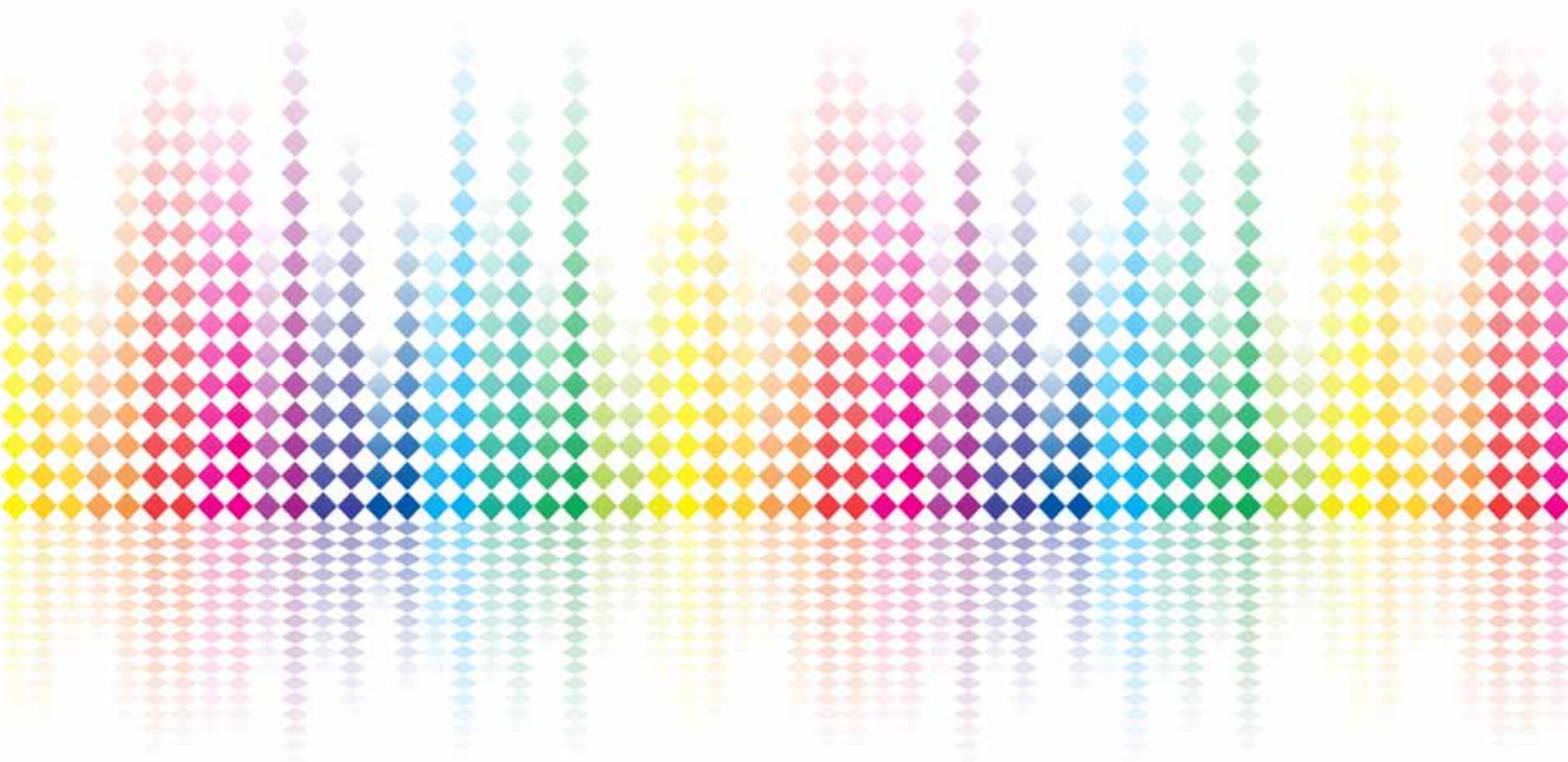


SD

MART
NİSAN
MAYIS
2015
12 TL
(KDV DAHİL)
İLKBAHAR

34

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



YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ KALKINMA PLANLARI VE 10. KALKINMA PLANINDA SAĞLIK

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ VEYA NAMİ DİĞER ŞEHİR HASTANELERİ | DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR - DR. ÖMER ATAÇ

DEMOGRAFI VE EPİDEMİYOLOJİ PENCERELERİNDEN 2023 VE ÖTESİNE BAKIŞ | PROF. DR. MUSTAFA SOLAK TÜRKİYE'DE 2023 YILI SAĞLIK İNSAN GÜCÜ HEDEFLERİ VE TIP - SAĞLIK EĞİTİMİNE GENEL BİR BAKIŞ | DR. AHMET MURT - PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER 2023 İÇİN TIP EĞİTİMİ: KİME, KİMİNLE VE NASIL? | PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN YENİ BİR SAĞLIK VE

HİZMET ANLAYIŞINA DOĞRU | İLKER KÖSE İSTKA VE İSTANBUL BÖLGE PLANINDA SAĞLIĞIN YERİ | DR. MUSTAFA KURUCA SGK'NIN 2023 VİZYONU

DR. CEM KÖYLÜOĞLU SİGORTA SİSTEMİ VE TAZMİNAT ÖDEMELERİ | DR. ERIŞ BİLAĞLU 2023 TÜRKİYE'SİNDE MEVCUT POLİTİKALARLA HEKİMLİĞİN VE HEKİMLERİN HALİ NE OLABİLİR, NASIL OLMALIDIR? | DR. CEVAT ŞENGÜL ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ 2023 VİZYONUNDAKİ YERİ | CENGİZ CELAYİR TÜRK İLAÇ SANAYİNİN 2023 VİZYONU VE YERLİ İLAÇ

OSMAN KARA AİFD'NİN 2023 VİZYONU: İLAÇTA KÜRESEL AR-GE VE ÜRETİM MERKEZİ TÜRKİYE | PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN 2023'E DOĞRU BAĞIMLILIKLAR NEREYE GIDIYOR?

PROF. DR. MUSTAFA ALTINDİŞ SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM YÖNETİMİ | PROF. DR. SEMAVİ EYİCE BU ŞEHİRDE DEĞİL BİZANS, OSMANLI BİLE KALMADI!

DOÇ. DR. OSMAN ARIKAN NACAR SURİYELİ SİĞINMACILARA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİ | PROF. DR. ZEKİ KILIÇASLAN KAMU-STK İŞBİRLİĞİ ÖRNEĞİ OLARAK VEREM SAVAŞI DISPANSERLERİ | ÖMER ÇAKKAL ANADOLU'DAN BİR HASTA HİKAYESİ YA DA SAĞLIK SİSTEMİMİZ ÜZERİNE BİRKAÇ ELEŞTİRİ | YASİN KELEŞ DİJİTAL HASTANEDE ÜÇÜNCÜ ADIM:

KÂĞITSIZ HASTANE | PROF. DR. FAİK ÇELİK TIP HUKUKUNA TARİHSEL BİR BAKIŞ | PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU İNSAN: KONUŞAN HAYVAN

PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK İNSAN - HAYVAN SINIRI | YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ OSMANLILARDA TÜRKÇE TIP YAZMALARI

DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK TÜRK MÜZİĞİ VE TERAPİDEKİ YERİ: BİLİMSSEL PERSPEKTİF | DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR



MART-NİSAN-MAYIS 2015
İLKBAHAR, SAYI 34
ISSN: 1307-2358

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

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Mustafa Altındış
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. Lütfü Hanoğlu
İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Öztalay
Doç. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Doç. Dr. Mustafa Taşdemir
Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0216 681 53 66

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

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

Sağlıkta 2023 Vizyonu: Sağlık Politikası ya da Sağlıklı Politika

Cumhuriyetimizin 100. yılı olan 2023 yılında ülke olarak gelmek istediğimiz nokta, 2023 vizyonu olarak adlandırılıyor. Bu bağlamda, 2023 yılında sağlık alanında nasıl bir Türkiye bekliyoruz, ne gibi gelişmeler olmasını planlıyoruz gibi soruların cevaplarının verilmesi gerekiyor. Aslında 2023 yılına yalnızca 8 yılın kalmış olması, kısa ve orta vadeli plan-projelerin yapılmış olmasını gerektiriyor.

Sağlıkta 2023 vizyonu dendiği zaman aklımıza gelen bazı soruları şöyle sıralayabiliriz: 2023 yılında ülkemizde bebek ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, anne ölüm hızı ne olacak? Ortalama yaşam süresi kaç yıl olacak? 2023 yılında hasta-nelere ne kadar müracaat olacak? Ne kadar muayene, ne kadar ameliyat yapılması planlanıyor? Sezaryen oranları ne kadar olacak? Acil yardım ve ambulans hizmetlerinde ne gibi iyileştirmeler yapılacak? Aşılama ve koruyucu hekimlik uygulamaları bugüne kıyasla hangi oranlara ulaşacak? Bu sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için kaç hekim olması planlanıyor? Bu hekimlerin ne kadarı pratisyen hekim, ne kadarı uzman hekim olacak? Uzman hekimlerin dağılımı nasıl olacak? Aile hekimlerinin sayısı ve fonksiyonları ne olacak? Dünyada nüfus başına en fazla tıp fakültesi olan ülke durumumuz devam edecek mi? Yeni tıp fakülteleri açılacak mı? Mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde hasta sayısı ve çeşitliliği, öğretim üyesi, fiziki ve teknolojik donanım konusunda asgari standartlar belirlenecek mi? Tıp fakültelerine bugünkü düzeyde öğrenci alınmaya devam mı edilecek, daha mı az, daha mı çok olacak? Ağız ve diş sağlığı hizmetleri için kaç diş hekimi hizmet veriyor olacak? Bu hekimlere destek verecek

olan hemşire, ebe, sağlık memuru, diğer sağlık meslek mensupları sayısı ne kadar olacak? Bunların nitelik sorunu konusunda neler yapılacak? Hekimler dahil sağlık personelinin sayısı ve yeterliliği, OECD ülkeleri arasında bulunduğumuz yerden kaç basamak daha yukarıda olacak? Laboratuvar hizmetleri nasıl yürütülecek, bugünkü sistem aynen devam mı edecek? Bu sağlık personelinin hizmet vereceği hastaneler, eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinin sayısı, yatak durumu ve diğer olanakları hangi düzeyde olacak? Buraları yönetecek yöneticilerin yeterlilikleri nasıl olacak? İlaç ve biyomedikal ürünlerin yerli üretim veya yerli kaynaklardan karşılanma oranları ne olacak? Bu bilgileri yönetecek tıbbi bilişim teknolojileri hangi düzeyde olacak ve bunlara ilişkin yasal düzenlemeler ne kadar yapılacak? Sağlık alanındaki bilimsel araştırma faaliyetleri nasıl yürütülecek, bu alana ne kadar fon ayrılacak? Uluslararası düzeyde ne kadar bilimsel araştırma makalesi yayınlanıyor olması planlanıyor? Halkın eğitimi, tıp fakültesi eğitimi ve tıpta uzmanlık eğitimi dahil olmak üzere sağlık eğitimi hangi düzeyde olacak, eğitimcilerin yeterlilikleri, denetlenmesi ve hakları konusunda hangi düzenlemeler yapılacak? Sağlık bakanlığına bağlı hastaneler ile üniversite hastaneleri arasındaki ilişkiler nasıl olacak, afilyasyon sistemi nasıl revize edilecek? Sağlık çalışanlarının şiddete uğramasına engellemeye yönelik ne gibi idari ve yasal tedbirler alınacak? Eğitim ve akreditasyon dahil her alanda yaygın sorumluluk üstlenen Sağlık Bakanlığı ne kadar küçülecek?

Listeyi daha da uzatmak mümkündür. Kısacası, 2023 vizyonu ve benzer başlıklar altında ulaşılması gereken hedeflerin makul gerekçeler ile ortaya konması ve bu vizyona erişebilmesi için uygulanması gereken stratejilerin de belirlenmesi gerekiyor. Bu amaçla yapılan ve yapılacak olan çalışmaları ortaya koymak ve ilgili tarafların tartışması sağlamak amacıyla SD'nin bu sayısında Sağlıkta 2023 vizyonunu işlemeyi ve bu konuyla ilgili olarak başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili kurum ve kuruluşların mevcut plan, proje, görüş ve önerilerini bir araya getirmeyi düşündük. Ancak ne yazık ki, başta mevcut ve/veya geçmiş üst düzey yöneticiler olmak üzere, başvurduğumuz birçok yetkiliden, bu konuda yeterince görüş belirtmeyeceklerini içeren cevaplar aldık. Sağlıkta topluma yansıyan önemli adımların atıldığı bir sürecin ardından beklentileri göz önüne aldığımızda, iftihar edebilecek bir durumda olduğumuzu söyleyemiyor ve bunun kaygısını yaşıyoruz.

Önümüzdeki 8 yılın henüz daha planlanmamış olmasını kabul etmek mümkün değil. Yetkili makamlarda olanların yoğun çalışmalar yürüttüğünü biliyoruz. Ancak bu konuda acilen gerekli işlemlerin yapılarak uygun görüşlerin oluşturulmasının ve kamuoyu desteği sağlanmasının gerekli olduğunu düşünüyoruz. Sağlıkta kararlı ve akılcı adımlar politik desteği her zaman arkasında bulacaktır. Sonuç alıcı sağlık politikaları, sağlıklı politikanın da teminatıdır.

İçindekiler

6

KALKINMA PLANLARI VE
10. KALKINMA PLANINDA SAĞLIK
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ



12

ENTEGRE SAĞLIK KAMPÜSLERİ VEYA
NAM-I DİĞER ŞEHİR HASTANELERİ
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

20

DEMOGRAFİ VE EPİDEMİYOLOJİ
PENCERELERİNDEN 2023 VE ÖTESİNE BAKIŞ
DOÇ. DR. MUSTAFA TAŞDEMİR - DR. ÖMER ATAÇ



24

TÜRKİYE'DE 2023 YILI SAĞLIK İNSAN GÜCÜ
HEDEFLERİ VE TIP - SAĞLIK EĞİTİMİNE
GENEL BİR BAKIŞ
PROF. DR. MUSTAFA SOLAK

28

2023 İÇİN TIP EĞİTİMİ: KİME, KİMİNLE VE NASIL?
DR. AHMET MURT - PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER

32

YENİ BİR SAĞLIK VE HİZMET ANLAYIŞINA DOĞRU
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

34

İSTKA VE İSTANBUL BÖLGE PLANINDA
SAĞLIĞIN YERİ
İLKER KÖSE



38

SGK'NIN 2023 VİZYONU
DR. MUSTAFA KURUCA

44

SİGORTA SİSTEMİ VE TAZMİNAT ÖDEMELERİ
DR. CEM KÖYLÜOĞLU

48

2023 TÜRKİYE'SİNDE MEVCUT POLİTİKALARLA
HEKİMLİĞİN VE HEKİMLERİN HALİ
NE OLABİLİR, NASIL OLMALIDIR?
DR. ERİŞ BİLALOĞLU

54

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ
2023 VİZYONUNDAKİ YERİ
DR. CEVAT ŞENGÜL



56

TÜRK İLAÇ SANAYİNİN 2023 VİZYONU VE YERLİ İLAÇ
CENGİZ CELAYİR

58

AİFD'NİN 2023 VİZYONU: İLAÇTA KÜRESEL
AR-GE VE ÜRETİM MERKEZİ TÜRKİYE
OSMAN KARA

62

2023'E DOĞRU BAĞIMLILIKLAR NEREYE GİDİYOR?
PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN

68

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞİŞİM YÖNETİMİ
PROF. DR. MUSTAFA ALTINDİŞ

72

İSTANBUL AŞIĞI SEMAVİ EYİCE: BU ŞEHİRDE
DEĞİL BİZANS, OSMANLI BİLE KALMADI!!



78

SURİYELİ SİĞİNMACILARA SUNULAN
SAĞLIK HİZMETLERİ
DOÇ. DR. OSMAN ARIKAN NACAR

82

KAMU-STK İŞBİRLİĞİ ÖRNEĞİ OLARAK
VEREM SAVAŞI DİSPANSERLERİ
PROF. DR. ZEKİ KILIÇASLAN

84

ANADOLU'DAN BİR HASTA HİKÂYESİ YA DA
SAĞLIK SİSTEMİMİZ ÜZERİNE BİRKAÇ ELEŞTİRİ
ÖMER ÇAKKAL



86

DİJİTAL HASTANEDE ÜÇÜNCÜ ADIM:
KÂĞITSIZ HASTANE
YASİN KELEŞ

88

TIP HUKUKUNA TARİHSEL BİR BAKIŞ
PROF. DR. FAİK ÇELİK

90

İNSAN: KONUŞAN HAYVAN
PROF. DR. LÜTFÜ HANOĞLU



94

İNSAN - HAYVAN SINIRI
PROF. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK

96

OSMANLILARDA TÜRKÇE TIP YAZMALARI
YRD. DOÇ. DR. MAHMUT TOKAÇ

100

TÜRK MÜZİĞİ VE TERAPİDEKİ YERİ:
BİLİMSEL PERSPEKTİF
DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Kalkınma planları ve 10. Kalkınma Planında sağlık

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002-2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003-2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Türkiye Cumhuriyetinin 2023 Vizyonu için çalışmaların hızlandığı bir dönemde, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 01.07.2013 tarihli 127'nci Birleşiminde onaylanan ve 2014-2018 yıllarını kapsayan **X. Kalkınma Planı**'nda sağlık konusunu ele almadan önce Beş Yıllık Kalkınma Planlarının tarihçesine kısaca bir göz atalım. Dünyada planlama kavramı 1929 ekonomik bunalımından sonra önem kazanmıştır. Türkiye'de ise 1935'ten itibaren iki kez beşer yıllık sanayileşme planı uygulanmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) 1960 yılında 27 Mayıs darbesinden önce kurulmuş olmasına rağmen yaşanan darbe dolayısıyla ancak 1963 yılında başlayabilen bir

"planlı dönem"e girilmiştir. Ülkemizin sosyoekonomik potansiyelini değerlendirmek ve bu potansiyeli orta dönemde planlarla en iyi şekilde yönlendirebilmek için, öncelikli amaç ve hedefleri tespit eden 15 yıllık perspektifle plan yapma gereği duyulmuş ve bu şekilde I. ve II. Beş Yıllık Kalkınma Planları, 1963-1977 perspektif planına göre hazırlanmıştır. I. Beş Yıllık Kalkınma Planı temel altyapı yatırımlarına, istihdam sorununa ve yeniden düzenleme konularına ağırlık verirken, II. Beş Yıllık Kalkınma Planı özellikle sanayi sektörünün ekonomide sürükleyici sektör niteliği kazanması ilkesini benimsemiştir. Planların hazırlandığı DPT'nin ilk 10 yılında tam bir heyecan vardır ve DPT adeta bir mektep işlevi görmektedir. Kendisinin ilk plancılardan olduğunu

bildirdiği yazısında Güngör Uras; *"Ben 12 yıl DPT'de çalıştım. Yıllardır DPT'de öğrendiklerimi satıyorum. Bitiremedim. DPT bizler için sadece bir hizmet kurumu değil, bir eğitim, bilgi yuvası idi. Ülke ve halk için iyi şeyler yaptığımızın heyecanı ile yaşadık, yaşıyoruz"* demektedir.

Özellikle ilk kuruculardan Turgut Özal'ın müsteşar olduğu 1967-1971 arası dönemde DPT'deki gayretli ekibin başındaki unutulmaz isim, Proje Değerlendirme ve Yabancı Sermaye Grup Başkanı, Yatırımları ve İhracatı Teşvik ve Uygulama Dairesi Başkanı gibi görevlerde bulunan Muammer Dolmacı, bölgesel denge-sizliklerin giderilmesi, sanayinin belirli merkezler dışına çıkarılarak Anadolu'ya yayılması, küçük tasarruf sahiplerinin



sermaye iştiraki ile gelirden hakiki payı almalarına imkân hazırlanması, sanayi ve ihracatın teşvikine çok önem ver-mekteydi. Dolmacı'nın verdiği enerjyle DPT'de, klasik memur zihniyetinin dışına çıkılarak ve mesai kavramı unutulmuş bir ekip ruhuyla gece gündüz durmaksızın çalışılmaktadır. Bu durumu "Görün-me-yen Üniversite" kitabında Ersin (Nazif) Gürdoğan şu şekilde anlatmaktadır: "O yıllarda Planlamada çok değişik, gayretli ve çalışma coşkusuyla dolu değişik bir kadro vardı. Geç saatlere kadar çalışılırdı. Biri, akşam normal iş saatinde çıksa, 'hoş' karşılanmaz, bir saat geç bıraksa işini, 'acelesi neymiş' denir, iki saat sonra çıkarsa, 'biraz daha kalamaz mıydı' diye sorulur, üç saat daha kalırsa 'iyi çalışıyor' derlerdi. Gerçekten Planlamada Türk bü-rokrasi tarihinde pek benzeri görülmemiş bir grup ve kadro oluşmuştu. Bugün özel veya kamu kesiminde nerede ciddi ve ülke ekonomisine katkıda bulunan bir yatırım ve eylem varsa, hepsinin kararı o dönemde alınmış ve özendirilmişti."

1971 yılında bir başka darbe sonucu DPT'deki o gayretli ekip dağıtılmış, 1973-1995 dönemini kapsayan planlar yeni gelen ekip tarafından değişen dünya şartları ve Türkiye'nin Avrupa Ekonomik Topluluğu ile ilişkileri de dikkate alınarak yeni bir perspektifle hazırlanmıştır. Türkiye'yi 2000'li yıllara hazırlamanın gerekli alt yapısını oluşturmak amacıyla hazırlanan ve 1996 yılında uygulamaya giren VII. Beş Yıllık Kalkınma Planı yak-laşımının ortaya koyduğu perspektif ise öncelikleri ve politikaları itibarıyla çağın değişen ekonomik ve sosyal gelişmelerini dikkate almaktadır. VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) ekonomik istikrarın sağlanması yanında, yapısal ve kurumsal düzenlemeler, rekabet gücünün artırılması, AB'ye uyum, bilgi çağına geçişin altyapısı-nın oluşturulmasına başlanması, teknoloji üretimi ve gelir dağılımındaki farklılıkların azaltılmasında etkileşimli yaklaşımla bölge ve il planlamalarına öncelik vermiştir.

Bu satırların yazarının da hazırlanmasın-da katkısının bulunduğu ve diğerlerinden farklı olarak yedi yıllık hazırlanan IX. Kalkınma Planı (2007-2013), değişimin çok boyutlu ve hızlı bir şekilde yaşandığı, rekabetin yoğunlaştığı ve belirsizliklerin arttığı bir döneme rastlamaktadır. Do-kuzuncu Plan, "İstikrar içinde büyüyen, küresel ölçekte rekabet gücüne sahip, bilgi toplumuna dönüşen, AB'ye üyelik için uyum sürecini tamamlamış bir Türkiye" vizyonu ve Uzun Vadeli Strateji (2001- 2023) çerçevesinde hazırlan-mıştır ve bu husus Onuncu Planda şu ifade ile belirtilmektedir: "2014-2018 dönemini kapsayan X. Kalkınma Planı, ülkemizin 2023 hedefleri doğrultusunda, toplumumuzu yüksek refah seviyesine ulaştırma yolunda önemli bir kilometre taşı olacaktır."

Tablo 1: Dokuzuncu Planda Sağlık Hizmetlerinde Hedefler

	2006	2013
Hekim Sayısı	103.150	120.000
Hekim Başına Düşen Nüfus	707	658
Tıp Fakültesine Yeni Kayıt Sayısı	4.800	7.000
Yatak Sayısı	197.170	236.600
Yatak Başına Nüfus	372	335

Kalkınma Planlarında Sağlık

Kalkınma planlarında sağlıkla ilgili olarak yer alan konular şu şekilde tasnif edilebilir:

a) Sağlık İnsan Gücü: Kalkınma planla-rının tamamında sağlık konusu önemli bir yer tutmaktadır. İlk planlarda daha çok sağlık insan gücü ön plandadır. Örneğin I. Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık insan gücüne yönelik şu hedef belirlenmiştir: "15 yıl içinde yüksek seviyede sağlık personeli sayısı mevcut durumunun 2,5 katına, yardımcı sağlık personeli sayısı ise bugünkünün 6 katına çıkarılacaktır."

b) Birinci basamak sağlık hizmetleri: 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştiril-mesi Hakkında Kanun'un 1961 yılında yürürlüğe girmesinin hemen ardından gelen "planlı dönem"in ilk planlarında bu kanunun uygulanmasına yönelik koruyucu ve tedavi edici birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir yer tuttuğu dikkati çekmektedir.

O yılların en önemli sağlık problemleri olan sıtma, verem, trahom, cüzzam ve frengi gibi "bulaşıcı hastalıklarla savaş" konuları da bu ilk planlarda önemli bir yer tutmaktadır. Ana-çocuk sağlığı, işçi sağlığı gibi konuların da yer aldığı ilk planda "Tedbirler" başlığı altında sayılan "Özel sektörün hastane kurma teşebbüsünü teşvik edecek tedbirler alınacaktır." ile "Yerli ilaç sanayii teşvik edilecektir." maddeleri dikkati çeken hususlardandır. "Hastanelerin döner sermayeli işletmeler haline getirilmesi imkânlarının araştırılacağı" hükmü de Birinci Planda yer alan bir ilgi çekici hususlardan biridir.

c) Hastaneler: Yine bu ilk planlarda sağlık tesislerinin kapasitelerine yönelik planlamalar da öne çıkmaktadır. Ancak IV. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda dikkati çeken önemli bir husus, Üçüncü Planda hedeflenen kişi başına düşen yatak sayısında indirim öngörmüş olmasıdır. Üçüncü Planda, on bin kişiye düşen yatak sayısı 26 iken, Dördüncü Planda bu rakam 18,5 olarak belirlenmiştir. "Diğer planlardaki kişi başına düşen yatak sayıları ve sağlık çalışanı sayılarına, anne-bebek ölüm verilerine planların bitiminde ulaşılamadığı görüldüğünden,

daha gerçekçi bir yaklaşım olacağı düşüncesi ile bu indirimin öngörüldüğü" iddiası ileri sürülse de Üçüncü Planda "Yataklı tedavi kurumlarında Plan hede-finin aşılması yatırım ve insan gücü açı-larından koruyucu hekimlik hizmetlerinin aleyhinde olmaktadır." serzenişisi aslında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un işlevselliği açısından konuya bakıldığını düşündürmektedir. Nitekim Beşinci Plandaki "Yataklı tedavi kurumlarında mevcut kapasitenin daha rasyonel, etkili ve verimli kullanımı sağlanacaktır. Buna göre, on bin kişiye 26 yatak kapasitesi sağlanması plan hedefi olmakla birlikte, mevcut boş yatak kapasitesi kullanılmayan illerde yeni yatak ilavesine gidilmeyecektir." ifadesi de bunun işareti sayılabilir.

Birinci Planda "Kamu sektöründe opti-mum büyüklüğün altında az yataklı sağlık kurumlarından kaçınılacak ve yeniden yapılacak yataklı sağlık kurumlarının bir sağlık sitesi halinde ve mümkün olan her halde aynı arsa üzerinde yapılmasına ça-lışılacaktır." denilirken Beşinci Planda tam tersine bir kararla "Hastane işletmeciliği açısından rasyonel ve verimli olmayan çok büyük yatak kapasiteli eğitim ve uygulama hastanelerinin inşa edilmesi önleneyecek." ifadesinin yer alması da aslında tedavi edici hizmetlere artık önem verilmeyeceği kanaati olduğunu düşündürse de diğer yandan aynı planda "Özel sağlık müesseseleri ve hastaneler teşvik edilecektir. Bu müesseselerin sağ-ladıkları hizmetlerin karşılığı olan ücretler serbest bırakılacaktır. Diğer taraftan serbest çalışan hekimlerle anlaşmalar yapılarak kamunun hizmet satın alması yoluyla sağlık hizmetleri geliştirilecektir." denilerek özel sağlık kuruluşlarının teşvik edilmesi bu düşüncüyü geçersiz kılmaktadır.

Dokuzuncu Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin önemli göster-geleri olan yatak ve hekim sayısı ile bunların nüfusa oranlarına iyileşmeler öngörülmüşse de, bu dönemde yapılan kontenjan artışının etkisinin ancak bir sonraki plan döneminde görülebilecek olması nedeniyle, hekim başına nüfus konusundaki iyileşme sınırlı kalmıştır.

ç) Nüfus Planlaması: Henüz doğum kontrolünün kanunla yasak olduğu bir döneme denk gelen Birinci Planda "Nüfus Meselesi" başlığı altında önce

6 sayfalık bir açıklamadan sonra “bir zamanlar çok haklı sebeplerle kabul edilmiş” olduğu ifade edilen “nüfusu mümkün olduğu kadar hızlı artırma politikası”nın o günün şartlarına uygun olmadığı için nüfus plânlamasını yasaklayan kanunun değiştirileceği belirtildikten sonra “Nüfus Plânlaması bazı çevrelerde bir yanlış anlama sonucu olarak çocuk sahibi olmada bir Devlet müdahalesiyle karıştırılmaktadır. Oysa nüfus plânlaması, ailelerin istedikleri sayıda ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olmalarını kolaylaştıran demokratik bir usuldür.” denilmek suretiyle Nüfus Planlaması’ndan bahsedilmiş olsa da İkinci Planda başlık Aile Planlaması şeklinde değiştirilmiş ve konu daha önemle ele alınmıştır.

Üçüncü Plana Girerken Türk Toplumunun Temel Sorunları sayılırken ilk sırayı “Nüfus İle İlgili Sorunlar” almıştır. Ayrıca “Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği illerde aile sağlığı ve planlaması hizmetlerinin geliştirilmesine önem verileceği ve bu amaçla, köysel bölgelerde çalışan köy ebelerinin hizmetleri geliştirileceği” hükmü bu planda yer almaktadır..

d) Sağlık Reformu ve Aile Hekimliği: Yedinci Planda ilk defa “Sağlık Reformu” başlığı kullanılmıştır. Sekizinci Planda ise ilk defa “Aile Hekimliği”nden bahsedilerek “Birinci basamak sağlık hizmet birimleriyle entegre aile hekimliği uygulaması için gerekli düzenlemeler gerçekleştirilecektir.” denilmiş ve ayrıca hastaneler hakkında “rekabet edebilirlik” ve “özerk işletme” tabirlerinin kullanıldığı “Hastanelerin rekabet edebilir ve özerk işletmeler haline dönüştürülmesi ile ilgili mevzuat düzenlemeleri yapılacaktır.” ifadeleri yer almıştır.

İlginç olarak “Sigara kalitesinin iyileştirileceği, kayıpların önleneceği ve sağlık nedenleri ile filtreli sigara talebindeki hızlı artışın devam edeceği kabul edilmiştir.” şeklinde bir ifade de Üçüncü Planda yer almaktadır.

Onuncu Kalkınma Planında Sağlık

Türkiye’yi 21. yüzyıla hazırlamanın gerekli alt yapısını oluşturmak amacıyla hazırlanan 2001-2023 yıllarını kapsayan Uzun Vadeli Gelişme Stratejisinin ortaya koyduğu perspektifle, öncelikleri ve politikaları itibarıyla çağın değişen ekonomik ve sosyal gelişmelerini dikkate alarak hazırlanan son plan olan X. Kalkınma Planı (2014-2018)’nda Sağlık konusunu ele aldığımız bu çalışmamızda öncelikli plandaki durum analizini aktaralım:

“Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu

Tablo 2: Onuncu Planda Sağlık Alanında Gelişmeler ve Hedefler

	2006	2012	2013	2018
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	25,1	26,5	26,7	28,4
100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	151	172	176	193
100 Bin Kişiye Düşen Hemşire Sayısı	119	180	191	295
Fiziki Altyapının Dengeli Dağılım Oranı (1)	-	2,55	2,42	2,00
Sağlık Personelinin Dengeli Dağılım Oranı (2)	3,40	2,24 (3)	2,20	2,00
Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı	0,79	1,04	1,09	1,53
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	16,5	7,73	7,1	6,0
Anne Ölüm Hızı (Yüz Bin Canlı Doğumda)	28,5	15,53	14,5	9,5

Kaynak: 2006 ve 2012 yılı verileri Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden hesaplanmış olup, 2013 ve 2018 yılı verileri Onuncu Kalkınma Planı tahminleridir.

(1) 29 Sağlık Bölgesi arasından “10 bin kişiye düşen yatak sayısı”nın en yüksek olduğu bölgedeki kişi başına yatak sayısının en düşük olduğu bölgedeki kişi başına yatak sayısına oranıdır.

(2) İstatistik Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS) Düzey 1’e göre “100 bin kişiye düşen toplam hekim sayısı”nın en yüksek olduğu bölgedeki kişi başına hekim sayısının en düşük olduğu bölgedeki kişi başına hekim sayısına oranıdır.

(3) 2011 yılı verisidir.

kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır. Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiş, bebek ve anne ölüm oranları hızla düşürülmüş ve doğuşta beklenen yaşam süresi yükselmiştir. Kişi başı hekim müracaat sayısı 2002 yılında 3,2 iken 2011 yılında 8,2’ye, sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bin kişiye, aşılama oranı ise yüzde 77’den yüzde 97’ye ulaşmıştır. Bu iyileşmeler memnuniyet oranlarına da yansımış ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında yüzde 75’e yükselmiştir.”

Sağlıkta mevcut durumdaki değişimi gösteren ve 2018 perspektifinin de yer aldığı aşağıdaki tablo da planda yer almaktadır.

X. Kalkınma Planında yer alan sağlıkla ilgili konulara gelecek olursak;

a) Sosyal Güvenlik Harcamalarında Artış

Onuncu Planda 2007-2012 döneminde SGK sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı 0,8 puan artarak yüzde 3,1 olarak gerçekleştiği ve bu artışta, daha önce merkezi yönetim bütçesinden karşılanan devlet memurlarının ve prim ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarının SGK’ya devredilmesi etkili olduğu belirtilmekte; diğer taraftan, GSYH’ya oran olarak 2006 yılında yüzde 4,1 düzeyinde gerçekleşen toplam kamu sağlık harcamaları, sağlık sigortası kapsamının genişlemesi ve sağlık hizmetlerine erişimin artmasına rağmen alınan tedbirlerin etkisiyle sınırlı bir artış göstererek 2012 yılında yüzde 4,2 düzeyine yükseldiği ifade edilmektedir.

Tüm dünyada sağlık harcamalarının artmasının beklendiği de Onuncu Planda şu ifadelerle belirtilmektedir: “Toplam nüfusun ve yaşlı nüfus oranının artması, gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık bilincinin gelişmesi, yeni sağlık teknolojileri ve sağlık hizmetlerine talebin artması gibi hususların etkisiyle tüm dünyada sağlık harcamalarının artması beklenmektedir.”

Planda ülkemizin mevcut durumunda, genç nüfus yapısına sahip olması nedeniyle sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranı gelişmiş ülkelerin gerisinde olduğu ancak ilerleyen dönemde tüm dünyadaki artış beklentisine paralel olarak, Türkiye’de de sağlık harcamalarının artacağı öngörülmekte ve “Demografik fırsat penceresi yeterince iyi değerlendirilmediği, emeklilik ve sosyal güvenlik sisteminde şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde, artan sağlık harcamaları, önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemi ve kamu maliyesi üzerinde baskı oluşturabilecektir.” denmektedir. Alınması gereken tedbirler “Kamu Harcamalarının Rasyonelleştirilmesi Programı” çerçevesinde “Sağlık Harcamalarının Etkinleştirilmesi” başlığı altında “6. Bileşen” olarak ele alınmakta ve dört husus öne çıkarılmaktadır:

- Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması
- Kademeli bir şekilde sevk zinciri uygulamasına geçilmesi
- Sağlık teminat paketlerinin gözden geçirilmesi
- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi

Konu her ne kadar Sosyal Güvenlik Sistemini doğrudan ilgilendirse de bu bileşen için “Koordinatör ve Sorumlu Kurum” olarak Sağlık Bakanlığının seçilmiş olması önemlidir.

b) Sağlık Endüstrileri

X. Kalkınma Planı sağlık endüstrileri için ayrı bir öneme sahip. Önceki planlarda "sağlık endüstrileri" kavramı yer almazken, yeni planda sağlık endüstrileri için bir dönüşüm programı dikkat çekiyor. İlaç ve tıbbi cihazı sadece sağlık politikası kapsamında konuşmanın dışına çıkıp sağlık endüstrileri adı altında sanayi politikası altında konuşabiliyor olmak Planın önemli özelliklerinden biri. Ülkemizde artan ve yaşlanan nüfus, ortalama yaşam süresinde yükselme, sağlık hizmetlerinde ve ilaca erişimde iyileşme, artan refah düzeyi ve farkındalık gibi faktörler nedeniyle ilaç ve tıbbi cihaz talebinin artması sosyal güvenlik harcamalarında ve cari açık üzerinde baskı oluşturduğu, bu yüzden savunma sanayiindeki offset uygulamasının benzerinin enerji, ulaştırma yanında sağlık alanında da yaygınlaştırılması politikalarıyla özellikle ithalat ağırlıklı olan tıbbi cihaz alanında dışarıya bağımlılığın önüne geçecek ve ihracatı artıracak tedbirler alınması için gereken çabaların gösterilmesi düşünülmektedir.

Bu kapsamda orta vadede yerli üretim kapasitesinin artırılması, Ar-Ge ve girişim ekosisteminin geliştirilmesi, uzun vadede yeni molekül geliştirebilen, daha yüksek katma değerli ilaç ve tıbbi cihaz üretebilen bir yapıya kavuşarak küresel değer zincirlerinde etkinliğin artırılması öngörülmektedir. Bu programla yüksek katma değerli ürün üretebilen, küresel pazarlara ürün ve hizmet sunabilen ve yurtiçi ilaç ve tıbbi cihaz ihtiyacının daha büyük bir kısmını karşılayabilen bir üretim yapısına geçilmesi amaçlanmaktadır; bunun için de yurtiçi ilaç ihtiyacının değer olarak yüzde 60'ının, yurtiçi tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme ihtiyacının ise yüzde 20'sinin yerli üretimle karşılanması "Program Hedefleri" arasında sayılmaktadır.

c) Tamamlayıcı Tıp

Onuncu Planda diğerlerinden farklı bir özellik de Tamamlayıcı Tıp konusunun planda "**Politikalar**" başlığı altında yer almış olmasıdır ve bu husus şu şekilde ifade edilmektedir: "*Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirlenecek ve bu alan denetim altına alınacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanacak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenecektir.*"

ç) Sağlık Turizmi

Onuncu Planda yer alan farklı bir başlık da Sağlık Turizmidir. Uzun dönemde artması beklenen sağlık harcamalarının;

sağlık teknolojilerinin daha yoğun kullanımı, ilaç ve tıbbi malzeme üretimine odaklanma yanında sağlık turizmini geliştirme gibi fırsat alanlarını da beraberinde getireceği belirtildikten sonra şu tespitte bulunmaktadır: "*Sağlık hizmeti sunum kalitesinde rekabetçiliği giderek artan ülkemiz, başta Avrupa ve OECD ülkeleri olmak üzere nüfusu giderek yaşanan ülkelere sağlık hizmeti sunma potansiyeline sahiptir. Sağlık turizmi; döviz gelirleri nedeniyle cari denge, emek yoğun yapısı itibarıyla istihdam, turizmde çeşitliliğin ve katma değer artırılması yoluyla gelir artışı, sağlık altyapısının güçlendirilmesine bağlı olarak yatırım etkisi yaratabilecek bir alandır.*"

Planın "**Sağlık Turizminin Geliştirilmesi**" başlığı altında "**termal turizm**"de 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması, 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turiste hizmet sunulması ve 3 milyar dolar gelir elde edilmesi hedeflenirken; "**medikal turizm**"de dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olunması, 750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi ve bu yolla 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi beklenilmektedir. Ayrıca özellikle Batı ülkelerinde yaşanan nüfusa yönelik olarak gerçekleştirilecek "**ileri yaş turizmi**"nde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması, 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi ve 750 milyon dolar gelir elde edilmesi planlanmaktadır.

d) Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı

Onuncu planda sağlığın herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması; beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumu olduğu hatırlatılmakta ve sağlıklı bir yaşam için tedavi edici, sakatlığı ve salgın hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinin yanında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ve bu hastalıkların risk faktörleriyle mücadelenin önem arz ettiği, sağlıklı ve kaliteli yaşamın bireylerin refah ve mutluluğunu artırmada temel bir unsur olduğu belirtilerek ortaya konulan "**Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı**" ile sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele ile gıda güvenilirliğinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ruh sağlığının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Program bileşenleri arasında "**Gıda Güvenilirliğinin Artırılması**", "**Sağlıklı ve Dengeli Beslenme Düzeyinin Artırılması**", "**Tütün Kullanımı ile Alkol ve Madde Bağımlılığının Azaltılması**", "**Kanser, Kalp ve Damar ve Diyabet gibi Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Görülme Sıklığının ve Risk Faktörlerinin Azaltılması**", "**Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi**" ve "**Spor Yapma Alışkanlığının ve Hareketliliğin Teşviki**" başlıkları yer almaktadır.



Sonuç

Türkiye'nin 2023 vizyonuna yönelik Uzun Vadeli Gelişme Stratejisi ile ortaya koyduğu perspektifle, öncelikleri ve politikaları itibarıyla çağın değişen ekonomik ve sosyal gelişmelerini dikkate alınarak ve halkın ulaştığı memnuniyet düzeyini bulduğu noktadan aşağıya düşürmeden sağlık hizmetlerinde erişmeye devam edebileceği kaliteli ve sürdürülebilir bir sağlık sistemini temini maksadıyla hazırlanan X. Kalkınma Planında, önceki planlardan farklı olarak Sosyal Güvenlik Sisteminde ortaya çıkması muhtemel açıkları kapatmaya matuf olmak üzere kamu sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, ilaç ve tıbbi cihazda dışa bağımlılığı ortadan kaldırılması, sağlık turizmini canlandırarak sağlık finansmanının dengelenmesi ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının teşviki ile tedavi masraflarının azaltılması gibi tedbirlerin ön plana geçmiş olduğu söylenebilir.

Kaynaklar

Beş Yıllık Kalkınma Planları, Kalkınma Bakanlığı web sitesi <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/Bes-YillikKalkinmaPlani.aspx> (Erişim tarihi: 15.02.2015)

Ersin Gürdoğan, Görünmeyen Üniversite (Genişletilmiş 4. Baskı), İz Yayıncılık, İstanbul, 2004.

Fatih Şantaş ve ark, Türk Kalkınma Planlarında Sağlık İnsan Gücü Planlaması, Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 2, Sayı: 2, ss. 45-59, Güz 2012

Güngör Uras, DPT "kendi gitti adı kaldı yadigar", Milliyet Gazetesi köşe yazısı, <http://www.milliyet.com.tr/dpt-kendi-gitti-adi-kaldi-yadigar/ekonomi/ekonomiyazardetay/10.06.2011/1400711/default.htmG> (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Kalkınma Planları, Kalkınma Bakanlığı web sitesi <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> (Erişim tarihi: 15.02.2015)

Onuncu Kalkınma Planında Sağlıkla İlgili Bölümler

1. Bölüm: Küresel gelişmeler ve eğilimler

Sağlık ve Sosyal Güvenlik

Teknolojik imkânların gelişmesi ve artan yaşam kalitesine bağlı olarak uzun dönemde sağlıkta sürekli daha iyiye giden bir eğilim beklenmektedir. Son dönemde, hastalıkların küresel ölçekteki ağırlığı, bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara kaymaktadır. Diğer taraftan çocuk ölümlerinin önemli oranda azalması ve ortalama yaşam süresinin artması beklenmektedir. Bununla birlikte ülke içi ve ülkeler arasında zengin fakir kesimlerin ortalama yaşam süresi farkının devam edeceği öngörülmektedir.

Nüfus yapısındaki değişim ve teknolojik gelişmeler; sağlık sektöründe önemli etkiler oluşturacak, imalat sanayi ve hizmetler sektörlerinde yeni alanların oluşumunu tetikleyecek, teşhis ve tedavi hizmetlerinde yeni fırsatlar sunacak, ancak bu durum aynı zamanda nitelikli sağlık hizmetlerine erişimde farklı gelir grupları arasındaki eşitsizliği ileri boyutlara taşıyabilecektir.

Toplam nüfusun ve yaşı nüfus oranının artması, gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık bilincinin gelişmesi, yeni sağlık teknolojileri ve sağlık hizmetlerine talebin artması gibi hususların etkisiyle tüm dünyada sağlık harcamalarının artması beklenmektedir. Artan sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemi üzerinde yarattığı baskı, özellikle birçok gelişmiş ülkede yüksek kamu borçları ve zayıf bütçe yapısının gerisindeki temel etken olmaya devam edecektir.

Mevcut durumda, genç nüfus yapısına sahip olması nedeniyle Türkiye'nin sağlık harcamalarının millî gelir içindeki oranı gelişmiş ülkelerin gerisindedir. İlerleyen dönemde tüm dünyadaki artış beklentisine paralel olarak, Türkiye'de de sağlık harcamalarının artacağı öngörülmektedir. Demografik fırsat penceresi yeterince iyi değerlendirilmediği, emeklilik ve sosyal güvenlik sisteminde şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde, artan sağlık harcamaları, önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemi ve kamu maliyesi üzerinde baskı oluşturabilecektir.

Uzun dönemde artması beklenen sağlık harcamaları; sağlık teknolojilerinin daha yoğun kullanımı, ilaç ve tıbbi malzeme üretimine odaklanma, sağlık turizmini geliştirme gibi fırsat alanlarını da beraberinde getirecektir. Sağlık hizmeti sunum kalitesinde rekabetçiliği giderek artan ülkemiz, başta Avrupa ve OECD ülkeleri olmak üzere nüfusu giderek yaşanan ülkelere sağlık hizmeti sunma potansiyeline sahiptir. Sağlık turizmi; döviz gelirleri nedeniyle cari denge, emek yoğun yapısı itibarıyla istihdam, turizmde çeşitliliğin ve katma değerlerin artırılması yoluyla gelir artışı, sağlık altyapısının güçlendirilmesine bağlı olarak yatırım etkisi yaratabilecek bir alandır.

2. Bölüm: Planın Hedefleri ve Politikaları

Sağlık

a) Durum Analizi

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi ve erişimde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Bu kapsamda; aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları başta olmak üzere pek çok alanda reform niteliğinde gelişmeler sağlanmıştır.

Temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler kaydedilmiş, bebek ve anne ölümlerinin oranları hızla düşürülmüş ve doğuştan beklenen yaşam süresi yükselmiştir. Kişi başı hekim müracaat sayısı 2002 yılında 3,2 iken 2011 yılında 8,2'ye, sağlık personeli sayısı 378 binden 670 bin kişiye, aşılama oranı ise yüzde 77'den yüzde 97'ye ulaşmıştır. Bu iyileşmeler memnuniyet oranlarına da yansımış ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet oranı 2012 yılında yüzde 75'e yükselmiştir.

Kamu kaynaklarına ilave olarak sağlık yatırımlarının kamu özel işbirliği (KÖİ) yöntemiyle de gerçekleştirilmesi amacıyla yasal düzenleme yapılmış ve bu yolla başta büyük şehirlerde olmak üzere 2013 yılı Mayıs ayı itibarıyla yaklaşık 30 bin yatak kapasitesine sahip hastane yapımı için süreç başlatılmıştır.

Daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performans dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde, sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyacı devam etmektedir. Fiziksel aktivite yetersizliği, obezite ve tütün kullanımı ile mücadele gibi sağlıklı hayata yönelik program ve eylem planları uygulanmaya başlanmakla birlikte, bu programların geliştirilmesi ve uygulamada etkinliğin artırılması gerekmektedir. 2002 yılında yüzde 3,8 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı 2012 yılında yüzde 4,2 seviyesine yükselmiştir. Yaşlanan nüfus, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve daha kaliteli sağlık hizmeti talebi gibi sebeplerle kamu sağlık harcamalarının daha da artabileceği öngörülmektedir.

b) Amaç ve hedefler

Vatandaşlarımızın yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanması temel amaçtır. Bu amaç doğrultusunda veriye ve kanıta dayalı politikalarla desteklenen, erişilebilir, nitelikli, maliyet etkin ve sürdürülebilir bir sağlık hizmet sunumu esastır.

c) Politikalar

- Bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye

yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir.

- Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilecek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır.

- Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilecektir.

- Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması geliştirilecektir.

- Akılcı ilaç kullanımı için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi sağlanacak, ilaç ve tıbbi cihazların kalitesi, kullanımı ve bunlara yönelik harcamaların etkinliği kontrol edilecektir.

- Sağlıkta insan gücü, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nicelik ve nitelik olarak geliştirilecektir.

- Üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri ile sağlık hizmet sunumundaki rolleri net bir şekilde tanımlanarak hem hastanelerin mali sürdürülebilirliğini temin edecek hem de nitelikli tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmaların yapılmasını sağlayacak yapısal reformlar hayata geçirilecektir.

- Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucuları ile ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirlenecek ve bu alan denetim altına alınacaktır. Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu sağlanacak, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmalar desteklenecektir.

- Tüketiciler yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilinçlendirilecek, hayvansal ürünler ve su ürünlerinin tüketimi yaygınlaştırılacaktır.

- Veri ve kanıta dayalı sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesi sağlanacaktır.

3. Bölüm: Öncelikli Dönüşüm Programları

Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı

a) Programın Amacı ve Kapsamı

Ülkemizde artan ve yaşlanan nüfus, ortalama yaşam süresinde yükselme, sağlık hizmetlerinde ve ilaca erişimde iyileşme, artan refah düzeyi ve farkındalık gibi faktörler nedeniyle ilaç ve tıbbi cihaz talebinin artması sosyal güvenlik harcamalarında ve cari açık üzerinde baskı oluşturmaktadır. Uzun vadede Türkiye'nin küresel bir ilaç Ar-Ge ve üretim merkezi olması, ilaç ve tıbbi cihaz alanında rekabetçi bir konuma ulaşması önem arz etmektedir. Bu programla yüksek katma değerli

ürün üretebilen, küresel pazarlara ürün ve hizmet sunabilen ve yurtdışı ilaç ve tıbbi cihaz ihtiyacının daha büyük bir kısmını karşılayabilen bir üretim yapısına geçilmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda orta vadede yerli üretim kapasitesinin artırılması, Ar-Ge ve girişim ekosisteminin geliştirilmesi, uzun vadede yeni molekül geliştirebilen, daha yüksek katma değerli ilaç ve tıbbi cihaz üretebilen bir yapıya kavuşarak küresel değer zincirlerinde etkinliğin artırılması öngörülmektedir.

b) Program Hedefleri

- Yurtdışı tıbbi cihaz ve tıbbi malzeme ihtiyacının yüzde 20'sinin yerli üretimle karşılanması

- Yurtdışı ilaç ihtiyacının değer olarak yüzde 60'ının yerli üretimle karşılanması

c) Performans Göstergeleri

- İlaç ve tıbbi cihazda ihracatın ithalatı karşılama oranı

- İlaç ve tıbbi cihaz Ar-Ge harcamalarının GSYH içindeki payı

- İlaç sektörünün yerli ve uluslararası patent başvurusu sayısı

- Türkiye'de tıbbi cihaz şirketi sayısı

- İlaç sektöründe çalışan sayısı

- Türkiye'de üretimine başlanan yeni ilaç sayısı

d) Program Bileşenleri

1. Bileşen: Kamunun Yönlendirme Kapasitesinin Güçlendirilmesi

- İlaç ve tıbbi cihaz sektörlerinde orta ve uzun vadeli stratejilerin ve yol haritalarının hazırlanması

- İlaç ve tıbbi cihaz alanında sağlık, sosyal güvenlik, sanayi politika ve uygulamalarında eşgüdüm ve yönetişimin geliştirilmesi amacıyla yönlendirme kurulu oluşturulması

- Tıbbi cihazda odak ürünler için orta ve uzun dönem tedarik planı hazırlanması

- Geleceğe yönelik ihtiyaçların belirlenebilmesi için veri altyapısının oluşturulması, veri paylaşım standartlarının belirlenmesi

- Sağlık hizmeti sunumu perspektifinden tıbbi cihaz ürün standartlarının geliştirilmesi

- Kamunun savunma alanındaki yerleşik deneyimlerinden faydalanarak alım yapan kurumların sektörlü yönlendirme ve düzenleme kapasitelerinin güçlendirilmesi

2. Bileşen: Ar-Ge ve Yenilik Alanının Geliştirilmesi

- Yerli ve yabancı nitelikli araştırmacı sayısının artırılması

- Öncelikli alanlar belirlenerek temel araştırma programlarının oluşturulması

- Yerli ve yabancı özel sektör ile yakın işbirliği içinde çalışacak akredite araştırma, test ve ölçüm merkezlerinin kurulması

- Sürdürülebilir Ar-Ge, üretim,

ticarileştirme için alternatif finansal modeller ile programlar tasarlanması

- Ar-Ge destek programlarının geliştirilmesi

3. Bileşen: İş ve Girişim Ekosisteminin Geliştirilmesi

- Yeni sağlık programları oluştururken yerli ilaç sanayi ile işbirliği modellerinin geliştirilmesi

- Yeni girişim modelleri için finansman yöntemlerinin geliştirilmesi, destek araçlarının tasarlanması

- Tıbbi cihaz ve ilaç sanayi kümelenmelerinin oluşturulması

- Sektöre özgü üniversite-sanayi işbirliği sistem ve modellerinin geliştirilmesi

4. Bileşen: Üretim ve İhracatın Desteklenmesi

- İkili anlaşmalarla ruhsatlandırma ve teknik denetim süreçlerinin hedef bölge ve ülkelerde kolaylaştırılmasına yönelik olarak girişimlerde bulunulması

- İmalat sanayi üzerinde dönüştürücü etkisi yüksek uluslararası doğrudan yatırımlara verilen desteklerin etkinleştirilmesi

- Yerli ilaç üretimini ve ihracatını teşvik için uluslararası yükümlülüklerle uyumlu bir şekilde yeni önlemlerin devreye sokulması

e) Koordinatör ve Sorumlu Kurum/Kuruluşlar

Genel Koordinatörler: Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı

Bileşenlerden Sorumlu Kurum/Kuruluş

1. Bileşen: Sağlık Bakanlığı
2. Bileşen: Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı
3. Bileşen: Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı
4. Bileşen: Ekonomi Bakanlığı

Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı

a) Programın Amacı ve Kapsamı

Tıbbi tedavinin alınması, termal kaynakların kullanılması, rehabilitasyon hizmetlerinin ve kişilerin kendilerini iyi ve sağlıklı hissetmesini sağlayan hizmetlerin giderek artmasına paralel olarak sağlık turizmi, ülkemizin potansiyeli dikkate alındığında önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu programla, Türkiye'nin dünyada yükselen pazar konumunda olduğu medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş-engelli turizmi alanlarındaki hizmet kalitesinin yükseltilerek rekabet gücünün artırılması amaçlanmaktadır.

b) Program Hedefleri

- Termal turizmde 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması
- Termal turizmde 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turisti hizmet sunulması
- Termal turizmde 3 milyar dolar gelir elde edilmesi
- Medikal turizmde dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olunması

- 750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi

- Medikal turizmde 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi

- İleri yaş turizmde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması

- İleri yaş turizmde 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi

- İleri yaş turizmde 750 milyon dolar gelir elde edilmesi

c) Performans Göstergeleri

- Termal, medikal ve ileri yaş turizmde yatak kapasitesi

- Termal, medikal ve ileri yaş turizmde turist sayısı

- Termal, medikal ve ileri yaş turizmde turizm geliri

- Medikal turizmde Türkiye'nin dünyadaki sırası

d) Program Bileşenleri

1. Bileşen: Sağlık Turizmine Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi

- Hedef ülke, bölge ve branşları dikkate alan bir sağlık turizmi stratejisi ve eylem planı hazırlanması

- Kamu kurumları arasında koordinasyon mekanizmalarının geliştirilmesi, kamu ile özel sektör arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi

- Fiyat farklılaştırmasına da imkân tanıyan mevzuat altyapısının oluşturulması

- İstatistik altyapısının geliştirilmesi

2. Bileşen: Sağlık Turizmi Alanında Fiziki ve Teknik Altyapının İyileştirilmesi

- Termal turizm varlıkları ve medikal turizm altyapısı envanterlerinin hazırlanması

- Hastane, termal otel, ileri yaş ve engelli bakım merkezleri gibi tesislerin sağlık turizmde kullanım imkânlarının artırılması

- Sağlık turizmi kapsamında yatırım ve planlama konusunda destek sağlanması, arazi temini için yeni modellerin oluşturulması

3. Bileşen: Sağlık Turizmi Hizmet Kalitesinin Artırılması

- Sağlık turizmi alanında çalışan personelin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi

- Sağlık turizmine yönelik hizmet ve tesis standartlarının yükseltilmesi Konaklama ve diğer yardımcı hizmetler için kolaylaştırıcı mekanizmaların geliştirilmesi

4. Bileşen: Sağlık Turizmi Alanında Etkin Tanıtım ve Pazarlama Yapılması

- Hedef ülke ve bölgelerde tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin artırılması

- Tanıtım ve pazarlama alanında kamu ve özel sektör işbirliklerinin artırılması

e) Koordinatör ve Sorumlu Kurum/Kuruluşlar

Genel Koordinatörler: Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı

Bileşenlerden Sorumlu Kurum/Kuruluş

1. Bileşen: Sağlık Bakanlığı
2. Bileşen: Kültür ve Turizm Bakanlığı
3. Bileşen: Sağlık Bakanlığı
4. Bileşen: Kültür ve Turizm Bakanlığı

Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programı

a) Programın Amacı ve Kapsamı

Sağlık, herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması; bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyi olma durumudur. Sağlıklı yaşam için tedavi edici, sakatlığı ve salgın hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinin yanında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ve bu hastalıkların risk faktörleriyle mücadele önem arz etmektedir. Sağlıklı ve kaliteli yaşam bireylerin refah ve mutluluğunu artırmada temel bir unsurdur. Bu programla sağlıklı beslenme, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele ile gıda güvenliğinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ruh sağlığının geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

b) Program Hedefleri

- Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm oranının azaltılması

- 19 yaş ve üstü obez nüfus oranının yüzde 24'e indirilmesi

- 15 yaş ve üzeri nüfusta yeterli fiziksel aktivite yapanların oranının yüzde 62'ye çıkarılması (yaşa standardize)

- Erişkinler (15 yaş ve üstü) arasında her gün tütün mamûlü kullanma oranının yüzde 19'a düşürülmesi

- 5 yaş altı çocuklarda bodurluk oranının yüzde 7,5'e indirilmesi

c) Performans Göstergeleri

- Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklı ölüm oranı

- Obez nüfus oranı

- 15 yaş ve üzeri nüfusta yetersiz fiziksel aktivite yapanların oranı

- Erişkinler (15 yaş ve üstü) arasında her gün tütün mamûlü kullanma oranı

- 5 Yaş altı çocuklarda bodurluk yüzdesi

ç) Program Bileşenleri

1. Bileşen: Gıda Güvenilirliğinin Artırılması

- Sağlık ve hijyen koşulları dikkate alınarak güvenilir gıda üretim ve tüketimi için toplumun bilimsel verilere dayalı olarak bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi

- Gıda ve yem kontrol hizmetlerinin etkinliğinin artırılması, mevzuatın uluslararası gelişmeler dikkate alınarak sürekli güncellenmesi

- Gıda denetim ve kontrol altyapısının geliştirilmesi

- Güvenilir gıda üretim ve tüketimi için gıda etiketleme, izlenebilirlik ve ürün takip sisteminin geliştirilmesi

2. Bileşen: Sağlıklı ve Dengeli Beslenme Düzeyinin Artırılması

- Başta obezite ve kronik hastalık

riski olan çocuklar olmak üzere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi teşvik eden faaliyetlerin düzenlenmesi

- Toplumda sağlıklı ve dengeli beslenme amacıyla bilinçlendirme ve davranış değişikliği programlarının geliştirilmesi obezite ve kronik hastalık riski olan bireylerin takibi için izlem ve tedavi standartlarının geliştirilmesi

- Gıda güvenilirliği ve besin kalitesinin artırılması ile şeker, yağ ve tuz içeriğinin azaltılmasına yönelik sektörler arası eşgüdüm ve işbirliğinin güçlendirilmesi

3. Bileşen: Tütün Kullanımı ile Alkol ve Madde Bağımlılığının Azaltılması

- Tütün kullanımı ile alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele kapsamında programlar ve kampanyalar düzenlenmesiyle denetimlerin etkinleştirilmesi

- Tütün kullanımıyla ilgili kapalı mekân yasaklarının etkin bir şekilde uygulanması

4. Bileşen: Kanser, Kalp ve Damar ve Diyabet gibi Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Görülme Sıklığının ve Risk Faktörlerinin Azaltılması

- Bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda eğitim ve kampanyalar düzenlenmesi, izlem ve yönetim için surveys sisteminin kurulması

- Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik eğitim ve araştırma kapasitesinin artırılması

5. Bileşen: Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi

- Bireylerin ruh sağlığını geliştirmeye yönelik programların oluşturulması

- Toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinin nitelik ve niceliğinin iyileştirilmesi İntihar girişimlerinin önlenmesi için farkındalık oluşturacak eğitim ve destek programlarının düzenlenmesi

6. Bileşen: Spor Yapma Alışkanlığının ve Hareketliliğin Teşviki

- Yaşam mekânlarının spor yapmayı ve hareketliliği sağlayacak şekilde tasarlanması

- Kamuya ait spor tesislerinin etkin kullanımının sağlanması ve herkesin kullanımına açılması

- Spor alanlarının, parkların, yürüyüş ve bisiklet parkurlarının geliştirilmesi

- Toplumda spor yapma kültür ve bilincinin geliştirilmesi

- Okullarda yapılan sportif etkinliklerin çeşitlendirilerek artırılması

d) Koordinatör ve Sorumlu Kurum/Kuruluşlar

Genel Koordinatör: Sağlık Bakanlığı

Bileşenlerden Sorumlu Kurum/Kuruluş

1. Bileşen: Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı
2. Bileşen: Sağlık Bakanlığı
3. Bileşen: Sağlık Bakanlığı
4. Bileşen: Sağlık Bakanlığı
5. Bileşen: Sağlık Bakanlığı
6. Bileşen: Gençlik ve Spor Bakanlığı

Entegre Sağlık Kampüsleri veya nam-ı diğer Şehir Hastaneleri

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulu'nda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesi'nde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalına Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevinde bulundu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Kamu özel ortaklığı (public private partnership- PPP) ile Bakanlığın “şehir hastaneleri” diye adlandırdığı büyük kampüs hastaneleri konusu iç içe geçmiş durumdadır. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı değiştirilerek uygulamaya konan Kamu Hastane Birlikleri ise bu yapıların yönetim biçimini oluşturmaktadır. Bu hastanelerin yerleşim yerlerinde etkili olan Sağlık Bölgelerinin planlaması da konuyla çok yakından ilişkili bir husustur. Kısacası birbirinden bağımsız gibi görünen bu dört konuyu bir arada değerlendirdiğimizde “Şehir Hastaneleri” modelini daha iyi anlamamız mümkün olacaktır. Bütünün parçalarını ayrı ayrı ele alarak anlamaya çalışmanın konunun bütününü kavramamıza yardımcı olacağını düşünüyorum.

Sağlık Bölge Planlamaları

Bilindiği gibi Dr. Behçet Uz, ilk Sağlık Bakanlığı döneminde (1946-1948) Behçet Uz Planı olarak bilinen Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planını hazırlamış, ancak hazırladığı planı kanunlaştırmadan bakanlıktan ayrılmıştır. İkinci kez Sağlık Bakanlığı yaptığı dönemde (1954-1955) Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nın devamı niteliğinde Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütleri hazırlamıştır. Bu program kanuni temele oturtularak tümüyle uygulama imkânı bu-

lamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Milli Sağlık Planında ülkemiz yedi sağlık bölgesine ayrılıyor, her bölgeye bir tıp fakültesi kurularak hekim ve diğer sağlık personeli sayısının artırılması düşünülüyordu. Milli Sağlık Programında ise 16 Sağlık Bölgesi yapılanması öngörülmüştü. Her bölgeye beş yüz yataklı tam teşekküllü bir hastane, iki yüz yataklı kadın-doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi ve akıl ve ruh hastalıkları hastaneleri gibi sağlık kurumlarının açılması planlanıyordu (1). Kısacası o günün şartlarında planlanan sağlık bölgelerinde büyük ölçekli Bölge Hastanelerinin açılması hedefleniyordu.

1961 yılında çıkarılan ve uzun yıllar sağlık sistemimize yön vermiş olan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un sağlık teşkilatının kuruluş ve vazifelerini belirten 9. Maddesi de, sağlık teşkilatı içinde Bölge Hastanelerine yer vermiştir (2). 2003 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programını uygulayan Sağlık Bakanlığı, Türkiye genelinde 29 Sağlık Hizmet Bölgesi tanımlanmış ve bu bölgelerde Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektöre ait bütün sağlık yatırımları detaylı bir şekilde gözden geçirilerek planlama yapılmıştır. Bakanlığın kaynaklarında bu planlamayla, hastaların kendi bulundukları Sağlık Hizmet Bölgeleri içerisinde

gerek duydukları tüm sağlık hizmetlerini, uygun fiziksel ortamlarda ve son teknoloji ile almalarının amaçlandığı, hasta ve çalışan memnuniyetinin üst seviyelere taşınması hedeflendiği belirtilmektedir (3).

Planlama kapsamının en önemli unsuru olan hastanelerin rollerinin neler olması gerektiği, hastanelerin rollerine göre Sağlık Hizmet Bölgeleri içerisinde nasıl dağılım gösterecekleri ciddi bir çalışma ve politik kararlılık gerektirmektedir. Mevcut Sayın Bakanımız da, Sağlık Bakanlığının sağlık hizmet sunumu ve sağlık planlaması bakımından, Türkiye'yi 29 Sağlık Bölgesine ayırdığı ve bu bölgeler içinde bölge sağlık merkezi konumunu üstlenecek kapasitedeki “Bölge Merkezi İller” oluşturulacağını çeşitli açıklamalarında dile getirmiştir (4).

Söz konusu Şehir Hastaneleri eğer bu planlamaya uygun şekilde belirlenen merkezlere yapılırsa ve bölge içinde ihtiyaç duyulan tüm sağlık hizmetlerini kapsayacak bir yapılanma tasarlanıyorsa tutarlı bir politika izlendiğini kabul edebiliriz. Bu durumda “şehir hastaneleri” adlandırmasının doğru olmadığı, kastedilenin gerçekte “bölge hastaneleri” olduğu anlaşılır. Çok sayıda hastane ünitesinin birbirine entegre bir yapıyla bağlandığı, hastaların nihai



yer olarak başvurduğu ve sorunlarının büyük oranda çözülmesini hedefleyecek şekilde gelişmiş ve kapsamlı alt yapıyla donatılmış, sosyal ve ticari alanlarla desteklenmiş yapıları belki şehir hastanesi yerine “hastane şehri” olarak adlandırmak daha doğru olurdu.

Kamu Özel İş Birliği

Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planında sağlık yatırımlarının yenilendiği ve modernize edildiği, bu meyanda şehir hastanelerinin yapımına başlandığı ifade edilmektedir. Ayrıca Hedef 2.9'u gerçekleştirmek üzere belirlenen hedefe yönelik stratejiler arasında Kamu-Özel Ortaklığı modeli ile insan ve çevre dostu sağlık kampüslerinin tamamlanacağı sayılmaktadır (5). Sağlık Bakanlığının desteğinde Kamu ve Özel Ortaklığı Derneği tarafından 2013 yılında Sağlık Sektöründe Kamu Özel Ortaklığı, Yeni Vizyon ve Şehir Hastaneleri başlıklı bir kongre düzenlendi. Bu kongrenin bir finans modeli olarak kamu özel ortaklığı (PPP - Public Private Partnership) projelerinin daha iyi anlaşılabilmesi ve uygulanabilmesini amaçladığı belirtiliyordu (6,7).

Sağlıkta kamu özel ortaklığı konusu 2005 yılında çıkarılan 5396 Sayılı Kanunla 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa eklenen Ek 7. Madde

ile hukukilik kazanmıştır (8,9). Buna göre Sağlık Bakanlığının, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı sağlık tesisi yaptırmasına fırsat verilmiştir. Bu şekilde yapılacak kiralama işlemlerine ait kira bedellerinin Sağlık Bakanlığına bağlı Döner Sermaye İşletmelerince ödenmesi öngörülmüştür. Ayrıca Sağlık Bakanlığının tesislerdeki tıbbî hizmet alanları dışındaki hizmet alanlarının işletilmesi karşılığında gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine mevcut sağlık tesislerinin yeniletilmesinin önü açılmıştır (9). 2012 yılında çıkarılan 6288 Sayılı Kanunla, bu kapsamda yapılan mal teslimleri ve hizmet ifaları katma değer vergisinden istisna tutulmuştur (10). 2014 yılı başında çıkarılan 6527 sayılı Kanunla, 6428 sayılı kanunun 4. Maddesinde değişiklik yapılmış ve sözleşme eklerinde taraflarca değişiklik yapılması esnekliği getirilmiştir (11, 12).

Sürecin başlamasından 8 yıl sonra, 21.2.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunla, sağlıkta kamu özel ortaklığını başlatan 3359 sayılı Kanunun Ek 7. Maddesi yürürlükten

Alt yöneticilerin bizzat kendi amirleri değil de Kurum Başkanı tarafından merkezi olarak atanmasının yerinden yönetimi tamamen riske edip, uyumlu olması zor ekiplerin oluşmasına yol açtığını düşünüyorum. Merkezi atamalarla siyaseten daha sorunsuz ama “takım olmayan” ekiplerin ortaya çıkması kaçınılmaz oluyor. Netice itibarıyla unvanlar ve kurum isimleri değişik olsa da, eski Devlet Hastaneleri yönetim düzenine dönmüş olduk.

kaldırılmış ve süreçte yaşanan sıkıntıları aşabilmeyi amaçlayan, birçok detayı da içerecek şekilde, yeniden düzenleme yapılmıştır (11). Bu kanunla mevcut sağlık tesislerinin yenilenmesi işlerini, tesislerdeki belli hizmetlerin sunulması ve/veya ticari hizmet alanlarının işletilmesi ve/veya bedelinin ödenmesi karşılığında yaptırılması (6428/Madde 2), sözleşmelerin mahiyeti, süresi, projelendirme, finansman sağlama, yapım, bakım ve onarım, yükleniciye bırakılan hizmetlerin yerine getirilmesi ve ticari alanların işletilmesi ve sözleşme süresi sonunda tesisin devri dâhil birçok husus konu edinmiştir (6428/Madde 4). Bedel ve sözleşme süresinin tespitinde etkili faktörler (6428/Madde 5), borçlanmaya hazine garantisi verilmesi (6428/Madde 12) gibi hususlar bu kanunda yer almıştır.

Bu kanunun çıkmasını takiben Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yapıtırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınmasına Dair Uygulama Yönetmeliği 9 Mayıs 2014 te yayımlandı. Hemen ardından 12 Mayıs 2014 günü Yönetmelikte kullanım bedelinin hesaplanması hususunda değişiklik yapıldı. Netice itibarıyla kamuoyunda hakkında çokça söz edilmesine, birçok bölgedeki şehir hastanelerinin ihalelerinin yapılmış olmasına rağmen, mevzuat çalışmalarının 2005 yılından başlayıp 2014 yılına kadar sürdüğü görülmektedir. Aslında burada şaşılacak bir durum olduğunu sanmıyorum. Zira sağlık alanında ülkemizde ilk kez uygulanmaya çalışılan ve sorunlarla yüz yüze geldikçe alt yapısı oluşturulan bir durumla karşı karşıyayız. Ne var ki, bu süreçte birçok belirsizliklerin olması da aynı nedenden kaynaklanıyor. Süreç yönetilmeye çalıştıkça bir yandan mevzuat detaylandırılıyor, bir yandan da yaşanan sorunların üstesinden gelmeyi amaçlayan değişiklikler yapılıyor.

Burada dikkat edilmesi gereken husus, yukarıdaki mevzuatla oluşturulmaya çalışılan sağlıkta kamu özel işbirliği modelinin gerçekte nasıl bir model olduğudur. Bu sorunun cevabının bu ihalelerdeki yükleniciler ve sözleşmelere taraf olan Bakanlık yetkilileri tarafından çok iyi kavranması gerektiğini düşünüyorum. Uygulamada yap-kirala şeklinde bir modele dönerse sürdürülebilirlik tehdit altında kalır. Bu modelde yapıların ve üstlenilen teknik donanımın kalitesinin korunarak servis hizmetinin yüklenici tarafından nasıl garanti altına alınacağı tartışma konusudur. Hastane kapsamındaki teknik donanım; iklimlendirme, su ve enerji donanımlarından tıbbi gaz ve diğer diğer donanımlara, dijital network ve yazılımlara hatta tam otomasyona kadar varan bir dizi can damarlarını oluşturmaktadır. Hastanede sürdürülebilirlik açısından esas olan görünür fiziki yapılar değil, denetim ve kontrolü karmaşık olan,

uzmanlık isteyen, hizmetleri kesintisiz sürdürülmesi gereken bu yapılardır. Bunların garanti altına alınması tartışma konusu bile edilemez. Eğer bu sorumluluk rekabet oluşturmaksızın yükleniciye verilirse garanti nasıl sağlanacaktır? Eğer rekabet şartlarında farklı sorumlular oluşturulacaksa yüklenicinin yıllar süren hesap verebilirliği nasıl korunacaktır?

Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Sayın Nihat Tosun, SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisinde yer alan röportajında şöyle söylüyor: *“Bu model, ilk defa Türkiye’nin bulduğu bir model değil. Belki 20 yıldan uzun süredir dünyada denenilen, uygulanan, dezavantajlı kısımlarının bilindiği, bunların azaltılmaya çalışıldığı bir model. Bu Avrupa’da en fazla İtalya, İspanya ve İngiltere’de mevcut. Ancak bütün Avrupa Birliği ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaya başlandı, gittikçe de yaygınlaşıyor. Dünyada da en fazla Kanada ve Avustralya olmak üzere diğer bazı ülkelerde de uygulanan bir model. Bu modelin çok önemli bir avantajı Avrupa Birliği’nin Maastricht kriterlerine göre, bu modelle yapılan yatırımların borcunun ülkenin borç stokunda gözükmemesi. Dolayısıyla ülkelerin borçluluk oranları düşüyor, bu da ekonomiye pozitif bir etki sağlıyor. Bu model Avrupa Birliği’nin de, ekonomi çevrelerinin de teşvik etmiş olduğu bir model. Bu yatırımcının finansmanı sadece kendisinin sağlaması değil, %20 öz kaynak kullanması, kalan %80’ini de başka fonlardan kredi sağlayarak yaptığı bir model... Bir diğer avantaj, sadece Türkiye’de değil, diğer ülkelerde de klasik yöntemle yapılan işlerde yatırımcı inşaatını yapıyor, sonra buradan ayrılırken yatırımı teslim ediyor. Sonraki süreçte kamu bu yatırımın idamesi için, bakım, onarım da dâhil olmak üzere sorumluluğu üzerine alıyor. Bu modelde ise yatırımcı kendi yaptığı inşaatın yani yatırımının teknik ve hizmet anlamındaki idamesini, yatırım boyunca, 15 yıla 15 yıl, 25 yıla 25 yıl yatırım boyunca tamamen kendisi sağlıyor. Özel sektörün esnekliği burada da devreye giriyor. Bu bir anlamda da paranız olmadan işlemlerin gerçekleştirilmesi ve bunun uzun zamana yayılarak geri ödenmesi anlamı da taşıyor”* (13).

Burada yatırıma odaklanıldığını, hastanenin kamu güvencesi altında özel dinamiklerle yönetilmesi gibi bir anlayışın ve yasal alt yapının oluşmadığını anlıyoruz. Ülkemizde kamunun başarısızlığı hastane inşasında mı, yoksa hastanenin işletilmesinde mi? Belki on, on beş yıl öncesine gidersek hastane inşasında da başarısızlıktan söz edebiliriz. Zira 2004 yılında elde edilen verilere göre Sağlık Bakanlığı hastanelerinin inşasının ortalama 7 yıl sürdüğünü hatırlıyorum. İnşa edilen hastanelerin mimarisinin ne tür bir hizmet anlayışına uygun olduğu, ayrı

bir eleştiri konusu. Son dönemde inşa edilen hastane örneklerine bakıldığında, hem inşa süresi hem de hastane yapı kalitesi açısından yetersizlikler olmakla birlikte büyük ilerlemeler kaydedildiği görülmektedir. Hastane işletmeciliğinde Bakanlığın eskisine göre başarılı olduğunu da söylemek mümkün. Ancak bu başarı, geçmiş duruma dayalı olarak izafi olmasının yanında, çok yoğun merkezi kontrolle sağlanmaktadır. Klasik yönetim modelimizle bunun yürütülemeyeceği görüldüğünden model arayışlarına gidilmiş ve sürdürülebilir başarılı işletmeler oluşturabilme çabaları olagelmıştır. Konumuz olan kamu özel işbirliği, bir iş birliğinden çok hastane inşa etme modeline benziyor. Belki bundan da öte önemli bir özelliği, 25 yıla varan uzun bir süre binaların ve teknolojik donanımının bakım ve onarımını garanti altına almasıdır. İşletme açısından özel sektörün rolü belirsiz, hatta öyle bir rolün olmadığı anlaşılıyor. Kısacası sağlıkta kamu özel işbirliğinin, bir ortak işletme değil, sağlık tesisi inşası, bu yapıların güncelliğini koruyarak tanımlanan çerçevede sürdürülebilirliğinin temini ve bu süreye yayılarak bedelinin ödenmesine dayalı bir model olduğu anlaşılıyor. Yani kamu özel iş birliği, şehir hastaneleri ile doğrudan bağlantılı bir model değil; eş zamanlı olması ve böyle bir finans modelinin aynı anda çok sayıda hastane inşasına fırsat vermesi gibi nedenlerle birlikte anılmakta olduğunu sanıyorum.

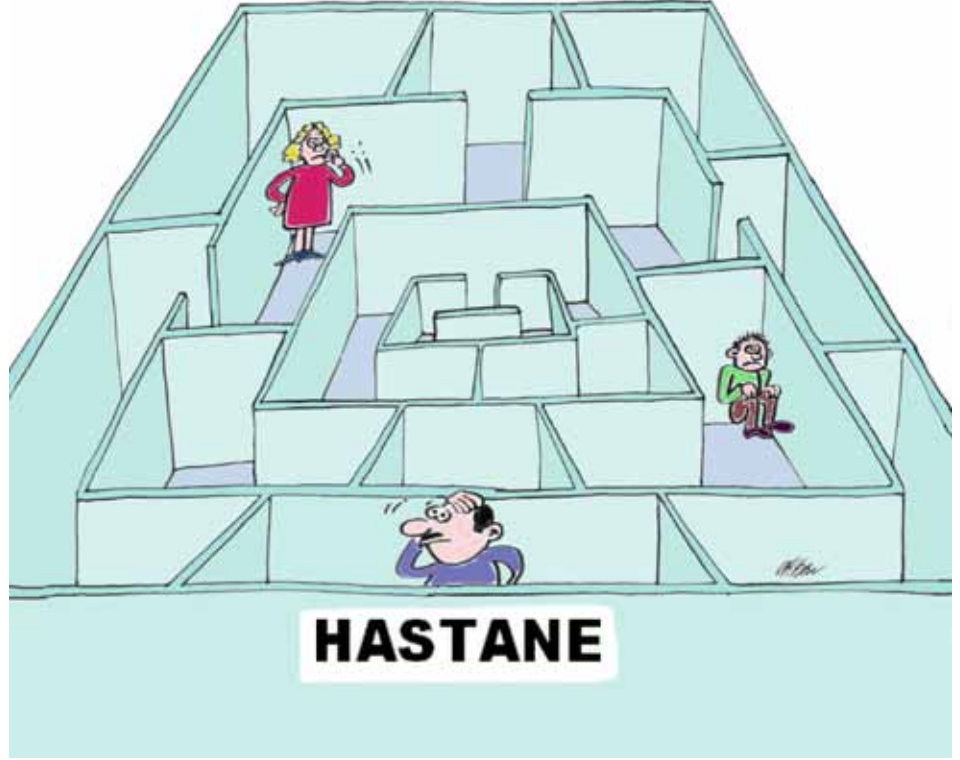
Kamu Hastane Birlikleri

Bakanlık teşkilat yapısını yeniden düzenleyen 11.10.2011 Tarih ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamesinin 29. Maddesi, Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi ile bu hastanelerde her türlü sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun kuruluşunu tarif etmektedir (14). Bu hükümle Devlet hastaneleri doğrudan Bakanlık tarafından yönetilen kurumlar olmaktan çok, bağlı kuruluş marifetiyle yönetilmeye çalışılmıştır. Böylece kısmi bir özerklik amaçlanmıştır. 30. Madde bu Kuruma bağlı Kamu Hastaneleri Birliklerinin kuruluşunu anlatmaktadır. Burada bir ilde Birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamayacağı uyarısıyla karşılaşırız. Yani kamuya ait bütün sağlık kurumlarının yerel bir çatı altında toplanması öngörülmektedir. Aynı madde, Birlik teşkilatının, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluştuğu ve Birliğe bağlı hastanelerin hastane yöneticisi tarafından yönetileceğini hükme bağlamıştır. Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır, ifadesiyle de profesyonel, sorumlu,

hesap verebilir bir “hastane grubu” yöneticiliği oluşturmayı amaçlamıştır.

Kararnamenin 32. Maddenin 3. Fıkra-sında yöneticilerin atama, denetim ve hesap verme usulleri tanımlanmıştır. Burada 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede aslında, uyumlu bir ekip oluşturmak amacıyla her yöneticinin bir üstünün teklifiyle atanması öngörülmüş-ken, 2.1.2014 tarihli 6514 sayılı Kanunun 3. Maddesiyle değişiklik yapılarak Genel Sekreterler ile Hastane Yöneticilerin atamalarının doğrudan Bakan tarafından, hastanedeki alt yöneticilerin atamasının ise Kurum Başkanı tarafından yapılması öngörülmüştür (15). Bu değişiklikte bütün hastanelerin yönetimi doğrudan Bakana bağlanarak fiilen Kamu Hastane Birliklerinin özerk yapılar olması ve kendi kendilerini yönetebilmesi amaçlarından uzaklaşmış oldu. Hele alt yöneticilerin ise bizzat kendi amirleri değil de, Ku-rum Başkanı tarafından merkezi olarak atanmasının yerinden yönetimi tamamen riske edip, uyumlu olması zor ekiplerin oluşmasına yol açtığını düşünüyorum. Merkezi atamalarla siyaseten daha sorunsuz ama “takım olmayan” ekip-lerin ortaya çıkması kaçınılmaz oluyor. Açıkçası bu değişiklikten önce özerklik, profesyonel hesap verebilen yöneticilik, performansla göre yönetici değerklen-dirmesi ve yönetim hiyerarşilerinin iyi oluşturulmasını amaçlayan amir yasa hükümlerinin tam olarak uygulandığını ve sağlıklı işlediğini söylemek zordu. Ancak yapılan bu değişiklikte fiili durum düzeltilmek yerine yasalık kazandırılmış oldu. Netice itibarıyla unvanlar ve kurum isimleri değişik olsa da, eski Devlet Hastaneleri yönetim düzenine dönmüş olduk.

