

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



SAĞLIK DÜŞÜNCESİ VE TIP KÜLTÜRÜ PLATFORMU

www.sdplatform.com



YAZ 2018
SAYI:47
ISSN: 1307-2358

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

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

EDİTÖR
Prof. Dr. Recep Öztürk

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

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Sertan Vural

YAPIM
Medicom

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

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

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın
SD'ye gönderilen makaleler, alıntı tespit
programı ithenticate'te tarandıktan sonra kabul
edilmektedir. Yazıların içeriğinden yazarları
sorumludur. Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar
dışında, yayımcının yazılı izni olmaksızın hiçbir
yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Hedeflere “İstikrar”la ulaşmak

“Düzenlilik içinde sürüp gitme, kararlılık” anlamında kullanılan “istikrar”, kişisel ve toplumsal açıdan arzu edilen bir durumdur. Belirlenmiş süreçlerle hedefe doğru sebatla ilerlemenin, bu esnada bütünlüğü sağlayabilmenin, gelişim, değişim ve dönüşüm-
lere hazırlıklı olabilmenin temel araçlarından-
dır. Geleneğimizde istikrara çok değer verilmiş, tutum ve davranışlarında istikrarlı bir yol izleyen kişiler daha başarılı olmuş ve toplumda daha fazla itibar görmüştür. Yönetimde istikrar sağlandığında dev-
letler daha güçlü, yönetimi altındaki toplumlar daha huzurlu olmuştur. Devlet idaresinde istikrar, devletin geleceğine yönelik plan yapma ve bu çerçevede alınan kararları uygulayabilme becerisi, diğer bir ifadeyle, hedefler koyup hedeflere ulaşabilecek güce sahip olabilme yeterliliğidir.

İstikrar; değişmezlik, atalet, gelenekçilik, yenilik ve gelişmelere kapalılık/karşıtlık olarak asla anla-
şılmalıdır. Hedefe ulaşma yolunda gerekli olan reformları yapmak istikrarın bir aracıdır.

İstikrarsızlık, karar verme gücüne sahip olmaya, amaç ve hedef belirlemeye ve yarından emin ola-
maya engeldir; umutsuzluk, güvensizlik, kaygı ve gerilimin de kaynağıdır. İstikrar ortamından mahrum olmanın kaçınılmaz sonucu amaçsızlık, plansızlık, düzensizlik, dengesizlik, kararsızlık, başıboşluktur.

Devletler gelecek stratejilerini sağlık, eğitim, adalet ve iktisat temelleri üzerinde şekillendirmektedir. Birey ve toplum hayatının kalite göstergesi olan sağlığı koruma ve geliştirme sorumluluğu taşıyan sağlık sisteminin farklı bileşenlerinde istikrarın yakalanması, toplumun geleceği açısından çok önemlidir. Sağlık sistemimizle karşılıklı iki yönlü ilişki içinde bulunan ekonomik, sosyal, kültürel ve çevresel koşullar da sağlıkta istikrarın sağlanması önemli unsurlardır.

Dünyanın değişiklkelerinde sağlık alanlarında farklı sorunlara zmlerretmek iin reformlar yapılmakta, dönüşümler yaşanmaktadır. Bu değişimi sağlam bir istikrar zeminine oturtamayanlkelerin çabaları ise sonuçsuz kalmaktadır. Sağlık alanında istikrardan kastımız, “herkes için sağlık” hedefine odaklanmış olan sistem bileşenlerinin her birinde asgari standartları yerine getiren, kalite hedeflerine ulaşmayı hedefleyen süreçlerin tanımlanması ve bu yönde sürdürülebilir politika ve uygulamaların hayata geçirilmesidir.

Ülkemizde 2003 sonrasında sağlık sistemimizin genişlekli büyük değişim ve dönüşüme uğradığı bilinmektedir. Bu değişimde rol alan çeşitli paydaşların aynı hedefleri koruyarak varlıklarını devam ettirmeleri, gelişmeyi kalıcı hale getirmeleri beklenmektedir. Ne var ki, istikrarlı bir gelişmenin

temini, yani sürdürülebilirlik kaygısı yaşanmakta ve bu hususta tereddütler gittikçe artmaktadır.

SD Dergisinin bu sayısında, sağlık sistemimizdeki belli bileşenler çerçevesinde istikrar konusu ele alınmıştır. Sağlıkta yönetim ve teşkilatlanma konusu tarihsel süreçle birlikte değerlendirilmiş; sağlık hizmetleri, sevk zinciri, hastaneler,özel sağlık hizmetleri gibi sağlık hizmet sürecindeki farklı kesitler; sağlık politikaları, kalkınma planları, dönüşüm programı, insan kaynakları yönetimi, mezuniyetncesi ve uzmanlık eğitimi, hastane afiliasyonları ve meslek odaları dahil sistemin çeşitli paydaşları istikrar bağlamında analiz edilmiştir.

“Medeniyetler istikrarlı yönetimlerin çocuğudur” anlayışını esas alarak her alanda olduğu gibi sağlık alanında da istikrarın yakalaması ve sürdürülmesi elzemdir. Tarihte büyük medeniyetler kurmuş ve günümüzde muasır medeniyetler seviyesine ulaşmayı hedeflemiş olanlkemiz bu potansiyele sahiptir. Sağlıkla, afiyetle, emin adımlarla ve istikrarla geleceğe yrmemek iin mazeretimiz bulunmamaktadır.

İçindekiler

6

REİSÜ'L-ETİBBA'DAN BAŞKANLIK HÜKÜMETİ SAĞLIK
BAKANLIĞI'NA
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

10

SAĞLIK TEŞKİLAT YAPILANMASINDA İSTİKRAR
DR. HASAN ÇAĞIL

12

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNDE
SÜREKLİLİK
OLCAY ÖZEN

14

CUMHURİYET DÖNEMİ SAĞLIK BAKANLARI VE
SAĞLIK POLİTİKALARINDA İSTİKRAR
DR. ÖĞR. ÜYESİ MAHMUT TOKAÇ



18

SAĞLIKTA PERSONEL POLİTİKALARININ SEYRİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜVEN BEKTEMÜR



24

BİRİNCİDEN ON BİRİNCİYE KALKINMA
PLANLARINDA SAĞLIK
DOÇ. DR. S. HALUK ÖZSARI

28

İSTİKRAR VE DEĞİŞİM EKSENİNDE
SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINDA
İKİNCİ DÖNEM
DOÇ. DR. HARUN KIRILMAZ



32

GENEL SAĞLIK SİGORTASINDA İSTİKRAR
HÜSEYİN ÇELİK

34

SEVK ZİNCİRİ: HAYALLER VE GERÇEKLER
DR. SİNAN KORUKLUOĞLU

40

AŞILAMADA İSTİKRAR
PROF. DR. FAHRİ OVALI - PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

44

ÖZEL SEKTÖR AÇISINDAN SAĞLIKTA İSTİKRAR VE DEĞİŞİM
DR. SELAHATTİN SEMİZ

46

SAĞLIKTA AFİLİASYONUN HİKAYESİ
PROF. DR. MUSTAFA SAMASTI



50

SAĞLIK HİZMETLERİNDE RUHSATLANDIRMADAN KALİTEYE...
DR. HASAN GÜLER - BAYRAM DEMİR

56

İLAÇTA YERLİ ÜRETİCİLERİN ROLÜ:
ÇOK ÜRETİP AZ KAZANMAK
DR. SAİM KERMAN

58

MEZUNİYET ÖNCESİ TIP EĞİTİMİNDE "İSTİKRAR"
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

62

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİNDE İSTİKRAR
PROF. DR. ALİ İHSAN TAŞÇI

66

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE HASTANELER
DR. DİLEK DİREN



74

HAYATİ İNANÇ:
TÜRK AYDINI DOĞUYA GİDEN GEMİDE, BATIYA
DOĞRU KOŞAN TAYFALAR GİBİ

70

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ VE "İSTİKRAR"
PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK

80

ASİSTAN ALIMLARI İLE İLGİLİ OLARAK TUS'UN
ELEŞTİRİSİ
PROF. DR. NACİ KARACAOĞLAN

82

ABD'DE UZMANLIK EĞİTİMİ
PROF. DR. ABDULKADİR ÖMER



84

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YENİ MESLEKLER,
PROFESYONELLEŞME VE PROFESYONELİZM
PROF. DR. OSMAN E. HAYRAN

90

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP KONGRESİ
İZLENİMLERİ
PROF. DR. AHMET YASER MÜSLÜMANOĞLU
DR. KANAT TAYFUN

92

FİZİK TEDAVİ VE ÖTESİ
DR. MİNE HANOĞLU

94

ÖZGÜR İRADE VE GENLER
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

98

ÇARGÂH MAKAMI
PROF. DR. HANEFİ ÖZBEK

102

OSMANLI HEKİMLERİNDEN ÖĞÜTLER
PROF. DR. AYTEN ALTINTAŞ

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN



Reisü'l-Etibba'dan Başkanlık Hükümeti Sağlık Bakanlığı'na

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). 1992-1994 yıllarında Sakarya'da Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na Yardımcı Doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde 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 görevini üstlendi. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Anadolu Selçuklu Devleti'nde sağlık kurumu olarak vakıflar eli ile yürütülen hastaneler (darüşşifa, bîmâristan) bulunmaktaydı. Sağlık teşkilatının en tepesinde bizzat Selçuklu Sultanına bağlı olarak çalışan ve günümüzdeki Sağlık Bakanı pozisyonundaki Reisü'l-Etibba bulunurdu. Anadolu Selçuklu Devletinde yerleşik bulunan sağlık sistemi, kısmen 19. yüzyıla kadar Osmanlı Devleti tarafından da devam ettirilmiştir. Osmanlı Devleti'nde sağlık teşkilatının başında bulunan kişiye Hekimbaşı denirdi. Hekimbaşının, dârüssaâde ağasına bağlı olmakla beraber her türlü yazışmaları sadrazamla doğrudan yaptığı ve bütün sağlık personelinin tayini ve göreve alınmalarında onun tavsiyelerinin alındığı bilinmektedir.

19. yüzyıldan itibaren Osmanlı Devleti'nde sağlık sistemi modernize edilerek bazı yeni sağlık kurumları kurulmuş ve sağlık alanında bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. II. Mahmut döneminde sağlık teşkilatı askeri sağlık teşkilatı ve sivil sağlık teşkilatı olarak ikiye ayrılmış, sivil teşkilatın başına Hekimbaşının devamı niteliğinde olan Sıhhiye Nazırı getirilmiştir. 1862 yılında

hekimlik uygulamaları ile ilgili bir nizamname çıkarılmış, 1871 yılında Memleket Tabiplikleri kurularak taşraya ve kırsal kesime devlet tarafından ilk hekimler gönderilmiştir. 1914 yılında Dâhiliye Vekâletine bağlı bir genel müdürlük olarak Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi kurulmuş ve bu genel müdürlük Osmanlı Devleti'nin sonuna kadar ülkede sağlık teşkilatının yönetimini üstlenmiştir (1).

23 Nisan 1920'de Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılmasını takiben, 2 Mayıs 1920 tarihinde İcra Vekilleri Heyetinin oluşturulmasını öngören "Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Suret-i İntibahına Dair Kanun" kabul edilmiştir. On bir kişiden oluşan bu hükümet üyeleri meclise karşı sorumlu olduklarından bu üyelere bakan veya nazır denilmemiş, vekil denilmiştir. Meclisin ertesi günkü birleşiminde İcra Vekilleri Heyetinin seçimi yapılmış ve Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekili olarak İstanbul Mebusu Doktor Adnan (Adivar) Bey seçilmiştir (2).

1923 yılında Cumhuriyetin ilanı sonrasında tüm diğer kurumlarda olduğu gibi Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekâletinde de örgütlenme yeniden yapılandırılmıştır. Merkez teşkilatın yanı sıra taşra teşkilatı, illerde bulunan

sağlık müdürlükleri, hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri ile küçük sıhhiye memurluklarından oluşmaktaydı. Daha sonraki yıllarda gelişme kaydeden taşra teşkilatında, her vilayet merkezinde bir Sıhhat Müdürlüğü bulunmaktaydı (1).

1936 yılında çıkarılan 3017 sayılı Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Teşkilât ve Memurin Kanunu ve bu kanuna ek olarak çıkarılan kanunlarla Bakanlık Merkez ve Taşra Teşkilatı yapılandırılmıştır. Bu dönemde (1936-1983) Bakanlığın dikey, hiyerarşik ve oldukça basit bir teşkilat yapısına sahip olduğu görülmektedir (3).

Sağlık Bakanlığının hizmet kapsamı genişledikçe teşkilatlanması karmaşık bir hal almaya başlamıştır. İl Müdürlüklerinin yanı sıra dikey örgütlenme şeklinde bulaşıcı ve salgın hastalıklarla mücadele örgütleri kurulmuştur. Bunlara bir de sağlık merkezleri eklenince Bakanlık taşra örgütünde birbirinden bağımsız çalışan ayrı hizmet birimleri ortaya çıkmıştır. Birbirlerinden ayrı olarak hizmet vermekte olan taşra birimlerinin 1949 tarihli ve 3395 sayılı genelge ile belli bir iş birliği ile ortak çalışma programları hazırlaması öngörülmüştür (1, 4).

Bakanlık merkez teşkilatında kayda de-



ğer bir değişikli olmamakla beraber 1960 darbesinden sona çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun belirgin bir anlayış değişikliğinin öncülüğünü yapmıştır. Bu kanun; tüm sağlık hizmetlerinin devlet görevi olduğunu, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerini köylere kadar yayarak herkesin sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasını, koruyucu ve iyileştirici hekimlik hizmetlerinin bir arada yürütülmesini, kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin bir elden yönetimini ve kamuda hekimlerin tam süre çalışma ilkesini öngörmüştür (5, 6).

Bir başka darbeden sonra (1983 yılında) çıkarılan 181 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yeni bir yapılanmaya gidilmiştir. Buna göre Bakanlık merkez teşkilatı, ana hizmet birimleri ile danışma ve denetim birimleri ve yardımcı birimlerden meydana gelmektedir (7).

Ana hizmet birimleri arasında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Sıtma Savaşı Dairesi, Verem Savaşı Dairesi, Kanserele Savaş Dairesi, Dış İlişkiler Dairesi yer almaktadır. Ayrıca sonradan Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi eklenmiştir. Bu Kararnamede

taşra teşkilatı için yer alan hüküm son derece kısa olup, yürürlükteki kanunların hükümlerine uygun olarak taşra teşkilatı kurmaya yetkili olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bağlı kuruluşlar olarak sayılmaktadır.

181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname Bakanın görevini tanımlarken Bakanlık hizmetlerini mevzuata, hükümetin genel siyasetine, milli güvenlik siyasetine, kalkınma planlarına ve yıllık programlara uygun olarak yürütmekle görevli olduğuna vurgu yapmaktaydı. Burada hem merkezi bir yapılanma öngörüldüğü hem de milli güvenlik siyasetine vurgu yapılarak sağlık hizmetlerine militarize bir anlayışla yaklaşıldığı görülmektedir.

Sağlık teşkilatı 20 yıldan fazla 181 sayılı Kararname çerçevesinde yönetilmiştir. Ne var ki, mevcut teşkilat yapısı gelişen ihtiyaçları karşılamadığından, yasal alt yapısı olmamakla birlikte Bakan onayı ile Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Kalite Koordinatörlüğü, Proje Koordinatörlüğü gibi birimler oluşturularak hizmet çeşitliliği karşılanmaya çalışılmıştır. Bu arada 1987 yılında çıkarılan 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Bakanlık teşkilatında yapılanma değişikliğini hedeflemiş, hastanelerin yarı özerk kurumlar halini almasını tasarlamışsa da Anayasa Mahkemesince iptal edilen maddeleri neticesinde bir temenniler manzumesi

Anadolu Selçuklu Devleti'nde sağlık teşkilatının en tepesinde bizzat Selçuklu Sultanına bağlı olarak çalışan ve günümüzdeki Sağlık Bakanı pozisyonundaki Reisü'l-Etıbbâ bulunurdu. Anadolu Selçuklu Devletinde yerleşik bulunan sağlık sistemi, kısmen 19. yüzyıla kadar Osmanlı Devleti tarafından da devam ettirilmiştir.

olmaktan öte gidememiştir (8). Bakanlık teşkilat yapısı mevcut haliyle korunmasına rağmen 1989 yılında çıkarılan 356 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığın isminin Sağlık Bakanlığı olarak değiştirilmesi ile yetinilmiştir (9).

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan sağlık sektörüyle ilgili master planı çerçevesinde 1992 yılında düzenlenen Birinci Ulusal Sağlık Kongresinin nihai raporu, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmak üzere "Ulusal Sağlık Politikası" belgesi haline getirilmiştir. Sağlık politi-



Muhtemelen
Cumhurbaşkanlığı
Hükümetinde siyasi
söyleme ihtiyaç duymayan
teknokrat bir Sağlık
Bakanı ile karşılaşacağız.
Milletvekillerinin kendi
bölgelerini önceleyen
baskılarından uzaklaşmış,
yerel siyasetçilerin baskısına
uğramayan, ülkenin
bütüncül menfaatlerine
odaklanabilen bir Bakanlık
yapısıyla karşılaşmayı ümit
ediyorum.

kalarının beş başlıkta değerlendirildiği bu belgenin "Sağlık Hizmetlerinin Örgüt ve Yönetim Yapısı" başlığı altında; sağlık hizmetlerinin çok başlı, aşırı derecede merkezîyetçi, yetkilerin daima üst seviyelerde toplandığı bir yönetim ve örgüt yapısına sahip olduğu; koordinasyon eksikliğinin yol açtığı tekrarların yanı sıra yetki kargaşasının olduğu; Sağlık

Bakanlığının makro planlar yapan ve sektörü yönlendiren bir yapıdan çok, günlük işlerle uğraşan bir uygulama Bakanlığı şeklinde çalıştığı; üst düzey yöneticilerin zamanının büyük bir kısmını personel tayinleri için harcadığı; Bakanlık yönetiminin hemen her kademesinde profesyonel sağlık yöneticilerinin istihdam edilmediği ve Bakanlığın merkez ve taşra teşkilat yapısının modern yönetim anlayışına uygun olmadığı ifade edilmiştir (3, 10).

1980'li yıllarda başlatılan sağlık reformu gayretleri teorik çalışmalar olmakta öte geçememiştir. Bu yüzden Bakanlığın rolü ve taşra yapılanması hakkında farklı fikirler geliştirilmiş olsa da dönemin şartları gereği somut adımların atılmadığı bilinmektedir. Ardından gelen koalisyon hükümetlerinin kısa süreli Bakanları ise kısa vadeli politikalarla yetinmek zorunda kalmıştır. Türk sağlık sisteminde gerek hizmet anlayışı gerek teşkilatlanma olarak yeniden köklü değişimlere 21. yüzyılın başında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile şahit olduk. Sağlık finansmanı, kamu sağlık sigortacılığı, hizmet sunumu ve kaynak dağılımına ilişkin değişiklikler birbirini takip etti. 5258 sayılı kanunla birinci basamak sağlık hizmet örgütlenmesinde değişikliğe gidilerek pilot uygulamalarla başlayıp ülke geneline yaygınlaştırılan aile hekimliği uygulaması hayata geçirildi (11). Bakanlık teşkilatı olarak belirgin

değişim, 2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kendini göstermiştir (12).

Bu Kararname ile Bakanlığın teşkilat şeması değiştirilerek hizmet sunma, politika belirleme, denetleme, kontrol, izleme ve planlamaya yönelik hizmetler arasında bir ayrıma gidilmiştir. Bakanın görevleri tamamen değişmiş, 1990 sonrası kamu yönetimindeki değişimlere paralel olarak görevleri yeniden tanımlanmıştır. Görevleri arasında, politika ve stratejiler geliştirmek, bunlara uygun olarak, yıllık ve amaç ve hedefler oluşturmak, performans ölçütleri belirlemek, belirlenen stratejiler, amaçlar ve performans ölçütleri doğrultusunda uygulamayı koordine etmek, izlemek ve değerlendirmek gibi hususlar yer almıştır.

Bakanlığın Daireler düzeyindeki dağınık yapısı yerine ana hizmet birimleri Genel Müdürlük düzeyinde yeniden yapılanmıştır. Bu arada gelişen şartlara uygun olarak Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Karar süreçlerini yöneten ve yukarıda sözü edilen görevlere odaklı bir bakanlık yapısı oluşturulmuş, Bakanlığın doğrudan icra fonksiyonları Bağlı Kuruluşlara devredilmiştir. Başlıca üç Kurum; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu bağlı kuru-

luşlar olarak bu görevleri üstlenmiştir. Kararname yöneticilerinin sözleşmeli olduğu, performans esaslı ve yerinde yönetim benimsemiş ve bu kurumlara yetki devirleri yapılmasını öngörmüştür. Bu arada Sağlık Bakanlığının örgütsel yapısına Tıpta Uzmanlık Kurulu, Sağlık Meslekleri Kurulu, Sağlık Politikaları Kurulu gibi yeni kurullar eklemiştir.

Bakanlığı il düzeyinde temsil yetkisine sahip İl Sağlık Müdürlüklerine ilave olarak ihtiyaca göre İlçe Sağlık Müdürlükleri oluşturulmasına imkân tanınmıştır. Daha önce il düzeyinde Bakanlığa bağlı tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan İl Sağlık Müdürlükleri, bağlı kuruluşların il teşkilatları arasındaki koordinasyonu sağlamak, acil sağlık hizmetlerini yürütmek ve sağlık hizmetleri yönünden ilin durumunu belirli aralıklarla Bakanlığa rapor etmek görevlerini üstlenmiştir. Bağlı Kuruluşlardan Kamu Hastaneleri Kurumu ile Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatları kurulmuştur. Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatları illerde Kamu Hastane Birlikleri şeklinde örgütlenerek hastanelerin sözleşmeli yöneticiler eliyle performansa dayalı bir anlayışla yönetilmesini hedeflemiştir. Hastanelerin tıbbi yönetimi ile işletme yönetimi birbirinden ayrılmaya çalışılmış ve yatay örgütlenen daha fazla idari ve mali özerklik kazanmış işletmelere dönüşmesi öngörülmüştür. Yeni teşkilat yapısında bağlı kuruluşlardan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun taşra teşkilatı olan İl Halk Sağlığı Müdürlükleri ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra örgütü olan Kamu Hastane Birlikleri, İl Sağlık Müdürlüğü ile birlikte üçlü bir yapı oluşturmuştur (3).

Bu denli değişikliğe yol açan yasal düzenlemenin hayata geçmesi için belli bir anlayış değişimine gerek duyduğu aşikardır. Bakanlık düzeyinde yetki devrinin Bağlı Kurumlara devrinde teori hayata yeterince geçirilememiştir. Atamalara performans ölçütlerinin ötesinde merkezi otorite gücü hâkim olmuş, Bakanlık icradan elini çekmeye yanaşmamıştır. Yani mevzuat değişimi zihinsel değişimle desteklenememiş; bu da teşkilatlanmaya olumsuz yansımıştır.

Bu arada kamu hastanelerinin devlet dairesi gibi görülme alışkanlığı, il düzeyindeki yöneticilerin yetki karmaşası, yerel siyasetçilerin hastanelere nüfuz edebilmelerindeki zorluklar, sözleşmeli ve kadrolu yöneticiler arasındaki özlük

haklarının farklılığı, hiyerarşi karmaşası, değişime direnme gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak şikayetler çoğalmıştır. Birçok yöneticinin kendi iletişim ve yönetim sıkıntılarını yeni yapılanmaya bağlayarak savunma geliştirmesi bu huzursuzluğu artırmıştır. Bakanlığın taşra teşkilatındaki görev tanımlarını yapmada geç kalması neticesinde taşra yöneticilerinin bireysel tutumları ve gelenekleri teamüllere dönüşmüş ve aslında amaçlanandan farklı bir durum ortaya çıkarmıştır. Neticede değişim iyi yönetilememiştir.

Bu süreçte 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin amaçladığı örgütsel yapı tam olarak gerçekleşmeden değiştirilme talepleri ağır basmış ve Ağustos 2017 de çıkarılan 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yapılan değişikliklerin bir kısmı geri alınmıştır (13).

Politika yapıcı ve denetleyici kurum olarak planlanan Bakanlıktan ayrı olan Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu tekrar Genel Müdürlük olarak Bakanlık bünyesine alınmıştır. İl düzeyinde de taşra teşkilatları İl Müdürlüğü altında toplanmış, il içi personel yönetimi ve tüm sağlık kuruluşlarının sevk ve idaresi doğrudan Müdür yetkisine verilmiştir. Böylece tekrar merkezi örgütlenme biçimi tercih edilmiş, hastanelerin özerkliğinden vaz geçilmiştir. Kamu Hastane Birlikleri ve hastanelerin yöneticileri sözleşmeli iken, İl Sağlık Müdürü ve Halk Sağlığı müdürlerinin memur olmasından doğan ikilem ortadan kaldırılarak yöneticilerde sözleşmeli istihdam benimsenmiştir. Ancak sözleşmelerin doğrudan Bakan tarafından imzalanması öngörülerek merkezi yönetim pekiştirilmek istenmiştir. Kısacası şikâyet konusu edilen “üçlü yapı” ortadan kaldırılarak “güçlü yapı” tesis edilmiştir.

Bu arada dikkatimi çeken bir hususu da paylaşmak isterim. Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısındaki değişimler; sırasıyla 3017 sayılı Kanun (1936), 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (1983), 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (2011) ve 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (2017) ile gerçekleşmiştir. Bunlardan ilki tek parti dönemine, ikincisi 80 darbesi sonrasına rastlamaktadır. Son Kanun Hükmünde Kararname ise Olağanüstü Hal Kararnamesidir. Buna 60 darbesinden sonra çıkarılan 224

sayılı Kanunu da ekleyebiliriz. Süreçte demokratik ortamda gerçekleştirilen tek teşkilat değişikliği 663 sayılı KHK ile başarılmış, -kısmen- o da çok kısa ömürlü olmuştur.

Bilindiği gibi, 24 Haziran 2018 seçimleri sonrası yeni bir hükümet modeline geçilmektedir. Diğer bakanlıklarla birlikte Sağlık Bakanlığının yeniden yapılanması beklenen bir durumdur. Muhtemelen Cumhurbaşkanlığı Hükümetinde siyasi söyleme ihtiyaç duymayan teknokrat bir Sağlık Bakanı ile karşılaşacağız. Milletvekillerinin kendi bölgelerini önceleyen baskılarından uzaklaşmış, yerel siyasetçilerin baskısına uğramayan, ülkenin bütüncül menfaatlerine odaklanabilen bir Bakanlık yapısıyla karşılaşmayı ümit ediyorum.

Kaynaklar

- 1) Tekin G: *Sihhiye Ve Muavenet-İ İçtimaiye Vekâlet'inden Sağlık Bakanlığı'na (1920-2000) Doktora Tezi*, Ankara, 2011
- 2) *Türk Parlamento Tarihi Millî Mücadele ve TBMM I. Dönem 1919-1923*, C. 1, s. 111. TBMM Vakfı yay. No: 4, Ankara, 1994
- 3) Lamba M, Altan Y, Aktel M, Kerman U: *Sağlık Bakanlığında Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme. Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 47, Sayı 1, s. 53-78. 2014
- 4) 17.07.1949 tarihli ve 3395 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Genelgesi
- 5) Nusret H Fişek: *Halk Sağlığına Giriş*. s. 163, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1983
- 6) 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunun 5.1.1961 tarihli Resmî Gazete
- 7) 181 Sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 14.12.1983 tarihli Resmî Gazete
- 8) 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. 15.5.1987 tarihli Resmî Gazete
- 9) 356 sayılı “2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu, 3289 Sayılı Beden Terbiyesi ve Spor Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile 179 ve 181 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde” Kararname.1989 tarihli Resmî Gazete
- 10) T.C. Sağlık Bakanlığı, *Ulusal Sağlık Politikası*, Ankara, 1993
- 11) 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. 09.12.2004 tarihli Resmî Gazete.
- 12) 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2.11.2011 tarihli Resmî Gazete (mükerrer)
- 13) 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 25.8.2017 tarihli Resmî Gazete

Sağlık teşkilat yapısının istikrar

Dr. Hasan Çağlı



1963 Diyarbakır'da doğdu, 1986 Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun olduktan sonra 1998 de çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı oldu. Çeşitli hastanelerde çocuk hekimi ve başhekim olarak çalıştı. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2006 - 2009 arası saha koordinatörlüğü başkanlığı yaptı. 2009 -2011 arası GSS Genel Müdürü, 2012- 2015 arası TKHK Kurucu Başkanı olarak çalıştı. 2016 yılında emekli oldu. Halen yurtdışında sağlık politikaları danışmanlığı yapmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, hizmet sunumunun yanı sıra sağlık politikalarının oluşturulmasında, idari karar alma süreçlerinde ve sağlık sisteminin örgütlenmesinde de etkili rol oynamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) öncesinde sağlık hizmetleri sunumunda bizzat yer alan Sağlık Bakanlığı, SDP ile hizmet sunumunda doğrudan yer almak yerine yerinden yönetim ilkesi gereği, planlayıcı ve denetleyici bir pozisyona sahip olmuş ve hizmet sunma görevini, 663 Sayılı KHK ile 2011 yılında oluşturulan bağlı kuruluşlardan olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna (TKHK) devretmiştir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve koordinasyonu konularında temel sorumluluklarını Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmesini öngörmüştür. Böylece, TKHK tüm görev ve sorumluluklarını, 02 Kasım 2011 tarihinde yürürlüğe giren, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile sağlık hizmetlerinin yerinden yönetim ilkesi çerçevesinde sunmayı planlamıştır. SDP'nin temel bileşenlerinden olan kamu hastanelerinin özerk işletmeler haline getirilmesi reformu, TKHK'nın kurulması ile 19 Mart 2012 tarihinde hayata geçirilmiştir. Bu reform ile verimlilik, adalet ve etkililiğinin sağlanmasının amaçlandığı söylenebilir.

TKHK'nın görevleri olarak; Sağlık Ba-

kanlığının politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak olarak sayılmıştı (1). TKHK'nın merkez hizmet birimleri; Tıbbi Hizmetler Başkan Yardımcılığı, Mali Hizmetler Başkan Yardımcılığı, İzleme, Ölçme ve Değerlendirme Kurum Başkan Yardımcılığı, İnsan Kaynakları Kurum Başkan Yardımcılığı ve Destek ve İdari Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığından oluşmaktaydı.

Kamu Hastane Birliklerinin (KHB) kurulması ve illerdeki ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık kurumlarının KHB'lere bağlanması, hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğini artırmıştır. Bununla varılmak istenen temel hedeflerin; kamu

hastanelerinin hem birbirleri hem de özel hastanelerle rekabet edebilmelerini sağlama, Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısını daha fonksiyonel birimlere dönüştürme, hizmet sunumunu daha alt düzeyde birimlere devrederek yatay örgütlenmeye yönelme, kaynak kullanımında etkinlik, verimlilik ve ölçek ekonomisinin avantajlarından yararlanmaya çalışma olduğu söylenebilir (2).

25 Ağustos 2017 tarihli Resmî Gazetede yayımlanan 694 Sayılı KHK ile Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yeniden değişiklikler yapılmıştır. Bağlı kurum olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumunu; Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü olarak tekrar hizmet birimleri olarak tanımlamıştır. Daha önce Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde yer alan Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı, İç Denetim Birimi ve Hukuk Müşavirliği kaldırılarak Bakanlık merkez ilgili birimlerine bağlanmıştır. İnsan kaynakları ile ilgili yapılanmalar tamamen kaldırılmış bu görevin Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmesi öngörülmüştür. Bütçenin yapılması ve mali işlemlerle ilgili diğer sorumluluklar da Bakanlık merkez Strateji Geliştirme Başkanlığına devredilmiştir.

Kamu hastanelerinde kendi kaynaklarını kullanma yönünde hastane yöneticilerine sağlanan önemli düzeyde yönetim esnek-





liği, 694 sayılı KHK sonrasında oluşturulan yeni yapılanmada da devam ettirilmeli; hastaneler için bir yönetici performansı sistemi ilan edilip yönetici performans sistemine sadık kalınmalıdır. Esnek istihdam modeli ile sözleşmeli personel statüsünde istihdam edilen hastane yöneticilerinin açıkça belirlenmiş standartlar ve performans ölçümleri yapılarak kaynakları azaltma ya da çıktıları artırma yönündeki etkinlik ve etkililik artırıcı yönetim fonksiyonları öne çıkarılmalıdır.

Gerek mali yapısı gerekse de insan kaynaklarının büyüklüğü göz önünde bulundurulduğunda, kamu hastanelerinde profesyonel bir yönetim ve işletim sistemi benimsenmesi kaçınılmazdır. Ancak bundan da öte seçilen işletim sistemi her ne olursa olsun, bu işletim sisteminde istikrar benimsenmelidir. Seçilen bu işletim sisteminin icrasında sadece hastane yönetimi değil, aynı zamanda Sağlık Bakanlığı üst yönetimi de istikrarlı davranmalıdır. Örneğin geçmişte olduğu gibi hastaneler için bir yönetici performansı sistemi ilan edilip, sonra bu sistem göz önünde bulundurulmaksızın Bakanlık üst yönetimince kararlar verilmemelidir. Alınan atama kararlarında benimsenen yönetici performans sistemine sadık kalınmalı, özellikle bu denli büyük yapılara görevlendirilen yeni yöneticilerin adaptasyon ve oryantasyon süresi göz önünde bulundurulmalıdır.

663 Sayılı KHK sonrasında Sağlık Bakanlığı taşra yapılanması illerde İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastane Birliklerinin taşra yapılanması illerde Genel Sekreterlikler, Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşra teşkilatı olarak İl Halk Sağlığı Müdürlüğü olarak faaliyet göstermiştir. Illerdeki bu yapılanma sağlık hizmetlerinde koordinasyonda zorlukları beraberinde getirmiş ve bu zorlukları aşacak değişim yönetimi tam olarak yapılamamıştır.

694 sonrasında illerdeki üçlü yapı tek yönetim yapısına dönüştürülerek Sağlık Bakanlığının hizmet sunumunda taşra yapılanması İl Sağlık Müdürlüğü altında birleştirilmiştir (3).

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, etkinliğinin artırılması, bölgesel gelişmenin sağlanması, maliyet yönünden etkin bir sağlık hizmeti sunulabilmesi ve mevcut tesislerin yenilenmesi amacıyla kamu-özel ortaklığı yoluyla şehir hastaneleri oluşturulmaya başlanmıştır. Bu yeni dönem bize bir dizi fırsatı ve tehditi beraber sunmaktadır. Hastanelerin fiziki mekanları ve imkanlarının iyileştirilmesi, ölçek ekonomisinden faydalanılması, bir çok disiplindeki uzmanlık branşlarının aynı çatı altında toplanması, hastane otonomisinin gelişmesi, satınalma performansının iyileşmesi, ölçekten yararlanır şekilde üniversite ve özel sektörde olmayan donatıların kazanılması gibi bir çok fırsatın yanı sıra; sağlık dışı alt yapı sorunları (ulaşım vb.), ölçeğin büyüklüğüne bağlı olarak anlaşmalardan kaynaklanan sağlık hizmet sunumu birim fiyatlarındaki artış ve geri ödeme sistemine ek yük, büyük tesislerden kaynaklı hasta ve hasta yakını odağının kaybedilmesi, büyük ölçekteki hastanelerin kullanımı ve işletilmesi, profesyonel hastane yöneticisi eksikliğinden doğan aksamalar gibi tehditleri de beraberinde getirmektedir.

Yeni yapılanmada özellikle şehir hastanelerinin yönetimi ve finansman açısından sürdürülebilirliği konularının daha ön plana çıkması beklenmektedir. Şüphesiz söz konusu tehditlerin bertaraf edilmesi için çeşitli metodlar politika yapıcılar ve karar vericiler tarafından süreç içerisinde geliştirilecektir. Şehir hastanelerinin ülke vatandaşlarına kaliteli hizmet sunmasının yanında sağlık turizmi kapsamında başta çevre ülkeler olmak üzere, diğer ülkelerden de çok sayıda sağlık turistini

Yakın bir gelecekte uygulamaya geçecek olan Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin getireceği yenilikleri ve sağıktaki uygulamasını hep birlikte göreceğiz. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, etkinliğinin artırılması ve maliyet yönünden etkin bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için kamu hastanelerinin işletim sisteminin çok iyi tasarlanması ve yönetilmesi gerekmektedir.

çekecebilecektir. Bu sayede hem büyük ölçekteki hastanelerin kullanım problemi çözülebilir, hem de hastanelerin finansal sürdürülebilirliğine katkı sağlanabilir.

Yakın bir gelecekte uygulamaya geçecek olan Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sisteminin getireceği yenilikleri ve sağıktaki uygulamasını hep birlikte göreceğiz. Yeni yapılanmada da bilimsel değerlendirmelerle belirli aralıklarla Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin performans hedefleriyle ilgili faaliyetlerin iyi tanımlanması, bütçeden tahsis edilen kaynak ile performans hedefi arasında ilişki kurularak performans hedeflerine tam ve doğru şekilde erişilmesi istikrar için önemlidir. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, etkinliğinin artırılması ve maliyet yönünden etkin bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için kamu hastanelerinin işletim sisteminin çok iyi tasarlanması ve yönetilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1) Resmî Gazetede 2 Kasım 2011 Tarihinde Yayımlanan 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname

2) Lamba, M., Altan, Y., Aktel, M., ve Kerman, U. (2014). "Sağlık Bakanlığı'nda Yeniden Yapılanma: Yeni Kamu Yönetimi Açısından Bir Değerlendirme". *Amme İdaresi Dergisi*, 47(1), 53-78.

3) Resmî Gazetede (25 Ağustos 2017 Tarihinde Yayımlanan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname

Birinci basamak sağlık örgütlenmesinde süreklilik

Olca Öz



2005 yılında Anadolu Üniversitesi İstatistik Bölümünden mezun oldu. Sağlık Yönetimi yüksek lisansını 2015 yılında İstanbul Medipol Üniversitesinde tamamladı. Halen aynı üniversitede Sağlık Yönetimi doktora eğitimi devam etmektedir. Bir süre özel sektörde çalıştıktan sonra 2010 yılından itibaren Medipol Üniversitesi Rektörlük Özel Kalemli olarak görev yapmakta, 2014 yılından bu yana da öğretim görevlisi olarak çalışmalarına devam etmektedir.

Cumhuriyet Dönemi sağlık politikaların başında; ilk Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam'ın dönemlerindeki "hıfzıssıhha" merkezli politikalar ve ardından Dr. Behçet Uz'un farklı dönemlerde hayata geçirmeye çalıştığı plan ve programlar dikkat çekmektedir. Bunlarla birlikte en fazla iz bırakanların başında 1960 yılından sonra uygulamaya konan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi projesi gelmektedir. İki binli yılların başından sonra birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesinde sağlık ocaklarının yerini aile hekimliği almıştır.

Milli Sağlık Planı ve Sağlık Programı, Sağlıkta Sosyalleştirme ve Aile Hekimliğini içine alan Sağlıkta Dönüşüm Programının ilke ve hedeflerini birlikte değerlendirdiğimizde, köylerden başlayarak bütün ülkede entegre bir sağlık örgütlenmesini sağlamak, koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermek, mevcut il ve ilçe hastanelerini günü şartlarına göre modernleştirmek ve sağlıkta yeterli ve yetkin insan kaynağı yetiştirmek gibi ortak hedeflere sahip olduklarını görürüz (1-4)

Gerek Milli Sağlık Plan ve Programı, gerek Sağlıkta Dönüşüm Programı ülkeyi sağlık bölgelerine ayırarak kendi içinde performans hedefleri olan ve kendine büyük oranda yeter olacak sağlık bölgelerini oluşturmayı hedeflemiştir. Sosyalleştirme ise buna benzer bir yaklaşımı ilçe, il ve bölge hastaneleri hiyerarşisi içinde ortaya koymaya çalışmıştır. Son zamanlarda gündemde olan ve birbiri ardına açılmakta olan entegre sağlık kampüslerinin (şehir hastaneleri) başlangıçtaki planlaması bu bölgeler gözetilerek yapılmıştır. Ne var ki, her zaman teori ve pratiğin uyuşmadığı bilinmektedir...

Sağlıkta sosyalleştirme ile birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na hukuken ve bilabedel devredilmiş olduğunu da belirtmek gerekir (2). Bu amir hükmün uygulanması için 45 yıl geçmiş ve aynı konu Sağlıkta Dönüşüm Programıyla tekrar ele alınmak zorunda kalmıştır. 2005 tarihli 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimleri; bunlara ilişkin her türlü görev, hak ve yükümlülükler, taşınırlar, taşınmazlar ve taşınmazlarla birlikte Sosyal Sigortalar Kurumuna ait olanlar rayiç bedeli karşılığında Sağlık Bakanlığına devredilmiştir (5).

Hem sosyalleştirme hem de dönüşüm programı prensip olarak kamuda hekimlerin tam gün çalışmasını benimsemiş ve halkın hekim seçme özgürlüğünü ilkesel olarak ön plana çıkarmıştır (2, 6). Gerçi tababette hekimlerin tam gün çalışması hep tartışılacak ve amaçlanan başarılamamıştır.

Her iki uygulama da birinci basamak sağlık hizmetlerini teşvik etmeyi ve ülke geneline yaygınlaştırmayı amaçlamıştır. Sosyalleştirme 80'li yıllara kadar sadece kırk civarında ilde uygulanabilmiş, seksen darbesinden sonra başta büyük iller olmak üzere tüm ülkeye teorik olarak yaygınlaştırılmıştır. Ancak İstanbul gibi büyük illerde birinci basamak yapılanmasının tam olarak sağlanamadığı ve bunun yerini özel sektörün doldurmaya çalıştığı bilinmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı, mevcut sağlık hizmetleri kültür ve altyapısını avantaj olarak kullanıp aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri şeklindeki birinci basamak örgütlenmesini tüm ülkede kısa sürede yaygınlaştırmıştır.

Sağlık finansmanı konusunda Milli Sağlık Planı sosyal sağlık bankası ve sağlık sandıkları gibi sosyal sigorta arayışları ortaya koyarken, sosyalleştirme ilke olarak mali kaynağın devlet tarafından ayrılmasını öngörse de bunun sürdürülebilirliği konusunda tereddüt göstererek Kanun Taslağında "sigorta aidatı ödenmesine" ve "vasıtalı ve vasıtasız vergilere" ilişkin maddelere yer vermiştir. Ancak bu hükümleri içeren kanun maddeleri yürürlüğe girmemiştir. Bu maddelerin yasalaşmamış olmasının sistemin sürdürülebilir bütünlüğüne ve uygulanabilirliğine olumsuz etki ettiği açıktır. Böylece ön görülen ek vergiler hayata geçirilememiş, sosyalleştirme kapsamında daha önce Milli Sağlık Planında da öngörülen mecburi sigorta gündeme alınamamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ise Genel Sağlık Sigortası adı altında genelde prim esaslı ancak doğrudan katkılar ve primsiz ödemeler adıyla devletin üstlendiği genel bütçe katkısının da olduğu bir karma model hayata geçirmiştir. 5510 Sayılı Kanunun genel sağlık sigortalısı sayılanları tanımlarken harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak Kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlarla gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalılığı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi bulunmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklarını genel sağlık sigortası kapsamında saymaktadır (7). Kanunun bütünü incelendiğinde aktüeryal dengelere dayalı bir sağlık sigortacılığı yerine hizmet alacak toplumun kapsandığı ve sunulacak hizmetin sınırlarının belirlendiği, sadece prim gelirlerine bağlı olmayan bir sosyal sağlık sigortasının tasarlandığı anlaşılmaktadır.

Genelde sağlık finansman modelleri, kaynağın toplama biçimi esas alınarak vergi tabanlı ya da prim esaslı olmasına göre ayrıştırılmaktadır. Sağlık ve finans sektörünün örgütlenme biçimi, kaynakların dağıtım mekanizmaları, kapsama alınan hizmetin niteliği ve miktarı gibi hususlar sağlık reformlarının ana konusu olmaktadır. Ayrıca kaynağa ilişkin reformlarla vergi ve zorunlu ya da isteğe bağlı prim esaslı kaynakların mobilize edildiği karma sistemler doğmuştur. Bu itibarla "vergi tabanlı" sistem ya da "sosyal sağlık sigortası" sistemi gibi temel ayırmalar teorik planda anlaşılmalı, kolaylaştırılmalı da gerçek sağlık finans sistemlerini yeterince kavramamıza yardımcı olmayacaktır. Hatta sağlık finansman sistemindeki bu kategorik yaklaşım, bütün olarak topluma ve sisteme odaklanmaktan ziyade model içindeki kritik uygulamaların başarı ve başarısızlıklarına odaklanılmasını kısıtlamakta ve muhtemel politika alternatiflerinin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır (8).

Hem sağlıkta sosyalleştirme hem de aile hekimliği mevzuat metinleri hizmetlerin ücretsiz olduğunu beyan etmektedir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması konusunda genelde politik söylemlerde yanıltıcı bir algı oluşmuş durumdadır. Oysa ne sosyalleştirmenin ne de bugün uygulanan sağlık politikalarının herkese, her aşamada, tamamen ücretsiz sağlık hizmeti sunulduğu gibi bir iddiası bulunmamaktadır.

224 sayılı Kanunun 2. Maddesi, primden ve masrafin bir kısmına iştirakten bahsetmektedir. Beşinci madde, eğer sağlık personeli veya müesseseyi seçme hakkını kullanacaksa, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların ücretini şahsen ödemelelerini şart koşmaktadır. Yine Kanunun 14. Maddesi paralı durumları saymaktadır (2). 5258 Sayılı Aile Hekimliği acil haller ve mücbir sebepler dışında, aile hekiminin sevkı olmaksızın sağlık kurum ve kuruluşlarına müracaat edenlerden katkı payı alınacağından bahsetmektedir (1).

Her iki uygulama da birinci basamak sağlık hizmetlerini teşvik etmeyi amaçlamış ve hastaya maliyet paylaşımı sorumluluğu yüklememiştir. Burada maliyet paylaşımının bir gelir kaynağı olarak değil, sağlık sisteminde hastayı amaca uygun yönlendirme amaçlı bir kontrol aracı gibi kullanmanın daha uygun olduğu düşünülmektedir (8).



Sağlıkta sosyalleştirme ile yapılmak istenenleri özetlediğimizde; merkezi organizasyon ve planlama yapmak, sağlık personelinin ülkeye dengeli dağılımını temin etmek, sağlık yönetim sisteminde yerelin etkisini artırmak, köylere kadar ulaşabilen sağlık hizmet ağı kurmak, evde tedaviyi öngörmek, koruyucu hizmetlere önem vermek, kamu görevlisi hekimlerin tam gün esasına göre çalışmasını sağlamak, ancak sistem dışındaki hekimlerin serbest meslek icra etmesine fırsat vermek şeklinde sıralanabilir. Bütün bunları Sağlıkta Dönüşüm Programıyla hayata geçirilen Aile Hekimliği uygulaması için de tekrarlamak mümkündür. Cumhuriyet Dönemindeki farklı dönemlere ait sağlık politikalarının aynı temayı hedef olarak seçtiği görülmektedir.

Önemli olan sağlık sisteminin hedeflerine ulaşmasını sağlayacak yapısal örgütlenmeyi kurmaktır. Sistemin hedeflerini göz ardı edip organizasyonu ya da kurumsal yapıları vazgeçilmez unsurlar gibi görmek, değişen zamana karşı bu yapıların kendilerini yenilemelerine ve günün şartlarına göre güncellemelerine engel olmaktadır. Süreçte sağlıkta sosyalleştirme ile kurulmak istenen birinci basamak örgütlenmesi ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçirilen aile hekimliği uygulamasının birbirlerinin karşılığı olan sistemler gibi sunulması, her iki modelin de detaylarına inmemize, başarılı ve başarılı yönlerini analiz etmemize ve nihayet bu sistemler içinde kalınarak yapılması gereken reformları doğru olarak öngörmemize engel olmaktadır (9).

Hem sağlıkta sosyalleştirme hem de aile hekimliği mevzuat metinleri hizmetlerin ücretsiz olduğunu beyan etmektedir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması konusunda genelde politik söylemlerde yanıltıcı bir algı oluşmuş durumdadır. Ne sosyalleştirmenin ne de bugün uygulanan sağlık politikalarının herkese, her aşamada, tamamen ücretsiz sağlık hizmeti sunulduğu gibi bir iddiası bulunmamaktadır.

Kaynaklar

- 1) Aile Hekimliği Kanunu, Resmî Gazete, 9/12/2004 /25665
- 2) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Resmî Gazete, 12.06.1961/10705
- 3) Uz, Behçet, Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı, İdeal basım ve Ciltvi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sayı:124, Ankara, 1946
- 4) Uz, Behçet, Millî Sağlık Programı Ve Sağlık Bankası Hakkında Etüdler, Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti Neşriyatı, No: 177, Ankara, 1954
- 5) Bazı Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun, Resmî Gazete 19.01.2005/25705
- 6) Akdağ Recep, "Turkey Health Transformation Program Assessment Report," Ankara, 2012
- 7) Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Resmî Gazete 16/6/2006 / 26200
- 8) Kutzin Joseph, "Conceptual Framework For Analysing Health Financing Systems And The Effects Of Reforms". Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in transition. European Observatory on Health Systems and Policies 2010, Ch 1. Pp 3-24
- 9) Özen Olcay, "Sağlıkta Sosyalleştirmeden Aile Hekimliğine Giden Yolum Tarihî Arka Planı: Türkiye Birinci Basamak Sağlık Örgütlenmesi", İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Yönetimi AD.,2015

Cumhuriyet Dönemi sağlık bakanları ve sağlık politikalarında istikrar

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Tokaç



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

CumhuriyetDönemisağlık politikalarının; Birinci Meclis'in 23 Nisan 1920'de açılışından hemen 10 gün sonra 3 Sayılı Kanun ile "Sihhiye ve Muaveneti İctimaiye Vekaleti" adıyla Sağlık Bakanlığının kuruluşu ve ilk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar ile başladığını söyleyebiliriz. Her ne kadar bu dönemde ön plana çıkan husus savaşın yaralarının sarılması ve mevzuat hazırlanması olsa da 29 Ekim 1923'te Cumhuriyetin kurulması sonrası hayata geçirilen sağlık politikalarının temelinde Cumhuriyet öncesi bu geçiş döneminin önemli bir yerinin olduğunu kabul etmemiz gerekiyor. Yazımıza konu olan Cumhuriyet Dönemi sağlık politikalarını; birincisi 1923'den 1946'ya kadar, ikincisi 1946'dan 1960'a kadar, üçüncüsü 1960'dan 1980'e kadar, dördüncüsü 1980'den 2003'e kadar ve beşincisi de 2003 sonrası olmak üzere kuruluşundan günümüze kadar 5 döneme ayırabiliriz.

1923-1946 Arası

Bu döneme damgasını vuran isim Cumhuriyetin ilanından önce de bir dönem Sağlık Bakanlığı yapmış olan ve Cumhuriyetin ilanından sonraki ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam'dır. En uzun süre (kesintisiz 12 yıl 7 ay ve toplamda 14,5 yıl) Sağlık Bakanlığı yapmış olma

unvanını da elinde bulunduran Saydam dönemi, ülkemizin sağlık sisteminin kurulması ve geliştirilmesinde kuşkusuz en önemli dönemdir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 1925 yılında hazırlanan ilk çalışma planında gözetilen hedefler şu şekilde idi:

- 1- Devlet sağlık örgütünü genişletmek
- 2- Hekim, sağlık memuru ve ebe yetiştirmek
- 3- Numune hastaneleri ile doğum ve çocuk bakımevleri açmak
- 4- Sıtma, verem, trahom, frengi ve kuduz gibi önemli hastalıklarla savaşmak
- 5- Sağlıkla ilgili yasaları yapmak
- 6- Sağlık ve sosyal yardım örgütünü köye dek götürmek
- 7- Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ve Hıfzıssıhha Okulu kurmak."

1923 yılında Cumhuriyet kurulduğunda ülkemizde hekim sayısı toplamda sadece 554 ve hekim başına düşen nüfus 19.860 idi. Daha henüz 5 yıl geçmeden 1928 yılında hekim sayısı %100 artarak 1.078'e çıkarken hekim başına düşen nüfus 12.841'e inmiştir. Refik Saydam'ın Sağlık Bakanlığından ayrıldığı 1937 yılında hekim sayısı 1.391 ve hekim başına düşen nüfus 11.960 olarak gerçekleşirken, bu dönemin sonu olarak aldığımız 1946 yılında ise hekim sayısı 2.181 ve hekim başına düşen nüfus 8746 olmuştur.

Yataklı tedavi kurumları açısından baktığımızda ise 1923 yılında 86 adet kurumu ve 6.437 hasta yatağı olan ülkemizde öncelikle belli başlı yerlerde örnek olmak üzere 1924 yılında Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas illerinde numune hastaneleri kurulmuştur. Böylelikle yataklı tedavi kurumlarının sayısı sadece iki yıl içinde %100 artarak 1925 yılında 167'e çıkarken hasta yatağı sayısı yarısı kadar artarak 9.561'e ulaşmıştır. Sonraki yıllarda aynı ivmeyi yakalayamasa da 1936'da ise İstanbul'da eski tıp fakültesi kliniklerinin olduğu Haydarpaşa'da beşinci numune hastanesi açılmıştır. Daha sonra Trabzon ve Adana'da açılanlar ile numune hastanelerinin sayısı 7'ye çıkmıştır. Bu dönemin sonu olan 1945 yılında geline durum, 198 kurumda 14.383 yatak kapasitesine ulaşılması olmuştur.

Bu dönemde;

- 984 sayılı Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Mahsus Kanun (1927),
- 1219 sayılı Tabâbet ve Şuâbâtı San'atlarının Tarzı İcrâsına Dair Kanun (1928),
- 1262 sayılı İspençiyârî ve Tıbbî Müstahzarlar Kanunu (1928),
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) gibi halen yürürlükte olan ve sağlık



Dr. Behçet Uz



Dr. Refik Saydam (sağda)
Atatürk'e eşlik ediyor.

hizmetlerinin planlanması ve yönetilmesine ilişkin birçok kanun çıkarılmıştır. Bu kanunlarla koruyucu hekimlik görevi merkezi yönetime verilirken tedavi edici hekimlik yerel yönetimlere bırakılmıştır.

1946-1960 Arası

Çok partili döneme geçişle beraber ülkemizde pek çok alanda değişimin başladığı ve dört yıl sonra Demokrat Parti iktidarıyla değişimin hızlandığı bu döneme damgasını vuran isim Dr. Behçet Uz olmuştur. 1946 yılında Yüksek Sağlık Şûrası tarafından onaylanan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı" Cumhuriyet Döneminin belki de ilk yazılı sağlık planı olmuştur.

Planın hedefleri;

1. Koruyucu hekimlik teşkilatını kurmak ve yaymak.
2. Köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak.
3. Mevcut sağlık personelinin ve yenilerini günün ihtiyaçlarına göre yetiştirmek.
4. Mevcut hastaneleri ve diğer sağlık müesseselerini ilmin ve zamanın yeni icaplarına uygun hale getirmek.
5. Bütün illerimizi içine almak üzere yurdumuzun lüzumlu bölgelerinde personel ve teşkilat bakımından tam sağlık tesisleri kurmak.
6. Bu işleri en verimli bir tarzda gerçekleştirmek için de Milli Sağlık Bankası ve Sağlık Sandıkları kurmak." olarak belirlenmiştir.

Planın mimarı olan Dr. Behçet Uz'un bakanlık görevinden ayrılması üzerine bir süreliğine askıya alınmışsa da 1947

yılında ikinci defa Sağlık Bakanı olmasıyla hızlanmış fakat yeniden hükümet değişikliği olduğundan yasalaşamamıştır. Ancak bu metin yasalaşmadan politika olarak kısmen de olsa uygulanmıştır. Bu politikanın temelini, ilk dönemde yerel yönetimlere bırakılmış olan yataklı tedavi kurumlarının merkezi yönetime devri oluşturur. Ayrıca 40 köye bir olmak üzere 10 yataklı sağlık merkezleri oluşturularak koruyucu hekimlik hizmetlerinin yanında tedavi edici hizmetlerin de birlikte verilmesine başlanmıştır. 8 adetle başlayan sağlık merkezleri bu dönemin sonu olarak aldığımız 1960 yılında 283'e ulaşmıştır.

Çocuk ölümlerinin fazla olması nedeniyle ana ve çocuk sağlığına özel bir önem verilmiş ve bu hususta Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütleri ile yoğun bir iş birliğine girilmiştir. Bu çabalar neticesinde bebek ölümleri binde 233'den binde 176'ya düşürülürken, doğumda beklenen yaşam süresi 43'lerden 52'ye yükselmiştir.

Sağlık insan gücünün geliştirilmesine yönelik adımlar da bu dönemde hız kazanmış ve tıp fakültelerinin sayısı artırılmaya başlanmıştır. İstanbul ve Ankara'daki tıp fakültelerine ilave olarak İzmir'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1955 yılında öğretime başlamıştır.

1950'de 3.020 olan hekim sayısı 1960'da 8.214'e, hemşire sayısı 721'den 1.658'e çıkartılarak %100'lerden fazla artış sağlanmıştır. Hastane ve yatak sayılarında da önemli gelişmeler kaydedilirken yüz bin kişiye düşen yatak sayısı 9'dan 16,6'ya çıkartılmıştır. Özellikle hastaneler (çocuk,

Çok partili döneme geçişle beraber ülkemizde pek çok alanda değişimin başladığı ve dört yıl sonra Demokrat Parti iktidarıyla değişimin hızlandığı bu döneme damgasını vuran isim Dr. Behçet Uz olmuştur.

doğum ve verem) artarken, veremden ölümler 1946 yılında yüz binde 150 iken 1960 yılına gelindiğinde yüz binde 52'ye inmiştir.

1946 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun ilk hali olarak İşçi Sigortaları İdaresi (daha sonraki adıyla Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuştur. 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede çok önemli mesafeler kaydedilen birinci dönemden sonra bu dönemde 1947 yılında Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı tarafından deri içi yolu ile uygulanan BCG aşısı üretimine geçilmiş, ertesi yıl ise Boğmaca aşısı üretilmeye başlanmıştır.

Bazı sağlık meslekleriyle ilgili kanunlar (eczacılar ve hemşireler) ve meslek örgütleri kanunları (TTB, TEB) bu dönemde çıkartılmıştır.



Prof. Dr. Recep Akdağ

Darbe dönemlerinde sağlık alanında bariz bir geriye gidişin olduğunu, yine istikrarsız koalisyonlar dönemlerinde ise sağlıkta istenilen gelişmelerin sağlanamadığını tespit ediyoruz. Bu itibarla sağlık politikalarında olumlu gelişmeler ile siyasi ortamın ya da Sağlık Bakanlarının istikrarları arasında doğrudan bir ilişki olduğunu söylememiz mümkündür.

1960-1980 Arası

27 Mayıs ihtilalinin akabinde başlayıp 12 Mart muhtırası ile devam ederek 12 Eylül darbesi ile sona eren, genellikle istikrarın olmadığı, koalisyonlarla geçen ve 20 yılda 22 Sağlık Bakanının değiştiği bu dönemin en önemli icraatı; kısaca "sosyalizasyon" olarak adlandırılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 1961 yılında çıkarılmış olmasıdır. 1960 yılında ihtilalle birlikte Sağlık Bakanlığı Müsteşarlığı görevine getirilen ve 1966 yılına kadar

kesintili de olsa toplamda 5 yıl görevde kalan Nusret Fişek'in mimarı olduğu bu kanunla birlikte 2000'lere kadar sürecek olan küçükten büyüğe doğru sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklindeki sağlık kurumları oluşturulmuştur. Aslında oldukça kapsamlı bir kanun taslağı olmasına rağmen, ihtilal sonrası oluşturulan ve TBMM'nin yetkilerini devralan Milli Birlik Komitesinin çok önemli maddelerini iptal etmesi üzerine tümüyle uygulanamadığından beklenen sonuca ulaşamamıştır.

Yine bu dönemde Cumhuriyetin başından itibaren sürdürülen nüfusu artırmaya yönelik (pro-natalist) politikalarla vaz geçilerek 1965 yılında çıkarılan 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile nüfusu sınırlayıcı (anti-natalist) politikalar ön plana geçmiştir. Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması çabaları sürekli (1967, 1969, 1971 ve 1974'te) gündeme gelmişse de bir türlü gerçekleştirilememiştir.

1960'da 9.826 olan toplam hekim sayısı 27 Mayıs ihtilali ile birlikte 8.214'e düşmüş, 1962'de (8.998) ve 1963'de (9.124) biraz yükselerek ancak 1964 yılında (10.051) 1960'taki seviyesini geçebilmiştir. 1960'da 2.799'a inmiş olan hekim başına düşen nüfus, 1961'de kötüye giderek 3.436'ya yükselmiş ve ancak 1967'de önceki seviyenin altına (2.758) inebilmiştir.

Yine benzeri bir durum 12 Mart muhtırası döneminde yaşanmıştır. 1970'de 16.514

olan hekim sayısı, muhtıradan sonraki yıl 16.260'a inmiş, ancak 1973'den itibaren yükselmeye devam ederek 18.511 olmuş, 1975'de 21.714'e, 1980'de ise 27.241'e ulaşmıştır. Hastane sayıları da peyderpey artarak yirmi senede 566'dan 827'ye ulaşabilmiştir. Yatak sayıları ise aynı süreçte 45.807'den 99.117'ye yükselmiştir.

Bu dönemde 1963 yılında başlayan "Beş Yıllık Kalkınma Planları" sağlığın geliştirilmesinde önemli roller üstlenmiştir. Halen de bu planlar sağlık politikalarının oluşturulmasında temel kaynak olmaya devam etmektedir. Örneğin Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planının sona erdiği 1967 yılında, planlı dönem başlamadan önceki 1960 yılından itibaren geçen 7 yıllık sürede sağlık kurumlarının sayılarında %17'lik bir artış kaydedilmiştir. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı dönemi sonunda ise %25'lik bir artış gerçekleşmiştir.

1980-2002 Arası

Bu dönemin ilk icraatı, doktorlara muayenehane açma yasağı olarak da bilinen ve 1978'de çıkartılan Tam Gün Yasasının 1980'de 12 Eylül darbesi ile ortadan kaldırılmasıdır. Yine bu dönemde "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir." hükmünü içeren 61 Anayasası ortadan kaldırılarak yerine özel sağlık kurumları ve genel sağlık sigortası gibi kavramları da içeren şu hükmün yer aldığı 82 Anayasası kabul edilmiştir: "Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

1983 seçimleriyle yeniden demokratik hayata geçilmesiyle birlikte ANAP iktidarı dönemi başlamıştır. Turgut Özal'ın vizyoner bakışının etkisi ile her alanda olduğu gibi sağlık alanında da bir ivme görülmüş, bu ivme ile 1987 yılında çıkartılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Anayasa Mahkemesi tarafından bir kısım maddeleri iptal edildiği için tamamen uygulanamamıştır. 1992 yılında sosyal güvencesi olmayan yoksul vatandaşlar için "Yeşil Kart" uygulaması başlatılmıştır.

Ülkemizde tek parti iktidarları dönemleri ile Refik Saydam, Behçet Uz ve Recep Akdağ gibi uzun süreli görev yapan Sağlık Bakanlarının öne çıktığını görüyoruz. Ancak bazen ANAP döneminde olduğu gibi güçlü iktidar olmasına rağmen sık değiştiği için proje üretemeyen Sağlık Bakanları olabildiğini, Nusret Fişek örneğinde olduğu gibi güçlü iktidar ve başarılı Sağlık Bakanları olmadan da güçlü bürokratlar tarafından önemli icraatlara imza atıldığını görmekteyiz.

1990'lı yıllarda başlatılan sağlık reformu çalışmaları kapsamında 4 ana başlık belirlenmiştir:

- 1- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- 2- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- 3- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- 4- Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Bu dönemde sağlık alanında teorik bazda bu çalışmalar yapılmış olsa da bunlar uygulanamamıştır. Örneğin Genel Sağlık Sigortası kanun tasarıları 1988 ve 2000 yıllarında gündeme gelmişse de sıkça değişen Sağlık Bakanları (23 yılda 19 Bakan) dolayısıyla hayata geçirilememiştir.

2003 Yılı Sonrası

3 Kasım 2002 seçimleri ile AK Partili döneme geçilmiştir. Cumhuriyet tarihimizin Refik Saydam'dan sonra ve ona en yakın süre Sağlık Bakanlığı yapmış olan Recep Akdağ'ın bakanlığı döneminde Sağlıkta Dönüşüm Programı hayata geçirilmiştir.

Bu dönemde yapılan dönüşümün ana omurgasının Turgut Özal döneminde ortaya atılan ama gerçekleştirilemeyen hususlar olduğunun altını çizmemiz gerekiyor. AK Parti'nin ilk hükümet kurduğunda açıkladığı Acil Eylem Planında "herkese sağlık" başlığı altında belirlediği hedefler şunlardır:

- 1- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
- 2- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
- 3- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
- 4- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
- 5- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
- 6- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
- 7- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
- 8- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
- 9- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,
- 10- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,
- 11- Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi."

Bunlardan ilk 7'si, zaten Özal döneminin sağlık reformunun da yukarıda o dönemi anlatırken verdiğimiz başlıklarıydı. O dönemde değişen Sağlık Bakanları dolayısıyla gerçekleştirilemeyen düzenlemeler, Recep Akdağ'ın Cumhuriyet tarihinin kesintisiz 10 yıl 2 ay ve toplamda 11 yıl Sağlık Bakanlığı yaptığı AK Parti döneminde gerçekleştirilmiş oldu. Sadece Özal döneminin değil, 1960 sonrası sosyalizasyon döneminin tecrübeleri de Sağlıkta Dönüşüm Programının başarılı olmasının en önemli sebeplerindendir. Bu başarının göstergelerini TÜİK raporlarında halkımızın sağlık hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili 2002'deki %39 olan oranın daha 5 yıl bile geçmeden %73'e çıkmasında görmekteyiz.

Ancak ne yazık ki halkın memnuniyetindeki artışa karşın sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliği ortadan kaldırılamamıştır. Sağlık personelinin aşırı artan iş yükünün, bu memnuniyetsizlikte önemli rol oynadığı aşikardır. Sağlıkta ulaşılan başarının devamının, bu başarının ana aktörleri olan sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırmaya yönelik çabalarla sağlanabileceğini, yeni bir yapılanmanın olduğu bu dönemde sağlıkla ilgili karar vericiler için belirtmemiz gerekir.

Sonuç

Sağlık politikalarının değişime uğradığı dönemler ve bu dönemlerde etkisi görülen şahısları dikkate aldığımızda tek parti iktidarları dönemleri ile Refik Saydam, Behçet Uz ve Recep Akdağ gibi uzun süreli görev yapan Sağlık Bakanlarının öne çıktığını görüyoruz. Ancak bazen ANAP döneminde olduğu gibi güçlü iktidar olmasına rağmen sık değiştiği için proje üretemeyen Sağlık Bakanları olabildiğini, Nusret Fişek örneğinde olduğu gibi güçlü iktidar ve başarılı Sağlık Bakanları olmadan da güçlü bürokratlar tarafından önemli icraatlara imza atıldığını görmekteyiz. Darbe dönemlerinde sağlık alanında bariz bir geriye gidişin olduğunu, yine istikrarsız koalisyonlar dönemlerinde ise sağlıkta istenilen gelişmelerin sağlanamadığını tespit ediyoruz. Bu itibarla sağlık politikalarında olumlu gelişmeler ile siyasi ortamın ya da Sağlık Bakanlarının istikrarları arasında doğrudan bir ilişki olduğunu söylememiz mümkündür.

Kaynaklar

- Aydın, E., "Türkiye Cumhuriyeti'nin Kuruluş Yıllarında Sağlık Hizmetleri", *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 2002,31(3):183-192.
- Demirtola, H., Atilla, E. A., "Türkiye'de Cumhuriyet'ten Bugüne Merkezi Sağlık Yöneticileri", *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, Cilt:1, Sayı:2, 2015, s: 1-17.
- İleri, H. ve ark., "Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi", *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 2016,12:176-186.
- Kökcü, A.T., "Türkiye'de Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları", *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği, Hukuku, Tarihi Dergisi*, 2014;22(3):98-105
- Öztürk, Y., Günay, O., *Atatürk Döneminin Sağlık Politikası*, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No:2, Kayseri, 1991.
- Uz, Behçet, *Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı*, İdeal basım ve Ciltevi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Sayı:124, Ankara, 1946.
- Sağlık Bakanlığı Tarihçesi, Sağlık Bakanlığı internet sitesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> (Erişim Tarihi: 21.06.2018)
- Yeğinboy, Y., Sayın, K.Ş., "Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları", 2. Ulusal İktisat Kongresi, 20-22 Şubat 2008, İzmir.

Sağlıkta personel politikalarının seyri

Dr. Öğr. Üyesi Güven Bektemür



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

Sağlık Bakanlığı personel politikalarında istikrarı olumlu ve olumsuz yönde değerlendirmek ve personel politikalarını tahlil etmek için Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı öncesi ve sonrası olarak iki dönemde ele almak yerinde olacaktır. Yazımızın ilk bölümünde sağlıkta insan kaynakları yönetimine dair politika ve uygulamalardan kronolojik sıraya göre bahsedilecek, ikinci kısımda konu olumlu ve olumsuz yönleriyle tartışılacaktır.

1. Bölüm: Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimine Dair Politika ve Uygulamalar

Aralık 2003 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kitapçığında (1) sağlıkta dönüşüm öncesindeki durum şu şekilde özetlenmektedir; sağlık sektöründe insan gücümüzdeki sayısal yetersizliklerin yanında, personelin ülke geneline yayılmasındaki dengesizlikler ve nitelik sorunları ön plandadır. Hekimlerin dengeli dağılımı, zorlu hizmet uygulamaları ile sağlanmaya çalışılmış fakat başında "zorunlu" ibaresi bulunan her uygulama gibi başarıya ulaşamamıştır. Sağlık çalışanları arasında hekim/hemşire ve uzman hekim/pratisyen hekim oranlarında hemşireler ve pratisyen hekimler aleyhine dengesizlikler vardır. İnsan kaynaklarının planlanması, eğitimi ve kullanımı ayrı ayrı kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Planlama DPT, eğitim üniversiteler, istihdam Sağlık Ba-

kanlığı ve SSK tarafından yapılmaktadır. Bunlar arasında etkili bir koordinasyon olmadığından sorunlar yaşanmaktadır. Son 10 yılda tıp fakültelerinin sayısındaki hızlı artış, yetersiz altyapı ve pratik eğitim olanaklarının sınırlı oluşundan dolayı tıp eğitiminin kalitesi hakkında ciddi endişelere yol açmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunlarının yanında ön lisans ve lisans mezunu hemşirelerin aynı sistem içinde yer alması sorunlar doğurmakta, "hemşirelik eğitiminin üniversite düzeyinde olması gerektiği" tartışmaları da devam etmektedir. Yine hekim dışı sağlık meslek elemanı yetiştiren okullarımızdan mezun olan birçok meslek gurubunun mesleki tanımları yasalarda yer aldığından bu iyi yetişmiş elemanlarda kamuda yeterince yararlanma imkânı bulunamamaktadır. Sağlık yönetimi ile işletme yönetiminin birbirinden ayrılmamış olması, nitelikli yönetici teminindeki güçlükler ve yöneticilerin eğitimindeki eksiklikler sistemi zayıflatmaktadır. Sağlık politikası geliştirme, nüfusa dayalı sağlık yönetimi, hastane yönetimi ile ilgili yeterli bilgi ve becerilerle donanmış yöneticiler ve bunları yetiştirmeye yönelik eğitim programları nicelik ve nitelik bakımından sınırlıdır. Sağlık çalışanlarının devlet memuru statüsünde olmasının mahzurları görülmektedir. Birinci sakınca, çalışanlar arasında bölge, şehir farkı olmadan sabit ücret uygulanmasıdır. Ayrıca merkezden yapılan müdahaleler çalışma güvenliğini azaltmaktadır. Bu durum siyasi etkilerin yoğunluğu ile birleştiğinde sorun daha da büyümektedir. Bu durumun tespitiyle

beraber aynı kitapçıkta "Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü" SDP'nin bileşenlerini arasında sayılmış bu kapsamda gerçekleştirilmek istenenler aşağıda sıralanmıştır:

- Sağlık personellerinin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenecek, meslek tanımlarının yapılacaktır.

- "Birinci basamak"ta hizmet sunacak aile hekimliği ve aile hemşireliğine yönelik eğitim müfredatlarının hazırlanacak ve bu kapsamda eğitimleri yapılacaktır.

- Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde tüm dış hekimlerinden azami faydalanılarak uzman dış hekimlerinin ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde yer alması sağlanacaktır.

- Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel bir disiplin halinde gelişmesi için düzenlemeler yapılacaktır.

- Sağlık sistemi yöneticiliğinin hekimlikten bağımsız bir disiplin olarak güçlenmesi için gereken planlama, araştırma ve eğitim faaliyetlerine önem ve öncelik verilecektir.

- Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikalarla



sağlayacaktır. Bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılacaktır. Kamu kurumlarında daha istekli ve verimli çalışmayı özendirecek tedbirler alınacaktır.

- Yerel yönetimler, sivil toplum örgütleri ve meslek dernekleri sistemde aktif olarak yer almalıdır. Desantralize insan kaynakları planlaması ve yönetim yeteneği oluşturulacak, sağlık yönetimlerinin insan kaynakları planlamasına aktif katılımları sağlanacaktır.

SDP sürecinde insan kaynakları politikası oluşturulmasına yönelik ilk kapsamlı çalışma olan ve 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında yapılan "Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı" (2) sektörler arası katılımlar gerçekleştirilmiş olup, Türkiye'de sağlık iş gücünün istihdamının ve yetiştirilmesinin ihtiyaca göre yapılmasında sorunlar olduğu, istihdam eden ve yetiştiren tarafların planlarının birbirine yeterince entegre edilmediği konusunda temel görüş birliği oluşmuştur.

