

# Tam Gün Yasası karmaşası, bazı çıkarımlar...

## Muayenehanecilik bitecek mi? Yoksa muayenehane hekimliğine dönüş mü başlayacak?



**Doç. Dr. Nüket Örnek Büken**  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Deontoloji-Tıp Etiği ve Tarihi AD  
buken@hacettepe.edu.tr

**T**am Gün Yasası Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olarak 21 Ocak 2010 tarihinde TBMM Genel Kurulu'nda kabul edilmiş ve Cumhurbaşkanlığı tarafından da onaylanarak 30 Ocak 2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Konunun gündeme gelmesiyle birlikte de hem genel kamuoyu hem de hekim kamuoyunda yandaş ve karşıt görüşler dile getirilmeye başlanmıştır.

**Türk Tabipler Birliği başından beri piyasacı sistemler içerisinde "tam gün" uygulamasının hekim emeğinin ucuzlatılması olacağı ve sağlık hizmetlerinin niteliğinin düşmesi de dahil mevcut olumsuz-paracı sisteme düzeltici bir etkisi olsa) muayenehanesinin savunması ve yasaya karşı çıkarılmaya çalışılması konusunda muayenehanecilik bulduğunu dile getirmiştir.**

Süreci içerisinde karşı olanların ötesinde kendi önerilerini de kamuoyuna yayınlamıştır.

TTB Sağlıkta Dönüşüm Politikası uygulama sürecinde hekim sayısının artırılması, tıp fakültelerinin bir nitelik kaygısı gözetilmeksizin açılması da dahil planlı bir çalışmanın yürütüldüğünü, önmüzdaki süreçte hastane birleştirmeleri/kamu-özel ortaklıkları/kampüs hastaneler, kamu hastane birlikleri yasa tasarısı gibi yine hekim emeğini ucuzlatmak üzere birtakım uygulamaların gündeme getirildiğini/getirileceğini de bildirmiştir.

TTB Yasası Anayasa Mahkemesine götürmek üzere çalışmalarına başlamıştır.

Tam gün uygulamasının tarihsel sürecine baktığımızda 1960lı yıllara gideriz.

Bilindiği gibi tam adı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun olan 224 sayılı yasanın temel ilkelerinden birisi de tam gün uygulamasıydı.

Kanunun 3. Maddesine göre "sosyalleştirilmiş bölge veya kurumlarda çalışan kamu sağlık personeli tam gün çalışacak ve serbest meslek icra edemeyeceklerdi".

Sosyalleştirilmede çalışmayı kabul eden hekimlerin muayenehanelerinin kapatılarak tam gün istihdam edilmesinin maddesine o yıllarda da hekimlerden itirazlar gelmiştir.

Nitekim dönemin ünlü hekimlerinden Tevfik Sağlam'ın da "muayenehanesiz hekim olmaz" görüşünde olduğu bilinmektedir.

Ölkemizin ilk sağlık reform dalgası olan 1961 tarihli bu yasanın yürürlüğe girmesiyle sosyalizasyonun öngörüldüğü örgütlene yapısı ne yazık ki gerçekleştirilememiştir. Konumuz bağlamında kamu sağlık çalışanları için tam gün çalışma koşulu da dâhil, uygulamada başan sağlanamamıştır.

İzleyen yıllarda yönetime gelen iktidarların uygulamaya koydukları neoliberal politikalarla, bu yasaya benimsenen sağlık politikası çözülmüştür.

Bunun bir sonucu olarak, ülke koşullarına çok uygun olan, Sosyalleştirme Programı merkezi hükümetlerden gerekli desteği görmediği gibi, sağlık alanı iki ayrı politikanın çatışma alanı haline getirilerek, programın başarılı olmasını olanaksızlaştıran bir ortam yaratılmıştır.

Cumhuriyet'in kuruluşundan 1970'li yıllara dek izlenen Cumhuriyet'in resmi sağlık politikası, hizmetlerin kamu eliyle götürülmesini benimseyen politika olmuştur.

bu politikayı engelleme girişimleri olmuşsa da, açıkça bu politika değiştirilmediği gibi aktif bir özelleştirme programı da uygulanmamıştır.

Bunun doğal bir sonucu olarak, her geçen yıl birlikte hizmetlerde kamu ağırlığı artmıştır. Bu politikadan vazgeçme, sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini piyasanın arz ve talep kuralları içinde ve kişilerin toplumsal fırsatları oranında yararlandırdığı hizmetler olarak ele alan sağlık politikasına geçme çabalarının, toplumu Cumhuriyet ve Atatürk ilkelerinden uzaklaştırmaya çalışan iktidar dönemlerine yoğunlaşmış olduğu ya da bu iki olgu ve olayın birbiri ile koşulluk sergilediği de ayrıca dikkati çeken bir konudur.

Sosyalizasyon Kanununun içeriğinde yer alan tam gün çalışma koşulu 1960 darbesi ile gelmiş, 1980 darbesi ile de iptal edilmiştir.

Kamu hastanelerinde ve hatta üniversitelerde çalışan hekimlerin bağlı buldukları kurumlarda tam gün çalışmalarına elbette hem hasta bakım kalitesi ve hizmetin kalitesi namına de eğitim veren kurumların eğitim kalitesini arttıracaktır.

Ancak muayenehanelerin belli bir yapıtımla ve zorlamaya kapılması yerine, hekimlerin gönüllü olarak muayenehanelerini kapatmaları sağlanmalıdır. Sistem, hekimleri bunu isteyecek şekilde motive etmeli, gönüllülikle yapılacak bir değişim sürecini başlatılmalıdır.

Muayenehanecilik aslında bir gereksinimden doğmuştur. Bu gereksinimlerin ortadan kalkması koşullarının en iyi şekilde değerlendirilmesi önemlidir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılı başında uygulamaya koyduğu performans dayalı döner sermaye uygulamaları ile kamunun yanı sıra serbest hekimlik faaliyetinde bulunan hekimlere yapılan ödemelerde de büyük kesinti yapıldı. Bu yöntemi serbest hekimlik faaliyeti için caydırıcı unsur olarak kullanan Bakanlık, tam gün çalışmayı özendirme hedefledi.

Ancak kamuda çalışan hekimlerin muayenehane açmalarının yasayla engellenmesi çabalarının sonuç vermediğini yukarıda kısaca değindiğimiz tarihsel süreç de bize göstermiştir.

**Sağlık Bakanlığı'nın performans uygulaması da tam gün çalışmaya özendirme konusunda başarısız olamamıştır. Bakanlık, performans uygulamasıyla yarı zamanlı çalışmanın önüne geçemeye çalışırken, hekimler ücretlerinde iyileştirme yapmadığı müddetçe, muayenehane hekimliğinin devam edeceğini ifade etmektedirler.**

"Kamu hizmeti ile birlikte yürütülmeye çalışılan muayenehanecilikten caydırma ve kamuda görevini hakkıyla yürüten hekimleri muayenehane açmaya gereksinim duymayacak hale getirme" hedefine ulaşmada performans dayalı ek ödeme sistemi, görüldüğü gibi tek başına yeterli olmamaktadır. Uygulamaya olan güvenizlik, bu durumun her an değişebileceği korkusu ve değişime beklentisi, sistemin sürekliliğine olan güvenizlik bunda etkili olmaktadır.

Kamu hizmeti ile muayenehaneciliğin olabildiğince birbirinden ayrılması teşvik edilirken, kamuda hizmet yürütmenin de özendirilmesi için bir dizi uygulama yapılmıştır.

**Muayenehanecilik Bitecek mi/Muayenehane Hekimliğine Dönüş mü Başlayacak?**

Muayenehanecilik son yıllarda hükümetin yeni sağlık politikaları ve uygulama-ya geçen Sağlıkta Dönüşüm Programı

çok konuşulan tartışılan konulardan birisi haline gelmiştir.

