

Bakış

editörden

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak 9 yıldır varlığını sürdürüyor. Sağlık-Sen olarak, performans sisteminin miadını doldurduğunu düşünüyor, çalışanların gelirleri üzerindeki belirleyiciliğinin devam etmesini, sağlık çalışanlarına yapılmış büyük bir ayıp olarak değerlendiriyoruz.

Bir ekip çalışmasının ürünü olan sağlık hizmetlerinin geleceği açısından, ekip ruhunu, çalışma barışını bozan performans uygulamalarından vazgeçilmesi gerektiğine inanıyor ve her platformda performansın sağlık sistemi içinde açtığı yarayı gündemde tutmaya devam ediyoruz.

Çünkü, sağlık çalışanları, iş huzuru ve çalışma barışını tehdit eden en önemli sorunu performans olarak görüyor. Performans gelirlerinin toplam gelir içindeki payının düşmesini istiyorlar. Sağlık-Sen'in bu konuda gündeme getirdiği talepler var. Sağlık kurumlarının yöneticileri de sistemin ciddi revizyona ihtiyaç duyduğunu yüksek sesle seslendiriyor.

Performans sistemi ile ilgili tartış-

maların yoğunlaştığı bir dönemde, dergimizin 2013 yılına ait son sayısında performans uygulamalarını dosya konusu olarak bir kez daha ele alıyoruz. Sistemi mercek altına alan ve geleceğe dair öneriler sunan alanın uzmanlarının değerli görüşlerine dergimizde yer veriyoruz.

Sağlık çalışanları açısından bir başka önemli adaletsizlik konusu ise yıpranma payı meselesi. Sağlık çalışanlarının haklı taleplerinin, sağlık çalışanlarının yüklendiği mesleki riskler ve hukuksal haklar çerçevesinde değerlendiren uzman görüşleri de dergimizin gündemi içinde yerini alıyor.

Dergimizin sağlık iletişimi bölümünde ise sağlığın korunması ve geliştirilmesi mücadelesinin ana aktörü haline gelen insanın, sağlık mücadelesine aktif katılımını sağlamanın yollarına ilişkin farklı bir bakış açısı sunulmaktadır.

Zengin içeriği ile Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış dergimizin faydalı olmasını temenni ediyor, tüm okurlarımıza sağlık ve huzur içinde yeni bir yıl diliyoruz...



MEMUR-SEN KONFEDERASYONU
SAĞLIK-SEN
Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları
Genel Yetkili Sendikası
Aralık 2013

SAĞLIK-SEN GENEL MERKEZİ
GMK Bulvarı Özveren Sok. No:9/2
Demirtepe/ANKARA
Tel: 0 312 444 1995
Faks: 0 312 230 83 65
GSM: 0 506 397 92 92
www.saglikxen.org.tr

Grafik Tasarım ve Uygulama
Sedat ALTUĞ

Baskı - Başak Matbaacılık
Anadolu Bulvarı Meka Plaza No:5/15 Gimat
Yenimahalle / ANKARA

Telefon : 0 312 397 16 17
Faks : 0 312 397 03 07
www.basakmatbaa.com.tr
info@basakmatbaa.com



SAĞLIK-SEN ADINA

İMTİYAZ SAHİBİ

Metin MEMİŞ

Genel Başkan

GENEL YAYIN YÖNETMENİ

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Mutlu KAYA

Genel Başkan Yardımcısı (Basın ve İletişim)

YAYIN KURULU

Semih DURMUŞ

Kemal ÇIRAK

Mustafa ÖRNEK

Ekrem YAVUZ

Abdülaziz ASLAN

EDİTÖR

Mutlu KAYA

BU SAYIDA

Doç. Dr. A. İhsan ORAL

Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü Öğretim Üyesi

Engin SABANCI

Başbakanlık Uzmanı

Yrd. Doç. Dr. Gülfer BEKTAŞ

Uzm. Ufuk ALTIN

Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Dr. Muhammed ÖRNEK

Ankara Balgat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Hastane Yöneticisi

Prof. Dr. İhsan KARAMAN

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Prof. Dr. Kudret DOĞRU

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimi

Dr. Mehmet DEMİR

Acıbadem Hastanesi Operasyonel Verimlilik Direktörü

İbrahim ERSOY

Medimagazin

Prof. Dr. Alper CİHAN

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Jülide YILDIRIM

TED Üniversitesi İİBF Ekonomi Bölümü

Dr. Ganime Esra YÜZDEN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Haydar SUR

İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyesi

F. Nihan DEMİRAY

Sağlık-Sen, AR-GE Uzmanı

Murat KALEM

Sağlık Bakanlığı Müşaviri Sağlık İletişimi Uzmanı

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

4 ayda bir ücretsiz dağıtılır.

15.000 adet basılmıştır.

4' Başkan

• **Metin MEMİŞ / Sağlık-Sen Genel Başkanı**

6' Röportaj

• **Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Başkanı Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU**

12' Gündem

• **Doktorlar Hastalara Baktığı Sürece Karşılaşacakları Sorunlar: İşten Kaynaklı Stres, Moral Çöküntü ve Yıpranma**

18' Dosya

- **5510 Sayılı Kanunun Fiili Hizmet Süresi Zammına İlişkin Düzenlemeleri ve 6385 Sayılı Kanunla Yapılan Değişiklikler**
- **Ek Ödeme Sistemimizin 10 Yıllık Performansı**
- **Performans Anksiyetesi**
- **Performans Sistemine Üniversite Bakışı**
- **Sağlıkta Maaş ve Performans Ücreti, Yapılabilecek İyileştirmeler**
- **Performans'ta Dün-Bugün-Yarın**
- **Sağlık Hizmetlerinde Performans ve Yıpranma**
- **Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hakkında Hekim Görüşleri**
- **Hekimlerin Ekonomik Durumunu Düzeltme Maksudlu Bir Ödeme Planı Performans Yönetimi Zannedildi**

Araştırma- İnceleme '60

- Sağlıkta Şiddet Araştırması
- Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Sağlık İletişimi '68

- Sağlık Mücadelesinde İnsanı Nasıl Kazanırız?

Portre '72

- El-Razi

Sağlık Tarihi '76

- Binlerce Yıllık Tedavi Yöntemi;
"Hacamat"



Performans Sağlık Emeğini Değersizleştiriyor



Metin MEMİŞ
Sağlık-Sen Genel Başkanı

“Sağlıkta Dönüşümün mimarlarını, emeğini değersizleştiren uygulamalarla küstürmeyelim. Her gün ve gece toplumun en zor insanlarıyla muhatap olan, hastanın acısını dindirmeden mesaisini bitirmeyen insanlara gelecek kaygısı yaşatmamalıyım. Bu insanları, böylesine fedakarca çalışmaya iten güç, performans sistemi değil, vicdanları ve mesleğine duydukları saygıdır. Aksine performans sisteminde, adil olmayan uygulamalara her gün bir yenisi eklenerek bu fedakarlık ve başarı cezalandırılıyor.”

Son 11 yılda sağlık alanında uygulanan dönüşüm politikaları sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırdı ve sağlık hizmeti talebini artırdı. AB ülkelerinin en az iki buçuk katı iş yükü getiren bu talebi karşılayabilmek için hekimler ve sağlık çalışanları, haftada ortalama 100-120 saat mesaiyle insanüstü bir performans sergilemeye devam ediyor. Eşine az rastlanır bu fedakarlığın, adil olmayan kriterlerle ölçülüp eder biçildiği performans sistemi ise, yıllardır bütün kesimlerin eleştirilerine rağmen varlığını sürdürüyor.

Sağlık Sen olarak performans sisteminin sağlık hizmetlerinde verimliliği ve hizmet kalitesine etkilerini ölçen araştırmalar yaptık, raporlar hazırlandık. Bilimsel kurullar oluşturularak çalıştaylar gerçekleştirdik.

Bu çalışmaların sonuçlarını içeren raporları, kurum idari kurul toplantılarında, toplu sözleşme müzakerelerinde müteaddit defalar muhataplarımıza sunarak, sağlık sisteminin geleceğini tehdit eden bu konuda uyarılarda bulunduk.

“Sağlıkta Dönüşümün mimarlarını, emeğini değersizleştiren uygulamalarla küstürmüyelim. Her gün ve gece toplumun en zor insanlarıyla muhatap olan, hastanın acısını dindirmeden mesaisini bitirmeyen insanlara gelecek kaygısı yaşatmayalım. Bu insanları, böylesine fedakarca çalışmaya iten güç, performans sistemi değil, vicdanları ve mesleğine duydukları saygıdır. Aksine performans sisteminde, adil olmayan uygulamalara her gün bir yenisi eklenerek bu fedakarlık ve başarı cezalandırılıyor.”

Bu ve buna benzer tespit ve eleştirilerimizi, çözüm talepleri-

mizi her platformda seslendiriyoruz. Son olarak Tam Gün Yasasında düzenlemeleri de içeren torba kanun görüşmelerinde siyasilere bir kez daha uyardık.

Siyasi iktidarın tam gün çalışma kararına daha yasa çıkmadan yüzde 90’a yakın hekim destek verdi ve muayenehanesini kapattı. Hekimlerimizin bu desteğine ne yazık ki adil bir yasa ile cevap verilmedi. Hekimler ve sağlık çalışanları, tam gün yasası ile ek ödemede tavan oranlarının kaldırılması, sabit gelirin artırılması, ek ödemelerin emekliliğe yansması, yıpranma payı verilmesi gibi haklı taleplerine karşılık verilmesini bekliyordu. Hatta Sağlık Bakanlığı o tarihte sendikamızın taleplerine hazırladığı taslakta yer de vermişti. Ancak, Tam Gün Yasasını biçimlendiren sahanın gerçekleri değil, sağlığı bilmeyen Maliye’nin tavrı oldu. Özünde doğru olan tam gün çalışma, yasadaki çarpık ek ödeme sisteminin düzeltilmemesi nedeniyle, hekimler tarafından destek görmedi. Yani hekimler, tam güne “evet”, mevcut yasaya “hayır” dediler. Şimdi ise meseleyi sadece üniversite hocaları düzeyinde ele alan bir düzenleme yapıldı ve “ Tam günü biraz esneterek çözüm bulabiliriz” düşüncesiyle daha büyük bir yanlışla yelken açıldı.

Performans sisteminin sağlık çalışanlarını mutsuz ettiğini Bakanlığın memnuniyet araştırmaları da ortaya koyuyor. Bakanlığın araştırmalarında çalışma koşullarından memnuniyet düzeyi yüzde 30-35 düzeyinde çıkıyor. Yani her üç çalışandan ikisi çalışma koşullarından mutsuz.

Sendikamızın yakın zaman önce gerçekleştirdiği Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Durum Belirleme Araştırmasında ise

çalışma koşullarından memnun olduğunu belirten çalışan oranı yaklaşık yüzde 21’dir. Hekimler ve sağlık çalışanları, sundukları sağlık hizmetinin performans uygulamaları ile değersizleştirildiğini düşünüyor. Gelirin yarısından fazlasının performansa bağlı olduğu bir sisteme mahkum olmak istemiyorlar. Sağlık kurumlarının işletme, sağlık hizmetinin gelir getirici iş olarak kurgulayan anlayışın gölgesinde verimli ve nitelikli sağlık hizmeti sunulamayacağına inanıyorlar. Performans uygulamalarının çalışanların motivasyonunu ve çalışma barışını bozduğunu düşünüyorlar.

Yaklaşık 9 yıldır uygulanan performans sistemini sadece çalışanlar değil, sistemin yürütücüsü olan yöneticiler, kalite uzmanları dahi eleştiriyor. Bakanlıkça her yıl düzenlenen performans çalıştaylarında sendikamızın sahanın görüşü olarak yansıttığı eleştiriler katılımcılar tarafından büyük destek görüyor.

Hız. Mevlana adaleti meyve ağacını sulamak, zulmü ise dikenini sulamak olarak tarif eder. Yaklaşık 9 yıldır eleştirilere kulak tıkanarak çalışanlar üzerinde baskı oluşturan performans uygulamaları da bugün sulandıkça büyüyen diken haline dönüştü ve çalışma barışının en büyük düşmanı haline geldi.

Miadını çoktan dolduran bu sistemin gölgesinin ortadan kaldırılması için Sağlık-Sen olarak bir kez daha sağlık yöneticilerini ve politika belirleyicilerini duyarlı olmaya çağırıyoruz.

Bu duygu ve düşüncelerle, yeni yılın başta sağlık çalışanları olmak üzere ülke insanımıza ve dünyaya huzur getirmesini diliyorum.



Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Başkanı

Öncelikli hedefimiz, hasta hakları ve çalışan güvenliğiyle, hasta ve çalışan memnuniyetini gerçekleştirerek insan merkezli bir yaklaşımla, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini en iyi şekilde sunmak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmektir.

Kamu Hastaneleri Birliği uygulamasının geçtiğimiz zaman içindeki performansını nasıl değerlendiriyorsunuz?

663 sayılı KHK ile beraber, kurumsal uzmanlaşmaya dayanan, taşradaki yöneticilerin karar verme imknlerini artırmayı amaçlayan bir yapılanmaya geçilmiştir. Yeni yapılanma, Kurumumuz ve Birlik yöneticileri ile çalışanları nezdinde yeni bir iştiyak ve heyecan meydana getirmiştir. Bu sinerjiyle arkadaşlarımız özverili, etkili ve verimli hizmet sunumu sağlamaktadırlar.

Ancak, yeni yapılanmaların aynı zamanda sancılı bir geçiş sürecini de

içinde barındırdığını gözardı etmemek gerek. Bilindiği ve takdir edildiği üzere, geçtiğimiz on yıllık süreçte, vatandaşımızın sağlık hizmet sunularına, özellikli görüntüleme ve tedavi cihazlarına v.b. erişim sorununu ortadan kaldırıp, erişimi sağlamada ve hizmet kalitesinde çıtayı çok yukarılara çıkardık. Dolayısıyla geldiğimiz noktada, sağlık hizmetleri sunumunda, geçmiş dönemlerdeki gibi çok hissedilir sıçrayışlar yapmalar beklenmemeli. Bununla beraber, geldiğimiz noktada nitelikli

sağlık hizmetlerinde kamu hastaneleri olarak daha ileri noktalara gelmeyi, geçtiğimiz dönemde yakaladığımız başarıları bundan sonra da tekrarlamayı istiyoruz. Nitekim geçtiğimiz yıl içerisinde maliyet etkin sağlık hizmeti sunumu, bazı bürokratik işlemlerin kaldırılarak hizmet sunumlarının hızlandırılması ve hastane randevu sisteminin yaygınlaştırılarak poliklinik kapısında bekleme süreleri düşürülmesi gibi birkaç örneğini verebileceğim başarılı çalışmalar geçekleştirilmiştir.

Kamu Hastaneleri Birliği'ne geçerken hedeflenen konu, profesyonel yönetim idi. Bu hedef geekleştirilebildi mi?

Bilindiği üzere, kamuda bir ilk olan sözleşmeli yöneticinin performans değerlendirmesi (verimlilik uygulaması) 663 sayılı KHK ile uygulanmaya başlandı. Bu uygulamayla Birlikler yöneticileri tıbbi, idari, mali, kalite, hasta-çalışan güvenliği ve memnuniyeti, izlem, veri doğrulama ve yerinde gözlem gibi kriterler üzerinden 6 aylık ve yıllık

aralarla değerlendirilmeye tabi tutulmaya başlanmıştır. Yapılan değerlendirme sonucu, başarılı yöneticiler görevlerine devam ederken başarısız olanların sözleşmelerine son verilecektir.

Ancak, henüz bir yıl geride kaldı ve profesyonel yönetim amacına ulaşıp ulaşılmadığı konusunda net

bir değerlendirme yapmak için bu geçen süre yeterli değildir. Zira, yeni yapılanmalarda mevzuatın değişmesi yanında anlayışların da değişmesi, uygulayıcılar ve uygulayıcıları etkileyen faktörlerin önceki yapıya ilişkin reflekslerinden kurtulması, kurumsal ve sistematik bir yapıya ulaşılması için makul bir sürenin geçmesi gerektiği kanaatindeyim.

663 Sayılı KHK'da 4 yıllık mezunlarının her kademedede yöneticilik yapabileceği hükme bağlanırken, uygulamada bu gerçeklik kazandı mı?



Bu gün itibariyle 87 Genel Sekreterimizin 4' hekimlik dışı meslek mensuplarıdır. Bu tablo, Kurumumuz taşra teşkilatında üst düzey yöneticilerin kahir ekseriyetinin hekimlerden oluştuğunu göstermektedir. Esasen bu çok da yadırganacak bir durum değildir, zira sağlık yönetimde hekimlerin ağırlıklı yer alması beklenen bir sonuç olmalıdır. Ancak mali ve idari alanlardaki yönetimlerin yeterli bilgi ve deneyimi olan

profesyonel sağlık yöneticilerine emanet edilmesini de desteklemekteyim. Nitekim Birliklerdeki idari ve mali başkanlar ile Kurum merkezi daire başkanlarının çoğunluğu hekimlik dışı meslek mensubu arkadaşlarımızdan oluşmaktadır. Bu arkadaşlarımızın deneyimlerinin artmasıyla beraber genel sekreterlik ve diğer üst düzey görevlere artan sayılarda atanabileceklerini düşünmekte ve bunu temenni etmekteyim.

Sağlıkta şiddetin önlenmesine yönelik önerileriniz nedir; konuyla ilgili somut adımlar ne zaman atılacak?

Öncelikle Kurum olarak “Şiddetin Her Türüne Karşıyız, Çalışanlarımıza Güvenli Bir Ortam, Hastalarımıza Güvenli Bir Sağlık Hizmeti İçin Varız” sloganıyla başlattığımız çalışmalarımıza, büyük bir önem vermekte, hassasiyet ile üzerinde durmaktayız. Buna paralel olarak öncelikle, toplumda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda farkındalık oluşturmak için Kurumumuzca hazırlanan, biraz önce belirttiğim sloganları içeren afişleri sağlık tesislerimize asılmak üzere 87 Genel Sekreterliğe gönderdik. Daha sonra, sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanmasına yönelik aşağıdaki düzenlemelerin yapılması hususunda Sağlık Yöneticilerimize talimat verdik.

Sağlık tesislerimizde öncelikle dış güvenliğin sağlanması ve güvenlik tedbirlerinin alınması amacıyla; çalışan güvenliği komitesinin ve programının hazırlanması, çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi ve sağlık taramaları için düzenleme yapılması, çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması, beyaz kod uygulamasına geçilmesi ve fiziksel yada psikolojik şiddete maruz kalan personele adli yardım sağlanması çalışmalarını gerçekleştirdik.

Ayrıca, Kurumlarımızda uygulanmakta olan “Hizmet Kalite Standartları” kapsamında,

çalışma ortamından kaynaklanan risklerin bertaraf edilmesi amacıyla şiddet ve iletişim konularını da kapsayacak şekilde risk değerlendirmesi yapılarak gerekli tedbirlerin alınmasını sağladık.

“Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ” ile acil servisler başta olmak üzere riskli alanlarda güvenlik tedbirleri artırılarak, genel kolluk ve özel güvenlik personeliyle güvenlik kamerası bulundurulması sağlanarak, sağlık çalışanlarımızın şiddet konusunda üst düzey korunması ve şiddet uygulayanların cezalandırılması hususunda sağlıklı verilerin saptanmasını gerçekleştirdik.

Bu bağlamda, sağlık tesislerimizde görev yapan özel güvenlik personeli sayısını 14.845’e çıkardık, sağlık tesislerimize ses ve gece-gündüz görüntü alma özelliği olan kameralar kurduk, yaptığımız çalışmalar ve araştırmalar kapsamında ‘Yüksek Şiddet Riski Öngörülen’ 104 Hastaneye Emniyet Personeli görevlendirilmesini temin ettik,

Diğer taraftan şiddeti azaltmaya yönelik çalışmaların basın mensupları, iletişim uzmanları, idareciler ve sağlık çalışanlarıyla birlikte değerlendirildiği bir sempozyum düzenleyerek ulusal düzeyde sürekliliği olan “Emeğe Saygı Şiddete Sıfır Tolerans” kampanyasını başlattık, bu kampanya kapsamında vatandaş

bilgilendirmek ve toplumsal bilinç oluşturmak amacı ile çalışmalarımız devam etmektedir. Bakanlığımızca şiddetin önlenmesi kapsamında acil eylem planı oluşturulmuş olup, söz konusu planda; Durum Tespiti ve Farkındalık Oluşturma, Takip, Kayıt ve Müdahale Sistemleri ile Koruma Sistemleri, Fiziki Düzenlemeler, Caydırıcılığın Artırılması ve Sürekliliğin Sağlanması, başlıkları altında çalışmalarımız da devam etmektedir. Sonuç olarak;

- Sağlık çalışanına şiddet uygulayanların hukuki olarak cezai yaptırımlarının arttırılması,
- Sağlık tesislerinde fiziki mekânların düzenlenmesi, bekleme alanlarının oluşturulması,
- Hastanelerimizde iletişim personellerinin arttırılması,
- Sağlık tesislerine başvuran hastaların hak ve özgürlükleri konusunda ve sağlık personeliyle iletişim konusunda bilinçlendirilmesi,
- Medyada sağlık çalışanlarına şiddetin önlenmesi için kamu spotlarının hazırlanması ve şiddet konusun da toplumun bilinçlendirilmesine yönelik programların yayınlanması çalışmalarının sağlanması,
- Eylem planını uygulama noktasında taviz vermeden devam edileceği konusunda somut adımlarımız devam etmektedir.

Sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırıcı, onlara katma değer katacak ne gibi çalışmalar yapıyorsunuz?

Bakanlığımız, sağlık alanında sağlıkta dönüşüm programı ile önemli bir değişim gerçekleştirmiştir. Bu dönüşümle başta sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, hizmetlere ulaşımın kolaylaştırılması, bunları yaparken de sağlık çalışanlarımızın içinde bulunduğu maddi ve manevi sıkıntıların giderilmesi hedeflenmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programının hedefine ulaşmadaki başarısının, çalışan sağlık personelimizin memnuniyetiyle doğru orantılı olduğunu farkındaydık. Bu bağlamda;

- Kurumumuza bağlı kuruluşlarımızda personel yetersizliğinin giderilip iş yükünün azaltılması için mütemediyen yeni personel istihdamı gerçekleştirilmektedir.
- Sağlık çalışanlarımızın çalışma alanlarına yönelik fiziki koşulların düzenlenmesi, fiziksel şartları yetersiz olan sağlık tesislerimizin revize edilmesi çalışmaları yapıldı ve halen bu çalışmalar devam etmektedir.
- Ek ödemede yaşanan sıkıntıların ve eşitsizliklerin giderilmesi amacıyla, SBN, Bilgi Edinme gibi iletişim kanalları üzerinden, çalışanlarımızın bu konudaki şikâyetlerini/önerilerini alıp, Kurumumuz Ek Ödeme Daire Başkanlığınca çözüm yolları sunulması ve mağduriyetlerinin giderilmesi sağlanmaktadır.



- İstihdam gücünü çekilen 5. ve 6. Bölgelerde hekimler için daha fazla ücret alma imkânı sağlayan 4924 sayılı Kanuna tabi sözleşme yapılabilmesinin çalışmaları devam etmektedir.
- Çalışma hayatını düzenleyen disiplin amirleri yönetmeliği ve görev tanımlarının yer alacağı mevzuatlar üzerinde çalışmalarda sona yaklaşılmış olup yakında uygulamaya girecektir.
- Fiziksel ya da psikolojik şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla, mevcut uygulamalar gözden geçirilmiş ve bu konuda bir dizi tedbirler alınmıştır.
- Çalışan motivasyonunun artırılmasına yönelik periyodik eğitim çalışmaları yapılmaya devam etmektedir.

Sağlık çalışanlarına fiili hizmet süresi zammı verilecek mi? En çok yıpranan meslekler grubunda olmasına karşın, bu haktan faydalanamıyorlar.

Halen bazı sağlık personelimiz bu haktan yararlanmaktadır. Uygulamanın tüm personelimiz nezdinde yaygınlaştırılması ise takdir edilir ki tek başına Kurumumuzun alabileceği bir karar değil. Bunun için Bakanlığın

mızın yanı sıra SGK, Maliye Bakanlığı ve diğer paydaşların içinde olduğu bir genel politikanın benimsenmesi gerekiyor.

Sağlıkta dönüşüm projesi kapsamında hayata geçirilen "Kampüs Hastane Uygulaması" sağlık hizmetlerinin sunumunu nasıl etkileyecektir?



Mevcut bütçe imkânlarımızla, hastanelerimizin tamamının fizik mekânını arzu edilen seviyeye getirebilmek için 25-30 yıl geçmesi gerekiyor. Şehir Hastanelerinin finans modeli ise bize bu hedefimizi 4-5 yıl içinde gerçekleştirme imkânını sunuyor.

Kampus hastaneler, farklı alanlarda uzmanlaşmış ihtisas hastaneleri, Ar-Ge laboratuvarları, teknoparklar, sosyal tesisler, otel, alışveriş merkezi, konaklama alanları, pek çok ambulansın aynı anda girip çıkabileceği alt yapı planlamaları, hasta yakınları için yapılan otelleri ile sağlık hizmeti sunumunu çok ileriye taşıyacak olan projeler.

Ancak iyi işletilebilmesi açısından şehircilik ve belediye hizmet alt yapısının da iyi olması gerekir. Yaklaşık 20.000 çalışan olduğu ve her gün 50.000 kişinin ziyaret edeceği bir yerin çok büyük alt ve üst yapı desteğine ihtiyacı olacağı muhakkaktır.

Tam Gün Yasası'nın sağlık çalışanları ile hastalar açısından ne gibi getirileri olmuştur?

Tam gün yasaı hekimler açısından adeta bir iş disiplini eğitimi olmuştur. Uygulama –kimi hekimleri- hastalarını muayenehanelerine yönlendirme düşüncesinden kurtarmış, daha hakkaniyetli muayene etme ve tedavi uygulama şansı ver-

miştir. Bu durum hasta memnuniyetini de artırmıştır. Hekimler mesai dışı vakitlerini muayenehanelerinde geçirme zorunluluğundan kurtulmuş, kendilerine ve ailelerine daha fazla zaman ayırma imkanına kavuşmuşlardır.

Hastalar açısından ise, hekime ulaşmada kolaylık sağlamış, cepten sağlık harcaması yapma oranları düşmüş, gidilmek istenen hekimin kamuda ya da özelde adresi sabitlenmiştir.

Kurum Başkanlığınız süresince gerçekleştirmeyi hedeflediğiniz projeleriniz nelerdir?

Öncelikli hedefimiz, hasta hakları ve çalışan güvenliğiyle, hasta ve çalışan memnuniyetini gerçekleştirerek insan merkezli bir yaklaşımla, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini en iyi şekilde sunmak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümler üretmektir.

Bu çerçevede;

- Sağlık turizmi alt yapısını geliştirmek,
- Teşhis ve tedavide en ileri teknolojileri kullanmak,
- Sağlık alanında bölgesel gelişimi tamamlayarak, hastaneler arası hasta naklini azaltmak,
- Hasta ve çalışan güvenliği ve memnuniyetini üst seviyeye çıkarmak,
- Çalışanlar için sağlıklı ve konforlu çalışma ortamları hazırlamak,
- Geçtiğimiz günlerde protokolünü imzaladığımız akreditasyon ve standart sistemi EMRAM (Elektronik Medikal Sağlık Kaydı Adaptasyon Modeli) skorlaması ile hastanelerimizin bilişim teknolojisi seviyesini uluslararası standartlara çıkarma çalışmalarını başlatıyoruz.
- Bu çalışma kapsamında; medikal sağlık kayıtlarını elektronik ortama aktarılması, uygulamanın tüm devlet hastanelerimize yaygınlaştırılması, hasta işlemlerinin mobil ortama taşınmasıyla, bilgiye her yerden her an erişimin ve doğru hasta-doğru ilaç eşleştirmesinin; hastaya ayrılan vakitte ve bakım hizmetlerinin kalitesinde artışın, medikal hatalarda ise azalmanın sağlanması amaçlanmaktadır.
- Önümüzdeki beş yıl içerisinde öncelikle eğitim hastaneleri ve büyük hastanelerden başlamak üzere yılda 200 hastane ile sistemin kurulumuna başlıyoruz, beşinci yılın sonunda tüm hastanelerimizin değerlendirilmesi yapılarak kağıt kullanılmadan tüm işlemlerin elektronik ortamda yapılmasına çalışılacaktır.
- Ayrıca, Bakanlığımız tarafından Sudan ve Somali’de inşa edilmekte olan iki hastanenin 2014 yılı itibarıyla açılışı yapılacak ve 5 yıl boyunca Kurumumuzca yönetilecektir. Yine TİKA tarafından yurt dışında yapılan hastanelere kurulum ve donanımları hususunda teknik destek verilmeye devam edilecek,
- Sağlık alanında ikili işbirliği kapsamında anlaşma yapılan ülkelerden (şu an 7) belli sayıda hastayı Ülkemize getirerek burada tedavilerini yapıp tekrar ülkelerine gönderilmektedir. Bu sayıya önümüzdeki yıllarda başka ülkelerinde katılması planlanmaktadır.



Doktorlar Hastalara Baktığı Sürece Karşılaşacakları Sorunlar: İşten Kaynaklı Stres, Moral Çöküntü ve Yıpranma

Bu sorunların nedenleriyle baş edememenin imkansızlığı ve bunun doğurduğu bir gerçek: "Yıpranma Payı"

Engin SABANCI
Başbakanlık Uzmanı

MORAL ÇÖKÜNTÜSÜ VE YIPRANMA TÜM SAĞLIK HİZMETİ SAĞLAYICILARININ SORUNUDUR

Sağlık personelinin etkili bir şekilde işini yapması yönündeki beklentiler gün geçtikçe artmaktadır. Üstelik, doktorlardan bunu sabit ve kısıtlı kurumsal kaynaklara karşılık, yoğun hasta taleplerinin olduğu bir çalışma ortamında yapması beklenmektedir. Yüksek mesleki talepler, bir takım limitler, sağlık personeli arasında yıpranma ve moral çöküntüye neden olmaktadır. Yıpranma işle ilgili ortaya çıkan bir stres durumudur. Yüksek moral çöküntü, düşük iş tatminine ve yıpranmaya neden olmaktadır. İşten kaynaklı bir akıl sağlığı rahatsızlığı olarak tanımlayanlarda vardır.¹ Özellikle acil servis çalışanları arasında yüksek düzeylerde yıpranma veya moral çöküntüsü oluştuğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır. Ancak, yıpranma veya moral çöküntüsü, doğası gereği sadece acil servis, yoğun bakım, 112, birinci basamak

hekimler ve diğer bazı risk alanlarına mahsus değildir. Bu servisler, yıpranma ve moral yıkıntısının da ötesinde, agresif veya saldırgan hasta ve hasta yakınları, kalabalık ve daha stresli çalışma ortamı gibi problemlere maruz kalmaktadır. Yıpranma ve ona neden olan işten kaynaklı stres ve moral çöküntüye neden olan faktörler ise daha çok çeşitlidir. Örgütsel yapıdan, sağlık sisteminden, hastane dışı faktörlerden, bireysel nedenlerden, bunların bir kaçından veya hepsinden ileri gelebilmektedir. Mesleki boyutu da bulunmaktadır.

Yıpranma payı bir kanun tasarısı olarak teklif edilirken iki hususta yanılığa düşülmektedir. Birincisi, yukarıda ifade edildiği üzere sağlık hizmetlerinin belirli bir kısmında yıpranmanın çoğunlukla oluştuğu düşünülmektedir. Bu düşünceye se-

bep olan neden bu servislerin daha göz önünde olması ve tüm hizmetlere yönelik araştırma eksikliğidir. Bu eksiklik yabancı literatürdeki çalışmalar değerlendirilerek giderilebilir. İkincisi, yıpranma için mesleki zorluktan öte fiili, sözlü saldırı, şiddet vb. durumla karşılaşılıyor olmasının aranmasıdır. Yıpranma, sağlık sistemi çok iyi işlese, mevzuat, idari yönetim çok yerinde olsa dahi doktorlar hastalara bakacağı müddetçe ortaya çıkacaktır. Kaldı ki, batılı ülkeler dahil hiçbir ülke henüz yıpranmaya neden olan faktörlerin önüne geçebilmiş değildir. Bu faktörlerin kaldırılmasının neredeyse imkansız ve yüksek maliyetli olduğu bir durumda geriye tek bir hakkaniyetli seçenek kalmaktadır: Başta doktor ve hemşireler olmak üzere sağlık personeline, servisin niteliği göz önünde bulundurularak, belli oranlarla yıpranma payı verilmesi.

MORAL ÇÖKÜNTÜSÜNÜN TANIMI, BİLEŞENLERİ VE SEBEPLERİ

Moral çöküntüsü, bir duyarsızlaşma, duygusal tükenme ve düşük kişisel başarı hissi sendromu olarak tabir edilmektedir.² Tanımdan da anlaşılacağı üzere moral çöküntüsünün üç bileşeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki, artan duygusal tükenmişlik hissidir. Hususen yardım mesleklerinde çalışanların moral yıkıntısı ve duygusal tükenmişliğe kapılması diğerlerine nazaran çok daha olasıdır. Bu duygusal tükenmişlik, hastaların ve hasta yakınlarının aşırı duygusal ve psikolojik talepleri sonucu oluşmaktadır.³

Moral çöküntüsünün ikinci bileşeni, hastaların kişisizleştirilmesi ve ayırt edilememesidir.⁴ Kişisizleştirme, yardım personelinde kriz zamanlarında oluşan yoğun duygusal canlanmayı minimize etmek için kullanılmaktadır.

Moral çöküntüsünün üçüncü bileşeni ise, yardım personelinin kendisini, hastalarına koydukları teşhisler ve yaptıkları müdahalelerle ilgili olarak negatif bir şekilde değerlendirmeye tabi tutma eğilimidir.⁵ Doktorlar arasındaki moral çöküntüyü, sağlık hizmeti içerisinde büyüyen ve çalışanlarını pek çok şeyden mahrum bırakan psikolojik bir kanser olarak da tanımlanmaktadır.⁶

Sağlık görevlileri ve acil servis çalışanları moral çöküntüsü ve yıpranmaya en fazla hedef olan personeldir. Acil servis çalışanları günlük olarak insani dramalara ve yaralanma, sakatlanma ve ölüm gibi kronik strasörlere maruz kalmaktadır. Ayca, çoğu zaman çok iyi donatılmış hastanelerde çalışmaktadırlar. Yapmaları gereken müdahaleyi hemen yakın çevreleri içerisinde, çoğunlukla da fiziksel tehdit altında

yapmak durumundadırlar. Müdahale performansları, sıklıkla, üçüncü kişilerin ve hastaların - içinde buldukları- durumundan dolayı sarsıntı geçirmiş akrabalarının gözetimi altındadır.⁷

Hastane acil servislerine ve mesleki strese yönelik yapılan araştırmalar, bu servislerin idari ve operasyonel niteliklerinin acil servis çalışanlarının mesleki streslerinin en önemli belirleyicileri olduğunu ortaya koymuştur.⁸ Gelişmiş ülkelerde dahi*, sıkı kemer sıkma politikası ile yürütülen acil servisler çok ciddi boyutta aşırı kalabalıklarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu servislerde çalışan hekimler, kendilerini kritik kaynaklara erişmenin sınırlı olduğu, bu kaynakların bulunabilirliğinin azaldığı ortamlarda, tabiri caizse, didiniyor olarak bulmaktadır. Ciddi boyutlardaki kaynak sıkıntısı, he-

* ABD 2002 yılı ulusal anketinde, hastane acil servislerinin %90'ının tam kapasite ve aşırı kapasite ile çalıştıkları belirlenmiştir.



