

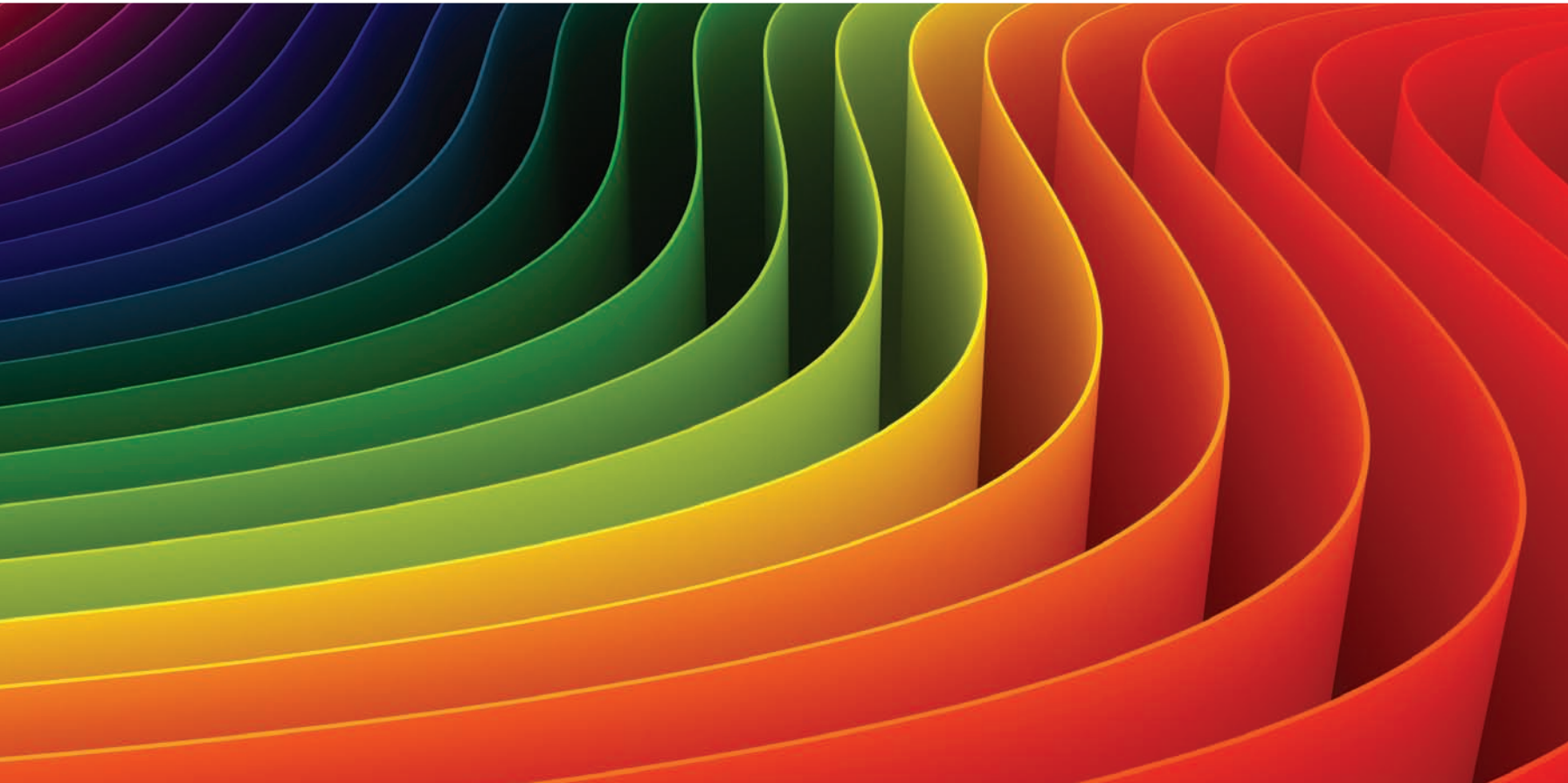
SD

EYLÜL
EKİM
KASIM
2011
12 TL
(KDV DAHİL)

SONBAHAR

20

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ



PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN ÜNİVERSİTE HASTANELERİ NEREYE KOŞUYOR?

PROF. DR. OSMAN HAYRAN HASTANE İŞLETMECİLİĞİ VE ÜNİVERSİTE PRATİĞİ | **PROF. DR. M. RAMAZAN YİĞİTOĞLU** VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİNİN DÜNYA BUGÜNÜ | **PROF. DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU** EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN BUGÜNÜ VE GELECEĞİ | **PROF. DR. MUHAMMET GÜVEN** ÜNİVERSİTE HASTANELERİ İLE İLGİLİ SORUNLAR, SORULAR VE ERCİYES ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ | **PROF. DR. HASAN FEVZİ BATIREL** **PROF. DR. MUSTAFA BAKIR** ÜNİVERSİTE - SAĞLIK BAKANLIĞI İŞBİRLİĞİ: MARMARA ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ | **PROF. DR. YUNUS SÖYLET:** ÜNİVERSİTE HASTANELERİ ÜNİVERSİTELER TARAFINDAN YÖNETİLMELİ | **YRD. DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARI** ÜNİVERSİTE HASTANELERİ, SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK VE GÜÇLER AYRILIĞI | **PROF. DR. İRFAN ŞENCAN** ÜNİVERSİTE HASTANEÇİLİĞİ VE PPP MODELİ | **DR. NURDAN ÖZYILMAZ - DR. ESRA ÇAĞLAR** İNGİLTERE'DE ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ VE EĞİTİM HASTANESİ İLİŞKİSİ | **PROF. DR. HASAN YAZICI** SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM İÇİNDE TIP FAKÜLTELERİ: İNGİLİZ SİCİMİYLE ASILMAK **PROF. DR. ADNAN KISA** ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE FINANSMAN | **MEMET ATASEVER** ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN MALİ DURUMU | **EMEL VAROL** ÜNİVERSİTE HASTANELERİ VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI | **DR. SARPİR TANLI** AKADEMİK TIBBİN SAĞLIK HİZMETLERİNE VE TIP BİLİMLERİNE KATKISI **PROF. DR. AHMET GÜL** TIP FAKÜLTELERİNDE ARAŞTIRMA, GELİŞTİRME VE İNNOVASYON | **PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN** SAĞLIKTA VİZYON: SAĞLIK YÖNETİMİNDE ÖNCELİKLER | **PROF. DR. HAYDAR SUR** SAĞLIĞIN VE HALK SAĞLIĞININ FELSEFESİ: 21. YÜZYILDA GELİNEEN NOKTA | **DR. BİRSEN GÖKYİĞİT** KUZAY AFRIKA VE ARAP COĞRAFYASINDA MODERN SAĞLIK SİSTEMİNİN İNŞASI | **DR. MEVLİT YURTSEVEN** LİBYA'DAKİ BELİRSİZLİK: TÜRKİYE SAĞLIKTA NELER YAPABİLİR? | **PROF. DR. ERDAL AKALIN:** GELECEĞİN HEKİMİ TAKIM OYUNCUSU, LİDER VE KARAR ALICI OLMALI | **YRD. DOÇ. DR. HASAN KÖRKAYA** TOHUM VE TOPRAK | **DR. AHMET MURT** TIP EĞİTİMİ: ÖLÇME VE DEĞERLENDİRMEDE BECERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ | **PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ** ŞİŞMANLIK: GENETİK MİRAS MI YAŞAM TARZI MI? | **DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU** ZİHİNSEL SAĞLIĞIMIZIN İZLERİ ADIMLARIMIZDA | **PROF. DR. FAHRİ OVALI** 20. YÜZYILIN BAŞINDA ANADOLU'DA HEKİMLİĞİN AYNASI: HEKİM DERGİSİ | **DR. MAHMUT TOKAÇ** İÇİNDEN TIP GEÇEN FİLMLER: PATCH ADAMS **DR. ORHAN DOĞAN** KARİKATÜR

Biz burada her gün
“sağlık” üzerine
konuşuyoruz.
Tıklayın, siz de katılın!



SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

www.sdplatform.com

SD

EYLÜL-EKİM-KASIM 2011
SONBAHAR SAYI 20
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Dr. Mahmut Tokaç
Prof. Dr. Muzaffer Şeker

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. M. Yücel Ağargün
Dr. Mehmet Demir
Prof. Dr. Teoman Duralı
Prof. Dr. Hayrettin Kara
İlker Köse
Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu
Dr. Bülent Özeltay
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Şur
Doç. Dr. Akif Tan
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Nur Çarkacı Abama

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0212 453 48 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayımcının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Üniversite hastaneleri: Kim, nasıl yönetecek?

Ülkemiz ve dünya gündeminin çok yoğun ve değişken olduğu günümüzde sağlık alanı değişimin en yoğun olduğu alanların başında gelmektedir. Dünya, henüz içinden çıkamadığı ekonomik krizlerle boğuşurken, sağlık bu krizden öncelikle etkilenen alan durumundadır.

20. sayısı ile elinizde olan Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) yayın hayatına beş yıl önce başladı. Sağlık alanında sorunlara çözüm aramak hatta ideal olarak bir “okul” olabilme vizyonu ile yayın hayatına başlayan derginin 2000 sayfa aşan içeriği ile hedefine yaklaşmakta olduğu görülmektedir. SD’nin halk sağlığı, hasta güvenliği, hastalık yönetimi, hasta hakları, kalite ve akreditasyon, çevre ve sağlık, tıp eğitimi, tıp hukuku, tıp tarihi, tıp etiği, tıp felsefesi, sağlık politikası, sağlık ekonomisi, ilaç ve eczacılık gibi sağlık düşüncesi alanında çok geniş bir platform oluşturmayı başarabildiğini görmek büyük bir mutluluk kaynağı. Zengin bir yazar kadrosu ve geniş yelpazedeki bir okur kitlesinin oluşturduğu sinerji ile SD daha ileri hedeflere ulaşacaktır.

SD, sağlık alanında mevcut sorunları gündeme taşımakla kalmayıp her düşüncenin temsiline özen gösterip ortak aklı açığa çıkartacak şekilde çözüm odaklı yazılar ve “dosyalar” ile ülkemiz “sağlık kütüphanesi” için önemli bir kaynak oluşturmaktadır.

Günümüzün önemli tartışma konularından ve sorunlarından biri de hastanelerin nasıl yönetileceğidir. Özellikle eğitim, araştırma ve hizmet sunan üniversite tıp fakültesi hastaneleri için bu soru çok daha önemli bir hale gelmiştir. Tıp, dış hekimliği, eczacılık, hemşirelik gibi bilinen

sağlık mesleklerinin giderek çeşitlendiği ve 40’a yakın sağlık mesleğinin söz konusu olduğu günümüzde bu mesleklerin hemen hepsinin pratik eğitimlerini yapacakları bu hastaneleri, ana finans kaynağı olarak sadece ödeme kurumundan elde edecekleri gelire mahkûm etmek ve sonra dönüp “Bu hastaneler iyi yönetilemiyor!” demek hakkaniyetle ne kadar bağdaşır? Üstelik bu hastanelerin ürettikleri hizmetin bedeli de dünya örneklerine göre, ne yazık ki olması gerekenin çok altında takdir edilmektedir.

Ülkemizde sağlığın yasal düzenleyicisi, planlayıcısı olan Sağlık Bakanlığı’nın aynı zamanda uygulama alanında çok büyük bir alana hükmetmesi; denetimin aynı elle yapılması çok değişik sorunlar yanında üniversite hastanelerini de ciddi şekilde etkilemektedir. Üniversite hastanelerinin “bilinen” nedenlerle son 10 yılda yaşadığı sorunların katlanarak birikmesi, olayın sadece “hastane yönetimi ile ilgili bir sorun” olduğu yanılgısına yol açmaktadır. Yıllar içinde biriken insan kaynağı, fiziki yapı ve teknolojik donanım ile birlikte “sistem”le ilgili diğer sorunlar çözülmeden salt yönetimin el değiştirmesi ile sorunların çözüleceğini düşünmek ne kadar isabetlidir? Ülke genelinde sağlık hizmetlerini planlayıcı ve denetleyici rolü dışındaki görevlerini devretmesi gereken Sağlık Bakanlığı’nın üniversite hastanelerini de yönetmeye talip olması çok şaşırtıcı bir konudur. Ayrıca “tam gün kanunu” olarak bilinen ve uzun süredir ülke gündemini işgal eden sorunun üniversitelerin beklentilerini dikkate almayan bir şekilde kanun hükmünde kararname ile yeniden düzenlenmesi, üniversite ve hastanelerinde yeni yönetsel sorunlara neden olacaktır. Eğitim-araştırma alanında yapıl-

ması gereken değişiklikler, insan kaynaklarının yeniden planlanıp organize edilmesi; hasta hizmetlerinde istenen kalitede bir hizmetin sunulması, üniversite hastanelerinde bütünleşik bir yönetim sistemini zorunlu kılmaktadır. Mezuniyet öncesi, tıpta uzmanlık öğrenciliği, sürekli tıp eğitimi ve sağlık bilimlerinin diğer alanlarındaki uygulamalı eğitimi yürüten dekanlıklar ile “profesyonel” hastane yönetimlerinin yakın işbirliği içinde olacağı bütünleşik bir yönetim yapısı ile sorunların çözümü mümkündür. Üniversite hastanelerinin kapasitelerine göre farklı yönetim modelleri de söz konusu olabilmeli; ortak kullanım ve işbirliği kurumların birbirine tahakkümü için değil, karşılıklı yardımlaşma amacına yönelik olarak işletilmelidir. Üniversite hastanelerinin insan ve finans kaynaklarının çeşitliliğine imkân tanımak, sundukları yüksek nitelikli hizmetlerin karşılığını alabilmelerine fırsat vermek, araştırma-geliştirme bütçelerini artırmak, uluslararası rekabet edebilir kurumlar haline dönüştürmelerine destek vermek çözüm yolunda önemli adımlar olacaktır.

SD, yukarıda işaret edildiği gibi çok önemli bir sorun olan üniversite hastaneleri konusunu bu sayıda dosya olarak ele alıp; ülkemizdeki sorunları ve bunlara yönelik çözüm önerilerini, ayrıca gelişmiş ülke örneklerini de ele alarak elden geldiğince değişik görüşlere ayrıntılı yer vermiştir. Umarız ele alınan görüşler verimli bir tartışmayla ortak aklın oluşmasına vesile olur.

İçindekiler

6
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ NEREYE KOŞUYOR?
PROF.DR. SABAHATTİN AYDIN



14
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ VE ÜNİVERSİTE PRATİĞİ
PROF.DR. ÖSMAN HAYRAN

18
VAKIF ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİNİN DÜNYA BUGÜNÜ
PROF.DR. M. RAMAZAN YİĞİTOĞLU

20
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANELERİNİN
BUGÜNÜ VE GELECEĞİ
PROF.DR. M. İ. SAFA KAPICIOĞLU

24
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ İLE İLGİLİ SORUNLAR,
SORULAR VE ERCİYES ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ
PROF.DR. MUHAMMET GÜVEN

30
ÜNİVERSİTE - SAĞLIK BAKANLIĞI İŞBİRLİĞİ:
MARMARA ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ
PROF.DR. HASAN FEVZİ BATİREL
PROF.DR. MUSTAFA BAKIR

34
PROF.DR. YUNUS SÖYLET: ÜNİVERSİTE HASTANELERİ
ÜNİVERSİTELER TARAFINDAN YÖNETİLMELİ



40
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ, SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK
VE GÜÇLER AYRILIĞI
YRD. DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARI

44
ÜNİVERSİTE HASTANECİLİĞİ VE PPP MODELİ
PROF.DR. İRFAN ŞENCAN

46
İNGİLTERE'DE ULUSAL SAĞLIK SİSTEMİ
VE EĞİTİM HASTANESİ İLİŞKİSİ
DR. NURDAN ÖZYILMAZ - DR. ESRA ÇAĞLAR

50
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM İÇİNDE TIP FAKÜLTELERİ:
İNGİLİZ SİCİMİYLE ASILMAK
PROF.DR. HASAN YAZICI



54
ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE FINANSMAN
PROF.DR. ADNAN KISA

58
ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN MALİ DURUMU
MEMET ATAŞEVER

62
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI
EMEL VAROL



64
AKADEMİK TIBBIN SAĞLIK HİZMETLERİNE
VE TIP BİLİMLERİNE KATKISI
DR. SARPER TANLI

68
TIP FAKÜLTELERİNDE ARAŞTIRMA, GELİŞTİRME
VE İNNOVASYON
PROF.DR. AHMET GÜL

70
SAĞLIKTA VİZYON: SAĞLIK YÖNETİMİNDE
ÖNCELİKLER
PROF.DR. SABAHATTİN AYDIN

72
SAĞLIĞIN VE HALK SAĞLIĞININ FELSEFESİ:
21. YÜZYILDA GELİNER NOKTA
PROF.DR. HAYDAR SUR

76
KUZEY AFRIKA VE ARAP COĞRAFYASINDA MODERN
SAĞLIK SİSTEMİNİN İNŞASI
DR. BİRSEN GÖKYİĞİT

80
LİBYA'DAKİ BELİRSİZLİK: TÜRKİYE SAĞLIKTA NELER
YAPABİLİR?
DR. MEVLİT YURTSEVEN

84
PROF.DR. ERDAL AKALIN: GELECEĞİN HEKİMİ TAKIM
OYUNCUSU, LİDER VE KARAR ALICI OLMALI



90
TOHUM VE TOPRAK
YRD. DOÇ. DR. HASAN KÖRKAYA

92
TIP EĞİTİMİ: ÖLÇME VE DEĞERLENDİRMEDE
BECERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
DR. AHMET MURT

96
ŞİŞMANLIK: GENETİK MİRAS MI YAŞAM TARZI MI?
PROF.DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

98
ZİHİNSEL SAĞLIĞIMIZIN İZLERİ ADIMLARIMIZDA
DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU



100
20. YÜZYILIN BAŞINDA ANADOLU'DA HEKİMLİĞİN
AYNASI: HEKİM DERGİSİ
PROF.DR. FAHRİ OVALI

102
İÇİNDEN TIP GEÇEN FİLMLER: PATCH ADAMS
DR. MAHMUT TOKAÇ

104
KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Üniversite hastaneleri nereye koşuyor?

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510 Sayılı) sağlık alanında 2006 yılından sonra yeni bir devrin başlangıcı olmuştur. Bu devri iyi okuyamayan aktörlerin sağlık sisteminde yeterince güçlü rol oynaması mümkün olamayacaktır. Öncelikle dağınık kurumsal yapı ortadan kalkmış ve tüm nüfusu kapsayan sosyal kamu sigortacılığı oluşmuştur. Doğumdan itibaren

tüm vatandaşlar, Türkiye'de 1 yıldan fazla ikamet eden yabancılar, vatansız ve sığınmacılar bu sosyal sigortanın kapsamı içine alınmıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalanma hususunda tüm vatandaşlar eşit haklara sahip olmuştur. Devletin asli görevlerine ilave olarak sigorta mevzuatı da koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik tanımış, sağlık yardımlarının kapsamı genişletilmiş ve Türkiye'de tedavinin yapılamadığı durumlarda herkese yurtdışında tedavi

imkânı sağlanmıştır. Sürdürülebilirliğinin tartışması bir yana, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunun öngördüğünden daha sosyal (toplumcu, eşitlikçi) bir durum ortaya çıkmıştır. Bütün yurttaşlara ayırım yapmadan temel sağlık hizmeti paketinin sunulması hedeflenmiştir. Mevcut mevzuata göre bu temel sağlık hizmeti paketi son derece geniştir. Doğrudan ücretini kendisi ödeyen hasta sayısı ihmal edilebilir dereceye düşmüştür.



Genel sağlık sigortasının getirdiği en önemli yenilik, doğrudan hizmet sunumunu üstlenmeksizin, hizmetin özel veya kamu kuruluşlarından sözleşmelere dayalı olarak satın alınmasıdır. Kamuya ait sağlık hizmeti satın alma gücünün tek elde toplandığı güçlü bir merkezi yapı doğmuştur. Çoklu (plüralist) hizmet sunucularının karşısına tekel (monopol) bir hizmet alıcı çıkarılmıştır. Devlet gözetiminde hizmet sunucularını denetim altına alma, maliyetleri düşürme, tıbbi hedefler ve üst sınırlar koyma gücüne sahip merkezi bir otorite, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) oluşmuştur. Tek elden ödemeye dayalı bu merkezi sistem, harcamaların büyük kısmının büyük ölçüde devlete bağlı kurum tarafından sigorta fonu ve veya genel bütçe kaynağından ödemesi, hekimler, hastaneler ve diğer hizmet tedarikçilerinin merkezi otorite çerçevesinde faaliyet yürütmesi ama kendi kurumsal yapılarını koruyabilmesi anlamına geliyor. Bu kurumsal yapılar Sağlık Bakanlığı tesisleri veya üniversite hastaneleri olabileceği gibi, tamamen özel sektör tarafından oluşturulan hizmet tedarikçileri de olabilmektedir.

SGK sonrası hastanelerde değişim

Bu süreçte başta Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) hastaneleri olmak üzere, PTT, DDY, Polis Hastanesi gibi bütün hastaneler devlet hastanesi statüsüne dönüştürülmüştür. Böylece üniversite hastaneleri hariç bütün kamu hastaneleri harmonize edilerek Sağlık Bakanlığı'nın yönetimi altına girmiştir. Hızlı mevzuat düzenlemeleri ile özel hastaneler de sistemin aktif paydaşları olacak şekilde teşvik edilmişler, denetim ve ruhsatlandırma disiplini ile büyük çoğunluğu SGK bağımlısı harmonize hastaneler halini almıştır. Kamuya ait hastanelerin hemen hiçbiri bu sistemin dışında kalamamıştır; SGK sisteminin dışında kalabilen özel sektöre ait hastane ise çok az sayıdadır. Böylece devlet hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri, başlıca hastası SGK kapsamından gelen kamu hizmeti yürütücüsü halini almış durumdadır. Artık bütün bu hastaneler fiyat politikaları, ödeme süreçleri, denetim ve yaptırımlar açısından SGK'ya bağımlı kurumlar halini almıştır. Bu model altında ister kâr amacı gütmeyen özel hastaneler ya da vakıf kurumları olsun, isterse devlet ya da üniversite hastanesi olsun, bütün hizmet sunucuları rekabetçi bir ortamda faaliyet yürüten stratejik işletmeler halini almıştır. Ya da en azından kendilerini böyle görmeye zorlanmışlardır. Kısacası özel sektörde olduğu gibi kamu hastaneleri yöneticileri de işletme mantığı ile düşünmek zorunda bırakılmışlardır. Bu açıdan bakıldığında hastanenin kamuya mı, yoksa özel sermayeye mi ait olduğunun fazla bir önemi kalmamıştır. Hastane mülkiyetine bakarak herhangi bir şekilde ayrımcılık beklenmemelidir. Yapılan iyi niyetli ay-

rımcı uygulamalar da kısa ömürlü olmaya mahkumdur.

Bu döneme uyum sağlamak için hastaneler zorlu bir süreci yaşamak zorunda kalmıştır. Sağlık kuruluşlarımızın bu süreçten etkilenme derecesi, yeni duruma uyum becerisi ve bu uyumun hızı farklı farklı olmuştur. Bu farklılıkların doğrudan hastane yöneticilerinden kaynaklandığını söylemek zordur. Çok farklı dinamikler bu sürecin yönetiminde rol almıştır. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, diğer kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri başlıkları altında bu dinamikleri incelemek sorunların anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

Devlet hastaneleri

Bu dönemde devlet hastaneleri sıkı merkezi takibe tabi tutuldu. Hastane bilgi sistemleri yaygınlaştı. Kaynakların merkezi planlamalarla paylaşımı yapıldı, gerektiğinde birbirine devri gerçekleştirildi. Sınırlı da olsa TOKİ, özel idare, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü gibi farklı kaynaklardan destek alındı. Hizmet alımı yoluyla sermaye gerektirmeyen yatırımlar yapıldı; hizmetin hızlı verilmesi sağlandı. Performansa göre ödem sistemi ne kadar tartışma yaratırsa yaratsın, bu sayede hastaneler hizmet arzını önemli oranda artırdı. Kurumsal performans denetimleri sayesinde kalite temelli sıkı bir takip ve iyileştirme yapıldı. Yeni yatırımlarda ve renovasyonda modern bir anlayış hâkim oldu; devlet hastanesi algısı değişikliğe uğradı. Devlet hizmeti yükümlülüğü, personel dağılım cetveli gibi araçlar ve sıkı atama politikası ile personel kaynağının dengeli paylaşımı sağlandı. Böylece devlet hastanelerinin büyük çoğunluğu SGK sonrası döneme uyum sağlamayı başarmış oldu. Bu süreçte en fazla zorlananlar eğitim hastaneleri oldu. Eğitim hastanelerinin zorlanmasında şeflik sistemi, baş asistan atanamaması, asistana dayalı hizmet anlayışı gibi başka faktörlerin yanı sıra üçüncü basamak hastaları için belirlenen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) tedavi fiyatlarının da rolü olduğunu söyleyebiliriz.

Özel hastaneler

Bu dönemde özel hastanelerin kamu hastasını kabul etmesi hasta kaynağını hızla artırdı. SGK gibi güvenli ve düzenli bir finans kaynağına kavuşmuş oldular. Yeni yatırımlarla ülke geneline yaygınlaştılar. Zincir hastane yapıları ve yabancı sermaye ile ortaklıkları sayesinde sermaye açısından güçlü kurumlara dönüştüler. Bu arada sınırlı da olsa özel sigorta ve ücretli hastalardan ek kaynak elde ettiler. Kayıt dışı hizmetler ve hastalardan yasal sınırın üstünde fark talep etmelerinin önüne geçilmediği önemli bir rahatlama oluşturdu. Böylece özel hastanelerin SGK sonrası dö-

Yeni dönemde üniversiteler özerk kurumlar oldukları ön yargısı ile siyasal değişimlere ve taleplere direnç gösterdiler ve “daha iyisini bilirim akademisyen tavrı” nedeniyle SGK sonrası dönemi okumada yetersiz kaldılar.

neme uyumu çok hızlı gerçekleşmiş oldu. Bununla birlikte, tasarımları, yatırım özellikleri, hedef kitlelerinin seçkinlerden oluşması gibi nedenlerle az sayıda hastane Türkiye'nin yeni sosyal güvenlik modeline uyum gösteremedi. Yine de SGK, branş anlaşmaları yoluyla bu hastanelere sınırlı desteğini sürdürdü. Bu hastaneler, ücretli hasta sayısını azaldığı için markalarını öne çıkarıp refah düzeyi yüksek olan daha özel bir hedef kitleye ve özel sigortalara odaklandılar. Bu kitlenin yeterli olmadığını görünce ülke dışına yönelmek zorunda kaldılar. Bu hastanelerimiz sayesinde sağlık turizmi ivme kazanmış oldu.

Diğer kamu hastaneleri

Bu süreçte 5283 sayılı, Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun hükmü çerçevesinde SSK hastanesi, PTT hastanesi, DDY hastanesi, Polis hastanesi gibi başka kamu kuruluşlarına ait olan hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilerek devlet hastanesi statüsü kazandılar. Devlet hastanelerinin yaşadığı dönüşümü yaşayarak sürece uyum sağlamayı başardılar. Devir işleminin dışında kalan kurumlar, mesela İstanbul Emniyet Tıp Merkezi, Belediye hastaneleri ve Kızılay sağlık kuruluşları (özel ama kamu gibi yönetiliyor) zor durumda kaldılar. Başta hekimler olmak üzere çalışanları bu kurumlardan başka yerlere geçme uğraşına girdiler. Yeni döneme uyum sağlayamadığını fark eden Ankara Belediye Hastanesi ve Kızılay sağlık kuruluşları gibi bazı kuruluşlar daha sonra kendi talepleri ile Sağlık Bakanlığı'na devir uğraşına girdiler. Bu yönde düzenlemeler yapıldı.

Bezmialem Vakıf Gureba Hastanesi, bu dönem öncesinden başlayan uzun bir macera yaşadı. Önce Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından işletilen hastane, protokolle Çalışma Bakanlığı'na devredilerek SSK hastanesi olmuştu. 5283 sayılı Kanunla Sağlık Bakanlığı'na devredildi. Yeni döneme uyum çalışmaları sürerken Vakıflar Genel Müdürlüğü hastaneyi tekrar devraldı. Ardından



Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nin kurulması ile hastane bu üniversiteye devreldi. Tüm bu süreçte hastanenin varlığını sorunsuz olarak sürdürebilmesi, Vakıflar Genel Müdürlüğü'nün desteğiyle mümkün olabilmektedir.

Üniversite hastaneleri

Yeni dönemde üniversiteler özerk kurumlar oldukları ön yargısı ile siyasal değişimlere ve taleplere direnç gösterdiler ve "daha iyisini bilirim akademisyen tavrı" nedeniyle SGK sonrası dönemde okumada yetersiz kaldılar. Bu yüzden üniversite hastaneleri, yeni dönemde oluşturulan mevzuata, Sağlık Bakanlığı ve SGK tarafından yapılan düzenlemelere geç tepki verdi. Köklü, büyük üniversitelerin oturmuş, kıdemli kadroları sahip oldukları gelenekleri bırakmak istemediler; genel kabul görmüş hantal yapıdan kurtulamadılar. Buralarda başarılı öğretim üyeleri hak ettiklerine inandıkları özlük haklarını üniversite dışından temin etmeye devam ettikleri için kendi klinikleri veya anabilim dallarının içine yeterince yoğunlaşamadılar ve hastane performansının sorumluluğu büyük oranda yöneticilerin üzerine kalmış oldu.

Bilhassa büyük şehirlerdeki üniversite hastanelerinde hizmet yükü ile orantısız sayıda üst düzey personel, yani öğretim üyesi mevcut. Bu büyük kitlesinde hâkim olan; 'hizmet değil, eğitim kurumunda görev yaptıkları algısı', hastanenin işleyişine karşı sorumsuzluğu daha da pekiştirmiş oldu. Üniversite hastanelerinin her birinin tek başına hareket eden kurumlar olması, ortak ihale, ölçek ekonomisi, personel kaydırması, stok yönetimi, gibi avantajlardan yararlanmalarına engel oldu. Eğitim hastanelerinde olduğu gibi üçüncü basamak hastalarının tedavi SUT fiyatlarının ye-

tersizliğinin etkisi de göz ardı edilmemelidir. Bu hususta SGK'nın pozitif ayrımcılık yaparak üniversitelere farklı fiyat uygulaması olmuşsa da, hem yerli olamamış, hem de birinci ve ikinci basamak hastaların kabul edilmesi dolayısıyla adil de olmamıştır. Kısacası birkaç istisna dışında üniversite hastanelerinin SGK sonrası döneme uyum süreci zor oldu. İstanbul, Ankara, İzmir ve Bursa gibi büyükşehirlerdeki üniversitelerin hastanelerinde uyum büyük oranda gerçekleşemedi.

Üniversite hastanelerinin anatomisi

Süreç içinde üniversite hastanesini tartışır olmamız, bu hastanelerin fiziksel yapıları, konumları, iç dinamikleri, istihdam ve yönetim şekillerinin yanında kendilerine biçtikleri görevleri ile de farklılıklar göstermesinden kaynaklanmaktadır. Bu farklılıkların önemli bir kısmının zorunluluğu tartışılabilir. Ancak neticede üniversite hastanelerinin farklı anatomik yapısı yeni döneme uyum açısından büyük zorluklar oluşturmaktadır. Uyumsuzluğun sadece yönetim sorununa indirgenmesi çözümü de zorlaştırmaktadır. Bu yüzden üniversite hastanelerinin görevlerinin ve buna uygun yapılanmalarının gözden geçirilmesi, ayıklamak veya korumak zorunda olduğumuz unsurları tespit etmeye yardımcı olacaktır. Özellikle üniversite hastanelerinin sağlık sektörlerinin diğer aktörleri ile karşılaştırması yapılırken karşımıza çıkan araştırma, eğitim ve hizmet sunumu gibi işlevleri ele almanın gerekli olduğuna inanıyorum.

Araştırma görevi

Araştırma görevi, üniversite hastanelerinde genel kabul görmüş bir anlayıştır. Neredeyse bütün öğretim üyeleri, sağlık hizmeti açısından sorgulandıkların-

da, bu genel görevin ardına sığınrlar. Zira sağlık hizmetinde sorgulanamaz olmanın mazereti, asıl görevin "hizmet" olmadığı iddiasıdır. Üniversitemiz araştırma ve eğitim açısından da yeterince sorgulanmadığı için, sorumluluk yükünün azladığı bir durum ortaya çıkmaktadır. Bu durum bazen "akademik özerklik" ile de karıştırılarak bir söylem halini alabilmektedir. Ekonomik çıkarların hizmet sektöründe olduğunu fark eden ya da bir biçimde buna erişebilen öğretim üyesi doktorlar, hizmetten doğan getiri ihtiyacını üniversite dışında karşılamakta, araştırma ve eğitim ihtiyacını, diğer bir deyişle akademik tatmini de üniversite hastanesinde karşılama yoluna gitmektedir. Bu öğretim üyelerimiz, teoride hizmet, eğitim ve araştırma fonksiyonlarının hepsini birden yaptıkları inancıyla davranabilmektedir. Böylece üniversite hastanesi akademik dinamikliğin elverdiği ölçüde tasarlanan konumunu koruma uğraşı vermekte ancak ülke sağlık sisteminin dinamiklerini kullanamamaktadır. Hizmet için enerjisini üniversite dışına yoğunlaştıran akademisyenin araştırma ve eğitim görevinde üstlendiği rol doğal olarak sınırlı kalmaktadır. Aslına baktığımızda, araştırma için gerekli alt yapı çok az üniversitemizde mevcuttur. Genelde araştırma adıyla sözü edilen faaliyetlerin çoğu klinik gözlem çalışmalarına dayanmaktadır ki bu da doğrudan sağlık hizmetine bağımlı bir iştir. Araştırmanın tanımını, kapsamını, finans kaynağını, araştırmacının harcayacağı zaman ve emeği, bundan doğan çıkarını, performans ölçütlerini ve ödüllendirme yöntemlerini ortaya koymamız, "araştırma görevini" koruyabilmemiz açısından önem taşıyor. Böyle bir durumda klinisyen olmakla araştırmacı olmayı ayrı kategorilerde değerlendirmek zorunda kalabiliriz. Gelirini klinikten, onurunu araştırmadan alan mele-

ğretim üyelerinin kısmi süreli çalışmaları, enerjilerini bir şekilde üniversite dışındaki özel hastane veya muayenehanelere kaydırmaları, hastane içindeki hizmet hacmini ve kalitesini belirgin şekilde olumsuz etkilemektedir. Bu durum sadece noktasal hasta hizmetlerinin etkilenmesi ile kalmayıp kitlesel olarak öğretim üyelerinin üniversite hastanesine sahiplenme zafiyeti ile sonuçlanmaktadır.

bir yapı ile bu göreve sahip çıktığımızı ileri sürmemiz çok gerçekçi görünmü-

Eğitim görevi

Sağlık Bakanlığı ve üniversitelere ait eğitim hastanelerinin en çok öne çıkan görevinin eğitim olduğu var sayılmaktadır. Bu hastanelerin adlandırılmasındaki ortak kavramın eğitim oluşu da bunu göstermektedir. Genede kanaat, Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinin sadece "tıpta uzmanlık-mezuniyet sonrası", üniversite hastanelerinin ise tıpta mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimi üstlendiği yönündedir. Bu ikilemin yoğun bir tartışma yarattığını biliyoruz. Sağlık Bakanlığı ve üniversitenin buradaki rolünün "kurumlar bazında" tartışılıyor olmasının sorunun çözümüne bir yarar sağlamadığı kanaatindeyim. Konuya bir çözüm getirebilmek için ne yapmak istediğimiz ile ne yapmakta olduğumuzu karşılaştırmamız gerekecektir.

Öncelikle mezuniyet öncesi eğitimden başlarsak, üniversite hastanelerimizin sorumluluk alanı sadece tıp öğrencilerinin staj eğitimlerine indirgenen mezuniyet öncesi eğitim değildir. Hala üniversite hastanelerini "tıp fakültesi hastanesi" olarak görme alışkanlığımız devam etmektedir. Bugün en az yarısı yükseköğretim kapsamına giren 40 civarında yasal olarak tanımlanmış sağlık mesleği mevcuttur. Öncelikle düşünce dünyamızda doktorluk ve diğerleri ayırımına son vermek ve mezuniyet öncesi

uygulamalı eğitimde hastanelerimizin rolünü masaya yatırmak zorundayız. Bu sorunlu alan sadece öğrenci düzeyinde kalmamakta, öğrenciye eğitim veren öğretim üyesine de yansımaktadır. Örneğin tıp fakültesinin klinik bilimlerdeki bir öğretim üyesinin hiçbir düzenlemeye ihtiyaç göstermeksizin hastanenin doğal çalışanı olarak kabul edilmesine karşın, hemşirelik veya fizyoterapi bölümünün klinik alandaki öğretim üyesi hastanenin çalışanı olarak kabul görmemektedir. Bu öğretim üyeleri, uygulamalarını üniversite hastaneleri ya da devlet hastanelerinde genellikle okutman düzeyindeki öğretim görevlileri gözetiminde yürütmektedir. Niye tıp fakültesi iç hastalıkları öğretim üyesi iç hastalıkları kliniğinin çalışanı ve hatta yöneticisi oluyor da, hemşirelik programının iç hastalıkları hemşireliği öğretim üyesi aynı kliniğin çalışanı ve hatta hemşirelik yöneticisi / sorumlu hemşiresi olmuyor? Sorunun arka planında sadece kurumsal odaklı yaklaşımımızın değil, meslek odaklı yaklaşımımızın da olduğunu düşünüyorum.

Mezuniyet öncesi staj eğitimi, gözlem ve tecrübeli uygulayıcılar gözetiminde eyleme katılma şeklinde yürütülmektedir. Bu eğitimde önemli olan yeterince vaka sayısının olması, vaka çeşitliliğinin bulunması ve yaygın vaka türleri ile rutin işlemlerin iyi özümsemesinin sağlanmasıdır. Artık doktorun herşeyi bildiği ve diğer sağlık personelinin eğittiği dönemler geride kalmıştır. Bu uygulamalı eğitim bütün sağlık mesleklerinde yeterince verilmek zorundadır. Temel materyeli hasta olan bu eğitim ancak yoğun bir şekilde hizmetin yürütüldüğü alanda verilmek zorundadır. Yani hizmet görevinden uzaklaşmış bir kurumda verilen uygulamalı eğitim sınırlı kalmak zorundadır. Ya eğitim alanını hizmetten koparmamak ya da eksikimizi rutin hizmetin yoğun olarak sunulduğu alanlarla tamamlamak zorunda olduğumuz kanısındayım. Burada konuya hastane açısından bakmakta olduğum için eğitimin veriliş tarzı, yeterliği ve müfredatı gibi konulara değinmek istemiyorum.

Mezuniyet sonrası eğitimde üniversite hastaneleri daha çok tıpta uzmanlık eğitimine odaklanmaktadır. Bunun dışında "uzman hemşire", "uzman fizyoterapist" gibi unvanlar kazandıran tezli veya tezsiz lisansüstü eğitimler çoğu kez hastaneden uzakta teorik olarak yürütülmektedir. Hastanelerin önemli bir eğitim imkânı sunma potansiyeli taşıdığı "klinik eczacılık" veya "klinik psikoloji" gibi alanlar ise daha çok yeni ve henüz gündemimizde yeterince yer almış değil. Görüleceği üzere, eğitim hastanesini ya da hastanenin eğitim işlevini bu açılardan bakarak detaylı bir şekilde ele almamız gerekiyor.

Tıpta uzmanlık eğitiminde, her ne kadar iddialı olsak ve Tıpta Uzmanlık Kurulu

ve meslek dernekleri eğitim kalitesi ve standartlarına yönelik yoğun çalışmalarını yürütse de arka planda çok daha güçlü bir unsurun rol aldığını görürüz. Sağlık hizmet sektöründe uzmanlık öğrencisi, araştırma görevlisi ve asistanlar gibi kavramlar altına gizlediğimiz önemli bir üşgücü potansiyeli mevcuttur. Bu işgücünü farklı kavramlarla tanımlıyor olmamız onlardan beklentimizi veya onlara yüklediğimiz görevi yansıtmıyor. Bu farklı adlandırmaların farklı zamanlarda çıkan mevzuat düzenlemelerinden kaynaklandığının farkındayım. Ancak böylesine bariz farklılığın o mevzuatın hazırlanmasında rol oynayan düşüncelerden kaynaklandığını düşünmeden edemiyorum. Eğer yeterince uygulamalı eğitim vermek üzere ekibimize bir öğrenci katmak istiyorsak "uzmanlık öğrencisi" almamız doğaldır. Araştırma faaliyeti yürütüyor ve bu araştırmalarda aktif eleman olarak görevlendirmek üzere bir personel gerekiyorsa "araştırma görevlisi" istihdam etmek en doğal hakkımızdır. Böyle kategorize etmeksizin -eğitim, araştırma, hizmet- her ne iş yapıyorsa yanımıza bir yardımcı eleman almak niyetinde isek bir asistan istihdam etmemiz gerekebilir. Hastanelerimizde görevlendirdiğimiz bu büyük miktardaki insan kaynağı potansiyelimize hangi görevi yüklediğimizi derinlemesine incelememiz konuya ışık tutabilir.

Bir kliniğin / anabilim dalının niye asistan talep ettiği sorusuna vereceğimiz cevap, yukarıdaki tartışmaya yardımcı olacaktır. İtiraf etmek gerekir ki, genellikle emirlere itaat edecek, klinikteki iş yükünün üstlenecek, gece nöbetlerine kalacak ve geleceği uğruna klasik mesai sınırlarına bakmaksızın çalışmak zorunda kalacak personele sahip olmak en önde gelen dürtü olmaktadır. Bundan dolayıdır ki, asistan olmaksızın bir eğitim hastanesinin yürütülemediği hemen her öğretim üyesinin peşin kabulü olmuştur. Gerçekten uzmanlaşmış sağlık hizmetini asistanlar yürütebilir mi, yürütmeli mi? Eğer asistanlarımızı yüklediğimiz sorumluluklar uzmanlaşmış sağlık hizmeti değilse, bunu başka sağlık profesyonellerine yükleyerek eğitime kapı aralayamaz mıyız?

Tıpta veya diğer sağlık mesleklerinde uzmanlık eğitimi sadece tez yapılan konuda değil, uzmanlık alanında detaylı bilgi ve beceri edinmeyi gerektirir. Bu yüzden bu tür eğitimin doğrudan uygulamanın içinde olması kaçınılmazdır. Bu uygulama da butünüyle uzmanlık alanını kapsamalıdır. Kısacası çok spesifik bir konuda öne çıkmış, alanın rutinlerini yeterince kapsamayan ve uygulama materyeli olan hasta sayısının yeterli olmadığı bir mekânda bu eğitimlerin verilmesi söz konusu değildir. Yani belli bir alanda uzmanlaşmayı sağlayacak "uzmanlık eğitiminin" verilebilmesi o alanda yeterince yoğun hizmet verebi-



len bir hastanede mümkündür. Bu eğitim ya bütünyle hizmet yoğun bir hastanede gerçekleşecek, ya da eksiği böyle bir hastanede tamalanmak zorunda kalınacaktır. Gerçek hayatta bu tür eğitimler daha çok öğrencinin hemen en yakınında uygulamayı yapan tecrübeli kademililer eliyle verilmektedir. Tabii ki, hiç bir eğitim teoriden bağımsız olmaz. Uzmanlık eğitiminde teorik bilginin asıl kaynağı eğitimciler değil erişilebilen uygun kaynaklar olmaktadır. Eğitimcinin esas rolü, tecrübesini aktarmada, kaynaklara ulaşma fırsatı oluşturmada, önderlik etmesinde ve belki de rol model olabilmesindedir. Görülüyor ki bu eğitimin hangi kurumda değil, hangi eğitimcilerle ve hangi hasta materyeli ile yapılacağı önem arz ediyor. Kanaatimce kafamızı karıştıran husus, bireyi belli bir

alanda sahada çalışmaya hazırlayan uygulamalı “uzmanlık eğitiminin” üniversite hocalığına giden yolda “akademik kariyer” ile karıştırılması hatta eş tutulmasıdır.

Sağlık hizmeti görevi

Bir kurumu hastane yapan temel özellik hastalara hizmet üretmesidir. Türkiye sağlık sisteminde tek hizmet alıcı olan SGK monopol bir yapı kurmuştur. Temel geliri SGK kaynaklı olan hiçbir hastanenin yoğun sağlık hizmeti sunmaksızın sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi mümkün olamamaktadır. Üniversite hastanelerinde personel giderleri büyük oranda üretilen hizmetten bağımsız olarak katma bütçeden karşılandığı için daha az riske edilmekte ol-

salar da, bu etkilmeden bağımsız kalamamaktadırlar. SGK bağlantılı sağlık hizmet sunucusu olan bütün hastaneler (devlet, üniversite, özel) harmonize edilmeye zorlanmış ve ölçülü bir rekabete sokulmuştur. Üniversite hastanelerinin bu harmonizasyonda yetersiz kalması temel sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Üniversite hastanelerinin 3. basamak sağlık hizmeti sunuyor olması ve bu tür hizmetlerin fiyatlandırma yetersizliği gibi haklı mazeretleri yok değil. Ancak bu mazeretler tablonun bütününü açıklamaya yeterli olmamaktadır. Az sayıda istisnaları dışında üniversite hastanelerinin sağlık sistemi içinde üstlenmek zorunda oldukları kaçınılmaz hizmet rolünü tam olarak benimzediklerini söyleyemeyiz. Kendilerine biçtikleri araştırma ve/veya eğitim

görevleri ile üstlenmek zorunda kaldıkları kaçınılmaz rolün çatışması verimsizlik ile sonuçlanmaktadır.

Değişen standartlar, kayıt sistemleri, hukuki durumlar her geçen gün sağlık hizmetlerinde yeni düzenleme ve denetimlere yol açmaktadır. Özellikle sağlıkta çok sayıda reformun hayata geçirildiği son yıllarda bu durum çok hızlanmıştır. Üniversite hastanelerinde görev yapan doktorların öğretim üyesi kimliği ile özgür, sistem tanımaz, talimat kabul etmez, hızlı değişen mevzuatı takip etmeyen tutumları, üniversite hastanelerinin dinamizm kazanmasının önünde engel teşkil etmektedir. Üniversitede eğitim kadroları, hastane hizmet birimlerinin yönetimi ve işletilmesi ne tam olarak uyumlu olmayan bir hiyerarşiye (Dekan, Bölüm Başkanı, Anabilim Dalı Başkanı) sahip bulunmaktadır. Bu da hastanenin kendi dinamikleri ile işletilmesini zorlaştırmaktadır. Özellikle anabilim dallarının genel hastane organizasyonunu zora sokan bağımsız tutumları verimli hizmet üretmeyi hedefleyecek entegre bir hastane örgütlenmesini güçleştirmektedir.

Öğretim üyelerinin kısmi süreli çalışmaları, enerjilerini bir şekilde üniversite dışındaki özel hastane veya muayenehanelere kaydırmaları, hastane içindeki hizmet hacmini ve kalitesini belirgin şekilde olumsuz etkilemektedir. Bu durum sadece noktasal hasta hizmetlerinin etkilenmesi ile kalmayıp, kitlesel olarak öğretim üyelerinin üniversite hastanesine sahiplenme zaafiyeti ile sonuçlanmaktadır. Öyle ki, hastanede daha iyi hizmet verme uğraşı, çoğu kez sadece hastane yöneticilerin sorunu halini almakta, diğer öğretim üyeleri bu sorumluluğun altına girmemektedir. Hastanede başta doktorlar olmak üzere optimum sağlık personelinin istihdam edilemesi, bütün kamu hastanelerinin sorunu olmakla birlikte üniversite hastanelerini önemli oranda etkilemektedir. Özellikle hastane ihtiyaçları gözetilmeksizin tamamen fakülte yönetimi veya rektörlükçe başka saiklerle öğretim üyesi istihdamı yapıldığı için hastane birçok doktoru kucağında bulmaktadır. Bu her zaman hizmetin gereği ile paralel gitmemektedir. Çoğu kez, hizmetin gereği olarak gerekli sayıda gerekli kişiyi istihdam etmek yerine var olan nitelikli elemanların yetenek ve ilgilerine göre hizmet vermeye çalışılmaktadır. Bu da hizmet verimliliğini önemli oranda azaltmaktadır. Türkiye genelinde 62 adet üniversite hastanesi mevcuttur. Bu kurumlarda görevli hekim sayısı ise 21 bin 800 civarındadır. Bu hastanelerimizde 34 bin 700 yatak olduğunu göz önüne alırsak 1,5 yatağa bir hekimin düştüğünü görürüz. Diğer yandan sadece bir kıyaslama yaparsak, Sağlık Bakanlığı'nın kendi hastanelerinde ve özel sektör için koyduğu planlamalarda 3 yatağa bir hekim öngörülmektedir.

Üniversite hastanelerinin nitelikli hastaları kabul ederek sadece 3. basamak sağlık hizmeti vermesi konusu da hep dile getirilen bir husustur. Bir üniversite hastanesinin etkin bir şekilde eğitim ve bunun için gerekli sağlık hizmetini verebilmesi için 1-1,5 milyonluk bir hizmet nüfusuna hitap etmesi beklenmektedir. Vaka çeşitliliğinin yanında bilhassa üniversite hastanesinin vermesi gereken 3. basamak hizmetlere kaynak oluşturmak için bu potansiyel gereklidir. Aksi durumda bu hastane, ne kadar üniversite hastanesi olursa olsun, fiilen 2. basamak sağlık kuruluşu durumuna düşecektir. Şu anda mevcut olan üniversite hastanelerimizden 33 tanesi 1 milyonun altında, 40 tanesi ise 1,5 milyonun altında nüfusa hitap etmektedir. Büyük nüfus kitlelerine hitap eden üniversite hastanelerimizin bulunduğu Ankara ve özellikle İstanbul gibi illerimizin merkezlerinde ise yeterince hizmet verecek 2. basamak hastane mevcut değildir. Bu arada üniversite hastanelerinde SGK dışı kaynaklar gittikçe azalmaktadır. Her bir üniversite hastanesi tek başına izole kurumlar olarak davranmaktadır; ortak ihale, ortak kaynak kullanımı, ölçek ekonomisi gibi avantajları kullanamamaktadır.

Bu süreçte üniversite hastaneleri çeşitli platformlarda sorunlarını dile getirmektedirler. Bu serzeniş, sorunun farkına vardıklarını gösteren önemli bir aşamadır. Ancak bu aşamayı hastane yöneticilerinin dışındaki bütün öğretim üyelerinin yakaladığını söyleyemeyiz. Ne var ki, bütünyle çok yönlü bir sorun olan bu durum, genellikle sadece hastane yönetim sorunu gibi algılanmakta ve çoğu kez yöneticiler suçlanmaktadır. Korkarım ki, üniversite hastanelerinde kaynakların verimsiz kullanıldığı iddiası ile kamu otoritesinin bir tavır alması ve diğer kamu hastanelerine benzer şekilde üniversite hastanelerini de harmonizasyona zorlaması ihtimal dahilindedir.

Görevler arası etkileşim

Yukarıda belirtildiği gibi bir kurumun hastane olması, hastalara hizmet üretmesi ile mümkündür. Hiçbir hastanenin sağlık hizmetinden ayrı düşünülmesi mümkün olamaz. Ne var ki, sorumluluk alanında zaman ayırıcı başka işlevlerin bulunması bu hizmetin yoğunluğuna etki edecektir. Örneğin eğitim ve araştırmaya ayrılacak zaman hizmeti azaltacaktır. Diğer taraftan eğitim ve araştırma için yeterli sayı ve çeşitlikte hasta materyalinin bulunması, yeterince sağlık hizmeti verilmesine bağlıdır. Görülüyor ki bu görevi diğerlerinden tam olarak ayırmak mümkün olamayacaktır.

Araştırma ve eğitim genellikle birlikte anılsa da, hastane açısından durum oldukça farklıdır. Sağlık bilimlerinde staj eğitimleri ile tıpta uzmanlık eğitimleri doğrudan hizmetle iç içe olan eylemler-

dir. Dolayısı ile yüksek yoğunlukta ve çeşitlilikte hizmet varsa bu uygulamalı eğitimler yeterince verilebilir. Araştırma ana görev olarak seçilirse araştırma konusu hasta materyalinin temin edilmesi spesifik konu ve alanlarda hasta kabulünü gerektirir. Böyle durumda esas amaç araştırma olduğundan sağlık hizmeti tali unsur olmaktadır. Hastanenin ve araştırmacıların gelirinin ya doğrudan katma bütçe veya özel bütçeden tahsis edilmesi veya doğrudan araştırma ile ilişkilendirilmesi gerekecektir. Böyle olmayıp, bugün olduğu gibi, gelir hastaya bağlanırsa, sağlık hizmetinin esas unsur, araştırmanın tali unsur olması ile karşı karşıya kalırız. Nitekim bugün bu sorunu yaşamaktayız. Bugün üniversite hastanelerimizde yeterince araştırma yapılamamasının ardındaki etmenlerin belkide başında bu durum gelmektedir. Araştırmanın gerektirdiği vakalara odaklanıp onları kabul etmek hizmeti aksatacak ve hastane gelirden mahrum kalacaktır. Hizmete odaklanıp vakaları bütünyle kabullenmek ise araştırma yapılmasına fırsat vermeyecektir. Hele araştırmanın finansmanının hastalardan elde edilen gelire bağlanması, bu kısır döngüyü kör düğüm haline getirmektedir. Araştırma uğruna hizmeti aksatmak ve yetersiz hizmet ve yetersiz kaynak nedeniyle araştırma yapamamak gibi bir durum ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmeti ile araştırma arasındaki ilişki iki kategoride olmaktadır. Birincisi materyalin hasta olduğu araştırma ki, bir şekilde hastanede sağlık hizmetine ihtiyaç gösterir. Diğeri ise laboratuvar ortamındaki deneysel çalışmalardır; bu çalışmalarda sorun hasta değil, hizmet sunan araştırmacı doktorun iş yükü dağılımıdır. Özlük hakkının bu işyükü ile paralel olmadığı durumlar sorunlu olmaktadır. Doktorun gelirinin sağlık hizmetine bağlı olması, araştırmaya vakit ayırmasının önünde engel teşkil etmektedir.

Sağlık hizmeti ile eğitim arasındaki ilişki biraz daha farklılık arz etmektedir. Başta tıp olmak üzere sağlık mesleklerinin her biri eğitimde yeterli sayıda ve yeterli çeşitlilikte hastaya ihtiyaç duymaktadır. Bu yüzden mezuniyet öncesi eğitimin sadece belli konulara odaklanmış ve belli alanda araştırma konusu hastalara verilen hizmetle birlikte verilebilmesi yeterli olamayacaktır. Eğitim ya doğrudan yeterince rutin vakanın görülebileceği yaygın sağlık hizmeti veren bir hastanede gerçekleştirilecek, ya da spesifik alanda odaklı hizmet üreten hastanede verilen eğitimin eksiklikleri yine yaygın sağlık hizmeti veren hastanelerle giderilmeye çalışılacaktır. Sonuçta önemli olan bu hastanelerin mülkiyeti değil, hastanede hastalar ve eğitimcilerin varlığıdır. Akademik yönü biraz daha ağır bassa da mezuniyet sonrası eğitim de kendi alanın-

Araştırma görevi taşıyan hastane, piyasa dinamiklerinin müdahalesinden, SGK yönlendirme ve yaptırımlarından uzaklaşma ve görevine sadık kalma gücünü kendisine verecek bağımsızlığı kazanmalıdır. Bunun için ticari odaklı olmayan bir yönetim ve hizmet modeline ihtiyaç vardır.

da olmak şartıyla aynı şekilde yeterli derecede sağlık hizmetine ihtiyaç göstermektedir. Yani uygulamalı sağlık meslekleri eğitimi sağlık hizmetinden ayrı düşünmemiz mümkün görünmemektedir. Burada eğiticinin özlük hakkının eğitim ve sağlık hizmeti ile eş zamanlı olarak ilişkilendirilmesinin bir çatışma doğurmayacağını sanıyorum.

Hastane - fakülte ikilemi ve eğitim hastaneleri

Üniversite hastanelerinin öncelikli görevini araştırma, eğitim ve sağlık hizmetinden hangisinin oluşturduğu hususu hep tartışma konusu yapılmaktadır. Bu üç kavramdan herkesin aynı anlamı çıkardığını sanmıyorum. Bazen bir alandaki başarısızlığımızı diğer alandaki sorumluluğumuza atfederek anlaşılır kılmaya çalışıyoruz. Tıp fakültesinin öncelikli amacının tıp eğitimi vermek olduğu konusunda herhalde fikir birliği vardır. Bunun yanında araştırmaya vasat oluşturma görevinden de söz edilebilir. Tıp fakültesinin sağlık hizmeti sunma gibi bir görevi yoktur, olmamalıdır da. Sorunun "fakülte" ile "hastaneyi" birbirine karıştırmaktan kaynaklandığını sanıyorum. Bu iki antiteyi iyi ayırmak gerekir. Hastane tıp eğitiminde öğrencilerin uygulamalı eğitim alması için uygun ortam oluşturan bir araç olduğu için vazgeçilmez olmaktadır. Bilhassa uzmanlık eğitimi doğrudan hasta üzerinde uygulayarak usta-çırak eğitimi şeklinde yürütüldüğü için hastane hizmetinin ayrılmaz bir parçası olmaktadır. Bu da tıp fakültesini hastane ile özdeşleştirmektedir. Hâlbuki sağlık alanında tıp dışında onlarca meslek eğitimi yapılmakta ve bunlar tıp eğitimi kadar hastane ile özdeşleşmemektedir. Mesela mesleki yeterlikler çerçevesinde bakıldığında, teorik eğitimin iki katı kadar uygulamalı eğitim yapılması gereken hemşirelik eğitimi, tıp eğitimi kadar hasta-

ne ile iç içe değildir. Tıp fakültesi öğretim üyeleri hastanenin doğal çalışanı kabul edilmesine rağmen, hemşirelik fakültesi veya yüksekokulu öğretim üyeleri hastanenin doğal çalışanı olamamaktadır. Tıpta bir anabilim dalı başkanı üniversite hastanesinin klinik şefi olarak yetki kullanırken, hemşirelik fakültesinde bir anabilim dalı başkanı ilgili kliniğin servis sorumlu hemşiresi olarak görev yapmıyor. Tıp mensubu öğretim elemanları mesailerini bütünüyle hastaneye hasrederken, hemşirelik alınıdaki öğretim elemanları hastanede sadece stajyer öğrencilerin gözcülüğünü yapmaktadır. Birinde hasta hizmeti öğretim elemanının görev tanımına girerken, diğerinde hasta hizmeti hastanenin kadrolu hemşiresine bırakılmaktadır. Tıp fakültesi temel bilimler öğretim elemanlarının hastane gelirlerinden pay alması meşru kabul edilirken, hemşirelik fakültesi öğretim elemanlarının böyle bir pay talep etmesi aklımızdan bile geçmemektedir.

Hemşirelik eğitiminin, kendi alanında, tıpta olduğundan daha az pratik gerektirdiğini her halde söyleyemeyiz. Bu iki uygulama biçiminden biri mutlaka hatalı olmalıdır. Benim kanaatim ikisinin de hatalı olduğu yönündedir. Birinde öğretim elemanı, hastanenin dinamikleri ve ihtiyaçlarına bakılmaksızın, hastaneye görevlendirilen kadrolu doktor olarak görev yaparken, diğerinde hastanenin kadrolu hemşirelerinden bağımsız olarak gerçek anlamda uygulamalı eğitime katkı verememektedir. Bu ikisinin ortasında bir çözüm olmalıdır.

Sözünü ettiğim istihdam modelleri hastanenin yönetimine de yansımaktadır. Tıp fakültesinin dekanı çoğu kez üniversite hastanesinin yönetimine müdahil olmaya çalışmakta ve kendisini hastaneye başhekiminin amiri gibi görmektedir. Diğer yandan hemşirelik okulu müdürünün kendisini hastanenin hemşirelik yöneticisi (başhemşire) olarak gördüğü ve yönetime müdahil olduğu bir örneğe rastlamıyoruz. Aynı üniversitenin eczacılık fakültesi yöneticilerinin veya öğretim üyelerinin hastane eczanesine veya klinik eczacılık çerçevesinde serviste medikasyon süreçlerine müdahil olduğu örneklerle de rastlamak mümkün değil. Doğaldır ki, bu şekilde sağlıkla ilgili fakültelerin/okulların hastaneye müdahil olduğu bir ortamda rantabl bir hastane yönetiminin ortaya çıkması mümkün değildir. Hastane içinde öncelikler değişecek ve bu kaotik ortama muhtemelen hasta hizmetleri feda edilecektir. Öyle ise hastaneyi ayrı bir antite olarak ele almalı ve sürdürmek zorunda olduğu fonksiyonlara odaklanan bir işletme yapısı oluşturulmalıdır. Bilhassa içinde bulunduğumuz karmaşık sağlık hizmeti yapılanması ve rekabete dayalı dinamik ortamda hastane yönetimi ikincil bir iş olamaz. Herhangi bir birimin yan kuruluşu, destek birimi ya da lazım olduğunda kapısı açılarak

pratik yapılacak bir laboratuvar olmaz.

Tıp ve diğer sağlık mesleklerinde hastanede yürütülen uygulamalı eğitim daha çok gözleme ve gözlemcinin gözetiminde bazı becerileri kazanmaya dayalıdır. Stajyerlik ve intörlük dönemleri bu eğitim sürecinde öğrenciye daha çok yardımcılık/çıraklık görevi yüklemektedir. Bu tür eğitimler rutin işlerden uzak olmayan, yeterince hasta çeşitliliğinin olduğu bir hastane ortamına ihtiyaç gösterir. Tıpta uzmanlık eğitimi belli alanda bilgi ve beceriyi geliştirme amaçlıdır. Gerçekte uzmanlık bir akademik kariyer değil, meslekte branşlaşma ve ilerlemenin bir yoludur. Bütün tıp alanları yoğun bir bilgi gerektirse de, özellikle denenmiş, yararı kanıtlanmış nakil bilgi önemlidir. Akademik hayatın esasını oluşturan bilgi üretimi zaten uzmanlık eğitiminin sınırlarını aşmaktadır. Uzman olmak için teorik bilgi ve araştırma başarısı ne kadar olursa olsun asıl önemli olan, hasta üzerinde uygulama becerisi ve tecrübedir. Bu yüzden uzmanlık eğitimi için vakanın bol olduğu, sadece ekstrem vakalar değil, sıradan vakaların da olduğu uygulama alanları gereklidir. Dolayısı ile sağlık mesleklerinde mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitim, hasta sayısının ve çeşitliliğinin çok olduğu, birbirleriyle etkileşimli birçok tıbbi dalın bir arada bulunduğu hastane veya hastanelerde verilmelidir.

Türkiye'nin genel sağlık sigortası ortamında yukarıda tanımladığımız özellikte olup, SGK ile anlaşmalı çalışmayan hastanelerin sayısı çok fazla olmaz. Finansmanını SGK kanalı ile elde eden hiçbir hastanenin de ülkenin sağlık politikalarından bağımsız davranış göstererek ayakta kalması beklenemez. Bu itibarla kendi öncelikleri ve sağlık sektöründeki rolüne uygun olarak örgütlenen, bu bilinçle yönetilen, üniversitede eğitimi verilen bütün sağlık mesleklerine uygulama ortamı oluşturmaya amaçlayan bir hastane yapılanması oluşturmak gerekir. Böyle bir hastane bir fakülte kadrosunun istihdam yeri değil, belki bütün sağlıkla ilgili fakültelerden bağımsız ancak onlara gerektiği ölçüde kapı aralayan ayrı bir kurumsal yapıya dönüşmelidir. Böyle bir kurumsal yapının en önemli özelliği, kendi dinamikleri doğrultusunda örgütlenmesi ve yönetilmesidir. Üniversitenin öğretim üyelerinin bu tür hastanelerde çalışmasının garantisi olmamalı, hastanenin ihtiyaç ve talebi halinde öğretim üyesi burada hizmet üretebilmelidir. Bu hastanelerde ayrıca hizmet üreten öğretim üyeleri, çalıştıkları mesai veya ürettikleri hizmete karşılık ilave maaşı bu hastanelerden alabilmelidir. Genelde bir meslek eğitimi olan tıp eğitiminde tanımlanmış bir eğitim programının, eğiticinin ve uygulama alanının bulunması yeterlidir. Böyle bir alan, üniversitenin kendi hizmet-eğitim hastanesinde ola-

bileceği gibi tamamen başka tüzel kişiğe (ve hatta özel kişiye) ait bir hastane ile işbirliği (afiliyasyon) yapılarak da temin edilebilir. Eğitimin cari gider ve işgücü maliyeti doğrudan üniversite tarafından, sağlık hizmetinin maliyeti ve görev yapanların ücretleri hastane tarafından karşılanan bir model geliştirmek mümkündür.

SGK'dan bağımsız araştırma hastaneleri

Sağlık hizmeti sunumu dışında görev üstlenmeye çalışan bir kurumun kontrollü de olsa rekabet ortamında mücadele etmesi, mali yapısı hizmet sunumuna -dolayısı ile merkezi ödeyici kuruma, yani SGK'ya- bağımlı iken potansiyelini başka alana kaydırması fazla gerçekçi görünmüyor. Hastane ya oyunu kuralına göre oynayacak ve mevcut sistemin gereklerini yerine getirerek iyi bir hizmet sunucusu olacak ya da hizmet odaklı merkezi ödeme sisteminde bağımsız bir yapı kazanarak diğer görevlerini önceleyecektir. Bir hastanenin sağlık sistemi içinde sisteme entegre bir yapıda var olmasından konuşurken, bugün için hastanenin Bakanlık hastanesi mi, üniversite hastanesi mi yoksa özel hastane mi olduğunun fazla bir önemi kalmamıştır. Sorun sağlık hizmeti sunan kurumların mülkiyet aidiyeti değil, yürürlükteki sağlık sistemi içinde hizmet ve ödeyici ilişkisi bağlamında oluşturulan kıstaslara bağlı kalıp kalmayacağı ile ilişkilidir. Bu kıstaslar her zaman kamu politikaları ve sistemin el verdiği ölçüde piyasa dinamikleri ile doğrudan ilişkilidir. Dolayısı ile kendi misyonunu belirleme iddiasındaki bir sağlık kurumunun bu çerçevede başarıya ulaşması çok mümkün olmamaktadır. Araştırmayı görev edinmiş bir hastanenin başta SGK'nın yönlendirmeleri olmak üzere, kamu politikaları ve piyasa dinamiklerinin müdahalesinden uzaklaşma ve araştırma metodolojisine sadık kalma gücünü elinde tutabilecek derecede bağımsız olması gereklidir. Böyle bir yapı en azından ticari odaklı olmayan yönetim ve hizmet modeline sahip olmalıdır. Bu da hastanenin hem kadro istihdamında, hem de hizmet sunumunda genel kamu politikaları, istihdam araçları ve hizmetlerin ödemesini yapan sigortacılık sisteminin dışında tutulması ile mümkün olabilir. Kısacası böyle bir araştırma hastanesi, klinisyeni daha çok araştırmacı, hastayı da daha çok araştırma vakası olarak görmeye eğimli, faaliyet alanına uygun istihdam özgürlüğü taşıyan, hastaya endeksli maksi-sizin finans kaynak kullanabilen bir yapıda olacaktır.

İşlevsel ayrışma

Her ne kadar kurumsal yapı olarak hastaneyi 1- hizmet ve eğitim odaklı hastane, 2- araştırma odaklı hastane olarak ikiye ayırmayı öngörüyor olsak da, burada önemli olan iki ayrı kurumun olması değil, farklı görev üstlenen ve farklı mali kaynağa sahip işletmelerin olmasıdır. Bu iki kurumsal yapıyı işlevsel farklılığı koruyarak aynı çatı altında toplamak da mümkün olabilir. Ancak şu anda bunu yönetebilmek zordur, zira faaliyet alanı hızla finansal getirinin kolay olduğu yöne kayma eğilimindedir. Garantili finans kaynağı SGK yoluyla yaygın sağlık hizmetine bağlı olduğu için hastanenin bu yöne kayması kaçınılmaz olur. Eğer bu işlevsel ve yönetimsel ayrıştırmayı iyi yapar ve özellikle bunarın mali kaynaklarını yönetebilirsek bu ayrışmayı öğretim üyesi istihdam modeli üzerinde de yapabiliriz. Tıp fakültesi öğretim üyesi 1-sadece ders veren hoca (lecturer), 2-sadece araştır-

Hastanelerimizi, içine hapsettiğimiz modelden çıkarıp amacı net tanımlanmış ve tanımlanan amaca yönelik olarak yapılanmış hastane modelleri oluşturmadıkça bu hastanelerin yöneticilerini suçlu ilan etmek haksız bir tutum olur.

macı (researcher) veya 3-sadece klinisyen (clinician) olabilir. Muhtemelen temel bilimlerde ilk iki özellik, klinik bilimlerde de son iki özellik öncelikli kabul görecektir. Zira klinik bilimlerde teorik ders seminer tarzında ve nispeten az oluyor, uygulamalı eğitim ise zaten klinik hizmetin bir parçası konumunda. Bu modelin sağlıklı işlemesi için öğretim elemanının maaş olarak elde edeceği geliri doğrudan çalıştığı alandan gelmelidir. Yani öğretim elemanlarının derse dayalı geliri olabileceği gibi, araştırmaya dayalı geliri olabilmeli veya klinik hizmet karşılığı gelir elde edebilmelidir. Eğer organizasyon iyi yapılırsa, öğretim üyeleri bu üç alanda ihtiyaca göre ve yetenekleri nispetinde istihdam edilebilir. Aynı öğretim üyesi de zamanını bu alanlara bölerek çalışabilir. Bu durumda öğretim üyesinin geliri parçalı olarak her alandan elde etkilerinin toplamından oluşacaktır. Esnek bir model kurularak öğretim üyelerinin yetenek ve birikimleri göz önüne alınarak bu alanlarda farklı farklı oranlarda çalışmaları temin edilebilir. Böyle bir model geliştirildiğinde, üniversite hastanesi diğer hastanelerle karşılaştırılkrken toplam doktor sayısı değil, doktorların klinikte görevli oldukları saat yükü referans alınarak kıyaslamalar yapılır. Böylece daha kabul edilebilir iş analizleri ortaya çıkar. Klinik hizmet yetersizliğinde eğitimi, araştırma yetersizliğinde hizmeti mazeret göstererek içine düştüğümüz verimsizlik çıkmazdan kurtulma fırsatı yakalanır.

Sonuç

Sonuçta üniversite hastanelerimize geçici kaynak aktarmak, hastaneleri bu model içinde tutarak SUT fiyatları ile oynamak veya yöneticileri değiştirmek gibi tedbirler, sorunu çözmeye yeterli olmayacaktır. Hastanelerimizi, içine hapsettiğimiz modelden çıkarıp amacı net tanımlanmış ve tanımlanan amaca yönelik olarak yapılanmış hastane modelleri oluşturmadıkça bu hastanelerin yöneticilerini suçlu ilan etmek haksız bir tutum olur.

Hastane işletmeciliği ve üniversite pratiği

Prof. Dr. Osman Hayran

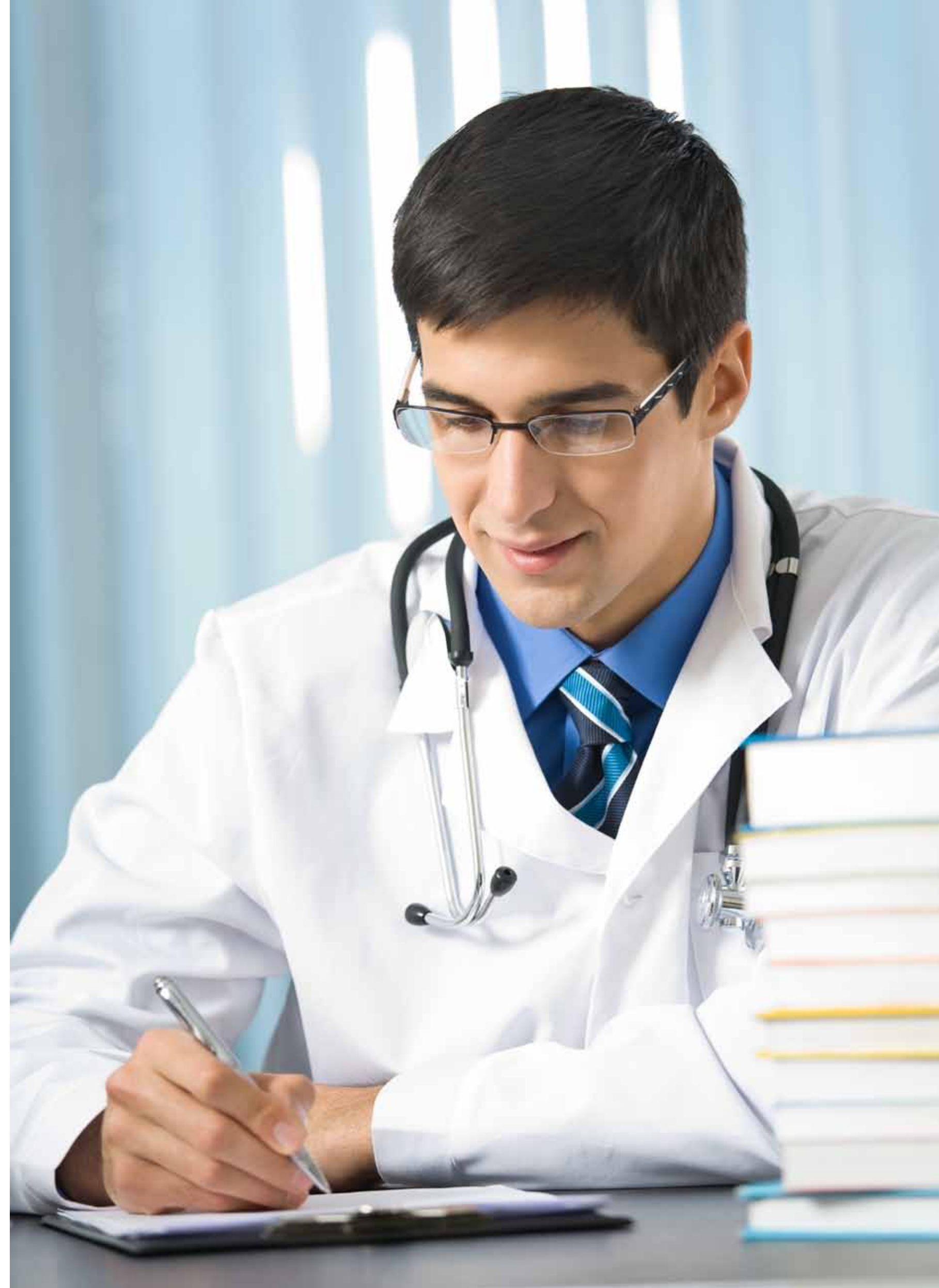


İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı İhtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı Doçenti, 1994 yılında da Profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesi'ne geçen Hayran, halen Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Türkiye'de hastane işletmeciliğinin evrimi gözden geçirildiğinde devletçi anlayışla kurulan ve işletilen kamu hastanelerinden kâr amaçlı özel hastanelere doğru bir savrulma yaşandığı dikkati çekmektedir. Yakın bir tarihe kadar kamu hizmeti

olarak neredeyse tamamen devlet tarafından sunulmakta olan ikinci basamak tedavi edici sağlık hizmetleri, giderek artan şekilde özel hastanelere devredilmektedir. Küreselleşme olgusu ve benimsenen neoliberal ekonomik politikaların zorlaması nedeniyle bu değişimi bir yere kadar normal karşılamak müm-

kündür. Nitekim bu değişimin temelini oluşturan ve AK Parti hükümetleri tarafından "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında başarılı bir şekilde yürütülen sağlık politikaları, aslında sadece bu hükümetlerin programı değil 1980'li yılların ikinci yarısında Dünya Bankası kredileri ile başlatılan reform çalışmalarının uzan-



Üniversite hastanelerindeki işler bugün olduğu gibi seçimle işbaşına gelmiş bir üniversite rektörünün sırf kendisine yakın bulduğu için atadığı, genellikle yönetim eğitimi almamış akademisyen bir başhekim ve aşağı yukarı benzer kriterlerle oluşturulan bir yönetim ekibinin altından kalkamayacağı kadar karmaşıktır. Ülkemizdeki üniversite hastane işletmeciliği için esaslı bir düzenlemeye ihtiyaç vardır.

tıdır. Bu programa uygun olarak özel sektörün hastanecilik alanına yatırım yapması teşvik edilmiş, hastane hizmetlerinin kalitesini artırıcı önlemler alınmış, sevk zinciri kaldırılmış ve sağlık güven-cesi olan vatandaşlara özel hastanelerden de yararlanabilme imkânı sağlanmıştı.

