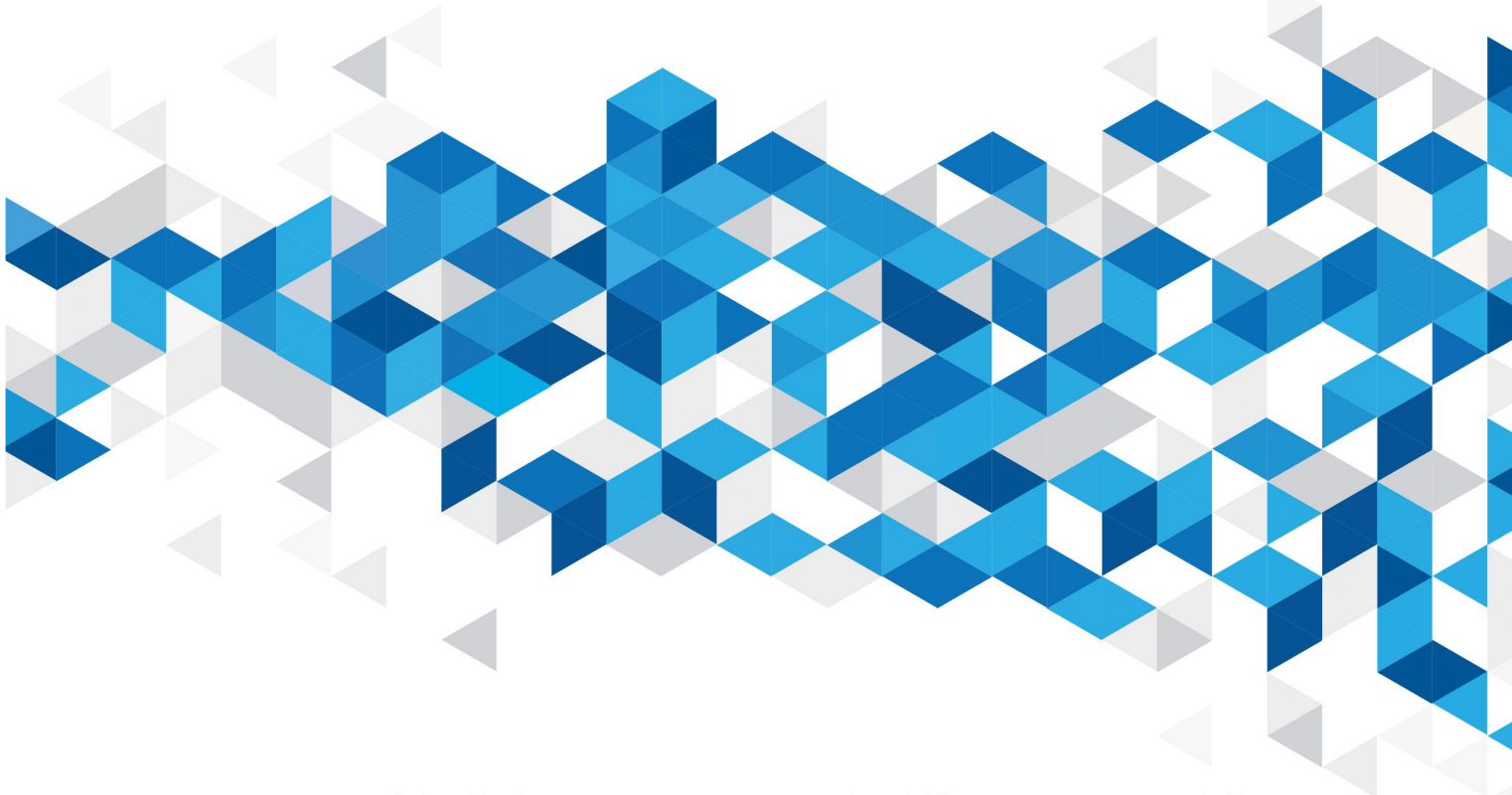




PROF. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR HALK SAĞLIĞINDA İYİLEŞTİRME FIRSATLARI | DR. SAVAŞ BAŞAR KARTAL AİLE HEKİMLİĞİ | DR. SİNAN KORUKLUOĞLU SEVK ZİNCİRİ: MEVCUT DURUMDA ÇÖZÜM MÜMKÜN MÜ? | PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ OBEZİTE VE BESLENME SORUNLARI | DOÇ. DR. NAZAN YARDIM KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ VE KORUNMA | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK ANTİMİKROBİKLERİN AKILCI KULLANIMI VE DİRENÇ | PROF. DR. MEHMET AKİF KARAN YAŞLIKLILIK SORUNLARI | PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ YAŞLI SAĞLIĞI POLİTİKALARI | PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU YAŞLANAN NÜFUS VE NÖRODEJENERATİF HASTALIKLAR | PROF. DR. FAHRİ OVALI YENİDOĞAN HİZMETLERİNDE SON DURUM | PROF. DR. HAYRİ LEVENT YILMAZ ÇOCUK ACIL SERVİSLERİ | PROF. DR. TOLGA F. KÖROĞLU ÇOCUK YOĞUN BAKIM ALANINDAKİ UYGULAMALAR | PROF. DR. İBRAHİM İKİZCELİ ERİŞKİN ACIL SERVİSLERİ | PROF. DR. OSMAN EKİNCİ ERİŞKİN YOĞUN BAKIMLARI | DR. ÖĞR. ÜYE. SİBEL DOĞAN HOSPISLERE NEDEN İHTİYACIMIZ VAR? | PROF. DR. ADEM AKÇAKAYA PALYATİF BAKIM | DR. FATİH KIRKLAR YAŞAMA YAPILAN İLK MÜDAHALE: 112 | PROF. DR. HAKAN HAKERİ ACIL SAĞLIK HİZMETLERİNDE HUKUKİ SORUNLAR | DOÇ. DR. YETER DEMİR USLU ŞEHİR HASTANELERİ | DOÇ. DR. BAHİRİ TEKER ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA RUHSATLANDIRMA VE DENETİM | DR. REŞAT BAHAT ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI | PROF. DR. MUSTAFA SAMASTI TIP FAKÜLTESİ AFİLİYONLARI | DOÇ. DR. İSMAYİL YILMAZ 'KARA KİTA'NIN İNCİSİ: NYALA TÜRKİYE HASTANESİ | DR. YAHYAHAN GÜNEY STK'LAR AÇISINDAN SINIR ÖTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ | PROF. DR. ÖMER MÜCAHİT ÖZTÜRK SAĞLIK BAKANLIĞINI İLGİLENDİREN YÖNÜYLE BAĞIMLILIK | PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ GÖÇLE İLGİLİ PSİKOLOJİK SORUNLAR | PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ GÖÇLE İLGİLİ ENFEKSİYON SORUNLARI | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK TIP VE DİĞER SAĞLIK MESLEKLERİNDE EĞİTİM | DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜVEN BEKTEMÜR KAMU SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÖZLÜK HAKLARI | DR. MAHMUT TOKAÇ SERBEST ECZACILIK | EMİN OLGUN TÜRKİYE'DE ECZACILIĞIN GELECEĞİ | PROF. DR. AHMET UĞUR KELTEK SERBEST DİŞ HEKİMLERİ | BAYRAM DEMİR SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET | PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MEMNUNİYET DURUMU | DR. HASAN GÜLER SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON | DR. ÖĞR. ÜYESİ İLKER KÖSE SAĞLIKTA AR-GE POLİTİKASI | MUSTAFA DURNA SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ SEKTÖRÜ | DR. ÖĞR. ÜYESİ İLKER KÖSE SAĞLIKTA DİJİTAL DÖNÜŞÜM | DR. MAHMUT TOKAÇ İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN YAŞADIĞI SIKINTILAR | HÜSEYİN ÇELİK SAĞLIK FİNANSMANI SORUNLARI | PROF. DR. HAYDAR SUR SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARI TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI | UYGAR ÜSTÜN SAĞLIK TURİZMİ | KARİKATÜR DR. ORHAN DOĞAN



GÜZ 2018
SAYI:48
ISSN: 1307-2358

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

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

EDİTÖR
Prof. Dr. Recep Öztürk

EDİTÖR KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
Dr. Öğr. Üyesi İker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Öztay
Prof. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk,
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Prof. Dr. Mustafa Taşdemir
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy-İstanbul
Tel: 0216 681 53 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
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit
programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul
edilmektedir. 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

Kırk katır mı, kırk satır mı?

Türkiye 21. yüzyıla kaotik bir ortamda girdi. Ancak bu yüzyılın ilk yılları siyasi istikrarı yakalamış ve dünya konjonktüründeki yerini tekrar sorgulamaya başlamış bir ülke kazanmamıza vesile oldu. Birçok alandaki hızlı değişimler, ekonomik gelişme ve refah artışının yanında sağlık sistemimizdeki değişim ve dönüşümlerin, toplum hayatında belirgin etki yarattığı görüldü. Sağlığın toplumu mobilize etme gücünü ve siyasete etkisini hep beraber yaşadık.

Sıra kapmak için gece yarısında hastaneye giden, hastane kuyruklarında sıra beklerken düşüp ölen emeklileri, ilaç alabilmek için yapılan mücadeleleri, ameliyat olacak hastaların hastanelere taşımak zorunda olduğu kutular dolusu serum, tıbbi malzeme ve ilaçları, hastanede bir yatak bulmak için aracı kurum gibi çalışan sendikaları ve örgütleri artık hatırlamıyoruz. Doktorsuz hastaneler, amacı dışında kullanılan boş sağlık ocakları yanında, haftada bir hasta muayene sırası gelmeyen doktorların bulunduğu sağlık kuruluşlarının varlığını günümüz insanına inandırmak bile zor.

Sağlık sistemimiz hakkaniyet temelli evrensel kapsayıcılığı hedefleyen, hizmet ve ilaca erişimi kolaylaştıran bir dönüşüm sürecinden geçti. Başta doktorlar olmak üzere sağlık camiamızda bu dönüşümün kendi üzerlerine acımasızca abandığı ve mesleklerini itibarsızlaştığı kanaati yaygın olsa da çağın gerçeğinin hiçbir mesleği yüce ya da kutsal konuma yerleştirmedigini her geçen gün daha fazla hisseder olduk.

Dünyada toplumun sağlık sorunlarına tam olarak çare olmuş, beklentileri tam olarak karşılayabilen, idealize edilebilecek bir sağlık sistemine rastlamak mümkün değil. Her sorunun çözümü bir başka sorunlar yumağının habercisi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yaşamasına fırsat verilen riskli bebekler, yeni yoğun bakım alanları istemektedir. Gelişen cerrahi imkanlar, yeni alanlar ve araçları gerekli kılmaktadır. Sağlık hizmetleriyle birlikte diğer etkenlerin yardımıyla artan ömürler, yeni kronik hastalıkları ortaya çıkarmakta ve yeni terapi ve rehabilitasyon araçlarına muhtaç bırakmaktadır. Belki daha önemlisi, dün doktorundan yarasına bir merhem olmasını bekleyen hasta profili, bugün bambaşka bir kişiyle karşımıza çıkmaktadır. En kısa sürede ve hatta evinde hizmetinin görülmesi, gerekli tüm ilaç ve araçların temini, hem de tüm bunların ücretsiz olarak sağlanması beklentisi içinde olan bir muhatapla karşı karşıyayız.

Refah ve konfor arttıkça beklenti de doğal olarak artacaktır. Dün mazlum durumda olan halkın beklentisini karşılamak son derece kolayken bugün artan beklentiyi karşılamak gittikçe zorlaşmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmış ama aile hekimliğinin çözüm bekleyen yeni sorunları vardır. Hizmete erişim artırılmış ama sağlık personelinin artan iş yüküne çare aranmaktadır. İlaça erişim kolaylaştırılmış, artan ilaç tüketimi ve artan ithalat rakamları sorun olmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarıyla mücadele sonuçlar vermiş, buna mukabil kronik hastalıkların fırtınası başlamıştır. İlk yardım ve acil hizmetler yaygınlaştırılmış, acil servisler dolup taşmıştır. İnsanımızı yaşatacak birçok tedbir geliştirilmiş, gittikçe artan yoğun bakım ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Uzayan ömürler palyatif bakım gibi yeni hizmet alanları ihtiyacına yol açmıştır. Zorunlu göç çığ gibi sınırlarımıza dayanmış, birçok ülkenin nüfusundan daha fazla insan sistem dışında sağlık hizmeti bekler olmuştur. Erişim önündeki engeller kalktıkça hizmetin kalitesi sorgulanır olmuş, kalite arayışları birlikte yeni sorunlar ve yeni maliyetler yüklemiştir. Bölgesinde öne çıkan ülkemizden beklenti arttıkça sınır ötesinde sağlık hizmeti verme ihtiyacı doğmuştur. Artan toplumsal refah ve değişen hayat tarzları, yeni sağlık sorunları ve yeni yatırım ihtiyaçları doğurmuştur.

Artan kapasite sağlık harcamasını günün ekonomi tartışmaları arasına sokmuştur. Sağlıkta tüketim artışı, yerelleşme, Ar-Ge, sağlık hizmet ihracı gibi yeni gündemleri önümüze koymuştur. Hızla artan hizmet yükü ve hizmet çeşitlenmesi sağlık mesleklerinin nitelik ve niceliğini yeni bir sorun olarak ajandamıza koymuştur. Tüm bunlar hizmet alan ve hizmet veren arasındaki ilişkilerin yeniden gözden geçirilmesi ve yeni iletişim yollarının bulunması ihtiyacını ortaya koymuş, tarafların sistemden memnuniyetini önemli bir başlık haline getirmiştir.

Bu sorunlar listesini daha fazla uzatmak mümkündür. Görülüyor ki, sağlık sistemimiz çok fazla merhale kaydederek bir noktaya gelmiş ve doğal sonucu olarak bir o kadar da yeni sorun üretmiştir.

Bilindiği gibi ülkemiz yeni bir yönetim sistemine geçmiştir. Sorunların ele alınış biçimi ve çözümünde kullanılacak araçların yeni sistemle uyumlu olması beklenir. Sağlık sistemi üzerinde fikir beyan edenler olarak bu yeni sistemi, ortaya çıkan sorunların daha hızlı ve daha kesin çözümü için bir fırsat olarak görmek isteriz.

SD yeni döneme farklı bir yaklaşımla merhaba demektedir. Elinizdeki sayı, alışılmışın aksine bir tarzda hazırlanmış ve kendilerini bekleyen sorunlardan bir tutamı yeni yöneticilerimizin dikkatine sunmayı hedeflemiştir. Gayretimiz bilgi aktarımı ve fikir beyanı değil, yeni bir ruhla işe koyulan kadroların gündemine işaret koymaktan ibarettir. Bu yüzden yazarlarımıza konu başlıkları önceden verilmiş ve oldukça kısa bir şekilde sadece sorunu dile getirmeleri istenmiştir.

Sağlık Bakanlığımızın önünde gittikçe artan ve karmaşıklaşan sorunlar yığını bulunmaktadır. Yeni atılımların, yeni başarıların yeni sorunlara gebe olduğu bir ortamda adeta “kırk katır mı, kırk satır mı?” sorusuna muhatap olmaktadır. Yeni dönemin fırsatlarıyla bu soruya cevap verebilmek için topyekûn sorumluluk taşıdığımız farkındayız.

İçindekiler

8

AİLE HEKİMLİĞİ
DR. SAVAŞ BAŞAR KARTAL

10

SEVK ZİNCİRİ: MEVCUT DURUMDA
ÇÖZÜM MÜMKÜN MÜ?
DR. SİNAN KORUKLUOĞLU

12

OBEZİTE VE BESLENME SORUNLARI
PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

14

KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİ VE KORUNMA
DOÇ. DR. NAZAN YARDIM

16

ANTİMİKROBİKLERİN AKILCI KULLANIMI VE DİRENÇ
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

18

YAŞLILIK SORUNLARI
PROF. DR. MEHMET AKİF KARAN

20

YAŞLI SAĞLIĞI POLİTİKALARI
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

22

YAŞLANAN NÜFUS VE NÖRODEJENERATİF
HASTALIKLAR
PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU

24

YENİDOĞAN HİZMETLERİNDE SON DURUM
PROF. DR. FAHRİ OVALI

26

ÇOCUK ACİL SERVİSLERİ
PROF. DR. HAYRİ LEVENT YILMAZ

28

ÇOCUK YOĞUN BAKIM ALANINDAKİ UYGULAMALAR
PROF. DR. TOLGA F. KÖROĞLU

30

ERİŞKİN ACİL SERVİSLERİ
PROF. DR. İBRAHİM İKİZCELİ

32

ERİŞKİN YOĞUN BAKIMLARI
PROF. DR. OSMAN EKİNCİ

34

HOSPİSLERE NEDEN İHTİYACIMIZ VAR?
DR. ÖĞR. ÜYE. SİBEL DOĞAN

36

PALYATİF BAKIM
PROF. DR. ADEM AKÇAKAYA

38

YAŞAMA YAPILAN İLK MÜDAHALE: 112
DR. FATİH KIRKLAR

40

ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNDE HUKUKİ SORUNLAR
PROF. DR. HAKAN HAKERİ

42

ŞEHİR HASTANELERİ
DOÇ. DR. YETER DEMİR USLU

44

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA
RUHSATLANDIRMA VE DENETİM
DOÇ. DR. BAHİRİ TEKER

46

ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN SORUNLARI
DR. REŞAT BAHAT

48

TIP FAKÜLTESİ AFİLİASYONLARI
PROF. DR. MUSTAFA SAMASTI

50

'KARA KITA'NIN İNCİSİ: NYALA TÜRKİYE HASTANESİ
DOÇ. DR. İSMAYİL YILMAZ

52

STK'LAR AÇISINDAN SINIR ÖTESİ SAĞLIK
HİZMETLERİ
DR. YAHYAHAN GÜNEY

54

SAĞLIK BAKANLIĞINI İLGİLENDİREN YÖNÜYLE
BAĞIMLILIK
PROF. DR. ÖMER MÜCAHİT ÖZTÜRK

56

GÖÇLE İLGİLİ PSİKOLOJİK SORUNLAR
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

58

GÖÇLE İLGİLİ ENFEKSİYON SORUNLARI
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDIŞ

60

TIP VE DİĞER SAĞLIK MESLEKLERİNDE EĞİTİM
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

64

KAMU SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÖZLÜK HAKLARI
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜVEN BEKTEMÜR

66

SERBEST ECZACILIK
DR. MAHMUT TOKAÇ

68

TÜRKİYE'DE ECZACILIĞIN GELECEĞİ
EMİN OLGUN

70

SERBEST DİŞ HEKİMLERİ
PROF. DR. AHMET UĞUR KELTEK



72

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET
BAYRAM DEMİR

74

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MEMNUNİYET DURUMU
PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

76

SAĞLIKTA KALİTE VE AKREDİTASYON
DR. HASAN GÜLER

78

SAĞLIKTA AR-GE POLİTİKASI
DR. ÖĞR. ÜYESİ İLKER KÖSE

80

SAĞLIK TEKNOLOJİLERİ SEKTÖRÜ
MUSTAFA DURNA

82

SAĞLIKTA DİJİTAL DÖNÜŞÜM
DR. ÖĞR. ÜYESİ İLKER KÖSE

86

İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN YAŞADIĞI SIKINTILAR
DR. MAHMUT TOKAÇ

88

SAĞLIK FİNANSMANI SORUNLARI
HÜSEYİN ÇELİK

90

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME
PROF. DR. HAYDAR SUR

92

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI
DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARI

94

SAĞLIK TURİZMİ
UYGAR ÜSTÜN

96

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Halk sağlığında iyileştirme fırsatları

Prof. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. 1998'de halk sağlığı uzmanı oldu ve kalite yönetimi uygulamalarında uzmanlaşmak amacıyla özel sektörde çalışmaya başladı. 2001 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak çalışmaya başladı. 2008'de Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti. 2008-2009 döneminde yaklaşık bir yıl süreyle Sağlık Bakanlığı'nda kıdemli eğitim ve araştırma koordinatörü olarak görev üstlendi. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesini bitirdi. 2012-2014 döneminde İstanbul Halk Sağlığı Müdürü olarak görev yaptı. Halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda çalışmaktadır ve Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

İşler ne kadar iyi yürütülürse yürütülür, geliştirme ihtiyacı daima vardır ve bunu sağlamak mümkündür. Ülkemizde 2000'li yıllarda sağlık hizmetlerinde ciddi iyileşmeler kaydedilmiştir; bu kapsamda halk sağlığı alanında da önemli dönüşümlere ve başarılarla imza atılmıştır. Ancak sağlık hizmetleri çok sayıda yapıları ve süreçleri barındırmaktadır ve bu süreçlerin tamamında aynı veya benzer performans düzeyinin yakalanması kolay değildir. Bu çerçevede, dergideki diğer yazılarda ele alınanlar dışındaki halk sağlığı süreçlerine dair öncelikli iyileştirme ihtiyaçlarını işaret etmeye çalışacağız. Halk sağlığı dışındaki süreçlerden gerektiğinde söz edilecek; ancak bu süreçlere münhasır değerlendirme ve yorum yapılmayacaktır.

Örgüt Yapısı

1) Örgüt yapısı revizyonu: 2011 yılı sonunda 663 sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında büyük çaplı değişiklik yapılmış, sınırlı bir özzerkleştirme örneği olarak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştu. Halk sağlığı teşkilatının kurulması halk sağlığı için dahi sürpriz denilebilecek önemli bir sıçrama idi. Fakat genel olarak uygulamada yaşanan bazı sıkıntılar sebebiyle bu yapı değişikliğinden vazgeçilmiş, tamamen eski hale dönüşümüne de eskiye yakın bir model benimsenmiştir. Bu durum, yükselen halk sağlığı kavramını ve imajını geriletmiştir, bunun sahaya ve

süreçlere olumsuz yansımaları olması da muhtemeldir.

2) Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü: Aynı kapsamda gerçekleştirilen büyük gelişmelerden biri de Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün (SGGM) kurulmasıdır. Bu yapı önceki haliyle varlığını sürdürmektedir. Halk sağlığı ve sağlığın geliştirilmesi gerek kuramda gerekse uygulamada birbirinden ayrılamayacak kavramlar ve alanlardır. SSGM'nin görevleri ve faaliyetleri incelendiğinde bu görülecektir. Bu çerçevede dışında sayılabilecek tek görevi "Bakanlığın halkla ilişkilerini ve bilgi edinme hizmetlerini yürütmek"tir. Bu görev ayrıca değerlendirilebilir. Lakin iki genel müdürlüğün birleştirilmesi halkımızın sağlığı için daha uygun bir model olacaktır.

3) Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü: Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesindeki enstitülerden Kansere Enstitüsü ve Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü gibi kronik hastalıklar için de müstakil bir enstitü olabilecek iken halk sağlığı gibi hemen bütün enstitülerle ilişkili devasa bir alanın kronik hastalıklar ile aynı enstitüye deyim yerindeyse "sıkıştırılmıştır." Bu enstitünün ismi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ndeki daire başkanlığında olduğu gibi Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Enstitüsüne dönüştürülebilir. Halk sağlığı ise ayrıca değerlendirilebilir.

Hizmetler

1) Bağımlılıkla mücadele: Bağımlılıkla mücadele kapsamında çok şeyler yapılmış ve yapılmakta olmasına rağmen sorunun boyutlarına nispetle mücadele yeterli düzeyde değildir. Tütün kontrolü çalışmalarındaki heyecan ve motivasyon zayıflamıştır. Sağlık Bakanlığı'ndaki ilgili birim Tütün ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Daire Başkanlığıdır. Bu kapsamı sınırlı isim dahi bu alandaki iyileştirme ihtiyacını ortaya koymaktadır.

2) Yaşlanma: Nüfusumuz hızla yaşlanmaktadır. Çeşitli resmi raporlarda ve planlarda "yaşlanma" bir varsayım veya tehdit olarak adlandırılrsa da bu konuda yapılan çalışma ve uygulamaların hızı yaşlanma hızından geride kalmaktadır. Örnek olarak Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu belgesinde, "yaşlı nüfusun artışı" bir varsayım olarak belirtilmiştir ancak yaşlanma konusuna hiç yer verilmemiştir. Bakanlığın, örneğin çocuk sağlığı programları sayı ve nitelikçe incelendiğinde yaşlı sağlığı alanındaki boşluk kolayca fark edilecektir.

3) Halk Sağlığı Okulu: Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere çoğu ülkelerde üniversitelerde Tıp Fakültesi dışında halk sağlığı okulları bulunmaktadır. Örnek olarak, Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu 1913 yılında kurulmuştur. Ülkemizde bu konunun da bir hikâyesi vardır ancak netice itibarıyla 1913'ten

105 yıl sonra dahi böyle bir yapının kurulmamış olması büyük bir eksiklik.

4) Önleme bilimi: Gelişmiş ülkelerde son zamanlarda "önleme bilimi" yeni bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır. "Önleme" dar çerçevede hekimler, ötesinde sağlıkçılarla sınırlı bir iş değildir. Sağlıkçılar "önlemeyi" öğrenmeliler ancak bu yetmez. Önleme biliminden bîhaber olarak sağlık tehditleriyle baş etmek mümkün değildir. Spot filmler, afişler, pankartlar, eğitimler vb. bu bağlamda sınırlı etkiye sahip olabilir. Kanıta dayalı uygulamalarla hedefler koyarak ve etki değerlendirmesi yaparak ilerlenmelidir. Söz gelimi, insanlara ücretsiz bisiklet dağıtmak gibi uygulamaların sağlıklı hayat tarzını benimsetmede ne kadar etkili olduğu değerlendirilmemiştir.

5) Stratejik plan: 2018 yılının sonlarına gelinmiş olmasına rağmen Sağlık Bakanlığının 2014-2017 dönemi sonrasına ait yayınlanmış stratejik planı bulunmamaktadır. Planlamanın kesintisiz ve iyi yapılması, plana uyum, hedefler ve performans göstergeleri çerçevesinde değerlendirme yapılması hususları ihmal edilmemelidir.

6) Çok sektörlü sağlık sorumluluğu: Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı'nda yer alan önemli hedeflerden biri, sağlığı tüm politikaların merkezine alarak sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda etkili eylemlerde bulunmaktır. Bu hedefe yönelik stratejiler ise "çok sektörlü iş birliği kapsamında sağlığın sosyal belirleyicilerini etkileyen ve sağlıkta hakkaniyeti gözetilen politika ve programlar yapmak" ve "yüksek öncelikli alanlarda sektörler arası iş birliğini güçlendirmek" olarak belirlenmiştir. Bu hedeflere ulaşabilmek için Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023 hazırlanmıştır. Bu programın bileşenlerine ve hedeflerine yönelik çalışmalar aksamaktadır.

7) Aile hekimliği ve ulusal programlar: Aile hekimliğindeki insan kaynaklarının büyük oranda birinci basamak poliklinik hizmetleriyle meşgul olması sebebiyle birçok sağlığı koruma ve geliştirme ulusal programı sahada yeterince uygulanmamaktadır.

8) Aşı karışıklığı: Aşı karışıklığı giderek yaygınlaşmakta, aşı yaptırmayanların sayısı artmaktadır. Bu "salgın" başka salgınlara yol açma potansiyeli taşımaktadır. Buna karşı çalışmalar yetersiz kalmaktadır.



9) Sağlıklı hayat dezenformasyonu: Son yıllarda sıklıkla gündeme gelen sağlık okuryazarlığının önemi, toplumumuzdaki düşük seviye ve geliştirme ihtiyacı bir tarafta dururken; muhtelif ünlü veya ünlü adayı aktörlerin Bakanlığın ulusal programlarına yapılan yatırımları boşa çıkaracak faaliyetleri medya aracılığı ile artarak devam etmektedir. Bu konuda düzenleme ihtiyacı aşikârdır.

10) Halk sağlığı personel eğitimi: Halk sağlığı tıpta ve hemşirelikte uzmanlık disiplini olarak sınırlanamayacak çok geniş bir alandır. Bir uzmanlık alanı olmaktan çok bir yaklaşımdır, felsefedir. Belirli seviyelerde halk sağlığı eğitimi almamış veya halk sağlığı nosyonuna sahip olmayan personele yönelik eğitim programları düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca personelin halk sağlığı lisansüstü eğitimi alması teşvik edilmelidir.

11) Halk Sağlıkçıları Değerlendirme: Tıpta uzmanlık, yüksek lisans, doktora seviyelerinde halk sağlığı eğitimi almış personel yeterince değerlendirilmemektedir. Daha etkili ve verimli hizmetler sunabilecekleri, araştırmalar yapabilecekleri bir istihdam modeli geliştirmekte fayda vardır.

12) Yönetici kadrolarının boş kalması: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünde bazı yönetici kadroları aylarca boş kalmakta; vekâletle idare edilmektedir. Bazen bir kişiye çoklu vekâlet verilebilmektedir. Kısa süreli boşluk veya vekâlet olabilir; ancak süre sınırlarının belirlenmesinde ve buna riayet etmekte fayda vardır..

Kaynaklar

Artan Aşı Karışıklığı Eğilimi; Nedenleri ve Sonuçları, Mustafa Altındış ve H. Haydar Kutlu, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Aralık-Ocak-Şubat 2017-2018 tarihli 45. Sayı

Halk sağlığı tıpta ve hemşirelikte uzmanlık disiplini olarak sınırlanamayacak çok geniş bir alandır. Bir uzmanlık alanı olmaktan çok bir yaklaşımdır, felsefedir. Belirli seviyelerde halk sağlığı eğitimi almamış veya halk sağlığı nosyonuna sahip olmayan personele yönelik eğitim programları düzenlenmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca personelin halk sağlığı lisansüstü eğitimi alması teşvik edilmelidir.

Aşı Karışıklığı, Ömer Ataç ve A. Ahmet Aker, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2014 tarihli 30. sayı

Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, No:1, Tarih: 10.07.2018

Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı 2013-2023, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/1-su-guvenligi/Kitaplar/CokPaydaslisaglsorgelisProOzet_Kitap.pdf (Erişim Tarihi: 10.09.2018)

Demografi ve Epidemiyoloji Pencerelerinden 2023 ve Ötesine Bakış, Mustafa Taşdemir ve Ömer Ataç, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2015 tarihli 34. Sayı

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Organizasyon Yapısı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kurumsal/organizasyon-yapisi.html> (Erişim Tarihi: 10.09.2018)

<http://www.sggm.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 10.09.2018)

T.C. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2014-2017, <https://sgb.saglik.gov.tr/Shared%20Documents/OrtaAlan/15.02.2012%20stratejik%20plan.pdf> (Erişim Tarihi: 10.09.2018)

Aile hekimliği

Dr. Savaş Başar Kartal



1967 yılında Erzurum'da doğdu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 1991 yılında mezun oldu. Ümraniye İnkılâp Sağlık Ocağında sorumlu tabiplik, Beykoz ve Üsküdar İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarında Sağlık Grup Başkanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcılığı, İstanbul Halk Sağlığı Müdür Yardımcılığı, Marmara Üniversitesi Pendik EAH Başhekim Yardımcılığı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Halen SBÜ Ümraniye EAH Başhekim Yardımcısı olarak görev yapan Dr. Kartal evlidir ve 3 kız çocuk babasıdır.

ki bin üç yılında hayata geçirilmeye başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) dünya sağlık yönetim tarihi açısından da çok radikal bir karar olmuştur. SDP ile sağlık hizmetinin tüm katmanlarına yeni bir yapı kazandırmaya çalışırken birinci basamak sağlık hizmet sunumunda da değişikliğe gidilmiştir. Sağlık ocakları, ana-çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, sağlık grup başkanlıkları gibi yatay ve dikey örgütlenmeleri kaldırarak veya değişikliğe uğratarak hedefine ulaşmış ve ülkemiz sağlık yönetim tarihi açısından kısa sayılacak bir sürede "Aile Hekimliği Uygulaması"nı (AHU) hayata geçirmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi ile toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanınmak istenmiştir. Ancak büyük bir ivme ile başlayan Türkiye Aile hekimliği uygulaması ilk çıkış amaçlarından uzaklaşmaya başlamış ve gittikçe etkisini yitirmeye başlamıştır. Bu duruma gelmesinde birçok sorun rol oynamaktadır, bunlardan öne çıkanları şunlardır:

Aile Hekimi Uygulaması Hedef ve Vizyonu ile İlgili Sorunlar

- Tüm ülkede 8 yıl önce AHU'na geçilmesi-ne rağmen hem uygulamanın devam edip etmeyeceği konusunda hem de devam edilecekse ne şekilde devam edeceği konusunda Bakanlığın merkez vizyonun flulaşması ve buna paralel sahada yayılan ileriye net görememe duygusu derin bir kaygı oluşturmaktadır. Bu durumda özellikle hizmet sunuculara sahipsizlik algısı ve belirsizlik hissi meydana getirmektedir.
- Eski sağlık ocağı sisteminde 200 görevi

bulunan hekiminin bu bürokratik yükten kurtarılıp bireye dönük koruyucu ve tedavi edici hekimliğe odaklanması hedeflenmişken, uygulamanın başlangıcından sonra her yıl eklenen yasal veya şifahi yüklerle bu hedeften sapılması sonucu yarı birey hekimliği yarı toplum hekimliği içeren mutant uygulama oluşumuna sebep olunmuştur.

- Aile hekimlerinin verdiği hizmetin planlandığı gibi süreç içinde özerk muayenehane hizmeti haline getirilmesi yerine sağlık ocakları gibi devlet sağlık birimi halinde tutulup tutulmayacağına kesin karar verilmemesi de büyük bir sorundur. Bu karmaşaya bağlı olarak, zaten yapıları gereği bürokratik olan yetkili kurumların ASM'leri aşırı denetleme ve kontrol altında tutma çabaları nedeniyle başlangıçta beklenen "aile hekiminin kendi muayenehanesinde hizmet verme hissi" oluşamamıştır.

- Birinci basamak sağlık hizmetlerine belli bir süreden sonra Bakanlık tarafından personel ve kaynak verilmesinin durması sonucu (örneğin 2012 ile 2016 yılları arasında ülkemizde 20 bin hekim mezun olmasına rağmen sadece 750 yeni aile hekimi birimi açılmış olması) yeni sistem gelişmemiştir. ASÇ kadrosunda da artış sağlanamamıştır. Sonucunda da AH başına kayıtlı kişi sayısını düşürülmeyerek AH'da kaliteli hizmet sunumuna geçişin önü tıkanmıştır.

- AH'ne kayıtlı kişi sayısının düşürülmemesi sonucu, hedef olan vatandaşın hekimini seçmesinin yerine (kayıtlı kişi üst sınırı olan 4 bin kişi sayısına hızla ulaşan) hizmet sunucusun istediği kişiyi seçerek kayıt etmesi nedeniyle hizmet sunumunda beklenen rekabetinin oluşması sağlanamamıştır.

- Sağlık yönetimi açısından önemli olan basamaklı sağlık hizmet sunumu yani sağlıkta

sevk sistemi gerçekleştirilememiştir. Sevk sistemine engel olan sebeplerin başında halkta oluşan en üst sağlık kurumuna gitme algısı gelmektedir. Ancak AHB başına kayıtlı nüfusun düşürülemediği olması, aile hekimisi uzmanı sayısının artırılmaması gibi faktörlerin yanında kurulacak güçlü bir sevk sisteminin özellikle yatırım yapılmış özel, üniversite ve kamu hastaneler için finans problemi yaratacağı kaygısı da önemli sorunlar olarak görülmelidir.

Aile Hekimi Uygulaması Çalışanları ile İlgili Sorunlar

- AHU'da çalışan hekimlerin bir kısmının bu birimleri kalıcı çalışacağı bir sistem olarak görmeyip sadece mali olanaklarından yararlanıp ihtisasa kadar geçici bir yer olarak görüp sahiplenmemeleri de yeni olan uygulamanın (yerleşik zihniyet olan hastane hekimliği karşısında) var olma ve alan kazanma mücadelesi verememesi sonucunu doğurmuştur.

- ASM içinde oluşan sorunları çözme ve sağlık meslek gruplarının ortak fayda mantığında buluşmalarında çatışmalar doğmuştur. Sorunun çözümünde daha akılcı usuller üretilmesi gerekmektedir.

- ASM gider ücretinin binadaki tüm sağlık çalışanların giderleri ve halka daha kaliteli bir yer üretmek için kullanılmasında birçok yerde problemler yaşanmaktadır. Bu ücretin (amortismanlarda dahil) bulunan binanın ve hizmetin niteliğini artırmak için kullanması doğru olacaktır.

- Özellikle iş yeri hekimliği için AH çalışanlarına çalışma izni verilmesi sonrası hizmet için bildirilen ve halka deklare edilen mesai saatlerine uyumsuzluklar görülmektedir. Bu durumun AHU'ya zarar vermeden ve hizmet alanların gözünde kötü bir algıya sebep olmadan paydaşlarca engellenmesi gerekmektedir.

AHU Mevzuatı ile İlgili Sorunlar

- AHU mevzuatının değişen şartlara ve hedeflere göre yenilenmekte geç kalınması sonucu uygulanması güçleşmiştir.

- Birbiri ve mevzuat ile çelişen il yönetimlerinin uygulamaları 81 ayrı AHU halini almış, hatta ilçelerde bile farklı uygulamalar başlamıştır. Bunun sonucunda açılan şahsi veya STK davaları sonucu oluşan idari hukuk kararları idarelere olan güveni sarsmıştır.

- AHU Ödeme Yönetmeliğinin pozitif performans yönünde geliştirilmesi için Maliye Bakanlığının ikna edilmesinde gecikilmesi hem AHU'nın gelişimini etkilemiş hem de demografik olarak yaşlanmaya başlayan ülkemizin kronik hastalık yönetiminde çok önemli bir atılımın başlatılmasına engel olmuştur.

- Yeni AHB gruplanmaları mevzuatında daha objektif kriterler oluşturulması gecikmiştir. Buna bağlı olarak ASM gider ücreti ödenmesinde kalite için rekabet oluşması tam anlamıyla sağlanamamıştır.

- Özellikle bazı büyükşehirlerde ASM için bina bulunması sorunu bulunmaktadır. AH tarafından yer üretilmeyen yerleşim yerlerinde ASM bina yapımlarında veya büyük mahal kiralınarak AH'lerinin alt kiracı olmalarının sağlanması faydalı olacaktır.

- Diğer meslek örgütlenmelerine göre daha dinamik ve katkı verici olan AH çalışanları STK'larının ileriye dönük karar mekanizmalarında ve disiplin komite yapılanmalarda olmaları mevzuatta halen sağlanamamıştır.

- Adli Tıp Kurumunun Şube Müdürlüklerinin olduğu yerlerde bile Adli tabiplik işlevinin AH'lerine görev olarak verilmesi sorunu devam etmektedir. Aynı durum benzeri olarak Belediyelerin sağlaması gereken defin tabipliği hizmeti AH'ne yüklenmektedir.

- AH tarafından istenecek görüntüleme yöntemleri açısından sadece çekim yapılması ve raporlanması için gönderilecek hastalara direkt hizmet vermek konusunda kamu hastanelerinin direnç göstermeleri problemi bulunmaktadır. Bu sorun Bakanlık talimatı ile çözülebilecektir.

- Farklı branş uzmanlıklarının (çocuk sağlığı ve hastalıkları gibi) hastanelerde belli bir dönem çalıştıktan sonra kayıtlı bireyin yaşına göre aile hekimliği sistemine girememeleri sorunu da bulunmaktadır ve bu branşların aile hekimliğine dahil edilmesi hastanelere gidişin azaltılması içinde maliyet etkin bir yol olacaktır.

- ASÇ'larının kronik hastalık yönetiminde

yetkilerinin artırılmaması, aile hekimi iş yükünde artışa yol açmaktadır. BKİ kontrolü, sağlıklı yaşam önerilerinin hastaya aktarımı gibi birçok konuda uzman hemşire ve ebeler kullanılması faydalı olacaktır.

- Aile hekimliği yöneticilerin konuya yatkın ve çözüm paydaşı kişiler olması önemli bir husus olarak dikkate alınmalıdır.

Ülke Sosyolojisi ile İlgili Sorunlar

- Halkın, sağlık okuryazarlığı oranının düşük olması da en önemli sorunlardan biridir. Hasta olmamak yerine hasta olduktan sonra sağlık hizmeti almak kavramı ile yetiştirilmiş bir kitlenin birinci basamak sağlık hizmeti ve koruyucu hekimlik talebi çok olmamaktadır.

- Bireyin kendisi ve çocuğu için sağlıkta sorumluluk almasında sorun bulunmaktadır. Bebek, çocuk, gebe izlemlerinde ve rutin aşıların uygulanmasında bireye de sigorta maliyet mantığında yükümlülük getirilmesi için çalışma yapılmalıdır.

- Ülkemizde yaşa ve cinse göre periyodik muayene alışkanlığı ve sürekliliği olmaması, maliyet etkin birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda büyük bir sorun olarak gözükmektedir. Sağlık promosyonları ile bireylerin AH'a gidişi desteklenmelidir.

- "Üçüncü Demografik Geçiş"e hazırlıksız yakalanan Türk toplumunun yaşlanmaya başlayan bireyleri için artan kaygıları nedeniyle AHB'lerine başvurularında evlerinde her gün enjeksiyon, yara bakımı gibi istekleri, giderek artan çatışmalara sebep olmaktadır.

- Toplum liderlerinin, uzun vadede sonuçları çıkacak koruyucu hekimlik yerine ikinci basamak hatta üçüncü basamak sağlık hizmet sunumuna yatkınlığı da AH'ın değer kazanmasını engellemektedir.

- Hastanelere göre daha küçük sağlık birimleri olmaları ve mahalle aralarında bulunmaları gibi sebepler, çalışanların sağlıkta şiddet sorununu daha da büyötmektedir.

Sağlık Eğitimi ile İlgili Sorunlar

- Ülkemizdeki sağlık okullarında genellikle hasta tedavi etmeye odaklı sağlıkçı yetiştirilmesi nedeniyle birinci basamak hizmetine yatkın olmayan, bu katmanda çalışmak istemeyen veya sahiplenemeyen genç sağlık personellerine görev verilmek durumunda kalınması da önemli bir sorundur.

- AH personelinin sürekli hizmet içi eğitim-

leri bir standarda bağlanamamıştır. Hatta yetkili kurumlarca gereksiz ve nitelsiz eğitimler verilebilmekte ve personelin eğitime gelme isteği azalmaktadır.

- Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin Bakanlık ve ilgili eğitim kurumlarınca yeterince sahiplenilmemesi sonucu, 2005 yılında Düzce'de başlayan ilk uygulamadan sonraki 13 yılda yetiştirilen uzman sayısı ülke için çok yetersiz kalmıştır. Bu gerçekliğin ikincil etkilerinden biri de özellikle belli tedavilerin ödenmesinin uzman hekim reçetesi ile yapılabildiği ülke sağlık sigortacılığı nedeniyle kronik hastaların ASM'leri tercih etmemesidir.

- İlgili uzmanlığın ülkemizdeki akademisyen sayısının yetersizliği de ülkede Aile Hekimliği Uzman sayısının artırılmasında önemli bir sorun olarak görölmelidir.

- Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin (TUK mevzuatında olmasına rağmen) yarısının Eğitim Aile Sağlık Merkezlerinde değil hastanelerde devam etmesi alan uzmanlığının sahaya buluşmasını engellemektedir. Bununla ilgili direnç odaklarının hızla ortadan kaldırılması sağlandığında açılacak eğitim AHB sayısı da artacak ve AH başına düşen nüfusun azalması içinde avantaj sağlanacaktır.

Bilişim ile İlgili Sorunlar

- AHU'da form toplama mantığının yarattığı kaynak israfı devam etmektedir. Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin (AHBS) Bakanlık merkezi sağlık bilişim sistem kurgusuna bütünleşik olması sağlanarak gerekli verinin yönetici birimlerce dijital olarak çekilmesi hedefine ulaşılabilir.

- Kişilerinin farklı sağlık kuruluşlarından aldıkları sağlık hizmetinin kayıtlı oldukları aile hekimince görölmeleri sağlanması ile hem hastanın aile hekimince takibi hem de kişiye sağlık danışmanlığı yapılabilecektir. Bunun sağlanamaması bütünleşmiş bir sağlık hizmetinin sunulmasını engellemektedir.

- AH randevu sisteminin halen tam oturmaması da gebe ve bebek izlem gibi koruyucu sağlık hizmetleri verilmesinde sorun oluşturmaktadır.

Bu yazıda özetlenmeye çalışıldığı üzere birçok sorunu olan AHU, her türlü soruna rağmen yıllardır büyük emek verilen Türkiye SDP'nin tüm çemberlerini birleştiren en önemli iç çemberdir. Ülkemiz sağlık sisteminin geleceği ve sağlık finansının sürdürülebilirliği açısından da vazgeçilmezimiz olduğu unutulmamalıdır.

Sevk zinciri: Mevcut durumda çözüm mümkün mü?

Dr. Sinan Korukluoğlu



1970 yılında Ankara'da doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Ankara'da tamamladı. 1996'da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra iki yıl özel bir şirkette yönetici olarak çalıştı. 2002'de aile hekimliği uzmanlığını tamamladı. Karabük Eskipazar Devlet Hastanesi Başhekimliğini yaptı. 2003-2006 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nda danışman ve aile hekimliği koordinatörü olarak görev yaptı. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim Yardımcısı, Yenimahalle Devlet Hastanesinde Başhekim olarak görev yaptı. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nde Daire Başkanlığı görevini de yürüttü. Sağlık ve bilişimle ilgili derneklerde kurucu ve yönetici olarak görev yapan Dr. Korukluoğlu halen Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hekimlik yapmaktadır.

Sağlıkta sevk zincirinden genel olarak anlatılmak istenen; kişinin önce birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurması, burada çözülemeyen sorunları için ikinci basamak sağlık kuruluşuna birinci basamak tarafından yönlendirilmesi, burada da çözülemeyen sorunları için üçüncü basamak sağlık kuruluşuna ikinci basamak tarafından yönlendirilmesidir. Yukarıda tarif etmeye çalıştığım seyir son derece basit ve makul gözükse de sahada oldukça farklı durumlar yaşanmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşu denildiği zaman, eski adıyla Sağlık Ocakları, günümüzdeki adıyla Aile Sağlık Merkezleri (ASM) anlaşılmaktadır. Eskiden sağlık ocaklarına paralel, Bakanlık bünyesinde dikey organizasyonla oluşturulmuş Anne- Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Sıtma Savaş Dispanserleri, Verem Savaş Dispanserleri gibi pek çok merkez, birinci basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet vermektedirken, Sağlık Bakanlığı'nın 2003'ten itibaren uygulamalarıyla bu alan sadeleşti. Sahada verilmesi daha zor olan halk sağlığı görevlerini yürütmesi beklenen Toplum Sağlığı Merkezleri, ASM'lerin regülasyonu ve denetimi yanında üstlendiği çeşitli görevlerle birinci basamak sağlık hizmeti veren diğer kuruluşlar olarak kabul edilebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanmaya başladığı tarihten bu yana aile hekimliği uygulaması kapsamında, özellikle sağlıklı hayatı koruyucu ve uzatıcı tedbirlerin sahaya yansıtılmadığı müşahade edildiği için sağlıklı beslenme, obezite ile mücadele, hareketli hayatı teşvik, muhtelif bağımlılıklardan kişileri ve toplumu koruma adına Sağlıklı Hayat Merkezleri de sağlık hizmetinin topluma yansıyan yeni kurumları olarak gündeme girdi.

Sağlık hizmetinin gerektiği kadar, doğru yerde, doğru eğitim seviyesindeki kişilerce, sadece gerekli imkanlara sahip yerlerde, hakkaniyetli bir şekilde yaygınlaştırılarak toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi hususu sevk zinciri fikrinin temelini oluşturmaktadır. Sevk zincirinin başlangıç noktası, temel sağlık hizmetlerinin verilmesi gerektiği yer olarak düşünülen birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireyin sağlık sorumluluğunun üstlenilmesi ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşılmasının başarıyı artırdığı bilinmektedir. Bu ilkelerden hareketle bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri, bireylerin kendi seçebileceği doktorlar tarafından yürütülmeye başlanmıştır.

Sağlık sistemlerinin daha kaliteli ve ekonomik olması için etkili ve kademeli

bir sevk zincirinin kurulması gerekir. Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı ise hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu hizmete yönelik talebin ortaya çıkması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin kendi sorumluluğu altındaki bireylere sunduğu hizmetin kalitesine bağlıdır. Bu açıdan sağlık sisteminin koordinatörü konumundaki aile hekimleri, bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına neden olacak yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptir. Aile hekimleri sağlık harcamalarında israfı önlemek yanında, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engeller.

Ülkemizde 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunla sevk zinciri bir politika olarak resmen benimsenmiştir. Kanunun "Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi" başlığı altındaki 13. maddesi şu şekildedir: "*Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. Köylük bölgelerde sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhakkak bulunan doğumları sağlık merkezine, hastaneye sevkı gereken acil vakaları hastaneye yollarlar, Sağlık*

ocasında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları -kendi yetenekleri dahilinde olan müdahaleyi müteakip gerekirse- sağlık merkezine veya hastaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya mütehassıs müdahalesini icabettiren doğumlar hastanelere veya doğumevlerine sevk edilir.”

Sağlık ocaklarının sayısının artması, hekim ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmesine hız verilmesi, sahada ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin aşı kısmında büyük başarılar elde edilmesini sağlamıştır. Ancak sağlık ocakları, zamanla hantallaşan yapısı, teşhise yönelik imkânlarının geliştirilmesi gibi sebeplerle vatandaş gözünde pek muteber kurumlar olamamıştır. Bu durumun gerekçeleri arasında sevk zincirinin işletilememesi de sayılmalıdır.

O günlerin birinci basamak hizmetleriyle ilgili değerlendirmeleri iç açıcı değildir. Zamanla sağlık hizmetleri sistemi hem finans açısından hem de hizmet sunumu açısından parçalı bir yapıya kavuşmuştu. Çok çeşitli bütçe ve bütçe harici kaynakların mevcudiyeti, farklı hizmet sunumları çok katmanlı bir sisteme yol açmıştı. Ülkemizde neredeyse sağlık hizmeti vermeyen kamu kurumu yok gibiydi. Özellikle ülkenin büyük bir kesimini oluşturan SSK'ya tabi vatandaşlar sadece bu kurumun dispanser ve hastanelerinden hizmet alabiliyorlardı ve birinci basamak sağlık hizmetleri ile temasları neredeyse hiç yoktu. Bu vatandaşlar için sevk zinciri “sigorta hastanesinden üniversite hastanesine” anlamı taşıyordu. Bu hizmet anlayışı ve karmaşası içinde birinci basamak sağlık hizmetleri adeta dışlanmış, unutulmuş, sistem dışına itilir hale gelmişti.

Tedavi ve rehabilitasyon açılarından birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli olarak sunulamaması, bu görevlerin daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından üstlenilmesi sonucunu doğurmuştu. Mevcut durum, sevk sisteminin de sağlıklı bir biçimde işletilememesine yol açmıştı. 2004 yılında pilot uygulamayla yürürlüğe giren aile hekimliği uygulaması, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, Genel Sağlık Sigortasının yürürlüğe girmesi ile sağlık sistemi sadeleşmiştir. Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin işletilmesi açısından taze bir kan olmuş, atıl hekim ve sağlık personelinin sahada aktif görev almasını

sağlamıştır. Aile hekimliği ile ilgili kanun sevk zorunluluğu ile ilgili ifade içermektedir. Aile hekimliği uygulamasının pilot döneminde üç ilde sevk mecburiyeti getirilmiş ancak Aile Sağlığı Merkezlerinin bu yükü kaldıramayacağı anlaşıldığından kısa sürede vazgeçilmiştir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinin son halinde “*Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak*” aile hekiminin görevi olarak sayılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının politik olarak sağlık hizmeti talep eden kişilere belki de en hoş gelen argümanı “Hekim Seçme Özgürlüğü” idi. Kişiler sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında istedikleri hekime, yaşadıkları yerden de bağımsız olarak başvurabilme hakkını kazandıklarını hissetmişlerdi. Bu sınırsız özgürlük hissi günümüzde yaşanan veya yaşandığı iddia edilen hizmetlerde aşırı kullanımın (overutilization) sebebi olarak dile getirilmiştir. Ancak bu kullanımın gerçek bir aşırı kullanım olduğu konusunda net bir bilimsel veri ortaya konulamamış, politik görüşler çerçevesinde şekillenmiş iddialar dile getirilmiştir.

Geçmişten günümüze incelediğimizde sevk işleminin mevzuat zorunlulukları dışında halkımızın kültürüne hiç girmediklerini görüyoruz. Vatandaşımız sorunu çözemediği için değil, sorununun çözüleceğine inandığı yer için sevk talebinde bulunmuştur. Kişilerin sevk zincirine uymaları için öncelikle sorunlarının aslında birinci basamakta çözüleceğine inanmaları gerekmektedir. Birinci basamakta görev yapan başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin de bu sorunların çoğunu çözebileceğine inanmış olmaları gerekmektedir. Mevcut tıp eğitimimizin içinde maalesef birinci basamak tıp pratiği çok az yer tutar. Sahadaki hemşirelerimiz ve ebelerimiz arasında eğitimleri boyunca gebe takibi ve doğum görmeden veya yeterli şekilde görmeden göreve başlamakta, doğumla baş başa kalma anksiyetesi ile mesleklerini icra etmeye gayret etmektedirler. Sahada görev yapan hekimlerin aile hekimliği uzmanı olacak şekilde yapılandırılmış bir eğitim almaları birinci basamakta çözülen sağlık sorunu oranını yükseltecek, hekim ve aile sağlığı elemanında mesleki tatmini yükseltecektir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının tanıyı destekleyici ve tedavinin faydasını takip edebileceği tetkik imkanlarına erişiminin olması da sevk zinciri ihlallerinin önüne geçebilecektir. Nasılsa tetkik için hastaneye gideceğim düşüncesine sahip bir hastayı zorla aile sağlığı merkezine yönlendirmek pratik bir yaklaşım olmaktan da uzak olacaktır. Vatandaşın buralarda sorunun çözüldüğünü müşahade etmesi ise bu merkezlere olan itimatı arttırarak öncelikle buralara başvurmalarını kolaylaştıracaktır.

Sağlık sistemimizin yakın geçmişinde hep basamaklı bir sağlık sistemi hedeflenmiştir. 1961 yılında kabul edilerek yürürlüğe giren Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile kanun seviyesinde mecburi tutulan sevk zinciri neredeyse tüm hükümetlerin programlarında da bir şekilde yer almıştır. 2003 yılında yürürlüğe giren Sağlıkta Dönüşüm Programında da birinci basamağın güçlendirilmesi, aile hekimliği ve etkili bir sevk sistemi başlıkları altında basamaklı sağlık sistemi öngörülse de aile hekimliği uygulamasının gündeme girdiği son on beş senedir bir türlü hayata geçirilememiştir.

Kaynaklar

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun Tasarısı Gerekçe Metni. TBMM Arşivi

Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı. Ankara 2004. Eds. Aydın S., Korukluoğlu S., Üstü Y., Kasım İ., Doğusan AR, Hacıimamoglu A.

Aydın S. Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 35:6-13 Haziran-Temmuz-Ağustos 2015

Aydın S. Sosyalizasyondan Aile Hekimliğine SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 15:8-11 Haziran-Temmuz-Ağustos 2010

Fişek N.:Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Yayınları, Ankara, 1985

Korukluoğlu S. Sağlıkta Dönüşümün Birinci Basamağı: Aile Hekimliği Uygulaması. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 15:16-19 Haziran-Temmuz-Ağustos 2010

Korukluoğlu S. Sevk Zinciri: Hayaller ve Gerçekler. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 47:34-37 Yaz 2018

Murt A. Sağlık Hizmetlerinde Talep Yönetimi. SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 36:72-75 Eylül-Ekim-Kasım 2015

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Sağlık Bakanlığı. Aralık 2012. Ed. Akdağ R.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri – Kasım 2002-2008 (Alma Ata'nın 30. Yılı Hatırası). Sağlık Bakanlığı. Kasım 2008. Eds. Akdağ R., Aydın S., Buzgan T., Demirel H., Gündüz F.

www.resmigazete.gov.tr

Obezite ve beslenme sorunları

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Pertevniyal Lisesinin ardından 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1996 yılında doçent oldu. 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç Hastalıkları Klinik Şefliğine atandı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. Metabolik Sendrom Derneği kurucu üyesidir. Öncelikli ilgi alanı insülin direnci ve metabolik sendrom ve tip 2 diyabet tedavisidir. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma ve İç Hastalıkları Kliniklerinde eğitim sorumlusu olarak görev yapmakta, aynı hastanede Klinik Çalışmalar Etik Kurul Başkanlığını yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu Üyesi de olan Dr. Altuntaş evli ve 3 çocuk babasıdır.

Obezite, dünyanın gelişmekte olan ülkelerinin en önemli sorunlarından bir tanesidir. 30 yıl öncesine kadar obezite açısından çok ciddi bir problemi olmayan ülkemiz, günümüzde obezite sorunu maalesef en yüksek orana ulaşmış ülkelerinden biri haline gelmiştir.

Türkiye'de Obezitenin Görülme Sıklığı ve Sosyokültürel Projeksiyonu

Sağlık Bakanlığınca yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" çalışma raporuna göre yetişkinlerde obezite oranı %30,3 (erkeklerde %20,5, kadınlarda %41,0), fazla kilolu oranı ise %34,6 bulunmuştur. Türkiye'nin 7 ayrı bölgesini temsilen 35-70 yaş arasındaki 4 binden fazla kişide yapılan ileriye dönük kentsel ve kırsal verilerinin değerlendirildiği Uluslararası PURE çalışmasında ise obezite oranı %52,8, fazla kilolu oranı %32,7 bulunmuştur. Kırsal kesimde obezite oranı %54,6, fazla kilolu oranı ise %27,9 bulunmuştur. Obezite oranı en fazla 50-60 yaş, fazla kilolu oranı da 60-64 yaş aralığında bulunmuştur. Bu sonuçlar ülkemizin 35-70 yaş arasındaki nüfusunun %85'inin obez ve fazla kilolu olduğunu göstermektedir. Diyabet sıklığı da buna paralel olarak giderek artmış olup 10 yıllık dilimde bir kat artarak erişkinlerde %15 civarına gelmiştir. Gelir düzeyine göre incelendiğinde fakir-zengin, kentli-kırsal ayrımı olmaksızın ciddi bir obezite ve kilo fazlalığı sorunu bulunmaktadır.

Dengeli Beslenme Sorunları

PURE Çalışması verilerine göre ülkemiz insanının günlük kalori tüketimi 2500-2700 kkal arasında bulunmuştur. Hâlbuki beden kütle indeksi ortalaması 30'lara gelmiş bir toplumda, günlük kalorinin en fazla 2000'e gerilemesi gerekir. Bu durum aşırı beslenmeyi göstermektedir. Dengeli beslenme öğelerini gözden geçirdiğimizde;

Süt ürünleri: Sağlık Bakanlığınca yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırma Raporu 2010"a göre ülkemizde süt tüketmeyenlerin oranının %44,6 olduğu, genelde %19,5 oranında haftada 1-2 kez süt tüketildiği görülmüştür. Süt tüketiminin tersine yoğurt, ayran, kefir gibi süt ürünlerini her gün tüketenlerin oranı %55,1, her gün peynir tüketenlerin oranı %76,0 bulunmuştur.

Et ürünleri: Türkiye genelinde kırmızı eti hiç tüketmeyenlerin oranının %20,2 olduğu, tavuk, hindi tüketenlerin %42,9, hiç balık tüketmeyenlerin oranının ise %39 olduğu gösterilmiştir.

Yumurta tüketimi: Her gün yumurta tüketenlerin oranı %29,7'dir.

Kuru baklagil tüketimi: Sağlıklı beslenme için önemli besin ögesi olan kuru baklagil tüketim oranı haftada 1-2 kez olarak %46,6 saptanmıştır.

Yağlı tohumlar: Ateroskleroz açısından koruyucu olan fındık, ceviz vb. tüketim oranı haftada 1-2 kez tüketenlerde %24,4, haftada 3-4 kez tüketenlerde %13,7, hiç tüketmeyenlerde %23,4 bulunmuştur.

Sebze meyve tüketimi: İnsanımızın %47,6'sının her gün yeşil yapraklı sebze

tükettiği, %41,2'sinin haftada 1-2 kez, %28,5'inin haftada 3-4 kez patates tükettiği gözlenmiştir. Diğer taze sebzelerin %34,9 oranında her gün, %24,6 oranında haftada 1-2 kez tüketildiği saptanmıştır. Bireylerin %38,4'ünün turuncuilleri tüketmediği, %16,2'sinin her gün, %15,7'sinin haftada 1-2 kez tükettiği gözlenmiştir. Diğer taze meyveleri her gün tüketenlerin oranı %51,5 olarak gözlenmiştir. Bu sonuçlar sebze ve meyve zengini olan ülkemizde sebze ve meyve tüketiminin yeterli olmadığını göstermektedir.

Ekmek ve unlu mamul tüketimi: Glisemik indeksi yüksek ve sağlık için olumsuz olan beyaz ekmek türlerinin %85,4 oranında her gün tüketildiği, sağlık açısından beyaz ekmekten daha iyi durumda olan tam tahıl ekmeklerini hiç tüketmeyenlerin oranının da %71,4 olduğu bulunmuştur. Bireylerin %30,6'sı haftada 1-2 kez, %28,3'ü haftada 3-4 kez, %22,3'ü her gün pirinç, bulgur, makarna vb. tahılları tüketmektedirler. Bisküvi-kraker türü besinleri haftada birkaç kez tüketme oranı %46 olarak bulunmuştur. Sağlıklı bir besin olan kahvaltılık tahılları tüketmeyenlerin oranının %91,6 gibi çok yüksek oranda olduğu saptanmıştır.

Bitkisel yağ tüketimi: Her gün ayçiçek yağı tüketenlerin oranı %67,4, mısırözü yağı %11,7 ve zeytinyağı %35,3 olarak saptanmıştır. Dünyada zeytincilikte ilk beş ülkeden biri olan ülkemizde sağlığa faydası tartışmasız olan zeytinyağı tüketimi oldukça düşüktür. Yine fındık üretiminde dünyada ilk sırada olan ülkemizde sağlıklı yağ çeşidi olan fındık yağını hiç tüketmeyenlerin oranı %95,2 bulunmuştur.

Bireylerin %99,4'ü faydalı bir yağ olan soya yağını, %98,9'u da kanola yağını hiç tüketmemektedir.

Tereyağı ve margarin tüketimi: Haftada 1-2 kez tereyağı tüketenlerin oranı ise kentte %17, kırdada %13,9 olarak saptanmıştır. Türkiye'de bireylerin %50,3'ü tereyağı tüketmemektedir. Bireylerin %11,2'si haftada 1-2 kez sert margarin tüketirken %69,1'i hiç tüketmemektedir. Avrupa'da kişi başına en fazla tereyağı tüketimi 7,4 kg ile Fransa'dadır ve ilginç olarak kalp damar hastalıklarından ölüm %28 oranı ile en az Fransa'dadır. Bizim ülkemizde ise bu oran %47'dir. Tereyağının maalesef ülkemizde tüketimi düşük olup kişi başı 1,5 kg kadardır.

Beslenme Sorunları için Öneriler

Türkiye, 81 vilayete ait 2 bin 205 çeşit yöresel yiyecek ve içecekten oluşan zengin mutfak ile dünya çapında bir lezzet ülkesidir. Sadece Gaziantep ili 291, Elâzığ ise 154 çeşit yemek, tatlı ve içecekten oluşan zengin bir mutfaka sahiptir. Aslında geleneksel Türk mutfaklarında sorun yoktur ve sağlıklı beslenme açısından kendi içerisinde dengesini kurmuştur. Sorun olan, sağlığa zararlı gıda katkı maddeleri içeren, rafine şeker, rafine beyaz ekmeğin, kızartmaların, margarin ile yapılan yemeklerin ve unlu mamullerin sofralarımızda olması veya fazla olmasıdır.

Stratejik Eylem Programları (Yaş Dönemlerine Göre Öneriler)

1- Doğum öncesi: Gebelik döneminde alınan kilolar ve beslenme tarzı, daha sonraki dönemde hem anne sağlığını, hem de bebeği olumsuz yönde etkilemektedir.

2- Bebeklik çağı: Obezitenin önlenmesi çalışmalarına bebeklikte başlanmalıdır. Anne sütünün mümkün olduğunca ilk 2 yıl sürdürülmesi sağlanmalıdır.

3- Çocukluk çağı: Tip 2 diyabet, obezite, hipertansiyon çocukluk çağına da önemli bir hale gelmeye başlamıştır. Çocukluk çağına yanlış beslenme davranışlarının kazanılması ile başlayan süreç erişkin yaşlarda da artarak devam edecektir. Çocukluk çağına obezite mücadelesi için:

a. Fastfood ürünlerinin, nişasta bazlı şeker içeren bisküvi-şekerleme-kremalı gıdaların ve şekerli gazozlu içeceklerin okullarda kontrolüveyasaklanması gerekmektedir.

b. Çocuklarda obezite sıklığını azaltmanın en iyi yolu, yaşam tarzı değişikliğinin eğitimle sağlanmasıdır (Mecburi

sağlıklı beslenme dersi konulması)
c. Okullarda beden eğitimi derslerinin etkinliğinin ve felsefesinin yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.

4- Gençlik çağı: Adölesan dönem psikososyal etkilenmelerin ve çevrenin en etkin olduğu dönemdir. Bu dönemde dengesiz beslenme sorun oluşturur.

5- Erişkin yaş: Kışla, cami, TV'lerdeki kamu spotları, hastane bekleme alanları, havaalanları vb. gibi çeşitli bekleme alanları dengeli beslenme ve egzersiz eğitiminin verilebileceği en uygun yerlerdendir. Ülkemizde insanların ortalama günde altı buçuk saat oturdukları ve bu oranın dünya ortalamalarının üstünde olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle toplum mutlaka harekete geçirilmesi, bunun için bakanlıklar ve yerel yönetimlerin egzersizi özendirerek ve teşvik edecek projeleri yürürlüğe koymaları ve şehirlerin yapılandırılması buna uygun olmaları sağlanmalıdır.

Dengeli Beslenme ve Obezite Mücadelesi için Diğer Öneriler

1- Obeziteye yol açan beslenme kültürümüzün değişimi önerileri:

a. Balık: Üç tarafı denizlerle çevrili olan ülkemizde balık tüketimi oldukça azdır. Kişi başı yıllık 3-8 kg olan balık tüketimi özendirilmelidir (Japonya'da 99 kg/yıl)

b. Ekmek: Ekmekler çoğunlukla rafine edilmiş glisemik indeksi (Gİ) oldukça yüksek olan beyaz undan yapılmaktadır. Gİ daha az olan kepekli veya diğer sağlıklı ekmek çeşitlerinin tüketimi istenen düzeyde değildir. Rafine ekmeğe kısıtlamalar getirilmelidir. Fakat kepekli ekmeklerin ya da bazı diğer diyet ekmeklerinin de kontrolsüz tüketilmelerinin de önüne geçilmelidir.

c. Tatlılar: Çeşitli gıdalarda nişasta bazlı şekerlerin (NBŞ) yaygın olarak kullanılması önemli bir sorundur. Bu nedenle NBŞ kullanımında Avrupa Birliği normlarına uyulması gerekmektedir. Ayrıca "hediye ve ikram kültürünün bir parçası olan tatlı"nın bu rolünün değiştirilmesi de gerekmektedir. Yapılacak kampanyalarla tatlıların şeker oranının düşürülmesi veya Gİ'nin azaltılması hatta hediye kültüründen çıkartılması çok olumlu sonuçlar verecektir. Ayrıca tartı ile satılan tatlı ürünlerinde de mutlaka ayrıntılı etiketleme (örneğin ambalaj kâğıtlarına içerdiği kalori ve yol açacağı sağlık problemlerinin yazılması) mecburi hale gelmelidir.

d. Şekerli ve yapay tatlandırıcı gazoz

İçecekler: Şekerli gazozlu içecekler kadar yapay tatlandırıcı içeren içeceklerin de sağlığa zararlı olduğu ve aynı şekilde obeziteye yol açtığı gösterilmiştir. Bu nedenle yapay tatlandırıcı içeceklerin de sağlıklı bir alternatif olarak sunulması önlenmelidir.

e. Yağlar: Alınması gereken kalorinin %30'unun yağ kaynaklı, bunun da en fazla 1/3'ünün doymuş yağ olması önerilmektedir. Aşırı doymuş yağ tüketiminin obezite ve diyabete yol açtığı gösterilmiştir. Doymuş yağ olmasına rağmen tereyağı sağlık için zararlı değildir. Fakat Türkiye'de üretilen tereyağların bir kısmı sağlıksız şartlarda üretilmekte ve margarin katılmaktadır. Zeytinyağı üretiminde dünyada 5. sırada olan ülkemiz, tüketimde son sıralarda gelmektedir. Yıllık kişi başı zeytinyağı tüketimi 0,5 kg olan ülkemizde (komşumuz Yunanistan'da 22 kg) zeytinyağı tüketiminin özel bir programla artırılması sağlanmalıdır. Ülkemiz için bir şans olan zeytinyağı ağırlıklı Akdeniz mutfak, çeşitli teşviklerle özendirilmelidir. Fındık ülkesi olan ülkemizde yemeklerde fındık yağı da özendirilmelidir.

2- Obezite önleme merkezlerinin ve obezite mükemmeliyet merkezlerinin kurulması: Aile hekimliği ve kamu hastanelerinde hekimi ve hastayı maddi ve manevi teşvik edici obezite önleme programlarının yürütülmesi ayrıca obezite mükemmeliyet merkezlerinin kurulması

3- Entegre Spor ve Sağlıklı Hayat Merkezleri kurulması: Obezite, diyabet gibi hayat tarzı değişikliği ile tedavi edilebilen hastalıklardan korunma, tedavi ve topluma sağlıklı hayat tarzı değişikliğini benimsetme amacı ile ülke genelinde sağlık kurumları ile ortak çalışacak entegre spor ve sağlıklı hayat tesislerinin kurulması

4- Obeziteye yol açan endokrin bozucuların kontrolü: Doğal şeker yerine yaygın kullanılan nişasta bazlı şekerlerin, bazı gıda katkı maddelerinin, bisfenol-A maddesi içeren plastik şişelerin, tarımda kullanılan pestisitlerin obeziteye ve diğer sağlık sorunlarına yol açtığı gösterilmiştir. Özellikle ülkemizde yaygın kullanılan suların, plastik şişelerde satışı yasaklanmalıdır.

Sonuç olarak obezite, yol açtığı zincirleme sağlık problemleri ve ekonomik maliyeti ile toplumlar için tehlike olmaya başlamıştır. Ulusal çapta etkin yapılacak bir obezite mücadelesi ve beslenme kültürü değişikliği ile obezite sıklığında ve ilişkili hastalıklarda azalma sağlanacaktır.

Kronik hastalıkların yönetimi ve korunma

Doç. Dr. Nazan Yardım



1986'da Ankara Atatürk Lisesinden, 1993 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan halk sağlığı uzmanlığını aldı. Sağlık Bakanlığının yürüttüğü proje ve araştırmalarda sorumlu yönetici/ sorumlu araştırmacı görevlerinde bulunan Dr. Yardım, Sağlık Bakanlığı ulusal programlarının ve stratejik planlarının geliştirilmesinde görevler aldı.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH), her yıl 41 milyon (tüm ölümlerin %71'i) insanın ölümüne neden olmaktadır. Bunun 15 milyonu erken ölümlerdir (30-69 yaş) ve %85'i düşük ve orta gelirli ülkelerde olmaktadır. Kalp damar hastalıkları (kalp krizi ve inme gibi), BOH ölümlerinin büyük kısmından sorumludur (yılda 17,1 milyon). Bunu kanserler (9 milyon), KOAH ve astım gibi kronik solunum hastalıkları (3,9 milyon) ve diyabet (1,6 milyon) izlemektedir. Bu dört grup hastalık tüm BOH erken ölümlerinin %80'den fazlasından sorumludur. Tütün kullanımı, fiziksel inaktivite, alkolün zararlı kullanımı ve sağlıksız beslenme BOH ölüm riskini artırmaktadır. "Kronik hastalıklar" olarak da bilinen BOH'lar uzun hastalık süresine sahiptir ve genetik, psikolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin bileşiminin sonucudur. Tüm yaş grupları, bölgeler ve ülkeler etkilenmektedir. Bu hastalıklar nüfusun yaşlanması, sağlıksız yaşam şekillerinin küreselleşmesi ve plansız hızlı şehirleşme ile artmaktadır. Sağlıksız beslenme ve yetersiz fiziksel aktivite yüksek kan basıncı, artmış kan glukozu, yüksek kan lipitleri ve obeziteye neden olmaktadır. Bunlar metabolik risk faktörleri olup kardiyovasküler hastalıklara neden olarak erken ölümlere neden olmaktadır. (1) Ülkemizde kronik hastalıklar, en önemli ölüm nedenleri ve hastalık yükü arasında yer almaktadır (2, 3). Kronik hastalıklar risk faktörleri açısından ise obezite %32, fazla kiloluluk %35 bulunmuştur (5). İlkokul 2. sınıf çocuklarda obezite %9,9, fazla kiloluluk %14,6 bulunmuştur. Bu değerler Batı'da %16'ya erişmekte, Doğu'da ise azalmaktadır (%4,5). Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu Bölgelerimizde obezitenin tersine bodurluk (kronik bes-

lenme yetersizliği) Türkiye ortalamasının üzerindedir (Türkiye %2,3; kız %5,5 erkek %6) (6). DSÖ tarafından ilk kez 2004 yılında "kronik hastalık" tehlikesine dikkat çekilmiştir. Bakanlığımız tarafından 2006 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi iş birliğinde ülkemiz ev sahipliğinde "Obeziteye Karşı İstanbul Şartı" imzalanmıştır. 2010 yılından itibaren de toplumda sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve fiziksel hareketsizliğin önlenmesi için Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (7) her beş yılda bir güncellenerek uygulanmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (8) ile Onuncu ve Onbirinci Taslak Kalkınma Planlarında (9) BOH ile mücadeleye değinilmektedir.

Mevcut Çalışmalar

BOH ve risk faktörleri ile mücadele, çok sektörlü yaklaşım ve müdahaleleri gerektirmektedir. Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 4 başlıkta uygulanmaktadır:

- Kamu farkındalığının artırılması ve eğitimler (kamu spotları, web siteleri, bisiklet desteği, yürüyüş etkinlikleri vb. halk eğitimleri, hizmet içi eğitimler)
- Standart, rehber geliştirme ve mevzuat düzenlemeleri (Okul kantin ve RTÜK reklam düzenlemeleri, Fiziksel Aktivite Uygunluk Karnesi, Türkiye Beslenme Rehberi, Aile Hekimleri için Obezite Diyabet Klinik Rehberleri, Ulusal ve Kronik Hastalıklarda Fizik Aktivite Rehberleri)
- Sağlık Hizmetlerinin düzenlenmesi (Birinci basamak obezite tedavi birimleri)
- İzleme-değerlendirme (Sağlık net, araştırmalar)

Kamu farkındalığı görsel ve yazılı basın

yolu ile artırılmakta, halk eğitimleri ve hizmet içi eğitimler düzenlenmektedir. Sağlıklı Beslenme ve Fiziksel Aktivite Rehberleri tüm toplum ve hekimlere, hemşirelere ve diyetisyenlere yönelik olmak üzere geliştirilmiş, halk eğitimleri ve hizmet içi eğitimler düzenlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi çalışmalarımız kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde obezite birimleri ve sağlıklı yaşam merkezleri açılmıştır. Burada aile hekimlerinin yönlendirdiği fazla kilolu ve obez vatandaşlarımıza beslenme tedavisi verilmektedir. 2017 yılında yapılan başvuru sayısı 240 bin olmuştur. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz tarafından da hastanelerde obezite merkezleri çalışmaları başlatılmıştır. Obezite tedavisi ve cerrahisi geri ödeme kapsamındadır. Sağlık net veri tabanı ve araştırmalar ile [Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmaları (TBSA), Çocukluk Çağı Obezite Araştırmaları (COSI), STEPS] obezite, kronik hastalıklar ve beslenme örüntüsü ülke çapında izlenmektedir.

Sonuç

BOH'un sosyoekonomik etkileri vardır. BOH 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşılmasını tehdit etmektedir. Yoksulluk BOH ile yakından ilişkilidir. BOH'daki hızlı yükseliş düşük gelirli ülkelerde özellikle sağlık hizmetleri ile ilişkili hane halkı harcamalarını artırarak yoksulluğu azaltma çabalarını engellemektedir. BOH'un uzun süren ve pahalı tedavi maliyetleri ve hane geçimini sağlayan kişinin kaybını içeren aşırı maliyetleri, milyonlarca kişiyi yoksulluğa mahkûm etmekte ve kalkınmayı güçleştirmektedir. BOH'ın kontrolünde en önemli yol, risk faktörlerinin azaltılmasına odaklanılmasıdır. Yaygın modifiye edilebilir

risk faktörlerinin azaltılması için düşük maliyetli çözümler mevcuttur. BOH ve risk faktörlerinin gidişatı ve ilerlemelerin izlenmesi politikalar ve öncelikler için önemlidir. BOH'un bireysel ve toplumsal etkilerini azaltmak için sağlıklı birlikte maliye, ulaşım, eğitim, tarım, planlama gibi çok sektörlü yaklaşım gerekmektedir. BOH'ın iyi yönetilmesi kritik önemdedir. BOH'ın yönetimi tarama, erken tanı ve tedavileri ile ihtiyacı olanların pallatif bakıma erişebilmelerini kapsamaktadır. Erken tanı ve zamanında tedaviyi sağlayabilmek için birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi BOH müdahaleleri içerisinde en yüksek etkiye sahiptir. BOH doğru yönetimi, "2025 yılına kadar BOH'a bağlı erken ölümlerin %25 azaltılması" ve 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nden bir tanesi olan "BOH'dan erken ölümlerin 1/3 oranında azaltılması" hedeflerinin başarılmasında temel teşkil etmektedir. (1) Ülkemizde Çok Sektörlü Sağlık Sorumluluğu Programı (10) ile uyumlu olarak uygulanan Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı'na devam edilmesi, sağlık hizmetlerinde kronik hastalık yönetiminin birinci basamak sağlık hizmetlerinde güçlendirilmesi gerekmektedir. Bilimsel kanıtlar daha pahalı tedavilere ihtiyacın azaltılması nedeni ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde BOH yönetiminin sağlanmasının mükemmel ekonomik yatırım olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte şu tespitler yapılacak çalışmalar için önemlidir:

- Aile hekimleri tarafından kronik hastalıkların erken tanı ve uygun tedavisi için "zorunlu" tarama programlarına yönelik mevzuat düzenlemeleri ve uygulamada yapılan çalışmalar yetersizdir.
- Aile hekimlerinin diyabet ilaçlarını reçeteleme yetkisi kapsamı dardır.
- Obez nüfusunu azaltan, diyabetli hastalarda düzenli HbA1c seviyesini yakalayan, sigara içen nüfusu azalan, hipertansiyon hastalarında kan basıncı seviyesi normal olarak ölçülen hasta yüzdesine göre ilave ücretlendirme (pozitif performans) bulunmamaktadır.
- Hastanelerde dahiliye/endokrinoloji poliklinikleri kapsamında "Diyabet ve Obezite" polikliniklerinin açılması yeterli düzeyde değildir.
- Sağlık kurumlarında kronik hastalık yönetim ekibi (hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen ve fizyoterapist) eksiklikleri vardır.
- Sağlıklı beslenme ile ilgili konularda bilimsel tavsiye ve görüş hazırlayacak bir ulusal konsey bulunmamaktadır.
- Sağlıklı kiloda olan, diyabet ve veya

hipertansiyon hastası olmamayı teşvik eden bir geri ödeme (prim) sistemi bulunmamaktadır.

