

HEKİM



BİRLİĞİ

HEKİMLİK ADINA

TALEPLERİMİZ



Gelin Birlik Olalım

www.hekimbirlikksen.org

1. Hastane, ASM, ADSM gibi tedavi kurumlarında gerçek anlamda güvenliğin sağlanması için yeterli sayıda güvenlik görevlisi ve gerekli araç, cihaz gibi donanım bulunmalıdır. Kurumlara kontrollü giriş çıkış sağlanarak şiddete karşı mücadele daha etkin hale getirilmelidir. TCK ve CMK'da yer alacak şekilde şiddete karşı daha etkili yaptırım ve usuller düzenlenmelidir. Şiddete özendirebilecek her türlü sosyal medya paylaşımı, televizyon programı, dizi, film ve sohbet cezalandırılmalı, RTÜK tarafından yayın yasağı getirilmelidir. Şiddete özendirebilecek her türlü yazılı basın ve yayın evi içerikleri incelenmeli ve yayınına izin verilmemelidir. Sağlıkta şiddeti öyle bir engellemeliyiz ki, şiddet kimsenin aklına dahi getiremeyeceği bir şey olmalıdır.
2. Sağlıkta şiddete sebep olan kişiye kırmızı kart sistemi uygulanmalı ve kişinin bulunduğu yerde başka sağlık kuruluşu varsa, bu kişinin şiddet olayının gerçekleştiği kuruma girmesi yasaklanmalıdır. Ancak, başka sağlık kuruluşu yoksa kolluk gücü ile sağlık kuruluşuna girmesine izin verilmelidir. Eğer kişi ikinci kez şiddet olayı gerçekleştirirse, ayaktan tedavi hizmetlerinde sosyal güvenlik sigortasından yararlanamamalı ve ayaktan tedavi hizmetlerini tamamen ücretli olarak almalıdır. Üçüncü ve daha fazla şiddet olayı gerçekleştiren kişi, bunlara ek olarak psikiyatri kliniğinde takibi yapılmalı; sağlıklı ise tüm tedavi hizmetlerinden ücretli yararlanmalıdır.
3. Şiddet eylemini gerçekleştiren kişi tutuklanarak yargılanmalı ve en az 6 ay süreyle bir sağlık kurumunda kamusal hizmet yaptırımı uygulanmalıdır.
4. Sağlıkta Şiddetle Mücadele Kurulu oluşturulmalıdır. Şiddet olaylarının nedenleri araştırılmalı ve çözümü için Bakanlık, sağlık çalışanları, STK'lar, sendikalar, hasta hakları temsilcileri ve medya ile koordinasyonlu çalışmalar yapılmalıdır. Toplum bilinçlendirmek için okullar dahil olmak üzere önleyici çalışmalar yapılmalıdır.
5. Şiddeti artıran nöbet ve mesai saatlerinde düzenlemeler yapılmalıdır. Tek personelin nöbet tutturulması önlenerek yardımcı personel sayısı artırılmalı, ekipman ve personel eksiklikleri giderilmelidir.
6. Sağlık çalışanlarına şiddetle baş etme/önleme ve şiddeti rapor etme konusunda gerekli destek sağlanmalıdır. Şiddete maruz kalmış çalışanlara hukuki destek yanında danışmanlık ve psikolojik destek gibi yeniden motive edici imkânlar sağlanmalıdır.
7. Özel hizmet tazminatı katsayısı uzman hekimler için 2100, hekimler için 1700 olarak uygulanmalıdır.

8. Hekimler için emekli gösterge rakamı en az 10200 olmalıdır.

9. Türk Tabipler Birliği, Türk Diş hekimleri Birliği, Türk Eczacılar Birliği gibi meslek odaları ile ilgili sendika ve meslek derneklerinin sektörü ilgilendiren tüm kararlara etkin olarak katılımları sağlanmalıdır.

10. Poliklinik ve servislerde yoğunluğun azaltılması, bekleme alanlarının ayrılması ve bekleme sürelerinin uygun seviyelerde olması için düzenlemeler yapılmalıdır.

11. Sendika üyelerinin hak ve menfaatlerini koruma yönündeki faaliyetlerine getirilen sınırlamalara son verilmelidir. Anayasa ile güvence altına alınan ve uluslararası sözleşmelerle

tanınan haklar göz ardı edilmemelidir. İdarecilerin keyfi ve hukuka aykırı kötü uygulamalarına bırakılmamalıdır.

12. Afet bakanlığı kurulmalıdır. Herhangi bir doğal afet ya da olağanüstü durumda sağlık çalışanlarına ve hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda bu alanda hizmet verebilecek bir uzmanlık alanı kurulmalıdır. Afet, savaş gibi olağan dışı hizmet gerektiren durumlarda iş gücü olarak hizmet veremeyecek kişilerin görevlendirilmemesi gerekmektedir (örneğin asistan hekimler ve hiç deneyimi olmayan pratisyen ve uzman hekimler).

3. TSK SINIR ÖTESİ görevlendirmelerine ihtiyaç duyulması durumunda öncelikle kamuda çalışan askeri hekimlere ile geçici görevlendirme yapılır. Görevli olduğu askeri birlik ile yurt dışına çıkmak zorunluluğu doğması halinde çalışana yurt dışı harcırahı verilmelidir.

14. Asistan hekimlerin eğitim hakkı engellenmemeli kalıcı nakil hakkı bir an önce verilmelidir. Afet bölgesine özel özlük hakları ile ilgili düzenleme içeren yönetmelik çıkarılmalıdır.