Genel olarak tüm sağlık çalışanlarının tespit ettiği en stresli etmenler şu şekildedir: ölüm (özellikle bebek ve çocuk ölümleri) ve ani ölümler, yaralanmış veya dövülmüş çocuklar, kan dondurucu görüntü ve sesler, gereksiz telefonlar, madde bağımlısı hastalar, kitle zaiyatları ve kendi sağlığı ve yaşamlarına dönük tehditler.

kimlerin iş tatminini büyük oranda azaltabilecek potansiyel bir etkiye sahiptir.⁹ Mevzuat karmaşıklığı ile başatmak idari nedenlerden kaynaklanan stresörler arasında sayılmaktadır.¹⁰

Aşırı kalabalıklar ve acil servislerin imkânlarına yönelik yoğun talepler bir dizi problemi beraberinde getirmektedir. Bu problemler arasında; ambulansların geri çevrilmesi, hasta nakillerinde bazı anlarda ambulans bulunamaması, hastalar için uzun bekleme süreleri, bu nedenle bekleyenlerin yaşadıkları (ve yaşattıkları) sıkıntılar, telaşlı ve hoş olmayan bir tedavi ortamı ve potansiyel olarak kötü hasta akıbetleri verilebilmektedir.¹¹

Hastane ortamı dışında sağlanan acil tıbbi hizmetler ise çoğu zaman daha tehlikeli bir çevrede sunulmaktadır. Karanlık, olumsuz hava koşulları, zor araziler ve öngörülmeyen diğer tehditler bu hizmetlerde çalışanlar üzerindeki psiko-

lojik baskıyı artırmaktadır.¹² Bahsi geçen çevresel stresörlere ilave bir diğer faktör, acil servis çalışanlarının başarılı bir şekilde performans göstermeleri yönündeki sürekli oluşan baskıdır. Yıpranma sonucu, göstergeleri yanlış tanı koyma, iletişim becerilerinde eksiklikler, hastaların şikayetlerini önemsizleştirmek olan genel iş performanslarında düşüş görülebilmektedir.¹³

Acil servis çalışanlarının maruz kaldığı stres sahada tecrübe ettikleri ile sınırlı kalmamaktadır. Monoton evrak işleri, idari destek eksikliği, düşük ücretler buna karşılık uzun çalışma saatleri, düzensiz vardiyalar, hastane personelinin ve emniyet görevlilerinin kinik tavırları önceliklerle birleşerek bu stresi daha da arttırmaktadır.¹⁴

Genel olarak tüm sağlık çalışanlarının tespit ettiği en stresli etmenler şu şekildedir: ölüm (özellikle bebek ve çocuk ölümleri) ve ani ölümler, yaralanmış veya dövülmüş

çocuklar, kan dondurucu görüntü ve sesler, gereksiz telefonlar, madde bağımlısı hastalar, kitle zaiyatları ve kendi sağlık ve yaşamlarına dönük tehditler.¹⁵ Bunlara ilaveten, yüksek iş yoğunluğu, kirz halindeki hastalar, zor başa çıkılan ve saldırgan hasta yakınları, aşırı kalabalık, uyku eksikliği, yıkıcı hastalıklara kapılma, saf dışı bırakan travmalar, sürekli değişen iş ortamı, sözlü ve fiziki şiddet, bitikisel hayatlara yol açma, şiddet tehditi, yanlış yapma korkusu, yıpranmaya neden olan etmenler arasında sayılmaktadır.¹⁶ Doktorların, ölmekte olan ya da ciddi bir hastalığı bulunan akrabalarına ve yakın arkadaşına sağlık hizmeti vermesi, bir felaket, görevi başındaki sağlık personelinin yaralanması, ardi ardına veya aynı anda oluşan can kayıpları, yangın kurbanları, suç kurbanları, çoklu travmaya maruz kalan hastalar diğer stresörler arasında sayılmaktadır. Bu hadiselerin sık aralıklarla tekrarlanması ise "Travma Sonrası Stres Bozukluğuna (TSSB)" sebebiyet vermektedir.

MORAL ÇÖKÜNTÜ VE YIPRANMA MESLEKİ BİR SORUN MU? KİŞİLİKTEN AYRI DÜŞÜNÜLEBİLİR Mİ?

Yıpranmaya ve moral çöküntüye alternatif bir bakış açısı sunan çalışmalar bulunmaktadır. Moral çöküntü ve kişilik üzerine yapılan çalışmalarda, itfaiyecilerde duygusal dengesizlik ve ruhsal bir bozukluk tedavisi geçmişinin TSSB'yi,

felakete ve sürekli kayıplara maruz kalma ile olandan, daha iyi bir şekilde öngördüğü görülmüştür.¹⁷ Bir başka çalışmada, kişiliğin işle ilgili stres bozukluklarında önemli bir rol oynadığı bulunmuştur. Kaygılı, karamsar ve stresörlere baş edeme-

yenlerin, işte ve iş dışındaki yaşamlarında duygusal tükenmişlik ve kişiliklendirme yaşayanlarla aynı kişiler oldukları ortaya çıkmıştır.¹⁸ Benzer bir çalışmada, belirli kişilik özellikleri ile moral çöküntünün ilişkili olduğu savunulmaktadır. Daha otoriter

ve bıkkın acil servis çalışanlarının moral çöküntüye daha sık düştüğü söylenmektedir. Kişiliğin belirleyicisi olan, dış dünyayı tanımlamaya ve ona cevap vermeyi sağlayan algılamaların gelişmesini sağlayan hatıratlarında yıpranma ve moral çöküntü ile ilgili olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Hatıratların, kişilik işlevi ve (olaylarla) başa çıkma becerileri arasında ilişkiye dair kanıtlar bulunmuştur. Buna göre, erken hafızada kayıtlı olan faaliyet miktarı ile duygusal istikrar arasında bir ilişki vardır. Erken çocukluk dönemlerinde yaşanan tecrübelerle ilişkin algılamaların stres ile baş edebilme becerisiyle ilintili olduğu bulunmuştur.¹⁹

Bir acil servis çalışanı, kişilik ola-

rak çevresinde olup bitenleri kontrol etmek isteyen, rutin bir hayatı seven biri ise, yıpranma ve moral çöküntünün açık bir hedefi olması kuvvetle muhtemeldir. Çünkü, acil servis hizmeti kontrolün olmadığı bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Acil servis çalışanlarının, hemen yanı başlarında etrafını çevreleyenleri kontrol imkanı bulunmamaktadır. Benzeri bir durum, her durumda herkesi memnun etmek isteyen birisi için de söz konusudur. Çünkü bu kişiler, bu isteklerini tam manasıyla gerçekleştiremeyeceklerdir. Herkesi kurtarma imkanları yoktur. Bir hastalarını kaybettiklerinde kendilerini suçlu hissedeceklerdir. Bu ise onların iş performanslarını etkileyecek, bu şekilde kısır bir döngünün içerisine girebileceklerdir. Bu kişiliklerin

aksine, azimliler, sürükleyiciler ve heyecan peşinde koşanlar yıpranmaya ve moral çöküntüye daha fazla direnç gösterebilmektedir.²⁰

Tabi yukarıda örnek olarak verilen çalışmaların ulaştığı sonuçlar, sağlık sektöründe yaşanan yıpranma ve moral çöküntüyü tek başına açıklaması beklenmemelidir. Erken çocukluk döneminde bir takım olumsuz algılamalar kazanan bir kişi ileride sağlık personeli de olabilir, müzisyen de. Yıpranmayı ve moral çöküntüyü tamamiyle erken çocukluk dönemine bağlamak ve meslekle irtibatlandırmamak yanlış olmakla beraber söz konusu dönemden kaynaklanan boyutunun iyileştirilmesine katkı sağlaması açısından anlamlıdır.

BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE ÇALIŞMA ÖRNEKLERİ

ABD’de yataklı hastalara bakan doktorlar arasındaki yıpranma/moral çöküntü ve tatmin düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bir anket sonucunda ankete cevap veren 816 doktor arasında iş tatmininin yüksek olduğu, bununla birlikte, moral çöküntü belirtilerinin yaygın olduğu sonucuna varılmıştır. Ankete katılan doktorların 29.9%’u mesleki çöküntü belirtilerini bildirmiştir. Bu oranlar, diğer tüm doktorlar için kabaca ulaşılan yıpranma oranları (%2-3) ile kıyaslandığında çok fazladır.²¹ Yıpranmayı en aza indirmek ve iş tatminini arttırmak için doktorlara yönelik programlarda, az tatmin düzeylerinin bulunduğu örgüt iklimi, örgütsel adalet, kişisel zaman ve tazminata odaklanılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu doktor grubunda yer alanların poliklinikte görev yapanlara kıyasla daha yüksek tatmin düzeylerine sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer çalışmalarla kıyaslandığında, söz konusu doktorların moral çöküntü değerlerinin, yoğun bakımda ve acil serviste çalışanlarla benzerlik gösterdiği, cerrahlarınkinden ise daha az olduğu görülmüştür. Çalışmada moral

çöküntü ve yıpranmanın meslekte erken yıllarda mı yoksa daha ileri de mi ortaya çıktığı konusunun aydınlığa kavuşturulması ve moral çöküntü ve yıpranma ile ilişkili meslek ve iş yeri faktörlerin değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.²²

Acil servis ortamlarının, bu servislerde çalışanlar üzerindeki etkileri üzerine yapılan çalışmalarda ise yüksek düzeylerde stres, moral çöküntü ve yıpranma ile düşük seviyede iş tatmini sonuçlarına ulaşılmıştır. Acil servis çalışanlarındaki işten kaynaklı strese neden olan etmenler üzerindeki araştırmalarda yukarıdakilere benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Acil servis çalışanları arasında en çok rapor edilen stresörler; en tersirliden başlayarak, ölümlü vakalar, aşırı gerilme, doğru kararı yanlış başına almak zorunda kalma, endişeli hasta yakınları ile görüşmek, yanlış yapma korkusudur. Doktorlar arasında yüksek seviyelerde izolasyon, umutsuzluk, acizlik ve duyarsızlaşma hisleri çalışmada ortaya çıkarılan sonuçlardır.

2006 yılında düzenlenen Ulus-

lararası Acil Poliklinik Konferansına katılan acil doktorları ve diğer doktorlara yöneltilen bir anket sonucunda, katılımcıların mesleklerine pozitif yaklaşıtları, geniş bir yelpazede serbest zaman, dış mekan ve spor faaliyetlerine katıldıklarını; iş yoğunluğu, vardiyalar, zaman baskısı gibi belli başlı stresörlerle ile baş edebildikleri ve bunun için önemli stratejiler geliştirebildikleri görülmüştür. Bu sonuçlara bakarak doktorların acil servislerle bir şekilde baş edebildikleri yargısına ulaşılmıştır.²³

1995 yılında yapılan bir çalışmada tıbbi hemşirelerle ameliyathane hemşireleri moral çöküntü ve bununla başa çıkabilme stratejileri açısından incelenmiştir. İnceleme sonucunda tıbbi hemşirelerin, ameliyathane hemşireleri ile kıyaslandığında, daha fazla moral çöküntüye maruz kaldığı ve daha düşük başa çıkma becerilerine sahip oldukları görülmüştür. Bu durum, kronik sorunları olan tıbbi hastaların, cerrahi hastalara göre belirli bir tanıya sahip olması ihtimalinin daha az olmasına bağlanmaktadır. Belirsizliğe,

hekimlerin azalan geribildirimi eşlik etmesi sonucu, hemşireler hastalarını tedavi etme ve iyileştirme konularında kendilerini salahiyyetsiz hissetmektedir.²⁴

Benzer bir diğer çalışmada, yeni doğan yoğun bakım hemşirelerinin

normal doğum hemşireleri ile kıyaslandığında, yeni doğan ölümü dışında moral çöküntü bağlamında bir farklılıklarının olmadığı, fiziksel aktivitelerindeki fazlalığın ise duygusal yoksunluğu arttırdığı saptanmıştır.²⁵ Sağlık personeli arasındaki moral çöküntü, stres, tatminsizlik ve

bunlardan kaynaklı yıpranmayı ölçen pek çok araştırma bulunmaktadır. Yukarıdaki örneklerle, akıl sağlığı servisinde çalışan personel, onkoloji hemşireleri, birinci basamak hekimleri, alzheimer üniteleri benzeri pek çok ilave yapılabilir.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Her bir sağlık hizmeti biriminin kendine has bir takım stresörlerinin olduğu dikkate alındığında, her bir birim için araştırma ve sonucunda strateji geliştirme amaçlı çalışmaların teşvik edilmesi gerektiği muhakkaktır. Sağlık personelinde moral çöküntü ve yıpranmayı azaltma amaçlı stratejiler ve programlar, çalışanlara, çalışma ortamına ve her ikisine yönelik olmak üzere, üç kategoride ele alınmaktadır.

Riskli alanlarda çalışan personel başta olmak üzere tüm hastane personeli, işten kaynaklanan stresi azaltmak adına (olumsuz durumlarla) etkili bir şekilde başa çıkma stratejileri hakkında bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Bu bağlamda, genel bilgilerin verildiği programlardan ziyade spesifik konulara yönelik uygulamalı, kullanılabilir eğitimler verilmelidir. Hastaların telaşlı ve tedirgin yakınları ile başa çıkma, yıpranmış acil servis çalışanlarını fark edebilme ve onlarla konuşma veya onları terapi etme, idari ve yönetime personeli ile müzakere etme, sözle ve fiziksel olarak kötü davranışlar sergileyen hastalarla başa çıkma bu eğitim konularına örnek olarak verilebilmektedir.²⁶

Davranışsal rehabilitasyon eğitiminde temas edilmek üzere, personel ve buna dayalı eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla program geliştirme komitesinin kurulması, eğitimlerde personelin başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine odaklanılması, çalışanların motivasyonları, ihtiyaçları, kapasiteleri, örgütsel talep ve şartları arasında ahenk



Riskli alanlarda çalışan personel başta olmak üzere tüm hastane personeli, işten kaynaklanan stresi azaltmak adına (olumsuz durumlarla) etkili bir şekilde başa çıkma stratejileri hakkında bilgilendirilmeli ve eğitilmelidir. Bu bağlamda, genel bilgilerin verildiği programlardan ziyade spesifik konulara yönelik uygulamalı, kullanılabilir eğitimler verilmelidir.

sağlayarak personel arasında eşitsizlik hissini azaltmak. Bu amaçla düzenlenen programlar, personele yönelik (kavramsal yeniden yapılandırma, karşısındakine önem veren bir iletişim, takdir edici sorgulama, kendine güven, rahatlatma eğitimleri benzeri) bilişsel davranışçı müdahaleler (bilişsel davranışçı beceri kazandırma) ile birleştirilebilir, yöneticilere iletişim ve sosyal beceriler konularında eğitilebilir.

Bireylere yönelik programlar, özellikle başatma becerileri moral çöküntünün, hususen duygusal tükenmişlik bileşeninin azaltılmasında başarılı olduğu görülmüştür. Ancak

bu programların etkilerinin 6-12 ay süre sonra kaybolmaya başladığı, bu nedenle ilave oturumlara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.²⁷ Samıldığının aksine bir güne sığdırılan rehabilitasyon programının uzun süreli etkileri olabilmektedir. Bireylere yönelik düzenlenen eğitimler iş ortamı stresörleri ile moral çöküntü ve yıpranma arasındaki bağlantıdan hareketle stres faktörleri ile baş edebilmeyi sağlayan eğitimlere odaklanmışlardır. Oysa, amaç ve anlam sahibi olma benzeri diğer insani özelliklerin geliştirilmesi de, moral çöküntüyü iyileştirici etkisi olmaktadır. Bu programların uygulanabilirliği düşünüldüğünde, alternatif bir çözüm

önerisi; sağlık personelinin erken çocukluk dönemi hatıratları, kişilik özellikleri dikkate alınarak gerektiğinde -yıpranma ve ruhsal çöküntü açısından- riskli alanlarda çalıştırılmamasıdır.

Personele yönelik bir program örneği şöyledir: Sağlık çalışanlarının mutluluklarını arttırmayı amaçlayan bir programda, hekimlerin iş ortamındaki kontrolleri artırılmış, klinik faaliyetlerindeki düzen geliştirilmiş, hekimlerin mesleklerinde buldukları anlam derinleştirilmiştir. Program sonu değerlendirmelerde personelin duygusal ve işten kaynaklı tükenmişliklerinin belirgin bir şekilde azaldığı görülmüştür.²⁸

Aşırı iş yükü, zaman baskısı ve kişisel zaman eksikliği, rol çatışması, rol belirsizliği, yönetici ve meslektaşların sosyal destekleri gibi iş yeri kaynaklarının eksikliği, sınırlı mesleki geribildirim, personeli ilgilendiren konularda karar alma

süreçlerine sınırlı katılım, otonomi eksikliği, iş yerinde adaletsizlik ve eşitsizlik, sosyal takdir dahi yetersiz ödüllendirme benzeri moral çöküntüye neden olabilecek pek çok değişken örgütsel çevrenin bir parçasıdır. Organizasyonel konularla ilgilidir. Örgütsel uygulamalardaki bir takım değişiklikler moral çöküntüyü ve yıpranmayı azaltabilmektedir. Seyrekte olsa, hem çalışanlara hem de örgütsel yapıya hitap eden programlar uygulanmaktadır. Çalışanlara bilişsel davranışçı eğitim verilirken, yöneticilerin iletişim becerilerinin geliştirilmesi buna örnek olarak verilebilir.

Acil servisler ve diğer riskli alanlar başta olmak üzere hastanelerde şiddetin sonlandırılması sağlık personeli arasında stresin ve dolayısıyla yıpranmanın azalmasına katkı sağlayacaktır. Bu amaçla, güvenlik görevilerine yeni ilaveler yapılması, metal dedektörler temin edilmesi ilk aklı gelen tedbirlerdir. Başlangıçta,

maliyetlerin artmasına sebep olan bu önlemler, uzun vadede hasta ve doktor sağlığındaki düzelmeler sonucu elde edilen kazançlarla ziyadesi ile telafi edilecektir.

Son olarak, hizmete göre belirli oranlarda olmak üzere, tüm sağlık personeli için yıpranma payı bir tazminat unsuru olarak verilebilir. Sağlık sistemindeki hasta, hastane ortamı ve dolayısıyla çalışanları etkileyen kronik durumlar, idari ve tıbbi yönetimdeki bir takım aksaklıklar, sağlık personeline yönelik her türlü kötü muamele, Sağlık Bakanlığı tarafından çözülmeyi bekleyen problemlerdir. Altından kalkılması güç sorunların yakın zamanda çözülebilmesi pek mümkün gözükmemektedir. Kaldı ki, sağlık personeli olumsuz etkileyen bu sorunlar ortadan kaldırılsa dahi, tıp mesleğindeki bir takım stresörler sağlık personeli moral çöküntüye itebilmekte ve zamanla mesleki yıpranma başgöstermektedir.

Kaynaklar

1. Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counselling*, 78(2), 184-190.
2. Freudenberger HJ. "Staff burn-out". *J Soc Issues* 1974;30:159-65.
3. Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71, 630-640.
4. Jackson v.d., 1986
5. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 88-113.
6. Daly, M. (2013). The addictive war of attrition. *Irish Medical Times*, 47(28), 15.
7. Cydulka, R. K., Lyons, J., Moy, A., Shay, K., Hammer, J., & Mathews, J. (1989). A follow-up report of occupational stress in urban EMT-paramedics. *Annals of Emergency Medicine*, 18, 1151-1156.
8. Beaton, R. D., & Murphy, S. A. (1993). Sources of occupational stress among firefighter/EMTs and firefighter/paramedics and correlations with job-related outcomes. *Prehospital and Disaster Medicine*, 8(2), 140-149.
9. Rondeau, K. V., Francescutti, L. H., & Zanardelli, J. J. (2005). Emergency department overcrowding: The impact of resource scarcity on physician job Satisfaction/PRACTITIONER APPLICATION. *Journal of Healthcare Management*, 50(5), 327-40; discussion 341-2.
10. Bell, R. B., Davison, M., & Sefcik, D. (2002). A first survey: Measuring burnout in emergency medicine physician assistants. *JAAPA : Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 15(3), 40-2, 45-8, 51-2 passim.
11. Trzeciak, S., and E. P. Rivers. 2003. "Emergency Department Overcrowding in the United States: An Emerging Threat to Patient Safety and Public Health." *Emergency Medicine Journal* 20 (5): 402-05.
12. Miller, L. (1995). Tough guys: Psychotherapeutic strategies with law enforcement and emergency services personnel. *Psychotherapy*, 32(4), 592-600.
13. Hammer, J. S., Mathews, J. J., Lyons, J. S., & Johnson, N. J. (1986). Occupational stress within the paramedic profession: An initial report of stress levels compared to hospital employees. *Annals of Emergency Medicine*, 15, 535-539.
14. Boudreaux, E., Mandry, C., & Brantley, P. J. (1998). Emergency medical technician schedule modification: Impact and implications during short- and longterm follow up. *Academic Emergency Medicine*, 5(2), 128-133.
15. Mitchell, J. T. (1984). The 600-run limit. *Journal of Emergency Medical Services*, 9(1), 52-54.
16. Keller, K. L., & Koenig, W. J. (1989). Sources of stress and satisfaction in emergency practice. *Journal of Emergency Medicine*, 7, 293-299.
17. Zun, L., Kobemick, M., & Howes, D. S. (1988). Emergency Physician stress and morbidity. *American Journal of Emergency Medicine*, 6, 370-374.
18. McFarlane, A. C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating, and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221-228.
19. Piedmont, R. L. (1993). A longitudinal analysis of burnout in the health care setting: The role of personal dispositions. *Journal of Personality Assessment*, 61(3), 457-473.
20. Kern, R., Gfroerer, K., Summers, Y., Curlette, W., & Matheny, K. (1996). Lifestyle, personality, and stress coping. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*, 52, 42-53.
21. Vettor, S. M., & Kosinski, Frederick A., Jr. (2000). Work-stress burnout in emergency medical technicians and the use of early recollections. *Journal of Employment Counseling*, 37(4), 216-228.
22. Gallery, M. E., Allison, E. J., Jr., Whitley, T. W., Mitchell, J. M., & Williams, R. (1990). Manpower needs in academic emergency medicine. *Annals of Emergency Medicine*, 19 (7), 797-801.
23. Hinami, K., Whelan, C. T., Wolosin, R. J., Miller, J. A., & Wetterneck, T. B. (2012). Worklife and satisfaction of hospitalists: Toward flourishing careers. *Journal of General Internal Medicine*, 27(1), 28-36.
24. LeBlanc, C., & Heyworth, J. (2007). Emergency physicians: "burned out" or "fired up"? *CJEM : Journal of the Canadian Association of Emergency Physicians*, 9(2), 121-3.
25. Ogas, E. D. (1995). Burnout and coping strategies: A comparative study of ward nurses. In R. Crandall & P. L. Perrewe (Eds.), *Occupational stress: A handbook* (pp. 249-261). Washington, DC: Taylor & Francis.
26. Young, C. R. (2005). The relationship of physical activity to job stress and burnout in neonatal nurses in texas. (Order No. 3182602, Capella University). ProQuest Dissertations and Theses, 209-209 p.
27. Ashikyan, Z. (2005). Post-traumatic stress symptoms and coping styles of emergency department physicians. (Order No. 3182119, Alliant International University, Los Angeles).
28. Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counselling*, 78(2), 184-190.
29. Dunn, P. M., Arnetz, B. B., Christensen, J. F., & Homer, L. (2007). Meeting the imperative to improve physician well-being: Assessment of an innovative program. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1544-52.



5510 sayılı Kanunun Fiili Hizmet Süresi Zammına İlişkin Düzenlemeleri ve 6385 sayılı Kanunla Yapılan Değişiklikler

Bu yazının orijinali, Çimento İşveren Dergisinin, Mart 2009 (C.23, S.2) sayısında yayımlanmıştır.

Doç. Dr. A. İlhan ORAL

Anadolu Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü Öğretim Üyesi

GİRİŞ

“Fiili hizmet süresi zammı” özünde, ağır ve yıpratıcı işlerde çalışan sigortalıların korunmasını amaçlayan bir düzenlemedir.¹ 5510 sayılı Kanuna göre, Kanunun 4. maddesinin 1. fıkrasının a

bendine tabi işçiler ile c bendine tabi memurlar kapsama alınmış; b bendine tabi kendi nam ve hesabına çalışanlar ile diğer gruplar kapsam dışında tutulmuşlardır. Anılan Kanunun 4. maddesinin

b bendine tabi olan kendi nam ve hesabına çalışanlar 5510 sayılı Kanunun ilk şeklinde kapsama alınmışlarken, 5754 sayılı Kanunla yapılan değişiklikten sonra yeniden kapsam dışı bırakılmışlardır.

1. FİİLİ HİZMET SÜRESİ ZAMMI

5510 sayılı Kanunda, sigortalının çalıştığı ağır, tehlikeli ve yıpratıcı işlerden dolayı hizmet sürelerine eklenecek olan farazi hizmet süreleri için TC Emekli Sandığı'nın sistematığı benimsenmiş ve TC Emekli Sandığı Kanunundaki “fiili hizmet süresi zammı” terimi tercih edilmiştir.

Fiili hizmet süresi zammı 5510 sayılı Kanunun 40. maddesinde düzenlenmiştir. Bu maddenin bir kısım hükmü ile birlikte, Kanunun birçok maddesi yürürlüğe girmeden Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş², bazı maddeleri de Kanun yürürlüğe girdikten sonra değişikliğe uğramıştır.³

31.05.2006 tarihinde kabul edilen 5510 sayılı Kanunun 40.

maddesinin ilk şekli incelendiğinde, anılan maddenin, 5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanununun 32. maddesindeki fiili hizmet müddeti zammına ilişkin hükümler ile 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 60. maddesinin E bendi ve ek 5. maddesindeki hükümlerin bir araya getirilmesinden oluştuğu ve sigortalıların 14 grupta toplandığı görülmektedir.⁴ Ancak yeni düzenlemede, 506 ve 5434 sayılı Kanunlardan farklı olarak lokomotif ateşçilerine yer verilmediği; bununla birlikte anılan eski düzenlemelerde bulunmayan hava yolları uçucu personeli, Milli İstihbarat Teşkilatı mensupları, infaz koruma memurları, baş memurları ve diğer personel, PTT dağıtıcıları ile Cumhurbaşkanlığı

Senfoni Orkestrası şef ve üyeleri gibi yeni sigortalıların fiili hizmet zammı kapsamına alındığı görülmektedir.

5510 sayılı Kanununda, fiili hizmet zammından yararlanacak sigortalı ve işlerin kapsamı genişletilmiş, bu arada, 5953 sayılı Basın-İş Kanununa tabi olup basın kartı hamili gazeteciler, kamu kurumlarında basınla ilgili iş yapanlar, TRT’de haber servislerinde çalışanlar, devlet tiyatrosu sanatkarları ve Cumhurbaşkanlığı senfoni orkestrası şef ve üyeleri de kapsama alınmıştır. Ancak bu grupların durumu kamuoyunda yoğun tartışmalara neden olmuştur. Bu işlerin, özellikle gazeteciliğin, 5510 sayılı Kanunla yeniden düzenle-



1. Ali Nazım Sözer, “İtibari Hizmet Müessesesi ve İtibari Hizmetle İlgili Bazı Uygulama Sorunları”, Çimento İşveren, C.12, S.3, Mayıs 1998, s.6; Ali Güzel-A. Rıza Okur-Nurşen Caniklioğlu, Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul, 2008, s.479; Can Tuncay, “Yeni Sistemde Fiili Çalışma İlişkinde Dayanmayan Sigortalılık”, MERCEK, S. 43, Y. 11, Temmuz 2006, s.71; Can Tuncay-Ömer Ekmekçi, Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları, İstanbul, 2008, s.365; Fatma Başterzi, Yaşlılık Sigortası, TİSK Yayın No:275, Ankara, 2006, s.233; Nüvit Gerek, “Sosyal Güvenlik Reformu mu Yoksa sosyal Güvenlik Çıkmazı mı?”, TÜHİS, C. 19, S. 6, Kasım 2005, s.14.

2. RG, 26392 5. Mükerrer, T.30.12.2006, AY Mhk. Kararı, E.2006/111, K.2006/112, Karar Günü 15.12.2006.

3. RG, 26870, T.08.05.2008, 5754 sayılı Kanun;

4. Tuncay-Ekmekçi, s.114; Şükran Ertürk, “5510 Sayılı Sosyal sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda Değişiklik Öngören 5754 Sayılı Kanundan Sonra Uzun Vadeli Sigorta Kollarına Genel Bir Bakış”, LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, C. 5, S.19, Y. 2008, s.1054; Caniklioğlu, (İtibari Hizmet Süresine İlişkin...) s.131; Başterzi, (Yaşlılık Sigortası), s.242; Can Tuncay, “Yeni Sistemde...”, s.71.



Hayvan hastalıkları ile mücadele işlerinde çalışan veteriner, memur ve hizmetlilerin fiili hizmet süresi zammından yararlanma hakkı bulunmasına karşın, insan sağlığı konusunda çalışan doktor ve diğer sağlık personelinin de bu zamandan yararlandırılmamasının da eşitlik ilkesi ile bağdaşmayacağı açıktır. Çünkü doktor ve diğer sağlık personeli de benzer tehlikelerle karşı karşıya kalabilecek bir çalışma ortamında bulunmaktadır.

nen tablodaki diğer işler ile karşılaştırıldığında, diğer işler kadar ağır, yıpratıcı ve tehlikeli olmadığı ileri sürülmüştür.⁵ Yine de, tablonun tümü incelendiğinde, yeni kapsama alınan işlerin bir kısmı açısından haklılık payı olabileceği, ancak tablonun yeniden gözden geçirilmesi ve objektif esaslara dikkat edilmesi gerekliliğine dikkat çekilmiştir.⁶

Anayasa Mahkemesinin 30.12.2006 tarihli kararıyla⁷, 5510 sayılı Kanununun 40. maddesinde yer alan tablonun 8., 12., 13. ve 14. sıralarındaki düzenlemeler Anayasanın 10. maddesinde ifade edilen "eşitlik ilkesi" ile Anayasa

Mahkemesinin "dengeli ve makul olma ilkesine"⁸ ilişkin kararlarına aykırı bulunarak iptal edilmiştir.⁹ 5510 sayılı Kanununun, 40. maddedeki tablonun 12. ve 14. sıralarında yer alan Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu'nda haber hizmeti yapan ve haber hizmetlerinde çalışanlar ile Devlet Tiyatrosu sanatçıları ve Cumhurbaşkanlığı Senfoni Orkestrasının şef ve üyelerinin fiili hizmet süresi zammından yararlandırılması, ancak aynı ya da benzer etkinlikleri özel televizyon kuruluşları, özel tiyatrolar ve orkestralarda yürütenlerin fiili hizmet süresi zammından yararlandırılmaması Anayasa aykırı bulunmuştur.

Dikkati çeken bir başka nokta ise, tablonun 8. sırasındaki emniyet görevlilerinin durumudur. Emniyet görevlilerinin fiili hizmet süresi zammından yararlanması mümkünken, özel güvenlik hizmetinde çalışanlar fiili hizmet süresi zammından yararlandırılmamaktadır. Bu düzenlemenin, Anayasanın 10. maddesinde ifade edilen eşitlik ilkesine aykırı olduğuna karar verilmiştir.

Yine aynı şekilde, 40. maddedeki tablonun 13. sırasındaki ziraî mücadele ve ziraî karantina teknik ve idarî işleri ile salgın, bulaşıcı, paraziter hayvan hastalıkları ile mücadele işlerinde Tarım Bakanlığı Ziraî Mücadele ve Karantina Teşkilatı ile Veteriner Teşkilatında vazife gören memur ve hizmetlilerin fiili hizmet süresi zammından yararlanmaları mümkünken, aynı ya da benzer işleri gören özel sektörde çalışan veterinerlerin bu zamandan yararlandırılmamaları da Anayasanın eşitlik ilkesine aykırı bulunmuştur.

Diğer taraftan, hayvan hastalıkları ile mücadele işlerinde çalışan veteriner, memur ve hizmetlilerin fiili hizmet süresi zammından yararlanma hakkı bulunmasına karşın, insan sağlığı konusunda çalışan doktor ve diğer sağlık personelinin de bu zamandan yararlandırılmamasının da eşitlik ilkesi ile bağdaşmayacağı açıktır. Çünkü doktor ve diğer sağlık personeli de benzer tehlikelerle karşı karşıya kalabilecek bir çalışma ortamında bulunmaktadır.

Anayasa Mahkemesi anılan

5.Can Tuncay, "Türk Emeklilik Sisteminde Reform Projesinin Değerlendirilmesi", Cimento İşveren Dergisi, C. 19, S. 2, Mart 2005, s.12; Tuncay-Ekmekçi, s.115; A. Rıza Okur, "Sosyal Güvenlik Reformu mu?", MERCEK, S. 43, Y. 11, Temmuz 2006, s.23; Kemal Kılıçdaroğlu, "Sorunlarla Gelen Reform?", MERCEK, S. 43, Y. 11, Temmuz 2006, s.11; Tuncay, (Yeni Sistemde...), s.71.

6. A. Rıza Okur, "Sosyal Güvenlik Reformu: Uzun Dönemli Sigorta Dalları", Çalışma ve Toplum, 2006/1, S:8, s.125; Başterzi, (Yaşlılık Sigortası), s.244.

7. RG, 26392 S. Mükerrer, T.30.12.2006, ANY Mhk. Kararı, E.2006/111, K.2006/112, 15.12.2006.

8. ANY. Mhk., E2001/479, K. 2005/1, 06.01.2005

9. Ali Güzel-Saim Ocak, "5510 sayılı Yasa ile İşverenlere Getirilen Ek Sosyal Sigorta Yükümlülükleri", LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, C. 4, S.13, Y.2007, s.153; Sayım Yorgun, "5510 sayılı Kanun, Anayasa Mahkemesinin İptal Kararı ve Çatırdayan Norm ve Standart Birliği", TİSK AKADEMI, C. 2, S.4, 2007/II, s.134; Hediye Ergin, "İptalle Gelen Sorun: Reformdan Geriye Ne Kaldı? Anayasa Mahkemesinin 15.12.2006 Tarihli Kararına İlişkin Bir Değerlendirme", TİSK AKADEMI, C. 2, S.3, 2007/I, s.38.

kararında, 5510 sayılı Kanunun temel amacının, tüm çalışanlar için aktüeryal olarak hak ve yükümlülüklerin eşit olacağı tek bir emeklilik rejimi kurmak olduğuna vurgu yaparak, kurumlarının ve bağlı oldukları çalışma rejiminin, anılan sigortalıların fiili hizmet süresi zammından yararlanıp, yararlandırılmamasında ayırım yapılmasına dayanak teşkil etmesinin haklı bir neden olamayacağına hükmetmiştir.¹⁰

Anayasa Mahkemesinin iptal kararından sonra, 5510 sayılı Kanunun fiili hizmet süresi zammına ilişkin 40. maddesi, 17.04.2008 tarihli 5754 sayılı Kanunun 25. maddesiyle değiştirilerek yeniden düzenlenmiştir. Anılan madde 6385 sayılı Kanunun 15. maddesi ile 10.01.2013 tarihinde bir kez daha değişikliğe uğramıştır. Maddenin son haline göre, “Aşağıda belirtilen işyerlerinde ve işlerde 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) ve (c) bentleri kapsamında çalışan sigortalıların prim ödeme gün sayılarına, bu işyerlerinde ve işlerde geçen çalışma sürelerinin her 360 günü için karşılarında gösterilen gün sayıları, fiili hizmet süresi zammı olarak eklenir. 360 günden eksik sürelerle ait fiili hizmet süresi zammı, 360 gün için eklenen fiili hizmet süresi ile orantılı olarak belirlenir. Çalışmanın fiili hizmet süresi zammı kapsamında değerlendirilebilmesi için, tablonun (13) ve (14) numaralı sıralarında belirtilen sigortalılar hariç sigortalının kapsamındaki işyerleri ile birlikte belirtilen işlerde fiilen çalışması ve söz konusu işlerin risklerine maruz kalması şarttır.

Bu maddenin birinci fıkrası

hükmüne göre hesaplanan fiili hizmet süresi zammı, yukarıdaki tablonun (13) ve (14) numaralı sırasında yer alan sigortalılar için sekiz, diğer sigortalılar için beş yılı geçmemek üzere uzun vadeli sigorta kolları uygulamasında prim ödeme gün sayısına eklenir. Bu sürelerin, üç yılı geçmemek üzere; (18) numaralı sırasında bulunanlar için tamamı diğerleri için yarısı emeklilik yaş hadlerinden indirilir. Tablonun (10) numaralı sırasında yer alan sigortalılar için bu fıkradaki süre sınırı uygulanmaz.

Yukarıdaki fıkrada belirtilen

yaş haddi indiriminden yararlanabilmek için ölüm ve malûliyet halleri ile (18) numaralı sırada bulunanlar hariç tablonun (10) numaralı sırasında yer alan sigortalıların en az 1800 gün, diğer sıralarda yer alan sigortalıların ise en az 3600 gün belirtilen işyeri ve işlerde çalışmış olmaları şarttır.

Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usûl ve esaslar Kurumun önerisi üzerine Bakanlıkça çıkarılacak yönetmelik ile düzenlenir.”

