
SSK ve Hekim Sorunları

**İzmir Tabip Odası
Özlük İşleri Bürosu**

1961 Anayasasınının 48. maddesine göre «herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için Sosyal sigortalar ve sosyal yardım örgütleri kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir. Ülkemizin bu amaçla kurulmuş en büyük sosyal güvenlik örgütü Sosyal Sigortalar Kurumudur. (SSK) 1946 yılında «İşçi Sigortaları» adı ile göreve başlayan kurum bugün 23 milyar TL.'yi aşan ekonomik olanağa sahip ve 10 milyona yaklaşan bir nüfusa sağlık hizmeti veren bir örgüt haline gelmiştir. Resmi olmayan bilgilere göre bu sayılar 40 milyar TL. sı ve 12 milyonu bulmaktadır.

1976 yılı SSK çalışma raporuna göre sağlık hizmetlerinden yararlananlar (Sigortalı işçi, eş, çocuk, malüllük, yaşlılık, sürekli iş göremezlik primi alanlar) toplam olarak 8.054.875'dir. Yine aynı raporda hekim sayısı (uzman, pratisyen hekim, asistan) 3589 ve yatak sayısı 16880 olarak verilmiştir. Böylece 1976 da SSK da hekim başına düşen nüfus 2500, hasta yatağı başına düşen nüfusun ise 530 olduğu görülmektedir. Aynı yıl içinde ülkemizde hekim başına düşen nüfus 2000, hasta yatağı başına düşen nüfus ise 400 dür. Görülüyorki böylesine güçlü ekonomik olanaklara sahip olan örgüt hem çalıştırdığı hekim sayısı açısından hem de hasta yatağı açısından ülke ortalamalarından geridedir.

Bu koşullar içinde çalışan hekimin de kuşkusuz pek çok sorunu olacaktır. Öncelikle SSK hekimlerinin yasal konumu nedir?

SSK kuruluş kanunu olan 4792 sayılı yasanın 1. maddesi aynen şöyledir: İş hayatında türlü hallere karşı ilgili sigorta hükümlerini uygulamak ve Çalışma Bakanlığına bağlı olmak üzere işçi sigortaları kurumu vücade getirilmiştir. Kurum bu kanun ve özel hukuk hükümlerine tabidir. MALİ ve İDARİ bakımdan MUHTARDIR (özerktir) ve tüzel kişilikte bir devlet kurumudur.

Kurumun adı 17 temmuz 1964 tarih ve 506 sayılı kanunla Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değiştirilmiş ve bu yasa ile daha önce Ç-

İşma Bakanlığına tanınmış görev ve yetkiler Sosyal Güvenlik Bakanlığına devredilmiştir. 4792 sayılı yasanın 17. maddesine göre kurum memurlarının aylıkları hakkında 3659 sayılı yasa hükümleri uygulanır. Bu yasanın 10. maddesine göre hekimler, avukatlar vs. bu kanun hükümlerine tabi değildirler. SSK memur ve hizmetliler talimatnamesinin 2. maddesi mütehassis hekim, hekim, asistan hekimi 3659 sayılı kanunun 10. maddesi gereğince bu kanuna tabi olmayarak kurumun daimi kadrosunda emeklilik hakkı tanınmak şartıyla çalıştırılan daimi hizmetliler arasında saymaktadır. 3659 sayılı yasanın 10. maddesi dışında bırakılan hekimler 7244 sayılı yasaya, bunun iptali ile 1327 sayılı yasaya bağlanmışlardır. Sonuçtan S.S.K. hekimleri 1322 sayılı genel kadro kanununa bağlıdırlar ve kadroları 657 sayılı yasa ile saptanır.

Öte yandan, yürürlükteki SSK sağlık teşkilatı ve çalışmaları yönetmeliğinin 1. maddesi de aynıın şöyledir :

Özel kanunları gereğince sigortalılarına gerekli sağlık yardımlarını sağlamak üzere SSK tarafından kurulmuş ve kurulacak her türlü sağlık tesisleri 2219 sayılı hususi hastahaneler kanununun ilgili maddeleri ile ve bu yönetmelik hükümlerine göre yürütülür.

Görülüyor ki, HUSUSİ HASTAHANELER YASASINA BAĞLI BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA, 1327 SAYILI YASA İLE DEĞİŞTİRİLMİŞ 657 SAYILI YASAYA BAĞLI OLARAK BAREMLERİ SAPTANAN, AYLIKLARINI ÖZERK SSK BÜTÇESİNDEN ALAN FAKAT EMEKLİLİK KESENEKLERİNİ EMEKLİ SANDIĞINA ÖDEYEN hekimlerin durumu büyük bir çelişki oluşturmaktadır.