Çalıştayda mevcut durumun daha iyiye götürülebilmesi için kısa, orta ve uzun vadeli politika seçenekleri belirlenmiştir:

Kısa Vadeli Hedefler İçin Politika Seçenekleri:

- Mesai saatleri ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi
- Çalışan güvenliğinin artırılması
- Yeterli teknik donanımın sağlanması
- Sözleşmeli hemşireler için kariyer imkânı sağlanması

- Sözleşmeli hekim ve hemşire istihdamı
- Hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi
- İşsiz hemşirelerin istihdamı
- Hemşireler için uygulanan nöbet muafiyetleri konusunun yeniden değerlendirilmesi
- İdari personel dağılımındaki denge-sizliklerin azaltılması
- Çalışanın genel sağlık durumuna yönelik önlemler alınması
- Denetim kapasitesinin güçlendirilmesi
- Atamaların iş gereklerine göre yapılması

Orta Vadeli Hedefler İçin Politika Seçenekleri:

- Aile hekimliği sisteminin sürdürülmesi
- Aile hekimi uzmanı arzının artırılması
- Desantralizasyon çalışmalarının devamı
- Görev tanımlarının revize edilmesi
- Birinci basamakta atıl durumdaki hekimlerin uygun istihdamı
- Tele tıp uygulamaları
- Hizmet içi eğitimlerin planlanmasındaki aksaklıkların giderilmesi
- Uzman dağılım politikası ve istihdam politikası arasında tutarlılığın sağlanması
- Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi
- Ücretlendirme ve teşvik sistemlerinin geliştirilmesi
- Fiziksel koşulların iyileştirilmesi
- Sosyal olanakların artırılması
- Üst yönetimden memnuniyet
- Kurum kültürünün geliştirilmesi
- Kurum dışı faktörlerin azaltılması

Uzun Vadeli Hedefler İçin Politika Seçenekleri:

- Aile hekimliği sisteminin devamı
- Aile hekimi uzmanı arzının artırılması

- Desantralizasyon
- Sosyokültürel şartların iyileştirilmesi

Gerek 2008'te yayınlanan gerekse 2010'da yayınlanan "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporunda" (3, 4) sağlıkta insan kaynakları yönetimi dört başlıkta ele alınmakta olup;

- a) İnsan kaynakları durum tespiti ve çözüm planlaması
- b) Sağlıkta insan kaynağı istihdamında hamle
- c) Personel atamalarında şeffaflık
- d) Sağlık Personeli Eğitimi içermektedir. Her iki raporda da insan kaynakları yönetimi açısından SDP de gelinen nokta ortaya konmaktadır.

Bu döneme kadar çağdaş insan kaynağı yönetimine dair atılan adımları sıralarsak;

a- Açıktan Kura ile Atanacak Sağlık Personeline İlişkin Yönetmelikle (5), kamu kurum ve kuruluşlarına açıktan atanacak tüm uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı atamalarının Bakanlıkça kura ile notere yaptırılması öngörülerek sağlık personelinin ülke sathındaki dengesiz dağılımının giderilmesi sağlanmıştır.

b- Atamalardaki kayırmacılığı ortadan kaldıracak bir anlayışla Atama ve Nakil Yönetmeliği (6) yenilenerek sağlık personelinin atama ve yer değiştirme esasları yeniden belirlenmiş, bölgeler arası personel dengesizlikleri giderilerek, hakkaniyet ve objektiflik sağlanmıştır. Bu kapsamda;

- Bölgeler ve hizmet grupları oluşturul-



SDP sürecinde insan kaynakları politikası oluşturulmasına yönelik ilk kapsamlı çalışma olan ve 24-28 Nisan 2007 tarihleri arasında yapılan “Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı” sektörler arası katılımlar gerçekleştirilmiş olup, Türkiye’de sağlık iş gücünün istihdamının ve yetiştirilmesinin ihtiyaca göre yapılmasında sorunlar olduğu, istihdam eden ve yetiştiren tarafların planlarının birbirine yeterince entegre edilmediği konusunda temel görüş birliği oluşmuştur.

rak adil ve dengeli bir personel dağılımı sağlanmıştır.

- Personelin atama ve nakil işlemleri çalışmakta oldukları yerin özelliği ve çalıştığı süreye göre değişen hizmet puanı esasına göre yapılarak personel nakilleri objektif bir esasa bağlanmıştır.
- Mazeret atamalarında objektif ve somut kriterler getirilmiştir.
- Atamalar bilgisayar ortamında noter tarafından kura ile yaptırılarak kamuoyunda endişeler giderilmiştir.

c- Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği (7) ile Bakanlığımız çalışanlarının liyakat ve kariyer ilkeleri çerçevesinde hizmet içinde ilerlemesi sağlanmıştır.

d- Uzman tabip, pratisyen tabip, dış tabibi ve eczacı olarak atanacaklar hariç kadrolu veya çeşitli statülere tabi sözleşmeli olarak bakanlık kadrolarına ilk defa atanacak tüm personelin ağıktan atama işlemleri ÖSYM tarafından yapılan KPSS sonuçlarına göre merkezi sisteme çevrilmiştir.

e- Bilişim teknolojilerinden faydalanmak suretiyle Personel Bilgi Sistemi geliştirilmiş bu sayede atamalara ilişkin her işlemin internet üzerinden yapılması,

personelin ve vatandaşların sağlıklı bilgiye doğrudan ulaşması sağlanmıştır.

2011 yılında yayınlanan ve 2008-2023 yılları arası 15 yıllık dönemi kapsayan “Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu” (8) Sağlık Bakanlığına insan kaynakları yönetiminde stratejik bir planlamanın başlangıç aktiviteleri için öneriler sunmakta olup bazı tespitleri aşağıda sıralanmaktadır.

- Mevcut nüfus ve kullanım oranlarına bakıldığında, ayakta tedavi hizmetleri veren birinci basamak sağlık kuruluşlarının sayısının ve erişilebilirliğinin yetersiz olmadığı düşünülmektedir. Ancak topluma yeterli erişim sağlanabilmesi adına bunların özellikle organizasyon ve personel açısından güçlendirilmeleri gereklidir. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bu yeni organizasyonla oluşturulan birimlerdir.

- Türkiye’de hekim ve hemşire başına düşen nüfus AB ve OECD ortalamasına göre oldukça yüksektir. Hekim açığını gidermek için Tıp Fakültesine alınan öğrenci sayıları Sağlık Bakanlığının yoğun çabaları ve YÖK ile anlaşması sonucu 2008 yılından itibaren tedrici olarak artırılmıştır.

- Sağlık sektöründe istihdam edilen hemşire ve ebelerin farklı düzeylerde eğitim almış olmaları ve buna rağmen aynı statüde istihdam ediliyor olmaları, beceri dağılımındaki diğer bir sorunu işaret etmektedir. Değişik düzeylerde ve ebelik eğitimi almış personeli birbirinden ayırt edecek bir sistem bulunmamaktadır; farklı eğitimlere sahip hemşire ve ebeler, aynı kategoride değerlendirilmektedir. Bu sorunun çözümüne yönelik çalışmalar başlatılmıştır.

- Türkiye'de sağlık personelinin coğrafi dağılımındaki dengesizlik uzun süredir var olan ve SDP'nin önemli ölçüde düzelttiği bir konudur. SB'nin gerçekleştirdiği, personelin istihdam edilmesinin güç olduğu bölgelerde sözleşmeli personel alımı modeli ve hekimleri kapsayan mecburi hizmet uygulaması, nakillerde ilgili ihtiyacı esas alan adil yaklaşım; dengesiz dağılımın düzenlenmesinde önemli katkılar sağlamıştır.

- Tıp fakültesi mezunları, kamu sektöründe mecburi hizmetle yükümlüdür. Mecburi hizmet uygulaması, coğrafi dağılımdaki dengesizliklere çözüm getirmek amacıyla kullanılan bir yöntem olmuştur. Sürdürülebilirliği için motivasyonu güçlendirecek ilave uygulamaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar sürmektedir.

- 2004 yılında SB hastanelerinde "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistem (PDÖ)" uygulamaya konmuştur. Ek ödemeler kurumsal ve bireysel performans değerlendirmesinin karışımı doğrultusunda oluşturulan performans kriterlerine göre belirlenmektedir. Bu uygulamanın ana hedefi, kamu sağlık çalışanları arasında motivasyonun, verimliliğin ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır. PDÖ, kamu sektöründe tam zamanlı çalışan uzman hekim sayısının artmasına katkıda bulunmuştur. Ancak uzun vadede uluslararası tecrübeler PDÖ ile kalite ve verimlilik açısından elde edilen kazanımların değişebileceğini göstermektedir. Buna yönelik iyileştirme ve geliştirme çalışmaları sürmektedir.

- İstihdam uygulamalarında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun kısıtlılıklarından dolayı, 2003 yılında uygulamaya konan 4924 Sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ve 657- 4b uygulaması ile sağlık personelinin işe alımı, işten çıkartılması ve istihdam süre ve şartlarının belirlenmesi gibi konularda yeni bir yapılanma ve

Devlet Memurları Kanunu'nda olmayan esneklikler sunulmaktadır. Ancak bu modellerde istihdamla ilgili sorunların bir bölümüne çözüm getirirken personel motivasyonu bağlamında uygulamanın sürekliliğinin sağlanması açısından sıkıntılar oluşturabilir. Bu konuda sistemi iyileştirme ve geliştirme çalışmaları sürmelidir.

- Sağlık çalışanlarının planlanmasına yönelik olarak SB taşra teşkilatında çalışan personel ihtiyacını (dağılımını) belirlemek amacıyla 2006 yılında Personel Dağılım Cetveli (PDC) çalışması başlatılmıştır.

2010 yılında çıkartılan "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla" (9) kamu üniversiteleri ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan hekimlere özelde çalışma yasağı getirilmiştir (Daha sonra Anayasa Mahkemesi kararıyla kanun revize edilmiştir).

2011 yılında yayınlanan 663 sayılı KHK (10) Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yasasını yeniden şekillendirmesinin yanında insan kaynakları yönetimini de tamamen değiştirmiştir. Artık, Personel Genel Müdürlüğü tarafından tek elden yürütülen insan kaynakları yönetimi büyük oranda yeni kurulan bağlı kuruluşlara devredilmiş, yeni ihdas edilen Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile de Bakanlığın personel iş ve işlemleri yerine getirilmeye çalışılmıştır. Yeni teşkilat yasasının insan kaynakları yönetimi açısından ülkemize getirdiği en önemli yenilik, Kamu Hastaneleri Birlikleri bünyesinde görev yapacak personelin verimlilik esaslı sözleşmeye dayalı bir modelle görev yapmasıdır.

2014 yılında Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan "Dünya Sağlık Örgütü İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması Çalışması" (11) geleneksel nüfusa dayalı personel normlarının gerçek ihtiyaçların belirlenmesinde yeterli olmadığını, kurumların ihtiyaç belirlemede ve personel normu oluşturmada daha etkili yöntemler kullanılması gerektiğini ortaya koymuş olan güzel bir çalışma olup sağlıkta insan kaynakları politikasına bir yön vermektedir.

2015 yılında Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kurulması ve kuruluş kanunundaki yetkiyle (12) Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin büyük bir

kısmıyla afiliasyon yapılmış, bakanlık kadrosunda görev yapan hekimlerin akademik kariyer yapmasının önü açılmıştır. 2017 yılında yayınlanan 694 sayılı KHK (13) Bakanlığın teşkilat yasasında önemli değişiklikler getirmiş, Halk Sağlığı ve Kamu Hastaneleri Kurumları kapatılarak bu kurumların insan kaynakları yönetimi, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğüne uhdesine devredilmiştir.

2. Bölüm: Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimine Dair Politika ve Uygulamalarda İstikrar

SDP'nin başlangıcında (1) sağlıkta insan kaynakları yetersizliğinden söz edilmiş fakat bu yetersizliğin daha ziyade ülke çapında dengesiz dağılımdan kaynaklı olduğu üzerinde durulmuş bunun düzeltilmesi yönünde uygulamalarda bulunulmuştur. Özellikle SDP öncesi doktor ve hemşire sayısında fazlalık olduğu algısı (4) bu meslek grupları için SDP'nin ilk yıllarında hatalı bir politika izlenmesine sebep olmuştur. Bunun bir göstergesi olarak 2002, 2003 ve 2004 yılı Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine (14, 15, 16) baktığımızda 8. Kalkınma Planı Beş Yıllık 2005 hedeflerinde mevcut hekim ve hemşire sayılarında azaltılma stratejisi izlendiği görülmektedir.

Yine bu zamana kadar yapılan istatistiklerdeki en büyük hatalardan biri, asistan sayılarını pratisyen hekim sayılarına dahil ederek ülkede pratisyen hekim sayısında uzman hekime oranla nispi bir fazlalık olduğunun kabulüdür.

SDP'nin başlangıcında hekimlerin zorunlu hizmet yapmasına olumsuz bakılmış, hekimlerin yurt sathında dengeli ve adil dağılımının zorlamalarla değil özendirici, gönüllülük esasına dayalı politikalarla sağlanabileceği öngörülmüş ve 1981 yılında yürürlüğe giren "2514 sayılı Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmet Yükümlülüğüne Dair Kanun (17)" 2003 yılında "4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (18)" ile kaldırılmıştır. Özellikle doğu ve güneydoğu illerinde hekim ve hemşire istihdamını artırmaya yönelik, ücret konusunda teşvikler içeren bu kanunla hemşire, ebe ve diğer sağlık personellerinde bir istihdam artışı sağlanırken hekim istihdamında beklenen artış sağlanamamış ve 2005 yılında

Sağlık çalışanının çalışma yaşamı ile ilgili koşullarda kısmi düzenlemeler yapılmış, bunun neticesinde çalışma saatlerinin 45 saatten 40 saate indirilmesi, nöbet ücretlerinin iyileştirilmesi ve performansa dayalı ek ödemenin bir kısmının sabit olarak ödenmesi olumlu gelişmeler olarak sayılabilmektedir. Sonuç olarak, personel politikalarında istikrar açısından olumlu yönde uygulamaların yanında olumsuz uygulamalar da olmuş, Bakanlığın 663 sayılı yasayla getirmeye çalıştığı desantralizasyon ilkesinden, yasada yapılan ilave değişikliklerle kısmen uzaklaşmış bu durum personel yönetimine de yansımıştır.

hekimler için zorunlu hizmet uygulaması tekrar kanunlaşmıştır (19). Zorunlu hizmet uygulamasına geçilmesinden itibaren hekim dağılımında hekim başına düşen nüfus açısından en az olan il ile en çok olan il arasındaki uçurum tedrici olarak azaltılmıştır (20).

Yine 2005 yılında Düzce'de "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun" (21) uygulanmaya başlanmış, 2010 yılına kadar tüm ülkede yaygınlaşmış ve bu süre zarfında pilot kanun pilotluktan çıkarılarak kanunlaşmıştır. Özellikle aile hekimliği uygulamasına geçilmesiyle beraber ülkemizde hekim eksikliği hissedilmeye başlanmış, OECD Sağlık İş Gücü İstatistikleri verileri (2) doğrultusunda ülkemizde hekim ve hemşire fazlalığı algısı yıkılmış ve hızla hekim, hemşire

SAĞLIK GÖSTERGELERİNDE MEVCUT DURUM VE SEKİZİNCİ BEŞ YILLIK KALKINMA PLAN HEDEFLERİ Existing Satus and Objectives of 8th Years Development Plan at Health Indicators			
KRİTERLER	Criteria	MEVCUT DURUM Existing Status	VIII. PLAN 2005 HEDEFLERİ Targets of 2005 at VIII. Plan
Yatak Sayısı (*) (2004)	Bed Capacity	187,788	200,000
Yatak Başına Düşen Nüfus (2004)	Population per Bed	383	351
Yatak İşgal Oranı (%) (2004)	Bed Occupancy Rate (%)	64.9	75
SAĞLIK İNSAN GÜCÜ (2003)		Health Manpower	
Hekim Sayısı	Number of Physicians	97,763	89,000
Bir Hekime Düşen Nüfus	Population per Physician	725	789
Diş Hekimi Sayısı	Number of Dentists	18,073	16,000
Bir Diş Hekimine Düşen Nüfus	Population per Dentist	3,922	4,389
Eczacı Sayısı	Number of Pharmacist	23,757	
Bir Eczacıya Düşen Nüfus	Population per Pharmacist	2,983	
Sağ. Mem. ve Tekn. Sayısı	Number of Sanitarian	50,432	
Bir Sağ. Memuruna Düşen Nüfus	Population per Sanitarian	1,405	
Hemşire Sayısı	Number of Nurses	82,246	77,100
Bir Hemşireye Düşen Nüfus	Population per Nurse	862	910
Ebe Sayısı	Number of Midwives	41,273	-
Bir Ebeye Düşen Nüfus	Population per Midwife	1,717	-
(*) Milli Savunma Bakanlığı Dahildir. (*) Ministry of National Defense is included.			

TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİ Health Personnel in Turkey								
Personelin Ünvanı	Personnel Title	Yıl / Years						
		1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Hekim	Physician	69,349	77,344	81,988	85,117	90,757	95,190	97,763
Uzman	Specialist	29,846	34,189	36,854	38,064	41,907	43,660	46,563
Pratisyen	Practitioner	39,503	43,155	45,134	47,053	48,850	51,530	51,200
Diş Hekimi	Dentist	11,717	13,421	14,226	16,002	15,866	17,108	18,073
Eczacı	Pharmacist	19,090	21,441	22,065	23,266	22,922	22,322	23,632
Sağlık Memuru	Sanitarian	39,432	41,461	43,032	46,528	45,560	49,324	50,432
Hemşire	Nurse	64,243	69,146	70,270	71,600	75,879	79,059	82,246
Ebe	Midwife	39,551	41,059	41,271	41,590	41,158	41,513	41,273

Kaynak: 2004 Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sayfa: 48

ve diğer sağlık personeli eksikliklerini tamamlamaya yönelik politikalar izlenmeye başlanmıştır. Hekimlere mecburi hizmet uygulaması, 4924 sayılı Kanun'a bağlı sözleşmeli çalışan istihdamı, 657'nin 4-b sine göre sözleşmeli çalışan istihdamı, özellikle köy ve kasabalarda vekil ebe/hemşire istihdamı ayrıca taşeron üzerinden hizmet alımı modelleriyle sağlık personeli iş gücü hızla artırılmıştır. Bunun sonucu olarak 2002 yılında toplam 256 bin olan sağlık insan gücü sayımız 2016 yılında 560 bine yaklaşmıştır (22).

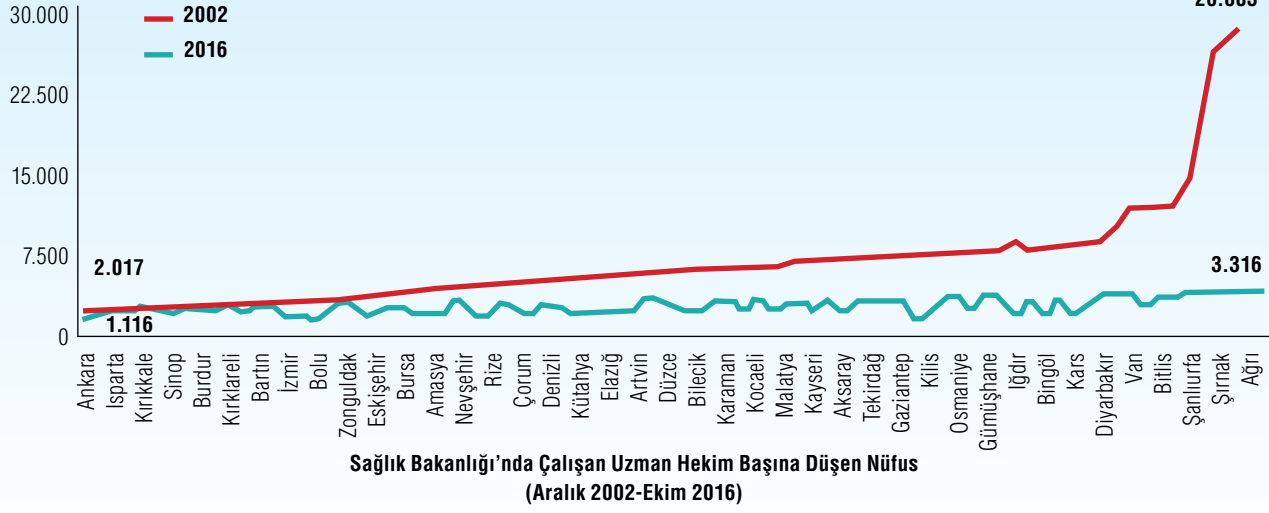
Yine hekim açığını gidermeye yönelik olarak YÖK ile koordine olarak tıp fakültesine yeni alınan öğrencilerin sayısı tedricen artırılmıştır (23). Sağlık personeli istihdamını artırmaya yönelik bu uygulamalar istikrarlı bir şekilde günümüze

değin devam etmiştir. SDP'nin başlangıç hedeflerinden biri olan sağlık personellerinin meslek tanımları 2014 yılında çıkartılan yönetmelikle (24) yapılmıştır bu da olumlu yönde bir adımdır. 663 sayılı yasayla (10) Kamu Hastane Birliklerinde verimliliğe dayalı sözleşmeli çalışma modeline geçilmiş, bu kapsamda çalışan yöneticilerin astlarını teklif etme yetkisi daha sonra yapılan yasa değişikliğiyle ellerinden alınmıştır bu uygulama da olumsuz yönde bir istikrara örnektir.

694 sayılı KHK (13) ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun kapatılıp Sağlık Bakanlığı insan kaynaklarının tek elden yönetilmesi istikrar açısından olumsuz bir gelişmedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi istikrarlı bir şekilde korunmuş, branş içi

İnsan Kaynağımızı Ülke Geneline Adil ve Dengeli Bir Şekilde Dağıtıyoruz

Uzman hekim başına düşen nüfusun en fazla olduğu il ile en az olduğu il arasındaki oran
Aralık 2002'de 1/13 iken Ekim 2016'da 1/3'dür.



ve branşlar arası eşitsizliği giderecek gerekli revizyonlar beklenen ölçüde yapılamamıştır. SDP'nin başlangıcında (1) bahsedilen hemşirelik mesleği ile ilgili düzenleme (25) 2014 yılında yapılmış, bu düzenlemeyle ancak lisans mezunlarının hemşire unvanı almaları, sağlık meslek lisesi mezunlarının ise hemşire yardımcısı unvanı alması sağlanmıştır. Önlisans hemşirelik programları da kapatılarak farklı düzeylerde mezun olup aynı unvanı alan kişiler arasındaki kargaşa giderilmiştir.

Sağlık çalışanının çalışma yaşamı ile ilgili koşullarda kısmi düzenlemeler yapılmış, bunun neticesinde çalışma saatlerinin 45 saatten 40 saate indirilmesi (9), nöbet ücretlerinin iyileştirilmesi (26) ve performans dayalı ek ödemenin bir kısmının sabit olarak ödenmesi olumlu gelişmeler olarak sayılabilmektedir. Sonuç olarak, personel politikalarında istikrar açısından olumlu yönde uygulamaların yanında olumsuz uygulamalar da olmuş, Bakanlığın 663 sayılı yasayla getirmeye çalıştığı desantralizasyon ilkesinden, yasada yapılan ilave değişikliklerle kısmen uzaklaşmış bu durum personel yönetimine de yansımıştır.

Kaynaklar

- 1) Sağlıkta Dönüşüm, TC. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2003. www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html (Erişim Tarihi: 20.05.2018).
- 2) Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı. Sağlık Bakanlığı Yayın No:718, ISBN:978-975-590-234-0.

- 3) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ağustos 2008. Sağlık Bakanlığı Yayın No:749,s.82-89, ISBN:978-975-590-273-9.
- 4) Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Eylül 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No:807, s.86-96, ISBN:978-975-590-336-1.

- 5) Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açıkta Kura ile Atanacak Sağlık Personelinin Atama Usul ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik. Resmî Gazete, 10/07/2015, Sayı: 29412.
- 6) Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği. Resmî Gazete, 08/06/2004 Sayı: 25486.
- 7) Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği. Resmî Gazete, 25/03/2011 Sayı: 27885.

- 8) Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, 2011. ISBN:978-975-590-397-2.
- 9) Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmî Gazete, 30/01/2010 sayı: 27478.

- 10) Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Resmî Gazete, 02/11/2011 Sayı: 28103 (Mükerrer).
- 11) Dünya Sağlık Örgütü İş Yüküne Dayalı Personel İhtiyacı Belirleme Yöntemi Birinci Basamak Sağlık Kurumları Uygulaması Çalışması. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2014, ISBN: 978-975-590-480-1.

- 12) Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. Resmî Gazete, 15/04/2015 Sayı: 29327.
- 13) Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Resmî Gazete, 25/08/2017 Sayı: 30165.

- 14) Sağlık İstatistikleri 2002. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. ISBN: 975-590-081-0.

- 15) Sağlık İstatistikleri 2003. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. ISBN:975-590-111-6.
- 16) Sağlık İstatistikleri 2004. Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı. ISBN: 975-590-120-5.

- 17) Bazı Sağlık Personelinin Devlet Hizmet Yükümlülüğüne Dair 2514 Sayılı Kanun. Resmî Gazete: Tarih 25.08.1981, Sayı 17439.
- 18) www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanunlar_sd.durumu?kanun_no=4924 (Erişim Tarihi: 20.05.2018).

- 19) www.tbmm.gov.tr/develop/owa/kanunlar_sd.sorgu_yonlendirme?Kanun_no=5371. (Erişim Tarihi: 20.05.2018).
- 20) Sağlık Bakanlığı 2017 Bütçe Sunumu. www.saglik.gov.tr/TR,2655/2017-yili-butce-sunumubrtbmm-planve-butce-komisyonu.html. (Erişim Tarihi: 20.05.2018).

- 21) Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Resmî Gazete, 09.12.2004, Sayı: 25665.
- 22) Sağlık Bakanlığı 2016 yılı istatistikleri. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. ISBN: 978-975-590-661-4.

- 23) Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu - 2014, s.36. YÖK Yayın No: 2014 /1, ISBN: 978-975-7912-48-4.
- 24) Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete, 22/05/2014 Sayı: 29007.

- 25) Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmî Gazete, 18/01/2014 Sayı: 28886.
- 26) Kamu Görevlilerinin Geneline ve Hizmet Kollarına Yönelik Mali ve Sosyal Haklara İlişkin 2016 ve 2017 Yıllarını Kapsayan 3. Dönem Toplu Sözleşme. Resmî Gazete 23/08/2015, Sayı: 29454.

Birinciden on birinciye kalkınma planlarında sağlık

Doç. Dr. S. Haluk Özseri



1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Hacettepe Üniversitesinde sağlık yönetimi yüksek lisans ve doktorası yaptı. Sağlık Yönetimi alanında, İstanbul Üniversitesi'nde; 2009 yılında Yardımcı Doçent, 2014 yılında Doçent oldu. 1984-1999 yılları arasında Sağlık Bakanlığında çalıştığı dönemde Sağlık Ocağı Tabibi, İl Sağlık Müdürü, Sağlık Projesi Genel Koordinatör Yardımcısı ve Genel Koordinatörü ile Bakan Müşaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulundu. 2000-2009 yılları arasında özel sektörde sağlık yönetimi ve sağlık sigortacılığı alanlarında Genel Koordinatör, Danışman ve Yönetim Kurulu Üyesi olarak çalıştı. 2009-2014 yılları arasında İstanbul Üniversitesinde Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi, Bölüm Başkanı, Rektör Danışmanı ve kurucu Hastaneler Genel Direktörü olarak görev aldı. 2014 yılından bu yana Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesinde Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Öğretim Üyesi ve Bölüm Başkanı, Sürekli Eğitim ve Gelişim Merkezi (ASEGEM) ile Sağlık Politikaları Uygulama ve Araştırma Merkezi Direktörü olarak çalışmaktadır.

Yönetim sürecinin ilk aşaması olarak bilinen plan kavramı, amaca ulaşmada izlenecek yol haritası ve dolayısıyla buna yönelik davranış

biçimini gösterir. Planlama ise yöneticinin geleceği tasarlaması ve kendisine ya da yönettiği yapıya, bu gelecek bakışına ilişkin seçenekleri tartışmasına destek olan bir süreç olarak ifade edilebilir. Bu bağlamda planlama; içinde bulunulan durum ile gelecekte yaşanabilecek olası gelişmelerin belirlenen amaca yönelik tanımlanan süreçlerini gösterir. Öte yandan, bir başka bakış açısıyla planlama ise, kısaca 5N 1K olarak da ifade edilen; "Ne, neden, nasıl, nerede, ne zaman ve kim?" sorularına ilişkin cevapların önceden netleştirilme sürecidir. Yönetim fonksiyonları olan; planlama, örgütlenme, yöneltme, koordinasyon ve kontrol unsurlarının başarısı, öncelikle iyi bir planlamaya bağlanmaktadır. Örgütlerin ister istemez giderek büyüyen ve karmaşılaşan yapıları ile değişen iç ve dış çevre dinamiklerinin yoğun rekabeti sonuç olarak hızla değişen sosyo-ekonomik koşullar ve teknoloji planlama zorunluluğunu öne çıkartmaktadır. Süresine göre planlar; genellikle kısa, orta ve uzun dönemli olmak üzere belirli bir zaman dilimi için hazırlanır. Kısa süreli plan, 1 yıla kadar olan zamanı; orta süreli plan 1-5 yıllık zamanı ve uzun süreli planlar ise 10-15 yılı kapsar.

Özellikle kamusal alanda planlama kavramı 1929 yılında yaşanan ekonomik kriz sonrası önem kazanmıştır. Bu bağlamda, Türkiye Cumhuriyeti'nin ilk Planı, 1960 yılında kurulan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) öncesinde yapılan ve 1935 yılından başlayarak iki ayrı beş yıllık dönemi içeren Sanayileşme Planı'dır.

1946-1950 yılları arasında Sağlık Bakanı olarak görev yapan Dr. Behçet Uz, 1946 yılında 9. Milli Tıp Kongresi'nde tartışılan ve yürürlüğe giren Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile sağlık alanındaki ilk planı örneğini vermiştir. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı, tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt çapına yaymayı amaçlamış ve Refik Saydam döneminde sadece Numune Hastaneleri ile merkezi yönetimde kalan hastane hizmetlerinin de içinde olduğu tüm hizmetleri merkezi yönetimin sorumluluğuna vermiştir. Plan kapsamında; Türkiye'nin yedi sağlık bölgesine ayrılması, her bölgeye bir Tıp Fakültesi kurulması, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi öngörülmüştür.

DPT ile birlikte, 1963 yılından itibaren Planlı Kalkınma Dönemi'ne girilmiş ve 2018 yılına kadar 10 ayrı Kalkınma Planı uygulanmıştır. Büyük bir kısmı beş yıllık dönemleri içeren bu Planlar; mevcut durum tespiti, amaç ve hedefler ile dönemi içinde yapılması gerekenleri, günün koşullarına göre tanımlamıştır.

Bu makale, sadece ilk Kalkınma Planı ile bugün gelinen nokta arasında, öngörülenleri yorumlamayı ve bu bağlamda plan kavramını hedefleri açısından tartışmayı hedeflemektedir. Böylelikle, yarım yüzyılı geçen 55 yıllık uzun bir dönemde, sağlık alanında tartışılan kavramların nereden nereye geldiğini değerlendirebilmek de mümkün olacaktır.

Kalkınma Planları ve içerdikleri dönemler şu şekilde sıralanmaktadır;

- 1963-1967 yıllarını içeren Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 1968-1972 yıllarını içeren İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 1973-1977 yıllarını içeren Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 1979-1983 yıllarını içeren Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 1985-1989 yıllarını içeren Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 1990-1994 yıllarını içeren Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 1996-2000 yıllarını içeren Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 2001-2005 yıllarını içeren Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı,
- 2007-2013 yıllarını içeren Dokuzuncu Kalkınma Planı,
- 2014-2018 yıllarını içeren Onuncu Kalkınma Planı uygulanmış olup,
- 2019-2023 yıllarını içeren On Birinci Kalkınma Planı hazırlık süreci de tamamlanmak üzeredir.



Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Ana Hatlarıyla Sağlık

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık, "Kamu Hizmetlerinin Bölümleri" arasında yer almıştır. Bu hizmetler arasında; eğitim, toplum kalkınması, sağlık ile diğer kamu hizmetleri sıralanmıştır. Bu başlıklar arasında bulunan diğer kamu hizmetleri alt başlığında ise içme suyu, harita tapu kadastro imar planı, temizlik ve kanalizasyon, idare binaları, belediye hizmetleri ve başka hizmetler bulunmaktadır.

Sağlık bölümü; ana ilkeler ve metot, durum, hedefler, yatırımlar, tedbirler olmak üzere beş alt bölümde değerlendirilmiştir. Tedbirler; genel ve özel tedbirler olarak ikiye ayrılmıştır. Genel Tedbirler Bölümü'nde teşkilatlanma, personel ve sosyalleştirme ile ilgili uygulamalar olmak üzere üç ayrı başlık bulunmaktadır. "Sağlık hizmetlerinin bütünüyle daha iyi görülebilmesi için alınması gereken tedbirler" başlığı altındaki Teşkilatlanma ile İlgili Tedbirler içinde; kamu sektörüne ait kısımda; "Sağlık hizmetlerinde Milli Savunma Bakanlığının özel mahiyetteki bazı hizmetleri hariç, bir elden yürütülme" öngörülmüştür. Teşkilatlanma tedbirleri arasında; "Özel bir durumu olan yer ve topluluklarda, durumun gerektireceği özel sağlık kurumları kurulacaktır" da

bulunmaktadır. Yine aynı tedbirler arasında, "Hizmetin görülmesinde yetki ve sorumluluk en alt basamaklara kadar yayılacaktır" ifadesi dile getirilmiştir.

Personel Durumu ile İlgili Tedbirler Bölümü'nde de; 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun henüz uygulanmaya başlamadan, Kalkınma Planı'nda "Her seviyedeki sağlık eğitiminde toplum hekimliğine daha geniş yer verilmesi" ile "Sağlık personelinin meslek içinde ve Türkiye'de çalışmasını sağlayacak idari ve mali tedbirler üzerinde durulması" ve "Sağlık personelinin hizmetler ve bölgeler arasında dağılımının daha dengeli olmasını sağlayacak tedbirler alınması" maddeleri bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili Kanun'un uygulanması için de "her çeşit tedbir alınacağı" hükmü bulunmaktadır.

Özel Tedbirler Bölümü'nde; halk sağlığı hizmetleri, yataklı tedavi kurumları, sıtma savaşı ve eradikasyonu, ilaç sanayii, sağlık sigortası olmak üzere beş başlık altında değerlendirme dikkat çekmektedir.

Halk sağlığı hizmetlerinin görülmesi ile ilgili ilk özel tedbir kapsamında "Hıfzıs-

Bu makale, sadece ilk Kalkınma Planı ile bugün gelinen nokta arasında, öngörülenleri yorumlamayı ve bu bağlamda plan kavramını hedefleri açısından tartışmayı hedeflemektedir. Böylelikle, yarım yüzyılı geçen 55 yıllık uzun bir dönemde, sağlık alanında tartışılan kavramların nereden nereye geldiğini değerlendirebilmek de mümkün olacaktır.

sıhha Okulu'nun, halk sağlığı konusu ile ilgili araştırma ve eğitim yapan bir kurum haline getirilmesi; çevre sağlığı şartlarının geliştirilmesi, halkın sağlık konusunda eğitilmesi, nüfus planlaması ve beslenme gibi konularda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile ilgili diğer kamu kuruluşları arasında iş birliği sağlayacak tedbirler alınması; çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesi ancak halkın büyük ölçüde

2023 yılında 100. kuruluş yıldönümünü kutlayacak Türkiye Cumhuriyeti, Onuncu Kalkınma Planı ile başlattığı 2023 vizyonuna yönelik uzun vadeli gelişme stratejisi kapsamında ortaya koyduğu vizyon ve önceliklerini, On Birinci Kalkınma Planı hazırlıkları amacıyla “Sağlık Hizmet Kalitesi ve Mali Sürdürülebilirlik” adıyla kurduğu Özel İhtisas Komisyonunda adıyla amaçlarını bir arada düşünerek somutlaştırmıştır.

bu hizmete katılmasıyla mümkün olabilir. Bu sebeple halkın hizmete katılmasını sağlayacak tedbirler esas olarak toplum kalkınması programları çerçevesi içinde ele alınması; bakteriyolojik üretimlerde kullanmak üzere bir hazır vasat ve araçlar sanayii kurulması, Tarım, Milli Savunma ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarının ayrı ayrı yaptıkları aşı ve serum üretiminin bir elde toplanması” sıralanmaktadır.

Yataklı tedavi kurumları ile ilgili özel tedbirler arasında da “Hizmetlerin tek elden idaresi sağlanıncaya kadar kamu kuruluşları kendi hastanelerini yapmakta devam edecektir. Ancak, yeniden yapılacak yataklı sağlık kurumlarının bir sağlık sitesi halinde ve mümkün olan her halde aynı arsa üzerinde yapılmasına çalışılması; kamu kuruluşlarının birbirlerine ait yataklı kurumlardan karşılıklı olarak faydalanmak suretiyle yatakları daha iyi kullanmak için tedbirler alması; kamu sektöründe optimum büyüklüğün altında az yataklı sağlık kurumlarından kaçınılması; özel sektörün hastane kurmak teşebbüsünü teşvik edecek tedbirlerin alınması; hastanelerin döner sermayeli kurumlar haline getirilmesi imkânları araştırılması” başlıkları bulunmaktadır.

Üçüncü Özel Tedbir olarak da; “Sıtma savaşı ve eradikasyonunda, eradikasyonu imkânsız hale koyacak gecikmeler sıtma



savaşının sonsuz olarak devamına sebep olabileceğinden sıtma eradikasyonu programı eksiksiz olarak uygulanması” konusu vurgulanmaktadır.

Dördüncü Özel Tedbir olarak sıralanan, ilaç sanayisi tedbirleri içinde “Yerli ilaç, sanayisi teşvik edilmesi; ilaç sanayisinde ruhsatların kötüye kullanılmasına imkân verilmemesi ve bu konunun mevzuat kanalıyla düzenleneceği; ilaç fiyatları konusunda Sağlık Bakanlığı denetleme yetkisinin titizlikle kullanılacağı; ilaç, kontrol hizmetinin sıkı olarak yürütüleceği ve Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü’nün bu amaçla derhal takviye edileceği” Son Özel Tedbir de; “sağlık sigortasının kurulabilmesi için gerekli çalışmalara öncelikle başlanılacağı” konusundadır.

Onuncu Kalkınma Planı’nda Ana Hatlarıyla Sağlık

2014-2018 yıllarında uygulanmakta olan Onuncu Kalkınma Planı’nda sağlık, “Nitelikli İnsan Güçlü Toplum” hedefi başlığında; 6 maddede durum analizi, 1 maddede amaç ve hedefler, 10 maddede ise politikaları belirlemiştir. 25 ayrı Öncelikli Dönüşüm Programı arasında 3 ayrı alanda sağlık programları sıralanmıştır. Bunlar; Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm, Sağlık Turizminin Geliştirilmesi, Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programlarıdır. Her bir Program; amaç ve kapsam, hedef, performans göstergeleri, program bileşenleri ile koordinatör ve sorumlu kuruluşlar olmak üzere 5 alt başlıkta formatlanmıştır.

Politikalar başlığında;

“1. Bireylerin bedenlen ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirileceği,

2. Sağlıklı hayat tarzının teşvik edileceği ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacağı,

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

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

5. Akılcı ilaç kullanımı için sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesinin sağlanacağı, ilaç ve tıbbi cihazların kalitesi, kullanımı ve bunlara yönelik harcamaların etkinliğinin kontrol edileceği,

6. Sağlıkta insan gücünün, demografik gelişmeler ile uzun vadede ihtiyaç, duyulacak yeni meslekler de dikkate alınarak nicelik ve nitelik olarak geliştirileceği,

7. 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 reformların hayata geçirileceği,

8. Tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucuları ile ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartların belirleneceği ve bu alanın denetim altına alınacağı, tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitime ve sağlık uygulamalarına entegrasyonunun sağlanacağı, bu alanda yapılacak bilimsel araştırmaların destekleneceği,

9. Tüketicilerin yeterli ve dengeli beslenme hakkında bilinçlendirileceği, hayvansal ürünler ve su ürünlerinin tüketiminin yaygınlaştırılacağı,

10. Veri ve kanıt dayalı sağlık politikalarını geliştirmek amacıyla uluslararası karşılaştırmalara imkân verecek standart ve kalitede verilerin üretilmesinin sağlanacağı” ifade edilmektedir.

Öncelikli Dönüşüm Programlarından ilki olan Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programında; Kalkınma ve Sağlık Bakanlıkları koordinatörlüğünde, Sağlık-Bilim Sanayi ve Teknoloji-Ekonomi Bakanlıkları sorumluluğunda 4 Bileşen tanımlanmıştır, bunlar;

1. Kamunun Yönlendirme Kapasitesinin Güçlendirilmesi,
2. Ar-Ge ve Yenilik Alanının Geliştirilmesi,
3. İş ve Girişim Ekosisteminin Geliştirilmesi ile
4. Üretim ve İhracatın Desteklenmesidir.

İkinci Öncelikli Dönüşüm Programı olan Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programında; Kültür ve Turizm ve Sağlık Bakanlıkları koordinatörlüğü ile sorumluluğunda 4 bileşen tanımlanmıştır;

1. Sağlık Turizmine Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi,
2. Sağlık Turizmi Alanında Fiziki ve Teknik Altyapının İyileştirilmesi,
3. Sağlık Turizmi Hizmet Kalitesinin Artırılması,
4. Sağlık Turizmi Alanında Etkin Tanıtım ve Pazarlama Yapılması.

Üçüncü ve sonuncu Öncelikli Dönüşüm Programı olan Sağlıklı Yaşam ve Hareketlilik Programında ise Sağlık Bakanlıkları koordinatörlüğünde, Gıda Tarım ve Hayvancılık-Sağlık-Gençlik ve Spor Bakanlıkları sorumluluğunda 6 Bileşen tanımlanmıştır, bunlar;

1. Gıda Güvenilirliğinin Artırılması,
2. Sağlıklı ve Dengeli Beslenme Düzeyinin Artırılması,
3. Tütün Kullanımı ile Alkol ve Madde Bağımlılığının Azaltılması,
4. Kanseri, Kalp ve Damar ve Diyabet gibi Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Görülme Sıklığının ve Risk Faktörlerinin Azaltılması,
5. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi ile
6. Spor Yapma Alışkanlığının ve Hareketliliğin Teşvikidir.

Kalkınma Planları, genel hatlarıyla aşağıda sıralanan ana başlıklarla dikkat çekmektedir;

- I. ve II. Beş Yıllık Kalkınma Planları, 1963-1977 dönemlerini içeren 15 yıllık bir dönem dikkate alınarak hazırlanmış ve bu bağlamda I. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda altyapı ve istihdam, II. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise sanayi sektörü

öne çıkmıştır,

- 1973-1995 yıllarında hazırlanan Kalkınma Planları, bugün kullanılan adıyla Avrupa Birliği bakışı temelinde oluşturulmuştur,

- 1996 yılı sonrasını içeren VII. ve VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planları, yapısal ve kurumsal düzenlemeler ağırlıklıdır,

- 2007 yılından başlayarak yedi yıllık bir dönem için planlanan Dokuzuncu Kalkınma Planı'nın "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 hazırlandığı ilgili metinlerde açıkça vurgulanmıştır,

- Benzer ifade, "2014-2018 dönemini kapsayan X. Kalkınma Planı, ülkemizin 2023 hedefleri doğrultusunda, toplumumuzu yüksek refah seviyesine ulaştırma yolunda önemli bir kilometre taşı olacaktır" şeklinde Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda da yer almıştır,

- Kalkınma Planlarının tamamında; sağlık personeli, bulaşıcı hastalıklar, temel sağlık hizmetleri, yataklı tedavi kurumları gibi ana başlıklarda müdahale alanları genellikle yerini korumuştur,

- Sağlık kuruluşlarından hastanelerin yatak sayılarına ve insan kaynaklarına kadar Kalkınma Planlarının hemen hepsinde, giderek niceliksel hedeflerden niteliksel hedeflere değişen bir bakış yaşanmıştır.

- "Sağlık hizmetlerinde özel sektörün ve yerli ilaç sanayinin teşvikine ilişkin tedbirler", Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndan başlayarak tüm Kalkınma Planlarında yer alan başlıklardan biri olmuştur.

- Sağlık hizmetlerine yönelik önemli göstergelerde, beklenen ile gerçekleşen değişim öngörülleri arası yaşanan farklar, bazı Planların takip edeninde gerekçe-lendirilerek yeni hatta tam tersi müdahale önerileriyle tekrar gündeme getirilmesi mümkün olmuştur. Sağlık insan kaynaklarına yönelik yeni ve birbirinden farklı planlama yöntemlerinin ifade edildiği Kalkınma Planı örnekleri olduğu gibi, hastane yatak büyüklüklerinin verimlilik esasına göre sınırlandırılmasının hedeflendiği ile büyüklüğün teşvik edildiği örnekler de bulunmaktadır.

- 1996 yılında uygulanmaya başlayan Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, Temel Yapısal Dönüşüm Projeleri olarak Sağlık Reformlarına yönelik yasal ve kurumsal düzenlemeler ilk kez öngörül-müş, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile

On Birinci Kalkınma Planı'na kadar bu düzenleme önerileri değişik alanları da içerecek şekilde sürmüştür.

Sonuç olarak Türkiye Cumhuriyeti, 1946 yılındaki Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı ile başlayan, DPT kurulması son-rasında 1963 yılından 2018 yılına kadar Birinci'den On Birinci'ye 10 ayrı Kalkınma Planı ile devam eden süreçte; sağlık hizmetlerinin sunulması, finansmanının sağlanması ve örgütlenmesine ilişkin düzenlemeleri planlamış, ilke ve hedef-leriyle dönemler halinde yeni müdahale alanları öngörmüştür. 2023 yılında 100. kuruluş yıldönümünü kutlayacak Türkiye Cumhuriyeti, Onuncu Kalkınma Planı ile başlattığı 2023 vizyonuna yönelik uzun vadeli gelişme stratejisi kapsamında ortaya koyduğu vizyon ve önceliklerini, On Birinci Kalkınma Planı hazırlıkları amacıyla "Sağlık Hizmet Kalitesi ve Mali Sürdürülebilirlik" adıyla kurduğu Özel İhtisas Komisyonunda adıyla amaçlarını bir arada düşünerek somutlaştırmıştır. Bu çalışmalar planlandığı şekilde uygulandıkça; kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik daha da artacak, kaynak dağılımı ve verimli kullanımı yolunda çok önemli ilerlemeler sağlanacaktır. Böylelikle bu ilerlemeler, 100 Yıllık Cumhuriyet Döneminde uygulan-an ve başarılı sağlık politikalarıyla, dünyanın sağlık alanında da yeniden yapılanmasına katkı verilebilecek düzeye taşınabilecektir.

Kaynaklar

DPT, (1995), *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi Temel Yapısal Değişim Projeleri Komite Raporları*. Ankara; DPT.

Kalkınma Planları, <http://www.kalkinma.gov.tr/Pages/KalkinmaPlanlari.aspx> (Erişim Tarihi: 15.06.2018).

Özsarı, S.H. , (1994), *Türkiye'de Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve Sağlık Bakanlığı'nda bir Uygulama*, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Özsarı, S.H. , (2000), *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma Tebliği*, 26-28 Ekim 1998 tarihinde Ankara'da düzenlenen Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-II "Cumhuriyet'in Kazanımları" Toplantısı, s:304-323, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.

Özsarı, S.H. , (1998). *Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Sağlıkta Strateji Dergisi*, 210. Sayı, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Aralık 1998, s:7-10.

Tokaç, M. (2015). *Kalkınma Planları ve 10. Kalkınma Planında Sağlık*, İstanbul: SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi, Mart-Nisan-Mayıs 2015 34. Sayı, s:6-11.

İstikrar ve değişim ekseninde Sağlıkta Dönüşüm Programında ikinci dönem

Doç. Dr. Harun Kırılmaz



1978 yılında Konya'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da tamamladı. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu. Kocaeli Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisansını (2005), Sakarya Üniversitesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalında doktrasını tamamladı (2012). 2001-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nda çeşitli kademelerde görev yaptı. 2012 yılında bu yana Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Küreselleşme, teknoloji, sosyoekonomik gelişmeler, vatandaşların talep ve beklentilerinde artış ve farklılaşma ile uluslararası kuruluşlar sağlık sistemlerini değişime zorlayan faktörler arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda, yaşanan sorunlara çözüm getirebilmek adına farklı ülkelerde ve farklı dönemlerde sağlık reformları gündeme gelmektedir. 1990'ların başında "sağlık projeleri" adı altında ortaya atılan uygulamalarla birlikte Türkiye'de de sağlık sisteminde reform çalışmalarının sistematik olarak ele alındığı görülmektedir. Ancak siyasi ve ekonomik faktörler başta olmak üzere, çeşitli nedenlerle söz konusu reformlar istikrarlı bir biçimde uygulanamamıştır. Bu tablo göz önünde bulundurulduğunda, 1980 sonrası ekonomi ve buna uyumlu sağlık politikaları ile 1990 sonrası temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinden sağlık hizmetlerinde desantralizasyona, hizmete erişim ve kalitenin iyileştirilmesinden hizmet sunumu ile finansmanın ayrılmasına kadar uzanan geniş bir alanda formüle edilen sağlık reformlarının 2000'lerin başına gelindiğinde sağlık sisteminin sorunlarına çözüm üretmediği görülmüştür.

2000 sonrası sağlık reformlarına sağlık sisteminde devletin rolünde yaşanan

değişim, desantralizasyon, özel sektör yönetim tekniklerinin kamu sektörüne adapte edilmesi ve insan odaklı sağlık hizmeti anlayışının hâkim olduğu görülmektedir. Bu çerçevede 2003 yılında uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzluk işlevinin ön plana çıkarılması, finansal sürdürülebilirliğin mümkün kılınması, vatandaşların sağlık hizmeti kullanımında finansal risklerden korunması, sağlık hizmetine erişimin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, idari ve mali açıdan özerk sağlık işletmelerinin oluşturulması ve insan kaynakları, bilgi sistemleri ve sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitüleri gibi sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için birbiriyle ilintili konularda önemli adımlar atılmıştır (1).

Küresel sağlık reformlarının belirgin izlerini taşıyan Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlığın geliştirilmesi, sektörler arası iş birliği için çok yönlü sağlık sorumluluğu ve uluslararası alanda Türkiye'nin gücünü artıracak sınır ötesi sağlık hizmetleri hedefleriyle sürdürülmüştür (2). Söz konusu hedeflerin yanında vatandaşların sağlığına yönelik riskleri azaltmak, sağlığı korumak ve geliştirmek, sağlık hizmetlerinin etkin, verimli, hakkaniyetli ve erişilebilir olmasını sağlamak, sağlık hizmetlerinin performansını ve kalitesini

artırmak, hesap verebilirliği ve şeffaflığı sağlamak, merkez ve taşra teşkilatının yeniden yapılandırılmasını sağlamak; sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak ihtiyaç ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak gibi amaçların da hayata geçirildiğini söylemek mümkündür (3).

Sağlıkta Dönüşüm Programının amaçları değerlendirildiğinde, öncelikle uygulanacak politikalar sonucunda toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinin hedeflendiği görülmektedir. Sağlık hizmet sunumunda öncelikli hedef koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi olarak belirlenmiştir. İkinci olarak, insan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamaları yoluyla kaynakların verimli kullanılması hedefine işaret edilmektedir. Son olarak ise, toplumu oluşturan bireylerin sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde erişimleri, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması gelmektedir.

2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, vatandaşların sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunlar başta olmak üzere sağlık sisteminde kronik hale gelen pek çok çok soruna önemli ölçüde çözüm getirmekle



birlikte; sağlık sistemlerinin performansını belirleyen önemli indikatörler açısından birtakım sorunların varlığı da dikkatleri çekmektedir. Bu sorunları Sağlıkta Dönüşüm Programının performansı üzerinden okumak yerine, sağlık sisteminde yapısal ve işlevsel sorunların farklılaşması perspektifinde değerlendirmenin daha doğru olacağı düşünülmektedir. Nitekim Herakleitos'un "Değişmeyen tek şey değişimin kendisidir" ya da Hz. Mevlana'nın "Şu akıp giden kum seline bak; ne durması var, ne dinlenmesi. Bak birdenbire nasıl bozuluyor dünya. Nasıl atıyor bir başka dünyanın temelini" dediği gibi, reformların sorunlara ilanihaye çözüm getirmesini beklememek gerekmektedir. Bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programı; sağlık hizmetlerine yönelik sınırlamalar, sağlık hizmet sunumunda ortaya çıkan eşitsizlikler, sağlık hizmet sunumunda yetersiz etkinlik, sağlık sisteminin düşük performansı ve hizmet kalitesi gibi sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu pek çok soruna çözüm getirmiş (4); ancak doğal olarak mevcut bazı sorunların devamının yanında yeni sorunların da ortaya çıkmasına engel olamamıştır.

Sağlık Dönüşüm Programı kapsamında hayata geçirilen uygulamalar neticesinde hasta memnuniyeti konusunda önemli ölçüde iyileşme sağlandığı ortadadır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve erişimin kolaylaşması, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artması ve düzeyinin yükselmesi, hasta hakları konusunda yapılan düzenlemeler vatandaşların geçmişle karşılaştırıldığında sağlık hizmetlerinden daha memnun olmaları sonucunu ortaya çıkarmıştır. Diğer taraftan sağlık çalışanlarının Sağlıkta Dönüşüm Programının ortaya çıkardığı değişimden memnun olmadığı eleştirileri de dikkatleri çekmektedir. Sağlık çalışanları, hasta haklarına yönelik yapılan düzenlemeler sonucunda hareket alanlarının kısıtlandığını ve sağlık çalışanlarına karşı saygının azaldığını düşünmektedir. Sağlık çalışanlarına

yönelik hastalar veya hasta yakınları tarafından sergilenen şiddet olaylarının da söz konusu memnuniyetsizlik üzerinde önemli bir etken olduğu görülmektedir (5).

Bu süreçte 2016 yılına gelindiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci dönemine ilişkin hedeflerin gündeme alındığı görülmektedir. Her ne kadar geçen süre zarfında Sağlıkta Dönüşüm Programının ilk dönemi ile kıyaslandığında sistematik ve kapsamlı bir reform ajandası kamuoyu ile paylaşılmamış olsa da ikinci dönemde öne çıkacak belli başlı reform başlıklarını şu şekilde özetlemek mümkündür:

- Sağlık Reformunun Doğru Yapılması
- Anne ve Bebek Ölümleri
- Cepten Sağlık Harcamaları ve Katastrofik Sağlık Harcamaları
- Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirilmesi

Sağlık Reformunun Doğru Yapılması

Sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmede ön plana çıkan, sağlık reformlarının doğru yapılabilmesi için yön göstermeyi amaçlayarak geliştirilen ve "Harvard modeli" olarak da ifade edilen çalışmada sağlık sistemlerinin performans amaçları; sağlık statüsü, hasta memnuniyeti ve finansal risk koruma olarak sıralanmıştır. Verimlilik, kalite ve erişim gibi sağlık sistemlerinin temel amaçları olarak algılanan sonuçlar ise ara performans ölçütleri olarak nitelendirilmiştir. Finansman, ödeme, örgütlenme, düzenleme ve davranış boyutlarında yapılacak ayarlamalarla ara amaçların gerçekleşeceği ve bunun sistemin nihai amacına ulaşmayı sağlayacağı ifade edilmiştir (6). Her ne kadar Sağlıkta Dönüşüm Programı ile toplumun sağlık statüsü, vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve finansal açıdan sağlık hizmetine erişimde yaşanan

sorunlarla ilgili ciddi adımlar atılmış olsa da (7); geline nokta hayata geçirilecek sağlık reformları ile söz konusu üç temel amaçta daha iyi hedeflere ulaşılmasının zorunlu olduğu muhakkaktır. Buradan hareketle "Harvard modeli" esas alınarak Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci döneminde uygulanacak reformların çerçevesinin belirleneceğini söylemek mümkündür.

Anne ve Bebek Ölümleri

Sağlık sistemlerinin performansının değerlendirilmesinde yer alan sağlık statüsü göstergesinin en önemli bileşenleri arasında kuşkusuz anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı yer almaktadır. Bir toplumda anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı ile sağlık sisteminin performansı arasında doğrudan bir ilişki olduğu gibi, bu iki gösterge ile ekonomik gelişmişlik arasında da dolaylı bir ilişki bulunmaktadır (8). Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı göstergelerinde Türkiye'nin karnesinin iç açıcı olmadığı ortadadır. Ancak Sağlıkta Dönüşüm Programı ile söz konusu göstergelerde önemli ölçüde bir iyileşme sağlandığı ortadadır (9). Bununla birlikte Avrupa Birliği ve OECD ortalamaları göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'nin atması gereken adımlar da bulunmaktadır. Bu sebeple Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci döneminde bağışıklama hizmetleri ile özellikle anne ölüm oranı ve bebek ölüm hızı göstergelerine odaklanılması beklenmektedir.

Bu noktada temel sağlık hizmetleri kapsamında "aile hekimliği modeli"nin, sağlık reformlarının başarısında esas belirleyici olduğu gerçeğini vurgulamakta fayda vardır. Sağlık sistemlerinin sürdürülebilir ve hakkaniyetli finansman modeli ile sağlığa erişimi hedeflediği varsayıldığında; ikinci ve üçüncü basamakta başvuru oranının yüksek olması sağlık hizmetine erişimi kısıtlamakta, düşük değerli bakıma neden olmakta ve aynı zamanda eşitsizliği artırmaktadır. Söz konusu olumsuzluklara karşı birinci basamak sağlık hizmetinin etkinlik, verimlilik ve eşitliğe katkı sağladığı, toplumun sağlık düzeyini yükselttiği ifade edilmektedir (10). Vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimde ilk başvuru noktası için hastaneleri tercih etmesi, toplum temelli birinci basamak hizmetlerini tanıtmak için büyük bir engel oluşturmaktadır. Aile hekimliğinin tercih edilmeme gerekçelerinin başında vatandaşların beklentilerinin ve



2003 yılında uygulamaya koyulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'nın kılavuzluk işlevinin ön plana çıkarılması, finansal sürdürülebilirliğin mümkün kılınması, vatandaşların sağlık hizmeti kullanımında finansal risklerden korunması, sağlık hizmetine erişimin sağlanması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi gibi sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için birbiriyle ilintili konularda önemli adımlar atılmıştır.

aile hekimliğine güvensizliğin yer aldığı görülmektedir. Bu noktada vatandaşların aile hekimliğinin yeterliliğine ilişkin endişelerinin giderilmesi için daha fazla çaba gerekmektedir (11).

Cepten Sağlık Harcamaları ve Katastrofik Sağlık Harcamaları

Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı neticesinde ortaya çıkan maliyet artışını kontrol altına almak amacıyla, farklı sağlık hizmeti sunum modelleri sağlık sistemlerinin gündeminde yer almaktadır. Ortaklığa dayalı bir kamu politikası para-

digması ve sektörler arası iş birliği, söz konusu sağlık hizmeti sunum modellerinin merkezinde yer almaktadır (12). Diğer taraftan sağlık alanında hakkaniyetli bir finansman sistemi kurgulanması ve finansal riskleri azaltmak için sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi sonucunda sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunların önemli ölçüde azalacağı görülmekle birlikte, sağlık hizmetlerinin kapsamında ve sürdürülebilirliğinde bazı sorunların ortaya çıkacağı da göz ardı edilmelidir (13).

2000'li yıllarda geline nokta Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hayata geçirilecek reformları zorunlu kılan sorunların başında sağlık hizmetlerinin finansmanında kronikleşen problemler gelmekteydi. Sürdürülebilir bir sağlık finansmanı sistemi, bütçe üzerinde sağlık harcamalarının payı, sağlık harcamalarında özel sektörün payı ve cepten sağlık harcamaları konularında atılan adımların yetersizliği sistematik ve radikal bir reform ihtiyacını zorunlu kılıyordu (14). Bu tablonun üzerine Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, performansa dayalı ek ödeme uygulaması gibi dışsalıklar da eklenince, vatandaşların finansal risklerden korunması dışında diğer konularda kayda değer bir ilerlemenin sağlanamadığı görülmektedir. 2016 yılı sonu itibarıyla toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranı %4,6 ve kamu sağlık harcamasının GSYH'ye oranı %3,6 olarak gerçekleştiği, toplam sağlık harcamalarının 120 milyar TL'ye ve kişi başı sağlık harcamasının 1500 TL'ye ulaştığı göz önünde bulundurulduğunda (15), sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği konusunun alarm verdiğini göz ardı etmemek gerekmektedir (16). Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Progra-

mının ikinci döneminde cepten sağlık harcamaya yükünün azaltılması ve bütçe üzerinde sürdürülebilir olmaktan çıkan katastrofik sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için radikal tedbirlerin alınması hususunda kararlı olunması gerekmektedir.

Diğer taraftan Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık harcamaları OECD verilerinden hareketle karşılaştırıldığında, Türkiye'nin sağlık harcamaları konusunda OECD ülkeleri içinde son sıralarda yer aldığı görülmektedir (17). Dolayısıyla sağlık finansmanının sürdürülebilirliği kadar, bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan payın artırılması da sağlık sistemlerinin performansı açısından önemli bir husustur. Diğer bir ifadeyle, katastrofik sağlık harcamalarının azaltarak ve finansal açıdan hakkaniyetli bir sağlık sistemin oluşturarak hasta memnuniyetinin artırılması ve sürdürülebilir bir sağlık sisteminin kurgulanması mümkündür (18).

Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirilmesi

Daha etkin, verimli, ekonomik, vatandaşların beklentilerine cevap verebilen, kısaca sağlık hizmetlerinin performansının artırılması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde önemli adımların atıldığı ortadadır. Özellikle sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve hasta memnuniyetini sağlamak adına uluslararası arenada örnek gösterilen reformlar hayata geçirilmiştir (19). Ancak hesap verebilirlik, vatandaş tercihi, vatandaş memnuniyeti, verimlilik, etkinlik, kaynak tahsisi ve kamusal değer oluşturma açısından olumlu çıktıları olan "performans yönetimi" uygulamalarının eksiklik, karmaşıklık, maliyet, nitelik, nicelik, etik,

dönemsellik, ölçüm ve rasyonalite konularında birtakım eleştirileri de doğasında barındırdığı gerçeği unutulmamalıdır (20). Buradan hareketle 2003 yılından bu yana uygulanan “Sağlıkta Performans Yönetimi Modeli”nin gözden geçirilmesi ve güncellenmesi gerekmektedir. Niceliği ön plana alan ve volüm temelli bir sağlık hizmeti sunumuna odaklanan performans anlayışının terk edilerek, klinik kaliteyi esas olan ve değer temelli bir sağlık hizmeti sunumuna odaklanan performans anlayışının benimsenmesi önemlidir. Yapılan bir araştırmada hekimlere yönelik finansal teşviklerin sağlık hizmetlerinin kalitesi üzerinde etkileri olduğu; ancak sağlık sistemi bütüncül olarak ele alındığında, bu konuda uygulanan sağlık reformlarının uzun vadeli etkilerinin dikkatli bir şekilde araştırılması gerektiği vurgulanmıştır (21).

Sonuç

Sağlık reformu modeli, anne ve bebek ölümleri, cepten sağlık harcamaları ve katastrofik sağlık harcamaları ile sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi başlıklarında Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci döneminin dizayn edilmesinin yanında; 2017 Referandumu neticesinde ortaya çıkan “Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi” ile birlikte Sağlık Bakanlığı’nın rolü, işleyişi ve örgüt modelinde de köklü değişiklikler gündemdedir. Söz konusu değişiklikler sonucunda ortaya çıkacak yapı ile Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci döneminde uygulanacak reformlar birbirinden bağımsız düşünülmemelidir. Zira Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi ile merkezi ve yerel yönetimlerin yapı ve işleyişinde radikal değişimlerin ortaya çıkacağı muhakkaktır. Yeni sistemde Sağlık Bakanlığı’nın Cumhurbaşkanlığı ile ilişkisi, bakanlık, bakan yardımcılığı ve müsteşarlık makamlarının görev ve yetkileri, üst düzey görevlere atanma, bakanlık teşkilat yapısında sadeleşme, bakanlık ile sağlık müdürlükleri ve hastanelerin yönetsel ilişkisi gibi hususlarda köklü değişikliklerin, Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci döneminde hayata geçirilecek reformların başarı ya da başarısızlığı üzerinde doğrudan etkide bulunacağı öngörülmektedir.

Sonuç olarak Türkiye’de sağlık sisteminin karşı karşıya olduğu sorunlara karşı 15 yıllık süreçte önemli adımların atıldığını ve Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında hayata geçirilen reformların önemli ölçüde başarıya ulaştığını söylemek mümkündür. Ancak değişimin kaçınılmaz olduğu,

beklenti ve ihtiyaçlar kadar sorunların da farklılaşabileceği göz önünde bulundurulduğunda, Sağlıkta Dönüşüm Programının da gözden geçirilmesi gerekliliği ortadadır. Bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci döneminde ön plana çıkan konuların isabetli olduğu ve reformların sürekliliği kapsamında yeni dönemde atılacak adımların sağlık sistemini daha iyi noktalara taşıyacağı öngörülmektedir. Öte taraftan sağlık reformlarının başarısında önemli bir etken olan siyasi ve ekonomik istikrar konusu dikkate alındığında; Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci döneminde gerçekleştirilecek reformların politika döngüsünün, Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemi çerçevesinde uygulamaya geçecek “yürütme” ve “bürokrasi” modeli göz önünde bulundurularak belirlenmesi gerektiği muhakkaktır. Genel hatları ortaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programının ikinci döneminde hayata geçirilecek reformların başarısında bu iki hususun önemine vurgu yapılmalıdır.

Kaynaklar

- 1) OECD (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü) (2008), OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD Yayınları.
- 2) T.C. Sağlık Bakanlığı (2008), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- 3) T.C. Sağlık Bakanlığı (2010), Stratejik Plan: 2010-2014, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- 4) Saltman, Richard B. ve Figueras, Joseph (1998), Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını.
- 5) Memişoğlu, Dilek (2016), “Bir Kamu Politikası Analizi Örneği: Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Yasama Dergisi, Sayı 34, ss. 62-93.
- 6) Roberts, Marc J., William Hsiao, Peter Berman ve Michael R. Reich (2010), Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz, Çev., Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- 7) T.C. Sağlık Bakanlığı (2017), Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- 8) Kınılmaz, Harun ve Ali Ünsal (2018), “The Role On Economic Growth Of Health Indicators: A Panel Regression Analysis On Turkic Republics”, 3rd International Congress on Economics, Finance and Energy, 16-18 April 2018, Almaty, Kazakhstan.
- 9) Kınılmaz, Harun, Mustafa Amarat ve Özgün Ünal (2017), “Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi”, Strategic Public Management Journal Volume 3, Issue 6, pp. 78-104.
- 10) Well, Chris van, Deborah Turnbull, Andrew Bazemore, Carmen Garcia-Penã, Martin Roland, Richard H. Glazier, Robert L. Phillips and Felicity

Goodyear-Smith (2018), “Implementing Primary Health Care Policy Under Changing Global Political Conditions: Lessons Learned From 4 National Settings”, Annals Of Family Medicine, Vol. 16, No. 2, 179-180.

11) Wu, Dan, Tai Pong Lam, Kwok Fai Lam, Xu Dong Zhou and Kai Sing Sun (2017), “Health reforms in china: the public’s choices for first-contact care in urban areas”, Family Practice, Vol. 34, No. 2, pp. 194-200.

12) Brownie, Sharon, Janelle Thomas, Lindy McAlister and Michele Groves (2014), “Australian health reforms: enhancing interprofessional practice and competency within the health workforce”, Journal of Interprofessional Care, Vol. 28, No. 3, pp. 252-253.

13) Spencer, Donna L., Margaret McManus, Kathleen Thiede Call, Joanna Turner, Christopher Harwood, Patience White and Giovann Alarcon (2018), “Health Care Coverage and Access Among Children, Adolescents, and Young Adults, 2010–2016: Implications for Future Health Reforms”, Journal of Adolescent Health, Volume 62, Issue 6, pp. 667-673.

14) Kınılmaz, Harun (2016), “Public Administration Reform: Autonomy and Privatization of Health Services”, Yüksel Demirkaya (Ed.), New Public Management in Turkey: Local Government Reform, Routledge, New York, pp. 230-266.

15) TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2017), Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2016, Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni, Sayı: 24574, Tarih: 16 Kasım 2017.

16) Yereli, Ahmet Burçin, Altuğ Murat Köktaş ve Işıl Şirin Selçuk (2014), “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler”, Sosyoekonomi, Cilt 22, Sayı 22, ss. 273-296.

17) Güven, Deniz (2016), “2001-2016 Yılları Arasında OECD ve Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Gelişimi”, Journal of International Management, Educational and Economics Perspectives, Vol. 4, Issue 2, pp. 1-16.

18) Çınaroğlu, Songül ve Bayram Şahin (2016), “Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 19, Sayı 1, pp. 73-86.

19) Atun, Rifat, Sabahattin Aydın, Sarbani Chakraborty, Safir Sümer, Meltem Aran, İpek Gürol, Serpil Nazlıoğlu, Şenay Özgülcü, Ülger Aydoğan, Banu Ayar, Uğur Dilmen, Recep Akdağ (2013), “Universal Health Coverage in Turkey: Enhancement of Equity”, The Lancet, Vol. 382, No. 9886, pp. 65-99.

20) Kınılmaz, Harun (2012), Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Hastaneler Örneği, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

21) Quimbo, Stella, Natascha Wagner, Jhiedon Florentine, Orville Solon and John Peabody (2016), “Do Health Reforms To Improve Quality Have Long-Term Effects? Results of a Follow-Up on a Randomized Policy Experiment in the Philippines”, Health Economics, Vol. 25, pp. 165-177.

Genel Sağlık Sigortasında İstikrar

Hüseyin Çelik



İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden mezun oldu. 8., 9., 10. ve 11. Kalkınma Planları hazırlanmasında görev aldı. SSK Genel Müdürlüğünde Müfettiş, Acıbadem Sağlık Grubunda Satın Alma ve Lojistik, Pazarlama ve Kurumsal İletişim ile Hastane Direktörlükleri yaptı. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Sosyal Güvenlik Reform Projesi'nde danışmanlık yaptı. 2013-2017 yıllarında T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı yaptı. Halen kurucusu olduğu özel bir şirkette çalışmaktadır.

Ülkemizde yaklaşık 50 yıl gecikme ile uygulanmaya başlanan Genel Sağlık Sigortası (GSS), TBMM'de ilk defa yasalaşarak Resmî Gazete'de yayımlandığı 16 Haziran 2006 tarihli versiyonu Anayasa Mahkemesinin emeklilik sistemiyle ilgili iptal kararı nedeniyle uygulama imkânı bulamadan GSS hükümlerinde de yapılan ciddi değişiklikler ile yürürlüğe girmiştir. GSS'nin yürürlüğe girdiği 1 Ekim 2008 tarihinden bugüne başlangıçta kurgulandığı amaçlarından kimi farklılıklar da sergileyerek bugüne kadar dünyaya da örnek gösterilen bir noktaya gelmiştir. Bu başarı hikâyesinin özünde, tüm nüfusa kapsamı oldukça geniş bir sağlık hizmeti paketinin çok düşük bir tutar ile sunulması gösterilmektedir. Operasyonel açıdan ise Medula sistemi ile 7/24 tüm nüfusa elektronik ortamda provizyon ve ödeme işlemlerinin gerçekleştirilmesi örneklik teşkil etmektedir. Makale konumuzu oluşturan "istikrar" kavramı açısından GSS'yi ele aldığımızda ise kanunun temel başlıklarına göre görüşümüzü açıklamanın yararlı olacağı değerlendirilmiştir.

1. İdari Yapı Bakımından

GSS'nin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) organizasyon yapısı içinde, Başkan, Başkan Yardımcısı ve Genel Müdür hiyerarşik düzeyinde temsili, kimi zaman Genel Müdür pozisyonunun kimi zaman da Başkan Yardımcısı pozisyonunu etkisiz kılmıştır. Bu durum Genel Müdürlük pozisyonuna gelen kişilerin bu pozisyonu tercihinde ve performansında, sonuç itibarıyla da Genel Müdür pozisyonuna gelen kişi-

lerin istikrarında kritik önem taşımıştır. Başkan Yardımcılarının fonksiyona göre tanımlanarak Genel Müdür pozisyonunun kaldırılması ya da Başkan Yardımcılığı pozisyonunun kaldırılması ve doğrudan Genel Müdürlerin Başkan ile çalışması çok daha sonuç alıcı bir uygulama olacağı değerlendirilmektedir.

2. GSS Kapsamındaki Kişiler Bakımından

Yaklaşık 10 yıllık GSS uygulamasında kapsanan kişiler bakımından, özellikle 18 yaşını geçen kişilerin anne ve babalarından sağlık hizmetlerinin almalarıyla ilgili temel değişiklikler olmuştur. GSS kurgusunda 18 yaşından sonra kişilerin, tüm medeni haklarını kendi adına kullanabilir olması nedeniyle kız ya da erkek olduğuna bakılmaksızın gelir testine tabi tutularak, kendi adına prim yükümlüsü olması amaçlanmış, ancak öğrencilik şartlarına ve kız çocuk olması gerekçesine dayalı olarak kimi istisnai düzenlemeler ile zaman içinde prim geliri elde edilmeksizin kapsama alınması uygulamaları genişletilmiştir.

3. Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetleri Bakımından

Sağlık hizmetlerinin kapsamının belirlenmesinde kanun çalışmaları sürecinde temel bir açmaz ile karşılaşmıştır. En geniş hakların tanındığı çalışan memurların haklarının, tüm vatandaşlara tanınması, hakların finansman riskini artırırken, en dar haklara sahip olan yeşil kart seçeneği dahi olmamıştır. Ancak ortalama haklara sahip olan SSK hakları tanındığında ise devlet memurları ve emeklilerinin haklarında

kısıtlamaya gidilerek vatandaşların mutsuz olması söz konusu idi. Sonuç itibarıyla haklar en geniş ölçüde çalışan devlet memurları örnek alınarak tanımlanmıştır.

Bu nedenle bu alanda ciddi bir değişiklik söz konusu olmamıştır. Uygulamada diğer ülkelere göre kapsamın çok geniş olduğu ve finansman açısından sürdürülemez olduğu tezleri hem 10 yıllık uygulamada doğrulanmamış, hem de diğer sosyal sağlık sigortası sistemleri ile kıyaslandığında kayda değer bir farklılık tespit edilememiştir. Keza neyin kapsam dışı tutulması gerektiği konusunda da bir öneri getirilememiştir.