Özel hastaneciliğin teşvik edilmesi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin hiç olmazsa bir kısmının pazar koşullarına bırakılması, benimsenen politikalara uygun olsa da ülkemizde izlenen yolun ve bugüne kadar gerçekleşen değişimin gelecek açısından sağlıklı olduğunu söylemek pek mümkün değildir. Çünkü ülkemizdeki özel hastanecilik **“kâr amaçlı”** kuruluşların artışı şeklinde gelişmektedir ve bu değişim, denetimi zor birtakım suistimallerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Nitekim her yeni doğana küvöz bakımı verme, gereksiz tetkikler ve cerrahi işlemler uygulama gibi SGK’dan haksız kazanç sağlama amaçlı suistimal örnekleri şimdiden rahatsız edici şekilde artmaya başlamıştır. Oysa yürütülen programa rehberlik eden neoliberal politikaların ve sağlıkta pazar anlayışının kaynağı olan ülkelerde egemen olan hastanecilik anlayışının böyle olmadığı, var olan hastaneler arasında kapasite açısından en büyük payın bazen **“kâr amacı gütmeyen”** kuruluşlara bazen de kamu hastanelerine ait olduğu, ülkemizdekine benzer şahıslara ve aile şirketlerine ait “kâr amaçlı” özel hastanelerin ise her zaman en düşük paya sahip olduğu görülmektedir (1-3).

Bunun çok basit bir nedeni vardır; sağlık hizmetleri, doğası gereği ne tamamen

pazar koşullarına bırakılabilecek ne de tamamı kamu hizmeti olarak sunulabilecek türde hizmetlerdir (4). Örneğin, çocukların bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklanması veya şebeke sularının klorlanması, pazar koşullarına bırakılması neredeyse imkânsız olan türde hizmetler iken, memnun olmadığı dudağına kalınlaştırma işlemi yaptırmak isteyen veya göz rengini değiştirmek isteyen bir kişinin alacağı hizmetin de hiç bir yerde kamu hizmeti olarak kabul görmesi söz konusu değildir. Öte yandan, sağlık hizmetleri konusunda pazar kurallarının beklendiği şekilde işlemediği, sağlık sektöründeki **“sunucu tarafından oluşturulan talep”** olgusunun arz-talep ilişkisini bozduğu bilinmektedir (5, 6). Hekim tarafından kendisine sezer-yanla doğum önerilen bir gebenin ya da göğüs kafesindeki ağrı için ameliyat önerilen bir kişinin bu hizmetleri talep etmemesi, erteleme- si pek kolay değildir. Bu özellikleri nedeniyle sağlık sektöründe faaliyet gösterecek özel kuruluşların “kâr amacı gütmeyen kuruluş” şeklinde yapılması yaygın ve çağdaş bir anlayıştır. Genellikle hükümetler dışı örgütlenmeler tarafından kurulan ve işletilen bu tür kuruluşları “kâr etmeyen kuruluş” olarak anlamamak gerekir. Bu türdeki kuruluşlar iyi yönetimleri halinde tabii ki kâr edeceklerdir, ancak bu terim ile kastedilen, öncelikli amaçlarının kâr etmek değil, kaliteli hizmet üretmek olduğudur. Bu nedenle mülkiyetleri şahıslara ya da ailelere değil de, genellikle kamuya yararlı faaliyetlerde bulunmak amacıyla kurulan derneklere, gönüllü kuruluşlara, vakıflara aittir ve yönetimleri profesyonel bir ekip tarafından sağlanmaktadır. Sahipliği üstlenen belirli bir patron bulunmadığından elde edilen kâr, hizmetlerin daha verimli ve kaliteli olması için harcanır. Ülkemizde bulunan devlet hastanelerinden başka bazı vakıf hastaneleri ile üniversite hastaneleri bu anlayışa uygun olarak faaliyet gösteren ya da göstermesi gereken kuruluşlardır.

Üniversite hastaneleri, tüm diğer hastane çeşitlerinden yani kâr amaçlı özel hastanelerden, kamu hizmeti veren devlet hastanelerinden farklı olmanın yanı sıra kâr amacı gütmeyen diğer hastanelerden de farklı ve önemli özelliklere sahiptir. Üniversite hastanelerinin işlevleri arasında, hastalara üçüncü basamak tedavi hizmeti verilmesine ek olarak, eğitim ve araştırma hizmetlerinin sunulması yer almaktadır. Tıp, eczacılık, hemşirelik, fizyoterapistlik, diyetisyenlik, vb. sağlık mesleklerinin uygulamalı eğitimi, hekimlerin uzmanlık eğitimi, sağlık alanındaki çeşitli bilimsel araştırmalar için üniversite hastanelerine ihtiyaç vardır. Bu özellikler, üniversite hastanelerinin diğer hastanelerden farklı bir anlayışla yönetilmesini, verimlilik ve kârlılıklarının diğer hastanelerden farklı yöntemlerle değerlendirilmesini gerektirmektedir. İyi bir üniversite hastanesinde eğitim gören hekim ve sağlık personelinin, araştırma yürüten akademik personelin, hastanenin kârlılığına hiçbir katkısı yok gibi gö-

rünse hatta yük getirdiği düşünülse de, bu tür faaliyetlerin uzun vadede ülke sağlık hizmetlerine ve ekonomisine sağlayabileceği yararların çok olacağı ortadadır.

Hal böyle iken üniversite hastanelerindeki yönetim sorunları yakın zamana kadar neredeyse hiç tartışılmamış, bu kuruluşlar bazen politik güç kullanma alanları gibi görülmüş, bazen faaliyetleri sorgulanamaz olan ayrıcalıklı kuruluşlar olarak değerlendirilmiş ve biriken sorunlar üniversite hastanelerini tükenme noktasına getirmiştir. Üniversite hastanelerindeki verimlilik ve yönetim sorunlarına daha gerçekçi bir açıdan bakabilmek, doğru çözüm önerileri getirebilmek için hastane işletmeciliğinin üniversite pratiği açısından yerini ve önemini iyi kavramak gerekir.

Genelde sağlık hizmetlerinin yönetimi, özelde hastane işletmeciliği hayli karmaşık uğraşlar olup ciddi eğitim gerektiren uzmanlık alanlarıdır. Nitekim gelişmiş başka ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de uzun yıllardır bu konuda lisans, yüksek lisans ve doktora programları bulunmaktadır. Henüz ayrı bir uzmanlık alanı olmamakla birlikte, yapılan işlerin ve hizmet sunan mesleklerin özelliği açısından üniversite yönetiminin de çok karmaşık olduğu görülmektedir. Bu iki organizasyonun yönetim açısından önemli olabilecek ortak özelliklerini gözden geçirmek, sorunların değerlendirilmesi açısından önem taşımaktadır. Üniversite ve hastanelerin ortak özellikleri şu şekilde özetlenebilir:

• Her ikisi de hizmet sektöründe faaliyet gösterir, sanayi ürünü değil hizmet üretir.

Hizmet sektöründeki faaliyetler için söz konusu olan heterojenlik, soyutluk ve bütünlük bunlar için de geçerlidir. Verilen her hizmet, duruma veya kişiye özgü olup kendisinden bir öncekinden farklıdır. Bu nedenle işlerin tektipleştirilmesi, standardize edilmesi, yukarıdan aşağıya hazırlanacak yönergelerle düzenlenmesi çok zor hatta bazı hallerde imkânsızdır. Hizmetlerin soyut özelliği onların kalite kontrolünü zorlaştırmaktadır, çünkü depolamak, sunumdan önce testten geçirmek mümkün değildir. Bu nedenle de hizmetlerin kalitesi büyük ölçüde çalışanların bireysel bilgi ve beceri düzeyi ile yönetimin başarısına bağlıdır. Hizmetler çok çeşitli parçalardan oluştuğu halde tümü bir araya geldiğinde anlam taşımaktadır. Parçalardan herhangi birinde ortaya çıkacak bir sorun çoğu zaman tüm hizmetin olumsuz algılanmasına neden olmaktadır ve geriye dönüp bunu değiştirmek, telafi etmek mümkün değildir.

• Sunulan hizmetlerin kamusal ve özel nitelikleri vardır.

Eğitim ve sağlık, temel insan hakları arasında yer almaktadır. Hatta diğer bazı hakların sağlanması bile bu hakların

varlığına bağlıdır. Bu nedenle bu hakların korunmaları, öncelikle devletlerin yani kamunun sorumluluğunda olup tamamen bireylerin tercihlerine, serbest piyasaya, pazar koşullarına bırakılmaları dünyanın hiç bir yerinde doğru karşılanmamaktadır. Ancak bu konularda talep edilen her türlü hizmetin hak olduğunu söylemek de mümkün değildir. Örneğin estetik nedenlerle cildini düzeltmek isteyen bir kişinin almak istediği plastik cerrahi hizmeti ya da avukat olduğu halde sırf hoşlandığı için ressam da olmak isteyen bir kişinin talep ettiği eğitim hizmeti hemen hemen hiç bir ülkede hak olarak kabul edilmemekte ve bu amaçla verilen hizmetlerin kamu hizmeti niteliğinde olması da gerekmemektedir. Hangi tür hizmetlerin kamusal, hangilerinin özel sunulması gerektiği konusu, ülkelerin demografik, sosyolojik, kültürel ve ekonomik gerçekleri ile yakından ilişkili olup tüm ülkelere genellenebilecek bir sınıflama yapmak mümkün değildir. Bu nedenle bu hizmetlerin kamusal ve özel yönü iyi değerlendirilmelidir.

• Her iki sektör de özerkliği gelişmiş mesleklerle, egosu şişik meslek mensuplarına sahiptir.

Üniversite öğretim üyeliği, doğası gereği özgür düşünceye, yaratıcılığa ve bireyciliğe dayanmaktadır. Üniversitelerde özerklik esastır. Sağlık sektöründe ise eğitim süreci boyunca egosu şişirilmiş, bir kısmı insanların yaşam kalitesi ile oynama hakkına sahip olan profesyoneller görev yapmaktadır. Bir öğretim üyesine araştırmanın sonucunda ne bulması gerektiğini söylemenin ya da bir hekime hastasını nasıl tedavi etmesi gerektiğini dayatmanın söz konusu bile olmadığı ortadadır. Başka bir deyişle her iki sektörde de mesleklerin özerkliği gelişmiş, güç alanları geniş, sınırları keskindir. Her iki sektörün çalışanları da otorite ve kurulu düzenle uyuşma konusunda sürekli sorun yaşamaktadır. Bu nedenle bu sektörlerde hem ünvanlardan kaynaklanan “mesleki emperyalizm” örneklerine sıkça rastlanmakta, hem de kişiler arası veya örgütsel çatışmalar daha sert yaşanmaktadır.

• Her ikisinde de çalışma saatleri esnek olmak zorundadır.

Araştırma yapan, makale yazan, ders hazırlayan öğretim üyesi ile sürekli bakım muhtaç hastaları, acil vakaları olan sağlık personelinin çalışma sürelerini sekiz saatlik işgününün kuralları ile sınırlamak mümkün değildir. Bu nedenle iki sektörde de özel hayat ve profesyonel hayat içiçedir. Bu içiçelik nedeniyle çalışanların performansını gerçekçi biçimde ölçebilecek kriterler koymak çok zordur.

Bu özellikler, üniversite hastanelerinin yönetimini diğer hastanelerden daha farklı, daha zor ve daha karmaşık hale getirmektedir. Bugün ülkemizdeki kamu üniversitesi hastanelerinde sunulan hizmetlerin yeterliliğinden; hem devleti yö-

netenler, hem de bu kuruluşları yönetenler memnun değildir. Bu kuruluşlarda sunulan sağlık hizmetlerinin içerik ve niteliğinin neredeyse devlet hastanelerindekinden farksız, eğitim ve araştırma hizmetlerinin ise taşınması zor bir yük haline geldiği görülmektedir. Bu durumun nedenleri arasında var olan bütçe kısıtlamalarını, personele uygulanan/ uygulanmak istenen performans kriterlerini, hizmet bekleyen hasta ve öğrenci sayısını göstermek mümkün olsa da, aslında bu durum öz olarak bir yönetim sorunu, üniversite hastanelerine özgü profesyonel bir yönetim anlayışının, yönetim kültürününün geliştirilememesi sorunudur. Örneğin personelin işyükü, performansı ve hastanenin hizmet kapasitesi genellikle devlet hastaneleri veya özel hastanelerle kıyaslanarak değerlendirilmektedir. Oysa bu kuruluşların diğer hastanelerde tanı konulamayan ya da tedavi edilemeyen komplike vakaların geldiği ve uzun uzadıya incelendiği, öğretim üyelerinin hasta bakmak kadar öğrenci, stajyer, asistan eğitimi ile de ilgilendiği, araştırmalar yürüttüğü referans sağlık merkezleri olması beklendiğinden bu tür kıyaslamalar doğru değildir. Öte yandan bu kuruluşlar yönetim ve hizmet sunum tarzları ile “kâr amacı gütmeyen” sağlık kuruluşlarının nasıl olması gerektiğinin iyi birer örneği olmak zorundadırlar. Üniversite hastanesi yöneticileri, bir yandan eğitim ve bilimsel araştırma faaliyetlerinin en üst düzeyde yürütüleceği ortamı sağlarken, bir yandan da hastanenin işletmeciliğinin verimli bir şekilde sürdürülmesi, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin evrensel ölçülerde sunulması işlevlerinin başarmak, üstelik tüm bunları içinde yaşadıkları toplumun gerçeklerine ve değerlerine uygun biçimde başarmak durumunda olan kişilerdir.

Sonuç olarak, üniversite hastanelerindeki işler bugün olduğu gibi seçimle işbaşına gelmiş bir üniversite rektörünün sırf kendisine yakın bulduğu için atadığı, genellikle yönetim eğitimi almamış akademisyen bir başhekim ve aşağı yukarı benzer kriterlerle oluşturulan bir yönetim ekibinin altından kalkamayacağı kadar karmaşıktır. Ülkemizdeki üniversite hastane işletmeciliği için esaslı bir düzenlemeye ihtiyaç vardır. Öte yandan bu kuruluşların karşı karşıya olduğu sorunlar sadece üniversitelerin sorunu olarak da görülmemeli, kamu yararına eğitim ve sağlık hizmeti sunan bu kuruluşlara maddi açıdan her türlü destek sağlanmalı, yapılan işlerin ruhuna uygun bir yönetim kültürü oluşturulmalıdır. Eğitim, sağlık ve bilimsel araştırma faaliyetlerinin birlikte yürütülmek zorunda olduğu bu kuruluşlara birer ticarethane olarak bakmak ne kadar yanlış ise, dokunulmazlığı olan seçkinlerin mekânı ya da yasal düzenlemelerle hizaya getirilmesi gereken devlet kuruluşları gözüyle bakmak da o kadar yanlıştır.

Eğitim, sağlık ve bilimsel araştırma faaliyetlerinin birlikte yürütülmek zorunda olduğu bu kuruluşlara birer ticarethane olarak bakmak ne kadar yanlış ise, dokunulmazlığı olan seçkinlerin mekânı ya da yasal düzenlemelerle hizaya getirilmesi gereken devlet kuruluşları gözüyle bakmak da o kadar yanlıştır.

Kaynaklar

1) AHA Resource Center. Fast facts on US Hospitals. <http://www.aha.org/aha/resource-center/Statistics-and-Studies/fast-facts.html>. (Erişim tarihi:18.Temmuz.2011.)

2) McKee M, Healy J (eds). Hospitals in a changing Europe. Open University Press. 2002, s:71.

3) Vogler S, Habl C, Leopold C, Mazag J, Morak S, Zimmermann N. PHIS Hospital Pharma Report 2010. Gesundheit Österreich GmbH, Vienna2010, s:30.

4) Health Economics. A WHO Perspective.WHO Task Force on Health Economics, 1995, s.5.

5) Birn AE, Pillay Y, Holtz TH. (2009) Textbook of International Health: Global health in a dynamic world. Third edition, New York: Oxford University Press, 2009, s:540-545.

6) Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supplier-Induced Demand for Medical Services, Productivity Commission Staff Working Paper, Canberra, November. 2002, s:5.

Vakıf üniversitesi hastanelerinin dünü bugünü

Prof. Dr. M. Ramazan Yiğitoğlu



1962 yılında Manisa ilinin Soma ilçesinde doğdu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni (1985) bitirdi. Biyokimya Uzmanı (1990), Biyokimya Doçenti (1992), Biyokimya Profesörü (2004) oldu. Çeşitli üniversitelerde pek çok idari görevlerde bulundu. Halen Fatih Üniversitesi Rektör Yardımcısı ve Tıp Fakültesi Dekanı olan Dr. Yiğitoğlu, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Vakıf, bir kişinin, belirli bir hizmetin yerine getirilmesi ya da başkalarının yararlanması için malını ya da parasını bağışlayarak oluşturduğu kuruluştur. Bir vakfın kurulabilmesi için mülk sahibinin vakfa bırakacağı bir mülk ya da gelir kaynağı, bu mülkün yönetiminden sorumlu bir kişi yani mütevellî, vakıftan yararlanacak kişiler ya da görülecek hizmet ve ayrıca mülk sahibinin bütün bunları ayrıntısıyla belirttiği yazılı bir metin gereklidir.

Hayır amacıyla kurulan vakıflar ilkçağlardan bu yana var olmuştur. Avrupa'da Rönesans'tan sonra varlıklı tüccarların hayır amacıyla kurdukları vakıflar hızla çoğaldı. Tüccarlar 16. ve 17. yüzyıllarda yoksul çocuklara eğitim sağlamak, hastalara, evsizlere ve yaşlılara yardım etmek amacıyla çok sayıda vakıf kurdu. Osmanlı Devleti'nde vakıf anlayışı doğruğa ulaşmıştır. Osmanlı Devleti'nde ve şimdi faaliyette olan vakıflara bağlı üniversite, tıp fakültesi ve hastanelerinde birinci öncelik hiçbir zaman kâr etmek olmamıştır. Genellikle de vakıf hastaneleri vakıf üyeleri ve diğer kişilerden sağ-

lanan bağışlarla sürekli olarak desteklene gelmiştir.

Sağlık hizmeti, vakıf hizmetlerinde he-deflerden belki de en önemlisidir. Hayırsever insanlar tarafından kurulmuş vakıfların çoğunda fakirlere yardım, hastaların tedavilerine vesile olma gibi insani amaçlar ön plandadır. Gureba Hastanesi Osmanlı'dan günümüze kadar gelen en önemli vakıf hastanesidir. 168 yıllık çalışma hayatında, yurdun dört bucağından gelen hastalara şefkat ve şifa kuağı olmuş bulunan Gureba Hastanesi tarihimizin vakıf şifa has-

tanelerinin en önemlilerindendir. Hastane; 1843 yılında Sultan Abdülmecit'in annesi Bezm-i Alem Valide Sultan tarafından kurulmuş ve 1845 yılında ilgili vakıfname ile "Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin Hastanesi" ismiyle Müslüman fakirlere tahsis edilerek vakfedilmiştir.

Yetmiş ve seksenli yıllara kadar vakıf hastaneciliğinde Osmanlı Devleti'nden kalan az sayıda devlete ait vakıfların hastaneleri faaliyetlerine devam etmişlerdir. Osmanlı'daki çok sayıda vakıf ve onlara bağlı kuruluşlar ve hastaneler Cumhuriyet'e geçerken lağvedilmiş, devlet resmi kurumlarına dönüştürülmüş veya satılmıştır. Devlete bağlı vakıfların dışında azınlıkların kurdukları vakıflar ve onlara bağlı hastane işletmeleri de devam ede gelmiştir.

1980'li yılların ortalarından itibaren, birtakım kanuni düzenlemeler marifetiyle vakıf kurumlarının üniversite açabilme ve bu üniversite bünyesinde yazımıza konu olan tıp fakültesi ve eğitim hastaneleri kurabilme imkânı doğmuştur. Ancak uygulamada vakıf tıp fakültesi ve hastanelerinin sağlık alanında faaliyet göstermesi 90'lı yılları bulmuştur. Bugün halen faal olarak sağlık sektöründe hem ülkemizin yetişmiş insan ihtiyacını karşılayan akademik ve bilimsel çalışmalarını sürdüren hem de sağlık hizmetlerini sürdüregelen iki elin parmaklarını geçmeyecek kadar vakıf üniversitesi tıp fakültesi ve hastanesi mevcuttur.

Vakıf üniversitesi hastaneleri gerek akademik yapıları ile ülke sağlığının gelişim ve ilerlemesine yaptıkları katkıları, gerekse de ülkemizin ihtiyacı olan nitelikli sağlık elemanı (hekim, diş hekimi, ebe, hemşire, fizyoterapist, acil tıp teknisyeni gibi) yetiştirilmesindeki yeri itibarıyla sağlık sektöründe önemli bir yeri tutmaktadırlar. İnsanımıza sağlık hizmeti sunmanın yanı sıra, ülkemizin yetişmiş eleman ihtiyacına vermekte olduğu destek yadsınamaz. Halen ülkemizde 120 bin civarında hekim ve uzman hekim bulunmaktadır. Mevcut şartlarda ihtiyaç bu sayının iki katıdır. Halen 180 bin civarında ebe-hemşire varken ihtiyaç 400 binleri bulmaktadır. Bu rakamlar vakıf üniversitesi tıp fakültesi ve hastanelerinin eleman yetiştirme noktasında ne kadar önemli bir yere sahip olduğunu açıkça göstermektedir.

Ülkemizde vakıf üniversitesi kavramı son çeyrek yüzyıla sığacak kadar yenidir. Vakıf kültürümüz çok eskilere dayansa da modern üniversite anlayışı içerisinde yerini alması 1980'li yılların ortasını bulmuştur. Bugün sayıları hızla artan vakıf üniversitesi olanların sayıları da yükselmektedir. Kuşkusuz bu sayının çok daha yukarılara çıkması elzemdir.

Vakıf üniversitesi hastanelerinin özel hastanelerden farklı olarak sağlık hiz-

metinin yanı sıra tıp eğitimi, mezuniyet sonrası ihtisas eğitimi, yan dal eğitimi, araştırma ve akademik çalışmaların yürütülmesi, referans sağlık kurumu olma yükümlülüğü gibi birçok hizmet ve misyonu bulunmaktadır. Tüm bu hizmetleri yürütürken yegâne kaynak olarak hasta hizmetleri geliri kullanılmaktadır. Devlet üniversitesi hastanelerinde yatırım, inceleme, araştırma fonları, çalışan maaşları vb. gibi pek çok kalemler devlet tarafından desteklenip karşılanırken vakıf üniversitelerinin devletten aldıkları yardımlar çok cüzi oranlarda kalmaktadır.

2011 yılı itibarıyla yapılan birtakım düzenlemelerle SGK hastalarından katkı payı olarak alınan ücretlerde vakıf üniversitesi hastanelerinin %70 sınırına mecbur bırakılması, bu hastanelerde sunulan kaliteli, akademik, üst düzey hizmetlerin yürütülmesine ciddi darbe vurmuştur. Ülke tıbbına nitelikli sağlık elemanı yetiştiren bu kurumlar adeta cezalandırılmıştır. SGK hastalarının vakıf üniversitesi hastanelerinden engelsiz faydalanması devrim niteliğinde bir açılamdır. Bu açılımı alkışlamak kuşkusuz nankörlük olur. Ancak sağlık hizmeti sunumu yanında çok yönlü ve çaplı sağlık eğitimi veren bu hastaneler özel hastanecilik düzenlemelerinin dışında ayrı bir statüyle ele alınmalıdır. Ne özel ne de tam anlamıyla kamu hastanelerinin statüsüne girebilen vakıf hastaneleri, üçüncü bir statü olarak vakıf kavramı içinde muhatap alınmalıdır. Kamu hizmetini özel kimlikleriyle özel şartlarda sunan, akademik arenada kendi iç kaynaklarıyla eğitim ve bilimsel çalışmalarını sürdürmeye çalışan vakıf üniversitesi hastaneleri en önemli gelir kaynağı olarak kullanmak zorunda kaldığı hasta ve hastane hizmetleri gelirlerinde özel hastaneler gibi %70 fark sınırı konarak çok ciddi darbe yemektedir. Bu fark sınırıyla ortaya çıkacak cari açığı kapatacak alternatif bir kaynak ya da fon bulunmamaktadır. Devlet üniversitesi hastanelerinde işletme zararı meydana geldiğinde bu açık çok yüksek rakamlara çıksa bile devlet tarafından yapılandırılmakta ya da kapatılmaktadır. Böyle bir destek, vakıf üniversitesi hastaneleri için mümkün görünmemektedir.

Diğer bir sorun olarak karşımıza çıkan durum ise akademik personelin özlük haklarıyla ilgilidir. Şöyle ki; devlet üniversitesinde çalışan bir akademisyen, memur statüsünde 3. dereceyi elde ettiğinden itibaren (bu tüm devlet memurları için geçerlidir.) yeşil pasaport almayı hak etmektedir. Oysa aynı statüdeki bir vakıf üniversitesi akademisyeni bu hakkı elde edememektedir. İkisi de aynı kamu hizmetini veren aynı akademik unvan ve statüde olan üniversite öğretim üyesinin 2 ayrı ve eşitsiz durumda olması, hukuk devleti anlayışı içinde kabul edilemez bir eksiklikler. Bu durum, uluslararası birçok kongre, panel, araştırma gibi akademik ve bilimsel etkinliklere katılmak isteyen vakıf üni-

Devlet üniversitesinde çalışan bir akademisyen, memur statüsünde 3. dereceyi elde ettiğinden itibaren yeşil pasaport almayı hak etmektedir. Oysa aynı statüdeki bir vakıf üniversitesi akademisyeni bu hakkı elde edememektedir. Bu durum, uluslararası bilimsel etkinliklere katılımlarda sıkıntılara yol açmaktadır. Yine vakıf üniversitesi öğretim üyeleri bilhassa emekliliklerinde, devlette çalışan öğretim üyesinin emekli maaşının ancak yarısı kadar maaş alabilmektedir.

versitesi öğretim üyeleri için vize ve seyahat kolaylığında ciddi ve gereksiz sıkıntılara yol açmaktadır. Yine vakıf üniversitesi öğretim üyeleri aktif çalışırken bazen devletteki hoca kadar bazen ise daha az maaş alırken, emekli olduklarında emekli maaşı olarak devlette çalışan öğretim üyesinin emekli maaşının ancak yarısı kadar maaş alabilmektedirler. Verilen hizmetin statüsü her şeyiyle aynı iken alınan ücretin çok düşük olması düşündürücü ve üzücüdür. Ülke sağlığına, bilimine, yetişmiş eleman ihtiyacına hayati önemde katkıda bulunan vakıf üniversite hastanelerinin hak ettikleri konum, statü ve düzeye gelebilmelerine acilen ihtiyaç vardır.

Yakın gelecekte sayılarının daha da artacağını umduğumuz vakıf üniversitesi tıp fakültesi ve hastanelerinin, Türk tıbbının dünya konjonktüründe çok daha iyi yerlere gelmesinde önemli katkıları olacağı inancındayız. Bu anlamda ayrı ve özel bir statüde vakıf gerçeklerine paralel ve teşvik edici politikalarla vakıf üniversiteleri ve hastanelerinin desteklenmesi ülke yararı için gereklidir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinin bugünü ve geleceği

Prof. Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu



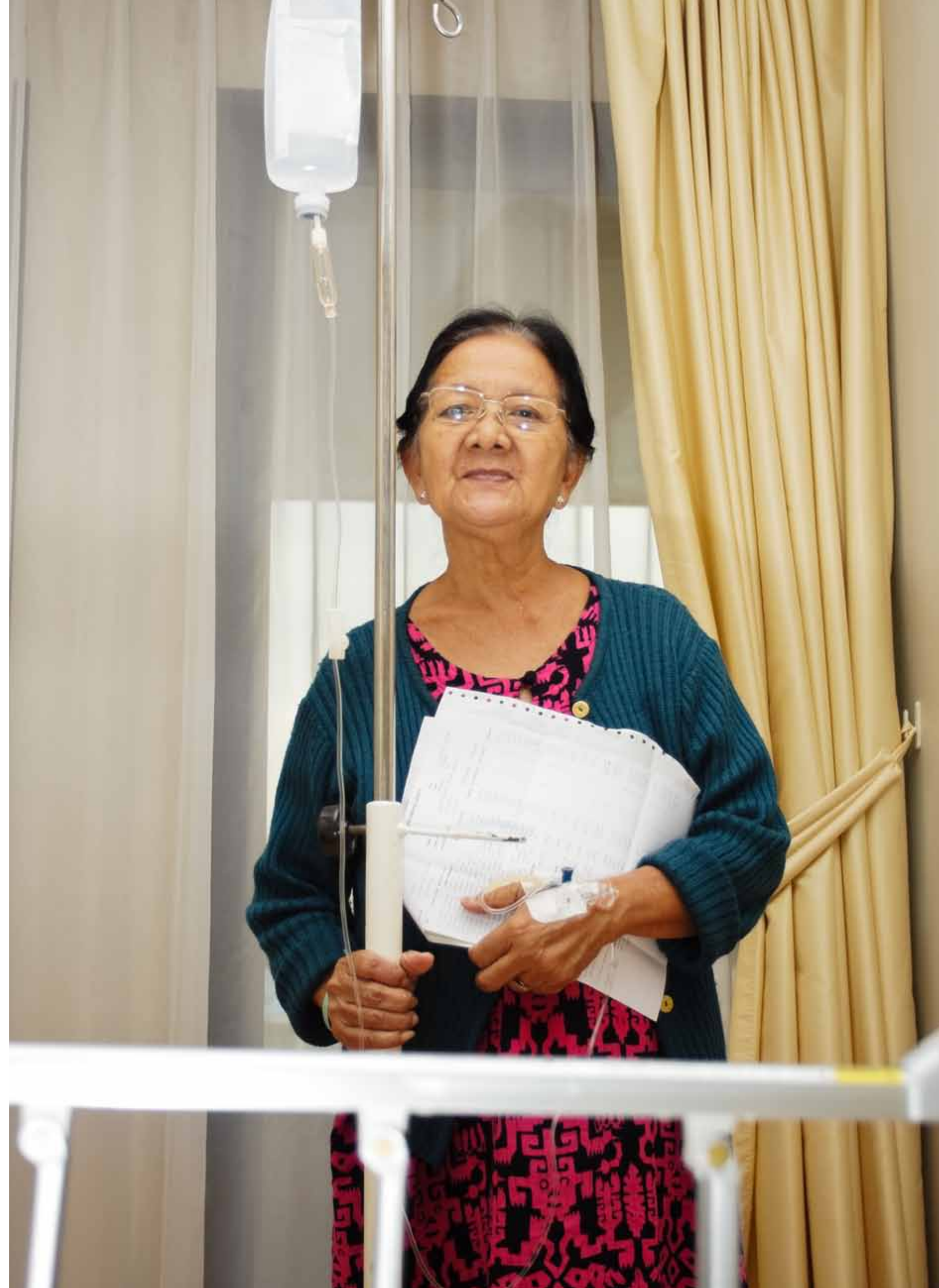
1960 yılında Ankara'da doğdu. Kurtuluş İlkokulu'ndan sonra, Bahçelievler Deneme Lisesi'ni (1977) bitirdi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olarak (1983) meslek hayatına başladı. Devlet hizmet yükümlülüğünü tamamladıktan sonra aynı fakültede Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı (1990) oldu. Akademik hayatına Selçuk Üniversitesi'nde başladı. 1995'de doçent, 2001'de profesör oldu. Akademik çalışmalarının yanı sıra Selçuk Üniversitesi'nde çeşitli idari görevlerde bulundu. Tıp Fakültesi'nin kurucu dekanlığını yaptı. 2008 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürü olarak görev yapmaktadır. Dr. Kapıcıoğlu evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Konumuz eğitim hastaneleri olunca öncelikle, bir durum tespiti yapalım: Ülkemizde sağlık alanındaki tıp, diş hekimliği, hemşirelik, diyetisyenlik, fizyoterapistlik gibi lisans; acil tıp teknikerliği, anestezi teknikerliği gibi ön-lisans seviyesindeki mesleki eğitimler üniversitemizin ilgili fakülte ve yük-sekokulları tarafından verilmektedir. Sağlık teknisyenlerinin lise seviyesin-deki eğitimleri de Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. 2547 sayılı

Kanunun 3. Maddesinde yer alan ve bir yükseköğretim olarak tanımlanan tıpta uzmanlık eğitimleri ise Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda Bakan-lığa bağlı eğitim ve araştırma hastane-leri ile üniversitelerin tıp fakülteleri ta-rafından verilmektedir (1).

Bahsi geçen bu eğitimler, teorik bilgi-nin yanı sıra uygulamaya dayanan eği-timleri de ihtiva ettiğinden, hastaneler, uygulama alanı olarak bu eğitimlerin vazgeçilmez unsurlarıdır. O halde bi-zim "hastane", "eğitim ve araştırma

hastanesi", "üniversite hastanesi" ve "sağlık araştırma ve uygulama merke-zi" gibi kavramları tanımlayıp kavram birliğini sağlamamız gerekiyor. Dünya Sağlık Örgütü, hastaneleri, "müşahe-de, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon ol-mak üzere gruplandırılacak sağlık hizmeti veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı ku-ruluşlar" şeklinde tanımlamıştır (2). Mevzuatımızda hastane ile eğitim ve araştırma hastanesi kavramları Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 5'inci maddesinde ta-



Uygulamalı eğitim ve sağlık hizmet sunumu, eğitim hastanelerinde birlikte yapılması gereken uygulamalardır. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanesi modelinde bu iki unsurun da yönetimi başhekim tarafından üstlenilmiştir. Aslında olması gereken, sağlık hizmetinin başhekim, eğitim hizmetinin de dekan tarafından yürütülmesidir. Bu yapıyı oluşturduğumuzda üniversite hastanesi - eğitim hastanesi ikilemi de ortadan kalkacaktır.

nımlanmıştır (3). Buna göre hastaneler, ayaktan ve/veya yatarak sağlık hizmeti vermek üzere kurulan ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır. Eğitim ve araştırma hastaneleri ise, “*öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği, genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır.*” şeklinde ifade edilmektedir. Başka bir deyişle sağlık hizmeti verilen bir kuruluş olan hastanelerin bir kısmına eğitim ve araştırma rolü de yüklenerek farklı bir hüviyet kazandırılmıştır.

Sağlık eğitiminin vazgeçilmez unsurları olan üniversitelerde, başta tıp fakülteleri olmak üzere sağlık ile ilgili fakülte ve yüksekokullar için uygulamalı eğitimlerin verildiği kuruluşlar hangileridir? Bugün üniversite hastanesi olarak kısaca tanımladığımız eğitim kurumunun rolü nedir? Tıp fakültesi ile uygulama ve araştırma merkezi aynı şey midir? Değilse nasıl ayrılacaktır? Bu soruların cevaplarını bulabilmek için “üniversite hastanesi” ve “sağlık araştırma ve uygulama merkezi” kavramlarını tanımlamaya çalışarak devam edelim. Mevcut mevzuata göre, tıp fakültelerinin, kuruluş ve yapılanma yönünden üniversitelerin diğer fakültelerinden farkı yoktur (1). Üniversite hastanesi dediğimiz kurumsal yapı ise ilgili kanunda açıkça zikredilmemiştir. Pratik uygulamada sağlık uygulama araştırma merkezlerinin hastane rolü-

nü üstendiğini görüyoruz. Burada da üniversiteler arasında farklılıklar mevcuttur. Bazı üniversitelerin tıp fakülteleri olmasına rağmen hastanesi yoktur. Hatta tıp fakültesi ve hastanesi olmayan bazı üniversitelerde sağlık eğitimi verilen sağlık yüksekokulları mevcuttur. Bazı üniversitelerin hastane veya hastaneleri olmasına rağmen sağlık uygulama ve araştırma merkezleri yoktur. Yine sağlık uygulama ve araştırma merkezinin yanı sıra ayrıca hastanesi olan üniversiteler de vardır. Bazı üniversitelerde ise sağlık alanıyla ilgili birden fazla uygulama ve araştırma merkezi mevcuttur. Bütün bunların yanı sıra tıp fakültesi öğretim üyelerinin hastanelerde nasıl görevlendirildiği de belli değildir. Yani üniversitelerdeki hastane yapılanmasında kavramsal ve kurumsal karışıklık söz konusudur.

Bugün üniversite hastanesi dediğimiz fakat gerçekte sağlık uygulama araştırma merkezi olan kurumlar, hastane olarak tescil edilmedikleri için Sağlık Bakanlığı denetimine açık değişlerdir. Bu yapı doğrudan rektörlüğe bağlıdır ve hastane idaresinde tıp fakültesi dekanının herhangi bir rolü veya yetkisi yoktur. Bazı üniversitelerde olası sorunları önlemek adına dekan veya dekan yardımcılarının biri rektör tarafından başhekim olarak görevlendirilmektedir. Peki, üniversite hastanesinde başhekim hangi mevzuata göre atanmaktadır? Yetki ve sorumlulukları nedir? Böyle bir yapıda bir hastaneden beklenen sağlık hizmeti rolünün takibi, ölçülmesi ve sorgulanması nasıl olacaktır?

Tıp ve sağlık eğitiminde hastane vazgeçilmez bir unsur olduğuna göre tıp fakültesi ile hastanenin rollerinin tam ve doğru olarak ortaya konması gerekmektedir. Bunun için tıp ve sağlık eğitiminin kurgulandığı fakülteler ile sağlık hizmetiyle beraber tıp ve sağlık eğitimi uygulamalarının gerçekleştiği hastaneleri kavramsal olarak ayırmamız doğru olacaktır. Bu kısa durum tespiti yaptıktan sonra “*Mümkün olduğunca ideal bir eğitim hastanesi yapısına kavuşmak içi neler yapabiliriz?*” sorusunu cevaplamaya çalışalım. Tıp fakültelerini ele alacak olursak, bu fakülteler mevzuat gereği bölüm, ana-bilim dalı ve bilim dallarından oluşmaktadır. Bu oluşum akademik temelidir. Tıp fakültelerinde verilen teorik eğitimlerin uygulamalı kısımlarının gerçekleştirildiği merkezler olan üniversite hastaneleri ise vatandaşa yönelik sağlık hizmetiyle beraber uygulamalı eğitimlerin de verildiği kurumlar olup eğitim hastanesi olarak standart bir yapıya kavuşturulmalıdır. Bu hastaneler, sağlık hizmeti sunumu veren hastane rolleri gereği Sağlık Bakanlığı denetiminde olmalı ve idareleri de aynı mevzuatlarla oluşturulmalıdır. Eğitim rolü ise üniversite tarafından üstlenilmelidir. Bu hastanelerin anabilim veya

bilim dalları değil klinikleri olmalı ve bu kliniklerin standart kadroları bulunmalıdır. Üniversitelerin tıp fakültelerinde bulunan öğretim üyeleri, bu hastanelerde münhal kadrolarda görevlendirilmelidir. Böylece hastane, rolü gereği sağlık hizmeti yanı sıra tıp eğitiminin de verildiği kurumsal bir yapıya kavuşturulmuş olacaktır.

Bunu bir örnekle açıklayalım: Bir tıp fakültesinde bütün anabilim ve bilim dalları kurulmuş olsun. Farklı ana dallardan beslenen yan dallara ait bilim dalları da gerekirse birden fazla anabilim dalına bağlı olarak kurulabilir. Ancak bu dallarda çalışan öğretim üyeleri o tıp fakültesiyle bağlantılı eğitim hastane veya hastanelerinde görevlendirilirken anabilim veya bilim dalı yapılanmasıyla değil, hastaneye özgü klinik yapılanmasıyla görevlendirilmelidir. Bugün üniversite hastanelerindeki yönetsel ve akademik karmaşanın sebeplerinden biri ve beklî de en önemlisi tıp fakültesindeki akademik yapılanma elbisesinin hastaneye giydirilmeye çalışılmasından kaynaklanmaktadır. Hâlbuki akademik yapılanma ile hastane yapılanması birbirinden farklı olmalıdır. Şöyle ki ana veya yan dal uzmanlığı olsun bütün klinikler hastanede tek olmalı ve tıp fakültesindeki öğretim üyeleri uzmanlık alanlarıyla ilgili olarak bu kliniklerde görevlendirilmelidir. Bunun için mevcut mevzuat yeterli olup gerekirse gerekli mevzuat düzenlemeleri rahatlıkla yapılabilir.

Yukarıda bahsedilen yapı Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri için de geçerli ve gereklidir. Bakanlığa bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik yapılanması ve şeflik sistemi söz konusudur. Klinikler; şef, şef yardımcıları gibi eğitim sorumluları yanı sıra başasistan ve uzmanlardan oluşan bir kadroya sahiptir. Bu hastanelerde de uzmanlık eğitimi bu klinik örgütlenmesiyle gerçekleştirilmekte ve sağlık hizmetleriyle birlikte yürütülmektedir. Üniversite hastanelerinde ise klinik yapılanma yerine akademik yapılanma hiyerarşisi olduğu için uzman ve başasistan konumunda görev yapan kimse bulunmamaktadır. Sonuç olarak, “eğitim hastanesi” olarak adlandırılan kurumsal yapı, tek olmalı ve sağlık hizmetiyle beraber eğitim faaliyetleri de sürdürüleceğinden bir standartı bulunmalıdır. Eğitim faaliyetleri üniversitelerin ilgili fakülte ve yüksekokullarınca planlanan, sağlık hizmetleri düzenlemesi de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan, çalışanların yetki ve sorumlulukları ölçüsünde eğitim ve sağlık hizmeti sunumunda rol aldıkları bir yapıya dönüşmesiyle idealle yakın bir eğitim hastanesi modeline kavuşmamız söz konusu olabilir.

Artık bir hastaneye hangi durumlarda “eğitim hastanesi” rolü yüklenecek, bunu konuşmanın zamanıdır. Bu ta-

Ülkemizin sağlık insan gücü ve diğer kaynaklarını verimli kullanmak adına eğitim rolleri tanımlanmak şartıyla kamu hastaneleri eğitim amaçlı kullanılabilir. Bugün mevcut olan üniversitelere ait olan hastane yapıları da mutlaka hastane olarak tescil edilmeli ve bütün hastanelerin tabi olduğu mevzuat hükümlerine tabi olmalıdır. Eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi ise üniversitelerin ilgili birimleri tarafından gerçekleştirilmelidir.

nımlamayı sağlıklı bir şekilde yaptığımızda taşlar yerine oturmuş olacaktır. Böylece eğitim hastanesi rolü yüklenen kurumda görevlendirilen eğitim personelinin de ne yapacağı tam olarak belli olacaktır. Öncelikle tıp ve sağlık eğitiminde rol alacak eğitimcilerin neler yapacaklarına bakalım:

1. Teorik ders anlatma
2. Uygulamalı anlatım ameliyat, girişimsel işlemler, muayene vs.
3. Uzmanlık alanı ile ilgili olarak sağlık hizmet sunumu
4. Araştırma faaliyetleri

Bunlardan teorik eğitim, ilgili fakülte bünyesinde sürdürülür. Araştırma faaliyetleri ise konusuna göre herhangi bir sağlık kuruluşunda, hastanede, ayrı bir araştırma merkezinde veya başka bir kurumda yapılabilir. Tıp fakültelerinin bütçesi ile araştırma faaliyetlerine ayrılan bütçe, eğitim hastanesi bütçesinden ayrı olmalıdır. Uygulamalı eğitim ve sağlık hizmet sunumu ise eğitim hastanelerinde birlikte yapılması gerekli olan, birbirlerinden ayrılması mümkün olmayan uygulamalardır. Çünkü eğitim hastanesi olmak, bu uygulamalarla kaimdir. Bu iki unsuru çift atlı bir arabaya benzetebiliriz. Atlardan biri aksarsa araba hızlı yol alamaz ve ulaşması gereken menzile ulaşamaz. Bu iki unsurun uyumlu bir şekilde yönetimi önem arz etmektedir. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanesi modelinde bu iki unsurun da yönetimi başhekim tarafından üstlenilmiştir. Aslında olması gereken, sağlık hizmetinin başhekim, eğitim hizmetinin de dekan tara-

findan yürütülmesidir. Bu yapıyı oluşturduğumuzda üniversite hastanesi - eğitim hastanesi ikilemi de ortadan kalkacaktır.

Eğitim hastaneleri de dâhil olmak üzere bütün kamu hastaneleri aynı mevzuat hükümleri ile yönetim ve işletim standartlarına tabi olmadırlar. Tıp fakülteleri asli işleri olan eğitimle uğraşmalıdır. Hastanedeki bir kliniğin kırık olan penceresi veya gıcırdayan kapısı ile eğitimciler değil o işle görevli olanlar ilgilemelidir. Hastanelerin tıbbi, teknik ve mali işlerinde de yönetsel olarak yetki ve sorumluluklar belirlenmelidir. Herkes kendi işini yaptığında sorun kalmayacaktır.

Eğitim yapılanmasında da anabilim/bilim dalı kavramı ile hastanedeki klinik kavramı birbirinden ayrılmalıdır. Özellikle uzmanlık eğitimi verilen kliniklerin her biri ayrı bir birim değildir. Uzmanlık dalı ister ana dal ister yan dal olsun bu yapı değişmemelidir. Örnek verecek olursak el cerrahisi bilim dalı hem ortopedi ve travmatolojinin hem de plastik, rekonstriktif ve estetik cerrahisinin yan dalı olarak tıp fakültesi bünyesinde kurulabilir ancak eğitim hastanesi yapılanmasında anabilim/bilim dalı yapılanması yerine klinik kavramı olacağından Ortopedi ve Travmatoloji kliniği, Plastik, Rekonstriktif ve Estetik Cerrahisi kliniği ile El Cerrahisi klinikleri ayrı birimler olmalı ve kendi uygulama alanları ile ilgili olarak sağlık hizmetiyle beraber eğitim faaliyetlerini de yürütmelidir. Hastane içinde uzmanlık eğitimi verilen kliniklerin dışında disiplinler arası kullanıma uygun uygulama birimleri de kurulabilir. Bu alanlarda eğitim faaliyetlerine doğrudan katılmayan uzmanlar çalışabileceği gibi eğitici olan uzmanlar da görevlendirilebilir. Mesela endoskopi ünitesi, girişimsel radyolojik işlemler ünitesi, tüp bebek merkezi, kan merkezi, gibi. Bu işlevler için Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile üniversiteler arasında son zamanlarda yapılan işbirliği uygulamaları örnek teşkil edebilir. Afiliasyon olarak adlandırılan bu uygulama dinamik bir süreç olup zaman içinde eksikleri giderilerek her iki tarafın da memnun olacağı bir şekle getirilmesi mümkündür. Nasıl ki her üniversitenin tıp fakültesi olması gerekli değilse gelişmiş ülkelerdeki örneklerinde olduğu gibi her tıp fakültesinin de üniversiteye ait hastanesinin olması gerekli değildir. Model yapı örnekleri olarak;

1. Tıp Fakültesi var, üniversiteye ait hastane yok. Üniversitenin Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir veya daha fazla hastaneyle (eğitim veya devlet hastanesi) karşılıklı işbirliği modeli,
2. Tıp Fakültesi var, üniversiteye ait hastane var. Üniversitenin Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastaneyle daha ayrıca karşılıklı işbirliği modeli,
3. Tıp Fakültesi yok, sağlık yüksekokulu var. Üniversitenin Sağlık Bakanlığı'na

bağlı bir veya daha fazla hastaneyle (eğitim veya devlet hastanesi) işbirliği modeli gibi uygulamalar verilebilir.

Son söz

Ülkemizin sağlık insan gücü ve diğer kaynaklarını verimli kullanmak adına eğitim rolleri tanımlanmak şartıyla kamu hastaneleri eğitim amaçlı kullanılabilir. Bugün mevcut olan üniversitelere ait olan hastane yapıları da mutlaka hastane olarak tescil edilmeli ve bütün hastanelerin tabi olduğu mevzuat hükümlerine tabi olmalıdır. Eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi ise üniversitelerin ilgili birimleri tarafından gerçekleştirilmelidir. Bütün bu işler yapılırken eğitim rolü verilen bir hastanenin; mali, idari, teknik yönlerden gerekli mevzuat altyapısı hazırlanarak desteklenmesi ve teşvik edilmesi de mutlaka gerçekleştirilmelidir.

Kaynaklar

1) 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.2547&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Erişim tarihi: 4.8.2011>

2) Hikmet Seçim, *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu – Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İşletme Fakültesi Yayın No 252, İstanbul 1991, s.5.*

3) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği. [http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yataklı \(Erişim tarihi: 4.8.2011\)](http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yataklı (Erişim tarihi: 4.8.2011))

Üniversite hastaneleri ile ilgili sorunlar, sorular ve Erciyes Üniversitesi deneyimi

Prof. Dr. Muhammet Güven



1966 yılında Konya'da doğdu. İlkokul, ortaokul ve liseyi Konya'da tamamladı. 1983 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığı tıp eğitimini 1989 yılında tamamladı. Ocak 1991'e kadar Afyon SSK Hastanesi'nde Zorunlu Devlet Yükümlülüğü görevini yaptı. 1991 Ocak ayında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda başladığı İç Hastalıkları eğitimini 1995 yılında tamamladı. 1995-1997 arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi, 1997-2000 yılları arasında yardımcı doçent, 2000-2006 yılları arasında doçent olarak çalıştı. 2006 yılında profesör oldu. 2005-2008 yılları arasında başhekim yardımcısı ve işletme müdürü, 2008-2010 arasında başhekim olarak çalıştı. 2010 yılından beri Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır. Dr. Güven evlidir ve 5 çocuk babasıdır.

Üniversite hastanelerinde yönetim problemi olduğu hep dile getirilmektedir. Bu vurguyu yapanlar hastanelerin profesyonel yöneticilere ihtiyacı olduğunu savunurken, Sağlık Bakanlığı yetkilileri profesyonel yönetimin kendi hastanelerindeki yönetim olduğu algısına kapılmaktadır. Gerçekten böyle midir? Üniversite

hastaneleri iyi yönetilemiyorlar mı? Bakanlık hastaneleri profesyonel olarak mı yönetilmektedir? Üniversiteler sağlık hizmeti vermeli midir? Konulara geçmeden önce bir hususa açıklık getireyim: Başlığa bakıldığında dekanlıkla yazı arasında bağ kurulamayabilir. Bu yazı sadece dekanlık değil, 3 yıllık işletme müdürlüğü ve 2 yıllık başhekimlik deneyimini de içermektedir.

Üniversite hastanelerinin sorunları;

- 1- Yönetim sorunları
- 2- Hizmet sorunları
- 3- Hizmet-eğitim ilişkilerinden kaynaklanan sorunlar
- 4- Personel sorunları
- 5- Finansal sorunlar başlıkları altında sıralanabilir. Finansal sorunları sona alma nedeni, bu kurumlarda tartışılması gereken son sorunun bu olması gereğindendir.

Yönetim sorunları

Bakanlık hastanelerinin aksine bu kurumlarda tek tip bir yönetim yoktur. Bu, üniversite olmanın bir gereği ve sonucudur. Bulunduğu bölgenin, nüfusun ve özelliklerinin farklı olmasının yanında eğitim görevi ve öncelikleri, bu farklılığın nedenidir. Ancak tüm bu gerekçeler farklı yönetim modellerini haklı çıkarabilir mi? Üniversite hastanelerinin bir kısmında *"Biri tutmuş, biri pişirmiş, biri yemiş, diğeri hani bana demiş?"* modelinin geçerli olduğu görülmektedir. Satın almanın farklı, otelcilik ve hemşirelik hizmetleri ile diğer hizmetlerin farklı kişiler tarafından yönetildiği, dekanın hastane ile ilgisinin olmadığı sistemlerde en büyük sorunlardan biri, kimsenin hastanenin ve tıp fakültesinin durumunu tam olarak bilememesi veya çok az bilmesidir. Oysa her aşamadan sorumlu olanların hem mali durum, hem hizmet durumu ve gereksinimleri, hem de harcamalar hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir. Aksi takdirde farklı taahhütler, girişimler ve harcamalar mali sorunları birlikte getirmektedir. Dekanın içinde olmadığı bir yönetimde akademik personel üzerinde nasıl etkili olunabilir.

Bazı üniversite hastanelerinde dekan herşeyden sorumludur. Devasa bir kuruluş, belki de bulunduğu şehirlerin en büyük şirketleri mesabesinde olan bu kurumların tek bir otorite tarafından yönetilmesi, bu otoritenin eğitimden de sorumlu olması sorunlara yol açacaktır. Yöneticiler; organizasyonu yapan, işleri uygun ve doğru dağıtan, sorumluluk yüklediği bireyleri doğru şekilde sevk ve idare eden kişiler olmalıdır. Dekanın hem eğitime, hem otelcilik, sağlık ve temizlik hizmetlerine, hem de gelir-giderlere yeterince hâkim olması mümkün olmamaktadır.

Üniversite hastaneleri kötü mü yönetilmektedir? Özellikle bu kurumların yaşadığı ekonomik sıkıntılar nedeniyle, başta Sağlık Bakanlığı yetkilileri olmak üzere birçok kişi tarafından bu konu dilendirilmektedir. Buna son zamanlarda Yüksek Öğretim Kurulu ve bazı üniversite ve hatta hastane yöneticileri de inanmaya başlamıştır. Öncelikle şunu vurgulamalıyım ki; üniversite hastaneleri profesyonellerce yönetilmemekle birlikte şu anda ülkemizin belki de dünyanın en iyi yönetilen organizasyonlarıdır. Güldünüz ya da şaşırdınız değil mi? Dünyanın en büyük firmasını ve ürettiği yüksek kalitede bir ürünü ve bunun fiyatını düşünün. Birileri şirketin başarılı CEO'suna *"Ödün vermeden, kaliteyi artırarak, daha fazla personel çalıştırarak üretimini artıracaksın. Ürettiğin 1. sınıf ürünü 3. sınıf fiyatına satacaksın. Fiyatlarına zam yapmadığın gibi 5-6 yıl önceki düzeylere çekeceksin. Kâr etmezsen devlet şirketine el koyacak."* dese ne cevap alır. Bu mümkün olabilir mi? Ne demek istediğimi anladınız mı?

Üniversite hastaneleri yöneticilerinin neleri başardığını bu örnekten anlayabiliriz. Üniversite hastaneleri asla başarısız yönetilmemektedir. Hastane idaresinin profesyonellerce yürütülmesi elbette düşünülmelidir. Fakat bu yöneticilerin tıp kökenli olması, yönetim konusunda eğitim almış olması ve yönetim deneyimi olması gerekir. Sadece eğitim ile bu tür yöneticilerin yetişmesi mümkün değildir. Ayrıca *Sağlık İdaresi* okulları ve programları da yeniden gözden geçirilmelidir. Bugünkü yapıları ile mevcut düzende rutini götüren, farkındalığı olmayan, farklılık oluşturamayan, açılım ve gelişimin önünü tıkayan yöneticiler yetiştirmekten öteye geçememektedir. Yöneticiler ufukları geniş, değişime ve gelişime açık ve bunları öneren, uygulayan kişilerden oluşmalıdır.

Üniversite hastanelerinin sorunları ülkemizde sınırlı değildir. Birçok ülkede bu sorunlar yaşandığından reformlar yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Başta Almanya, Brezilya, Tunus, Amerika Birleşik Devletleri olmak üzere çeşitli ülkeler bu reformları gerçekleştirme ihtiyacı duymuşlardır. Ülkemizde de üniversite hastanelerinin reforma ihtiyacı vardır. Ancak bu, üniversitelerin sağlık hizmetlerinden çekilmesi şeklinde olmamalıdır. Macaristan, Hırvatistan ve İspanya'da hastaneler üniversite ve Bakanlık tarafından işbirliği ile yönetilirken, diğer ülkelerde genellikle üniversite tarafından yönetilmektedir. Polonya ve Slovakya dışında doktorlar yönetimde çeşitli düzeylerde görev almaktadır.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri profesyonellerce mi yönetiliyor? Buna verilecek cevap çok kısadır. Onları da üniversiteler yetiştirmektedir ve üniversitelerde böyle bir program yoktur. Yine de üniversite hastaneleri Bakanlığa devredilirse nasıl bir durum ortaya çıkar? Tıp eğitimi uzun ve nitelikli bir eğitimidir. Tıp fakültelerinde bilginin yanı sıra beceri ve tutum da kazandırılır. Önem sırasına göre sıralamak gerekirse *"tutum, beceri ve bilgi"* şeklinde olmalıdır. Bilgi her zaman ve her yerde öğrenilebilir. Eksik bilginin daha sonra tamamlanması mümkündür. Bu yönü ile evet eğitim bakanlığa bağlı bir hastanede işbirliği yapılarak verilebilir. *Beceri* hem tıp fakültesinde hem de uzmanlık eğitiminde edinilmektedir. Tıp fakültesinde edinilmesi gereken beceriler ancak bir tıp fakültesi hastanesinde verilebilir. Tutum tıp eğitimi sırasında edinilmesi gereken bir durumdur ve kesinlikle önceliği sağlık hizmeti olan bir kurumda verilmemelidir. Uzmanlıkla ilgili tutumlar daha sonra geliştirilebilir. Ancak tip mesleği ile ilgili genel tutumlar sadece tıp eğitimi sırasında edinilebilir. Bakanlığa devredilecek bir hastanede verilecek tıp eğitimi, kiralık bir binada hizmet veren ve bina sahibinin *"Öğretmenleriniz önce benim ve misafirlerimin hizmetini görecekler, bazen öğrencileri de hizmette"*

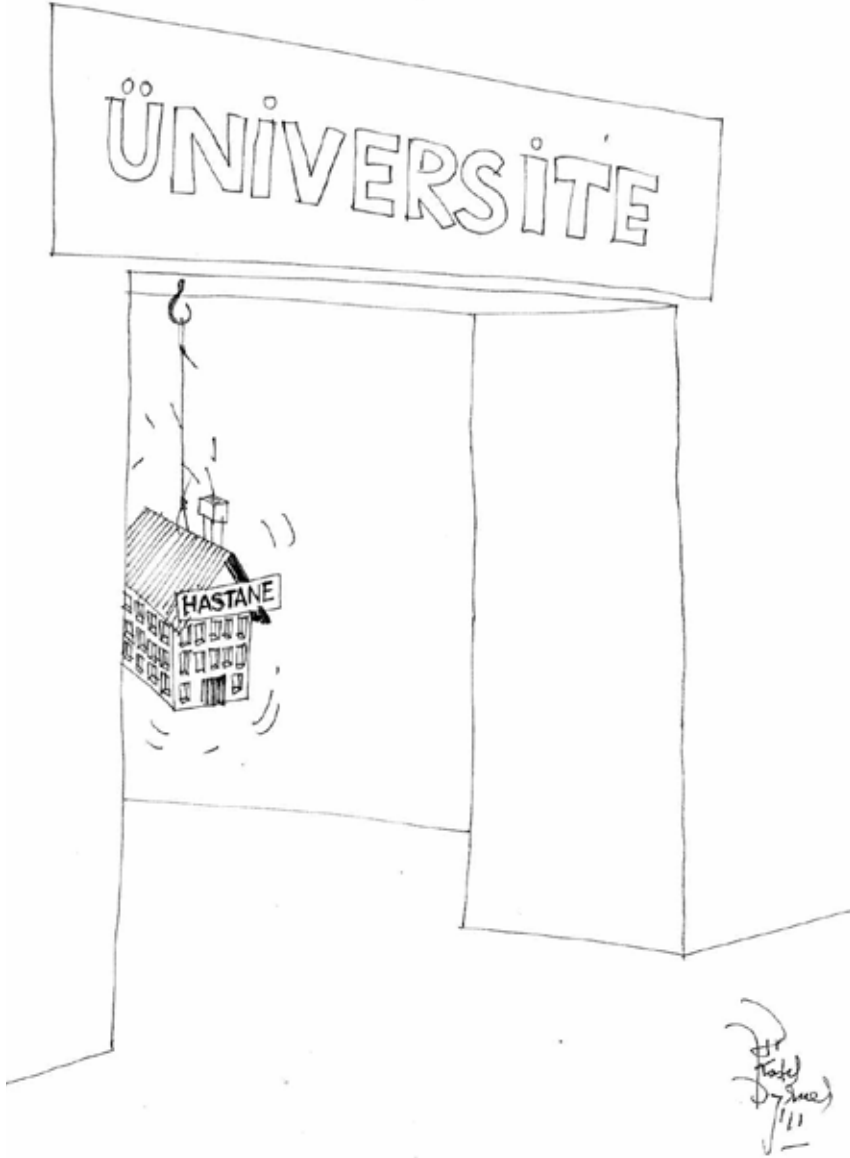
İngiltere örneğini ülkemize simüle edecek olursak şöyle bir tablonun oluşması gerekir: Bakanlık aile hekimliği, halk sağlığı, aile ve toplum merkezleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgilenmeli, sağlığın planlayıcı ve denetleyicisi olmalıdır. İkinci basamak hastaneleri SGK'ya, 3. basamak hastaneleri üniversitelere veya SGK ile üniversite işbirliğine devretmelidir.

kullanabilirim. Önceliğiniz benim hizmetimdir. Derslerinizi de buna göre ayarlayın. Dersler sırasında da gürültü yapıp misafirlerimi rahatsız etmeyin. Benden izin almadan bir yere gitmeyin. Okulun gelirlerini ben alırsanız harçlığını veririm. Kabul ederseniz böyle." dediği bir özel lisedeki eğitime benzeyecektir.

Hizmet sorunları

Şu soru akla gelmektedir: Üniversiteler, daha doğru bir ifadeyle tıp fakülteleri sağlık hizmeti sunmalı mıdır? Dünyadaki örneklerle bakacak olursak sağlık hizmeti sunmayan tıp fakültesi yok gibidir. Ülkemiz açısından değerlendirecek olursak toplam hekim sayısının yaklaşık %23'ünü istihdam eden tıp fakültelerinin sağlık hizmeti sunmaması düşünülemez. Nitekim yeni kurulan ve organizasyonunu tamamlamamış olanlar dışında tüm tıp fakültelerinin sağlık hizmeti sunduğunu görüyoruz. Avrupa'da durum nasıldır? Belçika, Bulgaristan, Slovenya, Slovakya ve Hırvatistan'da üniversite hastaneleri Sağlık Bakanlığına bağlıdır. Diğer ülkelerde ya kendisine ait hastanelerde hizmet verilmekte veya hem kendisine ait hastanelerde hem de Bakanlık hastanelerinde hizmet verilmektedir. İngiltere'de durum biraz farklıdır. Bu ülke, Bakanlık tarafından birçok şey için ve hatta üniversite hastanelerinin Bakanlığa devri için de örnek gösterilebilmektedir. Bu ülkede gerçekten durum nasıldır? Bu ülkedeki durumu açmadan önce orada da bizdeki *"Üniversite Hastaneleri Birliği"*ne benzer şekilde *"The Association of UK University Hospitals"* adıyla birliğin varlığından haberdar olmak, yaşadığımız süreç hakkında bilgi verecektir.





İngiltere'de üniversiteler hem kendi hastanelerinde hem de diğer kamu hastanelerinde eğitim vermektedir. Burada bizdeki Sağlık Bakanlığı ve fonksiyonlarından farklı bir yapılanma mevcuttur. En üstte bizdeki karşılığı "*Sağlıktan Sorumlu Devlet Bakanlığı*" olabilecek bir yapı (*Secretary of State for Health*), onun altında ise Sağlık Birimi (*Department of Health*) ve Ulusal Sağlık Servisi (*NHS*) yer almaktadır. Sağlık Birimi bizdeki Bakanlığın koruyucu ve temel sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık planlaması, mevzuat ve kılavuzlar oluşturulması, aile ve toplum sağlığı merkezleri ve halk sağlığı gibi fonksiyonlarını üstlenmektedir. *NHS* bizdeki *Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK)* benzemekle birlikte daha çok eski SSK'yı çağırıştır-maktadır. *NHS* bir yandan sağlığın finansmanını sağlarken, diğer yandan hem kendi bünyesindeki hastanelerde sağlık hizmeti sunmakta, hem de üniversitelerden sağlık hizmeti almaktadır. *NHS*'nin hastaneleri ile üniversiteler arasında çeşitli alanlarda işbirliği yapılmaktadır. İşbirliği genellikle eğitimi ön planda tutmaktadır. Devlet bu hastane-

lere eğitim için ödenek aktarımı yapmakta, finansman ve harcamalar ortak bir yönetim tarafından planlanmaktadır. Eğitim ve hizmet birbiri ile karıştırılmadan yürütülmektedir. Yani İngiltere'de üniversite hastanelerinin bakanlıkça yönetilmesinden çok, *NHS* hastanelerinin ortak kullanımı söz konusudur. Sıklıkla yapılan yanlış, *NHS*'nin bakanlıkla karıştırılmasıdır. Eğer bunu ülkemize simüle edecek olursak şöyle bir tablonun oluşması gerekir: Bakanlık aile hekimliği, halk sağlığı, aile ve toplum merkezleri ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile ilgilenmeli, sağlığın planlayıcı ve denetleyicisi olmalıdır. İkinci basamak hastaneleri SGK'ya, 3. basamak hastaneleri üniversitelere veya SGK ile üniversite işbirliğine devretmelidir. Hizmet sorunlarının büyük bir kısmının aşağıda tartışılacak olan personelin ve finans sorunları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Aşağıda tartışılacağından burada sadece bir giriş yapılmıştır.

Hizmet-eğitim ilişkilerinden kaynaklanan sorunlar

En önemli problemlerden biri budur.

Hem eğitim kurumu, hem de döner sermayeli işletmeler olmalarından dolayı yeterli eğitim ödeneğinin olmayışı, ücretlendirmelerde eğitimin dikkate alınmaması nedeniyle sorunlar yaşanmaktadır. Bu kurumlar sadece tıp fakültelerinin değil sağlıkla ilişkili diğer fakülte ve yüksekokulların da uygulama alanıdır. Nasıl ki diğer sağlık dışı fakültelerde eğitimle ilgili ödenekler ayrılıyorsa, sağlıkla ilgili fakültelerin öğrencilerinin eğitimleri sırasında gerekli her türlü materyalin sağlanmasına yönelik bir kaynak oluşturulması gerekir. Aksi takdirde bu giderler döner sermayeler üzerinde büyük bir yük olarak devam edecektir.

Eğitimin önündeki bir diğer sorun, çalışanların özlük haklarında yaşanan problemlerin performans (ek ödeme) sistemi ile giderilmeye çalışılmasıdır. Bugün bütün taraflar, çalışanların daha yüksek bir ücreti hak ettiğini kabul etmektedir. Bunun özlük haklarında iyileştirme, kalan kısmının ek ödeme ile ödüllendirilme şeklinde olması gerekir. Aksi takdirde kişiler hak ettiği hayat standardını sağlayabilmek için daha fazla, daha kalitesiz ve hızlı hizmet üretmeye yönelmektedir. Bu uygulama 1. ve 2. basamak sağlık hizmetleri için doğru olabilir. Ancak gayesi eğitim olan, hizmetin araç olduğu kurumlarda aracın amacın yerine geçmesine, eğitimin kalitesinin düşmesine yol açmaktadır.

Bir başka sorun, dekanın sağlık hizmetleri ile ilişkisinin olmadığı organizasyonlarda yaşanmaktadır. Benzeri durum Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile ortak kullanıma geçen tıp fakültelerinde de söz konusudur. Bu kurumlarda hizmet öncelikli olmakta, eğitim ikinci planda kalmaktadır. Dekanın bu konuda öğretim üye ve elemanlarına sözü geçmemektedir. Parayı veren başhekim olduğundan daha etkin hale gelmektedir. Zamanla kurumun bir eğitim kurumu olduğunun unutulması mukadderdir.

Personel sorunları

Üniversite hastanelerinin en temel sorunlarından biridir. Devlet, son 8-10 yılda üzerindeki yükleri atmak amacı ile küçülmeye gitmiştir. Bu, mali açıdan doğru bir yaklaşım olabilir. Ancak devlet aynı zamanda sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, kalite ve ulaşılabilirliğin artması ve dünya standartlarında bir sağlık hizmetini de hedeflemiştir. Nüfusun giderek arttığı, yaşamın uzadığı bir ülkede küçülme politikası içerisinde sağlığın yer alması düşünülemez. Ancak maalesef diğer kurumlardaki küçülme sağlıkta da aynen uygulanmıştır. Çeşitli nedenlerle ayrılan hastane personelinin yerine yarısı veya dörtte biri kadar personel verilmeye başlanmıştır. Kurumlar gereksinimlerini döner sermayeden istihdam edilen personelle karşılamaya çalışmışlardır. Oysa

SGK'nın fiyat politikaları 2003'ten itibaren şekillenmeye başlamış, ücretlendirmede personel giderleri (maaşları devlet tarafından ödendiği için) yeterince yer almamıştır. Sonraki yıllarda personelin merkezi bütçeden döner sermayeye kayması da ücretlendirmede dikkate alınmamıştır. Sonuçta dünya standartlarında sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen ülkemizde üniversite hastaneleri, döner sermayelerinin gücü nispetinde personel istihdam etmeye başlamıştır. Bu ise idealin altında bir personel sayısı anlamına gelmektedir. Üniversite hastanelerinin en ivedi sorununu personel sorunudur. Bu, ya döner sermayeler üzerinden maaş yükleri alınarak veya hizmet bedellerine eklene-rek çözülmelidir.

Bir başka sorun araştırma görevlisi sayılarının giderek azalmasıdır. Her biri devasa birer kurum olan ve sağlık hizmetinden çekilmesi düşünülemeyecek üniversite hastanelerinin devamlılığı tabii ki hekim sayısına bağlıdır. Gereğinden fazla uzman yetişmesine karşı, Bakanlığın tedbir alması elbette anlaşılabilir bir durumdur. Ancak bunun devlet yükümlülüğü veya akademik dışı hekim kadroları verilerek çözülmesi gerekir. Zaman zaman dile getirilen "*öğretim üyeleri nöbet tutsun, poliklinik yap-sın*" şeklindeki söylemler, üniversite kavramını, eğitim fonksiyonunu ve dünya gerçeklerini dikkate almadan sarf edilmiş sözlerdir ve üniversite hastanelerini sadece hizmet kurumları olarak görmenin bir sonucudur.

Finansal sorunlar

Belki de üniversite hastanelerinin hiç tanınmaması gereken sorunlardır. Ancak ne yazık ki üniversite hastanelerinin sorunları tartışılırken hep finansal sorunlar ön plana geçmiştir. Ekonomik krizler, ekonomideki daralmalar hemen her ülkede önce sağlık sistemini vurmaktadır. Sunduğu nitelikli ve karmaşık hizmet nedeniyle ortaya çıkan maliyet artışları, ödemelerde yaşanan azalmalar bu problemlerden en fazla üniversite hastanelerinin etkilenmelerine yol açmaktadır. 1990'lı yıllarda Almanya, 2008-2009 ekonomik krizlerinde Amerika ve birçok ülke bu sıkıntılarla yüzleşmek durumunda kalmıştır. Bu nedenle bu ülkeler geri ödeme sistemlerini yeniden gözden geçirme ihtiyacı hissetmişlerdir.

2010 yılı Sağlık İstatistikleri incelendiğinde son 7-8 yılda kişi başı ve toplam sağlık harcamalarının yaklaşık 3 kat kadar arttığı görülmeye karşın, son 8 yılda Bakanlık hastanelerinin sağlık harcamalarından aldığı payın 5, özel hastanelerin aldığı payın 8 kat, üniversite hastanelerinin payının ise 3 kat artması, üzerinde düşünülmesi gereken bir durumdur. Üstelik bu dönemde hastanelere yapılan müracaat sayısı Bakanlık hastanelerinde 2.15, üniversite

hastanelerinde 2.27 kat, yatan hasta sayısı Bakanlık hastanelerinde 1.50, üniversite hastanelerinde 2.00 kat artmıştır. Ameliyat sayısı Bakanlık hastanelerinde 4.00, üniversite hastanelerinde 3.00 kat artmış olmasına karşın A grubu ameliyatlarda Sağlık Bakanlığı hastanelerinde toplamın % 2,6'sını, üniversite hastanelerinde % 7,6'sını oluşturmaktadır. A ve B grubu ameliyatlarda toplamında ise oran % 15'e karşın % 29 dur. E grubu ameliyatlarda ise oranlar % 43 ve % 32'dir.

Bu istatistiklerden de anlaşılacağı üzere üniversite hastaneleri yaşanan finansal problemlerin nedeni değildir. Son on yılda sağlık harcamalarında yaşanan olağan üstü artışa rağmen üniversite hastanelerinin (tıp fakültesi sayısını artışıının neden olduğu artış hariç) bundan aldığı payda önemli bir artış olmamıştır. Bunun en önemli nedeni özellikle nitelikli sağlık hizmetlerinde maliyet artışına rağmen ücretlendirmede iyileşme sağlanmaması, paket işlemlerle ücretlerinin düşürülmüş olmasıdır. Daha özelliiksiz işlemlerde hastaneler gelir gider dengesini daha rahat kontrol edebildiğinden, özel hastaneler ve 2. basamak sağlık kuruluşları bu ücret politikalarından daha az etkilenmektedir. Gerek Bakanlık hastanelerinin, gerekse özel hastanelerin çeşitli kaynaklardan sağladıkları ek gelirler de bu sisteme daha iyi uyum sağlamalarına neden olmaktadır.

Birçok platformda üniversite hastanelerinin gelirlerinin daha az artmasının yönetim zafiyeti olarak gösterilmesi düşünüldür. Maalesef buna Maliye Bakanlığı yetkililerinin de inandığı görülmektedir. Oysa diğer kurumlardaki artışların bu kadar yüksek olması ile beraber, ücretlendirmenin rolü de sorgulanmalıdır. Sağlık Bakanlığı Mart 2011 DRG (TİG) verileri incelendiğinde en büyük eğitim hastanelerinden birinin ürettiği yaklaşık 6000 TİG frekansı karşılık 1 milyon TL (Tüm hizmetin % 10'u karşılığı olarak) üzerinde hizmet bedeli aldığı görülmektedir. Bu, % 100 olarak hesaplandığında aylık yaklaşık 13 milyon TL'ye karşılık gelmektedir. Aynı dönemde Erciyes Üniversitesi'nin ürettiği frekans toplamı yaklaşık 30000'dir. Ayrıntılara bakıldığında üniversitenin Bakanlık hastanesine göre başta nitelikli işlemler olmak üzere hemen tüm işlemlerde birkaç kat önde olduğu (Aynı dönemde ülkemizde yapılan kemik iliği nakillerinin büyük kısmı bu merkezde gerçekleştirilmiştir. Yoğun bakım yatak sayısı 250'nin üzerindedir) görülebilir. Bu rakamlara göre Erciyes Üniversitesi Hastanelerinin aylık geliri sizce bu eğitim hastanesinin kaç katı olmalıdır? (Şu anda sadece 15 milyon TL) Daha önce Hacettepe Üniversitesi'nin yaptığı DRG çalışmaları üniversite hastanelerine yapılan ödemelerin en az % 50 artması gerektiğini ortaya koymuştur. Başta sorduğumuz

Sağlık harcamalarının bütçe içerisindeki payı % 6-7'leri geçmemektedir. Bunun sadece % 10-12'si üniversite hastanelerine gitmektedir. Tamamı zarar olsa ekonomiye yükü ne olur? Bu nedenle SGK'nın "benim açıklarım çok fazla, tasarruf etmeliyim" şeklindeki nakaratları bırakması gerekir.

