

# HEKİM BAĞIMSIZLIĞI

Sağlık Politikaları Komisyonu

Dr. Müge YETENER, Dr. M. Kamil GÖL,  
Dr. Haluk BAŞÇIL, Dr. Gönül TANIR,  
Dr. Handan KURTBAŞ

Ekim 2011



Ankara Tabip Odası Yayınları

## HEKİM BAĞIMSIZLIĞI

### Sağlık Politikaları Komisyonu

**Dr. Müge YETENER, Dr. M. Kamil GÖL, Dr. Haluk BAŞÇIL,  
Dr. Gönül TANIR, Dr. Handan KURTBAŞ**

Her hakkı saklıdır.

Bu yapıtın aynen ya da özet olarak hiçbir bölümü, telif hakkı sahibinin yazılı izni alınmadan kullanılamaz.

Ankara Tabip Odası Yayınları

Ankara Tabip Odası

Mithatpaşa Cad.

No: 62/18 Kızılay

ANKARA

Tel : (312) 418 87 00

Fax : (312) 418 77 94

[www.ato.org.tr](http://www.ato.org.tr)

ISBN 978-605-5867-52-2

Baskı öncesi hazırlık: Yeşim Güven

Baskı: Mattek Matbaacılık

Adakale Sokak No: 32/27 Kızılay/ANKARA

Tel: 0312 433 23 10

Faks: 0312 434 03 56

## Önsöz

Değerli Okuyucu,

Sadece hekimlerin değil hekimlik mesleğinin zor bir dönemine tanıklık ediyoruz. Piyasacı sağlık anlayışı, binlerce yıllık, insan hayatına adanmış onurlu bir mesleği tehdit eder hale gelmiştir. Hekimler üzerlerinde önlük, boynunda stetoskop asılı ama hekimliğin ruhundan arındırılmış bir “reçete memuru” ve “ameliyat robotu”na dönüştürülmeye çalışılıyor.

Mecburi hizmet adı altında genç hekimlerin diplomalarına el konuyor. Tanı ve tedavilerimizi hekimliğin ve bilimin gerekleri değil, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun geri ödeme kuralları belirliyor. Milyonlarca insanımızın sağlık verileri adeta “fişleniyor”, hasta mahremiyeti tartışmalı hale geliyor. Hem “kamuda” (kamu diye bir şey kaldıysa) hem de özelde hekimler performans baskısı altında. Hekime ve sağlık çalışanına yönelik şiddet tehlikeli bir tırmanış içinde. Sağlık alanı yolsuzluk, usulsüzlük soruşturmalarında Türkiye’de birinci sırada.

Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu’nda görev alan arkadaşlarımız, günümüz sağlık ortamının en önemli konularından “Hekim Bağımsızlığı” kavramı üzerine çok titiz bir çalışma yürüttüler. Aile hekiminden üniversite öğretim üyesine, özel sektörde çalışan uzmandan eğitim ve araştırma hastanesindeki asistana kadar sağlık hizmet sunumunun her aşamasındaki hekimlerle odak grup görüşmeleri yapıp elinizdeki çalışmayı yayına hazırladılar. Yıllardır sürdürdüğümüz “iyi hekimlik” mücadelesine önemli bir katkı, tarihe not, ileride bu alanda çalışma yapacaklara kaynak sundular. Hepsine emekleri için ne kadar teşekkür etsek eksik kalır. Elllerine, yüreklerine sağlık...

**Dr. Bayazıt İlhan**

***Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı***

**Ekim 2011-Ankara**

# İÇİNDEKİLER

Hekimlik/Tıp mesleği nedir?	7
Sağlıkta neoliberal dönüşüm / dünyada sağlığın piyasalaşması	10
Ülkemizde sağlıkta dönüşüm / Sağlığın piyasalaştırılması	12
Hekim bağımsızlığı / nitelikli hekimliğin cenaze namazının kılınması	16
Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu "Hekim Bağımsızlığı" çalışması	20
Çalışmanın Yöntemi	21

## ODAK GRUP GÖRÜŞMELERİ

### 1. EĞİTİM-ARAŞTIRMA HASTANELERİ ve TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ

Hasta Yoğunluğu, Hasta Talebi ve İdari Baskı	25
Performans	28
Performansa Dayalı Sistemin Eğitime Etkisi	35
Hekimlere Yönelik Şiddet	41
İlaç ve Medikal Endüstrilerinin Baskısı	45
Sağlığın Ticarileştirilmesi	47
Defansif Tıp, Kışkırtılmış Hasta Talebi	56

### 2. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI VE ÖZEL HEKİMLİK

Ciro Baskısı	61
İş Güvencesi Yokluğu-Eksikliği	69

### 3. EĞİTİM GÖREN, ASİSTAN HEKİMLER

### 4. AİLE HEKİMLERİ

Bitirirken...	89
---------------	----

### **Hekimlik/Tıp mesleği nedir?**

Zulüm halleri dışında insanın kendi bedeni üzerindeki iktidarı mutlaktır. Bunun belki yegâne istisnası hasta insanın hekimle kurduğu ilişkidir. Hasta insan kendi bedeni üzerindeki mutlak iktidarını gönüllü olarak doktoruyla paylaşır. Bu paylaşımında doktorun kendisini bedenen tanımasına izin verir ve bu mutlak bir güven, sınırlı da olsa bir dostluk içerir. Hastanın ve hekimin hastalık yoluyla kurduğu diyalektik ilişki bunu gerektirir. Bir hastalıktan muzdarip birey derdinin tekil ve çözülemez olduğu kaygısını taşır hekime başvurmadan önce. Hekim ise, yaptığı muayene ve koyduğu teşhisle bu derdi sıradanlaştırır. Sıradanlaşan dert, çözümsüz ruhsal gerginliği rahatlatır ve hastanın tedavisinin en önemli noktasını oluşturur. Çözümsüz kalan dert, tanısı konulamamış hastalık hastayı kendine yönelik kuşuklara, yaşamla olan bağında sorunlara yol açar. Hekimin uygulamalı bir bilim olan mesleğindeki sanat kavramı belki de bu noktada başlar.

Hekimlik, insanların yaşamlarını sürdürmek amacı ile yaptıkları işlerin arasında, tekil insanla birebir iletişim kurması gereken ve mesleğini bu ilişki üzerinden sürdüren az sayıda meslekten biridir. Modernizmin egemen olduğu 20.yy'da devletin toprakları üzerinde yaşayanları "yurttaş" olarak gördüğü, haklar ve özgürlüklerden daha çok ödev ve görevlerin öne çıkarıldığı bir çağda, toplumsal yapısını da göz ardı etmeden insanı birey olarak ele alan bir iştir hekimlik. Bir başka açıdan bakınca içinde yoğun araştırmaların sonuçlarının uygulamalarını içeren bilimdir. Ama sadece bilim ya da meslek de değildir, "sanat" olarak da ifade bulur çoğu zaman. Belki sıklıkla yaratıcılığa da gereksinim duymasından...

J. Berger- J Mohr'un O. Akınhay tarafından Türkçeye çevrilen "*Talihli bir Adam, bir köy doktorunun hikayesi*"<sup>1</sup> kitabında bahsedildiği gibi insanlar arasında özelleşen ilk insandır hekim. Kadim zamanlardan beri hekimin yeri ayrı tutulmuştur diğer insanların algılama düzeylerinde, yorumlama yetilerinde, ya da kısaca gözünde. Avcı-toplayıcı küçük gruplar halinde yaşarken o büyücüdür, ava gidip gündelik yaşam zorluklarına katlanmayan, ama avlanacak olanlar için tanrılardan güç dileyen, onların sağlıklı olarak geri gelmelerini ateş ve dumanın içinden talep eden. Zaman kadimden ahire doğru ilerledikçe her şeyi bilmesinde sakınca olmayan, çok zaman bildikleri üzerinden yaşama ait felsefeler üreten özelleşmiş insan olmuştur hekim. Elitler arasına girmiştir aristokrat olmadan. Halkın içindedir ama halktan ayrıdır, dertlerini bilir köyde onlara hizmet veren pratisyen hekim, sağlıklı içme suyu ister yerel otoriteden. Doğum ve ölümün tanığıdır ve her doğum ve ölümden yaşamın kıymetini en gerçek bilen olmakla özdeştir. Çok zaman o insanların sanki sicil kâtibidir ve bu sicillerini aleyhlerine kullanmayacağı güvenini vermiştir insanlara.

Hekim bu nedenlerden dolayı siyasetin içindedir. Eğer Bertrand Russel'ın tarif ettiği şekliyle "yeryüzünde veya yeryüzüne yakın bulunan maddelerin şeklini ve konumunu değiştirmek işidir, bunun nasıl yapılacağını söylemek yönetimdir, yönetimin nasıl yapılacağını söylemek siyasettir"<sup>2</sup> kurgusu doğruysa hekim bunu en sık yapandır. İnsana ve yaşama ait her konuda fikir, doğrudan hekimin mesleğini icra etme alanını ilgilendirir. Hekim siyaset yapmalıdır, gerçekten hekim olabilmesi için...

Bütün bu özelliklere sahip olan hekimlik mesleğinin icrası sırasında "meslek bağımsızlığı" olarak tarif edilecek algıya mutlak ihtiyacı vardır. Hekimin tüm mesleki icraatları sırasında tek kısıtlayıcısı bilimsel gerçekler ve bunlarla oluşturulan mesleki bilgi olmalıdır. Ne yazık ki çağımızda bu mesleğin uygulanması sırasında hekimler bağımsızlıklarını hızlı bir şekilde

<sup>1</sup> *Talihli Bir Adam; Bir Köy Doktorunun Hikayesi. John Berger, Jean Mohr. Türkçesi: Osman Akınhay. Agora Kitaplığı, Ağustos 2008, İstanbul, sayfa: 56*

<sup>2</sup> *Aylaklığa Övgü. Bertrand Russel. Türkçesi: Mete Ergin, Say Kitap pazarlama, İstanbul, İkinci baskı: Şubat 1983, sayfa: 12*

ytirdiklerinin farkına varmaktalar. Bu düşüncenin arkasında yatan birçok bireysel kaygı yer almakla birlikte, 20. yy'ın sonlarından başlayarak dünyada hızlı bir şekilde küreselleşen kapitalizm olgusu ve beraberinde neoliberalizmin sağlığı alınır satılır bir meta haline getirmiş olması en önemli unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu olarak tarife giren ve tıp biliminin uygulamalı yanı olan hekimlik mesleği, ek yardımcı öğelerle birlikte doğrudan hizmet sektörü içinde bir konuma oturtulmuştur. **1948 yılında imzalanan ve Türkiye'nin de ilk imzalayan 40 ülkeden biri olduğu, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. Maddesi sağlık hizmetine ulaşımı bir insan hakkı olarak tanımlamıştır.** Son 30 yıl içinde dünyanın geçirdiği küreselleşme ise bu hakkın kullanımını tartışmalı hale sokmuştur. Sosyal devlet tanımı içinde birçok ülkede bir kamu görevi olarak sürdürülen sağlık hizmeti sunumu, giderlerin kısılması ve verimlilik gibi iki sözde ana nedene dayandırılarak piyasa-laştırma sürecine sokulmuştur.

Sağlık hizmeti sunumu gerçekte sadece hastalıkların sağaltımı anlamında olmayıp birçok başka alanda yapılacak işleri de tanımlamaktadır. Çevre sağlığından, içecek temiz su sağlanmasına, salgın hastalıklara karşı aşılama kampanyalarından, yalnız yaşamak zorunluluğu olan yaşlı vatandaşların barınma, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri alabilmesine kadar yaygın bir ölçekte değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu kadar yaygın bir kamusal hizmet sunumunu içeren sağlık kavramı çok hızlı bir şekilde sadece para ile satın alınan bir hizmet şekline dönüştürülmekte ve kamunun görevleri arasından yavaş yavaş çıkarılmaktadır.

Hekim bağımsızlığı **hasta hakları** kavramı içinde de önemi olan bir faktördür. Sağlık hizmeti sunumunun doğrudan alıcısı olan hastaların, bağımsızlığını yitirmiş, davranış kalıpları, uygulamadaki tedavi yöntemleri, etik ve bilimsel kavramlarının yerini hizmet sunumunun başkaca etkenlerle yönlendirildiği bir pratiğe sahip hekimden bekleyebilecekleri tartışmalı hale gelmiştir. Para ile satın alınabilen, daha fazla parası olanın daha fazla hizmet talep edebildiği bir piyasalaşmış sağlık sunumunda hastanın talep ettiği ile "satın alacağı" hizmet değişiklikler gösterecektir.

## Sağlıkta neoliberal dönüşüm/dünyada sağlığın piyasalaşması

Tıp bilimi ve teknolojisindeki devrimsel nitelikte gelişmeler ile 20.yy'da pek çok ölümcül hastalığın tedavi edilebilmesi olanağı ortaya çıktı, ortalama yaşam süreleri ve kalitelerinin yükseltilmesi sağlandı. Bu gelişmelerle paralel yürüyen bilime dayalı ilaç ve medikal teknoloji endüstrilerinde hızlı bir büyüme süreci yaşandı. Çok büyük, ulus aşırı şirketler haline gelen bu yapıların önünde gelişmeyi, kapitalist büyümeyi engelleyen unsurların en önemlisi olarak da sağlık hizmetinin kamu görevi olarak sürdürülmesi görüldü. Çünkü kamu sağlık sistemleri kapitalist medyanın işaret ettiği birçok zaafı içinde barındırmaktadır; devletçe konulan bütçe sınırlamaları vardır, hantal bir bürokrasi içinde çalışmaktadır, siyasetçilerin özel çıkarları doğrultusunda manipule edilmektedir, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında bütünleşme sağlanamamıştır.<sup>3</sup> Bunun yanı sıra özel sağlık sektörü hemen her ülkede kamu sağlık hizmeti sunumunun yanı sıra varlığını sürdürmüş ve sunduğu farklı otelcilik hizmeti nitelikleri ile ödeme gücü fazla olan bireyler arasında belli ölçülerde tercih edilmeye devam edelmıştır. Bu iki unsuru sömüren sermaye devlet bünyesinde ve tıp mesleği içinde bulunan unsurları etki altına alabilmek için yoğun çaba sarf etmiştir. (Bu baskının yanı sıra, neoliberalizm, ideolojik olarak toplumsal düzeyde bir davranış sistemi oluşturulabilmesi için, etkili çalışmalar sergileyerek sermaye saldırısının başarısında rol oynamıştır.) Topluma "her şeyin alınır satılır bir meta olduğu" fikrinin empoze edilmesi çabası ideolojik anlamda karşılık bulmuş, tedavilerin ücretsiz sunulduğu durumlarda dahi insanların sağlık hizmetlerini bir tüketim malı, kendilerini de dolaylı ya da doğrudan bunun bedelini ödeyen müşteriler olarak görmesi sağlanmıştır. "Talebin sınırsız, kamu kaynaklarının ise sınırlı olduğu fikri ve giderlerin büyük ölçüde kısılması için hizmetlerin sınırlandırılmasının gerektiği düşüncesi büyük oranda doğru sayılır" olmuştur. Sağlık hizmetlerinin metalaştırılması sürecinde, "sunulan tıbbi hizmetin miktarı ile hizmete duyulan ihtiyaç arasında ters orantı ortaya çıkmaktadır"<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> *Sağlık ve Kapitalizm. Colin Leys Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları Türkçesi: Umud Haskan, Yordam Kitap Basın ve Yayın Tic. Ltd. Şti, Birinci Basım, Ocak 2011 sayfa: 15-42*



Dünyada yapılan sağlık harcamalarının %89'unun toplam nüfusun yalnızca %16'lık bölümü için yapıldığı belirtilmiştir.<sup>4</sup> Bunun yanı sıra, aynı yayında dünya genelinde her yıl tıp araştırmaları için harcanan 70 milyar doların %90'lık bölümünün küresel hastalık yekûnunda sadece %10'luk paya sahip sorunlara ayrıldığından da bahsedilmektedir.

Tıp fakültelerinde öğrencilere, hekimlik mesleğinin ana temalarının biri olarak "hastalık ve sağlık birer metaya, satışa sunulmak üzere imal edilmiş bir mal ya da hizmete dönüştürülemez" düsturu öğretilmeye çalışılmaktaydı. Deppe'nin belirlediği haliyle "Sağlık doğrudan varoluşla ilgili bir durumdur. Ayrıca birey piyasada sunulan bir metayı tüketme ya da tüketmeme yönünde tercih yapılabilirken, hasta olmamak yönünde bir tercihte bulunma olanağı yoktur. Aynı zamanda alacağı tedavi hizmetinin kapsamını, zamanını ve türünü de kendisi belirleyemez. Bir başka nokta ise, hastanın tıbbi yardım talebi işin başında belli değildir, çünkü talebi ortaya koyabilmesi için duruma bir uzmanın açıklık getirmesine muhtaçtır. Hastalar belirsizlik, zayıflık, bağımlılık ve muhtaçlık nedeniyle son derece savunmasız durumdadır. Tıbbi yardıma en fazla ihtiyaç duyanlar çoğunlukla toplumun alt sınıflarından gelmekte ve yeterli maddi kaynaktan yoksun bulunmaktadır. Üstelik ekonomik rekabetin giderek artan baskısı altında bu tablo daha da şiddetlenir. Rekabet daima kazananlar ve kaybedenler yaratır. Kaybedenler de en zayıf halkalardır: Kronik hastalar ve durumu ciddi olanlar"<sup>5</sup>.

Piyasalaştırma sürecinin ilerlemekte olduğu tüm ülkelerde kamu eliyle sunulan sağlık hizmetlerinin durmaksızın ticari bir çerçeveye itildiği tartışılmaz bir gerçektir. Karlılık açıkça ifade edilen bir amaç haline getirilerek, daha az sayıda çalışanla verimlilik (!) arttırma süreçleri tanımlanmış, sağlık hizmeti sunumunda emek süreçleri dönüştürülerek çalışma ortamları pratik olarak "Taylorizm"e uygun hale getirilmiştir. Bu tarzın

<sup>4</sup> Patrick Bond. *The 10/90 Report on Health research 2000*, Global Forum for Health Research (GFHR) Cenevre, *International Journal of Health Services*, 29(4) 1999, Sayfa: 765-792

<sup>5</sup> Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırılmaya Karşı Dayanışma. Hans-Ulrich Deppe Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları Türkçesi: Umut Haskan, Yordam Kitap Basın ve Yayın Tic. Ltd. Şti, Birinci Basım, Ocak 2011 sayfa: 43-53

sonucunda sunulan hizmetin kalitesindeki düşüş ise tartışma konusu bile olmamıştır. Sağlıkta piyasalaştırma süreçlerinin yaşandığı ülkelerde çok sayıda hekim ve sağlık emekçisi, piyasanın baskısı ile hastaların gerçek ihtiyaçları arasındaki temel çelişkiyle karşılaşmaktadır. *“Hekim-hasta ilişkisinin giderek ticarileştirilmesi ile belli bir fiyat karşılığında miktarı ölçülebilen sağlık hizmetleri sunmak hekimler için zorunluluk haline getiriliyor. Bu hizmetse gün geçtikçe, ekonomik rekabet koşulları altında üretilip dağıtılacak bir meta karakteri kazanıyor. Hastalar müşteri rolüne itilirken, metanın satıcısı da müşterisinden para kazanıyor. Böyle bir sistemde en iyi müşteri cebinden en fazla parayı çıkarabilen oluyor elbette. Bu koşullar altında hastalar müşteri sıfatıyla iyi hizmet alabilirler belki; ama hasta bir insan olarak gerekli tedaviyi alabilecekleri şüphelidir. Ekonomik rekabet kızıştıkça, alım gücü yüksek müşterilere talep de artacaktır. Bu durumda, piyasanın gerçek dürtüsü kendisini gösterir: ihtiyacı olan hastalara değil, isteyen hastalara daha fazla tedavi”<sup>6</sup>.*

### **Ülkemizde sağlıkta dönüşüm / Sağlığın piyasalaştırılması**

Ülkemizde de AKP iktidarının başlangıcından beri sağlık hizmetinde *“piyasalaştırma”* dönüşümü yaşanmakta, neredeyse her gün yapılan yeni düzenlemelerle *“Sağlıkta dönüşüm reformu”* olarak lanse edilmektedir. Herkesin ulaşabildiği parasız sağlık hizmeti sosyal devlet kavramı içinde tartışmasız yer almışken, devletin bir şirket gibi yönetilmesinin amaçlandığı yeni dönemde Türkiye’de sağlık doğrudan piyasa koşullarına terk edilmektedir. Dünya sağlık örgütü verilerine göre 2007 yılında dünyada sağlık harcamaları tutarı 5.3 trilyon dolardır. Bu harcama tutarı giderek artmaktadır. Bunun, kapitalizmin yarattığı çevre koşulları, işsizlik, gelir kaybı, gelecek kaygısı gibi koşullarla doğrudan ilişkisi olmakla beraber, *“sağlığa yatırım yapan şirketlerin, ilaç ve tedavi kurumlarının sağlık harcamalarını kışkırtıcı propagandaları, medyayı bu konuda manipüle etmeleri*

<sup>6</sup> *Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırılmaya Karşı Dayanışma. Hans-Ulrich Deppe Kapitalizmde sağlık, sağlıksızlık semptomları Türkçesi: Umut Haskan, Yordam Kitap Basın ve Yayın Tic. Ltd. Şti, Birinci Basım, Ocak 2011 sayfa: 50*

ile birlikte, toplumda hastalık hastası insan sayısını arttırmakta, bu da sağlık sektöründe talebi kabartmaktadır. Neoliberalizmin, özel sermaye birikimine yeni bir kanal olarak sunduğu sağlık sektörü için, devlet bütçesinde toplanan vergileri ve sosyal sigorta fonlarında toplanan kaynakları **“sağlık harcamalarını bir sosyal hak olarak yaygınlaştırmak”** gerekeşiyle ilaç endüstrisi ve özel hastanelerin kullanımına sunması da, sonuçta kışkırtılmış, yapay bir sağlık harcaması yaratmaktadır<sup>7</sup>. Ülkemizde sağlık harcamaları için genel katma bütçeden %6 pay ayrılırken, toplam sağlık harcamalarının %68'i kamu kurumları aracılığıyla yapılmaktadır. Kişi başına düşen sağlık harcaması 767 dolar olarak belirlenmiştir. Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %21.7'si ise doğrudan kişinin cepten yaptığı harcamalardır<sup>8</sup>. Sonuçta arttırılan sağlık harcamalarının vergi mükelleflerinin yansırı, sigorta primlerini ödeyenlerce karşılanması, ancak bunun ötesinde insanların kendi cebinden de harcamalara katılmak zorunda bırakılması, neoliberal politikaların esasını oluşturmaktadır. “Katkı payı” adıyla ülkemizde alınan ücretler yaklaşık 4 milyar dolar seviyesine ulaşmıştır. Ülkemizde sağlığa yapılan harcama 2002 yılındaki 4,985 milyon TL düzeyinden 2007 yılında 50 milyon TL düzeyini aşmıştır. ABD doları karşılığı 30 milyar dolardan fazla olan bu tutarın şimdilik 4 milyar doları katkı payı olarak devlet eliyle halktan ayrıca tahsil edilmiştir. Burada dikkat çeken başka bir nokta ise, kamunun toplam sağlık harcamaları içindeki payının 2002'den beri bir düşüş içinde olduğudur. Kamunun sağlık harcamaları içindeki payı %74 düzeylerinden planlı olarak %67,8 düzeyine kadar düşürülmüş, aradaki fark doğrudan vatandaştan tahsil edilmiştir.

Sağlık hizmeti sunumunun doğrudan piyasalaştırılması anlamına gelen “Sağlıkta dönüşüm programı” yarattığı yapısal dönüşümle sağlık hizmeti sunumunda özel sektörün payını çok hızlıca arttırmış, sağlık harcamalarının içindeki özel sektör

<sup>7</sup> *Paran kadar sağlık, Türkiye’de sağlığın ticarileşmesi. Mustafa Sönmez. 1. Bölüm, Sağlık hakkı ve dünyada sağlığın ticarileşmesi, Yordam Kitap Basın ve Yayın Tic. Ltd. Şti, Birinci Basım, Ocak 2011 sayfa: 21*

<sup>8</sup> *A.g.e sayfa 26*

payının 1999 yılındaki 2 milyon TL seviyesinden 2007 yılında 16,5 milyon TL seviyesine ulaşmasına neden olmuştur. Bu bir anlamda devlet eliyle halktan toplanan vergilerin, yine aynı devlet eliyle özel sektöre hibe olarak aktarılmasıdır. Benzer bir aktarım, yapılan çeşitli manipülasyonlarla ilaç sektörlerine doğru da yönlendirilmiştir. Yeni yüzyılın başında, 2000 yılında ülkemizde ilaca ödenen para 1,5 milyon TL düzeyinden bugün 10 milyon TL düzeyine ulaşmıştır<sup>9</sup>. Bunun karşılığı olarak, 2000 yılında toplam sayısı 150'nin altında olan özel yataklı tedavi kurumlarının sayısı 2011 başında 490'a, toplam özel sağlık kuruluşu yatak sayısı ise 28 binin üzerine çıkmıştır (ülkemizdeki toplam hasta yatağı sayısının %14'ü). Ancak aynı dönem içinde devlet ve üniversitelerde hasta yatağı sayısında belirgin bir artış görülmemekte, hatta birçok yerde "kaliteyi arttırmak", "verimliliği arttırmak" adına kamu elindeki yatak sayıları azaltılmıştır.

AKP iktidarının başından beri "Sağlıkta Dönüşüm Reform Programı" başlığı altında yapılmış olan sistematik değişiklikleri kısaca özetlersek ülkemizde sağlığın piyasalaştırma sürecini görmek daha da kolaylaşacaktır. AKP'nin tekrarlayan iktidarlarının en önemli nedenlerinden biri olarak sayılan bu programa halkın şimdiye kadarki tepkisi olumlu olmuş olmasına rağmen, daha buzdüğünün kendisi popülist nedenlerle gösterilmemiştir. Devlet hastanelerinde performans prim sisteminin uygulamaya konulmasının yanında SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı tarafından ayrı ayrı karşılanan sağlık hizmeti giderleri yeni kurulan bir kurum altında tek elde toplanmış ve Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmeti giderlerini karşılayan tek kurum olarak yapılandırılmıştır. SSK'nın hastaneleri (hizmet ve eğitim) Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş (bu kurumda çalışanların, bu kuruma prim ödeyenlerin birçok haklarının gasp edilmesi ile birlikte), SSK'nın kendisinin ürettiği ya da temin ettiği ilaç ve tıbbi malzeme olanakları ortadan kaldırılmıştır. Hastaların bu kurumun anlaşması olan tüm sağlık kuruluşlarında hizmet alabilmesi sağlanmış, bunlara özel sağlık kuruluşları da dâhil

<sup>9</sup> *Paran kadar sağlık, Türkiye'de sağlığın ticarileşmesi. Mustafa Sönmez. 1. Bölüm, Sağlık hakkı ve dünyada sağlığın ticarileşmesi, Yordam Kitap Basın ve Yayın Tic. Ltd. Şti, Birinci Basım, Ocak 2011 sayfa: 21*

edilmiştir. Özel sağlık kuruluşlarında alınan hizmetler için, belli branşlar hariç (acil, kalp-damar cerrahisi, yanık, yeni doğan, onkoloji, kardiyoloji) bu kuruluşların SUT ve BUT paketleri üzerinden tüm tetkik ve tedaviler için %70'e kadar fark almalarına izin verilmiştir. Birçok özel sağlık kuruluşunda fark almak kuruluşun insafına bırakılmış, denetleme görevi yeterince yapılmamış, "SGK bize hizmetin %30'unu ödüyor, siz geri kalan %70'ni ödeyeceksiniz" talebi ile hastalar karşı karşıya bırakılmıştır. Örnekleme gerekirse 1000 TL tutan bir tetkik ve tedavi paketi için 700 TL fark alma imkânı tanınan özel kuruluşlar bunu hastaya, 1000 TL'nin hizmetin %30'unu karşıladığı savıyla 2000 TL'den fazla fark almışlardır. Burada özel hastanelere doğru yaratılan şişirilmiş talep, özel sektörde standart altı birçok özel sağlık kuruluşunun kurulmasına neden olmuş, ülkede verilen sağlık hizmetinin içindeki özel sektör payı %6'lardan %30'lara tırmanmıştır. Devlet eliyle vergiler, primler, sağlık sandığı kesintileri ile toplanan paraların her yıl yaklaşık olarak 20 milyar dolar karşılığı SGK eliyle özel sektöre hibe kredi gibi aktarılmıştır ve aktarılmaya devam etmektedir. AKP'nin iktidara geldiği ilk yılda toplam sayısı 120 civarında olan özel yataklı sağlık işletmesi sayısı bugün 500'e yaklaşmıştır. Bunların içerisinde toplam yatak sayısı 500'ün üzerinde olan büyük hacimli kuruluşların sayısı toplam sayının ¼'üne yaklaşmıştır. Özel yataklı sağlık işletmelerindeki toplam yatak sayısı 10 000'i aşmıştır.