4. Koruyucu Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği

SGK bünyesinde birleştirilen SSK, BAĞ-KUR ve ES tarafından uygulanmakta olan sağlık haklarının hiçbirinde koruyucu sağlık hizmetlerinin finansmanı yer almamıştır. Halbuki sağlık finansman kurumunun sürdürülebilir bir finansman yapısı kurabilmesinin en temel yöntemi, bireyin hastalanmasını önleyecek sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaktır. Yasalaşma sürecinde topluma yönelik olanların Sağlık Bakanlığı tarafından, bireye yönelik olanların ise GSS tarafından finanse edilmesi uzun tartışmalar sonucunda hükme bağlanmıştır. Ancak uygulamada 63'üncü maddenin 1'inci fıkrasının (a) bendinde düzenlenen bireye yönelik koruyucu hizmetlere ilişkin kayda değer herhangi bir uygulama yapılmamıştır. GSS'nin öncelikli odak noktası, hastalanan bireylerin tedavi masraflarının ödenmesi olagelmıştır.

Aynı şekilde sağlıklı bir toplum hedefinin gerçekleştirilmesi için Aile Hekimliği sisteminin pilot uygulama sonrası GSS ile sözleşmeli olarak faaliyet yürütülmesi maddesi, Kanun'un 3'üncü ve 73'üncü maddelerindeki düzenlemeye rağmen gerekli ilgi ve takip yapılmaması nedeniyle uygulama imkânı bulamamıştır. Söz konusu yasal düzenlemeler Sağlık Bakanlığının Aile Hekimliği Pilot Yasası'nın yeniden düzenlenmesi aşamasında tümüyle GSS'nin kapsamı dışında kalmıştır. Bu yönüyle GSS'nin en istikrarlı konusunun koruyucu sağlık hizmetlerini finanse etmemek ve bu alanda etkili bir politika geliştirmemek olduğu söylenebilir.

5. Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Şartları Bakımından

GSS'nin ilk kabul edilen halinde sağlık hizmeti sunucuları bakımından herhangi bir ayrıksı hüküm getirilmemesine dikkat edilmiş, ödenecek bedellerin tespiti, kamu sağlık tesislerinin de verimlilik, vatandaş memnuniyeti ve hizmet kalite ve standartları bakımından özel sağlık kurumları ile aynı kurallara tabi olması hükmü getirilmiştir. Ancak 1 Ekim 2008 ve daha sonraki tarihlerde yürürlüğe giren değişikliklerle, başta global bütçe uygulaması olmak üzere, özel sağlık kurumlarına fark uygulaması getirilmesi, katılım payının özel sağlık tesislerinde daha yüksek alınması yöntemleriyle kamu ve özel mülkiyete dayalı sağlık kurumları arasında belirgin farklılıklar oluşmasına neden olmuştur.

6. Sağlık Hizmetlerinin Ödenecek Bedellerinin Belirlenmesi

GSS'nin 2006 yılında kabul edilen hükümlerinde kamu ile özel sağlık tesislerine aynı tutarların ödenmesi hükmüne bağlanmışken 2008'de yapılan düzenleme ile özel sağlık kurumlarına %30 ile başlayan sonra %200'e kadar artarak devam eden fark uygulaması, önemli bir kırılma noktası olmuştur. Sanılanın aksine bu uygulama özel sağlık kurumlarının daha fazla gelir elde etme amacına yönelik olmayıp, kamu kaynaklarından özele yapılacak ödemelerin vatandaş tercihlerini fark uygulaması yoluyla etkileyerek kısıtlanması amacını gütmektedir. Bu uygulama özel sağlık tesislerini tercih eden vatandaşların ayrıca %200'e kadar fark ödemesi yapılması gerekçesi ile özel için SUT fiyatlarının dondurulması sonucuna da doğurmuştur. Ayrıca kamunun özel sağlık tesislerinin daha fazla büyümesini engellemek adına

GSS'nin uygulamaya girmesinden sonra geçen 10 yılı aşkın sürede ciddi soru işaretleri oluşmuştur. Ya yetkilerle donatılmış bir GSS'ye gidilecek ya da GSS'nin Sağlık Bakanlığına devredilmesinin yolu açılacaktır.

yapılan yatırım ve kadro planlamasının bahsedilen politikaları destekleyen finansman dışı politika araçları olarak ortaya çıkmıştır. Halen GSS'nin en çok tartışılan konusu olmaya devam eden geri ödeme modelleri, 10 yıllık uygulamanın sonucunda elde edilen deneyimler çerçevesinde tarafların ihtiyacını karşılayan bir yapıya kavuşturulamaz ise sağlık politikalarımızın temel açmazlarından biri olmada devam edecektir. Bu kapsamda 2016 fiyatları ile yaklaşık 18 Milyar TL tutarındaki cepten ödemelerin, bireysel emeklilik sistemi örneğinde olduğu gibi, tamamlayıcı sağlık sigortası ile ikinci bir sigorta güvencesine kavuşturulması konusunda çabaların güçlenerek devam etmesinde yarar görülmektedir.

7. Sağlık Hizmetlerinin Sağlama Yöntemi ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi

Sağlık hizmetleri sunumundan çekilen SSK sonrası yapının, tümüyle hizmet satın almaya dayandırılması ve bunun Kanun'un 73'üncü maddesi ile açıkça ifade edilmesi sonrası, kamu, üniversite ve özel sağlık kurumlarından hizmet satın almada herhangi bir ayırım yapılmadan uygulamayı öngörmesine rağmen yine 2008'de yürürlüğe giren metin ile özel ve kamu mülkiyeti ayrımı getirilmiştir. Bu durum kamu sağlık tesislerine kendi ayrıksı ve ayrıcalıklı kuralları ile çalışma alanı sağlarken, özel sağlık kurumlarının sistemin temel bir unsuru olarak değil, tamamlayıcı bir unsuru olarak görülmesi sonucunu doğurmuştur. Nitekim kamu sağlık tesislerinin GSS'den aldıkları global bütçe ödenekleri yanında genel ve özel bütçeden aldıkları pay giderek artmış ve sağlık finansmanında GSS dışında ikili

bir finansman yapısı oluşması sonucunu doğurmuştur. Bu ikili finansman yapısı sonucu, SUT fiyatlarının kimi kısmi artışlar dışında ciddi bir revizyona tabi tutulmamış ve özellikle fark alınmayan hizmetler bakımından özel teşebbüsün kamuyu sübvans ettiği bir durum ortaya çıkmıştır.

8. Prim Oranları Bakımından

Prim oranları bakımından kayda değer bir değişiklik olmamakla birlikte, 60/g kapsamındaki bireylerden gelir testine tabi olmak istemeyenlerin gelirinden bağımsız sabit bir prim ödemek suretiyle sisteme dahil edilmeleri, sistemin gelirine göre prim tutarı, ihtiyacına göre sağlık hizmeti kurgusunu bozan ilk müdahale olmuştur. Düzenleme ile gelir testi uygulaması ile sosyal yardımlar alanına da katkı sağlayacak altyapı geliştirilmesi imkânı da zayıflatılmıştır.

9. Gelecek Projeksiyonu

GSS'nin uygulamaya girmesinden sonra geçen 10 yılı aşkın sürede GSS'nin gelecek projeksiyonunda sistem kurgusu açısından ciddi soru işaretleri oluşmuştur. Son olarak devlet üniversitelerinin de global bütçeye dahil edilmesi ile GSS'nin toplam ödenen hizmetlerin yaklaşık %85'inin kendi yetki ve sorumluluğundan çıktığı, sadece serbest eczaneler ve özel sağlık tesisleri ile sonuca çok da etkili olmayan bir uygulama imkânı kalmıştır. Önümüzde iki seçenek kalmıştır, ya sağlık hizmetlerinin finansman riskini yönetmek için gerekli yetkiler ile donatılmış bir GSS'nin varlığına katkı ve destek verilecek ya da sağlık finansman riskini de devrederek GSS'nin Sağlık Bakanlığına devredilmesinin yolu açılacaktır.



Sevk zinciri: Hayaller ve gerçekler

Dr. Sinan Korukluoğlu



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

Sağlık politikalarında istikrarın tartışıldığı bu dosyada, bu yazı ile sevk zinciri politikası üzerindeki seyrin incelenmesi amaçlanmaktadır. Sağlıkta sevk zincirinden genel olarak anlatılmak istenilen kişinin önce birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurması, burada çözülemeyen sorunları için ikinci basamak sağlık kuruluşuna birinci basamak tarafından yönlendirilmesi, burada da çözülemeyen sorunları için üçüncü basamak sağlık kuruluşuna ikinci basamak tarafından yönlendirilmesidir. Yukarıdaki tarifi içine sağlık sisteminin tüm aşamaları dahil olduğundan bu yazı içinde dosyanın diğer yazıları ile kesişebilecek şekilde bazı konular da geçebilecektir. Bu sebeple bu başlık sahiplerinden özür dilerim.

Yukarıda tarif etmeye çalıştığım seyrin son derece basit ve makul gözükse de iş sahaya inince oldukça farklı görünmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşu denildiği zaman eskide kaldığı ismiyle sağlık ocakları, günümüzdeki adıyla aile sağlık merkezleri kabul görmektedir. Eskiden sağlık ocaklarına paralel, Sağlık Bakanlığı bünyesinde dikey organizasyonla oluşturulmuş anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sıtma savaş dispanserleri, verem savaş dispanserleri gibi pek çok merkez, birinci basamak sağlık kuruluşu olarak hizmet vermekteyken, Sağlık Bakanlığının 2003'ten itibaren

uygulamaya koyduğu uygulamalarla bu alan sadeleşti. Ancak aile sağlığı merkezlerinin regülasyonu, denetimi ve sahada vermesi zor olan halk sağlığı ile ilgili görevleri yürütmesi beklenen toplum sağlığı merkezleri, çeşitli görevler üstlenerek birinci basamak sağlık kuruluşları için bir alternatif oluşturmuş durumda, ama yine de birinci basamak sağlık hizmeti veriyor denilebilir.

Burada kısaca temel sağlık hizmeti kavramından da bahsetmek gerektiğini düşünüyorum. Temel sağlık hizmetleri kavramı ile birinci basamak sağlık hizmetleri kavramı kapsam olarak pek çok kesişme noktası olması sebebiyle çoğu zaman birbiri yerine kullanılan kavramlar, bu nedenle pek çok idari ve politik metinde anlam ve hedef karışıklığına yol açabilmekteler. Temel sağlık hizmetleri Dünya Sağlık Örgütü'nün ilk defa 1973'te yaptığı tanımlama ile gündeme gelmiştir. Bu tanıma göre "temel sağlık hizmetleri toplumun sağlık yardımını ilk talep ettiği zaman karşılaştığı genel sağlık hizmetleridir, sağlık hizmetini talep edenlerin sağlık sistemi ile ilk temas alanıdır. Temel sağlık hizmetleri hasta bireylerin olduğu kadar, sağlıklı toplumun hizmeti ile de görevlidir." Tanımı incelediğimizde hizmetin verildiği yerin çok da dikkate alınmadığı gözlenmektedir. Bu hizmet kapsamını çeşitli alanlarda uzmanlaşmış hekimlerin de bulunduğu bir yerde verilebileceği düşünülebilir ki, aslında bu düşünce tarih içinde sağlık hizmetlerinin seyri incelendiğinde çok da yanlış bir düşünce

olmayacaktır. Bir kişi hastalandığında ilk hastaneye başvurduğunda aldığı tıbbi bakım veya bir çocuğun aşılınması için hastaneye getirilmesi temel sağlık hizmeti tanımı içinde yer alacaktır.

Modern sağlık hizmetlerinin sorunu olmaktan çok modern sağlık yönetiminin kendine dert ettiği, sağlık hizmetinin gerektiği kadar, doğru yerde, doğru eğitim seviyesindeki kişilerce, sadece gerekli imkanlara sahip yerlerde, hakkaniyetli bir şekilde dağıtılarak toplumun genel sağlık seviyesinin yüksek tutulması hususu sevk zincirinin temel başlangıç noktasını oluşturmuştur. Sevk zincirinin başlangıç noktası temel sağlık hizmetlerinin verilmesi gerektiği yer olarak düşünülen birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bu nedenle sevk zinciri politikasının istikrarını değerlendirmeye başlayabilmek için modern sağlık idaresinin temelinin atıldığı yirminci yüzyıldaki seyre bakmak gerekir.

Temel Sağlık Hizmetlerinin Tarihi Seyri

20. yüzyıl iki dünya savaşına sahne olmuştur. Aslında tarih boyunca pek çok büyük savaş silsilesi yaşansa da bu iki savaşın dünya adı ile anılmasının temel sebebi, savaşın aslında Avrupa'da kitlesel savaş şeklinde seyretmesidir. Bu iki savaşın ardından günümüzün gelişmiş ülkeleri yıkım seviyesinde hasar görmüştü. İkinci Dünya Savaşının akabinde bu ülkeler bir araya



gelerek aslında oldukça iyi niyetli bir başlangıçla Birleşmiş Milletler isminde bir örgüt oluşturarak bu yıkımların tamiri ve savaşların önlenmesini amaçlamıştı. Bu örgütün bir kuruluşu olarak da sağlık seviyesinin yükseltilmesi hedefiyle Dünya Sağlık Örgütü birçok iyi niyetli çalışma yürütse de nihayetinde ülkelerin sağlık konusundaki gayretleri ülke düzeyine yaygınlaşamamış, vatandaşları seviyesine inememişti.

Bu yöndeki çalışmalar "herkes için sağlık" şeklinde özetlenebilecek bir yapıya doğru evrilmeye başlayınca bu anlayış birçok ülkede benimsendi. İnsanları bütüncül olarak, yaşadıkları ortamları ile beraber değerlendiren, sağlığı korumayı önceleyen sağlık bakım hizmetlerinin kolaylık ve ekonomikliği ülkelerin idarecilerini cezbettti ve bu alanda uzmanlaşan hekimlik uygulamalarını desteklediler. Nihayetinde aile hekimliği, genel pratisyenlik, toplum hekimliği gibi adlarla anılan mesleki yapılanmalar gelişti. Bu mesleki yapılanmaların görev yeri olarak belirlenen kuruluşlar ise birinci basamak sağlık kuruluşları olarak adlandırıldı. Ülkeler kendi ekonomik, siyasi ve kültürel yapılanmalarına göre farklı farklı organize oldular. Sağlık hizmetlerinin finansmanı çeşitli yöntemlerle desteklendi ve yapılması sağlandı.

Bu süreç içinde ülkemiz Kurtuluş Savaşından çıkmış, İkinci Dünya Savaşına fiilen katılmasa da dünyada oluşturduğu ekonomik sıkıntıları atlatmaya çalışan bir

ülke durumundaydı. O günden bugüne ülkemizin temel sağlık hizmetleri özelinde sağlık politikalarını hatırlamanın istikrarı tartışma açısından faydalı olacağını düşünüyorum.

Türkiye'de Sağlık Politikalarının Geçmişi

Selçuklu ve Osmanlı tıp geleneğinde, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da bir kültür birliğinin varlığı ve devamlılığı olmuştur. Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte bu yapı geliştirilirken, devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında bütün kurumları ile daha çok Batıya dönük bir yol takip edilmiştir. Sağlık politikaları da bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalmayarak temel eğilim değişiklikleri göstermiştir.

1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile kurulmuştur. İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar'dır. Bu dönem sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatı olmamış, daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır.

1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı

Modern sağlık hizmetlerinin sorunu olmaktan çok modern sağlık yönetiminin kendine dert ettiği, sağlık hizmetinin gerektiği kadar, doğru yerde, doğru eğitim seviyesindeki kişilerce, sadece gerekli imkanlara sahip yerlerde, hakkaniyetli bir şekilde dağıtılarak toplumun genel sağlık seviyesinin yüksek tutulması hususu sevk zincirinin temel başlangıç noktasını oluşturmuştur.

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık personeli ve tesislerinin azlığı sebebiyle sağlık hizmetine erişimin çok güç olduğu görülmektedir. Bu dönemde hekime ulaşmanın bile lüks olarak algılanması normalken, bir merkezden diğerine sevk fiiliyatta mümkün bir uygulama olmamıştır. Tüm merkezlerde tetkik imkanları sınırlı, uzman hekim sayısı çok az olduğundan bir başka merkeze sevk gerçekte pek anlamı da olmadığından yerinde tedavi edilemeyen hastalar genellikle evlerine gönderilmekte idi.

olan Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince ülkemizin sağlık hizmetlerinin kuruluşunda ve gelişmesinde büyük katkılar sunmuştur. 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları eliyle, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu. Bu dönemde 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) gibi halen yürürlükte olan kanunlar dahil çeşitli kanunlar çıkarılmıştır. Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusu olmuştur:

- 1) Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- 2) Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması.
- 3) Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, tıp fakültesi mezunlarına mecburi

hizmet uygulanması,
4) Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında;

- Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet”/“dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür.
- Yasal düzenlemelerle koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçe de hükümet tabibi olması hedeflenmiştir,
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924’te 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları artırılmış ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır.

1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyet Dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak adlandırabilen “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı” 1946 tarihindeki Yüksek Sağlık Şurası’na onaylanmıştır. Bu plan Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından 12 Aralık 1946’da açıklanmıştır. Ancak yoğun bir çalışmayla hazırlanan bu plan kanunlaşmadan, Dr. Behçet Uz, Sağlık Bakanlığında ayrılmak durumunda kalmıştır. Yaklaşık bir buçuk yılda kanun tasarısı haline gelen Milli Sağlık Planı, Dr. Behçet Uz, Hasan Saka Hükümetinde de (10.8.1947/10.6.1948) Sağlık Bakanı olunca Bakanlar Kurulunda ve TBMM’nin dört komisyonunda görüşülüp kabul edildiği halde, hükümet değişikliği nedeniyle kanunlaşamamıştır. Milli Sağlık Planı ve Milli Sağlık Programı yasal metin haline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da, içerdiği düşüncelerden büyük kısmı ülkemizin sağlık yapılanmasını derinden etkilemiştir. Temel yapı olarak o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Milli Sağlık Planında köy ve köylülerimizi sağlık teşkilatına kavuşturmak ilkesi çerçevesinde, her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurularak tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetlerinin birlikte verilmesi sağlanmaya çalışılmıştır. Bu merkezlere iki hekim, bir sağlık memuru, bir ebe ve bir ziyaretçi hemşire ile onar köylük gruplarda çalışacak köy ebesi ve köy sağlık memurları atanmaya çalışılmıştır. 1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22’ye, 1955’de 181’e, 1960 yılında 283’e yükseltilmiştir.

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) gibi milletlerarası teşekküllerden yardım temin edilerek, Ankara’da 1953’te bir Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül Merkezi yapılmıştır. Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının devamı niteliğinde olan ve 8 Aralık 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” ülkemizin sağlık planlamasının ve organizasyonun temel yapı taşlarından olmuştur. Bu dönemde sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını bugünüme taşıyan mevzuat da oluşturulmuştur:

- Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953/6023) Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953/6197)
- Hemşirelik Kanunu (1954/6283)
- Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956/6643)

1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Sağlıkta sosyalizasyon fiilen 1963 yılında başlamış, 1983’te ülkenin tümüne yayılmıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir. “Geniş bölgede tek yönlü hizmet” ilkesinin alternatifi olan “dar bölgede çok yönlü hizmet” anlayışına geçilmiştir.

1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1987 yılında “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” çıkarılmıştır. Ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik düzenlemeler yapılamadığı ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için, bütünüyle uygulama imkânı bulunamamıştır. 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış, Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal

Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır. 1993 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Ulusal Sağlık Politikası"; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş ana bölümü içermektedir.

1990'lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri şunlardır:

1. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
3. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
4. Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması.

Görüldüğü gibi bu dönem, önemli teorik çalışmaların yapıldığı ancak bunların yeterince uygulama alanının bulunmadığı bir dönem olmuştur.

2003 Yılı Sonrası Sağlık Politikaları: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönmeyi hedeflemiştir:

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b) Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- 4) Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- 5) Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- 6) Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için

kalite ve akreditasyon,
7) Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8) Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.

2003-2008 yılları sağlıkta önemli değişikliklerin olduğu bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında hazırlanarak kamuoyuna duyurulan program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimler ve tecrübelerden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden faydalanılarak hazırlanmıştır. Sağlık hizmetinin sunumunda bireye en yakın olan, sağlık problemlerinde en kolay ulaşılabileceği ve sisteme giriş kapısı olarak kullanılacak unsur birinci basamak sağlık hizmetleri olarak belirlemiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık hizmet sunumunu insan merkezli olarak planlarken, birinci basamak sağlık hizmetinde de aile hekimliği uygulamasına geçişi öngörmüştür.



Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireyin sağlık sorumluluğunun üstlenilmesi ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşılmasının başarıyı arttıracığı bilinmektedir. Bu ilkelerden hareketle bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetleri, bireylerin kendi seçebileceği doktorlar tarafından yürütülmeye başlanmıştır.

Aile hekimi, anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar ailenin bütün fertlerinin sağlığından ve her türlü sağlık sorunlarından sorumludur. Sorumluluğunu üstlendiği kişinin hastalıklardan korunması için gerekli tedbirleri alır, hasta olduğunda her türlü sağlık sorununun çözümü için yapabileceği her şeyi yapar, çözümü özel uzmanlık veya özel donanım gerektiren sağlık problemlerinde yapacağı danışmanlık hizmetleriyle kişiyi diğer uzman hekimlere, dış hekimlerine, veya ikinci - üçüncü basamak sağlık

kurumlarına yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Prof. Dr. Nusret Fişek'in sözleriyle ifade edecek olursak: "Kişiyeye yönelik koruyucu hekimlik hizmetleri ile ayakta ve evde hasta tedavisi hizmetleri bir arada (entegre olarak) yürütülmelidir. (...) Entegre örgütlenme modelinin en basiti çağdaş aile hekimliğidir. Çağdaş aile hekimi, ailedeki çocukların periyodik muayenelerini ve aşılarını yapar. Annele-re çocuk bakımı öğretir. Yaşlıların -varsa gebelerin- periyodik muayenelerini yapar ve gereken önerilerde bulunur. Aile bireylerine sağlık, ev hijyeni ve kişisel hijyen konularında eğitim yapar. Evde hastalanan varsa onları tedavi eder veya gerekiyorsa bir uzmana veya hastaneye gönderir."

Sağlık sistemlerinin daha kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunmaları için etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesi gereklidir. Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı ise hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu hizmete yönelik talebin ortaya çıkması, temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin kendi sorumluluğu altındaki bireylere sunduğu hizmetin kalitesine bağlıdır. Bu açıdan sağlık sisteminin koordinatörü konumundaki aile hekimleri, bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına neden olacak şekilde birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptirler. Aile hekimleri sağlık harcamalarında israfı önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engellerler. Yukarıda belirtilen politikalar ışığında 9.12.2004 tarihinde kabul edilen Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile ülkemizde aile hekimliği uygulamasına başlanmış ve zaman içinde ülkeye yaygınlaşmıştır.

Sevk Zinciri Politikası

Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık personeli ve tesislerinin azlığı sebebiyle sağlık hizmetine erişimin çok güç olduğu görülmektedir. Bu dönemde hekime ulaşmanın bile lüks olarak algılanması normalken, bir merkezden diğerine sevk fiiliyatında mümkün bir uygulama olmamıştır. Tüm merkezlerde tetkik imkanları sınırlı, uzman hekim sayısı çok az olduğundan bir başka merkeze sevk



Sevk zincirinin hayata geçebilmesi için vatandaşın sağlık sorunlarının birinci basamakta, yani aile hekimi seviyesinde çözüldüğüne inanması gereklidir. Aile hekimliğine başvuru, hastaneye başvurudan daha cazip ve kolay olmadığı sürece vatandaşın sevk zincirine uymasını beklemek doğru olmayacaktır. Aile hekimliğinin bu alanda uzmanlaşmış hekimler ve sağlık personeli ile yürütülmesi, maddi teşviklerin uygulanması gibi cezbedici tedbirlerin alınması basamaklı sağlık hizmetinin hayata geçmesini kolaylaştıracaktır.

gerçekte pek anlamı da olmadığından yerinde tedavi edilemeyen hastalar genellikle evlerine gönderilmekte idi.

İlerleyen yıllarda hekim ve sağlık tesisi sayısındaki artış ile ilçeden il merkezine hasta sevkleri başlamış olsa da sistemik bir sevk uygulaması gelişmemiştir. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunla sevk zinciri bir politika olarak resmen benimsenmiştir. Kanunun "Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi" başlığı altındaki 13. maddesi şu şekildedir: "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyen, acil vakalar hariç, evvela sağlık evine veya sağlık ocağına başvururlar. Köylük bölgelerde sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, güç olması muhtakkak bulunan doğumları sağlık merkezine, hastaneye sevkı gereken acil vakaları hastaneye yollarlar, Sağlık ocağında hekim bulunmadığı hallerde yardımcı sağlık personeli hastaları -kendi yetkileri dahilinde olan müdahaleyi mütaakıp gerekirse- sağlık merkezine veya hastaneye sevk edebilir. Sağlık merkezinde tedavisi mümkün olmayan hastalar veya mütehasıs müdahalesini icabettiren doğumlar hastanelere veya doğumevlerine sevk edilir. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocağı sağlık merkezi ve hastanelerde

hizmetin nasıl yürütüleceği Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca hazırlanan bir yönetmelikle tesbit edilir."

Yukarıdaki madde ile kişilerin önce sağlık ocaklarına başvurmaları gerekliliği şart koşulmuş, sağlık personelinin hangi vakaları üst merkezlere sevk edebileceği detaylı olarak sayılmıştır. Bu maddenin gerekçesi ise şu şekilde ifade edilmiştir: "Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanmak isteyenlerin, yukarıda sayılan, sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi ve hastane kademelerine sırasıyla müracaat edeceklerini amir bulunmaktadır. Bu cihet çeşitli hizmet kademelerini kendilerkilerden evvelkilerden başarabileceği işlerle yüklememek ve bunlardaki tedavi malzeme ve vasıtalarını lüzumsuz olarak harcamamak ve bilhassa yatakları sebepsiz yere işgal ettirmemek bakımından pek önemli ve İngiltere'de dahi tatbik edilen bir tedbirdir. Bu kademelerde hizmetin nasıl ifa edileceğine dair bir yönetmelik çıkarılması da bu maddenin hükümleri icabındandır."

224 sayılı kanun Dünya Sağlık Örgütü temel sağlık hizmetleri kavramı üzerindeki çalışmalarını başlatmadan yaklaşık 30 yıl öncesinde ülkemizde yürürlüğe girmiş bir kanundur. 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün Alma Ata'da düzenlediği ve

“herkese sağlık” sloganı ile benimsediği temel sağlık hizmetleri ilkelerinin pek çoğunu içinde barındırmaktaydı. Ancak kanunun uygulanması ile ilgili pek çok sıkıntı çıkmıştı. İlk sıkıntı kanunun askeri yönetim döneminde hazırlanmış bir kanun olması sebebiyle sivil yönetim tarafından ileriki yıllarda kenara itilmesi olarak söylene de asıl sıkıntı kanun tasarısı Türkiye Büyük Millet Meclisinde kanunlaşırken kanunun yürütülmesini sağlayacak mali kaynak maddelerinin kanun metninden çıkarılması idi. Özetle tarihimizde bir benzerini yaşadığımız gibi sağlık sistemini yürütecek motorun benzini konulmamıştı. Buna rağmen yeterli seviyede sağlık ocaklarının sayısının artması, hekim ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmesine hız verilmesi sahada, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin aşı kısmında büyük başarılar elde edilmesini sağlamıştır. Ancak sağlık ocaklarının zamanla hantallaşan yapısı, teşhise yönelik imkanlarının geliştirilmesi gibi sebeplerle vatandaş gözünde pek muteber kurumlar olamamıştır. Bu hususun gerekçeleri konumuz dışında kalsa da bu durum sevk zincirinin de işletilememesinin temel gerekçelerinden birisi olmuştur.

Zamanla sağlık hizmetleri sistemi hem finans açısından hem de hizmet sunumu açısından parçalı bir yapıya kavuşmuştu. Çok çeşitli bütçe ve bütçe harici kaynakların mevcudiyeti, farklı hizmet sunumları çok katmanlı bir sisteme yol açmıştı. Ülkemizde neredeyse sağlık hizmeti vermeyen kamu kurumu yok gibiydi. Özellikle ülkenin büyük bir kesimini oluşturan SSK’ya tabi vatandaşlar sadece bu kurumun dispanser ve hastanelerinden hizmet alabiliyorlardı. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetleri ile temasları neredeyse hiç yoktu. Bu vatandaşlar için sevk zinciri “sigorta hastanesinden üniversite hastanesine” anlamı taşıyordu. Bu hizmet anlayışı ve karmaşası içinde birinci basamak sağlık hizmetleri adeta dışlanmış, unutulmuş, sistem dışına itilir hale gelmişti. Tedavi ve rehabilitasyon açılarından birinci basamak sağlık hizmetlerinin verimli olarak sunulamaması, bu görevlerin daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları tarafından üstlenilmesi sonucunu doğurmuştu. Mevcut durum, sevk sisteminin de sağlıklı bir biçimde işletilememesine yol açmıştı.

2004 yılında pilot uygulamayla yürürlüğe giren aile hekimliği uygulaması, kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması,

Genel Sağlık Sigortasının yürürlüğe girmesi ile sağlık sistemi sadeleşmiştir. Aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin işletilmesi açısından taze bir kan olmuş, âtil hekim ve sağlık personelinin sahada aktif görev almasını sağlamıştır. Kanun sevk zorunluluğu ile ilgili ifade içermemektedir. Bu kanuna dayalı çıkarılan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği ilk 2005’te yayımlanmıştır. 2017 Mayıs ayında yayınlanan hali üçüncü versiyonudur. Bu sürede aynı yönetmelikte beş kere de değişiklik yapılmıştır.

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

Kullanılacak belgeler kısmında ise “Aile hekimisi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtası ile izler. (...) Kurumun belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde ve bilgi işlem altyapısı Kurum tarafından oluşturulmak kaydıyla; ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarına sevk edilen veya bu kuruluşlara doğrudan müracaat eden kişilere verilen hizmetler, kendi aile hekimine elektronik ortamda bildirilir. (...) Aile hekimisi, hastasını bir üst basamağa sevk ederken ilgili forma sevk gerekçelerini, yapılan tetkik sonuçlarını ve hastanın temel sağlık bilgilerini yazmak zorundadır.” ifadeleri ile sevk işleminin işleyişi belirtilmektedir. Aile hekimliği uygulamasına dair yönetmeliğin ilk halinde sevk oranı ile ilgili bir performans ölçütü belirlenmiş olmasına rağmen son halinde sevk oranı performans ölçütlerinden çıkmıştır. Ancak aile hekimlerinin hastalarını sevk etme ihtiyacı duyduklarında Merkezi Hekim Randevu Sisteminden hastaları için randevu oluşturma yetkisi tanınmıştır.

Sonuç

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

Sevk zincirinin hayata geçebilmesi için vatandaşın sağlık sorunlarının birinci basamakta, yani aile hekimi seviyesinde çözüldüğüne inanması gereklidir. Aile hekimliğine başvuru, hastaneye başvurudan daha cazip ve kolay olmadığı sürece vatandaşın sevk zincirine uymasını beklemek doğru olmayacaktır. Aile hekimliği seviyesinde teşhis imkanlarının artması, aile hekimliğinin bu alanda uzmanlaşmış hekimler ve sağlık personeli ile yürütülmesi, maddi teşviklerin uygulanması gibi cezbedici ve hastaneye başvuranları caydıracak ama engellemeyecek tedbirlerin alınması basamaklı sağlık hizmetinin hayata geçmesini kolaylaştıracaktır. Vatandaş basamaklı sağlık hizmetine zorlamak aile sağlığı merkezlerini birer sevk noktasına çevirerek halen yürüyen işlevinin de ortadan kalkması ile neticelenecek, aile sağlığı merkezlerini de kaldıramayacakları bir iş yükünün altına sokacaktır. Son cümle olarak devletin sevk zinciri politikasının son derece istikrarlı olduğunu ifade edebilirim. Devamlı yürürlükte olan ama asla uygulanmayan bir politika izlenmektedir.

Kaynaklar

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun Tasarısı Gerekçe Metni. TBMM Arşivi Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı. Ankara 2004. Eds. Aydın S., Korukluoğlu S., Üstü Y., Kasım İ., Doğusan AR, Hacımamağaoğlu A. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Sağlık Bakanlığı. Aralık 2012. Ed. Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri – Kasım 2002-2008 (Alma Ata’nın 30. Yılı Hatırası). Sağlık Bakanlığı. Kasım 2008. Eds. Akdağ R., Aydın S., Buzgan T., Demirel H., Gündüz F. www.resmigazete.gov.tr

Aşılamada istikrar

Prof. Dr. Fahri Ovalı



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

Prof. Dr. Recep Öztürk



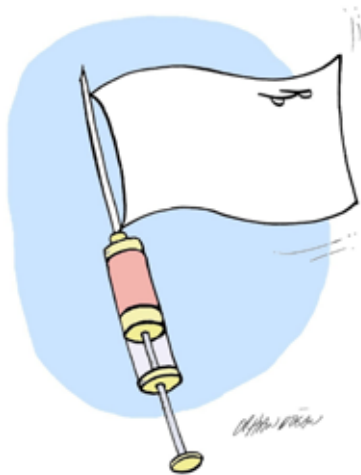
1962 yılında İkizdere'de (Rize) doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu, Rize Lisesi, İstanbul Üniversitesi (İ.Ü.) Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu (1984). Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde yaptı. 1994'te doçent,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

Aşılar, 20. yüzyılın en önemli halk sağlığı başarısıdır ve enfeksiyonlardan dolayı ölümlerin azaltılmasında rol oynayan en büyük faktörlerden biridir. Çok yakın bir zamanda, 1994-2013 arasındaki 20 yıllık dönemde bile aşılar yalnızca Amerika'da 322 milyon çocuğun hastalanmasını, 21 milyon hastaneye yatışı ve 731 bin ölümü önlemiştir. Diğer yandan aşı olup olmama kararı, bireysel olduğu kadar toplumsal etkileri olan bir karardır. Toplum bağışıklığı nedeniyle toplumda belli bir hastalığa karşı bağışık olan kişilerin oranı arttıkça hastalığın salgın yapma ihtimali de azalır ve bağışık kişi sayısı belli bir oranın üzerine çıktığında salgın riski tamamen ortadan kalkar. Hastalıklara göre değişmekle birlikte salgınların önlenmesi için sürü bağışıklığının %80'in üzerinde olması gerekir ki bunun için de toplumun %90'ı aşılanmış olmalıdır. Aşılamadan önceki dönemde ABD'de yılda ortalama difteriye yakalanan hasta sayısı 20 binlerde, polioya yakalanan

hasta sayısı 16 binlerde iken aşılamadan sonrası bu sayılar sıfıra inmiştir. Benzer şekilde, kızamık, kabakulak, kızamıkçık ve tetanos gibi hastalıklarda %99'lara varan azalma sağlanmış, çiçek hastalığı ise yeryüzünden tamamen silinmiştir. Hemophilus influenza tip B mikrobi 1980'li yıllarda çocukluk çağındaki menenjitlerin en önemli etkeni iken aşılamaya sayesinde bugün bu etken %99 oranında azaltılabilmektedir. Uzun zamandan beri uygulanan difteri, tetanos, boğmaca, çocuk felci ve BCG gibi aşıların yanı sıra 1990'lardan sonra kullanıma giren rotavirüs, meningokok,

pnömokok ve suçiçeği gibi aşılar bile hastane yatışlarında ciddi azalmalara ve ciddi parasal kazanımlara yol açmıştır. Böylece hem toplum sağlığı korunmuş hem de milyarlarca dolar kaynak israfı önlenmiştir. Bu veriler ışığında her gün yeni hastalıklara karşı aşı geliştirilme çabaları hızla devam etmektedir. Aşılamaların bu şekilde istikrarlı bir şekilde sürdürülebilmesi beklenen faydaların devam etmesi ve gelecek nesillerin de korunması anlamına gelecektir.

Aşı denince ilk akla gelen grup çocuklardır. Doğumdan itibaren, özellikle ilk yıl içinde yoğunlaşmakla beraber çocukluk çağı boyunca devam eden aşı programları çocukları bir düzineden daha fazla hastalığa karşı korumaktadır. Aşılamaya ile hastalıklardan ölümlerin ve sakatlıkların da ciddi derecede azaltılmış olması, aşılamaya programlarının başarısının en büyük kanıtıdır. Bu kazanımlar arasında hastalıklara ilişkin hastane masrafları, ayaktan tedavi masrafları, ilaç masrafları, ailelerin iş gücü kayıplarının azalmasından doğan kazanımlar sayılabilir. Aşılar aynı zamanda başka çocuklara bulaşı





ve onların da hasta olmasını önleyerek veya sekonder enfeksiyonların ortaya çıkışı engelleyerek çok daha büyük toplumsal kazanımlara yol açar. Benzer şekilde bu hastalıkların nozokomiyal yolla bulaşı da engellenmiş ve hastanede zaten yatmakta olan çocukların yatış süreleri uzamamış olur. Aşılar yalnızca enfeksiyonları önlemekle kalmaz. Dünyada ortaya çıkan tüm kanser vakalarının yaklaşık beşte birinin enfeksiyöz ajanlarla (örneğin; hepatit B, Hepatit C, human papilloma virüs, H. Pylori gibi) oluştuğu dikkate alındığında, kanser vakalarının önlenmesinde de aşıların çok büyük rolleri olduğu ortaya çıkar. Böylece aşılar topyekûn sağlık sisteminin sürdürülebilmesinde önemli bir araç olarak karşımıza çıkar. Ülkemizde 1981-83'te aşılama oranlarının; BCG, DBT, çocuk felci ve kızamık için sırasıyla %47, %50, %61 ve %64 iken 2000 yılında %73, %79, %79 ve %76, 2014 yılında ise %96, %97, %97 ve %98 olduğu bildirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1974'te "Genişletilmiş Bağışıklama Programı"nı dünya genelinde başlatmıştır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 1981'de "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (GBP) başlatılmış, 1985 yılından sonra "Türkiye Aşı Kampanyası" ile yaygınlaşıp, hız kazanmıştır. Bununla birlikte 2000'li yıllara kadar altı olan aşı çeşidi, 2002'den sonra tedricen artmış ve bugün çocukluk çağında 13'e (BCG, difteri, boğmaca, tetanos, çocuk felci, hepatit B, hepatit A, pnömokok, haemophilus influenzae tip b, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği) ulaşmıştır. ABD gibi gelişmiş

ülkelerde ulusal aşılama programlarında çocukluk çağında 17 farklı aşı uygulanmaktadır.

Ülkemizde 1930'lu yıllardan itibaren başlayan bağışıklama çalışmaları, özellikle çocukluk döneminde uygulanmış ve yıllar içinde tedrici bir gelişme ve istikrarla önemli gelişmeler sağlanmıştır. Çocukluk dönemi için ulaşılan yüksek aşılama oranları OECD ülkeleri ve dünya ülkeleri ölçeğinde çok başarılı bir düzeydir ve çocukluk çağı aşılamalarında Türkiye istikrarlı bir uygulamaya sahiptir. Aşılanmanın istikrarlı bir şekilde sürdürülebilmesi ancak tüm hayat boyunca aşılanmanın uygun bir şekilde yapılması ile mümkündür. Ülkemizde çocukluk çağındaki aşılamadaki başarı ve istikrar durumuna mukabil aynı durum erişkinler için söz konusu değildir. Erişkinlerde rutin bağışıklama ihtiyacı bilimsel olarak ortaya konmuş olmasına ve ülkemizde ilgili uzmanlık derneklerinin ve diğer bilim derneklerinin öneri ve çalışmalarına rağmen henüz ulusal erişkin aşılama programı başlatılamamıştır. Son yıllarda özellikle riskli gruplar için önemli gelişmeler sağlanmakla birlikte henüz erişkinler için ulusal bir aşılama programımız henüz yoktur. Bunda diğer nedenlerle birlikte, henüz aşı üretemeyen ve aşıları ithal eden bir ülke olmanın yeri vardır.

Ülkemizde erişkinler üzerinde yapılan değişik çalışmalar erişkin aşılamaya olan ihtiyacı göstermektedir. Tetanos ve difteriye karşı koruyuculuğun yaşla birlikte azaldığı, 40 yaş üzeri erişkin

Ülkemizde 1930'lu yıllardan itibaren başlayan bağışıklama çalışmaları, özellikle çocukluk döneminde uygulanmış ve yıllar içinde tedrici bir gelişme ve istikrarla önemli gelişmeler sağlanmıştır. Çocukluk dönemi için ulaşılan yüksek aşılama oranları OECD ülkeleri ve dünya ülkeleri ölçeğinde çok başarılı bir düzeydir ve çocukluk çağı aşılamalarında Türkiye istikrarlı bir uygulamaya sahiptir.



“Mermeri eriten suyun gücü değil, damlaların sürekliliğidir” diye bir atasözümüz vardır. Aşıların da başarılı olabilmesi ve sağlıklı bir topluma kavuşabilmemiz için kararlı ve istikrarlı bir şekilde uygulanması ve bunun için devlet ve toplumdaki tüm paydaşların ortak hareket etmesi ve aşı karışıklığı ile mücadele için yasal düzenlemeler dahil gerekli girişimlerin yapılması en büyük etken olacaktır.

grubun %60-70 kadarının bu aşılarla ihtiyacı olduğu ve bu iki aşının 10 yıllık aralarla mutlaka yapılması gerektiği gösterilmiştir. Haliyle son öneriler çerçevesinde Difteri-tetanos (Dt) aşısının ilk erişkin tekrar dozlarından birinin asellüler boğmaca aşısı olması gerektiği kabul edilmektedir.

12.235 erişkin hasta grubunda %72,8 oranında aşı olmama durumu saptanmıştır; aşı olanlar grubu: tetanos %22,8, hepatit b %4,1, grip (influenza) %4,5, pnömokok %1 oranında uygulanmış olduğu tespit edilmiştir.

Erişkinde aşılanmaya gereksinim olmasının nedenleri şöyle özetlenmiştir:

1. Tekrar doz gerektiren aşılar (Td; grip, pnömokok)
2. Çocuklukta aşılanmama durumu
3. Bazı aşıların sadece erişkinde yapılması (zona: >50/60, HPV:9-26 yaş)
4. Enfeksiyonların eradikasyonu için toplum bağışıklığının sağlanması (“herd immunity”; kızamık vd.)

Erişkin aşılanmanın önemini; aşılanmanın kısmen aksadığı dönemlerde, Çin ve Eski Sovyetler Birliği’nde aşıllılar arasında görülen difteri salgınları, ABD’de tüm tetanos olgularının %95’i, ölümlerin ise tamamının erişkinlerde olması; difteri olgularının çoğunun 50 yaş üzerinde görülmesi, difteri ölümlerinin 2/3’ü, kızamık ölümlerinin 1/3’ünün erişkinlerde olması örnekleri göstermektedir. Son yıllarda ülkemizde ve değişik ülkelerde görülen kızamık salgınlarının nedeni gerek çocuk, gerek erişkinlerde aşılanmamış bireylerin yüksek oranda olması ve toplumsal bağışıklığın %80-90’ı aşamamasıdır.

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artması erişkin aşılanması konusunu daha da önemli duruma taşımaktadır. Ülkemizin son yıllarda her yaş grubundan önemli sayıda göç alan bir ülke durumunda olması çocukluk ve erişkin aşılama programlarının önemini daha da artırmaktadır. Aşılama ile sadece ilgili enfeksiyonlar ve bunlarla ilgili ölümler azalmayacak, dolaylı şekilde sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (kızamık olgularının önemli kısmı hastanelerde bulaşmaktadır) ve antimikrobiyal direnç de azalacaktır. Bütün bu olumlu gerekçelerine rağmen ülkemizde erişkin bağışıklaması alanında değişik sorunlar vardır. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında (2013 ve sonrası güncellenen sürümler) değişik riskli gruplara belli aşılar (grip, pnömokok, hepatit A vd.) ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Gebeler için tetanos aşısı ve şüpheli ısıriklarda kuduz aşısı ve immunglobulini için gerekli düzenlemeleri yapmış ve destek sağlanmaktadır. Ancak, özellikle grip olmak üzere diğer aşıların uygulanma oranları beklenen düzeyde değildir. Grip aşısı sağlık çalışanları arasında bile çok düşük oranda uygulanabilmektedir.

Erişkin aşılanmasında istikrarın sağlanamamasında ulusal erişkin aşılama programı olmayışı, ilgili hekimlik alanlarının konuya yeterince sahip çıkmaması, aşı karıştı kampanyaların (özellikle grip aşısında) varlığı, hepsi ithal olan aşıların yüksek maliyeti (pnömokok, grip, HPV, zona vd.) önemli nedenlerdir. Kızamık vd. enfeksiyonların eradikasyonu, belli enfeksiyonların morbidite ve mortalitesinin azaltılması (pnömokok, zona, tetanoz, difteri), değişik risk durumlarındaki en-

feksiyonlardan korunma (meningokok vd.) için ulusal aşılama programı erişkinleri de kapsamlı henüz istikrara kavuşamayan erişin aşılama programı ülke çapında uygulanmalıdır.

Maddi kaynaklar ile insan kaynaklarının etkili kullanımı, gereksiz yere harcanmaması ve tasarruf edilen kaynakların başka sağlık sorunları için kullanılması ile sağlık sistemine önemli bir katkı sağlanır. Sağlığın ana ilkesi tedavi etmek değil hastalıklardan korunmak olduğuna göre, bu ilkeye en fazla hizmet eden yöntem aşılar dır denebilir. Ancak, bu etkilerin ortaya çıkabilmesi için gerekli olan en önemli şart, aşıların istikrarlı ve sürdürülebilir bir şekilde yapılmasıdır. Bu yazıda da belirtildiği gibi, toplumda tek tük bazı kişilerin aşılmasından ziyade, toplum genelinin aşılması ve aşılama oranının en az %90'lar seviyesine çıkması, bu etkilerin ortaya çıkmasını kolaylaştıracaktır. Aşılarıdaki sürdürülebilirlik ise birçok faktöre bağlıdır. Bunlar arasında politik kararlılık, yeterli maddi desteğin sağlanması, aşı talebinin oluş(turul)ması, coğrafi koşullar ile aşıların zamanında ve uygun şekilde temini sayılabilir. Son yıllarda giderek artan aşı karşıtlığı propagandasının önlenmesi de yeni bir görev olarak önümüzde durmaktadır.

Burada aşı üreten firmaların da stratejik tercihleri ve fiyat politikaları önemli rol oynar. Bu faktörler özellikle düşük ve orta gelir seviyesindeki ülkelerde çok daha büyük önem kazanmaktadır. Genel olarak bakıldığında kişi başına düşen milli geliri daha yüksek olan ülkelerdeki aşı harcamaları daha fazladır ve aşı programları daha başarılı olmaktadır. Diğer bir deyişle aşılmasının sürdürülebilmesi, ülkenin kalkınmışlık ve refah düzeyi ile doğrudan ilişkilidir. Bu istikrarın sürdürülebilmesi yalnızca devlet kaynaklarıyla olmayabilir. Sivil toplum kuruluşlarıyla birlikte uluslararası kuruluşlar da aşıların sürdürülebilirliğine katkıda bulunabilirler.

Aşıların ticari formları bile sürdürülebilirlikte önemli rol oynar. Örneğin, beşli karma aşılar hem sıvı formda hem de liyofilize formda bulunabilir. Sıvı formların depolama hacmi, liyofilize forma göre 3 kat daha azdır. Bu da soğuk zincirin daha düşük maliyetle sağlanmasına yol açar. Yine sıvı formdaki aşılar birçok çocuğa yapılabilir ve ilk doz çekildikten sonraki 28 gün içinde tekrar aynı şişe kullanılabilir. Liyofilize formların ise

sulandırıldıktan sonraki 6 saat içinde kullanılması, kullanılmayan aşıların ise atılması gerekir. Bu durum, bazı durumlarda aşıların %50'sinin kullanılmadan atılması anlamına gelir ki bu da ciddi bir israftır. Diğer yandan sıvı formların uygulanması son derecede kolay iken, liyofilize formların sulandırılması ve uygulanması için gereken süre %40 daha fazladır. Bu durum, özellikle kırsal bölgelerde zaman kısıtlaması altında çalışan sağlık personelinin aynı süre içinde daha az veya daha çok çocuğu aşılayabilmesi demektir. Hata yapma oranı da sıvı aşılar ile daha azdır. Aşılacak popülasyonun iyi belirlenmesi ve kullanılacak aşı miktarının öngörülmesi, ticari açıdan da üretimin planlanması açısından önemlidir. Diğer bir deyişle, aşılacak olan hedef kitle iyi belirlenmelidir. Aksi halde tüm koşullar yerine getirilmiş olsa bile yetersiz aşı üretimi aşıların sürdürülebilirliğini sekteye uğratacaktır. Aşıların sürdürülebilmesindeki en önemli nokta ise mümkün olduğu kadar az doz ile istenen etkinin sağlanmasıdır. Doz sayısının artması, ailelerin uyumunu güçleştiren faktörlerden biridir. Bazı aileler çocuklarının "iğne yastığı" olmasından fazlaca rahatsızlık duymaktadır. Fazla doz, bahsettiğimiz lojistik nedenlerden dolayı da sürdürülebilirliği etkiler. Bu nedenle yeni teknolojilerin geliştirilmesinde mümkün olan en az doz ile mümkün olan en fazla hastalığa karşı en yüksek derecede bağışıklık sağlanması yerinde olacaktır. Epidemiyolojik olarak hastalığın yoğunlaştığı dönemleri, yılları, popülasyonları ve ırklar ile hastalığa yol açan suşları belirlemek de aşıların etkinliğini artırır.

Aşılar, üretici firmalar için oldukça büyük bir pazardır. 2000 yılındaki aşı pazarı 5 milyar dolar iken bu rakam 2009 yılında 17 milyar dolara, 2013 yılında 40 milyar dolara ulaşmıştır ve 2025 yılında bu rakamın 100 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir. Halen araştırma geliştirme faaliyetleri süren 120'den fazla ürün vardır ve aşılar birçok ilaç firmasının itici gücü konumundadır. Gelişmekte olan piyasalar açısından ülkemiz başta olmak üzere, Meksika, Brezilya, Endonezya, Rusya, Çin ve Hindistan en önemli pazar durumundadır.

Sürdürülebilirlik veya istikrar, masraflar ve politikalardan bağımsız olarak belirlenen programın sürekli olarak uygulanabilmesi demektir. Sağlık ekonomisi açısından sürdürülebilir bir aşı programı, sağlık sisteminin etkili ve verimli çalışmasının

yanı sıra, yatırım tutarının sağladığı gelir ve fayda açısından da oldukça olumlu sonuçlara sahiptir. Bu açıdan aşı programlarının maliyeti yalnızca görünen masraflardan ibaret olmayıp kişilere ve topluma sağladığı faydanın da göz önüne alınması ve hesaplanması gerekir. Sağlık politikalarına yön verenler, tüm bu unsurları hesaba katmak zorundadır.

Çocukluk ve erişkin dönemde ulusal çapta aşılamanın toplumsal bağışıklık sağlayacak düzeyde yüksek oranda sağlanıp sürdürülmesi için hiç olmazsa belli aşıların ülkemizde üretilmesi gerektiği gerçeği de göz ardı edilmemelidir.

"Mermeri eriten suyun gücü değil, damlaların sürekliliğidir" diye bir atasözümüz vardır. Aşıların da başarılı olabilmesi ve sağlıklı bir topluma kavuşabilmemiz için kararlı ve istikrarlı bir şekilde uygulanması ve bunun için devlet ve toplumdaki tüm paydaşların ortak hareket etmesi ve aşı karşıtlığı ile mücadele için yasal düzenlemeler dahil gerekli girişimlerin yapılması en büyük etken olacaktır.

Kaynaklar

- Alp Cavuş S, Avkan Oğuz V, Yüce A. The Seroprevalence of Diphtheria Among Adults in İzmir-Turkey. *Vaccine*. 2007 10; 25:3851-4.
- EKMUD Erişkin Bağışıklama Rehberi, 2016. <http://ekmud.org.tr/rehberler/1-ekmud-rehberleri> (Erişim Tarihi: 19 Haziran 2018).
- <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbpge-nelge2008pdf.pdf> (Erişim Tarihi: 20 Haziran 2018).
- Gomez JA. Introduction to sustainability. *Glaxo-Smith-Kline Educational Symposium*, 16 September 2017
- Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2018; 8: 34-43.
- Kamara L, Kaddar M. Financial Sustainability of The Current Model to Introduce New Vaccines: What is Needed to Create a More Enabling Environment. *WHO: Improving Access and Stimulating Vaccine Development for Use in Resource Poor Settings*. Geneva, 25 Jan 2010.
- Larger N, Levy P, Wasern J, Bressee X. Role of Vaccination in The Sustainability of Healthcare Systems. *J Market Access Health Policy* 2015; 3: 27043.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (2013) http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/201immunglobulini_30324-3.pdf (Erişim Tarihi: 20 Haziran 2018).
- Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Ege Çalışma Grubu <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179> (Erişim Tarihi: 21 Haziran 2018).

Özel sektör açısından sağlıkta istikrar ve değişim

Dr. Selahattin Semiz



1962 yılında Sivas, Gürün'de doğdu. 1985 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. Kırşehir, Kaman'da mecburi hizmetini, GATA-Ankara hastanesinde askerlik hizmetini, İstanbul Haseki Hastanesi Radyoloji Kliniğinde ihtisasını tamamladı. Hekimlik hayatı boyunca birçok STK'da aktif görev aldı. Deprem, sel ve tsunami sonrası Endonezya-Ace, Pakistan-Keşmir ve Pakistan-Pencap bölgelerinde, Sudan ve Nijer'de sağlık gönüllüsü olarak çalışmalara katıldı. Afiyet Hastanesi, Afiyet OSGB, Biomekatronik Şirketinin Ortağı ve Biomedikal Ar-Ge kooperatifi Başkanı'dır. Halen Özel Afiyet Hastanesinde radyoloji uzmanı ve başhekim olarak çalışan Dr. Semiz evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

istikrar; genel ekonomik faaliyetlerde daralma ve aşırı genişleme gibi ciddi bir dalgalanmanın görülmemesi durumunu ifade eden iç ve dış istikrar diye ikiye ayrılabilir. İç ekonomik istikrardan fiyatların sabit kalması, üretim ve istihdamın düzenli biçimde genişlemesi anlaşılır. Ülkemizde AK Parti Hükümetlerinin görev yaptığı son 16 yılda, sağlıkta önce hızlı bir değişim ve sonrasında istikrar dönemi yaşanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile beraber kamuda ve özel sağlıkta hızlı bir değişim ve yapılanma dönemi başlamıştır. SGK'nın özel sektörden hizmet alması ile özel hastaneler verimli ve etkin çalışmaya başlamış, kalite standartları ve artan rekabet şartlarından dolayı uygun fiyat ve kalite olarak kendilerini yenilemiştir. Ancak bu dönemde özel sağlık sektörü çoğunlukla devlete hizmet satan ve çalışma koşulları da devlet tarafından belirlenen bir yapıya girmiştir. Artık hekim kadroları, çalışma saatleri, branş ilaveleri, muayene ve ameliyat fiyatları vs. konusunda tamamen devletin kontrolünde, yarı resmî kurumlar olarak hareket etmek zorunda kalınmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ilk faziyla birlikte hastaların sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaşmış ve hastaların sağlık kurumlarına müracaatı artmıştır. Talep artışı nedeniyle verimlilik ve etkinliğin artması ile müspet yönde gelişme sağlanmış; ancak bu durum, kaynak kısıtlılığı nedeniyle ilerleyen dönemde sağlık sektöründe kârlılığın ve verimin azalmasına sebep olmuştur. Bu tablo hasta ve hizmet alıcı memnuniyetini artırırken hem kamu hem de özel sektörde hizmet sunucuları ve sağlık çalışanlarına yorgunluk, memnuniyetsizlik ve tükenmişlik olarak yansımıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye OECD ülkeleri içerisinde en az harcama

ile yaşam beklentisini en çok yükselten ülkelerden biri olmuştur. Bu başarıda 16 yıl boyunca istikrarlı bir şekilde uygulanan sağlık politikalarının etkisi çok önemlidir. Bu başarının sürdürülebilir olması için hem sağlıkta hizmet veren insan kaynaklarının artırılması ve memnun edilmesi hem de maddi kaynakların artırılması gerekmektedir.

Sağlıkta İstikrar Dönemi

Geçmiş dönemlerde uygulanan sağlık politikaları kendi dönemleri için kısmen başarılı olsa da daha sonraki dönemlerde toplumun gelişimine ayak uyduramamış, ortalama 18 ayda değişen hükümetler istikrarlı bir sağlık politikası uygulayamamıştır. AK Parti'nin uzun iktidar döneminin ilk yıllarında hızlı bir değişim ve yapılanma dönemi yaşanmıştır. Kamu ve özel sağlık sektörü birlikte yeni döneme göre değişim ve gelişim içerisine girmiştir. Sağlık hizmetine ulaşım kolaylaşıp ucuzlarken hasta memnuniyeti artmıştır. Ancak sağlık çalışanları memnuniyeti hala çok düşük seviyelerdedir.

Sağlık hizmetlerinde performans uygulaması hasta kuyruklarının azalmasına ve hasta memnuniyetinin artmasına sebep olmuştur. Ancak sağlık çalışanlarının iş yükü artmış, bu arada adeta kışkırtılan hasta şikâyetleri nedeni ile sağlık çalışanları şiddet ve baskı görmeye başlamışlardır. Sağlık yönetmeliklerinde ve kalite uygulamalarında değişim ve iyileştirmeler devam ederken hizmet maliyeti artmış fakat SUT fiyatları adeta sabitlemiştir. Yaklaşık 10 yıl boyunca SUT ödeme fiyatlarının sabit olması özel sağlıkta önemli bir handicap olmuştur. Aynı zaman diliminde asgari ücret tam 4 kat artarken enflasyon oranı kümülatif olarak TÜİK verilerine göre %225

seviyelerine artmıştır. Elden alınan farklar kanuni kısıtlamalar ve rekabet koşulları nedeniyle azalınca özel sektör gittikçe zorlaşan bir döneme girmiştir. Özel sağlık işletmeleri ılık suda yavaş yavaş ısıtılan kurbağa misali kaynayıp piştiğini anlamaz duruma gelmiştir. Devletin sağlığa ayırdığı pay sabit olunca hatta enflasyon farkı nedeniyle azalınca gelişen ve sayıları artan sağlık kurumları enflasyon oranında zarar etmeye başladılar.

Özel Sektörde Farklı Senaryolar

Özel sağlık kurumları bu durumda kârlılıklarını muhafaza etmek ve ayakta kalabilmek için farklı bakış açıları geliştirmek zorunda kaldılar. Ana başlık olarak giderleri azaltmak/gelirleri artırmak mantığı ile yapılan uygulamalarda gelirler kısmen sabit olduğu için giderleri azaltmak üzerine yoğunlaşmıştır. Ancak giderleri azaltmak iyi planlanmaz ve yönetilmezse hizmet kalitesinde azalmaya neden olarak işletmeye zarar vermeye başlar. Giderleri azaltmak için özel sektör üç ana kalemde azaltmaya gidilmiştir. Birincisi, hekim ve personel maaşlarındaki azaltma nedeni ile maaş artışları enflasyonun gerisinde kalmıştır. İkincisi, toplu alımlar ile sarf ve ilaçta maliyet düşürülmeye çalışılmıştır. Üçüncüsü, cihaz yatırımları azaltılmış veya dış satın alma modellerine geçilmiştir. Gelirleri artırmak için gelir kalemlerini çeşitlendirmeye ve kârlılığı korumaya çalıştılar. Bunun için sağlık turizmi, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortaları, göz, estetik ve diş kliniklerine yatırım, kronik hastaların bakımı, geriatri bakım vs. gibi alanlara yöneldiler.

Sağlık Turizmi

Ülkemizin coğrafyası sağlık turizmi açı-

sından büyük bir şans ve fırsat olabilir. Özellikle kolay ulaşım açısından THY uçuş ağı içerisinde bulunan ülkelerden hastalar hem coğrafi yakınlık hem uygun fiyat ve kaliteli hizmet nedeni ile ülkemizi tercih etmeye başladılar. Daha kârlı ve devlet kısıtlaması olmayan dış hastalar, özel hastaneler için yeni bir alan olarak görüldü. Sağlık sektöründeki gelişme ve kalite artışı bölgede komşu ülkelerde yaşayan ve sağlık hizmetleri yeterli olmayan ülke vatandaşları için ülkemizdeki özel hastaneleri cazip hale getirdi. Daha çok yurt dışında yaşayan Türkler Libya, Irak, Suriye vs. gibi sağlık sistemi çalışmayan ülke vatandaşları sağlık turizmi olarak getirildi. Sağlık sisteminin oturmuş ve kaliteli olması ülkemizi çevre komşu ülkeler için ulaşım ve fiyat açısından cazip hale getirmektedir. Gerçek medikal turizm sayılabilecek diğer hastalar genellikle göz, diş ve estetik branşlarında ülkemizi tercih ettiler. Sağlık turizminde dikkatli ve kaliteli hizmet verilmeli, sağlık turizminin "Laleli bavul turizmi"ne dönmemesi için çok dikkatli hareket edilmelidir. Sağlık turizmi kârlılığı olduğu kadar ve riskleri de yüksek bir alandır. Ülkemizin dış politika değişimlerinden, güvenlik durumundan, döviz kurundan vs. çok hızlı ve kolay etkilenmektedir. Öte yandan sağlık turizmi; kaplıca turizmi, yaşlı ve engelli bakımı ile medikal turizm şeklinde gelişim gösterecektir. Özellikle ülkemizde hizmet sektörünün gelişmiş olması bu açıdan avantajdır. Ayrıca özel ve tamamlayıcı sigortalar gelişmesi desteklenmeli, geniş halk kesimine hitap eder hale getirilmelidir.

Farkların Artırılması

SGK tarafından hasta başı ödenen SUT miktarları artırılmayınca hastadan alınan farkları artırmak zorunda kalmıştır. Önceleri %50-100 farklarla sınırlı iken, en son alınan kararla %200 fark alınabilmektedir. Bu durum özel hastaneleri kısmen rahatlatmıştır. Ancak piyasada oluşan rekabet şartları ve cezalar fark almayı zorlaştırmaktadır. Hastalardan alınan farklar dikkatli yönetilmezse orta ve uzun vadede gelirin azalmasına neden olabilir.

Özel Sağlık Sektöründe Riskler

Sağlıkta pazar hızlı büyümüyor, kârlılık düşüyor, dış politika kaynaklı riskler var, kamu hastanelerinin hizmet şartları ve kapasiteleri iyileşiyor, SUT fiyatları artmıyor, rekabet artıyor gibi hususlar özel sağlık sektörü için birer risk. Ancak özel

sektör yatırımları devam ediyor. Bunun izahı sağlık politikalarının istikrarlı olarak devamı ve artan kalite nedeniyle özel sektörün şimdi az kâr ediyor olsa bile, ileride daha çok kâr edebileceği beklentisidir. Özel hastanelerin karlılığının azalmasına rağmen, zincir hastaneler gruplarının yatırıma devam etmesi borsaya açılma ve yabancı ortak bulma isteğine bağlıdır. Zincir hastaneler ve yabancı yatırımcılar sektörde bir balon oluşturdular. Reel kârlar ve EbitDA artırılması değil, ciro ve hasta sayısını artırarak piyasa değerini artırmak ve dış ortak bulmak peşindeler. Aslında reel kârlarına göre değil, gelecek 10 yılın kârına göre piyasa değeri belirliyorlar. Bu senaryonun işlemesi için gelecekteki kârlılık beklentisinin devam etmesi gerekiyor. Fakat göstergeler 2008 yılından itibaren sağlık sektöründe reel kârlılığın gittikçe düştüğünü göstermektedir. Özel sağlık sektöründe zincir hastane grupları ve dış ortaklı gruplar dışında kalan gruplar ise adeta can havliyle rekabetten düşmemek, piyasada ayakta kalmak, ileride kâr etme beklentileriyle yatırım yapmaya kısmen devam etmekte. Bazen de değişimi fark etmeyerek eski dönem kârlılığı devam ediyor sanarak yatırım yapmaya çalışan gruplar varsa da genelde sağlık yatırımları azalmaktadır.

Özel Sağlık Sektöründe Gelecek Öngörüler

Sağlık politikalarında istikrarlı olarak devam eden uygulamalar kalite ve standartlarda da iyileşmeyi getirecektir. Bunun yanında performans kriterleri, hasta ve sağlıkçı hakları, SUT fiyatları vs. konularında yeni şartlara göre değerlendirme ve yenilemeler yapılmalıdır. Nitekim performans uygulamaları "hasta memnuniyeti" ve "işlem sayısı" artışı açısından başarılı olsa da vakaların zorluk derecesi, yapılan işlemin kalitesi ve "eğitim faaliyetleri" vs. gibi parametreler göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmelidir.

Gelecek dönemde Türkiye'de nüfus profili ve hastalıkların seyri önemli oranda değişecektir. Artık sağlık sistemi hastalığa değil sağlığa yatırım yapmaya başlamalıdır. Sağlıklı yaşam merkezleri önümüzdeki dönemde hastanelerin yanında yeni bir sağlık yatırım alanı olarak yer alabilir. Sağlık sistemi akut tedaviler yerine kronik, geriatrik hastalıklar ve koruyucu hizmetlere yoğunlaşacaktır.

SGK ödemelerinin SUT fiyatlarının

sabit kaldığı, en azından enflasyona endekslenmediği bir ortamda SGK ya bağlı özel hastanelerin geleceği oldukça zor görünüyor. Giderleri azaltmak bir yere kadar durumu idare etse de bir noktadan sonra hizmet kalitesinde düşmeye yol açmakta ve oldukça ciddi riskleri içerisinde barındırmaktadır. Hastalardan alınan farkların artması; pazarı küçültecek, rekabeti daha yoğun hale getirecektir. Artan rekabet kredi ve borçlanma nedeni ile finans yapısı sağlam olmayanların ve rekabet şartlarına ayak uyduramayanları kapanmasına neden olacaktır.

Özel sektör önümüzdeki dönemde büyüyen kamu hastaneleri içerisine girerek hizmet satma şeklinde gelişebilir. Şu an uygulanan görüntüleme hizmetlerinin kamu hastaneleri içerisinde hizmet vermesi bu şekildedir. İleriki dönemlerde klinik hizmetlerinin verilmesinde bu uygulama örnek alınabilir. Eldeki verilere göre özel sağlık sektörü önümüzdeki dönemde krize doğru ilerliyor. Artan rekabet, azalan kârlılık, risklerin artması vs. nedenleri ile özel sağlık sektörünü zor günler bekliyor. Öte yandan kriz ortamları aynı zamanda fırsat ortamlarıdır. İyi yönetenler, finans durumu sağlam olan, kaliteli ve uygun fiyata hizmet veren kurumlar için bu dönem fırsatlar dönemi olabilir.

Sonuç olarak sağlık sektörü çalışanları ve yatırımcıları, insan sağlığı gibi bilgi ve hizmet ağırlıklı çok rafine bir alanda, az kâr, yüksek kalite, en az hata ile hizmet vermeye çalışıyor. Bu konunun önemi daha iyi anlaşılacak sağlık çalışanlarını ve sağlık yatırımcılarını da memnun eden sağlık politikalarının oluşturulması gerekmektedir. Sağlıkta istikrar ve değişim bir arada değerlendirilmelidir. Sağlık sisteminde iyi planlanmış ve istikrarlı olarak uygulanan politikalar güven verir. Bu yüzden de sistemdeki tüm paydaşların hizmet alan, hizmet veren ve yatırımcının memnuniyeti birlikte değerlendirilmeli, sahadan gelen geri bildirimleri de dikkate alarak değişim ve yenilenme yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin verimli ve sürdürülebilir olması için hizmet sunumunda devletin rolünün azalması, denetleme ve standartları belirlemede daha aktif olması, sağlığın korunmasına daha çok yatırım yapılması, SUT fiyatlarının enflasyona endekslenmesi, hastadan alınan farklarda marjların daha geniş olması, özel ve tamamlayıcı sigortanın yaygınlaşması, sağlık turizminin devlet-özel sektör iş birliği ile geliştirilmesi vs. yapılması gereken ana konulardandır.

Sağlıkta afiliasyonun hikayesi

Prof. Dr. Mustafa Samastı



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

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi ve onunla yakın ilişkili afiliasyon konusu gerek mevzuat gerekse uygulamalardan kaynaklanan sorunlarla gündeme taşınmaktadır. Her iki konunun temelinde alışılmış, yerleşmiş yanlışların bulunması sorunların doğru algılanmasını engellemekte, çözümünü imkânsız hale getirmektedir. Kurum ve kuruluşların yetki ve sorumluluklarını tanımlayan kanun maddeleriyle yasal çerçeve (meşruiyet) arasında da çelişkiler bulunabilmektedir. Örneğin Sağlık Bakanlığı bir yükseköğretim kurumu olmadığı halde, Anayasa'ya uygun olmayan bir şekilde yasa ile doktora eşdeğeri bir yükseköğretim sayılan tıpta uzmanlık eğitiminde yetkilendirilmiştir. Anayasa'nın 131. maddesi yüksek öğretimle ilgili yetkileri (Türk Silahlı Kuvvetleri ve Emniyet Teşkilatı'na bağlı yükseköğretim kurumları dışında) tamamıyla YÖK'e vermiştir. Anayasa'nın 132. maddesinde Türk Silahlı Kuvvetleri ile Emniyet Teşkilatı'na bağlı yükseköğretim kurumlarının özel kanun hükümlerine tabi olduğu belirtilmiştir. Bu istisna kurumlar arasında ne Sağlık Bakanlığı ne de eğitim ve araştırma hastaneleri yer almaktadır. Yükseköğretim Kanunu'nda yer alan tıpta uzmanlık eğitiminin Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen esaslara göre yürütülen bir yükseköğretim olduğu hükmü bu kanundan sonra çıkarılmış olan Anayasa ile uyumlu hale getirilmelidir. Diğer yandan, benzer yetki ve sorumlulukların aynı anda birbirinden farklı kurumlara, kişilere verilmesi uygulama alanında ciddi yetki çakışması ve çatışmalara yol açmaktadır.

Tıpta uzmanlık eğitimi ve afiliasyon bu durumun birbiriyle de ilişkili iki tipik örneğidir. Temelde yer alan yanlışları düzeltmeden uygulama alanında, çatıda baş gösteren sorunlara çözüm üretmek mümkün değildir. Nitekim 10 yılı bulan afiliasyon tecrübesine, yasal düzenleme ve pek çok yönetmelik değişikliğine rağmen çatı sorunlarında mesafe alınamamış olup sorunlar büyük bir istikrarla varlığını sürdürmektedir.

Danıştay Birinci Dairesinin 2005 yılında hazırlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü (TUK) tasarısıyla ilgili verdiği kararda (2006/545) mevcut çelişki öz olarak şu şekilde dile getirilmiştir: "Tıpta uzmanlık bir yükseköğretimdir ve yükseköğretimle ilgili kurum YÖK'tür. Eğitim şartlarını Sağlık Bakanlığı tek başına belirleyemez. Üniversitelerin tıp fakültelerince de verilmekte olan uzmanlık eğitiminde Sağlık Bakanlığını tek düzenleyici kurum kabul etmek, gerek 1982 Anayasası gerekse 2547 sayılı Kanun'a aykırıdır. Hiç kimse kaynağını anayasadan almayan bir yetkiyi kullanamaz."

Tıpta uzmanlık eğitiminde Sağlık Bakanlığı ve TUK'un rolü koordinasyon ve düzenleme olarak kabul edilse dahi, Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin tıpta uzmanlık eğitimi vermelerini Anayasa ile bağdaştırmak hiç mümkün değildir. Zira Eğitim ve Araştırma Hastaneleri YÖK'e göre yükseköğretim kurumu sayılmamaktadır. Ancak Sağlık Bilimleri Üniversitesi çatısı altında birleştirilmeleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinin bu eksikliği defakto bir şekilde giderilmiş sayılmaktadır

Afiliasyon, kurumlar arasında ortak amaçlar doğrultusunda birliktelik ve iş birliğinin sağlanmasıdır. Dünyada çeşitli alanlarda ve farklı şekillerde afiliasyon uygulamaları bulunmaktadır. Bu makede esas olarak Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerle üniversitelerin sağlıkla ilgili birimleri arasındaki afiliasyonlar ele alınacak, kısmen de sağlık alanındaki diğer afiliasyonlara değinilecektir.

Afiliasyona Niçin İhtiyaç Oluşturdu?

1933 reformuyla İstanbul Üniversitesi'nin kurulmasıyla birlikte Tıp Fakültesi Haydarpaşa'dan İstanbul yakasına (Beyazıt) taşınmış, klinik ihtiyacının karşılanması için de Belediye ve Özel İdareye ait hastanelerden (Haseki, Cerrahpaşa, Şişli, Gureba, Bakırköy gibi) yararlanılması yoluna gidilmiştir. Ülkemizdeki bu ilk afiliasyon uygulaması Çapa ve Cerrahpaşa kampüsleri tamamlanıncaya kadar uzun yıllar sorunsuz devam etmiştir.