Hastanelerin kısmen de olsa özerk, merkezi siyasi otoritenin doğrudan müdahalesi zayıflamış ve yerinden yönetilen kurumlar olmasını hedefleyen 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararna-me, yöneticilerin performans denetimi yanında hastanelerin doğrudan gözetim ve denetimi yoluyla hizmet kalitesini ve birer kamu kurumu olarak hastanelerin sürdürülebilirliğini garanti altına almak istemiştir. Kararnamenin 34. Maddesi hastaneleri tıbbi ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulmasını gerekli kılmaktadır. Hatta bu değerlendirmenin sadece Bakanlık tarafından yapılmasını değil, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılmasını öngörmektedir. Ayrıca bu değerlendirme sonucunun hastane yöneticisinden Kurum Başkanına kadar nasıl yaptırım olarak yansıtılacağı da tarif edilmiştir. Bu hükümlerin uygulan-dığını, yöneticilerin atamalarında veya



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

görevden alınmalarında değerlendirme sonuçlarının işletildiğini söylemek zordur. Kısacası bugüne kadarki uygulamanın yasal hükme ve Kamu Hastane Birlik-leri anlayışına uygun olarak seyrettiğini söyleyemiyoruz.

Ülkemizde hastane yönetimi, yüzyıllara dayalı geleneksel “ser tabip” yani baş-hekim otoritesine ve bilgeliğine dayalı bir anlayışla devam etmekteydi. Daha önce 2004 yılında kaleme aldığım bir makalemden yönetim biçimi Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği ile belirlenmiş olan Devlet hastanelerinin içinde bulunduğu çıkmazı eleştirmiş ve yazıma “Hastane Yönet-me Sistemi ve Süper Başhekimler” başlığını koymuştum (16). Burada da an-lattığım gibi, dikey bir örgütlenme modeli içinde, hastanenin hemen her sorunu başhekimini ilgilendirmektedir. Başhekim, tıbbi bakım yani hemşirelik hizmetleri başta olmak üzere, teknik hizmetler, lojistik hizmetler ve işletme yönetimi gibi her biri ayrı uzmanlık gerektiren hizmetlerle birinci elden ilgilenmek zorundadır. Bu ağır ve kapsamlı görev yükünün altında kalan başhekimlerin esas görevi olan tıbbi hizmetler ihmal edilmekte, adeta bütününüyle kliniklerde görevli doktorlara terk edilmektedir. Tıbbi hizmetlerin verim-liliği, kalitesi, tıbbi gelişmeleri yakalama, akademik gelişimin sağlanması, klinikler arası koordinasyon ve dayanışmanın sağlanması gibi konular neredeyse başhekimlerimizin görev alanının dışında kalmaktadır. Başhekimlik daha çok tıbbi anlamda otoriteyi temsil etse de, gerçekte hastanenin alt yapı sorunları ile uğraşan, fiziki mekân düzenleme gayretleri ile çabalayan, personelin özlük hakları ile ilgilenen bir konumdadır. Başhekim, gerçek bir sağlık idarecisi değil, müessese müdürüdür adeta.

Yeni uygulamadan biteviye şikâyetle bulunan başhekimler ve hastane yöneticileri tanıdığım gibi, yeni modelin en kötü halinin bile eski yönetim tarzımızdan daha başarılı olacağı umudunu taşıyan Genel Sekreterleri de tanıyorum. Aklıma takılan soru, binlerce yatağa sahip ve çok sayıda hastanenin bir araya gelmesinden oluşan Şehir Hastanelerinin eski yönetim modelimizle yönetilip yönetilemeyeceği veya yeni modelimizin bu yönetime ne kadar hazır olduğudur.

Entegre sağlık
kampüslerinin kira bedeli
nasıl karşılanacak?
Sürdürülebilirlik garanti
edilmiş mi? Hizmet
verecek insan kaynağı
nasıl karşılanacak? On
civarında hastane, 3 bin
civarında yatağı olan
bir sağlık kampüsünün
yönetim ve koordinasyonu
hangi modelle

gerçekleştirilecektir? Mevcut
hastane yöneticilerimiz veya
yönetim modelimizle bunun
üstesinden gelinebilecek mi?

Dikkatlice bakılırsa başhekimliklerimiz
hastane müdürlüğü makamının bir üst
kurumu halini almıştır.

Hastane yönetimi, tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerinin dışında, tıbbi bakım ve genel bakım hizmetleri, konaklama, temizlik, yiyecek ve sosyal etkinlik gibi otelcilik hizmetlerini de içine alan çok yönlü bir yönetim disiplini. Bu hizmetlerin her biri ayrı eğitim ve birikim gerektiren özellikli alanlardır. Yemek pişirme ve servisi, yani lokantacılık özelleşmiş bir meslek dalıdır. Otelcilik hizmetleri için özel orta öğretim ve yükseköğretim kurumları oluşturulmuştur. Halkla ilişkiler, artık müesseselerde kurumsallaşmış etkin birimlerdir. Bakım hizmetleri ayrı bir tıp disiplini olarak kabul edilir. Bütün bu hizmetlerin hastane yönetimince üstlenildiğini dikkate alırsak, yöneticilerin sorumluluk alanının ne kadar geniş olduğunu görürüz. Enerji temininden teknik donanıma, ulaşım, haberleşme, onarım, yatırım ve alım satım hizmetlerine kadar çok detaylı ve kapsamlı teknik hizmetler de bu yöneticilerin omuzlarına yüklenmektedir. Hastane girdi ve çıktıları, çeşitli alanlarda mal ve hizmet alımları ve en önemlisi üretilen hizmetin satılması ile ortaya çıkan orta veya büyük ölçekli bir ticari işletmenin yönetiminin bu sahada eğitim almamış, birikim elde etmemiş, hizmet basamaklarında başarısını ispatlamamış yöneticilere bırakılması gerçekten cesaret işidir. Hastaneler dışında aylık cirosu milyonlarla ifade edilen hangi ticari işletmeler bir yönetim kurulu dahi olmaksızın alan dışından meslek sahiplerinin yönetimindedir? Hele bu kadar yük altına sokulan başhekimlik



görevinin hekimlikle birlikte yürütülen ikinci görev olduğunu düşünürsek tablo biraz daha berraklaşır; daha doğrusu bence bulanıklaşır (16). Açıkçası yıllardır yüzlerle ifade edilen hastanemizdeki memnuniyet oluşturmayan yönetim biçimlerinin, kişilerin değil, bu hastane yönetim sistemimizin bir sonucu olduğunu düşündüm. Bütün bunlara rağmen, başhekim olarak başarılı bir hastane yönetimi ortaya koyan hekimlerimizin başarısının, hekimlik mesleğinin seçkinliği ve hekimliğin hikmetle iç içe olmasına bağladım.

Uzun çalışmalar ve araştırmalar sonucunda bir dizi mevzuat tasarımları hazırlanmışken, Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı, Hıfzıssıhha Müessesesi, Devlet hastanelerinin yönetim ve örgütlenme modeli gibi birçok hususu bir arada özetleyen 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, hükümetin yetkisine dayanarak 2011 yılında yürürlüğe girdi. Bu Kararnamenin öngördüğü değişim yönetiminin çok da başarılı yürütülebildiğini söyleyemeyiz. Kurgulanmak istenen sistemin alt mevzuatı gecikmeli hazırlandı. Hazırlanan alt mevzuatın başlangıçta çalışılan modelle arasında sapmalar oldu; mesela eğitim hastanelerinin yapılanmasındaki öngörüler gerçekleşemedi. Taşra teşkilatında yetki ve sorumluluk sınırları tartışılır oldu. Sözleşmeli yöneticilerin görev almalarının hesap verilebilirlik hiyerarşisi içinde olması planlanmışken merkezi otorite kararları etkili oldu. Eskiden görev başında olan çok sayıda yönetici pozisyonunu kaybedince ciddi bir direnç kitlesi oluştu. Kişisel çekişmeler, illerde sorumlu ve hesap verme yükümlüğü oranında yetki sahibi Genel Sekreterlerle İl Sağlık Müdürleri arasındaki çatışmanın malzemesi haline geldi. Bu önemli değişim, maalesef yeterince yönetilemediği için önemli bir fırsatı kötü harcadığımızı düşünüyorum. Öyle ki, yeni sistemin sağlıklı bir analizinin yapılma ortamı dahi

tam olarak oluşturulmadı; ya da bunun için henüz erkendi.

Konumuz olan Kamu Hastaneleri Birliği işte bu ortamın ürünüdür. Model üzerinde tartışılabilir; ancak kurulmak istenen modelle kurulan model arasındaki diskordansın iyi kavranmasının bu tartışmaya ışık tutması gerektiğini söylemek isterim. Öncelikle Sağlıkta Dönüşüm Programında ön görüldüğü üzere Sağlık Bakanlığının rolü yeniden tanımlanmış, hastane yönetimlerine doğrudan müdahale etmesini önlemek üzere bağlı kuruluş olarak Kamu Hastaneleri Kurumu oluşturulmuştur. Bakanın ana yetkisi bu Kurumun Başkanı atamakla sınırlandırılmıştır. Hastaneler illerde birlikler halinde örgütlenmiş ve Kamu Hastaneleri Birlikleri oluşturulmuştur. Böylece bir yandan ölçek ekonomisinden faydalanılmak istenmiş, bir yandan da Birlik düzeyinde kaynakların dengeli dağılımı ile ihtiyaç alanlarına göre yerel düzenlemelerin yapılması hedeflenmiştir. Her düzeydeki yöneticinin sözleşmeli personel olarak göreve gelmesi sağlanmış, bunların görevlendirilmesinde bir üst amirin teklifi, onun da üstündeki amirin onayı şartı getirilmiştir. Yöneticilerin belirlenen performans kriterlerine göre değerlendirilmeye tabi tutulması planlanmış, alt yöneticinin başarısızlığının yaptırımı sadece kendisine değil, onun görevlendirilmesinde sorumluluk taşıyan üst yöneticisine de tanımlanmıştır. Böylece siyasal müdahalelerden daha uzaklaşmış, varlığını başarısına endeksleyen, ulusal stratejik hedefleri yerine getirme sorumluluğu taşıyan fakat yerelde daha özerk “hastane grupları” oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu model yıllar içinde oturdukça, tasarlanan Sağlık Bölgelerinde sağlık taleplerinin tamamına yakını karşılama hedefinde olan entegre hastane kampüslerinin yönetilebilirliği süreç içinde gerçekleştirilmiş olacaktı.

Uygulamada yukarıdakilerin ne kadarını

başardığımızı takdirinize bırakıyorum. Öncelikle daha baştan Genel Sekreter sözleşmelerinde merkezi siyasi otorite, mevzuatta öngörülenden daha etkin davranmış, yerel siyasetçiler etkilerinin azalmasını sorun olarak Bakanlığa taşımış, bu durum Bakanlık merkezini daha etkili olmaya zorlamıştır. Neticede ana kurgudaki performans esaslı denetim ikinci plana düşmüş, siyasetçiyle ve sendikalarla iyi ya da kötü geçinme kıstas halini almaya başlamıştır. Bunun ardından performans karnelerini dikkate almaya gerek kalmadan görevden almaya ve yer değiştirilmeler yaşanmıştır. Sistem sancıları Bakanlığa daha fazla yansıkça, Bakanlık mevzuat değiştirerek Hastane Yöneticilerini doğrudan atama yetkisini üzerine almış ve hastaneleri "yönetilebilir" kılmak istemiştir. Son olarak bir adım daha atarak, aralarındaki çatışmaya son vermek üzere Hastane Yöneticisi ve Başhekimlik görevinin aynı kişiye verilmesi yönünde uygulamaya geçmiştir. Özetle eski yönetim modelimize adım adım dönüşmektedir. Bu dönüş muhtemel ki, hastane yönetim sorumluluğunu taşıyan ve kendilerini bir çatışma içinde bulan hastane yöneticilerini ve başhekimleri memnun etmiştir. Ancak bu memnuniyetin sorunu gidermeye değil, sorunu geçici olarak örtmeye yaradığı inancındayım.

Eski yönetim modelimize dönüşü ifade etmekle eskinin kötülüğünü ilan ettiğim ve kimseyi suçladığım anlamı çıkmasın. Her modelin kendi imkân, kapasite ve beklenti ortamında değerlendirilmesinden yanayım. Burada esas dikkat çekmek istediğim husus başkadır; değişim yönetiminin ne denli zor olduğu ve her zaman arzulanan istikamette gidilemediğini anlatmaya çalışıyorum. Yeni uygulamadan biteviye şikâyetle bulunan başhekimler ve hastane yöneticileri tanıdığım gibi, yeni modelin en kötü halinin bile eski yönetim tarzımızdan daha başarılı olacağı umudunu taşıyan Genel Sekreterleri de tanıyorum. Değişen beklentiler, değişen öncelikler, değişen kararlılıklar, değişen kadrolar, değişen konjonktür gibi birçok faktör değişim rüzgarının hızını ve yönünü tayin ediyor. Değişimde liderlik kadar zaman ve kıvâmın da önemli olduğunu unutmamak gerekiyor. Netice ne olursa olsun aklıma takılan soru, binlerce yatağa sahip ve çok sayıda hastanenin bir araya gelmesinden oluşan Entegre Hastane Kampüsleri veya nam-ı diğer Şehir Hastanelerinin eski yönetim modelimizle yönetilip yönetilemeyeceği veya yeni modelimizin bu yönetime ne kadar hazır olduğudur.

Şehir Hastaneleri

Sayın Cumhurbaşkanımızın Başbakanlığı döneminde "Şehir hastaneleri ile

modern, en ileri teknoloji ile donatılmış hastanelerimize sahip olabilmek benim özel bir projemdir. 12 yıldır bunun özlemi içindeyim." dediği basına yansımıştır (17). Bir başka gazete haberinden de, Sayın Bakan Müezzinoğlu'nun, "Şehir hastanelerinin birinci periyodu olan 24 bin yatak kapasiteli 16 tane hastanenin ihale süreçleri tamamlandı. Önümüzdeki yıl içinde 25 bin yatak kapasiteli kamu-özel iş birliği ile yapılacak hastanelerin ihale süreci başlayacak." dediğini nakletmek isterim (18). Kendisinden duyduğum kadarıyla toplamda 90 bin yatak kapasitesi yapılması planlanıyor.

Sağlık Bakanlığı eski Müsteşarı Sayın Nihat Tosun SD Dergisinde yayımlanan röportajında yer aldığı kadarıyla şehir hastanelerini şöyle tarif ediyor: "Bugünün şehir hastanesi kavramı ile bir şehrin sağlık hizmetlerinin entegre olarak sürdürüldüğü, o şehrin sağlık alanındaki en önemli destinasyonu olduğu yeri kastediyoruz. Bu nedendir ki şehir hastanelerinin yerini seçerken ulaşım açısından, yerleştiği alanın büyüklüğü, gelişme açıklığı, altyapısı açısından şehrin bugününe ve yarına hitap eden sağlık alanındaki hizmetleri entegre bir şekilde verilecek bir yer olarak tanımlıyoruz. Bundan sonra bir şehirde birkaç tane hastane de olsa, şehir hastanesi dediğimiz zaman orada o şehirde alınabilecek sağlık hizmetlerinin tamamının alındığı bir hastaneyi anlıyoruz" (13). Açıkçası bu tarifte hastanelerle şehirlerin özdeşleştirildiğini, sağlık bölge yapılanmasından söz edilmediğini görüyoruz. Böyle bir yaklaşım bizi Bakanlığın politikaları arasında ilişki kopukluğu yanılsamasına itmemelidir. Şehir hastanesi tabirinin böyle bir izlenime yol açtığı kanısındayım. Projelerin şehirlere hastane inşası değil, entegre hastane kampüsleri olması politika bütünlüğünü göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü Kamu Özel İşbirliği Dairesinin web sayfasında kamu özel işbirliği yöntemiyle gündemde olan projeler yer almaktadır. Ocak 2015 itibarıyla durum şöyledir (19):

1- Ön yeterlik ihalesi yapılan projeler:

Eskişehir Şehir Hastanesi: Kamu Özel İşbirliği modeli ile gerçekleştirilecek Proje 715 yataklı Genel Hastane, 127 yataklı Onkoloji Hastanesi, 139 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1.081 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

2- Teklif sürecinde olan projeler

Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 494 yataklı Bölge Hastanesi, 116 yataklı Onkoloji Hastanesi, 246 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 124 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1180 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

3- Nihai teklif sürecinde olan projeler

• İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü: Proje kapsamında 583 yataklı Genel Hastane, 424 yataklı Kadın Doğum Çocuk Hastalıkları Hastanesi, 380 yataklı Kardiyovasküler Cerrahi Hastanesi, 141 yataklı Onkoloji Hastanesi, 300 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 132 yataklı Psikiyatri hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 2.060 yataklı bir entegre sağlık kampüsünün yapımı planlanmaktadır.

• Isparta Şehir Hastanesi: Kamu Özel Ortaklığı modeli ile gerçekleştirilecek proje 450 yataklı Genel Hastane ve 305 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi olmak üzere toplam 755 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

• Bursa Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 468 yataklı Bölge Hastanesi, 275 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 264 yataklı Onkoloji Hastanesi, 48 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1355 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımını kapsamaktadır.

4- Sözleşme aşamasında olan projeler

• İstanbul İkitelli Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 441 yataklı Bölge Hastanesi, 359 yataklı Onkoloji Hastanesi, 451 yataklı Çocuk Hastanesi, 451 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 303 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 347 yataklı Nörolojik ve Ortopedik Bilimler Hastanesi, 128 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 2680 yataklı entegre sağlık kompleksinin tasarımı, inşaatı, tefrişatı, tıbbi ekipmanın temini, tıbbi hizmet dışındaki hizmet ve alanların işletilmesini kapsamaktadır.

• Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 475 yataklı Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi yapılması planlanmıştır.

• Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ile Türkiye

İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kampüsü: Projede tanımlanan yüksek teknolojiye Sağlık Tesisi yatırımı, Ankara Bilkent'te Bakanlığa tahsisli arazide gerçekleştirilecektir. Proje bir adet Tüketici Güvenliği Referans Laboratuvar Binası, iki adet Enfeksiyon Hastalıkları Referans Laboratuvar Binaları, iki adet İlaç ve Tıbbi Cihaz Analiz ve Kontrol Laboratuvar Binaları, bir adet Biyogüvenlik Seviye 3 (BSL-3-P3) ve Biyogüvenlik Seviye 4 (BSL-4-P4) üniteleri içeren Araştırma ve Referans Laboratuvar Binası, bir adet Deney Hayvanları Üretim, Test ve Araştırma Binası, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu İdari Binası, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İdari Binası, Veri Merkezi, Sosyal Tesis ve Teknik Tesislerden oluşan bir sağlık tesisi yatırımı kapsamaktadır.

- Mersin Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 464 Yataklı Bölge Hastanesi, 169 Yataklı Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi, 138 Yataklı Onkoloji Hastanesi, 383 Yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 96 Yataklı Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1250 yataklı bir entegre sağlık tesisi yatırımı kapsamaktadır.

- Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi: 558 yataklı Manisa Eğitim Araştırma Hastanesi yapılması planlanmıştır.

- Konya Karatay Entegre Sağlık Kampüsü: Proje, 420 yataklı Bölge Hastanesi ile 420 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi olmak üzere toplam 840 yataklı bir entegre sağlık tesisi yatırımı kapsamaktadır.

- Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 636 yataklı Bölge Hastanesi, 174 yataklı Onkoloji Hastanesi, 498 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 205 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 112 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1875 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımı kapsamaktadır.

- FTR, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri: Kamu Özel Ortaklığı Modeli ile gerçekleştirilecek olan proje kapsamındaki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Psikiyatri ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri Afyon, Diyarbakır, Erzurum, İstanbul, Malatya, Samsun, Trabzon ve Van illerinde yer almakta olup toplamda 2400 yatak kapasitelidir.

- Adana Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 584 yataklı Bölge Hastanesi, 182 yataklı Onkoloji Hastanesi, 349 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 185 yataklı Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi ve 150 yataklı Fizik Tedavi ve

Rehabilitasyon Hastanesi olmak üzere toplam 1550 yataklı bir entegre sağlık kampüsü yatırımı kapsamaktadır.

5- Yapım Aşamasında olan Projeler

- Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü: 900 yataklı Genel Hastane, 258 yataklı Kadın Doğum Hastanesi, 200 yataklı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, 126 yataklı Psikiyatri Hastanesi ve 100 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1584 yataklı bir sağlık kompleksi projesidir.

- Elazığ Entegre Sağlık Kampüsü: Proje 495 yataklı Bölge Hastanesi, 299 yataklı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, 96 yataklı Psikiyatri Hastanesi, 150 yataklı Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere toplam 1040 yataklı bir entegre sağlık tesisi yatırımı kapsamaktadır.

- Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü: Ankara Etlik Entegre Sağlık Kampüsü Projesi Bölge Hastane, Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Rehabilitasyon Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere dokuz dal hastanesini içeren, toplam 3566 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır.

- Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü: Ankara Bilkent Entegre Sağlık Kampüsü Projesi Bölge Hastane, Kalp Damar Hastalıkları Hastanesi, Ortopedi ve Nörolojik Bilimler Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Kadın Doğum Hastanesi, Çocuk Hastanesi, Rehabilitasyon Hastanesi, Psikiyatri Hastanesi ve Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi olmak üzere dokuz dal hastanesini içeren, toplam 3660 yatak kapasitesine sahip bir entegre sağlık kampüsü olacaktır.

- Bunların dışında Samsun Sağlık Yerleşkesi (900 yataklı), Denizli Sağlık Yerleşkesi (1000 yataklı) ve Şanlıurfa Sağlık Yerleşkesi (1700 yataklı) Ön yeterlik ihale ilanına çıkılan projeler olarak sayılmaktadır.

Bu bilgilerden anlaşıldığına göre projelerin ortak özelliğinin kamu özel işbirliği modeli ile yapılmasıdır. Kamuoyunda adı çokça duyulan "şehir hastanesi" ifadesi ise sadece Eskişehir ve Isparta'da yapılacak olan sağlık tesislerinde kullanılmıştır. Bunun dışında tarif edilen konseptte uygun sağlık tesisleri "Entegre Sağlık Kampüsü" olarak adlandırılmıştır. Bu adlandırmanın daha doğru olduğu kanısındayım. Ancak kamu özel işbirliği modeliyle yapılması planlanan yatırımla-

rın hepsinin entegre sağlık kampüsleri olmadığı, çeşitli dal hastaneleri, genel hastaneler ve Bakanlığın diğer hizmet binalarının da bu modelle yapılmasının planlandığı görülmektedir. Yine bu bilgilerden anladığımız kadarıyla, ilana çıkılan projeler dâhil, yapılması planlanan yeni yatak sayısı 30 bin civarındadır. Sayın Bakanın açıkladığı yatak sayılarına göre bu listenin daha da uzaması gerekiyor. Yani şu anda ilan edilen ve ihalesi yapılanlar projenin oldukça sınırlı bir kısmını oluşturuyor.

Yukarıda anlattığım hususları bir araya getirerek anlamaya çalışalım. Sağlık Bakanlığı gerek mevcut tesislerini güncel beklentileri karşılayabilecek modern hastanelere dönüştürmek gerekse mevcut yatak kapasitesine yeni yataklar eklemek üzere dağınık hastane yapılarından farklı olarak birçok hastanenin bir arada entegre bir halde yapılacağı Entegre Sağlık Kampüsleri inşa etmeye karar vermiştir. Bu hastane yapılması muhtemelen öngörülen Sağlık Bölgelerinin gerekleri ve dağılımına göre planlanmıştır. Kapasite artışı sınırlı olmak üzere esasen nitelsiz hastane yapıları nitelikli hale getirilmektedir. Bu hastanelerin inşasında Bakanlığın ilk defa başvurduğu kamu özel işbirliği modeli uygulanmaktadır. Bu işbirliği yap-işlet-devret modelinden farklı olarak, yap-işletme-bakım, onarımla devamlılığı sağla-kira al gibi bir modele benziyor. Ortaya çıkan bu dev sağlık kurumlarının Kamu Hastaneler Birliği örgütlenmesi altında yönetilmesi ve işletilmesi gerekiyor. Görülüyor ki, Sağlık Bölgeleri ve Sağlık Kampüsleri planlaması, kamu özel işbirliği ve Kamu Hastaneleri Birliği yönetimi birbirinden bağımsız düşünülemez. Bu farklı hususlar tümüyle bir arada sağlıklı olarak yürütülebilirse beklenen sonuç alınabilecektir.

Burada bence bir kısmının cevabı açık olsa da, sağlık camiasında telaffuz edilen bazı soruları dile getirmek istiyorum:

1- Kamu özel işbirliği modelinde yüklenicinin fiziksel mekânları inşa etmesi ve bunları belirlenen standartlar içinde sürdürülebilir olarak hizmet vermesi anlaşılır olmakla birlikte, laboratuvar, görüntüleme gibi tıbbi hizmet alanları, bilişim alt yapısı ve güncellenen yazılımlar, lojistik yönetimi, tıp dışı hizmet alanları vb. hususlardaki roller sözleşmelerle ne kadar netleştirilebilmektedir?

2- Eğer bu gibi hususlar sözleşmelerle yükleniciye veriliyorsa rekabet nasıl gerçekleştirilecek, kalite nasıl temin edilecektir?

3- Entegre sağlık kampüsleri ve bunların dışında kalan çeşitli ölçekteki hastaneler, laboratuvarlar ve hizmet binalarının finansman maliyeti, diğer ifadeyle



kira bedeli nasıl karşılanacaktır? Bu kurumların döner sermayeleri yeterli olacak mıdır?

4- Yapılan hastane ve diğer hizmet binalarının hizmet kapasitesi ile yüklendikleri borç arasındaki ilişki iyi hesaplanmış ve sürdürülebilirlik garantisi edilmiş midir?

5- Entegre sağlık kampüsleri Sağlık Bakanlığının tanımladığı 29 hizmet bölgesi amaçlarına uygun olarak mı yapılmaktadır? Eğer öyleyse, öncelik sırası nasıl belirlenmiştir?

6- Kampüs alanı olarak seçilen yerler, trafik, ulaşım, şehirleşme vb. faktörler açısından iyi değerlendirilmiş midir?

7- Sağlık insan kaynağımızın kısıtlılığının sağlık sektörünün en önemli sorununu oluşturduğu bilinmektedir. Yani açılacak entegre sağlık kampüslerinde hizmet verecek insan kaynağı nasıl karşılanacaktır?

8- Görülüyor ki bu insan kaynağının karşılanması ancak mevcut kamu tesislerinin kapatılmasıyla mümkündür. Bu gibi durumlarda yerel siyasetçiler, esnaf, eczacılar, medikaliler, çalışan doktorlar ve diğer menfaat grupların direncinin aşılması yönünde hazırlıklar yapılmakta mıdır?

9- On civarında hastane, 3 bin civarında yatağı olan bir sağlık kampüsünün yönetim ve koordinasyonu hangi modellerle gerçekleştirilecektir? Mevcut hastane yöneticilerimiz veya yönetim modelimizle bunun üstesinden gelinebilecek mi?

10- Kamu Hastane Birliklerinin oluşturulması bu Entegre Sağlık Kampüslerinin yönetim modeline nasıl etki edecektir?

11- Yönetici atama ve sözleşme kuralla-

rında yapılan değişikliklerin bu yönetim modeline katkısı olacak mı?

12- Üniversite hastanelerinden daha büyük entegre sağlık kampüsleri yapılmakta olduğuna göre, bunların Tıp ve uzmanlık eğitimiyle ilişkisi ne olacak?

13- Üniversite-Devlet Hastanesi ortak kullanımı yani afiliyasyon söz konusu olacak mı?

14- Kurulması planlanan Sağlık Üniversitesi ile entegre sağlık kampüslerinin ilişkisi ne düzeyde olacaktır?

Konu üzerinde mesai harcayanların mutlaka kapsamlı bir şekilde inceleme ve araştırma yaptıkları ve detaylı bilgiye sahip oldukları bir vakıdır. Ancak ülkemiz için yeni olan bu projelerin net anlaşılması ve kamuoyunca daha kolay benimsenmesi için bu bilgilerin paylaşılması ve daha fazla bilgilendirme yapılması gerektiği kanısındayım. Böylece yöneticilerimizin işleri de kolaylaşacaktır. Bu yazımın sahayı yansıtmaya görevi üstlenerek sorumluluk makamındaki yöneticilerimizin işlerini kolaylaştırmada bir nebze de olsa katkı sunmasını dilerim.

Kaynaklar

1) Demirel H.: Dr. Behçet Uz. Sağlık Kültürü ve Tıp Düşüncesi Dergisi, 2009, 8. sayı <http://www.sdplatform.com/Dergi/198/Dr-Behcet-Uz.aspx> (Erişim Tarihi: 10.02.2015)

2) 1961 tarihli ve 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

3) Akdağ R. TC Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesisleri Planlama Rehberi Özet Kitap. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Haziran 2011, Ankara

4) <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/saglik-bak/tr-turkiye-29-saglik-bolgesine-ayriliyor-2-13-35814.html>, (Erişim Tarihi: 17.06.2011)

5) Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017

6) <http://pazarlardanhaberler.com/2013.05.21/saglikta-kamu-ozel-ortakligi-kongresi/> (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

7) <http://www.kamuozeleortakligi.com/tr/index.php> (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

8) 03.07.2005 tarih ve 5396 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun

9) 07.05.1987 Sayılı 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Ek Madde 7.

10) 31.03.2012 Tarihli 6288 Sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu ile Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Yap-İşlet-Devret Modeli Çerçevesinde Yapılmasına Hakkında Kanunda ve Kamu İhale Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Madde 1.

11) 21.02.2013 tarih ve 6428 Sayılı, Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yapılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Karamamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

12) 26.02.2014 tarih ve 6527 Sayılı Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Madde 23.

13) Tosun N: Eski hastaneler, modern şehir hastanelerinde birleştirilecek. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, Mayıs 2014, sayı 30, sayfa 18-23 <http://www.sdplatform.com/Soylesiler/51/Eski-hastaneler-modern-sehir-hastanelerinde-birlestirilecek.aspx> (Erişim Tarihi: 10.02.2015)

14) 11.10.2011 Tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame

15) 2.1.2014 tarih ve 6514 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

16) Aydın S: Hastane "yönet-me" sistemi ve süper başhekimler. SB Diyalog 4:14-16, 2004

17) <http://www.milliyet.com.tr/erdogan-12-yillik-ozlemim/siyaset/detay/1903644/default.htm>

18) <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/guncel/tr-sehir-hastaneleri-24-bin-yatagin-ihalesi-tamam-25-bin-yatak-sirada-1-11-63386.html>

19) <http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/Default.aspx?tabid=241&language=tr-TR>, (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

Demografi ve epidemiyoloji pencerelelerinden 2023 ve ötesine bakış

Doç. Dr. Mustafa Taşdemir



Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden 1990 yılında mezun oldu. 1998'de halk sağlığı uzmanlığını tamamladı. 2001'de Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak çalışmaya başladı. 2008'de Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi'ni bitirdi. 2004-2005 yıllarında Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Akreditasyon Sistemi Yönlendirme Komitesi üyesi olarak çalıştı. 2008-2009 döneminde yaklaşık bir yıl süreyle Sağlık Bakanlığı'nda kıdemli eğitim ve araştırma koordinatörü olarak görev yaptı. 2012-214 yılları arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürü olarak görev yaptı. Halen Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde çalışmalarını sürdürmektedir.

Dr. Ömer Ataç



1988 yılında Beypazarı'nda doğdu. 2005 yılında İstanbul Atatürk Fen Lisesi'nden, 2012 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı yıl İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde göreve başladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda doktora eğitimini sürdürmektedir. Halen İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şubesi'nde çalışmaktadır.

Genellikle bu tür planlamalar ve değerlendirmeler 0'lı veya 5'li yıllar bazında yapılır. Ancak ülkeler ve kuruluşlar kendileri için önemli tarihleri de esas alabilirler. Cumhuriyet'in 100. yıldönümü olan 2023 ülkemiz için önemli bir tarihtir ve pek çok çalışmada referans alınmaktadır. İstanbul'un fethinin 600. yıldönümünün ve 1071 Malazgirt Zaferi'nin 1000. yıldönümünün de aynı şekilde değerlendirildiğine zaman zaman şahit olmaktayız. En yakın tarih olması hasebiyle 2023 gündeme daha sık gelmektedir. Biz de dergimizin bu sayısındaki diğer bazı yazılarda olduğu gibi daha ziyade 2023'e odaklanacağız.

Tahminler ve Projeksiyonlar

İngilizcedeki (estimate, prediction, prospect, projection gibi) pek çok kelime dilimizde "tahmin" ile karşılık buluyor. Biz burada yazımız bağlamında iki kavramı açıklamakla yetineceğiz: Örneklerden elde edilen verilerle evren değerine dair

çıkarsamaya *tahmin* denilmektedir. Yani mesela Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması gibi, örneklemden toplanan verilere dayanarak evren (ülke, bölge vb.) değerini tayin etmek; daha doğrusu tahmin etmekten söz ediyoruz. Yaygın kullanımda, örneklem üzerinden bulunan değerler çoğu zaman tahmin kavramı kullanılmaksızın evrene ait değerler olarak sunulur; ama bunlar tahmindir. Projeksiyon ise, birtakım varsayımların gerçekleşmesi durumunda evrende/toplumda gelecekte ne gibi değişiklikler olacağı öngörüsüdür. Tahmin kavramının aksine, projeksiyon sıklıkla kullanılmaktadır. Bir başka önemli husus, tahminin geçmişe, projeksiyonun ise geleceğe dair olmasıdır. Her ikisi de çeşitli yöntemler ve formüller kullanılarak yapılır.

Demografik Projeksiyonlar

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023-2075 nüfus projeksiyonlarını yayımlamıştır. Nüfus projeksiyonları ülkelerin geleceğe dair politikalarını geliştirirken kullandıkları en önemli verilerdendir; ade-

ta geleceğe giden karanlık yolu aydınlatan ışık gibidir. TÜİK'in projeksiyonları ülke geneli, iller ve yaşlar için üretilmiş ve farklı doğurganlık düzeylerinin esas alındığı üç ayrı senaryo hazırlanmıştır (Tablo 1).

Yani, kadın başına düşen ortalama çocuk sayısındaki muhtemel değişimlere göre senaryolar çeşitlenmiştir:

- Senaryo 1'de -ki bu Temel Senaryo olarak da adlandırılmaktadır- toplam doğurganlık hızının (TDH; yani, bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca doğurabileceği ortalama çocuk sayısının) doğal akışı içinde azalıp 2050 yılında 1,65'e düşeceği ve 2050 yılından sonra artmaya başlayıp 2075 yılında 1,85'e ulaşacağı varsayılmıştır.
- Senaryo 2'de TDH'nin 2020'de 2,11'e, 2050'de 2,5'e yükseleceği ve 2075'e kadar sabit kalacağı varsayılmıştır.
- Senaryo 3'te ise bu hızın 2050'ye kadar 3'e ulaşacağı ve 2075'e kadar sabit kalacağı varsayılmıştır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023-2075 nüfus projeksiyonlarını yayımlamıştır. Nüfus projeksiyonları ülkelerin geleceğe dair politikalarını geliştirirken kullandıkları en önemli verilerdendir; adeta geleceğe giden karanlık yolu aydınlatan ışık gibidir. TÜİK'in projeksiyonları ülke geneli, iller ve yaşlar için üretilmiş ve farklı doğurganlık düzeylerinin esas alındığı üç ayrı senaryo hazırlanmıştır.

Tablo incelendiğinde, gerek toplam nüfusta gerekse yaşlı nüfusta 2023 ve hatta 2050 için senaryolar arasında bariz fark olmadığı görülmektedir. Şunu da gözden kaçırmamak lazımdır ki, Temel Senaryoda 2075 nüfusu 2050 nüfusundan düşük hesaplanmaktadır. Küçük bir açıyla yola çıkan cisimlerin zaman geçtikçe birbirinden uzaklaşması gibi, senaryolar arasındaki farkın 2075 projeksiyonlarında çarpıcı hale geldiğini görüyoruz. Ardışık senaryolar arasındaki fark toplam nüfusta 2023 için bir milyon altında, 2050 içinse 6-11 milyon aralığındadır. Buna karşılık, 2075 senaryolarında yaklaşık 20 milyondur.

Toplam nüfus projeksiyonları arasındaki bu büyük farka rağmen, üç senaryoda da yaşlı nüfusun -oranı değişse de- sayısı 24,5 milyon civarında öngörülmektedir. Bu, ilginç bir durumdur. Yaşlı nüfusun oranı bugüne göre epey yükselmiş olacak, ancak sayısı belirli bir bantta olarsa; senaryolar arasındaki fark genç nüfustan kaynaklanacaktır. Ayrıca Temel Senaryo gerçekleştiği takdirde, ülkemiz nüfus büyüklüğü bakımından ülkeler arasında 18. sıradan 2050'de 20. sıraya, 2075'te 24. sıraya gerileyecektir. Öte yandan ortalama yaş da giderek yükselecektir. Nüfusun ortalama yaşı 2012'de 30,1 iken 2023'te 34, 2050'de 42,9 ve 2075'te 47,4 olacaktır.

TDH 2012'de 2,08'e gerilemiş, yani nüfusun kendini yenileme seviyesi olan 2,1'in altına düşmüştür. Bebek ölüm



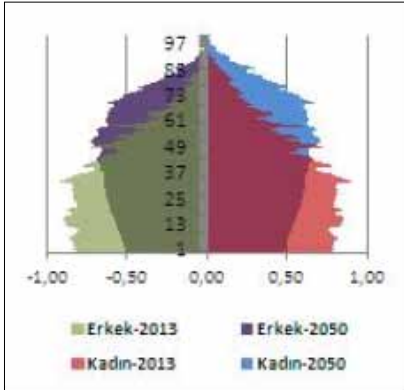
Tablo 1: Farklı doğurganlık düzeylerine göre nüfus ve yaşlı nüfus oranı

Senaryo		2013	2023	2050	2075
1 (Temel Senaryo)	Toplam nüfus	76 481 847	84 247 088	93 475 575	89 172 088
	≥65 yaş nüfus oranı (%)	7,7	10,2	20,8	27,7
2	Toplam nüfus	76 481 847	85 153 647	104 309 596	119 344 690
	≥65 yaş nüfus oranı (%)	7,7	10,1	18,7	20,7
3	Toplam nüfus	76 481 847	85 598 777	110 546 401	140 672 782
	≥65 yaş nüfus oranı (%)	7,7	10,1	17,6	17,5

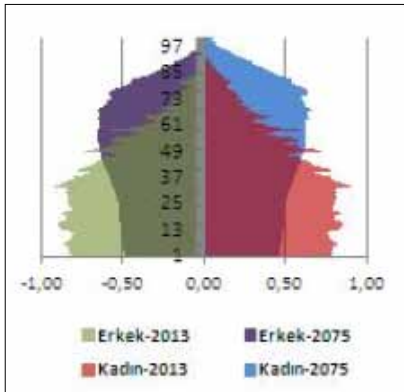


Tablo 2: Ortanca yaş projeksiyonları (2012-2075)

Yıl	Toplam	Erkek	Kadın
2012	30,1	29,6	30,6
2023	34,0	33,3	34,6
2050	42,9	41,8	44,0
2075	47,4	46,0	48,7



Şekil 1: Nüfus piramidi, 2013-2050



Şekil 2: Nüfus piramidi, 2013-2075

hızının gerilemesi ve doğuşta beklenen hayat süresinin uzaması sonucunda yaşlı nüfus oranı artmaktadır. Böylece çalışma çağı nüfusunun (15-64 yaş) bakmakla yükümlü olduğu nüfus artacak ve üretken nüfus oranı azalacaktır. Bu projeksiyonlar nüfus piramidine Şekil 1 ve Şekil 2'de görüldüğü gibi yansıyacaktır. Bu durum, Onuncu Kalkınma Planı'nda (2014-2018) değerlendirilmiş ve nüfus politikalarıyla doğurganlık hızının artırılması ve yaşlanan nüfusa yönelik etkin ve uygun zamanlı politikaların geliştirilmesi ihtiyacı vurgulanmıştır. Bu çerçevede yapılacak işler "Genç ve dinamik nüfus yapısının korunması ve doğurganlıktaki hızlı düşüşün önüne geçilebilmesi için kadınlara yönelik iş ve aile yaşamını uyumlaştırıcı nitelikte uygulamalar ile çalışanlar için doğuma bağlı izin ve haklar geliştirilecek, kreşler teşvik edilecek, esnek çalışma imkânları sağlanacaktır" şeklinde ifade edilmiştir. Plan'da ayrıca emeklilik ve sosyal güvenlik sisteminde şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde, artan sağlık harcamalarının önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik sistemi ve kamu maliyesi üzerinde baskı oluşturabileceğinden bahisle, ilaç ve tıbbi malzeme üretimine odaklanma, sağlık turizmini geliştirme gibi fırsat alanlarına dikkat çekilmiştir.

Ancak, aynı dönemde hazırlanmış iki önemli resmi kaynakta farklı verilere yer verildiği görülmektedir. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)'nda TDH 2012 için TÜİK'e atfen 2,08; 2013 için ise "Onuncu Kalkınma Planı tahmini" açıklamasıyla 1,99 olarak verilmiştir. Oysa TÜİK'in Doğum İstatistikleri, 2013 Haber Bülteni'nde bunlar sırasıyla 2,09 ve 2,07 olarak yer almıştır. TNSA-2008 ve TNSA-2013'te ise TDH araştırma tarihinden önceki 1-36 aylık dönem için

sırasıyla 2,16 ve 2,26 olarak verilmiş ve bu durumun Türkiye'de doğurganlıktaki azalma eğiliminin durduğunu gösterdiği değerlendirilmiştir. Bu tabloyu konunun uzmanlarına, nüfus bilimcilere havale ediyoruz.

2023 sağlık hedefleri

Stratejik Plan (2013-2017)'da 2011'deki mevcut durum ile 2017 ve 2023 hedeflerine yer verilmiştir. Plan'da bulunan performans göstergelerinden bir kısmı Tablo 3'te dikkatinize sunulmuştur. Bu göstergelerden her birine dair değerlendirme yapmak yerine, genel değerlendirme ile yetineceğiz.

- 2023'ü diğer alanlar yanında sağlıkta da özel bir gayret ve heyecanla daha iyi noktalara ulaşabilmek için bu şekilde değerlendirmek anlamlı ve yararlıdır.

- Gerek Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı'nda gerekse Onuncu Kalkınma Planı'nda 2023 ve ötesi vizyonu ile sağlığı koruyucu ve geliştirici politika ve uygulamalara yer ve ağırlık verilmiş olması isabetli olmuştur. Bu durum sevindiricidir.

- "Hazırlık aşamasında" ve "mevcut durum analizi" ibarelerinin bulunduğu çoğu göstergelerde 2023 hedefinin maksimum düzeyde (%100 veya buna yakın) olması hedeflere ulaşılabilirliğiyle ilgili kuşku doğurmaktadır.

- Genel olarak, yüzde 100 ve 0 gibi hedeflerin gerçekliği tartışmaya açıktır.

- Başlangıç verilerinin güvenilirliği 2023 (ve sonrası) hedeflerine ulaşma performansını değerlendirebilmek için önemlidir.

- Bebek ölüm hızı başta olmak üzere bazı göstergelere yönelik eleştiriler vardır. Bu eleştirilere cevap verebilecek yetkinlik ve deneyime sahip uzmanlar Bakanlık bünyesinde mevcuttur. Bu gibi tartışmalı durumlarda cevap / açıklama / değerlendirme için çalışma başlatılmalıdır. Hele de uluslararası bilimsel mecralarda ülkemize dair "olumlu" yayınlar çıktığında, bunların yalan/yanlış olduğunu yine aynı mecralarda dünyaya höyküren yurttaşlarımız varsa...

- Sağlık personelinin henüz izlenmeyen memnuniyet durumu için 2023 hedefinin %30 olması düşündürücüdür.

- Aile hekimliği çalışanlarının ülkemiz "sağlık tarihi"nde görülmemiş boyuttaki ve süregelen eylemlilik hali bu alandaki hedeflerin ulaşılabilirliği konusunda -en azından bugünlerde- kaygı doğurmaktadır.

- Mevcut yapı stokunun durumu dikkate alındığında "engelli bireylerin erişebileceği kamu sağlık kuruluşlarının oranı"nın yüzde 100 olması hedefi gerçekçi görünmemektedir.

- "Meslek hastalıkları tespit oranı" hedefi

Tablo 3: Sağlıkta performans göstergeleri ve 2023 hedefleri

Performans Göstergesi	Mevcut Durum 2011	Ulaşılabilecek Hedef 2023
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	75 ₍₂₀₀₉₎	85
Bebek ölüm hızı (bin canlı doğumda)	7,7	4
Beş yaş altı ölüm hızı (bin canlı doğumda)	11,3	6
Anne ölüm oranı (yüz bin canlı doğumda)	15,5	8
Cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağ. harcamasına oranı (%)	12	9
Obez nüfus oranı (19 yaş ve üstü), (%)	30,3	20
≥15 yaş nüfusta yetersiz fiziksel aktivite yapanların oranı (yaşa standardize), (%)	56 ₍₂₀₀₈₎	20
Her gün tütün mamulü kullanma oranı (≥15 yaş), (%)	37,3 _{(2012) (E)}	22
	10,7 _{(2012) (K)}	8
Kişi başı yıllık ortalama alkol tüketimi (≥15 yaş), (litre)	1,3 ₍₂₀₁₀₎	0,9
Sağlık okuryazarlık düzeyi (%)	Mevcut durum analizi*	1001**
Üreme sağlığı konusunda doğru ve yeterli bilgiye sahip olma oranı	Mevcut durum analizi*	1001**
Meslek hastalıkları tespit oranı (yüz binde)	4	400
İyileştirilmiş sanıtasyona erişen nüfus oranı	90 ₍₂₀₁₀₎	100
Çok sektörlü işbirliği kapsamında tanımlanmış eylemlerin tamamlanma oranı (%)	Hazırlık aşamasında*	100
Tüberküloz insidansı (yüz bin nüfusta)	24	12
Sıtma insidansı (yüz bin nüfusta)	0,2***	0
Kızamık insidansı (yüz bin nüfusta)	0,1***	<0,1
AIDS insidansı (yüz bin nüfusta)	0,11	<0,1
Diyabet prevalansı (>20 yaş), (%)	11	8
KOAH prevalansı (%)	5	3
Hipertansiyon prevalansı (%)	24	18
İlk 6 ay sadece anne sütü ile beslenen bebek oranı (%)	41,6 ₍₂₀₀₈₎	80
Antenatal bakım oranı (en az 1 ziyaret)	95	99
Düşük doğum ağırlıklı bebek oranı (%)	11 ₍₂₀₀₅₋₂₀₁₀₎	8
Primer sezaryen oranı	24,9	12
Sezaryen oranı (tüm doğumlar içinde)	47	20
Eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğum oranı	91 ₍₂₀₀₅₋₂₀₁₁₎	99
5 yaş altı çocuklarda bodurluk yüzdesi (Yaşa göre boy ort.<2SD olanlar)	10,3 ₍₂₀₀₈₎	6
DaBT aşılama oranı (%)	97	99
DMFT-12 indeksi (12 yaşında ort. çürük, kayıp, dolgululu diş sayısı)	1,9 ₍₂₀₀₄₎	1
Tarama programı kapsamındaki yenidoğan oranı (%)	96	99
Meme kanseri tarama oranı (50-69 yaş), (%)	12,4	80
Serviks kanseri tarama oranı (20-69 yaş), (%)	24,9	80
Tüm müracaatlar içerisinde aile hekimliğine müracaat oranı (%)	39	70
Aile hekimi başına düşen nüfus	3.696	1.681
Aile hekimliğinde muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme yapılan hasta oranı	Hazırlık aşamasında*	98
Hastanelerde muayene öncesi ve sonrası bilgilendirme yapılan hasta oranı	Hazırlık aşamasında*	98
Kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif katılım sağlanan hastaların oranı (%)	Mevcut durum analizi*	1001**
Engelli bireylerin erişebileceği kamu sağlık kuruluşlarının oranı (%)	Mevcut durum analizi*	100
Evde sağlık hizmeti ihtiyacı olanlardan karşılanan oranı	90	100
Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin verildiği merkez sayısı	50	400
Toplum temelli ruh sağlığı merkezlerinde takip edilen şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarının planlanan takip oranı (%)	0,68	90
65 yaş ve üzeri nüfusun aile hekimliğine müracaat sayısı	5,7	12
Sağlık hizmetlerinden duyulan genel memnuniyet oranı (%)	75,9	85
Sağlık personeli memnuniyet oranı	Mevcut durum analizi*	301

* "Hazırlık aşamasında" ve "mevcut durum analizi" ibarelerinin tam olarak ne anlama geldiğini ve bu konularda 2011 verilerini ortaya koymak için neler yapıldığını bilmiyoruz.

** %100'ün anlamı açıklanmamıştır.

*** İmporte vaka

Not: Tablo ve şekiller kaynaklardan aynen veya değiştirilerek alınmıştır.

mevcut gidişat çerçevesinde yüksek görünmektedir.

• Kızamık insidansı hedefine ulaşılama-ması ihtimali vardır. Bu durum yalnızca ülkemiz için değil, genel olarak tüm dünya için söz konusudur. İnsan hareketliliğinin gittikçe artması, ülkemize çeşitli neden-lerle kısa veya uzun süreli kitlesel nüfus akışı olması yanında ülkemizde ve başka ülkelerde aşısız kişilerin bulunması ve aşı karışıklığının giderek yaygınlaşması risk faktörleri olarak zikredilebilir.

• Yukarıda hakkında not düştüklerimiz dışındaki göstergelerde hedeflerin genel olarak makul ve gerçekçi olduğunu söyleyebiliriz.

Ancak Faaliyet Raporu 2014'te yukarıdaki göstergelerin çok azı değerlendirilmiştir. Bunların da bir kısmında güncel veri olmadığı; obezite, fiziksel aktivite ve alkol tüketimiyle ilgili göstergelerde ise 2014 yılsonu hedeflerine ulaşamadığı belirtilmiştir. Sağlıkta İnsan Kaynakları (SAİK) 2023 Vizyonu belgesinde yer alan planlamalar TÜİK'in üç farklı nüfus projeksiyonu senaryosuyla uyumludur. Ancak 2050 ve 2075 için farklı nüfus senaryoları hazırlandığı gibi her bir senaryoya uygun SAİK çalışmaları da yapılmalıdır. Yani doğurganlığın ve dolayısıyla nüfus artış eğiliminin hızlandırılmasıyla sağlık insan gücü ihtiyacı artacaktır. Bunun planlaması da esnek olmalıdır. Yalnızca nüfusun büyüklüğü değil, yapısı da SAİK projeksiyonlarını ve hatta diğer girdi unsurlarına dair projeksiyonları etkileyecektir.

Kaynaklar

Doğum İstatistikleri (2013), Türkiye İstatistik Kurumu <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048> (Erişim tarihi: 20.02.2015)

Faaliyet Raporu (2014), Sağlık Bakanlığı http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/faaliyet_raporu_2014/faaliyet_raporu_2014/index.html (Erişim tarihi: 02.03.2015)

Nüfus Projeksiyonları (2013-2075), Türkiye İstatistik Kurumu <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844> (Erişim tarihi: 20.02.2015)

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), Kalkınma Bakanlığı <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Yayinlar/Attachments/518/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf> (Erişim tarihi: 20.02.2015)

Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, Sağlık Bakanlığı http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/saglikta_insan_kaynaklari_2023_vizyonu.pdf (Erişim tarihi: 20.02.2015)

Stratejik Plan (2013-2017), Sağlık Bakanlığı <http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejik-plan20132017/index.html> (Erişim tarihi: 20.02.2015)

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (Erişim tarihi: 20.02.2015)

Türkiye’de 2023 yılı sağlık insan gücü hedefleri ve tıp - sağlık eğitimine genel bir bakış

Prof. Dr. Mustafa Solak



1953 Eskişehir, Sivrihisar doğumludur. 1976’da Atatürk Üniversitesinde lisans eğitimini tamamladıktan sonra 1985 yılında Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Bilim Dalı’nda doktora eğitimini tamamladı. 1986 yılında Yardımcı Doçent, 1992 yılında Doçent ve 1999 yılında Profesör oldu. 1993 yılında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Dekan Yardımcılığı, 1999 - 2007 yılları arasında Afyon Kocatepe Rektör Yardımcılığı ve Tıp Fakültesi Dekanlığı, 2008 - 2011 tarihleri arasında Yükseköğretim Kurulu Başkan Danışmanlığı, Yükseköğretim Denetleme Kurulu Üyeliği ve Başkanlığı görevlerinde bulundu. Solak, halen Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörlüğü ve Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı görevlerini sürdürmektedir.

Ülkemizde yükseköğretim sistemi son on yılda önemli düzeyde büyüme gerçekleştirmiştir. Bu büyüme eğiliminin hem ülkemizin 2023 hedefleri doğrultusunda hem de küresel dinamikler çerçevesinde devam etmesi beklenmektedir. Bu büyüme sürecinde önümüzde duran en büyük hedef; niceliksel büyümenin niteliksel bir büyümeye dönüştürülerek kaliteyle taçlandırmak, hem de bu büyümeyle birlikte akademik personeli yetiştirmektir. Sağlık insan gücünden en etkili ve en verimli bir şekilde faydalanmanın yolu iyi bir planlama ile mümkündür. İyi planlama; sağlık eğitimi ve istihdamı açısından, ihtiyaç duyulan iş gücünü nicelik ve nitelik açısından belirlemek ve belirlenen bu hedeflere ulaşmak için yapılır. Sağlık alanında ön lisans, lisans, lisansüstü ve tıpta uzmanlık düzeydeki eğitimlerin istenen şekilde ve ülke ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde sürdürülebilmesinin yolu, yine iyi bir planlamadan geçmektedir. Diğer taraftan sağlıklı bir hayatın devam ettirilmesinde ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde sağlık çalışanlarının önemi büyüktür. Bu nedenle sağlık alanında çalışan personelin sayısı, eğitimi, eğitim aldığı mekân ve hizmet verdiği birimler büyük önem taşımaktadır. Bir ülkede sağlık

hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi; sağlık personelinin çağdaş ölçütlere göre yeterli sayıda yetiştirilmesi ve ülke çapında dengeli dağılımı ile gerçekleşir. Öte yandan Eylem planlarının iyi hazırlanması ve uygulanabilmesi için de sağlık alanında mevcut durumun iyi analiz edilmesi gerekmektedir.

Ülkemizde 2014-2015 eğitim-öğretim yılında yükseköğretim kurumlarında tüm alanlarda 5.499.961 öğrenci ön lisans, lisans ve lisansüstü düzeyde eğitim görmektedir⁽¹⁾. Yine çeşitli düzeylerdeki sağlık eğitimi de üniversitelerde verilmektedir. Sağlık alanında 2014-2015 eğitim yılında 293.941 öğrenci eğitim görmektedir⁽²⁾. Eğitimler; tıp doktorluğu, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, ebelik, beslenme ve diyetetik, tıbbi psikoloji ve fizyoterapi ile çeşitli sağlık teknikerliği programlarında sürdürülmektedir. Teknisyenlik düzeyindeki eğitimler ise sağlık meslek liselerinde verilmektedir. Ülkemizde 2014 yılı verilerine göre aktif olarak çalışan sağlık personeli sayısı 514.955 dolayındadır⁽³⁾.

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde yürütülmesi, sağlık personelinin yeterli sayıda, çağdaş, güncel ölçütlere göre yetiştirilmesi, uygulamaların başarılı olması ve ön görülen iş gücü hedeflerine

ulaşılması için de tam ve doğru verilere ihtiyaç bulunmaktadır. Bu amaçla Yükseköğretim Kurulu, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı görevlilerinden oluşan bir heyet tarafından *ilki Mart 2008’de, ikincisi Haziran 2010’da, üçüncüsü ise Şubat 2014’de “Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu”* adı altında bir durum raporu hazırlanarak kamuoyuna sunulmuştur⁽³⁾. Söz konusu raporla sağlık insan gücü yetiştiren kurumların personel verileri, öğrenci kontenjanları, Türkiye’de sağlık insan gücünün mevcut durumu ile hizmet sunumu ve eğitim alanlarının fiziki mekân ile cihaz ve donanım durumları ayrıntılı bir şekilde ortaya konmuştur. Yine bu raporla sağlık meslek türlerinin ülke düzeyinde ve il bazında değerlendirilmeleri yapılmıştır. Rapordaki verilere göre ülkemizde sağlık insan gücünü yetiştiren birimlerde son 10 yıllık dönemde çok önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu gelişmelere kısaca değinmekte yarar görülmektedir;

Ülkemizde 2014 yılı itibarıyla sağlık bilimleri alanında 451’i faal olan, 73’ü ise henüz faaliyete geçmeyen toplam 524 fakülte ve yüksekokul bulunmaktadır. Ayrıca Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde toplam 425 adet eğitim veren sağlık meslek lisesi bulunmaktadır. Ülkemizde yeni

kurulanlarla birlikte tıp fakültesi sayısı 96'ya ulaşmıştır. Bunlardan 73'ünde tıp doktorluğu, 60'ında da Tıpta Uzmanlık Eğitimi verilmektedir. Bu arada yine Sağlık Bakanlığına bağlı 59 eğitim ve araştırma hastanesinde de Tıpta Uzmanlık Eğitimi verilmektedir. Ülkemizde aktif olarak eğitim veren tıp fakültesi sayısı 2003-2004 öğretim yılında 46 iken, 2014-2015 öğretim yılında 96'ya, bu fakültelerde öğrenci sayısı aynı dönemde sırası ile 32.118'den 65.009'a, öğretim üyesi sayısı ise 7.794'den 13.016'ya yükselmiştir. Buna göre bir öğretim üyesine düşen öğrenci sayısı da sırasıyla 4.1'den 4.47'ye yükselmiştir. Yine Tıpta Uzmanlık Eğitimi için öngörülen kontenjan 2003 yılında 4453 iken, 2013 yılında, (Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Adli Tıp Kurumu ile birlikte) 5.677'ye yükselmiştir. Türkiye'de halen 36.096 pratisyen hekim, 72.405 uzman hekim ve 20.882 (Tıpta Uzmanlık Eğitimi yapan) araştırma görevlisi olmak üzere toplam 129.383 hekim bulunmaktadır⁽³⁾.

Ülkemizde diğer bir hekim türü yetiştiren diş hekimliği fakültelerinde de ciddi gelişmeler kaydedilmiştir. 2013-2014 öğretim yılında bu fakültelerin sayısı 61'e yükselmiştir. Bunların 54 tanesinde eğitim verilmektedir. Bu 10 yıllık dönemde diş hekimliği fakültelerindeki öğrenci sayısı 5.343'den 12.842'ye, öğretim üyesi sayısı ise 605'ten ve 1.352'ye ulaşmıştır. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı sırasıyla 8.8 iken 9.48 olmuştur. Sağlık eğitiminde önemli bir yeri olan eczacılık fakültelerinin gelişme sürecine bakıldığında burada da hızlı bir gelişme olduğu görülmektedir. Bu gelişme sürecinde eğitim veren eczacılık fakültesi sayısı 2003-2004 yılında 11, öğrenci sayısı 4.266 ve öğretim üyesi sayısı 356 iken, 2013-2014 öğretim yılında eğitim veren fakülte sayısı 28'e, toplam öğrenci sayısı 8.373'e ve öğretim üyesi sayısı da 639'a yükselmiştir. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı da 12,0'dan 14,7'ye yükselmiştir.

Tablo 1'de verildiği üzere ülkemizde 2014-2015 eğitim yılında sağlık eğitimi alanındaki kontenjanlar; Tıp fakültesi için 11.909, diş hekimliği fakültesi için 3.195, eczacılık fakültesi için 10.976, sağlık bilimleri fakültesi için 11.626, hemşirelik fakültesi için 1.333, dört yıllık yüksek okullar için 17.459 ve iki yıllık sağlık hizmetleri meslek yüksek okulları için 40.732 olmak üzere toplam 87.418 olarak gerçekleşmiştir⁽¹⁾. 2014-2015 eğitim yılında tıp fakültelerinde 65.009, diş hekimliği fakültelerinde 14.447, eczacılık fakültelerinde 9.201, sağlık bilimleri fakültelerinde 33.034, hemşirelik fakültelerinde 4.616, dört yıllık yüksek okullarında 68.078 ve iki yıllık sağlık hizmetleri meslek yüksek okullarında 99.526 olmak üzere toplamda 293.941 öğrenci eğitim gör-



Tablo1: Sağlık alanında eğitim veren fakülte ve yüksek okullarda 2013-2014 yılı ÖSYS kontenjanları ile bu birimlerde eğitim gören öğrenci sayıları

Fakülte / Yüksekokul	2014 -2015 Yılı ÖSYS Kontenjanı	2014-2015 Yılı Toplam Öğrenci sayısı
Tıp Fakültesi	11.909	65.009
Diş Hekimliği Fakültesi	3.195	14.477
Eczacılık Fakültesi	1.814	9.201
Sağlık Bilimleri Fakültesi	10.976	33.034
Hemşirelik Fakültesi	1.333	4.616
Dört Yıllık Yüksek Okullar	17.459	68.078
İki Yıllık Meslek Yüksek Okulları	40.732	99.526
Toplam	87.418	293.941

Kaynak: Yüksek Öğretim Kurulu Verileri (Şubat 2015)

Tablo 2: Türkiye'de aktif çalışan sağlık personelin mevcut durumu

Sıra No	Meslek Türü	Sayısı
1	Hekim	129.383
2	Diş Hekimi	21.160
3	Eczacı	26.617
4	Hemşire	149.012
5	Fizyoterapist	5.821
6	Ebe	52.351
7	Diğer	130.611
Toplam		514.955

Kaynak: Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Şubat, 2014

mektedir (Tablo1). Öte yandan bu raporda yer alan verilere göre ülkemizde aktif çalışan; 129.383 tıp doktoru, 21.160 diş hekimi, 26.617 eczacı, 149.012 hemşire, 5.821 fizyoterapist, 52.351 ebe ve 130.611 diğer sağlık personeli olmak üzere toplam 514.955 sağlık personeli bulunmaktadır (Tablo2). Bu veriler ülkemizde hizmet veren sağlık insan gücünün kapasitesini göstermektedir.

Aşağıda yer alan Tablo2'deki verilere göre toplam ülke nüfusunun binde 9'unu, (~ %1'ini) aktif çalışan sağlık personeli ile sağlık alanında eğitim gören öğrenciler oluşturmaktadır.

Sağlık İş Gücü Planlaması kullanılan yöntem ve ölçütler

Bir ülkede uygulanabilir, gerçekçi, kısa, orta ve uzun vadeli Sağlıklı İnsan Gücü Planlamasının yapılmasında Dünya Sağlık Örgütü'nün de öngördüğü bazı yöntem ve ölçütler kullanılır. Bunlar *ihtiyaç yöntemi, istihdam yöntemi, başvuru yöntemi, hedef yöntemi ve insan gücü/nüfus oranı* gibi yöntemler⁽⁴⁾ ile, *sağlık insan gücü verileri, nüfusun sağlık hizmetlerini kullanım durumu, sağlık durumu göstergeleri, demografik veriler ile ekonomik veriler*⁽⁴⁾ şeklinde tanımlanan ölçütlerdir.

Tablo 3: Sağlık Bakanlığınca 2023 yılında beklenen sağlık hizmeti personeli hedef sayıları

Meslek Grubu	Mevcut kontenjanların Sürdürülmesi Halinde Oluşacak arz	2023 Yılı Hedef Sayıları
Hekim	189.000	200.000
Hemşire	290.000	315.000
Ebe	63.600	70.000
Eczacı	37.000	37.000
Diş Hekimi	38.400	38.000
Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri	7.400	20.000
Diş Protez Teknisyeni / Teknikeri	10.300	10.150
Diyaliz Teknikeri	6.300	6.300
Laboratuvar Teknisyeni / Teknikeri	56.000	22.000
Radyoterapi Teknikeri	1.750	2.800
Anestezi Teknisyeni / Teknikeri	24.700	10.500
Ortezten Teknikeri	2.600	1.000
Elektronörofizyoloji Teknikeri	430	2.000
Acil Tıp Teknisyeni / Teknikeri	86.000	41.000
Tıbbi Sekreterlik	83.000	90.000
Röntgen Teknisyeni / Teknikeri	31.000	23.000
Odiyometri Teknikeri	2.600	2.300

Kaynak: 2023 Yılı Sağlık İşgücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi Hakkında Rapor, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2012 Ankara

Sağlık Bakanlığı ülkemizde sağlık insan kaynağının çok yetersiz olduğu öngörüsünden⁽⁶⁾ hareketle; *İnsan gücü/nüfus oranı yöntemi ile sağlık insan gücü verileri ölçütünü* kullanarak ülkemizin 2023 yılı Sağlık İş Gücü Hedeflerini belirleyerek; 2012 yılında yayınladığı "2023 Yılı Sağlık İşgücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi Hakkında Rapor" ile kamuoyuna açıklamıştır⁽⁶⁾. Bu Raporda 17 sağlık meslek mensubu açısından beklenen hedefler Tablo3'te verilmiştir⁽⁶⁾. Üniversitelerde öngörülen kontenjanlarla eğitime aynen devam edildiği takdirde, arz olunan sayının; bazı meslek türlerinde öngörülen hedefin üzerinde, bazıları hedefin altında, bazı mesleklerde ise hedefe uygun, bazıları da hedefe göre çok büyük farklar olduğu görülmektedir.

Tablo3'te yer alan verilere göre; ağız ve diş sağlığı, elektronörofizyoloji ve radyoterapi teknikerliği Mesleklerinde arzın, ihtiyacın yarısını ya da üçte birini karşılayabileceği, laboratuvar, anestezi, ortez-protez, acil tıp ile röntgen teknisyenliği ve teknikerliği mesleklerinde arzın, öngörülen ihtiyacın 2-2.5 katına ulaşacağı, eczacılık, diş hekimliği, diş Protez Teknisyeni Ve Teknikerliği, Diyaliz teknikerliği odiyometri teknikerliği mesleklerinde arzın, ihtiyacı karşılayacağı, hekim ve hemşire ihtiyacının 2024 yılında, ebe ve tıbbi sekreterlik mesleği ihtiyacının ise 2025 yılında tamamlanacağı anlaşılmaktadır. Burada karşımıza başka önemli bir durum ortaya çıkmaktadır. Şöyle ki; Sağlık Bakanlığınca hazırlanan raporda 17 sağlık meslek mensubu için 2023 hedefleri ön görülmüş, ancak aynı kontenjanlarla

tam kapasite ile eğitim-öğretime devam edildiğinde, 2023 yılı sonrasında ortaya çıkacak arz-talep tablosuna ilişkin bir öngörü ya da plan ön görülmüştür. Bu durum sağlık meslek mensupları açısından çok önemli bir durumdur. 2024 yılı ve sonrası dönem; eğitim kontenjanları ve mezunların istihdamı açısından gözden geçirilmesi büyük önem arz etmektedir. Sağlık İş Gücü Planlamasının sağlıklı yapılması ve yürütülmesi için; Sağlık Bakanlığı ile Yükseköğretim Kurulu yetkililerinin bir araya gelerek konunun etrafıca incelenmesi ve birlikte alınacak kararların uygulamaya konulması gereklidir.

Tıp- sağlık eğitimine ilişkin bazı tespitler ve sorunlar

Ülkemizde nitelikli iş gücü hedeflerine ulaşmak üzere Sağlık İnsan Gücünü yetiştirme görevini üstlenen fakülte, yüksekokul ve meslek yüksekokullarının mevcut durumunu, fiziksel şartları ile akademik personel yapılarını gözden geçirmekte yarar görülmektedir.

A. Tıp - sağlık eğitimine ilişkin bazı tespitler

Tıp fakültelerinde halen 13.016 öğretim üyesi görev yapmaktadır. bu öğretim üyeleri üzerinde büyük oranda öğrenci yükü bulunmaktadır; tıp eğitiminde halen 65.009, TUE'de 13.527 ve lisans üstü eğitimde 7.237 olmak üzere toplam 85.770 öğrenci eğitim görmektedir. Diğer taraftan devlet tıp fakülteleri ile vakıf tıp fakülteleri arasında aynı eğitimler verilme-

Sağlık insan gücünden en etkili ve en verimli bir şekilde faydalanmanın yolu iyi bir planlama ile mümkündür. İyi planlama; sağlık eğitimi ve istihdamı açısından, ihtiyaç duyulan iş gücünü nicelik ve nitelik açısından belirlemek ve belirlenen bu hedeflere ulaşmak için yapılır. Sağlık alanında ön lisans, lisans, lisansüstü ve tıpta uzmanlık düzeydeki eğitimlerin istenen şekilde ve ülke ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde sürdürülebilmesinin yolu, yine iyi bir planlamadan geçmektedir.

sine karşın yapısal, akademik personel sayısı, öğrenci sayısı, cihaz ve donanım bakımından önemli farklar bulunmaktadır. Tıp fakültelerinde bulunan anabilim dalları ile eğitim araştırma hastanelerinde bulunan klinikler arasında yapısal farklılıklar, yine Tıpta Uzmanlık Eğitimi veren dallar arasında eğitim sorumlusu sayısında da farklılık bulunmaktadır.

B. Tıp - sağlık eğitiminde gözlenen sorunlar

Ülkemizde tıp-sağlık eğitimi sürdürülen birimler arasında farklı sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlar şöyle sıralanabilir;

- Sağlık eğitimini doğrudan etkileyen kontenjan dağılımında, birimlerin fiziki kapasitesinden ziyade genel şartların dikkate alındığı görülmektedir.
- Tıp eğitimi veren birimlerin fiziksel kapasite ve öğretim üyesi kapasitesi açısından heterojen olmaları eğitimin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.
- Sağlık eğitiminde kalite değerlendirme ve Ulusal Eğitim Akreditasyonu çalışmaları henüz tam olarak uygulanamamaktadır.
- Başta tıp fakülteleri olmak üzere diğer sağlıkla ilgili birimlerde halen norm kadro uygulamasına geçilememiştir.
- Sağlıkla ilgili birimlerde görevli öğretim elemanlarının iş yükü tanımlamaları ile performans göstergesi değerleri tanımlanamamıştır.
- Tıp fakültelerinde tıp eğitiminin en önemli öğelerinden olan anatomi eğitimi için

gerekli kadavra sayısı çok yetersizdir. Bu durum sağlık eğitimi olumsuz yönde etkilemektedir.

C. Tıpta Uzmanlık Eğitiminde (TUE) gözlenen sorunlar

Ülkemizde Tıpta Uzmanlık Eğitimi 2547 Sayılı Yasanın 3. Maddesi gereği, Sağlık Bakanlığının sorumluluğunda ve Tıpta Uzmanlık Kurulunun koordinasyonunda, tıp fakülteleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde yürütülmektedir. Tıp eğitiminde olduğu gibi Tıpta Uzmanlık Eğitiminde bazı sorunlar bulunmaktadır. Bunları şöyle özetleyebiliriz;

- TUE veren üniversite birimleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı birimlerin alt yapı ve fiziksel şartları çok değişkenlik göstermektedir.
- TUE veren birimlerin cihaz ve donanım kapasitelerinde farklılıklar görülmektedir.
- TUE veren birimlerin günlük hasta çeşitliliği ve cerrahi uygulamalarında farklılık gözlenmektedir.
- TUE'nin takibi, karne izlem, vaka takibi, seminer ve klinik yönetimi becerilerine yönelik yetersizlikler gözlemlenmektedir.
- TUE veren her eğitim dalına ilişkin ulusal düzeyde standardizasyon ve akreditasyon çalışmaları yapılmamıştır.
- TUE'de kalite değerlendirme çıktıları ile ölçme-değerlendirme uygulamaları henüz yapılmamaktadır.
- Tıp eğitimi ile TUE'nin entegrasyon çalışmaları henüz yapılmamıştır.

D. Yüksek Öğretim Kurulunca son dönemde yapılan çalışmalar

Yükseköğretim Kurulunca son dönemde sağlık eğitimi alanında önemli çalışmalar gerçekleştirilmiştir. 2 Şubat 2008 tarihinde yayınlanan bir yönetmelikle başta tıp doktorluğu olmak üzere, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, ebelik ve fizyoterapi eğitim programlarının asgari eğitim koşullarını belirlemiştir. Bu yolla söz konusu mesleklerle sahip bireylerin mesleki yeterliliklerinin Avrupa Birliği üyesi ülkelerde tanınabilmesi için bu alanlarda yürütülen yükseköğretim programlarının eğitim müfredatlarının ve eğitim sonunda kazanılması gereken bilgi, beceri düzeyleri belirlenmiştir. 8-9 Mart 2013 tarihlerinde Afyonkarahisar'da gerçekleştirilen Sağlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalıştay'ında fakülte ve yüksekokullarda 'Eğitime Başlama Ölçütleri' belirlenmiştir.

Yüksek Öğretim Kurulu bünyesinde 'Tıp-Sağlık Komisyonu' ile üniversite hastaneleri ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere 'Üniversite Hastaneleri Komisyonu' kurulmuştur. Tıp ve sağlık eğitimlerinin asgari eğitim öğretim içeriklerini belirle-

mek ve belli aralıklarla güncelleştirmek amacıyla 'Ulusal Çekirdek Eğitimi Programı' çalışmaları tıp fakülteleri için tamamlanmıştır. Diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri ile hemşirelik yüksekokulları ve fizyoterapist yetiştiren yüksekokullar için de tamamlanmak üzeredir.

Diğer taraftan Dünyada olduğu gibi ülkemizde de toplum giderek yaşlanmaktadır. Geriatri alanındaki hizmetler ile fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ülkemiz insanı için önem arz etmektedir. Bu nedenle fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin üst düzeyde verilebilmesi amacıyla ihtiyaç duyulan fizyoterapist ve fizyoterapi teknikerlerinin yetiştirilmesine bu dönemde büyük önem verilmektedir. Halen fizyoterapist yetiştiren birim ve programlarda 11.682, fizyoterapi tekniker programlarında ise 6.700 dolayında öğrenci eğitim görmektedir.

Tıp-Sağlık eğitimi ile ilgili önümüzdeki dönemde yapılması beklenen uygulamalar

Bilindiği gibi tıp fakültelerinde *eğitim ve öğretim, uygulama ve araştırma ile üçüncü basamak sağlık hizmeti* olmak üzere üç önemli görev yürütülmektedir. Tıp eğitimin amacı insanların sağlıklı yaşamalarını sağlayacak ve toplum sağlığını en yüksek düzeyde tutacak iyi hekim yetiştirmektir. Ülkemizde tıp ve sağlık bilimlerine yönelik kontenjanlar Tablo1'de verilmişti. Bu kontenjanlara göre sağlık meslek mensuplarının sayısı açısından hedefe ulaşılacağı görülmektedir. Ancak ülkemizde sağlık hizmeti sunan temel mesleklerden biri hekimliktir. Hekimlerimizin yetiştiği fakülte sayısı açısından dünyada en fazla tıp fakültesi ülkemizde bulunmaktadır. Mevcut tıp fakültesi sayısının diğer ülkelere göre çok sayıda olması ve yeni kurulan bazılarının da henüz istenen eğitim düzeyinde olmaması dikkate alınması gereken bir durumdur. Bu bağlamda *tıp fakülteleri, görev ve hedefler, eğitim programı, öğrencilerin değerlendirilmesi, kontenjanlar, akademik personel politikası, eğitim kaynakları, program değerlendirme ve yönetim ile sürekli yenilenme açısından gözden geçirilmelidir*. Halen faal olmayan tıp fakültelerinde eğitime başlama izni verilirken eğitime başlama ölçütleri istenmeli, tıpta uzmanlık eğitimi, diş hekimliği uzmanlık eğitimi ve yan dal uzmanlık eğitimi kontenjanlarının dağılımında tıp fakültelerinin ihtiyacı göz önünde bulundurulmalıdır.

Öte yandan eğitimi sürdürülen *her uzmanlık alanları için eğitimi müfredatı* henüz tam anlamıyla yapılandırılmamış olup süreç devam etmektedir. Her uzmanlık dalı için asgari kazandırılması gereken bilgi beceri ve tutumlar belirlenmeli, yine her uzmanlık dalı için uzman olduğunda edinilecek yeterliliklerin çerçevesi ay-

rıntıya inilerek belirlenmesi gerekir. Tıp fakültelerinde yapılacak olan düzenleme ve işlemler diş hekimliği fakülteleri için de geçerli olup *diş hekimliği eğitimi* ile *diş hekimliği uzmanlık eğitimi* için de aynı yolun izlenmesi gerekmektedir. Kısaca bir ülkede sağlık hizmeti bütünlük arz etmektedir. Sağlık hizmeti sunumunda yer alan hekim, uzman hekim, hemşire, eczacı, fizyoterapist, tekniker, teknisyen ve laborantlar bu hizmetin paydaşlarıdır. İyi ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak paydaşların birbirini tamamlayıcı ve destekleyici yönde çalışmalarınıyla gerçekleşir.

Yine kaliteli sağlık hizmeti; sağlık hizmet sunumunda yer alan sağlık çalışanlarının iyi yetişmesi, kendilerine iyi eğitim verilmesi, çağdaş bilgi, beceri ve donanım ile yetiştirilmeleriyle gerçekleşir. Sonuç olarak üniversitelerde Tıp-Sağlık eğitiminin güncel düzeyde sürdürülmesi ve iş gücü kalitesinden taviz verilmemesi için kısa vadede yapılması gerekenler şunlardır:

- Eğitim veren birimlerin uygulama alanları, derslik ve laboratuvarları, fiziksel alanlar ile cihaz ve donanım durumu en kısa sürede gözden geçirilmeli,
 - Birimlerde kademeli olarak norm kadro uygulamasına geçilmeli,
 - Sağlık Eğitimi programlarından mezun olan öğrencilerin diplomalarının Avrupa Birliği ülkelerinde de geçerliliğinin sağlanması için ulusal ve uluslararası akreditasyonları yapılmalı,
 - Sağlık insan gücü planlama yetkisi yasal olarak Sağlık Bakanlığı uhdesindedir.
- Tıp-Sağlık Eğitiminde Sağlık Bakanlığının Stratejik Planında öngörülen ihtiyaç ve istihdam programları göz önüne alınmalı,
- Sağlık Bakanlığı, eğitim faaliyetini Yükseköğretim Kuruluna devretmeli. Bakanlık olarak planlama ve denetim fonksiyonunu üstlenmeli,
 - Yabancı öğretim üyesi kontenjanı artırılmalı,
 - Yüksekokul ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulların fiziksel şartları ile akademik personel durumu güçlendirilmeli,
 - Teknikerlik programlarında pratik ve uygulamalara daha çok zaman ayrılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Büyüme, Kalite, Uluslararasılaşma: Türkiye Yükseköğretimi için Bir Yol Haritası, Yükseköğretim Kurulu Yayın No: 2014/2.
- 2) Yükseköğretim Kurulu verileri, 2015
- 3) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu, Şubat, 2014.
- 4) World Health Organization, Guidelines for Health Manpower Planning, Geneva, 1980.
- 5) Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017
- 6) 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri Ve Sağlık Eğitimi Hakkında Rapor, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2012

2023 için tıp eğitimi: Kime, kiminle ve nasıl?

Dr. Ahmet Murt



2010 yılında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009-2013 yılları arasında faaliyet göstermiş olan Avrupa Birliği destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinde yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Edinburgh Üniversitesi'nde Tıp Eğitimi yüksek lisansını 2014 yılında tamamladı. Halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda asistan doktor olarak görev yapmaktadır. Dr. Murt, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi ile sağlık hizmeti sunumu ve politikaları arasındaki ilişkiler üzerine çalışmalar yürütmekte olup Dünya Genç Hekimler Birliği (Junior Doctors Network) 2014/15 dönemi Başkanı'dır.

Prof. Dr. Muzaffer Şeker



1961 yılında İzmir'de doğdu. 1986'da Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında İngiltere'de Leicester Üniversitesi'nde insan anatomisi üzerine doktora derecesi aldı. 2000 yılında doçent, 2006'da profesör oldu. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapan Şeker, 2008- 2010 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Kurucu Mütevelli Heyetinde de görev aldı. 2002 yılından beri Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği ile Temel Tıp Bilimleri Platformunda görev yapan Şeker, aynı zamanda TUBA üyesidir. Halen Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi'nin kurucu rektörü olan Dr. Şeker, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

Ülkemizin 100. yılına büyük bir heyecanla yaklaşırken, daha sağlıklı bir toplum ve daha sağlıklı bir gelecek için tıp eğitimine bakış açımızda da bazı değişikliklere gitmemiz gerekiyor. ABD'de, 1910 yılındaki Flexner Raporunun ardından güçlü 3.basamak üniversite hastaneleri merkezli verilen eğitim, tıp biliminde büyük gelişmeleri beraberinde getirmişti. Bilimsel araştırma sayısı ile beraber bilimsel bilgilerdeki katlamalı artış tıp mesleğinin saygınlığını da arttırdı. Ayrıca meslek mensuplarının kazançları da bu artışı izledi. Geçen yıllar içerisinde ise, tıp eğitimi toplumdan kopmaya ve kişisel gelişim odaklı bir şekil almaya başladı. Esasen tıp eğitiminin devlet mekanizmalarınca fonlanması topluma sağlık hizmeti götürebilmek ve toplum sağlığını güvenceye almak içindir. Ülkemizde bu farkındalığı oluşturarak, tıp eğitimini halkın ihtiyaçlarına ve ülkenin gereksinimlerine göre yapılandırabilirmemiz gerekiyor. Bilimsel çalışma ve araştırmaları toplumsal önceliklerimize uygun olarak planlamayı da başarabilmeliyiz. 21. Yüzyılın hekimlerinin becerikli birer klinisyen olmalarının yanında sürekli yeni bilgiler edinmeye açık olmalarına duyulan gereksinim bilimsel araştırmaların önemini vurgulamaktadır.