15. Geçici görevlendirmeler hukuka uygun, meşru zeminde yapılmalıdır ve mobbing ve cezalandırma aracı olarak kullanılmamalıdır. Geçici görevlendirmeler, hekime itiraz ve dava hakkı tanıyacak şekilde en az 15 gün önceden usulüne uygun bir şekilde yazılı olarak tebliğ edilmelidir. Gününbirlik geçici görevlendirmeler yapılmamalı ve yapılması durumunda ücretleri görevlendirme öncesinde ulaşım şekli dikkate alınarak güncel (hususî araç, uçak, toplu taşıma) ve tam olarak ödenmelidir.

16. Hekimlerin geçici görevlendirilmeleri gerçek ihtiyaç belirlenerek yapılmalıdır. Geçici görevlendirme gün sayısı en aza düşürülecek şekilde düzenlenmelidir (ameliyatların bir güne toplanması, hastaların duyurularak belirli günlerde planlanması gibi).

17. Konaklamalı geçici görevlerde hekimlere kalacakları yer ve ulaşım şekli ile ilgili önceden bilgi verilmesi, gerekli rezervasyonların yapılarak her türlü mağduriyetin giderilmesi gerekmektedir. Geçici görevler en az 15 gün önceden bildirilmeli ve her zaman gönüllülük esasının dikkate alınması gerekmektedir. Geçici göreve giden hekim, kendi hastanesinden ortalamadan döner alırken görevlendirildiği hastanenin de ortalamasında ya da performansından ödeme alabilmesi sağlanmalıdır.

18. Yurt dışı görevlendirmesine gitmek isteyen gönüllü hekimlerin seçimi, referans sistemi ile değil liyakat veya kura ile olmalıdır.

19. Hekimlerle ilgili atama ve yönetim işlemlerinde, hekim dışı personel karar verici olmamalıdır.

20. Hekimler, kliniklerinde ve ASM, ADSM'lerde çalışan hekim dışı personelin birinci disiplin amiri olmalıdır.

21. Anayasamızda vurgulanan aile koruması ve bütünlüğü, hekimler ve sağlık çalışanları için de geçerli olmalıdır. Atama, tayin ve izin işlemlerinde sağlık çalışanlarının aile bütünlüğüne özen gösterilmelidir.

22. Tüm nöbet usulü çalışanların, çalıştığı süre zarfında çocuklarını gönül rahatlığıyla emanet edebilecekleri kreş, bakım evi ve etüt merkezi gibi yapılar oluşturulmalıdır.

23. Nöbetli çalışılan birimlerde, doktorlar için konforlu çalışma ve dinlenme imkanı sağlayabilecek donanımlara sahip tuvalet ve banyo olan yerlerin bulunması sağlanmalıdır. Bu tür hizmetler sağlanamayan yerlerde nöbet tutulması ruhsatlandırılmamalıdır.

24. Yıpranma payı, geriye dönük ve kesintisiz bir şekilde yılda 90 gün olarak düzenlenmelidir. Nöbet tutulan günlerin emeklilik fiili çalışılan günlere dahil edilerek yıpranma payına eklenmelidir. Bir yılda tutulan nöbet süresi 600 saati aşıyorsa yıpranma payına ek olarak 1200 saat yıpranma payı verilmelidir. Unutulmamalıdır ki nöbetli çalışan hekimlerin yaşam süresi en az 5 yıl kısaldığı gösterilmiştir.

25. Giyim, çocuk ve aile yardımı güncel duruma göre yeniden düzenlenmelidir. Hekimlere yılda iki kez forma ve önlük temin edilmesi için mevzuatta güncellemeler yapılmalıdır. Başka bir söylemle giyilebilir giyim yardımı yapılmalıdır.

26. Çocuk yardımının aylık katsayı göstergesi rakamı 6 yaş üstü 1000, 6 yaş altı 2000 olmalıdır. Çocuk yardımını her iki eş de alabilmelidir.

27. Vergi dilimi aşamalı olarak arttırılmalı ve en fazla %15'te sabitlenmelidir.

28. Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun üyelerinin, Bakan Yardımcısı, Hukuk Hizmetleri veya yardımcısı dışında kalan tüm üyelerinin hekimlerden oluşması gerekir.

29. Tazminatın rücu edilmesi konusunda Yönetmelikte belirtilen, "kasten" ifadesinin kanun kapsamına alınarak, hekimlere tam anlamıyla hukuki koruma sağlanmalıdır.

30. Bedensel zararlar davalarının özel olarak görüleceği ihtisas mahkemeleri oluşturulmalıdır.

31. Önlenemeyen genetik hastalıklar ve komplikasyonlar nedeniyle açılan davalarda, TTB, ilgili uzmanlık dernekleri ve sendikalarla işbirliği içinde, bilimsel metotlara uygun olarak dosyaları inceleyen bir kurul oluşturulmalı ve hem hastanın hem de hekimin mağduriyetini önleyecek ve istismara izin vermeyecek şekilde düzenlemeler yapılmalıdır

32. Kamuda çalışan hekimlerin mesleki sigorta giderleri kurum tarafından karşılanmalıdır.

33. Hekimlik mesleğinin kendine özgü yapısı ve dinamiği nedeniyle, hekimlerin ve dış hekimlerinin görüş öneri ve talepleri doğrultusunda; genel hak ve yetkileri ile özlük haklarını düzenleyen HEKİMLİK MESLEK KANUNU oluşturulmalıdır.