Mevzuata göre ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi tıp fakülteleriyle Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmektedir. Bu ikili yapı uzmanlık eğitimi açısından gerek eğitici kadrosu gerekse kurumsal kültür ve nitelik bakımından yıllar boyu tartışma konusu olmuştur. Bir yandan şeflik sisteminde var olan sıkıntılar ve eğitici kadro yetersizlikleri, bir yandan da çok sayıda yenilerinin açılmasıyla tıp fakültelerinin çoğalması sorunların daha bir görünür hale gelmesine neden olmuştur. Bakanlık tarafında zaten yetersiz olan eğiticilerin üniversite kadrolarına geçmeye başlaması eğitim ve araştırma

hastanelerinin birçoğunda uzmanlık eğitimi aksatmaya başlamıştır. Esasında bir yükseköğretim olan tıpta uzmanlığın yükseköğretim kurumları dışında veriliyor olması da Anayasa ve YÖK kanununa aykırı düşmektedir. Diğer yandan yeni kurulan tıp fakültelerinin birçoğunun henüz hastanesinin olmayışı, mevcut olanların da akademisyenlerin sayısına oranla yetersiz kalması her iki taraf için de ortak kullanım ve iş birliğini gerekli kılmıştır. Böylece üniversitenin insan gücü ile eğitim ve araştırma hastanelerinin teknik imkanlarının dengeli, verimli kullanımı hedeflenmiştir. Afiliasyon doğru uygulandığında iki taraf için de çok ciddi avantajlar sunmaktadır. Bakanlık hastanesi için insan kaynağı, eğitim ve araştırma yapısının güçlenmesi, hizmet kalitesinin yükselmesi; üniversite içinse ek yatırım, bina, teknik ve tıbbi donanım ihtiyacıyla işletme sorununa çözüm sağlaması önem taşımaktadır. Her iki tarafın bu iş birliğinden yararlanması, temel görev ve sorumlulukların aksatılmaması esastır.

Sağlık Bakanlığı ile üniversiteler arasında ilk afiliasyon 2009 yılında bir protokolle Sakarya Üniversitesi ile yapılmış, bunu Rize, Marmara, Erzincan, Ahi Evran gibi üniversiteler izlemiştir. 30.01.2010 tarihinde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na ek madde 9 eklenerek yasal düzenleme yapılmış, 8.01.2011 tarihinde ilk afiliasyon yönetmeliği yayınlanmıştır. 2 Kasım 2011 tarihi 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile de Sağlık Bakanlığı'nın akademik bir karşılığı olmayan klinik/laboratuvar şef ve şef yardımcısı kadroları kaldırılarak bunun yerine birer yıllık görevlendirmelerle eğitim sorumlusu ve idari sorumluların atanması öngörülmüştür.

3359 sayılı kanunun Ek 9'uncu maddesinde büyükşehir olan iller dışındaki illerde eğitim ve araştırma hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı EAH veya üniversite sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinden (SUAM) yalnızca biri tarafından verileceği hükme bağlanarak ülkemiz için devrim niteliğinde bir adım atılmış ise de, bu önemli ve isabetli karar, daha sonra yapılan bir hamle ile (27.03.2015 tarih ve 6639 sayılı Kanun ile Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kurulması) uygulanır olmaktan çıkarılmış, adeta sorunun çözümü betona gömülmüştür. Daha önce bir tıp fakültesiyle en fazla iki eğitim ve araştırma hastanesi afiliye olabilirken yapılan yönetmelik değişikliğiyle bu sınır kaldırılmış, diğer üniversitelerle afiliye



17 Ekim 2017 tarihinde Sağlık Bakanlığı ile Sağlık Bilimleri Üniversitesi arasında "Afiliasyon Protokolü" imzalandı.

olmamış tüm eğitim araştırma hastaneleri (58 adet) Sağlık Bilimleri Üniversitesi çatısı altında birleştirilerek dünyada eşi benzeri olmayan bir model ortaya konmuştur.

Özel Hastanelerle Vakıf Üniversitelerinin Afiliasyonu

Bünyesinde tıp veya diş hekimliği fakültesi olan vakıf üniversitelerinden sağlık uygulama ve araştırma merkezi (SUAM) bulunmayan veya yeterli kapasite ve eğitim altyapısı olmayanlar özel hastanelerle iş birliği yapabilmektedir. Bu iş birliği özel hastanelere önemli avantajlar kazandırmaktadır. Bunlar arasında uzmanlık dalı ilavesi, ek kadro alabilme ve üniversite hastanesi niteliğinde kabul edilme sayılabilir. Ancak bu konuda da YÖK, SB ve SGK arasında mevzuat ve yetki karmaşası yaşanmaktadır. YÖK'ün 19.04.2012 tarihinde çıkarmış olduğu "vakıf yükseköğretim kurumları ile özel hastanelerin iş birliğine ilişkin usul ve esaslar" ile özel hastaneler üniversite hastanesi vasfı kazanmıştır. Ancak 28.05.2015 tarihli YÖK Genel Kurul Kararı ile bu usul ve esaslarda değişikliğe gidilerek "üniversite hastanesi" niteliğine dair hüküm ve bununla ilişkili SGK anlaşması mecburiyeti kaldırılmıştır. Bunun üzerine SGK afiliasyon yapmış olan 5 hastanenin sözleşmesini tek taraflı iptal etmiş ise de bu hastaneler mahkeme yoluyla yürütmeyi durdurup statülerini devam ettirmişlerdir. SGK 18.06.2016 tarihli Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) değişikliği ile afiliye özel hastanelerin geri ödeme esaslarını yeniden üniversite hastanesine göre düzenlemiştir. 20.08.2016 tarihinde 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na konulan Ek 15. madde ile vakıf üniversiteleri ile özel hastaneler arasındaki afiliyona ilişkin usul ve esasların YÖK'ün görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirleneceği hükme bağlanmıştır.

Önceki dönemlerde vakıf üniversiteleriyle kamu hastaneleri arasında tıp ve sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerin klinik eğitimleri için protokoller yapılmış ise de bu uygulamaların yeterince verimli olduğunu söylemek mümkün değildir. Zira hastanedeki uzmanların bu konuda eğitim almaları gerekliliği yanında yoğun hizmet yükleri nedeniyle de öğrencilere yeterli zaman ayırmaları pek mümkün olamamıştır. Dünyada ve ülkemizde uygulanan bir başka afiliasyon şekli önde gelen uluslararası sağlık kuruluşlarıyla yapılan afiliasyonlardır. Bu şekilde afiliye kurumdaki operasyonel destekle modelleme yapılarak hastanenin hizmet ve kalite standartları yükseltilerek marka değeri artırılmaktadır.

Afiliasyon Sorunlarının Temel Nedenleri

Cumhuriyetin kuruluşundan günümüze kadar tıpta uzmanlık eğitimi başta olmak üzere sağlık eğitiminde yetki ve sorumluluk açısından birbiriyle çakışan ve de bunun doğal sonucu olarak birbiriyle çatışan iki farklı eksen (Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler) olagelmıştır. 1928 tarih ve 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun" diplomaların onaylanmasının yanı sıra "tıpta uzmanlık tüzüğü" çıkarma yetkisini de Sağlık Bakanlığına vermiştir. 1973 tarihli Uzmanlık Tüzüğünde ilk olarak "Tababet Uzmanlık Kurulu" bir tüzük maddesi olarak Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuştur. Bu kurul düzenli bir şekilde görev yapmamış, uzmanlık eğitimiyle ilgili kurumlar arasında uyum ve koordinasyonu sağlayamamıştır.

2000 yılında Uzmanlık Tüzüğünde yapılan değişiklikle "Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK)" oluşturulmuş ise de Danıştay tarafından TUK'un yasayla kurulması gerektiği gerekçesiyle yürütmesi durdurulmuştur. 4 Nisan 2007 tarihinde 1219 sayılı Kanun'un 9'uncu



Mevzuata göre ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi tıp fakülteleriyle Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmektedir. Bu ikili yapı uzmanlık eğitimi açısından gerek eğitici kadrosu gerekse kurumsal kültür ve nitelik bakımından yıllar boyu tartışma konusu olmuştur. Bir yandan şeflik sisteminde var olan sıkıntılar ve eğitici kadro yetersizlikleri, bir yandan da çok sayıda yenilerinin açılmasıyla tıp fakültelerinin çoğalması sorunların daha bir görünür hale gelmesine neden olmuştur.

maddesinde değişiklik yapılarak "Sağlık Bakanlığının sürekli kurulu niteliğinde Tıpta Uzmanlık Kurulu teşkil olunmuştur" hükmü getirilmiştir. 18 Temmuz 2009'da "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği" yayınlanmıştır. Böylece anayasanın YÖK'e vermiş olduğu yetkiler hiçbir yetki aktarımı yapılmaksızın TUK vasıtasıyla Sağlık Bakanlığına bırakılmıştır.

Anayasaya göre, özel yükümlere tabi olan Türk Silahlı Kuvvetleri ve Emniyet Teşkilatına bağlı yükseköğretim kurumları dışında, yükseköğretimle ilgili bütün

yetkiler YÖK'e verilmiştir. İstisna tutulan kurumlar arasında Sağlık Bakanlığı bulunmadığı gibi Anayasa'da herhangi bir yetki devrinden de söz edilmemiştir. 2547 sayılı YÖK kanununda tıpta uzmanlık yükseköğretim olarak nitelenir ve ayrıca doçentlik şartı olarak doktora eşdeğeri sayılır. 1981 tarihli YÖK Kanunu'nda geçtiği şekliyle tıpta uzmanlık "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetki sağlamayı amaçlayan bir yükseköğretimdir" hükmü daha sonra çıkarılmış olan 1982 Anayasasıyla uyumlu değildir. Bu uyumun sağlanması da anayasal bir gerekliliktir.

Afiliasyon Yönetmelikleri (Yanlışta İstikrar)

Afiliasyon bir yandan tıpta uzmanlık eğitiminde Sağlık Bakanlığı cephesinde ortaya çıkan sorunlara çözüm sunarken aynı zamanda Bakanlığın yetkilerini karşı tarafın hukukunu gözetmeksizin tek yanı kullanmasıyla da üniversite açısından sorun haline dönüşmektedir.

Afiliasyonla hedeflenen eğitim, araştırma ve hizmet misyonunun uygun şekilde gerçekleştirilmesinde üniversitenin primer rol oynaması gerekir. Kurumların birbirine dayatmada bulunmaksızın ilgili yönetmelik Sağlık Bakanlığı ve YÖK arasında eşit şartlarda, kurumsal dengeler gözetilerek çıkarılmalıdır. Ne yazık ki her seferinde bu yetki tek taraflı şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından üniversitenin misyonu gözetilmeden kullanılmıştır. Nitekim yasa gereği YÖK ve Sağlık Bakanlığı tarafından birlikte çıkarılması gereken 2014 yılı yönetmeliği tek taraflı hazırlandığı gerekçesiyle Danıştay tarafından iptal edilmiştir. İptal gerekçesinde şu hususa dikkat çekilmiştir: "Birlikte kullanım ve iş birliğine ilişkin yöntem, ilke ve kuralların nasıl olacağı yasal bir şekilde belirlenme-

miştir. Üniversitenin bilimsel özerkliğini, idari yapılanmasını, görev ve sorumluluklarını doğrudan etkileyen ve üniversite personelinin hukuki statüsünü ve özlük haklarını ilgilendiren bir konuda düzenleme yapma yetkisinin hiçbir ilke ve kural konmaksızın tamamen Sağlık Bakanlığı'na bırakılması bu konudaki yasama yetkisinin fiilen Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi anlamına gelir." Bu derece anlamlı bir uyarının dikkate alınması yerine 3359 sayılı kanunun ek 9'uncu maddesinde yapılan değişiklikle (20.08.2016-5745/39 md.) yönetmelik çıkarma yetkisi tamamen Sağlık Bakanlığı'na bırakılmıştır. 2016, 2017 ve son olarak 2018'de yapılan tüm değişikliklere rağmen afiliasyon yönetmeliğinde üniversite aleyhine yer alan çelişkiler bir türlü giderilmediği gibi Sağlık Bilimleri Üniversitesinin de bu alana girmesiyle büsbütün karmaşık bir hal almıştır.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'na dayanarak hazırlanmış olan bu yönetmelikler üniversite için bağlayıcı olan mevzuat hükümlerini göz ardı etmektedir. Bu konuda Anayasa ve kanunla sorumluluk üstlenmiş olan YÖK adeta devre dışı bırakılmıştır. Eğitimden dekan sorumlu olduğu halde bununla açık ve çelişkili şekilde eğitim programlarını yürütecek olan program yöneticilerinin atanması ve eğitimle ilgili her türlü tedbiri alma yetkisi başhekimine verilmiştir. Çok açık bir ifadeyle bu yönetmelik çerçevesinde tıp fakültesi dekanı adeta başhekimin danışmanı ve Sağlık Bakanlığınca yürütülmekte olan tıpta uzmanlık eğitimine ait prosedürlerin takipçisi bir büro amiri konumuna sokulmuştur.

Yükseköğretim Kanunu ve Akademik Teşkilat Yönetmeliği'nin anabilim dalı ve bilim dalı akademik kurul ve başkanlarına yüklemiş olduğu yetki ve görevler afiliasyon yönetmeliğinde yok hükmündedir.

Yasal Bir Hak Yönetmelikle Yok Edilebilir Mi?

Bilimsel araştırma eğitimden sonraki en temel görev olup üniversite misyonu ve ülkemizin kalkınması adına son derece önem taşımaktadır. Gerek araştırmaların ve gerekse uzmanlık öğrencilerinin tez çalışmalarının desteklenmesinde temel kaynak döner sermaye gelirlerinden BAP birimine aktarılan kanuni paydır. 16 Haziran 2017 tarihinde çıkarılan afiliasyon yönetmeliğinde 2547 sayılı yasanın 58'inci maddesinde öngörülmüş olan

ve önceki yönetmeliklerde yer alan BAP payı, Bakanlık Merkez Payı korunduğu halde, yönetmelikten çıkarılmıştır. Bilimsel araştırmaların yanı sıra uzmanlık eğitimini de ciddi anlamda zora sokan bu durum, Sağlık Bakanlığının ne ölçüde tek yanlı davrandığının ve sağlık hizmet sunumu dışında bir sorumluluk ve kaygı taşımadığının tipik örneğidir.

Uygulamada Yaşanan Sorunlar

Afiliasyonla ilgili uygulamalarda yaşanan sorunların temel bir nedeni görev, yetki ve sorumluluklara ilişkin çakışma ve çatışmaları giderecek nitelikte net ve açık tanımlamaların olmamasıdır. Örneğin program yöneticisi ile idari sorumlu arasında eğitim ve hizmet ilişkisinin ne şekilde yürütüleceği belirtilmeden ayrı veya birlikte görevlendirilebilecekleri öngörülmüştür. Anabilim dalı ve bilim dalı başkanlarının durumu ise tam olarak muallakta bırakılmıştır.

Eğitim hizmetlerinin dekanın yetki ve sorumluluğunda yürütüleceği içi doldurulmamış bir hükümdür. Eğitimin gerektirdiği altyapı, araç gereç ve hizmet çeşitliliğinin planlanması gibi temel konularda dekanın hiçbir yetkisi bulunmamaktadır. Afiliasyonun yasa dayanağını oluşturan 3359 sayılı kanunun ek 9'uncu maddesine göre tıpta uzmanlık eğitimi dekanın yetki ve sorumluluğunda yürütülür. Bu kanuna dayanarak hazırlanmış 16.06.2017 tarihli Afiliasyon Yönetmeliği'nde her bir uzmanlık eğitim programı yürütülen birim için dekan tarafından bir program yöneticisi ile bir idari sorumlunun görevlendirileceği belirtilmiş fakat 8.5.2018 tarihinde yapılan bir yönetmelik değişikliği ile dekanın bu yetkisi kanuna açıkça aykırı şekilde alınarak dekanın görüşüne dahi yer verilmeksizin başhekime devredilmiştir. Aynı kanuni dayanakla birbirine bu derece zıt yönde hükümler içeren bu yönetmeliklere YÖK'ün hangi yönde onay(!) verdiğini anlamak mümkün olmasa da bu durum sorunun köklerine bir nebze de olsa ışık tutmaktadır. Son yönetmelik değişikliği tıp fakültesi dekanını eğitimin yürütücüsü konumundan uzaklaştırarak adeta bir noter konumuna indirgemekte, bunun yanı sıra sağlık bakanlığının kendisine verilmiş olan yönetmelik çıkarma yetkisini ne ölçüde usulsüz ve keyfi kullandığını da açıkça ortaya koymaktadır.

Uzmanlık eğitimi hasta hizmet sunumu ve nöbetler de dahil olmak üzere teorik ve uygulamalı tüm aktiviteleri kapsayan,

ortalama 4-5 yıl süren bir süreçtir. Eğitim ve idari sorumluların ayrı düşünülmesi gerçekçi olmadığı gibi birer yıllık görevlendirmelerle müfredat hazırlanması, eğitimin planlanması, uzmanlık öğrencilerinin takip ve değerlendirmesi mümkün değildir.

Afiliye hastanelerin öncelikli görevi sağlık alanında nitelikli insan gücünü yetiştirmek, yani eğitim yapmaktır. Programlanmış ders ve faaliyetler dışında usta çırak ilişkisiyle tecrübe ve örtük bilgilerin aktarımında eğitim ortamını şekillendiren kurumsal değerler, karşılıklı iletişim ve etkileşim, dayanışma ve ekip faaliyeti, olumlu rol modeller, motivasyonun üst seviyede tutulması son derece önemlidir. Eğitim tarım faaliyeti gibi dönemsel olsa da kurumsal değerler toprak yapısının oluşması gibi ancak uzun bir birikimin sonucudur. Bu yönden değerlendirildiğinde afiliye hastaneler mevcut haliyle farklı kurumsal kültürler, birbiriyle çatışan görevler, eğitim ortamıyla uyumsuz ve afiliasyondan hoşnutsuz kişiler... Bakımından tam bir kaos ortamı oluşturmaktadır.

Aynı kurum içinde iki farklı idari yapının mevcudiyeti de pek çok pratik soruna (disiplin işlemleri, görevlendirmeler, izinler, idari soruşturmalar, hasta şikayetleri...) neden olmaktadır.

Afiliasyonla ilgili mevcut düzenlemeler, eğitim, araştırma ve hizmetle ilgili önem sıralamasını tersine döndürmekte, öğretim üyelerinin eğitici ve araştırmacı rollerini aşağıya çekmektedir.

Sağlık Bakanlığı kadrosuyla uzmanlık eğitimi yapanlara ek yükümlülük getirilmesi ciddi adaletsizliğe yol açtığı gibi üniversite açısından da mağduriyet nedeni olmaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin kurulmasıyla birlikte Sağlık Bakanlığı'nın bundan böyle bizzat uzmanlık eğitimi vermesi söz konusu olmadığına göre bu çelişkinin hala devam etmekte olmasını (eğitim faaliyeti olmayan bir kuruma öğrenci kontenjanı verilmesi) anlamak mümkün değildir. Diğer yandan son yönetmelikle kanuni bir hak olan BAP payının kesilmesiyle de uzmanlık öğrencilerine tez yaptırılması zorlaşmıştır.

Sonuç

Afiliasyon her iki tarafın hukukunu gözetken, dengeli ve uygun bir düzenleme ile sinerji oluşturabilir ve böylece var olan sorunların çözümünün de ötesinde önemli imkân ve fırsatlara dönüşebilir.

Ancak, mevcut uygulamada olduğu gibi tek taraflı bir tasarrufa dönüştüğünde çatışmaları körükleyerek, enerji israfına dönüşebilmektedir. Bu durumun esas nedeni düzenlemenin ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığına bırakılmış olması ve YÖK'ün üniversitelerin hukukunu yeterli temsil edememesidir.

Çatıdaki sorunlarla boğuşmak yerine buna neden olan temeli düzeltmek, yani atılan taş değil, taşı atana yönelmek gerekir. Bu anlamda iki temel öneri üzerinde düşünülmesi uygun olacaktır. Birincisi, Sağlık Bakanlığı kendi asli fonksiyonlarına dönerek, eğitim alanından çekilmelidir. İkincisi, YÖK görev ve sorumluluklarını etkin şekilde yapabileceği, güçlü bir yapıya kavuşturulmalı veya Cumhurbaşkanlığı sistemiyle de uyumlu şekilde bir "Yükseköğretim Bakanlığı" kurulmalıdır.

Kaynaklar

- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. 11 Nisan 1928.
- 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu. 04.11.1981.
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. 15 Mayıs 1987.
- 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK. 2 Kasım 2011.
- Güven, M: Türkiye'de ve Dünya'da Tıpta Uzmanlık Eğitimi; Yetki, Sorumluluk, İşleyiş. TUEK 2016 Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kalite Çalıştayı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi 26-27 Mayıs 2016 İstanbul.
- Öztürk, R: Tıpta Uzmanlık Eğitiminde Sorunlar ve Çözüm Önerileri.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş Birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 16 Haziran 2017
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İş Birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'te Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 8 Mayıs 2018
- Samastı, M. Tıpta Uzmanlık Eğitiminin Sorunları; Ortak Kullanılan Kurumlardan Bakış. TUEK 2016 Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kalite Çalıştayı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi 26-27 Mayıs 2016 İstanbul.
- SD Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi. 45:88-93 Aralık-Ocak-Şubat 2017-2018.
- T.C. Danıştay Birinci Dairesi Karar No: 2006/545.
- T.C. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu. YD İtiraz No: 2015/1220
- TUEY Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. 26 Nisan 2014
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 18.10.1982
- Üniversitelerde Akademik Teşkilat Yönetmeliği. 18.02.1982
- Vakıf Yükseköğretim Kurumları ile Özel Hastanelerin İşbirliğine İlişkin Usul ve Esaslar. YÖK 19.04.2012

Sağlık hizmetlerinde ruhsatlandırmadan kaliteye...

Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında Van İl Sağlık Müdürlüğünde sağlık ocağı tabibi ve Van Yüksek İhtisas Hastanesinde yöneticilik görevlerinde bulundu. 2006-2007 yılları arasında Sağlık Bakanlığı müsteşarlık makamında performansla dayalı ek ödeme sistemi, sağlık finansmanı, geri ödeme politikaları, SUT ve sağlıkta kalite konularında çalıştı. 2007-2009 yılları arasında Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı görevini yürüttü. 2009-2016 yılları arasında Tedavi Hizmetleri ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. 2016 yılında Sosyal Güvenlik Kurumuna geçiş yaptı. Halen Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Araştırmaları Merkezinde (UHGSfam) Başkan Yardımcılığı görevini yürütmekte ve çalışma alanları ile ilgili olarak Sağlık-Sen SASAM Enstitüsünde de görev yapmaktadır.

Bayram Demir



1975 yılında doğdu. 1993'de Sağlık Bakanlığı'nda göreve başladı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Müsteşar Yardımcılığı makamında çalışmaya başladı. Farklı tarihlerde Bakanlık Merkez Teşkilatı Şube Müdürlüğü, Ankara İl Sağlık Müdür Yardımcılığı, Dünya Sağlık Örgütünde (WHO) Bakanlık Uzmanı sıfatıyla çalıştı. Performans ve Kalite Geliştirme Dairesi Başkan Yardımcılığı, Müsteşar Danışmanlığı, Daire Başkanlığı, Batman Bölge Devlet Hastanesi Müdürlüğü, Batman Kamu Hastaneleri Birliği İdari Hizmetler Başkanlığı görevlerinde bulundu. Halen, Uluslararası Hasta Güvenliği ve Sağlık Finansmanı Araştırmaları Merkezi (UHGSfam) Genel Sekreteri olan Demir, aynı zamanda Batman İl Sağlık Müdürlüğünde Araştırmacı olarak çalışmaktadır.

Son 30 yılda hayatın her alanında teknolojik anlamda çok önemli yeniliklere şahitlik etmekteyiz. Özellikle medikal teknolojilerde ve uygulamalarında meydana gelen hızlı gelişmeler, sağlık hizmetlerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasındaki değişimler ve sağlık kurumlarının yapısal ve yönetsel tasarımlarına yönelik farklı uygulamalar; sağlık otoritelerinin bunları bir potada eritip kaliteli sağlık hizmet sunumuna evrilmesine yönlendirmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Bu değişimlerin yanı sıra gerek sektördeki aktör sayısının artması gerekse düzenleyici ve denetleyici kurumların sağlık hizmeti sunan sağlık kuruluşlarına yönelik yasal şartlarının kompleks bir yapıya ulaşması ve en nihayetinde tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastaların daha kaliteli sağlık hizmeti alma isteği daha sistematik çalışmayı ve ruhsatlandırma, denetim ve kalite gibi enstrümanların daha doğru kullanımını karşımıza çıkarmaktadır.

Evimize veya işyerimize aldığımız her malzemeyi ya da yararlandığımız her

hizmeti neredeyse gözü kapalı bir şekilde kullanmaya alıştığımız bir sosyal düzende yaşamaktayız. Bu kolaylığın temelinde, dünyanın hemen her yerinde uygulana-gelen tüketiciler için piyasaya sunulan her ürünün devletlerin yetkili organlarınca ruhsatlandırılması veya devletlerin yetkili kıldığı aracı kurumlar/onaylanmış kurumlar eliyle denetimden geçirilerek ruhsatlandırılması bulunmaktadır. Ayrıca, sadece tüketime matuf ürünlerle sınırlı kalmayıp hizmet alanında da benzer bir ruhsatlandırma bulunmaktadır. Öte yandan, tüketim ürünleri ve hizmet sektörünün tüm alanlarında daha büyük pay sahibi olabilmek adına piyasadaki aktörlerin bir araya gelerek oluşturduğu ulusal veya uluslararası ölçekte teşekkül ettirilen denetleyici veya akredite edici kurumlardan onay almış ürün veya hizmet sunumu da onlarca yıldır kendisine önemli bir yer tutmuştur. Bununla birlikte, sağlık sektöründe de benzer şekilde bir süreç söz konusu olup halen devam etmektedir. Sağlık sektöründe devletten veya hut da yetkilendirdiği organlardan onay almadan yasal çerçevede bir hizmetin üretilmesi söz konusu olmamaktadır. Hizmetin ve-

rileceği mekânsal planlama safhasından başlamak üzere planlama, denetim ve ruhsatlandırma süreçleri kurumun hizmet vermeyi sonlandırma aşamasına kadar devam etmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ruhsatlandırma bazal düzeyde yürütülen ve de hizmetin devamı için olmazsa olmaz bir aşamadır. Ancak, ülkemizde kalite ve akreditasyon ise ilk etapta sağlık kurumunun kendisine diğerlerinden farklı bir hüviyet kazandırma ihtiyacından ortaya çıkmaktadır. Bu ihtiyacın doğru yönetilmesi ve yönlendirilmesi noktasında politika yapıcılara büyük görevler düşmektedir. Politika yapıcılar sağlık sisteminin başarısı ve gelişimi için ruhsatlandırma, denetim ve kalite üçlüsünü bir arada ve birbirini tamamlayan bileşenler olarak ele almalı ve sistemi bu yönde dizayn etmelidir. Ülkemizdeki ruhsatlandırma, denetim ve kalite konularına ilişkin kanuni düzenlemeler ve yapılan temel mevzuatlar incelendiğinde öncelikle ana dayanak olarak karşımıza "3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıktığını ve bu kanunda da genel düzenlemelere yer verildiğini görüyoruz.

2003 yılında ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programının (SDP) 8 ana bileşeninden "Planlayıcı ve Denetleyici Sağlık Bakanlığı" ve "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon" bileşenleri ile de bu konular somutlaştırılmış olup buna yönelik çalışmalar belirli bir düzeyde yapılmaya başlanmıştır. 2011 yılında yürürlüğe giren 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8. maddesinde yer alan aşağıdaki fıkralar ile de ruhsatlandırma, kalite ve akreditasyon işlemleri kanuni olarak daha net hale getirilmiş ve mevzuat olarak daha da güçlendirilmiştir. Kanunda bu konular şöyle düzenlenmiştir:

- a) Her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini planlamak, teknik düzenleme yapmak, standartları belirlemek ve bu hizmetler ile sunucularını sınıflandırmak, bununla ilgili iş ve işlemleri yaptırmak.
- b) Organ ve doku nakli, kan ve kan ürünleri, diyaliz, üremeye yardımcı tedavi, evde sağlık, yanık, yoğun bakım gibi özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerini planlamak ve bu hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar arasında koordinasyonu sağlamak.
- c) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kurum ve kuruluşlarına izin vermek ve ruhsatlandırmak, bu izin ve ruhsatları gerektiğinde süreli veya süresiz iptal etmek.
- ç) Sağlık hizmetlerinin ücret tarifelerini belirlemek veya tasdik etmek.
- e) Sağlık kurum ve kuruluşlarının mevzuata, Bakanlık politika ve düzenlemelerine uyumunu denetlemek, gerekli yaptırımları uygulamak.
- ı) Sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kuralları belirlemek ve uygulamasını sağlamak.

Yine 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 25. maddenin 3. fıkrasında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin; tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Bakanlıkça belirlenecek usul ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulmak suretiyle (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılması öngörülmektedir.

2014 yılında yürürlüğe giren 6569 Sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun aşağıda yer



alan 4. maddesinin f fıkrası ile de sağlık kurumlarının akreditasyonuna ilişkin daha özel bir düzenleme yapılmıştır.

"f) Bakanlık bağlı kuruluşları, yükseköğretim kurumları ve özel kesim ile iş birliği içerisinde sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon kurallarının belirlenmesinde Bakanlığa bilimsel katkı sağlamak, sağlık hizmetlerinin akreditasyonu hariç olmak üzere 27/10/1999 tarihli ve 4457 sayılı Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun hükümleri saklı kalmak kaydıyla ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kuruluşlarını akredite etmek, uluslararası ve bölgesel akreditasyon birlikleri ve örgütleri ile diğer ülkelerin akreditasyon kuruluşlarıyla karşılıklı tanıma anlaşmaları yapmak."

Görüldüğü üzere yapılan kanuni düzenlemeler ile bugün itibarıyla güçlü bir kanuni alt yapının oluşturulduğunu ifade edebiliriz. Bu yazıda da sağlık hizmet sunumunun başarısını doğrudan etkileyen ve ülke sağlık sistemlerinde hizmet süreçlerinin iyileştirilmesinde ve gelişiminde kritik bir öneme sahip olan ruhsat, denetim ve kalite konularının günümüzde Sağlık Bakanlığı ve ilgili paydaşlar tarafından hayata geçirilirken ve ikincil mevzuatlar oluşturulurken kapsayıcılık, içerik, uygulanma şekli ve birbiriyle olan ilişkisi ve etkileşiminin makro düzeyde incelenmesi ve mevcut durum tespitiyle birlikte geleceğe yönelik politika yapıcılara ve ilgili paydaşlara katkı sağlayacak bir bakış açısı sunulması hedeflenmektedir.

Ruhsatlandırma ve Ruhsatlandırma İlişkili Denetimler

Sağlık kurumlarının hizmet verebilmesi için sağlık otoritesi tarafından izin verme anlamına gelen ruhsatlandırma

hususunun, ülkemizde esas olarak özel sağlık kurumlarında (özel hastaneler, tıp ve dal merkezleri, tüp bebek merkezleri, özel poliklinikler, özel laboratuvarlar, özel diyaliz merkezleri vb.) başlatıldığı görülmüyor. Süreç içerisinde de İl Sağlık Müdürlükleri tarafından düzenli olarak ruhsata ve hizmete esas denetimler adı altında yapılan denetimler ile de sürecin devam ettirildiği müşahade edilmektedir. Kamu sağlık kurumlarında (aile hekimliği, sağlık bakanlığına bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri) ise ruhsatlandırmaya ilişkin bir mevzuatın olmadığını ancak her ne kadar ruhsatlandırma adı altında olmasa bile zımni olarak genel kurallar ve ilgili diğer mevzuatlar ışığında hizmet verildiği söylenebilir.

Ancak 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin amir hükmü gereğince 2012 yılından itibaren, Sağlık Bakanlığı tarafından kamu sağlık tesislerine faaliyetlerini yürütebilmeleri için geçici ruhsat belgesi düzenlenmektedir. Bu belge Bakan onaylı genel bir yazı çerçevesinde verilmekte olup sağlık kurumları herhangi bir denetime tabi tutulmamakta ve de genel yazı içeriğinde herhangi bir kriter ve kurallar manzumesi bulunmamaktadır. Ruhsatlandırma kapsamındaki denetim ilişkili mevzuatlar incelendiğinde ise ruhsata esas denetim, hizmete esas denetim, seviyelendirme ve tescil denetimi olmak üzere üç farklı denetim türünün olduğu görülmektedir. Ruhsata esas denetim ve hizmete esas denetim sağlık kurumunun özelliğine göre 1 ve/veya 2 yılda bir olmak üzere İl Sağlık Müdürlükleri tarafından sadece özel sağlık kurumlarına yönelik gerçekleştirilmektedir. Seviyelendirme ve tescil denetimi ise özellikli sağlık hizmetlerine (yoğun bakım, acil servis gibi) yönelik olarak İl Sağlık Müdürlüğü tarafından kamu ve özel olmak üzere tüm sağlık kurumlarında düzenli aralıklarla yapılmaktadır.

Kalite ve Akreditasyon

2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ilan edilen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 8 ana bileşeninden biri olan ve kaliteli sağlık hizmetini hedefleyen "Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon" başlıklı bileşene ilişkin çalışmalar ilk yıllarda mutfak çalışması şeklinde gerçekleşmiş olup kurumsal ve sistematik bir hüviyete 2005 yılında kavuşmuştur. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin (PDEÖS) önemli bir parçası olan sağlık hizmetlerinde kalite çalışmaları irdelendiğinde ise bu çalışmaların üç ana eksen üzerine oturtulduğu ve birinci eksenin Bakanlık merkezinde kurumsal bir yapı ve bunun devamı niteliğinde olacak şekilde il ve sağlık kurumu düzeyinde bir yapılanma, ikinci eksen ülkenin ihtiyaçlarına göre hazırlanan bilimsel ve uygulanabilir kalite standartlarının ortaya konması, üçüncü eksen ise hazırlanan standartlar esas alınarak belli periyotlarda sağlık kurumlarının değerlendiriciler vasıtasıyla değerlendirilmesidir.

Bu üç eksenin süreç içerisinde geliştirildiği ve bunlardan biri olan kurumsal yapılanmanın 2007 yılında Bakanlık merkezinde kalite ve performans konusuna münhasıran kurulan Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı ile birlikte sahada çalışan tüm personeli kapsayacak şekilde bir yapının inşa edildiği görülmektedir. Ayrıca bu süreçte kalite standartlarının geliştirilmesi devam etmiş olup "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)" setleriyle de sağlık kurumları için bir değerlendirme aracı ortaya konmuştur. Diğer bir husus da Bakanlık tarafından sağlık kurumlarında kalite standartlarının uygulanma durumunu yerinde incelemek ve değerlendirmelerin profesyonel bir şekilde yapılması amacıyla gerçekleştirilen eğitim ve değerlendirme faaliyetleri sonucu insan gücü kapasitesi oluşturularak çok sayıda kişiye değerlendirici eğitimi verilmesidir.

Kalite çalışmalarının adeta anayasası niteliğinde olan standartlar; öncelikle kamu hastanelerine yönelik olarak 2005 yılında 100 kriter, 2007 yılında 150 standart, 2008 yılında 354 standart, 2009 yılında özel hastaneler için 388 standart, 2011 yılında kamu ve özel hastaneleri kapsayacak şekilde 621 standart ve 2015 yılında ise 557 (1100 değerlendirme ölçütü) standarttan oluşan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane (versiyon-5)



setinin yayınlanmasıyla sürekli bir gelişim sürecinden geçmiştir. Ayrıca, süreç içerisinde farklı alanlara yönelik olmak üzere (ağız ve diş sağlığı, diyaliz, evde sağlık hizmetleri ve 112 acil sağlık hizmetleri gibi) standart setleri de geliştirilmiştir. Yıllar itibarıyla standart setlerinin çeşitliliği yanı sıra her bir standart seti hem sayısal hem içerik hem kapsam mahiyetinde önemli oranda değişim ve gelişime uğramak suretiyle sağlık kurumlarındaki etkililik düzeyi de artırılmıştır.

2012 yılında hayata geçirilen Türkiye Klinik Kalite Programı ile de ülke öncelikleri, sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkileri ve hastalık yükü gibi hususlar dikkate alınarak belirlenen sağlık olgularının/hastalıkların süreç ve sonuç odaklı göstergeler ile izlenmesine yönelik bir dizi çalışma başlatılmıştır. İlk etapta "Diabetes Mellitus, Gebelik ve Doğum Süreci, Diz Protezi, Kalça Protezi ve İnme" sağlık olgularına yönelik çalışmalar başlatılmış ve süreç içerisinde "Koroner Kalp Hastalığı, Kolorektal Kanseri, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Katarakt, Prostat Kanseri ve Diş İmplantı" gibi sağlık olguları da programa eklenmiştir. Bu programda yer alan sağlık olgusu sayısının yaklaşık 20-25 civarında olması öngörülmektedir. Böylelikle her bir sağlık olgusunun belirlenen göstergeler üzerinden kurumsal, bölgesel ve ulusal düzeyde analizi yapılarak iyileştirilmesi gereken alanların tespit edilmesi ve iyileştirme yapmak suretiyle kalitenin artırılması hedeflenmektedir.

Kalite standartları esas alınarak yapılan değerlendirmelerin (denetim yerine değerlendirme kavramı tercih edilmektedir) kurumdaki eksiklikleri tespit edip cezalandırmayı öngören bir denetim mantığı içinde değil, eksiklikleri tespit edip iyileştirme sağlamak yoluyla sürecin gelişimini hedefleyen bir bakış açısı ile gerçekleştirilmesi öngörülmektedir.

2005 yılında Sağlık Bakanlığınca sağlık

kurumlarında "kurumsal performans uygulaması" çerçevesinde, yöneticilerde ve çalışanlarda kaliteli hizmet sunumu farkındalığı oluşturma ve sağlık kurumlarında hizmet süreçlerinin belirlenerek dokümanite edilmesini amaçlayan 100 kalite kriteri mevzuat olarak yayınlanmış olup dört ayda bir (yılda üç kez), hastanelerden öz değerlendirme (kurumun bizzatı kendisi tarafından yapılan) şeklinde kriterlere uyum ve kriterleri yerine getirme durumunu ölçmesi beklenmiştir. 2005 yılından sonra sağlık kurumlarının değerlendirilmesi İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yer alan performans ve kalite koordinatörlüklerince yapılmaya başlanmış ve 2007 yılında da sistemin daha da geliştirilmesi, iller arası iyi uygulamaların ve deneyimlerin paylaşılması amacıyla, İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından yapılan değerlendirmelere ilaveten, "Çapraz Değerlendirme" adıyla farklı illerden değerlendirici ekipler oluşturularak başka bir ilin merkez hastanelerinde değerlendirmeler yapılmaya başlanmıştır.

2010 yılı itibarıyla de "Merkezi Değerlendirme" adıyla Bakanlıkça belirlenen değerlendirme ekiplerinin yine Bakanlığın öngördüğü kurallar ve takvim çerçevesinde, tüm ülke genelinde belirlenen sağlık kurumlarında değerlendirme gerçekleştirmeye başlamasıyla birlikte değerlendirme süreci kurumsal hale getirilmiştir. Ayrıca, 2009 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun özel hastanelerin hastalardan alacağı ilave ücretlerin belirlenmesi amacıyla yayımladığı puanlandırma yönergesinde kullanılan puanlandırma parametrelerinden birini Bakanlıkça hazırlanan "Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları"na uyum düzeyine bağlaması fiili olarak özel hastanelerin de Bakanlığın kalite süreçlerine dâhil edilmesini sağlamıştır. Bu çerçevede 2010 yılı ilk yarısından itibaren özel hastanelerde, Bakanlıkça belirlenen ekipler tarafından "Merkezi Değerlendirme" kapsamında değerlendirilmeye başlanmıştır.

Bu çalışmalara eş zamanlı olarak elektronik tabanlı sistemler geliştirilmiş ve bugün itibarıyla de kalite değerlendirmelerine ilişkin tüm iş ve işlemlerin web tabanlı işleyen "Kurumsal Kalite Sistemi" üzerinden elektronik ortamda yürütüldüğü görülmektedir. Yapılan bu çalışmaları destekleyici ve uygulayıcılara yol gösterici mahiyette ihtiyaç duyulan alanlarda rehberler/kılavuzlar yayınlanmış ve çok

sayıda eğitim (kongre, sempozyum gibi) gerçekleştirilerek kurumsallaşma anlamında önemli adımlar atılmıştır. Kalite çalışmaları ve akreditasyon standartlarının hazırlanması bugün itibarıyla Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

Sağlık Bakanlığınca 2003 yılında ilk kez Türkiye sağlık gündeminde açıkça ifade edilerek yer bulan sağlıkta akreditasyon çalışması, uzun bir yolculuk sonrası elde edilen tecrübelerle birlikte kalite çalışmalarının uluslararası bir kimliğe kavuşmasının gerekliliğinden yola çıkılarak 2012 yılı mayıs ayında, akreditörlerin akreditörü ISQua (International Society for Quality in Healthcare) ile yapılan bir dizi görüşme ile başlamış ve 20 Mart 2013 tarihinde resmi bir hüviyete bürünmesiyle birlikte de hız kazanmıştır.

2013-2015 yılları arasında akreditasyon alanında kullanılmak üzere hastane, tıbbi laboratuvar, adsm ve diyaliz hizmetlerine yönelik olmak üzere 4 alanda Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) ile SAS Değerlendirici Eğitim Programı geliştirilmiş ve ISQua tarafından akredite edilmiştir. Ayrıca, bu süre zarfında akreditasyon sisteminin işleyişine yönelik ihtiyaç duyulan ilgili kılavuz ve yönetmelikler hazırlanmıştır. Her aşaması titiz bir şekilde tamamlanan akreditasyon çalışmalarının kalite çalışmalarıyla birlikte özerk statüye sahip tek bir kurum çatısı/ yapı altında yer almasına yönelik gerekli mevzuat çalışması yapılmış ve brifingler verilmiştir. Ancak bu arayış döneminin Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığının (TÜSEB) kuruluş dönemine denk gelmesi ile birlikte TÜSEB bünyesinde Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsüne (TÜSKA) yer verilmek suretiyle kalite ve akreditasyon çalışmaları birbirinden ayrılmış ve akreditasyon çalışmalarının bu enstitü tarafından yürütülmesi kararlaştırılmıştır.

Verimlilik Çalışmaları

663 sayılı KHK'nin 34. Maddesi (birlik hastanelerinin gruplandırılması ve denetimi) kapsamında kamu hastanelerinin "tıbbi ve mali kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri" çerçevesinde gruplandırılması ve performans ölçümüne yönelik olarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca belirlenen periyotlarda yerinde değerlendirme adıyla verimlilik değerlendirmeleri ya-

pılmaktadır. Verimlilik değerlendirmeleri içerik olarak kalite değerlendirmelerine ve kullanılan kriterlerde kalite standartlarına genel olarak benzeşmektedir. Böyle bir uygulamanın isimlendirmesinin doğru olduğu ancak içerik ve uygulama açısından kalite değerlendirmelerinin benzeri olması nedeniyle kendisinden beklenen "verimlilik" açısından tartışmaya açık olduğu düşünülmektedir.

Teşvik Mekanizmaları

Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçirilmesinde bir katalizör görevi gören, sağlık kurumlarında zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanılmasını esas alan ve hekimlerin bireysel bazda yaptığı hizmetlere karşılık sabit maaşın dışında performansa dayalı ek ücret almasını ve diğer sağlık çalışanlarının da dolaylı yoldan ek ücret almasını öngören Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) teşvik mekanizması olarak 2013 yılında pilot olarak başlatılmış ve 2014 yılından itibaren Sağlık Bakanlığınca bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulamaya konmuştur. Kamuda teşvik mekanizması olarak bir ilk olma özelliği taşıyan bu sisteme, 2005 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığınca Bağlı Yataklı Tedavi Kurumlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi ile birlikte kalite boyutu da eklenmiştir. Bu yönerge kapsamında her biri %25 oranında ağırlığa sahip (muayeneye erişim, hizmet kalitesi, memnuniyet, kurum verimlilik) parametreler kullanılarak hesaplanan kurumsal performans katsayısı sağlık personeline dağıtılacak ek ödeme oranının belirlenmesinde kullanılmaya başlanmıştır. Kurumsal performans katsayısının sağlık personeline dağıtılacak total ek ödeme miktarını negatif yönde etkilemesinden dolayı başta yöneticiler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının bu konuya önemiyet vermesini tetiklemiştir.

Kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında hizmet kalite katsayısı ilk etapta %25 oranında ağırlığa sahip olup süreç içerisinde kalite standartlarındaki değişimle birlikte ağırlık oranı da artırılmıştır. Kalite çalışmalarının bireysel performans ile de ilişkilendirilmesiyle kalite faaliyetlerinin sahada hayata geçirilmesi kolaylaşmış ve etkili bir enstrüman olarak kullanımı sağlanmıştır. Bunun yanı sıra, Bakanlığın devlet hastanelerindeki ödeme sistematiği ve kurumları kalite çalışmalarına kolay adapte edebilmek amacıyla bir dizi teknik mevzuat düzen-

lemeleri devam etmiştir. Bu çerçevede, teknik dille özet bir şekilde ifade edilecek olursa; 2010 yılında yönetici performansı ve 2011 yılında birim performansı, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine eklenerek sistem daha da geliştirilmiştir. Hizmet kalitesi, sürdürülebilir mali yapı, belirlenen özellikli hedeflerin yerine getirilmesi ve muayene kabul ve ek ödemenin zamanında gerçekleştirilmesi gibi hususları içinde barındıran yönetici performansında yönetici performans puanı hesaplanırken hizmet kalite standartları katsayısının belli oranda hesaplamada yer almasıyla birlikte kalite başarı düzeyi yöneticilerin alacağı ek ödemeyi direkt etkiler hale getirilmiştir. Birim performans uygulaması ile de kalite standartlarının bölüm bazlı elde edilen puanlarının o bölümde çalışan sağlık personelinin alacağı ek ödemeyi doğrudan etkilemesi sağlanarak sağlık çalışanlarının da kalite çalışmalarını sahiplenmesi hedeflenmiştir.

SGK ile sözleşme imzalamış olan özel hastaneler ile vakıf üniversite hastanelerini kapsayan ve bu hastanelerin hastalardan alabilecekleri ilave ücret oranlarının belirlenmesini öngören "Özel Hastaneler İle Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge" Sosyal Güvenlik Kurumunca 2010 yılında yayımlanmış ve kapsamda olan hastanelerin ilave ücretlerinin belirlenmesinde kullanılan hastane puanının hesaplanmasında kalite standartları %25 ağırlığa sahip olmak suretiyle Sağlık Bakanlığınca yapılan bu çalışmaların sahada uygulanması ve başarısı için önemli bir adım atılmıştır.

Başlangıcından bugüne kadar kalite çalışmalarının yan veya ana mevzuatlarla desteklendiği ve kalite uygulamalarının başarısı ve etkisinin artırılmasına yönelik olarak, hemen hemen tüm sağlık hizmet sunucularını kapsayan çalışmaların başlatıldığı ve süreç içerisinde bu çalışmaların çok yönlü geliştirildiği müşahade edilmiştir. Öte yandan, bir uzman görüşü olarak, çeşitli parametrelere belirli bir puan/katsayı verilerek kalite çalışmalarının etkinlik analizi yapılmıştır. Bu etkinlik analizi, görüşmelerle ve teknik detaylarla oluşturularak grafik haline getirilmiştir. Dolayısıyla kalite çalışmalarının ülkenin tedavi edici sağlık sistemine etkisi anlaşılmasına çalışılmıştır. Böylelikle, kalite çalışmalarının serencamı görsel olarak anlatılmak istenmiştir. Şöyle ki, süreç içerisinde sisteme klinik göstergeler

eklenmek suretiyle kalite çalışmalarının sistem içinde etki ve niteliğinin artırılması hedeflenmekte iken 2012 'de yönetici performansının, 2013'te kurumsal performans uygulamasının, 2003'ten kısmi 2016'da ise tümüyle birim performansının ve 2013'te de ilave ücret oranının belirlenmesinde kullanılan yönergenin kaldırılması ile birlikte sistemin teşvik mekanizmaları ve etki gücünün gerilediğini hatta hali hazırda ihtiyaç, öncelik ve beklentilerin geçmiş yıllara nazaran değiştiğini düşündüğümüzde mevcut uygulamaların bu etkisinin oldukça gerilediğini söylemek mümkün hale gelmiştir.

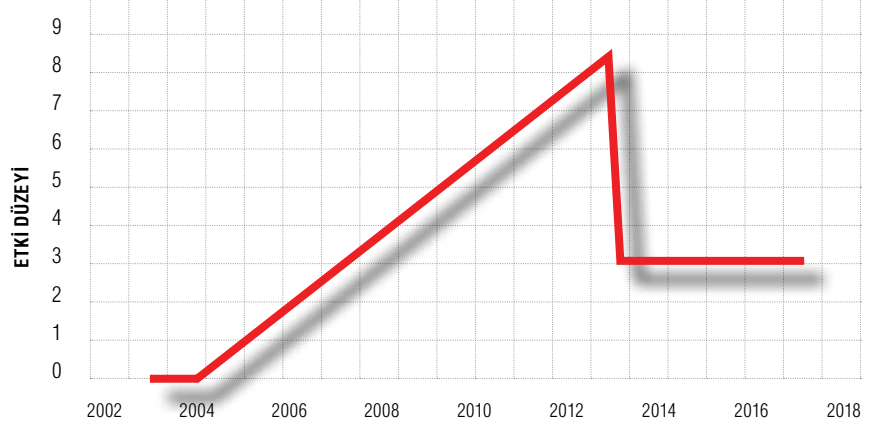
2013 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı tarafından teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsayan "Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik" yayımlanmış ve geliştirilen kalite standartları çerçevesinde her yıl düzenli olarak kalite değerlendirmeleri yapılmakta ve sağlık kurumlarının kalite puanları belirlenmektedir. Bu yönetmelik doğrultusunda belirlenen kalite puanlarının Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlarında, personele yapılan ek ödemeye etkisinin olmadığı ve sağlık kurumlarının SGK'dan alacağı ödemeleri de etkilemediğini görmekteyiz. Ayrıca, bu yönetmelik standartların yerine getirilmemesi halinde kurumlara yaptırım (idari tasarruflar hariç olmak üzere) öngören türden hükümler de içermemektedir. Yönetmelikte sadece sağlık kurumlarının kalite puanlarının ilan edilebileceği yönünde hüküm bulunmaktadır. Ancak kalite puanlarının kamuya ilanı ihtiyari bir hüküm olduğundan bugüne kadar da ilan edilmemiştir.

Tespitler ve Sonuç

Etkili bir sağlık sisteminin çok sayıda bileşeni bulunmaktadır. Ancak bu çalışmanın sınırları içinde sistemin sağlıklı işleyişi açısından ve istikrar adına önemli olacağı düşünülen bir dizi tespit ve öneriye maddeler halinde aşağıda yer verilmektedir.

1. Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti sunumunda Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumunun kalite çalışmalarındaki rehberliğinin büyük öneme sahip olduğu ve başarı için bu alanda insan gücü kapasitesinin artırılması, kalite alanında kuralların belirlenmesi, standartların

YILLAR İTİBARIYLA KALİTENİN SAĞLIK SİSTEMİNE ETKİSİ



geliştirilmesi, değerlendirmelerin yapılması yanı sıra performans ve geri ödeme ile ilişkilendirilmesi bir bütünsellik arz etmektedir.

2. Sağlık Bakanlığı bünyesinde son on yılda kurumsallaşan kalite faaliyetleri neticesinde nitelikli ve etkili sağlık hizmeti sunumuna yönelik önemli adımlar atıldığını ve kalite kültürünün tüm sektöre yaygınlaştırılmasına gayret edildiği görülmektedir.

3. Türkiye sağlık sisteminde sürekli iyileştirme ve sahayı canlı tutma adına kalite dizaynı puanlama sistemi üzerine bina edilmiş ve ak-kara tarzı ya hep ya hiç anlayışı tercih edilmemiştir. Bu puanlama sistemi de kalite çalışmalarının performans yönetimi ve geri ödeme mekanizmalarında kullanılmasını efektif kılmaktadır.

4. Sağlık Bakanlığı kalite çalışmalarının kurumlara hizmet açısından ortaya koyduğu katma değerini artırmak adına geçmiş tecrübeleri gözetenek sistemin başarıları ve sahiplenilmesi için teşvik mekanizmalarının (ödül ve yaptırım gibi) sisteme dahil edilmesi ve SGK'nın özellikle sağlık finansmanında (özellikle pozitif performans açısından) kalite çalışmalarını kullanacak argümanlar geliştirmesi hasta güvenliğine olumlu etkiye bulunacak olup başarılı kurumları da teşvik edecektir. Bu nedenle Sosyal Güvenlik Kurumunun etkili bir hasta güvenliği için hasta güvenliği esaslı sağlık finansmanı modelini kalite çalışmalarını da içerecek şekilde genişletmesi ve kaliteli hizmeti ödüllendirecek bazı stratejik hususları eklemesi gerekmektedir.

5. Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılından beri bu alanda yaptığı çalışmalar ve sistem içerisinde yer verdiği teşvik mekanizmaları sayesinde sağlık kurumlarında belli

düzeyde kalite kültürünün oluşturulması, farkındalığın artırılması ve iyileştirme faaliyetlerinin hayata geçirilmesi sağlanmıştır. Bundan sonrası için bu çalışmaların daha ileriye taşınması ve başarısı için kurumsal anlamda, standart ve kural içeriği anlamında ve insan gücü kapasitesi anlamında senkronizasyon önem arz etmektedir. Ayrıca kaynakların rasyonel kullanımı açısından da bu şekilde bir yol izlenmesi gerekmektedir.

6. Ruhsatlandırma ve ilişkili denetimlere baktığımızda; ruhsatlandırma bugün itibariyle formel anlamda sadece özel sağlık hizmet sunucularını kapsamakta ve tüm sağlık hizmet sunucularını kapsamamaktadır. Aslında ruhsatlandırma konusu sağlık hizmet sunumu açısından temel bir konu olup önemsenmelidir. Ruhsatlandırma uygulamaları, tüm sağlık hizmet sunucularını kapsayacak biçimde, norm birliği ilkesiyle ancak hizmete özel bazı farklı nüansları da içinde barındırabilecek şekilde temel esasları aynı olan bir çerçevede yeniden ele alınması gerekmektedir.

7. Ruhsata esas denetimde kullanılan form ve içeriklerinin daha anlaşılır ve belli bir sistematığa oturtulması gerekmekte ve denetim aralıkları daha uzun tutulmalıdır. Kalite çalışmaları, hizmete esas denetim ve bu denetimde kullanılan kriterleri de içerisinde barındırdığından kaynakların doğru kullanımı ve duplikasyonun/tekrarların kaldırılması ve de norm birliği sağlamak adına hizmete esas denetimin yürürlükten kaldırılması elzemdir.

8. Sağlık sistemlerinde sağlık hizmet süreçlerinin yönetiminde ruhsatlandırma, denetim, kalite ve akreditasyon çalışmalarının/mevzuatlarının birbirini tamamlayan ve içerik, kapsam ve uygulama bağlamında doğru kurgulanması durumunda

olumlu ve başarılı sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir. Birbirinin hilafına çalışan dışlıların diğerini aşındıracağı ve toptan etkinliği azaltacağı öngörülmelidir.

9. Türkiye sağlık sisteminde bu alanlarda kanuni alt yapıların yeterli ve kapsayıcı olduğu görülmektedir. İcracı birimlerin uygulama noktasında birbirleriyle olan senkronizasyonunun tam sağlanamamasından dolayı uygulamalar ve mevzuatlarda duplikasyonların/tekrarların ve negatif etkilerin meydana geldiğini ve sağlık kurumlarını duyarsızlaştırdığı görülmektedir. Bunun sonucunda sağlık kurumları ikincil mevzuatlarla yerine getirilmesi beklenen yükümlülükleri yasak savma kabilinden yapmaya başlamakta ve böylece mevzuatlardan beklenen etkililik gerçekleşmemektedir.

10. Sağlık Bakanlığı organizasyonel yapısının sahada hiç tereddüde mahal bırakılmayacak şekilde tanımlanması ve kurumlara yeniden duyurulmasında fayda görülmektedir. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün diğer birimlere nazaran çatı bir bürokratik örgütlenme olduğu ve dolayısıyla, TÜSEB alt organizasyonu olan TÜSKA'nın ve de Bakanlık Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünün bu çatıyı destekleyici ve çizdiği sınırlarda mükerrerlik oluşturmayacak bir yapılanma ve hareket tarzı belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Tekrara düşülen mevzuatlar ve uygulamalar bağlı sağlık kurumlarında, aynı konuda çok sayıda uyaran olmasından ötürü bir duyarsızlaşma/bıkkınlık yaşatabilmektedir.

11. Kurum görevleri açısından; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün yaptığı çalışmalar tüm sağlık sektörünü kapsamakta ve genel olarak da zorunluluk içermektedir. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, sadece Bakanlığa bağlı 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarına yönelik faaliyet göstermekte, TÜSKA ise gerek Bakanlığa bağlı sağlık kurumları ve gerekse diğer sağlık kurumları için zorunluluk içermeyen gönüllü bir hizmet alanında ve sınırlı sayıda sağlık kurumunu akredite edecek bir çalışma yürütmektedir. Ancak adı geçen bürokratik kurumların Bakanlıkla ilişkili olması uygulayıcılar nezdinde karışıklığa sebep olabilmekte ve normların uygulanmasında hiyerarşik karmaşaya düşebilmektedirler.

12. Kalite değerlendirmeleri, verimlilik çalışmaları ve yer yer diğer denetimlerde benzer standartların çoğu kez

farklı birimlerce istenildiğine şahit olunmaktadır. Bu nedenle, verimlilik ve kalite çalışmalarında kurumlarca uygulanması beklenen veya karşılanması beklenen standartlardan birbirine benzer veya sonuç olarak benzer işleri öngören standartların azaltılması veya kaldırılması doğru bir yaklaşım olacaktır. Böylece bu standartların kendisinden beklenen verimlilik de sağlanmış olabilecektir. Burada Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğünce çalışma grupları oluşturularak kurumlar üzerinde uygulama ve iş açısından duplikasyon/tekrar üreten uygulamalarda tasarrufa gidilmesi sağlanabilir.

13. TÜSKA'nın kanunun öngördüğü şekilde akreditasyona ilişkin çalışma yürütmesi ve Bakanlığın icracı biriminin mevcut çalışmalarına ek bir tekrar oluşturacak faaliyetlerde bulunmaması için teknik ve mevzuat dili geliştirmesi düşünülmelidir. Aynı zamanda Türkiye'de 10 yılı aşkın zamandır yürütülen kalite ve akreditasyon çalışmalarında önemli bir kültürel ve teknik birikimin olduğu dikkate alındığında yasal imkâna sahip kurumlarca bu birikimin sonuçlarının yurtdışına taşınması için çalışma yürütülmesi temel hedef olarak belirlenmelidir. Zira mevcut SKS ve SAS arasında teknik anlamda çok büyük farklar bulunmamaktadır. Bu birikimi yurtdışına taşımak akreditasyon enstitüsünün misyonu çerçevesinde yeniden değerlendirilmelidir. Aynı zamanda ilk kurguda olduğu gibi kalite çalışmalarının bir alt bileşeni olan akreditasyon çalışmalarının da yer aldığı özerk bir kurum çatısı altında tek elden bu faaliyetlerin tümünün yürütülmesi ve etki yelpazesinin geometrik etki oluşturacak şekilde dizayn edilmesi gündeme taşınabilir.

14. Uygulamalarda istikrar ve kurumların gelecek beklentisinde öngörülebilirliği sağlamak adına, mevcut denetim ve ruhsatlandırma ve kalite çalışmalarının klasik denetleme anlayışının yerine daha nitel ve teknolojik araçlar kullanılarak yapılması düşünülmelidir.

15. Ruhsatlandırma, denetim ve kalite hususlarının tümü ilgili birimler tarafından bir program çerçevesinde ilgili taraflara ilan edilerek süreç titiz bir şekilde yürütülmeli ve takip edilmelidir.

16. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında meydana gelen bir dizi kanuni değişimler

dolayısıyla hizmeti olumsuz etkileyebilecek hususların hızlıca izale edilmesi ve çalışmalar açısından geçmişle bağın koparılması için kurumsal hafıza süreçlerinin işletilmesi öncelenmelidir.

Kaynaklar

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
Kamu Sağlık Tesislerinin Ruhsatlandırılması Konulu 01/11/2013 tarih ve 36089 sayılı Bakanlık Makam Onayı.

İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personel Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge

Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge

Özel Hastaneler Yönetmeliği

Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının İl Sağlık Müdürlüklerince Denetimine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge

Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Değerlendirmesi Yönetmeliği

Kamu Hastaneleri Birlikleri Verimlilik Kame Değerlendirmesi Hakkında Yönerge

Koç. O., Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi - Sayı 42
Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri Kitabı
Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5)
Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi (2018)

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi

Sağlıkta Dönüşüm Programı, 2003

Sağlıkta Performans ve Kalite Uygulamaları Kitabı
Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinin Verimliliğinin Yerinde Değerlendirilmesi Hakkında Yönerge

www.kalite.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi: 29.05.2018)
663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame

3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
6569 Sayılı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Karamamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

İlaçta yerli üreticilerin rolü: Çok üretip az kazanmak

Dr. Saim Kerman



1966 yılında Kırıkkale’de doğdu. 1990 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi’ni bitirdi. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü’nde Genel Müdür Yardımcısı ve Genel Müdür olarak görev yaptı. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Kurucu Başkanlığını ve Sağlık Politikaları Kurulu Üyeliğini üstlenen Dr. Kerman, halen Sağlık Bakanlığı’nda Bakan Müşaviri olarak görev yapmaktadır.

Yıllardır ülkemizde ilaç pazarı konuşulurken “yerli sermayenin ürettiği ilaçların vatandaşlarımızın ihtiyacının çoğunu karşıladığı, yüksek oranda üretim yaptığı, buna karşılık hiç de adil olmayan biçimde az kazandığı” söylenir. Durumun böyle olup olmadığını görebilmek için bir çalışma yaptık ve siz aziz okuyucularla paylaşmak istiyoruz. Öncelikle ülkemiz ilaç pazarına genel bir bakış atacağız. Ardından “yüksek kutu üretimi/az kazanç” ilişkisini daha iyi anlayabilmek için pazarda tutar bazında en çok meblağa ulaşan ilk 500 ilaca ve ilk 100 ilaca yoğunlaşacak ve böylelikle toplam pazardan yüksek kazanç getiren ilk 100 ilaca gidildikçe imal pazarının durumunun nasıl değiştiğini görüp sebeplerini anlamaya çalışacağız.

Ancak hemen en başta belirtilmelidir ki bu yazıda önemli bir eksiklik vardır: Yurt dışı ilaçlar. Yeterli veri mevcut olmadığı için yıllık meblağın 2018 yılında 3 milyar TL’yi aşacağı söylenen yurt dışı ilaçlar hesaplamalara dahil edilememiştir. Toplam 28 milyar TL olarak öngörülen 2018 ilaç bütçesinin yaklaşık 1/9’u oranında olan ve tamamen ithal olan ürünler aşağıdaki tabloları yerli üreticiler aleyhine dramatik şekilde değiştirecektir.

Türkiye ilaç pazarı IMS (Intercontinental Marketing Services) verilerine göre 2015, 2016 ve 2017 yıllarında aşağıdaki görünüme sahiptir:

Son Üç Yılda Türkiye İlaç Pazarı Kutu ve Tutar Verileri (TL)			
	2015	2016	2017
Kutu (Adet)	1.930.256	2.018.919	2.089.046
Değişim		4,59	3,47
Tutar (TL)	16.640.935	19.170.113	23.148.520
Değişim		15,19	20,75

İEİS sayfasından edindiğimiz verilere göre 2017 yılında imal ilaç pazarının toplam pazardaki payı (yabancı sermaye dâhil) kutuda %80,6 ve tutarda %45,7 iken, ithal ilaç pazarının payı (yabancı sermaye hariç) kutuda %19,4 ve tutarda %54,3 olarak gerçekleşmiştir. Görüldüğü üzere ülke vatandaşlarının kullandığı ilaçların 4/5’ini yerli ilaç sanayisi üretirken kazancın yarısından azını almaktadır. 2017 IMS verileri kullanılarak yapılacak olan değerlendirmemizdeki genel tabloyu hatırlayarak, yüksek kazanç getiren ilaç grubuna gidildikçe rakamların nasıl değiştiğini birlikte göreceğiz.

Tablo 2: IMS verilerine göre ilk 500 ilacın pazar payı			
	2015	2016	2017
Kutu (Adet)	1.098.162	1.191.576	1.242.895
Değişim		8,51	4,31
Tutar (TL)	11.029.022	13.049.443	15.906.897
Değişim		18,32	21,91

Türkiye ilaç pazarında yaklaşık olarak 8 bin ürün satışa sunulmuştur. Bu rakamın 1/16’sı kadar ürün yani tutarda ilk 500 ilaç toplam pazarın tutarda %68,7’sini oluşturmaktadır. Aynı ürünlerin kutu payı ise %59,4’tür. Yani fiyatlar arttıkça pazarda çok önemli bir değişiklik yaşanmakta, pazarın tutarda büyük bölümünü (%68,7) az sayıda kutu (%59,4) şekillendirmektedir.

Üretim Miktarı Azalırken Tutar Artışının Ayak Sesleri: İlk 500

İlk 500 ilaç içerisinde imal/ithal ürün paylarını görmek açısından, ilk 500 ilaca daha yakından bakalım. Sıradaki tabloda ilk 500 içindeki ilaçların ithal olanlarının kutu ve tutarları ile değişim oranlarını görüyoruz:

	2015	2016	2017
Kutu (Adet)	262.490	281.990	306.546
Değişim		7,43	8,71
Tutar (TL)	6.619.571	7.575.756	9.223.295
Değişim		14,44	21,75

Tablodan anlaşılacağı üzere ithal ilaçların birim fiyatı ülkemizde üretilen yabancı markalar da dahil edildiğinde 24,97 TL’dir (dahil edilmediğinde 30,08 TL). İthal ürünlerin kutuda pazar payı %32,74, tutarda pazar payı ise % 58,13’tür. Ayrıca ithal ürün grubunun pazar payı düzenli bir artış göstermektedir. Sıradaki tabloda ise ilk 500 ilacın içindeki yerli üretim olanların kutu ve tutarları ile değişim oranlarını görüyoruz.

	2015	2016	2017
Kutu (Adet)	744.800	815.288	838.658
Değişim		9,46	2,87
Tutar (TL)	3.753.249	4.705.334	5.777.340
Değişim		25,37	22,78

İmal ilaçların birim fiyatı 6,88 TL’dir. İmal ürünlerin (yabancı markalar dahil) kutu tüketim miktarı ithallerden 3,05 kat fazladır. Bu ürünlerin ilk 500 içindeki kutu pazar payı (yabancı markalar dahil) 67,26 iken tutarda pazar payı ise %41,87’dir. Bu iki tabloyu genel tablo ile de ilişkilendirerek açıkça şöyle yorumlayabiliyoruz. Ülkemizdeki yerli ilaç üreticileri, tüketimin çoğunu çok daha düşük birim fiyata sahip ilaçlarla karşılarlarken, asıl kar bırakan ilaçlara gidildikçe hem tutarda hem de kutuda değer kaybı yaşıyorlar. Yani hastanın ilaç ihtiyacını büyük oranda yerli üreticiler karşılamaktadır. Yerli üreticiler son iki yılda büyümekle birlikte artışta bir düzensizlik görülmektedir. Bazı faktörler imal ürünlerin artış hızını düşme yönünde etkilemiştir. Bu etkinin sebebinin yorumunu ilk 100 ilacın durumunu da gördükten sonra yapacağız. Zira tablo orada da aynıdır.

İlk 500'ün Pabucu Damda: İlk 100

İlk 500 ilaç içerisinde ise ilk 100 ilaç daha detaylı incelenmelidir. Zira kutu payı hızla azalırken birim fiyat ve tutar müthiş bir artıştır. İlk 100 ilacın genel durumu aşağıdaki şekildedir:

	2015	2016	2017
Kutu (Adet)	401.983	439.915	455.386
Değişim		9,44	3,52
Tutar (TL)	4.980.588	6.007.351	7.117.257
Değişim		20,62	18,48

Bu genel bakıştan sonra imal ve ithal ürünlerin ilk 100 içerisinde nasıl dağıldığını da görmeliyiz.

İlk 100 İlaçta İthal Ürünlerin Durumu:

İlk 100 ilaçta ithal ürünlerin durumu			
	2015	2016	2017
Kutu (Adet)	114.931	124.888	135.347
Değişim		8,66	8,38
Tutar (TL)	3.677.863	4.374.836	5.105.742
Değişim		18,95	16,71

Bu veriler ışığında 2017 yılı için ithal ürünlerde ortalama birim fiyat: 37,72 TL'dir. İthal ilaçların kutuda pazar payı % 44,16 iken tutarda pazar payı %79,46'dır.

İlk 100 İlaçta İmal Ürünlerin Durumu:

İlk 100 ilaçta imal ürünlerin durumu			
	2015	2016	2017
Kutu (Adet)	219.206	245.597	249.646
Değişim		12,04	1,65
Tutar (TL)	903.013	1.164.702	1.461.986
Değişim		28,98	25,52

Bu veriler ışığında 2017 yılı için imal ürünlerde ortalama birim fiyat: 5,86 TL'dir. İmal ilaçların kutuda pazar payı %55,84 iken tutarda pazar payı % 20,54'tür. Bu rakamlara bakarak ithalatçıların ülkemizdeki iş hacmini incelediğimizde şunları görüyoruz:

- İthal ilaç birim fiyatı, imal ilaç birim fiyatından 6,43 kat daha pahalı.
- En çok mali yük oluşturan ilk 100 ilaç içerisinde yerli üreticinin payı sadece % 20,54.
- İmal ürünlerin kutu pazar payı (yabancı markalar dahil) ise %55,84'tür.

Bu noktada tablolara bakarak bazı detaylara da değinelim. İlk 100 ilaç imal ürünler tablosunda 2017 yılı verisinde gördüğümüz kutu sayısındaki artışta yaşanan dramatik düşüşü nasıl izah edebiliriz. 2016 yılında

verilen fiyat artışından yerli üreticiler fayda sağlamış ve tanıtım gücünü artırarak kutuda büyüme elde edebilmişti. Ancak 2017 yılında da fiyat artışı yaşandığı halde imal ilaç sektörünün kutu değişim oranı azalmıştır. Yani fiyat artışına rağmen iki yıllık süreçte hem volüm hem de tutarda pazar payı kaybı izlenmektedir.

Bunun başta gelen sebeplerinden birisi antibiyotik kullanımını kısıtlayıcı tedbirlerdir. Zira yerli ilaç üreticilerinin bu alanda yoğun bir yatırıma sahip oldukları bilinmekte idi. Ancak sadece bu olmasa gerek azalışı etkileyen faktör. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun 2017 Şubat ayında açıkladığı ve daha sonra 2017 Mart ayında IMS tarafından da raporlaştırılan "fiyat tebliği değişikliğinin yol açacağı değişiklikler"i mutlaka dikkatle okumalıyız. 2017 raporunda ne öngörüldü, Eylül 2017'de tebliğ yayını sonrası ne oldu? Rapor öngörüsü tuttu mu?

Tebliğde esas değişiklik yirmi yıllık ilaç kavramının değiştirilmesi olmuş ve bu değişimin bedelini yerli ilaç üreticilerini ödeyeceği anlaşılmıştı. Nitekim imal pazarı küçülmüş ve küçülen imal pazarının açtığı boşluğu, ithal ürünler doldurmuştur. Tablolardan çok net biçimde şu sonuç anlaşılmaktadır: Ülkemizde ithal ilaç pazarı istikrarlı olarak büyümektedir.

Kamu aklının yıllardır yerli ilaca fatura çıkarmasının doğal sonucu olarak ülkemizde imalat sanayii kan kaybetmektedir. Hemen her yılsonu bütçe aşımında özellikle SGK bürokrasisi tedbir paketini büyük oranda imalat üzerinde yoğunlaştırmıştır (Son yıllarda aynı zihniyet ile çalışan bir Sağlık Bakanlığı var). İlaç tüketiminde hekimin reçete yoğunluğunu oluşturan ucuz ilaçlara volümü düşürmek üzere tedbir alınıyor. Oysa hekimlerimizin çoğu reçetesini yazarken ilaçların mali yükünü de dikkate almaktadır, yerli üretim ilaçları tercih etmektedir. İlacın israf edildiği algısı o kadar yerleşmiştir ki, kamu yöneticilerinde volümle oynama kaçınılmaz bir refleks olmuştur. Oysa volümü yüksek ilaçlar değildir asıl gideri oluşturan.

Son olarak 2017 tebliğinin de esas etkisi ucuz ilaçlara olmuştur. Ödmeden çıkan veya çıkmak zorunda bırakılan ürünlerin yerini mutlaka daha pahalı ürünler almaktadır. Bunu toplam volümün azalmamasından rahatlıkla anlıyoruz. Hekim, ucuzu piyasada bulunmadığında hastasına mecburen eldeki mevcutlardan ilaç seçmekte, bu da doğal olarak pazarda daha pahalı hale gelen diğer ilaçlar olmaktadır.

Son Sözler

Resmi daha iyi görebilmek için ilk 100 ve ilk 500 ilaca ait 2017 pazar paylarını bir tablo halinde görelim:

2017				
	KUTU		TUTAR	
	İlk 100	İlk 500	İlk 100	İlk 500
İthal	44,16	32,58	79,46	58,13
İmal	55,84	67,26	20,54	41,87

Görüldüğü üzere tüm ilaçların yer aldığı toplam pazardan ilk 500 ilaca ve oradan da ilk 100 ilaca gidildikçe ülkemizde ilaç harcamalarımızın ithalata bağımlı bir görünüm kazanmaktadır. Bunun artık en önemli sebebi patent korumasıdır. Yeni ilaçlardaki güçlü patentler henüz yeterince gelişkin olmayan üretim gücümüzün en büyük handikabıdır. İkinci sırada gelen etken, ileri teknoloji gerektiren üretim modeline geçmekte yaşanan sorunlardır.

