ve kayıt yaptıranlar için yeniden üst öğrenim sayılmasına karar verdi.

#### 9 Şubat 2010 - Kamu Görevlilerine Toplu Sözleşme Ve Grev Hakkı Çalıştayı Yapıldı

2009 Toplu Görüşme Tutanağı'nda yer verilen, kamu görevlilerinin ve sendikalarının toplu sözleşme ve grev hakkıyla ilgili çalıştay, Abant'da başladı. 3 süren çalıştayın ardından sonuç bildişi yayımlandı.



# Basında Biz



## Sağlık personeline iyi haber

**SAĞLIK** Bakanlığı'ndan görevde yükselme bekleyen sağlık çalışanlarına iyi haber geldi. Görevde yükselme sınavına girecek olan sağlık personeli görevde yükselme eğitimleri için başvurularını 1-10 Aralık tarihleri arasında Bakanlık, Veri İşletmenliği, Hastane Müd. Yardımcısı ve Kadrolar için...

## Sağlık-Sen şiddet olaylarını kınadı

**S**ağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının sınır tanımaz bir şekilde ilerlediğini belirterek, "Şiddet hasta hakkı değildir" dedi. Başkentri Devlet Hastanesi Başhekimliği Mahmut Tokaç'ın hasta yakınları tarafından darp edilmesi nedeniyle açıklama yapan Kaçar, şiddet olaylarının sınır tanımaz bir şekilde ilerlediğini belirterek, "Kendini bilmez insanlar, istedikleri gibi hastanelerde terör estirebilmektedirler. Sağlık çalışanlarının can güvenliği ciddi bir sorun haline dönüşmüştür" diye konuştu. **Ankara / İHA**

## Sağlık çalışanlarına yükselme müjdesi

**SAĞLIK** Bakanlığı'ndan görevde yükselme bekleyen sağlık çalışanlarına iyi haber geldi. Görevde yükselme sınavına girecek olan sağlık personeli görevde yükselme eğitimleri için başvurularını 1-10 Aralık tarihleri arasında yapacak. Sağlık Bakanlığı, Veri İşletmenliği, Hastane Müd. Yardımcısı ve Kadrolar için 2 bin 829 kadro ihdası yaptı. Görevde yükselme sınavı açılması için Bakanlık düzeyinde yoğun görüşmeler bulunan Sağlık-Sen, Bakanlık, sınav için açılan kadronun üç kat oranında başvururu alınacağı ve eğitimlerin de ileri düzeyde yapılacağı açıklandı. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, yıllardır görevde yükselme sınavı bekleyen personelin ilk kez bu büyüklükte kadro ihdası gerçekleştirildiğine dikkat çekti. Görevde yükselme sınavı ile birlikte, önemli bir mağduriyet konusunun çözülme kavuşacağını kaydeden Kaçar, fillen veri hazırlama kontrol işletmenliği, memur, şoför ve şef görevlerini yürütenler halinde, kadrolar Yarımlama Hizmetleri Sınıflında olduğu için ekonomik ve özlik hakları noktasında kaybı olan binlerce sağlık personelinin olduğu bilgisini verdi. Kaçar, "Yıllara dayanan geçmişi bilunuz bu çok sorunun istenildiğine çözülebileceğini gösterdik" şeklinde konuştu. Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü'nün yaptığı duyuruya göre, görevde yükselme sınavı için açılan 2839 kadronun dağılımı şöyle: Veri Hazırlama Kadrosu (2000), Memur (1250), Şoför (1250), Şef (1250), Hastane Müdürü

## YÖK'ten sağlık çalışanlarına müjde

**Laborant ve Veteriner Sağlık Ön Lisans Bölümü** mezunu binlerce sağlık çalışanı YÖK'ün aldığı kararla, zam ve tazminatlarında hak kayıtlı yaşamaktan kurtuldu. YÖK'ün yeni kararı, bu bölümü bitiren binlerce sağlık çalışanını ortalama aylık 200 TL'lik hak kaybına uğramaktan kurtardı.



YÖK'ten sağlık çalışanlarına müjde. Laborant ve Veteriner Sağlık Ön Lisans Bölümü mezunu binlerce sağlık çalışanı YÖK'ün aldığı kararla, zam ve tazminatlarında hak kayıtlı yaşamaktan kurtuldu.