34. Hekimlerin ve ailelerinin, tüm devlet hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastanelerindeki tedavi giderleri, özel sağlık sigortasına gerek kalmadan Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmalıdır.

35. Hekimlerin sosyal ihtiyaçları ve gelişimleri göz önünde bulundurularak, Hekim Evleri açılmalıdır. Ayrıca, kurumlarda hekimler için ayrı hekim odaları, kantinler gibi alanlar oluşturulmalıdır. Gece ve gündüz tam zamanlı çalışan hekimlerin çocukları da göz önünde bulundurularak kreşler açılmalıdır.

36. Pandemi süresince COVID nedeniyle kaybettiğimiz, her türlü doğal afet ve öngörülemeyen (kaza; doğal afet; vs) hekim ve sağlık çalışanları görev malulü (şehit sayılmalı)ve görevi başında katledilen hekim ve sağlık çalışanları da şehit sayılmalıdır. Şehitlerimizin aileleri korunmalı ve kollanmalıdır. Mesleğini icra ederken bulaşıcı hastalık vb nedenlerle o mesleği yapıyor olmaktan kaynaklanan rahatsızlıklar meslek hastalığı kapsamına alınmalıdır.

37. 22 Aralık 2021 tarihinde ertelenen emekli hekimlerin makam tazminat göstergesini arttıran madde, 2008 Ekim sonrası kamuda çalışmaya başlayan tıp ve diş hekimlerini kapsamamaktadır. Bu mağduriyeti gidermek için, 2008 Ekim öncesi bir gün bile devlet memuru olmak şartını, SGK primi ödeme şartına çeviren bir düzenleme yapılmalıdır.

38. Hekimlerin, gelişen tıp bilimi ve teknolojisini yakından takip etmelerini sağlamak, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmak amacıyla kendi branşları ile ilgili alanlarda ulusal düzeyde düzenlenen etkinliklere katılmaları, mesleki ve hizmet içi eğitimin bir parçası olarak değerlendirilmektedir. Hekimlerin güncel bilgilere sahip olmasını sağlayacak şekilde yerli ve yabancı dergi ve kitaplara erişim sağlanmalıdır. Tıp ile ilgili ve hekimlerin kendi alanlarıyla ilgili bilgi ve donanımının yeterli olması sağlanmalı; mezuniyet sonrası hekimlerin eğitimi tüm basamaklarda kesintisiz ve verimli şekilde devam etmelidir. Hekimlerin bitirdikleri yılda bilgi ve becerilerinin donması toplum sağlığı için zarar oluşturabilir.

Dolayısıyla hekimlerimiz, yılda iki kez yurt içi düzenlenen kongre/seminer gibi toplantılara masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanarak gönderilmelidir. Yurt dışı kongrelere ise akademik anlamda kongreye katkı sağlayan hekimlerimiz yine masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanarak gönderilmelidir. Çeşitli şirketlerin hekimler için eğitim ve kongre desteği gibi ayırdıkları bütçeleri, Bakanlık kanalıyla doğrudan hekimlere aktarılmalıdır. Bu şekilde şirketlerin, kongre desteği adı altında ilişki kurması engellenebilir ve ücra beldelerde görev yapan hekimlerin bile kongrelere katılımı sağlanabilir.

39. Hekimlerin izin kullanmaları teşvik edilmeli; kullanılmayan izinler emeklilik gününden düşülmelidir.

40. Hekimler, 14 Mart Tıp Bayramı'nda idari izinli sayılmalıdır. Bu bayram, hekimler için özel bir gün olduğundan hastane yönetimi, hekimlerin coşkuyla kutlayacakları bir ortam sağlamalı ve hekimlere 1 maaş ikramiye verilmelidir.

41. Sağlık müdürlüğü, başhekimlik, başhekim yardımcılığı gibi kadrolar siyasi bir makam ve ödül olmaktan çıkarılmalıdır. Yapılacak görevlendirmelerde, sınav ve liyakatı esas alan bir siteme geçilmelidir.

42. Her sağlık kuruluşunda, hekimlerin boş zamanlarında dinlenebileceği ve sosyal etkinlik yapabileceği geniş ve belli bir konfora sahip doktor odası bulunmalıdır. Her hastanede hekimlerin yararlanabileceği güncel mesleki yayınlar bu alanlarda bulundurulmalı ve son derece küçük düşürücü bir durum olan internet erişim kısıtlamaları kaldırılmalıdır. Hekimlerin yeniden topluma öncü, entelektüel kişiler olmasını sağlayacak düzenlemeler yapılmalı ve bunu sağlayacak düzenlemeler ve çalışma ortamı yaratılmalıdır.

43. Tek kalem maaş düzenlemeli ve gelirlerin toplamı emekliliğe yansıtılmalıdır. Performans üretemeyen ve nadir hastası bulunan branşların ortalamadan ücretlendirilmesi, başhekimlerin inisiyatifi ile değil yasa ile düzenlenmelidir. Bu branşların hekimlerin bu meslekten çekilmesi ile hastaları mağdur edilmemeli. Hastası olmadığı için de hekimler mağdur edilmemelidir.