İçtihatlar göre :

- 1 — SSK resmî daire değildir.
Vergi Temyiz Komisyonu 6.D-30.3.1963/193. K. 136
Danıştay 9.D.20.10.1966, E. 1501 K. 2696
- 2 — SSK iktisadî devlet teşekkülü değildir.
Danıştay 8.D.16.1.1962, E 61/1102, K. 123
Danıştay 2.D.29.5.1961 E. 1396, K. 2013
- 3 — Kurumda çalışanlar memurun muhakematı (memurların yargılanması) hakkındaki kanun hükümlerine tabi değildir.
Yargıtay Genel Kurulu kararı 28.3.1945.1/6.
Danıştay 2. D. 29.5.1961 E. 1396

4 — Kurumun sermayesi devlet, belediye ve özel idarelere ait değildir. Yargıtay içtihadı birleştirme kararı 6.10.150 E. 1860 K. 4039

Şimdi 657 sayılı yasanın 1. maddesini gözden geçirelim. Madde

1 — Bu kanun, genel ve katma bütçeli kurumlar il özel idareleri, belediyeler, il özel idareleri ve belediyelerin kurdukları birlikler ile bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlarda, kanunlarla kurulan fonlarda, kefalet sandıklarında veya beden terbiyesi bölge müdürlüklerinde çalışan memurlar hakkında uygulanır.

Yine aynı yasaya göre; devlet memuru deyimi; Devlet kamu hizmetlerinin gerektirdiği asli ve sürekli görevlere, devamlı vazife görmek üzere atanan, genel ve katma bütçelerle bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlar vs. den aylık alan kişileri ifade eder.

Özetle; Memur terimi devlet hizmetlerinde olan yukarda saydığımız bütçelerden aylık alan kişileri ifade etmektedir. Oysa başlıca gelir kaynağı işçi ve işveren primlerinden oluşan mali ve idari bakımdan özerk olduğu kuruluş kanununda belirtilen SSK kurumu çalışanları bu özellikleri taşımazlar. Hekimler belirli bir kesimin (İşçi-işveren) hizmetinde çalışan ve özerk kurum bütçesinden aylık alan kişilerdir. **Sonuç olarak SSK hekimleri ve diğer kurum çalışanları memur sayılamazlar.**

Bu gün ülkemizde hekimleri çalışma koşullarına göre 2 ana gruba ayırabiliriz :

1) Kamu kuruluşlarında çalışanlar.

- a) Bürokrat hekimler (Genel müdür, müşavir, Böl. Sağ. Müdr.)
- b) Devlet memuru olarak tam gün çalışanlar (SSK, SSYB, üniversitelerde çalışan hekimlerin bir kısmı.)
- c) Devlet memuru olarak yarım gün çalışanlar (Muayenehane açarak ekonomik durumlarını düzeltmeye çalışanlar.)

2) Tamamen serbest olarak çalışan hekimler.

Giderek zorlaşan yaşam koşulları, enflasyon, fiat artışları özellikle devlet memuru olarak çalışan hekimleri zor durumda bırakmış-

tır. Kapitalist sistemin koşullarına uygun olarak hekimler de kendi emek gücünü satan üretim araçlarına sahip olamayan, devlet ve tekel tarafından sömürülen bir katman durumuna gelmektedirler. Yani «Ücretli aydın» durumundaki hekimler artacaktır. Fakat, ülkemizin konumu, hekimlerin kapitalist sömürüyü doğrudan hissetmemeleri, meslekte yükselme yollarının çeşitliliği bireysel iç güdüleri güçlendirmektedir. Henüz hekimlerin çoğu kendilerini bekleyen sonucu görememektedirler.

«Burjuvazi şimdiye kadar saygı gören, mübarek ve muhterem sayılan bütün mesleklerin başını taçlandıran itibar halesini çekip atmış, doktor, hukukçu, din adamı, ozan ve bilim adamlarını kendi hizmetinde ücretliler haline getirmiştir.»

Dünün gözde ve kutsal mesleğinden aç gözlü bir sömürüye geçiş gerçekleşmektedir. Tüm hekimler için TOPLU SÖZLEŞMELİ, GREVLI SENDİKAL HAKLARIN KAZANIMI İÇİN MÜCADELE başlıca amaç olmalıdır. SSK HEKİMLERİ BU KONUDA EN ELVERİŞLİ DURUMDADIRLAR. SSK YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ BU HAKLARINA KAVUŞMUŞLARDIR. SSK memur ve hizmetliler talimatnamesinin 2. maddesinde, 3659 sayılı kanunun 10. maddesi gereğince bu kanuna tabi olmayarak kurumun daimi kadrosunda emeklilik hakkı tanınmak şartıyla çalıştırılacaklar içinde, hekimlerle birlikte, baş hemşirelerle sağlık memurları da sayılmaktadır. Genel Müdürlüğün, kurumla Sağlık-İş Sendikası arasında akdedilen üçüncü dönem iş yeri toplu sözleşmesine dair 1670 sayı ve 10/2/1973 tarihli genelgesinde, «Sendika üyesi olsun olmasın halen iş yerlerinde çalışmakta olup 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı kanununa tabi olan işçiler 1.1.1974 tarihinden itibaren bu sandıkla olan ilgileri kesilerek 506 sayılı Sosyal Sigortalar kanunu kapsamına alınacaklar ve haklarında ayrıca iş mevzuatı hükümleri uygulanacaktır» denilmektedir. İşçi niteliğindeki kadrolara ait ünvan listesinde, 44. sırada başhemşire ve 229 sırada sağlık memuru yer almaktadır.