Mevcut uygulamada fiili hizmet süresi zammı verilen bazı işler,



10. Fatma Başterzi, “Türk Emeklilik Sisteminde Reform”, MERCEK, S. 43, Y. 11, Temmuz 2006, s.192; 5510 sayılı Kanunun temel amacı, devlet memurları ve diğer kamu görevlileri, hizmet akdine dayalı ücretle çalışanlar, tarımsal işlerde ücretle çalışanlar, kendi hesabına çalışanlar ve tarımsal alanda kendi hesabına çalışanları kapsayan beş ayrı emeklilik rejimini tek bir rejim haline getirmektir.

Aşağıdaki bentlerden birden fazlasına dahil olanlar için, en yüksek olan bentten fiili hizmet süresi zammı uygulanır.

Kapsamdaki İşler/İşyerleri	Kapsamdaki Sigortalılar	Eklenecek Gün Sayısı
1) Kurşun ve arsenik işleri	1) Kurşun üretilen galenit, serüzit, anglezit gibi cevherlerin çıkarılmasına ilişkin maden ocağı işlerinde çalışanlar. 2) Kurşunlu madenlerden yahut içinde kurşun bulunan kül, maden köpüğü, kurşun fırın kurumu, üstübeç artığı ve benzeri maddelerden kurşun üretimi için yapılan izabe işlerinde çalışanlar. 3) Antimuan, kalay, bronz ve benzeri maddelerle yapılan kurşun alaşımı işlerinde çalışanlar	60 gün
	4) Kurşun izabe fırınlarının teksif odalarında biriken kuru tozları kaldırma işlerinde çalışanlar.	90 gün
2) Cam fabrika ve atölyeleri	1) Cam yapımında kullanılan ilkel maddeleri toz haline getirme, eleme, karıştırma ve kurutma işlerinde (bu işleri yapmak üzere tam kapalı odalar içinde otomatik makinele tesisat veya çalışma ortamındaki tozları sağlık için tehlike oluşturmayacak düzeye indiren havalandırma tesisatı bulunmadığı takdirde) çalışanlar. 2) Eritme işlerinde (otomatik besleme fırınlarıyla çalışılmadığı takdirde) çalışanlar. 3) Ateşçilik işlerinde çalışanlar. 4) Üfleme işlerinde (tamamen otomatik makinelerle yapılmadığı takdirde) çalışanlar. 5) Basıncı yapılan cam işlerinde (cam tazyiki işleri) çalışanlar. 6) Ayna camı sanatında potalı cam dökümü işlerinde (potalar kalıp masasına mekanik araçlarla taşınmadığı takdirde) çalışanlar. 7) Camı fırın başından alma işlerinde çalışanlar. 8) Yayma fırınlarında düzeltme işlerinde çalışanlar. 9) Traş işlerinde çalışanlar. 10) Asitle hak ve cilalama işlerinde çalışanlar. 11) Basıncı havayla kum püskürten cihazlarla yapılan işlerde (çalışma ortamındaki tozları sağlık için tehlike oluşturmayacak düzeye indiren havalandırma tesisatı bulunmadığı takdirde) çalışanlar. 12) Pota ve taş odalarında görülen işlerde çalışanlar.	60 gün
3) Cıva üretimi işleri sanayii	1) Cıva izabe fırınlarında görülen işlerde çalışanlar. 2) Elementer cıva bulunan ocaklarda görülen işlerde çalışanlar.	90 gün
4) Çimento fabrikaları	1) İkel maddeleri kırma, ufalama, ezme, eleme ve karıştırma işlerinde çalışanlar. 2) Otomatik fırınlarda pişirme işlerinde çalışanlar. 3) Klinkeri öğütme, eleme, torba ve fiçilere koyma işlerinde (otomatik olarak tozun etrafa yayılmasını önleyici bir düzenleme yapılmadığı takdirde) çalışanlar.	90 gün
5) Kok fabrikalarıyla termik santraller	1) Ateşçilik, ocak temizliği, jeneratör, doldurma, boşaltma ve temizleme işlerinde çalışanlar. 2) Kimyasal arıtma işlerinde çalışanlar. 3) Gazın geçtiği cihaz ve boruların onarılması ve temizlenmesi işlerinde çalışanlar. 4) Kok fabrikalarında kömür ve ocak işlerinde çalışanlar. 5) Elektrik enerji üretim santrallerinin kazan dairesindeki ateşçilik, kül ve kömürlerin taşınması işlerinde çalışanlar. 6) Termik santrallerle her çeşit buhar kazanlarının kazan dairesindeki ateşçilik, kül ve kömürlerin taşınması işlerinde çalışanlar..	60 gün
6) Alüminyum fabrikaları	1) Alüminyum oksit üretimi işlerinde çalışanlar. 2) Alüminyum bronzu hazırlama işlerinde çalışanlar 3) Alüminyum madeni üretimi işlerinde çalışanlar-	60 gün
7) Demir ve çelik fabrikaları	1) Demir izabe fabrikalarında cevherin demire çevrilmesi işleriyle boru fabrikalarının fırın ve döküm dairelerinde yapılan işlerinde çalışanlar. 2) Çelikhanelerin çelik yapılan fırınlarıyla bunların teferruat ve eklentilerinden olan ikinci derecedeki fırınlarda ve konvertörlerde yapılan işlerinde çalışanlar. 3) Sıvı haldeki demir ve çeliğin tesisat ve teçhizatla veya mekanik olarak taşınmasına ilişkin işlerde çalışanlar. 4) Sıcak veya sıvı haldeki cürufun taşınması ve işlenmesi işlerinde çalışanlar. 5) Haddehanelerde (soğuk demirle çalışılan haddehaneler hariç), fırınlarda, hadde serilerinde, haddehaneyi kızgın veya sıvı çelik yahut demirle besleyen tesisat ve araçlarla görülen işlerle kızgın halde olan yarı mamul parçaların kesilmesi ve hazırlanması işlerinde çalışanlar.	90 gün
8) Döküm fabrikaları	1) Döküm kalıp ve maçalarının yapılması ve döküme hazır duruma getirilmesi işlerinde çalışanlar. 2) Döküm şarjının hazırlanması ve her çeşit maden eritme (izabe) fırınlarının döküme hazır duruma getirilmesi işlerinde çalışanlar. 3) Maden eritme ve dökme işlerinde çalışanlar.	60 gün
9) Asit üretimi yapan fabrika ve atölyeler	1) Asit için hammaddelerin hazırlanması işlerinde çalışanlar 2) Asidin yapılıma safhalarındaki işlerinde çalışanlar. 3) Baca gazlarından asit elde edilmesi işlerinde çalışanlar.	90 gün
10) Yer altı maden işleri	Maden ocakları (elementer cıva bulunduğu saptanan cıva maden ocakları hariç), kanalizasyon ve tünel yapımı gibi yer altında yapılan işlerde çalışanlar.	180 gün
11) Radyoaktif ve radyoionizan maddelerle yapılan işler	Doğal ve yapay radyoaktif, radyoionizan maddeler veya bütün diğer korpusküler emanasyon kaynakları ile yapılan işlerde çalışanlar.	90 gün
12) Su altında veya su altında basınçlı hava içinde gerektiren işler	1) Su altında basınçlı hava içinde çalışmayı gerektiren işlerden 20- 35 metreye kadar derinlik veya 2-3,5 kg/cm2 basınçta yapılan işlerde çalışanlar.	60 gün
	2) Su altında basınçlı hava içinde çalışmayı gerektiren işlerden 35-40 (40 hariç) m. derinlik veya 3,5-4 90 (3,5 hariç) kg/cm2 basınçta yapılan işlerde çalışanlar.	90 gün
	3) Dalgalıklık içinde çalışanlar	
13) Türk Silâhî Kuvvetlerinde	Subay, yedek subay, astsubay, uzman jandarma ve uzman erbaşlar	90 gün
14) Emniyet ve polis mesleğinde Millî İstihbarat Teşkilâtında	Asaleti onaylanmış olmak şartıyla adaylıkta geçirilen süreler dahil polis, komiser yardımcısı, komiser, baş komiser, emniyet amiri, emniyet müdürleri ile bu ve daha yukarı maaş ve derecelerdeki emniyet mensupları, Millî İstihbarat Teşkilâtı mensupları.	90 gün
15) İtfaiye veya yangın söndürme işleri	Yangın söndürme işlerinde çalışanlar	60 gün
16) Basın ve gazetecilik mesleğinde ¹¹	Basın Kartı Yönetmeliğine göre basın kartı sahibi olmak suretiyle fiilen çalışanlar.	90 gün
17) Türkiye Radyo-Televizyon Kurumu basın kartı sahibi olmak suretiyle ¹²	Basın Kartı Yönetmeliğine göre Türkiye Radyo-Televizyon Kurumunda haber hizmetinde fiilen çalışanlar.	90 gün
18) Türkiye Büyük Millet Meclisi ¹³	Yasama organı üyeleri ile dışarıdan atanan bakanlar	90 gün

11. RG, 28533, T.19.01.2013, 6385 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.
12. RG, 28533, T.19.01.2013, 6385 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.
13. RG, 28533, T.19.01.2013, 6385 sayılı Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.

teknolojideki gelişmeler ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi nedeniyle zamanla yıpratıcı olmaktan çıkmış, artık bu işlerde çalışanlara fazladan hizmet ilavesi yapılması, diğer kesimlerde çalışanlar aleyhine bir adaletsizlik oluşturmaya başlamıştır.¹⁴

Bu doğrultuda, 5510 sayılı Kanununun 40. maddesinde 5754 sayılı Kanunla yapılan yeni düzenlemeyle sadece Anayasa Mahkemesinin iptal ettiği hususlar değil, 40. maddedeki tablonun tamamı yeniden ele alınmıştır. Anılan düzenlemeyle, 5510 sayılı Kanununun 40. maddesinin ilk şeklindeki tablonun 1. sırasında sayılan fabrika, atölye, havuz ve depolarda, trafo binalarında çalışanlara ilişkin düzenlemeler oldukça geniş tutulmuş olup, 40. maddenin 5754 sayılı Kanunla değişik şeklindeki tablonun ilk 9 sırasındaki işlerin neredeyse tamamı bu tür işlere ayrılmıştır.

Diğer taraftan, 5510 sayılı Kanununun 40. maddesinin ilk şeklindeki tablonun 1. sırasında yer alan demir, çelik, döküm, zehirli, boğucu, yakıcı, öldürücü, patlayıcı gaz ve asit, boya işleri ile gaz maskesi ile çalışmayı gerektiren işler hariç olmak üzere patlayıcı maddeler yapılması, lokomotif ve gemi kazanı onarılması ve temizlenmesi, gemilerin sintine ve kapalı sarnıçlarında yapılan boya ve raspa işleri fiili hizmet süresi zammı kapsamı dışında tutulmuştur. Ayrıca, ilk defa bu Kanunla kapsama alınmakla birlikte uygulama imkanının dar olması ve uygulamada sıkıntı yaşanacağı gerekçesiyle 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin 1. fıkrasının b bendine tabi sigortalı-

lar 'kendi adına ve bağımsız olarak çalışanlar) da kapsam dışında bırakılmıştır.

40. maddenin ilk şeklinde yer alan, ancak günümüz şartlarında fiili hizmet zammı mantığına uygun düşmeyen "havayollarının uçucu personeli ve lokomotif makinistleri", "basın kartı sahibi olmak suretiyle gazetecilik yaparken kamu kurumlarına giren ve bu kurumlarda meslekleriyle ilgili görevde istihdam edilenler", "infaz koruma memurları, baş memurları ve diğer personeli" ve "PTT dağıtıcıları", "Tarım Bakanlığı Zirai Mücadele ve Karantina Teşkilatı ile Veteriner Teşkilatı görevlileri", "Devlet Tiyatrosu sanatçıları ile Cumhurbaşkanlığı Senfoni Orkestrası üyeleri", "dalgiçlar hariç gemi adamları" da kapsam dışında tutulmuştur. Yine, aynı tablonun diğer bazı sıralardaki işyerlerinin kapsamı daraltılmış ve prime ödeme gün sayılarına eklenecek prim ödeme gün sayılarında da indirime gidilmiştir.¹⁵

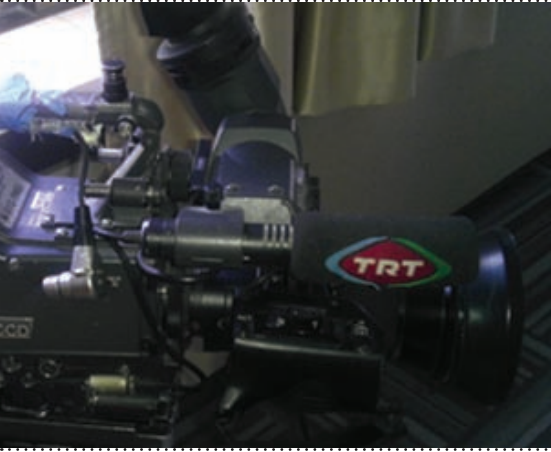
Fiili hizmet süresi zammından yararlanmak için üç koşulu birden gerçekleştirmek gerekmektedir. Bu zamandan yararlanmak isteyen kişinin 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin 1. fıkrasının a ve c bentlerine tabi olarak (hizmet akdiyle çalışanlar ve kamu görevlileri) sigortalı olması ve Kanununun 40. maddesindeki tablonun orta sütunundaki sigortalılardan olması ilk koşuldur.

İkinci olarak, sigortalının çalışmasının fiili hizmet süresi zammı kapsamında değerlendirilebilmesi için, anılan tablonun 13. ve 14. sıralarında belirtilenler hariç si-

Günümüz şartlarında fiili hizmet zammı mantığına uygun düşmeyen "havayollarının uçucu personeli ve lokomotif makinistleri", "basın kartı sahibi olmak suretiyle gazetecilik yaparken kamu kurumlarına giren ve bu kurumlarda meslekleriyle ilgili görevde istihdam edilenler", "infaz koruma memurları, baş memurları ve diğer personeli" ve "PTT dağıtıcıları", "Tarım Bakanlığı Zirai Mücadele ve Karantina Teşkilatı ile Veteriner Teşkilatı görevlileri", "Devlet Tiyatrosu sanatçıları ile Cumhurbaşkanlığı Senfoni Orkestrası üyeleri", "dalgiçlar hariç gemi adamları" da kapsam dışında tutulmuştur. Yine, aynı tablonun diğer bazı sıralardaki işyerlerinin kapsamı daraltılmış ve prime ödeme gün sayılarına eklenecek prim ödeme gün sayılarında da indirime gidilmiştir.

14. Yusuf Alper, "Türk Emeklilik Sisteminde Reform", MERCEK, S. 37, Y. 10, Ocak 2005, s.118; Gerek, s.14.

15. Coşkun Saraç, "Son Tasarı Işığında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun Başlıca Yenilikleri", SİCLL, Mart 2008, s.129; Şükran Ertürk, s. 1055; A. Rıza Okur-Hediye Ergin, "5510 sayılı Kanunda Değişiklik Öngören 25.10.2007 Tarihli Taslağın Değerlendirilmesi", LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, C. 4, S.16, Y. 2007, s.1454; <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss119m.htm>.



Tablonun 16., 17. ve 18. sıralarındaki işler ve işyerleri ise 10.01.2013 tarihli 6385 sayılı Kanunun 15. maddesi ile sonradan uygulamaya konmuştur. Bunlardan 16. ve 17. sıradaki işler ve işyerlerinde çalışanlara ilişkin daha önce tartışmalar yaşanmış, TRT dışındakilere güvence sağlanmaması nedeniyle eleştiri konusu olmuş ve Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Ancak, 10.01.2013 tarihinde, TRT dışındaki basın kartı sahibi gazeteciler de kapsama dahil edilerek madde yeniden düzenlenmiştir. Tablonun 18. sırasında ise TBMM üyeleri ile dışarıdan bakan atananlar yer almıştır. Bu düzenleme de yasa koyucunun kendisine ayrıcalık yaptığı gerekçesiyle kamuoyunda çeşitli eleştirilere maruz kalmıştır.

gortalının kapsamındaki işyerleri ve işlerde fiilen çalışması ve söz konusu işlerin risklerine maruz kalması gerekmektedir.¹⁶

Fiili hizmet süresi zammından yararlanabilmenin üçüncü koşulu ise, sigortalının işinin 40. maddede tablonun sol sütununda yer alan işler ve işyerleri arasında olmasıdır. 40. madde çerçevesinde sağlanan bir diğer hak olan yaş indiriminden yararlanabilmek için de söz konusu sigortalıların bu işyerlerinde belirli bir süre prim ödemiş olmaları gerekmektedir. Tablonun 10. sırasındaki madenciler için 1800 gün, diğer sıralardaki sigortalılar için ise 3600 gün prim ödemiş olmak gerekmektedir.

Fiili hizmet süresi zammının, 5510 sayılı Kanunun 40. maddesindeki tablonun 13. ve 14. sıralarında yer alan subay, yedek subay, astsubay, uzman jandarma ve uzman erbaşlarla polis, komiser

yardımcısı, komiser, baş komiser, emniyet amiri, emniyet müdürleri ile bu ve daha yukarı maaş ve derecelerdeki emniyet mensupları, Milli İstihbarat Teşkilatı mensupları için sekiz yılı, fiili hizmet süresi zammı kapsamındaki diğer sigortalılar için beş yılı geçmemek üzere prim ödeme gün sayısına eklenmesi öngörülmüştür.¹⁷ Eklenen sürelerin, (18) numaralı sırasında bulunanlar için tamamı diğerleri için yarısı üç yılı geçmemek üzere yarısı emeklilik yaş hadlerinden indirilecektir. Tablonun 10. sırasında yer alan yeraltı maden işlerinde çalışanlar için fiili hizmet süresi zammına ilişkin süre sınırı ile yaş haddi indirimindeki süre sınırı uygulanmayacaktır.

Anılan tabloda belirtilen sigortalıların ücretsiz izinde geçen süreleri ile tablonun 13. ve 14. sıralarda belirtilen sigortalılar hariç olmak üzere, söz konusu maddede belirtilen işlerde fiilen çalışılmayan

ücretli izin, sıhhi izin, yıllık izin, eğitim ve kurs süreleri ile resmi tatil günleri fiili hizmet süresi zammı kapsamında değerlendirilmez.¹⁸

Tablonun 16., 17. ve 18. sıralarındaki işler ve işyerleri ise 10.01.2013 tarihli 6385 sayılı Kanunun 15. maddesi ile sonradan uygulamaya konmuştur.¹⁹ Bunlardan 16. ve 17. sıradaki işler ve işyerlerinde çalışanlara ilişkin daha önce tartışmalar yaşanmış, TRT dışındakilere güvence sağlanmaması nedeniyle eleştiri konusu olmuş ve Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir. Ancak, 10.01.2013 tarihinde, TRT dışındaki basın kartı sahibi gazeteciler de kapsama dahil edilerek madde yeniden düzenlenmiştir. Tablonun 18. sırasında ise TBMM üyeleri ile dışarıdan bakan atananlar yer almıştır. Bu düzenleme de yasa koyucunun kendisine ayrıcalık yaptığı gerekçesiyle kamuoyunda çeşitli eleştirilere maruz kalmıştır.

2. İTİBARI HİZMET SÜRESİ

5510 sayılı Kanunda itibari hizmet süresine ilişkin olarak da TC Emekli Sandığı'nın sistematığı

benimsenmiş ve "itibari hizmet süresi" terimi tercih edilmiştir. 5510 sayılı Kanunun 5754 sayılı Ka-

nunla değişik 49. maddesine göre, itibari hizmet süresi, bu Kanuna göre bağlanacak aylıklar ve yapı-

16. Nurşen Caniklioğlu, "Prime İlişkin Yükümlülükler", İstihdam Paketi ve Sosyal Güvenlikteki Yeni Düzenlemeler İşletmelere Neler Getiriyor? Semineri, TISK Yayın No:296, s.155; Nüvit Gerek-A. İlhan Oral, Sosyal Güvenlik Hukuku, Açıköğretim Fakültesi Yayını:888, Eskişehir, 2008, s.183.

17. <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss119m.htm>; Tuncay-Ekmekçi, s.115.

18. RG, 27010, T.28.09.2008, Fiili Hizmet Süresi Zammı Uygulamasının Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, m.9

19. RG, 28533, T.19.01.2013, Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

lacak toptan ödemelerin hesabında dikkate alınan ancak hiçbir şekilde bu Kanunla tanınan hakları kazanma bakımından gerekli prim ödeme gün sayısı, yaş ve emeklilik

ikramiyesinin hesabında dikkate alınmayan bir süredir. Bazı olağanüstü durumlarda, sigortalıların belirli görevlerde²⁰ geçen zamları hariç, fiili hizmet sürelerinin her

yılı için altı ay itibari hizmet süresi eklenir. Bu nedenlerle eklenecek itibari hizmet sürelerinin toplamı, üç yıldan fazla olamaz.²¹

3. FİİLİ HİZMET SÜRESİ ZAMMI VE İTİBARI HİZMET SÜRESİNİN 5510 SAYILI KANUN KAPSAMINDAKİ İŞTİRAKÇILERE SAĞLADIĞI HAKLAR

Fiili hizmet süresi zammı ve itibari hizmet süresi sigortalının prim ödeme gün sayısına (aylıklarının ve toptan ödemenin hesabına) ve yaş hadlerine etki etmektedir.

3.1. Fiili Hizmet Müddeti Zammı ve İtibari Hizmet Müddetinin Prim Ödeme Gün Sayısına ve Aylığa Etkisi

5510 sayılı Kanununun 40 maddesi uyarınca, fiili hizmet süresi zammından yararlanacak sigortalının prim ödeme gün sayılarına, kapsamındaki işler ve işyerlerinde çalışan geçen çalışma sürelerinin

her 360 günü için karşılığında gösterilen gün sayıları, fiili hizmet süresi zammı olarak eklenir. 360 günden eksik süreler için fiili hizmet süresi zammı, 360 gün için eklenen fiili hizmet süresi ile orantılı olarak belirlenir. Çalışmanın fiili hizmet süresi zammı kapsamında değerlendirilebilmesi için, tablonun 13. ve 14. sıralarında belirtilen sigortalılar hariç sigortalının kapsamındaki işyerleri ile birlikte belirtilen işlerde fiilen çalışması ve söz konusu işlerin risklerine maruz kalması gerekmektedir.²²

3.2. Fiili Hizmet Müddeti Zammı ve İtibari Hizmet Müddetinin Yaş Hadlerine Etkisi

Sigortalının prim ödeme gün sayısına, fiili hizmet süresi zammı olarak eklenen sürelerin, üç yılı geçmemek üzere yarısı emeklilik yaş hadlerinden indirilir. Tablonun 10. sırasında yer alan yer altı maden işleri için bu fıkradaki süre sınırı uygulanmaz. Yaş haddi indiriminden yararlanabilmek için ölüm ve malûliyet halleri hariç tablonun 10. sırasında yer alan sigortalıların en az 1800 gün, diğer sıralarda yer alan sigortalıların ise en az 3600 gün belirtilen işyeri ve işlerde çalışmış olmaları şarttır.²³

4. FİİLİ HİZMET SÜRESİ ZAMMI VE İTİBARI HİZMET SÜRESİ KAPSAMINDA ÖDENECEK PRİMLER

Fiili hizmet süresi zammı ve itibari hizmet süresi kapsamında ödenecek primler 5510 sayılı Kanununun 81. maddesinin 1. fıkrasının b bendi ile Fiili Hizmet Süresi Zammı Uygulamasının Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 7. maddesinde düzenlenmiştir. Buna göre, fiili hizmet süresi zammı kapsamındaki işlerde çalışan sigortalılar için tahsil edilecek malullük, yaşlılık ve ölüm

sigortalıların prim oranları, 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin 1. fıkrasının a bendine tabi olanlardan (eski SSK'lılar), 60 gün eklenecekler için %9 sigortalı, %12 işveren hissesi olmak üzere %21; 90 gün eklenecekler için %9 sigortalı, %12,5 işveren hissesi olmak üzere %21,5; 180 gün eklenecekler için %9 sigortalı, %14 işveren hissesi olmak üzere %23'dür.²⁴ 5510 sayılı Kanununun 4. madde-

sinin 1. fıkrasının c bendine tabi olanlardan (eski Emekli Sandığı mensupları) alınacak primler ise, 60 gün eklenecekler için %9 sigortalı, %14,33 işveren hissesi olmak üzere %23,33; 90 gün eklenecekler için %9 sigortalı, %16 işveren hissesi olmak üzere %25; 180 gün eklenecekler için de %9 sigortalı, %21 işveren hissesi olmak üzere %30'dur.

20. 5510 sayılı Kanununun 49. maddesi uyarınca, sigortalıların aşağıda yazılı görevlerde geçen zamlar hariç, fiili hizmet sürelerinin her yılı için;

a) Subay (yedek subay dahil), astsubay, uzman jandarma, uzman erbaş ve sözleşmeli erbaş ve erlerden;

1) Harbi doğuran genel ve kısmi seferberliğe katılanların, harbin ilanından seferberliğin bitim tarihine,

2) Seferberliği gerektiren iç tedip hareketlerine fiilen katılan birliklerde görevli olanların, çarpışmaların başlangıcından seferberliğin sona erdiği tarihe,

3) Harp veya seferberlik ilan edilmeden, Anayasanın 92. maddesi veya Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler uyarınca, yabancı ülkelere gönderilen Türk Silahlı Kuvvetlerinde görev yapanların çarpışma meydana gelmesi halinde, çarpışma süresince veya çarpışma bitmeden dönenler için Türkiye'ye dönüş tarihine,

kadar geçen tutsaklık süreleri dahil fiili hizmet sürelerinin,

b) 4. madde gereği sigortalı sayılanlardan bu fıkranın (a) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentlerinde yazılı hareketlere sivil görevli, er veya erbaş olarak katılanların, bu durumlarda geçen fiili hizmet sürelerinin, bu tarihten sonra devam eden tutsaklık sürelerinin,

c) Harp halinde düşmana tutsak düşen veya düşman tarafından enterne edilen sigortalılardan Kanunları gereğince, aylıkları ödenmek suretiyle, sözleşmeli personel hariç olmak üzere kurumları ile ilgileri kesilmeyenlerin, bu durumlarda geçen fiili hizmet sürelerinin, her yılı için altı ay itibari hizmet süresi olarak eklenir. Bu nedenlerle eklenecek itibari hizmet sürelerinin toplamı, üç yıldan fazla olamaz.

Kamu idarelerinde pilot olan ve olmayan uçucu, denizaltıcı, dalgıç, kurbağa adam ve paraşütçülerin bu görevlerde geçirdikleri fiili hizmet sürelerinin her yılı için üç ay itibari hizmet süresi eklenir. Bunlardan 49. maddenin 1. fıkrasının (a) bendinin (1) ve (2) numaralı alt bentlerinde gösterilenler için itibari hizmet süresi zamları ayrıca eklenir (6191 sayılı Kanunla değişik).

21. Okur- Ergin, s.1454.

22. Vahap Ünlü, "Yeni Sosyal Güvenlik Sistemimizde Fiili Hizmet Süresi Zammı Uygulaması", MESS İşveren Gazetesi, Y. 45, S. 827, Ekim 2008, s.12.

23. Gerek-Oral, (2008), s.185; Ünlü, s. 12.

24. Nurşen Caniklioğlu, (Prime İlişkin Yükümlükler), s.155; Ünlü, s.12.

SONUÇ

Fiili hizmet süresi zammı, ağır ve yıpratıcı işlerde çalışan sigortalılara Kanunda öngörülen farazi prim ödeme gün sayısı eklemek ve yaş hadlerinden indirim yapmak suretiyle erken emeklilik ve daha yüksek yaşlılık aylığı sağlayan farazi bir süredir. Bu uygulamalar sayesinde kapsamdaki sigortalılara avantaj sağlanarak ağır ve yıpratıcı işlerin olumsuz etkileri azaltılmaya çalışılmaktadır. Bugün itibarıyla fiili hizmet süresi zammından sadece 5510 sayılı Kanununun 4. maddesinin 1. fıkrasının a ve c bentlerine tabi olarak çalışan işçiler ve memurlar yararlanabilmektedir. En azından bunlar için ortak bir norm ve standart sağlanması olumlu bir gelişme olarak dikkat çekmektedir.

Yeni Kanunda dikkati çeken noktalardan bir diğeri ise, Anayasa Mahkemesinin 506 sayılı Kanununun ek 5. maddesinin IV. bendinde yer alan “azotlu gübre ve şeker sanayiinde” ibaresini iptal etmesi ve sonrasında kabul edilen 5510 sayılı Kanununun 40. maddesinin ilk şeklinde de uygulamanın Anayasa Mahkemesinin bu kararı doğrultusunda düzenlenmiş olmasıdır. Bu durum, fiili hizmet süresi zammı konusunu daha da karmaşık hale getirmiştir. Zira, Mahkemenin aldığı bu iptal kararı nedeniyle kapsam oldukça genişlemiş ve genişleyen kapsam içerisinde fiili hizmet süresi zammından yararlanması tartışmalı olan yeni gruplar ortaya çıkmıştır. Ancak 5510 sayılı Kanununun 40. maddesinde 5754 sayılı Kanunla yapılan isabetli değişiklik fiili hizmet süresi zammının kapsamıyla ilgili sorunları azaltabilecek gibi görünmektedir. Zira, 5510 sayılı Kanununun 40. maddesinin son şeklinde fiili hizmet süresi zammı kapsamındaki iş ve işyerleri belirlenirken; Avrupa Birliği ve gelişmiş ülke uygulama-



maları esas alınarak iş sağlığı ve iş güvenliğindeki gelişmeler göz önünde bulundurulmuş, teknolojik gelişmeler incelenmiş ve işyerlerinde her türlü tedbir alınmasına rağmen yaptıkları işler dolayısıyla çalışanlarının yaşam beklentisi ülke ortalamasının altında kalan iş kolları için fiili hizmet süresi zammı uygulamasının yapılması görüşü benimsenmiştir.

Yeni kanunda dikkati çeken konulardan bir diğeri de, fiili hizmet süresi zammının 506 sayılı Kanunda farklı olarak hem prim ödeme gün sayısına eklenmesi, hem de yaş haddinden indirilmesidir. Ancak yaş haddinden indirim yapılabilmesi için 40. maddedeki tablonun 10. sırasında yer alan madencilerin 1800 gün, diğerlerinin ise 3600 gün Kanunda öngörülen iş ve işyerlerinde çalışma şartı aranmaktadır. Bu şartları yerine getiremeyen sigortalının yaş haddinden indirim yapılamayacaktır.

Yeni Kanunda dikkati çeken bir başka nokta ise, sigortalının fiili hizmet süresi zammından yararlanabilmesi için yaptığı işin riskine fiilen çalışarak maruz kalmasının gerekmesidir. Eğer çalıştığı iş veya işyeri fiili hizmet süresi zammı kapsamında olmasına rağmen sigortalı, iş sağlığı ve güvenliği önlemleri veya ileri teknoloji kullanımı gibi sebeplerle işin yıpratıcı ve

tehlikeli etkilerine maruz kalmıyorsa fiili hizmet süresi zammından yararlanamayacaktır. 5510 sayılı Kanununun 5754 sayılı Kanunla değişik 40. maddesinde fiili hizmet süresi zammı ile iş sağlığı ve güvenliği ilkeleri ve risklere fiilen maruz kalma gibi objektif kriterler arasında bağ kurulması gerçekten isabetli olmuştur. Böylece fiili hizmet süresi zammının kapsamı genişlese dahi, başta basın çalışanları olmak üzere fiili hizmet süresi zammından yararlanma haklarını kaybeden sigortalıların tepkileri azalacaktır. Yeni düzenlemeyle birçok çalışanın özellikle de basın çalışanlarının önemli hak kayıpları ortaya çıkmış ve hükümet çeşitli tepkilerle karşılaşmıştır. Bu nedenle fiili hizmet süresi zammının kapsamı belirlenirken yeni düzenlemeden olumsuz etkilenen sigortalıların gelişmeleri büyük bir dikkatle takip ettiği unutulmamalıdır. Dolayısıyla yeni düzenlemelerin herhangi bir itirazla karşılaşmaması ve çalışan kesimlerden ve işveren kesiminden kabul görmesi için teknolojik gelişme ve yenilikler ile iş sağlığı ve güvenliği ilkelere ışığında öncelikle madenciler kapsamında olacak şekilde ve olabildiğince de dar bir çerçevede kapsam belirlenmelidir. Aksi takdirde hem istisnai olarak kurulmuş bir uygulama genelleşip kural haline gelerek istisna olmaktan çıkacak,

hem de yeni kanunla hak kaybına uğrayan sigortalıların aklındaki kuşku giderilemeyecektir.

Fiili hizmet süresi zammının kapsamının genişlemesi hem işverenleri, hem Sosyal Güvenlik Kurumunu, hem de mahkemeleri etkileyecektir. Fiili hizmet süresi zammının işverenleri etkileyen en önemli yönü primlerdir. İşverenlerin sigorta primlerinin yüksekliğinden şikayet ettikleri bir dönemde Anayasa Mahkemesinin 506 sayılı Kanununun ek 5. maddesinde yaptığı iptal ve sonrasında 5510 sayılı Kanun ve bu Kanundaki değişikliklerin fiili hizmet süresi zammının kapsamını genişletmesi işverenleri finansal olarak olumsuz etkileyecektir. Her ne kadar özel sektör işverenlerine istihdam paketi adıyla bilinen 5763 sayılı Kanunla %5 prim indirimi sağlanmış olsa da, fiili hizmet süresi zammının kapsamının genişletilmesi işverenler açısından yeniden aynı sıkıntılar ortaya çıkmasına neden olacaktır. Örneğin, fiili hizmet süresi zammının uygulanmadığı bir iş veya işyerinde %5'lik prim indirimi ile biraz rahatlayan bir işveren, kapsamın genişlemesiyle beraber fiili hizmet süresi zammı kapsamına girdiği takdirde yeniden benzer bir prim yüküyle

karşılaşacaktır. Bilindiği üzere fiili hizmet süresi zammından yararlanan sigortalıların için ödenmesi gereken yaşlılık malullük ve ölüm sigortası prim oranı normal sigortalıların ödemesi gereken primlere göre daha yüksektir. Diğer bir ifade ile, bu uygulamadan yararlananlar için ek prim ödenmesi gerekmektedir. İşte fiili hizmet süresi zammından yararlanan sigortalıların bu ek primleri işverenler tarafından karşılanmakta, sigortalılar ek primlere katılmamaktadırlar. Bu durumda da fiili hizmet süresi zammının kapsamının genişlemesi işverenlerin prim yükünün artması anlamına gelecektir.

Fiili hizmet süresi zammının Sosyal Güvenlik Kurumu üzerindeki etkisi ise aktüeryel dengelerin bozulmasında ortaya çıkmaktadır. Fiili hizmet süresi zammı ve itibari hizmet süreleri sigortalıların prim ödeme gün sayılarını yükseltmekte, emeklilik yaş hadlerini düşürmekte ve aylıkları yükseltmektedir. Her ne kadar elde edilen bu hakların karşılığında işverenlerce yukarıda belirttiğimiz ek prim ödenmekteyse de Kurum bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Zira, erken emeklilik ve yüksek aylıklar Kurumun finansman dengesini olumsuz etkilemektedir. Bu

uygulama nedeniyle kişiler sosyal güvenlik sisteminde aktif sigortalı olarak daha kısa süre kalmakta, buna karşın pasif sigortalılık süreleri uzamaktadır. Aktif/pasif oranının düştüğü ölçüde de aktüeryal denge bozulacak ve finansman güçleşecektir.

