

SD

MART
NİSAN
MAYIS
2010
12 TL
(KDV DAHİL)

İLKBAHAR

14

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



DR. HÜSEYİN DEMİREL - HAKKI SUSMAZ - EROL GÖKDÖL SAĞLIKTA ÖZERKLEŞTİRME VE KAMU HASTANE BİRLİKLERİ KANUNU TASARISI

PROF. DR. HAYDAR SUR KAMU HASTANE BİRLİKLERİ YASA TASARISI: ÖZELLEŞTİRME DEĞİL DESANTRALİZASYON

DOÇ. DR. ERHAN KURT: 3. BASAMAK, TASARININ DIŞINDA TUTULMALI | **DR. ERİŞ BİLALOĞLU** NEDEN KAMU HASTANE BİRLİKLERİ?

DOÇ. DR. KEMAL MEMİŞOĞLU: HEKİMİN ÇALIŞMA ORTAMINI DÜZELTECEK HER GİRİŞİM ZAMANLA MEMNUNİYETİ ARTIRIR

DR. SEBAHATTİN IŞIK KAMU HASTANE BİRLİKLERİ ÜLKEMİZİ İŞGALE HAZIRLANMAKTADIR | **DR. MEHMET DEMİR - BAYRAM DEMİR** HEKİMLİĞİN ALTIN ÇAĞI

SONA MI ERİYOR? | **PROF. DR. H. ERDAL AKALIN** SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ | **DOÇ. DR. ALPER CİHAN** ÜNİVERSİTE

HASTANELERİNDE PERFORMANS İÇİN VOLÜM-DEĞER KONTROLLÜ BİR MODEL ÖNERİSİ | **YRD. DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARİ** "TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI"

VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ İLİŞKİSİ | **PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK:** HASTANE AÇMAKLA, KALORI HESABI YAPMAKLA SAĞLIK

MESELESİ ÇÖZÜLEMEZ | **PROF. DR. FİLİZ ONAT** SEN YETER Kİ UFKU HAYAL ET | **PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK** SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN TIBBİ

HATALAR | **DR. CEM KÖYLÜ** MALPRAKTİSİN YAN ETKİLERİ | **DOÇ. DR. MÜCAHİT GÖRGEÇ** YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI VE HEKİMLİK

DR. BERRİN KARADAŞ - PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ YAŞLI YAŞLILIK | **PROF. DR. ÜMİT ŞİMŞEK** HAYATIN SONUNA DOĞRU: SON DÖNEM BAKIM MERKEZLERİ (SDBM)

DR. BÜLENT ÖZALTAY BEYHUDE TEDAVİ | **DR. MAHMUT TOKAÇ** ÖTANAZİ | **PROF. DR. HAYRETTİN KARAMAN:** BANA EN ÇOK KÜRTAJ, ORGAN NAKLİ VE

ÖTANAZİYİ SORUYORLAR | **DR. H. ESRA AGEL** SULARDAKİ GİZLİ TEHLİKE: SEYAHAT İLİŞKİLİ LEJYONER HASTALIĞI | **AV. MUKTEDİR İLHAN** STK'LAR VE HUKUK

PENCERESİNDEN MÜLTEÇİLERİN SAĞLIK SORUNLARI VE GÖÇMEN KAMPLARI | **DR. HASAN OKAEV:** TÜRKİYE'DEKİ SİĞINMACILARIN SAĞLIK HİZMETİ

ALABİLECEKLERİ BİR ADRES YOK | **DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU** MODERN ÇAĞIN TIP TANRISI: DR. HOUSE | **PROF. DR. FAİK ÇELİK** TIBBIN ÖLÜMOÜL HASTALIĞI:

MEKANİKLEŞME | **PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ** 143 YILLIK TIP DERNEĞİ: CEMİYETİ TIBBİYETİ OSMANİYE | **DR. MURAT SALİM TOKAÇ** HEKİM BESTEKÂR VE

MUSİKİŞİNASLAR: PROF. DR. SELÂHATTİN İÇLİ | **DR. ORHAN DOĞAN** KARİKATÜR



MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
YAYINLARI



SD

MART-NİSAN-MAYIS 2010
İLKBAHAR SAYI 14
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
EĞİTİM VE SAĞLIK VAKFI
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU

Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Dr. Mahmut Tokaç

BÖLÜM EDITÖRLERİ

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

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Erol Altun

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0 216 545 45 26

BASKI
Görsel Dizayn Ofset Matbaacılık Tic. Ltd. Şti.
Deposite İş Merkezi A5 Blok 4. Kat No: 405
İkitelli OSB - Başakşehir / İstanbul
Tel: 0212 671 91 00 pbx

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

“Temyiz hekimleri” ve güven sorunu

Sağlık hizmetinde kalite ve kantite olarak arz talep dengesinin belirlenmesinde de bilinen piyasa koşulları geçerlidir. En iyi sağlık tesisinden veya en iyi hekimden en kolay ve en iyi şartlarda hizmet almak... Muayenehane hekimliği üzerinden kamu hastanelerinde bu şekilde danişıklı dövüşlü kolay hizmet almanın yolu tam gün yasası ile kapanmıştır. Terazinin bir ucunda sistemi sağlıksız kullanan ve kayırmacılığa çanak tutan hekimler, diğer ucunda da muayene hekimlerinden böyle haksız bir beklenti içinde olan ve parası ile ön safta yer tutmaya çalışan yani haksızlığa prim veren veya vermek zorunda kalan bir kısım hastalar bulunmaktadır. Yumurta tavuk meselesi... Hakkına razı olamamanın altında, “Başkaları da hakkına razı olmuyor. O halde ben de olmamalıyım. En azından hakkımı kaybetmeyeyim.” endişesi yatmakta; bu da yanlış yapmaya sevk etmektedir. İşbirliklik, kayırmacılık, hemşehricilik ve de herhangi bir aidiyeti kollama adına yapılan bu tür samimi yanlışlıklar giderek bir toplumsal adet haline gelmiştir. Toplumun sosyal genlerine nüfuz eden bu adetler sağlıkta da en rahatsız edici bir şekilde geçmişten günümüze devam etmektedir.

Bu adetleri biraz incelediğimizde karşımıza güven sorunu çıkmaktadır. Söz konusu sağlık olduğunda güvensizlik hekimde de hastada da karşılıklı olarak bulunmaktadır. Hekim bilgisine güvenememekte, biraz da hasta hakları hukukunun kuşatması ile defansif tıbbi uygulamakta. Yani tanı atlamamak için her türlü tanı metodunu gereksiz ve fazladan kullanma ve her semptomu bir tedavi uygulama vs... Pergelin diğer ucundaki hasta ise kime nasıl güveneceğini bilememekte, yanlışlıklar denizine bir kılavuz kaptan yani bir aracı bularak yelken açmaktadır.

Doğu toplumlarının geleneksel özelliklerinden biri de herhangi bir iş yapmaya kalktığında işin erbabını, en iyisini

bulma arayışı içinde olmalarıdır. Bunu yaparken aracıyı şart görür. İyiye ulaşma gayreti, esasta doğru fakat usulde yanlış olarak uygulanmaktadır. “Adamını bulma”, o işe ve işi yapana ulaşma gayretindeki yanlışlığın altında iki taraflı güven sorunu yatmaktadır. Bulunduğu topluma, onun kurumlarına, kişilerine güvensizlik, aracısız iş yapamama...

Sadi Şirazi, “İnsan bir damla kan, binlerce endişe” sözüyle insanı ve endişelerini ne güzel anlatıyor. Sağlığı bozulan veya sağlıkla ilgili bir takım problemleri olan insanların kafasında her zaman için güven sorunu vardır. Acaba sağlık kurumu olarak doğru yerde miyim? Bana konulan tanı ve tedavi doğru mu? Sonuçlarımı bir başka hekime veya sağlık kurumuna test ettirmeli miyim? Herkesin sosyoekonomik düzeyine göre aramaya başladığı araçlar çok geçmeden bulunur. Çoğunlukla akraba, komşu, arkadaş, bazen bürokrat ve de siyasiler... Durumu müsait olanlar için ise en sonunda yurt dışında referans merkezler, hastaneler vs... Sonuç; aynı işin defalarca tekrarlanması, sağlık sisteminin gereksiz kullanılmasıdır. Tüm bunlar “iyi niyetli gayretler” olduğu için de herkes halinden memnundur.

Aslında hastaya konulan tanı doğrudur, tedavi yerindedir. Fakat hasta, tanı ve tedaviyi test ettirmek için sağlık sistemini yeniden kullanır. İkinci kez ve de gereksiz olarak kullanılan sağlık sistemi kendine göre bir piyasa oluşturmuştur. Kendiliğinden hakem haline gelen bu “ikincil sağlık sistemi”ndeki aktörler referans hekim olarak bilinirler. “Referans” veya “temyiz hekimleri” olarak adlandırabileceğimiz bu hekimler muayenehane hekimleri, özel ve kamu hastanelerindeki kendini kabul ettirmiş hekimlerdir. “Temyiz hekimleri”; yatan, yatacak ya da ameliyat olacak, muayene

olacak hastalar için son müracaat hekimi olarak da bilinirler.

Tüm bu nedenlerle mevcut sistem, sosyoekonomik düzeyi farklı, beklentileri farklı olan bazı hastalar için hatırı ve hatırlı kişiler üzerinden ilerleyecek gibi görünüyor. Bu nedenle hastayı ilk gören hekime veya sağlık tesisine güven verecek bir sağlık sisteminin temelleri üzerine düşünmenin zamanı gelmiştir. Sisteme olan güvensizliğin nedenlerini inceleyerek daha saygın, daha güvenli bir mesleğin inşası için kurumsal olarak nelerin yapılabileceği ortaya konulmalıdır.

Hekimlik, bilim yanında sanat ve davranış yönüyle de kendine özgü dinamikleri olan bir bilge meslektir. Hekimlerin kendi prestijlerini artırmanın yollarını mutlaka bulmaları gerekmektedir. Hekim, gerektiğinde mesleki jestler yapmaktan kaçınmamalıdır. Hekim, uygulamak zorunda kaldığı defansif tıbbi bırakmalı; kanıta dayalı tıbbın gereklerini mutlaka yerine getirmeli ve deontolojiyi dikkate almalıdır. Hekim; kabul edilmiş tıp ve kendi uzmanlık alanı dışına çıkmamalı, bunu etik bir sorun olarak görmelidir. Bunun için sağlık otoriteleri hekimin kafasındaki güven sorununu aşacak hizmet içi eğitim, mezuniyet sonrası eğitim gibi aktiviteleri sürekli güncellemelidir. Ayrıca hekim uygulamalarındaki sınırları belirlemeli ve kontrol etmelidirler. Artık büyük bir rant kapısı haline gelen bazı sağlık sorunları, örneğin zayıflama rantı konusunda ehil olmayan, doktor dahi olmayan veya belirli bir uzmanlık alanı olmayan şifacıların hastaları istismar etmesine kesinlikle izin vermemelidirler.

Bir bilge mesleğe sahip olan hekimler, hastalarla olan ilişkilerinde ayrı bir insaf-irfan damarını daima açıklık tutarak hareket etmeli ve daima güven vermelidirler.



İçindekiler



8

SAĞLIKTA ÖZERKLEŞTİRME VE KAMU
HASTANE BİRLİKLERİ KANUNU TASARISI
DR. HÜSEYİN DEMİREL - HAKKI SUSMAZ -
EROL GÖKDÖL

12

KAMU HASTANE BİRLİKLERİ YASA TASARISI:
ÖZELLEŞTİRME DEĞİL DESANTRALİZASYON
PROF. DR. HAYDAR SUR

16

DOÇ. DR. ERHAN KURT:
3. BASAMAK, TASARININ DIŞINDA TUTULMALI

18

NEDEN KAMU HASTANE BİRLİKLERİ?
DR. ERİŞ BİLALOĞLU

20

DOÇ. DR. KEMAL MEMİŞOĞLU:
HEKİMİN ÇALIŞMA ORTAMINI DÜZELTECEK
HER GİRİŞİM ZAMANLA MEMNUNİYETİ ARTIRIR

22

KAMU HASTANE BİRLİKLERİ ÜLKEMİZİ
İŞGALE HAZIRLANMAKTADIR
DR. SEBAHATTİN IŞIK

26

HEKİMLİĞİN ALTIN ÇAĞI SONA MI ERİYOR?
DR. MEHMET DEMİR - BAYRAM DEMİR

34

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA PERFORMANS
DEĞERLENDİRMESİ
PROF. DR. H. ERDAL AKALIN

38

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE PERFORMANS
İÇİN VOLÜM-DEĞER KONTROLLÜ
BİR MODEL ÖNERİSİ
DOÇ. DR. ALPER CİHAN



42

"TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI" VE
ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE SUNULAN
SAĞLIK HİZMETLERİ İLİŞKİSİ
YRD. DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARI

46

PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK:
HASTANE AÇMAKLA, KALORİ HESABI
YAPMAKLA SAĞLIK MESELESİ ÇÖZÜLEMEZ

52

SEN YETER Kİ UFKU HAYAL ET
PROF. DR. FİLİZ ONAT



56

SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN
TIBBİ HATALAR
PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK

58

MALPRAKTİSİN YAN ETKİLERİ
DR. CEM KÖYLÜ

60

YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI VE HEKİMLİK
DOÇ. DR. MÜCAHİT GÖRGEÇ

64

YASLI YAŞLILIK
DR. BERRİN KARADAĞ - PROF. DR. YÜKSEL
ALTUNTAŞ



66

HAYATIN SONUNA DOĞRU:
SON DÖNEM BAKIM MERKEZLERİ (SDBM)
PROF. DR. ÜMİT ŞİMŞEK

70

BEYHUDE TEDAVİ!
DR. BÜLENT ÖZALTAY

74

ÖTANAZİ
DR. MAHMUT TOKAÇ

80

PROF. DR. HAYRETTİN KARAMAN:
BANA EN ÇOK KÜRTAJ, ORGAN NAKLİ VE
ÖTANAZİYİ SORUYORLAR



84

SULARDAKİ GİZLİ TEHLİKE:
SEYAHAT İLİŞKİLİ LEJYONER HASTALIĞI
DR. H. ESRA AĞEL

88

STK'LAR VE HUKUK PENCERESİNDEN
MÜLTECİLERİN SAĞLIK SORUNLARI VE
GÖÇMEN KAMPLARI
AV. MUKTEDİR İLHAN

90

DR. HASAN OKAEV:
TÜRKİYE'DEKİ SİĞINMACILARIN SAĞLIK
HİZMETİ ALABİLECEKLERİ BİR ADRES YOK

92

MODERN ÇAĞIN TIP TANRISI: DR. HOUSE
DOÇ. DR. LÜTFÜ HANOĞLU



94

TIBBIN ÖLÜMCÜL HASTALIĞI:
MEKANİKLEŞME
PROF. DR. FAİK ÇELİK

98

143 YILLIK TIP DERNEĞİ:
CEMİYET-İ TIBBİYE-İ OSMANİYE
PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ

102

HEKİM BESTEKÂR VE MÜSİKİŞİNASLAR:
PROF. DR. SELÂHATTİN İÇLİ
DR. MURAT SALİM TOKAÇ

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN



İpilimumab ilerlemiş melanomada sürviyi uzatıyor

Antitümoral immünoterapi alanında yeni bir ilaç grubuna ait olan ipilimumabın, ileri evre melenoma hastalarında aşı tedavisine ilave edildiğinde sürviyi uzattığı bildirildi. Amerikan Klinik Onkoloji Derneği'nin yıllık toplantısında sunulan araştırma sonuçlarına göre, sadece peptid aşı uygulanan hastalara göre sürvi oranları neredeyse iki kat arttı. Aşı grubunda 12 aylık sürvi yüzde 25 iken, ipilimumab ilave edilen hastalarda yüzde 46 olarak gerçekleşti. Çalışmanın 24. ayında ise sürvi oranları yüzde 14'e karşı yüzde 24 olarak tespit edildi.

İpilimumab T lenfositlerin üzerindeki bir antijene karşı geliştirilmiş antikordur. Sitotoksik T lenfositlerle ilişkili antijen 4 (CTLE-4) antijeni, sitotoksik T hücreleri üzerine baskılayıcı fonksiyona sahiptir. Bu antijenin bloke edilmesi, sitotoksik T hücrelerini kanser hücrelerine karşı harekete geçirmektedir.

İpilimumabın önemli yan etkileri var. Çalışmada ilaca bağlı 14 ölüm gerçekleşmiş. Bu ölümlerin yarısı immün aracılıklı reaksiyonlarla ortaya çıkmış. Ciddi immün yan etkiler yüzde 10-15 oranında görülmüş ve steroidle immün supresyon gerekmiş. İlacın ortaya çıkardığı otoimmünite en çok cilt ve kolonu, daha seyrek olarak karaciğer ve hipofizi etkilemiş.

İpilimumab ileri evre melanoma tedavisinde ilk immünoterapi ajanı değil. Daha önce FDA onayı alan IL-2, hastaların çoğunda etkisiz kalıyor ve sürviyi uzatmıyor.

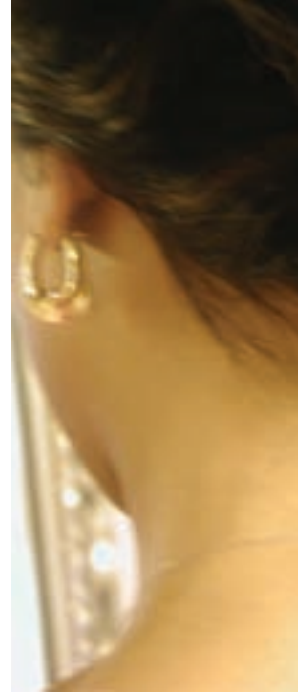
Rosiglitazon metformin kombinasyonu, yeni diyabet gelişimini azaltıyor

Bozulmuş glukoz toleransı olan insanlarda diyabete gidişi yavaşlatmada metformin-rosiglitazon kombinasyonunun etkinliğinin denendiği CANOE çalışmasının sonuçları Lancet'te yayımlandı. 207 hastanın çift-kör olarak plasebo ya da rosiglitazon 2 mg + metformin 500 mg kombinasyonundan günde iki doz aldığı çalışma da yeni diyabet gelişimi takip edilmiş.

Takip müddetinde ilaç grubunda yüzde 14, plasebo grubunda yüzde 39 oranında diyabet gelişmiş. Relatif risk azalması yüzde 66 olarak saptanmış. İnsülin duyarlılığı ilaç grubunda değişmezken, plasebo grubunda düşmüş; beta hücre fonksiyonları ile her iki kolda değişmemiş.

İlaç grubunda daire sıklığı artarken hipoglisemi, ödem gibi yan etkiler bildirilmemiş. Rosiglitazonun kardiovasküler güvenilirliği hakkında hala şüpheler bulunmasına karşın, bu çalışmada kardiovasküler son noktalar takip edilmemiş. Kilo alımı ya da fraktür riskinde bir artış da saptanmamış.

DREAM çalışmasında da rosiglitazonun yeni diyabet gelişimini azalttığı görülmüştü. Daha eski çalışmalarda metforminin de benzer etkileri bildirilmişti. Uzmanlar çalışmanın, rosiglitazonun yan etki profili açısından güvenilirliğine ilişkin veri sağlamayacak kadar küçük olduğunu belirtiyorlar.



Ensesi kalınlar ölüme yakın

Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism'de yayımlanan bir makalede, boyun çapının kardiovasküler hastalıkla ilişkili olduğu bildirildi. Bu ilişki visceral yağ dokusu, vücut kitle indeksi gibi değişkenlere göre düzeltme yapıldıktan sonra da devam etmekteydi.

Boyun çapı, üst gövdedeki subkutan yağ dokusunun bir göstergesi olmasının ötesinde, patojen bir yağ dokusu olarak tanımlanabilir. Framingham Kalp Çalışmasına katılanların ikinci ve üçüncü nesil çocuklarından oluşan 3 bin 307 kişi çalışmaya alınmış. Erkeklerin 35, kadınların 40 yaşından ileri olmaları ve 160 kg'dan ağır olmamaları kriter olarak belirlenmiş. Erkeklerde ortalama boyun kalınlığı 40,5 cm, kadınlarda 34,2 cm olarak ölçülmüş. Subkutan ve visceral yağ miktarları bilgisayarlı tomografi ile görüntülenmiş.

Boyun çapı, total kolesterol ve LDL hariç, tüm kardiovasküler risk parametreleri (bel çevresi, BMI, abdominal subkutan yağ, visceral yağ dokusu, log insülin, log proinsülin, açlık kan şekeri vb) ile korele bulunmuş. Kadınlarda LDL ve total kolesterolle de korelasyonu mevcuttu.

Kalp yetmezliğinde eplerenon yararlı

Pfizer, hafif kalp yetmezliğinde aldosteron antagonisti eplerenon (Inspra) kullanımına ilişkin EMPHASIS-HF çalışmasını erken sonlandırma kararı aldı. Karar, ilaç grubunda belirgin fayda görülmesi ve plasebo alan hastaların mağdur edilmemesi için alındı.

Çalışma 30 ülkede 3 binin üzerinde evre 2 kalp yetmezlikli hasta üzerinde yürütülüyordu. Hastalara eplerenon 25 mg/gün ya da plasebo verildi. Eplerenon dozu ihtiyaç durumunda 50 mg/gün'e kadar artırıldı. Çalışmanın Ekim 2011'e kadar devam etmesi planlanıyordu.

Çalışmanın süregelen analizlerinde kardiovasküler ölüm ya da kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatış gibi primer son noktalarında ilaç alan hastalarda belirgin düşüş görülmesi üzerine Pfizer çalışmayı sonlandırma kararı aldı. Firma, çift-kör çalışmanın son vizitleri yapıldıktan sonra, isteyen hastalara eplerenon başlanacağını ve çalışmanın açık etiketli olarak devam edeceğini duyurdu.

Eplerenon, eski bir ilaç olan spironolaktonun daha az yan etki profiline sahip türüdür. FDA tarafından hipertansiyon ve kalp yetmezlikli akut MI hastalarında erken dönemde kullanım endikasyonuna sahiptir. İlacın hafif kalp yetmezliğinde henüz kullanım endikasyonu yok.





Solaryumlar cilt kanseri yapıyor

ABD, Minnesota'da yapılan bir çalışmada kapalı mekânda bronzlaşmanın melanoma riskini artırdığı gösterildi.

2006'da Dünya Sağlık Teşkilatı'na bağlı Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı (IARC) bir raporunda, solaryumun melenoma ile ilişkisinin zayıf olduğunu bildirmişti. IARC yakın zamanda görüşünü değiştirerek solaryum cihazlarının karsinojenik olduğunu ilan etti.

Dr. DeAnn Lazovich ve arkadaşlarının Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention dergisinde yayımlanan çalışmasında, bin 167 melanomalı bireyin yüzde 62,9'u, melanoması olmayan bin 101 kontrol bireyinin ise yüzde 51,1'nin hayatlarının bir döneminde solaryuma girdiği saptandı.

Dr. Lazovich, melanoma riskinin bronzlaşma süresine ve kullanılan cihaza bağlı olarak değiştiğini belirtiyor. Ultraviole-B yayan cihazları kullananlarda risk 2 kat, UV-A yayan cihazları kullananlarda risk 4 kat artıyor. Dr. Lazovich, UV-B cihazlarının sanıldığı gibi güvenli olmadığını altını çiziyor.

Hayatında 1-9 saat solaryuma girenlerde risk yüzde 46 artarken, 50 saat veya daha fazla bronzlaşanlarda risk 3 kat artıyor. Çalışma doz-risk ilişkisini göstermesi ve bazı cihazların daha tehlikeli olmakla birlikte riskin tüm cihazlarda mevcut olduğunu ortaya koyması açısından önem taşıyor.

Glioblastoma multiforme için aşı tedavisi ümit vaat ediyor

En agresif ve yaygın beyin kanseri türü olan glioblastoma multiforme tedavisinde geliştirilen yeni bir immünoterapi ajanı, ilk çalışmalarında iyi sonuçlar verdi. ICT-107 adı verilen dentritik hücre bazlı bir kanser aşısı, Faz 1 çalışmasında 16 hastaya uygulanmış. Kanser kök hücrelerindeki özel antijenleri hedef alan aşı, tümörün yayılımını azaltıyor.

Hastalara standart cerrahi, radyoterapi ve kemoterapiden sonra ICT-107 verilmiş. Tanıdan 1 yıl sonra hastaların tamamı sağken, yüzde 80'i ikinci yılı da sağ geçirmişler. Eski çalışmalarda tümörün standart tedavisi ilk yıl için yüzde 61, ikinci yıl için yüzde 26,5 sağ kalım sağlıyor. İlacın yan etkileri yorgunluk ve cilt döküntüsü olarak tanımlanmış.

Günde iki kez diş fırçalamak kalbi de temizliyor

Londra'da yapılan bir çalışmada, günde ikiden az diş fırçayanlarda kalp hastalığı riskinin arttığı bildirildi. BMJ'nin 27 Mayıs sayısında yayımlanan makalede araştırmacılar vücuttaki inflamasyonun aterosklerozla ilişkisinden yola çıkarak, ağız ve diş etlerindeki inflamasyonun kalp hastalığı ile ilişkisi olup olmadığını araştırmışlar.

Scottish Health Survey'e katılan 11 bin erişkin bireyin sigara, fiziksel aktivite ve ağız hijyeni alışkanlıkları sorgulanmış. Diş fırçalama sıklığı; günde iki, günde bir ya da günde birden az olarak sınıflandırılmış. Kalp hastalığı öyküsü ve ailede kalp hastalığı öyküsü sorgulanmış, KB ölçülmüş, kanda CRP ve fibrinojen ölçülmüş.

Katılanların yüzde 62'si altı ayda bir kez diş hekimine gittiğini, yüzde 71'i ise günde iki kez dişlerini fırçaladığını belirtmiş. Diğer risk faktörlerine göre ayarlama yapıldığında, günde ikiden daha az diş fırçalayanların kardiovasküler olay riskinin yüzde 30-70 arttığı görülmüş. Oral hijyeni iyi olmayanlarda CRP ve fibrinojen düzeyleri de yüksek bulunmuş.



Kolesterolü düşürmek için bir ısırık çikolata

Çikolata sevenler için güzel haber Pekin'den geldi. Kalp hastalığı riski olanların az miktarda çikolata yemesi faydalı olabilir. 215 hastalık bir meta-analizde, kakao tüketiminin LDL ve total kolesterolü ortalama 6 mg/dl düşürdüğünü ortaya kondu.

Günde 260 mg ya da daha az polifenol ihtiva edecek kadar bir miktarda kakao tüketiminin, kolesterolü düşürücü etki yaparken daha fazla miktarda tüketimin etkisi görülüyor. 35 gramlık bir sütlü çikolatada yaklaşık 300 mg polifenol bulunuyor.

Araştırmacılar çikolatanın sağlıklı insanlarda kolesterolü anlamlı oranda düşürmediğini ancak diyabet gibi kardiovasküler risk faktörlerine sahip olanlarda hem LDL'de hem de total kolesterolde 8 mg/dl gibi bir düşüş yaptığını saptadılar.

Çikolatanın iyiliğine dair ilk çalışma bu değil. Mart ayında yayımlanan ve 19 bin 300 insanın takip edildiği bir çalışmada en çok çikolata tüketen bireylerde kan basıncının daha düşük olduğu ve 10 yıllık dönemde inme ve kalp krizi risklerinin de azaldığı bildirilmişti.

Egzersizden sonra iki bardak süt iyi geliyor

Kanada'nın McMaster Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ağırlık kaldıran kadınlarda egzersiz sonrası süt içilmesinin, şekerli meşrubatlara göre daha fazla kas yapımına ve daha çok yağ kaybına neden olduğu gösterildi.

Medicine and Science in Sport and Exercise dergisinin Haziran sayısındaki araştırmada üç ay süreyle ağırlık kaldırma egzersizi yapan genç kadınlar takip edilmiş. Her gün yapılan iki saatlik egzersizden sonra yemek yemeden bir gruba 500 cc yağsız süt ya da şekerli bir enerji içeceği içirilmiş.

Rezistans egzersizleri, kadınlar tarafından fazla tercih edilmemesine karşın metabolik etkileri en güçlü egzersizlerdir. Daha önce erkeklerde yapılan bir çalışmada sütün daha fazla kas yapımı ve yağ yakılmasını sağladığı gösterilmişti.

Çalışmada süt içen gönüllülerde belirgin ağırlık değişimi olmamış, ama yağ kitlesinin yerini kas kitlesi almış. Şekerli içecek içenlerde ise kilo artışı olmuş. Deneklerin vitamin – mineral vs takviyesi almasına izin verilmemiş.



Sağlıkta özerkleştirme ve Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı

Dr. Hüseyin Demirel



1968 yılında Kars'ta doğdu. İlk ve ortaöğrenimini Bursa'da tamamladı. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 2004 yılında Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi'nde, Kamu Yönetimi alanında yüksek lisans eğitimi aldı. 2006-2008 döneminde Bursa Tabip Odası TTB Genel Kurul Delegeliği yaptı. Çeşitli kitap ve dergilerde editörlük, yayın kurulu üyeliği ve yazarlık yaptı. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı Stratejik Yönetim ve Planlama Daire Başkanlığı görevini yaptı. Sağlık Bakanlığı'nın ilk stratejik planının hazırlanmasına katkı sağladı. 2009 yılında Dünya Bankası bünyesinde "Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi" Danışmanı olarak çalıştı. Halen Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında çalışmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Hakkı Susmaz



1974 yılında Manisa, Gördes'te doğdu. İlköğrenimini Gördes'te tamamladı. 1992 yılında Sağlık Meslek Lisesini bitirerek Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nde göreve başladı. Memuriyet görevi ile birlikte Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi öğrenimini tamamladı. 2001 yılında Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliğinde göreve başladı. Bakanlık bünyesinde (görevde yükselme-unvan değişikliği-merkez disiplin gibi) çeşitli kurul ve komisyonlarda görev aldı. Halen Sağlık Bakanlığı Müsteşarlık Makamında Hukuk Müşaviri olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Bakanlığın diğer görevleri çerçevesinde mevzuat hazırlığı çalışmaları yapmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Erol Gökdöl



1968 Kahramanmaraş, Andırın doğumlu. İlk ve ortaokul öğrenimini Adana, Kadirli'de tamamladı. 1987 yılında Keçiören Çevre Sağlığı Meslek Lisesi'ni bitirdi. Sırasıyla Bolu ve Adana'da görev yaptı. Memuriyet görevi devam ederken 1996 yılında Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni de bitirdi. 1997 yılında Ankara Barosu bünyesinde avukatlık stajını tamamladı. Bir yıl Sosyal Sigortalar Kurumu'nda avukat olarak görev yaptı. Halen Sağlık Bakanlığında Hukuk Müşaviri olarak görev yapmaktadır. Evli ve 2 çocuk babasıdır.

Türkiye'de herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşamasını sağlamak ve sağlık kuruluşlarının planlanmasının tek elden yürütülmesi görevi Anayasa tarafından devlete verilmiştir. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin planlama, organizasyon ve izleme-değerlendirmesinden sorumlu olan ana kurum

Sağlık Bakanlığı olup, "halkın sağlık durumunu yükseltmek ve geliştirmek" nihai amacı doğrultusunda çalışmalar yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, özellikle de hastane hizmetlerinin sunumunda merkezi idarelerin rolleri, dünyanın birçok ülkesinde sıklıkla tartışılmaktadır. Bu konu ülkemizde de uzun yıllar tartışılmış, kalkınma planları

ve çeşitli kuruluşların hazırladığı raporlarla gündeme taşınmış ve bu alanda yeniden yapılanma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk hale getirilmesi için 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile hastanelerin sağlık işletmesine dönüştürülmesinin yolu açılmış ancak Anayasa Mahkemesi'nin 19/4/1988 tarihli ve E.1987/16, K. 1988/8 sayılı kararı ile bazı hükümleri





Gerek birliğe devredilecek personelin sahip bulundukları hakları, gerekse birliklerde yeni çalıştırılacak personelin hakları güvence altına alınmıştır. Sağlık çalışanlarının atama ve nakilleri şu anda nasıl yapılıyorsa, maaş ve ek ödemeleri nasıl ödeniyorsa, bu işlemler aynı usullerle devam edecek. Hali hazırda hastanelerimizde hangi statüde personel istihdam edilebiliyorsa, Birliklerde de ancak bu statülerde personel çalıştırılabilecek.

nin iptal edilmesi sonucu kanunda önemli boşluklar meydana gelmiş ve sağlık işletmesi modeline geçilememiştir. Daha önceki kalkınma planlarında olduğu gibi, 2007-2013 yılları kalkınma hedeflerini belirleyen 9. Kalkınma Planı'nda da hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması gerektiğine işaret edilmektedir. TODAİE'nin KAYA (Kamu Yönetimi Araştırması) Raporu, Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nun 1996 tarihli raporu, TÜBİTAK 2023 Vizyon Belgesi, Sayıştay'ın Hastaneler Performans Denetimi Raporu gibi birçok araştırmada da hastanelerin verimsizliğine gerekçe olarak yönetim anlayışındaki eksikliklere dikkat çekilmekte, bu haliyle çağdaş hastane yönetimleri seviyesine ulaşamayacağı tespit edilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı

58. ve 59. Hükümet programları vizyona uygun olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmış, 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuyla paylaşılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı sekiz ana başlık altında toplanmaktadır.

1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı

2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası

3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi

a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği

b) Etkili, kademeli sevk zinciri

c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri

4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü

5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları

6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon

7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi

2007 yılında 60. Cumhuriyet Hükümeti'nin kurulmasını müteakip Sağlıkta Dönüşüm Programı'na, 3 yeni başlık ilave edilmiştir:

1- Daha iyi bir gelecek için sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı hayat programları

2- Tarafların harekete geçirilmesi ve sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu

3- Uluslararası alanda ülkenin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri

Özerkleştirme

58, 59 ve 60. Hükümet Programları ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer alan, "özerkleştirme" olgusu, son 7 yılda birçok uygulamaya temel teşkil etmiş ve sağlık yönetiminin sıklıkla başvurduğu bir yönetim tarzı haline gelmiştir.

Özerkleştirme kavramı, "Yerinden yönetim, Desantralizasyon, Otonomi, Adem-i Merkeziyet" gibi isimlerle de

anılmaktadır. Tanım olarak özerkleştirme, planlama, yönetim ve karar verme gibi konularda merkeze ait yetki ve gücün periferiye yani hiyerarşik açıdan daha alt kesimlere aktarılmasıdır.

Bu yetki aktarımı 3 şekilde yapılmaktadır.

1. Dekonsantrasyon (Yönetimsel özerkleştirme)'dir: Karar verme yetkisinin daha alt yönetim kademelerine devri olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, geçtiğimiz 7 yıllık süreçte dekonsantrasyon uygulamalarına sıklıkla başvurmuştur. Bunlar; eczane açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisinin, kontrole tâbi müstahzarların satış ve tüketim hareketlerinin takibinin, sağlık ocağı veya semt polikliniği açılması, vardiya içi personel atamalarının il yönetimlerine devredilmesi, döner sermaye işletmelerinin sağlık hizmeti almasının serbest bırakılması, sağlık çalışanlarının performansa göre ödüllendirmesi, döner sermaye ita amiri harcama yetkilerinin yükseltilmesi gibi uygulamalardır.

2. Devolüsyon (Politik özerkleştirme)'dir:

Karar verme yetkisinin daha alt **politik** kademelere devridir. Kamu Yönetimi Temel Kanunu çerçevesinde kamu hastanelerinin il özel idarelerine devrini öngören düzenleme devolüsyon çerçevesinde planlanmıştır. Ancak kanunun yürürlüğe girmesi çeşitli gerekçe-

Birliğe dönüşüm ile birlikte, ildeki hastanelerin baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire kadroları iptal edilecek ve bunların görevleri sona erecektir. En geç üç ay içinde kazanılmış hak aylık derecelerine uygun kadrolara atanacaklardır. Eski kadrolarına bağlı mali hakları ile Birlik sonrası atanacakları kadroya bağlı olarak alacakları mali hakları arasında bir farklılık oluşursa, aradaki fark tazminat olarak ödenecektir. Ayrıca kanun, Birliğin sözleşmeli pozisyonlarında bu idarecilerin de çalıştırılabilmesine imkân tanımaktadır.

lerle mümkün olmadığından bu uygulama da hayata geçirilememiştir.

3. Delegasyon (Örgütsel özerkleştirme)'dir;

Her türlü görevin daha alt seviyedeki **örgütlere** devri olarak tarif etmek mümkündür. Bu yetki aktarımı, TBMM gündeminde olan "Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarı"sında yer alan uygulamadır.

Özerkleştirmenin bilinen/beklenen faydaları

Yönetim kitaplarında özerkleştirme uygulamaları sonucunda bilinen/beklenen faydalar aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir:

- Halkın taleplerine uygun hizmetin belirlenmesi ve sunulması
- Esnek yönetim yapısı

- Değişen şartlara uyum ve hızlı cevap
- Etkin bir yönetim
- Halkın yönetime katılması ve demokrasinin tabana yayılması
- Özgün ve farklı çözümler
- Çalışan moral ve verimliliğinde artış

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı, 2010 yılının ilk aylarında komisyonlarda görüşülmüş ve TBMM Genel Kurulu'na sunulmuştur.

Kanunun amacı, "*Bakanlar Kurulunun belirleyeceği illerde; kaynakların etkin ve verimli kullanılması suretiyle, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin katılımcı, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli, kolay erişilebilir şekilde sunulmasını sağlamak üzere kamu hastane birlikleri kurulması ve çalıştırılması ile ilgili esasları belirlemektir.*" diye ifade edilmektedir.

Birlikler hizmet yönünden yerinden yönetim kuruluşudur. Kamu tüzel kişiliğine haiz, kamu hizmeti sunan, özerk, Bakanlığın ilgili kuruluşu şeklinde kurulacaklardır.

Birlikler nasıl kurulacak?

Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları (Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri de dahil il bünyesindeki tüm hastaneler) hasta ve çalışan memnuniyeti, hizmet alt yapısı, organizasyonu, kalite ve verimlilik gibi konularda Bakanlıkça değerlendirmeye tabi tutulacak ve puanlar verilecek. Altı aydan az, bir yıldan fazla olmayan sürelerle değerlendirme yenilenir. Bu puanlara göre hastaneler (A), (B), (C), (D) ve (E) olmak üzere beş sınıfa ayrılacak. Birliğe dönüştürülecek hizmet alanında (E) sınıfı hastane bulunmaması kaydıyla ağırlıklı ortalaması (C) ve üzeri olan hastaneler grubu birliğe dönüştürülebilecektir. Bu şartları taşıyanlar arasından Bakanlığın teklifi ve Bakanlar Kurulu kararı ile birlik kurulabilecektir. Birlikler il ölçeğinde kurulabileceği gibi, büyük illerde birden çok birlik kurmak da mümkündür.

Birliğin organları

Yönetim kurulu, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur.

Yönetim kurulu birliğin en üst karar organıdır ve aşağıdaki **yedi** üyeden oluşur:

• **İl genel meclisi** tarafından belirlenen **iki üye**.

• **Vali** tarafından belirlenen **bir üye**.

• **Bakanlıkça** belirlenen **dört üye**.

Üyelik süresi **üç yıldır**. Bir üye, yönetim kuruluna **en fazla üç dönem** seçilebilir. Yönetim Kurulu, Bakanlıkça belirlenen hedef, politika, stratejik plan ve mevzuata göre Birliğin yönetimi ile ilgili genel nitelikli kararlar alacaktır.

Birliğin icra işini genel sekreter yapacak ve **genel sekreterlik** bünyesinde tıbbi hizmetler, idari hizmetler ve mali hizmetler başkanlıkları kurularak tıbbi, idari ve mali konularda işbölümü yapılacaktır. Ayrıca genel sekreterlik bünyesinde işinde ve mesleğinde uzman en fazla 20 uzman çalıştırılabilecektir. Bu uzmanlar kamuda çalışanlar olabileceği gibi, toplam uzman sayısının yüzde 50'sini geçmeyecek şekilde açıktan uzman da çalıştırılabilecek. Açıktan uzman istihdamında objektifliği sağlamak bakımından KPSS şartı da getirilmiştir.

Birliğe bağlı hastaneler **hastane yöneticisi** tarafından yönetilecek ve hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idari ve mali işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri kurulacaktır. Ayrıca başhekim ve müdürlere yardımcılıklar da verilecektir.

Bu yönetim modelinin en belirgin özelliği, sağlık hizmeti yönetiminin profesyonel idarecilerden oluşan bir ekibe bırakılması ve her yöneticinin kendi alt kadrosunu oluşturabilmesidir. Diğer bir özelliği de birliklerin ve hastanelerin yönetim kadrosunun sözleşmeli ve sürekli hale getirilmesidir.

Sağlık personelinin devirden sonraki durumu ne olacak?

Gerek birliğe devredilecek personelin sahip bulundukları hakları, gerekse birliklerde yeni çalıştırılacak personelin hakları güvence altına alınmıştır. Sağlık çalışanlarının atama ve nakilleri şu anda nasıl yapılıyorsa, maaş ve ek ödemeleri nasıl ödeniyorsa, bu işlemler aynı usullerle devam edecek. Hali hazırda hastanelerimizde hangi statüde personel istihdam edilebiliyorsa, Birliklerde de ancak bu statülerde personel çalıştırılabilecek. Bakanlığın sağlık personeli atama ve nakillerindeki yerleştirme yetkileri aynen korunmaktadır.

Diğer taraftan yönetim işleri, mali işler gibi işler profesyonel yöneticilere verildiğinden ve bu konularda uzman çalıştırılacağından sağlık personeli mesleğini yapmaya odaklanacak, daha verimli ve kaliteli hizmet üretecektir.

Hastanelerin satılması mümkün mü?

Şu anda Bakanlığımıza bağlı hastanelerin binaları ve diğer taşınmazların mülkiyeti Hazine'ye aittir. Sağlık hizmeti sunumu amacıyla Bakanlığımıza tahsis edilmiştir. Birliğe geçildikten sonra bunlar Birliklere tahsis edilecek ve tahsis amacına uygun olarak sağlık hizmetlerinde kullanılmaya devam edilecektir. Bu şekildeki tahsisli taşınmazların Birliklerce herhangi bir şekilde kısmen veya tamamen devri veya satışı mümkün değildir.

Birlik yönetim kurullarına tapuda birlik adına taşınmaz satın alma veya kiralama yetkisi verilmiştir. Yönetim kurullarına, bu şekilde satın aldıkları taşınmazlardan "yürüttükleri hizmet açısından ihtiyaç duyulmayanları" satılmak üzere Maliye Bakanlığı'na devretmek yetkisi tanınmıştır. Dolayısıyla yönetim kurulunun taşınmazları ancak satılmak üzere Maliye Bakanlığı'na devretme yetkisi vardır. Maliye Bakanlığı da bunu ilgili mevzuatı çerçevesinde rayiç bedeli üzerinden satın satış bedelini bir ay içerisinde Birliğe aktaracaktır.

Mevcut hastane yöneticilerinin durumu ne olacak?

Birliğe dönüşüm ile birlikte, ildeki hastanelerin baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire kadroları iptal edilecek ve bunların görevleri sona erecektir. En geç üç ay içinde kazanılmış hak aylık derecelerine uygun kadrolara atanacaklardır. Eski kadrolarına bağlı mali hakları ile Birlik sonrası atanacakları kadroya bağlı olarak alacakları mali hakları arasında bir farklılık olursa, aradaki fark tazminat olarak ödenecektir. Ayrıca kanun, Birliğin sözleşmeli pozisyonlarındabuidarecilerinde çalıştırılabilmesine imkân tanımaktadır.

Birlikler üzerinde Bakanlığın yetkisi ne olacak?

Bakanlık 7 kişilik yönetim kurulu üyesinden 4'ünü belirleyecektir. Birliklerin idarî ve teknik denetimini yapacaktır. Yönetim kurulunun başarısızlığı, yetersizliği gibi durumlarda geçici yönetim kurulu oluşturabilecektir. Ülke düzeyinde sağlık personelinin dengeli dağılımını sağlamak amacıyla birliklerin kadro ve sözleşmeli sağlık personeli pozisyonlarına yapılacak atama ve nakillerle ilgili planlama yapma ve yerleştirme yetkisi Bakanlığa aittir.

Özellikle ülke genelinde birlik hizmetlerini izleme-değerlendirme, birlikler arası ilişkileri düzenleme, toplu alım yapma, sağlık alanında mevzuat hazırlama, strateji, hedef ve politika belirleme,

planlama yapma gibi büyük ölçekli görevleri devam etmektedir.

Birliklerin denetimi

Birlikler, Sayıştay denetimine tabidir. Ayrıca Birliklerin idari ve teknik konulardaki denetimi Sağlık Bakanlığı, mali konulardaki iş ve işlemlerinin denetimi Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı'nca yapılır.

Sistem değişikliğinden beklentiler:

- Yerinden hizmet sunumu yoluyla etkili, verimli ve hızlı sağlık hizmeti sunumu
- Hizmet sunumuna daha fazla odaklanma
- İnsan ve mali kaynakların mevcut yapıya göre daha etkili kullanımı
- Denetim anlayışının personel odaklı değil sistem ve hizmet odaklı hale gelmesi
- Bürokrasinin azalması ile sorunların daha hızlı ve etkili bir şekilde çözülmesi
- Kurumsal uzmanlaşmayı teşvik etmesi
- Katılımcılığı artırması
- Başarıya-performansa odaklı bir sistem olması sebebiyle olumsuz (günlük) siyasi müdahalelerden en az etkilenen sistem olması
- Sağlık yöneticiliğinde profesyonelliğe geçilmesi suretiyle sağlık personelinin kendi işine odaklanması

Sonuç

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı'na; politikalar geliştiren, standartlar koyan, izleyen ve değerlendiren bir konumda, ülkemizin sağlığa ayırdığı kaynakları etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanmasını sağlayacak, bu yolda yönlendirmeler yapacak bir vizyon sunmaktadır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmasını önermekte ve planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağını belirtmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasa'da tanımlandığı şekliyle, sağlık sektörünü "tek elden planlama" görevini yerine getirecektir.

Bakanlığın yeni yapılanmasına ilişkin köklü kanuni değişimler henüz gerçekleştirilememiştir. Ancak hazırlıklar önemli bir düzeye gelmiş ve önemli bir birikim oluşmuştur. Hazırlanan düzenlemelerin hayata geçmesi bu süreci tetikleyecektir.

Kaynaklar

58. Hükümet Programı <http://www.byeegm.gov.tr/hukumetler/58hukumet>

59. Hükümet Programı <http://www.byeegm.gov.tr/hukumetler/59hukumet>

60. Hükümet Programı <http://www.byeegm.gov.tr/hukumetler/60hukumet>

Acil Eylem Planı, www.akparti.org.tr/acileylem.asp

Aydın, Sabahattin, Kamu Hastane Birliklerine Doğru,

<http://www.saglikhaber.net/Icerik.aspx?HaberID=503>

Akdağ, Recep, İlerleme Raporu, Türkiye sağlıkta dönüşüm Programı, Ankara, Ağustos 2008

Akdağ, Recep, Nereden Nereye, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007

Hayran Osman, Sur Haydar, Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon,

<http://www.merih.net/m1/wosmhay16.htm>

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı

Kamu Yönetimi Temel Kanunu

Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma, Dr. Ulvi Saran, Atlas Yayıncılık, Ankara, 2004

Nevzat Saygılıoğlu, Selçuk Arı, Etkin Devlet: Kurumsal Bir tasarı ve politika Önerisi, sabancı Üniversitesi yayını, İstanbul, 2003,

Ömer Dinçer, Cevdet Yılmaz, Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma-1:Değişimin Yönetimi İçin Yönetimde Değişim, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 2003 s.29

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2003

Sağlık 2003, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2004

Sağlık 2004, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2005

Sağlık 2005, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2006

Sağlık 2006, Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2007

Sağlıkta e-Dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Ankara 2005

Sur, Haydar, Özerkleştirme ve Performans İlişkisi, Sözel Sunum, Flagship, Ankara, 2007

Top, Mehmet; Gider, Ömer; "Otonominin Hastane Yönetim Politikalarına Getirdikleri" Verimlilik Dergisi, Sayı:4, 2003

Turgay Ergun, "Postmodernizm ve Kamu Yönetimi" Amme İdaresi Dergisi c.30, Sayı:4, Aralık 97 s.4 ve 12

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı: Özelleştirme değil desantralizasyon

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde ve 1989'dan 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. 1996'da İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesi aldı. 1996'da Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'nde Sağlık Yönetimi Bölümü'ne Yardımcı Doçent olarak atandı. 1998'de Halk Sağlığı Doçenti, 2003 yılında Sağlık Yönetimi Profesörü oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesiyle ilgili yenileşme çabaları, yeni düzenlemeler 1800'lü yıllardan bu yana her zaman gündemimizde kalmış, bugün de kalmaya devam etmektedir. Bu durum kendini geliştirmeye çalışan bütün ülkelerde de aynıdır. Özellikle 1980'lerin sonuyla birlikte sağlık hizmetlerinde reform çalışmalarına bizim kuşak tanıklık etmektedir. Birçok öneri arasında bir tanesi üzerinde özellikle durulmalıdır: Kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesi, özertleştirilmesi, yerinden yönetimi, hizmetlerin desantralizasyonu, vb. Bu konu uzun zamandır tartışılmaktaydı ve 2003 yılında yürürlüğe konan "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın 8 ana bileşeninden biri, "Hizmetlerin sunumunda yeni bir yapıya gidilmesi" olarak ifade edilmiştir. Bu kapsamda temel sağlık hizmetlerinin

aile hekimliği modeliyle sunulması, kamu hastanelerinin özerk işletmeler haline getirilmesi ve birinci basamak ile diğer hizmetlerde etkin bir sevk zinciri kurulması hedeflendi.

Kamu hastanelerinin özerk bir yapıya kavuşturulması konusu belki de yapılan/yapılacak bütün köklü değişimler içinde en geniş boyutlusu ve şüphesiz en çok tartışılacak olanıdır. Çünkü hem finans kaynağı açısından (en çok para hastaneler üzerinde dönüyor) hem de insan kaynağı açısından (en çok sağlık çalışanının bulunduğu yer Sağlık Bakanlığı hastaneleridir) bu alt bileşen en kritik noktaları içermektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yayımlanıp uygulamaya konulduğu 2003 tarihinden bu yana ne gibi gelişmeler olduğuna bir göz atmakta yarar vardır. Kamu hastanelerinin özertleştirilmesi meselesine uzunca bir süre hiç giril-

medi ve bu konuda aradan mesela 5 yıl geçtikten sonra Bakanlığın hala aynı görüşte olup olmadığıyla ilgili kuşkular doğmaya başladı. Son 2 yılda ise birden bu konunun kuvvetle ele alındığını görüyoruz. Sağlık Bakanlığı gündemi her zaman belirleyen olduğu için, daha önce bir iki olumsuz görüş içeren çalışmayı yayımlayan TTB de uzun süre sessiz kaldıktan sonra hareketlendi ve bu konuyu yüksek doz itirazlarla kendi gündeminin değişmez elemanı haline getirmiş oldu. Bu tartışmalar tabii ki olacaktır. Bizim asıl şaşırıp kaldığımız, böyle önemli bir konuda çok az ve içeriği çok sığ tartışmaların ağırlıkta olması, itiraz ya da destek içerikli yazıların neredeyse hepsinin büyük oranda subjektif görüşlerle bezeli olması, dünya deneyimlerinin yeterince ele alınmamış olması, ülkemizde de buna yönelik saha araştırmalarının hiç yapılmamış olmasıdır.



Bu yazıda mevcut Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı'nın eleştirisini yapmak amaçlanmamıştır. Çünkü;

1. Yasa tasarısının ülkemiz için gerçekten ihtiyaç olduğuna dair tam bir görüş birliği oluşturulamamış, yasaya duyulan ihtiyaç belki de yeterince tartışılmamıştır.

2. Yasa tasarısına yapılan yorumlar (olumsuz eleştiri veya savunma yönünde olsun) aslında yasa metninden çok buna bağlı çıkarılacak yönetmeliklerin içeriğinde kalacak konulardır. Elde henüz yönetmelikler olmadığından fikir yürütmek biraz fazlaca tahminlere dayalı gitmektedir.

3. Mütevelli heyeti vb. kurullarda mesleki temsiliyet aranmaya çalışılmakta, böylelikle bunu işletme olmaktan çıkarp devletin yarı felçli ve birbiriyle itişip kakışmaktan iş yapamayan iktisadi kuruluşlarının seviyesine çekecek öneriler dile getirilmektedir.

4. Öneride bulunanların birçoğunun dünya ülkelerindeki deneyimleri yeterince incelemeyişi ve bazı genel doğruları öne sürerek subjektif yargılara ulaştıkları dikkat çekmektedir.

Bu durumda işin özünü tarafsızca anlatan bir yazı ortaya koymak amaçlanmıştır.

Hastaneler sağlık hizmetleri sistemi içinde birkaç nedenle en önemli konumda sayılırlar. Tıbbi açıdan önemli ve kısa sürede çözüm isteyen hizmetlerin neredeyse tamamı hastanelerin alanına girer. En pahalı cihazlar ve insan kaynakları hastanelerde yer almaktadır. Sistemleri çok karmaşıktır ve yönetilmesi en zor kısım buralardır. Hiçbir sağlık politikacısının hastanelerin örgütlenmesinde uzun sürecek hata yapma şansı olmaz.

Ülkemizde 2008 yılı itibarıyla (en son istatistiklere bakılarak ancak bu kadar yeni bilgi alınabiliyor) toplam bin 350 hastane vardır. Bunun 847'si Sağlık Bakanlığı (yüzde 63); 57'si üniversite (yüzde 4); 400'ü özel işletme (yüzde 30) çatısı altında hizmet vermektedir. Hastane yatağı açısından bakıldığında toplam 188 bin 65 yatağın 119 bin 310'u Sağlık Bakanlığı'na (yüzde 63); 29 bin 912'si üniversiteye (yüzde 16) ve 17 bin 905'i özel işletmelere (yüzde 11) aittir.

Yine 2008 istatistiklerine göre ülkemizde toplam 56 bin 973 uzman hekim bulunmaktadır ve bunların 25 bin 56'sı Sağlık Bakanlığı (yüzde 45); 11 bin 562'si üniversite (yüzde 20); 18 bin 756'sı özel işletmelerde (yüzde 34) çalışmaktadır. Pratisyen hekimlerin toplam sayısı 35 bin 763'tür ve bunların yüzde 84'ü Sağlık Bakanlığı çatısındadır. Toplam 99 bin 910 hemşirenin 70

bin 22'si Sağlık Bakanlığı'nda (yüzde 71); 14 bin 153'ü üniversite hastanelerinde (yüzde 14) ve 15 bin 735'i özel işletmelerde (yüzde 16) görevlidir.

Türkiye'de 2008 yılında sağlık harcamalarının yıllık toplamı olarak SGK 25.4 milyar TL, Maliye Bakanlığı 36.1 milyar TL, City of London College Araştırması uzmanları ise 50.9 milyar \$ bildirmişlerdir. 2010 SGK global bütçesinde yer alan 36.9 milyar TL'dir ve bunun 14.6 milyar TL'si ilaç giderleri; 13 milyar TL'si Sağlık Bakanlığı hastaneleri hizmetlerine; 5.4 milyar TL'si özel hastanelerin hizmetlerine; 3.9 milyar TL'si ise üniversite hastanelerinin hizmetlerine karşılık olarak tanımlanmıştır.

Neresinden bakılırsa bakılsın Sağlık Bakanlığı, hastane işletmesi arenasının en önemli aktörü; hastaneler ise sistemin köşe taşı durumundadır. Ancak Sağlık Bakanlığı rollerini gözden geçireceğine dair Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda açık ifadelerde bulunmuştur. O halde Sağlık Bakanlığı kendi rolünü nasıl biçiyor ve hastaneleri kime işletirmeyi düşünüyor? Buna bağlı bir başka can alıcı soru da şudur: Sağlık Bakanlığı, hastaneleri kendisi işletmeye karar verecekse bunu merkez bürokratları eliyle Ankara'dan mı, yoksa hastanelerin yöneticileri eliyle yerinden mi yapsa daha iyidir? Bu soruları başka bir yazıya bırakarak, hastane birliklerinin uygulamaya geçirilmeden önce yönetim kadrolarının gerçekten etki sağlayacak bazı eğitimlere tabi tutulması gerektiğini belirtelim.

Sağlık Bakanlıklarının ülke sağlık sistemi içinde rolleri 3 ana grupta incelenir. Bunlar:

1. Düzenleme (kural koyma) ve denetleme
2. Hizmetlerin sunumu
3. Hizmetlerin finansmanı

Bu üç işlevin üçünde de ülkemizin Sağlık Bakanlığı ezici bir farkla sektörü elinde tutmaktadır. Bu iyi midir, kötü müdür? Kimine göre çok iyi (hatta devlet dışında hiç kimse sağlık hizmeti sunmasın ve her şey vergilerden karşılsın), kimine göre de çok kötü (dengeler bozuluyor, paydaşların her birinin sektörde sağlayacağı yararlar var, denge bozulunca bu yararlardan mahrum kalırız).

Dünya örneklerine baktığımızda çok değişik yapılar karşımıza çıkar. Bu üç işlevin üçünü de ayrı ayrı kurumlar eliyle yürüten ABD'deki Managed Care Health Plan uygulamaları, düzenleme ve finansmanı kendi eliyle yürütüp hizmeti başka kuruluşlara havale eden Kanada sağlık sistemi; düzenleyiciliği elinde tutup finansmanın ve sunumun



Sağlık Bakanlığı gündemi her zaman belirleyen olduğu için, daha önce bir iki olumsuz görüş içeren çalışmayı yayımlayan TTB de uzun süre sessiz kaldıktan sonra hareketlendi ve bu konuyu yüksek doz itirazlarla kendi gündeminin değişmez elemanı haline getirmiş oldu. Bu tartışmalar tabii ki olacaktır. Bizim asıl şaşırıp kaldığımız, böyle önemli bir konuda çok az ve içeriği çok sığ tartışmaların ağırlıkta olması, itiraz ya da destek içerikli yazıların neredeyse hepsinin büyük oranda subjektif görüşlerle bezeli olması, dünya deneyimlerinin yeterince ele alınmamış olması, ülkemizde de buna yönelik saha araştırmalarının hiç yapılmamış olmasıdır.

beraber yürütüldüğü ABD'de HMO hizmetleri veya her üçünü de kendi elinde toplayan İngiltere'de NHS ve Küba sistemi gibi örnekleri burada sayabiliriz.

Bir ülkenin mesela temel sağlık hizmetlerinde rolün tamamını (düzenleme, sunum ve finansman) Sağlık Bakanlığı'na vermiş olması, yataklı tedavi hizmetlerinde de aynı şekilde olmasını gerektirmez. Ayrıca yataklı tedavi hizmetlerini kamu kuruluşları eliyle sunmak gerekse bile bunu illa

Yapılmak istenen bir desantralizasyondur. Yani merkezden yönetilen hastanelerin yerel yöneticilerin yetki ve sorumluluklarına bırakılması çabası vardır. Desantralizasyon yapılırken illa kamudan özele doğru yapılması şart değildir. Zaten ülkemizdeki bu uygulama kamunun kamuya (yine kendi elemanlarına) yetki ve sorumluluk devri gündemdedir. Desantralizasyonun birçok potansiyel yarar alanı olduğu gibi büyük sakıncaları da vardır. Yapılması gereken; desantralizasyonun her bir sakıncasını çok iyi risk yönetimi kısıncasına almak, her bir potansiyel yararını da olabildiğince körükleyecek mekanizmalar oluşturmaktır.

Sağlık Bakanlığı eliyle vermek de şart değildir.

Sağlık Bakanlığı, ülkemizde kendi rolünün yeniden belirlenmesini de içeren bir dizi yenileşme hareketlerini sürdürmektedir. Moda tabiriyle stewardship rolünü (ben bunu sahip çıkma diye çeviriyorum, bazı meslektaşlarımız vekilharçlık diyor) ön plana getirecek ve diğer fonksiyonları paydaşlara yöneltecek arayışlarını dile getirmişken, hastanelerin işletilmesi hususunda bu söylemler beklemeye alınmış durumdadır. Bu gelişmelerin bir iki adım sonrasında SGK çatısı altında faaliyet gösteren GSS yapısının hizmetlerle bağlantılarının irdelenmesi de gündeme gelecek diye tahmin edilmektedir.

Sonuç olarak kamu hastanelerinin bir-

liklere bağlanarak girişimci işletme mantığıyla işletilmesi politik bir karardır. Teknik olarak bu uygulamanın potansiyel yararlarını yok sayan eleştiriler ne kadar yanlı ve yanlış ise, hiçbir sakıncası yokmuş gibi konuyu savunmak da o derece yanlı ve yanlıştır. Uygulanmak istenen ayrıntılarla yorulmadan özetlersek şunları görürüz:

1. Yapılmak istenen bir desantralizasyondur. Yani merkezden yönetilen birimlerin (burada söz konusu olan birimler hastanelerdir) yerel yöneticilerin yetki ve sorumluluklarına bırakılması çabası vardır.

2. Desantralizasyon yapılırken illa kamudan özele doğru yapılması şart değildir. Zaten ülkemizdeki bu uygulama kamunun kamuya (yine kendi elemanlarına) yetki ve sorumluluk devri gündemdedir.

3. Desantralizasyonun birçok potansiyel yarar alanı olduğu gibi büyük sakıncaları da vardır. Yapılması gereken; desantralizasyonun her bir sakıncasını çok iyi risk yönetimi kısıncasına almak, her bir potansiyel yararını da olabildiğince körükleyecek mekanizmalar oluşturmaktır. Bunun yapılıp yapılmadığını bize yönetmelikler ve faaliyet planları gösterecektir. Yine de bilmek gerekir ki planlar, bilgisayarlar, yönetmelikler vb. ancak kullanıcının zekâsıyla ve beceriyle kısıtlıdır.

4. Devletin elemanı olmak illa devlet memuru olmayı gerektirmez.

5. İşletmelerin alım-satım yetkileri kendi becerileriyle elde edecekleri mülklerle sınırlandırılmaktadır. Zaten Sağlık Bakanlığı'nın tapulu bir malı yoktur ve Milli Emlak Müdürlüklerinin kendisine tahsis ettiği binalarda hizmet vermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın bu bina ve mülklerin satışına izin vermesi söz konusu değildir.

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı'nın değerlendirilmesinde daha verimli bir tartışma platformu oluşturması umuduyla, Sonuç ve öneri bölümü yerine daha önce uzun şekli Makrobakiş Dergisi'nin 2006 yılı 4. sayısında yer alan yazımın çok kısa bir özetini koymakta yarar görüyorum.

İrçok ülkede desantralizasyon hayal kırıklığı ile sonuçlanmıştır. Yetki göçerilmesi esnasında bazı işlevlerde tekrarlar ortaya çıkabilmekte, bazıları da kapsama alınma noktasında unutulmaktadır (2). Buna rağmen yine de sağlık hizmetlerinde desantralizasyonun toplumların sağlık düzeyini yükseltmek açısından potansiyel faydası büyüktür. Toplumun ve sağlık personelinin sorunlarını yerinde gözleme ve

çözüm üretme olanağı sağlar. Topluma sağlık konusunda kendi sorumluluğunu anlama fırsatı verir. Sağlık Bakanlıklarının merkez örgütleri de, hizmet sunumunda taşıdığı ağır yük ve ayrıntılarla boğuşma zorunluluğundan kurtularak stratejik düşünme, araştırma, planlama ve geniş boyutlu halk sağlığı sorunlarına eğilme şansını yakalayabilir.

Ancak desantralizasyon sürecine girilmesi genellikle sancılı olmakta ve bazı önüne geçilmez aksaklıkların doğmasına da zemin hazırlamaktadır. Uzun ve çok karmaşık bir politik süreçten geçilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleri açısından finansman ve insan kaynakları yönetiminde alışılmadık bir ortam oluşacaktır. Bunun için, desantralizasyonu gerçekleştiren kişilerin sağlık personeline çok iyi liderlik yapması en önemli konular arasındadır. Ancak bu yöneticiler de genellikle merkeziyetçi sistemde lider rolü oynamaya alışkın olmadığından bu konuda sorun yaşanmaması için yöneticilerin uygulama öncesi liderlik rollerini geliştiren eğitimlere alınması bir çözüm olabilir (3).

Sağlık sistemini desantralize etmenin evrensel bir reçetesi yoktur. Bu konuda öncülük eden kişiler çok dikkatli gözlem yapmalı, meslektaşlarıyla ve paydaşlarla omuz omuza çalışmalıdır. Sağlık hizmetlerinin desantralizasyon piramidi, düşünce ve davranış şeklini tersine çevirmek demektir. Yeni durumda merkez en tabanda yer alacak ve bu durumda üste çıkan uçların işini iyi yapabilmesi için temel oluşturacak düzenleme ve desteklerde bulunacaktır. Hiyerarşik olarak merkezden (sorumluluk alanı olarak en geniş olan piramidin tabanından) uç düzeylere (piramidin üstlerine) doğru gidildikçe piramidin alt tarafının desteği üste doğru azalacaktır. Eskiden güç denince yalnızca kaynaklar üzerindeki tasarruf yetkisi akla gelirken şimdi güç denince destek akla gelecektir. Beklenen değişiklikler şöyle sıralanabilir:

- Yerel ve ulusal öncelikler arasında bir denge kurulur.
- Yeni iş ilişkileri kurulur.
- Kaynakları seferber eder.
- Motivasyonu yüksek ve işini iyi bilen kişilerin ortaya çıkmasını sağlar.
- Bütünleşik bir sistem kurulmasına katkı sağlar.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir.
- Hizmetlere yeni kaynakların akmasını sağlar.