Ayrıca 1590 sayı ve 11.4.1973 tarihli genelgede Yüksek Hakem Kurulu tarafından 274 sayılı sendikalar kanununun 1312 sayılı kanununla muaddel (değiştirilmiş) 2. maddesinin 4. fıkrası uyarınca bedeni çalışmalarının fikri çalışmasına üstün bulunduğu karar verilen personel arasında başhemşire ve sağlık memuru da bulunmaktadır. 28. kasım 1976 tarih ve 15777 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan işçi - memur ayırımı komisyonu raporunda «Doktor, veteriner hekim, kimyager, ekonomist, mühendis, fizikçi v.s. gibi meslek sahiplerinin de kadro ünvanları müsait olmasa dahi, yaptıkları hizmetin gereği, ge-

nellikle araştırma, planlama ve yönetim faaliyetlerinde görevli ve yetkili oldukları göz önünde tutularak memur sayılmalarına karar verilmiştir» denilmektedir. Kurum talimatnamesinde aynı gurup içinde değerlendirilen, Emekli Sandığına bağlı, yaptıkları iş kesinlikle büro işi ve yardımcı sağlık personeli hizmetlerinin planlama, yönetim ve denetimi olan başhemsirelerle, kurumda hemen daima büro hizmetlerinde çalıştırılan sağlık memurları işçi sayılırken, örneğin bir batın ameliyatında veya bir ortopedik ameliyatta saatlerce beden gücü harcayan hekimin memur sayılması, anlaşılması gerçekten güç bir olgudur. Diğer taraftan kurumda aynı işi yapan iki sağlık memurundan birinin işçi, bir başkasının ise memur sayıldığı da bir gerçektir.

Yine 1837 sayılı ve 28.2.1975 tarihli genelgede, işçi niteliğine haiz personelin dışında kalan ve memur statüsüne tabi olan «sendika üyesi personelin» aylıklarında kesilen üye aidatlarının bundan böyle kesilmeyeceği bildirilmektedir. Oysa, memurların sendika kurma ya da üye olma hakları 23.12.1972 gün ve 2 sayılı kanun hükmündeki kararnamenin 5. maddesi ile yasaklanmıştır. Buna göre kurum kanunsuz olarak TÜM MEMURLARINI 3 yıl boyunca sendika üyesi olarak kabul etmiş ve bu memurlar 657 sayılı personel kanununa göre aylık alırken sendikanın sağladığı diğer yardımlardan da yararlanmışlardır. Bu da bir başka anlaşılmaz çelişkidir.

Hekimlerin ekonomik sorunlarını çözümlenmek ve sosyal güvencelerini sağlamak ANCAK SENDİKAL HAKLARIN KAZANIMI ile gerçekleşecektir. BU DA ANCAK HEKİMLERİN İŞÇİ SAYILMASI İLE KAZANILABİLECEKTİR. Bu konudaki yasal girişimler TTB Merkez Konseyi tarafından yönlendirilecektir. SSK HEKİMLERİ DE BİR BASKI GURUBU OLARAK BU DOĞRULTUDA AĞIRLIKLARINI DUYURMALIDIRLAR.

SSK hekimlerinin günümüzde geçerlikteki yasalar çerçevesinde sorunlarının gözden geçirilmesi bu konudaki girişimlerin haklılığını kanıtlayacaktır.

SSK HEKİMLERİNİN BUGÜNKÜ KOŞULLARDAKİ SORUNLARI

1) Ekonomik sorunlar :

Tam gün tazminatları 1965 yılından beri değişmeyen miktarı ile günümüzde gülünç derecede yetersizdir. Aslında tam gün tazminatlarının artırılması yasa konusudur. Türk Tabipler Birliği tarafından önerilen yasa tasarıları gerçekleştirilmemiştir. SSK'da uzman hekim-

ler kıdemlerine göre 1750 TL. sından başlayarak her 3 yılda bir artmak koşuluyla 2500 TL. sı brüt, asistanlar 1250 TL. sı brüt, pratisyen hekimler ise 1250 TL. sı brüt tam gün tazminatı alırlar. Bu rakamların ne kadar yetersiz olduğu açıktır. Bu nedenle pek çok hekim yarım gün çalışmayı yeğlemektedir.

657 sayılı yasanın 154. maddesi, «Her yıl genel bütçe yasası ile katsayı saptanırken genel seçim koşulları, ülkenin ekonomik gelişmesi devletin malî olanakları göz önünde bulundurulur» der. Ancak katsayı son 6 yıl içinde 7'den 9'a ve ancak bu yıl 12'ye çıkarılabilmektedir. Yapılan hesaplamalar bir ailenin asgari yaşam düzeyine ulaşabilmesi için katsayınının 17 olması gerektiğini göstermiştir.

ÇÖZÜM YOLU EŞEL-MOBİL SİSTEMİDİR.

657 sayılı yasaya bağlı SSK hekimlerinin tam gün tazminatı ve katsayı sorunlarının çözümlenmemesi karşısında yarım gün çalışma veya istifa yollarını seçmelerine karşın durum «Fazla mesai» önlemini getirmiştir. Önce fazla mesai konusunun kurumda nasıl ortaya çıktığını görelim.