Kamu, ilaç harcamalarını değerlendirirken mutlaka tabloyu böyle okumak zorundadır. Defalarca kez denendiği halde volüm kontrollü bir düzenleme istenilen sonuçları üretmemektedir. Aksine istihdama darbe vurulmaktadır, vergi kaybı oluşturulmaktadır, üretime bağlı yan sanayiler (kimyasal tedarikçileri, matbaacılar, kâğıt/karton/plastik/metal kutu üreticileri, grafikerler, nakliyeciler vb.) iş kaybına uğramaktadır. Ayrıca üretimde kullanılan enerji ve su azaltmakta bunlara ödenen meblağ düşmekte total bir kamu gelir kaybı yaşanmaktadır. Diğer bir önemli husus ise bu konuyu akılcı ilaç uygulamaları kapsamında ele almak olmalıdır. Malumdur; akılcı ilaç kullanımından kasıt doğru kişiye, doğru ilacı, doğru zamanda, doğru miktarda, doğru süre vermektir. Bu kapsamı optimum koşullarda gerçekleştirebilmek için ilaç bütçesinin sürdürülebilirliği sağlayacak düzeyde belirlenmesi elzemdir. Belirlenen bütçe içinde kalabilmek uğruna tasarruf temaları belirlenirken özellikle imal ikamesinin avantajlarını kullanılmalıdır. Bu nedenle özellikle ilk jenerik ilacın pazara arzı için üreticilere üretilecek ilaç önerileri sunulmalıdır.

Özetle ülkemizin tedavi yükünü yerli ilaç üreticileri taşımaktadır. Üreticilerin desteklenmemesi durumunda ilaç giderinin ülkemiz sağlık sistemine getirdiği yük asla karşılanamayacaktır. Çözüm Ar-Ge desteğini İlk 500 ve ilk 100 içinde yer alan ve tekel konumdaki ürünlerin üretiminin teşvikine dönük olmalıdır. Üretici korunmalıdır. Her platformda yerli üreticiyi koruduğumuzu iddia ederken üreticimiz sürekli kaybeden ise sözümüz doğru değil demektir.

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde "istikrar"

Prof. Dr. Recep Öztürk



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

Tüm dünyada tıp ve sağlık bilimleri eğitimine ülkeler kendi gelecekleri için büyük önem vermekte, konuya ilişkin stratejik bir yaklaşım göstermektedir.

Tıp eğitimi; süre olarak diğer yükseköğretim alanlarına göre daha zor girilen, daha uzun süreli, daha pahalı, fedakârlık ve yaşam tarzı değişikliği gerektiren bir yükseköğretim alanıdır. Sadece mezuniyet öncesi değil, mezuniyet sonrası uzmanlık, yan dal uzmanlığı gibi ardışık süreçlere ihtiyaç duyan asgari 12-15 yıllık bir eğitimidir. Bilimsel gelişmelerin hacim ve çeşitlilik itibarıyla çok arttığı ve üretilen bilginin yarı ömrünün öncesine göre kıaldığı günümüzde; sürekli kendini güncellemek, yaşam boyu öğrenme de tıp eğitiminin olmazsa olmazıdır. Bu yazıda ülkemizde tıp fakültelerinin açılması konusu "istikrar" kapsamında irdelenecektir.

Türk Dil Kurumu istikrar kelimesine, "aynı kararda, biçimde sürme; kararlılık, denge" gibi karşılıklar vermektedir. Doğrudan insanla ilgilenen tıp eğitiminde kalite güvencesinin sağlanması her şeyden önemlidir. Bu nedenle tıp eğitimi konusunda ülkeler ve Dünya Sağlık Örgütü belli standartlar geliştirmiştir.

Tıp eğitimi; temel ve klinik bilimlerde güçlü

bir fiziksel ve teknolojik alt yapı, yeterli sayıda nitelikli akademik personel, klinik uygulamaların yapılacağı yeterli sayı ve çeşitlilikte uygulama hastanesinin varlığını gerektirir. Bu kapsamda bir eğitim, sürekli, güçlü bir organizasyon gerektiren pahalı bir eğitimidir.

Pek çok ülkede tıp eğitiminin verildiği tıp fakültelerinin belli standartları sağladıktan sonra eğitim verme yetkisi alması genel kabul görmektedir. Tıp eğitiminde sadece klinik beceriler değil, değişik alanlarda (iletişim, ekip çalışması, sağlık savunuculuğu, yöneticilik/liderlik vd.) yetkinliklerin kazanılması istenmekte ve bu yetkinlikleri kazandıracak asgari standartlar konusu geliştirilerek son 2-3 dekattır tıp eğitimi veren fakültelerin akredite olması önemsenmektedir.

Dünyada değişik ülkelerde bir tıp fakültesi-nin açılması için gereken, bölgedeki nüfus sayısı, asgari öğretim üyesi ve elemanı sayısı (temel bilim ve klinik bilimlerde), temel ve klinik bilim uygulama imkanları (laboratuvar alt yapısı ve donanımı, klinik uygulamalar için poliklinik ve kliniklerde hasta sayısı ve çeşitliliği) konusunda, eğitim-öğretimin başlangıcı ve devam eden süreçler için asgari standartlar geliştirilmiştir. Örneğin Hindistan bir yılda alınacak öğrenci sayısını dikkate alarak asgari standartlarını çok ayrıntılı şekilde

hazırlamıştır. ABD vd. bazı ülkelerde ise asgari standartlar yerine kalite standartlarının temini ve akreditasyon gerekli görülmektedir. ABD'de tıp fakültelerinin öğrenci kabul edebilmesi için akreditasyon otoritesi olan "Liasion Committee on Medical Education (LCME) tarafından onay gereklidir. ABD ve Kanada'da tıp fakülteleri beş basamaklı (1. başvuran okul, 2. aday okul, 3. ön akreditasyon, 4. geçici akreditasyon, 5. tam akreditasyon) bir akreditasyona tabi olup, ilk üç basamağı geçemeyenler öğrenci kabul edemez. Akreditasyon basamakları en az bir yıllıktır. 5. basamak tam akreditasyonu alanlar, başlangıç tarihi itibarıyla 8 yılda akredite olmuş olur. Geçici akreditasyon kazanıldıktan sonra öğrenciler tıp eğitimi 3., 4. sınıfa devam edebilir ve yeni öğrenci alınabilir. ABD'de yeni açılan bir tıp fakültesinin 6 yıllık başlangıç maliyeti 92 milyon ABD dolarıdır. Yılda 60 öğrenci alan bir tıp fakültesinde 170 öğretim üyesi ve/veya yardımcısı; 14.864 metrekare kapalı alan gerekmektedir.

Görüldüğü gibi değişik ülkelerde, asgari standartlar veya akreditasyon standartları ile tıp eğitiminin kalitesi güvence altına alınmaktadır. Ülkemizde ise bazı istisnalar dışında tıp fakültesinin eğitim öğretime başlaması ve öğretime devam edebilmesi için (tıp fakültelerinin kuruluşunda belirlenmiş asgari öğretim üyesi ve laboratuvar



imkanları için hazırlanmış standartlar) kapsamlı şekilde hazırlanmış asgari standartlar mevcut değildir.

Tıp Fakültesi Sayıları

Dünyada 2600'ü aşan tıp fakültesi vardır. Dünya genelinde yaklaşık 2.900.000 nüfusa bir tıp fakültesi düşmektedir. Ülkelerin bazılarında tıp fakültesi sayısı ve bir tıp fakültesi başına düşen nüfus aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Bir tıp fakültesi başına nüfus sayısı; Amerika ve Avustralya kıtasında 1,2 milyon, Avrupa'da 1,78 milyon, Asya'da 3,5 milyon, Afrika'da 5 milyondur. Karayip ülkelerinde ise 0,5 milyon nüfusa bir tıp fakültesi düşmektedir.

Ülkemizde de henüz faaliyette olamayanlarla birlikte tıp fakültesi sayısı 100 olup (73 devlet, 27 vakıf; 84 ü aktif), kurma izni almış yeni tıp fakülteleri mevcuttur. Bu fakültelerdeki öğrenci sayısı 75 bin; öğretim üyesi sayısı yaklaşık 13 bindir. Ülkemizde 816.948 nüfusa bir tıp fakültesi düşmektedir.

Değişik ülkelerde tıp fakültesi sayısı uzun yıllar sabit seyretmekte olup 2000'li yıllardan sonra artış hızlanmış, 2000-2014 yılları arasında %60 oranında bir artış

olmuştur. Ülkemizde 1970'de 9 olan tıp fakültesi sayısı 1980'de 19, 1990'da 25, 2000'de 47, 2008'de 66, 2018'de 100'e yükselmiştir. Gördüğü gibi özellikle 1990 sonrasında tıp fakültesi sayısında istikrar kapsamı dışına çıkan bir artış olmuştur. Bu durumda ülkemiz, nüfusa göre tıp fakültesi sayısında, Karayip ülkelerinden sonra dünyada en fazla tıp fakültesine

Tablo: Farklı Ülkelerde Tıp Fakültesi Sayıları ve Tıp Fakültesi Başına Düşen Nüfus

Ülke	Tıp Fakültesi Sayısı	Tıp Fakültesi Başına Nüfus
Hindistan	304	4.300.000
ABD	173	1.888.213
Çin	147	9.451.292
Türkiye	100	816.948
Karayip Ülkeleri	80	531.138
Pakistan	86	2.449.441
Japonya	80	1.579.046
Rusya	72	1.992.214
İtalya	43	1.406.946
Almanya	41	2.016.341
İspanya	38	1.224.974
Fransa	34	1.976.500
Birleşik Krallık	33	1.989.333
Avustralya	21	1.100.567
Polonya	19	2.022.228
Kanada	17	2.067.149
Yunanistan	7	1.538.313

ABD ve Kanada'da tıp fakülteleri beş basamaklı (1. başvuran okul, 2. aday okul, 3. ön akreditasyon, 4. geçici akreditasyon, 5. tam akreditasyon) bir akreditasyona tabi olup, ilk üç basamağı geçemeyenler öğrenci kabul edemez. Akreditasyon basamakları en az bir yıllıktır. ABD'de yeni açılan bir tıp fakültesinin 6 yıllık başlangıç maliyeti 92 milyon ABD dolarıdır. Yılda 60 öğrenci alan bir tıp fakültesinde 170 öğretim üyesi ve/veya yardımcısı; 14.864 metrekare kapalı alan gerekmektedir.



Ülkemizde 1970’de 9 olan tıp fakültesi sayısı 1980’de 19, 1990’da 25, 2000’de 47, 2008’de 66, 2018’de 100’e yükselmiştir. Görüldüğü gibi özellikle 1990 sonrasında tıp fakültesi sayısında istikrar kapsamı dışına çıkan bir artış olmuştur. Ülkemizde özellikle son 7-8 yılda vakıflar dahil tıp fakültelerinin sayısı hızla artmıştır. Ülkemizde hekim ihtiyacı öne sürülerek yeni tıp fakültesi açmak, gerekçeleri ayrıntılı tartışılarak ortak akılla karar verilen bir görüş değildir.

sahiptir. Genelde 1,5-2 milyon nüfusa hitap eder şekilde bir tıp fakültesi, yeterli sayıda hasta ve hasta çeşitliliğine imkân vermektedir. Daha küçük nüfuslara hitap edecek sayıda tıp fakültesi açılması günlük pratikte yeterli sayı ve çeşitlilikte hasta görülmesine engel olacak ve tıp eğitimi kalitesi mezuniyet öncesi ve uzmanlık döneminde olumsuz olarak etkilenecektir. Ülkemizde özellikle son 7-8 yılda vakıflar dahil tıp fakültelerinin sayısı hızla artmıştır. Bu bağlamda ülkemizde nüfus başına düşen tıp fakültesi sayısı ve tıp fakültesi sayısının artış seyrinde “istikrar” yoktur demek yanlış olmayacaktır.

Ülkemizde hekim ihtiyacı öne sürülerek yeni tıp fakültesi açmak, gerekçeleri ayrıntılı tartışılarak ortak akılla karar verilen bir görüş değildir. Kurumsallaşmış tıp fakülteleriyle değişik eğitim araştırma hastanelerinin afile edilmesi (günümüzde bu uygulamaya kısmen başlanmış durumdadır) ve bu fakültelerin ihtiyaca uygun öğrenci alması yerine, nüfus ve diğer imkanlarca uygun olmayan fakülteler açmak eğitim kalitesini değişik açılardan olumsuz etkilemektedir.

Öğretim Üyesi Sayısı Öğrenci İlişkisi

50-100 öğrenci alacak bir tıp fakültesinin en az 120-130 öğretim üyesine sahip olması ülkemizde yapılmış değerlendirmeler (Tıp Dekanlar Konseyi toplantı raporları vd.) ve değişik dünya ülkesi standartlarında görülmektedir. Bu sayıda

öğretim üyesinin %30 kadarının temel tıp bilimlerinde görev yapması önerilmektedir.

Ülkemizde toplamda 75 bin tıp öğrencisine karşılık yaklaşık 13 bin öğretim üyesinin olması öğretim üyesi başına altı (6) öğrenci düştüğü ve öğretim üyesinin yeterli olduğunu ilk bakışta gösterse bile gerçekler böyle değildir. Temel bilim alanı başta olmak üzere özellikle yeni açılan tıp fakültelerinde değişik alanlarda öğretim elemanı/üyesi eksikliği olduğu bilinen bir durumdur. Eski tıp fakültelerinde klinik bilimlerde yeterli sayıda öğretim üyesi varlığı gözükmeyle birlikte bir kısmının mesai sonrası da olsa üniversite dışında çalışması, diğerlerinin “performans hak edışı” için rutin hasta bakım ve girişim işleriyle uğraşması nedeniyle eğitimde beklenen verimlilik alınamamaktadır. Her yeni açılan tıp fakültesi, öğretim üyesi ihtiyacını diğer fakültelerden temin etmekte, kendileri öğretim üyesi açısından istikrara kavuşamadıkları gibi diğer fakültelerin istikrarını da olumsuz etkilemektedirler.

Diğer yükseköğretim alanlarında olduğu gibi tıpta da öğrenci merkezli yeterliliklere dayalı eğitime geçilmiştir. Yeterliliklere dayalı eğitim-öğretimin amfilerde yapılabilmesi mümkün değildir.

Değişik ülke standartlarına bakıldığında eğitim ve öğretimde 15-20’yi aşmayan küçük gruplar halinde ders yapılması, probleme dayalı öğretim gruplarında 10-12, beceri laboratuvarlarında

klirik eğitimde 10, yatak başı klinik uygulamalarda 8 kişiyi aşmayan gruplar önerilmektedir. Öğretim üyesi - öğrenci oranının ideal olarak 1/3-1/5 arasında olması; her stajyer veya intörn öğrenciye 3-5 hasta yatağı sorumluluğu verilmesi değişik ülke standartlarında mevcuttur. Üniversite sıralamalarında üstlerde yer alan üniversitelerde gerek tıp fakültesi gerekse de diğer bölümlerde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının düşük (0,6-7,1) olması dikkat çekmektedir.

Sadece eğitim-öğretim değil, ölçme-değerlendirme süreçleri için de öğretim elamanı gücüne uygun öğrenci ve alt yapı imkanları gereklidir. Sadece bilgi değil, beceri ve tutum kazanıldığını gösterebilmek, çoktan seçmeli testler, yazılı veya sözlü sınavlarla tek başına sağlanamaz. Ulusal Çekirdek Eğitim Programında (ÇEP) 50 konuda TT (tanı koyar, tedavi eder), 65 konuda 4 düzeyinde (karmaşık durumlar dahil uygulamayı yapar) girişimsel yetkinlik kazandırılması istenmektedir. Bu yeterlilikleri ortaya koyacak klinik akıl yürütme sınavı (CORE), nesnel yapılandırılmış klinik ve laboratuvar sınavları (OSCE/OSPE), mini klinik sınav, 360 derece değerlendirme, portfolyo vd. ölçme-değerlendirme yöntemlerine ihtiyaç vardır.

Ülkemizde bahse konu küçük gruplarla değişik eğitim-öğretim yöntemleri ve yeterlilikleri nesnel olarak değerlendirecek uygun ölçme ve değerlendirme metotlarının hangi oranda uygulandığına dair ülkemizi temsil edecek bir çalışma olmamakla birlikte fakülte YÖKSİS verileri, fakülte web sayfalarından edindiğimiz izlenimler, kişisel görüşmelerle ve gözlemlerle elde ettiğimiz bilgiler bu alanlarda ciddi sorunların olduğunu göstermektedir.

Bu kapsamda cevabı verilmesi gereken iki soruya yetinelim: Ülkemizde kaç tıp fakültesi her stajda stajyer ve intörnlerine 3-5 yatak sorumluluğu verebilmekte, sadece 3. düzey değil 1.-2. düzey hasta izleyebilme imkânı sunmakta, küçük gruplara eğitimi değişik eğitim-öğretim yöntemleri ile verip, çoklu sınav çeşidiyle ölçme-değerlendirme yapabilmektedir? Temel tıp bilimleri uygulamalı eğitiminde yeterliliklere uygun bir eğitim imkânı ve uygun ölçme değerlendirme kaç tıp fakültesinde yapılabilmektedir? Bütün bu sorulara olumlu cevap veremediğimiz sürece ülkemizde tıp eğitiminde gerek fakülte sayısı gerek öğrenci kontenjanı sayısı kararlarının istikrarlı bir şekilde

alındığını söyleyemeyiz. Yukarıda ele aldığımız başlıklarda ülke çapında inceleme, değerlendirme ve araştırmaların yapılması zorunludur.

Tıp eğitiminde mezuniyet öncesi, uzmanlık ve sürekli eğitimde ciddi sorunlar yaşanmaktadır. ABD'de 1910 yılında Flexner tarafından yapılan çalışmanın benzerinin ülkemizde yapılması gerektiğini ifade etmek acımasız bir hüküm olmasa gerektir. Ülkemizde tıp eğitiminde değişik açılardan standartların sağlanamadığı konusunda TBMM Tıp Eğitimi Raporu öncesinde ve sonrasında değişik görüşler ortaya konulmuştur. Bütün bu görüşlere rağmen ne yazık ki tüm ülke düzeyinde uygulanacak kapsamlı asgari standartlar henüz mevcut değildir.

Yükseköğretim diğer alanlarıyla birlikte tıp fakültesi kurma, öğrenci alma, eğitime devam etme, uzmanlık ve doktora eğitime başlama kapsamında insan gücü, fiziki ve teknolojik alt yapı, eğitim-öğretim, ölçme-değerlendirme konularında asgari standartlar mutlaka belirlenmeli, asgari standartları sağlayamayan hiçbir kuruma tıp eğitimi yetkisi verilmemeli, standartlara uyum yeterliliğini kaybetmiş tıp fakültelerinin eğitim yetkisi kaldırılmalıdır. Tıp eğitiminde kalite güvencesi ve istikrarın sağlanması için başka bir yol gözükmemektedir.

Kaynaklar

A View of the World's Medical Schools <http://www.iaomc.org/WHOREPTMedSchools.pdf> (Erişim Tarihi: 21.06.2018)

Bin Abdulrahman KA, Saleh F. Steps towards establishing a new medical college in the Kingdom of Saudi Arabia: an insight into medical education in the Kingdom. *BMC Medical Education*. 2015; 15:85.

Boelen C, Boyer MH. A View of the World's Medical Schools Defining New Roles <http://www.iaomc.org/WHOREPTMedSchools.pdf> (erişim tarihi: 22.06.2018)

Core Committee, Institute For International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education, *Medical Teacher*, Vol. 24, No. 2, 2002, pp. 130–135 (http://168.100.10.20/sys/gmer_2002.pdf)

Duvivier RJ, Boulet JR, Opalek A, van Zanten M, Norcini J. Overview of the world's medical schools: an update. *Med Educ*. 2014; 48:860-9.

Güven M, Poyrazoğlu H. Tıp eğitiminin sorunlarına tıp fakültesi dekanlarının bakışı. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD)*, 2013;27:72-75 <https://meded.hms.harvard.edu/admissions-technical-standards> (Erişim Tarihi: 20.06.2018)

Minimum Standard Requirements For The Medical College For 100 Admissions Annually Regulations,

1999. <https://www.mciindia.org/CMS/wp-content/uploads/2017/10/Minimum-Standard-Requirements-for-100-Admissions.pdf> (Erişim Tarihi: 25.06.2018)

Mohamed M. Ensuring the Standard of Medical Graduates in Malaysia. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS*. 2008; 15:1-3.

National Training & Quality Assurance Standards For Medical Schools & Teaching Hospitals In Kenya <http://medicalboard.co.ke/resources/Gdlsn-for-Medical-Schools.pdf> (Erişim Tarihi: 25.06.2018)

Questionnaire for accreditation as "Teaching Hospital" or clinical training site in Hungarian medical education http://web.mab.hu/mab/doc/emlekeztetok/101203Orvos-kulfgyakhely-minbzt_M.doc (Erişim Tarihi: 21.06.2018)

Rigby PG, Gururaja RP. World medical schools: The sum also rises, *Journal of the Royal Society of Medicine Open*, 2017; 8: 1–6

Schwarz AW. Minimum essential requirements and standards in medical education. *Med Teach*. 2000; 22:555-9.

Sonsuz A. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin sorunları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi (SD)*, 2013; 27:54-59

Standards for Accreditation of Medical Schools 2017. <http://sudmc.org/images/books/Standards-for-Accreditation.pdf> (Erişim Tarihi: 23.06.2018)

Şahin H, Özcan Z, Gürpınar E: Abraham Flexner'i doğru anlamak. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2011;30: 60-71.

TBMM. Tıp Eğitimi Meclis Araştırma Komisyonu Raporu. 1991; 810/64

WFME Standards. <http://wfme.org/standards/> (Erişim Tarihi: 23.06.2018)

Tsinuel G, Tsedeke A, Matthias S, et al. Establishing Medical Schools in Limited Resource Settings. *Ethiop J Health Sci*. 2016; 26:277-84

WHO. Guidelines for Accreditation of Medical Schools in Countries of the South-East Asia Region. http://apps.who.int/PDS_DOCS/B4299.pdf (Erişim Tarihi: 23.06.2018)

WHO-WFME. Accreditation of medical education institutions. http://www.who.int/hrh/documents/WFME_report.pdf (Erişim Tarihi: 23.06.2018)

Wikipedia. List of medical schools in Europe https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_medical_schools_in_Europe (Erişim Tarihi: 23.06.2018)

Wikiwand. Nüfuslarına göre ülkeler listesi http://www.wikiwand.com/tr/N%C3%BCfuslar%C4%B1na_g%C3%B6re_%C3%BClkeler_listesi (Erişim Tarihi: 23.06.2018)

www.lcme.org/newsschoolguide.pdf (Erişim Tarihi: 29.06.2018)

www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=%C4%B0ST%C4%B0KRAR (Erişim Tarihi: 17.06.2018)

www.timeshighereducation.com/student/news/top-100-universities-best-student-staff-ratio (Erişim Tarihi: 25.06.2018)

www.wfme.org/home/projects/criteria-for-a-new-medical-school/ (Erişim Tarihi: 18.06.2018)

www.wpro.who.int/publications/docs/Guidelines_Quality_Assurance.pdf (Erişim Tarihi: 23.06.2018)

Tıpta uzmanlık eğitiminde istikrar

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı



1959 yılında Rize’de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Samsun’da tamamladı. 1982 yılında İstanbul Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1988 yılına Üroloji uzmanlığının ardından 1993 yılında Vakıf Gureba Hastanesinde doçent, 1999 yılında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesinde profesör oldu. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı yaptı. Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Adli Tıp Kurumu Üyeliği görevlerini yürütmektedir.

Tıpta uzmanlık eğitimi kural- ları 1929 yılından itibaren yayımlanan nizamname, tüzük ve yönetmeliklerle belirlenmiştir. Bu mevzuatlar incelendiğinde eğitimin gelişimi ve istikrarı hakkında önemli bilgiler edinebilmekteyiz. Tıpta uzmanlık hakkında ilk mevzuat, 14 Nisan 1928 tarihli 863 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren 1219 sayılı Tababet ve Şu’abatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’un 9. maddesinde yer almıştır. Bu maddede “İhtisas vesikalarının sureti-ahzı ve bu hususta meri olması lâzım gelen kavait işbu kanunun tarihi meriyetinden sonra Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâletince tanzim edilecek bir nizamname ile tayin olunur” denmektedir. 1929 yılındaki Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname- de tıpta uzmanlık alanlarının neler olduğu ve eğitim süreleri tanımlanmakta, eğitim sürelerini tamamlayanların ve yapılacak sınavlarda başarılı olanların uzman ol- cağı belirtilmektedir. Öğrencilerin nasıl seçileceği, müfredat, eğitim yöntemleri, eğitici ve eğitim kurumlarının standartları gibi konuların, daha sonraki mevzuat- larda tedricen yer aldığını görmekteyiz.

Tıpta uzmanlık eğitiminin tanımı 1976 ve 1981 yıllarındaki yönetmeliklerde detaylı bir şekilde yapılmış ve çerçevesi çizilmiştir. İlk tanımda “Tıp bilimleri dallarında 1750 sayılı Üniversiteler Kanunu ve Tababet Uzmanlık Tüzüğü hükümlerine göre bir öğretici ve eğitici yönetiminde

bilgi ve görgüsünü artırarak o bilim dalında bağımsız olarak uygulamalarda bulunmak, karar verebilmek ve sanatını icra edebilmek yeteneğini kazandıran fakülte eğitimi üstünde yapılan eğitim şeklidir” denmektedir. İkincisinde tıpta uzmanlık “Sağlık ve Sosyal Yardım Ba- kanlığı tarafından düzenlenen esaslara göre yürütülen ve tıp doktorlarına belirli alanlarda özel yetenek ve yetki sağla- mayı amaçlayan bir yükseköğretimdir” şeklinde tanımlanmıştır. Bu yazıda tıpta uzmanlık eğitiminde öğrencilerin seçimi, müfredat, eğitici özellikleri, eğitim ortamı, eğitimi takip, tez ve ölçme değerlendir- me konuları mevzuat ve uygulamalar yönünden değerlendirilmiştir.

Öğrenci Seçimi

Konu hakkındaki Cumhuriyet tarihindeki ilk belge olan, 1929 tarihli Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamnamede tıpta uzmanlık eğitimi için öğrencilerin nasıl seçileceği konusuna değinilme- miştir. Kliniklerde belli sürelerde çalışmış olup sonrasında kurulan jürilerce yapılan sınavlarda başarılı olanlara uzmanlık bel- geleri verilmiştir. Asistan olma şartlarını ilk defa 1947 yılındaki tüzükte görmekteyiz. Burada asistan olabilmek için, “Memurlar Kanununda memur olabilmek için kabul edilen şartları haiz bulunmak, yabancı bilim dillerinden İngilizce, Fransızca, Almanca veya İtalyancadan birini, tababete ait kitap ve yayımları kolayca okuyup anlayacak ve Türkçeye çevirecek derecede bilmek ve bunun için yapılacak

yabancı dil imtihanını başarı ile vermek ve yapılacak müsabaka imtihanında başarı göstermek” şartları sayılmıştır. 1956 ve 1962 yılındaki düzenlemeler- de de benzer şartların korunduğunu görmekteyiz. 1973 ve 1974 yıllarındaki mevzuatlarda, “Asistanlığa giriş sınavları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca yılda en az bir defa olmak üzere yapılır. Tıp fakülteleri, dış hekimliği fakülteleri ve Gülhane Askerî Tıp Akademisi ise giriş sınavlarını özel mevzuatına göre ve kendi kurumlarında yaparlar” denmektedir.

Üniversitelerin uzmanlık öğrencilerini kendi usullerine göre seçmeleri yıllarca tartışma konusu olmuştur. Üniversiteler- de uzmanlık eğitimi yapabilmek için ya güçlü bir referansa sahip olmak ya da uzun yılları alan gönüllü asistanlık yap- mak gerekmekteydi. Yine bu dönemde Sağlık Bakanlığının yaptığı sınavlarda alınan puanlara, varsa adayın sosya- lizasyon puanları (Anadolu’da çalışma karşılığında verilen puanlar) eklenmek- teydi. Bakanlık kadrolarına atanmada kullanılan sosyalizasyon puanı bir yönü ile Anadolu’da çalışmayı teşvik ederken bir yönüyle de ile bilgiyi değersizleştir- mekteydi. 1987 yılında tıpta uzmanlık eğitim için seçilecek adayların sınavları ve bu sınav sonuçlarına göre seçme işlemleri Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından merkezi bir sistemle yürütülmeye başlanması öğrenci seçimlerinde adaleti sağlamıştır. Halen devam eden TUS sınavları tıp eğitimini olumsuz etkilemesine rağmen



eşitlik sağlaması nedeniyle genel kabul görmekte, iyileştirmesi için çalışmalar yapılmaktadır.

Müfredat

İlk defa 2002 yılında müfredat konusunda "Uzmanlık dalları eğitim ve müfredat komisyonları" başlığında hükümleri görmektedir. "Tıbbi uygulama ve teknolojiye gelişmeleri de göz önünde bulundurarak ilgili uzmanlık dalının eğitim müfredatı, plan, program ve uygulama esaslarını, uzmanlık eğitimi görenlerin ve eğitim sorumlularının en az yapmaları gereken ameliyatlara ile mesleki uygulama ve bilimsel çalışmalarının kapsamını belirlemek, tıbbi uygulama ve teknolojiye gelişmeleri de göz önünde bulundurarak uzmanlık ana dallarının rotasyonlarını belirlemek" görevleri olan müfredat komisyonları oluşturulmuş ve uzun yıllar çalışmamalarını devam ettirmişlerdir. 2009 ve 2014 yıllarındaki mevzuatlarda da yerini alan müfredat komisyonları son yıllarda uzmanlık alanlarının müfredatlarını belirleyebilmişlerdir.

Uzmanlık dallarının etkinlik alanlarını genişletmek için yapılan tartışmalar müfredat komisyonlarının ve tıpta uzmanlık kurullarının önemli gündem maddesini oluşturmuştur. Müfredatın eğitim bilimi açısından tartışılabilir yönleri

olmasına rağmen, neticede uzmanlık eğitim müfredatlarının hazırlanabilmiş olması önemli bir gelişmedir. Tıpta uzmanlık eğitiminde müfredatın hem eğiticiler hem de öğrenciler tarafından farkındalığı düşük kalmıştır. Kliniğin hasta portföyü ve eğiticilerin ilgi alanları, eğitimin konularını belirlemiş halen de bu durum birçok klinikte devam etmektedir.

Eğitici Özellikleri

Uzmanlık eğitiminin sorumluları ve eğiticilerle ilgili müderris, profesör, öğretim üyesi, klinik şefi, şef yardımcısı, baş asistan, eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, program yöneticisi gibi tanımlamalar yapılmıştır. Hem üniversitelerde hem de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde eğitici olabilmek şartları konusunda detaylı açıklamalar mevcuttur. Uzmanlık eğitiminde şeflik sistemi uzun yıllar yürürlükte kalmış, eğitimin temel direklerinden biri olmuştur. 1974 yılındaki mevzuatta şef olabilmek için ilgili dalda 10 yıl çalışmış veya 5 yıl şef yardımcılığı yapmış olmak ve ayrıca Bakanlıkça kurulan jürilerce oluşturulan sınavlarda başarılı olmak gerekmektedir. Keza şef yardımcısı ve başasistan olabilmek için de sıkı kuralları belirlenmiştir.

2002 ve 2009 yılındaki mevzuatlarda eğitim sorumluları tanımı getirilmiştir.

Şeflik sisteminde çok saygın bilim insanları yıllarca öğrenci yetiştirmişlerdir. Zaman içinde, muayenehane ve klinik arasındaki ilişkilerde olumsuz örnekler, ulaşılamaz, buyurgan, dediği kural olan şefler nedeniyle sistem tartışılmaya başlanmış hatta bir dönem "şeflerin hegemonyası kırılmalıdır" sözleri kullanılır olmuştur. Nihayetinde 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile şeflik sistemi kaldırılmış, yerine eğitim sorumluları unvanı tanımlanmıştır.



2002 yılındaki yeterlilik sınavı sınırlı kalmış ve daha sonra terk edilmiştir. Daha sonraki mevzuatlarda söz edilmemiştir. Eğitim sırasında veya sonunda teorik sınavlar (kuramsal sınavlar, yeterlik sınavları) program yöneticilerinin bireysel gayretleri ve uzmanlık derneklerinin yaptığı sınavlarla devam etmiştir.

Buna göre, “uzmanlık eğitiminden, tıp veya diş hekimliği fakültelerinde 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu hükümlerine göre profesör ve doçent olanlar ile en az 3 yıllık uzman olan yardımcı doçentler, uzmanlık eğitimi vermeye yetkili kılınan diğer kurumlarda ise yönetmelikte belirtilen usul ve esaslara göre klinik veya laboratuvar şefi ya da şef yardımcısı olanlar sorumludur” denmektedir.

Şeflik sisteminde çok saygın bilim insanları yıllarca öğrenci yetiştirmişlerdir. Sonraki yıllarda siyasetin eğitime müdahale olarak algılanan, sağlık bakanlarına profesör ve doçent unvanı olan öğretim üyelerini sınavsız şef, şef yardımcısı ataması tartışma konusu olsa da sistem başarılı bir şekilde işlemiştir. Şefin atanmasında hastane yönetiminin etkisiz olması, görevlerine ve görev yerlerine müdahale edilememesi nedeniyle şefliğin gücünü artırmıştır. Zaman içinde, muayenehane ve klinik arasındaki

ilişkilerde olumsuz örnekler, ulaşılamaz, buyurgan, dediği kural olan şefler nedeniyle sistem tartışılmaya başlanmış hatta bir dönem “şeflerin hegemonyası kırılmalıdır” sözleri kullanılır olmuştur. Nihayetinde 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile şeflik sistemi kaldırılmış, yerine eğitim sorumluları unvanı tanımlanmıştır. Daha sonra da program yöneticisi tanımı getirilmiştir. Öte yandan eğitimcilerin birçok özelliği tanımlanmış ve atanma şartları belirlenmiş olmasına rağmen eğitimcilerin eğitimcilik konusunda yetkinliklerinin neler olması gerektiği hakkında kriterler belirlenebilmiş değildir.

Eğitim Ortamı

Üniversitelerde eğitimi yönetmek üzere anabilim dalı akademik kurulları ve fakülte kurulları YÖK Kanununda tanımlanmıştır. Ancak eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik akademik kurulu veya benzeri bir yapı mevcut değildir. İlk defa 1974 yılındaki mevzuatta eğitim ve araştırma hastanelerinde bilimsel konsey ve eğitim planlama ve koordinasyon kurulu tanımlanmıştır. Bu iki yapıyı fakülte kurulları ve fakülte yönetim kurullarına benzetebiliriz. Eğitim ve araştırma hastanelerinde, üniversitelerde olduğu gibi anabilim dalı akademik kuruluna benzer bir yapılanma mevcut değildir. Bu eksiklik üniversiteler ile eğitim ve araştırma hastanelerinin ortak kullanımının başlaması ile giderilmiştir.

1974 yılındaki mevzuatla eğitim ve araştırma hastanelerinde hangi eğitim kadrolarının olması gerektiği, kliniklerin asistan kapasitesi, eğitim birimlerinde en az bulundurulması gereken cihaz, malzeme, eğitim araç ve gereç listeleri, gerekli laboratuvarlar belirlenmiştir. 1974 yılında Bakanlık tarafından kurumlarda inceleme ve değerlendirme grubu oluşturulmuş ve

görevleri tanımlanmıştır. 2002 yılında bu grup eğitim kurumlarını değerlendirme komisyonu adını almıştır. Komisyon tarafından yapılan denetlemeler sonucunda eğitim yetkisinin verilmesine veya kaldırılmasına ilişkin kararlar tıpta uzmanlık kurulu yetkisine verilmiştir.

Eğitimi Takip

Uzmanlık eğitiminde eğitim süreçlerinin nasıl olması gerektiği, eğitim yöntemleri, eğitimin nasıl takip edileceği Cumhuriyetin ilk dönemlerindeki mevzuatlarda yer almamıştır. 1947 yılındaki mevzuatta “Hastane ve kurumlarda, servis ve laboratuvar şefleri tarafından, servis ve laboratuvarlarda çalışan asistanların, görevlerine bağlılık, çalışma, mesleki bilgi ve teknik yetenekleri karakter durumları hakkında, altı ayda bir, hastane baştabiplerine veya kurum müdürlerine, gizli olarak birer not verilir. Bu notlara, hastane baştabipleri veya kurum müdürleri tarafından da kendi mütalâa ve kanaatları eklenerek Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına gönderilir. Bakanlık, bu notlara göre ilgililere gereken ihtarda bulunur ve iki devrelilik notlar üzerine de lüzum gördüğü takdirde, ilgililerin görevlerine nihayet verir” hükmü sonraki mevzuatlarda da hemen hemen benzer cümlelerle yerini almıştır. Bu altı aylık kanaat notları uygulanmış ve halen uygulamaya devam etmektedir.

2009 yılında “Eğitimin takip ve değerlendirilmesi” başlığında eğitimi takip konusu detaylandırılmıştır. Bu mevzuatta her uzmanlık öğrencisine bir rehber eğitim sorumlusu tayini, eğitim kurumlarının yeni başlayan uzmanlık öğrencisine, kuruma adaptasyon için kurumu tanıtıcı bilgiler verilmesi, kanuni sorumlulukları, mesleki gelişimi, iletişim ve deontoloji ile ilgili uyum programları düzenlemesi gerektiği belirtilmiştir.

2009 yılında uzmanlık eğitiminin takibi ve değerlendirilmesinin Bakanlık bünyesinde elektronik ağ ortamı kullanılarak kurulan uzmanlık eğitimi takip sistemi çerçevesinde yapılacağı hükümleri yenilikler olarak görülmektedir. Uzmanlık eğitimi takip sisteminin özellikleri 2014 yılında daha da detaylandırılmıştır. Çeşitli ve genişletilmiş eğitim müfredatı, uzmanlık eğitimi karnesi, birim sorumlusu kanaati, tez çalışmasının takibi, uzmanlık öğrencisi kanaati, uzmanlık eğitimi süresi ve denetim formu gibi çok önemli eğitim parametrelerinin yer alacağı uzmanlık

eğitim takip sistemi maalesef günümüze kadar hazırlanamamış ve uygulamaya konulamamıştır.

Tez

Tıpta uzmanlık eğitiminde tez konusu 1947 yılında yayımlanan mevzuatta yerini almıştır. Bu mevzuatta asistanlık süresini bitirenler, çalıştıkları kollara ait bir konu üzerinde bir tez hazırlarlar, jüri heyetlerince tezleri kabul edilenler uzmanlık imtihanlarına girerler denmektedir. 1956, 1962, 1973 ve 1974 yıllarındaki mevzuatlarda da tezlerin asistanlık müddetlerinin son yarısından itibaren hazırlamaya başlayacakları, tezlerin kabulü için asistanın çalıştığı servis şefi de dâhil olmak üzere üç kişilik bir jüri teşkil edileceği belirtilmektedir. 2009 yılındaki mevzuatta “Tez konusu, kurumların akademik kurulları tarafından belirlenen tez konuları arasında uzmanlık öğrencisi talebi dikkate alınarak uzmanlık öğrencisinin eğitim sorumlusu tarafından seçilir ve ana dallar için uzmanlık eğitimi süresinin ilk yarısı içinde, yan dallar için ilk altı ayı içinde uzmanlık öğrencisine yazılı olarak bildirilir ve birim sorumlusu tarafından kendisine bir tez danışmanı tayin edilir” denilmektedir.

1947’den bu yana her uzmanlık öğrencisi tez hazırlamaktadır. Günümüzde Türkiye’de yılda yaklaşık 5000 uzmanlık tezi üretilmektedir. Ancak tezlerdeki kalite ve yayımlanma oranlarının düşüklüğü sorunu giderilememiştir. Tezlerin bu durumu uzmanlık eğitiminde tezlerin gereksizliği tartışmalarını gündeme getirmiştir. Bu düşünce ile 2014 yılında yayınlanan yönetmelikte yan dal uzmanlık eğitiminde tez hazırlama zorunluğu kaldırılmıştır. Tezlerdeki kalite düşüklüğünün sebepleri üzerinde çok sayıda çalışma ve çalıştay yapılmıştır. Sorunun mevzuattaki bir eksiklikle ilişkilendirilebilecek bir yanı yoktur. Tersine mevzuat teze ilgili tüm süreçlerde istikrarlı bir şekilde geliştirilmiştir. Ancak mevzuattaki kurallara uyum hep sorunlu olmuştur. Tez konularının zamanında verilmeyişi, tez danışmanlığının yeterince önemsenmemesi, tez süreçlerinin yeterince takip edilmeyişi, tez konusu seçimi ve onay mekanizmalarının yeterli kalitede işlememesi ve sağlık hizmeti yükünün fazlalığı gibi nedenler tezlerin kalitesi azaltıcı faktörler olarak öne sürülmektedir.

Ölçme ve Değerlendirme

1929 yılındaki ilk mevzuatta uzmanlık

için gerekli süreleri tamamlayanların sınavlara alınacağından bahsedilmekte; “imtihanlar tıp fakültesinde namzedin devam ettiği şube müderrisi veya muallimi ile fakülte meclisi tarafından müntahap diğer iki müderristen mürekkep bir jüri huzurunda icra edilir. Sıhhat ve İçtimaî Muavenet Vekâleti tarafından tayin ve ilân edilecek diğer müessesatta imtihan o müesseselere mensup seririyat veya laboratuvar şefleri arasından intihap ve vekâletçe tasvip edilen bir jüri heyeti tarafından yapılır. İmtihanlar nazarı ve ame’î olup nazarı imtihanlar tahriridir” denmektedir. Daha sonraki mevzuatlarda da uzmanlık eğitimi bitirme sınavları nasıl yapılacağı, jürinin nasıl oluşacağı, nasıl raporlanacağı belirtilmiştir. Genel olarak bakıldığında uzmanlık eğitiminde ölçme değerlendirme uzmanlık eğitimi bitirme sınavı ile sınırlı kalmıştır. Halen de büyük ölçüde bu şekildedir. Bu sınavlar da program yöneticisinin kanaati doğrultusunda şekillenmiş, jürilerde hocasının uygun dediği hemen hiçbir öğrenci başarısız olmamıştır. Neticede uzmanlık eğitimi bitirme sınavı saygınlığını yitirmiş, törensel bir uygulama halini almıştır. Ölçme ve değerlendirmenin süre sonunda yapılan bitirme sınavı ile sınırlı kalması, aslında mevzuatlardaki eksikliklerden kaynaklanmamaktadır.

2002 yılındaki tüzük, tıpta uzmanlık eğitiminde önemli iki ölçme değerlendirme yöntemini gündeme almıştır. Bunlardan biri yeterlik sınavı, diğeri karnedir. Yeterlik sınavı ile ilgili madde “Yeterlik sınavı, asistanın eğitim süresinin son yılı içerisinde gireceği merkezi sınavdır. Bu sınav, Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi tarafından yılda en fazla üç kez ilgili uzmanlık dalı bilgilerini kapsayacak biçimde ve test usulü ile yapılır. Bu sınavda başarılı sayılmak için yüz üzerinden en az yetmiş puan almış olmak şarttır. Yeterlik sınavında başarı gösteremeyenler birbirini izleyen sonraki iki dönemde açılacak yeterlik sınavında da başarı gösteremezlerse, asistanlıkla ilişkileri kesilir” maddesi ile detaylandırılmıştır. Karne ile ilgili olarak, “Asistanlığa başladıklarında her asistana bir karne verilir. Bu karneye asistanın yaptığı teorik ve pratik tüm etkinlikler yazılarak eğitim sorumlusu ve kurum amiri tarafından onanır. Asistanlar bu karneleri uzmanlık giriş sınavından önce uzmanlık sınav jürisine verirler. Karne sınavdan sonra asistana iade edilir. Asistan değerlendirme formu ile asistan karnesinin şekli, kapsamı, kullanılması ve ilgili diğer hususlar yönetmelikle düzenle-

nir” maddesi ölçme ve değerlendirmenin kalitesini artırmaktaydı.

2009 ve 2014 yıllarındaki mevzuatlarda uzmanlık eğitiminin tamamlanması uzmanlık eğitimi bitirme sınavı başlığında süreç detaylandırılmıştır. “Tezi kabul edilen, uzmanlık eğitimi süresini ve rotasyonlarını tamamlayan, uzmanlık eğitimi karnesinin çekirdek eğitim müfredatını belirleyen kısmı ilgili birim sorumlusu tarafından onaylanan uzmanlık öğrencileri, uzmanlık eğitimi bitirme sınavına girmeye hak kazanır” denilmektedir. 2002 yılındaki yeterlilik sınavı sınırlı kalmış ve daha sonra terk edilmiştir. Daha sonraki mevzuatlarda söz edilmemiştir. Eğitim sırasında veya sonunda teorik sınavlar (kuramsal sınavlar, yeterlik sınavları) program yöneticilerinin bireysel gayretleri ve uzmanlık derneklerinin yaptığı sınavlarla devam etmiştir. Kuralları belirlenmiş ve yaptırımı olan teorik sınavların yapılmaması eğitim bilim açısından önemli bir eksiklik olarak kabul edilmelidir. Karne 2009 ve 2014 yıllarındaki mevzuatlarda da yer almıştır. Hatta bu yıllarda karnenin uzmanlık eğitimi takip sisteminde (UETS) olacağı belirtilmiştir. Bu hükümlere rağmen, uzmanlık eğitim karnesi uygulamada hak ettiği yeri alamamıştır. Halen karnesi olmayan öğrenciler de uzmanlık eğitimi bitirme sınavlarına girebilmektedirler.

Kaynaklar

3 Şubat 1987 Tarih ve 19361 Sayılı Tıpta Uzmanlık Eğitimi İçin Öğrenci Seçme Sınavları Hakkındaki Yönetmelik

5 Mayıs 1973 Tarih ve 6229 Sayılı Tababet Uzmanlık Tüzüğü

6 Eylül 1962 Tarih ve 11199 Sayılı Tababet Uzmanlık Tüzüğü

9 Ağustos 1947 Tarih ve 6680 Sayılı Tababet Uzmanlık Belgeleri Hakkında Tüzük

14 Haziran 1961 Tarih ve 10828 Sayılı Tababet İhtisas Tüzüğü

18 Temmuz 2009 Tarih 27292 Sayılı Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği

19 Haziran 2002 Tarih ve 24790 Sayılı Tıpta Uzmanlık Tüzüğü

20 Ocak 1956 Tarih ve 13426 Sayılı Tababet İhtisas Nizamnamesi

22 Mayıs 1974 Tarih ve 14893 Sayılı Tababet Uzmanlık Yönetmeliği

26 Nisan 2014 Tarih ve 28983 Sayılı Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği

29 Haziran 1929 Tarih ve 1228 Sayılı Tababet ve İhtisas Vesikaları Hakkında Nizamname

30 Nisan 1933 Tarihli Tababet ve İhtisas ve İhtisas Vesikaları Hakkındaki 8/5/1929 Tarihli Nizamnameye Zeyledilen Nizamname

Geçmişten günümüze hastaneler

Dr. Dilek Diren



1968 yılında Konya-Ereğli'de doğdu. Selçuk Üniversitesinde aldığı Mimarlık eğitiminin ardından (1990) aynı yerde yüksek lisans ve doktora çalışmalarını tamamladı (2002). Ziraat Bankası İnşaat-Emlak Genel Müdürlüğünde, Sanayi ve Ticaret Bakanlığında görevler yaptı. Halen Gümrük ve Ticaret Bakanlığı İstanbul Ticaret İl Müdürlüğünde çalışan Diren aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesinde Sağlık Yapıları dersi vermektedir.

Günümüz toplumlarında en sorunlu alanlardan biri de sağlıktır. Özellikle kalabalık kentlerde ve metropollerde bireyler hava kirliliği, trafik, iş yaşamı gibi nedenlerle yoğun stres altında yaşamaktadır. Bütün bunlara hayatın koşturmacası, düzensiz ve sağlıklı beslenme, uykusuzluk gibi sebepler eklenince vücudun enerjisi düşmekte, bağışıklık sistemi zayıflamakta ve bireyler hastalıklara açık hale gelmektedir. Yine çocuk yaşta, anne karnında ya da doğumla birlikte gelen rahatsızlıklar, yaşlanmanın getirisi olan hastalıklar, yaşamın herhangi bir zaman diliminde yaşanan kaza vb. travmatik olaylar da sağlık kaybına neden olmaktadır.

Yaşanan hastalıklar insanları, sağlıklı bir birey olarak hayatını sürdürmeleri ve yaşamsal gereklilikleri yerine getirebilmeleri için çareler aramaya yönlendirmektedir. Ancak sağlık sadece fiziksel olarak yetersizliklerin yerine getirilmesi olarak algılanmamalıdır. Bireyin sağlıklı olması toplum içerisindeki rolünü fiziksel, ruhsal ve bunlara bağlı olarak sosyal açıdan yerine getirebilmesi durumudur (1). Günümüzde bireylerin doğumlarından ölümlerine kadar fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmasında hizmet veren sağlık yapılarından en kapsamlısı hastanelerdir.

Hastane Binalarının Tarihsel Gelişimi

İnsanlığın var oluş tarihine bakıldığında

antik çağdan itibaren sağlığın hayatın bir parçası olduğu ve insanların sağlıklarına kavuşma ve koruma adına birçok dini görüş ve inançların da etkisiyle tıbbi yorumlayarak sağlık amaçlı yapılar inşa ettikleri bilinmektedir. Yapılan arkeolojik bulgular ve tarihsel araştırmalar MÖ. 5. yüzyıldan itibaren Yunan mitolojisinde hekimler tanrısı olarak bilinen Asklepios adına yapılan etrafı hasta odaları ile çevrili revaklı avlulardan oluşan Asklepion'ları sağlık yapılarının ilk örnekleri olarak karşımıza çıkarmaktadır (2-3). Bilinen ilk hastane binaları diyebileceğimiz bu yapılarda hastalar şifalı otlarla, ruhsal telkinlerle, müzikle, çamurlu su banyolarıyla, tedavi edilmeye çalışılmış genellikle psikoterapi, hidroterapi ve fizik tedavi yöntemleri uygulanmıştır. Antik çağın en önemli sağlık merkezleri olan bu yapıların en önemlilerinden biri de Anadolu'da İzmir-Bergama Asklepion'udur. Bergama Asklepion'u aynı zamanda dönemin ünlü hekimlerinin yetiştiği bir tıp okulu ve dünyanın ilk psikiyatri hastanesi olarak da tarihe geçmiştir (2). Ayrıca cerrahi müdahalelerin yapıldığı hekim evleri bulunmaktaydı. Bu evlerde muayene odası, hasta odaları ve ameliyathane için ayrı mekânların bulunduğu tespit edilmiştir (2-3-4).

İlerleyen zaman içerisinde tıpta ve tedavi biçimindeki değişimler Anadolu sağlık yapılarının da değişmesine sebep olmuştur. Selçuklu ve Osmanlı döneminde genellikle devletteki üst düzey kişilerce kurulan vakıflar tarafından geliri sağlanan; hastaların zengin, fakir, dil, din ve ırk ayrımı yapmaksızın tedavi edildiği şifahane, bimarhane, bimaristan, darüşşifa gibi isimler

altında hem halka sağlık hizmeti veren hem de hekim yetiştirilen sağlık yapıları inşa edilmiştir (5). Tedavi hizmeti vermelerinin yanında aynı zamanda tıp eğitimi vermelerinden dolayı medreselerin plan şemaları darüşşifalara da uygulanmıştır. Avlulu ve revaklı plan şemasına sahip bu yapılarda sağlık hizmeti verilmiştir (4-5-6). Darüşşifalarda bitkilerden yapılan ilaç tedavisi yanında hastaların psikolojileri de dikkate alınarak su sesi, kuş sesi, renk, koku ve müzikle tedaviler desteklenmiştir.

Anadolu'da sağlık kavramının önemsendiği bu dönemlerde Avrupa'daki ilk hastaneler din ve tıp arasında yakın ilişki buldukları için kiliseler tarafından kurulmuştur. Özellikle manastırlar hastanelerin gelişmesinde katkıda bulunmuştur. Manastır hastaneleri hastaların tedavi edilmek üzere yatırıldıkları küçük bir bölüm, bir eczane ve çoğu zaman ilaç yapımında kullanılacak bitkilerin yetiştirildiği bir bahçesi bulunan küçük ölçekli binalardı. Manastır hastanelerin ne zaman açıldıkları kesin olarak bilinmemekle beraber, Orta Çağ'ın başlangıcından beri var oldukları sanılmaktadır (7).

17. yüzyılla birlikte hastanelerin boyutları büyümüş ve avlu etrafındaki revaklı mekânlardan oluşan bir düzende gelişmiştir. Bu gelişim 1850'li yıllara kadar devam etmiştir. 1850'lerde Avrupa ve Amerika'da kıta savaşlarının çıkması, hastalıkların artması ve bulaşma tehlikesi karşısında yeni plan teklifleri gelişmiştir (4). Hastanelerde avlunun etrafındaki kolonlu kısım koridora dönüşmüş, hastalar hastalıklarına göre farklı mekânlara yerleştirilmiş, bu mekânlar

ana koridora farklı (standart, çift, radyal, koridor tip) düzenlemelerle bağlanmıştır (8).

Pavyon (koğuş) sistemi olarak adlandırılan bu planlamada, tüm hastalar yatakların pencerelere dikey olarak yan yana sıralandığı uzun bir koridorda yatmakta ve duvar yüzeylerine karşılıklı açılan pencereler sayesinde koğuşlar iki taraftan havalandırma yapılabilir bir sistemle havalandırılmaktadır. (3-4-8).

1900'lü yıllarla birlikte pavyon planlı hastanelerde personel dolaşım alanlarının uzunluğu, sterilizasyonun önemi, bina dış yüzey alanının fazla olmasının ısıtma giderlerinin artmasının yanı sıra teknolojiye gelişmelerin getirisi olarak tıbbi ekipmanların artışı ve çeşitlenmesi, değişim göstererek mono blok sisteme geçilmeye başlanmıştır. Mono blok asansörün düşey bir taşıma aracı olarak kullanılması, arsa değerlerindeki artış vb. nedenler hastane binalarının mimarisini ve biçimini etkilemiştir. Bunun sonucunda plan şemaları da sistemi ilk olarak Amerika'da ortaya çıkmış, daha sonra Avrupa'da da uygulanmış, zamanla T tipi, H tipi, Y tipi plan şemaları olarak gelişmiş ve kullanılmıştır (4-9-10).

20. yüzyılın başlarında nüfustaki hızlı artışı, kentleşme, sanayileşme, sağlık teknolojisi ve ekipmanı ile hasta tedavi ve bakım hizmetlerindeki değişimler ve gelişimler hastanelerin kapasitelerini büyütürken pavyon planlı hastaneler de yerlerini hizmete yönelik fonksiyonlarının daha net olarak ayrıldığı plan şemaları ile yatayda genişleyen düşeyde ise yükselen kütlelerden oluşan hastanelere bırakmaya başlamıştır.

Dünyada hastane mimarisindeki bu gelişim ve değişimlere paralel olarak ülkemizde de hastane mimarisi değişmiştir. 19. yy'la birlikte Osmanlı döneminde mevcut darüşşifalar varlığını devam ettirse de yeni yapılan hastane binalarında pavyon plan şemaları uygulanmıştır. 1845 yılında yapımına başlanan Bezm-i Alem Gureba-i Müslimin Hastanesi, hastane adının ilk olarak kullanılmasının yanı sıra fonksiyonların birbirinden ayrıldığı ilk pavyon planlı hastane örneklerindendir (4).

1930'lu yıllarla birlikte mono blok sistemi ülkemiz hastanelerinde de uygulansa da zaman içindeki hızlı nüfus artışı ve kentleşme ile beraber dünya hastane mimarisindeki değişim ülkemiz hastane

planlarına da yansımıştır. Aydın (2009), hastanelerde yatak kapasitesinin artmasının bölüm sayısının ve bölüm büyüklüklerinin değişmesine yol açtığını, bununda biçimsel olarak hem yatayda hem de düşeyde yoğun alanlara ihtiyaç duyulan planlama örneklerini getirdiğini belirtmiştir.

Koğuş sisteminde büyük ve fazla sayıda hastaya hizmet veren alanlarda yapılan yataklı hasta bakımı küçülerek az sayıda hasta bakımı yapılan odalara dönüşürken oda sayısı artmış ve yataklı hasta bakım üniteleri oluşmuştur. Röntgen dışında tanılamaya yönelik cihazların geliştirilerek kullanılması, daha detaylı tetkik laboratuvarlarının oluşumu ile teşhis ünitelerinin, hasta tedavi mekânlarının steril olma şartının kavranması ile yoğun bakım ünitelerinin, merkezi sterilizasyon ünitelerinin ve tıbbi tedavideki gelişmelere paralel olarak uzmanlık alanı sayısının artması sonucu da ayrı poliklinik ünitelerinin hastane planlarına eklenmesi ile hastanelerin plan şemaları değişim göstermiştir.

1960'lı yıllardan itibaren kullanıcının (hasta) alacağı hizmet türüne göre düşeyde hasta bakım üniteleri, yatay da ise poliklinik, teşhis, tedavi, acil vd. ünitelerin planlandığı büyük ölçekli hastaneler yapılmıştır. 1990'lı yıllarda ülke genelinde açılan yarışmalarla daha özgün plan şemalarına sahip, tıbbi teknolojiyi takip eden, çözümler hastane planlarında görülmeye başlanmıştır (4-7).

Mimari Planlama, programlama ve Kullanıcı (Hasta) Odaklı Tasarım

İnceoğlu'nun (1982) önceden saptanmış olan amaçlara/ihtiyaçlara erişmek için eldeki araçların/verilerin düzenlenmesi ve eylemlerin yönlendirilmesine ilişkin kararların bütünü olarak tanımladığı mimari planlama, problemleri çözmek için hazırlanan program doğrultusunda yapılan tasarımla problemin en uygun çözümünün bina (ürün) olarak somutlaştırılmasıdır.

Mimari programlama ise önceden belirlenmiş amaçlara/ihtiyaçlara erişmek için araçların düzenlenmesi ve eylemlerin yönlendirilmesine ilişkin ilk kararların verildiği bir süreçtir. Programlama süreci ile iş ve eylemler arasındaki ilişkiler, eylem diziler ve eylemlerin gerçekleştirileceği mekâna bağlı davranışlar ve bu davranışların gerçekleştirileceği mekânın niteliği irdelenmektedir. Bu noktada programlama mimari tasarımın temel unsurları ile tasarlama arasında bir geçiş, kullanıcı isteklerinin

Antik çağdan itibaren sağlığın hayatın bir parçası olduğu ve insanların sağlık amaçlı yapılar inşa ettikleri bilinmektedir. Yapılan arkeolojik bulgular ve tarihsel araştırmalar MÖ. 5. yüzyıldan itibaren Yunan mitolojisinde hekimler tanrısı olarak bilinen Asklepios adına yapılan etrafı hasta odaları ile çevrili revaklı avlulardan oluşan Asklepion'ları sağlık yapılarının ilk örnekleri olarak karşımıza çıkarmaktadır.

kullanıcı gereksinimlerine dönüştüğü bir nesnelleşme sürecidir (11).

İhtiyaçtan yola çıkılarak bina (ürün) elde etmeye yönelik olan mimari planlama sürecin de kullanıcı özellikleri ve sayısı, ihtiyaca uygun işlev, iklim, yön, arazi, malzeme-strüktür, biçim, kentsel donatılar, yasalar-yönetmelikler vb. gibi kullanılan çeşitli parametreler (12) hastane binalarının tasarımı sırasında daha da önem arz etmektedir.

Toplumdaki tüm bireylere kapsamlı bir sağlık hizmeti veren hastaneler tasarım sürecinin en başından itibaren kullanıcı sayısının fazla ve çeşitli (ayakta hasta, yatan hasta, doktorlar, idareciler, tıbbi ve teknik personel, vd.) olmasının getirisi olarak değişken kullanıcı gereksinimlerini karşılamak durumundadır. Binanın kullanıcı gereksinimlerine cevap verecek işlevler, işlevlere hizmet veren ünitelerin birbirleriyle olan ilişkileri, ünitelerde yer alacak işleve uygun teknolojik cihazlar ve bu cihazlar için gerekli donanımın yanı sıra, binanın yapılacağı çevreye ilişkin iklim, arazi, çevredeki kentsel donatılar ile sağlık yapılarına ilişkin uygulamadaki yasalar-yönetmelikler vb. gibi çeşitli parametrelerin sistemli bir şekilde programlanması ile tasarlanan karmaşık fonksiyonlu binalar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tüm dünyada sağlık hizmeti veren hastanelerde bulunması gereken asgari şartlarla ilgili yasal düzenlemeler vardır. Ülkemizde de hastanelerin işlevsel olarak taşınması gereken standartlar ve bazı mekânsal ölçütler Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmış olan çeşitli yönetmeliklerle belirlenmiştir.

Günümüzde hastane binaları genelde poliklinikler, ameliyathaneler, teşhis ve tedavi üniteleri ile hasta yataklı bakım birimlerinden oluşan sağlık hizmetleri bölümü, acil ünitesi, hasta kabul servisi, eczane, morg-otopsi ve idari hizmetlerden oluşan yardımcı sağlık hizmetleri ile hastanenin işlevini sürdürmesini sağlayan kafeterya, mutfak, çamaşırhane, dönüşüm istasyonu, depolar vb.'den oluşan hasta hizmet ve teknik servisleri içeren teknik hizmetler bölümü olmak üzere üç temel bölümden oluşmaktadır (13).

Hastanelerin mekânsal organizasyonunun zaman içerisinde gerek tıbbi uygulamalarının gerekse kullanıcı ihtiyaçlarından doğan gereksinimler ile kullanıcı beklentilerinin gelişim ve değişiminden etkilenerek farklılaştığı görülmektedir. Son yıllarda bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de hastane binalarında yıllardır süre gelen sadece hastanın iyileştirilmesini amaçlayan hasta tedavi amaçlı hastane yaklaşımı değişmeye başlamıştır. Tıbbi teknolojiye gelişmelerin yanı sıra hastanın sadece bedensel iyileştirilmesinin değil insani gereksinimleri ve insan psikolojisinin önemini iyileştirme sürecine dahil edilmesinin kavranması tedavide farklı bakış açılarının gelişmesine yol açmış, bu durumda doğal olarak hastane planlarını etkilemiştir.

Günümüzde hasta (kullanıcı) memnuniyetinin hasta üzerindeki olumlu psikolojik etkisi sonucunda mekânsal konforun ön plana çıkması ve tedavinin bir parçası olması görüşünün mimari tasarımlara yansımaları geçmişten beri süre gelen hasta bakım odaklı hastane planlamasından hasta konforu odaklı hastane planlamasına geçilmesine sebep olmuştur (9).

Hasta konforu odaklı planlanan hastanelerin tasarım sürecine hastanenin sağlık hizmetine uygun işlevsel özelliklerinin yanı sıra erişilebilirlik, doğaya yakın mekân, insani ölçülerde mekân boyutları, mekânda kullanılan renklerin ve malzemenin insan üzerindeki etkisi, doğal gün ışığı, evsel mekân hissi, hasta psikolojisi gibi yeni parametrelerin tasarım sürecine eklenmesi ile günümüz hastane tasarımlarında yeni

bir hastane planlaması anlayışı başlamıştır. Ülkemizde de gerek kamu gerek özel hastanelere ait son dönemlerde yapılan hastaneler kullanıcı konforu odaklı tasarım anlayışı ile planlanmaktadır.

Hastane binaları genelde sağlıklı bireyleri sağlıklarına kavuşturmak üzere tasarlanan binalar olmakla beraber bina sadece sağlıklı bireyler tarafından kullanılmakta, hasta bireylerin yanında gelen refakatçiler ile hastanenin tıbbi ve idari personeli tarafından da kullanılmaktadır. Yine de hastane tasarımında öncelikle sağlıklı olmayan (hasta) bireyler ve bu bireylerin ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bina bahçesinden başlayarak binaya ulaşımın (yollar, kaldırımlar, otoparklar, rampalar, vb.) bina içerisinde ünite/birimler arası bağlantıların (asansörler, merdivenler, koridorlar, rampalar vb.) erişilebilir tasarım anlayışına uygun olarak başta tekerlekli sandalye kullanan bireyler olmak üzere her tür kullanıcı tarafından kullanılabilir ve ulaşılabilir olması için TSE 9111' de belirlenmiş olan standartların tasarımlarda kullanılması gereklidir. Hastane binalarına hasta ve refakatçiler yaya, özel ya da toplu taşıma araçları ile rahat ulaşılabilir olmalıdır. Başta ambulans olmak üzere özel ya da servis araçlarının giriş-çıkışlarının sorun yaratmayacak şekilde planlanması, uygun yerlerde ve hastane kapasitesine yeter sayıda otoparkların düzenlenmesi gereklidir.

Hastaneyi oluşturan ünitelerin/bölümlerin hizmet verdikleri işleve yönelik farklılıkları ünite/birimlerin birbirleri ile olan ilişki düzeylerinde de farklılıklar yaratmaktadır. Hastanelerin bina içerisinde hem yatayda ve düşeyde hem de toprak altı ve toprak üstünde yer alması gereken ünite/bölümlerin birbirleri ile olan ilişki düzeyleri dikkate alınarak planlanması binaya işlevsellik kazandırırken birimler arası ulaşım mesafelerini kısaltarak mekânsal erişilebilirliği de sağlayacaktır.

Hastanelerde erişilebilirlikte önemli bir husus da yönlendirmedir. Bina iç ve dış mekânlarına ait yönlendirmeler görünebilir ve algılanabilir olmalıdır. Görünebilir ve algılanabilir yönlendirmeyle sirkülasyondan doğabilecek karışıklık ve yığılmalar önlenerek hastaların ünite/bimlere ulaşımının kolaylaşması hem hastanenin işlevsel olarak başarısını ortaya çıkaracak hem de kullanıcıların psikolojileri olumlu etkileneceğinden kullanıcı memnuniyetini arttıracaktır.

Hasta ve yakınlarının binaya ilk girdiği andan itibaren ürkütmeyen, sıcak, konforlu ve konuksever bir etki yaratılmasının psikolojik açıdan hastayı rahatlatıcı ve endişeyi azaltıcı etki sağlamıştır (9). Hasta konforu odaklı hastane tasarımlarında kullanıcıyı(hasta/refakatçi) ilk olarak karşılayan giriş, danışma, bekleme alanları başta olmak üzere, restoran-kafe, hol, koridor gibi ortak kullanım alanlarının kullanıcılar üzerinde yaratacağı etki günümüz hastane planlamalarında önem taşımaktadır. Kullanıcı konforu doğrultusunda giriş holle, bekleme alanları, koridorlar mekânsal olarak büyümekte, buralarda kullanılan oturma amaçlı ekipmanlarda daha ergonomik ve rahat olanlar tercih edilmektedir. Hastane kantini gibi hafif atıştırmalık yiyecekler ve dinlenme hizmeti veren alanlar da kapsamı genişletilerek büyümüş ve restoran-kafe hizmeti verecek tarzda planlanmaya başlanmıştır.

Kullanıcıların ortak kullanımına açık olan mekânların geniş ve ferah olmasının yanı sıra bu alanlarda tasarlanan büyük pencereler, tavan pencereleri vb. ile hem dış mekânlar içeriye taşınmakta hem de doğal ışık alınmaktadır. Ancak doğal ışığın yeterli olmadığı ve/veya günün farklı saatlerinde de kullanılmaları nedeniyle mekânlarda, hizmet verilen işleve uygun yapay aydınlatmalarla ortamın aydınlık düzeyi ayarlanmaktadır.

Kullanıcı (hasta) odaklı olarak yaklaşım hastane binalarında hasta bakım odaları tasarlanırken hastanın yaşam ve bakım kalitesini yükseltmesi, hastanın kendini evinde gibi hissedebilmesi adına yapılacak düzenlemeler hasta sağlığını doğrudan ve olumlu etkilemektedir (14). Hastanın kendini evinde gibi hissetmesi, mahremiyetin ve konforun sağlanması adına tek kişilik yataklı hasta bakım odaları tercih edilmeye başlanmış, bu durum hasta bakım odalarının ölçülerini büyütürken sayılarını artırmıştır. Bu tercihlerde kaçınılmaz olarak hastanelerin kullanım alanının büyümesine sebep olmaktadır. Yine hasta odalarının tıbbi bakımla ilgili yeterliliklerinin yanı sıra manzaraya yönelmesi, hastanın yattığı yerden dış dünyayı görerek algılaması, doğal ışık ve hava alabilmesi, gün ışığının mekân içerisine olumsuz açılarla ulaşmasının önlenmesi, uygun havalandırma ve iklimlendirmenin sağlanması hastanın iyileştirme süresini kısaltacağı için tasarımda kullanılan diğer bir parametre olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kullanıcı odaklı hastanelerde kullanılan diğer bir tasarım parametresi de renktir. Yapılan araştırmalarda renklerin insanlar üzerinde farklı psikolojik etkiler yarattığı tespit edilmiştir. Sıcak renkler dinamizmi, hareketi ve canlılığı çağrıştırmaktadır. Soğuk renkler ise yatıştırıcı ve dinlendiricidir güven, huzur, üretkenlik, sorumluluk, düzen, ferahlık, barış, özgürlük gibi duyguları çağrıştırmaktadır (15). Günümüz hastane mekânlarında gerek yüzeylerde gerekse kullanılan ekipman ve mobilyalarda renk kullanılması hastanelerin bilindik beyaz renkli monoton havasının giderilerek yok etmeye başlamıştır. Hastanelerde cesaret, güven, ferahlık hissini kuvvetlendiren soğuk renkler tercih edilmelidir. Ancak kullanılan renkler kroması düşük, soft olmalıdır. Kullanılan renkler arasındaki yumuşak geçişler olması, yer yer monotonluğu yok etmek adına canlı renkler de kullanılmaktadır. Mekân içerisinde doğal ve yapay ışığın doğru kullanılması ile rengin etkisi artırılarak azaltılabilmektedir. Ünite/birimleri ayrıştırmada renk kullanımı karmaşayı da önlemede, mekânsal tarifleme ve yönlendirmede yardımcı bir unsur olarak kullanılmaktadır. Kullanılan farklı renk ve özellikteki malzemelerle güvenlik, huzur, sakinlik, ferahlık, aydınlık hissi uyandıran daha insancıl bir ortam içinde hizmet verilerek hastaların psikolojik açıdan desteklenmesi hedeflenmektedir.

Günümüz hastanelerin tasarım ve planlamasında dikkat edilmesi gereken diğer bir etken ise kent içindeki konumlarıdır. Özellikle yoğun kentsel bölgeler içerisinde kalan hastanelerde hastanenin kentsel alanlardan ayrılması ve kullanıcıların kendilerini psikolojik olarak daha iyi hissetmeleri adına dış mekânlarda yapılan peyzaj düzenlemeleri ve/veya hastane içerisinde planlanan iç bahçelerle, avlularla oluşturulan yeşil dokunun kullanıldığı doğa dostu tasarımların iyileştirmedeki etkisinden yararlanılması hastane planlamalarında önemli bir tasarım unsuru olarak kullanılmaktadır.

Sonuç

Tarihte bilinen ilk sağlık amaçlı yapılardan günümüz hastanelerine gelene kadar geçen süreçte tıpta ve tıbbi uygulamalarda birçok ilerlemeler kaydedildiği görülmektedir. Zaman içerisinde teşhis-tedavi anlayışındaki gelişmeler sonucunda teşhis-tedavi biçimlerinin değişmesi ve teknolojinin getirisi olarak tıbbi teknolojik cihazların hastanelerde yer almasına pa-

ralel olarak hastane mimarisinde gelişerek değişim gösterdiği bilinmektedir. Zaman içerisinde teşhis-tedavi anlayışındaki gelişmeler teşhis-tedavi biçimlerini değiştirirken ilerleyen teknolojinin getirisi olarak tıbbi teknolojik cihazların hastanelerde yer alması hastane mimarisini etkileyerek değiştirmektedir.

Günümüz toplumlarında bireylerin hem gerekli durumlarda günün tıbbi teknoloji-den yararlanarak kapsamlı tedavi görmesi hem de mevcut sağlıklarını koruyabilmeleri hastanelerde mümkün olmaktadır. Ancak karmaşık fonksiyonlu yapı grubunda olan hastanelerde kullanıcı çeşitliliği (hasta-refakatçi, doktor, tıbbi- idari-teknik personel) nedeniyle farklı özellikleri olan kullanıcılara ait isteklerin kullanıcı gereksinimlerine dönüşmesi oldukça zordur. Bunun yanı sıra farklı işlevlere hizmet etmesi, teşhis ve tedavi için teknolojik cihazlara gereksinim duyulması, işlevlerin birbirleri ile olan yakın/uzak ilişki ağının sistemli bir şekilde programlanması ve tasarlanması ile mümkün olmaktadır.

Son yıllarda hastane binalarının programlama ve planlamasında tıbbi ve teknolojik gelişmelerin yanı sıra mekânın hasta üzerindeki psikolojik etkisinin iyileşme sürecine olan katkısının dikkate alınmasıyla yeni bir hastane anlayışı ortaya çıkmıştır. Günümüz hastaneleri sadece hastanın tedavisinin sağlandığı binalar olmaktan çıkmıştır. Kullanıcı (hasta) psikolojisinin de önemsenerek hastayı rahatlatan, hastanenin soğuk imajını azaltan, hasta beklentilerini ve gereksinimlerini önemsen, doğaya yakın, gün ışığından faydalanan, aydınlık, ferah, rahat, konforlu, kaliteli, konuksever, insanı ezmeyen daha sıcak mekânlar yaratma düşüncesi ile ortaya çıkan tasarımlar hastanelere egemen olmaya başlamıştır. Çağın gereksinimlerini yerine getiren, doğru programlanmış ve kullanıcı konforu önemsenerek tasarıma katılmış bir hastane binası, kullanıcılarını memnun edecektir.

Sonuç olarak zaman içerisinde hastalıkların, tıbbi yaklaşımların ve tedavi biçimlerinin değişebileceği, yeni cihazlar keşfedileceği gibi yeni hastalıklar da oluşabilecektir. Bunlara bağlı olarak kullanıcı istek ve gereksinimleri de değişecektir. Tüm bunlar göz önüne alındığında gelecekte de hem fonksiyonel olarak hem de oluşabilecek yeni sağlık hizmeti yaklaşımları nedeniyle hastane planlarının değişimine uğraması kaçınılmaz olacaktır.