44. Hekimlere kullanması dayatılan kalitesiz malzemelerin kullanımına son verilmeli ve kamu yararı gözetilerek belli bir kalitenin üzerindeki (yurt dışına satılabilen) ürünler tercih edilmelidir. Uygunsuz malzeme tutanakları samimiyetle değerlendirilmeli ve sebepler bilimsel olarak incelenmelidir. Malzeme kalitesi o malzemenin sadece ihalesinde yer alanlarla değil kullanıcılardan oluşan bir hakem heyet ile değerlendirilmelidir.

45. Çalıştığımız kurumlarımızda yapılan personel memnuniyet anketleri dikkate alınacak şekilde değerlendirilmeli ve veriler üst kurumlara incelenmeli ve şikayetler dikkate alınarak çalışma ortamını daha verimli hale getirecek düzenlemeler yapılmalıdır. Hastane yönetimleri, hekim memnuniyetini arttırmak için "Hastanemizden, doktorumuzdan memnun musunuz?" tarzı araştırmaları sonlandırmalı ve CİMER şikayetleri doğrudan hekimlere yansıtılmamalıdır. SABİM kapatılmalıdır.

46. Dal hastaneleri, sadece branş uzmanları ile sürdürülmek yerine, donanımlı bir şekilde 3. basamak sağlık kurumu gibi hizmet vermelidir. Dal hastanelerinde çalışan hekimler ve hastalar eksik branş mağduriyeti çekmemeli ve üçüncü basamak standartları uygulanmalıdır.

47. Tıp ve Diş hekimliği fakültelerinde, 9 Eylül 1999'dan önce stajyer ve intörn hekim olarak çalışan hekimler, EYT hakkından faydalanmalıdır.

48. Mecburi hizmet sonlandırılmalı ve çalışılan bölgeye göre değişen yıpranma ve görev tazminatı sistemi getirilmelidir. Bu şekilde, maddi açıdan cazip hale getirilen yerlerde çalışmalarını teşvik edilebilir.

49. Üniversitede görevli tıp ve diş hekimisi öğretim üyelerine, sadece akademik unvanlarına değil, ayrıca hekimlik mesleği gereği mali özlük haklarında farklılık uygulanmalıdır.

50. 2547 sayılı Kanuna tabi öğretim üyeleri, icap ve hastane nöbeti ücretleri de dahil olmak üzere 657 sayılı DMK tarafından tanımlanan özlük haklarını almalıdır.

51. Acil servislerdeki yeşil alan poliklinikleri kapatılmalı veya sosyal güvenlik sigortası kapsamı dışına çıkarılarak ücretli hale getirilmelidir.

52. Toplu Sözleşme döneminde, kamu görevlisi hekimleri en çok hekim üyesi olan 10 sendika ve TTB temsil etmelidir.

53. Sendika üyelikleri ve istifa işlemleri tıpkı işçilerde olduğu gibi E-Devlet üzerinden yapılabilmelidir.

54. Aşamalı gelir vergisi sistemine göre, hekimlerin gelirlerine uygulanan vergi oranı en fazla %15 olmalıdır.

55. Özellikle hekimlerin eşit işe eşit ücret kapsamında gerekli maaş düzenlemesi ivedilikle yapılmalı ve hekim maaşları %80 temel maaş ve %20 riskler ve çalışma şartlarından doğan farklar maaşa eklenmelidir.

56. Öncelikli olarak hekimler arasındaki farklı statülerin kaldırılması ve hastane kaynaklı gelir mağduriyetlerinin ortadan kaldırılmasını sağlayacak standartlar getirilmelidir. Çalışma koşullarından oluşan mağduriyetler bölge farklarıyla giderilmelidir.

57. (1) Performans sisteminde bilimsel dayanaktan yoksun, belirleme kriterleri hakkında bilgi sahibi olmadığımız; Tıp hekimi, Diş hekimi ve Uzman Diş hekimi HAKUK'larının en düşüğü 2 olacak şekilde düzenlenmeli, hekimin teşvik sisteminde tavana ulaşabilmesi sağlanmalıdır.

58. (2) Tüm ülkede dağıtım oranlarında kurum gelirinin en az yarısı alt sınır olmalıdır. Üst sınır ise kurum geliri o ay ülke ortalamasının belirgin olarak altındaysa dağıtım oranının %75'e kadar başhekimin teklifi ve sağlık müdürü onayı ile artırılabilir olması gerekir.

59. (3) Ek ödeme katsayısında yaşanan aylık farklılıkları ortadan kaldıran, hekimin sarf ettiği emeğin karşılığını her ay aynı şekilde alabileceği bir düzenleme ivedilikle hayata geçirilmelidir. Bu kapsamda ek ödeme katsayısının alt sınırı, hekimler için en az 0.45 olmalıdır. Bu oran her yıl ÜFE ve TÜFE oranların toplamının yarısı olacak şekilde artırılarak güncellenmelidir. Üst sınır ise kurumun gelirin göre artmalıdır. Hekimin uyguladığı 'emeğinin hakkını' alamama dönemi sonlandırılmalıdır.

60. Yukarıda belirtilen üç maddeyle ilgili gerekli düzenlemelerin yapıldığı, hekimin hakkı net ve sabit olarak karşılanmaya başlandığı, güven veren bir sistem inşası tamamlandığı takdirde, ancak o zaman; mesai dışı çalışma sistemi, brüt teşvik ödemesinin %80'ni garanti ödeme olmak kaydıyla, uygulanmaya alınabilir.