- Motivasyonu yüksek ve işini iyi bilen kişilerin ortaya çıkmasını sağlar.

Desantralizasyon yetki ve sorumluluklarda yeniden tanımlama, ayrıştırma ve unsurların yerlerini değiştirme yoluyla yönetimde köklü yenilikler ortaya koyar. Böyle bir macerada yöneticiler genellikle yeni rollerini kendileri bulup çıkarır. Hâlbuki etkili bir desantralizasyon uygulamasında her düzeyde sağlık yöneticisinin yeni rol ve sorumlulukları tam olarak belirlenmiş, açık ve anlaşılır bir durumda olmalıdır. Ülkelerin kendi tarihlerine ve yapısına bağlı olarak farklılıklar göstermekle birlikte, genellikle desantralizasyonla ortaya çıkan sorumluluk paylaşımı aşağıdaki gibi bir dağılım göstermektedir:

- Ulusal politikalar doğrultusunda yerel ihtiyaçların karşılanması ve hizmetin planlanması.
- Sağlık hizmetinin sunulduğu kuruluşların izlenmesi ve değerlendirilmesi.
- Yerel mali kaynakların seferber edilmesi.
- Yerel bilgi ihtiyacının tanımlanması, veri toplanması ve bu verilere dayalı kararların alınması.
- Yerel sağlık çalışanlarının gözetim ve denetimi.
- Toplum katılımının sağlanması.

(Desantralizasyon sırasında ülkeler bölgesel veya il bazında Bakanlık Temsilciliği kurabilmekte ve işlerin bir kısmını bu düzeyde yürütmektedir. Orta düzey kurulmazsa bu düzeyde olması gereken bütün sorumluluk merkez düzeyinde kalacaktır)

- Planlama ve ulusal öncelik konularının yerel hizmetlere geçirilmesine destek verilmesi
- Ulusal düzeyde öncelikli konulara öncelik verildiğinden emin olmak ve standartlara uymak açısından hizmetlerin sürekli izlenmesi.
- Epidemiyolojik surveyansın yapılması ve epidemilerin önlenmesi.
- Sürekli hizmet içi eğitimlerin tasarımı ve uygulaması.
- Toplumun tümünün sağlığının korunması amacıyla ulusal sorumlulukların, hedeflerin ve teknik standartların tanımlanması.
- Mali politikalar ve kamu yatırım planları da dahil olmak üzere ulusal politika ve planların geliştirilmesi.

- Ulusal hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının izlenmesi ve değerlendirilmesi.

- Özel işletmelerin sağlık hizmetlerinin de sıkı şekilde izlenmesi.

- Ulusal çapta sağlık yasalarının ve diğer düzenleme metinlerinin oluşturulması.

- Sağlık profesyonellerinin belgelendirilmesi, sağlık hizmet kuruluşlarının ve eğitim kurumlarının ruhsatlandırılması, akredite edilmesi.

- Ulusal düzeyde bir sağlık ve yönetim enformasyon sisteminin geliştirilmesi.

- Mutlaka bulunması gereken ve geri ödeme yapılması uygun temel ilaçların listesinin çıkarılması ve ulusal ilaç izinlerinin düzenlenmesi.

- İlaçların tedarik edilmesi ya da bu işi alt düzey yapacaksa tedarik koşullarının belirlenmesi.

Desantralizasyon sürecinde yönetici konumunda yer alan kişiler yeni roller üstlenmek zorunda kalır. Uygulamanın etkin olabilmesi için her düzeyde sağlık yöneticisinin yeni rol ve sorumlulukları tam olarak belirlenmiş, açık ve anlaşılır bir durumda olmalıdır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütleniş geçmişine bakılırsa ağır bir merkezîyetçilik görülmektedir. Bu durum genel olarak devlet yapısı oluşturma geleneğimizin bir zorunluluğudur. Cumhuriyetin başından itibaren bulaşıcı hastalıklarla savaş ve daha sonraları ana-çocuk sağlığı hizmetleri gibi topluma yönelik hizmetler merkezi otoritenin işlevleri arasında yer almıştır. Yataklı sağlık hizmetlerinde ise durum farklıdır. Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda yataklı tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığı ve merkezi teşkilatın dışındaki kurumlar tarafından verilmekteydi. Örneğin, 1923 yılında yataklı tedavi kurumlarındaki toplam yatakların yüzde 10'u belediyelere, yüzde 37'si özel, yabancı ve azınlıklara, yüzde 38'i ise il özel idarelerine aitti. Daha sonraları Sağlık Bakanlığı bir yandan numune hastaneleri gibi yeni hastaneleri açarak öte yandan da yerel yönetimlere ait hastaneleri devralarak bu eğilimi tersine çevirmiştir. Son zamanlarda dünyada yaşanan değişim rüzgârlarının etkisi ülkemizde de görülmeye ve desantralizasyon anlayışı ağırlık kazanmaya başlamıştır. Nitekim 1990'dan bu yana görev yapmış bütün hükümetlerin programında sağlık hizmetlerinde reform ve desantralizasyon açıkça ifade edilmiş ve desteklenmiştir. Ancak açıklanan yarar ve sakıncalar ülkemizin yapısı ve koşulları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde

bunu başarmanın kolay olmadığı görülmektedir. Çünkü desantralizasyonu gerçekleştiren teknik sorunlar yaşanacaktır. Bunlar arasında; yerel birimlerde yönetim kapasitesi eksikliği, yerel birimlerin birbirleriyle işbirliği ve uyumunun sağlanması, mali kaynak üretmede yetersiz kalan kısımlarda merkezden desteğin ne şekilde sağlanacağını belirlenmesi ve desteğin sağlanması, yerel uygulamalarda politik kayırmaların önüne geçilmesi, toplumsal katılımın teşvik edilmesi; bölgeler arasında oluşacak dengesizliklerin hakkaniyet ilkesini rencide etmesinin önüne geçilmesi vb sayılabilir. Teknik sorunların üstesinden gelirken, bir yandan da paydaşlar arasındaki karşı görüş ve tutumların sonuçtaki başarıyı azaltmasının önüne geçmek gerekecektir. Ülkemizde birçok araştırmacı, yazar, siyasi veya mesleki kuruluş desantralizasyona karşı çıkmaya devam etmektedir. Desantralizasyonu destekleyenlerin bile hangi işlevin hangi ölçüde ve hangi mercilere desantralize edileceği konusunda görüşleri netlik kazanmadığı için kaygılar sürmektedir. Demek ki kâğıt üstündeki kurguların biraz daha teknik kişilerce pişirilmesi ihtiyacı vardır ve bu ihtiyaç bürokratlar tarafından görmezden gelinmemelidir.

1) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008, Ankara.

2) Hammer J.S. (2004), Development Gateway Expert Perspective: The Merits of decentralization in the Health Sector. (Erişim: <http://topics.developmentgateway.org/governance/sdm/previewDocument.do?activeDocumentId=949887?activeDocumentId=949887>. A.ustos 2006)

3) Leadership Development. Exercising Leadership to Make Decentralization Work (Erişim: <http://erc.msh.org/mainpage.csm?şile=2.1.5.htm&module=leadership>, Ağustos 2006.)

4) Kolehmainen-Aitken RL., Lewis E. (2004), User's Guide to the Decentralization Mapping Tool Version 1.0; Management Sciences for Health. LACHSR /USAID Document.

Doç. Dr. Erhan Kurt: 3. basamak, tasarının dışında tutulmalı

SD

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, TBMM'de yasalaşmayı bekliyor. Türk Tabipleri Birliği ve bazı sağlık örgütlerinin yoğun eleştirilerini alan tasarımı 14. sayımızda farklı kesimlerin penceresinden ele alıyoruz. Tasarının yasalaşması durumunda görevi sona erecek olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliği Doç. Dr. Erhan Kurt, tasarıya bir kamu hastanesinin başhekiminin gözünden baktı.

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, kamu hastanelerini tıpkı özeller gibi sınıflandırmayı öngörüyor. Bu sınıflandırmanın sağlık sistemimize nasıl bir faydası-zararı olur?

Temelde insanların kafasında böyle bir sınıflama zaten zaman içinde oluşuyor ve bu kanaat yerleşiyor. Bunun, somut verilerle kategorilere ayrılması demek

sınıflama. Sınıflama hasta ve çalışan memnuniyeti, altyapı, kalite, verimlilik gibi esaslara dayalı. Ancak burada gözden kaçırılmaması gereken bazı hususlar var. Mesela, bu parametrelerin her biri tamamen yönetimlere bağlı değil, ayrıca her hastane aynı şansa sahip değil ya da başka bir deyişle bazı hastaneler daha şanssız durumda. Yani yüz metrelik yarışa epeyce geriden başlamak gibi. Kısa zaman içinde bu dezavantajların değişmesi de zor görünüyor. Ayrıca yaptığımız iş insana dayalı, yani elimizdeki kadro ile iş yapıyoruz, her hastane bu konuda da eşit durumda değil.

Bu tasarı sizce sağlıkta “özeleştirme”ye mi, “özerkleştirme”ye mi neden olacak?

Özerkleştirme olacağı savunuluyor, tasarımı yorumlayan bazı kişiler tarafından. Doğrusu kanun tasarısını ve yorumları okuduğumda bende bir endişe oluştu. Bu his, yeni, farklı ve alışık olun-

madık bir durumla karşı karşıya olduğumuzdan kaynaklanmış olabilir, yani kısmen mesnetsiz kabul edilebilir. Öte yandan bu yeni durumun yeni sorunlar getirmesi de kaçınılmaz görünüyor. Geleneksel sağlık sisteminde köklü bir değişimden söz ediyoruz. Değişim iyidir denilebilir ancak her değişim arzulanan sonucu doğurmayabilir. Sağlık hizmetinin sosyal devletin temel görevlerinden biri olduğuna inanıyorum. Toplumun daha mağdur ve yarışma yetisi zayıf bir kesimi için pozitif ayrımcılık gerekiyor. Bu kesim için devlet hastaneleri muhafaza edilmeli.

Tasarıda iş güvencesinin olmayacağını söylemek kehanet olur

Türk Tabipleri Birliği ve sağlık sendikaları önceki tüm uygulamalarda da yaptığı eleştirilerini sürdürüyor; yasa tasarısının kamu hastanelerini kâr güden kurumlar haline dönüştü-



receğini, vatandaşın ödeyeceği paranın artacağını, sözleşmeli olarak işe alınan sağlıkçıların iş güvencesinin olmayacağını, düşük ücretle örgütsüz çalışmaya zorlanacaklarını iddia ediyorlar. Bu eleştirilerde haklılık payı var mı, nasıl?

Henüz daha her şey ortaya çıkmadan peşin bir şekilde bu tür keskin eleştiriler, eleştirinin özgül ağırlığını azaltır, sözünüz dinlenmez hale gelir. Dengeli biçimde yapılacak yorumlardan ise herkes istifade eder. Hastanelerin kar güden işletmeler haline daha fazla gelebileceği endişesini ben de taşıyorum. Ancak vatandaşın daha fazla para ödeyeceğini, sağlıkçıların iş güvencesinin olmayacağını, düşük ücret alacaklarını söylemek kehanet olur.

Kamuda sağlık harcaması 2010 bütçesinde 40 milyar liraya ulaşmış görünüyor. Bu da çok yüklü bir fatura. Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Bu konuda tam tersini düşünüyorum. Geçmiş yıllara kıyasla zaman zaman faturanın kabardığı ve sürdürülebilirliğin zorlaştığı yorumları yapılabilir. Doğrusu benim de bu endişelere katıldığım oluyordu daha önce. Ama üzerinde biraz düşünüp, farklı yorumlara da kulak verince tam tersi düşünmeye başladım. Yani sağlığa ayrılan bütçe bizim çapımızdaki bir ülke için o kadar küçüktü ki! Dolayısıyla bu aşırı artış kaçınılmazdı. Sağlık pahalı bir hizmet ve daha iyi bir sağlık sistemi kurarak, daha iyi hizmet vermek istiyorsak daha da fazla bütçe ayırmak zorundayız.

Sizce bu tasarıdan hastane çalışanları nasıl etkilenecek?

Hastane çalışanlarının nasıl etkileneceği yanında dolaylı olarak Bakanlığımızı ve siyasi iradeyi nasıl etkileyeceğini de tartışmak gerekir. Ben burada ciddi bir siyasi risk görüyorum. AK Parti hükümetleri döneminde sağlıkta ciddi ilerlemeler kaydedildi ve adeta çağ atlandı. Bu iyileşmeler de, bunu gerçekleştiren siyasi iradeye halk desteği olarak geri döndü. Bu hizmet sağlık çalışanları eliyle veriliyor, yani enstrümanımız insan. Ancak şu anda bu hizmeti sunan ve sağlık sistemini iyileştiren kadroda ciddi bir tedirginlik olduğu görülüyor. Bu tedirginlik, güvensizlik ve huzursuzluğun artması halinde tepkiler sağlık sistemini olumsuz etkileyerek halkın aldığı hizmetin kalitesinde düşüşe yol açabilir. Bu da siyasi bir risk olarak geri dönebilir. Paradigma bu yasa ile değişiyor, sağlık çalışanlarının buna ne kadar hazır oldukları ile ilgili ciddi kaygılarım var.

Tabipler, bugünkü sistemde nasıl bir iyileştirme istiyor, bu yasa iyileştirme getirecek mi?

Hekimler temel özlük haklarının, aldıkları eğitim göz önüne alındığında, diğer kamu görevlilerine göre geri olduğunu düşünüyor. Sistem açısından bakıldığında performansla dayalı ek ödeme sisteminin özellikle eğitim hastanelerine çok da uygun olmadığı, hekimler arasındaki yaygın ve kesin kanaat. Bu yasanın bir iyileştirme getireceğine dair bir bilgi sahibi de değilim maalesef.

Bu tasarinın Sağlık Bakanlığı'nın üzerindeki yükü azaltacağı, düzenlemelere yoğunlaşabileceği yorumlarına katılıyor musunuz?

Bakanlık şimdi de yapıyor bunları. Denetleme-düzenleme ile ilgili fonksiyonlarını daha da geliştirebilir şimdiki halde de.

Tasari, özel sektörün yıllardır dillendirdiği, "Sağlık Bakanlığı hem rakibimiz hem patronumuz. Bu durum adil değil" eleştirilerini nasıl etkiler? Bakanlık, patronluk yetkilerini biraz olsun devrediyor mu?

Özelle kamunun rakip olmasına gerek yok. Sağlık alanında açık o kadar büyük ki, düşüneceğimiz en önemli şey, eldeki imkânlarla daha iyi bir sağlık hizmetinin nasıl verileceği olmalı.

Yönetim kurulunda daha çok hekim olmalı

Peki, sizce bu tasari ille de yasalaşacak olsa nasıl olmalı?

Bu tasarinın mutlaka yasalaşması gerekiyorsa, en azından 3. basamak sağlık kuruluşları dışarıda tutulmalı diye düşünüyorum. Çünkü şimdi bile zorlanılan eğitim fonksiyonunun hastane birlikleri yasasından sonra daha da güçleşeceğine dair bir kaygı taşıyorum.

Yönetim kurulunda hekim sayısının azlığı da dikkat çekiyor. Tasariya göre Birliklerin yönetim kurulunda 2 ya da 3 hekim olabilecek. Bu ise yönetim kurulunun sağlığa daha küçük bir penceresinden bakması anlamına gelebilir. Özellikle büyük hastanelerde başhekimlik ya da başhekim yardımcılığı ikinci görev olarak yapılabilecek iş olmaktan çıkmalı çok oldu. Hastaneleri hekim mi işletmeci mi yönetsin ikilemine benim cevabım kariyer planını yöneticilik olarak çizmiş, hekimlik değil işletmecilik ve yöneticilik yapan hekim şeklindedir. Dolayısıyla bu bağlamda, hekimin ya da hekimlerin ağırlıkta olduğu bir kurulun hastaneleri yönetmesi gerektiğini düşünüyorum.

Tasarinın en tartışmalı bölümlerinden biri de, verimlilik esasına göre bazı birimlerin yönetim kurulu kararıyla lağvedilebileceği ile ilgili. Tasarıda ve tasari hakkında yapılan yorumlarda haklı olarak verimliliğe çok vurgu yapılıyor. Elbette dikkat etmek gerekir ancak öyle birimlerimiz vardır ki orada verimliliğe bakamayız. Hayati olan ya da eğitim-araştırma için çok önemli yerler verimliliğe kurban edilmemelidir.

Başka nelere dikkat edilmeli?

Örneğin getirilmesi planlanan diğer bir değişiklik de çalışanların maaşını hastanelerin/birliklerin ödemesi. Şimdiki halde, bu maliyeti birçok hastanenin kaldırabilmesi mümkün görünmüyor. Her ne kadar birliklerin daha güçlü olacağı iddia edilebilirse de, mali yapısı bıçak sırtında olan hastanelerin maaşları, prim ve vergileri karşılması zor görünüyor.

Tasarinın en tartışmalı bölümlerinden biri de, verimlilik esasına göre bazı birimlerin yönetim kurulu kararıyla lağvedilebileceği ile ilgili. Tasarıda ve tasari hakkında yapılan yorumlarda haklı olarak verimliliğe çok vurgu yapılıyor. Elbette dikkat etmek gerekir ancak öyle birimlerimiz vardır ki orada verimliliğe bakamayız. Hayati olan ya da eğitim-araştırma için çok önemli yerler verimliliğe kurban edilmemelidir.

Neden kamu hastane birlikleri?

Dr. Eriş Bilaloğlu



Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri Eriş Bilaloğlu, 1962'de Ankara'da doğdu. 1985, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu olup 1994 yılında yine aynı fakültede biyokimya uzmanlığını tamamladı. 1990'dan bu yana Türk Tabipleri Birliği içerisinde gerek gönüllü gerekse de yönetici olarak çalıştı. Sağlık politikaları, tıbbi teknoloji, malpraktis, hekimlik işlem adları/uygulamaları, hekim emeği Türk Tabipleri Birliği içerisinde sorumluluk aldığı başlıklardan bazıları. 2008'den bu yana Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Genel Sekreterliği görevini yürütüyor.

Türkiye'de hastanecilik hizmetlerinin öyküsünde "Memleket Hastaneleri"nin özel bir yeri vardır. O hastanelerin kuruluşu, ruhu bugün elimize geçen fotoğraflara baktığımızda bizi hemen sarıp sarmalamaktadır. 2010'ların Türkiye'sinde hükümet de kendi ruhuna uygun bir düzenlemeyi hazırlamış ve sadece onu sarıp sarmalayan bir heyecanla yasalaştırmaya çalışmaktadır. Kamu Hastane Birlikleri (KHB) Yasa Tasarısı, TBMM genel kurulunda görüşülmeyi bekliyor.

Bu tasarı sağlık alanında yıllardır yürütülen piyasacı dönüşümün –bu kerte- son düzenlemesi olarak adlandırılabilir. İşin doğrusu "her şeyin fiyatını bilen ama değerini bilmeyen" piyasacı dönüşüm sadece sağlık alanı ile sınırlı olmayıp bütün alanları hedeflemekteydi. "Devletin dönüşümü" ile iyi-kötü yurttaş konumundan müşteri konumuna bir değişimle bu hedefe ulaşmak kurgulanmış durumdadır. Bu değersiz-

leştirme çabasının bir alanı olarak eğitimde yaşananlar hepimizce malum. Okuyucuyu çok sıkmadan eğitimle ilgili kısa bir aktarımda anlatım kolaylığı açısından yarar var.

Türkiye'de 30 yıl öncesine kadar okula gidenlerin büyük çoğunluğu devlet okullarından eğitim-öğretim almakta, dershaneler ise kısmi bir tamamlayıcı destek faaliyeti yapar konumdaydı. Süreç içinde devlet okulları giderek "kötüleştiren" (kuşkusuz ana çalışan olan öğretmenlerin durumu, ücretlerinin yetersizliği, toplumdaki saygınlıkları vb. de paralel olarak) özel okullara da alan açılmaya başladı. Bir yandan topluma her şeyi devletten beklememek gerektiği vaaz edilirken devlet okullarında da "işlerin yürümesi" veli katkısına bağımlı hale geliyordu. İnsanın "her şeye para bulurken" kendi çocuğunun eğitimi için elini cebine sokmaması anlaşılır bir şey olamazdı! İdeolojik kuşatmayla paralel olarak ülke dershaneler ve özel okullar cennetine ve devlet okulları da veli katkısı ile götürülen bir hale gelmiş oldu. Bugün artık (devlet ya da özel

fark etmez) çocuklarımız okula para ile gitmekte, özellerin de devlet okullarından nitelik açısından bir üstünlüğü olmamakta, herkes olanak yaratarak çocuğunu "daha iyi bir eğitim için" ayrıca bir de dershaneye göndermekte, göndermek zorunda hissetmektedir. Bunun aksi bir durumu düşünmek bile söz konusu değildir. Gönder(e)meyenlerin yüzde yüze yakınının gerekçesi parasızlıktır. Unutmamak gerekir ki herkesin kesesine göre (elbette niteliği de öyle!) bir dersane de bulunmaktadır. Hal böyleyken Anayasa'da halen Türkiye Cumhuriyetinin değiştirilemez ilkeleri arasında sosyal devlet ilkesi yazmaktadır.

Eğitim ve sağlık bilindiği gibi sosyal devletin vazgeçilmezleri arasında sayılır. İlgilisi, Türkiye'de kapitalizmin refah toplumları anlamında bir sosyal devletin hiçbir zaman olmadığını zaten bilir. Ancak yine de Türkiye gibi bir ülkede bu derece piyasalaştırma çabasının vicdanen bile ağırlığı taşınamazdır. İşte sağlık alanında gündemde olan KHB adımı, öz olarak eğitimde yaşa-





nan paralılaştırma sürecinin bir benzeridir. Bir başka deyişle uluslararası ölçekte yürürlükte olan hizmet ticareti genel anlaşmasının (GATS) bir gereği olarak işletilen sürecin sağlık hizmet sunumunda hastanecilik boyutundaki düzenlemenin arifesindeyiz.

Hükümetin söylediği ve yasanın amacında yazdığı gibi ikinci ve üçüncü basamakta "...katılımcı, hakkaniyete, halkın ihtiyaç ve beklentilerine uygun, kaliteli..." bir hizmete ulaşmanın yolunun bu tasarı ile yapılan düzenleme olduğu kuşkuludur. Aksine, yapılan hizmetin piyasalaştırılması, cepten ödemelerin de artırılarak paralılaştırılması ve çalışanların güvencesiz ve uzun süreli, düşük ücretle çalıştırılması olduğunu gösteren çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Zaten bu nedenle de tıpkı tam günde olduğu gibi meslek kuruluşlarından sendikalara ve derneklere bütün sağlık örgütleri bu düzenlemeye karşı çıkmaktadır.

1994'te imzalanan hizmet ticareti genel anlaşması çerçevesinde verilen tahhütler kapsamında sağlık alanı da bulunmaktaydı. 31 Aralık 2008'de yayımlanan Avrupa Birliği Ulusal Programı'nda sağlık alanının özelleştirilmesi (bir kez daha) açıkça yazıldı. Ulusal programda "... özelleştirme vizyonu çerçevesinde önümüzdeki dönemde devletin sağlık işletmeciliğindeki payının azaltılması hedeflenmektedir." denmektedir. O nedenle yazının başından bu yana tekrarlayarak dile getirdiğimiz gibi bu yasa tasarısının amacı sağlık hizmetlerini ticarileştirmek, paralılaştırmak, özelleştirmektir. Tasarının sahipleri bunu asla kabul etmemektedirler. Çünkü herkes bilmektedir ki özelleştirme sağlığa zararlıdır. Dolayısıyla yasanın maddeleri arasında boğulmak yerine bu noktada berraklaşmak önem taşımaktadır. Özelleştirmenin sağlık hizmeti alanlar ve çalışanlar açısından yararı olduğunu düşünen ve savunanlar bu bilgiyle tutumlarını kuvvetlendirerek sürdürebilirler. Ancak hükümet bile yararı olmadığı çok açık olduğu için "yasanın özelleştirme ile ilgisi yoktur" demekte ve açıktan savunamamaktadır.

Hatırlanacağı gibi önce SSK ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri tek elde toplanmıştı. Sürecin nereye dönüştürüleceğini bilenler karşı çıkmıştı. Çünkü amaç birleştirmek değil bu hastaneleri parçalamaktı. İşte şimdi "zamanı geldi" ve

KHB adı altında hastaneler piyasada rekabet eden kar amaçlı işletmeler olarak dağıtılacak, sahiplik parçalanacak ve piyasada yerlerini alacaklar.

AB Ulusal programında söylendiği gibi yapılacak iş bellidir. "Özelleştirme vizyonu çerçevesinde devletin sağlık işletmeciliğindeki payı azaltılacak." yani hastanecilik hizmet sunumu da büyük sermayenin girmesi için uygun hale getirilecektir. Çünkü Türkiye'de ilaç ve teknoloji üzerinden uluslar arası/işbirliği yapan "ulusal" vb. büyük sermaye oldukça önemli bir pazarı tutmaktadır. Türkiye'nin ilaçta dünyada 13. büyük pazar olması, son beş yılda ilaç pazarı en hızlı büyüyen ülkeler arasında en önlere gitmesi, tıbbi teknolojide en yeni ürünlerin lansmanının Türkiye'ye yapıldığının söylenmesi, Sağlık Bakanı'nın bütçe sunularında bu durumu destekler veriler sunması vb. hepsi Türkiye'nin ilaç-teknoloji tüketiminde büyük sermaye için iyi bir pazar haline getirildiğini göstermektedir. Ancak hizmet sunumunda tablo böyle değildir. Büyüyen özel sektöre rağmen paranın döndüğü hastanecilik hizmetlerinde halen hem poliklinik hem yatan hasta ve işlemlerde devletin ağırlığı büyük ara öndedir. İşte KHB Yasa Tasarısı, "Tam Gün Yasası" ile birlikte bu müdahalenin düzenlemesidir. Kuşkusuz büyük sermaye, öncelikle sayıları yüze yaklaşan ve çoğunluğu üç büyük şehirde olan eğitim hastaneleri ve onların ürettiği hizmetle ilgilidir. Eş zamanlı olarak kamu-özel ortaklığı çalışmaları sağlık alanına girilene arazi-tesis rantı da sunacak bir "işbirliği zenginliği" sunmaktadır. Bu kadar cazibenin özerkleşme, yerinden yönetim, katılımcılık gibi süslemelere, daha açık söylersek gizlemelere ihtiyaç duyması anlaşılırdır.

KHB'nin büyük sermaye için anlamını vurguladıktan sonra bir kez daha yazarak "Özelleştirme vizyonu çerçevesinde devletin sağlık işletmeciliğindeki payı azaltılacak" ifadesinin halk için anlamını dile getirmekte yarar var. Artık bu hastaneler de, tıpkı özel hastaneler gibi piyasada aynı rekabet koşullarında yer alacak, katkı-katılım payı ve fark ücreti alacak, kıscacası ayakta kalabilmek için "ne gerekiyorsa" onu yapacaktır. Bu, kimi zaman sunduğu sağlık hizmetinin kar getirmeyen, para etmeyenlerini azaltmak, terk etmek ve para eden hizmetlere yönelmek, kimi zaman hizmetin kalitesinden kimi zaman çalışanların ücretlerinden kesmek ve işin

özü parasız hasta bakmamak olarak yaşanacaktır. İşsizliğin, yoksulluğun boyutlarının bilindiği ülkemizde bunun karşılığı halkın sağlık hizmetlerine ulaşımının engellenmesi olarak gerçekleşecek, halk cebinden daha fazla para harcayacaktır.

Son olarak KHB'nin sağlık çalışanları açısından anlamını vurgulamak yerinde olacaktır. Hastanelerin özerkleştirilmesi sonrası "hizmet sunmanın en ucuz yolu" olan hizmet satın almaya daha fazla yönelme olacaktır. Bu sadece otelcilik hizmetleri değil bütün klinik hizmetler için de olabildiğince yapılmaya çalışılacaktır. Bunun anlamı daha fazla taşeron çalıştırmaktır. Taşeronlaştırmanın aynı zamanda her anlamda güvencesizleştirme olduğu bilinmektedir. Bunun kanıtları, iş kazalarında "marka" olan Tuzla tersanelerinden yaşanan maden kazalarına ve Bursa'daki hastane yangınına kadar zaman zaman görünür olmaktadır. Ancak bilinmektedir ki yaygın olarak hizmetin kalitesi düşmekte, hastalar zarar görmekte, çalışanlar da daha uzun süre, düşük ücretle çalıştırılarak yaşamlarından çalınmakta ve sonuç olarak insanlarımız hasta ya da çalışan olarak kaybetmekte ama kazanan "sermaye" olmaktadır.

KHB'nin yönetim kurullarının dizaynı (hemen tamamının işletmenin kar edebilmesi için ticaret vb. alanlarda donanımlı kişilerden oluşturulması), yerleşme ya da yerinden yönetim adı altında yapılan gerekçelendirmenin gerçekte yerelde merkezi yeniden üretmek ve yeni iktidar odakları oluşturarak KHB'yi iktidar partisine "aralık" haline getireceği eklenmelidir. Dünya ölçeğindeki deneyimler bunu göstermektedir. Türkiye'de işlerin iktidar partisinin il, ilçe binalarından, olmadı iktidarın sendikalarından geçtiği herkesçe malumdur. Dolayısıyla KHB bunun bir başka odağı olacaktır.

Türkiye'de "Memleket Hastaneleri" olarak başlayan öykü, memleketin yaşayanların ihtiyaçlarından bağımsız olarak "Birlik" adı altında dağıtılarak sonlandırılmak istenmektedir. Memleket, hastane başta olmak üzere kavramların boşaltılan içeriğini doldurmak da önce sağlık çalışanlarının birliğinden geçecektir.

Doç. Dr. Kemal Memişoğlu: Hekimin çalışma ortamını düzeltecek her girişim zamanla memnuniyeti artırır

SD

Anayasa paketi yorgunu TBMM'nin önündeki tasarılarından biri de Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı. Tasarı, kamu hastanelerinde taşları yerinden oynatacak gibi görünüyor. Tasarıya karşı olanların iddialarına göre işine son verilecek 10 bin yöneticiden biri de Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimisi Doç. Dr. Kemal Memişoğlu. Dr. Memişoğlu ile tasarımı konuştuk.

Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı sağlık sistemimize ne getirecek?

Hastanelerin fonksiyonlarına, yapılarına, sunduğu hizmet kalitesine ve gelirlerine

göre sınıflandırılması hastanelerin sağlık sistemindeki rollerini ve yerlerini belirleyecek, sonuçta hasta ve gelir paylaşımında buna göre pay alacaklardır. Sınıflama sonucunda hastaneler arasında rekabet oluşacağı gibi daha iyiye yönelmeye de teşvik sağlanacaktır.

Bu tasarı sizce sağlıkta “özeleştirme”ymi, “özerkleştirme”yi mi neden olacak?

Öncelikle özerkleştirmeye sebep olacaktır ancak özelleştirmeye doğru da ucu açık gibi görülmektedir. Belirtmek gerekir ki; hizmeti iyi sunmayan hastaneler standartlarını iyileştirmeye zorunlu kılınmaktadır. Taslak kanunda, halen daha merkezîyetçi yapıyı değiştirmeme ibareleri mevcut bence biraz daha bağımsız yapılar oluşturulmalı.

Tasarı, bir anlamda kamu hastanelerinin Bakanlık yerine Bakanlığa bağlı birlikler tarafından yönetilmesini öngörüyor. Bu durumu, kamu sağlık sistemimizin federatif bir yapıya kavuşturulmak istendiği şeklinde yorumlamak da mümkün mü?

Kanun tasarısının amacı her ne kadar federatif bir yapı getirmekse de bazı maddeleriyle yine de bana göre hizmetin sunumunda merkezin etkinliği yeteri kadar azaltılamamış. Özellikle personel atamalarının ve kadrolarının merkezden tahsisi, mali yapının merkezce onaylanıyor olması ve kamu ihale kanununa dâhil olması, kendi kendine yönetimi yeterli kılabilceği konusunda şüpheler uyandırmakta. Hâlbuki kanunun başında hedeflere ulaşamayan birlik veya



hastanenin yönetiminin değişmesi öngörülmüş. Yani merkezi otorite sonuçlara göre karar verme yetisini eline almış. Hal böyleyken daha bağımsız bir yapılanma oluşturulabilir.

Türk Tabipleri Birliği ve sağlık sendikaları; yasa tasarısının kamu hastanelerini kâr güden kurumlar haline dönüştüreceğini, vatandaşın ödeyeceği paranın artacağını, sözleşmeli olarak işe alınan sağlıkçıların iş güvencesinin olmayacağını, düşük ücretle örgütsüz çalışmaya zorlanacaklarını iddia ediyorlar. Bu eleştirilerde haklılık payı var mı?

Kamu hastanelerinin sınıflandırılmasında, sadece mali yapı değil, verdiği hizmetin kalitesi, hasta ve çalışan memnuniyeti (ilerde belki hastalık tedavi başarı oranları) gibi birçok parametre var. Bu kâr güden yapı eleştirisini yaparken alternatif sunmak gerekiyor. Ayrıca kâr etmek başarılı hizmet sunmakla olur, eğer siz kötü bir hizmet sunarsanız sonuçta kâr edemezsiniz. Böylece insanların beklentisi olan başarılı bir sağlık sunumunu gerçekleştirebilir misiniz? Eğer koruyucu sağlık hizmetleri geliştirilirse ve sevk zinciri iyi çalıştırılabilirse, vatandaşın ödeyeceği paranın tersine azalacağı kanaatindeyim. Kaldı ki bana göre, vatandaş az da olsa yataklı tedavi kurumlarında tedavisi için bir miktar katkıda bulunmalı.

İş güvencesi konusunda; hakıyla çalışanın her zaman iş güvencesi olduğu inancındayım. İş güvencesi, “Çalışsam da işim var güvencesi” olmamalı. Örgütlenme noktasında da sağlık çalışanları bugün bir anlamda zaten örgütsüz çalışıyorlar. Örgüt denilebilecek, sağlıkçıların çoğunluğunun desteğini alacak bir örgütlenme var mı? Tabip odasına ve sendikalara, sağlık çalışanları ne kadar destek veriyor, ne kadar güveniyor bugün tartışılır.

Kamuda sağlık harcaması 2010 bütçesinde 40 milyar liraya ulaşmış görünüyor. Bu, çok yüklü bir fatura. Bu konuda ne düşünüyorsunuz?

Aslında o kadar da yüklü bir fatura değil. Sağlık harcamamız dünya standartlarına yeni yeni yaklaşıyor. Devlet olarak da, halk olarak da, sağlığını yok edici malzemelere, ürünlere ve sistemlere, sağlığa harcadığımız paradan çok daha fazla para harcıyoruz. Sağlık hizmeti, koruyucu hekimlikte ve birinci basamakta ücretlendirilmemeli, sevk zinciri ile tedavi alanlarda çok az olmalı. Ama direkt üçüncü basamağa başvuruyorsa ücret alınmalı.

Tasarıdan hastane çalışanları nasıl etkilenecek?

Eski çalışanların çok fazla etkileneceğini sanmıyorum ancak yönetim pozisyonunda olanlar etkilenecektir.

Tabipler, bugünkü sistemde nasıl bir iyileştirme istiyor, bu yasa iyileştirme getirecek mi?

Hekimlerin çok büyük bir bölümü hastalarından saygı bekliyor; bu da ancak iyi hekimlik uygulamaları ve güvenilir kurumsal yapılarla olur. Hekim arkadaşlarımızın genel olarak memnuniyet-sizliği mevcut. Ancak sistem iyileşmesi üzerine olacak her düzeltme, hekim çalışma ortamını düzeltecek her girişim zamanla memnuniyeti artıracaktır.

Yeni sistem hastalar için neyi vaat ediyor? Hastalar bu süreçten nasıl etkilenecek?

Rekabet unsuru oluşacağı gibi yönetim sorumluluğunun artması aynı zamanda hizmet kalitesinin ölçümü, hasta hizmetlerinin iyileşmesini doğal olarak artıracaktır. Esasında tasarının temelinde Sağlık Bakanlığı’nın stratejik planında hedeflere yönelmek amacı güdülmektedir.

Bu tasarının Sağlık Bakanlığı’nın üzerindeki yükü azaltacağı, düzenlemelere yoğunlaşabileceği yorumlarına katılıyor musunuz?

Evet katılıyorum. Bakanlık son 3-4 yılda politika oluşturma, düzenleme konularına daha çok önem vermeye başladı. Maalesef önemli bir eforunu halen daha hastanelerin yerinde çözülebilecek sorunlarıyla uğraşmakta harcamaktadır. Tabi bunun değişimi süreç alacaktır ancak benim kişisel görüşüm, bu kanunla bile merkezi bağımlılığı azaltacak radikal önlemlerin yeteri kadar oluşturulmadığı yönünde. Personel ve mali anlamda birlikler merkeze bağlı olduğu sürece bu sistemde tama yakın yetki devri olduğu söylenemez.

Tasarı, özel sektörün yıllardır dillendirdiği, “Sağlık Bakanlığı hem rakibimiz hem patronumuz. Bu durum adil değil.” eleştirilerini nasıl etkiler? Bakanlık, patronluk yetkilerini biraz olsun devrediyor mu?

Bir kere şunu ifade edeyim ki, Bakanlık rakip olmaz. Bu mantığı özel sektör değiştirmeli. Bakanlık hem kamunun hem özelin imkânlarını belli kurallar içinde kullanarak tüm halkın sağlıklı olmasını temin etmekle görevli. Özel sektör bu konuda Bakanlığa haksızlık yapıyor. Emin olun, Bakanlığın kamu hastanelerinin rekabet gücünü, hizmet kalitesini

artırmaya yönelik yaptığı baskı ve uygulamalar daha yoğun. Bunun yanı sıra bizlere hasta memnuniyeti, kalite gibi hastane işletmeciliğinin gereklerini de öğretmek bürokrasinin hantal yapısıyla da uğraşarak çok büyük bir atılım yaptırmıştır. Bugün çoğu devlet hastanesi mali ve hasta hizmetleri olarak özel sektörle rekabet edebilir hale gelmiştir. Bakanlık, özel sektöre çok daha nazik ve tahammüllü yaklaşım sergilemiştir. Şunu da belirtmek gerekir ki özel sektörün bir kısmı bu yaklaşımı kötüye kullanmıştır.

“Tasarısının yasalaşmasıyla, Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerinde görevli 10 binin üzerinde başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, müdür yardımcısı ve başhemşirenin değiştirilmesi gündeme gelebilecek.” deniyor. Bu iddia ne derece doğru? Bu 10 bin kişi ne olacak?

Zaten yönetici pozisyonunda olanların çoğu Bakanlığın tasarrufuyla bu görevlere getirilmişlerdir. Bu kişilerin görevleri değişmeyeceği gibi bir hak kaybına uğrayacakları inancında değilim. Ancak şu olacaktır; yönetici pozisyonunda olan kişilerin üstlerine bir sekreteryaya ve yönetim kurulu gelecek.

Bu kanun aynı zamanda hastanelerin yapısını da değiştirmektedir. Yani yönetim şekliyle beraber hastanelerin iç yapısı da değişmekte; bakım hizmetleri, mali hizmetler, tıbbi hizmetler birimlerine ayrılmakta bu birimlerin yata yetkilendirilmeleri söz konusu olmaktadır. Bu kanunla beraber yataklı işletme yönetmeliğinin de değişmesi gerekecektir.

Sonuç olarak böyle önemli değişikliklere herkesin fikir bazında katılımının sağlanması, yapıcı eleştiri yapması, katkı sağlaması gereklidir. Siyasi veya politik düşünceleri bir yana bırakıp, “Sistemin ve insan sağlığının gelişiminde nasıl pay sahibi olurum.” diye düşünmek lazım. Kötü işleyen sistemden nemalananlar hariç, sağlık sisteminin daha kaliteli ve iyi sunulması herkesin işini yarayacaktır. Hey şeyin başı sağlık, her uygulamanın başlaması da bir niyettir. Niyetimiz iyi olduktan sonra sonucun kötü olacağını sanmıyorum.

Kamu hastane birlikleri ülkemizi işgale hazırlanmaktadır

Dr. Sebahattin Işık



İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde yaptı. Okul doktoru, işyeri hekimi ve belediye doktoru olarak farklı şehirlerde görevler yaptı. Tıbbi mikrobiyoloji dalında doktora çalışmasını tamamlayarak bilim doktoru unvanı aldı. Halk sağlığı, sağlık bilişimi, sağlık sistemleri ve uluslar arası sağlık politikaları konularında araştırmalar yaptı. Halen bu alanlarda danışmanlık yapmaktadır.

Kanın tasarısındaki adlandırmayla "Kamu Hastane Birlikleri", yıllardır söylenegelen ifadeyle "kamu hastanelerinin idari ve mali zerkliği" Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin tasarısı gündeme almasıyla yeniden ilgi odağı olmaya başladı. Aslında bu bitmez senfoni uzun süredir alınmaktadır. 1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile hastanelerin sağlık işletmesine dnştrlme girişimi Anayasa Mahkemesi'nin bilinen

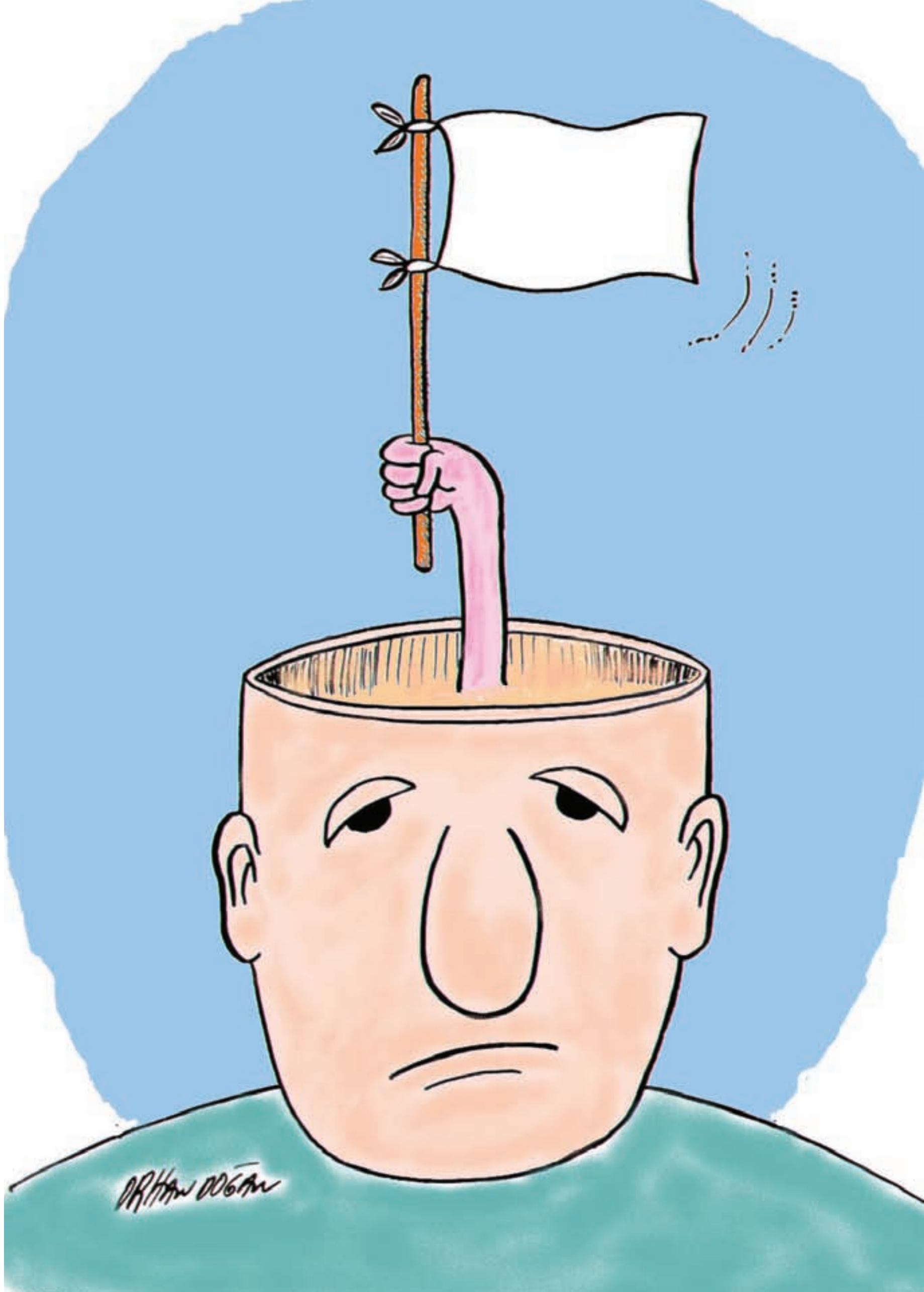
tekere taş koyma tavrı ile (1988/8 sayılı karar) kadük hale gelmişti. Hem daha önceki kalkınma planlarında, hem de şu an yürürlükte olan 2007-2013 yılları kalkınma hedeflerini belirleyen 9. Kalkınma Planı'nda hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması gerektiğine vurgu yapıldığını biliyoruz.

İktidardaki partinin programı ile ana muhalefet partisinin programları bu konuda söz birliği etmiş durumdalar. Son iki hkmetin programları, acil eylem planları ve nihayet Sağlıkta Dönüşüm Programı hastane özerkliği konusunda

aynı şeyleri söylüyor. Hatta şu günlerde ana muhalefet partisinin başına geçen Sayın Kemal Kılıdarğlu'nun Sağlık Bakanlığını atlatırcasına adeta Sağlıkta Dönüşüm Programını savunduğunu söylesem bana inanır mısınız?

Gelin web sitesinde bulunan Mart 2000 tarihli makalesine birlikte göz atalım: *"lkemizde sağlık kuruluşlarının sağlık işletmelerine dönüştürülmeleri, bunların merkezin büyük ve hantal yapısının dışına çıkarılarak, idari ve mali açıdan özerk küçük işletmeler haline getirilmeleri gereği kaçınılmaz bir hale*





Yüz yaşına yaklaşmış
günümüz Cumhuriyetinin
Sağlık Bakanlığı adeta
Cumhuriyetimizin
kurucularının hatırasını
canlandırmak istercesine,
Bakanlığı yeniden
yapılandırmaktan, yetki
devrinden,
desantralizasyondan ve
hatta daha teknik tabirlere
bulaşıp, alt seviyedeki
örgütlere yetki devri
anlamına gelen
“delegasyon” gibi yönetim
biliminin anlaşılabilir (!)
kavramlarından söz
etmekte, bu yönde politika
geliştirmeye çalışmaktadır.

gelmiştir. Minimize olmak; ihtisaslaşmayı, profesyonelliği ve kaynak tahsisinde ve kullanımında etkinliği de beraberinde getirecektir. İdari ve mali özerklik, karar alma süreçlerini ve bu kararların uygulanmasını hızlandıracak, böylece ihtiyaçlara kısa sürede cevap verme olanağı doğacaktır.”

Sayın Kılıçdaroğlu bununla da yetinmeyip personel ve ücret politikalarına cesaretle yaklaşmaktadır. Ona göre, *“Her sağlık işletmesi, kendi personel politikasını kendisi belirlemelidir. Bu uygulamayla personel alımında siyasi ve sosyal baskılar en aza ineceği için, personel istihdamı ve terfii tamamen ihtiyaç ve liyakat esasına göre olacak, bu da zaman içerisinde profesyonelleşmeyi sağlayacaktır... Ücret politikası da belirli ölçüler çerçevesinde verimlilik esasına bağlanmalıdır. Bu hem çalışanların motivasyonunu arttıracak, hem de hizmetlerin niteliği üzerinde olumlu bir etki gösterecektir.”*

Ayrıca aynen Kamu Hastane Birlikleri Kanunu tasarısında olduğu gibi merkezin, yani Bakanlığın özerk sağlık işletmeleri üzerinde kesin ve etkin bir denetim mekanizmasına sahip olması, hastanelerin profesyoneller tarafından yönetilmesi, başhekimin sadece hastanenin sağlık işlemlerinden sorumlu olması, diğer işlerin ise konunun uz-

manları tarafından veya onların denetim ve sorumluluğunda yapılması gerektiğine ilişkin detayları da burada bulabilirsiniz.

Bunların yanında, SSK'nın bir an önce sağlık işletmeciliğinden vazgeçip asıl görevi olan sigortacılık üzerinde yoğunlaşması ve Kurum hastanelerinin tamamının Sağlık Bakanlığına devredilmesi, Türk Silahlı Kuvvetleri'ne ait hastaneler dışındaki tüm hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlı olması, kadrolu hekimlerin mutlaka tam gün çalışması yönündeki görüşlerine de burada değinerek sizleri tahrik etmek istemem.

Kısacası, eğer politik görüşlerde tutarlılık devam ederse, iktidarlar değişse bile bu politikaların değişmeyeceği, gelmesi muhtemel iktidarların da Sağlıkta Dönüşüm Programına sahip çıkacağı anlaşılıyor. Ne yapalım, ya bunların hepsi yanlış yolda, ya da aklın yolu bir.

Söylemler böyle olsa da icraatlar her zaman bu kadar cesur olmayabiliyor. Özerkleştirme, yerinden yönetim, desantralizasyon, otonomi, adem-i merkeziyet ne dersiniz deyin, statükonun zoruna giden bir kavrama dokunduğunuzun unutmayınız. Zira bu kavramlar planlama, yönetme ve karar verme gibi konularda merkeze ait yetki ve gücün periferiye, yani hiyerarşik açıdan daha alt kesimlere aktarılması art niyetini (!) içinde barındırmaktadır.

Genç Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam'ın izlerini taşıyan dönemin sağlık politikalarında bile ağırlıklı olarak hastanelerin yerel yönetimlere devri öngörülse de, kim takar onları? Artık daha despotik ve daha merkeziyetçi bir Cumhuriyet'ten yana yız (!) nasıl olsa.

Yüz yaşına yaklaşmış günümüz Cumhuriyetinin Sağlık Bakanlığı adeta Cumhuriyetimizin kurucularının hatırasını canlandırmak istercesine, Bakanlığı yeniden yapılandırmaktan, yetki devrinden, desantralizasyondan ve hatta daha teknik tabirlere bulaşıp, alt seviyedeki örgütlere yetki devri anlamına gelen “delegasyon” gibi yönetim biliminin anlaşılabilir (!) kavramlarından söz etmekte, bu yönde politika geliştirmeye çalışmaktadır.

Ancak biz hekimler böyle kavramların ardına saklanılmasını pek sevmeyiz. Daha toptancı ve daha doğrudan politikaları seven bizler, yönetim biliminin detaylarına, sağlık politikalarının derinliklerine çok da meftun değilizdir. Tıbbiyeli olarak imparatorluğun bitişini hızlandırmak, devlet yönetimine talip olmak, devrim gözcülüğü yapmak, açlık grevleri, insan hakları ihlalleri konusunda mesai harcamak daha çok ilgi-

mizi çeker. Böylesine teknik konuları ise teferruattan ibaret gibi algılarız. Bazımız bu yüzden ilgisiz kalır, bazılarımız da genel politik algımız içinde ona bir yer verme çabasına gireriz. Mesela hastane özerkleştirilmesine, sağlık alanında yıllardır yürütülen piyasacı dönüşümün son düzenlemesi olarak bir yer bulmamız bile mümkündür. Zira bizi hastaneler değil, tebaasını müşteri konumuna dönüştürme riski taşıyan ve bu dönüşümüne asla izin vermeyi düşünmeyeceğimiz devletin yurttaşlarının korunması ilgilendirmektedir. Hatta kutsal devletimizin varlıklarının özelleştirilerek “peşkeş çekilmesi” gibi tehlikelere göğüs germeye hazırızdır.

Kahramanca savunduğumuz bu tavrımızı anlatmada zorluk çekersek, piyasalaştırma girişiminden, sağlığın ticarileştirilmesinden, paralılaştırılmasından dem vururuz. 2002 sonrası dönemde cepten sağlık harcamalarının düşüşünü göz ardı eder, buna mukabil kamu sağlık harcamalarının artışını sağlık harcamalarında patlama olarak görürüz. Kanun tasarısında Kamu Hastane Birliklerinin kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olduğu yazılı olsa da bunu takkiye olarak görür, bu kısveye bürünerek hastanelerin rekabet eden kâr amaçlı işletmeler olarak piyasada yerlerini alacağını ilan ederiz. Hastane birliklerinin kamu tüzel kişiliğine haiz, kamu hizmeti sunan, özerk, Bakanlığın ilgili kuruluşu şeklinde yapılacak olması önemsiz teferruattan ibarettir. Zaman zaman yeterince mesnet bulmada zorlansak da, bu tavrımızın meşru bir gerekçesi vardır: Zira özelleştirmenin sağlığa zararlı olduğunu anlatmak görevimizdir.

Şimdi bu yazıyı okuyan bir meslektaşım çıkıp kendisinin böyle düşünmediğini ileri sürme gafletinde bulunmasın. Sınıfımızı temsil eden ve adımıza konuşan meslek örgütlerimiz söylemine bakarsanız hekimlerin temsili bakış açısını görmüş olursunuz. Hatta bir adım ileri gidip, bu görüşleri her türlü sağlık politikasına karşı uyarlanabilir bir argüman, tutarlı bir çizgi, kararlı bir tavır olarak görebilirsiniz.

Hekim örgütlerinin bu tavrı ve bilinçlendirme başarısı, mensuplarını da doğal olarak tedirginliğe itiyor. Tasarı kanunlaşır sa mevcut hastane yöneticileri kadrolarını, mevcut sağlık personeli de işlerini kaybedebilme korkusuna kapılıyor. En azından çalışanlarda bir tedirginlik oluştuğunu inkâr edemeyiz. Ne var ki, tasarının yöneticilerin özlük haklarını güvence altına aldığını, çalışanların ise mevcut mevzuatlar çerçevesinde göreve devamını öngörüyor olmasını görmemezlik edemeyiz. Bu haliyle sözünü ettiğimiz tedirginliğin yersiz olması bir yana, tasarının özerkleşmeden

beklenene cevap vermede yetersiz kaldığını söylemek bile mümkün.

Tasarıda Bakanlığın sağlık personeli atama ve nakillerindeki yerleştirme yetkilerinin aynen korunduğu görülmektedir. Burada tasarının tutuculuktan kurtulamamakta ve merkezci anlayışı sürdürmekte olduğunu söylemek yanlış olmaz. Daha cesaretli bir adım atılsa, mesela Sayın Kılıçdaroğlu'nun dediği gibi her sağlık işletmesinin, kendi personel politikasını kendisinin belirlemesi yetkisi tanınsaydı ne yapacaktık? Bilmiyorum, acaba doğrusu bu muydu? Bu doğrusa, dengeli personel dağılımı nasıl korunabilirdi? Bunun gibi soruları sıralamak mümkün.

Bazı meslektaşlarımız hastane yöneticilerinin özlük haklarının korunmasının bir anlam ifade etmeyeceğini, zira yönetici koltuklarını kaybetmelerinin önemli bir tasfiye hareketi olduğunu ileri sürmektedir. Bu kaygıyı anlamada ben zorlanıyorum. Bugüne değin çeşitli platformlarda Bakanlığın kadrolaştığını iddia etmiyor, yandaşlarını yönetime getirdiğini farklı platformlarda dile getirmiyor muyduk? Ne güzel, yönetime getirdiği kadroları bu kanunla tasfiye ediyor işte (!). Yoksa bugüne kadar seslendirdiğimiz iddialara, yaptığımız suçlamalara kendimiz de mi inanmıyorduk? Eğer mevcut yönetimdeki arkadaşlarımız tedirginlik duyuyor ve Bakanlık dışı yönetimlerin kendilerine görev vermeyeceğini düşünüyorlarsa, ona bir şey diyemem. Bu arada, bugünkü görev tanımı ve sorumluluk alanı içinde hastane başhekimliğinin tahammül edilebilir bir görev olduğu da tartışılır doğrusu.

Bir de, yönetim kuruluna takılanlar var. Yönetim kurulunun ticaret erbabından oluştuğu, sağlık çalışanlarının ve özellikle doktorların burada yeterince yer almadığı eleştirileri bir yana, yönetim kurulları eliyle hastanelerin özelleştirildiğini ileri sürenlere şahit oluyoruz. Tasarıda sözü edilen yönetim kurulunun görevlerine baktığımızda buranın bir yönetim kurulundan ziyade mütevellî heyetine benzediği fark ediliyor. Bu durumda mütevellî heyeti gibi kurullarda mesleki temsiliyet oluşturmanın kurumu işletme olmaktan çıkarıp zaten mebzul sayıda örnekleri olan hantal, iç çatışma ve itişip kakışmaktan dolayı iş yapma yeteneğini kaybetmiş kamu iktisadi kuruluşlarına dönüştüreceğini fark etmek için kâhin olmak gerekmiyor. Gerek doğrudan merkezi olarak yönetilen kamu hizmet organizasyonları, gerek yukarıda tasvirini yapmaya çalıştığım KİT'ler bugünün hızla gelişen dünyasına ayak uydurmada zorlandıkları için özelleştirmeyle yüz yüze geliyorlar. Günümüzde özelleştirme furçasının en önemli dinamiği budur. Kamu Hastane Birlikleri yapısında bu risklerden korunmaya çalışılarak bir anlamda

bu özelleştirme gidişatının önüne set çekilmeye çalışıldığı fark ediliyor. Bu hususun yönetim kurulundaki atanmış kamu temsilcilerinin fazlalığı nedeniyle biraz abartılmış olduğunu da söylemeden edemeyeceğim.

Bu haliyle Kamu Hastane Birliklerinin, yönetim kurulunun yapısındaki kamu korumacılığı hassasiyetinin derecesi ve personel istihdamındaki tutuculuğu, oluşturulan sıkı denetim mekanizması, birliklerin Kamu İhale Kanununa tabi olmaları ve Bakanlığın korunan otoritesi nedeniyle, eleştirilerin aksine özelleştirmecilerin beklentilerine yeterince cevap vermeyeceğinden korkarım.

Bu ifadelerimin, sağlık hizmeti yönetiminin profesyonel idarecilerden oluşan bir ekibe bırakılması, her yöneticinin kendi alt kadrosunu oluşturabilmesi, hastanelerin yönetim kadrosunun sözleşmeli ve süreli olması, yani performans ve başarıya endeksli hale gelmesi gibi olumlu gelişmeleri gölgelemesini arzu etmem.

Bu kısa yazı kapsamı içinde her görüşe bir yorum yapma gibi bir kaygım olmaz. Kaldı ki, alma satma yetkisi gibi aslında mevcut kanunlar çerçevesinde sınırları çizilmiş hususlar, birliklerle yabancı sermayenin ilişkilendirilmesi gibi konu dışı evhamlar, bence üzerinde fazlaca durmaya değmeyen noktalar. Kanunun içeriğine fazla nüfuz edemiyor, ne getireceğini kestiremiyorsa, hele bunun bir çerçeve yasa olduğunu ve alt mevzuatla şekillenecek daha birçok bilinmeyen varlığını fark etmişsek, karşı çıkmak için başka argümanlar geliştirmemiz gerekecektir.

Bence güvenilir resmi kaynaklardan gelen habere kulak verelim ve hazırlıklı olalım. Haberin kaynağı milletin iradesini temsil eden Türkiye Büyük Millet Meclisi'dir, bu yüzden önemlidir. Bu habere göre Kamu Hastane Birlikleri gittikçe yaklaşmakta ve ülkemizi işgale (!) hazırlanmaktadır.

Kaynaklar

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Aydın, Sabahattin: Kamu Hastane Birliklerine Doğru,

Ataay, Faruk: Kamu Hastane Birlikleri Tasarısı Üzerine bir Değerlendirme. Türk Tabipleri Birliği Yayını, Ankara, 2007

Hayran Osman, Sur Haydar: Sağlık Hizmetlerinde Desantralizasyon

http://www.kemalkilicdaroglu.com/index.php?option=com_content&view=article&id=223&catid=25&Itemid=41

<http://www.merih.net/m1/wosmhay16.htm>

<http://www.saglikhaber.net/Icerik>

Bazı meslektaşlarımız hastane yöneticilerinin özlük haklarının korunmasının bir anlam ifade etmeyeceğini, zira yönetici koltuklarını kaybetmelerinin önemli bir tasfiye hareketi olduğunu ileri sürmektedir. Bu kaygıyı anlamada ben zorlanıyorum. Bugüne değin çeşitli platformlarda Bakanlığın kadrolaştığını iddia etmiyor, yandaşlarını yönetime getirdiğini farklı platformlarda dile getirmiyor muyduk? Ne güzel, yönetime getirdiği kadroları bu kanunla tasfiye ediyor işte (!).

aspx?HaberID=503

Kamu Hastane Birlikleri Kanunu Tasarısı

Kılıçdaroğlu, Kemal: Türkiye'nin sağlık sorunları ve çözüm önerileri 02 Mart 2000

Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2003

Hekimliğin altın çağı sona mı eriyor?

Dr. Mehmet Demir



1966 yılında Eskişehir'de doğdu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. Bir süre pratisyen hekim olarak çalıştı. Daha sonra çeşitli tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve hastane başhekimliği görevlerinde bulundu. Kütahya Tabip Odası'nda yöneticilik yaptı. Özel sağlık merkezi kuruculuğu ve yönetiminde çeşitli görevlerde bulundu. SB Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü olan Demir, performans yönetimi, kalite geliştirme, hasta güvenliği ve Genel Sağlık Sigortası konularında Sağlık Bakanı'na danışmanlık yapmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın yürütülmesinde aktif olarak yer alan Demir'in kitap ve çok sayıda yayımlanmış makalesi mevcuttur. Demir, evli ve bir çocuk babasıdır.

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. Farklı tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı ve SB Merkez Teşkilatı Daire Başkan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. Halen Dr. Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi Müdürü olup yanı sıra SB müsteşarlık makamında çalışmaktadır. Bir yandan da Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde sağlık sosyolojisi alanında doktora çalışmasını yürüten Demir'in sağlık sosyolojisi ve sağlık kuruluşlarında kalite uygulamaları konularında hakemli ve diğer periyodik dergilerde yayımlanmış makaleleri ve sosyal bilimler alanındaki çeşitli kitaplarda bölüm yazarlığı bulunmaktadır. Demir, evli ve iki çocuk babasıdır.

Kişileri tanımlamanın çok sayıda yolları bulunmaktadır. Bunlar arasında, kişilerin ait olduğu sosyal çevre, ekonomik statüsü veya mesleği en başlarda yer almaktadır. Zira bir kişi hakkında kimdir, necidir sorularına verilecek neredeyse ilk yanıt, onun mesleğine ait enformasyonu içermek-

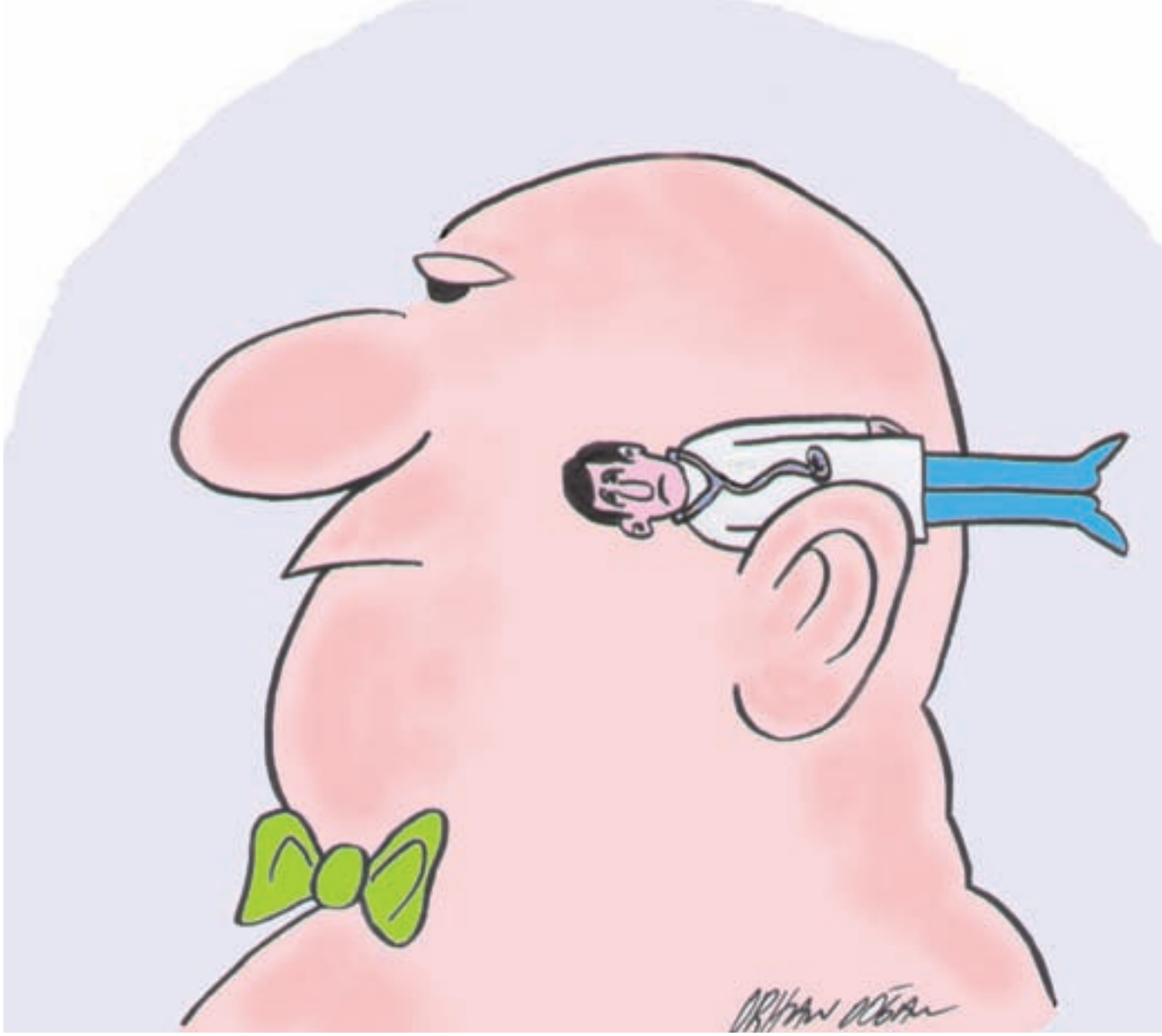
tedir. Birini tanımanın en kestirme yoludur bu. Sektörel olarak ele alındığında ise kesinlikle meslekle at başı giden bir tanımlama söz konusu olmaktadır. Öyle ki onlarca sayıda meslek grubunu barındıran sektörlerde mesleklerin derecelendirilmesi yanında "model meslek" kavramının da zihinlerde yer ettiğini söylemek yanlış olmayacaktır. **Sağlık sektöründe model bir meslekten bahsedecek**

isek, bunun halen "hekimlik" olduğunu belirtmek yanlış olmayacaktır. Hatta diğer meslek grupları açısından da ele alındığında dikkat çeken bir meslek olduğu söylenebilir.

Sağlık sektöründe 20'yi aşkın meslek grubu bulunmaktadır. Çeşitlenen sağlık hizmetleri bu mesleklerle yenilerini katmaya devam etmektedir. Ülkemizde sağlık ve sosyal sigortacılık







Peki, hekimlik otonom olma özelliğini yitirmiş midir? Bunu nasıl yorumlamak gerekecektir? “Hekimlik mesleği aşındırılmakta mıdır” yoksa “hekimlik mesleği gün geçtikçe daha profesyonel hale gelen, kural ve sınırları netleştirilen, diğer profesyonel meslekler gibi normalleşmekte midir?”.

alanındaki gelişmeler hızla devam etmektedir. Bunlardan sağlık uygulama tebliğindeki değişiklikler, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun uygulamadaki kararları, Tam Gün Yasası, Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı, sağlık hizmetlerinin planlaması, sağlık personelinin ücretleri gibi konu başlıkları veya konular bileşkesi bizleri genel olarak sağlık çalışanlarının bizatihi kendisi üzerinde yeniden düşünmeye sevk etmektedir. Yaşanan değişimlerin hızı bütün paydaşları bir şekilde

etkilemektedir. Sonuçlarının ne olacağı hakkında ise şu an için göstergeler iyi olsa da bir süre daha beklemek gerekebilecektir.

Hızlı değişimleri mesleklerin doğasına ve geleceğine önemli etkileri olabilmektedir. Zira mesleği icra edenler sadece teknik kişiler olmayıp politik ve ideolojik angajmanı da olan insanlardır. Öte yandan mesleklerin doğasına ve geleceğine ilişkin olarak mevcut sosyo-ekonomik gelişmelerden bağımsız bir şekilde yapılacak değerlendirme, eksik bir değerlendirme olacaktır.

Bu çalışmanın ana eksenini hekimlik mesleğine odaklanmaktadır. Bu yazı çerçevesinde sağlık sektöründe sayıca büyük iki meslek grubundan olan hekim ve hemşirelerden hekimlerin durumu analiz edilmeye çalışılmıştır. Buna mukabil, yaşanan değişimler hemşire meslek grubu üzerinde de düşünülmesini zorunlu kılmaktadır.

Yazıda, mevcut içinde bulundukları durumun hekimler açısından ne anlama geldiği anlaşılmaya çalışılacak olup bu çerçevede hekimlerin görüşlerine başvurulmuştur.

Meslek

İnsanların hayatını idame ettirebilmek

adına formel veya informal olarak edindikleri eğitim sonrasında bir ihtiyacı karşılamaya yönelik faaliyet uzmanlığı ifası meslek olarak ele alınabilir. **Bir mesleği meslek yapan hususlardan söz edecek olursak, bunların başında hiç kuşkusuz otonomi gelmektedir. Yani çalışma alanında bağımsız karar verebilme ve bu kararı sonuçlandırmadır.** Mesleki sınırlarının ve eğitim süresinin belirlenmiş olması gibi özelliklerdir.

Hekimlik mesleği örneğinde meslek değerleri ve kuralları meslek kültüründe kurumsallaşmış bulunmaktadır. Bireysel olarak kendi kendini kontrol etme ise meslektaşların biçimsel veya resmi olmayan kontrolü ile tamamlanmıştır. Bu durum “toplumsal çıkarlara yönelik” olduğundan, uzunca bir dönem için toplum tarafından bu mesleğe; yüksek gelir, itibar gibi avantajlar sağlanmıştır. **Böylelikle, mesleki otonomi, meslekten olmayan veya anlamayan kişilerin kontrol ve müdahalelerinden korunmuştur.** Ancak kamunun birçok kesimi, faaliyet öznese kimse veya gruplar ve medya gibi kesimler, profesyonel meslek grupları üzerinde kontrol kurmaya çalışırlar (Cirinlioğlu, 1996). Bunun yanında, **hekimlik mesleğinin üzerinde kontrol kuramayan yapılar, mesleğin çalışma ortamı üzerinde**

kontrolü artırmaya uğraşmaktadır-lar (Conrad, 2001). Kamu otoritesinin son dönemde hayata geçirdiği birçok uygulamalar da bu yönde eğilimler içermektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin ödeyici tarafında bulunan kurumların bazı uygulamaları da bu yönlü müdahaleyi içermektedir.

Dolayısıyla, günümüz itibarıyla, sağlık alanında mesleki otonomiden söz edilebilmek oldukça güç bir hale gelmiştir. Hasta hakları, hasta güvenliği, ilaç yazım kuralları, tedavi protokolleri, klinik rehberler ve benzeri birçok mevzuat veya planlama benzeri uygulamalar mesleki otonomi kavramını yeniden tartışılır hale getirmiştir. **Peki, hekimlik otonom olma özelliğini yitirmiş midir? Bunu nasıl yorumlamak gerekecektir? “Hekimlik mesleği aşındırılmakta mıdır” yoksa “hekimlik mesleği gün geçtikçe daha profesyonel hale gelen, kural ve sınırları netleştirilen, diğer profesyonel meslekler gibi normalleşmekte midir?”**. Aslında bu sorulara verilecek peşin cevaba göre yazının seyri tayin edilebilir. Bunun yanında, mesleği icra edenlerin bu konudaki düşüncelerini de dikkate alacak şekilde bir değerlendirme yapmak daha doğru olacaktır.

Bu makale kapsamında, hekimlik mesleğini icra edenlerin meslek hakkındaki görüşlerinin önemli olduğu düşünce-sinden hareketle nitel görüşmeler yapılmasına karar verildi. Nitel görüşmeler çerçevesinde farklı branş ve pozisyon-daki hekimlerin meslek hakkındaki görüşlerine başvuruldu. Görüşülen hekimlerin meslekte en az 10 yılını tamamlamış olması esas alındı. Hekimlerden elde edilen bu görüşleri de 21. yüzyıl Türkiye'sinde 20 yıllık bir perspektiften yola çıkarak irdeledik.

Hekim görüşleri:

Dr. A: “Bana tıp diplomasını verirken “Sen tansiyon ilacı, şeker ilacı, kalp ilacı yazamazsın. Ancak basit ağrı kesici ve birkaç basit antibiyotik yazabilirsin.” denmedi. Bu uygulamaları mesleğin yapılmasında engel olarak görüyorum. Hatta meslekten soğuttuğumu düşünüyorum. Ben hastayı muayene ediyorum, tedavisini düzenleyeceğim. Ancak hastaya, “Kusura bakma ben ilacı yazarsam sen paranla almak zorunda kalırsın. Bu nedenle ilgili doktora git o yazar-

sa öderler.” dendiğinde hastanın size güveni kalmıyor.”

Dr. B: “Hekim muayene ettiği hastasına, aldığı tıp eğitimi çerçevesinde istediği ilaçları reçete edebilmeli. Etkisine güvendiği ilaçların eşdeğerini değil, orijinal molekülü olanının da hastasına verilmesini sağlayabilmeli. Gerekli gördüğü tetkik ve tahlilleri mevzuata da dikkat ederek isteyebilmeli.”

Dr. C: “Bilimsel verilerle çelişmeyen algoritmalara dayanan düzenlemelerin yanındayım. Ama maalesef benim gözlemim Türkiye'de bilimsel verilerle çelişen mevzuat düzenlemelerinin sıkça yapıldığı ve sıkça geri alınmak zorunda kalındığıdır. Adeta iş bilimsellikten çıkmış, çocuk oyununa dönmüştür. Devlet ciddi-yeti yoktur... Hâlbuki bu düzenlemeler yapılmadan çok ciddi şekilde değerlendirmeye tabii tutulmalıdır. İlgili derneklerden de görüş alınmalıdır. Ama maalesef şu anki tablo yap-boz tahtasından farklı değildir. Güven kaybına yol açmıştır. Boş verin! Hastaların hekimlere de güveni sarsılmıştır. Öyle ki telafisi de gün geçtikçe zorlaşmaktadır.”

Dr. E: “İdari düzenlemelerin mesleğe etkileri yadsınmayacak derecede önemli ve fazladır. Sahadaki çalışma şartlarını bilmeyen, zorluklarla karşı karşıya kalmamış hekim veya ilgili branş hekimi bile olmayan kişilerce düzenlenmiş idari düzenlemelerin fayda sağlayacağına inanmamaktayım... Oysa yapılacak düzenlemelerde çalışanların görüşlerine başvurulsaydı, onlarla istişareler yapılsaydı, çok daha başarılı sonuçlar alınabilirdi.”

Yukarıda görüşlerini ifade eden hekimlerin beyanlarından anlaşıldığı üzere yasal ve mali mevzuat düzenlemeleri hekimlik icrasına müdahale olarak değerlendirilmektedir. Hekimler mesleki kodları gereği ve hasta yararını önceliklediklerinden dolayı, sınırlamalar getiren bu kararların isabeti konusunda üstü örtülü veya açık bir şekilde otonominin zedelendiğine işaret etmektedirler.

Müdahalelerin mahiyetine itirazlara etki eden çok sayıda husus ifade edilebilir. Bunların başında meslekler hakkında tasarrufta bulunanların mesleğin doğası ve icra edildiği ortam hakkında yetersiz bilgiyle sahip

Ülkemizde hekim örgütlerinin sağlıktaki gelişmeleri ve değişimleri, kısaca paradigma değişimini yeterince kavrayıp mesleğe yönelik yeni bir bakış açısı kazandıramadıkları ve değişimlerin analizinde kolaycılığa kaçarak “hekimlik mesleği aşındırılıyor” şeklinde değerlendirme yaptıkları ifade edilmektedir. Tüm çalışma şartlarının ve mesleki kodların veyahut da hizmet arzının sadece onu üretenlerce planlandığı “lonca veya ahilik döneminin” sona erdiği kuşku götürmez bir gerçekliktir.

olmalar, alanı yeterince bilmemeleri ve salt maliyet endeksli yaklaşıma sahip olmaları sayılabilir.

Mesleklerle müdahale, onlar hakkında yeterli birikime sahip olunmaması halinde istenmedik sonuçlara yol açabilmektedir. Hekimlik, bu mesleklerin başında gelmektedir. Hekimlik gibi bilgi birikiminin yüksek olduğu meslek alanlarına müdahale, o güne değin üretilmiş bilgiyi yok saymak veya suyun yukarı doğru akmasını istemek anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, doğrudan müdahalenin güçlüğü, farklı seçeneklerin gündeme getirilmesi ve uygulanmasını ortaya çıkartmaktadır. Teorik olarak hekimlik pratiğini engellemiş olmasa bile (ilaç yazma örneğinde, hekim istediği ilacı yazabilir ama vatan-daş bunu temin edemeyebilir) bir ekip ilişkisi olarak görülebilecek hasta-hekim ilişkisini sekteye uğratmış görünmektedir.

Mesleğin çalışma ortamına müdahaleyi getiren bir diğer husus, medya faktörü olmaktadır. Mesleğin kendisine

Şekil: Castels'e göre Sağıktaki Yeni Paradigma (akt. Kasapoğlu, 1999)'daki tablonun değiştirilmiş halidir.	
TEHLİKELİLİK	RİSK'E GEÇİŞ
BELİRTİLER(TIBBİ BAKIMIN HEDEFİ)	KİŞİNİN ÖZELLİKLERİ
DOKTOR-HASTA İLİŞKİSİ	UZMANLAR/EKİP İLİŞKİSİ
HEKİMLER ÖZERK	HEKİMLER İDARECİLERİN ASTI
SAĞLIK YÖNETİCİLERİ	STRATEJİST HALİNDE

Hekimlik mesleğinin otonomisine doğrudan müdahale anlamına gelen SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) uygulamaları hastanelerde profesyonel bir grup tarafından takip edilmeyi gerektirir durumdadır. Her uygulama, bilgi sistemlerinde ve sağlık hizmetinin mahiyetinde revizyona yol açmakta ve dolayısıyla vatandaş-kurum gerilimine de sebep olabilmektedir. SUT, öğrenilen hekimlikle uygulanan hekimlik arasında her geçen gün mesafeyi açmaktadır.

ilişkin haber değeri taşıyan bir durum olmadıkça yaygın medyanın gündeminde yer alması mümkün değildir. Böyle olunca da mesleklere dair algılarımız değişebilmektedir. İronik ama neredeyse medyanın yer vermediği olay veya olgunun yahut da herhangi bir şeyin olmadığını iddia etmek bile olası hale gelmiştir. Zira gerçeklik algımızı medyanın kendisi belirlemeye başlar olmuştur. **Bu açıdan hekimlik mesleğine yönelik algıyı belirleyen unsurlardan birinin de medya olduğunu ifade etmemiz yanlış olmayacaktır.**

Uzun bir geçmişi ve köklü bir geleneği olan her meslek grubunun uyması gereken sorumluluklar ve göz önünde bulundurması gereken prensipler söz konusu olabilmektedir.

Hekimlik mesleğinin temel prensipleri ve profesyonel sorumlulukları

Her mesleğin belirlemiş olduğu mesleki kodlar ve prensipler hekimler için de geçerlidir. Ancak bazı meslekler salt teknik mahiyete sahip sorumlulukları vaaz ederken hekimlik mesleğinin kodları siyasi ve politik angajmanı da içermekte, sosyal sorumlulukları daha ön plana çıkaran bir mahiyettedir. Meslek grubunun tartışmalarda ve düzenlemelere uyum noktasında bu düzenlemelere doğrudan tabi olmayı

seçmeyip bazen de karşı taraf olmasında, bu kodların etkili olduğu düşünülebilir. Bu çerçevede Annals of Internal Medicine’de (2002) yayımlanan bu temel prensip ve sorumluluklara kısaca yer verilmektedir.

Temel prensipler:

- Hastanın refahı önceliklidir.
- Hastanın otonomisine saygı duymalıdır.
- Hekimler sağlık sistemi içinde adanetli desteklemelidir.

Profesyonel sorumluluklar

- Yaşam boyu eğitimi ilke edinmelidir.
- Hasta ile ilişkiler tam bir dürüstlük içinde olmalıdır.
- Hasta gizliliğine riayet etmelidir.
- Hasta ile sürdürülebilir bir etkileşime sahip olmalıdır.
- Hizmet kalitesinin artırılmasına katkı sağlamalıdır.
- Sağlık hizmetine erişimi destekleyici tutuma sahip olmalıdır.
- Kaynak kullanımında dikkatli olmalıdır.
- Bilimsel bilgiye itibar etmelidir.
- Çıkar çatışmasından kaçınılmalıdır.
- Mesleki sorumluluğa sahip olmalıdır.

Yukarıda görüldüğü üzere ilkelerin büyük çoğunluğu sağlık sisteminde sadece vatandaş olarak değil meslek grubu olarak tutum almayı teşvik edecek mahiyettedir. Bununla birlikte, hekimler mesleğini icra ederken karşılaştıkları durumlar neticesinde mesleki kodlar ve objektif durum açısından farklı düşünebilmektedirler.

Dr. A: “Bu maaş ve bu özlük haklarıyla bu mesleği yapmak için âşık olmak gerekir... Tıp mesleği, kısa zamanda hastanın ve toplumun yararını en üst düzeyde tutan kararın verildiği bir meslek. Ayrıca 24 saat hizmet etmek zorundasınız. Bu nedenle diğer mesleklerden daha stresli bir meslek. Ayrıca daha fedakâr olmanız gerekli.”

Dr. B: “Hekimlik mesleğini icra etmek giderek zorlaşmakta olup görev yapılan yere, birime göre ücretlendirme çok değişmektedir. Mesleğimizin sosyal statüsünde de düşme meydana gelmektedir.”

Dr. C: “Maalesef günümüzde okumanın-tahsil yapmanın çok bir anlamı kalmamıştır. İnsanlar paraya perestiş eder (tapar) olmuştur. Bu durumu gören çocuklarımıza, “Oku da adam ol” demenin inandırıcılığı kalmamıştır. Hâlbuki yüksek tahsil yapan insanların ekonomik açıdan gelecek kaygısı

olmadığı bir ortam oluşturabilseydik, çocuklarımızı eğitime yönlendirmemiz daha kabil-i-imbân olurdu. Şimdi ise çocukların en az yarısı popçu veya topçu olmaya özeniyor, neden ki... Kısacası halkın okuyana saygısı kalmamıştır.”

Dr. F: “İnsanlara hizmet etmeyi hakka hizmet olarak düşünüyordum... Muayenehane açmak zorunda kalmamak, hastayla parasal ilişkiye girmemek, sadece hastaya ve hastaneye odaklanmak güzel şeyler.”

Dr. G: “Uzmanlık sonrası mecburi hizmetimi tamamladıktan sonra şu anki görev yaptığım hastaneme 1994 yılı Şubat ayında başladım... Hastanemizde çocuk cerrahisi kliniğini kurmak süreci çok uzun sürdü. Hastanede kapısında kilidi ve telefonu olmayan bir poliklinik ile işe başlayarak 4. ayda telefonumuzu güçlkle bağlatarak yaklaşık 1 yıl sonra ilk ameliyata başlatabilmem için vermiş olduğum çabalarımı burada detaylandırmak istemiyorum.

Ben de pek çok kişinin yapmış olduğu veya akıl verdiği gibi, “Nasıl olsa servisim yok, ameliyathanem yok.” deyip hiçbir hastayı özele götürmedim. Hastanemde az da olsa ameliyatlara başlattıktan sonra özelden de çalışmaya başladım... Yarım gün çalıştığım dönemde ve muayenehanem varken pek çok hastayı ücretsiz muayene ettim, birçok hastadan hiçbir ücret almadan ameliyat yaptım. Hiçbir meslektaşımın çocuğundan özelden ücret almadım. Hekimlik ve insanlık ahlakına yakışmayan hiçbir davranışta bulunmadım. Ayrıca hekimliğime karşı uygunsuz davranışlarda bulunanlara da ödün vermedim. Muayenehane hastamı asla hastaneye getirmedim, hastaneden hiçbir hastayı muayenehaneme veya özele götürmedim. Gelenlerin sırasını öne alma vb gibi bir çark asla oluşturmamıştım...

İhtisasa başlarken asla hocama veya başkalarına “**Maaşım ne, kadar elim ne geçecek**” diye sormadım. O zamanlar nöbet parası dahi yoktu, ek ödeme sonlarına doğru başladı. Nöbet ertesi izin kullanmadan tam gün çalışıp eve gittiğimde, “Gece sabaha kadar dinlenemesek de bu nöbette de şunları gördüm, öğrendim. Şu hastaya şöyle bir faydam oldu.” diye başımı yastığa koyduğumda huzur ve mutluluk duydum. Oysa şimdiki asistanların çoğu daha branşını veya hastanesini yazmadan, “**Maaş ne kadar, ek ödeme ne kadar, kaç nöbeti var.**” diye doğrudan klinik şefini telefonla aramaktan hiç çekinmiyor, hemen çoğu dışarılarda nöbet tutuyor-

lar. Hepsinin altında son model arabalar, birçoğununki jeep... İstanbul gibi pahalı bir şehirde para yetiştiremiyor. Maalesef şimdiki asistanlar, “Sabaha kadar çok hasta geldi.” şeklinde sadece yakınmaktalar.

Makalenin yazarlarından birinin tanık olduğu olay yukarıda yer verilen hekim görüşüyle örtüşmektedir: “Eskişehir’den Ankara’ya hızlı trenle yolculuk esnasında bu yazımızı son düzeltmelerini yapmak maksadıyla okurken ilginç bir konuşmaya kulak misafiri olmak mecburiyetinde kaldım. Muhtemelen TUS sınavına girmiş ve puanı belli olmuş bir doktor hanım telefonda arkadaşına bazı talimatlar verirken bugün kendi yapacaklarını da anlatıyordu. “Ben dahiliye, nöroloji ve çocuğu soracağım. Sen de İstanbul’da sor bakalım, kaç nöbetle başlıyorlarmış, nöbet sayısı ne zaman azalıyormuş, bölüm rahat mı, döner ne kadar alıyorlarmış.”

Gelişmiş ülkelerin de sağlık sistemlerinde değişime şahit olduğumuz bir dönemden geçiyoruz. Bu dönemde gerek sağlık sektöründeki iş bölümü ve gerekse hastalar üzerinde dramatik dönüşümler yaşanmaktadır. Gelişmekte olan ülkeler de bu dönüşümlerden etkilenmektedir. Bu kapsamda, sağlık alanındaki kavramsal çatinın da değiştiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Esasen, bu kavramsal değişim/dönüşümün bir paradigma/model/düşünce sistemi değişimi olduğu dikkate alınmalıdır.

Paradigma dönüşümü

1980’lerden bu yana genel olarak dünyada, sağlıkta yaşanan dönüşümün bir paradigma değişimine yol açtığı belirtilmektedir.

Yukarıdaki tabloda verilen paradigma dönüşümü kavramlarından ne anlaşılması gerektiği konusunda aşağıdaki hususlara yer verilebilir. Günümüzde, hasta ve hastalıklara ait algılar tehlikeli olarak addedilmeyip riskli olarak görülmeye başlanmış ve risk olarak değerlendirilmektedir. Tıbbi bakımın hedefi ise, yalnızca belirtiler değil kişinin özellikleri haline gelmiştir. Bu çerçevede, “Hastalık yoktur, hasta vardır” deyişi “belirtiler”den “kişinin özellikleri”ne dönüşümünü açıklayıcı mahiyete sahiptir. Doktor-hasta ilişkisinde bir bilgi asimetrisi mevcutken teknolojik imkânların ve bilgiye erişimin artmasına paralel olarak kendi durumuna ait bilgiyle gelen hasta ve hekimin karşılaşması adeta bir uzmanların etkileşimine dönüşmüştür. Daha önce-leri sağlık kuruluşlarında hekimlerin görece özerk olduğu ikili bir otorite

yapısından söz etmek olasıyken günümüzde bu durumun değiştiği görülmektedir. Hızlı değişimlerin yaşandığı dünyamızda sağlık yöneticileri sadece ilgili kurumların yönetimiyle ilgili olmayıp toplum ihtiyaçlarını da dikkate alarak planlama anlayışı ile harekete geçtiklerinden, stratejist olma rolünü üstlenmektedirler (Kasapoğlu, 1999).

Paradigma değişiminin bir boyutu olarak meslek algısının son yıllarda nasıl şekillendiği konusunda hekimlerin düşüncelerine yer verecek olursak:

Dr. H: “İdari düzenlemeler her zaman işleri kolaylaştırmak amacıyla yapılmaktadır. Ancak üslup çok önemlidir. Her türlü idarede yeniliklere açık olan veya olmayıp direnen, baltalayan bir grup vardır. Her yeni düzenleme öncesi mutlaka ilgili birim ve kişilerden fikirler almalı, yapılacak düzenlemeleri belirlemeli, yavaş yavaş toplantılarda bu fikirlerden bahsetmeli ve karşınızdaki kişilerin bu yeni düzenlemeler sanki onların fikirleriymiş gibi kolay kabullenmesini sağlamalısınız. Uygulamaya geçilirken sürekli bilgilendirme ve eğitim, sorunlar karşısında hızlı ve pratik çözümler üretmek lazım ve sahada o kişilerin yalnız olmadıklarını kendilerine hissettirmek lazım. Bir yandan da yeni düzenlemelerde bürokrasinin yavaş ve atıllığını yok etmek lazım. Burada bilişim teknolojilerinin, bilgi işlemin bürokratik yazışmaları kısaltması açısından düzenlemelere dinamizm katacağından şüphemiz yoktur.”

Dr. İ: “Artık olaylara daha çok tecrübe ile yaklaşıyorum. Bu hem hasta, hem hasta yakınları hem de yaptığım tıbbi işlemlere olumlu yansıyor. Ve yaptığım işten her geçen gün zevk alıyorum. Ben hekimliğin eğitimden daha çok bir tecrübe mesleği olduğuna inanıyorum. Tecrübe arttıkça meslekten alınan tat artıyor. Tabii ki kendinizi geliştirmeniz şartı ile.”

Dr. J: “Doktorlar kolay adapte olan, zeki bir meslek grubu bence. Yapmamız gerekeni bir şekilde yapıyoruz. Ama bürokrasi yoğun ve can sıkıcı.”

Paradigma değişimi mesleğin değişimini de anlamamızı ve oturduğu ek-seni yorumlamamızı kolaylaştırmaktadır. Sağlıkta yeni paradigmadan hekimlerin müstesna olması da mümkün görünmemektedir.

Bunun yanı sıra, işin yapısındaki dönüşümlerin meslek olmanın gereği olan örgütlü yapılarda nasıl bir yansımaları bulduğu konusu da irdelenmeye değer görülmektedir.

ABD’nin 21 eyaletinde hemşireler birçok ilacı reçete edebilmektedirler. Ayrıca, Florida eyaletinde de eczacılar birçok küçük rahatsızlıklarda reçete yazabilmektedirler. Bu çerçevede, sağlık mevzuatımızda meslek gruplarına ilişkin rollerin yeniden tanımlanması ihtiyacı bulunmaktadır.

Hekimlik ve örgütlenme

Her sosyal grubun kendisini diğerlerinden farklılaştırma gayreti söz konusu olabilmektedir. Bu farklılaştırma, örgütlenme bağlamında olabileceği gibi içinde olduğu yapıda kendisinin konumunun diğerlerinden ayrıştırılması şeklinde de olabilmektedir. Meslek grupları da aynı şekilde bir yol izlemektedir. Dolayısıyla her mesleğin doğasında olduğunu belirtmenin yanlış olmayacağı bir davranış türü de kendisine ayrıcalık tanınmasını istemesidir. Uzun zamandan beridir ayrıcalıklı olarak görülen hekimlik mesleğinin de kurallar ve uygulamalar karşısında “incinebilir” hale geldiği görülmektedir. Mesleğin önde gelen kesimleri ve örgütleri tarafından, bu durum için “memurlaşma” tabiri kullanılmaktadır. Bunun yanında mesleği icra edenler de “memurlaşma”ya karşı olduklarını yeri geldikçe belirtmektedirler. Ayrıca ülkemizde hekim örgütlerinin sağlıktaki gelişmeleri ve değişimleri, kısaca paradigma değişimini yeterince kavrayıp mesleğe yönelik yeni bir bakış açısı kazandıramadıkları ve değişimlerin analizinde kolaycılığa kaçarak “hekimlik mesleği aşındırılıyor” şeklinde değerlendirme yaptıkları ifade edilmektedir. Kendi örgütlerince, hekimliğin gün geçtikçe daha profesyonel hale gelen, kural ve sınırları netleşen diğer profesyonel meslekler gibi normalleşen bir meslek olarak değerlendirilmesinin, mesleğin geleceğinde takip edilecek yolu da şekillendireceği düşünülmektedir. Çünkü tüm çalışma şartlarının ve mesleki kodların veyahut da hizmet arzının sadece onu üretenlerce planlandığı (Özerkmen, 2004) “lonca veya ahilik döneminin” sona erdiği kuşku götürmez bir gerçektir.

Modern siyasal-ekonomik-toplumsal

örgütlenme modellerinin yani modern devlet yapılanmalarının beraberinde getirdiği özelliklerinden biri de hayatın her alanını düzenleme çabasıdır. Mesleklerin içinde yer aldığı sosyal ve ekonomik dünya da bundan payını almaktadır. Neredeyse bundan azade meslek yoktur. "Bazı meslekler buna kolaylıkla uyum sağlarken bazıları ise yaptıkları işin ve üzerinde tasarrufta bulunduğu şeyin doğası veya bizzatihi mesleğin kendisinin tabiatı nedeniyle düzenlemelere uyum sağlamakta diğerlerinden farklı bir seyir izlerler". Bu yönüyle, hekimler bu meslek grubuna dahil edilebilir. Ayrıca bu uyum sürecinde, mesleğin değişim dinamiğinin iç faktörleri olarak hekim örgütlerinin zorlaştırıcı değil kolaylaştırıcı ve meslek açısından değişim yönünde fonksiyon üstlenmeleri beklenmektedir.

Meslek grupları için örgütlenme sürecinde ülkemiz açısından yeni seçenekler olarak kamu sendikacılık anlayışı ortaya çıkmıştır. 1995 yılından beri Türkiye'deki kamu personelinin gündeminde olan bir diğer önemli öge hiç kuşkusuz memurların sendikal anlamda örgütlenmesidir. Ancak sendikaların yasal zemine kavuşmasından beri kamu personeli arasında bu kurumlara üyelik açısından halen büyük rakamlara ulaşılmadığı gözlenmektedir. Çalışan grupları arasında üye olma davranışları açısından farklılık olabilmektedir. Sendikalara üye olma davranışı açısından sağlık personeli örneğinde kendine münhasır bir çizgi izleyen hekimlerin üyelik sayıları diğer personele nazaran oldukça azdır. Bu durumun olası nedenleri hakkında birkaç şey söylenebilir; bugüne değin istihdam politikası açısından farklı bir rejim izlenmesi (part-time çalışma); bu çalışma rejimine bağlı olarak gelir düzeyinin ortalamanın üstünde olması ve sosyo-psikolojik temele sahip, mesleğe ilişkin algıya bağlı olarak bizzatihi onu icra edenler tarafından diğer çalışanlardan ayırt edilme gayreti. Elbette bu algının temelinde uzun eğitim süresinin ve halk nezdindeki algısının da etkili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Buna mukabil, iradi örgütlenmeler olan sendikalar ve birliklere üyelik yaklaşımları da ayrıca irdelenebilir. Bu çerçevede, ülkemizde mevcut örgütlenmelerin kamuoyu nezdindeki anlam kodu olarak karşılığı da üyelik açısından etkili olabilmektedir. Dolayısıyla birlik ve diğer örgütlenmelere üyelik anlamındaki isteksizlik veyahut da belirsizlik, mevzu bahis yapıların mesleğin tarihsel süreç içerisindeki durumunun şekillendirilmesinde istenen rolü ye-

rine getirememesinden de etkilenebilmektedir.

Öte yandan, meslek gruplarının kendilerini böyle bir farklılaştırma gayretinin içinde bulunmalarının en nihayetinde beyhude olduğu yolunda ciddi emareler bulunmaktadır. Ayrıca böyle bir gayretin gerekliliği konusunda şüpheler güçlenmektedir. Bu noktada (akt. Cihrioğlu, 1996, s.15) C. Wright Mills (1951) tarafından ifade edilen görüşler önem arz etmektedir. Bürokratik uzmanlaşma profesyonel iş alanlarını daraltmış, profesyonelleri sadece basit bir teknisyen durumuna düşürmüştür. Bürokraside çalışan yöneticiler profesyonellere nelerle uğraşmalarını ve amaçlarının ne olması gerektiğini dikte etmektedirler. Yani, profesyoneller kendi uzmanlık alanları üzerindeki geleneksel kontrollerini kaybetmişlerdir. Aynı şekilde Oppenheimer (1973) de profesyonelleşme sürecini etkileyen hususların başında bürokratikleşmeyi belirtmiştir.

Ülkemiz sağlık sektörü her geçen gün biraz daha büyümektedir. 100 bini aşan hekim ve hekim sayısı ile birlikte 600 bini aşkın sağlık sektörü çalışanının bulunduğu bir alan, 2009 yılı itibarıyla 1500'e yakın hastane, yıllık 450 milyonu bulan ayaktan hasta sayısı ile bir sektör haline gelmiştir.

Türkiye sağlık sisteminde 20 yıldır devam eden bir reform sürecinde, hekim emeğinin örgütlenmesinin değiştiği 2003 yılından itibaren; muayenehanecilik yaklaşımının hakim olduğu bir sektörden, hekimlerin bir yapıya entegre olduğu (özel veya kamu bürokratik sistemine entegrasyon) yapıya gelindi. Şu an için Sağlık Bakanlığı personeli olduğu halde muayenehanecilik uygulamasına devam eden hekim sayısı toplam uzman hekim sayısının yüzde 20'sini oluşturmaktadır. "Tam Gün Yasası" ile bu oran sıfırlanacaktır. Yasa ile birlikte hekimler tercih yapmak zorunda kalamazlar. Böylece sağlık sektörü içinde tıp bürokratikleşmiş olacaktır.

Bürokratikleşmiş tıbbi personel olgusuna bir başka ülkeden örnek verecek olursak, ABD sağlık sektöründeki hekimler için 1900'lerin başında muayenehanecilik oldukça rağbet gören bir yöntemdi. 1929 yılında ABD'deki uzman hekimlerin sadece yüzde 25'i tam zamanlı çalışmaktaydı. Bu oran 1969 yılında yüzde 75'lere yükseldi (Conrad, 2001).

Sonuç ve öneriler

Sağlık sektörünün neredeyse etkilemediği ve etkilendiği bir alan yok gibidir. Sektörün içinde yer alan gruplar

da bu etkilenen halkalar arasında yer almaktadır. Etkilenen halkalardan biri olarak hekimlik mesleğinin önümüzdeki on yıllarda tam olarak nasıl bir süreç yaşayacağını kestirmek bugün için zor görünmektedir. Zira her siyasi aktörün hizmet sektörü üzerindeki tasarrufları farklı olabilmektedir. Bu çerçevede hekimlerin mesleğe dair algısı ve idari tasarruflar hakkındaki durumları değerlendirilmeye çalışıldı. Hekimlik mesleğinin otonomisi açısından ortaya çıkan yeni durumların da ayrıca irdelenmesi gerekmektedir.

Gerek hekimlik mesleği ve gerekse sağlık hizmetinin yürütülmesine müdahale kapsamında ele alınan uygulamaların değerlendirmesi ve konu ile ilgili öneriler aşağıda yer almaktadır:

Hekimlik mesleğinin otonomisine doğrudan müdahale anlamına gelen SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) uygulamaları hastanelerde profesyonel bir grup tarafından takip edilmeyi gerektirir durumdadır. Her uygulama, bilgi sistemlerinde ve sağlık hizmetinin mahiyetinde revizyona yol açmakta ve dolayısıyla vatandaş-kurum gerilimine de sebep olabilmektedir. SUT, öğrenilen hekimlikle-uygulanan hekimlik arasında her geçen gün mesafeyi açmaktadır. Hekimlik mesleğine bu anlamda müdahaleye yol açacak SUT işlemlerinin profesyonel meslek kuruluşları veya sendikaların başvuruları üzerine kurulan mahkemelerden önce ilgili tarafların temsilcilerinden oluşan ve **ombudsman** olarak görev yapacak "hakem sağlık heyetleri" tarafından değerlendirilmesi sağlanmalıdır. Hakem sağlık heyetleri SUT uygulamalarını tıbbi ve mesleksi açıdan ve hizmette hakkaniyet açısından değerlendirmeye almalıdır. Hakem heyetlerinin Bakanlık, üniversite ve meslek kuruluşları ile diğer ilgililerden alanında uzman kişilerden oluşması sağlanmalıdır.

Bir diğer müdahale türü olarak, SUT uyarınca istenilen sağlık raporları düzenlemesi mesleği kontrol etme araçlarından birisi olarak işlev üstlenmektedir. Zira birçok sağlık raporu türünün ilgili branş hekimi tarafından tek başına verilemiyor olması meslek grubu üyelerini bir başka meslektaş tarafından resmi anlamda kontrole tabi tutma girişimi olarak da görülebilmektedir. Bu durum sistem içinde büyük rahatsızlıklara sebep olmamakla birlikte hizmet sunulma şartlarının artırılması yanında bürokratik işlemlerin artırılması sadece bürokratik gereklilikle açıklanamaz. Halen kamu sağlık tesislerinde ödeyici kurumların bazı işlemlerde hazırlanmasını şart koştuğu, çeşitli rapor sayısı yaklaşık

olarak 70'i bulmaktadır. Mahsurları ise, raporlar için hasta veya yakınlarının uğraşması, hekim işgücünün gereksiz kullanımı ve bürokratik işlemlerin artırılması olmaktadır. Mesleki kontrol enstrümanlarının artması meslek icrasını güçleştirmektedir. Bunu daha makul sınırlara çekmek gerekmektedir.

Ülkemizde sağlık kurumları yönetiminde bitmek bilmeyen tartışmaların başında; yöneticilik, ekonomi ve işletmecilik eğitimi almamış olan hekimlerin sağlık kurumları yöneticiliği yapmaları gelmektedir. Bu çerçevede, sağlık sektörünün ve sağlık kuruluşlarının yönetiminde yeni aktörlerin ortaya çıktığı ve çıkmaya devam ettiği; artık günümüzde hekimlerin daha çok orta düzey yöneticilik noktalarını işgal edeceği düşünülmelidir. Sağlık hizmetlerinde maliyet yönelimli uygulamaların ağırlığının artması, bu sonuca doğru yol alınmasını hızlandıracak bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık hizmetinin yürütüldüğü kuruluşlardaki çalışma ortamını değerlendirecek olursak; sağlık hizmetinin doğal lideri olarak görülen "hekim" sağlık hizmeti ekibinin bir parçası olarak değerlendirilecektir. Gelişen teknoloji ve artan bilgi birikimi sadece hekimlik faaliyetinde değil sağlık hizmetinin hemen her alanında uzmanlaşma eğilimlerini artırmaktadır. Örneğin ülkemizde hemşirelik hizmetinin resmi olarak uzmanlaşma yolunda adımlar atması da sağlık hizmetindeki ekip ilişkilerinin yeniden tanımlanması ihtiyacını gündeme taşımaktadır. Gelişmiş ülkelerde ekip ilişkilerinin yeniden tanımlanmasında benzer süreçler yaşanmıştır. ABD'nin 21 eyaletinde hemşireler birçok ilacı reçete edebilmektedirler. Ayrıca, Florida eyaletinde de eczacılar birçok küçük rahatsızlıklarda reçete yazabilmektedirler. Bu çerçevede, sağlık mevzuatımızda meslek gruplarına ilişkin rollerin yeniden tanımlanması ihtiyacı bulunmaktadır.

Görece olarak hekim emeğinden daha az maliyetli olan hekim dışı sağlık personeline uygulamalarda duyulan ihtiyacın artması, ilgili mesleğin kendisini geliştirici bir faktör olmaktadır. Dolayısıyla kendi kurallarını kabul ettirebilmesi kolaylaşmaktadır. Bu ve benzeri durumların politik anlamda hekimleri zayıflatıcı bir faktör olarak değerlendirilmesi, tartışılmaya değer bir konu olarak düşünülmektedir.

Sonuç olarak, hekimlik mesleğinin doğası ve geleceğinin bugünden şekillendiği ve süreç içinde oldukça farklı bir mahiyete kavuşacağı düşü-

nülmektedir. Yeni durumuna etki eden faktörlerin tümü belirtilemese de bazıları sıralanabilir:

- Hizmet sunum sürecinde devletin değişen rolü
- Hekimlik mesleği ve ona ilişkin desteğin farklı bir içeriğe kavuşması
- Ülkemizdeki hemşire, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen gibi sağlık mesleklerinin oldukça gelişmesi ve uzmanlaşması
- Artan bilgi birikimi ve teknolojik gelişmeye paralel olarak hekim-hasta ilişkisinde yaşanan değişimler
- Sağlıkta ödeyici kurumların düzenleyici çalışmaları
- Oldukça yaygınlaşan ve gelişen özel sağlık sektörü
- Tıbbi teknolojinin çok gelişmiş olması
- Hekim örgütlerinin gelişimi
- Çalışanların örgütlenme modellerinin daha nitelikli hale gelmesi
- Alternatif tıbbın gelişmesi
- Kitle iletişim araçlarının etkisi

Yukarıda zikredilen hususların her biri ayrıca tartışılması gereken hususlardır.

Gelişmiş Batı ülkelerinde geçtiğimiz yüzyıl hekimlik mesleğinin altın çağı olarak değerlendirilmekte ve içinde bulunduğumuz bu yüzyılda da bu altın çağın bittiği yolunda saptamalar yapılmaktadır (McKinlay ve Marceau, 2001). Ne dersiniz; günümüze dek meslekler arasında imtiyazlı addedilen bir meslek olan hekimliğin 21. yüzyıl Türkiye'sinde altın çağı sona mı eriyor?

Kaynaklar

- Cirhinlioğlu, Z. (1996), *Meslekler ve Sosyoloji (Der.)*, Ankara: Gündoğan Yayınları.
- Conrad, P. (2001), *The Sociology of Health and Illness: Critical Perspective*, New York: Worth Publishers.
- Haralambos, M., M. Holborn, (1995), *Sociology (Themes and Perspectives)*, London, Collins Educational.
- Kasapoğlu A. (2008), *Sağlık Sosyolojisi-Türkiye'den Araştırmalar*, Ankara: Sosyoloji Derneği Yayınları.
- Mechanic, D., (edit.) (1983), *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions*, New York: The Free Press.
- Brennan T., ve Diğerleri (2002), *Medical Profes-*

sionalism in The New Millennium: A Physician Charter, *Annals of Internal Medicine*, 13-3:243-246.

Nettleton, S. (1995) *Sociology of Health and Illness* Cambridge, Polity Press.

Özerkmen, N., "Ahiliğin Tarihsel – Toplumsal Temelleri ve Temel Toplumsal Fonksiyonları - Sosyolojik Yaklaşım" *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi* 44, 2 (2004) 57-78.

Turner, S., B. (1990), *Medical Power and Social Knowledge*, London: Sage Publications.

Sağlık hizmeti sunumunda performans değerlendirmesi

Prof. Dr. H. Erdal Akalın



1970 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1971-1976 yılları arasında ABD'de Illinois Üniversitesi Hastanesi'nde iç hastalıkları enfeksiyon hastalıkları uzmanlık eğitimlerini aldı. 1983'de Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD bünyesinde Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi'ni kurdu ve 1994 yılına dek bu ünitenin başkanlığını yaptı. 1980 yılında doçent, 1988 yılında profesör oldu. 1994-2007 yılları arasında Pfizer İlaçları Ltd. Şirketi'nde medikal danışman ve genel müdür yardımcısı olarak çalıştı. 2007-2009 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu Yönetim Kurulu Başkanı Danışmanı olarak görev yaptı, aynı zamanda Acıbadem Üniversitesi'nin kuruluş çalışmalarında Rektör Yardımcısı olarak yer aldı. Ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 250'nin üzerinde makalesi, 52 kitap bölümü, editörlüğünü yaptığı 8 kitap, uluslararası ve ulusal kongrelerde sunulan 500'ün üzerinde bildirisi, eğitim amacı ile geliştirilmiş 11 bilgisayar programı bulunmaktadır. Dr. Akalın evli ve iki çocuk babasıdır.

Sağlık hizmeti sunumunun ana hedefleri, herkese gerekli ve uygun sağlık hizmetini sunmak, israfı önlemek, ihtiyaç duyulan hizmeti verimli bir şekilde sunmak ve verilen hizmetin her düzeyde kalitesini iyileştirmek ve hizmet sunumundaki farklılıkları azaltmak olarak belirlenmiştir. Ancak yapılan çalışmalar, bu hedeflere ulaşabilen sağlık sistemi sayısının çok az olduğunu (hatta olmadığını) göstermektedir. Sağlık sisteminin iyi olduğu kabul edilen ülke toplumlarının (Fransa, Avustralya, İngiltere gibi) bile yüzde 60'ı sistemin değiştirilmesinden

yana olduklarını belirtmektedirler. Bunun en önemli nedeni sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin beklenen düzeyde olmamasıdır.

ABD'de yapılan çalışmalar hasta güvenliği ihlallerinin yılda 100 binden fazla hastanın ölümüne neden olduğunu, klinik tedavi rehberleri performans göstergesi olarak kabul edildiğinde hastaların ancak yüzde 55'inin önerilen tedaviyi aldığını, hizmet kalitesi düşük hastanelerde bazı cerrahi girişimlerin, yüksek kaliteli hizmet sunan hastanelere oranla daha pahalı olduğunu göstermiştir (Tablo 1).

Bütün bunlar bugünkü ücretlendirme sisteminin klinik kalite, hasta-odaklılık ve verimli-

lik gibi hizmetin "değer"ini ölçmemesinden ileri gelmektedir. Bu nedenle "kanıta dayalı" bir performans sisteminin kurulması ve ücretlendirmede de esas alınması gerekmektedir. Kanıta dayalı performans göstergeleri seçilirken klinik önemi ve bilimsel doğruluğu, ölçülebilirliği, hekim performansındaki yeri, hasta-hasta yakınları ve ödeyici için önemi dikkate alınmalıdır. Bunun için klinik uygulama rehberleri, klinik patikalar ve ilaç kullanım izleme programlarının kullanılması önerilmektedir.

Performans nedir?

Performans, belirlenmiş standart ölçümlere göre, verilen sağlık hizmetinin kıyaslanmasıdır. Klinik sonuçların beklenen





standartları ile elde edilen kişisel (hekim) veya kurumsal veriler karşılaştırılarak değerlendirme yapılır. Çoğu performans değerlendirme programı hasta güvenliği, klinik etkinlik ve hasta-odaklılık ile ilgili ölçümlerle değerlendirilir. "Institute of Medicine"nin 2001'de yayınlanan raporunda (Priority areas for national action: Transforming health care quality, IOM, 2001) kalite öncelikleri ve hedefleri şu başlıklar altında toplanmıştır: Hasta güvenliği, klinik etkinlik, hasta odaklılık, zamanında hizmet, verimlilik ve eşitlik. Bu başlıkların bazıları "sağlıkta dönüşüm projesinde" de yer almaktadır.

Tablo 1: ABD'de sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili veriler

- Hasta güvenliği ihlalleri ABD'de yılda 100 binden fazla hastanın ölümüne neden olmaktadır (Gurwitz et al., 2000, 2003; IOM, 2000)
- Ortalama olarak, önerilen tedaviyi alan hasta oranı yüzde 55 olarak bulunmaktadır (McGlynn et al., 2003).
- Sağlık harcamalarının yüksek olduğu bölgelerle, düşük olan bölgeler arasında verilen hizmetin kalitesi ve hasta güvenliği yönlerinden hiç bir fark bulunmamıştır (Fisher et al., 2003, 2004).
- Hizmet kalitesi daha düşük olan hastanelerde bazı girişimlerin, yüksek kaliteli hizmet sunan hastanelere göre daha pahalı olduğu saptanmıştır (Baser et al., 2009).

Kaynak: The Rising Tide of Pay for Performance, National Committee for

Quality Health Care, 2006

Doğru anlamda performans değerlendirilmesi hem kurumsal hem de hekim bazında üç temel veriye dayandırılmalıdır:

1. Klinik kalite (klinik sonuçlar)
2. Hasta odaklılık
3. Verimlilik.

Bu değerlendirmeleri yapabilmek için kanıta dayalı verilerle elde edilmiş kalite indikatörleri ve bunlara dayanan performans indikatörleri belirlenmelidir. Seçilecek performans indikatörlerinin klinik önemi olan ve bilimsel doğrulaması yapılmış, ölçülebilirliği gösterilmiş, hekim ve kurum bazında performanstaki yeri önemli olan, hasta ve hasta yakınına ve ödeyiciye önemli yansıması olan indikatörler olması gerekir (National Committee for Quality Assurance, 2004). "Institute of Medicine"nin bu konudaki raporunda yer alan bazı hekim bazlı ve kurumsal kalite ve performans değerlendirme alanları Tablo 2 de sunulmuştur.

Sağlık sistemi performans değerlendirmesi temel prensipleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı yeni bir raporda, *The European Health Report, 2009*, sağlık sisteminde performans değerlendirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Düzenli, sistematik ve şeffaf olmalıdır. Tüm değerlendirmeyi kapsayacak bir raporlama sistemi öncelikle hazırlanmalıdır.
2. Performans değerlendirme sistemi geniş kapsamlı olmalıdır. Sadece sınırlı bir programın sonuçlarına bağlı kalmamalıdır.

Tüm dünya "volüme dayalı" (hacime/sayıya dayalı) sağlık hizmeti sunumundan, "değere dayalı" sağlık hizmetine yönelmektedir. Bunun başlıca nedeni, "hak ediş" veya "parça-başı veya hizmet-başı" ücretlendirme (bugün ülkemizde uygulanan sistem) sisteminin olumsuz yanlarıdır. Bu sistem sağlık harcamalarını artırırken sağlık hizmeti kalitesinin azaltmaktadır. Bugün ABD dâhil tüm dünyada bu tür ücretlendirme sistemleri sorgulanmaktadır. AB ülkeleri arasında böyle bir sistemi uygulayan ülke sayısı çok azdır ve uygulandığı alan özel sektördür.

3. Performansı değerlendirmek için analitik yöntemleri kullanırken, destekleyici tüm verilerden yararlanılmalıdır. Performans indikatörleri ve bunların analizi çok önem taşımaktadır.

4. Tüm bu kriterlere ulaşabilmek için, sağlık sistemi performans değerlendirmesi şeffaf olmalı, tüm paydaşlarını hesap verebilir kılmalıdır.

Bugün için bu sistemi uygulayabilen iki Avrupa ülkesi vardır; İngiltere ve Hollanda.

Yine aynı raporda klinik kalite ve performans ölçümü arasında sıkı bir ilişki kurulması önerilmektedir. Raporun kalite ve performans ölçümü ile ilgi önerileri Tablo 3'de sunulmuştur:

Kalite indikatörleri performans ölçümü sistemlerine integre edilmektedir. Bu nedenle kanıta-dayalı klinik uygulama rehberleri, klinik patikalar, ilaç kullanım kılavuzları daha yaygın kullanılmakta, klinik kalite indikatörleri ile performans indikatörleri birbirine paralel hale getirilmeye çalışılmaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirme

Tüm dünya “volüme dayalı” (hacime/sayıya dayalı) sağlık hizmeti sunumundan, “değere dayalı” sağlık hizmetine yönelmektedir. Bunun başlıca nedeni, “hak ediş” veya “parça-başı veya hizmet-başı” ücretlendirme (bugün ülkemizde uygulanan sistem) sisteminin olumsuz yanlarıdır.

Bu sistem:

1. Her türlü volümü artırır
 - a. Daha fazla test,
 - b. Daha fazla görüntüleme,
 - c. Daha fazla yan dal konsültasyonu,
 - d. Daha fazla hastane yatışı.
2. Ancak kalite ve değeri düşürür.
 - a. Kalite ölçümü yoktur.
 - b. Gereksiz test ve görüntüleme sorgulanması yoktur.
 - c. Klinik sonuçlar sorgulanmaz (Değerlendirilmez).
 - d. Daha fazla hasta güvenliği ihlallerine (tıbbi hataya) yol açar.
 - e. Daha kaliteli hizmet vermek isteyen ve veren hekimleri cezalandırır.

(Spotlight on payment reform, Health

reform, Robert Wood Johnson Foundation, 23.09.2009).

Bu sistem sağlık harcamalarını arttırırken sağlık hizmeti kalitesinin azaltmaktadır. Bugün ABD dâhil tüm dünyada bu tür ücretlendirme sistemleri sorgulanmaktadır (New Engl J Med 361:1036-8, 2009). Avrupa Birliği ülkeleri arasında böyle bir sistemi uygulayan ülke sayısı çok azdır ve uygulandığı alan özel sektördür.

Sağlık sisteminde reform çalışmalarının yoğun bir şekilde sürdüğü ABD’de reform için yapılan önerilerin hemen hepsinde en önemli yeri “hizmet başına-parça başına” ücretlendirme sisteminden vazgeçilmesi gelmektedir. “Fresh Thinking Project”ın (Stanford University Center for Health Policy destekli) 21. Yüzyıl Sağlık Sistemine Doğru adlı makalesinde ilk madde “**Uygulamakta olan ücret sisteminden (hak ediş-fee-for-service) vazgeçip, kalite ve verimlilik öncelikli ve hasta sonuçlarını ölçen ve değerlendiren bir performans sistemine geçilmelidir.**” şeklindedir. Bu grubun sağlık reformu ile ilgili önerileri Tablo 4’te sunulmuştur.

Hizmet veya parça başı ücretlendirme sisteminin bir diğer olumsuz sonucu da **defansif tıp** uygulamalarıdır. Hekimlerin özellikle mesleki sorumluluk risklerini azaltmak amacı ile gereksiz tetkik, işlem, konsültasyon ve tedavi gibi uygulamaları kullanmaları **defansif tıp** (pozitif) olarak tanımlanmaktadır (Office of Technology Assessment). Hekimlerin mesleki sorumluluk risklerini azaltmak amacı ile bazı işlem ve tedavi uygulamalarından kaçınmaları ya da riskli hastaların yönetimini üstlenmemeleri de **defansif tıp** (negatif) olarak kabul edilmektedir. ABD’de yeni yayımlanan bir çalışmada, hekimlerin yüzde 73’ü son bir yıl içinde defansif tıp uygulamalarının bir türünü, mesleki sorumluluktan çekindikleri için kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu hekimler klinik uygulamalarının yüzde 25’e yakınının defansif tıp uygulaması olduğunu belirtmişlerdir. Bu doktorlar, sağlık harcamalarının yüzde 26’sına defansif tıp uygulamalarının neden olabileceğini bildirmişlerdir. Bu çalışmaya göre, ABD sağlık harcamalarının (2.5 trilyon dolar) yüzde 26’sının (650 milyar dolar) gereksiz test ve tedavilere harandığı hesap edilmiştir. (Jackson Healthcare and the Center for Health Transformation, February, 2010).

Görüldüğü gibi, hem hizmet veya parça bazlı performans ölçümü ve ücretlendirme, hem de bunun bir sonucu olan defansif tıp uygulamaları sağlık harcamalarının artmasında önemli rol oynamaktadırlar. Daha verimli bir sağ-

lık ekonomisi uygulamaları için bu iki uygulamanın da en aza indirilmesi gerekmektedir.

Son yıllarda ücretlendirme sistemlerinde sadece hizmet veya parça başı ücretlendirme yerine hem hekimin hem de kurumun kalite indikatörlerine bağlı sonuçları da içeren bir performans değerlendirilmesine göre ücretlendirilmesi önerilmektedir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin temel prensipleri şunlardır: **Kanıtı dayalı rehberlere** dayandırılmalıdır, **kamuya açık raporlama**, **şeffaflık** sağlık sisteminde itibar kazandırmak için gereklidir. Her türlü performans sistemi **nitelik (kalite) ağırlıklı** olmalıdır ve **hasta odaklılık** performans değerlendirme de önemli bir faktördür. Hasta hekim ilişkileri hem hasta memnuniyetini hem de verilen hizmetin kalitesini yükseltmektedir. Bunun için de hekimin hastaya yeterli zamanı ayırması gerekmektedir. ABD’de bu süre yeni hastalar için 30-44 dakika, kontrol hastalarında 15-18 dakika, çoğu Avrupa ülkesinde 18-20 dakika, İngiltere’de 8 dakikadır. Ancak İngiltere’de sürekli aynı hekim tarafından izlenen hastalarda süre bu şekilde olup, yeni hasta olarak refere edilen hastalara hekimin ayırdığı zaman bir kaç kat artmaktadır.

“Performansa Dayalı Ücretlendirme (P4P) Sistemi”nin temel ilkeleri şunlardır:

1. İnsanları mutlu etme (patient satisfaction; the production of human happiness)
2. Daha sağlıklı kılma (health outcomes; the production of better health)

Tablo 2: Önerilen kalite ve performans ölçüm alanları

Ayaktan tedavi:

Klinik kalite: Koruyucu önlemler (7), koroner kalp hastalığı (3), kalp yetmezliği (2), diyabet (6), astım (2), depresyon (2), prenatal bakım (2), fazla kullanım veya yanlış kullanım ile ilgili (2)

Hasta merkezlilik: Ulaşılabilirlik, iletişim, ihtiyaca cevap alma, sağlık eğitimi, ortak karar verme, klinik hikayeyi bilme, diğer sağlık çalışanlarının iletişimi

Akut bakım:

Klinik kalite: Akut koroner sendrom (7), kalp yetmezliği (3), pnömoni (6), sigara bırakma (3), cerrahi infeksiyon kontrol (3)

Süreçler: Kompüterize ilaç order sistemi, yoğun bakımda uzman, kanıt-dayalı sevk

Hasta merkezlilik: Hasta-hekim iletişimi, hasta-hemşire iletişimi, sağlık çalışanlarının ilgisi, çevre temizliği ve gürültü düzeyi, ağrı kontrolü, ilaçlarla ilgili iletişim, taburcu bilgilendirmesi

Kaynak: Pathways to Quality Health Care, Rewarding Provider Performance, I of Medicine, 2007

Tablo 3: Klinik kalite ve performans ölçümü önerileri

- Sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirmek için politika ve yasal önlemler alınmalı.
- Hasta güvenliğini iyileştirmek için detaylı stratejiler geliştirilmeli.
- Yeni teknoloji ve ilaçların ruhsatlandırılması için yeni sistemler geliştirilmeli.
- Kalite güvencesi konusunu sağlık profesyonellerinin eğitim ve sürekli gelişim programları kapsamına alınmalı.
- Klinik rehberler hazırlanmalı ve uygulamaları izlenmeli.
- Klinik kalite uygulamalarını izleyebilecek bilgi sistemleri (it) kurulmalı.

• Kalite indikatörleri performans ölçüm sistemlerine entegre edilmeli (performansa-bağlı ücretlendirme).

Kaynak: WHO, The European Health Report, 2009.

3. Sağlık sistemi süreçlerine/proseslerine uyum (evidence-based practice guidelines; the nature of the health-care production process)

4. Sağlık hizmeti üretiminde kullanılan alt yapının kalitesi (the quality of the inputs used in the production of health care and structure). (Uwe E Reinhardt, Paying the providers of health care: Rewarding superior quality. International Symposium: Toward an equitable, efficient, and high quality National Health Insurance, March 18-19, 2005, Taiwan).

Bu sistemin dayandığı iki önemli nokta **performans ölçümü** ve **kamuya açık raporlamadır**. Bu sistem içinde sağlık hizmeti sunucusunun alacağı ücretin bir bölümünün performans iyileştirmeye dayandırılması ana ilkelerden birisidir. Performansın dayandırıldığı alanlar şunlardır: Klinik kalite (tıbbi süreçler), hasta ile ilgili sonuçlar (klinik sonuçlar), hasta güvenliği, hasta memnuniyeti, maliyet/verimlilik ve IT kullanımı (National Committee for Quality Health Care, 2004).

Bu sistemin avantajları şu şekilde sıranabilir:

Tablo 4: 21. yüzyıl sağlık sistemine doğru: Sağlık reformu için öneriler

- Uygulanmakta olan ücret sisteminden "hak ediş-fee-for-service" vazgeçip, kalite ve verimlilik öncelikli ve hasta sonuçlarını ölçen ve değerlendiren bir performans sistemine bağlı ücretlendirme sistemine geçilmelidir.
- Bağımsız bir ilaç, tıbbi cihaz ve teknoloji kurumu kurulmalıdır.
- Organizasyonel inovasyon, sağlık sunumunda koordinasyon teşvik edilmeli, finansal ve idari fonksiyonlar basitleştirilmelidir.
- İnfomasyon teknolojisi sağlık hizmetlerinin merkezinde yer almalı, ulusal standartlar belirlenmelidir.
- Ulusal sağlık veri ambarı geliştirilmeli, bu veriler klinik uygulamalar, hasta sonuçları ve maliyetleri içermelidir.
- Sağlık sigorta sisteminin yaygın ve birbirini destekleyecek şekilde geliştirilmesi gerekmektedir.
- Optimal sağlık paketini belirleyecek, tüm paydaşların içinde bulunduğu bağımsız bir kurul olmalıdır.

Kaynak: Fresh Thinking Project. Toward a 21st Century Health Care System: Recommendations For Health Care Reform. Ann Intern Med 2009;150:493-5.

1. Ölçüm kriterleri kanıta-dayalı rehberlere dayandırılmıştır.

2. Performans değerlendirme sistemi nitelik ağırlıklı olarak düzenlenmiştir.

3. Kamuya açık raporlama, sağlık sistemine itibar kazandırmak için gereklidir.

4. Sağlık hizmeti sunucularını, uygulanabilir bir performans iyileştirmesini hızlı bir şekilde sağlamaya teşvik eder.

5. Sağlık sisteminde inovatif ve yapısal değişimi hızlandırır ve destekler.

6. Özellikle hizmetin koordinasyonunu sağlayarak, klinik, ekonomik ve humanistik sonuçların iyileştirilmesine yardımcı olur.

7. İnfomasyon teknolojisi ile birleştirilerek hem veri toplama, hem de performans ölçümü kolaylaştırılabilir.

Performansa dayalı ücretlendirme başta ABD ve İngiltere olmak üzere Batı ülkelerinde uygulanmakta ve geliştirilmektedir.

Bugün profesyonel sağlık örgütleri tarafından benimsenen ücretlendirme sistemi ise "sabit ücret"tir. Her ne kadar bu sistemin hekimi ve kurumu motive etmediği ileri sürülmekte ise de, Avrupa'nın çoğu ülkesinde ve özellikle ABD'nin en önemli sağlık kurumlarında senelerdir kullanılan bu sistemin en iyi ve tercih edilmesi gereken ücretlendirme sistemi olduğu kabul edilmektedir.

Sabit ücret ve kanıta dayalı sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesi sonrası terfi en etik ve etkin ücretlendirme yöntemidir. (L Emanuel, Ethics and Health Care Service, Essential Issues for Leaders; Emerging Challenges in Health Care. JCAHO, 2001;ABIM, ACP-ASIM, EFIM, Medical professionalism in the new millennium, Ann Intern Med 2002).

Unutmayalım!

- OECD ülkeleri arasında sağlık harcamaları en düşük olan ülke Türkiye'dir.
- Ücretlendirme sistemleri, defansif tıp uygulamaları sağlık harcamalarını olumsuz yönde etkiler.
- İleri uzmanlaşma ve bunlara bağlı kronik hastalık yönetimi sağlık harcamalarını artırır.
- Ülkemizde hasta güvenliği ve kalite iyileştirme konularında yapılanlar çok sınırlı kalmaktadır.
- Sağlık hizmeti veren kurumları mer-

keziyetçilik ile yönetmek için çıkarılan kısıtlayıcı uygulamalar elde edilen kazanımları tehlikeye atmaktadır.

- Çağdaş tıptan yararlanırken, bunu en verimli yapmanın yöntemini de aramak gerekir.

Sabit ücret ve kanıta dayalı sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesi sonrası terfi en etik ve etkin ücretlendirme yöntemidir.

Kaynaklar

American College of Physicians, Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries. Ann Intern Med. 2008;148:55-75.

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Vincenza Snow, MD; Alice Gosfield, Esq; David Gregg, MD; Keith Michl, MD; David Wennberg, MD, MPH;

Kevin B. Weiss, MD, MPH; and Eric C. Schneider, MD, MSc,

Pay for Performance Through the Lens of Medical Professionalism. Ann Intern Med. 2010;152:366-369.

From Volume to Value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs. Recommendations of the 2008 NRHI Healthcare Payment Reform Summit, Pittsburgh, Pennsylvania.

JC Robinson, Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives, The Milbank Quarterly, 2001;79 (2).

Cathy Schoen, Robin Osborn, Michelle M. Doty, Meghan Bishop, Jordon Peugh, and

Nandita Murukutla , Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences In Seven Countries, 2007, Health Affairs 2007; 26:w717-w734

Recommended starter set clinical performance measures for ambulatory care. CMS-AMA Physician Consortium-NCQA, American Medical Association, 2005.

Üniversite hastanelerinde performans için volüm-değer kontrollü bir model önerisi

Doç.Dr. Alper Cihan



1967 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. Antalya Teknik Lisesi'ni bitirdikten sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 1990 yılında mezun oldu. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü'nde uzmanlık eğitimi tamamladı. 1999 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde akademik kadroya geçerek üniversitenin birçok biriminde kurucu olarak çalıştı. 2005 yılında doçent oldu, 2006'da İstanbul Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Klinik Şefi olarak atandı. Kısa bir süre sonra İstanbul Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Kurucu Başhekim olarak atandı ve 4 yıl boyunca bu görevi sürdürdü. 2010 yılında İstanbul Üniversitesine Rektör Danışmanı olarak geçti ve Uzaktan Eğitim Merkezi'nin kuruluşunu yaptı. Halen İstanbul Üniversitesinde Rektör Danışmanı, Uzaktan Eğitim Merkezi Müdürü ve Stratejik Araştırmalar Merkezi Müdürü olarak görevlerini sürdürmektedir.