Fiili hizmet süresi zammının kapsamının genişlemesinin bir diğer olumsuz etkisi de mahkemelere intikal eden dava sayısının artması şeklinde karşımıza çıkacaktır. Genişleyen kapsam içerisinde bazı sigortalıların kendilerinin de fiili hizmet süresi zammından yararlanması gerektiği konusundaki itirazları ve fiili hizmet süresi zammının geriye yürütülüp yürütülmeyeceği konusundaki itirazlar iş mahkemelerini oldukça meşgul edecek gibi görünmektedir. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda teknolojik gelişmeler, iş güvenliği ve sağlığındaki ilerlemeler, bazı sektörlerin çalışma koşullarının hafiflemesi gibi etkenler ile ciddi araştırma ve incelemelerden elde edilen demografik ve aktüeryal veriler göz önünde bulundurularak fiili hizmet süresi zammının kapsamı belirlenmeli ve bu uygulamanın istisnai olduğu, genel bir kural haline gelmemesi gerektiği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

- * Alper, Yusuf . Sosyal Sigortalar, İstanbul, 2003.
- * Alper, Yusuf. "Türk Emeklilik Sisteminde Reform", MERCEK, S. 37, Y. 10, Ocak 2005.
- * Başterzi, Fatma. "Türk Emeklilik Sisteminde Reform", MERCEK, S. 43, Y. 11, Temmuz 2006.
- * Başterzi, Fatma. Yaşlılık Sigortası, TISK Yayın No:275, Ankara, 2006.
- * Caniklioğlu, Nursen. "İtibari Hizmet Süresine İlişkin Anayasa Mahkemesi Kararı ve Yaşanan Gelişmeler", SİCİL, Aralık 2007.
- * Caniklioğlu, Nursen. "Prime İlişkin Yükümlülükler", İstihdam Paketi ve Sosyal Güvenlikteki Yeni Düzenlemeler İşletmelere Neler Getiriyor? Semineri, TISK Yayın No:296.
- * Ergin, Hediye. "İptalle Gelen Sorun: Reformdan Geriye Ne Kaldı? Anayasa Mahkemesinin 15.12.2006 Tarihli Kararına İlişkin Bir Değerlendirme", TISK AKADEMİ, C. 2, S.3, 2007/1.
- * Ertürk, Şükran. "5510 Sayılı Sosyal sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda Değişiklik Öngören 5754 Sayılı Kanundan Sonra Uzun Vadeli Sigorta Kollarına Genel Bir Bakış", LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, C. 5, S.19, Y. 2008.
- * Gerek, Nüvit - Oral, A. İlhan. Sosyal Güvenlik Hukuku, Açıköğretim Fakültesi Yayını:888, Eskişehir, 2008.
- * Gerek, Nüvit. "Sosyal Güvenlik Reformu mu Yoksa sosyal Güvenlik Çıkamaz mı?", TÜHİS, C. 19, S. 6, Kasım 2005.
- * Güzel, Ali - Ocak, Saim. "5510 sayılı Yasa ile İşverenlere Getirilen Ek Sosyal Sigorta Yükümlülükleri", LEGAL İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi, C. 4, S.13, Y. 2007.
- * Güzel, Ali - Okur, A. Rıza - Caniklioğlu, Nursen. Sosyal Güvenlik Hukuku, İstanbul, 2008.
- * İtişken, Mustafa. "İtibari Hizmet Süresine İlişkin İbarenin Anayasa Mahkemesinin İptal Kararı Bağlamında Değerlendirilmesi ile Gözetilmesi Gereken İlke ve Prensipler", Yaklaşım Dergisi, Kasım, 2007, S.179, http://www.yaklasim.com/mevzuat/dergi/read_frame.asp?file_name=20071110106.htm.
- * Kılıçdaroğlu, Kemal. "Sorunlarla Gelen Reform?", MERCEK, S. 43, Y. 11, Temmuz 2006.
- * Saraç, Coşkun. "Son Tasarı Işığında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun Başlıca Yenilikleri", SİCİL, Mart 2008.
- * Sözer, Ali Nazım. "İtibari Hizmet Müessesesi ve İtibari Hizmetle İlgili Bazı Uygulama Sorunları", Çimento İşveren, C.12, S.3, Mayıs 1998.
- * Tuncay, Can - Ekmekçi, Ömer. Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları, İstanbul, 2008.
- * Tuncay, Can. "Türk Emeklilik Sisteminde Reform Projesinin Değerlendirilmesi", Çimento İşveren Dergisi, C. 19, S. 2, Mart 2005.
- * Tuncay, Can. "Yeni Sistemde Fiili Çalışma İlişkinine Dayanmayan Sigortalılık", MERCEK, S. 43, Y. 11, Temmuz 2006.
- * Ünlü, Vahap. "Yeni Sosyal Güvenlik Sistemimizde Fiili Hizmet Süresi Zammı Uygulaması", MESS İşveren Gazetesi, Y. 45, S. 827, Ekim 2008.
- * Yorgun, Sayım. "5510 sayılı Kanun, Anayasa Mahkemesinin İptal Kararı ve Çatırdayan Norm ve Standart Birliği", TISK AKADEMİ, C. 2, S.4, 2007/1.
- * ANY Mhk. Kararı, E.2006/111, K.2006/112, 15.12.2006.
- * ANY Mhk. Kararı, E.2001/479, K. 2005/1, 06.01.2005,
- * Fiili Hizmet Süresi Zammı Uygulamasının Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik.
- * <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss119m.htm>.
- * <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss119m.htm>.



Ek Ödeme Sistemimizin 10 Yıllık Performansı

Dr. Muhammet ÖRNEK

Balgat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Hastane Yöneticisi

Sağlık çalışanlarının gelirlerinde önemli derece artış, uygulamanın en önemli kazanımı oldu. Bunun dışında hastanelerde düzenli kayıt sistemi oluşturuldu. Kamu sağlık kurumlarındaki randevu/bekleme süreleri eritildi. Sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengeleri daha titiz takip edilir hale geldi. Personelin daha yüksek oranda mesai yapması teşvik edildi. %90'larda olan kamudaki yarı-zamanlı hekim oranı Tam Gün Kanununun yürürlüğe girdiği 2010 yılında %7'ye kadar düştü.

Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) ilk yıllarında sağlığa erişimin kolaylaştırılması en önemli hedeflerden biriydi. Sayısı az, geliri az, motivasyonu düşük ve %89'u yarı-zamanlı çalışan hekim profili ile bu hedefin gerçekleştirilmesi son derece zordu. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile kamu sağlık personelinin iş motivasyonunu ve verimliliğini artırarak bu hedefin gerçekleştirilmesi amaçlanmıştır.

Uygulama başlamadan önce hastanelerde üretilen hizmetten bağımsız ve cüzi bir katkı payı ödemesi zaten vardı. Ancak 2004'te başlatılan yeni uygulama ile "üretilen iş" ve "kazanç" arasında ilişki kuruldu. Kısaca hizmeti üretenlerin, katkıları oranında ek ödeme almaları sağlandı.

Sağlık çalışanlarının gelirlerinde önemli derece artış, uygulamanın en önemli kazanımı oldu. Bunun dışında hastanelerde düzenli kayıt sistemi oluşturuldu. Kamu sağlık kurumlarındaki randevu/bekleme süreleri eritildi. Sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengeleri daha titiz

takip edilir hale geldi. Personelin daha yüksek oranda mesai yapması teşvik edildi. %90'larda olan kamudaki yarı-zamanlı hekim oranı Tam Gün Kanununun yürürlüğe girdiği 2010 yılında %7'ye kadar düştü.

Günümüze kadar SDP'nin hemen her önemli bileşeni performans sistemi ile ilişkilendirilerek yönetilmeye çalışıldı ve başarılı olundu.

Sistemin sürdürülebilirliği dinamik ve güncel olmasıyla mümkün olabilecektir. Uygulama her anında çalışanların beklentilerini ve değişen ihtiyaçları karşılayabilmeli, başarı ve kaliteyi artıracak yenilikleri barındırmalıdır.

Uluslararası genel kabul görmüş performans unsurları; Verimlilik (Productivity), Etkinlik (Efficiency) ve Etkililik (Effectiveness)'tir. Uygun bir performans sistemi bu üç bileşeni içermelidir. Bu bileşenler şu şekilde tanımlanmaktadır:

Etkinlik (Efficiency): Kaynak kapasitesinin en uygun şekilde kul-

lanılarak, işlerin doğru yapılmasıdır (Falay, 2000:1)

Etkililik (Effectiveness): Amaca ulaşmak için doğru işlerin yapılmasıdır. (Baş ve Artar, 1991:435)

Verimlilik (Productivity): Hizmet miktarı ile hizmetin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki orandır. Genellikle bu ölçü, çıktı/girdi olarak formüle edilir (Rastogi, 1988:9)

Performans: Doğru işlerin, doğru şekilde yapılmasıdır. (Performans = Etkinlik x Etkililik)

Performans, genel olarak amaçlanan hedefe yönelik yapılan tüm işlerin o hedefin neresinde olduğunu, o hedefe ulaşıp ulaşılmadığının anlatılması olarak tanımlanır. Performans kavramından söz edebilmek için öncelikle belirlenmiş hedefin olması gerekir. Hedefin tutturulması başarılı olmak demek ise performans kavramının başarı ile paralel gittiği söylenebilir (Celep, 2010:4)

ÜLKEMİZDEKİ DURUM

Ülkemizde uygulanan performans sistemi pirim veya teşvik ödemeleri ile özellikle kısıtlı sayıdaki insan kaynağı kapasitesini verimli kullanmayı amaçlamaktadır. Süreç içerisinde başlatılan klinik kalite çalışmaları henüz değerlendirilebilir seviyeye gelmemiştir (Tablo-1)

Yıllar itibarıyla ülkemizdeki ek ödeme sisteminde performansın diğer bileşenlerini kapsamı adına önemli revizyonlar yapıldı. 112 acil sağlık hizmetleri personeli için vakaya ulaşım süreleri performans

hedefi olarak konuldu. Aile hekimliği uygulaması ile birlikte çalışanlara aşı oranı, izlem sıklığı, nitelikli izlem oranı gibi hedefler konuldu. Sonuç itibarıyla birinci basamakta nicel hedeflere bazı nitel hedefler de eklenerek kısmen de olsa "hedef realizasyonu" ve yürütülen hizmetin niteliği ölçülmeye başlandı. Ancak 2-3. Basamaktaki uygulamanın ana sistematiği hiç değişmedi. Bir kalite ya da hedefi sorgulamaktan ziyade başladığı gibi "kazancın paylaşımı" sistemi olarak kaldı. Böylece ilk yıllarında en önemli motivasyon aracı

olarak kullanılan performans sistemi, personel memnuniyetsizliğinin en önemli sebeplerinden biri haline geldi.

Teşvik Mantığından "Hedef Realizasyonuna" Geçilmelidir

Gelinen noktada performans sistemi teşvik mantığından öteye gidemedi. Sistem 10 hasta bakan hekimi cezalandırırken, 75 hasta bakan hekimin bu hastalara nasıl baktığını sorgulamadı.

İki balıkçı düşünün ellerine olta verip birini bir göle, diğerini de farklı bir göle gönderiyorsunuz. Akşam dönüşte kim ne kadar balık tutmuşsa o kadar pirim vereceksiniz. Balıkçılardan biri şanslıdır, fazlaca balığın bulunduğu bir göle öglene

Tablo-1: Ek ödeme sistemimizde performans bileşenlerinin yeri

Bileşen	2004	2013
Verimli kapasite kullanımı	Ön planda	Ön planda
Klinik kalite ölçümü	Yok	Kısmi çalışma var
Hedef realizasyonu ölçümü	Yok	Sınırlı

kadar 20 balık tutar ve öğlenden sonra dinlenir. Diğer balıkçı akşama kadar çalışmasına rağmen 10 balık tutabilmiştir. Kural gereği 20 balık tutana 20 TL, 10 balık tutana da 10 TL pirim verirsiniz. Oysa 20 balık tutulan gölde 100'lerce balık, 10 balık tutulan gölde ise 15 balık bulunmaktadır. Sizce hangisi başarılı? Fazla pirim ödediğiniz mi? Yoksa az balık tutan mı?

Teşvik mantığı “hasta gelmedi, doktor ne yapsın?” sorusuna cevap verememektedir. Bir bölgede hizmetlerin hangi branşlarda yürütüleceği, hastanelerin rolleri ve kapasiteleri, hizmet çeşitliliği ile hangi işlemlerin hangi hastanelerde yapılabileceği Bakanlık tarafından belirlenmektedir. Yine Bakanlık mecburi hizmetle hekimleri bu hastanelere atamaktadır.

Uygulamada il merkezinde ge-

niş imkanlarla çalışan ve haftada 7 ameliyat yapan cerrah, ilçede görevli ve haftada 2 ameliyat yapan cerrahdan çok daha fazla az ek ödeme almaktadır. Oysa cezalandırılan ikinci hekim belki de haftada beklenen 2 ameliyatın 2'sini de yapmıştır.

Beyin Cerrahisi ile Cildiye Hekimi Aynı Havuzda Yarışıyor

İşlem portföyü son derece farklı disiplinler arasında puan ilişkisi tanımlamak son derece zordur. Beyin cerrahinin en zor işlemi ile cildiye-nin en zor işlemi arasında nasıl bir puan ilişkisi kurulmalıdır? Bu soru en çok itiraz edilen ve henüz cevaplanamayan bir sorudur. Peki ilişki kurulmalı mıdır?

Tablo-2'ye göre aynı hastanedeki hekimlerden biri diğerinin yaklaşık iki katı kadar puan üretmiş ve iki katı kadar ek ödeme almıştır. Oysa tablo incelendiğinde her iki hekimin

de kendi branşlarının ülke ortalaması kadar puan üretip “benzer” çalıştıkları görülecektir.

Girişimsel İşlem Puanları Emeği Göstermiyor

Mevcut sistemde aynı branşta iki hekim, aynı puanla ve aynı çalışma gün katsayısı ile farklı hastanelerde anlamlı derecede farklı ek ödeme alabilmektedir.

Tablo-3'te farklı hastanelerde çalışan 2 genel cerrah ile 2 anestezi uzmanının puan ve gelirleri örnek olarak verilmektedir.

Örnek-1'de İzmir'deki bir hastanede görevli genel cerrahın 24.000 puan ürettiğinde 3.800 TL ek ödeme kazandığı, aynı puanı İstanbul'daki bir hastanede üreten genel cerrahın ise yaklaşık %50 daha fazla ek ödeme kazandığı görülmektedir. Örnek-2'de ise daha fazla gün çalışıp daha çok puan üreten anestezi uzmanı aynı ilin diğer hastanesindeki meslektaşından yaklaşık %50 daha az gelir elde etmiştir.

Tablo-2: AII Rolündeki bir hastanede görevli iki hekimin aylık işlem puanı ve ek ödeme geliri

Branşı	Hekim Puanı	İlgili Branşın Ülke Geneli Ortalama Puanı	Net Ek Ödeme Geliri (TL)
Göğüs Cerrahi	23.089	24.216	3.439
Radyoloji	44.012	44.082	6.676

Tablo-3: Hastaneleri farklı, branşları aynı hekimlerin puan ve ek ödemeleri

Örnek-1	Branşı	Çalışılan Gün	İşlem Puanı	Net Ek Ödeme (TL)	Hastane
Örnek-1	Genel Cerrahi	29	24.177	3.826	İzmir *
	Genel Cerrahi	29	24.277	5.354	İstanbul *
Örnek-2	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	31	19.348	3.483	Ankara *
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	29	18.558	5.151	Ankara *

* 2012 Sağlık Bakanlığı verileridir. Hekim ve hastane isimleri kapatılmıştır.



Aynı İşlem İçin Farklı Branşlarda Farklı Puan

Birçok benzer hatta aynı işlem branşlara göre farklı puanlandırılmıştır.

İlk başladığında tabip girişimsel işlem puanlarının tamamına yakını SUT puanları ile aynıydı. Bu gün girişimsel işlemler listesindeki 5.021 işlemde 1.606'sının (%32) puanı, maliyetler gözetilerek hazırlanan SUT puanları ile birebir aynıdır.

Girişimsel işlemler listesinde "emek, risk ve süre" dikkate alınarak sürekli değişiklikler yapılmaktadır. Bu güne kadar 6 önemli revizyon yapıldı. Bunların dışında 2009 yılında her branştan uzman hekimlerin katıldığı çalıştay ve 2011 yılında yine her branşı temsil edecek 2.200 uzman hekim ile anket çalışması yapıldı. Çalışmalar büyük çoğunlukla "branşların kendi işlemleri için puan artışı talebi" ile sonuçlandı.

Girişimsel işlemler listesinde yapılacak en ufak değişiklik, problemi çözemediği gibi beraberinde öngörülemeyen sıkıntılar getirdi.

Örneğin 2011 yılında yapılan girişimsel işlemler listesi değişikliğinde;

- Çocuk muayeneleri yaşlara göre gruplandırılarak puanı artırıldı: Ek ödeme geliri bakımından 2011'de ülke genelinde 10. sırada olan çocuk sağlığı ve hastalıkları branşı 2012 yılında 6. sıraya yükseldi.
- Laringoskopi işleminin puanı düşürüldü: 2011'de 8. sırada olan KBB 2012'de 12. sıraya geriledi.
- Patoloji işlem puanları %5 artırıldı: 2011 yılında 23.sırada olan Patoloji 14. sıraya yükseldi.

İşlem Puanlarının Para Değeri Gittikçe Azalıyor

Son zamanlarda Tanı İlişkili Gruplandırma (TİG) alternatif bir ödeme modeli olarak çalışılmakta-

Tablo-4: Aynı veya benzer işlemlerden birkaçının puanları*

İşlem Açıklaması	İşlem	Puan
Benzer İşlem	Prostatektomi (TUR) (Üroloji)	800 puan
	Laparoskopik kolesistektomi (Genel Cerrahi)	566 puan
Aynı İşlem	Gastrointestinal stent yerleştirilmesi (Girişimsel Radyoloji İşlemi)	714 puan
	GIS darlıklarında stent yerleştirilmesi (Gastroenteroloji İşlemi)	189 puan

*Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Girişimsel İşlemler Listesi, 2013



dır. Ancak çalışma ilk başladığı hızda devam edemedi ve beklentileri karşılayamadı. Halihazırdaki global bütçe tündengelim mantığında iken, mevcut performans sistemi tümevarım prensipleri ile çalışmaktadır. Yıllık işlem puanındaki artış oranı, global bütçe artış oranından fazla gerçekleşmektedir. Bu durum üretilen puanı değersizleştirmektedir.

Branşlar Arası Ek Ödeme Gelir Farkı Fazladır

Her revizyonda doğal olarak branşların ek ödeme gelir sıralaması değişmektedir. Ancak ülke genelinde ortalamada en fazla kazanan branş ile en az kazanan branşlar arasındaki gelir farkı neredeyse değişmemektedir.

Örneğin bu gelir farkı;

- 2007 yılında Ortopedi-Nükleer Tıp arasında 1.350 TL,
- 2011 yılında Acil Tıp-Göğüs Cerrahi arasında 1.650 TL,
- 2012 yılında Radyoloji-Üroloji

arasında 1.500 TL olarak gerçekleşmiştir.

Hekim Güne Borçlu Başlamaktadır

209 Sayılı Kanun gereği sabit ödemeler ek ödemedi mahsuplaşmaktadır. Bu da yaklaşık 10.000-12.000 puana tekabül etmektedir. Böylece hekim -10.000 puandan başlamakta ve ürettiği ilk 10.000 puan işe yaramamaktadır.

Sistem Sadece Hekimleri İlgilendirir Oldu

Hastanelerde görev yapan sağlık personelinin gelirleri maaş, sabit ödeme ve performansa dayalı ek ödemedi oluşmaktadır. Bütün gelir içerisinde performansa tabi "değişken" kısım özellikle uzman hekimlerde çok yüksektir. Sabit ödeme uygulaması ile birlikte gelirin değişken kısmı nispeten azalmıştır. Ancak ne yazık ki sabit ödeme maaş gibi yapıp maaşla birlikte ödendiği halde emekliliğe yansıtılmamaktadır.

Tablo-5'te görüldüğü üzere mevcut durumda yardımcı sağlık personeli aylık gelirinin %90'ını, pratisyen hekimler %75'ini, uzman hekimler ise %49'unu maaşla birlikte ve sabit ödeme şeklinde almaktadır. Uzman hekimlerde gelirin değişken kısmının fazlalığı sistemin bütün stres ve yükünü üstlenmelerine neden olmaktadır.

Acil Servisler Performans Sistematiğinden Çıkarılmalıdır

Hastane acil servislerinde nöbet tutmak pratisyen ve uzman hekimler için dezavantajlı bir durumdur.

Uzman hekimler acil serviste görev yaptıklarında polikliniğe göre daha az puan üretmektedirler.

Hastane acil servislerinde çalışan pratisyen hekimlerin aylık ortalama gelirleri Bakanlığın diğer kurumlarında görev yapan meslektaşlarına nazaran oldukça düşüktür. Bu nedenle hastane acil servisleri pratisyen hekimler için ihtisas veya aile hekimliğine geçiş kapısı konu-

Tablo-5: Sağlık personeli geliri içinde performansa tabi kısmın yıllara göre değişimi*

Ünvan	2007	2012
Uzman Tabip	76%	51%
Pratisyen Tabip	60%	25%
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	39%	10%

* Gelirin maaş ve sabit ödeme dışında kalan ve sadece performansa tabi kısmı.

mundadır. İlk atamada sisteme acil servisten dahil olan hekim tecrübe kazanamadan ayrılmaktadır.

Ek Ödemenin Düşmemesi İçin "Çalışan Memnun" Olmak Zorunda

Memnuniyet katsayısı, hizmet kalite standartları katsayısı ve finansal değerlendirme katsayısı gibi yöneticiyi etkilemesi gerekirken çalışanlar üzerinde de negatif etki oluşturan parametreler gözden geçirilmelidir. Kalite performans puanı; ek ödeme hesaplamasında hem kurumsal performans hem de birim performansı ile iki defa çarpan olarak yer almaktadır. Böylece hem dağıtılabilir tutarı hem de personelin aldığı ek ödemeyi olumsuz etkileyebilmektedir.

Finansal değerlendirme katsayısı 2013 yılı başında yönetici karnelerine konularak çalışan üzerindeki etkisi ortadan kaldırılmıştır. Benzer şekilde yönetici başarısını etkileyen memnuniyet katsayısı ile kalite standartları katsayısının çalışanlar üzerindeki etkisi minimize edilmeli veya kaldırılmalıdır.

Özellikli Birimler "Özellikli" Olmaktan Çıktı

Sağlık personeli gelirinde aylık 150-200 TL daha fazla ek ödeme sağlayan "özellikli hizmet birimleri" daha önce sadece yoğun bakım ve acillerle sınırlı iken ilerleyen değişikliklerde, doğumhane, süt çocuğu, AMATEM, kapalı psikiyatri gibi klinikler de eklemiştir.

2007 yılında "kısmi süreli çalışma" tanımlaması getirilmiş ve görev yerleri farklı kliniklerde olduğu halde özellikli birimlerde çalışan personelin çalıştığı süre kadar farkını alabilmelerinin önü açılmıştır. Ancak laboratuvar, röntgen, kan alma gibi birimlerde çalışan personel özellikli birimlere katkı sağladıklarını gerekçe göstererek yargıya başvurup Danıştay kararıyla "kısmi süreli çalışma" kapsamına dahil edilmiştir. Bu kararla özellikli birimin kapsamı oldukça genişlemiştir. Öyle ki 2012 yılında "kısmi süreli çalışanlar" da dahil edildiğinde ülke genelinde personelin %45'i özellikli birim çalışanı olmuştur. Amacından gittikçe uzaklaşan kısmi süreli uygulamaya 2013'deki yönetmelik değişikliği ile son verilmiştir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, değişen ihtiyaçlar, personel durumu, finansal koşullar, maliyetler, tıp bilimindeki yenilikler gibi konulardan etkilenen dinamik bir süreçtir. Bu kapsamda değerlendirilip sürekli güncellenmeli ve geliştirilmelidir.

- Esasında uygulamada işlem puanlarının baştan belli olması hekimi tercihe zorlayabilmektedir. Hekimlerin yaptıkları işlemlerin puanlarının ay sonundaki işlem frekanslarına ve gerçekleşmeye göre kendiliğinden belirlendiği bir uygulama yararlı olabilir ancak yönetimi ve sürdürülebilirliği son derece zordur.

- Branşlar arası yarış ve huzursuzluğu gidermek için ülke genelinde her branş kendi içinde ve kendi işlem listesi ile değerlendirilmelidir. Bunun için öncelikle Bakanlık benzer hastaneleri gruplandırmalıdır. Örneğin bir Nörolog kendi hastanesindeki diğer branş hekimleri ile değil, benzer hastanelerde görev yapan diğer Nörologlarla birlikte değerlendirilmelidir.

dirilmelidir. Böylelikle aynı branşın uzmanlarından oluşacak etik kurullar işlemleri hem tıbbi kalite hem de yerindelik açısından daha etkin değerlendirmiş olacaktır.

- Uzmanlık eğitiminin süresi, gücü, mesleklerini uygulama sırasında üstlenmek zorunda oldukları riskler göz önünde bulundurulmak suretiyle branş risk katsayısı belirlenebilir. Ancak burada konulması düşünülecek fark ek ödeme ile ilişkilendirilmemeli, maaşa yansıtılmalıdır.

- İşlem puanlarının incelenmesi için kurulan hastane içi kurullar etkin çalışmamaktadır. Bu husus merkezi denetimi ve izleme-değerlendirme faaliyetlerini elzem kılmaktadır.

- Bakanlık bir taraftan acil müraaat oranını düşürmeyi hedeflerken diğer taraftan acil hekimini performans için fazla hasta bakmaya teşvik etmesi tezat oluşturmaktadır. Bu nedenle acil servis çalışanlarının performans sistematiğinden çıkarılması daha uygun olabilir. Aile hekimliği

uygulanmasına benzer “sözleşmeli acil hekimliği” uygulaması sıkıntının çözümü için alternatif olabilir. Ya da acil çalışanlarına sabit ek ödeme tanımlanmalı ve bu ek ödeme sadece çalışma günü veya nöbet sayısı ile ilişkilendirilmelidir.

- Özellikle uzman hekimlerde gelirin ek ödemeye tabi (değişken) kısmı yüksektir (%51) Sabit ödeme artırılarak bu oran azaltılmalıdır. Böylelikle branşlar arası gelir farklılığı nispeten makul seviyelere inmiş olacaktır.

- Avukat, fizyoterapist, uzman diş hekimi ve uzman hemşireler için katsayı revizyonu yapılmalıdır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, değişen ihtiyaçlar, personel durumu, finansal koşullar, maliyetler, tıp bilimindeki yenilikler gibi konulardan etkilenen dinamik bir süreçtir. Bu kapsamda değerlendirilip sürekli güncellenmeli ve geliştirilmelidir.



Kaynaklar

- * Baş, I. M. ve Artar, A. İşletmelerde Verimlilik Denetimi, s:435, 1991, Ankara
- * Celep, H, Kamu Sektöründe Performans Yönetimi Ve Ölçümü, 2010, s:1 Ankara.
- * Falay, N. Yerel Yönetimlerde Performans Ölçümü, 15. Maliye Sempozyumu, 2000, Antalya
- * Rastogi, P. N. (1988), Productivity, Innovation, Management and Development, 1988, New Delhi
- * TKHK, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu-Verimlilik Daire Başkanlığı, Verimlilik Modeli Ön Çalışma Raporu (2012), Ankara,
- * <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/909,verimlilik-modeli-on-calisma-raporu.pdf?0>



Performans Anksiyetesi

Prof. Dr. İhsan KARAMAN
Haydar Paşa Numune Hastanesi

Performansa dayalı ek ödeme sistemi temelde iyi niyetle hazırlanmaya başlanmış olsa da, gelinen duruma bakıldığında, başlangıçta olduğunu varsaydığımız iyi niyet dışında pek bir iyi tarafı kalmamış, haksızlık ve adaletsizliğe zemin hazırlayan bir yamalı bohçaya, bir ucubeye dönüşmüştür. Özellikle 3. basamak hastanelerde yapılacak objektif bir anket, şu anda performans sisteminden memnun olan sağlık çalışanlarının yok denecek kadar az olduğunu gösterecektir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi temelde iyi niyetle hazırlanmaya başlanmış olsa da, gelinen duruma bakıldığında, başlangıçta olduğunu varsaydığımız iyi niyet dışında pek bir iyi tarafı kalmamış, haksızlık ve adaletsizliğe zemin hazırlayan bir yamalı bohçaya, bir ucubeye dönüşmüştür. Özellikle 3. basamak hastanelerde yapılacak objektif bir anket, şu anda performans sisteminden memnun olan sağlık çalışanlarının yok denecek kadar az olduğunu gösterecektir. Meslek hayatının son 20 yılını eğitim ve araştırma hastanelerinde geçiren bir hekim ve öğretim üyesi olarak, bu sürecin hiçbir döneminde, çalışanlar arasında adalet duygusunun

bu kadar zedelendiğini, iş barışı ve huzurunun bu kadar bozulduğunu görmedim.

Temel olarak, tüm insan toplulukları için geçerli olan bir toplumsal kural vardır: “Birilerini para ve menfaat ile memnun etmeye başlayıp o kişileri buna alıştırsanız, bir müddet sonra doyumsuzluk, tamah, daha fazlasını hak ettiğini düşünerek artan ve karşılanamayan talepler karşısında da mutsuzluk gelişecektir.” Elbette, eşitlik adalet değildir ancak belli bir pastayı belli sayıda kişilere adil dağıtıp kendilerini memnun etmenin ön şartı, beyana dayalı performans ödemesi yapılan tüm kişilerin adil ve dürüst davran-

malarıdır. Yeryüzünde hiçbir insan topluluğu tümüyle adil ve dürüst olamayacağı için, ek ödemelerin çoğunluğunun kişisel performansa dayandırıldığı mevcut sistemde, dürüst beyanda bulunanlar aleyhine bir adaletsizlik gelişmesi kaçınılmazdır ve pratikte de böyle olmuştur. Daha önce var olan bir sistemi kökünden değiştirmeye yönelik bir girişim planlanırken her kesimin uyarı ve önerileri, herhangi bir önyargı olmadan dikkate alınıp incelenseydi şu anda yaşanan problemlerin çok büyük bir kısmı öngörülebilirdi. Mevcut performans sistemindeki temel hataların ve adaletsizliklerin sadece bir kısmı aşağıdaki gibi özetlenebilir.

1. Performans sistemi kurgulanırken tüm doktorların tembel olduğu ve ancak parayla motive edilebileceği varsayılarak hazırlanmıştır. Çok samimi ve net bir şekilde ifade edebilirim ki, uzmanlığımın ilk on yılında hiçbir ek ödeme, nöbet parası, döner

sermaye almaksızın, sadece şimdikinden çok daha az olan bir sabit maaşla çalıştığım eğitim hastanesinde, hem ben hem de diğer meslektaşlarım şimdikinden çok daha motive ve huzurlu idik.

2. Anadolu dahil tüm hastaneler dikkate alındığında, performans sistemini “rasyonalize” eden çıkış noktası, mesai sonrasında özel sektörde çalışarak



alın teriyle gelir elde etme hakkı ve imkanı –haksız bir şekilde- ellerinden alınan hekimlerin ağzına bir parmak bal çalmak, “Bakin size ikinci bir ek mesai çabası sarf etmeden, bulunduğunuz hastanedeki çalışmanızı ödüllendirerek hayal bile edemeyeceğiniz gelirleri kazandırıyoruz” aldatmacası ile, sıtmayla ölüm arasında sıkışan sağlık çalışanlarını kandırmak için planlanmış bir şark kurnazlığıdır. Sistemi kötüye kullanıp haksız kazanç elde eden bir takım hekimleri denetleyip cezalandırmak yerine, evrensel ve adil hukuk sistemlerindeki “ceza suçluya verilir, alınan kararlarla suçlunun yanında masum da cezalandırılmaz” mantığı yerle bir edilmiş ve inatla tüm sağlık çalışanlarına “Kırk katır mı kırk satır mı?” sorusu dayatılmıştır. Performans sistemi, bu temel mantık ve sakat hedefi ne pahasına olursa olsun gerçekleştirebilmek için kullanılan ancak geri tepen bir silahtır. Bu maddede yazdıklarım asla bir niyet okuma değildir. Siyasilerin ve bürokratların beyan ve davranışlarına bakıldığında açıkça sırtan bir gerçektir. Açık ve net olarak şunu söylüyoruz: Mesai sonrası özel sektörde, kendi zaman, sağlık, enerji ve rahatından fedakârlık ederek, hastasını memnun ve müteşekkir ederek, legal ve helal yolla para kazanma yolu, takıntılı bir inatla engellenmeseydi, şu anda içinden çıkılmaz hale gelen bu performans sistemine asla gerek kalmayacaktı. Niyet kötü, akıbet kötü...

3. En iyi çalışan sistemler basit sistemlerdir. Hal-buki performans sistemi başlatılırken son derece komplike bir yapıda planlanmıştır. Üstelik hatalar ortaya çıktıkça yeni düzenlemeler yapılmış ve sistem

gittikçe daha karışık bir hal almıştır. Yapılacak yeni düzenlemeler mutlaka sistemi daha basit, daha stabil ve daha anlaşılır yapmalıdır.

4. Hemen herkes bu sistemin güncel veya potansiyel kurbanlarıdır:

a) Haklarını alamadıklarını düşünen ve şu anda memnun olmayan sağlık çalışanları: Performans sisteminin şu anki haliyle yürümesi mümkün değildir. Şu anda kendi irade ve çabaları dışındaki faktörler nedeniyle ya da meslektaşlarının haksız beyan ve kazançları yüzünden sistemden az pay alan sağlık çalışanları, tabiri caizse sistemin “uçkâğıdını” öğrenecek ve eğer bunu uygulamaya gönülleri razı olursa daha çok pay alacak ya da bir yolunu bulup daha çok veren hastanelere geçiş yapacaktır.

b) Şu anda aldıkları rakamdan memnun olanlar: Sağlık kurumlarının aldığı toplam pay sabit olduğu için, şu anda az alanların aldıkları pay arttığında, şu anda –kendince- yeterli pay alanların payı azalacak ve onlar da memnun olmayacaklardır.

c) Sistemin sessiz ve habersiz kurbanları hastalar: Şu anki performans sistemi, riskli büyük vakalar yapmak yerine, daha çok para kazandırdığı ve daha az risk taşıdığı için küçük vakalar yapmayı teşvik etmektedir. Bu durum, kulağa pek olmazmış gibi gelse de, insan psikolojisinden birazcık anlayanlar bunun çok muhtemel bir durum olduğunu bilirler. Ayrıca cerrahiye birazcık yakınlığı olanlar bilirler ki, primer (o bölgeden ilk kez ameliyat yapılan) vakalar ile sekonder (ikinci kez) veya tersiyer (üçüncü kez ameliyat olan) vakalar arasında hem ameliyat zorluğu hem de ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların oranı ve bunların yönetimi açısından çok ciddi fark vardır. Henüz hekimlerin önemli bir kısmı bunu şimdilik dikkate almasalar da halen dayatılan “ne kadar puan o kadar para” sistemi, yönetenler tarafından hekimlere yöneltilen “paragöz ve hırsız” suçlamaları ve malpraktis yasasının dayanılmaz ağırlığı ile birleştiğinde kaçınılmaz son olacaktır. “Sistemin sessiz ve habersiz kurbanı olan hastalar” diye başlamamızın sebebi budur. Şimdi sistemden ve belki doktorların hırpalanmasından memnuniyet duyan demeyelim ama göz yuman hastalarımız, Allah vermesin yarın pek fazla puan karşılığı olmayan, zor bir hastalığı olduğunda “efendim, yardımcı olmayı

çok isteriz, ama maalesef burada imkânlarımız bu tedaviyi yapmaya yeterli değil” cevabını sıklıkla alacaklardır. İşin doğrusu, tıp sanatı (tıp, bir meslek değil sanattır) öyle bir alandır ki, bu ifadenin ne zaman bir tıbbi gerçeği, ne zaman amansız performans sisteminin acımasız gerçeğini yansıttığını anlamak mümkün olmayacaktır. Bu durumla karşılaşan hasta, bir sağlık çalışanı hatta bir hekim bile olsa, gerçeği ayırt etmesi çok zordur. Burada “hekim bunu yapmaz” gibi düşünceler akıldan geçecektir ancak insan psikolojisi benzerdir ve aldıkları tüm eğitime rağmen doktorların da bu adaletsiz ve haksız sistemin dayatmalarına sonsuza dek özveriyle direnmelerini beklemek sadece bir hayaldir.

Hastaların farkına varmadan mağdur olduğu bir başka düzlem de, gereksiz müdahalelerdir. “Daha çok iş, daha çok para” sisteminin aldatıcı ışığına kapılan bazı sağlık çalışanları, müdahale endikasyonlarını alabildiğine genişletmiş, her taşlı safra kesesini almaya, her iltihap geçiren bademciği ameliyat etmeye, her idrar şikâyeti veya mide yanması olana endoskopi yapmaya başlamıştır. Bir kısmı genel anestezi de gerektiren bu riskli müdahaleler, global olarak popülasyondaki komplikasyon oranını artırmaktadır ve alternatif tedavilerle iyileşebilecek ya da girişimsel işlem yapılmadan tanı konabilecek hastalar farkına varmadan bir yığın ilave riskle karşılaşmaktadır. İnsan sağlığını konu alan bir meslekte, “kalitatif olarak” sonuca değil de, “kantitatif olarak” sonuca götüren yollara para vermeniz olacağı budur.