61. Nöbet ücretleri, tüm çalışma sistemlerinde uygulandığı gibi hekimlerde de mesai ücretinin en az iki katı olmalıdır. Gece gündüz mesai kavramı gelmeli, bayram ve özel günlerde ücretlendirme özel sektör ile aynı oranda yapılmalı. Diğer kamu kuruluşlarının çalışmadığı, idari izinli sayıldığı tatil günleri özel gün ve bayram ücretleri ile eşit ücretlendirilmelidir.

62. Sabit ek ödemenin emekli maaşlarına yansıtılması çalışmasının bir an önce yapılması gereklidir.

63. 4924 s. Kanun statüsünde sözleşmeli çalışan hekimlerin özlük haklarında, yönetmelikle yapılacağı belirtilen iyileştirmeler hızlıca yapılmalıdır.

64. Emeklilik ek gösterge oranlarımız 1 Aralık 2021 tarihinde TBMM Genel Kurulu'nda ortak mutabakatla kabul edildiği şekliyle Hekim (Tıp, Diş) için 33.000, Uzman Hekim (Tıp, Diş) için 40.000 olacak şekilde düzenlenmelidir.

65. Dahili branşlarda 62, cerrahi branşlarda 58 olan hekim ortalama yaşam sürelerinin nasıl uzayabileceği ile ilgili acil eylem planı oluşturulmalıdır. Bu şekilde ömrünün 2/3 eğitim ile geçen bir uzmanlıktan daha fazla faydalanmanın (özlük iyileştirilmesi, şiddetin engellenmesi, çalışma şartlarını gerektiği gibi düzenlenmesi vb) yol haritası oluşturulmalı, erken yaşlarda gerçekleşen beyin göçüne DUR denmelidir.

66. Hekimlik mesleği hem bedenin hem zihnin koordinasyon içinde çalıştırılması gereken bir meslek olduğu için yıpranmanın yavaşlatılması gereklidir. Ayrıca hekimlerin yapmış olduğu mesleğin özünün insan hayatına dokunmak olduğu göz önünde bulundurulduğunda ilk anki konsantrasyonunun mesai dahilinde devam etmesi gerekliliği aşikardır. Bu nedenle mesai saatlerinin kısaltılması ve 6 saatle sınırlandırılması gerekmektedir. Mesai saatlerinin 6 saat olacak şekilde bir günün dörde bölünmesi için gerekli mevzuat düzenlemeleri yapılmalıdır. Gece mesaisinin özlük hakları gündüz mesaisinden ayrı değerlendirilmelidir.

67. İcaplı ve nöbetli çalışan hekimlerin mesai kavramı özel olarak düzenlenmeli, hekimin yoğunluğu dikkate alınarak plan yapılmalıdır.

68. Mesai içi poliklinik saatleri 09:00 – 16:00 saatleri arasında olmalı, genel olarak 36 randevu (10 dakika); Diş polikliniği 12 randevu (30 dakika); Yan dal, Çocuk psikiyatrisi 18 randevu (20 dakika); Psikiyatri 24 randevu (15 dakika). Olarak belirlenmelidir. Ayrıca dinlenme, ziyaret, konsültasyon vb. için süre sonuç, kontrol müdahale ve başka işlemler için ayrı cetvel oluşturulmalı. Ek randevu sisteminden vazgeçilmelidir.

69. Hedefimiz, performans sistemin ortadan kaldırılmasıdır. Performans sistemi olmadan hekimler için bir düzenleme yapılana kadar tüm branşlardaki ortak sorun ve talep hasta skorumu sisteminin geliştirilmesi ve bu skora göre performans puanının verilmelidir. Branşlar arası puanlama şekli adil bir şekilde düzenlenmelidir.

70. Bugün uygulanmakta olan performans sistemi dahili branşların performansları gözetilmeden ve muayeneleri daha değersizleştirilerek planlandığı için klinisyenler mağdur olmaktadır. Branşlar arası bu adaletsizliği ortadan kaldıracak bir ödeme sistemi geliştirilmeli ve hastanın mevcut riskleri de dikkate alınarak eşit işe eşit ücret temelinde maaşlar düzenlenmelidir.

71. MHRS süreleri hastanın ihtiyacına ve hekimin talebine göre belirlenmeli, yatan hastaların performans puanı hakkaniyet sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Diyabet vs. hastaları gibi hastaların gerekli süre ayrılarak muayene edilmesi sağlanmalı ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Risk/skor durumuna göre yatan hastaya performans puanı verilmelidir.

72. MHRS randevularından dolayı hekimin ani olarak izin alması gereken durumlarda sorunlar yaşanmaktadır. Bu sebeple ani gelişebilecek durumlar gözetilerek MHRS randevuları düzenlenmelidir.

73. MHRS randevuları arasında hekimlerin temel ihtiyaçları için sabah 15 dk ve öğleden sonra 15 dk mola planlanmalıdır. Hekim yemekhanelerinin ayrılması veya yemekhanelerde ayrı bölümler olması, hekimlerin zaman kaybını önleyecektir.

74. Hekim güvenliği açısından poliklinik hizmeti verilen her katta bir güvenlik görevlisi olmalı ve bu görevli aktif olarak çalışmalıdır. Polikliniklerde gereksiz soru sormak ve hastaların ilgili birimlere yönlendirilmesi için danışmanlık hizmetleri kuvvetlendirilmeli ve kat hostesliği uygulamasına geçilmelidir.

75. Anjiyografi ünitesi olmayan hastanelerde çalışan kardiyologların aldıkları uzun ve zorlu eğitim boşa gitmekte, mesleki bilgi ve becerileri kaybolmaktadır. Böyle hastanelerde çalışan kardiyologların bir çalışma döneminin belirli günlerinde anjiyografi yapabilmeleri için üst merkez hastanelere görevlendirilmeleri bu sorunu çözebilir.

76. Sağlıklı yaşam merkezi adı altında fizyoterapistlerin hasta bakması ve order olmadan tedavi uygulamaları mevzuata aykırıdır. Bu konuda gerekli engelleyici düzenlemeler yapılmalıdır.
77. Branşlara işlemi yaptıkları halde (tetik nokta enjeksiyonu gibi) kısıtlama getirilmesi ve bir günlük sınırla sınırlandırılması ve yapılan işlemin karşılığının olmamasının engellenmelidir.
78. Poliklinikler ihtiyaç duyulan malzemeler idare tarafından düzenli olarak karşılanmalıdır.
79. Şua izni ve fiili hizmet zammı verilmelidir. Tüm radyoloji uzmanlarına ve radyasyona maruz kalan branşlara dozimetre temini sağlanmalıdır.
80. Hastane kalite değerlendirilmesi USG randevularından bağımsız olmalı. Birçok hastane (özellikle periferlerde) teleradyoloji hizmeti almakta kendi radyologlarını USG bakmaya zorlamaktadır. Teleradyografi firmalarına düzenleme getirilmesi gerekmektedir
81. Misafir veya yabancı uyruklu hastaların giderleri hastane bütçesine yük edilmemeli ve ek ödememize ortak olmamalıdır.
82. Hekimlere yapılan ödemeler tek kalemde, emekliliğe yansıyan şekilde ve performansa dayalı olmadan yapılmalıdır.
83. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği ve aile hekimliği uygulamaları ile ilgili mevzuat AHEF ve sendikalar ile birlikte belirlenmelidir.
84. Acil olarak mevcut cari gider ödemelerine %200 zam yapılmalıdır. Cari gider ödemeleri aile sağlığı merkezinin ana gider kalemlerinden oluşturulacak sepet enflasyona göre gerçek rakamlar üzerinden aylık olarak hesaplanmalıdır. Tek birimli aile sağlığı merkezlerinin cari gider ödemeleri artırımlı olmalıdır.
85. Boş aile hekimliği birimine yapılan görevlendirmelerde, görevlendirilen Aile hekimine boş birimin cari giderinin fatura ibrazı olmadan tamamı ödenmelidir.
86. Aile hekimliği teşvik ödemeleri şartsız olarak verilmelidir.
87. Aile hekimliklerinde yıllık izinler vekâlet bırakmaya gerek kalmadan kullanılabilmesi ve sağlık hizmeti hak kaybına yol açmadan Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmalıdır. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları kullanmadığı ya da kullanamadığı yıllık izinlerine karşılık ek ödeme alabilmelidir.
88. Aile hekimlerinin izinli ya da raporlu olduğu süre zarfında yerine vekâlet eden hekime ücret ödenmelidir.

89. Aile sağlığı merkezi şartlarında verilmesi uygun olmayan ve ileri tetkikler gerektirebilen sürücü raporu, sporcu raporu, akli meleke raporu, işe giriş raporu, yivsiz av tüfeği raporu vb. gibi tek hekim raporları oluşturulacak Sağlıklı Yaşam Merkezi Kurulu tarafından verilmelidir.

90. Aile sağlığı elemanı olmayan aile hekimliği birimlerinde 3 ay içerisinde aile sağlığı elemanı bulunamaması durumunda kamu dışı aile sağlığı elemanı ile sözleşme yapılabilmelidir. Aile sağlığı elemanı ile sözleşme yenilenmesi aile hekiminin onayı ile olmalıdır.

91. Kişiler aşı ve/veya izlem zamanlarında bakanlık ya da müdürlük tarafından bilgilendirilmelidir. Aşı ve/veya izlem için gelinmezse sorumluluk aileye verilmelidir. Yaptırım olacaksa hekime değil aileye olmalıdır. Tamamen reddeden aileler e-nabızdan aşı/izlem ret formu doldurup bu kişilerin aşı ve/veya izlemleri sistemden düşürülmelidir.

92. Aile sağlığı merkezlerinde kadroların boş kalmaması için sisteme geçen hekimlerin ve aile sağlığı çalışanlarının ücret kaybı yaşamadan eski kadrolarına kıyasla daha fazla ücret almaları sağlanmalıdır.

93. Aile hekimliği gezici hizmet ödemeleri %100 oranında artırılmalıdır. Araç bakımı ve akaryakıt fiyatları gibi unsurlar göz önüne alınarak gezici hizmet ödemeleri aylık olarak güncellenmelidir.

94. Tehlike grubuna bakılmaksızın bütün işçilerin işe giriş sağlık raporları işyeri hekimi veya OSGB tarafınca düzenlenmelidir.

95. Kurumlar keyfiyete göre rapor isteyememeli ve sağlık raporu ile ilgili düzenleme Sağlık Bakanlığı tarafından belirtilen çerçevede istenmelidir.

96. ASM nüfusları 2400'e çekilmeli ve kademeli olarak tüm birimlerin nüfuslarının 1500'e indirilmelidir. Bu nüfus düşüşlerinden aile hekimlerinin hak ediş kaybı yaşamaması için gerekli katsayılar artırılmalıdır.