Performans değerlendirilmesi için genel yönetim ilkesi olarak amaç ve hedefler ortaya konmalıdır. Hangi değerlerin öne çıkacağına ilk olarak karar verilmeli ve sistem tasarımı yapılmalıdır. Klinik kalite (klinik sonuçlar), hasta merkezlilik, verimlilik gibi konuların tanımı yapılarak tüm sonuçların klinik önemi ve bilimsel doğrulanması, ölçülebilirliği, hekim performansına yansımaları, hasta ve hasta yakını açısından önemi ve en önemlisi geri ödeyiciye yükü belirlenmelidir (1).

Sağlık sistemi performans değerlendirilmesi temel prensipleri olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan

kurallar aslında temel hedefleri göstermektedir. Düzenli, sistematik, şeffaf ve raporlama sistemi öncelikle hazırlanmalıdır. Performans değerlendirme sistemi geniş kapsamlı olmalıdır. Performansı değerlendirmek için analitik yöntemleri kullanırken destekleyici tüm verilerden yararlanmalıdır. Performans indikatörleri ve bunların analizi çok önem taşımaktadır (2).

Bu amaçla klinik uygulamalardaki farklılıkları azaltmak ve doğru bilgi edinmek için klinik uygulama rehberleri geliştirilmeli, sonuçların değerlendirilmesi için (outcomes measurement) standartlar belirlenmeli, randomize klinik çalışmalar ve geleneksel klinik araştırmaların yeniden yorumu yapıl-

malı ve karşılaştırmalı -etkinlik araştırmaları- (Comparative-effectiveness research) kanıtlar çoğaltılmalıdır.

Dolayısıyla performans veya hekimlik hizmetlerinin geri ödeme sistemi doğru- dan sağlık finansman sistemini ilgilendirmektedir. Sağlık finansman sisteminin hizmet başı ödeme (Fee-for-Service) olduğu sistemlerde ciddi problemler tespit edilmiştir. Her türlü volümü arttıran, daha fazla test, daha fazla görüntüleme, daha fazla yan dal konsültasyonu, daha fazla hastane yatışı getiren ancak kalite ve değeri düşüren bir sistem olduğu birçok araştırma ile ortaya konmuştur. Daha kaliteli hizmet vermek isteyen ve veren hekimleri cezalandıran bir sistem olarak belirlenmiştir (3).





Esasen performans sistemi; insan kaynakları yönetimine göre bir hak ediş hesaplama yöntemidir. Tanımlanan bir havuzda paydaşlara dağıtım oranını belirleme aracıdır ve sağlık finansman sistemini en temelden etkileyecek bir parametredir. Oluşturulma esaslarında, mesai bazlı sistemler, hedef bazlı sistemler, iş bazlı sistemler, üretim bazlı sistemler (Türkiye’de algılanan), tüketim bazlı sistemler ve ölçekleme bazlı sistemler sıkça kullanılmaktadır.

Tüm otoriteler tarafından kabul edilen ve sağlık profesyonellerinin ücretlendirme yöntemi olarak tanımlanacak **“ideal sistem”**in; sabit ücret ve kanıta dayalı sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesi sonrası terfi yöntemi ile olması gerektiği literatürde görülmektedir (4).

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

Altın standardı ve kalibrasyon sınırları net belirlenmeyen bir performans sisteminde kişiler ve kurumlar arası farklı uygulama ve anlamlandırmalar kaçınılmazdır. Esasen performans sistemi; insan kaynakları yönetimine göre bir **hak ediş** hesaplama yöntemidir. Tanımlanan bir havuzda paydaşlara dağıtım oranını belirleme aracıdır ve sağlık finansman sistemini en temelden etkileyecek bir parametredir. Oluşturulma esaslarında, mesai bazlı sistemler, hedef bazlı sistemler, iş bazlı sistemler, **üretim bazlı sistemler** (Türkiye’de algılanan), tüketim bazlı

Şekil 1: Performans sistemi kalibrasyonunda hacim ile değer arasındaki ilişki (5)



sistemler ve ölçekleme bazlı sistemler sıkça kullanılmaktadır.

Ülkemizde kullanılacak sistem, kanunlar ve geri ödeme sisteminin kurallarından ötürü günümüz için zorunlu şartlar olarak sabit maaş sistemine göre tanımlama, üretime göre ek katkı sistemi, tüketime göre denetim sistemi, bilimsel katkıya göre destekleme sistemi, yeni kaynak üretimi olan eğitim faaliyetine göre destekleme sistemi ve standart prosedür ve süreçler ile şeffaf bir sistem olmalıdır. En çok tartışılan yönü ise Şekil 1 de görülmektedir.

Bir performans sisteminin volüm ve değer arasındaki kalibrasyonunu yapabilmek için önce bileşenler tanımlanmalıdır. Buna göre ister volüm yönünde isterse de değer yönünde kalibrasyon yapılabilir. Burası tamamen kalibrasyonu yapacak iradenin tercihinine kalır. **Aslında performans sistemlerini eleştirenler bu volüm kalibrasyonunu eleştirmektedir.** Volüm kriterleri olarak; üretilen kaynak kredisi olan tabip hizmet kredi cetveli, ders kredi sayısı cetveli ve bilimsel yayın kredi cetveli, kadro unvan katsayısı olarak da akademik unvanlar, idari görevler ve bölüm kıyaslamaları göze çarpmaktadır. Volüm ağırlıklı dizayn yapmak isteyen bir kurum tamamen bu kriterlere göre düzenleme yaparsa volümü ciddi desteklemiş olur.

Değer kriterleri olarak ise; hastane kalite performans kredisi, bölüm kalite performans kredisi, bölüm maliyet muhasebesi katsayısı, bölüm çalışan memnuniyeti katsayısı, bölüm hasta memnuniyeti katsayısı, bölüm eğitim değerlendirme katsayısı ve bireysel eğitim değerlendirme katsayısı görülmektedir. Bu amaçla hazırlanacak yönetmelik ve cetveller ise; kalite performans yönetmeliği, maliyet muhasebesi yönetmeliği, hasta ve çalışan memnuniyeti yönetmeliği, eğitim ve bilimsel yayın değerlendirme yönetmeliği, tabip muayene ve girişimsel hizmet kredi cetveli, bilimsel yayın ve eğitim kredi cetveli, kadro unvan katsayı cetveli, tavan eködeme katsayı cetvelidir.

Sistemin tasarımı üç katman olarak ele alınıp modüler bir yapıda Şekil 2’de

Şekil 2: Üniversitelerin performans sisteminde katmanlı mimari



görüldüğü gibi olabilir. Buna göre katmanlar ve ödeme rolleri tanımlanarak şeffaf ve ölçeklenebilir bir sistem tasarlanabilir. Bu sistem tüm üniversite kurumlarında uygulanabilir.

Şeffaf ve taraflara göre objektif bir sistem için önce tematik yaklaşımlar belirlenmelidir. Üniversite hastanelerinde hizmeti üreten hekimlerin öncelikle rolleri tespit edilmelidir. Hak ediş hesaplama yöntemlerindeki vazgeçilmez başlangıç noktası, **“rol ve üretim bazlı”** olmasıdır. Belirlenmiş role göre üretilen işin tanımı ve ölçümü başlangıç noktasıdır. Her ne kadar hacim dışında, değer bakımından bile işler ölçeklenecek olsa, hacim olarak saymaya başlamadan sisteme girilemez.

Tıp fakültelerinde öğretim üyelerinin temelde dört rolü vardır. Birincisi yeni doktor yetiştirmek olan **lisans eğitimi**, ikincisi yeni uzmanlar yetiştirmek olan **lisansüstü uzmanlık eğitimi**, üçüncüsü; **iyi klinik uygulamalar** ve yeni cerrahi teknikler geliştirecek olan klinik veya cerrahi tedavi yöntemleri geliştirme çalışmaları ve dördüncüsü araştırma ve **deney-sel çalışmalar** gibi Ar-Ge faaliyetleridir. Ülkemizde bu farklı roller birbirinden net olarak ayrıştırılmayıp öğretim üyeleri olarak hepsini bir arada götürmek zorunda bırakılmaktayız. Bunlardan yeni uzman yetiştirme ve iyi klinik uygulayıcılar olma yükümlülüğü, hizmet ve eğitimin vazgeçilmez bütünlüğünü gerektirmektedir. Bu dört farklı rolün aslında bir arada yapılması çok da uygun değildir. Başarı göstermek için özellikle bir alanın yoğunlukla seçilmesi uluslararası örneklerde sıkça görülmektedir. Yurtdışı örneklerinde hekimlerin sadece bunlardan birini dahi seçtiklerini görebilmekteyiz. Ancak ülkemizde bu **dört rolü bir arada götürmek zorunda** kalan öğretim üyeleri, beraberinde rektörlük, dekanlık, bölüm başkanlığı, anabilim dalı başkanlığı veya başhekimlik gibi idari görevleri de yürütmek zorunda kalmaktadır. Bir de bu dört rolü bir arada götürürken mesleki ilerleme olarak asistanlık, uzmanlık, yardımcı doçentlik, doçentlik ve profesörlük basamaklarını da bu alandaki gösterdikleri başarılarla geçmek zorundalar. Bu şekilde çalışmaya zorlanan öğretim üyeleri, bu rollere bağlı olarak tanımlanmış bir ek

Şekil 3: Akademisyen rolleri ve hak ediş kalemleri



getiri sistemi ile desteklenmemektedir. Akademisyenlerimiz, her alanda dörtte bir başarı gösteren, her konudan sorumlu “**nitelikli akademisyenler**” olarak yıpranmaktadır (Şekil 3).

Role göre hak ediş sistemlerinde tüm rollerin birer kaynak yönetimi olarak değerlendirilmesi ve kaynak üretimindeki emeğin bir takas aracı olarak puana çevrilmesi gerekmektedir. Üretilen ve tüketilen kaynaklar bir havuzda kombine edildikten sonra, nasıl bir takas sistemi ile dengeleneceği ortaya çıkmalıdır. Dört rolün bir havuzda toplanarak sonuçta dört çıktı halinde bir performans değerlendirme sistemine dönüştürülmesi, bu sistemin matematiksel formüllerle kalibrasyon ve dengesinin oluşturulması ve buradan da dört ana kalemden ödeme sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir. Döner sermayeye katkı sağlayıcı faaliyetler, yasal uygulamalarımızda genellikle net işlem bazında alınan ücret olarak yorumlanmaktadır. Ancak bu gerçekte kaynak üretiminin tam cevabını oluşturamamaktadır. Bir üniversite hastanesinde verilen eğitim hizmeti, üretilen bilimsel değerler ve yayımlanan çalışmalar, o kurumun üniversite hastanesi olarak katma değer sağlamasını, marka gücünü artırmasını ve insanların kuruma olan güvenini sağlamaktadır. Dolayısıyla yapılan lisans ve lisansüstü eğitimler, kuruma yeni kaynak üretimi noktasında maddi getiri de sağlamaktadır. Yapılan bilimsel çalışma ve projeler de kuruma olan güven artırıcı etkisinden dolayı kaynak artırımı sağlamaktadır. Dolayısıyla eğitim ve bilimsel üretim yapan kişilerin performansına ait olarak da bir destekleme sistemi olmalıdır.

Performans, böyle bir hak ediş dağıtım sisteminde hem ödül, hem de motivasyon aracı olarak kullanılmalıdır. Dolayısıyla kaynak artırımına motive edilen çalışanlar, oluşan kaynak havuzundan belirlenmiş bir oranın adil dağıtımına şahit olmalıdırlar. Ancak karşımıza çıkan uygulamalar göz önüne alındığında, performans sistemlerinde bireysel rekabet ve hırs, kurumsal amaçları unutturacak tarzda yıpranmalara sebep olmaktadır. Bir performans sisteminin amacı kurum içinde rekabet ve hırs yaratmak değil, kurumsal bir motivasyondur. Öne-

rilen sistemin formülü içindeki kalibrasyon rakamları, kurumun istediği her türlü hedefe göre ayarlanabilir bir özelliğe sahiptir. Kurum eğer kişisel hırsların veya kişisel performansların ön plana çıkmasını isterse böyle bir kalibrasyon yapabilir. Ya da kişisel hırs ve performansların bireysel rekabet oluşturmaktan uzak kalmasını, tamamen bölüm temelinde bir motivasyon aracı olmasını isterse bu şekilde bir performans kalibrasyonu yapabilir. Dolayısıyla bu tür kullanılan performans sistemleri tanımlanmış ve sınırları netleştirilmiş bir yöntem değil, tamamen **bir kök hücre olarak** ele alınmalıdır. Temel değer **“etkileşimli paylaşım esasına”** dayanan bir ortak havuz sistemidir.

Eleştirilen uygulama ve sonuçlar ise, bu kök hücrenin farklılaştırılması anlamına gelen kalibrasyonun veya uygulanmasının hatalarıdır. Yapılacak kalibrasyon sistemi, performansın kurumun istediği her şekli almasını sağlayabilir. İstenirse bilimsel çalışmaya ağırlık verilir, istenirse eğitim faaliyetlerine ağırlık verilir, istenirse de tamamen hizmet üretimine ağırlık verilir. Dolayısıyla hizmet üretim ve kaynak artırımındaki aktiviteyi maddi karşılığa çeviren bir takas aracı olan bu performans sistemi; hem elastisitesi (istenen şekle girebilmesi), hem de plastisitesi (her değişken şekilde bir stabiliteye sahip olması) olan tam bir kök hücredir. Bu kök hücrenin nasıl şekilleneceğine ise Şekil 2’de görüldüğü gibi üçüncü katmanda yönetmeliklerini kendileri yayımlayacak fakülteler karar verecektir.

Uygulamada her türlü kolaylığa açık, her türlü kalibrasyona imkân veren, tüm prosedürlere ve kurumsal isteklere uyabilecek böyle bir sistemin temel değeri olarak alınması; temel değerlerin YÖK tarafından bir çerçeve ile tanımlanması ve kalibrasyon basamaklarının üniversitelere bırakılması; hem uygulanabilirlik hem de üniversitelerin bilimsel değeri artırıcı etkisi yönünden başarılı gözükmektedir. Bu sistem sayesinde öğretim üyeleri dört ana rolden hepsine birden sahip olmak isteyebileceği gibi, bu dört ana rolden bir veya ikisini seçerek o konuda ve alanda profesyonelleşmeyi tercih edebileceklerdir. Lisans eğitimi çok seven bir öğretim üyemiz sadece lisans eğitimi yaparak ölçeklenmiş sisteme göre hak edişini hem kendisi hesaplayabilecek hem de hedeflerini çizebileceklerdir. Bilimsel araştırmaya daha yatkın olduğunu düşünen öğretim üyelerimiz deneysel araştırma ve geliştirme yaparak, bunları yayımlayarak yönettiği akademik değerlerle kurumuna sağlamış olduğu katkı ölçeklemesinde maddi olarak nasıl bir getiriye sahip olacağını görecektir ve belki de buna göre sadece araştırmacı cerrah olarak akademik hayatını sürdürmek

Uygulamada her türlü kolaylığa açık, her türlü kalibrasyona imkân veren, tüm prosedürlere ve kurumsal isteklere uyabilecek bir sistemin temel değeri olarak alınması; temel değerlerin YÖK tarafından bir çerçeve ile tanımlanması ve kalibrasyon basamaklarının üniversitelere bırakılması; hem uygulanabilirlik hem de üniversitelerin bilimsel değeri artırıcı etkisi yönünden başarılı gözükmektedir.

isteyecektir. Tamamen kişisel gelişim ve yönelimlere kurum içi kalibrasyonlarla imkân sağlayacak bu sistem, daha da yeni geliştirmelere açık olarak uygulanabilecektir.

Kaynaklar

- 1) National Committee for Quality Assurance, 2004.
- 2) WHO, The European Health Report, 2009.
- 3) Spotlight on Payment Reform, Health Reform, Robert Wood Johnson Foundation, 23.09.2009, The End of Fee-for-Service Medicine? Proposals for Payment Reform in Massachusetts, Robert Steinbrook, M.D. N Engl J Med 361;(11)1036-8, September 10, 2009.
- 4) L. Emanuel, Ethics and Health Care Service, Essential Issues for Leaders; Emerging, Challenges in Health Care. JCAHO, 2001, ABIM, ACP-ASIM, EFIM, Medical professionalism in the new millennium, Ann Intern Med 2002.
- 5) From VOLUME to VALUE: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs, RWJF, 2009

“Tamamlayıcı sağlık sigortası” ve üniversite hastanelerinde sunulan sağlık hizmetleri ilişkisi

Yrd. Doç. Dr. S. Haluk Özşarı



1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2003'te Hacettepe Üniversitesi'nde sağlık yönetimi alanında doktora yaptı. 2009'da yardımcı doçent oldu. 1984-1999 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nda çalıştığı dönemde, Sağlık Ocağı Tabibi-II Sağlık Müdürü-Sağlık Projesi Genel Koordinatör Yardımcısı ve Genel Koordinatörü-Bakan Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulundu. 2000-2009 yılları arasında özel sektörde, sağlık yönetimi ve sağlık sigortacılığı alanlarında Genel Koordinatör, Danışman, Yönetim Kurulu Üyesi olarak çalıştı. 1990'lı yıllarda değişik hükümetler ve yasama dönemlerinde hazırlanan kanun tasarı taslaklarının teknik çalışmalarında, Devlet Planlama Teşkilatı'nın Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması ile VII., VIII. ve IX. Beş Yıllık Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonlarında, Johns Hopkins Üniversitesi Bloomberg Halk Sağlığı Okulu ile birlikte TÜSIAD "Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri" Raporu'nda görev aldı. Halen İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanı ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Üniversite hastaneleri, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de üçüncü basamak olarak tanımlanan, yani tanı ve tedavinin daha önceki aşamalarında sonuç alınamayan durumlarda başvurulmuş son duraktır. Yine dünyada olduğu gibi ülkemizde de, üniversite hastaneleri sadece hizmet sun-

maz, aynı zamanda hatta asıl olarak eğitim ve araştırma yapar. Üniversite hastanelerinin ülkemizdeki yasal adlarının araştırma ve uygulama merkezi olması da bunu doğrulamaktadır.

Basına da yansıyan bilgilere göre, bürokraside yapılan hesaplamalara ve üniversite hastanelerinin açıklamalarına göre; ülkemizdeki üniversite hastanelerinin toplam 1.2 milyar TL'ye

ulaşan borçları bulunduğu anlaşılmaktadır. Üniversite hastaneleri, bu borçların 2006 yılında birikmeye başladığını, çünkü üniversite hastanelerinin ürettiği sağlık hizmetinin maliyetini alamadığını ifade etmektedirler. Bunun dışında, en fazla öne sürülen nedenlerin başında, üniversite hastanelerinin döner sermayelerine kaldıramayacağı birçok fazladan mali yükün gelmesi yer almaktadır. Bu





İlk aşamada, üniversite hastaneleri için, gerekirse üst sınır konularak fark alınmanın önü açılarak üçlü fatura sistemine geçilmelidir. İkinci aşamada ise, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”na tam geçiş için 5510 sayılı Yasa’nın 2006 yılında yasalanan ilk haline dönülerek, sağlık kuruluşlarının, sevkli ve sevksiz gelme durumuna göre, fatura bedelinin SGK tarafından yüzde 50 veya yüzde 70’lik miktarı ödenerek ve SGK tarafından ödenenin üstünün ödenmesindeki sınır kaldırılmalıdır.

kapsamda, 2005 yılından itibaren üniversite hastanelerinin döner sermayeden personel çalıştırmaya başlanma zorunluluğu sıkça söylenmekte, hatta döner sermayeden personel istihdamının üniversite hastaneleri döner sermaye geliri içinde yüzde 25’lerden başlayarak bazılarında yüzde 40’ları bile bulduğuna ilişkin örnekler verilmektedir.

Üniversite hastaneleri gelir kaynaklarının büyük bir kısmının, sadece kamu sosyal sigortasından karşılandığı ülke örneklerini dünyada bulmak epeyce zordur. Çünkü adı üstünde, kamu sosyal sigortası; kamu eliyle toplanan primlere dayanan bir finansman kurumudur ve topladığı primle yapılan sağlık harcamalarının geri ödemesini, kendi belirlediği kurallarla yapmak zorundadır. Üniversite hastanelerinin sadece hizmet sunmadığı, aynı zamanda mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile araştırma da yaptığı dikkate alındığında; prime dayanan bir kamu finansman kurumunun yaptığı ödemelerle, üniversite hastanelerinin gelir kaynaklarının çoğunluğunu oluşturmasını beklemek zaten doğru olmayacaktır. Aynı kural, özel sigorta şirketleri için de geçerlidir. Bu bağlamda ve dünya uygulamaları göz

önüne alındığında, teorik olarak, tıp eğitimi ve araştırmalar için finansman sağlanmasını, bu kamu finansman kurumundan beklemek, en basit anlamda, kurumunun aktüeryal dengesi için haksızlık oluşturacaktır.

Şimdi gelin, dünya deneyiminde de olan bu teorik doğruları, ülkemizdeki özneleri ile birlikte sıralayalım: Üniversite hastanelerinin öznesi ülkemizdeki kamu üniversitelerine ait olan araştırma ve uygulama merkezleri ve vakıf üniversiteleri hastanesidir. Aktüeryal dengesi açısından haksızlık oluşacak kamu sosyal sigortasının öznesi ise Sosyal Güvenlik Kurumu ve sağlıkla ilgili nedeniyle bu kuruma bağlı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü’dür.

Üniversite hastanelerinin borcu olarak konuşulan 1.2 milyar TL’nin dağılımı analiz edildiğinde, borçlu üniversite hastanelerinin yüzde 42’sinin ilk 10 üniversiteye ait olduğundan hareketle şu gerçekler daha ilk bakışta görülmektedir. Bu üniversite hastaneleri;

- İçinde yeni açılan üniversitelerin hastaneleri yoktur, tamamı eski üniversitelere ait hastanelerdir.
- Hastalara hizmet verme açısından,

Türkiye geneline bölgesel olarak homojen dağılmıştır.

- Hastalar ve eğer sevk edilmişlerse sevk eden hekimlerce en fazla tercih edilenlerdir.
- Bir kısmı, yönetim ve hizmet sunumu açısından, Sağlık Bakanlığı’nın bugüne kadar birlikte çalıştığı uluslararası akreditasyon kurumları tarafından akredite edilmiştir.
- Yöneticilerinin hemen hemen tamamı son beş yılda değişmiştir.

İleri analizler yapıldığında, çok daha çarpıcı başka başlıkları da bulmak mümkündür ama sadece bu başlıklar bile, üniversite hastanelerinin hizmet sundukça zarar eden ve borçları biriken kamu kurumları haline geldiğini göstermektedir. Hatta bazı üniversite yöneticilerinin kamuya açık toplantılarında, “Üniversite hastaneleri batıyor” ifadesi geçmiş haftalarca basında da yer almıştır.

Buna karşılık; üniversite hastanelerinin borçlarını, işletilmelerine ilişkin eksiklikler hatta bazı örneklerde yanlışlıklar bile bulunduğu ile açıklamak tek başına kulağa hoş gelebilir. Bazı üniversite

hastanelerinin, özellikle son yıllarda kamu hastaneleri yönetiminde yapılan iyileştirmelere paralel adımları atamadığı doğru da olsa, konuyu sadece bu tür bir ifadeyle açıklıyor olmak, bir başka haksızlık olarak da algılanabilir. Bu algılamaya, doğru ve kalıcı bir çözüm üretebilmek için ise; her şeyden önce, üniversite hastanesinin ne olduğunun doğru tanımlanması ilkesinde anlaşmak gerekir. Üniversite hastaneleri, diğer hastanelerden farklı olarak; "üniversite hastanesi" olmasının gereği; teknoloji, insan kaynağı ve benzeri konularda farklılaşmış sağlık hizmeti sunmalıdır. Dolayısıyla, bu gerek ve ilke-den taviz verilmemeli, üniversite hastanelerinin poliklinik hastaneleri gibi bir rol kayması, hiç bir nedenle ve asla teşvik edilmemelidir. İstemeyerek de olsa, bu tür bir teşvik, üniversite hastanelerinde zarar edilme ve borçlanma nedenini bulamamanın da ötesinde, basit/kısa süren/komplikasyon olma olasılığı az vakalara daha fazla yönelme eğilimine ve son aylarda kamuoyuna da yansıyan kopan parmak benzeri olumsuz örneklerin giderek artmasına yol açabilir.

Üniversite hastanelerinin sorunlarına çözüm için bir diğer önemli nokta da, tek gelir kaynağını sunduğu hizmetin karşılığını almak olarak görme yanlışlığıdır. Zira sunulan sağlık hizmetinin, Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nden (GSS) Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerinden alma anlayışı, hem eksik hem de yanlış bir anlayıştır. Dünya deneyimini de dikkate alındığında, sağlık hizmeti nerede sunulursa sunulsun ister vergi ile ister primle nasıl finanse edilsin; hiçbir sistem, tüm sağlık risklerini karşılayamamaktadır. Karşılanmamış riskler ya da beklentilerde yetersizlik oluşma durumunda, iki yöntem gündeme gelir. Bunlardan biri doğrudan cepten ödeme-dir, yani finansal riskin sağlık hizmetini kullanan tarafından alınmasıdır. İkinci ise önceden prim ödeyerek finansal riski özel sigorta havuzlarında paylaştırmaktır. Böylece hizmeti kullananlara, hizmete kesintisiz erişim sunulmuş olur. Benzeri uygulama, emeklilikte bireysel emeklilik olarak, zaten hem dünyada hem de ülkemizde, yıllardır hayata geçirilmiştir. Sağlıkta bu uygulamanın adı, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası"dır.

"Tamamlayıcı Sağlık Sigortası"nda; kamunun taahhüt ettiği temel teminat paketi ile hizmet alan kişinin talebi arasında oluşan fark, ayrı teminat paketleri ile dileyenlere sunulur. Böylelikle, GSS'nin temel teminat paketi ile "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası", geri ödeme kurumlarının yani SGK'nın düzenlemeleriyle, kurumlarına ayrı ayrı faturalanarak

ödenir ve sağlık sigortacılığında mükerrer prim ödeme dönemi de kapanmış olur.

"Tamamlayıcı Sağlık Sigortası"; Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği ile Sağlık Kuruluşları Derneği tarafından desteklenmiştir. Kurumsal temsiliyet taşımayan bir gönüllü çalışmaya göre, "Genel Sağlık Sigortası'nın temel teminat paketi üstüne dileyenlerin satınalabildiği, özel sağlık sigorta şirketlerince sunulan, hem risk paylaşımına hem de maliyet kontrolüne olumlu etkiler yapan, bir model" olarak tanımlanmaktadır.

Ülkemizde, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın ne zamandan bu yana konuşulduğuna bakıldığında, yasa tasarı taslaklarına girdiği tarihin 1990'lı yılların ilk çeyreğine kadar uzandığı görülmektedir. O yıllarda, sağlık reformu kapsamında hazırlanan ve adı önce Genel Sağlık Sigortası, daha sonra Sağlık Finansman Kurumu ve 1990'lı yılların son çeyreğinde ise Kişisel Sağlık Sigortası olarak bilinen yasa tasarı taslaklarının tümünde; "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" yer almaktaydı. Bu yasa tasarı ve taslaklarında; "Teminat paketi dışında ek hizmet almak isteyen kimseler, bu hizmetin karşılığını kendileri ödeyerek alabilirler. Bu konuda özel sigortacılık hizmetlerinden yararlanma hakları da saklıdır." hükmü bulunmaktaydı. Haziran 2004'de Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın yayımladığı, Beyaz Kitap Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi'nde "Ölçütlere uyan sağlık kurumları ile anlaşma yapılacak, belirlenen fiyatın üstünde hizmet sunulması halinde aradaki farkın kişilerce veya tamamlayıcı sigorta niteliğindeki özel sigortalarca karşılanması olanağı getirilecektir" ifadesi yer almaktaydı. 17 Nisan 2008 tarihinde TBMM'de kabul edilen, 5754 sayılı Değişiklik Yasası'nın 58. Maddesi ile 5510 sayılı Kanunun 98'inci maddesine yapılan eklemede "Yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usûl ve esaslar, kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir." diye ifade edilen ama henüz uygulanmayan hüküm de halen yürürlüktedir.

Türkiye'de yaklaşık 20 yıldır konuşulan ve dünya deneyimlerinde de, sosyal sağlık sigortacılığı ile bir arada düşünülen "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası", yasal zemine de otursa, neden bir türlü uygulanamıyor? Bu doğru bir seçenek mi? Üniversite Hastanelerinde sunulan hizmetlere ne getirecek, ne götürecektir?

Bu konuya ilişkin üniversite hastaneleri için olmasa da, son yıllarda konu ile il-

gili farklı yaklaşımlar tartışıldı. Kimi zaman, bazı sivil toplum kuruluşları, "Yapanlar özellikle eksik yapıyorlar, onları özel sektöre tamamlatacaklar." dedi; kimi zaman bazı bürokratlar, "Biz bir şeyi eksik mi yaptık ki, başkası tamamlayacak?" dedi. Bazen de bazı sektör çalışanları, "Zaten her şey var, tamamlanacak bir şey mi kaldı?" dediler...

Oysa gerek üniversite hastaneleri özelinde ve gerekse de sağlık sistemi genelinde; "Zorunlu prim ödersin, ama sadece benim istediğim yerden ve benim belirlediğim fiyatla hizmet alırsın." yaklaşımı yerine, "Primini öde, benim kurallarımla, istediğin yerden hizmet al" yaklaşımı, sosyal sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliği açısından da, dünyada kabul gören bir politika halini almıştır. Başta Almanya, Fransa ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde, kamu sektörü tarafından hariç tutulan ya da tamamen kapsanmayan hizmetleri kapsayan, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" seçeneği, kamu sağlık sigortacılığının sürdürülebilirliği için, ödeme gücü olanlara sağlanan vergi teşviklerine ek olarak, ödeme gücü olmayanlar için de bulunan kamusal destek yöntemleriyle uygulanır oldu. Çünkü hizmete erişemeyenlerin bir yandan prim ödemeye devam ederken diğer yandan da sağlık harcamalarını kendi cebinden karşılamasının; idari, teknik ve sosyal açıdan yönetilmesinin daha riskli bir sürece yol açtığı görüldü. Ülkemizde de, üniversite hastanelerinde Sosyal Güvenlik Kurumu fiyatlarının üstüne "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" uygulamasını bu bağlamda değerlendirmek gerekir.

Böylece;

- Vatandaşların, üniversite hastanelerinin de içinde olduğu tüm sağlık kuruluşlarından, kolay erişebileceği nitelikli sağlık hizmeti alma seçenekleri artmış olacak.

- Kayıt dışı sağlık harcamaları azaltılarak devletin vergi gelirleri artacak.

- SGK'ya fiyatları yukarı çekme baskısı azalacak ve kurumun rasyonel işleyişine yönelik kamusal güç fazlalaşacak.

- Artan rekabet hizmet kalitesini yükseltecek.

- Kamu sağlık harcamaları öngörülebilir hale gelecek ve rasyonelize edilecek.

- Sağlık sektöründe risk paylaşımı artacak.

- Kamu ve özel sağlık sigortacılığı tarafından, hizmetin nitelik ve niceliği iki kez denetlenmiş olacaktır.

“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, tüm bunlara ek olarak, aşağıdakilerden ötürü üniversite hastaneleri için kaynak çeşitliliği ve nakit girişi sağlayan bir finansman yapısı oluşturacak, kamu-özel sektör sinerjisi için de bu güne kadar ısrarla aksini savunanlara güzel bir örnek oluşturacaktır:

- Üniversite hastanelerinde verilen sağlık hizmetlerinin kapsam ve farklılığı dikkate alındığında, SUT fiyatları ile sunulan hizmetin maliyetleri karşılayamadığı, dolayısıyla sürdürülebilir olmadığı; gelir ve gider dengesini en iyi biçimde yöneten bazı üniversite hastanelerinde bile yaşanarak görüldüğünden.

- Tam Gün Yasası’nın 1 Şubat 2011’den itibaren üniversite hastanelerinde uygulaması ile üniversite hastaneleri bütçelerine ortalama yüzde 15 nakit girişi sağlayan öğretim üyesi muayenelerinin kaldırılacak olmasından.

- Özel sigorta şirketleri ile çalışmanın üniversite hastaneleri yönetimlerine; rasyonel işletme ve yönetim zorunluluğu getireceğinin avantajı ile, hem bu güne kadar oluşan borçlarının nedenlerinin hem de bundan sonraki döneme ilişkin bu ve benzeri borçların oluşmama güvencesinin ne olacağına yönelik, doğru analiz ve karar verme yeteneği sağlayacağından.

- Sadece SGK finansmanına bağımlılığı ortadan kaldıracığından.

“Kamu”ya ait üniversite hastaneleri yatırım/insan gücü maliyetlerinin, “kamu” kaynakları yerine büyük ölçüde döner sermayelerden karşılandığı bir ortamda, sadece kamuda değil özel sektörde bile “fark alınmamalı” ilkesi ısrarla savunulmaktadır. Ancak son zamanlarda kamuya açık toplantı ve kongrelerde yetkililer tarafından rakamlarla dile getirilen bir hususa göre; farklı kamu kaynakları ile son dönemde hızla robotik cerrahi araç gereci satın alındığı, hatta hangi hastanelerde, robotik cerrahi uygulanan hastalardan “SUT fiyatları üzerinden bin TL.’nin katları ile ifade edilen farklar alındığının örnekleri de verilmektedir.

Öte yandan, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”na ilişkin bir araştırma sonuçlarını da burada paylaşmakta yarar olacaktır. Bu araştırma, yani “Sigorta Tutum ve Davranış Araştırması”, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği tarafından, tüketiciler nezdinde sigorta sektörünün mevcut konumunu tespit etmek ve sigorta bilinirliği ile eğilimlerini anlamak amacıyla yaptırılmıştır. Araştırma, Temmuz-Eylül 2008 arasında, 17 ilde 3 bin 33 kişiyle yüz yüze görüşme yoluyla yapılmıştır. Araştırmaya göre gelecekte yaptırılması planla-

nan sigortalar sıralamasında sağlık sigortası ilk sırada yer almış ve “Devlet tarafından sağlanan sağlık güvencesinin yanında onu tamamlayan özel sağlık sigortasına sahip olmayı kesinlikle istemiyorum.” diyenlerin ise yüzde 25’de kaldığı görülmüştür.

Özellikle son yıllarda sigorta şirketlerinin bazı özel hastanelerin fiyat ve faturalandırma süreçlerinden yaşadığı sıkıntıların onları yeni arayışlara sürüklediğini hatta kendi SUT listelerini oluşturmaya yönelttiğini, üniversite hastanelerinin hem hizmet sunumu farklılığı hem de maliyet avantajı ile özel sağlık sigortalarının yeni bir cazibe merkezi olabileceklerini, bunun uygulamaya konulması halinde üniversite hastanelerinin sigorta şirketleri için önemli bir hizmet sunucu rolünü kolaylıkla üstlenebileceklerini de ayrıca belirtmek gerekir.

Aslında, tüm bu saptamalar, üniversite hastanelerinde “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”na ihtiyaç olduğunun ve doğru uygulanabileceğinin işaretleri olarak algılanmaktadır. Sağlık sektörünün dinamikleri açısından bakıldığında, hizmet alan vatandaşları merkeze koyarak, ödeme gücü olanlardan olmayanlara ek bir kaynak transferi oluşturan sürdürülebilir bir Genel Sağlık Sigortası’na ulaşma amacına yönelik olarak 17 Nisan 2008 tarih ve 5754 sayılı Kanun’un 58. Maddesi ile verilen düzenleme yetkisi de dikkate alınarak iki aşamalı bir model tartışmak gerekir:

İlk aşamada, üniversite hastaneleri için, gerekirse üst sınır konularak fark alınmanın önü açılarak üçlü fatura sistemine geçilmeli yani SGK tarafından ödenen bedelin SGK’ya, özel sağlık sigortası tarafından taahhüt edilen “fiyat farkı” bedelinin hizmet veren üniversite hastanesine ödenmek üzere özel sağlık sigortası kuruluşuna ve kullanıcı katkısı olan bedelin de kişiye fatura edilebilmesinin sağlanacağı ve böylelikle Genel Sağlık Sigortası’na ek olarak “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”nın uygulanabileceği bir model kurulmalı.

İkinci aşamada ise, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”na tam geçiş için 5510 sayılı Yasa’nın 2006 yılında yasalaşan ilk haline dönülerek, sağlık kuruluşlarının, sevkli ve sevksiz gelme durumuna göre, fatura bedelinin SGK tarafından yüzde 50 veya yüzde 70’lik miktarı ödenerek ve SGK tarafından ödenenin üstünün ödenmesindeki sınır kaldırılmalıdır.

Sonuç olarak, ülkemiz kaynaklarının ister vergi ister prim temelinde olsun, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla yönetilmesi zorunluluğundan yola çıkılarak başta üniversite hastane-

leri olmak üzere, GSS ile birlikte uygulanacak bir “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, GSS’nin de sigortası olacaktır. Çünkü yıllar geçtikçe hizmete olan talebin artacağı ve hatta değişeceği, buna karşın hizmetin maliyetinin yükseleceği düşünülerek, sağlık hizmetleri arz talebi arasında; ülkemiz kaynaklarını en verimli kullanabilecek bir modeli üniversite hastanelerinde de uygulamalıyız. Her şeyden önce, kamu-özel üniversite ayrımı yapmadan kamu yararını sağlayabilmek için; bilgi-deneyim-operasyon ve denetimde paylaşıma ve ortak akıl oluşturmaya hazır olmalıyız.

Kaynaklar

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

5510 Sayılı Yasa, 2006

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

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

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

Çotur, Oya Aliz, Avrupa Birliğine Üye Ülkelerde ve Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı, Ankara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara, Temmuz, 2004

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

Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarı Taslağı, 1994

Kişisel Sağlık Sigortası Yasa Tasarı Taslağı, 1998

Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarı Taslağı, 1996

The OECD Health Project, Private Health Insurance in OECD Countries, ISBN 92-64-01563-9, 2004

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

Prof. Dr. Şaban Şimşek: Hastane açmakla, kalori hesabı yapmakla sağlık meselesi çözülemez

Ömer Çakkal

Sağlıkta baş döndürücü gelişmeler ardı ardına yaşanıyor. Sağlık Bakanlığı'nın çıkardığı yasa ve yönetmelikler bazen para musluğu-
nun başını tutan Maliye ve Çalışma Bakanlıklarının engeline ya da direncine takılıyor, bazen de mahkemelere. Kurallar, konulmak için değil uygulanmak için

var. Uygulamaya geçildiğinde bir keşmekeştir başlıyor. İşin sağlık personeli ve vatandaş ayağı keşmekeşin mağduru. Medya ise oluşan en küçük bir problemi dahi ballandıra ballandıra yazma konusunda işin hakkını veriyor! Bu baş döndürücü trafikte bir durmak, "Ne oluyor?" diye sormak, bu soruyu sektörün içinden insanlarla tartışmakta fayda var. Halen SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği Şefi Prof. Dr.

Şaban Şimşek, bir dönem üst düzey bürokratik da yapmış, yani sistemin inşası sürecini bilen bir isim. SD'nin röportaj teklifini geri çevirmeyen Şimşek, bir Karadenizliden beklenen bir üslupla tezlerini oldukça sert bir dille ifade etti. Kendisinin eleştirilerine kulak vermekte yarar var.

Sağlık alanında üst düzeye gelmiş birinin alanı dışında yine üst düzey





Prof. Dr. Şaban Şimşek (sağda), Kuveyt'e yaptığı bir yolculukta...

bürokrat olarak görev yapmasını nasıl değerlendiriyorsunuz? Bu görevi niye bıraktınız?

Sanıyorum bu soruyu Milli Eğitim Bakanlığı'ndaki Müsteşar Yardımcılığı görevimle ilgili olarak sordunuz. Gerçekten bunu çok merak eden oldu. Başta da Hürriyet Gazetesinin gedikli Başyazarı Oktay Ekşi ve Ana Muhalefet Partisi. TBMM kürsüsünden tam dört defa dile getirildi; "Göz doktorunun Milli Eğitim Bakanlığı'nda ne işi var" diye.

Oysa ben bir öğretim üyesi idim. Yani öğrencilerim vardı, asistanlarım vardı, bir eğitici ve öğreticiydim. Dahası doktorasını almış olan bir insan, bilimsel çalışma yapmasını, temel prensipleri ve metoduyla birlikte öğrenmiş demektir. Dolayısıyla aynı zamanda bilimsel bir çalışma olan Yükseköğretim Kanunu hazırlık çalışmalarında görev almasını yadırgamamak lazımdı. Ancak sanıyorum tepkilerin asıl nedeni biraz da ideolojik idi.

2003 yılıydı. Hükümet, parti programında ve Hükümet programında yer aldığı üzere Yükseköğretim Kanunu'nu yenilemek istiyordu. Üniversiteden arkadaşımız Hüseyin Çelik de Milli Eğitim Ba-

kanı olmuştu. Başbakan'dan aldığı bu görevi koordine etmek üzere bana ricada bulundu. Yakın arkadaşlarımla ve tabii ki eşimle görüştüm. Görevi kabul ettim ve her şeyi bırakıp Ankara'ya geldim.

Bürokrasi, asıl mesleği yani doktorluğu öldüren bir çalışma ortamı. Bürokrasiye geçenler bunu göze almalı. Mesela bir başhekim bile bence en fazla yüzde 50 doktorluk en az da yüzde 50 başhekimlik yapmalı. Başhekimliğin payı hastanenin yeri ve fonksiyonuna göre yüzde 80'e kadar çıkabilir. Bunu yapamayacakların idareci olmaması gerekir. Uzun süren bir idarecilikten sonra veya doktorluktan tamamen uzaklaşan merkez teşkilat bürokratinin bir daha mesleğe dönmesi ve herhangi bir alanda, teknik anlamda çok üst düzeylere çıkabilmesi kolay mümkün olmaz.

Görevi bırakmamın birinci nedeni, gidiş sebebimin ortadan kalmış olmasıydı. Bilindiği gibi biz kanun taslağını hazırladık ama kanun çıkarılmadı. TBMM'den geçen ve daha sonra zamanın Cumhurbaşkanı'nın veto edilen Yükseköğretim Kanunu, bizim asıl hazırladığımız taslağın konjonktüre göre

Bürokrasi, asıl mesleği yani doktorluğu öldüren bir çalışma ortamı. Bürokrasiye geçenler bunu göze almalı. Mesela bir başhekim bile bence en fazla yüzde 50 doktorluk en az da yüzde 50 başhekimlik yapmalı. Başhekimliğin payı hastanenin yeri ve fonksiyonuna göre yüzde 80'e kadar çıkabilir. Bunu yapamayacakların idareci olmaması gerekir.

esaslı şekilde kırılmış bir şekliydi. Malum o zamanlar "Sarı Kız", "Ay Işığı" fahri söz konusuydu ve saygıdeğer Genel Kurmay Başkanı hariç diğer üst düzey komutanlar askeri darbe hazırlık-

“Günümüzde doktor, hastanın moralini, ruhunu tamir etmenin epeyce uzağında bir pozisyonda. Kanımca doktora düşen görev, sağlıklı olmanın küçük bir parçası olan organlarla ilgili hastalık durumunu imkânlar ölçüsünde en iyi şekilde düzeltmektir. Zaten performans sisteminde biliyorsunuz tamiratı bir an önce yapıp, tezgâhta önünüze gelen diğer parçaya, af edersiniz hastaya yönelmek durumundasınız!”

ları ile yatıp kalkıyorlardı. İkinci neden Sayın Bakanla “idare etmedeki” anlayış farklılığımızdı. Üçüncü neden ise meslekten uzak geçen iki buçuk yıla yakın zamanda neredeyse tıp dilini unutma noktasına gelmemdi. Belki ikinci ile üçüncü sebep yer değiştirebilir.

İzninizle toplumdaki sağlık ve tıp algısı üzerine konuşmak istiyorum sizinle. Şimdi 21. yüzyılda tıp, sağlık, sağlıklı olmak nedir sizin için?

Bilindiği gibi Dünya Sağlık Örgütü sağlığı tarif ederken daha ziyade kişinin maddi ve manevi iyilik hali üzerinde durmaktadır. Özellikle bu ikincisi günümüzde çok şeyi içine alan bir kavram oldu. Mesela siyasal, sosyal, din-inanç özgürlüğü ve ekonomik unsurları da taşıyor kanımca. Örnek olarak çok milliyetçi bir ruh taşıyan insanı düşünelim. Bağımsızlığı kafasına koymuş, boyunduruk altında yaşamak istemiyor. Bu insanın bütün organları biyolojik anlamda iyi çalışsa ne olacak. Ona sağlıklı diyebilir miyiz? Kaldı ki bu insanın baş ağrıları, tansiyon problemleri, mide ülseri ya da psoriasis olmaması imkânsız. Ya da ciğeri, kalbi, bağırsakları vs iyi çalışan ama “Zorla başını kapatacaksın veya açacaksın diye ailesi veya devlet tarafından dayatmayla karşı karşıya bırakılan” bir genç kızı düşünelim. Ruhen sağlıklı olması mümkün mü bu kızcağızın?



Çok örnek verilebilir ama son olarak da cebinde çocuğunun istediği balonu ya da çikolatayı almaya parası olmayan bir babayı düşünelim...

Evet, yüzyılımızda sağlıklı olmak budur. Tıbbın ne olduğu ve olması gerektiğine gelince, “Bütün bunlara çözüm getirecek bir sistem” diyeceğim ve eminim siz bıyık altından “Yok canım” deyip güleceksiniz. Ama hakikaten doğrusu budur. Ancak bu, biraz önce yaptığım açıklamalardan da anlaşılabilirdiği gibi sadece doktorların ya da Sağlık Bakanlığı’nın işi değildir.

Günümüzde doktor, hastanın moralini, ruhunu tamir etmenin epeyce uzağında

Sıradaki soruları işittiğinizde bıyık altından gülenlerden olmadığımızı fark edeceksiniz. Hocam, sizce günümüzün doktorları hastalıkların tedavisine doğru noktadan bakabiliyorlar mı? Sağlık aslında “iyilik hali” derler ya hani, karşılarına gelenin tamir edilecek bir motor dişlisi değil de insan olduğunu ayırt edebiliyor; onun ruhunu ve moralini de tamir etmeye odaklanabiliyorlar mı?

Şimdi, önceki için söylediklerimden sonra bu sorunuza vereceğim cevabı tahmin ediyorsunuzdur. Hastalıkların tedavisi ile kişinin “tam bir iyilik hali” arasında birebir ilişki yoktur, olsa olsa “kısmi bir ilişki” vardır. Yani günümüzde doktor, hastanın moralini, ruhunu tamir etmenin epeyce uzağında bir pozisyonda. Kanımca doktora düşen görev, sağlıklı olmanın küçük bir parçası olan organlarla ilgili hastalık durumunu imkânlar ölçüsünde en iyi şekilde düzeltmektir. Zaten performans sisteminde biliyorsunuz tamirati bir an önce yapıp, tezgâhta önünüze gelen diğer parçaya, af edersiniz hastaya yönelmek durumundasınızdır! (Kahkahalar)

Tabii bütün bunları yaparken doktorun da insan olduğunu, onun da “tam bir iyilik halinde olmaya hakkı olduğunu” unutmamak gerekiyor. Mesela sosyal yönden toplumdaki statüsünün belli bir noktada olması, ekonomik yönden ortalama bir hastasından daha kötü bir arabaya binmek durumunda kalması, çocuğunun okul taksitini öderken zorlanmaması, malpraktis yasalarının cenderesinden uzak olması, tuttuğu takımın şampiyon olamamasından etkilenmemesi, yandaşı olduğu siyasi partinin hiç hükümet olamaması ya da hükümet olan arkadaşlarının ilgisizliğinden etkilenmemesi gerektiğini de belirtmek lazım!

Hükümetin sağlık politikalarını nasıl görüyorsunuz? YÖK ve üniversiteler bunun neresinde?

Bu konuda çok yazdım. Bir ulusal gazetede haftalık makaleler halinde arka arkaya tam 9 yazı yayımladık. Ayrıca Medimagazin Gazetesinde de birkaç yazım çıktı bu konuda. Şu anda öncelikle düşüncelerimi değil de duygularımı aktarayım isterseniz artık.

Buyurun...

Bugünlerde bir türkü dolandı dilime. Bu türkü belki bazılarınca sivri buluncaktır ama unutulmasın ki söyleyen de sevdiği için söylemişti. İşte ben tam da o haldeyim.

Hangi türkü bu?

Sözlerini aynen aktarayım:

Nemrut'un kızı yandırdı bizi
Çarptı sillesini felek misali
Sil yazımızı kurtar bizi

Çarptı sillesini felek misali
Mevlam gör bizi

Ocağım söndü nasıl beladır
Bırakıp gitti bu ne devrandır

Dünya gözümde kerbeladır
Allah'tan bulasan

Kararsın bahtın yıkılsın tahtın
Yalvardım yakardım yol bulamadım
Ah doğmasaydım kara yazım
Evardım çevirdim yaranamadım
Ayandır halim

Doktorluk sermayeye paspas edildi!

O kadar kötü mü yani?

Bunun dışında çok bir şey söylemek istemiyorum. Bütün bu yapılanlarla birincisi doktorluk serbest meslek olmaktan çıkarılmıştır, ikincisi doktorluk sanat olmaktan çıkarılmıştır, üçüncüsü doktorluk sermayeye paspas edilmiştir! Bunların sonucunda da insanlarda, tam gün, her istediğin doktorda, beş yıldızlı hizmet ve her şey bedava anlayışı yerleşmiştir ki asıl kötü olan budur ve dünyada bu şekilde işleyen, işletilebilen bir sistem yoktur.

YÖK üst idaresindeki değişikliklerden sonra YÖK'le Hükümet arasındaki eskiden beri olan soğukluk (aslında düşmanlık) ortadan kalktı. Becerebildikleri ölçüde bir işbirliği gözüküyor. Ama bu dünya örnekleri göz önüne alındığında ve akademik ölçütlere vurulduğunda çok da olması gerektiği gibi değil. Mesela hükümetin isteğiyle sayıları arttırılarak fabrikasyon ürünü hatta bazı fakültelerdeki olağan üstü yetersizlikler göz önüne alınırsa atölye ürünü doktor yetiştirilmesi veya YÖK'ün bir yan kuruluşu gibi siyasetin kucağındaymış gibi görüntü vermesi, bilim camiası için hiç de iyi bir pozisyon değil.

Bunlar oldukça sert eleştiriler. Sağlıkta bunca şeyin arasında hiç mi iyi bir şey yapılmadı?

Aslına bakacak olursanız; genel olarak Bakanlığın uygulamaları, benim 10 yıl önce Tabip Odası Bölge Başkanıyken hazırlayıp o zamanlar henüz aday pozisyonunda olan bugünkü Sağlık Bakanına ve o zamanlar sadece parti genel başkanı sıfatı olan Başbakanı sunduğum “Sağlıkta Reform” adlı çalışmamın özüne uygun şeyler. Bence de devlet sağlık hizmeti verme noktasında sektörden tamamen çekilmeli ve sadece “denetçi ve düzenleyici” olmalı. Olmalı ama tam anlamıyla olmalı! Özellikle 2-3 yıl öncesinde olduğu gibi devleti soydurmamalı. Özetle benim anlayışında, devlet diğer pek çok iş kolunda olduğu gibi sağlık sektöründe de işveren olmaktan çıkarılmalıdır.

Sizce dünya toplumu olarak sağlıkta neredeyiz? Türkiye nerede?

“Bütün bu yapılanlarla birincisi doktorluk serbest meslek olmaktan çıkarılmıştır, ikincisi doktorluk sanat olmaktan çıkarılmıştır, üçüncüsü doktorluk sermayeye paspas edilmiştir. Bunların sonucunda da insanlarda, tam gün, her istediğin doktorda, beş yıldızlı hizmet ve her şey bedava anlayışı yerleşmiştir ki asıl kötü olan budur ve dünyada bu şekilde işleyen, işletilebilen bir sistem yoktur.”

Valla buna anne ölümleri, bebek ölümleri, bulaşıcı hastalıklar, insan başına düşen doktor sayısı, yardımcı personel falan gibi istatistiklerle daha elle tutulur bir cevap verilebilir ama son yıllardaki sağlığa ulaşım ve ücretsiz tedavi imkânları pek çok dünya ülkesinde sahip olunmayan şeyler. Epeyce ülke gezdim. Kalite anlamında ülkemizde verilen sağlık hizmeti oldukça üst düzeyde diyebilirim.

Bugün bir özel hastanenin kapısından içeri girmekle devlet hastanesinin kapısından içeriye girmek arasında, alacağınız hizmeti düşündüğünüzde ne gibi farklar var?

Belki bazı yerlerde otelcilik hizmetleri, tefrişat, hostes kızlar vs biraz daha farklıdır ama verilen hizmetin kalitesinde çok fazla bir fark yok diyebiliriz. Yalnız hastalar şimdilerde özel hastaneye girerken, “Bir fark alacaklar mı, sonunda bir iş çıkarırlar mı başımıza?” diye düşünüyor. Zira fiyatlar o kadar bedava noktasına getirildi ki, başka türlü kaliteli hizmet vermek çok zor gibi geliyor bana.

Hem hekimlik hem bürokratik yaptınız. Sürecin canlı şahidisiniz. Türkiye’de sağlık sisteminin gelişimine dair genel hatları ile sizin gözlemlerinizi neler?

Bu bedavacı sistemin bu şekilde neredeyse tamamen genel bütçeden finanse edilmesi sebebiyle uzun vade devam edebilmesi pek mümkün

Bu bedavacı sistemin bu şekilde neredeyse tamamen genel bütçeden finanse edilmesi sebebiyle uzun vade devam edebilmesi pek mümkün görünmemektedir. Bu değirmenin suyunun bir yerden gelmesi gerekiyor ama bu gelen yerin de herkesin ortak kasası olan genel bütçe olmaması gerekiyor. Önce primle işleyen tam bir Genel Sağlık Sigortası, sonra devletçe işletilen aile hekimliği sistemi, sonra da hizmetin özel sektöre devri. İşin özeti budur. Doktorun da muayenehanesiyle özel sektörden sayılması ve statüsünün korunması gerekmektedir.

görünmemektedir. Bu değirmenin suyunun bir yerden gelmesi gerekiyor ama bu gelen yerin de herkesin ortak kasası olan genel bütçe olmaması gerekiyor. Bunun nasıl olması lazım geldiği biraz önce söylediğim "Sağlıkta Reform" çalışmamızın finansman bölümünde var.

Önce primle işleyen tam bir Genel Sağlık Sigortası, sonra devletçe işletilen aile hekimliği sistemi, sonra da hizmetin özel sektöre devri. İşin özeti budur. Ama bu arada doktorun da muayenehanesiyle özel sektörden sayılması ve statüsünün korunması, öğretim üyesine değer verilmesi, üniversitelerin de fonksiyonlarını yerine getirebilecek düzeyde düzenlemeler yapılarak mesela bir mahalle polikliniğiyle yarışma durumunda bırakılmaktan uzak tutulması gerekmektedir.

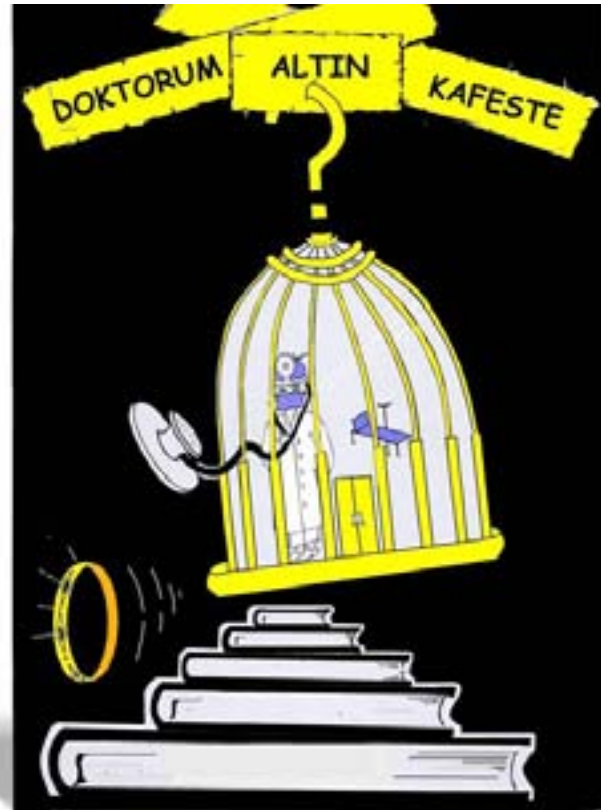
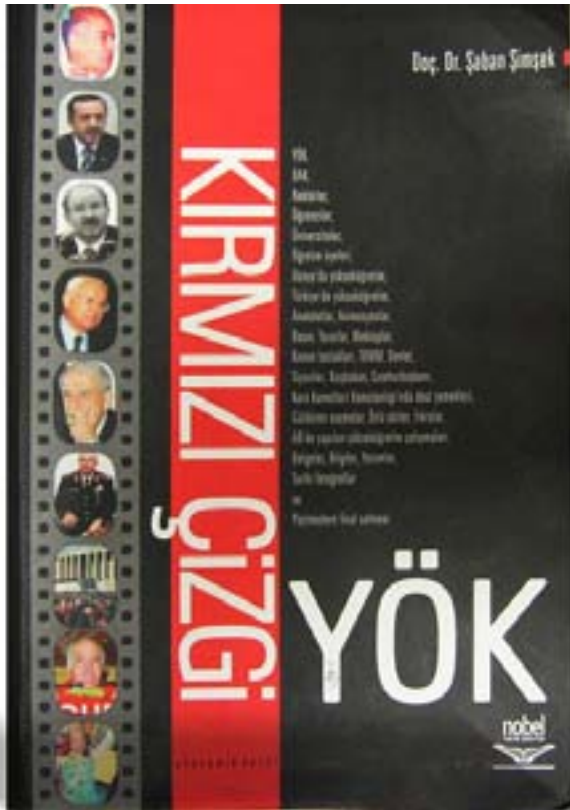
Uygulanan sağlık sistemi bu son söylediğim iki hususta açık veriyor. Yani genelde doktoru, özelde de öğretim üyesini, fakültesiyle beraber görmezlikten geliyor. Ya da şöyle söyleyelim; konuya sadece hizmet açısından bakıyor. Bu yönüyle hekimliğin prestij ve kalite açısından bu sistemde iyi bir geleceği olabileceğini düşünmüyorum. Şu anda halk nezdinde prim yapmakta olan uygulamalar ilerde mesela üniversitelerde istediği doktora hiç ulaşamamak veya piyasada kaliteli doktor bulamamakla sonuçlanacak ve gözden düşecek. Sanıyorum politik anlamda

da şimdiye kadar gelen puanları götüren bir durum oluşturacak.

Doktorlar hastalandıkları zamanlarda hasta olmaları bakımından maddiyonun iki yönünü de görürler. Siz bürokrat kimliğiniz döneminde sistemin kurulumuna da şahitlik ettiniz, meseleye oradan da baktınız. Bu üç kimlik zaman zaman birbiri ile çatıştı mı ve gene birbirlerini besledi mi?

Bakınız idareci de olsanız, doktor da olsanız, hasta da olsanız nihayetinde bir insansınız. Bunu unutmadığınız, insanlığınızı kaybetmediğiniz takdirde kimliğiniz hep aynıdır. Değişen sadece bulunduğunuz konum itibarıyla işlevinizdir. Belki meseleyi farklı bakış açılarından ve başkalarının sahip olmadığı bilgilere haiz olarak değerlendirceğiniz için söyleminiz de değişebilir ama işin özü değişmez. Yani çatışma olmaz. Eğer bütün bunları geçici bir durum olarak kabul edebiliyorsanız ve yeterli bir bilgi birikimi alt yapısında olaylara yüce bir gönülle yaklaşabiliyorsanız bahsettiğiniz çatışma filan olmuyor ve hatta belli bir zenginlik de elde edebiliyorsunuz.

Merhum Cumhurbaşkanı Turgut Özal'ın memleketi Malatya'yı Orta-doğu ve Balkanlar'da tıpta bir merkez üssü haline getirmek gibi bir projesi olduğu biliniyor. Türkiye şimdi sadece Malatya ile olmasa da İstanbul ve Ankara gibi merkezleriyle Avrupa'nın tıp merkezlerinden biri



olma yolunda. Açılan kompleks hastaneler, Türkiye'ye tedaviye gelen yabancı hastalar düşünüldüğünde sizce Türkiye sağlıkta küresel bir güç, bir aktör olma yolunda mı?

Evet, gerçekten de genel bütçeye ve özel sektöre on milyarlarca dolara mal olsa da sağlıkta dünya ölçeğinde yatırımlar yapıldı ve tesisler kuruldu. Kanımca yeterli ve düzeyli yürütücü personel de var. Bu tabir aslında çok yerinde olmasa da küresel bir güç olmak için gerekli alt yapı var. Geriye sadece küreyi çevirmek kalıyor. Yani iletişim, pazarlama, turizm. Bu tarafı da becerilebilirse sanırım sağlık sektörümüz dünya insanına da hizmet verebilecek bir potansiyele sahiptir.

Araplar Türkiye'de tedavi olmak için can atıyor

Tabi küresel bir aktör olabilmek için küresel politikalar gütmeniz de gerekiyor. Bu anlamda Türkiye'nin son birkaç yıldır bölgede lider ülke olmaya yönelik yürüttüğü vizyonu da hatırlayacak olursak sağlık politikalarımız bu vizyondan ne şekilde nasibini alıyor?

Yaşadığım bir olayı size aktarayım. Türkiye'de, üst düzeye gelmiş bir uzman doktor olarak maaşlı memur olmanın ötesinde pek de yapacak bir şey kalmayınca geçenlerde bir KBB profesörü arkadaşımınla beraber Kuveyt'e gittim. Yatırım ve çalışma imkânlarına baktık. Kuveyt'te sağlık yatırımlarına gerek yok. Ancak yine de hastaların büyük kısmı dış ülkelere gidiyorlar. Henüz bu listede Türkiye yok ama müthiş bir Türkiye'ye gelme isteği var. Sağlık için, görmek için, tanışmak için. İşte bu noktada sizin bahsettiğiniz o politikaların, Sayın Başbakanın ve Sayın Cumhurbaşkanı'nın katkısı büyük. "One minute" diyorlar başka bir şey demiyorlar. "Biz eskiden beri, zaten 60 dereceye varan sıcaktan kaçıp, hem tedavi olmak hem de tatil yapmak için ılıman ülkelere gitmek istiyoruz. Ayrıca Türkiye Müslüman bir ülke, kültürümüz aynı yabancılar çekmeyiz, bu ülke neden Türkiye olmasın. " diyorlar. Yani sorunuza cevap olarak söyleyeyim; böyle bir ortam var ama Türkiye henüz bundan nasibini almış değil.

Bilhassa son 10 yıla bakacak olursak özel hastanelerin nitelik ve nicelik itibarıyla büyüdüğünü, büyük grup hastanelerinin açıldığını, hükümetin de sağlıkta özelleştirme noktasında istekli olduğunu görüyoruz. Sağlık sektöründeki değişiklikleri siz nasıl yorumluyorsunuz?

Aslında bunun cevabını şimdiye kadar kısmen vermiş olduk. Ama başta des-

teklenen özel sektör, daha sonra sıkıntıya sokuldu. Sektör, alet alımından kadro durumlarına kadar kurallar koyarak çok ciddi kısıtlamalar getiren mevzuata boğuldu. Kimine göre faşist, kimine göre komünist olan bu uygulamaların kanımca ikisiyle de ilgisi yok. Çünkü öyle olsaydı komünizm veya faşizm özgü belli bir davranış kalıbı olurdu. Özel sektörü en çok rahatsız eden de bu; kuralların her yeni gün değişmesi ve bu sebeple önlerini görememeleri. Sanıyorum SGK ile Sağlık Bakanlığı arasındaki anlaşmazlık farklılığı da işlerin böyle çıkmaza girmesinde önemli bir faktör. Ama asıl belirleyici olan devletin verdiği sağlık hizmetini ayakta tutmak. Bu noktada bazı politik endişelerin de rol oynadığını düşünüyorum.

Sağlık denince insanlar sanki biraz işi abartmaya başladılar. "Onu yemeyin, bunu yemeyin, şu kadar kalori alın, bu kadar koşun" gibi anlayışlar yaygınlaşıyor. Buna rağmen insan ömrü eskisi kadar uzun değil. Bizde çok kullanılır eski toprak diye... Tüm gelişmelere rağmen insanlar artık 100'lü yaşlarını göremiyor. Bu bir gelişki mi sizce?

Madem eskilerden söz açtınız ben de eski ve çok da kullanılmayan bir deyimle cevap vereyim: "Duvarı yıkan nemdir, insanı yıkan gamdır." denir. Sağlığın günümüzde ne anlam taşıdığını bir kez daha düşünürsek bir sürü büyük hastane açmakla ya da kalori hesabı yapmakla bu işin çözülemeyeceğini görürüz. Ama pek çok gelişmiş ülkede ortalama insan ömrünün altmışların bile altında olduğunu biliyoruz. Türkiye'de bu rakam yetmişlerde, Japonya'da ise doksanları zorluyor. Onun üstüne çıkması çok da imkân dâhilinde değil çünkü genetik kodlamamız ya da insana biçilen biyolojik ömür o kadar. İsterseniz bizim Karadeniz'de çok kullanılan bir yerel atasözü ile söyleşimizi bitirelim: Çiçili uzayıp da ilan olamaz!

Ne anlama geliyor bu?

Solucan uzayıp da yılan olamaz! (Kahkahalar)

O zaman son soru: Tıp alanında veya başka kitap veya özel çalışmalarınız var mı?

Evet, başta da belirttiğim gibi Milli Eğitim Bakanlığı'ndaki görevim sırasında Yükseköğretim Kanunu çalışmaları ile ilgili yaşanan tüm gelişmeleri perde arkasıyla beraber aktardığım "Kırmızı Çizgi YÖK", stajyerler ve göz hastalıkları asistanlarının okuyacağı ilk kitap özelliği taşıyan "Göz Hastalıkları Temel Öğreti" adlı basılmış iki eserimiz var.

Gerçekten de genel bütçeye ve özel sektöre on milyarlarca dolara mal olsa da sağlıkta dünya ölçeğinde yatırımlar yapıldı ve tesisler kuruldu. Kanımca yeterli ve düzeyli yürütücü personel de var. Bu tabir aslında çok yerinde olmasa da küresel bir güç olmak için gerekli alt yapı var. Geriye sadece küreyi çevirmek kalıyor. Yani iletişim, pazarlama, turizm. Bu tarafı da becerilebilirse sanırım sağlık sektörümüz dünya insanına da hizmet verebilecek bir potansiyele sahiptir.

Ayrıca bu ikincisini İngilizce olarak hazırladık ve özellikle Afganistan, Sudan, Yemen, Bosna, Arnavutluk gibi ülkelere bağış olmak üzere gönderiyoruz. Son olarak da "Doktorum Altın Kafeste" adlı bir mizah kitabımız basım aşamasında. Bununla normal yollardan söyleyemediklerimizi ya da söyleyip de cevap alamadıklarımızı bir başka dille anlatıyoruz.

Sen yeter ki ufku hayal et

Prof. Dr. Filiz Onat



1985 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 4 yıllık bir pratisyen hekimlikten sonra farmakoloji doktorası yaptı. Yaklaşık 20 yıllık süreçte kısa bir dönem hekimlik icra etti, zamanının çoğu laboratuvarında geçti. Genel olarak santral sinir sistemi üzerinde çalıştı. 1994 yılından bu yana sistematik olarak epilepsi alanında çalışmalarını sürdürmektedir.

K “işisel deneyimlerimi sizlerle paylaşmam” konusunda yazmam istendiğinde, birçok bilimsel makaleye rağmen, yazıya başlamakta oluşan tıkanıklığı aşabilmem, “Yıllar içinde olaylar nasıl gelişmiş?” sorusuna cevap arama sonucunda gerçekleşti. Lewis Thomas'ın “The Youngest Science: Notes Of A Medicine-Watc-

her” adlı otobiyografisinde, tıp alanında ülkemizdekine paralel gelişmelerin uzaklarda da -Amerika Birleşik Devletleri- olduğu görülür. New York'da 1913'de doktor bir baba ve onun yardımcısı hemşire anneden dünyaya gelen Thomas, kendi gözlemleri üzerinden tıp mesleğinin ve biliminin son yüzyılını anlatırken zaman içinde hekimliğin uygulamalı tıp bilimi şekline dönüşümüne tanık olur (1). 1930'larda Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde

okuyan Thomas, Amerika'da 1930'lar da başlayarak ve özellikle 1950'lerden itibaren tıp icraatı ile araştırmanın yani bilimsel aktivitenin iç içe geçme sürecinin tanığı olur. Bu deneyimlerinin oluşmasına Yale Üniversitesi'nde ya da New York Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde dekanlık yapmasının katkısı da aşikârdır. Bu iç içe geçiş, önemsenmesi gereken bir olgudur ve ülkemizde henüz bu dönüşüm çok cılızdır. Ülkemizdeki bu dönüşüme 1935'lerde





Nazilerden kaçarken Atatürk'ün davetiyle Türkiye'ye gelen hekimlerin/bilim adamlarının önemli bir katkısı olduğu görülür. Bu kişiler arasında Prof. Dr. Philipp Schwarz, Prof. Dr. Alfred Erich Frank, Prof. Dr. Albert Eckstein ve Dr. Erna Eckstein vardır (2, 3). Nazilerden kaçan Yahudi bilim adamlarını davet etme kararının önemli birçok sonucu oldu. Bu davet sonucu gelen Schwarz ve Frank'ın İstanbul Üniversitesi'nin yeniden organize edilmesinde ve modernizasyonunda önemli akademisyenler olduğu görülür. Ayrıca bu davet, Prof. Dr. İhsan Doğramacı ile Prof. Dr. Albert Eckstein'in yollarının kesişmesine neden olarak ülkemizde üniversitelerin düzeni açısından önemli bir gelişmenin başlangıcını da oluşturur. Cerrahpaşa'daki hocalarımızın –örneğin Prof. Dr. Talia Bali Aykan, Prof. Dr. Aykut Kazancıgil- sıklıkla söz ettikleri gibi, Schwarz'ın patolojiye ve Frank'ın dâhiliye hastalıklarına katkıları kitaplara konu olur.

Bu yazının istenme amaçlarından biri de uluslararası düzeyde önyargılar yaşıyıp/yaşamadığımızın araştırılmasıydı. Bu soru hem bir araştırmanın sonuçlarının yayımlanması aşamasında, hem de çeşitli düzeylerde -uluslararası dergilere hakemlik ya da kurullara seçilme gibi- yaşadığımız deneyimlerin ve önyargıların sorgulanmasını öngörüyordu. Benim konusunu edeceğim deneyimler elbette epilepsi ve nörobilim alanında olacaktır. Bu soruya cevap vermek için bir diğer soruyla başlayalım. Bir deney yaptığımızı düşünelim; paralel olarak Amerika'nın popüler üniversitelerinden birinden bir grup ve bizden bir grup oluşturalım. İki grubun da aynı hipotezi, aynı deneysel yöntemlerle araştırdığı ve tıpatıp aynı sonuçlara ulaşarak yazdığını varsayalım. Bu 2 makale paralel olarak aynı dergiye -alanında meşhur bir dergi olsun- yollansa, her 2 grubun da alacağı

eleştiriler ve cevaplar aynı olur muydu? Çok imkânsız bir araştırma değil mi? Evet, öncelikle bunun imkânsız bir araştırma olduğunu söyleyelim. Ancak baştaki soruyu bu kez şöyle soralım; Türkiye'den gelme bir makale daha mı kolay reddolur? Hakemlere giden makalelerde çoğu kez yazarların adı ve kurumları açıktır (örneğin Neuroscience, Neuroscience Letters, Epilepsia, Epilepsy Research gibi). Yazarların adının açık olması durumu uluslararası camiada da tartışılan bir konudur. Baştaki soru için öncelikle şunu söylemeliyim, önyargı her yerde vardır, bize özgü bir durum olduğunu söylemek ve ispat etmek zordur. İlk önce iyi dergilerde yayımlanacak, sorusu iyi sorulmuş, iyi bir literatür temeline oturmuş araştırmalar yapmalıyız, araştırmamızda sorduğumuz soruyu doğru yöntem ile sınımalı, dolayısıyla sorumuz ve kullandığımız yöntem arasındaki bağı-örgüyü düzgün bir biçimde kurgulamalıyız. Burası en çok hata yapılan noktalardan biridir. Sorumuza tekrar dönecek olursak, makalelerle ilgili önyargılı durumu tartmanın çok zor olduğunu, kendimize sorduğumuz soru ile gördük. Konunun başka açılardan ele alınmasının önemli ve faydalı olduğunu düşünüyorum. Öncelikle uluslararası toplantılara aktif olarak katılmamız. Yani sadece poster sunmak yeterli değildir. Kişisel olarak yaşadığım deneyimdeki en önemli faktör, ILAE'nin düzenlediği toplantılarında 3 kez sözlü sunum yapmamdır. 2002, 2005 ve 2007 yıllarında uluslararası epilepsi birliğinin organize ettiği toplantılarda yaptığım sunumlarda, ileri sürdüğümüz hipotez fark edildi ve kabul gördü. Bunun dışındaki durumlarda –hakemlik ya da kurullarda yer alma- uluslararası platformlarda her zaman destek gördüğümüzü söylemeliyim. Tabi ki bu durum da yine zaman içinde belli bir tanınırlığa ulaştıktan ve güven oluşturduktan sonra yavaş yavaş gelişti. Kişi-

Bilimsel aktivitede her şey soru sormakla başlar. Aslında çocuklar soru sorarak başlar hayata, biraz da biz büyükler sustururuz onları. Doğu kültüründe otoriteye itaat etme toplumsal hayatta önemli yer işgal eder. Evrensel bilim ile ülkemizde var olan bilimsel ortam birbirine ne kadar denk düşüyor? Evrensel bilimin üretildiği toplumlarda cömertçe sunulan pek çok şeyin kıt kanaat olduğu bir ortamda yaşayan bilim insanı nasıl beslenir? Bu direnci ne besler? Her şeyin kıt kanaat olduğu bir ortamda bilgi üretilebilir mi? Kolay olanı yani bu durumu kabul etmek varken insanın ufkunu ne açar?

sel değişkenlikler vardır ancak siz dersinizi iyi, çok iyi çalışıp verilen sözleri/ işleri yerine getirdiğinizde her zaman takdir edileceğinizi hatırlayınız.

Kitlesel sınavlar (seviye belirleme ve öğrenci seçme yerleştirme sınavları gibi) nedeniyle öğrencilerin soru sorma, analitik düşünme, mantık yürütme gibi kognitif becerileri neredeyse felce uğramaktadır. Yetişmekte olan beyinler hayatı sadece çoktan seçmeli bir faaliyet olarak gören kitleler haline dönüşmekteler. Gençlerde bu dimağ felcinin etkilerini tüm eğitim ve akademik hayatları boyunca görmektediriz.

Türk Dil Kurumu, bilimi, "Evrenin veya olayların bir bölümünü konu olarak seçen, deneye dayanan yöntemler ve gerçeklikten yararlanarak sonuç çıkarmaya çalışan düzenli bilgi, yöntemli araştırma süreci" olarak tanımlar. Sizi tekrar hekimlik ile bilimsel faaliyetin iç içe geçmesi durumu ile ilgili düşünmeye davet etmek istiyorum. Ülkemizde hekimlik yapmanın daha önemsendiği ve/veya bilginin yurtdışından transfer edildiği dönemlerden geçiyoruz. Hekimlik yapmanın ve bilgi üretmenin birbirinden uzak kavramlar olarak durduğu bir gerçek. Hekimlik her zaman bilgi üretme süreci ile iç içe geçmeli midir? Hayır, ancak üniversitelerde ayrıca bir ölçüde eğitim ve araştırma hastanelerinde -adı üzerinde diye düşünebilirsiniz- hekimlik icrası ile bilgi üretme aktivitesinin iç içe geçmesi beklenir. Dolayısıyla "araştırma ve bilgi üretme", hekimliğin olmazsa olmaz şartı değildir. Ancak gerçekleştiğinde ya da multidisipliner yaklaşım sergilenebildiğinde birbirlerini birçok yönden besledikleri ve bilgi toplumu olma yolunda önemli adımların atılmasına katkıda bulundukları bir gerçektir. Genel hatlarıyla, kâinatta var olanı sistematik olarak aramak, görmek ve sebep-sonuç ilişkisine bakmak olarak tanımlanabilecek bilimsel aktivite, günümüzde oldukça karmaşık bir çaba haline gelmiştir. Geçtiğimiz yüzyılda daha çok bireysel olarak ve günümüzdeki kadar karmaşık teknikler olmaksızın icra edilmiştir. Örneğin James Parkinson (1755-1824), Thomas Hodgkin (1798-1866), John Hughlings Jackson (1835-1911), Hans



Berger (1873-1941), Santiago Ramon y Cajal (1852-1934), Alois Alzheimer (1864-1917) ve niceleri, hekim olarak gözlemişler ve gözlemlerini yazılı metinler haline getirerek günümüze kadar uzanan yolların göstericisi olmuşlardır. Bu örneklerde genellikle kişilerin bireysel aktiviteleri söz konusudur, en azından bugünkü kadar multidisipliner yaklaşım sergilenebilirdiği görülmektedir. Burada sözü edilenler genel olarak sağlık alanındaki bilimsel aktiviteye bir bakış olsa da zannederim birçok açılarından diğer alanları da -eğitim, sosyal ve fen bilimleri- içine almaktadır.

Bilimsel aktiviteyi sürdürme faaliyetinin yani kısaca bilgi üretme konusunun birçok yönü vardır. Örneğin İngiliz Bilimler Akademisi üyelerinden olan Thomas Henri Huxley (1825-1895, Darwin'in en büyük savunucularından olan İngiliz anatomist ve zoolog), çok az resmi eğitim almasına rağmen insan beyninin nelere muktedir olduğunu iyi bir emsalidir. Thomas Huxley, aksonal sinir iletilisindeki çalışmaları nedeniyle 1963 yılında Nobel alan Andrew Huxley'in dedesidir. Thomas Huxley döneminde hekimlik eğitimi almak ya da kendi kendilerini eğitmek gibi durumlar görülmektedir. Thomas Huxley de kısa bir dönem tıp okumuş ve bırakmış bir kişidir. Yaklaşık 4 yıl

İstanbul'da yaşayan Prof Dr Ray Guillery, 1948'de University College of London'da 4. sınıfa kadar okuyan ve daha sonra laboratuvarında araştırma yapmanın aradığı gelecek olduğunu görerek tıp fakültesini yarıda bırakan çok değerli bir anatomisttir (4). Guillery insanlığa nörobilim alanında önemli katkı yapmış bir kişidir ve neden tıp okumaktan vazgeçtiğini sorduğumda "Hekimliği sıkıcı bulduğunu ve araştırma yapmayı, sorularının peşinden gitmeyi her zaman daha ilginç bulduğunu" söylemişti. Bu örneklerden çıkarılacak birçok ders vardır ve bu dersler sadece bireysel olmamalı, toplumsal ve bilim politikası yönünden de dikkate alınmalıdır. Önümüzdeki yüzyıl içinde biyoteknolojik insana giden yolda, geçmişi bilmeliyiz ki geleceği anlayabilelim.

1940'larda ve 50'lerde sağlık bilimleri ile ilgili bir fakülteyi bitirdiğinizde ya hekimdiniz ya eczacıydınız ya da diş hekimiydiniz. O yıllarda yüksek lisans/doktora (PhD) henüz yerleşik değildi ve akademide tıp dışındaki alanlarda geçerli bir kavramdı. Yıllar içinde mezuniyet sonrası eğitimin önem kazanmasının bir sonucu olarak, akademik hayatta yüksek lisans ve doktora kavramları ön plana geçti. İstanbul Üniversitesi'ne gelen Prof. Dr. Alfred Erich

Frank'a 2 yetişmiş asistanını getirme hakkı verilince, gelmesini istediği kişilerden birisi Kurt Steinitz oldu (2). Kurt Steinitz hekim ve ayrıca kimya alanında doktoralı biriydi. İstanbul Üniversitesi'nde laboratuvar şefi olarak çalıştığı dönem içinde laboratuvarlar açısından altyapının gelişmesine önemli katkısı oldu ve 1942 yılında "Klinik Laboratuvar Usulleri" kitabını yayımladı. Bu örnekte de görüldüğü gibi, İkinci Dünya Savaşı sonrasında sistematik araştırma ile tıp ilminin iç içe geçmesi ile beraber tıp alanında da yüksek lisans ve doktora programları ağırlık kazandı. Özellikle ABD'de "National Institute of Health" (NIH, 1930) gibi çeşitli kurumların oluşturulması ve araştırmaya büyük para aktarılması bir dönüşümü hızlandıran unsurlardan biridir. Bu sayede yüksek lisans ve doktora yapanların sayısı hızla artarak, araştırma laboratuvarı için gerekli insan gücü kaynağının oluşmasına büyük oranda katkıda bulunmaktadır.

Yüzyıl içinde tıp bilimi de bir organizmanın parçaları gibi sistemlere, sistemler de alt sistemlere ayrıldı ve ayrıca multidisipliner yaklaşımın yanına multiprofesyonel yaklaşım eklendi. Sonuçta sağlık alanında teknolojiye en çok yararlanan alanlardan biri hekimlik mesleği oldu. Tabii ki eğitim, sosyal ve fen alanlarına da teknolojinin katkısı inkâr edilemez.

Kollaboratif çalışmanın önemi de yüzyıl içinde ortaya çıktı. Örneğin nöroşirürjiyen olan Tracy Jackson Putnam'ın, nörolog Houston Merritt ile yaptığı işbirliği, epilepsi tedavisinde çığır açan fenitoin'in antikonvülsan özelliğinin bulunmasına yol açmıştır (5). 1930'larda epilepsi tedavisinde sedatif yan etkisi olan fenobarbital bilinmekteydi ve Putnam-Merritt fenitoin'in nöbet kontrolünde etkili bir ilaç olduğunu keşfederek insanlığa önemli bir katkı sağlamışlardır. Bu ikili New York Nöroloji Enstitüsü'ne direktör olarak atanınca ilk iş olarak kapsamlı bir laboratuvar kurmuşlardır. Fenitoin antiepileptik olarak bulunuşundan bu yana yaklaşık 70 yıl geçmiş olmasına rağmen halen epilepsi tedavisinde ve nöroşirürjide sıkça kullanılan bir ilaç olma durumunu korumaktadır. O halde biz de multidisipliner yaklaşımı daha çok önemsemeliyiz. Multidisipliner yaklaşımın vizyon geliştirdiğini, üretimi zenginleştirdiğini ve karşılıklı motivasyon sağladığını akıldan tutmalıyız.

Bilimsel aktivitede her şey soru sormakla başlar. Aslında çocuklar soru sorarak başlar hayata, biraz da biz büyükler sustururuz onları. Doğu kültüründe otoriteye itaat etme toplumsal hayatta önemli yer işgal eder. Hâlbuki bilimsel aktivite için soru sorma ve

eleştirel düşünme biçimi kilit taşı özelliğindedir (6). İnsanlık için bilimin nihai hedeflerinden biri, tabiatın kurallarını anlayarak tabiat karşısındaki çaresiz durumunu ve tabiatı kendi amaçları doğrultusunda değiştirmek ise, bilim her ülkede bilim değil midir ya da başka deyişle henüz bilinmeyen veya cevaplanmamış-gösterilmemiş olaylara sistematik yolla ve yöntemle cevap arama gayreti her yerde aynı değil midir? Diğer bir deyişle bir olayın arkasındaki sebep-sonuç ilişkisini arama yöntemi her yerde aynı değil midir? Evrenin soruları ortak değil midir? Galiba buradaki soru, sorunun bizzat kendisi değil de sorunun çözümü için kullanılan yöntemler ve bunun ortamı ile ilgilidir. Evrensel bilim ile ülkemizde var olan bilimsel ortam -milieu- birbirine ne kadar denk düşüyor? Evrensel bilimin üretildiği toplumlarda kolayca sunulan pek çok şeye, kıt kanaat erişilen bir ortamda yaşayan bilim insanını ne besler? Bu olumsuzluklara rağmen bilim adamının direnci nasıl beslenir? Kolay olanı yani bu durumu kabul etmek varken insanın ufkunu ne açar? Bir öğrencime, daha yüksek lisansına ilk başladığı günlerde "Sen yeter ki ufku hayal et, ben sana ufukları getireceğim." demiştim. Çok şanslıydım ki bu öğrencim ufku hayal etme gücüne sahipti. 4-5 yıl sonra doktora tez çalışmasını yaparken Melbourne'dan "Size ufuklardan yazıyorum" diye kart yolladı. Israr etmek, var olan tüm olumsuzluklara rağmen bilimsel çabayı sürdürmek yani ilmek ilmek onu örmek ve bir bütünsellik ortaya çıkarmak bizde akademide dahi çok yaygın olarak gördüğümüz bir durum değildir. Bunun nedenlerini araştırmak da ayrı bir çalışmanın ve/veya yazının konusudur, ancak bu noktada gençlerin karşı karşıya kaldıkları kitlesel sınavlardan söz etmeliyiz. Kitlesel sınavlar (seviye belirleme ve öğrenci seçme yerleştirme sınavları gibi) nedeniyle öğrencilerin soru sorma, analitik düşünme, mantık yürütme gibi kognitif becerilerini neredeyse felce uğratmaktadır. Yetişmekte olan beyinler hayatı sadece çoktan seçmeli bir faaliyet olarak gören kitleler haline dönüşmekte. Bu dimağ felcinin etkilerini gençlerde tüm eğitim ve akademik hayatları boyunca görmekteyiz. Düşünce sistematikimizin bilim dünyasına yön veren ülkeler seviyesine çıkamamasındaki nedenlerden biri olan ve genç dimağları felce uğratan bu süreç aynı zamanda büyük bir enerji kaybına ile mali yüke yol açmaktadır.

Son 150 yıl içinde teknoloji ve bilimin karşılıklı olarak birbirlerini beslemeleri sonucunda vardığımız nokta göz önüne alındığında, bilgi toplumu olma yolunda daha hızlı yol almamız gerekliliği aşikârdır. Öncelikle felsefesinin ortaya konması, bilim politikaları oluşturmak

açısından önem taşımaktadır. Bu yolda bilimsel yaklaşımın okullarda kazandırılması önemli bir faktördür. Soru soran bireylerin yetiştirilmesinde tüm eğitim kurumlarının sorumluluğu vardır. Soru sormak, bilgiye dayalı üniversite düzeyi için vazgeçilmez bir koşul olduğunu her zaman hatırlayarak ve ezberin en aza indirildiği, soru soran ve sorulara cevap arama yöntemlerini öğrenenlerin sayısının arttığı günleri dileyelim.

Başta ki konuya dönersek yurtdışında başarılı olmak için, evrensel bilimin kurallarına göre sormalı, araştırmalı, çalışmalı, bulgularımızı uluslararası camia ile paylaşmalı ve bu platformlarda kendimize yer edinmeye çalışmalıyız. "Uluslararası ortamlarda var olma" durumunu önemsemeliyiz ve üzerinde düşünmeliyiz. Uluslararası ortamlarda var olma kavramının omurgasını bilimsel güvenilirlik ve verimliliğin oluşturduğunu hep akıldan tutmalıyız. Kendi içinde tutarlı bir şekilde çalışmanın, üretmenin ve bilgiyi paylaşmanın toplumca önemsendiği günleri dileyerek bitirelim.

Kaynaklar

- 1) Thomas Lewis, *The youngest science: Notes of a medicine-watcher*, The Viking Press, New York, 1983.
- 2) Arnold Reisman, *Turkey's modernization: Refugees from Nazism and Atatürk's vision*. New Academia Publishing, 2006.
- 3) Nejat Akar. *Bozkır çocuklarına bir umut Dr Albert Eckstein*. Güner Yayınları, 2008.
- 4) *The history of neuroscience in autobiography*, Ed: Larry R. Squire, Vol. 2, Academic Press, 1998.
- 5) Lewis P Rowland, *The legacy of Tracy J Putnam and H Houston Merritt: Modern Neurology in the United States*, 2008.
- 6) Bertrand Russell. *Bilimin Toplum Üzerindeki Etkileri*. İlya Yayınevi, 2004.

* Bu makale, epilepsi alanında evrensel bilgi birikimine katkısı olabilecek sistematik birkaç ürünün ortaya çıkmasını takiben "International League Against Epilepsy (ILAE)" Nörobiyoloji Komisyonu'na ve ILAE'nin resmi yayın organı olan *EPILEPSIA* dergisinin editörler kuruluna seçilmiş olmaktan dolayı yaşanan tecrübeleri paylaşmak amacıyla kaleme alınmıştır.

Sağlık çalışanları açısından tıbbi hatalar

Prof. Dr. Selami Albayrak



1961'de Erzurum'da doğdu. Lisans eğitimini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, ihtisasını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği'nde tamamladı. 2006'da üroloji profesörü oldu. Halen Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde üroloji Kliniği Şefi olarak görev yapmaktadır. Pek çok uzmanlık derneğine üye olan Dr. Albayrak, birçok bilimsel toplantının düzenleyicileri arasında yer aldı.

Sağlık çalışanları açısından tıbbi hataları doğru değerlendirebilmek için, öncelikle sağlık hizmeti sunumunun dününü ve bugününü ortaya koymak gerekir. Bundan 10-15 yıl öncesine kadar hastalar arasında azalarak da olsa devam ettiğini düşündüğüm bir inanç vardı: **Hekimin sihirli dokunuşundaki tedavi edici güç.** Bu güç, buyurgan hekimin davranış modeliyle hasta beyininde daha da devleşirdi. Yapılacak tüm tıbbi müdahaleler “**eğer hekim uygun gördüyse**” sorgulanmaz ve doğrudan kabul edilirdi. Böylece plasebo etki hasta üzerinde maksimum düzeyde yaşanırdı. Şifa ile sonuçlananlardan doktor dua alarak nasiplenirdi. Ölümle sonuçlananlardaki tepki ise burukluk düzeyinin ötesine geçmezdi. Bu da, doktorun taziye ziyareti veya cenaze namazına katılımı ile yerini minnettarlığa bırakırdı.

Yıllar bu süreci değiştirdi. Ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm”ün etkisi, sadece iyi sağlık işletmelerine kavuşmak ve sağlık hizmetlerine kolay erişmekle kalmadı, hasta- ekim ilişkisinde de ciddi değişikliklere sebep oldu. Başlangıçta sadece güvene dayalı olan bu ilişkinin hiç şüphesiz olumlu ve olumsuz yanları vardı. Hekim, bilgi ve tecrübesini hiçbir korku ve endişe yaşamadan hastasına uygulayabiliyordu. Entelektüel düzeyi, bilgi paylaşımı ve risk/yarar analizini yapacak düzeyde olmayan hastalar için bu iyi bir durumdu. Çünkü doktor, zaten her şeyi hastası adına düşünmüş ve karar vermişti. Sonuçlar genellikle plasebonun da desteği ile iyi seyrederdi. Ne var ki; meslek etiği kısıt olan bazı hekimler bu süreçte hastalarını istismar edebiliyorlardı.

Bugüne geldiğimizde fotoğraf değişti. “Hasta hakları” konusunda oluşturulan farkındalık ve 2005 yılında yürürlüğe giren yeni TCK, gerek hasta ve yakınları üzerin-

de ve gerekse sağlık çalışanları üzerinde önemli etkiler yaptı. Şöyle ki; hekimler ve diğer sağlık çalışanları üzerindeki etkisi, mesleği icra şekline bile yansıdı. Sağlık çalışanlarında **kendini koruma içgüdü-sü** belirdi. Her an bir yanlıştın kurbanı olunabilir ya da ceza ve tazminat davalarına maruz kalınabilir düşüncesiyle agresif tedavilerden kaçınılan, komplike vakalara müdahalede çekingen kalınan bir süreç başladı. “Hasta ile karşılaşıldığında, **suya sabuna dokunmadan süreç olaysız sonlandırılmalı**” düşüncesi egemen olmaya başladı. Diğer taraftan hasta ve yakınları üzerindeki tezahürü ise; “**Her an bir tıbbi müdahale hatasına maruz kalınabilir ya da ticari gayelerle gereksiz işlemler uygulanabilir.**” endişesini yaşamak şeklinde oldu. Esasen, kutsal olan ve güvene dayalı olması gereken bu ilişki, yerini kaygan zeminde “buz dansı”na bıraktı. Şimdilerde, sık sık birbirlerinin ayağına basar oldu bu ikili. Üstelik her ayağa basış, karşılıklı özür dilemeler yerine, mahkemede hesaplaşmalarla sonuçlanır oldu.



Size kliniğimde yaşadığım değişimi anlatmak isterim. 2004 yılında kliniğimizden ihtisas almış bir asistanım, 5 yıl sonra kendisini güncelleyebilmek için bir ay süreyle yeniden klinik aktivitelerine katıldı. Kliniğimizde bir önceki günün sorunlu vakaları sabah 07.30 konsesinde asistanlarla birlikte tartışılır, varılan karar hasta içeri alınarak hasta ile paylaşılır. Ameliyat kararı alınmışsa randevusu planlanır. Katıldığı bir toplantıda söylediği şu sözler, gelinen noktayı özetlemesi açısından önemli: **“Hocam; eskiden hastaya önerdiğiniz ameliyatlari o kadar kolaylaştırarak anlatırdınız ki, en çetin durumlarda bile hastaların karar vermeleri zor olmazdı. Şimdi görüyorum ki, en kolay ameliyatlari bile, en küçük riskleri ile birlikte neredeyse korku uyandıracak boyutta anlatıyorsunuz. Ben hasta olsam kabul etmekte zorlanırım.”**

Bir başka kadın doğum klinik şefi arkadaşım, “Emekli sürem önümüzdeki ay doluyor. Ayrılmaya karar verdim.” deyince ben hayretle sebebini sordum. Çünkü bu arkadaşım halen genç, dinamik ve açıkçası elinden de iyi iş gelen bir cerrah. Bana “Alışık olmadığım kadar mahkeme kapılarını ziyaret etmeye başladım. Hafta sonu kliniğime gelerek doğum yapıp giden hasta bile, lohusalık döneminde yaşadığı en küçük bir problemde beni mahkemeye veriyor. Çünkü tüm dosyalarda klinik şefi olarak benim adım yazılı.” dedi.

Evet, olumlu ve olumsuz yönleriyle bu bir süreç. Bu süreci doğru analiz etmeliyiz. Yaptığım tanımlar muhakkak ki, marjinal davranış modelleridir. Bize düşen görev, toplumda bu konuda yeterli bilinç sağlayacak eğitim çalışmaları yapmaktır. Sempozyumlar, gazete köşelerinde makaleler ya da TV programlarıyla sağlık hukukunun sapmadan doğru tecellisini temin etmektir. Sağlık hukukunu gerek hastalarımız ve gerekse sağlık çalışanları açısından, çağdaş normlar üzerine kurmalıyız. Bu süreci doğru analiz etmeli ve iyi yönetmeliyiz. Sağlık hizmeti üretimi ve sunumu sürecinin direksiyonunda başta hekimler olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarının mediko-legal endişelerini haklı çıkarak uygulamalardan kaçınmalıyız.

Örneğin;

- Performansa dayalı döner sermaye uygulamalarının (PDDSU) getirdiği **“hızlı ritim”** tıbbi hatalara zemin hazırlayabiliyor.
- Hasta hakları kavramının amacını aşar tarzda algılanıyor oluşu bir başka sakınca.
- Tıp endüstrisinin her geçen gün

“yeni” diye piyasaya sürdüğü ürünleri uygulatma tazyiki hastaların korunması gereken önemli bir başka konu.

Tıbbi müdahale hatalarından korunmak adına desteklememiz gereken hususlara gelecek olursak;

- **Kalite uygulamaları** sağlık çalışanlarını hata yapmaktan koruyacak en önemli sığınak.
- **Zorunlu mesleki sigortanın** ise komplike hastalara müdahalede hekimlerin kaybettikleri cesaretlerini ikame edeceğini düşünüyorum. Dolayısıyla bu, hastalar için de önemli kazanımlar sağlayacaktır.
- **Aile hekimliği uygulamasının** tıbbi müdahale hatalarının daha az yaşanması sonucunu doğuracağı beklentisini taşıyorum.

Bir tıbbi hatayı analiz edebilmek için, onun ortaya çıktığı süreci bütünüyle masaya yatırmak gerekir. Bu süreç, sağlık hizmeti talebi ile başlar. Somut başlıklar ile ilerleyecek olursak;

- Hasta-hekim görüşmesi
- Taniya yardımcı incelemeler
- Yeniden değerlendirme ve tanı koyma
- Tedavi, sevk veya izlem (management)

Sağlık hizmetinin sunulduğu her 3 basamakta da bu 4 aşama yaşanır. Tıbbi hatalar bu 4 aşamanın herhangi birinde ortaya çıkar ve sonraki aşamalara sirayet eder. Örneğin taniya yardımcı incelemeler aşamasında ortaya çıkan bir yanlış raporlama, esas katastrofik etkisini yanlış tanı ve yanlış tedavi sürecinde gösterir. Veya sıkıştırılmış bir zaman diliminde yapılan hasta-hekim görüşmesi, eksik ve özensiz değerlendirme nedeniyle ön tanıyla uyumlu ek incelemeler yerine eksik ya da uygun-suz ek incelemelere sebep olur. Süreç yine raydan çıkmıştır. Yanlış tanı ve yanlış tedavi kaçınılmaz olur.

Sağlık hizmeti talebi ile başlayan bu süreçte ortaya çıkabilen tıbbi hatalar başlangıçta bireyselmış gibi gözükse de, sebep sonuç ilişkisi ile analiz edildiğinde bunun kurumsal nedenlerle iç içe olduğu görülecektir. Bu durum, kişi ve kurumu arasında karşılıklı bağlayıcılık ilişkisini zorunlu kılmaktadır. Şöyle ki; kişinin yaptığı tıbbi hatalar kurumu etkileyilmektedir. Bunun tersi de doğrudur. Kurumsal yanlışlar hekimi tıbbi hatalara karşı zayıf hale getirebilir. Bu gerçek, başka bir zorunluluğu ortaya çıkarmaktadır. Hekimin kurum seçme özgürlüğü ve kurumun hekim seçme özgürlüğü

sağlanabilmelidir. Aksi takdirde, tıbbi hatanın sorumlusu sağlıklı bir şekilde analiz edilemeyebilir. Bu noktada “Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı”nın yasalaşması halinde olumlu bir etki sağlayabileceği kanaatindeyim.

Komplikasyon ile tıbbi hata kavramlarına da değinmek isterim. Her insanın vücudu, uygulanan tıbbi müdahalelere farklı biyolojik tepkiler verebilir. Diğer bir ifadeyle bir uygulama her hastada aynı sonucu vermeyebilir. Bu nedenle bir tıbbi müdahalenin uygulanabilirliğine karar vermek için bilimsel çalışmalarda elde edilen sayısal ve istatistiksel sonuçlar kullanılır. Bir tıbbi müdahale, istenmeyen ama öngörülebilir ve oluşması önlenemeyen zararlı sonuçlar verebilir. Bu, komplikasyon olarak değerlendirilebilir. Ancak öngörülebilir ve önenebilir zararlı sonuçların oluşması halinde tıbbi hata (malpraktis) söz konusudur.

Bir tedaviye karar verilirken terazinin bir kefesine tedavi edilmemesi halinde o hastalığın kişiyi sokacağı riskler, diğer kefesine ise uygulanacak tedavinin hastayı sokacağı riskler konularak tartılır. Görüldüğü gibi, hekim burada tam bir risk analizi yapmaktadır. Hukuk doktrininde bu durum görülmüş olmalı ki ‘izin verilen risk alanı’ tanımı yapılarak komplikasyonlar tıbbi hatalardan ayırt edilmeye çalışılmıştır. Hekimin komplikasyondan sorumlu tutulmaması için, hastayı komplikasyonlar konusunda bilgilendirmiş ve hukuka uygun olarak rızasını almış olması gereklidir. Bu iş için harcanması gereken süre dikkate alındığında, hata yapmamak için sağlık otoritesinin de bazı tedbirleri alması gerekir. Şöyle ki; ülkemizde bir hekim başına düşen nüfus dikkate alınmadan, OECD ülkelerindeki oranlara yaklaşalım diye, 72 milyon nüfusunuzun senede 6-8 defa sağlık hizmeti talebinde bulunmasına yol açacak şekilde kışkırtılmış sağlık hizmeti talebi yaratmaktan kaçınmalıyız.

ABD’de ölüm nedenleri sıralandığında hayretler içinde kalabilirsiniz. Kalp hastalıkları, kanser, beyin damar hastalıkları ve kronik tıkalı akciğer hastalıklarından sonra 5. sırada tıbbi hatalar gelmektedir. Motorlu taşıt kazaları bile tıbbi hataların neden olduğu ölümlerden daha az öldürüyor. Her bin ameliyattan 8’inde hastalar tıbbi hata nedeniyle yaşamlarını kaybediyor. Bu oranların ürkütücü olduğu bir gerçek. Esas olan, hatayı olduğu yerde düzeltmek değil, hatayı öngörüp olmadan önce engellemektir.

Malpraktisin yan etkileri

Dr. Cem Köylü

Hekimlerin veya sorumlu oldukları sağlık personelinin, tanı-te-davi işlemleri sırasında "istenmeyen sonuç" doğurmaları ve bu sonuçlar nedeniyle hastalarının ve/veya bağımlılarının maddi-manevi bir zarar, ziyan görmeleri durumunda, hekimin mesleki sorumluluğunu ilgilendiren bir "tıbbi uygulama hatası" (malpraktis) ortaya çıkar.

Sorumluluk hukuku, tüm meslek mensuplarını kapsayan ve bağlayan hükümler ifade eder. Fakat meslek hatası her nedense hekimlerle anılır. Oysa

mesleki bir tek hata yaparak, bir hekimden çok daha fazla zarar ve ziyana neden olabilecek pek çok meslek vardır. Her halde hekimin insan vücudu üzerinde tasarrufta bulunabilme ayrıcalığı, onun "zanlı aday" olma durumunu zihinlerde hep canlı tutmaktadır.

Malpraktis hukukunun bizdeki tarihçesine bakarsak, mesleğin varlığı kadar eski olmakla birlikte, son yıllara kadar pek ilgi çeken bir konu olmamıştır.

Yeni TCK ile hekime hapis cezası yolu açılınca hareketlenme başlamıştır. Manevi tazminat taleplerinde herhangi bir azami limit kalmayınca, hukukçular bu yöndeki faaliyetlerini artırmıştır. Çünkü

1537 tarihinde alınmış aydınlatılmış onam örneği: *Bursa'da Balıkpazarında Dimitri Nikola namı kişi mesanesinde taş olup, çıkartmak için Cerrah Seyit Ali Bin Berekat 300 akçaya cerrahi kabul etmiştir. Eğer taş çıkarılırken hasta Dimitri'ye zarar gelir, ölürse dahi Seyit Ali'den dava etmeyeceklerdir.*

bu alan, objektif olarak ortaya konacak kayıplardan farklı olarak her türlü fazla-ya ilişkin talebi ve tabi ki hukuki giderleri rahatlıkla karşılayabilecekleri yeni bir kaynak haline gelmektedir.

Tabi ki artan bu davalar ve yüksek tazminatlar nedeniyle en büyük maddi





kayıp Sağlık Bakanlığı'nda oluşmuştur. Sağlık Bakanlığı da bu finansal yükü dağıtabilmek için zorunlu mesleki sigorta yasasını çıkarmıştır. Kanun zoruyla sigorta yaptırmak ilk bakışta sevimli gelmese de, hekimlere ve sağlık personeline bu sigortayı bulabilme ve makul primlerle -şimdilik- yaptırabilme ayrıcalığını da sağlayarak aslında bir olanak yaratmaktadır. Çünkü tüm dünyada malpraktis sigortaları sürekli zarar yazdığı, sanıldığı gibi sigortacıların karlı olmayıp tam aksine sonuçları her geçen gün daha da kötüye gittiği için, ne doğrudan, ne de reasürans yolu ile bu teminatı bulmak her zaman mümkün olamamaktadır.

Buraya kadar geline nokta, edilgen taraflar olan hasta, hasta yakını, hekim ve sigortacıların çok etkin bir rol oynamadıkları, hukukçuların her şekilde bu süreçten zararsız çıktıkları görülmektedir. Sürecin ilk komplikasyonu da budur: Hukuki giderler, mağdura giden paradan daha fazla hacim tutmaktadır. Ve konunun bu paydaşı, her şekilde tazmin (!) edilmektedir. Bu sırada yapılacak mesnetsiz şikayet ve davalar ile yıllarca uğraşıp ABD'deki gibi yüzde 80'e varan oranlarda suçsuz bulunmak ama bunun için yıllarca hukuki mücadele vermek de ayrı bir komplikasyon olarak meslek erbabını beklemektedir.

Defansif tıp, hekimin ve sistemin kendini yanlış şekilde korumasına iyi bir örnektir. Gereksiz tetkik isteyip çok küçük olasılıkları bile ekarte etmeye çalışan, klinikten uzaklaşan hatta riskli hasta gruplarına bakmaktan kaçınan bir meslek alışkanlığı ortaya çıkmakta-

dır. Bu komplikasyon iyice olgunlaştığında, sağlık harcamalarına en az yüzde 10 düzeyinde gereksiz bir yük getirecektir.

Malpraktis tazminatları arttıkça, sigorta prim artışı devam edecek, bu kısır dönünün başka bir yan etkisi olarak hem sağlık personeline hem de sağlık finansı yapan kamu dâhil tüm kaynakları etkileyen başlı başına bir maliyet unsuru haline gelecektir. Bazı branşlar için hekim ücretinin yarısını aşan sigorta primleri ortaya çıkabilmektedir. Tabi ki böyle bir ortamda bırakın sanat yapmayı, diplomasını bile görmek istemez herhalde meslek erbabı.

Henüz gelişmekte olan malpraktis olgusunun yan etkileri önenebilir mi? Bir taraftaki zarar-ziyan giderilmeye çalışılırken, başka taraflarda gereksiz geldikler oluşturmada ve daha da önemlisi; hasta - hekim ilişkisine zorlayıcı bir boyut ekleyip bunu zedelemekten mümkün olabilir mi?

Mesela;

Malpraktis olup olmamasına bakılmaksızın ispat edilen tüm maddi ve psikolojik (manevi tazminat hariç) zararlar karşılanırsa?

İhtisas mahkemeleri veya tahkim sistemleri ile kararlar hızlı ve isabetli alınabilir mi?

Hekimin sorumluluğu açısından, sistem kendi içinde risk yönetimi yaparak bu hataları ve tekrarları ortadan kaldırmaya çalışsa ve hastanın güvenli zedelenmesi?

Kıt kaynakları doğru dağıtmak, mağdurlara daha fazla kaynak yaratmak, sistemin top yekûn rehabilite edilmesine odaklanmak ve tüm bunların maliyetini katlanılabilir tutmak elbette mümkün. Ancak bu sadece hiçbir tarafın bu konuyu zenginleşme aracı haline getiremediği, sadece zarar ve ziyanın karşılandığı bir sistem yaklaşımı ile mümkündür.

Hasta da hekimi suçlamak zorunda kalmadan zararını tazmin edebilse?

Kıt kaynakları doğru dağıtmak, mağdurlara daha fazla kaynak yaratmak, sistemin top yekûn rehabilite edilmesine odaklanmak ve tüm bunların maliyetini katlanılabilir tutmak elbette mümkün. Ancak bu sadece hiçbir tarafın bu konuyu zenginleşme aracı haline getiremediği, sadece zarar ve ziyanın karşılandığı bir sistem yaklaşımı ile mümkündür.

Yüksek Sağlık Şurası ve hekimlik

Doç. Dr. Mücahit Görgeç



1954 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve ortaokulu Ankara'da, liseyi İstanbul'da okudu. 1979 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlığını aynı fakültede Ortopedi ve Travmatoloji ABD'de tamamladı. Halen Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ortopedi ve Travmatoloji Bölüm Şefi olarak görev yapmaktadır. Görgeç, Türk Ortopedi ve Travmatoloji Derneği Yönetim Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası fahri üyesidir.

Yüksek Sağlık Şurası (YSS) her sürekli kurul ve kurum gibi kanunların kendisine verdiği yetki ile çalışmaktadır. Şura'yı kuran ve yetkilendiren kanunlar: 11.04.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi

Hıfzıssıhha Kanunu ve 1983 tarih ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevlerine Dair Kanun Hükmünde Kararname'dir. Bu kanun maddelerine dayanarak 18.07.2007 tarih ve 4167 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiş olan "Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile çalışmalarını sürdürür.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na göre,

"Sağlık Bakanlığı tarafından kendisine tevdi edilecek yüksek sıhhi ve içtimai meseleler hakkında rey ve mütalaasını beyan etmek ve sağlık mevzuatını birinci derecede tetkik etmek ve tababet ve şuabatı (şubeleri) sanatlarını ifâdan mütevelit adli meselelerde ihtibar (bilirkişilik) vazifeleriyle mükellef olmak üzere bir Yüksek Sıhhat Şurası teşkil olunmuştur."

Bu kanun maddesinden anlaşıldığı





Yüksek Sağlık Şurası'nda görev yaptığım 2003-2008 yılları arasında en sık dava konusu olan sağlık hizmeti, kadın-doğum uzmanlığı konusunda oldu. İkinci sıklıkla dava konusu, hastane acil servislerinde verilen acil sağlık hizmetleri ile ilgiliydi. Daha sonra genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, iç hastalıkları ve daha az sıklıkla KBB, plastik-rekonstrüktif cerrahi, anestezi ve reanimasyon ve diğer tıbbi branşlar dava konusu edilmişti.



üzere Yüksek Sağlık Şurası'nın iki görev alanı vardır: Sağlık Bakanlığı tarafından kendisine iletilen ülkenin sağlık alanı ile ilgili konuları müzakere ederek görüş oluşturmak ve adli makamlardan gelen dosyalara bilirkişilik yapmak.

YSS bu görevi, 1983 tarih ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 31. Maddesine dayanarak, Sağlık Bakanınca ülkede sağlık hizmetleri veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından" seçilmiş 11 üye ve bakan adına Bakanlık Müsteşarı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü ve 1. Hukuk Müşaviri olmak üzere 4 tabii üyeden oluşan 15 kişilik bir kurulla yapar. Kuruldaki beşinci tabii üye Araştırma Planlama ve Koordinasyon (APK) Başkanı idi. 22.12.2005 tarih ve 5436 sayılı Kanunla bu başkanlığın yürürlükten kaldırılması ile tabii üye sayısı dörde inmiştir.

1983 tarih 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 31. Maddesinde YSS'nin bu iki görevine yardımcı olmak üzere iki birim zikredilmiştir: "**Bakanlık, ülkenin sağlık ile ilgili konularında danışma fonksiyonu yapmak üzere Şûra'ya bağlı olarak danışma kurulları ve tababet şubeleri sanatlarını ifadan doğan adli konularda dosyaları inceleyip Şûra'ya sunmak üzere ihtisas komisyonları oluşturabilir.**" Bu iki birimin kuruluş ve çalışma şekli 18.07.2007 tarih ve 4167 sayılı makam onayı ile yürürlüğe girmiş olan "Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Usul ve Esasları Hak-

kinda Yönerge'nin 14 ve 15. maddelerinde belirtilmiştir.

14. Maddede ise "**Danışma Kurulu, Bakanlıkça tespit edilen ya da iş durumlarına göre Kurul Başkanınca uygun görülen tarihlerde toplanarak, Şûra gündemine alınacak konuları inceler ve Şûra'ya sunulmak üzere konu hakkındaki bir ön görüş raporu hazırlar. Danışma Kurulu başkanları, görevi ile ilgili olan veya Kurul tarafından hakkında ön rapor hazırlanmış bulunan konuların müzakeresi sırasında, Şûra'ya tabii üye olarak iştirak ederler ve katıldıkları toplantı günleri için Şûra'nın normal üyelerinin haklarından aynen yararlanırlar.**" hükümleri mevcuttur.

15. Maddede de, "**Ceza Mahkemelerinden gelen tıbbi meslek hatalarına yönelik dosyaları incelemek, Şûra'ya bilimsel görüş ve rapor vermek üzere ihtisas komisyonları oluşturulur. İhtisas komisyonları ihtiyaca göre Genel Müdürlüğün teklifi ve Bakanlık Makamı'nın onayı ile kurulur. Her ihtisas komisyonunun başkanı Şûra Başkanı tarafından belirlenir. Her dosya için komisyon başkanı tarafından üyeler arasından bir raportör belirlenir ya da sekreteryaya tarafından raportörlük yapılır. Komisyon Başkanı komisyonlarınca incelenen konular ile ilgili olarak gerekli görür ise, Genel Müdürlük vasıtasıyla ilgili kamu kurum ve kuruluşlarından görüş alabilir, bilirkişi çağırabilir ve bilirkişilerin görüşlerine başvurabilir. Komisyon başkanları, komisyonun görevi ile ilgili olan ya da**

komisyonca hakkında ön rapor hazırlanmış bulunan konuların müzakeresi sırasında, Şûra'ya tabii üye olarak iştirak ederler ve katıldıkları toplantı günleri için Şûra üyelerinin haklarından aynen yararlanırlar." denmektedir.

Yüksek Sağlık Şurası'nın sağlıklı bir karar verebilmesi için, 25-26 Aralık 1997 gün ve 9628 sayılı tavsiye kararı ile ortaya konulan maddi ve hukuki gerekçeler uyarınca, dava dosyasının aslının kül halinde gönderilmesi halinde görüş verilebileceği bildirilmiştir. Şûra'da sadece gelen evraklar incelenmekte yani dosya üzerinden karar verilmektedir. Adli olaylarla ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı ve filmleri, laboratuvar incelemeleri, diğer bilirkişilerin görüşleri, varsa otopsi raporu ve Adli Tıp Kurumu yorumları incelenmektedir. Bu görüşmeler esnasında ilgililerin muayenesi veya dinlenmesi yapılmamaktadır. Bu nedenle gönderilen dosyaların tıbbi görüş sunulan tüm maddi olayları aydınlatacak ve tam bilgi verecek şekilde olmaları şarttır.

Yüksek Sağlık Şurası'nın 11-12 Mayıs 2006 tarihinde toplanan 253. oturumunda, adli makamlardan gelen dosyaların yoğunluğunun artması sebebiyle (Karar Sayısı: 11362) "**Ceza Mahkemelerine açılmış davaların haricinde, adli ve idari davalar ile hazırlık soruşturmalarında adli mercilerce Şûra kararı istenilmemesi**" ile ilgili tavsiye kararı alınmıştır.

Yüksek Sağlık Şûrası'nın çalışmalarındaki lojistik destek, sekreteryaya tarafından verilmektedir. Yüksek Sağlık Şûrası Sekreteryası, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce yürütülmekte iken 28.11.2006 tarih ve 13203 sayılı makam onayı ile yürürlüğe konan Yüksek Sağlık Şûrası Çalışma Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge ile Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'ne devredilmiştir.

Yüksek Sağlık Şûrası'nın çalışması, sekreteryanın çalışması ile başlar. Sekreteryaya, adli makamlardan gelen dosyalara ön inceleme numarası verir ve bu dosyaların Hukuk Müşavirliği'nce bir ön incelemesi yapılır. Bu inceleme sonucunda Şûra'nın görev alanına girmediği açıkça anlaşılan, Şûra tarafından sağlıklı olarak incelenmesine ve karar verilmesine uygun olmayan, eksikliği bulunan ve okunaklı olmayan dosyalar Genel Müdürlüğe ilgili makamlara gerekçesi ile iade edilir. Bu konuda açıklayıcı bilgi ve belgeler istenebilir.

Hukuk Müşavirliği ön incelemesi sonucu eksikliği bulunmadığına hükmedilen dosyalar, geliş sırasına göre düzenlenir ve her yıl için "2007/1, 2007/2 ..." şeklinde esas numaraları verilir. Özetleri çıkartılmak üzere raportörlere verilir. Raportörler adli tıp uzmanı veya bu konuda eğitim almış hekimlerdir. Dosyaların özeti çıkarılırken; hangi mahkeme ve savcılıktan geldiği, ne sorulduğu ve olayla ilgililerinin adları, 'Olay ve Tespitler' bölümünde olayın meydana geliş şekli, zamanı, nerede geçtiği, kişilerin olaya katılış biçimi, olaya maruz kalana uygulanan tetkik ve tedavilerin özeti, suçlanan kişilerin ifadeleri, varsa Adli Tıp Raporu, otopsi tutanağı ve bilirkişi raporları incelenir ve özetlenir. Raportör, adli dosyayı sadece özetlemekle görevlidir, dosya hakkında fikir beyan etmez. Bu özetler toplantı tarihinden 1 hafta önce Şûra üyelerine gönderilir. Özet üzerinde çalışan Şûra üyesi, toplantı esnasında dosyanın aslı üzerinde her belgeyi inceleme fırsatı bulur.

Şûra toplantısı Bakan veya bakan adına müsteşarın açış konuşması ile başlar. Sekreteryada görevli olup adli dosyanın özeti çıkarılmış bulunan raportör dosyayı okumaya başlar. Şûra üyeleri, dosya özetinin okunmasını hep birlikte dinlerken aynı zamanda fotokopi edilmiş ve önlerine konmuş dosya içeriğindeki belgeleri ve kanıtları inceler. **"Adli konularda ilgili meslek mensubunun ya da meslek mensuplarının kusurlu, hatalı veya ihmalkâr olup olmadığı, dikkatsizlik veya meslekte acemilik gösterip göstermediği değerlendirilir. Bu değerlendirmelerde, öncelikle ilgilinin ya da sanığın lehine düşünenlerin ve daha sonra aleyhine düşünenlerin görüşleri oylanır. Kararlar, katılımcı üye-**

lerin oy çoğunluğu ile alınır. Üyeler çekimser kalamazlar. Kararlara muhalif kalan üyeler, muhalefet şerhi yazarlar. Karar taslakları, sekreteryaya tarafından yazılır ve gerektiğinde karar yazımında ilgili üye ya da üyeler görev alır (Madde 22)." Müzakereler sesli olarak kaydedilir ve kararlar üyeler tarafından imzalanıncaya kadar saklanır (20/e).

Yüksek Sağlık Şûrası'na adli makamlarca gönderilen dosyalar geliş sırasına göre incelenmeye alınmakla birlikte, tutuklusu bulunan meslek mensupları ile ilgili dosyalar, daha önce görüşülmüş olup tekrar görüşe sunulan dosyalar, mahkemesince gerekçe gösterilmek suretiyle ivediliğine karar alınmış dava dosyaları, Şûra'da görevli Hukuk Müşaviri veya adli makamlarca zamanaşımı yaklaşmış olduğu bildirilen dava dosyaları ile Sağlık Bakanlığı'nca tevdi edilecek önemli konular ve sağlık hizmetleri hakkında çıkarılacak mevzuat tasarıları hakkında görüş bildirmek amacıyla gönderilen dosyalar, hukuk müşavirinin görüşü alınarak Genel Müdürlüğün teklifi ve Şûra Başkanı ya da vekilinin onayı ile öne alınarak incelenir (Madde 24).

Toplantılarda üyelerce alınan kararlar imza işlemi bittikten sonra ilgili yerlere gönderilir. Adli konulardaki Şûra kararları, ilgili mahkeme kararları kesinleşinceye kadar açıklanmaz. Kararların yayımlanması konusunda Şûra'ya yapılan resmi başvurular üyelerce değerlendirilir. Şûra tarafından yer, zaman ve şahıs isimleri verilmemek kaydıyla kararların yayınlanması için gerekli izin verilebilir (Madde 13). **"Daha önce Şûra üyeliği yapan kişiler, "Yüksek Sağlık Şûrası Fahri Üyesi" unvanını ömür boyu kullanabilirler ve Şûra toplantılarına katılabilirler** (Madde 10)."

Yüksek Sağlık Şûra'sında görev yaptığım 2003-2008 yılları arasında en sık dava konusu olan sağlık hizmeti, kadın-doğum uzmanlığı konusunda oldu. Anne veya çocuk ölümleri, aile çevresinde kabulü zor bir durum olduğundan eğer doğum öncesi ve sonrası yeterli bilgi verilmez ise kadın doğum uzmanı suçlu ve kusurlu farz ediliyor ve davalar açılıyordu. Bir diğer dava konusu ise sevklerdi. Hekim ve hastanenin imkanları yetmediği durumlarda hasta uygun şartlarda sevk edilmez veya uygun sevke rağmen bir komplikasyon gelişirse aile yine hekimi dava etmekteydi.

İkinci sıklıkla dava konusu, hastane acil servislerinde verilen acil sağlık hizmetleri ile ilgiliydi. Bu konudaki davalar genellikle acil serviste ilk anda bir klinik patoloji tespit edilemeyip hastanın evine taburcu edilmesini takiben devam eden patolojik sürecin hastanın hayatı-

Tüm hukukçular, tıbbi uygulamalarda hastaya bir hastalığı iyileştirme garantisi verilemeyeceğini bilmektedir. Tüm hekimler de, iyi hekimlik uygulamaları yapıldığında hukukun da hekimin yanında olacağını bilmeliler.

nı sonlandırması ile hasta yakınlarının acil hekimini suçlaması ile geliyordu.

Daha sonra genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, iç hastalıkları ve daha az sıklıkla KBB, plastik-rekonstrüktif cerrahi, anestezi ve reanimasyon ve diğer tıbbi branşlar dava konusu edilmişti. Bu branşlarda da genellikle hastane nöbetçi hekiminin icapçı hekimi bulamaması, icapçı hekimin telefonla teşhis ve tedaviyi yönlendirmesi karşılaşılan durumlardı.

Eğitim hastanelerinde karşılaşılan dava konusu ise birçok branşı ilgilendiren bir patolojik süreçte hastanın ilgili olabilecek bir klinik branş tarafından teşhis ve tedavi yönetimine başlanamaması sonucu istenmeyen durumların ortaya çıkması idi.

Tüm hukukçular, tıbbi uygulamalarda hastaya bir hastalığı iyileştirme garantisi verilemeyeceğini bilmektedir. Tüm hekimler de, iyi hekimlik uygulamaları yapıldığında hukukun da hekimin yanında olacağını bilmeliler.

Kaynaklar

Sağlık Bakanlığı internet sitesi. Mevzuat ve Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Yüksek Sağlık Şûrası sayfaları

Yaslı yaşlılık

Dr. Berrin Karadağ



İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi D.Ü.T.F. Biyokimya ABD'den mezun oldu. Uzmanlığını Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Dahiliye Kliniği İç Hastalıkları Bölümünde tamamladı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde, Türk Diabet ve Obezite Vakfı Harbiye Özel Diyabet Hastanesi'nde görev yaptı. Halen Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Geriatri Uzmanı olarak görev yapmaktadır. Dr. Karadağ, evli ve 2 çocuk annesidir.

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında iç hastalıkları ihtisası, 1995'te Endokrinoloji ve Metabolizma yan dal ihtisasını tamamladı. 1996 yılında doçent oldu. 1997-1999 yıllarında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Endokrinoloji ve Metabolizma Uzmanı olarak çalıştıktan sonra 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Klinik Şefliği'ne atandı. 2003-2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. 2005'te Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği'ne şef olarak atandı. Aralık 2008'de profesör oldu. Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır.

Sen, yaşlılık! Biliyor musun, gelmemen için hiçbir şey yapamamak ne kadar yaralayıcı, genç kalan ruhlar için?

Yaşlanma kaçınılmaz ve geri döndürülmez bir süreçken, çoğu örnekte yaşlanmaya eşlik eden kronik özüllükler önlenabilir ya da

geciktirilebilir. Bu, yalnızca tıbbi müdahalelerle değil, daha etkili biçimde olmak üzere toplumsal, ekonomik ve çevresel müdahalelerle sağlanabilir. Çünkü yaşlanmak sadece biyolojik ve psikolojik etkenlerin değil; sosyal, ailesel, ekonomik, dönemsel ve ekolojik etkenlerin de önemli rol oynadıkları çok boyutlu bir durumdur.

Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılığı 65 ya-

şından sonraki dönem olarak tanımlanmaktadır. Birleşmiş Milletler'e göre, 60 yaş ve üzeri grubun da yaşlı olarak kabul edilebildiği bilinmektedir. Yaşlı nüfusun artışı, "gelişmişlik göstergesi" olarak kabul edilmekte iken, günümüzde az gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların yaşlı nüfusu da artma eğilimindedir. Bugün dünyada yaklaşık 600 milyon kişinin 60 yaş ve üzerinde olduğu ifade edilmektedir. Bu rakamın



2025 yılında 1,2 milyara ve 2050 yılında da yaklaşık 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Üstelik yaşlıların çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşayacağı öngörülmektedir. Türkiye’de halen 5 milyon kişi 65 yaş ve üzerindedir. Halen “yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının yüzde 4-7 olduğu olgun toplum” niteliğinde olan ülkemizin, yakın bir gelecekte yaşlı toplum (yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının yüzde 7’nin üzerinde olduğu toplum) olacağı bilinmektedir.

Yaşlıların toplum içindeki statüleri, toplumun uygarlık düzeyinden çok geleneklerine ve kültürüne göre değişmektedir. Yaşlılara ilişkin hizmetler de dinsel ve kültürel düşünce hareketleriyle toplumdaki refah düzeyine koşut gelişmektedir. Geleneksel çekirdek aile yapısı kaybolmakta; bu durum, var olan sorunların katlanarak artmasına neden olmaktadır. Toplumsal değişme ve gelişme sürecinde; geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kadının çalışma yaşamına katılması, gelenek, kültür ve değerlerin değişmesi, artık ‘ata’ ve ‘otorite’ ol(a)mayan yaşlının aile içerisinde yük/sorun olmaya başlaması, sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, eğitim düzeyinin yükselmesi, sosyal güvenliği olan ve yararlanan kişi sayısının artması ve ortalama insan ömrünün uzaması vb. nedeniyle yaşlı nüfusu arttığından yaşlılık çok yönlü bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toplumda marjinalize edilen yaşlılar; özgüvenlerinin azlığı, görece yoksullukları, kurum bakımı hizmetini ikincil görmeleri, kuşaklar arası gerilim, bağımlı yaşama tabii olmaları, gelir yetersizliği, potansiyellerinin tanınmaması ve kullanılmaması, yaşa göre damgalanarak kategorize edilmeleri, mikro düzeyden makro düzeye yaşlılığa hazırlanmamaları vb. nedeniyle negatif ayrımcılığa tabii tutulmaktadır. 2020 yılında AB ülkelerinde 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranının yüzde 21 olacağı, ülkemizde de son verilere göre 60 yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranının yüzde 8 aynı yılda iki katına ulaşacağı beklenmektedir.

Yaşlı hizmetleri birinci basamak hizmetleri içine entegre edilmeli, bunun yanında kronik hastalıklar, psikolojik ve sosyal sorunlar için geriatri klinikleri ve bakımevleri kurulmalıdır. Türkiye’de yaşlı sağlığı ile ilgili sorunlarının başında, bugüne kadar bu grubun önemsenmemesi gelmektedir. Buna bağlı olarak konu ile ilgili olarak genel durumu yansıtacak araştırmalar da yetersizdir. Yaşlıya yönelik birinci basamakta evde ve ayakta bakım verebilecek personel ve hizmet bulun-

mamaktadır. Hem birinci basamakta hem ikinci basamakta primer, sekonder ve tersiyer korumaya yönelik önlemler mevcut değil ya da yetersizdir. Geriatri konusunda uzmanlaşma yetersizdir. Eğitilmiş personel azlığı yaşlının yaşam kalitesini düşürmektedir. Yaşlılara sağlık hizmeti sunumunda psikiyatrik hizmeti ile bağlantılı hizmet sunumu göz ardı edilmektedir. Yaşlılara sosyal, ekonomik ve sağlık bakımından hizmet sunumunda eşgüdüm sağlanamamaktadır. Toplumun yaşlılık dönemi ve sorunları ile ilgili bilgi düzeyi eksiktir. Yaşlılara uygun sosyal ilişkiler ağı yoktur. Yaşlılar için gerekli araç gereç ve uygun çevre düzenlemesi yoktur.

Yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında birincil, ikincil ve üçüncül korunma prensipleri temel alınarak, verilecek sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada düşünülmelidir. Altmış beş ve üstü yaştaki nüfus, sağlık hizmetleri açısından kendine özgü nitelikleri olan bir gruptur. Bu nedenle bu gruba verilecek sağlık hizmeti, bu grubun gereksinimlerine göre “özelleşmiş” olmalıdır. Toplum içinde özel sorunları olan ve toplumun geneline göre daha fazla risk altında bulunan gruplara, bu grupların kendine özgü sorunlarına yönelik olarak hizmet götürecek kurumların oluşturulması gerekmektedir.

Yaşlılık döneminde, hem hastalıkların tedavisi hem de sağlığın sürdürülmesi için sosyal ve fiziksel koşullar diğer yaş dönemlerine göre ön plana daha çok çıkmaktadır. Bunun için bu dönemde verilen sağlık hizmetlerini sosyal hizmetlerden bağımsız düşünmek olanaksızdır. Yaşlılık döneminde verilen sosyal hizmetlerin ve sağlık hizmetlerinin temel amacı, yeti yitimini önlemek olmalıdır. Erken tanı ve erken müdahale, yeti yitimini önlemede birincil düzeyde önemlidir. İkincil ve üçüncül düzeyde ise yeti yitiminin

Toplumda marjinalize edilen yaşlılar; özgüvenlerinin azlığı, görece yoksullukları, kurum bakımı hizmetini ikincil görmeleri, kuşaklar arası gerilim, bağımlı yaşama tabii olmaları, gelir yetersizliği, potansiyellerinin tanınmaması ve kullanılmaması, yaşa göre damgalanarak kategorize edilmeleri, mikro düzeyden makro düzeye yaşlılığa hazırlanmamaları vb. nedeniyle negatif ayrımcılığa tabii tutulmaktadır.

ilerlemesini önlemek ve günlük yaşamda bu nedenle yaşanan sıkıntıları hafifletmek vardır.

Sağlık yönünden toplumun en riskli kesimleri olan yeni doğanlar ve gebeler başta olmak üzere bütün çocuklara ve üretken yaş grubu kadınlara hizmet götürmeyi amaçlayan “ana ve çocuk sağlık merkezleri” gibi, “birinci basamak yaşlı sağlığı merkezleri” de bu tip yaklaşımın tipik bir örneği olmalıdır.

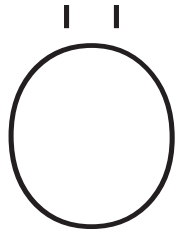


Hayatın sonuna doğru: Son dönem bakım merkezleri (SDBM)

Prof. Dr. Ümit Şimşek



1953 Turhal doğumludur. Orta öğrenimini TED Ankara Koleji'nde tamamlamıştır. Hacettepe Tıp Fakültesi'nden 1977 yılında mezun olmuş, 1981'de Eskişehir Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde üroloji uzmanı unvanını kazanmıştır. İstanbul Haydarpaşa Asker Hastanesi'nde ve Elbistan Devlet Hastanesi'nde üroloji uzmanı olarak görev yaptıktan sonra, 1985'te Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD'ye yardımcı doçent olarak atanmıştır. Aynı fakültede 1988 yılında doçent, 1994 yılında profesör olmuştur. 2003 yılında kendi isteği ile emekli olup o tarihten itibaren özel sektörde görev almıştır. 2005 yılından beri İstanbul Medipol Hastanesi Üroloji Kliniği'nde görev yapmaktadır. 100'ün üzerinde makalesi yerli ve yabancı dergilerde yayınlanmıştır. Türk Üroloji Derneği, Amerikan Üroloji Derneği (AUA), Avrupa Çocuk Ürolojisi Derneği (ESPU) ve Avrupa Doku Bankaları Birliği (AETB) üyesidir. Evli ve bir çocuk babasıdır.

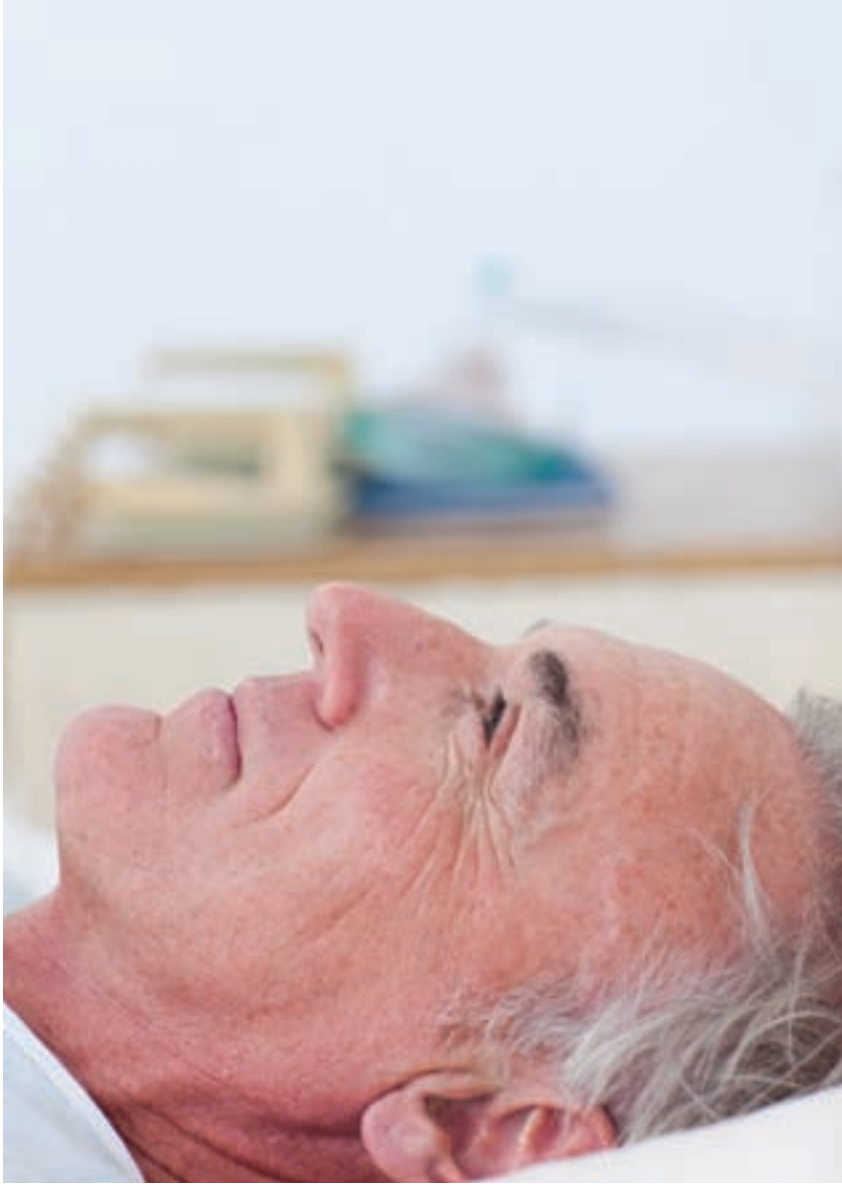


Ölümü bekleyen insanın huzura ve belli bir konfora sahip olması gereği artık bir gerçek olarak kabul edilmektedir. Bu huzurlu ve konforlu ortamı maalesef hayatının sonlarına yaklaşmış veya yaklaştığı bilinen kişiye sağlamak sosyal devletin bir gereğidir. Hasta ve ailesi de ölümün bilinci ile bu

sonu hazırlamasını devletten beklemektedir. Aranan ve istenen huzurlu ortamın bir hastane yatağında ya da yoğun bakım ünitesinde sağlanamacağı da açıktır. Ayrıca hayatlarının son dönemlerini yaşayan, hayatlarının sonuna geldikleri kesinlikle bilinen bu "yaşayan ölümler" için çok yüksek miktarlarda paralar harcanmaktadır. Gelişmiş tıp merkezlerinin yoğun bakım üniteleri maalesef bu türden hastalarla doludur. Çoğu, yatırıldıkları hastane

odalarında ya da yoğun bakım merkezlerinden taburcu olamamakta, harcanan onca emek ve para adeta "boşa" gitmektedir. New England Journal of Medicine'de 2009 yılının sonlarına doğru yayımlanan bir makalede yaşları 65 ve üzerinde olan yoğun bakım hastalarının ancak yüzde 18'inin evlerine dönebildiği ortaya konulmuştur. Evlerine dönenlerin kendileri, ölenlerin de aileleri yoğun bakımların adeta "işkence" odalarından oluştuğunu,





New England Journal of Medicine’de 2009 yılının sonlarına doğru yayımlanan bir makalede yaşları 65 ve üzerinde olan yoğun bakım hastalarının ancak yüzde 18’inin evlerine dönebildiği ortaya konulmuştur. Evlerine dönenlerin kendileri, ölenlerin de aileleri yoğun bakımların adeta “işkence” odalarından oluştuğunu, hastaların orada çok acı çektiklerini ve kalan ömürlerinde sevdikleri ile beraber olamadan hayata veda ettiklerini söylemişlerdir.

hastaların orada çok acı çektiklerini ve kalan ömürlerinde sevdikleri ile beraber olamadan hayata veda ettiklerini söylemişlerdir.

Gerçekten de hastalara yapılan testler, uygulamalar ve bakımlar onların yaşam sürelerine ya da yaşam kalitelerine çok az etki yapmaktadır. Önemli olan uzun yaşamak değil, konforlu yaşamaktır. Yoğun bakım üniteleri ya da hastaneler bu konforu yaşatmaktan çoğu kez uzak kalmaktadır. Hasta yakınlarından son anlarında onun yanında olamadıklarından, onu ölmeden önce göremediklerinden hatta elini tutamadıklarından yakınanların sayısı da yabana atılmayacak kadar fazladır. Uygulanan tedaviler de, beklenen iyileştirici, ömrü uzatıcı etkiden ziyade ölenin son günlerini ona ve ailesine acı çektirici ve hayal kırıcı bir hale getirmektedir.

Bu makalede işin bir de ekonomik yönü vurgulanmaya çalışılmıştır. Son dönem hastalar için yapılan masrafların maalesef ABD’nin toplam sağlık giderleri bütçesinin yani 450 milyar dolardan fazla bir paranın yüzde 30’unu kapsadığı belirlenmiştir. Bu paranın aşağı yukarı yüzde 80’i ölenin son ayında hastanede, yoğun bakımda mekanik ventilatörlere ve diğer agresif hayat destekleyici yöntemlere harcanmaktadır. Bu harcamaların sonu belli olmayan ümitsiz çabaların karşılığı olması da bir o kadar üzücüdür. “Hayat

kurtarıcı” her türlü girişimin boşa gideceğini bile bile emeğini esirgemeyen sağlık personeli de “beyhude” gayretler içerisinde. Doktorlarda ve yardımcı sağlık personelinde tıbbi karşı gelişen mesleki isteksizlik, ümitsizlik ve karamsarlık da unutulmamalıdır.

Hastaların modern tıp biliminden en iyi bir şekilde yararlanmalarının, sosyal devlet dışında ceplerindeki paralarıyla yakından ilgili olduğu bilinen bir gerçektir. Kaliteli hizmet ona ödenen para ile doğru orantılıdır. Hastalıktan kurtulmak için bazen ne kadar çok harcama yapmak gerektiğini hepimiz iyi biliyoruz. Ancak harcanan paranın sağlığı geri getireceği ön koşuluyla bu paralar sarf edilmektedir. Hayatının son altı ayına girdiğini iyi bildiğimiz terminal dönem kanser hastalarında ise harcanacak paralarının “beyhude” olduğu açıktır. Sağlık artık geri gelemeyecek kadar uzaktadır. Madalyonun öbür yüzünde de bir ümit ve bir gayretle bu paraları tedarik etmeye çalışan aile vardır. Gerektiğinde mallar satılarak nakit paraya ulaşıp adeta dipsiz bir kuyuya atılmaktadır. Meta analizlerde evre 4 kanserli hastaların remisyon şansı sadece yüzde 15’tir. İyileşenlerin oranı ise yüzde 7,5 civarındadır. Böylece yüzde 92,5 hastanın öldüğü ortaya çıkmaktadır. Kemoterapi çoğu kez ömrü daha da kısaltmakta, eziyetli ve ızdıraplı anlara sebep olmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde bir kez CPR

uygulanmış hastaların ancak yüzde 10’u taburcu olabilmektedir.

Burada söz konusu ettiğimiz tüm bu olumsuz tabloların ortaya çıkardığı gerçek ise son dönem bakım merkezleri (SDBM)’dir. Bu merkezler hayatın sonunu beklemek için yaratılmış, plânlanmış sosyal kurumlar, adeta yarı hastanelerdir. Buralara hayatlarının sonunu geçirmek üzere gelmeyi kabul eden hasta sayıları giderek artmaktadır. Önceden doktorları ile beraber bu çeşit sonu planlayan hastalar için çok daha az para harcadığı da ortaya çıkmıştır. İnsanların hayatlarının son evrelerinde sağlıkları için harcadıkları paralarla neler satın alabilecekleri ya da neler yapabileceklerinden haberleri yoktur. İlgili pek çok araştırmacıya göre ölüm yaklaştıkça sağlık kurumunda yapılan harcamalar artmaktadır.

Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılan minik bir araştırmada yoğun bakım üniteleri ve orada olanlar potansiyel yoğun bakım adaylarına kısa videolar şeklinde seyrettirilmiştir. Bu videolara sadece CPR yapılan anlar ve ventilatöre bağlanma girişimleri kaydedilmişti.

Ocak 2010 tarihinde J. Of Clinical Oncology (JCO) dergisinde yayınlanan bu araştırmanın sonuçlarına baktığımızda videoyu sadece 10 dakika seyreden hastaların yüzde 91’i huzurlu bir

ölüm istediklerini, seyrettikleri gibi acı çekmek istemediklerini söylemişlerdir. Videoyu seyretmeyen benzer hastalardan sadece yüzde 26'sı hayatlarının uzatılması için gerekli her şeyin yapılmasını istemişlerdir. Ölümler dahi acı çekmek istemeyenlerin sayısı beklenenden fazla olmuştur.

Gazeteci Lisa Zamosky ve Los Angeles Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden Dr Katherine Kahn bir de ailelerle görüşmüşler ve belki de aklımıza hiç gelmeyecek bir gerçeği ortaya koymuşlardır. Aile bireyleri arasında pek çoğu hastalarının son günlerinde onun yanında olamadıklarını, elini tutamayıp onu öpemediklerini dile getirmişlerdir. Onun için bir şeyler yapmak istediklerini, mutlu etmek, güldürmek istediklerini ama şu yoğun bakım kurallarını aşamadıklarını belirterek dile getirmişlerdir. Ölüme yaklaşan bir insanın Tanrı huzurunda da yapması gerekenler vardır. Af dilemek, dua etmek ve her dine göre birtakım uygulanan ritüeller... Hakkın helal edilmesini istemek bunlardan sadece biri değil midir?

Sevdikleri kişi ölürken her an beraber olabilme şansına kavuşmuş aileler cenazenin kaldırılmasından en çok altı ay sonra duygusal olarak kendilerini daha iyi hissettiklerini belirtmişlerdir.

İşin ekonomik boyutu ise tahmin edilenden daha büyüktür. 8 hastanede birden yapılan bir araştırmada yoğun bakımlara girmeden evinde veya bakım evlerinde ölenlerin haftalık bakım ücretleri 150 – 700 Dolar arasında değişirken yoğun bakım ünitesinde ölmüş kişiler için yapılan haftalık harcaması 2550–5000 Dolar civarındadır. Bu değerler Türkiye için daha düşük olmakla beraber, iki rakam arasındaki oran sanırım değişmemektedir. Ayrıca yoğun bakım ünitelerini dolduran ümitsiz terminal hastalar yüzünden bu bakıma gerçekten ihtiyacı olanlara yer bulunamamaktadır. Maalesef araştırmalarda ya da anketlerde hastane sahiplerinin ne düşündükleri konusu açılmamıştır. Onlar konu hakkında bir yorum yapmamışlardır. Ölecek olanın üzerinden ekonomi mi yapılmalı yoksa sonuçları ne olursa olsun para kazanmaya mı devam etmelidir? Önemli olan ağır terminal hastalık yükü ile yaşayanlar ve bu problemlerle yaşamaya çalışanlar için ekonomik davranabilmektir. Bu soruların cevapları patronların zihnindedir ve onlar da bir yorum yapmaya mecburlardır.

SDBM'lerin kurulmasını şiddetle teşvik edip hızla hayata geçiren ABD'de son on yılda açılan merkez sayısı 4 bine ulaşmıştır. SDBM kurma düşüncesi 1970'lerin sonunda ortaya atılmış ve

1980 yılı ilk SDBM'nin kurulduğu sene olmuştur. Devlet 1982 yılında çıkardığı yasa ile bu merkezleri resmileştirmiş ve "Medicare" denilen destekleyici, koruyucu şemsiyenin altına almıştır. Bu merkezlere "hospice" adı verilmiştir. Politikacılar, sağlığa harcanan bütçe payında ciddi bir tasarrufa gidileceğini umarak yeşil ışığı yakmışlardır. Ancak ilerleyen zaman içerisinde evdeki hesap çarşıya uymamış ve beklenmeyen, tahmin edilemeyen pek çok değişken, olumlu bakışları bir anda tersine çevirmiştir.

Her şeyden önce ölmek zorlaşmış, hastalıklı veya hastaliksız yaşam süreleri uzamıştır. Masraflar azalacağına artmıştı. Zira başta bu hastalara bakacak doktor ve sağlık personeline verilecek para, normal hastane hekimlerine ödenen miktar ile aynı tutulmuştu. Hekimler hiçbir şey yapmadan hatta zamanla hastaların yanına bile uğramadan bu parayı almaya devam ettiler. İki hekim imzası ile hastanın ömrünün son altı ayına girdiğine karar veriliyor ve bakım masrafları ödeme planına alınıyordu.

Önceleri terminal dönem kanserli hastalar seçilirken sonraları son dönem hastalık çeşitleri artmaya hatta kanserin önüne geçmeye başladı. İki doktor imzası kötüye kullanılmaya başlandı. Bunda hasta ailelerinin de payı büyüktür. Bedava bakım için bu bir fırsattı ve doktorlar üzerinde şiddetli baskı vardı. Rüşvet kelimesi bile sağda solda duyulmaya başlanmıştı. Mart 2009'da Medicare tarafından yayımlanan ve işin nereye geldiğini çok açık biçimde gösteren rapora göre son dönem bakım evine yatan hastaların ancak üçte biri kanserdi. Alzheimer, serebrodejeneratif hastalıklar, senil demans, değişik sinir sistemi hastalıkları, organik olan psikozlar, KOAH, düşkünlük, kalp yetmezliği, üriner sistem hastalıkları devletin bakımlarını üstlenmek zorunda kaldığı kanser dışı hastalıklardan bazılarıydı. Kanser olmayınca yaşam sürelerinde ve bakım altında kalma sürelerinde ciddi uzamalar olmaya başlamıştı. Altı aydan fazla bakım görenlerin sayısı yüzde 30'u geçmişti.

2007 yılında 1 milyon kişiden fazlası bu programa dahil edilmişti. Yine 2000 yılının harcaması olan 2,9 milyar Dolar, 2007 yılında katlanarak 10 milyar Dolar'a ulaşmıştı. Açılan merkez sayısı giderek artmakta, yatan hasta sayısı giderek katlanmakta ve sonuçta masraflar akıl almaz boyutlara ulaşmaktaydı. SDBM açmayı iyi bir kazanç kapısı olarak gören uyanıklar ise hem yatak sayılarını artırıyor hem de hastaları daha uzun yatırmaya çalışarak devleti dolandırmaktan hiç de kaçınmıyorlardı. 2008 yılında sadece merkezlerle

ödenen para 135 Dolar / gün, ev bakımında 236 Dolar / gün ve ev bakıcısına 140 Dolar / gün olarak belirlenmişti. Eğer bir şekilde hastane bakımına gereksinim olursa günlük ödenen para 601 Dolar'a yükseltiliyordu. Aynı sene ödemeler süreye göre değiştirilmek zorunda kaldı. Süre uzadıkça azalan miktarlar benimsendi. Doktorlara, sağlık personeline ve bakıcılara hastalara yaptıkları ziyaret sayısı kadar para ödenmeye başlandı. İki imzalı rapor süresi 90 güne çekildi ve ikinci 90 gün için yeni rapor düzenlenme zorunluluğu getirildi. SDBM'den faydalanacak hastaların tanılarına kısıtlama uygulanmaya başlandı. Başkan Obama döneminde de yeni tedbirlerin alınması için ABD kongresinin yönetime yetki verdiğini hepimiz biliyoruz.

Türkçe sözlük karşılığı "darülaceze" olan hospice'ler (SDBM) her şeye rağmen ABD'de büyük hastanelerin artık yüzde 96'sında vardır. Doktor, hemşire, hastabakıcı ve hizmetlilerden oluşan eğitilmiş bir kadro birikimi vardır. Tüm dünyada yaygınlaşan bu merkezlerin sorunlarına bakacak olursak şunlar göze çarpmaktadır:

1) Yatak sayısının yetersizliği en çok yakınılan konudur. Yeterince büyük yapılmadıklarından bahsedilmektedir. Bu merkezlerden yararlanma olasılığı olan acaba kaç kişi vardır? Hastalığının son dönemine gelmiş kaç hasta, SDBM'yi tercih edecektir, oran nedir? Bu sorulara henüz net bir cevap bulunamamıştır. Öneriyi kabul edecek hastanın önceden bilinmesi de olası görülmemektedir. Her hastanın daima farklı bir düşünce ve davranış göstereceği malumdur.

2) Bu merkezlere hastayı çekmek için kendisi ve ailesi ile bir görüşme yapılacaktır. Peki, bu konuşmayı kim yapacak ve hastaya yaklaşım nasıl olacaktır? Farklı kültürlerden gelen, farklı aile yapısına, maddi olanaklara ve hayatın beklentilere sahip son dönem hastaların her biri için farklı ikna taktikleri gerekecektir. Doktorların terminal hastalarla her şeyi konuşmadıkları ortaya çıkmıştır. Bir insana artık hayatının sonuna geldiğini, en fazla bir yıl içerisinde öleceğini söylemek, anlatmaya çalışmak kolay mıdır?

3) Devlete ait sağlık kuruluşlarının yaptıkları anlaşmalar ve özel sağlık sigortası poliçelerinin yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Özellikle özel sağlık sigortası poliçelerinde ödeme yükümlülüklerinin baştan kısıtlanmış olduğu ortaya çıkmıştır. Bu nedenle bakım merkezlerine yeterli paranın ulaşmadığı görülmektedir. Hastanede yatarken masrafları karşılayan sistem, hastanın bakım merkezine devredildiğini duyunca tüm

maddi desteğini çekmektedir. Aslında bu durumda hastanede kalan hastaya ödenecek miktar ile kıyaslanmayacak kadar az bir paranın gerekeceği aşîkârdır. Ama sorun ne yazık ki hastanın yattığı yerin artık bir hastane odası olmamasıdır.

4) Eğitilmiş personel yoktur. Görevlendirilen personelin yeniden eğitime tabi tutulması gerekmektedir. Zira bu konular temel tıp eğitiminde maalesef yeterince işlenmemektedir.

5) İnsanlardaki sağlık bilinci, sağlık kültürü, maalesef çok yetersizdir. Neredeyse her hasta doktora gidince, ilaçlarını alınca ya da gerekli tedavi önerilerini kabul edince hastalığından tamamen kurtulacağını sanmaktadır. Buna son dönem kanser hastaları da dâhildir. İnsanlar ölmek istememektedir. Hele de bu ölüm önceden planlanacak kadar gerçek ise kimsenin bunu kabul etmeye ne gücü ne de isteği vardır! Hepimiz sağlıklı ve uzun yaşamak için neler yapmıyoruz ki?

Yukarıda saydığım problemler bilinen ve gözlenen en önemlileridir. SDBM'ler yaşama geçirilince daha pek çok sıkıntının da ortaya çıkacağı kesindir. Bizce en önemli sorun hastanın ve ailenin ikna edilme aşamasıdır. İkna edecek kişinin seçilmesi, önceden eğitilmesi, aileye nasıl yaklaşılacağı ve neler konuşacağı öncelikle aşılması gereken en önemli sorundur. ABD'de pratisyen hekimlerle bu işe başlanmış ancak bu genç, agresif ve deneyimsiz hekimlerin yetersiz kaldıkları görülmüştür. Hastalara güven telkin edemedikleri, bilgilerinin, sempatik ve duygudaşlık güçlerinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır.

Cancer dergisinin 11 Ocak 2010 tarihli sayısında 4 bin 188 doktor ile terminal döneme girmiş farazi bir kanser hastası ile nasıl konuşacakları konusunda yapılan bir anketin sonuçları açıklanmıştır. Doktorların hemen hemen tamamı belirtilerin ortaya çıkması ve verilebilecek başka bir tedavi şekli kalmayana kadar beklemeyi tercih edeceklerini söylemişlerdir. Yani hastanın sonunun konuşulacağı zamanı, tedavi modellerinin bittiği an olarak belirtmişlerdir.

Prognozu tartışabileceklerini söyleyen doktor oranı yüzde 65, CPR uygulanmaması konusunda görüşebileceklerini söyleyen doktor oranı yüzde 44'tür. Doktorların ancak yüzde 26'sı hastanın kalan ömrünü hasta bakım evinde tamamlayabileceği hakkında ve yüzde 21'i de istenirse hastane veya hasta bakım evi dışında her hangi bir başka mekâna transfer konusunu tartışabileceklerini vurgulamışlardır. Görüldüğü gibi konu ne kadar önemli olsa da, ko-

nuşabileceklerin oranı oldukça azdır. Dünyanın ileri gelen kanser merkezleri artık 21. yüzyılda bu tür konuşmaların hastanın bir yıldan daha az ömrü kaldığında yapılması konusunda hem fikirlerdir.

Ancak doktorlar doğal olarak belli noktalarda bu tür ikna edici konuşmalara karşı çıkıyorlar. Hastanın yaşam ile bağını koparmak ve onu ümitsizliğe sürüklemek gibi bir endişeleri olduğunu belirtiyorlar. Birçoğu uyguladıkları ya da uygulayacakları tedavilere hastanın yanıt vereceği konusunda ümitli. Bir grup hekim konuyu ne zaman açmak durumunda olsalar hastanın hep konuşmaktan kaçtığını belirtiyorlar. Belki de hasta her şeye rağmen ölümünü konuşmak istemiyordur? Aslında tıbbi bakım devam ederken hassasiyetle yapılacak hayatın sonu ile ilgili alternatiflerin sunulacağı ikna edici konuşmalar; belki de hastanın tedaviye daha sıkı sarılmasına, hayatının sonunu istediği gibi kontrol etmesine ve planlamasına bir kapı açabilir mi? Kişi vasiyetini gözden geçirirken özlemini duyduğu şeyleri gündeme alıp gerçekleştirmeye çalışabilir. Doktor da hastanın tıbbi isteklerini bilerek onları yerine getirme şansını yakalar. Hasta ve yakınlarının problemi iyice kavraması için hastalığın olası ilerleyişi ve sona götürüş şekli ile bu dönemlerde uygulanabilecek tedavi ya da destek modelleri bu konuşmaların temelini oluşturmaktadır. Sonuçta karara bağlanan bu planların hasta yerine kimin birinci derecede uygulayıcısı olacağı da belirlenmelidir. Durumu ayrıntıları ile kavrayanların seçtikleri yöntemlerin daha az agresif ve daha ucuz oldukları da hastalarla yapılan anketlerde ortaya çıkmıştır.

Sonuçta hasta ile iletişimi kuracak kişinin seçilmesi, eğitilmesi, konuşulacak ve tartışılacak konuların önceden belirlenmesi ve sıralanması sistemin sağlıklı çalışmasında atılması gereken ilk adımdır.

Sağlık sigortası içerisine hasta bakım evi kavramını sokmak ikinci adım olmalıdır. Bunun için siyasetçi, bilim adamı ve teknokrat üçgeni içerisinde çok iyi bir iletişim kurulmalıdır. Örneklerden yola çıkarak Türkiye'ye özgün bir sistemin oluşturulması hiç de zor değildir.

Yukarıda belirtilen eğitim ve finansman konularına göre hasta bakım evinin kuruluşu ve işleyişi ile bu yeni sektörde yatırımcıların bir süre için desteklenmesi aşılması gereken basit sorunlardır. Sağlık politikalarının belli bir düzeye getirilip oturtulduğu bu günlerde hasta bakım evleri hakkında çıkarılacak yasa ve yönetmeliklerle alt yapı hızla oluşturulabilir.

Kaynaklar

Adams JJ: Los Angeles Times 25 January 2010

Alexandria, VA: National Hospice and Palliative Care Organisation, 2009 <http://www.nhpco.org>

Back AL. et al: abandonment at the end of life from patient, caregiver, nurse and physician perspectives: loss of continuity and lack of closure. Arch. Intern. Med., 2009; 169: 474-479

Balboni AT: Provision of spiritual care to patient with advanced cancer: Associations with medical care and quality of life near death. JCO, 2010; 28: 445-452

Gibson R: The treatment trap. Health Affairs, 2010; 29: 741-745

Goldstein NE, et al: Titrating guidance: A model to guide to physicians in assisting patients and family members who are facing complex decisions: Arch. Intern. Med., 2008; 168: 1733-1739

Iglehart KJ: A new era of for-profit hospice care – the medicare benefit. N. Engl. J. Med, 2009; 360 (26): 2701-2703

Jawahri EA: Use of video to facilitate end-of-life discussions with patients with cancer: A randomized controlled trial. JCO, 2010, 28: 305-310

Keating LN, et al: Physician factors associated with discussions about end-of-life care. Cancer, 2010; 116 (4) : 998 – 1006

Morrison S: Cost savings associated with hospital palliative care consultation programs. Arch. Intern. Med., 2008; 168: 1783-1790

Report to the Congress: Medicare payment policy. Washington, DC: Medicare Payment advisory Commission, March 2009

Zamosky L: Los Angeles Times 25 January 2010

Beyhude tedavi!

Dr. Bülent Özaltay



1962'de İstanbul'da doğdu. 1980'de İstanbul Erkek Lisesi'nden, 1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Haseki Hastanesi'nde Aile Hekimliği ihtisası (1987-90), İstanbul Tıp Fakültesi'nde Deontoloji ve Tıp Tarihi ihtisası (1994-1996) yaptı. Halen İstanbul Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır.

B“eyhude tedavi” ya da diğer bir ifade ile “tedavinin beyhudeliği” (medical futility) kavramı 1980'li yılların ikinci yarısından 1990'lı yılların sonlarına kadar tıp literatüründe yoğun tartışmalara neden olmuştur. Bu konunun hangi saiklerle gündeme taşınmış olduğu hakkında çeşitli tezler ileri sürülebilir. Ancak meselenin arka plânında salt tıbbi gerekçelerin yattığını söylemek oldukça güçtür.

“Beyhude tedavi” ya da “tedavinin beyhudeliği” kavramı bazı temel varsayımlara dayanmaktadır:

1. Tedaviyi sürdürmenin ya da uygulamanın tıbbi açıdan yararsız ve beyhude olduğu bir nokta vardır.
2. Bu noktadan itibaren tedavinin sürdürülmesi bazı sorunları da beraberinde getirecektir.
3. Sağlık çalışanları, bu tür tedavileri ya da girişimleri uygulamak zorunda de-

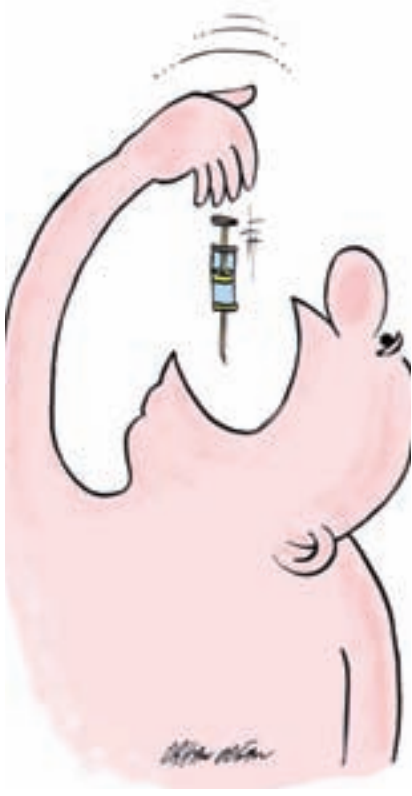
ğildirler ve uygulamaya zorlanamazlar.

Bir tür durum tespiti olarak değerlendirilebilecek olan ilk iki varsayım tanımlama açısından bazı sorunları taşısa da belki de meselenin tartışılmasına neden olan esas husus son varsayımda yatmaktadır.

Herhangi bir tedavinin ya da tıbbi girişimin bazı koşullarda yararsız olarak görülmesi ve dolayısı ile söz konusu tıbbi müdahalelerin esirgenmesi ya da sonlandırılması konusunun tıp camia-







Farklı çalışmalarda, yoğun bakım birimlerinde ölen hastaların yüzde 53 ila 90'ının yaşam desteğinin esirgenmesi ya da sonlandırılması nedeniyle hayatlarını kaybettikleri bildirilmektedir. Bu hastaların hemen hepsinde yapılacak bir şeyler daha vardır. Ancak yaşamın sürdürülmesine imkân sağlayacak girişimlerin esirgenmesine ya da durdurulmasına yönelik bir karar alınmıştır ve bu kararın gerekçesi, söz konusu tedavinin yararsız olduğudur.

sında yol açtığı tartışmalar, "beyhude tedavi" kavramına nispeten daha uzun bir geçmişe sahiptir. Nitekim beyhude tedavi kavramının savunulmasında kullanılan kimi argümanlar, bugün artık neredeyse terkedilmiş olan "istemsiz pasif ötenazi" kavramı çerçevesinde yürütülmüş tartışmalar hatırlandığında tanıdık gelecektir.

Günümüzde, gelişmiş ülkelerde hastanelerde ölen hastaların önemli bir bölümü, yaşamın belirli bir andan itibaren

uzatılmamasından değil, tedaviye başlamaktan kaçınmak ya da tedaviyi sonlandırmak konusunda verilen bir karar neticesinde hayatlarını kaybetmektedirler. Yoğun bakım birimlerinde ölen hastalar söz konusu olduğunda, bu durum çok daha çarpıcı bir özellik arz etmektedir. Farklı çalışmalarda, yoğun bakım birimlerinde ölen hastaların yüzde 53 ila 90'ının yaşam desteğinin esirgenmesi ya da sonlandırılması nedeniyle hayatlarını kaybettikleri bildirilmektedir. Bu hastaların hemen hepsinde yapılacak bir şeyler daha vardır. Ancak yaşamın sürdürülmesine imkân sağlayacak girişimlerin esirgenmesine ya da durdurulmasına yönelik bir karar alınmıştır ve bu kararın gerekçesi, söz konusu tedavinin yararsız olduğudur. Bu olguların çoğunda tedaviyi reddedenler, hastalar ya da hastaların vekilleridir. Hekimler ile hastalar veya vekilleri arasında, tedavinin sürdürülmemesi yönünde ortak bir karara varıldığı koşullarda sorun yaşanmamaktadır. Ancak kimi zaman hastalar ya da vekilleri, sağlık çalışanları tarafından yararsız kabul edilen bir tedavinin uygulanmasını istemekte hatta ısrar etmektedirler. Beyhude (futile) olarak nitelenen bu tedaviler, beyhude tedavi kavramının ve bu kavram etrafında sürdürülen tartışmaların odak noktasını oluşturlar.

Beyhude kabul edilen girişim ve tedavileri uygulama noktasında kimi sağlık çalışanları tarafından gösterilen isteksizlik ve direnç, dolayısı ile bu kavramın görüldüğü rahbet, çok temel iki gerekçeyle ilişkilendirilebilir:

1. Hekimlerin, hastanın özerkliği ilkesinin kimi zaman hastanın otoritesine dönüşmesinden ve yararı şüpheli tedavileri uygulamak ya da sürdürmek zorunda kalmalarından duydukları hoşnutsuzluk.

2. Meselenin ekonomik boyutu yani yüksek maliyetlerine rağmen beyhude olduğu varsayılan bir girişimin ya da tedavinin sürdürülmek zorunda kalınması.

Söz konusu iki gerekçeye koşut olarak ortaya çıkan, özel koşullarda herhangi bir tedavinin beyhude olduğuna karar verme ya da bir tedavinin beyhudeliği konusunda son sözü söyleme hakkının kime ait olması gerektiği şeklindeki tartışma, tartışmaların çıkış noktasını oluşturur. Hasta özerkliği ile hekim özerkliğini karşı karşıya getirdiği ileri sürülen bu çatışmanın bir sorun olarak telakki edilmesi, bu sorunu aşma çabalarını da beraberinde getirmiştir. Sorunu çözmenin ilk aşaması, beyhude tedavilerin tanımlanması ve kriterlerin oluşturulması olarak görülmüştür. Bu noktadan hareketle, herhangi bir tedavinin yararsız ve beyhude olması durumunun, tıbbi bakım standartları bağlamın-

da tanımlanabileceği ileri sürülmüştür. Yani tıbbi bakım standartlarının yalnız yararlı tedavilerin uygulanmasını değil yararsız ve beyhude tedavilerin uygulanmamasını da içermesi mümkündür. Bu standartlar etik kurullar ve mahkemeler için bir kılavuz işlevi göreceğinden, hastalardan ve ailelerden gelen isteklere rağmen beyhude tedavileri uygulamayı reddeden hekimlere karar sürecinde etik ve yasal destek sağlanacaktır. En azından, beyhude olduğu kabul edilen bir tedavinin ya da girişimin sağlık çalışanları tarafından varılan tek taraflı bir kararla sonlandırılması ya da esirgenmesine, tıbbi açıdan bir meşruiyet kazandırılmış olacaktır.

Bu amaçla, tartışma sürecinde muhtelif tanımlamalar yapılmıştır. Bunlar arasında en sık refere edilen beyhude delik tanımı, kantitatif beyhude delik ve kalitatif beyhude delik gibi iki bileşene sahiptir. Kantitatif beyhude delik tanımına göre, "Hekimler son 100 vakada (kişisel deneyimleri, meslektaşları ile paylaştıkları deneyimler ya da yayınlanan deneysel verilerin değerlendirilmesi aracılığı ile) bir tedavinin yarar sağlamadığı sonucuna varırlarsa, söz konusu tedaviyi beyhude saymalıdır." Kalitatif olarak da, "Eğer bir tedavi yalnızca bilinçsiz bir yaşamın sürmesine yarıyorsa ya da yoğun bakıma bağımlılık durumunu sona erdirmiyorsa, beyhude kabul edilmelidir." Yarar merkezli olarak değerlendirilen bu tanımlamaya göre, "Hekimler, hastanın bedeninin bir bölümü ile sınırlı kalan etki ile hastanın değerlendirebileceği, genel bir iyileşme sağlayan yarar arasında bir ayırım gözetmelidirler. Genel iyileşmeyi sağlayamayan tedavi, sınırlı bir etki açısından başarılı olsa bile beyhude sayılmalıdır."

Bazı kurumlar da tartışmaya katılarak beyhude delik kavramına kendi disiplinleri açısından yorum getirmeye çalışmışlardır. Örneğin The American Thoracic Society, sonucunda anlamlı hayatta kalma ihtimali ileri derecede düşük girişimleri beyhude olarak tanımlamıştır. The American Heart Association, CPR (Kardiyopulmoner resüsitasyon) ile sınırlı bir beyhude delik tanımı yaparak, iyi planlanmış çalışmalarda hayatta kalan bildirilmeyen koşullardaki CPR'ı beyhude olarak nitelemiştir. The Critical Care Society, hedeflenen amaca ulaşamayacak girişimleri beyhude olarak nitelemiş ancak "Başarılı olma ihtimali ileri derecede düşük, aşırı pahalı ve yararı kesin olmayan girişimler, uygun ve makul görülmeyebilir ancak beyhude olarak yaftalanamazlar." şeklinde görüş bildirmiştir.

Bu tanımlama girişimleri bulanık, belirsiz, tehlikeli, toplumsal değerler bağla-

mında kesin bir içerikten yoksun oldukları yolunda eleştirilere muhatap olmuş; müphem, muğlak ve nesnellikten yoksun olmakla itham edilmiştir. On yılı aşan süreçte, beyhude tedavinin tanımını konusunda ortak bir görüşe varılamamış, uzlaşma sağlanamamış ve tanımlama çabaları sonuçsuz kalmıştır. Beyhude tedavi tanımlarına getirilen eleştirilerin dışında, kavramın kendisi de etik, sosyal, hukuki ve tıbbi açıdan itirazlarla karşılaşmıştır.

Beyhudelik kavramına gösterilen direnç, büyük ölçüde, bu terimin savunulması daha güç amaçlar için kullanılabileceği korkusundan kaynaklanmaktadır. Örneğin tek taraflı bir kararla tedavinin sonlandırılması ya da esirgenmesinin, kabul edilemez bulunan istemsiz pasif ötanazi ya da istem dışı pasif ötanazi uygulamalarından ne farkı olduğu açıklanmaya muhtaçtır. “Tedavinin beyhudeliği” kavramının benimsenmesinin, otoriter tıbbi yaklaşıma, paternalist uygulamalara güç kazandırması da kaçınılmazdır. Bu bağlamda, hastanın özerkliği ve tıbbi kararların birlikte verilmesi konularında sağlanan gelişmeler olumsuz yönde etkilenebileceği gibi hastanın özerkliği ilkesinde ciddi biçimde aşınma yaşanacaktır.

Tıp etiği literatüründe sıklıkla kullanılan “kaygan zemin” (slippery slope) argümanı, beyhude tedavi kavramı için de geçerlidir. Tedavinin beyhude olduğu biçiminde bir açıklama yapabilme ve tek taraflı karar verebilme gücünün, bakım görmeye değmez saydıkları hastaları ihmal etmek için hekimlerin eline uygun bir koz vereceği şeklinde eleştiriyi göz ardı etmek mümkün değildir. Çağlar boyunca egemen olan “yaşamın kutsallığı”, seküler ifadeyle “yaşamın dokunulmazlığı” ilkesinin yerine “yaşamın niteliği” ilkesinin ikame edilmesi, “yaşamların eşitliği” ilkesini zedeleyecektir. Bu durum, riskli hasta grupları oluşmasına zemin hazırlayacak; özürlüler, anomalili çocuklar, mental retardeler, ileri derecede demansı olanlar, psikotik hastalar, yaşlılar gibi bazı gruplar tehdit altında kalacaklardır.

Ayrıca, “Ürkek sağlık çalışanlarının, yaşamı tehdit eden bulaşıcı hastalığı olan hastalardan uzak durmaları için çarpık bir gerekçe mi sağlanmış olacak?”; “Hastanın, yararı kanıtlanmamış tedavi hakkı ne olacak?”; “Tıbbın gelişimi ve deneysel çalışmalar menfi yönde etkilenecek mi?” gibi şüpheler tatminkâr bir biçimde cevaplandırılamamıştır.

“Beyhude tedavi” ya da “tedavinin beyhudeliği” kavramı etrafında sürdürülen tartışmalar, eski hızını kaybetmiş durumdadır. Bunun en önemli nedeni

olarak; beyhude tedavi kavramının benimsenmesinin ve tıp pratiğinde uygulama alanı bulmasının doğuracağı tıbbi, sosyal, etik sorunlardan ve bu kavrama gösterilen dirençten çok, tartışma sürecinde beyhude tedavinin tanımlanması meselesinde tıp camiasında bir uzlaşmanın sağlanamamış olması gösterilmektedir. Bunun yanında; hekimlerin beyhude kabul ettikleri tedaviler konusunda, mahkemelere intikal eden ihtilafların hemen hepsinde hastaların lehinde karar verilmiş olması da, diğer bir neden olarak sayılabilir.

Beyhude tedavi kavramı etrafında sürdürülen tartışmalar eski yoğunluğunu kaybetmiş olarak görülse de, kimi sağlık çalışanlarının beyhude ve yararsız kabul ettikleri tedavileri uygulama konusundaki isteksizliklerinin sona erdiğini veya meselenin bir şekilde çözülme ulaştırıldığını söylemek mümkün değildir. Söz konusu tartışmalar artık farklı kavramlar çerçevesinde yürütülmektedir. Anglosakson tıp etiğinin temel ilkelerinden biri olan “adalet” ilkesi ve bu ilkeye isnat edilen “kaynakların paylaşımı”, “kısıtlı kaynakların kullanımı”, “akılcı kaynak kullanımı” şeklinde ifade edilebilecek kavramlar tartışmaların yeni zeminini oluşturmaktadır.

Kaynaklar

Ardagh M. Futility has no utility in resuscitation medicine. *J Med Ethics* 2000; 26: 396-399.

Balfour-Lynn IM, Tasker RC. At the coalface - medical ethics in practice. Futility and death in paediatric medical intensive care. *J Med Ethics* 1996; 22: 279-281.

Burns JP, Truog RD. Futility: A concept in evolution. *Chest* 2007; 132: 1987-1993.

Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1997; 25: 887-891.

Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive care units in France: a prospective survey. *Lancet* 2001; 357: 9-14.

Heft PR, Siegler M, Lantos J. The rise and fall of the futility movement. *N Eng J Med* 2000; 343: 293-296.

Jecker NS. Medical futility: A paradigm analysis. *HEC Forum* 2007; 19: 13-32.

Kasman DL. When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1053-1056.

Keenan SP, Busche KD, Chen LM, McCarthy L, Inman KJ, Sibbald WJ. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support. *Crit Care Med* 1997; 25: 1324-1331.

Lantos JD, Singer PA, Walker RM, et al. The illusion of futility in clinical practice. *Am J Med* 1989; 87: 81-84.

Çağlar boyunca egemen olan “yaşamın kutsallığı”, seküler ifadeyle “yaşamın dokunulmazlığı” ilkesinin yerine “yaşamın niteliği” ilkesinin ikame edilmesi, “yaşamların eşitliği” ilkesini zedeleyecektir. Bu durum, riskli hasta grupları oluşmasına zemin hazırlayacak; özürlüler, anomalili çocuklar, mental retardeler, ileri derecede demansı olanlar, psikotik hastalar, yaşlılar gibi bazı gruplar tehdit altında kalacaklardır.

Loewy EH, Carlson RA. Futility and its wider implications. A concept in need of further examination. *Arch Intern Med* 1993; 153: 429-431.

Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2009; 25: 221-237.

Nasraway SA. Unilateral withdrawal of life-sustaining therapy: Is it time? Are we ready? *Crit Care Med* 2001; 29: 215-217.

Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidents of withholding or withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 15-20.

Schneidermann LJ, Lecker N, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990; 112: 949-954.

Schneidermann LJ, Lecker N. Futility in practice. *Arch Intern Med* 1993; 153: 437-441.

Weijer C, Elliott C. Pulling the plug on futility. *Br Med J* 1995; 310: 683-684.

Weijer C. Medical futility. *West J Med* 1999; 170: 254.

Youngner SJ. Who defines futility? *JAMA* 1988;260: 2094-2095.

Ötanazi

Dr. Mahmut Tokaç



1963, Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamlamıştır. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlük görevlerinde bulunmuştur. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olarak görev yapmaktadır.

Yunanca (eu): 'iyi, hoş, güzel, kolay'; , (thanatos): 'ölüm'; "kolay ölüm" anlamına gelen "ötanazi" kelimesinin karşılığı bazıları "eu"nun Yunanca'daki "iyi, güzel" anlamlarına bakarak "iyi ölüm" veya "güzel ölüm" şeklinde çevirseler de bizim kültürümüzdeki "iyi ölüm" ve "güzel ölüm" kavramları çok daha yüce anlamlara gelebildiği için "kolay" ya da "rahat" ölüm ifadesinin daha uygun olduğunu düşünmekteyiz. İngilizce sözlüklerde etimolojisi için "easy death" yani "kolay ölüm" verilmektedir. "Kolay"ın Arapça karşılığı olan "âsân", inançlı insanların dualarında ölüm anı için istedikleri rahatlık hâlidir. İngilizce karşılık olarak "mercy killing" ve "painless death" şeklinde rahat ya da ağrısız ölüm anlamı da ve-

rilmektedir. Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük'te "ölme hakkı" olarak verilmekteyse de bu tanımın kelimenin tam karşılığı olmadığı bir yana ölme hakkı ifadesinin ayrı bir tartışma konusu olduğunu belirtelim. (TDK İmla Kılavuzu'nda doğru yazım şekli "ötanazi" olan kelimenin söylenişi dilimize daha kolay geldiği için Hasta Hakları Yönetmeliği de dahil sıklıkla yanlış olarak "ötenazi" şeklinde kullanılmaktadır. Fransızca "euthanasie", İngilizce ise "euthanasia"dır.)

Tanımı

Ötanazinin sözlük tanımı kısaca "ümitsiz durumda olan hastaların acılarını dindirmek için hayatlarına tıbbi yollarla son verme" şeklindedir. Biraz daha ayrıntılı olarak verilmek istenirse; "ölümün kaçınılmaz olduğu, tıbbi tedavi ile iyileşme umudu bulunmayan ve dayanıl-

maz acılar içinde yaşamak zorunda olan hastaların tıbbi yöntemler kullanılarak hayatlarına son verilmesi veya tıbbi desteği sonlandırılarak ölüme terk edilmesi" ötanazi olarak tanımlanıyor.

Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere ötanazi iki yöntemle olabilmektedir: Hastanın hekim yardımıyla ilaç verilerek öldürülmesi "aktif ötanazi", tıbbi destek olmadan yaşayamayacak olan hastanın tıbbi desteğinin kesilmesiyle hayatının sonlandırılması ise "pasif ötanazi" olarak adlandırılmaktadır. (Bedii Şehsuvaroğlu pasif ötanazi için "ortotanasie" ifadesini kullanmaktadır.)

Bir de genellikle ötanazi başlığı altında tartışılan bir başka ölüm şekli olan "hekim destekli intihar" (physician assisted suicide) vardır. Ayrıca yakın zamanlarda bazı ülkelerde "hayatı yaşanılmaz olacak bebeklere ötanazinin uygulan-



2004, İspanya, Fransa, İtalya ortak yapımı "İçimdeki Deniz" (Mar Adentro) isimli filmde, gençliğinde geçirdiği bir kazanın ardından 30 yıldır yatalak olan bir adamın ötanazi talebi anlatılıyordu.





Tedavisi olmayan ve dayanılmaz acı çeken hastaların öldürülmesi eylemi çok eski devirlerde bile mevcuttur. Sakat çocuklarını uçurumdan atan Ispartalılar ile ihtiyarlarını öldüren Eskimolar bunlara örnek olarak verilebilir. Salt akılcı ve Polis (şehir/ devlet)'in çıkarlarına öncelik veren bir yönde davranan Eflatun (ö-M.Ö. 347) "Bedenen ve ruhen sağlıklı olanlara lüzumunda gereken bakım sağlanacak, bedenen sağlam olmayanlar ise ölüme terk edilecektir." demektedir.

ması" anlamına gelen "pediatrik ötanazi" kavramı oluşmaya başladı.

Tarihçesi

Tedavisi olmayan ve dayanılmaz acı çeken hastaların öldürülmesi eylemi

çok eski devirlerde bile mevcuttur. Eski çağlardan beri devlet ya da kabile menfaatleri için hastalarını öldüren topluluklar olabildiği gibi acıma ve sevgi duygusuyla yakınlarını öldürenler de var olagelmıştır. Sakat çocuklarını uçurumdan atan Ispartalılar ile ihtiyarlarını öldüren Eskimolar bunlara örnek olarak verilebilir. Salt akılcı ve Polis (şehir/devlet)'in çıkarlarına öncelik veren bir yönde davranan Eflatun (ö-M.Ö. 347) "Bedenen ve ruhen sağlıklı olanlara lüzumunda gereken bakım sağlanacak, bedenen sağlam olmayanlar ise ölüme terk edilecektir." demektedir. Başka bir eserinde de bir hekimin görevinin hastalarını en kısa sürede iyileştirmek olduğunu ancak hasta bedenlerini sürüklemelerine yardımcı olmak görevinin olmadığını düşündüğü belirtilerek "İşte Asklepios, bu gerçeği biliyordu. Bu nedenle, hekimliği, yalnızca bedenleri sağlam olup da geçici bir hastalığa tutulmuş insanlar için kullandı." demektedir. Yine sağlıksız bireylere hayat hakkı tanımadığı "Hekimler, yurttaşlar arasında bedenleri ve ruhları iyi olanlara bakmalı, böyle olmayanları ise ölüme terk etmelidir." şeklindeki ifadeler eserlerinde yer almaktadır. Doç. Dr. Ali Kaya "Eflatun, ölüm sonrası için bir prova olarak kabul ettiği yaşamı, hastalığın tamamen sardığı bir bedende sürdürmenin ne kişiye ne de topluma bir faydası olacağını ileri sürerek, kısmen ölüme hakkını kabul etmiş; ancak bunun, tedavisi imkânsız bir hastalık ya da sakatlık halinde uygun olacağını belirtmiştir." der.

Bu kadar eski geçmişi olmasına rağmen "euthanasie" deyimini ilk ortaya atan İngiliz filozofu Francis Bacon

(1561-1621) "Hekimin vazifesi sağlığı korumak ve acıları azaltmaktır. Acıların azaltılması sadece tedavi etme yoluyla olmayıp gerektiğinde ona kolay ve rahat bir ölüm sağlamakla da olur." demektedir.

"Doktor ölüm"

Ötanazi dendiğinde akla ilk gelen isim kuşkusuz Ermeni asıllı doktor Jack Kevorkyan olmuştur. Yıllardır ABD'de yasadışı olarak hastalara ötanazi uygulayan Kevorkyan'ın adı "Doktor Ölüm" olarak tarihe geçmiştir. Hakkında pek çok dava açılmış olan ünlü doktor, hastalarına iğneyle ilaç enjekte ederek ötanazi uyguluyordu. Kevorkyan birçok hastaya ölmesi için yardım ettiğini söylemişti.

Yasal perspektif

Ötanazi dünya çapında kabul edilen yasal bir uygulama olmamakla birlikte, ötanazinin farklı tipleri farklı yasal uygulamalara tabiidir. Aktif ötanazi Hollanda, Belçika ve Lüksemburg gibi ülkeler ile Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletlerinde yasakken pek çok ülkede yasaktır. Pasif ötanazi ise birçok ülkede tolere edilen bir uygulama olup önemli bir kısmında yasaldir. Hekim destekli intihar da genel olarak yasadışı olmakla birlikte, bazı ülkelerde yasal olabilmektedir. Ötanazinin yasal olduğu ülkelerde ötanazinin uygulanması için uyulması gereken belirli şartlar ve prosedürler vardır.

Aktif ötanazi

Ölümcül hastalığı olan, tıbbi tedavi ile

iyileşme umudu bulunmayan ve dayanılmaz acılar içinde yaşamak zorunda olan hastaların tıbbi yöntemler kullanılarak hekim yardımıyla hayatlarına son verilmesidir. Aktif ötanazinin yasal olduğu ülkeler/eyaletlerde ötanazinin uygulanabilmesi için bazı şartlar gereklidir:

- Hastanın rızası
- Ölümçül bir hastalığının olması
- Dayanılmaz derecede şiddetli ağrısının olması

Hollanda örneğini inceleyecek olursak; hastanın yasal prosedüre göre yazılı bir şekilde yapmış olduğu ötanazi talebinin kabulü aşağıdaki şartların gerçekleşmesine bağlıdır:

- Talebin gönüllü olması
- İyi düşünüldüğüne ve son karar olduğuna ikna olunması
- Hastanın katlanılamaz bir acıya maruz kaldığına ikna olunması
- Tedavisinin umutsuz olması ve başka mantıklı alternatif bir çözümün olmadığına ilişkin kesin karara ulaşılmış olması
- Hastanın durumuyla ilgili bilgilendirilmiş olması
- Hastanın yukarıda belirtilen durumda olduğunun en azından bir bağımsız doktorun da görüşüyle tespit edilmesi.

Hastanın rızasının alındığı uygulanan aktif ötanazi “gönüllü ötanazi”dir (voluntary euthanasia). Bunun yanında “gönüllü olmayan” (non-voluntary) ve “gönülsüz” (involuntary) ötanazi çeşitleri de vardır. Bu ikisi arasındaki fark birincisinde kişinin hayatı veya ölümü arasında seçim yapamayacak durumda olması hali söz konusu iken diğerinde rızası alınabilecek durumdayken rızası alınmayıp bilinci kaybolduktan sonra ötanazi kararının başkalarının verilmesi söz konusudur.

Pasif ötanazi

Yoğun bakım servislerinde yatan ve tıbbi destekle yaşayan hastanın tıbbi desteğinin kesilmesiyle hayatının sonlandırılmasıdır. Burada beyin ölümü ve bitkisel hayat arasındaki ayrımı yapmak gerekiyor. Beyin ölümü gerçekleşen kişi tıbben ölüdür ve bu hastalarda tıbbi desteğin çekilmesi ötanazi değildir. Bu hastalar, beyninin kesin olarak bütün fonksiyonlarını yitirdiğine, kalbinin ve solunumunun tamamen durduğuna ve bu durumdan geri dönüşünün artık imkânsız olduğuna uzman tabiplerce karar verilmesi şartıyla yaşam destek ünitesinden çıkarılabilir.

Beyin ölümü gerçekleşmiş bir kişinin aksine, bitkisel hayattaki bir insanın solunumu devam edebilir. Dolayısıyla bu hastalar aylarca ya da yıllarca destekle yaşamaya devam eder, bazen iyileşerek normale dönebilirler. Bu hastalardan iyileşme ümidi olmayanlardan yaşam desteğinin çekilmesi pasif ötanazidir. Yaşam desteğinin çekilmesi bazen tıbbi kaynakların yetersizliği ya da ekonomik gerekçelerle de olabilmektedir. Herkes tarafından kolayca kabul edilebilen bir olgu olan beyin ölümü gerçekleşenlerin tıbbi desteğinin çekilmesi olayını pasif ötanazi olarak algılayacak davranışlar ötanazi konusundaki tartışmaları mecrasından saptırabilecektir.

Dinler açısından

Semavi dinlerin hepsi aktif ötanaziye kasten adam öldürme ya da intihar gözüyle bakar ve karşı çıkar. İslam’a göre Allah’ın verdiği canı Allah’tan başkası alamaz. Kendisinin ya da başkasının hayatına son veren günahkâr olur ve cehenneme gider.

Hristiyanlıkta Tanrı insana hayat verir ve ancak kendi uygun gördüğünde hayatını alır. Hiçbir insan bir diğerinin hayatını sonlandıramaz.

Musevilikte Tanrı tarafından bahsedilen hayat yine Tanrı tarafından, Tanrı’nın dilediği anda kişiden alınacaktır. Bu sebeple kişinin kendi hayatını veya bir başkasının hayatını alması meşru değildir.

Bazı Doğu dinlerinde de ötanazi doğru bulunmamaktadır. Örneğin Budizm, acının insan ruhunu olgunlaştırdığından hareketle ötanaziye karşıdır.

Hukuki tartışmalar

Bildiğimiz bütün toplumlarda, savaş ve idam gibi istisnaî durumlar dışında öldürmek yasaklanmıştır. Hukuki açıdan ötanazi konusunda çeşitli tartışmalar vardır:

1. Yaşam hakkı: Hukuki tartışmalardan biri hastanın yaşam hakkı çevresinde gelişmiştir. Hukuken yaşam hakkı kişiye ait bir haktır ve bu hak bir başkasına devredilemeyeceği gibi hak sahibi bu hakkından feragat de edemez. Hastanın bilinci kapalı olsa dahi yakınları hastanın yaşam hakkı üzerinde tasarrufta bulunma yetkisine sahip değildir.

2. Ötanazi kasten adam öldürme midir? Hukuk alanındaki diğer bir tartışma ise ötanazinin kasten adam öldürme olduğu konusundadır.

Ötanaziye suç sayanlara göre, bu durum kasten adam öldürmedir. Her ne

kadar hasta izin vermiş olsa dahi yaşam hakkının başkasına devrinin olanaksızlığı ve bu haktan feragatin söz konusu olmağından dolayı ötanazi mümkün değildir. Bu sebeple ötanazi yapan kişi hastanın iradesi ile eylemini gerçekleştirmiş olsa dahi sonuç olarak hukuka aykırı davranmış olarak kabul ediliyor. Bu görüşü destekleyenlere göre; “Hastalığının iyileşemeyeceği tanısı konulan hastaların öldürülmesi kabul edilemez. Tıpta her zaman mucizeler gerçekleşebilir, iyileşmeyecek denilen hastalar iyileşebilir. Ya da tanı hatası yapılmış olabilir. Hastaların öldürülmesi, kolay yolun seçilmesi olur. Bunun yerine, yeni araştırmalar yapılmalı ve yeni tedavi yöntemleri bulunmalıdır.”

Kimi hukukçular ise aktif ötanazinin suç sayılması gerektiğini kabul etmekle birlikte kasten adam öldürme suçuna dahil edilmemesi gerektiği görüşündedirler. Bu görüşü destekleyenler ötanazi yapan kişinin vicdanı sebepleriyle bu eylemi gerçekleştirdiği düşünülmektedir.

Karşıt bir görüşe göre ise ötanazi belirli sebepler dahilinde suç sayılmamalıdır; çünkü iyileşemez ve ızdırabı dindirilemez hastalar vardır. Bu hastalar tıp bilimi olmasaydı zaten öleceğine göre, hastanın tedavi edilmemesi ya da verilen tedavinin kesilmesinin suç sayılmaması gerektiğini savunuyor. Bu görüşe karşı çıkanlar bu sebeplerin genişletilerek suistimal edilebileceğini düşünmektedirler.

Türkiye’deki durum

Türk Ceza Yasası’nda ötanaziye ilişkin ayrı bir hüküm yer almamaktadır. Yürürlükte olan 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’na göre, hastaya aktif ötanazi uygulayan hekim, “kasden adam öldürme” suçunu işlemiş olur ki cezası müebbet (ömür boyu) hapidir. Müebbet hapis cezası TCK 81. Maddeye göredir. Ancak ötanazi olayı tasarlanmış olduğu için 82. Madde hükümlerine göre yargılanıp ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasıyla cezalandırılabilir.

Sağlık Bakanlığı’nca 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği’nin “Ötanazi Yasağı” başlıklı 13. Maddesi, “*Ötanazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.*” şeklindedir.

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu’nun 23. Maddesi de “*Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez.*” şeklindedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 25. Mad-

Türk Ceza Kanunu'na göre, hastaya aktif ötanazi uygulayan hekim, "kasden adam öldürme" suçunu işlemiş olur ki cezası müebbet (ömür boyu) hapistir. 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Ötenazi Yasağı" başlıklı 13. Maddesi, "Ötenazi yasaktır. Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez." şeklindedir. TCK'nın 84. Maddesinde, "Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intihara herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." hükmü mevcuttur.

desi, "Doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir." şeklinde olup bir anlamda pasif ötanaziye cevaz verir görünürken, aynı yönetmeliğin 24. Maddesi, "Rızanın her zaman geri alınması mümkündür." dedikten sonra "Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır." demek suretiyle pasif ötanaziye bile yasaklar gibidir.

Hekim destekli intihar ile ilgili olarak bakıldığında "intiharı teşvik" veya "intihara yardım" olarak düşünülürse her ikisi de suçtur. TCK'nın 84. Maddesin-

de, "Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intihara herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. İntiharı gerçekleştirmesi durumunda, kişi dört yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." hükmü mevcuttur.

Etik açıdan bakış

Ahlakta felsefî araştırma/sorgulama anlamına gelen etik, günümüzde hayatî rol oynayan aktüel tartışma konularına ağırlıklı önem verme eğilimindedir. Günümüzün en önemli etik tartışma konularından biri olan ötanazi konusunda da etikçiler ikiye ayrılmış durumdadır:

1. Ötanaziye savunanlar daha çok özerklik ilkesini öne sürüyorlar. Bu görüşü savunanlara göre Hipokratik gelenekten kaynağını almış olan etik ilkelerden "yararlılık" ve "zarar vermeme" ilkeleri yanında "özerklik" ilkesi de vardır. Hastanın tedavisinin uygulanmasını veya kesilmesini istemesi, özerklik ilkesinin gereğidir. Bu görüşün savunucuları, acı çeken umutsuz bir hastanın acılarına son vererek ölmek istemesi olarak baktıkları ötanaziye, bir öldürme değil "acıyı sona erdiren bir tedavi" şeklinde yaklaşmaktalar. Bunu manevi açıdan ümitsiz kişiye yapılan bir iyilik gibi yorumlamaktalar.

2. Ötanazi karşıtı görüşte olanlara göre ise tıp etiği "Hipokratik Hekim Andı"nı benimsemiştir. (Bugün ülkemizde yapılan "Tıp Yemini" "Hipokrat Yemini" olarak bilinse de ikisi birbirinden farklı metinlerdir.) "Hekim Apollo ve Aesculapius ve Hygia ve Panacea ve bütün Tanrı ve Tanrıçalar adına ant içerim..." diye başlayan "Hipokrat Yemini", "Tıp bilgimi gücüm yettiğince hastamın yararı için kullanacağım, her türlü kötü ve zararlı davranıştan kaçınacağım. Benden zehir isteyeneye onu vermeyeceğim gibi kimseye ölümün yolunu göstermeyeceğim." şeklinde devam etmektedir. "Hipokrat Yemini"nde açıkça belirtildiği gibi, hekimin hastaya, hastanın kendi arzusu ile dahi ölümcül bir ilaç vermesi veya tavsiye etmesi yasaktır.

Alman felsefesinin kurucu isimlerinden İmmanuel Kant (1724-1804) da insanların hayatlarını sona erdirmeye yetkisine sahip olmadığını düşünmekte ve ötanaziye tasvip etmemektedir. Bu görüşte olanlara göre tıbbın amacı hangi gerekçeyle olursa olsun "öldürmek" değil "yaşatmak"tır. Hekimler hastalarına yararlı olacak tedaviyi seçmeli ve onlara zarar vermemelidir. Bu yüzden ötanazi yapmaları kesinlikle yasaklanmalıdır. Bu karşıt görüşlerin gerekçeleri de vardır:

a) Tıp bilimi her gün gelişmektedir ve bugün tedavisi imkânsız hastalıkların tedavisi ileride olabilecektir.

b) Hastalığın teşhisi doğru olmayabilir.

c) Hastanın kendisini öldürmek istemesi ruhsal dengesizliğindendir ve hastanın rızası iradeli bir karar değildir.

d) Hekime verilecek öldürme yetkisi suistimallere yol açabilecektir.

Çeşitli sorular

Ötanazi ile ilgili etik problemlerinin çözümü için bazı sorulara cevap aramamızda fayda olduğunu düşünüyorum.

Hayat nedir? Hayatın değeri nedir? Hayatın anlamı nedir? Hayatın değeri ile hayatın anlamı aynı şey midir? Hayatın artık değerli bir şey olmaktan çıkması, onun anlamının da kaybolması mı demektir? Gerçekten ölümcül bir hastalıkla karşı karşıya kalan biri hayatın anlamını bütünüyle tüketmiş midir?

Ölüm nedir? Hayat ve ölüm birbirine zıt kavramlar mı yoksa birbirini takip eden, birbirini tamamlayan durumlar mıdır? Yaşayanlar arasında "ölüm" tecrübesini yaşamış biri olmadığına göre, biri henüz yaşanmamış ve biri de tamamlanmamış (eksik) bir tecrübe ile "ölüm" ve "hayat" konularında kim, nasıl karar verebilir?

Ötanazi konusunda otorite olarak kimleri alabiliriz? Bilimsel otorite olarak doktorları mı, yoksa dini otoriteleri mi? Ahlakî algılar ve geleneklerin bu konudaki rolü nereye kadardır? Hastanın kendisi veya yakınları ne kadar karar verme yetkisine sahiptir?

Doktorlar, hastaların çektiği acıları ve tedavi edilemeyen umutsuz durumları yakından müşahade eden ve tedaviye yetkili olan kişi olarak ötanazi konusunda söz söyleme hakkına sahip olabilir mi? Meselenin ahlakî yönü hakkında tek başlarına karar verebilirler mi?

"Yaşam hakkı", "ölme hakkı" gibi varoluş ilişkili kavramların "hak" gibi eyleme ilişkin bir kavramla münasebetinin doğurduğu ahlakî problemler nasıl çözümlenebilecektir?

İntihar ya da cinayet mi?

Kişinin kendi hayatına son vermesi intihar, başka birinin hayatına kastetmesi ise cinayet olduğuna göre ötanazi bu manada intihar ile cinayet arasında bir yerde midir? Makalenin başında belirttiğimiz gibi Grekçe eu (iyi) thanatos (ölüm) kavramlarının bileşkesi olan Euthanasia'nın sözlük karşılığı olarak verilen ve "hayırlı bir ölüm" çağrıştıran

“iyi ölüm”, “güzel ölüm” gibi deyimlerin ötanazi kelimesini karşılamamasının sebebi acaba Türkçede intihar ile cinayet arasında bir durumu ifade eden bir kavramın bulunmaması olabilir mi?

İntihar bir kişinin kendi hayatına son verme iradesi ise hekimler intihar girişi mi ile acil servislere gelen bilinci açık ya da kapalı hastaya müdahale ettiklerinde bu iradeye aykırı girişimde mi bulunmuş olurlar? Bilinci kapalı bir intihar girişimcisi bilinci kapanmadan önce intihardan vazgeçmiş olabilir mi? Ağır depresyon hastalarının intihar eğiliminde oldukları gerçeği dolayısıyla depresyonun tedavi edilmesi ile ağır bir hastalığa yakalanan kimsenin psikolojik durumu dolayısıyla ötanazi istemesinin intihara eğilimli depresyon hali olarak değerlendirilerek tedavi edilmesi aynı şey olarak düşünülebilir mi?

Terminal safha nedir?

Ötanazi sadece “terminal safhaya gelmiş olan hastalar” a mı uygulanmalıdır? Öyleyse terminal safhadan kasıt nedir? Ölümcül hastalık teşhisi konulup kısa süreli yaşam biçilen ancak yıllarca yaşayan hastaların varlığı “terminal safha” kavramını tartışmalı hale sokmuyor mu? “Terminal safha” kavramının gidecek “iyileştirilemeyecek derecede hasta”, “umutsuz durum” gibi kavramlarla değişerek oradan da çok büyük fiziksel ya da ruhsal bozulma yaşayan veya yaşam kalitesi bireyin kabul edemeyeceği kadar düşen hastalar için kullanılmasına neden olacak olası “geniş yorum” riski yok mudur?

Ekonomik bakış

Ötanaziye savunuların gerekçelerinden biri de, tedaviye devam etmenin ekonomik külfetidir. Netice verme ihtimali düşük fakat çok masraflı ilaç ve aletlerle günlerce hatta aylarca sürebilen tedavilerin yapılmasının bir anlamı olmadığını öne sürerler. Ancak hangi ekonomik değer insan hayatı ile mukayese edilebilir? Ötanazi devletin harcamalarını azaltacak bir yol olarak görülüp zamanla bir “maliyet azaltma” yöntemi haline alabilir mi? Başkalarına yük olma düşüncesi ya da finansal kaygı ciddi derecede hasta olan biri üzerinde psikolojik bir baskı oluşturarak “ölmeyi tercih” sebebi olabilir mi? Ölümlü seçmeyen hastaların kendini suçlu hissetmesine neden olabilir mi? Nietzsche gibi hastayı toplum için parazit olarak gören anlayışta olanlar tarafından “ideal bir toplum” ütopyası için gerekli görülen ötanazinin Nazi Almanyası’nda olduğu gibi bir diktatörün elinde soykırım aracına dönüşebilme riski yok mudur?

Aşağıdaki metin ekonomik kaygıların

bir ülkenin ötanaziye yasallaştırmasında nasıl rol oynadığının göstergesidir: *“Hollanda, topraklarının önemli bir kısmı deniz seviyesinin altında bulunan dar alanlı bir ülkedir. Ülke varlığının sürdürülmesi maksimum verim ve minimum yüke bağlıdır. Bu da demek oluyor ki en fazla faydayı sağlamak için her bir bireyin olabildiğince üretken ve sağlıklı olması şart. Bunu sağlamak için de birçok sıra dışı şeyi yasallaştırarak insanların yasadışı şeylere ulaşmak için harcayacakları enerjiyi ve zamanı üretime yönlendiriyorlar. Ve tabii ki bu tutumun devamında toplumun barışı ve huzuru sağlanıyor. Böylece kaynak tutucu potansiyeli artırılıyor ya da en azından sabitleniyor; çünkü ancak bu şartlarda varlıklarını devam ettirebilirler.”*

Son soru

Tüm dünyada toplumların ve hekimlerin gündeminde yer alan ötanazi konusunda tartışmalar kişinin özerkliği bağlamında gerçekleştirilirken, ölüm işleminin neden hekimler eliyle gerçekleştirildiğine kimse değinmemektedir. Hasta “ölme hakkı” nı hekim dışı yollarla neden kullanmamaktadır. Acaba bilinçaltında “Tanrının verdiği canı Tanrı alır.” hükmüne istinaden yine geçmiş zamanlarda “yarı tanrı” rolünü üstlenmiş olan hekimler aracılığıyla bu iş yapıldığında sorumluluktan kurtulmuş olma düşüncesi mi yatmaktadır?

Bu olay bana ülkemizdeki garip bir uygulamayı hatırlatmaktadır. Herkes bilmektedir ki lise son sınıf öğrencileri üniversite sınavından önceki son bir iki ay okula devam etmeyip dershanelere gitmekte ve sınava hazırlanmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı veya okul idareleri öğrencileri bu dönemde okula gelmekten muaf tutmak yerine doktor raporu getirmelerini istemektedir. Doktorlar hasta olmayan öğrencilere hastaymış gibi rapor vermektedirler ve herkes bunu kabul etmektedir. Bu durumun izahı doktorların “lâ yüs’el” (sorgulanamaz) olarak algılanması mıdır?

Ötanazi konusunun popülizme kurban edilmeden ve “Neden hekim eliyle?” sorusunun da cevabının aranacağı daha kapsamlı tartışılması gerektiği kanaatimi belirterek şimdilik bir kapı açmış olmayı ümit ediyorum.

Kaynaklar

Ayşegül Demirhan Erdemir, *Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi*, Bursa 1996.

Bade Gürleyen, *Türkiye “pasif ötanazi” cenneti, Bizim Sağlık*,

Bedii N. Şehsuvaroğlu, *Tıbbi Deontoloji*, İstanbul 1983.

Emine Atabek, *Tıbbi Deontoloji Konuları*, İstanbul

Ölüm nedir? Hayat ve ölüm birbirine zıt kavramlar mı yoksa birbirini takip eden, birbirini tamamlayan durumlar mıdır? Yaşayanlar arasında “ölüm” tecrübesini yaşamış biri olmadığına göre, biri henüz yaşanmamış ve biri de tamamlanmamış (eksik) bir tecrübe ile “ölüm” ve “hayat” konularında kim, nasıl karar verebilir?.. Ötanazi konusunda otorite olarak kimleri alabiliriz? Bilimsel otorite olarak doktorları mı, yoksa dini otoriteleri mi?.. Başkalarına yük olma düşüncesi ya da finansal kaygı ciddi derecede hasta olan biri üzerinde psikolojik bir baskı oluşturarak “ölmeyi tercih” sebebi olabilir mi? Ölümlü seçmeyen hastaların kendini suçlu hissetmesine neden olabilir mi?

1983. (Emine Atabek-Mebrure Değer, *Tıbbi Deontoloji Konuları*, İstanbul 2000)

Erdem Özkara, *Ötanazide Temel Kavramlar ve Güncel Tartışmalar*, Ankara 2001.

<http://www.merriam-webster.com/dictionary/euthanasia>

<http://www.bizimsaglik.com/c/ho.asp?id=4229>

Köksal Bayraktar, *Hekimin Tedavi Nedeniyle Ceza Sorumluluğu*, İstanbul 1972.

Sibel İnceoğlu, *Ölme Hakkı “Ötanazi”*, İstanbul 1999.

Sulhi Dönmezer - Sahir Erman, *Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku*, İstanbul 1983.

Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük.

Türk Dil Kurumu İmla Kılavuzu.

Prof. Dr. Hayrettin Karaman: Bana en çok kürtaj, organ nakli ve ötanaziyi soruyorlar

Ömer Çakkal

H z. Âdem'den beri insanın sağlığını yaşamını birinci dereceden etkileyen faktörlerin başında gelen dinin tıp bilimine ve sağlığınıza etkisini hafife almak pek akıllıca değil. Bugün de yaşayan milyarlarca insanın sağlık algısı, dini sınırlar içinde belirleniyor. Yeni teknoloji ürünü tedaviler dinlerin uygun görüp görmemesi doğrultusunda gelişimini sürdürüyor. Dinlerin penceresinden "helal"

olan yöntemler rağbet görüyor, "mekruh" ya da "haram" olanlar çoğunluk üzerinde kabul görmüyor. Hal böyleyken sağlık algımıza bir de İslam hukukunun penceresinden bakmak üzere Prof. Dr. Hayrettin Karaman'ın kapısını çaldık. İslam hukukunun yaşan otoritelerinden biri olarak kabul edilen Karaman Hoca, akademik yaşamının 50. yılını geride bıraktı. Hocanın, yarım asırlık tecrübesinin imbiğinden süzerek söylediği nokta atışı cümlelerden çıkaracağımız dersler var.

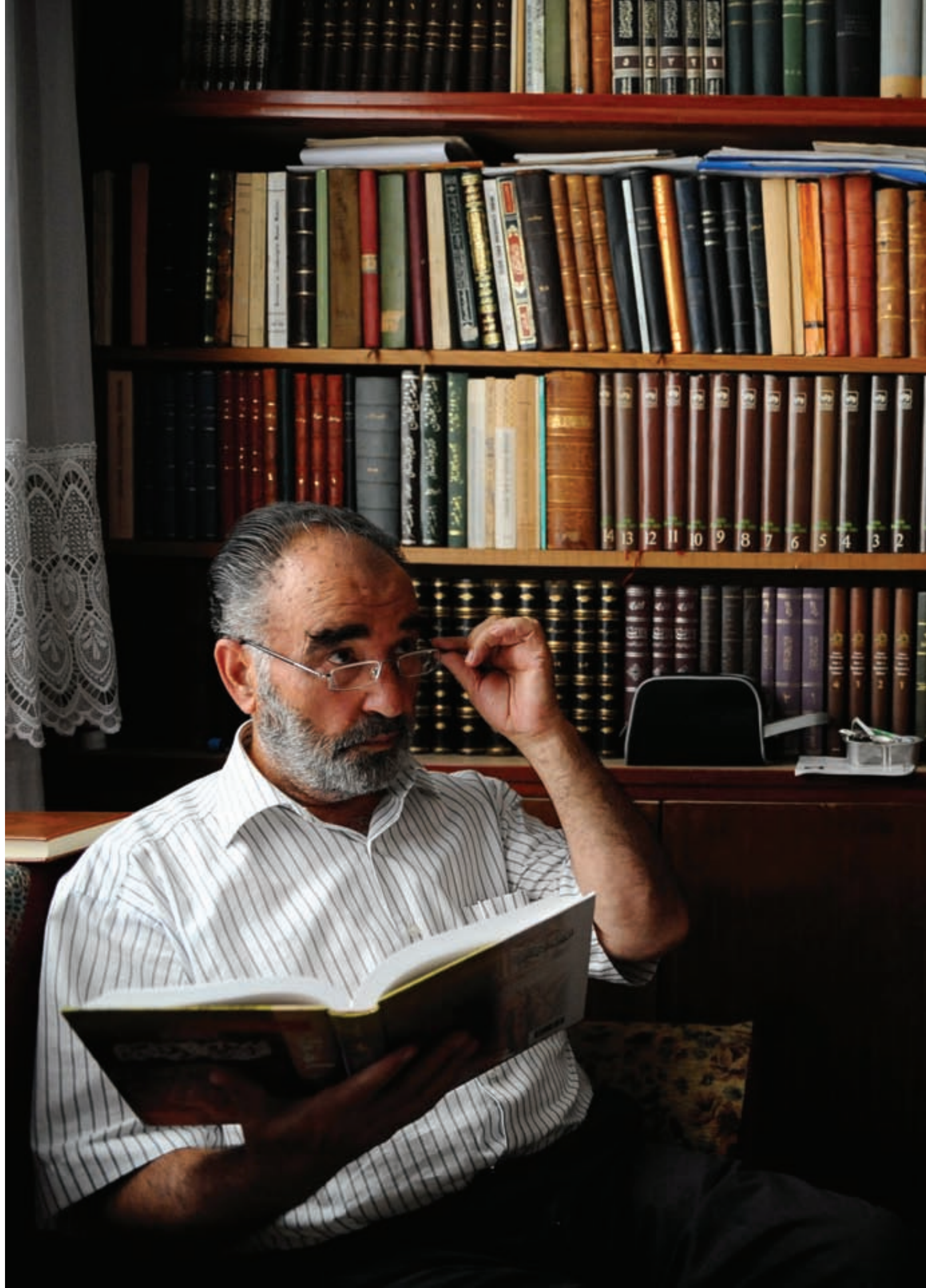
Çocukluğumuzda doktorlarımız koca karılar, ilaçlarımız da onların verdikleri ilaçlardı

Hastane ile tanıştığınız günü hatırlıyor musunuz? Neler yaşamış, neler hissetmişsiniz?

1940'lı yıllarda Çorum Cumhuriyet İlkokulu'nda okurken birkaç arkadaş, girmek istemediğimiz bir dersten kurtulmak için dizkapaklarımızdaki -hiç eksik olmayan- düşme ve çarpma yaralarını bahane ederek hastaneye git-



Fotoğraflar: Sedat Özkömeç



“İslam hukukuna göre öldürme ve sakatlamalarda kasıt, ihmal, tedbirsizlik yoksa ceza da olmaz. Kusur, ihmal ve tedbirsizlik bulunduğu takdirde tazminat gerekir. Tazminatı ‘Doktorlar Birliği’ gibi bir kuruluş veya kurum öder.”

me izni aldık. Devlet hastanesinde “Pansumancı Sıddık” isimli bir amca vardı. Çorumlular, hastanede her derde deva olan, herkese yardım etmeye çalışan bu zatı tanırırlardı. Bizi de o karşıladı, güler yüzle “Gelin bakayım.” dedi. Dizlerimize beyaz bir pomat sürdü, üstünü de açık bıraktı. Sıyrılmış pantolonlarımızla hastaneden ayrıldık. Biraz sağda solda dolaştık, okul vakti bitti, evlerimize döndük.

Kronik ya da sürekli bir rahatsızlığınız var mı? Bunlarla ilgili ne gibi tedaviler gördünüz, görüyorsunuz?

Paratifo, sıtma ve uyuz geçirdim, grip sayıya gelmez. Safra kesem ve apandisitim alındı, omuriliğimin zar içinde oluşan bir kitle dört buçuk saat süren bir operasyonla alındı. Devamlı olarak da yüksek tansiyon ve prostat tedavisi görüyorum.

Unutmadığınız bir hastane yolculuğunu anlatır mısınız?

Belimden ameliyat olduktan sonra taburcu olunca eve sedye üzerinde ambulansla gelmiştim, indirilirken dışarıda tanıdıklar etrafıma toplanınca bir tuhaf oldum. İşte bu ameliyata bir ramazan günü oruçlu olarak kendi başıma hastaneye gittim. Marmara Üniversitesi Hastanesi idi. Odama gidip yattım, tetkikler yapıldı, o gün orucumu tamamladım. Ertesi gün de bizimkiler biraz geciktiler, ilgililer bana bir uzun gömlek giydirdiler, arabaya bindirdiler, ilaçları kucağıma yığdılar ve sürerek götürdüler; işte o zaman da bir tuhaf olmuşum.

Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?

Hemen doktora gitmekte acele etmem; biraz durup anlamaya çalışırım. Uzun yılların verdiği tecrübeyle gerekli gördüğümde doktora giderim. Dua her zaman yaptığımız ibadetimizdir. Bitki ilaçlarını ancak yardımcı olarak kullanırım.

Klasik tıbbın dışında alternatif teda-



vilerle hiç tanıştınız mı? Ya “kocakarı ilaçları”yla?

Çocukluğumuzda zaten doktorlarımız koca karılar, ilaçlarımız da onların verdikleri ilaçlardı.

Bu güne dek ailenizden kimleri kaybettiniz? Bu ölümleri nasıl karşıladınız; teslim mi oldunuz, isyan mı ettiniz?

Babam, annem, iki ablam, bir küçük kız kardeşim bir de küçük erkek kardeşim vefat ettiler. Çocuklarım, torunlarım ve onların çocukları var elhamdulillah. Asla isyan etmedim. Teslim oldum ve ağladım.

Hiç psikolojik tedavi gördünüz mü?

Ben görmedim. Eşim menopoz döneminde gördü. Anneannem Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinde vefat etti.

Psikoloji hastalarını sanki arafta, uykuda, dünya ile öte âlem arasındaki varlıklar olarak görür kimileri. Sizin bu noktada düşünceniz ne?

Bunlar da diğer hastalar gibi hasta insanlardır.

Tüp bebek ve diğer konularda sempozyumlara katıldım

Buradan itibaren izninizle toplumumuzdaki din, sağlık ve tıp algısı üzerine konuşmak istiyorum sizinle. Medeniyetimizde sağlık bilimleri ile din bilimi hep iç içe olagelmıştır. Bugün insanımız bu iç içeliğin ne denli

farkında? Farkındalık yeterli düzeyde değilse insanlar bu durumda ne kaybediyor?

Bugün insanımızın hayatında dinin yeri daralmış, bilgisi de buna göre azalmıştır. Sağlık bilgisi ve hassasiyeti ise medya sayesinde oldukça canlıdır.

Bir din âlimi olarak sağlıkla ilgili size en sık hangi konular soruluyor, ne tür sorulara muhatap oluyorsunuz? Bilgi verebilir misiniz?

Akıl, ruh ve sinir hastalıkları soruluyor. Kadın doğumla ilgili (doğum kontrolü, sakatlık yüzünden kürtaj vb.) sorular var, bir de organ nakli, ötenazi ve beyini ölmüş hastaları makineden çekme konuları soruluyor.

Size sorulan sorularla ilgili, kompleks hale gelmiş sağlık meseleleri hakkında görüş belirtmeden önce hekimlere başvuruyor musunuz? Örneğin “Spiral ile doğum kontrolü caiz midir?” diye bir konu sorulduğunda “Şu spiral nedir?” diye bir hekime danışıyor musunuz? Ya da organ nakli, beyin ölümü gibi konularda işin tam boyutunu öğrenmek için doktorlarla diyaloga girdiğiniz oldu mu? Bu tür durumlarda oğlunuz İhsan Bey’e mi danışıyorsunuz, başka hekimlere de danıştığınız oluyor mu?

Mutlaka ilgili branşın uzmanı ile konuşurum. Kadın doğum hastalıkları konusunda kırk civarında bayan doktor ile seminerler yaptık. Tüp bebek ve diğer konularda sempozyumlara katıldım, bu konuların ülkemizdeki otoritelerini davet ettik ve bilgi aldık.

Gelenekte din âlimlerinin bazı tıbbi durumlarda kendilerine danışıldığında “Hâzık bir hekimden görüş alın” diye tavsiyede bulunduğu rivayet edilir? Hâzık bir hekim, bir başka deyişle hekim-i hâzık sizce kimdir? Bundan kastedilen nedir?

En azından tıbbın bir dalında uzmanlaşmış, işinin ehli ve ahlaklı doktordur.

İslam hukukuna göre doktor ihmal ve tedbirsizlik yaptırıya tazminat gerekir

Tarih boyunca olageldiği gibi günümüzde de tıpta mesleki hatalar olabilmekte. Bunlar bazen insanların bir organının aksamasına, bazen de hayatına mal olabilmekte. Hekimin sorumluluğu ve hasta hakları bakımından konuya yaklaşıldığında İslam hukuku tıbbi hatalara nasıl bakmaktadır?

Öldürme ve sakatlamalarda kasıt, ihmal, tedbirsizlik yoksa ceza da olmaz. Kusur, ihmal ve tedbirsizlik bulunduğu tazminat gerekir. Tazminatı “doktorlar birliği” gibi bir kuruluş veya kurum öder.

21. yüzyılda tıp, sağlık, sağlıklı olmak nedir sizin için?

Tıp, bir bilim ve bu bilimin sağlık alanında uygulama dalıdır. Sağlık, hasta olmama halidir. Sağlıklı olma, hasta olmamanın yanında hastalıklara karşı dirençli de olmaktır.

Hastalığın özel hastanelerin artmasıyla birlikte ‘mal’ haline gelmesi ile ilgili bir tartışma var. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz? Özel sektörün sağlık alanında daha etkili ve artan miktarda yer alması bizi ‘insani bir erozyona’ götürür mü?

Sağlığı koruma ve hastalıkların tedavisi, havâic-i asliye (temel ihtiyaçlar) arasındadır. Temel ihtiyaçlarını kendileri karşılayamayanlara toplum/devlet yardım etmeye mecburdur. Devlet hastaneleri bu işe yetmiyorsa özel hastaneler de olur. Hastalığın haksız kazanç aracı haline getirilmesi bir ahlak meselesidir ve devlet hastanelerinde de istismar olabilir.

Madalyonun öteki yüzü var bir de. Hastayken kendisini önce müşteri, sonra tüketici konumuna yükselten, hiçbir şeyden memnun olmayan, deyim yerindeyse “parayı bastırıp” öne geçmeye, hak etmediği hizmeti talep etmeye çalışan hastalar hakkında neler söylersiniz?

Bu da ahlak meselesidir. Bir ülkede

doktorların tamamı iyi ahlak, hastaların tamamı kötü ahlak sahibi olmazlar; her iki gurupta da iyiler ve kötüler vardır. Şimdi “kötülerin” daha çok olduğunu düşünüyorum.

Hastalık lütuf değil, imtihan ve iptiladır

Yönetmen Sırrı Süreyya Önder, SD’ye verdiği röportajda “Hastalıklar bize bu hayatın çok da baki olmadığını, bu organlarınızın sizin emrinizde at koşturamayacağını gösterir.” demişti. Sizce de hastalıklar bir anlamda bize sunulmuş bir lütuf mu?

Hayır, imtihan ve iptiladır, Allah’tan sıhat ve afiyet dilenir, hastalık dilenmez. Hayatın fani olduğunu bilmek ve bu şuur ile yaşamak hastalığa kalmışsa işiştten geçmiş demektir.

Sizce günümüzün doktorları hastalıkların tedavisine doğru noktadan bakabiliyorlar mı? Sağlık aslında “iyilik hali” derler ya hani, karşılarına gelenin tamir edilecek bir motor dişlisi değil de insan olduğunu ayırt edebiliyor; onun ruhunu ve moralini de tamir etmeye odaklanabiliyorlar mı?

Olması gereken ikincisidir ve bunu da yapan doktorlar oldukça azdır. Tıp eğitiminin bu konuya da odaklanması gerekiyor.

Alzheimer örneğinde olduğu gibi eskiden yaşamın doğal bir parçası olarak kabul edilen kimi belirtiler bugün hastalık olarak görülüyor ve tedavi edilmeye çalışılıyor. Sağlık kavramının sınırlarının genişlemesi neredeyse herkesi hasta tanımına sokmaya başladı. Sizce bu arayışlar insanoğlu olarak ölümsüzlüğün peşinde olmamızdan mı kaynaklanıyor?

Bazıları ölümsüzlüğün ve her şeye rağmen yaşamının peşindedirler. Müminler gerekeni yaparak emaneti korumaya çalışılar ve vakti geldiğinde ise onu sahibine teslim etmeye hazır olurlar.

Ötenazi insan hakkı değildir, adam öldürmek ve intihar etmektir

Ötenazi, hemen her röportajımızda tartıştığımız bir husus. Ötenaziyi bir insan hakkı olarak görenler var. İslam dininin bu noktada kesin/değişmez bir hükmü var mı? Bu konuda İslam fıkhı ne diyor?

Ötenazi adam öldürmek ve intihar etmek demektir.

İzin vererseniz son olarak ülkemiz

“Sağlığı koruma ve hastalıkların tedavisi, havâic-i asliye (temel ihtiyaçlar) arasındadır. Temel ihtiyaçlarını kendileri karşılayamayanlara toplum/devlet yardım etmeye mecburdur. Devlet hastaneleri bu işe yetmiyorsa özel hastaneler de olur. Hastalığın haksız kazanç aracı haline getirilmesi bir ahlak meselesidir ve devlet hastanelerinde de istismar olabilir.”

sağlık sisteminin sizin pencerenizden nasıl görüldüğünü anlamaya çalışmak istiyorum. Bir hasta gözüyle baktığınızda, bugün bir özel hastanenin kapısından içeri girmekle devlet hastanesinin kapısından içeriye girmek arasında, alacağınız hizmeti düşündüğünüzde ne gibi farklar var?

Devlet hastanelerinde sıra beklemek, ilgisizlik, psikolojik tatminsizlik, bazı konularda yetersizlik, seçme yerine kime düşersen usulü var. Özel hastanelerde bunlar yok sayılır.

Hükümetin sağlık politikalarını nasıl görüyorsunuz?

Hükümet devlet hastanelerini özel hastaneler ve muayenahaneler mertebesine getirmeye çalışıyor ama bu kadar nüfus ve bu kadar tıbbi imkânlarla bu amaca ulaşmak uzun yıllar alabilir.

Ülkemizde hastaların hastalıklar ve sağlık sistemine üzerine bilgi sahibi olduğunu düşünüyor musunuz? Yani muayeneye giden hastada şöyle bir anlayış var: Önce Allah’a, sonra sana emanetim. Pek çok alanda bilginiz yeterli değil ama sanki sağlık alanında özellikle bir bilgisizlik içindeyiz. Bu noktada neler söylersiniz?

Toplumdaki genel bilgisizliğe nispetle tıp konusundaki bilgi çok eksik de olsa iyi sayılır.

Sulardaki gizli tehlike: Seyahat ilişkili lejyoner hastalığı

Dr. H.Esra Ağel



2000 yılında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda doktorasını tamamladı. 2001 yılından beri TÜBİTAK Marmara Araştırma Merkezi'nde uzman araştırmacı olarak patojen mikroorganizmalar konusunda çalışmaktadır.

Lejyoner hastalığı ve etken mikroorganizma bilim ve insanlık tarihi açısından "geç" denebilecek bir dönemde, 20. yüzyılın son çeyreğinde keşfedilmiştir. Lejyoner hastalığı, ilk olarak 1976 yılında ABD, Philadelphia'da Amerikan Lejyon Kongresi sırasında, otelde kalmakta olan kongre katılımcıları arasında patlak veren bir pnömoni salgınının ardından tanımlandı. Toplam 182 kişinin etkilendiği bu salgında, 29 kişi hayatını kaybetti.

Etken, o güne kadar tanınmayan yeni bir gram negatif bakteriydi. Salgın yaptığı topluluk ve enfeksiyonun geliştiği sistem göz önüne alınarak "Legionella pneumophila" olarak adlandırıldı.

Legionella cinsi bakteriler doğadaki sularda (akarsular, göller, çamur, kom-

post...) yaygın bulunan mikroorganizmalardır. İnsan yapımı su sistemlerine yerleşip çoğalmaları halinde (sistemde oluşan biyofilm, sediment, suyun organik içeriği, ısı, korozyon, ölü boşluklar...) ve uygun mekanizmalar aracılığı ile (suyun aerosolizasyonu ile Legionella bakterisinin aerosol damlacıklar içine yerleşmesi) duyarlı bireylere (>50 yaş, sigara içiciliği, alkol bağımlılığı, immunsupresyon, transplantasyon, diabetes mellitus...) ulaştığında (aerosol inhalasyonu veya aspirasyon) Lejyoner hastalığına neden olabilirler.

Legionellosis, Legionella cinsi bakterilerin yol açtığı enfeksiyondur. İki farklı klinik formda seyreder: Lejyoner hastalığı ağır formu olup, atipik bir zatürredir. "Pontiac" ateşi ise hafif seyreden formudur.

Legionella bakterisinin 80'den fazla türü, 90'dan fazla serogrubu vardır. En

sık hastalık etkeni L. pneumophila Tip 1 olup, hastalıkların yaklaşık yüzde 70'den sorumludur. Legionellosisten CDC verilerine göre, mortalite (ölüm vakalarını oranı) yüzde 5-30 arasında değişmektedir.

L. pneumophila'nın ekolojisi

Çevresel ortamda üç şekilde bulunurlar:

- 1- Su içerisinde serbest halde
- 2- Mavi-yeşil alglerde, amip ve kamçılı protozoonların içerisinde
- 3- Biyofilm içerisinde

Doğal su çevrelerinde L. pneumophila konsantrasyonu çok düşüktür. Legionellalar insan yapımı su sistemlerine geçtiklerinde uygun koşullar nedeniyle çoğalırlar. Su sisteminde L. pneumop-





hila varlığı ciddi bir sağlık riski yaratmaktadır. Bakterinin insanlara bulaşması, soğutma kulesi, duş başlığı, buz makinaları, nebülizörler, nemlendiriciler, jakuzi gibi Legionella ile kontamine olmuş çevresel kaynaklardan yayılan aerosollerin solunum sistemiyle alınmasıyla gerçekleşir. Örneğin bir manav dükkânında, sebzeleri nemlendirmek için yerleştirilmiş olan su püskürtme makinesinden dağılan aerosollerini solumuş olan 33 kişinin Lejyoner hastalığına yakalandığı rapor edilmiştir. İnsandan insana bulaşma hiç kaydedilmemiştir.

Legionellanın su sistemlerinde kolonizasyonu

Legionella türlerinin doğadaki sulardan bina su sistemlerine geçişinde en az iki yol olduğu tahmin edilmektedir. Birinci yol doğal suların içme-kullanma suyu elde etmek üzere işlem gördüğü arıtma tesislerinde çöktürme, filtrasyon, dezenfeksiyon gibi işlemlerden mikroorganizmanın çok az sayıda da olsa kaçabilmesi; özellikle amip kistleri içinde paketlenmiş formların yüksek klor düzeylerine dayanarak su dağıtım sistemlerine geçebilmeleri ile izah edilir. İkinci yol ise mikroorganizmanın su dağıtım şebekesine topraktan sızarak ve şebekedeki klor düzeylerine tolerans yeteneği sayesinde canlı kalarak bina su sistemlerine ulaşarak kolonize olabildikleri ile izah edilmektedir. Bir diğer varsayım da hava ile temas halindeki soğutma kuleleri ve yarı açık/açık su depolarının, derin toprak kazıları ve benzeri hafriyat ile havalandırılan topraktan havaya karışan bakteri tarafından kontamine edildiği varsayımdır. Legionella sp kolonizasyonunda ayrıca dağıtım sistemlerinde bulunan suyun fiziksel, kimyasal ve biyolojik özelliklerinin rolü de önemlidir. Korozyon ve tesisat yapısında kullanı-

lan malzemenin cinsi de (PVC, bakır) kolonizasyona etki eden faktörlerdir. Bina tesisatlarında biyofilm varlığı ve sediment konsantrasyonu bakterinin varlığını sürdürmesinde doğrudan etkili bulunmuş, ortamdaki bakterilerin nutrisyonel simbiyoz yoluyla Legionellaların üremesini desteklediği ve her iki komponentin birlikte doğrudan sinerjistik bir etki gösterdikleri ileri sürülmüştür.

Legionella ve diğer mikroorganizmalar sulu bir çevrede, yüzeylere tutunarak biyofilm oluştururlar. Biyofilm içindeki bakterilerin suda süspansiyon haldeki planktonik bakterilerden biyositlere daha dirençli olduğu bilinmektedir.

Seyahat, oteller ve lejyoner hastalığı

Lejyoner hastalığı etkeni olan bakteri şebeke suyunun işlenmesi esnasında kullanılan tekniklere rağmen çok küçük konsantrasyonlarda da olsa doğadaki sulardan şehir şebeke suyuna geçebilir. Ardından bina su sistemleri içinde yerleşir ve koşullar uygun ise çoğalır. Genellikle büyük binaların kapasitesi yüksek su sistemleri, su tankları ve borularda biriken sediment ve oluşan biyofilm katmanları, Legionella bakterisinin çoğalması için elverişli ortamlar sağlar. Sonuç olarak bakteri her büyük bina su sisteminde yerleşebilir. Bu nedenle lejyoner hastalığının seyahat veya otelde kalma ile ilişkisi de sudan bakterinin bireye ulaşması için gerekli koşulların oluşup oluşmadığına bağlıdır. Suyu aerosol haline getiren araçlar ("air-conditioner" sistemlerinin soğutma kuleleri, duş başlıkları, jakuziler, dekoratif fiskiyeler...) turistik tesislerde yaygın kullanılmaktadır ve bakterinin bireye ulaşmasına aracılık edebilmektedir.

Teknoloji, iletişim, bilgi, kültür ve ekonomide meydana gelen gelişmelere

paralel olarak günümüzde turizm ve turist sağlığı giderek önem kazanmaktadır. Turistler kendi yaşadıkları ortamda sağlıklı olmalarına karşın ziyaret ettikleri yerlerde ya da kendi ortamlarına döndüklerinde hastalanabilmektedirler. Seyahat ilişkili lejyoner hastalığı diyebilmek için; seyahate çıkan kişinin, evinden uzakta en az bir gece veya daha fazla zaman geçirmiş olması ve bu sürenin hastalığın başlangıcından itibaren 10 günü geçmemesi gerekmektedir. Ancak yine de kalınan yer, hastalığın kaynağı olarak doğrudan gösterilemez, sadece "şüpheli yer" olarak değerlendirilir (Bu tanım seyahat ilişkili lejyoner hastalığında, EWGLI'nin değerlendirme kriteridir). Turizmle ilişkili lejyoner hastalığı tüm kıtalardan, pek çok ülkeden, hem epidemik hem de sporadik olgular şeklinde bildirilmiştir.

Legionella türleri dünyanın hemen her yerinde yaygın bir dağılım göstermektedir. ABD'de her yıl 8.000–18.000 arasında lejyoner vakası görüldüğü bildirilmektedir. Türkiye'de hastalığın varlığı bilinmekte, ancak sağlıklı istatistikî bilgiler olmadığından yıllık hasta sayısı bilinmemektedir. Ülkemizde de değişik bölgelerden alınan su örneklerinde yapılan incelemelerde diğer ülkelerdekine benzer oranlarda dağılım saptanmıştır. Pek çok ülkede olduğu gibi, konu ülkemiz turizmi açısından da önem taşımaktadır ve önemli halk sağlığı problemidir. Legionella vakaları turizmimiz için çok ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Türkiye 2001 yılı verilerine göre 65,2 / 10 milyon (vaka/turist sayısı) ile Avrupa'da ilk sıradadır. (Tablo1,Tablo 2).

Avrupa ülkeleri, ABD ve Avustralya başta olmak üzere çeşitli ülkeler, lejyoner hastalığına yakalanan vakaları değerlendirerek hastalığın hangi ülkeden-hangi konaklama yeri (otel, motel, tatil köyü, vs.) aracılığıyla bulaştığını tespit etmeye çalışmaktadırlar. Ülkemizi kapsayan çalışma grubu EWGLI (European Working Group for Legionella Infections)'dir. Çalışmalar vaka tespit edilen tesislerle ilgili veri toplanmasına yöneliktir. Sorunlu tesisler online teşhir edilirler. Bu tesislerle ilgili ilk uygulama, tur operatörleri aracılığı ile rezervasyon iptalleridir. Kesin kaynak olduğu gösterilen tesislere ise, kapatma cezası uygulanır. Ayrıca yüksek tazminatlar ödenmesi söz konusu olabilmektedir.

Legionellanın kontrolü

Seyahat ilişkili lejyoner hastalığı, turizmin ülke ekonomisine katkısı göz önüne alınarak önem verilmesi gereken hastalıkların başında gelmektedir. 1990'ların ortalarından itibaren ülkemi-

Tablo 1: Seyahat edilen ülkelere kaynaklandığı düşünülen Lejyoner hastalığı vaka sayısı

Seyahat Edilen Ülkeler	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Toplam Vaka Sayısı
İspanya	53	44	47	55	51	54	74	378
Fransa	13	21	28	29	43	55	86	275
İtalya	20	24	24	19	44	36	91	258
Türkiye	24	22	33	34	19	40	78	250
Yunanistan	15	16	16	13	21	21	18	120

Tablo 2: Ülkelere gelen turist sayılarına göre, Lejyoner hastalığına yakalananların oranı (Vaka sayısı / Turist sayısı x 10⁷)

Seyahat Edilen Ülkeler	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
İspanya	13.5	10.9	10.8	11.5	9.8	11.2	14.9
Fransa	2.2	3.4	4.2	4.1	6.0	7.3	11.2
İtalya	6.5	7.3	7.1	5.5	12.3	8.7	23.3
Türkiye	36.4	25.6	34.0	35.1	25.3	38.5	72.2
Yunanistan	14.9	17.4	15.8	11.9	18.4	16.8	11.4

Fransa'da her yıl görülen 1500 lejyoner vaka sayısının son iki yılda yasaların çıkarılması ile yüzde 50 oranında azaldığı bildirilmektedir. Turizmde önemli bir marka olan Türkiye eğer kaliteli turisti elinden kaçırmak istemiyorsa bununla ilgili yasal düzenlemeyi acil olarak yapmalı, lejyoner hastalığı ile ilgili denetimler sıklaştırılmalıdır.

zin önemli turizm merkezlerinden lejyoner hastalığı olgularının çıktığına dair Avrupa'dan yapılan bildirimler, hastalığın hem turizm hem de basında ilgi odağı haline gelmesine yol açmıştır. Bu nedenle, uluslararası bildirilmesi ve takibi zorunlu hale getirilen Lejyoner Hastalığı Kontrol Programı ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılmıştır.

Bu programlarda dekontaminasyon uygulamaları ister vaka bağlantılı bina su sistemlerinde, isterse de vakadan bağımsız durumlarda mikroorganizmanın davranışı ile yakından ilişkili olacaktır. Bu uygulamalar, başlıca soğuk su sisteminde yüksek klor düzeylerine ulaşılması (hiperklorinasyon, son kullanma noktasında >3 ppm) ve sıcak su sisteminde yüksek ısı düzeylerine ulaşılması (termal eradikasyon, son kullanma noktasında >50°C) şeklinde özetlenebilir. Ayrıca sistemden suyun akıtılıp boşaltılması, mekanik temizlik, UV radyasyon, ozonlama ve suya bakır-gümüş iyonlarının verilmesi gibi yöntemler ya da araçlar da kullanılabilir. Bugüne kadar bir su sisteminde tek başına etkili ya da yeterli bir metot ortaya konabilmiş değildir. Bina su sisteminden Legionella kolonizasyonunun uzaklaştırılması uygulamada birden fazla metodun bir arada kullanılmasını, daha da önemlisi uygulamanın düzenli ve sistematik yapılmasını gerektirmektedir.

Birçok ülke, Lejyoner hastalığıyla ilgili yasa çıkarmayan ülkeleri turizm listesinden silmeye başlamıştır. Yüzme ve süs havuzlarında, su depolarında, duş başlıklarında, musluklarda, bahçe sulama fışkıyelerinde, termal banyo ve kaplıcalarda üreyen bakteri ve hastalı-

ğın hızla yayılması konusunda ciddi tedbirler alınması gerekir. Turizm sektöründe yeterli tedbirleri almalı, Sağlık Bakanlığı veya yetkili kurumlar periyodik olarak belirlenmiş olan kritik noktalardan tahliller yapmalı ve sonuçları konusunda otelleri bilgilendirmeli, eğitmeli ve uyarmalıdır.

Yasal düzenlemeler

Amerika Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası sağlık kuruluşları toplumun Lejyoner hastalığından korunmasına yönelik yasal düzenlemelerde hastalığın görülmesi durumunda "bildirim zorunluluğu"nu ve hastalığın önlenmesine yönelik tedbirleri açıklamışlardır. Ülkemizde ilk olarak 1996 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından TSHGM 30.05.1996/6076 sayılı genelge yayınlanmış ve uygulamaya konmuştur. Yine 1996 yılında Lejyoner hastalığı, bildirimi zorunlu hastalıklar arasına alınmıştır. Aynı yıl Türk Standartları Enstitüsü de lejyoner hastalığının önlenmesinde, özellikle bina su sistemlerinde bakterinin yerleşmesine uygun şartların ortadan kaldırılması ve binaların kurulum aşamasından itibaren uygun teknolojilerin kullanılması standartlarını getirmiştir. Çevresel surveyansda (izlemede) vaka tespit edilen tesislerden alınan su örneklerinin Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Legionella Referans Laboratuvarları'nın yanı sıra İstanbul, İzmir ve Antalya Bölge Hıfzısıhha Enstitüsü Laboratuvarları ve Muğla İl Halk Sağlığı Laboratuvarı'na tarafından incelenmesi öngörülmüştür.

Fransa'da her yıl görülen 1500 lejyoner vaka sayısının son iki yılda yasaların çıkarılması ile yüzde 50 oranında azaldığı bildirilmektedir. Turizmde önemli bir marka olan Türkiye eğer kaliteli turisti elinden kaçırmak istemiyorsa bununla ilgili yasal düzenlemeyi acil olarak yapmalı, lejyoner hastalığı ile ilgili denetimler sıklaştırılmalıdır.

Kaynaklar

Akbaş E., Gözalan A., Yılmaz G.R., Acar B., Esen B. *Lejyoner hastalığında tanı yaklaşımı: 1995-2002 yılları arasında incelenen olgularda klinik, mikrobiyolojik ve epidemiyolojik değerlendirme, Flora, 2003;8(2), 148-157.*

Atlas R.M. *Legionella: from environmental habitats to disease pathology, detection and control. Environ Microbiol. 1999;1:283-93.*

Baskın H., Önal O., Kıratki H., 1998, *A modification in isolation from environmental water samples, Türk Mikrobiyol. Cem. Der. 28, 7-10.*

Brenner D.J., Feeley J.C., Weaver R.E., 1984, *Legionellaceae P. 279. In Kreig N.R., Holt J.G. (eds). Bergey's Manual of Systematic Bacteriology, Vol. 1, Williams and Wilkins, USA.*

CEN (European Committee for Standardization), 1997, *EN 1276-Ratified European Text, 1997-05-28.*

Eurosurveillance 1999; 4: 120-4. *Travel associated legionnaires' disease in Europe:1997-1998*

Eurosurveillance 2001; 6: 53-61. *Travel associated legionnaires' disease in Europe in 1999*

Fang H.P.H., Xu L., Chan K., 2002, *Effects of toxic metals and chemicals on biofilm and biocorrosion, Water Research 36, 4709-4716.*

Kuchta JM, States SJ, McNamara AM, Wadowsky RM, Yee RB. *Susceptibility of Legionella pneumophila to chlorine in tap water. Appl Environ Microbiol 1983;46:1134-9.*

Karakaş N., Kıvanç M., 1997, *Legionella pneumophila ve Lejyoner Hastalığı, Anadolu Üniv. Fen Fak. Derg., 3, 35-46.*

Kayabek, CY,2003, *Poster Sunusu.(P-01/10) p.282.EWGLI (The European Working Group for Legionella Infections) Bağlantılı Ülkelerde Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığının Görülme Oranları ve Türkiye Turizmi Açısından Önemi.Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları, Klimik Kongresi XI.*

Kwaik Y.A., Gao L.Y., Stone B.J., Venkataraman C., Harb O.S., 1998, *Invasion of Protozoa by Legionella pneumophila and its role in bacterial ecology and pathogenesis, Appl. Environ. Microbiol., 64(9), 3127-3133.*

The European Working Group for Legionella Infections. *Includes disease information, surveillance information, reports. Web Page: www.ewgli.org/*

Skailly P., Thompson T.A., Gorman W.G., Morris G.K.,McEarchern H.V., Mackel D.C., 1980, *Laboratory Studies of Disinfectants Against Legionella pneumophila, Applied and Environmental Microbiology, 40(4), 697-700.*

Stout J.E., Yu V.L., Best M.G. *Ecology of Legionella pneumophila within water distribution systems. Appl Environ Microbiol 1985;49:221-8.*

Yu V.L., 2002, *Legionella surveillance: Political and social implications-A little knowledge is a dangerous thing, J Infect Dis, 185: 259-61.*

Vural T., Odabaşı E., 2004, *Lejyoner hastalığı ve Turizm, ANKEM Derg,18(3):184-187.*

Costerton, J.W., Lewandowski, Z., Caldwell, D.E., Korber, D.R., Lappin-Scott, H.M. "Microbial biofilms" *Ann Rev Microbiol*, 49, 711-745, 1995.

www.ewgli.org European Working Group for Legionella Infections (EWGLI).

[www.legionella.org](http://www legionella.org)

www.turizmdebusabah.com/haber_detay.asp?haberNo=37572

www.tursab.org.tr Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TÜRSAB)

www.world-tourism.org World Tourism Organisation (WTO).

STK'lar ve hukuk penceresinden mültecilerin sağlık sorunları ve göçmen kampları

Av. Muktedir İlhan



1961 yılında Çanakkale, Biga'da doğdu. 1981 yılında Karabiga Lisesi'ni bitirdikten sonra 1985 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. 1994 ve 1999 yılında kurulan Kafkas Çeçen Dayanışma Komitelerinde görev aldı. Kafkas Çeçen Dayanışma ve Kültür Derneği Başkan Yardımcısı'dır. 2007 yılından bu yana İstanbul'da serbest avukatlık yapmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Mültecilerin hukuki durumlarını düzenleyen 1951 tarihli Cenevre Sözleşmesi ve buna bağlı 1967 yılında imzalanan Ek Protokole göre, kendi ülkesinde işkence görme yolunda haklı nedene dayanan bir korkusu bulunan ya da silahlı çatışma, şiddet olayları nedeniyle hayatı tehlikede olan, bu yüzden de bir başka ülkeden mülteci statüsü isteyen kişiler sığınmacı olarak kabul edilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti, Avrupa ülkelerinden başvuru yapanlarla sınırlı olmak üzere 1951 tarihli Cenevre Sözleşmesi ve 1967 tarihli Ek

Protokolü'nü onaylamıştır. 1994 yılında kabul edilen Yönetmelikle de sadece Avrupalı sığınmacıları kapsayan "zulüm riski olan yere geri göndermeme ilkesini" Avrupalı olmayan sığınmacıları da kapsayacak şekilde genişletmiştir.

11 Aralık 1994 tarihinde başlayan ve 110 bin sivilin ölümünden sonra 1996 yılında AGİT'in arabuluculuğunda yapılan barış anlaşması ile sona eren birinci Rus - Çeçen savaşının yaraları sarılmadan, 1999 yılı Ekim ayında Rusya Federasyonu Çeçenistan'a karşı yeni bir işgal hareketine girişmiş ve sayıları yüz binlerle ifade edilen Çeçen sivil evlerini terk ederek mülteci konumuna düşmüştür. Bugün Çeçenistan'a

komşu İnguşetya Cumhuriyeti'nde, Gürcistan Cumhuriyeti'nde, Azerbaycan Cumhuriyeti'nde ve diğer cumhuriyetlerde dağınık olarak 100 bin civarında Çeçen mülteci çok güç şartlarda yaşama mücadelesi vermektedir.

İlk savaşın başladığı 1994 yılından bu yana aradan geçen 12 yılı aşan zaman dilimi içinde 42 bini çocuk olmak üzere 250 bin sivilin hayatını kaybetmiş olması, 27 bini çocuk olmak üzere 185 bin sivilin yaralanması, 7 bin sivilin sakat, 11 bin çocuğun yetim kalmış olması, on binlerce kişinin toplama kamplarında işkence, yargısız infaz ve insanlık dışı muamelelere tabi tutulması, olayın vahametini ortaya koymaktadır.



Mültecilerden ülkemize sığınan yaklaşık 2 bin kişi (bu sayı devamlı olarak artıp azalabilmektedir) 10 yılı aşkın bir süredir ağırlıklı olarak İstanbul'da oluşturulan üç adet kampta, evlerde ve çevre illerde barınmakta, bu insanların tüm ihtiyaçları, belediyeler, hayırsever kişiler ve sivil toplum kuruluşları tarafından karşılanmaya çalışılmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler ve iç hukukumuza göre, Avrupalı olan Çeçen sığınmacılara mülteci statüsü verilmesi gerektiği halde, bu kişilerin "Azerbaycan, Gürcistan gibi Rusya Federasyonu'na sınır ülkeler üzerinden Türkiye'ye geldikleri, Çeçen sığınmacılara öncelikle bu ülkelerin mülteci statüsü vermesi gerektiği, Türkiye Cumhuriyeti'nin bu ülkelerin yükümlülüklerini üstlenmek zorunda olmadığı" gerekçesiyle bugüne kadar mülteci statüsü verilmediği gibi iltica taleplerine de olumlu yanıt verilmemiştir. Bu gerekçenin hukuki değil siyasal bir tercihe dayandığı ve uluslararası hukuka göre temelinin bulunmadığı açıktır.

Türkiye Cumhuriyeti bugüne kadar Çeçen sığınmacılara mülteci statüsü vermemekle birlikte Cenevre Sözleşmelerinin diğer bir hükmü olan, "Zulüm riski olan yere geri göndermeme ilkesine" riayet etmemiş ve sığınmacıları isteği dışında Rusya Federasyonu'na göndermemiştir. Buna karşılık Rusya Federasyonu'nun baskıları sonucu Türkiye'de kalmasının sakıncalı olduğu ya da oturma izninin bulunmadığı gerekçesiyle birçok sığınmacı aylarca Yabancılar Şubesi misafirhanesinde tutulduktan sonra Rusya Federasyonu dışındaki üçüncü ülkelere sınır dışı edilmekten kurtulamamıştır.

Türkiye'nin coğrafi sınırlaması nedeniyle Ortadoğu ve Asya ülkelerinden gelen sığınmacılara Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği, Uluslararası Göç Örgütü gibi kuruluşlar sahip çıkıp kendi ülkesine ya da üçüncü ülkelere gidişine destek olduğu halde Avrupalı sayılan ve coğrafi sınırlama kapsamına girmeyen Çeçen sığınmacılara yardım görevinin Türk Hükümetine ait bir yükümlülük olduğu gerekçesi ile bu destek de verilmemektedir. Türkiye'ye turist olarak gelip vize süresini geçirmiş kişi konumuna düşen Çeçen sığınmacılara Kafkas Çeçen Dayanışma Derneği'nin girişimleriyle İçişleri Bakanlığı tarafından geçici ikamet izinleri verilmektedir. Bu sayede sığınmacıların önemli bir kısmı kaçak yabancı konumundan kurtulmakla birlikte, çalışma izni olmayan bu kişilerin barınma, iaşe, eğitim, sağlık gibi temel sorunlarını kendilerinin çözmesi mümkün olamamaktadır.

Sığınmacıların çözüm bekleyen en önemli sorunlarından bir tanesi sağlık sorunudur. Türk İç Hukukunda sığınmacı ve mültecilerin durumunu düzenleyen "Türkiye'ye İltica Eden veya Başka Bir Ülkeye İltica Etmek Üzere Türkiye'den İkamet İzni Talep Eden Münferit Yabancılar İle Topluva Sığınma Amacıyla Sınırlarımıza Gelen Yabancılar ve Olabilecek Nüfus Hareketlerine Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" in 19. Maddesinde Mülteci ve sığınmacıların sağlık muayeneleri düzenlenmektedir. Düzenlemelerde mülteci ve sığınmacıların periyodik sağlık muayeneleri yapıp bulaşıcı hastalıklara karşı Valiliklerce tedbir alınacağı, ağır hastalığa yakalananların ve tıbbi müdahaleyi gerektirenlerin devlete ait hastanelerde tedavilerinin ücretsiz yapılacağı düzenlenirken, organ nakli, protez, ortez, hemodiyaliz veya uzun süreli tedaviyi gerektiren kronik hastalıkların tedavi ücretlerinin ise bu kişilerin kendileri tarafından karşılanacağı kabul edilmiştir. Fakat Çeçen sığınmacılar için böyle bir hizmet verilmesi söz konusu değildir. Zira onlara mülteci veya sığınmacı statüsü tanınmamıştır. Peki, on yıldır Türkiye'de yaşayan bu insanların sağlık sorunları nasıl çözülmekte, tedavi ihtiyaçları nasıl karşılanmaktadır?

Yukarıda belirtilen yasal düzenlemenin dışında kalan Çeçen sığınmacıların genel sağlık sorunlarının yanında savaşa organ kaybına uğramış, ağır yaralanmış kişilerin tedavileri ciddi bir maliyet ortaya çıkarmaktadır. İlk yıllarda İl Sağlık Müdürlüğü yetkililerinin desteğiyle Türk cumhuriyetleri ve akraba topluluklardan gelen sığınmacıların ikamet işlemleri süresince devlete ait sağlık tesislerinden ücretsiz yararlanmalarına dair bir genelge kapsamında Çeçen sığınmacılar ücretsiz sağlık yardımı alırken daha sonra bu uygulama kaldırılmış ve tamamen korunsuz bir duruma düşmüşlerdir. Bu boşluk büyük oranda sığınmacılara ücretsiz veya maliyetine tedavi imkânı sağlayan özel hastaneler ve sivil toplum kuruluşları tarafından doldurulmaya çalışılmıştır. 2003 yılı Mayıs ayında Devlet Bakanlığı'nın talebi ile Kızılay'ın sağlık kuruluşlarından ücretsiz hizmet alınmaya başlanmış fakat 2003 yılı sonunda mali imkânların elvermediği gerekçesi ile bu uygulamaya da Kızılay tarafından son verilmiştir.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu'nun 1. Maddesine göre, **"Bu Kanunun amacı; fakru zaruret içinde ve muhtaç durumda bulunan vatandaşlar ile gerektiğinde her ne suretle olursa olsun Türkiye'ye kabul edilmiş veya gelmiş olan kişilere yardım etmek, sosyal adaleti pekiştirici tedbirler olarak gelir dağılımının adilane bir şekilde tevzi edil-**

mesini sağlamak, sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik etmektir." Görüldüğü üzere kanun her ne surette Türkiye'ye kabul edilmiş veya gelmiş olan kişilere yardım edilmesini emretmektedir. Yine aynı kanun ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının kuruluşu düzenlenmiştir. Mülki amirlerin başkanı olduğu bu vakıflara aktarılan kaynaklardan, sağlık güvencesi olmayan resmi veya gayri resmi olarak Türkiye'de bulunan sığınmacıların da yararlanma hakkı vardır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin "Fakir ve muhtaç hastaların tedavisi" başlıklı 56. Maddesinde; **"Özel hastanelerde, en az bir yatak olmak kaydıyla, yatakların yüzde 3'ü fakir ve muhtaç hastaların tedavisi için ayrılır ve bu sayı ruhsatlarında gösterilir. Ücretsiz tedavi için ayrılan bu yataklarda, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu Başkanlığı'nca öngörülen kriterlere uygun fakir ve muhtaç kişilerden, hastanenin bulunduğu yerdeki en büyük mülki amir veya müdürlük tarafından sevk edilen hastalar ile acil olarak müracaat eden ve başka bir kuruma nakli tıbben mümkün olmayan fakir ve muhtaç hastaların tedavileri ücretsiz olarak yapılır."** denilmektedir.

Hükmü, sığınmacı ve mültecilerin tedavileri için kullanılabilecek bir imkân olduğu halde, ilçe bazında faaliyet gösteren Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına tahsis edilen kaynakların sınırlı olması, bürokratik işlemler, dil bilmeme, ikamet izninin olmaması gibi nedenlerle bu yasal düzenlemeden de pek fazla yararlanılamamaktadır.

Zaman zaman sivil toplum kuruluşları ve gönüllü doktorlar tarafından özellikle kamplarda yapılan sağlık taramalarında teşhis konulan hastalıkların birçoğu tedavi kapsamına alınamadığından emekler de büyük oranda boşa gitmektedir.

Sonuç olarak; Asya - Avrupa arasında en önemli geçiş yolu olan ve çevresinde savaşlar, çatışmalar eksik olmayan Türkiye'ye yönelik sığınmacı ve mülteci akınının artarak devam edeceği açıktır. Bu gerçek göz önüne alınarak öncelikle günün ihtiyaçlarına cevap veremeyen mevzuat yenilenmeli, daha sonra da devletin ve sivil toplum kuruluşlarının sahip olduğu imkânlar planlı ve koordineli bir şekilde sığınmacı ve mültecilerin hizmetine sunulmalıdır. Sağlıksız insanların ister yerli isterse de yabancı olsun toplumun tümü için tehlike oluşturduğu unutulmamalıdır.

Dr. Hasan Okaev: Türkiye'deki sığınmacıların sağlık hizmeti alabilecekleri bir adres yok

SD

Türkiye'de yaşayan mülteci, kaçak ve sığınmacının sayıları on binleri buluyor. Bu insanların kendileri gibi sağlık sorunları da pek gündeme gelmiyor. İstanbul'da yaşamını sürdüren Çeçen sığınmacılar üç ayrı kampta yoğunlaşmış bulunuyor. Fenerbahçe, Ümraniye ve Beykoz'daki kamplar yüzlerce kişiye ev sahipliği yapıyor. Bu kamplarda yaşayan Çeçenler gıda ve eğitimle birlikte sağlık hizmetinden de yoksun durumdadır. SD, Çeçenlerin durumunu onlardan birine, onlara sağlık hizmeti ulaştırmaya çalış-

şan Dr. Hasan Okaev'e sordu.

**Dr. Hasan Okaev kimdir? Ne zaman-
dan beri mültecilerin sağlık sorunla-
rı ile ilgilenmektedir? Çalışmalarını
hangi çatı altında yürütmektedir?**

1973 yılında Çeçenistan'da doğdum. 1997 yılında tıp fakültesini bitirdim. 2000 yılından beri Türkiye'de yaşıyorum. Evliyim, 2 çocuk sahibiyim. Kafkas-Çeçen Dayanışma Komitesi'nin kurduğu sağlık komitesinin içerisinde yer aldım.

**Çeçen sığınmacıların Türkiye'de ve
öteki ülkelerde sağlık sorunlarına ve**

**aldıkları sağlık hizmetine dair genel
fotoğrafı anlatabilir misiniz?**

Sağlık, her ülke için en önemli konuların başında gelir ve bu, insanoğlunun en doğal hakkıdır. Avrupa ülkelerinde yaşayan Çeçenler mülteci statüsünde yaşamaktadırlar. Bu nedenle sağlık güvenceleri bulunmaktadır. Fakat Türkiye'de yaşamakta olan Çeçenler mülteci olarak kabul edilmemiş, sığınmacı statüsündedir. Bu nedenle de çalışma izni ve sağlık güvencesi gibi imkânları bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri konusunda çok sıkıntı yaşamaktadırlar. Sağlık sorunlarının çözümünde yardım kuruluşları, vakıflar,



belediyeler, gönüllü doktorlar ve eczacılar ve hayırsever vatandaşlar yardımcı olmaya çalışmaktadırlar.

Bilhassa ülkemizde yaşayan Çeçenler üzerine çalıştığınızı biliyoruz. Çeçenlerin ülkemize yoğun olarak ne zaman geldiklerini aktarabilir misiniz?

Çeçen sığınmacılar 2000 – 2003 yıllarında yoğun olarak geldiler. 2003'den sonra az da olsa gelişler devam etti.

Çeçen sığınmacılar Türkiye'ye geldikleri ilk yıllarda sağlık hizmetlerinden ne şekilde yararlandılar? T.C. Sağlık Bakanlığı Çeçen sığınmacılara ne gibi destekler verdi, şu anda ne gibi desteklerde bulunuyor?

Türkiye'ye geldikleri ilk dönemde Kafkas - Çeçen Dayanışma Komitesi'nin kurduğu sağlık komitesine bağlı gönüllü doktor ve eczacılarla Çeçen sığınmacılar için sağlık hizmeti verilmeye başlandı. Yine aynı dönemde bazı özel hastaneler, belediyeler, İHH İnsani Yardım Vakfı ve diğer bazı yardım kuruluşlarının sağlık yardımları ile sorunlarını çözmeye çalıştılar. Geçmiş yıllarda İstanbul Valiliği'ne bağlı Türk Dünyası ve Akraba Toplulukları Koordinatörlüğü tarafından bir süre sağlık yardımları organize edildi.

Bilgilerinize göre bu güne dek kaç Çeçen sığınmacı, hangi sağlık kuruluşlarında ne gibi sağlık hizmeti aldı?

Bu konuda istatistikî bilgi vermemiz mümkün değil. Çünkü bu yardımlar tek bir merkezden koordine edilmedi. Bu nedenle kaç kişiye, ne tür hizmetler verildiği hakkında net bir bilgiye sahip değiliz. Esmâ Hatun Hastanesi, Sultançiftliği Sultan Hastanesi, Bağcılar İstanbul Tıp Merkezi, Fatih Hastanesi, Üsküdar Mihrimah Sultan Hastanesi, Ümraniye Afiyet Hastanesi gibi sağlık kuruluşları tarafından zaman zaman poliklinik, ameliyat, doğum ve çeşitli sağlık hizmetleri ücretsiz olarak karşılandı.

Bu süreçte ne gibi sorunlar yaşadınız? Sorunlarınızın çözümünde resmi kanalların ilgisi, desteği ne şekilde oldu?

Mültecilerin en büyük sorunu, sağlık güvencesinden mahrum olmalarıdır. Çalışma izinleri de olmadığı için maddi olarak çok zor şartlar altında yaşam mücadelesi vermektedirler. Bu nedenle sağlık hizmetlerini karşılamakta maddi olarak çok zor duruma düşmektedirler. İkinci olarak dil probleminden bahsedebiliriz. Özellikle ilk yıllarda dil problemleri yüzünden sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda sorunlar yaşandı. Resmi kanalların ilgi ve deste-

ğinden çok fazla bahsetmemiz mümkün değil. Sorunların çözümünde özellikle yardım kuruluşları ve hayırsever vatandaşların katkıları olmaktadır.

Geçen süreçte kamplarda salgın benzeri güç durumlarla karşılaşıldı mı, anlatabilir misiniz?

Maalesef kamplardaki yaşam şartları çok kötü durumda. Rutubet, ısınma, küçük alanlarda çok fazla sayıda insanın beraber yaşamaya çalışması vb nedenlerle zaman zaman salgın benzeri hastalıklar yaşandı. Hepatit A ve suçiçeği salgını görüldü.

Sığınmacılar arasında ne gibi hastalıklar yoğun olarak görülmektedir?

Yetersiz ve dengesiz beslenme nedeniyle özellikle çocuklarda anemiler ve hastalıklara karşı dirençsizlik yoğun olarak görülebilmektedir. Savaşın neden olduğu travmalar, yaşam şartlarının çok kötü olması, bir nevi başkalarına muhtaç şekilde yaşanılması ve diğer etkenler nedeniyle psikolojik rahatsızlıklar ve verem gibi vakalar da görüldü. Türkiye'ye geldikleri ilk yıllarda el ve bacak organı kayıpları nedeniyle çeşitli sağlık problemleri yaşanmıştır.

Bu hastalıklar arasından bölgesel-irsi türde rahatsızlıklar mevcut mu?

Hayır.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, mülteci, sığınmacı ve kaçaklara bulundukları ülkede ne tür bir sağlık hizmeti alacaklarını öngörüyor. Bu hizmetleri Çeçenler biliyor mu?

Bu konuda bilgi sahibi değiller.

Türk devletinin birimleri, sağlık haklarına yönelik olarak Çeçen sığınmacıları yeterince bilgilendiriyor mu? Yani bir sığınmacı ne zaman, ne tür sağlık hizmeti alacağını, vakti geldiğinde kendisine ne tür aşılar yaptırılacağını biliyor mu?

Bu konuda bilgilendirme olmamaktadır. Zaten Türkiye'deki Çeçenler mülteci olarak kabul edilmemektedirler. Sığınmacı olarak ise ne tür sağlık hakları oldukları hakkında bilgi sahibi değiller. İlk yıllarda aşılama işini biz yapmaya çalıştık. Son dönemde ise bazı aşılar sağlık ocaklarında yaptırılabilir.

Bugün itibarıyla durum ne? Çeçen sığınmacılar ülkemizde sağlık hizmetlerinden ne şekilde yararlanıyorlar?

Sağlık hizmetlerini STK'lar, yardım ku-



"Maalesef kamplardaki yaşam şartları çok kötü durumda. Rutubet, ısınma, küçük alanlarda çok fazla sayıda insanın beraber yaşamaya çalışması vb nedenlerle zaman zaman salgın benzeri hastalıklar yaşandı. Hepatit A ve suçiçeği salgını görüldü."

ruluşları ve hayırsever insanların desteğiyle almaya çalışıyorlar.

Türkiye'de Çeçen sığınmacılara sağlık yardımında bulunan STK'lar hangileridir? Hangi yollarla, ne tür sağlık hizmetinde bulunuyorlar?

STK olarak İHH, Ecza-Der, Hayat Vakfı, Kafkas dernek ve vakıflarını sayabiliriz. Bunların haricinde dönem dönem çeşitli STK'lardan yardımlar sağlandı.

Ekleme istediğiniz bir şey var mı?

Dünyanın her köşesinde vatanlarından ayrılmak zorunda kalmış bize ve bizim gibi insanlara sağlıklı bir nefes kazandırabilmek adına hizmet verenlere teşekkür ediyorum. Artık savaşlar olmasın.

Modern çağın tıp tanrısı: Dr. House

Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu



1962'de Manisa'da doğdu. 1985'te Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmetini 1985-88 yılları arasında pratisyen hekim olarak Mardin'in Silopi ilçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. nöroloji kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen Özel Nisa Hastanesi'nde çalışmaktadır.

A slında hastane ve doktor dizilerini pek sevmem ama son dönemde "Dr. House" isimli diziyi ve dizinin gerçekten garip ve çekici karakteri Dr. House'u ilgiyle izliyorum. House, sinir bozucu bir biçimde kimselerin teşhis koyamadığı zor hastaların üstesinden tereyağından kıl çeker gibi geliyor. Mutlaka en sonunda haklı çıkıyor ve tanıyı koyuyor. Bunu yaparken de kendine özgü dikkati ile

kimsenin aldırmadığı önemsiz gibi görünen ayrıntılar üzerinde ısrarla duruyor, onları güçlü bir akıl yürütme ile takip ediyor. Ama hastanın öyküsünün alınması, muayene edilmesi, gereken tetkikin yapılması, tedavilerin uygulanması, sıklıkla deneysel biçimde invaziv incelemelerden hatta ameliyatlardan geçirilmesi gibi işler, başlangıçta bu girişimlere pek de akılları yatmayan yardımcılara düşüyor.

Dr. House'un efsanevi dedektif Sherlock Holmes ile pek çok benzer yanla-

rı var. İsimden başlayarak. Tıpkı Sherlock Holmes'in kokain bağımlılığı gibi House da vicodin bağımlısı. Yine ilk ortaya çıkan çözümlerin çıkmaz sokak olduğunun anlaşılıp işlerin giderek çetrefil hale gelmesiyle sonuna kadar ilgiyi canlı tutuyor. Bu yeteneğine karşın kaba, bencil, tembel kişiliği ile etrafındakiler ve hastalarıyla duygusal bir gerilim de oluşturuluyor. Belki de tek arkadaşı onkolog Dr. Willson ise Sherlock Holmes'in kadim dostu Dr. Watson işlevinde. House'un ince zekâ işi oyunlarının, çözüme ulaşırken kullan-



diği incelikli mantık yürütmelerin, izleyicinin hiç farkına varmadan heba olup gitmesini engellemek Dr. Watson'un görevi. Gereken yerlerde herkesin anlayabilmesi için birkaç cümle ile açıklamalar onun ağzından yapılıyor. Dizi, aslında hastanede ve doktor-hasta arasında geçen bir dedektiflik öyküsü kurgulayarak ilgi çekici ve başarılı hale geliyor. Diğer bir yandan da hekim hasta ilişkisi ya da "hekimin konumu" sorunu diyebileceğimiz son zamanlarda üzerinde fazlaca yazılıp çizilmeye başlayan sorun üzerine bize fikir egzersizi imkânı veriyor. Sherlock Holmes nasıl "vaka-adiye"ye tenezzül etmez, gerçek sırlı cinayetlerin, aydınlatılamayan polisilerin peşine düşerse, House da sıradan hastaya gönül indirmiyor. Onun alanı tanı konulamayan, çözülemeyen hasta/hastalıklardır. Dizinin seyirlik noktelerinden biri, kliniğin idarecisinin House'a inatla, göstermelik de olsa birkaç poliklinik yaptırma çabası ve onun da bundan kurtulmak ve yöneticiyi atlatma çözümleri üzerine kurulu. Bu bizim yazımızda izlediğimiz hasta-hekim ilişkisinin bağlamını da gayet iyi sergilemektedir. Ne de olsa kastedilen nezle ve tedavisi değildir tabi ki.

Dergimizin geçen sayısında Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın "Hekim otoritesinden otoritenin hekimine" başlıklı yazısında tarif ettiği, hekimlerin konumundaki paradigma değişikliğine bağlı değişimden hiç haberdar görünmüyor House. Makalede zihnimizin makul bulduğu günümüzün kodlarıyla "müşteri-servis sağlayıcı" ilişkisi, House'u izlediğimizde bir anda parça parça oluyor. Karşımızda ücreti mukabilinde bir hizmet sağlayıcı görmek şöyle dursun, Olympos tanrılarından biri ya da Asklepios'un bizatihi kendisi duruyor sanki.

Dizinin izleyicileri olarak ahir zamanlarda iddia edildiği gibi hekim-hasta ilişkisinde hiçbir zaman, hiçbir şekilde en üst düzeyde izlenen asimetrisinin ortadan kalkmadığını duyumsuyoruz. Çünkü anlıyoruz ki bu iddia, söz konusu ilişkinin doğasına terstir. "Hastalık" yakın bir ölüm ihtimalini içermektedir ve aslında tümüyle güvenilmez ve karsız olan dünyada, kişinin bununla yüzleşmesinin ruhsal anlamda tanrısal bir otoritenin/gücün desteğini almasından başka yolu hiçbir zaman yoktur. Yani hangi yasaları çıkarırsak çıkaralım; hekim-hasta ilişkisini ne kadar kurallar, hasta hakları, müşteri memnuniyeti çerçeveleri içinden belirlemeye çalışırsak çalışalım, bu ilişkinin biçimi Dr. House'un yüzümüze vurduğu biçimde şiddetle asimetrik. Hekim bu nedenlerden dolayı neredeyse tanrısal otoritenin temsilidir. Hekim-hasta ilişkisi, hala Asklepios ve insan ya da Lokman Hekim ve insan ilişkisi biçiminde-

dir. Bu böyle olmazsa tedavi denilen şey ortaya çıkamaz. Doktorun her türlü hakkı vardır. Bu haklar hem kendisine verilmiştir, hem de doktor bu hakları kendinde görür. Tek sınırı kendisidir ki bu sınırı da hastasını iyileştirme sorumluluğu oluşturur. Tıpkı Dr. House'ta olduğu gibi.

Tanı ve bunun sonucunda tedavi, yine dizide izlediğimiz gibi algoritmik, herkesin kolayca öğrenip vakıf olabileceği bir şey değildir; "esinsel"dir. Sıradan aklın akıl yürütmeleriyle öğrenilmesi mümkün değildir. Zihnin bu biçimde işleyişine sahip olmak bir tanrısal lutfa mazhariyetlerdir, bir de ustadan sanatın bizzat öğrenilmesiyle. Sıradan diğer bilgilerin edinilme yolu yani okuma, çok çalışma sadece zorunludur ama yeterli değildir. Yani yumuşatılmış biçimiyle her zaman söylendiği gibi tababet bir bilim değil sanattır. Tehdit altında olan sadece kişinin hayatı değildir, aslında o zamana kadar koruyucu bilindiği, örtüldüğü tüm toplumsal payeler, zırhlar otorite, para vs. gibi güçler bir anda işlevsiz, değersiz, manasız kalıvermiştir. Yoksulların ve çaresizlerin yardımına koşar sağlık tanrısı Dr. House/Asklepios. Burada "yoksulluk ve çaresizlik" terimleri aslında hastalık, yani ölümün tehdidi altında tüm oluşturulmuş güvencelerin bir anda buharlaşmasını tarif eder. Yani insan, doğası gereği yoksul ve çaresizdir; hastalık bunun yüzümüze çarpılmasıdır. Hastalık, statüsü ve toplumsal sınıfı ne olursa olsun tüm insanları eşitler. Hekimin kendisi de hastalık karşısında bu eşitlikten bağımsız değildir, bu nedenle hekim ne kendini ne yakınına tedavi edebilir. Böyle bir durumda kim sadece ücretini ödediği bir hizmeti yeterli, derde deva görebilir ki?

"Hekim sağlığın birincil ögesiye artık organizasyonun öğelerinden biri haline gelmiştir." sözünün ifade ettiği anlam tümüyle bir yalandan ibarettir. Tüm şatafatıyla hasta bakımını, otelcilik hizmetlerini, akreditasyonları, müşteri memnuniyetini, hatta hastaneleri kaldırabilirsiniz. Ama tüm bu ıvrı zıvrın içerisinde sadece hekimi, bir tek hekimi çıkarırsanız geriye ne kalacağı çok açık değil midir? Nitekim House, için doktorluğu seçtiğini açıkladığı bölümde söylediği gibi, ortaya koyduğu fikrinden başka hiçbir şeyin önemli olmadığı bir pozisyon istemektedir. Aslında bir oyun olan tüm kariyer, mesleki örgüt vs. pozisyonlarının dışında önemli olan sadece hasta ile baş başa tek bir pozisyondur ve sonuç almaktır. Bu ne yadsınabilir, ne de görmezden gelinir.

Dizi içerisinde tıbbi nihayetinde (hatta bilgisayarlar tarafından bile gerçekleştirilebilecek olan) mekanik bir hizmet sunumu olarak gören anlayışa karşı çıkan

"Hekim sağlığın birincil ögesiye artık organizasyonun öğelerinden biri haline gelmiştir." sözünün ifade ettiği anlam tümüyle bir yalandan ibarettir. Tüm şatafatıyla hasta bakımını, otelcilik hizmetlerini, akreditasyonları, müşteri memnuniyetini, hatta hastaneleri kaldırabilirsiniz. Ama tüm bu ıvrı zıvrın içerisinde sadece hekimi, bir tek hekimi çıkarırsanız geriye ne kalacağı çok açık değil midir?

temel söylemlerden biri olan "Hastalık yoktur, hasta vardır" söyleminin de yad edildiğini görmekteyiz. Tanı konulamayan hasta her zaman çok sayıda ve pek çok hastalığa uyabilecek, fazla ve karmaşık semptomlar üretir. House'un görevi tüm bu ilişkisiz görünen tablo içinden hastanın üzerinde etkin olmuş süreçleri ve hastada bunların nasıl tezahür ettiğini anlayarak çözüme ulaşmaktır. Yani hastalığın algoritmik tanısı asla çözüm yani tanı için yeterli değildir. Bu konudaki akıl yürütmenin algoritmik kısmı dizide House'un ekibi tarafından sergilenir. Ama hasta özelinde tanının oluşturulması, hastanın duruma bedensel ve ruhsal yanıtını da hesap eden tam bir keşiftir. Bu aşamayı gerçekleştirebilmek ise House'a aittir.

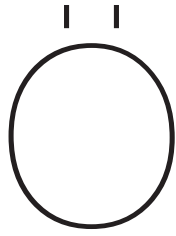
Sonuç olarak bu dizi, tam da hekimin konumu ve algısı hakkında bu yeni konuşlandırmayı yapan zihniyetin kendi kendine isyanı, kendi ile dalga geçmesidir kanaatimce. Dr. House'u Sherlock Holmes'u andıran renklerinin ötesinde bu kadar cezbedici kılan da, hekimin birey olarak değil ama konum ve zihinsel algı olarak insanlar üzerinde ifade ettiği anlamın kastre edilmesine olan itirazdır. Tabi sanatın dilinin olanakları sayesinde abartarak, gözümüze sokarak, rahatsız ederek ama yine de House'un karşıt karakteri olacak karakterlere karşı onu tercih edecek duruma getirerek. Dizi şimdi sanırım 6. sezonda ve sürüp gitmekte. Tıpkı bizlerin klinik serüveni gibi...

Tıbbın ölümcül hastalığı: Mekanikleşme

Prof. Dr. Faik Çelik



1977 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1982'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde uzman oldu. 1990'da Genel Cerrahi Doçenti, 1992'de Göztepe Eğitim Hastanesi'nde Klinik Şefi oldu. Ekim 2007'de emekli olan Çelik, Ekim 2008'e kadar Hisar Intercontinental Hospital'de Tıbbi Direktör olarak çalıştı. Çeşitli ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanmış 90'dan fazla bilimsel çalışması olan Çelik, "Asistan Rehberi", "Tıbbi Makale ve Tez Yazım Kuralları", "Çağdaş Türk Tıp Şiirleri/Seçki", "İlaç Kokulu Kitap" ve "Yüksek Ateşli Kitap" isimli kitapların yazarıdır. Sağlığın Sesi Gazetesi'nin Medikal Editörlüğünü yapan Çelik, "Tıp Hukuku" ve "Tıp-Sanat" haberleşme gruplarının kurucusu ve yöneticisidir. Tıp Hukuku Derneği Kurucular Kurulu Başkanı olan Çelik, 2000-2006 yılları arasında TTB Yüksek Onur Kurulu Üyeliği yapmıştır. Geçen yıl profesörlüğe atanan Çelik, Ocak 2009'dan beri İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanı olarak görev yapmaktadır.



Ölümcül hastalık, adı üstünde, eski-lerin deyimiyle "maraz-ı mevt". Tıp, insan sağlığı- nın sürdürülmesi için ya da bozul- ması halinde yeni- den düzeltilmesi için uğraş veren, hastalıklara tanı koy- ma, tedavi etme ve onlardan korumaya

yönelik çalışmalarda bulunan bilimsel disiplinlerin ortak adıdır, kısaca sağlık bilimidir. Tıp insanların sağlığı için uğ- raşırken kendi sağlığında sorunlar ya- şamakta, bir takım hastalıklara yaka- lanmakta, bunlarla da uğraşmaktadır. Tıp tarihinin uzun tüneline "büyücü- lük, şarlatanlık, ortaçağ karanlığı, bi- limsel kıskançlık" gibi birçok hastalığı görmekteyiz. Ama akıl ve sağduyunun yanına bilimi alan tıp, bu hastalıkların

çoğunu yenmiş, bir kısmının kökünü kazımış bir kısmını ise kontrol altına al- mıştır. Ancak tıbbın başı bu kez yeni bir hastalık ile derttedir. Bu yeni hasta- lık, tedavisi henüz bilinmeyen ölümcül bir hastalıktır; mekanikleşme.

Son 50 yıldır teknolojiye görülen olağ- nüstü gelişmeler tıbbi teknolojiye de etkisini göstermiş ve teknolojik olanak- lar tıpta yoğun olarak kullanılmaya





Tıp insanların sağlığı için uğraşırken kendi sağlığında sorunlar yaşamakta, bir takım hastalıklara yakalanmakta, bunlarla da uğraşmaktadır. Tıp tarihinin uzun tüneline “büyücülük, şarlatanlık, ortaçağ karanlığı, bilimsel kıskançlık” gibi birçok hastalığı görmekteyiz. Ama akıl ve sağduyunun yanına bilimi alan tıp, bu hastalıkların çoğunu yenmiş, bir kısmının kökünü kazımış bir kısmını ise kontrol altına almıştır. Ancak tıbbın başı bu kez yeni bir hastalık ile derttedir. Bu yeni hastalık, tedavisi henüz bilinmeyen ölümcül bir hastalıktır; mekanikleşme.



başlanmıştır. Tıp teknolojisinde ve bu teknolojinin kullanımında ortaya çıkan olumlu ve olumsuz değişiklikler ve sonuçları üzerinde önemle durmak gereklidir. Olumlu sonuçlar için başta yazılı ve görsel basında hatta şehir meydanlarındaki billboardlarda yeterince bilgi verilmektedir. Tabii hakkını yemeyelim, bu konuda bilimsel çalışmalar da oldukça yoğun yapılmaktadır. Olumlu gelişmeleri ve sonuçları şöyle bir kenara koyalım. Bu yazıda olumsuz sonuçlardan biri ve en önemlisi üzerinde, tıp sanatının mekanikleşmesi üzerinde duracağım. Tıp mekanikleşince hekim bir teknisyen, hasta ise tam anlamıyla bir cihaz konumuna düşmektedir. Tıbbın insancıl yönünü vurgulayan bu yazıda amacım çoğu zaman yapıldığı gibi kötülüğün faturasını ‘teknoloji’ye çıkarmak, onu günah keçisi yapmak asla değildir. Çünkü teknolojiyi de, ona kaynaklık eden bilimi de bizler, insanoğlu üretiyor ve yine bizler kendimiz için kullanıyoruz.

Gelişen tıbbi teknolojinin tıbbi nasıl etkilediğinin, tanı ve tedavide hangi yenilik ve kolaylıkları getirdiğinin, hekimlerin ve hastaların bu teknolojiye nasıl

etkilendiğinin, onlara neler kazandırdığının şüphesiz farkındayım. Ancak aynı zamanda nasıl bağımlılık yarattığının ve tıp sanatından nasıl uzaklaşıldığının da farkındayım. Daha yüksek teknoloji kullanan tıp dalları giderek önem kazanıyorlar, bu bölümler sağlık hizmeti sunumunda yüksek gelirler elde ediyorlar, bu nedenle giderek daha yoğun bir şekilde yüksek teknolojiye yönelme oluyor. “Peki, bunun ne zararı var?” denilebilir. Gelin bunu birlikte irdeleyelim...

Teknolojiye duyulan güvenle birlikte, yüksek teknolojik yöntemler, tıbbın temeli ve insani ögesi olan anamnez ve fizik muayenenin önüne geçmektedir. Hastasına zaman ayıramayan hatta ayırmak istemeyen doktor bu teknolojik tanı yöntemlerine bağımlı hale geliyor. Hekim ile hastanın insan olarak karşı karşıya geldiği, iletişim kurduğu, belki de hasta-hekim arasında güven duygusunun en çok olduğu (veya yok olduğu) süreç olan anamnez almak, muayene etmek, hastayla iletişim kurmak, ona dokunmak gibi safhalar ortadan kalkıyor. Bu durumda hekimliğin, hastayı biyolojik, psikolojik ve sosyal

ortamı ile ele almayı gerektiren bir sanat olduğunu evlatlarımıza öğretmekte ne yazık ki başarısız kalmaktayız. Robotik cerrahiye hiç karşı olmadım ama cerrahların robotlaşmasından endişe duyuyorum. Her hastada aynı robotlaşmış hareketlerle mesleği icra etmeye doğru gidildiğini görüyorum ve tıp sanatı adına tedirgin oluyorum. Yükselen bağımlılıkla birlikte, tıp artık teknolojiye özdeşleştiği için, farklı seslerin teknoloji karşıtlığı olarak algılandığı bir ortamda, farklı bir ses çıkarmanın git-tikçe güçleştiği düşüncesiyle böyle bir yazı yazma gereğini duydum. Çünkü son teknolojiyi kullanmayan hekimin bir şeyleri atlayacağı veya yanlış yapacağı düşüncesi o kadar baskın ve yaygındır ki; hekim kendisini, daha iyi olanı yapmak için daha yeni ve daha pahalı olanı teknolojiyi kullanmak zorunda hissetmektedir. Başka bir deyişle, hekim tıp sanatını özgürce yapamamaktadır. Kısaca bu baskıcı ortam hekimliği sanat olmaktan çıkarıp mekanik bir meslek haline getirmektedir.

Bu sadece ülkemize ait bir olgu da değildir, bu durum dünyanın gerçeğidir. Örneğin İngiltere’de 2020 yılını hedef

alan bir “Teknoloji Öngörü Programı”nda “Sağlık Mühendisliği” başlığını taşıyan bölümde şu tavsiyeler yer alıyor: *“Hükûmetin; fon sağlayan kurumların ve üniversitelerin matematik, biyoloji, tıp, mühendislik bilimleri ve fizik bilimler arasında daha iyi bir ‘entegrasyon’ sağlamanın yollarını bulması gereklidir”*. Görüldüğü gibi burada da tamamen bilim-teknoloji-mekanikleşme kaleme alınmıştır. Bu metinde; etik, hak-hukuk, iletişim, empati-sempati, sanat, tarih, felsefe vb. hiçbir şey yer almamıştır. Eskiden biz hekimleri Hulusi Behçet’ler, Billroth’lar, Muzaffer Aksoy’lar, T.Kocher’ler yönlendiriyordu. Şimdi ise Storz’lar, Ausculap’lar, Siemens’ler, Philips’ler, Ethicon’lar yönlendirmekte. İlk gruptakiler etiyle kemiğiyle, duyguları ve düşünceleriyle insandı. İkinci gruptakiler ise cıvatasıyla, çipleriyle, ekranlarıyla, voltajlarıyla cansız objeler, makineler, yani teknoloji.

FDA’nın “National Center for Toxicological Research” raporunda FDA Biyofarmasötik Bölümü Başkan Yardımcısı Felix Frueh bakın ne güzel bir sorgulama yapıyor: *“Neden bazı insanlar kanser olur da bazıları olmaz? Kanser bazısında neden daha saldırgandır? Neden bu ilaç sizde etkisini gösterir de beni etkilemez? Neden bir başkası için etkin dozun iki katına çıkması gerekir? Neden bazıları için standart dozun yarısı yeterli olur?”*

Herkese aynı yüksek teknolojiyi uygulamak herkese “tek boyutlu tıp” yaklaşımında bulunmak ne kadar doğrudur? Yoksa “Hastalık yoktur, hasta vardır” söylemini çöpe mi atacağız? Doğru zamanda, doğru hasta için, doğru yöntemle tanı koymak ve tedavi etmek için ileri teknoloji veya komplike yöntemler ne derece sağlıklıdır, düşünüyor muyuz hiç? Uygun dozda, uygun ilaç ve uygun girişim uygulamak için mekanikleşmek şart mıdır? Sadece laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarına bakarak tanı koyan bir hekim kuşağı geliştiğinin farkında mıyız?

Tıp mesleğinin üstünde yükseldiği iki tarihsel temel vardır; “hümanizma” ve “bilimsel determinizm”. İkincisi bilimsel gelişmenin itici gücünü oluştururken hümanizma ise insanı bir bütün olarak ön planda tutar. Başka bir deyişle determinizm hastalık olgusunu ele alırken hümanizm hastayı amaçlar. Determinizmin hedefleri arasında yer alan tedavinin başarısı, ortalama yaşam süresi gibi parametrelerin istatistikî değerlendirilmesi yapılabilir. Ancak hümanizmin hedefleri arasında yer alan sevginin, acının, umudun, ölüm korkusunun, yaşama sevincinin istatistiksel bir değerlendirilmesi yoktur. Hümanizm, insana ve insan değerlerine en büyük ağırlığı veren düşünsel yak-

laşımdır. İnsanı olduğu gibi, bütün yönleriyle onaylar, kavramaya çalışır, insanın en karanlık yönlerini, derinlerde yatan çelişkilerini ortaya çıkarır. Hümanizm insanlara bilgiyi ve gücü, ahlaki ve insanca bir yolla öğretir. Tıp sanatının itici gücüdür hümanizma. Ama yüksek veya ileri teknoloji hasta ile doktor arasına soktuğu sayısız araç-gereç ile hekimliğin bu hümanist ayağını öyle zayıflattı ki; hasta yani insan, yani canlı varlık, doktorun gözünde onarılacak bir makine haline döndü. Hipokrat’tan bu yana yani 2500 yıldan beri kabul görmüş bir düşünce olan, uğraş alanları ve hedefleri insan ve yaşam olan “tıp bir sanattır” söylemini bir kez daha hatırlayalım. Yazılarımda ve konuşmalarımda asistanlarıma, meslektaşlarıma, sağlık meslek mensuplarına, “Hekimlikteki ustalık kavramının, hastasının veya kendinden yardım isteyen insanların duygu ve düşüncelerini, acılarını ve beklentilerini anladığı ölçüde o hekimde anlam kazandığını, bunun için hekimin tıpkı bir sanatçı gibi duyarlı olması gerektiğini” ısrarla vurgulamaktayım.

Sıklıkla alıntıladığım bir saptama da Friedrich Nietzsche’nin 1878’de “İnsanca, Pek İnsanca” adlı kitabında hekimler için söyledikleridir: “Bir hekimin zihinsel güçlerinin en yüksek noktasında olmasının sebebi, sadece en son ve yeni yöntemleri beceriyle uygulaması ya da teşhis koyan hekimlerin ünlü yöntemleriyle, belirtilerden yola çıkarak sebeplere kolayca ulaşması değildir artık. Buna ilaveten herkesle kolayca uyum sağlayabilecek ve gerekirse karşısındakinin yüreğini kolayca sökümlenecek türden bir hitap yeteneğine, melankoliyi yok edecek kadar cana yakınlığa, bir diplomatın arabuluculuk yeteneğine, insan ruhunun sırlarını öğrenmek için bir polis becerisi ancak bu sırlara ihanet etmemek için de bir avukatın anlayış yeteneğine, özetle bütün profesyonel mesleklerin becerisi ve haklarına gereksinimi vardır.”

İyi bir hekimin sanatçı yanının da kuvvetli olması gerektiğini ısrarla vurgulamaktayız, çünkü bir hekim ne kadar bilgili ve deneyimli olursa olsun, insanların, hastalarının, hasta yakınlarının duygu ve düşüncelerini anlamak, hissetmek, empati yapmak zorundadır. Hasta, hekim için, “19 numaralı hasta” değildir, olmamalıdır; “katarakt ameliyatı olacak hasta” değildir olmamalıdır, “pencere kenarındaki yatakta yatan diyabetli kadın” hiç değildir, olmamalıdır! Bu hastalar Ali Bey’dir, Bay Ahmet Ateşoğlu’dur, Ayşe Hanım’dır. Bu hastalar anamız, babamız, yakınımız değildir belki ama onlar bizden sadece tedavi olmayı bekleyen insanlar da değildir. En insani değerler olan sevgi, şefkat, saygı, hoşgörü,

Hasta, hekim için, “19 numaralı hasta” değildir, olmamalıdır. Bu hastalar Ali Bey’dir, Ayşe Hanım’dır. Bu hastalar bize güvenen, en kutsal hakkı olan yaşama hakkını teslim eden insanlardır. Kendileriyle konuşulmasını ve dinlenilmelerini beklemektedirler. Ellerinin tutulmasını, sırtlarının okşanmasını, ilaçların iyi gelip gelmediğinin, ağrıların olup olmadığının sorgulanmasını istemektedirler. Mekanik doktor değil, tıp sanatını uygulayan hekim istemektedirler.

samimiyet, dürüstlük, yardımseverlik, iyilik bekleyen insanlardır. Bize güvenen, en kutsal hakkı olan yaşama hakkını teslim eden insanlardır. Kendileriyle konuşulmasını ve dinlenilmelerini beklemektedirler. Hatırlarının sorulmasını, sıkıntılarının olup olmadığının öğrenilmesini istemektedirler. Ellerinin tutulmasını, sırtlarının okşanmasını, ilaçların iyi gelip gelmediğinin, ağrıların olup olmadığının sorgulanmasını istemektedirler. Mekanik doktor değil, tıp sanatını uygulayan hekim istemektedirler. Bu isteklerinin masum ve doğal olduğunun da bilincindedirler. Ama ne yazık ki, isteklerine yanıt verebilecek hekim sayısı azalırken mekanikleşen doktor sayısının artmakta olduğunun da farkındadırlar.

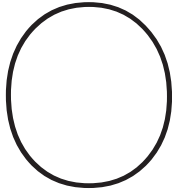
“Ölümcül Hastalık Umutsuzluk” adlı eserinde Kierkegaard, *“Bir şeyden umutsuzluğa düşmenin gerçek umutsuzluk sanıldığı çağımızda, asıl umutsuzluğun insanın kendinden umutsuzluğa düşmesi olduğu”* saptamasını hatırlatarak, tıbbın bu ölümcül hastalığının da çaresinin bulunacağı ve çarenin bizlerde, yine hekimlerde olduğuna dair umudumuzu vurgulayarak yazımızı noktalayalım.

143 yıllık tıp derneği: Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye

Prof. Dr. Ayten Altıntaş



Tokat'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da, yüksek öğrenimini 1966-1970 yıllarında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde tamamladı. Aralık 1975'de Prof. Dr. Bedii N. Şehsuvaroğlu'nun yanında tıp tarihi çalışmalarına başladı. Hocasının vefatı üzerine Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Prof. Dr. Emine M. Atabek'in kürsüsüne geçti. 1982 yılında doktor, 1988'de doçent, 1996 yılında profesör unvanını almıştır. Çalışmalarında tıp tarihi ve tıp etiği alanlarında yoğunlaşmış, Türk tıp eğitimi ve Osmanlı tıbbında tedavi konusuna ağırlık vermiştir. Ders notlarının dışında 130 araştırma makalesi, 5 kitabı vardır. Türk Tıp Tarihi Kurumu ve Uluslararası Tıp Tarihi Kurumu üyesidir. Halen İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı öğretim üyesi olan Dr. Altıntaş, evli ve iki çocuk annesidir.

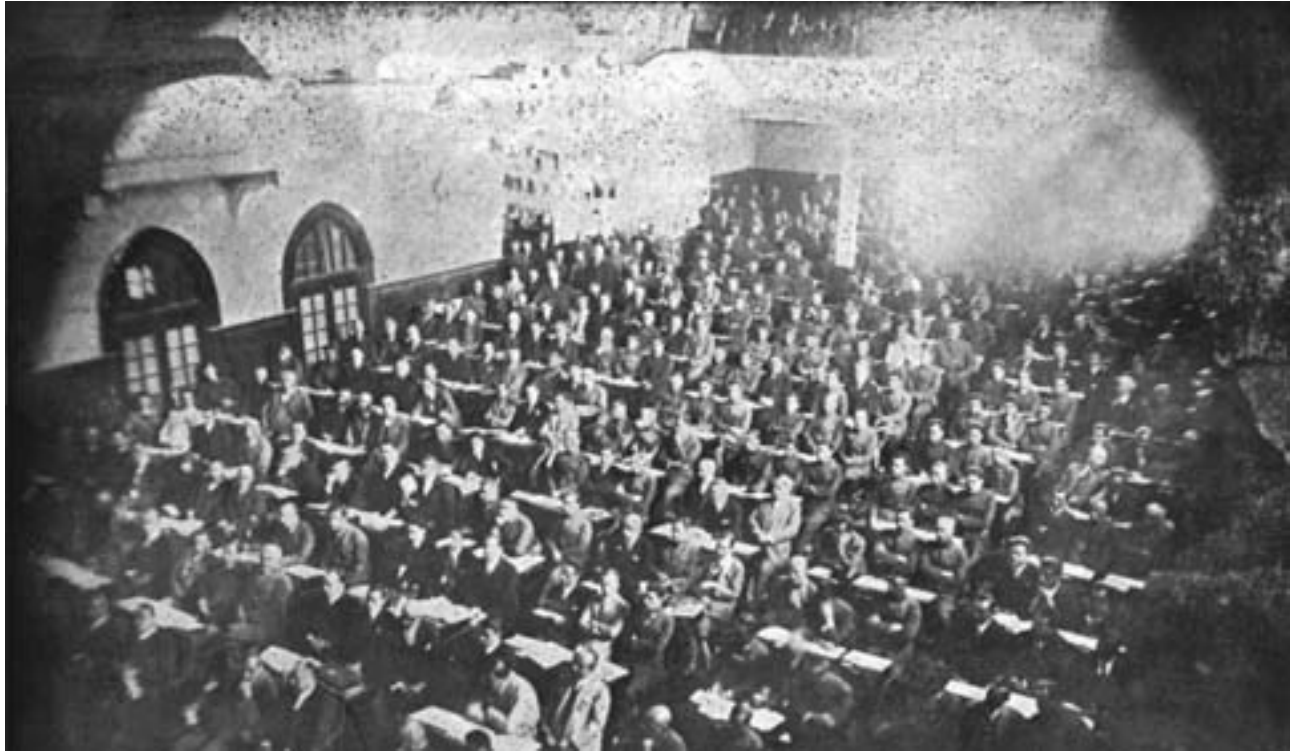


Osmanlı Devleti'nde hekimlerin Batılı anlamda dernekleşmeleri 19. yüzyılda olmuştur. Bu anlamda ilk kurulan dernek 1855 yılında "Cemiyet-i Tıbbiye-i Şâhâne"dir. Bu tıp derneği Kırım Harbi sebebiyle İstanbul'da bulunan İngiliz ve Fransız hekimlerinin ara-

larında bilimsel toplantı ve çalışmalar yapabilmeleri için yapılandırılmış olup ilk toplantılarını 15 Şubat 1856'da yaptılar. İngiliz Hastanesi hekimlerinden Dr. Pincoffs'un altı aylık çalışması sonucunda kurulan bu derneğin 39 yabancı kurucu üyesi vardı. Bu makalede bahsedeceğim dernek ise Osmanlı Devleti'nde bu dernekten 10 yıl kadar sonra kurulan ikinci dernek olup "Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye" adıyla 3

Mart 1867'de kurulmuş ilk Milli Tıp derneğimizdir.

Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye, tıp eğitiminin Türkçeye geçmesi için büyük mücadele veren bir grup Tıbbiyeli tarafından kurulmuştur. Bu cemiyet, Tıbbiye'nin en idealist hocalarının fiilen katıldığı ve görev yaptığı bir kurumdur. Zamanla Türkiye'nin her yerinden hekimlerin katıldığı ve Türkiye'nin sağlık politikasına şekil veren





milli kongreleri düzenleyen, tıp dergileri çıkaran bir dernek olarak yoluna devam etti. Türkiye Cumhuriyetinin kurulması ile ismi "Türkiye Tıp Encümeni", 1966 yılından itibaren de "Türkiye Tıp Akademisi" oldu. 5 yıldır yönetim kurumunda olduğum bu 143 yıllık dernek, çalışmalarına aynı ideal ile devam etmektedir.

Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye'nin kuruluşu

3 Mart 1867 tarihinde Sultan Abdülaziz'in iradesi ile kurulan bu cemiyet, tıp kitaplarının Türkçeye çevrilmesi ve halkı sağlık alanında bilinçlendirme amacını hedeflemişti. Sadarete ve Padişaha sunulan dilekçelerde bu amaç belirtiliyor, cemiyetin nizamnamesinin ilk maddelerinde yer alıyordu. Cemiyet bu önemli hedefe ulaşmak için on yıl boyunca büyük mücadele vermişti. Bu sebeple kuruluşu hazırlayan sebepleri bilmekte yarar var.

Bilindiği gibi çağdaş tıp eğitimiz 1827 yılında Tıbhâne-i Âmire ile başlamış, bu eğitim hiç ara vermeden ve devamlı kendini yenileyerek bugüne kadar gelmiştir. Türk tıp eğitimi tarihi tabiidir ki 1827 ile başlatılamaz. Tarihinin her döneminde o devre uygun tıp eğitimi yapılıyordu. Fakat bu müesseseler kendini yenileyerek tıp eğitimine devam edememişlerdi. 1827 yılında başlayan ve süreklilik taşıyan tıp eğitimiz gelişerek devam ederken 1839 Tanzimat hareketleri paralelinde eğitim dili Fransızcaya çevrildi. Bu eğitim Avrupa'da yapılan tıp eğitimlerini esas alıyor, Fransızca dili ile eğitim yapıyor, o dildeki kitapları takip ediyordu. Burada başarılı olan öğrenciler Avrupa tıp fakültesi öğrencileri ile aynı sınavlara giriyor ve aynı başarıyı gösteriyorlardı. Fakat sorun kalite değil sayı meselesinde idi. Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'den mezun hekimler o kadar

az oluyordu ki Osmanlı Devleti'nin hiçbir müessesine hizmet verilemiyordu. Devlet kayıtlarına göre ortalama senede 7-8 öğrenci mezun oluyordu. Fransızca tıp eğitimi başlangıcında 6 yıl iken zamanla 9 yıla daha sonra da 10 yıla çıktı. Çok ağır bir tıp eğitimi vardı. 120 askeri öğrenci alınıyor ve 10 yılın sonunda 8 kadar öğrenci mezun olabiliyordu. Osmanlı Devleti'nde tıp eğitimi veren tek müessese olduğu ve devletin hizmet verdiği toprakların genişliği düşünüldüğünde bu mezunların ne kadar yetersiz olduğu anlaşılacaktır.

Türkçe tıp eğitimi mücadelesi

Cemiyetin kurulma sebebi; Osmanlı Devleti'nin tek tıp eğitimi veren bu müessesesinin yeterli hekim yetiştirememesi ve bunun sebebi olan ağır bir Fransızca tıp eğitimi idi. Bunun düzeltilmesi için Türkçe tıp eğitimi yapılabilceğini ispat etmek gerekiyordu. Tıp dilinin Fransızcadan Türkçeye çevrilmesi o tarihte söylenmesi bile çok zor hatta imkânsız bir düşünce idi. Çünkü bu fikir gündeme gelince çok kuvvetli bir karşı görüş ortaya çıkıyordu. Bu görüş; "Türkçe tıp eğitimi yapılamaz." şeklinde idi. Bu fikri savunan büyük çoğunluk, "Türkçenin tıp dili olarak yetersiz olup ancak çarşı pazarda konuşulacak bir dil" olduğunu savunuyorlardı. Bunu ısrarla söyleyen Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne hocaları idi. Hepsı yüksek derece askeri hekimler olup, dolgun maaşlar alıyor, sarayda ve devletin üst kademelerinde görev yapıyor ve bu düzenin değişmesini istemiyorlardı. İstanbul'daki aydın ve gazetecileri de etkileri altına almışlardı. Mücadele böyle bir ortamda başladı. Tıbbiye öğrencileri bir çıkış noktası bulmak için gizlice toplanıyor, Türkçe tıp terimlerini saptıyor, tercüme yapıyorlardı. Bu gurupta onları destekleyen Tıbbiye idarecileri ve bazı genç hocalar da vardı. Çözüm,

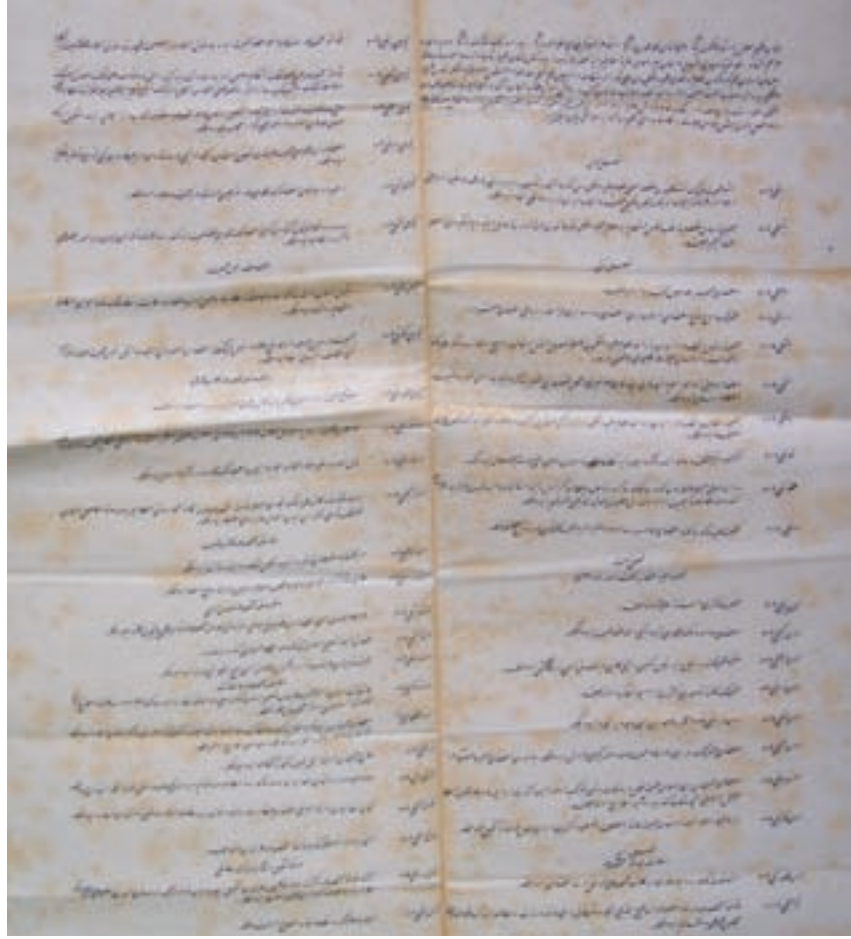
Tıbhâne-i Âmire'deki eğitim Avrupa'da yapılan tıp eğitimlerini esas alıyor, Fransızca dili ile eğitim yapıyor, o dildeki kitapları takip ediyordu. Fakat sorun kalite değil sayı meselesinde idi. Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'den mezun hekimler o kadar az oluyordu ki Osmanlı Devleti'nin hiçbir müessesine hizmet verilemiyordu. Devlet kayıtlarına göre ortalama senede 7-8 öğrenci mezun oluyordu. Fransızca tıp eğitimi başlangıcında 6 yıl iken zamanla 9 yıla daha sonra da 10 yıla çıktı. Çok ağır bir tıp eğitimi vardı. 120 askeri öğrenci alınıyor ve 10 yılın sonunda 8 kadar öğrenci mezun olabiliyordu.

Mekteb-i Tıbbiye-yi Şahane Nazırı Salih Efendi'nin sadece Türkçe tıp eğitimi yapacak ve taşraya hekim yetiştirecek bir okul kurma teklifi ile geldi. Tıbbiye'nin en üst yöneticisi olan Salih Efendi Türkleşme için çalışan bu bir avuç Tıbbiye'nin destekleri ile 2 Ocak 1867 tarihinde Sultan Abdülaziz'den "Mülki Tıbbiye" kurulması iradesini alır. Aynı gün Sadarete önemli bir tezkire daha gönderir. Bu resmi yazıda tıp fenlerine dair kitapları Türkçeye çevirecek bir cemiyet kurulması teklifini yapar. Bu "Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye"nin resmen kuruluş teklifi idi. Bu teklife cemiyetin nizamnamesi de eklenmişti. Bu teklif Meclis-i Vâlâ'da görüşülmüş, bir mazbata ile Padişaha sunulmuş, 3 Mart 1867 tarihinde de Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye'nin kurulma iradesi çıkmıştır.

Cemiyetin kurucuları ve amacı

Cemiyetin kurucuları öğrenciliğinden beri bu mücadeleyi vermiş olup o tarihte mezun olan Kırımlı Aziz İdris, Hü-

143 yıllık köklü bir tıp cemiyeti olan Türkiye Tıp Akademisi bugün 150 kadar seçkin üyesi ile dernek çalışmalarını yürütmektedir. Yönetim kurulu Prof. Dr. Hüsrev Hatemi (Başkan), Prof. Dr. Asım Cenani, Prof. Dr. Vural Solok, Prof. Dr. Engin Eker, Prof. Dr. Ayten Altıntaş'tan oluşmaktadır. Yönetim kurulu, Türkiye'nin en eski tıp derneğinden biri olup çok önemli hizmetler vermiş olan bu cemiyetin bugün tıp dünyamızdaki yeni yeri için yeniden yapılandırma çalışmalarını başlatmıştır.



Resim: Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye'nin nizamnamesi

seyin Remzi, İbrahim Latif (İbrahim Lütfi), Hüseyin Sabri, Vahit Efendi, Emin Efendiler ve onları destekleyen birkaç hoca idi. Bu grubun çoğu Türkçe tıp eğitimi veren "Mülki Tıbbiye"de hocalığa başladılar ve üç sene gibi bir zamanda tıp derslerinin Türkçe yapılabileceğini ispat ettiler. 1870 yılında da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de dersler Türkçeye geçti. Cemiyet ise kurulduğu andan itibaren hızla çalışmalara başlamıştı. Cemiyet tüzüğünde çok net olarak iki önemli amaç kaydedilmiştir; tıp eğitimi için gerekli olan önemli kitapları Türkçeye çevirmek ve halkın anlayacağı şekilde halka hitap edecek, onları halk sağlığı açısından bilgilendirecek bir dergi yayımlamak. Cemiyet bu amaç altında birleşerek kadrosunu genişletti ve çalışmalarına devam etti. Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane Nazırı Salih Efendi'nin başkanlığında Ahmet Paşa, İbrahim Lütfü Bey, Mehmet Muhtar Efendi, Ahmet Hilmi Bey, Mehmet Nuri Bey, Hüseyin Remzi Bey, Agop Bey (Handanyan), Mehmet Nazif Bey, Mehmet Nedim Bey, Vahit Efendi, Bekir Sıtkı Efendi, Hüseyin Sabri Efendi ve Hacı Arif Efendilerin çalışmaları ile 20 tıp kitabı tercüme edildi ve basıldı. Kırımlı Aziz Bey ve arkadaşları tıp lügati çalışmalarını başlattı.

Cemiyetin 1867-1897 yılları çalışmaları

Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye'nin bugün çalışmaları ile ilk Türkçe tıp kitapları yayımlanmaya devam ederken 1873 yılında da ilk tıp sözlüğümüz "Lügat-ı Tıbbiye" basılır. Hemen sonra Fransızca-Türkçe tıp sözlüğünün genişletilmiş ikinci baskısı hazırlanarak "Lügat-ı Tıp" adı ile 1900 yılında II. Abdülhamid'in 25. cülus yıldönümünde yayımlanır. Cemiyet, kitap çalışmalarına devam ederken tıbbi konferansların gereği duyulur ve 1892 yılında "Tıbbi müzakereler" adıyla toplantılar düzenler. Bilimsel olsa da toplantılar yapılmasının mahsurlu olduğu görüşü ile Cemiyet 29 Mayıs 1897 tarihinde II. Abdülhamid'in emri ile kapatılır. Cemiyetin tercüme çalışmaları "Tedkik-i Müellefât Komisyonu" adıyla devam eder, II. Meşrutiyetin ilanı ile yasak kalkarak çalışmalar tekrar başlar.

1910 yılından cumhuriyete

Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye 12 Aralık 1910 tarihinde Darülfünun Tıp Fakülte Reisi Cemil Paşa'nın başkanlığında toplanmış, yeniden organizasyon yapılmıştı. Bu seçimde; Reis-i evvel Hayrettin Paşa, Birinci reis-i sâni Ziya Nuri Bey, İkinci reis-i sâni Süleyman Numan Bey, Kâtip-i umumî Tevfik Vacit Bey, Kâtip-i hususi Kemal Cenap Bey, Hafız-ı kütüb Mustafa Münif Paşa, veznedar Tevfik Recep Bey olmuşlardı.

Çalışmalarına hızla başlayan cemiyeti savaşlar ve İstanbul'un işgali bekliyordu. 1912-1922 yılları arasında Osmanlı Devleti'nin içinde bulunduğu savaşlar ve Tıbbiye'nin 5 yıl boyunca İngiliz askerlerinin işgali altında bulunması, Tıbbiye binası içinde çalışan cemiyete zor günler yaşatmıştı. Fakat her şeye rağmen çalışmalara devam edildi ve tıp kitapları yayımlanmaya çalışıldı. Cemiyet bir tıp derneğinin faaliyetlerini yerine getirmek istiyor fakat başaramıyordu. Milli mücadelenin başladığı 1919 yılında Süleyman Numan Paşa tarafından Milli Tıp Kongresi yapılması teklifi yapılmış, cemiyette kabul edilmiş fakat bu kongre ancak 1925 yılında gerçekleştirilebilmişti.

Türkiye tıp encümeni

Cumhuriyetin ilanından sonra çalışmalarına büyük bir şevkle devam eden cemiyet artık rahatlıkla çalışabilecek bir ortama kavuşmuştu. Cemiyet tıbbî toplantılar, seminerler, kongreler, kitaplar ve süreli yayınlar ile kendini ispat edecektir. Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye, Cumhuriyetin kurulmasından kısa bir süre sonra ismini "Türkiye Tıp Encümeni" olarak değiştirmiş, tüzüğündeki kurucular ve amaç aynen devam etmiştir. Cemiyet, 1925'te ilk milli kongresini gerçekleştirdi. Ankara'da Atatürk'ün himayesinde "Birinci Milli

Türk Tıp Kongresi" düzenlendi. 1 Eylül 1925 günü Cumhurbaşkanı Gazi Mustafa Kemal Paşa'nın teşrifleri ve Başvekil İsmet Paşa'nın nutku ile açılan bu kongre, Türkiye Tıp Encümeni'nin kararı ve idare heyetinin organizasyonu ile Ankara'da TBMM Başkanı Kazım Paşa (Karabekir'in) özel izni ile TBMM binasında yapılmıştır. Kongreye yurdun dört bir yanından özellikle İstanbul ve Ankara'dan 592 doktor katılmıştı. Katılımcılar arasında Ankara'dan Dr. Naime Hanım, İstanbul'dan Dr. Hayrüssissa Hanım olmak üzere iki kadın hekim de vardı. Doktorlardan başka hiçbir meslek grubunun katılmadığı kongrenin düzenleyicisi ve Birinci Reis'i Müderris Dr. Süleyman Numan Paşa olup kendisi kongrenin yapılışından iki ay önce vefat etmişti.

Milli Türk Tıp Kongreleri

Türkiye Tıp Encümeni 1925-1968 yılları arasında 20 milli tıp kongresi gerçekleştirmiştir. Bunlar; Birinci Milli Türk Tıp Kongresi (1-3 Eylül 1925- Ankara), İkinci Milli Türk Tıp Kongresi (11-13 Eylül 1927- Ankara), Üçüncü Milli Türk Tıp Kongresi (17-19 Eylül 1929- Ankara), Dördüncü Milli Türk Tıp Kongresi (22-24 Eylül 1931- Ankara), Beşinci Milli Türk Tıp Kongresi (20-22 Ekim 1933- Ankara), Altıncı Ulusal Türk Tıp Kurultayı (7-9 Ekim 1935-Ankara), Yedinci Ulusal Türk Tıp Kurultayı (17-19 Ekim 1938-Ankara), Sekizinci Milli Türk Tıp Kongresi (19-20 Ekim 1943- Ankara), Dokuzuncu Milli Türk Tıp Kongresi (21-23 Ekim 1946- Ankara), Onuncu Milli Türk Tıp Kongresi (4-7 Ekim 1948- Ankara), Onbirinci Milli Türk Tıp Kongresi (16-19 Ekim 1950- Ankara), Onikinci Milli Türk Tıp Kongresi (25-29 Eylül 1952- İstanbul), Onüçüncü Milli Türk Tıp Kongresi (27 Eylül- 1 Ekim 1954- İzmir), Ondördüncü Milli Türk Tıp Kongresi (28 Eylül-2 Ekim 1956-İzmir), Onbeşinci Milli Türk Tıp Kongresi (28 Eylül- 2 Ekim 1958- Ankara), Onaltıncı Milli Türk Tıp Kongresi (26-29 Eylül 1960- Ankara), Onyedinci Milli Türk Tıp Kongresi (25-29 Eylül 1962-İstanbul), Onsekizinci Milli Türk Tıp Kongresi (20-23 Eylül 1964 - Ankara), Ondokuzuncu Milli Türk Tıp Kongresi (25-29 Eylül 1966 - İzmir), Yirminci Milli Türk Tıp Kongresi (23-27 Eylül 1968 - İstanbul).

(Türkiye Tıp Encümeni gerçekleştirdiği her kongrenin kitaplarını bastırmıştır.)

Türkiye Tıp Encümeni arşivi

Türkiye Tıp Encümeni, çalışmalarını tıbbi konularda yoğunlaştırdı. Düzenledikleri tıp konferansları devam ederken bu konuda yayın olmadığı fark edilmiş ve bir süreli yayın çıkarma kararı alınmıştır. "Türkiye Tıp Encümeni Arşivi" 1946 yılından itibaren Prof. Dr. Arif İs-



Cemiyet-i Tıbbiye-i, bugünkü adıyla Türkiye Tıp Akademisi'nin başkanlığını şu anda Prof. Dr. Hüsrev Hatemi yapıyor.

met Çetingil başkanlığında yayınlanmaya başlanmış, bu dergi hiç ara vermeden 1965 yılına kadar devam etmiştir. Arşiv senede iki defa yayımlanıyor ve zamanın en önemli hekimlerinin çalışmalarını, yazılarını kapsıyordu. Cemiyetin bilimsel toplantılarında konuşulup tartışılan konular ve İngilizce özetler de yer alıyordu. Cemiyetin merkezi "Etibba Odası" (Cağaloğlu Tabibler Birliği Lokali) olup toplantılar ve derginin idaresi burada yapılıyordu. Bu süreli yayın, cemiyetin isminin Akademi olmasından sonra da "Türkiye Tıp Akademisi Arşivi" ismiyle devam etmiştir. Türkiye Tıp Encümeni 1956 yılında "Umumi Menfaate Hadim Cemiyet"(Kamu yararına çalışan dernek) haline gelmiş, toplum sağlığı konusunda tartışmalar başlatmıştır. Cemiyetin yaptığı kongrelerde ele alınan konular da genellikle toplum sağlığı idi ve Sağlık Bakanlığı'nın sağlık politikasının oluşturulmasında bu çalışmalar yol gösteriyordu.

Türkiye Tıp Akademisi

Cemiyet aldığı kararla 10 Aralık 1966 tarihinden itibaren Türkiye Tıp Akademisi adını almış, çalışmalarına aynı amacı koruyarak devam etmiştir. Tıp dallarının çoğalması ve ihtisas dallarının kendi kongrelerini yapmalarına rağmen Akademi geleneksel kongrelerine devam etmişti. Bunlar; 20-26 Eylül 1970 Bursa, 3 Ekim 1972 Ankara, 24-28 Eylül 1974 İzmir, 29 Eylül-3 Ekim 1976 Antalya, 9-13 Ekim 1978 İstanbul, 3-7 Kasım 1980 Ankara, 25-27 Ekim 1982 Kayseri, 25-27 Ekim 1984 Bursa, 25-29 Ekim 1986 Kıbrıs, 2-5

Ekim 1988 Konya, 12-14 Kasım 1990-İstanbul, 9-11 Kasım 1992 Adana, 1994-Samsun, 18-20 Kasım 1998 İstanbul, 23-25 Kasım 2000 İstanbul, 13 Mart 2003 İstanbul (Sempozyum), 29 Kasım 2004 İstanbul (Panel), 16 Haziran 2006 İstanbul (Toplantı), 10 Ekim 2008 İstanbul (Toplantı).

Akademi son yaptığı toplantılarda "Türkiye Tıp Akademisi'nin Dünü Bugünü", "Türkçe Tıp Dili" konularını ele alarak üyelerini cemiyetin amacı ve hedefi konusunda bilgilendirmiş ve tartışma başlatmıştır. Türkiye Tıp Akademisi ismi 1974 yılında Bakanlar Kurulu kararı ve Cumhurbaşkanı onayıyla resmileşti.

143 yıllık köklü bir tıp cemiyeti olan Türkiye Tıp Akademisi bugün 150 kadar seçkin üyesi ile dernek çalışmalarını yürütmektedir. Yönetim kurulu Prof. Dr. Hüsrev Hatemi (Başkan), Prof. Dr. Asım Cenani, Prof. Dr. Vural Solok, Prof. Dr. Engin Eker, Prof. Dr. Ayten Altıntaş'tan oluşmaktadır. Yönetim kurulu, Türkiye'nin en eski tıp derneğinden biri olup çok önemli hizmetler vermiş olan bu cemiyetin bugün tıp dünyamızdaki yeni yeri için yeniden yapılandırma çalışmalarını başlatmıştır.

Hekim bestekâr ve musikişinaslar: Prof. Dr. Selâhattin İçli

Dr. Murat Salim Tokaç



Günümüzün önde gelen ney ve tanbur icracılarından biri olarak kabul edilen Dr. Murat S. Tokaç, 1969 yılında Kırıkkale'de doğdu. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1992'de mezun oldu ve aynı fakültede Mikrobiyoloji doktorası yaptı. Kendisi de neyzen olan babası Dr. Turgut Tokaç tarafından 5 yaşında ud ve ney eğitimine başlatıldı. 1991 yılında kurulan Kültür Bakanlığı Samsun Devlet Klâsik Türk Müziği Korosu'na ney ve tanbur sanatçısı olarak atandı, 2004 yılında aynı koronun şefliğine getirildi. 2007 yılında İstanbul'da kurulmuş olan Devlet Türk Müziği Araştırma ve Uygulama Topluluğu'na Sanat Yönetmeni olarak atandı. Yurt içinde ve yurt dışında topluluğu ile ve solo olarak çok sayıda konserler verdi. İcracı olarak katıldığı pek çok albümün yanı sıra "Gençlik Hülyaları" ve "Dem" isimli iki solo albümü bulunmaktadır. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Bundan yaklaşık 4 yıl kadar önce, 13 Ekim 2006'yı 14 Ekim 2006'ya bağlayan gece yarısı İstanbul'da bu dünya hayatını nihayetlendirdiğinde, ardında yüzlerce beste ve bir o kadar da talebe bıraktı. Bir de udu, ardında yetim kaldı...

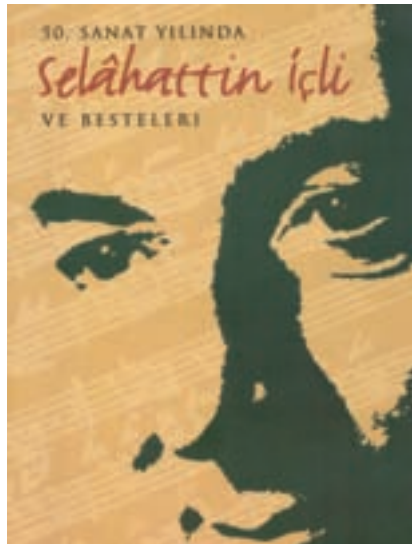
Dünyaya geliş gayesinin idraki içinde, yaratıcının ona bahsettiği yetenekleri bihakkın kullanarak hem mûsikîde hem de binlerce dinleyicinin gönlünde önemli bir yer sahibi olan, rahmetli Selâhattin İçli'ye özlemle bu satırları

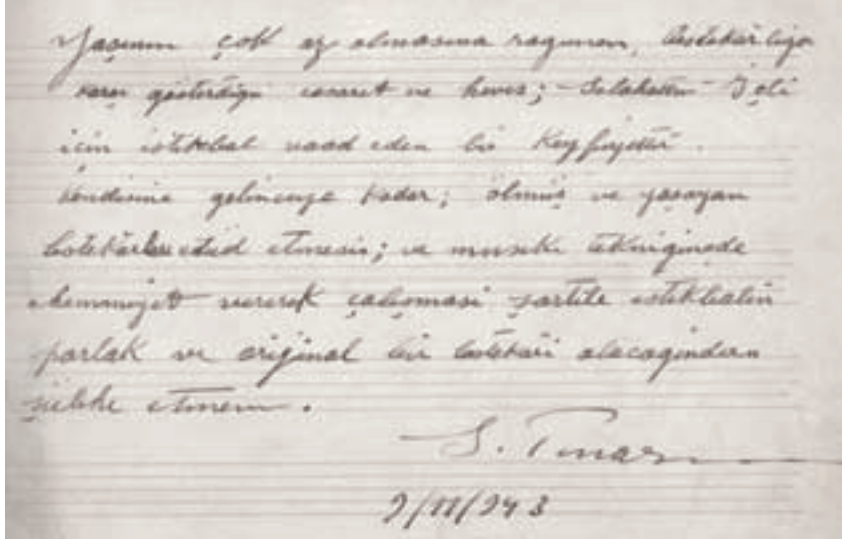
kaleme alıyoruz ve mûsikîye adanmış 83 yıllık bir ömrün serencamını bir kez de buradan aktarmak istiyoruz.

Çocukluğu ve eğitim hayatı

Babası İbrahim İçli ve annesi Zekiye İçli'nin üç çocuğunun en büyüğü olarak 6 Ekim 1923'te İstanbul Beşiktaş'ta doğdu. Nimet ve Ümrân adında iki kız kardeşi bulunan Selâhattin İçli, 1927 yılında babasının Susurluk Borasit Madeni'nde görev alması sebebiyle ilkokulu Susurluk'ta, ortaokul ve lise eğitimini yatılı olarak Balıkesir'de tamamladı. 1949 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezuniyetini 1950 yılın-

da terhis olduğu askerlik vazifesi izledi. Askerliğinin akabinde 1953 yılından 1981 yılına kadar memleketin pek çok yerinde doktorluk mesleğini icra etti. 1981 yılında İstanbul Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi'nde başhekim yardımcılığı görevinden ayrılarak İstanbul Devlet Türk Müsikîsi Konservatuvarı'nda sanatçı öğretim görevlisi ve başkan yardımcısı olarak göreve başladı. Konservatuvarın, İstanbul Teknik Üniversitesi'ne bağlanmasıyla 1986 yılında profesörlük payesi aldı ve konservatuvar kompozisyon bölümü başkanlığına getirildi. Yaş haddinden emekliye ayrıldığı güne kadar bu görevi sürdüren İçli, emekliliği sonrasında ders saat ücretli olarak konservatuvar-





Selâhattin Pınar'ın S. İçli için müzik defterine yazdığı yazı

daki hocalığına devam etti ve ömrünün sonuna kadar bu görevini sürdürdü.

Müzik, eğitim ve sanat hayatı

Selâhattin İçli, Neyzen İhsan Bey'in hocalığını yaptığı Beşiktaş Mûsikî Kulübü'ne devam eden babası İbrahim Bey'in ve İbrahim Bey'le amca çocukları olan ünlü bestekâr Şerif İçli'nin mûsiki ikliminde mûsikîye aşinalığını arttırmakta ve ilk bestesini 17 yaşında yapacak seviye ve bilgiye kısa zaman zarfında erişmektedir. İlk şarkının güftesini, Faruk Nafiz'in "Ah eden kimdir bu saat kuytuda" mısralarıyla başlayan "Hıyâbân" isimli şiirinden seçmiş ve Hüseyini makamında bestelenmiştir. Fakat bu beste çalışmalarının temelinde, 12 yaşından önce edinmeye başladığı usul ve makam bilgilerinin etkisi vardır ve bu durum oldukça önemlidir. İlerleyen yıllarda mûsikî konusunda feyz aldığı kişilere Ekrem Karadeniz ve ünlü tanbûri-bestekâr Selâhattin Pınar'ın da eklenmesiyle, özellikle bestecilik konusunda fikir ve seviyesi oldukça gelişme göstermiştir. Müzikte bestecilik yönünü seçmiş olan Selâhattin İçli, bunun yanında kalemi kuvvetli bir müzik yazardır. Bu yönünü çeşitli dergi, gazete ve ansiklopedilerde neşredilmiş, 400'ün üzerinde yazısından anlıyor ve bir bestecinin bu engin fikir dünyasından birkaç örneği sizlere sunmak istiyoruz.

Düşünceleri

"İnsan ve müzik" isimli yazısından... *

"İnsanın vasıf dokusunda diyebileceğimiz şahsiyetinin geliştirilmesinde müziğin yeri büyük önem taşır. Vasıf özellikleri tamamıyla ruhî alanı ilgilendiren bir konudur.

Müzik, ruhî sahada uyarmalarla insanın davranış ve tepkilerini; aşağıda kısaca sayacağımız şu duygu yönlerinde etki-

ler. Huzur, sükûn, neşe, itaat, tahayyül, aşk hüznü, melâl, huzursuzluk, hiddet, çılgınlık, isyan, avârelilik, v.s.

Tarih içinde özellikle Türk Müziği'nin, insanı sağlam bir karaktere ve dengeli hassas ruhî gelişmeye yönlendiren vasıfta olduğunu ve bunun belgelerle de değerlendirildiği bir vakıdır.

Müzik, hayati faaliyetlerin ekmek su gibi ana maddesidir. Biz bu aç, gelişmeye muhtaç bir varlık olan çocuklarımızı beslemek yerine, onlara gıda maddelerinin adını öğretiyoruz. Küçük yaştan itibaren iyi bir müzik terbiyesi almış kişi, dengeli ve seviyeli bir karaktere, ahlaka sahip olabilmenin önemli temel unsurlarından birini elde etmiş demektir..."

"Beceri, Acaiplik, Sanat" isimli yazısından... *

"O halde sanat nedir? Tek kelime ile ifâde edersek: Bu yaratıcılıktır. Bu yaratıcılık, kuralların ve doğruların üzerinde seyreden bir olaydır. Doğruların kuralların üzerinde amma onlardan başka bir boyutta; lâkin seviyesi onlardan aşağı olmayan doğrular, yaratılanlardan elde edilen sonuç ve kurallar. Sanat ise güzeli yaratmaktır. Güzelliği inceleyen bilim "Estetik"'in tarifi ve amacı içerisinde şu düşünceler yer alır: Denge, oran, iyilik, doğruluk, duygu, güzeli düşünme ve ahlak..."

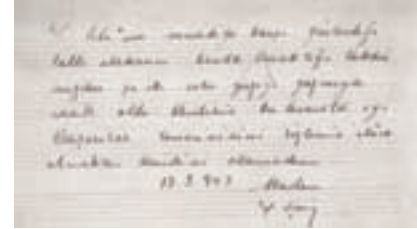
Dr. Selâhattin İçli bestelerinde, güftele- rin anlamını ortaya çıkaran alışılmadık müzik cümleleri ve ritmik yapılarıyla kendine has anlayışını başka bestekârlardan kolayca ayrılacak şekilde ortaya koymuştur.

En sevilen ve bilinen eserlerinden bazıları:

Nikriz Şarkı (destan)
(Güfte: Hasan Kaya Manioğlu)



İlk bestesinin el yazımı notası



Şerif İçli'nin, S. İçli için müzik defterine yazdığı yazı

Bir destan dolaşır Bolu dağının dumanında rüzgârında..

Kürdîlihiczakâr Şarkı
(Güfte: Hüceste Aksavırın)
Bir sabah bakacaksın ki bir tânem ben yokum

Rast Şarkı
(Güfte: Sedat Ergintuğ)
Bırak böyle kalalım bir dargın bir barışık

Rast Şarkı
(Güfte: Atıf Kahrman)
Çoktan beri bir kız tanırım ben Sarıyer'de

Hüseyinî Şarkı
(Güfte: Hüceste Aksavırın)
Zeytin gözüm sana meylim nedendir

Kürdîlihiczakâr Şarkı
(Güfte: Cansın Erol)
Hüzün zaman zaman deli dalgalarla gelir

Dr. Selâhattin İçli eserleriyle aramızda olmaya devam edecek.

* 50. Sanat Yılında Selâhattin İçli, Türk Kültürüne Hizmet Vakfı Yayınları, Sayfa: 3-4

Dr. Orhan Doğan