Gerek farkındalık oluşturabilmek, gerekse de ülkemizin 100.yılına sağlık alanında emin adımlarla ilerleyebilmek adına tıp eğitime ve eğitimcilerine bazı görevler düşmektedir. Sağlıklı bir toplum ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu hedefleyerek tıp eğitiminde görev alanlar bugün her zamankinden daha kararlı olmalıdır. Tıp eğitimi sistemimiz mezun ettiği her hekimde bulunması gereken anahtar yeterlikleri kazandırdığından emin olurken, teknolojiyi de dâhil eden farklı öğrenme imkânları ile onları kariyerleri sürecinde alacakları farklı rollere hazırlayabilmelidir. Bu kapsam, tıp eğitimi sisteminin yeteri kadar esnek olmasını gerektirir. Bunun yanında tıp eğitimi sistemimiz hekimlerin klinik becerilerinin gelişimi ile akademik ve profesyonel gereksinimleri için uygun destekleri de sağlamalıdır.

Tıp fakülteleri ve tıp eğitiminde görev alanlar, topluma karşı sorumludurlar. En önemli başlangıç bu sorumluluğu hissedebilmektir. Topluma karşı sorumluluk hissetmek, tıp eğitimini toplumun değişik ihtiyaçlarına yanıt verebilecek şekilde planlamayı gerektirir. Tüm vatandaşlarımızın kaliteli sağlık hizmeti alabilmesinde tıp eğitiminin merkezi rolünün farkında olarak hareket etmemiz büyük önem taşımaktadır. Bundan 20 yıl önce WHO (Dünya Sağlık Örgütü) aldığı bir kararla

tıp fakültelerine; sundukları eğitim, yaptıkları araştırmalar ve verdikleri sağlık hizmetinde içinde bulundukları toplum, ülke veya bölgenin öncelikli ihtiyaçlarına yönelmelerinin zorunlu olduğunu hatırlatmıştır. 2023'e doğru giderken hekimlerimiz sadece kendi hastalarına karşı değil, toplumun bütününe karşı sorumluluk hissederek şekilde yetiştirilmelidir. Bunu başarabilmek için;

- Tıp fakülteleri kendi 3. Basamak hastanesine bağımlı kalmayıp toplumun içine inebilmeli, topluma hatta aileye dayalı eğitim modülleri planlamalıdır.
- Gerek sağlık çıktıları gerekse insan gücü planlamasına ilişkin ölçülebilir hedefler koyup bunların ne kadarına ulaşabildiğini düzenli aralıklarla analiz edebilmelidir.

Planlar oluşturmak kadar planları uygulayacak uygun hekimlere sahip olabilmek de bir gerekliliktir. Tıp fakültesine en uygun adayların seçilebilmesi süreci hemen hemen tüm ülkelerin zorlandığı bir süreçtir ve bu konuda farklı görüşler arası tartışmalar devam etmektedir. Ülkemizdeki gibi rekabetin üst düzeyde olduğu sınav sistemi kullanmanın en önemli avantajlı yönü tıp fakültesine kognitif becerileri yüksek adayların



seçiliyor olmasıdır. Günümüzün çeşitlilik gösteren sağlık hizmetleri tek tarz hekimlerden ziyade farklı özellikleri olan ve kimisi genel hekimlik yapan kimisi ise ileri uzmanlaşan bir hekim grubu yetiştirmeyi gerekli kılmaktadır. Ülkemizde son yıllarda her bölgeye seslenebilecek tıp fakülteleri açılmış durumdadır. Alt yapı ve eğitim kalitesindeki iyileştirmelerle birlikte ülke geneline yayılmış olan tıp fakültelerimiz farklı özellikte adayların kabul edilmesine aracılık edebilirler. Bu sayede birbirine benzer kariyer hedefleri geliştirmiş homojen bir hekim grubu yerine sağlık sisteminin farklı kademelerinde görev alacak birbirini tamamlayan bir grup yetiştirebiliriz. Ne var ki, bu hedefin en uygun planlaması tıp fakültelerinin birbirleri ile iletişim, iş birliği ve uyum içerisinde hareket edebilmeleri ile başarılabilir. Buna ek olarak, tıp ve sağlık eğitiminde görev alan hekimlere yönelik olarak, konunun ciddiyetle sahiplenilmesini sağlayacak ücretlendirme ve diğer teşvik yöntemlerinin geliştirilmesinin de katkısı olacaktır.

Tıbbın tarihsel olarak günümüze getirdiği, temel ve klinik bilimlerin birbirlerinden izole olarak planlanması şeklinde organize edilmiş olan eğitim programlarımız giderek artan oranlarda eğitimin entegrasyonunu sağlamaya çalışmaktadırlar. Bu entegrasyon sadece mezuniyet öncesi eğitim için bir araç olarak görülmemeli, uzmanlık eğitimi ve genel olarak akademik hayatın bütününe seslenebilecek bir yapıya kavuşturulmalıdır. Bu sayede temel bilim araştırmalarının klinik anlamları tanımlanarak

topluma daha faydalı olacak şekilde planlanması da sağlanabilir. Mezuniyet öncesinde dahi henüz temel ve klinik bilimler arasındaki entegrasyon istenen kapsamda başarılabilmiş değildir ve önümüzdeki yıllar için öncelik verilecek konuların arasında olmalıdır. Aşağıda belirttiklerimiz bu zorlu yoldaki işimizi biraz daha kolaylaştırabilir:

- Tıp eğitimi programlarının dizayn edilmesinde temel bilimciler, klinik öğretim üyeleri ve tıp eğitimcilerin kolektif çalışmalarını önemsemek,
- Temel ve klinik bilimlerin birbiri ile entegrasyonu için anabilim dalı bariyerlerini biraz gevşetmek,
- Araştırma eğitimlerine tıp eğitimi programlarında yer vererek öğrencilerin hangi tarz araştırmaların topluma daha faydalı olduklarının erken yaşlarda ayırımına varmalarını sağlamaya çalışmak.

Sağlıklı Türkiye'nin sağlık sistemi sadece hastalıkların tedavi edildiği bir çerçevede düşünülmemelidir. Sağlık bundan çok daha fazlasıdır. Günümüz doktorları sağlıklı yaşam tarzını özendirmeli, sağlığın sosyal belirleyicilerine dikkat çekmeli ve koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermelidir. Klinik becerilerin önemi yanında, epidemik kronik hastalıklar ve yeni beliren acil durumlar (Örneğin Ebola Virüsü Hastalığı, MERS-CoV Enfeksiyonu vs.) hekimlerin doğru önlemleri alabilme konusunda da yeterli olmasını gerektirmektedir. Aslında halk sağlığı sistemlerinin amacı da toplumun

Oldukça önemli olan konulardan biri de hekimlerin sağlık alanındaki lider konumlarını korumaları gerekliliğidir. Sağlık ortamının ve hekimlik mesleğinin geleneği bu liderliği günümüze kadar kendiliğinden hekimlere bırakmıştır. Ancak önümüzdeki dönem, bu böyle olmayabilir. Geleceğin hekimlerinin sağlık alanında liderliğe ilişkin temel bir değerler kümesine ve yetkinliklere sahip olabilmelerini sağlamak da tıp eğitiminin üstlenmesi gereken görevlerdendir.

sağlığını geliştirip eşitsizliğin giderilmesi prensibine dayanmaktadır. Sağlıkla ilgili çıktıların ortalama sadece %25'inin sağlık sistemi ile ilgili olduğu düşünüldüğünde, yetiştireceğimiz hekimlere eğitimin, istihdamın ve sosyokültürel seviyenin sağlık ile ilişkilerini aktarmamızın gerekliliği daha iyi anlaşılacaktır.

Tıp eğitimi müfredatımızın yoğun biyomedikal içeriği koruyucu hekimlik kavramının arka planda kalmasına sebebiyet vermektedir. Ülkemiz sağlık sistemi aile hekimliğini tesis etmiş olsa da önde gelen tıp fakültelerimizde eğitim gören öğrencilerimizin çok büyük bir kısmı uzmanlaşma üzerine bir mesleki kariyere sahip olma hedefini korumaktadır. Bu durum yeni açılan tıp fakültelerimizdeki öğrenciler için de çok farklı değildir. Koruyucu ve sağlığı geliştirici hekimliğe eğitim müfredatımızda daha etkin yer vermemiz gerekirken 2023'e doğru bu konular üzerine çalışacak ve kariyerini koruyucu hekimlik üzerine oluşturacak hekimlerimiz için teşvik edici ve özendirici adımlar atmaya da önemsememiz değerli olacaktır.

Türkiye'nin bölgesindeki ve küresel ölçekteki değişen rolü, gerek ülke sınırları içerisindeki hareketliliği arttırmış, gerekse sınırlarının ötesinden göçler almasına sebebiyet vermiştir. Bunun yanında ülke nüfusunun yaş ortalaması ve beklenen yaşam süresi de artış göstermektedir. Bu iki gerçekliği önümüze koyarak tıp eğitimi için çeşitlilik gösteren farklı kapsamda öğrenme ortamlarını oluşturmamız gerekliliği üzerinde düşünmeliyiz. Öğrencilerimizi henüz ayırıcı tanısı yapılmamış hastalarla ve önümüzdeki yılların en öncelikli konusu olmaya aday kronik hastalıklarla daha fazla karşılaştırmamız gerekiyor. Ayrıca farklılık gösterecek coğrafi koşullarda farklı sosyoekonomik ve kültürel seviyedeki hastalara sağlık hizmeti sunma deneyimlerini henüz öğrenci iken yaşamalarını sağlamak da gelişimleri için büyük faydalar sağlayacaktır. Üçüncü basamak üniversite hastanelerinde ayırıcı tanısı yapılmış ve izlem planı oluşturulmuş büyük çoğunluğu şehirli hastalar öğrencilerimize bu deneyimleri çok kısıtlı ölçülerde sunabilmektedir.

Küresel ölçekte, hastaların hizmet alacakları doktor veya sağlık kurumunu seçerken ki ülkeler arası hareketlilikleri giderek artmakta ve bu süreç kolaylaştırılmaktadır. Ayrıca yükseköğrenim süreci de uluslararası öğrencileri daha fazla önemser durumdadır. Gerek sağlık turizmi çerçevesindeki ülkemize tanımlamaya çalıştığımız aktif rol, gerekse artan sayıdaki uluslararası öğrenciler yabancı dil yeterliliklerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Akademik kadrolarımızda güvenceye almaya çalıştığımız kalitenin bir unsuru da bu uluslararası hareketlilik

olabilmelidir. Öğretim üyelerinin hareketliliği (hem gelen hem giden) kurumsal ihtiyaçlara uygun yapılandırılırsa bu hedefe hizmet edebilecek bir bileşen olması sağlanacaktır.

Mecburi hizmet uygulamasına bakış açımızı yeniden geliştirerek ülkenin ihtiyaçlarını karşılayabilecek hekim dağılımını ödüllendirici mekanizmalarla sağlamaya çalışmak daha özgürlükçü bir yaklaşım olacaktır. İyileştirilmiş ücretler, özlük hakları veya kariyer gelişimini kolaylaştıracak teşvikler kişisel tercihle çalışma oranlarını arttırabilir. Bu sayede hem sunulan sağlık hizmetleri daha sürekli olacak hem de yeni mezun hekimlerimiz eğitim planlamalarına ilişkin daha az kesinti yaşamış olacaklardır. Vatandaşlarımıza sağlık hizmetini sosyal bir ihtiyaç ve hak olarak sunarken, farklı ihtiyaçlara cevap verebilecek özel sektörü ve özel hekimliği ülke çıkarlarından uzaklaşmadan uygun bir çerçevede tanımlayabilmemiz de gerekir. Yine tarihsel bir süreç içerisinde hekimleri merkeze alan sağlık hizmeti sunumunun karakteri, giderek artan yoğunlukta hastayı merkeze almaktadır. Bu yapı, hasta memnuniyeti, hasta hakları ve malpraktis gibi konuların üst sıralarda yer almasına sebebiyet vermektedir. Yetiştireceğimiz hekimlere, geleneksel hekimliğin kendine güvenen özelliğini aktarırken hasta tercihlerini ve memnuniyetini göz ardı etmeyecek bir yaklaşım sergilemeleri konusunda da onlara yardımcı olabilmeliyiz. Buna ek olarak da, hastaların haklarının yanında sorumluluklarını da tanımlamamız hekimden veya sağlık sisteminden abartılı beklentiler geliştirilmesine engel olacaktır.

Dünya geneli düşünüldüğünde tıp eğitimindeki eğilim halen uzmanlaşmaya hatta ileri uzmanlaşmaya doğrudur. Bu eğilim tabi ki bilimsel bilgilerin sürekli artmasını ve insan fizyolojisinin daha iyi anlaşılacak karmaşık klinik tabloların daha iyi tedavi edilebilmesini sağlamıştır. Bunun yanında tıp bilimi hastaya genel yaklaşımı göz ardı eder olmuştur. Bugün çoklu klinik tablosu olan hastaların bakımında birden fazla uzman hekim rol alırken onların farklı yaklaşımlarını bir araya toparlayarak hastanın genel bakımın yönetme konusunda kendisine güvenen hekim sayısı çok azalmıştır. 2023'e doğru bu noktada adım atacak bir Türkiye önemli örneklerden biri olmaya aday olur. Tabi ki bunu başarmak, ülke genelinde ortak bir vizyon oluşturmamızı gerektiriyor. Bu vizyon, yeteri kadar uzman hekim ile uygun kalifikasyon ve sayıda genel hekim dengesini oluşturabilmeyi, genel hekimliği değersiz görerek uzmanlaşmayı özendiren teşvik mekanizmalarını yeniden gözden geçirmeyi ve öğrencileri eğitimlerinin erken dönemlerinde toplumla bir araya getirebilmeyi içermelidir.

Süreklilik arz eden değişim tıp pratiğinin kendi özelliği iken, bugün gerek ülkeler bazındaki gerekse küresel ölçekteki sağlık sistemi reformları değişimin daha net hissedildiği bir ortamı doğurmuştur. Sağlık sistemi sunan ekipler de öncesine göre daha fazla çeşitlilik gösteren kişilerden oluşmaktadır. Bugün klinik kaliteyi sürekli olarak geliştirirken hasta güvenliğini sağlamayı da her geçen gün daha fazla önemsemek durumundayız. Bu hedef, gerek tıp mesleği içerisindeki gerekse diğer sağlık meslekleri ile iletişimi ve iş birliğini arttırmayı gerekli kılmaktadır. Tıp mesleğinin gelenekleri ile birlikte gelen hiyerarşi ve güç ilişkileri bazen bu iletişimin etkin olmasına engel olabilmektedir. Bunun yanında giderek artan klinik bakım yükünü hekimlerin tek başlarına üstlenmeleri bir noktadan sonra mümkün olmayacaktır. Hekimler bazı görevlerini yardımcı sağlık personellerine devrederek yüklerini hafifletebilir ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunumuna odaklanabilirler.

Çıktı temelli eğitim kapsamında gerek mezuniyet öncesi gerekse uzmanlık eğitimi süreci için temel çekirdek standartları tanımlamış olmamız 2023'e giden yolda en güçlü yönlerimizden biri olarak görünüyor. Bu standartların eğitim kurumlarınca sahiplenilmesi ve geliştirilmesi ise sürecin ikinci aşamasını oluşturmaktadır. Atılması gereken bir diğer önemli adım ise mezuniyet öncesi eğitim standartları ile uzmanlık eğitimi standartları arasında tam bir uyumun sağlanmasına yönelik olmalıdır. Öte yandan, önümüzdeki dönemde sağlık alanının esas konusu olacak şu konular da yetiştireceğimiz hekimlere kazandırılacak beceriler olarak gündemde tutulmalıdır: Sağlıkta ve sağlık eğitiminde teknoloji kullanımı, obezite ve bağımlılık gibi bulaşıcı olmayan klinik durumlar, küresel ve sınır ötesi sağlık, sağlık hukuku, sağlık yönetimi vb.

Tanımlanmış olan süre içerisinde daha fazla hekim mezun etmesi beklenen tıp fakültelerinin eğitim kalitesinden ödün vermemesini sağlayacak en önemli dayanak tanımlanacak olan standartlara uymak ve öğrencileri bu kapsamda izleyerek tanımlanmış bilgi, beceri ve tutumları kazandıranlardan emin olmaktır. Gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası için çekirdek eğitim müfredatlarımızı oluştururken, bunları hayata geçirebilecek yükseköğretim kurumları ve eğitim hastanelerine ilişkin standartları da geliştirmeliyiz. Bu alanda YÖK ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili birimleri bu alandaki yetkilerini uygun şekilde kullanıyor olmalıdır.

Çekirdek müfredatlar, mezun edeceği her hekimin sahip olması gereken asgari bilgi, beceri ve yeterlikleri içerse

de hedef homojen bir grup oluşturmak olmamalıdır. Önceden de değindiğimiz gibi günümüz sağlık sistemlerindeki gelişmeler farklı özellikte hekimlere ihtiyaç duymaktadır. Tanımlanmış standart çekirdek müfredat anahtar özelliklerin kazanılmasını sağlarken geleceğin hekimlerinin birbirini tamamlayan farklı beceriler edinmesi serbestisini de onlara tanıyor olmalıdır. Şurasını özellikle vurgulamak gerekir ki çıktı temelli müfredatın uygulanabilmesi oluşturulmasından çok daha zordur. Ülke genelinde tıp fakültelerimizin bu çekirdek müfredatları uygulayabilmelerine rehberlik edecek birer kurul mezuniyet öncesi için Tıp Dekanları Konseyi'nce ve uzmanlık eğitimi için Tıpta Uzmanlık Kurulu'nca oluşturulabilir.

Oldukça önemli olan konulardan biri de hekimlerin sağlık alanındaki lider konumlarını korumaları gerekliliğidir. Sağlık ortamının ve hekimlik mesleğinin geleneği bu liderliği günümüze kadar kendiliğinden hekimlere bırakmıştır. Ancak önümüzdeki dönem, bu böyle olmayabilir. Geleceğin hekimlerinin sağlık alanında liderliğe ilişkin temel bir değerler kümesine ve yetkinliklere sahip olabilmelerini sağlamak da tıp eğitiminin üstlenmesi gereken görevlerdendir. Öğrencilerimizin ve asistanlarımızın birer parçası oldukları sağlık sistemini anlamaları için çaba göstermelerini sağlamak büyük faydalar getirecektir ve toplumun gözündeki sağlık alanında hekim liderliğini güvenceye alacaktır.

Gerek kalite güvencesi gerekse kalitenin sürekli geliştirilmesi, hedeflediği çıktılara ulaşabilen tıp eğitimi için ön plandaki gerekliliklerdendir. Bu sayede, devlet eliyle veya özel sektör aracılığı yapılan yatırımlar uygun ürünlere dönüştürülebilir. Ülke genelinde önemsenmekte olan akreditasyon sürecini bu kapsamda önemli bir değişim aracı olarak görebiliriz. Aslında hepimize düşen bir görev de eğitim standartlarını belirli aralıklarla gözden geçirerek ülkemiz ihtiyaçlarına uygun güncellemeler için doğru zamanda önerileri üretmek olmalıdır. Ayrıca akreditasyon tıp eğitiminin bütünselliği kapsamında mezuniyet öncesi ve sonrası için birbirini tamamlayan sistemlerce yapılıyor olmalıdır. Mezuniyet öncesi eğitimle uzmanlık eğitimi standartları arasındaki uyuma ilişkin çalışmaları cidiyetle devam ettirmemiz gerekmektedir.

Tıp fakültelerimiz ve uzmanlık eğitimi kurumlarımız gerekirse kendi içlerinde gerekirse de ülke genelindeki merkezi kurullardan (Tıp Dekanları Konseyi, Tıpta Uzmanlık Kurulu vb) yardım alarak kendi sistemlerinin, organizasyonel süreçlerinin ve yapılarının öz değerlendirmesini yapmalıdırlar. Aslında bu öz değerlendirme kavramı Tıpta Uzmanlık



Eğitimi Yönetmeliği'nce de tanımlanmış durumdadır, ancak henüz uygulamaya tam olarak geçememiştir. Uygulanabildiğinde her kurum ülke hedeflerine yanıt verebilecek kapasitesini tanımlayabilecek, eksiklik görülen noktaları merkezi karar vericilerle paylaşabilecek ve bunları gidermeye yönelik planlar oluşturulabilecektir. Yeni açılanlar da dahil olmak üzere tıp fakültelerimiz giderek artan oranlarda yenilikçi adımlar atmaktadır ve birbirlerine sunabilecekleri çok fazla şey vardır. Öğrenme ve öğretme kaynakları, değerlendirme araçları, müfredat geliştirme programları ve bilişim teknolojilerinde birbirleri ile iletişimde olmaları ülkesel bir tıp eğitimi kalkınmasına aracılık edecektir.

İnsanların gerek iletişim kurarken gerekse öğrenirken hayatlarına gün geçtikçe daha fazla giren ve aslında kendisi de sürekli değişen ve gelişen teknoloji de eğitimin bir parçası olabilmelidir. Burada kasıt hem geleceğin hekimlerinin bu araçları daha iyi anlamasını sağlamak hem de kendi eğitimleri için uygun vakit ve ölçülerde kullanıyor olmalarına aracı olmaktır. Ayrıca, tıbbın içerisinde teknoloji bağımlı olarak gelişmekte olan girişimsel uygulamalar, görüntüleme yöntemleri, robotik cerrahi ve nanoteknolojik yaklaşımlarda öncü olabilecek hekimler yetiştirmek de bir vizyon olarak ortaya konabilmelidir. Biyomedikal mühendislik ile tıp fakültesi arasında gerek eğitim süreçlerinde gerekse projeler eksenli köprüler geliştirilebilmelidir.

Birikimimizi ve kazanımlarımızı önümüzdeki süreç için önemli birer fırsat olarak görmeliyiz. Bugün bizce hep bir arada tıp eğitimi vizyonumuzu şekillendirme

günüdür. Bu vizyon tıp fakültelerini tercih etmesi muhtemel adaylardan başlayarak tıp fakültesini, mezuniyet sonrasını ve yaşam boyu öğrenmeyi kapsayacak bir çerçeveyi içermelidir. Bu noktada bütün tıp fakülteleri deneyimlerini birbirleriyle paylaşmalı ve mutlak bir güç birliği oluşturulmalıdır.

Kaynaklar:

Çelik F. Tıp Eğitimi'ne farklı bir bakış. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi Eylül 2009

Flexner A. (1910) Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No.4. New York: Carnegie Foundation

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (2014) Tıp Dekanları Konseyi

OECD Sağlık İstatistikleri (2014) (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) (Erişim tarihi: 16 Şubat 2015)

Öztürk R. Ülkemizde Tıp Eğitimine genel bir bakış. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2007, Sayı:1

Qureshi A. Z. (2014) From the year 2050; a glimpse of medical education in the future. J Pak Med Assoc. 64; 3: 327-330

Salvatori P. (2001) Reliability and Validity of Admissions Tools used to Select students for the Health Professions. Advances in the Health Sciences Education. 6: 159-175

Starfield B, Shi J, Mancinko J. (2005) Contribution of primary care to health care systems and health Millbank Quarterly. 83:457-502

Stratejik Plan 2013-2017 T.C. Sağlık Bakanlığı

The Association of Faculties of Medicine of Canada (2010) The Future of Medical Education in Canada

TUKMOS Uzmanlık Eğitimi Müfredatları (2014) Tıpta Uzmanlık Kurulu

Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan gücü Durumu Raporu (2014)

Yeni bir sağlık ve hizmet anlayışına doğru

Prof. Dr. Osman E. Hayran



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

Önümüzdeki yıllarda nitelik değiştirerek artacak olan sağlık hizmeti talebine karşı bulunacak iki çözüme hazırlıklı olmalıyız. Bunlardan birisi kronik ve çoklu sağlık sorunları nedeniyle evlerinde sağlık hizmeti almayı tercih edenlere yönelik e-vizitlerden tele-cerrahiye uzanan bir yelpazedeki tele-sağlık hizmetleri; diğeri ise birinci basamak tanı-tedavi hizmetlerinde hekim olmayan sağlık profesyonellerinin artacak olan rolü. 2030 yılında OECD ülkelerindeki 65 yaş üzeri nüfus toplam nüfusun %22'sine ulaşarak 1990'dakinin iki katına çıkmış olacaktır. Ülkemizde de bugün için toplumun %7,7'sini oluşturan 65 yaş üzeri nüfusun 2023 yılında %10,2'sini, 2050 yılında ise %20,8'ini oluşturması beklenmektedir. Bunun anlamı daha çok kronik hastalık ve sağlık hizmeti ihtiyacı demektir. Ancak, bu yaş grubunun ihtiyacı olan hizmet artık geçmişte olduğu gibi hekim odaklı değil, diğer sağlık profesyonellerince verilecek hizmet olacaktır. İleri yaş grubunda olup da birden çok kronik sağlık sorunu ile yaşamak durumunda olan bireylerin hastane ortamında tedavileri yerine evlerinde bakıma ihtiyaçları olacak; verilecek hizmetler, hastalıkları tedavi etmekten çok kişilerin yaşam kalitesini arttırmak, günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak amacını taşıyacaktır.

Sağlık için günümüzde yaygın kabul gören tanım, Dünya Sağlık Örgütü'nün kuruluş yasasında yer alan tanımdır. Buna göre, "sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali"dir. Bu tanımın da yeterli olmadığı gerekçesi ile "bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali"ne, "aile, toplum ve iş ortamının gerektirdiği gündelik faaliyetlere katılabilme ve değişen koşullara ayak uydurabilme yeteneğine sahip olma" ifadelerinin eklenmesinin daha uygun olacağı kabul gören bir yaklaşımdır (1). Öte yandan sağlık okuryazarlığı ve iletişim kanallarının gelişmesine paralel olarak erişkin yaş gruplarında da sağlık davranışları, daha çok profesyonel hizmet arayışı doğrultusunda değişeceğinden, zaten yetersiz olan sağlık personeline duyulan ihtiyaç daha da artacaktır. Bunun için bulunacak çözümlerden birisi olan tele-sağlık uygulamalarının çoktan yaygınlaşmaya başladığı görülmektedir. Uzun bir zamandır tıbbın hemen her dalında verilmeye başlanmış olan tele-tıp hizmetleri, tele-evde bakım, tele-cerrahi, tele-konsültasyon, tele-izlem, gibi sağlıkla ilgili tüm alanlarda kullanılmaktadır. Hekim muayenehanelerinde veya hastane polikliniklerinde yapılan geleneksel muayene yöntemleri yerini yavaş yavaş e-vizitlere bırakmaktadır. Yapılan bir çalışmaya göre 2014 yılında ABD ve Kanada'daki e-vizit sayısı 75 milyonu

bulmuştur. Aynı çalışmaya göre Kuzey Amerika'da bir yılda gerçekleşen 600 milyon birinci basamak hasta muayene işleminin en az yarısının e-vizit yolu ile halledilmesi mümkündür (2). Bu uygulamaların hasta memnuniyeti ve maliyetler açısından da sayısız yararlarının olduğu ileri sürülmektedir.

Yakın bir tarihte evimizin duvarları, giysilerimiz, sağlık durumumuzu hızla değerlendirip olası sorunlar konusunda bizi uyararak sensörlerle donatılmış olacaktır. Birkaç yıl içerisinde her bireyin kendi DNA analizini makul bir fiyat karşılığında yapmasına imkân sağlayacak el laboratuvarlarının gelişmesi beklenmektedir. Bu şekilde bireysel riskler bireylerin kendileri tarafından zamanında saptanabilecek, bireye özgü tanı ve tedavi planlanması mümkün olabilecektir. İlk prototipleri İsviçre'de kullanılmaya başlanan akıllı kontakt lensler sağlığımız konusunda bizi sürekli bilgilendirecek yardımcılarımız haline gelecektir. Gelişen robotik yöntemler sayesinde bir yandan nano robotlarla vücudumuzun herhangi bir bölgesinde tanı ya da tedavi amaçlı işlemler yapmak mümkün olacak, bir yandan da bir cerrahın tele-robotlar sayesinde binlerce kilometre uzaklıktaki hastasına müdahalesi mümkün hale gelecektir.

Tüm bu teknolojik gelişmeler doğal

olarak yeni mesleklerin ortaya çıkmasını, eskilerin güç ve yetki alanlarının yeniden tanımlanmasını gerektirecektir. Bu doğrultuda halen dünyanın pek çok yöresinde sorunlu olan ilk basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimlerinin, genel pratisyenlerin işlevi azalacak, bunun yerine hekim yardımcısı, pratisyen hemşire, kiropraktör, sağlık memuru, optometrist, fizyoterapist, ergoterapist, psikolog gibi mesleklerin önemi artacaktır. Nitekim hem gelişmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelere bunların örnekleri şimdiden hızla artmaya başlamıştır. Örneğin, ABD'deki hekim yardımcıları ve pratisyen hemşireler 4 yıllık üniversite eğitimi almış ve birinci basamakta pek çok tanı ve tedavi işlemini başarı ile yapabilen sağlık personelidir. Yapılan araştırmalara göre hekim yardımcıları, pratisyen hekimlerin yaptıkları işlerin %85'ini başarılı şekilde yapabilmektedir (3).

ABD'nin pek çok eyaletinde pratisyen hemşirelerin tanı koyma ve tedavi verme hatta reçete yazma yetkisi bulunmaktadır. Ülke çapında 500'den fazla pratisyen hemşirelik kliniği bulunmaktadır ve 2013 yılında buralara başvuru sayısı 900 milyondan fazla olmuştur. Pratisyen hemşirelerin kendilerine başvuran aile hekimliği vakalarının %90'ını başarı ile tedavi edebildiği görülmüştür (4). Hekim yardımcılığı ve pratisyen hemşirelik uygulamalarının hekimlerin prestijini ve güç alanlarını azaltması beklenmediği, tam aksine bu şekilde hekimlerin kendilerine gerçekten ihtiyacı olan hastalara daha fazla zaman ayırabileceği anlaşılmaktadır. Hekimden daha kısa eğitim görmüş bazı sağlık mesleklerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde hekimin yerini doldurabileceğine ilişkin çok sayıda örnek bulunmaktadır (5, 6).

Sovyetler Birliği'nde yaygın olan ve halen pek çok eski Sovyet ülkesinde hizmet veren Feldsherler 4 yıllık üniversite öğrenimi görmüş sağlıkçılar olup bunların hizmet sundukları mahrumiyet bölgelerinde hastalık tanı ve tedavisinden doğum ve küçük cerrahi işlemlere kadar pek çok hizmeti başarı ile verebilmektedirler (7).

Hindistan'daki Kırsal Tıp Yardımcıları (RMA) 3,5 yıllık bir üniversite eğitimi ve 1 yıllık stajı takiben kırsal kesimdeki sağlık merkezlerinde tam yetki ile hekimlik yapmaktadırlar (8). Ayurvedik tıp eğitimi almış olan AYUSH sağlık memurları da bir tür birinci basamak hekimi olarak çalışmaktadırlar. RMA ve AYUSH'ların verdiği birinci basamak sağlık hizmetinin hekimlerce verilen hizmetle karşılaştırıldığı bir çalışmada hasta memnuniyeti açısından RMA'lardan hizmet alanlar (%85) ile hekimlerden hizmet alanlar (%84) arasında hiç fark bulunmadığı, AYUSH'lardan hizmet alanların mem-

nuniyet yüzdelerinin de bunlara yakın olduğu (%80) görülmüştür (9). Sahra-Altı Afrika ülkelerinde yaygın biçimde hizmet veren sağlık memurluğu uygulaması (10), Çin'de Mao dönemindeki çıplak ayaklı doktorlar hep bu ihtiyaçlar nedeni ile ortaya çıkmış ve birinci basamakta başarı ile hizmet vermiş, veren sağlık meslekleridir.

Peki, bu değişim hekimlerin önemini, hekimlik mesleğinin değerini azaltacak mıdır? Tabii ki hayır. Tersine hekimler kendi bilgilerinin daha gerekli olduğu ikinci ve üçüncü basamak sağlık örgütlerinde hizmet sunacak, birinci basamak sağlık örgütlerine ise danışmanlık hizmeti verecektir. Kaçınılmaz olan bu değişimi hekimlerin şimdiden görerek kendilerini hazırlamaları, geleneksel rollerindeki değişikliğin sahip oldukları saygınlık ve güç alanlarının azalması ile ilgili olmadığı konusunda ikna edilmeleri gerekmektedir.

20. yüzyıl hekimler için çok parlak geçmiş, hekimler bu yüzyılda tarihin hiç bir döneminde olmadığı kadar prestij ve gelir elde etme imkanı bulmuşlardır. Önemli buluşlar ve tıbbi gelişmeler bu yüzyılda gerçekleşmiş, hekimlik mesleğini şarlatanlıktan ayıran ve gücünü pekiştiren yasal düzenleme, yetkilendirme süreçleri hep bu yüzyılda olmuştur. Özellikle bilişim teknolojilerindeki gelişmeler tıbbi bilgi üretimini ve paylaşımını hızlandırmıştır. Bilgi artışı kaçınılmaz olarak uzmanlaşmanın da artmasına neden olmuş, toplumlardaki demografik dönüşüm ile ortaya çıkan yaşlılık ve kronik hastalıklar, uzmanlaşmayı teşvik edici rol oynamıştır. Ancak uzmanlarca sunulan hizmetlerin yaygın olduğu bölgelerde yapılan çalışma ve derlenen istatistikler bu hizmetlerin beklenen yaşam süresinde ve yaşam kalitesinde hiçbir olumlu katkı sağlamadığı yönündedir (11). Hasta bakım hizmetlerinin tamamen hekim dışı sağlık mesleklerine bırakılması, tanı-tedavi hizmetlerinde bile hekim dışı mesleklerin daha çok rol alması, hatta tamamlayıcı tıp uygulamalarına alan açılması için gerekli düzenlemelerin yapılması gerektiği görülmektedir.

Ülkemizdeki sağlık sorunlarının çözümü için var olan sağlık mesleklerinin işlevine bu açıdan bakıldığında durum çok vahimdir. Sayıları zaten yetersiz olan hekimlerin pek çoğu uzmanlık gerektirmeyen, hatta hekim olmayı gerektirmeyen işlerle meşguldür. Örneğin Göz Hastalıkları Uzmanları hala gözlük reçetesi ile uğraşmakta, Kadın-Doğumcular doğumla, Dermatologlar ve Plastik Cerrahlar estetik işleri ile meşgul edilmektedir. Bel ve sırt ağrıları Beyin ve Sinir Cerrahisi ile Ortopedi ve FTR için hala önemli bir uğraş alanıdır. Oysa

demografik dönüşümünü bizden önce gerçekleştiren ülkelerde bu işler çok uzun zaman önce optisyenlik, optimetristlik, kiropraktörlük, osteopatlık, estetisyenlik gibi başka mesleklerle terkedilmiştir. Ülkemizde ise hekimlerin baskınlığı ve vatandaşın beklentileri ile atbaşı giden bir kısır döngü söz konusudur. Hekimler kendi güç alanlarına başka meslekleri sokmamakta, vatandaşta her sorununun çözümü için o sorunun uzman hekimini aramaktadır. Ancak, sürdürülmesi mümkün olmayan bu gidişi herkesten önce hekimler değiştirmeli ve hem saygınlıklarının korunması, hem de toplumun sorunlarının çözümü açısından yeni meslek ve uygulamalara yer açmalıdırlar.

Kaynaklar

1) Durch J, Bailey L, Stoto M, (eds). *Improving health in the community: A role for performance monitoring*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1997.

2) eVisits: the 21st century housecall. 2014. <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Technology-Media-Telecommunications/gxtmt-2014prediction-evisits.pdf>. (Erişim tarihi: 20.01.2015)

3) Bangalore and Framingham. *The future of medicine Squeezing out the doctor: The role of physicians at the centre of health care is under pressure*. The Economist, 2012; <http://www.economist.com/node/21556227/print> (Erişim tarihi: 20.01.2015)

4) Kreimer S. *Building better care teams with nonphysician providers*. Medical Economics. 19 November 2014. <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/news/building-better-care-teams-non-physician-providers?page=full> (Erişim tarihi: 20.01.2015)

5) Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001271.

6) Abegunde DO, Shengelia B, Luyten A, Cameron A, Celletti F, Nishtar S, et al. *Can non-physician health-care workers assess and manage cardiovascular risk in primary care?* Bull World Health Organ. 2007;85(6):432-440.

7) European Observatory on Health Care Systems: *Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen, 1999.

8) Raha S, Bossert T, Vujicic M. *Political economy of health workforce policy: the Chhattisgarh experience with a three-year course for rural health care practitioners*. Washington, DC: World Bank; 2010. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/2816271095698140167/ChattisgarhCase.pdf>.

9) Rao KD, Stierman E, Bhatnagar A, Gupta G, Gaffard A. *As good as physicians: patient perceptions of physicians and non-physician clinicians in rural primary health centers in India*. Global Health: Science and Practice 2013;1(3):397-407.

10) Mullan F, Frehywot S. *Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries*. Lancet. 2007;370(9605):2158-2163.

11) Baicker K, Chandra A. *The Productivity of Physician Specialization: Evidence from the Medicare Program*. Information, pricing, and productivity of medical care. 2004;94(2): p.357-61 AEA PAPERS AND PROCEEDINGS MAY 2004.

İSTKA ve İstanbul Bölge Planında sağlığın yeri

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını tamamladığı Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde doktora eğitimini sürdürmektedir. 2003-2009 arasında Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve proje yöneticisi olarak çalıştı. Ardından sağlık sigorta sektöründe uluslararası bir şirkette (CGM) 5 yıl boyunca Ar-Ge Direktörü olarak görev yaptı. Çalışma alanları veri madenciliği, insan-bilgisayar etkileşimi ve yazılım mühendisliğidir. Halen Medipol Üniversitesi Teknoloji Transfer Ofisi Direktörü olarak görev yapan ve aynı üniversitede dersler veren Köse, evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Türkiye'de Ar-Ge'ye ayrılan payın 2013 rakamlarıyla GSYİH'ye oranı %0,95 olarak ilan edildi. On yıl önceki oranımızın %0,48 olduğunu dikkate aldığımızda iyi bir artış trendi yakaladığımızı söyleyebiliriz; ancak hala OECD ülkelerinin ortalaması olan %2,5 civarından oldukça uzağız.

Bununla birlikte, 2013 yılında Ar-Ge'ye ayrılan paydaki artış hızı itibarıyla Çin'den sonra Dünyada 2. sırada yer alıyor olmamız, 2023 hedefimiz olan %3'lere ulaşmak için ümit vericidir. Bu bahiste konuşurken, "Türkiye'de Ar-Ge ve inovasyon" başlığı altında yapılan pek çok eleştiri olduğunu, özellikle destek miktarındaki artışın yeterli bir

ölçüt olmadığı, altyapı, yetişmiş insan, akademik yayın, patent, teknoloji üretimi, vb. konularda ciddi eksikliklerin dile getirildiğini de gözden kaçırmamak gerekir. Bağınazca yapılmadığı sürece, daha iyisini yapmayı hedefleyen ve özellikle içerisinde çözüm önerisi olan her türlü eleştiriyi tüm kurumlarımız dikkate almalı. Ancak çıktığımız ve bir istikrar yakaladı-



ğımız bu yoldan asla taviz vermemeliyiz, nitekim bugün teknoloji üreten ülkelerin de bu süreci sancılı geçirdiklerini, bazı hatalar yapsalar da istikrar ve kararlılıkla bu yolda ilerlediklerini hatırdan çıkar-mamalıyız.

Ar-Ge'ye destek veren kurumlar

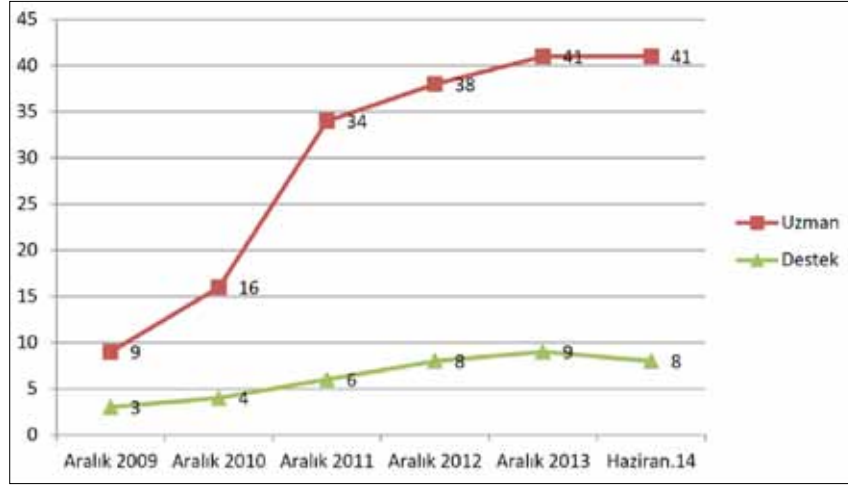
Ülkemizde Ar-Ge ve inovasyona dair verilen devlet destekleri her geçen gün artıyor. Ancak değişmeyen ve artık yerleşmiş üç ana motor güç, TÜBİTAK, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı ile Kalkınma Bakanlığıdır. TÜBİTAK, akademiye, sanayiye, kamuya ve girişimcilere 50'den fazla destek türüyle çok eşitli imkânlar sağlarken; TÜBİTAK'ın Başbakanlık'tan ayrılarak bağlandığı Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı da ayrıca akademik ve sanayi teşvikleri ve destekleri sağlamaktadır. Bu yazımızda İstanbul özelinde ele alacağımız kalkınma ajansları ise Kalkınma Bakanlığına bağlı olarak büyük illerde veya bölgelerde kurulmuş, teknoloji ve bilimsel çalışmalar açısından ulusal hedeflerimize uygun çalışmaların yapılması için yerel destekler sağlamaktadır.

İSTKA'nın Tarihçesi

İstanbul Kalkınma Ajansı (İSTKA), "Kamu kesimi, özel kesim ve sivil toplum kuruluşları arasındaki işbirliğini geliştirmek, kaynakların yerinde ve etkin kullanımını sağlamak ve yerel potansiyeli harekete geçirmek suretiyle, ulusal kalkınma planı ve programlarda öngörülen ilke ve politikalarla uyumlu olarak bölgesel gelişmeyi hızlandırmak, sürdürülebilirliğini sağlamak, bölgeler arası ve bölge içi gelişmişlik farklarını azaltmak" amacıyla 5449 sayılı Kanuna dayanarak Bakanlar Kurulu'nun 10.11.2008 tarih ve 2008/14306 sayılı kararı ile kurulmuştur. Ağustos 2009'da Genel Sekreteri atanan İSTKA, Aralık 2009'da uzman ve destek personeli istihdamı ile birlikte aktif olarak faaliyete geçmiştir (1). Aralık 2009'da 11 kişi ile ilk oluşumunu sağlayan kurum, şekil 1'de de görüleceği üzere Haziran 2014 itibarıyla 49 kişi ile hizmet vermektedir (2).

Vizyon-Misyon

İSTKA, vizyonunu "küresel kent İstanbul için çalışan, insan odaklı ve çevreye duyarlı, etkili ve yön veren bir çözüm merkezi olmak" şeklinde tanımlıyor. Buna ulaşmak için üstlendiği misyonu ise "katılımcılığı benimseyerek ortak aklı temsil etmek; işbirliği ağlarının merkezinde yer alarak kaynakları İstanbul için ortak değere dönüştürmek" olarak belirlemiş durumda (1). Burada dikkatimi çeken iki anahtar kelime, insan odaklı olmak ve işbirliği ağlarının merkezinde yer



Şekil 1: İSTKA personel sayısındaki artış



Şekil 2: Yıllara göre STKA proje destek miktarları

almak. Nitekim bu iki konunun, İSTKA'nın belirlediği destek çağrı alanlarının ve Bölge Planındaki önceliklerin ekseninde yer aldığını görmek mümkün.

Destek Türleri

İSTKA, tarafından verilen destek türleri ve kısa açıklamaları şu şekildedir (1):

Teknik destek: Ajansın ilgili kurum ve kuruluşların teknik kapasitelerinin artırılması amacıyla, herhangi bir mali destek vermeksizin mevcut personeli ya da hizmet alımı yolu ile sağladığı destek türüdür.

Proje teklif çağrısı: Ajans tarafından yürütülen belirli bir destek programı kapsamında, nitelikleri net bir şekilde belirlenmiş olan potansiyel başvuru sahiplerinin, önceden belirlenen konu ve koşullara uygun olarak proje teklifi sunmaya davet edilmesidir.

Güdümlü proje desteği: Güdümlü projeler, proje teklif çağrısı yöntemi uygulanmadan doğrudan destek sağlamaya yönelik olarak; bölge planında öngörülen öncelikler doğrultusunda, konusu ve koşulları ajans öncülüğünde ve yönlendirmesinde belirlenen özel nitelikli model projelerdir.

Ülkemizde Ar-Ge ve inovasyona dair verilen devlet destekleri her geçen gün artıyor. Ancak değişmeyen ve artık yerleşmiş üç ana motor güç, TÜBİTAK, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı ile Kalkınma Bakanlığıdır. TÜBİTAK, akademiye, sanayiye, kamuya ve girişimcilere 50'den fazla destek türüyle çok eşitli imkânlar sağlarken; TÜBİTAK'ın Başbakanlık'tan ayrılarak bağlandığı Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı da ayrıca akademik ve sanayi teşvikleri ve destekleri sağlamaktadır.

Tablo: İSTKA'nın 2015 yılı için mali destek çağrıları

Program adı	Program bütçesi (TL)	Proje başına asgari-azami destek tutarları (TL)	Azami destek oranı	Son başvuru tarihi
Bağımlılıkla Mücadele Mali Destek Programı İSTKA/2015/BGM	15.000.000	100.000 1.000.000	90%	16.3.2015
Kadın İstihdamının Artırılması Mali Destek Programı İSTKA/2015/KDN	15.000.000	100.000 1.000.000	90%	17.3.2015
Sağlık Turizm Merkezi İstanbul (İşletmeler) Mali Destek Programı İSTKA/2015/SMI	20.000.000	100.000 600.000	50%	18.3.2015
Sağlık Turizm Merkezi İstanbul Mali Destek Programı İSTKA/2015/SMK	15.000.000	200.000 1.000.000	90%	18.3.2015
Yaratıcı Endüstrilerin Geliştirilmesi (İşletmeler) Mali Destek Programı İSTKA/2015/YGI	20.000.000	100.000 600.000	50%	19.3.2015
Yaratıcı Endüstrilerin Geliştirilmesi Mali Destek Programı İSTKA/2015/YGK	15.000.000	200.000 1.000.000	90%	19.3.2015
Yenilikçi İstanbul (İşletmeler) Mali Destek Programı İSTKA/2015/YNI	25.000.000	100.000 600.000	50%	20.3.2015
Yenilikçi İstanbul Mali Destek Programı İSTKA/2015/YNK	20.000.000	200.000 1.500.000	90%	20.3.2015

Doğrudan faaliyet desteği: Ajansın, bölgenin kalkınması ve rekabet gücü açısından önemli fırsatlardan yararlanılması, bölge ekonomisine yönelik tehdit ve risklerin önlenmesinde acil tedbirlerin alınması ve kritik öneme sahip araştırma, planlama ve fizibilite çalışmaları gibi bölge için önemli olabilecek stratejik eylemlerin başlatılmasına ve gerçekleştirilmesine katkı sağlayacak olan faaliyetlere verdiği desteklerdir.

Şekil 2'de 2011-13 yılları arasında İSTKA tarafından verilen destek miktarlarına baktığımızda, yıllık yaklaşık 270 milyon TL civarında bir desteğin sağlandığını görebiliyoruz. 2014'ün ilk 6 ayında ise proje ve faaliyetler kapsamında toplam 37,3 milyon TL destek sağlamıştır (2). Bu desteklerin, sadece İstanbul içerisindeki kurumlara dağıtıldığı ve her yıl giderek arttığı düşünüldüğünde yapacağı inovasyon ve Ar-Ge ile İstanbul'a katkı yapabilecek kurumlar için bunun gayet iyi bir fırsat olduğunu söyleyebiliriz.

İstanbul Bölge Planı

Ar-Ge ve inovasyon konusunda OECD ülkelerini hızla yakalamak için, sadece destek miktarımızı artırmamız şüphesiz yeterli değil. Bu destekleri hangi alanlara yönlendirdiğimiz en az destek miktarı kadar önemlidir. TÜBİTAK'ın stratejik önceliklerini Bilim ve Teknoloji Yüksek Kurulu tarafından belirlenir. Sekreteryasını TÜBİTAK'ın yaptığı bu kurul, yılda 2

defa toplanarak yapılan çalışmaları ve geleceğe yönelik planları değerlendirir. Kalkınma ajanslarında ise durum biraz farklıdır. Kalkınma ajansları bir yandan ulusal hedefleri esas alırken; diğer taraftan da yerel öncelikleri dikkate alarak destek çağrıları açarlar. Bu çerçevede ajansların kendi bölgeleriyle ilgili ciddi bir saha analizi yapmalarına ve bu verileri dikkate alarak stratejik planlarını yapmalarına ihtiyaç duyulmuştur. İSTKA, İstanbul için bu şekilde bir saha çalışması yapmış ve 2014-2013 yılları için bir İstanbul Bölge Planı adı altında son derece başarılı bir plan oluşturmuştur. 383 sayfadaki oluşan bu kapsamlı dosyayı incelerken, Türkçe'nin kullanımından, analiz yöntemine kadar; sonuçların değerlendirilmesinden, ölçülebilir hedeflerin koyulmasına kadar hemen her açıdan gayet ustaca hazırlandığı hemen göze çarpmaktadır. Bölge Planında İstanbul'da yapılacak çalışmalar, gelişme eksenleri, öncelikli alanlar, stratejiler ve hedefler şeklinde hiyerarşik bir yapıda ele alınmış ve tüm stratejiler şu üç temel eksen üzerine inşa edilmiştir:

1. Küresel ekonomide söz sahibi, yüksek katma değer üreten, yenilikçi ve yaratıcı ekonomi
2. Adil paylaşılan, kapsayıcı ve öğrenen toplum
3. Keyifle yaşanan, özgün kentsel mekânlar ve sürdürülebilir çevre

Her bir eksenin altındaki öncelikli alanlar ise şunlardır:

1. Küresel ekonomide söz sahibi, yüksek katma değer üreten, yenilikçi ve yaratıcı ekonomi

- a) Küresel ekonomide stratejik aktör
- b) Küresel değer zincirinde rekabetçi konum
- c) Sanayide dönüşüm
- d) Artan Ar-Ge ve yenilik
- e) Nitelikli girişimcilik
- f) Dönüşen işgücü, gelişen ve artan istihdam
- g) Kentsel imaj ve etkin tanıtım

2. Adil paylaşılan, kapsayıcı ve öğrenen toplum

- a) Her yaş için yüksek standartlarda ve yaratıcı eğitim
- b) Sosyal bütünleşme
- c) Dinamik nüfus
- d) Sağlıklı toplum, kaliteli ve akredite sağlık hizmetleri
- e) Güvenli Kent
- f) Güçlü kurumsal kapasite, iyi yönetim
- g) İstanbul'a aidiyet ve kentlilik bilinci

3. Keyifle yaşanan, özgün kentsel mekânlar ve sürdürülebilir çevre

- a) Sürdürülebilir kentsel gelişme, katılımcı planlama
- b) Mekânsal kalite, özgün tasarım
- c) Bütüncül ve kapsayıcı kentsel dönüşüm
- d) Korunan İstanbul belleği ve kültürel miras
- e) Etkin afet yönetimi
- f) Sürdürülebilir ulaşım ve erişilebilirlik
- g) Sürdürülebilir ve etkin lojistik altyapısı
- h) Kaliteli ve sürdürülebilir çevre
- i) Çevre dostu enerji yönetimi

İstanbul Bölge Planında sağlık

İstanbul Bölge Planında, sağlık ve sağlıkla yakın ilgili alanlara baktığımızda karşımıza sağlık turizminden, dezavantajlı nüfusun yaşam standartlarını artırmaya, nitelikli personel yetiştirmekten sağlıkta inovasyon ağları oluşturmaya kadar geniş bir yelpazedeki çalışma alanlarının plan kapsamına alındığı görülmektedir. Tüm stratejileri ve hedeflerini incelediğimizde, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı ilişkili olan stratejileri ilişkili oldukları öncelik alanına göre şu şekilde listeleyebiliriz (sıralama, eksen, öncelik alanı, strateji ve hedefler şeklindedir):

Eksen: Küresel ekonomide söz sahibi,

yüksek katma değer üreten, yenilikçi ve yaratıcı ekonomi

Öncelik alanı: Küresel ekonomide stratejik aktör

Strateji 1. İstanbul'un ekonomik anlamda küresel çekim merkezi olması

Hedef 18. İstanbul'da sağlık turizmi, sağlık hizmetleri ve sağlık Ar-Ge'si yatırımlarının artırılması; sağlık sektörünün rekabetçiliğinin artırılarak İstanbul'un bu alanda küresel bir merkez olması

Strateji 2. İstanbul'un dış ticaretinin güçlendirilmesi

Hedef 2. 2023 Türkiye İhracat Stratejisi'nde belirtilen hedefler doğrultusunda İstanbul'un mal ve hizmet ihracatının artırılması

Öncelik alanı: Küresel değer zincirinde rekabetçi konum

Strateji 1. İstanbul'un küresel rekabet gücünü ortaya koyabileceği ve uluslararası değer zincirinde yüksek katma değerli işlevler edineceği sektörlerde uzmanlaşması ve bu sektörlerin geliştirilmesi

Hedef 7. Öncelikli sektörlerde uluslararası standartların (üretim, hizmet, kalite, sağlık standartları vb.) benimsenmesi

Hedef 9. Öncelikli sektörlerin ihtiyaç duyduğu nitelikli işgücünün yetiştirilmesi ve bölgeye çekilmesi

Öncelik alanı: Artan Ar-Ge ve yenilik

Strateji 1. Ar-Ge ve yenilik çalışmalarında paydaşlar arası işbirliği, paylaşım ve koordinasyonu teşvik edecek inisiyatifler, ara yüz mekanizmaları ve işbirliği ağlarının geliştirilmesi

Hedef 2. Üniversitelerdeki bilgi birikiminin ticarileştirilmesini sağlayacak, özel sektör ve üniversiteler arasında teknoloji transferini gerçekleştirecek ara yüz mekanizmalarının geliştirilmesi

Strateji 3. İstanbul'un Ar-Ge ve yenilik alanlarında insan kaynağı kapasitesinin artırılması

Hedef 4. Üniversitelerde özgürlükçü ve yaratıcı ortamın oluşturulması, üniversitelerin daha araştırmacı, yenilikçi ve rekabetçi bir yapıya kavuşturulmalarının sağlanması

Öncelik alanı: Dönüşen işgücü, gelişen ve artan istihdam

Strateji 2. İşgücünün değişen ekonomik yapıya paralel olarak dönüşümünün

sağlanması

Hedef 4. Değişen ekonomik yapıya paralel olarak İstanbul üniversitelerinde ihtisas alanlarının oluşturulması

Eksen: Adil paylaşılan, kapsayıcı ve öğrenen toplum

Öncelik alanı: Her yaş için yüksek standartlarda ve yaratıcı eğitim

Strateji 5. Yükseköğretime erişimin ve kalitesinin artırılması ve İstanbul'un öğrenci ve öğretim üyeleri için uluslararası çekim merkezi olması

Hedef 8. Yükseköğretim kurumlarının özel sektör ile işbirliği oluşturarak Ar-Ge ve teknoloji üretimine önem verilmesinin teşvik edilmesi

Hedef 16. İstanbul'un küresel hedefleri doğrultusunda ihtisaslaşmış ve disiplinlerarası eğitim programları ile enstitü ve araştırma merkezlerinin geliştirilmesi

Öncelik alanı: Sosyal bütünleşme

Strateji 2. Engellilerin ekonomik ve sosyal hayatta desteklenerek hayata tam katılımlarının sağlanması

Hedef 8. Engellinin kaliteli bir bakım hizmeti alabilmesi için evde bakım sağlayıcıların (yakınları veya ücretli bakıcı) eğitilmesi ve kurum bakımı için kurumsal kapasitenin artırılmasının sağlanarak bakım ihtiyacının bölge içinde karşılanması

Hedef 9. Engelli bireylerin ihtiyaç duydukları eğitim, sağlık, sosyal yardım hizmetlerinin kendilerinin müracaatı beklenmeksizin ilgili kamu kurumları tarafından takip sistemi kurularak yararlandırılmasının sağlanması

Strateji 4. Yaşlıların ihtiyaç duyduğu hizmetlerin (sağlık, sosyal hizmet, rekreasyon, bakım vb.) onları toplumun dışına itmeyecek ve onların bilgi ve tecrübelerinden faydalanılmasını sağlayacak ve yaşam kalitelerini koruyacak bir yaklaşımla sunulması

Hedef 1. Kurumsal bakımla ilgili altyapı ve personel kapasitesinin artırılması, yaşlılara yönelik hizmetlerin aileleri yanında desteklenmesi vb. hizmet modellerinin geliştirilmesi

Öncelik alanı: Sağlıklı toplum, kaliteli ve akredite sağlık hizmetleri

Strateji 1. Erişilebilir, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunulması, bu hizmetlerin İstanbul'un küresel hedeflerini destekleyici şekilde geliştirilmesi ve sağlığa

yönelik risklerden birey ve toplumun korunması

Hedef 3. İnsan kaynağı yetkinliği ve motivasyonunun iyileştirilmesi ve sağlık personeli sayısının artırılması

Hedef 5. Hizmet kalitesi iyileştirilerek uluslararası standartlara ulaşılması amacıyla akredite sağlık kurumu sayısının artırılması

Öncelik alanı: Güçlü kurumsal kapasite, iyi yönetim

Strateji 1. Üniversiteler, yerel yönetim, kamu kurum ve kuruluşları ve sivil toplum kuruluşlarında kurumsal kapasitenin güçlendirilmesi

Hedef 12. Kamu hizmetlerinin sunulmasında kalitenin artırılması, uluslararası akreditasyon standartlarının benimsenmesi

Sağlıkla ilgili açık çağrılar

Derginin basıldığı ay itibarıyla son başvuru tarihi geçecek olsa da, İSTKA'nın hali hazırda açık olan Mali Destek Çağrıları Tablo 1'de gösterilmektedir. Görüleceği üzere bunların da önemli bir kısmı sağlıkla ilgilidir.

Değerlendirme

İSTKA, 2014-2023 Bölge Planı kapsamında oldukça profesyonel bir çalışma ortaya koymuştur. Sağlık alanında çalışma yapmak isteyenler, bu çağrıları takip ederek başvuru yapabilecekleri gibi kendi fikirlerinin/projelerinin İstanbul Bölge Planı ile örtüştüğünü değerlendiriyorlarsa üst limiti 10 Milyon TL'ye kadar olan güdümlü destek projeleri kapsamında da destek başvurusu yapabilirler. Başvuru yapmak isteyenlerin dikkat etmesinde fayda olan bir diğer husus da, tüm desteklerdeki anahtar kelimenin insan odaklı olmak ve işbirliği ağlarını merkeze almak olduğudur. Kurumların tek başlarına başlayıp bitirecekleri çalışmaların kabule uygun olmadığını, üniversite, sanayi ve STK'ları bir araya getiren ve sürdürülebilir bir iş modeline sahip ara yüzlerin kurulmasının öncelendiğini hatırlatmak isterim. Mali çağrılar ve güdümlü projeler için detaylı bilgileri İSTKA'nın sitesinden edinmeniz mümkündür.

Kaynaklar

1) <http://www.istka.org.tr> (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

2) İSTKA 2014 Ara Faaliyet Raporu

SGK'nın 2023 vizyonu

Dr. Mustafa Kuruca



1969 yılında Kurucalı Köyü'nde (Giresun) doğdu. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi (Lisans-1992), İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Anabilim Dalı (Yüksek Lisans-2002), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Bölümü'nde (Doktora) eğitimlerini tamamladı. Sosyal Sigortalar Kurumu Sigorta Müfettiş Yardımcılığı (1995-2002), Sosyal Sigortalar Kurumu Sigorta Müfettişliği (1998), Sosyal Sigortalar Sigorta Teftiş Kurulu İstanbul Grup Başkanlığı (2002-2004), SSK İstanbul Sigorta Müdürlüğü (2004-2008), İstanbul Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü (2008-2011) görevlerinde bulundu. Halen Sosyal Güvenlik Kurumu Kurum Başkan Yardımcısı ve Yönetim Kurulu Üyesi olarak görev yapan Kuruca, evlidir ve 1 çocuk babasıdır.

Türk sağlık sistemi, 2003 yılında hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerine erişim, kalite ve etkinlik anlamında büyük ilerleme kaydetmiştir. Eski sistem, çok yapıli finansman ve farklı yararlanma koşullarına dayanmakta ve doğrudan sağliğa erişimi sınırlandırmaktaydı. Bu nedenle Türkiye, hayatta kalma beklentisi, aşılama oranı, bebek ölüm oranı gibi sağlık göstergelerinde gelişmiş ülkelerin çok gerisinde kalmıştır. Sağlıkta Dönüşümün parametreleri arasında; sosyal güvenlik kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısında birleşmesi, tüm nüfusu kapsayan eşit, adil ve kaliteli sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) hayata geçirilmesi sayılabilir. GSS ile birlikte neredeyse nüfusun tamamı sağlık güvencesi kapsamına alınmış ve birçok sağlık göstergesinde gözle görülür iyileşmeler sağlanmıştır.

Türkiye'deki toplam sağlık harcamaları, 1998'de gayrisafi yurtiçi hasılanın %4,8'i iken; 2013 yılında %5,4'ye yükselmiş ve son on yılda cepten ödemelerin payı 5 puan düşmüştür (1). Ayrıca, artan sağlık harcamalarına rağmen, Türkiye'de gelir düzeyi düşük gruba daha iyi bir finansal koruma sağlanmış ve sağliğa erişim kolaylaşmıştır. Öte yandan hemşire, doktor gibi sağlık personeli ile sağlık hizmet sunucularının sayısı sürekli artmakla birlikte, Türkiye bu göstergelerde

OECD ortalamalarının gerisinde kalmıştır (2). Ülkemiz, 1960 ile 2009 yılları arasında hayatta kalma beklentisinde 25 yıllık artışla en çok gelişmeyi sağlayan ülkelerden biri olmakla birlikte, ortalama yaşam süresi halen OECD ortalamasının altındadır (3, 4). İlaveten, bebek ölüm hızı son on yılda hızlı bir şekilde düşmüş ve Türkiye bulaşıcı hastalıkla savaşıma konusunda önemli bir yol kat etmiştir (2, 4, 5). Son olarak Türkiye, muayene bekleme süresini düşürürken, hasta muayene sürelerini yükseltmeyi başarmış, kişi başı hekime müracaat sayısı 2002'de yıllık ortalama 2,2 iken 2014 yılında 8,2'ye çıkmıştır ve bu durum hasta memnuniyetini anlamlı bir biçimde artırmıştır (6, 7).

1. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Mevcut Durumu

2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında hayata geçirilen GSS ile mevcut sosyal güvenlik sistemi içinde sunulan sağlık hizmetleri tek çatı altında birleştirilerek nüfusun tamamına eşit sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır. Geline süreçte, sağliğa erişimin önündeki birçok engel kaldırılmış, vatandaşların sağlık hizmetlerine kesintisiz ve kolay bir şekilde ulaşabilmeleri sağlanmıştır. Ekim 2014 itibarıyla SGK verilerine göre 19.888.104 (toplam nüfusun yaklaşık %25'i) kişi aktif sigortalı olarak ve 10.252.515 (toplam nüfusun yaklaşık %14'ü) kişi ise pasif sigortalı

olarak sosyal güvenlik sistemi içinde yer almaktadır. Aktifin pasifi karşılama oranı ise 1,94'tür ve nüfusumuzun yaklaşık %99'u GSS kapsamına alınmıştır. Tablo 1'de görüldüğü üzere, 2014 yılı tahmini gerçekleşmesine göre Kurumun toplam gelirleri 184 milyar TL, toplam giderleri 204 milyar TL olup, açık miktarı 20 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Toplam giderler içinde sağlık harcamalarının oranı ise yaklaşık %27'dir. SGK toplam sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı 2007 yılına göre 0,8 puan artarak %3,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu artışta, daha önce merkezi yönetim bütçesinden karşılanan devlet memurlarının ve prim ödeme gücü olmayanların sağlık harcamalarının SGK'ya devredilmesi etkili olmuştur.

SGK sağlık harcamaları incelendiğinde toplam sağlık harcamaları 2014 yılında 2007 yılına göre nominal olarak 2,7 kat artarak 54,6 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %66'sı tedavi, %32'si ilaç harcamalarından oluşmaktadır. 2005 yılında ilaç harcamaları tedavi harcamalarından daha fazla iken tüm dünyada olduğu gibi sonraki yıllarda tedavi harcamaları ilaç harcamalarının üzerine çıkmıştır (Şekil 1).

Kurumun toplam gelir gider dengesi açık verirken, GSS gelir-gider dengesi 2014 yılı için yaklaşık 8,5 milyar TL fazla vermiştir (Tablo 2). 2014 yılında GSS prim gelirlerinin GSS prim giderlerini karşılama oranı % 116 olmuştur. Sistemin



fazla vermesinin en büyük nedenleri, toplanan primlerin %25'i kadar devlet katkısı, ödeme gücü olmayanların GSS priminin devlet bütçesinden karşılanması ve SGK tarafından uygulamaya konulan maliyet azaltıcı önlemler olarak özetlenebilir.

SGK'nın kurulması ile birlikte kaynakların etkin kullanılmasını sağlamak amacıyla birçok uygulama hayata geçirilmiştir. Bu uygulamalardan en önemlisi, 2007 yılında hayata geçirilen MEDULA (Medikal Ulak) sistemi sağlık hizmeti sunucuları ile sosyal güvenlik veri tabanının entegre olduğu, tüm sağlık verilerinin depolandığı, sağlık harcamalarının izlenmesine ve kontrolünün yapılmasına katkı sağlayan bir sağlık bilgi teknolojileri sistemidir. Bilgi teknolojilerinin gelişmesi ile GSS sistemi kapsamında kullanılan çok sayıda yazılım sayesinde sağlık giderlerine yönelik denetimler, geleneksel denetim biçimlerinden modern denetim yaklaşımlarına dönüşmüştür. İlaçta karekod-barkod uygulaması ile ilgili

çalışmalar tamamlanmış, ilaç provizyon sistemindeki maksimum doz kontrolü, cinsiyet ve yaş kontrolü gibi online düzenlemelerle israf önemli ölçüde önlenmiş, e-reçete uygulamasına geçilerek, reçete üzerinden yapılması muhtemel usulsüzlüklerin önüne geçilmiştir.

Ayrıca, vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanması konusundaki bilinç ve farkındalık düzeyini artırmak amacıyla çalışmalar yürütülmüştür. Örneğin, sağlık hizmetlerinin doğru kullanımı konusunda kamu spotları hazırlanmış, kişilerin hastalanmadan önce kendi sağlıklarını koruyabilmeleri ve etkin sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili öğretici bilgiler verilmesi amacıyla Sağlık Hizmetleri Kullanım Rehberi hazırlanmıştır.

2. Mali Sürdürülebilirlik Adına Temel Riskler

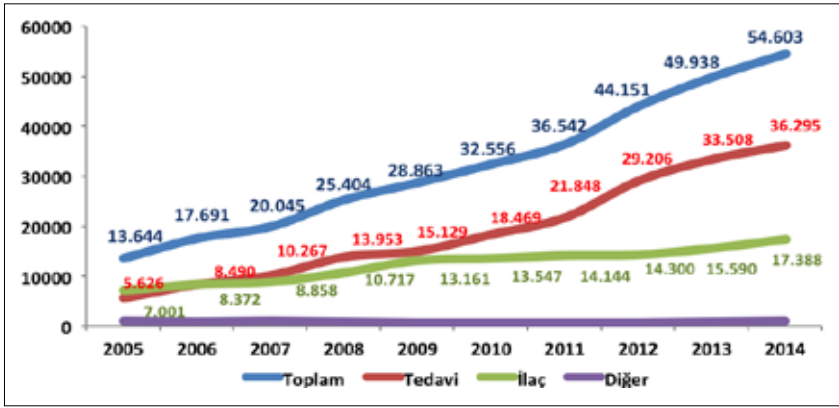
Kayıt dışı istihdamın %35 gibi yüksek bir oran olması nedeniyle SGK önemli

Ekim 2014 itibariyle SGK verilerine göre 19.888.104 (toplam nüfusun yaklaşık %25'i) kişi aktif sigortalı olarak ve 10.252.515 (toplam nüfusun yaklaşık %14'ü) kişi ise pasif sigortalı olarak sosyal güvenlik sistemi içinde yer almaktadır. Aktifin pasifi karşılama oranı ise 1,94'tür ve nüfusumuzun yaklaşık %99'u GSS kapsamına alınmıştır.

Tablo 1: SGK Gelir ve Giderleri (2008-2014)

Milyon TL	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
GELİRLER	67.257	78.073	95.273	124.480	142.929	163.014	184.329
Prim Gelirleri	54.546	54.579	66.913	89.561	99.359	118.729	133.999
Diğer Gelirler	12.711	23.494	28.360	34.919	43.569	44.285	50.330
GİDERLER	93.159	106.775	121.997	140.715	160.223	182.689	204.400
Emekli Aylıkları	58.885	68.604	78.957	91.615	105.294	119.162	134.401
Sağlık Giderleri	25.404	28.863	32.556	36.542	44.151	49.938	54.603
Diğer Giderler	8.871	9.308	10.483	12.558	10.779	13.590	15.397
Gelir - Gider Dengesi	-25.902	-28.703	-26.724	-16.235	-17.295	-19.675	-20.072

Şekil 1: SGK Sağlık Harcamaları (2005-2014)



Tablo 2: GSS Gelir- Gider Dengesi (2009-2014)

Milyon TL	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Giderleri	28.863	32.556	36.542	44.151	49.938	54.603
GSS Prim Gelirleri (Yapılandırma ve Devlet Katkısı Dahil)	23.458	29.444	40.074	46.391	56.990	63.112
Gelir-Gider Dengesi	-5.405	-3.112	3.532	2.240	7.052	8.510
GSS Prim Geliri/Sağlık Gideri	81%	90%	110%	105%	114%	116%

ölçüde gelir kaybına uğramaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin gelir kanadındaki en temel sorun, kayıt dışılıktır. Gider tarafında ise temel sorun, yaşlanma ve emeklilik ödemeleri olarak ön plana çıkmaktadır. Emeklilik sistemine bakıldığında, toplanan prim gelirleri ve devlet katkısı ancak emeklilik ödemelerinin %70'ini karşılamaktadır. Gelecekte nüfusumuzun hızlı bir şekilde yaşlanacak olması nedeniyle hem emeklilik ödemelerinin yükünün daha da artması hem de finanse edilen sağlık harcamalarının artması ve bu harcamaların finansmanına katkıda bulunacak nüfus payının azalması beklenmektedir. Ayrıca ortalama yaşam süresinin artması, GSS kapsamının genişlemesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, sağlık sektöründeki denetim mekanizmalarının etkin bir şekilde yürütülebilmesi gibi nedenlerle sağlık giderlerinde yaşanan hızlı artışlar gelecek adına risk teşkil etmekte ve bu alanda etkin tedbirlerin alınmasını gerektirmektedir. Hastalık yükünün değişimi, yeni sağlık tek-

nolojilerinin geliştirilmesiyle oluşan sağlık enflasyonu, sağlık bilinci ve gelir düzeyi artışına bağlı olarak sağlık hizmetlerine talebin artması gibi nedenlerle sağlık harcamaları artış eğilimini korumakta ve mali sürdürülebilirlik üzerinde baskı yaratmaktadır.

a) Kayıt dışılık

Sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak için akla gelen ilk çözüm, prim gelirlerini artırmaktır. Kayıt dışı ekonomi birçok ülkenin mücadele ettiği büyük bir sorundur. Kayıt dışılık, sosyal güvenlik sistemi için prim gelir kaybına yol açması açısından somut bir tehlike oluşturmaktadır. TÜİK tarafından yayımlanan en güncel işgücü istatistiklerine göre (Ekim 2014), kayıt dışında yer alan kişi sayısı 9 milyon 146 bin kişi ve kayıt dışılık oranı %35 olarak açıklanmıştır (8). Kayıt dışındaki birçok kişi; GSS primi ödemeden eş, çocuk, anne ya da babası üzerinden bir şekilde sağlık kapsamında yer alarak, genel sağlık sigortasından

faydalanmakta ve sisteminin neredeyse tüm nüfusu kapsadığı düşünüldüğünde, bu kişilerin kayıt içine alınması ek sağlık gideri yaratmayacağı gibi ciddi bir prim geliri artışı da sağlayacaktır.

SGK tarafından yapılan bir çalışmada, kayıt dışılıktaki bir puanlık düşüşün, devlet katkısı ile birlikte Kuruma sağlık prim geliri olarak yıllık yaklaşık 600 milyon TL ek kaynak sağlayacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'nin 2023 vizyonunda yer alan %15'lik kayıt dışı hedefinin tutturulması halinde ise, SGK'nın sağlık prim gelirleri 2015 yılı rakamları ile 12 milyar TL artacaktır. Bu hedefe ulaşmak için birçok teşvik mekanizması hayata geçirilmiş ve işverenin sosyal güvenlik prim yükü aşağı çekilmiştir. Bu politikalarla birlikte, kayıt dışılığı ve prime esas kazancın eksik bildirilmesini önlemek için müeyyidelerin artırılması, risk odaklı denetimin yoğunlaştırılması, denetimin elektronik ortamda yürütülmesi ve kamu kurumlarıyla bu konuda işbirliğine gidilmesi kayıt dışılıkla mücadele adına büyük öneme sahiptir.

b) Nüfusun Yaşlanması

Nüfusun yaşlanması, gelişmiş ülkelerin ortak sorunudur ve birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemine maliyet bağlamında büyük yük bindirmektedir. Türkiye, birçok gelişmiş ülke ile karşılaştırıldığında genç bir nüfusa sahiptir. TÜİK verilerine göre, 2013 yılındaki ortalama yaş 30,4'tür (9). 0-14 yaş grubu, tüm nüfusun yaklaşık %24,6'sını ve 15-64 yaş grubu ise %67,7'sini oluştururken, yaşlı olarak tabir edilen 65 yaş üstü grup ise tüm nüfusun sadece %7,7'sini oluşturmaktadır (9). Son 10 yılda, 65 yaş üstü nüfusun payı 1 puanlık artış göstermiştir ve TÜİK projeksiyonlarına göre bu oranın, doğurganlık hızındaki düşüş ve hayatta kalma süresindeki artış ile birlikte 2023 yılında %10,2'ye çıkacağı tahmin edilmektedir. Ayrıca 2013 yılında, Türkiye için doğuştan beklenen yaşam süresi 2002 yılına göre 4,5 yıl artarak 76,9'a yükselmiştir ve 2023 yılında doğuştan beklenen yaşam süresi 1 yıl daha artacaktır. Tüm bu veriler ve tahminler ışığında, yakın bir gelecekte nüfusumuzun hızlı bir yaşlanma sürecine gireceği kaçınılmaz bir gerçektir. Kurum tarafından yapılan bir çalışmaya göre, OECD ülkelerindeki gibi bir demografik yapımızın olması varsayımında, Türkiye, gayrisafi yurtiçi hasılasının yaklaşık %9'unu sağlığa harcamayacak, bu da gelecekte bütçe kısıtı açısından risk teşkil etmektedir. Yaşlanmanın, sağlık giderleri üzerindeki olumsuz etkisi düşünüldüğünde, ülkemiz açısından yaşlanma bir tehdit olarak görülmeli ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliği adına şimdiden gerekli önlemler alınmalıdır.



c) Sağlık Alanındaki Teknolojik Yenilikler

Küresel hastalık trendleri ve bunların tedavi yöntemleri incelendiğinde, her geçen gün sağlık alanında yenilikçi tedavilere ihtiyaç artmaktadır. Yeni teknolojik ürünler, teknoloji odaklı yoğun araştırma ve geliştirme faaliyetleri içerdiği için, doğal olarak yüksek fiyatlı ürünlerdir ve yüksek fiyatları nedeniyle sağlık bütçesine önemli yük teşkil etmektedir. Ama bu ürünler, hastaların hayatta kalma süresini uzatmaya, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmaya veya önlemeye, nadir hastalıkları tedavi etme adına mücadele etmeye, hastane yatış sürelerini azaltmaya, hastanın yaşam kalitesini artırmaya önemli katkı sağlayan ürünlerdir. İlaç alanındaki pahalı yeni teknolojik ürünler biyolojikler olarak adlandırılmakta ve bu teknolojiler canlı sistemler ve organizmalar kullanılarak keşfedilmektedir. Bu ürünler sayesinde, 5 yaş kanserli sağ kalım oranı son 35 yılda %25 artmış (10), hepatit C hastalığında hastalığa yanıt oranı son 20 yılda %10'dan %80 seviyelerine yükselmiştir (11). Bu tarz ilaçları keşfetmek ve geliştirmek; uzun, karmaşık ve maliyetli bir süreçtir ve büyük tutarda araştırma ve geliştirme gideri gerektirmektedir. Bu ürünlerin ilk keşfinden piyasaya sürülmesine kadar geçen süre ortalama 10 ile 15 yıl almaktadır (12).

Ülkemizde, geri ödemedeki biyoteknolojik ürün sayısı 2007'de 104 iken her yıl ortalama 16 ilaç girişi ile 2013 yılında 202'ye çıkmıştır. 2007 yılında bu ürünlerin harcaması toplam ilaç bütçesinin %7'si iken, 2013 yılında hızla artarak %15'e kadar yükselmiştir. Biyoteknolojik ürünlere harcanan tutarın

yıllık artış oranı ve toplam ilaç giderlerinin artış oranı sırası ile %21 ve %7'dir. Diğer bir deyişle, 6 yılda biyoteknolojik ürün harcaması %221 artmış, toplam bütçe ise sadece %50 yükselmiştir. Bu bağlamda, Türkiye'de tüm dünyada olduğu gibi bu ürünlere harcanan tutar büyük bir artış eğilimindedir ve ilaç bütçesine belirgin bir yük getirdiği gözlenmektedir.

3. 2023 Vizyonu

Genel anlamıyla SGK'nın 2023 vizyonu, vatandaşlara bütçe kısıtı altında adil, kolay erişilebilir ve yüksek kalitede sağlık hizmeti sağlanmasına katkıda bulunacak ve vatandaşların yaşam kalitesini artıracak bir genel sağlık sigortası sistemi oluşturmaktır. Bu hedeflere ulaşmak için, SGK koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok odaklanmalı, kaliteyi artırmak adına politikalar ve alternatif geri ödeme yöntemleri geliştirmeli, tamamlayıcı sağlık sigortasının hayata geçirilmesine destek olmalıdır.

a) Kalite artırımı ve performans odaklı geri ödeme

Bir sağlık sisteminin üç temel önceliği olmalıdır: Kalite, maliyet ve erişim. Bu üç öncelik eşit derecede önemlidir ve iyi sağlık sisteminin olmazsa olmazlarıdır. Bu yüzden, ideal sağlık sistemi, tüm nüfusun erişebileceği yaygınlıkta, en yüksek kalitedeki sağlık hizmetini en düşük maliyetle sunabilen sistemdir. Pratikte kısıtlı kaynaklar bu hedeflere aynı anda ulaşmada bir engeldir. Mevcut ekonomik parametreler ve değişen demografik yapı, maliyet odaklı sistemin işleyişi için sürdürülebilirlik ile kaliteyi ön plana çıkarmıştır.

Toplanan prim gelirleri ve devlet katkısı ancak emeklilik ödemelerinin %70'ini karşılamaktadır. Gelecekte nüfusumuzun hızlı bir şekilde yaşlanacak olması nedeniyle hem emeklilik ödemelerinin yükünün daha da artması hem de finanse edilen sağlık harcamalarının artması ve bu harcamaların finansmanına katkıda bulunacak nüfus payının azalması beklenmektedir.

Bu bağlamda, Türk sağlık sistemi erişim konusunda büyük bir ilerleme kaydetmiş, bu iyileşme sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasıla içindeki payını artırmadan başarılımıştır. Nüfusun tamamına yakınına kapsam altına alan GSS'nin bundan sonraki hedefi verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini daha da artırmaktır.

SGK'nın temel misyonlarından biri olan, vatandaşların aldığı sağlık hizmetlerinin etkililiği ve kalitesini kamu-özel sağlık hizmet sunucusu ayrımı yapmaksızın ölçmek ve gerekli denetimler yapmak



Nüfusun tamamına yakınına kapsam altına alan, eşit, kolay erişilebilir, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunma bilinci ile hayata geçirilen GSS sistemi, Cumhuriyetimizin 100. yılına gelindiğinde vatandaşların yaşam sürelerini ve kalitesini artırmak amaçlarına odaklı bir 2023 vizyonu ortaya koymayı öngörmektedir.

2023 SGK vizyonunda öncelikler arasında yer almaktadır. Bu vizyona paralel olarak, performans odaklı geri ödeme sistemini hayata geçirerek, klinik kılavuzlar çerçevesinde standartları daha iyi karşılayan, akreditasyonları sağlayan ve verdiği sağlık hizmetleri ile yaşam kalitesine daha çok katkı sağlayan sağlık hizmeti sunucularının ödüllendirilmesi, standartlara uymayan ve yaşam kalitesini düşüren sunuculara ise yaptırım uygulanması planlanmaktadır.

b) Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler koruyucu sağlık hizmetleri grubuna girmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlık açısından risklerin önceden belirlenerek hastalık oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalığa bağlı kalıcı sakatlık ve işgücü kaybının azaltılması hedeflenmektedir. Koruyucu sağlığa yatırım yapmak, gelecekte ortaya çıkabilecek sağlık riskleri aşağı indirme ve olası yüksek maliyetleri düşürme adına önemli bir rol oynamaktadır.

Sanılanın aksine, koruyucu sağlık hizmetleri yalnızca Sağlık Bakanlığı yetkisinde yer almamaktadır. İlk defa 5510 sayılı Kanun ile koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri arasında sayılması kanun koyucunun SGK'ya da bu görevi verdiğini göstermektedir. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmaması da Kurumun koruyucu sağlığa verdiği önemin başka bir göstergesidir.

Koruyucu sağlığa odaklanmak adına, 2015-2019 yıllarını kapsayan SGK Stratejik Planı'nda, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin önceliklerinin belirlenerek bu kapsamda çalışmaların yürütülmesi, dış sağlığına yönelik koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin

desteklenmesi planlanmaktadır (13). Ayrıca, aile hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetleri alanında etkin olarak yer almasının desteklenmesi, hastalığa neden olan etkenlere karşı mücadele programlarına katkı sağlanması ile kronik hastalıkların izlenmesi ve takip edilmesine yönelik politika geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Tütün ve tütün mamulleri ile mücadelede gösterilen kararlılık ve başarının diğer koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olması, bu alanda Sağlık Bakanlığı ile SGK'nın yakın işbirliği içinde çalışması gerekmektedir. Diyabet, kanser, hipertansiyon, astım gibi kronik hastalıkların tedavisi için yapılan harcamalar her geçen gün artış göstermektedir. Sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tesis etmek adına bu hastalıklarda erken teşhis ve hastalıklara karşı koruyucu önlemler alınması önem arz ediyor. Söz konusu hastalıkların erken teşhisi ve vatandaşların sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirilmesi için SGK sağlıklı yaşam odaklı çeşitli projeler hayata geçirmektedir. Gelecekte de sağlıklı yaşamı teşvik etmek amacıyla yönelik çalışmalara daha çok odaklanılmalıdır.

c) Ön Provizyon

Ön provizyon; sağlık hizmetlerinde sağlık hizmeti sunucusu tarafından hastaya yapılması düşünülen işlemin yapılmasından önce sağlık hizmetinin geri ödeyicisi tarafından belirli kriterlere göre

değerlendirilmesi ve hizmetin ödenip ödenmeyeceğinin kararının verilmesidir. SGK tarafından belirlenen bazı sağlık hizmetleri için tanımlanacak kriterler dahilinde, sağlık hizmetinin kullanılması/uygulanması öncesinde yetkilendirilmiş değerlendiriciler tarafından ödemesine karar verilmesi ve mükerrer BT, MR ve Anjiyografi işlemlerinin önlenmesi için bu tetkiklerin sonucunun ve radyolojik görüntülerin merkezi sunucuda depolanarak talep eden hastaneler ile paylaşımının sağlanması için tasarım, altyapı kurulması ve işletilmesi projesi devam ediyor. Sağlık ön provizyon sistemi kurularak; sağlık bütçesinde kaynak etkinliğinin sağlanması, suistimallerin ve gereksiz işlemlerin önlenmesi, gereksiz ve mükerrer tetkiklerin önüne geçilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık hizmeti verenlerle Kurum arasındaki ihtilafın azaltılması, tedavilerin bilimsel kanıtlara uygunluğunun sağlanması, istatistiksel veri toplanması ile geri ödeme kararlarının ya da işlemle ilgili düzenlemelerin gerçek verilere dayanarak ortaya koyulması, hasta ve işlemin takibinin yapılması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin geri ödenmesinde kullanılan ön provizyon sistemi genellikle özel sigorta şirketleri tarafından kullanılmaktadır. İspanya, ABD ve Japonya'da özel sigorta şirketlerinin ön provizyon sisteminin uygulanması ile amaçladıkları husus maliyet kontrolüdür. Ön provizyon sistemi sadece özel sektörde kullanılmamaktadır. İngiltere, Avustralya, İsveç, Norveç gibi ülkelerde kamu sağlık sigortası da bu geri ödeme kontrol sistemini kullanmaktadır.

d) İlaç Politikaları ve Alternatif Ödeme Yöntemleri

Mali sürdürülebilirlik, ilaca kolay erişim, akılcı ilaç kullanımı ve yerli üretimi destekleyecek bir ekosistem oluşturulmasına katkı sağlayacak politikalar üretmek ilaç politikaları açısından SGK öncelikleri arasında yer almaktadır.

Toplam ilaç harcamaları içinde imal ürünlerin payı %45 civarındadır. 2014-2018 yıllarını kapsayan 10. Kalkınma Planı'nda yurtiçi ilaç ihtiyacının değer olarak %60'ının yerli üretimle karşılanması hedefi koyulmuştur (14). Bu amaçla, imal ürünlerin geri ödeme listesine daha kolay ve hızlı bir biçimde girmesine yönelik politikalar hayata geçirilmiştir. SGK'nın 2023 hedefi, imal üretimi teşvik edecek politikalar çerçevesinde imal üretiminin doğru ve ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirilmesi ve yerli üretimin payının hedeflenen seviyeye ulaştırılmasıdır.

Moleküler biyoloji, hücre biyolojisi, genom-bilim alanlarındaki bilimsel ilerlemeler sonucu, dünyada özellikle sağlık alanındaki biyoteknolojik uygulamalarda bir patlama

yaşanmakta; "modern biyoteknoloji" ya da "yeni biyoteknoloji" olarak tanımlanan bu gelişmeler, insanlığa daha sağlıklı ve daha kaliteli bir yaşam için eşi görülmemiş fırsatlar yaratmaktadır (15). Biyoteknolojik ilaçların pek çok hastalığın tedavisinde ön plana çıkması konvansiyonel ilaç tedavilerinin yerini kişiye özel tedavilere bırakmasına yol açacaktır. Biyoteknolojik ilaçların tedavi avantajının yanı sıra yüksek bütçe yükü getirmesi sağlık sigortası sistemlerinin son yıllarda en sık karşılaştığı sorunlardan biri haline gelmiştir.

Bu noktada, alternatif ödeme yöntemlerinin ortaya çıkışı hem geri ödeyici otoritenin sigortalılarına tedavi olanağı sağlaması açısından, hem ilaç firmalarının ilaçlarının kalite ve etkililiğini ortaya koyması açısından, hem de hastaların yeni teknoloji ve tedavilere hızlı erişimi açısından kolaylık sağlamaktadır. Son yıllarda, hastalık yükünün değişerek yüksek maliyetli kanser ilaçlarına olan talebin artması alternatif ödeme yöntemlerine yönelmenin haklı bir tercih olduğunu ortaya koymaktadır. 2014 yılı içerisinde 5510 sayılı Kanunda yapılan düzenleme ile alternatif ödeme yöntemlerinin yasal altyapısı oluşturulmuş bulunmakta ve ikincil mevzuat çalışmaları ilaç ve Eczacılık Daire Başkanlığı bünyesinde devam etmektedir.

Vatandaşların ilaç kullanım alışkanlıklarının rasyonelleştirilmesi ve ilaç harcamalarının etkinliğini artırmak amacıyla Kurum akılcı ilaç kullanımı konusunda projeler başlatmıştır. Akılcı ilaç kullanımı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kişilerin klinik bulguları ve bireysel özelliklerine uygun ilacı, uygun süre, uygun dozaj, en düşük maliyet ile kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır. Tüm dünyada yanlış, gereksiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı ciddi bir sorundur. Aşırı ilaç kullanımı, olumsuz ilaç reaksiyonları ve tedavi hatalarına bağlı morbidite ve mortalitenin de artmasına yol açmaktadır. Örnek vermek gerekirse, antibotik kullanımında ülkemiz Avrupa ülkeleri içinde birinci sırada yer almaktadır. Bu hem yersiz kullanıma yol açmakta hem de antibiyotiğe karşı direnç gelişimi sonucu ilacın etkisini azaltmaktadır. 2023 yılına gelindiğinde SGK'nın hedefi, kişiye yönelik, kanıta dayalı tedavilerin yaygınlaştırılarak vatandaşlara doğru ve güvenilir ilaç tedavisinin eşit ve adil olarak sunulmasıdır.

e) Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sisteminin Hayata Geçirilmesi

Nüfusun yaşlanması ve sağlık alanında teknolojik yeniliklerin hızlı bir şekilde devam etmesi sonucunda finansman sorununu gidermek için tamamlayıcı sağlık sigortasına geçilmesi kaçınılmaz olacaktır. Artan sağlık harcamaları ve

kısıtlı sağlık bütçesi nedeniyle GSS kapsamında yer almayan ilaç, tıbbi cihaz ve tedavi hizmetlerinin vatandaşların cepten harcamaları ile karşılaması yerine tamamlayıcı sağlık sigortası sistemi bilincinin yerleştirilerek sisteme paydaşların dahil edilmesi, bu yolla sistemden ve hizmetlerden memnuniyetin artması ve artmakta olan sağlık harcamalarının finansmanının karşılanması 2023 hedefleri arasında yer almaktadır.

4. Sonuç

2023 yılına gelindiğinde GSS sisteminin kalitesi ve sisteme erişim ile ilgili sorunların tamamen çözüldüğü, sistemin sürdürülebilirliğinin sağlandığı, tamamlayıcı sağlık sigortası sistemi ile iyi düzeyde entegre olmuş bir sağlık sigortacılığı sistemi sunulması hedeflenmektedir. Sonuç olarak, nüfusun tamamına yakınının kapsam altına alan, eşit, kolay erişilebilir, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunma bilinci ile hayata geçirilen GSS sistemi, Cumhuriyetimizin 100. yılına gelindiğinde vatandaşların yaşam sürelerini ve kalitesini artırmak amaçlarına odaklı bir 2023 vizyonu ortaya koymayı öngörmektedir.

Kaynaklar

- 1) TÜİK. Sağlık Harcaması İstatistikleri 2013. Sayı 16161. 5 Kasım 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> (Erişim Tarihi: 21.01.2015)
- 2) OECD (2014). OECD Health Data 2014.
- 3) OECD (2011). Health at a glance: OECD indicators. OECD Publishing.
- 4) WHO (2012). World health statistics 2011.
- 5) European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe (2011). Tuberculosis Surveillance in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
- 6) TÜİK . Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2013. Sayı 16052. 11 Mart 2014. <http://www.tuik.gov.tr/OncekiHBARama.do> (Erişim Tarihi: 23.01.2015)
- 7) European Commission (2011). Social Climate Report 2011. Special Eurobarometer 370.
- 8) TÜİK. İşgücü İstatistikleri Ekim 2014. Sayı 18632. 15 Ocak 2015 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18632> (Erişim Tarihi: 21.01.2015)
- 9) TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2013. Sayı 15974. 29 Ocak 2014 <http://www.tuik.gov.tr/OncekiHBARama.do> (Erişim Tarihi: 21.01.2015)
- 10) American Cancer Society (2013). Cancer facts and figures 2013. Atlanta, GA.
- 11) Pacanowski M., Amur S., and Zineh I. (2012). New genetic discoveries and treatment for hepatitis C. JAA 2012; 307 (18):1921-2
- 12) Parexel International (2010). Parexel Biopharmaceutical R&D Statistical Sourcebook 2010/2011, Waltham, MA
- 13) SGK Stratejik Plan 2015-2019
- 14) Kalkınma Bakanlığı. 10. Kalkınma Planı 2014-2018.
- 15) TÜBİTAK. Ulusal Bilim ve Teknoloji Politikaları 2003-2023 Strateji Belgesi

Sigorta sistemi ve tazminat ödemeleri

Dr. Cem Köylüoğlu



1966 yılında Burdur'da doğdu. Konya Maarif ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ndeki mezuniyetinin ardından birinci basamak ve acil sağlık hizmetlerinde çalıştı. Şişli Etfal Hastanesi'nde Aile Hekimliği uzmanlığını tamamladı ve 2000 yılında sigorta sektörüne geçti. 15 yıl çeşitli sigorta şirketlerinde üst düzey yöneticilik yaptı. Halen Medipol ve Marmara Üniversitelerinde sağlık sigorta dersleri veren Köylüoğlu, Sigorta Tahkim Komisyonu Hakemliği ve danışmanlık yapmaktadır. Dr. Köylüoğlu, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Sağlık sistemi, hasta ile hekimin buluşmasıdır. Bu buluşmanın hızı, yer ve şekline "erişim", buluşmanın sonuç ve niteliğine "kalite", bunu sağlayan maddi süreç "finans" diyelim. Eğer hasta ile hekim; tıbben makul hızda ve yerde buluşmuş, tatminkâr bir sonuç üretilmiş ve gelecekteki ihtiyaçlar için verimli ve sürekli kaynak yaratılmış ise sistem düzgün bir sacayağında ve dengede olabilir. Bu dengeyi sağlamakta kullanılan temel finansal araçlar şunlardır: Cepten harcamalar, vergiler, genel sağlık sigortaları, özel sağlık sigortaları, bağışlar-vakıflar.

Cepten sağlık harcamaları, sosyal ve ekonomik açıdan tercih edilmeyen kaynaklardır. Varlığı, fakirliğin ve sosyal sağlık sistemindeki zafiyetin göstergesidir. Ayrıca katastrofik dediğimiz çok yüksek tutarlı harcamalar kişisel iflas nedenidir ve her ülke kamuoyu için yıpratıcı ve istenmeyen bir durumdur. Düşük tutarlı ama yüksek frekanslı harcamalar ise, örneğin katılım payları ve fark ücretlerinin varlığı, belli bir ölçüye kadar kabul edilebilir. Hatta gereksiz sağlık harcamalarında caydırıcı unsur olarak kullanılan bir enstrümandır. Türkiye gibi bazı ülkelerde, özel sigorta kapsamına alınması da yasal olarak engellenmiştir. Yani bu caydırıcı giderlerin ödenmesi zorunlu tutulmuştur.

Hane halkı anket çalışması ile ölçülen cepten sağlık harcamalarında sağlık sigorta primleri (özel ya da sosyal) hesaba dahil edilmez. Yani sadece sağlık hizmet sunucularına yapılan resmi

ya da gayri resmi ödemeleri hesaplar. Örneğin Fransa'da nüfusun %90'dan fazlasının sosyal sağlık sigortasına ek olarak ödediği tamamlayıcı sağlık sigortası primleri bu hesapta yoktur. Ama öte yandan sağlık giderlerinin önemli bir kısmını da bu özel sigortalar karşıladığından, cepten harcamalar azalmaktadır. Yani kişilerin risklerini sigorta sistemine transfer etmeleri durumunda, cepten harcama parametresi de iyileşmektedir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde sigorta sistemi nasıl yapılmış olursa olsun, bireyler risklerini özel ya da kamu sigortalarına transfer etmekte, buna teşvik edilmekte hatta yasal olarak zorlanmaktadır.

Türkiye'de cepten sağlık harcamaları %15,4 (2012) düzeyindedir. Bizimle aynı gelir düzeyindeki ülkelere, örneğin Çin'e göre %50 daha az cepten harcama yapılmaktadır. Hatta kişi başı geliri bizim iki katımız olan 20 bin \$ düzeyindeki ülkelere eşdeğer bir cepten harcama oranı ile sosyal sağlık politikalarının ciddi bir performans sağladığını söylersek, mevcut durumun ve geçmiş 10 yıllık emeğin hakkını vermiş oluruz (Grafik 1).

Vergiler, her ülkede değişen oranlarda var olan önemli ve köklü bir finansal destek sistemi durumundadır. Örneğin Beveridge İngiltere'si veya sosyalist Küba'da tamamen vergiye dayalı bir sağlık sistemi hâkim iken, Amerika, Hollanda veya Bismarck'çı Almanya, İsviçre gibi ülkelerde ise prim sistemi çalışmaktadır. Öte yandan sosyal sağlık sigorta sisteminin prim bazı uygulamaları Türkiye dâhil pek çok Avrupa ülkesinde,

ayın zamanda vergisel kaynaklı sağlık fonları az da olsa kullanılmaktadır. Özellikle sağlık riski oluşturan tüketim araçlarından alınan ek vergiler, halk sağlığı harcamalarına önemli bir kaynak potansiyeli yaratırlar. Diğer bir fonksiyonu da sağlık riskleri konusunda en azından duyarlı toplum kesimlerinde farkındalık yaratması ve caydırıcı olabilmesidir. Ama global olarak baktığımızda vergi bazlı sağlık finansmanının oransal ağırlığı oldukça azalmıştır.

Sigorta sistemi, ister kamu ister özel olsun sağlıkta ağırlıklı finans kaynağıdır. Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası 5510 sayılı yasa ile, özel sağlık sigortası ise 6102 sayılı Türk Ticaret Kanunu'nun 6.kitabında ayrıntılı olarak düzenlenmiş bir alandır. Global ölçekte baktığımızda; sosyal sigorta sistemleri, Temel Teminat Paketi (TTP) ile *Birincil Güvence* katmanını oluşturur (Tablo 1). Bu güvencenin nüfus kapsayıcılığı da oldukça geniştir. 2012 başından itibaren ülkemizde de %100'e yakın kapsayıcı hale gelmiş olan TTP veya Genel Sağlık Sigortası (GSS), Bulgaristan, Yunanistan ve Kıbrıs hariç hemen tüm AB üyesi ülkelerde de benzer seviyededir (Grafik 2).

Özel sigortalar ise tamamlayıcı ve destekleyici Sigortalarla (TSS) *İkincil Güvence* katmanı olarak rol alırlar genellikle. İstisnaları Hollanda, ABD ve kısmen Bismarck ülkeleridir. Hollanda'da sosyal sağlık sigortası özelleştirilmiştir ve nüfusun tamamı zorunlu olarak özel şirketlerden TTP almak zorundadır. Ancak gerek TTP gerekse prim ve uygulamalar çok sıkı kamu denetiminde yürütülmek-



tedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin tamamı kamu hastanelerinden ve aciller dahil zorunlu aile hekimliği sevk sisteminden geçerek verilmektedir.

ABD’de 65 yaş altında sağlık güvencesi almak zorunlu değildir. Ama sadece özel şirketler tedarikçidir. 65’ten itibaren ise herkes Medicare (kamu) güvencesine girerek korunurken, isteğe bağlı özel TSS yaptırabilirler. Bu nedenle kapitalizmin anavatanında dahi sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı kamu kaynaklıdır. Almanya ve İsviçre’de birincil güvence için vatandaşların belirli koşullarda kamu ya da özel sigorta tercih hakkı vardır.

Bu nedenlerle ikincil katmanın penetrasyon ve nüfus yoğunluğu ülkeler arasında da ciddi farklar gösterir. Örneğin; 50’den fazla işçi çalıştıran şirketler için TSS’nin zorunlu olduğu, diğer vatandaşlar için ciddi vergi ve prim teşvikleri verildiği Fransa gibi ülkelerde %90’ın üzerinden başlar, Yunanistan’da %10 seviyelerine kadar düşer. Türkiye’de ise henüz çok yeni olan TSS yoğunluğu ölçülebilir nicelikte değildir (Tablo1).

Bizdeki mevcut özel sağlık sigortaları ise yukarıdaki tanımların dışında kalan *Mükerrer (Duplike) Güvence* sınıfına girer. Yani kapsamlı özel sağlık sigortası primi ödeyen yaklaşık 2 milyon sigortalı, aynı zamanda GSS primi de ödediğinden, çifte prim öderler fakat tek güvenceden yararlanabilir. Bu bağlamda oldukça maliyetli bir güvencedir ve bu ürün segmentinde adetsel büyüme son 5-6 yıldır tamamen durma noktasına da gelmiştir.

Sonuç olarak ister kamu ister özel olsun sigorta ve prim sistemi; aktueryal prensipler ve özđün muhasebe sistemleri ile

çalışarak, gelecek maliyetleri öngörmeye ve sürdürülebilir finansman kaynağı için çözüm aramaya odaklanmıştır. Bu nedenlerle sağlık eko-sistemini dengede tutmak konusunda en etkili sistemdir.

Vakıf ve Bağışlar ve Kar Amacı Gütmeyen Kurumların sağladığı kaynaklar genellikle hizmet özellikli, örneğin bir vakıf hastanesinde belirli risk gruplarına ücretsiz hizmet verilmesi gibi, bazen de projelere ya da özel konulara odaklanmış direk finansal yapılar şeklinde, örneğin Gates Vakfı gibi olabilir. En yaygın olarak ABD’de görülen bu yapıların genel sağlık finansında ağırlığı olmamakla birlikte, sosyal sorumluluk ve dayanışma alanında pek çok kurum veya kişinin dikkatini çekerek bu kaynakların sağlık sisteminde gelir getirici olmayan temel tıp bilimleri ve araştırmalar gibi kritik alanlara kaydırılmasında önemli işlevleri vardır.

Ödeme Düğmesi

Sağlık sisteminin temel performans kriterleri olan *Kalite, Erişim ve Maliyet* (Verim) hedeflerine ulaşmak ve bu sac ayağını dengede tutabilmek için gereken araçları, *Kontrol Düğmesi* olarak tanımlayan Marc Roberts, “Finans” düğmesi ile “Ödeme” düğmesini ayrı olarak tartışmıştır. Zira kaynak için kullanılacak finans yöntemleri ile hizmet sunucularına yapılacak ödeme yöntemleri birbirinden farklı araçlardır. Ancak ödeme yönteminin belirlenmesi ve etkinliği için ürün, yani “Düzenleme” düğmesi oldukça belirleyici bir rol oynar. Öte yandan “Davranış” düğmesi de, “Ödeme” ve “Düzenleme” fonksiyonlarına oldukça bağımlı bir araçtır.

Sonuç olarak eldeki ürünler ki, bunlar

Klasik sağlık sigortalarında maliyet kontrolü en zayıf noktadadır. Zira sigortalının önce kendisinin istediği yere gidip ödediği sağlık giderlerini, daha sonra sigortacıdan talep ettiği ve bu faturaların tam olarak geri ödendiği koşullar altında herhangi bir tasarruf imkânı yoktur. Diğer uçta ise ABD’deki “Kapalı Panel HMO” veya Hollanda’daki kamu örneği olan “Aile Hekimi Sevкли Kapalı Network” ürünü yer almaktadır. Yani maliyet kontrolünün doruk noktasıdır.

TTP veya TSS veya ÖSS olabilir, ödeme ve davranış fonksiyonlarını da belirleyerek ve etkileyerek maliyet, kalite ve erişim çıktılarını beraberce şekillendirirler. Bunu Tablo 2’deki gibi bir skalaya koyarsak, eldeki ürün ya da düzenleme düğmesinin maliyet üzerindeki potansiyel gücünü daha kolay izleyebiliriz. Bunu kısaca özetlersek; klasik sağlık sigortalarında

maliyet kontrolü en zayıf noktadadır. Zira sigortalının önce kendisinin istediği yere gidip ödediği sağlık giderlerini, daha sonra sigortacıdan talep ettiği ve bu faturaların tam olarak geri ödendiği koşullar altında herhangi bir tasarruf imkânı yoktur. Diğer uçta ise ABD'deki "Kapalı Panel HMO" veya Hollanda'daki kamu örneği olan "Aile Hekimi Sevkli Kapalı Network" ürünü yer almaktadır. Yani maliyet kontrolünün doruk noktasıdır.

Bu girişten sonra "ödeme" düğmesinin varyasyon ve özelliklerine bakabiliriz. Pek çok farklı ödeme modeli olduğunu ve genellikle de aynı anda birden fazla yöntemin kullanıldığını görmekteyiz. Keza hemen tüm sistemlerde sürekli olarak yeni arayışların ve değişikliklerin tartışıldığı, uygulamaya alındığı ve sonuçlarının yakından izlendiğine tanık oluyoruz. Zira ödeme modelleri, hedeflenen sistem çıktıları ve beklenen sonuçlara giderken, elde bulunan çok az sayıdaki araçlardan belki de en etkili olanıdır. Tablo 3'te bu modellerin etkinliğini ortaya koymak amacıyla yapılmış bir araştırmanın sonucunda, hedeflere olumlu ve olumsuz etkileri kadar, henüz yönünü belirleyemediğimiz pek çok uygulamanın da bulunduğunu görmekteyiz.

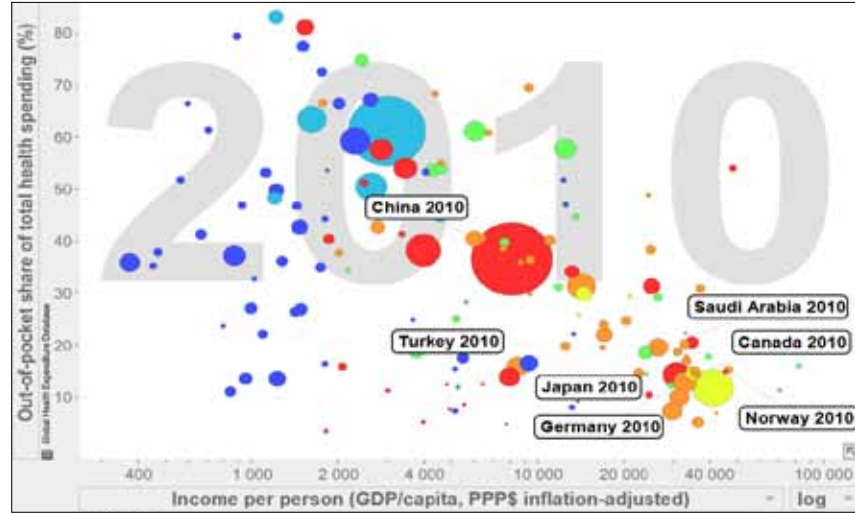
Bu durumda uygun model seçimi için nasıl bir yol izlenmelidir? Bu soruya yanıt arayan Miller, kritik süreç ve aksiyonları belirleyerek Tablo 4'te yer alan basamakları çözümlemeyi ve bütüncül bir bakış açısını önermektedir. Bu yaklaşımı destekleyecek uygun ödeme mekanizmasını da geliştirmek için, ilgili basamaklarda test edilerek yaygın ve verimli sonuçlar alınmış uygulamaların gözden geçirilmesi ve yakından takip edilerek planlı bir şekilde devreye alınması gerekmektedir. Elbette tek başına bir araştırma ve disiplinin konusu olup burada daha fazla derine inmeyeceğiz.

Sadece giderek yayılan ve tartışılan Pay for Performance (P4P) veya Value Based Purchasing (VBP) uygulamalarına biraz değineceğiz. Bu programlarda hizmet sunucuların teşvik edilmesi, kısmen risk paylaşımı ile farkındalık sağlanması ve bu şekilde hekimlerin alışkanlıklarında değişim yoluyla hizmet kalitesini artırıp maliyetleri de düşürmeyi hedeflemektedir.

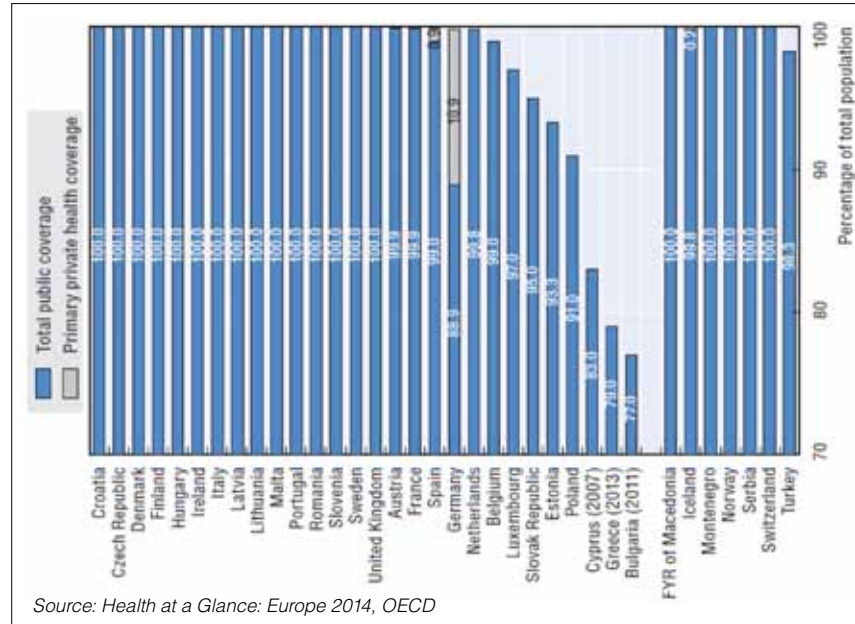
Uygulamanın çıktıları ve sonuçları açısından henüz tartışmalar devam etse de, ödeme modelleri arasında hızla kendine yer açmaktadır. 2014 itibarı ile 15 OECD ülkesinde P4P/VBP uygulaması yapılmaktadır. Tamamında birinci basamak dâhil edilmiş, 8 tanesinde uzman hekimler, 8 tanesinde de hastanelere uyarlanmış modeller çalışmaktadır.

Her üç alanda da uygulama yapmakta olan ABD'de Medicare her yıl düzenli

Grafik 1: Cepten Harcamalar – Gelir Düzeyi İlişkisi (Gapminder World Offline)



Grafik 2: AB'de Temel Teminat Paketi Sahipliği

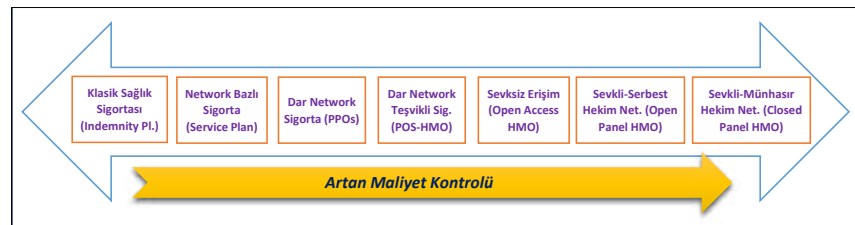


Source: Health at a Glance: Europe 2014, OECD

Tablo 1: Sağlık Güvence Katmanları

I. Ana (Birincil) Sağlık Güvenceleri i. Zorunlu – Kamu, İngiltere-Türkiye-İspanya.... ii. Zorunlu – Özel, Hollanda (tek) iii. Zorunlu – Özel / Kamu Tercihli, Almanya, İsviçre iv. İsteğe Bağlı – Özel, ABD I. Tamamlayıcı/Destekleyici (İkincil) Sağlık Güvenceleri i. Yasal Katılım Payları (bizde özel sigortaya konu değil) ii. İzin Verilen Farklar (oda-sıra-kurum-istisnai hizmet tercihleri) iii. Ek Teminatlar (TTP'de yer almayanlar) I. Mükerrer (Duplike) Sağlık Güvenceleri i. Türkiye, İspanya, İtalya, İngiltere	TSS Kapsama Alanı Fransa-Lux >%90, Belçika-Slovenya >%70, Danimarka-Almanya-Avusturya-Portekiz-Malta-İspanya %20-40, İngiltere-İtalya-Yunanistan <%10
--	---

Tablo 2: Ürün ve Maliyet Kontrol İlişkisi (Kongstvedt'den Uyarlanarak)



olarak artan şekilde DRG bütçelerinden kesinti yaparak, daha sonra aynı kurumlara bu kesintiyi VBP modeli ile geri ödemektedir. Medicare bunun için 4 panelde skorlama yapmaktadır. 2015 ve 2016 dağılım oranlarını da yayınlamıştır. Buna göre; klinik çıktılar %20, hasta deneyimi %30, outcome %30 ve tasarruf %20 olarak belirlenmiştir. 2016'da outcome ve mali kriterlerin ağırlığı da artmaktadır.

Türkiye'nin birinci basamak performans uygulamasının da dahil edilerek 12 P4P örneğinin detaylı olarak analiz edildiği 2014 tarihli OECD raporunda; Türkiye'nin hizmet sunum performansında ve tıbbi sonuçlarında ciddi bir gelişme sağladığı ve bölgesel hizmet farklılıklarının azaldığı, bunların sonucu olarak da hem hekimlerin hem de hastaların tatmin düzeyinde belirgin artış gerçekleştirildiği vurgulanmaktadır. Güçlendirilmesi gereken konularla ilgili olarak; yeni performans kriterleri ile panelin genişletilmesi, veri izlem, geri bildirim ve eğitim alanlarında çalışmalar yapılması da önerilmektedir.

Bu seride incelenen 12 P4P programının ortak bulgularına bakacak olursak;

1. Sağlık sisteminin idaresinde önemli bir güç kaynağı olarak P4P programını kullanabilmek için, birkaç yönetim sürecine ilişkin teşviklerin eklenmesi ve özellikle stratejik hedeflere odaklanmayı sağlamak,
2. Kanıta dayalı tıp uygulamalarına adaptasyonu özendirmek,
3. Performans izlem için daha fazla veri toplayıp kullanmayı sağlamak,
4. Geri bildirim sistemini etkinleştirerek; hasta, hekim, yönetici ve politika yapıcılar için değişim gereken alanları ortaya koymak gerekmektedir.

Özetle bu programları basit bir "bonus-malus" aracı olmanın ötesine taşıyabilmek için; ortak hedeflere, klinik alanlara ve bilgi ve sistemlerinin daha anlamlı kullanımına odaklı yeni finansal teşviklerin eklenmesi gereklidir.

Kaynaklar

Aydın, S. "Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar?", *Sağlıkta Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 6 sayı, Sayfa: 31-35, (2008) <http://www.sdplatform.com/Dergi/130/Saglikta-performans-Ne-icin-nereye-kadar.aspx> (Erişim Tarihi: 10.02.2015)

Charlesworth, Anita., Davies, Alisha., Dixon, Jennifer. (2012), "Reforming payment for healthcare in Europe to achieve better value", Research Report, KPMG. <http://www.kpmg.com/Global/en/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/reforming-payment-for-healthcare-in-europe.pdf> (Erişim Tarihi: 03.02.2015)

Carroll, Aaron E. (2014), "The Problem With 'Pay for Performance' in Medicine", *The New York Times*. <http://www.nytimes.com/2014/07/29/upshot/the-problem-with-pay-for-performance-in-medicine> (Erişim Tarihi: 04.02.2015).

Cashin, Cheryl., Chi, Y-Ling., Smith, Peter., Borowitz, Michael., Thomson, Sarah. (2014), "Paying for Performance in Health Care", <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm> (Erişim Tarihi: 04.02.2015).

Damberg, Cheryl L., Sorbero Melony E., Lovejoy, Susan L., Martsof, Grant., Raaen, Laura., Mandel, Daniel. (2014), "Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs", *Open University Press, Washington, DC*.

Erkan, Arslan. (2011), "Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması", *Maliye Dergisi*, Sayı 160.

Kongstvedt, Peter R. (2009), "Managed Care", *Jones and Bartlett Publisher, New York*.

Langenbrunner, John C., Cashin, Cheryl., O'Dougherty, Sheila. (2009), "Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems", *The World Bank, Washington, DC*.

Miller, Harold D. (2009), "How to Create Accountable Care Organizations", *Center for Healthcare Quality and Payment Reform*, <http://www.chqpr.org/downloads/HowtoCreateAccountableCareOrganizations.pdf>, (Erişim Tarihi: 02.02.2015).

QualityNet., "Payments: Hospital Value-Based Purchasing (HVP)", *Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)*, <http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetTier3&cid=1228772237147> (Erişim Tarihi: 04.02.2015).

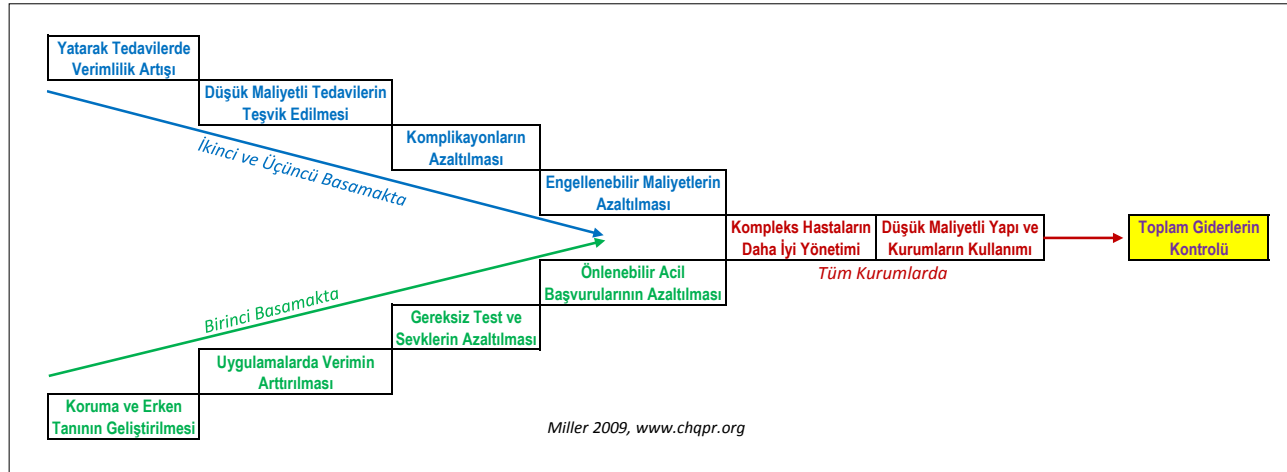
Thomson, Sarah., Foubister, Thomas., Mossialos, Elias. (2009), "Financing health care in the European Union", *World Health Organization, Observatory Studies Series*, 17.

Top, Mehmet. ve Tarcan, Menderes. (2007), "Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları)", *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 9/1.

Tablo 3: Ödeme Modelinin Hedeflere Etki Derecesi – Miller 2009

Ödeme Hedefi	iyi	belirsiz	kötü
Ağır hastaları dışlamasın			
Kalite için adil ödeme yapısın			
Kalite çabasını engellemesin			
Fazla kullanım teşvik etmesin			
Hizmetlerde esnekliğe izin versin			
Hizmet Başı Ödeme			
HBÖ+ Tasarruf Paylaşımı			
Vaka Ödemesi			
Kısmi Kapsamlı + P4P			
Kapsamlı (global) Ödeme			
Kişi Başı Ödeme			
Ödeme Modeli			

Tablo 4: Sağlık Tasarrufuna Giden Basamaklar



2023 Türkiye'sinde mevcut politikalarla hekimliğin ve hekimlerin hali ne olabilir, nasıl olmalıdır?

Dr. Eriş Bilaloğlu



1962'de Ankara'da doğdu. 1985, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunu olup 1994 yılında yine aynı fakültede biyokimya uzmanlığını tamamladı. 1990-1992 ve 2002-2006 dönemleri Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi Üyesi, 1996-2002 ve 2008-2010 dönemleri TTB Merkez Konseyi Genel Sekreterliği, 2010-2012 döneminde TTB Merkez Konseyi Başkanlığı görevlerinde bulundu. TTB içerisinde tıbbi teknoloji, malpraktis, hekimlik işlem adları/uygulamaları başlıklarının yanı sıra Pratisyen Hekimlik Kolu, Tıpta Temel Bilimler Kolu kuruluşu ile Toplum ve Hekim Dergisi, Tıp Dünyası Dergisi çalışmalarında yer aldı. Güncel sağlık politikaları, sağlıkta alternatif politika yapma imkânları, hekim emeği konularında çalışmalarını sürdürmektedir. Halen Sağlık Bakanlığı Sağlık Meslekleri Kurulu ile Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu üyesidir.

Türk Tabipleri Birliği 2000 yılında bir çalışma gerçekleştirdi: “2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir?” (1). Çalışmanın ana başlıklarını “Nasıl Bir Dünya: Geleceğe Dönüş; 2023 Türkiye’si, Kriz ve Sağlık Politikalarının Geleceği; Nasıl Bir Demografik Tablo; Dünya ve Türkiye’de Çevre; Tıbbi Teknoloji; Gen Teknolojisi; İlaç; Tıbbi Bilişim; Sağlık Hizmetleri, Sağlık, Hekimler ve Eşitsizlikler; Tıp Eğitimi; Tıbbi Etik; Tıpta Bugünden Geleceğe” oluşturuyordu. Tahmin edileceği gibi başlıklar mevcut durum değerlendirmesiyle projeksiyonların da yer aldığı bir bütünlükte işlenmişti. Dünya, Türkiye, sağlık ortamını ve belirleyenlerini göz önüne almadan tıp ve hekimlik hakkında konuşmanın havada kalacağı düşünülmüştü.

Bütünlüklü bakışın anlamayı ve anlamlandırmayı kolaylaştırdığı, ne olabileceğini tahmin edebilmek için bugün ne olduğuna bakmanın gerektiği göz önüne alındığında 2023 Türkiye’sinde hekimlerin haline yönelik ifadelerin öncesinde hekimlik için söylenecekler önem taşımaktadır. Hekimliğin evren-

selliğinden söz ediyorsak onlu yıllarla değişmemesi gereken bir özü tanımlıyor olabilmemiz gerekir. Sadece hasta-hekim ilişkisi bağlamında daraltarak değerlendiresek:

Hekimler olarak, **hasta-hekim ilişkisi**nin ayrıcalığının ne anlama geldiğini biliyoruz; etik değerler ve güven çerçevesinde **bilimsel bilgi aktarımı ve hizmet sunumunu** kolaylaştıran eşsiz bir ilişki... Ana öğeler olan etik değerler ve **güvenin** korunabileceği, güvence altında olabileceği, sürdürülebileceği, uygulamada bilimsel bilgiye ve yönetime hürmet eden bir zeminde kurulan ilişki... Tıp uygulamasının temel özelliklerinden **sevecen yaklaşım**, başka birisinin sıkıntısını anlamak ve onun için kaygılanmak biçiminde tanımlanmaktadır.

Hekimlerin mesleki **yeterlikleri** en üst düzeyde olmalıdır. Hekimin yeterli olmaması hastanın yaşamını yitirmesine ya da ciddi hastalıklara yol açabilir. Yeterliğin sağlanabilmesi için hekimler uzun bir eğitim sürecinden geçerler. Ancak tıbbi bilginin hızlı gelişimi nedeniyle yeterliklerini sürekli korumak zorundadırlar. Dahası sadece bilimsel bilgi ve becerilerini değil, tıp uygulamalarındaki

ve tıbbi çevreleyen toplumsal ve politik ortamdaki değişiklikler nedeniyle etik anlamda da bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmek durumundadırlar.

Özerklik ya da kişinin kendi kaderini belirlemesi, tıbbın yıllar içinde en çok değişen temel değerlerindendir. Hekimler geleneksel olarak, hastalarını nasıl tedavi edeceklerine karar vermek anlamında bireysel bir özerkliğe sahiptirler. Hekimlik mesleği ise bir bütün olarak tıp eğitimi ve tıp uygulamasının standartlarını belirlemekte özgürdür. Birçok ülkede hekimlerin bu türden özerk uygulamalarına hükümetler ve diğer yetkililer tarafından çeşitli sınırlamalar getirilmiştir. Buna karşın hekimler yine de klinik ve mesleki özerkliklerine değer vermekte ve onu mümkün olduğunca korumaya çalışmaktadırlar.

İnsanlar sevecen, yeterli ve özerk hekimlere daima gereksinim duyacaklardır. Son zamanlarda **adalet ilkesi** tıbbi kararlarda önemli bir etmen olmaya başlamıştır. Tıp mesleğini uygulayanlar **toplum sağlığını güvenceye almak ve geliştirmeye çalışmakla** birlikte mesleki sorumluluklarını düşünmelidirler (2).





Kamuda performans sistemi, özelde ciro baskısı gibi uygulamalar hemen bütün hastalarca bilinmekte olup performans sisteminin hizmete olumsuz etkileri hekimlik uygulamasını tahrip etmiştir. Yanı sıra merkezi idarenin dönemin Başbakanı ve Sağlık Bakanı düzeyinde hekimlere güvensizliği körükleyen bir söylem/politika izlediği hekimlerce yaygın bir kanaattir. Hekimlerin yürürlükte olan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla mutsuzlaştıkları kamuoyuna mal olmuştur.

Alıntı üzerinde tartışma yürütmek elbette mümkün olabilir. Ancak bu yazı “2023 Türkiye’inde nasıl bir hekimlik olmalıdır? Hekimlerin durumu nasıl olmalıdır?” sorularına yanıtı, referans olarak “yukarıda tanımlanan çerçevede bir hekimlik olmalıdır” kabulüne dayandırırmaktadır. Toplum sağlığını önceleyen, insanların sağlıklarının bozulmaması, var olan sağlıklılık durumunun geliştirilmesi için çaba harcayan, bir nedenle bozulduğunda da sevecen, yeterli ve özerk bir hekimlik uygulaması... Hekimlerin durumu 2023’te böyle bir hekimliği (yani olması gerektiği, arzu edildiği gibi) yapmaya uygun olmalıdır!

Hepimizin arzu ettiğini varsaydığımız böylesi bir mesleki pratiğin hakim olacağı bir ortam için bazı ön koşullar olduğu açıktır(3): Hekimlerin (tıp mesleklerinin diye değerlendirmek yerinde olur) sağlıklı bir yaşam ve çalışma koşullarına sahip olmaları beklenir. Daha açık bir ifadeyle gelir güvencesi, can güvencesi, iş güvencesi, mesleği özerk uygulama güvencesi ve tamamlayıcı olarak gelecek güvencesi olmazsa olmaz olarak belirtilmelidir. Bu aşamada hekimliğin var olan tanıma (hasta hekim ilişkisinde güven, sevecen yaklaşım, yeterlik, özerklik) ve bunun koşullarına (toplum sağlığının durumu ve hekimlerin durumu) bugünün Türkiye’sindeki mesafesini değerlendirmek uygun olacaktır.

2011 yılında yapılan ve 45 ülkeyi kapsayan bir çalışmanın Türkiye bulgularına göre,

“genelde doktorlara muhtaç olduklarını ve dolayısıyla güvenmeleri gerektiğini (%74) düşünmelerine karşın, doktorların hatalarını saklayacaklarına (%28), bilgi vermekten imtina edeceklerine, mesleki becerilerinin genelde yeterli olmadığına (%31), kendi kazançlarını önemsedikleri kadar hastalarını önemsemediklerine/kazanç saikiyle hareket etmekte olduklarına (%43) ve hastalarına tüm tedavi yollarını göstermediklerine inanan (%54) geniş bir kitle var (4). Kamuda performans sistemi, özelde ciro baskısı gibi uygulamalar hemen bütün hastalarca bilinmekte olup performans sisteminin hizmete olumsuz etkileri hekimlik uygulamasını tahrip etmiştir (5). Yanı sıra merkezi idarenin dönemin Başbakanı ve Sağlık Bakanı düzeyinde hekimlere güvensizliği körükleyen bir söylem/politika izlediği hekimlerce yaygın bir kanaattir.

Hekimlerin yürürlükte olan Sağlıkta Dönüşüm Programıyla (SDP) mutsuzlaştıkları sayısız açıklama ve çalışmayla kamuoyuna mal olmuştur (6 - 8). Böyle bir hekim kitlesinin “sevecen yaklaşım” açısından bütün içtenlikli çabaya rağmen başarılı olmasını beklemek, SDP ile birlikte artan, yaralanmalı, ölümlerle sonuçlanan şiddet vakalarının yaşandığı bir ortamda aşırı iyimserlik olmaktadır. Dolayısıyla güven ve sevecen yaklaşım eksikliği, birbirini tetikleyen iki öge olarak olması gereken hekimlikten uzaklaşmayı doğurmaktadır.

Bu iki ögeye hekimlerin yeterlikleri

tartışması eklenmektedir. Türkiye’de tıp fakültesi sayısı, öğrenci kontenjanları, eğitimin niteliği, mezuniyet sonrası eğitim başlıkları tek tek ve birlikte değerlendirildiğinde gelecek için umut taşımamızı sağlayacak bir tablo görünmemektedir. Tespit ve 2023’te hekimlerin durumunu etkileyecek olması yönüyle -biraz uzun da olsa- alıntıyı paylaşmakta yarar var:

“Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu, hekimlerin serbest dolaşımını desteklemek ve tüm dünyada tıp eğitimini geliştirmek amacıyla ülkelerin alt yapı ve eğitim standartlarını belirlemesi, bir çekirdek eğitim programının olması ve bunun uygulanmasının denetlenmesini öneriyor. Batıda “sağlık için hekim” yetiştiriliyor. Sayı da önemli, ancak kalite ön planda. Ülkemizde ise “sayı için hekim” yetiştiriliyor. Kalite göz ardı ediliyor. Amaç Batı ülkelerinin sahip olduğu sayı veya oranda hekime sahip olmak.

Maalesef gelişmiş ülkelerde olduğu gibi tıp fakültesi açılması ile ilgili bir standart uygulamamız yok. Bu ülkelerde tıp fakülteleri belli bir nüfusa oranlanıyor ve ulusal çapta belirlenen kriterleri sağlamadan eğitim yetkisi verilmiyor. Avrupa ve OECD ülkelerinde her 1 milyon nüfusa 0,5-0,6 tıp fakültesi düşüyor. Avrupa’da Türkiye dışında en fazla tıp fakültesine sahip ülke olan Fransa’da (70 milyon nüfus, 47 fakülte) dahi oran 0,7’yi geçmiyor. Son 2 yıldır ülkemizde 12 binlere ulaşan tıp fakültesi kontenjanları yıllık nüfus artışı ile kıyaslandığında her yeni 58 birey için 1 hekim anlamına geliyor. Üniversite sınavlarına giren her 163 kişiden biri tıp fakültesine yerleştiriliyor.

Ülkemizde tıp fakültelerinin sayısının son yıllarda kontrolden çıkması, her kurulan üniversitenin tıp fakültesi açmak istemesi, vatandaşın tıp fakültesi açılması durumunda yeterli düzeyde nitelikli hizmet alacağını düşünmesi, ekonomik ve politik baskılar nedeniyle bugün ülkemizde 1 milyon nüfusa 1,3-1,4 tıp fakültesi (faal 86, toplam 91) düşüyor. Herhangi bir planlama yapılmadan ve yeterli hasta portföyü (nüfus, hasta sayısı, çeşitliliği, işlem çeşitliliği) araştırılmadan açılan tıp fakülteleri, gerekli altyapı ve hastane olanakları sağlanmadan kaderleri ile baş başa bırakıldı. Bugün neredeyse her şehrimizde bir veya birden fazla tıp fakültesi yer alıyor. Ancak çoğunda öğretim üyesi (özellikle temel bilimlerde), uzman ve/veya sağlık hizmeti ve eğitimde kullanılabileceği hastane olanakları bulunmuyor.

Avrupa ülkelerinde temel tıp bilimlerinde öğretim üyesi başına 3,3-3,5 öğrenci düşerken bazı fakültelerimizde bu oran 9’a kadar çıkıyor. Türk Tabipleri Birliği’nin 2010 Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi’ni değerlendirdiği raporunda fakülteleri-

mizde kadavra, laboratuvar ve diğer eğitim imkânlarının yeterli olduğu fakülte sayısının çok az olduğu, hiç kadavra bulunmayan fakülteler olduğunu ortaya koydu. Bazı fakültelerde öğretim elemanı olmadığından veya yetersiz olduğundan yıllarca başka fakülteler bünyesinde öğrenci kabul ediyor. Yeterli imkânlarla sahip öğrenci/öğretim üyesi oranının Avrupa ülkelerine yaklaştığı fakültelerimizin ne durumda olacağını ortaya koyan en iyi göstergeler dünya sıralamalarındaki yerleridir. URAP tarafından açıklanan verilere göre “tıp ve sağlık” alanında ilk 500’e iki, ilk bine 24 üniversitemiz giriyor. Bu sayı yıllar içerisinde artacaktır. Ancak bu sıralamalar da verilen tıp eğitiminin kalitesini yeterince yansıtmıyor” (9).

Alıntılanan bu bilgiler de bize gösterdiği üzere “yeterlilik” açısından bir “politika sorunu” olduğu kaydedilmelidir. Özerklik ise bütün aktarılanların üzerine bir olumsuzluk olarak eklenmektedir. “Mesleki özerklik hekimler açısından salt kendi çıkarlarını kollamak üzere güç sahibi olma aracı değildir. Mesleki özerklik hastayı merkeze alan kritik bir amaç taşır ve bunun tüm paydaşlarca bilinmesini sağlamamız gerekir. Sağlık hizmetlerinde öz yönetimin amacı, hastalara daha iyi tıbbi bakım, halka daha iyi hizmet verilmesi, hastaların saygınlığının korunması ve hizmet verilen toplumlarda halk sağlığının daha ileri götürülmesidir. Toplumlara göstermeliyiz ki, hükümetin, bir sigorta şirketinin veya başka bir şirketin denetiminde olmayıp görevlerini mesleki standartlara ve etik kurallara göre serbestçe yerine getirebilen hekimler kendi yararlarına olacaktır. Hekimler ne zaman üçüncü tarafın emirlerini izlemeye zorlanırlarsa, bilinsin ki hastaların çıkarları en sonda gelecektir” (10).

Hükümetçe izlenen hat; hemen her alanda olduğu gibi sağlık alanında da piyasa hâkimiyetini, piyasanın “serbest üst aklının” hegemonyasını egemen kılmaya odaklanmıştır. Bu üst aklın hemen hiçbir zaman “serbest” olmadığı, olamayacağı sağlık alanında yapılanlarla da somutlanmıştır. Bu anlamda 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname özel bir örnek oluşturmuştur. Türk Tabipleri Birliği’nin 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname nedeniyle yürüttüğü uluslararası çabalarla ilgili bilgi veren broşürden aktarmakta yarar var:

“...Dünya Tabipleri Birliği’nin 2008 yılı Ekim ayında Seul Kore’de yapılan 59’uncu Genel Kurulunda kabul ettiği Mesleki Özerklik ve Klinik Bağımsızlıkla ilgili Seul Bildirgesi bu sorunu da net bir biçimde öngörmekte, irdelemekte ve tutum geliştirmektedir. Hekimler, sağlık sisteminin yapısını ve eldeki kaynakları dikkate alma zorunluluğunun bilincindedirler. Ne var ki, klinik bağımsızlığa

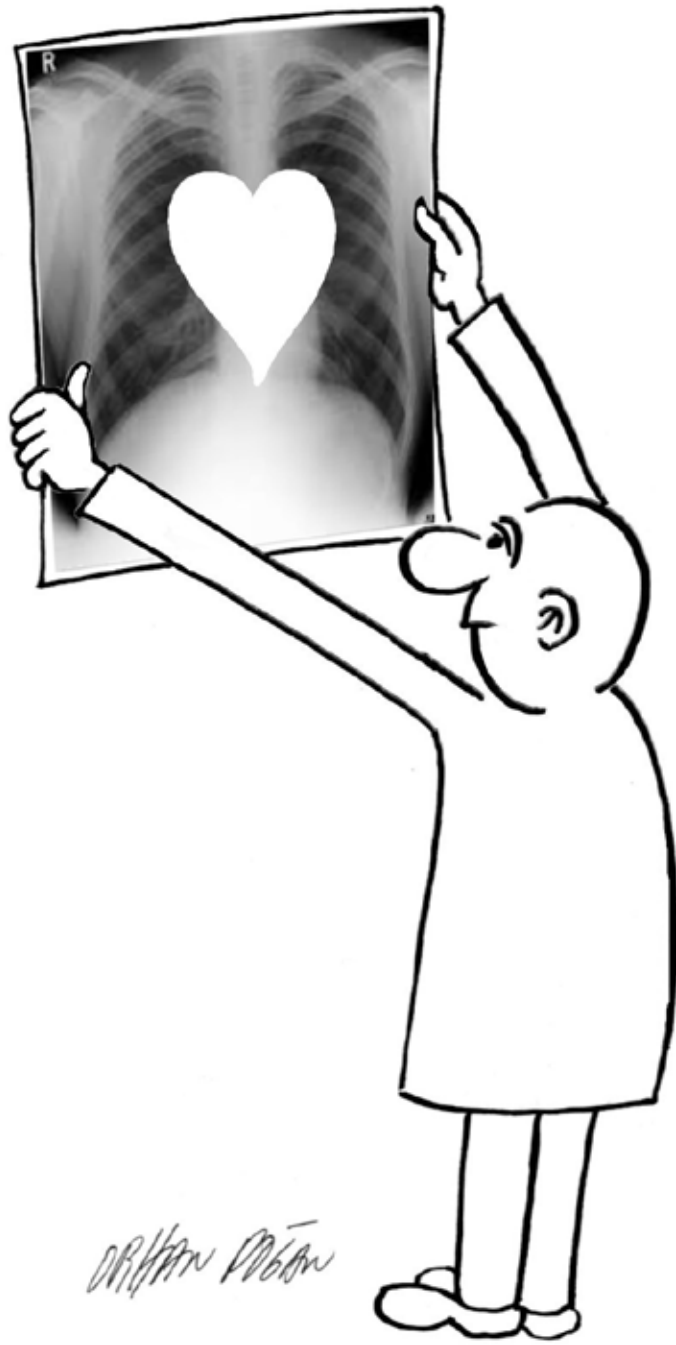
İnşaat sektörü üzerine oturtulmuş bir ekonominin her yeri betonlaştıran vizyonu, önümüzdeki süreçte Türkiye’nin genç nüfus olarak -bile- direnmesinin sürdürülebilirliğini tartışmaya açıyor. Mevcut tercih; piyasacı, eşitsizlikleri derinleştiren, bu can acıtıcı durumu; dini tüm toplumsal yaşama yön veren bir araçsallaştırmayla örtmeye çabalayan bir hattır. sağlığı meta olarak gören bir anlayış insana yabancı olduğu gibi insanı ve insani değerleri temel alan bir hekimlik faaliyetinin de bu ortamda yapılması mümkün görünmemektedir.

hükümetler ve yönetimlerce dayatılan ve makul olmayan kısıtlamalar, hastaların yararına değildir. Bu tür kısıtlamalar, en azından hasta-hekim ilişkisinin vazgeçilmez bir ögesi olan güven duygusuna zarar verebilecektir.

Hastane yöneticileri ve ödeme yapan üçüncü taraflar, hekimlerin mesleki özerkliklerini, sağlık hizmetleri giderlerinin basiretli yönetimiyle bağdaşmaz buluyor olabilirler. Ancak yöneticilerin ve ödeme yapan üçüncü tarafların klinik bağımsızlığa getirmek istedikleri kısıtlamalar hastaların yararına olmayabilir. Dünya Tabipleri Birliği, mesleki özerklik ve klinik bağımsızlığın önemini, yalnızca kaliteli tıbbi bakımın, dolayısıyla hastanın yararının vazgeçilmez ve korunması gereken bir ögesi olduğu için değil, aynı zamanda tıp mesleğinin temel bir ilkesi olarak da bir kez daha vurgular. Dolayısıyla Dünya Tabipleri Birliği, hasta bakımında mesleki özerkliğin ve klinik bağımsızlığın sürdürülmesi ve güvence altına alınması konusundaki ısrarını sürdürecektir.” (10)

Türkiye’de merkezi hükümetin tutumlarından Sosyal Güvenlik Kurumu’na kadar getirilen kimi uygulamalar mesleki

“2023'te, Cumhuriyet'in 100. yılında hekimlerin durumu nasıl olmalıdır?” sorusunun cevabı yukarıdaki paylaşımlar ışığında sadedir: Bugün için piyasaya düşürülmüş bir mesleğin “oyuncusu” olmaktan kurtulmak, gelir güvencesi, iş güvencesi, can güvencesi, mesleki özerklik/bağımsızlık ve gelecek güvencesi yani sağlıklı toplum ve güvenli gelecek için mücadele etmek. Demokratik, laik, eşitlikçi, özgürlükçü, bağımsızlıkçı, barışçı, halkçı, kamucu bir Cumhuriyet'te topluma adanmış bir mesleğin onurlu bir üyesi olarak yer almak, yaşamak.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

özerkliği en azından tehdit etmekte, daha ötesi uygulanamaz hale getirmektedir. Yukarıdakilere ek olarak sağlık hizmet sunumunda “hekim insan gücü ve yönetim” alanındaki tabloya ait iki bilineni aktaralım:

2023 yılında 85 milyonu geçmeyen, büyük olasılıkla 83 milyon civarında bir Türkiye nüfusu tahmin ediliyor. Hekim sayısının (tıp fakültesi kontenjanlarının seyri devam ettiği takdirde) yerli seri üretim hekimlerle 200 bini bulacağı ve kabaca 400 kişiye bir hekim düşeceği anlaşıyor (Bu sayıya yabancı ülkelerden ülkemize koşarak/zorunluluktan gelecek hekimleri, çevre/komşu ülkelerde “yetişen” TC vatandaşı hekimleri, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname zemininde serbest bölgelerde yapılacak hekimlik faaliyetlerinde bulunacakları katmadığımızı hatırlatalım).

Acil poliklinik başvurusunun şu anki 77 milyonluk nüfusla 100 milyonu aştığı, 83 milyonluk bir Türkiye’de mevcut politikaların devamı halinde, doğrusal bir akıl yürütmeye acil başvurularının

150 milyona yaklaşacağı beklenebilir. Elbette yıllık hekime başvuru (8,2) resmi verisinin varacağı rakam hakkında bugünden tahminde bulunmak zorlama olur. Hekimlerin bugünkü sorunlarına ve durumuna ilişkin iki kaynağı da sunmak tamamlayıcı olacaktır (11, 12).

Yazının buraya kadar olan bölümünde esas olarak hekim-hasta ilişkisine sınırlı bir perspektifle yaklaştık. Güven ve etik değerler değerlendirmesini takiben yazının son kısmında, 2023’e giderken Türkiye’de hekimlikte **adalet ilkesi** ile (mesleki sorumluluklarını) **toplum sağlığını güvenceye almak ve geliştirmeye çalışmak** açısından zemini tanımlamaya çalışalım.

“Kamuoyuna yansıyan birkaç “taze” veriyi paylaşmakta yarar var:

- Türkiye’de 11,5 milyon kişinin geliri 326 TL’den az...
- Toplam hane halkı serveti düşen 11 ülke arasında Türkiye de yer almaktadır. Üstelik servetin düşüş oranının en yüksek

olduğu ülkeler arasında Türkiye 4. sırada.

- Credit Suisse tarafından yayımlanan Küresel Servet Raporu’na göre, 2000 yılında Türkiye nüfusunun en varlıklı yüzde 1’lik kesimi ülkedeki toplam servetin yüzde 38’ini alırken bu oran 2014 yılında yüzde 54’e çıkmış.

- Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamında tahakkuk eden prim 7 milyar 300 milyon civarında iken bunun ancak 350 milyon TL’si tahsil edilebilmiş.

- Sağlık sistemi dışında kalan vatandaş olması sağlık hakkının kullanılamadığı anlamına geliyor.

- Vatandaş sağlığı için 10 çeşit katkı payı ödüyor.

- Vatandaşın cebinden sağlığa harcadığı para 2009 yılında 8,1 milyar TL iken 2013’te 13,2 olmuş, 2014’te ise 15 milyar TL olacağı tahmin ediliyor.

Bu verilerin yanı sıra bir-iki bilgiyi de hatırlatmakta yarar var: Gelir tespitine göre hane halkı başına geliri mevcut asgari ücretin 1/3’ünden az olanlar fakir olarak değerlendirilip bunların GSS primi

devlet tarafından karşılanıyor. Bu durumda kişi başına hane halkı aylık geliri 297 TL altında olanlar prim ödemiyor. Bir diğer ifadeyle hane halkı geliri kişi başına 297 TL'yi aşanlar herhangi bir işte çalışmasalar dahi SGK'ya (Sosyal Güvenlik Kurumu) prim ödemek zorundalar. Kişilerin gelirlerine göre ödemesi gereken prim 37 ile 226 TL arasında değişiyor. Yani 297 TL aylık geliri olan 37 TL prim ödemek zorunda. (13). İşsizliğin, yoksulluğun ve bütünleyen olarak eşitsizliğin artışı, çalışma yaşamının gelir, çalışma süresi ve güvenlik başlıklarında sağlık açısından malum olan kötülüğün verilerine isteyen okur ulaşabilir. Burada sadece iki alıntı verelim.

İşsizlikle ilgili olanını son 12 yıldır aynı partinin tek parti Hükümeti olarak iktidarda olduğu bilgisiyle parti başkanının 16 Kasım 2002 tarihinde açıkladığı acil eylem planından sunalım: *“Türkiye'nin en acil meselesinin işsizlik olduğunu hepimiz biliyoruz. Kurulacak 58.hükümetimizin en öncelikli meselesinin işsizliğe çözüm bulmak olacağını meydanlarda haykırdığımız gibi bugün de aynı kararlılıkla bu gerçeğin altını bir kez daha çiziyorum.”* (14) İşsizlikle ilgili bu alıntıya 2002'den bu yana (devralınan) işsizlik oranının (resmi verilere göre kabaca %10) hiç azalmadığı gibi artmış durumda olduğu bilgisini de ekleyelim.

İkinci olarak OECD 2013 verilerinden aktaralım:

- Üye 34 ülke içinde çalışma-yaşam dengesinde 10 üzerinden 0-sıfır-a yakın puanla sonuncu sıradayız...
- Haftalık çalışma süresi açısından >45 saatle 1. sıradayız...
- Tatil vs. sosyal aktivasyonlar açısından değerlendirmede bile yokuz...

İnşaat sektörü üzerine oturtulmuş bir ekonominin her yeri betonlaştıran vizyonu, araç sayısı ve seyri, toplu taşımanın düzeyi, hava ve su kalitesi, doğanın tahribi başlıkları kuşkusuz bütünlüklü bir sağlık bakışı ve hekimlerin tedaviyle sınırlı yaklaşımlarının sağlıklı bir toplum için yetersizliği nedeniyle önem taşımaktadır. Bütün bu değiniler ve yukarıdakiler sağlığın sosyal belirleyenleri olup önümüzdeki süreçte Türkiye'nin genç nüfus olarak -bile- direnmesinin sürdürülebilirliğini tartışmaya açıyor.

Eşitsizliklerle kararmış Türkiye tablosuna ülkede var olan yetersiz haliyle bile demokratik yaşamın, özgürlüklerin azalmakta/tükenmekte olduğunu, seçim barajı, basın ve ifade özgürlüğü, cinsel ayrımcılık gibi en genel başlıklardaki verileri eklediğimizde “hangi sağlık?” sorusu belirginleşiyor. Kuşkusuz bunu izlenen çizgiyle içeride ve komşularıyla/bölgede bir savaşın sınırlarında gezindiğimizizi

ve sağlığın savaşla anılamayacağını, barış olmadan sağlıktan konuşmanın yersizliğiyle tamamlamak gereklidir.

Akıl ve insani değerlerin gündelik ve toplumsal yaşama -ne yazık ki- artarak yön vermediği, iş cinayetlerinden sağlık sorunlarına kadar “fitrat”la izah etme (?), akli değerlendirmeleri bastırmanın hâkim hale getirildiği bir iklimde 2023'e giderken hekimlerin durumu manidar bir soru olarak havada asılı kalıyor. Basit bir dille ifade etmek gerekirse *“Cumhuriyet'in 100. yılında ne olacak bu hekimlerin hali?”* sorusu, öylece ortada durmaktadır.

Mevcut ekonomi-politik yaklaşımın ve siyasi anlayışın devamı halinde yorucu tartışmalara girmeksizin söylenebilir ki (her ikisi de kapitalist sistem de bulunmakla birlikte) 2023'te 100 yıl önceki Cumhuriyet'in kurucu değerlerinden farklı bir yerde olunacaktır. Hekimler de bu değerlerin belirlediği bir ortamda hekimlik yapmak durumunda kalacaklardır. Mevcut tercih; piyasacı, eşitsizlikleri derinleştiren, bu can acıtıcı durumu; dini tüm toplumsal yaşama yön veren bir araçsallaştırmayla örtmeye çabalayan bir hatırı.

Haksızlık etmemek için dile getirelim: Hekimlerin konumunun dünya ölçeğinde genel olarak kötüleştiği kabul edilmektedir. Kuşkusuz bu “konum” kötüleşmesi bir meslek grubu olarak hekimlerin aleyhine olmakla birlikte toplumun/ insanların sağlığı lehine ise bundan memnuniyet duymak doğru olacaktır. Ancak böyle bir durum yoktur ve sorun ister istemez bir sistem sorunu olarak belirginleşmektedir.

Dünya ölçeğinde egemen sosyal ve ekonomik sistemin kapitalizm olduğu biliniyor. 2015 dünyasından baktığımızda kabaca 300 yıllık bir geçmişe sahip bu “sosyal” sistemin özünün aynen korunduğunu, hatta “gelişim seyri” içerisinde bütün insanlığı, eko-sistemi, dağı, taşı, ulaştırdığı “evreni” tehdit ettiğini rahatlıkla söyleyebiliriz. Özünü tanımlamak için de kapitalizmi en iyi çözümleyen isimlerin en başında gelen Karl Marx'tan bir alıntı yapabiliriz: “Kapitalizm, gölgesini satamadığı ağacı keser”. Türkiye'nin de bu sistem içerisinde yer aldığını, bu sistemi ve değerlerini bütünüyle benimsemiş bir iktidar(lar)ca çekip çevrildiğini not düşelim. Bir başka ifadeyle Türkiye Cumhuriyet'in 100. yılına bu nesnel zeminde, “bu” öznel iradeyle gidiyor, gidiyoruz.

Yukarıdaki alıntıyı tekrarlayalım ve hiç unutmayalım: “Kapitalizm gölgesini satamadığı ağacı keser”. Bu, cansız her nesne için geçerli olduğu gibi; ağaç, dere, herhangi bir canlı ve tartışmasız biçimde insan için de geçerlidir. Türkiye bu

“değeri” benimsemiş bir anlayışla sağlık alanına da yön vermektedir. Bu anlayışın belirlediği bir bütünün içerisine hekimi/ hekimliği yerleştirmeye çalışabiliriz ama başaramayız. Çünkü sağlığı meta olarak gören bir anlayış insana yabancı olduğu gibi insanı ve insani değerleri temel alan bir hekimlik faaliyetinin de bu ortamda yapılması mümkün görünmemektedir. Kastedilen teknik bir “iş”se bu ayrı bir tartışmanın konusudur.

“2023'te, Cumhuriyet'in 100. yılında hekimlerin durumu nasıl olmalıdır?” sorusunun cevabı yukarıdaki paylaşımlar ışığında sadedir: Bugün için piyasaya düşürülmüş bir mesleğin “oyuncusu” olmaktan kurtulmak, her birimizin mesleği uygularken geçmişte ve bugün yaptığı olumsuzluklarla yüzleşmek, bu çabayla birlikte gelir güvencesi, iş güvencesi, can güvencesi, mesleki özerklik/bağımsızlık ve gelecek güvencesi yani sağlıklı toplum ve güvenli gelecek için mücadele etmek. Demokratik, laik, eşitlikçi, özgürlükçü, bağımsızlıkçı, barışçı, halkçı, kamucu bir Cumhuriyet'te topluma adanmış bir mesleğin onurlu bir üyesi olarak yer almak, yaşamak.

Kaynaklar

- 1) 2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir? Türk Tabipleri Birliği Nisan 2002
- 2) Tıp Etiği Elkitabı Dünya Hekimler Birliği, Çeviri Dr. Murat Civaner; Türk Tabipleri Birliği 2006
- 3) Bütün Ulusal Bakım Sistemleri İçin Sağlık Bakımı Sunulmasında On İki İlke, Dünya Tabipler Birliği; Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler; Türk Tabipleri Birliği Haziran 1998
- Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler; Füsün Sayek TTB Raporları/Kıtapları; Türk Tabipleri Birliği Ekim 2009
- 4) Türkiye'de Sağlık: Toplumbilimsel Bir Değerlendirme; <http://research.sabanciuniv.edu/> / 19127/1/ Saglik_Raporu.pdf (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 5) Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme; Türk Tabipleri Birliği 2009
- 6) <http://www.bugun.com.tr/son-dakika/gunaydin-turkiyede-100-doktordan-95i-mutsuz-haberi/359745> (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 7) <http://www.hekimpostasi.org.tr/2013.04.10/her-iki-hekimden-biri-mutsuz/> (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 8) <http://www.medikalakademi.com.tr/hasta-memnuniyeti-saglik-calisanlari-mutsuz/#!> (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 9) <http://www.hurriyet.com.tr/egitim/27053717.asp> (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 10) http://www.ttb.org.tr/kutuphane/dtb_brosur.pdf (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 11) <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/hekimsorunlari.pdf> (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 12) <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/og2010.pdf> (ortak görüş anketi) (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 13) <http://www.bianet.org/bianet/bianet/159587-tibbi-yoksulluk-tuzagi-nin-neresindeyiz> (Erişim Tarihi: 15.01.2015)
- 14) <http://hursarsiv.hurriyet.com.tr/goster/haber.aspx?id=110017> (Erişim Tarihi: 15.01.2015)

Özel sağlık kuruluşlarının 2023 vizyonundaki yeri

Dr. Cevat Şengül



1963 yılında Muş'ta doğdu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Merkezi'nde başladığı ihtisasını 1995 yılında tamamlayarak göğüs hastalıkları uzmanı oldu. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık Daire Başkanlığında 6 ay görev yaptı ve özel sektöre geçmek amacı ile istifa etti. Acıbadem Sağlık Grubu'nda Yönetim Kurulu Başkan Danışmanlığı yapan Dr. Şengül aynı zamanda OHSAD Genel Sekreteridir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Op. Dr. Rukiye Şengül ile evli olan Dr. Cevat Şengül 2 çocuk babasıdır.

Dünyada 2009 yılında 5,4 trilyon Amerikan Doları tutarında sağlık harcaması yapıldığı tespit edilmiştir. 2013 yılında bu rakamın 6 trilyon Dolar civarında gerçekleşeceği tahmin edilmektedir. (1) Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının 2013 yılında 85 Milyar TL'ye ulaştığı ve GSYİH içinde % 5,4'lük bir paya sahip olduğu bilinmektedir. (2) Ülkemizde 2013 yılı için özel sağlık kuruluşlarının toplam cirosu yaklaşık 15 Milyar TL civarındadır. Bu cironun yaklaşık % 52'si (7,8 Milyar TL) kamu hastaları (SGK ve devlet memurları) tarafından oluşturulmaktadır. Özel sağlık sektöründe çalışan sayısı toplamda 220.000 olup bunun yaklaşık 22.000'i hekimdir. Ruhsatlı özel hastanelerin sayısı 530, özel hastane yatak kapasitesi 26.000 civarındadır.

2003 yılında AK Parti iktidarı ile uygulamaya konan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ve bunun devamı gibi değerlendirilebilecek "Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Programı"nı tam olarak algılamadan, gelecek ile ilgili projeksiyon yapılması mümkün değildir. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amacı taşıyan bu programın temel bileşenleri , "insan merkezli", "sürdürülebilir", "katılımcı", "uzlaşmacı", "desantralize", "hizmette

rekabetçi" sağlık hizmeti şeklinde tarif edilmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programının gelişimini izlersek, belli başlı "kilometre taşlarını" net olarak görebiliriz. Bunlar;

1. Genel Sağlık Sigortası uygulaması yürürlüğe girmiştir.
2. Sosyal Güvenliğe sahip hastaların sağlık hizmetine ulaşılabilirliği sağlanmıştır.
3. SGK'lı hastalar, özel sağlık kuruluşlarından hizmet almaya başlamıştır.
4. Tüm yurttan Aile Hekimliği Uygulaması başlamıştır.
5. Referans ilaç fiyat uygulamasına geçilmiştir.

Başlıklardan da anlaşıldığı gibi icraatlar gerçekten göz kamaştırıcı ve etkileyicidir. Bu icraatların birçoğu, toplumun geniş kesimlerine kadar ulaşan ve müspet sonuçları hemen hissedilen uygulamalardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerine ulaşılmasında, özel sağlık sektörünün çok ciddi katkısının olduğu herkes tarafından kabul edilen bir realitedir. Özel sağlık sektörünün ülke içindeki gelişimi, diğer birçok sektör gibi kanun koyucu, uygulayıcı ve regüle edici makamların kararları ile son derece ilgilidir. Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve ilgili

kurumların 2023 vizyonu dikkate alınmadan, özel sağlık sektörünün geleceği öngörülemez.

Sağlık Bakanlığının 2023 vizyonuna dikkat edildiğinde ana hatları ile;

- 1- Sağlık Hizmetlerinin sunumunda,
- 2- Tıbbi teknolojiye
- 3- İlaçta Türkiye'nin tüketici bir ülke olmaktan çıkmasının hedeflendiği görülür. (3)

Bu hedeflere ise şehir hastaneleri projelerinin hayata geçirilmesi, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının ve Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kurulması ve sağlık turizminden alınan payın artırılması ile ulaşılacağı ön görülmektedir.

Kalkınma Bakanlığı'nın Onuncu Kalkınma Planı'nda ise (2014-2018) "Yenilikçi üretim, istikrarlı yüksek büyüme yaşanabilir mekânlar, sürdürülebilir çevre, kalkınma için uluslararası işbirliği, nitelikli insan, güçlü toplum" hedefleri göze çarpmaktadır. Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğüne göre, 2023 yılında 10.000 kişiye düşen yatak sayısının 28,5; 100.000 kişiye düşen hekim sayısının 237, 100.000 kişiye düşen hemşire sayısının 370'e ulaşacağı öngörülmektedir. Kalkınma Bakanlığının 25 maddelik "öncelikli



dönüşüm” programında, 16. Maddede “Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm” ve 17. Maddede “Sağlık Turizminin Geliştirilmesi” yer almaktadır. Yine 2023 yılında Sağlık Turizminde Dünya da ilk 5 ülke arasına girilmesi ve 20 Milyar Dolarlık bir ciro hedefi olduğu görülür. (4)

Türkiye, 2023 yılında hedeflediği 20 Milyar Dolarlık sağlık turizmi hedefine, büyük oranda özel hastanelerin sunacağı kaliteli sağlık hizmeti ile ulaşacaktır. Özel hastaneler son beş yılda büyümesini sürdürerek erişilebilir, verimli ve kaliteli sağlık hizmetinin vatandaşlarımıza sunulmasında oynadığı rolü daha da geliştirmiştir. Yeni yatırımcıların ve ölçek ekonomisinin etkisiyle özel hastanelerin kurumsallaşmasında ilerlemeye birlikte sektörde konsolidasyon gözlenmektedir. Sağlık hizmetinin sunumunda %30'luk bir paya sahip olan özel sağlık sektörü, son 10 yılda geçirdiği inanılmaz gelişme ile bölge ülkeleri için de önemli bir sağlık hizmet sunucusu rolüne kavuşmuştur. Ayrıca uluslararası akreditasyon sertifikasına sahip özel hastane sayısı bakımından Amerika Birleşik Devletleri'nden sonra 2. sıraya yükselmiştir.

Özel hastanelerin iş modeli ve ekonomik yapısı, düzenleme gerektiren bir sektör olması nedeniyle, doğal olarak dış etmenlere açık, hassas dengeler üzerinde kuruludur. Tüm paydaşların (Sağlık Bakanlığı, SGK, Maliye Bakanlığı, yatırımcılar, yöneticiler, çalışanlar) bu yapıyı iyi anlaması ve yapılacak değişikliklerin etkilerini öngörebilmesi sektörün sağlıklı gelişimi için çok önemlidir. Özel hastaneler olarak vizyonumuz, büyümesinin temel kaynağı SGK gelirleri olmayan, hizmet kalitesinin, yatırımlarının ve uluslararası etkinliğinin artması ile büyüyen, sürdürülebilir bir yapıya sahip özel sağlık işletmesi modelidir.

Kaynaklar

- 1) Economist Intelligence Unit, 2009
- 2) TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri
- 3) <http://www.yhgm.saglik.gov.tr/belge/1-34940/muezzinoglu-saglikta-2023-vizyonu-programini-acikladi.html> (Erişim tarihi: 30.01.2015)
- 4) OHSAD, Sağlıkta Ortak Çözüm Toplantıları-5, Kalkınma Bakanlığı, Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Sunumu, Nisan 2014

Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerine ulaşılmasında, özel sağlık sektörünün çok ciddi katkısının olduğu herkes tarafından kabul edilen bir realitedir. Özel sağlık sektörünün ülke içindeki gelişimi, diğer birçok sektör gibi kanun koyucu, uygulayıcı ve regüle edici makamların kararları ile son derece ilgilidir. Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve ilgili kurumların 2023 vizyonu dikkate alınmadan, özel sağlık sektörünün geleceği öngörülemez.

Türk İlaç Sanayinin 2023 vizyonu ve yerli ilaç

Cengiz Celayir



1949 yılında doğdu. 1972 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni bitirdi. Aynı fakültede kısa süreli akademik hayatından sonra İlaç Sanayinde Genel Müdür ve Yönetim Kurulu Başkanı olarak görev yaptı. Halen Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB) Türkiye İlaç Sanayi Sektör Meclisi Başkanı ve Türkiye İlaç Sanayi Derneği Yönetim Kurulu Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Türkiye ilaç endüstrisinin 2023 vizyonunu gerçekleştirmesi için belirlenen öncelikli alanlar düşünüldüğünde akla şunlar gelmektedir: Sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği sağlanırken ilaç endüstrisinin de sürdürülebilirliğinin gözetilmesi ve ilaçta erişim sorunlarının oluşmasının engellenmesi ile endüstriye yönelik destek ve teşviklerle Türkiye ilaç endüstrisinin dünya ilaç üretimi ve ihracatından daha fazla pay alması sağlanmalıdır. Teknolojik imkânların gelişmesi ve artan yaşam kalitesine bağlı olarak uzun dönemde sağlıkta sürekli daha iyiye giden bir eğilim beklenmektedir. Son dönemde, hastalıkların küresel ölçekteki ağırlığı, bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara kaymaktadır. Diğer taraftan çocuk ölümlerinin önemli oranda azalması ve ortalama yaşam süresinin arttığı da bir gerçektir.

Toplam nüfusun ve yaşlı nüfus oranının artması, gelir düzeyinin yükselmesi, sağlık bilincinin gelişmesi, yeni sağlık teknolojileri ve sağlık hizmetlerine talebin artması gibi hususların etkisiyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamalarının artması beklenmektedir. Artan sağlık harcamalarının sosyal güvenlik sistemi üzerinde yarattığı baskı, özellikle birçok gelişmiş ülkede olduğu gibi ülkemizde de görülmektedir.

Bu nedenle önümüzdeki yıllarda sosyal güvenlik bütçesinin daha rasyonel olarak belirlenmesi, ilaç sektörümüzün geleceği açısından büyük önem arz etmektedir. SGK verilerine göre 2010-2013 yılları arasındaki toplam sağlık harcamaları ve ilaç harcamalarını gösteren grafik aşağıda verilmektedir.

Ülkemizde, ilaçta en önemli satın alıcı bilindiği üzere kamudur. İlaç sektörü için, yasal düzenlemeler ve kamu alımlarıyla ilgili yapılacak değişiklikler hayati öneme sahiptir. Onuncu Kalkınma Planı döneminde ilaç sektörünün dönüşümüne yardımcı olacak politikalarla öne çıkanlar, kamu alımları, teşvikler ve yasal düzenlemeler ile ilgilidir. Kamu alımları kapsamında uygulanan politikaların, sanayide yurtiçi üretimi tam anlamıyla desteklediğini söylemek şu an için mümkün görünmemektedir. Kamu alım politikalarının yurtiçi üretimi teşvik edici yönde tasarlanması yerli ilaç sektörünün geleceği ve dışa bağımlılığı azaltması açısından önemlidir.