19.9.1976 tarih ve 7/12406 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile mahlülük, yaşlılık ve ölüm sigortalarından bağlanan aylıklarla, iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortasından bağlanan gelirlerin yeniden yarılanması ile ilgili işlemlerin zamanında yapılabilmesi için normal mesai yaptırılması ön görülmüştür. 1.10.1976 tarihinden itibaren fazla mesainin başlatılması Müdürler Kurulu'nun 2034 sayılı kararına dayanılarak duyurulmuştur. Aynı Bakanlar Kurulu kararının C fıkrasında «Sağlık tesisleri, sağlık kolejleri, bölge sağlık müdürlüklerinde vs. fazla mesai yaptırılmayacaktır» denilmektedir.

Buna karşın, kurum giderek artan hoşnutsuzluk ve hekim kaybı karşısında köklü çözümler getireceği yerde, 1.5.1977'den itibaren hekimleri de fazla mesai kapsamına alarak geçici bir rahatlama sağlamıştır. Başlangıçta aldatici bir rahatlama getiren fazla mesai ücreti gelen zamlar ve enflasyon karşısında yetersiz kalmıştır. Ayrıca bu uygulamaya 1.10.1978 tarihinden itibaren yürürükten kalkacaktır.

Diğer yandan 2151 sayılı SSK Genel Müdürlük genelgesinde, fazla mesaisinden yarar sağlanamayan personel fazla mesaiye kalmaz denilmektedir. Bu konudaki yargı başhekimlere bırakılmıştır. Kişisel ilişkilerin her konuda ne denli etkin olduğu bilinen ülkemizde bunun sakıncalar doğuracağı açıktır.

Nöbetçi hekimin, çok önemli bir işi için saatlik izin alan hekimin, kendi sağlık tesisi dışındaki bir sağlık ünitesinde muayene için gönderilen hasta hekimin aynı gün içinde geri dönse bile fazla mesai ücreti kesilmektedir. Fazla mesai ücreti günlük çalışma süresinin bitiminden sonraki belli süre görevi sürdürme ile kazanılan bir haktır. Günlük çalışma içinde yasal hakkı olan saatlik iznini kullanan hekimin, fazla mesaisi neden kesilir, açıklanması gerçekten zor bir konudur.

Uzman, asistan, pratisyen ve diş hekimleri farklı mesai ücreti alırlar. Uzmanlar 250 TL. brüt saat ücreti alırken ilk uygulamada pratisyenler 200 TL. sı brüt asistanlar ise 150 TL. brüt almışlardır. Bu süre içinde de pratisyen oldukları halde kadrosuzluk nedeniyle asistan kadrosunda çalıştırılanlar 150 TL. brüt almışlardır. Bu durum 2167 nolu genelgesiyle değiştirilerek tüm pratisyen ve asistanlar için 150 TL. brüt olmuştur.

Radyoloji ve anestezi uzmanlarına farklı ödenti saptanmıştır. Birlikte çalıştığı cerrahi uzman ve asistanlarına tanınmayan bu hak için yalnızca anestezi uzmanlarına verilmiştir, ameliyatlarında devamlı radyografi ve radyoskopi ile çalışan cerrahlar neden radyoloji uzmanlarına tanınan bu haktan faydalanamazlar, bilinmez.

Hekimi alçaltıcı biçimde, adeta ulûfe gibi dağıtılan, kanunsuz olarak başlatılan ve belli bir süre sonra bitecek olan fazla mesai uygulaması SSK hekiminin ekonomik sorunlarına çözüm getiremez.

Hemen benzer sorunlar yan ödeme (iş güclüğü, iş riski ve temininde güçlük zammı) de görülür :

Çoğu zaman servis sorumluluğu olmayan, idari işleri de en az iki üç yardımcısı ile paylaşan başhekimler $1400 + 840 = 2240$ TL. brüt yan ödeme alırlar. İntaniye ve bakteriyoloji uzmanları $1400 + 520 = 1920$ TL. brüt yan ödeme alırken örneğin hepatitli bir hastanın ilk kez dahiliye polikliniklerinde görülmesi ve bu tür hastaların genellikle intaniye servislerinin kısıtlı olanaklarının nedeni ile dahiliye servislerinde yatırılıp tedavi edilmeleri gibi aynı koşullarda aynı tehlikeye maruz kalan dahiliye uzmanları 1400 TL. brüt yan ödeme alırlar. Aynı biçimde sanatoryumda çalışan göğüs hastalıkları uzmanları ile hastahanelerde görevli göğüs hastalıkları uzmanları ve akıl hastahanelerinde görevli ruh ve sinir hastalıkları uzmanları ile diğer hastahanelerdeki ruh ve sinir hastalıkları uzmanları farklı yan ödeme almaktadırlar. Kuşkusuz bir akıl hastası ya da Tbc'li bir hasta önce hastahanelerdeki uzmanlarca görülmekte, gerekirse sevk edilmektedir.

Hemen büyük çoğunluğu görev, sorumluluk ve servis nöbeti gibi konularda asistanlarla aynı işi yapan pratisyen hekimlere de, nedense, asistanlar $1640 + 1600 = 3240$ TL. brüt alırken, 1100 TL. brüt yan ödeme verilir.

Yan ödemelerin maaşla birlikte vergilendirilmesi konusundaki haksız uygulamaya karşı İzmir Tabib Odası tarafından açılan dava halen Danıştay aşamasındadır.

Bir diğer sorun nöbet tazminatlarıdır. Burada da maaşla birlikte vergilendirme söz konusudur. Maaş ile birlikte vergilendirildiğinde aşağıda bildirilen nöbet tazminatları çok daha az miktarlara dönüşmektedir.