- Üniversitelerde lisans ve lisansüstü eğitimlerde (tıp, hemşirelik, beslenme ve diyetetik, gıda ve ziraat mühendislikleri, spor bilimleri, eğitim fakülteleri) sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemi konusunda müfredat eksiklikleri bulunmaktadır.

- Trans yağlar kalp damar hastalıklarına neden olmaktadır. ABD'de 30 Haziran 2018 tarihinden itibaren trans yağların öncüsü niteliğindeki hidrojenize yağlar, gıdalarda toplam 100 gr yağda 2 gr altında olacak şekilde kısıtlanmıştır. AB'de ise trans yağlar 100 gr toplam yağda 1 gr'ın altına firmalar tarafından gönüllü indirilmiştir. Ülkemizde ise trans yağların 100 gr toplam yağda 2 gramın altında olması için yapılmış bir düzenleme yoktur.

- Ülkemizde yapılan çalışmalarda demir ve vitamin D yetmezliği önemli boyutlardadır. ABD'de tüm sütler vitamin D ile zorunlu olarak zenginleştirilmiştir. Unun demir ve folik asit ile zenginleştirilmesi yaklaşık 84 ülkede yapılmaktadır. Bakanlığımız bilimsel kurul tarafından belirlenen miktarlarda unun demir ve folik asit ile sütün (vitamin D) zenginleştirilmesi ve referans alım düzeylerinin ön yüz etikette bildiriminin gönüllü firmalarca renkli olarak yapılması için gerekli mevzuat değişiklikleri yapılmamıştır. Halen mevcut mevzuata göre istese de bir firmanın renkli etiket kullanımı yasaktır.

- Tam tahıllı ekmek ve glütensiz ürünler pahalıdır.

- Sağlıklı gıdalarda (besin değeri yüksek) üreticinin desteklenmesi ve sağlıksız gıdalarda (besin değeri düşük) ise tüketimi azaltacak bir vergi düzenlemesi önemlidir.

- Halen ABD, İngiltere, Japonya, İsveç, Almanya, İtalya başta olmak üzere birçok ülkede uygulanan Okul Yemeği Programı ülkemizde yoktur. Obezite ve bodurluğun önlenmesi için acilen başlatılmalıdır.

- Okul kantin düzenlemelerine uyum yetersizdir.

- Fizik aktivite uygulamaları için okullarda altyapı yetersizlikleri mevcuttur. 2016 ikinci döneminden itibaren uygulanan "fiziksel aktivite uygunluk karnesi" veri girişleri yetersizdir.

- Marketlerde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen besin içeriği düşük gıdaların promosyonunu azaltacak ve çocuk boylarının üzerinde olacak şekilde reyon düzenlemeleri (sağlıksız gıdaların daha az görünür yerlerde olması, kasa çıkışlarında olmaması gibi) bulunmamaktadır.

- Sağlıklı ürün (et, süt, sebze, meyve ve

bakliyat ürünlerinde) alışverişlerinin desteklenmesi için sağlıksız ürünlerde yapılan promosyon desteği (bir alana bir bedava veya aynı ücrete daha fazla ürün gibi) geliştirilmesi çalışmaları yaygın değildir.

- Hazır menü sunan fast food lokantalarında menü içerisinde gazlı içecekler yerine "ayran veya süt" patates kızartması yerine salata tercihi sıklıkla sunulmamaktadır.

- Gıda sektörü tarafından yapılacak reformülasyon Ar-Ge çalışmaları ve sağlıklı ürün üreticilerinin desteklenmesi gerekmektedir.

- Televizyonlar dışında çocuklara yönelik aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıdalar yönelik pazarlama baskısının azaltılması için internet başta olmak üzere diğer medya için bir düzenleme ihtiyacı vardır.

- Obeziteyi artıran çevrenin azaltılması için şehirlerde ağaçlıklı yaya yolları, ulaşımında bisiklet yolları ve yeterli yeşil alanlara imkân verecek Çevre ve Şehircilik Bakanlığına ait mekansal planlamalar başta olmak üzere mevzuat düzenlemeleri yetersizdir. Buna bağlı olarak Belediyelerce ücretsiz spor imkânlarının yaygınlaştırılması (basketbol, voleybol, tenis sahaları ve yüzme havuzları), rekreasyon alanları ve kişi başı yeşil alan, toplumda fiziksel aktivitenin geliştirilmesi için ulaşımında bisiklet kullanımı yaygınlaştırılması, cadde ve sokak ağaçlandırması ve geniş yaya yollarının sağlanması istenilen düzeyde değildir.

- Diğer yandan ülkemiz demografik değişimi sonucu yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Kronik hastalıkların nedenlerinden olan yaşlılık sonucu gelişen sağlık sorunlarına yönelik hizmetler ve "sağlıklı yaşlanma" çalışmaları önem taşımaktadır (11).

Kaynaklar

1) <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Erişim Tarihi: 13.08.2018)

2) Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020

3) Sağlık Bakanlığı Hastalık Yükü Çalışmaları (2003, 2015)

4) Türkiye İstatistik Kurumu, Sağlık Araştırması, 2016 ve Ölüm İstatistikleri

5) Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri Araştırması (STEPS) 2017

6) Çocukluk Çağı Obezite Araştırmaları (COSI) 2013, 2016

7) Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı 2010, 2014, 2018

8) Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2014

9) Kalkınma Bakanlığı 10. Kalkınma Planı

10) Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğu Programı

11) M. G. Halil, Türkiye'deki hızlı demografik değişim, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım 2017, Sayı 44. Sf. 16-17

Antimikrobiklerin akılcı kullanımı ve direnç

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpinar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yaptı. 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyeliğinden 2016'da emekli oldu. Öncelikli uğraş alanları; hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı ile yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir. 2009-2013'te Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Üyeliği, 2011-2015'te Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği yapan Öztürk, Hastane Enfeksiyonları, Grip ve Boğmaca Bilimsel Danışma Kurulları Üyesidir. Dr. Öztürk, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesidir.

Antimikrobik maddelerin tıp, tarım ve veterinerlik alanında yaygın ve akılcı olmayan şekilde kullanılması sonucu mikroorganizmalar, değişik mekanizmalarla uzun yıllardan beri direnç geliştirmeye başlamıştır. Direnç sorunu bakteriler dışında, virüs, mantar ve parazitler için de söz konusudur. Direnç sorunu yaşanmayan bakteri cinsi/türü kalmamış gibidir. Antimikrobik maddelerin kullanım miktarı ve yaygınlığıyla doğru orantılı şekilde artan direnç, 90'lı yıllardan sonra hızla artmış, günümüzde çok yaygın, halk sağlığını ciddi şekilde tehdit eden küresel bir sorun haline gelmiştir.

Gerek toplum gerek hastane ve sağlık hizmeti veren diğer kurumlarda antimikrobiklerin akılcı olmayan kullanımı çok yaygındır ve yapılan değişik çalışmalarda gereksiz, uygun olmayan kullanım %50 oranlarını aşmaktadır. Sadece tıp alanında değil, tarım ve veterinerlik alanında da yaygın ve uygunsuz kullanım büyük bir sorundur. Toplumda bile "çoklu dirençli" bakteri enfeksiyonların yaygınlaşmaya başladığı günümüzde, hastanelerde kullanılan tüm antibiyotiklere karşı direnç geliştirmiş "panrezistan" kökenlerin yaygınlığı ve oranı giderek artmaktadır. Bu durum, tıpta bir felaketin, başka bir ifadeyle "iflas"ın habercisidir. Artık ilmi çevrelerde "Antibiyotik çağının sonu mu?" sorusu sıklıkla gündeme taşınmaktadır. Antimikrobiklere karşı direnç; toplumda

enfeksiyonların etkili tedavi edilememesi, enfeksiyon hastalıklarının daha uzun sürmesi, ölüm riskinin artması, salgıların sıklaşması ve uzaması, sağlıklı toplum kesimlerinde de enfeksiyon riskinin artması anlamına gelmektedir. Ölümlerin dünya genelinde %20-25'inin, düşük gelirli ülkelerde %45'inin halen enfeksiyon hastalıklarına bağlı olduğu günümüzde, direnç gelişmesine bağlı olarak enfeksiyonlar ne yazık ki daha da öldürücü olmaktadır ve olmaya devam edecektir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de antibiyotik direncinin halk sağlığını tehdit eden küresel bir sorun olduğunu belirtmiş ve 2014 yılında dünya genelinde direnç durumunu ortaya koyan bir rapor yayımlamıştır, konuyla ilgili ikinci rapor da 2018 yılı başında yayımlanmıştır. 2015 yılında DSÖ'nün en üst organı olan Dünya Sağlık "Aşemblersi" 68. toplantısında "Antimikrobiyal Direnç Küresel Eylem Planı"nı kabul etmiş ve 2017 yılına kadar ülkelerin küresel eylem planı ile uyumlu olacak şekilde kendi ulusal eylem planlarını hazırlayıp uygulamaya koymasını önermiştir. Dünyadan değişik ülkeler ve kuruluşlar (ABD, İngiltere, Almanya, Kanada, Avustralya vd., Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (ECDC)) eylem planlarını hazırlamış, değişik önlemleri uygulamaya koymaya başlamıştır. Bu süreçte Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) ve Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (OIE) ile de işbirliği yapılmıştır.

Ülkemizde tıpta, diş hekimliğinde, tarım ve veterinerlikte antibiyotik kullanımı ve direnç oranları çok yüksektir. Avrupa'da en fazla antibiyotik kullanan ve en yüksek direnç oranlarına sahip ülkelerden biri durumundayız. Ülkemiz, OECD ülkeleri arasında bölgesinde en fazla antibiyotik kullanan ülke konumundadır. Ülkemizde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, akılcı ilaç kullanımı kapsamında akılcı antibiyotik kullanımı konusunda farkındalık ve eğitim çalışmaları yürütmektedir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından "Ulusal Antimikrobiyal Direnç Surveyansı" çalışmasını sürdürmektedir. Ancak ilgili çalışmalar, henüz etkin ve yaygın ulusal bir strateji belirlenmesine imkân verecek ölçekte değildir. Antibiyotiklerin reçetesiz satışının önlenmesinin yakın-orta gelecekte olumlu muhtemel katkısı olacaktır. Tarım ve veterinerlik alanında da tıp alanında olduğu gibi önemli bir direnç sorunu mevcuttur. İlgili direncin hayvanlardan insanlara bulaşması (et, süt ve süt ürünleri, çıkartılarla temas) konuyu çok daha önemli hale getirmektedir.

Sorunlar

1- Antibiyotik yönetişimi konusunda gerekli örgütlenmenin kurumsal çerçevede ülke genelinde sağlanamamış olması: Toplumda ve sağlık kuruluşlarında antibiyotikler halen en sık reçete edilen ilaçlar arasındadır. Hastanelerde antibiyotik kontrol komiteleri değişik nedenlerle beklenen etkinlikte sonuç

alıcı şekilde çalışmamaktadır. Dünyada yaygınlaşan antimikrobiyal yönetim (stewardship) kurum ve ülke düzeyinde ele alınamamış, etkin yapılanmalar sağlanamamıştır. Antimikrobiyal yönetimin kurumsal ve ulusal ölçekte kurulamaması, kurulanların da etkin çalıştırılmaması direncin artmasının önlenmesi ve kontrolü açısından önemli bir “yönetişim sorunu” oluşturmaktadır.

2- DSÖ, Dünya Sağlık “Asemblei” tarafından her ülkenin hazırlaması önerilen Ulusal Eylem Planını henüz hazırlamamış ülkeler arasında oluşumuz: Cumhurbaşkanlığı himayesinde ilgili eylem planının olmayışı dirençle mücadelede beklenen etkinliğe ulaşılmasına engel olmaktadır. Bu kapsamda, multidisipliner yaklaşım, ulusal ve uluslararası önlemlerle antibiyotik direnç problemi ile ilgili farkındalığın artırılabilmesini sağlayacak ulusal veya uluslararası yakın iş birliğinde yetersizlik söz konusudur.

3- Tıp, diş hekimliği, diğer sağlık bilimleri ve veterinerlik alanında lisans ve lisansüstü dönemde gerekli yeterliliği kazandıracak teorik ve uygulamalı eğitim verilememesi: Sonuçta akılcı antimikrobik kullanımı sorunu yaygın olarak devam etmektedir. Örneğin sadece cerrahi profilakside uygunsuzluk çok yaygındır.

4- Hastane yönetimleri ve daha üst yöneticilerin antimikrobiyal direnç, enfeksiyon önleme ve kontrolüne gereken önemi vermemesi: Etkili bir enfeksiyon önleme ve kontrolünün olmayışı dirençli kökenlerin hastanelerde vd. sağlık kuruluşlarında yayılmasına ve bazen salgınlara neden olmaktadır. Aşıyla önlenebilir hastalıklar için özellikle erişkinde yeterli bir aşılama olmaması da enfeksiyonların önlenme ve kontrolündeki sorunlu alanlardandır.

5- Enfeksiyon hastalıklarının erken/hızlı ve doğru tanısı için laboratuvar imkânlarının sayısı ve imkânca henüz yeterli düzeyde olmaması: 2. ve 3. düzey hastanelerin hepsinde laboratuvarların 7/24 çalışmaması, laboratuvar sonuçlarının hızlı çıkıp raporlanmaması çoğu viral enfeksiyonda antibiyotik kullanılmasına eğilim oluşturmaktadır.

6- Toplum, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarında sürekli direnç sürveyansı yapıp verilerin zamanında analiz sonrası hekimlere düzenli iletilmemesi:



Direnç verilerini dikkate alan antibiyotik kullanım rehberlerinin hazırlanması ve zamanla güncelleştirilmesi konusunda önemli yetersizlikler, sorunlar vardır.

7- Tarım ve veterinerlik alanında kullanılan antimikrobik maddeler dünya genelinde kullanılan antibiyotiklerin %70’ini oluşturmakta olup bu miktar tıp alanında kullanılanlardan çok fazladır: Ülkemizde bu konuda güvenilir veri elde etmede sıkıntı yaşanmaktadır. Yasal bekletme süresine uyulmadan, antibiyotığın metabolize edilmesine fırsat vermeden tüketime sunulma kanatlı hayvanlardan alınan örneklerde antibiyotik kalıntısının saptanması direnç gelişiminde önemle ele alınması gereken bir sorundur. Bu alanda yaygın ve yeterli denetim noksanlığı sorunu mevcuttur. Tarımda ve veterinerlik alanında antibiyotik kullanımının durumu, bu alanda Sağlık Bakanlığı ile gerekli işbirliğinin yetersizliği, politikaların ve etkin denetleyici uygulamaların azlığı önemli bir sorundur.

8- Antimikrobiyal direnç konusunda referans merkezi düzeyinde, değişik laboratuvarları içeren ulusal araştırma merkezimizin olmaması: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Laboratuvarları ve Üniversite araştırma laboratuvarları beklenen düzeyde etkin temel bilim araştırması ve AR-GE yapamamaktadır. TÜSEB bünyesinde bir Enfeksiyon Hastalıklarının Enstitüsünün henüz kurulmamış olması bir sorundur.

9- Yeni antibiyotiklerin üretimi, geliştirilmesi konusunda dünya genelindeki sorunun bizi de etkilemesi: Ülke olarak ilaç ve özellikle yeni antibiyotik geliştirilmesi konusunda yeterli çalışma ve desteğin ol-

maması da geleceğimizi olumsuz etkileyen önemli bir stratejik sorundur.

Sonuç olarak, akılcı antibiyotik kullanımı ve antimikrobiyal direnç konusunda kurumsal, ulusal ölçekte yönetim, eğitim, denetim gibi konularda değişik sorunlar vardır.

Kaynaklar

Early Implementation 2016-2017 <http://www.who.int/glass/resources/publications/early-implementation-report/en/> (Erişim Tarihi:15 Eylül 2018).

European Commission. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council. Action plan against the rising threats from Antimicrobial Resistance. http://ec.europa.eu/dgs/health_food_safety/docs/communication_amr_2011_748_en.pdf (Erişim Tarihi: 16 Eylül 2018).

Öztürk R. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, 2016; 38: 70-73. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/474/Antibiyotik-direnci-Antibiyotik-caginin-sonu-mu.aspx> (Erişim Tarihi:29.08.2018).

The White House. National Action Plan for Combating Antibiotic Resistant Bacteria, March 2015. https://www.whitehouse.gov/sites/default/files/docs/national_action_plan_for_combating_antibiotic-resistant_bacteria.pdf (Erişim Tarihi: 30.08. 2018).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Akılcı Antibiyotik Kullanımı. http://www.akilcilac.gov.tr/?page_id=88&lang=tr_TR (Erişim Tarihi:29.08.2018).

Van den Bogaard AE, Stobberingh EE. Epidemiology of Resistance to Antibiotics. Links Between Animals and Humans. *Int J Antimicrob Agents* 2000; 14:327-35.

WHO. Antimicrobial Resistance. Global Report on Surveillance, 2014. <http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillance-report/en> (Erişim Tarihi: 29.08.2018).

WHO. Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) Report.

WHO. National Action Plans <http://www.who.int/antimicrobial-resistance/national-action-plans/en/> (Erişim Tarihi:15 Eylül 2018).

Yaşlılık sorunları

Prof. Dr. Mehmet Akif Karan



1986-1990 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında uzmanlık eğitimi tamamladı. 2000 yılında Geriatri Bilim Dalının kuruluşu ile görevlendirildi. 2010-2015 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği görevinde bulunan Dr. Karan aynı kurumda Geriatri Bilim Dalı Öğretim Üyesidir.

Dünya nüfusunun artmasına karşılık doğum ve mortalite oranlarının azalması, 65+ yaşındakilerin sayı ve oranının artması ile sonuçlanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumunun adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçlarına göre Türkiye nüfusunda 65+ yaşında olanların oranı 2016'da %8,3'e ulaşmıştır. 2000 yılında %6,7 olan yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Ülkemizde bugün 65+ yaşında 6.651.503 yaşımız mevcuttur (1). Ülke nüfusumuzun artık doğurganlık ve ölüm hızlarının düşük olduğu, giderek yaşılanan bir nüfus olduğunu söyleyebiliriz (2).

Yaşlanma bir hastalık değildir, ancak yaşlandıkça hastalık gelişme riski artar. Yaşlılık dönemi özellikle sağlık sorunlarının en yoğun olduğu, mortalite oranının da en yüksek olduğu dönemdir. Bu durum sadece yaşlı oranının yüksek olduğu gelişmiş ülkeleri etkileyen bir değişim değildir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kısıtlı olan kaynaklar bu grubun sorunlarına aktarılmaktadır. Yaşlanmanın tüm dünya için bir halk sağlığı sorunu olduğu bilinmelidir. Sağlık politikaları geliştirilirken, sağlık eğitimi planlanırken, sağlık ve sosyal güvenliğe ayrılan finans kaynakları yönetilirken geriatri ve gerontoloji bilimine daha fazla ihtiyaç vardır.

Ülkemizdeki yaşlı nüfusun artması, bundan sonraki süreçte sağlık profesyonellerinin yaşlılarda sık görülen hastalıklarla (hipertansiyon, diabetes mellitus, osteoporoz, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kanser gibi) ve geriatrik sendromlarla (demans, depresyon, delirium, düşme, inkontinans, malnütrisyon, sarkopeni, baskı yarası, polifarmasi gibi) daha sık karşılaşmasına yol açacaktır (3). Yaşlıların tıbbi ihtiyaçlarının fark edilmesiyle ülkemizde de 1995 yılında iç hastalıkları ana dalına bağlı geriatri yan

dal uzmanlığı tanımlanmış ve uygulamaya geçmiştir. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Geriatri Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatında (09.06.2015) geriatri uzmanlık dalı; 65 yaş ve üstü kişilerin öncelikle koruyucu hekimlik uygulamalarıyla sağlıklı yaşlanmalarını hedefleyen, ayrıca bu yaş grubunun sağlık sorunları, akut ve kronik hastalıklarının tanı, tedavi ve takibini yapan, sosyal-fonksiyonel yaşamları ve yaşam kaliteleri ile ilgilenen bir bilim dalı olarak tanımlanmıştır.

Yaşlılık yaşamın son dönemidir ancak yaşamın tüm dönemleri kendisinden sonraki dönemleri etkilemektedir. Öyleyse başarılı yaşlılık doğumdan, hatta doğum öncesi dönemden itibaren yaşanan tüm süreçlerin bir sonucudur (4). Yaşlılarımızın aktif, üretken, mutlu bir grup olması için sağlık politikaları ve sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri tüm yaşam süresini hedef almalıdır. Bu gerçeği bilmek yaşlılık dönemi ile ilgili özel sorunları ihmal etmeyi düşündürmez. Yaşlı hastaların tıbbi ihtiyaçlarının sadece geriatri uzmanları tarafından karşılanması dünyanın hiçbir ülkesinde mümkün değildir. Yaşlı hastalar erişkin tıbbi ile ilgilenen tüm hekimlere başvurmaktadırlar. Bununla birlikte yaşlının tıbbi ihtiyaçları ile geriatri uzmanlık dalının sorunları da birçok noktada örtüşmektedir. Bu bölümde mümkün olduğunca somut ve pratik olarak bu sorunlardan bahsedilecektir.

Günlük pratiğimizde çok kullandığımız bazı ilaçların geriatrik uzmanlar tarafından yazılamaması ve/veya ilaç kullanım raporlarının çıkarılamaması: TUKMOS'ta geriatri eğitim müfredatında yer alan hastalıklarda kullanılan ilaçların SGK geri ödemesinde geriatri uzmanı tarafından kullanılmasına izin verilmemesi nedeniyle hastalar başka uzmanlara gönderilmek zorunda kalmaktadır. Bu durum hastalar için fiziksel bir zordur, ayrıca bir hekimin

yapabileceği bir tedavinin iki-üç-dört hekim tarafından uygulanmak zorunda bırakılması bir "ayıp"tır. Nonvalvüler atriyal fibrilasyonda yeni nesil oral antikoagülanların kullanılmasındaki, Alzheimer hastalarında atipik antipsikotiklerin kullanılmasındaki, yaşlılık depresyonunda SSRI, SNRI grubu antidepressiflerin kullanılmasındaki kısıtlamalar örnek gösterilebilir. Hekimin "beyaz kod" uygulaması, polis müdahalesi ve yaşlı hasta yakınının bu esnada kalp krizi geçirerek hayatını kaybetmesi (28 Temmuz 2018 tarihli gazeteler) tazeliğini koruyan acı bir olaydır. Burada hasta ve vefat eden eşi 80 yaşın üzerindeydi. Hekimlerin hastayı görmeden ilaç yazması suç olarak tanımlanmıştır ve bunu yapanlara ceza verilmektedir. Bu olayda ilaç yazmayan hekim yöneticiler ve medya tarafından suçlu ilan edilmiştir. Bu konuda net kararlar verilmeli ve topluma duyurulmalıdır.

Geriatri uzmanlarının zorunlu hizmetlerinde etkin görev yapmalarının önündeki engeller: Geriatri konusunda ilgi ve bilgisi az olan bazı hastane yöneticileri geriatri uzmanlarını rasyonel kullanamamaktadır. Geriatriklerin öncelikle eğitim-araştırma hastanelerinde istihdam edilmesi iç hastalıkları uzmanlık eğitimi alan asistanların geriatri konusunda eğitimlerine katkı sağlayacaktır. Geriatri uzmanları özellikle yaşlı nüfusun çok olduğu şehirlerde görevlendirilmelidir.

İnterdisipliner ekip çalışmasının sağlanması, diğer sağlık hizmeti mensuplarını istihdamı: TUKMOS'ta geriatri interdisipliner ekip çalışmasının yeri özellikle vurgulanmış ve eğitime dahil edilmiştir. Geriatri uzmanlarının çalıştıkları hastanelerde ekip üyelerinin (psikolog/ fizyoterapist/ hemşire/ diyetisyen/ sosyal çalışmacı/ yaşlı bakım elemanı, vb) istihdamı verimliliği artıracaktır. Bu bağlamda hekim dışı sağlık personelinin hastanelerde istihdamının önemini hatırlatmak isteriz. Birçok hizmeti ifa edecek meslek mensuplarını yetiştirmenin iki-dört

yıllık eğitimle sağlanması mümkünken, altı yıllık tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi sonrası bu görevleri hekimlere yaptırmak kaynak israfıdır.

Yaşlı sağlığı ile ilgili çalışmalarda geriatri uzmanlarının katkısının alınmaması: Ülkemizde 17 tıp fakültesinde geriatri bilim dalı mevcuttur. Bu sayı az olmakla birlikte, yaşlılarla ilgili kararlar alınırken geriatristlerin de fikrinin alınması için yeterlidir. Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödeme konusunda ilkeleri belirlerken geriatri uzmanlarının görüşlerini almamaktadır. Çalıştaylarda, kılavuzları hazırlamada hangi uzmanlık dalları ile çalışılacağı bürokratların eğitimini aldıkları alanlar veya uzmanlık dernekleri veya sivil toplum kuruluşlarının güçleri veya lobi faaliyetlerine bırakılmamalı, ülke menfaatine ve bilimsel kurallara uygun olarak belirlenmelidir.

Performans sistemi ile ilgili pratik sorunlar: Performans sisteminde geriatri uzmanları mağdur olmaktadır. Pratikte yaşlı hastanın muayene süresi daha uzun olup, poliklinik hizmetlerimizin karşılığını gösteren puanlama sistemi gözden geçirilmelidir. Gerçek bir geriatri poliklinik hizmeti verilirken “kapsamlı geriatrik değerlendirme” yapılmaktadır. Böylece yaşlı hastada henüz tanı konulmamış hastalıklar tanınır, istenmeyen ilaç etkilerinde azalma, affektif ve kognitif fonksiyonlarda düzelme, fonksiyonel bağımsızlıkta ve yaşam kalitesinde artma sağlanır, hastaneye başvuru ve hastanede yatış süresi kısaltılır, bakım evlerinde kalış ihtiyacı azalır, sonuç olarak sağkalım süresi uzar, mortalite ile sağlık ve bakım maliyetleri azalır. Bu hasta muayenesi için ortalama bir dahiliye hastasından iki-üç katı fazla zaman harcamak demektir.

Bakım verenin sorunları: Bakım ihtiyacı olan yaşlılara bakan aile bireyleri veya bakım veren kurumlardaki personelin sorunları ile yeterince ilgilenilmemektedir. Artan yaşam süresi ve demografik değişikliklerin gelecekte birçok yaşlı bireyin hem bakım veren hem de alan olacağını göstermektedir (5). Buradan hareketle bu büyük kitlenin mevcut ve gelecekteki durumunu göz önünde bulundurarak sosyal, ekonomik, sağlık ve bakım gereksinimlerini karşılayacak hizmetlerin planlanması ve yürütülmesi oldukça önemlidir.

Kurumsal bakım sorunları ve ihtiyaçlar: Kendini idare edemeyecek durumda olan, sakatlığı ya da işlev bozukluğu bulunan yaşlılara bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği “yaşlı bakım evleri” ve yaşlıların yeme içme, barınma ve sosyal yaşam gereksinimlerinin yanında sağlık hizmetlerinin verildiği “huzurevi” sayıları yeterli değildir (5). Özellikle bu kurumların

denetlenmesinde Sağlık Bakanlığı değil Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın görevli olması uygulamada sorunlara neden olmaktadır.

Evde bakım hizmeti sorunları: Tüm dünyada “yerinde yaşlılık” anlayışının yaygınlık kazanmasıyla evde bakıma duyulan ihtiyaç, evde bakım hizmetlerinin doğmasına yol açmıştır, ülkemizde de hayata geçirilmiştir (5). Nicelik ve nitelik açısından evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, işlevselliği azalmış veya engelli, kronik hastalığı olan ve rehabilitasyona ihtiyaç duyan yaşlıların işlevselliğini ve bağımsızlığını arttırmak için oluşturulan “gündüz bakım merkezleri” ve yatağa bağımlı olmasa da günlük yaşamında başkalarına bağımlı olan ve gündüz kendisine bakacak yakını olmayan yaşlı bireyler için hizmet verecek “yaşlı kreşleri” oluşturulması düşünülmelidir (5).

Yaşlıları sosyal aktivitelere yönlendirme: Yaşlı kulüpleri, sağlıklı ve aktif yaşlıların boş zamanlarını etkin geçirebilmeleri için geliştirilmiş bir hizmet modelidir (5). Birçok belediye bu konuda çalışmaktadır, sayı ve niteliklerin artırılması gerekir.

Son dönem sorunları, ölüme kişisel ve toplumsal bakışla ilgili sorunlar: Ölüm, hayatın bir parçasıdır ve her doğan birey için geçerlidir. Ancak günümüzde ölümler genellikle hastane şartlarında ve sağlık mensuplarının gözetiminde meydana gelmektedir (6). Ölüm, sağlık hizmeti açısından bir başarısızlık anı olarak kabul edilmektedir (7). Birçok yaşlı son dönemini yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) geçirmektedir. Özellikle terminal dönemde olan yaşlılarda bu durum YBÜ’lerin etkin olmayan kullanımı ile sonuçlanmaktadır. Sadece yaşlılar değil, ölümü beklenen her yaştaki bireye kendini rahat, huzurlu hissetmesi için, ölüm sürecinde ise onurlu bir ölüm süreci sağlamak için oluşturulmuş bakım alanı olan hospislerin kurulması uygundur.

Palyatif bakım: Palyatif bakım üniteleri son dönemde kurulmaya başlamıştır. Geriatri uzmanları bu ünitelerde hizmet verecek şekilde yetişmektedirler.

Kronik hastalıklar yönetimi: Yaşlılarda ortalama hastalık sayısı yüksektir. İstanbul Tıp Fakültesi Geriatri Polikliniğine başvuran hastalarda kronik hastalık sayısını toplum içinde yaşayan erkeklerde 2.6±1.5, toplum içinde yaşayan kadınlarda 2.8±1.3 olarak bulduk. Bu sayı bakımevinde kalan erkeklerde 3.7±1.8, bakımevinde kalan kadınlarda 3.7±1.7; hastanede yatan yaşlılarda 6±2’dir (8-11).

Yaşlılarda hastalıkların takibinde hedefler orta yaşlılardan veya tek bir hastalığı olan gruptan farklıdır. Bir hasta için harcadığı

zaman diğer uzmanlık dallarına göre çok uzundur. Birden fazla hastalıkla mücadele maliyetleri yükseltmekte, döner sermaye sorumlusu olan idarecilerin tepkisini doğurmaktadır. Eski ve köklü bir tıp fakültemizin gerçekten başarılı bir akademisyen idareci olan Dekanına geriatri bilim dalı açmasını önerdiğimde, “Benim kurumumun borcu çok, geriatri’nin maliyetini karşılayamam, şu anda kuruma para kazandıracak özellikteki birimleri destekliyorum” şeklinde samimi bir itirafta bulunmuştu. Bu yaklaşıma doğru ve akılcı çözüm için merkezi politikalarda değişiklik gerekmektedir. Hastanesi olan tüm kurumlar böyle düşünmüyorsa karşılığını kurumsal maddi kayıplar şeklinde görmektedirler. Geriatri hizmetinin eksikliğini ise toplam maliyette tüm ülke yüklenmektedir.

Koruyucu hekimlik ve aşılama: Ülkemizde erişkin ve yaşlı aşılama oranları çok düşüktür. Pnömoni yaşlıda en sık ölüm nedeni iken ülkemizde pnömokok aşılama oranı %1’dir (12). Koruyucu hekimlik uygulamalarından en çok yararlanan grup yaşlılardır. Tarama amaçlı laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri geri ödemede yer almamaktadır.

Kaynaklar

1) <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30.03.2017).

2) Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye’nin Demografik Dönüşümü, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayını, 2010.

3) Halil MG. Türkiye’deki hızlı demografik değişim. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2017; 44:16-17.

4) Yavuzer H. Üçüncü bahar: Yaşlılık, bilgelik ve ölüm. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2015; 36:6-9.

5) Doğan S. Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Sorunları. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2017; 44:36-39.

6) Ovalı F. Erken Doğanlar, “Erken” Ölenler. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2015;36:46-47.

7) Keskinkılıç B. Neden Ölüyoruz? Ölüm Bilgi Sistemi Verileri. SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi 2015; 36:54-57.

8) Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Aydın Y, Tufan A, Akpınar TS, Erten N, Karan MA. Assessments of Functional Status, Comorbidities, Polypharmacy, Nutritional Status and Sarcopenia in Turkish Community-Dwelling Male Elderly. Aging Male 2013;16(2):67-72.

9) Bahat G, Tufan F, Bahat Z, Tufan A, Aydın Y, Akpınar TS, Nadir S, Erten N, Karan MA. Comorbidities, Polypharmacy, Functionality and Nutritional Status in Turkish Community-Dwelling Female Elderly. Aging Clin Exp Res 2014; 26(3):255-9.

10) Bahat G, Tufan F, Saka B, Akin S, Ozkaya H, Yucel N, Erten N, Karan MA. Which Body Mass Index (BMI) is Better in The Elderly For Functional Status? Arch Gerontol Geriatr. 2012;54(1):78-81.

11) Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in The Elderly and Its Relationship With Other Geriatric Syndromes. Clin Nutr 2010;29(6):745-8.

12) Ünal S. www.medikalakademi.com.tr (Erişim: 24.08.2018)

Yaşlı sağlığı politikaları

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uludağ Üniversitesi'nde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTU'da doçent (2000), Medipol Üniversitesinde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine kurucu başhekim olarak atandı. Şu anda İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji bölümünde öğretim üyesi ve ayrıca Dr. Sena Yenel Özbay ile birlikte kurduğu İstanbul Psikiyatri Akademisinde psikiyatri olarak çalışmaktadır. Bilimsel ilgi alanları kişiler arası ilişki sorunları, biyolojik psikiyatri ve uyku bozuklukları olan Bilici, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Meseleye “yaşlı kimdir” sorusuyla başlamak, yaşlılığın psikolojisini ve fizyolojisini anlamamızı ve uygun politikalar geliştirmemizi kolaylaştırabilir. Fakat daha işin başında insanların yaşlı olarak kabul edilebileceği net bir yaştan olmadığını da belirtmemiz gerekiyor. Bu belirsizliğin temelinde biyolojik ve sosyokültürel etmenler önemli rol oynamaktadır. Dolayısıyla hem küresel hem de ülkemize özgü gerçekleri göz önüne alarak bir “yaşlı tanımı” geliştirmemiz gerekiyor. Tanımlarla ilgili kesin kalıpları kullanmak bir sorun olabilir. Bir ülkede yaşlı muamelesi gören biri, aynı yaşta başka bir ülkede yaşlı muamelesi görmeyebilir.

İnsan yaşadıkça bedensel ve ruhsal olarak değişime uğramaktadır. Bu değişim genel olarak bir “kayıp” olarak yaşanmaya başladığı anda kişi kendini yaşlı olarak hissetmeye başlar. Bu ifade, yaşlılığın hissedilen bir durum, dolayısıyla da öznel yönünün önemli olduğunu düşündürür. Fakat kayıplar yanında birtakım kazançların ortaya çıkması ve durumu dengelemesi sağlıklı yaşlılık için temel göstergedir. Eğer kayıplara karşılık bir kazanç bulunamazsa denge bozulur ve ruhsal hastalıkların başlaması kaçınılmaz hale gelir. Bu bağlamda yaşlılarda ortaya çıkan rahatsızlıkların temelinde bir kayıptan daha çok bir kazanç bulamama en önemli sorunlardan biri olarak görülebilir.

Yaşlılarda ortaya çıkan kayıpların cinsiyete göre değerlendirilmesi de yararlı olacaktır. Hatta cinsiyeti de aşım

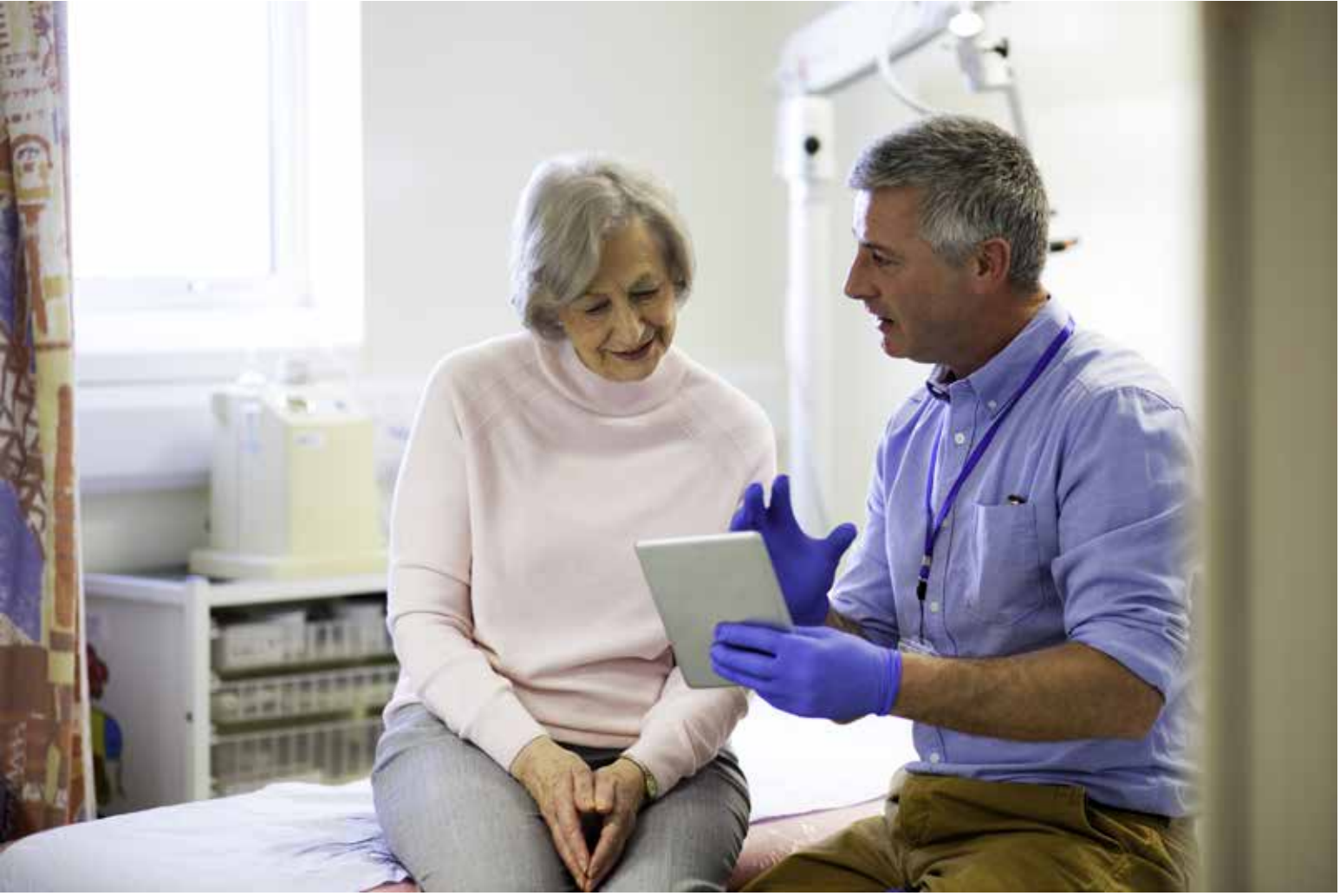
biyresel temelli değerlendirmelerin ideal olacağını söyleyebiliriz. Yani sağlık politikalarının genel bir anlayıştan çıkarak bireyselleştirilmesi gerekmektedir. Meselâ bazı yaşlılar evinde yalnız yaşamayı tercih ediyorsa bir kurum çatısı altında yaşamaya zorlanmaması gerekmektedir. Dolayısıyla tüm yaşlıları aynı kefiye koyan toptancı yaklaşımların önemli bir sorun teşkil ettiğini vurgulamak gerekmektedir.

Yaşlılıkta fiziksel değişimin en önemli göstergeleri, merkezi sinir sisteminde (MSS) ve buna bağlı olarak ruhsal işlevlerde yaşanır. MSS'deki yavaşlama, bellekte azalma, duyu ve algı değişiklikleri şeklinde kendini gösterir. Bu değişiklikler önceden kişinin fazla zorlanmadan yaptığı bazı işlemlerde zorlanmasına yol açar. Prefrontal korteksin etkilenmesi yürütücü işlevler olarak bilinen düşünme, plan yapma ve karar verme gibi bilişsel etkinliklerdeki azalmayı izah edebilir. Araştırmaların hemen hepsi yaşlıların akıl yürütmeyle ilgili işlemlerde gençlerden ve orta yaşlılardan daha başarısız olduğunu göstermektedir. Ancak bilişsel yönden sağlıklı olan 65-74 yaş arasındaki kişiler, ilişkisel problemler karşısında pratik çözümler üretme konusunda 20-29 yaş arasındaki karşılaştırma grubundan daha başarılı bulunmuştur. Genel olarak kişiler arası problemleri çözmeye yaşlıların başarılı olduğu bir alandır. Bu bilgilerin de gösterdiği gibi yaşlılarda ortaya bazı bilişsel kayıplara bakarak tüm bilişsel işlevlerde bir kayıp varmış gibi düşünmek yanlış olur. Yaşlıların zamanla üstün hale geldiği bazı bilişsel işlevlerini kullanmasına imkân sağlamak, bir taraftan yaşlılardan yararlanmayı sağlarken

diğer taraftan yaşlıların saygınlığının artmasını gerçekleştirecektir. Bu bağlamda günümüz Türkiye'sinde yaşlılarla gençleri buluşturacak ve etkileşimlerini sağlayacak düzenlemelerin yetersizliği önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

Yaşlılarda “yaşa bağlı” gelişen “fizyolojik” bilişsel kayıplarla “patolojik” olanların iyi ayırt edilmesi şarttır. Patolojik bilişsel kayıplar yaşayan yaşlıların bir ekip tarafından değerlendirilmesi, tedavi ve rehabilite edilmesi gerekmektedir. Ülkemizde birçok hasta gibi yaşlıların da tutanın elinde kaldığı bir hasta kitlesi konumuna gelmesi önemli bir sorundur. Bir taraftan geropsikiyatri, diğer taraftan geriatri ve nöroloji gibi pek çok tıp branşı kendilerini “yaşlı hastalıkları uzmanı” gibi görmektedir. Hal böyle olunca yaşlılara özgü multidisipliner yaklaşımın sergilenememesi kayda değer bir başka sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

MSS'de ortaya çıkan kayıpları ve buna bağlı yaşanan patolojik düzeydeki bilişsel yeti yitimlerini radikal olarak tedavi etmek zor olsa da bir ölçüde bu zorluğu aşmak mümkün olabilir. Ancak bilişsel kayıplar patolojik düzeye ulaşmadan önce yapılacak “koruyucu” uygulamalar ve politikalar daha uygun ve ucuz olacaktır. Yeni bir şeyler öğrenmek, fiziksel ve zihinsel egzersizler, sağlıklı beslenme ve sosyal desteğin iyi olması, yaşlıyı demans olmaktan koruyan etmenler arasında sayılmaktadır. Huzurevi gibi nispeten stabil yerlerin yukarıda sayılan ihtiyaçları yeterince karşılayamayacağı göz önüne alındığında kişinin bedensel durumu elverdiğince çalışmaya devam



etmesi, kendi evinde ve mahallesinde hayatını sürdürmeye çalışması ve gerektiğinde destek alması MSS'ni ve ruh sağlığını korumada en iyi yöntem gibi görünüyor. Bugün birçok branşta olduğu yaşlı hastalarda da "tedavi" temelli bir yaklaşım söz konusudur. Bu yaklaşım hem pahalı hem de zahmetli ve yararlılığı düşük bir uygulamadır. Ülkemizde yaşlılarda tedavi edici yaklaşım yerine "koruyucu" bir yaklaşımı henüz benimsememiş olmak sıkıntılı bir sürecin devam etmesine yol açmaktadır.

Emekli olan kişiler, kazançlarını kaybettiklerini ve işin sağladığı her gün insanlarla temas etme fırsatını kaçırdıklarını söyleseler de çoğu emekli birey sağlıklı bir yöntem olarak emekliliği kabullenip işin yerini dolduracak yeni uğraşlar edinebilirler. Emeklilik beklenen zamandaysa ya da kişinin kendi isteğiyle olmuşsa ve emekli olduktan sonra kişinin yeterli bir geliri varsa emekliliğe uyum kolay sağlanabilir. Böyle bir durumda ruhsal sağlık sorunları emeklilikten sonraki haftalar ya da aylar içinde genellikle artmaz. Bazı çalışmalarda bu emeklilerin aynı yaştaki çalışan kişilere göre daha az

stresli olduğu ve sağlık için yararlı işlerle daha çok uğraştığı gösterilmiştir. Bu bilgilerden hareketle "sabit bir emeklilik yaşı" uygulamasından vazgeçilmeli, kişinin isteği, işin mahiyeti ve ülke gerçekleri göz önüne alınarak esnek bir politika geliştirilmelidir. Türkiye'de son yıllarda emeklilerin tekrar iş hayatına katılmasının önündeki engellerin kaldırılması bir gelişme olsa da hâlâ pratik uygulamaların istenen düzeye gelememesi bir sorun olarak karşımızda durmaktadır.

Yaşlılarda kadınların ve erkeklerin evlilik oranları farklıdır. 65 yaş üstündeki erkeklerin %71'inin ve kadınların ise %41'inin evli olduğu; bu oranların 85 yaş ve üstündeki kişilerde, sırasıyla %59 ve %14 olduğu gösterilmiştir. Bu rakamlar erkeklerin ileri yaşlara ulaşmada kadınların gerisinde kaldığını ve kadınların ahir ömürlerini daha fazla yalnız geçirdiklerini göstermektedir. Bu bulgular, yalnız kalan yaşlı kadınlara özel politikalar geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ülkemizde yalnız kalan yaşlı kadınlara özel düzenlemelerin yeterli olmaması bu alandaki sorunlardan biridir. Bu sorun yüzünden pek çok kadının suistimal

edilmesi, elinden malının alınması ve kötü muameleye maruz kalması söz konusu olmaktadır.

Fiziksel ve kronik hastalıkların yaşlılarda daha sık görüldüğü ve yaşlılara özgü birtakım özellikler gösterdiği göz önüne alındığında yaşlıların diğer yaşlardaki benzer fiziksel hastalığı olanlardan ayrı tedavi ekiplerince ve farklı tedavi kurumlarında tedavi edilmeleri daha pratik olacaktır. Standart klinik modellerinin yaşlılara özgü düzenlemelerden yoksun olması bu kliniklerde yaşlı tedavisini zorlaştırabilir. Ülkemizde "yaşlı kliniklerinin" yeterli sayıda ve uygun fizik şartlara sahip olmaması pratik bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

Kaynaklar

Clinical Geropsychiatry. Adrian Verwoerd, 1990.

Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Seventh Edition 7th Edition, Jeffrey B. Halter, Joseph G. Ouslander, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana, Mark A. Supiano, Christine S. Ritchie, 2017.

Textbook of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. Stuart C. Yudofsky, Robert E. Hales, 2002.

Yaşlanan nüfus ve nörodejeneratif hastalıklar

Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Nöroloji ihtisası yaptığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Yaşlanan nüfus günümüzde daha önce eşine rastlanmadık düzeye ulaşmıştır. Dünyada yaşlı sayısının ilk kez 2047 yılında çocuk sayısını geçeceği tahmin edilmektedir. Bunun ülkemize yansımaları da görüyoruz. 2015 yılı sonuçlarına göre doğumda beklenen yaşam süresi 78 yıla çıkmış durumda. Yaşlı nüfus (65 ve daha yukarı yaş) oranı son beş yılda %17,1 artarak 2016 yılında %8,3'e yükseldi (1).

1. Sorunun Tanımlanması

Yaşlanan nüfus, değişen nüfus kompozisyonu ve yeni sorunlar:

Ekonomik yönden yaşlanan nüfusun, ekonomik büyüme, birikimler, yatırım, tüketim, iş dünyası, emekli maaşları ve vergiler üzerinde büyük etkisi var. Sosyal yönden ise yaşlanan nüfus, aile birliği ve yaşam düzenlemelerini, konut ihtiyacını, göç eğilimlerini, epidemiyolojiyi, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine olan ihtiyacı etkiler. Diğer taraftan yaşlıların toplumda yaşamalarını kolaylaştıran olanaklara olduğu kadar, tedavi ve bakım hizmetlerini iyileştirmeye ve yaygınlaştırmaya yönelik yürütülen/yürütülecek hükümet politikalarını da etkilemektedir. Yaşlı bireyler sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin temel kullanıcılarıdır ve bu nedenle de kaliteli hizmet sağlanması yaşam kalitelerinde kritik bir öneme sahiptir (2).

Nörodejeneratif hastalıklar ve Alzheimer: Sinir hücrelerinin ilerleyici kaybı ile giden ve bu kayba bağlı olarak sinir sistemi işlevlerinin de ilerleyici bozulması ile seyreden hastalıklardır. En sık görüleni Alzheimer hastalığıdır, ikinci sırada Parkinson hastalığı yer alır. Bu hastalıklar yaşlılarda ortaya çıkar ve bahsedilen demografik dönüşümün bir sonucu

olarak en önemli toplumsal sorunlardan biri haline gelir. Bugün için tedavileri olmadığından bu hastalıklara yakalanan bireylerin umutsuz sonuçlarının yanı sıra nörodejeneratif hastalıklar sağlık gider hesaplamalarında maliyeti en hızlı yükselen hastalık gruplarının başında gelmektedirler (5). Alzheimer hastalığı önemli bir ölüm sebebi olmanın ötesinde toplumda bireyleri bakıma muhtaç hale getirmektedir (3-4). 65 yaşından sonra her 100 kişiden 5'inde gözlenirken 85 yaş sonrası oran 100 kişide 40'a kadar çıkmaktadır (1).

Bir salgın hastalık olarak Alzheimer hastalığı ve demanslar & ekonomik etkileri: Uluslararası Alzheimer Derneğinin verilerine göre dünyada demans ile yaşayan yaklaşık 46,8 milyon insanın var ve bu 2030'da 75 milyona ve 2050'de 131,5 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Yine bu artış özellikle gelişmekte olan ülkelerde olacaktır. Dünyadaki demansın toplam maliyeti şöyle anlaşılabilir: 2015 verilerine göre küresel bunama bakımı bir ülke olsaydı dünyanın en büyük 18. ekonomisi olurdu (6).

2. Çözümün Önünde Bulunan Güçlükler

Alzheimer hastalığı ve diğer nörodejeneratif hastalıkların gerçekten "kür" oluşturabilecek tedavileri yoktur. Neredeyse 25 yıllık yoğun araştırma faaliyeti çok yüksek fonların sonuçsuz kalışına mukabil olmuştur. Tedavideki sonuçsuzluğun ana sebebi olarak hastalıkların iki temel özelliği ön plana çıkmaktadır:

a) Hastalığın klinik olarak ortaya çıkışından yaklaşık 15-20 yıl kadar önce başlıyor olması. Hastalıklar klinik tanı aldıkları son dönemde, sinir sistemindeki yıkımın %60-70'lerin üzerine çıkmış durumdadır ve artık geri dönüşsüz bir nokta söz konusudur

(7). Bu durum, hastalığın erken tanınması hatta klinik durum ortaya çıkmadan evvel risk taşıyan bireylerin saptanması ve bunlarda primer korunma önlemlerinin alınmasına yönelmek gerektiğini göstermiştir.

b) Hastalar "Alzheimer hastalığı" gibi aynı tanıyı alsalar da fizyopatolojik süreçler ve klinik özellikler bakımından bireysel farklılıklar çok fazladır. Şu andaki tek mekanizma üzerinden tüm hastalar için oluşturulmaya çalışılan tedavi yaklaşımları başarı sağlayamamıştır. Bu durum, tedavide bireysel ve çoklu yaklaşımlı tedavi stratejilerinin geliştirilmesi üzerine odaklanılmasını sağlamıştır (8).

3. Çözüm Önerileri

Yaklaşım; hastanın en güncel tedavi ve bakım olanaklarından yararlanmasını sağlayıcı önlemler kadar toplumun ve nüfusun değişen yapısı ile de ilişkili, sağlıklı bir yaşlanmanın tüm boyutlarıyla sağlanabileceği önlemleri, bunun toplumsal ve bireysel çözümlerini de içermelidir. Ayrıca yeni bakış açıları çerçevesinde daha etkin korunma ve tedavi olanaklarının ortaya çıkarılması için araştırma faaliyetlerine destek verilmesi son derece önemlidir. Etkin tedavi ve korunma olanaklarının geliştirilmesine kapı aralayabilecek olan en önemli hedeflerden biri erken tanı olanaklarının geliştirilmesidir. Uluslararası Alzheimer Derneğinin tespiti dünyada demansı olan kişilerin yaklaşık dörtte üçünün tanı almadıklarından tanının sağlanabileceği tedavi, bakım ve örgütlü desteğe erişiminin olmadığını göstermektedir (6). Daha erken tanı, demansı olan insanların gelecekteki bakımları hakkında kararlar alma kapasitesine sahip olmalarına, ileriye dönük planlama yapmalarına izin verir. Yine mevcut ilaç ve ilaç dışı

tedavilere erişebilirler ve eğer isterlerse, gelecek nesillerin yararı için yeni tedavileri amaçlayan araştırmalara katılabilirler (9). Ayrıca erken terapötik müdahaleler, bilişsel işlevlerin iyileştirilmesinde, depresyonun tedavi edilmesinde, bakımının ruh halinin iyileştirilmesinde ve bakım evine yerleştirmenin geciktirilmesinde etkili olabilir. Bu müdahalelerin bazıları erken başlandığında etkili olabilir. Mevcut kanıtlar hükümetlerin “tasarruf etmek” için harcaması gerektiğini yani gelecekte tasarruf etmek için bugün yatırım yapmaları gerektiğini göstermektedir. Ekonomik modeller, daha önceki bir bunama tanısı ile ilişkili maliyetlerin, anti-demans ilaçlarının ve bakıcı müdahalelerinin faydalarından elde edilen maliyet tasarruflarıyla dengelendiğini göstermektedir (9).

a. Genel esaslar

- Hastaya bireysel olarak erken tanının konulabilme olanaklarının artırılması, var olan en güncel ve etkin tedavi biçimlerine ulaşabilmesinin sağlanması.
- Bu noktada hastaların tanı ve tedavi süreçlerinin iyileştirilmesinin ancak beraberinde sürdürülen araştırmalarla birlikte mümkün olduğu unutulmadan bu araştırmaların yapılabilmesine olanak sağlayacak sistem ve organizasyonların desteklenmesi/gerçekleştirilmesi.
- Hasta yakınlarının ve hastaya bakım sağlayanların bilgi, eğitim vb. açılarından desteklenmelerine imkân sağlayacak stratejiler geliştirilmesi.
- Sağlıklı yaşlanma için kültürümüzün değerlerinin de kullanıldığı, aslında nüfusun eskisine göre uzun yaşama ve aktif kalmasının sonuçlarını her toplumsal alanda hesaplayan “milli sağlıklı yaşlanma” stratejilerinin geliştirilmesi.

b. Spesifik öneriler

- Bir ulusal “demans kohortu”nun (DK) oluşturulması: Bu tür kohortlar erken tanının sağlanması, hastalardan uygun bilgilerin temin edilmesi, hastaların en güncel ve geçerli tedaviye ulaşabilmesinin sağlanması, hastaların ve ailelerinin güncel ve sağlıklı/güvenilir bilgiye sürekli erişimlerinin sağlanabilmesini yeni klinik tedavilere ulaşabilmelerini sağlar. Ayrıca sağlanan veriler üzerinden yeni tedavi olanakları geliştirmek, hastalık/süreç hakkında daha fazla bilgi edinilebilmek ve demansa yol açan hastalıkları iyileştirmek için umut oluşturmak bakımından da önemlidir. Bu konuda vizyonunu; “hasta bakımını ve araştırmayı birleştirerek bunamaya karşı savaşta gerekli ilerlemeyi sağlamak” olarak açıklayan “Amsterdam Kohortu” örnek alınabilir (10-11).
- Nörodejeneratif hastalıklar/demans

açısından risk taşıyan orta ve erken yaşlı gruplarının risk değerlendirmelerinin yapılması: Hayat tarzı değişikliği, beslenme, zihinsel ve fiziksel egzersiz programlarının birlikte uygulanmasının sağlanması. FİNGER çalışması bu şekilde risk taşıyan gruptan insanlarda bu üç uygulama ile 2 yıl içerisinde bellek, dikkat, algı vb. gibi tüm zihinsel yetenek alanlarında düzelme sağlandığını göstermiştir. (12) 2014 yılı verilerine göre ilk dört ölüm nedeninden üçü, beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarımızın değiştirilmesi gerektiğini çarpıcı şekilde ortaya koyuyor. (4) Bu tür değerlendirmeler e-Nabız gibi sistemlerin yardımı ile DK içerisinde yapılabilir ve bireyler bilgilendirilip eğitilip takip edilebilir. c) Evde bakım sisteminin bu amaçla kullanımının sağlanması: İleri dönemdeki hastaların saptanması, durumlarının değerlendirilmesi, uygun tedavi ve rehabilitasyon açısından yardım ve bilgi alabilmelerinin sağlanması açısından yararlıdır. d) Bilişsel rehabilitasyon eğitiminin ve uygulamalarının yaygınlaştırılması: Nörolojik hasarları takiben ortaya çıkan bilişsel işlevlerdeki bozulmaları düzeltmeye veya azaltmaya, hastanın kaybolan işlevsellik ve uyumunu yeniden yapılandırmaya yönelik çalışmalara bilişsel rehabilitasyon (BR) adı veriliyor. Güncel tedavi ve korunma yaklaşımının ana bölümlerinden biri zihinsel egzersiz ve BR’dir (12). BR konusunda eğitilmiş personelin evde bakım sistemi içerisine yerleştirilmesi, zihinsel işlevlerde bozulma, kafa travması, hipoksik ansefalopati vb. gibi hastaların evde desteklenmesine imkân sağlayacaktır. e) Nöromodülasyon cihazlarının yerli üretimini ve geliştirilmelerini sağlayacak multidisipliner bir ARGE/üretim sisteminin oluşturulması: Düşük maliyetli, kolay üretilebilir ama özellikle nörodejeneratif hastalıkların tedavisi alanında yeni ve gelişmekte olan bir teknoloji olan nöromodülasyon yöntemlerinin yurt içinde hem uygulama için hem de araştırma için üretilmesinin ve bu işle ilgili mühendislik ekiplerinin oluşturulması. Transkraniyal magnetik stimülasyon (TMS) ve transkraniyal direkt akım uyarımı (tDCS) cihazları ön planda bu amaç için çalışmalıdır. Özellikle tDCS cihazları evde bakım hizmetinde TMS hastane polikliniklerinde kullanım için uygun olan alternatif tedavi olanakları sağlamaktadır (13-14). f) Tedavide bireysel ve multimodal terapötik yaklaşımların geliştirilmesinin desteklenmesi: Bireylerin fenotip ve genotipi karakterizasyonu kullanarak (örneğin moleküler profilleme, nörogö-

rüntüleme, yaşam tarzı verileri vb.) bireye uygun tedavi edici yaklaşım, hastalığa yatkınlığı belirlemek, zamanında hedefe yönelik önlemler sunmak. Bu tür tedaviler günümüzde kısmen kanser alanında kullanılmaktadır. Uzun vadede vizyon, her bireyin çevresel ve moleküler özelliklerinin tam gücünü kullanmaktır. Bu tedavi biçimleri, DK organizasyonunun sağladığı olanaklar içerisinde gerçekleştirilebilir ve geliştirilebilirler.

g) “Süper yaşlılar” projeleri: Yaşlanmanın topluma yük değil katkı oluşturacak bir süreç haline getirilebilmesi için sosyal projeler geliştirmek zorunludur. Yerinde yaşlanmak projesi bu açıdan çok önemli ve desteklenmesi gereken bir yaklaşım olabilir (2). Japonya gibi ülkelerin kendi kültürel özellikleri temeline oturan “süper aging” devlet projeleri önemli bir örnek olabilir (1). h) Geleneksel tedavide kullanılan herbal ilaçlar ve suplementlerin yerli, kolay erişilir ve güvenilir bir biçimde üretim olanaklarının geliştirilmesi: Özellikle son zamanlarda gelişen bireysel tedaviler çerçevesinde bu tür destek tedaviler ve suplementler giderek önem kazanmaktadır.

Kaynaklar

- Hanoğlu L. Süper Yaşlılık. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/531/Super-yaslilik.aspx>
- Doğan S. Yaşlı Bakım Hizmetleri ve Sorunları. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1049/Yasli-bakim-hizmetleri-ve-sorunlari.aspx>
- Halil MG. Türkiye’deki Hızlı Demografik Değişim. <http://www.sdplatform.com/Dergi/1043/Turkiyedeki-hizli-demografik-degisim.aspx>
- Keskinkılıç B. Neden ölüyoruz? Ölüm Bilgi Sistemi Verileri. <http://www.sdplatform.com/Dergi/898/Neden-oluyoruz-olum-bilgi-sistemi-verileri.aspx>
- Hanoğlu L. En Ölümcül Nörodejeneratif Hastalık: Yaşlılık! <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/418/En-olumcul-norodejeneratif-hastalik-yaslilik.aspx>
- <https://www.alz.co.uk/research/statistics>
- Lam B, Masellis M, Freedman M, Stuss DT, Black SE. Clinical, imaging, and pathological heterogeneity of the Alzheimer’s disease syndrome. *Alzheimer’s Research & Therapy* 2013, 5:1
- Bredesen DE. Metabolic profiling distinguishes three subtypes of Alzheimer’s disease. *Aging*. 2015;7(8):595-600
- <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2011>
- Van der Flier WM, Pijnenburg YAL, Prins N, et al. Optimizing Patient Care and Research: The Amsterdam Dementia Cohort. *Journal of Alzheimer’s Disease* 2014 (41) 313–327
- Van der Flier WM, Scheltens P. Amsterdam Dementia Cohort: Performing Research to Optimize Care. *Journal of Alzheimer’s Disease* 62 (2018) 1091–1111
- Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, et al. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): A randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385, 2255-2263.
- Budak M, Girgin Kardeş F, Hanoğlu L. Nöral Plastisite ve Nöromodülasyon Uygulamaları. Mutluay F, editör. Nörolojik Hastalıklarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.79-88.
- Gonsalvez I, Baror R, Fried P, Santamucci E, Pascual-Leone A. Therapeutic Noninvasive Brain Stimulation in Alzheimer’s Disease. *Current Alzheimer Research*, 2017, 14, 1-15

Yenidoğan hizmetlerinde son durum

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesinde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008-2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcısıdır.

Yenidoğan hizmetleri nasıl örgütlenmeli başlıklı yazımızın SD Dergisinin 2007 Eylül sayısında yayımlanmasının üzerinden 11 yıl geçti. Bu süre zarfında gerek sağlık sistemimizde gerekse yenidoğan hizmetlerinde birçok değişiklikler olduğundan yenidoğan hizmetlerinde gelmiş olduğumuz noktanın tekrar değerlendirilmesinde fayda görüyoruz. Bu dönemde elde edilen en bariz kazanım, bebek ölüm hızı ve neonatal ölüm hızında meydana gelen azalmadır. 2007 yılında binde 18 civarında olan bebek ölüm hızı, 2016'ya geldiğinde binde 9,7'ye kadar düşmüştür. Perinatal ölüm hızı ise 1999 yılında Türk Neonatoloji Derneği'nin yaptığı çalışmada binde 35 civarında iken 2016 yılında binde 11,5 seviyesine düşmüştür. Aynı dönemde ülkemizde kaba doğum hızında meydana gelen azalma, yenidoğan hizmetlerinin önemini azaltmamıştır. Yine bu dönemde prematüre doğumların oranı ise %11'den %15'lere yükselmiştir. Ancak bebek ölüm hızlarında belirli bir düzeye inilmiş olmasına rağmen son birkaç yılda tekrar küçük bir yükseliş göze çarpmaktadır. Bu duruma paralel olarak son yıllarda perinatal asfiksi vakalarında da bir miktar artış gözlenmektedir. Bu durumların sebeplerinin ortaya konması ve gerekli önlemlerin alınması yerinde olacaktır.

Bebek ölüm hızında meydana gelen azalmaya etki eden faktörler arasında yapılan kapsamlı organizasyonlar, yenidoğan ünitelerinin yaygınlaşması, bu

ünitelerde kullanılan altyapı ve malzeme-lerin yeterli miktarda temini ve kalitesinin giderek artması, yenidoğan taramalarının yaygınlaştırılması, doğum öncesi bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi, yenidoğan yanal uzmanı sayısının artması, yenidoğan ünitelerinde çalışan hemşire sayısının artması, sağlık personelinin yenidoğan konusunda eğitimlerinin artması, sağlık personelinin fedakarca çalışması, bu konuyla ilgili kurs, seminer, kongre vb. faaliyetlerinin düzenli bir şekilde yapılması sayılabilir.

Önceki yazımızda da belirtildiği gibi, "Daha fazla yeni doğan yaşatılması ile, doğum hızları düşmekte, anne ile daha sonra doğacak olan bebekler daha sağlıklı olmaktadır. Annenin toplumsal üretim gücünün daha düzelmesi ile birlikte, ailenin ve toplumun sosyoekonomik gücü de artmaktadır. Sakatlıkların önlenmesi ile de ailenin ve toplumun uzun süreli maddi ve manevi kayıpları azaltılmaktadır. Çünkü bu çocuklar, zaten kısıtlı olan toplumsal kaynakların önemli bir kısmını tüketebilmektedir. Ailelerin bu çocukların sağlık sorunlarıyla uğraşırken ortaya çıkan işgücü kayıpları ile maddi kayıpları da önemli sorunlara neden olabilmektedir. Özellikle fakir ailelerde doğan ve sekelli yaşayan çocukların sağlık sorunları daha fazla olmakta ve fakirlik girdabından kurtulamamaktadırlar. Dolayısıyla, bu ailelerde fakirlik, bir sonraki nesilde de devam etmektedir. Sağlıklı yeni doğanlar ise, tam tersine hem sağlık açısından hem de akademik başarı açısından daha üretken bireyler

olarak toplum hayatına atıldıklarından, toplumun geleceğine olumlu katkılar yapmaktadırlar."

Geçtiğimiz 10 yılda yapılan çalışmaların büyük bir kısmı mortaliteyi azaltmaya yönelik olmuş ve ciddi bir başarı sağlanmıştır. Ancak geline bu noktadan sonra mortaliteyi daha da azaltmak giderek zorlaştığı gibi bundan sonraki dönemde morbiditeleri azaltmak yani yaşatılan bebeklerin daha sağlıklı ve sekelsiz bir şekilde yaşamalarını sağlamak önem kazanmaktadır. Dolayısıyla bundan sonraki çalışmaları morbiditeleri önleyici tarafa doğru yönleltmek gerekmektedir. Yenidoğanların mortalite ve morbiditeleri ile birlikte uzun dönemde gelişen sorunları, bunların antenatal ve perinatal takipler ve koşullar ile olan ilişkileri gibi konuların ele alınabilmesi için yenidoğanlarla ilgili sağlıklı bir veri bankası kurulmalı veya Sağlık Bakanlığı tarafından elde edilen veriler araştırmacıların hizmetine açılmalıdır.

Mevcut durumun daha da iyileştirilmesi için yapılması gereken işlerin başında perinatal organizasyonun kurulması, 1-2-3. düzey perinatal merkezlerin belirlenmesi ve bunlar arasında uygun transport ortamlarının sağlanması gelmektedir. Bu konu şimdiye kadar çok konuşulmasına rağmen maalesef henüz tam olarak hayata geçirilememiştir. Bazı genel hastaneler veya kadın doğum hastaneleri içindeki perinatal merkezler ve doğumhaneleri bu kapsamda değerlendirmek mümkün değildir. Perinatal merkezlerin organizasyonu konusunda

kadın doğum hekimleri ile perinatoloji dernekleri nezdinde daha fazla girişimlerin yapılması yararlı olacaktır.

Üzerinde durulması gereken bir diğer nokta, perinatal ve neonatal transport organizasyonudur. Ülkemizin birçok yerinde konuşlanmış olan 112 sistemi gerek kara gerekse hava ambulansları ile özverili bir şekilde çalışmaktadır. Ancak riskli gebe ve yenidoğan transportuna ayrılmış ambulans sayısı çok az olmakla beraber bu konuda gerekli teorik ve pratik bilgiye sahip, yenidoğan transportu konusunda deneyimli ambulans personeli sayısı son derecede azdır. Bölgeselleştirilmiş transport sisteminin perinatal merkezlerle birlikte koordine edilmesi gerekmektedir. Daha önceki yazımızda belirtildiği gibi; "Bunun için öncelikle perinatologların ve neonatologların (çocuk hekimlerinin) işbirliği yapmaları gerekir. Herhangi bir bebek transfer edilecekse, hangi üniteye hangi şartlarda transfer edileceğine karar verecek bir direktörün bulunması gerekir. Bu direktör, transport hizmetini hangi düzeyin yapacağını belirler, transport şekline karar verir, hangi aracın kullanılacağını belirler, hastaya kimin eşlik edeceğini belirler, Transportun ertelenip ertelenmeyeceğine karar verir, öncelikli ihtiyaçları belirler ve transport öncesi hasta stabilizasyonu için optimal destek bakım önerilerinde bulunur. Transportu gerçekleştirecek olan ekip, yenidoğan Resüsitasyonu (NRP eğitimi) almış olmalı, yeni doğan stabilizasyonunu (solunum, dolaşım, metabolik, sıvı-elektrolit, termoregülasyon, vb) gerçekleştirebilmeli ve transport süresince Yeni doğan Yoğun Bakım idamesi konularında eğitilmiş olmalıdır. En iyi transport şeklinin anne karnı olduğu, yani bebeklerin daha doğmadan önce en uygun bakılacakları merkeze annenin transport edilmesi gerektiği söylene bile, pratikte her zaman bunu gerçekleştirmek kolay olmamakta, bu nedenle yeni doğan bebeklerin transportuna sıklıkla gereksinim duyulmaktadır. Bu durumun en önemli nedeni, perinatal merkezlerin yeterince gelişmemiş olması ve daha önce belirtildiği gibi, doğumu yaptıran ekiple, bebeğe bakacak ekip arasındaki koordinasyonun kurulamamış olmasıdır."

Kentsel nüfusun hızla artarak toplam nüfusun %87,9'na ulaşması ve doğumların %98'inin sağlık kuruluşlarında yapılması, yenidoğan hizmetlerinin yönlendirilmesi gereken yolu göstermektedir. 2018'e gelindiğinde ülkemizde yenidoğan yoğun bakım yatak ihtiyacının tamamen

karşılandığı hatta yatak fazlasının olduğu görülmektedir. Ancak bu yatakların gerek düzey gerekse sayı olarak dağılımında büyük dengesizlikler mevcuttur. Yapılan eğitimlerle yenidoğan uzmanı (neonatolog) sayısı da 400'e yakın olup ideal rakam olan 600'a yaklaşmıştır. Fakat neonatologların dağılımında da ciddi sıkıntılar mevcuttur. Üçüncü düzey yatakların sayısal olarak üçte biri kamu hastanelerinde ve üniversite hastanelerinde, üçte ikisi özel hastanelerde bulunurken neonatologların ise %90'ı kamuda, %10'u özel hastanelerde çalışmaktadır. Dolayısıyla özel hastanelerdeki yenidoğanların büyük bir kısmına neonatologlar değil pediatri uzmanları bakmaktadır. Neonatolog sayısının az olduğu bir dönemde uygulamaya konulan ve kabul edilebilecek olan bu durum, artık daha küçük ve daha riskli hastaların bakılmaya başlanmasıyla birlikte birçok komplikasyonun ortaya çıkmasına yol açtığı gibi bazen neonatologlar ile pediatristler arasında gereksiz çekişmelere de neden olmaktadır. Özel hastanelerin orantısız büyüklüklerde yenidoğan üniteleri açmaları hatta bazı ünitelerin yalnızca 3.düzye ruhsatı alıp 1. ve 2.düzye bulunmaksızın 3.düzye hasta bakımı yaptıklarını ileri sürmeleri ve bu yolla SGK'yı istismar etmeleri denetimlerde bile gözlenmesine rağmen, konuyla ilgili henüz tam olarak çözüm bulunmuş değildir. Konuyla ilgili olarak 3.düzye yoğun bakım ünitelerinde mutlaka neonatolog çalıştırılması gerektiği yönündeki yönetmeliğin eksiksiz uygulanması, bir neonatologun birden fazla üniteye sorumlu olarak çalışmasının engellenmesi, bu ünitelerde özellikle geceleri ve hafta sonlarında yetkisiz kişilerin (asistan vb. gibi) nöbet tutmalarının engellenmesi gerekmektedir. Dünya standartlarına göre her 1.000 canlı doğum için, biri 3.düzye olmak üzere 5 yenidoğan yatağına ihtiyaç vardır. Ülkemizde yılda yaklaşık 1.300.000 doğum olduğu düşünülürse, ihtiyaç duyulan 3.düzye yoğun bakım yatağı sayısı 1300 civarındadır. Ancak Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre, halen tescilli bulunan toplam yenidoğan yatağı sayısı 10.000, 3.düzye yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı ise 6.200 civarındadır ve bunların da 4.000 tanesi özel hastanelerde bulunmaktadır. Bu çarpıklığın da en kısa zamanda düzeltilmesi gerekmektedir. Perinatal ve neonatal bölgeselleşme çalışmasının bir an önce yapılması, yıllık doğum sayısı 1.000'in altında olan hastanelerdeki yenidoğan ünitelerinin kapatılması ilk adım olarak ele alınabilir. Her hastanenin kabul ettiği hasta popülasyonu

da dikkate alınarak ve gerekli skorlamalar yapılarak mortalitesi kadar morbiditelerinin de kayıt altına alınması ve hastanelere performansa göre ücret ödenmesi yerinde olacaktır. Morbiditelerin artması yalnızca çocuğun ve ailesinin sağlık durumunu ve sosyal hayat ve refahını etkilemekle kalmamakta, yapılan uzun süreli tedaviler ve rehabilitasyonlar nedeniyle kamuya da ciddi bir mali yük getirmektedir.

Yenidoğan hekimlerinin eğitimleri kadar yenidoğan ünitelerinde çalışacak hemşirelerin eğitimi de büyük önem arz etmektedir. Yenidoğan yoğun bakım hemşireliği sertifikası programı Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir ancak yaklaşık 5 yıldan beri yeni bir sertifika kurs programı açılmamıştır ve halihazırda çalışan hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun sertifikası bulunmamaktadır. Diğer yandan birçok eğitilmiş hemşire de çeşitli nedenler ve yollarla başka birimlere geçebilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerinde belirli bir süreden sonra tükenmişlik sendromu görülme sıklığı artmaktadır. Bu durumun aşılabilmesi için hem hemşire sayısının artırılarak iş yükünün azaltılması, hem de hemşirelerin özlük haklarının düzeltilmesi ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerinin de nitelikli sağlık hizmetleri arasına alınması gerekmektedir.

Sonuç

Yenidoğan sağlığı, üzerine "yatırım" yapıldığı zaman en fazla "getiri" sağlayan alanlardan biridir. Ülkemizde şimdiye kadar yapılan çalışmaların planlamaların çok ötesinde sonuçlar vermesi gurur vericidir. Ancak antenatal bakımın %99'a, gebe başına izlem sayısının 4,7'ye ulaştığı bir ortamda hala daha anne ölüm oranının 100.000'de 14,7, sezaryen oranının %53,1 ve bebek ölüm oranının hızının %9'lar, ilk 6 ayda anne sütü kullanma oranının %30 civarında olması düşündürücüdür. Gelişen noktadan daha ileriye gidilebilmesi için yeni bir durum analizi yapılarak farklı stratejiler geliştirilmeli, konuyla ilgili bilim insanları ile sahada çalışan hekimlerin görüşleri alınmalı ve bilimsel değerlendirmeler ışığında gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Kaynaklar

F. Ovalı. Yenidoğan hizmetleri nasıl örgütlenmeli? SD sayı 4; Eylül-Ekim-Kasım 2007

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016

Çocuk acil servisleri

Prof. Dr. Hayri Levent Yılmaz



İlk, orta ve lise öğrenimini Kadirli ve Adana'da tamamladıktan sonra Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Ardından aynı yerde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlığı ile çocuk acil uzmanlığı ve çocuk yoğun bakım yan dal uzmanlıklarını tamamladı. 1999-2000 yıllarında ABD, Milwaukee'de Wisconsin Çocuk Hastanesinde Çocuk Acil Bilim Dalı'nda bulundu. 2004 yılında çocuk sağlığı ve hastalıkları doçenti, 2009 yılında ise profesörü oldu. Halen Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Bilim Dalı Başkanlığını yürütmektedir.

Acil servisler çok çeşitli yakınmaların, hastalıkların ve sosyal sorunların bulunduğu bir öğütölme veya eritilme alanıdır. Acil bir durumda yaşam kurtarıcı sağlık hizmetinin sağlanması, ülkelerin sağlık sistemlerinin önemli bir parçasıdır. Acillere başvuruların 1/5'inin erken ve uygun yaklaşım gösterilmediğinde ağır sekillere veya ölüme yol açabilen "çok acil" hastalardan oluştuğu temel alındığında, yılda yaklaşık 6.000.000 çocuk, nitelikli acil sağlık hizmeti alma konusunda tehlike altındadır. Bu çocukların en doğal hakları arasında yer alan "yaşam hakkı"nın ve "konusunda uzman, nitelikli, çocuk hastalar için özel eğitim almış hekimler tarafından verilen sağlık hizmeti hakkı"nın sağlanması, ülkemizde halen istenen düzeye indirilememiş olan 5 yaş altı çocuk ölümlülüğü oranının azaltılmasında ne derece yararlı olacağını apaçık göstermektedir. Erişkinlerden çok önemli farklılıklara sahip olan çocukların yaşamları tehdit altında olduğunda "çocuk odaklı tıp eğitimi" almış, "çocuk acil hastalıkları ve durumları" konusunda donatılmış deneyimli hekimler tarafından tedavilerinin yapılması en doğal haklarıdır. Eğer çocuklara bu hak verilmezse toplum ve yöneticiler kamusal ve evrensel sorumluluklarını yerine getirmemiş olacaklardır.