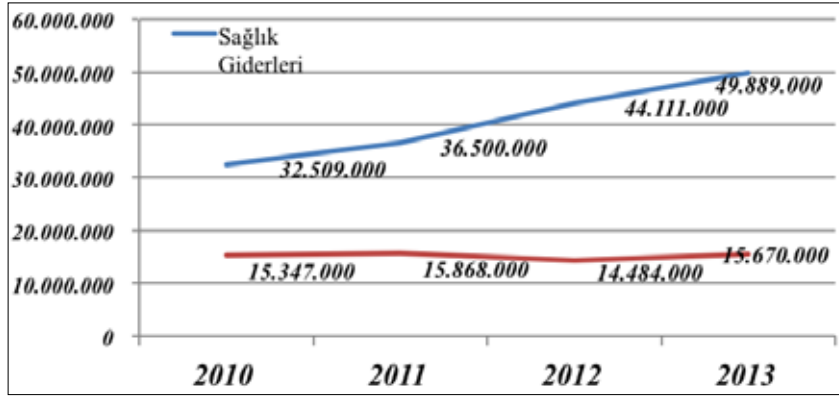
Yapılacak yasal düzenlemelerde, kamu ve üniversitelerin ilaç endüstrisi ile işbirliği içinde çalışabilmesi için gereken bilimsel ve yasal altyapı oluşturulmalıdır. Bu bakımdan Ar-Ge çalışmalarında yüksek katma değerli üretimi amaçlayan kümelerin oluşumuna

yönelik düzenlemelerin tamamlanması gerekmektedir. Ayrıca, temel bilimlere hizmet verecek, teknokentler için de bir çekim merkezi olabilecek ilaç Ar-Ge ekosistemini tetikleyecek ulusal bir araştırma laboratuvarı niteliğinde devletin mali desteği ve yönlendirilmesi ile oluşturulan bir enstitü kurulmalı, yeni bir ilaç molekülü geliştirilmesi ve bunun tüm Ar-Ge aşamalarının (klinik öncesi ve klinik çalışmalar) yapılması sağlanmalıdır.

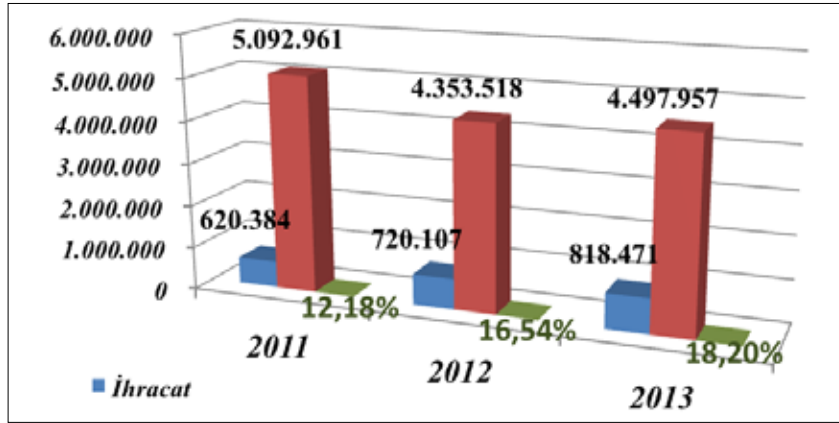
Türkiye ilaç sektörü son yıllarda hem tüketimde, hem üretimde önemli bir ivme kazanmıştır. Bu ivmenin ilaç ithalatı yönünde arttığı gözlemlenmektedir. Bu ivmenin Türkiye'de üretime yönlendirilmesi 2023 yılı vizyonu için oldukça önemlidir. Ülkemizin ilaç ve eczacılık ürünlerinde ihracatın ithalatı karşılama oranı oldukça düşüktür. 2013 yılı Ekonomi Bakanlığı verilerine göre ülkemizde ihracatın ithalatı karşılama oranı %18,2'dir. Durumu izah eden grafik aşağıda verilmektedir.

İlaç Sanayi Strateji Belgesinde ise 2023 yılında Türkiye'de tedavide kullanılan ilaçların %60'ının yerli üretim ile karşılanması hedeflenmektedir. Ancak 2008-2013 yılları arasında ilaçların satış değeri açısından imal-ithal oranları aşağıdaki tabloda görülmektedir. (Kaynak: TİTCK

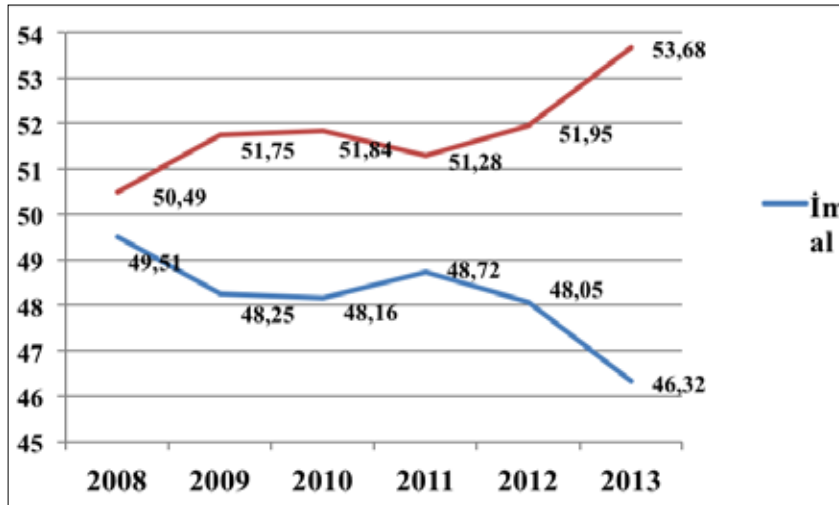
Grafik 1: Toplam Sağlık Harcamaları ve İlaç Harcamaları (2010-2013)



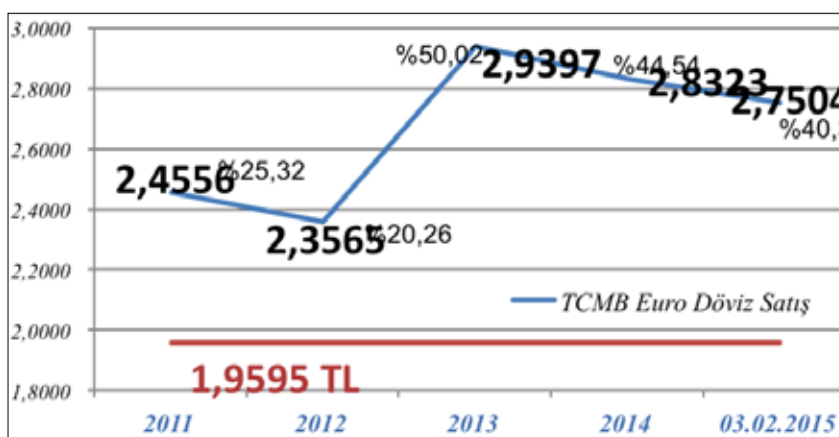
Grafik 2: Ülkemizde İhracatın İthalatı Karşılama Oranı (2013)



Tablo 1: İlaçların Satış Değeri Açısından İmal-İthal Oranları (2008-2013)



Tablo 2: Yıl Sonu Kur Değerleri Baz Alınarak Yapılan Karşılaştırma (2009-2014)



- IMS Health 2008-2013) Tablodan da görüleceği üzere imal ilaçların pazar payı oranı gittikçe azalan bir ivme göstermektedir.

İnsan gücü başta olmak üzere, Ar-Ge odaklı altyapı çalışmaları desteklenmeli ve özendirilmelidir. Tedavide fark yaratan, katma değeri yüksek ilaçların üretilmesi için inovasyon çalışmalarının fiyat ve geri ödeme uygulamalarıyla desteklenmesi önemlidir. Türkiye ilaç endüstrisinin 2023'te üretim ve ihracat üssü olma vizyonu, hem Türkiye'nin hem de ilaç endüstrisinin temel hedefi olmalıdır. İlaç endüstrisi bir yol ayrımındadır ve 2023 yılında ne durumda olacağına ilişkin politik bir tercih yapılmalıdır.

Sonuç olarak ilaç endüstrisi; kısıtlı kamu bütçeleri ve fiyat düşüşleri sonrasında sıkıntılı bir dönemden geçmektedir. Yeterli ilaç bütçesinin olmaması nedeniyle üretimde ciddi sorunlar yaşanmakta ayrıca sosyal güvenlik politikalarının şeffaf olmaması nedeniyle de sektör ciddi sıkıntılar yaşamaktadır. Buna ilave olarak, sabitlenmiş Euro kurunun kararnamede belirtilen şekliyle uygulanmaması nedeniyle de sektör önünü görememektedir.

Sabitlenmiş Euro (Fiyat kararnamesi gereği belirlenen Dönemsel Avro Değeri) rakamı 1,9595 TL'dir. Geçtiğimiz 5 yılın yıl sonu kur değerleri baz alınarak yapılan yukarıdaki karşılaştırmada da görüleceği üzere özellikle son 3 yılda güncel kur %40'ın üzerinde takip eden bir oranla seyretmektedir. İlaç fiyatları sabit kalmakta ve referanstan kaynaklanan düşüşler ile geriye doğru gitmektedir. Fakat imalat maliyetindeki girdiler de sürekli olarak artmaktadır. (Enerji fiyatları, işçilik ücretleri, finans giderleri vs.) Diğer taraftan SGK tarafından ilaca ayrılan bütçe gelişmesi de rasyonel bir şekilde gerçekleşmemiştir ve bu durum endüstri adına sürdürülemez hale gelmiştir.

Yürürlükte olan yasa gereği geçtiğimiz 5 yıl içerisinde Dönemsel Avro Değeri, Fiyat Değerlendirme Komisyonu tarafından olağanüstü toplanarak günümüz ekonomik koşullarına göre değerlendirilmesi gerekmekte idi ancak bu rakam halen güncellenmemiştir. Artan ve yaşlanan nüfus, sağlık hizmetlerinde ve ilaca erişimde iyileşme, ortalama yaşam süresindeki yükselme gibi faktörler önümüzdeki dönemde ilaç tüketimini artıracaktır. Bu nedenlerle önümüzdeki dönemde sosyal güvenlik politikalarının daha şeffaf olması, ülkemizde ilaca ayrılan bütçenin daha gerçekçi bir şekilde belirlenmesi ayrıca fiyat kararnamesinin özüne ve lafına uygun olarak sektörün ihtiyaçları göz önünde bulundurularak uygulanması gerekmektedir.

AİFD'nin 2023 vizyonu: İlaçta küresel Ar-Ge ve üretim merkezi Türkiye

Osman Kara



1989 yılında İstanbul Teknik Üniversitesi Metalürji ve Malzeme Mühendisliği Bölümü'nden mezun olan Osman Kara, 1995 yılında ABD'de Dayton Üniversitesi Uluslararası Finans Bölümü ve 1998 yılında Texas Üniversitesi Yönetim İdari Bilimler Bölümünde Yüksek Lisans eğitimlerini tamamladı. 2007 yılına kadar ABD'de çalışmalarını sürdüren Kara, en son Florida Üniversitesinde Bütçe ve Planlama Direktörlüğü görevini üstlendi. Osman Kara, Türkiye'ye dönmesinin ardından 2007-2008 yıllarında Sağlık Bakanlığı'nda Dünya Bankası Danışmanı ve 2009-2013 yılları arasında ise Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı'nda Özel Kalem Müdürü olarak görev yaptı. Kara, Eylül 2013 tarihinden itibaren ise AİFD Genel Sekreteri ve Yürütme Kurulu Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Cumhuriyetimizin kuruluşunun üstünden tam 92 yıl geçti ve artık ülkemiz dinamik, hızlı büyüyen ekonomisi, yükselen refahı, dünyada ve bölgesinde giderek artan önem ve ağırlığı ile 21. yüzyılın yıldızlarından biri olmaya adaydır. 100. yaşı için iddialı hedefler belirleyen Türkiye, 2023 yılında dünyanın en büyük 10 ekonomisinden biri olmayı, kişi başına düşen milli gelirini 25 bin dolara düzeyine, ihracatını da 500 milyar dolara çıkarmayı hedeflemektedir. Özellikle 2001 krizi sonrası ekonomimizde gerçekleştirilen yapısal dönüşüm ve Avrupa Birliği (AB) tam üyelik sürecinde gerçekleştirilen önemli yapısal reformlar sayesinde geçtiğimiz 10 yılda ekonomimiz büyük bir atılım yapmış; ülkemiz GSYİH artışı, kişi başına düşen milli gelir, uluslararası doğrudan yatırım (FDI) ve ihracat rakamları gibi birçok makroekonomik göstergede büyük ilerleme kaydetmiştir. Peki, bundan sonrası için ne yapmalıyız? 2.000 dolardan 11.000 Dolar seviyesine getirdiğimiz kişi başına düşen milli gelirimizi, 25.000 dolara nasıl çıkartabiliriz? Önümüzdeki 10 yılda atacağımız hangi adımlar, bizi Avrasya bölgesinin üretim, katma değer, inovasyon, Ar-Ge ve ihracat şampiyonları arasına sokacak? 500 milyar dolarlık ihracat hedefine hangi alanlarda gerçekleştirilecek atılımlarla ulaşabiliriz? Hangi sektörlere yapılacak yatırım, ekonomimizin yapısal dönüşümünü tetikleyerek, bizi dünyanın en büyük 10 ekonomisi arasına sokacak? İnovasyon, ileri teknoloji

ve Ar-Ge'ye dayanan araştırmacı ilaç endüstrisi, Cumhuriyetimizin 100. yılında Türkiye'nin sürdürülebilir büyüme ve kalkınmasında ne gibi roller oynayabilir?

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) olarak 2013 yılında yayımladığımız "Türkiye İlaç Sektörü: Vizyon 2023" raporumuzda bu sorulara kendi perspektifimizden bakmış, dünyada ilaç endüstrisini stratejik sektör olarak belirleyerek, sürdürülebilir büyüme ve kalkınma yolunda büyük başarılar elde eden İrlanda, G. Kore ve Singapur gibi ülkelerin geçirdiği dönüşümleri, uluslararası en iyi uygulama örneklerini inceleyerek kamuoyunun dikkatine sunmuştuk. Detaylı eylem planları, somut örnekler ve öneriler çerçevesinde araştırmacı ilaç endüstrisinin ülke kalkınmasındaki rolünü anlatmaya çalıştığımız raporumuzun, bugün hala konuyla ilgili temel başvuru kaynakları arasında yer almasından büyük mutluluk duymaktayız. Bugün Türkiye toplamda 300 milyar dolar civarında ilaç ithalatı yapan Avrupa, Rusya, Orta Doğu ve K. Afrika, Orta Asya ve Kafkaslar bölgelerinin tam ortasıdır. Türkiye ilaç endüstrisi, sadece yerel talebi karşılamakla yetinmeyip; global pazarın ihtiyaçlarına cevap verecek, bütün dünyaya rekabetçi ürünler satabilecek, marka oluşturacak bir ilaç eko-sistemine sahip olmalıdır. Sürdürülebilir, dengeli bir fiyatlandırma mekanizması, doğru ilaç bütçesi, ruhsat süreci, fikri mülkiyet hakları ve geri ödeme süreci gibi ilaç sektörünü çevreleyen düzenlemelerin sektörü daha da ileriye taşıyacak, ülke-

mizi, global ölçekte bir üretim ve tedarik merkezi haline getirecek bir perspektifi ortaya koyabiliriz.

Bu doğrultuda, ülkemizin 2023 hedeflerine ulaşmasında inovasyon ile değer yaratan ilaç endüstrisi öncü ve kilit rol oynayacaktır. İlaç sektörünün sahip olduğu kilit potansiyel, uzun vadeli ve sürdürülebilir politikalarla desteklenerek hayata geçirildiği takdirde, yenilikçi ilaç sanayi, Türkiye'yi 2023'te Avrasya coğrafyasının parlayan yıldızı konumuna taşıyacağına inanıyoruz. AİFD olarak, ilaçta inovasyonu ve Ar-Ge ile üretim yatırımlarını destekleyerek, halkımızın daha sağlıklı, daha iyi yaşamasına vesile olmak, sürdürülebilir ekonomik büyüme, kalkınmaya ve tüm dünya ile rekabet edebilecek küresel bir güç olmak için üzerimize düşen görevi yapmaya hazırız. İnanıyoruz ki, katma değeri yüksek ürünler üreten, global ölçekte önemli Ar-Ge yatırımları çeken, ileri teknoloji ve büyük ölçekli ihracat yapabilen, cari açık ve dış ticaret dengesine olumlu katkıda bulunan bir ilaç ekosistemini ülkemizde yaratmak mümkündür. İlaç sektörü için öngörülebilir, şeffaf ve istikrarlı politikaların uygulandığı, yenilikçiliğin desteklendiği ve küresel rekabet gücü yüksek bir yatırım ortamı sağlandığı takdirde inanıyoruz ki; 2023, Türkiye'ye "ilaç gibi gelecektir!"

Yenilikçi İlaç Endüstrisi ve Sağlık Kazanımları

Dünyada ortalama yaşam süresinin

uzaması, yaşlı nüfusun artması ve sosyoekonomik değişimler sonucunda sağlık hizmetleri 21. yüzyılın en önde gelen konuları arasında yer almaktadır. Ortalama yaşam süresinin uzaması ile ilerleyen yaşlarda karşılaşılabilecek sağlık sorunları ve kronik hastalıklara maruz kalma olasılığı da artmaktadır. Bu dinamikler göz önüne alındığında sağlık hizmetlerine ihtiyaç artarken, yenilikçi ilaçlar hastalıkların önlenmesine, tedavi masraflarının azalmasına yardımcı olacak, dolayısıyla ilaç sektöründe yenilikçi ilaç ve tedaviler giderek daha fazla önem kazanacaktır. Öte yandan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de teknolojik inovasyonun sağlık göstergelerindeki iyileşmeye olan katkısı hakkındaki tartışmaya katılmış ve yeni ilaçların, tıbbi cihazların ve sağlık teknolojisindeki tüm gelişmelerin global anlamda sağlık durumunda pozitif yöndeki iyileşmeye büyük katkısı olduğunu belirtmiştir. WHO'ye göre; sağlık teknolojisindeki gelişmeler, bebek ve çocuk ölümlerindeki azalmanın ve 21. yüzyıldaki doğuşta beklenen yaşam süresindeki artışın yaklaşık % 40-50'sinden sorumludur.

Diğer yandan, ilaç endüstrisinde araştırma ve geliştirme çalışmaları oldukça zahmetli, uzun süreli, büyük yatırımlar gerektiren, pahalı, riskli ve süreklilik arz eden bir süreçtir. Hepimizin bildiği üzere; sağlık ve ilaçta inovasyon, bilimdeki ilerlemenin insan sağlığına yararlı yeniliklere dönüştürüldüğü bir süreçtir. Bugün yeni bir orijinal ilaç geliştirme süreci ortalama 10-15 yılı bulmakta ve yaklaşık 1,3 milyar Dolarlık bir maliyet oluşturmaktadır. Bir ilaç şirketi keşfini yaptığı ürün için gerekli yatırımı 15 yıl önceden yapmaya başlamaktadır. Bu uzun ve zahmetli çabalar neticesinde keşfedilen her 5.000 - 10.000 bileşikten belki de yalnızca bir tanesi hastalara erişebilen onaylı bir ilaç haline gelmektedir. Bu bağlamda, yoğun Ar-Ge ve inovasyona dayanan yeni ilaç ve tedavi yöntemlerinin bulunması ile global anlamda ölüm oranları azalmış ve ortalama yaşam süresi beklentisi ve yaşam kalitesi artmıştır. Yenilikçi ürünler (inovatif ilaçlar) tedavide elde edilen sonuçları değiştirerek hastalara daha uzun, daha sağlıklı, daha aktif ve daha verimli yaşamlar sağlamıştır. Yeni ilaçlar sağlık bütçelerine olan etkilerini; tedavi süresini kısaltarak, tedavi etkililiğini artırarak ve hastaneye başvuru sayısını ve/veya hastanede kalış süresini azaltma yoluyla hastane maliyetlerini azaltarak dengelemektedir. Bu sonuçlar hem hastaların genel sağlık durumlarını pozitif yönde etkileyip hem de orta ve uzun vadede ilaç harcamalarını azaltabilir.

Sonuç olarak ilaç endüstrisinde inovasyon daha fazla ayakta tedavi, daha kısa sürede iyileşme ve daha az çalışma günü kaybı konularında topluma gerçek, ölçülebilir ve sürdürülebilir finansal kazanımlar sağlamıştır. Yeni ilaçlar topluma uzun vadeli

yararlar sağlamaktadır. Hastalık ameliyat, hastaneye yatış, nekahet, komplikasyon vb. nedenlerle ortaya çıkan zaman ve işgücü kaybını da engellemektedir. Ülkemiz, 2004 yılından beri uygulamakta olduğu "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık hizmetlerine ve tedaviye erişimde büyük bir yol kat etmiş, OECD üyelerinin 30 yılda eriştiği noktaya sadece 8 yılda gelmiştir. 1994 yılında kişi başı hekime müracaat ortalaması 1,7 iken, 2011 yılında 7,7 seviyesine gelmiştir. Ortalama yaşam süresi ise son 30 yılda % 24'lük bir artış göstererek 74 yaşam yılına ulaşmıştır. Ortalama yaşam süresinin artışında rol oynayan faktörlerden birinin de yenilikçi ilaçlara erişimde artış olduğu, yapılan uluslararası çalışmalarda ortaya konmuştur. Bu çalışmalara göre, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 30 ülkedeki yaşam süresi artışının %75'ini yenilikçi ilaçlar sağlamaktadır. Bu veriler ışığında yenilikçiliği teşvik eden yeni yapısal reformlar ve istikrarlı uygulamalar gerçekleştirildiği takdirde, hükümetin kamu sağlığı ve ekonomik hedeflerine ulaşmasında ilaç sektörünün lokomotif sektörlerin başında yer alması beklenmektedir.

Türkiye İlaç Endüstrisi Hakkında Düşünceler

Dünyanın her yerinde yoğun Ar-Ge faaliyetleri gerçekleştiren, yüksek katma değerli üretim yapan, artan sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek hatta global bir oyuncu olmak için gerekli potansiyele, insan kaynağına, bilgi birikimine ve altyapıya sahip yenilikçi ilaç endüstrisi, faaliyet gösterdiği bütün ülkelerde sadece hastalar için değer yaratmak ve etkin tedaviler sunmakla kalmamakta; ekonominin geneli için de değer yaratmakta ve sürdürülebilir büyümenin itici güçlerinden biri olmaktadır.

Bu nedenle yeni tedavilerin keşfine yönelik ilaç Ar-Ge'si ve bu ilaçların üretimi, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde, öncelikli yatırım alanlarından biri olarak kabul edilmekte ve ilaç sektörü stratejik bir sektör olarak değerlendirilmektedir. Hükümetimiz, belirlemiş olduğu Vizyon 2023 hedefleri doğrultusunda, 2023 yılında Türkiye'nin küresel ilk 10 ekonomi arasına girmesini, 500 milyar dolar ihracat hacmine ulaşmasını, GSYİH içinde Ar-Ge payının % 3'e çıkmasını hedeflemektedir. Ayrıca, Türkiye Sanayi Strateji belgesinde, ülkemizin "Orta ve yüksek teknolojik ürünlerde Avrasya'nın üretim üssü olması" hedef ortaya koyulmuştur. Türkiye'nin mevcut makroekonomik göstergeleri, siyasi istikrarı ve giderek artan bölgesel etkinliği göz önüne alındığında, AİFD olarak Ar-Ge ve inovasyon yetkinliği odaklı bu hedeflerin, doğru ve sürdürülebilir politikalar uygulandığında erişilebilir olduğunu düşünüyorum.

Türkiye'nin ve İlaç Sektörünün Güçlü Yanları

- Başarılı sağlık reformu ile artan sosyal güvenlik kapsamı, hasta memnuniyeti, hizmet erişimi ve güçlü sektörel göstergeler
- İstikrarlı makroekonomik yapı ve hızlı büyüme rakamları
- Türkiye ilaç sektörü Avrupa'da 6, dünyada 18. sırada
- Yaklaşık 25 bin kişilik istihdam
- Temel bilimler, tıp ve eczacılık fakülteleri ile Ar-Ge'de insan kaynağı yetiştirme gücü
- Teşhis ve tedavide yetkinlik ve buna paralel gelişen sağlık turizmi
- Ekonomik ve politik istikrar ve modern hukuk sistemi
- Güçlü yerel üretim tesis altyapısı
- 2011 yılında, 300'ün üzerinde endüstri sponsorlu veya akademik klinik araştırma
- 2002'den bu yana 18 binden 31 bine çıkan uzman hekim sayısı
- Stratejik coğrafi konum itibarıyla bölgesel merkez olma Ortadoğu, Doğu Avrupa gibi pazarlara ihracat olanak ve avantajı gibi unsurları görmekteyiz.

Diğer yandan sürdürülebilir bir kalkınma için göz ardı edilmemesi gereken en önemli noktalardan biri Türkiye'nin rekabet gücüdür. Ancak Türkiye, küresel ilaç yatırımlarını çekmek için yoğun bir rekabet içerisinde olduğu ve "Pharmerging" ülkeler olarak adlandırılan Brezilya, Rusya, Hindistan ve Çin başta olmak üzere diğer ülkelerden rekabetçilikte maalesef geride kalmaktadır. Karşılaştırmalı istatistiklerle, Türk ilaç sektörü pazar değeri açısından bugün dünyada 18. sırada olmasına rağmen, ihracat hacmi ve klinik araştırma sayısı açısından ancak 36. sırada yer almaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülke, ilaç sektöründeki Ar-Ge ve üretim yatırımlarından büyük pay alırken, Türkiye bu rekabette geri kalmaktadır. Bilindiği üzere, Ar-Ge'ye yatırım yapan, teknolojiyi geliştiren ve geliştirdiği teknolojiyi ürüne dönüştüren ülkeler rekabetçilik sıralamasında yukarı tırmanmaktadırlar. İlaç endüstrisinde katma değeri yaratan ve rekabetçilikte öne çıkmanın tartışmasız anahtarı kabul edilen yenilikçi ilaçlara 2013 yılında dünya çapında yılda 135 milyar doları aşkın yatırım yapılırken, Türkiye'de ilaç sektörünün yıllık Ar-Ge yatırımı 107 milyon dolar civarında kalmakta ve ülkemiz küresel ilaç yatırımlardan çok az pay alabilmektedir. Bu duruma ek olarak, yeni molekül keşfi (temel araştırma) Türkiye'de henüz yapılmamaktadır. Katma değeri düşük ürünler Türkiye'de üretilirken, katma değeri yüksek ürünler ithal edilmektedir. Yenilikçi ilaçların üretiminin artırılması neticesinde Türkiye'de üretilen ilaçların ekonomiye olan katma değeri de artacaktır.

Türkiye'nin ilaç sektörü yatırımlarını çek-

mek için rekabet ettiği diğer ülkeler ise, 1990'lı yıllardan başlayarak ilaç sektörünü öncelikli sektör olarak konumlandırmış ve hükümet öncülüğünde geliştirilen stratejik eylem planları çerçevesinde önemli yatırımları ülkelere çekerek net ihracatçı konumuna gelmişlerdir. Türkiye bu yatırımları çekmek için harekete geçtiği takdirde küresel ilaç endüstrisinde rekabetçi bir oyuncu olma iddiasını ortaya koyacaktır. Türkiye ekonomisi, bulunduğu bölgenin en güçlü ve dinamik ekonomisidir. Ülkemiz, yeni ilaç ve tedaviler için Ar-Ge ve yüksek katma değerli üretim yapabilecek, artan sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek, hatta ilaç sektöründe küresel oyuncu olabilecek potansiyele, bilgi birikimine, altyapıya ve jeostratejik konuma sahiptir. Bu doğrultuda, Türkiye jeostratejik konumu ve 8 milyar dolarlık ihracat potansiyeli ile komşu ülkelerin kilit hizmet ve ilaç tedarikçisi olma fırsatına sahiptir. Ancak Türkiye'de ilaç sektörü, bugüne kadar maalesef "maliyet yaratan" bir sektör olarak algılanmış ve bu algıyla yönetilmiştir. Hâlbuki ilaç sektörünü "değer yaratan sektör" olarak konumlandırmış ülkelerde somut rakamlarla neler başarabildiği ortadadır. Bu örnekler, vakit yitirmeden harekete geçerse, gerek kamu sağlığı gerekse ekonomik açıdan Türkiye için daha farklı ve parlak bir gelecek yaratabilme imkânımız olduğunu da göstermektedir. Burada kısa bir tespit yapmak gerekirse gelişmiş ülkelerde;

- İlaç sanayi, ekonomik kalkınmaya destek veren kritik önemde ve öncü sektörlerden biridir.

- Ulusal Bilim Vakfı'na (National Science Foundation) göre, ilaç ve cihazların üretimlerinin Ar-Ge yoğunluğu, makine ve ekipmanların üretiminin Ar-Ge yoğunluğuna göre % 74 daha fazladır. Bu nedenle, ilaç kaynaklı teknolojik gelişim oranı çok daha yüksektir.

- 2011 yılında ABD'de sağlık AR-GE'sine yapılan her 1 milyar Dolarlık kamu yatırımı, GSYİH'yı %0,048 (6 milyar Dolar) artırmıştır.

- İlaç sanayinde araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerine ayrılan payın milli gelire oranı ve miktarı çok yüksektir.

- Bu ülkeler, ilaç sektörünü öncelikli sektör olarak konumlandırmış ve hükümet öncülüğünde belirlenmiş stratejik eylem planları sayesinde önemli yatırımları ülkelere çekmeyi başarmıştır.

Ülkemizde, yüksek üretim kapasitesi, güçlü altyapısı ve nitelikli insan kaynakları bulunan, dünyada hacim bakımından 18. sırada yer alan bir ilaç sektörümüz var. Ancak, potansiyeli olmasına rağmen ilaç sektörümüz henüz dünya ile rekabet edebilen, tüm dünya pazarlarına ürün ve hizmet ihraç edebilecek bir konumda değildir. İnaniyoruz ki, Türkiye'nin rekabet gücünü artırmada en büyük kozu yenilikçilik, inovasyondur. İlaç sektörünün

sürdürülebilir rekabet gücüne sahip küresel bir oyuncu olabilmesi için yenilikçiliği destekleyen, sektörümüz için istikrarı ve öngörülebilirliği sağlayan bir iş ve yatırım ortamının oluşturulması gerekmektedir. Doğru ve uzun soluklu politikalar uygulanırsa, ülkemiz, sağlam ekonomik altyapısıyla, değerli bilim adamlarıyla, nitelikli ve vasıflı işgücü ile demografik özellikleriyle, önümüzdeki yıllarda küresel ilaç sektöründe kilit oyuncuların biri haline gelecektir. Bu bağlamda; ilaç sektörü için öngörülebilir, şeffaf ve istikrarlı politikaların uygulandığı, yenilikçiliğin desteklendiği ve küresel rekabet gücü yüksek bir yatırım ortamı sağlandığı takdirde bu vizyonun gerçekleşeceğine ve hep birlikte çalışarak sektörümüzün 2023 hedeflerine ulaşacağımıza olan inancımız tamdır.

Dünyada En İyi Uygulama Örnekleri

1) **İrlanda**, ilaç sektörünü 1970 yılında öncelikli sektör olarak belirlemiş, 1970-80 yılları arasında sektöre özgü teknik üniversite ve mühendislik fakülteleri kurmuştur. Bugün İrlanda;

- Dünyadaki en önemli 12 ilaçları 5'i İrlanda'da üretilmektedir.

- İrlanda GSYİH'sının %11'i ilaç sektöründen elde edilmektedir.

- Dış ticaretinin %50'sinden fazlası ilaç sektörüne dayanmaktadır.

- 2008 yılında, Avrupa'da ilaç sektöründeki her 5 istihdamdan 2'si İrlanda'da sağlanmıştır.

- Son 10 yılda toplam 7 milyar avro ilaç sektörü yatırımı almıştır

- 2010 yılında tam 31 milyar Dolar ilaç ihracatı gerçekleştirmiştir

- ABD tarafından Avrupa'ya yapılan toplam ilaç yatırımlarının 1/3'ü İrlanda'ya yapılmıştır.

2) **Güney Kore** ilaç sektörü 1998 yılında yayınlanan "Biyoteknoloji Gelişme Planı" ile gelişmeye başlamıştır.

- 2001 - 2005 yılları arasında, güçlü yatırımlar ve bilimsel başarıları sayesinde sektör 14 kat büyümüştür.

- 15 yeni molekül keşfi olmuş, uluslararası patent rekabetçiliğinde 7.sıraya gelmiştir.

- Biyoteknoloji alanında, 2016'ya kadar dünyanın en güçlü 7 oyuncusundan biri olmayı hedeflemektedir.

- 2010 yılında 15 milyar Dolar doğrudan yabancı yatırım çekmiştir

3) **Singapur** ilaç sektörünün gelişimi 2000 yılında uygulamaya konan Biyomedikal Bilim Girişimi ile başlamıştır. Singapur'da sektörün gelişiminde yaşam bilimlerinde uzmanlaşmış Ar-Ge ağırlıklı Biopolis ve üretim ağırlıklı Tuas kümelerinin oluşturulması önemli rol oynamıştır.

- 2015 yılına kadar 17milyar Dolarlık üretim kapasitesine ulaşmayı hedeflemektedir.

- Ar-Ge'de yetkinleşen Biopolis kümesi ile 50 küresel firma, 30 yerel kamu sektör firması ve araştırma enstitüleriyle ortaklık kurmuştur.

- Sadece Biopolis kümesine yapılmış 500 milyar Dolarlık yatırım mevcuttur

- 6 Yeni tesis için son 4 yılda yapılan 2 milyar Dolarlık yatırım

- 2010 yılında gerçekleşen 4,4 milyar Dolarlık ihracat söz konusudur

Singapur özellikle Çin ve Hindistan ile kıyaslandığında bölgede klinik araştırmalar için en hızlı onay süresine sahip ülke olarak öne çıkmaktadır.

AİFD'nin İlaçta 2023 Vizyonu: "İlaçta Küresel Ar-Ge ve Üretim Merkezi Türkiye..."

AİFD olarak, Türk ilaç sanayinin "Küresel ölçekte bir Ar-Ge ve üretim merkezi ve bölgesel yönetim merkezi olması" vizyonu çerçevesinde birçok parametre içeren ihracat odaklı bir yaklaşım öneriyoruz. Bu plana temel teşkil eden hedefleri üç temel başlıkta özetleyebiliriz:

1) **Temel ve Klinik Araştırma Yetkinliği ile Hizmet İhracatı:** Türkiye'nin Ar-Ge yetkinliğini geliştirmek ve yerli ve yabancı yatırımları artırarak Ar-Ge'de Türkiye'nin öncü sektörü haline getirmek.

2) **Üretim Yetkinliği ile Ürün İhracatı:** Türkiye'de katma değeri yüksek belli ürün gruplarının üretim kapasitesini artırarak bölgesel / küresel güç ve net ihracatçı olmak.

3) **Yönetim Merkezi Olma ve Hizmet İhracatı:** İlaç sektöründe bölgesel bir yönetim ve hizmet merkezi olmak.

Bu çerçevede; 2023 Vizyonumuz ile Türkiye ilaç sektörünün, küresel ölçekte Ar-Ge ve üretim merkezlerinden biri ve bölgesel bir yönetim merkezi olmasını hedefliyor, Ar-Ge yetkinliği ve yüksek katma değerli üretim artışı ile ilaç sektörünün uluslararası rekabet gücüne sahip net ihracatçı konuma gelmesini amaçlıyoruz.

AİFD Olarak 2023 Yılında Türkiye İlaç Endüstrisi İçin Ortaya Koyduğumuz Vizyon

- **Temel ve Klinik Araştırma Yetkinliği ile Hizmet ihracatı:** Türkiye'nin yaşam bilimlerinde Ar-Ge yetkinliğini geliştirerek, ulusal ve uluslararası yatırımları artırmak, kalifiye insan gücü yetiştirmek ve Ar-Ge'de Türkiye'nin öncü sektörü haline gelmek.

- **Üretim Yetkinliği de Ürün ihracatı:** Türkiye'de katma değeri yüksek ürün gruplarının üretimini artırarak bölgesel / global tedarikçi haline gelmek ve net ihracatçı olmak.

- Yönetim Merkezi Olma ve Hizmet ihracatı: İlaç sektöründe bölgesel bir yönetim ve hizmet merkezi haline gelerek Türkiye'nin ekonomik gelişmesine katkıda bulunmak ve bölgesel etkinliğini artırmak olarak şekillenmiş durumda.

Önerdiğimiz eylemler, mevzuat ve alt-yapı reformları tüm sektör paydaşlarının ortak iradesi, diyalogu ve işbirliği ile gerçekleştirildiğinde, Türkiye'nin 2023 yılında aşağıdaki sonuçlara ulaşmasını bekliyoruz:

- Katma değeri daha yüksek, yenilikçi ve ileri teknoloji ürünlerin Türkiye'de üretilmesi ile 23,3 milyar dolarlık yerel ilaç üretimi.

- Türkiye'nin yaklaşık 1,3 milyar dolar dış ticaret fazlası ile ilaç sektöründe net ihracatçı konuma gelmesi.

- 7,3 milyar doları ürün, 782 milyon dolar klinik araştırma hizmeti olmak üzere ilaç sektöründe toplam 8,1 milyar dolar ihracat.

- 1,1 milyar dolar tutarında 3.600 adet klinik araştırma yatırımı olmak üzere toplam 1,7 milyar dolar Ar-Ge yatırımı.

- Türkiye'nin bölgesel bir yönetim merkezi olması ve yönetim hizmetleri ihraç etmesi.

Sonuç

Türkiye jeostratejik konumu ve 8 milyar dolarlık ihracat potansiyeli ile komşu ülkelerin kilit hizmet ve ilaç tedarikçisi olma fırsatına sahiptir.

- İlaç sektörü ilaç ve hizmet ihracatıyla dış ticaret açığının kapanmasında etkili olabilir

- Temel & Klinik araştırma hizmet ihracatı alanlarında 1 milyar Dolarlık hizmet ihracat potansiyelimiz mevcuttur

- Katma değerli üretim ihracatı açısından: 7,3 milyar Dolarlık ihracat potansiyeline sahip ilaç ve aktif ilaç içeriklerinin üretimi

- Yönetim Merkezi Olmak ve Ortak Hizmet İhracatı konularında: İrtibat ofisleri, bölgesel yönetim merkezleri ve ortak hizmet merkezleri aracılığıyla hizmet ihracatı

Türkiye ilaç endüstrisi için ulaşılabilir hedeflerdir.

Türkiye ilaç sektörü küresel bir oyuncu olmak için gereken altyapı ve potansiyele sahiptir. Ayrıca, ilaç sektörü, hükümetin kamu sağlığı ve kalkınma hedeflerini destekleyecek en önemli sektörlerden biridir.

Netice itibarıyla ilaç sektörü;

- Türkiye'nin kalkınmasını sağlayacak,
- Yerel ilaç ihtiyacının değer bazında büyük kısmının yerel üretim ile karşılanmasını sağlayacak,

- Küresel ilaç firmalarının bazı ürünlerindeki tüm üretimini Türkiye'ye getirmesi ve bu ürünlerde Türkiye'nin küresel tedarikçi olmasını temin edecek,

- Ürün ve servis ihracatının artırılarak, ilaç cari açığının kapatılması hedefini gerçekleştirecek,

- İlaç Ar-Ge ve üretim yetkinliğini geliştirerek yerel molekül keşfi ve patent sayısının artırılmasını sağlayacak,

- Uluslararası ilaç firmalarının Türkiye'ye uzun dönemli Ar-Ge yatırımlarının çekilmesine vesile olacak,

- İlaçta bölgesel yönetim merkezi haline gelinmesi ve ilgili diğer sektörlerin de gelişimine katkıda bulunulmasını sağlayacak,

- İlaç sektörü kümelenmesi ile küçük ve orta ölçekli girişimlerin desteklenmesi ve ekonomiye kazandırılmasına yarayacak,

- Girişim sermayelerinin Türkiye'ye gelmesi ve finansal sistemde risk sermayesi fonlarının artmasını destekleyecek güçlü bir potansiyele sahiptir.

Diğer yandan ilaç endüstrisi, Türkiye'ye sosyal fayda ve değer yaratılması anlamında;

- Yenilikçi ilaç ve tedavilere, gelişmiş ülkelerle eş zamanlı erişimin ve hastalıkların en etkin yöntemle tedavi edilmesini sağlayacak,

- Ar-Ge kültürünün ve yetkinliğin geliştirilmesini destekleyecek,

- Yaşam bilimlerinde çalışan araştırmacı sayısının artmasını sağlayacak,

- Global Ar-Ge ağlarına katılım ile bilim adamlarının bilgi ve birikimlerinin ülkeye aktarılmasına vesile olacak,

- İlaç sektöründeki mevcut istihdamın artmasını ve ilaç sektörü değer zincirinde (Ar-Ge, üretim ve tedarik zinciri) kalifiye işgücü istihdamının artmasını sağlayacaktır.

- Türkiye'nin ilaç sektöründe küresel bir oyuncu olması, yüksek katma değerli üretim ve Ar-Ge merkezlerinden biri haline gelmesi,

- Yeni molekül keşfi, patent sayısının artması ile ileri teknoloji ürünlerin geliştirilmesinde ve üretiminde Türkiye'nin küresel rekabet gücünün artırılması,

- İlaç sektörü kümelenmesi ile akademinin bilgi birikimini sanayi ile buluşturulması,

- Türkiye'nin rekabet üstünlüğünün maliyet avantajından inovasyon yetkinliğine dönüştürülmesi,

- Üretim ve Ar-Ge için uygun yatırım ortamının oluşturulması ile Türkiye'nin bölgesel yönetim merkezi haline gelerek yatırım çekiciliğinin artırılması,

- Geliştirilecek Ar-Ge ve üretim yetkinliği ile yerel ilaç firmalarının da bölgesel ve küresel oyuncu olmalarının sağlanması,

- Etkin sanayi işbirliği ve fon kaynakları ile üniversiteler ve araştırma merkezlerinin küresel rekabet gücünün artırılması

yoluyla Türkiye'nin büyümesini artıracaktır. İlaç sektörü, sürdürülebilir büyümeyi destekleyecek bir stratejik sektör olarak öne çıkmaktadır. Ayrıca ilaç sektöründe yüksek katma değer ve beraberinde gelişecek sektörler dönüşümü ivmelendirecek, Türkiye'nin sürdürülebilir büyümesini, gelişmiş ülkeler seviyesine yakınsayacaktır. Ancak bu yapısal dönüşüm için yeni yaklaşımlar gerekmektedir. Küresel ölçekte rekabetçilik, yüksek katma değeri besleyen Ar-Ge ekosistemi, daha çok uluslararası sermayeli şirketin ülkemize çekilmesi, Avrasya coğrafyasının üretim, tedarik ve yönetim merkezi, yani bir "Regional Hub" olabilmemiz gerekiyor. Bu noktada, "yerli / yabancı" kelimelerini lügatimizden çıkartıp yerine "yerel" kelimesini yerleştirmeliyiz.

Fiyatlandırma, doğru ilaç bütçesi, ruhsat süreci, fikri mülkiyet hakları ve geri ödeme süreci gibi ilaç sektörünü çevreleyen düzenlemeleri; sektörü destekleyecek şekilde tasarlamamız gerekmektedir. Kısa vadeli ve geçici iyileştirmelerle kalıcı çözümlere ulaşamayız. İlaç global bir üründür, gerek Ar-Ge ve gerekse ham-madde üretimi için Türkiye pazarını değil, dünya pazarını hedeflemeliyiz. Dünyada sadece yerli üretimi destekleyerek cari açığını kapatabilen ya da ilaç sektörünün değerinden faydalanabilen bir ülke örneği yoktur. İç pazarın sektörü desteklemek için bir araç olarak kullanılması etkili bir teşvik sistemi için gereklidir. Fakat teşvik edilecek ürün yada teknoloji mutlaka ama mutlaka global ölçekte rekabet üstünlüğü yaratabileceğimiz alanlarda olmalı, ürettiğimiz ürünleri dünyanın her yerinde pazara sunabileceğimiz, marka oluşturabileceğimiz ürünler olarak sağlamalı ve bu ürünlerin üretimini teşvik etmeliyiz...

Sürdürülebilir, dengeli bir fiyatlandırma mekanizması, doğru ilaç bütçesi, ruhsat süreci, fikri mülkiyet hakları ve geri ödeme süreci gibi ilaç sektörünü çevreleyen düzenlemelerin sektörü daha da ileriye taşıyacak, ülkemizi, global ölçekte bir üretim ve tedarik merkezi haline getirecek bir perspektifte ortaya koymalıyız. Kısa vadeli ve geçici iyileştirmelerle kalıcı çözümlere ulaşamayız. Bunun, bilincinde olmalıyız. Kararlılıkla ve ısrarla vurgulamak isterim ki; bu fırsatları yakalamak için ülkemizde doğru bir bütçeleme anlayışı, sürdürülebilir bir fiyat, uluslararası yatırımcıyı tatmin edecek, know-how ve teknoloji transferini sağlayacak, sürdürülebilir bir ilaç ekosistemini oluşturmak zorunluluktur. Daha iyisi için, hep birlikte, özel sektör, kamu, üniversite; tüm aktörlerin elbirliği, güç birliği ve gönül birliği ile oturup konuşmalı, fikir alışverişinde bulunmalı ve ülkemizi, Cumhuriyetimizin 100. kuruluş yıldönümü olan 2023 yılında dünyanın en gelişmiş, en müreffeh, en ileri yaşam standartlarına sahip ülkeleri arasına sokmalıyız...

2023'e doğru bağımlılıklar nereye gidiyor?

Prof. Dr. M. İhsan Karaman



1962 yılında İstanbul'da doğdu. 1986'da İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994'de bir yıl kadar Houston-ABD'de Baylor College of Medicine'de misafir ürolog olarak çalıştı. 1996'da doçent, 2008'de ise üroloji profesörü unvanını aldı. 2011 yılında da çocuk ürolojisi yan dal uzmanlığı diploması alan Karaman, halen İstanbul Üniversitesinde Tıp Tarihi ve Etik doktora programına da devam etmektedir. 2012 yılında "Cinsel Sağlıktan Mutlu Aileye" isimli popüler eğitim kitabı, 2014 yılında da "Yeşilay Diyor ki!" isimli kitabı yayınlanmıştır. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektörü, Dünya İslami Tıp Birlikleri Federasyonu (FİMA) Başkan Yardımcısı ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Başkanı olan Karaman, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Ulkemiz, genç nüfusu ve gelişen ekonomisi ile geleceğe umutla bakan bir ülkedir. Öte yandan bu potansiyeli, özellikle genç nüfusa yönelik riskler ve özellikle bağımlılık konusunda tehditlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Tüm dünya bağımlılık sorununa bir toplum sağlığı problemi olarak bakmakta toplumu bilhassa da gençleri olumsuz etkilerinden korumayı amaçlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün araştırmalarıyla sabit olan "önlenebilir hastalık ve buna bağlı ölümlerin sonucu olan bağımlılıklar" toplumsal bir halk sağlığı sorunudur. Toplum sağlığını iyileştirme çabası içerisinde olan halk sağlığı çalışanları ise hâlihazırda toplumda vuku bulan hastalıkları iyileştirmek için çaba sarf eder, bunları yaparken eğitim programları geliştirir, yeni ilke ve uygulamaları hazırlar ve tüm bunları bilimsel çalışmalarla destekler.

Bağımlılıklar da sadece maddeyi kullanan bireyi değil, en dar çevresinden en geniş çevreye kadar tüm toplumu etkilemesi sebebiyle halk sağlığı sorunlarının en başında gelmektedir. Bu sebeple gerek problemlerin ortaya çıkış ve yayılma yollarının, gerek bunlarla mücadele biçiminin ciddi bilimsel çalışmalara tabi tutulması; bu bilimsel verilerin takip edilip kamuoyu ve yetkililerle paylaşılması; ulusal ve uluslararası bilimsel toplantılarla bağımlılık mücadelesinin yol ve yordamlarının irdelenmesi ve uygulama imkânlarının araştırılması halk sağlığı ekseninde bağımlılık çalışmalarının olmazsa olmazlarından. Bu bağlamda

bağımlılıkla ilgili tarihsel süreç ve ülkemizde son dönemde yapılan çalışmalar ele alınmaktadır.

1. Uyuşturucu Maddelerin ve Uyuşturucu Madde Kullanımının Tarihi

İnsanlık tarihinin başlangıcından itibaren, uyuşturucu maddelerin keyif verici, ağrı giderici ve hastalıkları iyileştirici olarak kullanıldığı bilinmektedir. İlk toplumlardaki, kabile ayinlerinde ve erkekliğe geçiş törenlerinde "değiştirilmiş bilinç durumları" adı altında, bireyin gündelik bilinçli düzeylerinden daha farklı alanlara ulaşabilmek için, çeşitli unsurlardan yararlanıldığı aktarılmaktadır. Bunlar, açlık, susuzluk, uyku yoksunluğu, sosyal ve duygusal yalıtım, ağırlı uyarılar, dans, meditasyon, dua, işitsel uyarılar, hipnotik telkinler gibi unsurlardır.

Uyuşturucu maddeler, genel olarak psikoaktif maddelerdir. Psikoaktif maddeler, merkezi sinir sistemini etkileyerek insanın ruhsal yaşantısını değiştirmekte ya da bozmaktadır. "Psikoaktif madde" terimi bu konudaki en kapsamlı terimdir. "Drug" kelimesi genel olarak ilaç anlamına gelmekle beraber, psikoaktif madde anlamında da kullanılmakta ve uyuşturucu-uyarıcı ilaç ve maddelerini kapsamaktadır. Psikoaktif maddelerin farklı coğrafik ve iklim şartlarında değişiklikler gösterdiği; Amerika kıtasında koka, Asya'da haşhaş, Afrika ve dünyanın diğer bölgelerinde kenevir bitkisi şeklinde ortaya çıktığı bilinmektedir. Hatta teknolojik gelişmeler sonucu

sentetik uyuşturucular olarak (örneğin, ecstasy, captagon) çeşitli adlarla dünya uyuşturucu madde piyasasındaki yerini almıştır. İngilizce karşılığı "narcotics" kelimesi ile ifade edilen ve Yunanca "narke" uyku kelimesinden türemiş olan uyuşturucu madde, uyuşturucu etkisi bulunan ve kişide alışkanlık yaratan maddeleri içermektedir. Fransızca da ise, uyuşturucu anlamına gelen "stupefiant" kelimesi kullanılmaktadır.

Literatürde; tıp, kimya, eczacılık, sosyoloji, psikoloji ve hukuk gibi değişik bilim dallarını ilgilendiren uyuşturucu maddenin farklı tanımlarına rastlanılmaktadır. Bilinen uyuşturucu maddelere her gün yenilerinin eklenmesi ve uyuşturma özelliği bulunmamakla birlikte bağımlılık yaratan bazı maddelerin de bu kavramın kapsamı içinde değerlendirilmesi yönündeki gelişmeler nedeniyle, herkesin benimseyebileceği bir tanım bulmak oldukça zordur.

Tıp açısından en kapsamlı tanım DSÖ tarafından yapılmıştır. Bu tanımda, "Bitkisel kökenli veya sentetik olup merkezi sinir sistemini etkileyerek fiziksel ve/veya ruhsal bağımlılık hallerine yol açan ve tutku yaratan bütün maddeler uyuşturucu madde sayılır." denmektedir.

Tarihte yazılı belgelerden bilgi edinebildiğimiz ilk uyuşturucu madde alkoldür. İnsanoğlu alkolün gerginliği ve anksiyeteyi giderici etkilerini çabuk keşfetmiş ve ayrıca ona kutsal bir anlam da yüklemiştir. Tarihte alkolün ilk kullanımı muhtemelen fermente edilmiş bal veya meyvelerin tüketilmesi yoluyla olmuştur.



Bilinçli bir şekilde üzüm fermentasyonu ve buradan alkol elde edilmesine yönelik ilk veriler M.Ö. 6000'lerde bugünkü Ermenistan bölgesinde gerçekleşmiştir. Eski Mezopotamya'ya ait reçete tabletlerinde şarabın ilaç olarak kullanıldığına işaret eden veriler bulunmaktadır.

Tarihsel kaynaklar alkolün yanı sıra afyonun etkilerinin de milattan önceki yıllara dek bilindiğini göstermektedir. Afyon ve esrarın ilk kullanım amaçlarının daha çok tıbbi amaçlar olduğu görülmekle birlikte özellikle Büyük İskender'in seferlerinde, savaşlardan önce ordularına cesaret verme amacıyla afyon dağıtıldığı ve ordunun afyon ihtiyacının karşılanması için haşhaş tarlaları oluşturduğu görülmektedir. 11. yüzyılda ise Hasan Sabbah'ın bu maddelerin yaptığı etkileri, bağımlılık geliştirdiğini ve madde alınmadığında ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini kendi çıkarları doğrultusunda kullandığı kaydedilmiştir. Alamut Kalesi'nde topladığı kişileri çeşitli vaatlerle afyon ya da başka maddelere bağımlı hale getirdiği, sonrasında ise ortaya çıkan yoksunluk belirtilerini kullanarak dönemin bazı önemli kişilerine yönelik suikastlar düzenlenmesini sağladığı bilinmektedir. Bu örgütlenme bağımlılık yapıcı maddeleri bu amaçla kullanan başka yasadışı örgüt ve oluşumlara da örnek teşkil etmiştir.

2. Dünyadaki Gelişimi

1817'de Hannover'li Farmakolog Friedrich Helm Sertusner morfini bulmasından

sonra, bu madde tıp alanında yaygın bir kullanım alanı bulmuştur. Özellikle 1865 Amerikan İç savaşında, 1860 Prusya- Avusturya Savaşında ve 1870-1871, Fransa-Almanya Savaşında yaralı askerlerin ağrıları dindirmek amacıyla morfin kullanılmış, askerlerin tedavileri sonunda yoksunluk krizine girmeleri üzerine bu durum asker hastalığı olarak adlandırılmıştır. Ancak 1879 yılında yapılan araştırma sonucu bu durum morfinmani sendromu olarak tanımlanmıştır. Askerlerin terhislerinden sonra sivil hayatta morfinden övgü ile bahsetmeleri üzerine, bu madde Avrupa'nın büyük şehirlerinde zengin tabakaya mensup olan kişiler arasında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. 21 Ağustos 1897 tarihinde, Almanya Bayer fabrikasında çalışan kimyager Felix Hoffman, ağrıları kesen bir ilaç üretmek için bir karışım geliştirmiştir. Firma bu maddelerin üzerinde çalışarak denemeye karar vermiştir. İçinde ağırlıklı olarak morfin olan ilaç, ağrıları kısa sürede kesme etkisi göstermiştir. Uzun süren denemelerin ardından Bayer, ilacı eroin adıyla piyasaya sürmeye karar vermiştir. Olumlu tepki alan ve 25 gramlık paketler halinde satılan "eroin" adlı uyuşturucu eczanelere geldiği gün tükenmeye başlamıştır. Henüz kimsenin zarar görmemiş olması da ilaca olan talebi artırmıştır. Bilahare Bayer' in en iyi müşterisi Amerika, herkesin "eroin" den bahsetmesi üzerine ilacı araştırmaya başlamış ve aşırı dozda alındığında ölüme yol açtığını, bağımlılık yaptığını saptamıştır. Klinikler, eroinmanlarla dolup

taştığında Amerika Birleşik Devletleri'nde ilacın bağımlılık yaptığına dair bir rapor yayınlamış ve devamında gerekli önlemler alınarak uyuşturucu eczanelerden kaldırılmıştır. Bunun üzerine ilaç karaborsaya düşerek, fiyatı artmış ve 1931'de tamamen yasaklanmıştır.

Esasları ve tarifleri aynen kabul edilmekle birlikte, uyuşturucu maddelerin uluslararası ticaretini kontrol altında bulunduracak etkili bir sistemin kurulması sağlanmıştır. Daha sonra imzalanan 1931 tarihli Cenevre Afyon Anlaşması, Zararlı İlaçların Meşru Olmayan Ticaretinin yasaklanması hakkında 1936 tarihli Cenevre Anlaşması, Sentetik Uyuşturucu Maddeler Hakkında 1948 tarihli protokolü ve 1953 tarihli New York Afyon Protokolü ile de uyuşturucu maddeler ile mücadele yönünde kararlar alınmıştır. Ancak uyuşturucu maddelerin üretim ve kaçakçılığının önlenmesi amacıyla uluslararası düzeyde imzalanan en önemli sözleşmeler, 1961 tarihli Uyuşturucu Maddelere Dair Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi, 1971 tarihli Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Hakkındaki Sözleşme ve 1988 Tarihli Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçaklığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesidir. Türkiye'nin de taraf olduğu bu üç sözleşmeden, 1961 tarihli Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi ile uyuşturucu maddelerin tıbbi ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmasının yasaklanması, yasa dışı haşhaş ve uyuşturucu madde yapımında kullanılan diğer bitkilerin ekiminin kontrol altına alınması, uyuşturucu maddelerin

imal, ithal, ihraç ve dağıtımının ruhsata bağlanması ve denetim yapılması gibi konularda düzenlemeler getirilerek, Uluslararası Uyuşturucu Kontrol İdaresi (INCB) kurulmuştur. 1971 Tarihli Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Hakkındaki Sözleşme ile kötüye kullanımı yapılan ve insan psikolojisini etkileyen ilaçların kontrol altına alınması, uyuşturucu etkisi bulunan ilaçların ancak doktor reçetesi ile kullanılmasının sağlanması, bu sözleşmede belirtilen hususların tarafların kendi iç hukuklarında suç sayılması yönünde gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasının sağlanması gibi kararlar alınmış, ayrıca bu sözleşmenin yorumlanması ve uygulanmasından kaynaklanan anlaşmazlıkların diğer yollarla çözümlenememesi halinde Uluslararası Adalet Divanına başvurulması şeklinde ilk ciddi uluslararası yaptırım uygulaması getirilmiştir. Görüleceği üzere, uyuşturucu veya uyarıcı madde suçları, tüm insanlığın ortak sorunudur. Bu sorunla ilgili olarak uluslararası işbirliği gerekmektedir. Bu işbirliği ile ilgili de, dünya devletleri zaman zaman bir araya gelerek anlaşmalar imzalamışlardır. Bu anlaşmalarla da, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerle mücadele konusunda hükümler getirilmiştir.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin 2014 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre, uyuşturucu madde kullanma yaygınlığı yaklaşık 243 milyon insanla dünya genelinde istikrarını korumaktadır. Başka bir deyişle, 15-65 yaş arası dünya nüfusunun %5'i 2012 yılında yasadışı uyuşturucu madde kullanmıştır. Problemlili madde kullanıcılarının sayısı ise yaklaşık 27 milyondur; yani dünya yetişkin nüfusunun 0,6'sı ya da her 200 kişiden biri problemlili madde kullanıcısıdır.

3. Türkiye'deki Gelişimi

Anadolu'da afyon, İ.Ö. 3000 yıllarından beri yetiştirilmektedir. İ.Ö. 4000 yıllarında Sümerler tarafından Aşağı Mezopotamya'da yetiştirilen haşhaş ve kenevir tedavi amaçlı olarak kullanılmakta olduğu bilinmektedir. Yine ağır uyuşturucuların ham maddesi olarak bilinen haşhaş bitkisinin de gerek Anadolu'da gerekse dünyanın birçok ülkesinde çok eski dönemlerden beri yetiştirildiği, İ.Ö. 5000 yıllarında Mezopotamya'da yaşamış olan Sümerlerin kullandıkları dilde haşhaş bitkisinden elde edilen afyona ait bazı kelimelere ve Asurlara ait bazı kabartmalarda haşhaş bitkisi resimlerine rastlanıldığı, Anadolu'ya 1516-1519 yıllarında gelip, araştırmalarda bulunan Fransız bir araştırmacının "Fransızlar nasıl buğday yetiştirirlerse Türkler de öyle haşhaş yetiştirirlerdi" şeklinde ifadeye bulunduğu belirtilmektedir. Türkiye'de uyuşturucu maddelerin

birçoğunun ham maddesi olarak kullanılan haşhaş bitkisinin ekimi, afyon üretimi hususlarında zamanla yasal müeyyideler konulduğu görülmektedir. Bu konu ile ilgili ilk yasal düzenlemenin Osmanlı İmparatorluğu'nda Fatih Sultan Mehmet zamanında gerçekleştirildiği bilinmektedir.

Fatih Sultan Mehmet'in "Kanunnamesi" adlı eserinde "Eğer bireği hamr içse, köylü ya da şehirli de olsa bir akçe ceme alına" ifadesiyle bu konu ile ilgili ilk kez bir yasaklamadan söz edilmektedir. Padişah IV. Murat döneminde afyon, tütün ve kahve kullanımı yasaklanmıştır. Türkiye'de 18 Temmuz 1932 yılında Milletler Cemiyeti'ne üye olmasının ardından, 3 Nisan 1933 yılında haşhaş tarımının sınırlandırılması ve afyon satım işlemlerinin İktisat Vekâlet'i'ne bağlı bulunan "Uyuşturucu Maddeler İnhisarı"na verilmesine ilişkin yasayı kabul etmiştir. Ayrıca yine aynı yılda Türkiye, Uluslararası Afyon Sözleşmesi'ne de imza atarak haşhaş ekiminin uluslararası boyutta sınırlandırılması ve kontrol altına alınması için mücadelesini devam ettirmiştir. 1931 yılında ise Cenevre Sözleşmesi imzalanmış, 1938 yılında Toprak Mahsulleri Ofisinin kurulmasıyla tüm uyuşturucuların tek elden kontrolünün sağlanması hedeflenmiş, haşhaş üretimine de ciddi sınırlamalar getirilmiştir. Böylelikle Toprak Mahsulleri Ofisi uyuşturucu maddelerinin imali, ekimi ve denetimine ilişkin organizasyonu tek elden yürütmüştür. Cumhuriyet döneminden sonra imzalanan ve uygulamaya konulan bu sözleşmeler ve yasalar ile gerek ulusal gerekse uluslararası anlamda yapılacak olan uyuşturucu maddeler ile mücadele yerini almış bulunmaktadır.

1938-1971 yılları arasında Türkiye, dünya yasal afyon pazarının % 50-55'i gibi bir oranına sahip olmuş ve bu nedenle de diğer dünya ülkeleri tarafından eleştirilmiştir. Bu eleştiri karşısında 1971 yılında hükümet tarafından afyon üretimi yasaklanmış, ancak bu durum da tek geçim kaynağı afyon üretimi olan yaklaşık 1,5 milyon kişinin yoksulluğa sürüklenmesine sebep olmuştur. Yaşanan olaylar karşısında 1974 yılında geçmişte konulan bu yasaklama ortadan kaldırılmış ve haşhaş ekimi kontrole tabi tutularak ekim alanlarının Bakanlar Kurulu tarafından belirlenmesi sağlanmıştır. Yetiştirilen haşhaş kapsülleri çizimi yapılmadan Toprak Mahsulleri Ofisi tarafından satın alınarak Bolvadin'de 1981 yılında kurulan alkaloid fabrikasında işlenmek üzere gönderilmeye başlanmıştır. Türkiye'nin 1970'li yıllara kadar yasal zeminde üreterek ulusal ve uluslararası piyasaya sürdüğü ve birçok uyuşturucu maddenin ham maddesi olan afyonun diğer dünya ülkelerine oranla büyük bir pazar alanını elinde bulundurmasına karşın, madde

bağımlılığı gibi bir sorundan kimse haberi bulunmamaktaydı. Ancak bu tarihlerde birçok batı ülkesinde madde bağımlılığının ve uyuşturucu maddelerle mücadelenin bir sorun olarak ele alındığı ve ciddi mücadele tedbirlerinin uygulanmaya başlandığı görülmektedir.

Türkiye'de Cumhuriyet döneminde konuyla ilgili ilk yasal düzenleme 765 sayılı ve 1926 tarihli Türk Ceza Kanunu ile gerçekleştirilmiştir. Bu yasa ile ferdi anlamda uyuşturucu kullanmak suç sayılmayıp, toplu halde kullanılması halinde cezalandırılma işlemi yapıldığı, satıcılar hakkında ise 6 ay gibi bir hapis cezasının uygulandığı bilinmektedir. 1953 yılında 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda bu suçlara ilişkin yasal müeyyideler yeniden düzenlenmiştir. Sonraki yıllarda Avrupa Birliği uyum çerçevesinde uyuşturucu suçları ile ilgili birtakım yeni düzenlemeler getirilmiş, uyuşturucu madde bağımlılarının cezadan çok tedavi edilmeleri yönünde işlem yapılması buna karşın uyuşturucu satıcılarına çok ciddi ve ağır hapis cezalarının getirilmesi ön görülmüş ve bu yeni düzenleme 1 Haziran 2005 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe girmiştir.

Bütün bu süreç içinde elde edilen veriler Türkiye'deki madde kullanımının oranında ve madde kullanım yaygınlığında düzenli bir artış göstermektedir. İlk başta acil müdahale birimleri olarak kurulan AMATEM'lere (Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi) 1993'te yapılan ilk başvurularda sayı 665 iken, 1996'da bu sayı 955 çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre 2012 yılında ayakta madde bağımlılığı tedavisi görenlerin sayısı 187.329, yatarak tedavi görenlerin sayısı ise 5.845 olarak kayıtlara geçmiştir. Aynı raporda madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde kadın nüfusunda dikkate değer bir artış olduğunu göstermektedir.

Ülkemizde 2011 yılında TUBİM tarafından ülke örnekleminde ilk kez yapılan Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM GPS Araştırması) ve Türkiye'de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM SPS Araştırması) sonuçlarına göre esrar dahil herhangi bir uyuşturucu maddeyi en az bir kez deneyenler 15-64 yaş grubunda %2,7, 15-16 yaş grubunda ise %1,5 olarak belirlenmiştir. Erkeklerde yaşam boyu uyuşturucu madde kullanımı %3,5 iken, kadınlarda %2,6'dır.

Ülkemizde genç nüfusa yönelik en kapsamlı araştırma ise yine 2011 yılında TUBİM tarafından gerçekleştirilmiştir.

ŞU UYUŞTURUCU BELASI NEREDEN ÇIKTI ANLAMIYORUM? HİÇBİR ŞEYİNİ EKSİK BIRAKMIYORUZ, HALBUKİ...

Bu çalışma okullarda günümüze kadar yapılan en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı çalışmasıdır. Bu araştırmaya göre öğrencilerin %26,7'si (3.151 kişi) sigara, puro, pipo, nargile vb. bir tütün ürününü, %19,4'ü (2.297 kişi) alkollü içecekleri denemiştir. %2,2'si (258 kişi) hastalık nedeni dışında ilaç kullanmıştır. Öğrencilerde herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kere deneme oranı %1,5 olarak bulunmuştur. Ancak uzmanlar çeşitli nedenlerden dolayı bu verilerin aktüel durumu tam olarak yansıtmadığını ifade etmektedir.

Örneğin yakın bir tarihte yapılan başka bir araştırma durumun çok daha vahim bir noktada olduğunu ortaya çıkartmıştır. Ağ genişletme gibi değişik yöntemlerden de faydalanılarak 2010-2012 yılları arasında İstanbul'da 31 bin lise öğrencisi arasında yapılan araştırma, lise öğrencileri arasında esrardan kokaine, ecstasyden captagona kadar uyuşturucu madde kullanımının yaşandığını göstermektedir. Sosyete uyuşturucusu olarak bilinen ve 1 gramı 150 dolardan alıcı bulan kokainin liselinin kullandığı maddeler arasında yer aldığı gibi ilginç sonuçların yer aldığı araştırma madde kullanım yaşının 14'e kadar indiğini ve öğrencilerin 5'te 1'i mutlaka sigara ya da alkol kullandığını göstermiştir. Sonuçlar uyuşturucu madde kullanımının 14 ila 18 yaş arası gençlik giderek artan bir trend haline geldiğini ortaya koymaktadır.

Uzmanların dikkat çektiği bir diğer onu da antidepresan ilaçların kullanımındaki artıştır. İnsanların yaşam tarzlarındaki değişimin bir sonucu olarak kişiler üzerinde artan stres ve kaygılarla baş etmenin bir yolu olarak görülen ve çoğu zaman "ilaç suiistimali" denilen kullanım şekliyle kötüye kullanılan bu tüketim şeklinin tehlikesi de "madde bağımlılığı" kapsamında ele alınması gereken bir konu olarak değerlendirilmektedir.

Buraya kadar Türkiye ve Dünya ölçeğinde genel bir çerçeve çizdiğim yazımın bu kısmında bağımlılık türleriyle ilgili gelecek için yapılan tahminlerin ele alındığı kısa bilgiler vereceğim:

Tütün

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, bir salgın hastalık haline gelmiş olan tütün bağımlılığıyla mücadele için 2008'de geliştirilen MPOWER (izle, koru, yardım et, uyar, yasakla, vergileri arttır) prensiplerini dünyaya emsal teşkil edecek derecede başarılı şekilde uygulayan Türkiye'de tütün kullanımı yetişkinlerde %25,7'ye gerilemiştir. Buna rağmen 2023'e kadar ülkemizde 1016000 kişinin sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle erken yaşta hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir. Önümüzdeki 35 yıllık dönemde ise şu an 15



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

yaş ve altı olan genç ve çocukta 6,4 milyonunun sigara içmeye başlayacağı ve tütüne bağlı hastalıklarla erken yaşta 2,7 milyon gencimizi kaybedeceğimiz öngörülmektedir.

Sigaraya karşı savaşın 6 ilkesinden biri olan vergi artışı kapsamında 2015 yılı başında yapılan zam ile uygulanan vergi oranı %65,25'e çıkmıştır. Bunun sigara kullananların sayısını daha da düşüreceği tahmin edilmektedir. Ancak yukarıda sözü edilen rakamları aşağıya çekmek için önümüzdeki yıllarda yapılacaklar arasında sigaradan alınan vergi oranının enflasyon artışından daha yüksek olacak şekilde düzenlenmesi, vergi oranını %70'e çıkarılması, elde edilen verginin sağlık sistemine ve tütün kontrol programlarına tahsis edilmesi ve kaçak sigara satışıyla mücadele yer almaktadır.

Alkol

Türkiye İstatistik Kurumu araştırma verilerine göre 2023 yılında ülke nüfusunun 84 247 088 kişi olması beklenmektedir. Bu rakamın 663.927,70'i 15 yaş üstü ergen ve yetişkinlerden oluşacaktır. Bunların % 0,8'inde alkol bağımlılığı sorunu görülecektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı ülke raporuna göre ülkemizde 15 ve üzeri nüfusta kişi başına yılda 2 litre alkol tüketimi yapılmaktadır. DSÖ'nün tahminlerine göre önümüzdeki 10 yıllık dönemde bu miktarda 0,6 lt'lik bir düşüş yaşanacaktır. Bu şekilde kişi

başı tüketimin 1,4 litreye gerilemesi beklenmektedir.

Söz konusu rakamlarda anlamlı değişikliklerin ortaya çıkması için bazı adımların atılması ve önlemlerin alınması gerekmektedir. Öncelikle alkol bağımlılığıyla mücadele için yazılı bir politika ve eylem planı geliştirilecektir. Belirli saatlerde alkol satışına getirilen yasak belirli günleri kapsayacak şekilde genişletilmelidir. Alkol reklamları ve alkolün muhafaza edildiği kapların üzerine uyarılar konulmalı, toplumun bu konuda harekete geçmesi hükümet tarafından teşvik edilmeli ve ulusal bir izleme sistemi uygulamaya konulmalıdır.

Madde

Ülkemizde özellikle 2010'dan bu yana madde kullanan sayısında artış, kullanım trendlerinde de değişiklikler görülmüştür. Bilindik maddelere ek olarak kolay erişilebilirliği ve satın alınabilirliği nedeniyle hızla yaygınlaşan sentetik kanabino-idlerin kullanımının artmaya devam edileceği öngörülmektedir. Bunların yanı sıra bugün Avrupa'da yaygınlaşan reçeteli ilaçların kötüye kullanılması eğiliminin ülkemize de sirayet etmesi beklenmektedir. Ancak esrarın kullanılan maddeler arasında ilk sırada kalmaya devam edeceği tahmin edilmektedir.

Bağımlı sayısındaki artışa paralel olarak tedavi talebinin de artması beklenmektedir. Bu, sağlık harcamalarında



bağımlılığa daha çok pay ayrılması ihtiyacını doğuracaktır. Tıbbi müdahale sunacak Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi ile Çocuk ve Ergen Madde Bağımlıları Tedavi Merkezi sayısında artışı, rehabilitasyon ve sosyal entegrasyon kurumlarının çoğalıp yaygınlaşması talebinde artışı beraberinde getirecektir. Buna ek olarak reçeteli ilaçların kötüye kullanımında öngörülen artışla mücadele için ilaç reçetelendirme usullerinin yeniden düzenlenmesi ve sınır ve polis kontrollerinin artırılması gerekecektir.

Teknoloji

Günümüzde telekomünikasyon olanaklarının artması, internet ve teknolojinin kötüye kullanılmasını beraberinde getirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da yapılan anketler teknoloji suiistimali oranlarının %1,5 ila %8,2 olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 verilerine göre ülkemizde cep telefonu, masaüstü bilgisayar ve dizüstü bilgisayar bulunan hane sayısı sırasıyla %93,7, %30,5 ve %33,2'dir. Bunlar aracılığıyla internete erişim olanağı oransal olarak sırasıyla %29,9, %21,8 ve %25,8'dir. En çok 16-24 yaş aralığındaki nüfusun bilgisayar ve internet kullandığı ortaya konmuştur. Cep telefonu kullanma yaşı ise 8'e kadar düşmüştür. 2023 yılı nüfus projeksiyonlarına göre nüfusun yarısının orta yaşlı olacağı ve o dönemde orta yaş sınıfında yer alacak bireyler arasında internet kullanımının hâlihazırda %70 ila 82 olduğu düşünüldüğünde gelecek genç nesille birlikte teknoloji suiistimalinde önemli bir artış beklenmektedir.

Mevcut durumda Türkiye'de problemleri teknoloji kullanımına ilişkin farkındalık yeni yeni oluşmaya başlamıştır. Önümüzdeki dönemde kullanıcı sayısındaki artışla birlikte bunun bir sorun olarak algılanmasının artacağı öngörülmektedir. Kitle iletişim araçlarıyla bu konunun

gündeme taşınarak toplumsal bilincin artırılması ihtiyacı daha fazla önemiyet arz edecektir.

Bazı bilimsel yaklaşımların bir davranış bozukluğu olarak sınıflandırdığı teknoloji bağımlılığının tedavisine yönelik taleplerin artmasıyla arzın da artması kaçınılmaz olacaktır. Gerek kamuya gerekse özel sektöre ait tedavi ve rehabilitasyon kuruluşlarında bu konuya yönelik bir müdahale metodu geliştirilip uygulanması gerekecektir. Mevcut metotlar arasında farmakolojik terapi; motivasyonel görüşmeler ile bilişsel davranışçı terapi ve türevi psikolojik terapi yöntemleri; bunların aile danışmanlığıyla desteklenerek bir arada sunulduğu çoklu modeller bulunmaktadır. Ancak bunların uygulanması için yetişmiş insan kaynağına ihtiyaç duyulacaktır.

4. Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Yaklaşım

2013 yılında gündeme alınan Uyuşturucuyla Mücadele Ulusal Eylem Planı ve bu kapsamda 2013-2016 yılları arasındaki 6 yıllık dönem için geliştirilen 2013-2015 ve 2015-2018 Strateji Belgeleri, 2015 yılı itibarıyla askıya alınarak yılın ilk yarısında merkezi yönetim tarafından yeni bir stratejinin ortaya konulması beklenmektedir. Bu stratejiden beklenen tüm paydaş kurumları, hizmet yararlanıcılarını ve halkı mücadeleye dahil etmesi; izlenecek politikaya riayeti tesis etmesi; sağlıklı bir planlama ve değerlendirmeyi mümkün kılması; araştırma kaynaklarını temel alması; ihtiyaçlara uygun kaynak tahsisi yapması; toplumsal katılım ve toplumun temsil edilirliliği için gerekli mekanizmaları devreye sokması; yasal çerçeveyi oluşturması; geliştirilecek tedavi yöntemleri ile eylemlerin türlerini belirlemesi; ihtiyaç duyulan finansal ve beşeri kaynakların tedarikini sağlaması; gerçekçi hedefler koyup bunların başarısını değerlendirmesi; bu stratejiyi destek-

leyici izleme, gözden geçirme ve tebliğ düzenlemeleri getirmesi; artımlı ve adım adım ilerleyen bir yaklaşım getirmesi; hizmet çeşitliliği ve erişilebilirliğini temin etmesi; performans değerlemesi için bir plan ortaya koyması ve kamuoyunu dikkate almasıdır. Bağımlılıkla mücadele konusundaki münferit çabalar ancak bu şekilde sağlam bir temele oturtulmuş olacak ve bağımlılığın toplumun tüm kesimleriyle üstesinden gelinebilecek bir halk sağlığı sorunu olduğu gerçeği toplum tarafından benimsenebilecektir. Bu şekilde tavandan tabana mücadelenin tersine çevrilmesi, dolayısıyla mücadelede başarı artacaktır.

13 Kasım 2014 tarihli, "Uyuşturucu ile Mücadele" konulu Başbakanlık Genelgesinde uyuşturucu maddelerle mücadele konusunda konunun tarafları olan tüm kurum ve kuruluşlar arasındaki işbirliğinin önemine vurgu yapılarak, "Toplumun huzur ve güvenliğini derinden yansıtan, özellikle gençler arasında yayılma eğilimi gösteren uyuşturucu madde kullanımının önlenmesi için; ilgili tüm kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılarak gerekli tedbirlerin alınması, özellikle gençlerin ve bütün vatandaşlarımızın farkındalıklarının artırılması, bu konuda eğitim ve önleme faaliyetlerine önem verilmesi gerekmektedir." İfadelerine yer verilmiştir. Bahsi geçen taraflar arasında sivil toplum kuruluşlarının da zikredildiği Genelge, uyuşturucuyla mücadelede daha bütüncül bir yaklaşımın önemini ve gerekliliği bizlere bir kez daha hatırlatırken, sivil toplumu bu konuda sorumluluk almaya davet etmektedir.

Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nun bağımlılıklarla mücadelede sivil toplumun rolünü ve Yeşilay'ı değerlendirdiği 2014 tarihli raporunda şu ifadeler yer verilmektedir: "*Bağımlılıkla mücadele alanında sivil toplum kuruluşları önemli işlevler görmektedir. Özellikle kamu otoritelerince temas imkânı zor olan alanlarda veya kamuca yürütülen hizmetlerin oluşturulmasında veya yönlendirilmesinde bu kuruluşlar tarafından çeşitli çabalar ortaya konulmaktadır. Bu kapsamda, kamuoyu farkındalığını artırmaya dönük eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri ve aile tabanlı programlar yürütülmesi, detoksifikasyon, tedavi ve rehabilitasyon merkezleri işletilmesi, madde suistimalinden veya bağımlılıktan ölen ya da çok uzun süreli tedaviye ihtiyaç duyanların yakın aile fertlerine ya da bağımlı bireylerce mağdur edilen kişilere maddi ve hukuki destek sağlanması, ampirik çalışmalar ve Ar-Ge projelerine finansal kaynak sağlanması, çocuk ve gençlik merkezleri, kamplar açılması ve işletilmesi, sanatsal ve sportif faaliyetler düzenlenmesi ve bu tür faaliyetlerin teşvik edilmesi, meslek edindirme projeleri icra edilmesi, bireylerin bağımlılık nedeniyle*

sekteye uğrayan eğitim ve meslek hayatlarına devamını temin edecek programlar yürütülmesi, dezavantajlı kesimlerden herhangi birinin madde kullanımına başlama veya bağımlı hale gelme riskini azaltacak projeler geliştirilmesi ve uygulanması vb. pek çok faaliyet sivil toplum örgütlerinin katılım ve katkısı ile etkin şekilde yapılabilir. Gelişmiş ülkelerde söz konusu türde faaliyetleri yürüten çok sayıda sivil toplum yapılanması vücut bulmuş iken ülkemizde benzer sivil toplum kuruluşlarının sayısında ve kapasitelerinde henüz herhangi bir anlamlı gelişme sağlanamamıştır.”

Yeşilay'ın yaptığı çalışmalar incelendiğinde, raporda bahsedilen birçok alanda faaliyetler yürüten ve bağımlılıklarla, özellikle madde bağımlılığıyla mücadelede önemli bir boşluğu dolduran, kurumsallaşmış bir STK karşımıza çıkmaktadır. Özellikle son iki yıl içinde Yeşilay'ın kazandığı ivmeyle gerçekleşen projelerin sadece Türkiye'de değil, dünyanın farklı yerlerinde dikkate alındığını ve değerlendirildiğini bilmekteyiz.

Tüm dünyadan önemli temsilcilerin katılımıyla 26-27 Nisan 2013 tarihinde gerçekleşen “Küresel Alkol Politikaları Sempozyumu” ve 29 Eylül-1 Ekim 2014 tarihlerinde gerçekleşen “Uluslararası Uyuşturucu Politikaları ve Halk Sağlığı Sempozyumu” madde bağımlılığı alanında Yeşilay'ın ev sahipliğiyle ülkemizde gerçekleşen en önemli uluslararası bilimsel organizasyonlar arasındadır. 16-17 Haziran arasında madde bağımlılığı sorununun ulusal bazda ele alındığı, “Türkiye’de Uyuşturucu Madde Bağımlılığı: Önleme, Tedavi ve Rehabilitasyon Çalıştayı” ise madde bağımlılığı alanında ülkemizdeki tüm kesimlerin farklı sorunları, yenilikçi yaklaşımlarla değerlendirip çözüm önerileri geliştirdiği ve somut çıktılarının ortaya konulduğu bir çalışma olarak kayda geçmiştir.

Yeşilay bir yandan yerel ve ulusal bilimsel çalışmalarını sürdürürken, diğer yandan ulusal düzeyde farkındalık ve bilinçlendirme çalışmaları gerçekleştirmekte; “#içmesen” ve “Ucunda Ölüm Var” gibi sosyal pazarlama kampanyalarıyla geniş kitlelere ulaşmaktadır.

Son yıllarda yakalanan bu hızlı gelişim içinde madde bağımlılığı alanında öncelikli hedef kitle olan gençlere yönelik düzenlenen yaz ve kış kampları, kurulan gençlik merkezleri, üniversite ve ortaöğretim Yeşilay Kulüpleri bünyesinde gerçekleştirilen aktiviteler gençlerin uyuşturucu maddelere karşı tutum, davranış ve algılarının geliştirdiği önemli sosyal etkinliklerdir.

Kuruluş çalışmaları devam eden “Yeşilay Eğitim ve Danışmanlık Merkezi (YEDAM)”

projesi ile madde kullanımında henüz kötü kullanım aşamasına geçmemiş, deneysel kullanım aşamasındaki kişilerin ve madde kullanım riski taşıyan kişilerin rehabilite edilmesi, onlara yeni bir ortam sağlanması; spora, sanata ve sosyal faaliyetlere yönlendirerek yeni bir gelecek sunması hedeflenmektedir. YEDAM projesinin bir sonraki aşamaları için, bu merkeze bağlı bir meslek edindirme ofisi, sanat ve zanaat atölyeleri oluşturulması gibi planlar yer almaktadır.