"*Üniversite Hastaneleri kötü mü yönetilmektedir?*" sorusunu şu şekilde değiştirsek yukarıda yazılanlar ışığında cevabınız ne olur: "*Hangi üniversite hastanelerinin yöneticileri iyidir?*" "*Kısıtlı imkânlarla hizmetten, gelişimden, kaliteden ödün vererek mali dengeyi kurabilenler mi?*" ya da "*Hizmetten, gelişimden ve kaliteden ödün vermeyip zaten hak ettiği ve alması gereken parayı borçtan dolayı yardım veya kurtarma adı altında almayı başaranlar mı?*" Sizin cevabınızı bilmiyorum ancak benim cevabım "*Her ikisi de*" şeklindedir. O zaman neden üniversite hastaneleri iyi yönetiliyorlar dediğim daha iyi anlaşılacaktır.

Sağlık hizmeti ve SGK tarafından yapılan ödemeler dışında ek kaynak oluşturamayan üniversite hastanelerinin finansal sorunlar yaşamaması da kaçınılmaz olmaktadır. Bu nedenle hemen her ülkede uygulandığı şekilde üniversite hastanelerinin ücretlendirilmesinde farklılık oluşturulması gerekir. Geçmiş yıllarda özellikle belki de bazı kurumların astronomik bütçelerinin oluşturduğu açığın gözlerden uzak olması amacı ile her kötü gidişin, ekonomik sıkıntının faturası sağlık harcamalarına çıkarılmıştır. Gelişen Türkiye ve ekonomisi göz önüne alındığında sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelerin hala çok gerisinde olduğu görülmektedir. Bütçe içerisindeki payı % 6-7'leri geçmemektedir. Bunun sadece % 10-12'si üniversite hastanelerine gitmektedir. Tamamı zarar olsa ekonomiye yükü ne olur? Bu nedenle SGK'nın "*benim açıklarım çok fazla, tasarruf etmeliyim*" şeklindeki nakaratları bırakması, asıl görevi olan "*sigortalılarına daha kaliteli bir sağlık hizmeti*"ni nasıl sağlayacağını düşünmesi gerekir. Toplanan primlerle sağlık sistemini tamamen kurtarabilmiş bir ülke yoktur. Ancak SGK'yı kurtaracağım derken kaç kurumun zor durumda kaldığını da iyi düşünmek gerekir.

Kısa vadede üniversite hastanelerinin yönetimi için en uygun çözüm; dekan ve başhekimin işbirliği içinde çalıştığı, başhekimin işletme deneyimine sahip olduğu, işletme müdürünün hem işletme konusunda deneyimli hem de işletmede yetişmiş olduğu yapıdır. Aynı deneyimin başmüdür, başhemşire, müdür gibi idari kademelerde de aranması gerekir.

Erciyes Üniversitesi hastanelerinde durum

2004 yılından itibaren hastanelerimizde farklı bir yapılanma oluşturuldu. Bu yapılanma öncelikle yönetim, hizmet ve personel yapılarında sağlandı. Mali disiplin oluşturuldu.

Yönetim yapılanması

Dekan, başhekim ve işletme müdüründen oluşan bir üst kurul oluşturuldu. Bu kurul özellikli, kapsamlı alımlar; harcamalar ve bakım onarım kararlarını vermektedir. Rutin işleyiş daha alt organlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Her türlü harcamanın değerlendirildiği kurul "*Satınalma İnceleme Kurulu*" olup ilk değerlendirmeleri yapmakta, rutin harcamaları ve şeklini planlamaktadır. Üst kurula karşı sorumludur. Hastane hizmetleri esas olarak başhekimin sorumluluğunda olmakla birlikte, her türlü işlemden dekan da haberdar olmaktadır. Dekan, başhekim veya diğer yönetim birimleri üst kurulun bilgisi dışında herhangi bir taahhütte bulunmamaktadır. Dekan, başhekim ve işletme müdürü mali durum, gelir, gider ve diğer her konuda bilgi sahibidir. Ancak yapılacaklar ilgilerine göre daha alt birimlere dağıtılmıştır. Üst kurul sevk ve idare eder, önemli kararları alır.

Hizmet yapılanması

Hastaneler günün şartlarına göre sürekli modernize edilmektedir. Otelcilik ve sağlık hizmetleri bir bütünün parçalarıdır. Ancak iş bölümü içinde farklı organlar tarafından yönetilir. Otelcilik hizmetleri Ev İdaresi birimi kurularak buraya bağlanmıştır. Amaç hasta ve



çalışan memnuniyetidir. Bu amaçla bir taraftan konaklama, yemek, çamaşır hizmetlerinin kalitesi artırılırken, diğer taraftan güvenlik tedbirleri hayata geçirilmiştir.

Personel yapılanması

Uluslararası standartlara uygun personel yapılanmasına çalışılmıştır. Son 5 yılda personel sayısı 2300'den 3200'e çıkarılmıştır. Ancak kadro sıkıntısı nedeniyle personelin % 50'den fazlası döner sermaye imkânları ile çalıştırılmaktadır. Yönetimin önündeki en büyük tehditlerden biri, personel sıkıntısı ve döner sermayeye getirdiği yükür. Yine de personel iyileştirmelerinin de katkısı ile otelcilik, hekim ve personel memnuniyetleri % 85'in üzerine çıkarılmıştır.

Finansal durum

Önceki yıllarda döner sermaye gelirlerinde yıllık 2-4 milyon TL'lik küçük artışlar

olmakta idi. Giderler ise ek ödeme olmadıği halde sürekli artmakta, gelirler giderleri ancak karşılayabilmekte ve çok az bakım-onarım ve demirbaş harcaması yapılmakta idi. Yukarıda bahsedilen tedbirlerle gelirde yıllık % 15-25 arasında artış sağlandı. Beş yılda toplam gelir 2 katına çıkarıldı. Bu dönemde de giderler gelirlerle paralel seyretti. Ancak bu defa gider kalemleri içinde bakım-onarım-demirbaş giderleri (6 yılda 70 milyon TL) ve ek ödemeler (6 yılda 60 milyon TL, döner sermaye ödemeleri ile birlikte 150 milyon TL) yer almaktadır.

Gerçekleştirmeler

1. Satın almanın yeniden organizasyonu
2. Faturalama ve fatura inceleme birimi organizasyonu
3. Ayniyat-Depo-Eczane organizasyonu
4. Bilgi işlem birimi organizasyonu
5. Ev hizmetleri birimi kurulması
6. İnsan kaynakları birimi kurulması ve organizasyonu, sekreterlik hizmetleri,

- duyuru sistemi kurulması ve güncel web sayfası uygulaması
7. Atık, afet, hasta ve çalışan güvenliği birimleri kurulması, mavi kod ve pembe kod sistemlerinin aktifleştirilmesi
8. Hastane hizmetleri ile ilgili kurullar kurulması
9. Laboratuvar hizmetlerinin düzenlenmesi
10. Gelir artışı önlemleri ve kaçak kontrolü
11. Gider azaltma önlemleri ve kaçak kontrolü
12. SGK ile ilişkilerin gözden geçirilmesi
13. Bakım-onarım ve yenileme çalışmaları (yaklaşık 70 milyon TL)
14. Doğrudan gelir getirici katkı payı ödemeleri
15. Yeni ek ödeme sistemi

Sonuç olarak

- 1- Gelirler ve giderler kontrol altına alındı, kaçaklar önlendi, hasta ve işlem sayısı arttı. Her yıl gelirde önemli artışlar sağlandı. Gereksiz kullanımlar kısıtlandı. Karlılık artırıldı. Borç/gelir oranı %13'ün altına çekildi.
- 2- Ortalama yatış günü 5 yılda 9,8 den 4,6 güne indi. Yatak ve ameliyathanelerin daha verimli kullanımı sağlandı. Doluluk oranı % 90'ın üzerinde seyretti.
- 3- Hasta memnuniyet oranları arttı.
- 4- Son altı yılda düzenli ve kesintisiz olarak ek ödeme sistemi uygulandı. Bu süreçte yaklaşık 150 milyon TL'nin üzerinde döner sermaye katkı payı (ek ödeme dâhil) dağıtıldı.

Yukarıdaki verileri görünce ne kadar güzel bir tablo diye düşünenler olabilir. Bunun nelerden fedakârlık edilerek yapıldığı, olması gerekenlerden hangilerinin olmadığı, ancak görerek anlaşılabilir.

Öneriler

- 1- Kısa vadede üniversite hastanelerinin yönetimi için en uygun çözüm; dekan ve başhekimin işbirliği içinde çalıştığı, başhekimin işletme deneyimine sahip olduğu, işletme müdürünün hem işletme konusunda deneyimli hem de işletmede yetişmiş olduğu yapıdır. Aynı deneyimin başmüdür, başhemşire, müdür gibi idari kademelerde de aranması gerekir. Üniversitelerde ileriye dönük ve hekimlerin öğrenim göreceği doktora programları olmalıdır.
- 2- Üniversite hastaneleri hizmet vermeye devam etmelidir. Bunu yaparken yönetimini de kendisi yapmalıdır. Temel işlevleri eğitim olan bu kurumların sadece hizmet kurumları mantığı ile yönetilmesi, tıp eğitiminde onulmaz yaralar açacaktır.
- 3- Üniversite hastaneleri için Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan personel standartları çalışmalarına benzer bir çalışma yapılmalı ve yeterli personel sağlanmalıdır.
- 4- Eğitim için mutlaka döner sermaye dışında bir kaynak oluşturulmalıdır.
- 5- Üniversite hastaneleri için farklı ücretlendirme politikaları geliştirilmelidir.

Son söz

Fedakârlık sadece üniversite hastanelerinin malı değildir, olmamalıdır. Üniversitelerden yapılan fedakârlık geleceğinizden yapılan fedakârlıktır.

Kaynaklar

Achouri H. Hospital Reform Project, Objectives, Implementation, Results And Training. Tunis Med. 2001 May;79(5):270-7.

Ali Can, Hasan İbicioğlu. Yönetim ve Yöneticilik Yönünden Üniversite Hastanelerinin Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008, C.13, S.3 S.253-275.

<http://Disease.Medicine-Care.Info/Hospital/130-Hospital-And-Healthcare-System-Ceos-To-Know.Html> (Erişim tarihi:11.07.2011)

<http://Web.Worldbank.Org/External/Projects/Main?Projectid=P120391&Thesitepk=40941&Pipk=64290415&Pagepk=64283627&Menuupk=64282134&Type=Overview> (Erişim tarihi:11.07.2011)

<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>. (Erişim tarihi:11.07.2011)

<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>. (Erişim tarihi:11.07.2011.)

<http://www.Pharmaphorum.Com/2010/12/22/The-Role-Of-Hospitals-In-Community-Based-Healthcare/> (Erişim tarihi:11.07.2011)

<http://Www.Schulich.Uwo.Ca/Humanresources/Documents/Vicedeanhospitalinterfacultyrelationsjd.Pdf> (Erişim tarihi:11.07.2011)

Mustafa Gümüş. Üniversite Hastaneleri Ve Döner Sermaye Sistemlerinin İşleyişi: Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Danışman: İbrahim Attila Acar.

Özcan C. Üniversite Hastanelerinin Yönetim Yapısının İncelenmesi Ve Yeni Bir Model Önerisi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2:236-240, 1995.

Strehl R.Impact Of The Public Health Reform Law On Research And Education. Zentralbl Chir.1995;120(7):507-12.

T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı Araştırma Raporları 12- Ümit Şahin. Hastane İşletmeciliğinde Yöneticilik Kavramına Eleştirel Bir Yaklaşım. http://Umitsahin.Com/?Page_Id=130. (Erişim tarihi:11.07.2011.)

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010.

Tengilimoglu D, Kısa A. Conflict Management In Public University Hospitals In Turkey: A Pilot Study. Health Care Manag (Frederick). 2005 Jan-Mar;24(1):55-60.

The Interactions Between Universities And Hospitals :Problems And Possibilities. http://www.U21health.Org/News/Docs/U21univ-Health_System_Discussion_Paper.Pdf (Erişim tarihi:11.07.2011)

YÖK ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü. Durum Raporu 2010.

Üniversite - Sağlık Bakanlığı İşbirliği: Marmara Üniversitesi deneyimi

Prof. Dr. Hasan Fevzi Batirel



1970 yılında İstanbul'da doğdu. Zihniye İlkokulu, Kadıköy Anadolu Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1994) bitirdi. Göğüs Cerrahisi Uzmanı (1999), Göğüs Cerrahisi Doçenti (2005) ve Göğüs Cerrahisi Profesörü (2010) oldu. 1997'de NATO bursu ile altı ay süreyle Mehmet Öz'ün departmanında araştırmalara katıldı. 1999-2001 yıllarında Brigham and Women's Hospital, Harvard Tıp Fakültesi, Boston'da klinik üst ihtisas doktoru olarak çalıştı. 2008-2009 yılları arasında vekâleten Marmara Üniversite Hastanesi Başhekimliğini yürüttü. 2009-2010'da Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görevlendirme ile klinik şefi olarak çalıştı. Temmuz 2010'da vekâleten, Şubat 2011'de asaleten Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı olarak atandı. Dr. Batirel evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Prof. Dr. Mustafa Bakır



1965 yılında Kayseri'de doğdu. İlk ve orta öğretimini Kayseri'de tamamladı. 1988 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk Alerji-İmmünoloji yan dal, 1997-1999 yılları arasında Chicago Üniversitesi'nde Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları yan dal uzmanlık eğitimini tamamladı. Aynı dönemde Enfeksiyon Kontrol ve Hastane Enfeksiyonları alanında araştırmalar yaptı, temel ve ileri epidemioloji ve istatistik dersleri aldı. 2000 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı'nı kurdu. Halen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı Başkanlığı ve Rektör Başkanlığı görevlerini yürütmektedir. Dr. Bakır evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Ülkemizin bürokrasi ve kurum tarihinin bizlere kazandırdığı en önemli özellik, kurumların rekabeti kültürü çerçevesinde aşırı korumacılık olsa gerektir. Başka bir kurumla herhangi bir nedenle işbirliği yapalım dendiğinde ilk tepki genellikle; “Dertsiz başımıza dert mi alalım?” şeklinde olmaktadır. Bu kültüre rağmen, ülkemizde son bir yıl içinde, belki de en büyük işbirliği Marmara Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı arasında yapıldı. Birbirine uyum sağlaması çok zor olan bu iki kurum, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi için fiziki şartların zorlamasıyla, Sağlık Bakanlığı için ise herhalde sağlık sektörüne her yönüyle hâkim olma iradesiyle, bir araya gelmek zorunda kaldılar. Başlangıçta bu işbirliği hem Bakanlık bürokrasisi, hem de üniversite üyeleri arasında şiddetli muhalefet ile karşılaştı ve Sağlık Bakanı

Prof. Dr. Recep Akdağ'ın bu işbirliğini çok istemesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinin ise başka alternatifinin olmaması nedeniyle 25 Ağustos 2010'da akdedilen ikinci protokol ile fiilen hayata geçti.

İşbirliğinden ne anlıyoruz?

İşbirliği iki kişi veya kurumun ortak amaçlar doğrultusunda ve uzlaşmış kuralları çerçevesinde bir arada çalışmalarıdır. İşbirliği yapacak kurumların insan kaliteleri, iş yapma usulleri, bürokratik gelenekleri ve hedeflerinin uyumluluğu; süreçteki sorunları ve avantajları belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı ile ortak bir hastanede hizmet verme konusu ortaya atıldığında herkesin birlikte olduğu bir akademik toplantıda söylenen şu söz, bakış açısını yansıtmaları açısından çok manidardır: “Sağlık Bakanlığı ile üniversite kurumunun herhangi bir şekil-

de işbirliği yapması kesinlikle mümkün değildir, onurumuzu ve özgürlüğümüzü satmayalım!”

Bu tepki kıdemli bir öğretim üyesinden geldiğinde tartışma için fazla bir zemin kalmadığı aşikâr hale gelir. Nitekim bu tartışmaların sonucunda tıp fakültesi öğretim üyeleri arasında yapılan oylama ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Pendik Hastanesi'ne taşınmasına % 60 oranında “hayır” oyu çıktı. Ama bu oylamadan iki ay sonra, Altunizade'deki eski hastane binamızın önemli bir kısmı depreme dayanıksızlık nedeniyle kapatıldı ve genel cerrahi servisi 24 yataktan 8'e, Nöroloji servisi 6 yatağa düştü. Bu durumda hastanede asistan eğitimi hatta öğrenci eğitimi verilmesi imkânsız hale gelmişti. En önemli anabilim dallarından birinin bağındaki hocamız, “Eylül'e kadar ne yapacaksanız yapın, yeter ki bu işi netleştirin, yoksa



ben öğrencilerle yüz yüze gelmemek için ücretsiz izin alacağım.” diyerek aslında sürece son noktayı koyuyordu. İşbirliğine yönelik olumsuz önyargılar, sadece Üniversite öğretim üyeleri ile sınırlı değildi. İşbirliği kültürü, Bakanlık ve İl nezdindeki idari personelde de yoktu. Mesela hastanenin taşınması sürecinde, hastanede Tıp Fakültesi Dekanının odasının olması ilk sorunlardan biri oldu. “Hocam, dekanın hastanede ne işi var, o eğitimle uğraşsın.” diyecek kadar Yükseköğretim sisteminde ve tıp eğitiminden bihaber bir bürokrat grubuyla beraber çalışacaktık. Hatta işbirliğinin tarafı olan Rektörün hastanede bir ofis talebi, başlangıçta hastane müdüründen şiddetli bir ret cevabı ile karşılanmıştı. Aslında başhekim yardımcılarının birinin şu sözü, aramızdaki frekansın ne kadar farklı olduğunu ayan beyan ortaya koyuyordu: “Hocam, ben tıp fakültesinden beri ilk kez öğrenci görüyorum.” Bütün bu farklılığı biraz benzeştirmek için yavaş yavaş, oya işler gibi çalışmak gerekiyordu. Bir Amerikalı öğretim üyesinin Amerika'daki üst düzey üniversitelerin Federal hükümetle olan ilişkilerini anlatan şu ifadeleri, bizce üniversitelerde bu konuda bir zihniyet devrimi gerektiğini göstermekte: “Federal hükümet standart hekim yetiştirilmesini istemektedir, çünkü esas ihtiyacı odur. Oysa Amerika'nın en iyileri olan sarmaşık üniversiteleri (Duke, Yale, Harvard, U Penn vs) akademik hayata doktor hazırlarlar ve federal hükümetle çatışırlar. O üniversiteler de Federal hükümete, devletin ve herkesin kendile-

rine neden çok ihtiyacı olduğunu anlatmak için uğraşırlar. Bu devam eden ve edecek olan bir mücadeledir.” Amerikalı öğretim üyesine, “Siz koca öğretim üyelerisiniz, onlar size gelip ihtiyaçlarınızı veya görüşlerinizi sormuyor mu?” sorusunu yönelttiğimizde, sadece güldüğünü ifade edelim. Bu uzun soluklu bir mücadeledir ve bizleri de beklemektedir. Bu süreçte Ankara'da bizi duyacak ve vazgeçilmezliğimize inanacak kulaklara ihtiyacımız var.

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi için işbirliğinin nedenleri

Marmara Üniversitesi, 1883'te kurulmuş Hamidiye Ticaret Mektebi'ne dayanan ve 1983 yılında kanunla kurulmuş bir devlet üniversitesi idi. Kuruluşunda Tıp Fakültesi de yer almış ve Hacettepe'den gelen motive bir genç ekip, İstanbul'un Anadolu Yakasında farklı bir fakültenin temellerini atmıştı. İstanbul'un Anadolu Yakasında eğitim dili İngilizce olan ilk tıp fakültesiydi. Hızlı bir şekilde ün kazanmış ve 1990'larda Türkiye'nin taban puan olarak Hacettepe Türkçe ve İngilizce Tıp Fakültesinden sonra 3. sıradaki tıp fakültesi haline gelmişti. 1983 yılında Altunizade'de İstanbul Ticaret Odası'na ait bir huzurevi binasının yarısı kiralanmış ve hastane hizmeti, acil servis olmadan bu binada verilir hale gelmişti. Temel bilimler ise Haydarpaşa'daki eski Mektebi Tıbbiye-i Şahane Binasına yerleşmişti. 300 yataklı bu hastanede 2000'li yıllara kadar 100-150 öğretim üyesi ile eğitim sağlanıyor ve Başibüyük, Maltepe'de yaklaşık 700 ya-

Sağlık Bakanlığı ile ortak bir hastanede hizmet verme konusu ortaya atıldığında herkesin birlikte olduğu bir akademik toplantıda söylenen şu söz, bakış açısını yansıtmaları açısından çok manidardır: “Sağlık Bakanlığı ile üniversite kurumunun herhangi bir şekilde işbirliği yapması kesinlikle mümkün değildir, onurumuzu ve özgürlüğümüzü satmayalım!”

taklı büyük bir hastanenin temeli 1992 yılında Kadir Has'ın verdiği bir miktar bağış ile atılıyordu. Pendik Hastanemize taşınmaya başlama tarihimiz olan 8 Eylül 2010'a kadar 27 yıl geçmişti ve ufukta Başibüyük'teki hastanenin bitirilmesi mümkün görünmüyordu. Marmara için işbirliğini nedenlerini aşağıda maddeler halinde sıralıyoruz:

1. Altunizade'deki Huzurevinden bozma hastane binasının yatak kapasitesi 300'dü. Depreme dayanıksız bölüm kapatılınca bu kapasite 200'e kadar düştü.

2. 2000 yılından itibaren tıp fakültesi öğretim üyesi sayısı 200-250'ye ulaşmış ve fiziki mekân ve yatak kapasitesi bu öğretim üyelerine yetmez hale gelmişti. Örnek olarak, 20 yataklı bir pediatri servisinde 25 öğretim üyesi hasta bakmaya çalışıyor ve 30 asistan, eğitim almaya çalışıyordu. Benzer birçok servis aynı problemleri yaşıyordu.

3. Cerrahların birçoğu haftada bir gün ameliyat yapabilmek için mücadele veriyor, kıdemli profesör olanlar ise gençlerin önünü açmak için ameliyat günlerinden vazgeçer hale geliyordu.

4. Hastanede enfeksiyon problemi inanılmaz boyutlara ulaşmış ve Türkiye ortalamasının dahi çok üzerinde seyreder hale gelmişti.

5. Profesörlere 1500, doçentlere 1000, asistanlara ise 600 TL döner sermaye katkı payı ödenebiliyordu ve bu ödemelerde de düzen yoktu. 200 yataklı bir hastanenin 1000'in üzerinde öğretim üyesi ve diğer personeli beslemesi mümkün değildi.

6. Bunun sonucu olarak, kıdemli öğretim üyelerinin çoğunluğu, vakıf hastanesi olan 60 yataklı Academic Hospital'dan gelirlerini elde etmenin derdine düşmüşler, birçoğu muayenehane ile Academic Hospital arasında gidip gelir hale gelmişlerdi. Hekimlerin işlerini yapabilecekleri büyük bir hastanenin bulunmaması, bu doğal sonucu doğuruyordu.

7. Son TUS sınavlarında önemli bölümlerimize dahi asistan almakta zorlanıyorduk. Kadrolarımız % 30'lar civarında boş kalmaya başlamıştı. Çok sınırlı yatak kapasitesi nedeniyle asistan eğitimi neredeyse verilemez hale gelmişti.

8. Üniversite sınavlarında Marmara'nın taban puanı hızla düşmüş ve 2010'da devlet üniversiteleri arasında 7. sıraya, genelde ise 11. sıraya gerilemişti.

9. Performansa geçilmesi durumunda Altunizade'deki hastanenin para dağıtması mümkün olmayacaktı ve öğretim üyeleri başka üniversitelere gitmeye hazırlanıyorlardı. Nitekim taşınma sürecinin tam netleşmediği dönemde 100'ün üzerinde öğretim üyesinin vakıf ve diğer üniversitelerle anlaştığı ifade ediliyordu.

10. Başibüyük'teki hastanemizin inşaatına 1992'den beri toplam 250 milyon TL harcanmış, ama hastane bitirilememiş ve 40 milyon TL'ye daha ihtiyaç vardı. İç donanım bu rakama dâhil değildi. Dolayısıyla Başibüyük'teki hastanenin içine girebilmek için önümüzde daha en az 3 yıl vardı...

Yukarıdaki nedenler Marmara'yı patlama noktasına getirmiş ve hastanesiz bir Tıp Fakültesi olmaktan kurtulmaktan başka çare kalmamıştı.

Sistem işbirliğine izin veriyor mu? İşbirliği süreci, ilk aylar ve hâlihazırdaki durum ne?

Marmara Üniversitesi – Sağlık Bakanlığı arasında yapılan protokol ve hayata geçirilen birliktelik, başlangıçta hiçbir hukuki altyapısı olmadan tamamen iyi niyet üzerine oluşturulmuştu. Nitekim Ocak 2010'da yapılan protokolün bir hukuki dayanağının olmaması öğretim üyelerinin dikkatini çekmiş ve -yukarıda da belirttiğimiz- herhangi bir şekilde Sağlık Bakanlığı ile ortak su bile içmek istemeyen bazı öğretim üyelerimiz, protokolün iptali için dava hazırlığına girişmişlerdi. İkinci protokol, kamuoyunda “Tam Gün” olarak bilinen yasanın ek-9. maddesine dayanıyordu. Aslında bir protokol doğrudan kanuna dayanamazdı ama en azından dayanacak bir şeyi vardı! Hülâsa, sistem, ne süreçte var olacak kişilerin dağarcıklarında, ne de hukuki zeminde işbirliğine izin veriyordu. Ülkemizde her kurum kendine özel ve durumunu sağlama alacak hukuki kazanımlara sahip olduğu için, işbirliği bunların bazılarının taviz anlamına geliyordu. En zor kısmı ise kişilerin yeni hastanede görevlendirilmeleri ve ekonomik boyutu idi. 1000 kişilik bir öğretim üyesi ve hastane personeli grubunun tüm sorumluluğunu üzerimizde taşıyorduk. Süreçte çok zorlandığımız bazı konular şunlar oldu:

1. Öğretim üyeleri görevlendirmeleri: 2547 numaralı yasanın 38. maddesine göre mi, evet. Ama dilekçeler kime verilecekti, İl Sağlık Müdürlüğüne mi, Dekanlığa mı? 38.maddeye göre Dekanlığa ama İl Sağlık Müdürlüğü ve Bakanlık'taki geleneklere göre doğrudan kendilerine istek yapılması gerekiyordu. % 60'ı taşınmak istememiş bir öğretim üyesi grubundan böyle bir dilekçe toplanabilir miydi, hayır. Biz dilekçeleri Dekanlığa hitaben topladık ve kanunu farklı yorumlayarak süreci işlettik.

2. Hastanede çalışan sözleşmeli ve geçici işçi kadrosunda olan personel: Yıllardır yüz yüze baktığımız ve sosyal bir ilişkiler ağı oluşturduğumuz 150'ye yakın personelimize nasıl maaş ve diğer haklarını ödeyecektik? Artık hastane yoktu ve maaşlarını Üniversite döner sermayesinden alan bu kişiler için Üniversitenin ödeyebileceği bir para kalmamıştı. Formülü kamu kurumları arasında ihalesiz mal ve hizmet alımı yönetmeliğinde bulduk. Ortaklık yaptığımız hastane, üniversiteden bu kişiler için hizmet satın alacaktı. Bu sefer katma değer vergisi, hazine payı, bilimsel araştırma fonu payı vs gibi kesintiler eklenecek miydi?

İstanbul'un büyük ilçelerinden birinin Belediye Başkanı bu süreç ile ilgili konuşurken, *“Hocam şanslısınız, genç ve motive bir ekipsiniz ve hem siz, hem de başhekim daha önce bu işleri yapmamış. Dolayısıyla biraz gözü kara gidebiliyorsunuz.”* dediğinde ne yaptığımızı daha iyi anladık.

3. 4-B'ye tabi personel: Bu kişilerin sorununu da aynı işçiler gibi hizmet alımı üzerinden çözmeye çalıştık. Son seçim

öncesi 4-B'lilerin 4-A'ya atanmaları sonucunda kadro sorunları çözüldü.

4. 657'ye tabi idari personel: Bu kadrodaki arkadaşlarımız bu süreçten en mağdur olan kişilerdi. Çünkü Anadolu'daki bir ilde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir hastaneye performans almaları için çok sayıda idari personelin görevlendirilmesi sonucu, 3-4 yıl önce kanuni düzenleme ile bu şekilde görevlendirilen idari personelin performans almalarının önüne engel çıkarıldı. Bu engel bizim işbirliğimizin de önündeki en önemli engel oldu. Bu sorun ancak “ortak kullanım” yönetmeliği diye bilinen yönetmelik çıkarıldıktan sonra çözülebildi, ama geriye yönelik alacakların ödenmesi ciddi sorun haline geldi. Çalışan bir kişinin emeğinin karşılığını alamaması kabul edilebilir bir şey değil.

5. Bakış açısı ve çalışma: Hastanede çalışan kişilerin birbirine, bu Bakanlık personeli, bu Üniversitesi personeli diye değil, hepsi ortak iş üreten bir grup olarak bakması gerekiyor. Birbirlerini karşı taraf görme geleneği devam ettiği için hataları veya sorunları ötekine mal etme alışkanlığı da değişmemekte. Oysa Hollandalıların birlikte çalışmanın ve üretmenin ne kadar ulvi bir amaç olduğunu anlatan şu örneği çok dikkat çekicidir. *“Aile ile birlikte yemek yemekten daha zevk veren ne olabilir. Birlikte çalışmak...”* Bu süreç zaman alacaktır ve gün geçtikçe kaynaşma sağlanmaktadır. Bununla beraber öğretim üyelerinin yeni hastanemize geçiş umudunu koruduğu, hastane ile ilgili haber aldıklarında duydukları heyecan ve beklentilerin üst düzeyde olması, mevcut durumun kendileri için getirdiği büyük avantajlara rağmen akademik özgürlüğe düşkünlüklerinin bir yansımasıdır.

Sonuçta sistem işbirliğine izin vermektedir. Yeni birlikte kullanım yönetmeliği ise aceleyle yeterli hukuki inceleme yapılmadan hazırlandığı için, çatışmalı konular tam izole edilmeden çıkarılmıştır. Mesela performans ödemelerinin 209. maddeye göre mi, 2547'nin 58. maddesine göre mi yapılacağı, işçilere tahakkuklarının hastaneden mi yapılacağı, yönetici paylarının 209. maddede olmamasının ödemelere engel teşkil edip etmediği tartışma konusudur ve netleşmemiştir. Hukuki alt yapı yeterli hale gelse bile, neredeyse yüzyılın tortusunu taşıyan kurumların birbirine bakış açısının değişmesi çok daha uzun zaman alacaktır. Bu konuya nokta koymak açısından en son söylenecek sözler herhalde, *“Mahkeme kadıya mülk değil, çok da tasalanmamak lazım. Gelip geçiyoruz hep beraber.”* olacaktır. Amaç bu ülke halkına, daha iyi hizmet, hekimlik ve tıp eğitimi sunmaktır.

Başarı veya başarısızlığa neden olabilecek faktörler

Marmara deneyiminden öğrendiklerimiz, bu işbirliğinin başarılı olabilmesi

için bazı olmazsa olmazlar olduğunu göstermekte. Bunlardan ilki, başhekimin işbirliği yapılan üniversitenin öğretim üyesi olmasıdır. İdari kadro Bakanlık kökenli olsa dahi, Başhekim üniversite kökenli olduğunda üniversite öğretim üyelerinin haklı veya haksız hassasiyetleri daha iyi yönetilebilmektedir. İkincisi ise işbirliği yapacak Üniversite köklü ve büyük bir kurum ise, ortaklık uygulanacak birimin boş olmasının çok önemli olduğunu gözledik. Eğer personeli olan ve sistemi oturmuş bir Sağlık Bakanlığı hastanesi ile birliktelik amaçlansa, her iki kurumun hekim gruplarının birbirleri ile uyum sağlamalarının çok zor olacağı kanaatindeyiz. Mevcut çalışma sistemine alternatif anayasal düzenleme ile rekabete dayalı bir sözleşmeli çalışma sistemi bu tip işbirliğini kolaylaştırabilir.

Üçüncüsü, Üniversite ile İl Sağlık Müdürlüğünün yakın irtibatıdır. Burada üniversitenin içinden gelen bir İl Sağlık Müdürlüğü ve üniversitenin hassasiyetlerini anlamaya çalışan bir İl Sağlık Müdürlüğü ile çalışmak bizlerin avantajı olmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın hastane işletmeciliği ve ülke genelinde sağlık standardının yükseltilmesine ilişkin önemli başarıları yadsınmamalı ama üniversitelerin bilgi birikimi ve akademik gücüne de saygı gösterilmelidir. Sonuçta sağlık hizmetini verecek kişileri üniversiteler yetiştirmektedir. Sağlık Bakanlığı hizmet odaklı ve öncelikli, üniversite ise bilgi üretim paylaşımları odaklı ve öncelikli bakış açısına sahiptir. Bakanlığın öncelikleri ve bakış açısı, üniversite öğretim üyesinin akademik faaliyet ve özgürlüklerini katı bir sağlık hizmeti çerçevesi içine hapsedmek hedefini gözetmediği sürece “ortak kullanım” hayat kazanabilir.

Yakın zamanda ortaya çıkan gelişmeler Sağlık Bakanlığı bürokratlarının ortak kullanımındaki hastanelere Sağlık Bakanlığı Hastaneleri gibi bakma alışkanlıklarından vazgeçemediklerini göstermektedir. Bürokratik refleksler bu yönde kararlar almaktadır. Maalesef Bakanlık bürokratları çoğunlukla akademik unvanlar taşıdıkları halde öğretim üyelerinin bu ülkenin en iyi yetişmiş beyin kadroları olduğunu zaman zaman unutmaktadır. Bu ise süreçleri kaotik hale getirmekte ve ortak kullanım ruhuna aykırı bir durum oluşturmakta, “birlikte kullanım” temellerini ve örneğini desteklememektedir. Nitekim Sağlık Bakanlığı danışmanlarından biri; *“Eğitim-araştırma hastanelerinde de üniversitedekilerin aynıysa yapılmaktadır. Üniversiteler eskisi kadar güçlü değil...”* diyebilmektedir. Oysa ileri işlemlerin ve tedavilerin mortalite ve morbiditeleri tüm dünyada üniversite hastanelerinde daha düşüktür. Fakat Sağlık Bakanlığı'nın kaygısının eski tabirle keyfiyet değil kemiyet olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın en üst düzeyde bilimsel yayınlar hakkında, *“Atif sayısıyla, hakemli dergilerdeki*

yazı sayısıyla bir bilim adamını değerlendirmek gereklidir ama bir ülke politikası açısından yeterli değildir. Her yıl tıp literatüründe milyonlarca yazı çıkıyor. O ummana bir damla atmakla ülkenize bir şey kazandıramazsınız. Bir şey olması için, belli alanlara yönelmiş yığılı biçimde bilgi birikimi oluşturmak gerekiyor” şeklindeki açıklaması, hangi düzeyde olursa olsun bilgi üretme ve yaymanın hatta bunun alıştırmasını yaparak yönteminin öğretilmesinin, üniversitelerin asli ve vazgeçilmez görevi olduğunu noktasını göz ardı etmektedir.

Diğer yandan üniversite hastanelerinin Sağlık Bakanlığı tarafından işletilmesi fikri, merkeziyetçi bir anlayışın yansıması olup devletin sağlık alanında düzenleme ve denetim görevinin çok ötesine gidip sağlık hizmetlerinin tek sağlayıcısı olma ve hükmetme, dolayısı ile devletçi bir anlayışı hedeflemesi anlamına gelir. Üniversitelerin bir kısmının niçin mali açıdan sıkıntıda olduğu daha bütüncül bir yaklaşımla irdelenmeli, eğitim-araştırma hastanelerinden hizmet ve eğitim açısından farklılıkları iyi tespit edilmeli, profesyonel yönetim gerektiren zaatları da varsa bu sorun üniversite hastanelerinin işletilmesi ile ilgili yönetim modeli üzerinde yapılacak iyileştirme ve değişiklikler ile çözülmelidir. Her şehirde bir veya daha çok üniversite olması, bir ülke için sağlık hizmeti açısından çok iyi olabilir ama her şehirde bir üniversite hastanesi olmak zorunda değildir. Tıp fakültelerinin ihtiyacını karşılayacak öğretim üyesi arzının yetersiz olduğu bir dönemde sadece hekim sayısını artırmak veya halkın tıp fakültesi hastanesi talebini karşılamak amacıyla üniversite hastanesi açmak, orta ve uzun vadede yetiyecek hekimlerin ve uzmanların, dolayısı ile sağlık hizmetlerinin kalitesini derinden ve olumsuz etkileyecektir.

Önümüzdeki yıllar için projeksiyonlar

Birlikte kullanım yönetmeliği ile özellikle küçük illerde Sağlık Bakanlığı ile üniversiteler arasında işbirliğinin temeli atılmış oldu. Yönetmelik birçok sorunlar içermekle beraber, ileriye yönelik olarak insan kaynağının daha verimli kullanılması konusunda bir fırsat ortaya koymaktadır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı'na ait hizmet hastanelerinin bu illerde üniversite hastanesine dönüştürülmesi bu sayede mümkün olabilir. Büyükçe illerin birinde ki tıp fakültesinde genel cerrahi anabilim dalındaki 6 öğretim üyesine haftada sadece 4 ameliyat günü bulunduğunu ve cerrahların ayda 3 gün ameliyat yapabildiklerini bizzat yöneticileri ifade etmiştir. Konu olan üniversitenin hastanesi dünya standartlarında bir hastanedir. Aynı ilde 400 yataklı Sağlık Bakanlığı'na ait yeni bir hastane ise hekim yetersizliğinden boş durumdadır. Ufkumuzu açık tutup ABD'de olduğu gibi yoğun tıp hizmeti ile tıp eğitimi iyi harmanlamak ve büyük hastane komplekslerinin hatta

Büyükçe illerin birindeki tıp fakültesinde genel cerrahi anabilim dalındaki 6 öğretim üyesine haftada sadece 4 ameliyat günü bulunduğunu ve cerrahların ayda 3 gün ameliyat yapabildiklerini bizzat yöneticileri ifade etmiştir. Aynı ilde 400 yataklı Sağlık Bakanlığı'na ait yeni bir hastane ise hekim yetersizliğinden boş durumdadır. Ufkumuzu açık tutup ABD'de olduğu gibi yoğun tıp hizmeti ile tıp eğitimi iyi harmanlamak ve büyük hastane

çok sayıda hastanenin eğitim ve hizmet açısından liderliğini üniversiteler olarak üstlenmek zorundayız.

Prof. Dr. Yunus Söylet: Üniversite hastaneleri üniversiteler tarafından yönetilmeli

Röportaj: Ömer Çakkal

Prof. Dr. Yunus Söylet, hem İstanbul Üniversitesi'nin rektörü, hem YÖK Üyesi, hem de Üniversite Hastaneleri Birliği Derneği'nin kurucu başkanı. Üniversite hastanelerini masaya yatırdığımız yeni sayımızda Yunus Hoca ile bir röportaj yaptık. İstanbul Üniversitesi'ndeki tarihi Rektörlük Binasındaki odasında bizi kabul eden Söylet, oldukça çetrefil bir konu olmasına rağmen tüm sorularımıza net ve anlaşılır yanıtlar verdi.

“Son 8-9 yıldaki büyük değişime zamansız yakalandık”

Üniversite hastanelerinin görevi eğitim ve araştırma mı, yoksa sağlık hizmeti vermek mi? Hastane - fakülte ikilemi ve dengesi noktasında sizin düşünceleriniz neler?

Üniversitelerin 3 temel görevi olduğunu hepimiz biliyoruz. Ben buna dördüncü bir görevi daha ekliyorum. Birincisi eğitim-öğretim. 2. Araştırma yani bilgi üretimi. 3. Topluma hizmet. Bence bir de gerçeğin aranması şeklinde bir görevi var. Üniversitede çalışan biri hizmetin içinde olsa da doğal olarak eğitim-öğretim ve araştırmanın ilk görevi olduğunu bilir. Ancak bunları birbiriyle yarışan

ve birbirlerini frenleyen değil, birbirlerini destekleyen unsurlar olarak görmeliyiz.

Eğitim ve hizmetin sağlıklı bir entegrasyonu için profesyonel bir yönetim yapısı nasıl oluşturulmalı?

2,5 yıldır işin içinde ve çok büyük ve hantal birkaç hastaneyi modern işletmeler haline getirmeye çalışan biri olarak konuşacağım. Dünya genelinde, ben göreve başlamadan önceki yapımızda olduğu gibi tıp fakültelerinin hastane ile tamamen iç içe olduğu örnekler de var, tıp fakültelerinin ve hastanelerin tamamen birbirinden ayrı



hatta işletmelerin bile ayrı olduğu -ki bu model bizde de öneriliyor ve tartışılıyor- örnekler de var. Demek ki biz kendimize en uygun olan modeli seçmeliyiz. Ben göreve geldikten sonra geniş katılımlı çeşitli toplantılar yaptık ve en sonunda hastanelerimizi başhekimler kanalıyla, tıp fakültelerimizi ise eğitim-öğretim liderleri ile yönetmemizin yolunu seçtik. Ki bence de dekanlarımızdan profesyonel bir işletmeciler olup hastane yönetmelerini istemek haksızlık olacaktı. İşin başında, bir hastaneler zincirimiz olduğu için ölçek ekonomisini de dikkate alarak bunların bir yönetim kurulu kanalı ile yönetilmesini kararlaştırdık ve tarafsız makam olması için rektörü de bu kurulun dışında tuttuk. Bir rektör yardımcısını Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı yaptık. Dekanları ve başhekimleri de bu yapının içine koyduk. İçeriden ve dışarıdan ilgililerin katıldığı bir danışma kurulu

da oluşturduk ve bu kurul yılda iki kez toplantılar yapıp danışmanlık hizmeti verdi. Tabi yıllarca birbiriyle hiç ortaklığı olmamış, ne gelir takibi ne de gider takibi açısından ortak davranmamış, tamamen bağımsız üniteler gibi hareket etmiş birkaç hastaneyi bir anda koordineli bir şekilde yönetebilmenin sıkıntılarını da başından beri ve hala yaşıyoruz. Ben hala ideal yönetim sistemini oturttuğumuzu söyleyemem. Özellikle stok ve satın alma konusunda süratle düzelsek de problemlerimiz kısmen de olsa devam ediyor. Ama önümüzdeki birkaç ay içinde yeni bilgi yönetimi sistemlerimizin de devreye girmesi ile bu problemlerimizin düzeleceğini düşünüyorum.

Son yıllarda üniversite hastanelerinin ekonomik krize girmesinin nedenleri neler? Durum, eskiden beri böyle miydi?

Şöyle, Türkiye'de son 8-9 yılda ezber bozuldu. Son hükümetler döneminde ve şimdiki Sağlık Bakanlığımız dönemindeki uygulamalar, sosyal güvenlik konusunda yapılan reformlar, sağlık ödemelerinde neredeyse tek kurumun SGK haline gelmesi, sağlık hizmetlerinin merkezi ağırlıkla ve oldukça da müdahaleci bir yapı ile yönetilmesi gibi çok temel değişiklikler, üniversite hastanelerinde de bir sarsıntıya ve ezberlerin bozulmasına yol açtı. Tek ödeyici, tek denetleyici ve tek fiyat belirleyici olan SGK, fiyatları aşağı çekme politikası nedeniyle üniversite hastanelerinde üretilen hizmetin ölçeğinde geri ödemeler yapamadı, yapmadı, yapmayı tercih etti. Paket şeklinde yapılan ödemelerde maliyetlerin karşılanmaması, üniversite hastanelerinin bu büyük değişime zamansız yakalanması, mantalite olarak bu değişime hazır ol-



Fotoğraflar: Sedat Özkömeç

Paket şeklinde yapılan ödemelerde maliyetlerin karşılanmaması, üniversite hastanelerinin son 8-9 yıldaki büyük değişime zamansız yakalanması, mantalite olarak bu değişime hazır olmamaları, Sağlık Bakanlığı gibi koordine edici bir üst makamın olmaması, YÖK'ün bu rolü daha önce benimsememiş olması gibi çok ciddi sorunlarla karşı karşıyayız.

mamaları, Sağlık Bakanlığı gibi koordine edici bir üst makamın olmaması, YÖK'ün bu rolü daha önce benimsememiş olması, bana göre halen bu benimseme sürecinde mahcup birtakım adımlar atıyor olması gibi çok ciddi sorunlarla karşı karşıyayız. Ama burada en önemli problemlerden biri de hem geri ödeme kurumu açısından, hem de devlet hastaneleri açısından kamunun tekelleşmesi. Bakanlığa bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı'nın Bakanlar Kurulu'nda temsilci olmasının avantajlarını çok ciddi şekilde yaşıyor. Bakanlık, bir taraftan hastanelerini gerçekten büyük bir gayretle iyi yönetmeye çalışıyor ama öte taraftan da siyasi erk kullanarak tüm insan kaynaklarını kendi hastanelerine yönlendiriyor. Mecburi hizmetle yetişen herkes, Bakanlığın öngördüğü ve Bakanlık hastaneleri için en uygun dağılımla dağıtılıyor. Ben bunun çok ciddi bir haksızlık, rekabet olacaksa da çok ciddi bir adaletsizlik olduğunu düşünüyorum. Devletin arsalarının kullanımı, TOKİ ile yapılan çalışmalar, toplu ihaleler noktasında çıkardıkları kanunlarda üniversiteleri yok sayarak devlet hastanelerinin lehine atılan adımlarda üniversite hastanelerinin aleyhine birtakım rekabet unsurlarının oluştuğunu düşünüyorum. Sağlık Bakanlığı, Hudut Sahiller'den çok ciddi bir bütçe kullandı. Ayrıca da Bakanlar Kurulu'nda Maliye Bakanı ile yan yana oturdukları müddetçe Bakanlık hastanelerinin bize göre çok avantajlı olacağını düşünüyorum.

“Sağlık Bakanlığı'nın gösterdiği dinamizmi YOK gösteremedi”

YÖK, üniversite hastanelerine yeterince sahip çıkıyor mu?

YÜK siyasi otoriteden bağımsız, sadece Cumhurbaşkanına bağlı bir kurum. Üniversitelerin sorunlarını biraz önce sayarken YÖK'ün yıllarca siyasi bir kurummuş gibi davranmasını da saymıştım. Bunun kalıntılarını halen görmeye devam ediyoruz. Sözlerimden, şimdi hiçbir şekilde siyasi davranılmıyor anlamı da çıkmaz. Tamamen siyasetin dışında kalmak da mümkün değildir, bunun da farkındayım. Ama kastettiğim, örneğin modern sağlık işletmeleri ile ilgili sorunlarla uğraşmak yerine daha siyasi, daha günübirlik konularla uğraşmış. Böyle bir geleneği var YÖK'ün. Dolayısıyla ekonomik sorunlara da biraz uzak kaldığı için çok ciddi ekonomik boyutu olan hastane işletmeciliği noktasında YÖK ciddi adımlar atamadı. Sağlık Bakanlığı'nın gösterdiği dinamizmi YÖK gösteremedi. Ben bunu bir YÖK üyesi olarak kendimi de işin içine katarak ve sorumlulardan biri olarak görerek konuşuyorum. Ha şimdi bu anlayış değişiyor. Artık üniversite hastanelerimizin sorunlarına daha merkezi bir bakış, merkezi bir yönetim modeli oluşturulmaya başlandı.

Sağlık Bakanı'nın “Hastaneleri biz işletelim, eğitimi üniversite versin” görüşü hakkında kanaatiniz nedir?

Daha önce de belirttiğim gibi, “Üniversite hastanelerini kim yönetsin?” sorusunun yanıtı dünyanın farklı yerlerinde farklı farklı verilmiş. Ben üniversiteyi yöneten sorumlu kişi olarak, rektör olarak konuşuyorum; üniversite hastanelerinde sadece tıp fakültesi ve uzmanlık öğrencileri yetişmiyor. Buralarda bugün artık sayıları 50'yi geçmiş sağlık mesleklerinin bireyleri yetişiyorlar. Dolayısıyla hastane sadece doktorların değil, eğitim de sadece hekimlerin ve uzman hekimlerin eğitimi değil. Bütün bu koordinasyonun bir başka kurumla yapılıyor olması, bana göre üniversite hastaneleri açısından ciddi bir sıkıntıdır. Ben üniversite hastanelerinin üniversiteler tarafından yönetilmelerinin gerektiği inancındayım. Bir de başka bir husus var; üniversite hastanelerindeki her türlü insan kaynağı da gene üniversitelerden yetişiyor. Üniversiteler bu işi yapamayacaksa başka hiçbir kurum da yapamayacaklar demektir.

Peki, o zaman ben de size Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ni sorarım...

Orası hakkında bir yorumda bulunmak için aradan biraz zaman geçmesi ve gelecek sonuçların objektif olarak değerlendirilmesi lazım. Ama bir şeyin doğru

olması, mutlaka yapılması gerektiğini göstermez. Başka doğrular da varsa o doğrular da yapılmalıdır. Ben, benim bakışım la doğru olanın üniversite hastanelerini üniversitelerin yönetmesi olduğunu söylüyorum. Ama net sonuçları görmek lazım gene de. İyi geri bildirimler duyuyorum. Önceden bu işe sıcak bakmayan öğretim üyeleri ile de konuşuyorum. Demek ki bu model de işleyebilir.

Sizin kanaatiniz de değişebilir mi?

Benim kanaatim de değişebilir, Sağlık Bakanlığı'nın kanaati de değişebilir ve “İşletmecileri de üniversiteler yetiştiriyor, bu işi en iyi bilenler üniversitelerdir, biz hastanelerimizin yönetimini de üniversitelere verelim.” diyebilirler.

Bakanlığın uzmanlık eğitiminden çekilerek lisans ve lisansüstü düzeyde tüm eğitimin üniversiteler tarafından yürütülmesi konusundaki yaklaşımını nasıl değerlendiriyorsunuz?

‘Sağlıkta Dönüşüm’ün son adımlarından birinin, Sağlık Bakanlığı’nı sağlık hizmeti sunuculuğundan çıkartıp sadece denetleyici, vizyon belirleyici ve hedef koyucu olması olduğunu ben biliyorum. O adımı da bu çerçevede görüyorum. Doğrusu Sağlık Bakanlığı tabi Eğitim Bakanlığı değildir. O nedenle de bu adımı atmalarını ben zaten bekliyorum. Eğitimden tamamen çıkma amaçları da hizmetten tamamen çıkma amaçları ile örtüşüyor.

Siz böyle diyorsunuz ama bir taraftan da “Üniversite hastanelerini de biz işletelim” diyen bir Bakanlık var. O zaman ben size sorarım: Bu ne perhiz, bu ne lahana turşusu?

Bunu bana değil, onlara sorun. Ben ‘Sağlıkta Dönüşüm’ün Bakanlığın dinamik bir yapıya kavuşturulması projesi olduğunu net olarak biliyorum.

“İşbirliği sihirli bir sözcük, geleceğimizi o belirleyecek”

Üniversite hastanesi üniversitenin mülkü olmak zorunda mı? Başka alternatifler üretilemez mi?

Üretilabilir. Şimdi ben burada bir açılım yapmak isterim. Ben bu konuya çok rijit bakmıyorum. Sadece üniversite hastanelerinin hakkını savunmak gibi bir görevim olduğunu unutmamaya çalışıyorum, o kadar. Bakın, üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri ile mutlaka işbirliği yapmalıdır. Bu işbirliği sadece hizmet ekseninde olmamalı, eğitim,



araştırma, afilyasyon, ortak çalışmalar da bu kapsamda olmalıdır. Sonuçta hepimiz kamu hizmeti veriyoruz. Kurumlar arası işbirliği çok önemli. Önümüzdeki yılların sihirli sözcüğü işbirliğidir. Sadece sağlıkta değil, eğitim de dâhil birçok sektörde gelecek kamu-özel işbirliğinde. En önemli kaynak insan kaynağı ve insan kaynağının çoğu özel sektörün elinde. Kamunun mevzuat, ciddiyet, sosyal ağırlık gibi genel karakterinin yanına dinamizm, farklı insan kaynağı boyutunun da getirilerek çok farklı modellerin konuşulması ve bir an önce de hayata geçirilmesi lazım. İşbirliği konusunda sıkıntıları olan bir kültürden geliyoruz. Birlikte iş yapma kültürümüz çok zayıf. Şu anda herkesin kendi kalelerini sıkıya koruması da bence bundan ileri geliyor. Hemen sahiplenme, kendi içimi ze çekme dürtülerimiz bize bazen galebe çalıyor. Bence işbirliği çok medeni bir iştir, çok da güzel bir iştir.

Üniversite hastanelerinin yönetim modelleri farklılık gösteriyor. Sizce bu kadar farklı özellikte üniversite hastanesi varken üniversite hastaneleri için sağlıklı tek bir model önermek mümkün mü?

Bence çok yerinde bir soru. Türkiye’de tıp fakültesi olan üniversitelerin sayısı 60’ı aştı. Belki 70’i de aştı. Özellikle bazı

devlet üniversiteleri ekonomik boyutu düşünülmeden sosyal boyutu hesap edilerek kurulmuş. İnsan hinterlandı çok sınırlı, bir üniversite hastanesinin hitap etmesi gereken nüfusun çok altında nüfusun bulunduğu yerlerde, açıkçası çok da planlanmadan kurulmuş üniversite hastaneleri var. O nedenle üniversite hastaneleri arasında çok büyük bir farklılıklar var. Dolayısıyla bu geniş spektrumda “En doğru yönetim modeli budur” demek bana göre çok doğru değil. Farklı yönetim biçimleri düşünülebilir. Ben İstanbul Üniversitesi hastanelerindeki yönetim biçimimizin universal ve işletme zihniyeti açısından da uygun olduğunu da biliyorum. Zaten biz bulmadık bunu. Zincirler nasıl yönetiliyorsa biz de öyle yönetilmeye çalışıyoruz.

Siz Cerrahpaşa ve Çapa’daki yönetimden memnunsunuz. Doğru mu anladım?

Doğru. Şu andaki mevcut modelin oldukça uygun bir model olduğunu düşünüyorum.

Ben yanlış mı hatırlıyorum; dükalıklardan bahsediyor ve onları eleştiriyordunuz...

Şöyle, ben dükalıklar kelimesini kullandım mı hatırlamıyorum ama dükalıklar-

Bakanlığa bağlı hastaneler, Sağlık Bakanlığı’nın Bakanlar Kurulu’nda temsilci olmasının avantajlarını çok ciddi şekilde yaşıyor. Bakanlık, bir taraftan hastanelerini gerçekten büyük bir gayretle iyi yönetmeye çalışıyor ama öte taraftan da siyasi erk kullanarak tüm insan kaynaklarını kendi hastanelerine yönlendiriyor. Açık söylüyorum, Sağlık Bakanlığı insan kaynaklarına el koyuyor! Üniversiteleri bu kadar insan kaynağından mahrum bırakmak doğru değil.



dan bahsedenler oluyor. Tıp fakültele-
rinde doğal olarak ana bilim dalı
ağırlıklı bir yapılanma var. Bu yapılan-
ma, eğitim ve uzmanlık modeline uy-
gun bir yapılanma. Doğrudur; biz üni-
versite çatısı altında bu yapılanmanın
bir miktar sıkıntısını yaşıyoruz. Bu yapı-
lanma, dinamik ve çağdaş bir yapılan-
ma ile bağdaşmıyor. Hastanelerimiz
çok eski fiziki koşullarda ve pavyon sis-
temine göre inşa edilmiş. Neredeyse
her ana bilim dalı ayrı binada yer alıyor.
Fiziki şartların zorluğuna ana bilim dalı
bazlı yönetim de eklenince bazen hakı-
katen bu bizi zorluyor. Bütünlüğü sağ-
lamada sıkıntı çekebiliyoruz. Ama bana
göre bunların hepsi üniversitedeki or-
tak akılla aşılr.

**İstanbul Üniversitesi hastaneleri ile
ilgili en önemli sorunlar neler?**

Önem sırasına göre sıralamak gerekir-
se 1. Fiziki koşullar, yapıların çok eski
olması. 2. Geleneksel ana bilim dalı
bazlı yapılanmanın çıkardığı güçlükler.
3. Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile ara-
mızdaki haksız rekabet. 4. SGK'nın üni-
versite hastanelerine en azından geçici
bir süre maliyetlerine uygun ödeme
yapmaması, üniversite hastanelerinin
adeta zarara mahkûm edilmesi. 5.
YÖK'ün, üniversite hastanelerinin mer-
kezi bir yönetime müsait bir yapılanma-
ya şu ana kadar gitmemiş olması.

**“Sağlık ve eğitim turizmi için
önümüzde tarihi bir fırsat var”**

**Bu iyi oldu. Aslında tüm röportaj bo-
yunca konuştuklarımızın bir özeti**

Önümüzdeki yılların sihirli
sözcüğü işbirliğidir. Sadece
sağlıkta değil, eğitim de
dâhil birçok sektörde
gelecek kamu-özel
işbirliğinde. En önemli
kaynak insan kaynağı ve
insan kaynağının çoğu özel
sektörün elinde. Kamunun
mevzuat, ciddiyet, sosyal
ağırlık gibi genel
karakterinin yanına
dinamizm, farklı insan
kaynağı boyutunun da
getirilerek çok farklı
modellerin konuşulması ve
bir an önce de hayata
geçirilmesi lazım. Birlikte iş
yapma kültürümüz çok
zayıf. Şu anda herkesin
kendi kalelerini sıkıya
koruması da bence bundan
ileri geliyor.

**oldu bu kısım. Yeri gelmişken, Cer-
rahpasha ve Çapa'nın yıkılıp sıfırdan
inşa edilmesi noktasında bir proje
vardı, o ne durumda?**

DPT ile bir yere kadar geldik ve durduk.
DPT haklı olarak “Bu kadar büyük bir
kaynağı size verirsek Türkiye’de hiçbir
üniversiteye beş kuruş para vereme-
yiz.” dedi. Ardından kamu-özel ortaklığı
kurmak için çalışma yaptık. Gördük ki
Sağlık Bakanlığı orada da sadece ken-
di kurumu için kanun çıkarmış. En az
Ekim ayına kadar onun değişmesi söz
konusu değil. TOKİ bu ülkede yapıla-
şma konusunda çok başarılı bir kurum.
Bizim de TOKİ’ye verebileceğimiz, üze-
rinde hiçbir binamızın olmadığı,
Küçükçekmece’de arsalarımız var.
Oradan TOKİ’ye arsa vermek ve karşılı-
ğında da başka formülleri de devreye
sokarak Çapa ve Cerrahpaşa’yı birer
sağlık kampüsleri olarak yapılandırmak
istiyoruz. TOKİ ile ortak çalışma nokta-
sında geçen hafta Başbakanımızın olu-
ru da çıktı. Ben Türkiye’nin ilk tıp fakül-
telerine yakışmayan bu fiziksel
görüntünün ortadan kalkacağını ve bun-

dan da herkesin memnun olacağını dü-
şünüyorum. Farkındaysanız çok ilginç
bir şekilde Türkiye’nin önü çok açıldı.
Globalleşmeye uygun yönetiminin bun-
da çok büyük etkisi var. Türkiye’nin
önünde tarihi bir fırsat var. Arap ülkeleri
çok büyük ilgi gösteriyorlar. Sonuç: Sağ-
lık ve eğitim turizmi için önümüzde müt-
hiş talepler ve fırsatlar var. Üniversitesi
hastaneleri olarak kaynak sıkıntımızın bir
kısımını mutlaka farklı kaynaklardan
edinmeliyiz. Özel hastaneler bunu çok
güzel kullanmaya başladılar. Bu kaynak-
tan biz de faydalanmalıyız.

**Üniversite hastaneleri tüm Türkiye
ölçeğinde gerçekten 3. basamak
sağlık kuruluşları mı?**

Değil. Şu anki kanunlar ve yönetmelik-
ler kapsamında bize her türlü hasta ge-
liyor. Yine de bize gelen hastaların
önemli bir yüzdesi başka yerde sorun-
ları hallolmayan ve 3. basamağa gitme-
si gereken hastalar. Ayrıca “Üniversite
hastaneleri 3. basamak sağlık kuruluş-
ları olmalı mı?”, onu da tartışmak lazım.

Olmamalı mı?

Buna kestirme bir yoldan cevap ver-
mek doğru değil. Üniversite hastanele-
rinin eğitim önceliğini hatırlayalım. Bu-
ralara sadece 3. basamakta hizmet
verilecek zor vakalar gelirse öğrencile-
rin eğitiminde sıkıntılar ortaya çıkabilir.
Ha burada da işbirlikleri, daha sıradan
vakalar için öğrencilerin Bakanlık has-
tanelerine gönderilmeleri gibi durumlar
gündeme gelebilir. Ama bunların da
konuşulup bir çalışma başlatılması la-
zım. İşte işbirliği işletmecilikten öte asıl
buralarda kullanılmalıdır.

**“Açık söylüyorum, Sağlık Ba-
kanlığı insan kaynaklarına el
koyuyor!”**

**SGK tarafından sağlık hizmetlerinin
bedelinin belirlenmesi ve ödeme-
sinde dünya örneklerine göre
Türkiye’de ne gibi sorunlar var?**

Türkiye’de sağlık hizmetlerine ulaşılabi-
lirlik müthiş arttı. İlaç tüketimindeki ra-
kamlar da düşünüldüğünde sürdürüle-
bilirlik ciddi risk altına girdi. Dolayısıyla
sınırlamalar ve merkezi baskı gerekti ve
SGK fiyatları kısıtı. Bu kısıtlama, üniver-
site hastanelerinde yüzde 10 olarak ek-
sik uygulansa ve biz bundan memnun
kalsak da, verilen komplike ve 3. basa-
mak hizmet düşünüldüğünde maliyet-
lerimizin çok altında ücret aldığımız da
bir gerçek. Yapılan bu düzeydeki öde-
melerle verilen hizmetin devam etmesi
pek mümkün değil. Sorun sadece
SGK’dan kaynaklanmıyor. Bir kere
daha söylüyorum, Sağlık Bakanlığı çok
dominant ve açık söylüyorum, insan
kaynaklarına el koyuyor. Üniversiteleri

bu kadar insan kaynağından mahrum
bırakmak ve bu kadar oyunun dışında
bırakmak doğru değildir.

**Bu sorun neden şimdiye kadar çö-
zülemedi?**

Çünkü lobicilik gücümüzü kullanamı-
yorduk. Demokrasilerde ağılamayana
meme yoktur. Yeterince ağılamadık de-
mek ki. Geçmişte üniversitelerle siyasi
erk arasında çok ciddi bir soğukluk var-
dı. Bu soğukluğun etkisinin halen sür-
düğünü görüyoruz. Sorunun psikolojik
tarafı da var. Bunun bir an önce aşılma-
sı lazım çünkü ülkenin lehine değil.

**Akademik ve idari personel istihda-
mı açısından üniversite hastanele-
rinde sağlıklı bir yönetim sergilendi-
ğini düşünüyor musunuz?**

Ben ancak kendi üniversitem için konu-
şabilirim. Ben İstanbul Üniversitesi’nde
öğrenciyken personel işleri ile ilgili biri-
min adı Zat İleri idi. Benim rektörlüğü-
me kadar Personel İşleri adı ile hizmet
verdi. Biz göreve geldikten sonra mo-
dern bir insan kaynakları süreç yöneti-
mini 1,5 yıldan beri başlattık. Ben hep
şunu dedim, “Ne zamanki bu birimin
adını ve kültürünü İnsan Kaynakları ha-
line getireceğiz, o zaman çağdaş bir
kurumun adını daha atmış olacağız.”
Şu anda İnsan Kaynakları birimi mo-
dern bir yapılanma içinde.

**Üniversite Hastaneleri Birliği
Derneği’nin kurucu başkanısınız?
Biraz ondan bahsedebilir misiniz?**

Hükümetimizin kapısını çaldık. Dedik
ki, “Türkiye’de üniversite hastanelerinin
merkezi bir yapıya kavuşması lazım.
Devlet hastaneleri tek elden iyi yönetili-
yor. Özeller zaten dinamizm içindeler.
Biz kamu ve özellerden ayrı, 3. bir ku-
rum olarak farklı bir sistem kuralım. Tıp-
kı meslek odaları gibi bir birlik kurup tek
elden yönetilelim.” Bu konuda maale-
sef bir ilerleme kaydedemedik. Ama
bu, YÖK henüz bu konulardan çok
uzakken olmuştu. Şimdi iş doğru mec-
rasına girdi ve YÖK bu konularda ge-
rekli çalışmalar yapıyor.

**“Üniversiteler ağır ama okkalı
değişirler”**

**Son soru: Tıp fakültesindeki öğren-
ciler ve asistanlar açısından hocalar
ile ilişkilerinde son yıllarda eğitim
odaklı bir iletişim ve paylaşım soru-
nu yaşandığı yönündeki eleştirilere
hak veriyor musunuz?**

Dünyadaki ve ülkemizdeki değişim ve
dönüşüme paralel olarak eğitimde de

kalite temelli bir dönüşüm yaşanmakta.
Kalite temelli yüksek eğitim-öğretimde
neyi, nasıl ve kimlerle öğreteceğinizi or-
taya koymanız ve bu konuda takip
standartlarına sahip olmanız lazım. Şu
anda kalite odaklı bir sistem tam mana-
siyla kurulabilmiş değil. Sorunlar ve
şikâyetlerin de bunlardan kaynaklı ol-
duğunu düşünüyorum. Ama bu sorun-
lar zamanla ortadan kalkacaktır. Usta
çırak ilişkisine gelince göz göze, diz
dize, el ele eğitimin önemi hiçbir zaman
kalkmayacaktır. Bu zaten eğitimin be-
ceri boyutunda ortaya çıkıyor. Usta çı-
rak eğitimi genlerimizde mevcut, gen-
lerimizde olan bir şey bir anda
kaybolmaz. Tıp fakültelerimizdeki ku-
rum kültürünün biraz daha değişime,
dönüşüme ihtiyacı var. Lakin unutulma-
malı, üniversiteler ağır ama okkalı deği-
şirler.

**Bu söz, sohbetimize okkalı bir nokta
olsun mu? (Kahkahalar)**

Olsun ama işbirliğinin sihirli bir sözcük
olduğunu ve geleceğimizin hangi dü-
zeyde olacağının kurumlar ve bireyler
arası işbirliği çerçevesinde belirlenece-
ğinin altını bir kez daha çizmek istiyö-
rum.

Üniversite hastaneleri, sürdürülebilirlik ve güçler ayrılığı

Yrd. Doç. Dr. S. Haluk Özşarı



1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2003'te Hacettepe Üniversitesi'nde sağlık yönetimi alanında doktora yaptı. 2009'da yardımcı doçent oldu. 1984-1999 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nda çalıştığı dönemde, Sağlık Ocağı Tabibi-İl Sağlık Müdürü-Sağlık Projesi Genel Koordinatör Yardımcısı ve Genel Koordinatörü-Bakan Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulundu. 2000-2009 yılları arasında özel sektörde, sağlık yönetimi ve sağlık sigortacılığı alanlarında Genel Koordinatör, Danışman, Yönetim Kurulu Üyesi olarak çalıştı. 1990'lı yıllarda değişik hükümetler ve yasama dönemlerinde hazırlanan kanun tasarı taslaklarının teknik çalışmalarında, Devlet Planlama Teşkilatı'nın Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması ile VII., VIII. ve IX. Beş Yıllık Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonlarında görev aldı. Halen İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi olup, Rektör Danışmanı ve Hastaneler Genel Direktörü olarak görev yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerine giderek artan ulaşılabilirlik, sektörün hem emek ve hem de teknoloji yoğun özelliğinin maliyet artışına etkisi, yaşlanan nüfus ile birlikte kronik ve dejeneratif hastalıkların sağlık sistemi içindeki yükünün artışı, yaşam biçimi ve çevresel faktörlerin oluşturduğu tehditler, hizmet arzına yönelik nitelik ve çeşitlilik beklentileri gibi unsurlar; bir yan-

dan sağlık harcamalarını arttırmakta, öte yandan da ülkelerin sağlık sistemlerinde "sürdürülebilir" yeni arayışları zorlamaktadır. Bu arayışların ortak özelliği; kişiye odaklılık, hakkaniyet, maliyet etkililik, kanıta dayallılık, hasta güvenliği, kalite ve sürdürülebilirlik gibi kavramları temel alan bir değişiklik yapma zorunluluğunu da birlikte getirmektedir. Arayışların sonucunda gelinen nokta, genelde dünyada ve özeldede ülkelerde; uygulanan tek tip

bir modelin olmadığı, her ülkenin kendi koşullarını dikkate alarak sektörün tüm paydaşları ile bir arada ve birbirlerini desteklediği modellerin uygulanmasıdır.

Sağlık harcamaları, sürdürülebilirlik kavramı ile birlikte düşünülen ve değerlendirilen en önemli bileşenlerden biridir. Dünyada, karşılaştırılabilir ve ulaşılabilir olma açısından en son 2008 yılına ait veriler incelendiğinde; toplam 4,1 trilyon ABD

Doları tutarında sağlık harcaması yapıldığı, bunun 2.3 trilyon dolarlık bölümünün Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştiği görülmektedir. Obama, ABD'de birkaç yıl önce kabul edilen Sağlık Reformu kapsamında 2008-2018 yıllarına ait yaptırdığı projeksiyon çalışmasında, ülkedeki sağlık harcamasının 2018 yılında 4.4 trilyon Amerikan Doları'na ve gayrisafi milli hasılanın yüzde 20.3'üne ulaşacağını görmüştür. Obama'nın, sağlık harcamalarındaki artışı, New York'da Amerikan Tabipler Birliği Toplantısı'nda "Saatli bomba" ifadesi ile nitelendirmesinin nedeni budur. Zira Başkan, yaptırdığı projeksiyon çalışması sonucunda, artışın sürmesi halinde ABD'nin 10 yıl içinde, 2008'de dünyadaki toplam sağlık harcaması tutarına ulaşacağını görmüştür ve bu rakam ABD gayrisafi yurtiçi hasılası içinde yüzde 20'yi aşan bir orani oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetinde güçler ayrılığı, özellikle son 30 yıldır, sadece Türkiye'de değil, tüm dünyada önemli bir tartışma başlığını oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerini sunan ile finansmanını sağlayanın birbirinden ayrılması "güçler ayrılığı" kavramının önemli noktalarından birini oluşturmaktadır. Dünyada giderek yaygınlaşmakta olan ve kamu özel ortaklığı (ya da PPP yani public private partnership) olarak bilinen model, Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK) Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri, SGK'nın farklı sosyal güvenlik kural ve uygulamalarını tek bir çatı altında birleştirmesi gibi örnekler sağlık hizmetlerinde "güçler ayrılığı" kavramının ilk akla gelen örnekleridir.

Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de sağlık hizmetlerinde bir reform süreci 1990'lı yıllardan bu yana tartışılmış, model ve yasa tasarıları hazırlanmış ve 2000'li yılların ilk çeyreğinden bu yana "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı altında hazırlanarak yasal altyapısı ile birlikte uygulamaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, Anayasa ve yasalarımızın verdiği görev ve sorumluluk kapsamında, bu çalışmaların her dönemde en önemli belirleyicisi olmuştur. "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında, halen büyük bir çoğunluğu Sağlık Bakanlığı tarafından sevk ve idare edilen kamu sağlık kurumları, yenilenen hizmet ve finansman modelinde önemli roller üstlenmiştir. Aynı kapsamda, önemli bir paydaş olarak özel sağlık sektörüne ait kurumlar da, yeni görev ve sorumluluklarla vatandaşlarımıza hizmet vermektedirler.

Sağlık sistemimizin önemli bir paydaşı da, "Üniversite hastaneleri"dir. Üniversite hastaneleri; mevzuatımızda birden çok kanun, kanun hükmünde kararname, tüzük, yönetmelik maddesi ile tanımlanmaktadır. 1981 yılında yasalaşan 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 3. Maddesi (j) fıkrası "Üniversite hastaneleri"ni, Uygulama ve Araştırma Merkezi adı altında; "Yükseköğretim kurumlarında eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dalları-

nın hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim-öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumu" olarak tanımlar. Kanun maddelerinde, üniversite; "Bilimsel özerkliğe ve kamu tüzelkişiliğine sahip yüksek düzeyde eğitim-öğretim, bilimsel araştırma, yayın ve danışmanlık yapan; fakülte, enstitü, yüksekokul ve benzeri kuruluş ve birimlerden oluşan bir yükseköğretim kurumu" olarak belirtilirken, yükseköğretim kurumları da; "Üniversite ile yüksek teknoloji enstitüleri ve bunların bünyesinde yer alan fakülteler, enstitüler, yüksekokullar, konservatuvarlar, araştırma ve uygulama merkezleri ile bir üniversite veya yüksek teknoloji enstitüsüne bağlı meslek yüksekokulları ile bir üniversite veya yüksek teknoloji enstitüsüne bağlı olmaksızın ve kazanç amacına yönelik olmamak şartı ile vakıflar tarafından kurulan meslek yüksekokulları" diye ifade edilmektedir.

2547 sayılı Kanun'da, Yükseköğretim Kurumlarının görevleri arasında;

- "Çağdaş uygarlık ve eğitim-öğretim esaslarına dayanan bir düzen içinde, toplumun ihtiyaçları ve kalkınma planları ilke ve hedeflerine uygun ve ortaöğretime dayalı çeşitli düzeylerde eğitim - öğretim, bilimsel araştırma, yayım ve danışmanlık yapmak,
- Kendi ihtisas gücü ve maddi kaynaklarını rasyonel, verimli ve ekonomik şekilde kullanarak, milli eğitim politikası ve kalkınma planları ilke ve hedefleri ile Yükseköğretim Kurulu tarafından yapılan plan ve programlar doğrultusunda, ülkenin ihtiyacı olan dallarda ve sayıda insan gücü yetiştirmek,
- Türk toplumunun yaşam düzeyini yükseltici ve kamuoyunu aydınlatıcı bilim verilerini söz, yazı ve diğer araçlarla yaymak,
- Ülkenin bilimsel, kültürel, sosyal ve ekonomik yönlerden ilerlemesini ve gelişmesini ilgilendiren sorunlarını, diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak, kamu kuruluşlarına önerilerde bulunmak suretiyle öğretim ve araştırma konusu yapmak, sonuçlarını toplumun yararına sunmak ve kamu kuruluşlarınca istenecek inceleme ve araştırmaları sonuçlandırarak düşüncelerini ve önerilerini bildirmek,
- Yükseköğretimin uygulamalı yapılmasına ait eğitim-öğretim esaslarını geliştirmek, döner sermaye işletmelerini kurmak, verimli çalıştırmak ve bu faaliyetlerin geliştirilmesine ilişkin gerekli düzenlemeleri yapmak" gibi maddeler sıralanmaktadır.

Tüm bunlar, yükseköğretim kurumları olan üniversitelerin, sağlık uygulama ve araştırma merkezi adı altında sahibi olduğu üniversite hastanelerinin, kuruluş amacı, görev yetki ve sorumluluklarının, diğer hastanelerden farkını yasal açıdan ortaya koyan bazı dayanaklardır. Toplumsal algı açısından bakıldığında da, üniversite hastaneleri, hastalıkların tanı-tedavi ve rehabilitasyonunda "en son nokta"dır.

Bu farklılıklar ve sorunlara yönelik çözümleri ortaklaşa bulabilmek amacıyla, tıp

Üniversite hastanelerinin "sürdürülebilirlik" ve "güçler ayrılığı" ilkeleri doğrultusunda, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında dünya deneyimlerinden de yararlanılarak, ayrımcı değil bütüncül bir model ile ülkemiz sağlık sistemine katkı sağlamasının önemi yadsınamaz. Kamusal bir hizmet olan sağlık sektöründe aslolan, "kamu yararı"nı, kamu/özel sektör ve üniversite gibi mülkiyet ayrımlarına gitmeden sağlamaktır.

fakültesi olan üniversiteler, 2009 yılı Nisan ayında "Üniversite hastaneleri Birliği" olarak önce platform daha sonra da dernek yapılanmasına gitmişlerdir. İstanbul Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Yunus Söylet'in önderliğinde Hacettepe Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Uğur Erdener, Ege Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Candeğer Yılmaz, Gaziantep Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Yavuz Coşkun, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Hüseyin Akan'dan oluşan İcra Kurulu ile bir araya gelen Üniversite hastaneleri Birliği; üniversite hastanelerinin sorunları ve çözüm önerilerine yönelik ortak hareket edilmesine, bu konulara yönelik çalışma grupları kurulmasına ve konunun kamusal karar vericilere aktarılmasına karar vermiştir.

Bu kapsamda, 2009 yılından başlayarak kamusal karar vericilere iletilen bazı tespitleri paylaşmakta yarar olacaktır:

- 2002-2009 yılları arasında, kamu sağlık harcamaları içinde üniversitelere yapılan harcama; yaklaşık 3 kat artarken, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde bu artış yaklaşık 5 kat, özel sağlık kuruluşlarında da yaklaşık 12 kat olarak gerçekleşmiştir.
- Üniversite hastanelerinde sadece günlük hasta polikliniği yapılmamakta olup, ağırlıklı rutinden farklı ve daha fazla uzmanlık ile teknoloji gerektiren sağlık hizmetleri verildiği için, bunu dikkate almaksızın düzenlenen SUT fiyatları ile verilen hizmetin maliyetlerinin bile karşılanması mümkün olamamaktadır.
- Hatta tam gün çalışma düzenlemesi-



le tümüyle ortadan kalkan “öğretim üyesi farkı uygulaması” ile üniversite hastaneleri daha da zora düşerek, verilen hizmetlerin sürdürülebilirlik sıkıntısı her geçen gün giderek artan bir noktaya taşınabilecektir. 2009 yılı verilerine göre bu fark uygulaması, toplam gelirin yaklaşık yüzde 15’ine karşılık gelerek toplamda üniversite hastanelerinin 400 milyon TL’yi bulan nakit akışını sağlamaktadır.

- Gelir ve gider dengesini dünya örneklerine göre en iyi biçimde yapmakta olan bazı üniversite hastanelerinde bile, genellikle yatan hastalardan kaynaklanan ve son yıllarda giderek artan biçimde zarar edilmektedir.
- Bu bağlamda, bazı üniversite hastanelerinde mal ve hizmet alımlarına ilişkin ödeme sürelerinin bir yılı aştığı örnekler görülmektedir,
- Bu durum, üniversite hastanelerinin, giderek basit/kısa süren/komplikasyon olma olasılığı az vakalara yönelme eğilimi ile üniversite hastaneleri gerçek görev alanı içinde olmasa da poliklinik hizmetlerine ağırlık vermelerine yol açmakta ve doğru bir model kurulmaması halinde son günlerde kamuoyuna yansıyan sağlıkla ilgili (kopan parmak benzeri) olumsuz örneklerin giderek artabileceği riskini gündeme getirmektedir,
- Sosyal Güvenlik Kurumu’nda üniversite hastanelerinden gelen faturalar objektif ve bilimsel bir dayanağı olmayan biçimde silinebilmektedir.

İstanbul, Hacettepe, Gaziantep, Ege, Ondokuz Mayıs, Anadolu, Kocaeli, Konya, Atatürk Üniversiteleri ev sahipliğinde 9 genel toplantı yapan Üniversite Hastaneleri Birliği; 2009 Temmuz’dan başlayarak, Devlet Bakanı ve Başbakan Yardımcısı Sayın Ali Babacan’ın koordinatörlüğünde, Kalkınma Bakanı (dönemin Devlet Bakanı) Sayın Cevdet Yılmaz, Maliye Bakanı Sayın Mehmet Şimşek, Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ, dönemin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Sayın Ömer Dinçer ile ilgili Müsteşarlar, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı, Müsteşar Yardımcıları ve Genel Müdürlerin katıldığı, 20’ye yakın ayrı toplantı yapılmıştır. Dolayısıyla, üniversite hastanelerinin sorunları, son yıllarda Üniversite Hastaneleri Birliği’nin teknik ve çözüme yönelik üretimiyle giderek artan biçimde sağlık sektöründe tartışmakta, üniversite hastanelerinin asıl görevleri olan eğitim ve araştırmadan hizmet sunumuna doğru yönelmeye zorlandıkları na dikkat çekilmekte ve bu yüzden özellikle “finansal sürdürülebilirlik” vurgusu altında toplanan çeşitli başlıklara cevap aranmaktadır.

Bu bağlamda, hizmet sundukça zarar eden ve borçlanan, basit ve kısa süren işlemlere ağırlık vermeye yönelmek zorunda bırakılan, bilim üreten bir kurum olarak giderek daha zor yönetilebilir hale gelen üniversite hastanelerinin ana sorunları şunlardır:

- Artan hizmet üretimi ve maliyetlerine

karşın azalan hizmet bedelleri. Üniversite hastanelerinin verdiği özellikli sağlık hizmetleri ile uyumsuz SUT işlem fiyatları gibi nedenlerle, üniversite hastanelerinin gelirlerinin giderlerini karşılayamaması.

- Başta insan gücü olmak üzere, gider-gider kalemlerine giderek artan yatırım/ işletme maliyeti yükü. Üniversite hastanelerine diğer kamu hastanelerine göre farklı yaklaşım gösterilmesi.
- Fatura kesintileri ve gecikmeler nedeniyle artan satınalma bedelleri. Geri ödeme modelinin kendisinden kaynaklanan üniversite hastanelerinin geri ödeme sorunları.
- Üniversitelerin ana görevi olan eğitim ve araştırmaya ayrı kaynak tahsisinin bulunmaması ve kaynak çeşitliliğinin imkansızlığı. Üniversite hastaneleri tek gelir kaynağının hizmet sunumundan dolayısıyla da Sosyal Güvenlik Kurumu’ndan sağlanıyor olması.
- Gelir artırıcı ve gider azaltıcı “Ortak İhale” benzeri önlemleri alamaması ile stok, personel yönetimi ve model hataları. Üniversite hastanelerinin kaynak kullanımı, yönetim ve işletme gibi yapısal sorunlarının olması.

Son iki yılda gerçekleşen çalışmalar kapsamında; Hazine payının yüzde 5’den 2010 yılında yüzde 3’e 2011 yılında da yüzde 1’e düşürülmesi, 2010 yılında yasalaşan 6009 sayılı Kanun kapsamında borçlu üniversite hastanelerine kaynak tahsisi ile 2011 yılında yasalaşan 6111 sayılı Kanun kapsamında “Öğretim Üyesi Farkı” karşılığında tahsisi sağlanan ek kaynak konularının, üniversite hastaneleri açısından olumlu gelişmeler olduğunun altının çizilmesinde de yarar vardır. Üniversite Hastaneleri Birliği tarafından; akademik, bürokratik ve siyasi alanlarda, üyeleri ve akademik kadrolarıyla birlikte ilgili bürokratlarla üzerinde çalışılan çözüm önerilerinin ana başlıkları şunlardır:

- Borçlu durumda olan üniversite hastanelerinin, döndürülebilir bir borç oranı çerçevesinde, objektif kriterlerle yapılacak kamu kaynaklı bir yardım ile borçları yönetilebilir hale getirilmelidir. Bu kapsamda 23 Temmuz 2010 tarihinde çıkan 6009 sayılı Yasa, ne yazık ki çıkarılma amacına uygun ödeme takvimi ile uygulanamamıştır. Örneğin 2011 yılı mal ve hizmet alımlarına yönelik ihalelerde pazarlık gücü ve kamu kaynağının daha maliyet etkili kullanılması amacıyla 2010 Eylül ayında ödenmesi talebine rağmen, yasa gereği aktarılan kaynağın dört takstitinden ilki, talep eden üniversitelere, 2010 yılı sonunda aktarılabilmiş, taksitlerin tamamının aktarılması da Temmuz 2011’de yani planlandıktan 3 ay sonra tamamlanabilmiştir.
- Ağırlıklı olarak üniversite hastanelerinde bakılmakta olan komplike vakalar ile yine üniversite hastanelerinin verdiği sağlık hizmetlerinin en büyük oranını oluşturan yatan hasta SUT işlem fiyatları, üniversitelere yönelik olarak farklılaştırılmalıdır, Bu talep, gerek Üniversite Hastaneleri Birliği tarafından ve gerekse Sosyal

Güvenlik Kurumu dışındaki başta Sağlık ve Maliye Bakanlığı yetkilileri olmak üzere kamusal karar vericiler tarafından da desteklenmesine rağmen, ne yazık ki 2009 Temmuz ayında bu yana amaca uygun bir düzenlemeye kavuşturulamamıştır.

- Sadece Sosyal Güvenlik Kurumu fiyatı yerine, “üniversite hastanelerinde, gereken hizmetlerde, gerekirse üst sınır belirlenerek ödeme gücü olanlardan mutlaka fark alınması” yoluyla, bireysel emeklilik benzeri tamamlayıcı sigorta ile kaynak çeşitliliği oluşturulmalıdır. Sosyal Güvenlik Kurumu gelirlerinin giderlerini karşılama oranı dikkate alındığında, sadece üniversite hastaneleri özelinde olmayan kaynak tahsisi sıkıntısının olumsuz etkilerini azaltmak ve Genel Sağlık Sigortası’nın sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, sağlık sigortacılığı alanında dünyada uygulanan yöntemlerden birisi olarak bilinen “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” talebi sürekli iletilmiştir. 1990’lı yılların ilk çeyreğinden bu yana sağlık reformu kapsamında hazırlanan ve adı önce Genel Sağlık Sigortası, daha sonra Sağlık Finansman Kurumu ve 1990’lı yılların son çeyreğinde ise kişisel sağlık sigortası olarak bilinen yasa tasarısı taslaklarında sürekli bulunan tamamlayıcı sağlık sigortası, Haziran 2004’de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın yayımladığı, Beyaz Kitap Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi’nde “...*Ölçütlere uyan sağlık kurumları ile anlaşma yapılabilecek, belirlenen fiyatın üstünde hizmet sunulması halinde aradaki farkın kişilerce veya tamamlayıcı sigorta niteliğindeki özel sigortalarca karşılanması olanağı getirilecektir.*...” ifadesi ile yer almaktaydı.

Ülkemizde 17 Nisan 2008 tarihinde TBMM’de kabul edilen, 5754 sayılı Değişiklik Yasası’nın 58. maddesi ile 5510 sayılı Kanunun 98’inci maddesine yapılan eklemede “*Yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalanna ilişkin usul ve esaslar Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir.*” diye ifade edilen ama henüz uygulanmayan hüküm de halen yürürlüktedir.

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği tarafından 2008 yılında yaptırılan, “Sigorta Tutum ve Davranış Araştırması”nda, tüketicilerin gelecekte yaptırmayı planladığı sigortalar sıralamasında yer alan sağlık sigortası ilk sırada yer almış ve “*Devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesinin yanında onu tamamlayan özel sağlık sigortasına sahip olmayı kesinlikle istemiyorum*” diyenlerin yüzde 25’de kaldığı görülmüştür. Bu durum, vatandaş beklentisinin destek yönünde olduğunu göstermektedir. Ödeme gücü olan vatandaşların “tek tip” yerine farklı seçeneklerle sağlık hizmetini üniversite hastanelerinden de alabilmesinin mümkün kınılması açısından, 5754 sayılı Yasa’nın sözü edilen 58. maddesi gereğince Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Hazine Müsteşarlığı’na verilen yönetme-

lik çıkarma yetkisinin yürürlüğe konulması talebi, ne yazık ki 2009 Temmuz ayından bu yana gerçekleşememiştir. Hatta bu bağlamda her üniversite hastanesi, sunduğu sağlık hizmetlerinde, kendi rekabet koşulları içinde ve kendi belirleyeceği fiyatlarla hizmet sunabilmeli, dolayısıyla Sosyal Güvenlik Kurumu fiyatlarının üstüne gerekirse fark alabilmelidir. Böylece fark sınırlaması yerine Sosyal Güvenlik Kurumu’nun üniversite hastanesi tarafından belirlenen fiyatın belli bir yüzdesini ödemesi bile düşünülebilir. 5510 sayılı Yasa’nın 2006 yılında yasalaşan ancak daha sonra hiç uygulanmadan 5754 sayılı Yasa ile kaldırılan Sosyal Güvenlik Kurumu fiyatının gerekirse yüzde 70’inin ödenebileceği model bunun bir örneğidir.

- Tüm bilgilendirme ve önerilere rağmen, halen bazı üniversite hastanelerinin bulunduğu bölgelerde daha yoğunlukla sürdürülen ve büyük çoğunluğu barkordan kaynaklanan Sosyal Güvenlik Kurumu faturalarından yapılan kesintilere rasyonel bir çözüm üretilmelidir.
- Sorunun esas kaynağı, yatan hastaların tedavisinden kaynaklanan zarar olduğundan daha önce verilmiş kararlar da dikkate alınarak, Sosyal Güvenlik Kurumu üniversite hastanelerinde Tanı İlişkili Gruplar (TİG, DRGs) ile geri ödeme yöntemine geçmelidir.
- Üniversite hastaneleri döner sermayeleri üzerinde yönetilemez hale gelerek aşırı yük oluşturan; personel istihdamı ve yatırım gibi kalemlerle bilimsel araştırma payı ve döner sermaye yerine özel bütçeden karşılanması sağlanmalıdır,
- Üniversite hastanelerinde verilmekte olan lisans ve lisansüstü eğitim finansal yükünün, ulusal ve uluslararası örnekler de dikkate alınarak, prim bazlı gelire sahip olan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından üstlenilmemesi için, üniversite hastanesi yıllık toplam sağlık hizmet üretim bedelinin en az %20 en fazla %30’u oranında üniversiteye öğrenci başına özel bütçeden ayrı kaynak tahsisi hazırlıklarına 2012 Bütçesi kapsamında başlanmalıdır (Bu oranı öneren bilimsel çalışma, Üniversite Hastaneleri Birliği tarafından yapılmıştır).
- Üniversite hastanelerinde gider azaltıcı müdahale alanı olarak, 2010 yılında Üniversite Hastaneleri Birliği tarafından önerilen ve Kamu İhale Kurumu’nun yaptığı düzenlemeye rağmen çözilemeyen ortak ihale de yapılabilmesine yönelik, uluslararası örneklerle bulunan (Almanya gibi), üniversite hastanelerinin kamu tüzel kişiliğine haiz “Birlik” olarak yapılanması- nı sağlayacak yasal düzenleme gerçekleştirilmelidir,
- Üniversite hastaneleri döner sermayelerinin yeniden yapılandırılmasına yönelik, gelir-gider-stok-personel yönetimi konularında Maliye Bakanlığı tarafından izleme değerlendirme sistemi kurulması çalışması başlatılmalıdır,

Sonuç olarak, üniversite hastanelerinin “sürdürülebilirlik” ve “güçler ayrılığı” ilke-

leri doğrultusunda, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında dünya deneyimlerinden de yararlanılarak, ayrımcı değil bütüncül bir model ile ülkemiz sağlık sistemine katkı sağlamasının önemi yadsınamaz. Kamusal bir hizmet olan sağlık sektöründe aslanan, “kamu yararı”nı, kamu/özel sektör ve üniversite gibi mülkiyet ayrımlarına gitmeden sağlamaktır. Dolayısıyla sağlık sistemimizin önemli bir paydaşı olan üniversite hastaneleri, 2547 sayılı Kanun’da yer aldığı gibi, döner sermaye kuruluşunda bile farklı olan, konumu ve özgülüğü dikkate alınarak değerlendirilmelidir. Genelde bilim üretimi, özelde de sağlık ve sağlık kuruluşları yönetimi biliminin üretim ve uygulama yeri olan üniversiteler ve üniversite hastaneleri, sağlık meslek mensuplarının lisans ve lisansüstü eğitimlerinin yapıldığı yerler olarak, asla sadece hizmet sunan sağlık kurumları gibi görülmemeli ve değerlendirilmemelidir. Üniversite hastaneleri; bilimde, eğitimde, araştırmada bu ülkenin ortak aklı ve değeri yani vazgeçilmezi olarak görülmelidir. Farklı düşünmenin zenginliği, üniversitelerin ve üniversite hastanelerinin bilim üretimindeki en temel özelliği olduğu hiç unutulmamalıdır.

Kaynaklar

5510 Sayılı Yasa, 2006

6009 Sayılı Yasa, 2010

6111 Sayılı Yasa, 2011

8 Mayıs 2008 tarihli Resmi Gazete; 17 Nisan 2008 tarih ve 5754 sayılı yasa

AIM, Response to The Questionnaire on Private Health Insurance in The European Union, Association Internationale De La Mutualite, 2001

Beyaz Kitap Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2004

Çelik, H., Eren, B., İzbudak, D., Köylüoğlu, C., Özsan, S. H., Şimşek, N.: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. İstanbul, 2003

European Observatory on Health Systems and Policies Series, Social Health Insurance Systems in Western Europe, ISBN 0 335 21363 4, New York, 2004

Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarı Taslağı, 1994

Health Reform in USA (2010), www.healthreform.gov (Erişim tarihi: 15.08.2011)

İstatistik Ofisi, Medicare & Medicaid Servisleri Merkezi. Ulusal Sağlık Harcamaları Tahminleri 2008–2018. Baltimore (MD): CMS; 23 Şubat 2009. Kişisel Sağlık Sigortası Yasa Tasarı Taslağı, 1998 http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData /03NationalHealthAccountsProjected.asp (Erişim tarihi: 15.08.2011)

OECD Health Data (2011), OECD 2011

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE (2008),

OECD ve Dünya Bankası 2008, www.sourceoecd.org/socialissues/9789264051089 (Erişim tarihi: 15.08.2011)

Özsan, S. H. , Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Çerçeve Dergisi, MÜSIAD, 55.Sayı, ISSN 1303-7501, Sayfa:68-73, Şubat 2011 İstanbul

Özsan, S. H. , Sağlık Yönetiminde Güçler Ayrılığı, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Aralık-Ocak-Şubat 2008-2009 Kış, 5.Sayı, ISSN 1307-2358, Medipolitan Sağlık Platformu Yayını, İstanbul, 2009

Özsan, S. H. , Sosyal Güvenlik Kurumunun Özel Sektörle Etkili İşbirliği İçin Model Önerisi, Özel Sağlık Şirketlerinin Karşılaştığı Sorunlar ve Çözüm Önerileri Konferansı Sunumu, 7 Nisan 2009 Ankara

Özsan, S. H. , Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Üniversite hastanelerinde Sunulan Sağlık Hizmetleri İlişkisi, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 15.Sayı, ISSN 1307-2358, Medipolitan Sağlık Platformu Yayını, İstanbul, 2010

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1998), Sağlık Hizmeti Finansmanına Yönelik Trendler, Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, ISBN 975 590 016 0, Ankara 1998

Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarı Taslağı, 1996

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Sigorta Tutum ve Davranış Araştırması, 2008

WHO Europe Health For All Database (2010), WHO 2010

Üniversite hastaneciliği ve PPP Modeli

Prof. Dr. İrfan Şencan



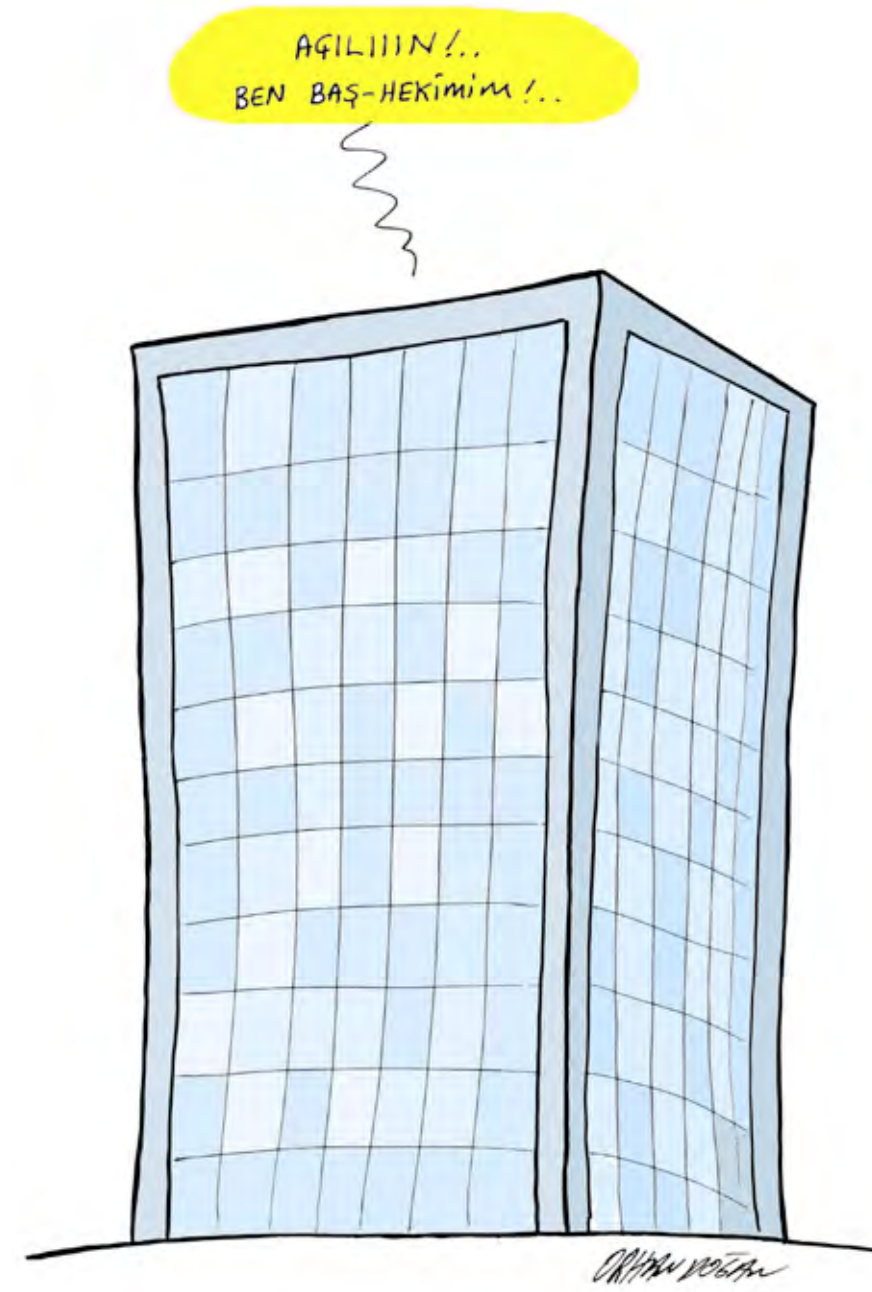
1969 yılında Ankara'da doğdu. İlkokul ve ortaokulu köyünde tamamladıktan sonra lise eğitimini Ankara'da parasız yatılı Meteoroloji Teknik lisesinde tamamladı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992 yılında mezun oldu. Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ihtisasını tamamladı. 1999 yılında Düzce Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2005 yılında doçent oldu. Bu süreçte anabilim dalı başkanlığı, dönem koordinatörlüğü ve başhekim yardımcılığı gibi çeşitli idari görevlerde bulundu. 2005 yılında Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH'de klinik şefi ve başhekim yardımcısı olarak çalışmaya başladı. 2006-2008 yıllarında aynı hastanede başhekimlik yaptı. 2010 yılında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör kadrosuna atandı. 2008 yılından beri Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevini vekâleten yürütmektedir.

- Öncelikle konuya "Üniversitelerin neden hastanesi olması gerekir?" sorusu ile başlayalım. Muhtemel cevaplardan birkaçını şöyle sıralayabiliriz:
- Öğrenci ve asistanlarına iyi eğitim vermek için
 - Tıp Fakültesi öğretim üyelerine çalışma alanı oluşturabilmek için
 - Kâr elde etmek için
 - Ekonomik gücü elinde tutmak için.

Günümüzde üniversite hastanelerinin hangisi ile konuşulsa kâr etmediklerini ifade edebileceklerdir. Gerçekte de pek çok gösterge üniversite hastane işletmesinin kâr etmediği yönündedir. Zira ekonominin tüm gereklerine uygun hareket ederek en iyi işletilen sağlık tesislerinde bile kârlılık oranları oldukça düşük olup çoğunlukla bu kuruluşlar planlama nedeniyle değer artışından istifade etmektedirler, üniversite hastaneleri için bundan bahsedilemez.

En yüksek frekansta almayı beklediğimiz cevap seçeneği, iyi eğitim ortamı ve öğretim üyelerini bünyesinde tutabilmek için iş ortamı oluşturmak seçenekleri olacaktır. Bu cevap seçeneklerini kamu özel ortaklığı (public-private-partnership, PPP) sistemi ile yapılmakta olan ve bu sistem ile işletilecek olan sağlık kentleri yönünden değerlendirelim.

Halen ülkemizde her biri 800-3500 yatak kapasitesine sahip 30 şehir hastanesi ya da başka bir ifade ile "hastane şehri"



oluşturulması planlanmıştır. Bu yapılarda acil servis, yoğun bakım, merkezi ameliyathaneler, merkezi tıbbi görüntüleme, merkezi laboratuvarlar, merkezi sterilizasyon gibi tıbbi destek hizmetleri düşünülmektedir. Bu kampüsler genelde az katlı, zemin yapısı ve toplam yatak kapasiteleri de dikkate alınarak 3-5, bazı yapılarda ise en fazla 8-10 kata kadar yükselebilen; esas olarak yatay yerleştirilmiş 4-8 adet yataklı servis bloklarından oluşacaktır. Bu hastanelerde tüm uzmanlık alanlarına ait tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin ortak kısımları birleştirilerek bütüncül bir şekilde ve en ileri düzeyde verilmesi planlanmaktadır.

Bu yapılarda doğrudan hastalara sunulan sağlık hizmetleri dışındaki hizmetlerin tümünün malzeme, cihaz ve hizmet sunumu dahil işletmeciler firmalar konsorsiyumu tarafından sunulması planlanmıştır. Sağlık personeli ve idareci sağlıkçılar, doğrudan sağlık hizmeti sunumu olmayan işlerden uzaklaşacak ve tüm zaman ve emeklerini doğrudan hastaya sağlık hizmeti sunumuna ayıracaklardır. Bu konu gündem

olduğunda hafızamda tıp fakültesi 5. sınıf öğrencisi iken kıdemli göğüs cerrahisi profesörü hocamızın derse geldiğinde "Çocuklar pırasaları muayene ettim oradan geliyorum" sözleri tazeleniyor.

Halen üniversite hastanelerinde her bir branşın konusu patolojinin derinliğine incelendiğini kabul etmekteyiz. Bu sebeple hem ayaktan izlenen hastaların hem de yatan hastaların hastanede geçirdikleri süreler ve maliyetleri nispeten daha fazladır. Günümüzde tıp alanındaki uzmanlıkların gittikçe derinliği artarken kapsam alanı daralmakta ve daralan kapsam alanları nedeniyle hastalar zaman zaman hiç bir branşın kapsamına gir(e)meyen hastalıklara yakalanabilmektedirler.

Yapılan bir anket çalışmasında hastaların acil servisleri acil olmadıkları halde tercih etmelerinin sebepleri arasında ön sıralarda işlerinin kısa sürede tamamlanmasını göstermektedirler. Aslında aynı gerekçenin üniversite hastanesi - devlet hastanesi tercihinde de etkili olduğunu varsaymak mümkündür. Bu hastane şehirleri

kompleks yapısı içinde uzmanlık alanlarının pek çoğuna ihtiyaç gösteren hastalara daha kısa sürede ve daha iyi hizmet sunma imkanı doğmuş olacaktır.

Üniversite hastaneciliği konusunda bugün yaygın olarak dile getirilen bir yaklaşım da üniversite hastanelerine hastaların öncelikle hizmet hastaneleri tarafından değerlendirildikten sonra refere edilmesi durumunda başvurabilecekleri "zorunlu sevk" bir düzenin uygulanmasıdır. Bu sistemde uzmanlık eğitimi alanların tüm hastaları ve hastaların ön tanıları konulmadan önce yani nadir görülen sendromları araştırmadan önce yaygın görülen hastalıkların tanı ve tedavisi içinde eğitim materyaline ihtiyaçları vardır, zorunlu sevk sisteminde bu konuda eksiklik oluşacaktır.

Yapılan bir değerlendirme tüm ana dallar ve yan dallar kurulduğunda tıp fakültesi öğretim üyesi sayısının asgari 250 civarında olmasını gerektirmektedir. Bu büyüklükte bir uzman kadronun efektif bir şekilde değerlendirilmesi hem ülkenin insan kaynağı açısından hem de ekonomik gerekçeler nedeniyle zorunludur. Diğer bir sorunlu alan ise yeterli sayıda öğreticiye sahip olmayan veya öğreticilerin ayaktan başvuran hastaları değerlendirmede durumlarında uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerini ve mesleki becerilerini "uzaktan öğretim", "self eğitim" gibi yöntemlerle tamamlamak zorunda kalmalarıdır.

İyi bir tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi için hem nispeten sık görülen hastalıklar hakkında vaka pratiği hem de seyrek görülen ve zor vakalar için yeterince deneyimli ve branşlaşmış usta eğiticiye ve pratik için vakaya ihtiyaç vardır. Bu hastanelerde ortak ve kapsamlı acil ve diğer tanı tedavi üniteleri sayesinde hastalar kadar eğitim alanların da bütüncül yaklaşımdan istifade edeceği öngörülebilir. Bu model ile oluşturulacak şehir hastaneleri, tıp fakülteleri ile birlikte hizmet sunduklarında hem alanında uzmanlaşmış kariyer sahibi öğreticiler ile hem de hizmet yükünü taşıyacak sayıda uzmanları bir arada istihdam edebilecekler. Bu model, üniversitelerin üzerinden, kâr etmeyen ve değer katmayan işletme yükünü kaldırırken iyi eğitim imkânı ve öğretim üyelerinin verimli istihdamı imkânı sağlayacaktır. Bugün için mevcut hastanelerde ve çoğunlukla yeni tıp fakülteleri ile başlayan birlikte çalışma modelinin olgunlaşarak birkaç yıl içinde şehir hastanelerinde ve daha büyük tıp fakültelerinde süreceğini ve üniversite hastaneciliğinde yeni bir safha oluşturacağını umuyoruz.

İngiltere'de ulusal sağlık sistemi ve eğitim hastanesi ilişkisi

Dr. Nurdan Özyılmaz



1998'de Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlığını İngiltere'de Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında yaptı. Halen Londra'da çalışmaya devam etmektedir. Aynı zamanda, bir süredir İngiltere'de faaliyet göstermekte olan Professional Networks'un Health Platformu Başkanlığını yürütmektedir.

Dr. Esra Çağlar



2004'de İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlığını İngiltere'de Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi üzerine yaptı. Halen Londra'da Çocuk ve Ergen Psikiyatristi olan Çağlaraynı zamanda Professional Networks'un Health Platformu yönetim kadrosunda faaliyet göstermektedir.

İngiltere'de NHS (Ulusal Sağlık Sistemi) ve eğitim hastanesi ilişkisi ile ilgili yazı yazmamız talep edildiğinde "böylesine kompleks bir hiyerarşi ile kendine münhasır bu sistemi nasıl anlatırız" endişesi taşımamak diyeme-

yiz. En başta söylememiz gerekir ki, uzmanlık eğitimlerini başından sonuna kadar İngiltere'de yapmış hekimler olarak bizlerin dahi, sistemin işleyişini detaylı olarak kavramamız uzun yıllar aldı. General Medical Council (Genel Tıp Kon-

seyi), Postgraduate Dean (Lisansüstü Dekanlıklar), Royal College (Kraliyet Akademileri) ve eğitim hastaneleri arasındaki bu karmaşık ilişkileri, dışardan bakan bir kimsenin algılamasının çok daha zor olacağını düşünerek ilk önce

2015 itibari ile 20 milyar pound tasarruf yapması beklenen NHS'de (Ulusal Sağlık Sistem), "Ben hekimim, hastane yöneticisi değilim!" söylemi çoktan popüleritesini ve kabulünü yitirmiş durumdadır. Eskiden hekimlerin yönetim, finans ve liderlik alanındaki bilgi ve becerileri artı bir özellik olarak algılanırken, artık sadece asistan yetiştirilmesi sürecinde değil, consultant'ların işe alımında da elzem bir faktör olarak yerini almış bulunmaktadır.

eğitim hastaneleri ile doğrudan ilişkili organizasyonları ve bu organizasyonların görev kapsamlarını tanımlayarak makaleye başlamak istiyoruz.

GMC (General Medical Council)

General Medical Council (Ulusal Tıp Konseyi) İngiltere'deki doktorlar için düzenleyici rolü olan bağımsız bir organizasyondur. GMC'nin amacı, sunulan mevcut sağlık hizmetinin standartlarını yasal olarak koruyup geliştirerek halkın sağlığını ve güvenliğini koruyarak halkın hekimlere olan itimadını temin etmektir. GMC bu rolünü geliştirmiş olduğu işlevsel mekanizmalar ile sürdürür. Bu rollerden en önemlisi, doktorların, "tıbbi kayıt" denilen sisteme giriş hakkı kazanabilmesinin şart ve standartlarını belirlemektir. Kalifiye doktorların statülerindeki gerekli değişiklikler yapılarak kayıtları sürekli olarak güncellenir. Akademisyenler de dâhil olmak üzere, İngiltere'de klinik faaliyet göstermek isteyen bütün hekimler GMC'e kayıt olmak ve "Licence To Practise" sertifikalarını almak zorundadırlar. Bu veri tabanı, online olarak halk da dahil herkesin gerektiğinde ulaşabileceği şekilde GMC'nin web sitesinde tutulmaktadır. İngiltere'de uzmanlığa giriş TUS sınavı gibi bir sınav sistemi ile gerçekleşmez. Sadece İngiltere dışından gelmiş hekimler, sonucunda iş garantisi verilmemek kaydı ile PLAB denilen sınava girerler. Bu sınavın amacı Avrupa Birliği dışında alınan tıp eğitimlerinin İngiltere'de geçerliliği içindir. Bu sı-

navda başarılı olan hekimler, sonrasında İngiliz hekimler ile aynı sistem içerisinde sıkı bir rekabete dayalı bir dizi mülakatlara tabi tutulurlar. Bu rekabetçi sistemde başarılı olan hekimler uzmanlık eğitimine giriş hakkı kazanırlar. GMC, hekimlerin uzmanlığa giriş ve bunu takiben istihdamlarında adil bir mekanizma uygulanmasını temin edecek düzenlemeler yapar. Bununla birlikte GMC, tıp eğitiminin en iyi standartlarda verilmesi için, eğitimin her aşamasına, tıpta uzmanlık eğitimi de dahil, standartlarının belirlenmesi, korunması, denetlenmesi ve koordine edilmesi manasında müdahale eder.

Tıp ve tıpta uzmanlık eğitiminin müfredatı sürekli olarak GMC tarafından gözden geçirilir ve eğitimin devamlı olarak iyileştirilmesi ve kalitesinin yükseltilmesi için ilgili stratejiler belirlenir. Quality Assurance Framework (Kalite Güvence ve Kontrol Sistemi) ile GMC, (Şekil) geleceğin sağlık hizmetlerini şekillendirecek asistanlara en modern ve etkin eğitim olanaklarını sunmaya gayret eder. Diğer bir yandan da bu eğitimler sırasında hastaya en kaliteli ve güvenli tedavi hizmetlerinin sunulmasını temin etmek amacı ile eğitim hastanelerindeki yönetim ve uzman hekim kadroları, dekanlıklar ve akademiler ile işbirliği içerisinde daimi düzeyde süren denetimler yapar. Kalite, güvence ve kontrol sistemi kapsamında belirlendiği metotlar ile bu denetimlerinde hangi şartlarda, nerede, nasıl ve kimler ile yapılacağını kurallarını belirler.

Adil ve gerçekçi bir değerlendirme yapabilmek için bu denetimler çok kademeli bir şekilde düzenlenir. Örneğin GMC periyodik aralıklarla hastanelere denetim ziyaretleri düzenleyip uzman hekim ve asistanlarla yüz yüze görüşmeler düzenlerken, bir yandan da her yıl sonunda bütün asistan hekimlerinin katılımı beklenen National Survey'de düzenlenmiş standart sorularla, asistan hekimlerin çalışmış oldukları hastanelerdeki tecrübelerine dair görüşlerini alır. Anketler anonim olduğu için, asistan hekimler serbestçe yaşadıkları zorlukları ifade edebilirler. Ankette asistanlara hastanedeki ilgili kadroların sunmuş oldukları destek, varsa yaşadıkları zorluklar, henüz ehil olmadıkları işleri yapmaya zorlanıp zorlanmadıkları, dekanlığın belirlendiği çalışma saatlerine uyulup uyulmadığı, yıllık izinlerini ve eğitimleri için belirlenen izinleri alıp alamadıkları, baskı ve herhangi bir ayrıma maruz kalıp kalmadıkları yönünde sorular sorulur. Bunun dışında hastane içinde her disiplinin performansları ayrı ayrı aylık olarak denetlenir. Yıllık raporlar hakkında ulaşabileceği bir platformda yayımlanır. Yapılan denetimler veya çok yönlü hazırlanan yıllık raporlar sonucu, bir eğitim hastanesinde belirlenen standartlarda eğitim verilemediğinin kanıtlanması halinde, GMC soruşturma başlatma ve gerektiğinde ilgili hastaneden eğitim/üniversite hastanesi statüsünü geri alma yetkisine

sahiptir. Uzmanlık eğitimleri sonunda, ilgili fakülteler ve program direktörleri tarafından uzmanlık başvuruları onaylanan hekimlerin uzmanlıkları son sözü söylemek üzere GMC tarafından incelenir.

GMC aynı zamanda hastaya sunulan, hizmet kalitesinin standartlarını belirler ve "iyi hizmet nedir?" tanımlamasını yapar. GMC hekimler, hastane yönetimleri, hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkinin her alanında, yaş, din, dil, ırk, engellilik ve seksüel oryantasyon ayrımına hiç bir şekilde izin vermeksizin, insan onuru ve haysiyetini ilke olarak çalışan bir sistemde hizmet sunulmasını temin etmeye çalışır. Bu anlamda hekim, hasta ve hasta yakınını korumaya yönelik politikalar geliştirir. Ve bu belirlenen profesyonel ve ahlaki kurallara uymadığı belirlenen doktorlar hakkında gerekli soruşturma ve tahkikatları başlatıp yürütür ve sonucu kamuoyuna duyurur.

Royal Colleges

Kraliyet Akademileri, ilgili disiplinler için eğitim müfredatını GMC'nin belirlediği ana prensipler doğrultusunda, her sene için bir önceki ve bir sonraki yıl ile ilişkisi kurulmuş bir şekilde belirler ve GMC'nin onayına sunar. GMC belirlenen müfredatı takip etmeyen, öngördüğü standartlara uymayan hiç bir hekimin uzmanlığını onaylamaz. Asistan hekimler ilgili uzmanlık alanındaki akademiler tarafından kayıt edilir. Kolejler, ilgili disiplinde eğitimin güncelleştirilmesi yönünde çalışmalar yapar, düzenli olarak gerekli kurs, eğitim seminerleri ve ayrıca ilgili disiplinde Membership/Board sınavlarını düzenlerler.

Postgraduate Deaneries (Lisansüstü Disiplinler Dekanlıkları)

İngiltere'de asistan hekimler rotasyonlarını aynı üniversite hastanesinde yapmazlar. Değişik düzeyde imkânların söz konusu olduğu eğitim hastanelerinde, hekimler İngiltere'nin sağlık sisteminin realitelerine hazırlanmak ve farklı tecrübeler edinmelerini sağlamak amacıyla her 6 ay ile 1 yıl arasında rotasyona gönderilirler. Genel olarak uzmanlık eğitimi 6 ila 8 yıl sürer. Örneğin, paediatrı en az 8 yıl, psikiyatri ise 6 yıl gerektirir. Asistanlar genel olarak üç yıl kıdemsiz asistan (SHO/Senior House Officer) olarak çalışır. Bu süreç içerisinde ilgili branşların Membership/board sınavlarını geçtikten sonra kıdemli asistan (Specialist Registrar) olurlar. Bu uzun soluklu eğitimlerini başarı ile tamamlamaları sonucunda (CCT/ Certificate of Completion of Training) alarak "Consultant" unvanını alırlar. Bizdeki tam karşılığı; eğitim süresi, edinmiş oldukları tecrübe ve sonuç da görev ve sorumluluk kapsamı manalarında eşit olmasa da biz "Consultant"ları metin boyunca uzman olarak çevirdik. Bunun yanında, her doktor aile hekimi ya da consultant ol-



Bu satırların yazarları dahil, bir çok consultant ve kıdemli hekim, yöneticilik sorumluluklarından yeterince hekimlik yapamadığından şikayet etse de, daimi profesyonel gelişimi esas alıp sistemin problemlerini çok yönlü açıdan görmeyi öğreten, hekimlere sadece mesleki alanda değil aynı zamanda tıp dışı alanlarda da farklı becerilerle donanım imkanları sunan bu bol denetimli, çok kurallı, sofistike sistemde çözüme katkıda bulunacak adımlar atma azmini göstermektedirler. Yani deveyi gütmeyi, diyarı terk etmeye tercih etmektedirler.

maz. Kişisel tercihleri ile bu oldukça stresli yarışa girmek istemeyen ya da istese de bu yarışta elemelerden geçemeyen hekimler terfi imkânı olmadan “Staff Grade” ve benzeri unvanlar ile Consultant’ların gözetimi altında çalışmaya devam ederler.

Bu girişten sonra, dekanlıkların işleyiş mekanizmasına dönecek olursak, dekanlıklar, rotasyonları sırasında, hem asistana hem de asistanı süpervize eden uzman hekime destek vermekle yükümlü olan (TPD/Training Programme Director) program direktörlerini belirler. Program direktörleri asistan hekimlerin rotasyonlarına, GMC’nin eğitim hastanesi olarak onayladığı ve belirlenmiş müfredatı verebilecek olan kapasite ve imkânlarda olan hastanelerde olmak kaydıyla, asistan hekimlerin tecrübe gereksinimleri, ilgi alanları ve kariyer hedefleri göz önünde bulundurarak karar verir. Yukarıda bahsetmiş olduğumuz Kalite, Güvence ve Kontrol Sisteminde dekanlıklar çok önemli bir rol oynarlar. Prensipler ve standartlar GMC tarafından belirlenip, takip ve denetimler periyodik olarak yürütülürken, dekanlıklar (day to day management) ile sürekli gündemi takip etmekle yükümlüdür. Ör-

neğin, bir asistan çalışmış olduğu hastanede (Continues Professional Development) yani kariyer gelişimi için hakkı olan izinleri (study leave) almada vb. sorunlar yaşıyorsa, yaşadığı sorunları rapor etmek için, yılsonunda National Survey’i beklemesine gerek yoktur. Asistan hekim problemi hastanedeki süpervizörü ile halledemiyorsa, direk olarak dekanlıktaki program direktörünü bilgilendirip soruna müdahale etmesini isteyebilir. Eğitim hastaneleri yönetimleri bu prosedürün farkındadırlar. Her asistanın çalışmış olduğu departmanda bir süpervizörü olmak zorundadır. Süpervizörlüğü üstlenen bu uzman hekimlerde periyodik aralıklarla, dekanlıklara bu konudaki yetenek ve yeterliliklerini kanıtlamak zorundadırlar. Dekanlıklar, belirlenen süpervizör uzman hekimler vasıtasıyla asistanların eğitim ve gelişimlerini sürekli olarak denetim altında tutar. Her işin başında, asistan ve süpervizörü “Educational Agreement/öğrenim sözleşmesi” yapar ve hedefleri belirler. Dekanlıklar her yılsonunda, ARCP (Annual Review of Competence Progression) için bir program direktörlerinden oluşan bir komite toplar ve her asistan hekim için, asistan hekimin yıl boyunca süpervizörleri ile hazırladığı dokümanlar ve yazılı raporlar temel alınarak resmi bir değerlendirme yapılır. Bu değerlendirmede (Work Based Assessments) denilen raporlar, yani iş yerinde uzman hekimler tarafından, asistanın çeşitli vakalar üzerinde anamnez alımı, teşhis, ve tedavi gibi alanlarda gösterdiği performans üzerine yapılan yazılı değerlendirmeler, asistanların katıldıkları eğitim seminerleri, resusitasyon sertifikalarının güncel olup olmadığı, yapmış oldukları araştırma ve senede en az bir kez yapılması zorunlu olarak audit projeleri (departman performansının belirlenen ulusal veya lokal standartlara göre değerlendirilmesi), vaka sunumları, vizit ve kominikasyon yetenekleri, hasta, hasta yakını ve çalışma arkadaşları ile ilgili ilişkilerine ve kominikasyon yeteneklerine yönelik çalışma arkadaşları ve süpervizörleri tarafından anonim olarak verilmiş yıl sonu raporları, liderlik ve yöneticilik alanındaki kabiliyet ve gelişimleri gözden geçirilerek bir sonraki yıla geçip geçemeyeceklerine ya da ekstra yıl çalışmaları gerekip gerekmediğine her sene sonunda karar verilir. Komitede tarafsızlık ilkesini koruyup ön yargı ve kayırmaya engel olmak için, asistanın yürütmüş olduğu araştırması ile direkt ilgisi bulunmayan iki tane akademik personel olması şart koşulur.

Daha öncesinde var olan fakat bu kadar kapsamlı ve kompleks olmayan asistan denetimleri, beraberinde bir çok tartışma ve itirazı getirmesine rağmen, 2007’de “MMC/ Modernising Medical Careers” çatısı altında daha objektif ve ölçülebilir değerlendirme metodları elde etmek adına yürürlüğe konmuştur. MMC tecrübe, performans ve sonuç ve arasındaki ilişkinin kompleks olduğuna

dikkat çekerek ve (time-based) zamana dayalı uzmanlık eğitiminden, minimum bir süre şart koşarak (competency) yani yeterliliğe dayalı bir değerlendirme metodolojisine geçişini öngörür.

Asistanlar (code of conduct), belirlenen ilke ve prensiplere etik ve ahlaki olarak uymuyorlarsa ya da her türlü çaba ve desteğe rağmen klinik bilgi ve kabiliyet gelişimi gösteremiyorlarsa, komite, uzmanlıklarına devam etmemelerine karar verebilir. Böyle durumlarda bu karara nasıl varıldığı sözlü ve yazılı izah edilmek üzere, asistan bizatihi komiteye davet edilir. Asistan doktor, tabi olarak karara itiraz etme hakkına sahiptir. Böyle bir durumda ikinci bir oturuma karar verilir. Panelde, objektif ve adil bir karar alınabilmesini sağlamak için birinci panelden hiç bir kişi yer alamaz.

Bunun yanında dekanlıklar, açık ve net bir şekilde asistan hekimlerin sorumluluk ve haklarını belirler. İngiltere’de asistan hekimler, engellilik, sağlık problemleri, çocuklarına bakmak, engelli ya da hasta ebeveyne ya da bir akrabasına bakmak zorunda olmak milli ya da uluslararası spor müsabakalarına katılmak, dini bir organizasyonda faaliyet göstermek veya eğitim almak ya da tıp dışı başka bir alanda eğitim görmek, bu veya benzeri sebepler ile dekanlık onayladığı takdirde part time çalışmayı seçebilirler. Bu konuda dekanlık gerektiğinde supernumerary iş imkânı oluşturarak asistanı çalışmış olduğu hastane yönetimine karşı destekler. Bunun dışında asistanlar, akademik alanda ilgi geliştirip düzenlenmiş kombine programlar içinde ya da daha önce belirlenmiş olan rotasyonları dışı, sadece research (araştırma) ya da araştırma ile klinik tecrübeyi kombine ederek bir ya da iki yıl süre ile izin alabilirler. Bu sürenin asistanların uzmanlıkları sürecinde tanınıp tanınmayacağına dekanlık klinik aktivitenin yoğunluğu ve kalitesine göre karar verir. Yine İngiltere’de birçok asistan, önceden dekanlıklar ve program direktörleri ile işi-şare yapıp uygun bir ülke ve hastane belirlenerek bir yıl süre ile gelişmekte olan ülkelere gidip tecrübe edinebilirler. Bu süre uzmanlıklarına sayılmamasına rağmen, birçok asistan bu fırsatı kariyer ve kişisel tekâmüllerine oluşturacağı pozitif etkisine olan inançlarından dolayı kullanırlar. Bunun dışında bazı asistanlarda sağlık sorunları veya ailevi sebeplere dayanarak, maksimum iki yıl olmak kaydı ile kariyer arası alabilirler. Uzmanlık eğitimi sırasında alınan bütün bu aralar dekanlığın sorumluluğu ve yetkisi altındadır. Bu süreçte dekanlık, asistanı desteklerken, asistanın çalışmış olduğu hastaneyi mağdur etmemek için gerekli önlemleri alır ve asistanın kariyer arasından dönüşünde mesleğe intibakı açısından esaslı bir rol oynar.

Asistanlar uzmanlığa girişte dekanlık ile rotasyonları sırasında ise o sırada çalışmış oldukları hastaneler ile sözleşme yaparlar. Hastanelerin, dekanlık tarafın-

dan gönderilen asistanları reddetme hakları vardır. Ama bunun için çok geçerli bir sebebe ihtiyaçları vardır. Örneğin hekimin sağlık veya sicil taramalarında bir problemin saptanması gibi. Asistan hekimler “Consultant” olduklarında ise sadece çalıştıkları hastane ile sözleşme yaparlar. Araştırma yapan akademik doktorların, profesörlerin de genel olarak biri bağlı oldukları üniversiteler ile bir de klinik yaptıkları hastaneler ile sözleşmeleri vardır. Çünkü İngiltere’de özellikle yan dallarda ihtisas yapmış olan uzmanlar, profesörler merkezde olmayan hastanelere belirlenen periyodik aralıklarla giderek oradaki hekimlerle birlikte poliklinik yaparlar. Hastaneler ile üniversiteler arasında güçlü bir co-partnership ilişkisi vardır. İki taraf da sözleşmelerde ortaklaşa belirlenen prensiplere uymaya özen gösterir ve bir problem oluştuğunda karşılıklı komünikasyonlar ile problem halledilmeye çalışılır. Aynı ayrı sözleşmeler mevcut olsa da, her iki taraf da bunu bir bütün olarak algılar ve birbirlerini tamamlayıcı bir görevi olduklarının da farkındadırlar. Akademik personelin performanslarının değerlendirilmeleri, denetimleri, işten azledilmeleri ve gerektiğinde cezalandırılmaları ortak olarak yürütülür. Kötü performansı ya da görevini kötüye kullanma iddiaları ileri sürüldüğünde her iki taraf da gereği gibi bir soruşturma yapılabilmesi için şahitlere ve gereken dokümanlara ulaşılmasını kolaylaştırarak soruşturmanın sağlıklı bir şekilde yürütülmesi ve adil bir sonuca varılmasını temin etmeye çalışır. Bazı nadir durumlarda üniversite bir karar alırken, doktorun çalışmış olduğu hastane böyle bir kararı kendi yürürlükleri açısından gerekli görmeyebilir ya da tam tersi söz konusu olabilir. Eğer sorgulama bir tarafta başlatıldıysa ve sadece bir taraftan yürütülmesine karar verildiyse soruşturmanın sonucu ve alınan kararlar karşı tarafa bildirilir. Her iki tarafın da soruşturmayı kendi kendilerine yürütmeye hakları ve sözleşmeyi iptal etme hakları vardır.

Tekrar dekanlıklar ve hastaneler arasındaki ilişkiye dönersek, dekanlıklar da tıpkı diğer birimler gibi GMC ve belirlendiği standartlara uymak zorundadır. Bu çok kurallı, bol denetimli kompleks ilişki-

yi ayakta tutan en önemli faktör, bu ilişkinin tamamen simbiyotik bir ilişki olduğu gerçeğidir. Dekanlıklar, asistan hekimlerin ana maaşlarını öder, hastane ise mesai saatleri dışındaki çalışma saatlerini yani gece ve hafta sonu nöbetleri için ana maaşın üzerine ekstra bir ödeme yapar. Doktorların istihdamı dekanlıklar tarafından sağlandığı için, hastanenin eğitim hastanesi statüsünü kaybetmesi, hastane finansı için altından kalkılamayacak bir mali yükümlülük getirecektir. Aynı şekilde dekanlık için, eğitim hastanelerinin önemi, asistanların eğitiminin devam ettirilmesi açısından tartışılmaz. O sebeple bu ilişkide rol alan taraflar, bu simbiyotik ilişkinin problemsiz bir şekilde devamlılığını sağlamak için sürekli bir komünikasyonu esas alan daimi bir çaba harcarlar.

Bu süreçte herhangi bir şey ters gittiğinde, GMC tarafından, her birim ayrı ayrı kendi sorumlulukları kapsamında sorumlu tutulur. Örneğin hastane yönetimi, kendi hastanelerinde çalışan junior asistanları denetim/supervise altında tutmanın direk olarak kendi sorumlulukları olduğunun bilincindedirler. Asistan hekim, henüz kendisinin tek başına ehil olmadığını düşündüğü bir prosedürü yapmaya zorlanamaz. Böyle bir olayın gerçekleşmesi durumunda, problem sadece dekanlığa karşı sorumlulukların ihmali ile sınırlı kalmayacak, GMC, hastane yönetimini hasta sağlığı ve güvenliğini tehlikeye atmadan gerekli tahkikatı başlatacaktır. Hastanenin kaybettiği itibar ve hastaya ödeyeceği tazminattan ise sınırsız bahsetmeye gerek yok.

GMC, Kraliyet akademileri ve dekanlık, her asistan adayının iyi bir hekim olarak yetişmesinin yanında eğitimleri sonunda takimini iyi yönetebilecek bir lider, finans ve risk yönetimine hâkim bir yönetici, altında çalışan asistanları ve sağlık personeli için kaliteli bir eğitim ve denetim imkânı sunan iyi bir süpervizör, kısacası bütün olarak çok yönlü bir klinik şefi özelliklerini bünyesinde barındıran “consultant”lar olarak yetiştirilmesini sağlamayı amaçlar. Yaşam süresinin uzaması, gelişen teknoloji, yeni tedavi ve tetkik fırsatları, bu ve benzeri birçok faktöre bağlı olarak, giderek yükü ağırla-

şan ve beklenmedik bir şekilde 2015 itibarı ile 20 milyar pound tasarruf yapması beklenen NHS’de (Ulusal Sağlık Sistemi), “Ben hekimim, hastane yöneticisi değilim!” söylemi çoktan popülaritesini ve kabulünü yitirmiş durumdadır. Eskiden hekimlerin yönetim, finans ve liderlik alanındaki bilgi ve becerileri artı bir özellik olarak algılanırken, artık sadece asistan yetiştirilmesi sürecinde değil, consultant’ların işe alımında da elzem bir faktör olarak yerini almış bulunmaktadır. Bu satırların yazarları dahil, bir çok consultant ve kıdemli hekim, yöneticilik sorumluluklarından yeterince hekimlik yapamadığından şikayet etse de, daimi profesyonel gelişimi esas alıp sistemin problemlerini çok yönlü açıdan görmeyi öğreten, hekimlere sadece mesleki alanda değil aynı zamanda tıp dışı alanlarda da farklı becerilerle donanım imkanları sunan bu bol denetimli, çok kurallı, sofistike sistemde, işleyişten şikayet etmek ya da sorunun bir parçası olmak yerine çözüme katkıda bulunacak adımlar atma azmini göstermektedirler. Ya da öğrettiğimiz üzere başka bir açıdan bakılacak olursa, deveyi gütmeyi, diyarı terk etmeye tercih etmektedirler.

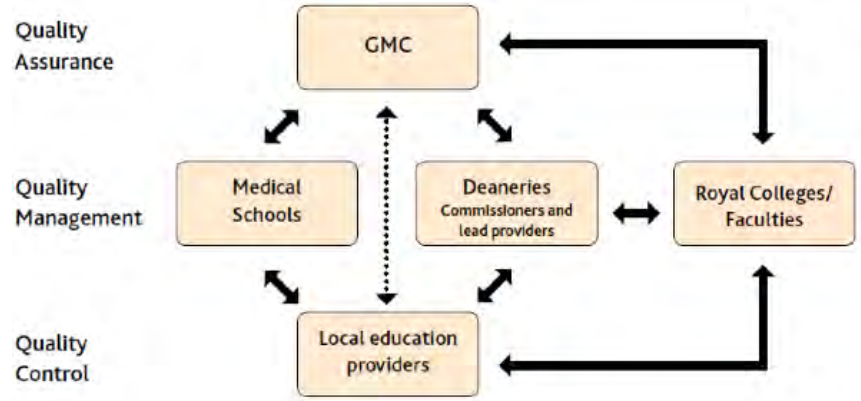
Kaynaklar

A Guide to Postgraduate Specialty Training in the UK (the “Gold Guide 2010”)

Maintaining high professional standards in the modern NHS: Doctors’ and dentists’ disciplinary framework, Annual Report, 2005, Department of Health

Modernising Medical Careers, Specialty Training 2011

Quality Improvement Framework for Undergraduate and Postgraduate Medical Education and Training in the UK, GMC



Şekil: Quality Assurance Framework, Kalite Güvence ve Kontrol Sistemi

Sağlıkta dönüşüm içinde tıp fakülteleri: İngiliz sicimiyle asılmak

Prof. Dr. Hasan Yazıcı



1945 yılında İstanbul'da doğdu. Robert Kolej'in (Lise) ardından İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 1969'da mezun oldu. ABD'de Nebraska ve Creighton Üniversitelerinde uzmanlık ve yan dal eğitiminin ardından İÜ Cerrahpaşa'da doçent (1978) ve profesör (1988) oldu. Halen aynı fakültenin İç Hastalıkları Anabilim Dalı ve Romatoloji Bilim Dalı Başkanı'dır. Çok sayıda bilimsel makale, derleme ve kitaplara katkısı vardır. 1993 yılında TÜBİTAK Bilim Ödülü'nü almıştır. Başta Türkiye Bilimler Akademisi olmak üzere birçok ulusal ve uluslararası bilimsel dernek ve kuruluşa üyedir. Dr. Yazıcı, bir grup meslektaşıyla birlikte 34 yıl evvel oluşturduğu multidisipliner Behçet Hastalığı Polikliniği konusunda uluslararası düzeyde öncülük yapmaktadır. Bilimsel ana uğraş alanları Behçet hastalığı, klinik araştırma metodolojisi ve bilim etiğidir.

Tıp fakültelerinin Sağlıkta Dönüşümdeki yerleri nedir, ne ve nasıl olmalıdır konusu, üzerinde çok tartışılan ve çapraşık bir konu ve böyle olmaya da devam edeceğe benziyor. Çapraşıklığın temelinde, gerek sağlık hizmetlerimizin gerekse de tıp fakültelerinin ayrılmaz bir parçası olan üniversitelerimizin, ayrı ayrı, büyük sorunlarının olması yatıyor. Son 10 yıl

inde sağlık hizmetlerinin düzelmesi için, tüm dünyada olduğu gibi, doğru-suyla yanlışla bir çaba var. Ancak üniversitelerimiz için böyle elle tutulur bir çaba yok. Sağlık Bakanlığı çevreleri, Sağlıkta Dönüşümün dış ülkelerce örnek alındığını söylüyor. Bunun tam kaynağını bilmek iyi olur. Ancak çok iyi bildiğim şey, üniversitelerimiz için böyle gurur verici bir örnek alınmanın söylenişinin dahi olamayacağıdır. Nasıl olsun

ki; bir yandan ekonomisi uluslararası sıralamada 17. olmakla övünen bir ülkeyiz, bir yandan da nitelik açısından sıralandıklarında üniversitelerimizin durumu hiç de parlak değil.

Kanımca, gerek sağlık sorunlarının üstesinden gelmekte, gerekse de üniversitelerimize çeki düzen vermekte 3 önemli düşünce engelimiz var. Varsayımım, iki kurumun arzu edilen düzeyde

beraber çalışmalarını başarabilmenin ancak ve ancak işaret edeceğim düşünce engellerini iyi tanımak ve üstelerinden gelmekle gerçekleştirebileceği yönündedir. Bu arada hemen belirtiyim; her 3 düşünce engeli de bize Batı'dan ve özellikle de "Asılacaksan İngiliz sicimiyle asıl" deyişini anımsatacak şekilde, İngiltere'den ithaldir.

Düşünce engelleri:

I. Salt tıp (özellikle hekimlik) hizmetlerinde yapılacak düzenlemelerle sağlık hizmetlerinde büyük iyileşmeler sağlanabilir.

II. Sağlık ve özellikle onun parçası olan hekimlik hizmetlerinden beklentimiz ticari bir işletmeden olan beklentimizden pek farklı değildir.

III. Benzer şekilde üniversitelere de ticari işletmeler gözüyle bakılabilir.

I. Düşünce Engeli

Hemen belirtiyim, I. Düşünce Engeli sementik bir yanlış da içerir. Sağlık (health) ve tıp (medicine) ayrı kavramlardır. Tıp hizmetleri (onun da bir alt kurumu olan hekimlik) sağlık hizmetlerinin ancak bir parçasıdır. Sağlıklı konut ve çevre, kolay ve güvenilir ulaşım, iyi beslenme vb tıp hizmetleri dışında olan hizmetler de çok önemli, bu hizmetleri verenlerin de hekimlikle, mühendisler örneği, ilgililerinin olmadığı sağlık hizmetleridir. Ne yazık ki en ciddi tıp dergilerinde bile hekimler "sağlık hizmeti verenler = health care providers" diye isimlendirmekte, hekimin ücretini ödeyen sigorta şirketine (veya kimi örnekte devlete) "sağlık hizmeti alan (tedarik eden?) = health care purchaser" denmekte ve nihayet söz konusu sigorta anlaşması ise "sağlık sigortası=health insurance" diye anılmaktadır. Hâlbuki doğrusu "tıp hizmeti verenler", "tıp hizmeti alanlar" ve "tıp hizmeti sigortası" olmalıdır. Tıp veya hekimlik hizmetiyle sağlık hizmetinin eş anlamlı olmadığını kabul ettiğimizde salt hekimlik hizmetlerini düzenlemekle sağlık sorunlarının önemli bir kısmını çözemeyeceğimiz kendiliğinden ortaya çıkar. Ancak tarih boyunca salt tıp hizmetlerini düzelterek sağlık hizmetlerinin de düzelebileceğini toplumlara söyleyen politikacılar ve yöneticiler olmuştur ve bu "söylenti" hemen her örnekte yöneticilerin toplum gözünde itibarını elle tutulur derecede arttırmıştır.

II. Düşünce Engeli

20. yüzyılın 2. yarısında gittikçe artan tıp harcamalarının (altını çiziyorum, artan sağlık değil tıp harcamalarıdır) altından kalkamayacakları telaşına düşen başta İngiltere ve ABD olmak üzere bazı ileri ülkeler tıp hizmetlerini ticaret kuralları içinde çözmeye soyundular (II. Düşünce Engeli). Bu süreç esasında aynı günlerin (özellikle Thatcher/Reagan devri) tümüyle serbest ticaret, "bi-

rakın yapınlar, bırakın geçsinler" ekonomik görüşüne de tümüyle koştu. Adam Smith'çi rekabet, piyasanın o "sihirli eli" tıpta artan maliyet sorunlarını da çözecekti. Ancak rekabetin sihrinin işlemesi için hekimlerin, bir yerde aç gözlülüklerinin de zapt-u rapta alınması gerekliydi (1). Tıp hizmetleri, hekimler açgözlü oldukça düzelemezdi. Yani öyle bir rekabet piyasası isteniyordu ki, ilaç şirketi "bırakın, geçsin", hastane sahipleri veya yöneticileri "bırakın, geçsin" hekim ise "aman, dursun, elindekiyle yetinsin". Söz konusu yaklaşımın tıp hizmetlerinin finansal desteğine ve özellikle niteliğine ne getirdiği/götürdüğü hakkında kitaplıklar dolusu makale ve kitap var. Ancak işe en kestirmeden gidelim. Son 1-2 yıl içinde gerek ABD'de gerekse de İngiltere'de söz konusu rekabetçi sistemin tıp hizmetinin doğasına aykırı olduğu "acıtan bir şekilde" anlaşılmış durumda. Halen Obama'nın popülaritesini kaybetmesinin önemli nedenlerinden biri ülkesinin sağlık politikasının her geçen gün daha açmazı girmesi. Tümüyle benzer bir durum, İngiltere'de de var (2). Özellikle bundan 83 yıl evvel tümüyle toplumcu ve sol bir görüşle kurulmuş olan NHS'in (National Health Service=Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu) rekabetçi bir serbest pazar mantığı ekonomisiyle yürütülmeye çalışılmasını bence Molire görse en azından birkaç tane daha komedi şaheseri yazardı.

Tıp hizmetlerinde rekabet savunucuları, son birkaç yıl içinde biraz ağız değiştirdiler ve rekabet kavramının önüne "yönetilen= managed" sıfatını eklediler. Örneğin Hollanda böyle bir sistem uyguluyor. Bunun da istenileni vermediği yakında anlaşıldı. Söz konusu "yönetilen rekabet"; a. Tıp harcamalarını azaltmadı, b.Bir kısım Hollandalı, sistemin ön gördüğü şekilde özel sağlık sigortası almadı, aldıysa da sigorta primlerini düzgün ödeyemedi, c. Sistem bireylere tıp hizmetlerinde çeşitlilik ve ona koşut seçme hakkı getirecekti, bu olmadı. Çoğu insan sadece işverenin, o da değişmeyen, sigorta bağlantısına uymak zorunda kaldı, d. En önemlisi ise bu "sözde" rekabet çok daha fazla bürokrasi getirdi (3). Bütün bunlar yanında bu sistem gerçek tıp hizmetlerini ne derecede düzeltti, onu kimse bilmiyor!

Ülkemizde de Sağlıkta Değişimin ne getirip götürdüğü hakkında çok tartışma var. Burada da önemli gördüğüm birkaç noktaya değinmek istiyorum.

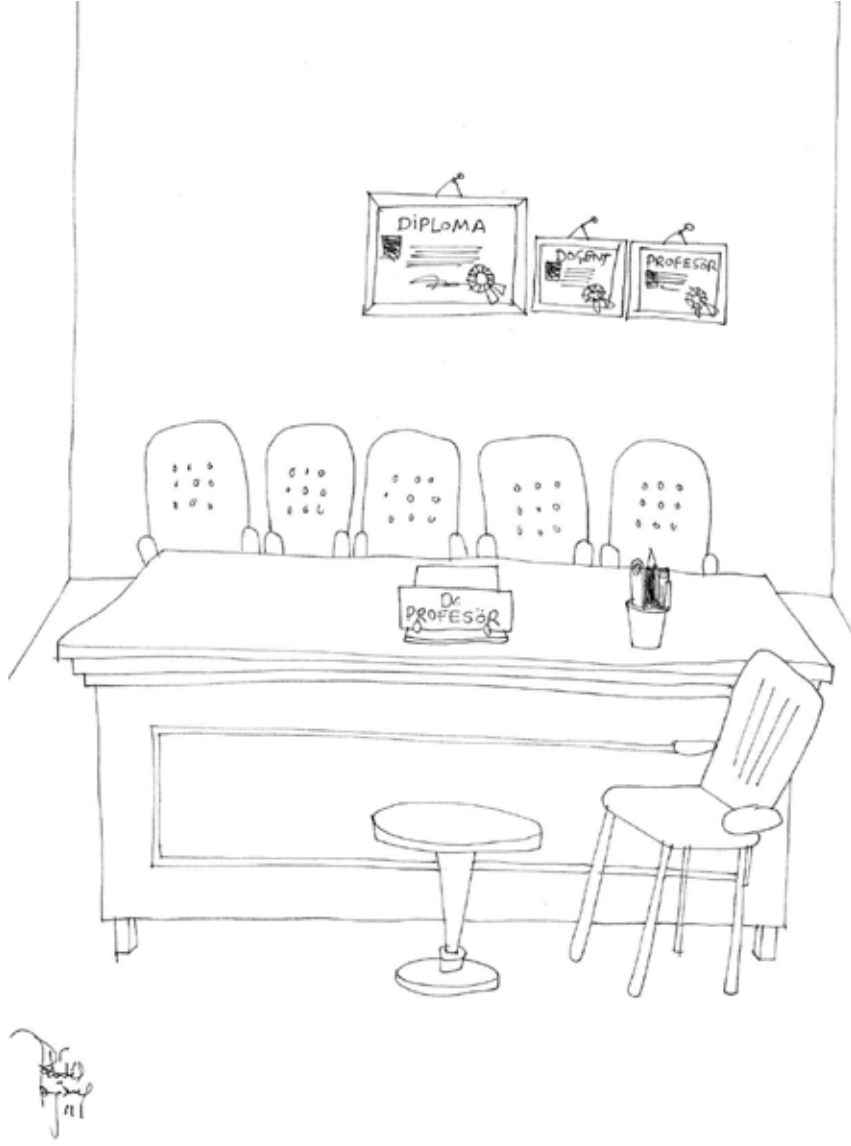
A. Halen uygulandığı söylenen tıp hizmetlerinin karşılığını vermekte kullanılan performans sistemin işin aslına bakılırsa gerçek bir performans sistemiyle ilgisi yok. Öyle ki ülkemizde halen uygulanan uygar Batı'nın son 10 yıldır kaçmaya çalıştığı hizmet kalemi başına ücretlendirmenin (= fee for services) en

İngiltere'de devletin akademik tıbbı el atma hevesi, zirvesine ise kanımca 2003 yılında ulaştı ve bir NHS Üniversitesi kuruldu ve aynı hızla da 2005 yılında, milyonlarca pound zararla kapandı. Sağlık Bakanlığımız son yıllarda İngiliz uzmanlardan yoğun olarak danışman hizmeti alıyor. Doğrusu merak ediyorum; bu uzmanlara acaba, "Mademki Türk tıbbını ve sağlık hizmetlerini geliştirmekte bu kadar güzel görüşleriniz var, neden bu görüşler sizin ülkenizde, özellikle son yıllarda, habire duvara tosluyor?" diye soran var mı?

yalın örneği. Diğer birçok ülkede de performans adı altında bu yapıyor (4) ve tabii oralarda da yanlış. Hizmet kalemi başına ücretlendirmenin tıp hizmetlerinin topluma mali yükünü arttırdığı artık biliniyor ve tıp hizmetlerini performans (sağlık hizmeti çıktısının amaca ve kaliteye uygunluğu) üzerine ücretlendirmeye (=fee for performance) gidilmeye çalışılıyor. Ancak gerçek performans uygulaması tıp hizmetlerinde çok iyi nitelik değerlendirmesi gerektiriyor. Niceliği kör topal değerlendirmeye henüz soyunmuş bizlerin niteliği nasıl değerlendireceğimiz ise ayrı ve devasa bir sorun. Bu bağlamda çok kısa bir süre evvel Nobelli öğretim üyesine 1000 puan, uzmanlık derneği başkanına 200 puan vererek nitelik ölçmeye kalktığımızı, buna itiraz gelince de -ne itiraz, feryat!- Nobel puanını galiba 3000'e yükselttiğimizi (!) unutmayalım.

B. Tıp hizmetleri bakımından işlerin iyi gittiğine dair bazı istatistikler veriliyor. Burada da önemli sorunlar var. B1. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) elinde 2008'den bu yana doğrudan tıp veya sağlık konusunda resmi istatistik yok. İşin mali yönüne bakıldığında





2002 yılından itibaren GSMH'dan sağ-
lığın aldığı payın her yıl bir miktar arttığı
görüldüğü. Son rakam 2008'de ve % 6.1
(5). Bir yıl evvel ise aynı rakam % 6.0 ile
bir sonraki yıla çok yakın. Aradan 3 yıl
geçti, aynı rakam bugün nedir bilmiyo-
ruz ve bu bilgi önümüzü görmekte ol-
dukça önemli.

B2. Yine TÜİK'in gerçekleştirdiği "Ya-
şam Memnuniyeti" anketleri var. Söz
konusu anketlerde deneklere çok sayı-
da soru soruluyor ve bunlar arasında
sağlığa ait sorular da var. Bu anketlerin
sonuncusu 2010'da (6) ve vatandaşla-
rımızın % 73.1'i sağlık hizmetlerinden
(esasinda burada da tıp hizmetleri, söz
konusu) memnun olduğunu gösteriyor.
Ancak burada da önemli yöntem so-
ruları var.

B2a. Randomizasyon hane bazında
ancak anketler kişi bazında yapılmış.
Bilimsel araştırmada randomizasyon
veri sağlayan birim bazında yapılır Bu-
nun da 2 nedeni vardır:
B2a1. Diyelim bazı hanelerde 2 bazı
haneler de 8 birey yaşasın. Aynı hane-
de yaşayanlar genellikle aynı sosyo-
ekonomik düzeyde olup benzer yanıtlar

verirler. Bir de diyelim ki, sosyo-ekono-
mik düzeyi düşük ve/veya belli bir coğ-
rafyadan olan hanelerde daha fazla
nüfus yaşıyor. İşte bu durumda böyle
bölgelerde yaşayanlar anketimizde
daha fazla temsil edilecektir.

B2a2. Hane bazında randomizasyon,
fakat kişi başına veri toplamanın diğer
sakıncası ise böyle verilerle kıyaslamalı
istatistik yapılamayacağıdır. İstatistik kı-
yaslama veya anlamlılık testlerinde her
verinin birbirinden bağımsız olması te-
mel koşuldur. Hâlbuki söz konusu yön-
temde, bu koşul yerine getirilmemiştir.
B3. Üçüncü grup anket ise Sağlık Ba-
kanlığı hastanelerinde yapılıyor ve bu
anket sonuçları da işlerin iyi gittiği gö-
rülüyor. Ancak;

B3a. Anket kılavuzuna göre terminal
hastalar ve böbrek diyalizi olanlar bu
ankete alınmıyorlar (7). Terminal hasta-
nın ne olduğu açık değil. Akciğer kan-
serine yakalanmış da hastalığına aylar-
ca aynı kurumca verem tedavisi
yapılmış, şuru tamamen yerinde has-
ta, terminal mi değil mi? Diyaliz hasta-
larının ankete alınmamasını da anket so-
nucunu iyi çıkarmak için gereksiz bir

güdümden başka türlü yorumlamak
çok zor.

B3b. Yine aynı anket kılavuzunda ör-
nek seçimi için kurumun iş yoğunlu-
ğuyla ilgili bazı kurallar konmuş ama
örnek seçimi nasıl yapılacak, özellikle
randomizasyon var mı, hiç belli değil.
Konuyla ilgili internette baktığım çalış-
malarda da bu konuya pek değinilmi-
yor. Bu da tabii çok sorunlu bir durum.
B4. Memnuniyet istatistiklerinde diğer
önemli ve ortak bir sorun, sağlığa ait
yanıtların diğer yanıtlarla ilişkisinin gör-
düğüm kadarıyla "çok değişkenli yön-
temlerle" incelenmemiş olması. Örne-
ğin "sağlığımdan memnunum" diyenlerin esas dedikleri "cebime giren
paradan memnunum" da olabilir. Çok
verili anketlerde veya herhangi bir veri
tabanında, bu sorun her zaman vardır
ve titizlikle irdelenmelidir.

III. Düşünce Engeli

Regan/Thatcher günlerinin tüccar görü-
şünden üniversiteler de nasiplerini almış-
tı ve buna koşut,. sağlıktakine benzer bir
"iş idareci (veya iş yönetici) üniversite =
managerial university" kavramı geliştirdi.
"iş idareci üniversite" kavramı o günlerin
eseri. İngiltere'nin meslek yüksekokulları
(politeknikler) kısa bir zamanda üniversi-
telere dönüştürüldü. Profesörlerin tenür
(ömür boyunca kadro sahibi olmak) al-
malarına kısıtlamalar geldi, araştırmalar-
da daha fazla faydacılık aranmaya baş-
landı vb.

İş idareci üniversitenin getiri ve götürüsün-
ü tartışmak istemiyorum. Götürüsünün
kesinlikle daha fazla olduğu konusunda
oldukça ikna edici çalışmalar var (8) ve
ben de bu görüşteyim. Ancak burada
vurgulamak istediğim, Batı'da böyle bir
kavramın doğmasının gerekçesi aynen
tıp hizmetlerinde olduğu üzere ekono-
miktir. Kâr/zarar hesabı peşinde koşan
politikacılar nasıl haris doktorlar istemi-
yorlarsa bilim için bilim yapan, fildişi kule-
lerde yaşayan profesörler de istemiyor-
lardı.