Ülkemizde Durum ve Sorunlar

1. Türkiye'de 27 merkezde çocuk acil uzmanı hizmet vermektedir. Bunlardan sadece 11'i eğitim veren ve çocuk acil yapılanması gerçekleşmiş merkezlerdir.

2. 100.000 çocuğa düşen çocuk acil uzman sayısı Türkiye'de 0,13 iken ABD'de 2,23'tür. Türkiye'de her 800.000 çocuğa

sadece 1 çocuk acil uzmanı düşmektedir. 100.000 çocuğa düşen çocuk acil uzman sayısı bakımından Türkiye'nin ABD ile arasındaki fark 19 kat boyutlarındadır. Türkiye'de üst düzey ve 2. düzey hastanelerde çocuk acil sağlık hizmetlerin haftada 7 gün, günde 24 saat güvenceye alınabilmesi için toplam 600-630 çocuk acil yan dal uzmanına gerek vardır. Ülkemizde pediatrik yan dal uzman hekim insangücü bazı branşlarda yetersizken bazı branşlarda gelişmiş ülkeler seviyesine ulaşmış veya aşmıştır. Önemizdeki yıllarda yan dal eğitim kadrolarının sayı ve dağılımı son 5 yıldaki gibi gerçekleşirse on yıl sonra çocuk acil yan dalı eleman ihtiyacının sadece %17'si karşılanmış olacak; Pediatri AD'ına bağlı 16 yan daldan 5'inde eleman fazlalığı, 11 yan daldan eleman eksikliği devam edecektir.

3. Türkiye'de acil servislere başvuru sayısı diğer ülkelerle karşılaştırılamayacak oranda yüksektir. Daha hızlı hizmet alabilmek ve istediği saatte muayene olabilmek için acil servisler toplum tarafından kötüye kullanılmaktadır. Diğer yandan uzman hekimler kendi alanındaki hastaların tetkik, tedavisi için karşılaştıkları ve/veya yönetsel sorunlarının çoğunun çözümü için acil servisleri kullanmaktadır. Örneğin; yatak bulunamayan hastaların acil servislere gönderilmesi, polikliniklerde randevu verilmeyen hastaların acile gönderilmesi, tetkiklerin daha hızlı yaptırılması için acil servise yönlendirilmeleri, acilden yatış gereken hastaların acil olmayan tüm tetkiklerinin-görüntülemelerinin-konsültasyonlarının acil servislere yaptırılmak istenmeleri gibi... Acil servisin görev alanına girmeyen çok sayıda işlemin yaptırılma çabası ve karşılaşılan sorunların çözümünün kolaycılığa başvurulması acillerde aranması acil servis

kalabalıklığını ve iş yükünü, yönetilmesi zor boyutlara taşımaktadır. Ülkemizde halen sevk zincirinin işler hale getirilmemesi sonucunda hastalar her basamaktaki sağlık hizmeti sunucularına doğrudan başvurabilmektedir. Bu durum, 1. veya 2. basamakta tedavi edilmesi gereken basit sağlık sorunlu hastaların eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri gibi 3. basamak hastanelerinin acil servislerinde iş yoğunluğunun çok artmasına ve işleyişin aksamasına yol açmaktadır.

4. Türkiye'de ve Dünyadaki tıp eğitimi "erişkin hasta" ağırlıklı bir sistem çerçevesinde verilmektedir. Bu durum, hekimlerin "çocuk hasta" konusunda kendisini yetersiz hissetmesine neden olmaktadır. Daha da kötüsü "çocuk sağlığı ve hastalıkları", "çocuk psikiyatrisi" ve "çocuk cerrahisi" dışında kalan diğer tüm anabilim dallarında "uzmanlık eğitimi" süresince verilen eğitim yine "erişkin ağırlıklı" olarak devam etmektedir. Oysa ülkemiz nüfusunun %33'ü 14 yaşın altındadır. Avrupa ve ABD ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek bir çocuk nüfusu barındırmaktayız. Ülkemizde uygulanan tıp eğitimi "erişkin yaş nüfusu" yüksek olan Avrupa ve Amerika tıp sistemi temel alınarak hazırlanmış ve uygulanmaktadır.

5. Ülkemizdeki devlet ve üniversite hastanelerinin acil poliklinikleri incelendiğinde çoğu yerde çocuk acillerin kuytu bir köşede küçük bir alana sıkıştırıldığı görülmüştür. Çocuk acil polikliniklerine başvuran çocuklarımız en az erişkin hastalar kadar acildir ve müdahale için en az onlarınki kadar genişlikte bir alana gereksinim duyulmaktadır.

6. Acillere getirilen çocukların çok büyük bir çoğunluğu 112 ambulansları ya da

diğer ambulanslarla değil özel araçlarla taşınmaktadır (112'ler tarafından taşınan çocuk hasta oranı %10). Çocukların acil durumlarında erken ve uygun tedavinin çok özel bir öneme sahip olması, çocukların acillere ambulanslarla taşınmasının teşvik edilmesini zorunlu kılmaktadır.

7. 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde çalışan personelin "erişkin ağırlıklı" tıp eğitimi dezavantajından kurtarılması için hızlı adımlar atılması zorunludur. Çocuklara ilk müdahale, "bulunduğu yerde" başladığı zaman "yaşamda kalma oranı" belirgin olarak artacaktır. Çocukların "yaşama tutunma mücadelesi"nde "hastane öncesi verilen sağlık hizmeti"nin ve "hastane öncesi veya hastaneler arası transferinin çok önemli bir rolü vardır.

8. 112 Acil Sağlık Hizmetleri ambulansları arasına "yenidoğan" ve "çocuk yoğun bakım" ambulanslarının eklenmiş olması ve hava-ambulanslarına geçişin sağlanmış olması çok önemli bir gelişmedir. Gereksinimin çok olduğu İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Bursa, Konya, Mersin, Antalya, Diyarbakır, Şanlıurfa, Gaziantep gibi büyük şehirlerimizde bu özellikli ambulansların sayıları yetersizdir.

9. Ülke kaynaklarından ve eğitilmiş sağlık personellerinden en iyi şekilde yararlanabilmek için şu anda mevcut hastanelerden uygun olanları belirlenip, kritik hasta bakımının eksiksiz yapılabileceği "bölgesel sağlık merkezleri" oluşturulmalıdır. Bu merkezlerde tam donanımlı çocuk acil yan dal uzmanının bulunduğu "çocuk acil" ve "I. düzey travma merkezi", çocuk yoğun bakım uzmanının bulunduğu "çocuk yoğun bakım", plastik ve rekonstrüktif cerrahisi veya çocuk cerrahisi uzmanının sorumlu olduğu bir "yanık ünitesi" bulunmalıdır. Diğer hastaneler ise daha alt düzeylerde acil hizmeti verebilecek şekilde personel ve cihaz yönünden donatılmalıdır. "Bölgesel sağlık merkezleri"ne transfer edilecek hastalar 112'lerden yardım alınarak ve hastaneler arası iletişim sağlanarak yapılmalıdır.

10. Hem "hastane öncesi" hem de hastanede çocuk acil hastalarına "kolay yaklaşım" için akış çizelgeleri ve/veya rehberler yeterli değildir, yeniden gözden geçirilme ihtiyacı vardır.

11. Önceliklendirme (triya) sistemi aşağıdaki nedenlerden dolayı etkin işletilememektedir: a. Kamuoyunun acil servis işleyişi ve amaçları hakkında bilgi

eksikliği, b. Önceliklendirmeye hasta ve yakınlarının uyumsuzluğu, görevlilere uygulanan baskı ve şiddet, c. Önceliklendirme yapacak sağlık çalışanı sayısında yetersizlik, eğitiminde eksiklikler, d. Çocuk hasta önceliklendirmesi için uygun fiziksel alan eksikliği sayılabilir.

12. Her türlü sorumluluğu erişkinlerin üzerinde olan çocuklarımıza hem en uygun sağlık hizmetinin verilebilmesi hem de çocuk acil bilim dalının hedeflenen düzeye ulaşabilmesine engel yaratan bir diğer durum ise şudur: "Az sayıda çocuk acil yan dal uzmanı"nın, çalışma koşulları ve alt yapının uygun olduğu yerlerde görevlendirilmemesidir. Böylece çok kısıtlı olan ülke kaynaklarından ve eğitilmiş sağlık personellerinden en iyi şekilde yararlanılamamaktadır. Çocuk acil yapılanması olmayan, çocuk acil uzmanı sorumluluğundaki bir çocuk acil sistemini istemeyen, çeşitli zorluklar çıkarılan hastanelerde "zorunlu hizmet" kapsamında görevlendirilmeleri insan gücü, emek ve zaman kaybı yaşanmasına neden olmaktadır. Sonuçta alt yapısı uygun olmayan hastanelerde zorunlu hizmet kapsamında görevlendirilen birçok yan dal hekimi hastanelerinde uygun bir çalışma ortamı bulamayıp, edindiği mesleki birikim, deneyim ve becerilerinde körelme ve psikolojik olarak travma yaşamaktadır.

13. Bir önceki maddeyle paralel olarak zorunlu hizmet görevinin tam donanımlı-alt yapısı ve personel yapılanması uygun hastanelerde yaptırılmaması "çocuk acil" gibi yeni kurulmuş bilim dallarının istenilen gelişmişlik düzeyine ulaşabilmesinin önünde bir engel oluşturmaktadır. Ülke kaynaklarından ve eğitilmiş sağlık personellerinden en iyi şekilde yararlanabilmek açısından önümüzdeki 5 yıl süresince öncelikle Üniversite ve T.C. Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanelerinde ve/veya 9. maddede bahsedilen "Bölgesel Sağlık Merkezleri"nde görevlendirilmeleri, az sayıda eğitim veren birimlerin güçlenmesini sağlayacaktır. Öncelikle yan dal eğitimi verebilecek hastanelerin güçlenmesi sağlanıp, sonraki süreçte diğer hastanelerde görevlendirmelerin yapılması daha başarılı sonuçların alınması açısından gereklidir.

14. Ülkemizde bazı ilaçların bulunmaması, var olan bazı ilaçlara ise ulaşamamaya başlanması hasta güvenliği açısından büyük bir tehlikedir.

15. Hastanelerde güvenlik sorunu ise halen devam etmektedir. Acilde sağlık

hizmeti sunan personel, sözel-fiziki saldırılarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Ayrıca 14. maddede bahsedilen durum ile birlikte ele alındığında hasta güvenliği yanı sıra hekim güvenliği de tehlike altındadır. Hasta yönetimi ve tedavisi için gerekli ilaçların ve/veya alt yapı-teçhizatın olmaması olumsuz bir durum yaratmakta, hekim güvenliğini tehdit etmektedir.

16. Performans ve faturalandırma sisteminde sorunlar sürmektedir. Mevcut sistem yeşil kodlu hasta bakmayı özendirmektedir. Kırmızı alan hastaları gibi çok kritik ve riskli müdahaleler gereken hastalar için tanımlanan performanslar, yeşil alan hastaları ile aynıdır, bunlar farklı olmalıdır. Ayrıca çocuk acil servislerinde bakılan hastaların faturalandırılması, genel "acil uygulamalar" kapsamında yapılmaktadır. Bu da çocuk acil servislerinde verilen yoğun hizmetin, yapılan işlem ve tedavilerin Sağlık Bakanlığı'na erişkin acillerden ayrı olarak yansımaması ve çocuk acillerde verilen hizmetin hakkıyla görülmemesine neden olmaktadır.

Kaynaklar

ABP Workforce data: American Board of Pediatrics; 2013

Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Emergency Care for Children: Growing Pains. 2nd ed. Washington DC: The National Academies Press; 2007

Sağlık Bakanlığı Yan Dal Tescil Sayıları İstatistiği. T. C. Sağlık Bakanlığı; 2014

Tıpta Yan Dal Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (YDUS) Başvuru Kılavuzu. ÖSYM. Ankara: ÖSYM; 2010-2014.

Türkiye'de ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri: Mevcut Durum ve Öneriler. http://cayd.org.tr/images/UserFiles/Documents/Editor/TURKIYE_ve_DUNYA_COCUK_ACIL.pdf Erişim Tarihi: 02.02.2017

Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakımı Hekim İnsan Gücü Raporu. [http://cayd.org.tr/images/UserFiles/Documents/Editor/2015cybinsangucu\[1\].pdf](http://cayd.org.tr/images/UserFiles/Documents/Editor/2015cybinsangucu[1].pdf) Erişim Tarihi: 02.02.2017

Yılmaz HL. Dünyada ve Türkiye'de Çocuk Acil Bilim Dalı'nın Gelişimi. Karaböcücüoğlu M, Yılmaz HL, Duman M editörler. Çocuk Acil Tıp kapsamlı ve kolay yaklaşım. 1. Baskı. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi; 2012. p.3-6.

Yılmaz HL. Türkiye'de Çocuk Acil Yapılanması: Sorunlar ve Çözüm Önerileri. SD 2017; 42:12-15

* Bu yazı, SD Dergisinin 2017 yılı 46. sayısında yayımlanan "Türkiye'de Çocuk Acil Yapılanması: Sorunlar ve Çözüm Önerileri" başlıklı makale, Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Demeği'nin hazırladığı "Türkiye'de ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri: Mevcut Durum ve Öneriler" ile "Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakımı Hekim İnsan Gücü" raporları temel alınarak hazırlanmıştır.

Çocuk yoğun bakım alanındaki uygulamalar

Prof. Dr. Tolga F. Köroğlu



Tıp Fakültesi ve Çocuk Hastalıkları eğitimi Marmara Üniversitesinde tamamlayan Dr. Köroğlu, 1998-2000 yılları arasında ABD'de Texas Üniversitesi Dallas Çocuk Hastanesinde Pediatrik Yoğun Bakımı alanında yan dal eğitimi aldı. Yaptığı görevler arasında Çocuk yoğun bakım Derneği kurucu başkanlığı, Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Başkanlığı ve 2007-2015 arasında Dünya Çocuk yoğun bakım Dernekleri Federasyonunda (WFPICCS) yönetim kurulu üyeliği bulunan Dr. Köroğlu halen Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Hekimi ve Pediatrik Yoğun Bakım Bilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Ülkemizde diğer birçok tıp dalındaki gelişmelere göre gecikmeli olarak, ancak 1990'ların ortalarında başlayan çocuk yoğun bakım ünitelerinin kurulması ve yaygınlaşması süreci halen devam etmektedir. Başlangıçta 2-3 yataklı çocuk yoğun bakım üniteleri kurulurken sonra 6-8 yataklı şimdi ise 15-20 yataklı ünitelerin planlandığını veya hizmete girdiğini görüyoruz. Aynı zamanda ünitelerin teknoloji kullanımlarında da önemli gelişmeler olmuştur. Başlangıçta ünitelerde sadece temel modların olduğu basit ventilatörler varken şimdilerde pek çok üniteye ileri teknoloji ventilatörlerin kullanıldığı ve hatta bazı merkezlerde ECMO gibi ileri vücut dışı yaşam destek tedavi yöntemlerini uygulayacak bilgi birikimi oluşmaya başlamıştır.

Ünitelerin sayı ve nitelik olarak gelişmesine paralel olarak akademik alanda da geçtiğimiz yıllarda önemli gelişmeler yaşanmıştır. Dernekleşmemizin tamamlanmasının üzerinden 20 yıl geçmiş; pek çok üniversitede çocuk yoğun bakım bilim dalları kurulmuş durumdadır. Derneğimiz ve üyeleri, uluslararası derneklere ve kuruluşlara üye olup, kitaplar yayınlamış, ulusal ve uluslararası kongreler, toplantılar yapmıştır. Sayıları ve kaliteleri gittikçe artan yayınlarla dünya literatürüne katkılarda bulunmaktayız. Son olarak 2014 Dünya Çocuk Yoğun Bakım Kongresi'nin ülkemizde gerçekleştirilmiş olması yaşanan hızlı gelişmenin bir göstergesidir. Bu bakımdan birçok hızlı gelişme yaşanmış olsa da maalesef hem bilimsel hem hizmet bakımından önemli sorun ve engeller daha

fazla gelişme olmasını engellemektedir. Güncel olarak karşı karşıya olduğumuz başlıca sorunlara bakarsak;

1. Düşük SUT fiyatları: Yoğun bakım hizmetlerinin ve tıbbi malzemelerin maliyetlerle orantılı ücretlendirilmemesi nedeniyle oluşan finansman sorunları ve hastane hizmetleri içinde yoğun bakım hizmetlerinin özellikle ve fazla zarar oluşturması her geçen yıl daha önemli sorun oluşturmaktadır. Cihaz, teçhizat, tıbbi malzemenin önemli ölçüde ithal olması ancak pek çok ürün ve hizmetin bedellerinin 7-8 yıldır hiç artırılmaması gerekli hizmetlerin ve eğitimin verilmesini her geçen gün daha ciddi şekilde zorlaştırmaktadır. Tüm yoğun bakım hizmetlerine (erişkin, çocuk, yenidoğan) eşit ücret ödendiğinden özelliği gereği (pahalı pediatrik malzemeler, özellikli tedavi gerektiren hasta çokluğu) çocuk yoğun bakım maliyeti en yüksek, en fazla zarar eden "yoğun bakım birimi" konumundadır. Örneğin erişkin birimine ventilatör alınırken sadece erişkin hasta solutan cihaz alınması, yenidoğana sadece yenidoğan solutan cihaz alınması yeterli iken çocuk yoğun bakım hastasının 1 ay-18 yaşı kapsamı nedeniyle hem yenidoğan hem erişkin hem çocuk solutan en pahalı ve en nitelikli cihazların satın alınması gerekmektedir. Bu durum, monitörden hasta yatağına kadar birçok cihaz ve malzeme için geçerlidir. Tüm yoğun bakımların maliyetlerinin eşit kabul edilerek ücretlendirilmesi dolaylı olarak çocuk yoğun bakım hizmetlerinin hastane içinde hep (en çok) zarar eden bölüm olmasına neden olurken bazı başka yoğun bakımların ise en fazla kâr eden

birim olmasına neden olmaktadır. En fazla kâr eden birimler daha çok teşvik görmektedir.

2. Hemşire eksikliği: Üniversite hastanelerinde yeterli hemşire kadrosu olmadığından hizmetler her yerde devamlı eksik kapasitesiyle verilmekte, bu durumda hastalar mağdur olduğu gibi eğitim de daha az hasta ile yapılmakta ve olumsuz etkilenmektedir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ise hemşire sayısı çok daha iyi durumdadır. Üniversitelerde mevcut ve çalışmakta olan hemşirelerin de her fırsatta daha rahat çalışma ortamına sahip olan Sağlık Bakanlığı hastanelerine geçiş için çaba içinde oldukları ve mevcut hemşirelerin bir kısmının da doğum öncesi, doğum sonrası izinleri ve iki yıl nöbete girmemeleri nedeniyle bu açığın giderek arttığı gözlenmektedir.

3. Kronik evde bakım hastaları: İyileşme şansı olmayan ve çoğu evde veya kronik bakım merkezlerinde çok daha uygun şartlarda ve maliyetle bakılabilecek kronik hastalar çocuk yoğun bakım ünitelerindeki sınırlı yatakların önemli bir kısmını kullanmaktadır. Aynı zamanda iyileşme şansı olmayan, kronik bakım hastaları Sağlık Bakanlığı 112'ye yapılan şehirlerarası çocuk yoğun bakıma nakil taleplerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Kronik ve iyileşme ihtimali olmayan hastalara yönelik palyatif veya kronik bakım merkezlerinin olmaması; evde sağlık hizmetlerinin de çocukları kapsamaması çocuk yoğun bakım ünitelerine olağanüstü bir talep yaratmaktadır.



4. Çocuk yoğun bakım ünitesi ve yatak eksikliği: Ülkemizde çocuk yoğun bakım hizmetleriyle ilgili ihtiyacın önemli bir kısmı karşılanmış, bazı coğrafi bölgelerde ihtiyaç fazlası yatak kapasitesi bile oluşmuştur (örn. İzmir). Ancak hala eksiklik olan bölgeler de mevcuttur (özellikle doğu ve güneydoğu Anadolu). Ayrıca, bazı merkezlerde hemşire eksikliği nedeniyle kullanılamayan önemli bir kapasite de söz konusudur. Bazı ünitelerin Sağlık Bakanlığının 2011 yılında yaptığı planlamalara uygun olmayan şekilde açıldığı izlenimi mevcuttur.

5. Eğitim hastanesi olmayan kurumlarda 3. basamak çocuk yoğun bakım hizmeti: Çocuk yoğun bakımı hasta sayısı sınırlı ama çok özellikli ve pahalı bir hizmettir. Sadece tüm dal ve yan dal branşların bulunduğu eğitim hastanelerinde hizmet verilirse en düşük morbidite ve mortalite ile sonuçlanır. Ancak eğitim hastanesi niteliği ve statüsü taşımayan bazı Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve kâr amacı güden bazı özel hastanelere 3. basamak çocuk yoğun bakım üniteleri açılmıştır.

6. Çocuk yoğun bakım ünitesi olmayan/açılmayacak hastanelere zorunlu hizmet: Halen çocuk yoğun bakım ünitesi olmayan ve yakın zamanda da kurulmayacak bazı hastanelere zorunlu hizmet kapsamında çocuk yoğun bakım uzmanı atamaları yapılmaktadır. Bu zorunlu hizmetini eğitim almadığı bir alanda geçirmek zorunda kalan genç uzman hekimlerin motivasyonunu çok olumsuz etkilemektedir.

7. Yoğun bakım ilaçlarının başka branşların iznine tabi olması: Çocuk yoğun bakım ünitesinde çocuk yoğun

bakım uzmanları tarafından kullanılan bazı ilaçların kullanımının başka ve yoğun bakımla ilgisiz branşların iznine bağlanmış olması (Alerji, nefroloji, kardiyo, vb.) hizmetleri aksatmaktadır.

8. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi gören tıpta uzmanlık öğrencilerinin yeterli yoğun bakım eğitimi alması: Ülkemizde halen bazı yerlerde çocuk yoğun bakım uzmanı olmayan çocuk yoğun bakım üniteleri bulunduğu için çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının bu ünitelerde her türlü hasta bakım ve tedavisini gerçekleştirmeleri ve sorumluluk almaları beklenebilmektedir. Bu uzmanların yeterli eğitim almadan uzman olmaları durumunda daha sonra üstlenmeleri gereken sorumlulukların gereğini yerine getirememek gibi durumlarla karşılaşmaları mümkündür. Ancak ülkemizde bazı merkezlerde çocuk yoğun bakım uzmanı veya hatta ünitesi olmadığı halde çocuk sağlığı ve hastalıkları eğitimi verilmekte, burada yetişen uzmanlar ise çocuk yoğun bakım eğitimi verilen hastanelere rotasyona gitmemektedir.

9. TUKMOS Çekirdek Eğitim Müfredatı'nı veremeyen merkezlerin durumu: Çocuk yoğun bakımı yan dal eğitim veren merkezlerin bazılarında (yaklaşık %10-20) postoperatif kardiyovasküler cerrahi, ekstrakorporeal membran oksijenasyonu uygulaması (ECMO), sürekli renal replasman tedavileri (CRRT), kritik hastaya yönelik ultrasonografi gibi konularda yeterli eğitim verme imkânı yoktur. Bazı merkezlerde ise bazı dallar (örn. Nöroşirürji, KBB) olmadığından yan dal asistanları bu alanlarda hasta takip etmeden eğitim alıp mezun olmaktadır.

10. Hizmetlerin adil ödüllendirilmesi: Diğer bir önemli husus ise "performans" uygulamalarıdır. Haftanın 7 günü (çoğu yerde tek olduğundan 24 saat icapçı) çalışan çocuk yoğun bakım uzmanlarının, normal poliklinik yapan doktorlara göre çok daha az performans aldıkları bilinmektedir. Çocuk yoğun bakım uzmanı dışında da gündüzleri veya nöbette yoğun bakıma bakacak çocuk hastalıkları uzmanı bulmak zor olmaktadır çünkü poliklinikte hasta bakmak yanı sıra olmayan uzmanlar için de çok daha fazla gelir elde etmelerini sağlamaktadır. Sonuç olarak, ülkemizde çocuk yoğun bakımı alanında son yıllarda sağlanan başarıların mevcut bazı sorunların çözümü yönünde atılacak adımlarla devam ederek daha da ileriye taşınabileceği kanaatindeyiz.

Kaynaklar

Köroğlu, T.F., Atasever S., Duman, M. A Survey of Pediatric Intensive Care Services in Turkey. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2008; 50: 12-17

Köroğlu, T.F., Karaböcüoğlu, M., Çıtak, A., ve ark. Türkiye'de Çocuk Yoğun Bakım Hizmetleri. Mevcut Durum ve Öneriler. *Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği*, 2006. İstanbul

Köroğlu, T.F., Bayrakçı, B., Dursun, O., ve ark. Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri için Kılavuz Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği Önerileri. *Yoğun Bakım Dergisi*, 2006; 6: 123-34.

Köroğlu, T., Güney, R., & Yetiş, S. D. (2011). Çocuk Yoğun Bakım Hizmetleri. In R. Akdağ (Ed.), *Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023* (pp. 195-211). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Pearson, G., ve ark., Should Paediatric Intensive Care Be Centralised? Trent vs. Victoria. *Lancet*, 1997, 349: 1213-7.

Pollack, M.M., ve ark., Improving the Outcome and Efficiency of Intensive Care: the Impact of an Intensivist. *Crit Care Med*, 1988; 16:11-7.

Pollack, M.M., ve ark., Impact of Quality-of-care Factors on Pediatric Intensive Care Unit Mortality. *Jama*, 1994; 272:941-6.

Erişkin acil servisleri

Prof. Dr. İbrahim İkizceli



İlk ve orta öğrenimini Bursa'da tamamladıktan sonra Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1993 yılında mezun oldu. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde acil tıp uzmanlığını tamamladı. 2006 yılında acil tıp doçenti, 2013'te profesör oldu. Erciyes ve İstanbul Üniversiteleri hastaneleri ile Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yaptı. 2012-2015 yılları arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Başhekim Yardımcılığı ve 2016 yılında Başhekimlik yaptı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Başkanlığı yapmaktadır.

Vatandaşların sağlığının güvence altına alınması sosyal devletin temel görevidir. Bu anlamda, acil sağlık hizmetleri ölümlerin önlenmesinde ve sakatlıkların azaltılmasında büyük öneme sahiptir. Bu durum, acil sağlık hizmetlerinin sağlık alanında ayrı bir yer ve disiplin olarak ele alınıp sunulmasını gerekli kılmıştır. İnsanlar sosyal statüleri ve ekonomik olanakları ne olursa olsun acil sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarında, en kısa zamanda olay yerinde ve acil servislerde profesyonel bir ekibin müdahalesine gereksinim duyarlar. Acil servisler hasta ve yaralıları en iyi acil bakımı en kısa zamanda vermek için hastane öncesi acil sağlık sistemi ve hastanenin diğer birimleri ile birlikte çalışan sistemlerdir. Acil servislerin iyi ve hızlı bir şekilde hizmet vermesi için bu birimlerin uyum içinde çalışması şarttır. Aksi takdirde acil servis çalışanları sağlık sisteminin diğer yandaşları ile uyum içinde çalışamazsa tek başına sağlıklı bir hizmet sunamaz.

Hastane İçi Acil Sağlık Hizmetleri

Hastane içi Acil Sağlık Hizmetleri 4 ayrı bölümden oluşmaktadır.

- 1- Acil Servisler
- 2- Konsültasyon Hizmetleri
- 3- Tetkik ve Görüntüleme Hizmetleri
- 4- Hastane Servis Hizmetleri

Acil servisler: Acil servislerde 2009 yılında çıkartılan "Yataklı Tedavi Kurumlarında Acil Sağlık Hizmetleri Tebliği" sonrasında önemli gelişmeler olmuştur. Acil servisler seviye 1, 2 ve 3 olarak seviyelendirilmiştir. Acil servislerde acil tıp uzmanları ve pratisyen hekimler

çalışmaktadır. Hastane acil servisleri son yıllarda fiziksel olarak epey gelişme göstermiştir. Ancak bu gelişmeye paralel olarak hasta sayısında da aşırı bir artışa neden olmuştur.

Konsültasyon hizmetleri: Acil servislerde çalışan hekim tarafından çözümlenen problemler çözülmekte ancak daha ileri uzmanlık gerektiren durumlarda konsültasyon hizmetleri devreye girmektedir. Özellikle eğitim araştırma hastanelerinde 24 saat uzman bulunduğu için bu hizmet hastane içerisinde çözülmekte ancak ikinci basamak hastanelerde bu hizmet icap nöbeti tarzında hastane dışından çözülmektedir.

Tetkik ve görüntüleme hizmetleri: Acil servisler 24 saat hizmet veren birimlerdir ancak hastane destek hizmetleri mesai sonrası epey azalmaktadır. Özellikle görüntüleme sistemleri Acil servis için vazgeçilemez olmasına rağmen 7 gün 24 saat bu hizmete ulaşamayan acil servis sayısı azımsanmayacak kadar fazladır.

Hastane Servis Hizmetleri: Acil hastanın işi acil serviste muayene olduktan sonra bitmemektedir, tanısı konulduktan sonra ihtiyaç var ise hastaneye yatırılması gerekmektedir. Bu nedenle acil yatış gereken hastalar acil servislerde bekletilmemelidir.

Sorunlar

Yönetim: Hastane öncesi sistem ve hastane içi sistem üst yönetimi ayrı birimlerin elindedir. "Hastane öncesi sistem" ile Sağlık Bakanlığında acil sağlık hizmetleri birimi ve Sağlık Müdürlüğünde sağlık müdür yardımcısına bağlı acil sağlık hizmetleri birimi ilgilenmektedir. "Hastane içi sistem" ile ise kamu hastaneleri ve

başhekimlere bağlı acil servis sorumlusu bir başhekim yardımcısı ilgilenmektedir. Bu iki sistemi de beraber yönetebilecek kararlar alabilecek ve her iki sistemi için de aldığı kararları uygulatabilecek güçlü bir üst yönetici bulunmamaktadır.

İlk yardım bilinci: İlk yardım konusunda gerekli yasal düzenlemeler İlk Yardım Yönetmeliği ile yapıldı, ancak denetimleri yeterli değil. Ayrıca sadece işyerlerinde ilk yardım öğrenilmesi zorunlu hale getirildi. Ancak ilk yardım konusu halkın en alt birimlerine kadar indirgenmedi. İlk yardım bilinci halkın en alt birimlerine kadar indirgendiği takdirde halkın sağlık okur yazarlığı artacaktır.

Komuta Kontrol Merkezi: Komuta Kontrol Merkezinin konsültasyon ve destek hizmetleri yeterli değildir. Hastanın götürüleceği hastaneye hasta hakkındaki bilgi ve belgelerin akışı yeteri kadar yapılamamaktadır. Komuta Kontrol Merkezine destek amaçlı her an danışılmak üzere her branştan uzman hekimler görevlendirilmemiş ve bunların hasta daha olay yerinde iken danışma hizmetlerinin başlatılması için telemedicene (kamera görüntüsü ve monitör bilgilerini aktarma, EKG danışma vb.) altyapısı tam olarak geliştirilmemiştir.

Güvenlik: Acil serviste çalışan personel içerde hasta bakarken kendisini güvende hissetmesi gerekmektedir. Her an tedirgin olarak hasta bakması imkânsızdır. Bu nedenle hastane acil servislerine sorun çıkartan değil de sorunu önceden tespit edip sorunu ortadan kaldıracak özel yetişmiş yeterli sayıda güvenlik görevlisinin yerleştirilmesi gereklidir. Ayrıca acil servislerde güvenlik kamerası kullanımı zorunlu hale getirilmiş ancak denetimleri yeteri kadar yapılmamaktadır.

Şiddet: Şiddetin nedeni birçok faktöre bağlı olabilmektedir. Ancak en önemli neden iletişim eksikliğidir. Bunun haricinde şiddet uygulayan kişiye uygulanacak yaptırımlar yeterli değildir. Ayrıca halk sağlık sistemi konusunda yeterli bilince sahip değildir.

Hasta yoğunluğu: Hem hastane öncesi acil hizmetlerde hem de acil servislerde aşırı hasta yoğunluğu yaşanmaktadır. Acil servise başvuran hastaları büyük kısmı acil hasta niteliğinde olmamasına rağmen acil servisleri boşuna meşgul etmektedirler. Acil hasta tanımında halen ortak bir dil oluşturulamamıştır. Acil hasta tanımı SGK'ya göre farklı, adli mercilere göre farklı, Sağlık Bakanlığına göre farklı hatta tüm başhekimlere göre de farklılık arz etmektedir.

Triyaj sistemi: Triage sistemi acil hizmet bekleyen hastaya erken müdahale için geliştirilmiş bilimsel bir sistemdir. Bu konuda mevzuata göre acil servislerde triyaj uygulaması zorunlu hale gelmiştir. Ancak uygulamada üst yöneticilerin baskısı ile triyaj sistemi acil olmayan hastanın bekletilip acil hastanın önce tedavisinin yapılması yerine hiçbir hastanın bekletilmeden ayrı odalarda bakılmalarının sağlanması şeklinde uygulanmaktadır.

Personel sorunu: Acil servisler problemleri elemanların sürgün edildiği yerler haline gelmiştir. Oysa acil servislerde profesyonel kişilerin çalıştırıldığı yerler olmalıdır. Acil servislerde ehliyetli kişilerin çalıştırılması engellenmeli bunun yerine "acil servis hemşireliği" sertifikası almış hemşireler ve "acil tıp teknisyen/teknikerleri" görevlendirilmelidir. Ancak personel bir süre acil serviste çalıştıktan sonra başka servislerde görevlendirilmektedir. Ayrıca acil servislerde çalıştırılan pratisyen hekimler de mezun olur olmaz çalışmaya başlamaktadırlar.

Mesai sonrası radyoloji ve laboratuvar hizmetleri: Acil servislerde mesai sonrası laboratuvar hizmetleri azalmakta ve bazı tahliller yapılamamaktadır. Hastanın ihtiyaç duyulan ek tetkiklerinin yapılması için hasta mesai saatlerine kadar bekletilmekte ve bunun sonucunda da acil servis kalabalığı artmaktadır. Ayrıca Radyologların çalışma saatleri az olduğu ve mesai saatleri dışında çalışmadıkları için birçok acil serviste mesai saati dışında ultrason hizmeti verilememekte ve acil yorum gerektiren grafilerin yorumlarının alınmasında sıkıntılar yaşanmaktadır.



Hastane ve yoğun bakım yatış sorunu: Hastanede çalışan servis hekimlerinin birçoğu problemleri hasta istemediği için acil servisten hastanın yatırılmasına sıcak bakmamakta ve yatış konusunda engeller koymaktadır. Ayrıca bazı hekimler konsültasyon hizmetlerini aksatmaktadırlar. Konsültasyon hizmetleri konusunda herhangi bir mevzuatta bulunmamaktadır.

Motivasyon eksikliği: Acil çalışanları hem ortam hem de çalışma saatleri nedeni ile motivasyonları azalmaktadır. Ortalama ayda 176 saat çalışması gereken bir personelin bu çalışmasını mesai saatleri içinde veya mesai dışında yapması arasında hiçbir maddi fark bulunmamaktadır. Hatta tatil günleri ve bayram tatillerinde bile mesai içerisinde çalışıyormuş gibi ücret almaktadır. Bunun yanında eleman eksikliği nedeni ile çalışma saatleri nöbet ücreti karşılığında zorunlu olarak 240 saate kadar çıkarılabilmektedir. Bunun sonucunda da yorgunluk nedeni ile yapılan yanlışlarda artış olmaktadır.

Ek ödeme sistemi: Acil serviste çalışan hekimlere ek ödeme sistemi genellikle baktıkları hasta üzerinden verilmektedir. Bu nedenle acil servis içerisinde ne kadar fazla basit hasta bakılırsa o kadar fazla ek ödeme alınmasına neden olmakta ve bunu sonucunda da kompleks ve daha fazla efor gerektiren travma ve resusitasyon gerektirecek hastalar ile kimse uğraşmak istememektedir.

Malzeme eksikliği: Tüm hastanenin sorunu olan malzeme eksikliğinden acil servisler de etkilenmektedir. Öyle zamanlar oluyor ki acil serviste damar yolu açmak için intraket, nebulizer kullanmak için oksijen maskesi veya kalp krizini tedavi etmek için en basit ilaçların dahi bulunmadığı anlar yaşanmaktadır.

Hizmet alımları: Birçok hastanede radyoloji hizmetleri özellikle bilgisayarlı

tomografi ve MRI hizmetleri hizmet alımı olarak gerçekleştirilmektedir. Özellikle acil çekilen grafilerin yorumlanmasında acil hekimi ile iletişim kurmayan biri tarafından yorumlandığı için ciddi hatalara neden olunmakta sonucunda da adli problemler yaşanmaktadır.

Eğitim: Eğitim araştırma hastanelerinin ve üniversite hastanelerinin acil servislerinde acil tıp eğitimi verilmektedir. Ancak eğitim ve hizmetin aynı anda yürütülmesinde sıkıntılar yaşanmaktadır. Eğitim alan asistanlar acil servisteki hasta yoğunluğunu azaltmak için hizmetin bir parçası haline gelmiş durumdadır. Bu durum uzmanlık öğrencilerinin eğitiminde aksamalara neden olmaktadır.

Kaynaklar

Ersoy, N. ve Akpınar, A. (2010). Triage Decisions of Emergency Physicians in Kocaeli and the Principle of Justice. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 16(3), s. 203-209.

Ersel, M., Karcioğlu, Ö., Yanturalı, S., Yürüktümen, A., Sever, M. ve Tunç, M. (2006). Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Acil Servisin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 6(1), s. 25-35.

Ertan, C., Akgün, F. ve Yücel, N. (2010). Bir Üniversite Hastanesi Acil Servisine Yapılan Sevklerin İncelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 10(2), s. 65-70.

<https://www.saglik.gov.tr/TR,11321/yatakli-saglik-tesislerinde-acil-servis-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-hakkinda-teblig.html>. (Erişim Tarihi: 30.08.2018).

Kabaroğlu, K., Eroğlu, S. E., Onur, Ö., Denizbaşı, A. ve Akoğlu, H. (2013). Acil Serviste Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Marmara Medical Journal*, 26, s. 82-89.

Köse, A., Köse, B., Öncü, R. ve Tuğrul, F. (2011). Bir Devlet Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Profili Ve Başvurunun Uygunluğu. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 17(2), s. 57-62.

Söyük S, Kurtuluş SA. (2017). Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi. *GÜSBD*, 6(4): s. 44-56.

Şimşek, P. ve Gürsoy, A. (2015). Acil Servislerin Acil Sorunu: Uygun Kullanım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), s. 312-317.

Erişkin yoğun bakımları

Prof. Dr. Osman Ekinci



Kayseri'de doğdu ve ilköğrenimini Kayseri'de tamamladı. 1985 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1991 yılında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde uzman oldu. Aynı hastanede 1995 yılında başasistan, 2012 yılında doçent oldu. 2016 yılında Palyatif Bakım Merkezini kurdu. 2017 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi oldu, aynı yıl Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Başkanı seçildi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim Yardımcılığı ve Başhekimlik görevlerinde bulundu. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan Dr. Ekinci, aynı zamanda Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğinde Eğitim Görevlisi ve İdari Sorumlu olarak görev yapmaktadır.

Yoğun bakım (YB) sorunları; öncesi, YB'le ilgili ve sonrası sorunlar olarak gruplandırılabilir. YB yatış ve taburculuk kriterlerinde belirsizlik ve uygulama sorunları çözümlenebilmiş değildir. YB düzeylerinin yeniden güncellenmesine, genel, özel dal YB'lerin çalışma ve hasta kabul kriterlerinin tanımlanmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir. Erişkin YB sorunları bölgeler arasında, yerleşim alanlarının büyüklüğüne ve mevsimlere göre değişen farklılıklar göstermektedir. Büyük şehirlerden köylere bahar aylarında başlayan, son baharda geri dönen önemli sayıda göç hareketi olmaktadır. Çoğunluğu yaşlılardan oluşan bu nüfus hareketi YB'ye ihtiyaç oranını da belirlemektedir. Kış aylarında büyük şehirlerde önemli oranda YB yatak ihtiyacı olmaktadır.

Yoğun bakım tanımı: Yaşamsal sistemlerin destek tedavisinin sürdürüldüğü ve organ yetmezliklerinin multidisipliner organizasyon ile ileri düzey tedavisinin eğitimli uzmanlar tarafından standardize edildiği kesintisiz hizmet ve eğitim alanlarıdır (1). "Genel yoğun bakımlar" her tür hastayı, her yönüyle, bütüncül bir yaklaşımla tetkik ve tedavi edecek bilgi, beceri ve donanım sahip üniteler olmalıdır (anesteziyoloji ve reanimasyon) (2). "Özel dal yoğun bakım üniteleri" belirli bir tıp alanı (branş) kapsamı ve organizasyonu çerçevesinde multidisipliner bilgi yardımı ile yürütülen YB hizmetinin sürdürüldüğü alanlardır (Tüm branş YB'leri).

Yoğun Bakım Tanım Sorunları

- YB tanımında bu ünitenin eğitim amaçlı bir yer mi yoksa sadece hizmet amaçlı bir ünite mi olduğuna karar verilmelidir.

Burada bulunacak alet ve cihazların ona göre tanımlanması uygun olacaktır. 3. basamak YB'lerin mutlaka kapalı YB olması ve bu ünitelerde sadece YB yan dal uzmanı ya da anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı görevlendirilmesi gerekmektedir. 2. basamak ve 1. basamak YB'ler, açık YB şeklinde olmalı ve buralarda diğer ana dal uzmanları da görevlendirilebilmelidir.

- Hasta yatış ve çıkış endikasyonlarının özellikle 3. basamakta tanımlanması YB'lerdeki suistimalleri önleyecek ve YB'lerin drenaj problemi kısmen de olsa hallolacaktır. Yeni doğan YB'lerinde olduğu gibi bir 4. düzey YB tanımı getirilmeli, burada yapılan tedaviler, hasta özellikleri ve yapılacak üniteler iyi tanımlanmalıdır (1).

Yoğun Bakım (Yatış-Çıkış) Endikasyon Sorunları

- Yatış çıkış endikasyonlarının belirlenmesi kuşkusuz YB'lerin verimli kullanılmasında çok önemlidir. Endikasyonların belirlenmesinden ziyade esas problem, konulan endikasyonlar çerçevesinde ortaya çıkan uygulama zorluklarıdır. Bu zorlukların temelinde yoğun bakımcinin hastane yöneticileri nezdinde belirlenmemiş statüsü başrol oynamaktadır.

- Hastanın tıbbi durumu konusundaki bilgilendirmeyi yapması gereken tek kişi YB hekiminin kendisi olmalıdır. Hekimlerin aile iletişimi, zor karar/sonuç bildirimi ve süreç konusunda eğitim almış olmaları ideal olanıdır. Hasta ve hasta yakınının diğer sorunları için bahsi geçen sosyal hizmet uzmanları, aile danışmanları, koordinatörler kendi uzmanlık alanlarına göre bu hizmetin sürdürülmesinde rol oynayabilirler (3, 4).

Yoğun Bakım Ünitesi Düzey Sorunu

- 1. ve 2. düzey YB üniteleri yaygınlaştırılmalı, yatak sayıları artırılmalıdır. 1. ve 2. düzey YB hastaları bu servislerin olmadığı merkezlerde 3. düzey YB'lere yatırılmakta, bu da kritik YB hastalarının mağduriyetine ve ekonomik israfa yol açmaktadır. 3. düzey YB ünitelerinin mevcut oranı korunurken 4. düzey YB hizmetin tanımı yapılmalıdır ve özellikli hizmet veren 3. düzey YB üniteleri 4. düzey olarak bu tanıma uygun hale getirilmelidir. 4. düzey YB'ler TUKMOS müfredatına göre eğitim veren, akreditasyonunu sağlamış kurumlarda oluşturulmalıdır.

- Sağlık hizmet sunumunda önemli bir ihtiyacı karşılayan palyatif bakım merkezlerinin yatak sayısını YB yatak oranı kadar artırarak organizasyonu gerekte olup YB hizmeti almış bir kısım hastanın bu merkezlere drenajı ile YB'lerin kilitletmesinin önüne geçilecektir.

- Palyatif bakım merkezlerinin sorumluluğu anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanlarına verilmelidir. Bugüne kadar ülkemizin her yerinde anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları, YB hastalarının bakımını üstlendikleri gibi aslında palyatif bakım gereken hastaların bakımında da etkili rol oynamışlardır. Anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları arasında yapılan bir anket sonuçlarına göre sahip oldukları deneyim ile palyatif bakım üniteleri ya da merkezlerinin tek sorumlusu olmaları durumunda, organizasyonunda ve yürütülmesinde ciddi katkı sağladıkları görülmüştür (5, 6).

Yoğun Bakım Öncesi Sorunlar

- Aile hekimliği ve evde bakım hizmetlerinin etkin ve yaygın hizmet vermemesi, bazı bölgelerde iyi organize çalışırken bazı

bölgelerde yetersiz kalması YB'ye ihtiyacı artırmaktadır. Evde bakım için geri ödeme sistemi geliştirilmeli ve bazı grup hastaların bakımında "evde bakım hizmetleri" veya yeni kurulacak bir birim daha aktif rol almalıdır.

- Entübasyon ve kardiyopulmoner resusitasyon konusunda 112 ekibinin sık aralıklarla eğitilmesi, 112 ile entübe hasta transferindeki standartların artırılması, 112 ile dış YB'lere hasta transferinde rutin standartların yerleştirilmesi gereklidir. Hastaların hastalığına uygun acil tedavi verecek en gelişmiş merkeze hastanın transferi yapılmalı, hasta transferlerinde elektronik bilgi sistemi aracılığıyla hasta bilgileri iletilmeli, mobil sağlık hizmetlerinde kritik hasta yaklaşımı algoritması standardize edilmeli ve belirlenmiş olan entübasyon kriterleri ile ilişkili her hasta için dokümantasyon oluşturulması sağlanmalıdır.

- Hastanelerin servislerinde yatan hastaların YB ihtiyacını azaltmak için servislerde sağlık bakım kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Her serviste 1 (bir) YB sertifikalı hemşire bulunmalıdır. Her hastanenin kendi şartları da göz önüne alınarak hastaneye yeni başlayan her hemşirenin en az 6 ay YB'de çalışması teşvik edilmelidir.

- YB'lere hasta gelişinin kontrol edilmesi şarttır. Acil servis sınırları içerisinde entübasyon endikasyonu koyan hekimlere belli bir "form" düzenlenerek "neden, niçin?" sorularının sorulması, sistemin düzene girmesi açısından çok yararlı olacaktır. Bu amaçla oluşturulmuş ekteki formun kullanılması sağlanmalıdır.

- Acil servislerden YB'lere gönderilme olasılığı olan kırmızı alan hastaları (kardiyopulmoner arrest dışı) için YB uzmanının/ anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanının konsültasyonu notu ile entübasyon gerekliliği zorunlu hale getirilmelidir. Resüsitasyon endikasyonu olmayan hasta grupları (terminal dönem kanser hastaları gibi) tanımlanmalıdır. Bu konuda gerekli yasal düzenlemelerin ivedilikle yapılması şarttır.

- YB'lerin kalite standartlarının denetlenmesinin yanı sıra YB'ler için saha koordinatörleri tanımlanmalı ve saha koordinatörlerinden kurulacak aktif "tıbbi ekipler" tarafından tıbbi anlamda denetlenmeleri sağlanmalıdır. Üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri ve branş dernekleri ile bu konuda iş birliği yapılmalıdır (7).

Yoğun Bakımla İlişkili Sorunlar

- YB tescilli yataklarından iki yatağın, kurumun yatan hastalarına mavi kod kontenjanı olarak ayrılması kaydıyla tüm kamu ve özel sektördeki yataklar ASKOM

tarafından görülebilir hale getirilmelidir.

- YB hastalarının klinik karar destek sistemleri ile online takipleri yatakların daha verimli kullanılmasını sağlayabilecektir.

- Beyin ölümü kararının alınamama sorunu ile ilişkili problemin ortaya konulup eğitim ve bilinçlendirme programlarının yapılması sağlanmalıdır.

- YB'lerin standartizasyon anlamında ventilatör, monitör gibi aletlerinin kalite açısından değerlendirilmeleri, denetlenilmeleri şarttır. Biyomedikal ekiplerin denetleme mekanizmaları içerisinde yer almaları sağlanmalıdır. YB'lerin tıbbi açıdan ölçme ve değerlendirilme yöntemleri (kalite indikatörleri) ile takipleri yapılmalıdır. Buna göre yaptırımlar söz konusu olabilmelidir.

- YB'ler ayrıca fiziksel koşullar açısından da (sağlıkta kalite standartları ile) değerlendirilmelidir.

- YB'de FTR hizmetleri ile ilgili, paketin dışında bir geri ödeme sisteminin geliştirilmesi gereklidir.

- Akreditasyon ile ilişkili derecelendirmenin de devrede olması geri ödemelerde düşünebilir.

- YB ünitelerinin finansmanı hastanenin kendi kazançlarından değil, YB'lerin kazançlarından olabilmelidir. Bu bağlamda, YB yatakları ile ilişkili sunulan her tür işlemin ücretlendirmesi göz önüne alınarak paket fiyatlarının yeniden düzenlenmesi şarttır.

- Özel hastaneler ve vakıf üniversite hastanelerinden YB'den çıkışı yapılacak hastaların transferlerinde ambulans ücretlendirmelerinin SGK tarafından karşılanması gerekmektedir.

- YB'lerde bası yaralarının tedavisine SGK'nın maddi destek vermemesi, YB'lerde tıbben kullanılması gereken malzemelerin kullanılmamasına ve sonuçta hastaların kalış süresinin uzamasına yol açmaktadır. Bu konunun çözümü için "Yara Bakım Komisyonları"nın kurulması sağlanmalı ve yara bakım ürünlerinin geri ödemesi yapılmalıdır.

- Servislerde bakım ve kalite standardını etkileyen en önemli faktörlerden biri olan hemşirelerin, YB'lerde yıllık değişim oranlarının (hemşire "turn-over") belli bir oranın üzerine (%25 önerilir) çıkmaması sağlanmalıdır.

GYB'lerden Hasta Çıkaramama ve Sonrasındaki Sorunlar

- YB'lere yatış sorunu kadar YB'lerden hasta çıkış sorunu da bulunmaktadır. Çıkış endikasyonu olan hasta varsa hangi kliniğe çıkacak ise o kliniğin hasta yatışları YB hastası çıkana kadar kapalı olmalıdır.

- Servislerdeki bakım kalitesi nedeniyle

bazı grup hastalar için "ara yoğun bakım" olarak adlandırılan oluşumlara gereksinim vardır. "Ara yoğun bakım" kavramının yerleştirilerek, belli sayıda YB yatağı olan hastanelerde "ara yoğun bakım" yatağı tanımlanma zorunluluğu getirilmelidir. KVC YB yatakları koroner YB olarak da kullanılabilir (8).

- Sağlık bakım hizmetlerinin yeterliliği ile ilişkili hemşireler dışında fizyoterapist sorunu da söz konusudur. YB'den çıkan hastaların servislerdeki süreçlerinde fizyoterapi desteğini birebir almaları sağlanmalıdır. Bunun için özel görevlendirilmiş "fizyoterapist takımları" her hastanede kurulmalıdır.

- YB sonrası dönemde yatağa bağımlılık düzeyi yüksek ve rehabilitasyon gereksinimi olan hastaların (trakeostomili hastalar gibi) fizik tedavi kliniklerinden yararlanması sağlanmalıdır.

- YB'den çıkan hastanın hastalığının ağırlığına/şiddetine bağlı olarak serviste yattığında da SGK'nın ücretlendirme yapması sağlanmalıdır. Bunun 3-5 gün gibi sınırları ve aynı basamaktan geri ödeme gibi sınırları söz konusu olabilir. Acilden YB'ye giriş yapan hasta, YB'den servise çıktığında/yattığında da SGK'nın özel sektörün şartlarına göre optimum ücretlendirmeyi yapması sağlanmalıdır.

Sonuç

YB'nin sorunları sadece bunlardan ibaret değildir ancak en önemlilerine değinmeyi uygun bulduk. YB sağlık hizmet sunumunda acil hizmet veren birimlerden biridir. Bu durum, sorunlarının çözümünün de acil ve önemli olduğunu göstermektedir. Belirli aralıklarla bu konuda çalıştayların yapılmasının yararlı olacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1) Şahinoğlu A.H., Yoğun bakım sorunları ve tedavileri. Nobel Matbaacılık, İstanbul: III. Baskı, 2011: 1-28.

2) Morgan G.E., Lange Clinical Anesthesiology. California: The McGraw-Hill Companies, 2014: 1018-1065.

3) Tokaç M., Tıp Etiği - Ötanazi, SD Platform 2010; İlkbahar: 74-79.

4) Vincent J.L., Information in ICU. Intensive Care Med, 24: 1251,1998.

5) Aslakson R. et al. Evidence-based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. J Palliat Med. 2014 Feb; 17(2): 219-35.

6) Palliat Support Care. Palliative Care for Terminally Ill Patients in the Intensive Care Unit: Systematic Review and Metaanalysis. 2017 Jun; 15(3): 376-383.

7) Akpir K., Yoğun Bakım Hastasında Hasta Desteği ve Devamlık ile İlgili Kararın Verilmesi: Medikal etik-3 sayfa: 28 Yüce yayın dağıtım, 2001.

8) Carlet J., Thijs L.G., Antonelli M., Cassell J., Cox P., Hill N., et al. Challenges in end of life care in ICU Statement of the 5 the International Consensus Conference in Critical Care; Brussels, Belgium, April, 2003. Intensive care med 2000; 30: 770-84.

Hospislere neden ihtiyacımız var?

Dr. Öğr. Üye. Sibel Doğan



1981 yılında Malatya'da doğdu. 2004-2012 yılları arasında Erciyes Üniversitesi bünyesinde öğretim görevlisi olarak çeşitli idari ve akademik görevleri yerine getirdi, aynı zamanda ERÜ Onkoloji Hastanesinde de kanser hastalarına, ailelerine ve sağlık personeline yönelik psikososyal destek programlarını yürüttü. Akademik ilgi alanları psiko-onkoloji, yaşam sonu dönem sorunları, palyatif bakım olan Doğan, Eylül 2012'den itibaren İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde görev yapmaktadır. Aynı zamanda erişkin kanser hastalarına ve ailelerine yönelik psikososyal destek hizmetlerini yürütmektedir.

Son kez görüştüğünüzde bilememişsinizdir onu son görüşünüz olduğunu. Yeterince sıkı sanlamamışsınız veya tutamamışsınız elini. 'Götme kal' diyememişsinizdir. 'Beni bırakma' diyememişsinizdir. Vedalaşırken söylebilecek binlerce şeyin hiçbirini söyleyememişsinizdir. Çünkü yarın çok kısa olan ziyaret saatinde 'Gene görüşürüm nasıl olsa' diye düşünüyorsunuzdur o sırada, 'Hadi olmadı, öbür gün' dersiniz içinizden. Bilmezsiniz ki, öyle bir yarın yok. Bilemezsiniz... Bilmeniz daha çok bakardınız gözlerine, daha sıkı sarıldınız ellerine, kokusunu öyle bir çekerdiniz ki içinize unutmamak için. Yüzünü, saçlarını, ellerini öperdiniz ağlaya ağlaya, Sevdiğinizi söylediniz, teşekkür ederdiniz. Helallik isterdiniz ya da geçmişte kırdıysanız özür dilerdiniz. Belki de o da size benzer şeyleri söylemek isterdi. Belki son bir istekte bulunmak isterdi veya son zamanlarını makinelere bağlı yalnız geçirmeyi değil, sizlerle bir arada olmayı isterdi ama... Gözünüzde canlandırmak istediğim sahne, aslında x bir hastanenin yoğun bakımında bir yaşam sonlanırken içeride ve dışarıda akli birbirinde kalan insanları anlatmakta...

Bir İnsan Hakkı Olarak Yaşam Sonu Dönem Hizmetleri

Maalesef günümüzde yaşam sonu süreçte olan pek çok insanın yaşamı, yoğun bakımlarda benzer sahnelerle sonlanıyor, hayatın son anları paylaşamıyor. Konuşmadan, destek almadan, huzur ve konfor sağlanmadan eksik bir şekilde yaşıyor. Pek çok hasta hayata soğuk ve eksik bir şekilde veda ediyor aslında edemiyor. Hasta yakınları ise adeta bir duygusal

amputasyon yaşayarak dayanılmaz ıstıraplara boğuluyor. Yaşamın, "doğal ölüm"e kadar insanca bakımı, refakati gerektiren bir değer olduğunun anlaşılması modern tıpta yakın zamana kadar çok mümkün olmamıştır. Endüstri toplumlarında, geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçişle birlikte, yaşam sonu dönemde olan kişilerin ölme yeri genellikle büyük hastaneler, özellikle de hastanelerin yoğun bakımları olmuştur. Diğer taraftan klasik tıp bakış açısına sahip hekimlerin de ölümü tıbbi ve mesleki başarısızlık olarak görmeleri, hastalarını yaşatmak adına son dönemde bile onları yoğun tedavilere maruz bırakmaları ve hastalarının nerede son günlerini geçirmek istediklerini dikkate almadan onları hastane odalarında tutma eğilimi göstermeleri, önceleri endüstri toplumunda çalışan bireylerin işine gelmiştir. Ancak birçok şeyin eksik kaldığı zamanla fark edilmeye başlanmıştır. Bu sistem anlayışı içinde hastanelerde ölen hasta, ölmüş değil, "Ex" olmuştur. Ölümü öncesiyle sonrasıyla yadsıyan anlayış ve tutumlar, hastaların daha rahat ölebileceği, ölümü beklerken yalnız kalmayacağı ve ilgi göreceği bakım kurumlarının oluşmasına yol açmıştır. Çünkü huzurlu, saygın, insan onuruna yakışır bir biçimde ölmek temel bir insan hakkıdır. Aslında ölüm ve ölmek tıbbi bir olaydan çok daha fazlasıdır.

Yoğun Bakım Ortamlarında Etkili Sunulamayan Bir Hizmet Olarak Yaşam Sonu Dönem Hizmetleri

Yoğun bakımlar zihinlerde korkuyu, kaygıyı, ölümü çağırırsa da aslında bünyesindeki teknolojik imkân ve cihazlarla, durumu kritik olan hastalar için hayat kurtaran ünitelerdir. Peki, neden zihinlerde bu kadar çok ölümü çağırıştır? Ebettteki bu ünitelerde birçok

farklı sebeple yatan, yaşamları ölüm arasında gidip gelen durumu kritik hastaların bazıları yaşam mücadelesini kaybetmektedir. Ancak yoğun bakımların zihinlerde bu kadar çok ölümü çağırıştırmasının asıl nedeni bu değildir. Dünya genelinde ve ülkemizde ölümlerin yaklaşık %60'ı hastanelerde ve hastanelerdeki ölümlerin de yine yaklaşık %60'ı yoğun bakım ünitelerinde gerçekleşmektedir. Bu yüksek oranlar, sistem içindeki sıkıntılardan dolayı yoğun bakımların asıl amacı dışında kullanıldığının bir göstergesidir. Bir hastanın yoğun bakıma kabul edilmesi için "Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Kabul-Yatış-Çıkış Kriterleri Talimatı"na göre belirlenmiş dört kriter vardır. Bu kriterlerden ilk üçü, yoğun bakıma kabul edilecek hastaları açıklarken son kriter, değerlendirme dışı bırakılan hastaları yani yoğun bakıma alınması, yoğun bakımda tedavi görmesi uygun görülmeyen şu hastaları belirtmektedir:

- a. Bitkisel hayatta olanlar
- b. Geri dönüşümsüz çoklu organ yetmezliği olan hastalar
- c. Kemoterapi, radyoterapiye yanıtız, metastatik kanserli hastalar
- d. Yoğun bakım desteği, tedavisini reddeden hastalar
- e. Sadece daha iyi bakım sağlanması arzu edilen hastalar

Yoğun bakıma alınması ve tedavi görmesi uygun görülmeyen bu hastalar, "terminal yani yaşam sonu dönemde olan" hastalardır. Bu hastaların pek çoğu yaşamlarının son dönemlerinde pek çok semptomla bağlı olarak önce acil servislere başvurmakta ve oradan da çoğunlukla yoğun ünitelerine yatırılıp yapılmakta ve belli bir süre sonra da hayata orada gözlerini yummaktadır. Bu süreç hem hasta hem hasta yakınları hem

de yoğun bakım ekibi açısından oldukça sancılı bir süreçtir. Yoğun bakımlarda özellikle yaşam sonu dönemde olan hastaların tedavileri noktasında da pek çok etik ikilem yaşanmaktadır. Bu hastaların çoğunlukla yoğun bakım tedavisinden fayda görmeyeceği bilirse de hastalara hayat kurtarmaya yönelik ancak bu hasta grupları için tıbben yararsız (medical futility) yani boşuna tedaviler yapılmaktadır. Pek çok yoğun bakım personeline göre bu müdahaleler “yaşamı değil ölüm sürecini uzatmaya yönelik”tir. Yoğun bakım yataklarının tedaviden yarar görmeyecek hastalara uygulanan tedaviler nedeniyle dolu olması da yoğun bakımdan yarar görecektir hastalara yatak bulunamamasına ve aslında çok pahalı olan yoğun bakım kaynaklarının boşa harcanmasına sebep olmaktadır.

Sağlık Harcamaları Açısından Yaşam Sonu Dönem ve Yaşam Sonu Dönem Hizmetleri

Sağlıkla ilgili ihtiyaçları gidermeye yönelik yapılan harcamalara sağlık harcaması denir. Dünya genelinde ve ülkemizde son yıllarda sağlık harcamaları artmaktadır. Bunun en önemli sebeplerinden biri, yaşlı nüfusun, yaşamı tehdit eden kronik hastalıkların ve yetersizliklerin artmasıdır. Özellikle bu gruplara yönelik sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sağlanabilmesi oldukça önemlidir. Çünkü bu gruplar hızla yaşam sonu döneme gelmekte ve çoklu sağlık gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla yoğun bakımlarda takip edilen bu hastaların sağlık bakım maliyeti incelendiğinde, bir hasta için yoğun bakım harcamasının, normal serviste yatan bir hastanın harcamasının 5 katı olduğu vurgulanmaktadır. Bir hastaneye giriş yapan hastaların %5'i yoğun bakım ünitelerine kabul ediliyorken yoğun bakım üniteleri hastane bütçelerinin %20-25'ine teşkil etmektedir. Son dönem hastaları için yapılan masrafların Amerika Birleşik Devletleri'nin toplam sağlık giderleri (450 milyar dolar) içerisindeki payı %30'dur. Bu paranın %80'i ölen hastanın son ayında hastanede ve özellikle de yoğun bakım ünitesinde agresif hayat destekleyici tedaviler için harcanmaktadır. Konu ile ilgili yapılan yurt dışı diğer araştırmalarda yoğun bakımlara yatmadan, evinde veya yaşam sonu döneme özgü bakım kurumlarında ölen kişilerin haftalık bakım ücretleri 150-700 dolar arasında değişirken yoğun bakım ünitesinde ölmüş kişiler için ise yapılan haftalık harcamanın 2.550-5.000 dolar civarında olduğu görülmüştür. Ülkemizde Aygencel ve Türkoğlu'nun 2014 yılında yaptıkları “Bir Dahili Yoğun Bakım

Ünitesindeki Terminal Dönem Hastaların Genel Özellikleri ve Maliyetleri” konulu araştırmaları kapsamında; bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları yoğun bakım ünitesinde yatırılarak izlenen 83 terminal dönem hastanın genel özellikleri, yoğun bakım süreçleri, sonuçları ve maliyetleri incelemişlerdir. Sonuçlar oldukça çarpıcıdır. Bu çalışmada; hastaların yoğun bakım yatış sürelerinin medyan 5 gün ve yoğun bakım maliyetlerinin ise medyan 2.841 TL olduğu, sadece araştırmanın yapıldığı yoğun bakım ünitesinde yatan terminal dönem hastaların ülkeye toplam maliyetinin 581.353,2 TL, hasta yatış günü başına maliyetin 677,6 TL ve hasta başına ortalama maliyetin ise 7.004 TL olduğu saptanmıştır. Bu çalışma sonucunun da vurguladığı üzere, ülkemizde de yaşam sonu dönemde olup yoğun bakımlarda ölen hastalara daha fazla sağlık harcaması yapılmaktadır. Ancak yapılan bu harcamalar hem hasta hem de hasta yakınlarının daha rahat, daha konforlu, daha insani bir biçimde, psikososyal ve manevi ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hizmetleri kapsamamakta ve yaşanan çoklu ıstırapı hafifletmemektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yoğun bakım yatakları ve kaynakları kısıtlı, üniteler özellikli ve pahalıdır. Kısıtlı kaynakları akılcı kullanmak gerekmektedir. İyileşme umudu kalmayan ve ölümün kaçınılmaz olduğu düşünülen terminal dönem hastalar için gelişmiş ülkelerde, bu hastaların yönetimi hastane, yoğun bakım sisteminden ayrılmış, palyatif bakım, hospis ve evde bakım sistemlerine bırakılmıştır. Bu uygulama, evde bakım uygulaması ile birleştirilerek “hospis” kavramını oluşturmuştur. Yapılan çalışmalarla hospis uygulamasının sağlık giderlerini düşürdüğü, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini artırdığı gösterilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Palyatif Bakım Organizasyon Modeli Kapsamında Henüz Hayata Geçmemiş Bir Basamak Olarak Hospisler

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında “Palyatif Bakım Organizasyon Modeli” geliştirilmesine yönelik çalışmalar başlatılmış ve 2016 yılı verilerine göre, 68 ilde toplam 1.898 yataklı 168 tane palyatif bakım ünitesi açılıp hizmet vermeye başlamıştır. Palyatif bakım hizmetleri önceleri sadece yaşam sonu süreçteki hastalar için sunulacak bir hizmet türü olarak anlaşılsa da şimdilerde kapsamı daha iyi anlaşılmaya başlanmıştır. Palyatif bakımın yaşamı tehdit eden hastalığın teşhisinden itibaren aktif tedavinin yanında hem hastaya hem de hasta yakınlarına yönelik hizmetleri içermesi

ve süreç içinde gereksinim doğrultusunda artarak devam etmesi, hastanın ölümünden sonra da yakınlarının yas sürecinde desteklenmesi hizmetleriyle devam etmesi gerekmektedir. Palyatif bakım sürecindeki hasta her zaman ölmeyebilir, rehabilitasyon sürecine de girebilir. Ancak ölümün kaçınılmaz olduğu durumlarda, yaşam sonu sürecin daha iyi yönetilmesi için palyatif bakımın bir parçası olan hospis bakımının devreye girmesi gerekir. Hayat kavramının sadece “canlı olma”dan ibaret olmadığı, insanca “ölene dek yaşadığının” hissettirildiği ortamlar olan hospisler, hastaya ve ailesine destek olarak, hastanın rahat, huzurlu ve onurunu kaybetmeden kaliteli bir şekilde son günlerini geçirmesine olanak tanımaktadır. Ülkemizde de palyatif bakım hizmetlerinin eksik kalan en önemli basamağı hospislerin kurulmasının ve yaygınlaştırılmasının zamanı gelmiştir. Yurt dışında yaşadığım kısa ve uzun süreli hospis deneyimlerime de dayanarak, bu hizmetin yaşam sonu süreçte olup acı çeken veya gelecekte bir şekilde bu sürece gelecek tüm vatandaşlarımız ve onların yakınları için boynumuzun borcu olduğuna inanıyorum.

Kaynaklar

- Aygencel G, Türkoğlu M, Bir Dahili Yoğun Bakım Ünitesindeki Terminal Dönem Hastaların Genel Özellikleri ve Maliyetleri. *Yoğun Bakım Derg* 2014; 5: 1-4) 15.03.2014.
- Bag B. Hospis ve Hospiste Ölüme Hazırlanma Akad Geriatri 2012; 4: 120-125
- Doğan S. “Huzurlu ölüm ve hospisler”. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. Eylül-Ekim-Kasım 2015 sayı: 36 sayfa :42-45
- Doğan S. “Yaşamın sonuna bakış” *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. Aralık-Ocak-Şubat 2016-2017 Sayı:41, sayfa: 58-59.
- Doğan S. Sağlık Bakımında Konforun Başka Bir Boyutu “Palyatif Bakım” *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Mart-Nisan-Mayıs 2017 sayı: 42, sayfa:84-85.
- Guidelines for Intensive Care Unit Admission, Discharge, and Triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1999;27:633-8.
- Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*. 2010;1:1-6.
- Morgan L, Howe L, Whitcomb J, et al. Improving Communication and Costeffectiveness in the Intensive Care Unit Through Palliative Care: A Review of Literature. *Dimens Crit Care Nurs* 2011;30:133-8.
- Öztürk S, Uçan O. Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2017;22:139-152.
- Sur H. Tıbben Bitmiş Sayılan Ömürlere Hospis Çözüm Mü? *www.sdplatform.com*. (Erişim Tarihi: 01.09.2018)
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.
- Uzuncu HB, Buyruk H, Alnak E, Yıldırım G. Yoğun Bakımda Yapılacak Bir Şeyi Kalmayan Kanseri Terminal Dönem Hastalara İnsanca Bakım Önerisi. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 2013; 35: 143-151

Palyatif bakım

Prof. Dr. Adem Akçakaya



1990 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Genel Cerrahi ihtisasını yaptı. 2007’de genel cerrahi doçenti, 2013’te profesör oldu. 2013 ve 2018 yılında uluslararası katılımlı palyatif bakım ve hospis kongrelerini düzenledi. Okmeydanı EAH ve Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesinde palyatif bakım merkezlerini kurdu. Halen BVÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD Öğretim Üyesi, Palyatif Bakım Merkezi ve Organ Nakli Merkezi Mesul Müdürü olan Dr. Akçakaya aynı zamanda Hekim Hakları Derneği Başkanı’dır.

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü’nün 1986 yılındaki tanımında tedaviye yanıt vermeyen hastaların tüm bakımı olarak tanımlandı. 2002 yılında bu tanım “hastanın ve ailesinin yaşamını tehdit eden sorunlarla karşılaştığında, ağrının ve diğer fiziksel, psikososyal ve manevi, ruhani problemlerin erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmesi önlenerek yaşam kalitelerini artıran bir yaklaşım” olarak genişletildi. Hastalıkların tanısından itibaren palyatif bakıma başlanmasının önemi vurgulandı. 2014 yılında buna “Palyatif bakım tüm hekimlerin vicdani sorumluluğudur” görüşü eklendi (1-2). Palyatif bakımda ağrı yönetimi, semptom kontrolü, hasta yakınının iyiliği, yas danışmanlığı gibi konuların koordineli ve multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirdiği anlaşıldı.

Palyatif hastalarla ilgili çalışmaların başlangıcı 18.yüzyıla kadar uzansa da Avrupa’da çeşitli ülkelerde güncel anlamda hizmet 1970’li yıllardan itibaren verilmeye başlandı. Türkiye’de ise kanser yaygınlığının artışı ile palyatif bakıma duyulan ihtiyacın artmasına rağmen bu alandaki etkin çalışmalar ancak iki binli yıllarda başladı. Ülkemizde palyatif bakım veren ilk kuruluş Türk Onkoloji Vakfı’nın İstanbul Yeşilköy’de “Kanser Bakımevi” adı ile 1993 kuruldu. Palyatif bakım amaçlı diğer bir girişim ise Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından 2006 yılında açılan tarihi bir Ankara evinde idi. Sağlık Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde bu alanda projeler oluşturdu. 2010 yılına gelindiğinde bile bu alandaki eksiklikler devam ediyordu. Bu tarihte yapılan bir çalışmaya göre Türkiye’deki palyatif bakım merkezlerinin sayısı sadece 9 idi. Büyük bölümü üniversite hastanelerinde idi. 33 ilde hizmet veren toplam 72 adet ağrı ünitesi vardı. Bu merkezlerin 35’i devlet hasta-

nelerinde, 31’i üniversite hastanelerinde ve kalan 6’sı da özel sektör içerisindeydi. 28 merkez Ankara ve İstanbul’da yerleşik iken 56 merkez batı ve orta Anadolu’da idi (3). Sağlık Bakanlığı 2010 yılından sonra palyatif bakım organizasyon modeli geliştirmek için bir dizi çalışma yaptı (4). 2015 yılında “Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yürürlüğe girdi (5). Bu alandaki en büyük adım ise Palya-Türk projesi idi. Ulusal Kanser Kontrol Programı’nda palyatif bakım tanımlandı ve merkezlerin kurulması 2012-2013 yılları arasında hızlandı. 2016 yılı verilerine göre 68 ilde toplam 1898 yatağı bulunan 168 adet palyatif bakım ünitesine ulaşıldı. 2017 yılında yatak sayısı dört binlere ulaştı. Türkiye’nin koşulları, önceliklerine göre Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı yönergelerle palyatif bakımın tanımlanması ve kurumsallaşması, palyatif bakım hizmetlerinin aşamalı olarak 2023 yılına kadar yaygınlaştırılması, palyatif bakım alanında eğitilmiş ve deneyimli profesyonel ekiplerin oluşturulması, palyatif bakım hizmetlerine gereksinim duyan hastaların bunu alması amaçlandı (6). Sağlık Bakanlığı 2011-2023 yılları arasını kapsayan özellikli sağlık hizmetleri planlamasında, onkoloji hizmetlerini tanımlarken palyatif bakım merkezlerini de bütüncül bir bakışla planlama içerisine dahil etti (7). Palya-Türk Projesi ve proje doğrultusunda geliştirilen model sahada uygulanmaya başlandı. Bu modelde birinci seviyede aile hekimleri ve evde bakımın yer aldığı toplum temelli bakım yer alırken, ikinci seviyede ise akut bakım merkezleri ve hospis gibi kronik bakım merkezleri yer aldı. Gönüllüler ve sivil toplum kuruluşlarına her iki seviyede yer verildi (8).

Ülkemizde istenen sonuçlara ulaşılamamasında birçok etken sayılabilir. Temel sorun bu alanın sahiplenilmemesidir. Organizasyon şemasında ve personelin görev tanımında çok sayıda belirsizlikler hala devam etmektedir. Palyatif bakım

servislerinde yaptığımız değerlendirmede sahada aktif çalışan arkadaşlarımız aşağıdaki sorunları bize iletti. İlginç olanın ise bu sorunlara yönelik bakanlık ciddi çalışmalar yapmış ve bir kısmını düzeltmiş olmasına rağmen halen çözümlerin sahaya inmemiş olduğunu görmemiz oldu. Bize iletilen sorunlar ve talepler şu şekildedir:

1. Nöbet ücretlerinin riskli birim üzerinden verilmesi, Nöbet paralarının öncelikli birim üzerinden yatırılması istenmektedir.
2. Hasta ve yatak başına düşen hemşire sayısı artırılmalı, (3 yatağa 1 hemşire olacak şekilde), birimlere yeteri kadar personel verilmelidir.
3. Sertifika programı çalışan hemşireler için yaygınlaştırılmalı, hekimler için ulusal standartlarda oluşturulmalıdır.
4. Çalışacak hekimlerin ve personelin görev tanımları yapılmalıdır.
5. Çalışan sorumlu hekim ve hemşire sertifikalandırıldıktan sonra görev yerleri değiştirilmemeli, özlük hakları iyileştirilmeli, ayrılmaları önlenmelidir.
6. Palyatif hekimleri idari nöbetten muaf tutulmalıdır.
7. Palyatif bakım servisine yatış/taburculuk kriterleri oluşturulmalı, tedavi standartları, ortalama yatış süreleri belirlenmelidir.
8. Gerekirse yeni kalite kriterleri ve standartları oluşturulmalı, odalar tüm birimlerde tek kişilik olmalı, hasta yakını için sosyalleşme alanları oluşturulmalı/geliştirilmelidir.
9. Palyatif bakım çalışanlarının sürekli eğitimleri periyodik olarak yapılmalı, hizmet içi eğitimler artırılmalı, tükenmişlik sendromuna karşı önlemler alınmalıdır. Eğitim lisans, lisans üstü ve uzmanlık bazlı yapılandırılmalı ve palyatif bakım eğitimi her düzeyde verilmelidir.
10. Çalışan personelin memnuniyeti verilen hizmetin kalitesini arttıracaktır. Palyatif bakımda gönüllülük esasına göre personel çalıştırılmalı ve burada çalışacak personele artı teşvikler verilmelidir.

11. Yeni projeler oluşturulmalıdır. Örneğin öğrencilerin sisteme dahil edilmesi ile personelin yükü azaltılmalı, bu projenin devamında evde bakıma entegrasyon ile ailenin yükünün hafifletilmeli, sosyal sorumluluk projesi çerçevesinde her apartmanın kendi hastasına bakabileceği mekân ve imkanlar oluşturulmalıdır.

12. Palyatif bakım ihtisası oluşturulmalıdır. Bu ihtisas temel ya da diğer yan dalların üst ihtisası şeklinde olabilir.

13. Hemşire bakım evleri (nursing home) oluşturulmalıdır. Bu durum, evde bakım hizmetlerinin de yükünü azaltacaktır.

14. Bakanlık "Palyatif Bakım Programı" hazırlamalı ve çalıştaylar düzenlemelidir.

15. Türkiye için palyatif bakım hasta grupları tanımlanmalı, bazı hasta grupları için alternatif bakım merkezleri tanımlanmalıdır (inme merkezi gibi). Palyatif merkezler arasında koordinasyon birimleri oluşturulmalıdır.

16. Sahadaki uygulamalar yönetici anlayışına göre değişmemeli, hasta yakınının konforu muhakkak düşünülmeli, düzenlenen tüm sosyal ve eğitim faaliyetlerinin masrafları hastane yönetimi tarafından karşılanmalıdır.

17. Sadece bir doktor ve birkaç hemşirenin görev yaptığı merkezlerden psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanının çalıştığı multidisipliner palyatif bakım merkezlerine geçilmelidir. Multidisipliner ekip net tanımlanmalı, çalışma ve hastayı görme algoritmaları oluşturulmalı ve ekibin etkinliği denetlenmelidir. Hastalar için algoritmalar ve guideline oluşturulmalıdır.

18. Palyatif bakım servislerinin içinde başka servis olmamalıdır. Yara bakım ürünleri ve VAC (Vakum yardımlı drenaj) ücretlendirmeleri paket fiyat dışına alınmalıdır.

19. Ülkemizde maalesef palyatif bakım servislerinde hem ventilatöre bağlı hasta hem de destek tedavisi uygulanan hasta aynı serviste yatmaktadır. Servislerinin hasta ağırlığına göre basamaklandırılması ve yeniden yapılandırılması gerekir.

20. Palyatif bakımda örneğin "yaşamın sonu" gibi bazı kavramlar netleştirilmelidir. Kelime ve kavramlarda birlik sağlanarak sağlık personellerinin aynı dili konuşması sağlanmalıdır.

21. Palyatif bakımlarda ağrı tedavisi önemli bir yer tutuyor. Ama birçok merkezde ağrı ünitesi yoktur. Ağrı üniteleriyle kombine çalışan merkezler artırılmalı, yoksa en yakın merkezle iş birliği yapılmalıdır.