Yeşilay, madde bağımlılığı alanında yapılan akademik ve sosyal çalışmaları teşvik etmek ve geliştirmek; gençleri, üniversiteleri ve diğer sivil toplum örgütlerini sorunla mücadelede daha etkin hale getirmek için 2014 yılı içinde üç ayrı mali destek programı açmıştır.

İki yıllık uzun bir hazırlık sürecinin ardından pilot uygulaması 2014 yılında İstanbul'da gerçekleşen ve ardından tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılan Türkiye Bağımlılıklarla Mücadele Eğitim Programı (TBM), bağımlı olmayan bireylerin bağımlılık sürecine girme riskini en aza indirecek evrensel temelli bir önleme eğitim programıdır. Bu kapsamda, rehber öğretmenlerden oluşan ve bağımlılık alanında formasyon kazandırılan ülke düzeyinde 500 formatör eğitimci” ve bu formatörlerin eğitim vereceği 28000 uygulayıcı eğitimci aracılığıyla yaklaşık 20 milyon öğrenciye bağımlılıklarla ilgili eğitim verilmesi hedeflenmektedir.

5. Sonuç

Madde kullanımı insanlık tarihi kadar eski; bireysel, toplumsal ve ekonomik boyutları olan çok yönlü bir sorundur. Sorunun temelini ise birey ve madde arasında kurulan vazgeçilmez ilişki oluşturmaktadır. Kişi ister yetişkin isterse ergen veya çocuk olsun, madde kullanımıyla bireysel davranış tercihlerinde iradesini kaybetmekte ve kendi üzerindeki egemenliğini maddeye teslim etmektedir. Bu yitim, aynı zamanda toplumsal düzeni, hukuk kurallarını, eğitim kurumunun işlevselliği gibi çok temel yapıları bertaraf etmektedir.

Madde bağımlılığı sorununun çözümünden kastedilen, hiç kimsenin madde kullanmadığı ütöpik bir dünya değil; mücadeleciler tüm kurum ve kuruluşların üzerine düşen vazifeyi yerine getirdikleri bir sistemin varlığıdır. Bu sistemde temel amaç kendi ayakları üzerinde durabilen, bilinçli ve donanımlı, hayatı anlamaya çalışan, üreten, sorgulayan, düşünen nesiller yetiştirmesi olmalıdır.

Madde bağımlılığına çözüm sunmayı hedefleyen eylem planları ve projeler bütüncül yaklaşımla hazırlanmalı ve uygulanmalıdır. Sadece arz yönlü bir

bakış açısı yeterli görülmemekte, bireysel talebi önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici faaliyetleri de içermelidir. Toplumsal bir sorun olan bağımlılık toplumun tüm katmanlarında var olan bir mücadeleyi de içermelidir. Bu sebeple de özellikle sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülen faaliyetler doğrudan veya dolaylı olarak daha güçlü desteklenmelidir.

Kaynaklar

Babaoğlu, A., N. (1997), *Uyuşturucu ve Tarih Bağımlılık Yapan Maddeler*, Kaynak Yayınları, İstanbul.

Dönmezer, S. (1981), *Kriminoloji*, İstanbul.

Ergen C. (1988), *Türk Ceza Hukukunda Uyuşturucu Madde Suçları*, Ankara.

Hilarie Cash, Cosette D Rae, Ann H Steel, ve Alexander Winkler *Internet Addiction: A Brief Summary of Research and Practice*, *Curr Psychiatry Rev.* Nov 2012; 8(4): 292–298.

<http://aliunlu.com/> (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/en/Turkey_Tobacco_Economics_en.pdf (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/11/20141113-13.htm> (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844> (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

<http://www.uskudar.edu.tr/614-bagimlilik-modernizmin-sonucudur.html> (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_2.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

Kapaklıkaya, İ. (1986), *Uyuşturucu ve Gençlik*, Yeni Asya Yay, İstanbul.

KOM Daire Başkanlığı, (2002), *Kaçakçılık ve Organize Suçlar*, KOM Daire Başkanlığı Yayınları, Ankara.

Köknel Ö. (1998), *Bağımlılık. Alkol ve Madde Bağımlılığı*, İstanbul.

Madde ve Diğer Bağımlılıklar ile Mücadele Kapasitesinin ve Bu Bağlamda Türkiye Yeşilay Cemiyetinin Değerlendirilmesi, DDK, 2014.

McKim MW. (2000), *Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral Pharmacology*, New Jersey.

Saraç, T. (1985), *Büyük Fransızca Türkçe Sözlük*, Adam Yayınları, İstanbul.

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 01.02.2015)

TÜİK, 2013 İstatistiklerle Türkiye Raporu

Uzbay İ.T. (1981), *Mezopotamya Uygarlığında Eczacılık Mesleğine Dair Bir İnceleme*, Eczacılık Bülteni.

Uzbay, İ.T. (2009), *Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler*, Mised Dergisi.

Yazman, Ü. (1995), *Lise Gençliğinin Psikoaktif Maddelere Bakışı ve Kullanım Oranlarının Türkiye-İstanbul Örneği ile İncelenmesi*, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Sağlık hizmetlerinde değişim yönetimi

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKU) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Dr. Altındış, Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanmış, Haziran 2013'de Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesine geçmiş olup halen Tıbbi Mikrobiyoloji AD ve Tıbbi viroloji Bilim Dalı Başkanlıklarını yürütmektedir.

Sağlık alanında yaşanan baş döndürücü değişim ve gelişmeler, kullanılan teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki komplekslik, çok farklı sayıda ve ileri uzmanlığa sahip personelin bir arada çalışması, toplumun ihtiyaç ve beklentilerindeki artış, ülke kaynaklarının sınırlılığına rağmen sağlık sektöründe kullanılan kaynakların giderek artması bu sektördeki kaynakların minimum maliyet ve maksimum nicelikte üretilmesini sağlayama açısından dinamik yapıya, sürekli iyileştirmeye, değişim yönetimine olan gereksinim açıktır. Değişim, organizasyon faaliyetleri ile ilgili hususlarda mevcut konumdan farklı bir durumda gelme anlamındadır. Değişimin nedenlerine bakıldığında, dış (politik koşullar, teknoloji, finansal, doğal, sosyal ve ekonomik koşullar, rekabet) ve iç (düşük verimlilik, satışların düşmesi, düşük motivasyon ve moral çatışmaları, personelin beklenti ve algılaması) gerekçeler karşımıza çıkar. Değişim; statükoyu bozması, bilinenden uzaklaştırmayı gerektirmesi, alışıldan vazgeçmeyi öngörmesi nedeni ile rahatsız edici bir olay olup buna karşı direnç her zaman vardır. Bu direncin başında; iş ile ilgili nedenler, kişisel nedenler ve sosyal nedenler gelebilir. Yöneticinin bu dirence karşı katılım, iletişim, eğitim, pazarlık, zor kullanma, manipülasyon ve onları çözümün bir parçası haline getirme metotlarını kullanarak bu süreci en az hasarla atlatması beklenir.

Örgütsel Değişim ve Değişime Direnç

A. Değişim Kavramı, Önemi ve Yönetimi

Örgütler; insan, teknoloji, yapı ve süreçlerden oluşur. Örgütsel değişim, örgütteki sadece insan, teknoloji ya da yapı ve süreçlerin değil, aksine bunların hepsinin bir bütün olarak değişmesini öngörür (1, 2). İfade olarak **değişim**; gelişen koşullara uyum sağlayabilmek için örgütün kültürü, politikaları, yapı ve insan gibi öğelerinde etkili değişiklikler yapabilme, oluşan direnişi giderebilme, yöntem ve stratejileri uygulama faaliyetleri olarak adlandırılabilir (3). Değişim, işletme ya da organizasyon içinde, *iş süreçleri, örgüt yapısı, iş tanımları, sorumlulukları, üretim teknikleri, çevresel düzenlemeler, yönetsel yaklaşımlar* gibi konularda yapılan ve organizasyonda bütünüyle etkileşim doğuran, farklılıklardır (4).

Değişim önemlidir, çünkü örgütlerin geleceği, değişen şartlara ayak uydurabilme yeteneklerine bağlıdır. Örgütsel değişimin en önemli amacı; genel olarak farklılaşan iç ve dış çevre koşullarına karşın örgütün etkinlik ve verimliliğini artırmak, iş görenlerin en yüksek iş doyumu sağlamalarına ve gelişmelerine olanak veren bir örgütsel oluşumu kurmaktır. Yeni organizasyonların çatısında hız, esneklik, yaratıcılık ve yenilikçilik gitgide daha fazla önem kazanmaktadır (5).

Neden Değişim?

Örgütlerin yaşamlarını için değişim kaçınılmazdır, bu değişim planlanabilir, yönlendirilebilir, denetlenebilir fakat durdurulamaz (6). Örgütlerde değişim gereksinimi verimliliğin düşmesi, gerilim ve çatışma artması, hoşnutsuzluğun oluşması kısaca örgüt özelliklerinin yetersiz olması halinde ortaya çıkar. Organizasyon büyüdükçe, çevre koşulları ve örgüt üyeleri değiştikçe, değişen durumlara ayak uydurma gereksinimi belirecektir. Kısaca kişiler ve hedefler değişecek, buna göre de organizasyonun aktivite ve görevleri de değişecektir (7).

Örgütlerde değişimi gerektiren yapısal ve faaliyet kaynaklı nedenler:

Her konudaki hızlı değişime örgütlerin de aynı süratle uyma gerekliliği, teknolojik değişimin dayatmaları ve organizasyonların büyümesi ve kompleks bir hal kazanması, insan kaynaklarının daha nitelikli / eğitilmiş olması, çalışanların yaptıkları işlerinde daha fazla bağımsızlık ve karar serbestliği ister hale gelmeleri, geleneksel / hiyerarşik otorite biçimlerinin yerini yetkinlik ve bilgiye dayanan paylaşımcı fonksiyonel otoriterin almasıdır (7). Ayrıca ekonomik iyileşme, yetkinliklerde gelişme, yapısal değişim, masrafları azaltmak, kritik süreçlerin değişimi ve kültürel değişimlerde diğer nedenlerdir (8, 9).



Örgütsel Değişim Türleri

Planlı-Plansız Değişim

Bir örgütte yeni prosedürleri uygulamak ve çevresindeki değişim taleplerine karşılık vermek üzere önceden tasarlanmış ve amaçlanmış yeni bir örgütsel düzenlenme planlanmış bir değişimdir (2). Plansız değişim ise; değişim sürecinin safhalarının önceden düşünülmediği, örgütün karşısına çıkan ve uymaktan başka çaresinin olmadığı değişimleri ifade eder (9).

Zamana Yayılmış Değişim-Ani Değişim

Dolayısıyla değişim, zaman içerisinde ve adım adım hedefe ulaşılmaya çalışılarak gerçekleştiriliyorsa bu, **zamana yayılmış değişim** şeklini; birden bire çok kısa süre içerisinde gerçekleşmiş ise **ani değişim** şeklini gösterir (9).

Proaktif (Öngörücü) Değişim– Reaktif (Tepkisel) Değişim

Öngörücü (proaktif) değişimde, çevre şartlarında meydana gelecek değişimlerin tahmin edilerek, bu değişimlere göre örgütün iş, faaliyet ve prosedürlerinde değişiklik yapmasını ve böylece örgütün bu değişen çevre koşullarına bir anlamda hazır olmasını ifade eder. Buna karşın *tepkisel (reaktif)* değişim ise, fiilen karşılaşılan koşullara uyabilmek için yapılan değişimleri ifade eder (9).

Aktif Değişim – Pasif Değişim

Aktif değişim, diğer işletmelerden önce işletmenin bir takım yenilikleri uygulayarak bir yandan kendisini değiştirirken, diğer yandan çevresini de değiştirmeye zorlamasıdır (7). Örgütün dış çevresinde gelişen koşullara uyum sağlayabilmek üzere kendi bünyesinde yaptığı değişim ise *pasif değişimi* ifade eder (9).

İyileştirme Şeklinde Adım Adım – Radikal Köklü Değişim

Çoğu kez işletmeler, çevrelerindeki değişimler karşısında, diğer işlet-

melerin yaptıkları iyileştirmeleri adım adım uygulayarak, sektörün gerisinde kalmamaya çalışırlar. Bu değişim şekline, işletmelerdeki **kaizen** çalışmaları örnek verilebilir (9). *Köklü değişim* ise, mevcut durumun tamamen ve radikal bir şekilde değiştirilmesidir. Bir değişim faaliyetinin başarısı değişimin üçboyutlu olarak düşünülmesine bağlıdır. Bunlar; *Yukardan Aşağıya Yaklaşım*, *Aşağıdan Yukarıya Yaklaşım* ve *aşağı ile yukarıyı irtibatlandıran Ana Süreçler*dir (9).

Sağlık Kurumlarında Örgütsel Değişim

Sağlık hizmetleri veren örgütler, çok geniş çeşitlilikteki yeteneklere, isteklere ve perspektiflere sahip insanları çalıştıran büyük organizasyonlardır. Sağlık hizmetlerindeki farklılık nedenleri; paydaşların farklılığı ve çeşitliliği, kompleks mülkiyet ve kaynak tahsisi, personelinin çoğunluğunun mesleki özerkliğinden kaynaklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin temel amacı; toplumun gereksinimi olan sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalitede, istediği zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır. Ayrıca sağlık sektörü, müşteri tatmini sağlama bakımından da en problemlili işletmelerden biridir. Bu amaca uygun olarak sağlık otoriteleri/ hastaneler; teknolojiye hızlı ayak uydurmak, iyileştirici sağlık hizmetlerini yerine getirmek, çalışanları ve gerektiğinde hizmet alanları eğitmek, araştırma-geliştirme faaliyetlerinde bulunmak, etkin bir yönetim mekanizması ile tüm bu hizmetleri yürütmek zorundadır.

Sağlık hizmetlerinde yenilik ya da değişim sürecinin beş temel paydaşı vardır ve her biri kendine özgü istek, beklenti ve ihtiyaca sahiptir. Bunlar (10):

Sağlık hizmetlerinde yenilikler, genellikle **süreç** (örneğin bakım noktası ve nöroinvaziv testler vs) veya **yapı** (örneğin, entegre hizmet ağı ya da entegre patoloji uygulamaları) ile ilgilidir. Örneğin yenilikler laboratuvarlar için önemlidir. Çünkü bu yenilikler bazen yeni pazarlar ve müşteriler yaratmak için organizasyona fırsat

Örgütlerde değişim gereksinimi verimliliğin düşmesi, gerilim ve çatışma artması, hoşnutsuzluğun oluşması kısaca örgüt özelliklerinin yetersiz olması halinde ortaya çıkar. Organizasyon büyüdükçe, çevre koşulları ve örgüt üyeleri değiştikçe, değişen durumlara ayak uydurma gereksinimi belirecektir. Kısaca kişiler ve hedefler değişecek, buna göre de organizasyonun aktivite ve görevleri de değişecektir.

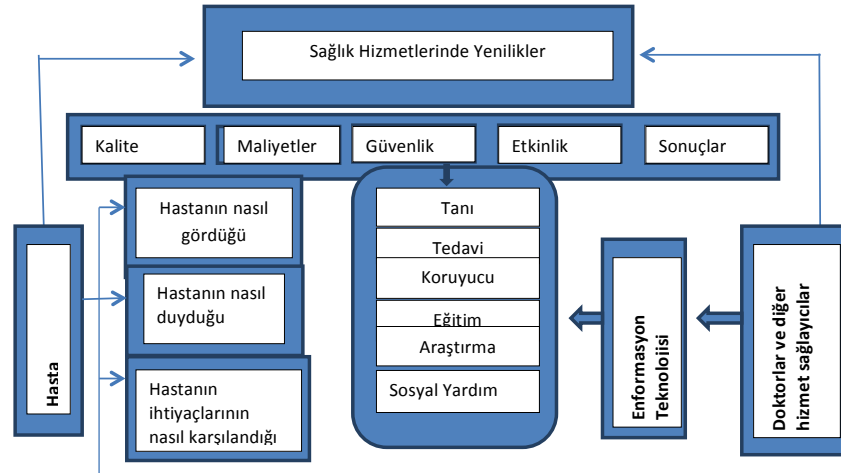
verir. Bu yenilikler uzun vadeli karlılık için maliyet-etkin uygulamaları ve modellerinin oluşturulmasında yararlı olabilir. Değişimler uygulanırken önceden entegre ve standardize edilmiş rutin işlemlerin bozulmasına neden olmamalıdır (11, 12).

Yukarıda şekilde gösterildiği gibi sağlık hizmeti veren kurumlar, altı temel amaca hizmet eder. Bunlar, **tanı, tedavi, koruyucu hizmetler, eğitim, araştırma ve sosyal yardımı** kapsar. Sağlık hizmeti sunan bu örgütler bu amaçları gerçekleştirmek için *kalite, maliyet, etkinlik, güvenlik* ve çıktıları etkili ve verimli yönetmek zorundadır. Sağlık hizmetlerinin temel noktasını, *doktorlar, hastalar ve diğer hizmet sağlayıcıların ihtiyaçları* oluşturur. Sıklıkla sağlık hizmetleri veren kurumlar mevcut ya da yeni enformasyon teknolojilerine dayanarak yenilikleri başarırlar. Sağlık hizmetlerinde hasta odaklı yenilikler, çoğunlukla üç temel alana odaklanır. Bunlar hastanın

Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinde Değişim Sürecinin Temel Paydaşları (10)

Paydaşlar	İhtiyaçlar, İstekler ve Beklentiler
Hekimler ve Diğer Sağlık Hizmeti Sunanlar	İyileşmiş klinik sonuçlar, gelişmiş tanı ve tedavi, haklar
Hastalar	İyileştirilmiş hasta deneyimleri (olgular), psikolojik iyilikhali, Minimalize bekleme süreleri, Azaltılmış randevu / ertelemeler
Örgütler	İçsel faaliyetlerde etkinlik artışı, Maliyet kontrolü, Verimlilik ve kalitede artma, Sonuçların iyileştirilmesi
Yenilikçi İşletmeler	Karlılık, Gelişmiş çıktılar, rekabet
Düzenleyici Kurumlar	Azalmış riskler ve Gelişmiş hasta güvenliği

Şekil 2: Sağlık Hizmetlerinde Yenilikler için Bir Kavramsal Çerçeve (10)



nasıl gördüğü, duyduğu ve hastanın ihtiyaçlarının nasıl karşılandığıdır.

Her organizasyon, yenilik için ne kadar zaman ve çaba ayıracağı konusunda dikkatli karar vermelidir. Bir organizasyon yenilikleri takip etmeyi göze almasına rağmen, yapılan yatırımlar için mevcut kaynaklar içinde hem sermaye hem de personel konusunda sınırlar vardır. Sağlık hizmeti veren kurumun tamamının standardizasyonun sağlayacağı faydalara da inanarak değişime odaklanması gerekir. Standardizasyonun olmadığı durumlarda yüksek düzeyde yenilikçi olmaya uğraşan örgütler, kaos (istikrarsızlık, örgütsüzlük ve öngörülemezlik) riski ile çalışır. Standardize edilmiş prosedür ve uygulamalar elverişli olduğunda ve onları sürdürmek için uygun yapılar tarafından desteklendiğinde ise, yenilik için çaba harcamak ve zaman tahsisi aşamasına gelinir (12).

B. Değişime Karşı Direncin Yönetimi

Değişime direnç yaygındır ve doğal bir tepkisel reaksiyondur. Değişim bazen bilinen rutinden vazgeçmek anlamına gelir. Direnç, statükoyu değiştirme baskısı karşısında statükonun korunması yönünde hareket eden ve kısıtlayıcı bir güç olarak tanımlanmaktadır. Direnç değişimin doğal bir bileşeni olarak dik-

kate alınmalı ve değişime bir tepki ya da cevap olarak normal bir ifade olduğunu belirtmektedir (2).

Direnç kavramı, çalışanların örgütlerde uygulamaya konulan değişime engel olma, güvensizlik, şüphe, gecikme ya da değişimi önleme gibi davranışlar göstermesi değişime direnç olarak adlandırılmaktadır. Bilinmelidir ki direnç, değişimin önündeki en büyük engellerden biridir (13). Değişim, statükoyu değiştirme anlamına gelir. Bu açıdan, mevcut durumun değiştirilmesi, personelin durumunda farklılaşma yaratacağından bir hoşnutsuzluk ortamının doğmasına ve personelin bu değişime karşı olumsuz tepki göstermesine ya da dirençle karşılık vermesine neden olabilir (6).

Sağlık hizmetlerinde klinisyenlerin davranışını ve mevcut tıbbi faaliyet alışkanlıklarını değiştirmenin zor olduğu belirtilmektedir (10). Klinisyenlerin, bireysel özerkliklerini korumak için gösterdikleri bu eğilim, yeniliklerin yaratılmasını ve öğrenen organizasyon olmayı engelleyen gizlilik ve suçlama kültürünü destekleyici rol üstlenebilir. İnsanoğlu her zaman için yeniliklere ve belirsizliklere karşı tedirginlik ve korku ile yaklaşmaktadır (2). Örgüt üyeleri içindeki bu korku veya tedirginlik, değişimin doğru anlatılmasıyla giderilebilir. Başlangıçta örgüt üyeleri, değişime karşı mevcut durumu korumaya çalışırlar.

Çünkü değişim konusunda çalışanların zihinlerindeki belirsizlikler mümkün olduğu kadar azaltılmalıdır. Ayrıca dirence karşı kayıtsız kalınmaması ve direnç büyümeden gerekli önlemler alınmalıdır. Hem uygulama hem de teorik düzeyde örgütsel değişim problemlerinin ele alınmasında yapılan en temel hata, örgütün sistemsel özelliklerinin göz ardı edilmesi ve bireysel değişiklikler ile örgütsel değişkenlerdeki değişimi karıştırmak ya da birbirinden ayırt edememektir. Değişime direnç göstermek, değişimin statükoyu bozması, bilinenden uzaklaşmayı gerektirmesi alışıldan vazgeçmeyi öngörmesi nedeniyle rahatsız edici bir olaydır (9). Doğal bir tepki olsa bile direnç, genellikle örgütsel değişim için bir standart olarak dikkate alınır. Değişim ve direnç iç içedir: değişimle bir anlamda direnç ima edilir, dirençle de bu değişimin gerçekleşmesi kast edilir.

Değişimi bir fırsat olarak algılayanlar kendilerini bu yolda motive ettiklerinden değişim başarıya ulaşır. Ancak değişimi bir çözülme etkeni olarak adeta bir tehdit şeklinde algılayanlar değişime engel olmak için tepki ve direnç gösterirler. Dolayısıyla değişimin öngördüğü koşulları başarısızlığa dönüştürecek eylem ve girişimlere neden olurlar (13). Ancak değişikliğe hem tepki göstermek hem de değişim istemek insanın doğasında olan bir çelişkidir. Değişim karşısında ne tür bir tepkinin oluşacağı ise değişimin niteliğine, biçimine ve yenilikten etkilenen bireylerin karakterlerine göre değişir (6).

Değişime Karşı Kişisel Direncin Nedenleri

- Kontrolü kaybetmeye karşı isteksizlik (Belirsiz gelecek)
- İşini, mevcut grubunu kaybetme ve yeni işi yapamama korkusu
- Bilişsel katılık (esnemezlik)
- Ümidin azalması ve psikolojik esneklik eksikliği
- Değişikliğe intibak süresine tahammülsüzlük
- Düşük teşvik düzeyleri ve yenilik için öncelik
- Eski alışkanlıklarını bırakmak için isteksizliktir (14).

Değişimin gerçekleştirilmesini engelleyebilecek **global faktörler**:

- **Merkeziyetçilik:** Organizasyonda karar alma mekanizmasının merkezde toplanması.
- **Kısa vadeli düşünme:** Organizasyonda uzun vadeli planlamanın ihmal edilmesi.
- **Yaratıcılığın kaybedilmesi:** Yenilik ve yaratıcılık fikrine risk ve başarısızlık nedenleriyle ilgi gösterilmemesi.

• **Değişime karşı olma:** Değişime muhalefetin söz konusu olması.

• **Moralin azalması:** Mücadele için istek ve moralin olmaması.

• **Politize olmuş özel çıkar grupları:** Özel çıkar gruplarının daha aktif bir rol almaları.

• **Önceliklerin tespit edilmemesi:** Organizasyonda önceliklerin net belirlenmemiş olması.

• **Güvenin kaybolması:** Yönetim-Çalışan arasında ve çalışanların kendi içlerinde güvenin yok olması.

• **Anlaşmazlıkların artması:** Çalışanlar arasında anlaşmazlıkların giderek artması.

• **Sınırlı iletişim:** Üst yönetime sadece iyi haberlerin ulaştırılması, enformasyon eksikliği.

• **Grup çalışmasının eksikliği:** Bireylerin grup halinde çalışma eğiliminde olmamaları.

• **Liderlik eksikliği:** Organizasyonda liderliğin kurumsallaşmamış olması(6).

Değişime Karşı Direnci Giderme Yolları

Genelde değişim için gerekenleri yapması konusunda ikna edilmedikçe ya da zorlayıcı nedenler olmadıkça örgüt üyeleri değişimi desteklemezler. Değişime direnci azaltma yöntemlerinden bazıları *çalışanlara değişim gerekçeleri iyi anlatmak ve desteklerini almak, kuralları takip etmek, bilgileri paylaşmak, samimiyet, bütünlüğü sağlamak, tepe yönetiminin desteğinin alınması* şeklinde sıralanabilir. Yönetimin, değişim sürecinde çalışanların yanında olduklarını ve desteklediklerini hissettirmeleri önemlidir (7).

Değişim sürecinde ilgili kurumun yöneticilerine olumlu ya da olumsuz reaksiyonlara yol açan duygusal tepkilerin incelenmesi ve uygun yönetsel girişimlerin gerçekleştirilmesi gerekir. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde günümüzde yaşanan baş döndürücü değişim ve gelişmeler, sağlık hizmetlerinde örgütsel değişimi zorunlu kılmaktadır. Ancak gerçekleştirilen ya da gerçekleştirilecek değişimlere karşı birtakım engellerin ortaya çıkması söz konusudur. Özellikle kurumun amaç ve beklentilerini, çalışanların amaç ve beklentileri ile uyumlu hale getiremeyen kurumlar kurumda istedikleri değişimi gerçekleştirmede bir takım problemlerle karşılaşabilirler. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin bu kavram üzerinde durarak sağlık çalışanlarının değişim algılarını ve beklentilerini dikkate alması gerekmektedir. Ayrıca değişimin gerçekleşmesinde en önemli faktörün çalışanlar olduğu düşünüldüğünde değişim konusunun doğru anlatılması ve doğru algılanması için gerekli değişim stratejilerinin geliştirilmesi gerekir. Geliştirilecek değişim

Tablo: Değişiklik Uygulamalarında Yöneticilerin Benimseyeceği Başlıca Yöntemler (15).

Yaklaşım	Kullanıldığı durumlar	Yararları	Sakıncaları
1. Eğitim ve Haberleşme	Bilgi eksikliği ya da bilginin hatalı olduğu durumlarda	Bir kez uygulandığında herkes bu yöntemi destekler	Çok kişiyi ilgilendiriyorsa zaman kaybı yaratabilir.
2. Katılım	Değişikliği başlatanlar yeterli bilgiye sahip değillerse ve yoğun tepkilerle karşılaşarlarsa	Katılanlar yeni Uygulamalarda söz sahibi olacak ve verdikleri bilgilerden yararlanacaklar	Katılanların hazırladıkları değişiklik planı örgüt için uygun değilse, zaman alıcı olur
3. Destekleme	Uyum sorunu nedeni ile kişiler tepki gösteriyorsa	Çalışanların yeni olan uygulamalara uyumları kolaylaşır.	Masraflı ve zaman alıcı bir yöntemdir. Başarısız olma ihtimali vardır.
4. Pazarlık ve Anlaşma	Değişikliklerde bir kişi ya da grup kaybedecek durumda ise ve tepki gösterme gücüne sahipse	Daha önemli tepkileri önlemek için kolay bir yöntemdir.	Diğer kişileri pazarlık yapma konusunda uyarıyorsa pahalı bir yöntemdir.
5. Taviz Verme	Diğer yöntemlerin pahalı olduğu ya da kullanılmadığı durumlarda	Tepkileri çabuk ve ucuz olarak önleme yoludur.	Bazı kişiler kendilerini aldatılmış hissedebilir ve gelecekte sorun yaratabilir.
6. Tehdit ve Baskı Yapma	Süratle harekete geçmek gerekiyorsa ve yöneticiler güçlü ise	Süratle çözüm getirilir.	Bazen kişileri yöneticilere karşı tahrik eder.

stratejilerine sağlık çalışanlarının da katılımın sağlanarak değişimin kabulünü kolaylaştırması mümkün olabilir. Değişimin kurum için bir gereklilik olduğu ve değişimin sağlık kurumunun yanı sıra sağlık çalışanına sağlayacağı kısa, orta ve uzun vadeli yararların açık bir şekilde ortaya konulması gelecek endişelerinin giderilmesi açısından önemlidir. Ayrıca değişimin benimsenmesinde ya da ortaya çıkabilecek muhtemel dirençlerin önlenmesinde sağlık çalışanının aktif katılımı, yönetimle iletişiminin geliştirilmesi, gerekli moral ve motivasyon desteği sağlık kurumu tarafından dikkate alınmalıdır.

Değişimi uygulayan otoritenin çalışanları değişimin bir parçası olarak görememesi, değişimin ve gerekçelerinin personele iyi anlatılmaması ve desteklerinin alınamamış olması, dahası değişimle gelen bir takım olumsuzların nedenleri olarak ta sağlık personelinin gösterilmesi, halen sağlık hizmetlerinde gerçekleşen köklü değişime az da olsa var olan direncin nedenlerinin açıklaması olabilir.

Kaynaklar

1. Balcı, Ali. (2000). *Örgütsel Değişim: Kural ve Uygulama*. Ankara, Pagem Yayıncılık.
2. Anderson, Barbara (2002), *Readiness for Change: An Individual Perspective*. Master of Science in Management, Cardiff Business School, Cardiff University, Canada
3. Kuzubaşoğlu, D. (2009) *Genel Liselerde Çalışan Öğretmenlerin Değişim Yönetimi Faktörlerine İlişkin Algıların Okul Etkililiği Açısından Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fak. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul
4. Hazır, K. (2002) *Değişim Yönetimi Etkinliğinde Vizyon Belirliliğinin Önemi*, İstanbul: Kho Yayınları.

5. Güven, C. (2006) *İş Görenlerin Değişim Yönetimi Algılarına Düzeylerinin Belirlenmesi ve Kamuda Bir Uygulama*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

6. Emir, H.A. (2004). *Kamu Yönetimi Bağlamında Değişim Yönetimi Ve Yönetimsel Çevre İlişkisi*, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Muğla.

7. Yaman, Z. (2007) *Organizasyonlarda Değişim Yönetimi ve İşletmelerde Değişim Yönetim Uygulamalarının Etkileri Üzerine Bir Araştırma*. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

8. Dağ, Sultan. (2010) *Hemşirelerin Değişim Yönetimi İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

9. Koçel, T. (2003) *İşletme yöneticiliği*, İstanbul: Beta Yayınları

10. Omachonu, V., Einspruch, N.G. (2010) *Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework*. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15(1), pp.1-20.

11. Fitzgerald, L., Lilley, C., Ferlie, E., Addicott, R., McGivern, G., Buchanan, D. (2006), "Managing Change and Role Enactment in the m Professionalised Organisation", Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO).

12. Hernandez, J.S., Dale, J.C., Bennet, K.E., Varke, P (2010) *Challenges and Opportunities for Medical Directors in Pathology and Laboratory Medicine Standardization, Integration, and Innovation*. Am J Clin Pathol, 133. ss:8-13.

13. Dursun, E. (2007) *Örgütsel Değişim Değişim Karşısında Bireysel Direnç*, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kütahya.

14. Oreg, S. (2003) *Resistance to Change: Developing an Individual Differences Measure*. Journal of Applied Psychology 88/4. Ss:680-693.

15. Sabuncuoğlu, Z., Tüz, M. (1995) *Örgütsel Psikoloji*, Bursa: Ezgi Kitabevi.

İstanbul aşığı Semavi Eyice: Bu şehirde değil Bizans, Osmanlı bile kalmadı!

Ömer Çakkal

Bizans ve Osmanlı sanatına ilişkin çalışmaları ile tanınan bilim insanı Prof. Dr. Semavi Eyice, 93 yaşında hafızası capcanlı bir çınar. Bini aşkın kitapta makale, ansiklopedi maddesi ve araştırması yayımlanan Eyice, Türkiye’de Bizans sanatının tanınmasında ve Osmanlı sanatı ile karşılaştırılmasında önemli rol oynamış bir isim. Aynı zamanda bir “İstanbul aşığı” olarak tanınan Eyice’nin İstanbul’un kaybolan tarihî eserleri ile ilgili makaleleri, bu konudaki çalışmaların en önemli kaynağıdır. Eyice, Anıtlar Kurulu’nda görev yapması dolayısıyla birçok tarihî yapının yok olmaktan kurtarılmasını; kurtarmadıklarının ise kayıt altına alınmasını sağladı. Geçmişte Türk Tarih Kurumu’nda da görev yapan Eyice’nin İstanbul’un tarihi eserleri konusundaki çalışmaları dışında Toroslar’daki arkeolojik alanlar, Balkan ülkelerindeki Osmanlı eserleri hakkında da araştırmaları var. Eyice, SD’nin yeni sayısının röportaj konuğu oldu. Bizans dönemine ait arkeolojik kazı ve bilgilerden yola çıkarak dönemin hastaneleri, hastalıkları hakkında bilgiler verdi. Ordinaryüs Prof. Dr. Süheyl Ünver’e dair hatıralarını da anlatan Eyice’nin sağlığını nasıl koruduğuna dair bilgiler dikkat çekici. İstanbul’un neredeyse son bir asrını görüp yaşayan Hocanın, “kaybettiklerimiz”e dair anlattıkları ise sizin de içinizi acıtacak.

Saygıdeğer Hocam, “Bizans devrinde İstanbul’da Tababet, Hekimler ve Sağlık Tesisleri” adlı kitapçığınız var. Bizans’tan Osmanlı’ya İstanbul’daki sağlık yapıları, kurumlarıyla ilgili arkeolojik bulgular ve bu bulgular ışığında o dönemlerdeki sağlık sistemi hakkında

edindiğimiz bilgiler nelerdir?

Vaktiyle İstanbul Üniversitesi’nde Tıp Tarihi Bölümü’nde hocalık yapan rahmetli Bedi Şehsuvaroğlu benden böyle bir yazı istedi. Bunun üzerine bazı kaynaklara başvurarak böyle oldukça büyükçe bir makaleyi kaleme aldım. Burada söyleyebileceğim şudur: Antik devirde yani İlkçağ’da Bizans’tan önce bazı tıp esaslarını ortaya koyan ünlü hekimler var. Aşağı yukarı Ortaçağ’da Bizans dediğimiz medeniyette onların bilgilerinden faydalanmıştır. Hatta bizim İslam tababeti de bunlardan büyük ölçüde yararlanmıştır. Bunlardan 2 tane ünlü hekim bilhassa tanınmıştır. Hazırladıkları eserler gerek Arapçaya gerek Bizans Grekçesine çevrilmiş ve o dönemde yayımlanmıştır. Bunlar o dönem hekimlerin ellerinde dolaşmış fakat hekimler hakkında Bizans tabaatını bize gösterecek olan hekimler yok. Yalnız arkeolojik kazılarda bazı aletler bulunmuştur ki bunlar yalnızca tıpta kullanılabilen aletlerdir denmektedir. Bunlar da az sayıdadır ve ne işe yarar, ne işte kullanılabılır konusunda fazla üzerinde durulmamıştır. Bizanslı hekimlerin de bilgi ve kabiliyetleri hususunda da fazla bir şey bilemiyoruz ve bu Bizans’ın son zayıfladığı durumlarda önemini kaybetmiş. Şöyle ki benim yine Bizans tarihinde tesadüfen yüzüme çarpan bir cümle şöyle: Bizans İmparatorlarından bir tanesi hastalanıyor ve Bizans hekimleri hastayı kontrol ediyorlar ancak hiçbir şey yapamıyorlar. Bizanslı hekimlerden fayda gelmeyeceği anlaşıldığından bir de Pers hekime başvurulması kararlaştırılıyor. Şimdi şuna dikkatinizi çekmek isterim: Bizanslılar, Ortaçağ’ın başında Türkleri, Orta Asya’dan Avrupa’ya Hazar

Denizi’nin kuzeyinden geldikleri için Türk demişlerdir. Avar Türkleri, Peçenekler, Hazar Türkler vs. çünkü bunların hepsi Hazar Denizi’nin üzerinden Karadeniz’in üstünden doğru Batı’ya gelmişlerdir. Bunlara Türk derler fakat Selçuklu Türkleri Hazar Denizi’nin altından doğru Irak üzerinden gelmişlerdir. Onlara İran üzerinden geldikleri için daima Pers demişlerdir. Bu cümleden anlayacağımız üzere, bu Bizans İmparatorunu tedavi için çare bulamayınca Bizanslılar bir Türk hekimine başvurmuşlardır. Fakat bizim o yıllarda hangi Türk hekimlerimiz var hiç bilmiyoruz. Bizimki de karanlık içindedir. Yalnız Bizanslıların Antik devirden kalmış tıp kitaplarını Bizans devrinde de istifade ederek tıpta yardımcı olmak için kullandıklarını biliyoruz. Bu arada Bizans’ın ölümünden 100 yıl önce filan korkunç bir entrikacı kişi belirmiştir. Bu entrikacı çok zengin bir adam ve Bizans’ın tuz ihtiyacını bu adam karşılıyor. Bu adamın tuz depoları var. Zengin ve her şeyle oynayan bir adam ayrıca hoşlanmadığı kişileri zindana attırıyor. Hatta bu adamın yaşadığı yer de Tekirdağ’ın kıyı sahil şeritlerinden Epivates diye bir yerdedir. Bu Epivates Kasabası’nda herhalde adamın sarayı varmış ve tespit ettiğimize göre Tekirdağ yolu üzerinde Selimpaşa denilen yerdedir. Fakat orada bir kalıntı fark etmedim. Ancak bu adam Silivri’de bir kilise yaptırıyor. Bilirsiniz, Silivri’nin hâkim bir tepesi vardır ve o tepede bir kale vardır. O kalenin eteğinde bugün modern bir cami vardır. O dönemde orada bu bahsettiğimiz kilise mevcuttur. Fatih Sultan Mehmet tarafından o kilise camiye çevriliyor ancak bu cami daha sonra yıkılıyor ve enkazını da kaldırılıyor. Ancak burada bazı sütunlar bulunmuştur. Bu sütunlarda Alexios Apokaukos



Fotoğraflar: Ömer Çakkal

adı bulunmuştur. Bahsettiğimiz adamın adı da budur. Bugün tabi o kiliseden bir haber yok yalnız o sütun başlıklarının bir kısmı arkeoloji müzesinde, bir kısmı da Silivri'dedir.

Yani Bizans devrinde hastaneler gibi yapılar var mıydı acaba?

Oraya geleceğim. Bu Apokaukos'u önemli bir tıp kitabına ithaf etmişler. Kitabın içine adamın dalkavuklarla olan minyatürünü eklemişler. Ama orijinal bir tıp kitabı değil, önceki kitapların ihtisarıdır. Bugün bu kitap Türkiye'de değil Paris'tedir. Bizans döneminde hastaneler konusuna gelirsek, öncelikle hastaneler hakkında çok fazla bilgiye sahip değiliz. Yani böyle bir bakım yeri var mıydı yok muydu bunu tam olarak bilmiyoruz. Yalnız şunu söyleyeyim: İlk imparatorlardan Ayasofya'yı yaptıran Jüstinyen'in yaptırdığı tesisler ve mimariler hakkında Prokopius adındaki bir kişi "Binalar" diye bir eser yazmıştır. Bu kitap çeşitli dillere çevrilmiştir. Bu kitapta sırayla İstanbul'da ve diğer yerlerde yaptığı binaları yazmıştır. Hatta Adapazarı'na giderken yol üzerinde bir köprü vardır, o köprü mesela onundur. Daha Anadolu'nun daha farklı yerlerinde binaları vardır. Bunları sayarken güneyde Paflagonya diye bir yer vardır. Bu yer Antalya'nın doğusunda olan bölümdür. Paflagonya dediğimiz yer eyaletlerden birinin adıdır. Antik Side

şehri bu eyaletin merkezidir. Bu adam Paflagonya'da hastane yaptırdığını söylüyor. Fakat hastanenin ismine şehrin adını vermiyor. Fakat ben şöyle tahmin ediyorum: Paflagonya'nın o dönemki en önemli şehri Side'dir. Ben Side'de kazılarda vs. çalıştım. Side'nin ortasında esas ana merkezini teşkil eden kocaman bir kilise kalıntısı vardı. Herhalde oranın dini merkezi o kilise idi çünkü yanında ek binalar vs. var. Hatta Piskoposluk Sarayı'nın kalıntıları var. Bunun hemen yanında 2 katlı bir bina var. Biri bodrum katı, biri de üzerinde esas kat. Esas katın üzerinde düz teras halinde fakat öyle çıplak değil, mozaik döşemeliymiş. Bu harap bina uzun koridorlar halinde. Yani dini bir bina değil, koğuş halinde bir bina. Ben acaba diyorum; bu bina bir hipotez olarak, Prokopius'un bahsettiği Jüstinye'nin yaptırdığı bir hastane olamaz mı? Yani bu bir hipotez olarak, bir tahmin olarak ileri sürdüğüm bir fikir.

Hiç araştırılma imkânı oldu mu bu tezinizin?

Efendim bu ipucu vermez ki bu, nesini araştırırım. Çıplak bir iki katlı koğuş halindedir. Bir kilise olur, bir mihrabı olur... Uzun bir koğuşlar halinde, 5 koridor, üstü de düz bir terasıdır.

Eğer hastane ise oradan yola çıkarak tahminlerde bulunmaya çalışsak...

"Bizanslıların zayıf bir bünyeleri vardı. Bilhassa balık ve su böceklerini çok yiyorlardı. Haliç'in suyunun pek sağlıklı olmadığı malumdur. Bu da o dönemler hastalıkların artmasına sebebiyet veriyormuş. Bizans hastaneleri hakkındaki bilgilerimiz 2 hastanenin bilgisinden ibaret. Biri bugünkü Vatan Caddesi'nde Lips Manastırı'nın yanında 10 yataklı, diğeri ise bugünkü Unkapanı'nda Pankrokrator Manastırı'nın yanında 50 yataklı hastane."

“Süheyl Ünver Bey’i gençliğimde tanıdım. Her akşam İstanbul Üniversitesinden çıkıp muayenehanesine uğrar, akşamları muhakkak taksiye binip Karaköy İskelesi’ne inerdi. Vapurun daima alt katına iner, pardösüsünü çıkartır, katlar ve vapurun ortadaki yuvarlak kısmına koyardı. Katiyen kanepelerde oturmazdı, o kavisli kısma otururdu. Küçük çantasının içinden kâğıtlarını ve dolma kalemını çıkarır, bazı notlar alır ve konuşurdu.”

Vaktiyle Historia Hospitalium adında Almanların hastanelerine dair bir dergileri vardı. Bu konuya dair yazım orada bir makale olarak çıktı. Sonra da bu konuyla ilgili Antalya’da Koçların İngilizce olarak bastığı bir dergi vardı...

Hocam yeri gelmişken bir şey sormak istiyorum: Almanlar özellikle ülkemizde arkeoloji çalışmalarında çok üstünler. Almanların arkeolojiye olan ilgileri ve ilerlemeleri neyden kaynaklanıyor?

Efendim, Kayzer Wilhelm’in “Doğuya Doğru Gidiş” diye bir politikası var. Almanlar bu politika gereği gerek Anadolu’da gerek Mezopotamya’da birçok arkeolojik kazılar yapıyorlar ve arkeolojik merkezler kuruyorlar. Ve düşünün ki Bressa Teknik Üniversitesinin rektörü olan kişi bütün genç mimarlara mezuniyet tezi verirken mesela 30 tane konu verdiyse, bunun 20 tanesi hep Anadolu, Suriye veya Mezopotamya üzerinedir. Zaten Bağdat Demiryolları da Almanların eseridir. İngiltere de bunun farkına vardığı için bunu engellemek adına her şeyi yapmıştır. Şimdi benim elimde en eski hastane örneği ve bir hipotez olarak Side’deki hastane meselesi var. İstanbul’daki tesisler arasında mana itibarıyla tam hastane mi düşkünler evi mi ihtiyarlar evi mi pek anlayışamayan bir takım kelimeler var. Mesela böyle bir müessesenin Ayasofya ile Aya İrini arasındaki “Suru Sultanı”nın oralarda var olduğu yolunda bir fikir var. Ancak



ortada müspet bir bina yoktur. Bilhassa Ortaçağ’ın ikinci yarısının sonlarına doğru böyle müesseseler kurulmaya başlanmıştır. Bizde de Selçuklular zamanında ilk hastaneler Anadolu’da yapılmış. Onun üzerine Bizanslıların da 12. yüzyılda bir hastanelerinin olduğu kesin olarak biliniyor. Bu da Pantokrator Manastırı’ndaki hastanedir.

Yeri biliniyor mu peki?

Biliniyor. Atatürk Bulvarı’ndan Unkapanı’na inerken sol tarafta yüksekte bir sarnıç görürsünüz. İşte o, bahsi geçen manastırın sarnıcıdır. Onun üstünde de kilisesi vardır. Daha sonra camiye çevrilen Zeyrek Kilisesidir. Onun da arkasına doğru uzanan düz arazide manastırın yapılarının olduğu biliniyor ancak o yapılardan bir üst yapı kalmamıştır. Sadece altındaki o sarnıçlar kalmıştır. Orada epey bir sarnıç vardır. Yani manastır, U harfi şeklinde kiliseden itibaren arkaya doğru uzanmaktadır. Hatta oradan daha biraz ileri de yuvarlak bir bina vardır. Şeyh Süleyman Mescidi derler oraya ve bir ara mescide çevrilmiştir. Ondaki son orası için manastırın kütüphane binası diye bir hipotez ortaya atılır. Ancak orası kütüphane falan değil, bir mezar binasıdır. Çünkü onun altında bir mezar odası bulundu. Şimdi bilmiyorum ortada hastane denen müspet bir şey yok. Yalnız şu var ki bunun vakfiye gibi bir belgesi günümüze kadar gelmiştir. Bu belge metin olarak elimizde mevcuttur. Hatta bende kitap halinde basılmış tercümesi de vardır ancak ben kütüphanemi elimden çıkardığım için şu an hiçbir elimde yok. Bu belge, bize bu hastanenin teşkilatı hakkında bilgi verir. Elli yataklı ve manastır tarafından idare ediliyor. Bunlar 10’ar 10’ar 5 ayrı grup halinde paylaşılıyor. Ancak personel sayısı biraz fazladır. Hatta bu belgeyi okuyan âlimlerden biri biraz alay ederek “Öyle bir hastane tasavvur edin ki tedavici olan elemanların sayısı hastalardan fazla” diyor.

Yani kaç tane? Belli bir rakam var mı?

Ezberimde hatırlamıyorum ama sayısı fazladır. O âlim, bu kadar personelin fazla olduğu müessesede herhalde curcuna eksik olmaz diyerek alay ediyor. Fakat bu hastane ne kadar yaşadı, ne kadar kullanıldı gibi bir bilgi elimizde yok. Çünkü hastanenin kurulduğu tarihler 1100 tarihleridir. Fakat 1204’de Latinler Dördüncü Haçlı Seferi’nde Avrupalı Şövalyeler, İstanbul’u işgal ederek kiliseleri, manastırları yakıp yıkıyorlar.

Hocam o zamanlar Bizans halkı 1000 - 1100 yıllarında bugünkü Fatih’in nerelerinde oturuyorlardı; o hastanenin civarın da mı?

Bir defa Haliç kıyılarında yoğun bir iskân söz konusu. Fatih’in merkezinde, Zeyrek, Vefa ve sonra Marmara kıyılarında var. Theodosius Limanı, şu an bizim Yenikapı Limanı dediğimiz yapıdır. Limanın büyüklüğü surların durumundan anlaşılabilir çünkü surlar limanın çevresini çevirmek için içeriye doğru alınmıştır. Tabi şimdi orası doldurulmuştur.

Nüfus hakkında bir bilgi var mı?

Nüfus o dönemler hareket halinde. Fakat fetih sırasında nüfusun çok azalmış olduğu zaten o dönemki fakirleşmeden anlaşılmakta.

Fetih sırasında nüfusu biliyor muyuz?

Valla pek fazla bilmiyoruz. Bazıları 50 bin filan diyor ama belki o kadar bile yoktur. O bölgenin bir geliri de yok. Çünkü Haliç’in girişindeki Galata’yı Cenovalılar işgal etmişler ve kendilerine antrepo yapmışlar. Tüm gemilerden aldıkları vergiler Genova Hükümetinin eline geçiyor. Hemen karşı yakada oldukları halde Bizans bir şey alamıyor.



“Bizans’tan kalan 2 hastaneyi tespit ettik”

Teşekkür ederiz hocam. Şehir planlaması açısından sağlık yapıları nasıl olmalı? Bir şehir mimarisinde, bir şehir planlamasında sağlık yapıları, hastaneler nerede olmalıdır? Bizans’ta, Osmanlı’da ve bugün için kıyaslamak istersek hastane yapıları hakkında ne söylemek isterseniz?

Bu konuda da fazla bir şey söyleyemiyoruz. Elimizde tek bir hastane hakkında sarıh bilgi veren belge, bu söylediğim tipikodur. İkinci olarak söylemek istediğim şurası var: Vatan Caddesi’nde 2 kubbeli bir cami vardır, adı Lips Manastırıdır. Burası eskir bir kilisedir. Şimdi burası restore ediliyor. O kilisenin de yanında 10 yataklı bir hastane olduğu biliniyor. Yani 2 büyük manastırın yanlarında böyle birer tane yapı var. Çünkü bu Ortaçağ’da bazı ülkelerle temastan dolayı bilhassa Haçlı Seferleri sırasında Avrupa’ya cüzzam hastalığı geliyor. Bizans da buna karşı önlem almak üzere yapıyı inşa etmiş. Bir yapının Hasköy Köprüsü’nün Galata tarafındaki ucunda olduğu tahmin edilmektedir. Oda bir takım efsaneler ile bağlantı kurularak söylenmektedir. Bir de Zeyrek’teki hastanenin bir eki de yine böyleymiş. Fakat bu hastaneyle aynı yerde değil, farklı bir yerdeymiş. Yani bir nevi tecrit hane durumundaymış.

O zamanlar Bizans döneminde bildiğimiz cüzzam hastalığı dışında başka hangi hastalıklar varmış?

Valla ben onun üzerinde pek düşünmedim ve okumadım. Yalnız Bizanslıların yiyecekleri hususunda bir şeyler yazan birinin ifadesine göre zayıf bir bünyeleri vardı. Bilhassa balık ve su böceklerini çok yiyorlar. Ayrıca Bizanslıların oturdukları yerlerde toprak kazıldığından inanılmaz derecede midye ve istiridye kabukları çıkıyor. Hala daha Rumlar istiridye

çok severler. Mesela fetihten sonra da Haliç’te istiridye çıkarırlarmış. Ayrıca Haliç’in suyunun pek sağlıklı olmadığı malumdur. Bu da o dönemler hastalıkların artmasına sebebiyet veriyormuş. Şimdi İstanbul’da Bizans hastaneleri hakkında bildiklerimiz bunlardan ibaret. Yani biri bugünkü Vatan Caddesi’nde Lips Manastırı’nın yanında 10 yataklı, diğeri ise bugünkü Unkapanı’nda Pankrokrator Manastırı’nın yanında 50 yataklıdır. Bu ikisinden başka bir bilgimiz yok. Ondan sonra daha ufak tefek etütler yaptılar. Harpte yaralıları toplamak üzere bir nevi ambulans teşkilatının kurulduğu yolunda bir ufak çalışma yayımlandı. Biliyorsunuz Ermenilerin memleketleri Kafkasya’dır fakat Türkler Anadolu’ya girmeye başladıktan sonra bunların bir kısmı 12. yüzyıllarda güneye göç ediyorlar ve Adana-Tarsus bölgesine yerleşiyorlar. Bunların bir idaresi ve bir devletleri yok. Buraya küçük Ermenistan deniyor fakat resmi bir adı da yoktur. Hatta bundan 100 sene önce burası hakkında kocaman bir kitap yazan bir Ermeni papaz vardır. Bu papaz, Güney Ermenistan’a dair yazdığı kitabı bir ad veremiyor, “*Bunların başşehirlerin adı Sis’ti, ben de bunun adına Sison yaptım*” diyor. Bu Sis şehri bugünkü Adana civarındaki bizim kazalardan bir tanesidir. Fakat ben oraya gitmedim ve orada bir kalıntı da yoktur. Yalnız kaynaklardan bildiğimize göre bunların başlarında bir tane kraliçe gibi bir kadın varmış. Yalnız elimizde bu kadın 12. yüzyılda Güney Ermenistan’da bir hastane kurdurmuş diye bir kayıt var. Yani bu biraz bizim Selçuklularla da paraleldir. Çünkü aynı yıllarda Anadolu’da da Selçukluların hastaneleri var. Gerek Kayseri’de gerek başka Selçuklu şehirlerinde ilk hastaneler kurulmuş ve bunların binaları hala mevcuttur.

“Süheyl Ünver, kitapçıya, ‘O çocuk kim ise gelsin kitapları benden istesin’ demiş”

“Benim değil 50, 70-80’den sonra bile ciddi bir rahatsızlığım olmadı. Hiç sigara içmedim. Pipoyu denedim ama beceremedim. Pipo aldım, af edersiniz tuvalete düşürdüm, balık tutuyordum denize düşürdüm. Hep muntazam bir hayat sürdüm. Çok yürüdüm, çok yüzdüm, bulabildiğim kadar balık yedim. Sebzeyi çiğden, eti ızgarada yedim. Sağlığımı bunlara borçluyum.”

Teşekkür ederiz hocam. Bu noktadan itibaren yakından tanıdığınız ünlü hekimler hakkında hatıralarınızı dinlemek istiyoruz. Özellikle Prof. Dr. Süheyl Ünver hakkında. Hocayı nasıl tanıdınız, ne gibi hatıralarınız var?

Süheyl Ünver’le aşağı yukarı 42-43 yıllarında lisede talebeyken tanıştım. Efendim o dönem bir ara yeni harflerle basılan tüm kitapların kataloğunu bastılar. 2 cilt olan bu kitabın adı Türkiye Bibliyografyasıdır. Bu kitap o dönem elime geçmişti ve ben ona sayfa sayfa bakarak beni ilgilendiren yeni harflerle çıkmış tüm kitapların listesini çıkarmıştım. Süheyl Ünver, tüm yazılarını ayrı basım olarak çıkartırdı. Orada tabi bol miktar yayın var. Onların çoğunu yazdım ben. O zamanlar Beyazıt’ta elektrik idaresinin orada bir Ermeni kitapçı vardı. Ben o dönemler ismi Bedros Nişanyan olan bu kitapçının dükkânına sürekli giderdim. Zamanının meşhur sahhafı Nişanyan, istediğimiz kitabı verir, parasını da sonra alırdı. Bu yüzden ondan alışveriş yapardık. “*Şunları da Süheyl Bey’den rica ediver, parasını sonra veririm*” dedim. Takip eden günlerde uğradım. Süheyl Bey, Nişanyan’a, “*Ben onları ayrı basım satmam. Sen onlardan para alırsın, sana vermem*” demiş. Süheyl Hoca kitapçıya, “*O çocuk kim ise gelsin kitapları benden istesin*” demiş. Onun üzerine ben onun İstanbul Üniversitesi merkez binasındaki bürosuna gittim. Böylece tanışmış olduk. Oraya gidip geldim. Ayrıca o dönem Çemberlitaş’taki Sultan Mahmut Türbesi’nin karşısında yapılan iş hanının



alt katında, bir meslektaşıyla müşterek bir de muayeneleri vardı. Süheyl Bey her akşamüzeri üniversiteden çıktıktan sonra orada 1-2 saat otururdu. Oraya pek hasta gelmezdi. Ben de oraya uğradım, beraber çıkardık. Muhakkak taksiye biner, taksile Karaköy İskeleyi'ne kadar inerdi. Orada vapurun daima alt katına iner, pardösüsünü çıkartır, katlar ve vapurun ortadaki yuvarlak kısmına koyardı. Katiyen kanepelerde oturmazdı, o kavisli kısma otururdu. Küçük çantasının içinden kâğıtlarını ve dolma kalemini çıkarır, bazı notlar alır ve konuşurdu. Kadıköy'e kadar bu şekilde giderdi. Yaptığı bazı resimleri gösterirdi. O zamanlar Moda'da Mühürdar'da oturuyordu. Son zamanların da Fenerbahçe'de bir ev almış mı yaptırmış mı tam bilmiyorum ama ben o eve hiç gitmedim. Fakat onunla Moda burnundaki eve kadar giderdik ve beraber ayrılırdık. Bende oradan tramvayla Bostancı'ya kadar giderdim. Bu şekilde uzunca süren dostluğumuz, ahbablığımız oldu.

Bunlar sene kaç civarı gerçekleşiyor?

Aşağı yukarı 45'ten vefatına kadar ki sürede gerçekleşiyor.

Yani siz Almanya'dan geldikten sonraki yıllar?

Önceden başladı, geldikten sonra da devam etti. Hatta Tarih Kurumu'nda da oda üyeydi. Ondan sonra ben de üye oldum. Fakat Evren Paşa hepimizi kurumdan attı! Sonra o Türk Tarihi Arkivi adı altında bir dergi çıkardı. Gri kaplı, orta boyda bir dergiydi. İçinde Türk tarihine dair makaleler vardı.

Kimler yazıyordu acaba?

Valla kendi de yazıyordu, meslektaşları da yazıyordu. Baya ciddi bir dergiydi.

Fakat nedense o dergi sadece 22 sayı çıktı. Bende tüm sayıları vardı.

Süheyl Ünver Hoca'nın geleneksel sanatlara da katkısı var, o yönünü de tanıdınız mı?

Süheyl Bey, Topkapı Sarayı Müdürü Tahsin Özoğlu'nun çok iyi dostuydu. Enderun'da bir odayı ona tahsis etmişler. Genellikle kızlardan oluşan amatör bir öğrenci grubu vardı. Onlar her salı günü orada toplanırlardı ve Süheyl Bey onlara minyatür öğretirdi. Boyalar nasıl hazırlanıyor, altın nasıl eritilip boya haline getiriliyor öğretirdi. Sonra bunlara tatbikat da yaptırırdı. Bunlar böyle ufak tefek minyatür taklitleri ve yazı kopyaları falan yaparlardı.

Hocanın tezhip ve hat çalışması da vardı yanlış hatırlamıyorsam?

Yani kendisi bir hattat değil, kopya yapıyorlardı. Hat sanatı üzerinde bir çalışması yoktu fakat bir başka merakı da vardı. Bazı minyatürlerdeki bazı tipleri fotoğrafla agridisman yaptırırdı. Ondan sonra bu aslında bu adamın gerçek portesidir diyordu. Süheyl Bey "Bunu yapan minyatürcü gelişi güzel bir resim yapmamış bunun kişiliğine benzeyen bir resim yapmış" diyordu. Bunun da ispatı olarak agridisman yapılıncı adamın vesika gibi resim görüntüsü çıkıyordu. Ondan sonra onu boya ile filan renklendiriyordu. Böylece Molla Gürani, Fatih gibi ünlü kişilerin portrelerinin elinde olduğunu söylüyordu.

Süheyl Hoca dışında başka tanıdığınız, dostluğunuz olan bir hekim oldu mu?

Valla Kadıköy tarihçisi Dr. Müfid Ekdal var. Biliyorsunuz daha sonra Numune Hastanesinin Başhekimisi oldu. Bir sene kadar falan olmuş vefat edeli, ben de

yeni öğrendim. Bu eve falan da geldi. Ondan sonra Kadıköy tarihi, eski konakları üzerine epey güzel kitapları vardır. Yani yakın tarih bakımından Kadıköy'ü en iyi tanıyanlardan biriydi. Ben bir ara Kadıköy'ün ünlü sokak satıcıları ile meşgul oldum. Halil Ağa diye bir macuncu vardı. Büyük tablanın içinde rengârenk macunlar yapar ve satardı. Bir gün Müfit Bey'le konuşuyoruz. "Macuncu Halil Ağa'ya hastalandı, bizim hastaneye getirdiler onu" dedi. Hastalığının dizanteri olduğunu öğrendim. Düşünün, çoluk çocuğa macun satan adam dizanteriden ağır hasta ve hastaneye getirmişler. Sonra da ölmüş. Bunlara dair bilgiler ondaydı. Bir de Bedi Şehsuvaroğlu'nu iyi tanırdı. Araları iyi değildi ama Süheyl Bey onu oraya almıştı. Ancak o Süheyl Bey'e biraz ihanet etti ve bu yüzden de araları iyi değildi.

"Çok yürüdüm, çok yüzdüm; sağlığımı buna borçluyum"

Hocam ahir ömrünüzde 90 yılı devirdiniz. Allah uzun ömürler versin. Ülkemizde 50 yaşından itibaren hastaneyle, doktorlarla ilişkisini sıkılaştıran bir toplumumuz var maalesef. Anadolu'da insanlar özellikle 50-55 yaşından, emekli olduktan itibaren tüm mesailerini cami ve hastane arasında geçiriyor. Peki, sizin sağlınızla aranız nasıl? 50-60'lı yaşlarınızdan beri ne gibi rahatsızlıklarınız oldu?

Benim değil 50, 70-80'den sonra bile ciddi bir rahatsızlığım olmadı. Bu noktada şunu söyleyeyim: Ben hiç sigara içmedim. 40 yaşlarındayken bir ara bana sigara içirmek istediler. Ancak daha sonra baktım bunu ben beceremiyorum. Sonra pipoyu denedim ancak onu hiç beceremedim. Çünkü ağızlarında emzik gibi hem araba kullanıyorlar, hem de onunla her işi yapıyorlar. Ben efendim

pipo aldım, af edersiniz tuvalete düşürdüm, balık tutuyordum denize düşürdüm. Amerika'dan bir pipo hediye ettiler fakat o da yandı. Ondan sonra ondan da vazgeçtim. Bir ara kafamı dinlendirir diye puro içeyim dedim. Puroya başladım, o da çok az sürdü, onu da bıraktım. Yani demem o ki ben bir defa sigara içmem prensip itibarıyla. Ondan sonra yatmak için normal bir saatim vardı ve muhakkak yarım saat yatakta kitap okurdum. Şimdi yapamıyorum onu çünkü gözlerim müsait değil. Saat 7'de kalkardım muhakkak. Hep muntazam bir hayat sürdüm. Çok yürürdüm ki benim zaten arkeolojik araştırmalarım da daha çok dağ bayır dolaşmak suretiyle elde edilmiştir. En son Tarih Kurumu'nda üyeyken, yani 15-20 sene evvel kadar Toros Dağlarında Silifke yöresinde bütün dağlarda ören yerleri aradım. Bunların tespitini yaptım, fotoğraflarını çektim ancak bunları yayımlamak nasip olmadı. Benimle beraber gidecek onlar, öyle anlaşılıyor. Oralarda çok enteresan ören yerleri buldum. Koca koca kiliseler hala ayakta duruyor.

Hocam ciddi rahatsızlıklar geçirdiniz mi? Ne gibi ameliyatlar oldunuz?

Efendim ciddi rahatsızlığım çok şükür yok. Ancak bundan yaklaşık 10 sene kadar önce gözlerim iyi görmediği için 4-5 farklı doktora gittim. Onlar da "Yaparız, ederiz" dediler. Sonra da hepten berbat ettiler. Bazısı da sadece para çekmeye bakıyor ve bu yüzden Ankara'ya falan da gittim. Kısacası gözümü berbat ettiler. Bir Yahudi gözcü vardı, onu çok met eylemişlerdi. Daha sonra ona gittim, o da, "Açık konuşacağım, kör olmanız ama iyi de olmaz gözünüz. Böyle idare edeceksiniz" diye kestirip attı. Şimdi şekerim var mümkün mertebe perhiz yapıyoruz, hap alıyoruz, insülin alıyoruz.

Beslenmeniz nasıl Hocam? Ne şekilde besleniyorsunuz şu an?

Valla ben ömrüm boyunca pek öyle boğazına düşkün biri olmadım. Daha çok balık yerim. Tencere yemeğinden pek hoşlanmam; ızgara et ve bilhassa balık yerim. Sabah kahvaltısında beyaz peynir, çay ve zeytin yerim. Zeytin soframda muhakkak vardır.

Pek sebze tüketmiyor musunuz?

Sebze yerim ama genelde çiğ olarak. Ben çocukken soğan ve sarımsağı çok yerdim. Şimdi hanım pek hoşlanmadığı için pek yiyemiyorum. Zaten şimdi soğan ve sarımsak da biraz acayıpleşti.

Hocam geriye doğru baktığınızda bedensel ve zihni sağlığınıza neye borçlu olduğunuzu düşünüyorsunuz?

Çocukken ve gençken bisiklete çok

bindim. Bostancı'dan Kadıköy'e birinci mevkideki tramvay 1,5 kuruştı, ikinci mevkideki ise 2,5 kuruştı. Ona rağmen Kadıköy'e bisikletle giderdim. Aşağı yukarı 10 kilometreden fazladır ancak bir defasında Kadıköy'e 2 defa gidip geldim.

Burada Bağdat Caddesi mi vardı? Kadıköy'e nasıl giderdiniz?

Bağdat Caddesi'nden giderdim. Yalnız Bağdat Caddesi o zamanlar toprak yoldu, daha sonra asfalt oldu. Onun dışında denizi severim. Evimiz yalıda olduğu için zaten girerdik. Teknem de vardı, yelkenli de kullandım. Zaten bizim aile denizciydi. Onun üzerine denizle çok haşır neşir olduk. Onun dışında arkeoloji de çok bulundum. Çadır hayatı yaşadım. Side'deki kazılarda mesela çadırdaki yatıp kalkıyorduk. Beden sağlığında tüm bunların etkisinin olduğunu düşünüyorum.

Maşallah Hocam zihniniz de çok berrak. Çocukluğunuzdaki hatıraları da hatırlayabiliyor musunuz?

Bir tanesi var herkesin çok hoşuna gidiyor. Bir gün 3-4 yaşlarındayım ve evde bir hayli azmışım. Babam da çok sert mizaçlı biriydi. Çok gürültü ettiğimde bana çok kızmıştı ve "Bana bak şimdi seni çırıl çıplak soyar elbiselerini sokağa atarım" demişti. Ben de ona, "Elbiselerimi niye atıyorsun?" diye sorunca, "Onların sahibi benim" demişti. Benim cevabıma bakın ama: "Peki sokağa attığın çocuk kimin!" Yani biraz hazırcı cevap vermişim.

Siz burada İstanbul'da mı doğdunuz? Eviniz Bostancı'da mıydı?

Evet, İstanbul'da doğdum. Evimiz Kadıköy'deydi sonra Bostancıya geldik. 1932'de babam bu arsaya aldı ve ev yaptırdı. Ancak parası olmadığından evin yapımı uzun sürdü. İlk defa 35 yıllarında evin içine girildi. Ondan önce biz birkaç yaz İkinci Dünya Savaşı başlayana kadar yazları geliyorduk ve bir evin bölümünde kalıyorduk. Bir bölümünü ise kiraya veriyorduk. O zamanlar Kadıköy'deydik, Bostancı yazlıktı.

Babanız ne iş yapardı?

Babam deniz subayıydı. Erken emekli olmuş, sonra da İstanbul Liman İdaresi'nde ve denizcilikle ilgili işlerde çalışmış. Benim çocukluğumda bir ara Van'da 1-2 tane gemi çalışırdı. Babam orada 2 sene kadar tersane müdürlüğü yaptı. Biliyorsunuz, Mısır Hidivi İngiliz boyunduruğunu kabul etmemiş ve gemi Türk tebaasıdır, yatı da Türk bayrağı taşır. O yat Türkiye'ye hiç gelmemiştir ama üzerindeki bayrak Türk bayrağıdır. Mecburen ve kanunen de süvarisinin Türk olması lazımdır. Babam 2-3 sene Mısır Hidivi'nin

yatına süvarilik, kaptanlık yaptı. Oradan 30 yıllarında geldi. O sıralarda Ulaştırma Bakanlığı Sivil Kaptan Mektebi'ni açtı. Oraya deniz subaylığından emekli olan kadroları atadılar. Gerek idareciler gerek öğretmenleri hep eski denizciler falan oldu. Babam da emekli deniz subayı olduğu için öğretmen olarak girdi. Ondan sonra ikinci emekliliğine kadar o kaptan mektebine hocalık yaptı.

"Bizans'ı kaybetmiş ne ki, İstanbul Türklüğünü bile kaybetti!"

Hocam son olarak İstanbul'un Bizans kimliği ve ondan kalan mirası hakkında görüşlerinizi almak istiyorum. Bugün karşımızda her geçen yıl betonlaşan ve ruhunu kaybeden bir İstanbul var. Parçalanmış ve bozulan silüet hakkında görüşlerinizi alabilir miyiz?

Bizans'ı kaybetmiş ne ki, İstanbul Türklüğünü bile kaybetti! Bu şehirde değil Bizans, Osmanlı bile kalmadı. Biliyorsunuz mahallelerin bir teşkilatı vardı. Her mahallenin büyük camilerden başka mescitleri vardı. Mahalleler mescitleriyle tanınırdı. Sokaklar onunla anılırdı çünkü. Posta adresi ve sokak ismi diye bir şey yoktu. Ondan sonra falan mahallede falan mescidi dense, hemen bilinirdi çünkü posta adresi oydu. Şimdi bunlar bitti. Belki 1-2 sokakta görülebiliyor. Ondan sonra ulu ağaçlar vardı, mescitler vardı. Evler iç içe geçmişti, birbirleriyle temasları vardı. Orada bir kahvehane olurdu, küçük hasır sandalyeler vardı, bunlar bitti artık. Bir İstanbullu, bir de İstanbul efendisi vardı. Bugün televizyonda bir yerlerde adam vurulmuş, kan içinde kıvranıyor. Ona dönüp de kimse bakmıyor.

Yani bir İstanbul hemşericiliği vardı, bir de İstanbul efendileri vardı değil mi? Hocam bugün Anadolu'da örnek veriyorum bir Trabzon'da, bir Kayseri'de o kentin hemşericiliği var. İnsanlar şehirlerine sahip çıkıyorlar, değer veriyorlar. Bugün İstanbul adeta bir toplama şehir gibi, bir kamp gibi. Kimse İstanbul'u sahiplenmiyor. Yani İstanbul'da bir şekilde insanların kente sahip çıkma bilinci kazanmaları gerekiyor değil mi?

İstanbul tarihini zenginliğe sahipti. Bu kentte bir taşı dahi oynatmak mümkün değildi. Hepsinin bir efsanesi vardı. Biz bunları kaybettik, hiçbir kalmadı. Ben eski sokağımızı hatırlıyorum. Herkes birbirini tanırdı, Müslümanı vardı, Hristiyan'ı vardı, Kürdü, Ermeni'si vardı. Ama herkes tanırdı birbirini, herkes birbirine yardım ederdi. Bu, tarifi çok zor, acıklı bir hikâyledir. Şimdi bu kentte insanlık bitmiş durumda.

Suriyeli sığınmacılara sunulan sağlık hizmetleri

Doç. Dr. Osman Arıkan Nacar



1977 yılında Adana'da doğdu. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesinden 2001'de mezun oldu. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Beyin ve Sinir Cerrahi uzmanlığını tamamladı (2008). Ardından aynı yerde Beyin Cerrahi Uzmanı olarak görev yaptı. 2011 - 2012 yıllarında (UCSF) Kaliforniya San Francisco Üniversitesi Beyin Cerrahi Kliniğinde Araştırma Görevlisi olarak çalıştı. 2012 - 2014 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Tıbbi Cihaz Kayıt ve Koordinasyon Daire Başkanlığı görevinde bulundu. Avrupa Beyin Cerrahisi Birliği, Nöroşirurji Derneği, TND Nörovasküler Cerrahi Grubu üyelikleri bulunan Nacar, Mayıs 2014'ten beri Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü olarak görev yapmaktadır. Dr. Nacar evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Suriye Arap Cumhuriyeti'nde yaşanan olaylar nedeniyle ülkemize giriş yaparak geçici koruma altına alınan Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleri, ilk olarak 29.04.2011 tarihinde Hatay ilinde başlamıştır. Bu gün itibarı ile toplam 10 ilde (Hatay, Şanlıurfa, Kilis, Gaziantep, Mardin, Maraş, Osmaniye, Adıyaman, Adana, Malatya) 23 geçici barınma merkezi bulunmaktadır. 06.01.2015 tarihinde AFAD'tan alınan verilere göre kamplarda 228 bin 433 Suriyeli bulunmaktadır. Ülkemizdeki geçici barınma merkezlerine gelen toplam Suriyeli sayısı 582.660 olup ülkesine dönen toplam Suriyeli sayısı 353.631'dir.(1) Ülkemiz genelinde 1.500.000'e yakın Suriyeli ise kamplarımızın dışında ikamet etmektedir. Geçici barınma merkezlerinde sağlık hizmetleri prefabrik konutlarda, konteynerde, hastanelerde, çadır ve ağır iklim tipi sahra hastanelerinde TC. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Başkanlığı'nın (AFAD) 18.01.2013 tarih 374 sayılı, 09.09.2013 tarihli 2013-8 sayılı ve 18.12.2014 tarihli 2014-4 sayılı genelgeleri kapsamında ücretsiz olarak sunulmaktadır.

Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerimiz mevcut durumda üç ana başlık altında toplanabilir.

1. Sınırdan yaralı olarak alınan Suriyelilere sunulan acil sağlık hizmetleri,

2. Geçici barınma merkezlerinde sunulan sağlık hizmetleri,

3. Kamplardan sevk edilen hastalar ve kamp dışında kendi imkânlarıyla ikamet eden Suriyeliler için ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde sunulan sağlık hizmetleridir.

1) Acil Sağlık Hizmetleri

Yaralı Suriyeliler, sınırdan ambulanslarla alındıktan sonra, bir plan dâhilinde; önce en yakın hastaneye nakledilir. Bu hastanenin yeterli olmadığı durumlarda ise sevk zinciri işlemektedir. 06.01.2014 tarihi itibarıyla Suriye'deki çatışmalarda yaralanarak Hatay ilinden Ülkemize giriş yapan Suriyeli sayısı 13.267, Şanlıurfa ilinden 3.081, Kilis ilinden 5.925, Gaziantep ilinden 1.724 olmak üzere toplamda 24.076'dır. (2)

Sınır illerinden yoğun yaralı girişlerinin yaşandığı illerin kapasitesinin yetersiz kalması durumunda ise destek il tablosuna uygun olarak hasta drenajları sağlanmaktadır.

Sınıra yakın bölgelerde ambulanslarımız yoğun yaralı girişlerine karşı tam donanımlı olarak hazır bekletilmektedir. Suriye'de çatışmaların yoğunlaştığı dönemlerde çok sayıda hasta ve yaralı hastanelerimize nakledilmektedir. Toplu yaralı girişlerinde Bakanlık Sağlık Afet Koordinasyon Merkezimiz (SAKOM)

ve İl Komuta Kontrol Merkezlerimizce (KKM) her türlü kara ve hava ambulanslarımız ile hasta ve yaralı nakli gerçekleştirilmektedir. Ayrıca geçici barınma merkezlerimizde de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla ekipli ambulanslarımız hizmet sunmaktadır.

Kamplarımızın şehir merkezlerine uzak olması ve sınırdan alınan vakaların bir bölümünün il dışına sevk edilmeleri nedeni ile 112 acil sağlık hizmetlerinde gerek personel gerekse de ambulans ihtiyacı oluşmuştur. Bu nedenle özellikle Şanlıurfa, Hatay ve Kilis gibi yoğun Suriyeli nüfusun bulunduğu ve aktif yaralı girişi olan illerimize diğer illerimizden belirli planlamalar doğrultusunda ekipli ambulans görevlendirmeleri yapılmaktadır. Sınır illerimize Ocak 2015'e değin 31 adet çok sedyeli, 141 adet ekipli ambulans görevlendirilmiştir. Ayrıca Şanlıurfa ve Kilis ilinde bulunan kamplarda görev yapmak üzere 15'er günlük periyodlarla 1 doktor ve 4-5 yardımcı sağlık personelinin oluşan Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri (UMKE) görevlendirilmekte olup 31.12.2014 tarihi itibarıyla kamplarda toplam 721 UMKE personeli görev yapmıştır. Suriye sınırımızda bulunan illerimiz için gerek ambulans dağıtımları gerekse de personel planlamalarında mevcut Suriyeli nüfus dikkat alınmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri Bakanlık SAKOM tarafından 7/24 izlenmekte ve takip edilmekte ve ihtiyaçları anında görevlendirmeler ile giderilmektedir.



2) Geçici Barınma Merkezlerinde Sunulan Sağlık Hizmetleri

Geçici barınma merkezlerinin nüfusu, şehir merkezine olan uzaklıkları vs. faktörler göz önüne alınarak toplum sağlığı merkezlerine ya da hem hastane hem de toplum sağlığı merkezlerine entegre olarak sunulmaktadır. Yeni kurulan barınma merkezlerinde daha çok prefabrik binalarda sağlık hizmeti sunulurken, ilk kurulan barınma merkezlerinde sağlık hizmetleri daha çok sahra hastanelerimizde sunulmaktadır. Özellikle Şanlıurfa, Gaziantep ve Hatay illerimizde bulunan sahra hastanelerimiz BM projesi kapsamında prefabrik sağlık üniteleri ile değiştirilmektedir. Hatay, Malatya, Mardin, Şanlıurfa'da bulunan kampların içinde sunulan sağlık hizmeti Toplum Sağlığı Merkezine bağlı olarak verilmektedir. Osmaniye, Şanlıurfa (Ceylanpınar, Akçakale), Kilis, Gaziantep, Kahramanmaraş, Adıyaman, Adana illerinde bulunan kamplarda Toplum Sağlığı Merkezi ve hastaneye bağlı olarak sağlık hizmeti sunulmaktadır. Personel görevlendirmeleri THSK, TKHK ve İl Sağlık Müdürlükleri tarafından koordinasyon halinde planlanarak yapılmaktadır.

Kamplarda koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra tanı ve tedavi hizmetleri de sunulmaktadır. Özellikle yoğun Suriyeli nüfus bulunan ve şehir merkezine uzak olan kamplarımız için Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliklerimiz aracılığı ile pediatri, dahiliye ve kadın-doğum

gibi uzmanlık dallarında tanı ve tedavi hizmetleri sağlanmaktadır. Böylece 2. ve 3. basamak hastanelere olan sevk oranları azaltılmaktadır. Sağlık personeli hastalarla AFAD tarafından sağlanan tercümanlar aracılığı ile iletişim kurmaktadır. Kamplarda yazılan reçeteler bölgede yer alan eczanelere gönderilerek ilaçlar temin edilmektedir.

Halk Sağlığı Hizmetleri

Geçici koruma altına alınan Suriyelilerin ikamet ettiği kamplarda bireylerin her gereksinim duyduklarında geç kalmadan her türlü sorun için ulaşabilecekleri temel ve koruyucu sağlık hizmetleri eksiksiz olarak sunulmaktadır.

İshal, tifo ve tifo dışı salmonelloz, şigeloz (basilli dizanteri), kampilobakteriyoz, kolera, giardiyaz (amipli dizanteri), sıtma vd. parazit hastalıkları, Tüberküloz, Bruselloz, Riketsiyoz, Leptospiroz, Viral enfeksiyonlar (kızamık, suçiçeği, hepatit A/B/E vd. grip; viral hemorajik ateşler: deng ateşi, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Ebola Kanamalı Ateşi, Marburgvirus enfeksiyonu, Hantavirus enfeksiyonu, Lassa ateşi, Arjantin hemorajik ateşi vd.) ve Cinsel temasla bulaşan enfeksiyonlar (HIV enfeksiyonu, gonore, sifiliz) vb. göçle ilişkili enfeksiyonlara yönelik geçici barınma merkezlerinde koruyucu ve temel halk sağlığı hizmetleri, gebe takipleri, çevre sağlığı hizmetleri, ilaçlama, suların klorlanması ve bakteriyolojik/kimyasal su numune analizleri, su sanitasyonu,

Suriye'de çatışmaların yoğunlaştığı dönemlerde çok sayıda hasta ve yaralı hastanelerimize nakledilmektedir. Toplu yaralı girişlerinde Bakanlık Sağlık Afet Koordinasyon Merkezimiz (SAKOM) ve İl Komuta Kontrol Merkezlerimizce (KKM) her türlü kara ve hava ambulanslarımız ile hasta ve yaralı nakli gerçekleştirilmektedir. Ayrıca geçici barınma merkezlerimizde de hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla ekipli ambulanslarımız hizmet sunmaktadır.

06.01.2015 tarihi itibarıyla Suriyelilere kamp içi verilen poliklinik hizmeti sayısı 3.164.164, kamp dışı poliklinik hizmeti sayısı 3.366.804, genel toplamı ise 6.530.968'dir. Bugüne kadar kamplardan hastanelere sevk edilen hasta sayısı 576.748'dir. Günümüze kadar toplam 249.230 Suriyeliye yataklı tedavi hizmeti verilmiştir. Ameliyat edilen toplam Suriyeli hasta sayısı 199.165 kişidir. Hastanelerimizde toplam 40.823 doğum gerçekleştirilmiştir.

hijyenin sağlanması ve bağışıklama hizmetleri (Kurulan aşı odalarında rutin aşılama hizmetleri) düzenli olarak verilmektedir. (4)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından verilen hizmetlere ait veriler haftalık raporlar halinde sunulmaktadır.

Ülkemize sığınan Suriyeli bebek ve çocuklara, Ülkemizdeki aşı takvimine uygun olarak bağışıklama çalışmaları yapılmaktadır. Bununla beraber Suriye'de görülen polio şüpheli vakalardan ve Türkiye'ye getirilen vakalardan alınan örneklerde vahşi polio üremesi ve DSÖ tarafından da eşzamanlı olarak teyit edilmesi sonucunda risk değerlendirmesi yapılarak destek aşılması çalışmaları başlatılmıştır. Bu kapsamda;

1. Tur mop-up çalışması 18-24 Kasım 2013,
2. Tur mop-up çalışması 23-29 Aralık 2013,
3. Tur mop-up çalışması 17-23 Şubat 2014,
4. Tur mop-up çalışması 07-13 Nisan 2014,
5. Tur mop-up çalışması 21-27 Mayıs 2014, tarihlerinde yapılmıştır.

Ayrıca 5-11 Haziran tarihleri arasında İstanbul ilinin 6 ilçesinde de yapılan risk

Tablo 1: Hasta nakillerinde uygulanacak destek il tablosu

Destek Olunacak İller	İlk Sırada Destek Verecek İller	İkinci Sırada Destek Verecek İller	Personel Desteği Sağlayacak İller
Hatay	Adana	Mersin	Ankara
Şanlıurfa	Adıyaman Malatya	Diyarbakır	İzmir
Kilis	Gaziantep	Kahramanmaraş Osmaniye	İstanbul

Tablo 2: 2011-2014 yıllarına ait kamplarda sunulan halk sağlığı hizmeti verileri (3)

	2011-2012 yılı sonuna kadar	2013	2014	TOPLAM
Aşı Sayısı (Toplam)	45.351	18.2254	16.3471	391.076
Bebek İzlem Sayısı	4.573	3.2528	33.266	70.367
Çocuk İzlem Sayısı	3.831	42.522	22.526	68.879
Gebe Sayısı	838	2.643	3.429	Yıllara göre tespiti yapılanlar
Gebe İzlem Sayısı	4.648	15.912	13.842	34.402
Doğum Sayısı	1.459	4.671	8.302	14.432

Tablo 3: 2011-2014 yıllarına ait kamplarda yapılan bulaşıcı hastalık takibine yönelik veriler (3)

	2011-2012 yılı sonuna kadar	2013	2014	TOPLAM
Sulu İshal	5.376	12.769	28.10	47.055
Kanlı İshal	9	31	12	52
Hepatit A (Sarılık)	718	509	40	1.267
Solunum Yolları Enfeksiyonu	47.665	239.776	252.169	53.9610

Tablo 4: 2011-2014 yıllarına ait kamplarda suda yapılan mikrobiyolojik ve kimyasal numune ile bakiye klor ölçümlerine yönelik veriler (3)

		2011-2012 yılı sonuna kadar	2013	2014	TOPLAM
Mikrobiyolojik	Toplam Numune	1.386	3.516	3.609	8.511
	Uygun Numune	1.291	3.429	3.530	8.250
Kimyasal	Toplam Numune	775	2.916	3.362	7.053
	Uygun Numune	724	2.864	3.288	6.876
Bakiye Klor Ölçüm Sonuçları	Toplam Numune	6.263	34.428	43.825	84.516
	Uygun Numune	6.057	34.276	43.627	83.960

analizi neticesinde aşılama çalışmaları yapılmıştır. Şu ana kadar 5 yaş altında 3.868.834 yerli, 309.451 yabancı (çoğunluğu Suriyeli) çocuk aşılanmıştır. 5-15 yaş arasında ise, 169.485 yerli, 43.590 yabancı (çoğunluğu Suriyeli) çocuğun aşılanması sağlanmıştır. Genel toplamda çocuk felci aşısı uygulanan 0 yaş- 15 yaş arası aşılanan yerli çocuk sayısı 4.038.319, yabancı çocuk sayısı 353.041'dir (çoğunluğu Suriyeli).

Ülkemizde Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere sunulan halk sağlığı hizmetlerinde kamplarımızda ciddi bir sorun bulunmamakla birlikte kamp dışında barınanlar için bu hizmetin sunumunda

çeşitli güçlükler ile karşılaşmaktadır. Suriyeli Vatandaşların henüz tamamının kayıt işleminin tamamlanmamış olması ve sabit adreslerinin olmaması halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunu zorlaştıran en önemli faktörlerdir. Göç idaresi Genel Müdürlüğümüzce kayıt işlemlerinin tamamlanmasını takiben Suriyelilerin aile hekimliği bilgi sistemi gibi bir sisteme entegre edilerek sağlık kayıtlarını oluşturma ve böylece daha kolay sağlık takiplerini yapabilmeyi amaçlamaktayız.

Kamplarımızda görev yapan ve kadrosu gerek hastanelerimiz gerekse de toplum sağlığı merkezlerimizde bulunan sağlık

personelimiz 4 yıla yakın bu hizmeti yürütmektedir. Gerek personelimizin üzerindeki yoğunluğun azaltılması gerekse de Suriyeli sağlık çalışanlarının sadece kendi vatandaşlarına hizmet vermeleri kaydı ile çalışmalarımızı başlatmış bulunmaktayız. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz ve Çalışma Bakanlığımız tarafından yayınlanan mevzuatlar çerçevesinde Suriyeli Sağlıkçıların çalıştırılabilmesi mümkün hale gelmiştir. Öncelikle Hatay, Kilis, Şanlıurfa ve Gaziantep'te bulunan kamplarımızda Suriyeli Sağlıkçıların çalıştırılmasını hedeflemekteyiz.

3) Hastanelerde Sunulan Sağlık Hizmetleri

18.01.2013 tarihinde Başbakanlık AFAD tarafından yayımlanan genelge ile hastanelerde sunulan sağlık hizmetleri kampların bulunduğu 10 il ile kısıtlanmış ancak sevk zincirine uygun sevk edilmesi halinde diğer illerde de hastaların tedavisine olanak verilmişti. İlk aşamada Suriyeli nüfusun büyük çoğunluğunun kamplarda barınmakta ve hemen hemen tamamı da bu 10 ilde yaşamakta idi. Ancak gün geçtikçe artan kamp dışı nüfus ve nüfusun ülke geneline yayılması durumu sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunulabilmesi amacı ile genelgenin revizyonunu gerektirdi. 09.09.2013 tarihinde yayımlanan genelge ile hastane hizmetleri sevk şartı aranmaksızın ülke geneline yaygınlaştırıldı. Suriyeliler gerek kamplardan sevk ile gerekse de kamp dışından kayıt altına alındıktan sonra 2. ve 3. basamak kamu ve özel hastanelerinde tedavi edilmektedir. Ancak Aralık 2014 tarihinde yayımlanan genelge ile acil ve yoğun bakım gerektiren haller dışında özel hastanelerde tedavi kısıtlanmış ve yine sevk zincirine uygun olarak 2. ve 3. basamak hastanelerde tedavi mümkün kılınmıştır. Ayrıca acil durumlar dışında kaydı olmayan Suriyelilerin hastanelerden yararlanamayacağı da genelge hükümleri arasında yer almaktadır.

1. basamakta Suriyeliler için gerekli altyapı tamamlanmadan sevk zincirinin getirilmiş olması sağlık sistemini zorlamakta olup AFAD ile bir yıllık geçiş süreci tanınması konusunda temalarımız devam etmektedir. Yine kayıt işlemlerinin tamamlanmasını takiben verilerin MERNİS'e aktarılması sonrasında hastane hizmetlerinin MEDULLA Sistemine entegre edilmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu ile mutabakata varılmıştır. Böylelikle suistimallerin önüne geçilmesi ve sağlık hizmetlerinin kontrol edilmesi hedeflenmektedir. Hastanelerimizde Suriyelilere sunulan sağlık hizmetleri SUT hükümlerine tabi olarak gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde geçici koruma altına alınan Suriyelilere sunulan sağlık hizmetlerine



ilişkin tedavi giderleri geçici koruma yönetmeliğinin Altıncı bölüm 27. Maddesinin (ç) bendine göre "sunulan sağlık hizmeti bedeli Sağlık Bakanlığı kontrolünde Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından genel sağlık sigortalıları için belirlenmiş olan Sağlık Uygulama Tebliğindeki bedeli geçmeyecek şekilde AFAD tarafından ödenir." denilmektedir. Anılan hüküm gereği işlem yapılmaktadır. Suriyelilere sunulan sağlık hizmetleri TC. Başbakanlık AFAD 18.12.2014 tarihli 2014-4 genelgesi ve İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün Geçici korumaya ilişkin yönetmeliği kapsamında ücretsiz olarak sunulmaktadır. (5, 6)

Sunulan Sağlık Hizmetlerine Ait İstatiksel Veriler

06.01.2015 tarihi itibarıyla Suriyelilere kamp içi verilen poliklinik hizmeti sayısı 3.164.164, kamp dışı poliklinik hizmeti sayısı 3.366.804, genel toplamı ise 6.530.968'dir. Bugüne kadar kamplardan hastanelere sevk edilen hasta sayısı 576.748'dir. Günümüze kadar toplam 249.230 Suriyeliye yataklı tedavi hizmeti verilmiştir. Ameliyat edilen toplam Suriyeli hasta sayısı 199.165 kişidir. Hastanelerimizde toplam 40.823 doğum gerçekleştirilmiştir.(2)

Genel Müdürlüğümüz Afet ve Acil Durum Daire Başkanlığı bünyesinde göçmenlere sağlık hizmetleri sunumunun aksaklıklara mahal vermeden yürütülebilmesi hedeflenerek, koordinasyon ve denetim sağlanması amacı ile Göçmen Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Birimi kurulmuştur. Ülkemiz genelinde geçici koruma altına alınanlara sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili kurum ve sivil toplum kuruluşları ile toplantılar düzenlenerek koordinasyon sağlanmaktadır. Geçici barınma merkezlerinin bulunduğu illere incelemeler yapılarak değerlendirme raporları hazırlanmaktadır. Ulusal ve Uluslararası insani yardım faaliyetleri kapsamında yapılan tüm yardımların

tıbbi açıdan denetimlerinin yapılmasına aracılık edilmektedir.

Kayıt işlemleri İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nce yapılmaktadır. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün "6458 Sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu" 11.04.2013 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu kanunun 91. maddesiyle düzenlenen ve ülkesinden ayrılmaya zorlanmış ayrıldığı ülkeye geri dönemeyen acil ve geçici koruma bulmak amacıyla kitlesel olarak sınırlarımıza gelen veya sınırlarımızı geçen yabancılara sağlanacak korumayı düzenleyen Geçici korumaya ilişkin yönetmelik ise 22.10.2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Genel Müdürlüğümüz koordinasyonunda ilgili kurum ve kuruluşların görüşleri alınarak söz konusu yönetmeliğin 27. maddesine istinaden, Geçici koruma altına alınanlara verilecek sağlık hizmetleri sunumuna yönelik esasların belirlendiği yönerge hazırlanmıştır.

Kaynaklar

1) TC Başbakanlık Afet Ve Acil Durum Başkanlığı Günlük Bilgi Notu <https://www.afad.gov.tr/tr/icerikdetay1.aspx?icerikid=848&id=16> (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

2) TC Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Günlük Bilgi Notu (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

3) TC Halk Sağlığı Kurumu Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcılığı

Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı Kamplarda Sunulan Sağlık Hizmetlerine Ait Verileri (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

4) <http://www.sdplatform.com/yazilar/kose-yazilari/374/goc-ve-enfeksiyonlar.aspx> (Erişim Tarihi: 07.01.2015)

5) AFAD 2014-4 Genelgesi <http://www.tkhk.gov.tr/dosyalar/4ace0198c7f44d78a20ecda94f0e675c.pdf> (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

6) http://www.goc.gov.tr/icerik6/yabancilar-ve-uluslararası-koruma-kanununda-gecici-koruma_409_558_1098_icerik (Erişim Tarihi: 06.01.2015)

Kamu-STK İşbirliği Örneği Olarak Verem Savaşı Dispanserleri

Prof. Dr. Zeki Kılıçaslan



1957 yılında Trabzon Araklı'da doğdu. Araklı Merkez İlkokulu, İstanbul Sağımcılar Lisesi ve İstanbul Tıp Fakültesini bitirdi (1980) 1984 yılında İstanbul Tıp Fakültesinde Göğüs Hastalıkları Uzmanı oldu. Çamlıca Askeri Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Erzurum Göğüs Hastalıkları Hastanesi ve Yedikule Göğüs Hastalıkları Hastanesinde çalıştı. 1989 yılında Doçent, 1994 yılında Profesör unvanını kazandı. Halen çalışmaya devam ettiği İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalında çeşitli yıllarda başkanlık görevini yürüttü. Tüberküloz ve Mesleki Akciğer Hastalıkları konuları ilgilenmektedir. 2009 yılında Türk Tabirleri Birliği Nusret Fişek Halk Sağlığına Hizmet Ödülünü kazandı.

Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DGTS) yaklaşımı ile Dünya'da tüberküloz kontrolünde önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen HIV/AIDS salgını ve sosyoekonomik sorunlarla birlikte özellikle az ve orta gelişmiş ülkelerde tüberküloz halk sağlığının temel konularından biri olmaya devam etmektedir. Temel DGTS uygulamaları yanında hastalık kontrolü için; tüm sağlık sisteminin güçlendirilmesi, toplum ve hastaların programa aktif katılımının sağlanması ve program için ek mali kaynakların bulunmasında sivil toplum örgütleri (STK) olarak derneklere önemli bir rol düşmektedir.

Ülkemiz tüberküloz kontrolünde Kamu/STK işbirliği açısından oldukça önemli ve özgün bir geçmişe sahiptir. Türkiye'de tüberkülozun salgın halinde olduğu 1918-1945 yılları arasında veremle mücadele hemen hemen sadece dernekler tarafından yürütülmüştür. 1945'ten itibaren Sağlık Bakanlığı'nın yönetiminde gelişen ve yaygınlaşan verem mücadelesinde de dernekler yine kamu ile başarılı bir işbirliği içinde önemli roller üstlenmiştir. Verem Savaşı Dernekleri'nin verem savaşına farklı alanlarda anlamlı katkıları olmasına rağmen bunların en önemlilerinden birisi Verem Savaşı Dispanserleri yoluyla olmaktadır. Dernekler bizzat kendileri tarafından işletilen Verem Savaşı Dispanserleri veya Sağlık Bakanlığı'nın işlettiği dispanserlerin çalışmalarına verdikleri destekle Kamu/STK işbirliğinin güzel bir örneğini ortaya koymuşlardır.

Verem Savaşı Derneklerinin Kuruluşu ve Gelişmeleri

Ülkemizde veremle mücadeleye gönüllü

kuruluşlarla (STK) başlanmıştır. Bu amaçla ilk defa 1918 yılında İstanbul'da Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti kurulmuştur. Bu dernek veremle ilgili bazı bilgilendirici yayınlar yapmış, ayrıca İstanbul Haydarpaşa Tıp Fakültesi civarında bir iki baraka kurarak tüberkülozlu hastaları tedaviye çalışmıştır. Osmanlı döneminde kurulan dernek Mondros müharekesinin imzalanması ve 16 Mart 1920 yılında İstanbul'un işgali üzerine çalışmalarına son vermek zorunda kalmıştır.

Kurtuluş Savaşı'ndan sonra ilk Verem Savaşı Dernekleri İzmir ve Balıkesir'de 1923 yılında kurulmuştur. İstanbul Veremle Mücadele Cemiyeti, aralarında Veremle Mücadele Osmanlı Cemiyeti kurucularının da bulunduğu bir heyet tarafından 1927 yılında yeniden kurulmuştur. Derneğin ismi 1964 yılında İstanbul Verem Savaşı Derneği olarak değiştirilmiştir. İzmir, Balıkesir ve İstanbul'dan sonra 1944 yılında Samsun ve Denizli dernekleri kurulmuş, daha sonra diğer illerdeki derneklerin kurulması ile dernek sayısı giderek artmıştır. 1980 yılında 222'ye ulaşan VSD sayısı zaman içinde azalarak 2014 yılında 120'ye düşmüştür.

1948 yılında İstanbul'da toplanmış olan tüberküloz konferansına katılan 48 yerel dernek tarafından Ulusal Verem Savaşı Derneği kurulmuştur. Ulusal derneğin üye sayısı daha sonra 180'e çıkmıştır. Derneğin ismi 1973 yılında Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği olmuştur. 1987 yılında feshedilen bu dernek yerine Verem Savaşı Dernekleri Federasyonu kurulmuş, bu dernek 1989 tarihinde halen faaliyetini sürdüren Türkiye Ulusal Verem Savaşı Dernekleri Federasyonu (TUVSDF) adını almıştır.

Derneklerin Verem Savaşına Katkıları

Verem Savaş Dernekleri, verem mücadelesine kontrol programının oluşturulması, dispanser ve hastane yapımı, sağlık hizmeti sunumu, TB ile ilgili sağlık çalışanlarının eğitimi, bilimsel araştırmalar, ulusal bilimsel kongre ve toplantıların organizasyonu, halk eğitimi, uluslararası ilişkilerin geliştirilmesi ve sosyal yardımlar gibi çeşitli katkılar yapmış ve yapmaya devam etmektedir.

Dernek Dispanserlerin Kurulması ve İşletilmesi

Verem Savaşı Derneklerinin (VSD) verem mücadelesine katkılarının en somut alanlarından birisi Verem Savaşı Dispanserleri aracılığı ile olanlardır. 1923 yılında kurulan İzmir VSD ilk hedef olarak bir dispanser oluşturmaya karar vermiş ve "Veremle Mücadele Cemiyeti Hayriyesi Hasta Bakım ve Muayenesi" adıyla sadece veremlilere değil, tüm hastalara hizmet veren geçici bir muayenehane açmıştır.

1927 yılında kurulan İstanbul Veremle Mücadele Cemiyeti'nin yenilenen tüzüğü'nün 2. Maddesinde belirtilen amaçlarından biri, "verem hastanesi, sanatoryum, dispanser ve benzeri tanı ve tedavi merkezleri açmak"tır. Bu tesislerin kurulması, işletilmesi ve yürütülmesi için de Hükümet, Sağlık Bakanlığı, belediyeler, özel idareler, sivil toplum örgütleri, gerçek ve tüzel kişiler nezdinde girişimde bulunmak maddi ve manevi destek sağlamak ve gereğinde iş birliğinde bulunulacağı belirtilmektedir.

Türkiye'de ilk Verem Savaşı Dispanseri İstanbul Derneği tarafından 1928 yılında Eyüp'te Belediye'ye ait bir binanın iki oda-

sında faaliyete geçirildi. Bu dispenserin çalışmaları Dr. Tevfik Sağlam, Dr. Tevfik İsmail Gökçe ve Dr. Fazıl Şerafettin tarafından yürütülüyordu. Eyüp Dispanseri, gerçekleştirilmiş olduğu faaliyetlerle ülkedeki dispenser çalışmalarına öncülük etmiştir. Burada hastalara ait kayıtlar tutulmuş, aile bireyleri incelenerek takip edilmiş, hastalara yardım edilmiş, hemşireler tarafından ev ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. Bu dönemde yoksul hastaların ilaçlarını ücretsiz olarak temin etmek için Şehremaneti'nin (Belediye) eczanelerindeki kontenjanlardan yararlanılmıştır.

İzmir VS dispenseri ise 1931 yılında hizmete girmiştir. Başta İstanbul olmak üzere, dernekler tarafından yaptırılan ve işletilen dispenser sayıları zamanla giderek artmıştır. İstanbul'da 1964 yılına gelindiğinde dernek tarafından yapılan dispenser sayısı 22'ye ulaşmıştır. Bu yıllar içinde Bursa Verem Savaş Derneği 2 dispenser, Ankara VSD 6 dispenser kurarak hizmet etmişlerdir. Bu iller dışında Aydın, Diyarbakır, Mersin, Erzurum, Antalya, Denizli, Adana, Malatya dernekleri de dispenserler yapmış ve işletmişlerdir.

1950 yılında Türkiye'de var olan 45 dispenserden 33'ü, 1955'de 86 dispenserden 43'ü, 1965'de 133 dispenserden 46'sı dernekler tarafından çalıştırılırken bu rakam 1980 yılında 257 dispenserden 33'e düşmüştür (Tablo 1). Dernekler tarafından işletilen dispenserlerin toplam ülke çapında yapılan verem savaşı faaliyetlerine önemli oranda katkısı ise bu sayıların da üzerindedir. Örneğin 1974 yılı rakamları esas alınırsa yapılan muayenelerin üçte biri, yapılan BCG ve PPD uygulamalarının yarısına yakını, yeni bulunan hastaların dörtte biri dernek dispenserleri tarafından gerçekleştirilmiştir (Tablo 2).

Bazı Dispanserlerin Kurulup Kamuya Devredilmesi

Bunun da ötesinde Verem Savaş Dispanserlerinin sayısını artırmak için devlet tarafından farklı bir yol daha izlenmiştir. Bürokratik engellerden kurtularak (DPT müsaadesi, kamulaştırma, inşaat için ihaleye çıkılması zorunluluğu gibi) işlemleri hızlandırmak için Sağlık Bakanlığı kendi bütçesinden pay ayırarak verem savaşı derneklerine ödenek transferi yoluna gitmiştir. 1960 yılında ihdas edilen Verem Savaşı Genel Müdürlüğü'nün "Yıllık Çalışma Raporlarından" edinilen bilgilere göre Bakanlıktan derneklere 1965 yılında 6.500.000 (108 derneğe verilmek üzere), 1975 yılında 12.000.000, 1985 yılında 15.000.000 TL ödenek temin edilmiştir. Verem Savaşı Dernekleri Sağlık Bakanlığı'ndan aldıkları bu ciddi destekler ile hızlı bir şekilde dispenser yaptırmaya başlamıştır. 1947 ve 1980 yılları arasında 100 il ve ilçede 121 verem savaş dispenserleri dernekler tarafından yaptırılarak Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Aynı şekilde 40 verem savaş

dispanserine röntgen cihazı dernekler tarafından alınmıştır.

Yasal Zemin

Derneklerin bu şekilde etkili ve kamu ile uyumlu bir çalışma yapabilmesinin koşulu şüphesiz ki devletin oluşturduğu yasal yaklaşım ile mümkün olmuştur. Öncelikle 1930 yılında çıkan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 120. Maddesi "Veremle mücadele cemiyetlerine ait müesseselerle bu cemiyetler tarafından tatbik edilen mücadele tedbirleri sıhhat ve içtimai muavenet vekâletinin murakabesine (denetimine) tabidir" denilerek çalışmaların standartları oluşturulmuştur. Öte yandan çıkarılan iki kanunla derneklere önemli maddi destek sağlanmıştır. 1948 yılında çıkarılan 5237 sayılı kanunla belediyelerin eğlence vergisinden %10'luk payın Verem Savaşı Dernekleri'ne aktarılması ve yine 1949 yılında çıkarılan 5368 sayılı kanun ile devletin verem savaşı derneklerinin çalışmalarına para, malzeme ve personel yardımı yapması kabul edilmiştir. Bu iki yasa Türkiye'de Verem Savaşı Derneklerinin etkili çalışmaları için sağlam bir temel oluşturmuştur. Hastalığın çok gündemde olduğu yıllarda halkın gönüllü katkıları mücadeleye önemli maddi kaynak sağlarken hastalığın gündemden düşmeye başladığı yıllarda maddi desteğin devamı bu yasalarla garanti altına alınmıştır.

Sosyal Komiteler

Derneklerin mücadeleye katkısı sadece dispenser binası yapımı veya rutin dispenser hizmetleri ile sınırlı kalmamış, özgün başka faaliyetler de gerçekleşmiştir. Verem Savaşı Dernekleri dispenserlerin takibinde olan hastalara yardım etmek için sosyal komiteler kurmuşlardır. Hayırsever bayanlardan ve dispenser hemşirelerinden oluşan bu komitelerin yardım faaliyetleri hastaların dispansere bağlanmalarında ve tedaviye uyumlarında ciddi katkı sağlamıştır. İstanbul Verem Savaşı Derneği tarafından 1943 yılında verem mücadelesinde çalışacak hemşireleri yetiştirmek üzere "Verem Savaşı Hemşire Okulu" kurulmuştur. "Tevfik Sağlam Özel Sosyal Hemşire Koleji" olarak da bilinen bu okul ülkemize "sosyal hemşirelik" kavramını kazandıran okuldur.

Sonuç

Kamunun Verem Savaşı Dernekleri ile birlikte yürüttüğü bu çalışmalar tüberküloz salgınının tepede olduğu yıllarda ülkemizde hastalığa karşı mücadelede ulusal çapta hızlı ve güçlü bir cevabın oluşmasına çok katkı sağlamıştır. Zamanla kamu sağlık altyapı ve hizmetlerinin gelişmesi ile derneklerin katkısı görece gerilemişse de başta İstanbul olmak üzere bu birlikte çalışma halen başarı ile sürdürülmektedir.

Son yıllarda özellikle büyük kentlerde

Tablo 1: Yıllara Göre Dispanser Sayıları

Yıllar	Bakanlık Dispanseri	Dernek Dispanseri	Toplamverem Savaşı Dispanseri
1950	8	33	45
1955	43	43	86
1960	67	39	106
1965	87	46	133
1967	125	45	170
1970	173	43	216
1975	218	33	251
1980	224	33	257

Tablo 2: Verem Savaş Dispanseri Çalışmaları, 1974

Yıllar	Bakanlık	Dernek	Toplam
Yapılan Muayene	594.401	298.503	892.904
Film Çekimi	581.155	319.262	900.414
Bakteriyel Muayene	87.555	10.161	97.716
Diğer Lab. Mua.	25.034	5.805	30.839
PPD	111.340	100.900	211.430
BCG aşısı	36.539	34.764	71.303
Ev Ziyareti	181.565	28.165	209.730
Devreden Hasta	60.763	7.981	68.744
Yeni Bul.Hasta	16.821	4.082	20.903

olmak üzere kamu tarafından işletilen Verem Savaşı Dispanserlerin diğer birinci basamak kurumlar karşısında hekim ve hemşireler açısından çekiciliğinin iyice gerilemesi kalıcı/gönüllü çalışan eksikliği sorununu gündeme getirmiştir. Hastalık insidansının azalması, konunun giderek az hekim ve hemşire tarafından bilinen çok özel bir çalışma alanı haline gelmesine yol açmaktadır. Hastalığın giderek yoksullar, göçmenler gibi belirli toplum gruplarında belirginleştiği, eliminasyon hedefi için her hastanın yakından her yönüyle izlenmesi ve desteklenmesi gereğinin daha da arttığı yeni dönemde verem savaşı mücadelesine sivil toplum katkısının önemi daha da artmaktadır. Bu durum da kalıcı/gönüllü çalışanlara sahip dernek dispenserlerinin önemini belirginleştirmektedir. Bu yönüyle kamu/STK işbirliğinin dernekleri olarak Verem Savaşı Dispanserleri doğal olarak sayı olarak azalsa da anlamlarını korumaya devam edecek gibi görünmektedirler.

Kaynaklar

1) Tevfik İsmail Gökçe. Verem Savaşında 50 Yıl, 1918-1968. Türkiye Ulusal Verem Savaşı Derneği Yayınları. 1969.

2) Tevfik İsmail Gökçe. İstanbul Verem Savaşı Derneği. Kuruluş, Gelişim ve Çalışmaları, 1927-1971. İstanbul. 1972.

3) Türkiye Ulusal Verem Savaşı Dernekleri Federasyonu Çalışma Raporları (1990-2005). Ankara.

4) Verem Savaşı Genel Müdürlüğü Yıllık Çalışma Raporları (1965-1984), Ankara

Anadolu'dan bir hasta hikâyesi ya da sağlık sistemimiz üzerine birkaç eleştiri

Ömer Çakkal



1982 yılında Çorum'da doğdu. 2004'te Marmara Üniversitesi İletişim Fakültesi'ni bitirdi. Öğrencilik yıllarından itibaren Yeni Şafak'ta çalışmaya başladı. Meslekteki ilk yıllarında kültür ve sanat, sonraki yıllarda gündem ve politika muhabirliği yaptı. Yeni Şafak'ta film eleştiri yayımlandı, Sonsuzkare Sinema Dergisinin editörlüğünü yürüttü. Eğitim, Dergâh, Kırklar gibi dergilerde öykü, haber, dosya ve söyleşileri yayımlandı. Kısa bir süre iyibilgi.com adlı haber portalında editörlük ve yazı işleri müdürlüğü görevlerini yürüttü. 2008 yılından beri Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi'nin ve sdplatform.com'un yayın koordinatörlüğünü yapmaktadır. Halen, Medipol Eğitim ve Sağlık Grubu bünyesinde kurulan İstanbul Medipol Üniversitesi'nde mesaisini sürdürmekte; çeşitli dergi, gazete ve kitap projeleri üzerinde çalışmaktadır. Çakkal evlidir ve bir çocuk babasıdır.

İse son sınıftan beri İstanbul'da yaşayan bir gazeteci olarak 15 yıldır memleketim Çorum'u dışarıdan bir göz olarak ince-lerim. 15 yılda bir arpa boyu ilerleme tespit edemediğim bu Anadolu şehrinde verilen ya da verile-meyen sağlık hizmeti, bilhassa dikkatimi çeker. Bu yazıda, bir hasta hikâyesi üzerinden doktorlarımız, medyamız ve sağlık sistemimiz üzerine bazı tespitlerimi paylaşmak istiyorum.

Hikâyesini anlatacağım hastanın adı Cemanur. 50 yaşında bir ev hanımı. 50 yılın 40'ını neredeyse doktor görmeden geçirdi. Sağlık sigortası ile tanıştığı 2005 yılından bugüne son 10 yılda ise, 40 yılın açığını kapatırcasına hemen her gün; gündemi hastalıkları, hastaneler ve doktorlar. Sağlıkta Dönüşüm Programı sayesinde hamdolsun (!) vatandaşla-rımızın doktora ulaşımı kolaylaştı ya, o da fırsattan istifade hemen her gün soluğu bir sağlık merkezinde alıyor. Doktorları ile arası çok iyi. Randevusuz kapısından girdiği pek çok doktoru var. Onlara dolma sarıyor, kek yapıyor. Onlar da sağ olsunlar kutu kutu yeni ilaçlar yazıyorlar ona. Bugüne kadar 6 kez ameliyat geçirdi. Pek çok yaşıtı gibi o da ilaç poşetini yanından ayırmıyor. Geceleri uyutmayan ağrıları bitmek bilmiyor. Metabolizması kısır döngüye

girmiş durumda. Ağrıları arttıkça ilaç alıyor, diğer yandan vücudunun direnci azalıyor. Azalan vücut direnci, ağrılarla baş etmek için her seferinde ilaçtan medet umuyor.

Bir muayene odasında yaşananlar

İsmi Cemanur olan bu hastamızın geçtiğimiz Ocak ayının sonundaki diş muayenesine bendeniz de şahit oldum. Gözlemlerimi sizinle de paylaşmak isterim. Hastamız, gece uykularını bölecek denli şiddetli ağrıların nedeninin diş çürüğünden kaynaklı olduğunu düşünerek diş doktoruna gidiyor ve film çektiriyor. Sonraki muayenede ben de bulundum ve şunlar yaşandı: Randevumuzu bir gün öncesinden çok kolay bir şekilde aldık. Bir kamu sağlığı merkezinde doktora ulaşmanın bu kadar kolay olması beni şaşırttı. Gittiğimiz semt polikliniğinin fiziki şartlarını gördüğümde ikinci şaşkınlıkla karışık mutluluğumu yaşadım. Güzel ofis mobilyaları, tertemiz koridorlar, ferah bekleme salonu... Kendimi İstanbul'da özel bir poliklinikte gibi hissettim. Havaya girmiştim, birazdan doktorumuz bizi çağırarak, derdimizi dinleyecek ve en doğru tedaviyi uygulayacaktı. Ben hayallerimde daha derinlere dalamadan hastamızı çağırdılar. Kapı açıldı, hemen muayene odasına girdik. Odada ayakta

bekleyen ziyaretçi mi, hasta mı olduğunu anlayamadığım birkaç kişi, bir doktor ve asistanı vardı. Asistanı yazıyor, doktor muayene ediyordu. Doktor, "Böyle oturun" dedi. Sert ve hızlı hareketlerle hastanın ağzını açtı, o esnada "Neyin var?" diye sordu. Hasta cevap verdi: "Hocam galiba dişim çürük, ağzımdaki ağrıdan uyuyamıyorum." Doktor elindeki aletle biraz daha bastırdı, "Çürük yok, gidebilirsiniz" dedi. Hasta, kanayan damağını silerken ben devreye girdim. Kendimi tanıttikten sonra, hastanın ağzındaki ağrıdan ötürü gece bile uyuyamadığını, ne yapmamız gerektiğini sordum. "Çorum'da bir şey yapamazsınız, Ankara ya da İstanbul'a götürün, periodonti doktoru görsün" dedi. "En azından şimdilik bir medet..." deyince de diş arasını temizleyecek bir fırça almamızı söyledi. Derhal eczanede aldık soluğu. Eczacı, "Bunlar inceden kalına doğru farklı uçlu. Hangisini vereyim?" deyince doktorun yanına bir kez daha gittik. Orada da yarım ağız "İnceyi alın" dedi. Gerisin geriye evimize döndük. Anadolu'da ortalama bir devlet hastanesinde hemen her gün yaşanan bir muayene daha böylece sonuçlandı. Yıllardır neredeyse başı bile ağrıyanı Ankara'ya sevk eden hekimlerimize alışmıştı hastamız; "Ne yapalım, ben yarın beyin cerrahiye ya da fiziğe gidip ilaç yazdırırım" dedi...

Başı ağrıyan Ankara'ya sevk eden bir sistem

Çorum, birkaç bloklu büyük devlet hastanesi yakın bir zamanda üniversite hastanesi haline getirilen bir şehir. Ancak bu şehirde neredeyse başı ağrıyan Ankara'ya sevk edilir. Bu durum, ne yazık ki Anadolu'da onlarca şehirde de böyledir. Anadolu'da görev yapan doktorlar, belki bireysel ya da fiziki yetersizliklerden, belki de savunmacı bir refleksten ötürü hastalarını derinlemesine incelemekten kaçınıyor, adeta baştan savıyorlar. Sonuçta ülkemizde nüfusunun ancak sınırlı bir kısmının doğru ve yeterli sağlık hizmeti alabildiği acı bir tablo ile karşı karşıyayız. Bu noktada şehir hastaneleri projesi umarız beklentilere karşılık verir de İstanbul-Ankara üzerindeki yük paylaşılmış olur.

Tıptaki ihtisaslaşma üzerine birkaç not

Doktora ve hastaneye ulaşımın kolaylaştırılması gibi harika (!) bir başka gelişme de tıptaki ihtisaslaşma. İnsanı yüz parçaya bölmüşçesine yüz parçaya ayırdık tıp eğitimini. Hepsi de birbirinden bihaber. Hastaya bütüncül yaklaşmak, bugün ülkemizde sıradan bir doktor için uzakta bir hayal adeta. Günde onlarca hastaya yetişmek zorunda olan doktorlarımız için hastalar, sanki insan değil, parçaları çalışmadığında tamir edilecek birer makine. Sağlıklı olmanın iyilik hali olduğu unutuldu. Sağlığın yeme-içme-spor yapma gibi pozitif gerçekliklerin dışına kayan ayağını sıcak, başını serin, kalbi ferah tutmakla ilgili bir tarafı da olduğu gerçeğini çoktan unuttuk sağlık endüstrisinin tüketicileri olarak. Doktorlar, hastalarını dinlemiyor çoğu kez. Kalabalık muayene odaları, 1 dakikada biten muayeneler, anında konan teşhisler, insanları tedavi etmeye değil başından savmaya odaklanmış bir doktor bakışı... Durumunu biraz daha detaylı anlatmak isteyen hasta, azarlanmayı da göze almış bir hastadır ve çoğu kez buna cesaret edemez. "Tıpta hastalık yoktur, hasta vardır" ilkesi, ezberlenip bir köşeye atılmış sözlerin saklandığı kutunun bir demirbaşından başka bir şey değildir artık. Madalyonun öteki yüzünde ise doktora adeta elinde sihir çubuğu olan bir sihirbaz gözüyle bakan, şifa bulamadığında tüm kabahati doktora çıkartan, sağlıklı olmanın aslında iyilik halinde olmak olduğunun farkında olmayan, gerçek bir şifanın ancak mutlu ve stresten uzak bir yaşamın ardından gelebileceğinin bilincinde olmayan milyonlarca insan...

Birkaç kelam da sağlık haberciliği üzerine

Sağlık sistemi, doktoru gibi hastası da bir tuhaf olan bu ülkenin tuhaf gazetecilerimiz



biz de. Yanlış ya da eksik tedavilerin doğurduğu sonuçları günlerce haber yapan medyamız, tedavinin yanlış yapılması adına sistemi onarmaya çalışan bir satır habere yer vermez. Sağlık haberi denince, kansere bulunan süper "tedaviler", vücudu "iyileştiren" büyümlü otlar, her gün yeni formülü açıklanan diyet listeleri gelir akıllarına. "Kansere çare bulundu!", "15 dakikada ozonla bel fıtığı tedavisi!", "Kuşburnu romatizmaya iyi geliyor" gibi popüler haberler, "Ajda Pekkan'ın ayağını fare ısırdı" gibi tüm yurttan heyecan uyandıran (!) gelişmeler, televizyon ekranlarını, gazete ve internet partallarının sayfalarını işgal eder her gün. Sağlık haberciliğimizin belki de en ciddi sorunu, "an"ı kurtarmaya çalışmasında yatar. TV'lerde acılı fon müzikleri eşliğinde hazırlanan "kalbi delik çocuk", "kanserli biçare anne" haberlerini ülkemizde herkes ıslak mendiller eşliğinde izler. Bu tür haberler çoğu zaman mutlu sonla biter. Devlet büyüklerimiz özel uçaklar tahsis ettikleri hastaya "şefkat eli"ni uzatır; hayırsever kurum ve kişiler sorununu çözdükleri kişinin ömür boyu bakımını da üstelenir vs. Ama ya diğer hastalar? Ya diğer milyonlarca insan? Medyamız onların yaralarına merhem olacak, uzun vadeli olumlu sonuçlar doğuracak haberleri, buna yönelik politikaları gündemine almaz.

Yeni bir sağlık sisteminin inşası...

Tüm bu tuhaflıklar silsilesi içinde "büyülü" diyetler, kanser için geliştirilen "süper" tedaviler, göz kamaştıran modern tıp cihazları gibi reytingi bol konulara sırtını dönmüş; hepimiz için daha iyi bir sağlık sistemi adına bin düşünüp bir söyleyen bir derginin editörü olarak bendeniz, topyekûn olarak sağlık sistemimizi sanki hepimize yapılmış bir "şaka" diye değerlendirim. Keşke yeni binalar yapmakla, tabelaları değiştirmekle sorunlar kısa bir zamanda çözülebilse. Temelden başlayan ve yarım bırakılmayan doğru sağlık politikaları, bebeklikten ölüme dek her yaşa uygun doğru beslenmeye ve stresi azaltmaya yönelik eğitimler, hastasına makine muamelesi yapmayan hekimler, doktorlara elinde sihir çubuğu olan sihirbaz muamelesi yapmayan hastalar, sorumluluk bilinci ile hareket eden bir medya ve son kertede hem bedenimize, hem ruhumuza özen göstermeye teşvik eden yeni bir anlayışın inşası... Bunlar, karar vericilerin ajandasında yeterince yer tutmayan, tutsa bile icraata yeterince yansımayan konular. Kimseyi suçlama amacı taşımayan, sadece sağlık anlayışımızı sorgulama amacı ile kaleme alınan bu yazı, umarım bir an için "Nereye bu gidiş?" diye düşünmemize vesile olur. Sürçü lisan ettiysem affola...

Dijital Hastanede Üçüncü Adım: Kâğıtsız Hastane

Yasin Keleş



İstanbul Üniversitesi Mühendislik Fakültesi'nden mezun oldu. Beykent Üniversitesi'nde Sağlık Kurumları İşletmeciliği yüksek lisansının ardından Marmara Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi alanında doktora programına başladı ve devam etmektedir. Unilever ile iş hayatına başladı. İstanbul Esnaf Hastanesi'nde 7 yıl bilgi sistemleri yöneticisi olarak görev yaptı. Devamında Memorial Sağlık Grubu'nda 12 yıl boyunca bilgi sistemleri alanında çeşitli yöneticilik kademelerinde bulundu. Halen Memorial Sağlık Grubu'na bağlı 10 Hastane ve 5 tıp merkezinin Grup IT Müdürü olarak görev yapmaktadır. Aynı zamanda Sağlık Bilişim Derneği Yönetim Kurulu Başkanı olan Keleş, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Kâğıtsız kavramı artık hepimiz için eskimeye başladı. Hayatımızda o kadar çok şey dijital hale geldi ki, hayatı neredeyse dijital cihazlardan takip eder hale geldik. Birçoğumuz artık gazeteyi ve haberleri mobil cihazlardan takip ediyor, dijital kitap okuyoruz. Alışverişlerimizi sanal ortamdan, şikâyetlerimizi, başvurularımızı elektronik ortamlarda hazırlanmış formlar ile yapıyoruz. Uzun zamandır ofislerde kâğıtlarla yaptığımız iletişim modeli tamamen e-mail ortamına taşındı. İş süreçlerimizin neredeyse tamamı elektronik ortamda ve işlerimizin takibi için neredeyse hiç kâğıt kullanmıyoruz. İş hayatına başladığım ilk günden bu yana, tüm işletme süreçlerini elektronik ortama taşımayı ve kâğıttan kurtulup verileri elektronik ortamda saklamak için mücadele veriyorum. Bugüne kadar çok faydalı ve ciddi verimlilik kazandıran projeler gerçekleştirdik. Ancak bu çalışmaları yaparken gördük ki değişim hiç kolay değil ve bu kültürün oluşması gerçekten zaman alıyor.

Dijital gelişmeler beraberinde büyük bir değişimi de getiriyor. Ancak bu değişimi gerçekleştirirken beraberinde değişim kültürünü de oluşturmak gerekiyor. Geçtiğimiz yıl Marmara Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi alanında doktora eğitimine başladım. Benim için müthiş bir deneyim olan bu eğitim sırasında yaptığım bilimsel araştırmalarda elde ettiğim veriler, incelediğim araştırmalar ve uzun yıllardır çalıştığım özel sağlık sektöründeki deneyimlerim bana şunu gösterdi: Kurumlarda büyük dönüşümleri başlatmak ve en önemlisi sürdürmek için mutlaka uzun vadeli bir planınız olmalı ve tüm paydaşları düşünerek buna hazırlamalısınız. Aksi halde çok iyi kurgulanmış olduğunu ve çok başarılı yöneticiler atadığınızı düşündüğünüz projeler başlamadan sona erebiliyor ya da büyük bütçeler harcanmasına rağmen istenilen sonuca

ulaşmıyor. Buna en iyi örneklerden birisi Los Angeles Cedars-Sinai Tıp Merkezi'nin yıllar önce 34 milyon\$ harcayarak bir EHR oluşturmaya çalışması ve sonunda kullanıcı direnci sebebi ile projeyi rafa kaldırmasıdır. Aslında yukarıda bahsetmiş olduğum proje gibi büyük emek ve bütçe harcanarak hazırlanan ve tamamlanamayan projeler hepimizin başına gelmiştir. Burada dikkat çekmek istediğim nokta; projelerin sürelerinin ve içeriklerinin içinde bulunduğumuz kurum, sektör dinamikleri ve hatta toplumsal alışkanlıklar dikkate alınarak şekillendirilmesi gerektiğinin asla unutulmamasıdır.

Kâğıtsız hastane neden olmalıyız?

Aslında Kâğıtsız Hastane olmanın yanı sıra kâğıtsız işletebilen kurumlar haline gelmeliyiz. Bu dediğimizi fabrikada, ofiste veya farklı özel ve kamu kuruluşlarında %100 başarabiliriz. Fakat bir sağlık kuruluşunun "Kâğıtsız Hastane olmasını nasıl sağlarız" ve "niye sağlamalıyız" sorularının yanıtları için önce kısa bir tanımlama yapmalıyız.

"Tam Kâğıtsız Hastane" nedir?

Hekim ve diğer ilgili çalışanların oluşturmuş olduğu tam elektronik tıbbi ve tıbbi olmayan kayıtları, kayıtları oluşturan tüm kişilerin ve hastanın kendi ve izin verdiği kişi ve kurumların yetkileri ölçüsünde erişimini sağlayan hastanedir.

"Tam Kâğıtsız Hastane" kısa bir hedef mi? Yoksa yolculuk mu?

Tam Kâğıtsız Hastane sağlamak için ülke genelinde bu kavramı destekleyen bilgi akışı teknolojileri, destekleyici ulusal ve yerel politikalar, motive insan kaynağı gücü ve profesyonel yönetim becerileri gerekmektedir. Tüm bunların bulunduğu bir ortamda gerçekten tam olarak kâğıtsız bir hastaneden bahsedebiliriz. Bu nedenle Kâğıtsız Hastane hedefini sürekli bir yolculuk olarak tanımlamak

gerekir. Bu yolculuğun "şu anda neresindeyiz" sorgulamalı ve kendimize bir yol haritası hazırlamalıyız. Bu sayede mevcut durumumuzdan tam kâğıtsız hastane hedefine ulaşırken yapılan çalışmalar bizi etkin sonuca ulaştıracaktır. Bugüne kadar aslında Tam Kâğıtsız Hastane olma yolunda birçok uygulamalar yapıldı. Hastaneler genellikle bilgi teknolojileri altyapılarını iyileştirdi veya birçok süreç için yazılım kullanmaya başladı. Fakat Tam Kâğıtsız hastane olma yolunda henüz tüm engellerimiz ortadan kalkmış değil. Bu engeller başta doktor ve hemşirelerin bilgi teknolojisi alanında sınırlı eğitim bilgilerinin olması, değişime direnç ve hastanelerin Tam Kâğıtsız Hastane olması durumunda etkilenecek olan hastaların henüz buna hazırlanmamış olmasıdır.

Buna iyi bir örnek ile cevap vermek doğru olacaktır. Barts Hospital'ın yapmış olduğu farklı branşlara özel kâğıtsız hastane uygulamaları ve oradaki deneyimlerin bir sonrakilere taşınması ile başarının sürekli ve yükselen bir ivme ile gerçekleşmesi bizim için iyi bir örnektir. Aynı zamanda ülkemizde bu konuda başarılı projelere imza atmış kamu ve özel kurumlarda mevcuttur. Avrupa ve ABD'den tek farkımız başarılarımızı ve başarısızlıklarımızı içinde bulunduğumuz ve sorumlu olduğumuz sektör ile paylaşmamamızdır. Sektörel paylaşımların artması ile çok daha fazla kurumu cesaretlendirerek ve onlara rehberlik edecek insan kaynağını sunabileceğiz.

Ülke genelinde bu kavramı destekleyen yapılar var mı?

Yukarıda bahsetmiş olduğumuz süreçlerin birbiri ile entegre olması ve Tam Kâğıtsız Hastane hedefine ulaşabilmek için öncelikle Hasta, Kurum ve Regülasyonların ortak hareket etmesi ve ortak bir yol haritası oluşturması gerekmektedir. Sağlık kuruluşları tüm altyapılarını hazırlamış

olsalar da, elektronik imzası veya KEP’li (Kayıtlı elektronik posta) bir maili olmayan bir hastaya siz kişisel verilerini nasıl ileteceksiniz? Paylaştığınız verinin resmiyeti ve geçerliliği nasıl olacak? Bunun yanı sıra sağlık kuruluşları, ilgili hastaya sunduğu elektronik formları yine dijital ortamda hastaya nasıl onaylatılacak? Bakanlıkların istediği bilgileri gönderirken sağlık kuruluşundaki ilgili tüm kişilerin elektronik imzası yok ise nasıl kâğıt kullanmadan bir süreç tanımlanabilecek? Bu nedenle bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için ülke genelinde ilgili tüm kurumlar ile “Tam Kâğıtsız Hastane” hedefini desteklenmesi gerekmektedir.

Kâğıtsız hastane adımları

Kâğıtsız Hastane adımlarını oluşturan olmazsa olmaz 6 ana bileşen şunlardır:

- Kâğıt veya dijital formlar üzerinden tanımlanmış çok iyi bir süreç altyapısı
- Medikal ve Non Medikal cihazların tüm süreçlerinize eşlik etmesi
- Tüm süreçleri kapsayan yazılımlar bütünü
- Çok akıcı bir süreç sağlayacak entegrasyon modeli
- Kurum içi eğitim sisteminiz
- Güçlü bir üst yönetim desteği

Bunları birer başlık şeklinde açıklamak yerine, sizlere bir kâğıtsız hastane hayal ettirerek her adım ve süreç hakkında bilgiler vermeyi istiyorum. Hepimizin aklında mükemmel bir kâğıtsız hastane mutlaka vardır. Eminim aramızda benim size şu anda hayal ettirmeye çalışacağım hastaneden daha mükemmeline düşünenler de çıkacaktır. Sizlere detaylara inmeden bir hastane düşündüreğim. İçeri girdiğiniz de sizi akıllı telefonunuzdan, cebinizde bulunan hastanenin size vermiş olduğu akıllı karttan (smart card), daha önce üzerinize yerleştirilen zararsız bir çipten veya uzaktan yüz tarama sistemi ile tanıyarak resepsiyondaki kişi ile iletişiminizdeki harcadığınız zamanı %70 oranında aşağı çeksin. Hatta resepsiyona bile uğramadan akıllı telefonunuzun yönlendirmeleri sayesinde ilgili bölüme doğru yolculuğunuz devam etsin. İlgili bölüme vardığınızda akıllı telefonunuzda bulunan mobil sağlık uygulaması sayesinde ilgili sağlık sigortasının kartının barkodunu bankodaki okutucuya okutun, bu sayede bankoda çalışan kişi veya bir ekran sizi kısaca alacağınız hizmet hakkında bilgilendirsin. Telefonunuza mesaj veya elektronik formu gelsin ve dijital imzanızla (e-imza) onaylayın.

Bu dijital kayıt işleminden sonra akıllı telefonunuz sizi doktorunuza yönlendirsin. Doktorun odasına girdiğinizde, doktorunuz sağlık sorununuza dair şikâyetlerinizi dinlerken üzerindeki giyilebilir teknolojiler sayesinde tüm anamnezinizi alsın ve gözünde bulunan bir gözlük sayesinde söylediklerinizi anında araştırıp size kesin bilgiler verebilsin. Giyilebilir

teknoloji sayesinde aktarmak istediği bilgileri, muayene odasında bulunan 3D ekranlara yansıtarak verebilsin. Bununla da yetinmeyip size hastalığınıza dair 3D yazıcısını kullanarak bir materyal versin. Bunu yaparken yine reçetesini sesli olarak söylediği reçete anında kayıt altına alsın. Tüm bu bilgilendirmeyi yaptığına ve bilgilerinizi kendine ait bir araştırmada kullanıp kullanamayacağına dair sizden elektronik bir onay alıp, bilgilerinizi de kişisel bulut ortamınıza göndersin.

Siz bu bilgilere istediğiniz zaman ulaşın ve kendi yetkilendirmeleriniz ile başka bir hekime gösterebiliyor olun. Sonraki kontrol muayenenizi ve rutin radyolojik tetkiki de kişisel takviminize toplantı olarak işleyebilsin. Siz bunları elektronik ortamda onayladığınız zaman da hastanenin müşteri ilişkileri bölümü (CRM) sizlere uygun zaman aralıkları ile bu takvimi hatırlatıyor olsun. Bunlar hayal değil Kâğıtsız Hastane’nin hastaneye, doktora ve hastaya sağlayacağı katkılarının küçük bir bölümüdür.

“Tam Kâğıtsız Hastanenin” faydaları

Tam kâğıtsız bir hastanede, hekimlerin hastaya ayırdıkları süre %60, hekimin araştırma yapma ve bilgiye ulaşma hızı ise neredeyse 6 kat artmaktadır. Bu aynı zamanda hastanın hekime olan güvenini ve hastaneye olan bağlılığını da olumlu yönde etkilemektedir. Konuyu hasta açısından ele aldığımızda kişisel sağlık kayıtlarına istediği zaman ulaşabilme, dilediği zaman başka bir hekimden görüş alma ya da tedavisini başka bir şehirde devam ettirebilme özgürlüğüne kavuşmaktadır.

Teknolojik Olarak Faydaları

- Dijital depolama ile arşiv alanı ihtiyacı yoktur ve düşük maliyetlidir.
- Online erişim ile veri toplanabilir.
- Her alanda tüm verilerin kolayca alınır.
- Merkezi bir veri deposuna bağlantı sağlanarak hekim ve hemşirelerin gereksiz form doldurmaları önlenir.
- Veriler sürekli güncel olur.
- Verilere ulaşım çok daha kolay ve güvenilir olur.
- Süreç içerisinde uzaktan bir onay sürecine veya veri giriş sürecine tüm paydaşlar (Doktor, hemşire ve yöneticiler) çok rahat olarak dâhil olabilmeleri

Teknik Olarak Zorlukları

- Elektronik sistemler kısıtlı ara yüzleri sebebi ile kullanıcı dostu olmayabilir.
- Sanal veya gerçek klavyeler üzerinden veri girişi kullananlar tarafından zor bulunabilir.
- Üzerinizde mutlaka bir mobil cihaz taşımalsınız.
- Tüm doktor ve hemşire kullanıcıları için cihaz yatırımı yapılmalıdır.

- Üst düzeyde yetkilendirme ve güvenlik önlemlerini yönetmek yetkinlik gerektirir.

Ülkemizde mevcut durum ve gelecek öngörüler

Ülkemizde kâğıtsız hastane hedefleyen birçok kurum ve kuruluş var. Süreçlerin bir kısmında kâğıtsız ortamda fakat tam kâğıtsız hastane hedefine ulaşmış sağlık kuruluşu henüz yoktur. Buradaki en büyük eksiklik ise başta belirttiğim gibi uzun vadeli planlama eksikliği, değişim yönetiminin zorluğu ve tüm paydaşların düşünülerek süreçlerin öngörülmemesidir. Yıllardır sağlık kuruluşlarımızın dijital hastanelere dönüşmesini bir misyon olarak görüp bu anlamda çalıştığım kurumda ve sektörde birçok projeye yön vermeye çalıştım. Başkanlığını yapmış olduğum Sağlık Bilişim Derneği ve periyodik olarak düzenlediğimiz Sağlık Bilişim Zirvesi’nde bu misyonu en üst düzeyde temsil etme ve sektör ile paylaşma fırsatı bulduk.

Buradan tecrübe ile gördüğüm; yıllardır üzerinde heyecanla çalışarak markalaştırmış olduğumuz Dijital Hastane hedefi Sağlık Bakanlığımız tarafından benimsenmiş olsa da işin ruhuna tam olarak inilememiştir. Bu konuda sadece Sağlık Bakanlığı’nın değil diğer tüm kamu kurum ve kuruluşlarının ortak hareket ederek hedefe yönelik çalışma yapması gerekmektedir. Sivil toplum kuruluşları liderliğinde bu işin mutfağında çalışacak bilinçli kadroların oluşturulması gerekmektedir. Dışarıdan ithal edilmeye çalışılan derecelendirme sistemleri yerine kendi kaynaklarımıza ve yaptıklarımıza güvenerek ülkemizin mevcut insan kaynağı ve vizyonunu birleştirip, kendi sağlık bilişimi derecelendirme sistemimiz kurarak hastanelerimiz takip etmelidir. Bunu başarmamızın önünde engel olmadığı gibi kalite alanında yapmış olduğumuz güzel çalışmalarda örnek teşkil edebilir. Ülke olarak bilim adamlarımızın ve sağlık bilişim profesyonellerimizin desteği ile çok daha yüksek uygulanabilir standartları yeniden yazabiliriz.

Yerli bir fikir olan Dijital hastane yolculuğumuz devam etmeli, bunun önündeki engelleri elbirtliği ile kaldırmalıyız. Bundan sonraki dijital hastane yazılarında daha çok bu alandaki başarı hikâyelerine yer vermeye çalışacağım. Dijital Hastane olma yolundaki yolculuğunuz hiç bitmesin. 8-9 Mayıs 2015 Sağlık Bilişim Zirvesinde buluşmak dileğiyle...

Kaynaklar

<http://www.computerworld.com/article/2555636/it-project-management/the-paperless-hospital---really-.html> (Erişim tarihi: 20.11.2014)

http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/statewide_study_confirms_paperless_hospitals_are_better_for_patients (Erişim tarihi: 13.12.2014)

<http://www.bartshealth.nhs.uk/about-us/clinical-quality-and-patient-safety/a-paperless-hospital/> (Erişim tarihi: 15.12.2014)

<http://www.patient.co.uk/doctor/paperless-general-practice> (Erişim tarihi: 25.12.2014)

Tıp hukukuna tarihsel bir bakış

Prof. Dr. Faik Çelik



1977 yılında İ.Ü. 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. 2008'de bir yıl süreyle Hisar Intercontinental Hospital'de Tıbbi Direktör olarak çalıştı. 2009'da İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne Sağlık Yönetimi profesörü olarak atandı. "Çağdaş Türk Tıp Şiirleri/Seçki", "İlaç Kokulu Kitap" ve "Yüksek Ateşli Kitap" ve "Dolgun Nabızlı Kitap" isimli deneme kitaplarıyla "Hekimliğin Seyir Defteri" isimli kitabın yazarıdır. İÜ Rektör Başkanışmanlığı ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu Üyeliği de yapmış olan Çelik, Aralık 2013'te İstanbul Üniversitesi'nden emekli olmuştur.

Neden "tıp hukuku" terimini "sağlık hukuku" terimine tercih ettiğimize açıklık getirerek yazımıza başlayalım. Sağlık Hukuku, sağlık personelinde sorumluluk bilincinin varlığını ortaya koymaya çalışan, bu bilinç içinde hizmetin varlığı, sunumu ve hasta hakları ile kişilerin maddi ve manevi değerlerini koruyan ve kişilik haklarının birlikte ele alınmasını sağlayan tıbbi ve hukuki ortak bir alandır. Sağlık hukukunun kapsamı geniştir, çevre sağlığı ve gıda hukuku, hastanelerin hukuki yapısı, sağlık sigortası, sağlık harcamaları, Sağlık Bakanlığı teşkilat ve yönetimi gibi birçok alanı içerir. Tıp Hukuku ise, sağlık hukuku içinde bir alt başlıktır. Kapsamı sağlık hukukundan daha dardır. Sağlık personelinin hakları ve yükümlülükleri, hasta hakları, hatalı tıbbi uygulamalar, ilaç hukuku, gibi konuları içerir. Yani hekimlik ve sağlık çalışanları açısından daha özel bir kavramdır.

Tıp hukuku tarih boyunca birçok gelişmeyle günümüze kadar ulaşmıştır. Kardeş kavramları olarak kabul edilebilecek "hukuk" ve "etik" ile ilgili bazı temel kavramları hatırlatalım. **Hukuk**, toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen kurallar (yasalar) bütünüdür. Kişilerle kişiler, kişilerle devlet ve devletlerarası ilişkileri düzenleyen ve üstün kamu gücüyle desteklenen yaptırımlara bağlanmış, uyulması gereken zorunlu sosyal kurallar bütünüdür. Hukuk kuralları emir verici, yasaklayıcı, yetki verici veya izin verici özellikler taşırlar. **Etik** (ethicus - ethica), ahlakın temellerini inceleyen felsefe dalı olarak tanımlanır. Bir kimsenin davranışlarına temel olan ahlak, gelenek, töre, alışkanlık gibi kavramları içerir. **Ahlak** ise bir yandan kişinin sonradan edindiği tutum ve davranışlar için kullanılırken, diğer yandan toplumun benimsediği değer sistemlerin adıdır. Görüldüğü gibi hukukta yaptırım (ceza) ve uygulayıcı otorite vardır, yasalar aracılığıyla devlet adına bu yaptırımlar uygulanır. Kişi yasalarla doğan ödevini kendiliğinden

yerine getirmese, devlet kuvvetleri hareket geç ve bireyi ödevini yapmaya zorlar. İşte hukukun esaslı ögesini teşkil eden bu zorlama araçlarına yaptırım denir. Buna karşın etikte bir yaptırım veya otorite yoktur. Burada özeleştirici veya toplum baskısı (kamu vicdanı) gibi faktörler devreye girer, ancak yine de tek belirleyici unsur kişinin kendi vicdanıdır. Hukuk ve etik, toplum düzeninde, insan hak ve özgürlüklerinde doğruyu veya iyiyi bulmayı hedeflerler, ancak doğaları farklıdır. Hukuk, etik ve ahlak arasında geçişler ve ilişkiler vardır ve bunlar "sosyal düzen kuralları" adı altında toplanabilir. Sosyal düzen kuralları farklı ilişkiler şeklinde görülür:

Hukuk Kuralları ile Din Kuralları Arasındaki İlişki

- Din kuralları değişmez, hukuk kuralları değişebilir.
- Din kuralları hem uhrevi hayatı hem de dünyevi hayatı düzenler, hukuk kuralları ise sadece dünyevi hayatı düzenler.
- Din kuralları davranışları sevap/günah olarak nitelendirir, hukuk kuralları ise davranışları haklı/haksız olarak niteler.

Hukuk Kuralları ile Ahlâk Kuralları Arasındaki İlişki

- Ahlâk kuralları bir davranışı iyi/doğru ve kötü/yanlış olarak düzenlerken hukuk kuralları haklı/haksız olarak değerlendirir.
- Ahlâk kurallarının yaptırımları manevidir, hukuk kurallarının yaptırımları maddidir.
- Ahlâk kuralları kişinin hem manevi hem de maddi alanını düzenlerken, hukuk kuralları sadece maddi alanı düzenler.
- Ahlâk kuralları yazılı olmayan kurallardır. Hukuk kuralları genelde yazılıdır.
- Ahlâk kuralları kişiye sadece yükümlülük yükler, hukuk kuralları hem yükümlülük yükler hem de yetki verir.
- Ahlakta niyet ve maksat dikkate alınırken hukuk şekil ve davranış esas alır.

Hukuk Kuralları ile Örf ve Adet Kuralları Arasındaki İlişki

- Hukuk kuralları yetkili organlar tarafından konulurken örf ve adet kuralları, belli bir konuda bireylerin aynı şekilde davranmalarının sonucu ortaya çıkar.
- Örf ve adet kuralları ile hukuk kuralları muhatapları bakımından farklıdır. Hukuk kuralları ülkedeki tüm insanlar için geçerliken örf ve adet kuralları belli bir toplumsal çevrede yer alan insanlara hitap eder.
- Hukuk kurallarının yaptırımı maddidir, örf ve adet kurallarının yaptırımı ise manevidir

Hukuk Kuralları ile Görgü Kuralları Arasındaki İlişki

- Görgü kuralları genelde aynı çevreye mensup insanlar arasında uygulanır. Hukuk kuralları ise tüm topluma uygulanır.
- Görgü kuralları yazılı değildir, hukuk kuralları genelde yazılıdır.
- Görgü kuralları sadece sorumluluk yüklerken, hukuk kuralları hem sorumluluk yükler hem de haklar verir.
- Görgü kurallarının yaptırımı manevidir ve kişi "kaba, görgüsüz" olarak nitelendirilir. Hukuk kurallarının yaptırımları ise maddidir. Suçlu olup olmamak söz konusudur.

Toplumlarda etik ile hukuk arasında bir denge vardır. İşte hukuk ile etik arasındaki denge ne zaman etik aleyhine bozulursa, bir boşluk doğarsa, bu boşluğu hukuk doldurur. Tıp hukuku ve tıp etiğinde de dengenin bozulması nedeniyle tarih boyunca etik hatırlatmalar yapılmış veya yazılı kurallar yani yasalar çıkartılmıştır. Tarihsel gelişimi içinde hukuk ve etik birlikte seyretmişlerdir. Bu seyrde dikkati çeken bazı olaylar şunlardır.

MÖ 2600 yıllarında yaşamış olan ünlü Mısır devlet adamı, mimar ve doktor **Imhoetep**, "*Corpus Hermeticum*" isimli kitabında "*hastanın ödeme gücünün üstünde ücret istenmeyeceği*"ni yazmıştır. Bu bir etik istek gibi görülmekle birlikte

yazılı olarak yetkili bir devlet adamı tarafından bildirildiğinden aynı zamanda kanun niteliğinde de olmaktadır. Yani, hukuk-etik birlikteliği vardır. Mısır'da doktorlar, tapınaklarda düzenlenen deney ve uygulamalara dayanan tıp bilgilerini içine alan kitaplara dayanırlardı, bu kitaplardaki kuralları uygulayan doktor, hastanın ölmesi veya iyileşmemesi halinde sorumlu tutulmuyordu. Ancak, kurallardan ayrılma halinde meydana gelen ve istenmeyen durumlarda doktor sorumlu tutuluyordu. Kurallara uymama kusur kabul ediliyordu. Cezada tazminat cezası esastı.

Mezopotamya'da MÖ 1700 - 1500 yıllarındaki tıp uygulamalarına ilişkin kurallar ve yasaları içeren **Hammurabi Kanunları**'nda 282 maddeden 10 tanesi cerrahların alacakları ücretler ve uygulamada hata yaptıklarında çarptırılacakları cezalara ilişkindir. Bu kanunun bazı maddeleri şunlardır.

- 218. madde: Bir doktor operatör bıçağı ile derin bir yarık açarsa ve hastayı öldürürse ya da bıçak ile bir tümörü açıp gözü çıkarırsa doktorun elleri kesilir.
- 219. madde: Bir doktor operatör bıçağı ile hür bir adamın kölesinde derin bir yarık açarsa ve onu öldürürse o köleyi başka bir köle ile ikame etmelidir.
- 220. madde: Bir doktor operatör bıçağı ile bir kölenin gözünde bir tümörü açar ve gözünü kör ederse kölenin değerinin yarısını öder.

Anadolu uygarlıklarından olan Hititlerde MÖ 1400 yıllarında uygulamaya konulan **Hitit Kanunları**'nda ise "bilirkişilik müessesesi" tanımlanmış, kişilerin uğradıkları zararların karşılanmasına yönelik tazminat miktarları belirtilmişti.

Günümüzde dünya hukukunda yer alan tanıklık ile ilgili prensiplerin temelleri ise yine MÖ XIV. yüzyıllarda Hindistan' da uygulanmış olan **Manu Kanunları**' nda atılmıştı. *Manu ve Zoroastra Kanunları*'nda doktorun sorumluluğunun bir jüri tarafından saptanan kusura dayandırıldığını görmekteyiz.

Roma'da MÖ 600'lü yıllarda *Pompilius* zamanında uygulanan kanunda, doğum sırasında ölen kadınların hemen karnının açılması şartı konulmuştu. Yine bu yıllarda zihinsel özür-lülerin ceza sorumlulukları düzenlenmiş, hastasının ölümüne neden olan hekimin cezalandırılması prensip olarak kabul edilmişti. MÖ 449 yılında yürürlüğe konulan **Roma Kanunları**'nda ise, gebelik süresinin 300 günü aşamayacağı, uterustaki bebeğin medeni haklara sahip olduğu, puberte öncesi çocuklarda ceza indirimini uygulanması gerektiği belirtilmiş, ölümlerin defin işleminde uygulanacak kurallar tanımlanmıştı.

Hipokrat (MÖ 460-377) günümüzde tıbbi deontoloji ve hasta haklarının başlangıç metni kabul edilen ünlü "Hekim Yemini"nde "...*hastaların tedavisini,*

bütün güç ve düşüncemle onların yararına ayarlayacağım..... benden, istense bile, hiç kimseye zehir vermeyeceğim..... taş sancısı çekseler bile, hiç kimseye mesane ameliyatı yapmayacak, bunu söz konusu işle uğraşanlara bırakacağım mesleğimi yerine getirirken veya başka zamanlarda, toplum arasında gördüğüm ve işittiğim, gizli kalması gereken konularda ağzımı sıkı tutacak ve bunları sır olarak saklayacağım...." demekle tıbbi etik ve ilişkili olarak tıp hukuku temel kavramlarını da gündeme getirmişti.

Tarihi sırayla gidecek olursak MS 768- 814 yıllarında yaşamış olan Alman İmparatoru Şarlman, insan sağlığı konusunda "*gün gibi aşikâr kanıtlar aranacağını*" bildirerek; yaralanma, tecavüz, çocuk öldürme ve evlenmenin iptali gibi konularda tıbbi bilirkişi görüşüne başvurulması gerektiğini belirtmişti.

İslam tıbbının en önemli cerrahlarından olan **Ebul Kasım el Zahravi** (*albucahis*) (936-1013) "*cerrahlar, tanrının gözü üzerinizdedir, sizin gerçekten gerekli olduğu için mi, para aşkı için mi ameliyat yaptığınızı bilir*" diyerek etik uyandırmış, üstelik bunu kitabı "el Tasrif" te ilk sayfaya koyarak yazılı hale getirmişti.

Sabuncuoğlu Şerefettin "*Bir işi hor görüp adının kötüye çıkmasına neden olmamalısin, paraya tamah edip kendini halk katında saygın iken aşağılatmamalısin, insafının hırsından ve rağbetinden fazla olması gerekir*" demektedir. Görüldüğü gibi hukuk ve etik sıklıkla kol kola yürümektedir. Tıp Hukukunda gerçek gelişmeler yani kilometre taşları ancak XX. yüzyılda ortaya çıkmaktadır. Bu gelişmeler ağırlıklı olarak hasta hakları ve hastayı aydınlatma konularındadır. Bazı örnekler:

Mohr-Williams Davası (1905): "Ann Mohr, sağ kulağında yapılacak ameliyat için onam vermiştir. Hasta anestezi altındayken, cerrah Williams, sağ kulaktan daha öncelikli olarak sol kulağının tedaviye gereksinimi olduğuna karar vermiş ve hastanın sol kulağını ameliyat etmiştir. Oysa Bayan Mohr'a, bilgilendirme sürecinde sol kulağın tedaviye gereksinimi olduğu söylenmemiş ve onam sadece sağ kulak için alınmıştır. Hâkim, sol kulağa yapılan ameliyatın, "yetkilendirilmemiş müdahale" olduğuna ve hasta üzerinde kötü davranış ve saldırı meydana getirdiğine karar vermiştir. Bu karar ile "hastanın, bedenine yapılacak girişimler için yetkilendirmesinin, ancak, hekimine, her bir girişim için ayrı ayrı, gerçek-açık onam vermesi ile olası olacağı" sonucuna varılmıştır.

Nathanson-Kline Davası (1960): Dr. Kline, hastası Bayan Nathanson'a kobalt tedavisini önerirken riskleri açıklamamıştır. Dava sonunda, "Doktor-hasta arasındaki ilişkinin güvene dayanan bir ilişki olduğu vurgulanarak, hastaya hastalığı ve tedavisi ile ilgili tüm gerçeklerin, açık sözlülükle açıklanması gerektiği", açıklama ödevinin de doktora ait olduğu ve aydınlatılmış onam

için açıklamanın şart olduğu hükmüne varılmıştır.

Bu yüzyılda tıp hukukunda özellikle hasta haklarına yönelik bir dizi mevzuatın çıkarıldığını görüyoruz. Bunlardan en önemlileri şunlardır:

- Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam-1994)
- Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü (ana sözleşmesi) Temel Doküman (Roma-2002)
- Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun 2003/5013.

Son olarak ülkemizdeki yasalardan **5237 sayılı Türk Ceza Kanunu**'na ilişkin birkaç düşüncemi aktarmayı yararlı görüyorum. 2005 yılında çıkarılan bu kanun bana göre tarihte Hammurabi Kanunları'dan sonra çıkarılan, sağlık çalışanını cezalandırıcı en sert kanunlardır. Çünkü hukuk devleti olan ve demokrasi ile yönetilen ülkelerde hekim "hapis cezası" ile cezalandırılmazken ülkemizde kanun yapıcı bu konuda farklı bir anlayışta yürümüştür. Örneğin; **TCK mad. 83**'de "*kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir... belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis yerine 20-25 yıl, müebbet hapis yerine 15-20 yıl, diğer hallerde ise 10-15 yıl hapis cezasına hükmolunabileceği...*" hükmü yer almaktadır. Keza **mad. 85**'de "*taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi 2 yıldan 6 yıla kadar hapis cezasına çarptırılır, mad.89-(1) taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi 3 ay-1 yıl hapis cezası veya adli para cezası, (2) duyu veya organlardan birinin işlevinin sürekli zayıflaması, kemik kırılması, sürekli konuşma zorluğu, yüzünde sabit iz, prematüre doğuma neden olmuşsa, ceza yarısı oranında arttırılır, (3) iyileşmesi olanaksız bir hastalık veya bitkisel hayata, duyu ve organ fonksiyon kaybına, konuşma ve çocuk yapma yeteneğinin kaybolmasına, düşüşe, yüzün sürekli değişimine neden olmuşsa ceza bir kat arttırılır*" denmektedir. Hekime mesleki uygulamalarından dolayı hapis cezası vermeye hevesli bu yasa sağlık ortamında çalışmayı zorlaştırmaktadır.

Kaynaklar

Çelik F. : İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Komisyonu III. Ulusal Sağlık Hukuku Sempozyumu, Marmara Üniversitesi Rektörlük Binası, 30 Kasım 2007

Çelik F. : Hekimliğin Seyir Defteri, Deomed Yayınları, 2013, İstanbul

Güzeldemir ME,: Hasta Bilgilendirmenin Önemi, SENDROM Tıp Dergisi; Mayıs 2005

İnsan: Konuşan hayvan

Prof. 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 İlçesi'nde yaptı. 1988-92 arasında Bakırköy Ruh ve sinir Hastalıkları Hastanesinde Nöroloji İhtisası yaptı. 1993-2000 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 3. Nöroloji Kliniğinde başasistan olarak çalıştı. 1996'da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi nöropsikoloji laboratuvarı ve davranış nörolojisi konsültasyon polikliniğini kurdu ve yönetti. 2000 yılından itibaren devlet hizmetinden ayrılarak özel sektörde çalışmaya başladı. Hanoğlu halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

“... there is no fundamental difference between man and the higher mammals in their mental faculties”
(Darwin, Descent of man 1871)(1)

Bilindiği gibi evrim teorisi günümüzde, biyolojinin tüm teorik yapısını toparlayıp bütünlük oluşturan en güçlü kuramsal çerçeveyi oluşturmaktadır. Ama Darwin'in yukarıda dile getirilen postulatı ve insan aklının ortaya çıkışının evrim içerisindeki yeterli açıklaması hakkında hala tartışma devam etmektedir. İnsan; ayrık, evrime pek de uymayan bir “tür” olarak Darwin'in tezinin aksine diğer üst düzey memelilerden ayrılmaları ayrıcalıklı bir konuma yerleştirilebilir mi? Ya da insanın akli melekelerinin ortaya çıkışı evrim teorisi içerisinde yeterli bir biçimde nasıl açıklanıp, soru sonuçlandırılabilir? Bu sorular hepimizi ilgilendirmekle beraber, günümüzde sorunun ilk muhatabı daha çok bilim gibi durmaktadır.

Evrimin temel tezi, insan türü ile diğer hayvanlar arasında bir süreklilik olduğu, Darwin'in söylediği gibi farklılığın bu süreklilik gereği nitelikte değil, sadece niceliksel olarak mevcut olduğudur. Ama pek çok araştırmacıya göre insan ve hayvan arasında akli melekeler açısından açık bir süreksizlik söz konusudur (2). Penn ve arkadaşlarına göre bu süreksizlik ya da kesinti, iki alanda ortaya çıkmaktadır, idrak yetisinde genel olarak ve dil yeteneğinde özel olarak (3). Bu

nedenle, insana ait ayırt edici olduğu düşünülen zihinsel yeteneklerin neredeyse tümü büyük ölçüde dil yeteneği ile ilişkilendirilebilir olduğu için ve bu gözden geçirmeyi biraz basitleştirmek için insanın dil yeteneğini diğer tüm akli melekelerinin bir temsilcisi, “insan türü” için ayırt edici özellik olarak alacağız. Ne de olsa “insan konuşan hayvandır.”

Evrimsel olarak araştırmacıların işaret ettiği, insan dil yeteneğine en benzeyen şey, “hayvan iletişim sistemi” (HİS) olarak bilinen ve Hauser tarafından tanımlandığı gibi, sağkalım, çiftleşme ve üreme ile ilgili bilgilerin nakledildiği bir takım sesler, vücut değişiklikleri gibi işaretlerdir (2). Ancak HİS'ler, lisanın bir alt versiyonu değildirler, doğaları gereği ondan tümüyle farklıdır. Bir simgeleştirme içermezler belli tipte çılgınlıklar sadece gerçek, var olan bir tehlike olduğunda dış koşullarla ilişkili olarak geçerli ve işlevseldir, insan dilinde olduğu gibi zihinde saklanıp gerçekte olmayan bir durumu anlatmak için kullanılamazlar. Birbirlerine eklenip daha karmaşık sinyaller haline gelmezler, vb. Yani basitçe Bickerton'un söylediği gibi insan dili hayvanlar âlemi içerisinde sadece eşsiz değildir, yakın bir benzeri bile yoktur (2, 4, 5).

1950'li yıllarda hâkim olan yaklaşım,

davranışçı ruhbilim ve dil bilim idi. Bu yaklaşım insan ve hayvan davranışının anlaşılması için temel olarak uyaran/tepki ilişkisi çerçevesinde bir inceleme alanı tanımlıyordu. Bu yaklaşımın öncüsü F.Skinner, (Verbal Behavior 1950) da insan dilinin ortaya çıkışı ile ilişkili temel davranışçı tezi sergiliyordu. Bu yaklaşım, dil yeteneğinin insanda ortaya çıkışını felsefe geleneğinin dinsel yaklaşımları çağrıştıran “zihni” devre dışı bırakmaya, descartesci ruhsal töz'ü iptal etmek üzere Locke/Hume'dan gelen ampirist gelenek, insan bilincinin deneyimden gelen bir algı demeti olduğu görüşü üzerinden ve tekçi maddi töz üzerinden şekillendirmeye çalışıyor, ruhun hayaletinin yeniden geri dönmemesi için davranışçılık ve evrimin açıklayıcı gücüne sarılıyordu. Bilim çevrelerinde bu tarzda bir davranışçılık çerçevesinde hem beyinin, hem de dil ile ilişkili sorunların çözüleceğine tam bir inanç söz konusu durumdaydı (6).

İşte 1960'larda Chomsky'nin dil bilim ve dil psikolojisi hakkındaki devrimci fikirleri böyle bir bilim/düşünce ortamında ifade edilmisti. Chomsky temel olarak felsefe geleneğindeki diğer ana akımın, Descartesci, usçu felsefenin yaklaşımını takip ettiğini ileri sürüyordu. Dilin sadece insana mahsus “ünik” bir yetenek olduğuna,



insandaki dil yetisinin “innate” (doğuştan getirilen) bir donanımın varlığında, davranışçı öğrenme mekanizmalarının ötesinde insan bebeğinin bir dilin konuşulduğu ortamda potansiyelden etkin hale geçmesi biçiminde gerçekleştiğini ileri sürüyordu.

1970'lerdeki yazılarında, dilin altında yatan ve tüm insanlarda/tüm dillerde ortak olan ve insan zihninin doğasından kaynaklanan “evrensel dilbilgisi” kavramının 17.yüzyıldan itibaren bu felsefi gelenek içerisinde ortaya konduğunu göstermeye çalışır. Dilin doğasıyla ilişkili açıklayıcı varsayımların en temelde insan düşüncesinin/zihninin doğasıyla ilişkili açıklamalar olarak görmektedir. O dönemde; *“Bu gün en umut verici yaklaşım, dil görüngüleri ile zihin etkinliği görüngülerini olabildiğince doğru olarak betimlemek, şimdilik varsayılan zihin yapılarını ve süreçlerini hiçbir fizyolojik düzenekle ilişkilendirmeden ya da zihin işlevlerini “fiziksel nedenler” çerçevesinde yorumlamadan, bu olguları açıklayabilecek ve yapılarılarıyla işleyişlerindeki ilkeleri ortaya çıkarabilecek soyut, kuramsal bir düzenek geliştirmeye çalışmaktır. Bu soyut yapı ya da işlemlerin nasıl gerçekleştiğini ya da somut terimlerle nasıl açıklandığı sorusunu geleceğe bırakabiliriz”* diyor (6). Chomsky dil

konusundaki bu yaklaşımları ve getirdiği bakış açısı ile alanı tamamen değiştirmiş, davranışçı/evrimci yaklaşımı çok zayıf bir konuma düşürmüştür. Ancak Chomsky 2002'den sonra, bu geleceğin artık zamanının geldiğini düşünmüş olacak ki, bir yandan dilin beyinsel/biyolojik alt yapısının gözden geçirilmesi, diğer yandan insan dilinin anlaşılabilirliği için evrimci görüşlerle sonuç verici bir uzlaşma sağlama çabasına giriştiğini görüyoruz. Chomsky ve beraber çalıştığı bilimcilerin bu yaklaşımlarına yazımızın sonunda yeniden döneceğiz, ama şimdi olan bitenin anlaşılması için birkaç başka bilimsel araştırma alanından ve yaşanan gelişmelerden bahsetmemiz gerekli.

Dilin evrimi konusunda gözler ilkin doğal olarak Erzurumlu İbrahim Hakkı'nın da işaret ettiği gibi, en yakın akrabalarımız gibi görünen kuyruksuz maymunlara, onların gizli kalmış ve insan diline geçişin izlerini taşıyabilecek dil yeteneklerine çevrildi. 1960'lardan itibaren şempanze, goril ve orangutanlara yoğun bir dil öğretme çabası ortaya çıktı. Kuyruksuz maymunların ses denetimi ve gırtlak fizyolojilerinin konuşmaya müsait olmadığının hızla anlaşılmasından sonra çalışmalar işaret dili ve benzeri sembolik sistemler üzerine yöneldi. Ancak sonuçlar başarılı olmadı (2). Dilin çekirdek atomik

Primatlar ve kuşlardan gelen kanıtlar birlikte değerlendirildiğinde konuşma ve dilin evrimi için üç faktörün önemli olduğu izlenmektedir. Birinci olarak nöral ve genetik homoloji söz konusudur. İkincisi işitsel vokal öğrenmenin evrimsel mekanizmaları insanlar ve ötücü kuşlarda aynı şekilde evrimleşmişken, büyük primatlar ve maymunlarda öyle değildir. Üçüncü olarak ise kompleks insan dili hayvan krallığında biriciktir.



Darwin'ın postulatı üzerinden yaptığımız bu gözden geçirmede insan akli melekelerinin ve dilinin ortaya çıkışı ile ilgili iki şey söylenebilir gibi görünüyor. Öncelikle sorun Darwin'in sözü kadar basit değildir. İnsan akli melekeleri ve dili hayvanlar âleminde biriciktir. Söz konusu olan fark, derece farkı değil nitelik farkıdır.

elemanları "lexicon" olarak isimlendirilir ki bu kabaca sözcük benzeri elemanlar setinden meydana gelir. Sözcükler radikal bir biçimde hayvan iletişiminde bulunan her şeyden farklıdır. Hayvan ve insan iletişimi arasındaki bu boşluğa bir örnek olarak petitto şempanzelerin "elma" etiketiyle elma ile bağlantılı yeme, onu bir yerden bulma, alma vb. gibi bütün eylemleri eşzamanlı olarak ifade ettiklerini söylemektedir. İnsan bebekleri bir sözcüğün kendi türüne ilişkin alışık olduğumuz bir kavram çerçevesinde anlar ve kullanırlar. Yani şempanzeler gerçek anlamda nesnelerin isimlerine sahip değildirler, onlar sadece zayıf çağrışımların bir karışımına

sahiptirler ki bu insanlardan radikal bir şekilde farklıdır (7).

Ancak insan diline evrimsel bir yaklaşım nihayetinde ortaya çıktı ama biraz uzak bir akrabadan, ötücü kuşlardan geldi. Hem erişkin ötücü kuşlarda hem de insan bebeklerinde hayatın erken döneminde duyarlı bir periyottan geçerler ki bu periyotta seslerin taklit edilerek öğrenilmesi söz konusudur. Hem insanlar hem de ötücü kuşlarda FOXP2 geni bu işle ilişkili bulunmuştur. Yine ötücü kuşlarda ötmeye ilgili beyin bölgeleri insandaki dil ve konuşma alanlarının analogudur. Ötücü kuşlarda da sesin üretildiği bölüm ve işitsel algılama ve bellek ile ilişkili bölüm aynı insanlardaki broca ve wernike alanlarında olduğu gibi ayrılmaktadır. Yakın dönemde ötücü kuşların da insanlarda olduğu gibi şarkının öğrenilmesi periyodu boyunca yukarıda bahsedilen beyin bölgelerinin sol hemisferik dominans gösterdiği ortaya konulmuştur (7, 8, 9). Bir kuş ötüşünde tek tek notalar fonemlerin özel bir şekilde arka arkaya gelerek kombine edilmesi motifleri oluşturur. Yine motiflerde arka arkaya eklenerek şarkının tamamını meydana getirir. Şarkının ardışık elemanları bir takım ardışıklık kuralları tarafından belirlenir ki Marler bunu "fonolojik sentaks" olarak adlandırmıştır. Bu A"B" şeklinde ardışıklığı ifade edilebilen üretilmiş dil sekanslarını ötücü kuşların öğrenebileceğini göstermiştir ki insandaki bağlamdan bağımsız dil yapılarıyla eş olmamakla birlikte kuşlarda da bir tür sentaksın mevcut olduğunu düşündürmektedir.

(7, 10) Ancak ötücü kuşlar insan dilinin içerdiği iki temel yapıdan yoksundur. İlk olarak sözcüklerden oluşan, sözcük temelli cümleler ve onların anlamları, ikinci olarak da doğal diller için tipik olan hiyerarşik yapı işleme yeteneği (7).

İnsan dilinin ve akli melekelerinin hayvanlar âleminin diğer üyelerinden açık bir biçimde farklı/süreksiz doğası bu kadar ortada olunca, evrimci bir açıklama için bu süreksizliği de açıklayabilecek bir çözüm yaklaşımı üretmeye odaklanıldığı izleniyor. İnsan dilinin ve akli melekelerinin evrim içerisinde açıklama çabalarını gözden geçiren Fitch, üç farklı yaklaşım tanımlar, bunlar; Darwin'in sorusuna olumlu yanıt veren, dilinde diğer bütün biyolojik yapılar gibi evrimin klasik kuramları çerçevesince yavaş yavaş evrimleştiğini savunan "naif evrimciler", dilin hayvanlar âleminde bir öncülü olmaksızın birden ortaya çıktığını söyleyen "punktasyonist"ler ve evrim içerisinde farklı zamanlarda farklı amaçlar için ortaya çıkmış bazı yetenek modüllerinin bir türde bambaşka ve örneği olmayan insan dili gibi bir işlev için bir araya gelmiş olabileceğini var sayan "preadapsiyonist"ler (11).

Bu noktada Chomsky'nin kökten bir evrimci olan Hauser ve Fitch ile birlikte yazdıkları 2002 Science makalesi ve onun ana fikrine bakmalıyız. Bu makalede yapılan temel şey dil alanının ikiye bölünmesi olmuştur. Dar anlamda dil (DAD) ve geniş anlamda dil (GAD). DAD, GAD'ın bir parçasını teşkil ediyor yani onun tarafından kapsanıyordu ama



sadece insana özgü olan dili içeriyordu. GAD'ın DAD'dan geri kalan kısmı ise öncülleri lisan için olmasa bile diğer türlerde mevcuttu ya da insanda lisan için olmasa bile vardı. Temel varsayım, dil yeteneğinin bir dizi alt mekanizmadan (konuşma seslerini ayırt etme, kurallı basit sistemleri işletme, kavramsal temsiller oluşturma vb.) ve bunların birlikte işleyişinden oluştuğudur (12). Buradaki yaklaşım temelde yukarıda preadapsiyonist yaklaşım olarak sınıflandırılan türdendir. İnsan dilini meydana getiren beyinsel yapıların ötücü kuşlarda görüldüğü gibi değişik işlevlerde ve modüler halinde olduğu, sonradan işleve yönelik bir biçimde farklı düzenlemelerin ortaya çıktığını temel tez olarak ileri sürer. Bu yaklaşımın daha kapsamlı bir ifadesi Shettleworth tarafından çifte işleme (dual process) teorileri olarak sunulmuştur. Buna göre insanlardaki kognitif işlevlerin bir kısmının diğer hayvanlardaki temel basit işlemeyle paylaştığını ancak ilave olarak yavaş gelişen insana özgü ve daha fazla explicit olma özelliğinde olan başka processlerle kombine olma özelliğinde olduğunu öne sürer. Bu teori bilişsel işlevler için modüler bir yapıyı varsayar ve çocukların kognitif gelişmelerinde bir çekirdek bilgiye (core knowledge) sahip olduklarını varsayar. İnsan çocukları için tamamlayıcı bir iddia insan öğrenmesine özgü olan yine biricik bir sosyal ve bilişsel adaptasyon süreci gerektirir. İnsan bilişsel mimarisi insana özgü olan ve tüm türlerde bulunan modüllerin bir mozaiğidir (13).

Tüm bu tartışmalar çerçevesinde diğer

insan dilinin ortaya çıkışı ile ilişkili son varılan nokta çok özet bir biçimde şöyledir: Primatlar ve kuşlardan gelen kanıtlar birlikte değerlendirildiğinde konuşma ve dilin evrimi için üç faktörün önemli olduğu izlenmektedir. Birinci olarak nöral ve genetik homoloji söz konusudur. Benzer genler ve beyin bölgeleri işitsel öğrenme ve sözel öğretim için sadece ötücü kuşlar ve insanlarda değil aynı zamanda büyük primatlar ve maymunlarda da söz konusudur. İkincisi işitsel vokal öğrenmenin evrimsel mekanizmaları insanlar ve ötücü kuşlarda aynı şekilde evrimleşmişken, büyük primatlar ve maymunlarda öyle değildir. Üçüncü olarak ise kompleks insan dili hayvan krallığında biriciktir. Kuşlarla ortak atadan evrimleşen işitsel vokal öğrenme ile ilişkili nöral mekanizmalar evrimin ileri aşamalarında diğer dille ilişkili alanların gelişmesiyle kombine olarak insanlardaki biricik dil yeteneğini ortaya çıkarmıştır (7).

Sonuç olarak Darwin'in postulatı üzerinden yaptığımız bu gözden geçirmede insan akli melekelerinin ve dilinin ortaya çıkışı ile ilgili iki şey söylenebilir gibi görünüyor. Öncelikle sorun Darwin'in sözü kadar basit değildir. İnsan akli melekeleri ve dili hayvanlar aleminde biriciktir. Söz konusu olan fark, derece farkı değil nitelik farkıdır. Yine de tüm araştırmalar genel "evrim" teorisi çerçevesinde sorunu ele almaktadır. Fitch'in sınıflamasının hiçbir üyesi evrimci bakış açısının dışında değildir. Tüm farklı yaklaşım açıları da çözümün genel evrim teorisi içinde kalınarak bulunabileceği düşüncesindedir.

Kaynaklar

- 1) Darwin, C. *The descent of man and selection in relation to sex*. 1871 London, UK: John Murray (Türkçe) *İnsanın Türeyişi*. Charles Darwin Evrensel Basım Yayın / Bilim Felsefe İstanbul 2013
- 2) Bickerton D. *Ademin dili*. Boğaziçi üniversitesi yayınevi. İstanbul 2012
- 3) Penn DC, Holyoak KJ, Povinelli DJ. *Darwin's mistake: Explaining the discontinuity between human and nonhuman minds*. *Behavioral and Brain Sciences*, 2008; 31, 109–130.
- 4) Permac D. *Human and animal cognition: Continuity and discontinuity*. *PNAS* 2007;104(35):13861–67
- 5) Premack D. *Why humans are unique: three theories*. *Perspect. Psychol. Sci.* 2010; 5: 22–32. (doi:10.1177/1745691609356782)
- 6) Chomsky N. *Dil ve zihin*. Ayraç yay. Ankara 2001
- 7) Berwick RC, Friederici AD, Chomsky N, Bolhuis JJ. *Evolution, brain, and the nature of language*. *Trends in Cognitive Sciences* 2013, Vol. 17, No. 2
- 8) Jarvis ED. *Learned Birdsong and the Neurobiology of Human Language*. *Ann N Y Acad Sci.* 2004; 1016: 749–777.
- 9) Berwick RC, Okanoya K, Beckers GJL, Bolhuis JJ. *Songs to syntax: the linguistics of Birdsong*. *Trends in Cognitive Sciences* 2011, Vol. 15, No. 3
- 10) Jarvis ED. *Neural systems for vocal learning in birds and humans: a synopsis*. *J Ornithol.* 2007; 148(1): 35–44. doi:10.1007/s10336-007-0243-0.
- 11) Fitch WT. *Evolutionary Developmental Biology and Human Language Evolution: Constraints on Adaptation*. *Evol Biol* 2012; 39:613–637
- 12) Hauser MD, Chomsky N, Fitch WT. *The faculty of language: what is it, who has it, and how did it evolve?* *Science* 2002;298, 1569–1579.
- 13) Shettleworth SJ. *Modularity comparative cognition and uniqueness*. *Phil.Trans.Soc.B.* 2012;367: 2794–2802

İnsan - hayvan sınırı

Prof. Dr. Mustafa Öztürk



1973'te Karabük'te doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1997'de mezun oldu. 2001'de Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimi tamamlayarak iç hastalıkları uzmanı oldu. Endokrinoloji yan dal ihtisasını yaptığı Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzun yıllar görev yaptı. Dr. Öztürk, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesidir.

İnsanı hayvandan farklı kılan nedir? Bu soruya hem felsefe hem de fen bilimlerinden birçok cevap verilmiştir. Konuşma yeteneği, alet kullanması, soyut düşünebilmesi gibi özellikler insanı diğer hayvanlardan özelliklerin başında gelir. İnsan türünün hayvandan ayrılması konusu evrim teorisinin cevap aradığı başlıca konudur. Evrim teorisinin temeli, çevresel şartlarının, bir hayvan topluluğu içinde en yüksek sağ kalım avantajı sağlayan fenotipik varyasyonu seçmesidir. Charles Darwin yaşadığı dönemde genetik bilimi mevcut değildi ancak bu fenotipik varyasyonların kalıtılabilir özellikler olduğu biliniyordu. Darwin'e göre çevre şartları en uygun varyantların sağ kalmasını sağlayarak farklılaşmayı artırıyor, şartlara uyum sağlayamayan özellikteki canlılar yok oluyordu. Bu varyasyonlar arttıkça tür farklılaşmaları ortaya çıkıyordu. Evrim teorisine göre türlerin evrimi sırasında sayısız ara türler yaşamıştı.

Evrim teorisinin modern tarihlendirilmesinde göre 3,5 milyar yıl önce yeryüzünde bir protoorganizmayla başlayan canlı hayatı, 50-80 milyon yıl önce ilk primatların, 7 milyon yıl önce hominidlerin, 42 bin yıl önce "homo sapiens"in ortaya çıkışı ile devam ediyordu. Homo neanderthalis ve homo florensis gibi insan türleri, modern insanla birlikte bir süre varlığını sürdürmüş ancak sonra yok olmuşlardı. 300 bin yıl önce avlanma için kaba aletler yapmaya başlayan insan türü, 10 bin yıl önce neolitik çağla birlikte büyük bir atılım ile tarımı ve gelişmiş aletler yapmayı öğrenmişti. İlk yazılı izlerine ise 4000 yıl öncesinde rastlanıyordu.

Evrim teorisi uzun yıllar paleontolojik

buluntularla temellendirilmeye çalışıldı. Ancak paleontolojik kayıtlarda beklenildiği gibi sayısız ara tür yerine, türlerin ortaya çıkışları arasında ani geçişlerin olduğu izleniyordu. Kaya katmanlarında türler ani ortaya çıkıyor, zaman içinde tür içindeki değişimler şekilleniyordu. Genetik bilimi geliştikçe, evrim teorisi için paleontolojinin sağlayamadığı kanıtlar genetik yolla gösterilmeye başlandı. Tüm organizmalarda bulunan sitokrom C gibi bir proteinin yapısındaki türler arasındaki farklılıklar incelendiğinde, genetik öncesi çağda morfolojik bulgularla yapılan taksonomik ayırımların çok da yanlış olmadığı anlaşıyordu. Bu proteinlerin yapısındaki mutasyon hızları bilindiğinde, türler arasındaki farklılaşmaların da ne zaman gerçekleştiği de az çok saptanabiliyordu. Ancak genetik devrimin bazı sürprizleri de vardı; türler karmaşıktıkça daha fazla gen taşımaları beklenirken, gen sayıları hiç de lineer seyretilmiyordu. Bugünyada insanın 5 katından fazla, kavak ağacında 40 kat genetik materyal mevcuttu.

Orijinal evrim teorisinde süregelen ve devamlı bir değişim söz konusu olduğu halde paleontolojik kayıtların buna uymaması, evrimin izahında başka arayışları gündeme getirdi. Mutasyonel evrim anlayışına göre, türler arası farklılaşmalar ani genetik mutasyonlar ile meydana geldi. Bu mutasyonlar da fonksiyonel genlerdeki büyük değişiklikler ile değil, genlerin ekspresyon şartlarını değiştiren düzenleyici DNA dizinlerinde olduğu düşünülüyor. Gerçekten de memeli türler arasında fonksiyonel proteinlerin yapıları büyük oranda korunmakla birlikte, bu proteinlerin fetal hayattan başlayarak ekspresyon zamanları, süreleri, miktarları farklılıklar göstermekteydi.

Örneğin insan hariç hemen tüm memelilerde görülen penis kemiği, androjen reseptörünün ekspresyonunu düzenleyen bir CRE (Cis-regülatuar element) bölgesinin kaybolması ile ortadan kayboluyordu. Aynı mutasyon, pek çok memelinin yüzündeki duyarlı bıyık kıllarının da yok olmasına yol açıyordu. İnsanda normal bir protein kodlamayan ama kodlanan genlerin ne zaman ve nasıl çalışacağını belirleyen bu gen bölgelerden biri olan HACNS1'deki değişiklikler, insanın alet kullanmasını sağlayan başparmağının diğer türlere göre çok daha gelişkin olmasını sağlıyordu.

İnsanı diğer primatlardan ayıran önemli bir özellik de, genlerin genomdaki tekrar sayılarıdır. SRGAP2 geni primatlarda iki kopya, diğer memelilerde bir kopya iken insanda 4 kopya olarak bulunur. Bu gen, sinir hücrelerinin akson uzatma yapısını düzenler. Kopya sayısı arttıkça nöronlar daha fazla akson uzatıp daha fazla bağlantı kurarlar. İnsan zekâsının gelişiminde bu küçük farklılığın rol oynamış olabileceği düşünülüyor.

İnsanı farklı kılan özelliklerden en önemlilerden biri de hiç şüphesiz konuşma yeteneğidir FOXP2 adlı bir gende mutasyon taşıyan ailelerde nesiller boyu süren konuşma ve dil problemleri saptanmıştır. İnsandaki FOXP2 proteini şempanzeninkinden 2 aminoasit farklıdır. Fareye insan FOXP2 geni nakledildiğinde öğrenme yeteneklerinin ve ses kapasitelerinin arttığı gözlenmiştir. Bu gen ses oluşturulmasında rol oynayan yüz ve boğaz kaslarının gelişimini de etkilemektedir. Sesini daha fazla kullanan kuş ya da yaras gibi canlılarda bu proteinin ekspresyonunun daha fazla olduğu,

kuşlarda ötüşün değiştiği dönemlerde ekspresyonunun arttığı saptanmaktadır.

Ancak dili sadece bir gen mutasyonu ile anlamak mümkün değildir. Evrim teorisinin en büyük çıkmazlarından biri dilin gelişimidir. İnsan dili, başka hiçbir canlıyla karşılaştırılamayacak kadar komplekstir. Ayrıca insanın dil öğrenme yeteneği de yine evrimsel kalıplara sığmamaktadır. Evrim teorisine göre kullanılmayan yetenekler organizmada gereksiz enerji harcanmasına yol açtığından zamanla kaybolur. Mesela mağarada yaşayan bazı balık türlerinde gözlerin kaybolduğu saptanmaktadır. Oysa insanda dil öğrenme yeteneği her zaman korunmuştur. Ataları başka hiçbir dil duymamış olsa bile, bir orman kabilesinde dünyaya gelmiş bir çocuk da ikinci bir dil öğrenmede şehirli akranından geri değildir. İnsan beyninde dilin yazılı ifadesinin öğrenilmesini sağlayan bölgelerin mevcudiyeti de evrim teorisi ile izah edilemez.

İnsan zekâsını da evrimsel sağkalım hipotezi ile açıklamak mümkün görünmüyor. Psikolog James Flynn'in çalışmalarında IQ testlerinde 20-30 yıllık dönemlerde ortalama 15 puanlık artış gözlenmektedir. Ancak testler rezive edildiğinde toplumdaki IQ dağılımı farklılaşmıyor. Dünya IQ dağılımı ile nüfus artışı haritaları birbirleriyle çakışmıyor. IQ testlerinde en yüksek skorlara sahip ülkelerde, nüfusun çoğalma hızının düşük olması, IQ'nun -en azından günümüzde- bir sağ kalım avantajı oluşturmadığını düşündürmektedir.

Ahlaki normların varlığı insanları diğer hayvanlardan ayıran bir başka önemli özelliktir. Primatlarda da grup yaşamında moral değerlere ait sempati, şefkat, yardımlaşma gibi davranışların karşılıkları bulunmaktadır. Paleontolojik kayıtlarda da insan gruplarının 100-200 kişilik büyüklüğe eriştiğinde moral değerlerin izleri görülmektedir. Çoğu primatlarda ve insanlarda cinselliğin sıkı korunan moral kodları vardır. Bu moral kodlar kadınlar üzerinde daha baskındır. Uzun gebelik süresi ve çocuk büyütme sırasında erkek desteğinin olması, bir sağ kalım avantajı oluşturmaktadır. İnsan ve diğer primatlar farklı olarak bonobo maymunlarında tamamen serbest bir cinsel yaşam şekli vardır. Tabi ortamlarında pek az düşman türle yaşayan bonobo maymunlarında anaerkil bir grup yaşamı vardır. Ataerkil grup yaşamının, güçlü düşmanlara karşı bir avantaj oluşturduğu düşünülebilir. Günümüz dünyasında gelişmiş ülkelerde cinsellikle birlikte kadının rolünün de artmasını benzer bir süreçle izah etmek mümkün olabilir.

Giyinme de insanı diğer hayvanlardan ayıran önemli bir özellik. Sıcak iklimlerde



yaşayan ilk insanların vücut kıllarının azalmasının terlemeyi kolaylaştırarak bir sağ kalım avantajı oluşturması mümkün. Ancak bu insanlar soğuk bölgelere göç etmeye başladıklarında giyinme ihtiyacı baş göstermiş olabilir. Giyinmenin ne zaman başladığına ilişkin arkeolojik kanıtlar milattan önce 30 bin yıllarını gösteriyor. Ancak genetik noktada da önemli ipuçları veriyor. İnsanda diğer primatlardan farklı olarak vücut biti ile kafa biti birbirinden farklı yapıdalar. Vücut biti sadece elbise kıvrımlarında yaşayabiliyor. Bu iki bit türünün DNA değişimleri incelendiğinde kafa bitinden farklılaşmasının 70 ± 42 bin yıl önce gerçekleştiği anlaşıyor. Yani insanların giyinmeye başlaması bu zamanlara denk gelmiş olabilir. Primat evrimi sırasında ovulasyonun dişi eksternal genitalyada belirtilerinin giderek azaldığı izlenmektedir. İnsanda ise hiç görülmemektedir. Giyinmenin dişi ovulasyon zamanını gizleyerek erkek tarafından sürekli bir korunma sağlanması mümkündür.

İnsanı diğer hayvanlardan farklı kılan en önemli özelliklerden biri de dindir. Ölü gömme törenlerinin izleri 300 bin yıl öncesinde, ayin çizimlerine ise mağara duvar resimlerinde 30-70 bin yıl öncesinde saptanmaktadır. Dinin, insanı diğer hayvanlardan farklı kılan ve organize bir toplum yapısı içinde yaşamasını sağlayan özellikleri ve moral kodları koruyucu bir fonksiyonu olduğu açıktır.

Dili sadece bir gen mutasyonu ile anlamak mümkün değildir. Evrim teorisinin en büyük çıkmazlarından biri dilin gelişimidir. İnsan dili, başka hiçbir canlıyla karşılaştırılamayacak kadar komplekstir. Ayrıca insanın dil öğrenme yeteneği de yine evrimsel kalıplara sığmamaktadır. Evrim teorisine göre kullanılmayan yetenekler organizmada gereksiz enerji harcanmasına yol açtığından zamanla kaybolur. Mesela mağarada yaşayan bazı balık türlerinde gözlerin kaybolduğu saptanmaktadır. Oysa insanda dil öğrenme yeteneği her zaman korunmuştur.

Osmanlılarda Türkçe tıp yazmaları

Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokaç



1963 yılında Ordu, Ünye'de doğdu. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te iÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında iÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009'da Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlüğü ile 2009-2013 arasında İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimliği görevlerinde bulundu. Dr. Tokaç halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı Başkanı ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama Araştırma Merkezi Müdürü olarak görev yapmaktadır.

Osmanlılardan önceki dönemlerde Türk Dün-yasında ilim dili, devrin geleneklerine uygun ola-rak sadece Arapça idi. Anadolu Selçuklularının 1308 yılında tarih sahnesinden silinme-sinden sonra Türkçe devlet ve ilim dili olarak öne çıkmaya başladı. 14. yüzyıl-dan itibaren Türkçe olarak edebiyat, tıp, tarih, astronomi, İslam dini ve felsefeyle ilgili eserler yazılmaya başlanmıştır. Bu dönemde Osmanlıların yanında Germiyanoglu, Candaroğlu, Aydınoğlu, Menteşeoğlu, Karamanoğlu Beyliklerinin de katkılarıyla telif ve tercüme birçok eser Türkçeye kazandırılmıştır. Bu dönem Türkçe tıp kitaplarının çoğunda zamanın geleneklerine uyularak tarih verilmemiştir. Bu itibarla, Osmanlılarda Türkçe Tıp Yazmalarını incelerken, 14. Yüzyılda Beylere ithaf edilen eserleri de ele alınmıştır. 14. Yüzyıldan başla-yarak 19. Yüzyıla gelinceye kadar tıbbi eserlerdeki dil yapısı da kaleme alındığı dönemin dil özelliklerine göre değişim göstermiştir. 14-15. Yüzyıllarda göze çarpan ilk nokta, özentî ve sanat endişesi gütmeden, yalnız öğrenmek ve halka faydalı olmak amacıyla, mümkün olduğu kadar sade bir dille yazılmış olmalarıdır. 16. Yüzyıldan itibaren kullanımı artan Arapça kelimeler ve Farsça terkipler 18. Yüzyıldan itibaren iyice ağırlığını hisset-tirmiş ve en sonunda çoğu ibarelerin Arapça olduğu bir şekle bürünmüştür.

Osmanlıca eğitiminin öneminin yeniden fark edildiği bugünlerde Osmanlıca eserlerin araştırmacıların istifadesine sunulmasında bir ışık olması umuduyla *Osmanlıda Sağlık* isimli kitapta yer alan

makalemizde yer alan Osmanlılar dö-ne-minde İslam harfleriyle yazılmış olan telif ya da tercüme Türkçe tıp eserlerinden bazı önemli gördüklerimizin isimleri, yazarları, muhtevaları ve bulundukları kütüphaneler hakkında bazı kısa bilgiler verelim istedik.

Tuhfe-i Mübârizi

Yazarı Hekim Bereket'dir. (?-?) Anadolu'da Türkçe'ye tercüme edilen ilk kitaptır. Hekim Bereket, *Lübabü'n-Nuhâb* adıyla Arapça yazmış olduğu eserini, kendisi Türkçeye tercüme etmiştir. İbn Sina'nın *Kanun* adlı eserinden yararlanıla-rak yazılmış olup, Hekim Bereket'in kendi tecrübelerini de içerir. Kanun'da önemli gördüğü konuları açık ve kolay anlaşılır bir şekilde özetlemiş ve her bölüm ve kaide için bir daire çizerek anlatmıştır. Daire kullanımı tıp sahasında daha önce kullanılmadığı gibi İbn Sina'nın bu eseri de hiç kimse tarafından bu şekilde tertip edilip kaleme alınmamıştır. Konya İzzet Koyunoğlu Kütüphanesi (2004 veya 12049) ve Paris Milli Kütüphanede, Hekim Bereket'in doğrudan Türkçe yazdığı eseri *Kitab-ı Hülâsa der İlm-i Tibb* ile Tutmacı mahlaslı biri tarafından Farsçadan Türkçeye tercüme edilmiş *Tabi'at-nâme* isimli başka bir Türkçe eser ile birlikte ciltlenmiş iki nüshası mevcuttur.

Edviye-i Müfrede

Yazarı Geredeli İshak b. Murad'dır (?-?). Türkçe yazılan eserler arasında tarihi bilinen ilk eserdir. Kitapta ilaç ve bitkiler alfabetik olarak verilmiş, baş, göğüs boş-

luğu organları, karın boşluğu organları ile harici hastalıklar ve ateşli hastalık-lardan bahsedilmiştir. Sonra Zahir-i Harzemşahi'den ve İbn Sina'dan naklen verilen makalelerin eklendiği bölüm bir çeşit bahnamedir. Metnin sonunda Arapça-Farsça-Türkçe terimler sözlüğü vardır. Eser, bir tek kitaptan çevrilmeyip, bir derleme ve yeniden değerlendirmedir. Malatya (1196), Bursa Haraççioğlu (1134), Süleymaniye Pertevniyal (744) ve Paris Milli Kütüphanesinde (A. F. 170)'de *Müntahab-ı Şifa* ile birlikte ciltli nüshaları yanında müstakil nüshaları da vardır.

Müfredât-ı İbn-i Baytar Tercümesi

Yazarı bilinmiyor. Ortaçağın en büyük botanikçisi ve eczacısı İbnü'l-Baytar'ın kısaca *el-Müfredât* adıyla meşhur olan *el-Cami' li-Müfredât-i'l-Edviye ve'l-Ağziye* adlı Arapça eserinin bir çevirisidir. Anadolu'yu da gezmiş olması nedeniyle, İbnü'l-Baytar'ın bu kitabı Türkiye tıbbi bitkileri için çok önemli bir kaynaktır. Eserde drogaların isimleri alfabetik sıra ile Türkçe ve Grekçe olarak verilmiştir. Mütercim hattının Tavşanlı Zeytinoğlu Kütüphanesinde (410) olduğu söylenir. Bursa Hüseyin Çelebi (835), Haraççı-oğlu (1118), Hüsrev Paşa (476), Köprülü (893), Süleymaniye Esad Ef. (2479) ve Lala İsmail Ef. (389/6)'de nüshaları vardır. Saraybosna ve Zagreb Şarkiyat Enstitülerinde de birer nüshası olduğu bildirilmiştir.

Kamilü's-Sinaatü't-Tıbbiye Tercümesi

Yazarı bilinmiyor. İlk İslam yazarlarından

ve Büveyhoğlu Adudüddavle'nin özel hekimi Ali b. Abbas el-Mecûsî tarafından yazılan ve *Kitabu'l-Melikî* olarak meşhur olan *Kitab-ı Kamîlû's-Sinaa fi 'ilmû't-Tıbb* adlı eserin kısmen eksik bir çevirisidir. Eserin Arapça orijinal metninde ikinci cüzünün üçüncü makalesinin bir bölümü olan "Ateş ve şişlerin tedavisi" ile dördüncü makalenin bir kısmı olan "Bedenin dış kısmına arız olan hastalıklar" bölümlerinin tercümesi yer almaktadır. Bursa Hüseyin Çelebi (819), İ.Ü. İst. Tıp Fak. Tıp Tarihi Küt. (4480) ve Manisa Muradiye (1853)'de nüshaları vardır.

Müntahab-ı Şifa

Yazarı Hekim Hacı Paşa'dır. (1334/35 ?-1424) Kendisinin Arapça olarak yazdığı *Şifa'ü'l-Eskam ve Devâ'ü'l-Âlam*'dan aynı planda yaptığı Türkçe bir özetidir. Üç bölümden oluşan eserin birinci bölümünde iki bab halinde teorik (nazarî/ilmî) ve teorik (amelî) tıp bilgileri; ikinci bölümde yiyecekler (gıdalar), içecekler (şerbetler) ve ilaçlar (edviye/devalar); üçüncü bölümde hastalıkların sebepleri, alametleri ve ilaçları (teşhis ve tedavi yolları) anlatılır. Zafer Önler tarafından "Metin" ve "Dizin" olarak iki cilt halinde yayınlanmıştır. Malatya (1196), Bursa Haraççioğlu (1134), Süleymaniye Pertevniyal (744) ve Paris Milli Kütüphanesi (A. F. 170)'de *Edviye-i Müfred*e ile birlikte ciltli nüshaları yanında ayrıca Süleymaniye Ayasofya (3752) ve Kadızade Mehmet ef. (351), Topkapı Müzesi (545), Fatih Millet (294), İst. Üniv. Küt. Yıldız (233 ve 877)'de bazı müstakil nüshaları olduğu bildirilmektedir.

Tervihü'l-Ervah

Yazarı Ahmedî'dir. (1334 ?-1413) Mesnevi tarzında kaleme alınan 10.082 beyitlik manzum eser iki cilt olup, birinci ciltte anatomi, patoloji gibi temel tıp bilimleri ile, koruyucu hekimlik ve farmakoloji gibi uygulamalı tıp bilimleri hakkında bilgiler verilmekte; ikinci ciltte ise yukarıdan aşağıya bütün hastalıklar ve tedavilerinden bahsedilmektedir. Müellif nüshası Topkapı Revan'dadır (1681). Süleymaniye Ayasofya'da eksik bir nüsha, Manisa İl Halk Kütüphanesinde de bir nüshası vardır.

Yadigâr (Yadigâr-ı İbn-i Şerif)

Yazarı İbn Şerif'tir. (?-?) Yaklaşık olarak 1425 yılı civarında yazıldığı tahmin edilmektedir. Genellikle hijyen, hastalık belirtileri, farmakoloji ve tedaviden bahseder. Bu eser devri için çok önemli bir müfredat kitabıdır. İbn Sina ve İbn Baytar'dan yararlanılarak yazılmıştır. Klasik İslam tıp kitabı düzeninde yazılmış olup, hava, meskenler, giyecek ve yiyecekler, sular, diyet gibi koruyucu



hekimliğe ait bölümlerle, baştan ayağa hastalıklar ve tedavileri, ortopedik ve cerrahi girişimler sistematik bir düzen içinde aktarılır. Son bölümde tabiplere tavsiyeler yer alır. Çok sayıda nüshası mevcuttur. Bazıları Süleymaniye Hamidiye (1041), Laleli (1651, 1652 ve 1653), Reisü'l-Küttab (737), Atıf Efendi (1972/4), Topkapı Revan (1684), Bursa Haraççioğlu (1121), Ulucami (2602), Fatih Millet (88, 184, 218, 369 ve 380), İ. Ü. Küt. T. Y. (7067 ve 7082), İst. Tıp Fak. Tıp Tarihi Kürsüsü Küt. (38, 84 ve 284), Köprülü (989), Nuruosmaniye (3616)'dedir. Ayrıca yurtdışında da pek çok nüsha mevcuttur. Sadeleştirilmiş ve transkripsiyonlu metin olarak yayımlanmıştır.

Tıbb-ı Nebevi (Tercüme eş-Şifa fi Ahadisî'l-Mustafa)

Yazarı Ahmed Dai'dir. (?-?) Ebu Nu'aym Hafız el-İsfahani'nin *Kitabü's-Şifa fi Ahadisî'l-Mustafa* isimli Arapça eserinde Hz. Muhammed'in hadislerinin tekrar tekrar rivayet edilmiş olması sebebiyle İmam Ahmed b. Yusuf'u't-Tıfaşî'nin bazı isnadları ve rivayetleri çıkararak hazırladığı *el-Vâfi fi't-Tıbbi's-Şâfi* isimli özetinden yararlanarak tercüme edildiği bildirilmektedir. Süleymaniye Fatih (3450), İ. Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi Küt. (90, 97, 104), Cerrahpaşa Tıp Fak. Tıp Tarihi Küt. (335, 442, 565)'de nüshaları vardır.

Kitab-ı Müntahab-ı fi't-Tıbb

Yazarı Abdülvehhab el-Mardânî'dir. (?-1420) "*Müntahab*" adından da anlaşılacağı üzere, kendinden önceki muteber Arapça ve Farsça tıp kitaplarından seçilmiş alıntıların tercümeleriyle meydana getirilmiş on bölümden oluşan bu eser Çelebi Sultan Mehmed (1403-1413) adına 1420 yılında yazılmıştır. Kitap mizaclar ve hıtlar gibi döneminin tıbbın genel anlayışının açıklanması ardından vücudun anatomisinden bahseder. Daha sonra sağlık ve hastalık belirtilerini, nabız ve idrara bakmayı, sağlıklı kalmak için gündelik tedbirleri bildirir. Sonra da baştan ayağa organların hastalıklarından ve cilt hastalıklarından bahseder. Sonunda ise tedavi amaçlı yiyecek ve içecekleri bildirir. Konya Koyunoğlu, Tire Necip Paşa (591), Manisa (6517),

Süleymaniye Fatih (3638) ve Köprülü (184)'de nüshaları vardır.

Tuhfe-i Muradi

Yazarı Mehmed Şirvanî'dir. Sultan II. Murad (1421-1451) adına yazılmış yine kendi eseri olan Cevhernâme'sinin genişletilerek, cinsi gücü kuvvetlendirici, güzel kokuları ihtiva eden kısımlarının ilavesi ile meydana getirdiği kıymetli taşlarla ilgili bir eserdir. 1430 yılında Bursa'da yazılmıştır. Aslında bir tıp kitabı olmamasına rağmen, yazarın kendisinin bir hekim olması ve kıymetli taşları anlatırken, bunların varsa tıptaki kullanımlarıyla birlikte cima artırıcı bab ile ıtlar eserin tıbbi yönünü teşkil eder. Arkeoloji Müzesi (728), Bursa Haraççioğlu (1098/2), Süleymaniye Bağdatlı Vehbi (1493), Ayasofya (3577), Paris Milli Küt. (1302) ve Atatürk Kitaplığı M.Cevdet (281)'de nüshaları vardır.

Mürşid

Yazarı Mehmed Şirvanî'dir. Osmanlı tıbbında göz hastalıklarıyla ilgili en hacimli eser olarak bilinmektedir. Faydalandığı kaynaklar dolayısıyla dönemine kadar İslam göz hekimliğinin vardıdığı son nokta sayılabilir. Eserin birinci bölümü gözün anatomi ve fizyolojisini, ikinci bölümü gözün hastalıklarının sebep, belirti ve ilaçlarını, üçüncü bölümü ise göze zararlı olan müfred (tekil) ilaçlar ile göze gerekli mürekkeb (karşım) ilaçları ve kitapta adı geçen otların özelliklerini bildirir. Eserin bilinen iki nüshasından biri, Topkapı Sarayı Koğuşlar (1061), diğeri Manisa (1840)'dadır. Eserin transkripsiyonlu metni A.Haydar Bayat ve Necdet Okumuş tarafından yayımlanmıştır.

Miftahü'n-Nur ve Hazainü's-Sürur

Yazarı Sinoplu Mü'min b. Mukbil'dir. (?-?) Anatomi, hijyen ve bilhassa göz hastalıklarından bahseder. Kitabın başında hekimin nasıl olması gerektiğini anlatır. Eserin bir nüshası Paris'te Bibliotheque Nationale'dedir. Süleymaniye Hamidiye 1304/4; Nuruosmaniye 3585; Manisa Muradiye 1857'de nüshaları vardır. Ayrıca Millet Ali Emiri 255'de *Kitabü't-Tip* ismiyle bir nüshası daha vardır.

Zahire-i Muradiye

Yazarı Sinoplu Mü'min b. Mukbil'dir. Ağır-lıklı olarak göz hastalıklarının işlendiği eserin birinci bölümünde beyin, baş ağrıları ve göz ağrıları, göz kapaklarının ve göz tabakalarının hastalıkları, kulak hastalıkları ve tedavileri işlenir. İkinci bölümü karaciğer, dalak, bağırsak ve genital organları, vücut ağrıları ve cerrahi vakalar, cüzam ve veba gibi bulaşıcı hastalıklar ve tedavileri içerir. Üçüncü bölüm ise koruyucu hekimlik, kan alma, hacamat gibi genel tedavi yöntemlerinden bahseder. Eserde bütün hastalıklardan söz edilmesine rağmen özellikle göz hastalıkları üzerinde durulmuştur. Ayrıca eserde göz ameliyatlarında ve dağlamada kullanılan alet resimleri vardır. Yazar eserine kendi gözlemlerini de eklemiştir. Süleymaniye Yahya Efendi Hacı Mahmud (5500)'da bir nüshası vardır.

Bahnâme-i Padişahi Tercümesi

Yazarı Musa b. Mesud'dur. (?-?) Nasır-ı Tusi'ye nisbet edilen *Bâhü'l-Şâhiyye ve'l-Terkîbâtü's-Sultânîyye*'nin tercümesidir. Eserin özelliği en eski bahname olmasıdır. Asıl eser on sekiz bölüm olduğu halde bu çeviri on yedi bölümdür. 6. bab'a kadar Farsça aslının aynı ise de sonra kısmen fark etmektedir. Asıl nüsha İ. Ü. Kütüphanesindedir (T. Y. 3956). Ayrıca İ.Ü. Küt. (7149 ve 7152), Topkapı Hazine (581), Süleymaniye Laleli (1616), İst. Tıp Fak. Tıp Tarihi Kürsüsü (Y. 23/2, 76/1, 106/2, 109/3, 130/4 ve 140/3) nüshaları da bulunmaktadır.

Maidetü'l-Hayat (Maddetü'l-Hayat)

Akşemseddin'e (1390-1459) atfedilir. Ruhani tıbbıya ait bir risaledir. Rüya da kendisine keşfolunan Ma-i Kibrit-i Şerif'in faydalarını saymaktadır. 31 hassa (özellik) saymaktadır. Sonra sıtma nöbetlerini ve devirlerini anlatan bir fasıl gelir. En son olarak da ta'rîf-i 'ilac-ı külli adını verdiği bölümde bitkilerin şekil veya isimleri ile tedavi ettikleri hastalıkların insan vücudunda bulunduğu yer arasındaki benzerlikleri belirtmektedir. Bu eserinde mikrop ve bulaşma fikrini hatırlatan cümleler bulunmaktadır. Topkapı Sarayı Hazine (552 ve 1744/2.), Millet Ali Emiri (Tıp 126 [297], Edirne Selimiye (53), Ankara Ü. İlahiyat Fak. (7459), Antalya Elmalı Küt. (81/4), İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Deontoloji A.B.Dalı Küt. (265/1), Süleymaniye Bağdatlı Vehbi (1462/1), Esad Efendi (3539/3)'de nüshaları bulunmaktadır. Ayrıca Millet Ali Emiri Tıp 58/2'de *Der Beyan-ı Menafî-i Dühn-i Kibrit ve Keyfiyyetu İsti'malihi* adıyla bir nüshası daha vardır. Ali İhsan Yurd ve Mustafa Kaçalın tarafından hazırlanan *Akşemseddin* kitabında transkripsiyonlu metni yayımlanmıştır.

Hazâ'inü's-Sa'âd'ât

Yazarı Eşref b. Muhammed'dir (?-?) Eserinde yazar kitabı dört bölüme ayırdığını ve bunun ilk üç bölümünü koruyucu hekimlik bilgilerine ayırdığını açıklamıştır. Ayrıca eserde embriyolojik ve deontolojik bilgiler de vardır. Bilinen tek nüshası Topkapı Sarayı Hazine (557)'dedir. Eser Bedii Şehsuvaroğlu tarafından tıpkıbasım olarak hazırlanmış ve yayımlanmıştır.

Cerrahiyyetü'l-Haniyye

Yazarı Sabuncuoğlu Şerefeddin'dir. (1386?-1470?) Zehravi'nin *et-Tasrif* adlı eserinin son üç bölümü olan Cerrahi kısmının tercümesidir. 1465 tarihinde yazılmıştır. Kendisi de üç bab ekleyerek kitabını hazırlamıştır. Metinde kendi deneyimlerini de eklediği bazı değişiklikler mevcutsa da en önemli katkısı minyatürlerdir. 136 cerrahi girişimi ve 163 cerrahi aletin resimlerini ihtiva etmesi, tıp tarihi kadar sanat tarihimizin de ilgi alanına girmektedir. Bu cerrahi alanında Türkçe yazılmış en kapsamlı tıp kitabının birinci babında fihrist ve önsözü müteakip çeşitli hastalıkların dağlama yolu ile tedavisi, ikinci babında çeşitli cerrahi müdahaleler, üçüncü babında ise kırık ve çıkıkların tedavisi anlatılır. Paris Milli Kütüphanesi (691) ve Fatih Millet Ali Emiri (79)'deki nüshaları bizzat kendi hattıyla yazılmıştır. İ.Ü. İst. Tıp Fak. Tıp Tarihi Küt. (35)'de üçüncü bir nüsha daha vardır. İtler Uzel ve Kenan Suveren tarafından tıpkı basım ve transkripsiyonlu metin olarak iki cilt halinde yayımlanmıştır.

Mücerrebname

Yazarı Sabuncuoğlu Şerefeddin'dir. Hayatının sonlarında, 80'li yaşlarında iken yazdığı ve uzun süren meslek yaşamında edinmiş olduğu kendi tecrübelerini aktardığı te'lif eseri çevresindeki hekim dostlarının arzusu üzerine yıllar boyu edindiği tecrübeleriyle, faydasını gördüğü çeşitli ilaç terkiplerini bir araya getiren eczacılığa ait bir kitaptır. 1468 yılında yazılmıştır. Eser, on yedi bölümden meydana gelmektedir. Tıpta kullanılan ilaçların hap, merhem, şurup, toz, lavman, macun, yakı vs. gibi hazırlanış şekillerine göre sınıflandırarak hangi durumlarda nasıl kullanılacağını anlatır. Sabuncuoğlu Şerafeddin'in bu eserinin en önemli özelliği deney ve gözlemlerini aktarmasıdır. Zaten adı da "Deneylerin neticesi olan kitap" manasına gelmektedir. Bu bakımdan Mücerrebname, Türk tıbbının ilk deneysel kitabıdır denebilir. Süleymaniye Ayasofya (3720 ve 3729), Şehit Ali Paşa (2097/1 ve 2103/2), Fatih (3619 ve 3546/3), Hamidiye (1034/2), İ.Ü. Küt. (7108)'de nüshaları bulunmaktadır. İtler Uzel ve Kenan Suveren tarafından tıpkı basım ve transkripsiyonlu metin

olarak yayımlanmışsa da daha sonra yazarları tarafından piyasadan çekilmiştir.

Alaim-i Cerrahin

Yazarı Cerrah İbrahim'dir. (?-?) II. Bayezid döneminde (1481-1509) Mora seferi sırasında Muson Kalesinde bulunan Yunanca ve Süryanice yazılmış *Çindar* adlı cerrahi kitabının Türkçe tercümesi olması yanında Eflatun, Calinus, Bukrat, İbn Sina ve Razi'nin kitapları ve isimlerini de kaynak olarak belirtmektedir. Eser ayrıca Türk tıp üstadları Hacı Paşa, Sabuncuoğlu, Şirvani, Beşir Çelebi ve Akşemseddin'den ilaç terkiplerini de içerir. Eser taze yaralar, ok ve tüfek yaraları, kırık ve çıkıklar, ırlar, kanserler, şarbon, dolama, fıtık, abse ve frengiyi anlatan yirmi iki bölümden meydana gelmiştir. Tıp tarihimizde ateşli silah yaralanmaları ile frengi hastalığını ve tedavisini anlatan ilk eserdir. Ayrıca Sabuncuoğlu ilk defa bu eserde kaynak olarak gösterilmiştir. Süleymaniye Hekimoğlu Ali Paşa (568), Millet (Tıp 205), İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Tarihi Ens. Yazma (125), Gotha (107), Manisa Muradiye (1844) ve İ.Ü. Küt. (7147)'de nüshaları vardır.

Kemâliyye

Yazarı bilinmemektedir. Yazarın kendi ifadesine göre Bursa'da Şeyh Kemaleddin'in teklifi ile yazılmıştır. Giriş ve on bir bölümden meydana gelir. Baş, göz, ağız, diş, bel, idrar yolları, cima, makad kaşınmaları, şerbetlerin terkiibi, macunlar, murabbalar konularını işler. En sonunda etibbaya (tabiblere) vasiyet vardır. Süleymaniye Laleli (1646), Bağdatlı Vehbi (1465), Şehid Ali Paşa (2074), İ. Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi Küt. (12), Bursa Morali (810) ve Haraççioğlu (1149/6)'da nüshaları vardır.

Fâide-i Hassat (Risale-i Hassatü'l-Kilye ve'l-Mesane)

Yazarı Hekim Ahi Çelebi'dir. (1436-1524) On bölüm halinde böbrek ve mesane taşlarının meydana geliş sebepleri, belirtileri, tedavi yollarını devrinin tıp anlayışına göre anlatan Türkçe yazılmış çok kıymetli tıbbi bir eserdir. Bu kitap, döneminde ve daha sonraları önem kazanmış klasik bir tıp kitabı olarak hekimlere örnek olmuştur. Vücutta meydana gelen taşlar hakkında, Cür-cani, Zekeriya er-Razi ve Galenos'tan genel bilgileri aktardığı gibi, bitkisel ilaçları, özellikle abzen yani ilaçlı sularla banyoları tavsiye eder. Taşın kimlerde olduğu ve sebebi, vücutta nerelerde olduğu, böbrek ve mesane taşlarının işaretleri, ilacı, kötü mizacın sebebi ve işaretleri, taşın ilacı, taş çıkarılırken oluşan cerahatta veya taşın idrar yolunda kalması durumunda alınacak tedbiri,

taşın yarılarak çıkarılması, böbrek ve mesane taşlarının basit ilaçlarla nasıl tedavi edileceği anlatılır. İ. Ü. Küt. T. Y. (314 ve 7101), Bosna Müzesi Küt. (726), Süleymaniye Hamidiye (1463/4), Bağdatlı Vehbi (1491)'de nüshaları vardır.

Menafi'ü'n-Nâs

Yazarı Nidâî'dir. (ö.1567'den sonra) Nidâî'nin 1566 yılında tamamlayıp II. Selim'e ithaf ettiği, hekim bulunmayan ortamlarda halka faydalı olmak amacıyla sade bir Türkçe ile kaleme aldığı, önsöz ve 60 babdan oluşan tıp eseridir. Önce insanın yaratılışı, mevsimler, beden sıvıları, bedenın kısımlarını beyan ettikten sonra damar, nabız ve idrarla ilgili bilgiler verir. Baş, yüz, burun, kulak, ağız ve diş hastalıkları, ciltte görülen hastalıkları ve ayakta görülen hastalıkları verir. Daha sonra iç hastalıklarından bahseder. Tedavide kullanılan lavman, fitil, yakı, yağ, merhem, şurup gibi terkiplerden bahseder. Sonra cinsel yaşama ve hastalıklarına dair bilgiler verir. Basit ve bileşik ilaçları, hayvanlar, kuşlar ve madenlerin tesirlerini bildirir. Drogları alfabetik olarak gösterdiği bölümden sonra etkilerine göre kabız veya ishal yapıcı ilaçları belirtir. Afyon bağımlılığından ve faydalı tiryaklar (antidotlar)'dan sonra kitabın yazılma gerekçesini belirterek bitirir. Çok sayıda kopyası bulunan bu eserin Süleymaniye Es'ad Efendi (2498/1), Laleli (1649), Hamidiye (1041/9), Lala İsmail Ef. (389/1), Nuruosmaniye (3556), İst. Tıp Fak. Tıp Tarihi Ens. Küt. (T.Y. 23, 24, 51, 55, 66, 73, 82, 103, 124,136...)’de nüshaları vardır.

Fihris Ervam (Fihris Ervam fi Lisani't-Tibaa)

Yazarı Hezarfen Hüseyin Efendi'dir. (?-1672) Alfabetik sıra ile Türkçe isimleri yazıp müfredat kitaplarındaki Arapça, Farsça ve Yunanca karşılıklarını yazar. Kitabın yazılış gerekçesinde “*Anadolu (diyar-ı rum)’da bulunan eczacı (‘aşşab) ve koku satanların (attar) çoğunun Türk (evram/Rum diyarından) olması ve Türkçe’den başka lugat bulmamaları dolayısıyla satın aldıkları bütün ilaçları Türkçe isimleriyle bildikleri, fakat fayda ve zararlarını öğrenebilmek için âlimlerin yazmış oldukları müfredat-ı tıbb kitaplarına başvurduklarında Türkçe isimleri ile yazılmadığından bir sözlüğe ihtiyaçları olması sebebiyle bu kitabı yazdığını*” belirtir ve “*fihris ervam*” diye ad verdiğini bildirir. Böylece Türkçe yazılan isimleri dilindeki lugat ile müfredat kitaplarında bulunması kolay olacağını yazar.

Elif harfinden başlar. Bazen sadece bir dildeki karşılığını verir ya da bir dildeki karşılığını verdikten sonra kısa bir açıklama da bulunur. Bazen de her

iki dildeki karşılığını verir. Başka dildeki adıyla meşhur olan drogları da başka kitaplarda pek rastlamadığımız Türkçe isimler verdikten sonra açıkladığı olur. Kimi zaman birçok anlamını bir arada verir. Kimi zaman ise başka dilden gelerek dilimizde değişime uğramış kelime ile ilgili ayrıntılı bilgi verir. Bitkisel drogların yanında hayvansal veya madensel droglar da lugatta mevcuttur. Binden fazla (toplam 1060 civarı) Türkçe ismin bildirildiği lugatte ilginç isimler de mevcuttur. Süleymaniye Şehit Ali Paşa (2086/2), Bağdatlı Vehbi (1474) ve Süleymaniye Hamidiye (1041/14) Yadigar'ın derkenarında nüshaları mevcuttur.

Teşrih-i Ebdan ve Tercüman-ı Kibale-i Feylesofan

Yazarı Şemseddin-i İtâkî'dir. (?-?) Eser anatomi konusunda yazılmıştır. Şemalarla anlatılmaktadır. Ali b. Abbas ve İbn Sina gibi eski birçok hekimden istifade ettiğini yazar. Ahmed b. Mansur'un Teşrih-i Ebdan adlı eserinden alınmış şemalar olduğu gibi Vesalius'un eserinden alınmış ve tamamen kendisi tarafından yapılmış çizimler de mevcuttur. Süleymaniye Hüsrev Paşa (464), Bağdatlı Vehbi (1476), Laleli (1644) ve İ.Ü. Küt. (T.Y. 2662 ve 7094)'de nüshaları vardır. Esin Kâhya tarafından orijinal ve sadeleştirilmiş metin olarak yayımlanmıştır.

Enmuzecü't-Tıb

Yazarı Hekimbaşı Seyyid Emir Mehmed Çelebi'dir. (?-1638) 1625 yılında telif etmiştir. Önsözünde, kitap yazarların, önceki eserleri olduğu gibi aktarmasının doğru olmadığını, kendi tecrübelerini de eklemesinin gerektiğini savunur. Hava, toprak ve iklimin nitelikleri üzerine sağlık bilgisi ile başlar, anatomiden kısaca bahsettikten sonra hastalıkların ve ilaçların açıklamasına geçer. Son bölümde ise hekimlere deontolojik tavsiyelerde bulunur. İ.Ü. Küt. (Yılsız Tıp 28, T.Y. 7043, 7044), Köprülü (958), Süleymaniye Selim Ağa (863), Mihrişah Sultan (343), Topkapı Emarat Haz. (1838) ve British Museum (728/12)'de nüshaları vardır.

Gayetü'l-Beyan fi Tedbir-i Bedeni'l-İnsan

Yazarı Salih b. Nasrullah'dır. (ö 1670) Tıp biliminin konusu, sağlıklı yaşamın koşulları, hava, yeme-içme, hareket, mevsimlerden bahseden girişten sonra alfabetik olarak müfred devaları (basit droglar) kısaca tıbbi özellikleriyle belirtir. Daha sonra mürekkebe devaları (bileşik ilaçlar), şerbetler, macunlar, haplar, pastiller, tozlar, yalanan macunlar, merhemler, yağlar, fitiller şeklinde sınıflandırarak bildirir. Bazı ek bilgilerden sonra baştan ayağa bütün organların hastalıklarını, sebeplerini ve

tedavilerini verir. Belli bir uzva ait olmayan çiçek, kızamık vs gibi bütün vücuda ait hastalıkların bildirilmesinden sonra bazı reçete örnekleri ile son bulur. Kitap çok beğenildiği için çok sayıda nüshaları vardır. Sadece Süleymaniye'deki birkaç örnekle yetinelim. Laleli (1640 ve 1641), Esad Ef. (2474, 247671, 2487, 2488 ve 249871), Hamidiye (1030 ve 1041/11), Ayasofya (3679 ve 3680).

Tedbirü'l-Mevlid

Yazarı Ayaşlı Şaban Şifai'dir. (?-1705) 1701'de klasik kaynaklar yanında, şahsi gözlemlerinden de istifade ile yazdığı doğum ve çocuk hastalıklarına dair eserdir. Giriş, sekiz bölüm ve sonuçtan meydana gelir. XV. yüzyılda Eşref b. Muhammed, *Hazainü's-Saadat* kitabında çocuk hastalıkları için konu ayırmışsa da, bu eser Osmanlı tıbbında doğum ve çocuk hastalıkları alanında yazılmış ilk eser olması açısından büyük önem taşır. Süleymaniye Beşir Ağa (501) Topkapı Bağdat (345) ve A.Ü.Tıp Tarihi Kürsüsünde nüshaları vardır.

Düsturu'l-Vesim fi Tıbbi'l-Cedid ve'l-Kadim

Yazarı Abbas Vesim Efendi'dir. (?-1760) Doğu ve Batı kaynaklarını bir arada kullanarak yazılmış, devrinde çok tutulan iki ciltlik hacimli bir yazmadır. Tıbbi iyi anlamak için fizik, mekanik ve deneysel kimya bilgisinin gerekli olduğu savunulan bu eser, teorik ve uygulamadaki özgün katkılarıyla eski gelenekten yeni Batılı anlayışa geçiş döneminde verdiği yön ile 18. Yüzyıl Osmanlı tıbbının en önemli eserlerinden biri sayılır. Ragıp Paşa Küt. (946 ve 947) ve Bayezid Küt. (4097)'de nüshaları vardır.

Tabhizü'l-Mathun

Yazarı Tokatlı Mustafa Efendi'dir. (?-1782) İbn Sina'nın *Kanun fi't-Tib* adlı meşhur eserinin Katipzade Mehmed Refi Efendi'nin teşvikiyle dört yılda yapılmış Türkçe tercümesidir. Mütercimın kendi el yazısı ile olan nüsha 23 defter halinde kendisi tarafından vakfedildiği Ragıp Paşa Kütüphanesinde (1335). Topkapı Bağdat (342)'da Sultan III. Mustafa için yazılmış güzel bir nüsha vardır. Süleymaniye Hamidiye (1015)'de de güzel bir nüshası mevcuttur.

Kaynak

Tokaç Mahmut: “Türkçe Tıp Yazmaları”. (Bölüm Yazarı) Osmanlılarda Sağlık (2 Cilt) / Makaleler, Araştırmalar / Arşiv Belgeleri. (Editörler: Necdet Yılmaz, Coşkun Yılmaz). ISBN: 9750099360. Biofarma Yayınları, İstanbul, 2006; 165-185.

Türk Müziği ve terapiideki yeri: Bilimsel perspektif

Doç. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı (1991). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musikî Derneği'ni kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nü kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent doktor olarak göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıp Farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi ve Güzel Sanatlar Tasarım ve Mimarlık Fakültesi Dekan vekilidir. Dr. Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Bir önceki yazımızda müzikoterapinin tarihçesi, kullanılabileceği tıp alanları, müzikoterapi sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, müzikoterapinin sınıflandırılması gibi konulara değinmiştik. Bu yazımızda ise Türk Müziği'nin tedavi amaçlı olarak kullanılmasında hangi değişkenlerle yola çıkabileceğimiz konusuna açıklık getirmeye çalışacağız. Müzikoterapide evvela iyi icra edilen, insan ruhunu okşayan ve saran musiki eserlerinin kullanılması gerektiğinin altını çizmek gerekir. Müzik eseri ne kadar iyi bestelenmiş olursa olsun, kötü yapılmış bir icra, eserin insanda oluşturacağı etkiyi ortadan kaldırabilir. Eserin icrası sırasında, çok küçük frekans aralıklarına karşılık gelecek minicik perde hataları bile Türk Müziğinde bazen önemli icra hatalarından sayılır. Zira Türk Müziği, kâğıt üzerindeki bir notalar topluluğu değil, bir perde musikisidir. Bu nedenle makam, usul ve form bilgisi olgunlaşmamış, sazına ve müzik eserlerine henüz yeterince hâkimiyet kuramamış müzisyenlerin, müzikoterapiye kalkışmaması gerektiği düşüncesindeyiz. Müzikoterapi konusunda bilgili ve tecrübeli kişilerin rehberliği ile yola çıkılması hususunun da bunlara eklenmesini zaruri görüyoruz.

Türk Müziğinin Tedavi Amaçlı Kullanımı

Türk Müziği, birçok unsurun uyumlu bir şekilde bir araya gelmesi ile oluşmaktadır. Bu unsurlar müziğin türüne göre çeşitlilik arz etmekte olup bunları;

makamlar, usuller, insan sesleri ve sazlar şeklinde sıralayabiliriz. Bu unsurların müzikoterapiye uygun bir şekilde seçilmesi ve kullanılması hususu müzikoterapinin en önemli konularından biridir diyebiliriz. Bundan sonraki kısımda Türk Müziğinin yukarıda sayılan unsurları birer birer ele alınarak müzikoterapi ile olan ilişkisi kurulmaya çalışılacaktır.

Makamlar

Türk Müziğinde birçok ses dizisi (Uşşâk, Hicaz, Bûselik, Kürdî, Sabâ ses dizisi gibi) vardır. Bu ses dizileri tek başlarına bir makamı oluşturamazlar. Ses dizisi, bazı kurallara göre işlenir ve ortaya minik bir melodik seyir çıkar. İşte bu minik, ama anlamlı melodik seyri oluşturan tüm kurallar, birlikte makamı oluşturur. Kısaca makam, bir ses dizisinde durak ve güçlülünün önemi belirtilmek ve diğer kurallara da bağlı kalınmak suretiyle, nağmeler meydana getirilerek gezinilmesidir (seyir edilmesidir) diyebiliriz. Örneğin bir Uşşâk ses dizisinden pek çok sayıda makam türetilmiştir (Uşşâk makamı, Bayâtî makamı, Nevâ makamı, Gerdâniye makamı, Hûzî makamı, Tâhir makamı, Muhayyer makamı, İsfahan makamı, Acem makamı, Gülizâr makamı gibi); yine Hicaz ses dizisinden de birçok makam türetilmiştir (Hicaz makamı, Hümâyûn makamı, Zîrgüle makamı, Uzzâl makamı, Sûz-i dil makamı, Şedd-i Arabân makamı, Hicazkâr makamı, Suzinak makamı gibi).

Makamlar oluşturulurken bazı Şartların sağlanması elzemdir. Yani bir makamda

bulunması gereken olmazsa olmaz şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. Bunları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Karar perdesi
- Güçlü perdesi
- Asma karar perdeleri
- Yeden perdesi
- Ses dizisi
- Seyir (çıkıcı seyir, inici-çıkıcı seyir ve inici seyir)
- Makamı genel hatlarıyla ortaya koyan melodik seyrin nasıl oluşturulabileceğini anlatan yol haritası (genel seyir)

Yukarıda bahsedilen makam oluşturma kuralları müzikoterapi yönünden tek tek ele alınıp incelenebilir. Bir fikir vermesi amacıyla burada sadece seyir ile ilgili bilgiler verilecektir. Eserde kullanılan makamın yanı sıra örneğin eserin usulü de (usulün hem kendisi hem de metronom değeri) insanda oluşacak etkiyi önemli ölçüde belirlemede olup, bir makamı müzikoterapi için tek başına etkili bir faktör olarak düşünmemek lazımdır. Yani müzikoterapi için makam, usul, insan sesi, saz gibi ana unsurları tek tek değil birlikte düşünmek daha doğru olacaktır düşüncesindeyiz. Aşağıda bu unsurları birer birer ele alacağız, ancak uygulamada bunların tümünün birden göz önünde tutulması gerektiği unutulmamalıdır.

Makamın seyri ile ilgili üç farklı durumdan bahsedilebilir:

• **Makamın işlendiği seyir çeşidi:**

1. Çıkıcı seyir
2. İnici-çıkıcı seyir
3. İnici seyir

• **Seyir alanının dar veya geniş olması**

• **Seyirde ses perdelerinin birbiri peşi sıra (sıralı) ya da atlamalı olarak kullanılması**

Seyir ile ilgili durumları birer birer inceleyelim.

• **Çıkıcı seyir:**

- Genellikle dar bir ses alanında (genellikle 1-1.5 oktav) seyreder
- Ağırbaşlılık, dinginlik, sükûnet hissi verir
- Örnek: Râst, Uşşâk, Irak, Segâh, makamları

- Örnek eser:

- Abdülkadir Merâgî'nin Râst Kâr-ı Muhteşem ismiyle bilinen eseri (Ah ki kûned kavmî beyâkîn)
- Yıldırım Gürses'in Râst Şarkısı (İçime hep hüzn doluyor)
- Buhûrîzâde Mustafa İtrî Efendi'nin Segâh Yürük Semâîsi (Tûti-i mucize gûyem ne desem lâf değil)
- Hâfız Sâdeddin Kaynak'ın Segâh Şarkısı (İncecikten bir kar yağar)
- Göltekin Çeki'nin Segâh Şarkısı (Gece sessiz ve karanlık, yine her şey uyumuş)

• **İnici-çıkıcı seyir:**

- Genellikle geniş bir ses alanında (1-2 oktav) seyreder
- Huzur hissi uyandırır
- Örneğin ninni türü eserler bu seyirle bestelenir
- Örnek: Hicaz, Bayâtî, Nevâ makamları

- Örnek eser:

- Refik Fersan'ın Hicaz Peşrevi
- Hicaz Ninni
- Hammâmîzâde İsmail Dede Efendi'nin Hicaz Yürük Semâîsi (Yine neş'e-i muhabbet dil ü cânım etti şeydâ)
- Tab'î Mustafa Efendi'nin Bayâtî Yürük Semâîsi (Gül yüzlülerin şevkine gel nûş edelim)
- Buhûrîzâde Mustafa İtrî Efendi'nin Nevâ Kârı

• **İnici seyir:**

- Genellikle geniş bir ses alanında (1-2 oktav) seyreder
- Coşkulu ve güzel bir hava yaratır
- Dinleyicinin hemen dikkatini çeker, zihni açık tutar
- Örnek: Muhayyer, Kürdî'li Hicazkâr, Mâhûr, Zavil, Acemaşîrân makamları



- Örnek eser:

- Şemseddin Ziya Bey'in Mâhûr Şarkısı (Şu güzele bir bakın, bakışı nûr saçıyor)
- Kürdî'li Hicazkâr Longa, Kemânî Sebuha Efendi
- Hâfız Sâdeddin Kaynak'ın Muhayyer Şarkısı (Ay doğdu batmadı mı)
- Muhayyer Oyun Havası (Sivas)
- Refik Talat Alpman'ın Mâhûr Saz Semâîsi
- Mâhûr Türkü (Yemenimde hâre var)
- Neveser Kökdeş'in Zavil Şarkısı (Bahar pembe beyaz olur)
- Zâvil İstanbul Türküsü (Beyoğlu'nda gezersin, gözlerini süzersin)

• **Seyir alanının dar veya geniş olması:**

Müzik, beyin için bir uyarandır. Denge durumunda giden beyni uyaran faktör(ler)deki sapma (örneğin makamın ve/veya eserin seyir alanının azami ve asgari frekans farkı) ne kadar büyük olursa, oluşturacağı etki de o kadar büyük olacaktır. Müzik eserin makamından bağımsız olarak, eserin porte üzerinde

Müzik gibi yardımcı tedavi yöntemlerine bakış açısının tıp çevrelerinde daha olumlu olması, tıp ve müzik adamlarının bu amaç doğrultusunda birlikte çalışabilmeleri gerekmektedir. Maksat müziği bir ilaç olarak ortaya koymak değil; müziğin bugün uygulanan tedavi yöntemlerine katkı sağlayıcı bir araç olduğunu göstermektir. Bunun da en uygun yolu kanıta dayalı bilimsel araştırmalar yapmaktan geçmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 27 Ekim 2014 tarih ve 29158 sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde müzikoterapiyi tanımlamış, uygulamaya yetkili personelin özelliklerini belirtmiş ve müzikoterapi uygulanabilecek durumları tespit etmiştir. Mevzuat da hazır olduğuna göre bundan sonra bilim adamlarımızın bu konuya acilen eğilmelerini ve ciddi yayınlar yapmalarını bekliyoruz.

seyrettiği alan geniş ise daha fazla uyanıklık oluşturmakta (örneğin Reşat Aysu'nun Kürdî'li Hicazkâr Saz Semâîsi), dar ise dinleyende daha fazla gevşeme, sakinlik hissi oluşturabilmektedir (örneğin Erzincan Yöresine ait "Elinde düdük kaval" isimli Türkü).

• Seyirde ses perdelerinin sıralı ya da atlamalı olarak kullanılması:

- Seyir esnasında perdeler sıralı şekilde geliyorsa (perde atlamaları asgari ise) sakinleştirici ve rahatlatıcı bir etki oluşmaktadır (Şerif İçli'nin Acemaşîrân Şarkısı-Bir teselli beklerim gönlümdeki bin yâreye).

- Seyir esnasında perdeler atlamalı geliyorsa, uyarıcı ve canlandırıcı bir etki oluşmaktadır (İsmail Bahâ Süreisan'ın Acemaşîrân Şarkısı-Gönlüm düşüyor çırpınarak gizli kemende, Reşat Aysu'nun Kürdî'li Hicazkâr Saz Semâîsi).

Sonuç olarak insanlar üzerinde makamlar yoluyla farklı duygulanımlar oluşturma mümkün olduğu görülmekte olup; insanlar üzerinde "rahatlama, huzur hissi", "mistik duygular", "cesaret, kahramanlık duyguları" uyandırmak mümkündür. Buna göre;

- Rahatlama huzur hissi uyandırma:
- Hicaz ailesi makamları
- Uykusuzluk, anksiyete durumlarında denenebilir
- Örnek eser: Hicaz makamında ninni
- Mistik duygular, barış, teslimiyet, huzur



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

ve güven hissi uyandırma:

- Segâh, Sabâ, Çârgâh, Bestenigâr, Dügâh, Uşşâk, Râst makamları
- Depresyon tedavisinde denenebilir
- Örnek eser: Buhûrîzâde Mustafa İtrî Efendi'nin Segâh Tekbîri.

• Cesaret, kahramanlık duyguları uyandırma:

- Gerdâniye, Nîkrîz, Nişâbûr makamları
- Kişide öfori oluşturmak amaçlandığında denenebilir
- Örnek eser: Nişâbûr makamında Genç Osman Türküsü

Usûller

Usûl (ritim) insanlarda canlılığın bir özelliğidir. Kalbin atması, nefes alıp verme, günlük uyku-uyanıklık durumu, kadınlarda menstrüel siklus, düz bir yolda yürüme, koşma, gibi faaliyetlerin hepsinin, bir yönüyle birer ritimden ibaret olduğu söylenebilir. Biyolojik olarak da birçok ritim bilinmektedir. Örneğin;

- Sirkadyen ritimler (yaklaşık bir gün süreli)
- Sirkamensal ritimler (yaklaşık bir ay süreli)
- Sirkannual ritimler (yaklaşık bir yıl süreli)

Sadece biyolojik yapılarda değil diğer varlıklarda da birçok ritimden bahsetmek mümkündür. Örneğin gece-gündüz ritmi, mevsimlerin ritmi, dünyanın ve diğer gezegenlerin güneş çevresindeki dönüş ritimleri, ayın dünyanın çevresindeki dönüş ritmi, bazı hayvanların kış uykusuna yatmaları vs.

İnsanın hayatta karşılaştığı ilk müzikal ritim, büyük bir ihtimalle annesinin kalp sesleridir. Şöyle ki;

• Anne kalp sesi Dinlenme halinde iken, metronom hızı düşük bir Semâî usûlü (vals tempo) (3/4), (rahatlık, huzur hissi verir) şeklinde atmaktadır.

• Hareket halinde iken, metronom hızı yüksek bir Nîm sofîyân (2/4), (heyecan, tedirginlik, endişe hissi verir) şeklinde atmaktadır.

Müzik eserinin hem usûl (ritim) ve hem de metronom değeri (hız) yönünden kişide farklı duygulanımlar ortaya çıkardığı bilinmektedir. Usûle ait bu duygulanımların usûlün yapısı ile ilgili olduğu söylenebilir. Türk Müziği, usûl yönünden çok zengin bir müzik sistemi olup dünya müzikleri arasında müstesna bir yere sahiptir. Türk Müziği usulleri, müzik nazariyesinde yapılan sınıflandırma yerine müzikoterapi yönünden bir sınıflamaya tabi tutulacak olursa, **düz (aksamayan) usûller** ve **aksayan (aksak) usûller** olmak üzere ikiye ayrılabilir:

- Düz (aksamayan) usûller:
- Nîm Sofîyân (2/4)
- Semâî (3/4), Yürük Semâî (6/8)
- Sofîyân (4/4)
- Düyek, Müsemmen (8/8)
- Aksak usûller (Türk Müziğine has, Batı Müziğinde yok):
- Türk aksağı (5/8)
- Devr-i Turan, Devr-i Hindî (7/8)
- Aksak, Evfer, Oynak, Raks aksağı (9/8)
- Aksak Semâî, Aksak Semâî Evferi (10/8)
- İkiz Aksak (12/8)
- Raksân (15/8)

İnsanda rahatlık, sakinlik, huzur hissi oluşturmak için düz (aksamayan) ritimleri; hareket, heyecan, coşku hisleri oluşturmak için aksayan ritimleri kullanmak uygun olacaktır. Örneğin: "Kırmızı gülün alı var" isimli Hicaz Hümâyûn

makamındaki Rumeli Türküsünün usulü düz (aksamayan) bir ritim olan Sofyân usulüdür. Bu eser dinleyenlerde bir coşku, hareketlenme yerine bir sükûnet, sakinlik hissi oluşturmaktadır. “Hicaz Serhat Türküsü-Yine de şahlaniyor kolbaşının kır atı” isimli Hicaz eserin usulü Evfer olup dinleyenlerde bir coşku, cesaret hissi oluşturmaktadır.

Usûllerin aksayan veya düz olmasının yanında bu usullerin hangi hızda icra edileceğinin bir göstergesi olan metronom değerlerinin de eserin insanda oluşturacağı his(ler) üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır. Örneğin Melih Kibar’ın bestelediği Hababam Sınıfı film müziği (Hicaz ses dizisinde ve Türk Aksağı usulünde bestelenmiştir), düşük metronom değerlerinde (yavaş hızda) icra edildiğinde hüzün, acıklı bir hâl hissi vermektedir. Aynı eser yüksek metronom hızlarında icra edildiğinde, insanda oluşturduğu etki değişmekte ve bir coşku, hareket, canlanma hissi oluşmaktadır. Nitekim Hababam Sınıfı filminde de müziğin metronom hızları, sahnenin duygu durumuna göre değiştirilmekte ve izleyici üstünde istenen etki oluşturulmaktadır.

İnsan sesi

İnsan sesi, müzik aletleri içerisinde en mükemmeli olarak kabul edilir. Dolayısıyla müzikoterapide kullanılmaması mümkün değildir. İnsan sesi, dinleyene yalnız olmadığı hissi verir; bu özelliği ile örneğin depresyon tedavisinde kullanılabilir. Müziğe hasta/hastalar da iştirak edebilir. Bu durumda grup terapisi etkisi meydana gelebilir ki bu durum müzikoterapi için istenen bir özelliktir.

İnsan sesleri *kadın sesi*, *erkek sesi* ve *çocuk sesi* olarak üçe ayrılabilir. Kadın sesi anne ile erkek sesi ise baba ile özdeşleştirilebilir. Çocuk sesi insanda masumiyet hissi uyandırabilir. Dolayısı ile insan seslerinin hastalar üzerindeki etkileri bu yönleriyle de ayrıca araştırılıp müzikoterapide kullanılabilir.

Sazlar

Müzikte kullanılan sazların tek tek veya birlikte icrası, sazın sesi verebilme durumu (*sesi sürekli verebilen sazlar*, *sesi sürekli veremeyen sazlar*), sazın icra şekli gibi unsurlar sazın müzikoterapideki yerini ortaya koymaktadır.

Sazın tek başına icrası: Bazı sazlar (mızraplı tambur, yaylı tambur, bağlama), tek başlarına çalındığında (taksim, açış yapıldığında) insanları derinden etkileyebilmektedir. Ayrıca sadece o kişiye (dinleyene) özel bir icra yapılmış, o kişiye özel bir önem atfedilmiş hissi verebilmektedir.



Sazların birlikte icrası: Dinleyenlere daha görkemli, daha şatafatlı bir müzik hissi vermektedir. Birçok farklı sazın aynı anda bir eseri icra etmesi, insan üzerinde, muhteşem bir olayın içindeymiş hissi uyandırabilmektedir. Ayrıca, aynı eserin aynı notalarını, her sazın benzer şekilde, fakat sazın kendi özelliğine göre nüans yaparak (küçük farklılıklar yaparak) icra etmesi, dinleyenlerin kulaklarını daha fazla doldurmakta ve müzikten alınan zevki daha dolgun bir hale getirmektedir.

Dolayısıyla sazların tek başlarına veya birlikte icrası müzikoterapi yönünden hastalar üzerinde ayrı ayrı araştırılmalıdır. Örneğin depresyonlu hastalar için hastanın müzik zevkine göre tek başına bir tambur taksimi veya bağlama ile bir açış yapılması uygun olabilir.

Sazları müzikoterapi yönünden “sesi sürekli verebilen sazlar” ve “sesi sürekli veremeyen sazlar” olarak da ikiye ayırabiliriz:

• Sesi sürekli verebilen sazlar:

- Ney, keman, kemençe, viyolonsel, yaylı tambur.
- Bu sazlar yavaş icra edilen (metronomu düşük) veya tek bir perdede uzun süre kalmayı gerektiren eserlerde daha uygundur.
- İnsanda sakinlik, sükûnet hisleri uyandırabilir.

• Sesi sürekli veremeyen sazlar:

- Tambur, ud, kanun, lavta, santur.
- Bu sazla hızlı icra edilen veya kısa süreli notalardan oluşan eserlerde daha uygundur.
- Beyine devamlı farklı uyaranlar gönderildiği için insanı uyandıran, beyni uyaran bir etkiye sahiptir.

Türk Müziğinin Terapide Kullanımı İçin Neler Yapılmalıdır?

08 Şubat 2015 tarihi itibarı ile Pubmed.com sitesinde “music therapy” kelimeleri taratıldığında, bu konuda 2816 makale yayımlanmış olduğu tespit edilmiştir. Bu aramaya “Turkish” kelimesi de eklen-

diğinde Pubmed’de yalnızca 5 makale bulunmuştur. Bu 5 makalenin biri dansla ilgili olup Türk Müziği ile ilgili değildir, bir diğer makale ise derleme olup deneysel bir çalışma değildir. Kalan 3 makale, Türk Müziğinin terapi için denendiği deneysel araştırmalardan oluşmaktadır. Yani Pubmed’de Türk Müziğinin müzikoterapideki yeri ile ilgili bilimsel araştırma sayısı yok denecek kadar azdır.

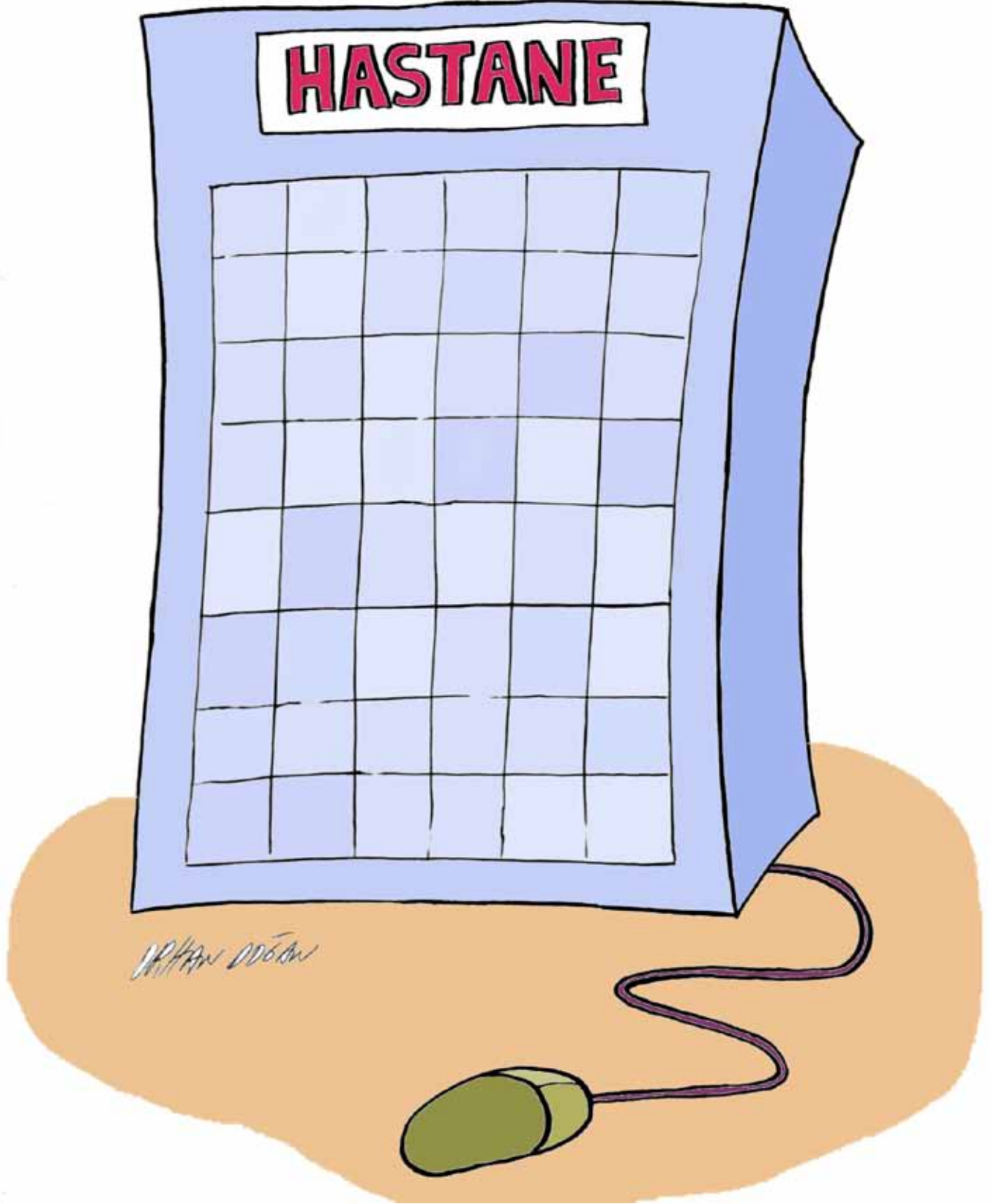
Türk Müziği, makamsal yapısı, ses sistemi, usul zenginliği, melodik özellikleri ile müzikoterapiye belki de en uygun müzik türüdür. Ancak bu durumu kanıtı dayalı bilimsel çalışmalarla desteklemek ve binlerce yılın birikimi olan bu sanat dalını terapi alanında da hak ettiği yere taşımak gerekmektedir.

Bunun için müzik gibi yardımcı tedavi yöntemlerine bakış açısının tıp çevrelerinde daha olumlu olması, tıp ve müzik adamlarının bu amaç doğrultusunda birlikte çalışabilmeleri gerekmektedir. Maksat müziği bir ilaç olarak ortaya koymak değil; müziğin bugün uygulanan tedavi yöntemlerine katkı sağlayıcı bir araç olduğunu göstermektir. Bunun da en uygun yolu kanıtı dayalı bilimsel araştırmalar yapmaktan geçmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 27 Ekim 2014 tarih ve 29158 sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde müzikoterapiyi tanımlamış, uygulamaya yetkili personelin özelliklerini belirtmiş ve müzikoterapi uygulanabilecek durumları tespit etmiştir. Mevzuat da hazır olduğuna göre bundan sonra bilim adamlarımızın bu konuya acilen eğilmelerini ve ciddi yayınlar yapmalarını bekliyoruz.

Kaynaklar

- A. Çoban, *Müzikoterapi*, İstanbul-2005.
- F. Arslan, *Musikî ve Sağlık, Kültür Ocak 2007*, 60-63.
- L. Öztürk, H. Erseven, M. Fadil Atik. *Makamdan Şifaya*, İstanbul-2009.
- M. Sadık Yiğitbaş. *Musiki İle Tedavi*, İstanbul-1972.
- P. Somakçı, *Türklerde Müzikle Tedavi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 15(2): 2003*, 131-40.
- www.pubmed.com (Erişim tarihi: 10.02.2015)



Karikatür: Dr. Orhan Doğan