5. Sistem en başında kurgulanırken çok ciddi bir dizayn hatası yapılmıştır. SGK'dan paket ödeme olarak alınan ücret, hastane içinde kim ne kadar işlem girişi yaparsa o kadar alacak şekilde dağılmaktadır. Örneğin bir ameliyat yapıldığında, cerrahi branş ve anestezi (gerekli veya gereksiz) yapılan her ek girişim için, aslında sabit olan pastadan daha çok payı kendisine yönlendirmektedir. Bunu sadece denetleme ile önlemek mümkün değildir. Hâlbuki paket alınan paranın, doğal olarak klinikler arasında da paket olarak dağı-



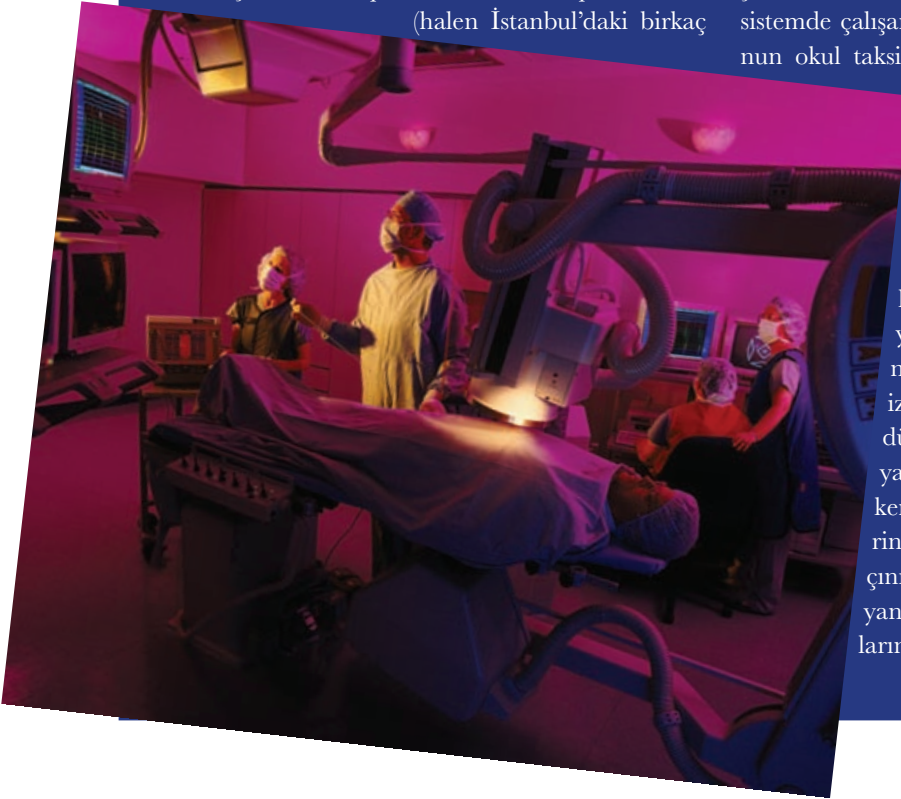
ılması planlanmalıydı. Örneğin bir safra kesesi ameliyatı için SGK'dan 100 birim almıyorsa 30 birim cerrahi kliniğe, 30 birim anesteziye, 40 birim de hastane masrafları ve konsültasyonlar gibi diğer harcamalara ayrılmalıydı. Tabii ki burada verilen oranlar öneriyi açıklamak için kullanılmıştır ve örnektir, değişebilir.

6. Şu anki performans sistemi, çok az bir "sabit döner sermaye payı" ve "yüksek oranda, puan girişine dayalı kişisel performans ödemesi" dağıtılmasına dayalı bir sistemdir. Üstelik sistem o kadar adaletsizdir ki, siz ne kadar çok çalışırsanız çalışın, alacağımız ödemeyi belirleyen sizin dışınızda çok sayıda parametre vardır. Örneğin SGK'dan gelen para, hastanenin borcu, hastanenin kalite puanı, hastanenin ödemesi gereken başka hastane performansının olup olmaması (halen İstanbul'daki birkaç

hastane Marmara Üniversitesi Hastanesinin performans ödemesini yapmaktadır) akla gelen sebeplerden bazılarıdır. Buna bağlı olarak, mesela bir uzman hep aynı randımanda ve büyük bir gayretle çalışsa da, hemen her ay aynı veya benzer bir döner sermaye alması garanti değildir. Hâlbuki günümüzde maaşla çalışan hemen hiç kimsenin peşin parayla araba, ev gibi büyük meblağları taksit veya kredi olmadan karşılamaşının mümkün olmadığı bir gerçektir. Peki, bu sistemde çalışan bir kişi nasıl ev, araba veya çocuğunun okul taksitinin altına imza atabilecektir? İmza

atsa nasıl huzurla yaşayabilecektir?

"Başıma bir şey gelir de performansım aksar." diye halı sahaya gidip futbol oynamaya korkan doktorlar tanıyorum. Başkalarına sağlıklı yaşam için spor öneren doktorlar, kendileri performans sistemi nedeniyle spor yapmaya korkarken, nasıl verim beklenbilir? Benzer endişelerle birkaç yıldır izin kullanmayan ve depresif duruma düşen hekim arkadaşlarımız da var. İzin yapmayan insanların iş veriminin, hem kendisinin hem de birlikte çalıştığı kişilerin huzurunun bozulacağı ve bunun kaçınılmaz olarak eninde sonunda hastalara yansıtacağı da bu işten birazcık anlayanların bile görebileceği bir gerçektir.



7. Usulen bir muayene yapmış gözü-
küp reçete yazmanın en kolay para
kazandıran yöntem olduğu şimdiki dö-
ner sermaye sistemi, doktorun tanıya git-
mek ve sorunu temelinden çözmek için
çaba harcamasını, aynı hastayla uzun
süre uğraşıp derdine derman arama-
sını dolaylı olarak engellemekte, zor ve
komplikasyon riski olan ameliyatlardan
kaçınmasını ve kendini geliştirmek için
gerekli olan ama puan veya getiri ola-
rak bir anlamı olmayan işlemlerden geri
durmasını teşvik etmektedir. Bu, hem
hastalara hem tıp bilimine karşı yapılmış
bir adaletsizlik ve haksızlıktır. “Buna sağ-
lık çalışanlarının bilinçli tercihi sebep oluyor” savun-
ması geçersizdir. Zira bir sistem kurulurken istismara
yer bırakmayacak ve hitap ettiği kitlenin meleklerden



oluşturduğunu varsaymayacak şekilde kurgulanmalıdır. Daha zahmetsiz olanla, daha çok gelir elde edilmesini sağlamak, performansa dayalı sistemin en temel yanlışlarından biridir.



8. Bugün ülkemizde, bir klinikte uzmanlık eğitimi-
ni tamamlayıp mecburi hizmete giden 2 aylık bir
uzmanın, kendisini yetiştiren ve bu uğurda bir ömür
harcayan klinik şefinden katbekat fazla döner sermaye
ödemesi aldığı binlerce örnek var. Burası, “tuzun kok-
tuğu nokta” değil midir? Hakkı ve adaleti baş tacı etti-
ğini söyleyenlerin bu tabloda utanması ve ders alması,
“hatadan dönmek fazilettir” düsturuna uyup gittikleri
uçurum yolundan bir an önce vazgeçmesi gerekmez mi?
İstisare kültürü bunu gerektirmez mi? Heyhat!

9. Şu anki performans siste-
mi çalışanların özgüvenini
ve geleceğe umutla bakmalarını
“yok etmiştir”. Eğer çalışanla-
rın köle ya da robot oldukla-
rını düşünülüyorsa acilen yeni
bir düzenleme gereklidir. Hem
elde edilen aylık gelirin emekli
ödemelerine yansıma oranı artırılmalı,
hem de “sabit döner sermaye/değişken performans
ödemesi” oranı artırılmalıdır. Bu
oran, insani bir yaklaşımla en az
70/30 olmalıdır.



10. Bizim inancımıza göre, haksızlık 72 buçuk milyunun içinde mesela 100 bin kişiyi ilgilendirse de haksızlıktır, küçümsenemez. Az çalışanları ayıklama ve az döner sermaye vererek cezalandırma niyetiyle de olsa, hekimin hastasıyla arasındaki karşılıklı güvene dayalı ilişki üzerine kurulu sağlık hizmetini puanlarla "kantite etmeye" çalışmak çok tuhaf sonuçlar ve yeni haksızlıklar doğurmaktadır. Nitekim, genel olarak dahili branş hekimleri, harcadıkları zihinsel

efor "kantite edilemediği" için daha az döner sermaye alabilmekte ve haksızlığa uğramaktadır. İstanbul gibi büyük şehirlerde, yöneticilerin ve siyasilerin gözümüne baka baka halkı yanlış bilgilendirmesine rağmen, yıllanmış bir uzman hekimin aldığı 3 bin TL sabit gelir ile geçinmesini beklemek ve buna ilave edilecek miktarı, çok kırılğan bir döner sermaye hesap cetveline göre belirlemek hekimlerin emeğine saygısızlıktır, saygınlığına zarar vermektir.

11. Muayenehanesi olan hekimlerin sıfır kişisel performans alması çok ciddi bir emek gaspı ve çalışan memnuniyetini azaltan faktördür. Hâlbuki işletme bilimi, bir işyerinde yeterli verim elde etmek için en önemli unsurlardan birinin çalışan memnuniyeti olduğunu söyler. Sıfır performans vererek

(aralarında çok değerli insanların da bulunduğu) o kişilerden verim elde etmek mümkün değildir. Suiistimal edenlerin olması bu uygulama için bir gerekçe olamaz. Sistem, etik dışı davranış gösterenleri en ağır şekilde cezalandırmalı ancak herkesi cezalandırmak üzerine kurulmamalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

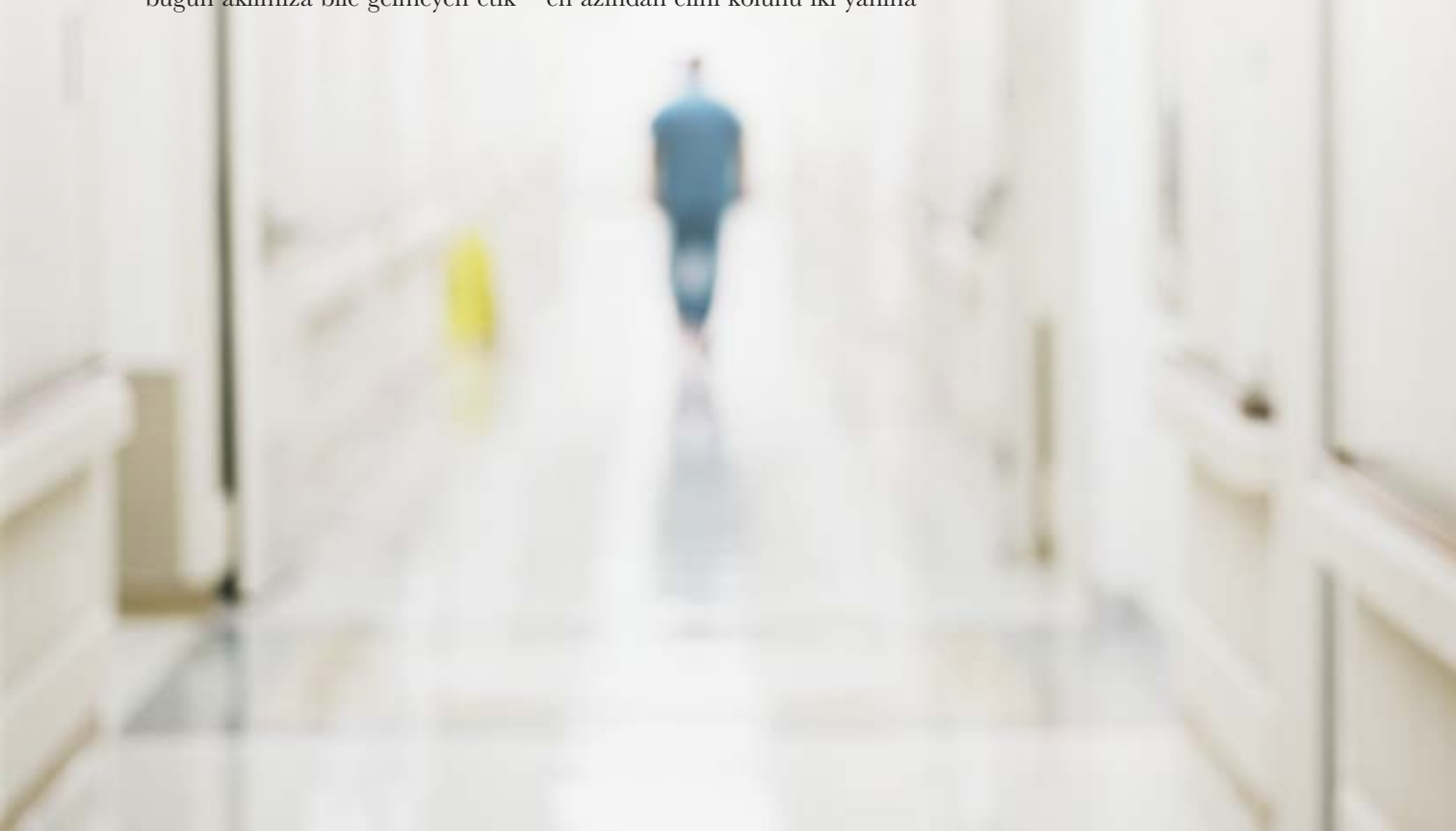
Sonuç olarak, çalışanların robot değil insan olduğunu daima aklında tutan bir performans sistemi gerçekten yararlı olacaktır. Ancak şu anda uygulanan "vahşi performans sistemi" kaçınılmaz olarak, "az çalışan ama çok giriş yapan", kliniği bilmese bile "iş bilen" ancak en iyi kazananın bile mutsuz ve yarımından umutsuz olduğu bir nesil yaratmaktadır. Malesef böyle giderse çok geçmeden bugün aklımıza bile gelmeyen etik

dışı davranışlara şahit olacağımız kesindir. Sistemin acilen çok ciddi bir revizyondan geçirilmesi gereklidir.

Bu performans sistemini benim mantığım ve vicdanım kaldırmıyor. Bu performans sistemi bu şekilde olmaz, mesleğimizin ruhuna uygun değil, mesleğini "ikbal için değil, ukba için" yapmaya çalışanların dahi performansını düşüren, en azından elini kolunu iki yanına

düşüren bir sistem. Eninde sonunda revize edilecek, değişecek, kaldırılacak.

Gönlüm, bu sistemi kuran ve bu vebali üstlenenlerin, inanç ve ahlak evrenimizin temel umdelelerinden olan hatadan dönme faziletini göstererek adaletsiz ve haksız bir sistemi kaldırma şerefini de kazanmalarından yana. Sabırla bekleyeceğiz. Adalet talebimiz devam edecektir.





Performans Sistemine Üniversite Bakışı

Prof. Dr. Kudret DOĞRU

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimi

Sağlıkta performansa dayalı ek ödeme sistemi tabip ve diğer personelin bireysel veya ortak çabalarla sağlık hizmet sunumunda yapacağı nitelik veya nicelik artışı şeklindeki katkılarının yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ya da ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi süreci olarak ifade edilmektedir.

Sağlıkta performans dayalı ek ödeme sistemi tabip ve diğer personelin bireysel veya ortak çabalarıyla sağlık hizmet sunumunda yapacağı nitelik veya nicelik artışı şeklindeki katkılarının yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ya da ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi süreci olarak ifade edilmektedir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde hastane ortamındaki çalışma barışının bozulmaması, ek ödemede objektif ve adil kriterlerin belirlenmesi, hastanelerin kendi iç işleyişlerine uygun kalite verimlilik esasları sağlanması gibi unsurlar dikkate alınmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2003 yılında başlatılmıştır. Bu uygulamaya paralel olarak 2006 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde performansa dayalı ek ödeme uygulaması başlatılmıştır. Kamuya ait tüm sağlık kuruluşlarında 5947 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ve 18 Şubat 2011’de Yüksek Öğretim Kurumu tarafından çıkarılan “Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemelerin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik” çerçevesinde ülke geneline yayılarak tüm üniversite hastanelerinde uygulanır hale gelmiştir. Her ne kadar birbirinden farklı formüller kullanılmış olsa da gerek Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde gerekse üniversite hastanelerinde personele yapılacak döner sermaye ek ödemeleri bu sayede performansa dayalı olarak yapılabilmektedir.

Döner sermaye sistemi ile yapılan ek ödeme uygulamasının dayanağı olarak kabul edilen Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon)



Döner sermaye sistemi ile yapılan ek ödeme uygulamasının dayanağı olarak kabul edilen Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun’da, döner sermayeden “...personelin katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirleri...” şeklinde söz edilerek, sağlık hizmeti sunumunda personelin katkısı sonucu oluşan döner sermaye gelirlerinden bir tutarın prim olarak personele ödenmesi kamu hastanelerinde “etkin ve verimli bir yönetim” oluşturma amacı ile yapılmıştır.

Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun’da, döner sermayeden “...personelin katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirleri...” şeklinde söz edilerek, sağlık hizmeti sunumunda personelin katkısı sonucu oluşan döner sermaye gelirlerinden bir tutarın prim olarak personele ödenmesi kamu hastanelerinde “etkin ve verimli bir yönetim” oluşturma amacı ile yapılmıştır.

Üniversite hastanelerinde ek ödeme tutarının hesaplanmasında sağlık hizmetlerinde performansın önemli etkisi korunurken kurumsal aidiyete, eğitime, bilimsel faaliyetlere ve çalışma alanı ek görev ve riskine yer verilmiştir. Yönetmeliğin çeşitli maddelerinde yer alan birçok ayrı hesaplama için kadro

unvan katsayısı, birim (Hastane veya alt birim (Anabilim/Bilim dalı) ortalaması, aktif çalışılan gün katsayısı, bireysel gelir getirici faaliyet puanı (B1,B2), eğitim-öğretim faaliyeti puanı (C), bilimsel faaliyet puanı (D), diğer faaliyetler puanı (E) (risk yüzdeleri puanı ve ek görev yüzdeleri puanı) gibi bileşenler bulunmaktadır.

Tüm personele ödenecek ek ödemelerin sınırları Tam Gün Yasası kapsamında belirlenmiştir. Bu kapsamda üniversite hastanelerinde ek ödemelerin limitleri şu şekildedir: Gelir getiren görevlerde çalışan öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine aylık (ek gösterge dâhil), yan ödeme, ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazmi-



Döner sermaye işletmesi faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde, kaynakların ekonomik, verimli ve tasarruflu kullanılması esas alınarak, yapılacak ek ödemelerin dağıtılmasında üniversite hastanesinin gelir gider dengesi gözetilmekte ve ilgili ödeme dönemi için yönetim kurulunun, kanuni sınırlar dâhilinde yapılacak kesintilerden sonra dağıtımına karar verdiği miktar "Dağıtılacak miktar" olarak belirlenmektedir. Dağıtılacak miktar personelin ek ödeme miktarlarında ana unsur olarak göze çapmakta ve genellikle gelirlerin %20-30'u arasında değişmektedir.

natı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamından oluşan ek ödeme matrahının yüzde 800'ünü, araştırma görevlilerine ise yüzde 500'ünü; bu yerlerde görevli olmakla birlikte gelire katkısı olmayan öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine yüzde 600'ünü, araştırma görevlilerine ise yüzde 300'ünü, Diğer öğretim elemanlarına ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personel ile aynı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre sözleşmeli olarak çalışan personele ek ödeme matrahının; uzman tabipler için yüzde 600'ünü, hastaneler başmüdürü ve eczacılar için yüzde 250'sini,

başhemşireler için yüzde 200'ünü, diğer öğretim elemanları ile diğer personel için yüzde 150'sini, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli, acil servis ve benzeri sağlık hizmetlerinde çalışan personel için yüzde 200'ünü geçmeyecek şekilde aylık ek ödeme yapılır.

Döner sermaye işletmesi faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde, kaynakların ekonomik, verimli ve tasarruflu kullanılması esas alınarak,

yapılacak ek ödemelerin dağıtılmasında üniversite hastanesinin gelir gider dengesi gözetilmekte ve ilgili ödeme dönemi için yönetim kurulunun, kanuni sınırlar dâhilinde yapılacak kesintilerden sonra dağıtımına karar verdiği miktar "Dağıtılacak miktar" olarak belirlenmektedir. Dağıtılacak miktar personelin ek ödeme miktarlarında ana unsur olarak göze çapmakta ve genellikle gelirlerin %20-30'u arasında değişmektedir. Dağıtılacak miktar yükseldikçe öğretim üye ve görevlileri, araştırma görevlileri ve diğer personelin alacağı ek ödeme miktarı artmaktadır. Dağıtılacak miktar gelir düşüklüğü veya borç yükü nedeniyle azalabilmektedir. Bu miktarın azalması ek ödemelerde üst limitlerin altında ödeme yapılmasına neden olmaktadır. Üst limitlerin altında yapılacak ek ödemelerde alt limit olarak sabit ödeme (denge tazminatı kadar miktar) referans alınmaktadır.

Ek ödemelerde belirleyici unsurlardan bir diğeri ise "Dönem ek ödeme katsayısı" dır. Bu katsayı ilgili dönemde tespit edilen ve 1 (bir) puanı ücrete dönüştürmek için kullanılan katsayıdır. İlgili ödeme döneminde dağıtımına karar verilen döner sermaye miktarının, ilgili ödeme döneminde birim bireysel net katkı puanları toplamına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı (Dağıtılabilecek Miktar/Birim Bireysel Net Katkı Puanları Toplamı) ifade eder. Kısaca para puan değeri olarak ifade edilir. Yapılacak ek ödeme miktarı, Dönem ek ödeme katsayısı ile Bireysel net katkı puanının çarpılması sonucu elde edilir. Yapılacak ek ödemelerde öğretim üye ve görevlileri bireysel net katkı puanı = A + [(B1+B2+C+D) x KK] +E, Araştırma görevlileri bireysel net katkı puanı = A + D + E, Diğer personel bireysel net

katkı puanı = A + E, formülleri kullanılmaktadır. Bu formüllerde üniversite hastanelerindeki uygulamaları en çok ayırıştırıcı A puanı yani “Kurumsal katkı puanı”dır. Bu puan ilgili döner sermaye birim veya alt birim ortalamasının, kadro/görev unvan katsayısı ve aktif çalışılan gün katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan puanı ifade etmektedir. Bu puanın hesaplanmasında Birim (b-ort) veya alt birim (ab-ort) ortalaması, kadro/görev unvan katsayısı ve aktif çalışılan gün katsayısı çarpımı kullanılır. Genellikle A puanı değişkenliği aşağı yönlü olduğunda tüm personelde moral motivasyon düşüklüğüne neden olmaktadır. Alt birim ortalamasının kullanılması bazı alt birimlerin ek ödemelerinde ciddi azalmalara neden olurken bazı alt birimlerde ciddi artışlar gözlenebilmektedir. Ayrıca, ek ödeme azaltıcı bir unsur olarak aktif çalışılan gün katsayısı kullanılmaktadır. Bu uygulama ile personel aktif çalışmaya teşvik edilmek istenmiştir. Uygulamalarda personelin daha az rapor veya izin aldığı gözlenmekle birlikte, yıllık izinlerin ve şua izinlerinin kullanılması durumunda ek ödemesinin azalması motivasyon azaltıcı bir durum olarak gözükmektedir. Yıllık izin ve şua izinlerinde tam çalışılmış olma durumu ile ilgili YÖK mevzuat hazırlamaktadır.

Tam gün yasası, 2011 Şubat itibarıyla performans uygulamasının başlaması ve öğretim üyesi farkının kaldırılması sonrasında, Üniversite hastanelerinin gelir gider dengesinde ciddi oranda negatif yönde değişiklikler olmuştur. Bunlara paralel olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun üniversitelerde verilen sağlık hizmetlerine ayrı bir ücretlendirme yapmaması, paket hizmetlerde çok cüzi bir farkla akademik düzeyde sağlık hizmetlerinin

maliyeti göz ardı edilerek sadece paket hizmete %10 fazla ödeme sistemi üniversite hastanelerinin finans dengesinde olumsuz yönde bozulmalara neden olmuştur. Özel muayenehane ve özel hastanelere öğretim üyesi kaçıışı, 26 Ağustos 2011 ile 1 Temmuz 2013 tarihleri arasında bu öğretim üyelerine hastanede sağlık hizmetlerinin yasaklanması da gelirleri ciddi oranda azaltmıştır. Sonuçta gelirleri azaltılan giderleri sürekli artan üniversite hastaneleri ek ödemelerde dağıtılacak döner miktarını azaltmak zorunda kalmışlardır. Dağıtılacak miktarda azalma dalga şeklinde personel ek ödemelerine yansımış ve neredeyse personelin %75'i alt limit olan sabit ödeme düzeyine inmiştir. Kamu Hakem Kurulu Haziran 2012'den itibaren sabit ödemelerin 15'inde maaşlarla birlikte ödenmesini şart koşmuş, bu sayede ek ödemenin sabit ödeme kadar miktarı maaşlarla birlikte ödenir hale gelmiştir.

Üniversite hastanelerinde performans dayalı ek ödeme sistemi kurulmasında temel amaçlardan biri çalışma barışının korunmasıdır. Ancak performansına göre ek ödeme bazı öğretim üyesi ve personelde verimliliğe ilişkin bir takım aksaklıkları ortadan kaldırırken, çalışma barışını bozucu farklı sonuçlara neden olduğu gözlenmiştir.

Üniversite hastanelerinde performans dayalı ek ödeme sistemi kurulmasında temel amaçlardan bir diğeri ceza uygulamaları yerine motivasyonun artırılmasıdır. Girişimsel işlemlerde puanların belirlenmesinde çokta adaletli olmayan yöntemler veya Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlık hizmetlerinin ücretlerinin üniversite maliyeti düşünülerek yapılmaması Anabilim/Bilim dalı gelirlerinde

ciddi düşmelere ve zararlara neden olmaktadır. Bu zararlar nedeniyle alt birim (Ana bilim/Bilim dalı) ortalamaları düşmekte ve personel ek ödemelerine olumsuz yansımaktadır. Uygulanan fiyat ve puan sistemi sayesinde bazı alt birimlerde çalışanlar daha yüksek ek ödeme almaktadır. Ayrıca çalışacağı alt birimi belirleme özgürlüğüne sahip olmayan bir personel sürekli zarar eden bir anabilim dalında çalışmak zorunda kaldığında kârlı anabilim dalında çalışanlara göre daha az ek ödeme alabilmektedir. Bu personeller istese de diğer alt birimlere geçememektedir. Bu tarz bir yaklaşımda personelin, istemediği bir işte zorla çalıştığını hissetmesi muhtemeldir. Aynı kadro unvana sahip personelin Ek ödemelerdeki farklılıklar ceza gibi algılanmakta ve motivasyon kırıcı bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Üniversite hastanelerinde performans dayalı ek ödeme sistemi kurulmasında temel amaçlardan bir diğeri saydamlık ve objektifliktir. Ek ödeme dağıtımında personel ne şekilde, hangi kıstaslara göre değerlendirilmektedir? Kişisel performansına ilişkin olumlu ve olumsuz durumlar nelerdir? Diğer personelle arasında oluşan farklar hakkaniyetli sebeplerle mi oluşmuştur? Daha ağır şartlarda çalıştığı halde daha düşük ek ödeme almaktadır? Alt birimi kârlılığa ve verimliliğe yönlendirmek çalışan personelin iradesinde midir? Bunlara benzer sorulara verilecek cevaplar hep saydamlığı, adaleti ve eşitliği gözetmelidir. Üniversite hastanelerinde uygulanan performans sisteminde gelir, gider, kadro unvan, maaş matrahı, para puan ve ek ödeme formüllerinin saydamlık ilkesine uygun olduğunu söylemek mümkündür. Ancak, alt birim için uygulanan kalite verimlilik katsayısı



Üniversite hastanelerinde öğretim üye ve görevlilerinin eğitim ve bilimsel faaliyetlerinin kısmen de olsa ek ödemelerde C ve D puanlarıyla desteklenmiş olması olumlu bir yaklaşım olmuştur. Ancak gelir kaynağının sadece hasta hizmeti olduğu düşünülürse, bu kaynaktan eğitim öğretim ve tüm bilimsel faaliyetlerin karşılanması performans sisteminin aksayan yönlerinden biridir.

larında çalışanların iradesi dışında değişkenler olduğu ve ek ödemelerde azalmaya neden olduğu söylenebilir. Kalite artışının, daha nitelikli ve daha kaliteli sağlık hizmete ayrı bir SGK ücretlendirilmesi yapılması sorununun bir başka boyutudur. Daha kaliteli hizmet verilmesi durumunda SGK daha fazla ödeme yapmalıdır.

Üniversite hastanelerinde öğretim üye ve görevlilerinin eğitim ve bilimsel faaliyetlerinin kısmen de olsa ek ödemelerde C ve D puanlarıyla desteklenmiş olması olumlu bir yaklaşım olmuştur. Ancak gelir kaynağının sadece hasta hizmeti olduğu düşünülürse, bu kaynaktan eğitim öğretim ve tüm bilimsel faaliyetlerin karşılanması performans sisteminin aksayan yönlerinden biridir. Doğrudan araştırma fonu kesintisi tüm gelirlerin %5'ini oluştururken, temel bilimler gibi gelir

üretmeyen birimlere yapılan ek ödemeler ve bilimsel eğitim faaliyetlerine ayrılan C ve D puanları ücretleri giderleri %10'lara ulaşmaktadır. Üniversite hastaneleri gelirlerinden doğrudan kesilen %5'lik bilimsel araştırma payının mali yükünün kaldırılması ve Maliye Kaynaklarından bilimsel ve eğitim faaliyetlerine kaynak aktarılması ek ödeme sisteminin daha sağlıklı işlemini sağlayacaktır.

Bir örnek verecek olursak: Dünyada üretilen en mükemmel karbon yakıtlı motorun benzin olmadan çalışmayacağı bilinen bir gerçektir. Üniversite hastanelerinde uygulanan performans sisteminin çalışabilmesi için temel yakıt olarak hasta gelirlerinden elde edilecek para düşünülebilir. Gelir düşüklüğü ve paket zararları, performans sistemine aktarılacak yakıtı yani dağıtılacak miktarı, parayı

azaltmaktadır. Üniversite hastanelerinde gerek öğretim üye ve görevlilerinden gerekse diğer personelden gelen eleştirilerin odak noktası, performans sisteminde kendilerine Yasayla belirlenen limitlerde ek ödeme yapılamamasıdır. Yeterli finans desteğinin olması ve dağıtılacak miktarın yükseltilmesi, özellikle elde edilen gelirlerden ek ödemelere ayrılan pay oranının %25'lerden %35'lere yükseltilmesi prime dayalı personel motivasyonunun artırılmasına yardımcı olabilir. Bununla birlikte gözlem ve tecrübelerim üniversite hastanelerinde ek ödemeler için dağıtılan miktarın, 2500 sayısının döner alan personel sayısı ile çarpılması ile elde edilen rakama eşit olması durumunda tüm çalışanların üst limitlerden ek ödeme alacağını göstermektedir. Ancak ne yazık ki üniversite hastanelerinde finansal sorunlara neden olan bu günlük gerçekler böyle bir payın

ayrılmasının mümkün olmadığını göstermektedir.

Üniversite hastanelerinde performans uygulamasında gözlenen aksama ve sorunları öğretim üye ve görevlileri için ayrı, araştırma görevlileri ve diğer personel için işleyişte ayrı aksama ve sorunlarla beraber değerlendirebiliriz.

Öğretim üye ve görevlilerinde çalışma barışının ve motivasyonun bozulması. Anabilim/Bilim dalları girişimsel işlemler puan ve fiyatlarında farklılık ve/veya adaletsizlikler nedeniyle daha az emekle daha yüksek puan veya gelir elde edilebilirken, daha yüksek emek gerektiren daha riskli bazı işlemlerde puan ve fiyatların düşük olduğunu görmekteyiz. Aynı Anabilim/Bilim dalında daha yüksek performans puanı elde etmek için öğretim üye ve görevlileri arasında paylaşım kavgasının ortaya çıktığı ve çalışma barışının bozulduğu görülmektedir. Daha fazla hasta hizmeti daha fazla performans puanı elde etmek için öğretim üye ve görevlilerinin eğitim faaliyetlerinden taviz verdiği gözlenmektedir.

Diğer personel performans ödemelerinde A ve E puanları esas alınmaktadır. Yasa kapsamında yüzde 150'sini, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli, acil servis ve benzeri sağlık hizmetlerinde çalışan personel için yüzde 200'ünü geçmeyecek şekilde performans ödemesi yapılmaktadır. Personelin bir kısmı için maaş matrahlarından dolayı sabit ödemeler zaten üst limit olan %150'yi aşmaktadır. Sabit ödemelerin maaşlarla birlikte ödenmesinden sonra, diğer personelin

neredeyse %50'sinde performans ödemesi sırasında mahsuplaşmadan dolayı ayrıca ek ödeme yapılamamasından dolayı moral ve motivasyon düşüklüğü ile karşılaşmıştır. Bu personeller sağlık dışı diğer kurumlarda çalışan personeller ile aralarında hiçbir farkın kalmadığını dile getirmekte ve sürekli üniversitenin başka birimlerine, iş yoğunluğunun daha aza olduğu birimlere geçiş yapma taleplerinde bulunmaktadır. Diğer personelin E puanı üzerinden risk ve ek görev alma durumunda ödüllendirilmesi güzel bir uygulamadır. Ancak bu konuda da işleyişte aksaklık ortaya çıkmaktadır. Personelle performans ödemesi üst limiti Yasa ile %150 ile sınırlandırıldığından dolayı, hiç ek görevi olmasa bile bile %150'ye ulaşan personel hastane içinde ek görev almak istememektedir.

Üniversite hastanelerinde yürütülen performans uygulamasının başarılı olmasının, verimliliğinin ve motivasyonun artırılmasının en önemli yolu öncelikle finansal sorunların çözülmesidir. Üniversite hastanelerinin finansal sorunlarının çözümünde üç ana başlıkta irdelenebilir. 1-Sağlık hizmetleri için gerçekçi fiyat politikası, 2-Eğitim ve bilimsel faaliyetlere Maliye desteği (en az yıllık gelirin %10-20 si kadar), 3-Sabit ödemelerin ve 4-B maaşlarının diğer kurumlarda olduğu gibi özel bütçeden karşılanması.

Finansal sorunların ciddi boyutta olması ve performans ödemelerinin sabit ödeme dışındaki kısmının mali hak olarak görülmemesi, mali durumu kötü üniversite hastanelerini performans ödemeleri için sabit ödemelere yetecek kadar pay ayırmaya yöneltmektedir. Mali durumu biraz daha iyi olan üniversite hastanelerinde ise bir kısım personelde yasa ile belirlenmiş üst limit-

Performans sisteminin üniversite hastanelerinde sağlıklı işleminin temel şartının öncelikle finansal sorunların çözüme kavuşturulması olduğu aşikârdır. İlaveten, mali haklar ile performans ödemesi arasındaki yüzdelik oranın düzenlenmesi ile verimlilik ve motivasyona daha yüksek katkı sağlanacağı bilinmelidir. Yıllık izin ve şua izni gibi personelin zorunlu kullanması gereken izin günlerinde çalışılmış olma koşulunun getirilmesi moral ve motivasyon açısından olumlu katkı sağlayacaktır.

lerin azlığından şikâyet edilmektedir. Açıkçası %150'lik limit yeterli gelmemektedir. Yeni düzenlemeler yapılırken diğer personel ifadesinin genellemekten çıkarılması ve bir kısım personelin üst limitleri artırılarak, daha fazla performans ödemesi yapılabilmesinin önu açılmalıdır.

Performans sisteminin üniversite hastanelerinde sağlıklı işleminin temel şartının öncelikle finansal sorunların çözüme kavuşturulması olduğu aşikârdır. İlaveten, mali haklar ile performans ödemesi arasındaki yüzdelik oranın düzenlenmesi ile verimlilik ve motivasyona daha yüksek katkı sağlanacağı bilinmelidir. Yıllık izin ve şua izni gibi personelin zorunlu kullanması gereken izin günlerinde çalışılmış olma koşulunun getirilmesi moral ve motivasyon açısından olumlu katkı sağlayacaktır.



Sağlıkta Maaş ve Performans Ücreti, Yapılabilecek İyileştirmeler

Dr. Mehmet DEMİR

Acıbadem Hastanesi Operasyonel Verimlilik Direktörü

Sağlık sektörü emeğin en yoğun kullanıldığı alanlardan birisi olarak kabul ediliyor. Emeğin niceliği yanında niteliği de son derece önemli. Sağlıkta gerçek anlamda kesintisiz bir hizmet sunumu olmazsa olmaz. Hizmeti sunan sağlık personelinin bu mesleğe bismillah deyip başlayabilmesi için diğer sektörlerdeki arkadaşlarına nazaran daha fazla dirsek çürütmesi gerekiyor. Mezun oldum demek de yetmiyor.

Sağlık sektörü emeğin en yoğun kullanıldığı alanlardan birisi olarak kabul ediliyor. Emeğin niceliği yanında niteliği de son derece önemli. Sağlıkta gerçek anlamda kesintisiz bir hizmet sunumu olmazsa olmaz. Hizmeti sunan sağlık personelinin bu mesleğe bismillah deyip başlayabilmesi için diğer sektörlerdeki arkadaşlarına nazaran daha fazla dirsek çürütmesi gerekiyor. Mezun oldum demek de yetmiyor. Durmaksızın gelişen tıbbi ve hasta beklentilerine cevap verebilmek için sürekli şekilde hizmet içi eğitim alması gerekiyor. Mütemediyen her gün sağlığını kaybetmiş insana hizmet vermek oldukça yıpratıcı. Sağlık işinde çalışmak masa başı işlere hiç mi hiç benzemiyor.

Peki, bu emeğin karşılığı nasıl verilebilir? Bu girift sağlık hizmeti layıkıyla nasıl ifa edilebilir?

Ülkemizdeki sağlık sektörünün mevcut durumuna baktığımızda kamu ağırlıklı bir hizmet sunumunun olduğunu görüyoruz. Sağlık personelinin büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinde istihdam ediliyor. Özel sektörde her geçen gün artan bir sağlık personeli istihdamı olsa da kamu da açılan boş kadrolar bunları sünger gibi emiyor.

Bugünlerde yavaşlamış olsa da sağlıkta son on yılda sert bir reform dalgasının tesirinden söz edebiliriz. Bazılarımız buna tsunami de diyebilir. Nüfusun tamamının sağlıkta sosyal güvenlik kapsamına alınması ve sağlığa ulaşımın kolaylaşması ani ve hızlı bir şekilde talep artışına neden oldu. Bunun yanında insanımızın bilinçlenmesi ve hasta haklarına yönelik siyasi aktörlerin yaklaşımları ile yapılan yasal düzenlemeler artan talep üzerinde çarpan etkisi yaparak talebin gücünü daha da artırdı.

Bunlar tabii ki iyi şeylerdi. Bugün gönül rahatlığı ile söyleyebiliriz ki kazasız bir şekilde bu talep karşılanabildi. Vatandaşın sağlığı için son

on yılda güzel şeyler yapıldı. Ekonomide batmadı.

Bu talebin karşılanması için kullanılan direkt ve dolaylı araçlar uluslararası sağlık camiasının dikkatini ve ilgisini de çekmekte. Bu bir başarı öyküsü olarak kabul ediliyor.

Aslında yapılan çok basitti. Klasiik kamu uygulamalarının dışına çıkılarak, emeğin karşılığı olan sabit maaşa ek olarak artan talebin karşılanması için ilave bir performans ücretinin verilmesiydi. O yıllarda hekimler yönünden maaş emeğin karşılığı olarak çok düşük kalıyor ve devlet başını kuma gömerek herkesin bildiği olumsuz kötü uygulamaları görmezden, duymazdan ve bilmezden geliyordu.

Başlangıçta toplam gelir içindeki düşük olan maaş oranı zaman içinde artırıldı. Maaş-performans ücret oranı bugün için makul bir seviyeye gelmiş görünüyor. Hekimler için sabit ek ödeme miktarı ve denge tazminatı uygulamaları performans ücretinin belli seviyenin altına inmesine de engel oluyor.

On yıldır uygulanan performans ücreti kamu maaş rejimi içinde yerini almış görünüyor. Sabit maaş gibi düzenli ve kesintisiz bir şekilde ödeniyor.

Birkaç düzenleme Sağlık mesleklerinin layıkıyla yapılabilmesine kolaylık sağlayacak. Sağlık reformlarının işlerlik kazanmasına ve uygulanabilmesine katkı veren sağlıkçıların bunu hak ettiğini söyleyebiliriz. Yapılacak düzenlemelerin elbette ekonomik bir maliyeti olacaktır. Ancak bu maliyete katlanmak için çok sayıda elde kanıt var. Bu kanıtların yüzlercesine Sayın Sağlık Bakanının en son bütçe sunusundan ulaşılabilir. Bunca başarılı işi resmi gazetedeki satırlar değil sağlık çalışanları gerçekleştirdi. Bardak dolu dememiz için, dolu bardağa birkaç damla suyun damlatılıp suyun taşırılması gerekiyor.

İşte Birkaç Damla

Performans ücretinin emekliliğe yansıtılması

On yıldır ödenmekte olan performans ücreti maaş gibi düzenli bir gelir haline geldi. Sağlıkta her mesleğin ortalama performans ücret değerleri oluşmuş durumda. Bu ortalama rakamlar tüm eski çalışanlar için emekliliğe esas ücretin tespitinde kullanılabilir. Yeni çalışmaya başlayan tüm sağlık mensupları mevcut tam gün ve GSS kanunundaki hükümlere göre değerlendirilebilir.

Tavan oranlarının artırılması

Performans ücreti tavan oranlarının kamu hastanelerinin özel sektör hastaneleri ile yarışabilmesi için artırılması gerekiyor. Tavan oranların hekimler için yarısı kadar artırılması önemli bir teşvik sağlayabilir. Kamu hastanelerinde ikinci bir verimlilik artışı olur. Hekimler dışındaki sağlık mensupları için denge tazminatının üstüne bireysel bir performans ölçümü yapılmak suretiyle ilave performans ücreti için bir tavan oran belirlenebilir.

Fiili hizmet zammının performans ile ilişkilendirilmesi

Kamunun maaş dışında sağlık personeli için ilave bir performans ücretini öngörmesi aslında sağlık meslek mensuplarının yıpranma tazminatını da hak ediyor olduklarını gösteriyor. Siyasi kararlar neticesinde ani bir şekilde artan hasta talebine, Dünyanın neredeyse en düşük nüfus başına düşen personel sayıları ile hizmet veren sağlık sektörünün, sadece sabit maaşın üzerine performans ücreti ile teşvik edilmesi yeterli midir? Hem tavan oranının olması kamu maaş rejimi içinde bir zorunluluk gibi görünüyorsa da başka bir açıdan emeğin silinmesi olarak görülüyor mu? Hiç değilse teşviklerin çeşitlendirilmesi adına sağlık personeline yıpranma hakkı verilmesi uygun bir araç olmaz mı? Direkt parasal teşvik yanında dolaylı olarak yapılacak bu tür teşvikler personel verimliliğini önemli ölçüde artıracaktır.



Performans'ta Dün-Bügün-Yarın

İbrahim ERSOY
Medimagazin

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

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

Performansa Eleştiriler

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

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

Performansın birinci basamaktaki koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik olumsuz etkisi, Bakanlık tarafından kabul edilmese de her zaman vurgulanan noktalardan biri oldu. Performans sistemine yönelik olarak en çok yapılan eleştirilerden biri de, hekimlerin performansla “yapay talep” yaratması oldu. Özellikle endikasyon olmayan cerrahi işlemlerin yapıldığına yönelik hem sağlık camiasındaki konuşmaların hem de basın yoluyla kamuoyuna yansımaların geçtiğimiz dönemde arttığını izledik.

Performansın Kazanımları

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

Devlet hastaneleri özel hastanelerle yarışmak için çabalarını arttırdı. Monoton ve bürokrasiye gömülmüş bir sağlık sistemi devlet hastanelerinden kaybolmuş görünüyor. Performansla birlikte kalite ve hasta güvenliği gibi kavramların Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde daha çok konuşulur olması ve hastane işletmeciliğinde daha profesyonel yaklaşım gerekliliği daha fazla hissedilmeye başlandı. Kurumsal performans uygulaması hastane idarecilerinin fiziksel altyapı konusunda daha fazla çalışmalar yapmasını sağladı. Yine en önemli kazanımlardan biri de, performans sistemiyle hastanelerde hastalık kayıtlarının daha sağlıklı tutulmasının teşvik edilmesi oldu. Bunun yanı sıra Türkiye'nin sağlık istatistikleri açısından hastaneye başvuru sayısındaki artışta da, hastanelere ulaşılabilirliğin artmasının yanı sıra performansın da etkisi olduğunu söyleyebiliriz. Yine Türkiye'nin sağlık göstergeleri açısından sağlık hizmetlerine kişisel başvuru sayılarının yılda 3'lerden 8'lere çıkmasında da performansın dolaylı olarak etki ettiğini kabul edebiliriz.

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

Performansta Fırsatlar

Performans Dairesi tarafından son bir yıldır gündeme getirilen kalite ve hasta güvenliği gibi kavramlar ve buna yönelik çalışmalar, performans uygulamasında yeni bir aşamaya geçişin belirtisi olarak kabul edilebilir. Şimdiye kadar sadece özel hastanelerin bir kısmında gördüğümüz, üniversite hastanelerinde ise neredeyse hiç gündemde olmayan bu kavramların, devlet hastaneleri tarafından yoğun bir gündem haline getirilmesi, sağlık sistemi açısından olumlu bir gelişme olarak kabul edilmelidir. Ancak kalite ve hasta güvenliği gibi çalışmaların performans uygulamasıyla birlikte veya daha önce başlamış olsaydı, sistemin nitelik yönünün daha ön plana çıkması sağlanabilirdi. Ancak sağlık çalışanları arasındaki performans algısı şu an neredeyse tamamen nicelik ile ifade edilir durumdadır, bu da belki de sistemin özünü anlamının önünde bir engel olarak ortada durmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın performans siste-

mini uygularken, baştan beri gösterdiği esneklik ve sistemin sürekli canlı tutulmasına yönelik algı, sistemle ilgili fırsatların her zaman kullanılabileceğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Performansın Geleceği

Uygulamaya başlandıktan sonra performansla ilgili olarak en çok merak edilen durum “sürdürülebilirliği” oldu. Kamu hastanelerinde çalışanların zihinlerinde muayenehaneleri kapatanlar da dahil olmak üzere her zaman bir “sürdürülebilirlik” sorusu canlı kaldı. Geçen süre içerisinde bu soruya tam olarak cevap verilemedi. Son zamanlarda sağlık sistemindeki belirleyicilerin artması, bu sorunun çok bilinmeyenli bir denkleme dönüşmesine yol açtı. Örneğin, bir taraftan Sağlık Bakanlığı politika olarak sağlık hizmetlerine erişimin yolunu açarken, diğer taraftan katılım payının uygulamaya konması, bu erişimin önünde bir engel oluşturdu. Katılım payının sağlık hizmetlerine erişimi ise elbette performans sistemini de etkiledi.

Performansın hali hazırda önündeki en büyük engellerden biri “global bütçe” olarak görünüyor. Son 3 yılda SGK'nın sağlık hizmetlerinde daha etkin bir rol alma pozisyonu, neredeyse tamamen “sağlık harcamalarını azaltmak” mantığıyla yapıyor. Bunlardan performans sistemini en çok etkileyecek olan da global bütçe olacak gibi görünüyor.

Global bütçe devlet hastanelerinin yanı sıra, üniversiteleri ve özel hastaneleri de kapsayacağı için ve hastanelerin de neredeyse tek gelir kaynağı SGK olduğundan dolayı, global bütçelendirmedeki dağıtım usulünün de bu hastanelerin geleceğini belirleyeceğini söyleyebiliriz. Global bütçeyle birlikte hastanelerin sadece kendileri için ayrılmış kaynağı kullanacak olması, ileride hastane çalışanlarının motivasyonu ile ilgili sorunlara yol açabilir. Hekimlerin çalışma mantıklarının performanstan önceye dönmesi yakın gelecekte söz konusu olmasa bile, global bütçenin sürekliliği böyle bir tehdit olarak sürekli karşımıza çıkabilir. Global bütçenin performans üzerindeki olumsuz etkilerinin hissedilmemesini sağlamak da yine Bakanlığın sistem içindeki değişiklikleriyle giderilebilir.



Sağlık Hizmetlerinde Performans ve Yıpranma

Prof. Dr. Alper CİHAN

İstanbul Üniversitesinde Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Sağlık hizmetlerinde performans sistemi; insan kaynakları yönetimine göre bir hak ediş hesaplama yöntemidir. Oluşturulma esaslarında, mesai bazlı sistemler, hedef bazlı sistemler, iş bazlı sistemler, üretim bazlı sistemler (Türkiye’de algılanan), tüketim bazlı sistemler ve ölçekleme bazlı sistemler sıkça kullanılmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinde Performans ve Yıpranma

Performans kelimesi her ne kadar sağlık hizmetlerinde bir işin miktarı olarak algılsa da sadece bu anlama gelmemektedir. “Çok performans gösterdin” kelimesi işin miktarını anlatırken, “iyi performans gösterdin” cümlesi işin kalitesine dikkat çekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde performansın sadece sayı olarak algılanması aslında bir kavram kargaşasından doğmamaktadır. Performans kelimesinde işletmelerde veya kurumlarda düşülen klasik hataya düşülmüştür. Performans sistemi uygulayacak bir organizasyonda performansın değerlendirilmesi için “genel yönetim ilkesi olarak amaç ve hedefler” öncelikle ortaya konmalıdır.

Performans veya işi yüküne dayalı ödeme sistemlerinde ilk olarak hangi değerlerin öne çıkacağına karar verilmeli ve sistem tasarımı yapılmalıdır. Sistemdeki amaç ve hedefler ile temel değerlere ters düşen veya zayıflatan herhangi bir unsura yer verilmemelidir.

Eğer uygulama ve ölçme değerlendirme tasarımı sistemde temel değerlere negatif etki yapıyorsa ya alternatif bir yöntem bulunmalı, ya da telafi edici sistemler devreye alınmalıdır.

Performansı değerlendirirken klinik kalite (klinik sonuçlar), hasta merkezlik, verimlilik gibi konuların tanımı yapılarak tüm sonuçların klinik önemi ve bilimsel doğrulaması, ölçülebilirliği, hekim performansına yansımaları, hasta ve hasta yakını açısından önemi ve en önemlisi geri ödeyiciye yükü belirlenmelidir.

Sağlık sistemi performans değerlendirmesi temel prensipleri olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan kurallar aslında temel hedefleri göstermektedir. Düzenli, sistematik, şeffaf ve raporlama sistemi öncelikle hazırlanmalıdır. Performans değerlendirme sistemi geniş kapsamlı olmalıdır. Performansı değerlendirmek için analitik yöntemleri kullanırken destekleyici tüm verilerden yararlanmalıdır. Performans indikatörleri ve bunların analizi çok önem taşımaktadır.⁽¹⁾

Bu amaçla klinik uygulamalardaki farklılıkları azaltmak ve doğru bilgi edinebilmek için klinik uygulama rehberleri geliştirilmeli, sonuçların değerlendirilmesi için standartlar belirlenmeli, randomize klinik çalışmalar ve geleneksel klinik araştırmaların yeniden yorumu yapılmalı ve karşılaştırmalı etkinlik araştırmaları ile kanıtlar çoğaltılmalıdır.

Dolayısıyla performans veya hekimlik hizmetlerinin geri ödeme sistemi doğrudan sağlık finansman

sistemini ilgilendirmektedir. Sağlık finansman sisteminin hizmet başı ödeme (Fee-for-Service) olduğu sistemlerde ciddi problemler tespit edilmiştir. Her türlü volümü artıran, daha fazla test, daha fazla görüntüleme, daha fazla yan dal konsültasyonu, daha fazla hastane yatışı getiren, ancak kalite ve değeri düşüren bir sistem olduğu birçok araştırma ile ortaya konmuştur. Hizmet başı ödeme sistemi, hele bir de en feci şekli olan, işleme bakılmaksızın sadece bakılan kişi başı ödeme sistemi daha kaliteli hizmet vermek isteyen ve veren hekimleri cezalandıran bir sistem olarak belirlenmiştir.⁽²⁾

Tüm otoriteler tarafından kabul edilen ve sağlık profesyonellerinin ücretlendirme yöntemi olarak tanımlanacak “ideal sistem”in; sabit ücret ve kanıta dayalı sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesi sonrası terfi yöntemi ile olması gerektiği literatürde görülmektedir.⁽³⁾

Literatürün genel çözüm olarak önerisi klinik uygulama rehberlerinin tanımlanması olarak



Performans Sistemi atletlerin zorla çok uzun mesafe veya kısa sürede belli bir mesafeyi koşmaya zorlanması gibi algılanmamalıdır.



Esasen performans sistemi; insan kaynakları yönetimine göre bir hak ediş hesaplama yöntemidir. Tanımlanan bir havuzda kimin havuza ne kadar damla oluşturduğunu hesaplama yöntemidir. Bu damlaları fiziki olarak bire bir sayma imkânı olmayan sistemlerde dolaylı ve anlamlandırmaya dayalı sistemler kullanılır. Bu dolaylı veya ölçülemeli sistem ile paydaşlara gelirden ek ödeme dağıtım oranını belirleme aracıdır. Uzun yıllardır ülkemizde özel hastanelerde kullanılan maaş üstüne prim usulü ödeme denen sistemde bunun başka formüllerle kullanılan bir şeklidir.

görülmektedir. Belli bir klinik uygulamada klinisyene ve hastasına karar verme sürecinde yardımcı olabilecek sistematik olarak geliştirilmiş belgeler ve uygulama rehberleri “doğru yapılacak işlemi” tanımlar. Performans rehberleri ise “işlemi doğru yapma yolunu” tanımlar. Genel standartları oluşturmuş bir tanımlamada, karşılaştırma, ölçme ve değerlendirme yapmak daha objektif bir yöntem olacaktır.

İyi uygulama örnekleri ve hizmet sınırları net belirlenmeyen bir performans sisteminde kişiler ve kurumlar arası farklı uygulama ve anlamlandırmalar kaçınılmazdır. Esasen performans sistemi; insan kaynakları yönetimine göre bir hak ediş hesaplama yöntemidir. Tanımlanan bir havuzda kimin havuza ne kadar damla oluşturduğunu hesaplama yöntemidir. Bu damlaları fiziki olarak bire bir sayma imkânı olmayan sistemlerde dolaylı ve anlamlandırmaya dayalı sistemler kullanılır. Bu dolaylı veya ölçülemeli sistem ile paydaşlara gelirden ek ödeme dağıtım oranını belirleme aracıdır. Uzun yıllardır ülkemizde özel hastanelerde kullanılan maaş üstüne prim usulü ödeme denen sistemde bunun başka formüllerle kullanılan bir şeklidir. Oluşturulma esaslarında, mesai bazlı sistemler, hedef bazlı sistemler, iş bazlı sistemler, üretim bazlı sistemler (Türkiye’de algılanan), tüketim bazlı sistemler ve ölçüleme bazlı sistemler sıkça kullanılmaktadır.

Ülkemizde kullanılacak sistem, kanunlar ve geri ödeme sisteminin kurallarından ötürü günümüz için zorunlu şartlar olarak sabit maaş sistemine göre tanımlama, üretime göre ek katkı sistemi, tüketime

göre denetim sistemi, bilimsel katkıya göre destekleme sistemi, yeni kaynak üretimi olan eğitim faaliyetine göre destekleme sistemi ve standart prosedür ve süreçler ile şeffaf bir sistem olmalıdır.

Bir performans sisteminin sayı ve değer arasındaki kalibrasyonunu yapabilmek için önce bileşenler tanımlanmalıdır. Buna göre ister sayı yönünde isterse de değer yönünde kalibrasyon yapılabilir. Burası tamamen kalibrasyonu yapacak iradenin tercihine kalır. Aslında performans sistemlerini eleştirenler bu sayıya dayalı kalibrasyonu eleştirmektedir. Volüm kriterleri olarak; üretilen kaynak kredisi olan tabip hizmet kredi cetveli, ders kredi katsayı cetveli ve bilimsel yayın kredi cetveli, kadro unvan katsayısı olarak da akademik unvanlar, idari görevler ve bölüm kıyaslamaları göze çarpmaktadır. Volüm ağırlıklı tasarım yapmak isteyen bir kurum tamamen bu kriterlere göre düzenleme yaparsa volümü büyük oranda artırır ve belki de birçok gereksiz işleme sebep olur. Bu sayı artışı kişilerde ciddi bir iş yükü artışı getirdiği gibi, etik dışı veya gereksiz sayılabilecek işlem çoğaltma da çalışanlarda hem kendi benliklerinde hem de başkaları gözünde değer kaybına yol açacaktır.

Bu değer kaybı giderek işlem değerlerini azaltacağından işlem ücretlerinde azalma ve değersizleşme kısır döngü oluşturacak ve daha ucuza iş yapıldığı için giderek kotayı doldurmak için daha fazla iş ve işlem yapılması gerekecektir. Bu kısır döngü bu şekilde devam ettiği sürece, uzun yıllardır gördüğümüz gibi, sağlık hizmetlerinin ücretleri ya giderek ucuz-



Sağlık hizmetlerinde çok performans yapmak çok kazandıracığı gibi çok hata veya erken tükenme de getirebilir.

layacak ya da teknoloji, imkân ve kabiliyetlerin artmasına rağmen hiç artış olmadığından göreceli ucuzlama getirecektir. Bunları bu şekilde olacaktır edecektir şeklinde geleceğe mutaf bilgiler veya tahminler gibi yazıyoruz ancak bunları uzun yıllardır yaşadığımız herkesin malumudur. Bu içine düşülen kuyu için de hep başkalarını hedef veya suçlu gösteriyoruz. Göz kendini görmez veya kuyuda olan kişi kuyunun dışında bir yer göremez misalinde olduğu gibi bu kısır döngü dış kaynaklar tarafından değil bizim tarafımızdan yaratılmıştır. Sonuçta giderek daha hızlı çalışmak zorunda kalan bir dişlinin aşınma ve yıpranmasının da artacağı kaçınılmazdır. Sağlık çalışanları da bugün bu sıkıntıyı

yaşamaktadır. Kendi yaptıklarımızla değersizleştirdiğimiz uygulamalarımızı performans bizi böyle yaptı diyerek daha da çıkmaza sokmaktan başka bir şey geliştirememek giderek kuyuyu derinleştirmekte ve çıkılmaz hale getirmektedir. Soruna sebep veya paydaş olanların çözüme araç olamayacağı fikrinden hareketle biraz da çuvaldızı hepimizin kendimize batırmamız gerekebilir.

Bu kişi başı ödeme sistemini biz yaptık. Bu işlem çokluğuna biz sebep olduk. Bu işlem değersizleşmesine biz sebep olduk. Bu kadar gerekli gereksiz işlem yapılmasına bizler göz yumduk. Hastanelerde kuyrukları, uzayan randevuları, hastanelere daha büyük bekleme

salonları yapmayı bizler olağan karşıladık. Hastanelerimizde ilaç veya malzeme olmamasını bizler kader olarak gördük. Emeğimizin fiyatının belirlenmesinde risk ölçekleri kullanılmasını bizler istemedik. Performans sistemi olarak sadece sayıya dayalı sistemleri bizler geliştirip kalite ve kontrollere bizler soğuk baktık. Konan denetim uygulamalarından bizler imtina ettik. Bu sayılanlara emnim hepimiz ben değil şu veya bu idari veya kamu yetkilisini örnek olarak gösterebiliriz. Ancak yazıyı okuyan her birimizin de bu maddelerden bir kaçına ortak olmuş olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Aksi halde sağlık çalışanlarında yıpranma ve kalitesizleşme giderek artacaktır.

Kaynaklar

1. WHO, The European Health Report, 2009.
2. Spotlight on Payment Reform, Health Reform, Robert Wood Johnson Foundation, 23.09.2009, The End of Fee-for-Service Medicine? Proposals for Payment Reform in Massachusetts, Robert Steinbrook, M.D. N Engl J Med 361;(11)1036-8, September 10, 2009.
3. L. Emanuel, Ethics and Health Care Service, Essential Issues for Leaders; Emerging, Challenges in Health Care. JCAHO, 2001, ABIM, ACP-ASIM, EFIM, Medical professionalism in the new millennium, Ann Intern Med 2002.



Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hakkında Hekim Görüşleri

Prof. Dr. Jülide YILDIRIM

TED Üniversitesi İİBF, Ekonomi Bölümü

Dr. Ganime Esra YÜZDEN

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Bu çalışma Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) hakkında hekim görüşlerini derlemeği amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda Balıkesir Devlet Hastanesi ve Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesinde çalışan 76 hekim ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Hekimler PDEÖS'nin etkinliği, verimliliği ve sağlık hizmeti kalitesini artırma konusundaki başarısının sınırlı olduğu konusunda görüş birliğindedirler. Bunun en önemli nedeninin artan işyükü, stres ve hekimler arasındaki rekabet olduğu ifade edilmiştir. PDEÖS'nin amaçlarına ulaşabilmesi için çeşitli öneriler yapılmıştır.

Son yıllarda pek çok OECD ülkesi ile birlikte ABD’de, hizmet kalitesini ve maliyet etkinliği arttırmak amacı ile performansa dayalı ödeme sistemleri geliştirilmiştir. Ülkemizde sağlık reformunun devamı olan, insan merkezli, sürdürülebilir, hizmette rekabeti öngören “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmıştır. Proje kapsamında başlayan değişimler hızla ilerlemiş, kısa sürede sağlık hizmetlerinin etkin, nitelikli, hakkaniyete uygun örgütlenmesi ve finansmanı hedeflenmiştir. Bu amaçla Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS), Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2003 yılında pilot olarak uygulanmaya başlamış ve 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarda yürürlüğe girmiştir. Performansa dayalı ücret sistemi, Sağlık Bakanlığı’nın, maliyet etkinliği iyileştirmek, kaliteli ve hasta merkezli sağlık hizmeti sunmak gibi amaçları çerçevesinde, sağlık hizmeti verenlere yapılacak ödemelerin düzenlenmesini öngörmektedir. Bu sistem sadece bir parasal ödeme modeli olmayıp; belirlenen başarı ölçütlerine göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği arttırmayı, kurumsal performans kriterleri ile de sağlık hizmeti veren kurumların etkin çalışmalarını sağlamayı hedeflemektedir. Sağlık çalışanlarına ödenecek olan performans ödemeleri onların gösterdikleri başarıya ve çalıştıkları sağlık kurumunun performansına göre belirlenmektedir.

PDEÖS ile verilen teşviklerin sağlık çalışanlarının davranışlarını değiştirerek, verimliliklerini ve etkinliklerini iyileştirmesi, verilen hizmetin kalitesini ve hasta memnuniyetini arttırması beklenmektedir. Uygulanan programın etkinliği sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarına bağlı olduğu için, onların PDEÖS hakkındaki görüş ve değerlendirmeleri, sistemin iyileştirilmesi ve etkin olarak uygulanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının sistem hakkında görüş ve düşünceleri, uygulanan sistemdeki aksaklıkların belirlenmesine, giderilmesine ve sistemin revize edilmesine imkan verebilir. Her ne kadar PDEÖS’nin etkilerini araştıran nicel çalışmalar mevcut olsa da sağlık çalışanlarının PDEÖS hakkındaki görüş ve değerlendirmelerini inceleyen çalışmalar az sayıdadır. Bu çalışmanın amacı PDEÖS hakkında hekimlerin

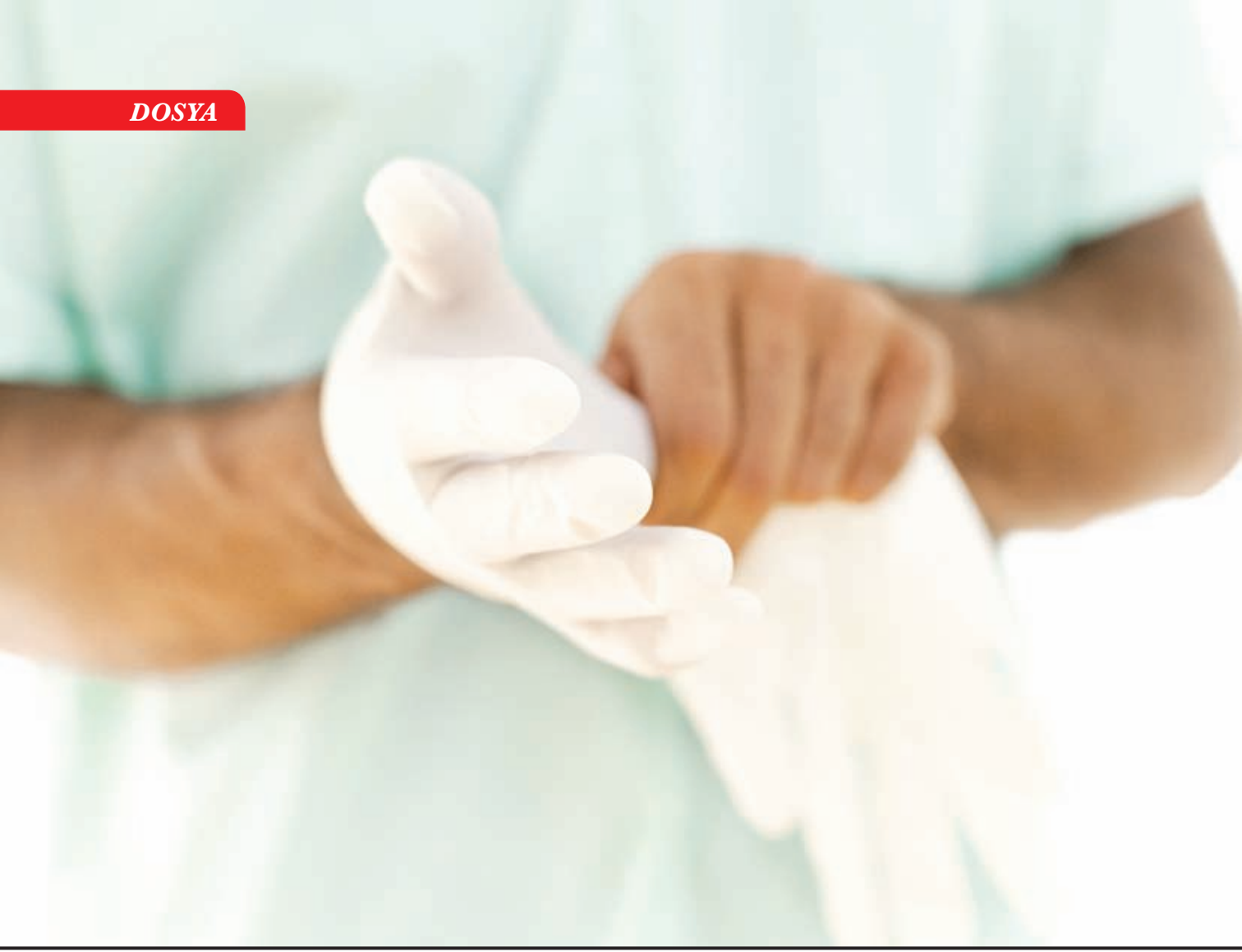
görüş ve düşüncelerini derlemektir. Bu doğrultuda Mart – Mayıs 2012 döneminde Balıkesir Devlet Hastanesi ile Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesinde görev yapan 76 hekim ile derinlemesine mülakat yapılmıştır. Hekimlerin PDEÖS’nin etkinliği; verimliliğe, sağlık personeli arasındaki ilişkilere ve sağlık hizmetlerine etkisi hakkındaki görüş ve değerlendirmeleri araştırılmıştır. Ankete katılan hekimlerin %82,9’ unu erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların %68,4’ü 40 yaş üzerindedir, %53,9’u dahili branşlarda, %46,1’i ise cerrahi alanlarda uzmandır. Hekimlerin yarısından fazlası (%55,3) 20 yıldan fazla çalışmıştır. Bu durum Balıkesir’in, hekimlerin zorunlu hizmetlerini tamamladıktan sonra tercih ettikleri bir il olmasına bağlanabilir. Hekimlerin %61,8’i sekiz saatten fazla çalıştığını, %92,1 i nöbet tuttuğunu, %59,2’si hafta sonu çalıştığını belirtmiştir. Tüm bu zor çalışma koşullarına rağmen %94,7 si mesleki toplantılara katıldığını, %60,5’i hobilerine zaman ayırdığını ifade etmiştir.

Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin hedeflenen amaçlara ulaşabilmesi için bireysel performans ile ücretler arasındaki ilişkinin çalışanlar tarafından kolaylıkla anlaşılır olması, eşit performansa eşit ödül verilmesi ve sistemin adil işleme gerekmektedir. Değerlendirmeye alınacak hedefler ve amaçlar açıkça belirtilmelidir. Performansa dayalı ödeme sisteminin çalışanların motivasyonlarını arttırması, dinamik ve yetenekli çalışanları özendirilmesi beklenir. Bu sistemin çalışanların motivasyonun arttırabilmesi için bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Öncelikle, çalışanın gözünde ücretin önemi arttırılmalıdır. Çalışanlar, başarılı performansın daha yüksek maddi getiri sağlayacağını inanmalı. Bunun yanında başarılı performansın olumsuz sonuçları azaltılmalıdır. Sistemin başarısının önündeki en büyük engellerden biri sağlık çalışanlarının sistem hakkında doğru bilgi sahibi olmayışlarıdır. Bu çalışmada elde edilen bulgular ankete katılan hekimlerin çoğunun (%72,4), sistem ve sistemin işleyişi hakkında bilinçlendiklerini düşünmediklerini ortaya çıkarmıştır. Bu durum hekimlerin sistemin adil olmadığı yönündeki algılarının nedeni olabilir. Yapılan görüşmeler hekimlerin PDEÖS tarafından belirlenen ölçütler hakkında sınırlı bilgiye sahip olduklarını ortaya çıkarmıştır. Görüşülen hekimlerin sadece yarısı PDEÖS ile açık ve ölçü-

lebilir hedefler tanımlandığını ifade etmişlerdir.

PDEÖS önceden belirlen hedeflere ulaşabilmek için sağlık çalışanlarını performanslarına göre ödüllendirme prensibine dayanır. Sağlık hizmeti emek yoğun olduğundan, çalışanların motivasyonu sağlık sektöründe performansın en önemli belirleyicisi olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla hizmet kalitesi, etkinlik ve hakkaniyetin sağlanması çalışanların işlerini seyerek ve isteyerek yapmasına bağlıdır. Performansa dayalı ödeme sisteminin savunucuları, finansal teşviklerin çalışanların motivasyonunu arttırıp, davranış değişikliği sağlayacağı konusunda görüş birliğindedirler. Fakat sistemin motivasyonu, performansı ve hizmet kalitesini arttırmayacağını savunular da vardır. Bu araştırmaya katılan hekimlerin yarısı PDEÖS’nin motivasyonu arttırmadığını ifade etmişlerdir. Yine de katılımcıların yaklaşık %30’u artan gelirlerinin motivasyonları üzerinde olumlu etki yaptığını belirtmişlerdir. Her ne kadar PDEÖS’nin motivasyon etkileri konusunda fikir ayrılığı olsa da, hekimlerin çoğunluğu sistemin kendilerini daha çok çalışma için teşvik etmediği konusunda hemfikirlerdir. Katılımcıların sadece %21’i PDEÖS’nin motivasyonu, dolayısıyla performansı arttırdığını düşünmektedir. Genel olarak katılımcılar PDEÖS’nin motivasyon etkileri konusunda iyimser olmadıklarını, çünkü kaliteli hizmet sunmak yerine mümkün olan en yüksek performans puanını almaya odaklandıklarını ve bu nedenle çalışma şevklerini kaybettiklerini ifade etmişlerdir.

Bu araştırmanın sonuçları, sadece az sayıda hekimin PDEÖS’nin çalışma şekillerini iyileştirmek için motivasyon artışı sağladığını düşündüğünü göstermiştir. Bu durum sadece finansal teşviklerin motivasyonu ve performansı arttırmada etkili olmadığı görüşünü desteklemektedir. Aksine, finansal teşviklere aşırı odaklanma motivasyonu ve performansı olumsuz etkileyebilir. Aynı zamanda performans hedeflerini gerçekleştirme çabasıyla işyükü ve streste meydana gelen artış, iş memnuniyetini olumsuz etkilemiş olabilir. Finansal ödüllere ek olarak parasal olmayan teşviklerin geliştirilmesi PDEÖS’nin amaçlarına ulaşmasına yardımcı olabilir. Bununla birlikte çalışma koşullarının iyileştirilmesi, hekimlerinin iş memnuniyetlerini olumlu etkileyecektir.



Hekimlerin Ekonomik Durumunu Düzeltme Maksatlı Bir Ödeme Planı Performans Yönetimi Zannedildi

Prof. Dr. Haydar SUR
İstanbul Üniversitesi Öğretim Üyesi

Ülkemizde mazisi 5 yılı aşkın süredir kamu hastanelerinde "Performansa Dayalı Ödeme Sistemi" adı altında bir uygulama sürdürülmektedir. Bu ödeme mekanizmasının dönem dönem revize edilmekle beraber ana mantığı aynı kalmıştır. Özetle durumu ortaya koyduktan sonra gerçekten hemen herkesin bir şekilde eleştiri yönelttiği ama hadi vazgeçelim desek büyük çoğunluğun razı olmayacağı bir durumla karşı karşıyayız.

Ülkemizde mazisi 5 yılı aşkın süredir kamu hastanelerinde “Performansa Dayalı Ödeme Sistemi” adı altında bir uygulama sürdürülmektedir. Bu ödeme mekanizmasının dönem dönem revize edilmekle beraber ana mantığı aynı kalmıştır. Özetle durumu ortaya koyduktan sonra gerçekten hemen herkesin bir şekilde eleştiri yönelttiği ama hadi vazgeçelim desek büyük çoğunluğun razı olmayaacağı bir durumla karşı karşıyayız. Aslında kamu hastanelerinin dö-

ner sermayeden elde ettikleri gelirin bir bölümünü özellikle hekimler olmak üzere bazı çalışanlarla paylaştığı bir gelir paylaşım mekanizmasına performans lafının konulması doğru değildir. Üniversitede gerçekten performans ve performans değerlendirme konusunu anlatırken bile, doktora düzeyinde bile, öğrencilerimizin aklına hemen kamu hastanelerinde döner sermaye gelirlerinin dağıtımının gelmesi bizi üzmektedir. Çünkü büyük bir teknik değeri olan bir

kavram ve uygulama yalnızca gelir dağılımının kısır tartışmalarından sıyrılıp gündeme gelememiştir.

İsimle ilgili sıkıntıyı bir yana bırakırsak, gelirlerin paylaşılmasında teknik birçok sıkıntı vardır. Ama hemen baştan söyleyelim, bu sıkıntılar yaşanıyor diye büyük bir yönetim avantajı getirecek bu tür uygulamalardan vazgeçmek gibi bir niyetimiz de olmamalıdır. Tartışma şudur: Daha uygun ve adaletlisi nasıl bulunacak?

Yaşanan sıkıntılar özetle şunlardır:

1. Hastaneden hastaneye gelir farklılıkları nedeniyle aynı kıdem ve yetkinlikte kişilere farklı ödemelerin yapılması
2. Hekimlerin diğer sağlık mesleklerine ve idari mesleklere baskın payı alması, ayrıca hekimlik dışı mesleklerin birbirine oranlarının da tam ayar tutmamış olması
3. Hekimlikte uzmanlık dallarının birbirine göreceli puantajında çarpıklıklar
4. Döner sermaye gelirlerinin ne kadarının hangi hesaplama yöntemiyle dağıtılacağına ilişkin sorunlar
5. Emeklilikte bu ödemelerin bıçakla kesilir gibi kesilmesi
6. Ödemelerde global bütçe denilerek alınacak performans puanlarının etkisinin sıfıra doğru yaklaşması ve kişilerin/hastanelerin birbirinin elinden para kapmak üzere yarışır hale getirilmesi
7. Araştırma ve eğitim bu arada başka bir şekilde fonlanamadığı için yaşanan sıkıntılar

Puanlama ile ilgili teknik sıkıntılar her zaman olacaktır ama özellikle hasta tedavi etmekten başka hiçbir eylemi sağlık hizmeti saymayan geleneksel görüşümüzün bir yansıması ile örneğin hizmetlerin organizasyonuna ve geliştirilmesine ödemeler yapılmadan gelirlerden pay dağıtılması da istenen sonucu vermeyecektir. Uygulamanın ümit ettiği sonuçlar ancak fiyatlandırmanın tıbbi ölçütlerle birebir uyumlandırıldığı zaman geçerli olabilir. Halbuki fiyatlandırmada kullanılan resmi listelerin hem kalemler arasındaki dengesizliği, hem de bugünün finansal dengelerini yansıtamayan bir adaletsizlik içinde olduğu biliniyor. Devlet hem fiyat listelerini

tekeli altında tutmakta, hem de bunu güncellemeyerek bir yanlışlıklar zincirine imza atmaktadır. Hizmet süreçlerinin rahatça erişilip kullanılabildiği ama başka faktörler nedeniyle hizmete hakkıyla erişimin o kadar kolay olmadığı günler yaşamaktayız. Gerçekçi olmayan birim fiyatları ile çalışan her kurum, kuruluş, birim, kişi bir süre sonra hayatta kalma mücadelesine girerek geliri maksimize etme yönünde tutum alacaktır. Bu yerçekimi kanunu gibi hiç değişmez bir durumdur. Kişilerin bir işte kendisinden beklenen sonuçları ortaya koyması (performansı) için belirli koşullardan bahsedilir. Bunlar motivasyon ve işdoyumunu çalışmalarını içinde ayrıntısıyla ele

alınır. Kişiyi motive edebilecek faktörleri araştırmacılar 3 grupta topladılar. Bunlar ekonomik, psiko-sosyal ve kurumsal-yönetimsel teşvik araçlarıdır. Yani kişileri para vb. maddi olanaklar ile veya prestij, unvan vb. sosyal statü ile veya kararlara katılımını sağlama, karar verme alanını genişletme vb. yönetsel düzenlemeler ile teşvik edebilirsiniz. Sadece bir araç kullanarak sonuç almak da aslında mümkün değildir. Ayrıca motive edilmek istenen kişilerin birtakım özellikleri de burada rol oynamaktadır. Bunlar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kişilik, zeka düzeyi, çocuk sahibi olma durumu gibi bireysel unsurlar sayılabilir.

Ayrıca bazı genel gerçekleri vurgulamak gerekmektedir:

- Dünyanın en iyi gelir paylaşımı sistemini de ortaya koysanız bu tartışmalar yine bitmez. Çünkü ortada para vardır ve bunu pay dereken bir takım formülleri subjektif olarak biz belirlemekteyiz.

- Aslında bu uygulama hekimlerin maaşlarını artıramadığı için yetkililerin bir yandan hekimlere daha fazla ödeme yapmak, bir yandan da onları daha fazla hastayı kabul etmeye, muayene etmeye, ameliyat etmeye, kontrol etmeye vb. teşvik uygulamasıdır. Yani hekimlerin dışında kalan sağlık mesleklerinin doğrudan gelir odaklı işlem yapma uygulamaları çok kısıtlı sayıdadır ve gelir odaklı olmayan işlemlere para ödemek zaten bu uygulamanın amacı değildir.

- Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlıklı yaşam uygulamaları (kişinin diyetisyene giderek beslenme rejimi düzenletmesi, gebenin ebeve giderek işlerin yolunda gidip gitmediğini muayene ettirmesi vb.) çok kısıtlı haller dışında hekimden şu veya bu şekilde talimat almadan hasta üstünde uygulama yapan bir sağlık mesleği yoktur, hekim talimatı verdiği anda döner sermayeye parayı kazandırdığını

düşünmektedir. Diğer mesleklerin uygulamaları böylece kararı yerine getirmek gibi daha kısıtlı bir önem dairesinde kabul edilmektedir. Çünkü diğer sağlık görevlileri hekimden “order”ı alınca bunu yerine getirmeyip işleri sürünce mede bırakamaz çünkü onun işini sonuçlandırmasını bekleyen ve dolaylı olarak kontrol eden hekimler vardır. Ama hekimin işini yavaşlatması, savsaklaması vb. durumlarda ancak başka bir hekim bunu dolaylı olarak kontrol altına alabiliyor, hekimlerin topyekun hareket etmesi durumunda bu kontrol mekanizması ortadan kalkıyor.

- Böylece hastanenin ana unsuru hekimlerin birbirini çalışma ve daha fazla “hizmet üretme” yolunda kontrol mekanizması da oluşmaktadır.

Bu genel durum tespitinden sonra bir de performans ve sağlık çalışanlarının performansı deyince biz ne anlamak istiyoruz konusuna değinmekte fayda vardır. Bir işletmede (hastaneler özerk işletmeler haline getirilmeye çalışılıyor bu edenle bu kavrama alışmalıyız) çalışanların performansından bahsedebilmek için belirli koşulların yerine getirilmiş olması gerekiyor. Bu ön koşullar işletmenin açıkça (SMART) hedeflerinin

yazılmış olması, çalışanların bu hedeflere ulaşmış olup olmadığı ne şekilde belirlenecek, bunun önceden ilan edilmesi (kriterlerin belirlenmesi) ve bu ölçüm sonuçlarının hangi düzeyinin kabul edilebilir sayılacağı önceden ilan edilmesi (standartların belirlenmesi) olarak sıralanabilir. Yani bunlar yapılmadan performanstan söz edemezsiniz.

Ön koşullar yerine getirilince bazı koşulların da yerine getirilmesi gerekecektir. Bunlar arasında performansı kimlerin ölçeceği, ölçenlerin ne gibi eğitimler alacağı, hangi şekilde ölçüm biaslarından korunmanın garanti altına alınacağı, performansı düşük bulunanlara ne yapılacağı, bu süreç içinde kişisel çatışmalar ve çıkar ilişkilerinden nasıl uzak kalınacağı gibi konuları sayabiliriz.

Yukarıda sayılanların hiçbiri bugün bile yapılmış değildir. Çünkü performans demek sadece hastayı muayene edip reçete yazmak veya ameliyat etmek değildir. Bunlar hizmetlerin sadece hacmini ölçen maddelerdir. Bunun dışında hizmet verilirken hastalara gösterdiğimiz ilgi ve onları memnun etme düzeyimiz gibi insani boyut, muayene edilen veya ameliyat edilende ön tanının doğruluk oranı



gibi klinik hizmet başarısı, hizmetin sorunu ne ölçüde giderdiği gibi yaşam kalitesi çıktıları yani akıbet önem taşımaktadır. Ayrıca hizmeti üretirken ne ölçüde güvenli, diğer çalışanlarla ilişkileri ne ölçüde güzel kurduğu, zaman kaynağı dahil kaynakları kullanmada isabet düzeyi (verimlilik diyelim) ve işletmenin ana stratejilerine ne ölçüde bağlantılı çalışabildiği gibi bir dizi teknik boyut karşımızda durmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2003 yılında yayınladığı Barcelona Bildirgesi'nde hastane performansını ölçmede en az 6 boyutun işin içine katılması gerektiğini açıklamıştır. Aynı 6 boyut tabii ki kişilerin performansının ölçülmesinde de karşımıza çıkmış olmalıdır.

Zaten performansın sağlık işletmelerinde, hizmetlerinde ve sağlık çalışanlarında ölçülmesi çok karmaşık bir teknik konudur, işin erbabınca tarif edildiğine göre en zor işlerden biridir. Bunun nedenlerini de sıralamakta büyük fayda vardır:

- Sağlık hizmetlerinin her zaman standart işlemlerle yürütülmesi zordur. Bu nedenle birçok süreç otomatize edilememektedir. Bu durum vakaların varyasyon yelpazesi çok geniş olarak nitelenmektedir. Varyasyon düzeyi yükseldiğinde bu işlemleri ancak insanlara yaptırabilirsiniz. Böyle-

ce onca yüksek teknoloji kullanım yoğunluğuna rağmen sağlık hizmetleri hala emek-yoğun olarak isimlendirilmektedir.

- Sağlık hizmetlerinde finansman mekanizmalarının karışık olması ve birçok kez aynı hastadan alınan ücretlerde birden çok mekanizma kullanılması (sosyal sigortadan, özel sigortadan, cepten vb.) hizmetlerin mali işlemlerini de karmaşıktırılmaktadır.

- Yapılan işin kesintisiz ve her zaman vardiyalı sistemde olması ve böylelikle gece gündüz ücretlendirmesi, nöbete gelen hekimlerin işleri ertesi gün rutin hizmetlere entegre etmesi vb. nedenlerle gelirden pay sorunlarının çıkması kaçınılmazdır.

- Aynı işe el atan insanlar arasında bilgi, beceri ve eğitim farklılıklarının büyük olması (uzman doktor ile hasta taşıyıcı eleman, hasta kabul elemanı ile hemşire, vb.)ve böylece çalışanlar arasında gelir dağıtımından adaletin belirlenmesinde büyük zorluklar vardır.

- Aynı hastaya konsültasyon vb. nedenlerle birden çok hekimin; fizyoterapi, beslenme, psikoterapi vb. nedenlerle hekim dışı sağlık mesleklerinin de hizmet sürecine dahil olması nedeniyle işler daha

da karmaşık hale gelmektedir.

- Branşlaşmanın çok fazla olması ve her branşın kendine has gelir ve ücretlendirme dinamiğinin olması da bu branşların her birinin bağlantılandırılmasını çok zorlaştırmaktadır.

- Hekimlerin hasta üzerinde büyük bir prestijinin ve yaptırımının bulunması; hasta adına hizmet talebini belirleyen de hekim olması böylelikle hekimin kendi gelirini maksimize edecek ipleri her zaman elinde tutmasını sağlamaktadır.

- Hekim ile hasta arasında her zaman yasayla korunmuş mahremiyet içinde görüşmelerin olması ve işletmenin bu arada olup biteni tam denetleyememesi de ayrı bir zorluk taşımaktadır.

- Kamu hastanelerinde hekimi zora sokan konu gelen hastaların sayıca fazlalığı ile baş etmek ve döner sermaye gelirin dayalı ödemelerden mümkün olduğunca fazla yararlanabilmektir.

Görülüyor ki sağlık hizmetlerinde, hele hele bunun en karmaşık şeklinin verildiği hastanelerde performans lafını ağza almak kolay olmayacaktır. Ama gelirin dağıtımını desek de birçok zorluk zaten karşımızda bulunmaktadır.

SONSÖZ

Ülkemizde bütün sağlık çalışanlarının performansları uygunca ölçülecek şekilde takip edilmeli, bunun için akılcı hedeflerin konulması ve bunlara ulaşılması teşvik edilmeli, sadece hizmet hacmi değil hizmetlerin toplum sağlığına katkıları ve yaşam kalitesi açısından ürettiği değerler ele alınmalı, sosyal devletin herkese eşit para dağıtımını

gibi kaba varsayımın erdem sayıldığı anlayıştan uzaklaşılmalı ve iyilerin daha çok gelir elde ettiği ortamlar oluşturulmalıdır. Ama hala bir ucundan devlete kapağı atsam da hayatı garanti altına alsam mantığıyla yaşayan insanların çoğunlukta olduğu bir ülkede böyle büyük değişimler düşse kalka ve zamanla sağlanabilecektir.



Sağlıkta Şiddet Araştırması

F. Nihan Demiray Ready
Sağlık-Sen AR-GE Birimi

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de şiddet olaylarında artış gözlenmektedir. Şiddet, yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin toplumdaki tüm bireyleri etkilemektedir.

Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de şiddet olaylarında artış gözlenmektedir. Şiddet, yaş, cinsiyet, ırk, din, dil, eğitim düzeyi ayırt etmeksizin toplumdaki tüm bireyleri etkilemektedir.

Tüm alanlarda şiddetin artış göstermesiyle birlikte, sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarının önemli oranda artış gösterdiği, sağlık çalışanlarının işyerinde meydana gelen şiddet olaylarının en önemli hedefi ve kurbanı olduğu bir gerçektir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)’nin 2002 yılı “Sağlık Sektöründe İşyeri Şiddeti” başlıklı ortak raporuna göre; sağlık çalışanlarının %50’sinden fazlası, mesleklerini uyguladıkları her hangi bir zamanda şiddete maruz kaldıklarını bildirmektedir. Rapora göre, sağlık alanında hizmet verenler diğer iş alanlarında çalışanlara göre 16 kez daha fazla saldırıya uğramaktadırlar. Gardiyan, polis ve banka çalışanlarından daha fazla saldırıya uğradıkları belirlenen sağlık çalışanları arasında, hemşirelerin diğerlerine göre 3 kat daha fazla risk altında bulduklarına da dikkat çekilmektedir.

Bu doğrultuda Sağlık-Sen olarak, sağlık kurumlarında şiddetin boyutunu ölçmek amacıyla Sağlıkta Şiddet Araştırması’nı gerçekleştirdik.

Nicel araştırma teknikleri kullanılan araştırmada, 33 maddelik bir soru formu kullanılmıştır. Araştırma, 1300 sağlık çalışanı ile yüz yüze görüşme metoduyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya Türkiye genelinden 25 il katılmıştır. Araştırmamızdan elde ettiğimiz bazı önemli sonuçlar şöyledir:

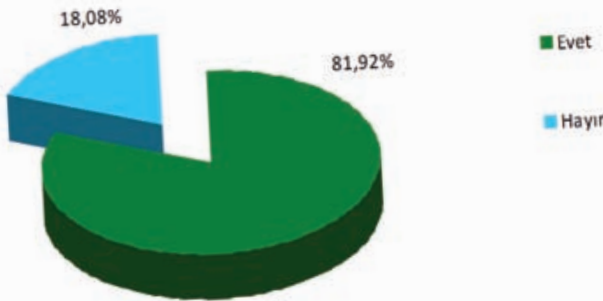
Araştırmada ortaya çıkan en çarpıcı sonuçlardan biri, sağlık çalışanlarının görevlerini yerine getirirken şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşıyor olmalarıdır. Katılımcıların %81,9’u görevlerini yerine getirirken şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu yüksek oran, sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarını çalışan gözüyle yansıtmaktadır. Sağlık çalışanları, şiddete daha önce maruz kalmamış da olsa, sektördeki şiddet olaylarının yaşanma sıklığı, kendisinin de şiddete maruz kalacağını düşündürmektedir. Elbette ki bu kaygılı durum, çalışma barışından motivasyona kadar pek çok konuda sağlık çalışanlarına olumsuz olarak yansımaktadır.



Birey, bir kategorideki ihtiyaçları tam olarak gideremedi, bir üst düzeydeki ihtiyaç kategorisine, dolayısıyla kişilik gelişme düzeyine geçemez. Araştırma sonuçlarımız bu noktada ele alındığında, sağlık çalışanlarının güvenlik ihtiyacı olan ikinci basamakta kaldığını, henüz güvenlik ihtiyaçlarını dahi karşılayamadıklarını görmekteyiz.

Bu noktada Abraham H. Maslow, klinik gözlemlerinden yola çıkarak, insan davranışlarına yön veren temel gereksinimlerin neler olduğunu çalışmalarında ortaya koyduğu “İhtiyaçlar Hiyerarşisi” teorisine değinmekte fayda vardır. Maslow’un kişilik kategorileri, kendi aralarında bir dizilim oluştururlar ve her ihtiyaç kategorisine, bir kişilik gelişme düzeyi karşılık gelir. Birey, bir kategorideki ihtiyaçları tam olarak gideremedi, bir üst düzeydeki ihtiyaç kategorisine, dolayısıyla kişilik gelişme düzeyine geçemez. Araştırma sonuçlarımız bu noktada ele alındığında, sağlık çalışanlarının güvenlik ihtiyacı olan ikinci basamakta kaldığını, henüz güvenlik ihtiyaçlarını dahi karşılayamadıklarını görmekteyiz.

Görevinizi yerine getirirken şiddetle karşı karşıya gelme konusunda endişe yaşıyor musunuz?



Araştırmamız sonucu ortaya çıkan bir diğer önemli sonuç, sağlık çalışanlarının %86,8'inin meslek hayatları boyunca en az bir kez, herhangi bir şiddet türüne maruz kalmış olmalarıdır. Son bir yıl içerisinde herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtenlerin oranı ise yine, %81,6 gibi yüksek bir orandır.

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin niteliği incelendiğinde, fiziksel şiddetin %23,7, sözel/psikolojik şiddetin %98,3 ve cinsel şiddetin ise % 5,2 olarak görüldüğü ortaya çıkmaktadır. Şiddetin niteliği incelendiğinde, en fazla uygulanan fiziksel şiddet tiplerinin "Etraftaki nesnelere fırlatma" ve "Yumruk, tekme, tokat, saç çekme, ısırma, tükürme, el-kol bükme, kafa atmak, boğazını sıkma, bir cisimle vurma, sertçe itip kakmak, sarsmak gibi saldırıda bulunma" olduğu görülmektedir. Bununla birlikte psikolojik/sözel şiddet türünde en fazla ortaya çıkan ise "Bağırma", "Tehdit etmek" ve "Aşağılamak" ilk üç sırada yer almaktadır. Unutulmalıdır ki, fiziksel şiddet, sözel şiddetle birlikte gelir ve sözel şiddetin bir sonraki aşaması fiziksel şiddettir. Bu noktada psikolojik/sözel şiddete maruz kalma oranının yüksekliğine dikkat çekilmeli ve çok geç olmadan tehlikenin farkına varılmalıdır.

Şiddeti gerçekleştiren kişinin özellikleri incelendiğinde, şiddetin %56,9'unun hasta yakını, %31,8'inin ise hasta tarafından uygulandığı; %68,3 erkek ve %31,7 kadınlar tarafından gerçekleştirildiği bulgusu ortaya çıkmaktadır.

Katılımcıların "Şiddetin nerede meydana geldiği" sorusuna verdiği cevaplar arasında "Hastane koridoru" ve "Acil servis" ilk sıralarda yer almaktayken, en fazla şiddete maruz kalan meslek grupları doktorlar (%94,9) ve hemşire-

ler (%93,3) olarak gözükmektedir.

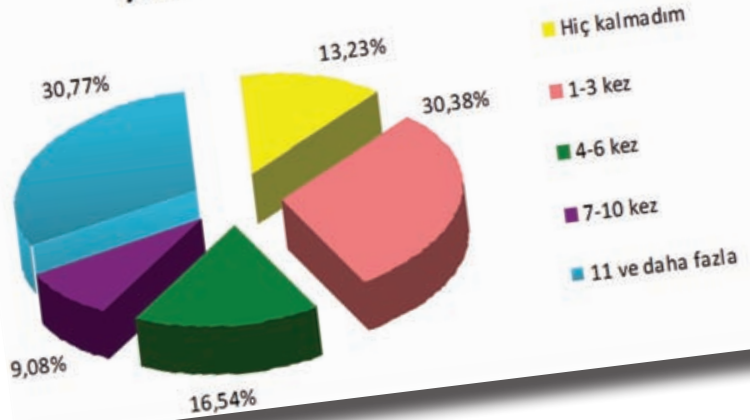
Şiddetle her gün yüz yüze gelen/gelme korkusu yaşayan sağlık çalışanları, şiddet olayı meydana geldiğinde ise yüksek oranda sessiz kalıp işlerine devam ettiklerini belirtmişlerdir. (%37,9) Bununla birlikte güvenliğe bildirenlerin oranı %25,5, karşılık verenler %13,9, hastane yönetimine bildirenlerin oranı %10,9, Beyaz Kod'a bildirenlerin oranı %6,3 ve hukuki yollara başvuranların oranı ise %4,3 olarak hesaplanmıştır.

Şiddetin neden meydana geldiği sorusuna gelince, sağlık çalışanlarının %18,9'u "şiddeti kendine hak görme" seçeneğinde bulmuşlardır.

Bunlarla birlikte elde ettiğimiz verileri demografik bilgiler açısından karşılaştırdığımızda özetle şu sonuçlar çıkmaktadır:

Nöbet tutma durumu şiddet olayını artırmaktadır: Nöbet tutanlarda şiddetle karşı karşıya kalma endişesi, şiddete maruz kalma durumu, fiziksel şiddete maruz kalma durumu nöbet tutmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur. Artan haftalık çalışma süresi şiddet olayını

Meslek hayatınız boyunca hiç sözel, psikolojik ya da fiziksel şiddete maruz kaldınız mı?



artırmaktadır: Haftalık 40 saatten fazla çalışanlar, şiddetle karşı karşıya kalma endişesi, şiddete maruz kalma durumu, fiziksel şiddete maruz kalma durumu 40 saatten az çalışanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur.

Hizmet sınıfı şiddet olayını etkilemektedir: Hizmet sınıflarına göre incelendiğinde, sağlık hizmetleri sınıfında çalışanların şiddet endişesi ve şiddete maruz kalma durumları diğer hizmet sınıflarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Çalıştığı kurum şiddet olayını etkilemektedir: Kurum bazında ele alındığında, Yataklı Tedavi Kurumu'nda çalışanlar şiddet endişesini ve şiddete maruz kalmayı ilk sırada yaşarken, bunu Üniversite Hastaneleri çalışanları izlemektedir.

Çalıştığı coğrafi bölge şiddet olayını etkilemektedir: Şiddetle karşı karşıya gelme endişesi ve meydana gelme sıklığı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde diğer bölgelere oranla daha yüksektir.

Şiddetin meydana gelme riskinin bu kadar yüksek olduğu sağlık sektöründe, şiddetle ilgili alınan önlemler acaba ne boyuttadır? Şiddet yönetimi ile ilgili sağlık çalış-



Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik

Yrd. Doç. Dr. Gülfer BEKTAŞ*
Uzm. Ufuk ALTIN

*Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Günümüzde tükenme bireysel ve kurumsal sorunlara yol açan ciddi bir olgudur. Yoğun bir tükenme; çalışanda psikosomatik bozukluklara, evlilik, aile yaşantısında problemlere, uykusuzluk, alkol ve madde kullanımına kadar çok çeşitli sorunlara neden olabilmekte iken, kurumsal açıdan tükenme; çalışanın işe geç gelmesi, erken ayrılması, işi bırakması, sık sık rapor alması gibi sorunlarla kendini gösterebilmektedir.

Bilim ve teknolojiadaki hızlı değişimler ve küreselleşme olgusunun etkisiyle birlikte, işletmelerde çalışanların verimliliklerini etkileyen faktörlerin önemi artmıştır. Çalışanların verimliliğini etkileyen faktörlerin başında gelen iş tatminsizliği, örgüte bağlılık, örgütsel vatandaşlık davranışı ve örgütsel tükenmişlik gibi kavramlar günümüzde artık daha fazla üzerinde durulması gereken kavramlar haline gelmiştir. Tükenmişlik, insan odaklı hizmet veren iş grupları için daha derinlemesine araştırılması ve değerlendirilmesi

gereken, hem çalışan bireyler hem de örgütler açısından iş yaşamını önemli ölçüde tehdit eden bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle örgüte bağlılık ve örgütsel tükenmişlik kavramları son dönemlerde daha da öncelikli hale gelmişlerdir.

İnsanlarla bire bir ilişki içinde çalışmayı gerektiren meslekleri yürüten kişilerde sık görülen bir tür stres olan tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenberger tarafından 1974 yılında ortaya konmuş ve “başarısız

olma, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı veya karışanamayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlanmıştır.¹

Özellikle insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde çalışan hekimler, hemşireler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, fizyoterapistler gibi sağlık çalışanlarında görülen tükenmişlik; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı eksikliğine ilişkin duygular olarak üç ayrı boyutta ele alınmaktadır.²

DUYGUSAL TÜKENME

Mesleki tükenmişliğin bu boyutunda sağlık çalışanında yorgunluk, enerji eksikliği duygusal yönden kendini yıpranmış hissetme gibi belirtiler gözlenmektedir. Bu boyut tükenmişliğin en kritik ve en belirleyici

boyutu olarak ifade edilmektedir. Duygusal tükenme tükenmişliğin işsel boyutudur.

Duygusal tükenmişliği yaşayan kişi hizmet verdiği kişilere geçmişte

olduğu kadar verici ve sorumlu davranmadığını düşünür, gerginlik ve engellenmişlik duygularıyla yüklü olan kişi için ertesi gün işe gitme zorunluluğu büyük bir endişe kaynağı olabilmektedir.

DUYARSIZLAŞMA

Duyarsızlaşma, kişinin bakım ve hizmet verdiği hasta ve yakınlarına karşı birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun bir biçimde tutum ve davranışlar sergileyerek alaycı, küçümseyen, katı,

duygusuz ve kayıtsız bir tutum içerisinde girmesidir. Çalışanlar, hem hizmet sundukları kişilere hem de çalıştıkları kuruma karşı mesafeli, umursamaz ve olumsuz bir tavır sergileyebilirler. Küçültücü bir dil

kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve endişe duyarsızlaşmanın belirtileri arasında olup tükenmişliğin kişilerarası boyutunu göstermektedir.

KİŞİSEL BAŞARIDA DÜŞME HISSİ

Kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olmasıdır. Kişisel başarıda düşme hisseden çalışan kendisini yetersiz bulur, yetkin bir birey olmadığını düşünür, motivasyonunda da düşme yaşar. Kendisine ilişkin değerlendirmelerinde genel bir olumsuzluk hisseder, işinde ilerleme kaydetmediğini, hatta gerilediğini, harcadığı çabanın bir işe yaramadığını ve çevresinde bir fark yaratmadığını bu boyutta düşünmektedir.

Günümüzde tükenme birey-

sel ve kurumsal sorunlara yol açan ciddi bir olgudur. Yoğun bir tükenme; çalışanda psikosomatik bozukluklara, evlilik, aile yaşantısında problemlere, uykusuzluk, alkol ve madde kullanımına kadar çok çeşitli sorunlara neden olabilmekte iken, kurumsal açıdan tükenme; çalışanın işe geç gelmesi, erken ayrılması, işi bırakması, sık sık rapor alması gibi sorunlarla kendini gösterebilmektedir.

Yapılan araştırmalara göre tükenmişliğin en önemli sonucu, su-

nulan hizmette bozulmalar olması ve bireyler üzerinde ciddi fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açmasıdır. Tükenmişlik hissi içerisinde olan çalışanlar, mesleğin ve işin gereklerini yerine getiremez duruma gelmektedirler. Tükenmişlik, çalışanlar kadar örgütler üzerinde de olumsuz sonuçlar yaratan bir durumdur. Bununla beraber, depresif yakınmalarda artış, işten ayrılma, iş doyumunun azalması, uykusuzluk, işe konsantre olamama ve yorgunluk gibi sorunların ortaya çıktığı da görülmektedir.³

TÜKENMİŞLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Mesleki tükenmişliği etkileyen faktörler bireysel ve sosyal faktörler ile iş ve örgütle ilgili faktörler olarak ayrılabilirler.^(2,4,5,6)

Bireysel ve Sosyal Faktörler

Bireysel özellikler, bireyin sahip olduğu, bazı durumlarda tükenmişliğe zemin hazırlayan ya da tükenmişliği artıran, bazı durumlarda ise tükenmişliği etkileyen bireysel ve sosyal özellikler, cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, işte çalışma süresi, sosyal destek, kişilik ve beklentiler sayılmaktadır.

Aynı meslekte çalışan kadın ve erkekler tükenmişliğin farklı boyutlarını farklı düzeylerde yaşayabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre kadınlar erkeklere göre daha fazla duygusal tükenmişlik yaşamaktadır. Duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissini ise erkeklerin daha fazla yaşadığını görülmüştür. Tükenmişliğin gençlerde ve ileri yaştaki çalışanlarda görülme düzeyi farklılık göstermektedir. Tükenmişliğe ilişkin yapılan araştırmalarda genç çalışanların, mesleğin ilk yıllarında beklentilerinin de yüksek olması nedeniyle daha fazla tükenmişlik hissettikleri ortaya konulmuştur. Bireylerin almış oldukları eğitim tükenmişlik düzeyinde etkilidir diğer bir etmendir. Bu konuda yapılan çalışmalar çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır. Ancak, çalışmaların büyük çoğunluğu eğitim arttıkça tükenmişlikle mücadelede başarının artacağı ve eğitim düzeyi ile tükenmişlik arasında ters bir ilişki olacağı varsayımında bulunmalarına rağmen, sonuçlara bakıldığında eğitim arttıkça tükenmişliğin de arttığı gözlenmektedir. Çünkü eğitim arttıkça bireylerin geleceğe yönelik kariyer beklentilerinin artması da söz konusudur. Tükenmişliği etkileyen sosyal faktörlere bakıldığında en

önemli belirleyicilerin aile yapısı ve sosyal destek olduğu görülmektedir. Araştırmalar hiç evlenmemiş ve boşanmış kişilerle evli fakat çocuksuz kişilerin daha fazla duygusal tükenmişlik hissettiklerini göstermektedir. Kişilik kavramı tükenmişlik düzeyini belirleyen bir diğer unsur olarak karşımıza kişilerin diğer insanlarla ilişkileri, sorunları karşılama biçimleri, olaylara yaklaşımları, kendilerini kontrol edebilme yetenekleri tükenmişlik düzeyinde belirleyici olmaktadır. Çalışanların çalıştıkları kurum ve meslekleri ile ilgili beklentileri tükenmişliği artırıcı veya azaltıcı bir role sahiptir. Örneğin, genç ve deneyimsiz çalışanlarda yaşlı ve deneyimlilere göre tükenmişlik düzeyinin yüksek olması beklentilerdeki farklılıklarla açıklanmaktadır. Gençlerin çalışma hayatına yeni girdikleri yıllarda daha idealist olmaları, işe ve çalışılan kurumda karşılaştıkları olumsuz durumlarda yıpranma olasılıklarını artırabilecektir.

İş ve Örgütle İlgili Faktörler

Çalışanlarda tükenmişliği etkileyen iş ve örgütle ilgili faktörler öncelikle iş yükü, kontrol, ödüller, aidiyet, adalet ve değerler olarak belirlenmektedir. Adalet kavramı,

belirli bir örgütte çalışanların örgütsel karar ya da politikaların doğruluğu hakkındaki olumlu duyguları ve örgütün herkes için eşit ve tutarlı kurallara sahip olması anlamını taşıırken, değer ise, “neyin iyi, neyin kötü” olduğuna ilişkin sahip olunan inanç olarak değerlendirilmektedir. Örgüt değerleri ile çalışanların değerleri arasında farklılık söz konusu olduğunda tükenmişlik daha fazla yaşanmaktadır. Performans ile uyumlu olmayan bir ödüllendirme sistemi ise, kişisel başarıda düşme hissine neden olmaktadır. Ayrıca, çalışma ortamındaki ilişkiler, iş ortamında karşı karşıya gelinen kişilerle geçirilen sürenin uzaması, bireyin işte ilerleme olanağı bulamaması, yetersiz kaynakla bir işi başarmaya çalışması, yönetimin yetersizliği ve iletişim problemleri de çalışanlarda tükenme yaşanması ile sonuçlanmaktadır.

Çalışma koşullarına bakıldığında tükenmişlik açısından en yüksek risk oluşturan meslek grupları arasında doktor ve hemşirelerin yer aldığı görülmektedir. Yedi farklı sağlık meslek grubundan (uzman, pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık teknisyenleri



ve ebeler) toplam 7255 kişinin incelendiği bir çalışmada da tükenmişlik oranının en çok hemşirelerde olduğu belirtilmiştir. Hastalardaki farklı sağlık sorunları, hasta bakımının yarattığı kaygılar, hasta ile iyi ve etkili iletişim sağlanması ve sürdürülmesindeki zorunluluk ve zorluklar, sağlık alanındaki yenilikleri takip etme gerekliliği, aşırı ve düzensiz iş yükü, vardiya ve çalışma günlerindeki düzensizlik ve uzun çalışma saatleri, meslek içi ve meslek grupları arasındaki rol ve görev tanımlarının belirsizliğinden kaynaklanan çatışmalar gibi sorunlar özellikle hemşirelerin çalışma hayatında sıklıkla yaşadığı zorluklardır.^{3,1}

Hemşireliğin hizmet alanı, sağlıklı/hasta birey veya yakınları ile toplum yani insandır. Hemşirelik, içinde sosyoloji, psikoloji gibi birçok disiplini barındıran multidisipliner yapıya sahip bir meslektir. Literatürde, hemşirelerde tükenmişliğe neden olan etmenler; örgütsel, iş ile ilgili ve bireysel nedenler olarak incelenmektedir. Örgütsel etmenler arasında rol belirsizliği, yöneticilerden destek alamama, iş güvensizliği, kararlara katılmama, katı politikalar, uzun çalışma saatleri, ekip üyeleriyle yaşanan çatışmalar, yoğun hasta etkileşimleri, işyerindeki sosyal desteğin azlığı, bürokrasi, kariyer beklentilerinin karşılanmaması gibi etmenler sıralanırken; iş yükü, vardiyalı çalışma, çalışma süresi, maaş azlığı, mesleğin statü ve prestij sağlamaması, işin çok yönlülüğünün yanı sıra fiziksel ve zihinsel güçlüğü, zaman baskısı, sınırlamalar hemşirelerde tükenmişliğe neden olan iş ile ilgili etmenler olarak belirtilmektedir. İş ortamında ayrıca sorumluluk

ve yetki arasında dengesizlik, profesyonel olmayan bir yönetim anlayışı, etkin bir denetimin olmaması, iş ortamında arkadaşça olmayan, rekabete dayalı ilişkiler, çalışanlara eşitsiz davranılması, iş arkadaşları arasında paylaşımın az olması gibi etmenler de sayılabilir. Bireysel etmenler ise yaş, eğitim, cinsiyet, sağlık durumu, kişilik, stresle başa çıkma yeteneği şeklinde belirtilmektedir.

Sonuç olarak tükenmişlik bir gecede ortaya çıkan bir durum değil, uzun bir süreçtir. Tükenmişlik kavramı ile ilgili bütünsel bir bilgiye sahip olmak hem çalışanlar, hem yöneticiler açısından tükenmişliğin etkilerini ortadan kaldırmada bir basamaktır. Asıl hedef tükenmişliği önlemek olsa da, tükenmişlik hissedilmeye başlandıktan sonra da gerek bireysel gerekse örgütsel çerçevede yapılabilecekler göz ardı edilmemelidir. Bu nedenle bireysel ve örgütsel belirtileri doğru algılamak, farkındalık ve zamanında doğru müdahale konusunda özellikle sağlık yöneticilerine ve kurumlara önemli görevler düşmektedir.

Çalışanların görev tanımlarının açık ve net bir biçimde yapılması, hoşgörülü, esnek ve katılımcı bir yönetim anlayışının uygulanması, işe alımlarda kişinin yapacağı işe uymuna dikkat edilmesi, kişisel yeterlilikleri azaltma açısından hizmet içi eğitim programlarının yoğunlaştırılması, özellikle işe yeni başlayanlarda ve hastane içi iş değişikliklerinde gerekli oryantasyon çalışmalarının yapılması, iş yoğunluğunu azaltıcı önlemlerin alınması, görevlerde belirli aralıklarla değişimler yapılması,

görevlerde ve ödüllendirmede adil bir sistemin gerçekleştirilmesi, kişisel gelişime imkân sağlayan bir ortam yaratılması, sorun çözmede kalıcı mekanizmaların oluşturulması ve sorunlar ortaya çıktığında kronikleşmeden çözümlenmeye çalışılması sağlık yöneticilerinin uygulayabileceği bazı çözüm yolları arasında sayılabilir.

Hemşirelerin hizmet verdikleri ortam ve koşulların iyileştirilmesi, onların işlerinden doyum elde edebilmeleri için örgütsel desteklerin sağlanması, nöbetlerin iş yüküne göre ve yıpranmayı önleyecek şekilde düzenlenmesi, çalışanlara psikolojik danışmanlık hizmetlerinin sağlanması, meslek içi eğitim konularına ağırlık verilmesi, hemşirelerin iş doyumunu sağlamasının onların mesleki tükenmişliklerini minimum seviyeye indirebilecek bir etken olduğunun dikkate alınması, düzenlemelerin buna göre yapılması ve kurumların çalışanlarına sosyal imkânlar sağlaması önerilecek konular arasındadır.^{2,4,5,6,7}

Ayrıca, özellikle son dönemlerde sağlık çalışanlarının hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının hasta ve yakınları ile olan ilişkilerinde sorun yaşamalarının önlenmesi için güvenliğin artırılması, parasal konularda sağlık personeli ile hastanın karşı karşıya getirilmemesi ve sağlık alanında yaşanan yapısal ve yasal değişimler hakkında halkın aydınlatılması hususunda gerekli düzenleme ve önlemlerin alınması da önem taşımaktadır.

Kaynaklar

1. Bektaş G. "Tükenmişlik En Fazla Hemşirelerde" SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. Sayı 7, İstanbul, Haziran – Ağustos 2008.
2. Arı S.G, Bal Ç. E. "Tükenmişlik Kavramı:Birey ve Örgütler Açısından Önemi", Ekonomi ve Yönetim, C.15, S.1, Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F., 2008, ss.131-148
3. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. "Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi "Anatolian Journal of Psychiatry S.7,2006, ss.101
4. Sayılı I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven D.H. " Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Çalışan Doktor ve Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri" Kriz Dergisi 5(2), ss.71-77.
5. Ergin, C. "Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Uyarlanması". VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: VII Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, 1993. Ss. 143-154
6. Alexander, M. J. G., van der Arend, A., Ashton, M. R., et al. Hemşirenin Sağlığı ve İşyerinde Güvenlik: Gerilim ve Tükenme. Edt.ve Çev.Erefe İ, 1998
7. Basım, H. N, Şeşen, H. EFQM Mükemmellik Modeli Uygulamalarının Çalışanların Tükenmişlikleri Üzerine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 21(1), 2007, ss.201214



Sağlık Mücadelesinde İnsanı Nasıl Kazanırız?

Murat KALEM

Sağlık Bakanlığı Müşaviri, Sağlık İletişimi Uzmanı

Hiç şüphe yok ki, insanımızı kendi sağlığını koruma bilincine erdirmeye, işin büyük bölümünü oluşturuyor. Sağlıklı gelecek yolculuğumuzda karşımızdaki en büyük engel de, en elzem aktör de insan.

Sağlık risklerinden insanları korumak, toplumumuzda “halka rağmen halk için” denilecek türden zorlu bir mücadeleyi gerektiriyor. Son yıllarda önemli gelişmeler kat edilse de sağlıklı birey ve toplum göstergelerimiz kaygı verici.

√ Kronik hastalıklara bağlı ölümler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ölüm nedenlerinin başında geliyor.

√ En çok sigara tüketen ülkelerden biriyiz.

√ En çok antidepressan kullanan ülkeler arasındayız.

√ Obezitenin en çok görüldüğü ülkeler arasında ilk sıralardayız. Çocukluk obezitesi rakamları, geleceğimiz adına tehlike çanları çaldığını işaret ediyor.

√ Sağlık insanların en çok ilgi duyduğu konuların başında geliyor ancak, sağlık okuryazarlığımız sağlığımızı koruma ve geliştirmeye yetecek düzeyde değil.

√ İnsanlarımız sağlık hizmetlerini yerinde kullanma konusunda pek çok yanlış algı ve davranışa sahip.

√ Temel koruyucu önlemlere, yaşamın her evresinde gereken sağlık taramalarına toplumsal duyarlılığımız düşük.

√ Herhangi bir sağlık problemi yaşadığında enformal alandan beslenen, internet başta olmak üzere kitle iletişim kanallarında sağlık beyanı ile pazarlanan ürünlere yönelerek, sağlığını tehlikeye atan insan sayımız oldukça fazla.

Bütün bu ve buna benzer ve-

riler, bedenen ve ruhen sağlıklı bireye ve sağlıklı topluma ulaşma mücadelesinin zorlu, uzun soluklu ve çok boyutlu bir süreç olduğunu gösteriyor. Hiç şüphe yok ki, insanımızı kendi sağlığını koruma bilincine erişirme, işin büyük bölümünü oluşturuyor. Sağlıklı gelecek yolculuğumuzda karşımızdaki en büyük engel de, en elzem aktör de insan.

Sağlık sadece tıbbın bir alanı olmaktan çıkmıştır. Hekimliğin “Önce zarar verme” ilkesi, tüm politikalarda sağlığı gözetme sorumluluğu yüklenen sağlık dışı sektörleri de bağlayan bir olgu haline gelmiştir. Bu konuda ülkeleri bağlayan uluslararası stratejiler oluşturulmuştur. Sağlık konusu; kamu kurumlarını, yerel yönetimleri, üretim ve hizmet sektörünü, kısaca insana hitap eden her alanda faaliyet üreten yapıları, insan sağlığını ve çevre sağlığını gözetken önlemlerle yükümlü kılan multi-sektörel bir mücadele alanı olmuştur.

Aynı zamanda sağlık mücadelesinde insanın rolü de değişmiştir. Modern tıp pozitivizminin insanı bir organizma olarak ele alan hekimlik uygulamalarıyla, küresel sağlık risklerine karşı insanlığı koruyabilmenin mümkün olmadığı görülmüştür. Yaşadığı toplum ve sahip olduğu değerlerle kaim olan insanın; sağlığın konusu olmaktan çıkarak, hem tedavi süreçlerinin hem de koruyucu sağlık mücadelesinin aktif paydaşı haline dönüşmesine ihtiyaç olduğu görülmüştür. Bir başka cihetiyle sağlık mücadelesi farklı disiplinlerin sahası haline gelmiştir. Sağ-

lığın korunması ve sağlık risklerine karşı küresel eylem planlarının başarıyla yürütülebilmesi, insanların ve toplumların eğitimi, motivasyonu, sosyo-ekonomik ve sosyo-politik kararlara temel teşkil edecek bilimsel tespitler, İletişim ve yönetim stratejileri gibi başlıklarda, sağlık dışı disiplinlere ihtiyaç duyulmuştur. Modern tıp; teknolojik gelişmeler paralelinde muhteşem ilerlemeler kaydetmiş olmasına rağmen, küresel tehditler haline dönüşen sağlık sorunlarıyla başa çıkabilmede, insanı kazanmanın sağlayacağı artı değer, toplumsal ve sektörel farkındalığı artırma faaliyetlerinin, politik iradenin, hekimlik uygulamalarından daha kuşatıcı ve sonuç alıcı etkisinin olacağı kabul edilmektedir.

Küresel sağlık risklerine karşı Dünya Sağlık Örgütü; sağlığın sosyalleşmesi olarak tanımlanan bu yeni süreci tüm politikalarda sağlık başlığı altında sistemleştirmeye çalışmakta, bu kapsamda tavsiye niteliğinde hedefler ve stratejiler önermekte ve ülkelerin önüne temel sağlık göstergelerine ilişkin 2020 hedefleri koymaktadır.

Türkiye ise; sağlığın korunması ve geliştirilmesi küresel hedeflerine geç motive olmuş bir ülke olarak, koruyucu sağlık politikalarını sosyal hayata entegre edecek doğru stratejileri belirleme süreci yaşıyor.

Türkiye; son 11 yılda uyguladığı Sağlıkta Dönüşüm Programıyla, sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli erişimi ve finansal sürdürülebilirlik konularında tüm dünyanın dikkatini çeken bir başarı elde etti. Çağdaş dünyanın deneyimleri-

ne; sahip olduğu siyasal, sosyal ve kültürel avantajlarını kullanarak özgün ve örnek nitelikte stratejiler kattı. Örneğin tütün ürünleriyle mücadeledeki küresel stratejilerini Türkiye’de bütün dünyadan daha başarılı seviyelere ulaştıran en önemli avantajımız, istikrarlı şekilde bu mücadelenin arkasında duran siyasi irade ve bu iradeye liderlik eden Başbakanın kararlılığıydı.

Her toplumda olduğu gibi ülke insanımız için de, bağlı olduğu inanç sistemi ve değerler, gelenek, inandığı liderler, ailesi, kendisini ifade ettiği çevre, hayatlarıyla ilgili aldığı kararlara etki eden dinamiklerdir. Türkiye sahip olduğu dinamikler açısından zengin ve eşsiz bir kaynağa sahip. İnsanımızı sağlık risklerinden maksimum düzeyde koruyacak doğru ve özgün stratejiler oluşturma ve kendi insanını bu mücadelenin aktif paydaşı haline taşıma noktasında henüz fark edilememiş olmasına rağmen, sahip olduğumuz inanç sistemi ve hikmet dolu medeniyet tasavvurumuz Türkiye’yi ayrıcalıklı kılıyor.

İnsanı bilgi ve ahlak olgunluğuna ulaştırmayı hedefleyen yüce dinimiz, sağlığı korumanın en temel şartı olan temizliği imanın yarısı saymıştır. Yüce dinimiz temizliği bedenden ibaret saymamış, kalp ve nefis temizliği gibi manevi arınmaya da büyük önem vererek, Dünya Sağlık Örgütü’nün günümüzde “Kişinin bedenen ve ruhen iyi olma hali” olarak tanımladığı sağlığın temel prensiplerini ilahi düsturlar olarak asırlar evvelinden insanlığın ufkuna sunmuştur.

Kalplerin tabibi Hazreti Peygamberimiz (s.a.v), de "İki nimet vardır ki, insanların çoğu bunda aldanmıştır: Sıhhat ve boş vakit." şeklindeki mübarek beyanlarıyla, günümüzün küresel sağlık risklerine temel teşkil eden, ancak modern tıbbın ihmal ettiği insan faktörüne dikkati çekmiştir.

Tıbb-ı Nebevi başlığı altında hadis kitaplarında yer alan mübarek beyanlarıyla Hazreti Peygamberimiz, ağırlıklı olarak koruyucu hekimlik önerileri olmak üzere, bugünün küresel sağlık kampanyalarına konu olan pek çok prensibi asırlar öncesinden insanlığa yol gösterici olarak sunmuştur.

Bulaşıcı hastalıklara ve salgınlara karşı korunma, sağlıklı beslenme, beden, ruh ve çevre temizliği gibi konuların yanı sıra tedavi edici hekimlik hususlarında da yaşadığı dönemdeki yanlış inanışları ve davranışları tavrız eden Peygamberimiz, bu alanda insan faktörünün yönetilebilmesinin de sınırlarını vermiştir. Bu sınırlar üzerinde yükselen İslam tıbbında hekimlik, batı tıbbından farklı olarak insanı bedenen ve mana yönüyle ele alan hikmetli bir hizmet olarak gelişmiştir.

Allah-u Teala yeryüzünün halifesi olarak yarattığı insanın bedenen ve ruhen tekamülünün bilmek ve yaşamakla mümkün olacağını hikmet ihsan ettiği peygamberler vasıtasıyla insanlığa bildirmiştir. Onu madden ve manen hem dünyada, hem ahirette selamete eristirecek unsurları da insanlığın idrakine sunmuştur. İnsanlığa hiz-

met gibi hikmetli işlere soyunarlara da insanı tanımının, insana ulaşmanın yollarını göstermiştir. Modern Tıp ise ne yazık ki insanı bu boyutuyla ele almaya yanaşmamıştır. Organizmanın parçalarında uzmanlaşma ihtiyakını kamçılayan tanrısallık dürtüsüyle, eşref-i mahluk olarak tasarlanmış insana, pozitivist tasavvuru içinde yabancılaşmıştır.

Bugün tıp teknolojik gelişmelere paralel olarak çok büyük ilerleme kaydetmiştir. Mikro teknolojileri, nano teknolojileri kullanarak hastalıkların tedavisinde mükemmel işler başarılmaktadır. Başarı kalp, karaciğer, böbrek nakilleri gerçekleştirilmektedir. Bu noktaya ulaşabilmek, uzun yıllar ve yüksek maliyetler gerektirmiştir.

Ancak buna rağmen, bugün bütün dünyada kardiyovasküler hastalıklar, ölümlerin en büyük nedeni durumundadır. Çünkü tıp bilimi, dünyanın başka noktalarında, kapitalist kültürün karanlığında kanaat gibi bir değeri tanıyamadığı, sağlığını tüketim toplumunun alışkanlıkları içinde tükettiği için susan binlerce kalbi, hayatta tutacak hikmet kaynaklarına sahip değildir.

Tıp Biliminin ve hekimliğin, insanı, değerler sistemi içinde tanıyabilme ve anlayabilme tecrübesine ihtiyacı vardır. Pozitivist tıp paradigmasının reddettiği bu ihtiyacı giderecek kaynak ise hekimliği hikmetle buluşturan medeniyetimizdir.

Mehmet Akif Ersoy;

"Allah'a dayan, sa'ye sarıl, hikmete ram ol; yol varsa budur bilmiyorum başka çıkar yol." dizileriyle bilimi, insanı, toplumu, inkişaf ettirecek sırrı veciz şekilde özetlemektedir.

Tıp bilimi böyle bir inkişaf yaşarsa;

- Tanrısal dürtüler törpülenecek,
- Hayrı insanlığa faydalı olmakta arayan,
- İnsanına, ait olduğu topluma, inanç ve değerlerine bağlı
- Hikmetli eller ve beyinler yetişecektir.

Toplum böyle bir inkişaf yaşarsa;

- Nesiller zararlı alışkanlıklardan korunacak,
- Obezite, diyabet gibi riskler kanaat ikliminde eriyecek,
- Sigara ve alkole bağlı ölümler ortadan kalkacak,
- Depresyon ilaçlarına ihtiyaç kalmayacaktır.

İnsan böyle bir inkişaf yaşarsa;

- Bir sağlık sorunu yaşadığında Allah'ın imtihanı olarak görüp nefsinin dizginleyecek, "Şafi" sıfatına dayanacak,
- Şifa bulmak için Sa'yini (çabasını) ortaya koyacak,
- Şifa bulduğunda Allah'a şükredecek, bulamadığında Allah'ın hikmeti sayarak say'ine devam edecek,
- Şifasına vesile olmak için çırpınanlara şiddet hissi beslemeyecek, onları duasına ortak edecek,
- Temizliği imanına karine sayacak
- Kanaati bedeni ve ruhunun sıhhat kaynağı bilecektir.

Dolayısıyla, bilimi hikmetle buluşturmak; insanı kazandıracak, toplumu sağlıklı gelecek hedefine yöneltecek tek çıkar yoldur.

SONUÇ

Türkiye; "Önce İnsan, Önce Sağlık" diyerek sağlıkta tarihi bir dönüşüm yaşadı. Bu başarılı dönüşümü geleceğe taşıma hedefi bulunuyor. Bir taraftan, tedavi hizmetlerini güçlendirecek devasa projelere imza atıyor, diğer taraftan koruyucu sağlık stratejilerini inşa ediyor. Sürdürülebilir bir sağlık sistemi ve gelecek hedeflerinin başarıya ulaşması için; sağlık risklerine karşı bilinçli, kendisini her türlü zararlı alışkanlıktan koruyacak ahlaki tekamüle erişmiş birey ve toplum hedefliyor. Bu noktada sahip olduğumuz inanç ve ahlak sistemimiz tarihsel birikimiyle Türkiye'nin önüne değerli tecrübeler sunuyor. Sağlıkta geleceğinde söz ve karar sahibi olanlar; bu tecrübeleri geleceğe taşıyacak stratejileri belirlemeli, insanıyla, toplumuyla birlikte tüm dünyaya örnek olacak başarılarla yürümelidir.



El Razi

İslam aleminin en büyük tabibi olarak tanınan Razi, fevkalade bir hafıza gücüne sahipti. Okuyup işittiğini hiç unutmazdı. Daima talebeleriyle ilgilenir ve yetişmeleri için gayret sarf ederdi. Hastaları ile de teker teker ilgilenir, tedavileriyle yakından ve titizlikle meşgul olurdu. İlmi çalışmaları; nazari ve ameli olmak üzere iki yönlüydü. Ona gelinceye kadar tıp ilmi esaslı usul ve metotlardan mahrum ve dağınık iken, bu ilmi ele alıp temellendirmiş ve sistemleştirmiştir.

Küçük yaşta ilme merak sardı; sarf, nahiv ve matematik dersleri aldı. Önceleri musiki ile de uğraşan Razi, geçimini sarraflıkla sağlıyordu. Ayrıca astronomi, mantuk, fizik, eczacılık ve tıp ilimlerini tahsil etti. Otuz yaşında ilim öğrenmek için gittiği Bağdat'ta Huneyn bin İshak'tan, İran-Hind ve İslam tıbbını öğrendi. Tıp ilminde söz sahibi olduktan sonra memleketine döndü ve hastahane çalışmaya başladı. Kısa zamanda hastahane baş hekimliğine yükseldi. Sonra Rey'den Bağdat'a gelerek Adudi Hastahanesinin baş hekimi ve halifenin özel doktoru oldu. Ömrünün son zamanlarında gözleri görmez oldu. Kendisini ameliyat için gelen doktora, gözün yapısı ile ilgili sorduğu

suallere istediği gibi cevaplar alamayınca, ameliyat olmaktan vazgeçti ve gözün yapısını bilmeyen bir doktorun ameliyat yapamayacağını söyledi. 932 (H. 320) senesinde vefat etti.

İslam aleminin en büyük tabibi olarak tanınan Razi, fevkalade bir hafıza gücüne sahipti. Okuyup işittiğini hiç unutmazdı. Daima talebeleriyle ilgilenir ve yetişmeleri için gayret sarf ederdi. Hastaları ile de teker teker ilgilenir, tedavileriyle yakından ve titizlikle meşgul olurdu. İlmi çalışmaları; nazari ve ameli olmak üzere iki yönlüydü. Ona gelinceye kadar tıp ilmi esaslı usul ve metotlardan mahrum ve dağınık iken, bu ilmi ele alıp temellendirmiş ve sistemleştirmiştir.

Kızamık ve çiçek hastalığını ilk defa birbirinden ayıran ve tedavi metodunu bulan odur. Çocuk hastalıkları ile kadın-doğum hastalıklarını tarif, tasnif etmiş, teşhis ve tedavi yollarını göstermiştir. Zührevi hastalıkları incelemiş, ameliyatlarda ilk defa hayvan bağırsağını dikiş ipliği olarak kullanmıştır. Civalı merhemleri de ilk defa bulup tedavide kullanılan odur. Hafif müshilleri, inmelerde şişe çekmeyi, devamlı ateşli hastalıklarda soğuk suyu ilk olarak tatbik ve tavsiye etmiştir. Tecrübi metodu uygulamış, bazı hayvanlar üzerinde deneyler yapmış, tıp tarihinde ilk defa kobay kullanmıştır.

Razi, ayrıca psikiyatri üzerinde de çalışmıştır. Ona göre;



bedenin sıhhatiyle ruhun sağlığı eşittir. Bu sebeple telkin ile tedavi çok önemlidir. Şüphesiz her şeyin sahibi, yaratanı, Allahü teala olduğu gibi, şifayı da gönderen, yaratan O'dur. Sebeplerine iyi yapışıp şifayı Allahü tealadan beklemelidir. Bir hasta ile tek bir doktor ilgilenmelidir. Bir hasta ile birçok doktorun ilgilenmesi hastanın maneviyatını sarsar, bu da hastalığın artmasına yol açabilir.

Ebu Bekr Razi; sükunet, rüzgar, rutubet ve binaların sıhhi tesisat ve banyoları hakkında da ilgi çekici incelemelerde bulundu. Havanın temizlenmesi için kötü kokuları değiştirmeye, hasta odalarını havalandırmaya ve hastaların temiz su içmelerine itina gösterirdi. Gout (Damla hastalığı) ile romatizmayı birbirinden ayırdı. Kalb enfarktüslerine karşı hacamatı uyguladı. Onun harika keşiflerinden birisi de, böbrek ve mesanedeki taşları ilaçlarla parçalaması veya ameliyatla çıkartmasıdır.

Tıbbi nasihatları şunlardır:

Hasta, tedavi için tabib-i hazık (uzman) olan tek bir dortora başvurmalıdır. Birçok doktora başvuran hasta, doktorları şaşırır ve hatalı teşhis koymalarına sebep olur. Doktor iyi bir ahlaka sahip olmalıdır. Dünyadan yüz çevirerek ahirete yönelmeli; gaflet içinde bulunmamalıdır. Dünyalığından lazım olana bakıp, akıbet ve ahiret düşüncesi içinde olmalıdır. Tabip daima hastasını

ümitlendirici şeyler söylemelidir. Çünkü ruhun sıhhati bedenin sıhhatine tesir eder. Tabip, sadece tecrübeleri ile yetinip, tıp kitaplarına bakmaz ve ilmi tetkikata dikkat etmezse, başarılı olmaz. Tabii ilaç ve gıdalarla tedavisi mümkün hastalığa kimyevi ilaçlar uygulamamalıdır. İlaçların kullanılması sadece nazari bilgilerle olmaz, tecrübe edilmeli, mahir ellerde alınan neticelere bakılmalıdır. Aksi halde zararlı neticeler çıkabilir. Doktor eğer uygun gıdalarla tedavi edebiliyorsa ne büyük saadet! Hakiki tabip ve hekimlerin, söz birliği ile kaideleştirdikleri hususlar, daima rehber ve prensib olarak alınmalıdır. Çoğu tabipler cahil ve taklitçi, yeni yetmeler ise tecrübesizdir. Tıp ilminde ciddiyeti ve hassasiyeti olmayanlar nefslerine düşünürler ve hastalarını öldürürler. Tabip, alim ve müşfik olur, hasta da tabibin sözünü dinlerse, hastalık yarı yarıya tedavi edilmiş sayılır.”

Razi'nin başarılarının ve dehasının parladığı bir ilim dalı da kimyadır. O, modern kimyanın önde gelen kurucularından biri olarak kabul edilmektedir. Önce deneye tabi tuttuğu maddelerin kimyevi tasnifini yapan Razi, kimya alanında kullandığı yirmiye yakın deney cihazını eserlerinde tarif ve tasnif etmiştir. Bunların bazısı madenden olup, bazısı da camdan yapılmıştır. Onun kimyada derin bilgi sahibi olması, tabipliğini de etkilemiştir. Kimya ile ilgili çalışmaları sıra-

sında bazı asitlerin hazırlanmasını ve bunun metodlarını tesbit etti. Bazı sıvı maddelerin, özgül ağırlıklarını hesapladı. Bunun için, Mizan-üt-Tabii adını verdiği özel bir tartı aleti kullandı. Kimya sahasındaki bilgileri ve tecrübeleri tıp sahasında tatbik etmesi, başlıca hususiyetlerindedir. Ona göre, hastanın şifa bulması, tabibin tarif ettiği şekilde ilaçları kullanmasına bağlıdır. İlaçlar, insan bünyesinde kimyasal reaksiyonlar meydana getirmek suretiyle şifanın hasıl olmasına yol açmaktadır. Gerek tıp ilminde ve gerekse kimya sahasında hep gerçek ilmi usullerle çalışan Razi, tecrübi kimyanın babası kabul edilmektedir.

Razi, devrine göre kimyevi maddeleri dörde ayırmıştır:

- 1) Madensel maddeler: Bunları da; asitler, değerli madenler, taşlar, kibrit tuzları, borasitler ve tuzlar olmak üzere altı bölüme ayırmıştır.
- 2) Nebati maddeler
- 3) Hayvani maddeler
- 4) Müteşekkil (türetilmiş) maddeler. Kimya sahasındaki metodunu da;
 - a) Hastalıkların tedavisinde kullanılan maddeler ilmi,
 - b) Cerrahi ameliyatlarda kullanılan aletler ilmi,
 - c) Kimyagerin uyguladığı başvurduğu deneylerin umulan neticeye ulaşmaya kadar

kademe kademe izah ve beyanı olmak üzere üçe ayrılmıştır.

Ebu Bekr Razi, kimya alanında Cabir bin Hayyan'ın tesirinde kaldığından, onun talebesi sayılır. Fakat, Cabir bin Hayyan'ın temellendirdiği kim-

ya ilmini geliştirip sistematize eden budur. Razi, ilmi deneylerini son derece açık bir şekilde tarif ve tasnif etmiştir. Bu izahları sırasında kimyevi reaksiyonları da açıklamıştır. İlk defa kimyevi araştırmaların çoğalıp sağlam esaslar üzerine oturtulması için deney metodunun kaçınılmaz

bir zaruret olduğunu ortaya koymuştur. Böylece, kimyayı tamamıyla tecrübi bir ilim haline getirmiştir. Sülfürik asidin imalini gerçekleştirmiştir. Hatta Ünlü Avrupalı fen adamı Albert, bu asidin imalini onun eserlerinden öğrenmiştir.





Binlerce Yıllık Tedavi Yöntemi "Hacamat"

Hadis-i Şerif: "Tedavi olduğunuz şeylerin en hayırlısı hacamattır."



‘Hacamat’ kelimesi Arapça ‘emmek, normal formuna getirmek’ anlamlarını taşır. Geleneksel olarak boynuzla, cam kupalarla veya çağdaş aletler yardımıyla yapılır.

Peygamber Efendimiz’in sünneti olan ‘hacamat’, cilt altında birikmiş, kılcal damarda dolaşmakta zorlanan, vücuda zararlı maddeleri ve hastalık yapan toksinleri içeren kanın, vakum yoluyla vücuttan atılması işlemine verilen isimdir. Kupa tedavisi olarak da bilinir.

Hacamat ağrısız, acısız, yatak istirahatsız, iş gücü kaybı olmadan, tatbik olunan hastalıklardan korunmanın ve sağlıklı yaşamın en kolay yoludur.

Vücutun dışarıya atamadığı ağır metaller, toksinler, serbest radikaller, toksinler ve kullanılan ilaçların vücutta bıraktığı kalıntıların dışarı alınması işlemidir.

Öz kültürümüzde binlerce yıldır kullanılan sünnet bir tedavi şeklidir.

Hacamat İslam ülkelerinde çok yaygındır. İslam ülkeleri haricinde faydası bilim adamları tarafından kanıtlanan ülkelerde de uygulanmaktadır. Bu ülkelerden bazıları; Çin, Almanya, Kanada, Avustralya.

Bu kadim tedavi geleneği Sağlık Bakanlığı’nın yasa çalışmaları ile yeniden gündeme geldi. Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları hak-

kında mevzuat çalışmaları yapan Sağlık Bakanlığı ‘merdivenaltı’ olarak bilinen bazı tedavi yöntemlerini yasal hale getiriyor.

Modern tıbbın yanında alternatif tıp tedavilerine de yönelen ve hastalıklarına çare arayan insanların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu süreçte hacamat ile yapılan tedavi de önem kazanmaktadır. Konuyu ilgili uzmanların katılımı ile konuşmak ve fikir alışverişinde bulunmak amacıyla geçtiğimiz yıllarda İstanbul’da “Uluslararası Kupa Terapisi Sempozyumu” düzenlendi.

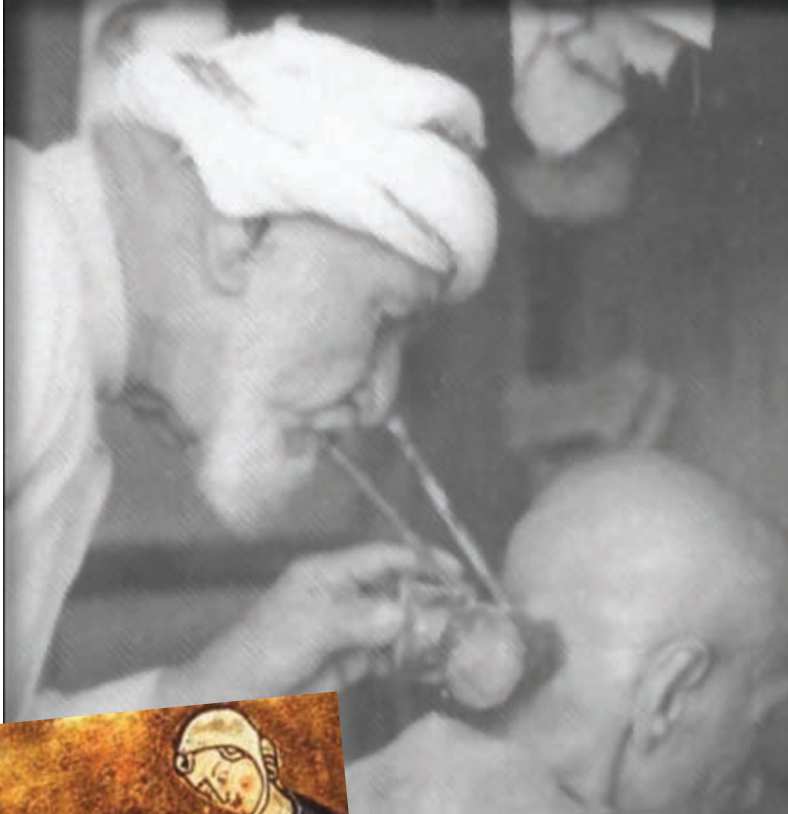
5 bin yıldır dünyanın pek çok yerinde uygulanan ve Peygamber Efendimizin ümmetine tav-

siyesi olan bir tedavi yönetmeni olan Hacamat'ın pek çok hastalığa iyi geldiği bilinmektedir. Bunlar arasında kanser, kısırlık, diyabet, yumuşak doku romatizması, felç, fibromiyoloji, gut, doğum

lekeleri, karpal tünel sendromu, osteoporoz, sırt ağrısı, diğer ağrılar, kronik yorgunluk, gerginlik, zona, hıçkırık, romatoid artrit, nörodermatit, kronik astım ve bronşit, zatürre, kurdeşen, ka-

bızlık, hemoroid, yüz spazmı, akut yüz felci, lezyonlar, öksürük, meme iltihabı, deri iltihabı, sedef, hipertansiyon, egzama, şifozfreni gibi hastalıklar sayılabilir.

HACAMATIN BİLİNER GENEL FAYDALARI



√ Baştan hacamat olmak; delilik, cüz zam, gece körlüğü, alaca, baş ağrısı, diş, göz, kulak gibi hastalıklara ve daha birçok hastalığa şifadır.

√ Hacamat bağışıklık sistemini kuvvetlendirir, vücuda direnç kazandırır.

√ Kırmızı kan hücrelerini (alyuvarları) büyüten kanı katılaştıran, dolaşımı bozan fazla asitleri hacamatla vücuttan dışarı atabiliriz.

√ Kan ve dokulardaki gaz ve toksinleri atar.

√ Ödemleri çözer.

√ Bağışıklık sistemini kuvvetlendirir, vücuda direnç kazandırır.

√ Kan üretimi ile görevli organları uyandır.

√ Beyin fonksiyonlarını canlandırır.

√ Ağrıları giderir.

√ Hastalıkları önler.

√ Bel, boyun fıtığı, eklem ağrıları, karaciğer, kalp hastalıkları, psikolojik hastalıkların ve bunun gibi tüm hastalıkların tedavisinde yardımcı olur.

√ Göze canlılık verir, gözüün görme kabiliyetini artırır. Başından hacamat olan bir insan bunu hemen fark eder. Çünkü hacamatın etkisi hemen zuhur eder.

√ Unutkanlık ve dikkat eksikliği olanlar; okuduğunu zor anlayanlar için kafadan hacamat (Kupa terapisi – Cupping Therapy) çok faydalıdır. Hacamat ezber kuvvetini artırır.

√ Metabolizmayı düzenleyerek bağışıklık sistemini güçlendirir. Hacamat yaptıranlar daha az hastalıklara yakalanır, daha sağlıklı ve daha dinç görünüme sahip olurlar.

√ Vücuda canlılık ve enerji verdiğinden dolayı cilt ve vücut daha genç görünür.



√ Değişik nedenlerden dolayı vücudun belli noktalarında biriken toksinler dışarı alındığında vücudun bio-elektrik enerjisi ve aura sı yoğunlaşır. Buda daha az uyku ve daha dinç yaşam demektir.

√ Akciğer tarafından yeterince temizlenemeyen kan zamanla daha koyu hal alır, kılcal damarları tıkmaya neden olur. Hacamatla bu toksik maddeler arındırılarak organlar daha düzenli çalışmaya başlar.

√ Tansiyon, Migren, bel fitiği, psikolojik hastalıklar, depresyon, düşük yaşam enerjisi (Qi) eklem ve romatizma ağrıları için bir çok ilaçtan

daha etkili olup ilaçlar gibi hiç bir yan etkisi de yoktur.

√ Hacamat yaptırmanın analitik düşünme yetenekleri artar, hızlı ve doğru karar alma yetenekleri gelişir.

√ Sağ ve sol beyin lobları daha etkin ve dengeli kullanılmaya başlanır.

√ Çocuklarda ve gençlerde hacamat daha dengeli bir ergenlik, geçirmelerine yardımcı olur.

√ Lenfatik sistemi (mikroplarla savaşan lenf sistemini) harekete geçirir.

√ Daha hacamat yaptırmaya başlar başlamaz beyin ağrı kesici etkiye sa-

hip endorfin salgılamaya başlar.

√ Depresyona maruz, psikolojik rahatsızlıkları olanlar, histeri, uykusuzluk, anksiyete, ilaç bağımlılarını hacamatla başarıyla tedavi etmek mümkündür.

√ Ağrı eşiği düşük olanlar için çok faydalıdır.

√ Hacamat yaptırmanın bağışıklık sistemi hastalıklara karşı daha dirençli olur. Ve Düzenli Hacamat yaptırınlar kolay grip ve soğuk algınlığına yakalanmaz.

√ Yüksek kan basıncını düşürücü ve dolaşımı düzenleyici etkisi vardır. Deri üzerinde atıl durumda ki kan ve damarları çevresindeki pleksus lifleri uyarılmak sureti ile ve tıkanıklığa sebebiyet veren jöle kıvamındaki damarda dolaşmayan atıl maddelerin temizlenmesi ile dolaşımı düzenleyici etkisi vardır.

√ Hipofiz bezini uyarmak sureti ile yapılan hacamat görevi hormonların salgılamasını kontrol eden bu bezeyi daha etkin hale getirir. Aşırı kilo başta olmak üzere hormonlarla alakalı konularda çok tesirlidir.





**Hayatını
İnsanlığa ve
Sağlık Hizmetine
Adayan
Tüm Sağlık ve
Sosyal Hizmet
Çalışanlarımızın
Yeni Yılına
Kutlar Sağlık,
Mutluluk ve
Esenlikler
Dileriz...**