22. DNR sorunu yasal olarak çözülmeli, son dönem bakım veya kanser hastalarına resüsitasyon konusu netleştirilmelidir. Palyatif bakım hastasının resüsitasyonu ve yoğun bakıma yatırılmasında sıkıntılar yaşanmaktadır. DNR sorunu çözülmediğinden sağlık personeli tedavi planı

ve hasta yakınları ile ilişkide sorunlar yaşamaktadır.

23. Destekevi (Hospis) yapılanmasının olmaması, hastalarına sahip çıkmayan aile fertleri ya da kimsesiz hastalarda taburculuk işleminin yapılmasına engel olmaktadır. Günümüzde palyatif bakım, yaşamı sınırlayan hastalığı olan hastalar için semptom yönetimi ve destek sağlar. Destekevi bakımı ise ölümcül hastalığa sahip altı ay ya da daha kısa yaşam öngörüsünde bulunan, kütatif tedavisi tamamlanmış veya durdurulmuş hastalara sunulmaktadır (9). Kendi kültürümüze uygun olarak evde sağlık hizmetleri, aile hekimliği ve yeni oluşturulacak destekleri ile bu sorunun çözülmesi gerekir. Evde bakım hizmetleri palyatif bakımlarla beraber çalışmalı ve buralara taburculuk işlemleri koordineli yapılabilir. Başta üniversiteler olmak üzere, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, belediyeler, Hekim Dernekleri, Hemşirelik Dernekleri, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, ulusal medya ve birçok sivil toplum kuruluşunun bir araya gelmesi ile işbirliği oluşturulmalı, hastanın taburculuk sonrası bakımı ve yakınlarının desteklenmesinin planlaması yapılmalıdır.

Palyatif bakım hastalarımıza yaklaşımımızda görüldüğü gibi birçok eksikler vardır. Kendi yaşamımızla birlikte bu hastalara yaklaşımımızı da yeniden gözden geçirmemiz gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki son dönemde yüksek konfor ve iyi bir bakım herkesin hakkıdır. Her toplumun ölümle ilgili kendine özgü dini, felsefi inanışları ve bunların paralelinde ritüelleri bulunmaktadır. Bütün bunlar ölüme ilişkin bakış açımızı, ölüme verdiğimiz anlamı ve doğal olarak da yaşadığımız dünyadan ayrılış biçimimizi etkiler. Genelde insanlar ölümle yüz yüze geldiklerinde ölümün daha çok bilincinde olurlar. Günümüzde ölümü hatırlatan ve hatırlatabilecek şeyleri yaşamdan çıkarmak veya onlardan uzak durmak, çağdaş yaşamın bir parçasıymış gibi görülmektedir (10). Batı ülkelerinden geç başladığımız palyatif bakım alanında çok hızlı yaşadığımız ilerlemelere rağmen ciddi sorunlarımız hala bulunmaktadır. Sorunların bir kısmı genel sağlık politikamız ve uygulamalardan kaynaklanırken asıl sorun bu alanın halen sahipsiz olmasındandır. Sağlık çalışanlarımız daha çok sonuç alınan, mesleki tatmin yaşanan ve az meşakkatli alanları tercih ediyor. Toplumumuzdaki değişim ve son zamanlarda nüfusun büyük bir kısmının şehirlerde ve özellikle varoşlara sıkışmasından dolayı yaşanan

sosyoekonomik ve kültürel değişimler de terminal dönemdeki hastaların bakım ve sorunlarının artık aile içerisinde çözülemez bir hale gelmesine sebep olmaktadır. Tıp sadece sağlık ve hayatta kalmakla ilgili değildir. Aynı zamanda iyilik hissimizle de ilgilidir (11). Oysa ölmekte olan bireyi sahiplenmek, toplumun gelişmişliğini ve sosyokültürel açıdan üst seviyede olduğumuzun göstergesidir. Terminal dönem hastalarına sahip çıkmak bir vicdan ve insanlık onuru sorunudur. Sağlık alanında çalışanlar inançlı ise mesleklerinin zekâtı olarak; değilse hümanistik bir yaklaşımla bu alana eğilmelidir. Bu bizim hem toplumsal seviyemizi yükseltecek hem de birey olarak hayata dair bakış açımızı geliştirip yaşamımızı anlamlı kılacaktır. Sözün özü hastalarımız ve toplum kadar, kendimiz için de palyatif bakımla ilgilenmeliyiz (2). Bu alandaki sorunlar bir gün herkesin kapısını çalabilecek sorunlardır. Ölüm kaçınılmaz bir sondur ve buna hazırlıklı olmak gerekir. Bizim inancımıza göre ölüm başka bir yaşamın başlangıcıdır. Son dönem hastaları ve süreçlerini anlamak kendi ölüm sürecimizi ve "ölmeden önce ölmeyi" anlamamızı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1) Akçakaya A: Palyatif Bakım; Akçakaya A (editör). Palyatif Bakım Tanımı ve Tarihçesi, (Basımda), İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2018, s:1-5.

2) <http://palyatif.org/bildiri-kitabi.pdf> (Erişim Tarihi: 01.08.2018)

3) Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Türkiye'de palyatif bakım hizmetlerinin mevcut durumu. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2010; 1:1-6.

4) Demir M. Palyatif bakım etiği. Yoğun Bakım Dergisi. 2016; 7:62-66.

5) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Palyatif bakım hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge. 07.07.2015.

6) Madenoğlu Kivanç, M. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2017;4 (2): 132-135.

7) Türkiye'de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri: http://www.tkhk.gov.tr/DB/8/743_DB_8_turkiye-de-ozellikli-planlama-gerektiren-saglik-hizmetleri (Erişim Tarihi: 01.12.2016).

8) Özgül N, Gültekin M, Koc O, et al. Turkish community-based palliative care model: a unique design Oxford Journals 2012;Volume 23, Issue suppl 3P s.76-78

9) <http://sdplatform.com/Dergi/1024/Saglik-bakim-inda-konforun-baska-bir-boyutu-Palyatif-bakim.aspx> (Erişim Tarihi: 11.08.2018)

10) <http://www.sdplatform.com/Dergi/998/Yasamin-sonuna-bakis.aspx> (Erişim Tarihi: 27.08.2018)

11) <http://www.sdplatform.com/Dergi/893/Guzel-olme-sanati.aspx> (Erişim Tarihi: 28.08.2018)

Yaşama yapılan ilk müdahale: 112

Dr. Fatih Kırklar



1985 Yılında Bitlis, Ahlat'ta doğdu. 2002'de Ahlat Selçuklu Lisesinden, 2009'da Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2009-2011 yılları arasında İstanbul Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı Ümraniye 4 No'lu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda, 2011-2014 yıllarında Üsküdar Devlet Hastanesi'nde, 2014-2015 yıllarında Ümraniye 1 No'lu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda, 2015-2016 yılları arasında İstanbul Avrupa İl Ambulans Servisi Başhekim yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2016'dan beri İstanbul Avrupa İl Ambulans Servisi Başhekimisi olarak görev yapmaktadır.

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, hasta/yaralının alanında uzman ekipler tarafından bulunduğu adresten alınıp en yakın ve en uygun hastaneye

naklinin bir ekip anlayışı içerisinde yürütülmesidir. Ülkemizde hastane öncesi sağlık hizmetleri 1994 yılından beri 112 ambulansları ile İl Ambulans Servisi Başhekimliği koordinasyonunda ücretsiz olarak sağlanmaktadır. İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Komuta Kontrol Merkezi ve alana dağılmış olan acil sağlık hizmetleri istasyonları ile kesintisiz olarak bu hizmeti sürdürmektedir. Vatandaşlarımız olası bir durumda bu hizmetten yararlanabilmek için 1-1-2 numaralarını tuşlayarak Komuta Kontrol Merkezine ulaşabilirler. Komuta Kontrol Merkezi çalışanları, gelen bu çağrıyı değerlendirip vaka adresine en yakın ve en uygun ekibi belirleyerek adrese yönlendirmektedir. Adrese ulaşan acil yardım ambulansı vakayı değerlendirdikten sonra Komuta Kontrol Merkezinin bilgisi ve yönlendirmesi ile en uygun ve en yakın hastaneye naklini sağlamaktadır. İstanbul İl Ambulans Servisi Başhekimliği olarak yaklaşık 20 milyonluk metropol bir şehir olan İstanbul'a bu hizmeti 7 gün 24 saat olarak kesintisiz verebilmek için Avrupa ve Anadolu olmak üzere 2 Komuta Kontrol Merkezi ve 265 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu ile görev yapmaktayız. 55.864 kişiye bir ambulansın düştüğü İstanbul ilinde günlük ortalama 2.500, aylık 74.342 vaka yapılmakta olup bu vakaların %81'ine 0-10 dakika içerisinde ulaşılmaktadır. Ayrıca sürücü eksikliğinden dolayı 35

istasyonumuz faal hale getirilememektedir. Sürücü alımı olup sisteme dahil olduklarında bu istasyonlar aktif hale getirilerek 300 istasyonla hizmet vermeye devam edeceğiz.

Gelen her acil çağrıya en hızlı ulaşmak en önemli hedeflerimiz arasındadır. Ancak İstanbul gibi nüfusun yoğun olduğu metropol bir şehirde trafik unsuru vakaya ulaşmakta engel teşkil etmektedir. Vakaya ulaşmak için dakikaların hatta saniyelerin bile önemli olduğu göz önünde bulundurulduğunda, trafik sorunu hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin etkin ve zamanında sunulabilmesini geciktirdiğinden en büyük problemlerimizden biridir. Ambulansın geçiş üstünlüğüne diğer sürücüler tarafından izin verilmemesi ve bundan dolayı fermuar yönteminin aktif olarak kullanılamaması hastaya veya hastaneye ulaşılma konusunda sorun yaratmaktadır. Vakaya ulaşma süresinin uzamasıyla orantılı olarak sağlıkta şiddet olayları da baş göstermektedir. Bu problemler büyük bir özveriyle çalışan personelimizin moral ve motivasyonunun düşmesine sebebiyet vermektedir. Vatandaşlarımızın bu konu hakkında daha duyarlı ve sağ duyulu olmaları, büyük bir özveri ile çalışan 112 personeline destek olmaları, hem personelimizin moral ve motivasyonunu yükseltecek hem de daha kaliteli sağlık hizmeti sunmalarına destek sağlayacaktır.

112 Acil Sağlık Hizmetleri kendisi gibi 7 gün 24 saat hizmet veren polis ve itfaiye ekipleriyle omuz omuza çalışmalarını

sürdürmektedir. Ancak psikiyatrik vakalar, madde alımları, darp gibi olaylarda ambulansın olay yerine ulaşan ilk ekip olması asayiş ekiplerini uzun süre beklemek zorunda kalmaları, güvenli olmayan ortamlarda ekiplerimizi zor duruma düşürmekte hem sözel hem de fiziksel şiddetle karşı karşıya bırakmaktadır. Bu konu hakkında asayiş ekiplerinin destekleri, personelimizin daha güvenli ortamlarda çalışmasını sağlayarak hem sağlıkta şiddet olaylarını azaltacak hem de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin sunumunun kalitesini artıracaktır.

İstanbul ilinde kara ambulansları dışında 2008 yılından beri helikopter hava ambulansı hizmet vermektedir. Çoğunlukla İstanbul'un kırsal kesimlerindeki acil vakalara ulaşım süremizi azaltmakta, hastaneye nakli hızlandırmaktadır. Vatandaşlarımızın bu hizmetle acil sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaşmış, uzun nakil süreleri kısaltılmıştır. Kentel bölgelerde yapılaşmadan kaynaklı helikopter iniş-kalkış alanlarının azlığından dolayı hem trafiğin yoğun olduğu zamanlar da hem de şehir içi vakalarda kullanılamamaktadır. 2011 tarihinden itibaren 2 adet deniz ambulansı hizmet vermektedir. Bu ambulanslar ana karayla bağlantısı olmayan adalarda görev yapmakta ve vakaların anakarada bulunan hastanelere taşınmasını sağlamaktadır.

Hem Avrupa Komuta Kontrol Merkezine hem de Anadolu Komuta Kontrol Merkezine günlük yaklaşık 25 bin çağrı gelmekte ve çağrılarının sadece %9'una ambulans yönlendirilmektedir. Bu

çağrılarının %91 gibi büyük bir kısmı ise gereksiz olup acil sağlık hizmetleri ile ilgisi bulunmamaktadır. Çağrılarımızın büyük bir kısmını oluşturan bu gereksiz aramalar hem Komuta Kontrol Merkezi çalışanlarımızın iş yükünü artırmakta hem de gerçek acil vakaların ulaşmasına engel teşkil etmektedir. Saniyelerin bile önemli olduğu hastane öncesi acil sağlık hizmetleri sunumunda yaşanan aksaklık, acil vakalar için geri dönüşümü imkânsız sonuçlar doğurmaktadır. Bu nedenle vatandaşlarımıza 112 acil çağrı hattının önemini, hangi durumlarda aranması gerektiğini, hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin neler olduğunu anlatmak ve farkındalık oluşturabilmek için gerekli kamu spotları yayınlanmakta, Yaşama Yol Ver Medya kampanyası ve Minik 112 projesi yürütülmekte, halka açık alanlarda eğitimler düzenlenmektedir. "Ağaç yaşken eğilir" sözünü ilke edinerek başlanan Minik 112 projesi, 2015 yılından itibaren devam etmektedir. Proje kapsamında 696 okula ziyarette bulunulmuş ve 143.259 öğrenciye ulaşılmıştır. Yapılan ziyaretlerde okullara acil yardım ambulansı ile gidilerek öğrencilere ambulans tanıtılmış, acil çağrı hattına nasıl ulaşabilecekleri, hangi durumlarda 112 acil çağrı hattının aranması ve trafikte ambulansa nasıl yol verilmesi gerektiği gibi önemli konular anlatılmaktadır.

Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının konuşlandırılması ilçelerdeki nüfus yoğunluğu, bölgedeki vaka yoğunluğu, bölgeye ulaşım süresi dikkate alınarak konumlandırılmaya çalışılmaktadır. Hastalara ulaşım süresi kentsel bölgelerde 10 dakikanın altında, kırsal bölgelerde ise 30 dakikanın altında ulaşılmasını amaçlamaktadır. Fakat şehir planlamalarında Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının konumlanacağı belirli bir alan sağlanmadığından, İstanbul'un bazı bölgelerinde istasyon ihtiyacı olmasına rağmen yerleşim sıkıntısından dolayı bu ihtiyaç karşılanamamaktadır. Bazı bölgelerde 2 istasyon aynı fiziki alanı kullanmak zorunda kalmakta, elverişsiz çalışma ortamları oluşmaktadır. Bu çalışma ortamlarında personellerin verimlerini düşürmekte, vakaya ulaşım süremiz uzamaktadır. Bu sebeplerden dolayı şehir planlamaları yapılırken okul, polis karakolu gibi planlamada yer verilen kurumlar gibi, 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarına da yer verilmesi hayati önem arz etmektedir. Ayrıca tüm Türkiye'de 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarının bir standardı bulunmamaktadır.



Acil Sağlık Hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan hastane öncesi acil sağlık hizmetini sunan İl Ambulans Servisi Başhekimliği yöneticilerinin de Sağlık Bakanlığımızın yeni teşkilat yapısındaki diğer yöneticilerle aynı özlük haklarına sahip olması gerekmektedir. Bu kadar yoğun ve büyük bir özveriyle çalışan Başhekimlik yöneticilerinin bunu fazlasıyla hak ettiğini düşünmekteyim.

Bütün bu olumsuzluklara rağmen Acil Sağlık Hizmetleri son yıllarda en fazla büyüyen ve gelişme kaydeden kurumlardan biridir. Personellerimiz yaşadıkları sorunlara rağmen büyük bir özveri ve üstün bir gayretle çalışmalarını sürdürmektedir. 112 çalışanlarının kalite standartlarının yükseltilmesine yönelik çalışmalar devam etmekte, personellerimize yönelik zorunlu ve hizmet içi eğitimlerimiz verilmekte olup aynı zamanda vatandaşlarımız içinde farkındalık çalışmalarımız devam etmektedir.

Kaynaklar

Arslan, Metin; "İstanbul 112 İl Ambulans Servisi", SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2009, 10; 16-17.

Palteki, Tuncay; "Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Neredeyiz, Ne Yapmalıyız?" SD-Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2017, 42; 16-17. <http://sdplatform.com/Dergi/1012/Hastane-oncesi-acil-saglik-hizmetlerinde-neredeyiz-ne-yapmalıyız.aspx> (Erişim Tarihi: 31.08.2018).

Acil Sağlık Hizmetleri son yıllarda en fazla büyüyen ve gelişme kaydeden kurumlardan biridir.

Personellerimiz yaşadıkları sorunlara rağmen büyük bir özveri ve üstün bir gayretle çalışmalarını sürdürmektedir.

112 çalışanlarının kalite standartlarının yükseltilmesine yönelik çalışmalar devam etmekte, personellerimize yönelik zorunlu ve hizmet içi eğitimlerimiz verilmekte olup aynı zamanda vatandaşlarımız içinde farkındalık çalışmalarımız devam etmektedir.

Acil sağlık hizmetlerinde hukuki sorunlar

Prof. Dr. Hakan Hakeri



1966 yılında doğdu. 1987 yılında İstanbul Hukuk Fakültesinden mezun oldu. 1996'da Almanya'da Köln Üniversitesinde doktorasını tamamladı. 2007'de profesör oldu. 2009 yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hukuk Fakültesi, 2011 yılında da İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi kurucu dekanlıklarına atandı. Halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Hukuku Araştırmaları Birimi Başkanı. Tıp Hukuku Derneği Kurucu Başkanı olan Dr. Hakeri, aynı zamanda İstanbul Medeniyet Üniversitesi tarafından yayımlanan Tıp Hukuku Dergisinin editörüdür.

Acil tıbbi müdahaleler, tıp hukukunda getirilen kuralların çoğunun istisnalarına rastlanılan bir alandır. Bu nedenle nevi şahsına münhasır hukuki meseleler söz konusu olmaktadır. Bu sorunları çoğu hukuki olmaktan ziyade uygulamadan kaynaklanmaktadır. Bu çerçevede aşağıdaki hususlar ön plana çıkmaktadır.

Acil müdahale: Öncelikle acil müdahaleden ne anlaşılması gerektiğini belirlemek gerekir. Mevzuatta bazı tanımlar varsa da yetersizdir. Kanaatimce, "Hastanın vücut bütünlüğü veya hayatı bakımından ağır bir tehlikenin varlığı halinde yapılacak tıbbi müdahaleler acil tıbbi müdahalelerdir" şeklinde bir tanım yapılarak, uygulamada hekimlerin tereddütleri önlenmelidir.

Tıbbi takdir: Acil müdahale için önerdiğim tanıma bağlı olarak, bir hastanın acil durumunun olup olmadığı tıbbi bir takdir gerektirmektedir. Mevcut hukuki durumda, hasta acil olmasa bile hastaya acil hastaymış gibi muamele yapılmasını öngören mevzuat düzeltilmelidir. Bugün acillerdeki sorunların başında bu mevzuat gelmektedir. Hâlihazırda poliklinik hizmetlerinin bazı hastanelerde mesai saatleri sonrasına da uzatılmış olması karşısında, hekimin triyaj uygulaması yapıp; acil olmayanları poliklinik hizmeti varsa polikliniğe, yoksa ertesi gün gelmek üzere sevkî imkânı tanınmalıdır. Triage uygulaması etkin yapılmalıdır. Bu uygulamanın şiddetin önlenmesine de etkisi olacaktır.

Hekimin hukuki sorumluluk ve zorunlulukları: Acil serviste görev yapan başta hekim olmak üzere sağlık çalışanlarının hukuki zorunlulukları konusunda bilgi sahibi olmaması önemli sorunlardan birini oluşturmaktadır. Acil servislerde çalışan hekimlere yapılan bir anket çalışmasında hekimin en önemli yükümlülüğü sorulduğunda, çalışmaya katılanların %31,5'i "özen" cevabını vermiştir.

Bilinci kapalı hastanın yoğun bakım ya da nadiren de olsa servis yatışı açısından hasta yakınlarının bunu kabul etmemesi ve eve götürmek istemesi: Özellikle son dönem kanser hastaları, nörolojik hastalığı olan hastalar, doğuştan anomali olan hastalar vb. hekim yoğun bakım yatışına karar verdikten sonra yakınları tarafından eve götürülmek istenmektedir. Bu nedenledir ki, acil çalışanları için hasta ile ilgili karar verme yetkisinin yakınlarında olduğu durum ciddi bir hukuki sorundur. Acil erişkinlerde hasta yakınlarının hasta açısından hayati tıbbi müdahaleyi kabul etmemeleri halinde, bu müdahaleyi sağlayacak etkin ve hızlı bir hukuki altyapı kurulmalıdır. Çocuklarla ilgili korumayı Çocuk Koruma Kanunu sağlarken erişkinler açısından bu koruma bulunmamaktadır. Aynı sorun 112 çalışanları açısından da geçerlidir. Acil çağrı üzerine giden görevliler, hastaneye sevk yapmak istediklerinde, hayati tehlikeye rağmen hasta yakınları müsaade etmemekte ve hasta zarar görebilmektedir.

Güvenlik tedbirleri: 112 çalışanlarının güvenliğine ilişkin tedbirler alınmalıdır. 112 çalışanları hastanedeki sağlık çalış-

şanlarına nazaran çok daha büyük tehdit altında çalışmaktadır. Bu çalışanlara yönelik şiddet halinde de ceza artırımı öngörülebilir.

Acil servislerin kalabalık olması: Kalabalık, hekimin tüm yükümlülüklerinin temelini oluşturan özen yükümlülüğünü yerine getirmesi aşamasında kısıtlılığa sebep olmaktadır. Öğretide acil servislerde özen kriterinin acil durumlarda yumuşatılamayacağı savunulmaktadır. Acil hallerde hastanın kliniğinin daha ağır olması, hasta yakınlarının daha panik olması kısacası hastanın poliklinik hastası olmaması sadece tıbbi yeterlilik açısından değil hekim açısından da işleri zorlaştırmakta ve üzerindeki baskı nedeniyle acil hekimini yanlış karara sürükleyebilmektedir. Tam da bu nedenle acil hekiminin güncel tıbbi daha yakinen takip etmesi, meslek içi eğitim faaliyetlerine katılması ve kişisel gelişimi için daha fazla emek harcaması gerekmektedir. Bu konuda tedbirler alınmalıdır.

Mimari yapı: Acil serviste şiddetin önlenmesi bakımından, hasta yakınının tıbbi bir gereklilik olmadıkça içeri alınmasını engelleyecek mimari yapı oluşturulmalıdır. Bu çerçevede hasta yakınlarının sarı ve kırmızı alanlara gerekli ve istisnai durumlar dışında alınması kısıtlanmalı, acil servislerde hasta yakınına yaptırılan işlerin (hastayı görüntülemeye götürüp-getirme vb.) hastane personeline yaptırılmalı, bunu yapabilecek kadar personel çalıştırılmalıdır. Böylelikle bu problemin ilk aşaması aşılır. Ayrıca sarı ve kırmızı alanda hastası olanlara acil haller dışında saat başı hekim tarafından

2. ve 3. basamak devlet hastanelerinin acil servisleri rutinde verdikleri sağlık hizmetleri yanında adli vakaların ilk olarak değerlendirildikleri yerlerdir. Acil servislerde yapılan adli muayene ve adli raporlama işlemi; acil servis hekimine ek bir yük getirmekte olup, hekimlerin hem adli muayeneyi daha iyi bilmesi gerekliliğini hem de usulüne uygun adli rapor düzenlemeleri gerekliliğini doğurmaktadır.

bilgi verilebilir. Böylece alanlarda sağlık çalışanlarına hareket alanı sağlanarak ikincil bir edinim de sağlanmış olur.

Şiddet: Acil servislerde çıkan olaylarda beyaz kod uygulamasının yeterli olmadığı görülmektedir. Uygulamada hekim tarafından birçok hakaret yok sayılmakta ve beyaz kod uygulaması kullanılmamaktadır. Sonuçta verilebilecek olası cezaların yetersiz olduğu düşüncesi hekim kod uygulamasından uzaklaştırmaktadır. İster özel ister kamu hastanelerinde olsun, acil servislerdeki şiddet halinde ceza artırımı öngörülmelidir.

Hastaların mahremiyeti: Özellikle 3. basamak hastanelerin acil servislerinin yoğun olması ve her hasta için en az bir hasta yakınının eşlik etmesi acil servis kalabalığını artırarak hasta mahremiyetinin sağlanmasını zorlaştırmaktadır. Hasta yakınlarının girişinin kısıtlanması bir çözüm olacağı gibi ayrıca mahremiyet için perde sistemi yerine kutu sistemine geçilebilir. Acil servis girişinde ve içinde başının görüntü almasını engelleyecek mekanizmalar geliştirilmelidir. Burada mahremiyet daha önem kazanmaktadır, zira kişiler çoğu kez hastaneye hazırlıksız olarak getirildiklerinden, başkalarının görmesini istemeyecekleri bir halde olabilirler. O nedenle, acil servis önünde de mahremiyetin korunması sağlanmalıdır.



Kayıt tutma yükümlülüğü: Acil serviste hasta ile alakalı kayıtları tutmak özellikle hasta başvurusu çok olan 3. basamak hastanelerde işleyişte oldukça güçtür. Ancak ileride yaşanabilecek sorunların önüne geçilebilmesi açısından da zorunluluk teşkil etmektedir. Yeşil ve sarı alanda değerlendirilen hastaların dosyalarına en azından hastanın kısa öyküsü, özgeçmişi ve kullandığı ilaçlar, alerji öyküsünün olup olmadığı, tetanos aşısının olup olmadığı, pozitif fizik muayene bulgusu ve ön tanı muhakkak not edilmeli, verilecek tedavide tarih ve saat notu düşülerek hemşire takip formuna yazılıp kaşelenmelidir. Bu verilerin daha sonradan hatırlanması güç olacağı için hasta değerlendirilirken eş zamanlı olarak kayıt altına alınması acil hekimi açısından çok önemlidir. Ayrıca verilen yazılı isteği uygulayan hemşirenin de yaptığı işlemleri saatle hasta takip formuna kayıt etmesi ve yaptığına dair imza ve ismini not etmesi önemlidir. Bu sayede hastaların uygun tedaviyi uygun şekilde ve zamanında alıp almadığının tespiti yapılabilir. Bu konuya ilişkin genelge yayınlanmalıdır.

Öykü alma: Acil hekimi hastanın anamnez vermesinin mümkün olabildiği yeşil ve sarı alan hastalarında hatta bilinci açık kırmızı alan hastalarında bile hastadan ayrıntılı ya da kısa anamnez alabilir. Ancak resüsitasyon ihtiyacı olan, ciddi nefes darlığı, şikâyeti ile gelen, multi-travma nedeniyle acil servise getirilen vb. durumlarda önceliğin uygun tedavinin uygulanması olması nedeniyle anamnez alınma aşaması müdahaleden sonraki zaman dilimine bırakılabilir.

Adli muayene: 2. ve 3. basamak devlet hastanelerinin acil servisleri rutinde verdikleri sağlık hizmetleri yanında adli vakaların ilk olarak değerlendirildikleri yerlerdir. Acil servislerde yapılan adli

muayene ve adli raporlama işlemi; acil servis hekimine ek bir yük getirmekte olup, hekimlerin hem adli muayeneyi daha iyi bilmesi gerekliliğini hem de usulüne uygun adli rapor düzenlemeleri gerekliliğini doğurmaktadır. Tüm bunlar hekimin hem tıbbi hem de hukuki zorunluluğudur. Ancak son sınıf adli tıp stajı sonrası hekimler, adli rapor yazma konusunda ve güncel hukuki yükümlülüklerini takip etme konusunda yeterli olamamaktadır. Örnekleme gerekirse acil servise alkol alımı ile gelen ve kan alkol düzeyi 200 promil üzeri olan hastaların adli kabul edilmesi gerekliliği ilgili yasal düzenlemelerde açık ve net yazmasına rağmen halen uygulamada bu hastalar adli kabul edilip kayıt tutulmamaktadır. Bu hastada olası ciddi bir sağlık problemi geliştiğinde hekim açısından ciddi sıkıntı yaratacak önemli bir durumdur. Adli muayene hususunda belirli merkezler oluşturulmalı ve acil servisten bu yük alınmalıdır.

Kaynaklar

Hakeri, Hakan, *Tıp Hukuku*, 13. Baskı, Ankara 2018.

Karakuş, Yılmaz Banu/Topçu, Hatice/Acar, Yahya Ayhan, *Acil Hekimlik Perspektifinden Hekimlerin Hukuki Yükümlülüklerinin Değerlendirilmesi*, Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2017;51(2).

Karanfil, Ramazan/Zeren, Cem, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına 2009-2010 yıllarında Başvuran Olguların Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi*, Adli Tıp Dergisi 2011;25.

Uluçay Tanık/Ziver Ahmet/Zeyfeoglu Yıldray ve ark. *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği'ne Başvuran Olguların Değerlendirilmesi*. Adli Tıp Dergisi 2006; 20.

Şehir hastaneleri

Doç. Dr. Yeter Demir Uslu



1978'de Ankara'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Beypazarı'nda tamamladıktan sonra 1999 yılında Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu. İşletme doktorasının ardından özel sektörde ve İller Bankası Genel Müdürlüğü'nde çeşitli görevlerde bulundu. 2011-2014 arasında Ordu Üniversitesinde İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölüm Başkanlığı ve Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdür Yardımcılığı görevlerini üstlendi. 2013 yılında Yönetim ve Strateji alanında doçent olan Uslu, 2015-2016 yılları arasında Giresun Üniversitesinde İşletme Bölümü Öğretim Üyeliği ve Dekan Yardımcılığı yaptı. 2016'dan beri İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanlığı görevini yürüten Dr. Uslu evli ve iki çocuk annesidir.

Özel yatırımcıların dış borçlanma yoluyla elde ettikleri kaynağı kamu arazilerini kullanarak yatırıma dönüştürdükleri bu modelde devlet, alt-yapıyı yatırımcının bakım garantisi altında kira ödeyerek 25 yıl boyunca kullanacaktır. Bu durumda yatırımcının avantajlarını oluşturmak üzere fiziki yapı dışında radyoloji, laboratuvar hizmetleri gibi bir takım dolaylı tıbbi hizmetlerin bedeli mukabil yürütülmesi de yatırımcıya bırakılmıştır. Doğrudan devlet garantili bir model olmasa da Bakanlığın ödeme garanti taahhüdüne yönelik düzenleme mevcuttur. Kamu Özel İşbirliği modeli ile yapılan şehir hastanelerinde sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılmasını kamu ile özel sektör birlikte üstlenmektedir. Sağlık Bakanlığı, yüklenici firmaya kullanım bedeli ve hizmet bedeli ödemelerini yaparken yıllık TÜFE ve ÜFE artışlarının ortalamasını %100 oranında yansıtmaktadır. Ayrıca kullanım bedeli ödeme kalemi ise TÜFE ve ÜFE artış ortalamasını aşan döviz artış riskine karşı da koruma altına alınmıştır. Bu bağlamda projede uygulanan ödeme mekanizması, yüklenici firma lehine TL'nin değer kaybına karşı önlem almaktadır. Aynı zamanda bu koruma yöntemi, hastanelerin finansmanını sağlayan bankaların yatırıma teşvik konusundaki güvenlerini artırmaktadır.

Şehir hastaneleri kapsamındaki yatırımlar ve ihale süreci, Sağlık Bakanlığı Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığınca yürütülmektedir. İhale süreçleri ile ilgili ayrıntılar "ticari sır" olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle ihale ve sözleşme detaylarına erişilememektedir. Ayrıca, farklı yüklenici firmalar ile yapılan sözleşme içeriklerinde ve dolayısıyla

karşılıklı hak ve sorumluluklarda önemli farklılıklarla karşılaşmaktadır. Örneğin ortak alanlarda kullanılan elektrik giderleri, sözleşme ile bir şehir hastanesinde yüklenici firmaya verilmişken bir diğerinde kamu tarafına yüklenmiştir. Bu durum sözleşme içerikleriyle ilgili daha büyük farklılıkların da olabileceği konusunda soru işaretleri yaratmaktadır. Bu hastaneler aslında sadece birer hastane değil, birçok hastanenin bir arada olduğu sağlık şehirleri şeklinde tasarlanmıştır. Hemen hepsi fiziki alan bakımından abartılı olarak büyük yapılar, yatak başına kapalı alan 380 metre kareye kadar çıkanlar mevcuttur. Şehir hastanelerinde brüt kapalı alanın oldukça yüksek olması, işletme maliyetlerinin de yüksekliğini beraberinde getirmektedir. Ülkemizde birbirinden farklı kapasitelerde ve farklı bölgelerde dizayn edilen şehir hastanelerinin verimliliğin hesaplanması ve maliyet değerlemesinin yapılması önemli bir husus. Hizmete açılan birkaç şehir hastanesi örneğine baktığımızda, işletme maliyetlerinin yüksekliğinin hastane bazında gelir-gider dengesini bozduğu görülmektedir. İşletme giderleri içerisinde değişken gider olarak tanımladığımız; enerji, ısıtma, personel sevk ve idaresi gibi giderlerde ciddi bir artış olması beklenmektedir. İşletme giderlerinin beklenenden yüksek olması, mali sürdürülebilirlik konusunu gündeme getirmektedir.

Eski devlet hastaneleri döner sermaye gelirlerinin büyük bir kısmını otopark, kafeterya gibi alanlardan elde ediyordu ancak şehir hastaneleri modelinde bu gibi finansal kaynak yaratabilecek hizmet alanları yüklenici firmaya verilmiştir. Bu nedenle kamu tarafı döner sermaye kaleminin büyük bir kısmından mahrum kalmıştır. Kamu tarafının elinde döner sermaye geliri olarak

sadece hizmet sunduğu hastalara yaptığı işlemlerden ötürü elde ettiği gelir kalmıştır. SUT'daki birim fiyatlarını göz önüne aldığımız zaman, SUT birim fiyatları üzerinden hastane 24 saat hizmet verse dahi gelirler işletme giderlerini karşılayabilmesi, genel bütçe desteği olmadan gelir gider dengesinin sağlanması mümkün görünmemektedir. Şehir hastanelerinde "çekirdek tıbbi hizmetler" olarak adlandırılan hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmekte, kalan hizmetler ise yüklenici firmaya devredilmektedir. Hastane binası bakım, onarım ve yenilenmesini teyit eden yüklenici firmanın devlete sözleşmede belirttiği 25 yıllık güvencesi mevcuttur. Kamunun bu durum özelinde ekstra bir tedbir almasına gerek kalmamaktadır. Sadece oluşan arızaları ve yıpranmaları yüklenici firmaya bildirmekle sorumlu tutulmaktadır. Yüklenici firma ise bakım onarım çalışmalarını yapmakla yükümlüdür. Bu konuda tesisin hizmetleri sürdürülebilirliği esas alınmaktadır.

KÖİ'nin bir örneği olan şehir hastaneleri sözleşmeleri özel hukuk sözleşmesi niteliğindedir. Sözleşme detaylarının hem kamu hem de yüklenici firma tarafından içeriği ve detayları paylaşılmamakla birlikte genel hatları; 19 hizmet kaleminin (P1 ve P2) yer aldığı anlaşma hükümleri, yüklenici firma ile alt yüklenicilerin hangi husus ve hizmet kalemleri üzerinde anlaşmalarını gösteren hükümler yer almaktadır. Sözleşmeye bağlı kalmak şartıyla belirlenen koşullarda değişiklik yapılması mümkündür. Ancak sözleşmenin binlerce sayfalık uzun yapısı nedeniyle proje süresince ortaya çıkabilecek öngörülemeyen durumlar için gerekli olabilecek belge ve bilgi altyapısı oluşturulamamaktadır. Yüklenici firma; finansmanın sağlanması, hastane inşaatının yapılması ve sözleşmede belirtilen süre boyunca (25

yıl) hastanelerin otelcilik hizmetlerini belirli tıbbi cihaz ve yardımcı sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumludur.

P2 olarak adlandırılan zorunlu olmayan hizmetler; çamaşır ve çamaşırhane hizmetleri, yemek ve yemekhane hizmetleri, sterilizasyon ve dezenfeksiyon hizmetleri, atık hizmetleri ile birlikte rehabilitasyon hizmetleri, laboratuvar hizmetleri ve görüntüleme hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetler bedeli miktara bağlı olan ve miktara bağlı olmayan ödemeler olarak sınıflandırılmaktadır. P2 ödemeleri arasında yer alan ve miktara bağlı olan hizmetler, doluluk oranına göre ödeme tutarının değişiklik göstereceği hizmetlerdir. Uygulamalardaki şehir hastanelerinde yüklenici firma tarafından verilecek hizmetler ve standartları sözleşme eklerinde tanımlanmış durumdadır. "Ticari sır" olarak saklanan sözleşme içeriklerinin farklılık göstermesi ve kamunun tüm bu hizmetlere standart getirmemesi sebepleriyle sunulan hizmetlerin vasıf ve maliyetlerinde farklılıklar görülmektedir.

Şehir hastanelerinin satın alma süreçlerinde işleyen sistem, konuya dair ayrı bir mevzuatın ve yönetmeliğin olmayışı sebebiyle devlet hastanelerinde işleyen sistem ile benzerlik göstermektedir. Sarf malzemelerindeki alım prosedürü kamu hastanelerindeki gibi işlemektedir. Şehir hastanelerini satın alma sürecinde kamu hastanelerinden ayıracak en önemli kriter, sözleşmedeki Ek-22, Ek-13 ve Ek-17 gibi süreçlerin işletilebilmesidir. Ekler dahilindeki hizmetlerin içeriğinde demirbaş malzemeler, bilgisayar, biyomedikal cihazlar, mefruşat gibi kalemler bulunmaktadır. Ancak hizmet sunulmaya başlanmasından üzerinden yaklaşık bir yıl geçmesine rağmen Ek-22, Ek-13 ve Ek-17'nin içerisinde hangi kalemlerin yer alacağı resmi bir otorite tarafından belirlenmemiştir ve bu eklerin nasıl işletileceğine yönelik bir uygulama örneği bulunmamaktadır. Satın alma sürecinde yaşanan gecikmelerin yarattığı sorunların yanı sıra özellikle bakım onarım hizmetlerinin alınamaması cihazların zarar görmesine ve hizmet sunumunun aksamasına sebep olabilmektedir.

Şehir hastanelerinin hizmet sunumunun kalitesinden devlet sorumludur. Devlet adına sözleşmeleri yürüten bürokrat ve diğer kamu personelinin yüklenici firmaların faaliyetlerini ayrıntılı bir biçimde denetleyecek uzmanlığa sahip olması beklenilmektedir. Ancak bu faaliyetlerin yerine getirilmesi için gereken bilgi ve tecrübe henüz kamu tara-

fında kazanılmadan birçok şehir hastanesi eş zamanlı hizmet vermeye başlamıştır. Bu sebeple kamu tarafı hem sözleşme yönetimi hem de hizmetin denetlenmesi sürecinde gerekli olan yönetsel mekanizmayı oluşturamamıştır. 25 yıllık süreç dahilinde işletilecek şehir hastanelerinde KÖİ prosedürlerini ve sözleşme gerekliliklerini bütün hatlarıyla bilen personel sayısı yeterli değildir.

Uygulama örneklerindeki hastane yöneticileri, sağlık personelinin ve sağlık hizmeti sunumunu destekleyen diğer çalışanların sayı ve nitelik olarak artırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Yüklenici firmaların üstlendiği radyoloji, laboratuvar gibi özellikli tıbbi destek hizmetlerinde çalıştırılacak personel sayısı ve niteliği konusunda firma tamamen özgür bırakılmıştır. Bu konuda kamu tarafından bir denetim mekanizmasının olmayışı bu alanlarda verilen sağlık hizmetlerinde kalite, hız ve standardizasyon yakalanamamasına neden olmaktadır. Hekimin yanında bir kayıt personeli olmadan hasta muayene etmesi çeşitli taraflarca eleştirilmiştir, bu durumun hekimin hastanın muayenesi için ayıracağı zamandan çalacağı, muayene edilen hasta sayısında önemli düşüşlere yol açacağı ifade edilmiştir. Ayrı bir husus olarak, tıbbi sekreterin hekim muayenesi sırasında poliklinikte bulunmaması bazı mahremiyet açısından özellikli bölümler için sağlık personelinin olumsuz yönde etkilemektedir.

Hizmet vermeye başlamış olan şehir hastanelerinde hemşire eksikliği nedeniyle açılmayan bölümler bulunmaktadır. Fiziksel mekânın büyüklüğü, koordinasyon gerektiren birim sayısının daha da fazla olması mevcutta görev yapan hemşireleri hem fiziksel hem de zihinsel anlamda daha çok yıpratmaktadır. Yeni bir şehir hastanesi açılırken Yüksek Planlama Kurulu, sağlık tesisinin yapılması gerekliliğine ve nereye yapılacağına karar vermektedir. Halkın beklenti ve ihtiyaçlarının en yakın mesafede karşılanması ve Ankara, İstanbul, İzmir gibi illerdeki aşırı hasta yoğunluğunun azaltılması amacıyla ülkemizde 30 sağlık hizmet bölgesi belirlenmiştir. Uygulama örneklerinde Bakanlığın yıllık doluluk oranına göre hesaplanan miktarları almayı ve bedelini ödemeyi taahhüt ettiği %70'lik oranının hizmete giren tüm şehir hastanelerinde aşıldığı gözlemlenmiştir. Bu bilgiler ışığında şehir hastanelerinin ihtiyaç duyulan bölgelere yapıldığı sonucuna varılabilir.

Şehir hastanelerinin fiziki büyüklüğü göz önüne alındığında, yerleşmeye uygun alanların şehir merkezlerinde her zaman

bulunabilmesi oldukça güçtür. Hastanelerin ulaşım sorunlarıyla ilgili, kurulum öncesi süreçler de dahil olmak üzere paydaş katılımının önemi göze çarpmaktadır. Şehir hastaneleri yönetimi ile bir araya gelerek ulaşım sorununa çözüm bulacak paydaşlar, Karayolları Genel Müdürlüğü, valilik, yerel yönetimler ve hizmeti alanlardan oluşmaktadır. Paydaşlar arasındaki iş birliği düzeyinin seviyesi ulaşım sorunlarının çözümüne doğrudan etki ettiği uygulama örneklerinde gözlemlenmiştir. Şehir hastanelerinin hizmet vermeye başladığı illerde eski kamu hastanelerinin kapatılmasına yönelik standart bir uygulama bulunmamaktadır. Bazı illerde mevcut devlet hastaneleri kapanırken bazı illerde ise mevcut devlet hastaneleri hizmete devam etmekte hatta yeni devlet hastanesi inşaatları bulunmaktadır.

Eski hastane binaları özellikle büyük şehirlerde tescilli ya da koruma alanları içerisinde yer almaktadır. Koruma alanı içinde olan eski hastanenin vasıf değiştirmesi ve imar planı değişikliği zor olacaktır. Bu durum Çevre Bakanlığının gerçekleştireceği ÇED Planları ve TOKİ iş birliği ile söz konusu hastanelerin yeniden "Etkin ve Verimli Kullanım Analizi"nin yapılması gerekir. Literatürde "en iyi kullanım" diye geçen etkin ve verimli kullanım analizi, bir mülkün fiziki olarak mümkün, finansal olarak gerçekleştirilebilir olan, yasalarca izin verilen ve değerlemesi yapılan mülkü en yüksek değerine ulaştıran en olası kullanımı olarak tanımlanır. Söz konusu analizin rasyonel olarak yapılması ve sonuçlarının kamuoyuyla paylaşılması, söz konusu alanları rant düşüncesiyle kullanmayı hedefleyenlerin de direncini yok edecektir. Nitekim adı geçen analizin gerçekleştirilmesi suretiyle kapatılan hastane binalarının değerlemesi ile elde edilen gelirlerin şehir hastanelerinin finansal sürdürülebilirliğinde ve kamuya olan yükünün hafifletilmesi noktasında önemli olduğu da açıktır.

Bugüne kadar özel hastanelerin tercih edilmesinde rol oynayan en önemli faktörlerden biri, kaliteli otelcilik hizmetleridir. Kamu sağlık hizmeti, şehir hastaneleriyle herhangi bir katılım payı alınmaksızın halka sunulmaktadır. Bu nedenle şehir hastanelerinin kurulmasıyla sağlık sektöründe artacak rekabet, özel hastaneleri doğrudan etkileyecek olup, özellikle sunulan hizmet kalitesi, hizmete ulaşma hızı ve rekabet edilebilirliği göz önünde bulundurulduğunda kendilerini sorgulamalarını ve daha iyi hizmet verebilmeleri adına iyileştirmeler yapmalarını teşvik edecektir.

Özel sağlık kuruluşlarında ruhsatlandırma ve denetim

Doç. Dr. Bahri Teker



1966 yılında Isparta'da doğdu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1990 yılında mezun oldu. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1997). 1997 yılından itibaren özel sektörde çeşitli hastanelerde enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı ve yönetici olarak çalıştı. 2016 yılında Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji doçenti oldu. Dr. Teker, halen Özel Nisa Hastanesinde yönetici ve uzman hekim olarak görev yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2016 istatistikleri incelendiğinde sağlık sektöründe ortalama %30'luk oranda hizmet üreten özel sağlık tesislerinin özellikle ruhsatlandırma ve denetleme noktasında yaşadığı sorunların belirlenmesi büyük bir önem arz etmektedir. Ruhsatlandırma ve denetleme kurallarında tüm sektörü kapsayan tek bir mevzuat olmayıp mülkiyete dayalı düzenlemeler içeren mevzuatların olması ve bu düzenlemelerin de genel olarak özel sektöre aleyhine işlemesi, ciddi sorunları beraberinde getirmektedir. Bu çerçevede öne çıkan ana sorunlar aşağıda sıralanmıştır:

1. *Özel Hastaneler Yönetmeliğinde* 20/4/2018 tarihinde yapılan değişiklikle 9.maddeye eklenen ek fıkra "Özel hastane ön izin belgesinde hastanenin yatak kapasitesi belirtilir ve hastane bu kapasite ile ruhsatlandırılır. İmar mevzuatından kaynaklı ön izin projesinde belirtilen kapasite fazlası bina yatırımları hastaneye ilave kapasite hakkı vermez. Bakanlıkça onaylanmış ön izin projesine aykırı şekilde kapasite artırmaya yönelik mekân, oda kat ilavesi veya ön izinden fazla hizmet alanı bulunması halinde ilgili sağlık tesisi ruhsatlandırılmaz" denmektedir. Ancak daha önce bir hastane, başka bir hastane veya tıp merkeziyle birleşerek kadro ve yatak sayısını artırma imkânına sahipken eklenen cümleyle hastaneler mevcut büyüklükleri ile kalmaya mahkûm edilmekte, kadro ve yatak artışı fiilen imkânsız hale getirilmektedir.

2. Özel sağlık tesisi açılışa yönelik ön izin sürecinde ilgili sağlık tesisinin gayri sıhhi müesseselerden uzak olduğu raporu; il sağlık müdürlüğü, büyükşehir ile ilçe belediyelerinden temin edilmesi istenmektedir. Ancak hem il sağlık müdürlüğü hem de çevre ve şehircilik il müdürlüğü yetkisizlik yazısı vermekte olup ilgili rapor fiilen belediyelerce verilmektedir. Bundan dolayı her iki il müdürlüğündeki süreçler gereksiz olup sadece süreci uzatmaya sebebiyet vermektedir.

3. Hastanelerin ruhsata esas projelerinin hazırlanmasına rehberlik edecek bir kılavuz dokümanın yayımlanmamasından dolayı proje denetimlerinde inceleycilere göre projelerin sürekli değişikliklere tabi tutulması söz konusu olup hem zaman kaybı hem mali yük getirmektedir.

4. Yan dal uzmanlığı olan hekimlerin ana dal kadrosunda istihdam edilememesinden dolayı hem özel sağlık sektörü hem de hekim mağdur edilmektedir. Bunun yanı sıra özel sektöre geçmek amacıyla kamudan istifa eden hekim en az 6 ay süreyle kamuya dönemediğinden hekim ve hasta açısından sıkıntılar meydana gelmektedir.

5. Yapı kullanma izin belgesi alabilmek için deprem ve yangın raporu alma şartı bulunduğundan yapı kullanma izin belgesi mevcut sağlık tesislerinden tekrar deprem ve yangın raporu istenmesi gereksiz bürokrasi oluşturmaktadır.

6. İmar barışı mevzuatı kapsamında yararlanmış veya yararlanacak olan özel

sağlık kuruluşlarının durumlarının Sağlık Bakanlığınca da tanınmasına yönelik paralel mevzuat çalışması yapılmadığı için bu kapsamdaki özel sağlık tesisleri imar barışı imkanından faydalanamamaktadır.

7. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen 2 yıllık ön izin süresi ve ön izin aldıktan sonra ruhsatlandırma için verilen 5 yıllık süre özellikle büyük çaptaki hastaneler için yeterli olmamaktadır. Bu nedenle hak kaybına uğrayan çok sayıda sağlık tesisi mevcuttur.

8. *Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ* ile getirilen fiziki alana ait kriterlerin küçük ölçekli özel hastaneler için uygulanması mümkün görünmemektedir.

9. Sağlık Bakanlığı tarafından özel sağlık tesislerine yönelik yayımlanan ruhsatlandırma ve denetleme mevzuatları noktasında iller arasında standardizasyon bulunmamaktadır.

10. Yeni açılacak veya kapasite artırımı yapacak olan sağlık kuruluşlarının Bakanlık tarafından onaylı projelerinin olmasına rağmen, il sağlık müdürlüklerince onaylı proje üzerinde değişiklik talep edilmektedir. Bu durum Bakanlık tarafından projesi onaylanmış sağlık kurumlarının il sağlık müdürlüğü bünyesindeki ilgili personel tarafından denetlenmesi sürecinde sıkça yaşanan sorunlardandır. Proje değişikliklerinin talep edilmesi zaman kaybına ve ekonomik külfete yol açmaktadır.

11. Faaliyet izin belgesi askıda olan ve 2

yıl içerisinde faaliyete geçemeyen ve bu nedenle ruhsatı iptal edilen çok sayıda sağlık tesisi mevcut olup bu durum kaynak israfına yol açmaktadır.

12. Faaliyeti askıda olan sağlık tesislerinin devir ve birleşme işlemlerinin 2013 yılında yapılan yönetmelik değişikliği ile engellenmesi sonucunda çok sayıda sağlık tesisi hak kaybına uğramıştır.

13. Daha önce İl içinde ruhsat, kadro veya ünitelerin taşınması, devri veya birleşmesi Bakanlık onayına tabi değilken sonradan yapılan değişiklikle Bakanlık onayına tabi tutulması, sağlık tesislerinin büyüme ve gelişmesini kısıtlamaktadır.

14. Sağlık tesisi ruhsatı düzenlenirken zorunlu olan (laboratuvar, radyoloji gibi) ruhsatların da sağlık tesisi ruhsatlandırma sürecine dahil edilmemesinden dolayı ayrı bir ruhsat olarak düzenlenme zorunluluğu sağlık tesisinin açılış işlemlerini uzatmaktadır. Birçok sağlık tesisi bu süreç dolayısıyla ayırmış olduğu işletme sermayesini de ihtiyaca yönelik kullanamamaktadır.

15. Sağlık tesislerinde farklı zamanlarda yapılan ruhsata ve hizmete esas denetimler, yoğun bakım gibi özellikli birimlerin tescil denetimleri ile laboratuvar denetimleri gibi çok sayıda denetimin yapılması hem denetleyenler hem denetlenenler açısından zaman kaybına ve maddi israfa yol açmaktadır.

16. Denetimlerde saptanan eksikliklerin varlığında ilk tespit uyarı yapılmadan doğrudan cezai müeyyide uygulanması ve bu cezai müeyyidelerin çoğu özel sağlık tesisi tarafından karşılanamayacak şekilde ağır olması özel sağlık tesislerini mağdur etmektedir.

17. *Hususi Hastaneler Kanununda* hastane faaliyetlerinin durdurulmasını sağlayan az sayıdaki eksikliğe rağmen yönetmelikle poliklinik faaliyetlerinin durdurulmasını gerektiren çok sayıda eksikliğe yer verilmesi ve cezai müeyyide konması özel hastane ve tıp merkezlerini ciddi anlamda sıkıntıya sokmakta, aynı zamanda bu tesislerden hizmet alan hastaları da mağdur etmektedir.

18. Zaman ve maddi kayıplara yol açan gereksiz bürokrasinin azaltılması amacıyla Resmî Gazetenin 31.07.2009 tarih ve 27305 sayılı nüshasında kamu kurumlarında bürokrasinin azaltılmasına yönelik Bakanlar Kurulunca çıkarılan



yönetmeliğe uyulmamakta olup mükerrer işlemler yapılmaktadır (örneğin doktor bilgi bankasında mevcut olmasına rağmen hekim, diş hekimi ve diğer sağlık çalışanlarından diploma ve uzmanlık belgelerinin istenmesi, adli sicil beyanı yerine adli sicil kaydının istenmesi, sağlık çalışanın il içindeki her yer değiştirmesinde kimlik fotokopisinin istenmesi vs.)

19. Kamu hastanelerinden özel hastane ve özel tıp merkezlerine kadro dışı geçici kadrolu çalışmasına izin verilmemesi nedeniyle özel sektörde nöbetçi hekim istihdamında zorluklar yaşanmaktadır. Bir hastanede ilgili branşta tek bir uzman hekim kadrosu hakkı tanınarak 24 saatlik hizmet beklentisi hayatın olağan akışına engel teşkil etmektedir.

20. Denetimlerde sağlık hizmetinin kalitesini değerlendirmek yerine daha çok mekân bazlı fiziki ölçülerin esas alınması kurumların niteliksel gelişmelerine ve hastaların daha iyi hizmet almasına herhangi bir katkı sunmamaktadır.

21. Özel hastanelerde poliklinik oda ölçülerinde temel kısıtlama yok iken tıp merkezleri için asgari 16m2 oda büyüklüğü şartının olması örneğinde olduğu gibi iki yönetmelik arasında uyum sorunları mevcuttur.

22. İl sağlık müdürlüğü tarafından işe yeni başlayacak olan sağlık çalışanlarının personel çalışma belgesinin düzenlenebilmesi için sigorta girişinin yapılması istenmektedir. Bu durumda sigorta girişi yapıldıktan sonra personel çalışma belgesi düzenleninceye kadar geçen süre boyunca sağlık personeli Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına göre çalışıyor görünmekte ancak fiiliyatta ve Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre çalışmamaktadır. Bu sorun, personel

çalışma belgesi düzenlemesinin uzadığı durumlarda daha da belirgin olmaktadır.

23. Laboratuvar yönetmeliği düzenlemesi ile özel hastanelerin tam zamanlı hem biyokimya hem de mikrobiyoloji hekimisi istihdamı -ihtiyaç olmadığı halde- yapmak zorunda olmaları kaynak israfı olmaktan öteye gitmemektedir.

24. İlgili mevzuatlar üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin üniversite ve kamu hastaneleri tarafından verilmesine imkân tanırken özel hastanelerce bu hizmetlerin sunulmasına müsaade edilmemektedir.

Kaynaklar

Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yapılan Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik (Sağlık Bakanlığı), Resmî Gazete, Tarihi: 15.02.2008 Sayısı: 26788

Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik (BKK), Resmî Gazete, Tarihi: 19.12.2007 Sayısı: 26735

Hususi Hastahaneler Kanunu, Resmî Gazete, Tarihi: 05.06.1933 Sayısı: 2419 Kabul Tarihi: 24.05.1933

Güler, H. ve Demir B. (2018), Sağlık Hizmetlerinde Ruhsatlandırmadan Kaliteye, SD Dergisi, 47.sayı, s:50-55

Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Uyulacak Usul ve Esaslara Dair Yönetmelik (BKK), Resmî Gazete, Tarihi: 31.07.2009 Sayısı: 27305

Özel Hastaneler Yönetmeliği (Sağlık Bakanlığı), Resmî Gazete, Tarihi: 27.03.2002 Sayısı: 24708

Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği (Sağlık Bakanlığı), Resmî Gazete, Tarihi: 09.10.2013 Sayısı: 28790

Türkiye Bina Deprem Yönetmeliği (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı), Resmî Gazete, Tarihi: 18.03.2018 Sayısı: 30364 Mükerrer

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (Sağlık Bakanlığı), Resmî Gazete, Tarihi: 20.07.2011 Sayısı: 28000

Yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ Resmi Gazete Tarihi: 16.10.2009 Sayısı: 27378

Özel sağlık sektörünün sorunları

Dr. Reşat Bahat



1964 yılında Giresun'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Giresun'da tamamladıktan sonra İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1988). İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Doğum Asistanlığı, 1993 yılından itibaren Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığı, 1994 yılından itibaren ise özel sağlık işletmeciliği yapan Dr. Bahat, halen Özel Batı Bahat Hastanesi'nde Başhekimlik ve Kadın Doğum Uzmanlığı yapmaktadır. 2008 yılından beri Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği'nin (OHSAD) Genel Başkanlığını yürüten Dr. Bahat, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Sağlık Bakanlığı'nca 2003 yılında uygulamaya konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" sektörümüzün bütününün verimliliğini olumlu olarak etkilemiş, yapılan araştırmalar özel sağlık sektöründen memnuniyetin ve güvenin arttığını, buna bağlı olarak da alınan hizmetten memnuniyetin sürekliliğe dönüşmesi gerekliliğini göstermiştir. Söz konusu sürekliliği sağlayabilmenin yolu, sağlık sektöründe yaşanan değişimlerin doğru bir zeminde hayata geçirilmesidir. Bu doğrultuda sektörümüzün temel sorunları ve mevzuata ilişkin görüş, öneri ve taleplerimiz aşağıda yer almaktadır.

A- 2007 Yılından Bu Tarafa Artış Yapılmayan Sut Fiyatları

2007'den bu yana kurlar yaklaşık 4 katına, asgari ücret 3 katına, tüketici fiyat endeksi ise 2,7 katına ulaşmıştır. Buna karşın yaklaşık 12 yıldır SUT fiyatlarında artış yapılmamış, 5 Temmuz 2018 tarihinde yayımlanan SUT Değişikliği ile hacimli işlemlerin fiyatı düşürülmüş ve fiyat artışı çok sınırlı bir alanda uygulanmıştır. Talebimiz 2007 yılından bu tarafa TÜFE, asgari ücret ve diğer maliyet artışlarını telafi edecek SUT fiyat artışının acilen yapılması, ayrıca yıllık artış kriterinin belirlenmesidir.

B- Hekimlerin Çalışma İlişkilerinin Düzenlenmesi

Özel sektörde görev yapan hekimlerin çalışma yöntemi ile ilgili iş kanunu, vergi kanunu ve sosyal güvenlik kanunundaki uyumsuzluk ve bu uyumsuzluk nedeniyle ortaya çıkan sorunların çözümü için Maliye Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı nezdinde çalışma yapılması da beklentimizdir.

C- Ön İzin Ruhsatlandırma, Bina ve Fiziki Durum

1- Ön izinlerin devri, ön izin alan ancak

süresi içerisinde ruhsatlandırma işlemini tamamlayamayan özel sağlık kuruluşlarının durumu, geçici olarak askıya alınan özel sağlık kuruluşu ruhsatlarının devredilebilmesi, mevcut hastanelerin yeni düzenlemelerde oluşan fiziki şartlardan muaf tutulması, fiziki şartlarını uygun hale getiremeyen özel sağlık kuruluşlarının taşınmasını teşvik amacıyla yatak sayıları ve kadro artırımı için teşvik uygulanması,

2- Kapalı alan artışı yapmamak kaydıyla hastane içindeki alanların sağlık hizmeti için kullanılabilmesi,

3- Binanın statüsünü değiştirmemek kaydıyla, proje değişikliğinin serbest bırakılması,

D- Kadro, Branş İlavesi ve Planlama

1- Muayenehanesi bulunan tabiplerin özel sağlık kuruluşlarında nöbet tutabilmesi için gerekli yasal düzenlemenin yapılması,

2- Özel hastaneler ve ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunan sağlık kuruluşlarının, il içinde ve Bakanlık onayı ile iller arası kadro ve branş devirlerine müsaade edilmesi,

3- Bakanlıkça yapılan Kadro Becayış Listesinin revize edilmesi, (Ruh Sağlığı, Çocuk Ergen Ruh Sağlığı, Yan Dal Uzmanlıkları, Dermatoloji, Plastik Cerrahi gibi branşların listeye eklenmesi)

4- Yan dal veya iki ayrı uzmanlığı bulunan tabiplerin çalışma koşullarının yeniden düzenlenmesi,

5- Hastanelerde yatak sayısı, özellikle merkez, ameliyathane, radyoloji cihaz sayıları gibi kriterler dikkate alınarak kadro tahsis yapılması,

6- Her yıl, mezun olan uzman ve pratisyen hekim artışı hızında sektöre branş ve kadro artışının sağlanması,

7- İptal edilmiş kadroların sektöre tekrar geri verilmesi,

8- Birleşme ve taşınmalarda, kadro ve branş artışıyla teşvik edilmesi,

9- Hekim sayısı fazla olan Acil Tıp, Pratisyen, Enfeksiyon Hastalıkları, Radyoloji, Anestezi-

yoloji ve Reanimasyon, Genetik Uzmanı, Adli Tıp gibi branşlarda kadroların planlamadan muaf tutulması,

10- Hekim nöbet sistemi ile ilgili kamudan özele (örneğin döner sermayeler üzerinden hizmet alımı şeklinde) özel sektörü rahatlatmak bir düzenlemenin yapılması,

11- Mesul Müdür ve Yardımcıları kadrolarının idari kadro gibi düşünülerek planlama kapsamı dışında tutulması,

12- İş Sağlığı ve Güvenliği mevzuatına göre hastanelerin çok tehlikeli sınıfta yer alması nedeniyle istihdam edilecek işyeri hekiminin planlama dışı tutulması,

13- Pratisyen hekim kadrolarının artırılması ya da serbest bırakılmasının değerlendirilmesi,

14- Muayenehane hekimlerinde olduğu gibi poliklinik ve tıp merkezi gibi sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin ameliyat ve diğer işlemlerini yapabilmelerine imkân tanınması,

15- Kamuda çalışmayan, mecburi hizmet yükümlülüğü olmayan ve özel hiçbir sağlık kuruluşunda çalışmayan hekimlere nöbet kadrosu verilip çalışmalarının legal hale getirilmesi.

16- Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

a. Sağlık Bakanlığı, Özel Sigorta Sektörü ve Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastaneler arasında acil sağlık hizmetleri ile ilgili maliyet esaslı bir çalışma yapılması ve ödeme kurumuna bu çalışmanın sunulması,

b. Acil hal ile ilgili Sağlık Bakanlığı ve SGK arasında mevzuat farklılıkların giderilmesi,

17- Afiliyona ilişkin hekim kadro ve branş ruhsat düzenlemeleri işlemlerindeki bürokratik işlemlerin hızlandırılması ve en fazla 2 hastane sınırının kaldırılması,

a. Afiliasyon kapsamında bulunan hastanelerde hekim başlatılabilmesi için Sağlık Bakanlığı Kapasite Değerlendirme Komisyonunda (KDK) karar verilerek hekim başlatılabilmektedir. Ancak KDK bakanlıkça

düzenli olarak toplanmadığından, Üniversitede görevli Prof. ve Doç. ünvanlı hekimler, hastanelerde görevlendirildiği halde hastane başlayışları yapılamamaktadır.

b. Afiliasyon kapsamında en fazla iki hastane sınırının kaldırılması (aynı il sınırları içerisinde olmak şartı ile kısıtlandırılabilir)

18- Yoğun bakımlar

a. Yoğun bakımlarda, verilen hizmet şekli yerine hasta bazı seviyelendirme yapılması,

b. Seviyelendirme kriterlerine ilişkin "Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün genelge ve uygulamalarında farklılıklar bulunması, örneğin; Tebliğden farklı olarak genelge ile her bir seviyeye göre yatak sayısı oranı belirlenmesi, ağırlıklı olarak ihtiyaç bulunan erişkin 3. Basamak yoğun bakım yatak sayısı için belirlenen oranın yetersiz olması,

c. 3.basamak yoğun bakımlarda kullanılan özellikli ilaç ve malzemelerin ödenmemesi,

d. Yoğun bakımlarda bulundurulacak hemşire sayısının, yoğun bakımın tescil düzeyine göre değil de fiili yatan hastanın basamak değerine göre talep edilmesi

e. Yenidoğan yoğun bakım sevk prosedürünün gözden geçirilmesi, örneğin Tebliğde yenidoğan yoğunbakımlarda neonatalog koşulu aranmamasına rağmen, kamudan yapılacak sevk işlemlerinde neonatalog bulundurma koşulu aranması,

E- Denetim ve Cezalar

1. Özel sağlık kuruluşlarına uygulanacak cezaların yıkıcı değil caydırıcı olması,

2. Hemşire, teknisyen vb. yardımcı sağlık personelinin nöbet, acil ihtiyaç vs. sebebiyle başka bir özel sağlık kuruluşunda geçici çalışmasına izin verecek düzenlemenin yapılması,

3. Mevcut denetimlerin yerine "sağlıkta kalite standartları" uygunluğu denetiminin yapılması, özellikli birimlerin de aynı denetim mantığı içinde değerlendirilmesi,

4. SABİM, BİMER, CİMER şikayetlerinin filtre edilerek işleme konması,

5. İstanbul ilinde gerçekleşen çapraz denetimlerde yaşanan sorunların giderilmesi, denetimlerde sübjektif değerlendirmelerin önüne geçecek şekilde standardizasyon sağlanması,

6. Denetimlerde tespiti yapılan hekim ve sağlık personelleri için uygulanacak cezai yaptırımların ilgili personelin devlette çalışıp çalışmadığı, mecburi hizmetinin olup olmadığı koşulları değerlendirilerek yeniden düzenlenmesi,

F- Bürokrasinin Azaltılması ve Evrak İşlemlerinin Elektronik Ortamda Yapılması

1- Personel Çalışma Belgesi Düzenlenmesi

ile ilgili başvuruların ÇKYS üzerinden yapılabilmesi,

2- Tıbbi laboratuvarlarda hekim başlayış ve ayrılışlarının İl Sağlık Müdürlükleri tarafından yapılabilmesi,

G- Yönetmelik Değişikliği

1- Özel Hastaneler Yönetmeliği ve ATT Yönetmeliğinin Danıştay tarafından iptal edilen maddelerinin fazla olması (Geçici -2 Madde, Estetik Birimi, Sağlık Birimi, vb.) ve mevcut yönetmeliğin artık bekleneni karşılayamaması nedeniyle yönetmeliklerin yeniden revize edilmesi,

2- ATT yönetmeliğinde cerrahi müdahale listesinin güncellenmesi, (Örneğin 24 saatin altında hasta takibi gerektiren bazı işlemler halen cerrahi tıp merkezlerinde yapılamamaktadır.)

H- Diğer Hususlar

1- 2019 yılı temmuz ayında bitecek olan yoğun bakımların geçici tescil süresinin en az 5 yıl süreyle tekrar uzatılması, mümkünse eski tescillerin mevcut haliyle kabul edilmesi,

2- Organ nakli yönetmeliğine göre standartları sağlayamadığı için ruhsatı iptal edilen kurumların organ nakli ruhsatlarının talep eden kurumlara tahsis edilip sektörde hizmet vermesinin sağlanması,

3- ATT'lerin, eğitim kurumlarında ek eğitim dönemi tanımlaması ile hemşire olarak mezun olabilişliğinin önünü açacak bir düzenleme yapılması,

4- Ülkemizde hizmet veren tüm özel sağlık sunucularının tehlikeli atıkları Belediyeler aracılığı ile bertaraf edilmektedir. Hal böyleyken tehlikeli maddelerin taşınmasına ilişkin hastanelere Tehlikeli Madde Faaliyet Belgesi" alma ve "Tehlikeli Madde Güvenlik Danışmanı" istihdam etme zorunluluğunun kaldırılması,

5- 2012 yılından bu yana ülkemizde tedavi olan Libyalı hastalara ilişkin alacaklar (yaklaşık 200 milyon dolar) özel hastaneler üzerinde ciddi bir yük oluşturmaktadır. Konuya ilişkin Libya hükümeti ve elçilik nezdindeki girişimlerimiz sonuçsuz kalmıştır. Sağlık Bakanlığımız aracılığı ile Dışişleri Bakanlığı eliyle takip edilmesi,

6- Tıbbi kötü uygulamalar sonucunda hekimler ya da sağlık personellerine yönelik açılan malpraktis davaları ile ilgili doğru değerlendirme yapılabilmesi için Sağlık Mahkemeleri kurulması doğrultusunda ilgili Bakanlıklar nezdinde çalışma yapılması,

7- Özel sağlık sunucularının pazarlama ve tanıtım faaliyetlerine ilişkin reklam yasaklarına ilişkin net bir çerçeve belirlenmesi ve sınırların esnetilmesi, uygulanan ceza ve yaptırımların ağır oluşu ve buna ilişkin düzenleme yapılması, sağlık turizminde Kamunun haksız rekabete yönelik faaliyetlerinin izlenmesi ve gerekli aksiyonların alınması,

8- Ülkemizde faaliyet gösteren Özel Sağlık Kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na ruhsatlandırılması nedeniyle "İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulüne Dair Kanun"un 2. Maddesinde sıralanan işyerlerine özel sağlık kuruluşlarının da eklenmesi.

Sonuç

Sağlıkta Dönüşüm vizyonu ile özel hastanelerin sistemdeki etkinliğinin artırılması tüm sektörde erişilebilir, verimli ve kaliteli sağlık hizmetinin vatandaşlarımıza sunulmasında önemli rol oynamış, Türkiye'de sağlık sektörü düşük maliyetle yüksek hasta memnuniyetini yakalama başarısını göstermiştir. 2008'de yeni özel hastane lisansların durdurulmasına paralel olarak sektördeki kapasite büyümesi, izni alınan lisansların uygulamaya geçmesi ve tıp merkezleri ile küçük hastanelerin birleşerek daha büyük hastanelere dönüşmesi yöntemiyle devam etmiştir. Son beş yılda gerek yeni yatırımcıların gerekse ölçek ekonomisinin etkisiyle özel hastanelerin genelinde kurumsallaşmada ciddi ilerleme ve sektörde konsolidasyon gözlenmektedir. Ancak son 2-3 yılda hem kamuda hem de özel sektörde bazı trendlerde ortak bir bozulma gözlenmiştir. Önemli branşlarda yetişen doktorların kalitesi, özel hastanelerin hasta memnuniyeti seviyeleri gibi doğrudan hastayı etkileyen değişkenlerde izlenen bu bozulmalar, önlem alınmazsa özel hastanelerin iş modelini ve ekonomik yapısını korkarız ki daha da bozacaktır. Özel hastanelerin iş modeli ve ekonomik yapısı, düzenleme gerektiren bir sektör olması nedeniyle dış etmenlere açıktır ve hassas dengeler üzerinde kuruludur. Tüm paydaşların (Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, ÇSGB, SGK, yatırımcılar, yöneticiler, çalışanlar) bu yapıyı irdeleyerek planlanan değişikliklerin etkilerini öngörebilmesi, sektörün sağlıklı gelişimi için çok önemlidir. Bu doğrultuda sektörümüzün temel sorunları ve mevzuata ilişkin görüş, öneri ve taleplerimiz yukarıda aktarılmaya çalışılmıştır. Ayrıca ülkemizde verilen sağlık hizmetinin niteliğinin artırılması ve sektörümüzün gelişimine yönelik ilgili Bakanlıklar ve kurumlar tarafından yapılacak tüm çalışmalarda yer alma ve görev üstlenme talebimizi, buna bağlı olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü'ne benzer şekilde Özel Sağlık Kuruluşları Genel Müdürlüğü'nün kurulması ve bu Genel Müdürlük faaliyetleri kapsamında oluşturulacak yapılarda sektörümüzü temsilen Derneğimizin de resmi olarak çalışmalarda yer ve görev alması önerimizi bir kez de SD Dergisi aracılığı ile yinelemek isteriz.

Tıp fakültesi afiliasyonları

Prof. Dr. Mustafa Samastı



Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 1975 yılında mezun oldu. Aynı Fakültenin Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı'nda 1979 yılında uzman olarak kariyerine devam etti. 2009 yılında Anabilim Dalı Başkanı oldu. 2011 yılında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kurucu Dekanı olarak görevlendirildi. 2015 yılında İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı kadrosuna geçerek 2. dönem dekanlık görevine devam etti. 2018 yılında yaş haddinden emekli olan Prof. Samastı, halen aynı üniversitede sözleşmeli öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.

Ülkemizde 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na 2010 yılında eklenen bir madde (Ek 9) ile yasal zemini oluşturulan afiliasyon (birlikte kullanım), başlangıçta büyükşehir statüsünde olmayan iller için zorunlu bir uygulama sayılmış ise de 2015 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kurulmasıyla Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı tüm Eğitim ve Araştırma Hastanelerini kapsamına almıştır. Böylece eğitim ve araştırma hastaneleri birer yükseköğretim kurumuna (Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi) dönüştürülmüştür. Afiliasyon konusu 10 yıla yaklaşan uygulamalara rağmen hala istikrarlı bir zemine oturtulamamıştır. Bu yazının ana amacı afiliasyon sorunlarının müzakere edilmesine vesile olabilecek temel konulara işaret etmektir.

Sorunlar

Afiliasyonun en başta gelen sorunu kurumsal misyon açısından ana taraf olması gereken üniversitelerin mütakabiliyet esasına göre temsil edilmemeleridir. “Üniversitelerin bilimsel özerkliğini, idari yapılanmasını, görev ve sorumluluklarını doğrudan etkileyen ve üniversite personelinin hukuki statüsünü ve özlük haklarını ilgilendiren bir konuda düzenleme yapma yetkisinin hiçbir ilke ve kural konmaksızın tamamen Sağlık Bakanlığı'na bırakılması bu konudaki yasama yetkisinin fiilen Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi anlamına gelir” “Üniversitelerin akademik örgütlenme ve işleyişi yükseköğretim sistemine (2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu ve Akademik Teşkilat Yönetmeliği) uygun olmak zorundadır”

Sağlık Bakanlığının tek tarafı hazırlamış olduğu yönetmelik karşısında üniversitelerin hukukunu gözetip koruması

gereken YÖK temsiliyet görevini yeterince yapmamış, yapamamış, Bakanlığın hazırladığı yükseköğretim mevzuatına aykırı, akademik hiyerarşiyi bozan, kendi kanuni dayanağına bile aykırı hükümler içeren afiliasyon yönetmeliklerine onay (!) vermekle yetinmiştir.

Birlikte Kullanılan Sağlık Tesislerinin Statüsü

Birlikte kullanım yönetmeliğinde birlikte kullanılan sağlık tesisinin Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), üniversite için ise Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) olarak kabul edileceği belirtilmiştir. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Ek 9'a göre birlikte kullanılan sağlık tesislerinde tıpta uzmanlık ve lisans eğitiminin dekanın yetki ve sorumluluğunda olduğu buna karşılık söz konusu tesisin Bakanlığın tabi olduğu mevzuat uyarınca işletileceği hükmüne bağlanmıştır. Bu hükümlere göre birlikte kullanıma geçmekle bu tesisler 2547 sayılı Kanun kapsamında bir yükseköğretim kurumuna (SUAM) dönüşmekte, Bakanlık mevzuatı ile ilişkisi ise tesisin işletilmesiyle sınırlanmaktadır. “Bu haliyle Bakanlık yönünden birlikte kullanıma geçmeden önceki eğitim ve araştırma misyonunun devam etmesi, dolayısı ile aynı anda iki ayrı statünün varlığı gerçekçi değildir” (Şanlı Atay). Karahanoğulları'na göre doğrusu “Afiliye hastanesinin EAH olarak kabul edilmesi değil hizmet şekli ve personel kadroları yönünden EAH'ye ilişkin hükümlerin uygulanacağı” şeklinde olmalıdır. Afiliasyonla birlikte eğitim ve araştırma görevi üniversite (SUAM) tarafından üstlenilmektedir. “Üniversite ayrı bir tüzel kişilik olduğundan yükseköğretim kurumuna dönüşmüş olan sağlık tesislerinin (Sağlık Bakanlığı/Kamu Hastaneler Birliği/Üniversitenin adı/Eğitim ve Araştırma Hastanesi) tarzında isimlendirilmesi de uygun değildir”

Çok Başlı Yönetim Modeli

Ortak kullanımla üniversitenin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine (SUAM) dönüşmüş olan afiliye hastaneler için Yüksek Öğretim Kanunu ve Akademik Teşkilat Yönetmeliği ile uyumsuz eğitim sorumlusu, program yöneticisi, idari sorumlu gibi görev ve tanımlamalar getirilmiştir. Eğitim dekanının yetki ve sorumluluğunda olduğu halde eğitimle ilgili her türlü tedbiri alma yetkisi ve eğitim programlarını yürütecek olan program yöneticilerinin atanması başhekimle bırakılmıştır. Böylece hem dekanın ve hem de bilim dalı/anabilim dalı başkanlarıyla akademik kurulların eğitim birimleri ile doğrudan bağı koparılmıştır. Yükseköğretim sisteminin teşkilat yapısı ve hiyerarşik düzeni alt üst edildiği gibi, hukuki mevzuat açısından da kurullar hiyerarşisi gözetilmeden kanunla uyumsuz yönetmelikler çıkarılmıştır.

Görev ve Yetkiler Devredilebilir mi?

“Üniversitelerde eğitim-öğretim, bilimsel araştırma ve yayın faaliyetlerinin planlanması, yürütülmesi, eğitim programlarının hazırlanması, denetimi... Akademik kurullarla bilim dalı/anabilim dalı/bölüm başkanları, dekan, rektör ve YÖK arasında paylaşılmış bir görev ve yetkidir. Bu görev ve yetkilerin devredilmesi veya akademik görevi olmayanların bu sürece müdahil edilmesi hukuka uygun değildir”. Sağlık Bilimleri Üniversitesinin Türkiye'nin hemen her yerindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile afiliye olması ayrı bir sorun yumağı oluşturmuştur. Eğitimden sorumlu olan dekanın Türkiye'nin çok farklı yerlerindeki sağlık tesislerinin (SUAM'ların) eğitim yetki ve sorumluluğunu bizzat yürütmesi mümkün değildir. Bu sorunun pratik çözümü için 3359 sayılı Kanun'un Ek 9'uncu maddesine konmuş olan birer “eğitim sorumlusu” görevlendirmesi hükmü ile başhekimin

aynı zamanda SUAM müdürü sayılacak olması da yükseköğretim mevzuatıyla çelişmektedir. Eğitim sorumlusunun görev ve yetkileri net tanımlanmadığı gibi, böyle bir kişinin dekan ve akademik organlara ait yetkileri üstlenmesi de düşünülemez. Zira eğitim hizmetleri dekanın sorumluluğunda ve fakülte kurulu ile fakülte yönetim kurulu kararları doğrultusunda yürütülür. Yükseköğretim mevzuatına göre uygulama ve araştırma merkezleri YÖK kararıyla kurulur, ilgili yönetmeliği üniversite senatosu çıkarır, merkez müdürü de rektör tarafından atanır. Dolayısıyla birlikte kullanım yönetmeliğinin tek başına Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılması bir hayli sorunlu görünmektedir. Sağlık Bilimleri Üniversitesinin gerek kuruluşu ve gerekse yapısı diğer üniversitelerden çok farklı olduğu halde aynı afiliasyon yönetmeliğine sıkıştırılmaya çalışılması da birçok uyumsuzluğu beraberinde getirmektedir.