Kaynaklar

- 1) Diren, D., 2002, Kullanım Sonrası Değerlendirme Yaklaşımı ile Spastik Çocukların Rehabilitasyon ve Eğitim Mekânlarında Programlama ve Tasarım Kararlarının Belirlenmesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, S.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü, Konya
- 2) Çoban, H., 2014, Roma Dönemi Hastaneleri, Asklepionlar ve Sarıkaya Roma Hamamı, <https://bozoksempozyumu.bozok.edu.tr/dosya/cilt1/98-109.pdf> (Erişim Tarihi: 27.11.2017)
- 3) Terzioğlu, A., 1964, Modern Hastane İnşaatı, *Architect Dergisi*, Cilt:1964-02, N:315, sayfa: 83-87, <http://dergi.mo.org.tr/search.php> (Erişim Tarihi: 28.04.2018)
- 4) Aydın D., 2009, Hastane Mimarisi, İlkeler ve Ölçütler, Mimarlar Odası Konya Şubesi Yayını
- 5) Cantay, G., 1992, Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Darüşşifaları, Atatürk Kültür, Dil Ve tarih Yüksek Kurumu, Atatürk Kültür Merkezi Yayını, Ankara
- 6) Songur, H. - Saygın, T., 2014, Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 2014/1, Sayı:19, sf-199-211
- 7) Altan, A., 2003, Hastane Yapıları, Balıkesir Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış YLT.
- 8) http://www.asylumprojects.org/index.php?title=Pavilion_Plan_Institutions (Erişim Tarihi: 27.10.2017)
- 9) Erenoğlu, A. S. - Aytağ, A., 2007, Sağlık Kurumlarında Değişen Paradigmalar Ve İyileştiren Hastane Kavramının Mimari Tasarım Açısından İrdelenmesi, YTÜ Mim. Fak. E-Dergisi, YTÜ, Cilt 2, Sayı 1,
- 10) Aran, B., 1971, Sağlık Yapılarının Evrimi, *Mimarlık Dergisi* Sayı: 9-10 TMMOB, S:17-23
- 11) İnceoğlu, N., 1982, Mimarlıkta Bina Programlama Olgusu, İTÜ Mimarlık Fak.
- 12) Bielefeld, B. - El Khoul, S., 2010, *Tasarım Fikirleri*, YEM Yayınları
- 13) Aydın, D., 2002, Hastane Binalarının Mekânsal Kurgusu Üzerine, *Hastane Dergisi*, Sayı: 19, Sayfa: 86-90
- 14) Ergenoğlu Sungur, A., -Tanrıtar, A., 2013, Genel Hastanelerde Kullanıcı Memnuniyeti Açısından Hasta Odalarında Mimari Mekân Kalitesinin İrdelenmesi: Gaziantep İlinde Bir Alan Çalışması, *MEGARON* 2013 8(2): 61-75- <http://www.journalagent.com/megaron/pdfs/MEGARON-09797> (Erişim Tarihi: 04.05.2018)
- 15) Sağocak Duran, M., 2005, *Ergonomik Tasarımda Renk-Trakya Ün. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Trakya Üniversitesi J Sci.6 (1) - 77-83 ISSN 1302 647X DIC: 164 MDBT06062005- http://dergipark.gov.tr/download/article-file/213706-28.05.2018* (Erişim Tarihi: 04.05.2018)

Türk Tabipler Birliği ve "İstikrar"

Prof. Dr. Şaban Şimşek



1956 yılında Rize'de doğdu. İlkokulu doğduğu köyde, ortaokul ve liseyi İstanbul'da tamamladı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu (1980). Göz hastalıkları ihtisasını Göztepe ve Okmeydanı SSK Hastanelerinde tamamladı. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kurucuları arasında yer aldı. Klinik şefliği, baştabiplik, tabip odası başkanlığı ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı görevlerini yürüttü. 1999'da doçent, 2006 yılında profesör oldu. Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu, Yükseköğretim Kanun çalışmalarını yürüttü. Bir dönem Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı yaptı. Halen Kartal Lütfi Kırdar Eğt. Arş. Hastanesi Göz Kliniğinde çalışan Dr. Şimşek evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Böyle bir konuyu işlemek, üstelik editör biraz da mizah katmamı istiyor! Gerçekten zor. Niçin mi? Anlatayım... Aslında çok da yabancı değilim bu Türk Tabipler Birliği'nin (TTB)... Nihayetinde, temsil ettiği meslek grubunun 38 yıllık bir mensubu, dahası geçmişte Van Bölge Tabip Odası Başkanlığı yapmış bir insanım. Ama yine de yazmak kolay değil. Zira TTB deyince, "Türkiye halkının sağlığını korumak, geliştirmek ve herkesin kolay ulaşabileceği kaliteli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti için çalışmak, meslek ahlakını en iyi şekilde korumak, tıp eğitiminin her alanında söz söylemek, hekimlik mesleğinin çıkarını her platformda dile getirmek, mesleğin ve üyelerinin maddi, manevi haklarını korumak" şeklinde tanımlanan görevleriyle değil daha çok başka işlerle gündeme gelen, daha da açık söylersek ideolojik görüşleri doğal varlık sebebinin önüne geçen bir örgüt akla geliyor! Ve bu örgüt, beni de mesleki anlamda, kurumsal olarak temsil eden sivil toplum kuruluşu, STK. İnternete girildiğinde karşılaşılan haberler-yazılar bu değerlendirmeye hak vermeyecek gibi değil:

Yıl 2018...

- Türk Tabipleri Birliği (TTB) Afrin operasyonu ile ilgili skandal bir açıklama yaptı: "Biz hekimler uyarıyoruz: Savaş, doğada ve insanda tahribat yapan, toplumsal yaşamı tehdit eden, insan eliyle yaratılan bir halk sağlığı sorunudur..."

- Afrin'de gerçekleştirilen "Zeytin Dalı Harekâtı" için skandal "savaş benzetmesi"

yapan TTB yöneticilerine gözaltı kararı...

- Cumhurbaşkanı Erdoğan: "TTB ve TBB'nin adından 'Türk' kelimesi kaldırılmalıdır!"

- Kılıçdaroğlu, TTB bildirisini kürsüde okudu ve sordu: "Neden alınıyorsunuz?"

Yıl 2017

- İstanbul Tabip Odası: Yazılı/görsel basında ve sosyal paylaşım ağlarında giderek yaygınlaşan, sağlık alanındaki tanıtım kurallarına aykırı, kimi zaman hasta mahremiyetini ihlal eden, açık ya da örtülü reklam niteliğindeki yayınlara karşı...

Yıl 2016...

- Bir kısım HDP'li milletvekilinin açıklık grevi eylemine destek açıklamasında bulunan İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Selçuk Erez, 11 Eylül 2016 günü Evrensel'de yer alan açıklamasında, "Halkın alkış tutup tebrik etmesi gerekiyor. Kürt halkının temsilcisi Apo'dur. Barışa inanıyorsak, bir an evvel masa başına oturmalıyız." demiştir.

Aynı yıl konu ile ilintili diğer bazı haberler ise şöyle:

- PKK Erzurum'un Tekman ilçesinde, asılsız hasta ihbarı yaparak yol kesip 1 ambulans ve 3 sağlık görevlisini kaçırdı. (24 Temmuz)

- 27 Temmuz; Mardin'in Nusaybin ilçesinde 3 ambulans silahla tarandı. (27 Temmuz)

- Bitlis Tatvan İlçe Devlet Hastanesine saldırı düzenlendi. (2 Ağustos)

- Ağrı'da bir ambulans çatışma bölgesine giderken yolda kurşunlandı. (3 Ağustos)

- Silopi Devlet Hastanesinde görevli Dr. Serdar Acar PKK'lı militanlarınca kaçırılarak darp edildi. (14 Ağustos)

TTB LGBTİ Çalışma Grubu;

- Araştırmalarda bugüne kadar orantıdan, martı, penguen, kedi gibi 450 kuş ve memeli türünde eşcinsel davranışa rastlanmıştır. Eşcinsel meyve sineklerinin keşfi, son dönemde cinsel yönelimin biyolojik temeli alanındaki çalışmalarda çok önemli bir rol oynamıştır.

- Yanlış inanış: "Eşcinsellik geçici bir hevestir, merakla başlar; sosyal olarak öğrenilir ve zamanında müdahale edilmezse alışkanlık haline gelir."

Yıl 2014...

- TTB Kime ve Neye Hizmet Ediyor? Gaziantep'te hasta yakını tarafından katledilen şehidimiz Dr. Ersin Arslan'ı "Anma Günü" ilan edemeyen TTB'nin bölücü terör örgütünün siyasi uzantısının çağrısından ilham alarak 1 Kasım'ı "Kobani Günü" olarak ilan etmesi...



Yıl 2011...

- TTB'den ürperten rapor: "Bölgede binlerce ceset var."

Yıl 2006

Toplumsal Çözülmenin Miladı: 12 Eylül 1980.

- Amerikalıların "Our boys" dedikleri generaller 12 Eylül askeri darbesinin üzerinden tam 26 yıl geçmiş olmasına rağmen halen yargılanabilmiş değiller.

Yıl 2001

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi 2001 yılını değerlendirdi: "Sağlıkta elde kalan ne var?"

- Hatırlanacağı gibi, 1999 Nisan seçimlerinin ardından Mayıs 1999'da kurulan 57. Hükümet IMF ile bir anlaşma yapmış herkesten (elbette burada kasıt çalışanlardır) fedakârlık istemişti! 2001 Şubat kriziyle birlikte halk aldatıldığını anlamıştır.

- Üniversiteler: Tıp fakültelerinde kaldırılan eğitim ve araştırma fonları, kamu bütçesinden ayrılan payların düşüklüğü, iyice düşen öğretim üyeleri maaşlarıyla, eğitimden daha fazla kopmak ve para kazanmak zorunda bırakılan bir ortama itildiler.

- Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı'nı toplamış, 400'e yakın katılımcıyla...

Ezcümle

Artık uzatmayalım; olumlusunu da olumsuzunu da yazdık çünkü! Şimdi "istikrar" kelimesinin anlamına gelelim ve bu kuruluş hakkında bir karar vermeye çalışalım! Arapçadan dilimize geçen istikrar kelimesi "karar" sözcüğünden türemiştir ve "bir halde kararlı olma, sabit olduğu yerde durma, aynı şekilde devam etme, yerleşik düzen kurma" gibi anlamlara gelmektedir. "İstikrarlı olmak" tabiri ise "bir işte dengeyi sağlama, sağlam adımlarla devam etme, kararlı olma ve bozuntuya uğramama" gibi tanımları karşılar. Bu durumda soralım: "TTB istikrarlı mı değil mi?" yani "bir halde kararlı olma, bozuntuya uğramadan aynı şekilde devam etme" durumunda mı değil mi? Karar vermede sizlere yardımcı olmak babında önce sizlere Van Bölge Tabip Odası seçimlerinde kullandığım tek slogan olan bir cümleyi hatırlatacağım: "Eğer seçilirsem, hani eskiden 'Doktor, doktor civanım seni seviyor canım' şarkıları bestelenirdi ya! İşte onların tekrar bestelenmesi için çalışacağım." Sonra da bu en üst meslek kuruluşumuza bazı sorular yönelteceğim:

1. Bu TTB'den şöyle değerlendirmeler hiç duydunuz mu?

Şarkıcı mı daha çok kazanır hekim mi? (*)

Halife Harun Reşit'in meşhur şarkıcısı İbrahim Muslu öldüğünde 25 milyon altın Frank miras bırakmıştı. Hekimbaşısı Cibril'in bıraktığı miras ise 90 milyon altın Frank idi. Kıssadan Hisse: Günümüzde, mesela; bunca yıllık bir doktor-profesör olarak benim bırakacağım mirasla şarkıcı Tarkan'ın ya da bir başka meşhurunki ne kadar olacak? Bunu bilmek gerekiyor. Bunun cevabı, hekimliğin ve şarkıcılığın günümüzdeki değerini gösterecek ve Harun Reşit zamanıyla kıyaslama imkânı verecek çünkü!

Bir delinin davranışsal namusu! (*)

Bakırköy Akıl Hastanesinden hastaların kaçmasıyla ilgili olarak bir akıl hastasının yazdığı şiir ve kadına bakışı:

Kimisi üç-beş hasta kaçırırken günlük bahçe gezilerinden
"Ama bana söz vermişlerdi, nasıl yaparlar bunu?" diye şaşsam da elemimden
Döner gelirdi en zorluları akşamüstü paşa paşa
Bir kadın doktorun elinden kaçmak yakışmaz erkek olan başa.

2. İdeolojiyi baştacı edinen TTB, konuya bir de bu açıdan bakabildi mi?

Kasım ve doku uyumsuzluğu! (*)

Bir zamanlar Bursa Devlet Hastanesinde çalışıyordum. S... adlı bir Halkla İlişkiler Uzmanı arkadaşımız vardı. Günlerden 10 Kasım'dı. Çocuklar hastanenin kreşinin önünde toplanacak, heykeldeki Atatürk büstüne götürüleceklerdi. S..., beş yaşlarındaki oğluyla konuşuyor:

- Oğlum, şimdi hazırlanalım. Sizi Atatürk'e götürecekler!
- Atatürk'ü mü göreceğiz?
- Yavrum o öldü!
- Mezarına mı gideceğiz?
- Tam değil ama öyle gibi!
- Hıı! Tamam Baba!
- Tamam.
- Şey, baba...
- Ne var oğlum?
- Abdest alacak mıyız!

Kıssadan Hisse: Devletimizin kuruluş

felsefesindeki değerlerle milletinkiler örtüşmedi. Kanımca bugünkü siyasi-ideolojik kavgaların temelinde bu doku uyumsuzluğu önemli bir yer tutuyor.

3. Tıp Tarihine objektif bakabildi mi?

"Şam'da kaysı" değil "Şam'da hastaneler" vardı! (*)

Bir Yahudi gezginin aktardığına göre 1160 yılında Şam'da 100'den fazla hastane vardı ve buradaki her türlü tedavi, bakım ve ilaç 300 yıl boyunca bedava verilmişti. Oysa o dönemlerde Batı'nın önde gelen hekimlerinden Paracelsus, eski Sümerlerden, Babillilerden kalan inançlarla;

- Ay'ın beynin,
- Jüpiter'in karaciğerin,
- Satürn'ün dalağın,
- Merkür'ün akciğerin,
- Mars'ın safranin,
- Venüs'ün de böbreklerin çalışmasını düzenlediğini söylüyordu!

İslam hekimliğinin Batı'daki etkisi çok olmuş ve 16.Yüzyıla kadar sürmüştür. Bu hekimliği Batı'ya taşıyanlar, özellikle 1267 yılında Viyana'da çalışma izni verilmesinden sonra Yahudi hekimler olmuştur.

Kızılderilileri bitiren asıl etmen? (*)

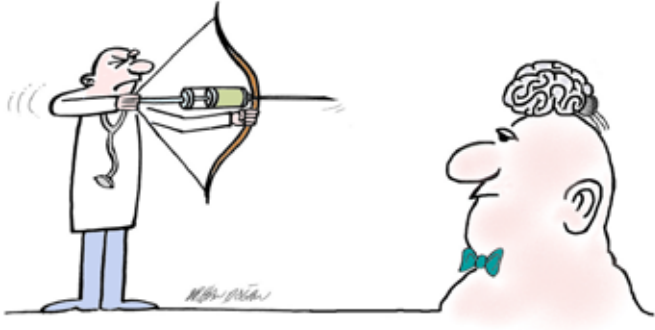
Kızılderilileri bitiren asıl etmenin beyaz adamın ateşli silahı ve atı değil, beyaz adamın hastalığı (çiçek) ve alkolüdür.

"İngiliz garnizon komutanlarından Sir Jeffrey Amherst, baş edemeyeceğini anladığı Kızılderililere Kaleden battaniye atmaya başlamıştı. Kızılderililer bunu bir barış niyeti olarak kabul etmiş ve ateşi kesmişlerdi. Oysa battaniyeler Çiçek Hastalığı Hastanesi'nden alınmıştı. Sir, böylece aylardır yenemediği Kızılderilileri iki hafta içinde yerle bir etmiş ve zafer (!) kazanmıştı."

Ya da TTB'nin dünyadaki sırat köprülerinden haberi var mı?

Dünyadaki gerçek sırat köprüsü; "EKT!" (*)

"Bence (Dr.A. Dilek) E.K.T. dünyadaki sırat köprüsüdür. En zındık, en kâfir insan dahi onun esrarlı görünümünü karşısında imana gelir."



Not: EKT (Elektrokonvulzif Tedavi / Elekt-roşok) genellikle ilaç tedavisine cevap vermeyen majör depresif bozukluk, manik epizod ve diğer ciddi mental bozuklukları olan hastaların tedavisinde elektrik verilerek yapılan bir tedavi yöntemidir.

Dünyadaki geçici sırat köprüsü; "Evlilik!" (*)

İsmi lâzım değil, 67 yaşında, muzip mi muzip Karadenizli bir hemşehrimiz vardı. "Emekli olunca bi rahat edeceğim" diye düşünmüştü ama malûm, insanoğlunun başına her şey geliyor. Zamanında iyi kazanmış, iyi harcamış, bir yıl önce de 40 yıllık eşinden boşanmıştı! Sebebi her ne idi ise, aradan pek de fazla bir zaman geçmeden yeniden evlenmeye karar vermişlerdi. Ancak bir sorun vardı; resmi makamlar "olmaz mutlaka sağlık raporu getirmeniz lâzım" diyordu. Çıktığı ilgili dairenin müdüründen de aynı cevabı alınca hemşehrimizin kafası bozulur ve lafını esirgemez: "Boşanırken istememiştunuz da şimdi niye isteyisinuz?"

4. Peki, TTB veya genel olarak tabipler hiç siyaset yapmasın mı?

Tarihimizde, doktorların yaptığı en önemli siyaset? (*)

Kimilerince, etkileri ve uzantılarının hâlâ devam ettiği gerekçesiyle, yakın tarihimizin en önemli siyasi hareketi olarak kabul edilen "İttihat ve Terakki Cemiyeti" birer askeri hekim adayı (öğrenci) olan Abdullah Cevdet, İshak Sukûtî, İbrahim Temo, Hüseyin Zade Ali, Mehmet Reşit tarafından kurulmuştur.

Not: Bu cemiyetin yaptıklarının değerlendirmesini tarihçilere bırakıyorum.

II. Abdülhamid'in doktorların siyaset yapmasına bakışı? (*)

İttihat ve Terakki Cemiyetinin önemli üyelerinden Abdullah Cevdet, siyaseti bırakıp teklif edilen Viyana Sefareti Hekimliği

kabul ettiğinde Sultan II. Abdülhamid kendisine şunları söylemişti: Siz hekim-siniz değil mi? Benden meşrutiyet yerine hastane talep etseydiniz hem insani şefkat ve mürüvvete sahip olduğunuzu ispat, hem de mesleğinize layık olduğunuzu tescil etmiş olurdunuz..."

Kıssadan Hisse: Abdullah Cevdet'ler rejimi değiştirmeye kalkmıştı. O kadarına cevaz vermek elbette doğru değil ama bugünkü politikacıların siyasete aynı mantıkla yaklaşması da doğru değil. Mesela bir doktor kendini ne kadar yetiştirmiş olursa olsun, genellikle ona "Siyaset bizim işimizdir. Senkendi işini, doktorluğunu yap!" deniyor. Sanki kendilerinin siyaset okulundan damgalı, mühürlü, imzalı fermanları varmış gibi!

Evet, bütün bunlardan sonra artık "SON KARARI" vermek gerekiyor; TTB'de istikrar var mı yok mu? Hala karar vermekte bocalayan varsa, onlara bir "Amerikan Yardımı(!)" yapayım!

Kürt Sorununa "Akademisyen Bakış"ım

Bir kısım akademisyen (11 Ocak 2016, saat 04:22' itibarıyla 1128 kişi) 1 Kasım seçimlerinin ardından, "Barış Bildirisi" adını verdikleri aşağıdaki metni imzaladılar. "Devletin başta Kürt halkı olmak üzere tüm bölge halklarına karşı gerçekleştirdiği katliam ve uyguladığı bilinçli sürgün politikasından derhal vazgeçmesi gerekiyor" gibi ifadelerin de yer aldığı

bu bildiri bir kısım ulusal medya ve bir o kadar da yabancı basın tarafından, özelde Hükümetin politikalarını, genelde ise Türkiye'mizi kötülemek üzere tepe tepe kullanıldı. İşte o akademisyenlerin bildirisi:

Yan sayfadaki de o bildiriye koşut "Şahsi Bildirim!":

"Şahsi" diyorum çünkü bu karşı bildiri tarafımdan, üyesi olduğum BİDDER (Bilim İnsanları Dayanışma Derneği) adına hazırlanmış ama günün konjonktüründe, dernek yönetimince yayımlanması uygun görülmemiş idi!

Netice ve Son Kararım!

Peki, bir Sağlık Bakanı'nın millete "Es-kiden doktora teşekkür etmek, dualar etmek zorunda hissederdiniz kendinizi. Oysa bu bir hakır" (**) dediği; bir hastanın telefonda bir doçent doktor hanıma "Buraya gelecek ve köpekler gibi hizmet edeceksiniz!" (**) diyebildiği bir psikolojik atmosferde uygulanan performans sistemiyle; sanat olmaktan uzaklaştırılan, serbest meslek olmaktan çıkarılan, sermayeye pas pas edilen bir mesleğin en üst kuruluşu olarak TTB'nin bir şeyler yapması gerekmez mi? Evet gerekir ama onun yaptığı gibi değil. Haa bu arada editörün verdiği görev gereği soracak olursak... TTB yaptıklarında istikrarlı mı? İstikrarlı. Yani "bir halde durma'da" kararlı mı? Kararlı! On yıllardır 'bozuntuya uğramadan' yoluna devam ediyor mu? Ediyor, hem de milim şaşmadan!

"Bu Suça Ortak Olmayacağız! Em Ê Nebin Hevparên Vî Sûci!

Bu ülkenin akademisyen ve araştırmacıları olarak bu suça ortak olmayacağız!

Türkiye Cumhuriyeti; vatandaşlarını Sur'da, Silvan'da, Nusaybin'de, Cizre'de, Silopi'de ve daha pek çok yerde haftalarca süren sokağa çıkma yasakları altında fiilen açlığa ve susuzluğa mahkûm etmekte, yerleşim yerlerine ancak bir savaşta kullanılacak ağır silahlarla saldırarak, yaşam hakkı, özgürlük ve güvenlik hakkı, işkence ve kötü muamele yasağı başta olmak üzere anayasa ve taraf olduğu uluslararası sözleşmeler ile koruma altına alınmış olan hemen tüm hak ve özgürlükleri ihlal etmektedir.

Bu kasıtlı ve planlı kıyım Türkiye'nin kendi hukukunun ve Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası antlaşmaların, uluslararası teamül hukukunun ve uluslararası hukukun emredici kurallarının da ağır bir ihlali niteliğindedir.

Devletin başta Kürt halkı olmak üzere tüm bölge halklarına karşı gerçekleştirdiği katliam ve uyguladığı bilinçli sürgün politikasından derhal vazgeçmesini, sokağa çıkma yasaklarının kaldırılmasını, gerçekleşen insan hakları ihlallerinin sorumlularının tespit edilerek

cezalandırılmasını, yasağın uygulandığı yerde yaşayan vatandaşların uğradığı maddi ve manevi zararların tespit edilerek tazmin edilmesini, bu amaçla ulusal ve uluslararası bağımsız gözlemcilerin yıkım bölgelerinde giriş, gözlem ve raporlama yapmasına izin verilmesini talep ediyoruz.

Müzakere koşullarının hazırlanmasını ve kalıcı bir barış için çözüm yollarının kurulmasını, hükümetin Kürt siyasi iradesinin taleplerini içeren bir yol haritasını oluşturmasını talep ediyoruz. Müzakere görüşmelerinde toplumun geniş kesimlerinden bağımsız gözlemcilerin bulunmasını talep ediyor ve bu gözlemciler arasında gönüllü olarak yer almak istediğimizi beyan ediyoruz. Siyasi iktidarın muhalefeti bastırmaya yönelik tüm yaptırımlarına karşı çıkıyoruz.

Devletin vatandaşlarına uyguladığı şiddete hemen şimdi son vermesini talep ediyor, bu ülkenin akademisyen ve araştırmacıları olarak sessiz kalıp bu katliamın suç ortağı olmayacağımızı beyan ediyor, bu talebimiz yerine gelene kadar siyasi partiler, meclis ve uluslararası kamuoyu nezdinde temalarımızı durmaksızın sürdüreceğimizi taahhüt ediyoruz."

Kamuoyuna Duyuru

21 Ocak 2016 / Yeni Akit Gazetesi

Bizler...

Devleti ülke-vatan denilen bağımsız topraklar üzerinde ortak yaşama iradesi gösteren insanların vücut verdiği; meşruiyetini insanların mal ve can emniyeti ile vatan topraklarının güvenliğini, adaleti, huzuru ve sosyal düzeni sağlamaktan, bir başka deyişle halkına-milletine hizmet etmekten alan; tarihten gelen damarı, atalarının-büyüklerinin kanı ve insanını gönlünden sarıp sarmalayan yani ile kutsallığı da bulunan, bu bağlamda kudretli, müşfik ve kapsayıcı gölgesi herkesin üzerinde olan siyasi tüzel bir varlık olarak biliriz.

Bizler...

Ülke içinde biricik meşru güç kaynağı, ülke dışında ise bağımsız olmayı ifade eden "egemenlik" unsuru olmadan devletin de olamayacağını fakat aynı zamanda bu egemenliğin bir kişiye-aileye(monarşik), bir gruba-etnik unsura(oligarşik), veya bir dine-cemaate(teokratik) değil halka-millele ait olması gerektiğini de biliriz.

Bizler...

Devleti her şeye müdahale eden, bireyi kısıtlayan, mutlak güç ve yetkilere sahip "tiran devlet" (Leviathan) değil asli görevi toplumda hakemlik yapmak olan "çoğulcu devlet" (plüralist) ve devlete karşı insanı önceleyen "demokratik devlet" olarak biliriz.

Bizler...

Devletin olmadığı yerde, halkın-milletin vicdanının ortak sesinin, yani kanunların (Anayasa, yasalar) da ol(a)mayacağını, kanunun olmadığı ya da olup da ahlaksal, hukuksal ve tinsel manada işletil(e)mediği yerde insan hak ve özgürlüklerin, barışın, huzurun da olamayacağını biliriz.

Bizler aynı zamanda...

Günümüzde ülkelerin gelişmişliğinin, toplumun refah ve mutluluğunun bilim ve teknolojiye kat ettikleri mesafe ile ölçüldüğü bunun da öncelikle finansal sermayeye değil, seven, duyan, gören, insan olmanın onurunu ve sorumluluğunu taşıyan, yurttaşlık bilincine sahip eğitilmiş bireylerin varlığına dayalı olduğunu biliriz.

Bizler aynı zamanda...

Bu kaynaklarının oluşturulmasında, baş aktörün, siyasilerden önce eğitimci ve bilim insanları olduğunu ve bunların da yetişme ve yetiştirme şartlarının kolay olmadığını biliriz.

Bizler aynı zamanda...

İlgili yasaların, bilimsel endişelere ve ülkemizi mutlu bir geleceğe taşıyacak gençleri yetiştirmeye matuf olmaktan öte, ihtilal mantığının bir uzantısı olarak rejimi korumak ve kollamak amacıyla hazırlanmış olduğunu ve on yıllardır akademi dünyasına kan kusturduğunu da biliriz.

Bizler aynı zamanda...

Konunun, "Ben gücümü halktan alıyorum, sorumlu olan ve hesap verecek olan benim, dolayısıyla bu işin dışında kalmam söz konusu olamaz!" diyen hükümetlerle "Yükseköğretim işi sadece benim işimdir, Anayasa ve yasalar bu görevi bana vermiştir, istediğimi yaparım" diyen darbe anayasasının beyinsel organı YÖK'ün kavgasını,

bu çatışmayı Cumhuriyetin temellerine kadar götürüp rejim meselesi haline getiren, omuzlarında taşıdıkları "Ordu Göreve" pankartlarıyla ülkeyi antidemokratik düzenlere sürüklemek isteyen akademisyenleri, rektörleri, üniversiteleri de biliriz.

Bizler aynı zamanda...

Akademisyenlerin entelektüel bilinç, bilimsel namus ve etik ilkeleri ile insanlığın evrensel değerlerini içselleştirmiş, vizyonu ve misyonu olan liyakat sahibi insanlar olması gerektiğini; asıl işlerinin gençlere özgür, yetkin ve sorumlu bir kişilikle birlikte meslek kazandırılmak, araştırmalar yaparak toplumun yeni bilgiler, imkânlar sunmak, barışa dayalı sosyal bir düzen oluşturmak ve insanların-toplumların karşılıklı güven içerisinde yaşamasına yardımcı olmak üzere siyasilere ve kurumlara yol göstermek olduğunu biliriz.

Bizler aynı zamanda...

Akademisyenin bütün bunlara dair sorumluluğunu yerine getirirken kurumsal olarak özerkliğe, kişisel olarak da siyasilere ve akademik kurumsal güçler dâhil herhangi bir karışma olmaksızın araştırma yapma, düşüncelerini üniversite içinde ve dışında yayma hakkına yani akademik özgürlüğe sahip olmasının da gereğini biliriz.

Sonuçta bizler...

Devleti ulu bir çınar, âlimi, akademisyeni, bilim insanını da bu çınara can suyu veren hayatı kaynak olarak görürüz, Osmanlının kuruluşundaki Osman Bey-Edebalı misali.

Sonuçta bizler...

Akademi dünyasının yaşadığı zorlukların temelinde, cumhuriyetimizin kuruluşundaki hâkim düşünce olan "toplumun esenliğinin öncelik ve özellikle devletin bekasında görülmesi ve layûs'el kutsal devlet" anlayışının olduğunu da biliriz.

Sonuçta bizler...

Devlet-hükümet ve üniversite arasındaki ilişkinin "Ne mutlak devlet-hükümet otoritesi ne de akademik oligarşi. Herkes yerini sorumluluğunu ve sınırlarını bilsin, başkalarının belirlediği şu ya da bu safta değil kendi yerinde dursun ve işine yapsın" şeklinde olması gerektiğini de biliriz.

Ama bizler...

İş sokaklarda hendek kazılıp bağımsız bölgeler ilan edilmesine, hastanelerin, okulların yakılmasına, çocuk çocuk, asker-polis, üniformalı-sivil demeden kör hedeflerin bombalanmasına kısaca milletin ve vatanın bölünmesine gelince, orada durur ve herhangi bir safa da geçmeden her zaman olmamız gereken yerden bilim insanı vakarımızla sesleniriz:

1. Öncelikle bizler kendi dilimizi konuşuruz; devletin, hükümetin, bir partinin ya da bir başka kurumun kişininkini değil, ayrılıkçıların ya da bir terör örgütününkini ise hiç değil.

2. Bizler yaşama hakkı, özgürlük ve güvenlik hakkı, işkence ve kötü muamele yasağı başta olmak üzere anayasa ve taraf olduğumuz uluslararası sözleşmeler ile koruma altına alınmış olan tüm hak ve özgürlüklerin kesinlikle yanında ve takipçisi olmakla beraber bu hakların kullanılması

hususunda sorumluluklarımızı da biliriz.

3. Bizler sokaklara hendek kazarak bağımsız bölgeler ilan etmenin, bahsedilen hakların güvencesi ve sosyal düzeni korumakla görevli olan devletin bu bölgelere girmesine silahla karşılık vermenin, ambulansları, itfaiyeleri engellemenin, hastaneleri, okulları yakarak insanların tedavi olma-yaşama-eğitim haklarını ellerinden almanın demokratik hak ve özgürlükler kapsamında değerlendirilemeyeceğini de biliriz.

4. Bizler devletiyle savaşmanın, canlı bomba olmanın, kamyonlarca patlayıcıyla lojmanlara saldırmının, üç yaşındaki bebeleri öldürmenin, çözüm sürecini kötüye kullanarak şehirleri cephe haline getirmenin, toprak altına patlayıcılar yerleştirmenin, evleri, dükkânları cephaneliğe çevirmenin de bu haklara girmedığını ve buna, görev tanımını yaptığımız devletin asla müsaade etmemesi gerektiğini biliriz.

5. Bizler yeniden müzakere koşullarının hazırlanmasını, kalıcı bir barış için çözüm yollarının kurulmasını, Kürt vatandaşlarımızın hak ve özgürlükler bağlamındaki taleplerine dair bir yol haritası oluşturulmasının rasyonel aklın gereği olduğunu biliriz, ancak geçmişte olduğu gibi bu sürecin (sözde) mahkemesiyle, vergi sistemiyle, öz güvenliğiyle kurtarılmış bölgeler elde etmek için kullanılacağını ve bu bağlamda barış imzacılarının metnindeki geçen "siyasi talep" tamlamasının "ayrılık, gayrılık, bağımsızlık" anlamına geleceğini de biliriz.

6. Bizler devletin vatandaşlarına asla şiddet uygulamaması gerektiğini biliriz ama hendek kazıp "burada devlet benim" diyenlerin de vatandaş değil ancak terörist olduğunu ve onlara devletin görev tanımlı çerçevesinde, layık oldukları üzere ayrı bir hukuk uygulaması gerektiğini de biliriz.

7. Bizler bu konularda alabildiğine sorumsuz ve terör örgütünden yana da olsa sadece açıklama yapan bir kısım akademisyenin uluorta gözaltına alınmasının da doğru olmadığını ve soruna çözüm getirmeyeceğini biliriz.

8. Bizler "gelin barikatları yıkalım, hendekleri kapatalım, silahın adını bile anmayalım, fikrimizi açıkça ifade edelim, sözümüzü kesmeye kal-kışanlara 'âlimleri susturulmuş bir millet öksüz kalmış çocuk gibidir' hatırlatmasını yapalım, bilim üretelim, insanlık değerlerine değer katalım, gençlere iyi bir gelecek, ülkeye yeni ufuklar açalım, siyasetçiye yol gösterelim, yüzyıllardır birlikte yaşamış, aynı cephede bu topraklar için savaşmış bir milletin çocukları olarak Kürt'üyle, Türk'üyle ülkemiz için çalışalım ve hep birlikte müreffeh bir Türkiye'de barış içinde, huzur içinde, kardeşçe yaşayalım" desek bunun ülkemizdeki silahlı ve silahsız ayrılıkçılar ile birlikte birtakım imzacı akademisyenlerce kabul görmeyeceğini de biliriz. Çünkü onların derterli başkadır!.. Bunu da biliriz ve bilinmesini isteriz.

Kamuoyuna saygıyla duyurulur.

Prof. Dr. Şaban Şimşek
SBÜ Rektör Yardımcısı

Kaynaklar

(*) *Doktor Ne Yaşar Ne Yaşamaz*, Dr. Şaban Şimşek, Barış Kitabevi, 2017, Ankara.

(**) *Doktorum Altın Kafeste*, Dr. Şaban Şimşek, Alfa Yayınları, 2010, İstanbul.

(***) *Temel dersini çalışmamıştır ve sınavda çoktan seçmeli 5 şıklı soruları, zar atarak ne gelirse o sıradakini işaretlemektedir. Bir defasında üst üste (6) gelince, "Bu soru çok zor, bunu geçeyim" demiş!*

Şimdi haklı olarak "Ee Şaban Hoca, TTB'ye de siyasete de söyleyeceğini söyledin, peki sen bu işin neresindesin?" diye soranlar olacaktır. İşte, yazının başında bahsettiğim "zorluk" meselesi de bu idi zaten! Ama ben kendisiyle hemşehri olmakla beraber Temel'in yaptığı gibi yapmayacak (**), topu taca da atmayacak ve net bir cevap vereceğim:

Akıllının biri Nasretin Hocaya sorar;

- Hocam, cenaze töreninde tabutun neresinde durmak gerek? Sağında mı, solunda mı, önünde mi yoksa arkasında mı?

Hoca gülümseyerek cevap verir:

- Evladım içinde olma da neresinde olursan ol!

Hayati İnanç: Türk aydını doğuya giden gemide, batıya doğru koşan tayfalar gibi

Ömer Çakkal

Hayati İnanç bir hukukçu, yayıncı, yönetici, denetçi, eğitimci, televizyon programı sunucusu. Bir belagat ustası. Bir tasavvuf ehli. Divan Edebiyatı şairlerinin bilir kişisi. 1850'lerde Sudanlı büyük büyük dedesinin köle olarak satın alınıp Anadolu'ya gelmesi ile hikayesi bu topraklara taşınmış bir neslin üyesi. 1961, Denizli doğumlu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesinden 1984 yılında mezun olmuş. Klasik eserlerden edindiği heyecanını gençlerle paylaşmayı hayat tarzı olarak seçen İnanç ile geçtiğimiz Ramazan ayında Üsküdar Beylerbeyi'nde köprüye karşı bir söyleşi gerçekleştirdik. Divan Edebiyatından beyitlerin bize eşlik ettiği sohbetimizde atalarımızdan, medeniyetimizden, onlardan bize kalan mirastan bahsettik. Dedelerimizden kalan hazine sandığının üstünde oturmuş, dilencilik yaparak yaşadığımızı savunan İnanç, Türk aydınına doğuya giden gemide batıya doğru koşan tayfalara benzetiyor. Anadolu topraklarındaki ilk devlet başkanımızı Tuğrul Bey, 75'incisini ise mevcut Cumhurbaşkimimiz olarak niteleyen İnanç'ın modern tıbbı daire eleştirileri de hayli sarsıcı.

“Dedelerimizden kalan hazine sandığının üstünde oturmuş, dilencilik yaparak yaşıyoruz”

İlginç bir hayat hikayeniz var. Sudanlı siyahi bir kölenin

torunu olduğunuzu biliyorum. Müsaadeniz olursa önce atalarınızdan ve ailenizden başlayabilir miyiz?

1850'li yıllarda Muğla Ortaca'dan Hacca giden bir ağa dönüşünde Medine pazarında dedemi köle olarak satın almış. Dedem o zamanlar 13-14 yaşlarında bir çocuktur, Hacdan dönüşte köle satın almak Osmanlıda bir adetmiş. Hem iş gücünden istifade etme hem köle azat etme hem de Hacca gittiğine delil olması bakımından Medine'den kölesiz gelmezmiş hali vakti yerinde olanlar. O köle benim dedemin dedesinin babası. Adı Sait Hüseyin. Bu kadarını biliyoruz. Çok gecikmiş olarak 57 yaşında Sudan'a gitmek kismet oldu bana. Akralarımı ziyaret ettim. 6 ay önce gittim, gördüm, gezdim. Sanki herkes biliyormuş gibi, herkes haberdarmış gibi karşılayıp bağırarak bastılar beni. Tabi köle olunca köklere dair geride ne var ne yok araştırmanız zor. Sudan'ın Türkiye'ye muhabbeti saygısı kayda değer. Dünyanın hiçbir yerinde böyle bir durumun olduğunu işitmedim. Sudan'da herkes her yönüyle kendisini adeta bizden sayıyor. Gönülleri ni açmışlar. Ecdadımız köle dedelerimizi beyaz Türk kızlarıyla evlendirmiş. Benim sülalemde hem kıvrıcık saçlı hem de sarışın örnekler çok rastlanır.

Nerede doğup büyüdünüz? Nerelerde eğitim aldınız?

Denizli Çameli ilçemiz. Dedemi satın

alan ağa Muğla Ortacalı. Denizli'ye yakın. Denizli'nin Çameli ilçesinde doğdum, 11 yaşına kadar oradaydım. İlkokulu 5 yıl orada okudum, ortaokulda da bir yıl orada okudum. Sonra yatılı okul imtihanlarını kazanarak Aydın ve Nazilli'de 5 yıl daha okuyup 1977'de lise mezunu oldum. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesine gittim. Hukuk fakültesinde 7 yıl geçirdikten sonra 1984'te mezun oldum. Stajdan sonra ilçemde 7 yıl avukatlık yaptıktan sonra mesleği bırakarak İstanbul'a gittim. Sunuculuk, öğretmenlik, eğitimcilik yaptım. 10 yıl sonra 2003'te ise Ankara'ya intikal ettim. Tekrar avukatlığa döndüm. O zamandan bu yana 15 yıldır Ankara'da yaşıyorum. Avukatlık mesleğine döndük desek de büromuz varsa da ben avukatlıktan çok klasik edebiyat ve divan edebiyatıyla ilgilenmek suretiyle ömrümü geçiriyorum.

Lisede hızlı bir solcu olduğunuzu duydum. Lise ve üniversite hayatınıza dair neler anlatırsınız?

Doğru, lisede hızlı bir solcuydum! 1977'de liseden mezun oldum. O zamanlar solcu olmak adam olmaktı. Aydın Lisesinde okuyordum. Diyalektik materyalizmin başlangıç ilkelerini Dr. Hikmet Kıvılcımlı tercümesiyle Josef Stalin'den okudum. Marksist-Leninist çizgiden çıkmış olanları çok sert tenkit ederdik. Sosyal faşist derdik onlara. İsim zikretmeyeyim ama “halkın...” diye başlayan bir fraksiyon vardı. Biz “halkın

sülalesi” derdik onlara. Onlar yoldan   km    , sapmış; revizyonistti onlar. “Sosyal fa    ” diye yaftalard  . Zaten yer yüzünde bir biz vardık, bir ilericiydik. Bir de gericiiler vardı, dünya çok sadeydi.

Peki sizin kırılmanız nasıl yaşandı?

1977’de mezun olurken bir şeyin farkına vardım. 13-16 ya   arasında sosyalizmin tezgahından ge  mi    t  k. Beni etkisi altına alan     retmenim din dersi     retmeniydi. Kendisi dinsizdi! Ailemden gelen samimi dindarlı  ımı bildiği için 3 yıl boyunca beni avuttu, “Bu ideolojinin dinle bir davası yok, İslam karşıtlığı yok falan” deyip durdu. Fakat sene sonunda her şey açığa çıkınca beni de a  ıktan açığa Allah’ı inkara davet etiklerinde ben durumu anladım. “Ben kelimeyi şehadeti tasdik ederim, bunu münakaşa etmem, sizi de ikna etmeye uğraşmam, bana yalan söylediniz, alacağınız olsun. Kelimeyi   ehadeti tasdik ederek devrimci olunuyorsa aranızdayım, olmuyorsa hesabı siz yapın” deyip o çevreden uzaklaştım. O günden sonra, ald  ı  ım o zehrin panzehrini arayışım beni buralara getirdi işte.

İstanbul Hukuk mezunusunuz, avukatsınız ama edebiyatçı y  n  n  z hep   ne çıkmış. 7 bin beyti ezbere bildiğiniz tahmin ediliyor. Rakam doğru mu? Kimlerin beyitleri ezberinizde?

Nabi, Baki,   eyh Galip, Fuzuli, Ahmet Paşa, Leskofçalı Galip Bey, Yahya Kemal Beyatlı, Hersekli Arif Bey, Osman Nevres... Klasik edebiyatımızda adından en çok söz edilen şairler dışında bir kısmı çok duyulmamış Konyalı Veysel   ks  z’den beyitler de zihnimde dolaşır durur. Adları unutulmuş birçok şairimiz de var tabi. Bu 7 bin rakamı tahminden ibaret. Kimse oturup saymadı, rakamın bir önemi de yok zaten. Ben halen daha ezber yaparım. Bunu bir ne  e, bir hayat tarzı olarak kabul ediyorum.   iir hiç yazmadım, belki yazsaydım ezberleyemezdim. Hiçbir defa bile denemedim. Belki yazıyor olsaydım ezberleyemezdim bile. Ben de şairim dediğiniz andan itibaren diğer şairle olan ba  ınız kesiliyor.   airli  in bu tarz psikolojik bir durumu var.

Edebiyata, Divan Edebiyatına ilginizin kaynağı ne, nasıl gelişti?

Birkaç hadise var. İlki ilkokulu bitirdiğimde



ortaokula gitmeden önceki o 3 aylık yaz döneminde birçok akranım gibi Kur’an-ı Kerim kursuna gittim. Diyanet İşleri Başkanlığının ilçemizde küçük bir kursu vardı. Yazın S  bh  neke, Ettehiyyat  ’y       rensini diye yollandı  ım Kuran’ı Kerim kursunda Arapça harfleri öğrenmem muazzam bir k  llyat ile tanışmama vesile oldu. Tabi kolay olmadı. Eğitim sistemimiz, toplumdaki genel kabul ve kültür atmosferinin hakimleri istemiyor ki ben Baki’yi, Nedim’i tanıyayım! Onların dilinden haberdar olayım, onların hassasiyetlerini öğreneyim. Şair Avni’nin aynı zamanda Sultan Fatih olduğunu, Kanuni Sultan Süleyman’ın o dönemin en önemli   airi Muhibbi olduğunu ez cümle 36 Osmanlı sultanından nerdeyse tamamının şair olduğunun nedense bilinmesi istenmedi. Böyle bir k  llyat, göz kamaştırıcı bu birikim neden gizli kalsın? “Yer mi Anadolu çocuğu!” dedim.

Anlaşılan Divan Edebiyatına ilginizi biraz da bu tepki ateşledi...

Evet. Usul olarak da şu hadise belirleyicidir: 22 yaşında İstanbul’da hukuk talebesiyim, evdeyim, evde de bekar öğrenciler var. Sadece ben evliyim ger  i. O talebeler ilahiyat okuyor. Marmara İlahiyat o zamanki adıyla Yüksek İslam Enstitüsü. O yüzden evde Arabi, Farsi kitaplar bol miktarda mevcut. Ve ben bir kelime m  n  er kelimesiyle karşılaşım okudu  ım bir Yargıtay kararında. M  n  er kelimesinin ne anlama geldiğini

“Sevildiğini bil, yanlışa d    me. Allah seni kıymetli yarattı, bu bir. ‘En sevgili’nin   mmetisin bu iki. Ataların bu topraklara gelesi bin sene oldu, kimseye boyun eğme. Ama senin bir problemin var: Dedenden sana kalan bir hazine var. Mirasın sandığın içinde duruyor; sen ise sandığı kapatıp üstüne oturmuş, dilencilik yaparak hayatını s  rd  r  yorsun. Merhum tarih  i Mehmet Niyazi   zdemir, “Paha biçilmez hazineler üstünde yayılan inekler gibiyiz” demişti bir keresinde.”

bilmediğim için sözlüklere sarıldım. Müncri ararken muazzam bir beyitle karşılaştım: “Müncri olur mu yâ Rab bir subh-i inbisâta / Vahdet-gehimde böyle mahzûn geçen leyâlîm” Beyti okudum harika duruyordu, ahengi ilgimi çekti ama tanımadığım sekiz kelime ile örülmüş bir beyit. Bir kelimeyi anlayalım diye yola çıktım, sekiz tane tanımadığım kelime ile karşılaştım. Sözlük elimdeyken tamamını çözümledim. İşte bu bana bir üslûp oldu. Şunu demek istiyorum; ilgisi olanın bilgisi oluyor. Peşine düşerseniz öğreniyorsunuz.

Tasavvufa da ilginiz olduğunu biliyorum. Tasavvuf günümüz toplumu için ne ifade ediyor? Tasavvuf sizin hayatınıza ne kattı?

Çok kısa kısıdan kısa bir özet yapacak olursam tasavvuf kalbin amelidir. İlim, amel, ihlas... Bir Hadis-i Şerif’ten bahsedilir. Mevlâna Hâlid-i Bağdâdi Hazretlerinin şerhi vardır. Cibril Hadisi. Hazreti Cebrail, Efendimiz’e “İman nedir?” diye sorar, cevap alır. “İslam nedir?” diye sorar, cevap alır. “İhsan nedir?” diye sorar, orada bir cevap alır. “Allah’ı görüyor gibi ibadet etmektir, sen O’nu görmüyorsan da o seni görüyor, bunu bilmektir.” İmâm-ı Rabbani Hazretleri şöyle özetlemiştir: Tasavvufta iki gaye vardır: Bir, iman vicdanileşmesi, iki amellerin tatlı hale gelmesi. Yani haramdan kaçmayı zorlanarak değil de bilakis tiksiniyerek yaklaşmamak. Namaz vs. ibadetleri farzları yapmayı zevk haline getirmek, hatta hayattaki tek zevk haline getirmek. Bu gayeyi takip etmeyen faaliyete de tasavvuf denmez. Bu manada Hazret’in de eserlerini okuyarak tasavvufa ilginiz oluştu. Tasavvufu hayatıma yerleştirmeye çalışıyorum. “Eller yahşi ben yaman / Eller buğday ben saman.” Gördük ki benden başka kimse kabahatli değil. Sen kendini düzeltmezsen hiçbir şey düzelmez. Etrafımızda kızılacak insan yok, acınacak insan var. Merhametle bakmayı, insanlara kalbinle, duygularınla bakmayı, güzel muamele etmeyi hayat tarzı haline getirme gayretindeyim.

“100 yıl önce dünya avuçlarımızın içindeydi, bugün çat pat Türkçe hepimize yetiyor”

Dedelerinizin Afrikalı, kütüğünüzün Denizli’de olması,

bir İstanbul beyefendisi olmanıza engel olmamış ama. İstanbul sizin için ne ifade ediyor?

İstanbul benim sevgilim! Problem şu, aşığı çok. O yüzden bütün İstanbul aşıkları gibi ben de kıskançlık krizleri içerisindeyim. Benim ikinci maşukum da Ramazan ayı. Ramazan ayı tecessüm etmiş şefkattir. Ve iki sevgilim şu anda bir arada. Bu dünyada yaşanmaya bir değer varsa işte budur: Ramazan’da İstanbul’da olmak! Ankara’ya da haksızlık etmeyelim. Belki çok zevkli bir şehir değil ama yaşamak kolay Ankara’da. Artık İstanbul’un zevkini içinde yaşayarak değil de gezmeye gelerek tadabileceğinizi de bu sayede öğrendim. Bunu yaklaşık 15 senedir yaşayarak tecrübe ediyorum. Özleyeceksin, gezmeye geleceksin. İstanbul’da tam 17 yıl yaşadım. Hem de en tatlı yıllarımda, gençliğimde! Dediğim gibi, aşığıyım İstanbul’un. İstanbul’da yaşayıp da ona şiir yazmayan şair yoktur. Hepsinin yıkıcı eserleri vardır. Nedim’den tutun Necip Fazıl’a kadar.

TRT’de Can Veren Pervaneler isimli programı uzun süre hazırlayıp sundunuz. Program hangi yıllarda yayınlandı?

2008 yılından bu yana ‘Can Veren Pervaneler’ yayımlanıyor. İlk TRT 2’de yayınlandı. TRT Haber oldu ismi sonra. TRT Diyanet’te, TRT Müzik’te muhtelif kanallarda yayımlandı. Halen de TRT Nağme Radyo kanalında devam ediyor. Önümüzdeki dönemde ise yeni kurulması beklenen TRT’nin kültür kanalında yeniden yayın hayatına geçeceğiz inşallah. Bu sayede 10 yıldır gençlere ulaşma fırsatı buluyoruz. Divan Edebiyatı dediğimizde zihnimizde sadece bir iki aruz kalıbı, işte ‘failatün failatün failün’ geliyor. İşte böyle dar bir bakış açısına 40-50 yıl mahkûm edildik. Oysa bu bir hayat tarzı, ahlak dersi, kişisel gelişim usulü.

Hemen hemen her gün ayrı bir yerde konuşma yapıyor, bazen iki üç yere gidiyorsunuz? Bu denli anlatmak istediğiniz nedir topluma? Ne paylaşmak istiyorsunuz?

Gençlere şunları söylüyorum: Sevildiğini bil, yanlışla düşme. Allah seni kıymetli yarattı, bu bir. ‘En sevgili’nin ümmetisin bu iki. Ataların bu topraklara geleli bin sene oldu, kimseye boyun eğme. Ama

senin bir problemin var: Dedenden sana kalan bir hazine var. Mirasın sandığın içinde duruyor; sen ise sandığı kapatıp üstüne oturmuş, dilencilik yaparak hayatını sürdürüyorsun. Merhum tarihçi Mehmet Niyazi Özdemir, “Paha biçilmez hazineler üstünde yayılan inekler gibiyiz” demişti bir keresinde bana. Durum tam olarak böyle. Bundan kurtulma imkânımız yok mu, tabi ki var! Önce kendimizle bir tanışalım. İstanbul’un en büyük güzelliklerinden biri şu kütüphanelerdir. 4 kütüphane ismi söyleyeyim: Beyazıt, Nuri Osmaniye, Süleymaniye ve Millet Kütüphanesi. Geçtim diğerlerini bu dört kütüphane. Mesela 86 yaşında ölen İngiliz Tarihçi Arnold Toynbee tarafından 51 yıl araştırmaya konu olmuş. Adam ömrünü tüketti bizim kütüphaneleri araştırırken. Ve gittiler, kendi topraklarında bir medeniyet inşa ettiler. Bakın bu kütüphanedeki kitapların yüzde 80’i Türkçe. Ama hakıyla inceleyenler biz değiliz.

En çok gençlerle sohbet etmeyi sevdiğinizi biliyorum. Bugün ülkemiz gençliğinin durumu hakkında neler söylersiniz?

Bizim hiç alışık olmadığımız bir dünyaya doğdular. Onları kınamayı ya da yargılamayı, “Çocuklar da bizi hiç anlamıyor” yaklaşımını hatalı buluyorum. Onların doğduğu dünyaya bizim uyum sağlamamız, onların konuştuğu dili öğrenmemiz gerekiyor. Ancak ben gençlerimizde keskin bir samimiyet görüyorum. Bu çocukları hayat çok fazla bozmadı. Bu çocuklar yalan söylemeyi öğrenmedi. Günah varsa bizde var. Çocuklar samimi ve dürüst olduğunuzu görürlerse gönüllerini size açıyorlar. Bu yüzden sorumluluk bizde, kimse gençleri suçlamasın.

Ülkemizde son iki yüzyılda yetişen aydınları “doğuya giden gemide batıya doğru koşan tayfalar” diye niteliyorsunuz bir yerde. Bu görüşünüzü biraz açabilir misiniz?

Bizler 19. asrı çok acı geçirdik. Türk’ün en uzun asrıdır. Adeta yer ayağımızın altından çekildi, gök kubbe üstümüze yıkıldı. Aciz olduğumuzu düşündük, vehme kapıldık. Aydınlarımız çareyi Batıda aradı. Bazıları dinimizin, örf ve adetlerimizin dahi onlara benzemesi gerektiğini düşünecek kadar ileri gitti. Halbuki Batının sizi imrendiren bütün



değerleri, inşa ettiği medeniyet, bu medeniyet kavramının sonuna parantez içinde ünlem işareti koymak isterim. Çünkü medeniyet dediğiniz şey bel-deleri imar etmekle bitmez, insanları da imar etmek, onarmak, gönüller yapmak gerekir. Gerçek medeniyet budur. Her şeye rağmen hadi Batı'ninkine de medeniyet diyelim. Hukuk, ahlak, ticaret, aile, devlet yapıları vs. her şeyleri klasik dönemde senden tahsil ettiklerinin üzerinde kurulmuş. Endülüs'ten, Selçuklunun Nizamiye Medreselerinden, Osmanlıdan aldıklarının üzerine medeniyet inşa ettiler. Biz de bunu onların öz malı sanıyoruz.

Burada araya girmek istiyorum, Batının ahlakını değil de ilmini almakta ne beis var?

Aldığının senin olduğunu bildikten sonra Batının ilmini almakta hiçbir beis yok! Alacağın şey de zaten ilmi değil teknoloji. İlim üretmek Batının haddine mi düşmüş! Hadi kavramı çok da irdelemeyelim, diyelim ki Batının ilmini aldık. Bil ki senindir o ilim. Hikmet müminin yitik malıdır. Komplekse kapılma, eğilip bükülme, onu al daha da ileri götür. Hatta bu senin vazifen. Şimdi tamam ilmimizi geliştirdiler, saygı da duyuyorum ama bunu aldığın zaman... Sonra ailemizi koruyalım, ahlak yapılarına ilişmeyelim dediğimizde büsbütün

kötü duruma gidiyoruz. Geldiğimiz nokta öyle bir yer ki, keşke onu alsam diyorsun. Yüz aklıyla savunabileceğimiz bir ahlak düzenimiz yok. Aile kurumu tepemize çöküyor. Mesele şurada düğümleniyor: Dünya düzenindeki yerimiz neresi?

Siz söyleyin neresi?

Bakın, 100 yıl önce herhangi bir liseden mezun olan delikanlı hem Arabi'yi hem Farisi'yi biliyordu. Biraz kalburüstü eğitim alanların Rumcası, Latincesi, Fransızcası olur; en az 6 lisan bilmeyene münevver denmezdi. Ve bir imparatorluk kültürü vardı çocuklarımızın üzerinde. 100 yıl önce Mülkiye'den mezunsan ve kaymakam adayısan staj göreceğin muhtemel coğrafya Yemen de olabilir Saraybosna da! Yani en doğudan en batıya kadar dünya senin avuçlarının içindeydi. Şimdi bir de bugünün çocuklarını düşünün. Şimdilerde ne kadar da mütevazî hayat anlayışımız var! Çat pat bir Türkçe yetiyor hepimize. Kimsenin Edirne'den batıya Van'dan doğuya bir vizyonu, arzusu, heyecanı yok. Küçük olsun benim olsun anlayışıyla küçücük bir coğrafyada idealsiz şekilde yaşayıp ölüyoruz. Böyle olunca, kafa böyle daralınca insanın çalışması için, büyük başarılar elde etmesi için enerjisi olmaz ki. Sonra niye yapsın ki. Bugünün gençleri rutine mahkûm. Oysa rutin katildir!

“19. asır Türk'ün en uzun asrıdır. Adeta yer ayağımızın altından çekildi. Aciz olduğumuzu düşündük, vehme kapıldık. Aydınlarımız çareyi Batıda aradı. Bazıları dinimizin, örf ve adetlerimizin dahi onlara benzemesi gerektiğini düşünecek kadar ileri gitti. Aldığının senin olduğunu bildikten sonra Batının ilmini almakta hiçbir beis yok! Zira Endülüs'ten, Selçuklunun Nizamiye Medreselerinden, Osmanlıdan aldıklarının üzerine medeniyet inşa ettiler. Biz de bunu onların öz malı sanıyoruz.”



“100 yıl önce Mülkiye’den mezunsan ve kaymakam adayıysan staj göreceğin muhtemel coğrafya Yemen de olabilir Saraybosna da! Yani en doğudan en batıya kadar dünya senin avuçlarının içindeydi. Oysa bugün çat pat bir Türkçe yetiyor hepimize. Kimsenin Edirne’den batıya Van’dan doğuya bir vizyonu, arzusu, heyecanı yok. Küçük olsun benim olsun anlayışıyla küçücük bir coğrafyada idealsiz şekilde yaşayıp ölüyoruz.”

“Anadolu topraklarındaki ilk devlet başkanımız Tuğrul Bey, 75’incisi Cumhurreisimizdir!”

Manzara bu kadar simsiyah mı?

Son yıllarda bir ümit ışığı var. Dünyanın birçok yerinde artık ilgileniyoruz. Tarihin sevki böyle. Biz 1000 yıldır buradayız. Son yüz yılın en önemli hastalıklarından biri ‘Genç Cumhuriyet’. Yani biz 70-80 yaşında bir devletiz öyle mi! Kimsenin de aklına gelmez, gelse bile seslendirmez. Bundan öncesi yok mu yani? Yani biz Cumhuriyetten önce bir hiç miydik? Bu topraklarda yaşamıyor muyduk? Daha da ileri götüreyim: Halihazırda Türkiye Cumhuriyeti Devlet Başkanı olan zat, gerçekte o koltuktaki 75’inci kişidir! Tuğrul Bey 1’inci, o 75’inci kişi. Tuğrul Bey Alpaslan’dan önceki adam. Dandanakan Meydan Muhaberesi ile bu devleti başkenti Tebriz olmak üzere 1040’ta kuran adam. Daha da geriye götürene de saygı duyarım ama o noktada başlatmamın nedeni Anadolu topraklarında din, dil, vatan, devlet ve millet olarak 5 ana unsur üzerinde birbirinin devamı devletlerin tebaalarıdır.

Müthiş bir bakış açısı. Ağzınıza

sağlık. Şimdi izniniz olursa son bölümde biraz sağlıktan, tababetten konuşalım istiyorum. İki sefer kalbinizin teklemediğini, iki sefer de büyük trafik kazası geçirdiğinizi biliyorum. Şu an sağlığınız nasıl?

Çok şükür hiçbir şey olmamış gibi sağlığım yerinde. Doktorlar o zaman da söyledi bana; “ölene kadar yaşarsın!” (Kahkahalar) Hazır olmak lazım mirim. Düzenli ilaç kullanmama neden olan Koah hastalığım var, başka da bir şey yok hamdolsun.

Sağlıklı olmanın iyi insan olmakla, şükretmekle, kanaatkarlıkla, kısacası erdemlerle ilgisi hakkında neler söylersiniz?

Sağlık kelimesinin hayatımıza girmedeği 50 yıl önce sıhhat diydük. Sıhhat ne demek? Doğruluk demek. Sahih olma hali sıhhat. Ben gene istemeyerek kendi sahama çektim ama kelimelerde dönüşleniyor her şey. Shakespeare öyle söyler Hamlet’e: “Ne düşünüyorsunuz kral hazretleri?” Ufka bakar adam; “Kelimeler, kelimeler, kelimeler” der. Her

şeyi yıkan da kuran da o. Sıhhatimizi yitirince nereye gidiyoruz: Hastaneye. Maksadın zıttı, burada hastalar bulunacak diyorsun adeta. Oysa gitmemiz gereken yer şifahane olmalı. Kelimelerle birlikte hayat nizamımızı da değiştirdik.

Hastalıklarla hastanelerle aranızı biraz dahadeşmek istiyorum. Sizce iyi hekim nedir, iyi hekim nasıl olur? Sadece iyi insanlar mı iyi hekim olabilir?

İyi hekim olmak için iyi insan olmak bir kere ön şart. Çünkü adamın canına müdahale edebileceğiniz bir noktadaysanız Allah göstermesin kötü bir insanın elinde hekimliğin sonuçları vahim olur. Bir hekim Allah'ın eseri üzerinde çalıştığını bilirse hekimliği başkadır, bilmezse başka. "Hoşça bak zâtına kim zübde-i âlemsin sen / Merdüm-i dîde-i ekvân olan âdemsin sen" demiş Şeyh Galip. Bizim medeniyetimizi özetleyen iki mısradır bu. "Hoşça bak kendine ki kâinatın özüsün sen. / Bütün yaratıkların gözbebeği olan insansın sen" der şair bu beyitte. Şimdi bir hekim kendisine müracaat eden hastasına böyle bakmıyor da onu anatomik bir varlık olarak görüyorsa ortaya başka türlü bir sonuç çıkabilir. Demek ki hekim iyi bir insan olmalı. İkincisi mütevazı olmalı. Sen kendinden bir şey yapmıyorsun, normale getirmeye çalışıyorsun. Ortada bir anormal durum var, sen onu aslına rücu ettirmekle mükellefsin. Her insan apaçık bir mucizedir. İnsanoğlu kanın bileşimini düşünse, gözün yapısını hakıyla düşünse aklını kaybeder.

Sizce günümüzün doktorları hastalıkların tedavisine doğru noktadan bakabiliyorlar mı? Sağlık aslında "iyilik hali" derler ya hani, karşılarına gelenin tamir edilecek bir motor dişlisi değil de insan olduğunu ayır edebiliyor; onun ruhunu ve moralini de tamir etmeye odaklanabiliyorlar mı?

İnsanı makine gibi gören, ruhunu tamamen göz ardı eden, hastasına kibirle bakan, ona soğuk davranan doktorlara biz de şahidiz. Günümüz tıbbını saygısız buluyorum. Tıp bu olmamalı. Tabi ilimlerin, sanatların pek çoğunda hikmeti yitirdik. Bu suali hukuk sahasında sorarsanız daha ağır şeyler söyledim. Daha bile acı örneklerden söz etmek mümkün orada. Şimdi günümüz tıbbi bir defa her türlü alternatif kapalı. Geleneksel ve

alternatif yöntemleri büyük bir kabalıkla ve büyük bir kibirle reddediyor. Elinden gelse onlara yaşam hakkı bile vermeyecek. Oysa ortada tam bir cehalet hali söz konusu. Esasında bu sahada hiçbir şey bilmiyor. Bilmediği şeyi araştırmadan, incelemeyen doğrudan reddediyor. Bilmediğini aşağılıyor. Tam da günümüz Türk aydınının fotoğrafı. Öte taraftan ilaç konusu tıptan ayrı düşünülemez. O alanda da duyduklarımızın yarısı doğru olsa insanda huzur kalmaz. Bu meseleye endüstri olarak bakılıyor. Kolesterol seviyesi 10 puan aşağı düştüğü zaman yüz milyon yeni hastanız oluyor. Şeker seviyesi standardı yeniden belirlenir ve bir iki puan düşerse yüz milyonlarca yeni hasta, yani yüz milyonlarca yeni müşteri oluveriyor.

Gene hayli karamsar bir tablo çizdiniz!

Bu tespitlerim, Batı ülkelerine dair okumalarımın çıkan sonuçlar. Türkiye için keyifsiz duyularım varsa da bu iddiada bulunamam. Barı medeniyetinin sözüm ona demokrasi getirmek adı altında Irak'ta, Afganistan'da yaptıkları ortada. Nagazaki'de ne yaptı Batı medeniyeti? Bir bomba denedi, kaç milyon insan öldü. Onlar için mazlum halkların ölümü istatistikten başka bir şey değildir. Batı medeniyeti ateş medeniyetidir çünkü. Biz ise toprak medeniyetinin insanlarıyız. Toprak medeniyeti insandır, ateş medeniyeti iblistir. Bu tıba da teknolojik çalışmalara da bütün ilmi faaliyetlere de yansır. Unutmayın, Olympos'un çocukları Hira'nın evlatlarını asla kabul etmeyecek. Asrımızın en korkunç hastalığını tedavi edecek ilaç ellerinde olsa, imkânı yok paylaşmazlar. Milyar dolarlardan bahsediyoruz. Böyle acı bir dünyada yaşıyoruz. Bugünün dünyasında ilaç uluslararası alanda silah.

Eskiden biri ölünce "Eceliyle öldü" denirdi. Şimdi bu sözü pek işitemiyoruz? Yani "Kanserden, trafik kazasından öldü" derken "tıp yaşatamadı" mı demek istiyoruz aslında? Biraz Azrail'i yok mu sayıyoruz?

Kastettiğim, saygısızlık işte tam da bu noktada. Tıp yaşatabilseydi tamamı. Bunun sonu şuna varıyor: Uluhiyet izafi etmektir bu. Tıp biraz daha gelişirse ölüm-süzlüğü sağlayacak, biz de sonsuza dek yaşayacağımız gibi küstahça bir bakışımız var. Tıp ne kadar gelişirse gelişsin son

"Günümüz tıbbını saygısız buluyorum. Tıp bu olmamalı. Bir defa her türlü alternatif kapalı. Geleneksel ve alternatif yöntemleri büyük bir kabalıkla ve büyük bir kibirle reddediyor. Elinden gelse onlara yaşam hakkı bile vermeyecek. Oysa ortada tam bir cehalet hali söz konusu. Bilmediğini aşağılıyor. Tam da günümüz Türk aydınının fotoğrafı."

tahlilde ölüm oranları değişmiyor. Çünkü ölünecek bu dünya kalmaya müsait değil. Biz ölmek için doğduk, kalmak iyi bir şey de değil yani. Buradan gitmek iyidir. Çelebizade Asım diyor ki: "Sülûk erbâbı süratle geçer aşkı mecâziden / Cihânda kimse menzil ittihâz etmez pür üstünde." O mukaddes yola baş koymuş kişi yol boyunca çiçek böcek vs. bazı güzellikler görüp belki gözü takılır ama bu mecazi aşka da fazla aldırış etmez. Çünkü bilir ki dünya denen yerin geçmesi güzeldir, kalması değil. Ben şimdi şu gördüğümüz Boğaz Köprüsü'nün üstüne bir kulübe yapmaya kalkışsam, beni engellemeye kalkanlara da desem ki; "Ya manzara çok güzel. İzin verin şurada bir evim olsun". İzin verirler mi bana. Şöyle demezler mi: "Buranın geçmesi güzel, kalması değil." Bir köprüsünde bile durmamıza izin verilmeyen dünya hayatına kalmak için geldiğimizi sanıyor, öyle bilinçsizce yaşıyoruz!

Beyitlerle bezeli bu röportajı şanına layık bitirelim öyleyse. Şemsi Tebriz-i Hazretlerinin beyti nasıldı?

Güzel hatırlattınız! "Dünyam alt üst olacak diye kahretme / Bakarsın altı üstünden iyidir." Biz ana rahmindeyken nasıl bir dünyaya geleceğimizi bilmiyorduk. Gördük ki, geldiğimiz yer daracıkmiş. Gideceğimiz yer inşallah Cennet olur da buraya nispetle ne kadar geniş ne kadar güzel olduğunu yaşayarak görürüz. Özleyerek, bekleyerek, severek gitmek lazım bu alemde. SD'nin yazarlarına, okurlarına çok selam!

Asistan alımları ile ilgili olarak TUS'un eleştirisi

Prof. Dr. Naci Karacaoğlu



1961 yılında Yozgat'ta doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Kayseri'de tamamladı. 1984 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1991 yılında estetik, plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzmanı oldu. 1992-98 yılları arasında On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyesi ve hastane yöneticisi olarak görev yaptı. Karacaoğlu, 2003'te Özel Medipol Hastanesi Estetik ve Plastik Cerrahi Kliniğinde çalışmaya başladı. 2006-2010 yılları arasında aynı hastanede başhekimlik yaptı. Halen Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığını yürütmekte olan Dr. Karacaoğlu, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Bu yazımızda benim ihtisasa girdiğim dönemdeki uzmanlık sürecini ve bugünkü uzmanlık sürecini gözden geçirip yeni bir öneri sunmaya çalışacağım. 1984 yılında tıp fakültesinden mezun olduktan sonra zorunlu hizmeti tamamlamak üzere Tunceli Hozat'a gittim. Mecburi hizmeti tamamlamadan ihtisasa girme şansımız yoktu. İki yıllık bir zorunlu hizmetin birinci yılın sonunda Sağlık Bakanlığının açmış olduğu uzmanlık sınavına girilebilmekteydi. Diğer taraftan üniversitelerde tıp fakültelerinin anabilim dallarında ihtisasa girebilmek için mecburi hizmetinizin bitmiş olması veya mecburi hizmetinizin son altı ayında olmanız gerekiyordu. Üniversitelerde her anabilim dalı kendi kadrosunu ilan ediyor ve ilgili anabilim dalı asistanlarını sınavlarla alıyorlardı. Buralara girebilmek için birçok arkadaşımız gönüllü olarak üç ay 6 ay hatta bir yıl çalışıp hocaların tercih listelerine girmeye çalışmaktaydılar. Bu durum her zaman olumlu sonuçlarda vermemiştir. Araya giren birçok faktör ve etken bu asistan alımında adaleti ve fırsat eşitliğini ortadan kaldırmaktaydı. Benzer şekilde Sağlık Bakanlığının açmış olduğu sınavların da benzer şekilde sorunlarla iç içe olduğu bir gerçektir.

"Bugün durum nedir?" diye bakarsak herkesin bildiği gibi merkezi bir sınav şeklinde senede iki kez yapılan TUS sınavıyla ihtisasa girilmektedir. Çıkış amacının bir adalet getirme olduğunu

düşündüğümüz bu sınavında birçok sakıncasının olduğu da bir gerçektir. Her ne kadar TUS herkese adil ve eşit bir fırsat verse de tıp fakültelerinde uygulanan eğitimin TUS dershanelerine kaymasına yol açtığını söyleyebiliriz. TUS sınavlarının en önemli sakıncalarından biri, sınav içeriklerinin UÇEP'ten uzak olmasıdır.

Öğrencilerimiz ikinci sınıftan itibaren bu sınava hazırlık amacıyla TUS dershanelerine gitmeye başlaması daha ikinci sınıftan itibaren UÇEP'e göre verilmeye çalışılan eğitimin anlamını erozyona uğratmaktadır. Bu nedenle öğrenciler mevcut tıp fakültelerinin vermiş olduğu eğitimi yalnızca sınavı geçmeye endekslenerek şekilde ders slaytlarından almaya gayret etmekte ve sınavlara da ders notlarından çalışmaktadırlar.

İntörlük tıp eğitiminde çok önemli bir dönemdir. Bugün çoğu tıp fakültesinde intörlük sağlıklı bir şekilde yürütülmektedir. Çünkü öğrencilerin çoğu bu dershanelere devam etmektedirler. Bir anabilim dalı başkanımızın hocam öğrenciler öğleden sonra TUS dershanelerine gidiyorlarmış benden izin istiyorlar vereyim mi diye beni araması bunu açık bir şekilde göstermektedir. Bu da öğrencinin devam ettiği klinik stajın bir öneminin olmadığını, önemli olanın bu TUS sınavına hazırlanmak ve kazanmak, buna da giden en iyi yolunda dershaneye gitmek olduğunu kabullenmesidir. Bunu destekleyen en önemli bilgilerden biri

1991 yılında yayımlanan "Tıp Eğitimi Meclis Araştırma Komisyonu Raporu"dur. Bu raporda öğrenci görüşler bölümünde yer alan "Birinci sınıftan itibaren TUS sınavı için çalışıyoruz. Pratisyen kalmak ve sağlık ocaklarına gidip bilgilerimizin %50'sini kaybetmek istemiyoruz" ifadesi, bugün eğitim almakta olan öğrencilerimizin içinde bulunduğu bir düşüncüyü yansıtmaktadır.

Mevcut TUS Sınavı'nın birçok sakıncasının tıp fakülteleri dekanları ve hocaları tarafından dile getirildiğini hepimiz biliyoruz. Her TUS Sınavı'ndan sonra soru itirazlarının olması bunun sonucunda hemen hemen her sınav sonunda ek yerleştirmelerin yapılması asistan hareketliliğinin ortaya çıkması hepimizin malumudur. Bu da soru hazırlama, ölçme ve değerlendirmede önemli sıkıntıların olduğunu göstermektedir. Diğer taraftan soru içeriklerine bakıldığında UÇEP'e uygun olmadığını da görmek mümkün. Fakat her şeye rağmen çoğumuz bu sınav ve asistan alma yolunu adil buluyoruz fakat ortaya çıkan sorunları da gözlemliyoruz.