Bir yandan tam gün yasası ile muayenehaneler kapatılırken, diğer yandan "aile hekimliği modeli" ile bir tür muayenehanecilik yeniden teşvik edilmektedir.

Hekimlerin mesleklerini serbest olarak uygulayabilmeleri, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun gereğince kendilerine verilmiş olan bir haktır.

Bu haktan herhangi bir kamu kurumunda çalışan hekimler de yararlanabilmektedir. İlgili yasa gereğince, muayenehane açarak özel hasta kabul etme işlemi herhangi bir izne bağlanmamış, yalnızca belirli mercilere bildirimde bulunma zorunluluğu getirilmiştir.

Hiç bir kurum veya kuruluşla bağlantısı olmaksızın tamamen serbest çalışan ya da herhangi bir kamu kurum veya kuruluşunda çalışmakla birlikte ayrıca özel muayenehane açmak isteyen hekimlerin için 1219 sayılı Yasa herhangi bir izinden söz etmemektedir.

**Sağlık alanını düzenleyen mevzuatta muayenehanelere ilişkin ayrıntılı bir tanımlama yer almamaktadır.**

1219 sayılı Kanun'un 5. maddesi muayenehaneyi tanımlamamakla birlikte, özel muayenehane açmak ya da evinde hasta görmek suretiyle hekimlik yapmak isteyen her hekimin mahallin en büyük sağlık kurumuna kayıt yaptırmasını düzenlemekle yetmiştir.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 42. maddesi ise muayenehane ve laboratuvar açan hekimin mensup olduğu meslek odasına bildirimde bulunma yükümlülüğünü düzenlemiştir.

6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu Madde 7- Bir tabip odası sınırları içinde serbest olarak icra eden tabipler, bir ay içinde o il veya bölge tabip odasına üye olmak ve üyelik görevlerini yerine getirmekle yükümlüdürler demektir.

Konuyla ilgili bir başka mevzuat ise Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliktir.

"Sağlık Kuruluşlarının Türleri ve Temel Özellikleri" başlıklı ikinci bölümde, özel sağlık kuruluşları, merkezler başlığı altında teşhis merkezi, özel dal merkez, tıp merkezi ile poliklinik ve muayenehane olarak sıralanmıştır.

Görüldüğü gibi, her türlü özel sağlık kuruluşu yanında muayenehanelerin de kapsama alındığı yönetmeliğin "Tanımlar" başlıklı 4. maddesi (f) bendinde, muayenehane "hekimlerin mesleklerini serbest olarak icra etmek üzere münterinden açtıkları sağlık kuruluşu" olarak tanımlanmıştır.

Dolayısıyla mevzuatın da öngördüğü gibi muayenehane; bir hekimin tek başına faaliyet gösterdiği bir işyeri, olarak değerlendirilmelidir. Öte yandan, özel muayenehane açmak için tamamen serbest çalışmak gerekmektedir.

Herhangi bir kamu kurum veya kuruluşunda çalışan hekimler de çalışma saatleri dışında özel muayenehane açabilmektedirler.

Kamuda çalışan hekimlere tanınan bu hakkın kullanılmaması, 2368 sayılı "Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun" ile belirlenmiştir.

Yasanın 4.maddesi; "Birinci madde kapsamına giren personelden, özel kanunlarla görece meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etmek hak ve yetkisine sahip olanlar, istedikleri takdirde, birinci maddede belirtilen şartlar altında, bir

çalışabilirler.

Bunlara iş gücünün, iş riski ve teminindeki güçlük zamları veya bu mahiyetteki zamlar ödenmez." şeklindedir.

Tam gün yasası ile birlikte tıp fakültelerinde kısmi çalışma statüsünde çalışanlar için tam gün statüsüne geçmek için Kanunun yürürlüğe girmesinden itibaren bir yıllık süre tanınırken, diğer kamu sağlık kuruluşlarında haftada 40 saat çalışarak mesleğini ayrıca serbest icra eden hekimlere tanınan süre de altı aydır.