Kanuni Hakkın Yönetmelikle Kaldırılması

Üniversitenin temel görevlerinden olan bilimsel araştırmalar hem nitelikli insan gücünün yetiştirilmesi hem de ülkemizin kalkınma hedefleri ve dışa bağımlılıktan kurtulmasının temel yoludur. Araştırma faaliyetlerinin en önemli finans kaynağı olan ve 2547 sayılı Kanun'un 58. maddesine göre ödenmesi gereken BAP payının 16 Haziran 2017 tarihli birlikte kullanım yönetmeliğinden keyfi bir şekilde çıkarılması üniversitenin araştırma misyonuna ve uzmanlık öğrencilerinin çalışmalarına büyük darbe vurmuştur. Bu yanlışın düzeltilmesine acilen ihtiyaç bulunmaktadır.

Üniversite Kadrolarını Belirleme Yetkisi Sağlık Bakanlığıyla Paylaşılabilir mi?

Üniversitenin eğitim-öğretim ve araştırma misyonunun gerektirdiği kadro ihtiyacını yalnızca sağlık hizmetinin gereklerine göre karşılamak makul değildir. Üniversitenin Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kadrolarının belirlenmesinde birlikte kullanım yönetmeliğinde üniversite dışındaki idari birimlere yetki tanınmaktadır. *“Bakanlık, İl Sağlık Müdürlüğü, Başhekimlik gibi merkezi idarede yer alan unsurların bir yükseköğretim kurumunun kurucu iradesinde ve akademik faaliyetlerinde yetki sahibi olmaları hukuki değildir. Anayasa ve yasalarla belirlenmiş idarelerin yetkilerinin başka birimlere aktarılması yasalara aykırıdır. Üniversitenin anabilim*

dalları, öğretim üyelerinin sayı ve nitelikleri gibi konulardaki yetkileri başka idarelerle paylaşamaz”.

Büyükşehir Statüsünde Olmayan İllerde Afiliasyon Açısından Problem Üstüne Problem

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9'uncu maddesine göre büyükşehir olan iller dışındaki yerlerde eğitim ve araştırma hizmetleri Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Üniversite Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezlerinden yalnızca biri tarafından verilebilir. Bu durum büyük şehir olmayan yerlerdeki tıp fakültelerinin eğitim ve araştırma hastaneleri ile afiliye olmalarını zorunlu hale getirmiştir. Ancak Sağlık Bilimleri Üniversitesinin Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne bağlı Eğitim ve Araştırma hastaneleriyle afiliye olmasıyla hem diğer tıp fakülteleri ve yanı başındaki hastanelerin birbirinden yararlanmaları engellenmiş hem de bu fakültelerin ya da Sağlık Bilimleri Üniversitesinin o illerde eğitim ve araştırma faaliyetinde bulunmaları garip bir şekilde yasaya aykırı hale düşürülmüştür. Diğer bir ifade ile kanunun sağlamış olduğu bir imkân aynı anda geçerli başka bir kanunla imkânsız hale sokulmuştur. Bu durum afiliasyonun temel amacı (mevcut imkânların daha etkin ve verimli şekilde kullanılması) açısından da bir hayli sorunludur. Bu ikilem bir şekilde hukuki bir çözüme kavuşturulmalıdır.

Birlikte kullanılan hastanelerin Bakanlık mevzuatına göre işletilmesi ve Bakanlık tarafından atanan başhekim tarafından yönetilmesi önceliği hizmet sunumuna vermektedir. Bu durum eğitim, araştırma ve hizmet dengesini olumsuz etkilemektedir. Ana misyonu nitelikli sağlık insan gücünün yetiştirilmesi olan bu kurumlarda hizmetin öne çıkarılması gelecekte en büyük darbeyi iyi yetişmemiş uzmanlar eliyle yine hizmet sunumuna vuracaktır.

Kadroları Sağlık Bakanlığında olup üniversitelerde görevlendirilen tıpta uzmanlık öğrencilerine ek mükellefiyet getirilmesi ciddi adaletsizlik ve mağduriyet nedenidir. Bu durum kişilerin yanı sıra kurum için de ciddi sorunlara neden olmaktadır. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin afiliye olmasıyla birlikte bu kadro ikileminin de ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Tıpta uzmanlık eğitiminin sağlık hizmet sunumu da dâhil olmak üzere teorik ve uygulamalı tüm faaliyetleri kapsayan niteliği

dikkate alındığında eğitim sorumluluğu ile idari sorumluluğun ayrıştırılması gerçekçi olmadığı gibi, yetki sınırları ve birbiriyle ilişkileri net bir şekilde tanımlanmadığından çatışmalara da son derece elverişlidir. Tıpta uzmanlık eğitiminin süresi itibarı ile de birer yıllık görevlendirmeler pratik açıdan sorunludur. Eğitimin kalitesi, eğitim programı ve eğiticilerin niteliklerinin yanı sıra eğitim ortamıyla da yakından ilgilidir. Afiliye hastaneler özellikle bu açıdan değerlendirilmelidir.

Sonuç

Afiliasyon süreci ile Sağlık Bakanlığı tıpta uzmanlık eğitimi veren bir kurum olmaktan çıktığı halde bu eğitimin Sağlık Bakanlığının sürekli bir kurulu niteliğindeki “Tıpta Uzmanlık Kurulu” ve Bakanlıkça hazırlanan yönetmelikle yürütülüyor olması büyük bir çelişki olduğu gibi, Anayasaya ve 2547 sayılı Kanun'a da aykırıdır. Afiliasyonla birlikte üniversitelere devredilmiş olan tıpta uzmanlık eğitiminde bundan böyle Sağlık Bakanlığının tek düzenleyici merkezi rolü sona ermelidir. “Tıpta Uzmanlık Kurulu” yükseköğretim sistemi içerisinde Bakanlığın ve meslek örgütlerinin de temsil edildiği özerk bir yapıya kavuşturulmalıdır. Yükseköğretim sistemi bakanlık seviyesinde güçlü ve etkin bir yapıya dönüştürülmelidir.

Kaynaklar

- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK. 2 Kasım 2011.
- Karahanoğulları, O: Ankara Valiliği ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğü Arasında Birlikte Kullanıma İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Protokol'e İlişkin Değerlendirme (2016). <http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/karahan/makaleler/saglikbilimleri-protokol.pdf> (Erişim Tarihi: 24.08.2018).
- Karahanoğulları, O: Birlikte Kullanım ve İş Birliği Yapılan Araştırma ve Uygulama Hastanelerindeki Akademik Unvanlı Personelin Statüsüne İlişkin Hukuksal Değerlendirme (2016). <http://80.251.40.59/politics.ankara.edu.tr/karahan/makaleler/birlikte%20kullanım%20ogretim%20elemanlari.pdf> (Erişim Tarihi: 24.08.2018).
- Öztürk, R: Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş Birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 16 Haziran 2017.
- Samastı, M. Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Sorunları; Ortak Kullanılan Kurumlardan Bakış. TUEK 2016 Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kalite Çalıştayı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi 26-27 Mayıs 2016 İstanbul.
- Şanlı Atay, Y.: Birlikte Kullanılan Sağlık Tesislerinde Çalışan Akademik Unvanlı Personelin Tabi Olduğu Ek Gösterge Farklılık Sorunu. İnsan Hakları Yıllığı 35:31-49, 2017.
- T.C Danıştay Birinci Dairesi Karar No: 2006/545.
- T.C Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu. YD İtiraz No: 2015/1220.

'Kara kıta'nın incisi: Nyala Türkiye Hastanesi

Doç. Dr. İsmayil Yılmaz



1971 yılında Tokat, Niksar'da doğdu. 1995'de Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2003 yılında Atatürk Üniversitesinde uzmanlık eğitimini tamamlayarak genel cerrahi uzmanı oldu. 2017'de Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Eğitim Görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığına bağlı çeşitli birimlerde idari görevlerde bulunan Yılmaz halen Nyala - Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yöneticilik ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Nyala Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulunda Kurucu Müdürlük görevlerini sürdürmektedir.

Sudan'ın Güney Darfur eyaletine bağlı Mara Dağları bölgesinde 2002 yılında başlayan iç savaş ülkenin batısında büyük bir insanlık dramına yol açmıştır. On binlerce insan hayatını kaybetmiş, hayatta kalma şansını yakalayanlar zorunlu göçe maruz kalmıştır. İç savaş öncesinde kötü olan şartlar daha da ağırlaşmış, bölge halkının en temel fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayamamalarına nedeniyle ciddi sağlık sorunları ortaya çıkmıştır. Bütün dünya bu dramı televizyonlarda izlerken 2006 yılında dönemin T.C. Başbakanı Recep Tayyip Erdoğan bölgeyi ziyaret etmiş, halkın yaşadığı dramı bizzat gözlemleyerek bölgede bir hastane kurulması talimatını vermiştir.

Güney Darfur, Sudan'ın 15 eyaletinden biri olup "hak izni" adı altında iç vize uygulanan tek eyaletidir. Güney Darfur'da yaklaşık 6 milyon insanın yaşadığı, eyaletin başkenti Nyala kent merkezinde yaşayan 3 milyon insanın 550.000'inin kamplarda hayatını sürdürdüğü yerel makamlar tarafından belirtilmektedir. Kamplarda ve kırsalda hayat standartları oldukça düşüktür. Eyaletin genelinde sağlıklı içme ve kullanma suyu sorunu halen devam etmektedir. Nyala kent merkezinin sadece beşte biri sağlıklı suya erişebilmektedir. Şehrin belirli alanlarında elektrik şebekesi olmasına karşın halkın neredeyse tamamı güneş battıktan sonra hayatını karanlıkta sürdürmektedir.

Kötü günleri geride bırakmak isteyen Sudan, Türkiye'nin "Sağlıkta Dönüşüm" tecrübelerinden istifade etmek istemiş ve bu amaçla 2007 yılında iki ülke arasında "Sağlık ve Tıp Alanında İş Birliği Protokolü" imzalanmıştır. Protokolün amacı ilgili kurumlarla iş birliği yaparak sağlık hizmetlerinin kaliteli, çağdaş ve verimli düzeyde yürütülmesini sağlayabilmek için yapısal, yönetsel ve eğitsel bakımdan ülkeye örnek olacak çağdaş model oluşturulması ve idamesinin sağlanmasıdır. Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA) tarafından inşa edilen hastanemizin işletme görevi 2013 yılında imzalanan "Hastane İşletme ve Devir Protokolü" ile 5 yıl süreyle T.C. Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Bu protokol; hastanenin hizmete alındığı tarih olan 2014 yılından itibaren ilk 5 yılda T.C. Sağlık Bakanlığının icracı, sonraki beş yılda gözlemci olmasını emretmektedir. Bakanlığımızın icra görevi 2019 yılında tamamlanacak olmasına rağmen Sudan Federal Sağlık Bakanlığı icra görevinin beş yıl daha devamını talep etmektedir.

28 Şubat 2014 tarihinde hasta kabulüne başlayan Nyala - Sudan Türkiye Eğitim ve Araştırma Hastanesinin 3'ü genel, 1'i lokal anesteziye uygun donanımlı 4 ameliyat odası ile 1 doğum salonu vardır. 8 yataklı erişkin yoğun bakım, 6 yataklı çocuk yoğun bakım, 7 küvüzlü yeni doğan yoğun bakım, 5 cihazlı hemodiyaliz ünitesi bulunmaktadır. Hastanemiz 3 ve 4'er kişilik hasta odalarından oluşan toplam 125 fiili hasta yatağıyla bölge halkına hizmet ver-

mektedir. Hastanemize sadece Sudan'dan değil, Orta Afrika'daki diğer ülkelerden de hasta gelmektedir. Hastanemizin bölgenin referans hastanesi olduğu Sudanlı sağlık idarecileri tarafından ifade edilmektedir. Buna rağmen ülkemizdeki kamu hastaneleriyle karşılaştırılınca yurt dışındaki bütün hastaneler gibi hastanemizin de işletme sorunları mevcuttur.

En temel sorun T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında yurt dışı hastanelerle ilgili çok başlılıktır. Önceleri yurt dışı hastanelerin bütün süreçleri tek bir genel müdürlük tarafından yürütülürken son bir yıldır üç genel müdürlük tarafından yürütülmektedir. İlgili birimler arasında yeterli koordinasyonun olmaması nedeniyle sorunların çözümü zaman almakta, çözümü basit konular bile kompleks sorun haline gelebilmektedir. Bu sorunlar hizmette ciddi aksamalara neden olmaktadır.

Hastanenin üst yönetim organı İdari ve Mali İşler Komitesidir (İMİK). Komite, Türk Hastane Yöneticisinin başkanlığında 3 Türk, 3 Sudanlı üyeden oluşmakta ve iki ayda bir toplanmaktadır. Hastanemiz için başhekim görevlendirmesi son dönemlerde yapılmadığı için İMİK'te Türk tarafı azınlıkta kalmakta ve yönetsel sorunlar yaşanmaktadır. Öte yandan İMİK toplantılarına Federal ve Eyalet Sağlık Bakanlıkları tarafından Genel Müdür seviyesinde katılımın olması Sudan tarafının komite toplantılarında baskın olmasıyla sonuçlanmaktadır.



Yurt dışı hastaneleri ülkemizde alıştığımız hastane işletiminden farklı işletim modellerinde hizmet vermektedirler. Farklılığın sebebi bu hastanelerin yardım amacıyla kurulmuş model hastane olması ve hastane işletilen ülkelerdeki tedarik sorunlarıdır. Bu hastanelere ülkemizden gelen yöneticiler dört aylık görevlendirme ile gelmektedir. Görevini tamamlayan yönetici, gelen yöneticiye bir devir teslimle iş devri yapmadığı için gelen her yönetici deneme-yanılma yöntemiyle süreçleri öğrenmektedir. Dört ayda ancak geldiği ülkedeki hastaneyi tanıyan, kaide ve kuralları öğrenen yöneticilerin icra yapacakları dönemde görev sürelerinin bitmesi hastanenin geleceğe yönelik planlama yapmasının önündeki en büyük engeldir.

Bakanlık ilgili birimlerinin yurt dışı hastaneleriyle ilgili aldıkları kararlarda hastane yönetimleri ile istişare yapmaması sağlık hizmetinin verimliliğini ve performansını azaltmaktadır.

Hastanemiz bölgede 7 gün 24 saat esasına göre çalışan tek hastanedir. Hastalarımızın büyük çoğunluğu hastanemize 3-5 günlük yolculuk sonrasında ulaşabilmektedir. Hastanemize müracaat eden hastaları kabul etmeme, başka bir hastaneye sevk etme gibi bir rahatlığımız söz konusu değildir. Bu kadar uzun yol kat ederek gelen hastalar ilgili branş hekiminin bulunmadığı durumlarda günlerce ülkemizden gelecek hekimlerin yolunu gözlemektedir. Bir diğer önemli nokta da hastalık profilleridir. Hastalar alıştığımızın dışında ileri derecede

komplike halde müracaat etmektedir. 6 doğumunu da sezaryenle yapan hastamızla karın içindeki apseye bağlı karın ön duvarı kangren olan hastamız ilk aklıma gelen örneklerdir. Bölge için bu kadar önemli bir hastanedeki iş yükü, ülkemizden dört aylık dönemlerle gelen ve sayıları her seferinde değişen sağlık profesyonelleri ile 300 civarında Sudanlı personellerimiz tarafından karşılanmaktadır. Halihazırda yurt dışındaki hastanelere yapılmakta olan görevlendirmelerde ciddi aksaklıklar yaşanmakta, bazı alanlarda hizmetin sürekliliği sağlanamamaktadır.

Çoğu branşta tek uzman hekim görev yapmaktadır. Travma hastalarının oldukça fazla olması, sürekli icapçı olarak çalışılıyor olması ve hastaların ilgili branş hekimini bulabileceği başka hastane olmaması nedeniyle buradaki görev süreci çok yıpratıcı olmaktadır. Özellikle anesteziyoloji, beyin cerrahisi, iç hastalıkları, genel cerrahi, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ile ortopedi uzmanlarının toleransında zaman zaman sorunlar yaşanmakta, bu durum hasta güvenliğini tehdit etmektedir.

Ülkemizden yurt dışı hastaneler için görevlendirilen personelin makam onayı alındıktan sonra ilgili hastaneye gelip başlaması yaklaşık 10 iş günü sürmektedir. Nyala özelinde bu süre eyalete uygulanan vize nedeniyle daha uzun olmaktadır. Yerel makamlarla görüşülmesine rağmen bu süreler kısaltılamamıştır.

Yurt dışındaki sağlık tesislerimizde personellerimizin konakladığı mekânların yeterince iyi olmaması görevlendirilecek personellerin temin edilmesinde zorluklara sebep olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin ve kullanılan kaynakların takip edilebilmesi amacıyla ülkemizdeki kamu hastanelerinde kurumsal kalite sistemi (KKS), insan kaynakları yönetim sistemi (İKYS), malzeme kaynak yönetim sistemi (MKYS), elektronik belge yönetim sistemi (EBYS), temel sağlık istatistikleri modülü (TSİM) ve tek düzen muhasebe sistemi (TDMS) kullanılmaktadır. İlgili ülkeler için örnek olması düşünülen yurt dışı hastanelerde bu sistemler kullanılmamakta, süreçler ve çıktılar analiz edilememektedir.

Hastanenin yardım amaçlı olması nedeniyle gelirleri giderlerinin dörtte biri kadardır. Hastanemizin finansmanı hastane gelirlerinin yanı sıra her iki ülke tarafından verilen desteklerle sağlanmaktadır. Protokolde yıllara göre miktarı belli olan bu desteklerde geçmiş yıllarda gecikmeler olmuştur. Nakit akışındaki gecikmeler İMİK toplantılarında tartışmalara, personel maaşlarında gecikmelere, hastanenin zorunlu giderlerinin dahi karşılanamamasına, piyasaya borçlanmaya, personelin ve esnafın hastaneye olan güveninde erozyona neden olmaktadır.

Hastanemizin kurulumu sırasında cihazların neredeyse tamamı ülkemizden getirilmiştir. Geçen zamanla birlikte ülkemizden getirilen bu cihazlarda dönem dönem arızalar yaşanmakta ve onarım için yerelden teknik destek hizmeti tedarik edilememektedir. Ülkemizden teknik destek sağlanması da zaman ve maddiyat açısından külfetli olmaktadır.

Özetle yurt dışı hastaneler çok özel sıcak temas noktalarıdır. “İnsanı yaşat ki devlet yaşasın” düsturuyla, farklı coğrafyalarda ve farklı yapısal özelliklere sahip ülkelerde yardım amacıyla ve örnek sağlık tesisi olarak kurulan yurt dışı hastanelerinin, kuruluş amacına uygun ve kesintisiz hizmet verebilmesi için yoğun çaba sarf edilmelidir.

Kaynaklar

Arpa E., *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi: TİKA'nın Yurtdışındaki Sağlık Faaliyetleri*, 26. sayı, s:16-19.

Saatçi Ö., Polat B., *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi: Sınır Ötesi Sağlık: Tecrübeler, Tespitler, Öneriler*, 26. sayı, s:44-45

STK'lar açısından sınır ötesi sağlık hizmetleri

Dr. Yahyahan Güney



1969 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nden 1992 yılında mezun oldu. GATA Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları alanında ihtisasını tamamlayarak dâhiliye uzmanı oldu (1999). Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde birçok kurumda dâhiliye uzmanlığı yaptı. 2002 yılından beri Özel Başakşehir Cerrahi Tıp Merkezi Mesul Müdürlüğü'nü yürüten, 2004 yılında beri de Yeryüzü Doktorları bünyesinde çalışmalarda bulunan ve halen Yönetim Kurulu Başkanlığı görevini sürdüren Dr. Güney evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Ülkemizdeki sivil toplum kuruluşları (STK) sağlık alanındaki insani yardım faaliyetlerini ancak son 5-10 yıldır sınır ötesine taşımaya başlamıştır. Bu süreçte STK'larımız farklı coğrafyalara farklı faaliyetlerle ulaşmıştır. 2018 yılına gelindiğinde bu faaliyetlerin geriye dönük bir değerlendirmesi ve geleceğe yönelik yeni bir planlamanın yapılmasının vakti gelmiştir. İnsani yardım kurumlarımızın saha operasyonlarına gönüllü doktorların da katılması ile başlayan basit sağlık taramaları ve birinci basamak sağlık hizmetleri gibi faaliyetler, küçük ölçekli operasyonlar, tıbbi malzeme ve ilaç yardımları şeklinde büyüyerek devam etmiştir. Sağlık faaliyetlerinin sahadaki etkisini açıkça müşahade eden STK'larımız zamanla dünya çapındaki tecrübelerden de yararlanarak değişik branşlarda ileri cerrahi müdahaleler içeren pek çok proje gerçekleştirmiştir. Gelineen noktada binlerce sağlık çalışanımızın mazlum coğrafyalarla tanıştığı ve gönüllü desteği sunduğu ancak çoğunlukla birbirinden bağımsız olarak hareket edilen bu dönemde, milyonlarca muayene ve yüzbinlerce operasyon, çok yüklü miktarda ilaç, tıbbi ekipman ve malzeme desteği, çok yüksek maddi değeri olan işletme destekleri ve eğitim projeleri gerçekleştirilmiştir. Şüphesiz bu hizmetler kendi başlarına çok kıymetlidir birçok başarıları da içermektedir. Ancak çokça da yanlışımızı göstermiştir.

Özellikle kaynak ve gönüllülük israfı, plansızlık, edilgenlik, mükerrerlik ve kamu kurumlarımızla olan iş birliği modellerindeki hatalar/eksikler gibi birçok problem yaşanmıştır ve hala da mevcuttur. Aşağıda naçizane sunmaya çalışacağım önerilerin bu doğrultuda yeni bir planlama için değerlendirilmesini istiyorum.

1. Sağlık Yardımı Yapan STK'lar İçin Mevzuat Gereksinimi ve Eşgüdüm Sistemi

Daha önce muhtelif platformlarda çokça zikredildiği gibi vakıf ve derneklerin bağlı olduğu mevzuat çok genel hükümler içermekte olup, birçok farklı vasıftaki kurum ve kuruluşu kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Sağlık alanında çalışan STK'ların ayrı bir iletişim, istişare ve eşgüdüm platformuna ve buna zemin teşkil eden hukuki düzenlemelere ihtiyacı vardır. Bu şekilde bir düzenleme, devlet-STK ilişkilerini iyileştirmekle birlikte, STK'lar arası bilgi ve tecrübe paylaşımını etkinleştirerek kurumsal kapasite artışı, kaynak kullanımında verimlilik vb. pek çok faydayı beraberinde getirecektir. Ancak böyle bir yapı hiyerarşik bir mekanizma üreterek STK'larımızın bağımsızlıklarına zarar vermemeli, insani yardım alanına uygun iş ve prosedürlerin önünün açılmasını, kolaylaştırılmasını ve etkinleştirilmesini içeren bir dengede kurgulanmalıdır.

2. Kaynak Temini, Ulusal ve Uluslararası Fon Kullanımı

STK'larımıza sınır ötesi kaynak sağlayan ulusal fonlar çok az sayıdadır. Bunlardan en ciddi ve başarılı örnek şüphesiz ki TİKA'dır. Sadece bu bir kurumun desteği bile birçok STK'nın önünü açmış ve kurumsallaşmalarına ön ayak olmuştur (1). Stratejisi ile örtüşen projeleri STK'lara sağladığı fonlarla güçlendirmekte ve desteklemektedir. Dinamik, proje bazlı ve sonuç odaklı çalışarak ve kullandığı fonlarını sürekli denetleyerek süreçlerini devamlı olarak geliştirmektedir. Sağlık Bakanlığı ve diğer bakanlıklarımızın ise halen STK'lara yönelik net ve ciddi bir iş birliği süreci yoktur. Yurtdışı projeleri fonlama modelleri bulunmamaktadır. Sadece sağlanan resmi izinlerle sürece destek sağlamaktadırlar. Bu çok değerli destek şu ana kadar birçok fayda sağlamıştır. Fakat tek başına yetersizdir. Önerimiz, Sağlık Bakanlığımız başta olmak üzere tüm kamu kurumlarımızın STK'larımıza yönelik bütüncül bir sistem dâhilinde fonlar oluşturması ve proje bazlı destekler sunmasıdır. Yine kamu kurumlarımızın, uluslararası fonların kullanımına yönelik olarak STK'larımıza akreditasyon, proje hazırlama ve proje yönetme gibi konularda eğitimle birlikte her türlü desteği vermesi, alandaki STK'larımızın kurumsal kapasitelerinin geliştirilmesine odaklanmasıdır. Bu, çok büyük katkı sağlayacaktır. Ayrıca STK'ların faaliyet ve projeleri için toplayacağı yardımlar 1980

Anayasasından kaynaklanan 2860 sayılı Yardım Toplama Kanunu çerçevesinde değerlendirilmektedir (2). Her ne kadar kamu yararı statüsü, izin almadan bağış toplayabilme yetkisi gibi bir takım özel ve mahdut alanlar olsa da bunlar yetersizdir. Yeni Türkiye’de kaynak teminine yönelik izin süreçlerinde çok daha yalın, kaynak akışının izlenmesinde ise çok daha şeffaf ve kontrol edilebilir bir sistem ve buna yönelik bir hukuki altyapı gereklidir.

3. Planlama

STK’larımızın sınır ötesinde çok aktif hale geldiği son 5-10 yıl içerisinde, daha çok krizler ve sosyal gündem çerçevesinde edilgen bir pozisyonda faaliyet gösterdikleri anlaşılmaktadır (3). Yeni konjonktürde STK’larımızın odaklandığı sağlık uzmanlık alanlarını ve çalışacağı coğrafyaları belirlediği, kaynak geliştirme ve dengesine yönelik kararlarını netleştirdiği (bağış, fon, aidat vb.), profesyonel çalışanlarına ve gönüllülerine yönelik organizasyonel yapılanma biçimlerini tasarladığı stratejik planlarla hareket etmelidir.

4. Uzmanlaşma ve Sürdürülebilirlik

STK’larımızın geleneksel ve giriş düzeyindeki sağlık yardım faaliyetlerinden, kendi temayüz eden kurumsal yetkinliklerini keşfederek onların üzerine odaklanmaları, insani ve sağlık yardımında ana ve alt alanlar bazında ihtisaslaşma sürecine başlamaları gerekmektedir. Sahada uygulanan etkinlik yönetimi anlayışından artık proje ve daha ötesinde program yönetimine geçilmelidir. Faaliyetlerin sürdürülebilirliği ancak bu şekilde sağlanabilir. Yardım duygusunun naifliği ile hesap yapılmadan başlatılan pek çok projenin, kısa vadede bile vaat edilenler yerine getirilemeden başarısızlıkla kapatılmak durumunda kalındığı onlarca tecrübeyi hepimiz birlikte yaşadık. Benzer yanlışları tekrar etme döneminden, ancak ve ancak tecrübelerimizden ders çıkararak ve profesyonel yaklaşım ve yöntemlere itibar ederek çıkabiliriz.

5. Partnerlik İlişkileri Tecrübesi

Sağlık yardım faaliyetimizin etkinliği yönetiminden proje yönetimine, oradan da orta-uzun vadeli bir program yönetimine geçişi kurum kapasitesinin geliştirilmesiyle mümkündür. Ancak hiçbir ülkedeki hiçbir faaliyet o coğrafyanın yerel bir

unsuru gibi sonsuza dek devam etmeyecektir. Değişik platformlarda ve literatürde de defaatle ifade edildiği üzere yardım faaliyetleri yürütürken yerel kapasitenin geliştirilmesi orta-uzun vadeli kalıcı dönüşümler için olmazsa olmazlardanır. Hele ki bu bir hizmet sunumu olan sağlık alanında daha da açıktır ve kesindir. Bu durum ancak faaliyetler yerel partnerler aracılığıyla ile yapılırsa sağlanabilir. Tabi ki yerel bir partnerin sağlık hizmet sunum kapasitesinin geliştirilmesi çoğu zaman birlikte gerçekleştirilen sadece bir proje sayesinde sağlanamaz. Yerel kapasitelerin gelişmesi ancak orta-uzun vadeli ve sağlam iş birlikleri sayesinde sağlanabilir. Partner ilişkilerinin, yerel veya uluslararası anlamda, sinerjik katkı sağladığı bir başka konu da herhangi bir yardım bölgesinde farklı kaynak ve yetkinliklerin bir arada değerlendirilebilmesidir. Bunun ise sahadaki ilk karşılaşmada sağlanması pek mümkün değildir. Sahadaki veya masadaki tanışıklıklar ile başlayan, ancak zamanla birbirinin kaynaklarını, yetkinliklerini ve iş yapma usullerini çok iyi anlamış, üstelik bunu birlikte birkaç somut proje gerçekleştirerek taçlandırmış partnerler, herhangi bir iş birliği konusunda süreçleri çok hızlı ve doğal bir şekilde ilerleterek, oluşan sinerji ile beklenenden çok daha yüksek katma değer oluşturabilirler.

6. Gönüllü Yönetimi

Birçok STK’mız sahadaki sağlık hizmetlerinden gönüllülerinden destek almaktadır. Bu kapsamda sunulan hizmetler genellikle süreleri ortalama 9-10 gün süren sağlık kampları şeklinde gerçekleşmektedir. Bu durum sürdürülebilirlik bağlamında sorunlu ve maliyet etkinlik planlaması bakımından da verimsiz bir iş modelidir. Bu nedenle artık projeler sahadaki yerel personel ile çalışarak aynı kaynakla daha uzun süre hizmet verme modeline taşınmaktadır. Örneğin Yeryüzü Doktorları son dönemlerde yukarıdaki nedenlerle kısa süreli kamplara dayalı sağlık yardımlarını sadece acil durumlarda ve hizmet alanlarının desteklenmesi şeklindeki periferik destek alanlarında konumlandırmaktadır. Yerelde uzmanı olmayan branşlarda gönüllü desteği bazen zaruri olabilmektedir ancak yapılan lojistik harcamaların makul bir çıktıya dönüşmesi için sahada kalınan sürenin uzatılması, bunun için de izlenen izin/görevlendirme gibi usullerin iyi bir planlama ve kontrolle yapılması gerekmektedir. Özellikle de Sağlık Bakanlığımızın kendi dış faaliyet

coğrafyalar ve alanlarını destekleyen ve/veya arttıran projelerde etkili bir STK partnerlik ve fonlama modeli ile bu daha kurumsal bir zemine oturtulabilir hatta bu elzemdir.

7. Dini/Milli Hamaset ve Hassasiyetlerin Sahada Disipline Edilmesi

STK’larımızın çalışanları ve gönüllüleri, çoğu zaman dini ve milli duygularla, antiempyristik duygu ve düşüncelerini sahada fazlaca hissettirmekte, bunu davranışlarına yansıtabilmektedir. Bu durum sahada farklı kültürlerde farklı karşılıklar bulmakta, zaman zaman siyasi ve sosyal problemlerin çıkmasına neden olabilmektedir. STK çalışan ve gönüllülerinin bu duygularının ve davranışlarının eğitimle disipline edilmeye ihtiyacı vardır.

8. Etik Problemler: Kişi, Kurum, Sosyal Grup ve Faydalanıcı Masuniyeti

Modern dünyada maalesef insani yardım da bir güç ve bir reklam aracı olarak kullanılmaktadır. Sağlık yardımlarından faydalanan kişiler, isimleri ve resimleri ile bu reklamların objesi haline gelmişlerdir. Bu durumun önüne geçilmesi için, yurtdışı sağlık yardım sistemimizin etik kurallarının oluşturulması gerekmektedir. Bu kapsamda, ihtiyaç sahiplerinin masumiyet ve mahremiyetleri gözetilmeli ve korunmalıdır. Bağışçılar, gönüllüler ve çalışanlar, kişisel ve kurumsal reklam ve kazanımlar açısından doğru şekilde konumlandırılmalıdır. Bu sınırlamada doğru olan, milli ve uluslararası etik ilkeler çerçevesinde bir tanımlamanın yapılmasıdır. Örneğin Yeryüzü Doktorları bu konuda bir iç yönetmelik oluşturmuştur. Bu yönetmelikte bütün üyeler, bağışçılar, çalışanlar ve gönüllüler için gerekli çerçeve belirlenmiştir. Bu etik sınırlar; sağlık yardımının insaniliği, itibarının korunması ve sürdürülebilirliği için mutlak zorunluluktur.

Kaynaklar

1) <http://www.sdplatform.com/Dergi/683/TIKAnin-yurtdisindaki-saglik-faaliyetleri.aspx> (Erişim Tarihi: 30.07.2018)

2) <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2860.pdf> (Erişim Tarihi: 12.08.2018)

3) <http://www.sdplatform.com/Dergi/691/Sinir-otesi-tibbi-yardim-ve-Yeryuzu-Doktorlari.aspx> (Erişim Tarihi: 12.08.2018)

Sağlık Bakanlığı ve bağımlılık

Prof. Dr. Ömer Mücahit Öztürk



Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Uzmanı, 1965 yılında Eskişehir'in Günyüzü ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Eskişehir'de tamamladı. 1990 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1997 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimini tamamlayıp Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Uzmanı oldu. 2000 yılında Doçent, 2007 yılında Profesör unvanı aldı. Halen İbni Haldun Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde öğretim üyesidir.

Türkiye'de ve dünyada hızla tütün, alkol ve uyuşturucu madde alım oranları artmakta, maddeye başlama yaşları gittikçe düşmektedir. Diğer bağımlılıklar gibi teknoloji ve kumar bağımlılığı da kişiye, aileye ve topluma psikolojik, sosyolojik ve ekonomik zararlara yol açmaktadır. Psikiyatrik bir sendrom olan bağımlılığın tanısı için aşağıda sayılan ölçütlerin yalnızca üçünün bir arada görülmesi yeterlidir.

- Kullanılan maddeye tolerans gelişmesi
- Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
- Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan çabalar
- Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama
- Madde kullanımı nedeni ile sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin olumsuz etkilenmesi
- Maddenin daha uzun ve yüksek miktarlarda alınması
- Fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen madde kullanımını sürdürmek.

Fiziksel bağımlılık, kullanılan maddeye karşı bir adaptasyon gelişmesine bağlı olarak maddenin varlığına karşı duyulan fizyolojik bir iktisat. Ruhsal bağımlılık ise kişinin duygusal ya da kişilik yapısına bağlı olarak gereksinimlerini tatmin etme/giderme amacı ile o maddeye düşkünlüğüdür. Bağımlılık ciddi bir hastalıktır. Bağımlılığa ilişkin beyinde birçok nörokimyasal, nörofizyolojik değişimler saptanmıştır. Bu nedenle, bağımlılık tedavisi, belirli şemaları ve ilkeleri içeren kapsamlı bir protokol ile sağlanabilir. Bağımlı kişiler bağımlılığın bir hastalık olduğunu kabul eder ve hastalıklarda uyulması gereken kuralları olduğunu bilirlerse tedaviye uyumları artmaktadır.

Önemli toplumsal sorunların başında gelen bağımlılık birçok güncel politika ve uygulamanın temel konusunu oluştururken yerel yönetimler, devletler, uluslararası teşkilatlar ve sivil toplum kuruluşları bu alanda stratejiler geliştirmekte ve önemli ekonomik yatırımlar yapmaktadırlar. Son yıllarda uyuşturucu politikalarında yaşanan gelişmelerden de anlaşılacağı gibi bağımlılıklarla mücadele stratejileri sadece politika ve uygulamaların bir parçası değil, bazen başlı başına diğer politik süreçleri etkileyen başat faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Uluslararası seviyede uyuşturucu politikalarına ilişkin 1961 Tek Sözleşmesi, 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi, 1988 BM Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığı ile Mücadele Sözleşmesi şeklinde başlıca üç temel sözleşme bulunmaktadır. Bu sözleşmeler devletlerin özellikle arzla mücadele politikalarını yönlendiren ve temelde uyuşturucu maddelere ilişkin ulus devletlerin politikalarını düzenleyen bir içeriğe sahiptir. Sözleşmeler uyuşturucusuz bir dünya ideali ile oluşturulmuş ve ulus devletlerin uyuşturucu politikalarının da genel çerçevesini belirlemiştir.

Son yıllarda dünya genelinde uyuşturucu madde kullanımının yaygınlaşması, var olan sözleşmelerin ve bu sözleşmelere dayalı politikaların yetersiz olduğuna dair tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Mevcut uluslararası sözleşmelerin ve ulusal politikaların çok kapsamlı stratejik uygulama ve yaklaşımlarla revize edilmesi gerekmektedir. Uyuşturucu politikalarının belirlenmesinde uluslararası boyuttan yerele değil, yerelden uluslararası boyuta doğru ilerleyen bir yaklaşım benimsenmeli, mevcut dinamikler bu yaklaşımla harekete geçirilmelidir. Buna göre, başta uyuşturucu olmak üzere diğer bağımlılık yapıcı maddeler ve davranışsal bağımlı-

lılıklarla mücadele politikaları alanındaki uluslararası çerçeve gelişmiş ülkelerin uyguladıkları stratejilerinin bir yansıması olmaktan öte, her coğrafyanın kendine mahsus şartları çerçevesinde; kültürel, coğrafi, bölgesel farklılıklar ve değerler dikkate alınarak oluşturulmalıdır.

Bağımlılıkla Mücadele Politikalarına İlişkin Temel Yaklaşımlar

Önleme: Bağımlılıklarla mücadelede konusunda önleme politikalarının ve çalışmalarının dünya genelinde halen istenilen düzeyde olmadığı gerçeğinden hareketle, önlemenin öncelikli bir politika seçeneği olarak kabul edilmesi, önleme politikalarının bilimsel metotlara uygun, kanıta dayalı, uygun maliyetli ve bilimsel verilerle desteklenen uluslararası standartlar doğrultusunda belirlenmesi gerekmektedir.

Halk sağlığı: Özellikle uyuşturucu ile mücadelede son yıllarda öne çıkan halk sağlığı yaklaşımı kullanıcıya yönelik hukuki yaptırım ve diğer süreçlerin aksine; tedavi, rehabilitasyon ve sosyal entegrasyon gibi süreçlerin imkân ve kapasitelerinin artırılmasına öncelik vermektedir. Böylece bağımlı bireyler, çeşitli hukuki yaptırımlara maruz kalmak yerine doğrudan sağlık kurumları ile muhatap olmakta ve temelde bir sağlık sorunu olarak kabul edilen bağımlılığın tedavisi ve rehabilitasyonu bu sürecin merkezinde bulunmaktadır. Halk sağlığı yaklaşımı, bağımlılıkla mücadelede kullanıcıya yönelik hukuki yaptırım süreçlerinin yerine, insan hakları ve alternatif sosyal politikaların geliştirilmesini benimser. Bu yönüyle uyuşturucu madde bağımlılığı ile mücadelenin diğer sağlık alanlarında yürütülen temel sağlık politikalarının benzeri bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir. Uyuşturucu bağımlılarının hiçbir hukuki yaptırıma maruz kalmadan tedavi ve rehabilitasyon süreçlerine erişim hakkı

tıpkı diğer hastaların tedavi imkânlarına erişim hakkı gibi değerlendirilmelidir.

İnsan hakları yaklaşımı: Başta uyuşturucuyla mücadele olmak üzere mücadelenin her seviyesinde gerçekleşecek uygulamalarda temel insan hakları çerçevesinin belirleyici olması gerekmektedir. Özellikle uyuşturucu kullanan bireylerin damgalanmaması, ayrımcılığa maruz kalmaması, kişisel hak ve hürriyetinin ihlal edilmemesi için bu alanda yapılacak her türlü düzenlemede evrensel insan hakları normları ve tıp etiği temel ilkeleri benimsenmelidir.

Sosyal uyuma yönelik rehabilitasyon hizmetlerinin önemi: Türkiye'nin en önemli sağlık sorunlarından biri olan uyuşturucu bağımlılığı ile mücadelede en önemli eksiklik rehabilitasyon süreçlerinde yaşanmaktadır. Uyuşturucu ile mücadelede etkinliği artırabilmek için bağımlıların tedavi sonrası sosyal hayata entegrasyonunun sağlanması önemli bir aşama olarak yer almaktadır. Çünkü tıbbi tedavi sonrası herhangi bir destek olmadan aynı sosyal çevreye dönen birey, tekrar aynı ortama yani bağımlılık döngüsüne girmektedir. Bu nedenle Alkol Uyuşturucu Madde Bağımlılık Tedavisi Merkezleri (AMATEM) ve Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (ÇEMATEM)'de maddeden arandıktan sonra kişiye psikolojik danışmanlık, terapi ve rehabilitasyon desteğinin verilmesi, kişinin yaşam becerilerinin geliştirilmesi, mesleki olarak yetkinliklerinin artırılması ve böylece sosyal hayata tekrardan kazandırılması gerekmektedir. Ülkemizin kültürüne uygun bir yaklaşımla mevcut yüksek nüfus oranlarının azaltılması ve bağımlıların rehabilite edilerek sosyal hayata kazandırılması sosyal kalkınmanın en önemli önceliklerinden biri olmalıdır. Bu doğrultuda yürütülen bilimsel yaklaşıma sahip çalışmaların desteklenmesi gerekmektedir.

Sivil toplum kuruluşlarının sürece dahil edilmesinin gerekliliği: Bilimsel çalışmalar ve gelişmiş ülkelerdeki başarılı örnekler hizmet kalite değerlendirmesinin hizmet sunumunu yapan birimler haricindeki sivil toplum kuruluşları ve bağımsız kuruluşlar tarafından sağlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Gelişmiş ülkelerin bağımlılığın tedavisine yönelik geliştirilen hizmetlerde STK'lar önemli roller üstlenmektedir. Bu durum uyuşturucu ile mücadelede başarıyı artırmaktadır. Türkiye'de de bu sorunun çözümü noktasında başarı elde edilebilmesi için özellikle STK'ların önünün açılması ve teşvik edilmeleri gerekmektedir. STK'ların rehabilitasyon sürecine dahil olmasına en iyi örneğini

İngiltere teşkil etmektedir. İngiltere'de hem merkezi devlet hem yerel yönetim hem de STK'lar bu süreçte çok önemli roller almaktadır. İngiltere'de merkezi yönetim hem akreditasyon süreçlerini hem de finans kaynağını desteklemektedir. Bu kaynaklar belediyeler üzerinden STK'lara aktarılmakta ve sağlanan hizmetlerin performansı ise sürekli izlenmektedir.

Rehabilitasyon hizmetlerinde başarının artırılabilmesi için sürdürülebilir ve bütüncül bir ekosistem tesis edilmesi ve bu ekosistemde yer alacak olan birimlerin hizmet modellerinin, kurumsal yapılarının, mevzuatının, mali yapısının, performans ölçütlerinin, akreditasyon ve beşeri kaynak yapısının bir bütünün birbirini tamamlayan unsurları olarak ele alınması gerekmektedir. Ayrıca yapılacak mevzuat değişikliklerinde ruhsatlandırma, hizmet kalite değerlendirmesi, fonlama, hizmet sunumu, teşvik ve sosyal destek süreçlerini bütüncül olarak ele alan bir yaklaşımın ortaya koyulması hayati önem taşımaktadır.

Bütünlük bir tedavi ekosistemi yaratmaya yönelik rehabilitasyon çalışmalarında harcanan her bir liranın sisteme 15-20 çarpanla geri döndüğü görülmektedir. Baştan sona hastanın iyi yapılandırılmış bir ekosistemde tekrar bağımlılık döngüsüne girme oranı %50'den %30 seviyelerine düşmektedir. Bu yaklaşım doğrultusunda uyuşturucu bağımlılığı tedavi süreçlerinin multidisipliner ve rehabilitasyonun ekosistemin diğer ayaklarıyla uyum içinde çalışmayı sağlayacak şekilde tasarlanmasını gerekmektedir. Bu nedenle rehabilitasyon süreçleri oluşturulurken birey, aile ve toplum temelinde, tedavi sürecinde düzenli değerlendirme yapılan, bireyin psikososyal gelişimini esas alan, bireyin mesleki ve eğitim altyapısının gelişimi sağlayan, cezaya değil, ödüle dayalı bir sistem kurulmalıdır. Aile değerlendirmesi ile aile sürece sistematik olarak eklenmeli, aileler eğitilerek bağımlının süreci beraber yürütülmelidir. Aynı zamanda bağımlıların toplum içinde tedavi olması ve topluma kazandırılması amaçlanmalı, bağımlılara iş, barınma, eğitim desteği sunulmalı ve stigmatın yok edilmesi amaçlanmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Başta madde bağımlılığı olmak üzere bağımlılıklarla mücadelede arz ve talep yönlü mücadele alanlarında kurumların kendi uzmanlık alanlarına odaklanmasının sağlanması gerekmektedir. Örneğin arzla

mücadele etmesi beklenen kurumların eğitim vb. önleme çalışmalarına kaynak ve zaman harcamaması, eğitim odaklı kurumların eğitime odaklanması, sağlık kuruluşlarının ise arındırma ve rehabilitasyona odaklanması gerekmektedir. Sivil toplumun bağımlılıklarla mücadeleye aktif katılımının artırılması için özellikle önleme koruma ve rehabilitasyon süreçlerinde sivil toplumun aktif sorumluluk almasının sağlanması gerekmektedir. Sivil toplum örgütlerinin kurumsal kapasitelerini geliştirmelerinin desteklenmesi gerekmektedir. Bunun için Yeşilay gibi kurumsallaşmada mesafe kat etmiş olan STK'ların diğer STK'ların kapasitelerini artırmaları desteklenmelidir. Yapılan bütün önleme faaliyetlerinin etkililiğini ölçmeye yönelik standartların belirlenmesi ve programların etki ölçümünün zorunlu tutulması gerekmektedir.

Sonuç olarak, Türkiye'de uyuşturucu bağımlılığı başta olmak üzere bağımlılıklarla mücadelede ve bağımlı bireylerin rehabilitasyonunda başarının artması için gelişmiş ülkelerdeki uygulamalarla beraber ülkemizin sosyal, kültürel ve ekonomik koşulları dikkate alınarak mevzuat alt yapısının ve hizmet yaklaşımının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

2017 Drug Strategy, HM Government, July 2017. <https://www.gov.uk/government/publications/drug-strategy-2017> (Erişim Tarihi: 19.08.2018).

Amerikan Psikiyatri Birliği, Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı, (DSM – IV – TR), Amerikan Psikiyatri Birliği Washington DC. Çeviren: Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.

Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction, National Institute on Drug Abuse, Drug Misuse and Addiction, 2014. <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction> (Erişim Tarihi: 19.08.2018).

Fatma Sultan Kılıç, Bağımlılık ve Uyarıcı Maddeler, Osmangazi Tıp Dergisi, 2016;38, s. 55-60.

İhsan Karaman, Bağımlılık, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013;28, s. 48-55.

Principles of Drug Addiction Treatment – A Research Based Guide, Üçüncü Baskı, National Institute on Drug Abuse, Aralık 2012. https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podat_1.pdf (Erişim Tarihi: 19.08.2018).

World Drug Report 2018, Executive Summary Conclusions and Policy Implications, UNODC. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf (Erişim Tarihi: 19.08.2018).

Yıldırım B. Doğan, Madde Kullanımı ve Bağımlılığı, Aile ve Toplum, 2001; 4,1,1, s. 79-87.

Göçle ilgili psikolojik sorunlar

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve orta öğrenimini Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Uludağ Üniversitesinde tamamladığı psikiyatri uzmanlığının ardından (1995), KTU'da doçent (2000), İstanbul Medipol Üniversitesinde profesör oldu (2012). 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesinde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine kurucu başhekim olarak atandı. Şu anda İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji bölümünde öğretim üyesi ve ayrıca Dr. Sena Yenel Özbay ile birlikte kurduğu İstanbul Psikiyatri Akademisinde psikiyatri olarak çalışmaktadır. Bilimsel ilgi alanları kişiler arası ilişki sorunları, biyolojik psikiyatri ve uyku bozuklukları olan Bilici, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Göç ve göçmen kavramını değişik şekillerde açıklamak mümkündür. Göç, coğrafi mekân değiştirme sürecinin ekonomik, kültürel, sosyal ve siyasi yönleriyle toplum yapısını değiştiren nüfus hareketidir. Bu durum sürekli olabileceği gibi geçici nitelikte de olabilir. Eğitim ve çalışma amaçlı, kısa süreli ve bu sürenin sonunda geri dönülebilen, mekân değiştirme hareketlerinin de göç sayılabileceği belirtilmektedir. Göç olayını gerçekleştiren kişiye göçmen adı verilmektedir. Göçler, eşitsiz biçimde dağıtılmış ekonomik fırsatlardan yararlanma isteğinin bir sonucu olabildiği gibi; doğal afetler ya da devlet gibi sosyal bir otoritenin gündeme getirdiği sürgünler, mecburi iskânlar ve savaşlar nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir. Bu bilgilerden hareketle göçmenlerin göçme nedenine göre sınıflandırılması uygun olacaktır. Ülkemizde göçle ilgili konular yoğun bir şekilde gündemde olmasına karşın bilimsel anlamda tanım ve standartizasyonların yetersizliği önemli bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

Uzaklık kriterine göre tanımlanan iki göç türü vardır: İç göç ve dış göç (uluslararası göç). Türkiye'de çoğunlukla kırdan kente ve kentten kente doğru göçler oluşmuştur. Türkiye'de sanayileşmenin gelişmesiyle birlikte kentleşme oranı artmaya başlamış, göçlerde artış meydana gelmiştir. En fazla göç veren bölgeler, Karadeniz ve Doğu Anadolu

Bölgeleridir. En fazla göç alan bölgeler ise Marmara ve Ege Bölgeleridir. 1990'lı yıllarda Türkiye'de göç hareketlerinde önemli değişiklikler olmuş, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerinden batıya ve şehir merkezlerine doğru zorunlu iç göç yaşanmıştır. TBMM'nin 1998 yılındaki raporunda OHAL kapsamındaki ve mücavir alandaki iller ile bazı çevre illerde 1997 yılı itibarıyla 905 köy ve 2.523 mezranın boşaltıldığı ve göç edenlerin sayısının 378.335 olduğu belirtilmiştir. US Commitee for Refugees (USCRI, 1998) yerinden edilmiş kişi sayısının 380 bin ile 1 milyon arasında olduğunu tahmin etmektedir. İnsan Hakları İzleme Örgütü (Human Rights Watch-HRW) 2 milyon rakamını telafuz etmiştir. (HRW, 2002) Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), İnsan Hakları Derneği (İHD) ve Göç Edenler Sosyal Yardımlaşma ve Kültür Derneği (GÖÇDER) ortak basın bildirilerinde 3 ila 4 milyon tahminlerinde bulunmuşlardır.

Bu bilgiler göçün kaynağında engellenmesini sağlayacak politikaların geliştirilmesi açısından önemli olacaktır. Son yıllarda özellikle dış göçlerin kaynağında halledilmesi için yurt dışı operasyonlar dahil çeşitli girişimlerin olması söz konusu iken iç göçün kaynağında durdurulmasına yönelik ciddi bir girişimin olmadığını söyleyebiliriz.

Son yıllarda Suriye ve Irak'ta süren savaş nedeniyle ülkemiz, bir dış göç dalgasına maruz kalmıştır. Bu durum dili ve kültürü çok farklı insanların ülkemize gelmesine

yol açmıştır. İç göçten farklı olarak burada bir dil ve kültür sorunu da politika geliştirilmesini etkileyen bir faktör olmuştur. Burada da göçü kaynağında engelleyecek politikaların geliştirilmesi zorunludur ancak takdir edileceği gibi bu politikalar iç göçtekine göre çok daha çetrefilli ve farklı boyutlu olacaktır. Bu nedenle iç göçe ve dış göçe yönelik uygulamaların bir çatı altında olsa bile farklı departmanlarca değerlendirilmesi gerekmektedir.

Göçün en önemli sonuçlarından biri psikiyatri alanında ortaya çıkmaktadır. Göç öncesi, göç süreci ve göç sonrası ortaya çıkan psikiyatrik durumlar farklılık göstermektedir. Dolayısı ile göç nedeniyle psikolojik zorluklar yaşayan insanlara yardım ederken bu üç evredeki olumsuz ve olumlu özellikleri değerlendirmek gerekir. Örneğin göç-öncesi dönemden kaynaklanan faktörler arasında göçün nedeni ve kaybedilecek şeylerin çapı, derinliği çok önemlidir. Zorunlu göç, "gönüllü" göçten haliyle çok daha fazla olumsuzluklarla yüküldür. Bu durumlarda en sık görülen psikolojik zorluklar depresyon, anksiyete bozuklukları, post travmatik stres bozukluğu, somatizasyon ve ilişki problemleridir. Bu nedenle göçmenlere verilecek en önemli sağlık hizmetlerinin başında psikiyatrik destek gelmektedir. Ülkemizde göçmenlerle ilgili psikiyatrik destek oldukça yetersiz düzeydedir. Arada bir gönüllü olan kuruluşların psikiyatrik ve psikolojik destek girişimleri çoğu zaman kısa süreli olmakta ve istenen faydayı sağlayamamaktadır.



Devlet, göçmenlerin bilinçli bir sosyalleşme ve topluma entegrasyonu için anadil öğrenimini, kullanımını desteklemeli ve bunun için programlar düzenlemelidir. Zira anadili ve içinde yaşanılan toplumların dillerinin öğrenilmesi, birbirine bağlı kültürel dokunun temel taşları olarak görülmektedir. Ülkemizde eğitim konusunda önemli ilerlemeler olsa da hala yeterli eğitimi alamayan göçmenlerin var olduğu bilinmektedir.

Mülteciler ve göçmenlerle ilgili yayınlarda sık sözü edilen kavramlardan biri akültürasyondur. Bu kavram "Bireyin yeni bir ülkede, başka bir kültürle temasa geçtiği zaman belli bir dereceye kadar değişmesi ve o kültürden etkilenmesi" şeklinde tanımlanmıştır. Bu kavram Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflamasına eklenmiş, yeni bir kültürden etkilenme sorunu bölümünde ve klinik ilgi odağı olabilecek ek kodlar başlığı altında yer almıştır. Akültüratif stresin uzun süre devam etmesinin nedenlerine değinen bir araştırmada yeni ülke insanların yeni gelene tepkileri ve olumsuz tutumları üzerinde durulmaktadır. Birinci kuşak göçmenlerin akültüratif stresi daha fazla yaşayacağı, sonra gelen her kuşakta stresin giderek azalacağı doğrulanmıştır. Kuşak çatışmasının göçmen ya da mülteci ailelerde çok daha karmaşık ve büyük olduğu vurgulanmaktadır. Çünkü genç kuşaklar gittikleri ülkenin kültüründen daha çok ve daha çabuk etkilenir, yaşlı kuşaklar ise eski ülkelerinin kültürel özelliklerini uzun süre taşımaya devam ederler. Bunun doğal sonucu olarak yaşlılarda akültürasyon yeteneği daha az ve kültür şoku riski daha fazladır. Ülkemizde göçün kültürel yönü ile ilgili uygulamaların yetersizliği halledilmesi gereken bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

Kimlik ve aidiyet sorunu göçmenler arasında siktir. Bazı ülkelerde yerli ırkçı

grupların ve bazı yönetimlerin söylem ve yayınlarında dile getirdikleri asimilasyon endişeleri, göçmenleri daha fazla kendi içlerine kapanmaya yöneltmektedir. Öte yandan, özellikle küreselleşme macerasında ikinci ve üçüncü kuşak göçmenlerin kendi kültürlerinden kopma, kimliğini kaybetme yönündeki korkusu ile özünden kopma riski, aileler ve çocuklar arasında yeni bir problem kaynağı olmakta ve onları kendi milli ve dini değerlerine yöneltmektedir. Bu bilgiler hem göç veren hem de göç alan ülkelerin, göç ve eğitim gibi temel politikalarını birlikte belirlemelerini gerekli kılmaktadır. Bu politikaların ayrımcılığı engellemesi göçmenlerin göç ettikleri ülkenin bir parçası olduklarını hissetmelerini sağlayabilir. Uyumun gerçekleşmesi için iş imkânlarının sunulması, çocukların eğitim sorunlarının çözülmesi, sosyal haklardan yararlanma fırsatlarının sunulması önem arz etmektedir. Sunulan dil kursları, eğitim seminerleri bu amaçla organize edilmelidir. Devlet, göçmenlerin bilinçli bir sosyalleşme ve topluma entegrasyonu için anadil öğrenimini, kullanımını desteklemeli ve bunun için programlar düzenlemelidir. Zira anadili ve içinde yaşanılan toplumların dillerinin öğrenilmesi, birbirine bağlı kültürel dokunun temel taşları olarak görülmektedir. Ülkemizde eğitim konusunda önemli ilerlemeler olsa da hala yeterli eğitimi alamayan göçmenlerin var olduğu bilinmektedir. Göçmenlerin geldikleri

ülkelerden getirdikleri birtakım hastalıkların teşhisi, bu hastalıkların ortaya çıkması ve bulaşması gibi sorunlar gerek klinikte gerekse halk sağlığı uygulamalarında zaman zaman ciddi sorunlara yol açmaktadır. Ülkemizde artık görülmeyen bazı hastalıkların göçmenlerle birlikte tekrar görülmeye başlanması önemli sorunlara yol açmaktadır.

Kaynaklar

Aker, T. Zorunlu iç Göç: Ruhsal ve Toplumsal Sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3:97-103

Bilici, M. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Göç ve Ruh Sağlığı, Haziran- 2014, 31. sayı, 68-73 <http://www.sdplatform.com/Dergi/801/Goc-ve-ruh-sagligi.aspx> (Erişim Tarihi: 08.09.2018).

Kara, H. Göç ve Psikiyatri. 6. *Anadolu Psikiyatri Günleri Bilimsel Çalışmalar Kitabı*, 1997, s. 169-174

Oberai, A.S. Ve Singh, H.K.M. (1983) *Causes and Consequences of International Migration: A Study in the Indian Punjab*. Delhi: Oxford University Press.

Özer, İnan, Kentleşme, Kentleşme ve Kentsel Değişme, Bursa, Ekin Kitabevi, 2004.

Ponizovsky AM, Ritsner MS. Suicide Ideation Among Recent Immigrants to Israel from the former Soviet Union: An Epidemiological Survey of Prevalence and risk Factors. *Suicide Life Threat Behav.* 1999 Winter;29(4):376-92.

Sağlam, Serdar, "Türkiye'de İç Göç Olgusu ve Kentleşme," *Türkiyat Araştırmaları*, Sayı:5, (2006), s.34-44.

Sır A, Bayram Y, Özkan M: Zorunlu İç Göç Yaşamış Bir Grupta Travma Sonrası Stres Bozukluğu Üzerine Bir Ön Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998; 9:165-172.

Göçle ilgili enfeksiyon sorunları

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında viroloji bilim doktoru, 2005 yılında klinik mikrobiyoloji doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Dr. Altındış, Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanmış, Haziran 2013'te Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmiş olup halen Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı ve Tıbbi Viroloji Bilim Dalı Başkanlıkları yanı sıra Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığını da yürütmektedir.

Göçmen, Birleşmiş Milletler tarafından "En az bir yıl boyunca olağan ikametgâhından başka bir ülkeye hareket eden kişi" olarak tanımlanmaktadır. İnsanlık tarihinin başlangıcıyla birlikte var olan göç; kişi, aile, küçük veya büyük toplulukların kendi istekleri veya değişik zorunlu durumlar [ekonomik sebepler (işsizlik, daha iyi yaşam arzusu vd.), afetler, felaketler, güvenlik sorunları (terör vd.), savaş, sürgün...] sonucu meydana gelmektedir. Dünyada yaklaşık 200 milyon kişi (dünya nüfusunun %2,7'si) göçmen olarak doğdukları ülke dışında yaşamaktadır. Göç alan ülkelerin başında ABD (800-900 bin/yıl), AB ve diğer OECD ülkeleri gelmektedir (1).

Göç ve Göçmen Çeşitleri

Son yüzyılın ilk yarısında özellikle Balkanlardan büyük sayıda göç alan ülkemize, son yıllarda değişik ülkelere (Suriye, Irak, İran, Afganistan, Somali vd.) önemli sayıda göçmen gelmiştir. Ülkemizde uzun yıllardır süren iç göç (Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu ve Karadeniz Bölgelerinden; İstanbul, İzmir, Ankara, Mersin vd. Marmara, Ege, Akdeniz illerine göç) sorunu yaşanmıştır ve kısmen devam etmektedir. Körfez savaşı döneminde (1991 ve sonrası) ülkemizde Kuzey Irak'tan gelen geçici bir göç yaşanmıştır. Son yıllarda önemi giderek artan Suriye'den gelen göçmen sorunuyla karşı karşıya kalınmıştır. AFAD (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı)

tarafından 13 Ağustos 2018 tarihinde yayımlanan son rapora göre ülkemizdeki toplam Suriyeli sayısı 3.545.293 olup bunların 203.300'ü geçici barınma merkezlerinde, diğerleri çeşitli şehirlerimizde yaşamaktadır. Ülkemiz ayrıca, değişik Avrupa ülkelerine mülteci olarak gitmek isteyenlerin ana kavşağındadır (1).

Göçle Gelen Sorunlar

Göçler neden oldukları sosyal sorunlar yanında değişik hastalıklar için risk oluşturmaktadır. En sık görülen göç ilişkili hastalıklar enfeksiyon hastalıklarıdır. Enfeksiyon hastalıkları dışında, acil hastalıklar, kazalar (Örneğin denizde batan teknelerde meydana gelen ölümler, mayın patlaması vd.), psikolojik sorunlar/psikiyatrik hastalıklar (depresyon, kaygı bozukluğu, post travmatik stres vd.), beslenme bozuklukları/çocuklarda büyüme ve gelişme geriliği, böcek ve yılan sokması, diş sorunları (çürükler, apse, jiniivit vd.) göçmenlerde sık görülen diğer hastalıklardır (1).

Göç İlişkili Enfeksiyonlar

Göçmenlerde görülen enfeksiyon hastalıklarının bulaşma şekli ve zamanı aşağıda özetlenmiştir:

- 1) Göçmenler, ayrıldıkları ülkede prevalansı yüksek hastalıklar açısından enfekte/taşıyıcı olabilirler. Örnekler: Sıtma, tüberküloz, tifo, bruselloz, parazit hastalıkları
- 2) Göç esnasında bulaşma olabilir. Gastroenteritler, ... viral hepatit (A, E),
- 3) Göç bölgesinde bulaşma olabilir.

Bulaşma kaynakları açısından su, gıda, cinsel temas, hava, toprak önemlidir. Göçmelerde enfeksiyonlar yerleşik topluma göre daha sık görülmektedir. Bunlar sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar, yetersiz beslenme, kalabalık ve sanitasyon koşulları uygun olmayan yerlerde barınma, aşılama programının düzenli uygulanamaması ve fiziksel ve psikolojik stres olarak sayılabilir.

Göç İlişkili Enfeksiyon Sonuçları

Göçmenlerin sağlığı, insanların ne zaman göç ettikleri, önceden nerede ve nasıl yaşadıklarında, nasıl ve neden göç ettiklerine bağlı olarak değişen çevresel, ekonomik, genetik ve sosyo-kültürel göç öncesi faktörlere bağlı olduğu gibi, aynı zamanda, göçtükleri ülkedeki istihdam durumlarına, eğitimlerine ve sağlık bakımına erişebilme imkânları ile göçtükleri ülkenin sağlık sisteminin göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarına yanıt vermesi gibi göç sonrası faktörlerinden de etkilenmektedir.

Daha önceleri sadece belirli bölgelerde görülen veya ilgili yerlerde daha sık görülen enfeksiyon hastalıklarının göç edilen bölgede görülmesi veya insidansının artmasında göçlerin çok önemli etkisi vardır. Göç edilen bölgede daha önce görülmeyen hastalıklarla ilgili tanı sorunları ve tanıda gecikme konunun diğer bir olumsuz yönüdür. 2003 yılında Çin'de rezervuar olan hayvanlardan insanlara bulaşan ve ardından seyahatler/göçler sonucu Kanada, ABD, AB ülkeleri, Asya ülkelerine (~30 ülke) yayılan SARS seyahat

ve göçlerin bulaşıcı hastalıkların yayılmasındaki önemli etkisini göstermiştir (1).

Sağlık sorunları ve özellikle bulaşıcı hastalıklar mülteciler için büyük bir yüküdür. Sık görülen hastalıkların kuluçka süresi genellikle dört haftadan kısa olduğundan geçici yerleşim yerlerinde dört haftadan daha uzun kalanlarda yerleşim yerinin koşullarına, yerel halkın sağlık sorunlarına bağlı olarak pek çok bulaşıcı hastalık görülebilir. Gıda ve su kaynaklı olanlar (tifo ve kolera), vektörle yayılanlar (veba ve sıtma), temasla yayılanlar (hepatit A, şigelloz), solunum yoluyla yayılanlar (tüberküloz, kızamık, nezle) olmak üzere pek çok bulaşıcı hastalık mültecileri tehdit etmektedir. Bu koşullarda en sık görülen ve sıklıkla ölüme yol açan hastalıklar; diyareli hastalıklar (kolera ve basilli dizanteri dahil), kızamık, akut alt solunum yolu enfeksiyonları ve sıtmadır (2).

Çocuk Felci: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 20 Mart 2014 itibarıyla Suriye'de 37 çocuk felci vakası bildirmiştir. Yayılmanın bölgesel olduğu, 2000 yılından bu yana Irak'taki ilk çocuk felci vakası olan bir vaka raporuyla doğrulanmıştır. Genetik sekanslama, Irak'ta izole edilen virüsün Suriye'de tespit edilen virüsle yakın ilişki içerisinde olduğunu göstermiştir. Virüs aynı zamanda, hastanın klinik semptom göstermeyen üç yaşındaki kız kardeşinden de izole edilmiştir. 1998 yılında çocuk felcini eradike etmiş olan Türkiye, tüm Suriye çocukları çocuk felcine karşı aşılama başlamıştır.

Kızamık: Kızamık, Suriyeli vatandaşlarda önemli bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır. 2014 yılında 594 teyit edilmiş kızamık vakası bildirilmiştir. 5 Ekim 2015 tarihi itibarıyla DSÖ tarafından 41 doğrulanmış, 524 şüpheli vaka bildirilmiştir. Ancak bu rakamın gerçeği yansıtmadığı, en az 10 bin kızamık vakası olduğu iddia edilmektedir.

Tüberküloz: Mülteciler genellikle tüberkülozun yayılması için ideal koşullar olan kalabalık ve sağlıksız koşullarda yaşarlar. Lübnan'da resmi mülteci kampları yerine daha çok ülke çapında yüzlerce gayri resmi çadır yerleşimi bulunmaktadır. Lübnan, Suriyeli mültecilerin akınına atfedilen TB oranlarında bir artış olduğunu bildirmiştir. Türkiye'de tüberküloz için 10.689 Suriyeli mülteci taraması yapıldığı ve prevalansın 18,7/100.000 olduğu saptanmıştır. 2015 yılında Suriyeli mülteciler arasında 558 yeni vaka teşhis ve tedavi edilmiştir.

Leishmania: Kutanöz leishmaniasis (CL), Suriye'de oldukça endemiktir ve endemik olduğu bölgelerin ötesinde komşu ülkelere ve mülteci kamplarına yayılmıştır. Türkiye'de mülteci kamplarına sahip kentlerin taranması ile kutanöz leishmaniasisli vaka sayısının arttığı gösterilmiştir. Ayrıca Lübnan'da 2013'ten başlayan ve kaynağın Suriyeli mülteciler olduğu belirtilen bir Leishmania salgını ortaya çıkmıştır. Artan hareketlilik ve Suriyelilerin Avrupa da dahil olmak üzere diğer bölgelere seyahatleri nedeniyle CL, önceden etkilenmemiş bölgelerde yeni bir tehdit olarak görülmelidir.

Kolera ve Tifo: Suriye sivillerinde kolera ve tifo ateşi olan hastalar bildirilmiştir. Bu da sanitasyon koşullarının alarm sebebi olduğunu göstermektedir. Leishmaniasis, tüberküloz ve bruselloz gibi uzun bir inkübasyon süresine sahip hastalıklarda mültecilerin bu enfeksiyonları komşu ülkelere taşıma riskleri devam etmektedir. Bakteriyel menenjit; hepatit A, enterovirüs ve giardia gibi gastrointestinal enfeksiyonlarla, uyuz ve bit kaynaklı enfeksiyonları da diğer salgın riski bulunan enfeksiyöz hastalıklardandır. Suriye'de ve komşu ülkelerdeki bulaş riski kontrol altına alındığından, sıtma salgınları diğer enfeksiyöz etkenlere göre daha sınırlı görünmektedir (3).

Antibiyotik Dirençli Bakteriyel Enfeksiyonlar

Antibiyotik direnci, küresel bir sağlık sorunudur. Uluslararası sınırların ötesine geçen mülteciler, olağandışı ve ilaca dirençli mikroorganizmaları yayabilirler. Savaş yara enfeksiyonlarının akut bakımı, çeşitli yollarla antimikrobiyal direncin ortaya çıkmasına katkıda bulunur. Hastanede kalış süresinin uzaması, geniş antimikrobiyal kullanım ve/veya çoklu cerrahi girişimler çoklu ilaca dirençli bakterilerin gelişimini artırabilir. Hastane yoğunluğu aynı zamanda hastane yoğun bakım veya diğer birimlerde çok ilaca dirençli mikroorganizmaların yayılmasında önemli bir faktördür. Almanya'da yapılan bir çalışmada mültecilerde çok ilaca dirençli gram negatif bakteri prevalansının yerel hastalara göre 4 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir. İtalya'daki mikrobiyolojik bir surveyans çalışmasında, 48 Suriyeli mülteciden alınan swablardan çok sayıda karbapenemaz, genişlemiş spektrumlu beta laktamaz üreten gram negatif ve metisiline dirençli gram pozitif bakteri türü izole edilmiştir. Birçok antibiyotiğe dirençli NDM tipi karbapenemazın Suriyeli mülteciler ile ülkemiz de dahil birçok ülkeye yayılımını bildiren birçok makale bulunmaktadır (4-6).

Göç ile İlişkili Potansiyel Enfeksiyon Kaynaklı Riskler

Suriye krizinin başlangıcından bu yana, çok ilaca dirençli gram-negatif bakteriyel enfeksiyonlar, tüberküloz, kızamık, leishmaniasis, diyare hastalıkları ve hepatit A dahil olmak üzere Türkiye'de enfeksiyonlar yeniden önem kazanmıştır. Ayrıca, güneydoğuda poliomiyelit ve kolera salgınları için de büyük bir risk vardır. Türkiye'nin güneydoğusundaki kırsal ve kentsel bölgelerde yaşayan mülteciler, sıtma ve diğer tropikal hastalıklar gibi vektör kaynaklı hastalıklara maruz kalma riski altında olabilir. Kalabalık yaşam koşulları, kırsal bölgelerde yaşayanlar ve küresel ısınmadan dolayı eko-biyolojideki değişiklikler, daha önce Türkiye'de görülen Batı Nil virüsü enfeksiyonunun yeniden ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. 32 vakayı içeren son veba salgını, 1947'de Türkiye-Suriye sınırında yer alan Akçakale'de kaydedilmiştir. Türk-Suriye sınırına yakın kamplarda ya da kampların dışındaki kentsel ve kırsal alanlarda birçok mülteci yerleşmiş durumdadır ve bu bölgelerin bir veba salgınına ortaya çıkma potansiyeli bulunmaktadır (6).

Kaynaklar

1) Öztürk R. Göç ve enfeksiyonlar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2014; 32: 58-59. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/374/Goc-ve-enfeksiyonlar.aspx> (Erişim tarihi: 01.08.2018)

2) Altındış M. Türkiye'deki mülteciler, salgın hastalıklar ve korunma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2013; 28: 64-67. <http://www.sdplatform.com/Dergi/741/Turkiyedeki-multeciler-salgin-hastaliklar-ve-korunma.aspx> (Erişim tarihi: 01.08.2018)

3) Leblebicioglu H, Ozaras R. Syrian Refugees and Infectious Disease Challenges. *Travel Med Infect Dis*. 2015; 13(6):443-4. DOI: 10.1016/j.tmaid.2015.11.007. PMID: 26701858.

4) Rafei R, Dabboussi F, Hamze M, Eveillard M, Lemarié C, Mallat H, et al. First Report of bla NDM-1-Producing *Acinetobacter Baumannii* Isolated in Lebanon from Civilians Wounded During the Syrian war. *Int J Infect Dis* 2014;21:21-3.

5) Kilic, A., and Baysallar, M. (2015). The First *Klebsiella Pneumoniae* Isolate Co-Producing OXA-48 and NDM-1 in Turkey. *Ann. Lab. Med.* 35, 382-383. Doi: 10.3343/alm.2015.35.3.382

6) Doganay M, Demiraslan H. Refugees of the Syrian Civil War: Impact on Reemerging Infections, Health Services, and Biosecurity in Turkey. *Health Secur*. 2016;14(4):220-5. 10.1089/hs.2016.0054.

Tıp ve diğer sağlık mesleklerinde eğitim

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpinar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yaptı. 1994'te doçent, 2000'de profesör oldu. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyeliğinden 2016'da emekli oldu. Öncelikli uğraş alanları; hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller, enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısı ile yükseköğretimde ve sağlıkta kalitedir. 2009-2013'te Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Üyeliği, 2011-2015'te Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği yapan Öztürk, Hastane Enfeksiyonları, Grip ve Boğmaca Bilimsel Danışma Kurulları Üyesidir. Dr. Öztürk, halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesidir.

Ülkemizde tıp ve hemşirelik başta olmak üzere sağlıkta değişik alanlarda hizmetin doğurduğu büyük bir sağlık insan gücü ihtiyacı mevcuttur. İhtiyacın, eğitimci insan gücü ve fiziki altyapının çok üzerinde olması nedeniyle tıp ve diğer sağlık bilimleri eğitimi alanında değişik sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık meslekleri alanı çeşitlilik yönünden son yıllarda zenginleşmiştir ve ihtiyaca göre çeşitlenme artmaya devam edecektir. Hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire, ebe gibi sağlık alanının kadim mesleklerine yenileri eklenmiştir. Bunlardan bir kısmı ön lisans düzeyinde (optisyenlik, paramedik, podolog, anestezi teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ortez teknikeri vd.) eğitim alanlarıdır. Tıp ve diğer sağlık mesleği alanları uygulamalı bilimlerdir. Eğitimde, bilgi yanında beceri ve tutum (davranış) kazanılması için olmazsa olmazdır. Hekim vd. sağlık personelinin eğitim yeterlilikleri dönemin gerektirdiği yeterli düzeyde sağlanamazsa sayıca ulaşılan hedefler fonksiyon açısından yetersiz kalacak ve sağlık hizmetinin "önce zarar verme" temel ilkesi daha baştan ihlal edilecektir.

Tıp Eğitiminde Sorunlar

A. Mezuniyet Öncesi Eğitimde Sorunlar

1) Ülkemizde tıp eğitiminin asgari stan-

dartları konusunda değişik çalışmalar yapılmış olmakla birlikte (tıp fakültelerinin kuruluşunda belirlenmiş asgari öğretim üyesi ve laboratuvar imkânları için hazırlanmış standartlar), henüz ülke düzeyinde uygulama açısından tüm eğitim dönemini kapsayan standartlar kapsamlı şekilde hazırlanmamıştır. Örneğin alınacak öğrenci sayısına göre temel bilimlerde, klinik bilimlerde ilgili ana bilim dalı alanlarındaki özelliklere göre kaç öğretim üyesi, öğretim elemanı ve diğer sağlık ve destek elemanı gerekmektedir? Her ne kadar yeni açılan tıp fakülteleri için son 6-7 yıldır bazı standartlar uygulanmaktaysa da eğitime başlama sonrası dönemlerde ve özellikle klinik dallarda öğrenci sayısı ile uyumlu öğretim üyesi ve elemanı sayısı standardı yoktur. 50-100 öğrenci alacak bir tıp fakültesinin en az 120-130 üyesine sahip olması, ülkemizde yapılmış değerlendirmeler (Tıp Dekanlar Konseyi toplantı raporları vd.) ve değişik dünya ülkesi standartlarında görülmektedir. Bu sayıda öğretim üyesinin %30 kadarının temel tıp bilimlerinde görev yapması önerilmektedir. Ülkemizde özellikle temel tıp ve bazı klinik anabilim dallarında yeterli öğretim üyesi ve elemanı ile yardımcı elemanı yetersizdir. Kurumlar arasında anlamalı farklar vardır. Ayrıca var olan öğretim üye ve elemanlarının hizmete, araştırmaya ve eğitime ayıracakları zaman konusunda da bir prensip anlayışı veya kurumların belli bir anlayış çerçevesinde yeterli planlaması yoktur.

2) Dünyada yaklaşık 2.900.000 nüfusa bir tıp fakültesi düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu oran 1,5-2,5 milyon arasında değişmektedir. Ülkemizde de henüz faaliyette olamayanlarla birlikte tıp fakültesi sayısı 100 olup (73 devlet, 27 vakıf; 84'ü aktif), kurma izni almış yeni tıp fakülteleri mevcuttur. Bu fakültelerdeki öğrenci sayısı 75 bin, öğretim üyesi sayısı yaklaşık 13 bindir. Genelde 1,5-2 milyon nüfusa hitap eder şekilde bir tıp fakültesi, yeterli sayıda hasta ve hasta çeşitliliğine imkân vermektedir. Ülkemizde 816.948 nüfusa bir tıp fakültesi düşmektedir. Yeni tıp fakültesi kurma ve eğitim izni vermenin ayrıntılı standartları da belli değildir. Bir tıp fakültesine yeterli sayı ve çeşitte hastanın gelmesini sağlayacak nüfus konusunda da bir ortak anlayış yoktur.

3) Klinikle entegre edilmiş, ayrıntıdan uzak, iyi hekim yetiştirmeyi sağlayan temel bilim eğitimi için yeterli düzeyde fiziki alan ve teknolojik altyapıya sahip tıbbi beceri dahil uygulama laboratuvarları genel olarak yetersizdir. Klinik bilimlerde, iyi hekim yetiştirmeye yönelik bir pratik eğitimi verilmesinde sorunlar yaşanmaktadır. Bazı fakültelerde öğretim üyesi eksikliği, bazılarında ise staj gruplarında fazla sayıda öğrenci olması ve yeterli sayıda ve çeşitlilikte hasta bulunmaması nedeniyle yeterli düzeyde pratik eğitim verilememektedir. İntörn eğitimi dönemi çoğu fakültede TUS'a hazırlanmak için fırsat dönemi olarak görülmekte, tıp öğrencilerinin

çoğu bu dönemi fakültelerde pratik uygulama yerine TUS dershanelerinde geçirmektedir. Pratik eğitimin en yoğun verilmesi gerektiği intörlük dönemi "heba edilmektedir."