Uzmanların nöbet tazminatları :

	<u>Normal Gün</u>	<u>Resmî Tatil Günü</u>
1. Derece	348 TL. Brüt.	522 TL. Brüt.
5. »	312 TL. »	468 TL. »
7. »	288 TL. »	432 TL. »

Pratisyenlerin nöbet tazminatları uzmanlarınkı gibidir .

Asistanların nöbet tazminatları 5. derece 216 TL. brüt, 6. derece 204 TL. brüt 7 ve sonrası ise 204 TL. brüttür. Resmî tatil günleri % 50 zamlı ödenir.

Kurumda acil vak'alara müdahale için mesai saatleri dışında çağrılan uzmanlara ücret ödenir. Bu ücretler kısa süreli tıbbî işlemler için 1. derece 139 TL., 5. derece 124 TL., 7. derece 115 TL., süresi bir saat aşan girişimlerde 1. derece 240 TL., 5. derece 218 TL., 7. derece 210 TL. dir. Orta müdahalelerde aynı miktarlar ödenir. Büyük girişimlerde nöbet tazminatının % 100'ü verilir. Tatil günleri ve gece 24'den sonraki çağırılmalarda bu rakamlar % 50 oranında artar. Verilen rakamlar brüt değerlerdir.

Görüldüğü gibi aynı işi gören, aynı görev yükümlülük ve sorumluluğunu paylaşan 1. ve 7. derecedeki hekimler farklı ücret almaktadır. Aynı şekilde pratisyen ve asistanlar arasında da farklılık vardır.

SSK sağlık teşkilâtı ve çalışmalar yönetmeliğinin 76. maddesinde «Gece uyumadan nöbet tutanlara mecbur kalınmadıkça ertesi gün

görev verilmez ve nöbetçi uzmanlarla gece yarısından sonra çağırılanların şartlar uygunsa mesailerinden 2-4 saat indirilir. Yukardaki hizmetlere karşılık kendilerine tazminat verilenlere bu fıkra hükümleri uygulanmaz.» denilmektedir. Verilen nöbet tazminatlarının yeterliliği bir yana, özellikle pratisyenler ve asistanlar için son derece güç ve yorucu geçen nöbet hizmetlerinin ertesi günü dinlenme bile hekime çok görülmektedir.

II) Sosyal güvence sorunları:

Ekonomik sorunları çözüme ulaştırılamayan hekimin sosyal güvencesi de sağlanamamıştır. Kuşkusuz bu iki konu birlikte irdelenmelidir. Bugünkü konumda SSK hekimi için genel olarak elde edilebilecek haklarla birlikte, kurumun özelliklerinden doğan çelişki ve sakıncalar da söz konusudur.

Tüm hekimler için söz konusu olan yıpranma tazminatı meclislerden geçememiş ve reddedilmiştir. Bu konu TTB Merkez Konseyi'nce ele alınmıştır.

4792 sayılı SSK kuruluş kanunu kurum çalışanları için özel hükümler getirmediğinden 657 sayılı yasaya bağlanan hekimlerin çelişkili konumlarından söz edilmişti. İhtihat kararları ile de onaylandığı ve olaylarla da görüldüğü gibi, gerçekten, SSK hekimleri memurun muhakemat kanunundaki hükümlerden yararlanamazlar. 657 sayılı yasanın 24. maddesine göre «Devlet memurları görevleri ile ilgili veya görevleri sırasında işledikleri suçlardan dolayı soruşturma ve kovuşturma yapılması ve haklarında dava açılması özel hükümlere tabidir». İdari suç işlediği iddia edilen memurlar illerde il idare kurulu, ilçelerde ilçe idare kurulunun «Lüzumu muhakeme» kararı vermesinden sonra yargı önüne çıkarılabilirler. SSK hekimi ise görevi sırasında suç işlediği iddia edilerek doğrudan mahkemeye verilebilir, hakkında dava açılabilir. Ayrıca isnat ve iftiralara karşı koruma maddesi (Madde 25: Uydurma suç isnat edenler hakkında merkezde memurun en büyük amiri, illerde valiler kamu davası açılmasını C. Savcılarından isterler) de SSK hekimleri için geçerli değildir.

SSK çalışanları, kurum resmî kuruluş sayılmadığı için Devlet Demir Yolları ve Devlet Deniz Yolları'nın memurlara tanıdığı indirimli ücret (paso) hakkından yararlanamazlar.

20.5.1976 tarih ve 2012 sayılı ve 2243 sayılı yasalara göre sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt içi ve dışında geçen serbest mes-

lek sürelerinin emeklilik fiili hizmet sürelerine borçlanma yolu ile eklenebilmesi ancak SSK hekimlerine tanınmış bir ayrıcalıktır. Ayrıca bu konuda SSK'daki farklı sağlık ünitelerinde farklı uygulamalar görülmüştür. Bu da yasalardaki çelişki ve eksikliklerin sonucudur.