**Performans Sistemi Hekimler Ahlakını Bozmak mıdır?**

2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun ilgili maddesine dayanarak yürürlüğe giren ve Sağlık Bakanlığınca başlatılan Sağlık Kurumlarını kapsayan "Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ödeme" sistemi "Sağlık hizmeti arzını arttırmak için geliştirilmiştir" ve son 7 yılda hekime başvuru sayısının 3 kat artması sonucu ile bu sistem arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır.

Sistemin temeli hekimlerin yapmış oldukları tüm işlemleri kayıt altına alarak ölçmeye dayanmaktadır.

Bu şekilde hazırlanan, yaklaşık 5 bin tıbbi işlemden oluşan performans puanlama listesi vardır. Bu sistemde hekimlerin daha fazla maddi gelir elde etmek için daha fazla hizmet (işlem sayısı) sunması esas alınmıştır.

Sistemin Sağlık Bakanlığınca başlatılan hastanelerindeki uygulama sonuçlarıyla ilgili Türk Cerrahi Derneği'nin 12 Haziran 2009 tarihli raporuna göre performans sisteminin etkileri şöyledir:

Cerrahi tedavi endikasyonlarında genişleme ve işlem sayısında artış olmuştur, etik kuralları zorlayan uygulamalarda artış olmuştur, ameliyat tercihlerinde hastanın ihtiyaç ve cerrahin deneyimi yerine performans puanı öne çıkmıştır, eğitim ve hizmet arasındaki denge hizmet lehine bozulmuştur, hizmet ağırlıklı çalışma nedeniyle eğitim ve araştırma hastaneleri 2. basamak standart devlet hizmet hastaneleri haline dönüşmektedir, kliniklerde ve klinikler arası mortalite toplantısı, seminer, kongre, öğle tartışması gibi eğitim etkinliklerinde azalma olmuştur, yapılamayan bilimsel toplantı, ders gibi eğitim faaliyetlerini yapılmış gibi gösterme söz konusu olmaktadır, asistan eğitimine yeterince özen gösterilmemesi, zamani iyi kullanmak adına ameliyat vb. uygulamaların asistanlar yerine uzmanlar tarafından yapılması gözlenmektedir, branşlar arasında ortaya çıkan farklar suni bir önemi/önemsiz ayrımına yol açmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu tarafından 2009'da yayımlanan ve 1469 hekimin katıldığı bilimsel araştırmada ulaşılan sonuçlar, yukarıda belirtilen etkileri doğrulamaktadır.

Bu araştırmada da döner sermaye gelirlerinin performansa dayalı ödeme sisteminin; tetkik sayısını, endikasyonuz müdahaleleri, etik olmayan uygulamaları, uygulama hatalarını arttırdığı, verilen sağlık hizmetinin niteliğini, hasta başına düşen muayene süresini azalttığı belirtilmektedir.

Araştırmanın sonuçlarına göre döner sermaye gelirlerinden performansa dayalı ödeme sistemi uygulaması; dürüst çalışmayı, bilimsel araştırmaya paymaya ilgili, topluma daha iyi hizmet verme olanağını olumsuz etkilemektedir.

Tüm bu sonuçlar, etik değerlerden uzaklaşmış, hasta sağlığını ve mesleki bilgisini geliştirme çabasından çok, puan toplama eğilimine ağırlık kazanmıştır.

Ayrıca sağlık personelinin statüsünün ayrı bir "sağlık personeli yasası" ile belir-

hekim tipi yaratma tehlikesi taşıdığını göstermektedir.

Hekimin aylık aldığı ücretin artırılmasının, üstelik normal ücretinin birkaç kat üzerine çıkarılacağı varsayılan ücretinin; baktığı hasta sayısı, yaptığı ameliyat, tetkik veya girişimlerden alacağı puan türüne göre belirlenmesi yukarıda da belirtildiği üzere sağlık hizmetini olumsuz etkileyecektir.