4) Diğer yükseköğretim alanlarında da olduğu gibi tıpta da öğrenci merkezli, yeterliliklere dayalı eğitime geçilmiştir. Yeterliliklere dayalı eğitim-öğretimin amfilerde yapılabilmesi mümkün değildir. Değişik ülke standartlarına bakıldığında eğitim ve öğretimde 15-20'yi aşmayan küçük gruplar halinde ders yapılması, probleme dayalı öğretim gruplarında 10-12, beceri laboratuvarlarında klinik eğitimde 10, yatak başı klinik uygulamalarda 8 kişiyi aşmayan gruplar önerilmektedir. Öğretim üyesi öğrenci oranının ideal olarak 1/3-1/5 arasında olması, her stajyer veya intörn öğrenciye 3-5 hasta yatağı sorumluluğu verilmesi değişik ülke standartlarında mevcuttur. Ülkemizde bu kapsamda tıp fakültelerinde önemli sorunlar ve yetersizlikler söz konusudur.

5) Eğitim ve öğretim yeterliliği, çeşitliliği ile birlikte ölçme değerlendirmede çeşitlilik ve yeterliliği belirlemek esastır. Ancak bu çeşitliliği ve yeterliliği uygun şekilde yapacak insan gücü ve fiziki altyapı imkânları tıp fakültelerinin çoğunda yoktur. Mezuniyet öncesi dönemde, Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nın gerektirdiği yeterliliklere ulaşma noktasında ciddi sıkıntıların olduğunu pek çok akademisyen gözlemlerine dayanarak ifade etmektedir.

6) TUS sınavı, hekimler için gerekli bilgiyi ve yeterliliği ölçmeden ziyade bir eleme sınavı fonksiyonu görmektedir. TUS geldiği nokta itibarıyla, son yıllardaki kısmi düzelmeye rağmen halen hekim yeterliliğinin değerlendirilmesini değil, önemli bir kısmı hekimlik pratiği ile ilgisiz, müfredat dışı sorularla ezberciliği teşvik etmektedir. Bu durum, çoğu tıp fakültesinde uygulamalı tıp eğitimini olumsuz etkilemektedir.

B. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar

1) Tıpta uzmanlık eğitiminde en önemli sorun, uzmanlık eğitimi verecek kurum ve birimlerin standardının gereken ölçüde yüksek tutulmamasıdır. Tıpta uzmanlık öğrencisinin yoğun sağlık hizmetinin "yüklenicisi" olarak görülmesi bu uygulamanın devamına neden olmaktadır. TUKMOS komisyonları tarafından belir-



lenen asgari standartlar, ülke koşulları nedeniyle genelde düşük tutulmuş, bir kısım standartlar bağlayıcı olmayan gelişme standardı olarak belirlenmiştir. Genel olarak uzmanlık alanlarında üç öğretim üyesi zorunluğu şartı aranmakta ise de uygulama becerilerinin çok önemli olduğu uzmanlık eğitiminde ilgili eğitimi gerekli ve yeterli çerçevede verecek eğitimci sayısında kurumlar ve birimler arasında ciddi farklar vardır. Bazı alanlarda (acil, aile hekimliği...) bir öğretim üyesine 10, hatta 20'den fazla tıpta uzmanlık öğrencisi sorumluluğu verilebilmektedir. Ortak kullanım esasıyla çalışan afilliye hastanelerde yetki paylaşımı ve diğer idari sorunlar da uzmanlık eğitimini olumsuz etkilemektedir.

2) Yeterliliklere dayalı eğitim kapsamında sorunlar yaşanmaktadır. TUK ve TUKMOS'un çalışmaları ile uzmanlık ana ve yan dalları çekirdek müfredatlarının içeriği belirlenmiş olup gerekli güncellemeler devam ettirilmektedir. Çekirdek ve genişletilmiş müfredatların gereğini sağlayacak eğitimci kadrosu, fiziki altyapı imkânları ve teknolojik donanım, hasta sayısı ve çeşitliliğinde sorunlar mevcuttur. Eğitimci sayısında bazı kurumlardaki sayıca yetersizlik, kurumlar arasında sayıca önemli farklılık, ülkemizde uygulanan hizmet ağırlıklı performans anlayışı, eğitimde bütünsel anlayışı olumsuz şekilde etkilemektedir. Eğitimcilerin, tıpta uzmanlık eğitiminin gereklerine uygun, etkili ve güncelle-

nen, eğitimcilerin eğitimi programına katılmasında da sorunlar yaşanmaktadır. Eğitimcilerin çoğunluğu eğitimdeki paradigma değişikliğini yeterince farkında değildir, farkında olanlar da uygulamada zorluklar yaşamaktadır.

Yeterliliklere dayalı eğitimde usta çırak ilişkisi ön planda olmakla birlikte eğitimin öğrenci (asistan) odaklı olması temel koşuldur. Eğitimin gereklerine göre değil, hizmetin zorunluluklarına dayalı bir eğitim ve çalışma programı belirlenmeye çalışılmakta, çoğu yerde buna bile uyulamamaktadır. Bazı kurumlarda hiçbir eğitim programının olmadığı bilinmekte, bazılarında var olan eğitim programları öğle yemek saati arasına sıkıştırılmaktadır. Eğitimde belirlenmiş dış rotasyonlar çoğunlukla niyet düzeyinde kalmakta ve etkin olarak yapılmamaktadır. Bazı birimlerde yeterli hasta sayısı ve çeşitliliği sağlanamamakta, bazılarında gerekli teknolojik donanım yetersiz kalmaktadır. Eğitimde klinik yetkinlikler ve girişimsel yetkinliklerin nasıl sağlanacağı, takip edileceği ve ölçüleceği konusunda asgari standartlar konusunda yeterli bir çalışma henüz yapılmamıştır.

Yeterliliklere dayalı bir eğitim olan tıpta uzmanlık eğitiminde uygun ölçme ve değerlendirme (bilgiyi değişik düzeyle ölçen farklı sınavlar, simülasyon sınavları, iş başı sınavları (mini klinik sınav, olgu temelli değerlendirme, girişimsel beceri geri bildirim, akran değerlendirmesi,

360o değerlendirme, değişik ilgililerden geri bildirimler vd.) uygun ve düzenli bir şekilde yapılmasında, sürdürülmesinde sorunlar vardır. Eğitim için önemli olan yapılandırılmış eğitim etkinlikleri (sunum, seminer, olgu tartışması, dosya tartışması, makale tartışması, konsey, kurs, morbidite ve mortalite toplantıları), değişik uygulamalı eğitim etkinlikleri ile bağımsız ve keşfederek öğrenme etkinlikleri açısından uygun ve yeterli süreçlerin ne kadar etkin yapılabildiği bilinmemekte, kurumlar arasında önemli uygulama farkları yaşandığı gözlemlenmektedir. Bazı kurumlarda tıpta uzmanlık öğrenci sayısının yetersizliği, aşırı hizmet ve nöbet yükü akran eğitimi yetersizliğine neden olmaktadır.

Hizmet sunumu dışındaki diğer altı temel yetkinliğin (yönetici, ekip üyesi, sağlık koruyucusu, iletişim kuran, değer ve sorumluluk sahibi, öğrenen ve öğretene) nasıl sağlanacağı, nasıl takip edilip değerlendirileceği konusunda bir görüş birliği henüz yoktur. Bu konuda kurumların asgari olarak ne yapacağı henüz belirlenmemiştir. Tıpta uzmanlık öğrencisi kartesi ve izlem portföylerinin de yer alacağı "Uzmanlık Eğitimi Takip Sistemi" (UETS) için belirlenen hedeflere henüz ulaşamamış olup bu durum ülke çapında asgari eğitim standartlarına uyum durumunun değerlendirilmesini engellemektedir.

3) Tıpta uzmanlık eğitim tezi konusunda da sorunlar vardır. Çoğu ülkede tıpta uzmanlık tezi yapılmamaktadır. Ancak ülkemizde tıpta uzmanlık doktora maddeli kabul edildiğinden tez yaptırılmakla birlikte, tezlerin önemli bir kısmında ciddi kalite sorunu vardır. Nitekim tezlerin bilimsel yayına dönüşme oranı %0-33'ü (ort. %13,6) uluslararası, %0-75'i (ort. %20,7) ulusal yayına dönüştürülmektedir.

4) Tıp lisansüstü eğitiminde önemli sorun uzmanlık eğitiminin öncelenmesi, doktora eğitiminin uzmanlık kazanıldığı durumlarda tercih edilmesidir. Bu ülkenin geleceği için stratejik bir sorun oluşturmaktadır.

Diğer Sorunlar

Uzmanlık sonrası sürekli tıp eğitimi de bir sorun alanı olup bu konuda yapılması ve takip edilmesi gerekenler konusunda ortak bir görüş veya program yoktur. Tıpta uzmanlık eğitiminin finansmanı, tıpta uzmanlık öğrencilerinin özlük

hakları, çalışma koşulları ve çalışma ortamı gibi konularda da değişik sorunlar yaşanmaktadır. Mali açıdan yaşanan sorunlar, tıpta uzmanlık öğrencilerinin özellikle büyük şehirlerde özel hastanelerde yasal ve etik olmayan şekilde nöbet tutmasına neden olmaktadır. Bu durum tıpta uzmanlık öğrencisi başarı ve çalışma performansını olumsuz etkilemektedir.

Kurumlara verilen tıpta uzmanlık öğrencileri için ilgili kuruma doğrudan sağlanan bir mali destek söz konusu değildir. Bilimsel araştırma ve tez çalışmaları BAP'lardan sağlanan sembolik ücretlerle desteklenmektedir. TÜBİTAK gibi kurumlardan destek almak, zamanlama sorunları nedeniyle kolay olmamaktadır. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin AB ölçütlerine göre daha uzun çalışma süresi, çalışma ortamı imkânları da bir sorun alanıdır. Nitekim YÖK tarafından yapılan ankette yaşam koşullarından hiç memnun olmayanların %8,9, memnun olmayanların ise %14,7 oranında olması dikkat çekicidir.

Diğer Sağlık Meslekleri Eğitimi Alanında Sorunlar

Diş hekimliği eğitiminde sorunlar: Tıp eğitimindeki eğitim öğretim ölçme değerlendirme sorunlarının benzeri diş hekimliği eğitimi için de geçerlidir. Fazla sayıda diş hekimliği fakültesi, öğrenci kontenjanına göre yetersiz öğretim üyesi, öğretim elemanı ve yardımcı elaman yetersizliği, fiziki ve teknolojik altyapı (fantom, unit vd. ekipmanların yetersizliği) yetersizliği diş hekimliğinde de söz konusudur. Özellikle staj dönemlerinde hasta sayısının artışına karşın yetersiz klinik koşulları öğrencilerin eğitim ve araştırmaya yeterli zaman ayıramamalarına neden olmaktadır. Tıpta olduğu gibi aşırı hizmet yükü eğitim ve araştırma nicelik ve niteliğini olumsuz etkilemektedir. Yeterliliklere uygun eğitim öğretim yöntemleri ve ölçme değerlendirme metotları konusunda diş hekimliği eğitiminde de sorunlar vardır.

Teorik eğitimin klinik uygulamalarla uyumlu olmaması, özellikle "acil diş hekimliği" eğitimi yetersizliği en sık eleştirilen sorunlardan biridir. Öğretim üye ve elemanlarının nicelik olarak yetersizliği, eğitici eğitimlerinin yeterli şekilde yapılamaması, fiziki ve teknik imkânların yetersizliği bu sorunun ana nedenidir. Diş hekimliğinde ağır teorik ve pratik ders

yükü öğrencilerin sosyal aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Diş hekimliğinde ulusal akreditasyon derneğinin henüz akreditasyona başlamamış olması eğitim açısından bir sorun olarak ele alınabilir.

Eczacılık eğitiminde sorunlar: Tıp ve diş hekimliği eğitimi alanında yaşanan sorunların benzerleri eczacılık eğitimi alanında da yaşanmaktadır. İnsan gücü ve fiziki altyapıyla uyumsuz öğrenci kontenjanları eğitim kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özellikle eczacılık eğitiminde değişen paradigmaya uygun bir eğitim, ülke genelinde henüz standardize edilememiştir. Özellikle günün gereklerini karşılayacak staj eğitiminde sorunlar yaşanmakta olduğu bilinmektedir. Eczacılık eğitiminde uzmanlaşma (klinik eczacılık vd.) yeni başlayan bir süreçtir. Sorunları hakkında elimizde yeterince veri yoktur.

Diğer sağlık bilimleri eğitiminde sorunlar: Hemşirelik, ebelik, fizyoterapistlik, beslenme ve diyetetik alanları vd. sağlık meslekleri alanında en önemli sorunlardan biri alanında yeterli öğretim üyesi yokluğudur. Alanların bir kısmında henüz tanımlanmamış çekirdek eğitim müfredatları eğitimde asgari hedeflerin değerlendirilmesi ve kıyaslanmasında sorun oluşturmaktadır. Hemşirelik vd. bazı sağlık meslek alanlarında mutlak ihtiyaç nedeniyle açılan fakülte ve yüksekokullarda ilgili alanlarda olması gereken öğretim üyesi ve görevlisi, eğitim altyapısı araç ve gereçleri vd. eğitim standartları konusunda asgari ölçütler ortaya konmasını zorlaştırmaktadır. Konuyla ilgili gayretler ihtiyaç engeline takılmaktadır. Sağlık bilim alanlarının hepsinde belirli pratik uygulamaların yer aldığı bu mesleklerde, gerekli düzeyde beceri ve yetkinlik kazanıldığını ortaya koyacak ölçütlere ihtiyaç vardır. İlgili alanlarda uygulamaların (stajların) yapılacağı sağlık kuruluşlarının kapasite ölçütleri de belirlenmesi gereken standartlar arasındadır. İlgili alanlara özgü beceri laboratuvarlarının standartlarının belirlenmemiş olması da bir sorundur.

Belirtilen hususlar, sağlık meslek yüksekokulları için de söz konusudur. Bu okullardaki pratik eğitimler için gerekli eğitimci ve altyapı standartları kapsamlı şekilde belirlenmemiştir. Sağlık meslek yüksekokullarında staj eğitiminin nerede, nasıl yapılacağının çerçevesi belirlenmemiş, ilgili okulların staj protokolünün yeterliliği ve uygulanışı hazırlanmamış olup protokole uyum sürekli denetlenen



staj da söz konusu değildir. Yerleşik anlayışımızda sağlık kuruluşları ve sağlık çalışanları merkezde yer almaktadır. Hâlbuki bu anlayış değişmiştir ve artık merkezde sağlık kullanıcıları yer almaktadır. Tıp ve sağlık bilimleri eğitiminde, bu paradigma değişikliği öncelikle ve yaygın şekilde dikkate alınamamaktadır, iletişim başta olmak üzere müfredatlarda gerekli düzenlemeler yaygın şekilde henüz yapılmamıştır.

Hastanede bakım ve tedavi hizmetleri yanında; ayaktan tedavi merkezleri, yaşlı bakım merkezleri, evde akut ve kronik bakım, evde koruyucu hizmetler gibi nitelik değiştiren hizmetler için eğitim paydaşların görüşü çerçevesinde eğitimde gerekli değişim olması gereken düzeyde henüz yapılamamıştır. Sağlıkta yeni mesleklerin ortaya çıktığı günümüzde, hekim vd. sağlık çalışanları arasında bilgi ve beceri açısından son yıllarda giderek artan entegrasyon, yeni yapılanmada meslekler arasında bazı görev kaymalarına neden olacaktır. Sağlık mesleklerinde entegrasyon ve yeni görev kaymaları, sağlık alanında yüksek öğretimde henüz yeterli şekilde dikkate alınmamıştır.

Sonuç olarak, tıp vd. sağlık bilimleri alanında eğitim ve öğretimde acil ele alınıp çözümlenmesi gereken değişik sorunlar mevcuttur. Tıp ve diğer sağlık bilimlerinde nitelikli, sayıca yeterli eğitimci sorunu öncelikli sorundur. Sağlık Bakanlığının daha önce hazırlamış olduğu "2023 Yılı Sağlık İşgücü Hedefleri

ve Sağlık Hizmetleri Hakkında Rapor" veriye dayalı ortak akılla yeniden değerlendirilmeli, kontenjanlar tıp vd. sağlık bilimlerinde ülke ihtiyacı ve eğitim kalitesi dengelenerek yeniden belirlenmelidir. Tıp, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik vd. sağlık bilimi alanlarında eğitim veren ve vermeye talip kurumlar için eğitim yetkisi alma ve devam ettirme ölçütleri acilen belirlenmelidir. Eğitim ve öğretim standardını yakalayamayan veya kaybeden fakülte veya yüksekokullarda eğitim sonlandırılmalıdır.

Kaynaklar

Altun A. Türk Kardiyoloji Uzmanlık Eğitiminin Sorunları: 2011 Raporu, file.tkd.org.tr/PDFs/Turk-Kardiyoloji-Uzmanlik-Egitiminin-Sorunlari-2011-Raporu.pdf (Erişim Tarihi: 03.09.2018).

Altuntaş Y. Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Sorunları (Eğitim Hastanelerinden Bakış) TUEK-2016 - Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kalite Çalıştayı, 26-27 Mayıs 2016, İstanbul, s.49-55, http://tiptauzmanlik.org/2016/TUEK_CALISTAY_RAPORU.pdf (Erişim Tarihi: 01.09.2018).

Aydın S. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Gelecek Öngörüler, TUEK-2016 - Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Kalite Çalıştayı, 26-27 Mayıs 2016, İstanbul, s.68-75, http://tiptauzmanlik.org/2016/TUEK_CALISTAY_RAPORU.pdf (Erişim Tarihi: 01.09.2018).

Barkin B, Demirayak Ş. Eczacılık Eğitimi: Mevcut Durum ve Yeni Arayışlar, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2013, 27: 40-45

Güven M, Poyrazoğlu H. Tıp Eğitiminin Sorunlarına Tıp Fakültesi Dekanlarının Bakışı, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2013, 27: 72-75. sdplatform.com/Dergi/725/Tip-egitiminin-sorunlarina-tip-fakultesi-dekanlarinin-bakisi.aspx (Erişim Tarihi: 07.09.2018).

Kalcıoğlu MT, Eğilmez OK, Karaca S, Hanege FM, İleri Y. Publication Rates of Otolaryngology Theses from Turkey in Peer-reviewed Journals. Kulak Burun Bogaz İhtis Derg. 2016; 26: 143-51. Doi: 10.5606/kbbihtisas.2016.63626.

Kanzık İ, Abacıoğlu N, Çakıcı İ, Demiryürek T. Eczacılık Eğitimi, sorunları ve çözüm önerileri, Eczacılık Eğitimi Raporu, Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji AD Raporu (AEOB İlaç Forumu, 2001) http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciolasiyayinlari/ilac_form-19-1/7.pdf (Erişim Tarihi: 17 Eylül 2018).

Minimum Standard Requirements For The Medical College For 100 Admissions Annually Regulations, 1999. https://www.mciindia.org/CMS/wp-content/uploads/2017/10/Minimum-Standard-Requirements-for-100-Admissions.pdf (Erişim Tarihi: 25.08.2018)

Murt A, Ankan E, Esen F. Tıpta Uzmanlık Eğitimi 3: Asistanların Gözünden... SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2013, 27: 80-83, sdplatform.com/Yazilar/Konuk-Yazilar/339/Tipta-uzmanlik-egitimi-3-Asistanlarin-gozunden.aspx (Erişim Tarihi: 26.08.2018).

Öztürk R. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde "İstikrar" SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2018, 47:58-61.

Öztürk R. Tıp ve Diğer Sağlık Bilimleri Eğitimi Alanında Önemli Sorunlar ve Çözüm Önerileri, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2013, 27: 6-9. sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilar/336/Tip-ve-diger-saglik-bilimleri-egitimi-alaninda-onemli-sorunlar-ve-cozum-onerileri.aspx (Erişim Tarihi: 01.09.2017).

Öztürk R. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi), 2017; 45: 88-93.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, Şencan İ (ed); Ankara, 2014 https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikegitimibaski-webpdf.pdf?0&_tag1=F5D3B4615C9B33C44FD202329148FB0FA3778B85 (Erişim Tarihi: 17.09.2018)

Yılmaz Ö, Yüksel H. Tıp Eğitiminde Uzmanlık Tezlerine Bakış: Sorunlar ve Çözüm Önerileri, www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/372013104956-5TIP.pdf (Erişim Tarihi: 01.10.2017).

Yüzbaşıoğlu E. Diş Hekimliği Eğitiminde Sorunlar Ve Çözüm Önerileri, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2013;27: 48-51 http://www.sdplatform.com/Dergi/719/Dis-hekimligi-egitiminde-sorunlar-ve-cozum-onerileri.aspx (Erişim Tarihi: 17.09.2018).

Kamu sağlık çalışanlarının özlük hakları

Dr. Öğr. Üyesi Güven Bektemür



1969 yılında Giresun'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini aynı yerde tamamladı. 1993 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1998 yılında aynı üniversiteden göğüs hastalıkları uzmanlığını aldı. 2006 yılına kadar çeşitli hastanelerde göğüs hastalıkları uzmanı olarak çalıştıktan sonra 2009 yılına kadar Sağlıkta Dönüşüm Programı Saha Koordinatörü olarak görev yaptı. 2009-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığında sırasıyla Personel Genel Müdür Yardımcısı, Personel Genel Müdür V. ve Yönetim Hizmetleri Genel Müdürü olarak görev yaptı. 2012-2016 tarihleri arasında Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri olarak görev yapan Dr. Bektemür Ağustos 2016'dan beri Sağlık Bilimleri Üniversitesinde Rektör Danışmanı ve Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Ülkemizde sağlık personeli başına düşen nüfus ve sağlık hizmeti yükünün AB ve OECD ortalamalarının çok üstünde olduğu aşikardır. Bunun yanında gerek çalışma koşulları gerekse yaptıkları hizmet karşılığı alınan ücretler genellikle çalışanları tatmin etmemektedir. İktisat teorisinin ana kuralı olan ihtiyaçların sınırsız kaynakların ise sınırlı olduğu gerçeği göz önüne alındığında, mevcut kaynakları optimum düzeyde kullanarak hizmet alanların ve hizmet sunanların memnuniyetini yükseltebilmek ise ancak iyi oluşturulan politikalar ve maharetli uygulayıcılar eliyle mümkündür. Bu makale sağlık personelinin özlük haklarının iyileştirilmesine yönelik çalışmalara katkı yapmak üzere hazırlanmış olup özlük haklarıyla ilgili sorunlar, talep ve beklentiler; ilgili sivil toplum kuruluşları, sendikalar ve sağlık çalışanları ile yapılan görüşmeler sonunda derlenmiştir. Makale bilimsel bir metotla hazırlanmamış olup, görüşmelere dayandığı için sonunda kaynakça gösterilmemiştir. Her bir konu maddeler ve alt maddeler halinde aşağıda listelenmiştir.

A- Aylık ve Emeklilik Ücretleri

1. Tüm sağlık çalışanlarının hizmet sınıfı gözetmeksizin ek göstergelerinde iyileştirilme yapılması beklenmektedir.
2. Sağlık çalışanlarının tamamına (GİHS, THS ve YHS dahil) "5 yıla 1 yıl" yıpranma payı sözü verilmesine karşın sadece Sağlık Hizmetleri Sınıfına "6 yıla 1 yıl"

yıpranma payı verilmiştir. Geriye dönük olmaması da sağlık çalışanlarını hayal kırıklığına uğratmıştır.

3. Uzman ve pratisyen hekimlerin emekli ücretlerinde iyileştirme yapılmıştır. Sağlık hizmeti bir ekip işi olduğu için diğer çalışanların da emekli ücretlerinde cüzi de olsa bir artış beklentisi olmuştur.

4. Hekimlere yapılan emekli maaşı artışında 5434 sayılı Emekli Sandığı Kanununda değişiklik yapıldığı için 2008 sonrası göreve başlayan ve 5510 Sayılı Kanun'a göre çalışan hekimler bu emekli maaşı artışından faydalanamayacak gibi görünmektedir. Bu konu çalışanlara yeterli düzeyde açıklanmamış olup, 2008 sonrası göreve başlayanlarda bir mağduriyet oluşturuyorsa giderilmesi talep edilmektedir.

5. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde aynı çatı altında aynı işi yapan, aynı ünvanlı fakat farklı statülerde görev yapan (657'ye göre 4-A, 4-B ve 4924'lü sözleşmeliler ile vekil ebe ve hemşireler) personel arasında ücret adaletsizlikleri giderilmelidir.

6. Sağlık hizmet kolunda görev yapan kamu personelinin özel hizmet tazminatlarında en az 10-15 puanlık bir artış beklenmektedir. Bu artışa ilave ayrıca sağlık bölge gruplarından 5 ve 6. Bölge illerinde çalışan personele ve geçim indeksi derecesine göre büyükşehirlerde çalışan personele ilave puan artışı yapılmalıdır. Ayrıca 375 sayılı KHK'daki ek ödeme oranlarının 15-20 puan artırılması arzu edilmektedir.

7. Sağlık hizmet kolunda çalışanların büyük kısmı sosyal güvenlik mevzuatına göre

tehlikeli ve çok riskli hizmet alanlarında çalışmaktadır. Bu doğrultuda yan ödeme kararnamesindeki iş güçlüğü, iş riski ve temininde güçlük zammının artırılması talep edilmektedir.

8. Maaş ödemeleri döner sermayeden yapılan sözleşmeli tüm personelin, sözleşme pozisyonları genel bütçeden maaş ödemeleri yapılacak şekilde değiştirilmesi talep edilmektedir ki bu aynı zamanda hastane döner sermaye giderlerini azaltacaktır.

9. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinde 16 Nisan 2015 tarihli Resmi Gazetede yapılan değişiklikle tek birimli aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının yıllık izinlerinin ilk yedi günü ücretlerinden kesinti yapılmayacağı düzenlenmiştir. Yıllık izinlerinin tamamı için kesinti yapılmaması talep edilmektedir.

10. Tüm kamu ve özel sektörde çalışanların iş sonu tazminat hakları mevcutken, vekil ebe ve hemşirelerin ve kamu görevlisi olmayan aile sağlığı elemanlarının bu hakkı bulunmamaktadır.

B- Nöbet ve İcâp Nöbeti Ücreti

1. Hekim dışı sağlık personeli için icâp nöbet ücreti düzenlenmesi yapılması beklenmektedir.

2. Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü emrinde görev yapan personele 657 sayılı Kanunun ek 33. maddesi kapsamında nöbet ve icâp nöbet ücreti ödenmesi ile ilgili düzenleme talep edilmektedir.

3. Acil serviste kısmi süreli hizmet veren laboratuvar ve röntgen birimlerinde çalışanların, acil servis için öngörülen nöbet ücretlerinden yararlandırılması beklenmektedir.

4. 657 sayılı Kanunun ek 33. maddesi ve Toplu Sözleşme ile nöbet ücretlerine yapılan %50'lik zam oranının, 209 sayılı Kanunun 5. maddesine istinaden yürürlüğe konulan yönetmeliklerde belirtilen özellik arz eden birimlerin tamamı için uygulanması önerilmektedir.

5. Radyasyona tabi birimlerde çalışan radyoloji uzmanı, radyoloji teknisyeni vb. personele hizmet gereği kendi rızası ile nöbet tutmak istediklerinde 657 sayılı Kanunun ek 33. maddesi uyarınca ücret ödenmesinin önü açılmalıdır.

6. 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname gereği sözleşmeli statüde görev yapanlardan nöbet tutanlara 657 sayılı Kanunun ek 33. maddesi hükümlerinin uygulanması yerinde olacaktır.

7. Yetkili makamlarca idari izini sayılan günlerde görev yapan personele nöbet ücreti ödenmesi motivasyonlarına olumlu etki edecektir.

8. Nöbet ücretleri ve icap nöbet ücretlerinin genel bütçeden karşılanması döner sermaye bütçe yükünü bir nebze olsun azaltacaktır.

9. Sağlık çalışanlarının tuttıkları nöbet karşılığında izin yerine öncelikle ücret verilmesi hususunda tercihi dikkate alınmalıdır.

C- Döner Sermaye Ek Ödemeleri

Sağlık personelinin memnuniyetsizliğinin ilk sıralarında döner sermaye ek ödeme yönetmeliği ile ilgili konular mevcuttur. Bu kapsamda;

1. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde döner sermaye yönetmeliğinin ciddi maddada revizyona ihtiyacı vardır. Branşlar arasında aynı puanı üreten ama farklı hastanelerde çalışan personel arasında aldıkları ek ödemede ciddi farklılıklar vardır. Bu durum hem personel motivasyonunu hem de çalışan memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir.

2. Birçok hastanede hekim dışı personel sabit ödeme almakta veya sabit ödemenin üzerine cüzi bir ek ödeme almaktadır. Hekim dışı personel için ek ödeme bir motivasyon aracı olmaktan çıkmış durumdadır.

3. Hocalara ve nitelikli iş yapan belirli uzmanlara verilen döner sermaye katsayıları artışı doğru bir düşünce olmakla beraber, aynı döner sermaye havuzu kullanılacağı

için diğer hekim ve sağlık personelinin alacağı ek ödeme biraz daha düşmüş olacaktır.

4. 209 sayılı Kanunun 5. maddesi ile düzenlenen tavan ek ödeme oranları özellikle hekim dışı personel açısından çok düşük kalmakta ve hak edilen döner sermayeyi almalarını engellemektedir. Bu nedenle tavan oranlarının artırılması uygun olacaktır.

5. Meslek hastalığı, iş kazası ve sağlıkta şiddet mağduriyeti nedeniyle raporlu durumda olan sağlık personelinin, çalışmadıkları süre boyunca ek ödemelerinde hiçbir kesinti yapılmamalıdır.

6. Süt izni, ölüm izni, babalık izni ve evlilik izin süreleri döner sermaye ödemelerinde "çalışılmayan gün" kapsamında değerlendirilmemelidir.

7. ADSM'ler dışında görev yapan dış tabipleri genellikle hastane ortalamasının altında kalmaktadır. Bunlar ADSM'lerde görev yapan dış tabiplerine kıyasla mağdur oldukları gibi, hastanedeki diğer hekimlere göre de mağdur olmaktadır. Kendilerine hastane ortalamasından döner sermaye ek ödemesi verilmesi bu mağduriyeti bir nebze de olsa çözecektir.

8. 375 sayılı KHK uyarınca ödenmekte olan ek ödeme damga vergisi hariç herhangi bir vergiye tabi tutulmazken, döner sermaye gelirlerinden ödenmekte olan ek ödeme gelir vergisine tabi tutulmaktadır. Ayrıca maaş ile döner sermayenin matrahlarının birlikte hesaplanması nedeniyle döner sermayeden ek ödeme alan personel, 375 sayılı KHK uyarınca ek ödeme alan emsali personele göre çok daha fazla gelir vergisi ödemektedir. Bu nedenle döner sermayeden ödenen ek ödemenin de gelir vergisinden muaf tutulması gerekmektedir.

9. Sağlık turizminden elde edilecek döner sermaye gelirleri farklı bir hesapta toplanıp ana ek ödeme dağıtımından bağımsız olarak hizmete katkısı olan tüm personele belli oranlarla dağıtımı yapılacak şekilde düzenlenmelidir.

10. Sözleşmeli ve kadrolu tüm sağlık çalışanlarının yıllık izin sürelerinde ek ödeme kesintisi yapılmayan gün sayısının artırılması beklenmektedir.

11. Sağlık Bakanlığı merkez kadrolarında bulunan personele maaş + sabit ek ödeme dışında herhangi bir ödeme yapılmamaktadır. Oysaki taşra teşkilatında döner sermayeli işletmelerden %5'i merkez payı olarak aktarılmaktadır. Yapılacak düzenlemeyle merkez teşkilatında çalışan personele de döner sermayeden ek ödeme yapılması motivasyonu artıracaktır.

D- Atama ve Nakil Konuları

1. Sağlık Bakanlığı Atama Nakil Yönetmeliğinde, özellikle mecburi hizmet yükümlüsü hekimlerin aile birliğini sağlamaya yönelik düzenlemelerin yapılması beklenmektedir.

2. Zorunlu hizmet kurası ve ilk defa atama ile doğu ve güneydoğuya yerleşen hekim ve hekim dışı sağlık personelinin bu bölgelerde belli süre görev yaptıktan sonra diğer bölgelere tayinlerinde polis ve öğretmenlerde olduğu gibi bölge sistemli atama ve yerleştirme usulü geliştirilmelidir.

3. Tıpta Uzmanlık Kurulunun geç toplanmasından ötürü asistan hekimlerin eş durumu tayin süreçleri çok uzamakta bu da aile birliğinin sağlanmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Kurulun işleyişi ve asistan hekimlerin eş durumu tayin süreçlerinde bir düzenlemeye ihtiyaç görülmektedir.

4. Bazı illerde il içi tayinlerin düzenli olarak açılmasına rağmen, birçok ilde il içi tayinler düzenli olarak açılmamaktadır. İl içi boş kadrolar yeni atanılanlarla veya iller arası tayinle dolduğundan o ilde uzun süredir çalışan ve tayin yaptıramayan personelde motivasyon kaybı ve memnuniyetsizlik oluşmaktadır.

5. İllerde yönetici ve uzman konumunda 663 sayılı KHK hükümlerine göre sözleşmeli çalışan personelin göreve atanmasında liyakat ilk kriter olmalı, görevden alınmasında sözleşmede yazan verimlilik kriterleri geçerli olmalıdır.

E- Diğer Konular

1. Hekim dışı sağlık personeline de mesleki sağlık sigortası yapılması, hizmet sunumunda yaşanan olumsuzluklarda çalışanların kendilerini daha güvende hissetmelerini sağlayacaktır.

2. Taşeron olarak çalışırken kadroya geçirilen sözleşmeli işçilere verilmesi gereken kıyafetler birçok hastanede bütçe kısıtlılıkları nedeniyle verilememiş durumdadır.

3. Yine birçok hastanede çıkan yemeğin kalitesi sağlık personelinde memnuniyetsizliğe sebep olmaktadır. Sunulan yemeğin çeşidi ve kalitesinin artırılması beklenmektedir.

4. Sağlık Bakanlığında statüleri farklı olmasına rağmen aynı görevi yapan tüm çalışanların giyecek yardımından yararlandırılması hakkaniyete uygun olacaktır. Bunun yanında giyecek yardımı tutarları günümüz koşullarını karşılamaktan uzaktır. Bu konuda tüm tarafların katıldığı bir komisyonla bu tutarların güncellenmesi gerekmektedir.

Serbest eczacılık

Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesinden, 1985'te İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2000 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümünde doktorasını tamamladı. 2002-2003 arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Eczacılığın temel yasası 18 Aralık 1953 tarihinde kabul edilen 6197 sayılı “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun”dur. 2012 yılında bu Kanunda köklü değişiklikler gerçekleştirildi. Bu durum gündeme geldiğinde İlaç Eczacılık Sağlık Bilim ve Teknolojileri Vakfı'nın (İVEK) sitesinde seri halde yayımlanan 5 yazımız ile değiştirilen hususlar ele alınmıştı. Yazı serimizin üçüncüsünü şu şekilde sonlandırmıştık: “Sonuç olarak TEB’in Sağlık Bakanlığı ile mutabık kalınan metinde kesinlikle değişiklik yapılmaması yolundaki ısrarının kontrollü değişikliğe sıcak bakma şeklinde değişmesi ve aşağıda maddeler halinde sıraladığımız düzeltmelerin Sağlık Komisyonunda yapılmasının eczacıların menfaatine olacağına bilinmesi arzumuzdur. Yapılması gerekli düzeltmeler:

1. Kanun’un değişen 5. maddesinin 3. fıkrasına “Nüfusu 3 milyondan fazla olan büyükşehirlerde ilçe sınırı olarak büyükşehir sınırları kabul edilir” hükmü ilave edilmelidir.

2. Kanun’un değişen 5. maddesinin 5. fıkrasındaki “Eczacılar, meslekte geçirilen toplam yıl sayısı ile eczacının hizmet puanı çarpımı sonucu tespit edilen yerleştirme puanı verilir” cümlesi tamamen çıkartılmalıdır.

3. Kanun’un değişen 35. maddesinin 1. fıkrası “Eczanenin hizmet verdiği saatlerde mesul müdür eczacı ve/veya

varsa ikinci eczacı ve yardımcı eczacılar, görevi başında bilfiil bulunmak mecburiyetindedir” şeklinde olmalıdır.”

Sağlık Bakanlığı ile TEB arasında mutabık kalınan metnin TBMM’de grubu bulunan 4 partinin milletvekilleri tarafından aynı metin şeklinde 4 ayrı kanun teklifi olarak verilmesi ve Sağlık Komisyonundan küçük revizyonlarla geçmesi üzerine, TBMM’nin 17 Mayıs 2012 tarihli Genel Kurulunda en hızlı geçen kanun değişikliği olma unvanını alarak Komisyondan geldiği haliyle yasalasmıştır. Ve uyarılarımızın bir kısmı çok geçmeden sıkıntılar olarak zuhur etti. Hizmet puanı hesaplama yönteminin yanlış olduğu yönündeki uyarımız dikkate alınmadığı için Kanunun uygulanmasını sağlayacak Yönetmelik bir türlü hazırlanamadı. Çünkü Kanunun mevcut haline göre bir düzenleme yapılmasının mümkün olamayacağı görüldü. Kanunun o maddesinin yeniden düzeltilmesi gerekiyordu ama bir kanuni düzenlemenin, üstelik de yeni değişmiş bir kanun maddesi için yapılması o kadar kolay değildi. Bu yüzden bir “Torba Kanun” beklenerek söz konusu değişiklik ancak gerçekleştirilebildi. Torba Kanun diye adlandırılan ve TBMM’nin 2 Ocak 2014 tarihli oturumunda kabul edilen “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, 18 Ocak 2014 tarihli ve 28886 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girdi.

Torba Kanunla 2012 yılının Kasım sonuna kadar çıkartılması gereken uygulamaya ilişkin yönetmeliğin bir yıldan fazla bir zamandır çıkartılamamasının müsebbibi olan hizmet puanının hesaplanmasıyla ilgili yanlışlık geç de olsa ortadan kaldırılmış oldu. Bunu da 22 Ocak 2014 tarihli ve “Torba Kanun Eczacılık İçin Ne Gibi Değişiklikler Getiriyor?” başlıklı yazımızda ele almıştık.

12 Mayıs 2012 tarihinde kabul edilip 31 Mayıs 2012 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’da değişiklikler yapılmasını içeren 6308 sayılı Kanun’un altı ay içinde yürürlüğe girmesini zorunlu kıldığı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, yukarıda bahsettiğim hatanın 18 Ocak 2014 tarihinde yayımlanan değişiklikten sonra bir süre de hazırlık safhasından sonra yaklaşık bir buçuk yıllık bir gecikmenin ardından 12 Nisan 2014 Cumartesi günü Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girdi. Bu yeni değişikliklerle alakalı olarak 26 Nisan 2014 tarihinde “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik Neleri Değiştiriyor?” başlıklı yazımızı kaleme aldık. Söz konusu Yönetmeliğin yürürlükten kaldırdığı 1993 tarihli Yönetmelikte en köklü değişikliğe eczacıların görüşleri ve ihtiyaçları doğrultusunda 2004 yılında gidilmiş ve eczacıların yaşadığı sıkıntılardan bir kısmı bu değişikliklerle giderilmişti. 2014 yılında TEB’nin baskıları sonucu 2004 öncesinden daha sıkıntılı

maddeler içeren bu yeni Yönetmelikle birlikte eczacıların sıkıntıları ve buna bağlı olarak şikayetleri daha da arttı.

Eczacı camiasında bu Yönetmeliğe yönelik eleştirilerin birçoğu aslında Kanunda yer alan hükümlerle ilgili olduğu ve Kanun yaklaşık iki yıldır yürürlükte olduğu için anlamsız bulduğumuz tartışmalardan bağımsız olarak Yönetmeliğe özgü sıkıntılı bulduğumuz durumları aşağıdaki başlıklar altında tek tek ele alıp itirazlarımızı gerekçeleriyle birlikte izah ettik.

- 1- Yardımcı eczacı çalıştırma zorunluluğu ve yaptırımı
- 2- Eczanelerin kapısının caddeye bakma zorunluluğu
- 3- Hizmet puanı hesaplanması
- 4- Eczane açmak için verilen 60 gün zor(unlu)luğu
- 5- Eczaneler arası ilaç takasının il içi eczaneler ile sınırlandırılması
- 6- Yapı ruhsatı veya yapı kullanım izin belgesi
- 7- Eczanenin internet sitesi kuramaması

Bu sorunların en başında eczanelerin açılabilmesi için “yapı ruhsatı veya yapı kullanım izin belgesi” istenmesi idi ki özellikle binaların çoğunun ruhsatsız ve yapı kullanım izin belgesiz olduğu başta İstanbul olmak üzere birçok şehrimizde yeni eczane açılmasını neredeyse imkânsız kılmaktaydı. Bu sorunlar üzerine yoğun görüşmeler yapıldı. Ardından 24 Ağustos 2014 tarihinde bir Yönetmelik değişikliği yayımlandı ve ne yazık ki tam bir hayal kırıklığı yarattı. Beklenen değişikliklerin hiçbiri yoktu ve sadece Kurumun kendi işleyişine yönelik hükümler içermektedir. Bu durumu 25 Ağustos 2014 tarihli ve “Dağın Doğurduğu Fare: Eczaneler Yönetmeliği Değişikliği” başlıklı yazımızda eleştirmiş ve bir önceki yazımıza atıfla yapılması gereken değişiklikleri mevzuat hazırlama tekniğine uygun olarak bir taslak haline getirip yazımızın ekine koymuş idik.

Son değişikliğin üzerinden bir buçuk yılı aşan bir zaman geçtikten sonra 28 Mart 2016 tarihinde bir Yönetmelik değişikliği daha geldi ki bu da bekleneni yerine getirmekten uzaktı. O kadar müzakerelere rağmen bahse konu sorunlardan sadece biri olan “yapı ruhsatı veya yapı kullanım izin belgesi” hususunda düzeltme sağlanarak fıkra “ya da”bağlı bulunduğu belediye tarafından dükkân veya işyeri olarak kullanılabileceğine

dair resmî belgesi” ifadesi eklenmek suretiyle sorun giderilmiş oldu. Buna da şükür denildi. Şu andaki duruma şöyle bir göz atacak olursak bizim yazılarımızda belirtmediğimiz ama daha sonradan fark edilen önemli sorunlardan olan ve müzakerelerde defalarca talepte bulunulan tabela ve sıcaklık/nem ölçer meselesi ise çözümlenmek yerine geçici maddeler ile tanınan süre tekrar tekrar uzatılmak suretiyle ertelenmektedir. En son 11 Mart 2017 tarihindeki bir değişiklikle mevcut eczaneler için 31 Aralık 2018 tarihine kadar erteleme getirilerek sorun şimdilik halı altına süpürülmüş oldu.

Eczane tabelalarında standart denilmekle birlikte tek tip tabela uygulamasının zorunlu hale getirilmiş olması zaten sıkıntılı olan eczaneleri daha da sıkıntıya sokmaktadır. Sıcaklık/nem ölçer ise hiçbir ülkede örneği bulunmayan bir uygulanma olup eczaneleri ekonomik anlamda daha da zora sokabilecektir. Kanun değişikliği ile oluşturulmuş bir kavram olmasına rağmen son zamanlarda yeni bir kılavuzla gündeme gelen yardımcı eczacı çalıştırma zorunluluğu kriterleri, zaten zor durumda olan eczaneleri üstelik ücreti de kanunla belirlenmiş olması dolayısıyla daha da zorlayacak duruma gelmiştir.

Yine aynı Kanun değişikliği ile getirilen ikinci eczacı çalıştırma zorunluluğunun da ücretinin kanunla belirlenmiş olması, zorunlu olmadığı halde eczanesinde eczacı çalıştırmak isteyenleri caydırıcı etki göstermektedir. Eczacılık fakültelerinden bu yıldan itibaren mezun olanların ilçe bazında eczane sayılarında sınırlama getiren kanun değişikliği ile birçok şehirde eczane açma şansının olmaması dolayısıyla bu eczacıların ücret yüksekliliği gerekçesiyle eczanelerde istihdam edilmemesi önemli bir sorundur. Bir de “Mesul müdür ve varsa ikinci eczacı ve yardımcı eczacıların eczanede bulunması zorunludur” hükmündeki “ve” ibaresi ile her ikisinin de aynı anda eczanede bulunması zorunluluğu getirilmektedir. Ayrıca mesul müdür eczacı ile ikinci ve yardımcı eczacıların görev tanımlarının tam anlamıyla yapılmamış olması başka bir sıkıntı kaynağıdır.

Eczanelerin ilçe bazında sınırlamanın büyükşehir statüsünde olan şehirlerde farklı bir şekilde ele alınmaması da bir sorun olarak karşımızda durmaktadır. Özellikle İstanbul gibi metropollerde ilçe sınırları bazen sadece bir cadde ya da

sokak olabilmektedir. Eczanesini aynı sokakta karşı tarafa nakil etmek isteyen eczacılar nakli gerçekleştirememektedirler. Kanunun “Eczane devirlerinde hizmet puanının yarıya düşürülmesi” şeklindeki hükmünde devralan kişinin bir hakkı mı yoksa sadece mekânı mı devraldığının ayrımı yapılmadığından sadece mekânı devreden eczacıların da hizmet puanının düşmesi bir hak kaybına yol açmaktadır.

Eczanelerde satılabilecek ürünlerin kanunla belirlenmesi de başka bir sıkıntı kaynağı olmaya devam etmektedir. Münhasıran eczanelerde satılması zorunlu olanlar dışında eczanede satılabilecek ürünlerin sayılması, orada sayılmayanların satılmasının yasak olduğu şeklinde yorumlanabilmekte ve bazen eczacılara ceza gerekçesi olabilmektedir. Eczanelerin kapısının caddeye bakma zorunluluğu, eczaneler arası ilaç takasının il içi eczaneler ile sınırlandırılması, eczane vitrinlerinde ilaç dışı ürünlerin tanıtımlarının yasak olması ve eczanenin internet sitesi kuramaması gibi hususlar da ayrıca eczacıların gündeminde yer alan diğer sorunlardır.

Bir de eczanelerde çalışan kalfalarla ilgili yaşanan bir sorun var. Eczanelerde halen çalışan kalfaların eczane teknikeri olarak çalışabilmeleri için kanunla getirilen geçici hükmün yetersiz olması dolayısıyla bazılarının bu haktan istifade edememeleri sonucunu doğurmuştu. Bu konuda kanun değişikliği yapılması için yapılan hazırlık Bakan değişiklikleri ve seçim süreçleri dolayısıyla yapılamamıştır.

Sonuç olarak 2012’den sonra eczacılıkla ilgili Kanun ve Yönetmelikte yapılan değişiklikler eczacıların mevcut sorunlarını daha da artırmış, bu sorunların giderilmesi için köklü düzenleme yapılmak yerine pansuman tedbirlerle sorunlar ertelenmeye çalışılmıştır.

Kaynaklar

Tokaç, Mahmut, İVEK web sitesinde yayımlanan makaleler

Tokaç, Mahmut; Kırmızı Çizgi (Osmanlıdan Günümüze Eczacılık Mevzuatının Serüveni), İVEK Yayını, İstanbul, 2012.

Tokaç, Mahmut; “Eczaneler Mevzuatının Son 25 Yıllık Gel-Git’leri” (Poster), İVEK 3. Uluslararası İlaç ve Eczacılık Kongresi, İstanbul, 26-29 Nisan 2017.

Türkiye'de eczacılığın geleceği

Emin Olgun



1968 yılında Trabzon'da doğdu. Sırayla Erzincan Mercan İlkokulu, Gümüşhane Uluköy Ortaokulu, Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi ve İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesini bitirdi. Bir süre bilişim sektöründe faaliyet gösterdi. 2004 yılından bu yana serbest eczacılık yapan Olgun, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Eczacılık, az sayıdaki kadim mesleklerden biridir. İnsanlığın var olduğu zamandan beri olagelmıştır. Zaman içinde tüm mesleklerde olduğu gibi yapısal değişiklikler yaşamıştır ve 1900'lerin başına kadar kendini güncellemeyi başarmıştır. 1900'lü yıllarda ve öncesinde, hekimler hastasının tedavisinde kullanacağı ilacın formülünü reçeteye yazar, bu reçete eczaneye gelir ve eczacı tarafından hastaya özel ilaç hazırlanırdı. İlk ticari olarak standardize edilmiş ilaçlar Fransa, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerden getirilmeye başlandı. Arkasından özellikle İstanbul'daki eczacılar yurt dışından gelen bu ilaçların benzerlerini kendileri üretmeye başladı. 1895 yılından sonra Eczacı Ethem Pertev tarafından üretilen Pertev Şurubu ve Ecz. Ali Süreyya tarafından üretilen İksir-i Süreyya yaygınlık kazanmış ve seri üretilmiş ürünlere örnektir. Bu tarihten sonra seri üretilen müstahzarların sayısı hızla artmış, buna karşılık hastaya özel yapılan majistral ilaçların reçetesi de azalmıştır. Günümüze geldiğinde majistral formül içeren reçete sayısı yok denecek seviyeye inmiştir. Bu süreç, eczacılıkta yeni bir dönemin başlangıcına işaret etmiştir. Fakat eczacılar, eczacıları yetiştiren eğitim kurumları ve eczacılıkla ilgili düzenlemeleri yapan kurumlar bu değişimi yakalayamamış, birçok kez de değişimi geri çevirmek adına çaba sarf etmişlerdir. Seri üretilen müstahzarlar dünyada eczacılığın yapısını değiştirmiştir. Artık eczacılık Farmasötik Teknoloji yoğun olmaktan çıkmış, Farmakoloji ve Klinik Eczacılık yoğun hale gelmiştir.

Ülkemizde maalesef bu konuda hiçbir mesafe kat edilememiştir. Eczacılık eğitimi hala kimya ve farmasötik teknoloji ağırlıklıdır. Klinik eczacılık alanı ise yeni yeni oluşmaktadır. Ülkemizde eczacıların ilaç-ilaç etkileşimleri, cinsiyet-yaş-doz ilişkisi, endikasyon-teşhis ilişkisi gibi alanlarda bilgileri zayıftır. Anatomi ve fizyoloji bilgileri yoktur. Hasta odaklı eczacılık konusunda eğitim almamışlardır. Bu süreç eczacıları raftan ilacı alıp veren bir meslek haline getirmiştir.

Serbest eczacılığın iki boyutu bulunmaktadır.

1- Sağlıkla ilgili ürünlerin insanlara sunulması: Bu ağırlıklı ticari işlemlerin yürüdüğü bir süreçtir. Tüm dünyada güvenilir bir meslek olan eczacının, güvenilir ürünleri tüketiciye sunması şeklinde yürür. Burada da danışmanlık rolü ön planda olmakla birlikte, ticari bir süreçtir.

2- İlaç ve Tıbbi Danışmanlık: Bu alanda eczacılar sağlık sisteminin vazgeçilmez unsurlarıdır. İlaç güvenliği ve farmasötik bakım alanında çok etkin rol oynarlar (rol oynaması gerekir).

2004 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm reformu eczacılığın temel yapısını ve dinamiklerini sadece finansal açıdan değerlendirmiştir. Meslek örgütü ve kurumlarımız tüm eczacıları aynı seviyede tutmayı amaçlamış, bunu sağlayabilmek adına da eczanelerin büyümesini engellemek adına politikalar üretmiştir. Örneğin belli bir cironun üzerine çıkan eczanelerin ikinci eczacı istihdamı zorunluluğu geti-

rilmiştir. Ciro arttıkça istihdam edilecek ikinci eczacı sayısı artmaktadır. Ayrıca ikinci eczacının maaşı 3 asgari ücretten az olamaz kriteri getirilerek cirosu yüksek eczanenin cezalandırılması yoluna gidilmiştir. Üstelik ikinci eczacının eczanede tanımlanmış hiçbir görev ve sorumluluğu yoktur. Zorunlu istihdam yaptırılan ve çok yüksek ücret tanımlanan bir personelin, görev ve sorumluluğunun olmaması eczanelerin içerideki personel düzenini de bozmaktadır.

Bunun bir örneği de SGK'ya yapılan kurum iskontolarıdır. Yıllık 700 bin TL'ye kadar cirosu olan eczaneler SGK'ya iskonto uygulamazken 1 milyon 500 bin TL ciroyu aşanlar %2,75 iskonto uygulamaktadır. Üstelik ciro hesabında SGK'ya kesilen fatura değil, eczanenin tüm cirosu esas alınmaktadır. Örneğin AVM'deki bir eczane belki yılda 300 bin TL SGK reçetesi yapmaktadır. Ancak kendisinin özel gayreti veya konumu nedeniyle cirosu 1 milyon 500 bin TL'yi aştığı için %2,75 iskonto uygulamak zorunda kalmaktadır. Bu iskonto sisteminin SGK cirosu üzerinden yürütmesi ve vergi düzenindeki gibi belli baremleri aştıkça artan iskonto oranlarına dönüşmesi gerekir.

Yine SGK tarafından ödenmekte olan reçete ücretlerinde buna benzer bir durum söz konusudur. Yıllık cirosu 230 bin TL'ye kadar olan eczanelerde 3,06 TL reçete hizmet bedeli ödenirken, 1.725.001 TL yıllık ciroyu aşanlara sadece 36 kr. reçete hizmet bedeli ödenmektedir. Yine bu cironun hesaplanmasında SGK cirosu değil eczanenin tüm cirosu dikkate alınmaktadır.

Tabela standardı gibi uygulamalarla eczanelerin dış görünüşüne müdahale edilmekte fakat sağlık hizmet sunucusu fonksiyonu için gerekli gerçek eksiklikler adına nerdeyse bir şey yapılmamaktadır. Eczanelerin maddi sıkıntıda olduğu bir dönemde tüm eczanelerin tabelasının değiştirilmeye çalışılması anlamsızdır. Ayrıca zaten tabelası mevcut eczanelerin yeni baştan tabela yaptırması milli servetin heba edilmesi anlamı taşımaktadır.

Eczacılıkta hizmet kalitesinin artırılması hiçbir zaman gündeme gelmemiştir. Halkın memnuniyetini artırmak adına diğer sağlık hizmet sunucularında yapılan kalite değerlendirmesi eczacılık alanında gündeme bile getirilmemiştir. Tüm sistemin değiştiği bir süreçte eczacılığın da bu sürece dahil edilmemesi, sadece ilaç tedarik konusunda düzenlemeler yapılması sistemin ruhuna ters düşmektedir. Eczacılığın sağlık danışmanı rolünün bu kadar geride kaldığı bir yapının sürdürülebilir olmadığı da aşikârdır.

Eczacılık öncelikle sağlık mesleğidir ve sistemin ayrılmaz bir parçasıdır. 25 bin civarında bir nokta ile tüm halkımıza dokunmaktadır. Bu sayı, onca özen ve gayret ile oluşturulan aile hekimliği noktasının en az 3 katıdır. Fakat eczacılık ve eczaneler, sistemin içinde etkin olarak kullanılamamaktadır. Bunun temel nedenlerinden biri de eczacılarda ciddi bilgi eksikliği bulunmasıdır.

Nüfusa dayalı eczane sayısını kısıtlama çabası eczacılığa kalite getirmemiştir. Hatta kalitede düşüşe neden olmuştur. Bunun yerine serbest eczacılık bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmalı, 3 yıllık bir ek eğitim öngörülmelidir. Mevcut serbest eczacılarda 6 yıllık bir süre içinde meslek içi eğitim alarak uzmanlaştırılmalıdır. Bu eğitimde klinik eczacılık ve farmasötik bakım uygulamaları esas alınmalıdır. Bu sayede mevcut bilgi eksikliği giderilmiş olacaktır.

Kronik hastalık yönetimi sosyal güvenlik kurumlarının en önemli uğraş alanlarından biridir. Ortalama ömür süresinin sürekli arttığı ülkemizde, sağlık bütçesinden hatırı sayılır bir miktar buraya ayrılmak zorunda kalmakta ve buradaki giderler daha hızlı yükselmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyetlerinin sürdürülebilir olması adına bu alana daha ciddi politikalar üretilmesi gerekmektedir. Bu alanda eczacılar hiçbir fonksiyon yüklenmemiştir. Acilen Kronik Hasta Takibinde eczacılardan daha etkin faydalanılmalıdır.

Eczanelerde hasta eğitimi yapma zorunluluk haline gelmelidir. Reçete ücreti değil, hasta eğitim ve danışmanlık ücreti diye bir hizmet kalemi oluşturulmalıdır. Serbest eczanelerde hastaların polifarmasi açısından değerlendirilmesinin altyapısı hazırlanmalı ve eczacılar bu alanda aktif olarak görev yapmalıdır. Avrupa ülkelerinde bile polifarmasi %40'lar civarındadır. Ülkemizde bu alanda hiçbir çalışma olmadığı göz önüne alınırsa çok daha yüksek oranlarla karşılaşacağımız açıktır. Amerika'da yapılan bir çalışmada 75-85 yaş arası erkeklerin %37,1'inde, kadınların ise %36'sında 5 ve üzeri ilaç reçete edildiği, tüm hastaların %58'inde ise 1 veya daha fazla gerekli olmayan ilaç reçete edildiği gözlemlenmiştir (1). Ülkemizde, şu ana kadar, bunun düzeltilmesine yönelik bir çalışma yapılmamıştır. Bu konu daha süratle ele alınmalı, eczacıların sisteme dahil edilmesi suretiyle hızlı mesafe alınmalıdır.

Eczacı ile hastaya reçete düzenleyen hekim arasında iletişim kurulamamaktadır. Bu durum reçetede doz aşımı, hatalı ürün reçeteleme gibi durumların düzeltilmesine engel olmaktadır. Örneğin eczanemize 6 yaş altı birçok çocuğa şurup reçetesi gelmektedir. Bu ilacın prospektüsünde 6 yaş altında kesinlikle kullanılmamalı, 6-12 yaş arasında ise zorunluluk halinde kullanılması gerektiği yazılmaktadır. Bu reçeteyi düzenleyen hekime ulaşmaya çalıştığımızda birçok kez başarısız olunmuştur. Bu durum tedavi süreçlerinde aksamaya neden olmaktadır.

Ülkemizde gıda takviyeleri ile ilgili ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Bu ürünlerin ilaç formunda (tablet, şurup, kapsül gibi) hazırlananlarının ruhsatları Sağlık Bakanlığıınca düzenlenmemesi ve eczaneler üzerinden halka sunulmaması ciddi sağlık sorunları yaşanmasına yol açmaktadır.

Eczanelerin ticari yönü ise ihmal edilmemelidir. Eczanelerin acilen gelir artırıcı çalışmalara ihtiyacı vardır. Eczaneler ilaç dışı ürünlerin tedarik edilebileceği en güvenilir noktalardandır. Gıda Takviyeleri, Kozmetik, İtiryat, Anne-Bebek, Ağız Bakım, Medikal Malzeme ve Cilt Bakım alanlarında eczanelerin daha etkin olabilmesinin önü açılmalıdır.

Eczanelerin ürün çeşitlenmesine ihtiyacı vardır. Daha düne kadar sadece eczanelerden alınan şampuan, diş macunu, krem, cilt bakım ürünleri vs. gibi ürünler artık bizzat bazı eczacılar tarafından ec-

zanelerde satılması hoş karşılanmamakta, bunu satan eczaneler ise marketleşme suçlaması ile karşı karşıya kalmaktadır. Halbuki bu ürünler zaten eczanelerden daha güvenli olarak tedarik edilebilecek ürünlerdir.

Personel kalitesi ve bilgi seviyesi yeniden değerlendirilmeli, göstermelik değil daha ciddi meslek içi eğitim planlanmalıdır. Üniversitelerin eczacı teknisyenliği bölümlerinden mezun olanlar çoğunlukla eczanelerde görev almamaktadır. Bu nedenle mevcut yasanın öngördüğü süreç istihdam konusunda sıkıntılar oluşturmaktadır. İstihdam sorununa çözüm üretebilmek adına gerekirse meslek liselerinde eczane teknisyenliği bölümlerinin açılması düşünülmelidir.

Hastane eczanelerindeki eczacılar polifarmasiyi engelleme adına aktif şekilde kullanılmalıdır. Hastane eczanelerinde görev yapan eczacılar, çoğunlukla servislerden gelen ilaç taleplerini karşılayan bir konuma oturmuştur. Bu işlem sırasında ilaç-ilaç etkileşimleri ve doz kontrolü yapılmamakta ve polifarmasiye bakılmamaktadır. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesinde, 2013 yılında yapılan bir araştırmada, 2.162 hastanın, 1.611'inde (%74,52) polifarmasi tespit edilmiştir (2). Yani her 4 kişiden 3'ünde polifarmasi vardır. Polifarmasinin bu kadar yüksek olduğu bilinirken eczacıların sistemde stok kontrol ve tedarikçi gibi kullanılmaları ciddi bir sorundur.

Özet olarak, eczacıların sağlık sisteminde daha aktif olarak görev almalarının altyapısı kurgulanmalıdır. Yetişmiş insan kaynağı ve var olan eczane sayısı göz önüne alındığında sağlık hizmetinde kaliteyi artırabilmek için eczacılar sistemde daha aktif olmalıdır. Eczanelerde sınıflama ciro bazında değil, hizmet kalitesi bazında olmalıdır. Bu nedenle acilen kalite kriterleri tanımlanmalıdır. Eczanelerin mali yapısının güçlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Tek SGK'ya bağlı eczaneler yerine, gıda takviyeleri dışında ilaç dışı ürünlerden de gelir elde edebilen yapı kurgulanmalıdır.

Kaynaklar

1) Aytül Belgi Yıldırım, Ali Yaşar Kılınç, *Türk Kardiyol Dern Ars* 2017;45 Suppl 5: 17-21 doi: 10.5543/tkda.2017.92770.

2) Fatma Nihan Cankara ve ark., *Hekimlerin İlaç Tercihleri ve Polifarmasi, SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 6/Sayı 1/2015.

Serbest diş hekimleri

Prof. Dr. Ahmet Uğur Keltek



İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesinden 1995 yılında mezun oldu. Halen özel bir klinikte çalışmaktadır.

Türkiye’de “2016 yılı Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri”ne göre toplam diş hekimi sayısı 26.674 kişi, serbest diş hekimi sayısı 15.934

kişi olarak açıklanırken serbest diş hekimlerinin bakanlık ve diğer kamu kuruluşlarındaki diş hekimlerine oranı %56’ya karşılık gelmektedir. Yine 2016 yılı verilerine göre 100 bin kişiye düşen diş hekimi sayısı 33’tür. Fakat diş hekimi dağılımı homojen bir dağılım göstermeyip şehir ve bölgelerin gelişmişlik düzeyine göre dağılımda farklılıklar vardır. Batı Anadolu’da 100 bin kişiye düşen diş hekimi sayısı 52 iken Akdeniz’de 30, Doğu Karadeniz’de 26, Güneydoğu Anadolu’da 15’tir. Uluslararası düzeyde durumun karşılaştırılması yapılacak olursa İsrail’de 100 bin kişiye düşen diş hekimi sayısı 101, Norveç’te 100, Almanya’da 89, Fransa’da 69, Hollanda’da 52, Türkiye’de 33 kişi olarak gösterilmektedir. 2002 yılı ile kıyaslandığında diş hekimliği fakültesi ve mezun olan diş hekimlerinin sayısında 3 katına varan bir yükseliş görülmektedir. Bu sayısal veriler Türkiye’de diş hekimliği ile ilgili sağlık politikaları düzenlemelerinde stabil bir düzleme geçmenin zaman alacağını ve yapılan düzenlemelerin de mevcut ya da oluşturulacak platformlarda tartışılması gerektiğini göstermektedir. Bu sayısal veriler ışığında beliren ilk ve en önemli ihtiyaç diş hekimlerinin Sağlık Bakanlığı nezdindeki temsil güçlerinin artırılması ve serbest diş hekimlerinin bu temsil gücüne dahil edilmesi gerektiğidir.

İşletme Bilgisi

Temel işletme bilgisi diş hekimliği eğitiminde verilmediğinden diş hekimlerinin bu konudaki eksiklikleri tedavi ücretlendirme,

klinik giderleri kontrolsüzlüğü, materyal ve teknolojik yatırımların doğru değerlendirilememesine neden olmaktadır.

Tanıtım

Bütün diş hekimleri için tanıtım standartlarının yeniden oluşturulması gerekmektedir. Büyük kurumsal desteği olan klinikler yaygın tanıtım yapabiliyorken serbest diş hekimleri için kendi ölçeklerinde tanıtım yapma ilkeleri rahatlatılmalıdır. “Diş hekimliğinin görsel yönü tedavinin parçası olarak kabul görmeli” diye düşünülmemektedir. Sosyal medya kullanımı kuralları çağdaş dünyaya uyarlanmalı ve daha fazla gerçekçi görsel materyal kullanımına izin verilmesi gereğine inanılmaktadır.

Çantacı Diş Hekimliği

Başka bir karşılığı olamadığı için “çantacı” diye tanımlanan diş hekimleri; muayenehaneleri gezer, uzmanlığıyla ilgili tedavileri yapar, muayenehane ya da poliklinik sahibi diş hekiminden anlaşılan ya da teamül usulü oluşan ücretini alır ve klinikle ilişkisini keser. Çalışma ruhsatının olmaması hem çalışan hem de çalıştıran hekim için suç teşkil etmektedir. Çantacı diş hekimliği problemi esasen diş hekimliğinde uzmanlık konusuna paralel tartışılması gereken başka ilişkileri de barındırmaktadır. Bu ilişkiler başka başlık altında tartışılacaktır. Şimdilik çantacı diş hekimliğinin serbest diş hekimine yüklediği sorunlara değinilecektir.

Çantacı diş hekimleri tedavi sonunda belirlenmiş yüzdelerini alıp klinikle ilişkilerini kestikleri için tedavinin sonuçlarıyla klinik sahibi diş hekimleri yüzleşmekte, vergi sorumluluğunu tamamen klinik ya da diş hekimi üstlenmekte, çantacı uzman diş hekimi kendi payı kayıt dışı kalmakta, sağlık

hizmetinin kalitesi denetlenememektedir. Çantacı diş hekimine bağlı sorunlar diş hekiminin inisiyatifıyla oluşmuş bir konu değil, sistemin oluşturduğu zorunlu bir çatlaktır.

SGK’lı Hasta Kabulü

Son yıllarda en çok dile getirilen konulardan biri, serbest diş hekimlerinin SGK’lı hasta bakmasına yönelik düzenleme talebi olmuştur. Türlü ekonomik faktörlerin etkisi altındaki birçok serbest diş hekimi SGK’lı hasta tedavi ederek ekonomik rahatlık yaşayacağını, tedavi hizmetlerinden yararlanma imkânlarını artıracığını, hizmette kaliteyi artıracığını düşünmekte ve talep etmektedir. Fakat bildiği gibi bu talebin karşılanmasının önündeki en büyük engel denetlenebilirliğin güçlüğü. Denetim yöntemi ile ilgili getirilebilecek akılcı bir yöntem ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda çığır açacağı düşünülmektedir.

Rekabet

Piyasa koşullarında oluşan rekabet, sağlık hizmetinin sunumuyla ilişkilendirildiğinde de kalite olgusuyla karşılaştırılmalıdır. Ağız-diş sağlığı hizmeti sunulmasında oluşan rekabet hiçbir zaman eşit koşullarda meydana gelmemektedir. Rekabetin yönü/etkileme gücü; her zaman daha az bilgi kullanan daha çok kullanan, daha az tedavi zamanı/teknik üstünlük kullanan daha çok kullanan doğru olmaktadır. Bu nedenle bilgi ve eğitim standardizasyonu getirilmeli ya da mesleki sürekli eğitim kredilerinin teşvik edici bir değeri olmalıdır.

Serbest çalışan diş hekimlerinin bir bölümü için ADSM kurumları rekabet unsuru olarak görülmektedir. ADSM kurumlarını rekabeti yok etmek için ortadan kaldıramayız ama

ADSM'lerde hekimlere sunulan imkânların bir halk sağlığı sorununa dönüştüğünü de görmezden gelemeyiz. Daha çok hasta bakma zorunluluğu, hasta başına daha az zaman kullanma ve performans baskısı kartopu yumağını oluşturmuştur! Denetimin güç oluşu bu kartopunun şiddetini artırabilir.

Diş Hekimi mi, Uzman mı?

Diş hekimliği uzmanlık şartı aranmaksızın bilgi güncelleme ihtiyacının en çok arandığı meslekler arasında yer almaktadır. Diş hekimliği yapısı gereği bütüncül tedavi planlamalarını zorunlu kılan bir disiplinler bütünüdür. Bütün diş hekimlerinin uzman olduğu bir dünya düşünölmeyeceğine göre diş hekimliği hizmetlerinin en önemli ayağını oluşturan serbest çalışan genel diş hekimlerini güçlendirme yollarının saptanması gerekliliği düşünölmektedir. Çok sayıda uzman yerine daha kısa sertifikasyon programlarıyla daha çok diş hekiminin eğitim düzeyi artırılmalı ve çantacı hekim sorunu büyük ölçüde çözöme kavuşturulmalıdır. Ölkemizden her yıl önemli miktarda bir parasal kaynak yurt dışı eğitimlerine ayrılmaktadır. Bu programlarla bu kaynaklar yurt içinde kalacaktır.

Diş Hekimliğinde Sedasyon

Dünyada muayenehane ortamında azot protoksit ile sedasyon yöntemi kullanılırken ölkemizde değerlendirme farklarından dolayı yasal zemini oluşturulamamıştır. Anestezi uzmanı ve ameliyathane ortamına ihtiyaç duyulmaksızın diş hekimlerinin kendi kliniklerinde, Sağlık Bakanlığının düzenleyeceği sertifikasyon programları sonrasında sedasyon uygulayabilmesi sağlanmalıdır.

Emeklilik Hakları

Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışan diş hekimlerine tanınan yıpranma payı ve emeklilik maaşı ile ilgili düzenlemeler serbest diş hekimleri için de geçerli olacak şekilde gözden geçirilmeli.

Özel Klinik ya da Muayenehanelerin Sürdürülebilirliği

Sağlık Bakanlığı 2016 Yılı İstatistikleri'ne bakıldığında 2002 yılında toplam diş hekimisi sayısının %76,2'si serbest diş hekimliği yaparken 2016 yılında bu oran %56,8'e gerilemiştir. Bu orandaki gerileme nedenleri arasında diş hekimisi ve



kamu ADSM kurumu sayılarındaki artış olmakla birlikte özel muayenehane ve klinik işletmenin gittikçe güçleşen şartlarını da saymak gerekir. Diş hekimliğinin "özel klinik/muayenehanecilik" şeklinde sağlık hizmeti veren bir disiplin olduğu göz ardı edilmemelidir; biyoloji, beceri, teknik yöntem-materyal ve teknik ekibin hep birlikte aynı doğruda buluşmasının zorunlu olduğu karmaşık bir disiplindir. Buna paralel fakülte klinikleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ADSM klinikleri ve özel muayenehane veya kliniklerinden hizmet alanlar arasında memnuniyet ve uzun dönem başarıyı ölçen bir çalışma henüz yoktur.

Yönetmelik ve Pratik

Tedavi hizmetlerini çağdaş düzeye taşıma zorunluluğunun yanında hizmetin sunumunun gerçekleştirildiği fiziki şartları da yeniden tanımlamak ve standardize etmek gerektiği açıktır. Fakat ölkemizde normların değişim hızı ile fiziki şartların değişim hızı paralellik arz etmemektedir. Yönetmelikte yer alan asansör, engelli hastalara yönelik yeni standartlar, muayene odasının kullanımı ile ilgili tanımlar ölkemizdeki muayenehane/poliklinik açılabilir binalar ile pratikte çelişki doğurmaktadır. "Diş hekimisi üniti"nin arkasında 1,5 metre, diğer yönlerde en az 1 metre boş alan kalır" tanımı mevcut binaların kullanımını imkânsızlaştırmaktadır. Ünit hasta yatağı gibi düşünölmeli ve pratikte kullanımı ihmal edilebilir olarak düşünölebilecek duvar mesafesi sınırlandırılmamalıdır.

- Mevcut yönetmelik öncesi ruhsatlandırılmış B tipi, engelli ulaşımı mümkün olmayan bir poliklinikte engelli arabası için lavabo standardı aramak pratikle çelişki göstermektedir. Giriş katta engelli erişiminin yeterli olduğu polikliniklerde diğer katlarda engelli erişimi aranmamalıdır.

- Mesul Müdür dışındaki diş hekimleri kısmi zamanlı çalışabilirken mesul müdür diş hekimleri çalışmamakta ve bu da eşitsizlik oluşturmaktadır. Yapılacak bir düzenleme mesul müdür vekilinin varlığında mesul müdüre kısmi zamanlı çalışma esnekliği sağlanmalıdır.

- Kısmi zamanlı çalışan iki diş hekimisi müşterek muayenehanede tek ünitte çalışabilmelidir.
- TAEK bünyesinde periapikal röntgen cihazları kurulum yeri denetlemesi gerektirmeyen bir alt kategoriye düşürölerek yıllık harçlarının makul seviyeye çekilmesi talep edilmektedir.
- Muayenehanelerde, kısmi zamanlı, dışarıdan hekim çalıştırılmaması da eleştiri konusu olarak düşünölmektedir.
- Tanıtım cezaları ile ilgili olarak cezai müeyyidelerde kurumların değil mesul müdürlerin muhatap alınması tamamen kurumların yararına olan bir uygulamada mesul müdürleri haksız cezalandırma olarak algılanmaktadır.
- Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik maddeleri farklı uygulayıcılar tarafından farklı yorumlanabilmektedir.

Not: Yazının hazırlanması aşamasında Türkiye'nin değişik şehirlerinden diş hekimleri ile görüşmeler yapılmıştır. Düşöncelerine başvöruşulan diş hekimleri: Türker Örnekol (İstanbul), Birol Altundaş (İstanbul), Muammer Gözlü (Konya), Mehmet Ağaoğlu (Kahraman Maraş), İlker Sözer (Hatay).

Kaynaklar

Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik; tdb.org.tr, (Erişim Tarihi 26.08.2018).

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016; (Erişim Tarihi 26.08.2018).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet

Bayram Demir



1993'te Sağlık Bakanlığında göreve başladı. Farklı tarihlerde Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şube Müdürlüğü, Ankara İl Sağlık Müdür Yardımcılığı, Dünya Sağlık Örgütünde (WHO) Bakanlık görevlisi olarak teknik uzman sıfatıyla çalıştı ve Performans ve Kalite Geliştirme Dairesi (Müstakil Daire Başkanlığı) Başkan Yardımcılığı, Daire Başkanlığı, Batman Kamu Hastaneleri Birliği İdari Hizmetler Başkanı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Danışmanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü danışmanlık görevlerinde bulundu. Halen Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Araştırmaları Merkezi-UHGSfam Genel Sekreteri olan Demir, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Ulkemizin sağlık kurumlarında neredeyse her hafta vicdanları yaralayıcı şiddet olaylarının yaşandığını görmekteyiz. Olaylar, bir anda ülke gündemine oturmakta ve ardından televizyon, gazete ve sosyal medya platformlarında uzmanlar ve vatandaşlarca yetkililerin sorunu çözmelerine yönelik öneriler beyan edilmektedir. Olayın gündemde kalma süresi de şiddetin sonuçları ve dramatik ağırlığı oranında değişkenlik göstermektedir. Şiddetin tarihi, insanlık tarihinin başlangıcına götürülebilir ama böyle bir tarihi analiz konumuz bağlamında pratik bir sonuç doğurmayacaktır. Bunun yanında, sadece sağlık değil her hizmet alanında şiddetin yaşandığı söylenebilir. Örneğin eğitim sisteminde, öğretmen ve öğrencilere yönelik şiddet yaşanmaktadır. Dolayısıyla, neredeyse her hizmet alanı ve meslek grubu alanında şiddet olaylarının yaşandığı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusu ise olayların hizmeti sürdürülemez noktaya taşınması nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda çok sayıda çalışma yapılmıştır. Çalışmalar, yaşanan sözlü şiddet olaylarının %80'leri aşan sıklıkta olduğu ve en önde gelen şiddet türü olduğunu göstermektedir. Daha sonra ise %16-49 ile fiziksel şiddet gelmektedir. Sağlıkta şiddet sadece Türkiye'ye özgü bir durum olmayıp dünyanın hemen her yerinde benzer olaylar yaşanmaktadır. Çin gibi bazı ülkelerde ise şiddeti profesyonel olarak icra eden yapılanmalar sektör bile oluşturmuştur.

Dolayısıyla, kaçınılmaz olarak her yerde ve alanda görülen kaotik durumlar olarak şiddetin örüntülerinin çıkarılması önem arz etmektedir.

Şiddet örüntülerinin kavramlaştırılmasında geçici ve anlık olaya ilişkin tanımlamalar yerine "şiddet tüneli" kavramını getirerek olgunun bir süreç olarak ele alınmasını sağlayan Randall Collins (2012) bu kavramlaştırmasında şiddeti zaman olgusuyla ilişkilendirmiştir. Buna göre, kısa, orta ve uzun şiddet tüneli tanımlaması yapmıştır. "Kısa şiddet tüneli" birkaç dakikadan az bir sürede cereyan eden olayları tanımlamak için kullanılmaktadır. Örneğin trafikte sürücüler arasında yaşanan olaylardaki şiddet türü gibi. "Orta şiddet tüneli" bir veya daha fazla saat sürebilen bir şiddet türüdür. Örneğin aile içi şiddet olayları, futboldaki fanatiklerin çıkardığı olaylar gibi. "Uzun şiddet tüneli" diğerlerinden farklı olarak şiddeti uygulayanlar açısından sistematik bir nitelik taşımaktadır ve günlerce veya haftalarca sürmesi söz konusudur. Çoğunlukla küçük bir grup tarafından yapılan cinayet, hırsızlık ve tecavüzler buna örnek gösterilebilir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ilk etapta ve çoğunlukla kısa şiddet tüneli kavramlaştırması içinde yer alıyor gibi görünebilir. Ancak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının orta şiddet tüneli kavramıyla ele alınması doğru bir yaklaşım olacaktır. Örneğin uzun süren bir tedavinin ardından, hastanın kaybedilmesi nedeniyle hasta yakınlarının sıklıkla tedaviyi yürüten kişileri hastanın ölümünden sorumlu tuttıkları görülmektedir. Bu durum hasta yakınlarının tedavi süresince biriktirdiği duygularla hareket

ettiğini gösterdiğinden sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları orta şiddet tüneli kavramıyla değerlendirilebilir. Sağlık kuruluşlarında ortaya çıkan şiddet olaylarının tamamının bu kapsamda (orta şiddet tüneli) değerlendirilmesi düşünülebilir çünkü hasta ve hasta yakınlarının duygusal olarak gadre uğramışlık hissiyle birikmiş gerilimlerinin patlak verdiği anlar olarak ele alınması daha doğru görünmektedir. Şiddet tüneline girildiğinde kişilerin eğitim düzeyi ve veya ait olduğu sosyal tabakanın herhangi bir önemi kalmamaktadır. Bu durumda herkesin şiddet uygulamaya meyilli olabileceği dikkatlerden kaçmamalıdır. Kişi profesör titrine bile sahip olsa kendini şiddet tüneline bulabilir. Öte yandan şiddet veya çatışma olgusu Wehr (2006)'e göre normal şartlar altında bir veya birkaç nedenle ortaya çıkabilir.

a) Olgusal temelli: Yaşanan anlaşmazlıkların çoğunun tarafların yaklaşım farklılığından kaynaklandığını anlatır.

b) Değer-rol temelli: Taraflar arasındaki etkileşimin niteliğini ve şeklini belirleyen temel kuralın ne olacağı konusundaki anlaşmazlık vardır.

c) Çıkar temelli: Taraflar arasında mevcut kıt kaynaklardan (para, güç, prestij/saygınlık) kimin nasıl ve ne şekilde yararlanacağı noktasında yaşanan anlaşmazlıklardır. Bu durum, sağlık hizmetinin tarafları olan hasta ve sağlık çalışanının bir diğerinden saygınlık görme beklentisinin karşılanmaması durumunda yaşanır.

d) Gerçekçi olmayan: Taraflar arasında çıkar, değer ve algı temelli anlaşmazlıkların dışında kalan ve daha çok tarafların iletişimde kullandıkları dil ve mekândan

kaynaklanan anlaşmazlıklardır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının açıklanmasında bahsedilen nedenler anlamlı bir çerçeve sunmaktadır. Bu şekilde şiddet olaylarının nedenleri anlaşılabilir ancak çözümler mevcut kültürel ve bürokratik yaklaşımlara göre belirlenecektir. Ülkemizde görülen sağlık çalışanına yönelik şiddet ve sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin nedenleri aşağıya alınmıştır. Bu çalışma kapsamında sağlık çalışanı ve diğer kişilerden oluşan toplam 30 kişiye sağlıkta şiddetin kaynakları olarak gördükleri hususların ne olduğu sorulmuş olup konu hakkındaki görüşler sınıflandırılmıştır. İfade edilen görüşlerin literatür verisiyle uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Aktüel Olarak Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Kaynakları

Sağlık hizmetlerinde yaşanan şiddet sorunu dört kategoride ele alınmıştır. Yapılan çalışmada şiddetin kaynakları çözün bulunacak alanlar olarak pratiğe dönük hazırlanmıştır.

Sistemden Kaynaklanan Nedenler

- Şiddet konusunun multidisipliner (sosyoloji, sosyal psikoloji, iç mimari, gibi) şekilde ele alınmaması
- Kurum kapasitesinin üstünde hasta kabulü yapılması
- Hastanedeki teknik alt yapının yetersiz olması nedeniyle uzun randevu sürelerinin ortaya çıkması
- Sağlık Bakanlığı'na yaptırılan kamu spotlarının dili ve kompozisyonu sağlık çalışanını ezmesi
- Hastanelerde bekleme süreleri boyunca hasta ve yakınları için asgari konfor imkanlarının sağlanmaması
- Hastanelerdeki aydınlatmaların yetersiz olması
- Hastane fiziki şartlarının (yetersiz havalandırma, kötü koku ve yetersiz temizlik) çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının stres düzeyini yükseltmesi
- Hekimler açısından, performans uygulamasının getirdiği aşırı iş yükü altına girme, tatil ve izin yapmaktan kaynaklanan gerginlik yaşanması
- Panik halinde acil servise başvuruda bulunan hasta ve yakınına gerekli yönlendirmeyi yapacak bir görevlinin bulunmaması
- Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının aşırı hasta yükü altında bulunması
- Sağlık çalışanlarının çalışma ortamına ilişkin mimari yapının uygun olmayışı

nedeniyle hasta ve sağlık çalışanının gerilimli bir etkileşime girmesi

- Sağlık personeli sayısının yetersizliği nedeniyle gerilim yaşanması
- Acil servislerdeki hasta yoğunluğundan ötürü hastası hakkında doyurucu bilgi alamayan hasta yakınlarının ilgisizlik hissetmesi nedeniyle agresifleşmesi
- Hastane yöneticilerinin, çalışanları motive edecek iş doyumunu ve işe bağlılığını artıracak sosyal aktiviteler ve programlar yapmaması
- Hasta yoğunluğundan ötürü bekleme sürelerinin artması nedeniyle hasta ve yakınlarının streslenip gerilmesi
- Güvenlik personelinin şiddet konusunda yeterince eğitim almamış olması
- Kurumların şiddet konusunda erken uyarı sistemlerini kuramamış olması

Sağlık Personelinden Kaynaklanan Nedenler

- Bazı sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarına karşı rencide edici üslup kullanması,
- Hekimlerin hasta yakınlarıyla iletişim üslubunun öfkeli hasta yakınıyla iletişimde çatışmayı tırmandıran bir tutum sergilenmesi ve bu nedenle kavgaya davetiye çıkarılması,
- Hekim ve sağlık personelinin hastayla iletişim eğitimi yetersizliği,
- Hekim veya sağlık personelinin hastayı yeterince dinlememesi nedeniyle sorun yaşanması
- Hasta yakınına hastasıyla yakın ve ciddi bir şekilde ilgilenildiğine dair güven duygusunun verilmeyişi,
- Hekimlerin ve de sağlık çalışanlarının buyurgan iletişim tarzına sahip olması
- Sağlık çalışanlarının (doktor, hemşire, sekreter) aşırı iş yükünden ötürü ilgisiz davranabilmesi nedeniyle hasta yakınlarının beklediği merhamet ve ilgiyi gösterememesi
- Hastalara yanlış tanı konulması ve yanlış tedavi yapılması
- Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyetine saygı göstermemesi
- Özellikle acil servislerde çalışan doktorların çok sayıda hastanın tedavisiyle ilgilenmesi nedeniyle psikolojilerinin bozulması ve hastalara yaklaşımının değişmesi

Hasta ve Hasta Yakınlarından Kaynaklanan Nedenler

- Hasta ve yakınlarının çalışanlara karşı anlayışlı olmaması
- Hasta ve yakınlarının işlerini bir an önce bitirip gitmek kaygısıyla sağlık çalışanlarına kötü davranması

- Hasta ve yakınlarıyla sağlık çalışanları arasında sağlıklı iletişimin sağlanamaması
- Hasta yakınlarının hekimlerden yasal olmayan taleplerde bulunması ve bunu en doğal hakkıymış gibi baskı yapması
- Hasta veya yakınlarıyla empati kurmadan, acısını paylaşma yönünde bir mimiğe yer verilmeden adeta bir makine veya otomobilden bahsedercesine hasta durumu hakkında soğuk bir şekilde bilgi verilmesi
- Uygulanan tedaviden memnuniyetsizlik
- Hasta ve yakınlarının bilgisizliği nedeniyle aşırı beklenti içine girilmesi
- Hastanın zamanında randevuya gelmemesi
- Bazı hasta ve yakınlarının işini erken ve hızlıca gördürmek için şiddet eğilimi göstermesi.

Diğer nedenler

- Medyada sağlık çalışanları hakkında olumsuz, yalan haberler ve yorumlara yer vermesi
- Şiddeti önlemeyi öngören yasal düzenlemelerin yetersiz olması
- Şiddet olgusunun yeterli, sistematik ve bütünsel bir değerlendirmeye tabi tutulmaması
- Şiddet konusunda yönetsel olarak proaktif olunmamasıdır.

Kaynaklar

Attar, G., E., (2017) Türkiye'de Hekimlere Yönelik Şiddet: Bir temellendirilmiş Kuram Analizi, *Sosyoloji Dergisi*, 37(1)- 157-178.

Cander, B., (2018) Acil Servislerde Şiddet Olaylarına Karşı Alınan Tedbirler ve Uygulamalar, http://file.atuder.org.tr/_atuder.org/fileUpload/kfdb31UeNkgo.pdf (Erişim Tarihi: 01.09.18).

Collins, R., (2012) *Entering And Leaving The Tunnel Of Violence: Micro-Sociological Dynamics Of Emotional Entrainment In Violent Interactions*, *Current Sociology*, 61(2) 132-151.

Demir, B. (2018) *Sağlıkta Şiddet Sorunları Araştırması, Yayınlanmamış Araştırma Notları*

Duğan, Ö., (2015), *Sağlıkta Şiddet haberlerinin Basına Yansımaları, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.*

Duğan, Ö., Arslan, A., (2015) *Sağlıkta Şiddetin Sağlık Çalışanı-Hasta İletişimi Boyutu Üzerine Bir Derleme, file:///C:/Users/SONY/Downloads/78-91zlemDuanAynurArslan.pdf. (Erişim Tarihi: 01.09.18).*

Gündüz, M., (2015) *İlk ve Orta Öğretimde Uygulanan Şiddet Olaylarına Öğretmen Adayı Öğrencilerin Anlatılarından Bakmak, Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi / Cilt-Sayı : 42 ss. 261-276.*

Temel, M., (2017), *Sağlık Örgütlerinde Çatışma: Nedenleri, Yönetimi ve Çözüm Önerileri, İ.Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi, Cilt 5, Sayı 2.*

Yeşilbaş, H., (2016) *Sağlıkta Şiddete Genel Bakış, Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, Sayı: 1, Cilt:3.*

Sağlık çalışanlarının memnuniyet durumu

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Pertevniyal Lisesinin ardından 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1996 yılında doçent oldu. 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliğine atandı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. Metabolik Sendrom Derneği kurucu üyesidir. Öncelikli ilgi alanı insülin direnci ve metabolik sendrom ve tip 2 diyabet tedavisidir. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endokrinoloji Metabolizma ve İç Hastalıkları Kliniklerinde eğitim sorumlusu olarak görev yapmakta, aynı hastanede Klinik Çalışmalar Etik Kurul Başkanlığını yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu üyesi de olan Dr. Altuntaş evli ve 3 çocuk babasıdır.

Sağlık çalışanları etki gücü yüksek, büyük ama sessiz bir lobidir. 2003 yılında yürürlüğe konulan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile yapısal reformlar yapılmış, bunun sonucunda halkın sağlık hizmetlerinden memnuniyeti artmış, buna karşın genel olarak sağlık çalışanlarının memnuniyetinde artış istenilen düzeyde olamamıştır. Sağlık çalışanlarının memnuniyet sorunlarını 7 ana başlıkta incelemek mümkündür.

- 1- Ücret memnuniyetsizliği
- 2- Performansa dayalı ek ödeme
- 3- İş yoğunluğu
- 4- Merkezi randevu sistemi
- 5- Mesleki/akademik doyum
- 6- Özlük sorunları
- 7- Sağlıkta şiddet

I. Sağlık Çalışanlarının Çalıştıkları Kurumlara Göre Memnuniyet Sorunları

Sağlık çalışanları genel memnuniyet dışında çalıştıkları farklı kurumlara göre farklı memnuniyet bileşenleri göstermektedir. Bu kurumları, üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, devlet hastaneleri, semt poliklinikleri, aile hekimliği merkezleri, 112 acil olarak sınıflandırdığımızda oluşan memnuniyetsizlikler de farklılaşmaktadır.

Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastanelerinde öne çıkan en önemli memnuniyet sorunları ücretlerin

yetersizliği, performansa dayalı ek ödeme, mesleki/akademik doyumdur.

Ücretlerin yetersizliği: Üniversite hastanelerinin döner sermayeleri zayıfladığından dolayı performansa dayalı ek ödemenin katkısı düşük veya tatminkâr değildir. Buna karşın serbest çalışma imkânı da ancak bazı öğretim üyeleri için geçerli olduğundan sonuçta ele geçen toplam ücretler oldukça yetersiz kalmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme: Performansa dayalı ek ödeme üniversite hastanelerinin çoğunda tüm sağlık çalışanları için yeterince tatminkâr değildir. Bu yönü ile eğitim ve araştırma hastanelerinin gerisinde kalmaktadır. Üniversiteye değer katan hocalar, döner sermaye ek ödeme primleri tatminkâr olmadığından özel hastanelere geçmektedirler. Üniversite hastanelerinin borçları nedeni ile döner sermayeler ödenememekte veya geç ödenmekte, yöneticiler yasadaki üst sınırdan alırken diğer çalışanlar düşük oranda almaktadırlar.

Mesleki/akademik doyum: Mesleki doyum dahili branşlarda daha fazla, cerrahi branşlarda daha düşük görülmektedir. Cerrahi alanda fark yaratan cerrahların hemen hemen neredeyse tamamı üniversiteden ayrıldığından dolayı usta çırak ilişkisi zedelenmiş bundan da eğitim gören asistanlar etkilenmiştir.

Öğretim üyelerinin mesai sonrası serbest çalışma konusundaki düzensizlik: Tam gün yasasındaki düzenlemeler sonucunda bir kısım öğretim üyelerinin mesai saati sonrası serbest çalışma izni olup diğerlerinin yoktur.

Eğitim ve Araştırma (EA) Hastaneleri

Ücret memnuniyetsizliği: Kamu çalışanı hekimlerin her kademesinde ele geçen ücret özel sektörün çok altındadır.

İş yoğunluğu: Polikliniklerde günlük 60-80 arası hasta görülmesi, bazı uzmanlık alanlarında aylık 8-10 arası nöbet sayısı, iş yoğunluğu açısından bir memnuniyetsizliğe yol açmaktadır. Her uzmanlık dalı açısından aynı zaman biriminde hasta bakma yükümlülüğü kaldırılmalı, özellikle bölüm ve hasta gruplarında süre uzatılmalı, günlük bakılan hasta sayısı azaltılmalıdır. Ayrıca asistan ve uzman hekimlerin yoğun iş yükü ve performans kaygısı nedeni ile klinik araştırma ve yayın yapma imkânının yetersizliği şikâyeti bulunmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme:

a- Performansa dayalı ek ödeme, aynı uzmanlık alanı için farklı EA hastanelerinde uçurum diyebileceğimiz farklılıkları barındırmaktadır. Yine aynı hastane içinde birbirine yakın ama farklı uzmanlık alanlarında da bu uçurumu görebilmekteyiz. Tüm bu durumlar çalışma huzurunu bozmakta ve kurumsal verimliliği de olumsuz etkilemektedir.

b- Alınan ek ödemeler çoğunlukla gerçekte kişi üzerinden olmamaktadır. Bu nedenle hiç olmazsa alınan ek ödemelerin %30-50'sinin ortak klinik havuzdan alınması huzursuzluğu önleyecektir.

c- Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile alınan ücretin önemli bir bölümü, çalışıldığı sürece alınmaktadır. Yıllık

izin, hastalık durumunda ek ödemenin kesilmesi hekimlerin ağır çalışma koşullarına rağmen yıllık izin haklarını bile kullanmamalarına neden olmaktadır. Ek ödemelerin emekliliğe yansımaması emekli maaşlarında ciddi yetersizliğe yol açmakta, emeklilikten sonra da hekimleri çalışmaya devam etmeye zorlamaktadır. d- Performansa dayalı ek ödemelerinde kalite faktörlerinin değerlendirilmesi: Sadece hasta sayısı değil, hasta bakım kalitesini içeren sağkalım, taburcu sonrası yeniden yatış, hastanın polikliniğe bir ayda kaç kere aynı problemlerle geldiği, tedavi etkinliği, mortalite, maliyet etkinliği gibi faktörlerin de değerlendirildiği bir performansa dayalı ek ödeme sistemi olmalıdır.

Mesleki/akademik doyum: Sağlık Bakanlığına bağlı EA hastanelerinde üniversitelerdeki gibi akademik ilerleme-akademik çeşitlilik-bilimsel kadrolaşma-özlük hakları-mali haklar gibi imkânlarının yeterince olmaması genel bir doyumsuzluk nedeni olabilmektedir. 2015 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kurularak ülkemizdeki tüm EA hastanelerinin kurulmuş olan bu üniversiteye afiliye olması bu sorunlardan akademik ilerleme kısmını çoğunlukla çözmekle birlikte yine de özellikli hekimlerin ve nitelikli iş yapan hekimlerin akademik ve mesleki doyumunu yeterince sağlamadığı görülmektedir. Tüm bu nedenlerle özellikli hekimler bulundukları kurumları terk etmiş veya terk etmek üzeredir. Halen bazı kliniklerde bazı önemli hastalıklar için özellikli hekimler yıllardır istihdam edilememektedir. Böylelikle bu uzmanlık alanlarından eğitim alan asistanların eğitimleri de olumsuz etkilenmektedir. Bu olumsuz durumu gözlemleyen ve istikbal arayan akademisyen aday genç hekimler de yolun başında iken bulundukları kurumları terk etme yoluna girmişlerdir. Terk edemeyenlerde de kurumsal bağlılık ve motivasyonun azaldığı görülmektedir. Bu sorunun çözümü eğitim ve araştırma hastanelerinde çeşitli hastalıklar için mükemmeliyet merkezlerinin kurulmasıdır.

Liyakat ve ehliyet sorunu: EA hastanelerinde Doçentlik ve Dr. Öğr. Gör. gibi akademik unvanların bütün avantajları ile kıdemliliğin ve tecrübenin önüne geçmesi eğitim hiyerarşisini ve ast üst ilişkisini zedelemiş önemli bir huzursuzluk ve memnuniyetsizliğe yol açmıştır.

Sağlıkta şiddet: En yoğun yaşanan kurumlardan biri EA hastaneleridir. Bu durum yaygın bir şikâyet nedenidir.

Serbest çalışma imkânı: Profesör, doçent ve alanında özellikli uzmanlar için

mesai sonrası serbest çalışma imkânının olmayışı özel sektöre geçişi artırmakta, kalanlarda ise memnuniyetsizlik ve motivasyon kaybına yol açmaktadır.

Devlet Hastaneleri ve Semt Poliklinikleri

Poliklinik hasta yükü: Bazı uzmanlık alanlarında yoğun hasta talepleri (kontrol dahil 50-80 arası, hastaya ayrılan süre 5-6 dakika) hekimlerde stres ve memnuniyetsizlik kaynağıdır.

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS): Hekimin ani gelişen beklenmedik mazereti nedeni ile izin alma süreçleri MHRS nedeni ile sıkıntılı olmaktadır. 72 saat öncesine kadar MHRS randevularında iptal istemlerinin yöneticiler tarafından iyi karşılanmadığı bir gerçektir.

Performansa dayalı ek ödeme: Hasta sayısı az olup hastane ortalamasından ek ödeme alan bazı uzmanlık alanları ile çok poliklinik yaptığı halde ancak az poliklinik yapanlar kadar ek ödeme alan uzmanlık alanları arasındaki ek ödeme adaletsizliği, hekimler arasında huzursuzluk ve memnuniyetsizlik kaynağıdır.

Aile Hekimliği

Bebeklikten yaşlılığa kadar hayatın her dönemine ait muayene ve izlemlerin yapılmasını öngören aile hekimliği, ağırlıklı olarak reçetelerin repete edildiği, işe giriş raporları, istirahat raporlarının düzenlendiği bir hekimliğine dönmüştür. Bu durumlar yaygın memnuniyetsizlik ve motivasyon kaybı nedenidir.

Acil Poliklinikler

Acil sağlık çalışanları çok yoğun iş yükü ile karşı karşıyadır. Hastane acillerinde yeşil alan yoğunluğunu azaltacak tedbirlerin alınması gerekir. Bu durum sağlıkta şiddetin de bir unsurudur.

II. Sağlık Çalışanları Memnuniyet Anketleri

Sağlık Bakanlığı 2009 tarihinde "Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması" adında tüm sağlık mesleklerini kapsayan iş doyumunu araştırması gerçekleştirmiştir. 327 sağlık kuruluşunda 4.983 sağlık personeli kapsayan bu büyük çalışmada, iş doyumunu, bağlılık düzeyleri ve motivasyonu ortalamadan yüksek bulunmuştur. Görece olarak iş doyumunu daha yüksek motivasyon ise daha düşük bulunmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programına(SDP)

ilişkin görüşler ortalamanın biraz altında olumlu, performansa dayalı ek ödemeye yönelik değerlendirme ise olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Motivasyon, bağlılık, performansa dayalı ek ödeme aile hekimleri ve yöneticilerde en yüksek, asistan ebe/hemşirelerde en düşük olarak saptanmıştır.

Performansa dayalı ek ödeme, aile hekimliği, hasta memnuniyeti ve diğer SDP ile ilgili en olumsuz görüşler üniversite ve üçüncü basamak hastanelerinden gelirken yöneticiler genellikle en olumlu görüşleri bildirmiştir. Sağlık personelinin %31,4'ü "Performans ek ödemesi sağlık hizmeti kalitesini olumlu etkilemiştir" şeklinde yanıt vermiştir. Aile hekimleri (%53) ile yöneticiler (%65,3) olumlu yanıt vermiştir. Performansa dayalı ödemenin sağlık personelinde genel bir memnuniyet yarattığını düşünenlerin oranı %26,7, memnun olmayan oranı %33,1'dir. Uygulamadan en memnun olan grup aile hekimleri ile hastanede çalışan pratisyen hekimlerdir (%46).

İncelenen değişkenler ortalama puanlarına göre öncelik sırasına göre sıralandığında, performansa dayalı ek ödeme birinci sırada ele alınması gereken konu olarak ortaya çıkmaktadır. İkinci sırada, personelin motivasyon düzeyindeki düşüklük bulunmaktadır. Motivasyon düşüklüğü temel olarak ücretlendirmeden duyulan tatminsizlikle ve performansa dayalı ödemedeki sorunlar ile ilişkili bulunmuştur.

Sonuç

Genel olarak memnuniyetsizlik nedenlerini ücret azlığı ve adaletsizliği, performansa dayalı ek ödeme, MHRS'in esneksizliği, kamu hastaneleri akademisyen hekimleri için serbest çalışma kısıtlılığı ayrıca tecrübe ve liyakatin akademik unvanların altında kalması, sağlıkta şiddet, asistan hekimler için eğitimin standart olmaması, yetersizliği ve poliklinik iş yükünün fazlalığı olarak sıralayabiliriz. Ayrıca sağlık yöneticilerinin daha fazla gelir elde etmek için sağlık çalışanlarından çok sayıda poliklinik ve çok sayıda hasta yatışı yapılmasını istemesi de sorunlu olup aynı zamanda ülkemiz için kaynak israfıdır. Sonuç olarak, sağlık çalışanları toplumun her kesimi ile doğrudan birebir ilişki içerisinde olduğundan etki güçleri yüksektir. Bu nedenle oluşan mesleki memnuniyetsizlik, tatminsizlik, mutsuzluk ve motivasyon kaybı, ilişkide olduğu insanlarda ve hastalarda zincirleme olarak olumsuz etkiler gösterebilir.

Sağlıkta kalite ve akreditasyon

Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında Van'da hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. 2006-2016 yılları arasında Sağlık Bakanlığında performans, kalite ve sağlık finansmanı konularında daire başkanlığı ve genel müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2016 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuna geçti. Halen UHGSfam Başkan Yardımcılığı görevinin yanısıra Sağlık-Sen SASAM Enstitüsünde de görev yapmaktadır.

Uluslararası uygulamalar incelendiğinde kaliteli sağlık hizmeti sunumu için benzer araçlar kullanıldığını ancak ülkelerin kendi ihtiyaç ve önceliklerine göre farklı yol ve yöntemler izlediklerini müşahade etmekteyiz. Sağlık Bakanlığı da bu doğrultuda hazırladığı ve 2003 yılında ilan ettiği Sağlıkta Dönüşüm Programı ile kalite ve akreditasyon konusuna programın 6. bileşeninde yer vermiştir. Bu vesileyle kalite ve akreditasyon konusunu politika yapıcıların sahiplenmesi ve politika metinlerinde yer vermesi önemli bir aşama olarak karşımıza çıkmaktadır. 2003-2018 yılları arasını kritik kırılma noktalarını dikkate alarak ana hatlarıyla üç dönemde irdeleyebiliriz.

1. Dönem (2003-2011)

- Bakanlık bünyesinde kurulan daire başkanlığı ile performans ve kalite çalışmaları tek bir çatı altında yürütüldü. PDEÖS'nin tamamlayıcısı olan kurumsal performans uygulaması sisteme dahil edildi.
- Sağlıkta kalite standartları (SKS) geliştirildi ve değerlendirici havuzu oluşturuldu.
- Kalite değerlendirmeleri başlatıldı, çok sayıda rehber, kitap ve bilimsel yayın çıkarıldı.
- Yönetici ve birim performans uygulaması başlatıldı ve klinik kalite programı hayata geçirildi. Ayrıca SGK'nın, özel hastanelerin hastalardan alacağı ilave ücretlerin belirlenmesi amacıyla yayınladığı puanlandırma yönergesinde kalite standartlarına yer verildi.

2. Dönem (2011-2015)

- 663 sayılı KHK ile Bakanlığın yeniden yapılandırılması ile daha önce tek bir çatı altında yürütülen performans ve kalite çalışmaları 5 farklı birim tarafından yönetilmeye başlandı.
- Performans ve kalite çalışmaları birbirinden ayrıldı. Kurumsal performans uygulamasının bireysel performansa etkisi ortadan kaldırıldı.
- Yönetici ve birim performans uygulaması yürürlükten kaldırıldı. Klinik kalite çalışmalarının etkisi minimal düzeyde kaldı.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK), kalite standartlarının bir izdüşümü olan verimlilik kriterlerini yayınladı.
- Kalite ile verimlilik yerinde değerlendirmelerinin benzer standartlar üzerinden yapılması sonucu mükerrer değerlendirmelere sebebiyet verildi ve TKHK tarafından ayrı bir değerlendirici havuzu oluşturuldu.
- Hizmete esas denetim kriterleri kalite standartlarının bir benzeri oldu.
- SGK'nın ilave ücretlerin belirlenmesine ilişkin yönergesi yürürlükten kaldırıldı.
- Denetim Hizmetleri Başkanlığınca performans denetiminde kullanılan kriterlerin bir bölümü kalite standartlarının aynısı oldu.

3. Dönem (2015-2018)

- İkinci döneme ek olarak 2015 yılında kurulan TÜSEB Türkiye sağlık hizmetleri kalite ve akreditasyon enstitüsü (TÜSKA) ile sisteme yeni bir aktörün daha eklendiği görülmektedir.
- Kalite ve akreditasyon çalışmalarının tek

çatı altında ve özerk bir yapıda olması düşünüldürken TÜSKA'nın kurulması ile akreditasyon faaliyetleri kalite çalışmalarından ayrıldı. TÜSKA'nın kurumsal yapılanması sağlıkta kalite ve akreditasyon daire başkanlığının bir izdüşümü olacak şekilde dizayn edildi.

- TÜSKA tarafından; sağlıkta kalite ve akreditasyon dairesinin faaliyetlerine benzer şekilde kalite geliştirme adı altında çalışmalar yürütüldü, yayınlar çıkarıldı ve ayrı bir değerlendirici havuzu oluşturuldu.

- Sağlık Bakanlığı Teşkilat Kanunu'nda 2017 yılında yapılan değişiklik ile Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü de bu alanda yeni bir aktör olarak yerini aldı. Kalite ve akreditasyon sorunları konulu bu yazıda sorunlar tespit edilirken tecrübe ve gözlemler dikkate alınmış ve ilgili bilimsel metinlerden faydalanılmıştır. Ayrıca açık uçlu 15 sorudan oluşan bir soru seti ile de merkez ve taşrada kurumsal ve bireysel düzeyde yaklaşık 40 katılımcının görüşü de alınmıştır. Alınan görüşlerin çok büyük oranda benzerlik göstermesi sorunlar noktasında bir konsensüs olduğunu da göstermektedir. Aşağıda tespit edilen ana sorunlar ile yukarıda üç dönemde irdelenen hususların birlikte ele alınması faydalı olacaktır. Ayrıca her yeni düzenlemenin iyi yönetilmediği takdirde yeni sorunların kaynağı olabildiği net bir şekilde görülmektedir. Bundan dolayı son yıllarda kalite ve akreditasyon faaliyetlerinin gerek merkez gerekse taşrada etkisi bağlamında bir duraklama hatta bazı noktalarda gerileme yaşandığı tüm paydaşlarca ifade edilmektedir.

Tespit Edilen Ana Sorunlar

Değerlendirici; kalite değerlendiricisi, TÜSKA denetçisi ve verimlilik gözlemcisini ifade etmektedir. Standartlar ise; SKS, SAS ve verimlilik kriterlerini ifade etmektedir.

1. Kalite ve akreditasyon konseptinde farklı ad altında birbirine benzer içerikte ve birbirinden bağımsız bir şekilde 6 birim tarafından tekrarlar oluşturacak şekilde faaliyet yürütülmesi

2. Bakanlık üst yönetimince birimleri/ paydaşları aydınlatıcı ve senkronizasyonu sağlayıcı bir politika ortaya konamaması ve konunun kişilerin insiyatiline bırakılması

3. Bakanlıkça gerek kendi uygulamalarında gerekse diğer kurumlarla(SGK) koordineli bir şekilde sahaya hareketlendirecek yeterli teşvik mekanizmalarının oluşturulamaması

4. SGK tarafından geri ödemede, hasta güvenliği/kalite esaslı sağlık finansmanı üzerinde herhangi bir çalışma yürütülmemesi

5. Son 5 yıldır kalite çalışmalarının bireysel performansa pozitif ya da negatif etkisinin olmaması ve herhangi bir ödül ve ceza sistematığının bulunmaması

6. Kalite puanlarının yönetici performansında ve sağlık turizmi belgesi almada bir kriter olarak kullanılmasının sınırlı ve yetersiz bir etki oluşturması

7. Yeni kurulan birimlerde geçmiş tecrübe ve yapılan çalışmalara önemiyet verilmemesi ve geçmişle bağı koparacak şekilde bir politika izlenmesi

8. Ruhsatlandırma, denetim, verimlilik, kalite ve akreditasyon çalışmalarının birbirinin hilafına çalışan dışlılar gibi bir mahiyet arz etmesi

9. Hizmete esas denetim kriterleri, verimlilik kriterleri ile performans denetimi kriterlerinin kalite standartları ile benzer olması ve benzer kriterlerle farklı zamanlarda mükerrer değerlendirmeler yapılması

10. Kavramların doğru kullanılmayarak benzer işlere farklı adlar verilerek kafa karışıklığı oluşturulması

11. Bazı birimlere mevzuata aykırı bir şekilde diğer birimlerin görevlerinin tevdi edilmesi

12. Yeni kurulan birimlerde mevzuatta tanımlı yetkilerin yeterli bulunmaması ve diğer birimlerin faaliyet alanlarına yönelik çalışmalar yürütülmesi

13. Yapılan faaliyetlerin etki analizinin yapılmaması ve oluşturduğu etkinin yeterince bilinmemesi

14. Sağlık hizmet sunumu, hastane mimarisi, ruhsatlandırma ve birimlerin tesciline ilişkin yazılan mevzuatların kalite standartları göz önünde bulundurulmadan hazırlanması

15. Yapılan mükerrer faaliyetler (yayınlar,

eğitimler ve değerlendirmeler gibi) sonucunda kaynak israfına yol açılması ve kaynakların etkin kullanılmaması

16. Kanun'da hastanelerin gruplandırılmasında yer alan ana parametrelerin gerçek manasıyla ikincil mevzuatta yer almaması

17. Yeni kurulan birimlerde oluşturulan bilim kurullarının fazlalığı ve efektif olmaması

18. Otelcilik hizmetleri müdürlüğünün adının kalite ve destek hizmetleri müdürlüğü olarak değiştirilmesi sonucu kalite kavramının otelcilik hizmetlerine indirgenmesi

19. Birimlerin ağırlıklı olarak çalışma alanları hastaneler ile sınırlı olup 1. basamak sağlık hizmetlerine yeterince yer verilmemesi

20. Tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımı ve izlenmesine yönelik çalışmaların hayata geçirilememesi

21. Kalite ve akreditasyon kavramının süreç içerisinde gerçek manada hasta güvenliği kavramına dönüşmemesi ve çalışan güvenliğinin sistematik bir şekilde ele alınmaması

22. Branş/bölüm bazlı kalite ölçümüne yönelik çalışmaların tam olarak hayata geçirilememesi

23. Kalite puanlarının ilan edil(e)memesi

24. İlgili yönetmeliklerin içerik, etki ve tanımlama açısından yetersizliği

25. İlgili birimlerin hazırladığı standartların sayısal olarak fazlalığı ve çok fazla detaylara yer verilmesi

26. Standartların içerik olarak klinik performans ölçümüne yeterince odaklanmaması

27. Standartlarda asistan eğitime yer verilmemesi

28. Standartların aşırı kayıt tutulmasına sebebiyet vermesi

29. Bazı standartların uygulanması/ değerlendirilmesinin zorluğu

30. İlgili birimlerin ilan ettiği standartların bazılarının birbiriyle çelişmesi

31. Standartlara yönelik mevcut rehberliklerin çok net ve yeterli olmaması

32. Ölçme ve değerlendirmede kullanılan yöntemlerin/göstergelerin gerçek başarıyı yansıtmaması

33. Değerlendirmede nitel ve teknolojik araçlardan yararlanmadan klasik değerlendirme anlayışının devam ettirilmesi

34. Değerlendirici aday seçim kriterleri ve buna ilişkin süreçlerin, değerlendirici havuzunun doğru ve nitelikli belirlenmesi

35. Genel olarak değerlendirici standartizasyonu ve harmonizasyonunun sağlanamaması

36. Değerlendirici eğitimlerinin yetersizliği ile değerlendirici eğitiminde yer alan eğitimcilerin sürekli değişmesi ve eğitim komisyonlarının yetkinliğinin sorgulanması

37. Değerlendirilememesi ve değerlendirciliği teşvik edici bir uygulamanın olmaması

38. Haberli değerlendirmelerin etkinliğinin az olması ve yetersiz değerlendirme süreleri

39. Değerlendiricilere konaklama, ulaşım gibi konularda Bakanlıkça yeterli desteğin verilmemesi, yollukların (harcırah ve konaklama bedeli) geç alınması ve yetersizliği sonucu cepten ödemeler yapılması

40. Taşrada aynı konuda çok sayıda uyaran olmasından ötürü oluşan duyarsızlaşma

41. Merkez teşkilatının bir izdüşümü olarak il sağlık müdürlüğü bünyesinde farklı ad altında benzer işleri yapan birimlerin kurulması

42. Taşra teşkilatlarının görev ve sorumluluklarının net bir şekilde tanımlanmaması

43. Bakanlık merkezindeki iletişimsizliğin; taşrada yorgunluk, inanç kaybı ve karışıklığa yol açması ve normların uygulanmasında hiyerarşik karmaşa oluşturmaması

44. Sağlık kurumlarında yöneticilerin kalite çalışmalarını birkaç kişiye delege etmesi, yeterince desteklememesi ve kişisel gönüllü çabalar dışında zorunlu sistemler olmadıkça benimseme ve sahiplenme sorunu bulunması

45. Yöneticilerin kalite odaklı eğitimlere tabi tutulmaması, uygulayıcılara yönelik eğitim faaliyetlerinin yetersizliği ve Bakanlık ile taşra arasındaki etkileşim mesafesi makasının açılmış olması

46. Taşrada bilgiye alt yapılarının mali odaklı yapılanıp tıbbi süreçleri destekleyici bir mahiyet içermemesi

47. Kalite çalışmalarının hemşireler üzerinden yürütülmesi ve hekimlerin sistemi sahiplenmemesi

48. Sağlık ilişkili lisans programlarında bu alana münhasır yeterli bir eğitim programının olmaması

Kaynaklar

Aydın, S. (2008-2009). Sağlık Sisteminde Kalite ve Güvenlik Stratejileri SD dergi, 9. Sayı

Demir, M. ve Güler, H. (2008-2009). SGK, Hastanelerin Hizmet Kalitesine Göre Ödeme Yapmalı mı, SD Dergisi, 9. sayı

Denetim Hizmetleri Başkanlığı Performans Eğitimi, <http://denetim.saglik.gov.tr/TR,31766/performans-egitimi.html> (Erişim Tarihi: 13.08.2018)

Güler, H. (2018) Kalite ve Akreditasyon Sorunları Araştırması, Yayınlanmamış Araştırma Notları

Güler, H. ve Demir B. (2018) Sağlık Hizmetlerinde Ruhsatlandırmadan Kaliteye, SD Dergi, 47. sayı

Güler, H. ve Tarhan, D. (2011) Aynılmaz İki Kavram Olarak Performans ve Kalite SD dergi, 19. sayı

Öztürk, A. ve Kapan, S. H. (2011) Sağlıkta Kalite Uygulamalarının Performansa Yansıması, SD dergi, 19. sayı

Sağlık Bakanlığı Yayınları (2018) Verimlilik Yeriinde Değerlendirme Rehberi-Hastane

Sağlık Bakanlığı Yayınları (2015) Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (v-5)

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Birimler, www.kalite.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi: 13.08.2018)

TÜSKA Birimler www.tuseb.gov.tr/tuska (Erişim Tarihi: 17.08.2018)

Sağlıkta Ar-Ge politikası

Dr. Öğr. Üyesi İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisans ve doktorasını Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. 2003-2009 arasında Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve proje yöneticisi olarak çalıştı. Ardından sağlık sigorta sektöründe uluslararası bir şirkette 5 yıl Ar-Ge Direktörü görevini üstlendi. İstanbul Medipol Üniversitesi Teknoloji Transfer Ofisi Direktörü ve Öğretim Üyesi olan Dr. Köse evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Bilim ve teknolojinin devletlerarası mücadeledeki etkin rolünü gösteren olaylarından birisi, 2. Dünya Savaşı'nda atom bombasının kullanılmasıdır. Savaş sonrasında ABD Başkanı Roosevelt, atom bombası projesinin de başında olan (1) Dr. Vannevar Bush'a bir mektup göndererek (2, 3) savaş alanında olduğu gibi, sağlık, refah ve güvenlik alanlarında da teknolojinin nimetlerinden yararlanmak için yapılması gerekenleri sormuştur. Bu mektuba cevaben Bush, 25 Temmuz 1945 tarihli ve "Bilim, Nihaysiz Sınır (Science, The Endless Frontier)" başlıklı bir rapor hazırlamıştır (4). ABD'nin ilk ilk bilim politikasını geliştiren ülke olmasını da sağlayan (5) bu raporda, hastalıklarla savaş için gerekli olan temel çalışmalardan, halkın refahının artırılması için atılması gereken adımlara; eğitim sisteminde yapılacak iyileştirmelerden bilimsel araştırma fonu mekanizmalarına kadar pek çok konu etkileyici bir şekilde ele alınmıştır. Bu rapordaki önemli bazı tespitlere daha sonra değineceğiz.

Türkiye'de Bilim Politikaları

Ülkemizde bilim politikasından önce "planlama" kavramının hayatımıza girdiğini ve 1960'ta kurulan DPT ile 1963-68 arasındaki ilk kalkınma planımızı hazırladığımızı görmekteyiz. Ne var ki, 1983'e kadar olan kalkınma planlarımızda bilim ve teknolojiyle ilgili kayda değer bir maddeye rastlamamaktayız. Dahası "planlama" kavramının bile siyasette saygın bir yer edinmesi zor olmuştur. Örneğin 1969 seçimi yaklaşırken, CHP'nin kalkınma planına dayalı propagandasına karşı Süleyman Demirel'in "bize plan değil, pilav lazım" şeklindeki müstehzi cevabı siyasi tarihimize geçen ifadeler arasındadır. 1983

yılında ise, yaklaşık 2,5 yıllık bir çalışmanın sonunda 1983-2003 Türk Bilim Politikası yayınlanmıştır (6). Ne yazık ki, bu politikanın kapağı açılmamış ve en az on yıl israf edilmiştir (7). 1993-2003 Türk Bilim ve Teknoloji Politikası (8) ise kısmen uygulanmıştır. TÜBA'nın kurulması, TÜBİTAK yayın teşvik programının başlaması bu politika sayesinde (9). 2003 sonrası dönemi ayrıca ele almak lazımdır. Zira 1983'te kurulan ve hükümet lideri başkanlığında toplanan Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu (BTYK), 1983 – 2003 arasındaki 20 yıllık sürede sadece 8 kez toplanmışken; 2003-2016 arasındaki 14 yıllık sürede 21 kez toplanmış (10) ve Türkiye'nin hemen her alanda kalkınmasında lokomotif olmuştur.

Sağlıkta Bilim ve Teknoloji Politikaları

Sağlık, hayati bir ihtiyaçtır ve bir millî güvenlik konusudur. Çin, Singapur, Tayvan ve Güney Kore gibi ülkeler sağlığa özel politikalarını 2000'lerin başından itibaren geliştirmişlerdir (11). Ülkemizde ise sağlığın yeteri kadar önemsendiğini söyleyemiyoruz. Örneğin, 2011 yılında enerji (12), su (13) ve gıda (14) alanları için müstakil Ulusal Ar-Ge ve Yenilik Strateji Belgeleri hazırlanmışken, sağlıkla ilgili böyle bir ulusal strateji belgesi mevcut değildir. Elimizdeki en somut gelişme, BTYK'nın 2013 yılında sağlığı "öncelikli alanlar" arasına eklemesi (15) ve sonrasındaki kısmi kazanımlardır (16). Diğer taraftan Kalkınma Bakanlığı ve İstanbul Kalkınma Ajansının (İSTKA) da sağlık alanına çalışmaları olmuştur (17). Ayrıca 2014 yılında 155 tane olan Ar-Ge merkezlerinin sadece 5 tanesi sağlıkla ilgili iken (16); Temmuz 2018 itibarıyla sayıları 942'ye yükselen Ar-Ge merkezlerinin 48 tanesinin ilaç, sağlık ve tıbbi cihaz alanında faaliyet gösterdiğini görmekteyiz (18). Son 4 yılda sağlıkla ilgili

merkezlerin çeşitliliği ve oranı artmıştır. Buna rağmen, bilim, teknoloji, yenilik ve para arasındaki döngüsel ilişkinin sağlık alanında kesintisiz ve uyumlu bir şekilde çalışmadığını (19) ve diğer ülkelerdeki sağlık bilim ve teknoloji politikalarına göre atabileceğimiz pek çok adım olduğunu (11) görmek durumundayız.

Sağlıkta Ar-Ge'nin Kurumsallaşması

"Sağlık Bakanlığı Ar-Ge çalışmalarına, 2005 tarih ve 47 sayılı Makam Onayı ile Müsteşarlık Makamına bağlı kurulan 'Sağlık Bakanlığı Araştırma Geliştirme Komisyonu' ile başlamıştır. 2007 yılında Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde devam etmiş, 2009 yılında Araştırma ve Geliştirme Dairesi Başkanlığı kurulmuştur" (20). Bu daire daha sonra 2011 yılında kurulan Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü'ne (21) bağlanmıştır. Ancak, bu genel müdürlüğümüz de Sağlık Bakanlığının 2011-14 Stratejik Planındaki hedeflerine ulaşamamıştır (16).

Sağlıkta Ar-Ge konusundaki en iddialı adım, 2015 yılında "Sağlık Bilimi ve Teknolojisi alanında bilgi üreterek, ülkemize ve insanlığa hizmet etmek amacıyla" (22) Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının (TÜSEB) kurulmasıdır. "Sağlığın TÜBİTAK'ı olmak" iddiasıyla yola çıkan TÜSEB maalesef henüz etkin bir adım atamamıştır. Ayrıca TÜSEB'in kurgusu ile ilgili üç önemli hata yapılmaktadır. Bunlardan birincisi TÜSEB'in hem araştırma yapacak olan üniversitelere ve enstitülere (TÜBİTAK yerine) fon sağlamayı; hem de araştırma yapan bir kurum olmayı hedeflemesidir. Bu durum, hem kendi tecrübelerimizden ders çıkarmadığımızı; hem de gelişmiş ülke örneklerini doğru okumadığımızı göstermektedir. Zira TÜBİTAK da, hem fon desteği sağlamakta;

hem de kendisine bağlı pek çok araştırma enstitüsünü yönetmektedir. Ancak bu durumun sürdürülemez olduğu ve çıkar çatışmasına neden olduğu tecrübe edilmiş ve son yıllarda TÜBİTAK'ın fon veren kısmı ile araştırma enstitülerinin birbirinden ayrılması için çalışmalar yoğunlaşmıştır. Diğer taraftan, yazının başlangıcında zikredilen Vannevar Bush'un raporunda, ABD için kurulması önerilen araştırma fon destek kurumu için "olmazsa olmaz" denilen 5 prensipten birisi şu şekildedir: "Ajansın hiçbir suretle kendi laboratuvarı ve araştırma merkezi olmamalı; sözleşme veya hibe destekler vermek suretiyle Federal Hükümet dışındaki organizasyonlara araştırmalar yaptırmalıdır" (4).

TÜSEB'in kurgusundaki ikinci hata ise bağlı olduğu otoritenin, ona verdiği öncelikle ilgilidir. Yine Vannevar Bush'un raporundan başka bir prensibe bakalım: "Araştırma fonu sağlayan vakıf, kamu fonları alan kurumlarda yürütülen araştırmaların niteliği, kapsamı ve metodolojisi için tam bağımsızlık ve özgürlük temin ederken ve bu kurumlar arasında fon tahsisinde takdir yetkisini korurken, doğrudan Başkan'a ve kongreye karşı sorumlu olmalıdır" (4). Bu prensip, bu tür kurumların çok güçlü bir şekilde desteklenmesi gerektiğini söylüyor. Zira bu prensibin doğruluğunu, TÜBİTAK ve Savunma Sanayi Başkanlığı (SSB) üzerinden biz de tecrübe ettik. Örneğin, kurulduğundan beri Başbakanlığa bağlı olan TÜBİTAK, sanayiye fon dağıtırken çift başlılık olduğu gerekçesiyle 2011 yılında Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığına bağlanmıştır. Günün sonunda ilgili Bakanlık, kendi yürüttüğü destek programlarını da TÜBİTAK'a devrederek, "iş ehline bırakmak" zorunda kalmıştır. TÜBİTAK da güç kaybettiği ile kalmıştır. Diğer taraftan savunma sektöründe SSB ile elde edilen müthiş başarıların altında yatan etkenlerden birisi, şüphesiz bu başkanlığın doğrudan hükümet başkanı tarafından desteklenmesidir. Ülkemizde başkanlık modelinin yeni oturmaya başladığı şu dönemde belki TÜSEB'in doğrudan Cumhurbaşkanlığına bağlanması başka bir zaman kaybına neden olabilir. Bu nedenle TÜSEB'in Cumhurbaşkanlığına bağlı olduğunda ne kadar güçlü olacaksa, Sağlık Bakanlığına bağlı iken de o kadar güçlü desteklenmelidir.

Üçüncü hata ise TÜSEB'in TÜBİTAK'tan devralmayı planladığı destek programlarını ile ilgilidir. Burada iki alt problem vardır. Birincisi halen TÜBİTAK tarafından yönetilen ve proje bütçesi 45 bin ila 2,5

milyon TL arasında değişen destekler sadece üniversitelerde yürütülen küçük çaplı bilimsel projeler için kullanılmaktadır. TÜSEB'in böyle küçük projelerle enerji kaybetmek yerine, "güdümlü" ve "çok büyük ölçekli" projeleri yönetiyor olması gerekmez mi? Benzer bir güce sahip olan SSB, TÜBİTAK'ın desteklediği savunma sanayi ile ilgili araştırma projelerinden rahatsızlık duymuyorken, TÜSEB'in kendisini kilitleyecek türden küçük işlerle uğraşmak istemesi son derece hatalı bir stratejidir. Özellikle yerli ve milli ilaç üretimi gibi stratejik konular (23, 24) atılacak adımlar TÜSEB'i beklerken... İkincisi, TÜSEB, sadece temel tıp bilimlerine odaklanıyor bir görünüm vermektedir. Zira TÜSEB'in devralacağı iddia edilen programlar, TÜBİTAK'ın Sağlık Bilimleri Araştırma Grubu (SBAG) tarafından desteklenen programlardır ve elektronik, makine vb. alanlarda olsa da sağlık sektörü ile ilgili projeleri kapsamamaktadır.

Sonuç

Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan, 11. Kalkınma Planı tanıtım toplantısında şunu ifade etmiştir: "Kendi geleceğini planlamayanlar başka ülkelerin planlarının parçası olur. Amaca ulaşmanın en önemli aracı plandır" (25). Ancak maalesef hala sağlık alanında ulusal bir bilim ve teknoloji strateji belgemiz bulunmamaktadır. O halde hedefimiz de, o hedefe gidecek bir yolumuz da mevcut değildir. Diğer taraftan karar vericilerin sağlık alanının, ulusal güvenlik meselesi olduğuna dair algısı istenilen düzeyde değildir. 2011 yılında kurulan Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü önemli çabalar göstermesine rağmen yeterli olmamıştır. 2015 yılında kurulan TÜSEB, güçlü bir şekilde desteklenmemiştir. Ayrıca hem hantal bir yapıya bürünmüş; hem de küçük-büyük demeden tüm sağlık araştırma projelerini desteklemeye talip olmak gibi verimsiz bir yola girmiştir. Biyomedikal alanda yerleşme çalışmalarında hedefler belirlenmemiş, süreç sanayicinin kendi mikro hedefleri ile güdülenecek bir hale terk edilmiştir. Yerli ilaç konusunda kamuoyuna gururla söylenen yerlilik oranı ise, maalesef jenerik ilaçlardan ibaret olup, yenilikçi ilaç çalışmalarımız yok denecek kadar azdır.

Kaynaklar

- 1) Wikipedia, Manhattan Project, https://en.wikipedia.org/wiki/Manhattan_Project. (Erişim Tarihi: 28.04.2017)
- 2) A. Göker, Pazar Ekonomilerinde Bilim ve Teknoloji Politikaları ve Türkiye, in Teknoloji, Ankara: Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, 2004, s:123-220

3) TÜBA, Türk Bilim Politikasında Yeni Arayışlar ve Atılımlar Paneli, Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, 2001

4) NSF, Science the Endless Frontier, United States Government Printing Office, 1945. <https://www.nsf.gov/od/lpa/nsf50/vbush1945.htm>. (Erişim Tarihi: 03.04.2017)

5) İ. Elmacı, Bilim Politikası Çalışmalarında Bütünsellik Arayışı ve Türk Bilim Politikası 1983-2003, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Derg., vol. 55, no. 1, s:55-68, 2015

6) M. N. Özdaş, 1. Konuşma, in Geçmişten Geleceğe Türk Bilim ve Teknoloji Tarihi, 1st ed., TÜBA, Ed. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, 2005, s:23-46

7) M. N. Özdaş, Bilim ve Teknoloji Politikası ve Türkiye. Ankara: TÜBİTAK, 2000

8) T. Terzioğlu, 2. Konuşma, in Geçmişten Geleceğe Türk Bilim ve Teknoloji Tarihi, 1st ed., TÜBA, Ed. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, 2005, s:47-65

9) İ. Köse, Science And Technology Policies In Turkey, in Researches on Science And Art in 21st Century Turkey, 1st ed., H. Arapgirioğlu, A. Atık, R. L. Elliot, and E. Turgeon, Eds. Ankara: Gece Kitaplığı, 2017, s:1759-1774

10) TÜBİTAK, BTYK Toplantıları. <https://www.tubitak.gov.tr/tr/kurumsal/bilim-ve-teknoloji-yuksekkurulu/icerik-toplantilar>. (Erişim Tarihi: 01.03.2017)

11) A. Gül, Ülkemizde Sağlık Bilimlerinde Bilimsel Araştırmalar ve Beklentiler, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul, s:6-9, Eylül 2014

12) TÜBİTAK, Ulusal Enerji Ar-Ge ve Yenilik Stratejisi, Ankara, 2011

13) TÜBİTAK, Ulusal Su Ar-Ge ve Yenilik Stratejisi, Ankara, 2011

14) TÜBİTAK, Ulusal Gıda Ar-Ge ve Yenilik Stratejisi, Ankara, 2011

15) TÜBİTAK, Sağlık Alanının Öncelikli Alan Olması, BTYK, 25. Toplantısı, 2013

16) İ. Köse, Sağlıkta Ar-Ge Olanakları, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul, s:48-51, Haziran 2014

17) İ. Köse, İSTKA ve İstanbul Bölge Planında Sağlığın Yeri, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul, s:34-37, Mart 2015

18) T.C. Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Ar-Ge Merkezleri, Ankara, 2018

19) İ. Köse, "Bilim, Teknoloji, Yenilik ve Sağlık," Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul, s:14-19, Aralık 2015

20) M. Tarım, Sağlık Politikaları ve Ar-Ge, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul, s:12-15, Eylül, 2014

21) KHK/663, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Madde 5, 2011 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>. (Erişim Tarihi: 20.12.2016)

22) TÜSEB, TÜSEB Hakkında, <http://www.tuseb.gov.tr/tuseb-hakkinda>. (Erişim Tarihi: 21.08.2018)

23) M. Güzel, Türkiye'de Yenilikçi İlaç İçin Yol Haritası, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul, s:52-57, Haziran 2015

24) O. Kara, Türk İlaç Sektörü Global Güç Olmasını Sağlayacak Potansiyele Sahip, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, İstanbul, s:38-41, Eylül 2014

25) 11. Kalkınma Planı Tanıtılıyor, Milliyet Gazetesi, 2018. <http://www.milliyet.com.tr/11-kalkinma-planı-tanitiliyor-siyaset-2614267/>. (Erişim Tarihi: 21.08.2018)

Sağlık teknolojileri sektörü

Mustafa Durna



1982 yılında İstanbul'da doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da İnönü İlkokulu'nda, orta öğrenimini Sağlık Teknik Lisesi Ortopedi Teknisyen Okulu'nda tamamladı. İstanbul Üniversitesi Biyomedikal Cihaz Teknolojisi Yüksekokulundan 2003 yılında mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Hastanelerine Biyomedikal-Klinik Mühendislik birimi kurulması projesini hazırladı ve birimin kurulmasında öncülük yaptı (2004). Özel bir şirkette görev aldıktan sonra Başcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyomedikal-Klinik Mühendislik ve Kalibrasyon Merkezi kurucu müdürü olarak görev yaptı (2005-2010). İstanbul başta olmak üzere birçok ilde kamu hastanelerinde klinik mühendislik birimlerinin açılmasında görev aldı. Halen kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

Ülkemizde tıbbi cihaz üretimi oldukça sınırlı durumdadır. Pazarda yer alan tıbbi cihazların tutar olarak yaklaşık %85'e yakın kısmının ithal edildiği görülmektedir. Bu yüzden 10. Kalkınma Planında sağlık endüstrilerine ve özellikle tıbbi cihaz üretimine dikkat çekilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde iyileşme, artan refah düzeyi ve farkındalık gibi faktörler nedeniyle tıbbi cihaz talebinin artmasının sosyal güvenlik harcamalarında ve cari açık üzerinde baskı oluşturduğu, bu yüzden savunma sanayiindeki ofset uygulamasının benzerinin sağlık alanında da yaygınlaştırılması politikalarıyla özellikle ithalat ağırlıklı olan tıbbi cihaz alanında dışarıya bağımlılığın önüne geçecek ve ihracatı artıracak tedbirler alınması gerektiği belirtilmektedir. Sağlık teknolojileri sektörünün öncelikli sorunlarını tıbbi cihaz ve sarf malzemeleri ile ilgili olarak iki ayrı kategoride değerlendirebiliriz.

Medikal Malzemelerle İlgili Sorunlar

Toplu alımlar (sağlık market uygulaması): Bu yöntem kısa sürede kamuya avantaj sağlayacak gibi görünse de uzun dönemde sektörde rekabet edecek firma kalmayınca tekelleşmeyi gündeme getirecektir. Örneğin Türkiye genelinde kan toplama yetkisi Kızılay'a verilmiştir. Kızılay şu an Türkiye'nin kan ihtiyacının %75'ini temin etmektedir. Kendi alanında tekel olan Kızılay, kan torbası ihalesi yaparken 3-5 senelik alımı noktasında bir seferde ihaleye çıkmaktadır. Böyle bir büyük ihale yapılırken dünyanın tüm

global firmaları bu ihaleyi almak için saldırıya geçmektedir. Bir de ihale tek firmaya verildiği için yerli üreticinin bu alımda hiç şansı kalmamaktadır. Ayrıca kan toplama için gerekli sarf malzemesini sağlayan bu tek firmanın herhangi bir şekilde sevkiyatta sıkıntı yaşaması, tüm Türkiye'nin kan temini sürecinde aksamaya neden olacak bir risk faktörü haline gelmektedir.

Kamu hastanelerinin stok maliyetlerini düşürmek amacıyla malzeme kaynakları yönetim sistemi (MKYS) üzerinden stok takibi yaparak ildeki tüm hastanelerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere yapılan ihalelerde detaylı teslimat planı verilerek tıbbi cihaz firmalarının plansız stok yapmanın finansal yükü altında ezilmelerinin önüne geçilmelidir. Toplu alım uygulaması, eğer dengeli ve kontrollü yapılmazsa tıbbi cihaz ve tıbbi hizmet tedarikçileri için pazarın küçülmesi, haksız rekabet ortamının oluşması ve sonunda da işyerinin kapatılması anlamına gelmektedir.

Global bütçe uygulaması: SGK tarafından sağlık kurumlarına, vatandaşlara sundukları sağlık hizmet miktarına bakılmaksızın ödenecek sabit toplu rakam olarak ifade edilen global bütçe uygulaması ile sağlık kurumlarının giderlerini karşılayabilmesi, borçlarını zamanında ödeyebilmesi ve sunduğu her sağlık hizmeti bedelini SGK'dan tahsil edebilmesi mümkün olamamaktadır.

Tıbbi Cihazlar İle İlgili Sorunlar

Yerli tıbbi cihaz üretimi: Tıbbi cihazların ülkemizdeki Ar-Ge çalışmalarına yönelik

gelişmelere bakacak olursak kullanılan tekniklerin çok yüksek sermaye gerektiren pahalı teknolojilerden oluşması ve üretim aşamasında yetişmiş-tecrübeli elemanların eksikliği dolayısıyla yerli üretilmiş tıbbi cihazlar konusunda çok da istenilen seviyede olmadığımız söylenebilir. Dünya genelinde tıbbi cihaz ve malzeme üreticisi firmalar, yıllık işletme gelirlerinin %8'ini Ar-Ge'ye ayırırken, Türkiye'de bu oran %0,8 düzeyindedir.

İhraç etmek için üretmek gerekmektedir. Üretim ise üniversite- sanayici-kullanıcı (devlet ve özel sağlık kurumları) iş birliği ve eşgüdümü ile gerçekleşebilir. Yerli üretim, öncelikle yerli tüketim ile desteklenirse mümkündür. Yerli üretimin önündeki engellerden bir diğeri de SGK geri ödeme kapsamına girme sürecindeki sıkıntılardır. Tıbbi cihazların üretimi için gerekli olan hammaddelerin çoğu %18 KDV oranı ile temin edilmekte iken %8 KDV oranı ile satılmaktadır. Aradaki %10'luk KDV farkı aylar sonra geri alınabilmekte, ancak bu süreçteki finansman yükü üreticinin üzerine kalmaktadır. Kaynak Kullanımı Destekleme Fonu'na (KKDF) yapılan kesinti oranlarının %3'den %6'ya çıkarılması, tüm tedarikçiler ve üreticiler açısından maliyetleri ciddi oranda artırmaktadır. Döviz kuru riski ve finansman maliyetleri yerli üreticiler aleyhine olmaktadır.

Entegre Sağlık Kampüsleri (Şehir Hastaneleri) Dolayısıyla Çıkabilecek Sorunlar

Tıbbi destek hizmeti sunumunda kullanılacak tüm tıbbi cihazlarda 0 (sıfır) yaş ve beş yılda bir yenilenme şartı

bulunmaktadır. Bu nedenle tıbbi cihazlar ya ana yüklenici şirket ya da alt yüklenici konumuna gelecek sektör paydaşları tarafından ithal edilmek zorundadır. Bu uygulama, firmaların demirbaş stoklarındaki ve kullandıkları mevcut tıbbi cihazların atılmasına yol açacaktır. Tıbbi destek hizmeti sunumunda kullanılacak cihazlar için yaş sınırı belirlenmesi doğru bir yaklaşım değildir. Çünkü cihazın yaşı, cihazın çalışma performansını etkileyen onlarca parametreden sadece biridir.

Yerli üreticiler veya tedarikçiler açısından dezavantaj teşkil edecek bir diğer neden ise, 6288 sayılı Kanunla KDV Kanunu'nda yapılan değişiklikle entegre sağlık kampüsü yapacak ve işletecek şirketlere getirilen bazı KDV muafiyetleri olup tüm tıbbi cihazların %80'ine kadar çıkabilecek yurt dışından ithal edilen tıbbi cihazlar da KDV muafiyeti kapsamında bulunmaktadır. Bu uygulama ile KDV muafiyeti nedeniyle entegre sağlık kampüsü pazarına mevcut tıbbi cihaz tedarikçilerinin girmesi mümkün olmayacak ve haksız rekabete yol açılacaktır. Şartnamesi gereği, entegre sağlık kampüslerinde sunulacak tıbbi destek hizmeti ve diğer dış kaynaklı hizmet alımları nedeniyle oluşan şirket alacağı aylık olarak fatura edilip idareye teslim edildikten sonra bir hafta içinde ödenmek zorundadır. Bu durum, mevcut ödeme süreleri ile karşılaştırıldığında haksız rekabet nedenidir.

Sağlık Teknolojileri Sektörünün Diğer Sorunları

- Finansla ulaşım; risk sermayesi eksikliği,
- Güven sorunu. Kamunun sanayiciye, hekimin ürüne, satın alma uzmanın fiyatlara, SGK'nın şirketlerin finansal giderlerine, şirketlerin piyasaya, gençlerin sektöre güven eksikliği,
- Bilgiye erişim (üretim dayalı bilgi) azlığı,
- İnsan kaynağına ulaşım. Nitelikli Ar-Ge ve Ür-Ge tekniker/mühendis azlığı,
- Hekimlerin ürün inovasyonu yapılmamasında katkılarının yetersizliği,
- Sanayiye ulaşım. Branş komiteleri veya kümelenme yetersizliği ve entegre üretim tesislerinin olmayışı.
- Geleceği yakalamak. Ar-Ge yatırımları ve ürüne dönüşen projelerin sayısal azlığı,
- Hekim, hemşire, yönetici gibi tüm kullanıcılarla birlikte ortak dayanışma eksikliği ve iletişim kopukluğundan meydana gelen üretim kültürü eksikliği,

- Sistem ve eylem olmaması (Savunma Sanayi Müsteşarlığı benzerinde bir yapının Sağlık Sanayi alanında olmaması),
- Harika bilimsel ve ulusal kalkınma strateji belgeleri ve kalkınma planlarımız olmasına rağmen bir kurşun atacak askerimizin veya tek çatı altında kurumsal irademizin olmaması,
- Kamu özel iş birliğinin icraata geçirilememesi,
- Yabancı hayranlığından uzaklaşılması. Alınan ithal her bir ürün için kaynakların israf edilmesi farkındalığının oluşmaması, yaşanan döviz kaybı göz ardı edilmesi,
- Ambargo veya savaş vaziyet planına sahip olmamamız, stratejik ürünler hakkında üretim plan eksikliğimiz (Ameliyatların durması veya yoğun bakım yataklarının kapanması için Amerikan veya Alman üreticilerinden miatlı yedek parça ambargosu gelmesi yeterli olabilir),
- Sağlık hizmet sunumunda hekimlerin rolü oldukça önemli olmasına rağmen sağlık tesislerinin yönetilmesinde işletme, mühendis, finans ve hukuk uzmanlarının icra kurulunda olmayışının problemleri beraberinde getirmesi,
- Bütünleyici sağlık sanayi politikası kurulmadığı için üretime dayalı sistem eksikliği (Hem kamu hem özel hem de sermaye konularında ciddi sorunlar oluşturuyor),
- Araştırmaya dayalı üretim sistemi yerine, montaj sanayi gelişimi (Mekanik, mobilya, temel sarf ürünleri kümelenmesine sebep olmuştur),
- Sağlık politikalarında sağlık teknolojilerinin yerinin genelde sağlık hizmetinin gerisinde bırakılmış olması (Bunun en önemli etkisi çoğu sağlık yöneticilerinin sağlık teknolojilerini takip edememesidir),
- Ülkemizde kamu hastanelerinde tıbbi cihazların alımında kanunen tanımlı olan %15 yerli üretim avantajının pratikte uygulanamaması,
- Milyar dolarlık küresel şirketlerle rekabete dayalı iç pazarda olan yerli şirketler gücünü zamanla kaybetmesi,
- Kamuda birçok farklı alanda biyomedikal departmanların açılması ve dikine hiyerarşi yapısı sektörel iletişimi zorlaştırması,

Biyomedikal Alanında Yetiştirilmiş Eleman Eksikliği

Birçok alanda tüketim kültürüne sahip olan ülkemiz, bilhassa yüksek teknoloji ve özellikli sektörlerde üretim bilgisinden yoksun meslek/insan gruplarına

sahip olmuştur. İthalata veya bireysel zenginliğine adanmış ömürler global şirketlerin iç pazarda kullandığı birer araç haline gelirken, çoğu birey/kurum/şirketler bu zamana kadar edindiği bilgi ve tecrübesini yerel üretime aktarmakta ürkek davranmıştır.

Kamu yapısı TCESIS vb. uygulamalarla; tüm branş derslerini gören ve diploma alan biyomedikal teknisyen, biyomedikal teknikeri mezunlarını dışlayıcı politikalar oluşturmuş, iktisat, maliye, kamu yönetimi, veterinerlik vb. 4 yıllık lisans bölümlerinden mezuniyeti daha üstün görmüş, şirket açma ve girişimci olma yetkilerini elinden almış, zaten çok taze olan bu genç meslek grubunun önünü tıkmıştır. Birçok şirket sahibi tekniker çalışanlarını işten çıkarmış ve işletmelerini kapatmıştır. Aslında çok faydalı olabilecek bir uygulama yine yanlış hedeflere kurban edilmiştir. Stajların verimsiz bir saha tecrübesi yerine daha faydalı hale getirilebilmesi için kamu-özel bir program üzerinde çalışmaların eksikliği devam etmektedir. Meslek kanununun olmaması, meslek odası gibi daha kurumsal bir yapılanma oluşturmasının önündeki en büyük engellerden biridir.

Kaynaklar

Kerman, Saim, *Tıbbi cihazlarda güncel durum, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2012, 23: 18-21. <http://www.sdplatform.com/Dergi/610/Tibbi-cihazlarda-guncel-durum.aspx> (Erişim Tarihi: 13.09.2018)*

Tanyeri, Nihan Yönet, *Biyomedikal Mühendisliği Türkiye'de Nereye Gidiyor, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım 2014, 32:80-81. <http://www.sdplatform.com/Dergi/820/Biyomedikal-muhendisligi-Turkiyede-nereye-gidiyor.aspx> (Erişim Tarihi: 13.09.2018)*

Tarım, Mehveş, *Sağlık Politikaları ve Ar-Ge SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Eylül-Ekim-Kasım 2014, 32: 12-15. <http://www.sdplatform.com/Dergi/810/Saglik-politikalari-ve-Ar-Ge.aspx> (Erişim Tarihi: 13.09.2018)*

Tokaç, Mahmut, *Onuncu Kalkınma Planında Sağlık <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/385/Kalkinma-planlari-ve-10-Kalkinma-Planinda-saglik.aspx> (Erişim Tarihi: 13.09.2018)*

Yaz, Kemal, *Türkiye'de Tıbbi Cihaz ve Malzeme Sektörünün Geleceği, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Haziran-Temmuz-Ağustos 2014, 31: 24-27. <http://www.sdplatform.com/Dergi/795/Turkiyede-tibbi-cihaz-ve-malzeme-sektorunun-gelecegi.aspx> (Erişim Tarihi: 13.09.2018)*

Sağlıkta dijital dönüşüm

Dr. Öğr. Üyesi İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisans ve doktorasını Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. 2003-2009 arasında Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve proje yöneticisi olarak çalıştı. Ardından sağlık sigorta sektöründe uluslararası bir şirkette 5 yıl Ar-Ge Direktörü görevini üstlendi. İstanbul Medipol Üniversitesi Teknoloji Transfer Ofisi Direktörü ve Öğretim Üyesi olan Dr. Köse evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Sağlık Bakanlığının bilişimle ilgili hikâyesi, pek çok bakanlıktan daha uzundur. İnternet'in yaygınlaşmaya başladığı 1990'larında tüm hastanelerin ortak bir ağ üzerinden İnternete bağlanması ve tek bir Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) geliştirilmesi çalışmaları yapılmış; aynı dönemde tüm İl Sağlık Müdürlüklerinin (İSM) kullanacağı kaynak yönetim sistemi (ÇKYS) ve istatistik uygulamaları (TSİM) projelendirilmiştir. Ne var ki, merkezi HBYS projesinin pilot uygulaması başarılı olamamış, ÇKYS ve TSİM ise ancak 2000'lerin başında devreye alınabilmiştir.

Sağlık bilişimindeki köklü atılımlar ise Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile başlamıştır. Diğer bir deyişle, SDP'deki tüm dönüşümler, gerekli bilişim altyapısı da kurulmak suretiyle yapılmıştır. Örneğin, aile hekimliği sistemi, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) projesi (1) ile taçlandırılmış; hastanelerdeki HBYS'lerin yaygınlaşması ile Sağlık-Net projesi hayata geçirilmiş (2); hastanelerde planlama kapasitesinin artması sayesinde Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) (3) gibi projeler devreye alınmış; SGK'nın kurulmasıyla MEDULA (4) gibi uygulamalar hayata geçirilmiştir. Hatta bilişim sayesinde elde edilen güç, kimi kurumları (SGK'da olduğu gibi) kendi yetki sınırlarını aşacak bir konuma bile getirebilmiştir (5). Bu süreçte "birlikte çalışamama" gibi problemler (6) ve bazı duraksamalar (2) yaşanmış ise de, daha sonra atılan adımlar sayesinde 2003-2010 arasındaki çalışmaların meyveleri toplanmaya başlanmıştır.

Sağlık bilişimi çalışmalarının nihai amacı, elektronik sağlık kaydını oluşturarak vatandaşın kullanımına sunmak ve bakanlığın "karar sürecinde etkili bilgiye ulaşma" (7) hayalini gerçekleştirmektir. Bunun için Bakanlığın yaptığı ilk iş, 2006'nın sonlarına doğru Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü (USVS), Minimum Sağlık Veri Setleri (MSVS) ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) gibi temel standartları yayınlamak oldu (8). Dünyada ilk örnekler arasına giren USVS ile eş zamanlı olarak tanı sınıflama sisteminin (ICD 10) devreye alınması son derece önemliydi (9). Bunlara ek olarak, ilgili kurumlar tarafından işlem listelerinin (SUT) hazırlanması, MERNİS'in ardından adrese dayalı nüfus kayıt sisteminin (ADNKS) hayata geçirilmesi gibi pek çok gelişme, bize tüm sağlık kurumlarından standart bir şekilde veri toplama imkânı sağladı (10). Öyle ki, ilk defa merkezi olarak bu hacimde veri toplamaya başladığımız 2007 yılında, sağlık yönetimi açısından önemli bir güç olarak görülen bu büyük verinin, doğru yönetilememesi halinde "bilgi anarşisine yol açacak bir problem" haline gelebileceği de dikkatlerden kaçmadı (11). Zira veriye ve bilgiye dayalı yönetim alışkanlığı olmayan bir kurum, ilk defa göstergelerin dilinden konuşmaya ve hangi göstergenin, hangi kararda, ne kadar anlamlı ve etkili olduğunu tartışmaya başlamıştı...

Katma Değerli Uygulamalar

Bakanlığın veri ve haberleşme ile ilgili geliştirdiği standartlar sayesinde temel sağlık verisi toplanmaya başladıktan sonra, katma değerli pek çok uygulamanın önü açılmıştır. İlaçların üreticiden

vatandaşa kadar olan tüm sürecini takip eden İlaç Takip Sistemi (İTS), bazı aksamlar (12) ve sancılar (13) olsa da 4 yıllık yoğun çalışma sonrasında 2010 yılında başarılı bir şekilde devreye alınmıştır. Kısa zamanda, alanında dünyada en kapsamlı ve başarılı örnekler arasına giren İTS, 2017 yılında Suudi Arabistan'a ihraç edilmiştir (14). İTS'ye ek olarak, tıbbi cihaz, kozmetik ve optik ürünlerin takibi için geliştirilen Ürün Takip Sistemi de 2016 yılından itibaren kullanılmaya başlanmıştır (14).

Diğer taraftan, doğum, ehliyet, spor, askerlik ve engellilik, vb. ihtiyaçlar için her yıl milyonlarca defa verilen sağlık raporlarının elektronik ortamda verilmesi için e-rapor projesi başlatılmıştır (15). Şimdilik birkaç rapor türünü kapsıyor olsa da, ondan fazla rapor türünün elektronik ortama taşınması ve e-devlet portalı üzerinden sunulması planlanmaktadır (16).

2013 yılında Sağlık Bakanlığı ile HIMSS arasında bir işbirliği protokolü imzalanmış, bu kapsamda hastanelerdeki HBYS'lerin hasta güvenliği ve sağlık hizmet kalitesini artıracak şekilde benimsenerek kullanılması için bir dijital hastane dönüşüm süreci başlatılmıştır. 2017'nin başından itibaren Medipol Üniversitesinin yürüttüğü bu süreçte Türkiye, ABD'den sonra en çok Seviye 6 hastanesi olan ikinci ülke konumuna yükselmiştir (17).

Daha önce de belirtildiği üzere, bu dijitalleşme ve veri toplamanın amaçlarından birisi, "karar sürecinde etkili bilgiye erişim" idi. Bu kapsamda 2007 yılında kullanıma alınan ilk karar destek sistemi



(KDS), zamanla genişletilip, coğrafi bilgi sistemi desteği de eklenerek Bakanlığın merkez ve taşra yöneticilerinin ve aile hekimlerinin kullanımına açılmıştır (18).

Son olarak e-Nabız (19-21) uygulaması ile vatandaşın doğrudan kendi sağlık kaydına erişimi sağlanmış, bu uygulama ile ulusal ve uluslararası ödüller kazanmıştır.

Kişisel Verilerin Korunması

Dünyada en değerli şeylerden birisi veridir (22). Hele üzerinde konuştuğumuz şey sağlık verisi ise, sadece verinin değeri artmamakta; almamız gereken önlemler de hayati bir önem kazanmaktadır. Sağlık Bakanlığının sağlık bilişimi alanındaki atılımları göz doldursa da, kişisel sağlık verilerinin mahremiyeti ile ilgili yasal düzenlemeler pratiğin oldukça gerisinden gelmiş, çoğu yasal düzenleme “durumu kurtarır şekilde” yapılmıştır. Hatta bu konudaki yasal düzenlemelerin kanunla yapılması gerektiği Anayasada belirtildiği halde, düzenlemeler KHK’larla yapılmış ve iptal edileceği baştan belli olan bu kararnamele de birer birer iptal edilmiştir. Yangından mal kaçırır görüntüsü veren bu basiretsiz uygulamalar, Bakanlığı kamuoyu önünde de töhmet altında bırakmıştır.

Diğer taraftan güvenlik, gizlilik ve mahremiyet kavramları hakkında fikir beyan edenlerin çoğunun kavram birliğine sahip olmadığı ortadadır. Kavramları doğru şekilde tanımladığımızda, teknik ve bilişim altyapısı ile çözülecek kısmın daha çok “güvenlik” başlığı altında toplandığını ve kullanıma hazır pek çok çözüm olduğunu anlıyoruz. Diğer taraftan karar verilmesi ve yasal/etik düzenlemelerin yapılması gereken hususlar, daha çok

gizlilik ve mahremiyet ile ilgilidir (23). Neyse ki yapılan son yasal düzenleme ile geç de olsa bu konudaki tartışmalar büyük ölçüde yatışmıştır. Ancak vatandaş hastaneye müracaat ettiğinde e-Nabız’daki verilerinin kendisine ikinci bir defa sormaksızın hastanedeki müdavi hekimine gösteriliyor olması, yeni yasal itirazlara sebep olacak bir uygulamadır.

Sağlık Sistem Mühendisliği

Bu yoğun dijitalleşme süreci, sağlık profesyonelleri ile mühendislerin birlikte daha çok mesai geçirmelerini sağlamış ve bu verimli işbirliği sağlık yöneticilerinin sağlık kurumlarını birer “sistem” olarak ele almasına katkı sunmuştur. Herhangi bir sağlık hizmet birimini “sistem” olarak tanımlamak, düşünüldenden daha stratejik öneme sahiptir. Zira en üst düzeydeki Bakandan, hastane başhekimine kadar tüm idareciler, Bakanlığın teşkilat kanununa göre “sağlık sistemini” yönetmekle sorumludur (24). Bunu en iyi şekilde yapabilmek için de bu sistemi anlamaya, modellemeye ve bu sayede davranışlarını önceden tahmin edebilmeye ihtiyaç duyarlar. Normal şartlarda bu yetkinliğe ulaşmak için yıllar süren yöneticilik deneyimi gereklidir. Ancak bakanlığı ve her bir hizmet birimini birer “sistem” olarak kabul ettiğimizde, sistem mühendisliğinin (bizdeki adıyla endüstri mühendisliğinin) alanına giren onlarca yöntem ve algoritma, sağlık sistemi için de kullanılabilir hale gelmektedir. Böylelikle yöneticilerin bireysel tecrübe ve becerilerine bırakılmaksızın, sistemin temel özellikleri konusunda mühendislik disiplininin destek almak mümkündür. “Sağlık”, “sistem”, “yönetim” ve “mühendislik” gibi kavramları da açıklayan “Sağlık Sistem Mühendisliği” (25) ve “Sağlık Yönetimine

dijital yaklaşım: Sistem benzetimi” (26) başlıklı yazılarda bu konular detaylıca ele alınmıştır. Operasyonel problemlere getirilen çözümler bir yana, mühendislik disiplininin yararlanmak istediğimizde bilgisayar mimarisinden bile yola çıkarak hastane mimarisine aktarabileceğimiz bazı temel prensipler mevcuttur (27).

Dijital Dönüşüme Hazır mıyız?

Kimi teknolojiler çığır açar ve çağdaşı olan diğer teknolojilerin yeni ve oldukça etkili kullanım alanları bulmasını sağlar. Yapay zekâ, nesnelerin interneti, sanal gerçeklik, 3B yazıcılar, vb. teknolojiler de bunlardandır (28). Acaba hızla gelişen bu teknolojilerin sağlık hizmet sunumunu değiştirmesine hazır mıyız? İçerisinde ışık olmayan fabrikalara, yani işçi içermeyen fabrikalara karşılık gelen Endüstri 4.0’da olduğu gibi, içerisinde hasta olmayan sağlık kuruluşları olarak yorumlayabileceğimiz “Sağlık 4.0” yaklaşımı (29) üzerinde ne kadar düşündük? Thomas Edison’un “Geleceğin hekimleri ilaç yazıp tedavi yapmayacak, diyet ve yaşantı tarzının kontrolü ve hastalıkların nedenlerini ortadan kaldırarak oluşmasını engelleyici bir biçimde çalışacaklardır” (29) diye tarif ettiği bir sağlık sistemi için zihinsel dönüşümün neresindeyiz?