Eczanelerin tamamı SGK ile anlaşma yapmaya zorlanmış, her hastanın her ilacı herhangi bir hastaneden alması sağlanmıştır. Başlangıçta herhangi bir fark ödemesi söz konusu değilken, zaman içinde fark alınmaya başlanmış, en ucuz eşdeğer ilaç uygulaması devreye sokulmuş (hekimin yazdığı ilacı eşdeğeri yerine almak isteyenlerden fiyat farkı alınmaya başlanmıştır), sağlık kurumlarında dönüşüm programının ileriki aşamalarında devreye sokulan "katılım payı"nın tahsilâtı için eczaneler sorumlu ve görevli kılınmışlardır. İlaç fiyatlarında dünyada en düşük eşdeğer ilaç fiyatı üzerinden yapılan yeniden fiyatlandırmalarla, 2002 yılındaki ilaç fiyatlarının yaklaşık %30 altına kadar inmiş olan ilaç fiyatlarına rağmen ülkedeki ilaç için harcanan paranın miktarı yaklaşık 8 kat artmıştır.

SSK'nın ucuz ilaç temini ve üretiminin ortadan kaldırılmış olmasının bundaki payı yadsınamaz. Bunun yanı sıra kıskırtılmış hasta talepleri ile artan poliklinik sayıları da bir etken olmuştur.

Sağlık hizmetinin sunumundaki her basamak için ayrı bir fark alınmakta olan muayene hizmetlerinin üzerine her branşta istenebilecek/yapılabilecek tetkikler çıkarılan genelgeler ile kısıtlanmış, hekimin ön tanısı paket olarak tarif edilmiş ve bu paket için geçerli olan tetkik cinsi, sayısı kısıtlanmıştır. Hekim tanılarını yayımlanan "Sağlıkta Uygulama Tebliği-SUT ve Bütçe Uygulama Talimatı-BUT" listeleri içinden branşına uygun paketler içinden seçmek zorunda bırakılmıştır. Ön tanı paketi içine girmeyen bir başka tetkik istemesi durumunda bu tetkikin ücreti hastadan alınmaya başlanmıştır. Sosyo-ekonomik düzeyi uygun olmayanlar hastalıklarının tanısı için yeterli tetkiki yaptıramadıkları durumlarla sıkça karşılaşmışlardır. Bunun sonucunda hekim ya yetersiz tetkik ile tedavi planlamak zorunda kalmış ve karşılığında gelebilecek mediko-legal problemlerle yüz yüze bırakılmış, ya da farklı yöntemlerle bu kısıtlamaları aşmaya çalışmış, hastayı birden çok branşta muayene olmuş gibi göstermek zorunda kalmıştır. Bunun ülkede tutulan sağlık istatistiklerinde anlamsız değişikliklere neden olduğu, verilen hizmet sayısının arttırıldığı gibi sonuçlar burada tartışılmayacaktır. Ancak kesin olarak bilinen bir gerçek, BUT ve SUT'a dayanılarak tutulan hizmet ve hastalık istatistikleri doğru olmaktan çok uzaktır.

### **Hekim bağımsızlığı / nitelikli hekimliğin cenaze namazının kılınması**

Bu süreçlere ek olarak tanımlanmış başka işlemler de dönüşüm programında esasa ilişkin değişikliklerde önemli roller oynamıştır. Hekimlerin mecburi hizmet yapmadan mesleklerini icra etmelerinin engellenmesi, asıl amacının özel piyasa şartlarında hekim emeğinin ucuzlatılması olan ve içinde tek bir kez bile "tam gün" lafzı geçmeyen "tam gün yasası" yanı sıra, meclisten geçirilerek kanunlaşmış olmasına rağmen uygulamaya girmesi sürekli ertelenen, asgari ücretin üçte birinden fazla aylık geliri olan 18 yaş üzerindeki her bireyden yaklaşık aylık 70 TL prim toplayarak, sağlık harcamalarının %30'unu doğrudan halkın

sırtına yüklenmesi için çıkarılan “Genel Sağlık Sigortası “ önemli unsurlardır. Sağlıkta piyasalaşmanın ana ayağı olarak aile hekimliği uygulamaları tüm ülke sathına yayılmış, yetersiz sayıda aile hekimi bulunduğu bilinmesine rağmen bu uygulamaya geçilmekte adeta “zor” uygulanmış, birinci basamak sağlık hizmetinin gerektirdiği eğitimi olmayan hekimlerin kısa kurslarla aile hekimliğine zorlanması yanı sıra, bu hekimlerin sözleşmeli konumda çalışmaları dayatılarak, özlük hakkı gaspları da beraberine eklenmiştir. Medya önünde ve kamuoyuna sağlık çalışanları ülkedeki sağlık sorunlarının esas sebebi olarak lanse edilmiş, kamuoyunda hekim düşmanlığı körüklenmiştir. Bu sayede sağlık hakkı talep eden karşısında sistemin en kötü unsuru imiş gibi bir pozisyonda çalışan hekim ve diğer sağlık çalışanları, sistemin asıl sorunlarını dile getirdiklerinde, örgütsüzlüklerinin veya örgütlerinin yetersizliğinin de katkısı ile sadece daha çok para kazanmak, sağlık hakkı talep edeni sömürmeye çalışmakla suçlanır olmuşlardır. Hekim sayısının değil de sistemin yetersiz olduğunu bile anlatamamış olan hekimlere yeni, niteliksiz işgücü yaratacak gecekondu üniversitelerde tıp fakülteleri açılarak cevap verilmiştir. Yakın gelecekte Türkiye’de sağlık sektöründe eğitimini yeterli olarak alamamış, mesleki olarak niteliksiz hekim ordusu hizmet vermeye başlayacaktır. Bu sayede hekim emeğinin ucuzlatılması, hekim işsizliği gerçekleşecektir.

Tüm bu noktaya kadar saydıklarımızın arkasından gelen doğal sonuç ise tıp bilimini meslek olarak uygulayan hekimlerin bağımsızlık süreçlerine müdahale etmek olmuştur. İnsana ait özel değerlerin etik bağlayıcılığı ve bilimsel gerçeklerden başka, mesleğini icra etmekte herhangi bir kısıt bulunmaması gereken hekimler için, meta haline getirilmiş olan sağlık hizmeti sunumunda bağımsızlık kavramı ortadan kalkmıştır. Bir hekimin mesleğini icra ederken, ya da tıp bilimini uygulamaya sokarken hastanın kişisel sınırlarını saklamak, bağlı olduğu inanca, etnik topluluğa, topluma özel değerlerine saygılı olmak gibi etik değerler, hastanın kişisel özgürlük alanları içinde değerlendirilecek unsurlar olması nedeni ile ayrı bir bağlayıcılık da içermektedir. Ancak yenilenen dünya düzeninde piyasalaşan sağlık sektörü, sağlık hizmeti sunumunu, hekimin bireysel yaklaşımlarından

öte kısıtlamalar ve mesleğin icrasında paraya dönüştürülmesi gereken zorlamalar silsilesi haline getirmiştir. Bir çırpıda sayılabilecek birçok yeni faktör hekim bağımsızlığı üzerinde belirgin kısıtlayıcılık yaratmıştır. Klasik "Taylorist" zihniyet ile iş üretmek, verimlilik adına hasta başına ayrılan zamanın kısıtlanması, hastanın bir bütün olarak değil de hastalıklar manzumesi olarak değerlendirilmesi ve bu hastalıklar içinden paraya tahvil edilebilecek olanların tedavi süreçlerine sokulması, zor ve uzun tedavi gerektiren hastalıkların mümkün olduğu kadar sağlık sektöründen uzak tutulmaya çalışılması, hekimin reçete yazarken sadece belli tanılara yönelik ilaçları yazabilmesi gibi noktaları içeren yeni ve uzun bir "hekim bağımsızlığına ket vuran unsurlar listesi" oluşmuştur.

Sağlık sunumunun hizmet sektörü içinde değerlendirilmeye başlanması sonucu, "verimlilik" başlığı altında yapılan "iş ve görev" tanımları ile, hekimlerin sadece konveyör bantta önüne gelen makinenin belli vidasını sıkkan işçi konumuna sokulması, en öncelikli olarak yapılan dönüşüm olmuştur. En çok vida sıkkanın en iyi performansı göstereceği vaaz edilerek, bu performansın ödüllendirilmesi ülkemizdeki ikinci dönüşüm basamağını oluşturmuştur. Devlet hastanelerinde, hekimlerin gelirlerini arttırmak savıyla, özlük haklarında hiçbir iyileştirme yapılmadan verimlilik ve performans prim uygulaması ile her bir hekimin daha fazla iş çıkarması önce özendirilmiş, sonra dayatılmış, nihayetinde üniversite hastaneleri dâhil olmak üzere mecburlaştırılmıştır. Ülkemizde bütün bu dönüşüm sürecinde hastalara sunulan hizmet artmış görülmekle birlikte, aslında genel olarak arttırılan hekimlerin gerekli-gereksiz daha fazla girişimsel iş yapma eğilimleri olmuştur. Performans uygulamaları içinde, temelde bir usta çırağ ilişkisi olan uzmanlık öğrencisi/asistan/tıp fakültesi öğrencisi-eğitim elemanı/eğitici uzman hekim/fakülte öğretim üyeleri ilişkisi için bir önemli pay bulunmaması nedeni ile eğitim-öğretim süreçleri çok güdükleşmiştir.

Son üç dönemdir iktidarın kadrolaşmaya en önem verdiği bakanlıklardan biri olarak öne çıkan Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı hekimler arasında çok ciddi huzursuzluk yaratan bir şekilde yapılandırılmıştır. Küçük üniversitelerde görev yapan, liyakati tarikat ya da iktidar partisine olan birçok öğretim



üyesi yapılan hukuki değişiklikler ile yüksek performans primi ödenen Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine şef ya da şef muavini olarak atanmıştır. Bu atamalardan başkaca, birçok hastanede akademik yetersizlikleri nedeni ile şef ya da şef muavini olamayan bazı hekimler "hülle üniversitelerinde" 24 saatliğine öğretim üyeliklerine atanmış, ardından ertesi gün tekrar ya 2547 sayılı YÖK yasasının 38/b maddesine dayanılarak geldikleri devlet hastanelerinde şef/şef muavini olarak görevlendirilmişler (döner sermaye ve performansla bağlı prim ödemeleri fiili olarak çalıştıkları yerden yapılır) ya da asli olarak atanmışlardır. Bu kadrolaşma yıllarını eğitim ve araştırma hastanelerinde asistan eğitmeye harcamış, liyakati mesleğe ve ülkeye olan hekimler arasında huzursuzluk yaratmıştır. Parti ve tarikat liyakati ile bilinen hekimlerin idari basamaklarda yer almaları ile, çalışma barışı performans uygulamaları ile çoktan bozulmuş birçok hastanede, oluşturulan yeni siyasi baskı unsurları ile daha da derinleşmiştir.

Hekim örgütünün çok uzun zamandan beri dile getirmesine karşın, hatalı-kötü tıbbi uygulamalar bu konuya özel bir kanun içinde değerlendirilmemiş, bunun yerine doğrudan ceza yasası içinde "bilinçli taksir" kavramı ile cezalandırılır olmuştur. Yüksek yargının da verdiği kararlar ile hekimlik uygulamalarında ortaya çıkması muhtemel komplikasyonlar hekimlerde belirgin korkuya neden olmuş, hekimler arasında "defansif tıp" denilebilecek tarzda ağır ve karmaşık vakalardan kaçınma, daha basit ve kısa sürede tedavi edilebilen hastalıklara yönelme eğilimi ortaya çıkarmıştır. Hekimleri sözde korumak adına "zorunlu mesleki uygulamalar sigortası" kanunlaştırılmıştır. Bütün hekimler çalıştıkları branşın niteliğine göre artan miktarlarda prim ödeyerek bu sigortalar yoluyla kendilerini güvenceye almaya çalışmaktadırlar. Ancak hekimliğe özel bir yanlış/hatalı uygulamalara yönelik bir yasal düzenleme olmaması nedeni ile yaptırılan bu sigortaların koruyuculukları da meçhuldür.

Gerek Sağlık Bakanlığı teşkilatında ortaya çıkan idari ve siyasi baskılar, gerekse de bozulan çalışma barışı ve huzursuzluk, birçok hekimin giderek büyüyen özel sağlık sektöründe iş aramasına neden olmuştur. Beş yüze yaklaşan hastane sayısı ile

büyük bir işgücüne ihtiyaç duyan özel sağlık sektörüne ciddi sayıda hekim transferi gerçekleşmiştir. Ancak doğrudan kar etme amaçlı kuruluşlar olan bu hastaneler, poliklinikler ve diğer özel sağlık kuruluşları az sayıda çalışan ile kar getiren fazla sayıda iş üretme amacına yönelik olarak yapılandıkları için, özlük haklarından yoksun bir hekim ve sağlık çalışanı grubu yaratmışlardır. Yapılan hukuki düzenlemeler ile bu yapılar da çalışanlar emekleri her geçen gün daha da ucuzlatılarak insan haklarına aykırı çalışma ortamlarına mecbur bırakılmışlardır. Çalışan hekime yönelik olarak her ay belli oranlarda artan ciro baskısı özel sektörde çalışan hekimlerin en sık karşılaştıkları problem olmuştur. Bu, özel sektörde çalışan hekimi, daha kolay ve daha fazla para getiren tedavilere zorlamış, defansif tıp taraftarı yapmış, sonuçta bir çok hasta tedavi olanağından yoksun kalmıştır ve kalmaktadır.

### **Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu "Hekim Bağımsızlığı" çalışması**

Ankara Tabip Odası (ATO) Sağlık Politikaları Komisyonu (SPK) sağlık sektöründeki giderek daha da olumsuzlaşan ortamı hekimler yönünden değerlendirmek amacı ile bir dizi çalışma yapmayı planlamıştır.

Bu çalışmalardan biri olarak "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet" tamamlanmış, bir basın toplantısı ile kamuoyu ile paylaşılmıştır.

Bu çalışmalardan bir başkası olarak hekim bağımsızlığı konusu ele alınmış ve sağlık sektörünün her alanında yer alan farklı görevlerde bulunan hekimlerin doğrudan bu konuda yaşadıkları ve hissettiklerini araştırmak planlamıştır. İlerideki bölümlerde dökümü verilen çalışma bu düşüncenin sonucudur. Bu amaçla bilimsel ve etik değerler dışında hekim bağımsızlığını etkileyen unsurlar yapılan toplantılarda ve literatür taramalarında belirlenmiştir. Doğrudan veya dolaylı olarak hekimin mesleğini icra etmesinde bağımsızlığının önemi, mesleğin sosyal yönüyle de önemli bir başlıktır ve doğrudan kamu sağlığını ilgilendirmektedir. Hekim bağımsızlığını sınırlayan etkenler ana başlıklar halinde sıralanacak olursa;

- Performansa dayalı prim ödemesi
- Siyasi ve idari baskılar
- Kışkırtılmış hasta talepleri
- Reçete kısıtlaması (SUT ve BUT uygulamaları nedeni ile branşa yönelik)
- SUT ve BUT'ta yer alan SGK ödeme paketleri nedeni ile tanı için gerekli tetkik ve uygun tedaviyi yaptıramama
- Konulan her bir tanının ve uygulanan her tedavinin belli bir tanı kodu listesine uygun hale getirilmesi zorunluluğu
- Giderek artan sağlık çalışanına yönelik şiddet
- Hatalı/kötü/yanlış tıbbi uygulamalardaki cezai sorumluluk
- Özel sektörde çalışan hekimlerde iş güvencesi sorunu
- Özel sektör çalışanı hekimlerde ciro baskısı
- Özel sektörde birçok hastanede iyileştirilmiş otelcilik hizmetlerine karşın standart altı tıbbi ortam
- Hekim-ilaç sektörü ilişkisi
- Hekim-tıbbi teknoloji sektörü/pazarlayanları ilişkisi
- Hekimin sosyal/ekonomik yaşam standardı ve statüsüne yönelik kaygısı

### **Çalışmanın Yöntemi:**

Ankara Tabip Odasında Şubat 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilen odak grup görüşmelerine her grupta 5-7 arasında değişen sayıda hekim katıldı. Grubun süresi büyüklüğüne bağlı olarak 1.5-2.5 saat arasında değişti. Çalışmamızla ilgili 59 hekimle yüzyüze görüşüldü. Katılımcıların 21'i kadın, 38 tanesi erkek, ve yaş ortalamaları 45 idi.

Çalışmaya katılan gruplar aşağıda yazıldığı şekilde sınıflandırıldı:

- özel sektör dahili branş uzman hekimleri
- özel sektör cerrahi branş uzman hekimleri
- üniversite cerrahi branş öğretim üyeleri
- üniversite dahili branş öğretim üyeleri
- devlet eğitim ve araştırma hastaneleri cerrahi branş uzman hekimleri

- devlet eğitim ve araştırma hastaneleri dahili branş uzman hekimleri
- üniversite cerrahi branş uzmanlık öğrencileri
- üniversite dahili branş uzmanlık öğrencileri
- devlet eğitim ve araştırma hastaneleri dahili branş asistan hekimleri
- devlet eğitim ve araştırma hastaneleri cerrahi branş asistan hekimleri
- aile hekimleri

Çalışmanın amacı; sağlıkta dönüşümün geldiği son nokta itibariyle bugünden yarına ulaşan tarihsel akış içinde kesitsel bir sözlü tarih belgesi oluşturmak; sağlıkta dönüşümün sağlık alanında yol açtığı olumsuz sonuçları ve geri dönüşsüz metamorfozu istatistiksel sayılara ve sosyo-politik kavramlara dönüştürmeden önce hekimlerin kendi duyguları ve düşünceleriyle tarihe not düşebilmektir. Derinlemesine görüşmelerin daha sonra planlanabilecek anket sorularının hazırlanmasında ve yine ileriki zamanlarda yapılabilecek benzer bir çalışma için, sağlıkta dönüşümün etkilerini karşılaştırmada çok değerli veriler sağlayacağını düşünüyoruz.

Her grupta, çalışmanın yürütücüsü sağlık politikaları komisyonundan 2 kişi, not almak ve moderasyonu sağlamak için görüşmede bulundu. Görüşmelerin konusu üzerine katılımcılara yapılan aydınlatma açıklamasından sonra, ender olarak moderasyonu sağlayıcı müdahalede bulunuldu. Hekimlerin, gündelik pratiklerinde mesleki bağımsızlıklarını engelleyen sorunlarını aktarmalarına izin veren bir ortamda görüşmeler ses kaydına alındı. Görüşme kayıtları deşifre edildikten sonra imha edildi.

Takip eden bölümlerdeki metin, bu kayıtların çözümleme dökümleri ile ortaya çıkmıştır. Bu toplantıların ses kayıt deşifrelerinin dökümleri ayrıca istatistiksel açıdan değerlendirilmiş ve toplantılara katılan hekim sayılarının örneklem açısından yeterli olduğu gösterilmiştir. Hekimlerin birinci ağızdan, mesleklerinin bağımsızlığı ve hekim örgütlenmesinin zayıflığı konusunda ağır kaygıları olduğunu bariz bir şekilde ortaya koyan bir metin ortaya çıkmıştır

Ankara Tabip Odasındaki yüzyüze görüşmelere katılan değerli hocalarımız, hekim arkadaşlarımız, yoğun iş günlerinin, nöbetlerinin ve ameliyatlarının ardından görüşme için zaman ayırdılar.

Hekimlik değerlerinin toplumsal değerlerle birlikte hızlıca aşındığı bu son 10-15 yıllık süreç gelecekte ülke sağlığı için iyi şeyler vaat etmemektedir. Sağlığın insan olmaktan gelen doğal bir hak olmasından satın alınabilen bir meta haline dönüştürülmesi, parası olanın daha fazla sağlık talep eder hale gelmesi ve parası olmayanın kaderine terk edilmesi anlamına geleceği aşikârdır. Daha fazla parası olanın talep edeceği daha fazla sağlık ise, muhtemelen kısıktırılmış olsa da, piyasa şartlarında sunulan bir hizmet olması nedeni ile doğru hizmet olup olmadığının bilinmediği bir mecraya gidecektir. Fazladan ve gereksiz tetkikler, hastaların değil de laboratuvar ve inceleme sonuçlarının tedavi edilmeye çalışıldığı, gereksiz ileri teknoloji yöntemlerinin mutlak tedavi şartı gibi ileri sürülerek medya ve başka yöntemlerle kurgulanan tedavi ayrıcalıkları senaryoları doğrudan birçok noktada hasta hakları ihlali anlamına gelecektir. Ayrıca koruyucu hekimlik kavramının yavaş yavaş ortadan kalkmasına, doğrudan tedavi edici hekimliğin ön plana çıkmasına neden olduğu başka ülkelerdeki uygulamalarında defalarca belirlenmiş bir gerçektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile esas olarak, sağlığın her insan için bir hak olduğu anlayışında somutlanan paradigma değişikliği yakın ve uzak gelecekte hem hekimler hem hastalar açısından düşünce ve anlam dönüşümlerine yol açacaktır. Bu çalışmada katılımcılar, hekimler mesleklerini tıbbi bilgi ve etik değerler çerçevesi içinde bağımsız icra eden uygulayıcılardan fabrika tipi hastanelerde "kar" ın sınırları içinde davranmaya itilen işçilere dönüşürken, sahip oldukları değerler nedeniyle yaşadıklarını, düşündüklerini ve etik çıkmazlarını bizimle paylaştılar.

Hekim bağımsızlığının toplum sağlığı ve toplumun geleceğe sağlıklı olarak hazırlanmasındaki önemine vurgu yapmak amacı ile gerçekleştirdiğimiz çalışmayı değerlendirmeye sunuyoruz.

***Ankara Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu***



# ODAK GRUP GÖRÜŞMELERİ

## 1. EĞİTİM-ARAŞTIRMA HASTANELERİ ve TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ

### Hasta Yoğunluğu, Hasta Talebi ve İdari Baskı

Hekimler, hasta yoğunluğunun 70-80 hastaya kadar çıkabildiğini, bunun üzerinde hem ruhsal, hem de fiziksel bir baskı oluşturduğunu dile getiriyorlar. Hastalara gereğince bakabilme kaygısı yanında, hata yapma kaygısını da yoğun olarak yaşıyorlar. Yoğun iş yükünün, sağlıklı hekim-hasta ilişkisini de bozduğunu, çatışmaya yol açabildiğini belirtiyorlar.

•“Mesai haricinde bile hizmet isteyebiliyorlar. İnanır mısınız, bazen öyle yoğun oluyor ki bizim polikliniklerde. Affedersiniz, lavaboya gidemiyoruz, peşinizden geliyor, hastalarla birlikte gidiyoruz, hastalarla birlikte dönüyoruz.”

•“Siyasi baskıyı çok yoğun hissediyorum, günde 60-70 bazen 80 hasta bakmamız isteniyor. Ben geri çevirmeye çalışıyorum. 50'den sonra bakmak istemiyorum, 55'ten sonra hastalara açıklıyorum, fakat bir kısmı şikâyete gidiyor, ama bu sefer başhekim geri dönüp, “gelene bakmak zorundasın, kimseyi geri çevirmeyeceksin” diye baskı uyguluyor. Bunlarla hep mantıklı bir diyalog geliştiremiyoruz. Sağlıklı bir muayene olmaz, hastada iyi sonuç elde edemez, bende yıpranırım falan diye. Bunları kimse duymak istemiyor. Çünkü seçmenin memnuniyeti daha önemli.”

•“Bizim poliklinik sayılarımız fazla. Hiç bakmayan, günde 40-50 poliklinik yapıyor. Verdiler önümüze bilgisayarları, inanın bilgisayara işlemekten, hastayla göz temasımız yok. Sizde de öyledir muhtemelen. Yani, mesela hiç hastaların yüzünü unutmazdım. Bakıyorum, acaba buna ben mi baktım? Çünkü ona zaman yok. Barkodu siz çıkartıyorsunuz. Başınıza bir şey gelmesin diye her bulguyu oraya işlemeye çalışıyoruz. Hani sonradan bir şey çıkarsa, şikâyet konusu olmasın, not koyuyorsunuz.”

•“Gelen hasta geri çevrilmeyecek” deniliyor. Mesela, bir hasta kısıtlaması yok. Kavga dövüş kendimiz kısıtlıyoruz biz”.

•“80-90-100 hasta umurları değil kimsenin. Yani, hekime göre de hasta vermiyorlar. Sen diyorsun ki, benim kapasitem bu. Hastanın belli bir özelliği var. Nedir, işte muayenede soyunacak, gidecek. Sadece bu bile belli bir zaman alıyor. İki hastayı yan yana alamazsın, koşullar ona uygun değil. Ama bakıyorsun, saat 10:00 50 tane hastayı vermişler. Hastanın hiçbirini ikna da edemiyorsun. Sen mesela, sana sıra gelmez, muayene için birde gel, ikide gel, bekleme, şunlar şunlar beklemesin. Hasta kesinlikle kabul etmiyor, gidiyor hemen seni şikâyet, iki gün sonra SABİM’den (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi) görüşleriniz bilmem ne, ondan sonra otur, 40 saat onu yaz. Şöyle oldu, böyle oldu, bilmem ne, bir de ben onu hatırlamak zorundayım. Hiç sıra gelmeyecek hastayı bana vermişler. Hastayı ikna edememişim. Bir şekilde ben de direkt konuşmuyorum, çünkü benim işim sadece hasta bakmak, bilgisayara kaydetmek, yanındaki hemşireyi görevlendiriyorum.”

• “Ben kaçınıcı hastayım, bana doktor kaç dakika ayıracak, nasıl bakacak?” Hiç bunları düşünmek falan yok, otomatik şikâyet ediyor, şikâyet edildiğinde de hemen o kayda alınıyor ve “niye bakmadın, niye şöyle, niye böyle?” Hasta haklı olmak için, kendini haklı göstermek için, “doktor bana hakarete bulundu, şöyle böyle yaptı” bunları da katarak şikâyet ediyor, haklı çıkmak için.