Emekliye ayrılan SSK hekimi hastalanıp, yıllarca hizmet verdiği kurum sağlık ünitelerine başvurduğunda 10 TL. muayene ücreti ödemektedir. Hastahaneye yatması gerekiyorsa kuruma her gün için yatak ücreti olarak 75 TL. sı ödemektedir. Çünkü Emekli Sandığı'nın ödediği standart yatak ücreti 55 TL. sı, kurumun yatak ücreti ise 130 TL. dir. Bu durumun uzun süre yatmak zorunda kalabilecek emekli bir hekim için ne tür bir ekonomik yük teşkil edeceği açıktır.

657 sayılı yasanın, 31.7.1970 gün ve 1327 sayılı yasanın 46. cı maddesiyle değişik 102. madesine göre, devlet memurlarının yıllık izin süresi hizmeti 10 yıla kadar olanlar için 20 gün, 10 yıldan fazla olanlar için 30 gündür. Bu hüküm SSK da uygulanmaz. Bütün hekimler yılda 30 gün izin kullanırlar. Talimatnamenin 60. maddesine göre yıllık izinlerin işleniş ikisi veya üçü birleştirilebilir, üç aydan fazlası kabul edilmez ise de hekimlere iki ay süreli izin de verilmez.

Yine 657 sayılı yasanın 104. cü maddesine göre, kadın memura doğum yapmasından önce üç hafta ve doğumdan sonra 6 hafta süre ile izin verilir. Bu madde kurumda aynen uygulanır. 506 sayılı yasanın 49. maddesinin kadın işçilere sağladığı izin hakkı ise doğum öncesi ve doğum sonrası 6'şar haftadır. İşçi statüsünde olan yardımcı sağlık personeli bu haktan yararlanırken, özellikle cerrahi dallarda görevli hekimler daha güç, ana ve çocuk sağlığına daha zararlı koşullarda üç hafta daha fazla çalışır ve nöbet tutarlar. Bu durum kuşkusuz sendikal hakların kazanılması ile çözüme ulaşacaktır. Fakat şu anda bile bazı çözüm yolları önerilebilir. Örneğin ana olacak hekimleri doğumdan en az 6 hafta önce nöbetten çıkarmak gibi.

Yine yasalar 100'den fazla kadın işçi çalıştıran iş yerlerinde emzirme odası, 300'den fazla kadın işçi çalıştıran iş yerlerinde kreş açılmasını zorunlu kılmaktadır. Kurumda bu konuda hâlâ bir uygulama yoktur. Çocuklarına sağlıklı bakım koşullarını sağlayamadıkları için işlerinden ayrılmak zorunda kalan kadın hekim ve yardımcı sağlık personeline sıklıkla rastlanmaktadır.



III) Hekim-sigortalı hasta ilişkisi sorunları:

Başlangıçta verilen sayıları yinelemek yararlı olacaktır. SSK bu gün resmî olmıyan sayılara göre 12 milyon, 1976 çalışma raporuna göre 8 milyon 54 bin 875 kişiye, 3589 hekimle (uzman, pratisyen, asistan) sağlık hizmeti götürmektedir.

Bir hekimin günde bakabileceği hasta sayısı 40 olarak saptanmıştır. Oysa SSK polikliniklerinde bu sayı 80-100-130'u bulabilmektedir. Yöneticilerin istediği, gürültü patırdı çıkmadan tüm hastaların bakılmasıdır. SSK Genel Müdürlüğü yayınları arasında yer alan 204 nolu sağlık hizmetleri reorganizasyonu isimli yayında aynen şöyle denilmektedir: «SSK sağlık hizmetleri, benzer hizmet veren kurumlardan ve özellikle SSY Bakanlığında fazla olup daha ağırdır. SSK prim ödeyen işçiye sağlıklı hizmeti vermekle yükümlüdür. Bu bakımdan başvuran hastaların sayısı dikkate alınmadan, hepsine bakmak tarzında şekillenen bir iş yükümlülüğü ve buna ek olarak bir de mesai yükümlülüğü vardır. (Sahife 49). Görüldüğü gibi önemli olan başvuran hastaların tümünün bakılmasıdır. Bakımın niteliği önemli değildir. İşçinin ücretinden ve işverenden kesilen SSK primlerinin % 47,5'u üyelerine harcanmakta, geri kalan % 52,5 oranındaki miktarı ise bankalara toplanarak egemen çevrelerce kredi kaynağı olarak kullanılmaktadır. (ATOB, Aralık 1975, sayı 3) Yetersiz sayıda hekim, kötü örgütlenme ve yanlış sağlık politikası ile işleri yürütmeye çalışan kurum, günde bakılan hasta sayısı 130'u bulan polikliniklerinde sigortalının karşısına aksaklıkların sorumlusu olarak hekimi çıkarmak suretiyle sorunları çözümlendiğini sanır. Kuşkusuz SSK sağlık sorunu ülkenin sağlık sorunundan soyutlanamaz. Aynı biçimde SSK'da da koruyucu hekimlik yerine tedavi edici hekimlik ön plana alınmıştır. Koruyucu hekimlik, iş kazaları ve meslek hastalıkları konusundaki çalışmalar çok yetersizdir. İş yeri hekimliğinin müessesesi çalışmamaktadır. Oysa, hasta-işyeri hekimi-yataksız sağlık tesisi-yataklı sağlık tesisi zincirinin iyi işlemesi sağlanırsa sorunlara şu andaki koşullarda bile bir dereceye kadar çözüm getirilebilir. İşe giriş muayeneleri, erken tanı amacıyla kısa aralıklı muntazam muayeneler koruyucu hekimlik ve meslek hastalıkları yönünden eğitim vs. de bu arada öneri olarak sayılabilir.