Bu görüş Atlantik'in iki tarafında da olduk-
ça popüler oldu ve günümüzde de de-
vam ediyor. Ancak İngiltere'de,
Amerika'da pek düşünülemeyecek bir
süreç daha başladı. İngiltere bir yandan
yukarıda değindiğim üzere, NHS sistemi-
ni ticari bir işletmeye çevirmekle yetinme-
di, bir yandan da tıp fakültelerini, hasta
bakımından bu sistem içine çekmeye
çalıştı. Böylelikle tıp fakültelerinde NIH
Trust denilen oluşumlar doğdu ve bunlar
büyük bir kısmı rutin, tıp hizmeti vermeye
başladılar. Yine aynı çerçevede uzmanlık
kadrolarının dağıtımı değişik coğrafi böl-
gelerde çalışan dekanlıklar aracılığı ile ya-
pılmaya başlandı. İngiltere'de devletin
akademik tıbbı el atma hevesi, zirvesine
ise kanımca 2003 yılında ulaştı ve bir
NHS Üniversitesi kuruldu (9) ve aynı hızla
da 2005 yılında, milyonlarca pound za-
rarla kapandı.

İngiltere örneklerini çoğaltmamın nede-
ni açık. Sağlık Bakanlığımız son yıllarda
İngiliz uzmanlardan yoğun olarak da-
nişman hizmeti alıyor. Bu danışmanlar
bildiğim kadarıyla NHS, NICE (National
Institute of Healthand Clinical Excellen-
ce = Ulusal Sağlık ve Klinik Hizmetler-
de Mükemmellik Enstitüsü) ve benzeri
kuruluşların uzmanları. Uzman görüşü
almak esasında övünülecek bir şey.
Ancak doğrusu merak ediyorum; bu
uzmanlara acaba, "Mademki Türk tıb-
bını ve sağlık hizmetlerini geliştirmekte
bu kadar güzel görüşleriniz var, neden
bu görüşler sizin ülkenizde, özellikle
son yıllarda, habire duvara tosluyor?"
diye soran var mı? Birkaç yıl evvel
Antalya'da bir toplantıdan sonra NICE
uzmanı bir hanıma sordum: "Elinizde
NICE evveli ve sonrası İngiltere'de tıp
hizmetlerinin iyileştiğine dair nesnel ne
veri var?" Yanıt gelmeyince devam et-
tim, "Peki NICE'i İngiliz hekimleri ve hal-
kına benimsetmek için böyle veriler ol-
ması daha iyi olmaz mı?" Aldığım yanıt
gayet kısa oldu: "NICE bir reklam kuru-
luşu değildir!" Tartışmayı uzatmadım.
Hâlbuki bu konuşmadan kısa bir süre
evvel çok önemli bir İngiliz bilimsel der-
gi editöründen, NICE'in ne denli bürok-
ratik ve uzmanlığı pek önemsemeyen
ve gerçek faydasının ne olduğu pek
anlaşılmamış bir kuruluş olduğunu din-
lemiştım.

Söz konusu "İngiliz sicimiyle asılmanın"
çok önemli diğer boyutu ise üniversite-
lerimize doğrudan rutin tıp hizmetleri
içine çekmek çabası. Tıp fakültelerini
rutin sağlık hizmetlerinin içine -altını çı-
zıyorum, zor hastalarda uzman görüşü
almak veya eğitim için değil, rutin hiz-
metler için- çekmek, zaten esas işlevi
olan bilim üretmeyi doğru düzgün bir
tür türlü becerememiş Türk üniversiteleri
için çok yanlış olur. Yukarıda değindi-
ğim üzere Thatcher zamanında gele-
neksel İngiliz üniversitelerinin çok bilim-
yoğun olduğu, hocalarının fildişi
kulelerde oturduğu, parasal açıdan
da çok kötü yönetildikleri ve belki de
tek cümleyle iyi bir toplum hizmeti ver-
medikleri düşünceleri İngiliz politikacı-
ları tarafından benimsendi. Ancak İn-
giltere ile aramızda çok büyük bir fark
var. İngiltere bu işlere girerken üniversi-
telerinin bilim yoğunluğu tüm uygarlık-
ça tescilli idi. Hâlbuki başta da değindi-
ğim gibi Türk üniversiteleri maalesef
hiçbir zaman bilim-yoğun olmadı.
Hatta işin en kötü tarafı, belki de tıp fa-
kültelerimiz, bilimle görece en fazla uğ-
raşmaya çalışan üniversite birimlerimiz.
Onları da kamuya hizmet önde gelir
görüşüyle gözden çıkartamayız.

Kaynaklar

Nobelliği de çekemezse yarış dışı kalır.
Ayrıca üniversite ile ticaret tümüyle ters
iki kurumdur. Tüccar alır ve aldığını
kârla satar. Üniversite ise ileride yapa-
cağı yetiştirir, yapılanın doğru olup ol-
madığını irdeler. Üniversitenin net çıktı-
sı ürettiği fikirdir, bilimdir. Onun da para
karşılığı öyle kolay kolay saptanamaz.
Burada şu vurgulamayı da yapmak ge-
rek: Para kazanmanın tek yolu ticaret
değildir. Örneğin keman virtüözü, şa-
rap konosörü de para kazanır ama tüc-
car değildirler. İşin ilginç yanı aynı şey
musluk tamircisi için de geçerlidir.
Özetle hep o ulaşmaya çalıştığımız uy-
garlık için salt ticaret gerçekten yetmi-
yor. Belki de ilk 350 içerisinde tek üni-
versitemiz olmamasının da esas nedeni
budur.

Peki, bugün ne yalım?

1. Özetlemeye çalıştığım düşünce en-
gelleri hakkında soğukkanlılıkla düşü-
nelim.
2. Sorunlarına işaret ettiğim sağlık/tıp
veri toplama yöntemlerimize çeki dü-
zen verelim.
3. Herhangi yeni yasal bir düzenleme
yapmadan önce yeni Anayasayı bekle-
yelim. Ancak bu bekleme vapur bekler
gibi olmasın. YÖK; başta üniversiteler
olmak üzere meslek odalarından ve di-
ğer sivil kuruluşlardan acil olarak yeni
Anayasada olması istenen yüksekög-
retimle ilgili kurallarla ilgili fikir sorsun,
tartışma başlatsın. Bu fikir sorma üni-
versitelerde hem öğretim elemanları
arasında randomizasyon yoluyla hem
de konuda uzmanlığı tescilliler arasın-
dan seçilerek ama mutlaka paralel ya-
pılsın.
4. Ve son olarak önümüzdeki çok zor
sürecin aynı zamanda çok sabır da ge-
rektiren bir değişim olduğunu kabulle-
nelim.

Kaynaklar

- 1) Ağartan T. (2007) "Sağlıkta Reform Salgını".
Editörler: Keyder Ç, Üstündağ A, Yoltar. Avrupa'da
ve Türkiye'de Sağlık Politikaları. İletişim Yayınları,
İstanbul, s. 42.
- 2) Field S. NHS Future Forum, Summaryreport on
proposedchangestothe NHS. www.dh.gov.uk/en/
Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/
DL_127443 (Erişim tarihi:13/08/2011)
- 3) Okma KG, Marmor TR, Oberlander J (2011).
ManagedcompetitionforMedicare? Soberingles-
sonsfromTheNetherlands. N Engl J Med .
28;365:287-9.
- 4) Işık, S. Performansa göre ödeme: OECD ülke-
lerindene örnekler (2001). www.sdplatform.
com/KategoriYazilari.aspx?ID=1&konuadi (Erişim
tarihi:13/08/2011)
- 5) TÜİK Sağlık Harcama İstatistikleri (2008) http://
www.tuik.gov.tr Erişim tarihi:13/08/2011)
- 6) TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması (2010)

Üniversite ile ticaret tümüyle

ters iki kurumdur. Tüccar

alır ve aldığını kârla satar.

Üniversite ise ileride

yapacağı yetiştirir, yapılanın

doğru olup olmadığını

irdeler. Üniversitenin net

çıktısı ürettiği fikirdir,

bilimdir. Onun da para

karşılığı öyle kolay kolay

saptanamaz. Para

kazanmanın tek yolu ticaret

değildir. Örneğin keman

virtüözü de para kazanır

ama tüccar değildirler. İşin

ilginç yanı aynı şey musluk

tamircisi için de geçerlidir.

Hep o ulaşmaya çalıştığımız

uygarlık için salt ticaret

gerçekten yetmiyor. Belki

de ilk 350 içerisinde tek

üniversitemiz olmamasının

da esas nedeni budur.

http://www.tuik.gov.tr (Erişim tarihi:13/08/2011)

7) Sağlık Bakanlığı Memnuniyet Anketleri ve Uy-
gulama Usul ve Esasları
www.performans.saglik.gov.tr/content/files/
haberler/.../21anketrehberi.doc (Erişim tari-
hi:13/08/2011)

8) Arimoto A. Theacademicprofessionandthema-
nagerialuniversity: an internationalcomparatives-
tudyfrom Japan. EuropeanReview 2010. 18
(supp1): S117-S139.

9) Wells W. Review of NHSu (2204) www.dh.gov.
uk/enFreedomOfInformaton/FreedomOfPublicati-
onschemeefeedback/FOIreleases/DH_073921
(Erişim tarihi:13/08/2011)

Üniversite hastanelerinde finansman

Prof. Dr. Adnan Kısa



1990 yılında Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü'nden mezun oldu. ABD'de tamamladığı yüksek lisans ve doktora eğitimlerinin ardından 2001 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Cenevre'deki merkezinde Kronik Hastalıklar Yönetim Bölümü'nde görev aldı. 1998-2007 yılları arasında Başkent Üniversitesi'nde sağlık ekonomisi ve politikası alanında öğretim üyeliği yaptı. Ayrıca 2001-2011 yılları arasında pek çok üniversitede lisans ve yüksek lisans dersleri verdi. Sağlık ekonomisi, hastalık maliyetlendirmeleri, ilaç ekonomisi, sağlık politikası, sağlık hizmetleri kullanımı ve karşılaştırmalı sağlık sistemleri konularında çok sayıda İngilizce makalesi, İngilizce ve Türkçe kitabı ve kitap bölüm yazarlığı vardır. Halen Zirve Üniversitesi Rektörü olan Dr. Kısa, Tulane University, School of Public Health and Tropical Medicine, Health Systems Management Department'da Sağlık Ekonomisi ve Politikası Profesörü olarak da bilimsel çalışmalarını sürdürmektedir.

Konuyu bölümler halinde ele almakta yarar var.

I. Sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri dört ana grupta toplanmaktadır:

- Koruyucu sağlık hizmetleri
- Tedavi hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri
- Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri

Sağlık hizmeti üreten ve sunan kurumlara, sağlık kurumları denmektedir. Sağlık kurumu, sağlık hizmetleri üretim ve sunumu için gerekli kaynakların (insan gücü, tıbbi donanım vb.) bir araya getirildiği, rasyonel biçimde düzenlendiği organizasyonlardır. Sağlık kurumları, verdikleri hizmetin türüne göre gruplandırılmaktadır. Türkiye'nin sağlık organizasyonu esas alındığında, yukarıda verilen sağlık hizmetlerini sunan kurumlara örnekler Tablo 1'de verilmiştir. Bir sağlık kuruluşundaki nakit akışını ya da fonların akışını anlamak için, öncelikle bu sektördeki ana aktörleri anlamak gerekmektedir. Bu aktörleri ise sağlık kurumları, hekimler, hemşireler, eczacılar ve diğer meslek mensupları oluşturmaktadır.

Sağlık kurumlarının büyük bölümünün dört grupta toplanan sağlık hizmetini değişik düzeylerde ürettikleri gözlenmektedir. Örneğin bir sağlık ocağı, temel işlevi koruyucu sağlık hizmeti sağlamak olmasına rağmen, teşhis ve tedavi hizmetleri ile sağlığın geliştirilmesi ile ilişkili (sağlık eğitimi gibi) hizmetler de sağlamaktadır. Hastaneler, temel işlevi olan yataklı tedavi hizmetlerinin sunumu yanında, koruyucu sağlık hizmetleri (aşılama), rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi (örneğin sigaray bıraktırma programı) hizmetlerini de sağlamaktadır.

II. Hastaneler

Hastaneler hasta ve yaralıların, hastalıklardan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır. Hastaneler işlevlerine göre genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri olarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmanın yanında, hastanenin ait olduğu mülkiyete göre de sınıflandırmalar yapılabilir. Özel hastaneler, kamu hastaneleri, vakıf ve azınlıklara ait hastaneler bunlara örnek olarak verilebilir. Kamu hastaneleri kamu kaynakları ile fonlanmakta olup, özel hastaneler ise kâr amacı güden sağlık hizmeti sunucularıdır.

Genel hastaneler: Her türlü acil vaka ile yaş ve cins farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır.

Özel dal hastaneleri: Belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri yataklı kurumlardır.

Rehabilitasyon merkezleri ile servisleri: Organ, sinir, adale ve kemik sistemi hastalıkları ile kaza ve yaralanmalar veya cerrahi tedaviler sonucu meydana gelen arıza ve sakatlıkların tıbbi rehabilitasyonu uygulayan yataklı kurum veya servislerdir.

Eğitim hastaneleri: Öğretim, eğitim ve araştırma yapılan, uzman ve ileri dal uzmanları yetiştirilen genel, özel dal yataklı tedavi kurumları ile rehabilitasyon merkezleridir.

III. Üniversite hastaneleri

Üniversite hastanelerinin amacı; muayene, teşhis ve tedavi için hastaneye başvuran hastaların ayakta veya yatırılarak tedavisi ile sağlık hizmetleriyle ilgili tüm alanlarda eğitim-öğretim, araştırma ve uygulama yapmak, her düzeyde yetkili tıp ve sağlık personeli yetiştirmek üzere tıp fakültesi başta olmak üzere, üniversite bünyesindeki diğer fakülte, enstitü, yüksekokullar, araştırma merkezleri ve

diğer kurumlarla işbirliği yaparak sağlık hizmetlerinin tam, kaliteli ve verimli düzeyde yürütülmesini sağlamaktır.

Üniversite hastaneleri, YÖK Kanunu'na bağlı olarak araştırma merkezi hüviyetinde kurulurlar. Temel olarak YÖK Kanunu hükümlerine göre organize olurlar. Üniversite hastanelerinde uygulanan tek tip bir organizasyon yapısından bahsetmek mümkün değildir. Farklılıklar her bir üniversitenin çıkardığı İşletme Yönetmeliklerindeki hükümler nedeniyle meydana gelmektedir. Üniversite hastaneleri, rektörlüğe bağlı olarak 2547 sayılı Yasanın 7/d maddesine göre kurulur ve kurulan üniversite, uygulama ve araştırma hastanesinin/merkezinin yönetimi ile ilgili organların tespiti, çalışmaların düzenlenmesi ve hizmetlerin yürütülmesinde üniversite hastanesine ilişkin işletme yönetmeliği uygulanır.

Üniversite hastanelerinin temel amacı, hastalarına sağlık hizmeti sunmak ve eğitim faaliyetlerini de bu amaca paralel gerçekleştirmektir. Üniversite hastaneleri kâr amacı gütmeyen kurumlar olup ağırlıklı olarak kamu kaynakları ile faaliyetlerini sürdürürler. Bu nedenle üniversite hastanelerine ayrılan tüm kaynakların işletmecilik prensiplerine uyularak ve gelir-gider dengesi gözetilerek en etkin bir biçimde yönetilmesi gerekmektedir. Üniversite hastanelerinde finansal faaliyetler yerine getirilirken hastanenin gelirlerinin nereden ve nasıl sağlanacağı belirlenmeli, hastanenin nakit, faaliyet ve sermaye bütçeleri analiz edilmeli ve üniversite hastanesini ilgilendiren finansal faaliyetler verimli bir biçimde yürütülmelidir.

1. Üniversite hastanelerinin gelirleri

Hastanelerin sağlık hizmetleri için nasıl gelir elde ettiklerini anlayabilmek için, öncelikle bu hizmeti almak için yapılan ödemeleri incelemek gerekmektedir. Kamu kurumları (sosyal güvenlik kuruluşları, kamu sağlık sigortası kuruluşları) ödemeleri, devlet tarafından ödenen kısmını oluştururken, özel ödemeleri sigorta şirketleri ve sağlık hizmeti alanların doğrudan cepten yaptıkları ödemeler oluşturmaktadır. Hem kamu ödemelerini yapan kurumlar, hem de özel ödemeleri yapanlar üçüncü parti ödeyiciler olarak adlandırılırlar. Bunlar haricinde, sigortalı olmayan gruplar bulunmaktadır. Bu grup ise ödemelerini ya kendi imkânlarıyla ya da hayır kurumlarından gelen fonlarla gerçekleştirmektedirler.

Hastaneler birçok hizmet sunarken farklı yollardan gelir elde etmektedirler. Bunlardan başlıcaları; tıbbi hizmet sunarak, tıbbi olmayan hizmet sunarak, hayırsıver kişilerden ya da devletten elde edilen bağışlar ve hibeler, yatırımlar. Farklı yollardan elde edilen gelirleri üç grup altında kategorize ettiğimizde hasta bakımı gibi hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerden elde edilen gelirler, diğer faaliyetlerden elde edilen gelirler, hastane

dışındaki aktivitelerinden elde edilen kazançlar ve kayıplar ortaya çıkmaktadır.

1.1. Faaliyetlerden elde edilen gelirler

Gelirlerden bahsederken ücret, ödeme ve maliyet gibi terimlerden bahsetmekteyiz. Bu üç terim birbirine çok benzetmekle birlikte farklı anlamlar içermektedir. Ücret, hastanenin sunduğu hizmet için belirlendiği miktardır. Bu miktar sadece, bir kuruma ya da sağlık sigortasına bağlı olmadan kendi ödemesini yapacaklar ödemektedirler. Ödeme ise, bir hizmet sonucu hastanenin bütçesine kalan esas miktardır, özel ya da kamu sağlık sigortalıları ya da sigortasız kişilerin ödediği ve hastaneye kalan miktardır. Bu miktar, maliyetten az ya da daha fazla olabilmektedir. Maliyet ise, o hizmeti sunmanın hastaneye gerçekte ne kadara mal olduğudur. Bu konseptler ışığında hasta hizmeti gibi faaliyetlerden elde edilen gelirleri incelediğimizde, bu gelirlerin hastanelerin öncelikli gelir kaynakları olduğunu görmekteyiz. Faaliyetlerden elde edilen gelirleri hastane finansman terimlerinde brüt ve net olarak tanımlanmaktadır.

Brüt hasta hizmeti gelirleri: Hastanelerin verdikleri hizmetten elde ettikleri gelirin hiç kesintiye uğramaması durumunda elde edebilecekleri, brüt hasta hizmeti gelirleridir. Fakat hastaneler gelirlerinin uğradıkları kesintilerden sonra hiç bir zaman brüt gelirlerini elde edemezler.

Net hasta hizmeti gelirleri: Verilen sağlık hizmeti sonucunda oluşan gelirin vergi gibi belirli kesintilere uğradıktan sonra hastaneye kalan kısmın net hasta hizmeti gelirleri denir.

Elde edilen brüt gelirin net gelire dönüşümünde karşılık beklemeden yapılan (bedava) tedavileri ve bazı sözleşmelerden doğan ödemeleri de göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Bedava yapılan tedavilerde, bu tedaviyi alacak hastaları, kamu otoritesi ve çoğunlukla hastanelerin finansal durumu belirlemektedir. Hastaneler ise bu ücretlendirmeyi, finansal tablolarında tam olarak belirtirler fakat bu hiç bir zaman gerçek maliyeti yansıtmaz. Brüt geliri, net gelire dönüştürürken göz önünde bulundurulması gereken bir diğer unsur ise sözleşmelerdir. Farklı sözleşmeler sonucunda, aynı hizmeti alan hastalar farklı ücretlendirmeye tabii tutulabilirler. Sigorta şirketleri gibi firmalar, farklı unsurları göz önünde bulundurarak farklı fiyat sözleşmeleri gerçekleştirmektedir. Bu gibi sözleşmeler dikkatle incelenmelidir. Tablo 2'de hastanelere sağlık hizmeti kullanılarak yapılan ödeme yöntemleri belirtilmiştir. Sonuç olarak, net hasta hizmet gelirlerini hesaplamak için, brüt hasta hizmet gelirlerinden, karşılık beklemeden yapılan tedavileri ve varsa yapılan sözleşmelerden kaynaklanan giderleri çıkartmak gerekmektedir.

Üniversite hastanelerinde finansal performansı

etkileyen faktörlerin başında

bölgesel ve küresel,

ekonomik eğilimler

gelmektedir. Diğer önemli

faktör ise tıbbi teknolojiye

yaşanan hızlı değişimdir ki

bu durum üniversite

hastaneleri teknolojiye

yatırımlar konusunda büyük

maliyetlerle karşı karşıya

bırakmaktadır.

1.2. Diğer faaliyetlerden elde edilen gelirler

Hastane gelirlerinin çoğunu hastalardan elde edilen gelirler oluşturmakla birlikte, diğer faaliyetlerden elde edilen gelirlerin de önemli bir yeri vardır. Diğer faaliyetlerden elde edilen gelirler, direkt olarak sağlık hizmetleri ile ilgili olmamakla birlikte diğer iş faaliyetlerinden kaynaklanmaktadır. Kafeteryalarda yapılan satışlar, hediyeelik eşya satışları, otopark gelirleri, kiralar ya da araştırma gelirleri gibi faaliyetlerden elde edilen gelirler sürekli gelir kaynağı olmaktadır. Kafeterya satışları ya da otoparklardan elde edilen gelirler açık olmakla birlikte, araştırma gelirlerini daha detaylı açıklamak gerekmektedir. Hastaneler, yeni ilaç araştırmaları, tedavi araştırmaları gibi araştırmaların yapılması için en değerli yerlerden biridir. Bu tip araştırmalar için hastanelere, ulusal sağlık örgütleri gibi kurumlardan ya da ilaç firmalarından ödemeler yapılmaktadır. Özellikle araştırma hastaneleri için araştırma gelirleri gelişmiş ülkelerde finansman kaynaklarının önemli kısmını oluşturmaktadır.

1.3. Yatırımlar sebebi ile ortaya çıkan kazançlar/kayıplar:

Hastaneler, hastane dışı aktivitelerden de kazanç/kayıp elde edebilmektedirler. Bunlar, faaliyet dışı kazanç ya da kayıp olarak adlandırılmaktadır. Örnek olarak, hisse senetlerinden ya da bağışlardan elde edilen kazançları ya da kârları gösterebiliriz. Çoğunlukla, faaliyet dışı aktivitelerden elde edilen kazançları/kayıpları sınıflandırmak zor olabilmektedir. Oluşan gelirin faaliyet dışı aktivite olarak sınıflandırılabilmesi için, elde edilen gelirin bir servis ya da ürün satışından olup olmamasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Eğer, elde edilen gelir bir hizmet ya da ürün satışından

değilse, hastane dışı faaliyetlerden kaynaklı olarak değerlendirilmelidir. Bu sınıfta iki çeşit gelirden bahsetmek mümkündür; yatırım gelirleri ya da sınırlandırılmamış bağışlar.

Yatırım gelirleri: Yatırım gelirleri hastaneler için önemli gelir kaynaklarından biridir. Hastaneler, yatırımlarını değişik stratejilere göre, fon, hazine bonosu ya da hisse senetleri gibi ürünlere yapmak-tadır. Eğer hastane stratejisi risk almaya müsaitse daha riskli olan hisse senedi gibi ürünlere, risk almaya müsait değilse daha garantili getiri sağlayan hazine bonosu gibi ürünlere yatırım yapılması tercih edilmektedir. Her ne kadar hastanelerin finansal tablolarında dipnot olarak yatırımlarının karışımını belirtilmiş olsa da, sadece finansal tablolarına bakarak yatırımlarındaki risk oranını anlamak kolay değildir. Bu noktada, hastanenin riskini anlamak için yöneticiyle hastanenin yatırım stratejisini konuşmak gerekmektedir.

Bağışlar: Bağışlar, bireylerin ya da kurumların, hastanenin misyonunu desteklemek için hastaneye yaptıkları, düzenli ve sabit olmayan gelirlerdir. Hastaneler, bu bağışları gelir tablolarında faaliyet dışı gelirler kısmında belirtirler.

2. Ülkemizde üniversite hastanelerinin gelirleri

Ülkemizde faaliyette bulunan üniversite hastanelerinin gelir kaynakları aşağıda belirtilmiştir.

- Merkezi bütçeden tahsis edilen ödemekler: Merkezi bütçeden başlıca personel maaşları, yolluklar, bina ve demirbaş giderleri karşılanmakta, hasta tedavisine yönelik ilaç, tıbbi cihaz, sarf malzemesi, hastane tüketim mal ve malzemeleri gibi diğer bütün ödemeler döner sermaye gelirlerinden karşılanmaktadır.
- Hayırseverlerin bağışları ve yardımları: Hayırseverler tarafından yapılan bağışlar, yaptırılan oda teşrifatları, tıbbi cihaz bağışları, bina bağışları, nakit yardımlar.
- Ücretli hastalardan alınan ücretler.
- Sosyal güvenceye sahip hastalara sunulan hizmetlerden elde edilen gelirler.
- Eğitim- öğretim birimlerinde yapılan çalışmalar neticesinde ortaya çıkan mal ve hizmetlerin satılması karşılığında oluşan gelirler. Bu gelirlerin elde edilebilmesi için üniversiteler bünyesinde döner sermaye işletmeleri kurulmuştur.

Üniversite hastanelerindeki döner sermaye işletmeleri, 1050 sayılı Muhasebe Umumiye Kanunu'nun 49. maddesi ve 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'nun 58. maddesine dayalı olarak kurulurlar. Bu işletmelerden elde edilen gelirlerle ilaç, tıbbi malzeme, tıbbi cihaz alımları gibi doğrudan hasta tedavisini ilgilendiren mal alımları yapıldığı gibi, hastane hizmeti sunumu için yeterli sayıda çalışan bulunmaması durumunda sağlık

personeli, temizlik personeli, güvenlik personeli istihdamı da bu gelirlerle sağlanmaktadır. Üniversite hastanelerinin faaliyetlerini yerine getirebilmek için ihtiyaç duyduğu mal ve hizmetler karşılandıktan sonra kalan döner sermaye gelirinden, bu gelirin oluşmasına katkıda bulunan öğretim elemanları ile 657 sayılı yasaya tabi personele, katkı payı ödemesi yapılmaktadır.

3. Ülkemizde üniversite hastanelerinin giderleri

Hastaneler elde ettikleri gelirleri, daha kaliteli sağlık hizmeti üreterek hastalara hizmet vermek için kullanmaktadır. Hastane giderlerinde ana kategoriler olarak, maaşlar, tüketim malları ve malzemeleri, amortisman, faiz ve tahsil olamayan borçlar sayılabilir.

Hastane çalışanlarının maaşları ve diğer giderler: Çalışanlara ödenen maaşlar ve ücretler, hastane giderlerinde en büyük kısma sahiptir. Çoğu hastane için, çalışanlara ödenen maaşlar ve ücretler, toplam giderlerin % 60'lık kısmını oluşturmaktadır. Doğrudan personel giderleri, hastanede görevli personele ödenen maaş, döner sermaye primi (ek çalışma karşılıkları) ve nöbet ücretlerinin tahakkuk eden kısımlarından oluşmaktadır. Dolaylı personel giderleri ise, personele yapılan geçici ve sürekli görev yollukları, giyim ve tedavi ve cenaze yardımı giderlerinden oluşmaktadır.

Tüketim malları ve malzemeleri: Tüketim malzemeleri, hastanelerin giderlerinin % 30'luk kısmını oluşturmaktadır. Hasta tedavisinde kullanılan ilaç giderleri, tıbbi sarf malzeme giderleri (pamuk enjektör vb) ve genel sarf malzeme giderleri (kırtasiye, miatlı müstehlik eşyalar vb).

Makine, teçhizat, taşıt alım giderleri: Makine teçhizat ve bunların yedek parçaları, uzun ömürlü ve üretimin artırılması amacıyla tüketim alet, cihaz ve sabit tesis giderleri.

Bakım ve onarım giderleri: Taşınır mallarla ilgili olarak bunların ekonomik ömürlerini ve değerlerini artırmaya yönelik yenileme amaçlı bakım-onarımlar dışında kalan ve doğrudan hastaneye yönelik rutin olarak yapılması gereken bakım ve onarımlar ve bu bakım onarımlarda kullanılacak olan yedek parça alım giderleri.

Demirbaş alım giderleri: Hizmet ve çalışma için gerekli taşınabilir mallar, tıbbi cihazlar, büro makineleri, büro makinenelerinin dışında kalan ve hizmetin gerektirdiği diğer demirbaş alım giderleri.

Amortisman: Hastane binaları, makineler, cihazlar, döşemeler ve demirbaşlar gibi uzun süre kullanılacak maddi hastane işletmesi varlıklarının değerden düşmesine ilişkin yapılan giderlerdir.

Kullanım süresi boyunca taşınmaz duran varlıkların masrafları yıllara göre itfa edilir. Aynı şekilde, hastanenin taşınmaz maddi olmayan duran varlıklar satın aldığıında, maliyeti beklenen kullanım süresi boyunca amorti ettirilir. Maddi olmayan duran varlıklar olarak ise, telif hakları, patentler gibi fiziksel olmayan varlıklardan bahsedilmektedir.

Faizler: Hastaneler genellikle mortgage ya da diğer alımları için kredi kullanmaktadırlar. Faiz giderleri, geçerli olan cari yıldaki kullanılan krediler için ödenen giderlerdir.

Diğer giderler: Yukarıda bahsedilmeyen, ön görülememiş olan harcamalardır.

Elektrik ve su giderleri, haberleşme giderleri

Tahsil edilemeyen borçlar: Hastanelerin tahsil etmeyi beklediği ama edemediği, ücretler üzerinden değerlendirilen borçlardır. Örnek olarak, eğer bir hasta 1,000 TL tutarında hizmet aldığııı varsayalım ve bunun sadece 500 TL'lik kısmını ödeyebilecek durumdaysa, geri kalan 500 TL'lik kısmını tahsil olamayan borçlar olarak yazmamız gerekmektedir.

4. Ülkemizde üniversite hastanelerinin finansal sorunları

Ülkemizde sağlık sisteminde kamu sağlık sigortasının monopsoni gücünün yüksek olması nedeni ile başta sosyal güvenlik kurumları olmak üzere üçüncü kişilerin hastanelere ödeme ve fiyatlandırma üzerinde etkisi büyüktür. Aşağıda üniversite hastanelerimizin karşılaştığı bazı finansal sorunlar belirtilmiştir.

- Merkezi bütçeden üniversitelere tahsis edilen ödeneklerin kısıtlılığı nedeniyle bazı mal ya da hizmet alımlarında yaşanan güçlükler.
- Döner sermaye gelirlerinin ihtiyaç duyulan tıbbi teknoloji yatırımı, mal ya da hizmet alımları için finansman ihtiyacı için kullanılması.
- Tedavi yardımı, uygulama tebliğleri ve bütçe uygulamasına ilişkin yasal düzenlemelerin zamanında yapılamaması.
- Üniversite hastanelerinde üretilen hizmetlerin ileri uzmanlık ve teknoloji gerektirdiğinin göz ardı edilerek gerçek fiyatlandırma yapılamaması.
- Sağlık hizmeti satın alan kurumların çeşitliliği farklı fiyatlandırma stratejileri gerektirmektedir.
- Sağlık hizmeti sunumundan sonra doğan alacakların tahsilinde yaşanan sıkıntılar.
- Sağlık hizmeti satın alan sigorta ve sosyal güvenlik kuruluşlarının faturalar üzerinde önemli miktarlarda kesinti yapmak istemeleri.
- Üniversite hastanelerinin elde etmiş oldukları döner sermaye gelirleri üzerinden doğan yasal ödeme yükümlülüklerinin yüksekliği.
- Mal ve hizmet alımında yaşanan ihale

Tablo 1: Sağlık hizmeti türleri ve sunan kurumlar	
Sağlık hizmetleri	Sağlık kurumları
Koruyucu sağlık hizmetleri	Sağlık evi Sağlık ocağı Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri İşyeri revirleri Dispanserler Kanser erken teşhis ve tarama merkezleri Okul sağlığı bölümleri-medikososyal Halk sağlığı laboratuvarları Belediye çevre sağlığı bölümleri
Tedavi hizmetleri	Hastaneler Özel muayenehaneler Ayaktan cerrahi hizmet merkezleri Dispanserler Hemşirelik bakım merkezleri Evde bakım Terminal dönem bakım merkezleri
Rehabilitasyon hizmetleri	Rehabilitasyon merkezleri Hemşirelik bakım merkezleri Evde bakım Terminal dönem bakım merkezleri
Sağlığın geliştirilmesi	Spor merkezleri Sağlık eğitim birimleri Fitness merkezleri

Tablo 2: Hastanelere ödeme yöntemleri		
Ödeme yöntemi	Tanımı	Hastane açısından teşvikler
Hizmet başına ödeme	Sağlık hizmeti sunanlara sunulan her hizmet başına ödeme yapılır.	Bu yöntem, hastalarla daha fazla ilgilenilmesini sağlamakla beraber hastalara ekstra ve gerekli olmayan tedaviler yapılmasına sebep olabilir.
İskontolu hizmet başına ödeme	Sağlık hizmeti sunanlara sunulan her hizmet başına önceden pazarlık edilmiş ücret üzerinden ödeme yapılır.	Bu yöntem hizmet başına ödeme yöntemindeki teşvik edici unsurlara sahiptir. Fakat iskontolu ödemelerden kaynaklanan kayıpları engellemek için hastanelerin fiyatları yükseltmelerine sebep olabilir.
Kişi başına ödeme	Daha önceden belirlenmiş hizmetler için, sağlık hizmeti sunanlara kişi başına belirli bir miktar ödeme yapılır.	Bu yöntemde, hastanelere hasta tedavi etseler de etmeseler de ödeme yapılmaktadır. Dolayısıyla, bu yöntemle hastanelerin hastalara gerekli tedaviyi sunup sunmamaları riske girmektedir.
Teşhis ilişkili gruplar göre ödeme (Diagnosis Related Group DRG)	Ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak türdeş vakalarla harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirmeyi sağlar. Hastalar, ameliyat prosedürü, önemli bir komplikasyon olup olmaması gibi gruplara bölünür.	Bu yöntemle, hastaneler tedavilerini daha uygun fiyatla sunabilir ve yatış süresini kısaltabilirler. Ayrıca, bu yöntemle hastaneler artan hasta miktarından da faydalanabilirler.
Ücretler	Hastanenin sunduğu hizmetler için belirlediği ücretlerdir.	Bu yöntemde, ücretlerde hiç bir limit bulunmamaktadır. Ücretlerin çok artmasına sebep olabilir.

sürecine ilişkin yasal zorluklar.

j) Ödeme gücü olanlardan fark alınması-na yönelik kısıtlılıklar.

Sonuç ve öneriler

Üniversite hastaneleri; sağlık hizmetini kesintisiz üretebilmek, iç ve dış müşterilerine karşı yükümlülüklerini yerine getirebilmek, faaliyetlerini devam ettirirken finansal sıkıntılarla karşılaşmamak için iyi bir finansal performans yönetimi oluşturmak zorundadır. Tüm sorunlar yasal

düzenlemelere bağlamak ve hastaneleri işletmecilik kurallarına uymadan yönetmek finansal sorunları çözmeyecektir. Bu nedenle üniversite hastaneleri hem örgütsel performansını hem de finansal performansını ölçmek ve daha iyi düzeylere taşımak zorundadır. Özellikle üniversite hastanelerinde finansal performansı etkileyen faktörleri belirlemek finansal başarıyı arttıracaktır. Finansal performansı etkileyen faktörlerin başında bölgesel ve küresel, ekonomik eğilimler gelmektedir. Diğer önemli faktör

ise tıbbi teknolojiye yaşanan hızlı değişimdir ki bu durum üniversite hastaneleri teknolojiye yatırımlar konusunda büyük maliyetlerle karşı karşıya bırakmaktadır. Üniversite hastanelerinin ülkede ve dünyada yaşanan ekonomik koşullardaki ani değişimlere karşı koyabilmek ve yeniden ihtiyaç duyulan mal ve hizmetlere yatırım yapabilmesi için kâr, likidite ve borç kapasitesi gibi finansal göstergelerini genel kabul görmüş finansal standartlar düzeyinde tutması gerekmektedir.

Üniversite hastanelerinin yöneticilerine finansal performansı arttırmada yol gösterecek stratejiler ise; hizmet üretim maliyetlerinin kontrolü, hastanedeki ortalama yatış süresinin düşürülmesi, hizmet sunum çeşitlendirmesine gidilmesi, hastanelerin faaliyet dışı gelirlerini artırması, yatırım politikalarını alternatif stratejiler göz önünde bulundurarak yapmaları, hizmet sunulan hasta grubu çeşitliliğini ve sigorta kuruluşu alternatiflerini arttırması, pazar odaklı finanslama stratejileri belirlemesi, hastanenin hizmet ettiği bölgede pazar payını artırması ve fiyat belirlerken alternatif strateji ve maliyet çalışmalarını kullanması olarak önerilmektedir.

Kaynaklar

Adnan Kısa, Şahin Kavuncubaşı ve Korkut Ersoy, The influence of financial officers on the decision-making process in health facilities: a study in Ankara. The Health Care Manager, 2006 Jan-Mar;25(1):37-42.

Çetin Akar, Nermi Özgülbaş, Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim, Anadolu Üniversitesi Yayınları,Yayın No: 1388, Eskişehir, 2002.

Nemin Ozgulbas, Adnan Kısa. Wasteful use of financial resources in public hospitals in Turkey: a trend analysis. The Health Care Manager, 2006 Jul-Sep;25(3):277-81.

Remzi Özmen, Yüksek Öğretim Kanunu, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2004.

Sarah Gunther Lane, Elizabeth Longstreth, and Victoria Nixon, A Community Leader's Guide to Hospital Finance: Evaluating How a Hospital Gets and Spends Its Money, The Access Project, 2001

Şahin Kavuncubaşı ve Adnan Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayın No: 767, Eskişehir, 2002.

Vahit Yiğit, Dilaver Tengilmoglu, Adnan Kısa, Mustafa Z. Younis. Outsourcing and its implications for hospital organizations in Turkey. Journal of Health Care Finance. 2007, Summer;33(4):86-92.

Üniversite hastanelerinin mali durumu

Memet Atasever



1992 yılında Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümünü bitirdi. 1994 yılında göreve başladığı Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde dört yıl çalıştıktan sonra 1998 yılında bir kamu bankasına mali analist yardımcısı olarak atandı. 2001 yılında uzmanlık tezini tamamlayarak mali analist oldu. 2002-2004 yılları arasında Atatürk Üniversitesi İspir MYO'da muhasebe ve finans alanında öğretim görevlisi olarak çalıştı. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı'na atanan Atasever, 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığını yürütmektedir. Atasever evlidir ve dört çocuk babasıdır.

Kasım 2002 tarihinden itibaren uygulanmakta olan *Sağlıkta Dönüşüm Programı* ile ülkemizde sağlık alanında oldukça önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Vatandaş odaklı yürütülen program, sağlıkta küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, yapısal, planlı ve sürdürülebilir bir Türkiye modelini oluşturmayı hedeflemektedir. Program, bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak, sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini gaye eden ahlaki anlayış üzerine bina edilmiştir. Program, vatandaşlarımıza kaliteli sağlık hizmetini, ülkemiz kaynaklarını ekonomik bir şekilde kullanarak vermeyi amaçla-

maktadır. Söz konusu sağlık hizmet sunumunun en önemli sacayaklarından biri de üniversite hastaneleridir. Üniversite hastanelerinin sahip olduğu kapasite, birçok alanda özel sektörde hatta Sağlık Bakanlığı'nda bile yoktur. Üniversite hastanelerinin kapasitelerinden vatandaşın maksimum şekilde yararlanmasını sağlamak, ülke kaynaklarının uygun bir şekilde kullanılması açısından da önemlidir. Nihayet *Sağlıkta Dönüşüm Programı* için verimlilik ve finansal sürdürülebilirlik oldukça önemlidir

Sağlıkta sürdürülen programın temel bileşenlerinden olan finansal sürdürülebilirliğin birinci ve en önemli yönü, ülkenin sağlık için yaptığı harcamalar için gerekli olan

kaynakları sağlayabilmesi yani sağlık harcamalarının finansmanının sürekli olmasıdır. Bu açıdan sağlık harcamalarının finansmanının vatandaşın getireceği mali yükün adaletli ve hakkaniyete uygun dağıtılması, siyasi ve toplumsal bakımdan kabul edilebilir olması ve ülkenin ekonomik şartlarına uygun olması esastır. Finansal sürdürülebilirliğin ikinci yönü sağlık işletmeleri açısından finansal sürdürülebilirliğin sağlanmasıdır. Gelir gider dengesinin sağlanması, diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmeleri açısından da oldukça önemlidir. İşletmenin kamuya veya özel sektöre ait olması bir şeyi değiştirmez. Kamuya ait işletmelerin de kâr amacı gütmese dahi genel işletmecilik ilkelerine uygun yönetilmesi



gerekir. Aslında bu ilke genel anlamda oldukça basittir ve en küçük bir aile ekonomisinden ülkenin ekonomisine kadar bütün alanlarda uygulanmalıdır. Kısaca ne kadar gelir varsa o kadar gider olmalıdır. Yani hepimiz gibi bütün işletmeler de ayağını yorganına göre uzatmalıdır. Bu hususlar diğer bütün işletmelerde olduğu gibi kamuya ait sağlık işletmeleri ile eğitim ve uzmanlık fonksiyonunu göz ardı etmeden üniversite hastaneleri için de geçerlidir.

Bu yeni dönemin en önemli sağlık hizmet sunucularından üniversite hastanelerinin güçlü bir mali yapıya sahip olması oldukça önemlidir. Üniversite hastanelerimizde eğitim ve bilimsel çalışmaların geliştirilmesi, vatandaş odaklı sağlık hizmet sunumunun teşvik edilmesi ve öğretim üyeleri ve diğer sağlık personelinin makul bir gelir düzeyine sahip olması *Sağlıkta Dönüşüm Programı*nın temel önceliklerinden biridir. Bu amaçla ülkemizde neler yapılabilir? Bu çalışmanın üniversite hastanelerinin mali durumlarının iyileştirilmesine yönelik yapılacak faaliyetlerde faydalı olmasını umuyorum.

Üniversite hastanelerinde mevcut mali durum:

Ülkemizde 2010 yılında hekime müracaat sayısı kişi başı 7,3 olarak gerçekleşmiştir. Hekime başvuru sayısı 538 milyon kişidir. Bu başvuruların yaklaşık 21 milyonu üniversite hastanelerine yapılmıştır. Üniversite hastanelerinin, toplam başvuru sayısı içindeki oranı % 4 olarak gerçekleşmiştir. Sosyal güvenlik hastane harcamalarına bakıldığında ise üniversite hastanelerine yapılan ödemeler, toplam harcamaların % 20'sini oluşturmaktadır (Tablo 1). Buna mukabil üniversite hastanelerinin 2010 yılı borçluluk oranı (net borç / gelir) % 36'dır. (Tablo 2). Bu oranın Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde %13 olduğunu dikkate alınırsa ne kadar yüksek olduğu daha iyi anlaşılır. Üniversite hastanelerinin yüksek borçluluk oranları, gelir gider dengesinin sağlamadığını

ve finansal sürdürülebilirliğin zayıfladığını göstermektedir. Finansal sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi açısından özellikle Sağlık Bakanlığı'nın girişimleri ile şimdiye kadar oldukça önemli düzenlemeler yapılmasına rağmen istenen sonuca ne yazık ki ulaşamamıştır.

Sağlık Bakanlığı girişimleri ile üniversite hastanelerinin mali durumunu düzeltmek için yapılan çalışmalar:

a- İşletmecilik problemlerinin çözümü için yapılanlar:

- 2547 sayılı *Yükseköğretim Kanunu*'nda değişiklik yapılarak 3 yıla kadar (temizlik, yemek, MR hizmet alımı gibi) hizmet alımı yapmalarına imkân sağlanmıştır.
- Üniversitelerin yüksek stok maliyetlerini azaltabilmeleri için Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile birlikte çerçeve anlaşma ihaleleri yapmalarına imkân sağlanmıştır.
- Üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinin birbirlerinden teşhis ve tedaviye yönelik olmak üzere doğrudan mal veya hizmet alabilme imkânı sağlanmıştır.
- Üniversite hastanelerinin acil ve hastaya özgü ilaç ve tıbbi sarf malzemelerini doğrudan temin yöntemi ile tedarik etmelerine imkân sağlanmıştır. Bu düzenleme ile stok maliyetlerinin düşürülmesi amaçlanmıştır.
- Üniversitelerin ilgili birimleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşların karşılıklı işbirliği ile birlikte kullanımı sağlanmıştır. Şu an itibarıyla on ilimizde Sağlık Bakanlığı hastaneleri üniversiteler ile ortak kullanıma geçmiştir.
- Sağlık Bakanlığı'nın sağlık alanında yapacağı araştırma ve geliştirme faaliyetlerini üniversite hastanelerinden doğrudan satın alabilmelerinin yolu açılmıştır.
- Üniversite ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinin başta ilaç ve tıbbi sarf malzeme olmak üzere ihtiyaç fazlası taşınırıların birbirlerine bedelsiz devredilebilmesinin önü açılarak miat veya bozulma riski büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır.

Üniversite hastaneleri gelirlerinin çok üstünde gider yapmaktadır. Üniversite bütçelerinin gelir esaslı yapılması ve bütçe disiplinine riayet edilmesinin sağlanması gerekmektedir.

b- Üniversite hastanelerinin mali yapısının güçlendirilmesi amacıyla yapılan düzenlemeler:

- Üniversite hastanelerinin hazine payının düşürülmesi ile birlikte (%15 olarak uygulanan hazine payı, 2008'de %5'e 2010'da %3'e, 2011 yılındaise %1'e düşürülmüştür.) 3 yılda yaklaşık **1.230 milyon TL** gider azalışı sağlanmıştır.
- Borçluluk oranı yüksek olan 22 üniversite hastanesine birikmiş borçlarının ödemesi için hazineden **380 milyon TL** kaynak aktarılmıştır.
- 2010 yılında hastalar tarafından ödenen "öğretim üyesi özel muayene ve ameliyat ücreti" hazine tarafından ödemeye başlanmış, üniversitelerin ve öğretim üyelerinin bu konudaki kaybı önlenmiştir. Mesai dışı gelir kaybından kaynaklanan yaklaşık **447 milyon TL**, SGK tarafından eşit taksitler halinde ilgili üniversitelere ödenmektedir.

c- Üniversite personelinin mali haklarına ilişkin düzenlemeler:

- *Devlet Memurları Yiyecek Yardımı Yönetmeliğinde* değişiklik yapılarak üniversite hastanelerinde çalışan personelin yemek servislerinde ücretsiz yararlanması sağlanmıştır.
- *Tam Gün Kanunu* ile yapılan düzenlemeler ile üniversitelerin yataklı tedavi kurumlarında çalışan ve nöbet ücreti alan personelin nöbet ücretleri artırılmıştır.
- *Devlet Memurları Kanununun* 4'üncü maddesinin (b) bendine göre sözleşmeli olarak çalışan personel de ek ödeme almaya başlamıştır.
- *Yükseköğretim Kanununda* yapılan düzenleme ile üniversite hastanelerinde çalışan personelin ek ödeme tavanları Sağlık Bakanlığı personelinin tavan ücretlerine yükseltilmiştir.

Üniversite hastanelerinde mali sorunlar ve çözüm önerileri:

a- Yapısal sorunlar ve çözüm önerileri:

- Ücreti döner sermayeden ödenen personelin finansal yükü, hastanelerin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemektedir. Üniversite hastanelerinde, maaşı döner sermayeden ödenen tüm personelin (yaklaşık 10 bin 500 kişi) finansmanının özel bütçeden sağlanması ile beraber



üniversite hastaneleri yıllık **233 milyon TL** civarında mali yükten kurtulacaklardır.

- Üniversite hastaneleri başta olmak üzere ülkemizde yatak başına ebe-hemşire sayısı Avrupa'ya kıyasla düşüktür. Üniversite hastanelerinde yoğun bakım ve diğer ünitelerin verimli çalışabilmesi için ebe-hemşire ihtiyacı acilen giderilmelidir. İhtiyaç duyulan bu personel, döner sermayeden değil özel bütçeden istihdam edilmelidir. Bunun için üniversitelere gerekli kadrolar verilmeli ve özel bütçeye yıllık **200 milyon TL** civarında daha personel ödeneği konulmalıdır.

- Üniversite hastanelerinin fiziki mekânlarının ve tıbbi donanımlarının bir kısmı yetersiz, eski ve ekonomik ömrünü doldurmuş durumdadır. Halen döner sermaye kaynaklarından karşılanan yatırım ve onarım giderlerinin *üniversite özel bütçelerinden* karşılanması gerekmektedir. Bunun için özel bütçelere yıllık **88 milyon TL** daha yatırım ödeneği konulmalıdır.

- Ayrıca bir kısım ileri teknoloji gerektiren yatırımlar hizmet satın alım yöntemi ve Sağlık Bakanlığı ile ortak çalışmayla karşılanabilir. Bunun üniversite hastanelerine sağlayacağı yıllık tasarruf **64 milyon TL** civarında olacaktır.

- Üniversitelerin bütün birimleri tarafından kullanılan eğitim ve araştırma fonlarının hastanelerin döner sermaye gelirlerinden karşılanması, üniversite hastanelerine mali yük getirmektedir. Üniversite döner sermaye bütçelerinden karşılanan araştırma giderlerinin özel bütçelerden karşılanması ve söz konusu giderler için özel bütçelere kaynak aktarımının sağlanması ile üniversite hastaneleri önemli bir mali yükten kurtulacaktır. Söz konusu giderler için özel bütçeye ödenek konulmasının üniversite hastanelerinin döner sermaye bütçelerine sağlayacağı yıllık tasarruf **250 milyon TL** civarındadır.

- Üniversite hastaneleri, gelirlerinin çok üstünde gider yapmaktadır. Bütçeleme sistemleri gider esaslıdır. Gider azaltma yönünde ciddi çalışmalar yapılmamaktadır. Üniversite bütçelerinin gelir esaslı yapılması ve bütçe disiplinine riayet edilmesinin sağlanması gerekmektedir.

b- İşletmecilik sorunları ve çözüm önerileri:

- Hastane bilgi yönetim sistemi ile uyumlu genel kabul görmüş muhasebe ilkelerine uygun standart muhasebe sistemi kullanılarak muhasebe kayıtlarının düzenli ve sağlıklı bir şekilde yapılması sağlanmalıdır. Ayrıca bu kayıtlar merkez bir birim tarafından konsolide edilerek takip edilmelidir.

- Üniversite hastanelerinde hizmet alım yöntemi ile istihdam edilecek işçi sayısının tespitinde, işçi ücretleri ve firma kâr oranlarında herhangi bir kistas bulunmamakta ve üniversiteler arasında farklılık göstermektedir. Üniversite hastanelerinde firma kâr oranı ortalaması %7'dir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bu oran % 3,5'dir (Tablo 3). Üniversite hastanelerinde hizmet alım ihalelerindeki firma kâr oranlarına Sağlık Bakanlığı hastanelerine

benzer standartlar (azami % 5) getirilmelidir. Hizmet alımları kapsamında çalıştırılan personele ödenen ücretler yüksektir. Hizmet alım yöntemiyle çalıştırılan personel ücretlerine Sağlık Bakanlığı hastanelerine benzer standartlar getirilmelidir. Söz konusu düzenlemelerin üniversite hastanelerine sağlayacağı tasarruf yıllık **151 milyon TL** civarındadır.

- Fili ve kaydi stokların uyumlu hale getirilebilmesi için etkin bir stok yönetim sistemi oluşturularak merkezi bir birim tarafından takip edilmelidir. *Azami stok seviyesi uygulamasına* geçilerek ihtiyaç nispetinde mal kabulü yapılmalıdır. Hâlihazırda piyasa fiyat araştırmasının sağlıklı yapılması ve borç vadesinin uzun olması sebebiyle tıbbi malzeme ve ilaç satın alma fiyatları yüksek gerçekleşmektedir. Üniversiteler piyasa araştırması, ihtiyaç ve stok fazlası gibi işlemler için Sağlık Bakanlığı stok programlarını kullanmalıdır. Stokla ilgili alınacak bu tedbirlerin üniversite hastanelerine yıllık tasarrufu **250 milyon TL** civarındadır (Tablo 4).

- Üniversite hastanelerine tahsis edilen kaynaklar verimli kullanılamamaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastaneleri ile mukayese edildiğinde hizmet üretim performansları düşüktür. Bu nedenle gelirleri yetersiz olan bazı üniversite hastanelerinde personele düşük ek ödeme dağıtılmaktadır. Dağıtılan ek ödeme tutarı, bazı üniversite hastanelerinde tatmin edici düzeyde iken bazılarında ise düşük gerçekleşmektedir. Düşük ek ödeme dağıtan üniversite hastanelerinde sistemin sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi ve personel motivasyonunun sağlanabilmesi için ek ödeme tutarının yükseltilmesi gerekmektedir. Üniversite hastanelerinde görev yapan öğretim üyesi muayenelerinde SUT fiyatının profesör için 2, doçent için 1,5 ve yardımcı doçent için ise 1,25 katsayı ile çarpılarak fiyatlandırılması ve bu katsayının öğretim üyelerinin performans puanlarına aynı oranda yansıtılarak kullanılması verimliliği artıracaktır. Sağlanacak verimlilik artışı, üniversite hastanelerine **594 milyon TL** civarında gelir artışı sağlayacaktır. Elde edilecek bu gelirler, başta hocalar olmak üzere üniversite personeline ek ödeme olarak dağıtılarak personelin motivasyonu artırılmalıdır.

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki *kalite değerlendirme sistemi*; kaliteli hizmet sunumunu önceleyen, tüm hizmet süreçlerini bire bir değerlendiren, hasta ve çalışan güvenliğinin ön planda tutulduğu bir uygulamadır. Bu kapsamda tüm hastane süreçlerini değerlendiren ve 623 ana standarttan oluşan *hizmet kalite standartlarının* üniversite hastanelerinde de uygulanması, sunulan hizmete erişimi kolaylaştıracak ve hizmet kalitesini yükseltecektir.

- Bunların dışında otomasyon sistemlerinin yetersizliği, faturalandırma problemleri, ortalama yatış sürelerinin uzun olması, hastane iş akışlarının düzenli olmaması, otelcilik hizmetlerinin yetersizliği vb. sebepler, üniversite hastanelerinin verimliliğini düşürmekte ve finansal sürdürülebilirliğini zayıflatmaktadır. Bu konularda

alınacak tedbirler üniversite hastanelerinin gelirlerini yıllık **94 milyon TL** civarında artıracaktır.

c- Borç stokunun yüksekliğinin azaltılması ile ilgili çözümler:

- Bazı üniversite hastanelerindeki borç stoku çok yüksek olduğundan mali sürdürülebilirlik imkânı kalmamıştır. Borç stokunun yüksekliğinden dolayı mali sürdürülebilirliği kalmayan üniversite hastanelerine, öngörülen şartları sağlaması durumunda ek mali yardımın verilmesi için gerekli kanuni düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Sonuç

Öncelikle şunu söylemek gerekir: Rekabetin oldukça yoğun yaşandığı hastaneçilik sektöründe bir üniversite hastanesinin işi tek başına oldukça zordur. Bir tarafta özel sektör esnekliği ile hareket eden oldukça mahir ve devamlı gelişen, 30 bin civarında hasta yatağı olan 500'e yakın özel hastaneler -ki sağlık bütçesinden aldıkları pay üniversite hastanelerini çoktan geçmiş durumda- (Tablo 5), diğer taraftan 850'ye yakın hastanesi olan ve bütün hastaneleri tek bir hastane gibi hareket edebilen, toplu satın alma yapan, global bütçeyle nakit akışlarını düzenlemiş, merkezi bir yapıyla zayıf yönleri devamlı analiz edilen, farklı konularda uzmanlaşmış (doktor, eczacı, işletmeci, endüstri mühendisi, ekonomist vb.) 100'e yakın uzmanın yakından izlediği ve iyileştirme çalışmaları yaptığı Sağlık Bakanlığı hastaneleri -ki vatandaş memnuniyeti üniversite hastanelerini çoktan geçmiş durumda- (Tablo 6)... Bu durum karşısında üniversite hastane işletmelerinin ya bir araya gelip Sağlık Bakanlığı işletmelerine benzer bir yapı oluşturmaları gerekir -ki bu oldukça zordur-, ya da Sağlık Bakanlığı'ndaki mevcut yapıdan yararlanmaları, hâlihazırdaki kurulu ve oldukça iyi çalışan sisteme dâhil olmaları gerekir. Sanırım ikinci yol çok daha pratik ve ekonomik bir yoldur. Nihayet hepsi kamu kurumudur. Kamu kaynaklarını ekonomik, verimli ve etkin kullanmak herkesin faydasınadır. Zaten konu ile ilgili mevzuat hazır. Üniversite hastaneleri isterlerse Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile ortak kullanıma geçebilirler. Marmara Üniversitesi ile Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi bunun güzel bir örneği. Söz konusu yönetmelikte ortak kullanımla ilgili gerekiyorsa değişiklik yapılabilir.

Bütün bu yapılacak işler sonucunda üniversite hastanelerinde verimlilik artışı, sürdürülebilir finansal yapı, kaliteli eğitim imkânı, personel motivasyonu, kaliteli sağlık hizmeti ve en önemlisi vatandaş memnuniyeti sağlanacaktır. Alınacak tedbirler sonrası üniversite hastanelerinin mevcuttaki borçluluk oranları yüzde 13'e kadar düşmelidir. Böylece Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin borçluluk oranlarını yakalayacaklardır (Tablo 7).

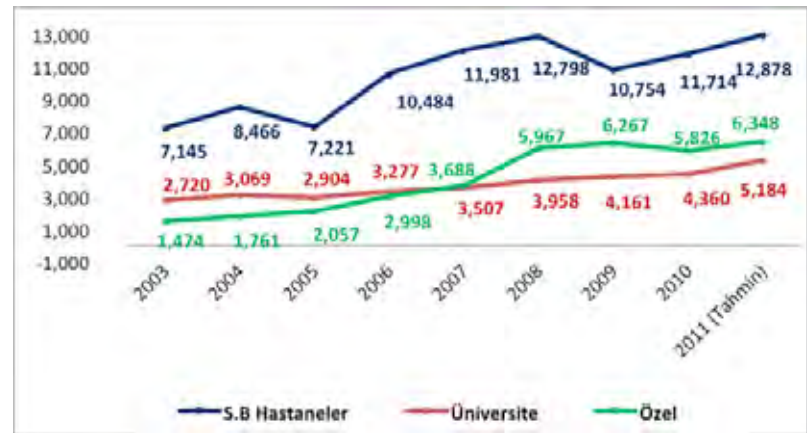
Tablo 1: Sosyal güvenlik hastane harcamaları

	2009	Pay	2010	Pay	2011 (Tahmin)	Pay
Sağlık Bakanlığı Hast.	10.754	51%	11.714	53%	12.878	53%
Üniversite Hastaneleri	4.161	20%	4.360	20%	5.184	21%
Özel Hastaneler	6.267	30%	5.826	27%	6.348	26%
Toplam	21.182		21.900		24.410	

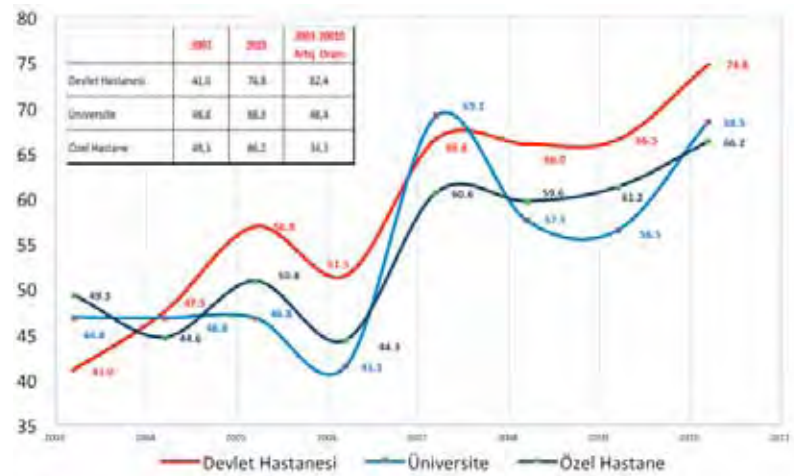
Tablo 4: Sağlık Bakanlığı stok yönetimi ile ilgili tedbirlerinin sonuçları



Tablo 5: 2011 yılı fiyatlarıyla tedavi giderlerinin hizmet sunan kurumlara göre dağılımı



Tablo 6: Sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet (%)

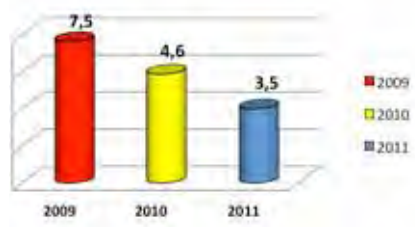


Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyet Araştırması, 2010

Tablo 2: Hastanelerin borçluluk oranları

Kurumlar	Borçluluk oranı (borç/gelir)	
	2009	2010
Üniversite hastaneleri	0,35	0,36
Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri	0,13	0,13

Tablo 3: Sağlık Bakanlığı hizmet alımlarında firma kar oranları



Tablo 7: Hastanelerin borçluluk oranları

	Üniversite hastaneleri		Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri
	Mevcut durum	Tedbir sonrası	
Borç/gelir (TL)	0.35	0.13	0.13
Borç/net aylık gelir	4.2	1.6	1.5

Üniversite hastaneleri ve özel sağlık sigortası

Emel Varol



İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun olduktan sonra aynı okulda Halk Sağlığı üzerine yüksek lisans yapmıştır. İş hayatına 1989 yılında Şişli Devlet Hastanesi'nde Nöroloji Yoğun Bakım Hemşireliği yaparak başlamıştır. Meslek yaşamında provizyon ve bordro, anlaşmalı kurumlar ve tazminat departmanlarında çeşitli görevler üstlenen Varol, 2006 yılında göreve başladığı Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta AŞ'de Tazminat ve Anlaşmalı Kurumlar Genel Müdür Yardımcılığı görevini sürdürmektedir.

Temel bir gereksinim olması, sağlık hizmetlerinin sosyal ve kamu hizmeti niteliği kazanmasına yol açmıştır. Ne var ki hızla gelişen sağlık teknolojisi, piyasaya sürülen yeni ve pahalı ilaçların getirdiği maliyetler, nüfus artışı, insanların yükselen yaşam süresi ve kalitesi ile ilgili beklentileri; sosyal güvenlik sisteminde problemlere yol açmakta, kamu tarafından sunulan hizmetler ile kişilerce alınmak istenilen hizmetler arasında farklar ortaya çıkarmaktadır. Bu durum, devletin sosyal güvenlik sistemindeki ağır yükünün, makro

düzeyde yapılabilecek düzenlemelerle özel sektör ile paylaşılmasını gündeme getirmekte; bu noktada da tamamlayıcı sağlık sigortası önem kazanmaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası, ülkemizde 1990'lı yıllardan beri konuşulmakta olup özellikle Avrupa Birliği sürecinde sağlık finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunum yapısı ile ilgili değişiklikler Türkiye'nin gündeminde önemli bir gündem oluşturmuştur. Haziran 2004'de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yayımladığı *Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi'nde (Beyaz Kitap)*, "Öl-

çütlere uyan sağlık kurumları ile anlaşma yapılacak, belirlenen fiyatın üstünde hizmet sunulması halinde aradaki farkın kişilerce veya tamamlayıcı sigorta niteliğindeki özel sigortalılarca karşılanması olanağı getirilecektir." şeklinde bir düzenleme yapılmıştır (1). Bu düzenleme, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özel sağlık kurumları ile anlaşması ve bazı sigorta şirketlerince tamamlayıcı sağlık sigortalarının geliştirilerek satışa sunulması ile hayat bulmuştu. Ancak ilerleyen süreçte sağlık kurumlarının hastalardan alabilecekleri yasal fark tutarının % 30 ile sınırlandırılması sonrası tamamlayıcı sağlık

sigortası uygulanamaz hale gelmiş ve yürürlükteki poliçeler de iptal edilmiştir. Bunun da nedeni özel sağlık sigortalıların tercih ettiği A grubu özel sağlık kurumlarının sürdürülebilir, kaliteli sağlık hizmeti için belirlenen fark tutarının yetersiz olduğu gerekçesi ile SGK ile var olan anlaşmalarını iptal etmesidir.

Özel sağlık sigorta şirketlerinin sağlık kurumlarına ödediği tutarın % 50'sinden fazlası, A grubu sağlık kurumlarına ödenmektedir. Özel sağlık sigortalıların özellikle tercih ettiği sağlık kurumlarının SGK ile anlaşmasız olması, SGK'nın da anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleştirilmiş olan tedaviler için hiç ödeme yapmıyor olması, tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanamaz hale gelmesine ve rafa kaldırılmasına neden olmuştur.

17 Nisan 2008 tarihinde kabul edilen, 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 58. maddesi ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 98. maddesine eklenen "Yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalılarına ilişkin usûl ve esaslar, kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir." ifadesi ile yeniden bir adım atılmış ancak ilgili düzenleme bugün halen yürürlükte olmasına rağmen hiç uygulanmamıştır.

Bugün SGK ile anlaşmalı olan birçok özel sağlık kurumunun yasal fark tutarı ile ilgili sınırlamalara uymadığı bilinmektedir. Yasal fark tutarının üzerinde kayıt dışı olarak elden ücret alınması veya bu ücretlerin, farklı işlem adları altında faturalandırılması yönündeki usulsüzlüklerin önüne geçmek amacıyla tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili ivedilikle düzenleme yapılması ihtiyacı bulunmaktadır.

Üstünde durulması gereken bir diğer nokta; özel sigorta şirketlerinden sağlık poliçesi satın alan tüm kişilerin, devlete ve özel sigorta şirketlerine mükerrer prim ödemekte olduğudur. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile mükerrer prim ödeme önlenmiş olacaktır. Böylece tamamlayıcı sağlık sigortası hem risk paylaşımına hem de maliyet kontrolüne olumlu etkiler yapan bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Üniversitelerin bu resimde nerede yer aldığına bakacak olursak şunları söyleyebiliriz: Sağlık hizmetleri, sistemin verimliliğini sağlamak, kaynakların gereksiz kullanımını önlemek ve finansman yükünü azaltmak amacıyla basamaklı bir yapıya sahiptir. Üniversite hastaneleri bu yapı içinde, teknik bilgisi, tıp teknolojisi ve ileri düzeydeki mesleklerle ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında hizmet verir. Ne var ki üniversiteler bugün, sevk sisteminin yokluğunda ucuza hizmet alma olanağı bulunduğu için birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri için de başvuran bir

duruma gelmiştir. Tamamlayıcı sağlık sigortalarına ilişkin gerekli düzenlemeler yapılması durumunda üniversiteler, özel sağlık sigorta şirketleri için maliyet avantajı dolayısıyla önemli bir hizmet sağlayıcı konumuna gelebilecektir.

6 Haziran 2003 tarihinde yayımlanan 4910 sayılı, Devlet Memurlarının Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Sevki Hakkında Genelge'de belirtildiği gibi sevk mekanizmasının işletilmesi, hem üniversite hastanelerindeki yığılmayı azaltacak hem de tamamlayıcı sağlık sigortasının işlerlik kazanmasını sağlayacaktır. Sevk sisteminin anlamlı bir şekilde işletilmesi ve tamamlayıcı sağlık sigortası ile üniversite hastaneleri, sağlık faturalarının hastanın sevkli ya da sevk-siz başvurusuna bağlı olarak değişen oranlardaki kısımlarını, SGK'ya ve SGK tarafından kapsam altına alınmayan konularda özel sağlık sigortalılarına kesmek suretiyle;

- Birinci ve ikinci basamak tedavi merkezleri daha aktif çalışacak,
- Üniversiteler üçüncü basamak tedavi merkezi olmasına rağmen kendisine sevsiz olarak başvuran kişilerden ek ücret alabilecek,
- Üniversite hastaneleri dahil olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarından, kolay erişilebilen nitelikli sağlık hizmeti alma seçenekleri artmış olacak,
- Kayıt dışı sağlık harcamaları azaltılarak devletin vergi gelirleri artacak,
- Sağlık sektöründe risk paylaşımı artacak ve SGK'nın yükü azalacak,
- Özel sağlık sigorta şirketlerinin provizyon sistemleri de eklenerek kamu ve özel sağlık sigortacılığı tarafından, hizmetin nitelik ve niceliği iki kez denetlenmiş olacaktır (2). Sonuç olarak tamamlayıcı sağlık sigortalı üniversite hastaneleri için kaynak çeşitliliği ve nakit girişi sağlayan bir finansman yapısı oluşturacaktır.

Diğer taraftan sigortalılar da;

- İsteddiği hekime muayene olabilmek,
- Randevu saatinde işlemlerini yaptırabilme,
- Tetkik ve/veya tedavi için hastanede geçireceği zaman süresinde konforlu ve güvenli bir alan,
- Sigorta şirketi ile anlaşmasının bulunması sayesinde poliçesi kapsamında ödemesi gereken tutar (katılım payı) dışında bir ücret ödemeden kurumdan ayrılabilme imkanlarına kavuşmuş olacaktır.

Kaynaklar

1) *Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi "Beyaz Kitap"*, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı 2004

2) S. Haluk Özsan "Tamamlayıcı sağlık sigortası ve üniversite hastanelerinde sunulan sağlık hizmetleri ilişkisi" yazısı

Özel sağlık sigorta şirketlerinin sağlık kurumlarına ödediği tutarın % 50'sinden fazlası, A grubu sağlık kurumlarına ödenmektedir. Özel sağlık sigortalıların özellikle tercih ettiği sağlık kurumlarının SGK ile anlaşmasız olması, SGK'nın da anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleştirilmiş olan tedaviler için hiç ödeme yapmıyor olması, tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanamaz hale gelmesine ve rafa kaldırılmasına neden olmuştur.



Akademik tıbbın sağlık hizmetlerine ve tıp bilimlerine katkısı

Dr. Sarper Tanlı



İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Marmara Üniversitesi'nde Sağlık Hizmetleri alanında doktora yaptı. Bir süre Amerikan Hastanesi'nde görev yaptı, ardından 1992'de, Methodist Hospital'a (ABD, Houston) giderek Yönetici Geliştirme Programını tamamladı. Daha sonra aynı hastanenin Kalite ve Kaynak Yönetimi Departmanında, Klinik Yollar ve Çıktı Yönetimi Programları Direktörlüğü görevini 1997'ye kadar devam ettirdi. Türkiye'ye döndükten sonra sırasıyla Memorial Hastanesi'nde Medikal Direktör ve Bayındır Sağlık Grubu'nda Genel Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. 2000 yılında Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri bünyesinde evde bakım sistemini kurdu. 2004 yılında Dubai Healthcare City'nin kurulmasında yer almak üzere Harvard Medical International'da (HMI) Direktör olarak görev aldı. HMI'nin Ortadoğu ve Afrika bölge direktörü olarak birçok uluslararası projede görev aldı. 2008 yılında Houston Methodist Hastanesi'nin Avrupa - Ortadoğu - Afrika Bölgeleri Direktörü görevine geçti. Halen Dubai'de bu görevini yürütmektedir.

Akademik tıp, sağlık hizmetlerinin gelişmesinde ve tıbbın ilerlemesinde yüzyıllardır öncü olmuş ve olmaya da devam edecektir. Akademik tıp diye adlandırdığımız eğitim ve üniversite hastaneleri, sosyal kurumlarımız arasında farklı ko-

numda yer almaktadır. Dünyada akademik tıp merkezleri tıbbi uygulamaları, yeni biyomedikal buluşları ve gelecek kuşak uzmanlarının eğitimlerini bünyesinde bulundurarak yaratıcılığın ve yenilikçiliğin temellerine sahip çıkmaktadır. Başka hiç bir sosyal kurum böyle bir kombinasyonun sinerjisini yaratama-

maktadır. Bu sinerji, son elli yılda çok önemli tıbbi gelişmelere ön ayak olmuştur. Akademik tıbbın üç misyonunu; hasta bakımı, araştırma ve eğitim olarak tanımlamak yanlış olmaz. Aslında bunlar toplumun yaşam standardını iyileştirecek kamuya yarar sağlamak gibi bir ana misyonun parçalarıdır. Akademik tıp; bu

misyonu medikal uygulamaların geliştirilmesine, yenilenmesine ve karşılaştırılmasını sağlayarak geleceğe taşımaktadır.



Şekil 1: Akademik tıbbın üç misyonu

Araştırma ve araştırmaya zemin hazırlayan sorgulayıcı ortam, akademik tıp merkezlerinin tıbbin gelişmesini katkısı için çok önemli parçalarıdır. Yeni hücre reseptörlerinin ve bunları aktive eden ilaçların bulunması gibi temel bilimlerdeki araştırma tamamıyla yeni tıp bilgisini geliştirirken; tedavi uygulamalarına dönüştürülebilir araştırma, temel buluşları yeni bulunan bir ilacın hedef hastalığın patofizyolojisine olan etkilerini belirlemek gibi tedavi uygulamalarına taşımaktadır. Klinik araştırmalar yeni ilacın etkinliği ve maliyet etkililiğinin ölçülmesi gibi hasta bakımındaki yeni bilgiye odaklanır. Günlük tıp uygulamalarında, bilginin ve doğrularının devamlı sorgulandığı akademik yaklaşım ve akademik ortam kültürü, hasta bakım kalitesinin geliştirilmesine zemin hazırlar.

Araştırmanın etkisi



Akademik tıp merkezlerinin bir başka yanı da tıp uygulamalarının yenilenmesini sağlamasıdır. Bunu, gelecek kuşakların tıp uygulayıcılarına ve tıp eğitimlerine sağlanacak eğitimle gerçekleştirebilir. Yeni eğitilmiş beyinlerin profesyonel ortama getirilmesi, klinikteki entelektüel altyapıyı yeniler. Bilimsel gelişim, aynı zamanda modern bina ve cihaz gerektiren yeni teknolojilerin bulunmasını sağlar. Bunun sonucu olarak fiziksel altyapının da düzenli olarak yenilenmesi gerekmektedir. Akademik tıp, günlük uygulamalardaki bilginin devamlı olarak yenilenmesine ve tıbbın kanıta dayandırılmasına öncelik etmelidir.

Eğitimin etkisi



Biz genelde sağlık hizmetlerinin yararlarını kişilerin nesnel ve öznel iyilik haline odaklanarak insancıl açıdan değerlen-

diririz. Bu, tek başına kaynaklarımızın tıbbi araştırma, eğitim ve bakıma mümkün olduğu kadar ayrılmasını sağlayacak yeterli ve haklı bir nedendir. Ancak tıbbi gelişim aynı zamanda ekonomik yararlar da sağlamaktadır. Akademik tıp merkezleri; mevcut bir hastalığın kontrolünün iyileştirilmesi; yeni enfeksiyonlar ve farklılık getiren teknolojiler gibi yeni gelişmekte olan konulara cevap verme kapasitemizin artırılması ve sağlık hizmetleri kaynaklarını kullanılmasına yol gösteren yapıyı sağlayarak hastalık ve ölümün ekonomik yükünün azaltılmasına yardımcı olurlar.

Tanı ve tedavinin etkisi



ABD Senatosunda yer alan Birleşik Ekonomik Komisyonu, Amerika'da hastalık maliyetlerini, 1,3 trilyon doları direk sağlık harcamaları ve 1,7 trilyon doları da indirek maliyet olmak üzere toplam 3 trilyon dolar olarak tahmin etmektedir (1). 35 milyar olan tıbbi araştırma bütçeleri, bu rakam içinde çok küçük bir payı temsil etmektedir (2).

Hastalık maliyetlerinin düşürülmesinde tıbbi buluşlar önemli bir yer alır. Geçmişteki tıbbi buluşlar tüberküloz, polyo, peptik ülser ve şizofreni gibi bazı hastalıkların ekonomik etkilerini azaltmıştır. New York'da yerleşik Lasker Vakfı birçok araştırma raporunda tıbbi araştırmanın ekonomik yararlarını inceledi. 1997'de Amerikan biyoteknoloji firmalarının 110 bin çalışanı ile 9,3 milyar dolarlık ciroya ulaşması, aynı yılda ilaç sektörünün 260 bin çalışan ile 87,1 milyar dolar cirosu kâr amaçlı tıbbi araştırmaların ekonomik etkilerini göstermektedir (3).

Kamu destekli araştırmaların indirek etkisi ve bunların uygulamalara çevrimi çok daha geniştir. Nordhaus, ABD'de 1900 ve 1995 arasında yaşam standartlarının tıptaki gelişmelere bağlı olarak arttığını hesapladı (4). Murphy ve Topel, 1970'den 1990'a kadar artan yaşam süresinin yıllık 3,2 trilyon dolarlık bir etkisi olduğunu buldu. Bu çalışmaya göre yalnızca kalp hastalığından ölümlerin azaltılmasının yıllık 1,5 trilyon dolarlık ekonomik değer artışı yarattı. Aynı şekilde gelecekteki buluşların potansiyel yararları da çok büyük olacaktır. Örnek olarak, kanser ölümlerinin % 1 bile azaltılabilmiş olması, tahminen 500 milyar dolar bir değerdir (5). Sonuçta, maliyetler oransız olarak büyümediği sürece, toplum tıbbi gelişime yapılan yatırımdan çok büyük geri dönüşler sağlayacaktır. Kamusal yarara katkı sağlayan bilimsel çalışmaların varlığı, özel kuruluş da olsa akademik tıp merkezlerinin ABD'de kurumsal vergi yükü olmadan çalışmalarını sağlamaktadır. Kurumsal vergi yerine

46 farklı sağlık kuruluşu, 13 farklı akademik ve araştırma merkezi, 10 hastane, yaklaşık 100 bin çalışanı, 6 bin 500 yatak kapasitesi ile haklı olarak bu unvana ulaşan Teksas Tıp Merkezi, akademik tıbbın en önemli örneklerinden biri olarak incelenebilir. Buradaki kurumların yarısından fazlasının kâr amacı gütmeyen, vergiden muaf akademik tıp merkezleri olmaları, bu merkezi bölgesel ve uluslararası boyutta bir sağlık merkezi haline getirmiştir. Bu merkez, ABD'de birçok şehrin şehir merkezinden çok daha büyüktür.

kârlarının tamamını eğitim ve araştırmaya ayıran akademik tıp merkezleri bu sayede toplum yararına olan faaliyetlerini devam ettirmektedirler.

Doğanın ve hastalıkların devamlı değişimine bağlı olarak hastalıkların maliyeti, tıbbi gelişim olmadığı sürece artmaya mahkumdur. Örneğin enfeksiyon hastalıkları devamlı olarak yeni sağlık maliyetleri ortaya çıkarmaktadır. AIDS'in ve domuz gribinin ortaya çıkışları ve etkileri bunun güzel örnekleridir. Bu tür tehlikelerin sayıları çok fazla iken tedavi etmeye yönelik fırsatlar da artırılabilir. Temel tıbbi araştırmalar nörolojik hastalıkların daha iyi anlaşılabilmesi ve kanserin çalışma mekanizmalarının belirlenmesi gibi yeni heyecan verici gelişmelere sahne olmaktadır. Genomik ve proteomik gelişmeler, moleküler tanı ve bireysel tedavinin çok ilerlemesine destek olacaktır. Bununla beraber, moleküler seviyede genetik bozukluğun tanısının konması bile bunun düzeltilmesi veya değiştirilebilmesi anlamına gelmemektedir. Daha da ötesinde, hipertansiyon, kanser, ateroskleroz ve artritis gibi bir çok kronik hastalığın, en az bir kaç gen ile birden bağlantısı mevcuttur. Bu hastalıkları gerçekten anlayabilmek, altta yatan



Gelişmekte olan ekonomiler, yol ve enerji kaynağı gibi altyapı gelişmelerine ihtiyaç duyarken bununla beraber daha iyi sağlık hizmeti ihtiyaçları da büyümektedir. Örneğin Suudi Arabistan, sadece önümüzdeki bir kaç yıl için 15 milyar doları yeni sağlık yatırımlarına ayırmış durumdadır. Sağlık çalışanı insan gücü eksikliğinin küresel hale gelmiş olması özellikle Kuzey Amerika, İngiltere ve Ortadoğu gibi bölgelere yardımcı sağlık personeli gücünü sağlayan Filipinler ve Hindistan bile kendi ülkeleri içinde eksikliği hissetmeye başlamışlardır.

nedenleri ortaya çıkaran genleri, bu genlerin birbiriyle olan ilişkisini ve çevresel faktörleri anlamak ile mümkündür. Sonuçta yeni tedaviler de ilaç gelişmesini şart koşmaktadır. Bu hastalıklar topluca toplumun hastalık yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bilimsel buluşların hasta bakımına çevrilmesi akademik tıbbın devamlı etkinliğine bağlıdır. Klinik araştırma için yeterli alt yapının olmaması bunu sınırlayıcı önemli parçadır. Tıbbi gelişim için geniş kapsamlı araştırma gerekmekte ve bilimsel buluşlar geliştirilmediği ve uygulanamadığı sürece topluma yararları sınırlı olmaktadır.

ABD'deki en önemli merkezlerden bir tanesi, bünyesinde iki tıp fakültesinin ötesinde bir çok sağlık okulunu bünyesinde bulunduran dünyanın en büyük sağlık şehri olan Teksas Tıp Merkezi'dir. 46 farklı sağlık kuruluşu, 13 farklı akademik ve araştırma merkezi, 10 hastane, yaklaşık 100 bin çalışanı, 6 bin 500 yatak kapasitesi ile haklı olarak bu unvana ulaşan Teksas Tıp Merkezi, akademik tıbbın en önemli örneklerinden biri olarak incelenebilir. Buradaki kurumların yarısından fazlasının kâr amacı gütmeyen, vergiden muaf akademik tıp mer-

kezleri olmaları, bu merkezi bölgesel ve uluslararası boyutta bir sağlık merkezi haline getirmiştir. Bu merkez, ABD'de bir çok şehrin şehir merkezinden çok daha büyüktür.



Resim: Houston'da yer alan Teksas Tıp Merkezi ve Methodist Hastane Sistemi

Burada yer alan Methodist Hastane Sisteminin özel bir kuruluş olarak üniversite hastanesi olması, birden fazla eğitim kuruluşu ile işbirliği yapmasının ötesinde kendi uzmanlık programları, alt uzmanlık programları, devamlı eğitim programları ile bütünü kapsayan eğitim yaklaşımını incelenmekte yarar vardır. Araştırma alanında yapılan yatırımları ve bunların geri dönüşlerini de sistemin devamlı gelişmesini sağlayan önemli faktördür. Böyle bir sistem, doğal olarak uluslararası boyutta bir cazibe merkezi olmuş ve dünyanın bir çok ülkesinden hastaların yeni gelişmeler ve tedaviler için gelmelerini sağlamaktadır. Houston ve çevresinde yaşayanlara hizmet vermek üzere kurulan bu kuruluşlar, 50 yıl içinde bilinen bir marka olmuştur.

Akademik zorunluluk bilgiyi paylaşmak olduğu için, özel uzmanlık alanlarını bulundurması gerektiği için ve deneysel kültürü barındırdıkları için akademik tıp merkezleri bir kaynak ve tıbbi uygulamaların karşılaştırmalı değerlendirmesinin yapıldığı bir ortam sağlamaktadırlar. Hekim, hemşire ve diğer sağlık uygulayıcıları için bu devamlı kalite geliştirme demektir. Kanıta dayalı tıbbın uygulanması, değerlendirilmesi ve yenilenmesi, akademik tıp merkezlerinde geliştirilen yeni klinik epidemiyoloji bilimi ile mümkün olan klinik gözlemlerin sayısı ile sağlanmaktadır. Günlük uygulamalarda akademik hekimlerin faaliyetlerine odaklanmaları ve alt uzmanlaşmaları, en yüksek düzeyde klinik ihtisaslaşmayı sağlamaktadır. Toplum için bunun yararı, kamu yararını gözeten politikalara uzman kişi rehberliği demektir. Bu bilgi birikimi, Teksas Tıp Merkezi ve Methodist Hastane Sistemi örneklerinde olduğu gibi ancak stratejik, sistematik ve uzun yıllara yayılan sabırlı bir gelişimle mümkün olabilir.

Dünyanın her ülkesinde farklı boyutlarda da olsa geri ödeme sistemleri, kaliteli hizmetin varlığı ve diğer sınırlayıcılar, bu hizmetlere ulaşılabilirliği zorlamakta. Akademik tıp merkezlerinde sunulan eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerinin herkes tarafından karşılanabilmesi ve

emtia haline gelmesi gerçekten çok zor bir görevdir. Uluslararası sağlık kuruluşlarının ve akademik tıp merkezlerinin bugün uğraştıkları konular ülkemizdekilerden çok da farklı değil. Bu konuları incelediğimizde karşımıza şöyle bir tablo çıkmakta:

Koruyucu tıbbı yönelmeyi gerektiren güçler: Bu sadece hastalıklardan korunmayı değil hatalardan korunmayı da içine alan bir yaklaşım. Farmakogenomik ile hastanın gen haritasını çıkarabiliyorsak, ilaçların dozunu ayarlayarak da komplikasyonları önleme mümkün olmalıdır.

Maliyet-yararlılık analizleri: Hem kamu hem özel sektör toplam sağlık maliyetlerinin artması, maliyet yarar analizlerini akademik tıp merkezlerinin önemli faaliyetlerinden biri haline getirmiştir.

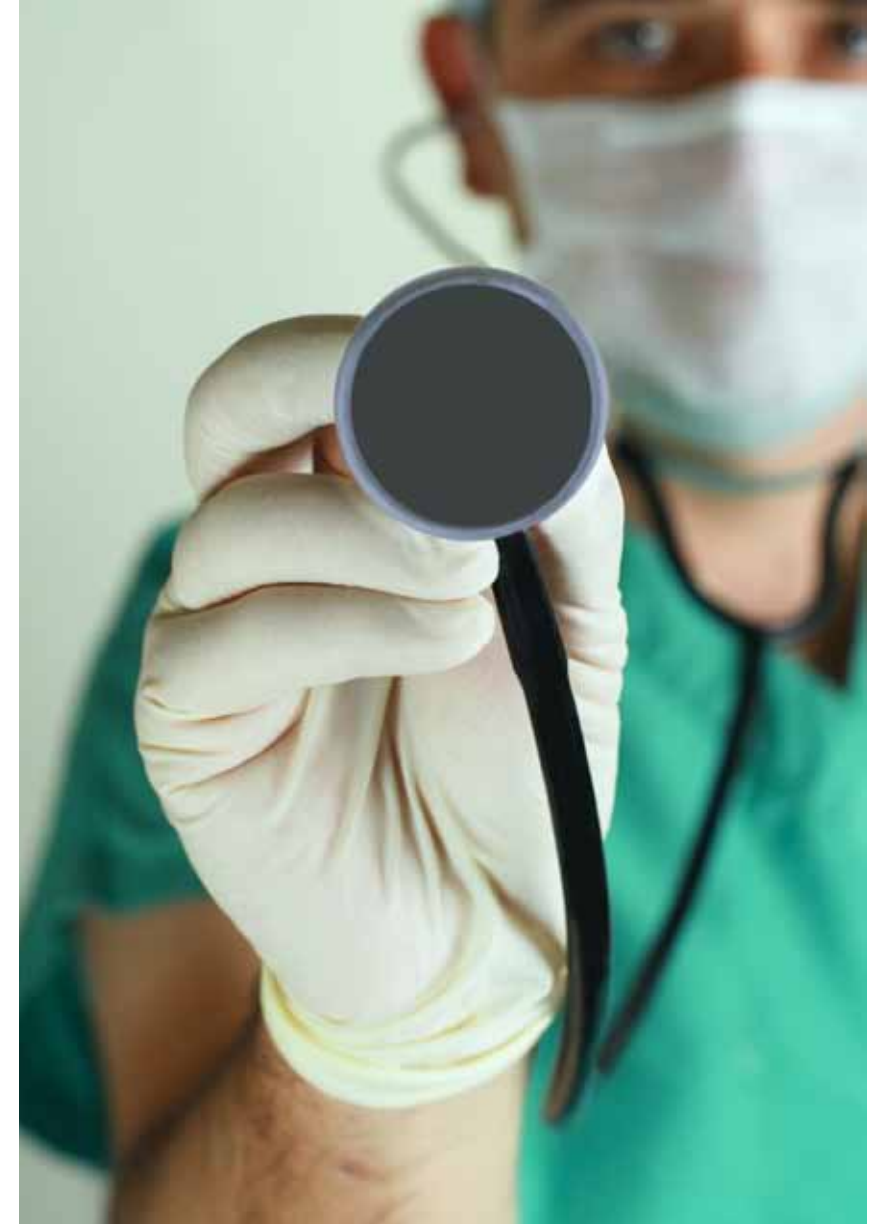
Belirli sağlık değer zincirlerinin küreselleşmesi: Özellikle eğitim ve araştırmanın küreselleşmesini sağlayacak altyapı ve uluslararası ilişkiler geliştirilmekte ve bunlar uygulamaya alınmaktadır.

Hükümetlerin sağlık hizmeti sunumundan kontrolüne odaklanmaları: Özellikle gelişmekte olan ekonomilerde ve Körfez ülkelerinde hükümetler kamu-özel işbirlikleri ve değişik teşviklerle sağlık hizmetlerinin yenilenmesini ve sunumunu özel sektöre geçişine yol açarak faaliyetlerini toplum sağlığı hizmetlerine ve tedavi hizmetlerinin kontrolüne odaklanmaktadır.

Dünyada sağlık alanındaki değişiklikleri incelediğimizde transformasyonun kaçınılmaz olduğunu görüyoruz. Transformasyonu oluşturan iki ana faktörden biri olan yeni gelişmekte olan ekonomiler, özellikle farklı sunum modelleri ve altyapı oluşumu ile kendisini göstermektedir. Bu ekonomilerde sağlık altyapısı son zamanlarda hızla gelişmektedir. Dünyadaki gelişmelere baktığımızda ekonomik gelişmenin hızı yüksek seviyelere ulaşmasına rağmen sağlık sektörünün büyüme hızı ancak bazı grup ülkelerde yüksektir. Özellikle Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin bir grup olarak hızlı gelişmekte olan ekonomilerin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Ortadoğu da ayrı bir grup olarak oldukça hızlı bir sağlık altyapısı değişimi göstermektedir. Bu büyümeler Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin'in bü-tünde büyüyen ekonomisinin sonucu olmasının ötesinde Körfez ülkelerindeki gelişim sağlık hizmetlerini son 30 yılda hızla gelişen refah seviyesine getirmek amacıyla olmaktadır. Bu ülkelerin de ötesinde Vietnam, Malezya, Endonezya gibi sağlık hizmetlerini geliştirmekte olan ekonomilerine paralel hale getirmeye çalışan ülkelerde de çok hızlı bir değişimi gözlemlemek mümkündür. Bu gelişim yaşanırken büyüyen özel sektör akademik tıpta da yerini almaya başlamış ve akademik tıbbın gereklerini yerine getirmek için çaba sarf etmektedir.

Gelişmekte olan ekonomiler, yol ve enerji kaynağı gibi altyapı gelişmelerine ihtiyaç duyarken, bununla beraber daha iyi sağlık hizmeti ihtiyaçları da büyümektedir. Örneğin Hindistan'ın önümüzdeki beş senede 400-500 milyar dolar altyapı yatırımı varken bunlara bağlı olarak da sağlık alt yapısını geliştirmesi gerekecektir. Suudi Arabistan, sadece önümüzdeki bir kaç yıl için 15 milyar doları yeni sağlık yatırımlarına ayırmış durumdadır (5). Bu altyapı gelişirken yetişmiş insan gücü çok büyük problem haline gelmiştir. Sağlık çalışanı insan gücü eksikliğinin küresel hale gelmiş olması özellikle Kuzey Amerika, İngiltere ve Ortadoğu gibi bölgelere yardımcı sağlık personeli gücünü sağlayan Filipinler ve Hindistan bile kendi ülkeleri içinde eksikliği hissetmeye başlamışlardır. Yetişmiş sağlık çalışanı gücü azlığı, transformasyonu darboğaza götürecek önemli bir etken olacaktır.

Transformasyonu oluşturan bir diğer faktör, devletlerin sağlık hizmeti sunumunda farklı bir konuma geçmesidir. Sağlık hizmeti finansmanına odaklanma ve özel sektörün gelişmesine destek verilmesi gibi iki önemli değişikliğin yaşandığı gelişmekte olan ülkelere, bunun sonucu olarak, yavaş yavaş bölgesel markalar oluşmaya başlamıştır. Otomotiv, tekstil, havacılık, savunma ve petrol sanayiinde uluslararası markalar ağırlık basarken, sağlıkta uluslararası markaların yeri çok azdır. Ne ABD'den ne de başka bir ülkeden hiçbir akademik tıp merkezi, markalarının gücünü başka ülkelere sağlık hizmeti sunumu seviyesine taşıyabilmiş değillerdir. Sağlık hizmetinin bölgesel olması, bütünün parçalarının bölgesel olarak bir araya gelmesini gerektirmektedir. Bölgesel markaların oluşması tıp turizmi konusunu da ortaya çıkarmaktadır. Tıp turizminin bölgesel boyutu deniz aşırı yapılanlardan çok daha yüksek seviyededir. Bu nedenle saydığımız ülke grupları içinde oluşan özel sektör sağlık kuruluşları, hem sağlık hizmeti sunumunda çok büyük yollar kat ederken hem de akademik tıp merkezi olma girişimlerini hızlandırmışlardır. Bu rolü üstlenirken özellikle toplumun hastalık yükünü oluşturan kalp hastalıkları, kanser ve rehabilitasyon alanlarında kendilerini geliştirmekteler. Bu gelişmeyi yaparken de hemen hemen tüm ülkelerde gördüğümüz durum, hem kamu sektöründe hem de özel sektördeki büyük oyuncuların uluslararası akademik tıp merkezleri ile köklü ve sonuçlarının alınabildiği işbirlikleri yapılmasıdır. Bu işbirlikleri sadece bilinen marka ismin tanıtıcı dosyalarda kullanılmasının ötesinde eğitim, araştırma ve sağlık hizmetinin sunum kalitesinde yoğun çalışmalar ve bilgi paylaşımı olarak karşımıza çıkmaktadır. Hem körfez ülkelerinde hem de Hindistan, Çin gibi ülkelerde Kuzey Amerika kökenli bir çok akademik tıp merkezi eğitim ve araştırma alanındaki faaliyetlerini bölgesel işbirlikleri ile arttırmışlardır.



Sonuç olarak, tanı ve tedavinin hemen hemen tüm gerekli ve doğru şekilde sunulduğu genel hastane ve kliniklerin uygulama ortamının ötesinde, akademik tıp merkezlerinin değeri bunları tıbbi geliştirme ortamı içinde uygulamasıdır. Tıbbi ve teknolojik buluşlar, bu bilgilerin dağıtılması, gelecek kuşakların eğitimi ve bilginin tanı ve tedavide kullanılması, toplumun yaptığı yatırımların bir geri dönüşüdür. Bu nedenle akademik tıp sosyal bir kurum olarak bugün ve gelecekte en yüksek kalitedeki hizmeti sunmakla sorumludur.

Sağlık hizmetlerini küresel standartlara ulaştırmak mümkün olabilir ancak verilen hizmetin mutlaka bölgesel olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde küresel boyutta bir standartı bölgesel olarak sunmaya başladığımız anda, eğitim kriterlerimizi yükselterek birçok programın uluslararası boyutta kabul görmeye başlamasıyla ve tıbbi araştırma sonuçlarımızı topluma yönelik sonuçlara çevirdiğimizde Türkiye'de akademik tıp göre vini yerine getirmiş olacaktır.

Kaynaklar

<http://www.arabianbusiness.com/saudi-build-121-hospitals-as-part-of-new-health-care-plan-403310.html> (Erişim tarihi: 04.08.2011)

<http://www.laskerfoundation.org/media/econimpact.htm> (Erişim tarihi: 04.08.2011)

<http://jec.senate.gov/public/> (Erişim tarihi: 05.08.2011)

Murphy, Kevin M. and Topel, Robert H., *The Value of Health and Longevity* (June 2005). NBER Working Paper Series, Vol. w11405, pp. -, 2005. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=742364>

Nordhaus, William D., "Irving Fisher and the Health of Nations," *American Journal of Sociology and Economics*, January 2005, vol. 64, no. 1, pp. 367-392

The Economic Value of Medical Research. Kevin M. Murphy. Robert Topel. University of Chicago. University of Chicago. March 1998. Revised. September, 1999

Tıp fakültelerinde araştırma, geliştirme ve innovasyon

Prof. Dr. Ahmet Gül



1964 yılında İzmit'te doğdu. Yeni Turan İlkokulu, İzmit Ortaokulu, İzmit Lisesi ve İstanbul Tıp Fakültesi'ni (1987) bitirdi. İstanbul Tıp Fakültesi'nde İç Hastalıkları (1992) ve Romatoloji (1997) uzmanlık eğitimi tamamladı. 1997 yılında İç Hastalıkları Doçenti oldu ve 2003 yılında aynı fakültede profesör kadrosuna atandı. Karolinska Enstitüsü (Stockholm, İsveç), ARC Epidemiology Unit (Manchester, İngiltere) ve National Institute of Arthritis, Musculoskeletal and Skin Diseases, NIH (Bethesda, ABD)'de araştırmalar yaptı. Halen İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı'nda görev yapmaktadır. Ağırıklı olarak Behçet hastalığı ve Ailevi Akdeniz Ateşi üzerinde çalışmaktadır. Ulusal ve uluslararası pek çok mesleki dernek üyeliğinin yanı sıra Türkiye Bilimler Akademisi Asosiye üyesidir. Dr. Gül evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Fakülteler, kanunda, “yüksek düzeyde eğitim-öğretim, bilimsel araştırma ve yayın yapan; kendisine birimler bağlanabilen yükseköğretim kurumları” olarak tanımlanmaktadır. Tıp fakültelerinin görev tanımlarının da diğer fakültelerden farklı olması beklenemez. Bununla beraber, tıp fakültelerinde eğitim-öğretim ve bilimsel araştırma faaliyetlerini yürütmek amacıyla kurulan hastanelerin, zaman içerisinde öncelikli olarak kamu hizmeti veren kurumlar haline dönüştüğü de yadsınmaz bir gerçektir. Sağlık hizmetlerinde yapılan yeni düzenlemeler bu durumu daha da karmaşık hale getirmiş, verilen kamu hizmeti çok daha ön plana çıkarılmadıkça tıp fakültesi hastanelerinin ekonomik olarak sürdürülebilir bir sistem olamayacağı endişelerini doğurmuştur. Dolayısıyla, mevcut koşullar tıp fakültelerini yeniden yapılanmaya ve eğitim-öğretim ile araştırma-geliştirme hizmetlerinde aksama olmaksızın, ulusal ve uluslararası düzeyde rekabet edebilir, verimli ve üretken bir sistem geliştirmeye zorlamaktadır. Tıp fakültelerimizde yeniden yapılanmanın konuşulduğu bir dönemde araştırma-geliştirme potansiyelimizi iyi değerlendirmeye ve bunun çıktılarını ile sürdürülebilir bir sistem geliştirmenin mümkün olup olmadığını belirlemeye ihtiyaç vardır. Böyle bir değerlendirme; insan gücü, alt yapı ve kaynak oluşturma gücü yönünden yapılabilir.

Tıp fakültelerinin mevcut akademisyen gücü ve alt yapısının, kaynak oluşturabilme potansiyeli yönünden ideal durumda olduğunu söylemek mümkün değildir. Akademisyen sayımız ve bunların nitelik-

leri, uluslararası rekabet edebilmemizi sağlayacak yeterlilikte değildir. Her şeyden önce, akademi dünyamızda araştırma-geliştirme kültürünün ve yenilik üretmeye (innovasyon) yönelik yapılanmanın arzu edilenden oldukça uzak olduğu itiraf edilmelidir. Tıp fakültelerinin akademisyen yapısı tıpta uzmanlık eğitimi sonrasında kazanılan akademik unvanlara dayanmaktadır. Tıpta uzmanlık, kanunda, “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretim” olarak tanımlanmakta ve maalesef bu haliyle doktora (PhD) eğitimi ile eşdeğer kabul edilmektedir. Yani tıp fakültesi mezunları doktora eğitimi almaksızın, tıpta uzmanlık eğitimi sonrasında doçentlik sınavına başvurabilmekte ve akademik unvanlar alabilmektedir. Oysa istisnalar dışında, tıpta uzmanlık eğitimi sırasında bilimsel araştırma eğitimi (araştırma yöntemleri, kayıt tutma, rapor hazırlama, sunum yapma, makale yazma, vb.) verilmemektedir. Üstelik doktora eşdeğeri sayılan uzmanlık belgeleri enstitü ya da fakülteler dışında, üniversite ile herhangi bir bağlantısı olmayan kurumlar tarafından verilebilmektedir. Giderrek sayıları artan tıp fakültelerinde çalışan akademik insan gücünün bilimsel formasyonu, araştırma-geliştirme yöntemleri konusunda tamamen bireysel ve rastlantısal olarak şekillenmektedir. Dolayısıyla tıp fakültelerinin öncelikle insan gücünü geliştirecek yöntemler üretmeye ihtiyacı vardır.

Araştırma-geliştirme faaliyetlerinin öncelikli hedeflerinin de yeniden belirlenmesinde büyük yararlar vardır. Yükseköğre-

tim Kanunu'nun 1981 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte akademik yükseltmelerde bilimsel yayınların belirleyici hale geldiği ve sonrasında akademik üretkenliğimizde sayısal olarak belirgin bir artış gözlemlendiği bilinmektedir. Bununla beraber, akademik yayınların zamanlaması ve niteliği incelendiğinde, önemli bir kısmının akademik yükselmede kullanılmak amacıyla yapıldığı ve devamlılık göstermediği kolayca görülebilmektedir. Oysa araştırma-geliştirme faaliyetleri, belirli bir konuda yoğunlaşma ve birbirini takip eden, uzun vadeli projeler olmaksızın, yararlı bir ürüne dönüştürülebilir, toplum yararına kullanılabilir, çevrimsel (translasyonel) veriler sağlayamamaktadır. Tıp fakültelerinde (ve tabii ki diğer fakültelerde) araştırma-geliştirmenin akademik yükseltmeden bağımsız, öncelikli faaliyetler haline gelmesi bir zihniyet değişikliği ile birlikte idari ve yasal yapıda da kapsamlı düzenlemeleri gerektirebilir. Uzun soluklu araştırmalar nitelikli insan gücünü ve proje desteklerinin devamlılık göstermesini, dolayısıyla bu araştırmacıları kurumda tutacak tatminkâr bir maaş ile yeterli alt yapı, yardımcı araştırmacı ve sürdürülebilir araştırma desteğinin garanti edilmesini zorunlu kılmaktadır. Başarılı projeler üretebilmek ancak kendi konusunda yetkin, fikir önderi konumunda olan ve bu sayede gerçek ihtiyaç alanlarını bilen, bu alanda ulusal ve uluslararası yürümekte olan projelerden haberdar olan araştırmacıları sayesinde gerçekleştirilebilmektedir. Bunun ötesinde, nitelikli araştırmalar, temel sorunların çözümüne yönelik tüm uzmanlık alanları ile sağlıklı bir iletişim kurmayı ve iş birliği yaparak ortak çalışmayı zorunlu kılmaktadır. Günümüzde bu işbirlikleri sıklıkla ülke sınırlarını aş-

makta ve her paydaşın değişik iş paketlerini üstlendiği çok merkezli araştırmalar halinde yürütülmektedir.

Araştırma-geliştirme potansiyelini artırmak ve işbirliğine açık hale gelebilme isteği, beraberinde her araştırma birimi için belirli alanlarda çok güçlü olma hatta tercih edilen merkez olma zorunluluğunu getirmektedir. Bu kapsamda, ülkemizin tıp fakültelerinin araştırma-geliştirme açısından bireysel ya da ulusal düzeyde güçlü olduğu yönlerin ortaya konmasında büyük yararlar bulunmaktadır. Ülke genelini düşündüğümüzde, tıp fakültesi hastanelerinde takip ve tedavi edilen hastaların çeşitliliği, en önemli güç olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca bölgeye özgü hastalıklar (örneğin talasemi, Ailevi Akdeniz Ateşi, Behçet hastalığı, bazı enfeksiyonlar gibi) ile akraba evliliklerinin daha yaygın olmasına bağlı genetik hastalıkların sık görülmesi de ülkemiz açısından güçlü noktalar olarak görülebilir.

Araştırma alt yapısındaki eksiklikler ise, tıp fakültelerinin en önemli zayıf noktası olarak belirmektedir. Bu eksikliği sadece alet-cihaz eksikliği olarak görmek doğru olmaz. Temel bilimlerde uluslararası düzeyde rekabet edebilecek yetişmiş insan gücü ve laboratuvar alt yapısının eksikliği ciddi bir sorun olursa da, güçlü olduğumuzu düşündüğümüz klinik dallarda bile hasta kayıt sistemlerinde, tam zamanlı araştırmacı olarak çalışan hekim ve yardımcı sağlık personeli sayısında ve sekreterlik hizmetlerindeki eksiklikler daha büyük sorunlara neden olabilmektedir. Bunlara akademik yapılanmamızın anabilim dalı/bilim dalı/enstitü gibi ana kalıplar içerisinde, idari ve mali özerklik yönünden esneklik içermeyen düzeni eklendiğinde, verimli araştırma birimleri/laboratuvarlarının kurulmasının ne kadar güç olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerin hemen tamamında var olan ve etkinliği kanıtlanmış bulunan, belirli araştırma konularına yoğunlaşmış, bünyesinde sadece araştırma bütçesinden desteklenen tam zamanlı araştırmacıların çalıştığı ve devamlılığı da yeni alınacak araştırma projeleriyle sağlanan, idari ve mali esnek yapılanması olan laboratuvar ya da araştırma ünitelerinin kurulamamış olması maalesef önemli bir eksikliğimiz olarak karşımıza çıkmaktadır.

Şu anki durumumuza bakıldığında, mevcut akademik, mali ve hukuki yapılanma ile tıp fakültelerinin araştırma-geliştirme ve innovasyon yoluyla kendi varlığını sürdürebilecek düzeyde gelir oluşturmaları çok güç gözükmemektedir. Acil önlemler alınmadıkça, şu an geçerli kılan performans sistemi ile daha da ön plana çıkarılan kamu hizmetleri nedeniyle, üniversite hastanelerini asıl amaçlarına uygun, yani eğitim-öğretim ve araştırma-geliştirme hizmetlerine uygun alt yapı olarak yaşatmak mümkün olmayacaktır. O nedenle tıp fakültelerini öncelikli amaçlarına uygun olarak yeniden yapılandırmak ve gerekli yasal/idari/mali düzenlemelerin

yapılması için ortak çaba sarf etmek tek çözüm gibi durmaktadır.

Bu amaçla, ilk çözülmesi gereken sorun, araştırma bütçelerinin gerçekçi hale gelmesi ve araştırma bütçelerinin muhasebe işlemlerinin düzeltilmesidir. Araştırma bütçelerinin ve kullanım izinlerinin, tam zamanlı araştırmacı ve yardımcı araştırmacı çalıştırmaya imkân sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. TÜBİTAK destekli projelerde “burs” adı altında araştırmacıya destek ödemeleri yapılabilir olsa da, arzu edilen sigorta primleri dâhil, araştırmacı maaşlarının karşılanabileceği bir bütçe düzeninin kurulmasıdır. Bu sayede, araştırma birimleri proje ürettikleri ölçüde tam zamanlı araştırmacı çalıştırabilecekler, yanlarında çalıştıracakları araştırmacıları ve teknisyenleri kendileri belirleyebilecekler ve bu sistemi devam ettirebilmek için sürekli yeni projeler üretmek zorunda kalacaklardır. Bu düzen, araştırmaya ve daha çok proje üretmeye dayanan bir sistemdir ve başarınız aldığınız projelerin desteklerinin büyüklüğü, çalıştırabildiğiniz araştırmacı sayısının fazlalığı ile ölçülecek, yeni destekler almanız da daha önce başarı ile bitirdiğiniz projelere bağlı olarak sınırlanacaktır. Ancak bu sayede araştırmaların akademik yükseltmeye bağlanmasından kurtulmak, üstün nitelikli araştırmacıları kurumda tutabilmek ve sonuç olarak da kurumsal geliri artırmak mümkün olabilecektir.

Mevcut araştırma alt yapısını desteklerken de, sürekli yenilenme ihtiyacı duyulan laboratuvar sistemleri için üniversite ya da kalkınma bölgesi odaklı mükemmeliyet merkezleri kurarak aletlerin verimli kullanılmasını sağlamak, birimlerde bulunması zorunlu olan aletlerin ise araştırma bütçelerinden karşılanmasını beklemek en akılcı çözümdür. Sarf malzemelerinin alımı sırasında yaşanan mevzuat güçlüklerinin, KDV ve gümrük ödemelerinin de, aynı işin uluslararası rekabet edilebilir ölçüde yapılmasını engellediği unutulmamalıdır. Uluslararası ve Avrupa Birliği projelerine tanınan tüm muafiyetlerin, acilen ulusal projeler için de geçerli olmasını sağlamak gereklidir.

Güçlü olduğumuz alanlar göz önüne alındığında, tıp fakülteleri için kısa vadede en önemli gelir kaynağını klinik ilaç araştırmalarının oluşturması beklenmelidir. Yeni ilaçların geliştirilmesi sırasında yapılması zorunlu olan faz çalışmalarından ülkemiz mevcut potansiyeline oranla çok küçük bir pay almaktadır. Oysa bu çalışmalar sırasında verilen tıbbi ve laboratuvar hizmetlerinden tahsil edilen bedeller uluslararası standartlardadır ve SGK ödemeleri ile karşılaştırılması bile mümkün değildir. Araştırmacı ve yardımcı araştırmacıları bütçeden yapılabilecek ödeme sorunları çözüldüğünde, klinik ilaç araştırmalarının yürütülmesi hem kurum, hem de araştırmacı açısından çok verimli bir gelir kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla beraber, klinik

ilaç araştırmalarının performans kaygısı ile yürütülen, yoğun iş yükünün olduğu klinik ortamlarda yapılması mümkün değildir. Mekân dışında, klinik araştırmalarda çalışan yeterli yardımcı personel, çalışma hemşiresi ve sekreter desteğinin de olmaması nedeniyle, zorunlu olarak sıklıkla sözleşmeli araştırma kurumlarından da yardım alınmak gerekmektedir. İdari yapıda ve bütçelerde yapılacak düzenlemelerin bu sorunları kolaylıkla aşması beklenebilir.

Yeni ilaçlara ait faz çalışmalarının neredeyse tamamına yakını, endüstri tarafından hazırlanmış araştırma protokollerinin uygulanmasına dayandığından, akademiden bu çalışmalar vasıtasıyla yenilikçi veriler sağlanmasını beklemek doğru olmaz. Fakat endüstri kaynaklı klinik araştırmalardan elde edilen tecrübenin artması sonrasında, tıp fakültelerinde araştırmacı-destekli, ülkemiz sorunlarını hedefleyen, yenilikçi ilaç çalışmalarının yapılmasını beklemek de gerçekçi bir hedef gibi durmaktadır. Aynı amaca yönelik, klinik ilaç araştırmalarını destekleyen ulusal kaynakların artmasının sağlanması da önemli bir itici güç olacaktır.

Çevrimsel araştırmaların makul bir sürede ürüne dönüşmesi ve bu ürünlere alınacak patentlerin de kurum ve araştırmacılar için bir kaynak oluşturması hedeflenir. Tıp fakültelerinin en azından şu anki durumunu, yenilikçi çevrimsel araştırmalar açısından yeterli olgunlukta görmek mümkün değildir. Ayrıca, patent ve fikri mülkiyet haklarında yenice yapılan iyileştirmelere rağmen, mevcut durumu patent almaya yönelik çalışmalarını teşvik edici bulmak zordur. Yurt dışında, örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde devlet destekli projelerin fikri mülkiyet hakları için çıkarılan Bayh Dole Kanunu gibi, teşvik edici etkisi kanıtlanmış yöntemler ülkemizde daha da geliştirilerek yasalaştırılabilir ve bu sayede yenilikçi, ürüne dönüşebilir araştırma kültürünün yerleşmesi sağlanabilir. Bununla beraber, patent ve fikri mülkiyet haklarından elde edilecek gelirlerin uzun vadeli hedefler içerisinde yer alması doğru olacaktır.

Sonuç olarak, tıp fakültelerinde asıl varoluş amaçlarına yönelik, eğitim ve araştırma-geliştirme odaklı ve gelirini de bu sayede artıracak şekilde yeniden yapılanmaya ihtiyaç bulunmaktadır. Bu düzenlemeler, akademisyen insan gücünün iyileştirilmesini, araştırma bütçelerinin artırılmasını ve kullanımlarının tam zamanlı araştırmacı ve yardımcı araştırmacı çalıştırabilecek şekilde düzenlenmesini, çevrimsel ve yenilikçi araştırmalara odaklanabilmeyi sağlayabilecek idari ve yasal değişiklikleri içermelidir. Tüm bu değişiklikler zahmetli ve uzun sürecek bir süreç gibi gözükse de, şu anda tıp fakültelerine dayatılan sisteme karşı uluslararası rekabet edebilir akademik yapılar olarak yeniden doğmanın ve ayakta kalabilmenin başka yolu yoktur.

Sağlıkta vizyon: Sağlık yönetiminde öncelikler

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sağlık kurumları bugün sağlık hizmetini başarıyla yürüten doktorların ikinci görev olarak üstlendikleri yöneticilik gücüyle yönetilebilecek işletmelerin çok ötesine geçmiş durumdadır. Bir sağlık kurumu, bütün hizmet süreçlerini kontrol

etmek ve optimum düzeyde tutmak zorundadır. Personel istihdamında, malzeme temininde ve hizmet üretiminde en uygun hacim ve kaliteyi hedeflemek zorundadır. Muhasebeden, ayniyata, stok yönetiminden insan kaynaklarına, tanıtıma ve yeni yatırıma kadar işletmelerin bütün dinamiklerini gözetmek du-

rumdadır. Maliyet ve verimlilik büyük önem kazanmıştır. Sürekli yenileşmeyen, sürekli iyileşmeyen organizasyonlar yarışı kaybetmektedir. Bu yüzden sadece sağlık bilimlerindeki değil, ekonomi, sosyoloji, politika, iletişim, bilişim ve yönetim bilimlerindeki ilerlemelerin de günü gününe takip edilmesi ve ya-

kalanması gerekiyor. Bu yüzden biz doktorların çok hoşuna gitmese de, bu alanın profesyonelleri yetiştirilmek ve sorumluluğu üstlenmek zorundadır. Sadece bizde değil, çoğu toplumda “doktorların üstünde, doktor olmayan yönetici” tartışması devam ede gelmektedir. Bu model, özel sektörde daha kolay kabul görmekte iken kamu sektöründe ciddi bir dirençle karşılaşılıyor. Ancak savaşın sadece generallere bırakılmayacak kadar ciddi bir iş olduğu deyişine atf yaparak, özde hastane yönetiminin, genelde sağlık yönetiminin sadece doktorlara bırakılmayacak kadar ciddi bir iş olduğunu kabul etmemiz gerekiyor. Bu alanda yetişmiş insan gücümüzün sınırlı olmasının, bu iddialarımızın biraz havada kalmasına yol açtığının farkındayım. Ancak gelişmenin önünde durabilme veya ara verebilme şansımız olmadığına göre bu alanda birikimli, donanımlı lider yöneticileri yetiştirmek ya da bu alana meyilli doktorlarımızı yöneticilik birikimi ile donatarak bu işin üstesinden gelmek zorundayız.

Bugün yöneticilik görevi üstlenmiş klinisyenlerin yönetim bilimi alanında sertifikasyon ve lisansüstü eğitim arayışlarına şahit olmaktayız. Belki tıp fakültelerinin klinisyen yetiştirmeden önce lisans mezunu verecekleri ve bu klinisyen olmayan tıp lisans mezunlarının lisansüstü ve doktora eğitimi ile doğrudan sağlık yöneticiliğine yönelecekleri modeller geliştirilecektir. Kısacası sağlık yöneticiliği bir ikinci iş olmaktan çıkacak ve kariyer meslek haline gelecektir.

Kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği

Sağlık hizmetlerinde rekabet ortamı ve hizmet alanların her geçen gün daha fazla bilinç kazanması kaite arayışını zorunlu kılmaktadır. Önceleri sadece doktorun ya da hizmet sunan kurumun bireysel kaygısı olmakla sınırlı kalan kalite konusu, artık sigorta kuruluşlarının öncelendiği, bireysel ve toplumsal beklenti alanı içine girmiş durumdadır. Ne var ki, kalite ve akreditasyon konusu bu süreçte ticari bir ürün ve araç halini almaya başlamıştır. Ortaya çıkan bu konum, aslında gerekli olan kaygı ve uğraşları tartışılır olmaya doğru itilmekten kurtaramamaktadır. Teorik anlamda bütün sağlık kuruluşlarının bu süreçte istenen düzeyi yakalaması, arka plandaki rekabeti oluşturan ticari kaygıyı işlevsiz hale getirecek ve bu da yapılan işlemlerin motivasyonunun yitirilmesine yol açacaktır. Bu itibarla ticari çıkardan çok, temelde hastanın güvenliğini önceleyen bir kalite anlayışına ihtiyaç vardır. Esas itici güç, bir kurumun diğerinden daha iyi olması, daha iyi kazanması değil, hizmet sunulan hastanın daha iyi konumda olması kaygısı olmalıdır. Bu yüzden son yıllarda önem kazanan hasta güvenliği konusu daha

çok önem kazanacaktır. Hasta güvenliğinde nispeten basit fakat sonuçları etkili önlemler söz konusudur. Bu önlemler, ticari bir ürüne dönüşmeksizin eğitim ve davranış değişikliği ile kolayca ortaya konabilecek ve sonuç alabilecek hususlardır. Bu itibarla sağlık hizmetlerinde akreditasyon tartışmaları her geçen gün yerini daha çok hasta güvenliği konusuna terk edecek veya bu yöne odaklanacaktır. Sağlık hizmeti ne talip olanların bu yöndeki talepleri de daha belirgin hale gelecektir.

Hasta mahremiyeti tartışmaları

Hastanın mahremiyetinin korunması, temel hasta haklarındandır. Bu konuda azami titizlik gösterilmesi gerekir. Ancak değişen teknoloji, bu azami titizliğin izafiliğini daha fazla gözler önüne sermektedir. Hasta dosyasına kayıtlı bilgilerin hastanın tedavisini üstlenmiş olan doktoru ve gerektiğinde adli merciler dışında hastanın rızası dışında kimse tarafından görülmemesi esastır. Ancak elektronik faturalama ve elektronik hasta kaydının uygulamaya girmesi, ödeyici sigortalar başta olmak üzere teknolojik araçlara vakıf üçüncü şahısların bu bilgilere ulaşmasının önündeki engelleri kaldırmış durumdadır. Hasta verilerinin güvenliği konusunda hukuki düzenlemeler, son yılların önemli konuları arasındadır. Görünen o ki, bu alanda gittikçe daha sınırları çizilmiş, kuralları belli bir durum ortaya çıkacaktır. Bu veriler erişimin önüne engeller konduca kayıtların paylaşılabilişliği, denetimi, mükerrerliğinin önlenmesi, hastalık yönetimi, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması vs. gibi dijital kayıtlardan beklenen faydaların da önüne geçilmiş olacaktır. Bugün için sorun gibi görünmeyen yeni sorunları üretmekte olduğumuz görünmektedir. Bu yüzden bugün için hasta verisinin güvenliğini esas alan ve gittikçe katılaştıran politikalar bu katılığı önce artıracak, sonra muhtemelen bir geriye dönüş başlayacak gibi görünüyor. Kanaatimce, veriye erişim konusunda terminoloji ve tanım değişiklikleri yapılarak yukarıda sözünü ettiğim engellerden kurtulmanın yolları aranacaktır. Yani hasta verisinin mahremiyeti konusunda bir anlayış değişikliği gelişecektir. Böylece dijital kayıtlardan beklenen yararların engellenmesinin önüne geçilmeye çalışılacaktır.

Sadece bizde değil, çoğu toplumda “doktorların üstünde, doktor olmayan yönetici” tartışması devam ede gelmektedir. Bu model, özel sektörde daha kolay kabul görmekte iken kamu sektöründe ciddi bir dirençle karşılaşılıyor. Ancak savaşın sadece generallere bırakılmayacak kadar ciddi bir iş olduğu deyişine atf yaparak, özde hastane yönetiminin, genelde sağlık yönetiminin sadece doktorlara bırakılmayacak kadar ciddi bir iş olduğunu kabul etmemiz gerekiyor.



Sağlığın ve halk sağlığının felsefesi: 21. yüzyılda gelinen nokta

Prof. Dr. Haydar Sur



1986 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ardından İngiltere'de Halk Sağlığı alanında yüksek lisans yaptı. İstanbul Üniversitesi'nde doktor (1996), Marmara Üniversitesi'nde doçent (1998) ve profesör (2004) oldu. İstanbul ve Muş Sağlık Müdür Yardımcılığı yaptı, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda üst düzey yöneticilik görevlerinde bulundu. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olan Dr. Sur'un akademik ilgi alanları sağlık yönetimi, hastane yönetimi, sağlık politikaları, sağlık sistemleri, epidemiyoloji, biyoistatistikler.

Yirminci yüzyılda sağlık alanındaki gelişmeler insanlığın bundan önceki binlerce yılının toplamından daha büyük olmuştur. Bu gelişmelerin elde edilmesinde hane halkı gelirlerinin ve eğitim düzeylerinin artışı yanında beslenmenin iyiye götürülmesi, kontaseptif kullanımının belli bir düzeye ulaşmış olması, barınma-sağlıklı su-hijyen koşullarının iyileştirilmesi gibi etkenlerin rolü olmuştur. Bu etkenlerin bahsettiğimiz gelişmelere katkıda bulunabilmesi ancak sağlıklı ilgili riskler, sorunların ve hastalıkların sebepleri, önleme mekanizmaları, hastalıkların tedavisi,

etkili politikaların uygulamaya konulması ile gerçekleşebilmiştir. Yukarıda sayılan etkenlerin, çözülmesi son derece zor etkileşimleri ile nihai bir çıktı olarak ortaya çıkan sonuçlar, insanlık adına büyük kazanımlar olmuştur. Doğumda beklenen ortalama yaşam süresi, bütün bölgeler için ortalama 25 yıllık bir artış göstermiştir. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kazanılan bilgi ve deneyimler, eradike edilmiş hastalıklar, erken teşhis ve tedavi olanaklarının yaygınlaşması, sağlık hizmetlerine erişimin çok daha kolaylaşması gibi başarılar bu genel sonuca katkı sağlamıştır.

Ancak hala beklenen yaşam sürelerinin ve sağlık durumuyla ilgili iyileşmelerin bütün insanlığa eşit şekilde yansıtılmadığı bir noktadayız. 17. yüzyıldan beri gelir düzeyi ve sağlık arasındaki ilişki ortaya konulmuş durumdadır. Villerme, 1820'lerde Fransa'da Paris'in mahallelerinde refah ve sağlık (wealth and health) arasında bir ilişki belirledi. Engels de İngiltere'de 1845'te bir rapor yazdı ve Manchester'da çalışan işçilerin gittikçe kötüleşen yaşam koşullarını ortaya koydu. 1980'lerde İngiltere'de yayımlanan Kara Rapor adında (The Black Report) bir rapor vardır. Bu rapor, İngiltere'de sınıf eğimleri diye çevirebilece-



ğimiz (class gradient) sosyal fenomene dikkat çekmektedir. Bu eğimler çok karmaşık sebep-sonuç ilişkileri sonucunda oluşmuştur. Sözgelisi vasıfsız el emekçileri, profesyoneller denilen gruba göre daha kötü sağlık düzeyindedir.

Sağlıkta sosyal katmanlar arasında beliren farklılaşmalar çok keskindir. Bu farklılıklar müdahalelere çok dirençlidir ve bunları düzeltmek yüzyıllar sürer. Sınıflar arasında süregelen sağlık farklılıkları bize aşağıdaki hususları göstermektedir:

- Zengin ülkeler ile yoksul ülkeler arasında farklılaşmalar.
- Sağlık sistemlerinin başarısızlıkları.
- Sağlığı daha kötü olanların hizmetlere erişimini daha kolay hale getirmede teknik sıkıntılarımızın olduğu.
- Yaşam tarzı, etnik ve sosyoekonomik gruplar arasında kültür ve davranış farklılığı bulunduğunu ve bunların sağlık eğitimi ve geliştirme ile üstesinden gelinebileceğini.
- Hem zengin hem de yoksul ülkelerde ortaya çıktığını, yani evrensel ekonomik, eğitimsel ve çevresel farklılıkların bir sonucu olduğunu.

Sorunlara bu bilinçle yaklaştığımız zaman meselerin sadece sağlık sistemini iyileştirmekle çözülemeyeceğini, toplumsal düzeyde müdahalelerle yıllar içinde azaltılarak ertilebileceğini de anlamış oluruz.

Sağlık sorunlarının ve hakkaniyetsizliklerin mekanizmaları karmaşık, birden çok düzeyde ele alınması gereken ve zaman içinde değişim gösteren karakterdedir ama bir kaç sosyal açıklama ileri sürülerek açıklanmaya çalışılmaktadır. Bu açıklamalar;

1. Psikososyal
2. Yeni maddeci (Neo-material)
3. İstatistiksel gölge (Statistical artifact)
4. Sağlık Seçimi (Health selection) olarak 4 grupta ele alınabilir.

Psikososyal açıklamalar

Mikro-düzy (sosyal statü): Gelir eşitsizliği "vidansız" bir sosyal hiyerarşi ile sonuçlanır ve bu hiyerarşide, sosyal karşılaştırmalar alttakiler üzerinde giderek sağlık bozukluğuna neden olacak stres yaratır.

Makro-düzy (sosyal uyum): Gelir eşitsizliği, kişilerin bir arada çalışmasını sağlayan sosyal bağları aşındırır. Sosyal kaynakları azaltır, güven ve sosyal katılımı yok eder, suç ortamı vb sağlıksız haller oluşturur.

Yeni-Maddeci Açıklamalar

Mikro-Düzy (bireysel gelir): Gelir eşitsizlikleri demek, en yoksulların en az ekonomik kaynağı oluyor demektir. Bu da riskleri önlemede, hastalık veya yaralanmayı iyileştirmede ve sağlığın bozulmasını önlemede yetersiz kalmak anlamına gelir.

Makro-Düzy (sosyal yatırımda tıkanma): Gelir eşitsizliği, sosyal ve çevresel koşullara daha az yatırımla sonuçlanır (güvenli evler, iyi okullar, kanalizasyon sisteminin iyileştirilmesi vb.) olanaklar herkesin ulaşabildiği noktadan uzak kalır.

İstatistiksel gölge (artifact) açıklamaları

Her toplumda en yoksul grubu en hasta olanlar oluşturur. Bir toplumda gelir eşitsizliği büyük uçurum gibiyse çok sayıda yoksul vardır ve bu da çok sayıda hasta demektir.

Sağlığın seleksiyonu açıklamaları

"İnsanlar yoksul olduğu için daha çok hastalanıyor" demek yanlıştır. Doğrusu, "sağlığın bozulması insanın gelirini ve gelir elde etme potansiyelini azaltır" şeklinde yargıya gitmektir. Ancak bu sebep-sonuç ilişkisinde sebepler sonuç, sonuçlar da sebep pozisyonuna geçerek olumsuzluklar döngü haline gelir.

Sağlık kavramı

Dünya Sağlık Örgütü'nün, sağlığı, "yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak tanımlamasının altında yatan, toplumları oluşturan bütün bireylerin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürmesinin temel felsefe haline getirilmesidir. Bu yeni felsefeye göre:

- Sağlık temel bir insanlık hakkıdır.
- Sağlık üretken bir yaşamın vazgeçilmez koşuludur.
- Sağlık tıbbi hizmetlere yapılan ve giderek artan harcamaların bir çıktısı değildir.
- Sağlık kalınının ana bileşenlerinden (integrallerinden) biridir.
- Sağlık bireysel, ulusal ve uluslararası sorumlulukları kapsar.
- Sağlık ve bunun sürdürülmesi majör bir yatırım alanıdır.
- Sağlık dünya çapında bir amaçtır.

Bir kişiyi sağlıklı kılan nedir? Şüphesiz sadece uygun egzersizleri yapmaktan ve doğru beslenmekten daha fazla bir boyutla karşı karşıyayız. Birinden sağlıklı diye bahsederken, "bu kişinin fiziksel olarak fit (yine dilimize yapışan yabancı kelime belası), görünüşte "zinde" veya hiçbir rahatsızlığı ya da hastalığı olmadığını kastettik" dersek ifadeyi çok daraltmış oluruz. Sağlıklı olmak halini (Azerbaycan Türkçesi'nde bu durum bizim ifademizden daha yakışıklı olarak sağlamlık diye ifade ediyor) anlamaya ve anlatmaya başlamanın güzel bir çıkış noktası, fiziksel görüntü şeklinde konuya girmektir. Ama mesele burada bitmemekte hatta yeni başlamaktadır. Bir kişinin sağlıklı olduğu sonucuna ulaşabilmek için onun hayatına her yönüyle bakmak gerekecektir. Birincisi, ruhsal durumuna bakmalıdır çünkü şaşılacak derecede kişinin sağlık durumu bu temele dayanmaktadır. Kişinin ruhsal durumunun elverişli olması ona çevre ve arkadaş kazandıracak, dengeli ortamlarda yer bulmasının olanağını verecektir. İkincisi, ruhsal durumla çok yakından ilişkili ve birçok noktada iç içe geçmiş olan duygusal duruma eğilmelidir. Bu, özellikle kişinin ne tür bir gruba ait olmaya istekli olduğunu belirleyendir. Kendisine sağlıklı olma yolunu açacak bir grup dinamiği oluşturacak kişilere meyletmekle kişi derinden derine bir ölçüde sağlığının düzeyini belirlemiş olmaktadır. Tabii ki bu-

Villerme, 1820'lerde Fransa'da Paris'in mahallelerinde refah ve sağlık arasında bir ilişki belirledi. Engels de İngiltere'de 1845'te bir rapor yazdı ve Manchester'da çalışan işçilerin gittikçe kötüleşen yaşam koşullarını ortaya koydu. 1980'lerde İngiltere'de yayımlanan Kara Rapor, sınıf eğimleri fenomenine dikkat çekmektedir. Bu eğimler çok karmaşık sebep-sonuç ilişkileri sonucunda oluşmuştur. Sözgelisi vasıfsız el emekçileri, profesyoneller denilen gruba göre daha kötü sağlık düzeyindedir.

nun tersi de doğrudur. Aslında halim selim, kişilikli birinin sürekli şiddete eğilimli kişilerle vakit geçirmesi onu şiddet eğilimine sokar. Kolayca mutlu olmaya uygun olmayan kişi de hayatı güzelce yaşayan ve neşeli günler geçiren kişilerle bir arada olursa mutlu zamanlar yaşar. Üçüncüsü, neredeyse hiç şaşmaz şekilde kişinin başkalarına ne şekilde davrandığı, onun sosyal çevresini ve giderek sosyal sağlığını belirlemektedir. Nihayet bir kişinin fiziksel sağlığı onun genel iyilik halini belirleyen olarak önem taşımaktadır. Bütüncül yaklaşım (holistic approach), bu kısmi bileşenlerin hepsini kabul eder ve genel anlamda sağlık düzeyinin belirlenmesinde bunların tek tek katkısını da ele alır. Ancak sağlığı bunların sadece birine indirgemek (sıklıkla bunu beden sağlığı gibi anlamak) büyük hatadır.

Halk sağlığı disiplini

Halk sağlığı; "organize çabalarla ve toplumun, örgütlerin, tüzel ve özel kişiliklerin, bireylerin bilgilendirilmesi sonucu yapılan tercihlerle dayanarak hastalıkları önleme, yaşamı uzatma ve sağlığı geliştirme bilim ve sanattır" diye tanımlanmaktadır (CEA Winslow, 1920). Daha basit ifadeyle söylersek, toplumun sağlığıyla bir bütün ola-

Korumanın 3 düzeyde ele alındığı bir sınıflama oluşturulmuştur. Birincil koruma hastalığın başlamasının önüne geçilmesi, bu anlamda bir takım önlemlerin geliştirilmesidir. İkincil koruma çerçevesine; hastalık ve rahatsızlıkların erken tanınması, sağlık taramaları, bulaşıcı hastalık taşıyanların belirlenip topluma yaymasının önüne geçilmesi gibi faaliyetler girmektedir. Üçüncül koruma ise rehabilitasyon çalışmalarından oluşmaktadır.

rak ilgilenen tıp yaklaşımına halk sağlığı denmektedir. Halk sağlığı bir yörede yaşayanların toplamının sağlığını koruyacak, geliştirecek ve kaybedilen sağlığı kazandıracak organize çabalardan biridir. Bu çaba bütün insanların sağlığını geliştirmek ve sürdürmek anlamında değişik bilim dallarının, becerilerin ve inanışların bir kombinasyonu olarak karşımıza çıkar. Sağlık hizmeti hepimizin hayatı boyunca bazı durumlarda yaşamsal önem taşıır (olup olmaması ölüm-kalımı belirler) ama halk sağlığı hepimizin bütün hayatı boyunca yaşamsal önem taşıır durur (Surgeon General C. Everett Koop, MD). Tıbbın bu branşının mensupları, bir toplumda, örgütte, sağlık kuruluşunda, muayene ofisinde veya programda söz konusu topluluğun sağlık hedeflerine ulaşmasına rehberlik etmek için görev alırlar. Bugüne kadar dünyanın çeşitli yerlerinde halkın sağlık sorunlarını azaltacak veya çevrenin kirlenmesinin önüne geçecek sayısız halk sağlığı çalışması ortaya konulmuştur.

Halk sağlığı uygulamaları ne zaman gündeme gelir?

Halk sağlıkçıları, işini güzel yaptığı ve olağanüstü bir durum söz konusu olmadığı sürece gündeme gelmez. Görünmez bir yerlerde her şey yolunda gider. Ne zaman yokluğu fark edilirse, ortada ciddi bir sağlık sorunu varsa veya sistemde başarısızlık ortaya çıkarsa halk sağlığı gündeme gelir.

Yirminci yüzyıl halk sağlığı uygulamalarında büyük başarıların ortaya konulduğu bir dönem olarak dikkat çekmektedir. ABD’de kurulmuş olan ve hem ulusal hem de uluslararası halk sağlığı çalışmalarının öncü kuruluşları arasında yer alan CDC, bu yüzyılın 10 temel başarısını şöyle listelemektedir:

1. İçme sularının florlanması
2. Bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınması
3. Motorlu araçların kullanımında güvenliğin sağlanması
4. İşyeri güvenliğinde gelişme sağlanması
5. Güvenli ve sağlıklı beslenme
6. Anne-çocuk sağlığında gelişmeler
7. Tütün kullanımının sağlığa zararlarının belirlenmesi
8. Aile planlaması
9. Koroner kalp hastalığı ve felçlerden kaynaklı ölüm ve hastalıkların kontrol edilmesi
10. Bağışıklama

Halk sağlığı uygulamalarının kendine göre zorlukları bulunmaktadır. En önemli zorlukları arasında; bilim, politika ve mesleki uygulama arasındaki gerilimin hiç de kolay olmayan şekilde yönetilmesi sorunu bulunmaktadır. Bu üç güçlü odak, üç ayrı açıdan konuya yaklaşmakta ve bunları aynı düzlemde buluşturmak zor olduğu kadar da önem taşımaktadır. Yeni akım olarak dikkatimizin toplandığı bir nokta da hazırlıklı olmak (afetlere, krizlere salgınlara vb.) sorunudur. Gelmeden önce olumsuz bir duruma organize şekilde hazırlıklı olmak büyük bir birikim ve bilinç gerektirmektedir. Ülkelerin birçoğunda bu bilinç henüz oluşmuş değildir.

Yeni akım ve yaklaşımların halk sağlığına uyarlanması ve adapte olma güçlükleri, ele alınan konuların zaten halk sağlığı ve çevre konuları olarak birbirine karmaşık şekilde sarılmış olması, işleri zorlaştırmaktadır. Doğası gereği halk sağlığının küresel boyutu olması (bulaşıcı hastalıklar, küresel ısınma, seyahatler ve turist sağlığı vb.) ve görüş açısının da çok geniş olması onun uygulanabilirliğinin sektörler arası ve disiplinler arası işbirliğine bağımlı hale getirmektedir. Zamanla hastalıkların sebepleri ve kontrol yöntemleri anlaşıldıkça (epidemioloji ve epidemiyolojik birikim) halk sağlığı önlemlerinin de etkililiği büyük ölçüde artmıştır. Halk sağlığı tarihi boyunca iki majör etken, sorunların çözümünde belirleyici olmuştur:

1. Bilimsel ve teknik bilginin düzeyi
2. Toplumun değerleri ve popüler görüşler (bunlar nihayet politik iradeyi de belirleyendir)

Yoksulluk ve hastalık kişisel olduğu kadar toplumsal bir sorun olarak algılandınca, toplumsal sorunlara hükümetlerin eğilmeye başlamasıyla, hastalığa karşı kolektif tavrı yaklaşımı büyük ölçüde kabul görmüştür. Böylece sağlık kişisel olduğu kadar toplumsal bir sorumluluk konusu sayılmış, sonuçta halk sağlığı herkesin yarar sağlayacağı işleri yapan, hastalığı önleyen ve toplumu eğiten bir role bürünmüştür. An-

cak bu geniş anlamlı ve kabul gören saptamaların ne gibi uygulamalarla yaşama aktarılacağı konusunda görüş birliğine ulaşılamamış ve her ülkede başka bir uygulama ortaya çıkmıştır. ABD’de Tıp Enstitüsü-IOM- (belki de ABD’nin Sağlık Bakanlığı demek daha doğru olur) halk sağlığının misyonunu ve hükümetlerin rolünü şu şekilde açıklamaktadır.

Halk sağlığının misyonu

- Bireylerin sağlıklı olabileceği ortamın gerektirdiği koşulları sağlayarak toplumun işteğine cevap vermek.
- Hastalığı önlemek ve sağlığı geliştirmek için bilimsel ve teknik bilgiyi uygulayarak organize şekilde toplum çabası oluşturmak.
- Bu misyonun yerine getirilmesi için kamu kuruluşlarının olduğu kadar özel kuruluşların ve bireylerin katılımını sağlamak.
- Devletin sağlık politikası yetkililerinin en önemli işi hayati önem taşıyan elementlerin yerli yerine oturmuş olduğunu belirlemek ve bunu güvence altına almak olmalıdır.

Halk sağlığında hükümetin rolü

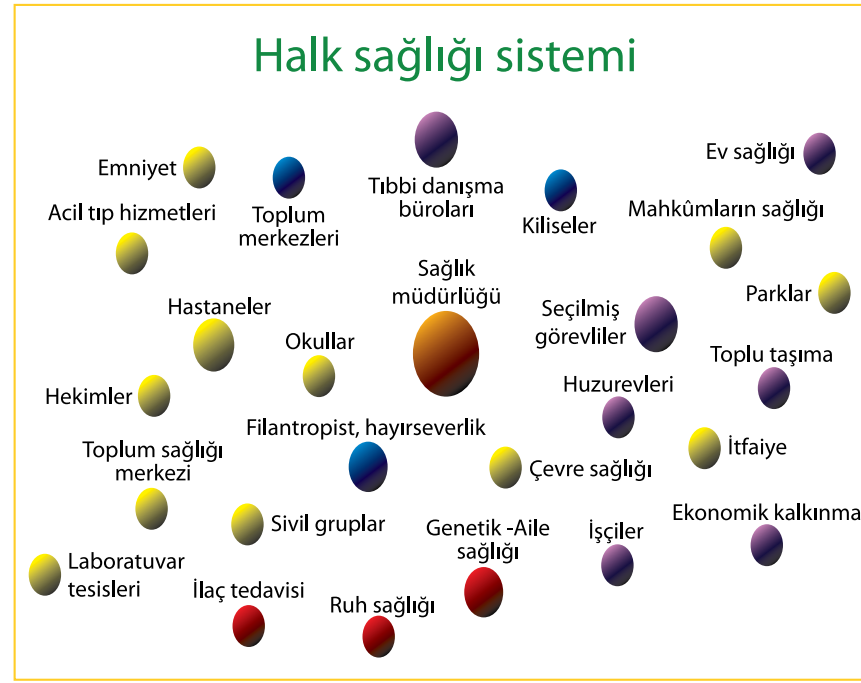
Her düzeydeki kamu sağlık görevlilerinin temel işlevi; izleme ve değerlendirme, politika geliştirme ve güvence altına almadır. Resmi kurum ve kuruluşların halk sağlığı çalışmaları açısından değerlendirme, politika belirleme ve güvence altına alma konusunda sorumlulukları bulunmaktadır. Bütün halk sağlığı kuruluşları düzenli ve sistematik olarak toplumun sağlığıyla ilgili enformasyon toplar, değerlendirir, analiz eder, akılcı çözümler üretir. Bu çabaların içine istatistiklerin incelenmesi, sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık sorunlarıyla ilgili epidemiyolojik çalışmalar girer. İzleme ve değerlendirme sorumluluğu bu işlevleri kapsamaktadır.

Politika geliştirme ise; halk sağlığı çalışmalarının ilgi alanına giren konularda toplumun tercihlerinin belirlenmesi ve buna uygun bilimsel ve uygulanabilir çözüm önerilerinin oluşturularak belirli stratejilerin, politikaların ve programların ortaya konulmasıdır. Burada bilimsel ve teknolojik bilgi ve toplumun tercihleri olmak üzere çifte kaynaktan beslenilmektedir. Güvence altına alma işlevi de üzerinde uzlaşma sağlanan hedeflere ulaşmak için gereken bütün faaliyetlerin ortaya konulmasını, planlama yapılmasını, ilgili aktörlerin ve paydaşların bu amaçlara yönelik bilinçlendirilmesini ve harekete geçirilmesini, gereken mevzuat düzenlemelerinin yapılmasını ve gereğinde hizmetlerin kamu eliyle doğrudan verilmesini içermektedir.

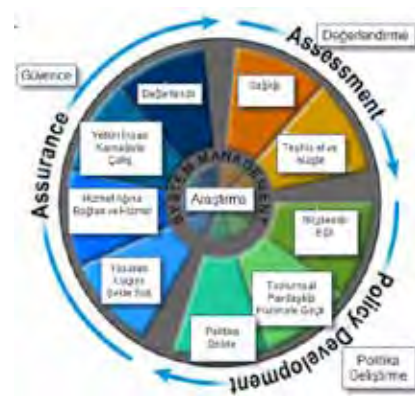
Halk sağlığıyla kimler ilgilenir?

Halk sağlığı birçok meslekten kişilerin bir araya geldiği interdisipliner bir anabilim dalıdır. Bu alanda bazı uğraş alanları da alt disiplin olarak yapılmış durumdadır. Sonuç olarak toplumun sağlığını korumayı ve geliştirmeyi iş edinen herkesin bir araya

Şekil 1: ABD’de Bulaşıcı Hastalıkları Kontrol Merkezi’nin (CDC) Halk Sağlığı Sistemi



Şekil 2: Halk sağlığının 10 olmazsa olmazı



Tablo: Sağlık hizmetlerinin bireysel (tıbbi) ve toplumsal (halk sağlığı) yönü

Halk sağlığı hizmeti	Tıbbi hizmet
Toplum	Birey
Hastalıkları önleme	Teşhis
Sağlığı geliştirme	Tedavi
Çevreye müdahale	İnsan vücudu ve mental yapısına müdahale
İnsan davranışlarına müdahale	

Kaynak: Brandt, AM and Gardner, M. 2000. American Journal Public Health. 90:707-715 .

geldiği bir çatıdan söz etmekteyiz. Halk sağlığını oluşturan meslek, uzmanlık, uğraş alanlarından ortaya çıkmış bu geniş yelpazeyi aşağıdaki şekilde özetleyebiliriz:

- Epidemiyologlar ve biyoistatistikçiler
- Biyomedikal bilimciler (biyolog, mikrobiyolog, bakteriyolog, virolog, eczacı, hekim, hemşire)
- Çevre sağlığı bilimcileri ve teknisyenleri
- Sosyal bilimciler ve davranış bilimcileri
- Sağlık politikacıları ve yöneticileri
- Diğer halk sağlıklar (mühendisler, hukukçular, beslenmeciler, öğretmenler)
- Diğer mesleklerden kişiler (teknisyenler, kanalizasyon ve su profesyonelleri vb.)

ABD’de ulusal halk sağlığı çalışmalarının amiral gemisi olan ve aynı zamanda ulus-

lararası öncülüğü üstlenen Bulaşıcı Hastalıkların Kontrol Merkezi (CDC), bu geniş alanı daha iyi anlamamızı sağlayabilecek bir şekil ile durumu açıklamıştır (Şekil 1). Şekil 1’de sağlık kuruluşlarının ve sağlık profesyonellerinin rollerinin yanında polis, itfaie, sivil toplum örgütü, park ve bahçeler gibi kuruluşların da rollerine vurgu yapılmaktadır. CDC’nin halk sağlığı çalışmalarının kesintisiz olarak ve sürekli bir döngü şeklinde sürdürülmesine dikkat çektiği bir şekil, çalışmaların kesintisiz sürdürülmesinin önemini anlatmaktadır.

Son söz: Halk sağlığı faaliyetlerinin özeti

Şekil 2’de halk sağlığı uygulamalarının çok geniş yelpazede ve çok aşamada, ama birbirleriyle sıkı sıkıya bağlantılandırılmış 10 faaliyetinin zinciri gösterilmektedir. Bu 10 faaliyet, izleme ve değerlendirme, politika geliştirme ve güvence altına alma başlıklarıyla 3 temel işlev olarak gruplandırılmıştır. Sağlığın izlenmesi, sorunların teşhis edilmesi ve incelenmesi izleme ve değerlendirmeyi oluşturmaktadır. Politika belirlemeyle ilgili faaliyetler arasında sırasıyla bilgilendirme, eğitime ve güçlendirme, toplumsal güç odaklarının harekete geçirilmesi, politika geliştirilmesi sayılmaktadır. Güvence altına alma faaliyetleri ise yasa ve kuralların uygun şekilde düzenlenmesi, sağlık sorunlarının ve kişilerin hizmetlerle bağlantısının sağlanması, işinin ehli sağlık personelinin yetiştirilmesi ve çalıştırılması, değerlendirme ile durumun analiz edilmesi şeklinde sıralanmıştır. Bu faaliyetler her hizmet açısından geçerlidir ve sonsuza kadar kesintisiz olarak birbirine eklenerek yürütülecektir.

Sağlık hizmeti felsefesi içinde özellikle iki anahtar sözcük bu çalışma alanının amacını en kapsamlı olarak anlatmaktadır. Bu iki anahtar sözcük koruma ve geliştirmedir.

Halk sağlığının sağlığı koruma ve geliştirme adına amacını incelemek yerinde olacaktır.

Korumanın 3 düzeyde ele alındığı bir sınıflama oluşturulmuştur. Bu düzeyler birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak isimlendirilmektedir. Birincil koruma hastalığın başlamasının önüne geçilmesi, bu anlamda bir takım önlemlerin geliştirilmesidir. Güvenli cinsel yaşam, sigara ve alkolden uzak durma, emniyet kemeri takma, sağlık eğitimi programları uygulama gibi faaliyetler bu çerçeveye girer. İkincil koruma çerçevesine; hastalık ve rahatsızlıkların erken tanınması, sağlık taramaları, bulaşıcı hastalık taşıyanların belirlenip topluma yaymasının önüne geçilmesi gibi faaliyetler girmektedir. Üçüncül koruma ise rehabilitasyon çalışmalarından oluşmaktadır. Olan olmuş, kişi hastalanmış, ortaya çıkan tablo bir şekilde sağlığa hasar vermiştir ancak tablonun daha kötüye gitmesinin önlenmesi, kişinin başkalarına bağımlı olmadan yaşaması için destek sağlanması ile olumsuzluk hafifletilmeye çalışılmaktadır. Konuşma terapileri, el terapileri, kardiyolojik rehabilitasyon, spinal kord yaralanmalarında destek çalışmaları vb. faaliyetler buna örnek gösterilebilir.

Kaynaklar

Bernard J. Tumock. 2009. Public Health – What It Is and How It Works, Fourth Edition. (chapter 1, pp. 1-28, "What is Public Health?")

Carole Furlong , Robert Kyffin, Understanding the gap – information tools for tackling health inequalities, South East public health annual conference, The Royal Society, February 2008.

D.F.Marks, M.Murray,B.Evans, C.Willig, C.Woodall & C.M. Sykes (2005). Health Psychology: Theory, Research & Practice, (2nd edition). London: Sage.

Institute of Medicine, National Academy of Sciences. 1988. The Future of Public Health. ("Summary and Recommendations").

Marc D. Hiller (presentation) DrPH, College of Health and Human Services, University of New Hampshire

Paula Braveman, (presentation) Global inequalities in health: Are they relevant to an Atlas of Global Inequality?

Sharon Friel, (presentation) A Global Approach to Tackling Inequalities in Health.

Witold Zatonski, Health Inequalities in EU, European Network of Qutlines Conference, 2007, Rome.

www. en.wikipedia.org/wiki/Public_health) (Erişim tarihi: Mart 2011.)

www.cvshealthresources.com/topic/medglossary) (Erişim tarihi: Mart 2011.)

www.medterms.com/script/main/art.asp) (Erişim tarihi: Mart 2011.)

Kuzey Afrika ve Arap coğrafyasında modern sağlık sisteminin inşası

Dr. Birsen Gökyiğit



1977 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1982 yılında göz hastalıkları uzmanı oldu. 1989 yılına kadar Ankara ve Anadolu'da çeşitli devlet hastanelerinde görev yaptı. 1989 yılından beri Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin eğitim kadrosunda yer almaktadır. Mesleği ile ilgili 7 uluslararası ve 2 ulusal derneğe üyedir. Ulusal ve uluslararası toplantılarda sunulan 100'ün üzerinde çalışma yapmıştır. Yıllık izinlerinin bir kısmını dünyanın ihtiyaç duyulan bölgelerinde gönüllü hizmet vermek için kullanmaktadır.

Kuzey Afrika ve Arap coğrafyasındaki ülkeler, tarihte, Osmanlı idaresinde bilim ve fennin üst seviyelerinde birer çekim merkezleri iken, ilerleyen zamanlarda bağımsızlık adı altında Batı Avrupa'nın nüfuzu altına girmişlerdir. Bu durumda, diğer sömürgelerde de rastlandığı gibi, sadece hükümların ülkelerin vatandaşlarının ve yandaşlarının faydalandığı eğitim ve sağlık politikaları oluşturulmuştur. Bu politikalara göre, yeni eğitim ve sağlık merkezlerinde idareci konumda olanla-

rın, doktorların ve hemşirelerin genellikle Avrupalı oldukları ancak diğer yan görevlerdekilerin yerli halklardan oluştuğu görülmektedir. Bu dönemde, bu ülkelerdeki sağlık kuruluşları temelde sömürgelilere hizmet etmeyi amaçladığından, kurumlar sadece merkezlerde yer almıştır. Burada önemli bir özellik de, yerli halkın bilinçli olarak cahil bırakılmasından dolayı, tıp tahsili gibi ağır fakat sonucunda prestijli bir eğitimin bu ülkelerin vatandaşlarına yeterli sayıda verilmemiş olmasıdır.

Zaman içinde, çeşitli sebeplerle sömür-

geciler çekildiğinde geriye sadece boş, işlevsiz hastaneler bırakılmışlardır. Yine bu coğrafyada halk önce krallar tarafından, daha sonra da darbeciler tarafından idare edilmişlerdir. Maalesef bu dönemlerde de eğitim ve sağlık egemen zümrelerin elinde ve hizmetinde olmuş, önemli eğitim kadroları bilgi ve beceriye göre değil sosyal pozisyona göre dağıtılmışlardır. Bu yaşam alanlarında uzun süre hizmet vermiş bölge liderleri tabii ki halklarının refahı için olduğunu düşündükleri bazı reformlar yaptılarsa da bunlar da yeterli olmamıştır. Milli geliri yüksek olan ülkeler

sağlık hizmetlerini Batılılardan doktor ve teknik eleman getirerek satın alırken fakir ülkeler çok daha ağır şartlarda yaşadıklarından diğer ülkelerden gelecek gönüllü yardımlara muhtaç olmuşlardır. Gönüllü çalışanların bir kısmı samimi olarak bölge halkına yardımcı olmaya çalışırken çoğu gönüllünün amacı pratiklerini bu insanlar üzerinde arttırıp kendi ülke vatandaşlarına başarılı hekim olarak hizmet etmek olmuştur. Bu yaklaşım etik görünmese bile bu insanlara bir miktar katkı sağlamıştır.

Kendi adıma, gönüllü olarak hizmet verdiğim ülkelerde özellikle dikkat ettiğim şey bilgilerimi paylaşmak olmuştur. Bu ülkelere kendi İngilizce kitaplarımı götürüp oradaki meslektaşlarıma bırakmayı vazife bilmişimdir. Çünkü iki ata sözü her zaman aklımda yer tutar, bunlardan biri "Taşıma su ile değirmen dönmaz.", ikincisi "Aç bir insana gerçekten yardım etmek istiyorsan ona yemesi için balık verme, balık tutmayı öğret"tir. Bu sözler, "bir ülkeye kuru kuru hizmet etmek yetmez, orada görevi devralacak ve devam ettirecek bireylerin de yetiştirilmesi gerekir" fikrini anlatmaktadır. Gördüğümüz gibi bu da saygın bir gönüllü hizmetin veya samimi bir yardımın temelini teşkil etmelidir. Sömürgeci zihniyet elemanları ister iyi niyetle ister kendilerini eğitmek amacı ile gelsinler, yerel doktor ve sağlık personeli ile bilgilerini paylaşmadan, kendi tekniklerini geliştirmek veya yeni geliştirdikleri ilaçları deneyerek hastaları tedavi etmek şeklinde bir gönüllülük uygulamışlardır. Şahsen ben bütün bildiklerimi ve yaptıklarımı yerel doktor ve sağlık personeli ile paylaşmayı prensip edinmişimdir. Ayrıca, imkân bulup Türkiye'ye gelebilecek meslektaşlarıma, konaklama ve yemek de temin ederek, idarenin müsaade ettiği oranda, hastanemde gözlemci doktor olarak misafir olma olanağı sağlamaktayım. Türkiye'den bu ülkelere giden hizmetler de, benim yaptığım şekilde, paylaşımcı zihniyetle gitmektedir.

Sudan izlenimlerim

Burada size en son hizmet verdiğim Sudan'dan örnek vermek istiyorum. Sudan çok geniş bir alana yayılmış yaklaşık Avrupa büyüklüğünde bir ülke ve her branşta büyük bir doktor açığı var. Bilindiği gibi petrolü olduğu için Batılıların ilgisine (!) her zaman mazhar olmuş, özellikle cahil bırakılmış ve din farklılıkları, ırk farklılıkları öne sürülerek mevcut hususlar iç savaşta dönsün diye her türlü gayret gösterilmiş. Ben göz doktoru olarak sağlık durumunu gözlemlediğimde sonsuz sayıda katarakt hastasının sınırlı imkânlarla tedavi edilmeye çalışıldığını gördüm. Mevcut ihtisas hastanesi İngilizlerden kalma, bütün iyi niyete rağmen gerçekten 1900'ların başını hatırlatıyor. Oldukça iyi donanımlı üniversite hastanesi ise halkın ulaşımından uzak ve maalesef kadrolar yetersiz ve hekimler son mesleki gelişimlerden uzak kalmışlar. Satın alınmış birçok modern alet, kullan-

ma hakkı olanların yeterli donanımı olmadığından atıl, demode olmayı bekliyor.

İHH organizasyonunun TİKA işbirliği ile oluşturduğu göz kliniği çölde bir vaha gibi. Modern donanımı ve tecrübeli çalışanları ile dünyanın modern köşelerindeki göz merkezlerini aratmıyor. Buraya ilk giden gönüllü doktorlar yerli doktorları, hemşireler yerli sağlık personelini eğitmişler. Yerli doktorlar aynen bir ihtisas kliniği gibi modern cerrahi tekniklerine basamak basamak ulaşmışlar. Türkiye'den doktorlar geldiğinde bir ameliyat masası daha fazla açıldığından işler hızlanıyor ama Türkiye'den hiç bir eleman gelmese de hasta tedavileri, ameliyatlar rutin bir şekilde yürüyor. Buradaki çalışmamda da benden beklenen hasta muayeneleri ve ameliyatlar dışında yerel doktorlarla sohbet ederek son bilgileri iletmeye çalıştım. Ayrıca bazı özel hastalıklar ve tedavileri konusunda konferanslar verdim. Bu merkezde, kendini geliştirmek isteyen herhangi bir yerli göz cerrahı belli bir plan dahilinde kliniğe gelerek önce gözlemliyor, sonra tecrübeli bir cerrahla birlikte operasyonlara basamak basamak dahil oluyor. Yani o ülke kendi modern donanımlı cerrahlarına kavuşuyor. Bu çok güzel bir çalışma şekli. Hiçbir şey gizli değil, yerli ve misafir cerrahlar birlikte. Daha önce gönüllü çalıştığım bir ülkede Batıdan gelen doktorların bırakın ameliyatı, hasta muayenesi sırasında bile yerli doktorları yanlarına almadıklarını öğrenmişim. Tabii ki bu da her türlü şüpheyi davet etmişti.

Hastalıkların kaynaklarını araştırdığımızda, Kuzey Afrika ve Arap coğrafyasının güneşe aşırı maruz kalan ve genelde su sorunu olan bu yörelerinde, ayrıca alt yapının yetersiz olmasına bağlı hijyen yetersizliği, beslenmelerindeki aşırı şeker ve acı kullanımı bölge insanındaki sağlık sorunlarının temel kaynağını teşkil ettiğini görmekteyiz. Diğer bir önemli problem de yakın akraba evliliklerine bağlı genetik hastalıkların sıklığıdır. Bu ülkelerdeki ve Türkiye'deki içilebilir suya ulaşma ve sanitasyon imkanları açısından bir değerlendirmeyi Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası şu şekilde yapmaktadır:

	Sağlıklı içme suyu	Sanitasyon
TÜRKİYE	%99	%97
MISIR	%99	%94
S.ARABİSTAN	%97	%100
ÜRDÜN	%96	%98
TUNUS	%94	%85
SURİYE	%89	%86
CEZAYİR	%83	%95
FAS	%81	%69
IRAK	%79	%73
LİBYA	%72	%97
YEMEN	%62	%52
SUDAN	%57	%34
ETİYOPYA	%38	%12

Listede görüldüğü gibi bazı ülkelerdeki temel yaşam şartlarının düzeltilmesi bile sağlık sorunlarını azaltacaktır.

Sağlık sorunlarını örneğin göz hastalıkları açısından değerlendirdiğimizde, özellikle aşırı güneşe maruz kalmaya bağlı hastalıkların her yaş gurubunda problem olduğunu görmekteyiz. Özellikle katarakt her yaşta önlenabilir körlük sebeplerinin başında gelmektedir. Bunu takiben pterijum, kornea lezyonları, şaşılık, göz tembelliği ve glokom yer almaktadır. Bu ülkelerdeki mevcut göz cerrahı sayısı bu hastalıkların tedavisinde yetersiz kalmaktadır. Retina sorunları ise göz hekimlerine ilave eğitim, hastanelere daha fazla ekipman ve hastaya ayrılacak daha fazla zaman gerektirdiğinden hemen hemen tedavisiz kalmaktadır. Yine Sudan örneğine döndüğümüzde, çok geniş bir alana yayılmış ve kalabalık bu ülkedeki göz cerrahı sayısı yüzün altındadır. Bunların da bir kısmı cerrahi yapamamaktadır. Bu yoksunluk diğer branşlarda da farklı değildir. Milli gelir seviyesi çok yüksek bazı ülkeler dışında, genel olarak, hekim yetersizliği bu coğrafyanın en belirgin özelliğidir. Yine Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası kaynaklarına göre Kuzey Afrika ve Arap coğrafyasında bulunan ülkelerin hali hazırdaki sağlık kadrolarını gözden geçirmek ve durumu ülkemizle karşılaştırmak, bu ülkelerdeki sağlık sorunlarını daha objektif değerlendirmemizi sağlayacaktır.

	NÜFUS	Doktor Sayısı	Nüfus/ Doktor
ÜRDÜN	6,472,000	15,279	424
MISIR	79,979,000	179,900	445
S. ARABİSTAN	27,136,977	41,870	648
TÜRKİYE	73,722,988	110,482	657
TUNUS	10,549,100	13,330	791
CEZAYİR	36,300,000	40,857	888
LİBYA	6,546,000	7,070	926
FAS	32,097,000	18,269	1,757
IRAK	31,467,000	15,994	1,967
SURİYE	20,981,000	10,342	2,029
YEMEN	22,492,035	6,739	3,338
SUDAN	43,192,000	11,083	3,897
ETİYOPYA	79,455,634	1,806	43,995

Görüldüğü gibi bazı ülkelerde doktor sayısı nüfusa oranla iyi durumda ancak bu birkaç ülkede kalifiye doktorların bir kısmı Avrupa, Hindistan veya başka ülkelere ithal edilmiş. Yani en ufak bir karışıklıkta veya maddi krizde ülkeyi terk edebilecek hekimlerden oluşuyor. Diğer birçok ülkede ise geniş topraklarda dağınık olarak yaşayan insanlara yetersiz sayıda doktor dikkati çekmektedir. Bu sayı yetersizliğinin yanına, özellikle kırsal kesimin merkezlere ulaşım zorlukları da katılınca, genç sayılabilecek insanların üretimden



Bu ülkelerde temel sorun; hasta çokluğu, buna cevap verecek hekim sayısının azlığı ve hekimlerin modern bilgi ve yöntemlere ulaşma güçlüğünden dolayı kendilerini güncelleyememeleridir. Türkiye yılların birikimi ve deneyiminin yanında diğer Batı ülkelerinden farklı olarak sömürgeci olmayan samimi yaklaşımı ile gittiği ülkelerde haklı bir saygı kazanmıştır. Türk hastaneleri hatta vakıflar kanalı ile bu ülkelerde özel tıp fakülteleri kurulabilir. Bu okullarda parlak öğrencilere tam burs ile tıp eğitimi verilebilir.

uzak ve yardıma muhtaç sakatlar durumuna düşüklerini görmekteyiz. Yine bu fakir ülkelerde ancak çok az sayıda doktor uluslararası toplantılara katılarak bilgi ve görgüsünü artırma şansına sahip olabilmektedir. Bu nedenle hükümetlerin bazı danışmanların tavsiyeleri ile kullanmak üzere aldıkları modern cihazları kullanacakları eleman bulunmuyor veya uygun elemanlar bu görevlere getirilmiyor. Göz hastalarında olduğu gibi diğer branşlarda da nüfusa oranla az sayıda doktor bulunmakta ve tedavi araçları merkezde olduğundan bu hekimler de biraz da mecburiyetten merkezlerde hizmet vermekteler. Yine de özel tedavi gerektiren durumlarda hastalar başka ülkelere gitmek zorunda kalmaktalar. Yani bu ülkelerde temel sorun hasta çokluğu, buna cevap verecek hekim sayısının azlığı ve hekimlerin modern bilgi ve yöntemlere ulaşma güçlüğünden dolayı kendilerini güncelleyememeleridir. Bu nedenle diğer ülkelerden gelen hekimlerle bu açığı kapatmaya çalışmaktalar. Ama buraya gelen hekimler, daha önce de vurguladığım gibi, ya yardım amaçlı gönüllüler ya da el becerilerini arttırmak isteyen yeni mezunlar olmaktadır. Tabii ki bu şekilde çalışma, o ülkelerin sağlık sorunlarına köklü bir çözüm sağlayamamaktadır. Bu ülkelerde yapılması gereken birinci basamak yaklaşım, önleyici



tedavi hizmetleri olmalıdır. Temiz su, parazitlerden arınmış temiz çevre ve diğer faktörler öncelikle sağlanmalıdır. Arap dünyası ve özellikle Kuzey Afrika'da gelir dağılımı dengeli olmadığından sadece bazı ailelerin çocukları dünyanın her yerinde eğitim alma şansı bulmakta ve sınırlı sayıdaki bu hekimlerin bir kısmı da ülkelere geri dönmektedir. Geriye kalan az sayıdaki idealist doktor da ekipman, ilaç ve güncel bilgi yoksunluğu ile aşırı sayıdaki hastaya yeterli olamamaktadırlar.

Türkiye bu ülkelere nasıl yardımcı olabilir?

Türkiye yılların birikimi ve deneyiminin yanında, diğer Batı ülkelerinden farklı olarak, sömürgeci olmayan samimi yaklaşımı ile gittiği ülkelerde haklı bir saygı kazanmıştır. Eğitimde çeşitli ülkelerdeki Türk okullarının o ülkelere katkısı aşikârdır. Bu okullar ilerde Türkiye ile o ülkeler arasında oluşacak dostluğun temelini oluşturacaklardır. Bunlar gibi bu ülkelerde modern donanımlı Türk hastanelerinin hatta vakıfların sponsor olacakları özel tıp fakültelerinin temelleri atılabilir. Bu okullarda normal öğrencilerin yanında özel sınıflardan geçmiş parlak öğrencilere tam burs ile tıp eğitimi verilebilir. Bu eğitimin klinikler kısmı, daha önce izah etmeye çalıştığım ileri teknolojilerle ücretsiz hasta tedavisine açılmış olan Türk hastanelerin de yapılabilir. Bu kurumlar, ileride hem uzman hekimlerin belli aralıklarla bilgi ve görgü arttırdıkları bir merkez hem de öğrenci yetiştiren bilim yuvaları haline gelebilir, aynı zamanda yardımcı sağlık personeli yetiştirilmesinde de kullanılabilir. Burada tabii ki gidilen ülkenin resmi makamları ve güvenilir sivil toplum kuruluşları (STK) yardımcı olmalıdır. Bu fakülteler zaman içinde sadece manevi desteğini Türkiye'den alan birer Türk yıldızı gibi ülkelerinde parlamalıdır. Belki de o ülkenin en kaliteli ve güvenli eğitim kurumu tıp fakültesini de kapsayarak bir üniversite olmalıdır. Bunlar bir ütopya gibi görünse

de mümkündür. Böyle bir misyon daha önce Türk okullarında başarmıştır ve bu bizlere rehber olabilir. Bu tıp fakülteleri gerçek donanımlı, dünyanın her yerinde kabul görebilecek sağlık elemanları ve doktorları mezun etmelidir. Ya da belki de başlangıç adımı olarak Türkiye, bu ülkeler için ülkemizdeki tıp fakültelerinde özel yabancı öğrenci kontenjanlarını arttırarak belki de ülkeler için özel kontenjan açarak o ülkelerde daha fazla ve kaliteli hekim yetiştirilmesine katkıda bulunabilir.

Halen ellerinde bulunan yetişmiş doktorların güçlendirilmesine gelince; burada çözüm, ülkelerarası anlaşmalarla belli periyotlarla karşılıklı hekim değişimidir. Bindiği gibi son yıllarda Türk tıbbi, tıbbın birçok alanında, dünyanın önde gelen ülkelerinden biri olmuştur. Hekimlerimizin uluslararası toplantılara sık katılımı ile bilgi alışverişi en üst seviyeye çıkmıştır. Bu birikimimiz ile ihtiyacı olan ülkelerdeki hastaları onların hekimleri ile birlikte tedavi ederek, pratiklerini arttırmayı ve becerilerini geliştirmeyi başarabiliriz. Bu amaçla oraya tecrübeli gönüllü eğitim kadrolarını göndererek sürekli eğitim verilmesini sağlayabiliriz. Ayrıca oradan uzman hekimleri belli aralarla ülkemizde ağırlayarak Türkiye'deki sistemleri gözlemlemelerini sağlayabiliriz. Tabii bu ülkelere gidecek hekim kadrolarının teşvik edilmesi için, döndüklerinde Türkiye'deki konumlarının korunması veya güçlendirilmesi, gittikleri ülkede yüksek maaş ve iyi bir yaşam ortamı ile desteklenmesi gerekmektedir. Yoksa ülkemizde hekim hakları özellikle maddi olarak görmezden gelinip, hekimleri sıradan memur statüsünde değerlendirerek çıkarılan yasalarla Türkiye'de bile boğucu bir maddi ortamda ayakta kalma mücadelesi veren Türk hekimleri arasında gönüllü bulmak hemen hemen imkânsız olacaktır. Ve bu iş de, sadece aşırı idealist ve aile desteği maddi ve manevi olarak en üst seviyede olan bir avuç hekimimizin sırtına yüklenmektedir. Oysa yukarıda anlatmaya çalıştığım gibi sömürgeci zihniyetten uzak ve Türk halkı ve hükümetlerinin iyi niyetiyle

Belki de başlangıç adımı olarak Türkiye, bu ülkeler için ülkemizdeki tıp fakültelerinde özel yabancı öğrenci kontenjanlarını arttırarak belki de ülkelere kontenjan açarak o ülkelerde daha fazla ve kaliteli hekim yetiştirilmesine katkıda bulunabilir. Yerli doktorların güçlendirilmesine gelince, ihtiyacı olan ülkelerdeki hastaları onların hekimleri ile birlikte tedavi ederek, pratiklerini arttırmayı ve becerilerini geliştirmeyi başarabiliriz.

bezenmiş bu çalışmalar, sadece o ülkelerde değil bütün dünyada hak ettiği saygıyı görecektir. Halen bu ülkelere gönüllü sağlık ekiplerini ulaştırarak yardımcı olmaya çalışan başta İHH olmak üzere Yeryüzü Doktorları, Kimse Yokmu Derneği, Çöl Doktorları gibi STK'lar, bazı illerdeki tüccarların finanse ettiği sporadik kamplar ve bizzat hükümetimizin ve TİKA'nın ortaklaşa yaptıkları bazı çalışmalar, ileride yapılabileceklerin bir öncüsü olarak bize yol gösterebilir.

Benim daha önce gönüllü olarak çalıştığım bazı ülkelere edindiğim tecrübe, sağlık hizmetlerinin sabit bir merkezden, mahalli hekimlerin, mahalli idarelerin ve STK'ların katılımı ve kontrolü ile gerçekleştirilen çalışmalarının başarılı olduğunu gösterdi. Buradaki sabit merkez, belli aralıklarla tarama araçları çıkararak hastaları mahallinde muayene edip ciddi problemleri olanları merkeze naklederek tedavi etmekteydiler. Belirlenen bu sahalarda belirli aralıklarla ile taranmakta idi. Burada dikkate alınması gereken noktalar, giden gönüllü ya da görevlendirilmiş doktorların yanında mutlaka mahalli hekimlerin olması ve sabit bir tedavi merkezinin sorumlu olduğu en az 3-4 adet tarama bölgesi oluşturulmasıdır. Yöre halkı belli aralıklarla mahalli idareler veya STK'lar tarafından bilgilendirilmeli ve gerekli hastalar merkeze nakledilmelidir. Tüm çalışmalarda merkezi idarenin onayı ve kontrolünün sağlanması gerekir. Böyle bir hizmet, o ülke insanı ile iyi niyet ve an-



layışın gelişmesi ve karşılıklı sempatinin oluşması için iyi bir kaynak teşkil eder.

Bütün bu iyimser dilek ve hayallerin dışına çıkıp gerçekçi bir yaklaşım ararsak, çevre faktörlerinin düzeltilmesi ve eğitim tabii ki yine ilk sırayı almakta. Türkiye dışındaki bin kadar Türk okulu bu işin ilk adımı olarak çok önemli bir etabı aşmamızı sağlamıştır. Mevcut bir hastane ile anlaşarak veya yeni bir hastane inşa ederek gönüllü veya görevlendirilmiş eğitim tecrübesi olan doktorlarla desteklenmiş bir sağlık kurumu hem hastaları tedavi edebilir hem de bulundukları ülkenin doktorlarına ihtisaslaşmada yardımcı olabilir. Belki de bu eğitimin birkaç ayı Türkiye'deki bir sağlık kurumunda gözlemci olarak bulunmaları ile çeşitlendirilebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri olarak sabit merkezlere bağlı gezici mahalli ekiplerle toplum bilinçlendirilmesi, sağlık taramaları, aşılamalar, gebe takipleri öğretilabilir ve bunların o ülkelerde kurumlaşması için bilgi aktarımında bulunulabilir. Burada Türkiye maddi katkıdan çok yönlendirme ve bilgilendirme şeklinde bir büyük kardeş rolü oynayabilir. Bu coğrafyadaki ülkeler tarihin belli zamanlarında Türkiye'den uzaklaşmış olsalar bile şu anda yanlarındaki gerçek dostun Türkiye ve Türkler olduğunu fark etmişlerdir. Burada bize düşen, elimizden gelen manevi yardımın dışında o ülkelerin sos-

yal kalkınmalarına yardımcı olmaktır. Özellikle son zamanlarda dünyada gelişen din bazlı kutuplaşmada onların yanında bizler, bizlerin yanında onların olacağı aşikârdır.

Libya'daki belirsizlik: Türkiye sağlıkta neler yapabilir?

Dr. Mevlit Yurtseven



1963 Kayseri Develi'de doğdu. İlk, orta, lise eğitimini Ankara'da tamamladı. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1987) bitirdi. KTÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD'de (1995) uzmanlık eğitimini tamamladı. Halen Özel Avicenna Hastanesi Başhekimisi ve Uluslararası Doktorlar Derneği Başkanı'dır. Dr. Yurtseven evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Bu yazı, Şubat ayı ortalarında Libya'da meydana gelen halk hareketlerinin başlaması ile ortaya çıkan insani kriz neticesinde, muhalifler tarafından yapılan acil tıbbi çağırısı üzerine tıbbi yardım amacı ile İHH (İnsani Yardım Vakfı) olarak Mart ayı başlarında Libya ya Mısır üzerinden geçerek yaptığımız ziyaret sonrasında gözlem ve kanaatlerimi içermektedir.

Daha önce İHH Sağlık Komisyonu Üyesi olarak dünyanın değişik coğrafyalarını ziyaretlerimiz sırasında yaptığımız gözlemlerimiz ve insani yardım çalışmalarımız sonucunda elde ettiğim deneyimlerde, yaşanan doğal felaketler ve olağanüstü hal durumlarında öncelikle ülkelerin altyapılarının yok olduğunu ve sınırlı olan kaynakların hızla tüketildiğini gördüm. Bunlar, ülkelerin toplumsal bilinçlerinde oldukça önemli travmalara sebep olmaktadır.

Yaşanan felaketlerin her birinde farklı ihtiyaçlar ortaya çıkmakta ve her biri için farklı çözümler gerekmektedir. Örnek olarak 2010 yılında Pakistan'da meydana gelen sel felaketi sonrasında yaptığımız ziyarette Pakistan Askeri Akademisi yetkilileri insani yardım çerçevesinde sağlık ekibi, ilaç ve tıbbi sarf malzeme yardım çalışmalarının doğru hedeflenmeyen çalışmalar olduğunu ifade etmişlerdir. Bunlardan özellikle sağlık ekiplerinin yaptıkları



Her şeyi, özellikle sağlık malzemelerini ve ilaçları ithal eden bir ülkede, hazır bulunan malzemelerin bitmesi ve yerine konmaması, özellikle hayati ilaçların (anestezi ilaçları, narkotikler vb), ortopedik malzemelerin ciddi eksiklikleri tedavileri aksatacaktır... Sağlık çalışanları ve diğer çalışanlar ücretlerini alamamakta, özellikle doktorların kontrol dışı grupların terör ve taciz hedefi olmaları, ülkeyi terk etmek istemelerine sebep olmaktadır.

Gelişmişlik düzeyindeki bütün bu göreceli iyiliğe rağmen Libya insan hakları ve demokratik gelişim yönünden çok iyi bir noktada değildir. Ülkede 42 yıldır Kaddafi yönetimi vardır ve siyasal parti veya sivil toplum kuruluşlarına izin verilmemektedir. Freedom House isimli bir insan hakları izleme örgütü tarafından yayımlanan 2010 raporlarında Libya diğer Afrika ve Ortadoğu ülkeleri ile aynı kategoridedir. NF (nonfree) özgür olmayan ülkeler içindedir ve bireysel haklar ve politik özgürlükler açısından en kötü durum olan 7 puandadır.

16 Şubat 2011'de Libya'da başlayan halk hareketleri 42 yıllık diktatör Kaddafi güçleri tarafından kanlı bir şekilde bastırılmaya çalışılmış, fakat olaylar kısa sürede bir iç savaşa dönmüş ve BM'nin 1972 sayılı kararı sonrasında başlayan dış müdahale ile de içinden çıkılmaz bir hale gelmiştir. Bütün savaşlarda olduğu gibi burada da en önemli zararı siviller görmüştür. Olayların ilk günlerinde meydana gelen çatışmalar sonrasında sağlık merkezlerine oldukça önemli sayıda ateşli silah yaralanması gelmiştir. Bu, olağanüstü bir durumdur ve bu duruma hazırlıklı olmayan sivil cerrahlar ve hastaneler yetersiz kalmışlardır. Mart ayı başlarında Libya'da El Bayda ve Bingazi şehirlerinde yaptığımız hastane ziyaretlerinde hastanelerin donanım yönünden hiçbir eksiği olmadığı

çalışmalarda dil sorunu ve araziye yabancı olmaları nedeniyle fayda yerine ayak bağı olduğunu ifade etmişlerdir. Ölü sayısının azlığı nedeniyle insan kaynağı açısından sorun yaşamadıklarını, yardım için hasar gören sağlık alanlarının yenilenmesi ve özellikle de elektrikle çalışan aletlerin suya maruz kalması nedeni ile kullanılamaz olduğunu, bunların yenilenmesinin kendileri için hayati olduğunu iletilmişlerdir. İHH bu değerlendirme üzerine Nowshera ilinde devlet hastanesini onarmış ve yeni bir acil servis kurarak donatılması için proje başlatmıştır. Bu deneyimlerimiz, Libya'da olan savaş durumunda farklı sağlık projelerine ihtiyaç duyulabileceğini göstermiştir.

Libya, coğrafi olarak bir Kuzey Afrika ülkesi olmasına rağmen aynı zamanda bir Ortadoğu ve Akdeniz ülkesidir. Türkiye'nin iki misline varan toprağa sahip olmasına rağmen toplam nüfus yaklaşık 6 milyondur (6 milyon 173 bin). Nüfusun çoğu sahilde yaşamaktadır. İnsani yoksulluk sıralamasında oldukça iyi bir yerdedir. 1998 yılı raporlarına göre, geliş-

mekte olan ülkelerdeki insani yoksulluk sıralamasında 85 ülke arasında 19. sıradadır. Bu, Afrika ve Orta Doğu coğrafyası için iyi bir yerdir. Bu sıralamada Türkiye'nin üstündedir. Bu sıralamadaki bazı kriterleri karşılaştırdığımızda temiz içme suyuna ulaşamayan ülke nüfusu oranı % 3 tür. Aynı değer Türkiye için % 51'dir. Kanalizasyonu olmayan nüfus aynı raporda Libya için % 2 iken Türkiye için % 20 idi. Bebek ölüm hızı Libya'da 2009 yılı için 21.05/1000 canlı doğum iken Türkiye'de bu oran 25.78/1000 canlı doğum idi. Ülkede temel sağlık hizmetleri ve diğer sağlık hizmetleri ücretsizdir. Fakat gerek tıbbi malzeme gerekse insan kaynakları açısından dışa bağımlıdır. Rakamlar çok net olmamakla beraber yaklaşık 3 milyon yabancı, hizmet sektöründe istihdam edilmektedir. Libya, 2006 rakamlarına göre Afrika'nın en büyük, dünyanın 9. büyük petrol üreticisidir. Yeni rezervler bulunmasa bile günlük 1.8 milyon varil petrol üretimi vardır ve bu üretim hızıyla 63 yıllık petrol rezervlerine sahiptir. Kişi başına düşen milli gelir 2008 rakamlarına göre 14 bin 900 dolardır.



Uzun vadeli olarak Sağlık Bakanlığı'nın, dolayısıyla Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin benzer insani yardım projeleri Libya'da yaşanan travmanın acılarını azaltabilecek, yaralarını saracaktır. Türkiye, Libya'nın ihtiyaçlarına cevap verecek alt yapısı ve kaynaklarıyla bu konuda en avantajlı ülkedir. Batılı NGO'lar sahada olmalarına rağmen hiçbir Batılı ülke, yukarıda bahsettiğimiz projeleri devlet seviyesinde gerçekleştirecek bir insani vicdana sahip değildir.

ğını gördük. Ancak yetersiz insan kaynakları ve savaş cerrahisinde deneyimsiz sivil cerrahlar, tabloyu kötüleştirmektedir. Bingazi'deki Medical Center, son derece yeni ve modern bir tıp merkezi olmasına rağmen savaş nedeniyle yabancı çalışanlarının ayrılması nedeniyle ciddi bir yönetim ve organizasyon zaafı içindedir. Hastanede yoğun bakım ünitesi takibi yapabilecek yetişmiş insan kaynağı eksikliği, dikkatimizi çeken en önemli sorundur.

Mevcut durumda savaş hali devam edecek gibi görünmektedir. Daha ne kadar devam edeceği belli olmayan belirsizliklerle dolu gelecek, birkaç açıdan tabloyu kötüleştirmektedir. Şu anda Libya'daki sağlık sisteminin içinde bulunduğu durumu anlatmak için, yaptığımız bazı tespitler aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

1. İstikrarsız halde bulunan ülke ve yönetim boşluğu özellikle hizmet alınan sağlık insan kaynaklarını olumsuz etkilemekte ve savaş nedeni ile ülkeyi terk eden nitelikli sağlık insan gücünün yerine konmamasından kaynaklanan bir boşluk vardır ve boşluk kısa vadede yerine konamayacaktır. Yukarıda bahsettiğimiz örnekte, adı geçen hastanedeki yoğun bakım ve diğer branşlardaki kalifiye sağlık çalışanı, özellikle doktor eksikliği zaman içerisinde kendini iyiden iyiye hissettirecektir. Bu hastane aynı zamanda tıp fakültesi ve eğitim araştırma hastanesidir.

2. Her şeyi, özellikle sağlık malzemelerini ve ilaçları ithal eden bir ülkede, hazır bulunan malzemelerin bitmesi ve yerine konmaması, özellikle hayati ilaçların (anestezi ilaçları, narkotikler vb), ortopedik malzemelerin (fiksatorler, plaklar vb) ciddi eksiklikleri tedavileri aksatacaktır.

3. Her türlü tıbbi ve insan kaynaklarını savaş cerrahisi ve olağanüstü hal durumu için kullanan bir ülkede doğal olarak diğer temel sağlık hizmetleri aksayacaktır. Hâlbuki hayat her şeye rağmen devam etmekte; çocuklar, hamileler, psikiyatrik hastalar, geriatrik hastalar, hemodiyaliz gibi özellikli tedaviye ihtiyaç duyan hastaların tedavisi olumsuz etkilenmekte ve aksamalara neden olmaktadır.

4. Bu sürecin uzaması istikrarsızlık ve otorite boşluğuna neden olmaktadır. Sağlık çalışanları ve diğer çalışanlar ücretlerini alamamakta, özellikle doktorların kontrol dışı grupların terör ve taciz hedefi olmaları ülkeyi terk etmek istemelerine sebep olmaktadır. Bu durum doktorların çalışma ve hizmet motivasyonlarını azaltmaktadır.

5. Uluslararası Kızılhaç Derneği'nin (UAKD) verilerine göre savaş esnasında ölümler toplam yaralanmaların % 20'si kadardır. Elimizde Libya'daki ölü sayısı hakkında net bir rakam yoktur. Verilen ölü sayıları çok güvenilir değildir. Her şeye rağmen 5 bin sayısı esas alındığı zaman yaralı sayısı 25 bin olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülke nüfusu düşünüldüğünde tamamı genç erkeklerden oluşan, vücudunun değişik yerlerinden yaralanmış (UAKD verilerine göre % 60 ekstremitelere yaralanması meydana gelmektedir), üretken bir nüfus sakat kalmıştır. Bu insanların sağlık hizmetinde daha önce planlanmayan plastik ve rekonstrüktif cerrahi tedaviye ihtiyaçları doğmuştur. Cerrahi tedavi sonrası ise ciddi rehabilitasyon programları gerekmektedir. Ülkenin zaten kısıtlı olan insan kaynakları, bu ihtiyaçlara cevap veremez haldedir.



6. Savaşta sağlık hizmeti verilen binaların hasar görmemesi mümkün değildir. Uluslararası sözleşmelere göre sağlık hizmeti verilen binalar ve mekânlar özellikle korunmaya sahiptir. Fakat çatışma esnasında tarafların bu konuda sıklıkla hassasiyet göstermedikleri bilinmektedir. Hasar gören ve tamir edilemeyen sağlık hizmet binaları ve alanları, yetersiz sağlık hizmetinin bir başka sebebi olacaktır.

Türkiye neler yapabilir?

Yukarıda saydığımız bütün bu tespitler Libya'da savaş sırası ve sonrasında yaşanan ve yaşanabilecek sorunlardır. Libya, ekonomik olarak bu sorunların altından kalkabilecek yeterli zenginliğe sahiptir. Fakat ülkenin demografik yapısı göz önüne alındığında yetersiz kalifiye insan kaynağı oldukça uzun bir zaman dilimi için bir sorun olmaya devam edecektir. Sınır komşusu olan Mısır, insan alt yapısı yönünden yeterli olması ve dil sorununu olmaması nedeniyle gelecek günlerde bu hizmetin sağlanmasında oldukça önemli katkılarda bulunacaktır. Burada Türkiye neler yapabilir, bunu tartışmak gerekir. Her şeyden önemlisi harıtaya bakıldığı zaman Libya Türkiye'den çok uzak bir coğrafya değildir. Bizim bulunduğumuz dönemdeki gözlemlerimiz ve çalışmış olduğum özel hastanede İHH tarafından getirilip tedavi ettiğimiz Libya'lı yaralıların bize olan yaklaşımları oldukça dostane ve olumlu idi. Her ne kadar hükümetimizin dış politikaları muhaliflere istedikleri seviyede katkı sağlamadığı için bazı olumsuz görüntüler ortaya çıksa da bunun uzun vadeli olarak çok önemli olmadığına inanıyorum.

Türkiye özellikle son yıllarda sağlık alanında oldukça önemli adımlar atmış, sayısal olarak yetersiz olsa bile kalifiye sağlık çalışanı açısından oldukça önemli bir yol kat etmiştir. Hizmet sunumundaki alt yapısı, sağlık eğitimindeki deneyimleri ve yetişmiş kalifiye insan kaynakları açısından Libya'da yapılacak çok şey var. Bu yapılacaklar hem hükümet hem de sivil



toplum örgütleri vasıtası ile yapılabilir. Bizim için en önemli sorun dil sorunudur. Maalesef bizim insanımız lisan açısından maluldür. Libya'da tıp eğitim dilinin İngilizce olması bu konuda bir avantajdır. Bizim gerek sivil toplum kuruluşları gerekse devlet olarak yapabileceklerimizi aşağıda maddelerde açıklamaya çalışalım.

1. Savaştan çıkmış bir ülkede sağlık alt yapısının yeniden toparlanana kadar yerel otoritelerle işbirliği yapılarak temel sağlık hizmetlerinin aksamaması için gönüllü çalışmalar başlatılabilir. Bu konu ile doğrudan ilgisi olmamasına rağmen içinde bulunulan durumu anlatmak için bir örnek vermek istiyorum. Şu anda Libya'da muhaliflerin kontrolünde bulunan bölgelerde ihtiyaç duyulan maddelerden biri de biçerdöver makinalarıdır. İlk başta bizim için hayati ihtiyaç olmayan günlük yaşamımızda aklımıza dahi gelmeyecek olan bu makine, ülkede tarım devamını sağlayacak; belki de insani krizi önleyecek bir ihtiyaç ve hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu açıdan baktığımızda sanitasyon, aşılama, gebe takip ve doğum hizmetleri, diyaliz gibi bazı hizmetlerin devamı için projeler yapılmalı ve hayata geçirilmelidir. Bu konu ile ilgili bazı çalışmalar şu anda yabancı NGO'lar tarafından yürütülmektedir. Örnek olarak Misrata'da bir doğum hastanesinde MSF (Sınır Tanımayan Doktorlar) örgütü çalışmaktadır.

2. Gerek İHH gerekse Türk Hükümetinin Libya'dan yaralı getirme çalışmaları insani açıdan oldukça takdire şayandır. Fakat bu yaralıların bir kısmının takibini yapan bir hekim olarak şunu belirtmeliyim ki bu oldukça pahalı ve tıbbi sonuçları açısından yüz güldürücü değildir. Çünkü bu hastaların sosyal ihtiyaçları vardır ve bizden farklıdır. Hastanemizde tedavilerini

yaptığımız hastalar için Arapça yayın yapan televizyon kanalları kurduk ve özel menü yaptırдық. Ayrıca savaş yaralanmaları epidemiyolojisine göre ilk müdahaleleri yapılan bu hastalar ciddi plastik ve rekonstrüktif cerrahi ve rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadırlar. Gene yukarıda belirttiğim gibi yoğun bakım, anestezi, ortopedi gibi branşlarda gerek hemşirelik gerekse hekimlik anlamında kalifiye sağlık çalışanı ve kaliteli tıbbi hizmete ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sorunu aşmak için Türk Kızılay'ının ve diğer STK'ların Bingazi'deki bir hastanenin ortopedi ve plastik cerrahi kliniklerinin işletilmesi ve rehabilitasyon programlarının başlatılması gibi bir çalışmayı üstlenmesi, yapılacak en güzel çalışmalardan biri olacaktır. Her kesimden insan savaş mağduru olduğu için bu çalışma Türkiye aleyhine olduğu söylenen olumsuz kanaatleri de dağıtacaktır.

3. Savaş ve olağanüstü hal nedeniyle kesintiye uğrayan sağlık eğitiminin devamı için gönüllü öğretim elemanları Libya'ya gelebilir. Eksik olan alanlara öncelik verilerek eğitimin kesintiye uğramaması sağlanabilir. Ayrıca şu anda eğitimi devam eden öğrencilerin eğitimleri ülkemizde misafir öğrenci olarak devam edebilir.

4. Tıbbi malzeme ve ilaç talepleri yerinde değerlendirilerek böyle durumlarda ihtiyacın arttığı anestezi ilaçları, narkotik ağrı kesiciler ve NSAİD ağrı kesiciler, antibiyotikler, hayati öneme haiz ilaçlar, ortopedik malzemelerde görülen eksikliklerin tamamlanması sağlanmalıdır. Burada, taleplerin doğrudan yerine getirilmesi yerine ihtiyaçların yerinde tespit edilmesine yönelik bir saha koordinatörüyle çalışması daha doğru bir yöntem olacaktır.

5. Hasar görmüş sağlık alanları ve mekânlarının yeniden onarılması, bu mümkün değilse yeni binaların yapılması ve donatılması yine yapılabilecek çalışmalardır. Fakat bu faaliyetler için sıcak çatışmaların durması ve ülkede güvenli bir ortam oluşturulması gerekmektedir.

Sonuç

İnsani yardımda taraf olunmaz. Çatışan tarafların kendi siyasetleri, çıkarları ve hesapları olabilir. Bize düşen kalıcı dostlukların olduğu doğru insani yardımı ulaştırmaktır. Tıbbi yardımlar, merkezi hükümetlerin desteği ile gerçekleştirilir. Bu konuda yapılacak olan çalışmalar hangi taraftan olursa olsun sivil insanlara gidecektir. İnsani yardımlarda size ihtiyaç duyanlar sadece savaşın ve olağanüstü halin yaşandığı ülkenin vatandaşları olmayabilir, değişik nedenlerle olaylar esnasında orada bulunan başka ülke vatandaşları da bu hizmete ihtiyaç duyabilir. Libya, sıcak çatışmaların içinde bizden çok uzaktaki olmayan bir coğrafyadadır. Uzun vadeli olarak Sağlık Bakanlığı'nın, dolayısıyla Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin benzer insani yardım projeleri Libya'da yaşanan travmanın acılarını azaltabilecek, yaralarını saracaktır. Bu projeler ciddi anlamda zarar gören sağlık yapısının organize edilmesi ve toplumun bireylerinde meydana gelen fiziksel hasarların rehabilitasyonu projesidir. Bu açıdan benim şahsi kanaatim, Türkiye, Libya'nın ihtiyaçlarına cevap verecek alt yapısı ve kaynaklarıyla bu konuda en avantajlı ülkedir. Batılı NGO'lar sahada olmalarına rağmen hiçbir Batılı ülke, yukarıda bahsettiğimiz projeleri devlet seviyesinde gerçekleştirecek bir insani vicdana sahip değildir. Bu durum, Libya için büyük bir şanstır.

Prof. Dr. Erdal Akalın: Geleceğin hekimi takım oyuncusu, lider ve karar alıcı olmalı

Röportaj: Ömer Çakkal

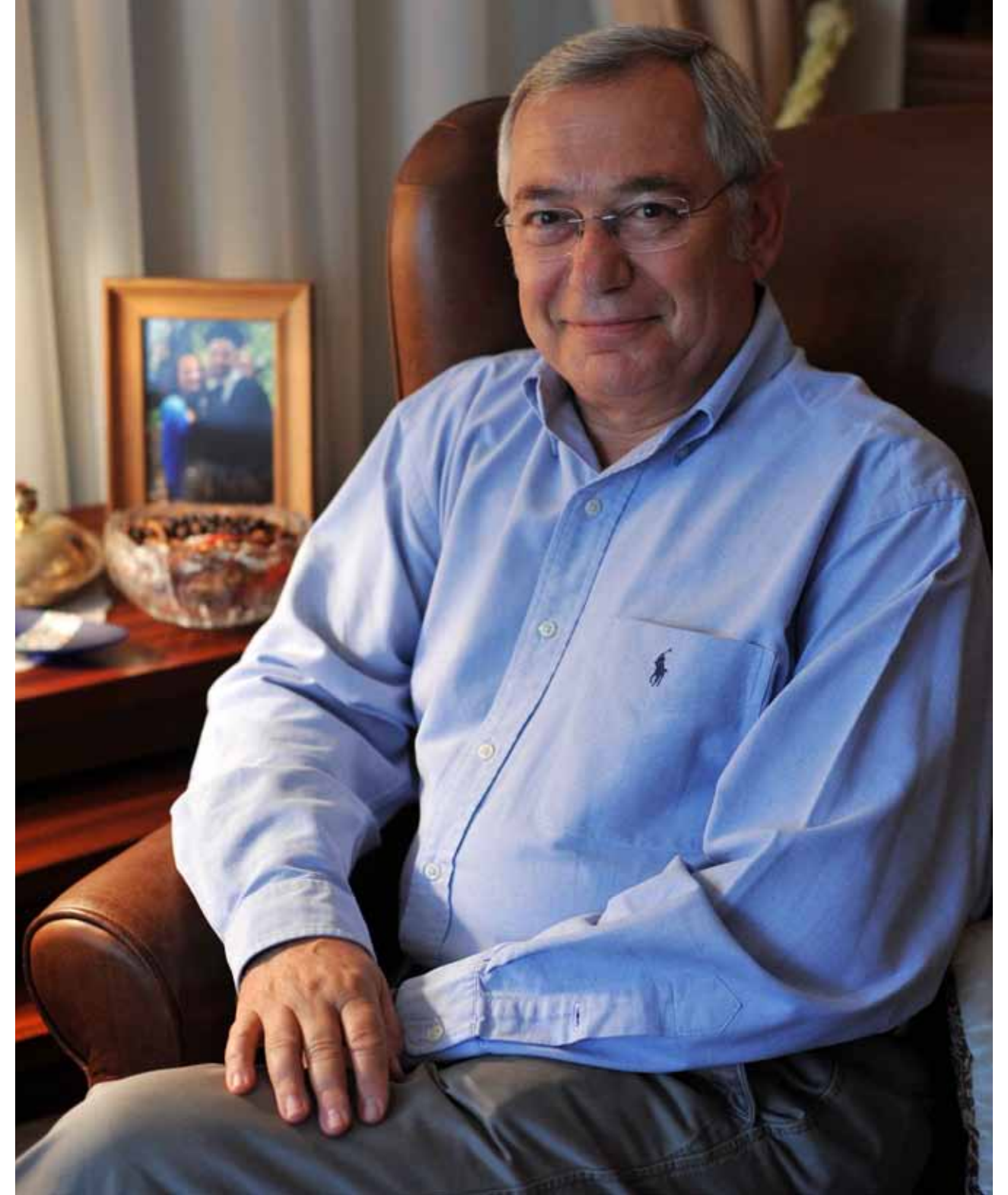
Ülkemizde iç hastalıkları denince akla gelen ilk isimlerden biri olan Prof. Dr. Erdal Akalın, 40 yılı aşkın kariyerinde ABD'de ve Türkiye'de sürdürdüğü akademisyenliği, ilaç sektöründe yürüttüğü araştırmacılığı, üniversite kuruculuğu gibi birbirinden farklı alanlarda hep başarılı işlere imza attı. Amatör bir enstrümanist, profesyonel düzeyde bir fotoğrafçı, iyi bir aile babası, paylaşımcı bir lider, takım oyuncusu, vizyoner... Pek çok altın bileziği olan Erdal Akalın Hoca, Ramazan ayının hemen öncesin-

de Kadıköy, Şaşkınbakkal'daki mütevazı ama bir o kadar da hayranlık uyandırıcı evinin kapılarını SD'ye açtı. Hocanın büyüleyici aurası, bilhassa yolun başındaki biz gençler için müthiş ufuk açıcı nitelikte.

“Ne kadar hasta baktığın değil, seni geçen kaç kişi yetiştirdiğin önemli”

İmrenilecek bir kariyeriniz var. Bu kariyerin temelini atan öykünüzü dinlemek istiyorum sizden. Erdal Akalın'ın öyküsü ne zaman, nerede başladı?

Ben 27 Mayıs 1946 doğumluyum. Doğum yerim Konya. Annem Konyalı bir ev hanımı, babam ise Bolulu bir subaydı. Ben doğduğumda babam Bandırma'nın Debleke Köyünde imiş ve ben de kırkım çıktıktan sonra oraya gitmişim. Babam subay olduğu için ülkemizi epey gezdim. İlkokul 1. sınıfı 3 ayrı okulda, 3 ayrı ilde Çankırı, Ankara-Samanpazarı ve Bursa'da okudum. O zaman yılda 3 kez karne alınırdı, ben de o yıl her karne dönemini başka bir okulda tamamladım. Ortaokulu Sarıkamış'ta başlayıp Isparta'da tamamladım. Isparta'da başladığım liseyi Konya'da bitirdim.



Liseden sonra hemen tıbbı mı kazandınız?

Şöyle oldu: Benim idealim İTÜ'de Mimar-Mühendislik okuyup inşaat mühendisi olmaktı. Ama liseden sonra AFS bursu kazanarak bir yıl Amerika'da lise 4. sınıf eğitimine devam ettim. Ben Amerika'da olduğum için, tercihlerimi annem ve babam yapmıştı. En başa Hacettepe Tıbbi yazmışlardı. Böylece 1964 yılında Hacettepe'de eğitime başladım. Burada belirtmek istediğim bir şey var: Ben ilkokulda iken babam yedek subayların içinde dil bilen biri varsa benim ondan İngilizce dersi almamı sağlardı. O yüzden çok erken yaşta dil öğrenmeye başladım. Aynı şekilde müziğe ilgim de çok erken yaşta başladı. İlkokulda mandolin çalıyorum. Daha sonra başka enstrümanlar çaldım ve akordeonda karar kıldım ve bir grup kurdum.

Anlaşılan sizinle biraz da müzik üzerine konuşmam gerekecek...

Bilmiyorum konuşacak kadar var mıdır. Anne babam beni kendilerinden daha iyi yetiştirmeye çalıştı. Biz de çocuklarımızı hep bizi geçsinler düşüncesi ile yetiştirmeye çalıştık. Ben hocalık yıllarımda da tek bir amaçla yanıma öğrenci kabul ettim: Beni geçecek mi? Ki öğrencilerimden elle gösterilecek insanların hepsi beni geçmiş durumda. Bunu da Amerika'daki hocamdan öğrendim. Dahiliye ve enfeksiyon uzmanı hocam George Jackson, her zaman, “Ne kadar hasta baktığın ve yayın yaptığın değil, seni geçen kaç kişi yetiştirdiğin önemlidir” derdi.

Devam edelim. 1970'de Hacettepe Tıbbi bitiriyor ve ABD'ye gidiyorsunuz. Hem iç hastalıkları, hem de enfeksiyonda çift ihtisas yapıyorsunuz.

Ardından Hacettepe'ye dönüyorsunuz ve öğretim üyeliği yaparken ardından tekrar ABD'ye dönüyorsunuz. Nasıl oldu, bir değişim programı mıydı?

Uzmanlık sonrası Türkiye'ye dönmemin nedenleri ailemin burada olması, askerlik vaktimin gelmesi ve ülkemde çalışma isteğimdi. Ben Hacettepe'ye çok bağlıydım. Biz Hacettepe'de, ABD'de eğitim alıp ülkesine dönmüş olan genç bir ekipten eğitim aldık. Çoğu, abimiz ve ablamızdı. Burada 5 yıl görev yaptıktan sonra eşimin ikinci ihtisasını ABD'de yapma isteği ve hocam George Jackson'un benden yardım istemesi nedeniyle ABD'ye tekrar döndüm. 2 yıl orada “öğretim üyesi nasıl olunur, yetişkin eğitimi nasıl verilir ve idareci nasıl olunur” konularını öğrendim.



Fotoğraflar: Sedat Özkömeç

1900'lerin ilk çeyreğinde hasta olanlara tanı koyardık ama elimizde pek bir şey olmadığı için tedavi yerine dua ederdik. 1940'lardan 2000'lere kadar teşhis ettiğimiz hastalıkları tedavi etmeye de başladık. Günümüzde artık tıbbi sorunu çıkmadan önce riski yüksek kişileri tespit etmemiz lazım. Tedavi etmek önemli değil, çünkü tedavi pahalı bir şey. Ülkemizde organ nakli çok az. Ama hücreyi yenilediğimizde belki de organ nakline de ihtiyaç kalmayacak. Enformasyon teknolojisi ve elektronik hasta kaydı da çok önemli. Son olarak hasta güvenliği ve kalite iyileştirme konusu var.

ABD'deki tecrübenizin ardından tekrar Hacettepe'ye döndünüz ve enfeksiyon ünitesini kurdunuz. 1983'ten 1994'e kadar Hacettepe'de çalıştıktan sonra İstanbul'da oldukça da uzun süre çalışacağınız bambaşka bir işe girişiyorsunuz. İlaç sektöründeki işiniz nasıl başladı hocam?

Emekliliğime 8 ay kala Hacettepe'den istifa ettim. Çocuklarımızın bizden daha iyi eğitim almasını istiyorduk ve İstanbul'daki bazı okullar gerçekten çok başarılıydı. İlaç sektöründen bana gelen teklif çok farklıydı ve benim için de çığır açıcı idi. İlaç keşfi ve geliştirilmesi, sağlık politikaları ve akademi ile ilişkiler bir demet halinde sunuldu bana. Bu imkânı bana sunanlara şükran borçluyum.

Ve siz Pfizer'de çalışmaya başlayıp 13 yıl dünyayı gezdiniz. Neler yaşadınız?

Seyahatler, konuşmalar, konferanslar, organizasyonlar ve yeni ilaç geliştirme çalışmaları ile dopdolu geçti. 4 Türk, antibiyotik mükemmeliyet merkezini kurduk ve ben hem idari yönetici olarak hem de bilimsel danışman sıfatıyla Japonya'dan Arjantin'e kadar pek çok ülkede bulundum. Sadece Türkiye'de değil, dünyada da bazı yenilikleri bu grupla birlikte başlattık ve uyguladık. Bu dönem benim için sağlık politikaları konusunu öğrenme, sağlık sistemlerini ve sağlık eğitimini karşılaştırmak için büyük bir fırsat oldu.

Eşiniz bu süreçte Marmara Tıp'taydı sanırım...

Evet, eşim 1994 sonbaharından itibaren Marmara Üniversitesi'nde öğretim üyesi

olarak görevini sürdürdü. Akademik kariyerinin getirdiği tüm görevleri üstlendi.

Peki, ilaç sektöründe çalışıp dünyayı gezip tanıdığınız uzun yılların ardından bu kez de özel bir üniversitenin kuruluşuna yardımcı oldunuz. Hatta Rektör Yardımcılığı da yaptınız. Biraz bundan bahseder misiniz?

Acıbadem Üniversitesi'nde bir çalışmamız oldu. Acıbadem'in Rektörü, arkadaşım Prof. Dr. Necmettin Pamir ile grubun başkanı Mehmet Ali Aydınlar Bey, 2000'li yılların başında sağlıkta kalitenin yükseltilmesi noktasında bir dizi çalışmalara girişmiş ve üniversite için adımlar atmışlar. Ben de o yıllarda kalite noktasında çalışıyorum. Hastanede hafta sonları kalite ile ilgili konferanslar vermeye başladım. Ardından da 2007-2009 arasında 2 yıl üniversitenin kuruluş çalışmalarına destek verdim.

Şu an, yaptığınız her şeyden emekli olduğunuz diyebilir miyiz?

Tam sayılmaz. Evet, 2,5 yıl önce üniversite-deki görevimden de ayrıldım ama ben halen "hayır" demesini öğrenebilmiş değilim. Çağrıldığım her yere konuşmacı olarak gidiyorum. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi'nde hastane enfeksiyon kontrol ekimliği konusunda ders veriyorum. 2009-2011 arasında Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği'nin Başkanlığı'nı yaptım. Avrupa İç Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Enfeksiyon Hastalıkları derneklerinde görevlerim var. Onun dışında bol bol fotoğraf çekiyorum.

“Türkiye’de sağlıkta ulaşılabilirlik arttı ama verimlilik düştü”

Hocam teşekkür ederim. Buraya kadar sizi tanımaya yönelik konuları konuştuk ve izin vererseniz şimdi bu cildi kapatıp yeni bir cildi açalım. Önce genel perspektifinizi öğrenme adına sormak isterim, sizce 21. yüzyılda tıp nereye gidiyor?

Teşekkür ederim. 5 tane ana konu var: Birincisi günümüzde artık tıbbi sorunu çıkmadan önce riski yüksek kişileri tespit etmemiz lazım. 1900'lerin ilk çeyreğinde hasta olanlara tanı koyardık ama elimizde pek bir şey olmadığı için tedavi yerine dua ederdik. 1940'lardan 2000'lere kadar teşhis ettiğimiz hastalıkları tedavi etmeye de başladık. Ama şimdi yeni bir devirdeyiz ve hastalık çıkmadan görüp önlememiz gerekiyor. Daha önceki tıbbi toplumsal tıp diyor-duk, buna ise kişisel, koruyucu, önleyici tıp diyoruz. Bunu yapabiliyoruz çünkü artık genleri biliyoruz. Genom projesi bu yolu açtı bizlere. Birincisi bu. İkincisi koruyucu ve önleyici uygulamalar performansın ana hedefi olmaya başladı. Tedavi etmek önemli değil, çünkü tedavi pahalı bir şey. Üçüncüsü rejeneratif tıp. Duyuyorsunuz işte organ transplantasyonlarını. Ülkemizde organ nakli çok az. Ama hücreyi yenilediğimizde belki de organ nakline de ihtiyaç kalmayacak. Dördüncü olarak enformasyon teknolojisi ve elektronik hasta kaydı çok önemli. Elektronik verilerin kullanılması çığır atlattı. Karar destek sistemleri ile donatılmış elektronik sağlık kaydı sistemlerini kurmak milyarlarca dolarlık yatırım gerektiriyor. Türkiye bu konuda emekleme döneminde bile değil. Son olarak hasta güvenliği ve kalite iyileştirme konusu var. Şu anda dünya genelinde sağlıkta korkunç bir israf var. Amerika'da israf oranının yüzde 45 olduğu söyleniyor. Türkiye'de ne kadar olduğunu bile bilmiyoruz. Geleceğin tıbbını bu beş sacayağ üzerinde görüyorum.

Bu genel fotoğraf içinde Türkiye'deki manzara odaklanacak olursak neler söylersiniz?

Tüm dünyada insanların sağlık hizmetlerinden memnun olması için sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir, kaliteli ve verimli olması lazım. Geçmişte Türkiye'de sağlıkta ulaşılabilirlik sorunu vardı. Bugün doktor ve hastaneye daha kolay ulaşılabilirlik var. Ancak sistem aile hekimliği üzerine kurulmaya çalışılmıştı, buna rağmen aile hekimliğinin atlanıp hastanelere gidilmesi sorunu var. Ulaşılabilirlik arttı ama verimlilik düştü. Hasta, uzman hekime de kolay ulaşılabilirliğini görünce öncelikle uzman hekimi ve hastaneyi tercih ediyor. Bu tür sağlık hizmeti sunumu ise daha pahalı. Kronik hastalıklarla ilgili kriterlere bakıldığında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çalışmalara rağmen kaliteli sağlık hizmeti sunumunda bir sıkıntı olduğu görülüyor. Diyabetik hastaların kontrolü ile ilgili veriler Avrupa'da en yüksek HbA1C düzeylerinin bizde olduğunu gösteriyor. Hiper-

tansif hastalarda yapılan çalışmalar tedavi gören hastalarda bile kontrol altında olan oranının oldukça düşük olduğunu gösteriyor. Şimdi kalite ve verimliliği çok ciddi sorgulamamız lazım. Bakın Amerika sağlığa korkunç paralar harcıyor. Yılda 2,5 trilyon dolar harcıyor. Ama Avrupa'da yarısı kadar, üçte biri kadar harcayan yerden daha kötü sağlık sonuçları var. OECD ülkeleri arasındaki yer iyi değil. Demek ki sadece para harcamakla olmuyor bu iş. Önemli olan sağlık hizmetini verimli sunmak. Eğer gereksiz harcama yapıldığı kanıtlanıyorsa sağlık harcamalarında kısıtlama yapılmalı. Ülkemizde kısıtlama yapılıyor ama israf önlenemiyor. Kronik hastalıklarla odaklanmamız lazım. ABD'de 45 yaşına kadar ortalama yıllık sağlık harcaması 4500 dolarken 65 yaş üzerinde bu rakam 10 bin doların üzerine çıkıyor. Yaşamın son yılında ise 20 kat artıyor. Ülkemizde nüfusun ekonomimize getireceği yükü iyi hesap etmemiz lazım. Her hastanede her branşın çıkması yerine bazı branşların ağırlıkta olduğu hastanelere ve hatta mükemmeliyet merkezlerine yönelim gerekiyor.

Hastane enfeksiyonları kontrolü noktasında neler söylersiniz?

Belli sıkıntıları aşmanız için bir kültür değişikliği yaşamamız gerekiyor. Kurslarda, dersleri anlatırken görüyoruz, hasta güvenliği, enfeksiyonlar ve kalite gibi konuları tıp fakültesi müfredatına eklerseniz bu sorunu çözebilirsiniz. Ancak bu konuları derslerde işleyen tıp fakültesi sayısı bir elin parmakları sayısını geçmez. Bu konuların sürekli gündemde kalmasını sağlamak ve daha da önemlisi tüm sağlık çalışanlarını hesap verebilir kılmak gerekir. Hastane enfeksiyon kontrolü bir takım işidir, takım kültürünü sağlayamadan bu konuda başarılı olmak çok zor. Başarılı örnekleri incelediğimiz zaman bu kültürü değiştirebilen kurumları görüyoruz.

Bugünün Türkiye'sinde durum ne?

Daha iyi ama daha kat edilmesi gereken çok yol var. Hala bazı enfeksiyonlarda, örneğin ventilatöre bağlı pnömonide büyük sıkıntılarımız var.

Türkiye’de antibiyotik kullanımı hakkında neler söylersiniz? Çok ve yanlış mı tüketiyoruz?

Evet, ama bu sorun sadece bize ait bir sorun değil. Tüm dünyada en fazla suistimal edilen ilaçlar antibiyotiklerdir. Çok fazla kullanıyoruz. Hastayı mutlu etmek, kendimizi mutlu etmek için antibiyotik kullanıyoruz. Bakın İngiltere'de gidin bir çocuk bölümüne, orada kocaman yazıyla, *“Hey anne, hey baba! Eğer çocuğun ateşi varsa ve ona antibiyotik yazılmışsa, ‘Niye antibiyotik verdin?’ diye sor.”* yazar. Bizde kimse ‘Niye verdin?’ diye sormaz, ancak ‘Niye vermedin’

Geçmişte Türkiye’de sağlıkta ulaşılabilirlik sorunu vardı. Bugün ulaşılabilirlik arttı ama verimlilik düştü. Hasta, uzman hekime de kolay ulaşılabilirliğini görünce öncelikle uzman hekimi ve hastaneyi tercih ediyor. Bu tür sağlık hizmeti sunumu ise daha pahalı. ABD’de 45 yaşına kadar ortalama yıllık sağlık harcaması 4500 dolarken 65 yaş üzerinde bu rakam 10 bin doların üzerine çıkıyor. Yaşamın son yılında ise 20 kat artıyor. Ülkemizde nüfus giderek yaşıyor. Yaşlanan nüfusun ekonomimize getireceği yükü iyi hesap etmemiz lazım.

diye sorulur. O yüzden eğitim, eğitim, eğitim...

“İyi bir hekim, ancak iyi bir insandan çıkar”

Hekimlerin bugününü ve geleceğini nasıl görüyorsunuz?

Bugünün ve geleceğin hekiminin; 1. Takım oyuncusu olması lazım. 2. Ne zaman ve nasıl lider olması gerektiğini öğrenmesi lazım. Biz bunların hiç birini tıp fakültelerinde anlatmıyoruz. 3. Hekim artık mesleki doyumdan uzaklaştı. Mesleki doyumun geri gelmesi lazım. 4. Hekim otonomisi artık tamamen kayboldu. Bu biraz iyi, biraz kötü bir durum. Evet, hasta ile birlikte karar verilmeli ama hekim karar alabilme motivasyonunu yenisinden kazanabilmelidir. Amerika’da da bu konu yeniden tartışılmaya başlandı. *“Zor kararlarda hekimin ağırlığı öne çıksın”* önerisi gündemde. Bunların dışında hekim ücretlerinde tüm dünyada geriye gidiş var. Nöbet sisteminin güçlükleri konusu var.



Bugünün ve geleceğin hekiminin; 1. Takım oyuncusu olması lazım. 2. Ne zaman ve nasıl lider olması gerektiğini öğrenmesi lazım. 3. Hekimin mesleki doyumunun geri gelmesi lazım. 4. Hekim karar alabilme motivasyonunu yeniden kazanabilmeli. Hekim ücretlerinde tüm dünyada geriye gidiş var. Nöbet sisteminin güçlükleri konusu da var.

İç hastalıkları uzmanlığının gidişatı ve tıpta uzmanlaşma hakkında düşünceleriniz neler?

İç hastalıkları uzmanlığının gidişatı kötü. Çünkü herkes uzmanlaşmanın üstüne uzmanlaşıyor. Genel dahiliye yapacak hekimin sayısı her geçen gün azalıyor. Bu tüm dünyada böyledir. Benim de içinde bulunduğum Avrupa ve Amerika İç Hastalıkları Dernekleri bu konunun çözülmesi için oldukça gayret sarf ediyor ama çözümü zor. Kardiyoloji, göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları gibi özellikle bazı iç hastalıkları dallarının kendi başlarına ayrılmaları Avrupa'da da, bizde de önemli güçlüklerle yol açıyor. Ülkemizde sevk zinciri uygulaması başladığı zaman, ikinci basamakta iç hastalıkları uzmanlarına görev verilirse, o zaman bu dalın önemi yükselir. TIHUD'un iki temel prensibini hatırlamak gerekir, İç Hastalıkları Uzmanı Erişkinlerin Doktoru ve İç Hastalıkları Uzmanı Kronik Hastalıkları Koordinatörü.

Türkiye'de kaç tane dahiliye doktoru var?

6600 civarında iç hastalıkları uzmanı var. Bunların 1700'ü İstanbul'da.

Vizyon sahibi hekimlik nedir hocam?

Bunu bilmiyorum ama bence kurumların vizyonu olmalı ve hekimler bu vizyona ayak uydurmalı.

Uluslararası düzeyde rekabete açık hekim Türkiye'de yetişiyor mu?

Hayır, genel olarak hayır. Evet, bu tür hekimler var ama oransal olarak yetersiz. Çünkü lisan bilen hekim sayımız gün geçtikçe azalıyor. Bizim zamanımızda tercüme tıp kitabı yoktu. Artık var. Bunu bilim adamı sayımızın arttığına, eğitim kalitemizin yükseldiğine bağlamak isteyenler olabilir, saygı duyarım. Ancak tüm dünyada bilim ortaktır, uygulama yereldir. Bu nedenle bizlerin, hekimlerin, bilimi orijinal dili ile izlememiz daha uygundur, kanımca.

Çözüm ne, İngilizce tıp eğitimi mi?

Tıp eğitiminin İngilizce olması şart değil. Zaten öğrenci tıp eğitimine kadar dil öğrenmeden gelmişse ondan sonra dil öğrenmesi çok zor. Ülke olarak çocuklarınıza lisan öğretmiyoruz. Sorun buradan kaynaklı. Yabancı dil eğitiminin okul öncesi eğitimde başladığı ülkeler bu konuda çok başarılı, Hollanda gibi.

İyi bir hekimi bir cümle ile nasıl tarif edersiniz?

İnsan. İyi bir hekim, ancak iyi bir insandan çıkar. Kişinin hümanist değerlerinin çok yüksek olması lazım. Ondan sonrası bol bol çalışma ve beceri ile ilgili.

“Ülkemizde STK’lar yeterince profesyonel değil”

Türkiye'deki sağlık sistemi orta ve üst gelir dilimindeki halk için tatmin edici mi?

Sadece orta üst gelirli kişiler için değil, tüm toplum için düşünelim. Ben vatan-da olsam yani hekim olmamın fırsatını kullanmasam ve büyük bir devlet hastanesinin dahiliye bölümüne gitmiş olsam benim için hiç tatmin edici olmaz. Hekim-hasta ilişkisinin en önemli unsuru iletişimdir. Bu iletişim için yeterince vakitiniz yoksa istediğiniz kadar iyi tanı koyucu, tedavi edici hekim olun, hastanıza ne yapması gerektiğini anlatamazsınız. Bugün uygulanan sistemde hekim-hasta iletişimi için yeterli süre yok. Bu süreyi arttırmadıkça sağlık hizmetinin kalitesini yükseltemezsiniz. Maalesef Dünya Bankası desteklediği her projede öncelikle ulaşılabilirlik öneriyor. Bence kalitenin mutlaka beraberinde olması gerekli. Kalite sonradan düzeltilmez.

Bir hasta muayene sırasında kaç dakikalık bir görüşmenin ardından tatmin olur?

Dünya Sağlık Örgütü diyor ki, *“Bir hekimin bir hastaya ayırması gereken minimum zaman asgari 15 dakikadır.”* Avrupa ülkelerinde en kısa süre İngiltere'de, genel pratisyenlerin sürekli baktıkları hastalara ayırdıkları süre, 8 dakika. Onun dışında tüm ülkelerde 18 ila 30 dakika arasında değişiyor. Amerika'da

kronik hastalıklı ve kanser tanısı almış hastalarda ilk görüşme süresi 30-45 dakika. Diğerlerinde 12-20 dakika.

10 yılda bir farklı bir alanda lider olmak, o alanda ekol kurmak şeklinde bir vizyonunuz varmış. Bu vizyonu anlatabilir misiniz?

Şöyle, Amerika'daki Hocam George Jackson, *“Her 5 yılda bir stratejik planını yenile”* derdi. Ben mümkün olduğunca alan değiştirdim. Böylece hem yenildim, hem de daima geliştim.

Dernekler ve STK'lardaki görevleriniz size ne kattı?

Sorunları daha iyi anlamamı sağladı. Ülkemizde STK'lar yeterince profesyonel değil. Bütün yükün birkaç kişinin üzerine yüklendiği bir form doğru değil. Amerikan İç Hastalıkları Derneği'nin Yönetim Kurulu Başkanı dışında bir de ceosu var ve o bu göreve Harvard'daki görevini bırakarak geldi. Ve o kadar önemli bir iş yapıyor ki. Sağlık politikalarını onlar üretiyorlar. Derneklerin daha katılımcı olmaları gerekiyor. Yönetim kurulu başkanları ve üyelerinin bu görevleri uzun süreler yapıyor olmasını sorguluyorum. Aynı dalda birden fazla dernek olması belki demokratik bir şey ama meslek grubunun gücünü parçalıyor.

Kaç yıldır fotoğraf çekiyorsunuz?

30 yıldır. Ama son birkaç yıldır daha yoğun çekiyorum.

Ya müziği ilginiz...

Şu an daha çok dinliyorum. Uzun zamandır enstrüman çalmıyorum ama biraz üzerinde dursam sanırım gene çalabilirim.

“Hekimlik duygusallığını gün geçtikçe kaybediyor”

Aile kurumuna çok önem verdiğiniz söyleniyor. Aile kurumu hakkında düşünceleriniz neler?

“Evi kuran kadındır” ya da “her başarılı erkeğin arkasında bir kadın vardır” derler. Bizde de öyle, ta en başından beri görevlerini bilen, sorumlulukları paylaşan ve çocuklarının gelişimini önde tutan bir çift olduk. Her şeyi paylaştık.

Liderliği evinizde nasıl uyguluyorsunuz?

Eşit. Zaman zaman birinin daha öne çıkması lazım. Biz de hep öyle yaptık.

Sizin, “Seni seviyorum, teşekkür ederim, özür dilerim” demesini bilmeyen bir millet olduğumuz için geri kalmış bir toplumuz” şeklinde bir sözünüz varmış. Bu cümleyi açabilir misiniz?



46-47 sene önce başladığım yolculuk ile bugünkü yollar çok farklı. Bunu tek ben değil, birçok arkadaşım hissediyor. Öğretmenlik, hekimlik, bunlar çok duygusal yönü olan meslekler ve hekimlik duygusallığını gün geçtikçe kaybediyor. Hala bir hastaya yardımcı olduğunuz zaman büyük bir haz alabilirsiniz ama yakında hekimlerin “benim hastam”, “benim servisim” diyebilecek durumda olamayacağından korkuyorum.

“Geri kalmışlığımızın nedeni bu” dedim, *“Bu cümleleri kullanmayı sevmiyorum.”* dedim. Biz dünya standartlarına bakıldığında geri kalmış bir toplum değiliz. Bu cümleleri veya sözcükleri kullanmak bence insanları yüceltir. Karşı-sındakine değer verdiğini gösterir. Düşünün biri size bir hizmet sunuyor, teşekkür bile etmiyorsunuz. Bence doğru değil. Komşusunu tanımayan, çalışma arkadaşına *“Günaydın”* demeyen bir toplum düşünmüyorum. Çalışırken sabah erken çıkardım evden, sokakta ilk karşılaştığım kişiler hep çevredeki apartman görevlileri olurdu. Hepsine *“Günaydın”* derdim. Önce şaşırdılar, şimdi hepsi ile çok yakınız. Bu da beni mutlu ediyor.

Klasik bir soru olacak ama tekrar dünyaya gelseniz gene tıp doktoru olmak ister miydiniz? Gene iç hastalıkları mı tercih ederdiniz?

Klasik bir cevap ama evet. Ama bugünkü zamanda dünyanın her hangi bir yerinde hekimlik yapmak ister miydim, bunun çok ciddi sorgulanması lazım. 46-47 sene önce başladığım yolculuk ile bugünkü yollar çok farklı. Bunu tek ben değil, birçok arkadaşım hissediyor. Öğretmenlik, hekimlik, bunlar çok duygusal yönü olan meslekler ve hekimlik duygusallığını gün geçtikçe kaybediyor. Hala bir hastaya yardımcı olduğunuz

Tohum ve toprak

Yrd. Doç. Dr. Hasan Körkaya



1967 yılında Konya, Kadınhanı'nda doğdu. 1986 yılında Kadınhanı İHL., 1993'te İstanbul Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi'nden mezun oldu. 1993-1996 yılları arasında 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak çalıştı. Hindistan, Yeni Delhi'de biyoteknoloji alanında yüksek lisans, moleküler biyoloji alanında doktora yaptı. 2000 yılında ABD Atlanta Eyaleti'nde düzenlenen uluslararası bir kongrede hepatit alanındaki araştırması mükemmellik ödülü aldı. 2002-2005 yılları arasında Van Adel kanser araştırmaları merkezinde postdoktoral çalışmalarını yürüttü, ardından Michigan Üniversitesine geçerek kariyerine araştırmacı olarak devam etti. 2010 yılında Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dâhili Tıp Bilimleri Bölümünde Yardımcı Doçentliğe getirildi. 2011 yılında İstanbul Medipol Üniversitesine öğretim üyesi olarak atandı. Halen üniversiteden görevli olarak ABD'de Michigan Üniversitesi Kanser Araştırma Merkezi'nde araştırma yürütmektedir. Dr. Körkaya evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Dünya Sağlık Örgütü bu yıl yayımladığı raporda, dünyadaki kanser vakalarının 2020 yılına kadar yüzde 50 artacağını öngörmüştür. Bu rapordaki bir başka ilginç bulgu ise, gelişmekte olan ülkelerdeki kanser oranlarının, hızla gelişmiş ülkelerdekine ulaşmasıdır (1). Bu ürkütücü küresel artış, hem ülkelere hem de o ülkelerin tıp fakültelerine yeni sorumluluklar yüklemektedir. Bu sağlık sorununa köklü çözümler bulmak için, özellikle Amerika Birleşik Devletleri, Nixon'un başkanlığında 1971'de Ulusal Kanser Yasası çıkarıp kansere karşı ilk savaşı başlatmıştır. Bu

süreçte kanser araştırmalarına büyük kaynaklar ayrılmış ve bunun sonucunda özellikle çocukluk lösemilerinin tedavisinde ciddi ilerlemeler kaydedilmiştir.

Son altı yılı Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde olmak üzere on yıldır Amerika Birleşik Devletleri'nde kanser araştırmaları yapıyorum. Özellikle mevcut tedavilere cevap vermeyen, metastatik kanserleri daha iyi anlamak amacıyla fare modelleri geliştirip alternatif tedavi yöntemleri bulmaya çalışıyorum. Bir örnek vermek gerekirse, maalesef metastatik olan meme kanseri hastalarının sadece % 20'si 5 yıl yasayabiliyor iken

metastaz olmayan hastalarda bu oran % 80'e kadar çıkabilmektedir. Yani daha açık bir ifadeyle metastatik olan kansere 21. yüzyılda bile çare yoktur ve öldürücüdür. Dolayısıyla kanserin tarihçesine baktığında kanser araştırmaları çok eski yıllara dayanmaktadır ve tarih boyunca bilim adamları kanser metastazını anlamaya alışagelmışlerdir. Bu araştırmacılar bir tanesi de Stephen Paget'dir ve 1889'da kanser metastazını açıklamak için "seed and soil" yani "tohum ve toprak" anlamına gelen tezi ortaya atmıştır (2). "Tohum" ile kanser hücreleri arasında hem genetik hem de epigenetik olarak en kapasiteli olanın ve "toprak" ile de bu

kanser hücresi için en uygun ortamı sağlayacak olan organı ifade etmektedir. Bugünkü bilimin ve teknolojinin ulaştığı bu yüzyılda bile bu tez doğruluğunu ispat etmiş ve deneysel olarak kanıtlanmıştır. Onkologların çok iyi bildiği gibi her kanser hücresi metastaz yapmayacağı gibi metastaz yapan her hücre de bazı organlarda üreyip gelişirken diğer organlarda üreme imkânı bulamaz, yani üreyeceği ortam konusunda seçicidir. Bu seçiciliğin nedeni ise bazı organların bu kanser hücrelerinin üremesi için gerekli ortamı (büyüme faktörü, sitokinler vs) sağlamasıdır. Yani bir organ kanser hücresi için gerekli ortamı ve besin maddelerini sağlamıyorsa çorak topraktan farkı yoktur.

Burada bir kıyaslama yapmak gerekirse, bu "tohum ve toprak" tezi aynı zamanda bana Amerika'nın şu an bilim ve teknoloji'deki liderliğini de çok basit manada açıklamaktadır. Dünyanın çok değişik bölgelerindeki kapasiteli insanların "tohum" ülkelerinde yok olup gidecekken ya da kendini geliştirme imkânı bulamayacakken, Amerika'ya yani verimli "toprak"lara gelip çok başarılı birer bilim adamı, doktor, mühendis vb. olmaları hem tohumun hem de toprağın eşit derecede önemli olduğunu bize göstermektedir. Her yıl on binlerce kişinin katılımı ile gerçekleşen American Association for Kanser Research (AACR) Kongresinin katılımcılarının yarısından çoğu dünyanın değişik ülkelerinden olup araştırmalarını ABD'de sürdürmektedirler.

Böyle bir girizgâh yapmamın sebebi, şahsım da dâhil Amerika'yı kendi ülkelere tercih etmiş birçok bilim adamını haklı çıkarmak değildir. Zira basta arz etmeye çalıştığım "tohum ve toprak" tezi, bu vakayı açık bir şekilde izah etmektedir. Sorulması gereken soru, "ABD, değişik ülkelere çok başarılı bilim adamlarına neler sunmuştur ki böylesine bir pozitif beyin göçünü basarmıştır?"

Akademik kariyerime Türkiye'de başlayıp Birleşmiş Milletler'in bursuyla Hindistan'da doktora yapıp Amerika'ya doktora sonrası çalışmaya geldikten sonra burada akademik hayatıma devam ettim. Yaklaşık 10 senedir ABD'deki gözlemlerim sebebiyle bilim ve teknoloji'deki öncülüğünü sanırım daha iyi anlayabiliyorum. Son yıllarda her ne kadar ekonomik krizlerden dolayı inişe geçse de Amerika'yı bilim ve teknoloji için verimli "toprak" yapan yüzlerce sebep sıralanabilir ama bence başarının sırrı, araştırma kaynaklarının sınırsız olmasının yanında, araştırmacıların derinlemesine uzmanlaşması, önyargılardan arınmış olması ve bireyleri veya grupları ötekileştirmeden değişik disiplinlerin ortak çalışmasını gerçekleştirmiş olmalarındadır. Önemine binaen, bilimde uzmanlaşmayı ve önyargısız disiplinler arası ekip çalışmasını, yaşadığım deneyimlerle biraz daha detaylı olarak irdelemek istiyorum. Ayrıca bunun Türkiye'mizde imkânlar ve kay-

nakların daha da iyileştiği şu dönemde ileriye dönük sağlıklı adımların atılmasına yardımcı olacağına inanıyorum.

Bilimin gelişmesinde önyargıların ve bānazlıkların bir kenara bırakılıp başka disiplinlerle işbirliği yapılması, bir konuda uzmanlaşmak kadar önemlidir. Bu kriterleri uygulamanın başarılı sonuçlarını, her alanda olduğu gibi tıp alanında da başta ABD olmak üzere Batı dünyası ve Japonya almaktadır. Bu gelişmeler aynı zamanda insanlığa da önemli hizmetler sunmaktadır. Son yüzyılın özellikle tıp alanındaki birçok keşfi (teşhis ve tanı cihazları, yeni ilaçların bulunması), disiplinler arası işbirliğinden kaynaklanmıştır (3). İmatinip adıyla piyasada satılan ilaç (Gleevec) BCR-ABL Fuzyon Protein'ine karşı geliştirilmiş ve kronik myeloid lösemi (KML)'nin tedavisinde çığır açan bir buluştur. BCR-ABL Fuzyon Geni genetikçiler tarafından keşfedilmiş, moleküler biyologlar tarafından karakterize edilip tirozin kinaz olduğu tespit edilmiş, kimyacılar tarafından kristal yapısı çözülmüş, Gleevec ilacı binlerce kimyasal arasından seçilmiş, in vitro kültürlerde ve fare deneylerinde BCR-ABL proteinini inhibe ettiği onaylanmış ve ardından da onkologlar tarafından KML hastalarında başarıyla kullanılmıştır (4). Bu disiplinler arası çalışmanın sonucunda ortaya çıkan bir başarıdır ve bir tek bilim adamının böyle bir sonuca ulaşması imkân dâhilinde değildir. Bu işbirliği sonucunda ortaya çıkan Gleevec ilacı, hem insanlara hayat verirken hem de aynı zamanda Amerika'nın ilaç firması Novartis'e milyonlarca dolar kâr getirmektedir.

Bu misyona uygun olarak, Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin klinik anabilim dallarında değişik disiplinlerden (mühendis, biyolog, veteriner, matematikçi, kimyacı ve fizikçi vs.) onlarca öğretim elemanı çalışmaktadır. Burada bulunduğum zaman surecinde şahit olduğum canlı bir örnek ise bir onkolog ile bir mühendisin geliştirdiği bir cihazdır. Bu cihaz ile kanserli hastaların kan dolaşımındaki tümör hücrelerinin tespit edilmesi ve karakterize edilmesi mümkün olmuştur. Böyle bir cihazın ne bir mühendis ne de bir onkolog tarafından tek başına geliştirilmesi mümkün değildir ve muhtemelen bu cihaz on yıl sonra Türkiye ya da başka ülkelerde klinik amaçlı kullanılmak üzere satışa çıkarılacaktır.

Veteriner kökenli bir araştırmacı olarak son altı yıldır tıp fakültesinin hematoloji/onkoloji bölümünde dünyaca meşhur bir onkolog olan Max Wicha ile çalışmaktayım. Başladığım yıllarda kendisiyle gününbirlik yaptığımız görüşmelerde bana sürekli metastatik kanserlerin tedavisinde son 30 yılda hiç bir gelişme olmadığını ve bunun en büyük sebebinin metastatik kanserlerin çok iyi anlaşılmadığından kaynaklandığını ve uygun fare modellerinin eksikliğinden bahsedirdi. Bu görüşmelerin ışığında tecrübe ve deneyimlerimi kullanarak geçen yıllarda ekibimle

Amerika'yı bilim ve teknoloji için verimli "toprak" yapan yüzlerce sebep sıralanabilir ama bence başarının sırrı, araştırma kaynaklarının sınırsız olmasının yanında, derinlemesine uzmanlaşırken önyargılardan arınmış değişik disiplinlerin ortak çalışmasına dayanmaktadır.

beraber farelerde metastatik meme kanseri modeli geliştirip primer tümörü metastaza götüren yolları çalışma imkânı bulduk. Daha sonra bu fare modelinden faydalanarak yakında yayımlanacak olan bir çalışmamızda hem tümör metastazından sorumlu yolak ve molekülleri belirledik hem de bu molekülleri baskılayarak metastazı tamamen önlemeyi başardık. Böyle bir çalışmayı ne ben kendi başıma başkalarından soyutlanmış olarak yapabilirirdim ne de Max Wicha yapabiliirdi. Neticede bu sonuç iyi organize olmuş bir ekip çalışmasının güzel bir ürünüdür ve eğer faz 1 klinik denemelerinde metastatik meme kanseri hastalarında da aynı etkiyi gösterirse bu bizleri son derece tatmin edecektir.

Özette ülkemin tıp fakültelerine şunu söylemek isterim: Gelin imkânlarınız ölçüsünde bilimsel ve kalıcı araştırma ekipleri oluşturarak araştırma laboratuvarından hastaya hizmet götürecek şekilde bir yapılanmaya gidip ülkemizde bilimin gelişmesine öncülük edelim. Bunu yaparken de önyargılarınızdan arınıp her disiplinden bilim adamlarını klinik bölümlerde dâhil olmak üzere istihdam edip imkân verelim ki etrafınıza ördüğünüz aşılmaz imkânsız görünen engeller aşılınsın ve Türkiye bu bilimsel yarışta yerini alsın.

Kaynaklar

1) World cancer report. World Health Organization Edited By Bernard W. Stewart and Paul Kleihues

2) Paget, S. The distribution of secondary growths in kanser of the breast. Lancet 1, 571-573 (1889)

3) Committee on Facilitating Interdisciplinary Research, Committee on Science, Engineering, and Public Policy (2004). Facilitating interdisciplinary research. National Academies. Washington: National Academy Press

4) Gleevec: the breakthrough in kanser treatment. Leslie A. Pray. 2008 Nature Education.



Tip eğitimi: Ölçme ve değerlendirmede becerilerin değerlendirilmesi

Dr. Ahmet Murt



1986 yılında İskenderun'da doğdu. Ortaöğrenimini İstiklal Makzume Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. Mayıs 2008'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde öğrencilere yönelik Tıp Eğitimi Kongresi projesini hayata geçirdi. 2008-2009 akademik yılında TurkMSIC Genel Başkanlığı ve Uluslararası Tıp Öğrencileri Birliği Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığı yaptı. Yine aynı dönemde Avrupa Tıp Öğrencileri Birliği'nde (EMSA) tıp eğitimi komitesinden sorumlu yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Kasım 2009'dan bu yana Avrupa Komisyonu destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinin yönetim kurulu üyeliği görevini yürütmektedir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden geçen yıl mezun olan ve zorunlu hizmetini Hakkâri, Yüksekova'da tamamlayan Dr. Murt, halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalında asistan doktor olarak görev yapmaktadır.

Ölçme ve değerlendirme eğitiminin öğrenmeyi teşvik edici olduğu gerçeğinin altını önceden çizmiştik. Sınavların, öğrenmeyi olumlu yönde etkilemesi konusundaki başarısını artırabilmek için ölçme ve değerlendirme unsurlarını eğitsel amaçlara daha

uygun hale getirmemiz önceliklerimiz arasında olmalıdır. Tıp fakültelerinde “müfredat”ın oluşturulması ve geliştirilmesi önem sırasında genelde ön sırada olsa da; öğrencilerin, sınavlarda sorulan bölümlere daha fazla önem verecek olmaları kaçınılmaz bir sonuçtur. Tabi; müfredatın seneler içinde “obezite” sorunu ile karşılaşmasının,

öğrencilere altından kalkamayacakları bir iş yükü oluşturduğu önermesi de yanlış değildir. Bu durumun hiç şaşırılmayacak doğal sonucu da öğrenciler tarafından sadece “işe yarayacak sınavdan daha fazla not alınmasını sağlayacak” bölümlerin önemsenmesi olacaktır. Bu durumda ölçme ve değerlendirmeyi, öğrenmeyi kamçıla-

yıcı bir dinamo olarak kabul etmek eğitsel amaçlarımızla daha fazla örtüşür.

Önceki yazılarımızda “Öğrenmek için değerlendirme” yaklaşımının öneminden bahsetmeye çalışmıştık. Bu yaklaşımın önemsenmesi gerektiğini düşünüyorum. Yalnız; şurası unutulmamalıdır ki; doktorların performanslarına ve yeterliklerine daha fazla odaklanan toplumsal gereklilikler “karar verici - summative” yöntemlerin önemini biraz daha artırır durumdadır. Yazılı sınavların öğrenciler hakkında verdikleri bilgiler çoğu zaman yetersiz kalabilmektedir. Bu yüzden gerek ülkemizde gerekse Avrupa'nın birçok önde gelen fakültesinde “sözlü sınavlar” becerilerin ve klinik yeterliklerin değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Burada şunu not etmemiz gerekir ki geleneksel sözlü sınavlar “güvenilirlik” konusundaki soru işaretleri nedeniyle Kuzey Amerika'da son 20 yıldır neredeyse hiç kullanılmamaktadır. Yetiştirdiğimiz doktorların klinik yeterliliğini doğrulukla ölçebilecek yöntemler konusunda ise geniş yelpazede bir arayış mevcuttur.

Öğrencilerimiz, gerçekten sınavlardan daha fazla puan almalarını sağlayacak bölümlere odaklanıyorlarsa; ölçme ve değerlendirme yöntemlerini, müfredatta ön gördüğümüz öğrenim çıktılarına uygun şekilde yapılandırarak fakültenin eğitim hedeflerine ulaşmasını sağlayabiliriz. Yani ilk bakışta sorun gibi görülen bir durumu, eğitsel çıkarlarımızın lehine çevirebiliriz. Bu bağlamda, sınav içeriklerini dikkatlice tasarlayarak; sınavların öğrenim çıktılarıyla uyum içerisinde olduğu bir planlama yapmak oldukça değerli bir ilk adım olacaktır. Müfredatımızda belirlediğimiz hedeflerin bilgi, beceri ve yeterlikler olmak üzere farklı çerçevelerde tanımlanmış olduğunu hatırlatarak, tüm bunların tek bir sınav biçimi ile ölçülebilmesinin imkânsızlığını özellikle vurgulamak isterim.

Güvenilirlik ve geçerlilik kavramlarına önceden değinmiş olsak da becerilerin değerlendirilmesi ile ilişkilendirerek bazı açıklamalar yapmak yerinde olacaktır. *Güvenilirliğin* tanımının “*öğrencinin bir sınavdan alacağı puanın, aynı konuda (veya alanda) yapılacak bir başka sınavda alacağı puan ile hemen hemen aynı olması*” olduğunu önceden paylaşmıştık. Güvenilirlik bir şekilde deyişle; sınav sonuçlarının aynı şekilde tekrar edebilirliği ya da tutarlı olmasıdır. Becerilerin değerlendirilmesinde güvenilirliği; sınavı yapanın yargıları, kullanılan olgular, adayın heyecanı ve fiziksel koşullar gibi faktörler birincil olarak etkilemektedir. Gelin burada bir adım daha ileriye gidelim ve güvenilirliğin iki alt başlığından; *değerlendirenler arası* ve *olgular arası* güvenilirlikten bahsedelim. *Değerlendirenler arası güvenilirlik*, sınavı yapan farklı

eğitmenlerce benzer notların verilip verilmediği ile ilgilidir. Bu konu, gerek öğrenciler arasında gerekse hocalarımız arasındaki yapılandırılmamış tartışmalarda çokça dillendirilmiştir. Sanıyorum sizler de benim gibi; öğrencinin sözlü sınavdan (veya beceri sınavından) aldığı notu sınavından sorumlu hocası ile ilişkilendirdiğine tanıklık etmişsinizdir. Gerçi öğrencilerimizin kimi zamanlar bu konuda haklı şikâyetlerde bulunuyor oldukları çoğumuza uzak gelen olasılıklardandır (!) Ne var ki, sınavı yapan her bir hocaların öğrenciye yaklaşımında veya sorduğu soruların kapsamında, diğerlerinden farklılık göstereceği su götürmeyecek bir gerçektir. Şurası net bir şekilde görülmüş ki; her biri öğrenciye birer soru soracak şekilde 10 akademisyen tarafından yapılan sözlü sınav, 1 akademisyen tarafından yapılacak 10 soruluk sözlü sınavla göre çok daha güvenilir (veya tutarlı) sonuçlar ortaya koymaktadır. Fakültelerimizin, verdiği eğitimin yanında hizmet sunumu ve bilimsel çalışmalarla içinde bulunduğu yoğunluğunu düşündüğümüzde; her bir öğrenciyi değerlendirmek için 10 akademisyeni hazır bulmamızın güçlüğü hissedilir olsa da buradan çıkarılması gereken ders oldukça basittir: “*Her bir öğrenci için karar verecek akademisyen sayısını imkânlarımız el verdiği ölçüde arttıralım.*” Öğrencilerimizin klinik yeterliğini test ederken, farklı olgulara yönelik yaklaşımlarını tutarlı bir şekilde değerlendirebilmek de önümüzde bir sorun olarak belirebilir. İşte bu sorun net olarak *olgular arası güvenilirlik* alt başlığının çalışma sahasıdır. Klinik yeterliğin daha güvenilir test edilebilmesi için kliniğe yönelik sözlü sınavlarda kullanılan olgu çeşitliliği artırılmalıdır. Bu çeşitliliğin nesnel bir şekilde sağlanabilmesi için farklı olguların yer aldığı istasyonlardan oluşan *OSCE (Objective Structured Clinical Examination)* metodu geliştirilmiştir. Burada olguların çeşitliliğinin sağlanmasına ek olarak unutulmaması gereken bağımsız faktör; öğrenciye her bir olguyla karşılaşmasında yeterli sürenin tanınmasının gerekliliğidir. Bu sınavlarda; öğrencilerimizin becerilerini gösterebilmeleri ve klinik yeterliklerini ispatlayabilmeleri için yazılı sınavlara göre daha fazla zamana ihtiyaçları olacaktır.

Öte yandan *geçerliliğin* tanımının ise; “*sınavın ortaya koymayı amaçladığı bilgi ve becerileri gerçekten ölçüp ölçmediğini değerlendirmek*” olduğunu belirtmiştik. Becerilerin ve klinik yeterliğin değerlendirilmesinde, her bir bileşenin doğru olarak ölçülmesini sağlayacak tek bir metottan bahsedebilmek neredeyse imkânsızdır. Miller'in piramidi, geçerliliğin değerlendirilmesindeki çerçeveyi belirlemesi anlamında bize yol gösterici olabilir (Şekil). 4 katlı bu piramit “Biliyor”, “Nasıl olduğunu biliyor”, “Nasıl uygulayacağını gösteriyor” ve “Uyguluyor” bölümlerinden oluş-

Şurası net bir şekilde görülmüştür ki; her biri öğrenciye birer soru soracak şekilde 10 akademisyen tarafından yapılan sözlü sınav, 1 akademisyen tarafından yapılacak 10 soruluk sözlü sınava göre çok daha güvenilir (veya tutarlı) sonuçlar ortaya koymaktadır. Fakültelerimizin yoğunluğunu düşündüğümüzde her bir öğrenciyi değerlendirmek için 10 akademisyeni hazır bulmamızın güçlüğü hissedilir olsa da buradan çıkarılması gereken ders oldukça basittir: “*Her bir öğrenci için karar verecek akademisyen sayısını imkânlarımız el verdiği ölçüde arttıralım.*”

maktadır. Bu 4 bölümü öğrencilerimizin herhangi bir beceriyi edinmesine uyarlayacak olursak; öğrenci önce bilecek, sonra onun bağlantılarını kurabilecek, daha sonra gözetim altında güvenli bir ortamda nasıl uygulayacağını gösterecek ve en sonunda gerçekten uygulama yetkisine kavuşacaktır. Gerçek hekim adaylarını, gerekse kariyerinin farklı basamaklarındaki hekimleri eğiten tıp fakültesinin hedefi bu piramidin zirvesine bayrağını dikmek olmalıdır.

Geleneksel anlamda mezuniyet öncesi tıp eğitiminde en fazla yoğunlaştığımız bölüm, piramidin tabanıymış gibi durmaktadır. Daha çok teorik bilgileri sorguladığımız yazılı sınavlarımız öğrencinin bildiklerini o kadar derinlemesine test ediyor ki, öğrenciye “biliyor” sertifikasını gönül rahatlığıyla teslim edebiliyoruz. Öğrencilerin bu bildiklerini



Bundan böyle uygulanması konusunda ciddi bir şekilde kafa yormamız gereken bir başka yöntem ise öğrencilerin birbirlerini değerlendirdikleri “*akran değerlendirme sistemi*”dir. Öğrencilerin eğitim sürecinde kazandıkları profesyonel yetilerin kendi arkadaşları tarafından değerlendirilmesi, her bir öğrenci hakkında değerli bilgilere ulaşılmasını sağlamıştır. Bu sistem, klinik yeterliklerin ve her öğrencinin gösterdiği akademik gelişmenin değerlendirilmesi için de kullanılabilir.

problem çözme veya klinik karar verme süreçlerinde ne kadar kullandığının (yani piramidin bir sonraki basamağı nasıl olduğunu bilip bilmediğinin) değerlendirilmesini sağlayabilmek için de sürekli bir çaba içindeyiz. Günümüzde bu aşama için en büyük silahımız sözlü sınavlardır. İşte burada bazı sorunlar karşımıza çıkmaya başlıyor. Çünkü sözlü sınavlar, yukarda da değindiğimiz gibi sınavı yapanın yaklaşımına fazlasıyla bağımlı kalıyor. Belirli bir standarda kavuşturulmamış sorular ve sınava ayrılan vaktin çoğu kez yetersiz olması, sözlü sınavların güvenilirliğini zedeliyor. Ayrıca özellikle klinik yeterliği test ederken, bir veya en fazla iki olguyla öğrencinin konuya hâkimiyeti ile alakalı genellemeler yapmak yanlış çıkarımlara neden olabiliyor. Çünkü öğrencinin farklı becerileri içeren her olguya yaklaşımı farklılık göstermektedir. Swanson, bir sözlü sınavda öğrencinin yeterliği hususunda gerçeğe en yakın genellemeyi yapabilmek için, -buraya lütfen dikkat-, 12 - 16 arasında farklı olguya yer verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Sözlü sınavların bu karmaşık yapısı, piramidin ikinci basamağının da yazılı sınavlara konu olmaya başlamasına yol açmıştır. Yazılı sınavlarda kullanılan klinik senaryolarla öğrencinin klinik yaklaşımı değerlendiril-

mek istenmiş ve sınav soruları üzerine ayrıntılı çalışmalar sonucunda başarılı sonuçlara ulaşan soru kalıplarına da ulaşılmıştır. Ülkemizde de son yıllarda artan oranlarda; bu soruları yazılı sınavlarımızda görmekteyiz. Elbette yapılması gereken; çok daha iyilerini ortaya koymaktır. Nitekim dikkatsiz bazı yaklaşımlar birinci ve ikinci basamağın birbiriyle karıştırılmasına sebep olabilmektedir. Yani siz öğrencinin “klinik bağlantıların nasıl olduğunu bilip bilmediğini” ölçmeye çalışırken, aslında sadece “bildiğini” ölçer durumda kalabilirsiniz. Vaka çözümü sorularında sadece ipuçlarını verip öğrencinin tanıya ulaşmasını istemek yerine, vakanın klinik bağlantılarını sorgulayarak bu sorunu rahatlıkla aşabilirsiniz. Fakültelerde eğitimsel açıdan çok riskli yaklaşımlardan biri de sözlü sınavların, öğrencinin o dersten geçmesine veya kalmasına karar verecek statüye sahip olabilemesidir. Bu kadar büyük bir yetki, ancak güvenilirliğinden şüphe etmediğimiz metotlara verilmelidir.

Eğitim konusunda iddialı olan fakültelerin, bayrağı, piramidin en tepesine dikmeyi başarabilmesi gerekir. Burada durum çok bilinmeyenli denklem haline dönüşebilir. İkinci basamağın henüz istenilen seviyede olmadığından bahsederken, üçüncü ve sonra dördüncü basamakta yapılması gerekenlere değinmeye çalışmak kolay bir iş olmayacaktır belki. Açıkça söylemek gerekirse, için bu kısmı ne kadar karmaşık görünse de umut vermektedir. Çünkü fakültelerimizin özellikle birinci aşamada (yani piramidin tabanında, temelinde) üzerine düşen görevi etkili bir şekilde yapabildiğini düşünüyorum. Piramidin tabanı bu denli sağlam olarak muhafaza edildiği sürece, üst parçaları oluşturmaya çalışmak anlamlı olacaktır. Sadece üst basamaklardaki eksiklerimize odaklanarak, onları geliştirmeye çalışırken birinci basamaktaki güçlü yapımızı kaybedersek o gelişmeler pek bir anlam taşımazlar. Tabanı çürüten ve bu sebeple birkaç vadeye kadar yıkılma tehlikesi ile yüzleşecek olan piramit kime ne fayda sunabilir ki?

Üçüncü basamak, öğrencinin “in vitro” performansdır. Yani öğrencinin, belirli bir beceriyi gerçek hayatta uygulamadan önce gözetim altında nasıl uygulayacağını göstermesidir. Kuzey Amerika’da çoktan terk edilmiş olsa da Avrupa’nın birçok fakültesinde ve ülkemizde eğitsel standarda kavuşturulmamış gerçek hastalar klinik yeterliğin test edilmesinde kullanılmaktadır. Belirtmeden geçmeyelim; bu yaklaşımın doğruluğu ve güvenilirliği Avrupa’daki birçok fakültede tartışılmaktadır. Hasta başında öğrencinin alacağı anamnezi ve semptomlara yaklaşımını yapacağı fizik muayene ile ilişkilendirerek değerlendirilen bu yöntem, çoğu kez ikinci - üçüncü basamak arasında gidip gelmektedir. Bizler öğrencinin performansını

gözetim altında test etmeye çalışırken, sadece topladığı ipuçlarıyla kurduğu klinik bağlantıları değerlendirmekle kalıyor olabiliriz. Bu da, sınavı yapanların kendilerini geliştirerek aşmaları gereken bir sorundur. Yine, sadece bir olgu kullanarak öğrencinin klinik performansı ile ilgili genellemeler yapmak, başka bir yanlıgı kaynağıdır. Öğrencinin performansını doğrudan gözlemlemedikçe ve daha fazla olgu bulunduracak şekilde zaman ayarlaması yapılmadıkça, bu yöntem güvenilirliğini her geçen gün daha fazla yitirecektir.

Üçüncü basamaktaki bu sorunun aşılması için bir alternatif olarak ortaya çıkan *OSCE*, bugün kabul görürlüğünü oldukça artırmıştır. Adaylar birçok olguyu barındıran farklı istasyonlardan geçmekte ve bu sayede becerileri geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir. OSCE; birçok farklı olguya yer vermesi ve kişiye bağımlı olmayan yapılandırılmış değerlendirme yaklaşımı ile güvenilirliğini iyice artırmıştır. Ancak, bu yöntem simüle hastaların dahil edilmesi ve öğrencinin performansını doğrudan gözlemleyecek bir ekibin var olması gerekliliği ile yoğun bir iş gücünü gerektirmektedir. Ayrıca diğer yöntemlere göre nispeten daha pahalıdır. Güvenirliliği oldukça yüksek olmasına rağmen, bir defada fazla sayıda olgu ile karşılaşan öğrencinin bazı becerilerinin değerlendirilmesinin atlanması gibi durumlar, yöntemin yönetilmesinde dikkatli olunması gereken hususlardandır. İstasyonlarda neden gerçek hastaların kullanılmadığı da yerinde bir tartışma konusudur. “*Simüle hastaları mı, yoksa gerçek hastaları mı kullanalım?*” sorusuna net bir cevap verebilmek de güçtür. Ne var ki, gerçekten nesnel bir sınav yaptırmak istiyorsak, hastanın (veya hasta rolünde olanın) her defasında (her öğrenciye) aynı hikâyeyi vermesi, aynı yakınmalarından bahsetmesi ve aynı ruh durumunu yansıtması gerekir. Bunu sağlayabilmek; eğitimden geçmiş simüle hastalarla çok daha mümkün olacaktır.

Bundan böyle uygulanması konusunda ciddi bir şekilde kafa yormamız gereken bir başka yöntem ise öğrencilerin birbirlerini değerlendirdikleri “*akran değerlendirme sistemi*”dir. Öğrencilerin eğitim sürecinde kazandıkları profesyonel yetilerin kendi arkadaşları tarafından değerlendirilmesi, her bir öğrenci hakkında değerli bilgilere ulaşılmasını sağlamıştır. Bu sistem, klinik yeterliklerin ve her öğrencinin gösterdiği akademik gelişmenin değerlendirilmesi için de kullanılabilir.

Oldukça yeni olan bir diğer yöntem ise 2000’lerin başında Charlin ve arkadaşları tarafından geliştirilen “*Script Concordance Test – SCT*”dir. Bu metot, hekimlerin kendilerine özgü bulgularını işlemekten geçirmeleri ve klinik problemin çözümünü sağlamaları sayesinde

uzmanlıklarını geliştirdikleri hipotezin-den yola çıkan “script (kişisel senaryo)” teorisine dayandırılmıştır. Bu yöntemde, tanısı belirsiz bir klinik olgu yazılı bir şekilde eş zamanlı olarak öğrencilere ve uzmanlara sunulur. Öğrencilerin ve uzmanların verdikleri cevapların uyumu (concordance) karşılaştırmalı olarak değerlendirilir. Bu sayede öğrencinin klinik yorum kabiliyeti ortaya konmuş olur. Yapılan araştırmalar yöntemin güvenilirliğinin tatmin edici seviyede olduğunu göstermiştir.

Piramidin son basamağı ise; öğrencinin gerçek hasta ile kendi başına karşı karşıya geldiğinde becerilerinin ve yeterliliğinin ölçülmesidir. Simüle hastalarla oluşturduğumuz OSCE’nin güvenilirliği tatmin edici olsa da gerçek durumlar, üçüncü aşamada üstün başarı göstermiş öğrenciler için dahi zorlayıcı olabilmektedir. Hayalini kurduğumuz (en tepeye bayrağı dikmeyi bulundurduğu kariyerinin farklı noktadaki hekimlerin farklı olgulara yaklaşımını düzenli bir şekilde ölçebilmesi ve her bir olgu içerisinde öğrencilerin (ve hatta uzmanlık öğrencilerinin) katkılarını değerlendirebilen bir klinik ortamı oluşturmalıdır. Piramidin tepesi, eğitimde kendini başarılı saymak isteyen bir tıp fakültesinin mutlak hedefi olmalıdır. Öte yandan bu sadece bireysel tıp fakülteleri ile sınırlı kalmamalı, konuya ülke çapında yapılandırılmış bir yaklaşım sergilenebilmelidir. Bilgi ve becerilere bu şekilde kademeli bir yaklaşım mezuniyet öncesi eğitimin bir dönemi-ne uyarlanabileceği gibi aşamalar dikey olarak birden fazla seneye de yayılabilir. Fakülteler en uygun yol haritalarını kendi gelenekleri ve müfredat yapılarıyla çizebilirler.

Kaynaklar

Arnold L, Shue CK, Kalishman S, Prislin M, Pohl C, Pohl H, Stern DT. Can there be a single system for peer assessment of professionalism among medical students? A multi-institutional study. *Academic Medicine* 2007; 82(6): 578-586

Charlin B, Roy L, Brailovsky C, Goulet F, van der Vleuten C. The script concordance test: A tool to assess the reflective clinician. *Teach Learn Medicine* 2000; 12: 189-195

Dauphinee D. Determining the content of certification examinations. In: Newble D, Jolly B, Wakeford R. *The certification and recertification of doctors: issues in the assessment of clinical competence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994: 92-104

Harden RM, Gleeson FA. *ASME Medical Education booklet no 8: assessment of medical competence using an objective structured clinical examination*. J Medical Education 1979; 13: 41-54

Anahtar konular	Önemli not
Karar verdirici/şekillendirici değerlendirme (summative / formative)	Sınavın amacı açıkça belirlenmiş olmalıdır.
Tasarlama (Blueprinting)	Sınav, öğretim çıktılarıyla uyumlu olarak tasarlanmalıdır.
Geçerlilik	Her bilgi, beceri ve yeterlik için en uygun sınav yöntemini seçtiğimizden emin olalım.
Güvenilirlik	Özellikle kliniklerde, farklı becerilerin ölçülmesini sağlayacak olgu sayısı çoğaltılmalıdır. Becerileri değerlendirirken sınav süresi de önemli bir konudur. Ayrıca becerileri değerlendirecek hoca sayısı uygun olarak belirlenmelidir.
Standartların belirlenmesi	Her beceri sınavı için, asgari gereklilikler ve sınavın tamamlanacağı seviye belirlenmiş olmalıdır.

Miller GE. *The assessment of clinical skills/ competence/performance*. *Academic Medicine* 1990; 65: 563-67

Murt A. *Tıp Eğitimi: Ölçme ve Değerlendirme; öğrenmek için değerlendirme*. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 18.Sayı

Murt A. *Tıp Eğitimi: Ölçme ve Değerlendirme; öğrenmenin değerlendirilmesi*. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 19.Sayı

Newble DI, Swanson DB. *Psychometric characteristics of the objective structured clinical examination*. *Medical Education* 1996; 22: 325-34

Swanson DB. *A measurement framework for performance based tests*. In: Hart IR, Harden RM, eds. *Further developments in assessing clinical competence*. Montreal: Can- Heal, 1987: 13-45



Şekil: Miller'in piramidi

Şişmanlık: Genetik miras mı yaşam tarzı mı?

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Pertevniyal Lisesi'nin ardından 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında doçent, 2008 yılında profesör oldu. 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliğine atandı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. Halen Endokrinoloji ve Metabolizma Klinik Şefi olan Dr. Altuntaş, Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır. Ulusal ve uluslararası pek çok dergide makaleleri yayımlanan, birçok derneğe üyelikleri bulunan Altuntaş, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Kronik bir hastalık olan obezite basitçe yağ dokusunun artışı olarak tanımlanabilir. Bu tanım yetişkinler için pratik olarak vücut kitle indeksi (VKİ) üzerine kurulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Obezite Danışma Kurulu hastalığı VKİ'ine (vücut ağırlığının metrekare cinsinden boy uzunluğuna bölünmesi) göre sınıflandırma sistemi geliştirmiştir. Buna göre, VKİ 25-29.9 kg/m2 arası olanlar kilolu, 30kg/m2 ya da daha yüksek olanlar ise obezite olarak değerlendirilir.

Obezite global olarak epidemik oranlara ulaşmıştır ve tüm dünyada prevalansı son 15 yılda giderek artmaktadır. Gelişmiş sanayi ülkelerinde kilolu ve obez oranı %35-45 arasındadır. Sonuçta büyük bir halk sağlığı ve aynı zamanda ekonomik bir sorundur.

Obezite şu anda tüm dünyada insan sağlığını tehdit eden en ciddi sorunlardan biri olarak gündem oluşturmıştır. Artık bir salgın gibi değerlendirilen şeker hastalığı gelişmesinde de çok

önemli rol oynamaktadır. Obezite giderek hem sağlık hem de sosyoekonomik olarak ciddi tehdit oluşturacak düzeye gelmiştir. Gelişmiş ülkelerdeki toplam sağlık hizmetleri tüketiminin yaklaşık %4-8'inin obeziteye bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Obezlerde vücut ağırlığındaki her 1 kg artış, diyabet sıklığını %5 artırmaktadır. Günümüzde diyabet ise dünyanın her yerinde en önemli sağlık sorunlarından biridir ve beşinci ölüm nedenidir. Dünya Diyabet Federasyonu (IDF) ve Uluslararası Obezite Çalışma Birliği'ne (IASO) göre dünya-

da 1 milyar erişkin fazla kilolu olup bunların 300 milyonu şişmandır ve 1.7 milyar kişi Tip 2 Diyabet gibi fazla kiloyla ilişkili kronik hastalık riski altındadır. Tüm dünyada 1 milyarın üzerinde kilolu erişkinin olduğu ileri sürülmektedir. Bunun 300 milyonu obezdir. Avrupa Birliği'nde 200 milyon üzerinde kilolu veya obez erişkin olduğu hesaplanmaktadır. Yine 3 milyon okul çocuğunun obez olduğu ileri sürülmektedir. Dünya çapında 200 milyon kişi diyabetiktir ve bu sayı önümüzdeki 30 yıl içinde büyük olasılıkla iki katına çıkacaktır. Ülkemizde 12 milyon obez, 17 milyon da kilolu bireyin olduğu tahmin edilmektedir. Obezitenin salgın halinde artış göstermesi ve yaşamı kısıltması kronik bir hastalık olarak kabul edilmesini ve de tedavi edilmesini zorunlu kılmıştır.

Ağırlık artışı, genetik zemin ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşime bağlıdır. Genetik eğilimli bireylerde modern çevresel faktörler obezite oluşmasına yol açmaktadır. Artan refah seviyesinin, hayatın kolaylaşmasını sağlayacak her gelişmenin bedeli az veya çok kilo artışıdır. Fast food türü hazır gıdaların fazlaca tüketilmesi, karbonhidrat açısından zengin, yüksek glisemik indeksli gıdalar ile beslenme şişmanlamaya yol açan önemli beslenme faktörlerindendir. Kan şekerini hızla yükselten karbonhidrat içeriği yüksek gıdalar yüksek glisemik indeksli gıda olarak adlandırılır. Bu tür gıdalar hızla insülin hormonunu uyarak kilo alımına yol açarlar. Bu nedenle kan şekerinin yavaş olarak yükselmesini sağlayan düşük glisemik indeksli gıdalar önerilir.

Obezitenin monogenik formları (tek gene bağlı obezite formları) nadir olup cinsiyet hormonlarında azalma ile birliktedir. Bu tür obezite obezite-hipogonadizm sendromları olarak adlandırılır. Tek gene bağlı olmayıp birden fazla genin etkin olduğu (poligenik) yaygın obezite de ise obezite ve yağ dağılımı ile ilişkili 40'dan fazla genetik yapı belirlenmiştir (1). Yaygın obezite yani poligenik obeziteye sahip insanlarda genetik zeminin vücut ağırlığındaki değişimin %40'ından sorumlu olduğu hesaplanmıştır (2). Nadir görülen obezitenin monogenik formları dışında esas sık görüleni poligenik olanıdır. Bu poligenik obezite genlerinin araştırılmasında, iki farklı yaklaşım uygulanmıştır. Birincisi, biyolojik rollerinin temelinde obezitede rolü olabileceği düşünülen aday gen çalışmaları, diğeri ise linkage analizleri ile yapılan genom boyunca taramalardır. Sonuç olarak bulunan mutasyonlar, obezite olgularının küçük bir kısmını açıklamaktadır. Bu alanda, obezitenin gelişimine ilişkin diğer genlerin bulunduğu kromozomal bölgeleri ortaya çıkarmak için çok sayıda polimorfik markerlerin kullanıldığı genom tarama çalışmalarına ihtiyaç vardır. Çevresel faktörlerden

en önemlileri yanlış, dengesiz beslenme ve hareketsizliktir. Obezitenin oluşmasında, azalmış enerji harcanmasının artmış gıda alımından daha önemli bulunmuştur. Hollanda da orta yaşlı erkeklerde yapılan bir çalışmada azalmış enerji harcanmasının kilo artışının yarısından sorumlu olduğu gösterilmiştir (3).

Obezite sıklığında son 25 yıl içerisinde meydana gelen artış, enerji alımının artmasına, fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak çevresel faktörlerdeki değişikliklerden kaynaklanmaktadır (4). Her türlü hareketsiz yaşamın örneğin televizyon seyretmenin obezite ve diyabet riskini artırdığı gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada 2 saatlik televizyon seyretmenin obeziteyi % 23 diyabeti ise % 14 oranında artırdığı ileri sürülmüştür (5). Gözden kaçan çevresel faktörlerden biri de psikolojik veya psikososyal streslerdir. Modernite stresi de beraberinde getirmiştir. Psikolojik stres iştah mekanizmasını ve metabolizmayı değiştirerek kilo alımına yol açmaktadır (6). Keza depresyonlu insanlarda kilo alma sık görülen bir durumdur. Besinler ile genler arasında ilginç bir etkileşim gözlenmiştir. Besinlerle alınan bazı yağ bileşimlerinin şişmanlığa yol açan bazı genlerin yapısında değişikliğe yol açtığı ileri sürülmektedir (7).

Sonuç olarak obezite oluşmasında çevresel faktörler ön planda sorumludur. Genetik durum % 40 oranında sorumludur. Tek başına genetik elverişlilik şişmanlamaya yol açmamakta ancak yanlış ve aşırı kalori ile beslenme ve hareketsizlik gibi olumsuz çevresel faktörlerin eklenmesi şişmanlamaya yol açmaktadır. Fakat fiziksel aktivite veya egzersize karşı isteksizlik eğer genetik bir miras ise beslenme önlemlerine rağmen şişmanlamak kaçınılmaz bir son gibi görülmektedir.

Kaynaklar

- 1) Herrera BM et al. Genetics and epigenetics of obesity. *Maturitas* 2011; 69:41-9.
- 2) Bouchard C, Perusse L. Genetics of obesity. *Annu Rev Nutr* 1993; 3:337-354.
- 3) Prentice AM, Jebb SA. Obesity in Britain: gluttony or sloth? *BMJ* 1995; 311:437.
- 4) Kromhout D. Changes in energy and macronutrients in 871 middle-aged men during 10 years of follow-up (the Zutphen study). *Am J Clin Nutr* 1983; 37:287.
- 5) Hu FB, Li TY, Colditz GA, et al. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA* 2003; 289:1785.
- 6) Spencer SJ, Tilbrook A. The Glucocorticoid to contribution on obesity. *Stress* 2011;14:233-46.
- 7) Stryjecki C, Mutch DM. Fatty acid-gene interactions, adipokines and obesity. *Eur J Clin Nutr* 2011;65:285-97

Dünyada 1 milyar erişkin fazla kilolu olup bunların 300 milyonu şişmandır ve 1.7 milyar kişi Tip 2 Diyabet gibi fazla kiloyla ilişkili kronik hastalık riski altındadır. Dünya çapında 200 milyon kişi diyabetiktir ve bu sayı önümüzdeki 30 yıl içinde büyük olasılıkla iki katına çıkacaktır. Ülkemizde 12 milyon obez, 17 milyon da kilolu bireyin olduğu tahmin edilmektedir. Obezitenin salgın halinde artış göstermesi ve yaşamı kısıltması kronik bir hastalık olarak kabul edilmesini ve de tedavi edilmesini zorunlu kılmıştır.



Zihinsel sağlığımızın izleri adımlarımızda

Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi ilçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. nöroloji kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

"Azaların hareketlerine eşlik etmeden doğan fıkirlere güvenmem."
(Nietzsche)

Bir insan, sağlığının nasıl gittiğini merak ederse ne yapar? Gidip kan / idrar tahlilleri yaptırır, röntgenler ultrason filan çektirir, en basitinden tansiyonu-

nu ölçtürür. Ama ahir zamanda tabiri caizse bu işin de suyu çıktı. Şimdi sağlığımızın ilerde nasıl olabileceği, ne tür riskler taşıdığımızı anlamak için bir takım tuhaf ölçümler moda. Biraz eski kafatası ölçümleri ile zekâ belirleme

yöntemlerini hatırmıza getiren, bazen aradaki ilişkiyi yakalamanın zor olduğu bir takım ölçümler peyda oldu. Mesela kalp hastalıklarını anlamak için göbük çevremizi ölçmek, koroner arterlerimizin genişliğini anlamak için kol boyu-



nun ölçülmesi gibi. Bu konunun ayrıntılarıyla ilgilenenler SD'nin 9. sayısındaki Dr. Yüksel Altuntaş'ın yazısına başvuruabilir.

İşte şimdi de zihinsel durumumuzun geleceğini anlamak için adımlarımıza bakmak gerekiyor. Son yıllarda yapılan çalışmalardan alınan sonuçlara göre yürüme bozuklukları, ileri yaşlarda bunama tablolarının habercisi oluyor. Aslında fiziksel egzersiz ile bunama arasındaki ilişkinin fark edilmesi yürüme ile bunama arasındaki ilişkiyi gösteren araştırmalar ile ortaya çıktı. Ama orada durmuş değil. Bu gün gelinen nokta, orta ve ileri yaşlarda fiziksel egzersizi sürdüren insanların akli melekelerini kaybetme ve bunama risklerinin azaldığı, hatta orta yaşta fiziksel olarak aktif olanların bir nedenle bu aktivitelerinin kaybından sonra da akli melekelerinin en azından daha yavaş kötüleştiği bilgisi. Son dönemde bu bilgiyi destekleyen pek çok "randomize kontrollü" araştırma sonucu ortaya çıktı. Son yayınlar üstüne üstlük son derece teknolojik. Beyinde ve omurilik sıvısından bakılan bunama ile ilişkili bir takım biyolojik belirteçlerin, yani hastalığın gelmekte olduğunu bildiren emarelerin egzersizle azaldığını gösteriyor. Yani doğrudan biyolojik bir düzelme hali bile söz konusu.

İlk araştırmalar doğrudan damarsal mekanizmalar üzerinden lakünlerin, yani kılcal damar tıkanmalarının yürüme bozukluğu ve bunama gelişimi ile yakın bir ilişkililik gösterdiğini söylüyorlardı. Daha çok "beyin sapı" dediğimiz, tüm beyin kabuğundan geçerek vücudumuza, tüm vücuttan gelerek de beynimize giden sinir liflerinin (tabi bacaklarımıza giden hareketle ve gelen duyu ile ilgili sinirlerin geçtiği) çok dar bir alandan oluşan bölgenin damar tıkanmalarının mekanizmada önemini vurguluyorlardı. Fiziksel egzersizin de zihinsel yıkımı ve bunamayı engelleyici etkisinin, inflamasyon, insülin direnci ve ilişkili damarsal hastalıkların egzersiz tarafından azaltıldığı vurgulanıyordu. Ama son dönemde, fiziksel egzersizin sinir hücrelerinin çoğalması ve onların yeni bağlantılar kurmasını arttırdığı, hatta hayvan çalışmalarında Alzheimer hastalığında beyin hücresi hasarına yol açan maddelerin beyinde birikmesini azalttığı bilgileri geliyor. Her ne mekanizma ile olursa olsun öyle görünüyor ki "fiziksel aktivite" çağımızın karşı durulmaz salgını bunamaya karşı bir savunma silahı olma yolunda. Bu durum bugün müthiş bütçelerle yapılan ilaç çalışmaları ve onların fare doğuran sonuçları ile kıyaslanınca insana hem şaşırtıcı bir o kadar da ibretli geliyor.

Buradan hareketle toplum bilincini uyacak birkaç sözün de yeri geldi gibi. Öncelikle son yıllarda hakkında toplumsal bir hassasiyet oluşmuş bulunan

Alzheimer hastalığı, bunamanın en sık olmakla beraber tek sebebi değil. Vasküler demans dediğimiz, beyin damarlarındaki tıkanmalardan kaynaklanan bunamalar, rastlanma sıklığı açısından hemen onun ardından ikinci sırada. Bu bunama biçiminin en sık görüleni oldukça sinsi, yukarıda bahsedilen yürüme ile ilişkili derin beyin bölgelerindeki kılcal damarların da dâhil olduğu tüm beyindeki kılcal damarların yaygın etkilenmesi ile giden tipi. Beyin kılcal damarlarındaki giderek ilerleyen tıkanmalar ani felçlerden ziyade ilerleyici bir bunama, idrar kaçırma ve yürüme bozukluğu ile kendini gösteriyor. Alzheimer hastalığında da bu damarsal sorunlar sıklıkla hastalığın eşlikçisi durumunda. Hastalığın ortaya çıkışının mekanizmalarından birini bu damarsal faktörler oluşturuyor. Bu durumun zeminini de hipertansiyon ve diyabet gibi yaşlı nüfusumuzda sık rastlanılan durumlar oluşturuyor. Bu hastalıkların iyi takip ve tedavi edilmemesi bu kötü sonucu doğuruyor.

Oysa bu hastalıkların iyi tedavi edilmesi, yine orta yaşlarda bu hastalıklardan korunmak için temel sağlık kurallarına uyulması, yani basitçe sigara ve alkol kullanmamak, egzersiz yapmak, aşırı kilolardan kaçınmak hem hipertansiyon ve diyabete karşı, hem de bunlardan geçerek bunamaya giden yolda öyle görünüyor ki çok önemli ve koruyucu önlemler. Üstelik akılda tutmalıyız ki nüfusumuz hızla yaşlanmakta, bu nedenle giderek bu tür hastalıklar bizim için daha ciddi toplumsal sorun haline gelmekte. Öyleyse hep beraber buyurun yürüyüşe, torunu parka götürmeye, bahçe ile uğraşmaya, gidilecek yerlere yaya gitmeye...

Kaynaklar

Altuntaş, Y, Prof. Dr. Mezuralı Hayat, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Aralık-Ocak-Şubat 2008-2009 sayısı.

Gach, P.M. Thompson, A.J. Ho and L.H. Kuller, et al. Physical activity predicts gray matter volume in late adulthood: The Cardiovascular Health Study Neurology, 2010

Lautenschlager NT, Cox KL, Flicker L, et al. Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. JAMA 2008;300:1027-1037

Liang K, Mintun M, Fagan A, et al. Exercise and Alzheimer's disease biomarkers in cognitively normal older adults. Ann Neurol 2010;68:311-318

Middleton LE, Yaffe K. Promising strategies for the prevention of dementia. Arch Neurol 2009;66:1210-1215.

Yaffe K. Biomarkers of Alzheimer's Disease and Exercise: One Step Closer to Prevention. Ann of Neurology 2010; 68:275-76

(...) Oysa bu hastalıkların iyi tedavi edilmesi, yine orta yaşlarda bu hastalıklardan korunmak için temel sağlık kurallarına uyulması, yani basitçe sigara ve alkol kullanmamak, egzersiz yapmak, aşırı kilolardan kaçınmak hem hipertansiyon ve diyabete karşı, hem de bunlardan geçerek bunamaya giden yolda öyle görünüyor ki çok önemli ve koruyucu önlemler. Üstelik akılda tutmalıyız ki nüfusumuz hızla yaşlanmakta, bu nedenle giderek bu tür hastalıklar bizim için daha ciddi toplumsal sorun haline gelmekte. Öyleyse hep beraber buyurun yürüyüşe, torunu parka götürmeye, bahçe ile uğraşmaya, gidilecek yerlere yaya gitmeye...

20. yüzyılın başında Anadolu'da hekimliğin aynası: Hekim dergisi

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 2005 yılından beri Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şefliği'ni yürütmektedir. 9 kitapta editörlük yapan Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi mevcuttur.

On dokuzuncu yüzyılın sonu ve Yirminci yüzyılın başında Osmanlı Devleti'ndeki hekimliğin durumunu anlayabilmek için o dönemde yayımlanan süreli yayınlara ve devlet arşivlerine bakılabilir. O dönemde, Trabzon'da yayımlanan "Hekim" dergisi, bu konuda bize çok önemli bilgiler vermektedir. Bu dergi, bir yandan değişik tıbbi konular hakkında halkı aydınlatıcı bilgiler yayımlamakta, bir yandan halk sağlığıyla ve sağlık politikaları ile ilgili sorunlara eğilmekte, bir yandan hekimlerin sorunlarına ilişkin görüşleri ve çözüm önerilerine yer vermektedir. Dönemin zor şartları altında böyle bir derginin yayımlanması oldukça ilginçtir. Değişik kaynaklarda, Hekim dergisinin Anadolu'da Yayımlanan ilk Türk tıp dergisi / gazetesi olduğu ifade edilmektedir.

Hekim dergisi, Hicri 1326 (Miladi 1908) yılında yayımlanmaya başlamıştır. Dergi kendini, "Umumun sıhhatine ve memleketin kavaid-i sıhhiyesine haddim" yani "Toplumun sağlığına ve ülkenin sağlık kuralına hizmetkâr" olarak tanımlamıştır. On beş günde bir yayımlanan derginin sorumlu müdürü olarak Eczacı Ö. Dursun gösterilirken, başyazar olarak da Doktor H. Eyüp belirtilmektedir. Dergide yer alan çocuk hastalıkları ile ilgili bilgilerin gözden

geçirilmesi, o dönemdeki tıbbi bilgilerin düzeyini göstermesi ve günümüze yansımaları açısından ilginç olabilmektedir. Bu bilgiler, halkın anlayabileceği bir dille anlatılmış ve pratik olarak yapılması gerekenler detaylı bir şekilde ifade edilmiştir. O dönemdeki en önemli sağlık sorunlarının başında salgın hastalıklar gelmektedir. Özellikle Trabzon gibi, ticari hareketliliğin yoğun olduğu şehirlerde, salgın hastalıklar daha fazla önem kazanmaktadır. Kolera, sıtma, veba, çiçek ve frengi gibi salgın hastalıklarla mücadele kapsamında, Karantina teşkilatının kurulması, tebhirhane-nin faaliyete geçirilmesi ve bu konularla ilişkili hekimlerin ve sağlık personelinin görevlendirilmesi, memleket tabipliği, vilayet sıhhiye müfettişliği gibi görevlerin tesis edilmesi, numune hastanesi gibi hastanelerin kurulması, eczanelerin açılması, devletin konuya verdiği önemi göstermektedir. Özellikle çocukları tehdit eden bir diğer salgın hastalık ise kızıldır. Hekim dergisinin 4. sayısında kızıl hastalığı ile ilgili olarak şu bilgiler verilmektedir:

Kızıl (Kırmızıye): Yavrularımızın başına bela olan korkunç hastalıklardan birinci mertebede bulunanı kızıl hastalığıdır. Gerçi kuşpalazı hastalığı daha ziyade tehlikeli ise de bugünkü günde müessir ilacı yani serumu olduğu için buna nispetle ehvendir. İnsan yavrusunun en korkunç geçidi, iki yaşıyla on

yaşı arasındaki zamandır. ... Dünyanın her yanında görülegelen bir hastalıktır. Bazı yerlerde daimi yani yerlidir, bazı yerlerde gelip geçicidir. Böyle gelip geçtiği zaman bazı seneler pek şiddetli gelir. Birçok yavrularımızın sevimli hayatlarını söndürür. Kurban eder. Alıp götürür. Nitekim geçen seneler Trabzon havalisi de epeyce telefât verdi. Bazı seneler de hafif geçer. Bir tutulan bir daha tutulmaz. Tabir-i ahirle, muafiyet verir. Ve çok çabuk bulaşır bir hastalıktır. Kızıl hastalığına tutulmuş bir hastanın kaffe eşyası bulaşıcıdır. Yatak takımları, çocuk oyuncakları, hatta ev kedileri hastalığın mikroplarına birer yuva olmuştur. Bu hastalığın bulaşması o kadar kolaydır ki, postalar vasıtasıyla giden mektuplarla da sirayeti bugün meydana çıkmıştır.

Kızıla uğramış bir çocuğun yanına varılır. Odanın içerisinde birçok tozlar vardır. Hastalığın mikropları bu tozların üzerinde bulunabilir. Oraya giren şahsın elbiseline konar. O şahıs bir başka haneye gider, mikrobu nakleder. Binaenaleyh sonradan gittiği hanedeki çocuk yirmi dört saat veya üçüncü veya yedinci gün hastalığa yakalanır. İşte hastalık mikrobu-nun vücuda girip de hastalığı hasıl ettiği zaman arasındaki vakte (devr-i terfih) namını veriyoruz. Bir de bakarsınız ki, zavallı yavru mahzun, eski neşesini kaybetmiştir. Birkaç saat sonra vücuduna bir titreme gelir. Bunu

müteakip çirpınıp duruyor. Kendini öteye beriye atıyor. Sonra elinizi vücuduna dokunursanız, vücudunun ateş gibi yandığını hissedersiniz. Nabızı yüz kırk, yüz elliyi bulmuş ve termometreyi koltuğunun altına koyup bakarsanız ateşi 40-41 dereceye çıkmıştır. Midesi bulanır, yediği yemeği daha sonra yumurta akı, yumurta sarısı kusmağa başlar. Bu sırada bir iki defa amel olur, bazılarında amel olmaz. Ağzını açar bakarsanız dilinin üst tarafı beyaz ve kirli, kenarlarıyla tepesi kıpkırmızı olduğunu görürsünüz. Çocuğun bumunu sol elinizin baş ve işaret parmağıyla hafifçe sıkınız. Zavallı yavru nefes almak için ağzını açacaktır. Derhal sağ elinizde tutmakta olduğunuz madeni bir çorba kaşığının sapını dilinin üzerine basıp boğazına bakarsanız bademciklerin şiş ve kırmızı olduğunu ve bu kırmızılığın gittikçe koyu kırmızı bir renk alarak boğaza, boğazının yelkenine doğru yayılmakta olduğunu göreceksiniz. Çocuk şiddetli bir susuzluk his eder, su ister, suyu içerken boğazının ağrıdığını, sızladığını size söyler. Hatta bazen, suyu bile içemez, su bumundan gelir. Lakırdıyı burundan konuşur. Bir, iki gün sonra dışandan boğazının ön ve yan tarafları ve göğsü kızarır. Bu kızartı evvela ufak ufak lekeler olup bu lekeler yekdiğerleriyle birleşir. Derece derece tekmlil vücudun her tarafına yayılır. O suretle ki yavrucağın vücudunu çıplak yapıp bakarsanız vücudu sanki al kanla bädana olmuştur. Onun için bu hastalığı kırmızı humma diye biliriz. Vücudunun bir tarafına parmağınızı basarsanız muvakkaten bu kırmızılık kaybolur, parmağınızı kaldırdığınızı müteakip kırmızılık yine avdet eder. Bu zamanda dili beyazlığını kaybederek çilek veya kiraz rengi gibi kıpkırmızı olur. Altıncı veya dokuzuncu güne kadar çocuğun boğazının şişi, vücudundaki ateşi, çirpınmalar, sayıklamalar devam eder. Nihayet, vücudunun derisi soyulmaya başlar. Küçük ve bazen büyük pullar şeklinde parçalar düşer. On beşinci gün bu da hitam bulur. Zavallı yavru hastalıktan kurtulur....

Tedavi: Hastanın yanına yanaşmamak ve hastalığa yakalanan çocuğu derhal diğerlerinden ayırmaktır. Soğuk aldirmamak şartıyla hastanın odası serin yani yaz sıcağı derecesinde olması şarttır. Yatağı ve giydiği elbiseyi sık sık değiştirmek lazımdır. Hastanın su içmesine müsaade olunabilir. Yemeği süten başka bir şey olmayacak ve hastalığa tutulur tutulmaz üç yaşına kadar olanlara iki kahve kaşığı hint yağı, üç yaşından yedi yaşına kadar olanlara iki kahve kaşığı, yedi yaşından on yaşına kadar olanlara üç kahve kaşığı hint yağı verilecektir. Çocuğun boğazını süzölmüş limon suyuyla yıkayınız. Veya yüz dirhem sıcak suda üç dirhem asit borik eritiniz. Suda kaynamış ve sonra ateşte kurumuş temiz bir bezi buna batırıp boğazını günde üç dört defa yıkayınız. Bunun yerine yüz dirhem suda bir

dirhem tenkar ettirip kullanılabilir. Veya her vach-i atı mahlulden günde iki defa çocuğun ağzını, boğazını temizlemelidir.... Boğazının her iki tarafına dışardan sıcak suya batırıldıktan sonra suyu sıkılmış sıcak bezler koyunuz. Hastanızı daima yüksek yerde yatırınız. Yukarıda tarif ettiğimiz alametlerden mütefak gördüğünüz hastalık bu suretle şifayab olur. Eğer vücudun ateşi kırk bir kırk ikiyi bulur, nabız sayılamayacak derecede çok olur, çirpınmalar, tepinmeler, yataktan dışarı sıçramalar ziyade olursa derakap yavrunuzu banyo yapacaksınız. Hastayı çıplak olarak boş bir banyo kabı derununa koyacaksınız. Vücudu üzerine yarım dakika sürmek üzere sıcaklığı yirmi dört derecelik suda üç kova dökceksiniz. Yahut hastayı meşin bir karyolada yatırınız. Koku su sirke ilave edilmiş yirmi dört derecelik sudan iki kova miktarı olmak üzere adi yıkanma gibi hastanızı yıkayınız. Hasta ıslak olduğu halde pamuklu bir örtüye sarıp yatağına yatırınız. Üzerini tekrar örtünüz. Veya bu banyoyu hammavî şibh-i tifo hastalığında yaptığımız banyolar gibi yapınız. Banyo suyunun derecesini 24 ediniz. Bir çinko banyo kabını hastanın yatağının yanına getiriniz. Hastayı çırpıplak edep banyonun içine koyunuz. Ve suyun derecesini 21 dereceye indirmek için yavaş yavaş soğuk su ilave ediniz. Soğuk su ilave ettikçe banyodan o miktarda su boşaltınız. Bu kararda boynada on iki dakika tutulmalıdır. Ba'de banyodan çıkartmalı, sonra yün bir örtüye sarıp yatağına yatırınız. Ve kendisine nane veya kahve mu-kavvli veriniz. Bu banyoyu günde dört beş defa tekrar ediniz. İşte fennin ıca-batı olan iş bu tedabire dikkat ederseniz hastanız şifayab olur. Emraz ü tedavî-i etfal tabib-i mütehas-sıs Giresun belediye tabibi Şaban Hil-mi.

Derginin 5. sayısında, "Emzikli valide-lerin gıdası ne olmalı?", 7. sayısında kızamık hastalığı, 9. sayısında boğmaca öksürüğü, 17. sayısında kuşpalazı (difteri), 24. sayısında kabakulak, 23. sayısında yine "boğmaca-horoz öksürüğü" başlıkları altında çocuk hastalıkları ile ilgili detaylı bilgiler verilmektedir. Ayrıca, verem, kolera, çiçek hastalığı, hayvan hastalıkları, parazit hastalıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve cinsel sağlık, aşılar, abortus, sünnet gibi çok değişik konular hakkında da detaylı bilgiler verilmekte, "insan nasıl yaşamalı" gibi konulara da temas edilmektedir. Dergide, değişik tıbbi müstahzarların ilanları ile doktorlara ait ilanlar da yer almaktadır. Yukarıda alınan metinde görüldüğü gibi, kızıl hastalığının semptom ve bulguları oldukça gerçeğe yakın bir şekilde tarif edilmiştir. Ancak hastalık etkenlerinin tam olarak tanımlanamaması ve antibiyotiklerin mevcut olmaması nedeniyle tedaviler, günümüz tedavilerinden tamamiyle farklıdır. Ateş sırasında görülebilecek konvülsiyonlar da gerçeğe

Ülkenin en çalkantılı döneminde Anadolu'da böyle bir derginin yayımlanmış olması gerçekten takdire şayan bir olaydır. O günden bu güne ülkemizde tıp dergiciliğinde önemli gelişmeler meydana gelmiş olmasına rağmen, benzer dergilerin çıkışı ancak çok uzun bir süre sonra mümkün olabilmıştır. Bu bağlamda düşünüldüğünde, Hekim dergisi, tarihimizde bir iftihar vesikası olarak öne çıkmaktadır.

oldukça yakın bir şekilde tarif edilmiştir. Hastalıkların iyileştirilmesi için yoğun gayret gösterildiği aşıkardır. Bulaşıcı hastalıklardan korunmada izolasyon önlemlerinden ve el yıkama-dan bahsedilmesi, şahsi eşyaların kullanımının yasaklanması ve ateşli havale-den korunma önlemlerinden bahsedilmesi, modern tıbbın uygulamaları ile tam bir uyum içindedir. Ülkenin en çalkantılı döneminde Anadolu'da böyle bir derginin yayımlanmış olması gerçekten takdire şayan bir olaydır. O günden bu güne ülkemizde tıp dergiciliğinde önemli gelişmeler meydana gelmiş olmasına rağmen, benzer dergilerin çıkışı ancak çok uzun bir süre sonra mümkün olabilmıştır. Bu bağlamda düşünüldüğünde, Hekim dergisi, tarihimizde bir iftihar vesikası olarak öne çıkmaktadır.

Kaynaklar

Gülten Dinç. Arap harfleri ile Türkçe basılmış tıbbi süreli yayınların incelenmesi ve İstanbul kütüphaneleri tıbbi süreli yayınlar toplu kataloğu (1849-1928), Doktora tezi, İstanbul 1989

Mustafa Çulfaz. Anadolu'nun ilk tıp gazetelerinden Hekim. Serander/Trabzon Tabip Odası yayını, 2007, Trabzon.

İçinden tıp geçen filmler: Patch Adams

Dr. Mahmut Tokaç



1963 Ordu, Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlük yaptı. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olan Tokaç, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim görevlisidir.

*Ne hasta bekler sabahı,
Ne taze ölüyü mezar.
Ne de şeytan, bir günahı,
Seni beklediğim kadar.*

Sahi, Necip Fazıl'ın güzel dizelerinde belirttiği gibi hastalar sabahı beklemekten başka şeyleri de bekler mi? Özellikle de kendini teslim ettiği doktorundan ne gibi beklentisi vardır? İlgî mi, güler yüz mü, hastalığı hakkında yeterince bilgilenecek mi yoksa etkili bir tedavi mi? Tıp fakültesi öğrencilerine ders olarak seyrettirilebilecek bir hekim-hasta ilişkisi sahnesi: Çaresizlik içindeki bir hasta ve karşısında ilgisiz bir doktor. Hastasından başka her şeyle ilgilenen, hastası derdini anlatırken yüzüne bakmayan, kahvesini hazırla-

yan, hastasının dediklerinin bir kelimesini bile anlamayan kötü bir doktor örneği. Ve bu örneğe kızıp farklı bir doktor olmak düşüncesiyle orta yaşlarda olmasına rağmen tıp fakültesine giren aykırı bir karakter. Bu tipi canlandıran oyuncu Robin Williams olunca hem eğlenceli, hem duygulu hem de düşündürücü bir film ortaya çıkıyor. Filmin konusu kısaca şöyle: İntihar eğilimiyle bunalımda olan ve rahatlamak için kendi isteğiyle Fairfax Hospital Psychiatric Ward isimli bir psikiyatri kliniğine yatan kırklı yaşlardaki Hunter Adams, klinikte hastabakıcılar tarafından hastalara uygulanan kötü

davranışlar karşısında hayal kırıklığına uğrar. Bir doktora derdini anlatmak isterse bu kez de ilgisiz bir başka doktorla karşılaşır. Terapi seanslarının monoton ve terapi yapmaktan çok insanları daha da depresyona sokan sıklığı, yaptığı esprilerle değiştirmeye çalışır. Klinikte yatan ve kimseyle irtibat kurmayan Arthur Mendels isimli bir bilim adamının akıtan kâğıt bardağını bir bantla yadığı için onunla dost olur. Bu dostu onu yama anlamına gelen "Patch" diye çağırmaya başlar ve bu takma ad ile meşhur olur. Patch Adams klinikteki hastalarla iletişim kurduğunda onlara faydalı

olduğunu fark ettiği için insanlara faydalı bir doktor olmak amacıyla tıp fakültesine kaydolar. Tıp fakültesinde klinik derslere geçildiğinde, bir hocanın, öğrencileri eşliğinde yaptığı vizit esnasında kadın hastanın yanına geldiği ve gerçekten ibretlik bir başka sahne var. Hoca hastaya selam vermeden ve hatta hastanın yüzüne bile bakmadan mağrur bir eda ile öğrencilere hastanın durumunu anlatmaya başlar: "Bu dolaşım bozukluğu ve diyabetik nöropatisi olan çocuklarda görülen bir diyabet türü. Gördüğünüz gibi bunlar lenfödemli diyabet yaraları ve kangrenin işaretleri." Bu sırada sedyede yatan hasta endişe ile konuşanlardan bir anlam çıkarmaya çalışmakta. Hoca "Sorusu olan?" dediğinde öğrenciler ile arasındaki diyalog: - Osteomyelitis var mı? - Şimdilik hayır. - Tedavisiz? - Kan şekeri dengelenemiyor, antibiyotik düşünülebilir. Amputasyon da mümkün. (Bu esnada hasta korkuyla üzerindeki örtüye sarılır.)

O sırada arka sıralardan bir soru daha gelir: "Adı ne?" Bütün öğrenciler bu anlamsız (!) sorunun sahibini öğrenmek amacıyla arkaya dönerler. Soruyu soran Patch Adams'dır. Sorusunun amacını açıklamak ihtiyacı hissediyor. "Sadece hastanın adını merak etmişim." O zamana kadar hastanın ismini öğrenme ihtiyacı hissetmemiş olan hoca, elindeki dosyadan hastanın adını bulur ve okur. "Margery". Bu bilgiyi alan Patch, hastaya adıyla hitap ederek selam verir. O ana kadar endişe ve korku ile ekibi izleyen hastanın yüzü güler ve selama karşılık verir. Hoca pek hoşnut olmasa da usulen bir teşekkürden sonra hastaya başka bir şey söylemeden başka hastaları dolaşmak üzere devam eder. Çünkü ona göre bu durum hastalarla laubali olmaktadır ve doktorluğa yakışmaz. Yakın arkadaşı Patch'i uyarır. "Buradan atılacak limonata satmak zorunda kalırsın." Yani "Hasta sadece hastadır, hocaların istediği gibi davran, başına bir iş gelmesin." demek ister.

Hastalar doktorlar için sadece "14 numaralı odada yatan hasta" veya "safra kesesinde taş olan hasta" mıdır? O hastaların kimlikleri, duyguları yok mudur? Bir güler yüze, bir tatlı söze hiç mi ihtiyaçları yoktur? Yoksa hastalar da insan mıdır? Bu duygularla tıp fakültesine devam eden Patch Adams, fakültenin sıkıcı ortamını şakalarıyla neşeli hale getirir, yaptığı esprilerle kliniklerde yatan mutsuz hastaları güldürmeyi başarır ancak Ortodoks hocaların hışmından kurtulamaz. Birkaç arkadaşıyla birlikte kendi imkanlarıyla tamiratını yaparak klinik gibi kullandıkları bir çiftlik evinde umutsuz hastalara umut dağıtırken beraber doktorluk yaptığı kız arkadaşının psikiyatrik bir hastası tarafından öldürülmesi üzerine klinikten ayrılrsa da arkadaşlarının ısrarı üzerine tekrar geri döner. Bu arada lisanssız olarak doktorluk yaptığı için tıp fakültesinin kıdemli hocalarından oluşan

bir heyet tarafından sorgulanır. Tamamen bir ders konusu olabilecek bu soru sahnesini aynen aktarmak istiyorum: - Hunter Adams, lisanssız olarak doktorluk yapmakla suçlanıyorsun. Bu çok ciddi bir suçlama evlat. Lisansın olmadan doktorluk yapmanın yasal olmadığını biliyor muydun? - Evet efendim. - Gerekli belgeler olmadan bir klinik işletmenin hem kendin hem de hastaların yaşamını tehlikeye attığını biliyor musun? - Ev bir klinik midir efendim? - (Fakülteden atılması için mücadele eden hocası kalkarak) Hasta kaydı yapıyor ve onları tedavi ediyorsan mekânın hiçbir önemi yoktur. - Efendim, bana tedaviyi tanımlayın. - Tedavi tıbbi müdahale ihtiyacı olan hastanın bakımındır. Hastaları tedavi ettiniz mi Bay Adams? - Eve gelip giden kişilerle yaşıyorum, onlara elimden gelen yardımı yapıyorum. - Bay Adams, çiftliğinizde hastaları tedavi ettiniz mi, etmediniz mi? Söyleyin lütfen. - Çiftliğe gelen herkes bir hastadır, evet. Ve gelen herkes bir doktordur. - Anlamadım. - Çiftliğe gelen herkes bir tür yardıma muhtaçtır. Ya fiziksel ya da zihnen. Onlar hastalarımız. Ama çiftliğe gelen herkes aynı zamanda bir başkasının bakımıyla sorumludur. İster yemek yapmak olsun ister temizlik ya da en azından dinlemekle. Bu da onları doktor yapar. Ben bu terimi geniş anlamda kullanıyorum. Doktorların işi başkalarına yardım etmek değil midir? Ne zamandan beri doktor terimi başka anlamlarda kullanılıyor? Mesela şöyle: "Dr. Joes, ayak tabanlarınız ne harika? Ya da Dr. Peterson, gazınızda koku yok mu acaba? Hangi aşamada, doktor "hastayı tedavi eden güvenilir ve eğitimli bir dost" olmaktan çıktı acaba? Eğer doktorluk yapıp yapmadığımı soruyorsanız, eğer bu ihtiyacı, acısı olanları kabul edip onları umursamak, dinlemek, ateşi düşene kadar kalın giydirmekse, eğer doktorluk yapmak buyrsa, eğer bu bir hastayı iyileştirmekse, o halde ben suçluyum.

- Yaptıklarınızdan doğacak sonuçları düşündünüz mü? Ya bir hasta ölseydi? - Ölümde yanlış olan nedir efendim? Öyleyse korktuğumuz şey nedir? Neden ölüme insanca yaklaşmıyoruz, saygıyla, ılımla ya da belki mizahla? Düşman ölüm değil beyler. Bir hastalıkla savaşmak istiyorsak kayıtsızlık hastalığıyla savaşalım. İnsanların oturumlarını dinledim; kişiselleşmeme ve profesyonel mesafe hakkında. Kişiselleşme kaçınılmazdır. Her insan başkası üzerinde bir etki yapar. Neden bunu hasta-doktor ilişkisinde istemiyoruz peki? Öğretilerinizi dinledim ve bence yanlışlar. Doktorun görevi yalnızca ölümü engellemek değil; yaşam kalitesini de yükseltmek olmalı. Hastalığı tedavi ederken kazanır ya da kaybedersiniz. İnsanı tedavi ederken size garanti ediyorum kazanırsınız; sonuç ne olursa olsun. Bugün bu oda tıp öğrencileriyle dolu. (Dinleyici sıraların-

daki öğrencilere dönerek hitap eder.) Sizi hayatın mucizesine karşı uyuşturmalarına izin vermeyin. Her zaman insan vücudunun görkemi içinde yaşayın. Odağınız bu olsun; iyi not peşinde koşmak değil. Çünkü onlar nasıl bir doktor olacağınıza asla göstermez. - Bay Adams... - İnsanlığınızı yeniden kazanmak için viziteleri beklemeyin. Mülakat yeteneğini şimdiden kazanın. Yabancılarla konuşun. Arkadaşlarınızla konuşun. - Bay Adams... - Hemşirelerle, o muhteşem insanlarla dostluğunuzu geliştirin. Sizi eğitirler. Onlar her gün insanlarla beraberler. Paylaşılabilecekleri engin bilgileri var; tıpkı kalbi taşışamamış saygı duyduğunuz profesörlerinizde olduğu gibi. Şefkatlerini paylaşın, onlara kalbinizi açın. - Lütfen dönüp komiteye anlatın. - (Komiteye dönerek) Efendim, doktor olmayı tüm kalbimle istiyorum. Başkalarına hizmet için doktor olmak istemişim. Bunun yüzünden her şeyi kaybettim. Ama her şeyi kazandım da. Hastaların ve hastane personelinin yaşamlarını paylaştım. Onlarla hem güldüm hem de ağladım. Hayatımda yapmak istediğim tek şey bu. Ve Tanrı şahidimdir, bu günkü kararınız ne olursa olsun, yine de dünyanın görmüş olduğu en iyi lanet olası doktor olacağım; bundan emin olabilirsiniz. Beni mezuniyetten mahrum etme imkânınız var. Beni unvandan ve beyaz önlükten mahrum edebilirsiniz. Ama ruhumu kontrol edemez ve öğrenmemi engelleyemezsiniz; asla bunu yapamazsınız. Seçim sizin. Ya beni tutkulu bir meslektaşınız yaparsınız ya da beni dışlarsınız ama tutkum kalır. Her şartta bir baş belası olarak görüleceğim; bundan eminim. Ama sizi temin ederim başınızdan atamayacağınız bir belayım. - Bitti mi? - Umanım hayır bayım.

Yaptığı bu savunma ile kuruldaki hocaları da etkiler ve fakülteye devam etmesine karar verilir. Sonunda tıp fakültesinden mezun olur ama aynı aykırı tavırlarını mezuniyet töreninde de sergiler...

Afişinde "laugter is contagious" (kahkaha bulaşıcıdır) üst başlığıyla verilen ve Patch Adams isminin altında "based on a true story" yazarak gerçek bir hayattan esinlendiği belirtilen film, Robin Williams hayranlarının sevrekle izleyebileceği bir film olmanın da ötesinde özellikle tıp fakültesi öğrencilerinin mutlaka seyretnmesi gereken bir yapıt.

1998, ABD yapımı
Yönetmen: Tom Shadyac
Yapımcı: Mike Farrell
Görüntü Yönetmeni: Phedon Papamichael
Müzik: Marc Shaiman
Senaryo: Steve Oedekerk, Maureen Mylander
Oyuncular: Robin Williams, Bob Gunton, Philip Seymour Hoffman, Daniel London, Monica Potter
Süre: 115 dk.