Yardımcı sağlık personelinin iş yükünün de hekimlerin üzerinde olduğu, kayıt ve hasta verilerini bilgisayara girme işlemlerinin hasta yoğunluğuna ek olarak ayrı bir yük oluşturduğu ve zaman aldığını dile getiriyorlar.

• *“Hekimlere yardımcı personel verilmiyor. Mesela, biz poliklinik yaparken, bunu defalarca başhekime ilettiğimiz halde, personel eksikliğini bilmiyor. Oysa o kadar çok memur var, idari memur var. Biz hasta bakıyoruz, bilgisayara kendimiz işliyoruz, raporu kendimiz çıkartıyoruz. Bir hasta ne rapor alacaksa, SSK raporlarını kendimiz yazıyoruz. Yani, bazen öyle oluyor ki, hastaları sıraya sokuyoruz, hastalar sırayı bozuyorlar. Her şeyi doktor kendisi yapıyor.”*

• *“Göstermelik, hani hostes hizmeti gibi ortalıkta bir sürü yönlendirme elemanı var. O hastanın elinden tutup, laboratuara falan götürüyor herhalde, ama gerçekten doktor birçok işi yapmaya başladı. Tıbbi sekreter işini, hemşire işini ve aşırı bir yük var üzerimizde. Bu tıbbi hizmeti, yani yapmamız gereken işi aksatıyor kesinlikle. Ben bir hasta için MEDULA'nın<sup>10</sup> başında rapor basmaya uğraşıyorum. Hastanın işi bitsin, çözülsün diye. Bu arada yığılan, daha çok beklettiğim için huzursuzluk çıkartan hastalarla da ben tartışıyorum. Bunların da hepsini, mahallenin delisi gibi, gidip söylüyorum, hepsini, ama hiçbirisi çözülmüyor. İşte sorun götürdüğüm söyleniyor.”*

• *“Böyle olmaz yani, çok sağlıksız bir ortamda çalışıyoruz.”*

• *“Hastaneyi kendisine gelen bir evrakı alıp okuyacak, ona resmi bir cevap verecek bir personel yok. ....ve böyle şekilde bir muayene, bir kâğıda yazma, bir bilgisayara yazma. Hani tamamen bütün iş size ait ve burada 80-90 hasta bakmak var.”*

<sup>10</sup> Genel Sağlık Sigortası (GSS) Türkiye'deki sosyal güvenlik kurumları olan Emekli Sandığı, Bağkur, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Yeşilkart'ı tek bir çatı altında, GSS çatısı altında toplamayı hedeflemiştir. Medula bu çalışmanın bilişim ayağıdır. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, üniversite hastaneleri, diyaliz merkezleri ve daha bir çok sağlık kuruluşunun verdikleri hizmet, kullandıkları tıbbi malzeme ve ilaçların bedelinin geri ödeme kurumu tarafından ödenmesi için GSS Medula web servislerini kullanmaları gerekmektedir.

### Performans:

Hemen tüm hekimler, çok hasta bakma ve fazla sayıda işlem yapabilme baskısını üzerlerinde hissettiklerini, bunun kendisinin bir amaç haline gelmesinin hekimlik uygulamalarının niteliğini düşürdüğünü dile getiriyorlar. Vicdani bir yük oluşturduğu ifade ediliyor. Gelir elde etmeye yönelik bir uygulama olan performans sisteminin insan sağlığı söz konusu olduğunda doğru bir yöntem olmadığını dile getiriyorlar.

Öte yandan ücretlendirme sisteminin performans üzerinden gerçekleşmesinin, hayatın idamesi ile doğru hekimlik uygulaması yapabilme ve hasta yararına davranabilme konusunda sıkışmış hisseden, bundan rahatsızlık duyan büyük bir hekim grubu olduğunu gösteriyor. Söz sahibi olmadıkları sistemi düzeltemedikleri için de, uygulamayı rasyonalize etmeyi seçebiliyorlar.

• *“Performans sisteminin üzerinizde çok büyük baskı oluşturduğunu düşünüyorum. İnsanlar düzgün para alabilmek için, hasta sayısını artırmaya çalışıyor, yaptığı hizmet sayısını artırmaya çalışıyor, hizmet girebilmek için. Performans ve gelirini direkt ilgilendiriyor, etkiliyor gerçekten. Bu tıba uygulanmaması gereken bir piyasa yöntemi, ama çok yerleşti. İtiraz etsek de, eleştirsek de biz de uyuyoruz. Bu bende ciddi vicdani rahatsızlık yapıyor.*

• *“Performans sistemi herkese uygun olan bir sistem değil de, adil bir sistem değil. Yani, hastaya da uygun değil, doktora da uygun değil.”*

• *“Bu zorunluluk içinde siyasi baskı, sistemin getirdiği zorluklarla hekimler dejenere oldu, hastalar dejenere oldu. Bu sorunu zaten artık çözmeyeceğiz, yani geçmişe dönüş yok. Bizim artık yeni tanımlamalar yapmamız lazım. Bu tanımlamalar yani örgütlerin, derneklerin, Tabip Odasının hoşuna gitmiyor, ama bu tanımlama müşteri bazlı, bir de hizmet veren bazlı, çalışan gibi şey anlamına geliyor. Performans yapmadan olmaz. Ben duramam ki, günlük yaşamımı devam ettirmeliyim. Bunu yapmak zorundayız, çünkü bunun psikolojik yükünü eğer benim gibi düşünüyorsanız, sadece siz rahatsız olursunuz.”*

**Performans; hekimler arası ilişkileri ve iş barışını da bozmuş durumda.** Sistemin işleyişinden kaynaklı adaletsiz dağıtımın, özellikle iş riski fazla olan branşlarla klinik öncesi uzmanlık dallarındaki hekimler arası gerilimi arttırdığı gözleniyor. Bazı eğitim araştırma hastanelerinde oluşturulmuş bir performans havuzundan keyfi uygulamalarla hem idari kadro, hem de klinik öncesi branşların pay alması, bireysel performansları yoluyla puan toplayan cerrahi klinik uzmanları arasındaki gerilimi arttırıyor. Özellikle eğitim ve araştırma hastanesindeki hekimler, performans sistemiyle, eğitim hastanesinin zaten mevcut hiyerarşisinin katmerlendiğini, diğer hastanelerde ise idari kademelerdeki hekimlerin, hem idari mevkileri yüzünden fazla aldıklarını, hem de yetkilerini kullanarak, performans dağıtımını üzerinden adaletsizliğe neden olduğunu ifade ediyorlar. Özellikle cerrahi kliniklerde elzem olan ekip çalışmasının performansla zarar gördüğünü, bir gün öncesi "dost" olan hekimlerin, performansın gerektirdiği rekabet ortamında sadece "iş arkadaşına" dönüştüğünü üzüntüyle dile getiriyorlar. Bu keskin değişime uyum sağlamakta zorlandıklarını, hayal kırıklığı ve kırgınlık yaşadıklarını dile getiriyorlar.

- *"Performans insanlar arasında kin duygularını geliştirdi. Yani hekimiz bize yakışmaz böyle şeyler diye düşünüyoruz, ama sonuçta bakıyorsunuz sizin harcadığınız emeğe, uykusuzluğunuza, aldığınız risklere karşın hiç risk almayan branşlar var. Biyokimya nöbet tutmuyor, otomatik cihazdan çıkıyor sonuçlar, panik değerler varsa, kontrol ediyor, değilse onlara da bakmıyor. Ama o ay sonunda baktığınızda, sizden daha çok para alıyor. Öyle olunca, davalara da siz giriyorsunuz, ister istemez..."*

- *"Özellikle bizim hastanede kadın doğumculara bir sürü kısıtlamalar getiriliyor, yok şunu yazamazsınız, yok bunu yazamazsınız, paket adı altında. Yönetmelikte öyle bir şeyi yok, ama performans başındaki başhekim yardımcısı bunu engelliyor. Çünkü başhekim yardımcıları ve başhekimler ortalamadan alıyorlar. Havuzda ne kadar çok para kalırsa, onlar o kadar çok pay alacakları için, bireysel performansla ne kadar az para verirlerse, o kadar iyi. O yüzden de, oradan, buradan kısıtlayarak,*

*bize baskı uyguluyorlar. Biz puan alamıyoruz, şunu yazamazsınız, bunu yazamazsınız. Yaptığımız işleri yazamıyoruz, ama öbür tarafta hiç yapılmayan işleri yazan bir grup var. Bir grup zaten direkt ortalamadan aldığı için, yani hani o insanların branşlarının özelliği o, onların kişisel bir şeyi değil; ama sonuçta bir adaletsizliğe sebep oluyor. Yoksa hani onların bize bir garezi yok. Ama sistem bunu böyle getiriyor ve sizden daha çok para aldıkları için, siz onlara gıcık oluyorsunuz. Onlar, tabii gıcık olduğunuz, size gıcık oluyorlar. Böyle bir keşmekeş ilişkimiz var. Herkes birbirinin puanının peşinde, yani otokontrol gibi oluyor. O kaç almış, bu kaç almış, yani çok fena.”*

• *“Hekimlerin hastane içinde simsarlık yaptığını bile görüyoruz. Hekim hasta kapmak için hastanenin girişinde duruyor, öğlen gelip muayene olmak isteyen ve diğer hekim arkadaşın kapısında bekleyen hastaları kapmak için öğle tatiline çıkmayan hekim arkadaşlar var.”*

• *“Hastanede 35 tane başhekim muavini var. Hiç çalışmadan 7 bin TL civarında performans alıyorlar. Çok büyük haksızlık.”*

• *“Özellikle şeflik sistemi bu anlamda sıkıntı yaratan bir şey haline geldi. Çünkü eskiden böyle bir kavram yokken, şimdi performanstan sonra, bir de muayenehanelerini kapattıktan sonra şefler, temel kazançları hastane odaklı olduğu için, özellikle tabii yetki de onlarda. Garip garip uygulamalar yapılabiliyor. Sırf puan çok olsun diye. Hiç alakasız bir klinikten puan isteyen şefler bile var.”*

• *“Bir şef arıyor sabahleyin, “bugünkü ultrasonlar bana yazılacak” diyor, bir de başka kliniğin şefi, bizim şefimiz falan da değil...”*

• *“Evet, bir havuzdayız ve başhekim istediği zaman, istediği yerlerde görevlendirebiliyor. Bu yüzden, başhekimle eğer sempatik ilişkileriniz iyiyse, daha rahat kliniklerde, daha çok puanla çalışabilirsiniz. Başhekimle sempatik ilişkiniz yoksa çok daha farklı koşullarda çalışabilirsiniz. İdari baskıdan benim kastettiğim şey o...”*

• “Klinik şefi, şef olur olmaz yaptığı ilk toplantıda ; ‘arkadaşlar, burada artık herkes dost değil, iş arkadaşı’ dedi. Açıkça bunu söyledi adam... Daha önce o klinikte çalışıyordu yani, o zaman kadar dosttu. Bunları öyle duyunca, dinozor gibi mi kaldık dünyada diye düşündüm. Acaba uyumda mı sıkıntımız var diye... Ama öyle uyum istemiyorum zaten. Yani, iş arkadaşı dostluk bu laflar edilmez, saçma sapan şeyler. Ben sıkıldığım zaman, bir arkadaşımı rahatça çağırabilirim. Bir ameliyatta ya da bir şeyde, sen şuna bak, ben hemen geleyim diyebiliyordun, yani artık bunu diyemezsin...”

Performansın temeli olarak çok sayıda hasta bakma baskısı; farklı uzmanlık alanları arasında, hem uğraşılan konunun niteliğe göre hem de zaman alıcı hastalık tipleri ve emek yoğun tetkikler açısından da adaletsizliklere ve farklı puanlamalara neden olabilmekte.

• “Şimdi, her poliklinik odasında en az seksen hasta görecektir diye yeni bir şey çıkmış. Yeni sıfır bir epilepsi hastası dinleyeceksiniz, sınıflayacaksınız, yani minimum yarım saate yaymam lazım. Yani, bu konuda ne kadar tecrübeli olursanız olun, yarım saatinizi o hastaya vermeniz lazım. Aksi takdirde olmaz yani bu iş... Birileri geliyor, defterinizi karıştırıyor. Bir ayı geçmiş, bir EMG’yi nöroloji uzmanı yapmak zorunda. Türkiye’de EMG’ye giren kaç tane nöroloji uzmanı var, hiç kimse bunu sorgulamıyor. Size alet alalım, hemşire de verelim, hemşire ver ne işe yarayacak yani? Belki hani pamuğumu verir, bilmem neyini verir, ama pratikte benim hasta sayımı 15’ken, 30 yapmaz ki.”

• “Bölümler arasında, performans sisteminde ciddi dengesizlikler var. En azından bölümler arası dengesizliklerin ortadan kalkması lazım. Ben şunu demek istiyorum, bazen ortopedi sabaha kadar ameliyat yapıyor, ben sabaha kadar ameliyat yapmıyorum.”

• “Kendi yapısı buna izin vermiyor. ‘Rekabet et, sen de çok hasta bak’ diyor. Zihniyeti bozuk.

• *“Mesela bakıyorum, bir tane şefin 80 bin puanı var. İnceliyorum, ben de komisyundayım. Üç tane yerde aynı anda bulunuyor, tabii bu şey. Helikopterle gidiyor herhalde, bununkine dokunulmuyor.”*

• *“Kadın doğum hastanesi, ama performans ölçütlerinde de en az parayı biz alıyoruz, böyle bir haksızlık var. Hem puanlamamızda, hem paylaşımdan gelen sorunlar var. Böyle hem çalışma isteğimiz azaldı, hem çalışma barışımız bozuldu biraz hastane genelinde. Ne bileyim hani laboratuarda olan bir insan ortalamadan alıyor, bizden daha çok alıyor. Onu yaptıran, hastayla tartışan, ameliyata giren biziz.”*

Birçok hastanede, hekimler arasında yaratılan tabakalaşmayı önlemek, çalışma barışını korumak için dayanışma gösteren klinikler olduğu görülüyor. En sık başvurulan adil paylaşım yöntemi ise havuz oluşturmak ve bu yolla eşit bir dağılım sağlamak...

• *“Yani, öyle performans sistemini ben çok eleştiriyorum. Hani bölüm için, huzuru korumak için ve en az zarar görerek alıyoruz, ama en azından birbirimizle kavga etmiyoruz; kapının önünden hasta çalmıyoruz ya da sizin yaşadığınız şeyleri yaşamıyoruz. Ama ona bakarsanız, totalde belki hastanede en az döner alan bölümlerden birisiyiz. Çünkü herkesinki üst üste toplanıyor.”*

• *“Aslında, performansın en önemli amaçlarından birisi bu tabakalaşmayı arttırmak ve keskinleştirmektir. Doktoru doktorun kurdu haline getirmektir, bu yapıldı. Ondan kurtulmanın yolu da, biz baştan akıllı bir karar aldık. Sizinkinden tabii farklı olduğu için, bu kararı alabildik, komün usulü yaptık. Yani, yedi kişiyiz, tamamen ortak olacak, şef dâhildi başta buna. Bu kendi içimizde kimin hastası yatacak, kim ameliyata girecek, kim polikliniğe gidecek gibi sorunların tamamını ortadan kaldırdı. Olmayan klinikler birbirleriyle çok ciddi sorunlar yaşadılar bizde.”*

Performansın, bir yandan çok hasta bakmaya, çok işlem yapmaya ve çok puan toplamaya dayalı bir sistem olması, öte yandan hekimlerin toplam gelirleri içinde, sabit maaşa oranla çok daha fazla bir toplam oluşturması nedeniyle hekimlerin hastalık izni ve yıllık izin gibi insani haklarını kullanmalarını engelliyor. Hekimler aktif çalışma gün sayısı kuralı nedeniyle özlük haklarını kullanamaz olduklarını dile getiriyorlar. Aktif çalışma gün katsayısına göre tüm ay çalışıldığından daha yüksek bir performans da yapılırsa, daha fazla puan da toplansa, yine de alınacak para azalıyor.

• *“Yaş haddinden emekliliği yaklaşmış insanlar bile ful çalışıyorlar ve yıllık izin bile kullanmıyorlar. Çünkü her kullandıkları yıllık izin, sonuçta ne kadar çok çalışırlarsa çalışsın, performansta çok daha az para almalarına sebep oluyor. Yani, özlük haklarını kullanamaz hale geldi insanlar.”*

Hekimlerin poliklinik yaparak hasta bakmaları çok sayıda puan girişi yapmalarına ve risk almadan performans girdilerini artırmalarına neden olduğu için cerrahi bölümden birçok hekimin ameliyat yapmak yerine poliklinik yaparak, çeşitli yöntemler kullanarak puan toplamayı seçtiği görülüyor.

• *“Bir yerde başhekim arkadaşım. Beni yanına çağırdı saat 10.30’du, sekiz ay sonra farkına varmış, göz hekimi sekiz aydır ameliyat yapmamış. Gözcü 130 hasta bakmış, nasıl olmuş biliyor musunuz? Sekretere 50 TL vermiş, gelen bütün hastaları kendine kaydettirmiş. Gözcü bir ameliyat yapacak, dört saat sürecek 1000 puan ve saat 11’de, baktığı 130 hastayla 4 bin puan var. Ameliyata gerek yok. Hani mesleki şeyimiz de kalmadı.”*

Tüm hekimlerde umutsuzluk, değersizlik duyguları ve mesleğe yabancılaşıma gözlenmekte.

• *“Böyle sorunlar çözülmeden, katlanarak büyüyor. Yani ben hiçbir zaman bu kadar mesleğine yabancılaştığımı hatırlamıyorum. Mesleğimize yabancılaşıyoruz, kötü koşullarda çalışıyoruz. Belki maddi olarak gelir daha iyi, ama çok yıpratıcı, böyle çok iyi bir hizmet verebildiğimi düşünmüyorum, çok bilimsel bir hizmet verebildiğimi*

*düşünmüyorum. Değişmeyecek, daha da kötüye gidecek gibi. Burada biz artık inisiyatifli elimizden kaçırmışız gibi görünüyor. Hekimlerin aklını, beşeri sermayesini, eğitimini falan hiçe saymak, onu yıldırım için her şey yapıldı ve hakikaten Migros çalışanına dönüştürüldü.”*

Hekimler, sistemin değiştirilerek hekim ve hasta odaklı olmaktan, performans ve müşteri odaklı hale getirilmesinde hekimlerin günah keçisi olarak adlandırılmalarına ve “bıçak parası” kavramının bu değişimin bahanesi yapılmış olmasını da eleştiriyorlar.

- *“Ben size Ankara’yı göstereyim, başka şehirleri de. Yani bunlar hepsi belli, isimleriyle de belliydi. Yani her meslekten insan, avukat olsun, öğretmen olsun, yüzde 5-10, insanız, bıçak parası da alırız, ne bileyim rüşvet de yeriz. Yani bu insanın özüyle ilgili. Hani ne doktoru kötüler bu, ne de avukatı. Tamam, ama bunlar bilinen şeylerdi. Bunlarla mücadele etmek yerine, sistem değiştirildi.”*

Hekimler var olan sistemden mutsuzluklarını dile getiriyorlar ve yaşadıkları iç çatışma ve hekimlik değerleri kaybı geçmiş hekimlik uygulamalarına özlem duymalarına neden oluyor.

- *“Tıbbı ne hale getirdiler. “*
- *“Ben hani geri dönüşümün olmadığını düşünüyorum. Artık bu kısmını boşuna konuşuyoruz. Çünkü farklılaştı, ben size diyorum, geldiği şekliyle siz de farkındasınız. Biz mesai bitince çıkmazdık, çayımızı içerdik, hasta dosyalarımızı tamamlardık, hani saat 7’de giderdik. Ortada para da yoktu hani. Her birimiz de 8-9 hasta takip ederdik. Şu an asistan bir iki hasta takip ediyor ve sıkıntılı, herkes birbirinden görev soruyor.”*
- *“Bizim zamanımızda okurken, hocaların değer olarak hepsi saygıdeğer insanlarmış. Her birisi 8-9 yıl aynı notu anlatırlardı, aynı espriyi yaparlardı. Entelektüel kişilerin birkaç tanesi dışında... Ama onlara anamızı, babamızı götürdüğünüzde, hani onu muayene etme tarzında verdiği, size değer verişleri başkaydı. Yani 500 öğ-*



*renci okuyor. Her birisi bir yerden birisini getiriyor. Hekim-hekim ilişkisi, hekim-hasta ilişkisi çok değerliydi."*

*• "İnsanlar üniversitede çalışıyordu, bizim ilk dönemlerimizde her birisinin günde 2-3 tane özel muayenesi olurdu, onun da parasını verirdik, sorun değildi zaten, biz götürdüğümüzde paramızı geri verirlerdi. Dışarıda da öyle bir şeyler vardı, ama zaman içinde hem anlayış çok değişti. Bana göre şu an bizim bahsettiğimiz hekim hekim değil, bizim bahsettiğimiz hasta hasta değil, biz onun farkında değiliz."*

*• "Sağlık ocaklarında çalıştığımız dönemlerde, yani tabii ki o bize verilen değer çok farklıydı. Şu an hizmetlerinde para arttı. Ama hekim ilişkisini, eğitimi her şeyi dejenere etti, sıfırladı. Artık burada profesör olsanız da, başhekim de olsanız da bence çok da büyük değeri kalmadı hani, çok farklılaştı."*

*• "Bir arkadaşınıza rica edin, annenizi muayene ettiremiyorsunuz."*

### **Performansa Dayalı Sistemin Eğitime Etkisi**

Hekimler performans sisteminin eğitim ve araştırma hastanesinin temel görevlerinden biri olan asistan eğitimini değersizleştirdiğini, ikinci plana attığını dile getiriyorlar. Eğitim görevinin, performans karşılığı olmadığı için giderek bir yük gibi algılandığını ve eğitim verme konusundaki motivasyonun da azaldığını vurguluyorlar. Cerrahi kliniğindeki asistan eğitimine yansımaları, ameliyat yapmaktansa poliklinik yaparak puan toplamak tercih edildiği için daha fazla olduğu görülüyor.

Üniversite hastanelerinde yapılan bilimsel yayınların niteliğinin performans puanına yansımaları oluştuğu da dile getiriliyor.

*• "Zaten ortada görünen bir eğitim yok. Programlar gidip geliyor, eğitime zaten devlet tarafından verilen bir para da yok. Eğitim kadrosunda olmanız hiçbir şey değiştiriyor. Eğitim kadrosunun performanstan çıkarılması lazımdı."*

• “Adımız eğitim araştırma, dolayısıyla bir de ben asistan eğitimi veriyorum. Bu şu demek; bayağı yüklü bir eğitim yükü var. Bu eğitim yükünün performans karşılığı yok, bugün her gün bir makale asistan, bir makale yan dal asistan okursa, bunu en azından haftada üç gün yapabilirsek, mesela makale okunmasının bir performans puanı yok”.

• “İstenilen şey puan toplamaksa, eğitim vermeyi bırakalım, asistanlar polikliniklerde puan bassın...”

• “Biz eğitim vermekten dolayı da cezalandırılıyorz... Eğitim vermeyen uzmanlar topluluğundan oluşan, asistanı olmayan klinikler var. Eğitim ve araştırma hastanesinde bunun olmaması lazım.”

• “Eğitimden gelen puan şu; Eğer yıllık olarak çalışmalarınızı dokümanete ettiğinizde, 500 puanı topluyorsanız, yüzde 30 fazla ekleniyor. Yani, bir tek bu var.”

• “Eskiden bizim poliklinikteki kadromuz eğitim saatlerine katılırdı. Şimdi, onu da şey yaptılar, katılamazsınız, hizmet vereceksiniz. Hizmet kesintisiz yürütülecek diye.”

• “Bu kadar ortada para dönüyorsa, bunun şöyle bir şey olması lazım. Araştırma adına hürmeten, araştırmaya ait bir fon ayrılması lazım. Eğitim ve araştırma hastanelerinin böyle fonları olmalı. Eğitim ve araştırma hastaneleri sürekli eğitim faaliyetlerine katılımı sağlamak için destek vermeli. Mesela, ben kendi konuşmamın olduğu kongreleri yıllık izinden alıp gidiyorum, insaf demek istiyorum yani. Eğer ikiyi geçtiyseniz, yıllık izinden alacaksınız. Eğer aktif bir işin üretimi içindeysen de, ikiyi de geçiyorsun yani. Çağırılıyorsun, ama yıllık izinden alıyorsun. Geçenlerde böyle yıllık iznin 4-5 gününü bu şekilde harcamış oluyorsun. Yıllık izni de benim kendimi yenilemem için gereken, hiç işle ilgisi olmayan bir şeyi, bir eğitim faaliyeti için harcıyorum. Dolayısıyla, eğitim kısmı bu, eğitime ayrılan vakit yok; o vaktin karşılığı yok.”

• “Ama değişen şu oldu, eğitime ayrı bir motivasyon kalmadı. O motivasyonu biz kaybettik. Aramıyoruz, sorgulamıyoruz. Daha iyisini aramıyoruz.”

- *“Niye ameliyathaneyle uğraşayım, o kadar asistanla ameliyat yaptırayım, poliklinikte kalayım daha iyi. Yani, böyle bir düşünce çok kötü bir şey aslında. Ama böyle geliyor şimdi.”*
- *“Puan olacak şeyleri yapmak istiyor insanlar artık.”*
- *“Bir de bir ameliyata giriyorsunuz, üç saat... 500 puan. Hâlbuki poliklinikte o riski almadan, daha kısa zamanda, başka küçük işlemlerle falan o puanın üstünde alabiliyorsunuz. Niye ameliyata girip de, üç saat uğraşıp, bir de komplikasyon çıkınca, daha sonra mahkemelerde sürüneceksiniz; tazminat diye uğraşacaksınız. Hâlbuki poliklinikte öyle bir riskiniz çok daha az ve daha çok puan kazanıyorsunuz. Alacağınız performansı da, daha az yorulup ya da daha çok puan getirecek işler yapıp, o şekilde kazanmak daha mantıklı.”*
- *“Bizim üniversitede, bir arkadaşımızın on yayını var, hepsi de Nature dergisinde yayın olmuş. Adam Nobel alacak ama, performans alamıyor.”*

Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekimler, asistanların performanstan önce daha iyi eğitim veren hastaneleri araştırıp, oraları tercih ettikleri halde, artık hangi hastanenin performansı fazla ise o hastanede asistanlık yapmak istediklerini, hatta bunun girmeyi tercih ettikleri ameliyatlara bile yansıdığını belirtiyorlar.

- *“Bizde uzun ameliyatlar sıktır, beyin cerrahisinde. Çok uzun süren bir ameliyatımız oldu. 22 saat, kulak burun boğazla beraber girdik. Hakikaten çok yorucu bir şeydi bizim için. Asistan bana “ama senin o gün girdiğin ameliyattan biz hiç puan almadık” dedi. Beni sadece ticari bir ortak değil, aynı zamanda çalıştığımızda, üstünden kâr edecek bir özne olarak gördüğünü düşündüm”.*
- *“Beyin cerrahisi yapılan odaya gelmek istemiyorlar, omurga cerrahisi yapılan odaya gelmek istiyorlar. Ameliyatın altıncı saatinde bir asistanın yanıma gelip de “bu sürede biz karşıda üç tane hastanın beline vida taktık, 1600’den bilmem kaç puan yaptık, sen burada 1000 puanı bulamadın” dediğini hatırlarım ben. Bu aslında tıbbın*

*geleceğini de Türkiye’de çok karartan bir şey. Çünkü teorik olarak bize yutturulmaya çalışılan ne? Performans sistemi, kaliteyi artıracak, rekabeti artıracak, daha iyi olacak, değil. Kesinlikle daha kötüye giden bir şey, bu çok acı bir şey.”*

• *“Asistanlar artık branş olarak bakmıyor ya da hangi hastanenin eğitimi iyi diye bakmıyor. Arıyorlar, tanıdıkları insanları, kaç para performans alındığını soruyorlar.(Eğitim ve araştırma hastaneleri)”*

• *“Üniversite hastanelerinde uzmanlık eğitimi yapmak tercihleriyle ilgili, eskiye göre belirgin bir farklılık var. İnsanlar artık uzmanlık eğitimi alacakları yerleri önceden arayarak, “eğitim programı var mı, nöbet tutuyor musunuz gibi soruların dışında, ne kadar döner alıyorsunuz?” diye soruyorlar. Üniversitelerde de insanların maddi geliri bu kadar düşük olduğunda, asistanların tercihlerinin belli bir şekilde etkiliyor diye düşünüyorum.(Üniversite hastaneleri.)”*

Performansın hekim bağımsızlığı ve hasta yararı açısından önemli bir etkisinin de “zor hastaların” günlük pratik içinde ihmal edilmesi ve bakılmaktan kaçınılması olduğu dile getiriliyor. Bu durum, hasta yararına olmadığı, hatta hastalara zarar verebilecek olduğu için hekimin vicdani çelişkisini de arttırıyor. Üniversitelerde performans sistemine geçişten sonra, perifer hastanelerden üniversitelere sevk edilen komplike ve komplikasyonlu hastaların kabulünün zorlaşabileceğinin de altını çiziyorlar.

• *“Yani, zor hasta olayı ve emek gerektiren sizin dediğiniz gibi, 20’şer dakikayı, öğleden sonra annesini, babasını çağırıp tekrar değerlendirmeyi, yatırıp tekrar değerlendirmeyi gerektiren bir hasta. Sonuçta 20 puana baktığınızda, zor hastayı kimse almak istemiyor, hatta şunu diyebilirim. Öyle hastaların giriş yapıldığı zaman, o gün başka kişinin polikliniğe yönlendiriyorlar ya da sekreterler girişi değiştiriyor, bir başka polikliniğe de gidiyor, bir tane sekreterle anlaşılıyor, benim günüme verme gibi. Çünkü, durmadan rutin hasta görmeye çalışıyor.”*

- *“İşte bir ilaç yazarak gönderecek hastalar daha revaçta. Ama kimse zor hastaya elini sürmek istemiyor.”*
- *“Asıl tıbbi ihtiyacı olan o hastalar ama... Ben Türkiye’de tıbbi inancımı yitiriyorum yani...”*
- *“Bir hastayı muayene etmek 20 puan, konsültasyon edip bakmak, onun hastaya on puan. Şimdi burada konsülte edilen hasta, içinden çıkılamayan, ayrımcı tanı yapılması gereken, senin kendi alanından özel olarak bakman gereken, bir sürü okumanı falan gerektiren, araştırmanı gerektiren, yani daha komplike bir konu o, fakat puanı daha düşük.”*
- *“Eskiden, mesela ben ihtisas yaparken, Ankara fakültede bir tanı koyduğum zaman, ben çok övülürdüm. Yani buradan pozitif feedback alırdım. Öğrencilere falan gösterilirdi, bak şunu şöyle yaptı da, siz de onu yapın falan diye. Şimdi bu da değersizleşti. Yani, sizin uğraşıp, konsülte edip komplike bir vakayı ayırt ettiğinizde, bunu yurt dışında yazımı yayın olarak kabul ettiriyorsunuz, ama hastaneden bir Allah kulu da çıkıp, hakikaten çok iyi oldu da, bak böyle bunu öğretilim demiyor. Artık o çok önemli değil. Halbuki asistan eğitimi söz konusu. Öncelik değişmiş, başka bir şey olmuş.”*
- *“Çevredeki cerrah arkadaşlarımız karmaşık vakalara bulaşmayıp, telefon açıp, bize gönderiyorlar. Komplike olduğu zaman, bize göndermek eğilimine giriyorlar ve biz o hastaları almak istediğimizi de, bizim asistan arkadaşlarımız “bu hastaları niye aldık?” diye içlerinden bir sitemde bulunuyor. Bir örnek. Trabzon’dan bir hasta ameliyat ediliyor. Kolon perforasyonu, fistül oluyor. Artık o hasta onlar için yük olmaya başladı. Bir yere göndermeleri lazım. Hem tıbbi olarak yük, hem psikolojik olarak yük. Bizi arıyor, “size bu hastayı göndereyim mi?” diye, “gönder” diyorum, eziliyorum, hastayı getirdi, gene biz çalışacağız, ameliyat etmeyeceğiz, bakacağız, üç ay yatacak. Ancak performanstan sonra bunlar nasıl alınacak?”*

Hekimler, performansın en önemli sonuçlarından birinin gereksiz işlem ve ameliyat sayısının artması olduğunu dile getiriyorlar. Tekrarlayan puan girdisi yapabilmek için gerekmediği halde kontrole çağırma, hastalar arasında da kıskırtılmış bir talebe neden olabiliyor.

• *“Performans denetlemesini ben yaptığım için çok iyi biliyorum: Mesela, şöyle söyleyeyim: Bizim acil servis uzmanları sürekli büyük kesi sütürasyonu yapıyorlar. Yani, acile gelen 100 kişiden 99’u büyük kesi olabilir mi, böyle bir şey mümkün müdür? Aslında kitabına uydu-rursanız, mesela orada 100 tane sütür attı, 100’üne de 10 santimden büyük diye o dosyaya yazsa, hiçbir şey ispat edemezsiniz. Hastaların peşine düşüp, sütür izlerine mi bakacaksınız?”*

• *“Mesela, dâhiliye bilmem kaç, adını vermeyeyim, bir dahiliye kliniği mesela bir ayda atıyorum 70 sonda takıyor.”*

• *“Kaçak, abartı çok fazla... Bazı şeyleri ispatlayamazsın. Ne olacak o zaman? Haksız, onlar yapacak, siz yapmayacaksınız.”*

• *“Bizim kendi branşımız olduğu için, mesela biz günlük kontrolleri veya rotasında giderse, ayda bir yaparız. Hani biz ayda bir çağırıyoruz. Bir bakıyorsunuz, bir başkası on günde bir çağırıyor. Şimdi, puan alacak diye. Yani, saçınızı, başınızı yoluyorsunuz. Gereksiz bir harcama, gereksiz bir kalabalık. Mesela, bizim ne bileyim, işte belli kriterlerimiz var bizim kanamalarda. Bakarsınız, edersiniz, ona göre müdahale yaparsınız. Onlar falan şimdi hak getire.”*

• *“Bir hafta önce bakmışsınız hastaya. Küçük gebelik, o bir hafta sonra tekrar geliyor, kapınıza dayanıyor. “Ben bebeğimi merak ediyorum, nasıl?” “Bir hafta önce bakıldı, buna ekstra bakmaya gerek yok, bunun belli bir hani takip sistematigi var” diyorsunuz. Ama hasta şikâyet etmesin diye, hasta problem çıkarmasın diye gereksiz yere bir sürü hastaya bakılıyor. ”*

## Hekimlere Yönelik Şiddet

Şiddet, tüm çalışma birimlerindeki tüm hekimlerin ortak sorunu. Sürekli olarak psikolojik baskı ve şiddet altında çalıştıklarını, bunun fiziksel şiddete dönebilme korkusu yaşadıklarını ifade ediyorlar. Bunda yöneticilerin ve medyanın hekimleri doymak bilmeyen bir kesim olarak lanse etmesinin ve hekimlerin yaşadığı değer kaybının rolü olduğunu düşünüyorlar.

- *“Resmen hekime psikolojik baskı ve şiddet var. Fizik şiddeti olmasa bile acayip bir şiddet var ve biz bunu çok net hissediyoruz bizim hastanede.”*

- *“Çoğu kavga etmeye geliyor. Kışkırtılmış olarak, “sonuçlarıma bakacaktınız” falan, yani doktora saygı sıfır zaten. Ben bazen kendimi tutamıyorum, “Sizin bana saygınız yok, nasıl sağlığınıza emanet ediyorsunuz, yani sağlığınız bu kadar değersiz bir şey mi? Böyle davrandığınız bir insana sağlığınıza emanet etmiyor olmanız gerekir?” diyorum.”*

- *“Kışkırtılmış hastanın öfkesi çok bizi rahatsız ediyor. Gerçekten öyle, yani artık böyle bir şekilde savunmaya geçmiş durumdayız. Her an başımıza bir iş gelebilir, her an bir kötü muameleye maruz kalabiliriz diye. Çünkü hastalar gerçekten kapıdan girerken, doktor düşmanı olarak giriyor artık. Baştan nereden bir şey bulurum da, bağırırım çağırırım, doktora eziyet ederim, bunun hesabını görerek geliyor.”*

- *“Hastanenin her yerine ilanlar astılar. Şikâyetler için, herkes direkt bir telefonla ulaşıyor bakanlığa. Hiç eften püften bir şey için, inanamazsınız ve bunu işleme soruyorlar. İnsanın en çok zoruna giden o. Bizden görüş alınmadan, bu işlem neden oldu diye.”*

- *“Şikâyet edeceğiniz bir hekim hakları birimi yok. Hep hasta hakları üzerine kurulmuş bir sistem var. Sonuçta kışkırtılmış da bir toplum var. Yani, hekime ne kadar hakaret ederse, ne kadar şiddet uygularsan, o kadar saygı görüyorsun, böyle bir toplum var.”*

- *“Bütün hekimleri değersizleştirdiler. Şu an ne bakkalımız,*

*ne gazetecimiz, bayimiz bize değer vermiyor. Bunu net bir şekilde söyleyeyim. Hepimiz 20'şer milyar kazanan aç insanlarınız halen."*

*• "Bir de "hasta hakları" adı altında, ben hasta haklarının hiçbirisine karşı değilim. Fakat bu şekilde hastayı memnun etmek için, doktorunu şikâyet etmesi, onu cezalandırması falan, göstermelik davranışlar çok yapılmaya başlandı. Bunlar üzerimizde baskı oluşturan şeyler."*

*• "Belki iktidarın etkisiyle, özellikle hekimlere karşı bir tavır var. Ciddi bir antipati hissediyor. Bunu da doğrudan medyada olsun, doğrudan hastalara aktarıyor; insanlara aktarıyor ve onların yansımalarını yaşıyoruz."*

*• "Hastalar size bazen öyle küstahça davranıyor ki, aman Allah'ım, yani böyle bakıyorsunuz, ne işim var diyorsunuz burada. Ben kaç senelik doktorum, ben kötü de bir doktor değilim; ben bunları hak etmiyorum diyorsunuz; ama adam öyle bir geliyor ki. Doldurulmuş bir şekilde..."*

*• "Hakikaten, çok haksızlığa uğramış hissediyorum. "Paragöz, işte para için hastasını kötüye kullanan, gerekeni yapmayan bir meslek grubu" olarak halka böyle empoze ediliyoruz. Daha sonra da işte bu şekilde kısıtlamalarla bizi çaresiz bırakıyorlar."*

*• "Diğer bir baskı sağlık Bakanlığının hekimleri küçümsemesidir, aşağılamasıdır, psikolojik yıldırmasıdır. Bu da büyük bir baskıdır."*

Global bütçe uygulamasının, performans ile bozulmuş olan sağlık çalışanları arası ilişkileri daha da kötüleştireceği endişesi hakim.

*• "Fakat, geleceğe dönük daha başka bir şey var. Bizi birbirimize daha çok düşürebilecek bir şey, global bütçe. Biliyorsunuz, çalıştığın kadar kazanamıyorsun artık, ne kadar çalışırsan çalış, belli bir miktarın üzerine çıkılmıyor aslında performansın."*

*• "Kesinlikle uygulanıyor da, ama şimdi yasal olarak, biliyorsunuz belli miktarda para olacak, Türkiye'deki tüm*



*sağlık kuruluşlarına, tüm sağlık harcaması için, ne yaparsanız yapın, aynı pastayı paylaşmak. Bu resmi olarak, hani şubatta başlayacak denildi ya, global bütçe uygulaması. Özellikle yapılan bir şey”...*

• *“Hastaneye gelecek para sizin alacağınız meblağı belirlediği için, yine her ay ne kadar alacağınızı ancak bordroyu gördüğünüzde anlıyorsunuz”.*

• *“Sonuçta insanların işi gücü var, geçindirmesi gereken evleri var; zaruri ihtiyaçları var ve ay sonunda ne kadar para alacağını bilmiyorsun. Kaç puan alırsan al, sonuçta hastaneye gelen parayla alakalı bir paylaşım söz konusu”.*

Sağlık alanının ticarileşmesi, artan rekabet, ekip çalışmasının kaybolması, artan belirsizlik ve gelecekte emin olamama, hekimlerin kaygı düzeyini artırmış, umutsuzluk ve kırgınlık hâkim duygu olarak belirmiş görünüyor. Özellikle dayanışma, ekip çalışması, rekabet içermeyen meslektaş ilişkileri deneyimlemiş olan hekimlerde geleceğe olan güvensizlik, geleceğe dair umut ve beklenti taşıyor olmak, hayatın bütünlük kaybında azalma, çalışılan yere aidiyet duygusunun ortadan kalkması ve yabancılaşma duygularına neden olmuş. Kırgınlık ve çalışmaya karşı isteksizlik geçmiş döneme özlemlerle birlikte ifade ediliyor.

• *“Bize şöyle bir yansıması oldu. Maddi anlamda değil. Kurumun yaptığı, kendi aramızda sorun çıkmadı. Fakat işyerine yabancılaşma. Çünkü cerrahi çalışan herkes hastanede çok uzun süre nöbet tutmuştur, yatmıştır, kalkmıştır, asistanı da bilmem ne de. Hastane bizim ikinci evimiz gibi bir şey aşağı yukarı. Yani gittiğimiz zaman, kendimize ait bir yer gibi hissediyoruz. SSK’da da çok güçlü bir aidiyet duygusu vardı işin doğrusu. Bu hani aidiyet duygusunda çok şeye yol açtı, yani çok fazla çürümeye yol açtı ve insanlar artık gittikleri yere yabancı bir yermiş gibi, başkasının malına gidiyormuş gibi hissediyor, bu çok kötü bir şey.*

• *“Gelecek kaygısı... Yani geleceğe güvensizlik, belirsizlik. Yani gelecekte ne olacağımıza dair hani hiçbirimizin bir fikri yok.”*

• “Bizim hastane SSK döneminde günde 100-120 doğumların olduğu bir hastaneydi. Ben o hastanede asistanlık yaptım, şimdi aynı hastanede devam ediyorum. Biz SSK’dan gelme alışkanlığımızı çok uzun süre aslında koruduk. Niye? Orada işte ne paradır, ne puldur, hastanın sigortası vardır, her şey oradan yapılır. Yani yaptığın işin kaliteli olması, hasta için iyi olması yeterlidir. İşte, bunun karşılığında şöyle bir şey olacak gibi bir kaygın yok. Çünkü kurumun hastası, kurumun hastanesi. Hizmeti ben ne kadar kaliteli sunabilirim, tek düşüncem buydu.”

• “Şimdi, artık kâğıt kuyut işleri o kadar arttı ki, o kadar çok ISO olayı mesela, Sanki kalitede artış olacakmış gibi, hâlbuki hiç kalitede artışla alakası olmayan bir şey. Daha kaliteli bir hizmet üret diye bir şey yok. Sadece yaptığını kaydet, her şey kayıt altında olsun”.

• “Şimdi de derdimiz hasta için yapılması gerekenler elbette ki... Ben sonuçta hekimlerin her anlamda bir şekilde daha fedakâr bir grup olduğunu düşünüyorum. Ama o dönemle, şimdiki dönemi karşılaştırıyorum ve arada gerçekten bir bakış açısı farkı var. O günleri ben çok öz-lüyorum mesela. SSK gerçekten kaliteli bir hizmeti üretildiği, çok ciddi, iyi bir kurum.”

• “Bir de bizim yuvamız gibiydi hastane...”

• “Biz acayip bir şey yapıyormuşuz ve kaliteli iş yapıyormuşuz. Bizde kanser hastaları çok olurdu, kayboldu. Anlamadım, ben bunlar nereye gidiyor? Yani, öyle bu aidiyet duygusu falan, onlar kaybolmaya başladı.”

• “Ben performansı hâlâ bilmiyorum, doğru dürüst. Sebep ne biliyor musunuz? Şimdi ben hâlâ orayı SSK diye düşünüyorum; hâlâ kendi evimmiş diye düşünüyorum. Ama bir tedirginlik var, bir sevmelik gelmeye başladı. Bir isteksizlik gelmeye başladı. Herkesin duyduğu bir şey. Ben onu duyuyorum, ama nasıl diyeyim...”

• “Benim de özel hastaneye gitmek istememin yemin ediyorum ki, yüzde 50 nedeni, asistanları eğitimi yüzündendir biliyor musunuz? Ben gidince ne olacak bunlar

*gibisinden düşünüyorsunuz. Yani böyle şuursuz bir şekilde orada kalmayı istiyorsunuz.*

• *“Yani, o işi sırtlanma artık azaldı bende... Yok yani. Ben eskiden hafta sonları giderdim kliniğe, klinikte yatan insanlar var, asistanları bırakmayalım, bir vizit yapayım diye, cumartesi pazar uğradım, şimdi kapısından geçmiyorum.”*

• *“SSK zamanında nöbet sonrası kimse izin almazdı. Ameliyatını da yapardı, her şey de yapardı. Biz aynı izne girerdik nöbet sonrası. O yüzden de hiçbir şey düşünmezdik. Her şey para değil ki, ne kadar absürt bir şey. Yani, SSK belki daha evet o açıdan değişik bir örnek. Numune de gerçi öyledir, orada da çalıştım ben biliyorum.”*

• *“Ben 2005-2006 yılına kadar her gün ne iyi etmişim de buraya gelmişim falan diyordum. Sigortadan kalan personellere soruyorsunuz, tarif edemiyorlar, ama devamlı tedirginlikleri var. Bir kaygı hali. Hemşire, yardımcı personel, sağlık memurları vesaire, normal memurlar, hepinde var.”*

## **İlaç ve Medikal Endüstrilerinin Baskısı**

Hekimler ilaç ve tıbbi endüstrinin hekimler üzerindeki büyük etkisinin hekim bağımsızlığını etkileyen önemli bir faktör olarak değerlendiriyorlar. Bundan rahatsızlar, ancak mezuniyet sonrası eğitimin ilaç firmalarının üstlenmeleri gereken bir görev değil, hekimlerin mesleki hakları olduğunu fakat bunun eksik bırakıldığını, ilaç firmalarının bu boşluğu doldurduğunu ifade ediyorlar.

• *“Bence ilaç firmalarının hekim bağımsızlığı için bence bu önemli bir nokta. Yılda bir ya da iki kez kongreye gitme hakkını yakalayabiliyoruz, eğer vaktiniz varsa ve cebinizden ödemenizin de çok üstünde olduğu için, mecburen firma desteğiyle gidiyoruz. Ama ben her gidişimde, açkçası, meslektaşlarım ve mesleğim adına çok üzülüyorum. Orada periferden özellikle, gelen hekimlerin her birisinin ağzında, “geçen hafta Moskova’daydım, şurada*

*Çin'de birlikteydik" sürekli bir gezi hali ve hiçbir kongrenin içeriğini bile hatırlamıyorlar. Kongre turizmi, herkes oradan oraya koşturuyor. "*

*• "O kadar utanç verici ki, gittiğiniz otellerde "hekim grubu geldi" aşağılanıyoruz, yani biz oradan oraya koşturan, yemek yiyen bir grup. Küçük küçük eşantyonlarla mutlu olan bir meslek grubu, yani böyle bir utanç var mı? Biz firmaların oyuncacı haline getirildik. Biz niye daha onurlu davranamıyoruz? Üç kuruluşluk plastik şeylere mi kaldı bir hekim Allah aşkına? O kadar üzülüyorum ki."*

*• "Şöyle organize olabilir. Tabipler Birliğine veya Tabipler Odasına o desteğini yaparlar. Tabip Odası organizasyonu yapar. Mesela, bu ürünlere izin verebilir. Siz bir havuz oluştursunuz, o havuzu çeşitli firmalar versin. Tabipler Birliği de sıraya koyar, sen sen bu kongreye, sen sen bu kongreye git der, daha iyi olur. "*

*• "Bakanlığın da bunu sağlıklı yapacağına ben inanmıyorum. Bakanlık hükümetin, birtakım kişileri, birtakım şeyleri göz ardı edebilir, işi de bu değildir. Onun için, bunu yapacak yer, uzmanlık veya hekimlik dernekleridir. Yani, röprezantların çalışmasına karşı değilim. Açıkçası, çok ilaç, sürekli her gün yeni bir firma, yeni bir ilaç, yani bunları biz de takip edemiyoruz, nereden takip edeceğiz? Gelip, tanıtımları güzel, ama burada kişisel özverilerimizle biz bloğumuzu koyuyoruz."*

*• "Şimdi, firmalara 300-400-500 kişi mi toplanırsınız, firmaları on dakika tanırırsınız, adam çıkar, tanıtır ve gider başka birisiyle tanıtır. Bu böyle olur, yani birebir olmaz. Birebir dejenere olur ve insanların vicdanına bırakarak, bu işi çözemezsiniz. Vicdan bir yerde teslim olur. Bu iş vicdanla falan olmaz, sistematığı olması lazım."*

*• "Bir de mezuniyet sonrası eğitim de çok önemli. Çok önemli, yani bu kadar ağır bir yükün altından çıkıyorsunuz ve kendinizi yenilemeniz lazım. Röprezantı ilaç tanıtıyor,*

*yılda on tane ilaç. Ama o değil ki, yani bir taraftan bilgilerinizi tazelemeniz, yenilemeniz de lazım."*

*• "Hani siz dediniz ya, "malzemesi insan!" evet, malzemesi insan olan bir şey de performansla ölçüyoruz. İnanılmaz, gerçekten ama öbür taraftan eğitimimizi ya da bilgimizi geliştirecek bir sistem kurulmuyor."*

### **Sağlığın Ticarileştirilmesi**

Sağlığın Ticarileştirilmesi özel hastaneler dışında kalan, kamuya ait görünen tüm hastanelerde de, performans sistemiyle işlerlik kazandı. Yapılan işlemleri ve bakılan hastaları kaydederek puan toplamaya ve maaşa esas olarak, bu puanlarla gelir elde etmeye dayanan performans uygulaması, gereksiz işlem ve ameliyat sayılarını arttırdığı, etik problemlere yol açtığı için hekim bağımsızlığını da kısıtlamaktadır. Bilimsel doğrular ve etik değerler ışığında davranmayı öğrenmiş ve bunu bilen hekimler için kaygı düzeyini arttırmakta ve kendilerine sunulan sisteme uyum sağlayıp sağlamama konusunda ahlaki sorgulama yapmalarına neden olmaktadır. Hekimler, gelecek belirsizliği ve yabancılaşma kaygısı yanında, vicdani olarak da rahatsızlık hissetmekte, mutfağında yer aldıkları bu sisteme hastalar için olduğu kadar, kendileri ve yakınlarının sağlığı açısından da güven duymadıklarını ifade etmekte. Bu endişenin en önemli kaynağını, sağlığın kar amacıyla kullanılmasının, kar ettirmeyecek, uzun süre yatması ve bakımı gereken hastaların bilimsel ve güvenilir olarak tedavilerini sağlayamayacağı düşüncesi oluşturmaktadır.

*• "Hastaya yaptığınız işlemlere, yaptığınız masraf ne kadar artarsa, sonuçta sizin alacağınız paradan gidecek. Minimum para harcayıp, maksimum sayıda hasta bakmaya çalışacaksınız. Bu hastanın işte 20 gün yatma ihtiyacı varsa, bu hastadan kurtulmanın yolunu arayacaksınız. Çünkü hastayı ne kadar uzun yatırırsanız, o kadar puanınız düşüyor."*

*• "Bazı yerlerde onu taburcu edip, tekrar yatışı yapıyor-muş, bu .....Hastanesi'nde falan öyle şeyler var. Diyelim ki 20 gün yatacak, taburcu ediyorsun, arada*

tekrar yatırılıyorsun. 15 gün içinde yatırmayacaksın, o zaman para alamıyorsun."

• "Birimler arasında, birimler hasta satmaya çalışıyor, almamaya çalışıyor. Aman çok tetkik yapılacak, çok pahalı olacak tetkikleri kendi bölümlerinde yapmıyorlar, başka bir birimde yapılınsın diye öneriyorlar vesaire. Hastayı kimse sahiplenmiyor. O ona atıyor, o ona atıyor. Onlar giderek daha da artacak."

• "Bir süre sonra böyle bir çember var ki, o arkadaşını da baskı altına alabilecek. Mesela, hızlı döngü gerekiyor, ameliyat ve yatış için. Bu demektir ki, paldır küldür taburcu etmeye hani, bakacaklar veya fazla sorunlu şeyleri almamaya..."

• "Zaten o şu anda başımıza gelen bir şey. Numune Hastanesi son durak. Taşrada özellikle bayram öncesi ya da böyle komplike vakalarda zaten alınmaz ve son durak Numune'ye gelir ve dediğiniz gibi bizde patlar."

• "Çok hastaysan, paran varsa zaten o parayı bastırıp, ne kadarsa tedavi oluyorsun; ama paran yoksa, bir de ağır hastaysan..."

• "Aslında bir on sene sonra gidecek doktor bulamayacaksın, yani gerçekten güvenecek doktor bulunamayacak."

• "Şu anda bile bir referans yoksa arada, yani kapısında işte şurada muayene olayım falan diye asla cesaret edip gidemem, bu sistem içerisinde. Mutlaka bir, buranın bu bölümü iyi, burada burası iyi, burada şu tanıdığım var, şurada şu tanıdığım var, şu camiadan şunu tanıyorum falan bunun hesabını yapıyoruz gerçekten."

• "Bence bu performansın ileri tutar bir tarafı yok. Bu üzerinden pazarlık edilebilecek bir nokta değil. Hekimler parça başı çalışmaz."

• "Baştan iptal yani, hiçbir şekilde modifiye etmeye çalışmak ayrıca etik de olmaz. Uyum sağlamanın çok fazla bir anlamı yok. Çünkü uyum sağlanacak bir şey değil açıkçası yani. Artı eksi var gibi seçim yapmak zorundayız aslında."

Ekonomik sisteme bağlı olarak değer yargularının da değişmesi, farklı değer sistemine sahip olan, ancak şimdi bunun işe yaramadığını gören hekimlerde kaygıya neden oluyor. Sağlık ticarileşmesiyle birlikte inandıkları değerlere paralel olarak sağlık alanındaki uygulamalarda ve bilimsel kabullerde de ekonomik tercihlere göre değişiklikler olması, özellikle üniversitede çalışan ve bilimsel çalışmayı mesleklerinin esası olarak kabul etmiş hekimler için mesleki bağımsızlığı zorlayan bir faktör olarak ifade ediliyor.

• *“Biz çok şanslıyız, ben sizleri daha şanslı olarak görüyorum, ama çok şanssız, çünkü doğduğum ülke benim bu değildi, yani aldığım ilköğretim, ortaokul eğitiminin bazı değer yarguları, hem aile eğitiminde, hem okul eğitiminde öğretilen bazı şeyler vardı. Şu anda ise, hani bunların hepsi sisteme bağlı olarak değiştiğini görüyorum. Çünkü değer yarguları çok önemli bir şeydir. O zaman, niye bizi böyle yetiştik, benim aklıma hep bu soru takılıyor.”*

• *“Bu değer yarguları değişimi beni çok korkutuyor. Kişisel olarak nasıl adapte olacağım, eğer bu hızla değer yarguları değişirse ve öğretim üyeliği “out” olan bir şey. Ne yazık ki, şu anda bilimsel düşünce “out” olan bir şey.”*

• *“Herhalde, bu yani ekonomik tercihlerin sonucu olarak değer yarguları değişiyor. Değer yarguları değiştikçe, ekonomik tercihler değişiyor. Mesela “in” ve “out” olan şeyler var benim gördüğüm. İşte “in” olan şeyler böyle vagal sinir simülatörleri şunlar bunlar gibi uç tedaviler...“Out” olan şeylerse mesela rehabilitasyon “out” olan bir şey. Şu anda bunun ederine baktığınızda, SUT’ta çok komik rakamlar görürsünüz. Yine mesela, halk sağlığı “out” olan bir şey bu ülkede. Hep böyle hızlı tüketilen, çabuk, renkli, tedaviler... Etkili olması çok şart değil, yani tüketimi özendirilen, pahalı, dışarıdan alınan şeyler bunlar in şu anda. Bunlar özendiriliyor, bunları siz yapın, diğer şeyler çok önemli değil. Onun için, değer yarguları falan geçmiş olsun. Tek değer para...”*

• *“Atilla İlhan’ın dizeleri vardı; “Dövülmekten beter*

*Dövülme korkusu" diye, bizim de namusumuzu kaybetmekten çok, namusumuzu kaybetme korkusu var gerçekten de. Yani, sisteme entegre olsak, hakikaten belki bir rahatlık sağlayacak da, o bizi o kadar korkutuyor ki, yani bu çok ciddi anksiyete, yani hekimlik için çok ciddi bir anksiyete."*

Muayenehanelerin kapatılması kararının, muayenehanesi olan veya olmayan hemen tüm hekimlerin tedirginlik duyduğu bir karar olduğu gözleniyor. Çünkü hekimler, muayene açma hakkının hekim olarak bağımsız çalışabilme hakkı olduğunu, bunun kendileri için bir güvence olduğunu düşünüyorlar. Kapatılma kararının ise hekimleri seçeneksiz bırakmak ve piyasaya mahkum etmek anlamına geldiğini ifade ediyorlar. Şimdi, geleceğe dair tam bir belirsizlik hissederken, muayenehanelerin kapanması kararı konusunda hem siyasi iktidara, hem de bu konuda kendilerini yeterince desteklemediklerini düşündükleri hekim örgütüne kızgınlar. Muayenehane açabilme hakkını isteyen hekimlerin gerekçelerinden birinin de siyasi otoriteye, idareye ve dolayısıyla hukuksal işleyişe güvensizlik olduğu görülmekte..

*• "Sonuçta ben 11 yıllık uzmanım. Yani, mesleğimi en aktif yapabileceğim dönemdeyim. Mesela ben performans puanına hiç girmem. Arkadaşlarım bilirler, hiç bakmam bile, çünkü sinirimi bozuyor. Şu kadar mı oldu, bu kadar mı olduğunun peşine düşmek bana çok şey geliyor...."*

*• "Neyin kaç puan olduğunu da bilmiyorum; bilmek de istemiyorum."*

*• "Bazen diyorum ki, gidip dağ başında küçücük bir hastaneye, kimsenin olmadığı bir yere gidip, mutlu mesut çalışsam mı diye düşündüğüm bile oluyor, ne kadar acı bir şey. Ama artık dağ başında mutlu mesut çalışamıyoruz."*

*• "Hayır, zaten öyle bir şans yok, muayenehaneler kapatılmaya zorlanıyor. Aslında o da en önemli nedeni. Hani hekimler bağımsız olmasın."*

*• "Bize tabi olsun, düşük ücret ve işsizlik. Alternatif olursa insanlar, buna karşı mücadele edebilirler. Ama alternatifsiz*



*olurlarsa, hiçbir şekilde mücadele edemezler. Alternatifleri ortadan kaldırma politikası, başka bir şey değil."*

• *"Hekim olarak gönlümüz tamgün istiyor, aslında ben muayenehane heveslisi bir hekim değilim. Hiç de muayenehanede olmak da istemiyorum, ama muayenehane şansımın bir tarafta olmasını istiyorum. O dediğim üçüncü yol, özgürlüğümün bir teminatı olarak bunu istiyorum. Muayenehane açmayı çok istemiyorum"*.

• *"Ben üniversitede çalışıyorum, kendi kendimi özgür sanıyorum. Muayenehane açma hakkım yok, muayenehane yok edilmiş, yani üçüncü yolumuz tıkanmış ya üniversitede çalışacağım, ya özel hastanede çalışacağım. Rektörüm bana gönderdi ki, "şu adama üç aylık bir istirahat raporu ver, bu çok önemli bizim için" ve ben vermedim. Ne olacak, rektör eninde sonunda bir şey yapar, bunun intikamını benden alır. Özel hastane benim, başhekim "şuna üç aylık rapor ver, ne yapacağız, bu bize çok lazım" dedi, vermedim. İlk sözleşme döneminde işinize son verilir."*

• *"Hekimliğin özgürlüğünün bir yolu muayenehaneydi, yani eğer kamuda siz iş vermiyorsanız, özelde iş vermiyorsanız, muayenehanesini açar, halka döner yani; politikacıların deyimiyle "halka döner"... İyi doktorsa kazanır, iyi değilse zaten kazanamaz."*

• *"Ben Küba'da olsam muayenehaneyi savunmazdım ama burada muayenehaneyi savunuyorum."*

• *"Tabip Odası olsun, bizim dernekler olsun, burada hata yaptılar, bizi de tam dün yasasına teslim ettiler. Bizim şu an hiçbir oynayacağımız yer kalmadı, böylece hastaneleri de bu şekilde kapattılar. İstifa edip, bir şey yapacağımızda, şimdi bizi hapse soktular. Çeşitli nedenlerden dolayı biz bunları uygun görmedik veya tartışmadık. Ben bunları yanlış görüyorum."*

• *"Tabip Odası olsun, Psikiyatri Derneği olsun, bunlar da süreci iyi okuyamadı ve hani okuyamadığı için de eksikler oldu. Ben bunu özellikle dedim. Tamgün Yasasıyla tamamen yanlış yaptılar."*

• “Şimdi, Tamgün Yasasında bakanlığın söylediğiyle, Tabip Odalarının yıllardır söylediği aynı şey değil. Bakanlık “tamgün” ismini çalmıştır. Yani, içeriği öyle değildir, Tabip Odasının savunduğu ya kamucu ya da özelde tam çalışabilinsin diye. Bu da hekime hiçbir zarar getirmiyordu. Yani, alacağı maaşlar, tatmin ediyordu. Bakanlık da, Sağlık Bakanı da bunu diyor. “Hani Tabip Odası istiyordu, tamgüne neden karşı çıkıyorsunuz?” diye. İçeriği farklı, tam dün diyor ama şimdi tam kölelik.”

• “Versinler bizim hakkımız olan ücreti 5-6 milyar, biz parayla uğraşmayalım, sağlıklı hasta bakalım. Ben polikliniklerde hasta sayısını artırarak hizmet yapmayım, düzgün bir sağlık hizmeti olduğuna inanmıyorum ben Türkiye’de. Semt poliklinikliğinde, şurada burada günde 100 hasta bakarak bir şey olmuyor. Hastalar geliyor, gidiyor, ilaç yazılıyor, sağlık giderleri artıyor, masraf artıyor. İlaça, tetkike çok para veriliyor. Ben icap ederse onu yatırmak istiyorum; ayrıca tanısını koymak istiyorum. Baştan alıp, sona kadar bir şeyler yapmak istiyorum. Yatak yok. Nüfus gelmiş beş katına çıkmış, biz 1960’taki hastanelerle, yataklarla hizmet vermeye çalışıyoruz. Acile bir yolunuz düşse, işiniz düşse, bir tane yatak yok, ortadasınız. Gerçekten ihtiyacı olana sağlık hizmeti girişim yapacak bir ortam yatak, altyapı yok. Boşuna poliklinikler yapılıyor. Performanstan kazanılıyor, paralar kazanılıyor. SGK batmak üzere, ödeyemiyor onları da. Böyle çarpık bir sistem. Hizmet verecek doktor tanımımızı yapalım, Migros anlayışıyla olacak bir şey değil.”

• “Sağlık hizmeti parayla satılmamalı diyorum, ben bunu söylüyorum. Ama bunun için de devlet devlet olmalı, hekime, öğretmenine, hekimine, memuruna veya bilmem nesine gerekli insanca yaşayacak parayı vermeli. Ben de isterim, insan olarak başımı sokacağım bir ev olsun, benim çocuğum çocuğum senede bir ay tatilini yapabileyim, eğitimini alabileyim vesaire. Var mı başka bir istediğim benim; var mı burada başka arkadaşların hiçbirinin başka bir şey söylediğini duymadım.”

Hekimler, SGK sınırlamalarının hekim bağımsızlığını da sınırladığını düşünüyorlar. Bu sınırlamalar içinde Paket ödeme sistemi ve tanı kriterleri en önemli sorun kümeleri olarak ifade ediliyor. Paket ödeme sistemi; bir hastaya, tanısını koymak için gerekli tüm tetkikler için standart bir ödeme olması esasına dayanmakta. Bu ise özellikle üçüncü basamak hastaneler olan üniversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde çalışan hekimlerin, hastaneye para kazandırmakla hastaya doğru ve eksiksiz tanı koymak arasında vicdani bir sorumluluk alanında sıkışmalarına neden olmakta. Belli ilaçların sadece belli tanıları gerektirmesi ise bir başka kısıtlılık alanı. Hekimler, uzmanlık alanları arasındaki geçirgenlikten ve çoğu ilacın birbirinden değişik tanılarda kullanılabilir olmasının, ancak SGK sınırlamaları nedeniyle pratikte bunun gerçekleştirilememesinin kendilerini bu kez de, hastayı tedavi etmekle yasal kuralların dışına çıkmak arasında bıraktığını dile getiriyorlar. Bu durumda hekimler, bilimsel doğrularla yasal sınırlamalar arasında tercih yapmak zorunda kaldıklarını ifade ediyorlar.

• *“Sağlık Bakanlığında çalışırken BUT toplantılarına gidiyordum; orada bize söylenen şey şuydu. Muayene ücretlerin bir artış artıramazsınız, işlem ücretlerini, hastaya bir şey sokup, çıkarma ücretlerini artırabilirsiniz, invaziv girişimini artırabilirsiniz, ama muayene ücretlerini artıramazsınız. Onun için, paketle çalışılan bütün sistemler, sizin elinizi kolunuzu bağlıyor ya da hileler yapıyorsunuz. Hastaya hormon tetkiki isteyeceksiniz, hastayı direkt kadın-doğum polikliniğinden dolaştırıyorsunuz.”*

• *“Paket sözleşme hekimin önündeki en önemli kısıtlama. Bir taraftan paket var, 70 lira içinde kalacaksınız, teşhisi koyacaksınız, öbür taraftan da doğru teşhis koyacaksınız, çünkü doğru teşhis koymazsanız da malpraktis var. Birçoğumuz, üçüncü basamakta çalışan hekimleriz. En azından üçüncü basamakta standart diye bir şey yoktur. Bize gelen hiçbir hasta standart değildir, olamaz, olmamalı zaten.”*

• *“Nörolojide bir MR için, radyologlar 80-90 frekans film çekiyorlar; yani çünkü biliyor ki, ben ondan tanı istiyorum,*

*tanı koyamazsa, kontrastı belirleniyor, tekrar çekiyor, bilmem bir sürü şey yapıyor. Sonuna kadar uğraşiyor, ama standart bir MR çekiminde, üç frekansı çekersiniz, T1-T2'yi çekersiniz, bilemem başka bir frekans çekersiniz falan gönderirsiniz. Bu pahalı değil, ama eğitim hastanesinde bu böyle olmaz, zaten olmamalıdır. Onun için, onu aynı fiyatla fiyatlandıramazsınız."*

• *"Ben nasıl uyum göstereceğim. 70 lira içinde kalacağım. Teşhis koyacağım ve de hastaneye kâr ettireceğim. Bir sürü tetkiki eksik yapmam lazım. Eksik yaparsam, teşhis koyamıyorum. Öbür taraftan malpraktis var. Malpraktisini geçtim, fiziksel ceza her zaman çekilebilir, hapse atarlar, o şekilde, ama o vicdani sorumluluğunuzu nasıl halledeceksiniz? Hiç kimsenin anlayamadığı, maalesef bu... Ama hastane kâr edecek diye ben hiçbir tetkikimi eksik yazmıyorum, asla yapmıyorum ve hiç kimseye de bunu tavsiye etmiyorum, çünkü bu sistemle uyum sağlamaya çalıştığımız takdirde, sistemin parçası oluyorsunuz; onun her dediğini yapmak zorunda kalıyoruz. Bu sistemi ben reddediyorum. Hastane bundan zarar mı edecek, varsın etsin. Etsin ki, sorun görünsün."*

• *"Başhekimlik yaptığım dönemde, kalp cerrahisi için paket sözleşme yapmıştım, bütün kalp cerrahisi vakalarımız zarar ediyordu. Çünkü gelenlerin hepsi komplikasyonlu vakalar. Hiçbirisi rutin bir standart vaka gelmiyor. O zaman, o komplikasyonların bedelleri ödeniyordu. Çok mücadeleden sonra, komplikasyonların bedelini almayı başarabilmiştik. Ama o zaman, kendimizi ifade edebileceğimiz, anlatacağımız bir SSK vardı, şu anda SGK'ya kendimizi ifade edemiyoruz."*

• *"Yani, ben o ilacı aslında o tanı için yazmıyorum; başka bir şey için yazıyorum. Başka bir kullanım alanı var, ama SGK o kullanım alanını resmi olarak kabul etmediği için, bile bile başka bir tanı yazıyoruz, başka bir tanı üzerinden hastayı takip edip, tedavi ediyoruz. Bu da hani yazarken bile, her seferinde beni rahatsız eden bir şey." (Aile hek.)*

• “İlaç meselesi, ayrı bir sınırlama, şu ilacı şu tanıyı yazabilirsiniz. Demansların ajitasyonunu psikoz benzeri davranışlarını antipsikotik yazmadan engelleyemezsiniz, Efendim, ille tanıya bi- polar yazacaksınız, ya da şizofren yazacaksınız. Yazmıyorum, yazmam ben böyle bir şey, Eczacılarla da o yüzden sürtüşüyorum; hastayla sürtüşüyorum. Ama bunu göze alıyorum ve hastaya anlatıyorum. Ben bunu yazmam, çünkü sana başka bir teşhis koymamı istiyor, o teşhisi de ben yazmayacağım diyorum...”

• “Geçenlerde bir hastaya ben yavaş yavaş doze ederek, bir antiepileptik başlamıştım. Onun için 25-50-100'lükleri var. Üçünü aynı reçeteye yazdım. Şöyle kullanacaksınız, bir süre sonra şunu, bir süre sonra şunu kullanmaya başlayacaksınız. SGK ödemiyor, efendim niye? Aynı ilaç üç dozda verilemeyecek. Sen ne karışıyorsun, sana ne? Hekim olan benim.”

• “Son üç yıldır zaten iki tane tanı yazıyorum, çünkü ilaç vermiyorlar. Hastalarımızın hepsinin tanısı yanlış zaten.”

• “Beş yıldır bir süreçte, istatistikler yanlış. Nöroloji yazıyor, işte bipolar bozukluk diye. Bana adli rapor olarak geliyor. Aklıma geliyor, bu doktor bu ilacı vermek için mi bunu yazdı? Yani bence istatistikte veri sıfırlandı”.

• “Geçen gün SGK'nın genelgesi vardı. Şu anlamda, epikrizlere ön tanıları yazmayacaksınız. Çünkü, ön tanıları SGK'ya yansır, parası verilmeyecek. Diyelim ki hastayı; örneğin, “baş ağrısı, etyoloji: tümör” diye yatırdınız. Fakat, incelenince, bu tümör değil de, kanama çıktı. O zaman, paranızı alamıyorsunuz. O zaman, kanamayı yazmayacaksınız, tümörü yazacaksınız, ilk tanınızı gireceksiniz. O zaman, istatistikler ne oldu?”

• “Ben karaciğer nakli yapıyorum ve karaciğer nakli yapan birisi hastasını en iyi bilen adamdır diye düşünüyorum. Ama ben ameliyat ettiğim hastanın reçetesini yazamıyorum mesela. Hepatit-B'li hastayı ameliyat ediyorsunuz, im-

*münglobulin kullanması lazım, profilaksi için. Ama SGK benim yazdığım immünglobulin reçetesini kabul etmiyor, "enfeksiyon hastalıkları doktoru yazar" diyor. Enfeksiyon hastalıkları doktoru "siz buna niye bunu yapıyorsunuz?" diyor. Kavramdan o kadar uzak ki, bilmiyor. Onun peşinde koşuyorum, bir de bana onu ikna etmek gerekiyor. Üniversitedeki bir hocanın tutup da hastasına reçete yazmak için, başka doktorun peşinde koşması olacak iş değil."*

• *"Bu kriterler o kadar tutarsız ki, ne bileyim mesela kafa travması geçirdiniz, yoğun bakıma düştünüz. Çok kötü bir durumdasınız, glaskow koma skalası 8-9, buna beslenme desteği yapmak lazım. Ama malnütrisyon kriterine girmiyor hasta. Bu kriterlerine göre, subjektif globallerin de c olması lazım, onun için işte kaç kilo vermiş olmanız lazım son zamanda. Ama malnütrisyon riski var, sizi bağlıyor. Ne yapıyoruz? Reçetede sahtekârlık yapıyoruz. Hepimiz, bütün hekimler SGK uygulamalarıyla sahtekârlık yaparak, hastaları tedavi edebiliyorlar."*

### **Defansif Tıp, Kışkırtılmış Hasta Talebi**

Uzun ve yorucu çalışma şartları, dinlenmeye ayrılan zamanın azlığı, şiddete uğrama kaygısı ve hata yapmama baskısı, malpraktis davaları sonucu ödenen yüksek tazminatlar, hekimlerin kendilerini korumak amacıyla gereksiz ve fazla tetkik yaptırma ve riskli uygulamalardan kaçınmalarına neden oluyor. "Defansif tıp" uygulamalarının arttığını görüyoruz.

• *"Arkadaşın birisi ne diyor? Teknik tabir midir, bilmiyorum. "Defansif Tıp" diyor. Artık hasta bana zarar vermesin noktasında. Beni şikâyet etmesin, bilmem ne etmesin noktasında. Bence temel sıkıntılarımızda, yani mesleğimizi icra edememe noktasındaki çok önemli bir sıkıntımız bu. Artık korkuyoruz."*

• *"Kapıdan giren her hastayı potansiyel tehdit olarak algılamaya başladı hekimler. Onun için ben öyle düşünüyorum. Çünkü her giren hasta, her çıkarken, işi olsun veya olmasın, bu gidip beni şikâyet edebilir düşüncesi aklımıza yerleşti arkadaşlar."*

• “Yeni geçirilen, hekimlere karşı yeni geçirilen yasalarla birlikte, bir hastayı düşünmekten daha çok kendimizi düşünmeye başladık. Koruyucu hekimliğe yönelmeye başladık. Bu koruyucu hekimlikle birlikte mesela, hastada anal fistülde mesela sadece kendi klinik muayenem yetecekken, bunun yanına bir tane endoskopi isteyelim, bunun yanında bir tanıyı doğrulayalım, rektal kanaması varmış, 30 yaşındaki bayan tümör işaretleyicilerini de bir görelim. Ne olur, ne olmaz, atladığımız bir şey olmasın şeklinde yaklaşmaya başladık.

• “Hastaları şu hale getirdiler. En iyi doktor, senden en çok şeyi isteyen doktordur. Sizi de koruyucu hekimliğe ittikleri için, zaten her şeyi istiyorsunuz, hasta da bundan çok memnun. Koruyucu hekimlik derken kendinizi koruyorsunuz. Defansif bir hekimlik yapıyorsunuz. Kendinizi korumak zorundasınız. Hastanın bir şeyi yok, gerçekten bir şeyi yok. Hafif bir karın ağrısı var, muayenenizde de atıyorum, akut karın tanısı koymamışsınız. Hasta kasığım ağrıyor diye geldiği için, siz ultrason istiyorsunuz, ama yok böyle bir şey.”

• “O zaten hepimizde var. Ben mesela şahsen mesela ultrason istiyorum, korktuğum için çünkü her an sıkıntı olabilir. O yüzden kendimi korumak istiyorum. Korkuyorum çünkü. Standart herkes tetkik istiyor. 5-10 gün boyunca neredeyse günlük doküman veriyoruz. Hoca mı istiyor bunu, kendimi korumak için... Gereksiz bir şey, iki gün takip edersin. Burada korkuyorsun, tamamen kendimizi korumaya yönelik, böyle bir, gerçeğe alakası yok bunun.”

• “Ben burada malpraktis konusuna değinmek istiyorum. Özellikle, cerrahi branşta çalışan ve yeni yetişen, yeni hekim arkadaşlara, bunun çok iyi vurgulanması lazım. Bundan sonra, özellikle bu özel sigortaların devreye girmesinden sonra, bir de insanlar tazminat kazanmaya başlayınca, bu hekimler için çok büyük bir problem olacak diye düşünüyorum. Neden, yaptığın her yanlış tedavide seni mahkemeye verecekler. Özellikle, cerrahi branşlarda

*bunu daha iyi kullanacaklar; belki dâhili branşlarda bu çok fazla olmayacak, ama bize de gelecek bu aynı şekilde. Bütün bir ömür boyu yaptığı birikimi bir çırpıda götürececek, bir de onun psikolojik manevi baskısını yaşayacak insanlar.*

• *“Yapabileceğimiz bir sürü hani tıbbi ameliyat var, kimse kendini riske atmak istemiyor artık. Mesela, şimdi “niye ameliyat yapalım, bizi koruyan kimse yok ki?” diye bir mantık gelişti bizde. Bu da yanlış bir şey. Eğitim hastanesiyiz. Ama öyle şeyler geldi ki, 750 milyar, 500 milyar tazminatlar daha yeni yürürlüğe konuldu, birtakım arkadaşlara. Öyle olunca, onları ödettiler, maaşından kesiyorlar. Kaç milyar, 750 milyar, faiziyle beraber.”*

• *“Hukukçuların bizim alanımıza hâkimiyetleri çok çok zayıf. Yani algulamaktan uzaklar. Söylediğimizi algılamıyorlar. Mesela, bilirkişilik kursu oldu; Orada Yargıtay’ın iki tane dairesi var. Birincisi 7-1-4 mü, öyle bir şey, neyse. Sağlık davalarına bakan daireler. Oradaki insanlar sırf bu işe bakıyor ve sağlık konusunda en ehil, en tecrübeli hâkimler ve o insanlara bile biz üçlü testin ne olduğunu anlatamadık. “Madem amnio-sentezle kesin tanısı varsa, niye üçlü test istiyorsunuz?” diyor. “Bakın, üçlü testi yapmak zorundayız, herkese sentez yaparsak, bir sürü gebelik gereksiz yere kaybedilir, riskli bir işlem” diyoruz. “Ama kesin şeyse onu yapın o zaman, niye yapmıyorsunuz” deniliyor. Çünkü adamın bakış açısı o, anlatamıyorsunuz.”*

• *“Herkes defansif tip uyguluyor o durumda da, kendini koruyor önce. Bundan da zarar gören hasta oluyor tabii.”*

• *“Bir hafta önce bakmışsınız hastaya. Küçük gebelik... O bir hafta sonra tekrar geliyor, kapınıza dayanıyor. “Ben bebeğimi merak ediyorum, nasıl?” “Bir hafta önce bakıldı, buna ekstra bakmaya gerek yok, bunun belli bir takip sistemiği var” diyorsunuz. Ama hasta şikâyet etmesin diye, hasta problem çıkarmasın diye gereksiz yere bir sürü hastaya bakılıyor, tetkik isteniyor.”*



Hekimler performans kriterlerinin nitelikli hasta bakmak olmadığını, hastaya ayrılan sürenin de, mesleğin gereklerini bilimsel ve bağımsız icra edebilmek adına çok önemli olması gerektiğini vurguluyorlar.

• *“Bize bir performans sunmaya, yani tutturmaya çalışıyorlar, performans değil de, yani nitelik çok önemli mi? Bir insan size güveniyor, bir şeyler anlatıyor. Bir kez size bir şekilde sempati duyması lazım, yani bir şeyler anlatıp, sizin onu anlamanız için bir iletişim yakalamanız, bu süre 15 dakika değil mi kardeşim? 10-15 dakikadan daha aşağıda bu bağımsız bir iş yapma adına önemli bir kriter değil mi, zaman kriteri?”*

• *“O zaman, Sağlık Bakanlığı ya da sistem her hekime bir hasta bakma süresi ayırmak zorunda değil mi? Bu çok önemli bir şey.”*

• *“Bundan sonra tek bir merkezden randevu verecek, devlet hastanelerinde ve ayrılan süre hekim arkadaşlara ne kadar biliyor musunuz? Önce beş dakika ayrılmış her hasta için, hekimler isyan ediyor, beş dakika...”*



## 2. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI VE ÖZEL HEKİMLİK

### Ciro Baskısı

Özel hastanede çalışan hekimlerin mesleki bağımsızlıklarını sınırlayan en önemli faktörün ciro baskısı olduğu görülüyor. Hastanelerin kar amaçlı çalışmalarının, hekimler üzerinde mesleki görevleri dışında bir yük yüklediği, bunun da bir baskı oluşturduğu ifade ediliyor. Hastanelerin işletme mantığı ile yönetilmesi, karı yükseltmek için, hastanın ödediği miktarın artırılmaya çalışılması, malzemedен ve hekim emeğinden ise tasarruf yapılması anlamına geliyor. Bir yandan ciro baskısı, öte yandan az çalışanla çok iş yapmak ve sadece sorunsuz hastaları tedavi etmeye çalışarak masrafları azaltıp, karı arttırmak çabası, tüm hastanelerde gördüğümüz gibi özel hastanelerde de sorunlu ve komplike vakaların alınmama/yatırılmama çabasına sahne oluyor.

- “Cironuz ne kadar yüksekse, hasta sayınız ne kadar yüksekse ya da ameliyatınız ne kadar yüksekse, gördüğünüz davranış da ona göre değişiyor. Bu bile hastane içinde hoş bir durum değil. Yani, iş tamamen kârlılık ya da kişi başı verimliliğe dönüştü açıkçası. “ne kadar ciron var, ne kadar maliyetin var onlara, kullandığın malzeme?” şu bu, kişi başı verimlilik çıkartmışlar. Ayrıca, gittikçe bize ödedikleri parayı da sürekli azaltma eğilimindedeler. Yani, “bunu nasıl kısarsız? “Siz madem cirodan belli bir pay alıyorsunuz, masraflara da katılın” Mesela, malzeme maliyetinin yüzde bilmem ne kadarını da siz ödeyin” şeklinde. Yani, her gün bir numarayla çıkıyorlar karışımıza.”

• “Bir bankoda üç kişi varken, ikiye düşüyor; becerebilirlerse, bir kişiye düşürüyorlar. Çünkü maliyetlerin gittikçe azaltılması gerekiyor.”

• “Bize haftalık mail olarak gelir, “şu kadar ciro yapmışsınız, beklenen hedefiniz şu” siz varsayalım ki, o ay çok ciro yaptınız. 250-300 milyar ciro yaptınız, bu sonraki ay bu cironuzu biraz daha yukarı çekiyorlar. O zaman da “400 ciro diyorlar, bu haftalara göre, haftada 100 milyar ciro yapacaksınız” gibi. Bu konuda da rasyonel bir şeyleri yok. Mümkün olduğunca yukarıya çekmeye çalışıyorlar. Bu bizi belki çok bağlamıyor, ama örnek bir dermatolojiyi çok fazla bağlıyor. Çünkü dermatoloji bütün randevuları dolu ve sürekli hasta bakmasına rağmen, bizde üç dermatolog vardı, birisi ayrıldı. Bütün randevuları dolu ve sürekli hasta bakıyorlar, ama alabildikleri para hastalardan bir SGK farkı, Hastalardan alınan para, işte 20 küsur milyon. Bunun yüzde 20’sini veriyorsun, bir hastaya 6-7 milyona bakmış oluyor, devletten gelen parayla birlikte.”

• “Benim odamın kirası 70 milyar, siz bir ay içinde bu 70 milyarı tutturmak zorundasınız.” Bu, sürekli yönetim tarafından kimi zaman yumuşak, ama çoğu kez çok sert bir şekilde söyleniyor. Benim yatan hastamın günlük bana getirmesi gereken para 1,5 milyar, en son bu söylemle çıktılar. Yatan hasta günde 1,5 milyar hastaneye en az kazandırmak zorunda. Bunun altında bir paraya yatıyorsa, bir kulak burun boğaz ameliyatı yapılıyor mesela hastaya, 300 milyon, “bu hastayı yatırmayın, çünkü ben onu 1,5 milyar dolduracak hastaları bulurum, bir türlü bunun mekanizmalarını yaratırım” böyle bir bakışları var.

• “Hekimlerin ciroyu kontrol etme şansları yok. Mesela benim bir ay çok ciddi bir cirom oldu. Hastane 40 takla attı, o parayı bana vermemek için. Bir dolu numara çevirdiler. Ciroyu bilgisayar üzerinde daha aşağıya çekmeye çalıştılar.”

• “Yani, bu hasta yatıyorsa, bu kadar para getirmeli, getiremiyorsa bunu, o zaman sen hasta yatırma demeye kadar getirdiler.”

• *“Ben hem poliklinik yapıyorum, hem ameliyata giriyorum. SGK hastalarına baktığımız için, çok fazla hastam oluyor. Sonuç olarak ucuz hastane. Ameliyattan çıkıp, polikliniğe yetişmek, hani kapıda bir dolu hasta bekliyor ve onlara bakmak zorundayım.”*

• *“Hekimliğinizin size orada verilen değer için aylık kazandırdığınız para üzerinden ölçüldüğünü birebir gördüm. Resmen ben hakikaten bayağı bir söylenerek, bayağı bir uğraşarak, bunun sadece günde gördüğünüz veya ayda gördüğünüz hasta sayısı ile ilgili olmadığını, hasta dönüşlerinin de önemli olduğunu mesela, kabul etmek zorunda kaldı patronumuz, öyle diyeyim.”*

• *“Fiks maaşınız belli bir seviyede, bizim fiks maaşımızı oldukça aşağıda. İnsanın namusunu kazandığı para ya da dayanma gücü belirliyor. Ne demek bu? Şu: Benim ödediğim bir taksit var, Sonuç olarak bir ev geçindiriyorum. Ben üç ay dayanabilirim parasızlığa, ama üçüncü ayın sonunda benim elimdeki avucumdaki bittiği noktada ya da hani paramı çekip çevirme noktam bittiği noktada, ben de diğer meslektaşlarım gibi, hani bizim hastanede bunun örneklerini gördüğüm için söylüyorum, diğer meslektaşlarım diye. Hastadan örneğin, bel ağrısıyla gelen hastadan, boyun, bel MR, üstbatın, altbatın tomografi, ultrason isteyebilirim. Ciroyu etkiliyor. Hastanın ödediği para da artıyor...”*

• *“Yani, kapının önüne çıkıp, hasta da toplamanız gerekebilecek. Nasıl olacak bu bilmiyorum, ama bazen hasta olmaz. Bizim hastalarımız mevsimseldir. Yaz günü, ağustos ayında hastamız olmaz, olmayabilir, az olabilir. Ama öyle bir durumda, tabii ki idari olarak bunun baskısını hissedersiniz.”*

• *“Psikiyatride tetkik az olduğu için, ciro baskısını hasta görme süresini azaltarak aşmak zorundasınız. Üç dakikada psikiyatri hastası görmeyi de biliyorum pratik olarak; 45 dakikalık görüşme yapmayı da biliyorum. Yani, bir taraftan da hep öyle bir eğitim de aldım, o yoldan gitmek istiyorum. Onun anlamlı olduğunu da gördüm. Bundan ödün ver-*

memek için hastadan para alınmasını kabul ettim. O arada ne oldu? Bir sürü hastamızı göremez olduk. Seyrek görmeye başladım. Bazı hastalarım o parayı veremeyecekleri için gelediler. Böyle bir şey, ya zamandan ya hani başka bir yerden kayıp söz konusu olacaktı. Performansla ilgili böyle çok net bir şey var. Bizim alanımızda.”

- “Kriz zamanlarında maaşlarda gecikmeler başlıyor, maaşlar zamanında ödenmemeye başlıyor. Ondan sonra, bir ay sakla, sonra iki ay sakla, sonra patronlar ve doktorlar toplantıları sıklaşıyor. Ondan sonra, “ne yapacağız, bir çözüm bulunmalı” sonra, “sayıyı azaltacağız veya maaşları düşüreceğiz” konuşmaları yapılıyor. Ne yapalım deniliyor, ondan sonra da cirolara bakılıyor. Bir branşta iki hekim varsa, öbürünün cirolarına bakılıyor, biri çıkarılıyor. Böyle oluyor.”

- “Biz öyle dönemler yaşadık aslında, bu kriz dönemlerinde. Herkes bölümünden bir kişiyi feda edecek mesela. Böyle konuşmalar yaşandı, Hani bizim bölümden kurban vermedik, ama bölümlerinden kurban çıkartanlar oldu. Hastanecilik içerisinde işte derebeyliklerin olduğu bir özel sektörde çalışıyoruz. O derebeyliğin başında bir derebeyi var. O derebeyi altındaki bir bölüm başkanlığı ve hani herkes onun iki dudağı arasındadır.”

- “Açık kalp ameliyatı yaptığınız hastayı, en az 5-6 gün yatırılırsun. İkinci günde bütün servis yatakları dolduğu için, üçüncü gün yaptığın hastaları yoğun bakımda tutmak zorunda kalıyorsun. 4. güne ameliyat yapacaksın ki, yerin olmuyor zaten. Ama bizi toplayıp, cumartesi niye ameliyat yapmıyorsunuz, niye cumartesileri boş geçiyor? Diye hesap soruyorlar. Gidiyoruz oraya, hasta bakıyoruz, poliklinik yapıyoruz, falan ayrı da, niye ameliyat yapmıyorsunuz, az sayıda tutuyorsunuz diye. Bir baskı uygulamaya çalışıyorlar. Bugün ameliyat yapamıyorum, çünkü dönecek, kıpırdayacak yerim yok, hastayı yatacağım yerim yok, hala neden cumartesi ameliyat yapmıyorsunuz diye soruyorlar.”

- “Bizim sıkıntımız dediğim gibi tetkik istemekle ilişkili

*sorunlar. Bir de bu SGK'nın getirdiği 15 gün içerisinde hasta tekrar yatacak olursa, ücretlendiremedikleri için, hastaya 15 gün içerisinde taburcu ettikten sonra, yatırmamak için her türlü şeye çekiyorlar. 16. gün yatırılırsa eğer, yeni bir yatış olarak kabul edip, yeniden fatura edilebiliyor”.*

- *“Kullandığımız malzemeyi artırmamız gerekiyor. Aynı malzemeyi defalarca o malzemeyi kullanmak gibi bir şey gerekiyor. Bu da sineğin kanadından yağ çıkarmaya çalışıyorlar. Aslına bakarsanız, toplam maliyetinin, bizim ameliyat maliyetinin çok az bir kısmı malzeme fiyatı oluşturmaya rağmen, buradan her hastada 40 bin liraya mal olacak seti defalarca kullanıyoruz. Hasta en fazla ekleyeceği fiyat 40 lira, bizim hastanın faturasına, ama onu defalarca kullanmak zorunda kalıyoruz.”*

- *“.....hastanesinde yaklaşık olarak 30 civarında uzman, bir o kadar da asistanla iş döndürülürken, burada üç tane uzman, sekiz tane yoğun bakım hemşiresi, dokuz yatağa bakıyorlar. Sekiz yoğun bakım hemşiresi, üç vardiya çalışıyor, 12’şer saatlik vardiyalar halinde. Bunlarla iş çevirmeye çalışıyoruz. Yoğun bakımdaki yataklarınızı iki tane bakıma ihtiyacı olan hasta olduğu zaman, siz işlere yetişemez hale geliyorsunuz.”*

- *“Onun için de uğraştıracak hastayla, uğraşmak istemiyorsunuz. Riski yüksek hastalara geceleri birisi çıkıyor, hastanede dolaşiyor. “Kardeşim burada çok fayda görmezsin, yarın sabah yavaş yavaş, istersen şuraya git” diye.”*

- *“Bizim hastanede şöyle istiyorlar. Yüksek maliyet getirsin hasta, ama çabuk çıksın. Günlüğü 1500 liradan aşağıya düşmeyecek hastanın. Komplikasyon olmayacak. Hasta yatırdın, ameliyat ettin, 8 bin liralık bir ameliyat yaptın, ama hastanın yatışı uzadı. Ciron düşüyor, Yani bir de böyle baskı var..”*

- *“Hastaneler işletme mantığı ile yönetiliyor. Bizde kurumlarla yapılan anlaşmalar için indirim yapılıyor. Bu indirim hekim emeği üzerinden yapılıyor. Kurumla an-*

*laşma 3 günde 1 vizitse, siz her gün vizit yapıp, 3 günde 1 ücret alıyorsunuz."*

• *"Bir prim sistemi var ama siz hiç o primi alamıyorsunuz. Çıta sürekli oynuyor."*

• *"50 puanlık bir işlem yapmışsınız ama siz 6 ay o hastayı takibetmişsiniz. Gece gelmişsiniz, gece aranmışsınız. Bunun karşılığı yok. Emekle yapılan işler ucuz."*

Özel hastanelerde çalışan hekimler, özlük haklarını yeterince kullanamadıklarını, özel işletmenin kar mantığı sonucu, az hekimle çok iş yapıldığı için uzun süreler çalıştıklarını ve hasta olmaktan korktuklarını ifade ediyorlar.

• *"Hasta olmaya hakkımız yok. Özel sektörde çalışıyorsak veya birçok yakınımızın kaza geçirmesine hakkımız yok. Eğer, tek kişiyseniz o klinikte, özel sektörde. Randevu kâğıdınızda 40 tane hasta varsa, siz oraya giriyorsunuz ve bütün hastaları bitirene kadar, mesainiz bitene kadar, oradasınız ve dua ediyorsunuz. Aman bir yakınımıza bir şey olmasın, şu anda, ben buradan çıkamam. Yani, bir hapsedilmiş duygusu yaşanılıyor"*

• *"Buna çok somut bir örnek. Birkaç yıl önce özel bir hastanede bir doktor hanım gripten öldü; dinlenemediği için öldü. Bir nöroloji uzmanı hasta bakıyor, dışarı çıkıyor, "arkadaşlar, ben çok kötüyüm, beni muayene edin" diyor. Dahiliyeciye, göğüs uzmanına, "Tamam tamam bakarız, benim de şimdi hastam var" bu olay bir hafta, on gün yaşanıyor. Kadıncağz ateşler içinde falan, bu arada hasta bakıyor ve o gün gecesi daha da kötüliyor, acile getiriliyor, kendi hastanesinde ölüyor. Yani, hekimlerin sorunu, şu özelde çalışmak, hele tek hekimseniz, yani diğer hakları vazgeçtik, hasta olmaya hakkımız yok; yakınımızın hastalığına."*

• *"Evet rapor alamayız, izin alamayız."*

• *"Bir de yoruluyoruz, korkuyoruz, yani bir sürü şeyimiz var diye düşünüyorum, bu söylediğinizde. Zaten, bunları yapacak bir sosyal, böyle bir faaliyeti gösterecek vaktimiz de kalmıyor çoğu zaman. Kalmıyor, bir de yani hakikaten*



*işimi mi kaybederim, başka bir şey mi olur, bu bir yerde bana tehdit unsuru olur mu, mutlaka onları da düşünüyor diye düşünüyorum bu topluluk için. Hani, özellikle özel hekimler için de bu şeyi de. "*

*• "Rapor verdiler, 10. günde geri çağırdılar. Yani, o kadar ayağım alçıda, topallayarak, çalıştığımı biliyorum. Aslında, bu idari bir baskıdır; bu anlamda bir baskıdır."*

Uzun çalışma süreleri ve dinlenme zamanlarının kısalığı özel sektörde olduğu kadar, tüm sağlık alanında çalışan hekimler için önemli bir sorun alanı gibi görünüyor. Uzun çalışma saatlerine hata yapmama kaygısının eklenmesi hekimler üzerinde yoğun bir baskı oluşturuyor.

*• "Bizi kısıtlayan bence ceza korkusundan daha farklı şeyler. Yani, acayip bir sorumluluk duygusu yüklenmiş üzerimize ve bunun dışında bir şeyleri düşünmüyoruz. Yani, tamam ben de bugün hastayım, gitmiyorum bugün bu da benim yasal hakkım, bir arkadaşım da bana rapor verir diye düşünmemeyi mi öğretiler bize fakülte eğitiminde, asistanlık eğitiminde? Yani, biz bu yükü yüklendik, hekimliği bırakana kadar da yüklendik, gideceğiz gibi bir mantıkta çalışan arkadaş çok gördüm, hekim çok gördüm. Ben de onların içinden birisiyim."*

*• "Ben şimdi, bugün gitmezsem, başıma ne gelir?"i düşündüğümüz için yapmıyoruz bunu. Orada 40 tane adam var, bunlar şimdi hastadır, bakmazsak ne olur, yarın da randevuları var, onlar gelecekler, Etlik'ten, Keçiören'den, bilmem ne, bakmadık mı ayıp olur, yani böyle böyle şeyler yüzünden yapıyoruz bunu. Yoksa beni işten atarlar mı, atmazlar mı, bunlar daha arka planda. Biz daha kendimizi şartlamışız."*

*• "Sonuçta riskli bir iş yapıyorsunuz. Yani, bir tedavi veriyorsunuz, basit bir ilaçtan adam şoka girebilir, yani basit bir mide ilacından şoka girebilir. Bir şoför kaç saat araba kullanabilir, sekiz saat. 36 saat araba kullanan bir otobüs şoförüne güvenip, arabasına biner misiniz, binmezsiniz. 36 saat çalışan bir hekime nasıl güvenirsiniz? Güvenemezsiniz, ama insan haklarında sekiz saat çalışma*

*var. Ama biz hep 36 saat çalıştık, hangi yasada bu var? Çalışmadınız, nöbet tutmadınız, nerede yazıyor cezası; böyle bir ceza var mı? Yok.. Ama bunlar böyle gelmiş, böyle gidiyor. Neden beni 36 saat çalıştırıyor? Hoca "Biz zamanında bir hafta evimize gitmezdik, bir tek banyo yapmaya giderdik, sen şükret" diyor. Ama nerede yazıyor bu yasa, bana gösterir misiniz, doktor 36 saat nöbet tutar diye bir yasa mı var? Haftalık nöbet, nerede yazıyor; tutmadığınızda cezası nerede yazıyor, böyle bir ceza var mı?"*

- *"Numune'nin nöbetinde, ayyaşı geliyor, bilmem nesi geliyor, ne günah ettim de beni doktor yaptın?" Herkes sıcacık yatağında, yorganın altında. Sadece bedensel çalışma da değil, hasta geliyor, öldü mü, kaldı mı, doğru mu yaptım, yanlış mı yaptım, hata mı ettim?"*

Kar amacıyla çalışan hastanelerin, parasını SGK dan alamadıkları hastaları yatırmak istememeleri, para kazandırmayacak hiçbir hastanın alınmak istenmemesi o hastayla karşılaşan, görevi hastayı tedavi etmek olan, mesleki etik değerleri açısından böyle eğitim almış olan hekimleri vicdan muhasebesi, dahası yasal sorumluluk altında bırakabiliyor.

- *"Trafik kazalarında hastalar, trafik fonundan ödeniyor. Orada çok ciddi para birikmiş durumda, para ortada yok. Onun için, birikmiş görünen para ortada olmadığı için, bunlar hastaneler para alamıyor buradan. Alamadıkları için de, trafik kazası yatırmak istemiyor".*

- *"Bir trafik kazası geldi, hastanın şuuru vesaire iyi, ama ben ameliyat için hazırlık yapıyorum. Hastanede hasta yatışından sorumlu olan müdürümüz, hekim falan değil, hastayı taburcu etti. Böyle bir şeyle karşılaştım. Hastaneyi birbirine kattım, ama sonuçta hasta başka bir yere gitmiş oldu ve suçlusu da ben oldum. Hastayı arayıp, 40 kere özür dilemek zorunda kaldım ve çünkü bu işin ciddi bir de yasal sorumluluğu var; vicdani sorumluluğu var."*

- *"Trafik kazası olunca, gönderiyorlar. "Bizim hastanemiz trafik kazası alamıyor, beyin cerrahımız yok" gibi.*

• *“Para getireceğini düşünmedikleri hiçbir hastayı almamaya çalışıyorlar. Alırsanız da, bunu bir şekilde sizi yüklemeye çalışıyorlar.”*

• *“Sağlık Bakanlığının 8 dalda bir genelgesi var. Yeni doğan, kanser, acil, yanık, kalp damar cerrahisi, kardi-yoloji, bunlardan hiçbir şekilde fark alınmaması gerekiyor. Bunları başka yollara saparak, fark almaya çalışıyorlar. Hastane hizmetleri diye fatura ediyor. Ayrıntılı bilgi verilmiyor zaten hastalara. Ancak, hasta uyanıksa ve çok diretiyorsa, o zaman indirimler yapılıyor, ayrıntılı fatura verilmiyor. Ama hastanın burada işi biliyor olması lazım.”*

• *“Hangi kurum ödemeleri az yapıyorsa, o kurumun hastasının yatırılmamasını istiyorlar. Siz hastalıkla uğraşmanız gerekirken, sizi sürekli hastalığın konumuyla, parasıyla uğraşmak zorunda bırakıyor.”*

Hekim bağımsızlığının hekimler kadar, hatta hekimlerden çok hastaların sağlığa ulaşma haklarına dair bir kavram olduğunu ifade ettiler.

• *Bu hafta bizden iki kişiyi, birisi beyin cerrahı, diğeri ortopedist, yeterince ciro yapmadıklarını gerekçe göstererek çıkardılar. Hemen yerine aldıkları iki hekimle de ayda 25 ameliyat üzerinden anlaşmışlar. Yani şimdi bu ne anlama geliyor, bu kadar ameliyat sayısına ulaşma baskısı ile hekim endikasyon sınırlarını genişletecek demek. Bu da gereksiz ameliyat demek. Yani şimdi parası olmayan sağlık hizmetinden yararlanamayacak deniyor ya, parası olan daha çok yanmış... Parası olana gereksiz işlem fazla olacak yani...*

### **İş Güvencesi Yokluğu-Eksikliği**

Özel hastanelerde çalışan hekimlerin, mesleki bağımsızlıklarını en çok etkileyen faktörlerden biri de iş güvencelerinin olmayışı olarak ifade ediliyor. Çoğu kez özlük haklarının ve çalışma sürelerinin belirsiz olması, iş yeri ile bir sözleşmenin bulunmayışı da kaygı nedeni oluyor. Bu konuda Tabip Odasının hekimlerin yanında taraf olması beklentisi de ifade ediliyor.

- “Hekim bağımsızlığıyla ilgili beni çok ilgilendiren, iş güvencesizliği. İşini kaybetme korkusu bir süredir çok yoğun olarak hissettiğim bir şey.”
- “İş güvencesizliği hissi nereden geliyor diye bakarsak, özelde çalışan bizler sıkıştırılmış olarak bir yere mecbur; oranın koşullarına mecbur hissediyoruz. Neden, başka alternatifler var, evet başka özel bir yerde çalışabilirsiniz. Biliyoruz ki, çok büyük değişiklikler yok. Yer değiştirsek, aşağı yukarı benzer birtakım sorunlar...”
- “Önümüze bir sözleşme, küçük harflerle yazılmış bir sözleşme geldiğinde, o sözleşmenin detayları nelerdir? Yemin ediyorum, okumadım, yani okuduğumu da anlamadım, o heyecan içerisinde.”
- “Bir şekilde, şimdiki aklım olsa, bunu çok çok daha iyi detaylandırıp, işte çalışma şartlarını çok daha iyi planlamış olarak yapmayı çok isterdim. İşte nöbet süresi olsun, çalışma süresi olsun. Hâlâ bize birtakım kâğıtlar getirtilir, boş kâğıtlar. “Bayramda, seyranda çalışmayı kabul ediyorum” diye altına imza atarız. Bunun mesela yapılmaması lazım aslında. Ama hani prosedür öyle.”
- “Tabip Odasının böyle bir sözleşme örneği hazırlatıp, ne kadar süre çalışacağımı, hatta ne kadar maaş alacağımızın yazılmasını sağlaması iyi olur.”
- “Birçok hekim aylarca maaş alamadılar, alamıyorlar. Bu ay vereceğiz, bir dahaki ay tamam denerek insanları aylarca oyalıyorlar. Sözleşme yok, bir şey yok..”
- “Böyle elinde bavul oradan oraya iş değiştiren bir hekim topluluğu var.”
- “Biliyorsunuz bir hastane belli bir maaş söz vererek aldığı hekimlerin maaşını yarıya indiriverdi. Cumartesi de tam gün çalıştırdığı halde.”

### 3. EĞİTİM GÖREN, ASİSTAN HEKİMLER

Asistan hekimler, mesleki bağımsızlıklarını en çok etkileyen faktör olarak performans sistemini işaret ediyorlar. Temel görevleri eğitim almak, üniversitede öğrendikleri bilimsel yöntemleri kullanmak ve teorik bilgilerini hayata geçirmek olan asistan hekimler, performans sistemiyle birlikte bir başka gerçeğe karşılaşıyorlar; Puan toplamak ve bu puanları bilgisayara girmek... Zaman içinde teorik bilgilerinin pratikte başka bir biçime dönüştüğünü, hastalık endikasyonlarının puanlara göre esnediğini, hastaları artık puan olarak gördüklerini ifade ediyorlar. Başlangıçta bunu kabullenseler de zaman içinde bunun doğru olmadığını ve hastalara yarar sağlamadığı gibi zarar verdiğini görmek, yaptıkları işi sorgulamalarına neden oluyor. Tüm hekimlerin hissettiği ahlaki sorgulamayı, etik ikilemleri onlar da ifade ediyorlar.

• *“Performans sistemiyle ilgili biz artık bir yerden sonra gerçek anlamda hastaları puan olarak görmeye başlıyorsunuz. Mesela kaba bir tabirle anlatacak olursak, bir pankreas geldiği zaman daha çok heyecanlanıyorsunuz, ama pankreas tümörünün sizde yaratabileceği eğitim kalitesinden daha çok, pankreas tümörünün getireceği puan olayını da düşünmeye başlıyorsunuz. Pankreasımız var, 4 bin puan çocuklar, pankreasımıza iyi bakalım şeklinde yaklaşmaya başlıyorsunuz.”*

• *“Performans sistemi tıpta yeni bir sayfa açtı, bunu da değerlendirmek lazım. Literatürdeki bütün endikasyonlar, sizin hastayı ameliyat etme gerekliliğiniz değişti. Niye*

*ameliyat etmeliyim? O an tıbbi etik mi düşünüyorsunuz, çocuğunuzu okula gitmesini ve evinizi mi düşünüyorsunuz. Çocuğun okul parasını düşünüyorsanız endikasyonunuz değişiyor. Bunu çok duyuyoruz, periferden çok duyduk. Eğitim araştırmalarda belki çok yapılamıyor, ama perifere gidince muhtemelen biz de yapacağız ve bizi buna itiyor, itmek zorundayız çünkü.”*

• *“Ben başladığımda performans sistemi yoktu, benimle birlikte başladı. Hastane SSK’dan, eğitim araştırma hastanesine döndürüldü. Hiç kimse ben hani hiçbir farkında değildi. Performans sisteminin bu şekilde ilerlediğini, böyle olacağını, üçüncü dördüncü yıldan sonra, yani dördüncü yılından sonra artık yavaş yavaş farkına vardım”*

• *“Ben başladığımda, bunun normal rutin bir şey olduğunu düşünüyorum. Sistem zaten böyle işliyor zannediyordum. Fakat 4. yıldan sonra yani hastaların durumlarını gördükçe ve birazcık daha işin içine girince, anladım ki böyle bir sistem doğru sistem değil. İş sadece para kazanmak olan, gerçekten de ona çok uyum sağlayan insanları da tanıyorum. Farklı bölümlerden, farklı yeni başlayan insanlar.”*

• *“Bu performans sistemi bir kere doktoru sağlığı düşünmekten çok, tüccarlaştırılan bir sistem oldu.”*

• *“Puanlamada bir dürüstlük olması lazım ki puanlamada öyle bir şey olamaz. Zaten paranın olduğu yerde dürüstlük olamaz, bu imkânsız.”*

Asistanlar için en önemli bir diğer konu eğitim almada yaşadıkları zorluklar. Temel görevleri öğrenmek olan asistan hekimler, aşırı hasta yükü, çalıştıkları hastanelerde eğitimin yetersiz olması, performans puanı toplamak ve asistan sayısının yetersizliği nedeniyle ihtiyaç duyulan çalışma yerlerinde “tampon olmak” gibi görevler nedeniyle yeterli eğitimi alamamaktan yakınıyorlar. Çalışma saatlerinin yoğunluğu, nöbetlerde bir standardın olmaması, mesai saatlerinin belirsizliği ve eğitim programının bulunmayışı da dikkat çektikleri önemli noktalar.

• “Eğitim hastaneleriyle ilgili sıkıntılarımıza bakacak olursak, eğitim hastanelerinde teorik eğitimin çok zayıf olmasıyla ilgili sıkıntılarımız var. Burada hasta yoğunluğu, hasta yoğunluğuna bağlı olarak da fazla mesai, fazla mesaiye bağlı olarak da eğitim kalitesinin düşüklüğü söz konusu.”

• “Bizim hastanede genel olarak poliklinik yükü çok fazla. 14 tane polikliniğimiz var. Ortalama poliklinik olarak ortalama 1000 hasta bakılıyor. Mesela, polikliniğe giriyorsunuz, kaç tane gelirse, kota yok, hasta için belli bir zaman sınırlaması yok. Benim orada bilmediğim bir şey olursa, danışacağım insanlar var. Ama zaman yok. Karşılıklı bir şey konuşma ihtimaliniz olmuyor. Çünkü o arada bakmam gereken dışarıda kırk tane hasta var. 60 gelirse 60, yani 100 bile olacak. Bir sınır yok mesela. Böyle olunca da eğitim diye bir şey yok. Poliklinik yapıyorsunuz sadece...”

• “Bizim şu anda asistan sıkıntımız da var, bizim kliniğimizde dört tane asistan kaldı. Mesela cerrahi bir branşta ben ameliyata giremiyorum. Poliklinikte oluyorum. Benim vakam oluyor, çıkıyorum, vakamı yapıyorum, geri iniyorum aşağıya poliklinik yapıyorum. Sonuçta bir tek kendi vakamı yaparak, ben ne kadar cerrahi yetenek kazanabilirim. Sonuçta ameliyathanede olacak, geleni izleyeceksiniz, size neler kazandıracağını göreceksiniz.”

• “Bu şekilde olmaz, adam oradan oraya, nereye yama şeklinde. Polikliniğe git, acile git, ameliyathaneye git. Git şuradaki hastaya bak. Hep bu şekilde günü geçiriyoruz.”

• “Bizim eğitim mesela planımız da yok. Genelde eğitim hastanelerinde böyle... Belki üniversitelerde daha düzgündür. Şu kadar serviste kalacaksınız, şu dönemde şunu öğreneceksin, şu dönemde şu bölümleri yapacaksın... Böyle kesin şeyler yok.”

• “İnsanlar genelde memnuniyetsiz. Çünkü yoğun çalışma koşulları var. Biz icabında sabahleyin saat 6’da gidip, akşam saat 20.30 da çıkıyoruz. Bu tamamen mesai dışı.

*Bizim üniversitede herhangi bir mesai saatimiz yok. Tamamen hasta sayımıza bağlı. Hafta sonları bazen 5-6 saat bizi acile çağırıyorlar. Bizim standart saatimiz yok, çok yoğun bir çalışma koşulumuz var."*

• *"Mesela ben 48 saat uykusuz kaldığımı, 72 saat uykusuz kaldığımı bilirim yani. Şimdi ben 48 saat uykusuz kalırken, susuzluktan yere düşerken, 18 saat yemek yemediğimi de biliyorum."*

• *"Dünyanın bir çalışma standardı var. Dünya belirlemiş bu standardı, ama siz 13 nöbetle başlıyorsunuz. Nöbetiniz bir azaldığı zaman çok mutlusunuz. Dünyalar sizin oluyor. Saçma sapan bir kıdem olayınız var. 2,5 yıldan sonra arınıza bir çömez geldiği zaman mutlu oluyorsunuz, kıdemli haline geliyorsunuz. Sistem sizi bir askerlik mentalitesine itmiş durumda."*

• *"Nöbet yoğunluklarınızın ardından, nöbet izninizin olmaması da travmatik olay. Bunun ardından mesela, nöbet izni kullanmayıp da çalışıyorsanız, ek mesaiye girmenize rağmen, ek mesai alamıyorsunuz. "*

• *"Aklıma gelen eğitim kalitemiz sıfır, eğitim kalitemiz kesinlikle sıfır."*

• *"Mesela, eğitim alıyoruz. En iyi eğitim aldığım noktalardan birisi puan hesaplama. Ay sonuna doğru kimin kaç puanı var? Buradaki fark açılmış, öbürüne ekleyelim falan... İlginç bir sistemimiz var. Şimdi, işin komik taraflarından birisi de işin angarya tarafını kaldıranların çoğu asistanlar. Nedir, katipliğini yaparsınız, postop bakımını yaparsınız. O mübarek performansta işte bir 300-400 bin alırsınız, sabitiniz 700 lira olmuştur. Uzmanınız ortalama en kötü 3 milyar alır. Siz hâlâ performans niye düşük diye suçlanabilirsiniz mesela..."*

• *"Gündelik yaşamdan böyle sıkıntıları anlatacaksak, poliklinikte tek asistan kalır, o hastanın girişlerini yapar, performansını girer, pansumanını yapar, bir de doktorluğunu yapar. Bu arada 80 kişi girer. Serviste yine hastanın yatağından, yorganından tutun da, her şey size bağlıdır."*



Eğitim hastanesinde çalışan asistanlar olarak çalışma güvenliklerinin olmadığını vurguluyorlar.

• *“Hekimlerin güvenlikleriyle ilgili çok sıkıntıları var. Hekim güvenliğinin tamamen sıfıra indiği bir noktadayız. Hasta yakınları bizimle istedikleri zaman argo konuşur, Ben kendi adıma eğitim araştırma hastanesinde kaç kere poliklinikte argoya maruz kalmama rağmen, hasta gidip beni şikâyet edebilirken, benim gidip kendimi şikâyet edebilecek hiçbir yerim yok veya şikâyet ettiğiniz zaman hastayı tamamen haklı çıkartan noktalar var.”*

Asistan hekimler de, performansın ekip anlayışını bozduğunu, meslektaşlar/arkadaşlar arası dayanışmayı ve barışı yok ettiğini sağlık alanındaki her kademedede ve her sağlık biriminde dile getirilen bir tespit olarak ifade ettiler. Bir tespit olarak ilişkilerin bozulmuş olmasına, “bunun doğru olmadığı fikrine” ahlaki kaygı da eşlik etmekte...

• *“Mesela, birbirinizi artık denetlemeye başlıyorsunuz otomatikman. Ürolojideki arkadaşınıza hemen soruyorsunuz, kaç para aldınız, kaç puanınız var.”*

• *“Mesela periferde uzmanlaşan arkadaşlara baktığınız zaman, birbirlerini denetlemeye başlıyorlar. Bu denetlemenin sonucunda mesela birbirlerini şikâyet etme boyutuna kadar geliyor. O bu işlemi yapmadı, o bu işleme niye girdi, öbürü niye böyle yaptı, branşı olmayan hastalıklarla ilgili ilaçlar yazmaya başlıyor. Bir dâhiliye kadın doğumun hastasını çalmaya başlıyor. Bir kadın doğumcu bir dahiliyenin hastasını çalmaya başlıyor. Bir hormon dediğin nedir ki, ben de bakarım diyor. Mesela, bir cerrah ki alakası olmamasına rağmen gastritleri tedavi etmeye çalışıyor. Siz endikasyonlu ve endikasyonsuz birçok hastanın peşinde koşmaya başlıyorsunuz.”*

• *“Artık yaşamak gibi bir kaygımız var. Para kazanmalıyız, para kazanmak için de ben yandaki arkadaşıma kazık atmalıyım. Bu attığım kazık sonucunda ben daha çok para almalıyım. Yükselmek için altındakinin üstüne basmak zorundayım, ancak böyle yükselebilirim. Bu da kim*

*olur? Beraber eğitim gördüğüm, on yıl dirsek çürüttüğüm arkadaşım olur. Sistem sizi bu hale getirdi..."*

Asistan hekimler, yetersiz ve uygun olmayan malzeme kullanımı ve hastaya ayrılan sürenin yetersiz oluşunun hekimlik uygulamalarını da etkilediğini, hastalarla gerektiği kadar ilgilenemediklerini, dolayısıyla tedavilerinin tıbbi gerekliliğe uygun olarak yapılamadığını anlatıyorlar. Bunun, tıbbi hizmete ulaşım sayısını arttırmakla birlikte hasta yararını arttırmadığını söylüyorlar. Periferde yeni açılan tıp fakültelerindeki eğitim ve hizmet yetersizliğinin ve bu tıp fakültelerinden yapılan sevkinin merkezdeki hasta yükünü attırdığını ve kendilerinin eğitim zamanını da daralttığını vurguluyorlar.

• *"Hastanedeki birçok malzemenin kalitesinin sıfır olduğunu düşünüyorum. Ben ameliyat olacak olsam, kendime onları kullandırtmayı düşünmem."*

• *"Mesela, yama koyuyorsunuz hastaya. Her yönlerine yama koyuyorsunuz, evden tül perdenizi getirin koyun. Hiçbir şey değişmez. Atın çamaşır suyuna, koyun, o hastaya dikin, monte edin, olsun bitsin. Bu tür malzemelerle çok karşılaştık mesela. Batikonlarımızın yarısı bildiğiniz su. Hiçbir şekilde özelliği olmayan, hastaya hiçbir katkısı olmayan şeyler."*

• *"İplerimiz mesela ameliyatın yarısında iplerin yarıdan fazlası kopuyor; yarıdan fazlasının iğne ucu eğiliyor ve hiçbir anlamı yok bunların, yani birçok ilacı bulamıyoruz."*

• *"Sağlık Bakanlığının çok çağdaş yönetmelikler diye getirdiği, hastaların asla ilaç alımıyla muhatap olmayacak dediği şeylerde kalite çok fazla düştü. Yani, hastaya başlıyorsunuz antibiyotiği, ama hastanın ateşinde bir düşme olmuyor. Çünkü, siz o ilaçla sınırlısınız ve enfeksiyon ona dirençli... Siz bu sefer tamam, direncini kırıyorsunuz, ama hastayı steril hale getiriyorsunuz. Zaten hastanın direnci düşük ve yoğun bakımda takip ediyorsunuz, en ufak bir etkende hastayı kaybediyorsunuz. "*

• *"Tıp demek dokümantasyon demek, bilgi demek. O sıfır*

*mesela, bu tür kötü takip sonrası adam aynı hastalıktan bir daha geliyor, bir daha geliyor. Doktoru gördü, başlangıçta hoşuna gidiyor, hep aynı doktor, beni ne güzel görüyor, ama doktor seni bedavadan görüyor. Çünkü doğru dürüst takibini yapamıyor, doğru dürüst konuşmuyor seninle, yakınmaları dinlemiyor, doğru dürüst tedavisini yapamıyor. Ama ben hastama, doğru dürüst bakıyor muyum, hasta bunu fark edebildi mi, bu kapıda o kadar insan bekliyor. Niye burada sekreter yok, niye burada niye pansumancı yok."*

• *"Dışarıda 50 tane hasta kavga edip, ha bire kapı açıldıkça, içeride doktor var mı, muayene yapıyor mu diye bakıyor. Bununla karşılaşınca, ben muayene mi yapayım, ne yapayım, hani hastayı bir an önce bakıp bakıp göndereyim, o arada bir şey atlamayayım modunda bakıyorsunuz mecburen."*

• *"Sonuçta ben orada, her bir hastaya en az 10 dakika ayırsam, bana verilen hastayı ben akşam mesai saatine kadar bitiremem ki, hastalar diğerleri de öyle baktığı için, mesela orada 14 tane poliklinik var."*

• *"İlk önce hastalar birbirleriyle kavga etmeye başlıyorlar. Gerçekten sıkıntı öyle başlıyor, ilk önce birbirleriyle kavga ediyorlar, sonra başhekimliğe gidiyorlar. İşte öyle bir gü-rültü oluyor, sonra bize 'hemen hastalara bakın. İsimlerini bir kenara ondan sonra onların biz girişini yaparız ya da TC numaralarını alın, biz sonra girişlerini yaparız' deniyor. Aynı şekilde hasta gelirken TC numarası, adı soyadını yazıyorsun falan filan. Tanısını zaten siz zaten sonra giriyorsunuz. Onlar poliklinik girişlerini yaptıktan sonra..."*

• *"Doğunun herhangi bir ilinden yeşil kartlı bir hasta uçağa biniyor, oradaki hekim arkadaş da sevk etmiş oluyor. Muhtemelen, komplike olduğunu düşünüyor, ama komplike olmayan birçok vakada biz bunu gördük. Geliyor, yatıyor, siz bunun bütün bakımını üstleniyorsunuz, Daha sonra basit bir operasyon yapıyorsunuz, geri gönderi-*

*yorsunuz, uçakla geri dönüyor. Hani siz madem Van'a eğitim araştırma açmışsınız, Diyarbakır'da Dicle gibi köklü bir üniversiteniz var. Ama siz hastayı oraya nakletmek ve oraya yönlendirmek yerine, onu Ankara'ya getiriyorsunuz. Hasta bundan çok memnun. Ama ekstrasidan uygulanan hiçbir şey yok. Orada çok rahat halledilebilecekken, belki de üstüne komplikasyon ekleyip gönderme riskiniz de var. Her şey hastanın hoşuna gidiyor. Ama sonuçta bunun bir ekonomik zarar olabileceğini, bunun ekonomik olarak sıkıntıya sokabileceğini hiç kimse düşünmüyor. Biz o kadar çok bu vakalarla karşılaşıyoruz ki...*”

## 4. AİLE HEKİMLERİ

Aile Hekimleri, hastaların kendilerine sadece reçete yazdırmak için geldiklerini, hatta bazı hastaları görmeden reçete yazdırma baskısı yaşadıklarını, aile hekimliği uzmanı bile olsalar bu bakışın değişmediğini vurguluyorlar.

- *“İlaç sektörüne para aktarmanın, sağlık sektörüne para aktarmanın tek yolu hekimlerden geçiyor.”*
- *“Kapınızda reçete memuru yazsanız, inanın ne kimsenin alınacağı, ne de değiştireceği var. Günde 40 hastanız, mesela “ilaç yazdırmaya geldim” diyor.”*
- *“Bakınız, kadın gebe kalmış, çocuğunu doğurmuş, daha hiç uğramamış bize. Şimdi, onların mesela sağlık ocağına gelmelerini teşvik eden bir sistem yok. Sevk zincirini koymadan, zaten bu sistemi oturtması mümkün değil. Semtteki poliklinikte kadın doğumcu varsa, size uğramıyor, sizinle tanışmıyor bile.”*
- *“Belirli kesimde, birinci basamağın halktaki algısı, ilaç yazdırılacak yer olması..., halktaki algı o, özel kadın doğumcusu var, gebe takiplerini falan oradan yaptırıyor, çocuğunu aşılarını özel hastanelerde yaptırıyor”.*
- *“Algı olarak zaten seni ilaç yazdırılacak kesim olarak gözükmüyor. Ondan da çok rahatsız oluyorsunuz.”*
- *“Ben hastalar üzerinden gelen bu elinde reçete, kâğıtla gelip, “şunu yazar mısın?” diyenler ya da işte komşusunun söylediği ilacı “yazar mısın?” diyerek, muayene etmene*

*bile bazen izin vermeyen hastalardan çok rahatsız oluyorum. Anlatmaya çalışıyorsun, anlamaya çalışıyorsun, bazı yaşlı hastalarda durumu çözmeye çalışıyorsun. Gerçekten ihtiyacı var mı, kullanıyor mu, kullanmıyor mu? Zararı var mı, yok mu onları çözmeye çalışıyorsun, ama bazen çok yorucu oluyor açıkçası, bunlar şey yapmak da."*

- *"İlacına müdahale edip, tedaviye müdahale ettiğin zaman, o zaman hastayla sorun yaşıyorsun. Çünkü yukarıdaki uzman ona bu şekilde söylemiş. Bakıyorsun, yanlış bir şey kullanıyor, diyabet tedavisinde, reçüle değil, ilacı düzenlemek istiyorsun, hastanın tepkisiyle karşılaşıyorsun. Çünkü seni ilaç yazdıracak hekim olarak görmüyor. "*
- *"Muayene olmayacağım, ilacı mı yazdıracacağım" diyor. Net bir şekilde söylüyor bunu.*

Aile hekimlerinin diğer bir sorun alanı, görev tanımlarının olmaması ve tanı koymalarını sağlayacak birçok tetkike ulaşamamaları. Aile hekimlerinin A,B,C,D şeklinde sınıflanmış olmasının, hem hastaları, hem hekimleri sınıflayan bir yöntem olduğunu, "uygun sınıfta olmamanın" hasta için kaliteli hizmete ulaşamamak, hekim için ise tanı ve tedavi için gerekli tetkikleri yaptıramamak ve daha nitelikli hasta bakımı için gerekli olan zamana ve yardımcı personele ulaşamamak, yani mesleki özelliği sınırlanması olduğunu dile getiriyorlar. Yetersiz personelle büyük bir nüfusa bakmak zorunda olmak ise, hem yeterli hizmeti verememiş olmanın, hem de bunun sonucu olarak ceza almak ya da hastalarca şikâyet edilmek baskısını yoğun olarak hissettiriyor.

- *"Şimdi, temel sorun bir kere görev tanımları, yani aile hekimliği yapması gerektiği iş sayısı çok fazla. Bu ciddi bir sorun. Bu hizmetlerin bir kısmı birinci basamak, bir kısmı ikinci basamak, bir kısmı da üçüncü basamak hizmetleri içeriyor. Mesela, evde yataklık hastanın teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu... Bu aile hekimliğinin görevleri arasında yazılmış. Şimdi, siz bunu nasıl yapacaksınız? Meçhul. Görev tanımları belirsiz, netlik yok. Bence bizim mesleğimizi özgür icra etmemizdeki beni zorlayan en bi-*

rincisi bu. Çünkü vatandaş size bir taleple geliyor veya bir hizmet sunacaksınız, ama bunun sınırı belli değil.

• “İlaç sektörüne ve sağlık sektörüne para aktarmanın tek yolu hekimlerden geçiyor. Başka bir şansı yok. Hatta hatırlarsanız, “raporlar direkt gitsin, eczaneden ilaçlarını alsın” falan filan diye de birtakım şeyler de gündeme gelmişti, olmadı. Onun için, hekimler bir yandan ilaç sektörünün veya medikal sektörün, bir taraftan vatandaşın, bir taraftan da kendi mesleklerinin kışkacında. Şimdi de aile hekimliğinde öyle uygulamalar geldi ki, aynı yerde çalışıyoruz ama aynı zamanda birbirimizin bir nevi rakibiyiz ...”

• “Sonra, A,B,C, D sınıflandırması... Dünyada, hiçbir devlet, Tanzanya dahil, birinci basamak sağlık hizmetinde beş ayrı standart belirleyemez. Bu birinci basamak sağlık hizmetinin ruhuna aykırıdır değil mi?”

• “Kimse aile hekimini birinci basamak hizmeti olarak algulamıyor. Birinci basamak gitti, nereye gitti bilmiyorum, ama gitti. Hakikaten, yatalak hastanın evde rehabilitasyonunu, buyurun siz bir yere koyabilir misiniz? Onun için, aile hekimliği böyle her işi yapan, her işi yapabilir, böyle bir süper hekimlik olarak planlanmış. ”

• “Geçen hafta bir hasta, muayene olduktan sonra, “cep telefonunuzu alabilir miyim?” dedi. “Cep telefonumu vermiyorum” dedim. “Niye?” dedi. “Siz, akşam çocuk hasta olduğunda ya da biz hasta olduğumuz yere gelmeyecek misiniz?” dedi. Bangır bangır bağıyor, “ben sistemi çok iyi dinledim” diyor... “Yok gelmeyeceğiz, acile götüreceksiniz” dedim. “Ama öyle demiyorlar” dedi. Adama yaklaşık yarım saat içerisinde benim mesai kavramımı, yasal olarak bana tanınmış süreyi kendisi işçi olduğu halde, onun kadar çalışmam gerektiğini, ondan daha fazla çalışamayacağımı, Nöbet tazminatım ya da fazla mesai tazminatım olmadığını, araç tahsis edilmediğini, yakıt verilmediğini, bunun kanuni yasınının bile olmadığını anlatmaya çalıştım, ama adamların kafasındaki şey bu.”

• “Hani, aşı hizmetinin yapılması, sonra gebe takiplerinin yapılması, onlara zaman ayrılması gerek. İşte burada ekip hizmeti önemli. Ama birinci basamakta şu anda çalıştığımız şeyde ekip hizmeti yok. O da hizmetin kalitesini düşüren bir şey olabiliyor.”

• “Hazır bulmuşken bir aile hekimi, tamam onu da yükle, bunu da yükle. Geçen İstanbul'a gittik, efendim uçakta acil kapısına oturturdular bizi. “Aile hekiminin 19. görev tanımı” dedim. Acile çıkış kapısı var ya...”

• “Her işi yapar, onu da yapar, bunu da yapar. Böyle bir noktada.”

• “Sınıflama biraz sıkıntılı, yani işte aile sağlığı merkezleri A,B,C,D diye sınıflanmaya başlandı. Yani, bu hem ASM’ler (aile sağlığı merkezleri) arasında çalışanlar arasında bir huzursuzluk yarattı. Çünkü pratiğe yönelik bir çalışma sisteminde bir değişiklik yok. Ama görsellik, hiç gereği yokken, işte bir B-sınıfı için ya da A-sınıfı için bir tıbbi sekreter yerine, iki tıbbi sekreter istiyor. Hem parasal anlamda, hem de tabii eleman çalıştırdığın elemana göre normalde bir tane yardımcı sağlık personelimiz var. B grubu olursak, iki tane daha alma hakkı var. Dolayısıyla, aslında hizmet kalitesini yükselten bir şey. Ama hani sadece mekânsal sorundan dolayı üst gruba geçemeyince bu hizmeti hem vatandaş alamayacak, hem yerine göre hemşireyi beklemek zorunda kalacak. Hemşirenin işi bitecek, sonra gelip kan alacak. Ama öbür türlü belki birini kan almaya oturtacaksın, birisini başka yere. İşler daha güzel gidecek. Aslında dolayısıyla, vatandaş açısından da öyle sınıflar oluşturuluyor.”

• “O öngörülen A-sınıfı, ASM’lerde ultrasonla, bilmem ne takipleri falan filan gibi böyle bir vahşi bir uygulama içerisine girersek, ondan sonra bunu kimse temizleyemez. Ben bilmem kaçınıcı haftada çocuğun ense derisinin bilmem ne kadar kalınlığını hesap edememişim, Down sendromu çocuk gelmiş ve ondan sonra benim diplomamı yırtsanız ne, beni assanız ne? O çocuk ne olacak? ”



• *“Hastaneyle yapılmış bir laboratuvar anlaşmamız var. Bütün tetkikleri isteyemiyoruz; birinci sıkıntılardan birisi bu. Dolayısıyla, çok basit yapabileceğimiz bazı işlemleri yapamıyoruz. Sabah belli bir saate kadar kan alabiliyoruz. Öğleden sonra alamıyoruz. Biz düzeltmeye çalışıyoruz, hastaneyle belki daha kolay hallederiz, ama bunlar sonuçta çok rahat halledebileceğimiz birçok işi ertelemize neden oluyor. Hastayı gönderiyorsun, yarın gel diyorsun ya da çok basit bir tetkik için hastaneye gönderiyorsun bu da bir defa hastanın gidip gitmeyeceği, yarın gelip gelmeyeceği belli değil. Bir o açıdan sıkıntı, bir de o an itibariyle tabii ki yetersiz kalmış oluyorsunuz. Hastanın yüzünde de, “ne anladık, yani siz sadece burun akıntısına mı bakarsınız?” ifadesi oluyor.”*

• *“Yine çok basit, tam kan falan bakabiliyoruz da, oradan uygun saatte gelirse kurtarıyoruz. Belki en büyük mesleki anlamda kendimizi sıkıntıda hissettiğimiz şey bu. Akciğer filmi çektiremiyorsun, çok basit bir röntgen olanaklarından herhalde hiç yararlanamıyoruz. Görüntüleme ya da yardımcı teknik şeyler, ultrason nereden istenir, nasıl istenir, nasıl yapılır.”*

Hekimlerin, toplumsal sorunların çözücüsü işlevi gördüğü görülüyor. Aile hekimleri belli bir popülasyonla ilk karşılaşan hekimler olarak, hem yoksul hastaların sorunlarını çözmek, hem izne ihtiyacı olan işçilerin ve öğrencilerin rapor taleplerini karşılamak gerçeği ile karşı karşıyalar. Bu sorunlar çoğu kez hekimleri yasal olmayan işlemler yapmak zorunda bırakıyor. Böylece hem etik ikilemler hem de vicdani kaygılar yeniden devreye giriyor.

• *“Özellikle gecekondü bölgelerde, varoş bölgelerde çok fazla güvencesiz hasta var. Yani, Yeşil Kart’ları da yok, hiçbir şeyleri yok. Hep birbirlerinin üzerine ilaç yazdırma üzerinden, muayeneyi bir şekilde birinci basamakta oluyorlar. Ücretsiz, ama ilaca geldiğinde, komşusunun, eşinin, dostunun karnelerine, Yeşil Kart’larına yazdırıyorlar. En büyük sıkıntılardan birisi tabii...”*

• *“Hiçbir güvencesi olmayan çocuk pnömoni, yani o ço-*

*cuğun antibiyotik kullanması gerekiyor. Eğer ilaç bulamıyorsan orada, başka birisinin üzerine, karnesinin üzerine yazıp, ben çok rahat veriyorum yani. Vicdanla, etik şey arasında kaldığımda, halkın da o sağlık hizmetinden faydalanmasının gerektiğini düşündüğüm için, yanlış olduğunu bildiğim halde yapıyorum zaman zaman. O konuda ben hep çelişkide kalıyorum.”*

• *“Sosyal güvencesi yok, bunun ilacını buna yazar mısın?” diyor. Mesela, ben asla yazmıyorum.”*

• *“Kadın getiriyor. “Şu ilacı yazdıracağım” ne yaparsınız? Yani, kimisi kronik hastalar, o kolay, bir diyabet ilacı, bir tansiyon ilacı yazarsın. Yazmasan, adam tedavi alamayacak, böyle bariz bir rahatsızlığı var, halledilebilecek bir şey. Acile gitsin desen, belki oraya da gitse ulaşamıyor. Çok yoğun aciller, yazarım desen bir başka dert. O zaman da böyle mesleki olarak rahatsız oluyorsun, görmeden ilaç yazıyorsun. Ya da işte rapor almaya geliyor öğrenci, vermem ben, nasıl vermezsin sınıfta 30 kişiden 25’i almış o raporu, 5’i almamış. O 5 tane sahipsiz çocuk mu suçlu? Yani, sana “ister ver, ister verme” diyor. Doğrusu vermemek, ama 25’i almış, biliyorsun ki 25’i de sağlamken almış bu raporu. Dolayısıyla, bütün o etik mesleki bilgilerin dışında, bir de toplumsal adaleti sağlamak gibi bir görevle, “ben de bu 5 çocuğa veririm o zaman” diyorsun kendince. ”*

• *“İşte arkadaşlar, biz bunların sorumlusu değiliz, biz bunların mağduruyuz ve mağdur olduğumuz bir konu üzerinde çözüm merci olarak vatandaşını önüne atıldık, ortada da kaldık”.*

Sağlık alanına hakim temel duygunun güvensizlik olduğu görülüyor. Bakanlık hekimlere, hekimler hastalara ve birbirlerine güvensizlik duyuyor. Bakanlığın hekimlere güvensizliğinin bir sonucu da aile hekimlerine ceza puanı uygulaması. Bu yolla siyasi bir denetim de sağlanmış oluyor.

• *“Şimdi, bakanlık doktorundan nefret ediyor. Toplum doktoruna güvenmiyor ve nefret ediyor. Doktor toplumu*

ve bakanlıktan korkuyor. Artık bu korku mesleğimizi özgür icra etme noktasında bizi sınırlandırıyor.”

• “Bizim üzerimizdeki en büyük baskı “cezalandırma” diye bir puanlandırma sistemi var. Yaklaşık benim gördüğüm kadarıyla 20-25 maddeden falan oluşuyor. Yani, her şeyden puan verip, ceza puanı verip, iki yıl içinde 100 puana ulaştığında da, sözleşmeni feshetme yetkisine sahip sağlık müdürlüğü. “Çalışırken önlük giymedin” ceza puanı, “herhangi bir ilaç firmasının bir broşürü var” beş puan. “Verileri düzgün tutmadın 20” puan. Biraz önceki çalışma dediğim, “obezite takiplerini istediğimiz şeyde yapmadın, 20 puan” böyle bir sürü puanlama sistemi var. O puanlamaya göre de yani istediği zaman, istediği aile hekiminin bugünkü koşullarda, Ankara’da sözleşmesini ben diyeyim üç ay, söz deyin altı ayda feshedebilir.”

• “O kadar sübjektif şeyler var ki, yani toplum sağlığından gelen denetlemecilere herhangi bir şekilde olumsuz davrandığınızda, on puanınız kesiliyor. Tamamen, sübjektif bir şey, yani denetlemeye geldiğinde, herhangi bir şekilde onların dediğine göre yüzün asıksa, on puanın kesilebilir. Bu yüzden, en büyük şu anda uygulama var, ama en büyük bizim üzerimizde baskı oluşturacak şeylerden birisi bu cezalandırma, yani çalışma özgürlüğümüzü ya da işte hekim özgürlüğünü engelleyecek en büyük şeylerden birisi, o olarak görüyorum kısa sürede. ”

Aile Hekimleri, kendileri için öngörülen esnek mesai uygulamasının, baktıkları hasta yükünü arttıracakını, dinlenmeye ayrılan zamanın daralacağını, birlikte çalıştıkları sağlık çalışanlarının da mesailerinin ve iş yeri giderlerinin iki kat artacağını ifade ediyorlar.

• “En önemli şey aslında, esnek mesai dayatması. Çalışma yönünden önemli. Haftalık 14 saatini mesai saati, sabah 8-5’in dışında yapın ve o saati de kullanabilirsiniz diyorlar.. Böyle olunca, esnek mesaiye kaydırıldığın saatteki hasta diliminde diğer arkadaşların bakıyor. ASM’deki (aile sağlığı merkezi) çalışanlara ayrı bir iş yükü getiriyor. Şu anda belki uygulanmıyor. Pratikte uygulanmıyor, ama

*büyük bir ihtimalle bunun devamında cumartesi pazar da çalışın diyecekler."*

• *"Katki paylarından dolayı aciller işlemez duruma gelmiş durumda. Dışkapı Hastanesi bile, 600-700'ken, şu anda 1300-1400'e çıkmış. Eski, SSK dönemindeki sayılara ulaşmaya başlamış. Öyle olunca, büyük bir ihtimalle bütün çevredeki, ildeki aile sağlığı merkezlerini, özellikle akşam 8-9'a kadar çalıştırmayı planlıyorlar. Haliyle ben aile sağlığı merkezinde çalışıyorum. Ben saat 12'de gideceğim öğlen, akşam 8-9'a kadar çalışacağım, arkadaşım aynı sabah 8'de gidecek, hem benim hastama bakacak, hem kendi hastasına bakacak. Yani, iş yükü iki kat artacak, ama çalışma saati olarak diyecek ki, siz yine 8 saat çalışıyorsunuz..."*

• *"Tek bir hekim durmayacak. Personeliniz ona göre duracak, mesai vereceksiniz. Elektriğiniz, doğalgazınız ona göre, yardımcı personeliniz ona göre. O manada da sadece bu esnek mesai fiziki olarak bizleri çok yoracak, ama onun ötesinde ekonomik olarak maliyet açısından da oldukça yüksek maliyetler getireceğini düşünüyorum."*

Aile hekimleri bir yandan poliklinik yapmak, öte yandan verili nüfusa ulaşmak zorundalar. Yetersiz yardımcı personelle bunu gerçekleştirmeye çalışmanın sıkıntısını ifade ediyorlar.

• *"Gebe takibi var, aşı var, obezite izlemi var. Öyle kapıda asılı olunca zaten, , yaptığım işlere bakıyorsun, günlük işlere bakıyorsun. Bir de envanterine bakıyorsun, envanterde çelişen şeyler çıkıyor sonuçta. Hasta sayısı çok fazla olduğu için, standartlarda yapamıyorsunuz."*

• *"TÜİK bir rapor yayınlıyor, Ankara nüfusu yayınlandı. Resmi kayıtlı nüfusu. Ben bunu 1247 aile hekimine böldüm, 3800 kişi çıktı. Şu anda, bakınız bunun içerisinde öğrenciler yok. Bunun içerisinde yabancılar yok, bunun içerisinde kayıtsızlar yok. Bunun içinde mevsimlik işçiler vesaire yok. Bunların hiçbirisi yok. 3800, 1200 aile hekimi devletin resmi rakamı."*

• “4 bin nüfusa ulaşmak çok zor. Siz hâkim değilsiniz nüfusa. Hani ETF’ye (ev halkı tespit fişi) de çıktığınız zaten, gezmeyi de yapsanız, tek bir hemşireyle, çalışanla, bir doktorla bunu yapmanın çok imkânı yok. Ona ulaşamıyorsunuz, ama algı olarak zaten seni ilaç yazdırılacak kesim olarak görüyorlar. Onun ötesinde de ciddi olarak da sayısal yetersizliğimiz de ortada. ”



## Bitirirken...

Modern hekimlik mesleğine gizil güçlere sahip büyücüden hekime ulaşılmasını sağlayan temel etmen sağlığını yitirmiş ve yeniden kazanmak isteyen insanın bizzat kendisidir. Bu nedenle sağlığını kaybetmiş ve yeniden kazanmak isteyen (hasta) bir insan olmaksızın hekim de var olamaz. Dolayısıyla hekimlik mesleğine, sağlığa ilişkin olarak kullanılan tüm kavramlar hasta ile ilişkilendirilmeksizin ve ondan kopuk olarak yalnız ve yalnızca mesleğin kendisine ait olarak ele alan yaklaşımlar, hekimlik mesleğinde yabancılaşmayı, bozulmayı beraberinde getirmektedir. Bu yabancılaşma, bozulmayı yaratmaya yönelik politikalar ve kavramlar hekim hasta karşıtlığını doğurmaktadır. Hekim ve hastayı, birbirlerinin karşıtı olarak (birisinin yararına olanın diğerinin zararına yol açtığı) algısının hastalara ve topluma benimsetilmesine yönelik yoğun bir çaba yürütülmektedir.<sup>11</sup> Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı içerisinde üretilen

<sup>11</sup> Bu çalışmamız basım aşamasında iken haber merkezlerine Sağlık Bakanlığı'nın yeni bir hazırlığı yansıtıldı:

### **7 bin sağlık ajanı geliyor!**

*Sağlık Bakanlığı'nun sınavla alacağı 7 bin 'Fahri Sağlık Gözlemcisi', hastaneleri denetleyip rapor tutacak.*

*Bugün'den Tuğba Ergin'in haberine göre Sağlık Bakanlığı, 'Fahri Sağlık Gözlemcisi' uygulaması için kolları sıvadı. Vatandaşlar arasından seçilecek gözlemciler, hastaneleri mercak altına alacak. Müfettişler, temizlik, hastaya gösterilen ilgi, personel ve malzeme eksikliği, sağlık görevlilerinin mesaiye uymaları, mahremiyet, hasta hakları ihalleri ve faturalandırma konularında gözlem yapacak.*

*İlk aşamada gözlemci olarak 7 bin kişi görevlendirilecek, gerektiğinde sayı iki katına çıkarılacak. Görev süresi 2 yıl olacak ve iki defa seçilebilecekler. Sağlık Bakanlığı'nın oluşturacağı komisyon tarafından her ilin ihtiyacı ile eğitim ve yaş kotasına uygun olarak adaylar arasından seçim yapılacak. Fahri Sağlık Gözlemcileri'nin en az ilköğretim mezunu ve 25 yaşında olması, kamu hizmetlerinden yasaklı olmaması ve bilgisayara kullanmayı bilme şartına sahip gönüllüler 3 günlük eğitimden geçirilecek. Gönüllülere ücret verilmeyecek ve kimlikleri gizli tutulacak. Gözlemciler, denetlemelerini ancak kendileri veya refakat ettikleri yakınları için sağlık hizmeti almak amacıyla hastaneye gittiklerinde yapabilecekler.*

yeni kavramlar yada daha önde kullanılan kavramlara yeni anlamlar yüklenerek eski anlamlarının yitirilmesi bu zemini oluşturan, pekiştiren bir işlev görmektedir. Bu çabanın gerek hastalar gerekse hekimler içerisinde belli bir etkinliğe de ulaştığı da söylenebilir.

Bu nedenle 'hekim bağımsızlığı' çalışmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın oluşturduğu ve sıklıkla kullanılan kavramlar dünyasında yer edinmiş bazılarını kısaca göz atılırsa;

**Hasta hakkı;** bu kavram hasta hekim karşıtlığını üretmekte, hastalar bu kavramda kendilerinin hekime karşı korunmasını bulmaktadır. Hekimler de hastalara karşı kendilerini koruma refleksiyle 'hekim hakları' ile karşı bir konuma geçebilmektedir.

**Zorunlu mesleki uygulamalar sigortası, Defansif tıp;** vb tanımlamalar hekim hasta karşıtlığının, çatışmasının kışkırtılması sonucunda ortaya çıkan olumsuz sonuçlara çözümler üreterek yaratılan durumun da kalıcılaştırmanın kavramlarıdır.

**Hekimlere ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet,** sağlık kuruluşlarında daha önceki dönemlerle karşılaştırılmayacak bir orana çıkan hasta ve hasta yakınlarının başvurduğu şiddet, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kaçınılmaz sonuçlarından biri olarak sıklıkla koşulan bir konu haline gelmiştir. Bu şiddetin hekim hasta birlikteliğinin karşıtlık durumuna dönüştürülmesine paralel bir seyir izleyeceği söylenebilir.

**Performans,** daha çok hastaya bakmak, daha fazla işlemler yapma olarak sıklıkla kullanılan bir kavram olarak dilimizde ağırlıklı bir yere sahiptir. Aynı zamanda hekimlerin alacağı ücrettir. Aynı zamanda hekimler arası rekabet ve meslektaşının rakip haline gelmesidir. Aynı zamanda günümüzde özel hastanelerde çalışan hekimin işten çıkartılması ve kapının önüne konmasıdır. Hekim hasta birlikteliğinin maddi temelde ayrıştırılması, gereksiz tıbbi girişimlerin yapılması, hasta ve hekim amaçlarının farklılaştırılması ve karşı karşıya getirilmenin somut ifadesidir. Karşılıklı güven ve içtenliğin ortadan kalktığı 'her iki tarafında' kendi menfaatini gözettiği aynı zamanda da kendini korumaya çalıştığı bir düzeneği anlatan kavramdır. Varlığını sürdürdüğü zaman diliminde hekim hasta birlikteliği, güven ve ortak duygu sürekli aşınacaktır.



**BUT, SUT, İdari baskı, Kadrolaşma, Mesleki Bağımsızlık;** Hastaların dışında hekime ait olan ve sadece onu ilgilendiren, geniş toplum kesimlerinin ve hastaların ilgi alanında yer almayan kavramlar olarak görülebilir. Oysa hastanın sağlığına yeniden kavuşmasında hekimin idari, mali ve sosyal hiçbir baskı altında olmaksızın bilgi ve becerisini tıbbi bilimsel temellerde o hastanın yararı için özgürce kullanabilmesi, yani hekim bağımsızlığı, hastanın yararı /sağlık hakkı için hekime sağlanan bir güvencedir. Dolayısıyla hekimlik mesleğine ait bir kavram olmanın ötesinde hastanın sağlığını yeniden kazanmasının temel ilkesidir. Olmazsa olmazdır.

**Tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi;** hekim adaylarının ve uzman olmak isteyen hekimlerin tıp ve uzmanlık eğitimine ilişkin yaşadıkları tüm olumsuzluklar kendi sorunları gibi görülse de yeterli mesleki eğitimi almamış hekimin her türlü hatası ve başarısız uygulamalarının doğrudan mağduru hastalardır. Dolayısıyla hekimin gerekli her türlü tıbbi bilgiye sahip olması, tıbbi girişim becerilerini kazanması ve bu bilgi ve becerilerini en iyi şekilde kullanılacağı bir ortamın sağlanmasından en fazla yarar sağlayacak kişide hastanın kendisidir.

**Müşteri, Sağlık işletmesi;** Hasta kavramı yerine müşteri, hastane yerine de sağlık işletmesi kavramlarının getirilmesiyle hem hastalar hem de hekim/hastane nezninde önemli bir zihinsel dönüşüm, davranış değişikliği amaçlanmaktadır. Hastanın müşteri haline gelmesiyle birlikte kendisine daha fazla değer verileceği dolayısıyla da daha iyi hizmet alacak bir konumda olacağı söylenilmektedir. Evet, müşteri önemlidir mesajı verilmektedir. Benzer şekilde sağlık işletmesi de hastanın isteklerinin yerine getirildiği ve müşteri memnuniyetinin sağlanması için daha dikkatli ve daha özenli davranıldığı, anında isteklerinin karşılandığı vb. sağlandığı bir yer olarak sunulmaktadır. Hastaların müşteri davranışları göstermeleri ve sağlık kuruluşlarının da işletme gibi davranması bu sağlık kuruluşunda görev yapan hekimleri de işletme çalışanı durumuna getirmektedir. Bu ortamda hasta hekim birlikteliğine ilişkin tarihsel süreçte oluşturulan tüm anlayışlar, değerler, duygular ve davranış kalıpları anlam yitimine uğramaktadır.

Hekimlerin önemli bir çoğunluğu tarafından, ülkemizdeki

sağlık sisteminde hasta hekim arasına paranın girmesinin hasta hekim ilişkisinde, mesleğin kendisinde bozulmalara neden olacağı sürekli dile getirilmiştir. Bu haklı eleştirilerin işaret ettiği gibi hasta hekim ilişkisindeki bozulma ve güven ortamının tahribi politikacılar tarafından kullanılarak daha iyi bir sağlık ortamı oluşturulacağı algısı yaratılmıştır. Bu zeminde gündeme getirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hasta hekim arasında parayı ortadan kaldırıyoruz söylemleri adı altında sağlık sisteminde para tek geçerli akça kılınmıştır. Hasta için var olan hekimlik mesleği de kendisi için var olan bir meslek haline getirilmek istenmektedir.

Birçok ortamda dile getirilen sağlık hizmetlerinde paranın egemenliği, sağlığın ticarileştirilmesine yönelik olarak 'herkese parası kadar sağlık' tanımlaması yeterli parası olmayan hastaların sağlık hizmetinden yararlanamayacağına ilişkin bir eleştiriyi ifade etmektedir. Yoksul ve dar gelirli toplum kesimlerinin sağlık hizmetlerine ulaşamayarak mağdur olacaklarını açıklar. Maddi olanaklara sahip toplum kesimlerinin ise sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabilecek olmaları onların daha iyi sağlık hizmeti alacakları ve hekim seçme hakkına sahip olabilecekleri düşüncesi de doğru değildir. Parası olanın daha fazla sağlık hizmeti kıskırtmasına maruz kalması ve daha fazla talepte bulunmasının sağlanması onları gereksiz birçok tıbbi uygulama ile karşı karşıya getirebilecektir. Bu kesimin de hizmete kolay ulaşmanın mağduru haline gelebilecektir. Hekimlik mesleğinin temel yaklaşımlarından birisini oluşturan 'önce hastaya zarar vermemek' ilkesinin çiğnenmesi, para sahiplerini, maddi olanaksızlıkta yoksul toplum kesimlerini mağdur edebilecektir. Dolayısıyla hekim hasta birlikteliğini parçalayan, karşı karşıya getiren tüm girişimlerin yoksul varsıl tüm insanları mağdur edeceği açıktır.

Hekim hasta birlikteliğinin parçalanarak, hekim ile hastanın karşı karşıya getirilmesi sonucu ortaya çıkan olumsuzluklar hastaları olduğu kadar hekimleri de etkilenmektedir. Tüm hekimlerin ve hastaların yaşanan olumsuzluklar ve olumsuzluklara ilişkin iyi ve kötü anıları vardır. Hekim ile hastanın karşı karşıya getirilmesine ilişkin bir hastanemizde yaşanan gerçekliği, hasta ile hekimi çatışmaya iten yaklaşımı sizlerle paylaşmak isteriz.

Doç.Dr.Y.K.

İnsanın başına hayatta her şey gelebilir. Metanetle karşılaşmak gerekiyor. Ben de öyle yapıyorum. Sizleri de ilgilendireceğini düşündüğüm bir konuyu sizlerle paylaşmak istiyorum.

Hasta hakları bölümünden şöyle bir yazı aldım. *'Haziran 2006 tarihinde, E. K. tarafından hasta hakları sayfasına yapılan müracaatta şahsınızla ilgili olarak aşağıda tarih ve içeriği belirtilen konularda Hasta Hakları Yönergesinin ilgili hükümlerine uymadığınız belirtilmiştir. Konuya ilişkin açıklamalarınızın .. Haziran 2006 tarihine kadar birimize ulaştırmanız'* diye.

Yapılan müracaatın içeriği:

*12.Temmuz tarihinde daha önce randevu aldığımız EEG çekimi için hastaneye geldik saat 7.45 de giriş yapıldı ve EEG servisinde beklemeye başladık sıramız geldiğinde içeriye alındık çocuğun yaşı küçük olduğu için uyuması gerekmekteydi bu nedenle çocuğu gece yarısından itibaren uykusuz bırakmıştır, Çocuk uyumakta idi fakat oradaki bayanın anlamsız agresifliği ve kaba hareketleri sayesinde kabloları takarken çocuk uyandı ve korktu. Ne güçlüklerle bir defa daha uyuttuk. Tekrar girdiğimizde yine aynı tavır, ukalalık, gürültü. Ve çocuk tekrar uyandı. Uykusu olan çocuk gözlerini dahi kırpmıyor. Netice olarak hastaneden ayrıldık. Şunu da söyleyeyim orada EEG bekleyen yaklaşık benim gördüğüm 7 kişi vardı biri 13 yaşında diğeri de 1 yada 1.5 yaşında. Bir tek onlar tek seferde işlemini bitirdiler. Diğerleri girip çocuklar uyandı için geri çıkıp çocukları dışarıda koridorda uyutmaya çalışıyorlardı. Benim gördüğüm kadarıyla oraya konu hakkında bilgili birazda insani yönü gelişmiş personel yerleştirilirse günlük 2 kat hastaya rahatlıkla hizmet verir zannedersem. Durumu bildirmek için başhekim yardımcısı adını hatırlayamıyorum ama soyada A. idi. O kişiye durumu bildirim. Oda bölüm şefi Y. bey diye bir doktora gönderdi. Doktor tabi ye yerinde yoktu ve odası kapalı idi. Benim sormak istediğim biz bu*

*kişilerin kaprisini çekmek zorunda mıyız ? Başhekim yardımcı işi başından savıyor, şefi ortada yok. Başhekimden havalı bir bayan ne olduğu belirsiz kapris diz boyu. Sonuçta çocuğu alıp hastaneden ayrıldık.*

Bana verilen metinde belirtilen yakınma dilekçesi aynen böyleydi.

#### İLGİLİ MAKAMA

Bana iletilen yazıda 'konuya ilişkin açıklamalarımı' biriminize ulaştırmam isteniyor. 'Açıklamalarımı' deyince hangi konudaki açıklamalarımın merak edildiğini ve bu açıklamalarımı hangi makama ve ne amaçla yapacağımı anlamış değilim. Her halde 'Müşteri Hizmetleri Bürosu'na diye başlamanın daha uygun olacağını düşünüyorum. Zira hastanelerimizin özel işletme anlayışı ile organize edildiği, zavallı ve bizlerden yardım uman 'hastalarımızın' müşteri gözüyle bakıldığı bir işletmede, açıklamalarımın başka bir mercii ye yapılması beklenemez.

Çalışan bir görevliden bir konuda açıklama istemek, öncelikle onun suçlu olduğuna, görevini ihmal ettiğine inanmak demektir. Akli başında, ne yaptığını bilen bir merci, böyle bir açıklama istemeden önce konuyu kendisi araştırır, ilgili çalışanlarla görüşür, nedir ne değildir, ne olmuştur, daha sonra bu konunun açıklanması gerekip gerekmediğine karar verir. Eğer aldığı yanıtlar yeterliyse, kardeşim böyle bir şikayetin yeri ve anlamı yoktur, beni ve çalışanımı boşuna meşgul etmeyin diyerek gerekli yanıtı vermesi gerekir. Ama tersini düşünüyorsa, gerek görüyorsa ilgili kişiden açıklama istenir.

Öncelikle benden ne diye açıklama isteniyor? Siz, personelinin her an gidip derdini anlatmak isteyeceği, Sağlık Bakanlığı binasına gittiğinizde, görüşmek istediğiniz bir memur veya amiri odasında bulamadığınızda, 'beni bölümün şefi Y. bey diye birisine gönderdiler, tabi ki o da yerinde yoktu, odası da kapalıydı' diyerek şikayet edebileceğiniz bir merci var mıdır? Yapar mısınız böyle bir şey? Böyle bir

saçma yazıya değer verir misiniz? Ve siz böyle bir şikayet dilekçesi yazmış olsanız, akli başında olan insanlar size bir taraflarıyla gülmezler mi? Be kardeşim bu odada çalışan kişi, senin bu saatte buraya geleceğini düşünerek, işini gücünü bırakıp bütün gün odasında oturup seni mi beklesin? Başka yerde işi olan birisi, bunca hırsızlığın, uğursuzluğun ve arsızlığın olduğu, can güvenliğinin bulunmadığı bir yerde odasını kilitlemeden çıkar mı? Diye sormazlar mı? Ondan sonra bu soruları sorması umut edilen! Kişi veya kişiler kalkıp, bu şikayette bulunan adama karşı, çalışanını sorgular mı?

Açıklamam istenen konu, o adamın, beni 'klinik şefi Y. bey diye bir doktora gönderdi, 'tabi o da yerinde yoktu' sözünün açıklaması mıdır? Bu şikayeti yapan biri için, benim gibi 25 yıllık hekim, 8 yıllık tıp doçenti, 7 yıllık bir Çocuk Nöroloji Klinik Şefi'ne bu şekilde bir açıklama istenmesinden, hekimliğim, insanlığım ve hizmet ettiğim hastanemin adına utanç duydum. Ama şuna inanıyorum ki, bundan utanması gereken ben değilim. Bu açıklamayı benden isteyenler, belki de istemek zorunda olanlardır. 'O adam' beni odamda bulamadığını söylediği zamanlarda oturup çay içiyor ve arkadaşlarımla sohbet mi ediyordum. Tarih vererek söylediği gün sabah 9.30 akşam 16,00 arasında bizzat Çocuk Nöroloji polikliniğinde hasta bakmakta olduğumu biliyor mu bu açıklamayı bekleyenler? Evet bu açıklamayı bekleyenler, bütün gün poliklinikte oturup hasta bakan kaç şef tanıyorlar acaba? Bu açıklamayı benden bekleyen yüksek merciler, T.C Sağlık Bakanlığında, Çocuk Nörolojisi konusunda tek yan dal ihtisası verme yetkisine sahip olan ve yıllardır bu konuda emek harcayan bir klinik şefinden, bu açıklamayı beklerken, hiç mi utanmazlar? Ben beklerdim ki, benden bu açıklamayı isteyen merciler, böyle bir yazıyı yazmadan önce bir düşünmeliydiler. Bunca yıllık çalışması, emeği olan bir hekimden böyle bir açıklamayı istemek bizim için utanç verici bir olay olur diye düşünmeleri gerekmez miydi?

Evet hekim, hemşire, sağlık personelinin haklarının olmadığı bir düzende, hasta hakları diye, göstermelik senaryolar ile uğraşarak iş yapıyor gibi görünmek kadar çirkin bir şey olamaz. Her şeyi çalışandan bekleyerek, öz veriyle çalışan insanları da horlayıp, aşağılayarak kazanç elde edeceğini sananlar yanılıyorlar. Sözü edilen hastanın çocuğunun uyumaması benim ve çalışan arkadaşımın suçum mu? Gidip biz mi uyandırıyoruz hastaları? Uyandırılan tek çocuk hasta o'nun hastası mıymış ? 'O adamın ' dediği gibi benim kaprisim nedeniyle mi çocuğu uyumamış? Poliklinikte hasta bakmak yerine çıkıp 'sayın E. K. beyin çocuğuna ninni söyleyip, kucağımda mı sallasaydım ? Benden ve çalışma arkadaşlarımdan 'açıklama' bekleyen merciler, ne zor koşullarda EEG çekildiğini bilmiyorlar mı? Sanki bize koridorların dışında, iki yatak odalı, bir salonlu bir çalışma yeri verildi de, biz 'sayın E. K. beyin' çocuğunu orada uyutmadık da kendimiz mi gidip uyuduk? Benim çok sayıda asistanım, baş asistanım olmadığını, bu 'açıklamay' isteyen merciler bilmiyorlar mı? Keşke Sağlık Bakanlığı çok sayıda 'yan dal asistanı, baş asistan kadrosu vermiş olsa' da, Kliniğin Şefi olarak, odamda oturup, sayın müşterimiz, E. K. beyin gelişini, kapımı çalışını bekleseydim. O da 'bölüm şefi Y. bey diye bir doktora gönderdi, doktor tabi yerinde yoktu ve odası kapalı idi' demek zorunda kalmasaydı. Çok üzüldüğümün kendisine iletilmesini rica edeceğim.

Bu açıklamayı isteyen kişiler, sözü edilen gün, çalışan arkadaşımın, kaç hastaya EEG çektiğini, kaç kişi için; yeniden uyusun da aman sefil olmasınlar, günlerdir bekliyorlar, işleri bitsin, diyerek, sabırla beklediğini sormuşlar mı? Gelip bir bakmışlar mı nerede EEG çekilir?, nasıl çekilir? Bunun da dışında, bu kişiler hangi hasta ile ilgili açıklama beklediklerini bile belirtme gereği göstermeksizin, bir kişinin, anlık dilekçesi ile ilgili açıklama istiyorlar. Gelip sormuşlar mı açıklama istemeyi düşündükleri hekim, bütün gün ne yapmış, nerede yemiş, nerede dinlenmiş, tuvalete gitmiş mi? Açıklama beklenen kişi bu gün ben ve ar-

kadaşım, yarın hastanede özveriyle çalışan arkadaşlarım olabilir. Onların ne koşullarda çalıştıklarını, hastaları zor durumda kalmasın, sokakta kalıp sürünmesin diye kafa yorarken, onlara en doğru tanı ve tedaviyi yapmayı kafalarında planlarken; muhatap oldukları hasta sahiplerinin ne kadar mağdur, ruh hastası olabileceğini; yerine göre hayatlarını tehdit eden durumlarla karşılaştıklarını ve çaresiz kalabildiklerini düşünmezler mi? Bu koşullarda çalışan insanların hiçbir haklarının olmadığını, kendilerini savunacak bir merciinin bile bulunmadığını bilmezler mi?

Sözümün özü, bana iletilen yazıya verilecek hiçbir açıklanamam yoktur. Gerekli açıklamayı, açıklama yapması gerekenlerin yapmasının uygun olduğunu düşünüyorum. Bu kısa açıklamamı yapmak için ayırmak zorunda kaldığım zaman içerisinde; Çocuk Nöroloji polikliniğinde bekletmek zorunda kaldığım; bekledikleri için bana haklı olarak sınırlanan ve benim de kendilerine kaba davranmış olabileceğim; insana ve hekimine, hemşiresine, sağlık çalışanına sabırlı ve saygılı davranan, kucaklarında çocukları ile bekleyen ve çıkarken Allah size sabır versin' diyerek gönül kazanan hastalarımızdan utanıyor ve kendilerinden özür diliyorum.