97. Hak ediş esas puanın ilk 1000 kişi için belirlenen tavan ücreti %100 oranında artırılmalıdır.

98. Kayıtlı kişiler için en düşük katsayını 0.79'dan 1'e yükseltilmeli ve diğer katsayılar da aynı oranda artırılmalıdır.

99. Mobil hizmet ödemelerinde asgari kat edilmesi gereken her kilometre tavan ödemenin on binde 5 ibaresinin yerine on binde 10'u, gezici hizmet bölgesindeki kayıtlı her kişi için tavan ödemenin yüz binde 7.5 i ibaresinin yerine yüz binde 15 olarak değiştirilmelidir.

100. Adli Tabiplik Hizmetleri statüleri farklı olan aile hekimlerinden tamamen alınarak Adli Tıp Kurumu ve/veya Belediye tarafından verilmelidir. Bunun mümkün olmadığı yerlerde hizmet alımı şeklinde olmalıdır ve defin nöbetlerinin ücretlendirilmesi brüt ücret üzerinden 5 kat artırılmalıdır.

101. E-nabız üzerinden yapılan geçişlerde iletişim bilgilerinin tam alınması ve aile hekiminin onayına sunulmalıdır.

102. Aile hekimliği değişikliğindeki zorunlu hallerin belirlenmesi gereklidir. Beyaz kod gibi durumlarda derhal ilgili şahıs ve aile bireylerinin aynı ASM olmamak koşulu ile farklı birimlere aktarılmalıdır.

103. Göçmen sağlığı merkezlerinin sayısının artırılmalı ve yabancı uyruklu hastaların aile hekimliği birimine atanmasında aile hekiminin onayına başvurulmalıdır.

104. ASM kira artış oranlarının son yıllarda öngörülemeyen hale gelmesi sebebiyle konutlardaki gibi %25 e sabitlenmelidir.

105. Aile Sağlığı Çalışanları dışında bakanlığın talebiyle çalıştırılan Temizlik personeli ve tıbbi sekreter gibi personellerin iş akitlerinin sonlandırılmasında kıdem ve ihbar tazminatlarının ödenmesi konusu İş Kanununa tabi olduğundan ve burada sorumluluğun sağlık bakanlığına ait olduğu birçok mahkeme kararı ile tescillendiğinden ödemelerin bakanlık tarafından yapılması sağlanmalıdır.

106. Okul izlemleri de dediğimiz Çocuk ve Ergen Sağlığı İzlemleri geniş kapsamlı muayene ve laboratuvar tetkiklerini de gerektirdiğinden ayrıca sağlam çocuk muayenesi olması sebebiyle hasta insanlarla aynı ortama çocukları sokmamak adına aile sağlığı merkezleri yerine Sağlıklı Yaşam Merkezlerinde veya Toplum Sağlığı Merkezlerinde yapılmalıdır.

107. Soğuk zincir sağlanması için gerekli tedbirler Aile Hekimlerince alınmış olmasına rağmen öngörülemeyen sebeplerle soğuk zincir kırılması riski oluştuğunda aşılarda vakit kaybetmeden Toplum Sağlığı Merkezlerine nakli gerektiğinde birçok yerde halen sorunlar yaşanmakta aslen bunların taşınmasının sorumluluğu Toplum Sağlığı Merkezlerine ait olduğundan bununla ilgili eylem planı oluşturulmalı ve yerine getirilmelidir. Sahada bu sorun, illere göre farklılıklar gösterdiğinden icap nöbeti ücreti ödenmesi gibi genel bir çözüm ve standart oluşturulmalıdır.

108. Kanser taramaları, kronik hastalık izlemleri, HYP işlemleri, Covid 19 pandemisi gerekçe gösterilerek okul aşılama, erişkin aşılama, okul sağlığı taramaları gibi birçok iş ve sorumluluk aile hekimlerine yüklenerek iş yükü %100 arttırılmıştır. Bu haliyle iki aile hekiminin yapacağı işi bir aile hekimi yapar hale getirilmiştir. Ancak iş yükü artarken hak edişleri göreceli olarak düşen hiçbir meslek grubu yoktur. Bu iş ve işlemler bir koruyucu sağlık hizmetidir.

109. Ancak tam anlamıyla hakkıyla yapılabilmesi için aile hekimi başına düşen kişi sayısı 2400 civarına indirilmesi gereklidir. Bu durumda da hak edişlerde herhangi bir kayıp olmaması için 1000 puana kadar olan ödeme %100 oranında arttırılmalıdır.

110. Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri (emzirme, evlilik gibi) tamamen Toplum Sağlığı Merkezleri tarafından verilmelidir.

111. Diş hekimlerimiz için mesai dışı çalışma hizmetinde uygulanan “Ek Ödeme Tutarı”nın belirlenmesinde, mesai dışı çalışma günleri için “Aktif Çalışılan Gün Katsayısı”nın esas alınmalıdır.

Söz konusu katsayının 1 olması durumunda, mesai dışı ödemede baz alınan tavan tutarın %80'ine denk gelen kısmın “Garanti Ek Ödeme Ücreti” olarak ödenmelidir.

112. Ülkedeki tüm diş hekimliği kurumlarında 12 MHRS+ 4 devam eden MHRS cetveli tanımlanmalıdır.

113. Uzun süreli işlemler için haftanın bir gününün kapalı randevu uygulaması ile boş bırakılmalıdır.

114. Dişhekimliğinde uzmanlık branşları, kendi çalışma cetvelini oluşturmalıdır. (MHRS Yönergesi)

115. Kaliteli malzeme, güvenliği sağlanmış çalışma koşulları, her hekime bir yardımcı dental asistan “4 El Kuralı” olacak şekilde hizmet sunumu planlaması yapılmalıdır.

116. “Ek Randevu”, “Geç Randevu”, “Eş Randevu” vb. kaos yaratan uygulamalar iptal edilmelidir.

117. Aktif denetim mekanizmasının kurulması için inceleme heyet üyeleri, etik çalışma kriterlerini taşıyan hekimler arasından seçimle belirlenmelidir.

118. İnceleme yapılacak süre, haftanın her gününde MHRS cetvelinde kapalı randevu uygulaması ile tanımlanmalıdır. Bu görevi yapanlara %30 ek ödeme verilmelidir.

119. PDC sınırlaması nedeniyle PDC üzeri çalışan yerlerde gelir düşmesinin önüne geçilmesi biyokimya, enfeksiyon hastalıkları gibi ortalamadan performans alan hekimlerin mağduriyeti giderilmelidir. Laboratuvar branşlarına da icap nöbetleri ücreti ödenmelidir.

120. Hastanelere gereksiz başvuruları azaltmak için birinci basamakta çözülebilecek sevk zinciri, 2400 nüfusa indirilmiş ve uygulanabilir, gerçekçi bir uygulamayla düzenlenmelidir.

121. SUT'ta bazı cerrahilerin (örneğin KBB) puantajlarının diğer cerrahilere göre çok düşük olması ile doğan haksızlıkların giderilmelidir.

122. SBÜ kadrosuna geçildikten sonra geçici görev, mesai dışı çalışmanın engellenmesi gibi akademik kadrodaki hekimleri bağlayıcı bazı sözleşme maddeleri kaldırılmalıdır.

123. Sözleşme yenilenmesinin başhekim inisiyatifine bırakılmamalıdır.

124. Eğitim için ayrı gün / zaman ayrılmaması kaynaklı yaşanan, nöbet ertesi izin kullanan asistanların eğitimlerinin aksaması sorunu çözülmelidir.

125. Hizmetin ön planda olup eğitimin geri planda olmamalıdır. 'Mış' gibi eğitimlerden kaçınılmalıdır. Tıp fakültesi ve asistanlık eğitiminin kalitesinin artırılması hedeflenmelidir. Asistanların aidiyet duygusunu arttıracak kaliteli eğitim sağlanmalıdır.

126. Eğitim planları için organizasyon yetersizdir. Eğitimler, iş yoğunluğu ve öğretim görevlilerinin performans kaygıları olmadan gerçekleştirilmeliler. Eğitim programları oluşurken eğitim görevlilerinin söz hakkının ve yetkilerinin olması sağlanmalıdır.

127. Eğitimin hastane içi asistanlar arası standardize edilememeli ve sadece SBÜ ile afiliye olma zorunluluğu kaldırılmalıdır.

128. Teşvik puanları, eğitim değil hizmet ağırlıklı belirlenmektedir. Eğitimin puan karşılığının olmaması, eğitim sorumlusu ve eğitim görevlisi kadrolarının görev tanımlarının tam olarak yapılmaması sorunlara yol açmaktadır. Gerekli yetkilendirmeler yapılarak eğitim görevlilerinin görev karmaşası ve mağduriyetlerinin giderilmesi gerekmektedir.

129. Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki kliniklerde, akademik konsey kurulmaması nedeniyle oylamasız alınan kararların, yetersiz veya hatalı olmasına son verilmelidir.

130. Asistan sınav uzmanlık jürilerinin hep aynı kişilere verilmektedir. Jüri seçiminin sistematik veya sırayla olmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

131. Afiliye olmayan üniversite kliniklerindeki akademisyenler hekim maaşı, emeklilik ve özlük haklarından mahrumdur. 2547 nolu yasaya göre farklı fakülte'deki akademisyenler ile aynı maaşı almaktadırlar. Tıp fakültelerinde çalışan akademisyenlerin aynı zamanda hekim oldukları ve buna göre özlük haklarının düzenlenmesi gereklidir.

132. 4924'lü hekimlerin yıl sonu itibarıyla kalan izin, 657 memurlardaki gibi bir sonraki yıla aktarılmasının sağlanmalıdır.

133. 4924'lü hekimlerin 657'li hekimler gibi sözleşmeli hekimlere de yılda 2 kez 4924 boş kadro olan yerlere kurumlar arası atama hakkı tanınmalıdır.

134. 5 yıl boyunca kesintisiz olarak 4924'lü çalışan hekim 4924 kadrosu olmayan hastaneye de tayin hakkı verilmesi gerekir.

135. C ve D grubu 4924 sözleşme olan hastanelerin bulunduğu ilçelerde fatura düşüklüğü nedeniyle B ve A grubu olan hastanelere göre teşvik ödeme oldukça düşük olup bu da hekim eksikliğine sebep olmaktadır. Bu kapsamda C ve D grubu hastanelerdeki teşvik 1,5 ile çarpılıp ödenmesi sağlanmalıdır.

136. Dişhekimliği hizmetlerinde acil kavramı olmaması sebebiyle mesai sonrası nöbet, vardiya, mesai kaydırma gibi sistemler ile hizmet sunumu olmamalıdır.



Beni Türk Hekimlerine Emanet Ediniz...

H. Atatürk

Eğilim Birlik Olalım