Asistan adayları bu sınav sonucu aldıkları puanla tercih sıralaması yaparak kazandığı puanının yettiği yerlerde ihtisasa başlıyorlar. Ancak burada ne hoca yeni gelen asistanını tanıyor ne de yeni gelen asistan hocasını tanıyor. "Asistan bu klinikten ne bekliyor, klinik ve hocalar asistandan ne bekliyor?" bunlar karşılıklı bilinmediğinden eğitim



sürecinde de sorunların yaşandığı bir gerçektir. Uzmanlık sürecini yalnızca teorik bir sınava endekslemenin ne kadar sakıncalı bir durum olduğunu birçok örneklerle açıklamak mümkündür. En önemlisi de beceri ve tutumu ölçme şansı olmamasıdır. Tıp usta çırak ilişkisini barındıran önemli bir bilim alanıdır. Tek bir yerleştirme sınavında çırağın seçiminde eğitimi verecek ustanın, ustaların belirleyici bir yetkisi yoktur.

İhtisas sürecinin bana göre üç önemli ayağı mevcut. Birincisi öğrencinin eğitim aldığı tıp fakültesi ve bu fakültenin verdiği eğitim; ikincisi adayın ihtisas yapacağı alan, yer ve bunun bulunduğu anabilim dalı veya bölümün hocaları eğiticileri; üçüncüsü de tüm hekimlerin girdiği bir yeterlilik sınavı. TUS Sınavı büyük ölçüde yeterlilik anlamında bunu karşılıyor olabilir. Ancak diğer iki ayak bu süreçte hiç söz sahibi değil. Eğer mezun olduğu fakültenin bu süreçte bir rolü olmaz ise öğrenci yalnızca sınavları geçip mümkünse fırsat bularak kaçıp dershanelere gitme yolunu seçiyor. O zaman bunu önemli kılmak için süreç öğrencinin mezun olduğu fakültedeki başarı puanında bu süreçte bir şekilde dahil etmek gerekir.

İhtisas yapacağı klinik ve hocalarında nasıl birini eğitecekleri, eğitecekleri kişide nasıl bir özelliklerin olması mesleğe uygunluğu gibi konularda adayları görerek sürece dahil olmaları önemli olacaktır. Ayrıca bu süreçte anabilim dalı hocalarının da olması usta çırak ilişkisinde sürecin daha sağlıklı bir şekilde yürütülmesini sağlayacaktır. Aday açısından da ihtisas yapmayı arzu ettiği kliniğin vaka çeşitliliği, eğitim programı, nöbetler, yurt dışı rotasyonlar gibi birçok

noktada bilgi sahibi olması önemlidir.

Üniversitelere araştırma görevlisi statüsünde başvuran adayların alınmasında tek bir sınav yerine kişinin lisans notu, merkezi girmiş olduğu ALES ve yabancı dil puanının yansıması ilgili anabilim dalının yapmış olduğu sınavdan aldığı not belirleyici olmaktadır. “Üniversitelerde, Öğretim Üyesi Dışındaki Öğretim Elemanı Kadrolarına Naklen veya Açıktan Yapılacak Atamalarda Uygulanacak Merkezi Sınav ile Giriş Sınavlarına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik”in 12. maddesi uyarınca ALES puanının %30, lisans notunun %30'u, yabancı dil puanının %10 ve anabilim dalı tarafından yapılan sınavın %30'u hesaplanarak değerlendirme notu ortaya çıkmaktadır. Bu notlar sıralanarak en iyi notu olan adaylar alınmaktadır. Burada kişinin mezuniyet notu, girmeyi arzuladığı anabilim dalı tarafından yapılan sınavda aldığı not ve merkezi yapılan ALES sınavı eşit oranda etki etmektedir.

Uzmanlık öğrencilerinin alınımında da benzer şekilde bir yol izlenmesi daha yararlı olacaktır. O zaman belirttiğim bu üç ayağı içinde barındıran bir asistan seçme süreci oluşturmamız gerekir diye düşünüyorum. Önerim şudur: Fakültesindeki mezuniyet puanı bir değer olsun, tüm mezunlar şimdiki TUS gibi bir yeterlilik sınavına girsinler ve aldıkları puan diğer bir değer olsun. Bunlar toplansın ve ikiye bölünsün çıkan değer, puan adayın ihtisaslara müracaat edecekleri temel puanı olsun.

Diğer taraftan her eğitim kurumu ihtisas vereceği anabilim dalı veya kliniği alacağı asistan sayısını ve alacağı taban puanını açıklasın. Bunu şu an olduğu gibi

Mevcut TUS Sınavı'nın birçok sakıncasının tıp fakülteleri dekanları ve hocaları tarafından dile getirildiğini hepimiz biliyoruz. Her TUS Sınavı'ndan sonra soru itirazlarının olması bunun sonucunda hemen hemen her sınav sonunda ek yerleştirmelerin yapılması asistan hareketliliğinin ortaya çıkması hepimizin malumudur. Bu da soru hazırlama, ölçme ve değerlendirmede önemli sıkıntıların olduğunu göstermektedir.

senede iki kez ilan etsin. Bu temel puanı ve fazlasını elinde bulunduranlar puanını yettiği kliniklere müracaat etsinler. Her anabilim dalı, kliniği anabilim dalı kurulu kararıyla genel branş sınavı yapsın. Sözlü ve yazılı yapılacak sınavda başarılı olan asistan adayı anabilim dalı kararıyla ilan edilsin. Sınavı kazanmış ve anabilim dalı tarafından uygun görülmüş olan aday nasıl bir kliniğe geldiğini hangi hocalardan eğitim alacağını bilerek ve isteyerek seçmiş olacaktır. Bu öneri ortak akılla dünya örnekleri de göz önüne alınarak daha da zenginleştirilebilir.

ABD'de uzmanlık eğitimi

Prof. Dr. Abdulkadir Ömer



1962 yılında doğdu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. İç hastalıkları uzmanlığını aynı fakültede, 1991'de tamamladı. 1991-1993 yıllarında İstanbul Diyabet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1993-1998 yıllarında özel bir tıbbi cihaz şirketinde yöneticilik yaptı. 1998-2007 yılları arasında Harvard Üniversitesine bağlı Joslin Diyabet Merkezinde öğretim görevlisi olarak çalıştı. Aynı merkezin insan adacık laboratuvarında eş başkanlık yaptı. 2004 yılında doçent oldu. 2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde iç hastalıkları, 2013 yılında ise endokrinoloji, diyabet ve metabolizma ihtisaslarını tamamladı. 2013-2017 yıllarında ABD'de St. Vincent Hastanesinde Endokrinoloji uzmanı olarak çalıştı. 2017 yılında profesör olan Dr. Ömer halen İstanbul Medipol Üniversitesi Uluslararası Tıp Fakültesi Dekanı olarak çalışmaktadır.

Bu yazımızda Amerika Birleşik Devletleri'nde tıpta uzmanlık eğitimi ayrıntılarıyla inceleyeceğiz. Öncelikle uzmanlık eğitime ABD'de nasıl girildiği üzerinde duralım. Gerek ABD içindeki tıp fakültesini bitiren mezunlar gerekse dünyanın diğer ülkelerinde tıp fakültelerini bitirmiş mezunlar (yabancı tıp fakültesi mezunları) ABD'de ihtisasa müracaat edebilmekteler. Tüm adayların ihtisasa müracaat edebilmeleri için okul diplomalarına sahip olmaları ve United States Medical Licensing Examination (USMLE) sınavını geçmiş olmaları gerekmektedir. Yabancı mezunlar için Amerika Birleşik Devletleri'nde ihtisasa girişlerdeki müracaatları değerlendiren ve geçerliliğini kabul eden Educational Commission For Foreign Medical Graduates (ECFMG) adlı kuruluştur. Sonuç olarak Amerikan tıp mezunları ve yabancı tıp mezunları ihtisasa beraber müracaat etmektedirler.

USMLE (United States Medical Licensing Examination, www.usmle.org) sınavları 3 basamaklı bir sınav olup birinci basamak sınavına tıp fakültesinin 2. sınıfı sonundan itibaren, 2. basamak sınavına 4. sınıf sonundan itibaren müracaat edilebilmektedir. 3. basamak sınavına ihtisasa girdikten sonraki 1 yıl içinde girilmesi gerekmektedir. Adayların ihtisasa müracaatları Electronic Residency Application Service (ERAS, <https://www.aamc.org/services/eras/>) adlı sitede tamamen online olarak gerçekleştirilmektedir. ERAS, müracaat evraklarını internet ortamında ihtisasa programlarına yönlendirmektedir. Müracaat esnasında USMLE sınav sonuçları ve tıp fakültesi diploması yanında, o ihtisasa neden girmek

istediğinizi bildiren kişisel bir yazı, sizin müracaatınızı destekleyici en az 3 adet referans mektubunu da ERAS sistemine yüklemek gerekmektedir. Müracaatı alan ihtisasa kuruluştur (hastane ya da fakülte), adayın tüm evraklarını değerlendirmekte, kendisine yapılan müracaatlar içinde bir sıralamaya sokmakta ve uygun adayları mülakata davet etmektedir. Genellikle ihtisasa alınacak uzmanlık öğrenci sayısının 10 katı kadar aday mülakata çağırılmaktadır. Dolayısıyla ihtisasa yaptıracak kuruluş en iyi adaylar arasından mülakata ihtisasa alacağı adayları seçmektedir. Bu süreç, ihtisasa yaptıracak kuruluşa kaliteli ve kapasiteli adayları seçme şansını vermektedir ve bizim ülkemizdeki ihtisasa giriş süreciyle karşılaştırıldığında (sadece yazılı sınavla aday seçimi) çok çarpıcı bir farklılık arz ettiği görülmektedir. Örneğin 2015 yılında benim çalıştığım hastanedeki (St. Vincent Hastanesi) "İç Hastalıkları Asistanlık Eğitim Programı", 50 ihtisasa öğrencisi kadrosu için 4.500 müracaat almış, bunların arasından yaklaşık 500 kişiyi mülakata çağırılmıştır. Mülakat esnasında adayların mesleki bilgileri, USMLE sınav sonuçları, referans mektupları ve araştırmacı özellikleri yanında kişisel özellikleri de yakından değerlendirilmektedir. İhtisasa kabul edilen adaylar, bir sözleşme ile işe alınmaktadırlar.

ABD'de iyi bir tıp fakültesini bitiren mezunların %98'i istediği bir alanda ihtisasa girebilmektedir. Bu durum tıp fakültesi mezun sayısı ile ihtisasa kadro sayısı arasındaki uyum göstergesi olarak kabul edilebilir. ABD'de tıp fakültesi mezunlarına pratisyen hekim olarak çalışmaları mümkün olmadığı için tüm mezunlar ihtisasa yapmak zorundadır.

ABD'de ihtisasa yapmamış hekimlerin hekimliği esnasındaki tıbbi hataları karşılayacak bir sigorta sistemi yoktur. Bu nedenle tıp fakültesindeki öğrenci kendisini istediği bir ihtisasa sokacak en iyi USMLE sınav derecesini almak ve ihtisasa en parlak ve en donanımlı aday olarak müracaat etmek zorundadır. ABD'de ilaç endüstrisinde kariyerine devam edecek hekimler bile önce bir ihtisasa sürecinden geçmektedirler. ABD'de ihtisasa süresince uzmanlık öğrencilerine verilecek maaşlar Amerikan Federal Sağlık Sistemi (Medicare) tarafından karşılanmaktadır. Ülkemizde vakıf ve özel üniversitelerdeki ihtisasa programlarında asistanlık yapan hekimlerin maaşlarının hastane tarafından ödendiği dikkate alındığında ABD'deki sistemin ihtisasa yapacak daha fazla sayıda genç hekime fırsat veren bir sistem olduğu düşünülebilir.

İhtisasa Süreci

ABD'de ihtisasa nadir istisnalar hariç 1 Temmuz'da başlar ve 30 Haziran'da biter, çok gerekli olduğu durumda sadece 1 ay gecikebilir. Uzmanlık öğrencilerinin (asistan) eğitiminden bu iş için ayrılmış program yönetimi sorumludur. Programın program yöneticileri genelde 2 ya da 3 kişiden oluşan akademik personel, sekreterler ve şef asistanlardan oluşmaktadır. Şef asistanlar asistanların eğitiminden, çalışma takviminden, kişisel sorunlarının tanımlanması ve çözümünden birinci derecede sorumlu kişilerdir. Şef asistanlar, ihtisasını yeni bitirmiş asistanlar arasından mesleki bilgi, uyumlu ekip üyeliği, sorumluluk alabilme kapasitesi ve insan yönetebilme özelliklerine göre seçilir ve bu görevi bir yıl yaparlar. Şef

asistanlık yapmış olmak ileri yıllarda işe müracaatta özellikle akademik görevler alınmasında olumlu bir özellik olarak kabul edilmektedir. Asistanlık süreci genellikle aylık rotasyonlardan oluşmaktadır.

İlk yıl içindeki zorunlu rotasyonlar, yataklı hasta servisleri (wards), tıbbi yoğun bakım, koroner yoğun bakım ve polikliniklerdir. İlk yıl içinde 2 ay seçmeli staj ve 1 ay eğitim ve izin süreleri de vardır. Asistan, ihtisasın başından sonuna kadar haftada 1 kez yarım gün olmak üzere bir uzman doktorun gözetiminde kendi hasta grubunu oluşturup izlemek zorundadır (Devamlılık Polikliniği).

ABD’de eğitim sonrası uzmanlık eğitiminin standartlarını ve işleyişini tıp eğitimi sonrası akreditasyon kurulu (Accreditation Council for Graduate Medical Education-ACGME, <http://www.acgme.org/>) yürütmektedir. Bu çerçevede olmak üzere asistanların iş yükü ve azami çalışma süreleri de yakından izlenmektedir. İş yükünün çok olduğu, yataklı servislerde ve yoğun bakım rotasyonlarında, öncelikle aşırı yorgunluğa bağlı tıbbi hataların azaltılması için iş yükü ortalama olarak haftada 80 saatle sınırlandırılmıştır. Bu yük ortalama olarak 13-14 saatlik günlük iş yüküne karşılık gelmektedir. Asistan haftada 6 gün çalışır ve 1 tam gün izin yapar. Yoğun bakım nöbetlerinde kesintisiz çalışma süresi 30 saatle sınırlandırılmıştır. Nöbetler 3 günde birden daha sık olamaz ve nöbet ertesi asistana mutlaka izin kullandırılmaktadır.

ABD’de asistanlar öğrenci oldukları için ve bağımsız hasta bakma yetkileri olmadığı için ihtisasları süresince yaptıkları tüm tıbbi işlemleri, tedavileri, istedikleri tetkikleri tam yetkili bir uzman doktorun gözetiminde ve uzmanın onayı ile gerçekleştirmek durumundadır. Böylece usta çırak ilişkisi şeklinde gelişen ve olgunlaşan asistan, eğitiminin hiçbir döneminde sahipsiz kalmaz, yanlış karar vermekten kurtulmakta ve en önemlisi de klinik deneyimlerinde işlemleri doğru şekilde öğrenmektedir. Sonuçta yanlış tıbbi müdahale ve tedavi riski en aza indirilmiş olur.

İhtisas süresince her ayın sonunda asistan, uzman doktor, hemşire, öğrenciler karşılıklı olarak birbirini değerlendirir (360 derece değerlendirme). Bu değerlendirme sadece mesleki bilgi, beceri yönünden değil hastalarla iletişim, profesyonellik, stresli ortamlarda zor vakalarla baş edebilme kapasitesi, iş disiplini, genel profesyonellik ve öz bakım konularını da içerir. Asistanla ilgili ciddi bir çekince söz konusu olduğunda şef asistanı tarafından öğrenciye uygun bir

şekilde durum izah edilir ve düzeltilmesi istenir. Asistanlık programı yönetim ekibi haftalık toplantılarla asistanların durumunu tek tek değerlendirir ve gözden geçirir. Herhangi bir asistandan ciddi bir şikâyet gelip gelmediği herhangi bir tıbbi kötü yönetime karışıp karışmadığı, morbidite veya mortalite ile sonuçlanan bir hasta bakımında yer alıp almadığı sistematik olarak incelenir ve kayıt altına alınır.

Asistanlık Süresince Eğitim

Asistanlık eğitim programı yoğun hasta bakımı olmasına yanında her gün en az iki saatlik resmi bir eğitimi içerir. Bu eğitimde akademik öğretim görevlisi 1 saat ders anlatır. Diğer saatte ise şef asistan gözetiminde asistanlar tarafından vaka takdimi yapılır ve tartışılır. Asistanlık süresince özellikle yoğun bakımda, koroner yoğun bakımda ve yatan hastalar bölümünde rotasyon yapan asistanlar her gün uzmanlarla beraber hastaları uzun toplantılarda (1-2) saat “vizit” denen toplantılarda tartışılır ve hastayla ilgili kararlar alırlar.

Hasta vizitleri günlük resmi derslerin yanında asistan eğitiminin en önemli kısımlarını oluşturur. Asistan burada kompleks sorunları olan ağır hasta yönetimini öğrenir. Çoğu zaman vizitlere klinik farmakolog da katılır. Her hasta ile ilgili olarak sosyal hizmet görevlisinden ve gerekirse fizik tedavi uzmanından görüş alınır. Asistan eğitiminin diğer bir şekli sık rastlanan semptomların incelendiği aylık ev ödevleridir. Bu görev genelde internette iyi bir üniversitenin departmanı tarafından sadece klinik deney için hazırlanmış modüllerden oluşmaktadır.

Yılda bir kez asistanın gelişimi hakkında bir fikir sahibi olmak için merkezi olarak tüm Amerika’daki asistanlara uygulanan asistanlık içi sınavdır. Bu sınavda asistanın yıllar içindeki mesleki değişimi ve sisteme uyum süreci değerlendirilir. Gelişmeye açık yönlerinin üzerinde çalışması istenir. Aylık rotasyonlar benim kanımca ülkemizde çoğu hastanede uygulanmakta olan 3 aylık ya da 6 aylık rotasyonlara göre asistanlar için daha uygun bir eğitim şeklidir. Zor bir bölümde örneğin yoğun bakımda 3 ya da 6 ay bir asistanın çalışması gerçekten zordur. Böylece asistan 1 aylık bir sürede çok fazla zorlanmadan o bölümün eğitimini tamamlayarak yeni bölüme geçebilmektedir.

Amerikan Sağlık Sistemi’nde tıbbi hataları en aza indirmek için çeşitli mekanizmalar oluşturulmuştur. Asistanlık eğitimi süresin-

ce bu mekanizmaların içinde rahatlıkla başkaları tarafından yaptığınız işlemlerin denetlendiğini bazen hayretle çoğu zaman mutlulukla görürsünüz. Örneğin en yorgun olduğunuz bir zamanda potasyumu yüksek olan bir hastaya yanlışlıkla verdiğiniz potasyum replasmanı eczane tarafından reddedilerek arandığınızda yanlış yaptığınızı anlıyorsunuz. İhtisas süresince ABD’de, asistanlardan herhangi bir bitirme tezi istenmemektedir. Bunun nedeni ihtisas sonrası mezunların önemli bir kısmının akademik bir çalışma hayatı planlamamasından ileri gelmektedir. Akademik ortamda kariyerini devam ettirmek isteyen öğrencilere ise araştırma imkânları sunulmaktadır.

Asistanlık Eğitimi Bitirme Kriterleri

ABD’de ihtisas sürecinizin bitiminde ihtisas yaptığınız yer sizin tek başınıza hasta bakımınızı üstlenme kapasitenizin olduğuna ve bu yetkilerin verilebileceğine dair bir diploma verir. Bunun yanında her anabilim disiplininin tabi olduğu ve tüm ABD’deki ihtisas diploma ve sertifikalarını yöneten “Board” adlı kuruluşların düzenlediği ihtisas bitimi sertifikalandırma sınavı vardır. Bu sınavı geçmeniz sizin ihtisası başarıyla bitirdiğinizin en önemli göstergesidir. İhtisası başarıyla bitirip diplomasını almış ancak “Board Sınavı”nı geçmemiş hekimlere de uzmanlık yapma yetkisi verilmekle beraber tıbbi hatalara karşı (mal-practice) hekimleri sigortalayan kuruluşlar, bu hekimlerden daha fazla katkı payı talep etmektedir.

İhtisas Programının Denetlenmesi

ABD’de ihtisas eğitimlerini ACGME adlı kuruluş denetlemektedir. Bu kuruluş uzmanlık eğitimi veren programları düzenli olarak eğitici sayısı, hasta sayısı, hastanenin fiziksel koşulları, asistan geri bildirimi ve mezunların board sertifika sınavındaki başarı durumuna bakarak denetlemekte ve programın devamına karar vermektedir. Örneğin bir asistan doğrudan bu kuruluşa başvurarak program içindeki aksamaları doğrudan bildirebilmekte veya şikâyet edebilmektedir.

Sonuç

ABD’de mezuniyet sonrası ihtisas, önce-
sindeki aday seçimi ile eğitim süresi ile akreditasyon kriterleri ve uygulamaları ile iyi uygulanabilen bir sistem olarak gözükmektedir.

Sağlık hizmetlerinde yeni meslekler, profesyonelleşme ve profesyonelizm

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdikten sonra aynı üniversitede halk sağlığı ihtisası yaptı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na geçti ve aynı yıl halk sağlığı doçenti, 1994 yılında da profesörü oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesini kurmak üzere dekan olarak görevlendirildi. Bu görevi 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe'de Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Sağlık alanındaki bilgi ve teknolojilerin artışı, tıbbi uygulamaların çeşitlenmesi sağlık mesleklerinde de hızlı değişimlere neden olmaktadır. Bu değişimler temel olarak eski mesleklerin çeşitlenmesi ve yeni mesleklerin ortaya çıkması şeklindedir. Her değişim gibi bu alandaki değişimler de yerleşik düzene alışkın olanları tedirgin etmekte, mesleki çatışmaları gündeme getirmektedir. Tıpta uzmanlık sayısı artmış, neredeyse her organ için ayrı bir uzmanlık alanının oluşması gerekli hale gelmiştir. Benzer bir çeşitlenme ve uzmanlaşma hemşirelik, eczacılık gibi eski sağlık mesleklerinde de gözlenmektedir. Tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve değişimlere bağlı olarak laboratuvar, görüntüleme, cerrahi uygulamalar, ilaç tedavisi, hasta bakımı, tamamlayıcı ve alternatif tıp, sosyal hizmetler gibi alanlarda yeni meslekler kaçınılmaz hale gelmiştir. Ortaya çıkan her yeni meslek daha önceki mesleklerin güç alanlarının değişmesine, küçülmesine veya sınır kaymalarına neden olmaktadır. Yeni meslekler kendilerine yer açmanın, kimlik bulmanın sıkıntılarını yaşarken sınırları değişen veya daralan meslekler ise doğal olarak buna tepki göstermektedir. Bu sıkıntılar, tepkiler ve meslekler arası çatışmalar zaten karmaşıklaşmış olan sağlık hizmetlerinin yönetimini zorlaştırmakta, hasta güvenliğini tehdit eder hale gelmektedir. Yeni meslekler neden, hangi koşullarda ve nasıl ortaya çıkar? Bir işin meslek olmasına kim karar verir? Mesleklerin sınırları nasıl belirlenir?

Bir mesleğin saygınlık ve kazanç düzeyi ile yetki sınırları arasındaki ilişki nedir? Mesleki çatışmaların önlenmesi ve yönetilebilmesi için en azından bu soruların yanıtları konusunda kafaların net olması gerekir.

İşlerin Meslekleşmesi ya da Profesyonelleşme

Türk Dil Kurumu güncel sözlüğüne göre meslek, "Belli bir eğitim ile kazanılan sistemli bilgi ve becerilere dayalı, insanlara yararlı mal üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak için yapılan, kuralları belirlenmiş iş" şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi her iş meslek değildir. Bir işin meslek haline gelmesi için bazı özelliklerinin bulunması ve kurallar ile düzenlenmiş olması gerekmektedir. Örneğin, ev kadınlığı, boyacılık, tamircilik, duvar ustalığı, gibi bazı işler önemli oldukları halde meslek sayılmamaktadır. Sağlık sektöründe hekimlik, hemşirelik, eczacılık gibi çok sayıda iş meslek iken kiropraktörlük, osteopatik doktorluk henüz ülkemizde meslek sayılmayan işlerdendir. Paramediklik, ergoterapistlik, perfüzyonistlik gibi bazı işler ise yakın zamanda mesleğe dönüşmüştür. Bazı işler zaman içerisinde mesleğe dönüşmekle birlikte hangi işlerin meslek sayılıp sayılmayacağı toplumlara, kültürlere göre farklılık göstermektedir. İşlerin neden ve nasıl mesleğe dönüştüğünü açıklamak için konuya evrensel açıdan bakmak gerekir.

Dilimizde meslek elemanı anlamında kullanılan "profesyonel" sözcüğü, TDK tarafından "Bir işi kazanç sağlamak amacıyla yapan kimse, amatör karşısı" olarak tanımlanmıştır. Latince "Aleni şekilde konuşmak; kamuya duyurmak" anlamına gelen "profess" kökünden türetilmiştir. Buna göre batı dillerindeki meslek kavramı, "Aynı işi yapmakta olan bir grup insanın bir araya gelerek işlerinin standartları ve değerleri konusunda kamuoyuna bildirimde bulunmaları" anlamına dayanmaktadır. Profesyonel yani meslek elemanı olmak demek, ortak bir amaç doğrultusunda kamu yararına işler yapacağını beyan etmek ve bu sözlerini yerine getirmediği takdirde disiplin altına alınacağını kabullenmek demektir. Bu mantığa uygun olarak, bazı işlerin mesleğe dönüşmesi, işi yapanlarla toplum arasında bir tür "sosyal sözleşme" şeklinde gerçekleşmektedir. Eğer yapılan işin gerektirdiği bilgi ve beceri birikimi herkesin yapabilmesine elvermeyecek kadar çok, özel bir eğitim gerektiriyor ve işin toplumsal yarar açısından önemi fazla ise işi yapanlarla toplum arasında görünmez bir sözleşme oluşmaktadır. Toplum/kamu, işi yapan kişiye "profesyonel" unvanı vererek, ondan dürüstçe, özverili biçimde iş yapmasını, başkalarına zarar veremeyecek ve kişisel çıkarlarını geri planda tutacak şekilde, ahlaki davranmasını istemektedir. Profesyonel ise yaptığı işe saygı duyulmasını, takdir edilmesini ve karşılık bulmasını, işinin gerektirdiği güç ve yetki alanının korunmasını, özerkliğinin



sağlanmasını beklemektedir. Bu anlamda her mesleğin, toplumu temsil eden devletle, yani kamu adına hareket eden büyük örgütlerle bir birlikteliği ve karşılıklı bağılılıkları söz konusudur. (1, 2)

Bir işin meslek olmasının başlıca koşulları şu şekilde tanımlanmaktadır (3):

- Teori ve araştırmaya dayanan, uygulama becerileri gerektiren özel bilgi birikiminin olması,
- Giriş ve uzmanlaşma standartları ile resmi makamlarca kabul gören bir eğitim sürecinin olması,
- Özel bir alanda uygulama yetkisinin bulunması ve kendi faaliyetlerini denetleyebilmesi, hesabını verebilmesi,
- Bireylere hizmet sunarken, topluma hizmet anlayışına dayanan bir etik yaklaşımının bulunması.

Bu koşullardan da anlaşılacağı gibi bir işin mesleğe dönüşmesi için müfredat, eğitim, özerklik, etik kurallar zorunlu olup tüm bunların oluşması uzun bir süreç gerektirmektedir. Mesleklerin geçmişi eski çağlara kadar uzanmaktadır. Orta çağda, din, tıp, hukuk gibi alanlarda yapılan işlerin “öğrenilen meslekler” olarak diğer işlerden ayrıştığı görülmektedir. Bugünkü anlamda meslekleşme ise sanayi devrimi ile birlikte ortaya çıkmış ve kapitalizmin gelişmesi ile mühendislik, muhasebe, mimarlık, bilim adamlığı gibi işler de meslek haline gelmiş, belirli iş alanlarında tekelleşme başlamıştır. 20. yüzyılda sosyal refah devleti kavramı ile birlikte öğretmenlik, halk sağlığı ve sosyal hizmet konularındaki meslekleşmelerin hız kazandığı dikkati çekmektedir. Pek çok işin mesleğe dönüşmesi 19.

yüzyılın ortasında başlayıp 20. yüzyılın başlarında iyice oturan bir süreçte gerçekleşmiştir.

İşlerin mesleklere dönüşmesi sürecinin işleyişi konusunda sosyologlar arasında farklı görüşler ve teorik tartışmalar olmakla birlikte, Anglosakson kültürlerde tabandan başlayan sürecin devletin yetkilendirme ve düzenlemesi ile tamamlandığı bilinmektedir. Yani, önce ustacılık ilişkisi, kurslar ve okullar kanalıyla eğitimi yapılan, edinilen mesleklerin daha sonra standartlaştırılmış eğitimlerle üniversitelerden edinildiği, buna paralel olarak, önce yerel sonra ulusal meslek örgütlerinin oluştuğu, sonra da devlet tarafından yetkilendirme ve etik kodların oluşması dönemi ile gelişmelerinin tamamlandığı görülmektedir (4). Kıta Avrupası ülkelerinde ise meslekleşmenin tepeden başlayarak tabana yayıldığı, yani, önce devletin bir düzenleme ile bir işin meslek haline gelmesi için yetki ve sorumluluk tanımlaması yaptığı, eğitimi ve çalışma koşullarını düzenlediği, meslek örgütlerinin kurulmasına önayak olduğu dikkati çekmektedir. (5). Ülkemizde Cumhuriyet Dönemi sağlık hizmetlerindeki meslekleşme süreci Kıta Avrupası ülkelerindekine benzer bir yol izlemiştir. 1928 yılında çıkarılan 1219 sayılı yasa (Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun) sağlık mesleklerini düzenleyen ilk mevzuattır. O günkü ülke gerçekleri ile uyumlu olmayan hükümler içerse de, önemli bir boşluğu dolduran bu yasanın getirdiği pek çok olumlu düzenleme bulunmaktadır. Daha sonra hekimlik mesleğini düzenlemek amacıyla çıkarılan Türk Tabipleri Birliği Kanunu’nu diğer mesleklerle yönelik

Mesleklerin geçmişi eski çağlara kadar uzanmaktadır. Orta çağda, din, tıp, hukuk gibi alanlarda yapılan işlerin “öğrenilen meslekler” olarak diğer işlerden ayrıştığı görülmektedir. Bugünkü anlamda meslekleşme ise sanayi devrimi ile birlikte ortaya çıkmış ve kapitalizmin gelişmesi ile mühendislik, muhasebe, mimarlık, bilim adamlığı gibi işler de meslek haline gelmiş, belirli iş alanlarında tekelleşme başlamıştır.

mevzuatın izlediği görülmektedir. Son yıllarda ortaya çıkan yeni sağlık mesleklerinin ise daha çok Anglosakson kültüründeki sürece benzer bir yolla düzenlendikleri dikkati çekmektedir.

Konuya ideolojik olarak yaklaşıldığında, Marxist açıdan meslekleşme, değişen üretim ilişkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmakta iken, kapitalizm açısından yeni ekonomi ve bilgi-becerinin tekelleşmesi ile boy göstermektedir. Her iki yaklaşımın ortak sonucu, eskinin asalet ifade eden unvanlarının yerini prestijli mesleklerle bırakmış olmasıdır (6).



Tüketici anlayışına uygun olarak ABD’de ve toplumculuk anlayışına uygun olarak eski Sovyetler Birliği’nde yaşanan deneyimler sağlık konusunun ne tamamen pazar koşullarına bırakılabileceğini ne de tamamen devletin düzenleme yetkisinde olabileceğini göstermiştir. Bu nedenle günümüzde neredeyse her ülkede ve toplumda bu üç yaklaşımın bir arada olduğu, hizmetlerin bu üçlü arasındaki dinamik bir denge içerisinde sürdürülmeye çalışıldığı görülmektedir.

Meslekleşme, bilgi ve becerinin tekelleşmesi, bazı mesleklerin saygınlığını, gücünü arttırmakta, ancak bu konum, kapitalist ekonomilerdeki pazarın rekabetçi gücü ve toplumun beklentileri karşısında uzun süre korunamamaktadır. Ardından, bazı meslekler için meslek olma özelliğini kaybetme anlamına gelen deprofesyonizasyon veya proleterleşme süreci gelmekte, ancak,

profesyonellerin bilgi ve yenilik üretme yeteneği nedeni ile bu da tam olarak mümkün olamamaktadır. Bu bir evrim şeklinde ve bazen mutasyonlarla devam eden bir süreçtir. Yani, yeni meslekler ortaya çıkmakta, bazı eski meslekler önemini yitirmekte, kaybolmakta ya da değişmektedir. Daha özet bir deyişle, kapitalist ekonominin dinamikleri ve rekabetçi güçleri, meslekleri hem yıkmakta, hem de yeniden yapmaktadır (7).

Mesleklerdeki değişim ve gelişimlerin dinamiğini anlamak için üç farklı açıdan bakmak mümkündür: Birincisi “yetki” mekanizmalarına dayanan “hiyerarşik” açıdan, ikincisi “parasal karşılık” ile ifade edilen “pazar” açısından ve üçüncü olarak da “güven” ile özetlenebilen “toplumsal” açıdan (7, 8). Meslekler arası hiyerarşi sayesinde işlerin tanımı, bilginin dağılımı, etkili kullanımı ve kontrolü sağlanmakta, ancak, hiyerarşi bilgi üretimini ve yeniliği engelleyici bir etki de yapmaktadır (9). Pazar sayesinde bilgi üretimi ve yenilikler artmakta, ancak, gene bu nedenle (patentler, gizlilik, vs) bilginin yaygınlaşması ve toplum-sallaşması engellenebilmektedir. (10) Toplumsallık sayesinde, ortaklaşa bilgi üretimi ve yeniliklerin artması, yayılımı mümkün hale gelmektedir. Ancak, burada da önemli risk olarak, üniversiteler ve öğretim üyeliği mesleği örneğinde olduğu gibi, içe kapanma ve izolasyon sorunu ortaya çıkabilmektedir. (11) Klasik olarak bu üç mekanizma birbirini dışlar gibi algılansa da üçünün birlikteliğini sağlamak en doğru yoldur.

Özetlemek gerekirse, bir meslek hiyerarşik açıdan kendisini ne kadar net tanımlamış, bilgi-beceri birikimi ve yenilik üretme potansiyeli ne kadar fazla, topluma sağladığı yarar ve verdiği

güven açısından ne kadar önemli ise o kadar değerli ve kalıcı olmaktadır. Bu özelliklerini yitiren meslekler zaman içerisinde meslek olma konumlarını da kaybetmektedir.

Profesyonelizm ya da Meslekçilik

Dilimize “meslekçilik” olarak çevrilebilecek olan profesyonelizm sonundaki “izm” ekinden de anlaşılacağı gibi meslek konusuna ideolojik bir yaklaşım, bu konuya ilişkin bir tür inanç sistemi demektir. Mesleklerin, bu işleri yapanlarca düzenlenmesi gerektiği anlamına gelir. Profesyonelleşme (meslekleşme), mesleklerin ortaya çıkışını ve oluşum sürecini ifade eden bir kavramdır. Profesyonelizm ise mesleklerin kendi alanlarındaki işleri belirleme, düzenleme ve bunları sahiplenme konusunda ideolojik bir bakış açısını ifade eder. Bu nedenle diğer ideolojik kavramlarda olduğu gibi fanatiklerinin oluşması doğaldır.

Sağlık sektöründe profesyonelizmin alternatifi olan kavramlar ise Toplumculuk (sosyalizm) ve Tüketicilik (consumerism). Tüketicilik, kalite güvencesinin pazar ortamında rekabet ile sağlanabileceğini, toplumculuk ise hakkaniyetli bir hizmetin toplum adına düzenleyici mekanizmalarla mümkün olabileceğini savunur. Sağlık konusu toplumculuk yanlılarına göre kamusal, tüketicilik yanlılarına göre bireysel nitelikte bir konudur (12)

Daha açık şekilde ifade etmek gerekirse, profesyonelizme göre sağlık konusu profesyonellerin yetki alanındadır ve her meslek alanındaki işlerin, hizmetlerin neler olacağını, nasıl sunulacağını, kalite standartlarını belirlemek tamamen meslek sahiplerinin işidir.

Kapitalizme de temel oluşturan tüketicilik anlayışına göre ise sağlık konusu tüketicileri ilgilendiren bireysel bir konudur. Sağlık hizmetine ihtiyacı olan kişi pazarda kendisine uygun olan hizmeti bulup kullanabilmelidir. Sunulacak hizmetlerin türü ve niteliği tüketicilerin taleplerine göre şekillenmelidir. Arz-talep ilişkilerine göre işleyen pazar, aynı alanda faaliyet gösteren ve birbiri ile yarışan, rekabet halindeki sunuculardan oluşacağı için hem kaliteli hem de ucuz hizmetin ilgi görmesi beklenir.

Toplumcu yaklaşıma göre sağlık konusu kamusal bir konu olduğundan pazar koşullarına bırakılması doğru değildir. Bunun yerinde kamu adına davranan otorite, yani, devlet tarafından düzenlemeler yapılmalı ve tüm bireyler için kalite standartları belirlenmiş hizmetler hakkaniyetli biçimde sunulmalıdır. Yani ne tür hizmetlerin hangi meslekler tarafından nasıl sunulacağını belirlemek tamamen kamu otoritesinin sorumluluğunda olmalıdır.

Özellikle tüketicilik anlayışına uygun olarak ABD’de ve toplumsuluk anlayışına uygun olarak eski Sovyetler Birliği’nde yaşanan deneyimler sağlık konusunun ne tamamen pazar koşullarına bırakılabileceğini ne de tamamen devletin düzenleme yetkisinde olabileceğini göstermiştir. Bu nedenle günümüzde neredeyse her ülkede ve toplumda bu üç yaklaşımın bir arada olduğu, hizmetlerin bu üçlü arasındaki dinamik bir denge içerisinde sürdürülmeye çalışıldığı görülmektedir. Başka bir deyişle, “Bir mesleğin yetki ve sorumluluk alanı kendi elemanları tarafından mı, devlet tarafından mı yoksa hizmetleri alacak olan tüketiciler tarafından mı belirlenmelidir?” sorusunun yanıtı, “Ortam ve koşullara göre ağırlıkları farklı olabilmekle birlikte, her üçü tarafından” şeklinde olmalıdır.

Örneğin, doksanlı yıllarda ABD vatan-daşlarının tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamaları için bir yılda harcadıkları paranın yirmi milyar dolardan daha fazla olduğunun anlaşılması ile birlikte (13) bu uygulamalar okullarda öğretilmeye, sağlık kuruluşlarında uygulanmaya ve sigortalar tarafından kapsanmaya başlamıştır. Bunun doğal sonucu olarak da bu tür faaliyetler artık sağlık mesleği olarak kabul görmektedir. Bu uygulamalara karşı ülkemizde de eskiden beri yoğun bir tüketici ilgisi olmakla birlikte bunlara yönelik düzenlemeler

devlet tarafından ancak 2014 yılında ele alınabilmiş ve henüz hiçbir meslek haline gelmemiştir.

Mao Dönemi’nde toplumcu anlayışın hakim olduğu Çin Halk Cumhuriyeti’nde devletin düzenlemesiyle 3-6 aylık eğitim sürecinden sonra yetiştirilen “çıplak ayaklı doktorlar” temel sağlık hizmetlerinin gelişmesine önemli katkıda bulunmuş bir meslek grubunu oluşturmaktadırlar. Halen bu ülkede geleneksel tıp uygulamalarının meslek olarak yürütülmesinin yanı sıra başka ülkelerde örneği görülmeyen kırsal kesim doktorları başarı ile görev yapmaktadır (14). Sağlık meslekleri konusunda çoğulculuğun geçerli olduğu Hindistan’da ise Ayurvedik tıp fakültesi mezunu doktorlardan geleneksel sağlık uygulamaları yapan mesleklerle kadar çok sayıda farklı mesleğe rastlamak mümkündür. Yani, sağlık mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişiminde profesyonelizm, tüketicilik ya da toplumsuluk anlayışlarının her birinin oynadığı önemli rollere ilişkin çok sayıda örnekler bulunmakla birlikte her üçünün birlikte ele alınması en doğru yöntemdir.

Ülkemizde sağlık alanındaki meslekleşme sürecindeki rolü ve ağırlığının fazla olması nedeniyle profesyonelizm üzerinde biraz daha durmak gerekir. Özellikle İkinci Dünya Savaşı sonrası altın çağını yaşayan profesyonelizm, işlerin düzenlenmesi konusunda pazar ve bürokrasiden sonraki “üçüncü mantık” olarak kabul görmüş ve meslekler refah toplumlarının önemli köşe taşları

sayılmıştır (15). Ancak aynı kavram gene refah ve hizmet toplumlarındaki devlet anlayışındaki değişimlere ve sağlık sektöründeki gelişmelere paralel olarak hızlı değişim göstermiştir. Profesyonelizm mantığının temelinde güçlü bir mesleki özerklik bulunmaktadır. Mesleki özerklik, özellikle sağlık meslekleri ile akademik mesleklerin pazardan, yönetsel ve hiyerarşik düzenlemelerden etkilenmesini önlemiş, uzun süre güçlü biçimde ayakta kalmalarını sağlamıştır. (16) Ancak bu özellik bir yandan yeni bilgi ve uygulamalar ile mesleklerin gelişimini kolaylaştırırken diğer yandan da bir tür dokunulmazlık kazandırması nedeniyle durağanlaşmalarına ve güç alanlarını yeni gelişen mesleklerle açma, paylaşma konusunda tutucu olmalarına neden olmuştur.

Pek çok meslek önce lonca türü bir örgütlenme ile ortaya çıkmış, daha sonra devlet memurluğu, kamu görevlisi konumuna ulaşmış, günümüzde ise bilgi ekonomisinin üretim elemanı haline dönüşmüştür. Örneğin, ilk ortaya çıktığında lonca türü bir yapılanmaya sahip olan akademisyenlik zaman içerisinde devlet elemanı olmaya, daha sonra da bilgi ekonomisi içerisinde bir üretim elemanı olmaya dönüşmüştür. Geldiğimiz noktada akademisyenliği klasik meslek tanımı ile tanımlamak ve yapacağı işleri profesyonelizm mantığı ile düzenlemek ne kadar doğru olur? Benzer bir eğilim sağlık meslekleri için de geçerlidir.





İlaç etkileşimleri hasta güvenliği açısından önemli bir sorundur. Bu sorunu aşmanın yolu olarak klinik eczacılık mesleği ortaya çıkmıştır. Klinik eczacılar hastanelerde hekimlerce yazılan ilaçları bir anlamda denetleme yetkisine sahip meslek sahipleridir. Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Tüm örneklerin ortaya koyduğu gerçek, günümüzde sağlık mesleklerinin hızlı bir değişim içinde olduğu, yeni çıkan mesleklere alan açmanın ve imkân tanımının kaçınılmaz olduğudur.

Özellikle sağlık mesleklerinde ortaya çıkan değişimlerin seksenli yıllarda ortaya çıkan “Yeni Kamu Yönetimi” anlayışının getirdiği “Organizasyon/Örgüt” mantığı ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yani, kamu kurumlarının da özel sektör kuruluşları gibi örgütsel bir anlayışla, işletme gibi yönetilmeye başlanması, daha önce devlet ile sıkı birlikteliği olan sağlık meslekleri, akademisyenlik gibi bazı mesleklerde değişimi gündeme getirmiştir (16). Gerek özel sektörde gerekse kamu sektöründe ağırlığını hissettiren örgüt anlayışı ve mantığı, mesleki düzenlemelerde meslek kuruluşlarının rolünün ve etkisinin azalmasına neden olmuştur.

Bu anlamda, sağlık sektöründeki meslekleşme ve profesyonelizm değişimlerinin temelinde yatan etkenler üç grupta ele alınmaktadır (17):

1. Mesleki özerklik ile kamu denetimi arasındaki yeni denge,
2. Sağlıkla ilgili oyuncular arasındaki hak ve ilgi paylaşımındaki yeni denge,
3. Kullanıcının bireysel sorumluluğu ile refah devletinin vatandaşlarına olan sorumluluğu arasındaki yeni denge.

Devlet, toplum ve profesyoneller arasındaki dinamikler, geleneksel hiyerarşik yapıları değiştirmekte, değinildiği gibi bir tür deprofesyonelizasyon ile sonuçlanma eğilimi göstermektedir. Tekil meslekler tarafından hizmet sunumu yerine bütünleşik hizmetin zorunlu hale gelmesi, hasta hakları ve hasta güvenliği konularının ön plana çıkmış olması, hasta ve çalışan beklentilerindeki değişimler, eski ast-üst ilişkilerini ve meslek sınırlarını değiştirmekte, yeni mesleklerin ortaya çıkmasına zemin hazırlarken bazılarını tamamen ortadan kaldırmaktadır.

Hekimliğin “özerklik” temelli klasik argümanlarının karşısında, diğer mesleklerin katılma hakları ve kullanıcıların kendileri hakkındaki kararlara katılma hakkı ağır basmaya başlamıştır. Örneğin, kalite kavramı ve hasta güvenliği konuları artık yönetsel konular olup hekim dışında pek çok mesleği ilgilendirmektedir. Hastanelerin “başhekimler” tarafından değil, sağlık yönetim eğitimi almış profesyoneller tarafından yönetilmesinin daha doğru olacağı düşünülmektedir. Hekimler eskiden olduğu gibi diğer sağlık mesleklerinin başı değil, sağlık ekibinin bir parçasıdır. Hekim artık hasta karşısında her dediği kabul gören bir otorite değil danışman konumundadır. Tüm bu nedenlerle hekimlik mesleğinin değişmesi ve yeni koşullara uygun olarak evrilmesi normal karşılanmalıdır. Benzer bir durum diğer meslekler için de geçerlidir.

Mesleki Emperyalizm ve Şovenizm

Profesyonelizmin ortadan kalması tabii ki söz konusu değil, doğru da değildir, ancak sağlık alanında bugünkü anlayış ile sürmesi de mümkün görünmemektedir. Tıbbi bilgilerin yarılanma ömrü hayli kısalmış, hızla artan ve değişen bilgi, teknoloji ve uygulamalar yeni mesleklerin ortaya çıkmasını, eski mesleklerin değişmesini zorunlu hale getirmiştir. Bunun için profesyonelizm anlayışının değişmesine ihtiyaç vardır. Üstelik günümüzdeki profesyonelizm anlayışının getirdiği yararların yanı sıra neden olduğu sorunlar da vardır. Mesleki emperyalizm ve mesleki şovenizm bu sorunların başında yer almaktadır. Mesleki emperyalizm, eski olmaları nedeniyle güç ve yetki alanları geniş olan mesleklerin, yeni mesleklerin ortaya çıkmasına izin vermemesi şeklinde görülmektedir (3). Bu anlamda başrol

hekimlik mesleğine ait olmakla birlikte güç kazanan her meslek bu hastalığa yakalanmaktadır. Mesleki şovenizm ise bir mesleği seçmiş olan meslek mensubunun kendi mesleki gücünün büyüklüğü konusunda gerçekçi olmayan bir ruh haline sahip olması anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle, meslek elemanının varlık nedenini mesleği ile özdeşleştirmesi ve mesleğinin güç alanları konusunda abartılı ve tutucu bir tavır takınması demektir. Bu iki sorun sağlık sektöründe yeni mesleklerin ortaya çıkışını engellemekte, engellenmenin ötesinde hem sunulan hizmetlerin kalitesini hem de hasta güvenliğini tehdit eder boyutlara ulaşabilmektedir.

Profesyonelizm dinamik bir süreç olduğundan herhangi bir yerde, dönemde bir mesleğin baskınlığını o günün koşullarına uygun bir sözleşme gibi görmek ve bu sözleşmenin her fırsatta değişime, yenilenmeye açık olduğunu unutmamak gerekir. Örneğin, hekimliğin geleneksel saygın ve baskın konumu neo-liberal dalga ve yeni gelişen kamu yönetimi anlayışı ile değişmeye başlamış, deprofesyonelizasyon hatta proleterleşme sürecine girilmiştir. Klinik rehberlerin uygulanması, Tanı İlişkili Grup (TİG) uygulamaları, performans kriterleri, hekimin reçetesine müdahale, yaptıklarının çeşitli gerekçelerle kısıtlanması bir tür neo-bürokrasi ya da yumuşak bürokrasi örnekleri olup özünde bozulan devlet-tıp işbirliğine uygun olarak hekimliğin güç alanını kontrol etme amaçlı düzenlemelerdir. Gelişmeler hekimliğin özerkliğini kaybederek bağımlılığın arttığını göstermektedir. Öte yandan hemşirelikte tam tersi bir dönüşüm söz konusudur. Orta ve modern çağın başlangıcında bilimle ilişkisi bulunmayan ve din ağırlıklı bir iş olan hemşirelik, bugün bilime ve kanıta dayanan bir meslek olarak kendi güç alanını oluşturmuş, özerkliğini kazanmış durumdadır.

Sağlık hizmetlerinde profesyonelizmin günümüz koşullarında nasıl olması gerektiği konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar, bir hastalık ya da hastadan tek bir mesleğin sorumlu olmasından (unidiscipliner), çok sayıda mesleğin birbirinden bağımsız olarak çalışmasına (multidiscipliner), çok sayıda mesleğin ortak bir amaç doğrultusunda çalışmasına (interdisipliner) ve ortak bir model çerçevesinde bir araya gelmiş çok sayıda mesleğin ortak bir dil kullanarak çalışmasına (transdisipliner)

kadar değişebilmektedir (12). Artık sağlık mesleklerinin bireysel özerkliklerinden ödün vererek işbirliğine dayanan karşılıklı bağımlılık anlayışına uygun çalışmaları zorunlu hale gelmektedir. Sağlık mesleklerindeki eski kabile benzeri yapılar yerine disiplinler arası yapılanmalar ön plana çıkmakta, bir tür network toplumu oluşmaktadır.

Değişimi zorunlu kılan etkenlerden bir diğeri de demografik değişimlerdir. Yirmi birinci yüzyılda gelişmiş olan tüm toplumlardaki demografik değişim sonucu geriatrik yaş grubuna özgü kronik ve çoklu sağlık sorunları ön plana çıkmaktadır. Bu sağlık sorunlarının tanı ve tedavisi artık tek bir sağlık mesleğinin yapabileceği kadar basit olmayıp farklı mesleklerin çok iyi bir eşgüdüm ile çalışmasını gerektirmektedir. ABD'deki hospitalist uzmanlığının ortaya çıkış gerekçesi bu eşgüdümün sağlanması amaçlıdır. Birden çok sağlık sorunu ile hastaneye başvuran ve birbirinden çok farklı uzmanların ilgi alanına giren bir hastanın hastanede bulunduğu sürece aslında kimin hastası olacağının cevabı olarak hospitalist isimli meslek ortaya çıkmıştır (18). Benzer bir gerekçe ile ortaya çıkan ve ülkemizde de yeri olan bir başka meslek acil tıp uzmanlığıdır. Bu uzmanlıkların ilgi alanları tıptaki geleneksel uzmanlık alanları gibi organ, sistem ya da hastalıklar değil, kurumların belirli mekânlarına gelen tüm hastalardır. Bu tür gelişmeler sadece hekimlik mesleğinde değil diğer sağlık mesleklerinde de görülmektedir. Bu konudaki bir başka tipik örnek klinik eczacılıktır. Çok sayıda ilaç kullanmak durumunda olan yaşlı hastalarda hangi ilaçların ne tür etkileşimler içinde olabileceğinin bu ilaçları ayrı ayrı yazan uzman hekimlerce tam olarak bilinmesi mümkün değildir. Oysa ilaç etkileşimleri hasta güvenliği açısından önemli bir sorundur. Bu sorunu aşmanın yolu olarak klinik eczacılık mesleği ortaya çıkmıştır. Klinik eczacılar hastanelerde hekimlerce yazılan ilaçları bir anlamda denetleme yetkisine sahip meslek sahipleridir. Örnekleri çoğaltmak mümkündür. Tüm örneklerin ortaya koyduğu gerçek, günümüzde sağlık mesleklerinin hızlı bir değişim içinde olduğu, yeni çıkan mesleklere alan açmanın ve imkân tanımının kaçınılmaz olduğudur. Bu anlamda tutucu ve şovenist bir profesyonelizm anlayışı yerine daha katılımcı ve çoğulcu bir anlayışı hâkim kılmak gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1) Cruess RL, Cruess SR. *Expectations and Obligations Professionalism and Medicine's Social Contract With Society. Perspect Biol Med*, 2008;51(4):579-98.
- 2) Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. "Profession": A Working Definition for Medical Educators. *Teach Learn Med*, 2004;16(1): 74-6.
- 3) Hannay DR. *Lecture Notes on Medical Sociology*, Blackwell Scientific Publications, 1988, s.191.
- 4) Wilensky HL. *The Professionalization of Everyone?* *Amer J Sociol*, 1964;70:137-158.
- 5) Neal M, Morgan J. *The Professionalization of Everyone? A Comparative Study of The Development of The Professions in The United Kingdom and Germany. Eur Sociol Rev*, 2000;16(1):9-26.
- 6) Larson MS. *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*, Berkeley: University of California Press, 1977.
- 7) Adler PS. *Market, Hierarchy and Trust: The Knowledge Economy and The Future of Capitalism. Organ. Sci.* 2001;12(2) 215-234.
- 8) Adler PS, Kwon SW. *Community, Market, and Hierarchy in the Evolving Organization of Professional Work: The Case of Medicine. İçinde: Redirections in The Study of Expert Labour: Established Professions and New Occupations. Stephen Ackroyd, Daniel Muzio, Jean-François Chanlat, (eds.), Palgrave, 2008.*
- 9) Lave J, Wenger E. *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge University Press, Cambridge England; New York, 1991.*
- 10) Arrow K, Hurwicz L. *Studies in Resource Allocation Processes. Cambridge University Press, Cambridge, 1997.*
- 11) Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Dodd Mead, New York, 1970.*
- 12) IOM (Institute of Medicine). *Establishing Transdisciplinary Professionalism for Improving Health Outcomes: Workshop Summary. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.*
- 13) Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. *Trends in Alternative Medicine Use in The United States, 1990-1997: Results Of A Follow-Up National Survey. Journal of the American Medical Association* 1998;280(18):1569-1575.
- 14) WHO. *China's Village Doctors Take Great Strides. Bulletin of World Health Organization*, 2008;86(12):914-915.
- 15) Freidson E. *Professionalism: The Third Logic*, Oxford: Polity Press, 2001.
- 16) Carvalho T, Santiago R (eds.). *Professionalism, Managerialism and Reform in Higher Education and the Health Services The European Welfare State and The Rise of The Knowledge Society Palgrave Mcmillan, 2015.*
- 17) Kuhlmann E. *Modernising Health Care: Reinventing Professions, The State and The Public. The Policy Press, Bristol, UK, 2006.*
- 18) Palabindala V, Salim SA. *Era of hospitalists. J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2018;8(1):16-20.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi izlenimleri

Prof. Dr. Ahmet Yaser Müslümanoğlu



1956 yılında İstanbul'da doğdu. İlk ve ortaöğretimi İstanbul'da bitirdi. 1980 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden mezun oldu. 1987 yılında Üroloji Uzmanlığını aldı. 1994 yılında doçent, 2009 yılında da profesör oldu. 2010 yılından itibaren İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Başhekim olarak görev yaptı. Müslümanoğlu, başhekimlik ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkez Müdürü görevlerini halen sürdürmektedir. Aynı zamanda Sağlık Bilimleri Üniversitesinde Fitoterapi Doktora öğrencisidir ve apiterapi sertifikasına sahiptir.

Dr. Kanat Tayfun



1972 yılında Ankara'da doğdu. 1989'da Ankara Anadolu Lisesinden, 1996'da İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2003-2004 yılları arasında Marmara Üniversitesi MBA (Ürün Yönetimi ve Pazarlama), 2005 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi bölümünü bitirdi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fitoterapi Doktora Programı öğrencisi olan Tayfun, Hipnoz, Kupa, Apiterapi, Sülük, Ozon, Müzikterapi, Proloterapi, Refleksoloji uygulayıcısı ve eğitmenidir. İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkez Sorumlu Hekimi olarak görevini sürdürmektedir.

Ülkemiz açısından dünyaya örnek olma anlamında Sağlık Bakanlığınca 2014'te yayımlanan ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından örnek gösterilen yönetmeliğin gerekliliği olarak uygulama yetkisinin hekim ve diş hekimlerine verilmesi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile şu anda uyguladığımız tıbbi uygulamalarının bir potada eritilmesi ana görev ve hedeflerimiz arasında. Tıbbın alternatifinin olmayacağı, tüm uygulamaların hekimler tarafından yapılması, güvenilirlik vurgusu anlamında çok önemlidir. Anadolu, yüzyıllar boyunca birçok kadim medeniyete ev sahipliği yapmıştır. Bu tarihi derinlik, beraberinde büyük bir bilgi birikimi getirmiştir. Önemli tıbbi buluşlara, tıp uygulamalarına ev sahipliği yapan Anadolu'da: Hipokrat, Galen, İbn-i Sina, Dioskorides, İbnü'l Baytar, Merkez Efendi gibi tıp alanında daha nice bilim adamları tıbbın doğmasına ve gelişmesine katkı sağlamıştır. Anadolu, insanlık tarihine tanıklık eden medeniyetlerin beşiğidir. Asırlar öncesinden günümüze miras kalan ve bugün dünyada kabul gören Anadolu Tıbbı, günümüz geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları için değerli kaynakçadır. Günümüzde yeniden ilgi gören geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları, bilgi, inanç ve toplumsal

tecrübeleri de içinde barındıran, tarihi derinliği bulunan uygulamalardır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına toplumun farklı kesimlerinin erişebilmesi bu uygulamaların kanıta dayalı olarak sağlık sistemine entegre edilmesi, uygulayıcıların ve uygulamaların standardize edilmesi önem arz etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2014-2023 "Geleneksel Tıp Stratejileri" ile ülkelerin bu alanda düzenleme yapma ve modern sağlık sistemlerini geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları açısından güçlendirmeleri konusunda teşvik etmiştir.

Doğu kültürü ile Batı kültürü arasında köprü vazifesi gören ülkemizde, T.C. Cumhurbaşkanlığı himayelerinde Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bilimleri Üniversitemiz iş birliği, Dünya Sağlık Örgütü'nün sponsorluğu ile 19-22 Nisan 2018 tarihleri arasında İstanbul Kongre Merkezi'nde "1. Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi ve Fuarı" yapılmıştır. "Medeniyetlerin Beşiğinde; Anadolu Tıbbı" sloganı ile yola çıktığımız kongre ve fuar etkinliği, dünyanın farklı bölgelerindeki geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanındaki yeni gelişmelerin paylaşılması adına temsili yüksek bilimsel altyapısı güçlü bir kongre gerçekleştirilmiştir. Dört günlük bilimsel programda, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanlarına katkı sunmuş bilim insanlarının ve

uygulayıcıların bildiri sunumları, poster sunumları, vaka tartışmaları ve atölye çalışmalarıyla geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ele alınmıştır. Kongre etkinlikleri kapsamında Kongre ile eş zamanlı olarak halka açık Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Fuarı gerçekleştirilmiştir. Fuar alanında kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra kamu yararına faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarının tanıtım stantları ile halkımızın geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanındaki farkındalığı artırılmıştır. Ayrıca fuar alanında yerli ve yabancı ticari işletmeler tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde bulunmuşlardır. "Medeniyetlerin Beşiğinde; Anadolu Tıbbı" sloganı ile yola çıktığımız kongremiz ilklere imza atmış kapsamı ile ülkemizin uluslararası görünürlüğüne çok önemli bir katkı sağlamıştır.

Kongre Amaçları

Türkiye'nin geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında uluslararası ölçekte konumlandırılması: Anadolu'nun tıbbın doğduğu ülkelerden biri olduğu, Doğu-Batı arasında gelişim ve dağılım yolu olduğu, devlet politikası olarak değerlendirilmesi, Türkiye'nin bu alanda markalaşması gerektiği, toplumsal altyapı ve mevzuat çalışmalarının gelişmişlik düzeyinin uluslararası düzlemde görünürlüğünün sağlanması,

medeniyetimizden günümüze miras kalan geleneksel ve tamamlayıcı tıp alanında sağlık kültür birikiminin ve zengin şifalı bitki potansiyelinin uluslararası platformlarda tanıtılması amaçlanmıştır.

Bilimsel, kültürel ve sosyolojik alanda bulunan karşıtlık algısının değiştirilmesi: Modern sağlık hizmetinin tamamlayıcısı ve destekleyicisi olduğunun, sağlık bilinci ve kültüründe bu uygulamaların önemli yeri olduğunun, inanç ve aidiyet barındırması yönüyle insancıl olduğunun, tarihsel milli kültürümüzün ve yaklaşık otuz ülkeye ait geleneksel ürünlerin akademisyenlere ve halka tanıtılması amaçlanmıştır.

Modern tıp ve tamamlayıcı tıbbın entegrasyonunun sağlanması: Dünya Sağlık Örgütü'nün iş birliği ve 2014-2023 Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Stratejileri doğrultusunda, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın, modern sağlık sistemine entegrasyonu direktiflerinin duyurulması, ülkemizde bu alanda uygulanan mevzuatın, eğitim programlarının ve bilimsel çalışmaların tanıtılması, uluslararası ticari, hukuk, eğitim alanında oluşturulabilecek iş birliklerinin ve akademik bilimsel araştırmaların ortak altyapısının hazırlanması, sahada sağlıkçıların uygulamada olmasını sağlamak ve halkın doğru adreslere yönlendirilmesi, diğer kamu kurumlarının da dâhil edilerek desteklenmesi ve ortak sorumluluk alanlarının belirlenerek hayata geçirilebilmesi amaçlanmıştır.

Kongrede konuşulan konular: Akupunktur Uygulaması, Fitoterapi Uygulaması, Homeopati Uygulaması, Apiterapi Uygulaması, Hipnoz Uygulaması, Refleksoloji Uygulaması, Larva (Maggot) Uygulaması, Sülük Uygulaması, Kupa Uygulaması, Mezoterapi Uygulaması, Proloterapi Uygulaması, Müzik Terapi Uygulaması, Ozon Uygulaması, Osteopati Uygulaması, Kayropratik Uygulaması, Dünya Sağlık Örgütü Geleneksel Tıp Stratejisi.

Kongre için en önemli kazanımlarımızdan bir tanesi unutulmaya başlanan "Anadolu Tıbbı"nın hak ettiği yerlere, bilimsel zeminde, tekrar yapılandırılarak gelmesini sağlamak için atılan adımlar olmuştur. Kongremize beklenilenin çok üzerinde yerli ve yabancı katılım olmuştur, 4.252 kişi kayıt yaptırmıştır. Bu kongrede 63 farklı oturumda, 77 yabancı konuşmacı olmak üzere toplam 304 konuşmacı ile birlikte 495 poster bildiri sunulmuştur. 38 farklı ülkeden 189 katılımcının yer aldığı kongremizde ayrıca 19 farklı atölye çalışmasına yaklaşık 600 sağlık profesyoneli katılmıştır.

Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi Fuarı alanı da kurumsal ve özel sektör olarak yüksek oranda desteklenmiştir. Fuar alanı: 4 bakanlık, 1 daire başkanlığı, 7 üniversite, 4 hastane, 1 belediye, 5 dernek, 1 vakıf, 1 STK, 60 özel sektör temsilcisinin katılımları ile başarı ile gerçekleşmiştir. Tüm katılımcılar, fuar ziyaretçilerine stantlarında konularıyla ilgi bilgi vermiş ve soruları cevaplamıştır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığının üst düzey yöneticilerine de gerek sektörel gerekse üreticiler olarak geri bildirimi birinci elden verme fırsatı yakalamışlardır. Geri bildirimlerin hepsi not alınmış, ilerleyen dönemde yapılacak öncelikli işler için yol gösterici olmuştur. Fuar alanında, "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp" ile ilgili son derece önemli çalışmaları olan akademisyenlerimizin kitap imza günleri, serbest kürsü bölümünde çeşitli sosyal söyleşiler ile alanında uzman müzik terapi gruplarının performans gösterileri gerçekleştirmiştir. Bilimsel oturum salonlarının katılımcılar tarafından tamamen doldurulması ile aynı anlarda, Fuar alanı da hem katılımcılar hem de ziyaretçiler tarafında çok yoğun bir ilgi görmüştür.

Kongremiz ilk gününden itibaren ülkemizde sosyal medyanın önemli bir gündem konusu olmuştur. #AnadoluTıbbi etiketi ile yapılan gündem çalışması kapsamında Twitter gündeminde 2. sıraya kadar yükselerek 7 saat 13 dakika TT listesinde kalmıştır. Toplam 15,300 tweet atılarak 7 milyondan fazla kişiye erişilmiştir.

Bu önemli kongrede uluslararası bilim insanları platformunda "Anadolu Geleneksel Tıp Modelinin" deneyimleri tanıtılmıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın, modern tıbbın alternatifi değil, tamamlayıcısı olduğu vurgulanmıştır. Sorunun modern tıbbın geçmişle bağlarını koparak, bu birikimi yok sayması ve insanın ruh ve beden bütünlüğünü göz ardı etmesi olduğu belirtilmiştir. Geçmişten geleceğe köprü kurulması ve tıbaa bir bütün olarak bakılması vurgulanmıştır. Karşılaşılan birçok sağlık sorununun tanı ve tedavisinde modern tıp ile birlikte geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın gündeme alınmasının zamanlama açısından oldukça yerinde olduğu düşünülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü 2014-2023 Geleneksel Tıp Stratejisi doğrultusunda geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kanıta dayalı, güvenilir ve etkin bir şekilde sağlık sistemine entegrasyonu amacı ile yapılan çalışmalar, "Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı ve Türkiye Cumhuriyeti Onuncu Kalkınma



Planı" çerçevesinde tamamlanmıştır. Bu alandaki bilimsel, akılcı ve kanıta dayalı çalışmaların artırılması amacıyla 'Ar-Ge Merkezleri'nin kurulması gerekliliği oturumlarda vurgulanmıştır. Geçmişten günümüze Anadolu hekimlerinin tıp dünyasına yaptığı katkılar ve eserlerinin detaylı bir şekilde incelenmesinin gerekliliği vurgulanmıştır. Biyoteknolojik, geleneksel ve bitkisel tıbbi ürünlerin ruhsatlandırılması potansiyel önemli alanlar olup bu amaçla ekosistem oluşturulması tavsiye edilmiştir.

Ülkemizdeki doğal ürünlerin ve tıbbi aromatik bitkilerin incelenmesi sonucunda yapılan çalışmalarda, halk tarafından geleneksel olarak yapılmakta olan uygulamaların bilimsel zeminde incelenmesi ve güvenilir kanıtlar oluşturulmasına yönelik çalışmalara öncelik verilmesinin önemi vurgulanmıştır. Farklı ülkelerin geleneksel tıp yaklaşımlarının tanınması ve ortak bir terminoloji oluşturulmasına ihtiyaç vardır. Uluslararası tanı kodlama yöntemi olan ICD 11 de GETAT ile ilgili bir bölüm mevcut olmasının dünya çapında standart olarak yaygınlaştırılması için bir fırsat olarak değerlendirilmiştir. Temel tıp eğitim müfredatına GETAT konu başlıklarının dahil edilmesi önerilmiştir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili olarak açılacak yüksek lisans ve doktora programlarının açılmasının teşvik edilmesi tavsiye edilmiştir. DSÖ'nün çalışmalarına uyum sağlanması ve CAMbrella projesinin ikinci aşamasına ülkemizin katkı sağlamanın faydalı olacağı değerlendirilmektedir. Yeni ürün ve hizmetler üretmek, ülkemizin hammadde tedarikçisi konumundan nitelikli, katma değerli ürün ve hizmet ihraç eden ülke haline getirilmesi hedeflenmesi vurgulanmıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları günümüz teknolojileri ile entegre edilerek bu konuda çalışmaların yapılması teşvik edilmesi gereğinin altı çizilmiştir. Dünyada GETAT alanında en kapsamlı kongre Cumhurbaşkanlığımızın himayesinde başarılı bir şekilde gerçekleştirilmiş oldu.

Fizik tedavi ve ötesi

Dr. Mine Hanoğlu



İstanbul'da doğdu. Almanya'da başladığı ilköğrenimini İstanbul'da tamamladı. İstanbul Erkek Lisesinden mezun olduktan sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesini 1984 yılında bitirdi. İdil'de mecburi hizmetini tamamladı. Anestezi ve reanimasyon ihtisası yaptı. 1994'ten beri Özel Nisa Hastanesinde anestezi uzmanı olarak çalışmaktadır.

Bundan 30 yıl önce fizik tedavi hırslı genç doktorlar arasında küçümsenir, rahatına düşkün, stresten uzak yaşamak isteyenler tarafından seçilirdi. Günümüzde insanların kendi bedenini keşfetmesi ve sosyal medya aracılığıyla kendi görüntüsünü uluorta paylaşma trendi, Cildiye ile birlikte fizik-tedaviyi de en çok tercih edilen branşlar haline getirdi. Artık bu mecraya yolu düşen hastalar multidisipliner bir karşılaşma ile neye uğradıklarını şaşıyorlar ve kendilerini günümüzün birçok popüler uygulama alanı içinde buluyorlar. Daha 50 yıl önce insanlarımız buldukları nimete şükreden, helalinden olmak kaydıyla Allah ne verdiyse onunla beslenen, eğer kılıyorlarsa beş vakit namaz ve günlük işleri dışında aktiviteleri olmayan, gezenin ritmiyle uyumlu, güneşle kalkıp yatsı vaktinde yatan mutmain kişilerdi. Hep birlikte yaşadığımız gelişmelerle bugünlere ulaştık, nimetin ve paranın bolluğu, öngörülemeyen teknolojik gelişmeler sonucu elimizdeki her şeyin aşırısı ile ne yapacağımızı bilemez hale geldik. Bütün bu nimetlerle baş edebilme yöntemlerini öğretmek üzere 'yaşam koçu' tabir olunan kişiler türedi ve insanlara neyi, ne zaman, ne kadar yiyeceklerini ve nasıl yaşayacaklarını buyurmaya başladılar. Yaşam koçları, müşterilerini modern çağın getirisi olan obezite, kalp-damar ve hareket sistemi hastalıklarına karşı da tahkim ediyorlardı. Biz sıradan insanlar ise ancak bu hastalıklardan birine yakalanınca yaşam koçlarının faaliyet gösterdikleri alanlara dahil oluyorduk ki bu alanlardan biri de artık iyice popülerleşen Fizik-Tedavi idi.

Her insanın hayatta fizik tedavi ve ardılları ile karşılaşmışlığı vardır. Ben çiçeği burnunda bir anestezi asistanı iken, sabah masa hazırladığım sırada

sol işaret parmağımın fleksor tendonunu 'prostigmin' ampülü ile kesmiştim. Bu müessif olayda ampul camının sertliği kadar, parmaklarımın aşırı esnek olması da sorumlu tutulmuştu. Fleksor tendon kopunca başını alıp uzak dokulara kaçan bir oluşum olduğu için tamiri ve iyileşmesi zor, 30 yıl önce el cerrahisi teknikleri de hak getire. Böylece üç hafta sonra atel açılınca içinden iki büküm, kambur, kaya gibi sert, en önemlisi de hiç kıpırdamayan bir parmak çıktı. Anestezi kürsüsünün masa açmak için şiddetle elemana ihtiyacı vardı, bana tekrar rapor vermeden 'acil' kaydıyla fizik tedaviye yollandılar. Parmağım sıcak su banyoları içinde ovula ovula kullanışlı hale geldi fakat ne yazık ki artık piyanist olma şansım kalmamıştı. Allahtan zaten böyle bir hayalim ve müzik yeteneğim yoktu.

Yıllar sonra sol diz çapraz bağım kopup, yaşlılık ve yıpranma sonucu oluşan eklem hasarlarında ameliyatın işe yaramadığı, bilakis eklem bütünlüğü ve mahremiyetini bozmaktan imtina edilmesi gerektiği ortaya çıkınca, bana tekrar fizik tedavi yolu göründü. Fakat beni orada ışıklı aletlerden ziyade genç fizyoterapistlerden oluşan bir 'team' karşıladı. Ne kadar şişman, hantal, idmansız daha önemlisi şursuz olduğum ortaya çıktı. Ne kadar derin kas ve kirşim varsa, lastik bantlar kullanarak çalıştırmaya başladım. Bu yaşa kadar bedenime hiç bakmamış, yılda 10-15 gün yüzme dışında yerimden kıpırdamamış, Allah'ın lütfu ve mucizesi olan insan vücuduna hor davranmakla şimdi normal ibadet etme yetisini de kaybetmiştim. Derin bir 'vücudunu dinleme ve onunla bütünleşme' meditasyonu yanında taburede oturarak namaz kılmak caiz midir, yerde mi oturmak gerekir araştırmaları ile yepyeni bir gündemim oluştu. Çok telaşlı bir insan olduğum ve yoğun bir 'bundan sonra secde edememe' korkusu yaşadığım için azim ve gayretle her söyleneni yaptım. Yapmam gerekenleri madde halinde sıralarsak:

1- Fizyoterapi

Denize düşen yılanı sarılır dersem, hazik fizyoterapistlere hem haksızlık hem de ayıp etmiş olurum. Fakat hastalığa çare bulma ümidi ile büyük bir şevkle başlayıp, giderek gerçek hayatta mucizelere yer olmadığını anlayıp, önce tempo düşürdüğünüz sonra da kaderinize razı olduğunuz bir durum söz konusu. Hareketi sınırlandırıp eklem ve kaslarınızı koruyan lastik bantlar, irili ufaklı pilates topları, üzerine oturmak için elips, üzerinde zıplamak için yarım top ve beni en çok şaşırtan alet trambolin. Değişik kas gruplarını çalıştırmak için akla hayale gelmeyecek çeşitli gereçler ve maalesef çok yavaş iyileşen eklemler ve daha da yavaş güçlenen kaslar, hayatın hızlı ritminden uzak bir dünya. Oyun parkını andıran bu yerde, gençlikle birlikte esnek ve sağlam dokularınızı da kaybettiğiniz gerçeği ile yüzleşiyorsunuz. Nedense bu çapraz bağ kaybı hayatımın önemli travmalarından biri oldu, görünürde bir kayıp olmadığı için hissettiklerimi kimseye anlatamadım.