Dijital Dönüşümün SDP’den Farkı

Üzülerek belirtmeliyim ki, şimdiye kadar Sağlık Bakanlığının yürüttüğü onlarca başarılı sağlık bilişim projesine rağmen, gerçek anlamda bir dijital dönüşüme hazır değiliz. Zira şimdiye kadar elde edilen başarılar, SDP’nin sağlık alanındaki herhangi bir bileşeninin, bilim tarafındaki izdüşümünden ibarettir. Bilişim projelerinin hiçbiri, en üst dü-

zey karar verici olan Sağlık Bakanları tarafından “sağlık hizmet sunumunun ana unsurlarından biri” ya da “sağlık hizmet sunumunun şeklini değiştiren bir yaklaşım” olarak görülmemiş; en iyi senaryoda tali ve yardımcı unsur olarak değerlendirilmiştir. Sağlık bilişiminin, teşkilat kanununda bile yer almayan, “makam oluru” ile kurulmuş bir daire başkanlığı tarafından yönetilmesi; bu dairenin genel müdürlük haline gelebilmesi için 2011 yılını beklemek zorunda kalması; kişisel verilerin mahremiyeti ile ilgili kanunların erbabınca yapılan tüm uyarılara rağmen özensiz şekilde çıkartılması gibi örnekler, Bakanlığın bu konuyu hep ikinci, üçüncü planda ele aldığının açık göstergeleridir.

Ancak bu mentalite ile atılacak adımlar tükenmiştir. Zira SDP'deki büyük dönüşüm adımları da tamamlanmıştır; artık sıra ince ayar gerektiren ve çok doğru planlanması gereken adımlara gelmiştir. Sağlıkta dijital dönüşümden bahsederken, “teknolojinin ve verinin kullanılması suretiyle” sağlık hizmet sunumunda kaliteyi, hasta güvenliğini, hizmet sürekliliğini, sürdürülebilirliği, hasta merkezliliği, evde sağlık hizmeti sunumunu, sağlık hizmeti yerine “sağlığı yönetmeyi” konuşmalıyız. Nitekim teknoloji ve bilişim, bu dönüşümün tali unsuru değil, ana ve güdüleyici unsurdur.

Mevcut Aktörlerle Sistemi Dönüştürebilir Miyiz?

Sağlıkta dijital dönüşüm, konvansiyonel sağlık hizmet sunumuna alışkın olan sağlık profesyonellerinin davranış değişikliğini de gerektirmektedir. Peki, mevcut sistemin aktörlerini bu dönüşüme kim ikna edecek? Dışarıdan sisteme dâhil edilecek ve en az mevcut aktörler kadar bu sistemin doğal bir parçası olacak yeni ve güçlü aktörler olmadan bu ikna sürecini yönetebilir miyiz? Sistem dışarıdan bir parça eklemesek, daha verimli ve farklı çalışmalarını nasıl bekleyeceğiz?

Bu noktada acı söylemeyi göze alıp önemli bir tespit yapmalıyız. Sağlık sektöründe, bakanlıktan, en küçük sağlık hizmet birimine kadar tüm yönetim ve karar mekanizmaları tamamen ve sadece hekimlerin idaresindedir. Bir yere kadar bu doğaldır ve dünyada da gelenek böyledir. Gelin görün ki hekimler, bu süreci yönetirken, işletme, iktisat, finans, hukuk ve nihayet çeşitli mühendislik alanları hakkında da bilgi ve tecrübeye

müracaat etmek zorundadır. Çoğu sağlık yöneticisi, yüklediği sorumluluk gereği T tipi insan (30) olmak durumundadır. Hekimlerin neredeyse tamamının bu konuda büyük bir özgüven taşıdığı görülse de, rasyonel baktığımızda çoğu yönetici hekimin sadece kendi uzmanlığı çerçevesinden problemlere baktığını söyleyemeyiz.

“Yarım hekim candan eder” sözünü hemen her mecrada savunan ve kendi uzmanlık alanlarına giren konularda, ilgili alanın uzmanı değilse kendi meslektaşlarına dahi söz hakkı tanımayan ve hatta bu durumu kanuni ruhsatlara bağlayan hekimler, tıp dışındaki disiplinler söz konusu olunca son derece cüretkâr hareket etme yeteneğini kendilerinde nasıl görebiliyorlar? Mühendislik disiplinini de bu çelişkiden nasibini almaktadır. Konuya hekim gözüyle baktığımızda “sağlığın bilişim ile imtihanı” (31); mühendis gözüyle baktığımızda ise “Mühendislerin sağlık ile imtihanı: Sağlık alanında mühendis yönetme sendromu” (32) olarak görmemiz de biraz bundandır.

Sağlıkta şiddet gibi sosyolojik konulardan, mühendislik deneyimi gerektiren yazılım, donanım, güvenlik, ağ ve sistem yönetimi, süreç yönetimi, optimizasyon, simülasyon gibi konulara; kaliteden, proje yönetimine; yatırımın geri dönüşünden, stok yönetimine; iş güvenliğinden, finans yönetimine kadar hemen her konuda, kendisinden emin ve uzman (!) hekimlerimiz olduğuna sevinmeli miyiz, yoksa bir yerlerde yanlış yaptığımızı mı düşünmeliyiz? Hemen her hastane, içerisinde bulunduğu il ya da ilçenin belediyesinin bütçesinden daha büyük bir bütçeye sahipken, bu koca bütçenin yönetiminde diğer disiplinlerden ne kadar yararlanılmaktadır?

Artık deniz bitti, kara göründü. Buradan sonra ilerlemek istiyorsak vasıtalarımızı değiştirmek zorundayız. Zira dijital dönüşüm için, bilim ve teknolojinin sunduğu, hatta önümüzdeki 20-30 yıl içerisinde sunmaya hazırlandığı teknolojilere göre sağlık hizmet sunumunuzu yeniden ele almalı ve şimdiden planlamalıyız. Bu tür dönüşümleri ise, mühendislik, teknoloji ve yenilik yönetimi, işletme ve finans gibi disiplinlerin “karar sürecinde etkili” desteğini almadan başaramayız. Ülkemizde 10-15 kişilik bir işletmede bile birkaç mühendis çalışırken, binlerce çalışanı olan sağlık kurumlarında, bırakın karar

sürecinde etkili mühendisleri, sıradan kadrolu mühendis bile bulamamaktayız. Hastaneler, ülkemizde mühendislerden ve onların sağlayabileceği faydalardan en uzak kalmış kurumlardır. Yakın zamanda taşeron işçilerin kadrolu memur haline getirildikleri süreçte, kapsam dışı tutulan ve çoğu yerde küstürülen tek sınıf, bilgi işlem personeli. Yarın hastanelerde milli işletim sistemimiz PARDUS'u kullanmak için bir seferberlik başlatsak, bunu kimlerle başaracağız?

Bu feci manzaraya Bakanlık merkez teşkilatını da dâhil edebiliriz. Nitelikli mühendislerin tamamına yakını, Dünya Bankası projesinden fonlanan “sürelî sözleşmeli” ve “bireysel danışman” statüsündedir. Bakanlık, piyasa şartlarında maaş vererek nitelikli mühendis istihdamı ise, yakın zaman önce açılan “uzman” kadroları sayesinde başlayabilmiştir. Onların da “uzmanlık tezi” üzerinden terbiye edilip (!), emir alan klasik memur seviyesine indirildiğini üzüyoruz. Nitelikli mühendisler, ülkemizin her sektöründe kendilerine sunulan imkânların hakkını en iyi şekilde vermeye çalışırken, bu faydalardan mahrum kalan ve kaybeden ülkemizin sağlık sistemi olmaktadır...

Acı Gerçeği Öğrenmek İçin Sorular

Bazı hekim yöneticilerimizden, mühendislik ve işletme disiplinlerinde lisans derslerinde anlatılan konuları, sanki dünyada yeni keşfedilmiş şeylermiş gibi dinlemekteyiz. Kendilerini geliştirmeye açık olan sağlık yöneticilere sahip olduğumuz sevinmeli miyiz; yoksa uzmanından yararlanmak yerine zor ve uzun yolu seçerek sağlığın gelişmesini geciktiriyor olmalarından dolayı üzülmeli miyiz? Acı gerçeğin farkına varmak için şu soruyu sormalıyız kendimize: “Sağlıkta dijital dönüşümü yapmak, teknolojiyi ve yeniliği yönetmek için, karar verici hekimlerimizin işletme ve mühendislik okumalarını mı beklemeliyiz?” Mesela, aynı durum hukuk için neden geçerli olmamaktadır? Merkez ve taşra teşkilatında hukuk müşavirlikleri varken, diğer disiplinler için neden benzer bir danışmanlığa ihtiyaç duyulmamaktadır? Halen görevde olan ve kendisini sağlık bilişimine adanmış, türüne az rastlanır değerli hekim yöneticilerimiz olsa da, bu sürdürülebilir bir durum mudur? Dünya Bankası üzerinden istihdam edilen “danışman” kadronun karar sürecinde etkili olabilmesi ne kadar mümkündür? Hastanelerde ve İSM'lerde



mühendislerin yok denecek kadar az olduğu; onların da teknisyen işlerinde çalıştırıldığı bir yaklaşımla yola çıkılabilir mi? Bizde barut çok da; kurmay subaylar olmadan bu savaşa girilebilir mi?

Sağlıkta dijital dönüşümün, sadece süreçlerin dijitalleşmesi olmadığını fark edebilecek miyiz? Merkezden taşra teşkilatına kadar bu dönüşümde ihtiyaç duyulacak tüm disiplinleri “karar sürecinde etkili” olacak şekilde sahaya sürmek ve dünyadaki en değerli iş birliklerinden biri olan hekim-mühendis-işletmeci iş birliğini etkin bir şekilde başarmadan yol alınabileceğine inanıyor muyuz?

Kaynaklar

- 1) İ. Köse, “Aile Hekimliği Bilgi Sistemi,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:22-25, Haziran 2010
- 2) İ. Köse, “Sağlık-NET ‘Net’leşmeyi Bekliyor,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s: 82-85, Eylül 2009
- 3) İ. Köse and Y. Arslan, “Vatandaş Hastaneye Randevu İle Gidecek,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:46-49, Aralık 2007
- 4) İ. Köse, “Sağlıkta Sahtecilik ve Bilişim Önlemleri,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:30-33, Eylül 2010
- 5) İ. Köse, “Sağlık Bilişimi İle SGK Sağlıkta Tek Aktör Olmaya Doğru İlerliyor,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:66-69, Mart 2008
- 6) İ. Köse, “Birlikte Çalışmadan ‘Birlikte Çalışabilirlik’ Sağlanır mı?” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:24-25, Aralık 2006
- 7) İ. Köse, “Sağlık Yönetiminde Karar Verici Olmak,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:78-83, Aralık 2008

8) İ. Köse, “Sağlık Bilişiminde Terminoloji Birliğine Doğru: Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:8-9, Eylül 2007

9) M. Demir, “Kodlama Kültürsüzlüğü Örnek 1: ICD-10,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:36-39, Mart 2007

10) M. M. Ülgü, E. Muş, and F. İşleyen, *Dergi-Sağlık Bilişimi Standartları*, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:14-17, Mart 2018

11) İ. Köse, “Sağlık Yönetiminde Bilgi ‘Güç’ Mü, Yoksa ‘Problem’ Mi?” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:52-53, Haziran 2007

12) “İlaç Takip Sistemi Başka Bahara Kaldı,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 2010. <http://www.sdplatform.com/Haberler/Haberler/3105/llac-takip-sistemi-baska-bahara-kaldi.aspx>. (Erişim Tarihi: 23.08.2018)

13) S. Kerman, “İlaç Takip Sistemi: Sancılı Doğum,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:72-73, Haziran 2017

14) H. Gürsöz, “Türkiye ve Dünyada Ürün Takip Sistemleri,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:28-29, Mart 2018

15) Ş. Birinci, Ş. Aydın, Ö. Akbudak, “Yalın Düşünce ve E-Devlet Kavramlarının Sentezi: e-Rapor,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:34-37, Mart 2018

16) Sağlık Bakanlığı, “e-Rapor Sistemi,” 2018 <https://erapor.saglik.gov.tr/portal>. (Erişim Tarihi: 22.08.2018)

17) İ. Köse, “HIMSS: Elektronik Sağlık Kaydının Gerçekten Faydası Var mı?” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:38-41, Mart 2018

18) Ş. Aydın, Ş. Birinci, D. Sıddıkoğlu, “Sağlık Alanında Karar Destek Sistemleri Modeli ve İş Zekası Çözümleri,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:12-13, Mart 2018

19) İ. Köse, “Sağlık Bilgi Sistemlerinin (Sağlık-Net, e-Nabız, vb.) Sağlık Diplomasisi, 1. ed., O. Özen, Ed. İstanbul, 2017, s:221-52

20) Ş. Birinci, “Sağlığın Nabzını Tutacak Yeni Bir Uygulama: e-Nabız,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü*

Dergisi, İstanbul, s:86-89, Aralık 2015

21) Ş. Birinci, “Kişisel Sağlık Kaydı ve Türkiye Örneği: e-Nabız,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:24-27, Mart 2018

22) A. E. Berktaş, “Kişisel Sağlık Verilerinin Mahremiyeti,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:30-33, Mart 2018

23) İ. Köse, “Elektronik Sağlık Kaydı ve Mahremiyet,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:58-61, Eylül 2008

24) KHK/663, “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Madde 2,” 2011. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>. (Erişim Tarihi: 20.12.2016)

25) İ. Köse, “Sağlık Sistem Mühendisliği,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:52-55, Aralık 2012

26) H. Tozan, M. A. Karadayı, “Sağlık Yönetimine Dijital Yaklaşım: Sistem Benzetimi,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:42-43, Mart 2018

27) İ. Köse, “Bilgisayar Mimarisinden Hastane Mimarisine,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:6-9, Haziran 2016

28) C. Tezcan, “Sağlığın Dijital Dönüşümü,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:18-21, Mart 2018

29) M. Göktürk, “Sağlıkta 4.0 Bizi Nereye Götürüyor?” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:22-23, Mart 2018

30) U. Tarhan, *T-İnsan. Ceres Yayınları*, 2017

31) S. Aydın, “Sağlığın Bilişimle İmtihanı,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:62-67, Aralık 2014

32) İ. Köse, “Mühendislerin Sağlık ile İmtihani: Sağlık Alanında Mühendis Yönetme Sendromu,” *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, İstanbul, s:68-73, Aralık 2014

İlaç endüstrisinin yaşadığı sıkıntılar

Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesinden, 1985'te İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2000 yılında İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümünde doktorasını tamamladı. 2002-2003 arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Bilimsel olarak "Bir hastalığı tedavi etmek ve/veya önlemek, bir teşhis yapmak veya bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek amacıyla, insana uygulanan doğal ve/veya sentetik kaynaklı etkin madde veya maddeler kombinasyonu" şeklinde tanımlanan ilaç, sağlığımızın olmazsa olmazıdır. İnsanoğlunun var oluşundan beri daima ihtiyaç duyduğu nesne. İlaç endüstrisinin ilgi alanında sadece hap, şurup, iğne ya da krem gibi formlarda kullanılan ilaçlar değil, aşılar, kan ürünleri, radyolojik tetkikler için kullanılan maddelerden ameliyatlarda kullanılan anestezi maddelerine kadar çok değişik alanlarda yer alabilen ürünler de bulunmaktadır. Bu geniş yelpazesi dolayısıyla bilimsel camiada "beşeri tıbbi ürün" olarak da adlandırılabilir. Özellikle hayati ilaçların piyasada bulunabilirliğinin temini oldukça önemli bir husus. Hele bir de şu anda ülke olarak yaşadığımız gibi kriz anlarında kolayca bulunamayacağı için bu ilaçların ülkemizde üretilmesi stratejik olarak çok daha önem arz etmektedir.

Ülkemiz ilaç üretim kapasitesi açısından genelde yeterli olmakla birlikte (Gerçi ülkemizde toplam tüketilen ilacın kutu bazında 2/3'ye yakını üretilmesine rağmen bu ilaçlar değer bazında tüm ilaçların yaklaşık 1/3'ten daha azına tekabül etmektedir ve bu oran her geçen gün daha da olumsuz yönde ilerlemektedir. Bu da Türkiye'nin dış ticaret açığının artışı

yönünde etki etmektedir. Bahsedilen bu hususlar 10. Kalkınma Planı'nda ve Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2015-2018'de de yer almıştır.) özellikle bazı ilaçların ülkemizde üretimi henüz gerçekleştirilememektedir. Bu da değiştiğimiz gibi kriz anlarında hayati bazı ilaçların bulunabilirliği konusunda endişelenmemize yol açmaktadır. İlaç endüstrisinin yaşadığı sıkıntıları, genel anlamda ithal ve yerli ürünleri satan tüm endüstrinin sıkıntıları ve sadece yerli üreticilerin yaşadığı sıkıntılar olarak iki kategoride değerlendirebiliriz.

Tüm İlaç Endüstrisinin Yaşadığı Ortak Sıkıntılar

Son 2 yıldır dünya piyasalarında çeşitli nedenlerle etken madde ve yardımcı madde fiyatları döviz kuru üzerinden atmaktadır. Buna karşılık eşdeğer ilaçların fiyatları sadece İtalya, Fransa, Portekiz, İspanya ve Yunanistan'da pazarlanmakta olan ve bu ülkelerden en düşük fiyata sahip olan ürünün imalatçı satış fiyatının %60'ının TİTCK tarafından belirlenen sabit Avro değeri (2018 yılı için bu değer 2,6934 TL) ile çarpılması suretiyle belirlenmektedir. Güncel Avro değerleri ile bu fiyat karşılaştırıldığında üreticiler açısından fiyatlandırma konusu büyük bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Global talebin artması nedeniyle mevcut üretim miktarının talepleri karşılayamaması fiyatların artmasını tetiklemiştir. Çin'deki çevre kirliliği sebebi ile uygulamaya alınan çevre politikaları üretimin kısıtlanmasına neden olmuş ve bu durum da fiyatların artmasına neden

olmuştur. Türkiye'de yaşanan döviz kurundaki ani yükselme ise bu olumsuz etkileri neredeyse ikiye katlamıştır.

İlaç üretiminde kullanılan diğer tedarik unsurlarının (iç-dış ambalaj malzemeleri, enerji, yakıt, v.s.) fiyatlarının da döviz kuru yükselmesine bağlı olarak artması da üretim maliyetlerinin yükselmesine neden olmuştur. Firmaların büyük bir çoğunluğu işletme sermayesi ihtiyaçları ve yatırım gereklilikleri sebebi ile bankalardan kredi temin etmektedirler. Son dönemlerde artan faiz oranları çok yüksek seviyelere ulaşmış ve bu oranlar ile kredi kullanmak zorunda olan firmaların üretim maliyetleri ayrıca yükselmiştir. Tüm bu olumsuz etkilerin yanında (ilaç bütçesinin kısıtlı olması sebebi ile) ülkemizde uygulanan ilaç fiyat uygulamaları ve SGK geri ödeme sistemindeki geri ödeme koşulları ilaç firmalarını daha da zor duruma sokmaktadır.

Türkiye'de var olan, dünyadaki en iyi standartlara sahip 74 üretim tesisinde yerel üretim yapılmaktadır. Yerleşme politikası kapsamında bu üretim tesisleri en yüksek kapasite verimliliği ile çalışmaya başlamış ve hatta yeni üretim tesisleri yatırımları yapılmaya başlanmıştır. Mevcut fiyat politikalarında iyileştirme yapılmaması ve ilaca ayrılan bütçe oranlarında artış yapılmaması sebebiyle, bu tesislere sahip olan ilaç firmaları yatırımlarını durdurmak zorunda kalmışlardır. Hatta mevcut üretim tesislerinin bir kısmı işletmelerindeki yüksek maliyetler sebebi ile ilaç üretemeyecek duruma gelmiştir.



Maliyet ve finansal sıkıntıların yanı sıra, ruhsatlandırma süreci başlangıcı ile pazara erişiminin sağlanması arasındaki sürenin uzun olması sanayiciler için bir diğer zorluk olarak üzerinde efor harcanması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Fiyatlandırma ve ruhsatlandırma sıkıntılarını aştıktan sonra firmalar bu kez de SGK Geri Ödeme sistemine takılmaktadır. Şöyle ki, bir ürün ruhsat aldıktan sonra en iyi ihtimalle 6 ayda şayet yenilikçi bir ürün ise 1 - 1,5 senede geri ödeme listesine dahil edilmektedir.

İlaç Geri Ödeme Komisyonu başvuru döneminin yılda 2 sefere düşürülmesi, dönem değerlendirme süreçlerinin belirsizliği ve en az 6 ayın üzerinde sürmesi, bu nedenle ürünlerin hammadde tedarik, üretim planlama, lansman, piyasa arz süreçlerinin sektöre uğraması ve "Pazar Erişiminin" sağlanamamasında bir etkidir (Özellikle kamu maliyesi üzerinden azalmaya sebep olacak ürünlerin listeye geç girmesi nedeni ile kamu zararı oluşmaktadır). Üreticilerin projeye başlatma kararı almış olduğu tarihten itibaren ürünü piyasaya arz etme süresi bazen 5 yılı bulabilmektedir ki sanayiciler açısından bunun her bir proje için ayrı ayrı kompanse edilmesi göz önünde bulundurulması gereken önemli bir konudur. Bir diğer konu ise, yurt dışında etkinliği ve güvenilirliği ispatlanmış bilinen etkin maddeler tedavide yenilik getirmesi durumunda sabit doz kombinasyonu ile ruhsatlandırılırken, ülkemizde kombine ürünlerin ruhsatlandırılması pre-klinik çalışma gerekliliği

ile desteklenmesi koşuluyla mümkün olabilmektedir. Avrupa'da var olan uygulamaların baz alınarak Türkiye'de de paralel olarak uygulanması faydalı olabilecektir. Ruhsatlandırılmış kombine ürünün SGK geri ödeme listesine en düşük kamu fiyatına sahip monolarının kamu fiyatlarının toplamının %80'ini üzerinden alınmaktadır. Listeye alınan kombine ürün ise, monoları mevcut yönetmelikler doğrultusunda zam alırken monolarının eşdeğer gruplarına düşük fiyatta ürün girmesi durumunda kombine ürünler her zaman en düşük kamu fiyatlı ürünlerin toplamının %80'ini koruyacak şekilde fiyatlandırılmaya devam etmek durumunda olacaktır.

Yerli Firmalara Has Sıkıntılar

- Yerli firmaların yerli malı belgeli imal ürünlerine, kamu ihalelerinde %15'lik fiyat avantajı sağlanması uygulamasına benzer şekilde yerli malı belgesi olan yerli firma ürünlerine SGK iskonto oranında %10'luk fiyat avantajı sağlanmaması,
- Maliyet kartı ile fiyat almış ürünler kamu kurum iskontosundan muaf tutulmaması (TİTCK'dan maliyet kartı ile fiyat alırken maliyet kartında beyan edilen toplam fiyatın %100'ü depocuya satış fiyatı olarak belirlenir. Maliyet kartında beyan edilen toplam fiyat ise birim kutu maliyetine %15 imalatçı kârı eklenerek hesaplanmaktadır. Maliyet kartı ile fiyatlandırılan ürünlere uygulanan %15 oranındaki kâr, çoğu durumda kamu kurum iskontosunu karşılamamaktadır),
- Patent korumalarının molekül patentlerinin haricinde farklı patentlerle sürekli

genişletilmesi sonucu bir türlü bitmeyen koruma süreleri dolayısıyla jenerik (eşdeğer) ürünlerin pazara çıkışının engellenmesi,

- Aralarında kalite farkı olmadığı ürün analizleri ve biyoeşdeğerlik gibi çeşitli çalışmalarla ispatlandıktan sonra ruhsat almalarına rağmen jenerik ilaçların etkili olmadığı şeklinde propagandaların yapılması dolayısıyla kullanımının kısıtlı olması,
- Özellikle biyoteknolojik ilaçlar gibi yüksek teknolojiye ilaçlarla ilgili yatırım yapan firmaların yetişmiş eleman bulmakta zorlanmaları,
- Teşvik yasasının sadece kalkınmada öncelikli bölgeler için geçerli olması dolayısıyla ilaç endüstrisi yatırımı yapacakların o bölgelerde çalışacak nitelikli eleman bulamama endişesiyle yatırım yapmaktan kaçınmaları ve bu gerekçeyle teşviklere müracaat edememeleri yerli üreticilerin maruz kaldığı başlıca sıkıntılardır.

Kaynaklar

10. Kalkınma Planı

Celayir, Cengiz; Türk İlaç Sanayinin 2023 vizyonu ve yerli ilaç, SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2015, 34; 56-57.

İEİS İlaç Sektör Raporu 2017

Tokaç, Mahmut; Eşdeğer ilaçların pazara girişindeki engeller, <http://sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilar/ri/165/Esdeler-ilaclarin-pazara-girisindeki-engeller.aspx> (Erişim Tarihi: 08.09.18).

Tokaç, Mahmut; İlaç mı Tıbbi Ürün mü? [www.sdplatform.com](http://sdplatform.com). <http://sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilar/146/Ilac-mi-tibbi-urun-mu.aspx> (Erişim Tarihi: 08.09.18).

Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2015-2018

Sağlık finansmanı sorunları

Hüseyin Çelik



İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu. 8., 9., 10. ve 11. Kalkınma Planlarının hazırlanmasında görev aldı. SSK Genel Müdürlüğünde Müfettiş, Acıbadem Sağlık Grubunda Satın Alma ve Lojistik, Pazarlama ve Kurumsal İletişim ile Hastane Direktörlükleri yaptı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Sosyal Güvenlik Reform Projesi'nde danışmanlık yaptı. 2013-2017 yıllarında T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı yaptı. Halen kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

Sağlık finansmanı sorunu, ülkelerin ve hükümetlerin gündemleri arasında önem ve önceliğini sürdürmekle birlikte kronik hastalıkların, yaşlanmanın ve sağlık enflasyonundaki artışın getirdiği riskler nedeniyle hükümetleri çok daha büyük sınamalarla karşı karşıya bırakmaktadır. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte önceki sistemin verimsizliklerinden kaynaklanan kazanımlarla finansal göstergelerde kamu açısından bugüne kadar çok iyi bir performans sergilenmiş ve sağlık harcamalarına ayrılan pay 2002 yılına göre %5,2 den 2016 yılı itibarı ile %4,6'ya düşmüştür. Ancak uygulanan politikaların sürdürülebilirliği için sağlık hizmet sunumu ve finansman sisteminin bütünlüklü bir anlayışla ele alınarak 2023 hedeflerini gözeterek şekilde ve ulusal sağlık düzeyini yükseltmeyi amaçlayarak köklü bir reforma tabi tutulması zaman gelmiş, hatta gecikme sürecinde de girmiştir.

1. Sağlık Finansmanında Harcamaların Azaltılması Döneminin Sonuna Gelinmiştir: Ülkemizde 2016 yılı itibarıyla sağlık harcamaları (yatırım harcamaları dahil) GSMH'nin %4,6'sına düşmüştür. Bu oran, içinde bulunduğumuz OECD orta-üst gelir grubu ülkelerin ortalaması olan %6,1'in de oldukça altındadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlanan kazanımların birçok göstergesinde, yaşanan sorunlar sağlığa ayrılan kaynağın yetersizliğine işaret etmektedir. Ekonomik sorunlarda

kesinti yapılan ilk sektör olmaktan öte sağlık harcamalarının verimliliğini gözeterek, GSMH içindeki payını arttırmanın öncelikli olduğu bir dönemin içindeyiz (1).

2. Sağlıklı Yaşamı Değil, Hastalığı Finanse Etmeyi Öncelemeye Devam Ediyoruz: Ülkemizde ilk defa kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmasına rağmen, sistemin yaklaşık 10 yıllık işleyişinde hastalığı finanse eden bir yapının ötesine geçilememiştir. Bu durum başta artan yaşlı nüfus oranı, kronik hastalıklar ve yeni teknoloji tanı/tedavi yöntemleri ve ilaçlar nedeniyle oluşacak harcama artışı nedeniyle sağlık finansmanının sürdürülebilirlik riskini arttırmaktadır. Koruyucu sağlık harcamalarının yasal düzenlemelere uygun olarak Genel Bütçe'den ödenmesi uygulamasına son verilerek GSS bütçesinden ödenmesine geçilmeli ve SGK tarafından sağlıklı yaşamı teşvik edecek uygulamalarda Sağlık Bakanlığı ile yakın bir işbirliği içerisinde çalışılması sağlanmalıdır.

3. Global Bütçe Uygulaması GSS'nin Kamu Sağlık Hizmet Sunumu Üzerindeki Denetim Rolünü Ortadan Kaldırmıştır: Sağlık finansman bakımından Sağlık Bakanlığı ve Devlet Üniversite hastanelerine SGK üzerinden Global Bütçe yöntemi ile ödenen sağlık giderleri yanında genel bütçeden aldıkları tutarlar sonucu kamu için geri ödeme tarifesi olmaktan çıkmış durumdadır. Bu durum aynı zamanda SGK'nın geri ödeme mekanizması yoluyla kamu sağlık

harcamalarının kontrolü mekanizmasını tümüyle ortadan kaldırmıştır.

4. Kamu Sağlık Kurumlarının SUT Tarifesi Yanında Genel Bütçeden Aldıkları Ödenek Tutarının Sürekli Artışı GSS Finansman Dengesinden Yanılsamalara Yol Açmaktadır: SUT tarifeleri Global Bütçe uygulamaları ile sadece özel sağlık tesisleri için yapılan ödemelere esas bir tarifeye dönüşmüştür. Bu durum sonuçta GSS prim gelir-gider dengesinde giderlerin genel bütçe ödenekleri kadar düşük gözükmesine neden olmaktadır (2).

5. Teşvik Edici Bir Anlayışla Sevk Zinciri Uygulamasına Geçilmesi Sağlanmalıdır: Sağlık politikaları ve finansmanı ile ilgilenen herkesin ilkesel olarak kabul ettiği sevk zinciri uygulaması, tedavi hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurumların mali kaygılarını gidermeden uygulamaya geçirilmesi mümkün görünmemektedir. 2009 yılında altyapı çalışmaları tamamlanmadan ve zorunlu olarak 4 ilde hayata geçirilen sevk zinciri uygulaması sonucu yaşanan olumsuz örnekler, sevk zinciri uygulamasının tekrar gündeme gelmesini engellemektedir. Sağlık finansmanı açısından hayati role sahip bu argümanın teşvik edici bir anlayış ile uygulanması (sevk zinciri ile 2'nci ve 3'ncü basamak sağlık tesislerine gidenlerden katılım payı alınmaması gibi) ve elde edilen tasarrufun 2'nci ve 3'ncü basamak sağlık kurumlarının fiyat tarifelerinde artış sağlanarak uygulanması önem ve öncelik taşımaktadır.

6. Sağlık Hizmet Sunucusu Geri Ödeme Bedellerinin Belirlenmesinde Kamu Sağlık Tesislerinin Gerçek Maliyetleri Referans Olarak Alınmalıdır: Sağlık hizmetlerinin geri ödeme bellerinin belirlenmesinde yetkili olan "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu"nın üye yapısı ve işleyişi Kanunda amaçlanan SGK yönetiminden özerkliği sağlayamamaktadır. Uygulamanın 10 yıllık yaşanan deneyimlerden yola çıkarak kamu sağlık tesislerinin maliyet bedeli referans alınarak yürütülmesi sağlanmalıdır. Bu uygulamanın yaşama geçirilmesinde ilaç örneğinde olduğu gibi diğer ülkelerin sosyal güvenlik/kamu kurumlarının geri ödeme tutarlarının referans olarak alınması ya da kıyas amaçlı kullanılması da değerlendirilmelidir (3).

7. Vatandaşların Zorunlu Olarak Girdikleri GSS Sisteminde, Sağlık Hizmetini Alırken Sözleşmeli Kurum Seçiminde Tercihlerine İmkân Veren Bir Modele Geçilmelidir: GSS sistemine girişte bireyler zorunlu olarak sisteme girmektedirler. Hizmet satın alırken sadece SGK'nın sözleşmeli kurum ve geri ödeme listesindeki ilaç ve malzemelere dayalı ödeme modeli, uygulamada farklı tercihleri olan kişilerin GSS'den yararlanmasını engellemektedir. Uygulamanın GSS'nin 2006 yılında yayımlanan ilk haliyle tekrar ele alınması değerlendirilmelidir.

8. Mülkiyete Dayalı Geri Ödeme Uygulamaları Kamu Sağlık Tesislerinin Verimli Çalışmasını Engelleyici Bir Etki Yapmaktadır: Global Bütçe geri ödeme modeli, katılım paylarının kamu-özel sağlık tesisine göre farklılaştırılması, tıbbi tedavilerde kamu-özel sağlık tesisleri bakımından ameliyat yapma yetkisinin farklılaştığı uygulama örnekleri, kamu sağlık tesislerinin özel sağlık tesisleri ile verimlilik, hizmet kalitesi ve vatandaş memnuniyeti gibi kriterler dahil olmak üzere rekabet içinde faaliyet yapmasına engeller oluşturmaktadır.

9. Tahsil Edilen GSS Priminin %25'i Olarak Ödenen Devlet Katkısı Tutarı GSS'nin Sağlık Göstergelerinde Sağlanacak İyileştirmeye Bağlanmalıdır: Kanun ile getirilen devlet katkısı modeli SGK'nın sadece prim tahsilat performansına endekslenmiş olarak uygulanmaktadır. GSS bakımından devlet katkısının prim tahsilat performansı yanında toplumun sağlık düzeyi başta olmak üzere sağlık sistemi çıktılarına dikkate alacak bir anlayış ile yeniden düzenlenmelidir.



10. Bedava Sağlık Hizmeti Yoktur, Tüm Harcamaları Vatandaşın Finanse Ettiği Bilinci İle Popülist* Uygulamalardan Kaçınılmalıdır: Sağlık hizmetlerinin tüm maliyetini vatandaşlar karşılamaktadır. Ülkemizde bağımlı çalışanlar kendileri ve işverenleri tarafından ödenen primlerle, bağımsız çalışanlar ve geliri yüksek olanlar kendi ödedikleri primlerle, geliri düşük olanlar için ise devletin vergi gelirlerinden ödediği primler ile sağlık sistemi finanse edilmektedir. Buna ek olarak tahsil edilen GSS primlerinin %25'i kadar devlet katkısı ödenmektedir. Bu tutarın da yeterli olmadığı durumda transfer ödemesi ile emeklilik uygulamasında olduğu gibi açıklar devlet borçlanması yolu ile kapatılmaktadır. Tüm bu tespitler bizi sağlık harcamalarının tümünün nihayetinde vatandaş tarafından ödendiği ve sağlık hizmetinin bedava olmadığı gerçeğinden hareketle, sistemin sürdürülebilirliğini riske edecek ve nimet külfet dengesinin bozacak uygulamalardan kaçınılmasına azami özen gösterilmelidir.

11. Cepten Ödemenin Varlığı Değil, Oranı Sorgulanmalıdır: Tüm dünyada sağlık finansman sistemleri cepten ödemeleri bünyesinde barındırmaktadır. Sağlık finansmanın tamamını vatandaşların karşıladığı dikkate alındığında, temel sorun cepten harcamalarının varlığı değil, ne kadarının prim/vergiler yoluyla ne kadarının cepten ödemeler yoluyla karşılandığıdır. Ülkemiz için bu oranın %15-%20 aralığında tutulması hedeflenerek finansman politikaları düzenlenmelidir (4).

12. Cepten Harcamaların Bireysel Emeklilik Örneğinde Olduğu Gibi, İkinci Bir Sigorta Güvencesine Kavuşturulması Sağlanmalıdır: Cepten ödemelerin sağlık finansman sisteminin temel bir unsuru olduğu dikkate alındığında bu ödemelerin ikinci bir sigorta güvencesine kavuşturulması, söz konusu ödemelerin olumsuz etkilerinin minimize edilmesi için önemli bir mekanizma sağlayacaktır. 2016 yılı itibarıyla 19.562 Milyon TL olan cepten (hane halkı) harcamaların özel sigorta/tamamlayıcı sigorta modelleri ile ikinci bir sigorta güvencesine kavuşturulması vatandaşların memnuniyeti ve sektörün sürdürülebilirliği açısından olumlu etki yaratacaktır (5).

*Popülist= Uzun vadede yine vatandaşın zarar gördüğü uygulamalar.

Kaynaklar

1) <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/186/Kuresel-ekonomik-krizin-sagligi-tehdidi.aspx> (Erişim Tarihi: 26.08.2018)

2) <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/217/Global-butce-Nereye-kadar.aspx> (Erişim Tarihi: 26.08.2018)

3) <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/279/Saglik-hizmetlerinin-ucretlendirilmesi-Sorunlar-ve-cozum-onerileri.aspx> (Erişim Tarihi: 26.08.2018)

4) <http://www.sdplatform.com/Dergi/1034/Cepten-saglik-harcamaları-Dunden-gelecege-projeeksiyon.aspx> (Erişim Tarihi: 26.08.2018)

5) <http://www.sdplatform.com/Dergi/1035/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi-sureci-ve-gelinen-nokta.aspx> (Erişim Tarihi: 27.08.2018)

Sağlık hizmetlerinde ödeme

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesinde ve 1989-1996 yıllarında ise İstanbul Sağlık Müdürlüğünde Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da halk sağlığı yüksek lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden doktora derecesi aldı. 1998'de halk sağlığı doçenti, 2003 yılında sağlık yönetimi profesörü oldu. Halen Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı olarak görev yapmaktadır.

Ödeme denildiğinde bir hak edişe karşılık malı veya hizmeti alanın bunu sağlayan kişiye veya kuruluşa karşılığını genellikle para, altın, değiş-tokuş vb. cinsinden vermesi anlaşılmaktadır. Sağlık alanında da hem mal hem de hizmet şeklinde birçok ürünün alınıp satıldığı bir pazar var olduğuna göre burada da ödeme mekanizmalarının iyice incelenmesi gerekir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sürecin iki ana evresi bulunmaktadır. Birinci evre finans kaynağının bulunması ve finansın bu kaynaktan elde edilmesini içerir. Bütün ülkelerde olduğu gibi bizim ülkemizde de birden çok finans kaynağı, havuzlama modeli ve ödeme modeli kullanılmaktadır. Finansman sisteminizin felsefesi tutarlı olduğu ve hedef kitlede boşluklar ve kesişim bölgeleri olmadığı müddetçe kaynakları ve ödeme modellerini çeşitlendirmek avantaj sağlar. Malum tek tabanca ile vuruşmanın sonu, tabanca tutukluk yaptığında ölümdür. Eğer hizmetlerin finansmanı için gereken kaynağı elde ederken (birinci evrede) sorun yaşıyorsanız ödeme evresinde (ikinci evrede) dengelerinizin oluşması mümkün değildir. Birinci evrede sık yaşanan sorunlar şu durumları kapsayabilir:

- Ülkenin genel anlamda ödeme gücü zayıf ve sağlığa ayıracığı pay az ise
- Ülkede hakkaniyet sorunları sosyoekonomik zümreler arasında çok büyük

makas oluşturacak şekilde büyüks ve buna önlemler alınmamışsa

- Elde edilen finansmanın havuzlamasında teknik sıkıntılar varsa ve havuzlama modeliniz size pahalıya patlıyorsa [Örneğin kamu sigortası modelinin kullanılması durumunda sigorta kuruluşunun yönetim maliyetleri toplam primlerin belirli bir yüzdesinden (mesela %8'inden) fazlaysa]
- Ülkenin genel anlamda ekonomik durumunda aşırı oynaklık ve büyük dalga şiddetinde iniş çıkışlar oluyorsa ve primlerin, vergilerin vb. zamanında havuza alınmasında sıkıntılar yaşanıyorsa
- Kamunun, kâr amaçlı özeline ve kâr amacı olmayan özeline (Ülkemizde var mı acaba?) toplumun alt gruplarını ele alarak bütünü kapsayacak yaygınlığa verimli şekilde erişememesi

Bu maddelere eklenebilecek unuttuğumuz noktalar olabilir. Finans kaynağınızın ve ödeme modelinizin çeşitlendirilmesi sayılan bu risklerin başınıza gelme olasılığını azaltacaktır.

Diyelim ki havuza finans kaynağınızı sorunsuzca koydunuz (Böyle bir şey dünyada yoktur gelin en az sorun yaşayarak diye düzeltelim). Bu durum ödeme aşamalarında sorunsuz olmamızın bir ön koşuludur ama garantisi değildir. Birinci aşamayı başarsanız bile ikinci aşamada türlü haller olabilir, çünkü nihayetinde ödeme yapılmaktadır. Ödeme yapılan her durumda riskler bulunur. Ödeme aşamasının da potansiyel sorunlarını şöyle sıralayabiliriz:

- Ödemelerde yolsuzluklar ve el altından sağlanan ekonomik faydalar
- Sağlık politikacılarının öncelikleri doğru belirleyememesinden doğacak sonuç olarak önemsiz konulara ödeme yapılması, önemli konulara kaynak bulunamaması (Sağlık politikalarında önem derecelendirmesinin doğru yapılabilmesi için ekonomik analizlerin, ulusal hastalık yükü çalışmalarının, toplumun demografik ve sosyoekonomik zümrelerini iyice ayrıştırmasıyla ele alan aktüerya ve risk hesaplamalarının yapılması gerekmektedir.)
- Sağlık insan gücünün, emeğinin doğru değerlendirilememesi ve emek sömürsünün oluşması
- Ödeme yönteminize göre ya fazladan hak edişlerin ortaya çıkması, ya da maaş gibi standart ödeme yöntemlerinde işlerin yavaş ve az üretilmesi
- Verilmemiş hizmetlerin faturalarda gösterilmesi ve fatura kontrol mekanizmalarınızın bunları tespit etmede yetersiz kalması
- Ödeme yöntemlerinizin hastalığa yönelik olması ve sağlığı değil hastalığı körükler hale gelmesi, ortada hastalık yokken bile tıbbi bir ad konularak bu kişilerin hizmet alma sürecine sokulması ve böylece hizmet kullanımının aşırıya kaçması
- Ödemelerin zamanında yapılamaması ve bunun zincirleme olarak pazara yansması (Örneğin hastaneye sigorta kurumundan zamanında para ödenmezse, hastane satın alımlarını daha uzun vadeye yayacak, vadeler uzadıkça tedarikçiler sıkıntıya düşecek, tedarikçiler daha sonraki satışlarına daha yüksek oranda vade farkı koyacak, hasılı pazarın ahengi bozulacaktır.)

Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın uygulanmaya başlamasından bugüne sayılan sorunların hepsi az veya çok yaşanmıştır. Ancak dünyada bu sorunları yaşamayan ülke yoktur. Bu sorunları yaşarken ne gibi kazanımlar elde edildi, buna bakmak gerekmektedir. Bir ülkede sağlık hizmetlerinde finansman ve ödeme mekanizmalarının başarısı nihayet toplumun sağlık düzeyinde meydana gelen yükseliş ve gelişim ile ölçülür. Toplumun sağlık düzeyinde son 15 yılda bizce büyük kazanımların yaşandığı bir dönem geçirmiş olduk. Bunu kanıtlayacak bazı durumları sıralayalım:

- Doğumda beklenen ortalama ömrün, en iyiler klasmanından hemen sonra gelenler sınıfına girmesi
- Anne ve bebek ölüm hızlarının ülkemize yakışır düzeye indirilmesi (Suriye savaşı ve sığınmacı meselemiz olmasaydı dünyanın en iyileri arasına girmek üzereydik.)
- Bulaşıcı hastalıklarda yaşanan keskin düşüşler
- Bağışıklama faaliyetlerinde %95 düzeylerine erişim
- Hipertansiyon, diyabet vb. kronik hastalıklarla mücadelede hatırı sayılır mesafeler alınması
- Kanseri mücadelede sadece kanserlinin teşhis edilip tedaviye alınmasından öte, sistematik yaklaşım ve düzenli tarama ve kayıt faaliyetlerine başlanması
- Bilgi sisteminde çok aşama kaydedilmesi ve güzelce işler hale getirilmesi
- Sağlık alanında düzenli ve çok gerekli ulusal araştırmalara girilmesi

Ödeme mekanizmalarının iyi çalışmadığı ülkelerde böyle gelişmeler ortaya çıkmaz. Demek ki ortada iyi giden bir genel tablo bulunuyor. Ancak hala üstesinden gelemediğimiz ve bu gidişle daha da büyük bozulmaların yaşanacağı noktalar da yok değil. Örneğin;

- Aile hekimliği modelinde çözümler ve ilk günkü özenin kaybolması, aile hekimlerini hastane hekimi haline getiren zorlamalara varacak amacından sapışlar sonunda birinci basamağın iyi işlemez hale gelmesi
- Acil hizmetler ve yoğun bakım hizmetlerinde kantarın topuzunun iyice kaçıp gereksiz kullanımların % 80'lere ulaşması, tam bir fazladan kullanım tablosu
- Sağlık insan gücünde motivasyonun gittikçe azalması, aynı grafiğin hasta memnuniyetinde de izlenmesi (Hangisi diğerini meydana getiriyor diye içi boş

bir tartışmaya girmeyelim, hem hasta memnuniyetini hem de çalışan memnuniyetini azaltan faktörler var, bu durum aynı orijinin iki ayrı tabakada yansımasıdır.)

Sözü ödeme sorunlarımıza getirecek olursak bunu da üç katmanda ele almak yerinde olacaktır. Birincisi havuzda birikmiş paranın ödenmesiyle; ikincisi, sağlık hizmet kuruluşlarına ödenmiş olan paranın çalışanlara ve tedarikçilere ödenmesiyle ilgilidir. Üçüncüsü ise cepten ödemeler meselesidir. Bunları birinci, ikinci ve üçüncü grup ödeme sorunları olarak sıralayalım.

1. Havuzda biriktirme ve birikmişin ödenmesi sorunları:

- Fiyatlandırmaya devletin aşırı müdahalesi (Bunun uzun dönemdeki zararlarını, pazar dinamiklerini tam oturtamadığımız için sağlık turizmi açılımında göreceğiz.)
- SGK'nın sağlığı teşvik edecek politikalar izleyememesi ve ödemede hala hastalığa ilişkin hizmetleri baz olarak alması
- Özel hastanelere ödemede her ne kadar paket anlaşmalar, vb. olsa bile fatura bazlı hizmetlerden bir türlü vazgeçilememiş olması ve fatura kontrollerinin en az iki yıl arkadan gelmesi
- Kamu ya da özel fark etmeksizin hizmet kuruluşlarının faturalarından %10-15 gibi kesintilerin artık normal karşılanır hale gelmesi
- Fatura kontrollerinin tam bir standarda kavuşturulamamış olması ve biraz karışık ve muğlak faturalarda denetleyenin keyfiyetinin devreye girmesi
- Özel sağlık sigortalarının varlığı, rolü ve işleyişi ile ilgili sorunların kronikleşmesi, tamamlayıcı sigorta gibi medet umulan çözümlerin de tam bir çare getirmemesi
- SUT fiyat listesi ve bunun geçersiz varsayımlarla senelerdir yerinde saydırılıp durması, (Güya devletin menfaati korunuyor gibi oluyor ama öyle değil. Uzun dönemde maliyet ve fiyat dengisini alt üst eden, hizmet kuruluşlarını zorla üçkâğıt yapmaya sevk eden bir iş dünyası kurulmuş oluyor.)

2. Çalışanlara ve tedarikçilere ödeme sorunları:

- Ödemelerde yalın bir modelin olmaması, çok karmaşık hesaplamalar sonucu az paranın ödenmesi (Bu durum kamuya ait hastanelerde olduğu gibi özel hastanelerde de bir sorun teşkil ediyor, kişilere hak ediş ödemelerini

ayrı bir yazıda ele alacağımızın vaadini vererek konuyu geçiyoruz.)

- Tedarikçilere ödemelerin uzun vadelerde yayılması yanında bu vadeleri de aşan bir belirsizlikte olması (Sonunda yüksek vade farkları fiyatlara bindirilerek pahalıya mal etmeyle sonuçlanan hazin tablo.)
- Özel hizmet kuruluşlarının ödemesini umduğundan az ve gecikmiş almasına önlem olarak eğitim, kalite, uygun nitelikli personel sevdasından vazgeçmesi, kimi bulursa işi yaptırma derdine düşmesi ve ayakta kalmaya çalışması, stratejik yönetim vb. modern yaklaşımların yanına bile yaklaşamaması

3. Cepten ödeme sorunları:

Gelişmiş ülkelerde cepten ödemelerin toplam sağlık harcamalarında oranı %10-15 bandı içindedir ve bu oran ideal olarak kabul edilmektedir. Cepten ödemelerin %20, %30 gibi oranlara ulaşması o sistemde çok ciddi sorunların işareti sayılır. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamasına geçilmeden önce bu oranı %37, %40 gibi hesaplayan çalışmalar yapılmıştı ancak bu oranlar bile gerçek durumun çok altında kalan ve kayıt dışı aldı-verdileri tam ortaya koyamayan hesaplar olarak yorumlanmıştı. Başka bir deyişle hasta cebinden harcama yapmadan adım atamıyordu. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın iyi uygulandığı dönemde bu oranı %17'lere kadar indirmiştik. Şu anda yeniden bir yükseliş olduğu ileri sürülüyor. Bu konuda bir saha araştırması yapılmasının elzem olduğunu ve bunu önerdiğimizi belirtelim.

Sonsöz

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenişi, sunuluşu, finansmanı, bilgi sisteminin oluşturulması gibi alanlarda çok önemli gelişmelerin yaşandığı bir dönem geride kalmış ve mutlaka yeni bir atılım ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu atılım elbette halk sağlığı politikalarının öne çıkarılmasıyla sağlanabilecektir. Sağlık politikalarında önceliklendirmeler, sağlık iletişimi ve bilişimi gibi hizmetin verilmesini de, finansmanını da içine alacak geniş başlıklardır bunlar. Ancak esas atılımı sağlık endüstrimizi kurarak yapacağız. Ar-Ge çalışmalarına ağırlık verilmesi, malzeme ve ilaç üretiminde yerleşme ve millileşme, sağlık turizminde dünyanın ileri gelenleri arasında yer alma gibi üç ana ekseninde gelişmeler yaşayacağız.

Tamamlayıcı sağlık sigortası

Doç. Dr. S. Haluk Özseri



İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Sağlık yönetimi doktorasını ve doçentliğini tamamladı. 1984-1999 yılları arasında Sağlık Bakanlığında çalıştığı dönemde Sağlık Ocağı Tabibi, İl Sağlık Müdürü, Sağlık Projesi Genel Koordinatör Yardımcısı ve Genel Koordinatörü ile Bakan Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulundu. 2000-2009 yılları arasında özel sektörde sağlık yönetimi ve sağlık sigortacılığı alanlarında genel koordinatör, danışman ve yönetim kurulu üyesi olarak çalıştı. 2009-2014 arasında İstanbul Üniversitesinde Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi, Bölüm Başkanı, Rektör Danışmanı ve Hastaneler Genel Direktörü olarak görev yaptı. 2014 yılından bu yana Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesinde Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı, Sürekli Eğitim ve Gelişim Merkezi (ASEGEM) ile Sağlık Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi Direktörü olarak çalışmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası aktüeryal sürdürülebilirliği açısından, Yasa'nın ilk uygulanmaya başladığı tarihten itibaren on yıl geçmiş olmasına rağmen ne yazık ki Tamamlayıcı Sağlık Sigortası henüz tam anlamıyla dikkate alınmamış durumdadır. Başta Almanya, Fransa ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde uygulanana benzer bir Tamamlayıcı Sağlık Sigortası seçeneğiyle;

- Aktüeryal sürdürülebilirlik yoluyla kamu mali riskini paylaşabilen,

- Ödemeler provizyon sürecine dayalı yapılacağından daha etkili kontrol yapılabilen,

- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıyı azaltabilen,

- Atıl kapasite oluşumunu önleyerek kapasite kullanımını üst düzeye taşıyabilecek,

- Hizmet alan kişilerin hekim ve hastane seçme konusundaki sınırlarını genişleterek oluşabilecek aşırı talepleri yönetebilen bir süreç sağlanmış olabilecektir.

1990'lı yılların ilk yarısından bu yana zaman zaman dile getirilen ancak henüz tam anlamıyla uygulamaya geçemeyen Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sürecinde;

- 2005'lerden başlayan yıllarda Türkiye Sigorta Birliği, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği ile birlikte raporlar üretmiş,

- Hazine Müsteşarlığı'nın 2004-2009 yılları arasında görev yapan Tamamlayıcı Sigorta İhtisas Komitesi'nin hazırladığı konuya ilişkin yasa ve/veya yönetmelik tasarıları mevzuat haline dönüştürülmemiş.

- TÜSİAD'ın "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri Raporu"nda; "...kamu sektörü kamu sigortacılığını tek bir Genel Sağlık Sigortası çatısı altında birleştirmeli, özel sektör Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sunmalı..." önerisinde bulunulmuş.

- 2006-2008 yılları arasında SGK ile Türkiye Sigorta Birliği, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Ortak Çalışma Grubu kurmuş, Sigorta Tutum ve Davranış Araştırmaları kapsamında;

- Ayakta ve yatarak tedaviyi ayrı ayrı değerlendiren model ve ürün önerileri ortaya konmuş, seçeneklerin aktüeryal dengesine yönelik hazırlıklar yapılmış,

- Temmuz-Eylül 2008 tarihleri arasında yapılan Araştırma'nın, 3.033 kişilik örnekleminde; "Devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesi yanında onu tamamlayan özel sağlık sigortasına da sahip olmalıyım" görüşüne katılanlar yüzde 56 iken bu görüşe katılmayanlar yüzde 25 olarak bulunmuş

- Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği yıllık Kongrelerinde konunun ilgili taraflarıyla tartışılmasını sağlamış, yaptırdığı Araştırmaları kamuoyu ile paylaşarak farkındalık oluşumuna katkıda bulunmuş,

- Mart 2015 tarihli "Sağlığın Geleceği" adlı ilk araştırmada 1.114 kişilik örneklemede, "Devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesinin yanında onu tamamlayan, özel sağlık sigortasına da sahip olmalıyım" görüşüne katılanlar yüzde 61 iken bu görüşe katılmayanlar yüzde 11 olarak bulunmuş,

- Mart 2017'deki ikinci araştırma ile 1064 kişilik örneklemede, "Devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesinin yanında onu tamamlayan, özel sağlık sigortasına da sahip olmalıyım" görüşüne katılanlar yüzde 66 iken, bu görüşe katılmayanlar yüzde 10 olmuştur.

- İki Araştırma arasında, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası isteyenlerin yüzde 5 arttığı gözlenmiştir

- TÜSİAD'da 2017 Mayıs'da "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Alt Çalışma Grubu" kurularak Temmuz ve Eylül 2017'de Maliye Bakanlığı Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürü koordinasyonunda Sağlık Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı başta olmak üzere ilgili paydaşlarla birlikte kısa dönemde yapılabileceklerle yönelik Çalışma Grubu oluşturularak hazırlıklar başlatılmış

- Yaklaşık 20 yıl sonra gelinen noktada bir yandan Genel Sağlık Sigortası yasalaşma sürecinde "Eksik mi yapıldı ki tamamlanması gerekiyor?" fikrini savunan teknokratlar azalmış, öte yandan özel sektörde "Her şey zaten var, tamamlanacak bir şey mi kaldı?" düşüncesini savunanlar da giderek azalmış ve bunla-

rın yerini “Hizmet kapsamını bu yolla da genişletmek mümkün olabilecek” fikrinde olanlar almaya başlamıştır.

2018 yılı Temmuz verilerine bakıldığında;

- Toplam 5.704.627 sağlık sigortalının 830.583’ü tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesine sahip olduğu

- Son beş yıl karşılaştırıldığında, tamamlayıcı sağlık sigortalıların sayısının, 2014 yılında 64.266’dan 2018 Temmuz’da 830.583’e ulaşarak yüzde 1.292 oranında artış gösterdiği

- Tamamlayıcı sağlık sigortalıların yaklaşık üçte ikisinin grup sağlık sigortalısı olduğu

- Aynı verilerin, toplam prim üretiminin yaklaşık yüzde 50’sinin birinci, yaklaşık yüzde 80’inin ilk üç ve yaklaşık yüzde 90’ının ise ilk beş sırada yer alan sigorta şirketleri tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sistemi uygulanmadığından;

- Temel teminat paketi içeriği gözden geçirilememiş

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünlerine aktarılabilecek hizmetler belirlenememiş

- Fransa örneği gibi, gerekirse ödeme gücü olmayanların kamu tarafından ödenecek Tamamlayıcı Sağlık Sigortası primlerine ilişkin çalışma yapılamamış

- Geri ödeme kuruluşlarınca yapılacak düzenlemelerle kamu ve özel sigortasına ayrı faturalama gerçekleştirilememiş

- Kamu ve özel sektör arasındaki haksız rekabet sinerjiye dönüştürülemedi

- “Temel Teminat Paketi” karşılığı kamu/özel ayrımı yapılmaksızın tüm sağlık kurum kuruluşlarının hizmet verebilmesinin önü tam anlamıyla açılmamış

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası iyi anlatılamamış, hatta var olan önyargılarından uzaklaştıracak yollar bile araştırılamamış

- Tek tip yerine SUT’un katlarıyla da oluşabilen farklı ürün çeşitliliklerinin önü açılmamış

- Kayıt dışılığı azaltma, katstrofik (yıkıcı)

cepten harcamayı yönetmek için çalışan ve/veya çalıştırana teşvikler verilememiş

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Şirketlerinin, sigortalıları için Medulla’ya girebilme isteği yıllardır cevapsız kalmıştır.

Ayrıca, 1990’lı yıllarda tartışılmaya başlanan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sürecinde yaşananların da zaman olarak, tıpkı Genel Sağlık Sigortası sürecine benzediğini de unutmamak gerekir. Zira Genel Sağlık Sigortası;

- Yasa tasarıları olarak 1960’lı yılların sonlarından, hatta hazırlık olarak Behçet Uz’un 1946’da açıkladığı Milli Sağlık Planı’ndan itibaren yıllarca tartışılmış

- Bu süreçte neredeyse tüm siyasi partilerin seçim beyannameleri ile hükümet programlarında yazılarak adeta ulusal bir politika olmuştur.

Dileyelim ki, Genel Sağlık Sigortasının da sigortası olan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası geçmiş Genel Sağlık Sigortası gibi 50 hatta 70 yıllara kadar uzamasın!

Kaynaklar

5510 sayılı Yasa (2006): T.C. Resmi Gazete. 16 Haziran 2006, Sayı: 26200.

5754 sayılı Yasa (2008): T.C. Resmi Gazete. 8 Mayıs 2008, Sayı: 26870.

Aydın, S., Birinci, Ş., Bahat, R., Özsan, S.H., Tokgöz, T., Eren, U., Akben, F. (2017): Sağlık Finansmanı Raporu, Türkiye Sağlık Platformu TÜSAP Vizyon Toplantıları-4

Beyaz Kitap Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi (2004), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara.

Çelik, H., Eren, B., İzbudak, D., Köylüoğlu, C., Özsan, S. H., Şimşek, N. (2003): Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği-Sağlık Kuruluşları Demeği Yayını, İstanbul.

Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarı Taslağı, (1994).

Kişisel Sağlık Sigortası Yasa Tasarı Taslağı, (1998).

Morlock, L., Waters, H., Lyles, A., Özsan, S.H., Aktulay, G. (2004): TÜSIAD Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri. TÜSIAD, İstanbul.

Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasansı, (1996).

Sosyal Güvenlik Kurumu (2012): 28 Haziran 2012 tarihli 2012/25 sayılı SGK Genelge.

Orta Vadeli Program (2011) : T.C. Resmi Gazete. 13 Ekim 2010, Sayı: 28083.

Özel Sağlık Sigortalıları Yönetmeliği (2013): 23.10.2013 tarih 28800 sayılı Resmi Gazete.

Özsan, S.H.(2009): Neden ve Kim İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası?. Birlik’ten Dergisi, İstanbul.

Özsan, S. H. (2015): Konuk C., Serenli N., Esmer B.,

Bahat R., Şengül C., Akgün S., Güzel Ö.: Sağlık Geleceği 2015-2023, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Demeği, İstanbul.

Özsan, S. H. (2017): Konuk C., Serenli N., Bahat R., Şengül C., Sağlık Geleceği 2017-2023, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Demeği, İstanbul.

Özsan, S.H. (2017): Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Süreci ve Geline Nokta. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 43: 82-87, 2017

Özsan, S.H. (2011): Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının 20 Yıllık Tarihi. Hospital Manager Dergisi, Ağustos 2011:10-13, 2011

Özsan, S.H. (2010): Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ve Üniversite Hastanelerinde Sunulan Sağlık Hizmetleri İlişkisi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 14: 42-45, 2010

Özsan, S.H. (2010): Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Genel Sağlık Sigortası’nın da Sigortası. Sigortacı Dergisi, 379: 32, 2010

Özsan, S.H. (2009): Neden ve Kim İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. Birlik’ten Dergisi, Haziran 16:15-18, 2009

Özsan, S.H. (2008): Genel Sağlık Sigortası Özel Sağlık Sigortacılığı İlişkisi. Referans Gazetesi Rapor: Sigorta ve Bireysel Emeklilik Eki, s:20, İstanbul, 31 Aralık 2008

Özsan, S.H. (2008): Yasalaşan Genel Sağlık Sigortası ve Değişiklik Taslağı ile Geline Nokta. Hospital Manager Dergisi, 1:54

Özsan, S.H. (2008): Genel Sağlık Sigortası Neler Getiriyor?.. Sigorta Postası Dergisi, Ocak-Mart 2008, 19. sayı, s:20-27, Euroko Sigorta Yayını, İstanbul, 2008.

Özsan, S.H. (2008): Genel Sağlık Sigortası Süreci ve “Artık” Dikkat Etmememiz Gerekenler. Birlik’ten Dergisi, Ocak-Mart 2008, 11.Sayı, s:8-15, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Yayını, İstanbul, 2008

Özsan, S.H. (2007): Genel Sağlık Sigortası Yasası’nda Değiştirilmesi Düşünülen Konularda Neden Dikkatli Olmalıyız? Hastane Dergisi, 49:124-125

Özsan, S.H. (2007): Genel Sağlık Sigortası Özel Sağlık Sigortacılığı İlişkisi. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2006-2007, 1: 42-47

Özsan, S.H. (2006): Genel Sağlık Sigortası Yasalaştı. Hastane Dergisi, 40: 100-101

Özsan, S.H. (2006): Genel Sağlık Sigortası. Birlik’ten Dergisi, 3:52-53, 2006

Özsan, S.H. (2006): Anayasa Mahkemesi Sonrası Genel Sağlık Sigortası, İşveren Dergisi 3:40-43, 2006

Özsan, S.H. (2005): Genel Sağlık Sigortası Süreci’nde Geline Son Nokta. İşveren Dergisi, 2:42-47, 2005

Özsan, S.H. (2005): Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası Süreci. İşveren Dergisi 4/5/6:70-73, 2005

Özsan, S.H. (2003): Genel Sağlık Sigortası Sistemine Bir An Önce Geçilmeli, Türk Dış Hekimleri Birliği Dergisi, Aralık 2003, 78:56-57,

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, (2008): Sigorta Tutum ve Davranış Araştırması. Nielsen, İstanbul.

Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği, (2012): Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu. Deloitte, İstanbul.

Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği, (2012): Sigorta Tutum ve Davranış Araştırması. İDE Araştırma Tanıtım ve Danışmanlık Hizmetleri Ltd. Şti, İstanbul.

Sağlık turizmi

Uygur Üstün



1979 yılında Bartın'da doğdu. İşletme Fakültesi'nden mezun oldu (2008). Sağlık yönetimi doktorasına devam eden Üstün, halen Medipol Eğitim ve Sağlık Grubu'nda Kurumsal Pazarlama ve Uluslararası Hasta Hizmetleri Koordinatörü olarak görev yapmaktadır. Sigortacılık, sağlık yönetimi ve sağlık turizmi alanlarında çalışan Üstün, Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği (SASDER) Genel Sekreteri, İSTUSAD (İstanbul Uluslararası Sağlık ve Turizm Derneği) Yönetim Kurulu Üyesidir.

Kişiler ve dolayısıyla devletler için temel bir unsur olan sağlık; kişilerin sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi beklentisi ve iyileştirilme çabaları ile gelişmekte olan ülkelerin yanı sıra gelişmiş ülkelerin gündeminde yer almaktadır. Sağlığın bu denli önemli olması, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde sunulmaması ve çoğu gelişmiş ülkelerde sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksek olması karşımıza sağlık turizmi kavramını çıkarmıştır. Sağlık turizmi; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla ikamet edilen yerden başka bir yere seyahat edilmesi, gidilen yerde en az yirmi dört saat kalınarak sağlık ve turizm hizmetlerinden yararlanılması olarak tanımlanmaktadır (1). Sağlık turizmi son zamanlarda oldukça sık duyulan bir kavramdır. Kişilerin kendilerine en uygun olan tedaviyi seçerek turistik ziyaretlere başlamaları bu kavramı geliştirmiştir. Sağlık turizminde ana fikir, rutinlerden uzaklaşarak rahat ve değişik bir ortamda tedavi görmek veya sağlığı destekleyici hizmetleri almaktır. Ülkelerarası iş birliklerinin artması, ulaşımın gelişmesi, seyahat özgürlüğüne engel olan vize gibi unsurların azalması, sağlık turizminin ülkelere ciddi gelir sağlaması gibi sebepler pek çok ülkede sağlık turizminin bir politika olarak ele alınmasına ve bu alana yatırımlar yapılmasına sebep olmaktadır. Hizmet sektöründeki istihdam artışı, ülke ihracatlarında çoğunlukla hizmetin yer almasına sebep olmaktadır. Ülkelerine döviz girişi isteyen ülkelerin alternatifleri arasında hizmet, dolayısıyla sağlık turizmi yer almaktadır. Ülkemiz gibi turizm geleceğine sahip olan şanslı birkaç ülke ise yüksek turizm müşterisi ile sağlık turizmi kavramını turistin sağlığı ile öğrenmiş ve benimsemiştir.

Milyonlarca insan tedavi hizmeti almakla birlikte tarihi ve doğal güzellikleri görmek, tedavi olurken kaliteli vakit geçirmek amacıyla sağlık turizmine yönelmektedir. Bunların yanı sıra sağlık turizmini geliştiren ve insanları sağlık turizmine yönlendiren başlıca etkenler; uzun bekleme sürelerinden kurtulma, daha kaliteli ve kısa zamanda hizmet alma, gelişen teknolojinin sağlığa yansıdığı alanlardan hizmet alma ve düşük maliyetlerle tedavi olma isteğidir. Sağlık turizminin giderek artan önemi, ülkelerin sağlık turizmine dikkat çekmelerine ve ciddi yatırımlar yaparak tercih edilme çabası göstermelerine sebebiyet vermektedir. Türkiye, sağlık turizmi sektöründe gerek planlı tedavilerle gerekse turistlerin sağlığı kavramının gerektirdiği sorumluluklar kapsamında uygun tedavi ücretleri ve hizmet kalitesiyle gittikçe gelişen bir ülkedir. Bu gelişmelerin büyük bir kısmı gerek yüksek teknolojik alt yapı hastanelerin kurulması, gerekse Türk hekimlerin ünlerini dünyada duyurmasıyla sağlanmıştır. Gelişmede önemli rol oynayan unsurlardan bir diğeri ise sunulan hizmetlerin kaliteli ve maliyet açısından gelişmiş ülkelere nazaran daha uygun olmasıdır. Tüm bunlar sağlık hizmeti almak isteyenleri Türkiye'yi tercih etmeye yönlendirmektedir. Ancak tüm hatlarıyla sağlık turizmi kavramına baktığımızda, ülkemizde geliştirilmesi ve iyileştirilmesi gereken eksiklikleri de görmekteyiz. Sektörün oluşturduğu pastadan payımızı almamız ve her geçen gün bu payı artırmamız için belirli sorunları ve eksiklikleri gidermemiz kaçınılmaz bir durumdur. Bu büyük sorumluluk kapsamında bazı güncel konuları sıralamak ve detaylandırmak gerekirse:

1. Marka ve Konumlandırma

Sağlık sektöründe, sahip olduğu doğal ve teknolojik imkânlar, alanında eği-

timli ve nitelikli iş gücü, coğrafi konum gibi avantajlara sahip ülkelerden biri Türkiye'dir. Bu sebeplerle ülkemiz sağlık turizmi açısından birçok branşta tercih edilebilir konumdadır. Bu avantajlarımızı sağlık turizminde bir marka haline getirmek için kullanmalıyız. Tüm dünya ülkelerini sektördeki dik duruşumuz ve ortaya koyduğumuz iddialı tavırlar ile etkilemeliyiz. Yapacağımız reklam, tanıtım ve eğitim çalışmalarıyla ülkeleri sahip olduğumuz ayrıcalıklı yöntemler, başarılı sonuçlar ve avantajlı yönlerimizden haberdar ederek, sektörde yerimizi ve adımızı sağlamlaştırmalıyız. Ülkemizin tüm dünyada sağlık turizmi noktasında akıllarda yer edinmesinin en önemli belirleyicisi, sahip olduğumuz devlet güvenceleri ve politikalarıdır. Bu durumda ülkemize sağlık turizmi amacıyla gelecek kişileri kapsayacak güvenceler ve politikalar edinmemiz gerekmektedir. Hukuk sistemimizin sağlık turizmi noktasındaki netliği, sunacağımız güvenceler, yaptırımlar ve bunların duyurulması marka ve konumlandırma gibi unsurlar bütün bu süreçleri pozitif etkileyecektir.

2. İletişim

Kişilerin çeşitli nedenlerle bulundukları yerden hizmet almak üzere harekete geçmelerinin yanı sıra bu hareket öncesinde, sırasında ve sonrasında olması ve sağlanması gereken durumlar mevcuttur. Tüm bunların ilk basamağını iletişim oluşturmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarının sağlık turizmi serüveninde vazgeçilmezlerden biri de onlarla aynı dili konuşan hizmet sunucuların olmasıdır. Sağlık turizmi çalışmalarında yer edinmeye çalışan tüm kurum ve kuruluşların en önemli gereksinimleri arasında kişilere her noktada eşlik edecek çalışanların onlarla aynı dili konuşması, aynı zamanda terminolojiye hâkim olması ve süreç yönetimini

sağlayabilmesidir. Bu ihtiyacı, ülkemizin sahip olduğu genç nüfusa verilecek eğitimler ve açılacak sertifika programlarıyla destekleyerek karşılayabiliriz.

3. Nitelikli Personel

Bilinçlenen hastalar tüm sağlık turizmi paydaşlarını sağlık turizmi konusunda yeni arayışlara itmektedirler. Bunun sonucunda da her geçen gün sağlık turizmi pazarı genişlemekte ve yatırımcılar tarafından ilgi görmektedir. İlgi gören ve bu denli gelişen bu sektörde, nitelikli insan gücüne ihtiyaç doğmuştur. Sağlık turizminin önemli bir halkası medikal turizmdir. Ülkemiz, kaliteli ve nitelikli eğitim almış, sektörde ve tüm dünyada ünlerini yaymış sağlık profesyonellerine sahiptir. Ancak konu sağlık turizmine geldiğinde alanında çok iyi olan sağlık profesyonellerimizin yabancı hasta iletişiminde yaşayabilecekleri sıkıntıların giderilmesi için yardımcı nitelikli personellere ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşanabilecek iletişim problemlerini dil ve iletişim yetkinliğine sahip personellerle gidermek gerekmektedir. Ülkemiz özellikle Avrupa ülkelerine nazaran çok ciddi bir genç nüfus oranına sahiptir ve bu genç nüfus bu ihtiyaçları gidermek üzere eğitilmelidir. Tüm bunlarla birlikte bilmeliyiz ki sağlık turizmi, hizmet gerektiren bir sektördür. Bu sektörün gerekliliklerini yerine getirecek insan gücü yetiştirilmeli ve bu sektörün önemi gençlerimize anlatılmalıdır.

4. Altyapı

Sağlık turizmi, turizm sektörü ile işbirliği içerisinde. Genel hatlarıyla sağlık turizmi, kendi altında kategorilere ayrılabilir. Ülkemiz bulunduğu coğrafya ve sahip olduğu zenginlikler ile özellikle termal turizm noktasında tüm dünya insanları ilgi görmektedir. Ülkemizin her bölgesine; alternatif turizm kaynakları ve ciddi tercih edilme potansiyeli olduğunu göz önünde bulundurarak yatırımlar yapılmalıdır. Hâlihazırdaki tesislerin eksiklerinin giderilmesi, özellikle kaplıca ve termal tesislerin Türk ekonomisine yapacağı katkıyı artıracaktır. Bu tesislerin ekonomimize olan katkılarının artırılması için ise Sağlık Bakanlığı bünyesinde bu alanlarda çalışacak bir birim oluşturularak mevcut durum değerlendirilmesi sonucu gerekli çalışmaların başlatılması, yapılacak çalışmaların devlet tarafından desteklenmesi, bu alanda faaliyet gösteren işletmelerin yurt dışına yönelik pazarlama çalışmalarını artırması gerekmektedir. Ayrıca tesislerin devlet tarafından hem finansal açıdan

hem de yabancı dil bilen yetkin işgücü açısından desteklenmesi, hastalar için bu bölgeleri cazip hale getirecek ve tercih etmelerini sağlayacak makul fiyatlı paketler ve indirimli turlar oluşturulması, tesislerin fiziksel planlarının uygunluk ve standartlar çerçevesinde denetlenerek iyileştirilmesi gerekmektedir. Sağlık turizminde lider konuma gelebilmek adına gidermemiz gereken bu altyapı problemleri hızlıca çözümlenmesi ve iyileştirilmesi adına devlet teşvikleri kolaylaştırmalı, artırmalı ve genişletilmelidir.

5. Bilgilendirme

Planlı veya plansız sağlık hizmeti almak isteyen hasta ve hasta yakınlarının, ülkemize giriş yaptıkları andan itibaren yönlendirilmek ve danışmak için başvuru noktalarının artırılması gerekmektedir. Hastalar her zaman araçlar veya anlaşmalar üzerinden sağlık turizmine başvurmaz. Böyle hastalar için havalimanlarında devlet denetiminde açılacak olan bağımsız ofisler ve yetkin personeller hastaların ihtiyaçlarına uygun şekilde yönlendirilmelerini, çeşitli aktivite ve ek hizmetlerden haberdar olmalarını ve ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulacak paketlerden yararlanmalarını sağlayacaktır. Verilecek bu hizmetler elde edilecek sonucu olumlu yönde etkileyecektir.

6. Pazarlama

Doğal zenginliklere, yetişmiş nitelikli insan gücüne ve maliyet avantajına sahip ülkeler sağlık turizmi sektöründe rekabet ortamı yaratmış durumdadırlar. Rekabetin içinde ve yüksek tercih potansiyeline sahip olan ülkemizde ise sağlık turizminde lider pozisyona gelebilmek adına çeşitli reklam ve pazarlama çalışmalarına önem verilmelidir. Uygulanabilen ayrıcalıklı tedavilerimizin dünyada daha çok tanıtılması, tanıtıma ayırdığımız bütçenin artırılması, tanıtım, bütçe çalışmaları, pazarlama ve sağlık turizmi paketi oluşturma noktalarındaki durumumuzu iyileştirmek üzere kurs ve sertifika programlarının sayılarının artırılması, her imkânı sağlayabileceğimiz potansiyel hastaların bizi tercih etmelerini olumlu yönde etkileyecektir. Ülkemizin sahip olduğu imkânları, elçiliklerimiz ve ulusal havayolumuz gibi kanallarla yurtdışına tanıtılmalı, ülkemizin sağlık turizmi kapasitesini yerinde duyuracak, sağlık kuruluşlarımızın referanslarını paylaşacak, sağlık turizmi talebi geldiğinde gerekli işlemleri yürütecek yurtdışı sağlık turizmi tanıtım ve satış ofisleri kurmamız ülkemizin

reklam ve pazarlama gücünü artıracak, doğrudan pozitif katkısını gözlemleyebileceğimiz faaliyetler arasındadır.

7. Fiyat Politikası

Ülkemizde sağlık turizmi çalışmaları gerçekleştiren kurum ve kuruluşların tek çatı altında faaliyet göstererek uzmanlaşmalarını, tüm paydaşların kendilerine ait fiyat politikaları izlemeleri ciddi güven problemine sebep olmaktadır. Kurum fiyatlarının aracı tarafından hastaya farklı iletilmesi ve bu tarz durumların duyulması söz konusu olduğunda tercih edilebilirliğimiz düşmekte, güvenilirliğimiz sarsılmaktadır. Devletin müdahalesi ile sağlık turizmi çalışmalarında verilebilecek taban/tavan fiyat uygulamaları bu problemi çözecektir. Yapılacak karşılıklı devlet anlaşmaları, anlaşmada kararlaştırılacak fiyatların netliğine ve güvenilirliğine etki edecektir. Bunların yanı sıra sağlık turizminde, kamu ve özel sektörün rekabetinin makul ölçülerde yapılabilmesi için devlet müdahalesi vazgeçilmez olacaktır. Her iki tarafın da birbirlerine karışmaksızın işleyişlerine devam etmeleri bu müdahalelerle mümkün olacaktır.

Ülkemizi çevreleyen coğrafya, sağlık turizmi faaliyetlerimiz için önemli bir pazar potansiyeli taşımaktadır (2). Türkiye, Avrupa ve Ortadoğu ülkeleri arasında bir köprü olarak hem batı hem de doğu ülkelerindeki hastalara hizmet verebilmektedir (3). Ülkemiz çeşitli iyileştirme ve geliştirme çalışmaları yapılması gereken noktalardaki problem ve eksiklikler giderildiğinde dünyadaki büyük bir kitleye sağlık hizmeti sunabilecek ve sağlık turizmi pastasından büyük ölçüde pay alabilecek potansiyele sahiptir. Sağlık turizmi sunumunda giderilmesi gereken eksiklikler ve yapılması gereken iş birlikleri ülkemizi kısa sürece lider konuma getirecektir.

Kaynaklar

1) Şenerdem E., Türkiye Sağlık Turizmi Potansiyelini Yakalayabilecek Mi? Paylaşım Dergisi, 33: 17, 2015. <https://www.turkiyefinans.com.tr/PaylasimDergisi/PAYLASIM%2033.pdf> (Erişim Tarihi: 10.08.2018)

2) Çelik H., Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Turizmi Çalışmaları. SD Dergisi, 29. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/347/Saglik-Bakanliginin-saglik-turizmi-calismalari.aspx> (Erişim Tarihi: 13.08.2018)

3) İrban A., Bektaş G., Algoloji, Girişimsel Ağrı Tedavisi ve Sağlık Turizmi. SD Dergisi, 33: 92-93, Aralık-Ocak-Şubat 2014-2015. <http://www.sdplatform.com/Dergi/839/Algoloji-girisimsel-agri-tedavisi-ve-saglik-turizmi.aspx> (Erişim Tarihi: 13.08.2018)



Karikatür: Dr. Orhan Doğan