Bu olumsuz etkilerin içinde hastaya ayrılan sürenin azalması, sağlık hizmetinde niteliğin değil niceliğin öne geçmesi, hastanın gereksinim duyduğu sağlık hizmetine ulaşmaması, yapılacak girişimlerin hastaya en uygun olana göre değil daha çok puan ve gelir sağlayana göre belirlenmesi gibi sonuçlar yer almaktadır.

**Tam gün uygulamasına tıp fakültelerini açsından bakıldığında en önemli nokta tam gün çalışmanın özünü, öğretim üyelerinin başkaca (para vs) bir şey düşünmeksizin bütün varlıklarını eğitim, araştırma ve hizmete adanmaları sağlamasıdır. Bir başka deyişle tam gün çalışma niteliksel bir tutumdur.**

Bir değerler bütünüdür. Hizmet ve/veya üretimin artması için yapılan bir düzenleme değildir.

Her ne kadar 2547 sayılı Yasa'nın 58. maddesinde yapılan değişikliklere ek ödeme miktarı belirlenirken bilimsel çalışma ve eğitim etkinliklerinin dikkate alınacağı belirtilmişse de bu hükümlerinin, sunulan sağlık hizmeti gelirlerinden performansa dayalı ödeme sisteminin eğitim ve bilimsel araştırmalar üzerinde yaratacağı tahribatı önlemesi söz konusu değildir.

Tıp ve diş hekimliği fakültelerinde öğretim üyesi olan hekimlerin, emeklerinin karşılığı olan bir ücret düzenlenmesi gidilmeksizin bu öğretim üyelerinin daha fazla sağlık hizmeti sunması ve döner sermaye geliri elde etmesi üzerine kurulu ek ödeme sisteminin; eğitim öğretim faaliyetleri ile bilimsel araştırmaya ve çalışmalarını serbestçe belirlemesinin önüne geçeceği açıktır.

**Yasa ile Üniversite Hastaneleri de performansa dayalı ödeme uygulaması ile sağlık hizmeti tüketimini kontrolsüz bir şekilde arttıran sisteme dahil edilecektir.**

Varlık nedeni eğitim ve araştırma olan üniversite hastanelerinin yalnızca sağlık hizmeti bedellerinden oluşan döner sermaye gelirleri ile çalışır duruma getirilmesi, üniversite döner sermayesince gelir getiriçi özelliği olmayan eğitim ve bilimsel çalışmaların geri plana itilmesine neden olacaktır.

Hizmet açısından bakıldığında, üniversite hastanelerinin esas olarak hizmet miktarını arttırmaktan çok (hali hazırda ülkemizdeki sağlık hizmeti sunumunun % 20' si üniversite hastanelerinde yapılmaktadır) hizmet spektrumunu genişletme, nedir yapılan işleri yapabileceği gibi niteliksel gelişmeye ihtiyacı vardır.

Üniversite hastanelerinin hizmet hastaneleri değil, eğitim hastaneleridir.

Oysa getirilen düzenlemeler üniversite hastanelerinin yalnızca hizmet niceliğini arttırmaya zorlayıcı niteliktedir.

Ölkemizin sağlık gereksinimleri, sosyoekonomik gereksinimleri ile bir arada değerlendirilerek sağlıkta insan gücü politikası oluşturulmalıdır.

Kamuda çalışan sağlık personeline özük hakları açısından en ideal düzenlemeler yapılmı ancak performans sisteme bağlı değerlendirme "çok hasta bakıp, çok girişim yapan hekim" yerine "etiklik, rasyonel ve kanıt dayalı tıp uygulaması yapan hekim" şeklinde dönüştürülmelidir.

Ayrıca sağlık personelinin statüsünün ayrı bir "sağlık personeli yasası" ile belir-