## ASLAN DEĞİRMENCI / ANKARA

Laborant ve Veteriner Sağlık Ön Lisans Bölümü'nü 4 Kasım 2009 tarihinde aldığı kararla, sağlık çalışanlarının üst öğrenimi olmayan çalışan YÖK, sağlık çalışanlarından yükselen itiraz üzerine konuyu yeniden değerlendirecek, söz konusu kararın 01.12.2009 tarihinden sonrası için geçerli olması yönünde yeni bir karar aldı. YÖK'ün yeni kararı, bu bölümü bitiren binlerce sağlık çalışanının ortalama aylık 200 TL'lik hak kaybına uğramaktan kurtardı.

## SÜREÇ NASIL GELİŞTİ?

YÖK 4 Kasım 2009 tarihli Yürütme Kurulu toplantısında laborant ve veterinerlik sağlık ön lisans programının tüm sağlık çalışanları için üst öğrenim sayılmayacağına dair karar almış. Sağlık Bakanlığı da YÖK'ün aldığı bu karar doğrultusunda, bu bölümü bitiren sağlık çalışanlarının intibaklarını erteli ile zam ve tazminatları da kesinti yapılması için işlem başlatmıştı.

## SAĞLIK-SEN'DEN TEŞEKKÜR GELDİ

YÖK'ün kararına sendikalar itiraz etmiş. Sağlık çalışanlarını yetkili sendikası Sağlık-Sen, konuyu ayrıca yarıya taşımış. Üniversiteler Arası Kurul, gelen tepkiler üzerine önceki gün gerçekleştirildiği toplantıda yeniden değerlendirerek, halen bu bölümden mezun olan ve okuyanlar için Laborant ve Veterinerlik Bölümü'nün üst öğrenim sayılması yönünde önerisini YÖK'e sundu. YÖK de Üniversitelerarası Kurul'un önerisi doğrultusunda karar verdi. YÖK'ün binlerce sağlık çalışanının kazanım haklarının korunması yönünde verdiği karar, sağduyulu bir yaklaşım olarak değerlendirilen Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, sendikaların öz güveninin ve mücadelesinin değeri ve önemini bu olayla bir kez daha ortaya çıkardığını belirterek, emeği geçen herkese teşekkür etti.

## Engelli yakınları olan memur daha az çalışacak

BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLUĞU ENGELLİ YAKINI OLAN MEMURUN MESAİSİ BİR SAAT ERKEN BİTECEK, NÖBET VE VARDİYALI ÇALIŞMADAN MUAF OLACAK.

## RECEP GÖREN ANKARA

**ALESİNDE** engelli bulaşıcı ve bakımla yürütülen eğitimde değişikliklerin memuru mesasında kolaylık sağlanması, nöbet ve vardiyalı çalışmadan muaf tutulması konusunda Bepokanlık tarafından Karar Kuruluna ve Kuruluna talimat gönderildi. 2009 Toplu Görüşmelerinde, Sağlık-Sen'in öncelikli talebi, ailesinde engelli bulaşıcı memuru, bir saat erken mesai ile nöbet ve vardiyalı çalışması maddeleri hakkında...

## SOYAL SENDİKACILIK AÇISINDAN ÖNEMLİ KAZANIM

**TOPLU** görüşmelerde mutabakata alındıkları bu konuyu sosyal sendikacılık açısından önemli bir kazanım olarak değerlendirdiklerini ifade eden Kaçar şöyle dedi: "Anadolu'nun ucra bir köşesinden bize değişikliğin ileniyemizin sesini, onun gibi zorlukta hayatta olağan dışı büyük çorluğa başa çıkmaya çalışan tüm memurların hayatlarını kolaylaştırmak adına, toplu görüşme masasına taşdık. Özellikle engelli yakınları olup gece vardiyasına katılmak zorunda kalan bayınların hayatlarını kolaylaştırmaya adına çok önemli bir katkı olduğunu düşünüyoruz. Engelli yakınları bulunan memuru verilen bu hakkı, Türkiye'deki klasik ücret sendikacılığı anlayışını, çağın gerekleri ve üyelerinin değişen ihtiyaçları temelinde hizmet sendikacılığına dönüştürme mürademizin adına önemli bir kazanım sayıyoruz."

## SAĞLIK-SEN: Aşı, siyaset ve medyanın polemik konusu olmamalı

muğribi aşısına yönelik toplumda kafa karışıklığına neden olan tartışmanın, bilimsel gerçekleri gölgede bıraktığını düşünen Sağlık ve Sosyal Hizmet İşçileri Sendikası, siyaset ve medya kurumlarına, aşı konusundaki tartışmalara daha duyarlı yaklaşımları çağrısında bulundu. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, aşı konusundaki tartışmaların bilimsel gerçekleri gölgede bıraktığını düşünen Sağlık ve Sosyal Hizmet İşçileri Sendikası, siyaset ve medya kurumlarına, aşı konusundaki tartışmalara daha duyarlı yaklaşımları çağrısında bulundu. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, aşı konusundaki tartışmaların bilimsel gerçekleri gölgede bıraktığını düşünen Sağlık ve Sosyal Hizmet İşçileri Sendikası, siyaset ve medya kurumlarına, aşı konusundaki tartışmalara daha duyarlı yaklaşımları çağrısında bulundu.

## Bir ayrımcılık daha sona erdi

**ASLAN DEĞİRMENCI / ANKARA**  
Sağlık Bakanlığı'nın çalışanları arasında, memur statüsündeki olan ve olmayanları ayıran programın ve mesai süresinin eşitlenmesi için yapılan görüşmelerde, Sağlık-Sen'in öncelikli talebi, ailesinde engelli bulaşıcı memuru, bir saat erken mesai ile nöbet ve vardiyalı çalışması maddeleri hakkında... Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Sağlık-Sen'in Sağlık Bakanlığı'na yaptığı görüşmelerde, ailesinde engelli bulaşıcı memuru, bir saat erken mesai ile nöbet ve vardiyalı çalışması maddeleri hakkında... Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, Sağlık-Sen'in Sağlık Bakanlığı'na yaptığı görüşmelerde, ailesinde engelli bulaşıcı memuru, bir saat erken mesai ile nöbet ve vardiyalı çalışması maddeleri hakkında...



## ASLAN DEĞİRMENCI / ANKARA

«Sağlık-Sen Bilimsel Danışma Kurulu, dobi salgın ve aşı konusunda yaşanan alan değerlendiren bir rapor hazırladığını sonuçlarını kamuoyuna açıkladığı Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar'ın seyr ve ölüm vakaları gözlemlenirken başta sağlık çalışanları olmak üzere risk grubunda yer alan toplum kesimlerinin ciddi tehdit altında olduğunu belirtti. Aşı, siyaset ve medyanın polemik konusu olmaya devam ederse, yapılan tartışmalar muhtemel ölümlere yol açacaktır» dedi.

## YÖK'ten sağlık çalışanlarına müjde

**ANKARA-** Laborant ve Veteriner Sağlık Ön Lisans Bölümü mezunu binlerce sağlık çalışanı YÖK'ün aldığı kararla, zam ve tazminatlarında hak kayıtlı yaşamaktan kurtuldu. YÖK'ün yeni kararı, bu bölümü bitiren binlerce sağlık çalışanını ortalama aylık 200 TL'lik hak kaybına uğramaktan kurtardı. YÖK'ün binlerce sağlık çalışanının kazanım haklarının korunması yönünde verdiği karar, sağduyulu bir yaklaşım olarak değerlendirilen Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, sendikaların öz güveninin ve mücadelesinin değeri ve önemini bu olayla bir kez daha ortaya çıkardığını belirterek, emeği geçen herkese teşekkür etti.

## Sözleşmeli personele müjde

**ANKARA-** Sözleşmenin hangi hallerde feshedileceğinin somut ve objektif kriterlere dayanması gerektiğine dikkat çekilen yargı kararlarında, sözleşmeli personel mevzuatında bu konuda bir düzenlemenin yer almadığı görüşüne de yer verildi. Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar, sözleşmeli personel istihdamının uygulamada olduğu kadar hukuksal temelde de ciddi sorunlara neden olduğunu belirterek, "Sözleşmeli personel çalıştırılmasına ilişkin esasların, çağın gerekleriyle uyum sağlanmadığı birçok yargı kararıyla tescil edilmiştir. Sözleşmeli personel uygulamasının kaldırılması çalışma koşullarında adaletli sağlanmasına adına tek çıkar yoldur. Kamuda kadrolu istihdam modeline dönülmeli ve tüm sözleşmeli personel kadroya geçirilmelidir" dedi.

## Yeni Safak

Advertisement for Yeni Safak.com.tr, featuring a laptop and text about digital services and subscriptions.





# SAĞLIKTA VİZYON

www.sagliktavizyon.org

**12-14 MART 2010**  
**ASYA TERMAL TESİSLERİ**  
**KIZILCAHAMAM / ANKARA**

## **Sağlık Çalışanlarının Sorunları ve Çözüm Yolları Sempozyumu**

**“Sağlık Bakanı Sayın Prof. Dr. Recep AKDAĞ’ın Katılımlarıyla”**



\*Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları adına yetkili olan Sağlık-Sen ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılan ve 30 Ekim 2009 tarihli "Kurum İdari Kurulu" toplantısında alınan karar gereği Sağlık-Sen tarafından Sağlık Bakanlığı katkılarıyla düzenlenmektedir.