Kurumun hekimle sigortalıyı karşı karşıya getirmesi konusunda en belirgin örneklerden biri de sağlık kurullarıdır. Tek hekim tarafından verilebilecek istirahat süresi 20 gün ile sınırlandırıldığından, daha

fazla istirahati gerektiren durumlar, kurulların işini çok yoğun hale getirmektedir. Bu arada tartışılması gereken önemli vak'alara az zaman kalmakta, kurulların çalışması kontrole bile fırsat bulunamadan sürekli imzalanması işleminden ibaret kalmasıdır. Genel Müdürlüğün genelge emriyle, kurullarca «hafif işte çalışır» kararı verilebilmesi kaldırılmıştır. Kurullarca sigortalı için «çalışır» ya da «çalışamaz» kararı verilmesi istenmektedir. Böylece hekimin özgür kararı kısıtlanmıştır. Ağır bir hastalık geçirdikten sonra, ancak «çalışmasına» karar verilebilen sigortalının çalıştığı ağır iş nedeniyle sağlığı tehlikeye düşmekte, işverenden hafif iş istediği zaman kurul raporu öne sürülerek çıkışı yapılmakta veya kendisi işinden ayrılmak zorunda bırakılmaktadır. Örneğin gürültülü iş yeri nedeniyle işitmesi azalmakta olan işçiye gürültüde çalışmaya devam ederse işitme kaybının giderek artacağı söylenmekte fakat «gürültüsüz yerde çalışabilir» biçiminde bir Sağlık Kurulu kararı verilememektedir. Sigortalı bu durumda suçlu olarak hekimi görmektedir. Bu konudaki örnekler çoğaltılabilir. Kurum, böylece işverenden yana bir tavırla, hekimi kendi vicdanı ve sigortalı karşısında güç durumda bırakmaktadır.

Acil vak'alarda birçok sorun yaratmaktadır. Bilindiği gibi acil vak'aların sigortalı olamasa da hastahaneye yatırılması zorunludur. Bunlar nakledilmelerinde sakınca kalmadığı zaman SSYB sağlık tesislerine gönderilirler. Fakat elinde sigorta kartı bulunan veya sigortalı olduğu ifade edilen vak'alardan daha sonra sigortalı olduğuna dair belge getiremeyenlerden, hastanın acil vak'a formunu doldurup imzalayan hekim sorumlu tutulmakta, tüm uğraşı arasında bu gibi meslek dışı işlerle de uğraşması gerektiği var sayılmaktadır.

İş kazaları, meslek hastalıkları konusunda eğitim yapılmadığından bu konular hekimlerce iyi bilinmemekte, bu da hekim hasta sürüşmelerine yol açmaktadır.

IV) Eğitim (Asistan eğitimi ve sürekli eğitim) sorunu:

Kurumun yataklı ve yataksız tesislerinde hekimlerin yoğun çalışma içinde ezilmeleri sürekli okumalarına ve mesleki yenilikleri izlemelerine imkân bırakmamaktadır. Buna karşın kurum hekimlerinin sürekli eğitimine en ufak bir katkıda bulunmamaktadır. Bu durumda SSK hekimi çalışmasıyla kurumu memnun etse bile giderek hiç yeni birşey öğrenmeyen, bildiklerini de unutan bir hekim haline gelmektedir.

Kurumun bir de eğitim hastahaneleri vardır. Uzman yetiştiren bu sağlık tesislerinin bazılarında eğitim yetkisi ismen uzman bazı hekim-

lere verilmiş, bazılarında ise asistanlar bulunmakla birlikte o sağlık ünitesinin eğitim hastahanesi olup olmadığı bile belirlenmemiştir. Böylesine yoğun hizmet veren bir örgütte ne eğitim ne de bilimsel çalışmaya güç ve zaman kalmamaktadır. Pek çok serviste yeterli araç ve gereç yokken birbirinden uzaklığı 30 dakika bile sürmeyen iki yataklı bir sağlık tesisine ayrı ayrı EEG cihazları alınması bir başka düzensizlik örneğidir.

Eğitim hastahanelerinde, birçok bilim dalı için uzmanlık yetkisi bulunmaması asistan hekimlerin ihtisaslarını tamamlamak için başka hastahanelere (SSYB ve üniversite) gitmelerini gerektirmektedir. Kurum önceden bir uyarı yapmadan asistanlardan SSK dışı hastahanelerde geçen sürelerinin iki misli mecburi hizmet veya tazminat istemektedir. SSK eğitim kurumlarında bulunmayan ihtisas bölümlerine asistan alınmaması gerekirken bu dallara asistan almakla kurum sorumluluğu yüklenmiş olmaktadır. Asistandan mecburi hizmet veya tazminat istemek haksız bir işlemdir.

Aslında uzmanlık veren ünitelerde de programlı bir teorik ve pratik çalışma yapılamamakta, yoğun poliklinik ağır servis çalışması ve sık nöbetler asistan hekimin okumasına bile imkân bırakmamakta, hizmet daima eğitimden daha ön planda tutulmaktadır. Servis sekreterinin bulunmaması bürokratik yazışmaları da asistanların üzerine yığılmış, işlerini daha da ağırlaştırmıştır.

Tıp bilimleri sürekli bir değişim ve gelişim içindedir. Biomedikal bilimlerin her on yılda iki kat arttığı bilinmektedir. Topluma yararlı sağlık hizmeti götürebilmek açısından bu gelişmeleri izlemek zorunludur. Bu nedenle son 20 yıldır tüm sağlık görevlilerinin «sürekli eğitimi» görüşü ortaya atılmıştır. Yeni gelişmeleri izlemek ve eski bilgileri yinelemek için sürekli eğitim zorunludur. Bu alanda kurumda hâlâ en küçük bir teşebbüs ve programlama dahi yoktur. Sağlık teşkilâtı ve çalışmaları yönetmeliğinin 140. maddesine göre müstakil laboratuvarlar hariç diğer bütün sağlık tesislerinde bir «meslekî konsey» bulunur. Bu konsey başhekimin başkanlığında, uzmanlarla dış tabibi, baş eczacı veya eczacıdan oluşur. Her üç ayda bir toplanacak olan bu konseyin görevleri a) Konferanslar, asistanlar için seminerler, diğer sağlık personeli için kurslar tertipleme, b) Meslek hastalıkları, iş kazaları ve işçi sağlığı konularında yenilikler üzerinden görüşmeler yaparak lüzumu halinde ilgili makamlara sunulacak teklifler hazırlamak, c) Gerekli araç, gereç, kitap ve dergileri saptamaktır. Mesleki konsey ancak eğitim veren yataklı sağlık tesislerinde bir dereceye kadar etkindir. Yine de düzenlenen vak'a takdimleri ve konferanslar son derece yetersiz kalmaktadır. Meslek hastalıkları konusunda hiç bir eğitici yayın, kurs, seminer yapılmamıştır. Hekimler kendi çaba-

ları ile hazırladıkları bilimsel tebliğleri kongrelerine götürmek istedikleri zaman bile bürokratik zorluklarla karşılaşmakta, kendi yıllık izin haklarını kullanarak gidebilme fırsatı bulmaktadırlar. Kuşkusuz ülkede devletin üzerine aldığı bir sürekli eğitim programı uygulanmadıkça eğitim konusuna çözüm getirilemeyecektir.

V) Pratisyen hekim sorunu :

Kurumdaki pratisyen hekimler de ayrı bir sorundur. Pratisyen hekimlerin çoğunluğunu ihtisasa başlama olanağı buluncaya kadar geçecek zamanını değerlendirmek isteyen genç hekimler oluşturmaktadır. Her tıp mezununun uzman olmak istediği ülkemizde bu durumun SSK'na da yansımaları doğaldır. Pratisyen hekimler yönetmeliğinin 108. maddesine göre servis, poliklinik, dispanser ve sağlık istasyonu hekimi veya gezici hekim olarak adlandırılır.

Pratisyen hekimler, açık asistanlık kadrolarına tayin edilebilirler. Ancak bu kadrolarda geçen müddetleri asistanlık sürelerine sayılmaz. Pratisyenler göz, KBB gibi özel uzmanlık dallarında çalıştırılır ve servis nöbeti de tutarlar. (Yönetmelik madde: 65) Asistanların tüm görev ve sorumluluğunu taşıyan pratisyenlere asistanlara verilen fazla yan ödeme verilmez. İstenirse servisleri değiştirilir, rotasyona gönderilir ve tüm yaşamları alt üst edilir. Kurumda çalışan hekimlere uzmanlık imtihanını kazandıklarında kurumdaki kadrolara alınmaları konusunda ayrıcalık tanınırsa, kurumdaki yetersiz pratisyen hekim sayısını bir dereceye kadar arttırmak mümkün olabilir.

Rotasyon konusu uzman hekimler için de sorun olmaktadır. SSK da da ülkemizde olduğu gibi hekimlerin çoğu büyük şehirlerde toplanmıştır. Bu nedenle hekim bulunmayan yerlere bir ay süre ile hekim yollanmaktadır. Rotasyonda sağlık tesisleri sıraya konulmaktadır. Yataksız tesislerdeki hekimler bu sıraya girmemektedirler. Uzman hekim sayıları eşit olamayan tesislerin sıraya konması adaletsiz olmaktadır.

Doğaldır ki hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin SSK yönetiminde etkin olabilmesi bir dereceye kadar bazı sorunlara çözüm sağlayabilir. Örneğin, iki işçi, iki işveren ve bir bakanlık temsilcisi ve genel müdürden oluşan Müdürler Kurulu'nda kurum çalışanları tek bir temsilci ile temsil edilirler. Bu kişilerin hiç birinin sağlık konularında uzman olmadıkları ve SSK'nın sağlık sorunlarına çözüm getiremeyecekleri açıktır. Bir hekim temsilcisinin SEÇİMLE Müdürler Kurulu'na girmesi zorunludur. Ayrıca, sağlık tesislerinde uzman, pratisyen, asistan hekim ve sağlık personelinin temsilcilerinden oluşacak ekibin sağlık tesislerinin yerel yönetiminde söz sahibi olması çağdaş demokratik anlayış gereğidir.