2- Diyet

Fizyoterapiye başladıktan hemen sonra diyetisyene koştum. Daha önce zaten denenmiş ve bir kenara atılmış diyet listeleri elimde, market market dolaşıp, özel bir marka tam buğday ekmeği (diğer markalar zayıflatmıyor), probiyotik meyveli yoğurt, kuru kayısı (gündönümü olacak), ceviz, kontrplak tabir olunan diyet bisküvi, yağsız keçi peyniri, bol bol maydanöz ve sebze çeşitleriyle kan ter içinde eve geldim. Bu yiyecekleri alıp diyeteye uygun bir akşam yemeği hazırladıktan sonra insanda onu yiyecek hal kalmıyordu zaten. Diyet listelerinin de modası var ve aslında 'diyet' batı icatlarından biri. Bütün zenginlerin diyet yaptığı, bütün fakirlerin yiyecek bulamadığı bir dünya, peygamberi açlıktan midesinin üzerine

taş bağlayan bir ümmetin dünyası olmalıydı. Hem diyet yapıp hem üç saatte bir pahalı ürünler yemek için bir bilim dalı kurarsınız ama 'doymadan sofradan kalk' sünneti seniyesi aklınıza gelmez. Derken bu yaptığım diyetten birkaç yıl sonra bütün sistem değiştirildi. Tahılsız ve şekersiz, günde iki kez 8-16 saatlik aralarla beslenmenin doğru olduğu ortaya çıktı. Bu seferki alışveriş listem aynen şöyle idi: Badem unu, chia tohumu, Hindistan cevizi unu ve yağı, Teff, kinoa, hurma, kavrulmamış kuru yemişler, yine her türlü yeşillik, pancar, her renk lahana ve avokado. Araştırmalarımın

3- Egzersiz

Orta yaşa gelmiş ve kiloları oturmuş bir vücut sadece az yiyerek zayıflamaya yanaşmayacağı için kendinize uygun bir bedensel aktivite de bulmanız gereklidir. Modern hayat sizi oturtup semirtip sonra da diyetisyen, spor salonu, spor giyimi, diyet gıdalar üzerinden soyup soğana çevirmek üzere kurgulanmış gibidir. Yıllar önce bir spor salonuna gitmiştim. Eğitiminin yaptığı hareketler taklit ediliyor, birbirini tanımayan bir sürü insan yan yana tuhaf devinimler yapıyor, bir kadın grubunda olsanız bile bu gayri tabii topluluk içinde insan diken üstünde duruyor, üstelik etraf kötü kötü ter, nem, toz ve havasızlık kokuyordu. Dizlerin taşıdığı yükü azaltmak için spor yapmam önerildiğinde bile böyle bir spor salonuna ayak basmamakta kararlıyım. En sevdiğim aktivite olduğu, ayrıca eklemelere ağırlıksız ortam sağladığı için yüzmeye karar verdim. Bu kararla gündemim tekrar değişti, bu sefer sağlık raporu, yüzmeye bonesi, havuz terliği, spor çantası, havuza ve kadınlar arası şeriate uygun giysi bulmam icap etti. Bütün bu badireleri atlatıp havuzun kenarına kadar gelmeyi başardığımda beni gerisin geriye yolladılar, önce düş almak gerekiyormuş. Saçını boneyle örten, ılık duş alan, havuz girişinde antiseptik bir solüsyona basarak iyice temizlenen yüzmeye talimleri nihayet suya girme mutluluğuna erişiyorlar. Yüzmeye bildiğim için gözümde ortalarında bir kulvar kestirdim. İlk yabancılık hissini atlattıktan sonra bayağı yüzmeye başladım, hızımı alamayıp sırt üstü de yüzeyim dedim, her şey böyle yolunda giderken başıma küt diye bir darbe geldi, meğer kulvarın sonuna varıp başımı havuz kenarına çarpmışım. Moralimi bozmadan geri dönüp devam edeyim derken biraz sonra başıma ikinci bir darbe daha yedim, bu sefer karşı yönden sırt üstü yüzerek gelen

biriyle kafa kafaya çarpışmışız. Meğer trafikteki gibi hep havuzun sağ kenarı takip edilecekmiş. Bu arada kulvara üç kişi daha geldi, olduk mu beş kişi, üstelik bu yeni gelen genç, zayıf ve dinamik kızlar su perileri gibi yüzüyorlardı. Ben aralarında kalınca ukala bir su perisi "Yavaş yüzenler şu son kulvara giriyor" diye beni uyardı. Dışarıdan "Öyle mi bilmiyordum, ben hemen oraya geçeyim" diye kibarca cevap verirken içimden "Havuzunuza tüküreyim" diye söyledim. Oysa o vakte kadar ağzıma doluşup duran murdar havuz sularını kemali edep ile yutmuştum. O ilk gün havuzdan çıkarken başıma aldığım darbeler, hamlanan bedenim ve incinen izzeti nefsim yüzünden mahvı perişan bir haldeydim.

4- Ortopedik yardımcı ekipman

Fizyoterapistimin diğer bir önerisi de tabanlık kullanarak, yine gevşek yapı sebebiyle çökmüş olan ayak ön arkuslarını rahatlatmak, böylece düzelecek yürüyüş ile diz, bel ve omurganın yükünü azaltmaktır. Oysa ben zaten 25 yıl önce ortopedik malzemeleri dere tepe taramış, bana doktor reçetesi ile verilen 'çelik tabanlık' adlı ve ancak bir engizisyon müzesine yakışabilecek aletle de tanışmıştım. Çarnaçar tekrar yollara düştüm, bu kez beni elektrikli yürüyüş bandında yürütüp yere basma kalıbımı aldıktan sonra hemen yanımda, üç boyutlu yazıcı ile kişiye özel tabanlığımı üretip elime verdiler. Gördüklerim karşısında büyülenip 'tabanlarım eşek değil ya, artık bu teknolojik nesnelerle tıptı tıptı yürürler' diye mutmain olmuş vaziyette cici tabanlıklarımı mevcut bütün ayakkabılarımda denedim. Fakat zannediyorum o elektrikli bant tarayıcısı herkese aynı tabanı işaretliyor, çünkü teknoloji harikası tabanlıkta benim ayağımın altında hissettiğim ağırlı, hassas noktalara uyabilecek ne bir girinti ne de bir çıkıntı bulunmuyordu. Hazır satılan standart tabanlıklardan bir farkı yoktu, nitekim büyük umutlarla çıktığım yürüyüşten aynı büyüklükte hayal kırıklığı ile döndüm. Bu konuyu da madde halinde yazmak mümkün:

a- İlerleyen teknoloji ortopedik malzemelerin bedene uyumu konusunda bir arpa boyu yol alamadı.

b- Ortopedi uzmanları hastalara değil, malzeme reklamlarına inanıyorlar. Yoksa bu kadar başarısız ortopedik malzemeyi reçete etmezlerdi.

c- Bu tür ekipman benim gözlemime göre ancak hareketin kısıtlanması gerektiğinde

işe yarıyor. Harekete geçtiğiniz anda baston benzeri destek dışında eklemeleriniz başının çaresine bakmak durumunda kalıyor. Bu nedenle ağırlı eklemi akut dönemde stabil tutan gereçler hariç ortopedistlerin önerdiği her malzemeyi almayın.

d- Gece atelleri ise eklemi gereksiz yere gergin tutup rahat bir uykuya dalmanıza engel olurlar. Hallux valgus deformitesi (başparmak çıkıntısı) için takılan gece ateli ancak uyku sersemi üzerine bastığınızda canınızı yakmaya yarar.

Keza ayağa bir lastikle tutturulan metatars destekleri de daima sağa sola kayıp amacına uygun iş görmezler. Ortopedistler benden nefret edecekler ama tabanlık da kullanılabilir ve kullanışlı bir nesne değildir, özellikle 'ultrahafif hidrokarbon tabanlık' diye pohpohlanan nesnelere itibar etmeyiniz. Aynı şekilde ortopedik ayakkabı diye bir şey yoktur. Ancak ayağınızın rahat ettiği ayakkabı vardır ve o da genellikle 'ortopedik' etiketi ile satılmaz. Bu ayakkabıyı size doktor bile olsa kimse tavsiye edemez, onu ancak kendiniz deneye deneye bulursunuz. Buna karşılık ayakkabınızın tabanı altına koyacağınız ince bir sünger tabaka size bulutlar üzerinde yürüyormuş hissi verebilir. Kışın basit keçe bir taban ayağınızı hem ısıtır hem rahatlatır. Silikon bir taban üzerinde ise ayağınız su toplamadan umre yapabilirsiniz.

Bütün deneyimlerimden sonra eninde sonunda iyileştirmemizi, daha doğrusu bedenimizin yeni ve daha kısıtlı kapasitesine uyum sağladığını söyleyebilirim. İnsan vücudu kendisinden beklenen şekilde değil de kendi uygun bulunduğu daha doğrusu kendisine nasip olduğu kadarıyla iyileşiyor. Fizyoterapi, bu noktada tatbik edilen bedensel bir dua gibidir. Çinlilerin açık alanda toplu halde yaptıkları ve bize hem tuhaf hem komik görünen ritmik hareketler, 'koruyucu fizyoterapi' gibi muhayyel bir kavrama örnek teşkil edebilir, sağlık politikası fikiryatçılarına duyurmak isterim.

Bu yazı bazı patolojilerden yola çıkarak modern hayatın dayatmalarına bir eleştiri olarak okunabilir. Ne kadar gelişmiş görünse de muhteşem insan vücudunun eksiklerini tamamlamada yetersiz kalan teknoloji ile akıl ve vücut sağlığını bozan lüks alışkanlıkların kıskacındaki insanoğlu, yaşadığı gezegenin doğal düzenine ve kendi fitratına aykırı bu yaşam tarzını nereye kadar sürdürebilecektir.

Özgür irade ve genler

Prof. Dr. Mustafa Bilici



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

Huntington “Hastalığın sebebi genlerden başka bir yerde değildir” derken gerçeği ne kadar ifade ediyor? Yani bu söz “Mutasyonlu geniniz ya vardır ve hastalığa yakalanacaksınız ya da bu mutasyon sizde yoktur ve hastalanmayacaksınız” diyor. Özetle hastalıkla ilgili kaderimizin genlerde yazılı olduğunu söylüyor. Huntington en azından hastalıkla ilgili kaderimizi genlere bağlıyor ama daha ileri gidenler de var ve bu kişiler her şeyin sorumluluğunun genlerde olduğuna ve bu konuda yapabilecek bir şeyimiz olmadığına dair nihai bir hüküm veriyorlar: Sigara içseniz de içmeseniz de spor yapsanız da yapmasanız da doğal beslenseniz de beslenmeseniz de sonuç değişmez. Ne kadar can sıkıcı değil mi?

Tam bu noktada genetik şifre hastalıkla ilgili kader olmaktan çıkabilir diye akıldan geçirilebilir. Zira sorumlu bulunduğu göre tedavi de bulunabilir diye düşünebilirsiniz ancak hemen heveslenmeyin zira ciddi bir sorun var. Beyinde 100 milyar hücre var ve tek tek bu hücrelerin içine girip her bir hücredeki hatalı genleri düzeltmek neredeyse imkânsız. Bir tane canlı nöronun bile içine girip bu işlemi yapmak deveye hendek atlatmaktan zorken milyarlarca kez bu işlemi tekrarlamak ne kadar devasa bir iş düşünebiliyor musunuz? Bu sözler genetik kaderimizi değiştirme konusunda uyanan ümitlerimizi bir daha uyanmamak

üzere sonsuza dek bastırarak mı? Yoksa mutlaka bir “mutlu son” ve günün birinde gazetelerde “insan genetik kaderini sonunda alt etmeyi başardı” manşetini okuyabilecek miyiz?

İşin bir başka yönü var. Henüz hastalık belirtileri ortaya çıkmadan hastalıklı bir gen taşıdığınızı bilmek ister miydiniz? Bilindiği gibi hastalıklı bir gen taşıyorsanız hemen hastalanacaksınız diye bir kural yok ama genetik kaderden kaçamayacağınız için önünde sonunda hastalığa paçayı kaptıracağınız neredeyse kesindir. Birçok kişi “henüz hasta değilsem hastalıklı bir gen taşıdığımı öğrenmenin beni huzursuz etmek dışında bir sonucu olmayacağı için öğrenmek istemem” diyecektir. Ama bazı insanlar “mesele sadece benim sağlığım değil ki, benim bu hastalıklı geni çocuklarıma aktarmam ne kadar ahlaki” diye sorup devamlı “bu ahlaki sorumluluğu tek başıma sırtlanmam bana çok ağır geleceği için hastalıklı bir gen taşıdığımı bilmek isterim” diyebilir. Ancak ahlaki hassasiyetin de bir sınırı var: Binlerce geni taramak ve bir hastalık taşıyıp taşımadığını bulmak oldukça meşakkatli ve pahalı bir işlem. Herkesin böyle bir yolu tutmak istediğini düşünürseniz işin içinden çıkamazsınız. Yapılan çalışmalar hastalıklı bir gen taşıdığını bilmek istemeyenlerin, isteyenlerden çok daha fazla olduğunu, ayrıca erkeklerin kadınlara oranla bilmemeyi daha çok tercih ettiğini göstermiştir.

Gelelim asıl meseleye! Eğer yazgımız genlerimizde ise ve bu değişmezse özgür irade konusu ne olacak? Hume'nin dediğini hatırlarsak iki ihtimal var, “Ya eylemlerimiz önceden planlanmıştır, o halde bunlardan sorumlu değiliz ya da bunlar rastlantısal, o halde bunlardan yine sorumlu değiliz”. Dikkat edilirse Hume her iki ihtimalin de aynı kapıya çıktığını yani özgür iradenin olmadığını söyleyerek insanı eylemlerinin sorumluluğundan kurtarıyor! Yani bu özgür irade konusunda Hume ile genomcular arasında büyük bir benzerlik var.

Meseleyi daha iyi anlamak için şöyle bir uçuk senaryo varsayın. Yapılan çalışmalar filan numaralı kromozomun kısa kolunun ucunda “free will” olarak bilinen bir gen bulunduğunu ortaya çıkarmış olsun. Bu genin aktivitesi sonucunda sadece beynin prefrontal korteksinde bulunan bir protein üretiliyor olsun. Bu proteinin işlevinin insanoğluna “özgür irade duygusu” vermek olduğu gösterilmiş olsun. Böyle bir senaryo bizi nereye götürür? Cevap: Kocaman bir çelişkiye! Zira biraz dikkat edilirse bu senaryodaki mantık hatası hemen anlaşılacaktır. Özgür irademiz bir genin aktivitesine bağlı. Yani hem özgürlükten hem de bu özgürlüğün varlığının bir şeye (yani gene) borçlu olmasının getirdiği çelişki. Zihnimizde, özgürlük olarak düşündüğümüz durumun “hiçbir şeye bağlı olmaması gerektiği” şartı, genlere bağlılık söz konusu olduğu için bir çelişki doğmaktadır.



Özgürlük ve bağıllık konusu kafanızı karıştırdıysa yolumuza devam edebilmek için iyi bir özgürlük tanımını yapmanın zamanının geldiğini söyleyebiliriz. Yukarıda bahsettiğimiz gibi özgürlük, davranışlarımızın, seçimlerimizin ve tercihlerimizin “hiçbir şeyden etkilenmeksizin” gerçekleşmesi midir? İdeal bir tanım gibi görünüyorsa ama dikkat edilirse tanımın içinde bazı sıkıntılar var. Çünkü artık biliyoruz ki davranış söz konusu olduğunda bir şeyden etkilenmeme diye diye bir şey olamaz. Meselâ yemek yeme davranışını ele alalım. Kan şekeri düşerse, canımız sıkın olmasa, yemeğin nefis kokusu ve görüntüsü olmasa, “haydi yemek hazır” diyen aşçının sesini duymasak, leptin, insülin, glukagon, CCK, ghrelin gibi yeme davranışıyla ilgili hormonlarımızın düzeyi değişmese, bu hormonların sentezini ayarlayan genlerimiz olmasa, beynimizin yemek yeme davranışı ile ilişkili kısımları çalışmasa, “bir şeyler yemem lâzım zira uzunca bir süre yiyecek bulamayabilirim” şeklindeki endişelerimiz olmasa yine de yemek yer miydik? Bu anlattıklarımızdan her davranışın ortaya çıkmasını sağlayan bazı öncüller olduğunu söylemeye çalışıyoruz. Öncüller davranışın ortaya çıkmasını sağlıyorsa, o davranış özgür iradeyle ortaya çıkmıştır diyebilir miyiz? Eğer özgür irade, hiçbir şeyden etkilenmeden “tamamen kendi içimden gelerek” bir davranış gerçekleştirmekse yukarıdaki sorunun cevabı “diyemeyiz” şeklinde olacaktır.

İş bununla bitmiş olmuyor. Özgür iradeyi hiçbir şeyden etkilenmeden “tamamen kendi içimden gelerek” bir davranış gerçekleştirmek şeklinde düşünmek en hafif tabirle hayalciliktir. Zira bu tanımın geçerli bir mantığı yok. Bir davranış “tamamen kendi içimden” bile gelse yine de “bir yerlerden” geliyor ve “hiçbir şeyden etkilenmeme kuralını” ihlal ediyor demektir. Zira “kendi içimden” dediğimiz şey tamamen bize ait bir şey gibi gözükse bile neticede özgür irademizi “etkilemiş” oluyor. Kaldı ki bu “kendi içimden” lafı da irdelendiğinde sonu belirsiz bir maceraya yelken açmış oluyoruz. Kendi içimden derken bir “kendilikten” ve o kendiliğin bir “iç dünyasından” bahsetmiş oluyoruz. Şimdi soralım o zaman “kendilik nedir?”, “iç dünya” nedir?

Kendiliği, “bizi biz yapan her şey” diye tanımladığımızda bedenimizi, beynimizi, genlerimizi, hormonlarımızı, diğer insanlarla, kendimizle ve diğer varlıklarla ilişkilerimizi işin içine koymuş oluruz. İç dünya derken ise kendiliğimizi oluşturan unsurların birbiriyle kurduğu ilişkinin “bize özel” şeklini anlatmaya çalışıyoruz. Görüldüğü gibi gerek kendiliğimiz gerekse bu kendiliğimizin kurduğu iç dünyamız hep bir şeylerin üzerine bina edilmiştir. Bir şey, kurulmak için başka bir şeye dayanıyorsa orada artık mutlak özgürlükten bahsetmek mümkün değildir. Davranışlarımızı ve eylemlerimizi genomcular genlere, psikanalizciler dürtülere, davranışçılar

Bir davranış “tamamen kendi içimden” bile gelse yine de “bir yerlerden” geliyor ve “hiçbir şeyden etkilenmeme kuralını” ihlal ediyor demektir. Zira “kendi içimden” dediğimiz şey tamamen bize ait bir şey gibi gözükse bile neticede özgür irademizi “etkilemiş” oluyor. Kaldı ki bu “kendi içimden” lafı da irdelendiğinde sonu belirsiz bir maceraya yelken açmış oluyoruz. Kendi içimden derken bir “kendilikten” ve o kendiliğin bir “iç dünyasından” bahsetmiş oluyoruz.

Genetik ve dış etkenlerin etkileşimi, davranışımızı tahmin edilemez kılar ama nasıl davranacağıma yine de “ben” karar veririm. Bu kelimelerin arasındaki “ben”, özgürlüğümüzün garantisidir. Belirlenimcilikten asla kaçamayız ama iyi belirlenimcilik ve kötü belirlenimcilik arasında bir ayrım ve “tercih” yapabiliriz. Şimdi tekrar soralım: Ben mi davranışlarımı belirlerim yoksa davranışlarım mı beni belirler?



öğrenmeye, bilişselciler düşünme tarzımıza, endokrinler hormonlara, sosyologlar baskı gruplarına, kaderiyeciler ise alın yazısına dayandırmaktadır. Bu saydığım izah biçimlerinin hepsi özünde aynı şeyi söyler: “Özgür irade diye bir şey yoktur, sadece sen özgür olduğunu zannedersin. Zira her davranış başka bir şey tarafından belirlenmiştir”.

Mesela genomcular kendilik dediğimiz olguyu bile genler tarafından ortaya çıkarılmış biyolojik bir varlık olarak görür. Genler vücut şeklini tanımlar, dil becerisini oluşturur ve zekâ kapasitesini belirlerler. Genler, hafızaya kaydetmeyi ve sonradan bunları hatırlamayı da sağlar. Ayrıca genler beyin denen bir organ oluşturmuş ve bu organ üzerinden günlük işlere dair sorumluluk duygusu üretmiştir. Hatta genler benliğin içinde, nasıl davranacağımıza kendimizin karar verdiğine dair bir “izlenim oluşmasını” sağlar ve muhakeme sonrasında, yapmaktan kendimizi alıkoyamayacağımızı hiçbir şey olmadığı kanısına ulaşmamızı bile sağlar. Tüm bunlar da kendiliğimizi oluşturur.

Yukardaki açıklamalardan anlaşıldığına göre genomculara göre özgür irade diye

bir şey/mesele yoktur. Özgür irade diye şey bir yoktur zira her şeyi genlerimiz belirlemektedir. Bu noktadan sonra yine de bazı insanlar davranışların genetik belirlenimciliğe, bazıları ise özgür irade ile belirlendiğine inanmaya devam edecektir. Bu “özgür iradeciler” de aslında tam özgür değil, zira onlar genleri göz ardı ederken onun yerine aileyi, sosyal etkenleri ve dürtüleri vs koyar. Genlerin yerine “çevre şartlarının” etkili olduğunu söylemek başka tür bir belirlenimciliğdir. Mesela çevreciler sıklıkla çocukları taciz edenlerin genellikle kendilerinin de çocukken taciz edildiklerini söyler ve “tacizci olmanın sebebini tacize uğramak” olduğunu iddia ederler. Yani tacize uğramışsan kaderin tacizci olmaktır. Bu taciz örneği çevrenin etkisini vurgulamak için verilmiştir ancak son araştırmalar bu örneğin bile genomcuları desteklediğini göstermiştir. Gerçekten de araştırmalar çocukları taciz etmekle çocukken taciz edilmek arasında bir bağlantı olduğunu ama bunun tamamen kalıtım yoluyla alınmış karakter özelliklerinin bir sonucu olduğunu ortaya koymuştur. Tacizcilerin çocukları tacizcilik özelliklerini ebeveynlerinden kalıtım yoluyla alırlar. Gerçekten de kontrollü çalışmalar, yetiştirme şeklinin yarattığı belirlenimciliğin pek etkili

olmadığını göstermiştir, zira “tacizcilerin üvey evlatlarının tacizci olmadıkları” gösterilmiştir.

Bu veriler genomcularla çevrecilerin birbirine ne kadar benzediklerini bir kez daha ortaya çıkarıyor. Biri gen diyor öbür çevre, ama ikisi de davranışlarımızın “özgür” olmadığını söylüyor. Ne var bunda iki farklı görüş demeyin zira tarih göstermiştir ki her iki yaklaşım biçimi de insanı felakete sürükleyebilir. Mesela genomcuların gelip dayanacağı nokta öjenizm tehlikesidir. Sadece kaliteli genlere sahip olanların çiftleştirilerek genetik açıdan üstün bir ırkın elde edilmesi fikri size nasıl geliyor? Düşünsenize üstün bilim adamları, üstün laboratuvar şartlarında genleri tek tek analiz ederek hasta, sakat, geri zekâlı ve zayıf bireylerin oluşumunu engelliyor ve zeki, güçlü ve dayanıklı bireylerin oluşmasına izin veriyor. Böylece “mükemmel” bir toplum oluşturma şansını yakalamış oluyoruz! Bu fikrin kulağınıza nasıl geldiğini bilmiyorum ama Hitler gibilerin kulağına hoş geldiğini söyleyebilirim. Peki çevrecilere ne demeli? İnsan yavrusunu “tabula rasa” gibi gören ve “bana bir bebek verin ve ben onu eğiterek hırsız ya da topluma yararlı biri haline nasıl getiriyorum

görün” diyen biri genomculardan farklı bir şey söylemiş olur mu? Yani genlerin yerine eğitim ve yetiştirme gibi çevresel etkenleri koyan biri farklı bir şey söylemiş olur mu?

Tüm bu tartışmalarda sonra gelinecek nokta şu: Belirlenimcilik bir kadercilik midir? Yani insan doğasını-genlerini değiştirmek imkânsız mıdır? Belirlenimciliği kadercilik olarak görenlerin temel yanılgısı şöyle açıklanabilir: Diyelim ki hastasınız, fakat doktora gitmiyorsunuz, çünkü ya iyileşeceğinizi ya da iyileşemeyeceğinizi düşünüyorsunuz: Her iki durumda da doktoru gereksiz görürsünüz. Fakat burada, iyileşmenizin doktora gitmekle bağlantılı olabileceği ihtimali atlanmaktadır. Buna göre belirlenimcilik size yapabileceğiniz ya da yapamayacağınız şeyleri söylemez. Belirlenimcilik bugünkü durumun sebeplerini bulmak için geçmişe bakar, olacakları öngörmek için geleceğe bakmak gibi bir işlevi yoktur. Genetik bilgi edinmenin bütün amacı, genetik bozuklukları müdahalelerle iyileştirmektir. Genetik mutasyonların keşfi, insanları kaderciliğe itmekten çok, bu mutasyonların yıkıcı etkilerinin azaltılması çabalarını iki katına çıkarmalarını sağladı. Sonuçta bir hastalığın sebebinin genetik bir rahatsızlık olarak tanınması hastalık karşısında kaderci bir tavır alınmasına değil özel bir gayret sarf edilmesine yol açtı. Hâsılı kelâm, özgürlüğün zıddının baskı olduğunu, belirlenimcilik olmadığını söylemek gerekiyor.

İnsanları özgür iradeyi yücelttiğine bakmayın, sıkıştığımızda hemen Mobley gibi belirlenimciliğe sarılırız. Bilindiği gibi Stephen Mobley adlı biri bir adamı öldürmekten suçlu bulundu ve idama mahkûm edildi. Ancak katilin avukatları Mobley’in cinayeti “genetik etkenler” doğrultusunda işlediğini savunarak idamı müebbetle çevirmeyi başardılar. Zira Mobley’in ailesinin uzun bir suç geçmişi vardı. Avukatlara göre O sorumlu değildi, sadece genetik yapısının dediklerini yapan bir robottu. Sadece suçlular değil, normal insanlar da problemli davranışlarını özgür iradelelerine değil belirlenimciliğe yüklemek ister. Terapistler danışanların mutsuzluğunu kötü ebeveynlere yüklerken, sosyologlar bir bölgedeki suç oranlarının yüksekliğini sosyal şartlara bağlarken, bir adam karısını aldatmasını çapkınlık genleriyle ilişkilendirirken, üfürükçüler karı koca arasındaki huzursuzluğu büyüyle ve cinlerle izah ederken, suç işlediği için hapse

düşen biri suçu alın yazısına bağlarken ve astrologlar kismetimizin açılmasını burçlarla ilişkilendirilirken “iyi de özgür iradem nerde” demek kimsenin aklının ucundan bile geçmez. Gördüğünüz gibi o çok önem verdiğimiz özgür irademizi bile azıcık sıkışınca hemen satıveriyoruz.

Dinler tarihi de özgür irade tartışmaları ile doludur. Meselenin özü şöyle: Eğer bir insan kendi davranışlarını yaratıyorsa “Allah’tan başka yaratıcı mı var” sorusu gündeme geliyor ve şirk kapısı aralanmış oluyor. Yok eğer insanlar kendi davranışlarını yaratamaz, Allah her şeyi yaratır dersiniz bu sefer insan emir kuluna dönüyor ve işlediği günahları Allah’a yükleme riski belirliyor. Bu noktada can alıcı soru şöyle: Sorumluluğumuz, yani kendi davranışlarımızı seçme özgürlüğümüz yoksa günah işlemek ve bunun sonucunda cehennemi boylamak zalimce olmaz mı? İslâm bu çıkmazdan cüz’î ve küllî irade kavramlarıyla kurtulmaya çalışmaktadır. Konuyla ilgili bazı âyetleri gözden geçirirsek iki grup âyet olduğunu görürüz. İlk grupta yer alan: “Hayrı ve şerri ve bu ikisinin hallerini öğretip bunlardan birini yapabilmesi için, insana seçme hakkı (irade) verene yemin olsun ki, “nefsini kötülüklerden temizleyip faziletlerle dolduran kurtuldu”. “Nefsini günahla, cehalette, dalalette bırakan, zarar etti.” (Şems-8) (Şems-9) (Şems-10). “Bu müminler hâlâ öğrenmediler mi ki Allah dileseydi bütün insanlara hidâyet eder, doğru yola koyardı.” (Rad, 13/31). “De ki: “İşte Rabbiniz tarafından gerçek geldi. Artık dileyen iman etsin, dileyen inkâr etsin” (Kehf, 18/29); şeklindeki âyetler açık bir şekilde özgür iradenin varlığını göstermektedir. İkinci grupta yer alan “Onları hidayete hak yola getirmek senin görevin değil, lâkin Allah dilediğini hidayete doğru yola getirir” (Bakara, 272). “Hiç kötü işleri kendisine güzel görünen kimse, iyilik edip dürüst işler işleyen kimse gibi olur mu? Allah dilediğini sapıklığa, dilediğini doğru yola iletir. O halde o insanlardan ötürü üzülüp kendini mahvetme! Çünkü Allah onların bütün yaptıklarını bilir” (Fâtır, 35/8). “Eğer Senin Rabbin dileseydi, dünyada ne kadar insan varsa hepsi imana gelirdi (ama bunu irade etmedi). Şimdi sen mi, imana gelsinler diye insanları zorlayacaksın? Allah’ın izni olmadıkça hiçbir kimsenin iman etmesi mümkün değildir” (Yunus, 10/99-100). “(Resulüm!) Sen dilediğin kimseyi doğru yola eristiremezsin, lâkin ancak Allah dilediğini hidayete ulaştırır” (Kasas, 28/56) şeklindeki âyetler ise

özgür irade kavramını yerle bir eder.

Bugün artık biliyoruz ki sadece genden davranışa doğru tek yönlü bir gidiş yok, aksine davranıştan gene doğru da bir gidiş var. Yani genler davranışları, davranışlar da genleri etkileyebilir. Bu durumda nedenselliğin döngüsel olduğunu ve bu tür döngüsel geribildirimlerin olduğu bir sistemde, basit belirlenimci süreçlerden hiç tahmin edilemeyen sonuçların çıkabileceğini kabul etmek gerekir. Bu tavuk-yumurta ikilemi kaos kuramı adıyla bilinir. Kuantum fiziğinden farklı olarak kaos kuramı şansa dayanmaz. Matematikçilerin tanımladığı gibi, kaotik sistemler planlanmıştır, yani rastlantısal değildir. Ancak kaotik bir sistemde, karar mekanizmasında rol alan tüm faktörleri bilseniz bile, sistemin gideceği yönü yani çıkacak kararı bilemeyebilirsiniz; çünkü çok farklı faktörler birbirleriyle etkileşim içine girebilir. Zira bir eylem bir sonrakinin başlangıç koşullarını etkiler, böylece küçük etkiler daha büyük sebeplere dönüşürler ve bu böyle devam eder gider. Farz edin ki laboratuvarında beynimizin ön cingulate bölgesine yakın bir yeri elektrotla uyarılıyor. İstemli hareketin kontrolü bu bölgede olduğu için, bana kendi irademle yaptığımı düşündüğüm bir hareketi yaptırmaktan sorumlu olabilir. Neden kolumu hareket ettirdiğim sorulduğunda, bunun istemli bir hareket olduğuna dair kesin bir cevap verebilirim ve “ben yaptım” diyebilirim. Oysa burada bir özgürlük yanılsaması söz konusudur ve hareketimizin özgürce bir seçim olduğu gerçek değildir; gerçek, hareketime dışardan elektrotlarla başkasının karar vermiş olduğudur.

Genetik ve dış etkenlerin etkileşimi, davranışımızı tahmin edilemez kılar ama nasıl davranacağıma yine de “ben” karar veririm. Bu kelimelerin arasındaki “ben”, özgürlüğümüzün garantisidir. Belirlenimcilikten asla kaçamayız ama iyi belirlenimcilik ve kötü belirlenimcilik arasında bir ayrım ve “tercih” yapabiliriz. Şimdi tekrar soralım: Ben mi davranışlarımı belirlerim, yoksa davranışlarım mı beni belirler?

Kaynaklar

Genom: Bir Türün Yirmi Üç Bölümlük Otobiyoğrafisi. Matt Ridley, 2016, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi. <http://kuran.diyaret.gov.tr/mushaf/kuran-tefsir-1/fatiha-suresi-1/ayet-1/diyaret-isleri-baskanligi-meali-1>. Kur’ânı Kerim Meali. Diyanet İşleri Başkanlığı. (Erişim tarihi: 21.05.2018.)

Çargâh makamı

Prof. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevine tabip olarak atandı (1991). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musikî Derneğini kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nün kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesinde göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığına İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıbbi farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO Müdürü ve Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi olan Özbek, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Hüseyin Sadeddin Arel ve arkadaşlarının Türk müziği (TM) ana dizisi olarak çargâh makamını ileri sürmeleriyle birlikte bu makam TM'nin gündemi-ne oturmuştur. Günümüze kadar çargâh makamından üretilmiş eser sayısının sınırlı oluşu, bu eserlerin hemen hepsinin saz eseri veya dini musiki formlarında bestelenmiş olması, Arel ve arkadaşlarının ileri sürdükleri çargâh makamı dizisi ile klasik repertuvarda kullanılan çargâh makamı dizisinin farklı olması ve Arel'in ileri sürdüğü dizinin Arel ve taraftarlarınca TM'nin ana dizisi olduğu iddiası gibi nedenlerle çargâh makamı son 50 yıldır sorgulanmaya başlamıştır.

Arel-Ezgi (AE) tarafından ileri sürülen ve Do majör ses dizisinin ana dizi olarak kabul edildiği AE ses sisteminin TM pratiğini yeterince karşılamadığı bilinmektedir (1, 2). Bu durum TM eğitimi ve öğretimi olukça zorlaştırmakta, öğrencileri hocaya daha fazla mahkûm etmektedir (3). Ayrıca Türk müziğini incelemek isteyen yabancı araştırmacıların Türk müziği teorik yapısını kavramalarını da neredeyse olanaksız hale getirmektedir. Bahsedilen bu sorunların giderilmesi sonucu TM eğitimi ve öğretiminin daha kolay bir hale geleceği düşüncesiyle; AE sisteminin dayanak noktalarından biri olan çargâh makamının etraflıca incelenerek, bu makamla ilgili sorunların ve bunların çözümlerinin ortaya konulmasının TM açısından önemli olacağı kanaatine varıldı.

Bu makalenin amacı, çargâh makamının aslında ne olduğu veya ne olmadığını etraflıca ortaya koymaktır. Böylece TM'nin önemli sorunlarından biri olan çargâh makamı konusunu nihayete erdirerek

TM'nde ana dizi ve ardından TM ses sistemi gibi sorunların irdelenmesi ve çözümünü konularına girmek için bir kapı aralamaktır.

1. Geleneksel Türk Müziği'nde Çargâh Makamı

Çargâh makamına XIV. yüzyıldan itibaren birçok kaynaktan rastlanılmakta olup bu makam Kutbuddin Mahmud Şirazi'den (XIV. yy) Hüseyin Sadeddin Arel'e (1880-1955) kadar müzik adamlarının bilgisi dahilindedir diyebiliriz (4). Çargâh makamı ile ilgili ilk bilgiler, daha ziyade makamın isminin veya bazı özelliklerinin geçtiği metinler şeklinde iken çargâh makamının etraflı bir şekilde tanımının ilk defa Kadızâde Tirevî (öl. 1494) tarafından yapıldığı görülmektedir. Tirevî, çargâh makamını aşağıdaki şekilde tanımlamıştır: "Çargâh oldur ki cüz'i zengüle ola, nevi ahir kendu hanesinden hod imiş idik ki segâh hanesi üstünde olur, kendu hanesinden agaze idub, aşaga gidub segâh ve düğâh ve rast hanelerin seyr idub, yine kendu hanesine çıkar, kendu hanesinden yukaru zengule için pençgâh (günümüzde neva perdesi) hanesi çargâh hanesine karib olmuşdi, ol perdeye ugrayub andan yukaru hüseyini hanelerin seyr idub, gelub yine kendu hanesinde karar ider, çargâhın agazı ve karargâhı yine kendu hanesidir" (5, 6). Bu tanımdan çargâh makamının XV. yüzyılda "Çargâh perdesinde karar veren saba makamı dizisi" şeklinde bilindiği anlaşıl-

maktadır. Çargâh makamı ve bu ismin geçtiği makam terkîbleriyle ilgili başka araştırmalar da mevcuttur (7).

Tirevî'den sonra yazılan kaynaklar incelendiğinde, yine benzer tanımlarla karşılaşılmaktadır. Örneğin Abdülbâkî Nâsır Dede'nin Tedkik ü Tahkîk adlı kitabında çargâh makamı hakkında yazılanlar şöyledir: "Çargâh: acem, gerdaniye ve muhayyer perdelerinde çokça gezinerek saba gösterip çargâh perdesinde karar verir. Bunda görüş birliği vardır" (8). Bu konuda Judetz ve Sirli şunları söylemektedir: "Makam, çargâh perdesinden seyre başlayıp, gerdaniyeye kadar çıkar. Acem, hüseyinî, saba perdelerini kullanarak, çargâhta kalış yapar. Çargâhtan rasta kadar indikten sonra yine çargâha ulaşır ve karar verir" (9). Bu konuda Oya Levendoğlu ve Ali Tan'ın yaptığı araştırmalar (5, 6) konuyu yeterince aydınlatmış için üzerinde daha fazla durmaya gerek görülmemiştir.

Tirevî'den itibaren yapılan tariflere göre geleneksel TM'de kullanılan çargâh makamı dizisi bugün kullanılan notalama sistemine göre Şekil 1'de verilmiştir:

Çargâh makamında bestelenmiş farklı formlardaki eserlere örnekler aşağıda verilmiştir (Şekil 2) (10), (Şekil 3) (6), (Şekil 4) (11), (Şekil 5) (12). Bu örneklerden de anlaşılacağı gibi çargâh makamı, çargâh perdesinde karar veren saba makamı dizisini kullanmaktadır.

Formu ne olursa olsun bir eserin 1. ve 2. bölümleri (peşrev ve saz semâisinde 1. hâne ile teslim bölümü) eserin makamının asıl gösterilmesi gereken bölümler olup diğer bölümler başka makamlardan da bestelenebilmektedir (13). Bu nedenle



Şekil 1: Çargâh makamının geleneksel TM'de kullanılan ses dizisi.



Şekil 2: Çargâh makamında ilâhi.
(Not: Bu ilâhinin usûlü, alındığı kitapta “Düyek” olarak geçmektedir. Ancak notadan da anlaşılacağı gibi eserin sadece iki ölçüsü (5. ve 7. ölçüler) Düyek, diğer tüm ölçüleri Sofyân usûlündedir. Bu nedenle eserin usûlünü Sofyân olarak göstermeyi uygun bulduk).



Şekil 3: Kutb-ı Nâyî Osman Dede'nin Çargâh Peşrevi.
(Not: Bu peşrev, Ali Tan'ın makalesinden alınmıştır. Eser, makalede el yazısı ile yazılmış olduğundan, okunurluğunu artırmak amacıyla bilgisayar ortamında tekrar yazılmıştır.



Şekil 4: Hammamîzâde İsmail Dede Efendi'nin (1778-1846) Râst kâr-ı nâtıkının çargâh bölümü.

Şekil 3'teki Çargâh Peşrevi'nin diğer hâneleri verilmemiştir.

Ekrem Karadeniz, kâr-ı nâtık için şöyle demektedir: “Kâr-ı nâtıklarda her makam için bir beyit yazılmış ve makamın adı mısraların birinde söylenmiştir. Bu beyitlerde kısa bir beste ile makamın seyri gösterilerek karar verilir ve kısa bir aranağme ile veya doğrudan doğruya öbür makama geçilir” (14). Buradan da anlaşılıyor ki kâr-ı nâtık formundaki eserlerde her bir makam, o makamın temel özellikleriyle verilmek durumundadır, çünkü süre kısıtlıdır. Buna göre Dede Efendi'nin (1778-1846) çargâh makamını bu eserinde “temel özellikleriyle” işlediğini kabul ediyoruz.

Ahmed Avni Konuk'un (1868-1938) Kâr-ı Nâtık'ındaki çargâh makamını gösteren bölüm incelendiğinde (Şekil 5) çargâh makamı, üçüncü satırda hüseyinî makamına yapılan kısa bir geçki hariç, daha önce verilen eser örnekleriyle aynı özellikleri göstermektedir.

Cinuçen Tanrıkorur'un (1938-2000) çargâh makamındaki eserleri www.neyzen.com adresinde bulunmaktadır (15). Buna göre Tanrıkorur'un TM'de bir “takım” oluşturacak şekilde peşrev, beste-i evvel (birinci beste), beste-i sâî (ikinci beste), nakış ağır semâî, nakış yürük semâî ve saz semâisini çargâh makamının “geleneksel kullanımına uygun olarak” bestelemiş olduğu, yani çargâh makamını verdiğimiz eser örnekleriyle örtüşen şekilde kullandığı görülmektedir. Bu eserler, yer darlığı sebebiyle burada ayrıca verilmemiştir.

Çargâh makamının, anlaşılır şekilde ilk kez tanımlandığı XIV. yy'dan itibaren XX. yy'a kadar saba makamı ses dizisini kullandığı, hatta Arel ve arkadaşları ile çağdaş olan Ahmed Avni Konuk'un da Râst Kâr-ı Nâtık isimli eserinde bu makamı bahsettiğimiz şekilde işlediği, Ekrem Karadeniz (1904-1981) ve hocası Abdülkadir Töre'nin (1873-1946) çargâh makamını benzer şekilde tarif ettikleri, son olarak Cinuçen Tanrıkorur'un (1938-2000) çargâh makamını aynı şekilde kullandığı görülmektedir. Sonuç olarak çargâh makam, Arel ve arkadaşlarına kadar sabâ makamı ses dizisini kullanan ve çargâh perdesinde karar veren bir makam olarak bilinmektedir.

Çargâh makamının kullandığı ses dizisi ve seyri, Kutb-ı Nâyî Osman Dede'nin peşrevi temel alınmak kaydıyla ve bugün kullanılmakta olan makam tarifi şablonuna göre (İsmail Hakkı Özkan ve diğer araştırmacıların yazdıkları TM teorisi kitaplarında kullandıkları genel şablon) geleneksel kullanım yönünden Şekil 6'daki gibi gösterilebilir. TM makamlarının birçoğu bir oktav veya bir buçuk oktav ses alanına sığmamaktadır. Bu nedenle ses dizisini bir veya bir buçuk oktav yerine iki oktav içerisinde göstermek daha akılcı bir yoldur. Buradan hareketle çargâh makamı ses dizisini iki oktav içerisinde gösterdik.

Karar (Durak) perdesi: Çargâh.

Güçlüsü: Gerdaniye.

Yedeni: Segâh.

Genel olarak seyri: Çıkıcı.

Donanımı: Si için koma bemolü, Re için bakiyye bemolü alır. Diğer değiştirme işaretleri eser içerisinde yeri geldikçe gösterilir.

Asma karar perdeleri: Râst, düğâh, segâh, hüseyinî, acem.

Perdelerinin TM'deki isimleri: Yegâh, hüseyinî aşîrân, ırak, râst, düğâh, segâh, çargâh, hicaz, hüseyinî, acem, gerdaniye, şehnâz (muhayyer), tiz segâh (tiz sünbüle),

tiz çargâh ve tiz nevâ.

Seyir: Durak perdesi civarından seyre başlanır; râst perdesi üzerinde râst, düğâh perdesi üzerinde saba, segâh perdesi üzerinde segâh, hüseyinî perdesi üzerinde kürdî ve acem perdesi üzerinde acem çeşnili asma kararlardan birini veya birkaçını yapar; gerdaniye (güçlü) perdesi üzerinde hicaz çeşnili yarım karar yapar. Çargâh perdesi üzerinde segâh perdesini yeden olarak gösterip zirgüle* çeşnili karar verir. Seyir esnasında şehnâz perdesi yerine zaman zaman muhayyer perdesi de kullanılabilir; bu durumda tiz segâh perdesi sünbüle perdesi ile yer değiştirir. *: Buradaki çeşni, hicaz perdesinin esnekliğinden dolayı aslında zirgüleden biraz farklıdır. Çargâh perdesi üzerinde kurulmuş hicaz beşlisi perdeleri incelendiğinde, buradaki ikinci perdenin (hicaz perdesi) birkaç koma daha dik basıldığı görülmektedir.

2. Arel-Ezgi-Uzdilek'e Göre Çargâh Makamı

Hüseyin Sadeddin Arel, Türk Mûsikîsi Nazariyatı Dersleri isimli kitabının “ana dizi” başlığı altında şunları yazmaktadır: “Ana dizi, yahut “tabii dizi” diğer bütün dizilerin teşkilinde esas tutulmaya en elverişli olan dizidir. Ana dizi olmak kabiliyetini yalnız çargâh dizisinde görüyoruz. Çünkü bu dizi sadece tanini ve bakiyye aralıklarından yapılmıştır ve notasında hiçbir diyezi veya bemolü muhtevi değildir. Tanini ve bakiyye aralıkları ise öteki aralıkların elde edilmesine en müsait olanlardır” (16).

Dr. Suphi Ezgi ise Nazarî ve Amelî Türk Musikisi isimli kitabında şöyle demektedir: “İstimal etmekte olduğumuz mütenevvi dizilerimizi yazmak için onlardan birisinin esasî ve tabîî dizi itibar edilmesi lâzımdır. Çünkü tabîî dizinin işaretli yazılacak olan seslerine mukabil, diğer diziler nağmelerinin tahriri tanini, büyük mücennep, küçük mücennep, bakiye, fazla aralıklarının birbiriyle cemi veya yekdiğerinden tahrile mümkün olmaktadır. Dizilerin kolay yazılmalarına ve en çok şetlerini yapmağa müsait dizinin muntazam çârigâh dizisi olduğunu mütalea ettik; bu sebeple onu esasî ve tabîî dizi itibar ettik. (...) Yukarıda mezkûr küçük aralıklardan doğan nağmelerin isimleri pestten tize doğru çârigâh, neva, hüseyinî, acem, gerdaniye, muhayyer, tiz puselik, tiz çârigâh olup bunların nota isimleri ise pestten tize doğru, do, re, mi, fa, sol, lâ, si do, dur ki bunlar tabîî seslerimizdir. Bu sebeple, çârigâh tabîî dizisinin donanımında

tagyir işareti yoktur. Çârigâh makamının dizisi mülâyimdir. Makam sâittir, güçlü nağmesi beşinci derecedir. Makam pest taraftaki çârigâh beşlisinde ya duraktan ve yahut güçlüden başlar, beşlide seyirden sonra güçlüde bir asma karar yapar, anı müteakip tiz taraftaki çârigâh dörtlüsünde dahi gezindikten sonra pest durakta kalır. Yedinci yeden nağmesi sâmiaya kuvvetli bir karar hissini vermektedir” (17). Bu yazılanlar çerçevesinde çârigâh makamı dizisi Şekil 7’de gösterilmiştir:

AE sistemine göre çârigâh makamı şöyledir

Karar perdesi: Çârigâh.

Güçlü perdesi: Gerdaniye.

Seyri: Çıkıcıdır.

Dizisi: Yerindeki çârigâh beşlisine, gerdaniye perdesi üzerinde çârigâh dörtlüsünün eklenmesiyle meydana gelir.

Yeden: Buselik perdesidir.

Donanım: Çârigâh makamı donanımında diyez-bemol işareti kullanılmaz.

Dizinin seyri: Çârigâh makamı, çıkıcı bir diziye sahip olduğundan seyre genellikle durak sesi civarından başlanılır. Çârigâh beşlisinin seslerinde dolaşarak güçlü olan gerdaniye perdesinde kalış yapılır. Güçlüsü olan gerdaniye perdesi üzerinde bulunan çârigâh dörtlüsünün seslerine geçilerek tiz durağa kadar çıkılır. Tekrar güçlü perdesine inilerek asma karar gösterilir. Yerinde çârigâh beşlisinin sesleri kullanılarak çârigâh perdesinde karar verilir (18).

M. Ekrem Karadeniz, AE sisteminde ileri sürülen çârigâh makamı dizisini şöyle eleştirmektedir: “Bir kısım musikiciler, özellikle İstanbul Belediye Konservatuarını yönetenler, Dr. Suphi Ezgi tarafından yazılan Nazari ve Ameli Türk Musikisi adlı kitaba uyarak çârigâh iskalasını ana gam olarak kabul etmektedirler. (...) Çârigâh makamında neva değil saba, hüseyin değil hisarek, buselik değil segâh perdesi kullanılır. (...) Esasen hatalı olduğu anlaşıldığı için kullanılmamış olan Fisagor’un kromatik iskalasını ana gam olarak kabul etmekten daha hatalı bir hareket düşünülemez. (...) Nereden bakılırsa bakılsın ana iskala olmak vasfını taşımayan çârigâh iskalası üzerinde fazla durmağa lüzum görmüyoruz” (11).

Oya Levendoğlu’nun bir makalesinde “Arel ve takipçilerinin ileri sürdüğü çârigâh dizisi aslında yedi sesli bir Pythagoras dizisinden başka bir şey değildir” cümlesi geçmektedir (5). Hem Şekil 6’daki ses dizisi incelendiğinde hem de Dr. Suphi Ezgi’nin yazdıkları dikkatle okunduğunda,

gerçekten de bu dizinin Do majör ses dizisinden başka bir şey olmadığı açıkça görülmektedir. Arel ve takipçilerinin ileri sürdüğü çârigâh makamı için verilen örnek eserler incelendiğinde, bunların geleneksel TM’de kullanılmış çârigâh makamına uymadığı anlaşılmakta, hatta geleneksel TM’de böyle bir çârigâh makamına ve örnek esere rastlanılmamaktadır. Arel ve takipçilerinin çârigâh makamı için verdikleri az sayıdaki örnek arasında bulunan bir peşrev oldukça ilgi çekicidir (Şekil 7). Bu örnek incelendiğinde, aslında dört hane ve bir teslimden oluşması gereken peşrevin, sadece küçük bir bölümü (üç ölçüsü) çârigâh makamına örnek olarak verilmekte, peşrevin diğer bölümleri “kayıp” olarak belirtilmekte ve ayrıca eserin bestekârı da “bilinmemektedir.” Birinci hanesi ve teslimi bilinmeden bir peşrevin makamının ne olduğu hakkında hüküm yürütmenin aslında oldukça sıkıntılı bir durum olacağı malumdur. AE sistemine göre ileri sürülen çârigâh makamına verilen örnek eserler gösterilmiştir (Şekil 8) (17, 19), (Şekil 9) (20), (Şekil 10) (21).

Çârigâh makamının Do majör dizisiyle aynı ses dizisini kullandığını ileri sürenlerin, bu makama “en açık” ve “anlaşılır” örnek eserleri kendilerinin vermesi gerektiği düşüncesinden hareketle, Arel’in çârigâh oyun havası isimli eseri Şekil 9’da verilmiştir. Eser incelendiğinde TM’den ziyade bir BM eseri olarak bestelendiği, daha açık bir ifadeyle Do majör tonda bir çalışma olduğu ayrıca TM’deki diğer oyun havaları ile karşılaştırıldığında, “oyun havası” tadını veremediği söylenebilir. Arel ve öğrencileri tarafından örnek olarak verilen diğer çârigâh eserler de Şekil 8 ve Şekil 9’dakinden farklı değildir. Bu nedenle daha fazla örnek eser verilmesine gerek görülmemiştir.

Arel ve sistemini çeşitli yönleriyle eleştirenler de zaman zaman Do majör çârigâh dizisinde hem de geleneksel çârigâh makamında eserler bestelemişlerdir. Do majör çârigâh dizisinde bestelenmiş böyle bir esere örnek olarak Cinuçen Tanrıkorur’un “Yeni Çârigâh” isimli eseri verilmiştir (Şekil 10) (Eser, www.neyzen.com’dan alınmış olup bu makaledeki diğer eser notalarıyla görünüm yönünden birlik sağlanması için tekrar yazılmıştır).

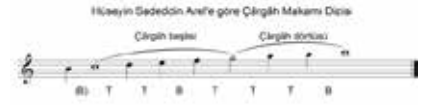
Repertuarımızda buna benzer birkaç örnek daha bulunmaktadır. Bu eserlerden anlaşıldığı kadarı ile Arel ve sistemini eleştirenler, Do majör çârigâh dizisini geleneksel çârigâh makamından farklı



Şekil 5: Ahmed Avni Konuk’un (1868-1938) Râst Kâr-ı Nâtik’inin çârigâh bölümü.



Şekil 6: Geleneksel kullanılışa göre çârigâh makamının iki oktavlık alan içerisinde gösterilmesi.



Şekil 7: Hüseyin Sadeddin Arel’e göre çârigâh makamı dizisi. (T: Tanini; B: Bakiyye).

bir çizgiye oturtmakta ve bunu (örneğin Tanrıkorur’un eserinde olduğu gibi) “Yeni Çârigâh” şeklinde farklı bir isimle adlandırmakta ve “yeni bir makam” veya “ses dizisi” olarak görmektedirler. Tanrıkorur’un, çârigâh makamını geleneksel şekilde kullanarak bestelediği eserlerden daha önce bahsedilmişti. Bu eserlerinin yanında Do majör tonda bestelenmiş olan eserini “Yeni Çârigâh” ismiyle adlandırması, bu nedenle manidar olarak değerlendirilebilir.

TM’nin önemli bestecilerinden ve tanbûr icracılarından Erol Sayan, bu yeni çârigâh makamı hakkında şunları söylemektedir: “Hâlâ Arel’in çârigâh makamının okulumuzda anlatılması ve ana makamlar listesinde sıranın en başına alınmasını da anlayamıyorum. Böyle bir makam yoktur ve olmayan makamın da şedleri olamaz” (22). Karl L. Signell: “Ezgi ve Arel’in çârigâh olarak tanımladığı böyle bir makamda hiçbir musiki parçası bulunmamaktadır. Ayrıca, çârigâh denilen bir makamda musiki parçalarının küçük bir repertuarı vardır, fakat bu ikincisi Ezgi-Arel çârigâhının yapısından çok farklı olup, kararı çârigâhta (Do) bir saba ile çok daha yakından ilişkilidir” demektedir (23). Arel, “Çârigâh makamının eski Türklerce en ziyade sevilen ve kullanılan makam oluşunu da bunun ana dizi itibar edilmesi sebeplerine katabiliriz” demektedir (16). Ancak “Do majör diziden” oluşan bu çârigâh makamına örnek oluşturacak şekilde, Arel ve öğrencileri tarafından,

klasik bir eser veya halkın kulağında olan bir türkü yahut da ilahi formundaki bir eser bugüne kadar gösterilememiştir. Ayrıca Arel'in sözünü ettiği "eski Türkler"den tarihin hangi döneminin kastedildiği anlaşılamamaktadır. Zira TM'nin tarihi süreci incelendiğinde, geleneksel olarak kullanılan çargâh makamı hiçbir dönemde râst veya uşşâk makamı gibi öne çıkamamış, bestekârlarca tercih edilme ve bu makamdaki eser vücuda getirme noktasında oldukça silik bir görünüm arz etmiştir.

Bu arada " tarafların" hassasiyetinden dolayı bir konuyu açığa kavuşturmakta yarar olduğunu düşünüyoruz. AE sistemine yapılan eleştiriler, sırf bu sistemi eleştirmek ve negatif bir yaklaşım sergilemek amacıyla yapılmış gibi ele alınmamalıdır. Her müzik sisteminin eksikleri, açıkları olabilir, bu da gayet doğaldır. Bu sistemler, yapılan eleştiriler dikkate alınmak ve gereği yapılmak suretiyle olgunlaştırılabilir ve uygulamayı daha iyi yansıtan bir düzeye getirilebilirler. Bu konuda, Cinuçen Tanrıkorur'un AE sistemini eleştirdikten hemen sonra söylediği sözler oldukça anlamlıdır: "Türk musikisinin nazariyatı üzerine kim ne yazmışsa, ne kadar yazabilmişse, hepsine sonsuz şükran borcumuz vardır. Zira merhum Arel, Ezgi, Rauf Yektâ ve diğerleri, o ömür boyu süren çalışmaları yapmamış olsalardı, bizler bunları söyleyebilir miydik?" (13).

Sonuç

Bu makalede, geleneksel TM'deki çargâh makamının, saba makamı ses dizisini kullandığı ve çargâh perdesinde karar verdiği, örnek eserlerle ortaya konulmuştur. AE sisteminde iddia edilen çargâh makamı dizisinin ise TM'de yüzyıllardır kullanılan çargâh makamı dizisi ile aynı olmayıp, BM'deki Do majör diziye kullanan "yeni bir makam", daha doğru bir ifadeyle "yeni bir ses dizisi" olduğu, bizzat bunu ileri sürenlerin yazdıklarıyla ve eserleriyle bu makalede gösterilmiştir. Çargâh makamı olarak belirtilen bu yeni makama ve örnek eserlere (Arel-Ezgi ve takipçilerinin ileri sürdükleri ve kendi ürettikleri hâric) başka hiçbir yerde rastlanmamıştır.

Do majör ses dizisi şeklindeki çargâh makamı üzerine eser verenler de bunun yeni bir makam veya ses dizisi olduğunu yaptıkları eserlerle zaten ortaya koymuşlardır (Şekil 10). Aslında bu eserlerin tümünde görülen şey; rengi, kokusu olmayan, daha açık bir ifade ile henüz makam karakteri kazanamamış bir ses dizisi çalışmasıdır. Dolayısıyla ortada yeni bir makam da



Şekil 8: Çargâh makamına örnek olarak verilen ve teslim kısmı eksik olan peşrev.



Şekil 9: Hüseyin Sadettin Arel'in "Çargâh Oyun Havası."



Şekil 10: Cinuçen Tanrıkorur'un "Yeni Çargâh" isimli eseri.

yoktur. Bu bulgulara dayanarak AE sistemindeki "Do majör çargâh makamı dizisini" Arel ve arkadaşlarının tamamen kendilerinin üretmiş olduğunu; dolayısı ile bu dizinin, uygulamadaki çargâh makamı dizisiyle isim ve durak perdesi dışında hiçbir benzerliği bulunmadığını söyleyebiliriz. Sonuç olarak çargâh makamının XV. yy'dan itibaren bilindiği, saba makamı ses dizisini kullandığı, çargâh perdesinde karar verdiği ve Do majör dizi ile bir ilgisinin bulunmadığı açıktır. Arel ve öğrencilerinin öne sürdüğü çargâh ise geleneksel çargâh makamıyla isim dışında bir benzerliği olma-

yan, henüz makam kimliği kazanamamış bir ses dizisinden ibarettir.

Kaynaklar

- 1) Tura, Yalçın, *Türk Müsîkisinin Mes'eleleri*, Pan Yayıncılık, İstanbul 1988.
- 2) Yarman, Ozan, *Nazariyat ve Teknik Boyutuyla Ses Dünyamızda Yeni Ufuklar*, Artes yayınları, İstanbul 2010.
- 3) Çolakoğlu, Gözde, "Türk Müziği Ses Sistemi"ndeki Ana Dizi, Tanını Aralık-oktav Bölünmesi ve Makam Sınıflaması ile İlgili Sorunlara Genel Bakış ve Çözüm Önerileri. Saz ve Söz, 2006.
- 4) Kamiloğlu, Ramazan, Yusuf Kırşehirî'nin Risale-i Musiki'si'nin Transkripsyonu ve Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Malatya 1998, s. 22.
- 5) Levendoğlu, Oya, *Klasik Türk Müziğinde Ana Dizi Tartışması ve Çargâh Makamı*, Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 23 Sayı 2, (2003), s. 181-193.
- 6) Tan, Ali, *Türk Musikisinde Nikrızlı Çargâh*. Mukaddime. Mardin Artuklu Üniversitesi Dergisi, Sayı 1, 2010.
- 7) Sağlam, Atilla, *Türk Musikî/Müzik Devrimi*, Alfa Aktüel Yayınları, Bursa 2009.
- 8) Nâsir Abdülbâkî Dede, *Tedkik ü Tahkik*, Çeviren: Yalçın Tura, Pan Yayıncılık, İstanbul 2006.
- 9) Eugenia Popescu Judetz-Adriana Ababi Sirli, *Sources of 18th Century Music*, Pan Yayıncılık, İstanbul 2000.
- 10) Şengel, Ali Rıza, *Türk Müsîkisi Klâsikleri İlâhîler*, Kalem Matbaası, Cilt 2, İstanbul 1978.
- 11) Atlı, Nevzat, *Türk Musikisi Klasikleri Cilt 1*, Sayı 1, Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı, İstanbul 1987.
- 12) Konuk, Ahmed Avni, *Rast Kâr-ı Nâtik*, http://eksd.org.tr/bestecilerimiz/ahmed_avni_konuk.php (Erişim Tarihi: 27.03.2018)
- 13) Tanrıkorur, Cinuçen, *Türk Müzik Kimliği*, Dergâh Yayınları, İstanbul 2004, s: 30.
- 14) Karadeniz, Ekrem, *Türk Musikisi'nin Nazariye ve Esasları*, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ankara 1983.
- 15) <http://www.neyzen.com/makamlar/cargah.html> (Erişim Tarihi: 27.03.2018)
- 16) Arel, Hüseyin Sadeddin, *Türk Musikisi Nazariyatı Dersleri*, Hazırlayan: Onur Akdoğan, Ankara 1991.
- 17) Ezgi, Suphi, *Nazarî ve Amelî Türk Musikisi*, Cilt I, Millî Mecmua Matbaası, 1933.
- 18) Yılmaz, Zeki, *Türk Müsîkisi Dersleri*, Çağlar Yayınları, İstanbul 2010.
- 19) Özkan, İsmail Hakkı, *Türk Müsîkisi Nazariyatı ve Usûlleri*, Kudüm Velvelleri, Ötügen Neşriyat, İstanbul 1984.
- 20) Sidal, Ferit, *Türk Musikisi Nazariyatı*, TRT Müzik Dairesi Yayınları No: 33, Ankara 1988.
- 21) http://www.neyzen.com/nota_arsivi/02_klasik_eserler/019_cargah/cargah_se_cinucen_ney.pdf (Erişim Tarihi: 27.03.2018)
- 22) Sayan, Erol, *Müziğimize Dair Görüşler Analizler Öneriler*, METU Press, Ankara 2003.
- 23) Signell, Karl L, *Makam. Türk Sanat Musikisinde Makam Uygulaması*, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul 2006.

Osmanlı hekimlerinden öğütler

Prof. Dr. Ayten Altıntaş



Tokat'ta doğdu. İlk ve orta öğrenimini Konya'da, yükseköğrenimini 1966-1970 yıllarında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde tamamladı. Aralık 1975'te Prof. Dr. Bedii N. Şehsuvaroğlu'nun yanında tıp tarihi çalışmalarına başladı. Hocasının vefatı üzerine Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Prof. Dr. Emine M. Atabek'in kürsüsüne geçti. 1982 yılında doktor, 1988'de doçent, 1996 yılında profesör oldu. Çalışmalarında tıp tarihi ve tıp etiği alanlarında yoğunlaşmış, Türk tıp eğitimi ve Osmanlı tıbbında tedavi konusuna ağırlık vermiştir. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı olan Altıntaş, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Uluslararası Geleneksel Tıp Kongresi'nde dikkatimi çeken hekimlerin özlü sözlerinin bildirilerde yer alması ve kongre çantasında bu amaçla hazırlanan bir kitapçığın bulunmasıydı. Hekimlerin böyle sözlere önem vermesi beni Osmanlı tıp kitaplarında yer alan pek bilinmeyen öğütlerin yazılmasının faydalı olacağı fikrine götürdü. Osmanlı tıp kitaplarında hekimler hastalık ve tedavi bilgilerinin yanı sıra önem verdikleri konuda öğütlerini de dile getirirler. Bu öğütlerin çoğu sağlıklı yaşam konusundadır. Aşağıda bunlardan ufak bir demet yer alıyor.

Dünya ve İnsan Hakkında Söylenenler

- Dünya dediğin budur: Kenetlenmesi kırılmak, yapılması yıkılmak içindir.
- Bu alemde her tabii veya tabii olmayan şey heyetiyle birlikte bozulma ve dönüşmeye maruz kalır.
- Allah insana faydalı olanı bilip elde etsin zararlı olanı da bilip ondan sakınsın diye irade, ayırt etme gücünü mahsus kılmıştır.
- Akıl ve adaletin hükmüne göre bir insanın tıpkı başkasına olduğu gibi kendine de acı vermeye hakkı yoktur.
- Ahlaki olan her türlü aşırıktan uzak ve normal bir hayat yaşamaktır.
- İlmin, bilginin önemini vurgulayan tabip İbn-i Şerif şöyle diyor: "Nice ölümler vardır ki ilimle hayattadırlar Nice hayatta kalanlar cahillik ve ayıplarından ötürü ölümler."

Ebediliği yakalamak için ilmi elde ediniz. Cahillik içindeki hayatı değerli görmeyiniz."

Hekimliğin Esası Konusunda Denilenler

- Tıp bilimi bütün bilimlerin en üstünüdür. Öyle ki, tıp bilimini öğrenmek, beden sağlığını korumak için bütün insanlara gereklidir.
- Tabip; üstad, akıllı, zeki ve âlim olmalı, çok kitaplar okumalı, hastanelerde çok çalışarak çeşitli hastalıkları tanıyıp tecrübeler kazanmalı; öğüt verici, doğru sözlü, güler yüzlü, temiz huylu, sözüne bağlı ve mizacı kusursuz olmalıdır.
- Her hastalığın aslını, sebebini ve ilacını bilmek için evvelâ üstadından görüp çok çok hekimlerin kitaplarını okuyup anlamak lazımdır. Yoksa yalnız birisiyle iş bitmez
- Tabipler diyanete, emanete, insaniyete



ve şefkate ehemmiyet vermeli, göz, kulak ve eline hâkim olmalıdırlar.

- Tabip elinden geldikçe ilacı gıda ile etmeli, hemen ilaca yönelmemelidir.
- Tabip elinden geldikçe tek bir otlı ilaç etmeli, karışım olan mürekkep ilaçlardan, bilinmeyen otlardan ve tecrübe edilmemiş ilaçlardan uzak durmalıdır.
- Düşük düzeydeki zararlar birbirine eklendikçe büyük bir zarar doğar. Bu şey büyük bir hastalık ve rahatsızlık olarak bedene sirayet eder, bedenin gücünü zayıflatır.
- Beden sağlıklı ise sağlığın devamı amaçlanır. Bedenin sağlıksız olması durumunda sağlığa yeniden kavuşması amaçlanır.
- Şu üç organ bedenin yöneticisi kılınmıştır: Beyin duyuların kaynağı, Kalp hayatın kaynağı, Karaciğer beslenmenin kaynağıdır.
- Bütün hastaların gönlü hoş tutulmalı. Bazısı nabzındaki iyilik haberiyle, bazısı ümitle, bazısı altın ve cevahirle, bazısı da dost ve munis kişilerle gönlü hoş edilmeli, yüreği kuvvetlendirilmelidir.
- Hastanın hali hakkında tabibe sorulduğunda, hastanın ölüp ölmeyeceği, ölecekse ne zaman öleceği hakkında bilhassa akrabalarına bir şey dememelidir. İlaç etmekten de vazgeçmemelidir
- Hastalığın şiddetinde, olması muhtemel hafiflemeye aldanmamalı, umulanın tersi olabilecek arızalardan da korkmamalıdır.

Sağlıklı Yaşamak için Öğütler

- Bedenin rahatı az yemekle, dilin rahatı az konuşmakta, kalbin rahatı kin ve öfke

azlığına, ruhun rahatı az uyumaktadır.
- Karınlar acıktığı zaman bedenler ruhlaşır, karın doyduğu zaman ruhlar bedenleşir.

- Açlık ilim ve fesâhat yağmurunun bulutudur. Tokluk cehalet ve gaflet yağdırır.
- Her hastalığın kökü tokluk, her devanın aslı açlık olduğu tecrübe ile sabittir.
- Kim on şeyi uygularsa ecel hariç bedenine hastalık girmez. Bunun ilki yemek üstüne yemek yememektir.
- Edep acıktıktan sonra yemek, doymadan el çekmektir.

- Yalnız eklemek yiyenin bedeni ömrü oldukça sıhhat ve afiyette kalır.

- İnsan ihtiyacı karşılığı yiyip içerek beslenmesi konusunda doğru yöntemi uygularsa, kendini yeterli olandan mahrum bırakmayıp fazla da yemezse hayatı boyunca Allah'ın izniyle hastalıkların çoğundan kurtulur.

- İnsanın durumu ihtiyacı olduğu kadar yağa batırılan ve yanması için gerekli fitili olan lambanın durumu gibidir. Bu durumda lamba yanmaya devam eder. Fitilde yağ tükendiğinde ya da fitil tamamen yağa battığında çabucak söner.

- Eğer zaruri bir ihtiyaç söz konusu değilse insanın ilaçları almakta aceleci davranmaması ve çok ilaç kullanmaması gerekir.

- Vücut sağlığının korunmasıyla ilgilenmek ilaçlarla ona yüklenmekten evladır.

- Herkes iyileşmek için öncelikle ilaç sayılan şeylere değil besin olarak kabul edilen şeylere yönelmesi gerekir. Elinden geldikçe ve başka şeylere mecbur eden zorunluluk olmadıkça böyle davranmak gerekir. Zira besin vücudun tabiatına uygunluk arz ederken ilaç zıtlık arz eder. Uygun düşenden yardım istemek, mümkün olduğu müddetçe zıt düşene başvurmamak gerekir.

- Çocukların sağlığına özellikle dikkat etmelidir. Altı yaşın altındaki çocukların mizacı zayıf, kanları incedir. Bünyeleri taze balçıktan yapılmış yaş duvara benzer, ağır gıda yükün götürmez. Çok yedirmekten sakınmak gerektir. Ayrıca korkutmaktan, öfkelenlendirmekten sakınmak gerektir. Bunlar yapılırsa kanı başında toplanır, yüreğinin damarı genişler ki bu deliliğe, saraya sebep olabilir. Altı yaştan büyüklere ta'lim-i edeb, ta'lim-i ilim vacibdir.

Hava ve Özellikle Rüzgârlar da Sağlık İçin Çok Önemlidir

- İnsan için en önemli olan, olmazsa olmaz; toprak, su ve havadır. İnsanların renkleri, dilleri gibi pek çok şeyde



farklılıklar toprağın, suyun ve havanın farklılığından zamanla meydana gelmiştir. Buna göre bedeninin faydasına önem veren herkesin kendisine hayatı boyunca eşlik edecek toprak, su ve havanın en değerlisini araması gerekir.

- Hükümdar düzenleyeceği meclisleri o mevsimde karşılaşması güzel olan rüzgârlardan birinin estiği yöne göre ayarlamalıdır.

- Dünyanın dört yanından esen rüzgârların hayvanlar, bitkiler ve daha pek çok şeylerin bedenlerine güçlü etkileri vardır.

- Rüzgârlar en güçlü etkiye sahip şeylerdir. Çünkü rüzgârlar parçalanmış havalardır. Hava ise tasarruf gücüne sahip olması ve karşılaştığı şeyi değiştirmesi bakımından dünyanın en güçlü cisimlerinden.

- Rüzgârların insanların vücutlarına güçlerine ve renklerine de etkileri vardır. Bu etkilerden bazıları bedenleri gevşetir ve değiştirir, renkleri sarıya değiştirir ve dönüştürür. Bazıları ise bedenleri sıkılaştırır, sertleştirir. Renkleri parlak ve aydınlık yapar. Bunu bilen ve bedenine önem gösteren kişiler oturdukları yerlerde her mevsimde nereye dönmesi gerekiyorsa yönünü oraya çevirmesidir. O kimse rüzgârın kendisine kazandıracağı faydaları elde edip onlar tarafından gelmesinden korkulan zararlardan kaçınmasını sağlar.

- Evler yüksek çatılı olmakla birlikte olduğunca aydınlık olmalı, çünkü insan nefsi aydınlık havada rahatlar, ondan güç ve dirilik kazanır.

Tabip Şerefüddin'in Şiir ile Öğüdü

Etibânın budur pend ü kelâmı
Sakin, ifrât ile yeme ta'âmı
Ki her emrâzın aslı çok yemekdir
Gece bîdâr, gündüz uyumaktır
Sakinil çok yemekten her yemişi
Sarardır çok yemek benzi ve dişî
Yersen nola iştâh gâlib iken
Elin çekgil mi'den tâlib iken
(Etibbâ: Tabipler, pend: nasihat, emrâz: hastalıklar, bîdâr: uykusuz)

Çocukların sağlığına özellikle dikkat etmelidir. Altı yaşın altındaki çocukların mizacı zayıf, kanları incedir. Bünyeleri taze balçıktan yapılmış yaş duvara benzer, ağır gıda yükün götürmez. Çok yedirmekten sakınmak gerektir. Ayrıca korkutmaktan, öfkelenlendirmekten sakınmak gerektir. Bunlar yapılırsa kanı başında toplanır, yüreğinin damarı genişler ki bu deliliğe, saraya sebep olabilir. Altı yaştan büyüklere ta'lim-i edeb, ta'lim-i ilim vacibdir.

Kaynaklar

15. yüzyıl Türkçe Tıp kitabı Yâdigâr-ı İbn-i Şerîf Merkez Efendi Geleneksel Tıp Demeği. İstanbul 2017 Yerküre Yayınları. Cilt 1 İstanbul 2003.
Celâlüddin Hızır (Hacı Paşa). Muntahab-ı Şifâ, Hazırlayan Zafer Önler. Atatürk Kültür, Dil ve Tarih Yüksek Kurumu, Türk Dil Kurumu Yayınları: 559, Ankara 1990.
Ebû zeyd el-belhî. Mesalihü'l-ebdan ve'l-enfûs. (Beden ve Ruh Sağlığı)
Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı. İstanbul 2012
Eşref Bin Muhammed, Hazâ'inü's-Saâ'dât, Hazırlayan Dr. Bedi N. Şehsuvaroğlu, Türk Tarih Kurumu Yayınlarından, IX.Seri-Sayı 9. Ankara 1961.
Kemâliye. Hazırlayan. Ali Haydar Bayat, Merkez Efendi Geleneksel Tıp Demeği, İstanbul 2007.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan