

Giriş İlan sayfası

SD

ARALIK - OCAK - ŞUBAT 2007-2008
KIŞ SAYI 5
ISSN: 1307-2358

MEDİPOLİTAN
SAĞLIK PLATFORMU
ADINA SAHİBİ
Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Dr. Lütfü Hanoğlu
Doç. Dr. Naci Karacaoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Öztürk

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Doç. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. M. Yücel Ağargün
Dr. Mehmet Demir
Prof. Dr. Teoman Durallı
Prof. Dr. Hayrettin Kara
İlker Köse
Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu
Uz. Dr. Bülent Özalp
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Prof. Dr. Recep Öztürk
Doç. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Doç. Dr. Akif Tan
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Yasemin Karakaş Şahinkaya

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK UYGULAMA
Erol Altun

YAPIM
Mast MPI

BASKI
Esen Ofset A.Ş.
İkitelli Organize San. Bölgesi
Atatürk Bulvarı No:103
34260 İkitelli - İstanbul
Tel: 0212 549 25 68

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mahallesi Ali Dede Sokak, No:7,
Kat: 2-3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0 216 545 45 26

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

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

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Birinci yıl ve Amerika'nın yeniden keşfi

Elinizde tuttuğunuz 4. sayı ile ilk yılımızı tamamlamış oluyoruz. Geldiğimiz yer, yani 1. yılı doldurmuş olmak, bizim için önemli bir nokta. Bir kere, günümüzün bilgiye ulaşımı çok kolay kılarken gerçekte bilginin çokluğu içerisinde erişimin zorlaştığı ortamında dergi ile ilgili fikirlerin geri dönüşlerini almak, hatta derginin fark edilmesi kolay olmuyor. Bu süreç, geçirdiğimiz zamanı zorunlu kılıyor. Bir yıllık süre, düşünce ile pratiğin iç içe olduğu konuları masaya yatırmayı görev bilen bir yayın organı için az bile denebilir. Yıllar önce bir yerde okuduğum ama yazarını hatırlayamadığım bir cümledeki gibi, 'hızlı gitmekten geç kalabiliyor insan'.

Yapılmak istenilen şeyin, teorik düşüncenin uygulanması, yani sadece zihinde var olan bir şeyin cisimleşmesi, gereken yerlerinin gözden geçirilip düzeltilmesi de bir zaman alıyor. Ayrıca bir kere başlayınca, dergi denilen yayın organının kimliği ile ilgili kaygıları ve ön görülemeyen, planlanmayan bir tür kendine ait hayatı, şahsiyeti de oluyor. Bu yüzden öncelikle derginin mutfağında emek harcayan bizler de, karşısına geçip ancak şimdi gerçekleşmiş, cisimleşmiş bir nesne olarak seyredebiliyoruz. Diğer yandan bize ayna olacak olan okuyucumuzun verdiği tepkiler de ancak bize ulaşıyor. Bu bilgi bombardımanında fark edilmek ve tepki almak gerçekten zamana ihtiyaç gösteriyor. Doğrusu derginin cisimleşmiş haline ve gelen tepkilere baktığımızda baştaki zihinsel kurgumuz açısından doğru yolda olduğumuzu görmekten memnun kaldığımızı söylemek isterim.

Beklentimiz, zaman içerisinde, okurumuzla, yazarımızla ülkemiz için sağlık düşüncesi alanında daha canlı ve sonuca götürücü tartışmaları taşıyacak bir platformu inşa edebilmek. Bunun sade bir dergi kapsamını çok aşan bir uğraş olduğunu itiraf etmek zorundayım. Yazar, düşünür, eğitimci, okuyucu ve icracı hep birlikte bu platformun duvarlarını örebiliriz. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi** daha

şimdiden, birinci yaşında bu güç birliğini ateşlemiş ve bu ideali zorlamaya başlamıştır.

Sağlık kavramı öylesine çok yönlü ki, birçok boyutta yayılımını izlemek mümkün. Örneğin tüm boyutlarıyla sağlık düşüncesini zaman içerisinde şimdi, geçmiş ve gelecek perspektifleriyle düşünebiliriz. Bugünü bir yandan yaşarken anlamaya ve inşa etmeye çalışmak ve aynı zamanda bugünün güncel olanı üzerine geçmişin etkilerini kavramaya çalışmak gerekiyor. Tüm bunlar bir yönüyle gelecek ve onun arzulanan biçimde inşa edilebilmesi içindir.

Günümüzde dünya, bilginin ve fikirlerin dolaşımının inanılmaz biçimde hızlanması yoluyla sık kullanılan deyişle, bir bakıma küresel bir köye dönüşmüş durumda. Ama bu küresel köy içerisinde tüm ülkelerin aslında aynı zaman diliminde yer aldıklarını söyleyebilmek pek mümkün görünmüyor. Amerika Birleşik Devletleri ve AB ülkeleri, Çin, Afrika ülkeleri, bizim ülkemiz... Bu manzarayı düşündüğümüzde zihnimizde canlanan durum, üzerimizde zamansal bir etki bırakıyor. Bu bakış açısı sağlık kavramları bakımından bir 'gelişmiş zaman, yakalanması gereken gelecek' ilüzyonu yaratıyor.

Her ülke ve kültürü tek tip görme temel hatasıyla ortaya çıkan bu ilüzyonun tezahürü, gelişmiş ülkelerin yine gelişmiş sağlık teknolojilerinden, eğitimlerinden, organizasyonlarından, finans yöntemlerinden bahsediyor. Bu ilüzyon, bunları öğrenmek, ülkemizde de uygulamak bize uydurmak, kulanmak üzere yoğun bir çaba biçiminde karşımıza çıkıyor.

Oysa çok kuvvetli olan bu 'gelişme ve küreselleşme' ilüzyonuna rağmen, biraz düşünersek, tüm ülkelerin sosyal yapı, sağlıkla ilgili öncelikler, teknolojiler, politikalar, finansman, sağlığa yönelik sosyal ilgi ve anlayış, vb. düşünebilecek her alanda farklı özelliklere sahip olduğunu açıkça görmekteyiz. Tabii teknoloji ve tıbbî gelişmelerin sağladığı olanak-

lardan yararlanabilmenin önemi yadsınamaz ama farklı özellikler, farklı çözümleri gerektirmektedir.

Bize düşen hiç durmadan, hızla, zamanla yarışarcasına gidiyor gibi görünen bu küreselleşme ve gelişme trenine aklımızı ve toplumsal sağduyumuzu da kaptırmamamız, onun peşinden sürüklenmesine izin vermememizdir. Bu aslında kısmen ülkemizin Batılılaşma serüveninin bir parçasını oluşturmaktadır; yani bu sürecin nasıl olması gerektiği konusundaki genel fikirler ve yaklaşımlar, sağlık alanına da etki eder durumdadır. Bu nedenle 'sağlık' baştan beri savunduğumuz gibi tıp ve bağlantılı alanları içerisine hapsedilebilir bir kavram asla değildir. Bizim görevimiz, sağlıkla ilişkili bize ait, bize uygun sosyal, kültürel, felsefî, düşünsel, ahlakî alt yapıyı, sağlığın finansman, yönetim eğitim biçimlerini oluşturmak, bunlar için fikir üretmektir. Yoksa sürekli peşinden koşmakla ve sadece ona atlamaya çalışmakla giden treni asla yakalamak mümkün olmayacaktır. Bu nedenle bazı temel yaklaşımlar bakımından Amerika'nın yeniden keşfi gerekli gibi görünmektedir. Öyleyse haydi demir alalım!

İçindekiler

08

GENEL SAĞLIK SİGORTASI YOLUNDAKİ
ANAFORLAR...

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

12

GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NDA
YÜRÜRLÜK ÖNCESİNDE KRİTİK
DEĞİŞİKLİKLER

HÜSEYİN ÇELİK

14

TAM GÜN ÇALIŞMA...

PROF. DR. HASAN YAZICI

18

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI
GEREĞİ HEKİMLERİN MUAYENEHANE
AÇMALARI TEŞVİK EDİLMELİ!

PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK

20

ÖZEL HASTANELERİN DEVLETLEŞMESİ
YA DA SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN HAKSIZ
REKABETİ

DR. BURAK AKSOY

24

KORE SAĞLIK SİSTEMİNDE TÜRKİYE İÇİN
ÖNEMLİ DERSLER

DR. BURAK AKSOY

28

ALİ BAYRAMOĞLU: DOKTORLAR
HASTALARA HASTALIK GİBİ
DAVRANIYORLAR...

DOÇ. DR. AKİF TAN

YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

34

SAĞLIKTA PERFORMANSIN
PERFORMANSI

PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

UZM. DR. VOLKAN KARA

40

İDARİ GÖREVİ BULUNAN HEKİMLERİN
SAĞLIK YÖNETİMİNE BAKIŞ AÇILARI

PROF. DR. ATIF AKDAŞ
PROF. DR. HAYDAR SUR
ARŞ. GRV. NİLAY GEMLİK
ARŞ. GRV. NUR ŞİŞMAN

46

VATANDAŞ HASTANEYE RANDEVU İLE
GİDECEK
İLKER KÖSE
YAKUP ARSLAN

50

SAĞLIK KURULUŞLARINDA MALİ
ANALİZ DEĞERLENDİRMELERİ
ABDULLAH TÜRK

56

ÇOCUKLARI BÜYÜTMİYELİM
DR. MEHMET CAN

60

KANITIN YOKLUĞU, YOKLUĞUN KANITI
MIDIR?
PROF. DR. FAHRİ OVALI

64

GEN TERAPİSİNİN HİKÂYESİ...
DOÇ. DR. GÜRKAN ÖZTÜRK

66

TÜRKİYE TIBBİ CİHAZ ÜRETİMİNDE VE
'TÜKETİMİNDE' NEREDE?
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

70

HEPİMİZ 'METABOLİK SENDROM'UZ!
DOÇ. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ

74

PROF. DR. ARSLAN TERZİOĞLU:
TÜRKİYE İÇİN BİR HASTANE PLANLAMA
ENSTİTÜSÜ ŞART!
DOÇ. DR. AKİF TAN
YASEMİN K. ŞAHİNKAYA

78

RUHSATLANDIRMA VE REVADİLASYON
PROF. DR. HAYDAR SUR
DR. ÜNAL HÜLÜR

80

21. YÜZYILDA ECZACILIK NEREYE
GİDİYOR?
AYLİN ACAR SANCAR

82

HASEKİ VAKFIYESİNDE DOKTOR
TASVİRLERİ
DR. HALDUN ERTÜRK

84

SAĞLIK MESLEĞİ MENSUPLARININ
SUÇU BİLDİRME YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN
KAPSAM VE SINIRLARI
PROF. DR. İZZET ÖZGENÇ

88

İDALİST BİLİM VE FİKİR ADAMI, "ÖRNEK
İNSAN" **PROF. DR. EKREM KADRI UNAT**
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

94

KÜLTÜR SANAT, GEÇ KALINMIŞ BİR
YÜZEY ARAŞTIRMASI

96

KARİKATÜR

Astım ve saman nezlesi kanser riskini azaltıyor

Astım ve saman nezlesi olanlar için iyi bir gelişme... Kanserde, astım ve saman nezlesi olanlar düşük risk grubunda. American College of Allergy, Asthma ve Immunology'nin 65. yıllık toplantısında araştırmacılar, veri tabanlarının kesitsel incelemesi sonrası, astım ve saman nezlesi olanların serviks ve over kanseri açısından daha düşük riske sahip olduğunu bildirdiler.

Texas Tech Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada Florida'daki büyük bir hastaneden taburcu edilen 20 yaş üzeri 1.132.206 kadının verileri incelendi. Yaş, multiparite ve sigara gibi faktörler ayarlandıktan sonra over ve serviks kanserlerinin astım, saman nezlesi ve alerjik rinit ile ilişkisi araştırıldı.

Yapılan çalışmada, saman nezlesi olanların over kanseri riskinin % 91 daha düşük olduğu bulundu.

Yine araştırma sonuçlarına göre astımı olanlarda, olmayan kadınlara göre over kanseri riski % 44 azalma gösteriyor.

Araştırmacılar, alerjik hadiselerde yükselen sitokinlerin kanserden koruyucu etkilerinin olabileceği konusunda birleşiyor.



Rosiglitazon için uyarı var, geri çekme yok!

Oral antidiyabetik bir ajan olan Rosiglitazon hakkında kardiyovasküler riskleri artırdığına ilişkin yayımlanan meta-analizlerin ardından FDA, ilacın prospektüs bilgilerine yeni uyarılar eklerken, üretici firmadan yeni klinik çalışmalar yapmasını da istedi.

Prostektüsteki uyarı yazısı şu şekilde: "Toplam 14237 hastanın ortalama 6 ay izlendiği 42 klinik çalışmanın meta-analizinde, Avandia'nın plaseboya göre anjina ve myokard infarktüsü riskinde artışla ilişkili olduğu saptanmıştır. 14067 hastanın ortalama 41 ay izlendiği diğer üç çalışmada ise Avandia'nın diğer oral antidiyabetikler ya da plaseboya göre koroner hadiselerde artışa neden olmadığı bildirilmiştir. Tüm çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde myokard iskemisi riskine ilişkin veriler kesinlik arz etmemektedir"

Rosiglitazon ve aynı gruptan Pioglitazonun prospektüs bilgilerinde kalp yetmezliğini kötüleştirebilecekleri önceden belirtilmişti.

Kanada'da ise ilacın kullanımına ilişkin daha sert ifadeler kullanılıyor: "Metforminin kontraendike olduğu ya da tolere edilemediği durumlar haricinde rosiglitazonun, tek başına ya da bir sulfonilüre ile birlikte tip 2 diyabet tedavisinde kullanımı artık onaylanmamaktadır."

İlacın sahibi GSK firmasından Dr. Ronald Kral, konuya ilişkin açıklamasında "Avandia uygun kullanıldığında tip 2 diyabetli hastaların çoğu için hâlâ güvenli ve etkili bir ilaçtır." diyor.

Sigarayı bırakmak için nikotin aşısı...

Nikotine karşı antikor üretimine neden olan bir aşının, sigara bırakılmasında plaseboya göre etkili olduğu bildiriliyor. Nebraska Üniversitesi Tıp Merkezi'nde yapılan çalışmada, aşı yüksek dozda kullanıldığında 12 ay içinde % 16 tiryakinin sigarayı bırakmasını sağlarken, plasebo ile bu oran % 6'da kalmış.

Nikotin cilt yamalarının ve Bupropion'un sigarayı bırakmada plaseboya göre iki kat etkili olduğu saptanmışken, yeni geliştirilen ve Varenicline adı verilen aşının, plaseboya göre yaklaşık 3 kat etkili olması, aşığı kullanılabilir bir seçenek olarak ortaya çıkarıyor. NicVax ticari adıyla piyasaya sürülmeye hazırlanan aşı, immün cevabı uyaran bir proteine bağlanmış kimyasal bir nikotin derivesi içeriyor. Aşının mantığı, nikotini antikorlarla bağlayıp kan - beyin bariyerini geçmesini engellemek ve bağımlılık yaratan tatmin duygusunu köreltmek olarak açıklanıyor. Aşı yapıldıktan sonra dolaşımda 6 - 12 ay süreyle yüksek düzeyde antikor saptanıyor.

Söz konusu faz 2 çalışmaya en az 15 yıldır günde ortalama 24 adet sigara içen 306 gönüllü üzerinde yapılmış. Aşı 200 ve 400 mg.'lık iki ayrı dozda 26 haftalık süre içinde 4 - 5 enjeksiyon şeklinde yapılmış. Sigarayı bırakma, ikinci dozdan bir hafta sonra başlamış. En yüksek antikor titresi-ne ulaşılan 5 yüksek doz aşı yapılan tiryakilerde 8 hafta sonunda bırakma oranı % 25 (plaseboda % 13) iken, 1 yıl sonunda % 16'sı (plaseboda % 6) sigara içmeden yaşamaya başlamış.



Sefepim ölüm riskini artırıyor

Mayıs 2007'de The Lancet Infectious Disease'de yayımlanan bir meta-analizde Sefepim'in diğer beta laktam antibiyotiklere göre tüm nedenlere bağlı mortalitede artışa (relatif risk: 1.26) neden olduğu rapor edilmişti. FDA bu makaleye dayanarak Kasım ayı başında bir uyarı bildirisi yayınladı.

Gerçi FDA, Sefepim'in kullanımına ilişkin henüz tüm verileri toplama aşamasında. Ancak sonuçların 4 ay içinde açıklanması bekleniyor. Bu süre zarfında doktorların, söz konusu metaanaliz sonuçlarına göre Sefepimin risk ve yararlarını göz önünde bulundurarak tedavilerini planlamaları isteniyor.

Sefepim, enterobakter, E.Coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, Pseudomonas aeruginosa, metisiline duyarlı Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae, Streptococcus pyogenes ve Streptococcus viridans'ın duyarlı suşlarının neden olduğu enfeksiyonların tedavisinde kullanılıyor. Sefepim, nötropenik ateş, ağır pnömoni, komplike idrar yolu ve yumuşak doku enfeksiyonları gibi ciddi enfeksiyonların tedavisinde kullanılıyor.

Beyin uyarımı ile “bedenden ayrılma” deneyimi

“Bedenden ayrılma”, ölüme yaklaşan durumlar yaşayan bazı hastaların tarif ettiği, kendi bedenini yukarıdan izleme duygusu yaratan bir deneyimdir. Gerek tıbbın gerek tıp dışından insanların en çok ilgilendikleri konuların da başında gelir. Şimdiye kadar bazı epilepsi ve migren hastalarında da bu tür duygulanımlar bildirilmiştir.

New England Journal of Medicine’in 1 Kasım sayısında, Belçika’nın Antwerp Üniversitesi Hastanesi’nden beyin cerrahı Dirk De Ridder’in bu konudaki çalışmasına geniş yer verildi. De Ridder ve arkadaşları, geçmeyen tinnitus nedeniyle beynine uyarıcı elektrotlar yerleştirilen bazı hastaların “bedenden ayrılma” hissi yaşadıklarını gözlemiştir.

Uyarıcı elektrotlar sağda angular-supramarjinal girus bileşkesi ve superior temporal girus-sulkus üzerine konulduğunda ve belirli bir stimülasyon derecesinde uyarım yapıldığında her seferinde aynı duygunun yaşandığını belirten araştırmacılar, uyarım miktarının çok az bile değiştirilse etkinin ortadan kalktığını bildiriyorlar.



Irak’tan dönen ABD askerlerinde post-travmatik stres bozukluğu...

Amerika’nın tartışmalı Vietnam Savaşı’ndan sonra yaşadığı sıkıntı, yine tasvip edilmeyen Irak Savaşı’nda da karşılına çıktı. Irak’tan dönen ABD askerleri arasında post-travmatik stres bozukluğu oranının % 15-20 civarında seyrettiği bildiriliyor.

Şimdiye kadar 52,000 askerinin tedavi edildiği, ancak yaklaşık 1,5 milyon askerin görevlendirildiği düşünüldüğünde asıl hasta popülasyonuna henüz bakımın başlamadığı vurgulanan çalışmada, Irak Savaşı nedeniyle en az 300 bin psikiyatrik vakanın ortaya çıkmasının beklendiği belirtiliyor. Bu askerlerin yaşam boyu tedavi maliyetlerinin 660 milyar dolara mal olması öngörülüyor. Bu rakam, savaşın günümüze kadar 500 milyar dolara ulaşan maliyetinden daha yüksek. Askeri tesislerde bakılan Irak ve Afganistan’da görevli 100.000 askerin % 25’inde bir ruh sağlığı problemi saptanırken, bunların da % 56’sına birden fazla psikiyatrik tanı konmuş.

Post-travmatik stres bozukluğunda hasta sık sık kâbuslarla travmatik olayı tekrar yaşarken, sosyal hayatında ve insanlarla ilişkilerinde önemli problemler yaşıyor. Sosyal yaşama uyum sağlayamayan bu hastalarda intihar riski de artıyor.

N-asetilsistin erken evre karaciğer yetmezliğini yavaşlatıyor

Asetoaminofen zehirlenmesinde antidot olarak kullanılan N-asetilsistin (NAC) asetaminofen dışı nedenlerle oluşan akut karaciğer yetmezliğinin erken evrelerinde de etkili olduğu gösteriliyor.

Amerikan Association for the Study of Liver Diseases’in 58. yıllık toplantısında sunulan bildiride hepatit B ve akut ilaç toksisitelerine bağlı karaciğer yetmezliğinin erken evrelerinde NAC verilmesinin sürvi şansını artırdığı açıklanıyor. Koma derecesi II-IV olan hastalarda ise NAC’ın etkisi bulunmamış. 8 yıl süreyle 25 merkezden 848 erişkin hastanın tarandığı çalışmada primer sonlanım noktası sağ kalım, sekonder noktalar ise transplantsız spontan sağ kalım ve transplant oranları olarak belirlenmiş. Araştırmacılar 173 hastayı koma derecesine göre (evre 1 - 2 ya da evre 3 - 4) sınıflandırdıktan sonra NAC ya da plasebo vermişler. 37 (% 21) hastada hepatit B, 45 (% 26) hastada ilaca bağlı hepatit ve 27 (% 15) hastada otoimmün hepatit saptanmış. Kalan hastalarda neden saptanamamış ya da “diğer” nedenlere bağlanmış.

Üç hafta sonunda sağ kalım ve transplantsız sağ kalım oranlarında fark izlenmiş.

Ancak alt gruplar incelendiğinde, transplantsız sağ kalımın evre 1 - 2 komada NAC ile daha yüksek olduğu (% 51.7 e karşı plaseboda % 30.4) saptanmış. Evre 3 - 4 komada ise NAC’ın yararı görülmemiştir.

Araştırmacılar, ilacın erken verilmesinin bazı hastaların yaşamını kurtarabileceğini ancak transplantasyon için donanımlı bir merkeze sevk geciktirilmemesi gerektiğini vurguluyorlar.



Genel sağlık sigortası yolundaki anaförler...

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

Kontrollü güçlerin karşılaşması her zaman çatışma nedeni olmak zorunda değildir. Birbiriyle karşı karşıya gelen güçlerin birleştiği noktada önce bir sarsıntı, sonra bir denge arayışı başlar. Deniz veya akan bir sudaki anaför da bunun somut bir göstergesi gibidir. Denizlerde anaförler genellikle ters yönlü gelgit dalgalarının, akıntıların ya da rüzgârların karşılaşması sonucunda ortaya çıkarlar. İrmaklarda ise kıyının çıkıntı yaparak suya dairesel bir dönme hareketi verdiği yerlerde küçük anaförler görülebilir. Bir anaforda sular dairesel bir hareketle dönerken merkezkaç kuvvetinin etkisiyle çevreye doğru itilir ve dairenin ortasında bir girdap oluşur. Önemli olan bu anaför girdabının büyüklüğünü ve gücünü kestirebilmek ve gemiyi yüzdürürken bunları hesaba katabilmektir.

Anayasa Mahkemesi'nin kısmi iptalin-

den sonra askıya alınmış olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun tekrar tartışılmaya başlandığı ve Meclis gündemine getirilme hazırlıklarının yürütüldüğü bugünlerde sağlık sektörümüz belirsizliklerin tedirginliği altına girmiştir. Düzenlenen mevzuatta küçük ve önemsiz gibi görünen küçük adımlar, sağlık sektörünün aktörlerini çok derinden etkileme potansiyeli taşımaktadır. Bu yüzden dar çerçeveden kaynaklanan, mikro planda sektörel menfaatlerinden etkilenerek atılabilecek küçük adımlar, sağlık sisteminde geleceğin büyük problemlerine gebe olabilir. Sağlık alanında çok sektörlü sorumluluk anlayışını öne çıkarmak ve sistemin temel hedeflerinde bütün sektörleri buluşturmak zorundayız. En veciz haliyle halkın sağlık düzeyini yükseltmek olarak ifade edebileceğimiz ana hedefe giden yolda engel oluşturabilecek her türlü uygulama, yararı ne olursa olsun, kimin çıkarına hizmet ederse etsin feda edilmeye mahkûm-

dur. Bu açıdan sorunların üstesinden gelmek için yapılacak düzenlemelerin sistemin bütün aktörleri tarafından tartışıldıktan sonra hayata geçirilmesi beklenmektedir. Aktörlerde bir tarafın görev ihmalı, yönetilmesi zor ve son derece büyük krizlere yol açabilmektedir. Tarafların da, sağlık sisteminin hedeflerini göz önünden uzaklaştırmaması gerekir.

Ülkemizde sağlık hizmeti kamu ve özel sağlık kuruluşları eliyle verilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu, kamu sigortalılığının sorumluluğunu üstlenerek bu hizmetleri ihtiyacı olan sigortalılara adına satın almaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu ile satın alınması arasındaki ilişkinin düzenlenmesi halkın sağlık hizmetine erişimi açısından çok büyük önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı asli görevi gereği sistemi düzenleyici ve kontrol edici rol üstlenmekle birlikte, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılmasını ve hizmet denetimini yaparak, devlet hastanelerini ise bizzat işleterek sağlık hizmeti sunumunda önemli derecede



rol almaktadır. Bu açıdan düzenleyici rolün ikinci plana itilmesi riskine dikkat çekmek isterim.

Sağlık hizmet sunumu ile bu hizmetin vatandaşlar adına satın alınmasına olumlu veya olumsuz etkili olan ve bu ilişkiyi adeta şekillendiren çok sayıda faktör vardır. Bu ilişkinin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için sözü edilen faktörleri göz önünde bulundurmak gerekir. Yasal düzenleme sürecinde görüş oluşturan tarafların ve karar mevkisinde bulunanların bu faktörlerin artı ve eksilerini iyi değerlendirmeleri gerekir.

Arz talep dengesizliği

Mevcut sağlık kuruluşları ve mevcut sağlık personelinin, optimum şartlarda yani kalabalık olmadan, her doktorun kabul edilebilir, yeterli vakit ayırarak sınırlı sayıda hasta baktığı bir ortamda çalışması halinde yetersiz kaldığı kesindir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırıldığı son yıllarda bu yetersizlik bütün sektör tarafından fark edilir hale gelmiştir. Kamu yatırımlarının artması ve özel sektördeki yatırım patlaması sağlık kuruluşu açığını kapattıkça insan gücü açığı daha fazla ortaya çıkmaktadır.

Uygulanan politikalar ve yeni sağlık hizmet sunucularının devreye girmesi her geçen gün sağlık hizmetine erişimi artırmakta fakat yetersiz sağlık personeli nedeniyle kendi içinde yetersiz müesseseler meydana çıkmaktadır. Bu yetersizliğin üstesinden gelmek için hemşire, fizyoterapist ve doktor gibi sağlık personeline talep artmakta ve kontrolsüz personel kaymaları olmaktadır. Maaş, iş gücü ve iş güvencesi değişkenliğine bağlı olarak özel sektör içinde, özellikle az kârlı kuruluşlardan daha çok kârlı kuruluşlara, yatırım ve işletme maliyeti yüksek kuruluşlardan yatırım ve işletme maliyeti düşük kuruluşlara personel göçü olmaktadır. Bu göç düşük ücret ve yoğun mesai ile istihdam edilen hemşire göçünde olduğu gibi nadiren özelden kamuya, ama daha çok kamu sektöründe maaş ve ek ödemenin özel sektörle kıyaslanamayacak kadar kısıtlı ve hasta yükünün fazla olmasından dolayı göç daha dramatik bir şekilde kamudan özele olmaktadır. Son dönemlerde ülkemizde bu durum belirgin bir hal almıştır.

Bilgi ve hizmet asimetrisi

Sağlık hizmeti, talepçi (hasta) ile sunucu (hastane, doktor) arasında bir hizmet alışverişi gibi düşünülebilir. Ancak hiçbir alışverişte olmadığı kadar bilgi asimetrisi vardır. Hizmeti sunan neredeyse bütün alışveriş boyunca hizmeti alan adına karar vermekte ve hizmetin kapsamını tayin etmektedir. Neredeyse tek taraflı bir karar otoritesi mevcuttur.

Bu durumda hizmet, sunucunun çıkarları doğrultusunda yönlendirilebilmekte, gerekli fakat zahmetli ve riskli işlerden kaçınılmakta, gereksiz fakat kolay ve kârlı işlere yönelmek mümkün olabilmektedir.

Bu asimetrik ilişkide hizmet kontrolü tam olarak sağlanamadığı gibi, piyasa şartlarına bırakılmış fiyat kontrolünün de sağlıklı bir yapılanmasının oluşması beklenmemelidir. Talep karşılanırken rekabet unsurlarının devreye girerek bu kontrolü sağlaması yetersiz kalmaktadır. Daha kapsamlı ve belki daha kaliteli hizmet sunma veya fiyatları düşürme gibi rekabetçi unsurlar, yukarıda sözü edilen arz talep dengesizliğinden dolayı yeterince oluşmamaktadır. Sadece hasta memnuniyetini artırıcı uygulamaların sağlık hizmeti kalitesi ile paralel olmadığı bilinmektedir.

Rutin olmayan, medya araçları kullanılarak hastalara tanıtılan veya sınırlı sayıda hastanın ihtiyacı olan alanlarda (örneğin green light prostatektomi), yüksek kârlılığı nedeniyle hizmet yaygınlaşabilmekte ve sınırlı talebe karşılık hizmet sunucu çoğaldığı zaman rekabet kuralları işleyebilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin tümü ele alındığında bu rekabetin etkisi sınırlıdır. Sonuçta asimetriden yararlanarak bilgiyi elinde bulunduran hizmet sunucunun yönettiği bir hizmet ve harcama yapısı ortaya çıkmaktadır.

Bilgi asimetrisi, sunulan hizmetin evsafı ve kapsamı hakkında yetki verdiği gibi, hizmetler arasında tercih hakkı da vermektedir. Şöyle ki, masraflı, riskli, zor, sonucu yüz güldürmeyecek hizmet alanları yerine, kısa sürede ve çoğunlukla sonucu mutlulukla biten, riski az, masrafı düşük hizmet alanları tercih edilebilmektedir. Bu konuda hizmet alanı tanımlı yapılsa dahi aynı vaka grubunda komorbidite (beraberindeki riskler ve hastalıklar) ve komplikasyonu (muhtemel istenmeyen durumlar) çok olan hastalar tercih edilmeyerek bu hastalar teşekküllü devlet hastanesi veya eğitim/üniversite hastanesi gibi reddedemeyecek olan hizmet sunucularına yollanmaktadır. Bu hem işletmede yönetim kolaylığı sağlamakta hem de verimliliği artırmaktadır. Mevcut ödeme sisteminin bunu önleme şansı yoktur. Kaldı ki bu uygulama temelde yanlış da değildir. Bu yüzden temiz ve kârlı hizmetler küçük, kendi kendine karar verme yeteneği olan, yetersizliğini kolayca deklare edebilen, bu konuda hastayı ikna etmesi kolay olan “özel” sağlık kuruluşlarında, riskli, sonuçsuz olan, masraflı, yorucu hizmetler hastaya gönderebilecek yeri olmayan başta eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri olmak üzere büyük “kamu” hastanelerinde olmaktadır.



Arzın talebi teşviki

Aslında yaygın sağlık hizmetlerinde arz talep dengesizliği bulunmasına rağmen, işletmeler az yatırımla maksimum kâr elde edebilmek için yatırım yaptıkları özellikli alanlarda (tıbbi görüntüleme, tüp bebek, green light, fako vs.) tanıtım yapmakta, promosyon ürünleri ve hatta prim dağıtarak talebi artırmaktadır. Bu artmış suni talep sağlıklı insan gücünün çok daha elzem olduğu alandan kârlı ve promosyonu yapılan alanlara kaymasına yol açmakta, yukarıda sözü edilen dengesizliğe katkı yapmaktadır. Mevzuatımızdaki reklam yasağı bu durumu önlemeye yetmemektedir. Kişisel ilişkiler ve çeşitli medya iletişim yöntemleri bu durumu her geçen gün artırmaktadır.

Hastaların sorumluluk altına sokulmadığı bir sistemde bu teşvikin sınırlanabilmesi çok kolay değildir. Hastaların katkı payı ödeyerek aşırı talebi frenlemesi bir yöntem olmakla birlikte, bunun hastayı çaresizliğe itmeyecek sınırları çizilmelidir. Nitekim ilaç ödemelerinde benzer bir yöntem uygulanmaktadır.

Burada denge kurmak oldukça zordur. Bazen sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması ile ilgili olarak alınan tedbirlerin ve yapılan reformların, suni sağlık hizmeti talebinin yaratılması ile sonuçlanması çok şaşırtıcı değildir. Sağlık hizmeti talebinin sınırlı olduğu ülkemizde bu durum şimdilik yeteri kadar önemli görülme de, sağlık personeli sıkıntısının farkına varılması ile birlikte dikkat çekmeye başlamıştır. Ayrıca bu durum sağlık harcamaları açısından Sosyal Güvenlik Kurumu'nun gündemini her geçen gün daha fazla işgal edecektir.

Sağlık hizmet sunucuları arasında görev ve kapasite farklılıkları

Sağlık hizmeti sunucuları temel başlıklar olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflanmaktadır. Birinci basamakta yer alanlar muayenehaneler, özel poliklinikler, ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, sağlık ocakları ve pilot uygulama illerinde aile hekimleri ile toplum sağlığı merkezleridir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun birinci basamaktan hizmet alımı kısaca sadece kamu sektörü ile sınırlıdır. Aile hekimliği dışında kamu birinci basamak kuruluşlarından 2007 yılında global bütçeleme yoluyla hizmet alınmaktadır. Aile hekimliği ise sistemi gereği kapasite ve performans göre ücretlendirilmektedir. Bu yüzden şimdilik birinci ba-



samak sağlık hizmetlerinin satın alımında sorunlar gündeme gelmemektedir.

İkinci basamak sağlık kuruluşları özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri, ilçe-belde entegre hastaneleri, küçük ölçekli devlet hastaneleri, büyük ölçekli devlet hastaneleri, dal hastaneleri, tıp fakültesinin eğitim verdiği bölge dışındaki vakıf üniversitesi hastaneleri (SUT'a göre) ve spesifik alanlarda ruhsatlandırılmış tedavi merkezlerinden oluşmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu bunların hemen hepsinden hizmet satın almaktadır. Bu sağlık kuruluşları arasında yatırım, istihdam, hizmet sunum tarzı, hizmet kalitesi ve en önemlisi hizmet verilen hasta grubunun risk ve maliyetleri açısından büyük farklılıklar olabilmektedir. Bu yüzden ikinci basamak, hizmet satın almada en fazla ihtilaf alanını oluşturmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri (dal hastaneleri dahil), üniversite hastaneleri ve vakıf üniversitelerinin tıp fakültesi eğitiminin verildiği bölgedeki hastanelerinden (SUT'a göre) oluşmaktadır. Bu kuruluşların hepsinden istisnasız hizmet alınmaktadır. Bu kurumların hasta portföyü ve kurumsal yapıları gereği maliyet artırıcı unsurlar fazla olduğundan vakıf üniversite hastaneleri dışındakiler finansal sıkıntı çekmektedir.

Yukarıda belirtilen farklı hizmet sunucularının baktıkları hastaların standart olması düşünülemez. Hastaların yaşı, taşıdığı risk faktörleri, hastanın beklenti düzeyi, hastanenin faaliyet alanı ve imkânları, riskli ve komplike hastayı sevk edebilme yeteneği veya her halükârda kabul etme zorunluluğu, asistan ve öğrenci eğitiminin getirdiği ilave zaman ve iş gücü ihtiyacı, hastanenin yönetici ve personel istihdam modeli ile personelini seçebilme yeteneği, mal ve hizmet satın alma yöntemleri, vergilendirmeler, zorunlu kesintiler, yatırım fizibilitesinin isabetli veya isabetsiz oluşu, vakıf, konsolide bütçe subvansiyonları ve tahsilat zamanı gibi çok sayıda değişken göz önünde bulundurularak sunulan sağlık hizmetlerinde maliyet analizi yapılmak zorundadır. Hizmetlerin fiyatlandırılmasında bu derecede kapsamlı bir veriye dayanılmadığı aşikârdır. Buradaki belirsizlik, farklı kurumların farklı verilerle kendi durumlarını izah etme gayretine yol açmakta ve bu alanı uzlaşılması zor hale getirmektedir.

Hastanelerin sınıflanarak farklı fiyat uygulanması talepleri kısmen yukarıdaki ana gruplar içinde yapılabilmekte an-

cak aynı basamak hastanelerinin kendi aralarında sınıflanarak farklı fiyat uygulamaları tatminkâr olamamaktadır.

Rekabet ortamının eşitsizliği

Sağlık hizmet sunucuları arasındaki görev ve kapasite farklılıklarından başka bu kurumların farklı mevzuatlar çerçevesinde hizmet veriyor olmaları, benzer hizmetleri farklı şartlarda vermelerine yol açmaktadır.

Yukarıda sözü edilen hizmet maliyeti unsurları bütünüyle göz ardı edilmeyecek bilhassa özel sektörden hizmet alınırken esnek davranılmış ve birim fiyatların üzerine fark almalarına fırsat tanınmıştır. Üniversite ve eğitim hastanelerinin risk, yük ve hasta kategorileri göz önünde bulundurularak hizmet birim fiyatlarında % 10'luk bir artış öngörülmüştür. Ayaktan hasta hizmetlerinde vaka başı ödeme modelinde, hastaneler kapasitelerine göre sınıflanmış, eğitim hastanelerine farklı fiyat uygulanmış ve kamu subvansiyonları dikkate alınarak ve kârlılık temin edilmek üzere özel sektöre % 20 ilave fiyat verilmiştir. Ancak bütün bu yapılanlar bilimsel, analitik verilere dayanmamaktadır. Sadece farklı şartlar arasında bir denge oluşturma gayretine yönelik tahminlere dayalı, palyatif önlemlerdir.

Kamu ve özel sektörün farklı alanlarda avantajları ve dezavantajları vardır. Yatırım bölgesinin ve hizmet alanının tercihi, yatırımda kamu desteği, istihdam miktar ve şekli, yönetici tayini, idari yargının sisteme müdahalesi, mal ve hizmet alımları, hasta seçebilme esnekliği, vergilendirme ve zorunlu kesintiler, kamu alacaklarının tahsili gibi hususlar sağlık işletmelerinin verimliliğinde büyük rol oynamaktadır. Bu hususların hemen hemen hepsi kamu ve özel sektörde ayrı dinamiklere bağlıdır. Vakıf üniversite hastaneleri ise kamu ve özel sektör alanının avantajlarını birlikte kullanabilmektedir.

Sonuçta bu avantaj ve dezavantaj dengesizliği hakkaniyete dayalı bir rekabet ortamı oluşturmamaktadır.

Kâr amaçlı sağlık yatırımları

Sağlık hizmetlerinde hizmet başı veya vaka başı ödemelerde hizmet sunucu, kârını maksimize edebilmek için hizmet hacmini veya sunduğu hizmetin birim fiyatını artırmak zorundadır. Eğer sabit ve düşük bir fiyat politikası uygulanırsa, hizmet sunucu hastaya yeterli kadar zaman ayırmaksızın, kaliteyi göz ardı ederek çok sayıda hizmet üretmeye çalışacaktır. Eğer hastaya zaman ayırmaya zorlanır, kalite denetimleri başarılabiliyse bu sefer birim fiyatlarını yükseltmeye zorlanacaktır.

Birinci yöntemin çok yaygın olarak kullanılması, olabildiğince çok sayıda kişinin sağlık hizmetine erişebildiği, kuyrukların, bekleme listelerinin olmadığı ancak verilen sağlık hizmetinin kalitesinin tartışılır olduğu bir durum ortaya çıkarılmaktadır.

İkinci yöntemin yaygınlaşması ise yükselen hizmet fiyatlarını karşılayabilen toplumun belli kesimlerinin daha kaliteli ve saygın hizmet alma fırsatı elde ettiği, buna karşılık ek ücret ödemeden hizmet alan kesimin hizmet aldığı alanda arz ve talep arasındaki açığın daha da büyüdüğü, bu alanda hizmet veren sağlık personelinin daha fazla yük altına girdiği ve kalitenin daha fazla bozulduğu bir durumla karşılaşmak kaçınılmaz olmaktadır.

İkinci yöntem yaygınlaştıkça bu dengesizlik daha da büyüyecek hatta toplumun diğer kesiminde bekleme listeleri ve kuyruklar oluşacak ve memnuniyetsizlik artacaktır. Sektörün bir kısmı, az fakat kaliteli ve kârlı bir sisteme zorlanırken sektörün diğer kısmı çok fakat kalitesiz kuyrukların olduğu, memnuniyetsizliğin giderek arttığı bir pozisyona itilecektir. Bu durumda mağdur olan nüfus hemen her zaman avantajlı kesimden daha fazla olacaktır.

Bu yüzden ki, sosyal politikaları öne çıkarmayı amaçlayan bir yapıda, sağlık hizmeti alanında yatırım yapan özel sektörün diğer ticari alanlarda olduğu gibi sadece "kâr amaçlı işletmeler" oluşturma hedefi, özel sağlık kuruluşlarının sistemde yaygın olarak rol almasının önünde önemli bir engel haline gelmektedir. Özel sektörün sistemde sağlıklı bir şekilde ve daha fazla rol alması, "kâr amacı gütmeyen" prestij amaçlı, kamu teşvikli ve vakıf destekli özel sağlık kuruluşlarının geliştirilmesi ile mümkün olabilecektir.

Sağlık hizmetlerinde kamu ve özel sektör paylaşımı

Sağlık, ülkenin temel gelişmişlik düzeyini gösteren ve aynı zamanda toplumların ekonomik kalkınmasında da rol alan önemli faktörlerin başında gelmektedir. Ülke ekonomileri içinde sağlık sektörü önemli derecede bir pay sahibidir. Bu yüzden kaliteli hizmet üretimi hedeflenirken kıt kaynakların verimli kullanımı diğer alanlarda olduğu gibi önem kazanmaktadır. Sınırlı kaynakların, sağlık kurumlarının ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde en uygun olarak dağıtılması gerekmektedir. Ancak bu dağıtım, sağlık kurumlarının sundukları hizmetin hacmi ve kalitesi ile paralel olmak zorundadır. Finans kaynakları ve sundukları hizmet açısından hastaneleri kabaca üniversite ve eğitim hastaneleri, devlet hastaneleri ve özel hastaneler diye tasnif eder-

sek, sektörün bu üç aktörünün kalite ve kapsam bakımından hizmet paylaşımının tespiti ve kıt kaynakların bunlar arasında hakkaniyete uygun olarak dağıtılması karşımıza pratik bir problem olarak çıkmaktadır.

Sağlık hizmeti insan hayatının kalitesi ile doğrudan etkili bir sorumluluk alanı oluşturduğundan bu sektördeki finansal veya yönetsel zafiyet, diğer sektörlerdeki gibi sadece üretim düşüklüğü ile sonuçlanmayıp aynı zamanda insan hayatının kalitesinde düşme ve toplumun sağlık düzeyinin bozulması anlamına gelmektedir. Kısacası bu sektördeki kötü yönetimin bedeli insan hayatıdır. Bu yüzden ki, diğer sektörlerin aksine sağlık sektörü için sadece piyasa şartlarının ve serbest rekabet ortamının oluşturacağı bir sistem savunulamamaktadır.

Bu alanda, korumacılık, destekleme, kontrollü dağılım, istihdam dengesi, hizmet standardizasyonu, karşılıksız hizmet ve kâr amacı güdülmemesi gibi faktörler ön plana çıkmaktadır. Bu noktalar liberal düşüncede ısrarlı olan kesimler tarafından bile göz ardı edilememektedir. Nitekim, Sağlık Düşüncesi dergisinin geçen sayısında yer alan bir söyleşideki "sosyal devlet bir noktada olacaksa, sağlıkta olmalı" yargısı bu düşünce sahiplerine aittir.

Bu yargılar sağlık hizmetlerinin sadece kamu kurumları eliyle yürütülmesi sonucunu doğurmamalıdır. Sağlık alanındaki bilgilerin değişimi ve yeni teknoloji gelişimi çok hızlıdır. Bunların transfer edilmesini sağlayacak dinamik yapılar kurulmak zorundadır. Sınırlı kaynaklara endekslenmiş sabit fiyatlarla üretilen hizmetlerin sınırlılığı kaçınılmazdır. Kaynağı ne kadar artırırsak artıralım, yeni gelişmelerle birlikte, halkın sağlık bilincinin yükselmesi, talep şeklinin ve hacminin artması, endüstriyel gelişmenin ve yaşlanan nüfusun doğuracağı yeni sağlık talepleri bir sınır çizmemizi kaçınılmaz kılmaktadır. Hangi düzeyde olursa olsun, böyle bir hizmet sınırı, bu sınır ötesinde hizmet talep eden bir kesimin var olmasını yok edemez. Kendi kaynaklarını kullanarak bu hizmeti talep eden bir kesim olacaktır. Yurtiçinde bu hizmete erişemeyenler, yurtdışında hizmet arayışına girecektir.

Kamu sağlık hizmet sektörünün, yaygın olma, toplumun her kesimi tarafından erişilebilir olması, dengeli dağılım kapasitesi bulunması, kâr kaygısı bulunmaması, devlet güvencesi nedeniyle daha sınırlı maaşla personel istihdam edebilmesi gibi avantajları vardır. Bu yüzden sağlık siteminde varlığı ve ağırlığı kaçınılmaz olmaktadır. Nitekim, her türlü özerkleşme ve desantralizasyon girişimlerine rağmen, kamu sağlık hizmetlerinin sistemdeki ağırlığının yarıya düş-

tüğü bir ülke örneği bilmiyorum. Ancak kamu kuruluşlarının hantallığı, hızlı kararlar verememesi, dinamik bir şekilde yapılanamaması gibi dezavantajları bulunduğundan, bu hususlar yetki devirleri ve kamu kurumu yetki ve kontrolünde sunulan bazı alt hizmetlerin özel sektör aracılığıyla (outsourcing) daha dinamik olarak sağlanmasıyla aşımaya çalışılmaktadır. Ülkemizde de kamu hastanelerinin hizmet alımları, bu amaca yönelik önemli bir yarar sağlamaktadır.

Kısacası özel sektör, kamu sağlık hizmetleri içinde dinamik ve rekabetçi gücüyle ve kamunun kontrolü altında yer alabilmekte ve bu yönüyle kamunun ürettiği sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu alandaki mevzuat kısıtlılıklarının ve idari yargı kararlarının olumsuz etkileri olsa da, süreçte bunun daha iyileşeceğini umuyorum.

Özel sektörün kendi yatırımı ile oluşturduğu sağlık kuruluşları aracılığı ile hizmet vermesinin, diğer önemli bir rolü olmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının, sistemde yer alırken, uygun fizibilite ile gerçek ihtiyaç alanlarını belirleyerek yatırım yapabilmeleri, daha verimli ve kârlı alanlarla hizmetlerini sınırlandırabilmeleri, yatırım, mal ve hizmet alımlarında kamunun sınırlayıcı mevzuatına takılmadan dinamik davranabilmeleri, istihdam şeklinde, personel ve yönetici seçimindeki esneklikleri, verimlilik ve performansla göre ücret verebilmeleri gibi avantajları vardır. Ancak bu avantajların yanında, özel hastaneyi tercih eden hastaların beklenti düzeyinin yüksek olması, kamu iş güvencesi olmadığı için daha cazip olacak yüksek maaş verme zorunluluğu, yönetim zaafı ve hızlı değişen kurallardan etkilenecek iflas etme riski, yatırım sermayesinin kâr beklentisi gibi dezavantajları da mevcuttur.

Özel sağlık kuruluşları sağlık hizmet sektöründe rol alırken yukarıda sözü edilen yaygın kamu sağlık hizmetleri sınırı içinde kalarak yer edinecek veya bu sınırın üstüne çıkarak farklılık yoluyla sistemde varlığını sağlayacaktır.

Birinci alternatifte kamu sağlık hizmet yükünü paylaşması beklenir. Ancak kamu ve özel sektör arasındaki avantaj ve dezavantaj farklılıkları bu hizmetlerin karşılığı olan fiyatların belirlenmesinde hakkaniyet sağlanmasını güçleştirmektedir. Şartların iki sektör arasında tamamen aynı olduğunu varsaysak bile, kâr etme ihtiyacı, ilave bir harcama kalemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı birim fiyatlarla hizmet vererek bu ilave yükü karşılayabilmek için özel sektör hizmet hacmini artırmak ve verimliliğini kamu sektörünün üzerinde tutmak zorundadır. Böyle bir durum özel sektörü tercih etmede yüksek beklenti düzeyi olan yurttaşların beklentisinin aksine bir du-



rum oluşturmaktadır. Özel sektörün bu yüzden böyle bir modeli tercih etmesi yaygın olamamaktadır. Nitekim kapsamlı sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarında kamu kuruluşları ile kıyaslanabilecek bir hizmet yüküne ulaşılmadığı bilinmektedir.

Bu modellerle hizmet sunmaya çalışan ve hasta beklentisini göz ardı eden özel hastaneler olsa da, gelirlerini artırıcı alternatifler deneme ve daha önce sözü edilen bilgi asimetrisini kullanarak hasta başı sağlık harcamalarını yükseltme veya hasta başı maliyetleri düşürecek şekilde verilen hizmeti kısıtlama riski taşımaktadırlar.

Özel sağlık kuruluşlarının önemli bir kısmı bu itibarla diğer alternatifi, yani belirlenen sınırın dışına taşarak sağlık hizmeti sunma yolunu tercih etmektedir. Aynı özellikteki sağlık hizmetini sunsalar da, farklı düzenlenmiş mekânlarda, hastalara daha fazla vakit ayırarak, hastaların beklentilerini daha iyi karşılayacak tarzda hizmet sunma gayreti içindedirler. Bu ilk planda birim hizmet için daha fazla hizmet alanı, daha fazla yatırım miktarı ve daha fazla personel istihdamı anlamına gelmektedir. Bununla birlikte Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bedelini karşılamayı taahhüt etmediği hizmet alanlarına yatırım yaparak, oluşan ek talebi karşılama yoluna gitmektedirler. Her durumda sosyal güvenlik şemsiyesinin taahhütlerini aşan bir finansman ihtiyacı doğmaktadır. Bunu da doğrudan hastadan veya özel sağlık sigortalarından alarak karşılamaktadırlar.

Eğer doğrudan hizmet sunan özel sektörün sistemdeki oranı yükselirse, doğası gereği, daha fazla ücret ödeyerek daha fazla personeli kendine çekecektir. Ancak bu personelin özel sektöre geçtiğinde kamuda olduğu kadar hizmet üretmesi beklenmemelidir. Bu da her geçen gün arz ve talep dengesi açığının büyümesine yol açacaktır. Bu durum sosyal devlet anlayışı ile bağdaşmamaktadır. Kâr amacı gütmeyen özel hastaneleri açmayı başarsak bile, kamu hastanelerinden bir farklılığının bulunmadığı bir hizmet tarzı, bunların varlıklarının gerekçesini ortadan kaldıracaktır. Her halükârda kamu hizmet sunucularından özele personel göçünü durdurmayı başarabilirsek, özel sektörün bu alandaki varlığını sınırlamış olacağız. Yani diğer bir deyişle, özel sektörün sağlık sektöründeki varlığı belli sınırdan olmak zorunda kalacaktır. Bütün dünyada da örnekler farklı değildir.

Genel Sağlık Sigortası'nda yürürlük öncesinde kritik değişiklikler

Hüseyin Çelik



1965 Afyon doğumludur. 1987 İÜ SBF mezunu olup, "Avrupa Birliği'nin Ekonomik Yapısı" ve "Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği" yüksek lisansı ile TODAİE "Kamu Yönetimi" uzmanlığı programını tamamladı. 1988 - 2000 yıllarında SSK Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığı'nda müfettiş olarak görev yaptı. 2000 - 2004 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu'nda yöneticilik yaptı. 2004 - 2006 arasında ÇSGB "Sosyal Güvenlik Reform Projesi"nde Genel Sağlık Sigortası Danışmanı olarak görev yaptı. Halen Acıbadem Sağlık Grubu'nda Satınalma ve Lojistik Direktörü olarak görev yapmaktadır. 8. ve 9. Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyesidir.

Genel Sağlık Sigortası'nın yürürlük tarihinin 2007 yılı içinde iki defa ertelenmesinin ardından, üçüncü defa ertelenmesi tartışmaları başlamışken, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Sayın Faruk Çelik tarafından yasanın 15 Kasım'da TBMM'ye sunulacağı, Aralık başında da TBMM'de yasalaşacağı bilgisi verilmiştir. Ancak yasanın yürürlük tarihinin 1.1. 2008 sonrasına kalıp kalmayacağı henüz netlik kazanmış değildir. Anayasa Mahkemesi kararı ışığında yasada yapılması düşünülen değişiklikler Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) web sayfasında yayımlanmış, kamuoyunun görüş ve eleştirilerine açılmıştır.

Yasayla, GSS hükümlerinde yapılmak istenen önemli değişiklikler aşağıdaki

başlıklar halinde özetlenebilir:

1. Devlet memurları GSS kapsamında kalmaya devam ediyor.

Anayasa Mahkemesi'nin iptal kararının gerekçesinde yer alan devlet memurlarının SSK ve Bağ-Kur'luların rejimlerinden ayrı tutulması hususunun, yasadaki değişiklikte yer almadığı görülmektedir. Düzenleme ile, yasanın yürürlüğe girdiği tarihten itibaren devlet memurlarının prim ödeyerek GSS kapsamında kalması uygulamasına devam edilmektedir.

2. Yeşil kart uygulaması 2 yıl sonra kalkıyor.

Yeşil Kart Kanunu uygulamasına, yasanın yürürlük tarihinden itibaren 2 yıl sonra son verilmektedir. Bunun yerine SGK tarafından belirlenecek yoksulluk

kriterleri doğrultusunda, primi devlet tarafından ödenecek kişilerin tespiti uygulamasına geçilmektedir. Mevcut yeşil kart uygulamasında, sadece geliri esas alan tespit yöntemine, servetin de esas alındığı bir düzenleme ile kötüye kullanımların önüne geçilmek istenmektedir. 2 yıllık geçiş süresinde yeşil kart kapsamındaki kişilerin hakları aynen korunurken, sağlık yardımları SGK tarafından verilmekle birlikte, yeşil kartların valilik ve kaymakamlıklar tarafından verilmesi uygulaması devam ettirilmektedir.

3. Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu kazanmış sporcular kapsama alınıyor.

Daha önceki yasa çalışmaları sırasında gözden kaçan bir husus, bu yasa değişikliği sırasında yaşama geçirilmektedir. Düzenleme ile bu sporcular, prim-



leri devlet tarafından ödenmek suretiyle GSS kapsamına alınmaktadır.

4. Yabancıların kapsama alınmasında mütakabiliyet esası getiriliyor.

Yabancı ülke vatandaşlarının Türkiye'de 1 yıl ikâmetten sonra GSS kapsamına alınması için, ilgili ülkenin de Türk vatandaşlarına aynı hakları sağlama zorunluluğu getirilmektedir. Düzenleme mütakabiliyet ilkesi gereği, yurtdışında yaşayan Türk vatandaşlarının haklarının korunması açısından bir kazanımı ifade etmektedir.

5. Yabancı ülke vatandaşlarının sigortalılık öncesi kronik hastalıkları kapsamdan çıkarılıyor.

Yabancı ülke vatandaşlarının ülkemizde GSS kapsamına alınmasından önce var olan kronik hastalıklarının tedavisinin, GSS tarafından karşılanmaması kuralı getirilmektedir. Düzenlemeyle bu amaçla kötüye kullanımların önlenmesi amaçlanmaktadır.

6. Vatani görevini yürüten kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin 30 gün prim ödeme koşulu aranmıyor.

Vatani görevini yapmak üzere askere alınan kişilerin sağlık yardımları, Türk Silahlı Kuvvetleri bütçesinden karşılanmaya başlandığı için, GSS kapsamı dışında tutulmuştu. Değişiklik ile vatani görevini yapan askerlerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık yardımlarını alırken aranan 30 günlük prim ödeme şartı, bu kişilerde yeni düzenleme ile aranmamaktadır. Esasen düzenlemenin, vatani görevini yapan kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler açısından, bu süre içerisinde primi devlet tarafından ödenmek suretiyle kapsama alınmasının daha uygun bir seçenek olacağı değerlendirilmektedir.

7. Yatarak tedavide % 1 katılım payı getiriliyor.

Yasada yapılan bir diğer önemli değişiklik de hastaların tedavi başvurularında alınan katılım paylarının, yatarak tedaviyi de kapsamıdır. Değişiklikle, yatarak tedavide % 1 oranında katılım payı alınması kuralı getirilmektedir. Söz konusu düzenleme, sürdürülebilir bir sağlık finansman sistemi için gerekli olan talep kontrolüne yönelik ciddi bir katkı sağlayacaktır.

8. Fiyat tarifelerinin belirlenmesinde sivil toplum kuruluşlarının görüşünün alınması zorunluluğu, isteğe bağlı hale getiriliyor.

GSS fiyat tarifelerinin belirlenmesinde görüşlerinin alınma zorunluluğu getirilen sivil toplum kuruluşları, değişiklik ile yasadan çıkarılarak, görüş alınması isteğe bağlı hale getirilmektedir.

9. Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucusundan hizmet alımı kaldırılıyor.

Yasa ile getirilen önemli bir düzenleme de; kişilerin GSS ile anlaşmalı yerler dışında tedavi olmaları halinde, tedavi masraflarının GSS tarifesine göre % 70'inin hastaya ödenmesi uygulamasıydı. Yasanın 73. maddesinde yapılan değişiklikle, söz konusu uygulamadan vazgeçilerek, sadece GSS ile sözleşme yapan sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapılması kuralı getirilmekte, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından acil haller dışında alınan sağlık hizmeti bedelinin ödenmesi uygulamasını ortadan kaldırmaktadır.

Söz konusu değişiklik, yasada yapılan en temel revizyonu ifade etmektedir. Bugüne kadar SSK tarafından uygulanan sistemi ifade eden bu yaklaşım, bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmada, hekimini ve hastanesini seçme özgürlüğünü yaşama geçirmede önemli bir geriye dönüş olarak değerlendirilebilir.

10. Sözleşmeli özel kurumlara SUT fiyat listesinin 3 katına kadar fark alma hakkı getiriliyor.

Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından, kamuya ait olanlara otelcilik ve öğretim üyesi dışında fark alınması yasaklanırken, özel sağlık hizmeti sunucularına GSS fiyatlarının 3 katına kadar fark almasına serbesti getirilmektedir. Bu değişiklik de yasada yapılan bir diğer önemli revizyonu ifade etmektedir. Yasanın mevcut halinde, sözleşmeli sağlık kurumunun özel ya da kamu olmasına bakılmaksızın, sözleşme yapan sağlık kurumlarına otelcilik ve öğretim üyesi dışında fark almasına izin verilmezken, yeni düzenleme ile fark alma hakkı sadece özel sağlık kurumlarına tanınmaktadır. Bu ayırım da bireylerin sağlık hizmetini aldığı kurumun mülkiyetine bakılmaksızın bireylerin haklarının düzenlenmesi uygulamasından, kuralların sağlık kurumunun mülkiyetine göre belirlendiği bir yapıda GSS'nin devam ettirilmek istenmesinin bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

11. İdari para cezası uygulaması kaldırılıyor.

Yasa değişikliği ile getirilen bir diğer değişiklik de ilk defa getirilen idari para cezası uygulamasının kaldırılmasıdır. Sağlık hizmeti sunucularının yapabilecekleri kimi kural ihlalleri ya da kötüye kullanımlara karşı getirilen idari para cezaları kaldırılarak, söz konusu fiilleri işleyenlere sözleşme feshi ile yaptırım uygulanması kuralı korunmaktadır. Ancak mevcut yasada sözleşme feshi kademeli olarak, 1 ay, 3 ay ve 1 yıl olarak düzenlenmişken, yeni düzenlemede kademeli uygulama yasadan çıkarılarak, sözleşme feshi süreleri azami 3 yıl



Getirmek istenen yeni yapı, tekrar SSK sistemine geri dönüşü ifade etmektedir. Bireylerin sağlık hizmetini aldığı sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel ya da kamu olduğuna bakılmaksızın, ödediği primlerin karşılığını kendi tercihiyle seçtiği sağlık kurumundan alması uygulamasından farklı bir uygulama seçeneğine gidilmektedir.

lı geçmemek üzere SGK'nın takdirine bırakılmıştır.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası'nın GSS hükümlerinde yapılan değişiklikler, Anayasa Mahkemesi'nin verdiği iptal kararının gerekçelerinden çok, sağlık hizmetlerinin satın alma yöntemlerinde yapılan temel politika tercihlerinde değişiklikler olarak karşımıza çıkmaktadır. Getirmek istenen yeni yapı, yaklaşık 50 yıldır sürdürülen ve 59. Hükümet döneminde son verilen uygulamalarının ortadan kaldırılarak, tekrar SSK sistemine geri dönüşü ifade etmektedir. Bireylerin sağlık hizmetini aldığı sağlık kurumlarının mülkiyetinin özel ya da kamu olduğuna bakılmaksızın, ödediği primlerin karşılığını kendi tercihiyle seçtiği sağlık kurumundan alması uygulamasından farklı bir uygulama seçeneğine gidilmektedir.

GSS'nin artık son dönemece girdiği söylenebilir. Esasen 15.6.2007 tarihinde SGK tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile GSS'nin birçok hükmü yaşama geçirilmiş ve GSS uygulanmaya başlanmıştır. Artık geriye, yasal açıdan değişiklik yapılmadan yaşama geçirilemeyen diğer hususlar kalmıştır. Bundan sonraki süreçte dikkatler, sistemin mali sürdürülebilirliği ve finansal göstergeleri üzerine odaklanacaktır.

Tam gün çalışma...

Prof. Dr. Hasan Yazıcı



1945'te İstanbul'da doğdu. Robert Kolej'i ardından İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1969 -1974 arasında ABD'de Nebraska ve Creighton Üniversiteleri'nde iç hastalıkları ve romatoloji dallarında uzmanlaştı. 1978'de İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde Romatoloji Bilim Dalı'nı kurdu. Behçet hastalığı, vaskülitler, klinik araştırma metodolojisi ve bilim etiği alanlarında faaliyet gösteren çok sayıda ulusal ve uluslararası dernek, bilimsel dergi editörler kurulu ve bilimsel kuruluşa üyedir. 1993'te TÜBİTAK Bilim Ödülü'nü almış, 1994'te Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) asli üyesi olmuştur. Halen İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı ve Romatoloji Bilim Dalı başkanıdır. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği ve Uluslararası Behçet Hastalığı Derneği başkanlığı görevlerini de yürütmektedir.

Nedenini veya nedenlerini gerçekten de tam kavrayamadığım bir kararlılıkla, hekimlerin kamu kuruluşlarında tam gün çalışmalarını öngören bir düzenleme gündemde... Yetkililerce arka arkaya yapılan açıklamalar, söz konusu kararlılığın açık kanıtı, ancak uygulamanın tam nasıl yapılacağı konusunda galiba bir ortak görüş yok. Ol- saydı açıklanırdı diye düşünmek istiyorum. Düşünmek istemediğim ise, ki böyle söylentiler yaygın, kimi en üst düzey yöneticimizin, başından geçmiş bazı kötü deneyimler sonucu, hekimlere çok kızdığı ve böyle bir yasa-

nın temelinde esasında bu öç hissinin yattığı... Yine düşünmek istemiyorum ama bir yandan da şimdiye kadar gördüğüm asker / sivil hemen her yönetimin, biz hekimlerle bir alıp veremediğinin olduğu... Ve nihayet bugünlerde geçirilmesi düşünülen diğer bir yasa ile de 65 yaşını aşkın hekimlerin kamuyla sözleşmeli hastanelerde çalışmamaları planlanıyor. Ne dersiniz, şu paragöz, kendini bilmez hekimleri 2 yılda bir 6 ay süreyle de Aşkale'ye hava değişimine göndersek mi?

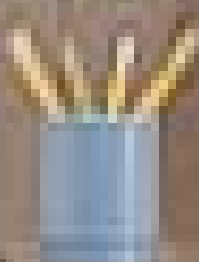
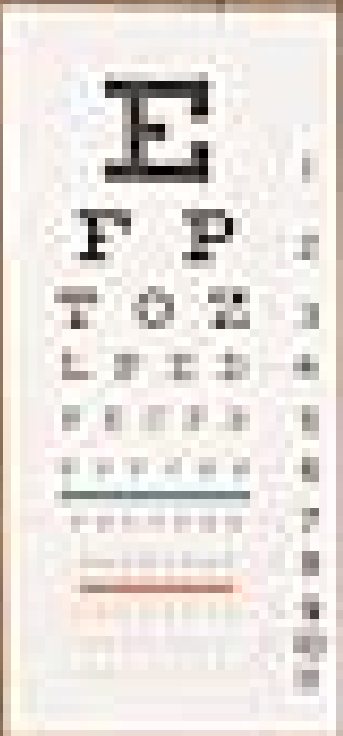
Yazıma böyle, biraz da ciddiyetten uzak bir yaklaşımla başlamamı hoş görün. Ancak görebildiğim kadarıyla nasıl son referandum konusunda baş-

ta yargı olmak üzere gerek iktidar gerekse de muhalefet, kitaptaki her yanlış büyük başarı ve titizlikle yapabilmeyi becerdiler. Sağlık alanında da şu tam gün uygulamasının benzer bir karmaşaya yol açacağından endişe duyuyorum.

Yanıtlar:

1. Ülkemizin ana sağlık sorunu, kamuda çalışan hekimlerimizin tam gün çalışıp çalışmamaları değildir. Ana sorun, sağlığa ayrılan para kaynağının oldukça az olmasıdır. Esas bu nedenden aksayan sağlık hizmetlerini çok sayıda hekimle karşılamaya çalışmak yanlıştır. Hekimlik, sağlık hizmetlerinin ancak bir parçasıdır. Bireyin







çevresine tam uyum içinde yaşamını sürdürebilmesi diye tanımladığımız sağlığın korunmasında hekimlik ve hatta genel tıp hizmetlerinin katkısı doğal olarak önemlidir. Ancak en az onlar kadar önemli, çeşitli başka öğeler de vardır. Örneğin karayollarında hız sınırlarının ve emniyet kemerlerinin titizlikle denetlenmesi, toplum sağlığına, diyelim meme kanserine erken tanı koymaktan, çok daha önemli bir olumlu girdi sağlar. Temiz içme suyu, yeterli beslenme, uygun mesken, sağlık merkezlerine kolay ulaşım ve sigara dumanı bir ortamı sağlamakta en başta devlete ondan sonra da hekimlerden fazla, mühendisler, çevrecilere, yatırımcı tüccara ve endüstriye iş düşer. Bütün bu çok önemli ve hatta yaşamsal sağlık hizmetlerinde hekimlerin (tibbin) katkısı sınırlıdır. Sağlık ve hekimlik (tıp) hizmetleri arasındaki önemli ayrımı böyle açıkladıktan sonra vurgulamak istediğim, özellikle totaliter rejimlerin, popülizm uğruna bu ayrımı kasıtlı olarak göz ardı edip tüm sağlık hizmetlerini hekimlerin üzerine yıkmak tarihi kurnazlığıdır. Buna belki de en güzel örnek Mao rejiminin ünlü çıplak ayaklı hekimleridir. Gerek 27 Mayıs ve özellikle 12 Eylül asker darbelerini izleyen totaliter rejimlerde bizde de bu yönde uygulamalar oldu. 'Sağlık ocağında EKG cihazına ne gerek var, doktor dediğin dinleme aletiyle de infarktüs tanısı koyar' diyen sağlık bakanlarını çok iyi hatırlıyorum.

Bu bağlamda, toplumdan saklanan önemli bir gerçek uygar toplumlardaki tıp hizmetlerine ulaşabilmenin ülkemizde tıp hizmetlerine ayrılan güncel parayla hemen olanak dışı bulunduğu ve aradaki uçurumun da gittikçe açıldığıdır. İyi bildiğim nesnel bir örnek vereyim. Bir iltihaplı romatizma veya Behçet hastasının yıllık tedavi bedeli arasında Avrupa ülkeleri ile ülkemiz arasında anlamlı bir fark yoktur. Ancak bu bedel kişi başına düşen milli gelire oranlandığında benzer hastalıklara yakalanmış büyük bir grup vatandaşımızın neden ve nasıl uygar ülkelere koşut bir tıbbi tedavi göremedikleri ortaya çıkar. Aynı şey böbrek yetmezliği için de doğrudur, kaynaklar olduğunda yaşam umudu her geçen gün artan lösemi ve kanser tedavisinde de... Kamu hastanelerinde tam gün çalışıp çalışmamanın ise bu kaynakların yaratılmasıyla uzaktan yakından bir ilişkisi yoktur.

2. Bunlar yanında kamu hastanelerinde tam gün çalışmanın – özellikle bu kurumlar üniversite hastaneleri gibi eğitim kurumları olduğunda- gerçekten olumlu birçok yönü olduğu da gerçektir. Kurum dışında da çalışabilmenin eğitimi, araştırmayı, hasta bakımını ve parasal girdiyi kötü etkileyebileceği söylenebilir. Olayın bir ahlak boyutu da vardır. Muayenehanesi olan üniversite hocası veya bir şefin, bir yerde, kamu görevini kişisel para kazanmasına araç olarak kullanabileceği öne sürülebilir.

Bütün bu görüşlere hak da verilebilir. Ama bir de gerçek vardır:

30 yıldır bir üniversite hastanesinde çalışıyorum ve bu süre içinde tam gün çalışanlarla yarım gün çalışan hocalar arasında hasta bakımı, eğitim ve araştırma etkinlikleri arasında anlamlı hiçbir fark olmadığını tereddütsüz söyleyebilirim. İşin ahlak boyutuna gelince, **güncel koşullarda tam gün uygulamasının ilk sonucu, korkarım, kaçak çalışmayı kurumsallaştırması olacaktır.**

Bakin, tam gün çalışma gerçekten çok arzu edilir bir aşamadır. Burada unutulmayacak olan olayın bir aşama olmasıdır. Unutmayalım, tam gün çalışma, genelde çalışmanın bir niteliğidir. Ancak erişilmek istenen, ilk aşamada, "çalışma"dır. Ülkemizde gördüğüm daha büyük sorun; doğru, düzgün ve ahlaklı "çalışma"nın olmasıdır. Tam günü sonra gelir.

Politikacıların çok daha iyi bildikleri bir örnek vereyim: Demokrasi, kuşkusuz insanoğlunun bugüne dek düşünebildiği en ideal yönetim biçimidir. Ancak her çeşit yalanın ulusal kültürün hemen en vazgeçilemez öğesi yargıçlarının, cüzdanlarıyla vicdanları arasında sıkıştıkları doğal karşılanabilen ve vatandaşlarının da büyük bölümünün vergi yüzü olduğu bir ülkede, demokrasinin en ideal yönetim biçimi olması lafta kalır. Onyıllardır bir yandan salt kepini havaya atıp üzerine şatafatlı giysiler giymekle üniversite yaratıldığını sanmak gafletinde bir görüşün ürünü, her türlü mesleki rekabetten umacı gibi kaçan, Batı'nın ürettiğini, hem de göndermesiz, öğrencisine aktarmayı marifet sayan öğrenciler tam gün çalışmış, yarım gün çalışmış ne fark eder? Özetle tam gün çalışma, ki candan destekliyorsunuz, arzu edilen bir çalışma sistemidir. Ancak, aynen demokrasi gibi, doğru işleyebilmesi için ondan evvel başka temel uyarlamalara gerek vardır.

3. Batı'nın, geçmişini, oraya nasıl geldiğini incelemeyen, bugününü doğrudan taklit etmek Tanzimat'tan bu yana büyük bir kararlılıkla içine

düşmeye doyamadığımız bir çukurdur. Halbuki bugün daima geçmişte kalır. Önemli olan "bugüne gelinmesine neden olmuş" dinamikleri anlayabilmektir. Örneğin günümüzde ABD tıp fakültelerinde profesör olarak çalışan öğretim elemanlarının büyük kısmı gerçekten tam gün çalışır. Ancak bu tam güncüler yanında çok sayıda yarı zaman hekim de, çeşitli unvanlar altında (clinical professor, adjunct, instructor vb.) eğitime, hasta bakımına ve araştırmaya katkıda bulunur.

Olayın tarih içinde gelişimine baktığımızda şunları görürüz: 19. yy sonu ve 20. yy başlarında ABD'de, bir yerde bugün bizim de yapmaya çalıştığımız gibi, düzinelerce tıp fakültesi açılmıştır. Ancak 1920 başlarında ülke aydınları, o yılların Avrupa'sını ve özellikle Almanya'yı daha iyi tanımaya başlamış bunun sonucu başta Johns Hopkins olmak üzere akademik standartları gününe göre çok yüksek yeni fakülteler açılmış, eski tıp fakülteleri de, yine düzineler mertebesinde kapanmıştır. Bu yeni açılan tıp fakültelerinde bundan 25 - 30 yıl evveline kadar hasta bakımı, eğitim ve araştırma programlarının baskın hakimisi klinikçiler (clinician-scientist) olmuş, temel bilimciler ikinci planda kalmıştır.

Modern tıpta halen uygulanan birçok bilgi, buluş ve yöntemin böyle yönetilmiş kurumlarca insanlık hizmetine sunulduğunu unutmamak gerekir.

Son yıllarda özellikle moleküler biyolojinin gelişmesi, tüm uygar dünyada olduğu gibi ABD tıp fakültelerinde de eğitim ve araştırma ağırlığını klinikçilerden çok, temel bilimcilere kaydırmaya başlamış ve giderek bu grup eğitici tıp fakültelerinin müfredatını belirler olmuştur. Bu değişimin temel nedeni hasta bakımı veya öğrenci eğitimini düzeltmek değil, uygar ülkelerin çok da doğru olarak yaşamsal gördüğü, araştırmaların daha verimli yapılabilmesi içindir. Bu hiçbir zaman, yukarıda da değindiğim üzere, yarı zaman çalışanların eğitim, hasta bakımı ve araştırma dışına atılması anlamına gelmez. Bütün bunlar yanında başta ABD olmak üzere İngiltere ve Kanada gibi diğer gelişmiş ülkeler daha yakın bir geçmişte tıp fakültelerini ağırlıklı olarak temel bilimcilere bırakmanın, ne garip ki, değil hasta bakımı, özellikle bilimsel araştırmaların gelişmesi için dahi pek de arzu edilir bir şey olmadığını görmüşler ve bunun sonucu tekrar clinician / scientist yetiştirme yolunda girişimlere başlamışlardır. Bütün bu dediklerimin kanıtlarına internette herhangi bir arama motorundan rahatlıkla erişilebilir.

Şimdi ülkemize dönelim. Görebildiğim kadarıyla ülkemizde tam gün ça-

lışmaya geçmekte esas mantık, Batı'da olduğu gibi araştırmaya ve araştırmacı yetiştirmeye yönelik olmayıp salt daha iyi hasta bakımı ve eğitim amaçlarını gütmektedir. Savunduğum, bir yandan araştırma geleneği çok az gelişmiş, bir yandan da mali kaynakları oldukça kısıtlı bir ülkede eğitimcileri zorunlu tam gün çalıştırmanın, en azından Batı'da öyle yapılıyor açısından, sağlam bir mantığı olmadığıdır.

4. Ülkemizde hekimlik hizmetleri açısından son yılların önemli bir gelişmesi, özel sağlık kuruluşları olup izleyebildiğim kadarıyla, hükümet de bu kuruluşların gelişmelerine oldukça olumlu bakmaktadır. Ancak tıp hizmetleri tanım üzeri, doğaları gereği, kâr ve sermaye birikimine izin vermez. Uygur ülkelerdeki benzer özel sağlık kuruluşları esas olarak vakıfların yönettiği kuruluşlardır. Buralarda, bazı örneklerde iyi para kazanan hekimler çalışabilir, buraların yöneticileri de yüksek ücretler alabilir ama bu kurumlarda hiçbir zaman, petrol şirketi, banka veya süpermarket zinciri örneği sermaye birikmez, birikemez. Bunun nedeni ise tıp hizmetlerinden olan toplum beklentisinin oluşabilecek kârın hemen tekrar daha üst düzey, daha güncel bir hizmete dönmesidir. O nedenle özel tıp kuruluşuna yatırım, tabii uygar ülke örneklerinde, büyük oranda sübvansiyon (devlet veya özel) gerektirir. Anlıyorum, böyle ana amacı sermaye sahibine kâr olan tıp kurumları Suudi Arabistan örneği, bazı zengin ancak uygarlığı tartışmalı ülkelerde görülebilir ancak bu sanırım pek arzu edilen bir şey değildir. Tam gün yasaının amaçlarından bir tanesinin de böyle özel sermaye hastanelerini desteklemek olduğu söylentisi de dolaşıyor. Bu da doğru olabileceğini düşünmek dahi istemediğim ek bir nokta...

Tıp fakülteleri hastaneleri açısından ne yapmalı?

Yukarıda demokrasi örneğiyle de açıklamaya çalıştığım gibi özellikle tıp fakültesi hastanelerinde tümüyle bir tam gün çalışma düzenine geçmek, aksayan birçok yanı olduğunu yakından bildiğim bir düzenin korkarım daha da bozulmasına neden olacaktır. Özellikle büyük şehirlerde bulunan tıp fakültelerimizin klinik dallarda çalışan hocalarının önemli bir bölümü halen yarı zaman çalışmaktadır. Yarı zaman çalışmalarının hasta bakımı ve özellikle eğitim ve araştırma açısından aynı hocalardan gerekli randımanın alınmasına engel olabileceğini teslim ediyorum. Ancak bunun yanında, yine aynı hocaların ülkemizde konularında eğitimcilik yapabilecek ve araştırmaya yön gösterecek en yetenekli kişiler

arasında olduklarını da teslim etmek gerekir.

Bütün bunlar ışığında kanımca üniversite hastaneleri için aşağıdaki yol en uygun olacaktır: Burada esas aldığım model yazımın başında değindiğim bundan 20 - 30 yıl evveline kadar uzun süre ABD'de başarıyla uygulanmış, hatta günümüzde de, yine yukarıda değindiğim gibi, iyi yönleri aranır olmuş modeldir.

Modelin çalışabilmesi 3 önemli öğeye dayanır:

- a. Sözleşmeli çalışmak
- b. Akademik unvanlarda yasal değişiklik
- c. Akademik unvanların çalışılan kurumlara göre değişiklik gösterebilmesi

1. Klinik dallarda "klinik" profesörlük (y.doçent ve doçent); temel bilimlerde "temel bilim" profesörlüğü (y. doçent ve doçent) unvanları yaratılır. Bu unvanları olanlar üniversitelerde veya eğitim kurumlarında yarı zaman çalışabilirler. Böyle "klinik" nitelikli unvanların verilmesi tümüyle kişinin çalışacağı üniversiteye bırakılır.

2. Yarı zaman öğretim üyeleri 3 yıllık sözleşmeyle çalışırlar, yönetici görevi alamazlar; kendilerine ancak sembolik bir ücret verilir. Kurumda zorunlu bulunma süreleri ve görevleri tümüyle esnek ve doğrudan bağlı olacakları ana bilim dalı yöneticisiyle yapılacak anlaşmayla saptanır. Böyle yarı zaman elemanlardan, özellikle polikliniklerde hasta bakımı, öğrenci ve asistan eğitimi yanında araştırmada da yararlanılır. Özel hastalarını fakülte hastanesine yatırdıklarında verdikleri bakım hizmet bedelinden, yine yönetimle yapacakları anlaşma kapsamında, bir oran alırlar.

3. Tam zaman öğretim üyeleri ise 2 gruba ayrılırlar:

3.1 Sözleşmeli tam zaman profesörler ve doçentler

3.2 Akademik profesörler

3.1: Sözleşmeli tam zaman statüsünde olanlar kurum dışı çalışamazlar. Gelirlerinin bir bölümü (% 40?) kurum tarafından karşılanır. Onun 2 - 3 (?) katı kadar da kendileri kurum içi para kazanabilir. Ancak söz konusu kurum içi çalışma kesinlikle eğitime ve/veya araştırmaya da katkıda bulunacak biçimde uygulanır. Sözleşmeli tam zaman öğretim üyeleri tıp fakültesi kadrosunun ana gövdesi olup (4 - 5 yıllık?) sözleşmeyle çalışırlar. Sözleşmelerde aranan 4 alanda başarıdır: a. Araştırma; b. Eğitim; c. Hasta bakımı; d. Ku-



"Ülkemizin ana sağlık sorunu kamuda çalışan hekimlerimizin tam gün çalışıp çalışmamları değildir. Ana sorun sağlığa ayrılan para kaynağının oldukça az olmasıdır."

ruma maddi katkı (hasta bakarak/araştırma desteği getirerek)

Böyle öğretim üyelerinin unvan almasında önce ulusal bir jüri akademik değerlendirme yapar (asgari akademik kıstaslar amacıyla) ancak alınacak unvanın derecesi veya sözleşmenin yenilenmesi tümüyle kuruma aittir.

3.2 Akademik profesörler ise kesin tam zaman çalışırlar. Telif hakları dışında tüm gelirleri kurumdan gelir. Unvanlar benzer unvanı olanlar tarafından oluşan bir jüri tarafından ve yurtiçi ve yurtdışı dışı hakemlere danışarak verilir. Akademik profesörler için kadro isteği ve son atama yine ilgili üniversite tarafından yapılır. Akademik profesörlerin görev süreleri emekliliğe kadar sürer.

Yukarıda önerilen akademik modelde kendilerinden en fazla hasta bakımı, eğitim, araştırma ve yönetim etkinliği beklenen grup, sözleşmeli tam zaman statüsünde çalışanlardır. Bunlara eşit sayıda yarı zaman öğretim üyesi kullanılabilir ancak bu elemanlardan kurum açısından beklenti tanım olarak daha azdır. Akademik profesörlerin sayısı ise sınırlıdır ve örneğin, tam sözleşmeli öğretim üyelerinin 1 / 10'unu geçmez.

Önerdiğim düzenin çoğu kişiye, özellikle kolaycılığı yeğleyenlere, oldukça çapaşık geleceği ve yeni yasal düzenlemelere gerek göstereceği açıktır. Ancak önümüzdeki sorun da olabildiğince çapaşıktır. Çapaşıklığın temel nedeninin ise maalesef her kurumumuza egemen, o eşsiz ve tarihsel kolaycılığımız olduğunu göz ardı etmememiz gerekir.

'Sağlıkta Dönüşüm Programı' gereği hekimlerin muayenehane açmaları teşvik edilmeli!...

Prof. Dr. Selami Albayrak



1961 yılında Erzurum'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Erzurum'da tamamladıktan sonra Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başladı. 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisasını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi'nde tamamladı. 1994 yılında doçent, 2006 yılında profesör oldu. Halen, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Hekim Hakları Derneği başkanıdır.

Evet yanlış anlamadınız. Başlık doğru. Eğer 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın özüne, mantığına ve hedeflerine bakılırsa, görülecektir ki, bu program muayenehanelerin teşvik edilmesini gerektiren bir sürecin ifadesi...

Bunu açmak isterim; Sayın Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ'ın da belirttiği gibi, ülkemizde doktor sayısı Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında, önemli oranda az. Dünya Sağ-

lık Örgütü'nün yayınlanmış en son verilerine göre, 1.000 kişilik nüfusa Yunanistan'da 4,4 doktor, İtalya'da 5,7 doktor, Almanya'da 3,6 doktor düşerken, ülkemizde 1.000 kişiye sadece 1,2 doktor düşmektedir. Yayınlanmış bu listede oranlara bakıldığı zaman doktor açığı açısından Türkiye'den daha kötüsü yok. Bir diğer ifade ile, İtalya'da 4-5 doktorun yaptığı işi ülkemizde tek bir doktora yüklüyoruz. Diğer bazı faktörlerle birlikte değerlendirildiği zaman belki iş yükünün bu kadar ağır olmayabileceğini söyleyebiliriz. Örneğin; bu ülkelerde bir kişinin

bir yılda doktora başvuru sayısı ülkemizdeki başvuru sayısının bir buçuk katı. Bu ülkelerde yaşlı insan sayısının topluma oranı daha yüksek. Neticede, ülkemizde sayısı zaten az olan doktorlardan daha fazla sağlık hizmeti üretmelerini beklemekteyiz.

Peki, Türkiye'deki durum nedir? Ülkemizde doktorlar devlet memurudur. Ancak, devlet memurlarının tabî olduğu kanunun gerektirdiği günde 8 saatlik mesai değil 9 saatlik mesai ile yükümlüdürler. Tam zamanlı çalışan hekimin yükümlü olduğu mesai süresi; günde 9 saat, haftada 45 saattir. Bir



memuru bundan daha fazla çalıştırmak ise imkânsız gibi gözükmetedir. Yarı zamanlı çalışan hekim ise tam bir devlet memuru kadar çalışır. Diğer bir ifadeyle yarı zamanlı hekim, diğer devlet memurlarından az değil, onlar kadar; tam zamanlı hekim ise onlardan bir saat daha fazla çalışmaktadır.

‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ hekimlerin muayenehane açmalarını niçin teşvik etmeli?

Burada Doç. Dr. Paşa Göktaş'ın bir tespitini ifade etmeliyim:

Günlük mesaisinden sonra muayenehanesinde çalışmaya devam eden doktorlar, saat 20:00'ye kadar, fazladan günde 3 saat, cumartesi günleri de genelde fazladan 8 saat çalışmaktadırlar. Bu çalışmaların toplamı, ortalama olarak haftada 23 saati bulmaktadır. Fazladan çalışılan bu süre, hastanelerde tam gün çalışan bir doktorun çalışma süresi olan 45 saatin % 51'ine denk gelmektedir. Hem kamu kuruluşunda, hem de muayenehanesinde çalışan bir hekim, hastanede yalnızca tam gün çalışma statüsündeki bir hekime göre, ortalama olarak % 51 oranda daha fazla hizmet üretmektedir.

Evet. Ülkemizde 40.000 muayenehane bulunduğunu düşünürsek, bunların sağlık sistemine katkısı % 51 fazlasıyla, 60.400 tam zamanlı çalışan hekimle eşdeğerdir. Yani ilave 20.400 hekim işgücü. Kaldı ki; muayenehane hekimliği yapan meslektaşlarımızın daha fazla sağlık hizmeti üretmek için çalışan ve motive oldukları bilinen bir kabuldür.

Muayenehanelerde çalışmaya devam eden 40.000 hekim, yalnızca hastanelerde tam gün statüde çalışan 60.400 hekim kadar çalışmakta ve sağlık hizmeti üretmektedir. Sayın Göktaş'ın tespitlerine göre;

Bu sayede, ülkemizde 104.000 civarında olan hekim sayısı, fonksiyonel iş gücü olarak 104.000 + 20.400 = 124.400 hekime yükselmektedir.

Fazladan 20.400 doktorun fonksiyonel işgücü. Ülkemizdeki 104.000 doktorun en üretken 20.400'ü sisteme ilave ediliyor. Tıp fakültelerinden daha fazla doktor yetiştirilerek doktor açığına derman olmasını beklemek onlarca yıl alacağına göre, Sayın Sağlık Bakanımız Prof. Dr. Recep Akdağ bir an önce fikrini değiştirerek doktorları muayenehane açmaya teşvik etmeli...

Bu yazının başlığını haklı çıkaracak bir

başka konu ise, ülkemizdeki sağlık alt yapısındaki geri kalmışlıktır. 10.000 kişilik nüfusa Rusya'da 100 hasta yatağı, Almanya'da 85 hasta yatağı, Bulgaristan'da 60 hasta yatağı düşerken, ülkemizde 10.000 kişiye 28 hasta yatağı düşmektedir. Hekim sayımız gibi fiziki mekânlarımız, tanı –tedavi birimlerimizin sayısı da eksiktir. Son yıllarda özellikle doktor-hasta buluşmasını sağlayacak poliklinik oda sayısının çok eksik olduğu fark edilmiş ve önemli bir hamle yapılarak poliklinik oda sayısı hastanelerde artırılmaya çalışılmıştır. Ancak hedeflenenin gerisindedir. Her bir doktor muayenehanesi, bugün açılmaya çalışılan poliklinik odalarından daha konforlu ve daha donanımlıdır. Ayaktan tanı ve tedavi sağlayabilecek pratik cihazlarla doludur. Bu mekânların sağlık sistemine katılarak değerlendirilmesi, akılcı bir yol gibi gözükmetedir. Aksi takdirde bu mekânların tüm çalışanları ve donanımları ile ortadan kaldırılması mantıklı değildir.

Zira, ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ancak böyle akılcı politikalar ile başarısını devam ettirebilir.

Muayenehanelerin kapatılmasının gerekçesi, kamu hastanelerinin istismar edildiği düşüncesiye, bu noktada Enbiya suresinde anlatılan ve adalet duygusunun derinliklerini hissettiren bir olayı aktarmak isterim. Enbiya suresi 78. ayette şöyle buyruluyor:

"Ve Davud ile Süleyman'ı da an. Hani bu ikisi bir topluluğa ait koyun sürüsünün geceleyin girip otladığı bir ekin hakkında hüküm vereceklerdi ve Biz de onların bu hükümlerine tanık idik. Bu olayda Süleyman'ın dâvâ konusunu (daha derinden) anlamasını sağladık; bununla birlikte, Biz her ikisine de sağlam bir muhakeme gücü ve ilim bahşetmiştik."

Kissaya göre, bir koyun sürüsü geceleyin yolunu şaşırarak komşu tarlaya girer ve ekine zarar verir. Süleyman henüz 11 yaşında bir çocuktur. Babası, kral-peygamber Hz. Davud zararı hesap ettirir ve koyun sürüsünün değerine eş bir zarar ortaya çıkar. Bu durumda ben olsaydım ne yapardım? Sürüyü ekin sahibine verir, böylece zararı tazmin ederdim. Hz. Davud da aynı şeyi yapıyor. Fakat küçük Süleyman bu hesabı beğenmiyor.

"Taraflar hakkında bundan başka bir karar daha mülayim ve uygundu" diyor. "İşinizi ben üstüme alsaydım, bundan farklı hüküm verirdim." Onun bu sözünü Davud Aleyhiselam'a haber verdiler. Davud, Süleyman'ı çağırıp sordu: "Sen onlar arasında başka nasıl hüküm verirdin? Peygamberlik



"Ülkemizde doktorlar devlet memurudur. Ancak, devlet memurlarının tabî olduğu kanunun gerektirdiği günde 8 saatlik mesai değil 9 saatlik mesai ile yükümlüdürler. Tam zamanlı çalışan hekimin yükümlü olduğu mesai süresi; günde 9 saat, haftada 45 saattir. Bir memuru bundan daha fazla çalıştırmak ise imkânsız gibi gözükmetedir."

ve babalık hakkı için, daha yumuşak ve uygun kararı bana söyle." (M. Asım Köksal, Peygamberler Tarihi, Ankara: TDV, 2007, Cilt 2, s. 206.)

Hız. Süleyman babasına hükmün değiştirilmesi gerektiğini ve koyun sürüsünün sadece bir yıllık geçici intifa hakkının (süt, yün, o yıl doğan kuzular vb.) ekin sahibine verilmesinin; koyun sahibininse, eski haline getirinceye kadar tarlayı ıslah ve onarımla yükümlendirilmesinin ve sonunda tarlanın da, koyunların da eski sahiplerine iade edilmesinin uygun olacağını söyler. Bu yolla hem davacının uğradığı kayıp giderilmiş hem de davalı mağdur edilmemiş olur. (M. Esed, Kur'an Mesajı, İstanbul: İşaret, 1996, Cilt 2, s. 659.) Davud Aleyhiselam bu çözümü beğenir ve uygular.

Bugün ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın neresindeyiz?

İyi başlamış bir program duvara toslanmak üzere...

Ne yazık ki, ortak aklın gereğini yapmak yerine, sadece hekimleri incitecek sözler söyleniyor ve uygulamalar planlanıyor...

Özel hastanelerin devletleşmesi ya da Sağlık Bakanlığı'nın haksız rekabeti

Dr. Burak Aksoy

Dr. Julio Frenk ve ardından Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın dergimizdeki yazılarıyla gündeme taşıdıkları Sağlık Bakanlığı'nın sağlık hizmetindeki rolü için "vekilharçlık" (stewardship) tanımı, Bakanlığa her alanda düzenleyici ve gözetici bir rol öngörüyor. Bu kavramdan anlaşılan, Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan tedavi hizmeti sağlayan bir kurum olmasından ziyade, sektörün her alanında düzenleyici, denetleyici, geliştirici ve uygulayıcı bir güç haline gelmesidir. Bu gücün etkinliğini sağlık harcamalarının tashihi

ve denetlenmesi yetkilerini elinde bulundurmasından kaynaklanır.

Ülkemizdeki mevcut durumda ise Sağlık Bakanlığı, hem bir hizmet sağlayıcı hem de düzenleyici - denetleyici rolündedir. Bakanlık konumu gereği, tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarına eşit ve adil bir yaklaşım sergilemesi gerekirken, sağlık hizmeti sağlayıcılarına karşı "biz" ve "onlar" şeklinde ayrıştırıcı bir tavırla yaklaşmaktadır.

"Biz" kavramı, en dar anlamıyla sağlık ocakları ve devlet hastanelerini içermektedir. "Onlar" kavramı ise, üniversite hastaneleri, özel hastaneler, tıp

merkezleri, dal merkezleri, poliklinikler, özel muayenehaneler, laboratuvar ve görüntüleme merkezlerini içermektedir. Bakanlığın "onlara" yaklaşımı, tüm bu sağlık hizmeti sağlayıcılarını devlet hastanelerine eklemek ya da benzeştirmek yönünde seyretmektedir. Bakanlık, devlet hastanelerinin çalışma şeklini idealleştirerek, diğer aktörlerin rollerini görmezden gelmektedir. Bakanlık, düzenleyici rolünü, haksız rekabet ortamı oluşturacak şekilde devlet hastanelerini koruyup kollama yönünde kullanmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve toplumsal talep, bu devletleşme eğiliminin aksi yönünde gelişmektedir.







Sağlık sisteminin, Bakanlık dışındaki hizmet sağlayıcılarının her birinin kendine özgü, diğerlerince yerine getirilmesi mümkün olmayan rolleri mevcuttur. Üniversite hastaneleri, eğitimin yanı sıra, 3. basamak referans merkezleri olarak, devlet hastanelerinin sağlayamadığı uzmanlaşmış ileri sağlık hizmetlerini sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığı üniversite hastanelerini verimsiz çalışmakla suçlamakta ve Maliye Bakanlığı ile birlikte bu hastaneleri devlet hastanelerinin kalıpları içine sokmaya çalışmaktadır. Üniversite hastanelerinin bu ileri sağlık hizmetlerini sağlarken hasta başı tedavi maliyetlerinin yüksek olması bu kurumların etkisiz çalıştığını göstermez. Aksine, devlet hastanelerinin günümüzdeki maliyet etkinliğinin bir nedeni, üniversite hastanelerinin maliyeti yüksek tedavi hizmetlerini yüklenmesidir. Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı açısından bu hizmetin karşılığı, geri ödeme planında devlet hastanelerine göre küçük bir yüzde iyileştirme sağlanmasından ibarettir. Bu sözde iyileştirme, fatura geri ödemelerinde “ben yaptım oldu” şeklindeki keyfi yapılan kesintilerle fazlasıyla geri alınmaktadır. Üniversite hastaneleri, büyük yapıları nedeniyle Sağlık Bakanlığı’nın çok hızlı değişen şartlarına uyum sağlamakta zorluk çekmektedir. Devlet hastaneleri ve özel sektörün rekabeti karşısında hem hekim hem de yardımcı personelini elinde tutmakta zorluk çeken üniversite hastaneleri için gelecek karanlık gözükmemektedir.

Yakında çıkacak olan tam gün yasası sonrası hocalarının önemli bir kısmını kaybetmesi beklenen üniversitelerde eğitim kalitesi de düşmektedir. Üniversite hastaneleri hizmet veremez ya da beklenen uzmanlaşmış hizmeti sağlayamaz hale geldiğinde, devlet hastanelerinin maliyet etkinliğinin ne kadar korunabileceğini zaman gösterecektir.

Sağlık Bakanlığı’nın gözünde önemli bir rekabet unsuru da özel hastanelerdir. Son yıllarda sağlık sistemine entegre olarak gelişen özel hastane sektörü, yeni bir “devletleştirme” girişimi ile karşı karşıyadır. Hem hizmet sağlayıcı hem de düzenleyici konumdaki Bakanlık, özel hastanelere karşı bir haksız rekabet ortamı oluşturmaktadır. Özel hastanelerin sistemdeki rolü, sağlık hizmeti kalitesini artırmak, daha hızlı ve konforlu sağlık hizmeti almak isteyen vatandaşların taleplerini karşılamak, devlet hastanelerinin ulaşamadığı yerlerde hizmet vermek ve ileri düzeyde sağlık hizmetleri sunmaktır. Kurumsal

giderlerinin tümünü hizmet karşılığı elde ettiği gelirden karşılamak zorunda olan özel hastaneler, kurumsal giderlerinin hemen hepsini bütçeden alan devlet hastanelerine karşı şimdiye kadar başarılı bir rekabet yürütmektedirler. Bunu başarmak için bir yandan hasta memnuniyetini üst düzeyde tutmak, diğer yandan hekimlerinin ve yardımcı personelinin giderek daha cazip hale gelen kamu hizmetine kayışını engellemek zorundadırlar. Sağlık Bakanlığı’nın geçtiğimiz aylarda, binlerce hemşire kadrosu açması karşısında özel hastanelerin ne kadar zor duruma düştüğü açıkça görülmüştür. Özel hastanelerin devlet hastaneleri ile rekabet edebilmesinin tek yolu, personeline daha cazip maddi imkânlar sunmasıdır.

Özel dal merkezlerinin önü açılıyor

Özel hastaneler şimdiye kadar rekabetçi yapılarını büyük ölçüde hastalarından aldıkları farklar ve katılım payları ile korumayı başardılar. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda yapılması planlanan değişikliklerle, özel hastanelerin elinden bu imkân büyük ölçüde alınıyor. Bu tasarının katılım payı uygulamalarını düzenleyen 68. maddesinde, 2 YTL olarak belirlenen muayene katılım payının, 2. ve 3. basamak sağlık hizmet sunucularında beş katına kadar artırabilmesi için Sağlık Sigortası Kurumu’na verilen düzenleme dışında herhangi bir esneklik bulunmuyor. Tetkik giderleri için fark hiç tanımlanmamış. Yatan hasta tedavi giderleri için ise tek seferde bir aylık, bir takvim yılı içindeyse iki aylık asgari ücreti aşmayacak kadar katılım payı alınabilmesi öngörülmüyor. Hastadan alınan katılım payı, geri ödemede faturadan düşülüyor. Tasarının 73. maddesindeki “Kurum (Sağlık Güvenlik Kurumu), sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetleri için, Kurumca ödenecek tutarların dışında, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden alınabilecek fark ödemeleri için ayrı ayrı tavanlar belirlemeye yetkilidir. Tavan, 72’nci ve bu maddenin ikinci fıkrasına göre belirlenen sağlık hizmet tutarlarının üç katını geçemez” hükmünün ise kaldırılması planlanıyor. Özel hastaneler ya da üniversite hastaneleri için, devlet hastanelerinden farklı herhangi bir uygulama öngörülüyor. Bu durumda özel hastaneler, tüm kurumsal giderlerini, sağlık sigortasından tahsil edecekleri fatura-

lardan karşılamak zorunda kalırken, devlet hastaneleri ile rekabet edemez duruma düşeceklerdir.

Sağlık Bakanlığı’nın mevcut planı, sağlık hizmeti sunuculuğunun kârlılığını düşürmektir. Özel hastanelere yapılan büyük yatırımlar, elbette ki kâr amacıyla gerçekleşmektedir. Özel hastaneleri kârsızlaştırmak, sağlık sektöründen önemli miktarda sermayenin kaçışına yol açacaktır. Sağlık Bakanlığı’nın amaçlarından birinin sağlık yatırımlarını artırmak ve özendirmek olması gerekirken, mevcut yatırımları tehlikeye sokan bir anlayış içinde olması kabul edilemez. Özel hastanelere başvuran hastalardan fark alınmaması da sektörün gelir kaynaklarını daraltacaktır. Şimdiye kadar gönüllülük ilkesiyle yapılan ve karşılığını daha iyi hizmet ile bulan katkı ödemelerinin durdurulması, Sağlık Bakanlığı’nın popülist söylemler uğruna sektöre vurduğu en büyük darbe olacaktır. Sektöre giren paranın azalması, sadece özel hastanelerde çalışanları değil, zincirleme bir reaksiyonla tüm sağlık çalışanlarının gelirinin azalmasına ve hizmet kalitesinin düşmesine neden olacaktır.

Sağlık Bakanlığı’nın vizyonu, kurumsal niteliği güçlü büyük sermaye yatırımının yapıldığı özel hastaneleri devletleşmeye zorlarken, bu kalıplar içinde hizmet vermesi mümkün olmayanları da tamamen sistem dışına itmektedir. Sağlık Güvenlik Kurumu’yla anlaşma yapmayan hastanelerde hizmet alanların ilaç giderleri dahi ödenmezken, sözleşmesiz bu kurumlar, acil hastalara bedelsiz bakmakla yükümlü hale getirilmektedir. Vatandaşla özel hastaneleri karşı karşıya getirecek bu uygulama, özel hastanelerin vakıf yerine konmasından başka bir anlam ifade etmemektedir.

Katılım payının kaldırılması ile özel hastaneler, “devletleşmek” ya da sistem dışına itilmek arasında tercih yapmaya zorlanırken, özel dal merkezlerinin önü açılmaktadır. Kurumsal giderleri en alt düzeyde olan, iki uzmanın bir araya gelerek muayenehane şartlarına benzer nitelikte kurabildikleri dal merkezleri ile sözleşmeler yapılıyor olması hekimleri özel hastanelerden bu kârli alana yönlendirecektir. Yatırımı az, gideri kısıtlı olan bu merkezlerin sayısının hızla artması beklenmektedir. Bakanlığın denetimi oldukça güç, hizmet kalitesi düşük, istihdam imkânlarını genişletmeyen bu küçük teşebbüsleri teşvik etmesinin makûl bir izahı yoktur. Bakanlığın, her alanda kurumsallaşmayı teşvik edici olması beklenir. Güçlü kurumsal kimliği olan hastaneler, hem hizmet kalitesi hem de hasta güvenliği açısından mutlaka ve mutlaka teşvik edilmelidir.

Sağlık Bakanlığı bir yandan aile hekimliği sistemini pilot bölgelerde yaygınlaştı-

tırmaya çalışırken, diğer yandan devlet hastanelerinin sistemdeki ağırlığını artırıcı uygulamalar yapıyor. Devlet hastanelerindeki performans uygulamaları uzmanlaşmayı teşvik ederken diğer yandan yeterli aile hekimi olmadığı için pratisyen hekimlere kısa süreli aile hekimliği kurslarıyla aile hekimliği sertifikası veriliyor.

Ülkemizde halen ... uzman ... pratisyen hekim mevcuttur. Her yıl ...hekim ,tıp fakültelerinden mezun olmakta, ... hekim ise uzmanlık eğitimini tamamlamaktadır. Pratisyenlik mesleki ya da maddi tatmin sağlanmazken, uzman hekimlerin her bakımdan avantajlı pozisyonunda olması uzmanlığa geçişi teşvik etmektedir. Sağlık Bakanlığı sürekli hekim açığından bahsederken, bu açığın uzman hekim mi yoksa pratisyen açığı mı olduğundan bahsetmemektedir. Eğer, pilot uygulaması yapılan aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetleri için uygulanması öngörülen şema ise, bırakın sertifikalı ya da uzman aile hekimlerinin, mevcut pratisyen kadrolarının dahi ihtiyacı karşılaması mümkün görünmemektedir. Uzmanlaşmayı çekici olmaktan uzaklaştırmadan, ihtisas kadrolarını sınırlamadan daha fazla hekimin mezun olmasını istemek, sistemin önünü açmayacaktır. Diğer yandan sağlık sistemimizin mevcut maliyet etkinliği, bir ölçüde doktor sayısının sınırlılığından kaynaklanmaktadır. Doktor başına düşen nüfusun yüksek oluşu, sağlık sistemimizin hem zaaf hem de avantajıdır. Doktor sayısı Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü şekilde mevcut düzen içinde artırılacak olursa, birim hasta tedavi maliyetleri, yıllık bakılan hasta sayısı, personel maliyetleri hızla yükselecektir.

Sağlık Bakanlığı'nın yeni ortaya attığı kamu-özel ortaklığı (public-private partnership - PPP) projesinde, kamunun özel sektörle birlikte yatırım yaparak büyük sağlık kampüsleri kurulması, Bakanlığın bu yerlerde işletmeyi üstlenip kiracı durumunda bulunması öngörülmüyor. Bu, esasen özel hastanelerin devlet tarafından devralınma planına benzemektedir. Kârlılığı düşen ve işletilmesi imkânsız hale gelen büyük özel hastaneler kapılarına kilit vurmadan önce anahtarlarını Sağlık Bakanlığı'na teslim etmek isteyebilirler. Özel hastane sahipleri ve yöneticileri için bu daha risksiz bir seçenek olabilir. Diğer yandan eğer Bakanlığın böyle bir niyeti yoksa bile, şu açık olarak görünmektedir ki, Bakanlık kendi rolünü asla "vekilharçlık" ile sınırlamak niyetinde değildir. "Özel hastanecilik yapılacaksa bunu da devlet yapar" mantığının maraziyetini zaman ortaya çıkaracaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın en öncelikli konularının başında özel hastanelere perso-

nel kaymalarını önlemek gelmektedir. Bu amaçla özel hastaneleri zayıflatmak ve kârlılıklarını azaltmak gerektiği düşünülmektedir. Kâr amacı olmayan vakıf hastaneciliğinin yaygınlaştırılması çözüm olarak öngörülmüyor. Oysa günümüzde geline nokta sağlık hizmetinin kapsamı ve maliyeti, çok güçlü kaynaklara sahip olmadığı takdirde vakıflar tarafından karşılanamaz boyutlardadır. Mevcut vakıf hastanelerinin hemen tamamı, kâr amaçlı özel hastaneler gibi çalışmakta; elde edilen kâr, vakıfların diğer faaliyetlerinde kullanılmaktadır.

Devlet hastanelerinden personel kaybının durdurulmasının tek yolu, merkezi ve yerel planlamadır. Bakanlık nüfus yoğunluğuna göre bölgelerde bulunması gereken yatak ve poliklinik sayısı ile bunların özel ve devlet hastanelerine dağılımlarını planlamalı; ihtiyaç fazlası sağlık yatırımları başlamadan durdurulmalıdır. Bakanlık bu yönde ilk adımı illerde oluşturulacak hastane birlikleri ile atmaya planlıyor. Bu birliklerin il ihtiyaçlarını belirleyerek sağlık yatırımlarına onay mevki olması öngörülmüyor. İldeki kamu görevlilerinden, özel ve devlet hastaneleri temsilcilerinden oluşacak bu kurulun, yeni sağlık yatırımlarına karşı kendi lokal çıkarlarını koruyucu amaçla engelleyici tutum takınması söz konusu olabilir. Bu nedenle genel planlamanın Sağlık Bakanlığı'nda yapılması, bu birliklerin yetkilerinin daha sınırlı tutulması uygun olacaktır.

Ortaya çıkacak tablo

Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü sağlık sistemi gerçekleşirse, gelecekte şöyle bir tablo ortaya çıkacaktır: Özel hastanelerin önemli bir kısmı "sözleşmeli" olarak hizmet verecektir. Büyük özel hastaneler kapanacak ya da küçülecekler. Sağlık yatırımları azalacaktır. Sözleşmesiz bir avuç hastane, üst gelir grubuna hizmet verecek, özel hastanelerde fark alınmayacak ancak kuyruklar uzayacaktır. Pahalı ya da riskli operasyonlar özel hastanelerde hiç yapılmayacak, özel hastaneler hekimlerine daha az para ödeyecek ve hekim bulmakta zorlanacaktır. Devlet hastaneleri sayıca artmış ancak hasta yükü daha da fazla artmış olacaktır. Doktorlar tetkik yapamadıkları için hasta memnuniyetini daha fazla ilaç reçete yazarak sağlamaya çalışacaktır. İlaç maliyetleri katlanarak artacaktır. Operasyonlar ve diğer bazı özel tedavi hizmetleri için uzun tarihlere randevular verilecek, devlet hastanelerinin kârlılığı azalacak, hasta maliyetleri artacak, döner sermaye ödemeleri azalacak, hekimler daha az kazanacaktır. Muayenehaneler kapatılacak, dal merkezleri hızla artacaktır. Hem özel sektörden hem devlet hastanelerinden dal merkezlerine hekim göçü olacak, üni-



Sağlık Bakanlığı'nın çok geç olmadan kendi konumunu gözden geçirerek, taraf olmayı bırakması ve sözü edilen "vekilharçlık" misyonunu üstlenmesi gerekiyor. Bakanlığın görevi, sağlığa akan kaynakların önünü kesmek değil, yeni kaynaklar yaratmak olmalıdır. Sağlığın geliştirilmesi için bu şarttır.

versitelerin bir kısmı hastanelerini kapatacak ve öğrenci - asistan eğitimi için devlet hastaneleri ile anlaşmalar imzalayacaklardır. Üniversiteler hocalarını kaybedecek, akademik kadrolar daralacaktır. Eğitim kalitesi düşecek, hastanesi kapanan tıp fakültelerinde çok az sayıda ve düşük profilde öğretim üyesi kalacaktır. Hastanesi kapamayan üniversiteler, devlet hastaneleri gibi hizmet vermek zorunda kalacak, pahalı tetkik-tedavileri yapamayacaktır. Bu tedavilere ihtiyaç duyan hastalar ya devlet hastanelerinde uzun süreler bekleyecek ya da sözleşmesiz özel hastanelere gitmek zorunda kalacaktır. Üniversite hocaları bir araya gelecek dal merkezleri açacak, çok daha az laboratuvar tetkiki ve görüntüleme yapılacaktır. Hastalar açısından bakılacak olursa niteliksiz sağlık hizmetine kolay ulaşılabilecek ancak nitelikli hizmete ulaşım çok zor olacak, hastalıklar daha geç ve zor tanı alacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nın çok geç olmadan kendi konumunu gözden geçirerek, taraf olmayı bırakması ve sözü edilen "vekilharçlık" misyonunu üstlenmesi gerekiyor. Sektördeki her aktörün yeri ve önemi iyi tanımlanmalı, devlet hastanelerinin hizmet sunum şekli ve niteliği tek ve biricik norm olarak dayatılmamalıdır. Bakanlığın görevi, sağlığa akan kaynakların önünü kesmek değil, yeni kaynaklar yaratmak olmalıdır. Sağlığın geliştirilmesi için bu şarttır.

Kore sağlık sisteminden Türkiye için önemli dersler

Dr. Burak Aksoy

Güney Kore 1989'dan itibaren genel sağlık sigortası uygulamasına geçmeye başlamıştır. Sistem başlangıçta iyi işlerken, 1997'deki ekonomik kriz ve sonrasında IMF'nin ekonominin patronluğuna geçişi döneminde, harcamalarda orantısız bir yükselme ve kriz ortaya çıkmıştır. Krizle başa çıkamayan Ulusal Sağlık Sigortası, Haziran 2000'de ilaç geri ödemelerini diğer sağlık ödemelerinden ayırma yoluna gitmiştir. O ta-

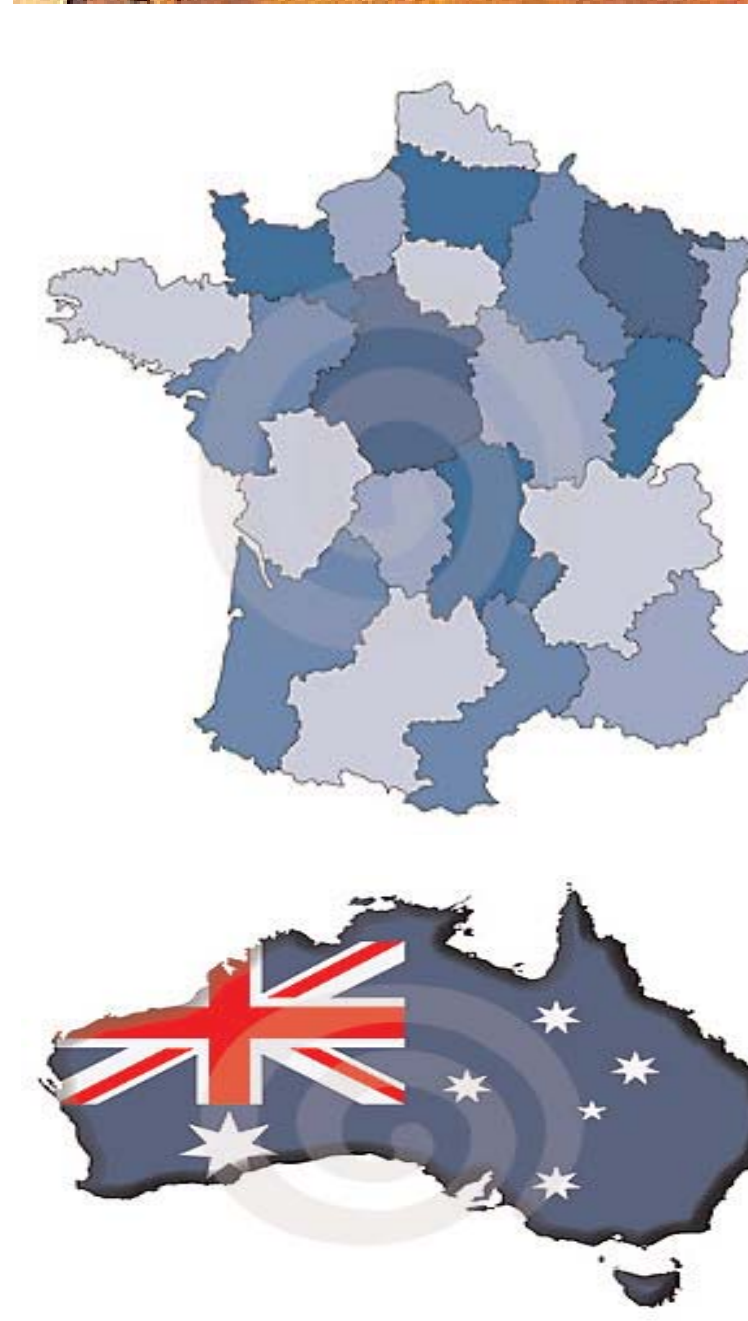
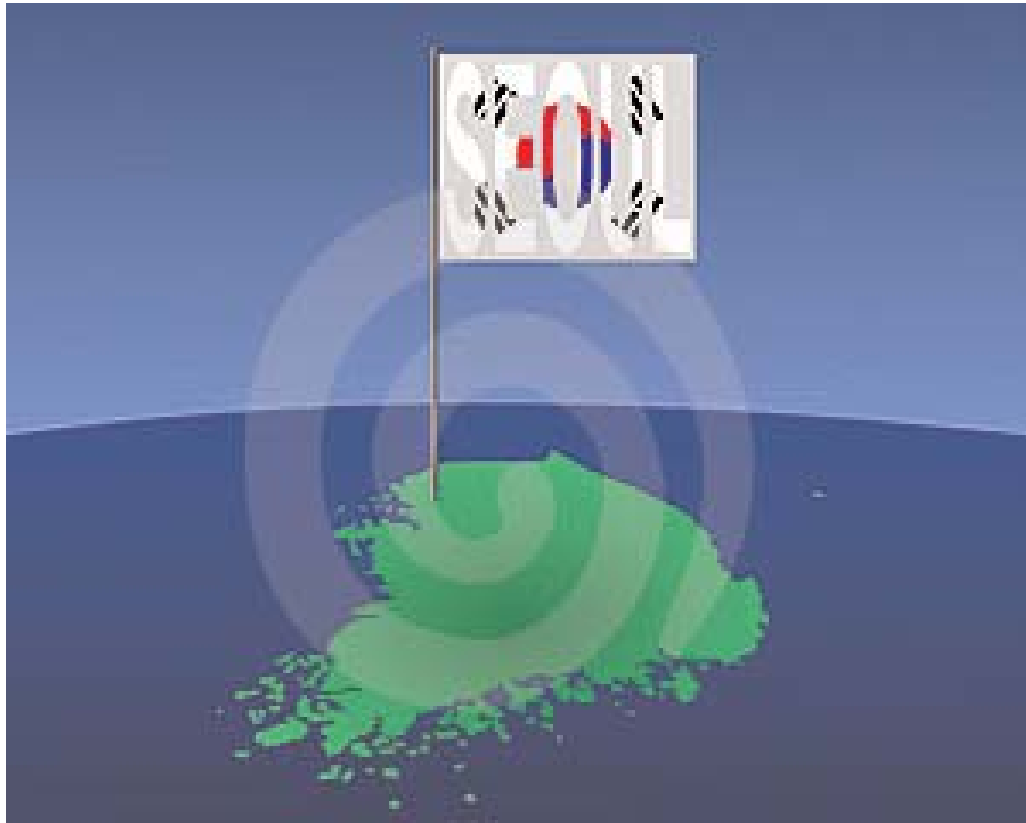
rihe kadar eczacıların yanı sıra doktorlar da hastalarına ilaç verebiliyorlardı. Ancak bu tedbir, beklenenin aksine ilaç harcamalarının artmasıyla sonuçlanmıştır.

Kore sağlık sisteminin ülkemize çok benzeyen zaafı vardır. Bu zaafardan öne çıkan üç madde, krizin en önemli nedenleri olarak görülmektedir. Birincisi, Kore sağlık sisteminin fazlasıyla özel sektör ağırlıklı olmasıdır. Sağlık hizmeti sunucularının % 90'ı kâr amaçlı özel hastanelere aittir. Kore devletinde, sağlık ocağı benzeri

bir teşkilat ile Amerikan ordusundan kalma Ulusal Tıp Merkezi ve Japon işgalinden kalma bölge tıp merkezleri hariç, devlete ait önemli bir sağlık sunucusu bulunmuyor. Özel sağlık sunucuları da ileri teknoloji ile pahalı bir sağlık hizmeti üretiyorlar.

İkincisi, Kore'de doktorların % 80'den fazlası uzmandır. Hatta doktorların dörtte birinin iki ya da daha fazla uzmanlığı bulunmaktadır. Uzman oranının bu kadar yüksek olması daha fazla tetkik ve pahalı tedaviler kullanılmasına neden olmaktadır. Gelişmiş üni-







Avusturalya'da, Türkiye'ye benzer şekilde, hatta daha gelişmiş bir özel hastane sektörü vardır. Akut bakım yapan hastanelerin % 30'u ve hasta yatak sayısının % 30'u özel hastanelere aittir. Özel hastaneler devlet hastanelerine göre daha küçük olup 50 - 100 yatağa sahiptir. Ülkedeki 300'ün üzerinde özel hastanelerin üçte ikisi dört büyük hastane zincirinin sahibi ticari kuruluş ve Katolik Kilisesi'ne aittir.

versite hastanelerinin de fazlaca ticarileşmiş olması, tedavi maliyetlerini artırmıştır. Hükümet, doktorların uzmanlığa geçişini önleyecek tedbirler almamıştır.

Üçüncüsü, ilaç masraflarının kontrol edilememesidir. 2000'den önce eczaneler doktor reçetesi olmadan hemen her türlü ilacı satabiliyordu. Hükümet, eczanelerin birinci basamak sağlık sunucuları gibi çalışmasına karşı herhangi bir önlem geliştirmemiştir. 2000'deki karardan sonra da ilaç harcamalarında artış devam etmiş ve toplam sağlık harcamalarının % 30'una ulaşmıştır. Bunda çok uluslu ilaç firmalarının, etkili lobicilik ve pazarlama stratejilerinin önemli rol oynadığı söylenmektedir. Mayıs 2006'da ilaç geri ödemeleri ile ilgili yapılan yeni düzenlemelerle yabancı ve pahalı yeni ilaçların Kore pazarına girmesi zorlaştırılırken, yerli jenerik ilaç üreticileri gözetilmeye başlanmıştır.

Kore örneğinde, devlet sağlık tedavi maliyetlerini kontrol ederken, sağlık sunucularını denetleme ve düzenleme yetersiz kaldığından, sağlık harcamalarını kontrol edemez hale

gelmiştir. Kore örneği, ülkemizdeki sistemin, mevcut trendlerin devam etmesi durumunda varacağı noktayı göstermesi açısından ilgi çekicidir. Uzmanlaşmanın teşvik edilmesi ve artan uzman hekim oranı, özel sektörün ağırlığının giderek artması ülkemiz sağlık sisteminin de önemli sorunlarından. Çok uluslu ilaç şirketlerinin yerli ilaç sanayini satın alarak güçlerini artırmalarına rağmen, ilaç maliyetlerinde son yıllarda sağlanan düşüşler, Sağlık Bakanlığı'nın başarı hanesine yazılmalıdır. Ancak vaka başı geri ödeme isteminin devam etmesi, hekimlerin ilaç kullanma ihtiyacını ve ilaç harcamalarını artıracaktır.

Kore'nin Genel Sağlık Sigortası mace-rası da Türkiye ile benzerlikler göstermektedir. Türkiye'deki yeşil kart uygulaması gibi, Kore'de de Medical Aid adı verilen bir sağlık güvencesi kurumu bulunmaktadır. 1977'de kurulan teşkilat, sigorta primi ödeme gücü olmayan vatandaşlara sınırlı bir sağlık güvencesi sağlamaktadır. Medical Aid'den yararlanabilmek için, asgari yaşam standardı ölçüleri geliştirilmiştir. 2002 yılında 1.446.922 kişi Medical Aid'den yararlanırken, pek çok uzman gerçek ihtiyaç sahiplerinin 8.7 - 12 milyona eriştiğini iddia etmektedir. Bu tahminlerin paralelinde, 2002 yılında Medical Aid'e kabul edilmeyen, diğer yandan genel sağlık sigortası primlerini de ödeyemeyen 8.6 milyon serbest çalışan, sigortasız hale gelmiştir. Medical Aid, MRG ya da ultrasonografi gibi "pahalı" tetkikleri öde-mezken, temel sağlık hizmetlerine de % 20 - 50 arasında hasta katılımı istemektedir. Ülkemizde de genel sağlık sigortası uygulamasına geçilirken, herkesin sağlık güvencesi kapsamına alınması hedeflenmesine rağmen prim ödemelerinin sıkı tutulması, primini ödeyemeyen ancak yeşil kart alma standartlarını da karşılayamayan çok önemli bir nüfus kesiminin sağlık güvencesinden yoksun kalmasına neden olması mümkündür.

Diğer ülkelerde durum nedir?

Avusturalya

Avusturalya'da, Türkiye'ye benzer şekilde, hatta daha gelişmiş bir özel hastane sektörü vardır. Akut bakım yapan hastanelerin % 30'u ve hasta yatak sayısının % 30'u özel hastanelere aittir. Özel hastaneler devlet hastanelerine göre daha küçük olup 50 - 100 yatağa sahiptir. Ülkedeki 300'ün üzerindeki özel hastanelerin üçte ikisi dört büyük hastane zincirinin sahibi ticari kuruluş ve Katolik Kilisesi'ne aittir. Avustralya'da özel

sağlık sigortacılığı da gelişmiştir. 2006 yılı rakamları ile nüfusun yaklaşık % 45'i özel sağlık sigortasına sahiptir. Özel hastane yatışlarının çoğu özel sigortalar tarafından karşılanır. Eyalet hükümetleri halk hastanelerini ve toplum sağlığı hizmetlerini yürütürken, özel hastanelerin ruhsatlandırılması ve denetimi de eyalet yönetimlerinin sorumluluğundadır.

Genel sağlık sigortası (Medicare) hastane dışı sağlık hizmetlerinin faturalarını % 85, devlet ve özel hastanelerdeki hizmetlerin faturalarını % 75 oranında karşılar. Aradaki farkı hasta kendi cebinden öder. Ancak bir yıl içinde ödenen fark belli bir miktarı aştıktan sonra faturalar % 100 oranında Medicare tarafından karşılanmaya başlar. Özel doktorlar, Medicare tarifi üzerinden fark almadan ya da istedikleri takdirde hastadan fark talep ederek hizmet verebilmektedirler.

Hastalara eyalet hastanelerinde ücretsiz bakılır. Hastalar eyalet hastanelerinde doktor tercihi yaparak bakım almak isterlerse özel hasta muamelesi görürler. Bu durumda Medicare tıbbi hizmetlerin % 75'ini öder; kalanını, doktorun anlaşması varsa özel sigorta karşılar. Medicare, özel hastanelerdeki hasta yatışlarını karşılamaz.

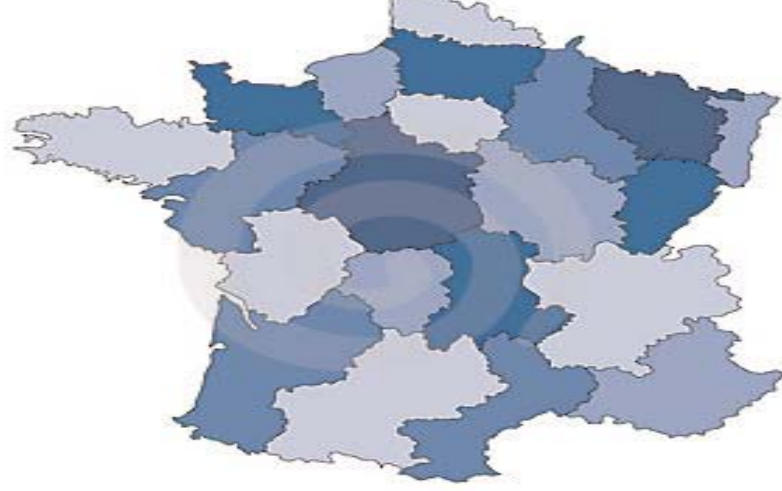
Avusturalya, gayrisafi milli hasılasının % 9,2'sini sağlığa harcamaktadır. OECD'nin 2006 rakamlarına bu oran ülkemizde % 7.7 olarak belirtilmiştir.

Fransa

Fransa, Dünya Sağlık Örgütü'nün, dünyanın en iyi sağlık sistemleri sıralamasında en üstte bulunuyor. Fransa'da hem gelişmiş bir sağlık güven-ce sistemi hem de özel hastane sektörü bulunuyor.

Sosyal sigorta sistemini kuranlar herkese aynı hizmeti veren tek bir sistem oluşturmak istemiştir. Ancak devlet memurları, denizciler, madenciler, demiryolu işçileri gibi önceden daha iyi şartlarda sigortalı olanların direnmesi ile bu birlik sağlanamamıştır. 2000 yılında, Fransa'da oturan herkese sağlık güvencesi sağlayan yeni bir düzenlemeye gidilmiştir. Günümüzde 3 ayrı sigorta sistemi sürmektedir: Çalışan İşçilerin Sigortası için Ulusal Fon (CNAMTS) nüfusun % 83'ünü; tarımsal sigorta ve serbest meslek sahipleri sigortaları ise nüfusun % 12'sini kapsamaktadır. Sigorta seçme hakkı yoktur ve mesleğe ya da ikâmet yerine göre sigorta yapılır. 2000 yılı itibarıyla nüfusun % 86'sının isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortası vardır.

Fransa sağlık sistemi ile Alman 'Bismarck' sisteminin önemli farklarından



biri, sağlık sigorta fonlarının hiçbir zaman bağımsız olamamalarıdır. Prim oranlarını belirleme, toplama, servislerin ve hizmetlerin fiyatının tespiti vs. gibi konular devletin kontrolündedir.

1998 yılında herkese sağlık güvencesi yasasından sonra ücretlerden alınan sağlık sigortası primi yerine, tüm kazançtan alınan bir vergi konmuştur. Genel Sosyal Katkı (CSG) adı verilen bu vergi, kazancın % 5,25 oranıdır. Bu vergi sağlık sigortası fonlarının üçte birini karşılamaktadır.

Girişimler, ilaçlar, tıbbi cihazların ödenme kapsamına alınmaları "pozitif liste" içinde sıralanmıştır. "Şeffaflık Komitesi" ilaçların, cihazların ve girişimlerin etkinliğini değerlendirmede Tıbbi Ürünler Ekonomik Komitesi'ne tavsiyede bulunmaktadır. İncelenen 8.000 ilacın içinde 835 ilaç, etkinliği yetersiz bulunarak listeden çıkarılmıştır. Benzer bir prosedür tıbbi girişimler için de sürdürülmektedir.

Devlet hastanelerinde verilen hizmetlerin % 91'i, özel hastanelerde verilen hizmetlerin ise % 84'ü sosyal güvenlik tarafından finanse edilmektedir. Özel hastaneler vakıf ve sandıklara ait kâr

amacı gütmeyen kuruluşlar ve kâr amaçlı özel hastaneler şeklinde iki kategoriye ayrılmaktadır. Vakıf hastaneleri tüm hastanelerin yaklaşık üçte birini (1.400) oluşturup tüm yatakların % 29'unu (70.990) içerir. Özel hastaneler sayı olarak % 40'a (1.750) ulaşmakla birlikte yatak kapasiteleri sadece % 8'dir.

Fransa'da özel hastaneler genelde belli alanlarda uzmanlaşmıştır ve çoğunlukla küçük cerrahi girişimler yapılır. Örneğin katarakt cerrahisinin dörtte üçü ve sindirim sistemi hastalıklarına yönelik müdahalelerin (apendektomi, abdominal herni, kolesistektomi vb.) % 60'ı özel hastanelerde yapılmaktadır. Acil başvurular ya da rehabilitasyon amaçlı yatışlarda ise özel hastaneler, mevcudun dörtte birinden daha az bir paya sahiptirler.

Pilot uygulamanın başlaması için TBMM'de kanun tasarısı olarak bekleyen bölgesel hastane birliklerinin kurulması projesi, muhtemelen Fransa'dan esinlenilmiştir. Fransa'da kısa adı ARH olan bölgesel hastaneler birimlerinin görevi, bölgesel sağlık hizmeti ihtiyaçlarını belirlemek ve bu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli kaynakların akılcı dağıtımını sağlamaktır. Bunun yanında, sağlık sigortalarının da bölgesel birlikleri (URCAM) bulunmaktadır.

Ülke	Hastane sayısı	Özel / devlet oranı	Hastane yataklarının dağılımı	Sınıflandırma
Avusturya	200 yataktan az 70 hastane 200 - 500 yatak arası 21 hastane 500 - 999 arası 6 hastane, 1.000 yataktan fazla 3 hastane	1998 de 49 özel (37'si vakıf), 142 devlet	50.000 yatağın 2/3'ü devlet, 1/3'ü özel (5.600'ü vakıf)	147 hastane (% 75) bütçeden destekleniyor (yatakların % 45'i)
Belçika	227 hastane	% 60'ı vakıf hastanesi, % 40'ı belediye ve devlet hastanesi	Yatakların % 64'ü özel	Büyük ölçüde otonom çalışan devlet hastaneleri ile, tümüyle otonom özel hastaneler
Danimarka	80 hastane (1995)	Hastanelerin çoğu yerel yönetimlerin	Özel hastane yatak sayısı %1'den az	Hastane masrafları bütçeden karşılanıyor
Finlandiya	5 üniversite hastanesi, 15 merkezi hastane, 40 küçük ihtisas hastanesi	Hastanelerin çoğu belediyeler birliğine bağlı	Belediye hastanelerinde 38 bin yatak, özel hastanelerde 1.400	Hastanelerin çoğu otonom çalışıyor
Fransa	2002 tarihinde üç seviye halinde 1.000 devlet hastanesi, 562 genel hastane, 29 bölgesel hastane, 349 lokal hastane	4.000 hastanenin 1.000'i devletin; kalanların % 33'ü (1.400) vakıf	Hastane yataklarının % 65'i devlette, % 15'i vakıflarda, % 20'si özel hastanede	Hastane planlamaları bölgesel hastane ajanslarına verilmiştir
Almanya	2001 de 2.240 hastane	2.030 genel hastanenin 790'ı devletin, 820'si kâr amacı gütmeyen, 420'si kâr amaçlı özel hastane	Hastane yataklarının % 55'i devlette, % 38'i vakıflarda, %7'si kâr amaçlı özel hastanelerde	Devlet hastaneleri de otonom hale getirilmiştir
İtalya	1998'de 1.381 hastane	% 61 devlet, % 40 özel hastane	Yatakların % 81'i devlette, %18,5 özelde	

Ali Bayramoğlu: “Doktorlar hastalara hastalık gibi davranıyorlar”

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Belki de ikinci sayımızda yazdığı yazıda kaleme aldığı gibi “içinde hep babası gibi doktor olmak hevesi yaşadığı” için ya da 1970’te ailece yaşadıkları ve annesinin felç geçirerek, konuşma, yürüme yeteneklerini kaybettiği kazadan sonra anne-çocuk ilişkileri yön değiştirip o annesinin babası olduğu için; ardı ardına geçirdiği hastalıklarda -ki en sonuncusu lenfoma- bir entelektüel olarak bedeni ve hastalığı konusunda da bilgi sahibi olma isteğinden; hep tıpla ilgili oldu. Kimi zaman konuşmalarında ki-

mi zaman yazılarında, sağlık ve sağlık sektörü ile ilgili dikkat çekici tespitler yaptı.

Kim mi? Akademisyen, gazeteci, yazar Ali Bayramoğlu. İşte tam da bu nedenden dolayı, Ali Bayramoğlu ile konuşmayı, hem entelektüel bir göz olarak hem hasta olarak sağlıkla ilgili konuları irdelemeyi istedik.

Yasemin K. Şahinkaya: Babanızdan dolayı hep içinde olduğunuz, çok uzun yıllardır değişik rollerle (evlat, yazar, hasta) içinde veya iyi bir gözlemci olarak dışında yer alarak sağlıklı bir şekilde hep ilgilendiniz. Peki bugün sağlıkta neredeyiz ve nereye

gidiyoruz bunu söyleyebilir misiniz?

Sağlıkta iyiye doğru gidiyoruz ama daha kat etmemiz gereken çok yol var. Pek çok yönden yapılması gereken, tekrar tekrar ele alınması gereken konular var. Ancak çok önemli adımlar atılmıştır. Ben sağlık mekanizmasının, sağlık meselesinin toplumların en önemli meselesi olduğunu düşünüyorum. Yani eğitimden hatta savunmadan bile daha önemli. Sonuçta fert olarak, insan olarak birini aldığınız zaman, kendi haliyle sağlık, hastalık, yaşam, ölüm, doğum gibi bir iç öyküye sahip. Bu öykü kaçınılmaz olarak, toplum olarak yaşadığınız için bir toplumsal sorumluluk



haline, bir devlet sorumluluğu haline, bir birey sorumluluğu haline dönüyor. Dolayısıyla sağlık olarak söyleyeyim, sadece benim değil, bir sürü sıradan vatandaş açısından önemli bir yol alındığı kanaatindeyim.

Akif Tan: Sağlık sektöründe büyük bir değişim yaşıyoruz. Bir hasta olarak hastaneye geldiğinizde sizin ilk olarak dikkatinizi çeken şeyler neler? Nelerle karşılaşıyorsunuz?

Ben bu sorulara doğru cevap verecek bir adam mıyım onu bilmiyorum. Çünkü bir gazetede köşe yazıyorum ve tanınıyorum. Bu sayede gittiğim yerde bizim kültürümüzün doğal dayanışma ve önemseme mekanizması işliyor ve bana hemen bir yol açıyor. Hastabakıcı da tanıyor, hemşire de tanıyor, doktor da tanıyor ve dolayısıyla özel ilgi görüyorum. Ama onun dışında tabii gözleme imkânım oluyor. Babam da benim hekimdi. Bütün çocukluk oyunlarımız İskenderun Devlet Hastanesi'nin bahçesinde geçti. Demin de söylediğim gibi çok yol kat edildiğini düşünüyorum.

Hizmet açısından çok önemli meselelerden bir tanesi hasta karşılama meselesi. Bu konuda ben devlet hastaneleri, sigorta hastaneleri dahil, yol alındığı kanaatindeyim. Çünkü hasta olunca insan kendisini özel hissediyor. Bu çok önemli bir şey. Dünya duruyor ve siz ve sizin bedeniniz ön plana çıkıyor. Sadece size itina bekliyorsunuz. Hostesler bu anlamda çok önemli. Hastanın hastanede karşılanması bir güven mekanizması ile çok ilgili. Bunun ben Türkiye'de gerek zihniyet olarak, gerek davranış olarak, gerek eğitim olarak düne oranla çok daha fazla yerleştiği kanaatindeyim. Eskiden hemşireden korkardık. Ama o da değişmiş durumda; azarlayan hemşireden farklı, şimdi daha müşfik, daha bir ilgili, daha bir güven veren hemşireye doğru gidiliyor.

Benim babam deprem günlerinde Cerrahpaşa'da yattı, hatta orada da kaybettik. En zor günlerde ve en zor hastalıklarla (diyaliz vs.) uğraşıldı. O zamanda bile farklıydı, şimdi daha farklı. Hakikaten düne nazaran insan kalitesinde farklılaşma var.

Ben zihniyet açısından, insan kalitesi açısından bir farklılaşma olduğunu, insan ilişkilerinin aldığı yeni biçimler açısından sağlık sektöründe bir farklılaşma olduğunu düşünüyorum.

Özel hastanelerin yine sosyolojik kültür olarak bir model oluşturmaya başladığı kanaatini taşıyorum. Yani özel hastanelerdeki hemşire sistemi, hekim sistemi, hasta karşılama sistemi bütün bunların serbest piyasada na-

sıl bir standardizasyon vardır, nasıl bir kalite vardır, o şekilde yerleşmesini sağladığını düşünüyorum. Özel hastanelerin bir dizi dezavantajının yanında kalite çıtasıyla ilgili olarak ve bu ilişkiler açısından Türkiye'yi belli bir yere doğru götürdüğünü düşünüyorum. Hasta açısından bunun çok önemli olduğu kanaatindeyim. Hekimi bilemem ama hastanın beklentisi, hastanın talepleri, hastanın terbiyesi açısından bu önemli.

(Y. K. Ş.) Özel hastanelerde bulunan hostesler bir farklılık getiriyor yani...

Çok getiriyor tabii ki. Gerçi bu uygulamaya devlet hastanelerine gelmedi, gelmesi de çok mümkün gözüküyor ama tabii çok önemli. Ayrı bir sistem gerektiriyor ama en azından modelizasyon önemli bir şey. Bu sadece maddi imkânlarla açıklanmaz. Bu aynı zamanda zihniyettir, bu aynı zamanda çabadır.

Bir globalizasyon varsa, globalizasyon ülkeler için de var. Globalizasyon, mesafelerin ortadan kalkması demek, temasların çok doğrudan olması demek. İnternet, benim okurla olan bütün mesafeleri kaldırdı. Seven aşkını söylüyor, öldürecek olan da silahının cinsini yazıyor. Sürekli temas halindeyiz. Sonuç olarak sağlık sektöründe de durum pek farklı değil. Hasta ile sektör arasındaki mesafeyi de hostesler kaldırıyor.

Sağlıkta araştırmanın maliyetini sıhhat değil, hastalık ödüyor

(A. T.) Hastalığın özel hastanelerin artmasıyla birlikte meta haline gelmesi ile ilgili bir tartışma var, siz bu konuda ne düşünüyorsunuz? Özel sektörün sağlık alanında daha etkili ve artan miktarda yer alması, insani bir erezyona mı yoksa kalite artışına mı yol açabilir? Biraz küçük bir ilave yaparsak, piyasa ekonomisi etik sorunları ortaya mı çıkarır, yoksa etik sorunlara mı yol açar?

Yaşadığımız dünya, insanın doğa ile mücadelesi, o doğayı dönüştürürken kullandığı teknik ve teknolojinin hat safhaya gelmesi sadece tıp alanında değil her alanda etik sorunu temel sorun olarak karşımıza çıkarıyor. Yani etik sorun derken daha sosyolojik olarak şunu söyleyebiliriz: Herhangi bir kurumun, herhangi bir aktörün işlevi ile ilgili bir sorundur etik sorun. Tıbbın işlevi nedir, tedavi etmektir. Ama bu işlevi değiştirmek gibi bir teknolojik imkân kavuşursa (klonlamada olduğu gibi) sorun etikdir. Çünkü işlev değişince o işlevi yerine getiren doktorun rolü de değişiyor. Do-



“Ben zihniyet açısından, insan kalitesi açısından bir farklılaşma olduğunu, insan ilişkilerinin aldığı yeni biçimler açısından sağlık sektöründe bir farklılaşma olduğunu düşünüyorum. Bu durumda da başta özel hastanelerin sosyolojik kültür olarak olumlu bir model oluşturmaya başladığı kanaatini taşıyorum. “

layısıyla bu rolün yeni sınırları, ahlaki sınırları, mesleki kuralları açısından yeni durumla karşı karşıya kalıyoruz. Basın için de bu böyle... Haber vermiyoruz sadece kanaat oluşturuyoruz. Hüküm veriyoruz, yönlendiriyoruz. Dolayısıyla etik sorunlar sadece çünkü etik sorunlar değil. Piyasa aktörü olmaya başlıyorsunuz. Ve bu durumda etik olanın yeniden tanımlanması çok önemli.

İşlev olarak ele aldığınız zaman ise; (ki ben bunun derslerimde çok örneğini vermişimdir) tıp çok önemli. Klonlamayla, gen araştırmalarıyla, teşhis ve tedavi teknolojisinin genişlemeye, derinleşmeye başlamasıyla birlikte aslında teşhis, tedavi araştırmalarında işlevi aşan noktalara doğru; sorgulanması gereken noktalara doğru giden bir tıp alanı var. Dolayısıyla bu iki yönlü: Bombayla enerji arasındaki gidiş geliş gibi. Teşhis ve tedavi imkânları artıkça bunların piyasa araçları haline gelmesi kaçınılmaz oluyor.

Sağlık sektöründeki araştırmanın maliyetini sıhhat değil, hastalık ödüyor. Bu çok önemli bir çelişki. Mesela sağlık sektöründe sigortadan bahsedelim. Kalp krizi geçiriyorsunuz. Sağlık sigortası, kalp krizi geçirdiğiniz zaman, bunun dışındaki sıhhatinizi si-



“Doktor hasta arasında bir iktidar ilişkisi var. Bu iktidar ilişkisi için yapılacak bir şey yok ama bu iktidar ilişkinin alanı genişledi şimdi. Sadece hekimle ilgili değil artık. Hastaneyle ilgili, bakımla ilgili... Böyle bir mekanizma var ve bu iyi bir mekanizma. Ama bu mekanizmanın yanında baktığınız zaman inanılmaz metalaşma, inanılmaz bir maddileşme de var.”

gortalıyor. Ya da polişe primleri inanılmaz olarak artıyor. Sağlık sektörü kapitalistleştikçe, piyasa aktörü olmaya başladıkça, etik sorun dediğimiz sorun bu kez hastalık tanımında, sıhhat tanımında, hasta tanımında devreye girmeye başlıyor. Teknoloji derinleştikçe, MR cihazlarının kabiliyeti arttıkça bunların araştırılmasının, üretilmesinin maliyetini hastalar ödemeye başlıyor. Sonuç olarak hastalık fikrinin belirleyici olduğu, hastanın maliyeti karşıladığı bir sistem karşımıza çıkıyor. Bu çok sevimli değil. Çok kaotik bir şey. Etik sorun sadece tıbbın işlevleri arasında karşımıza çıkmıyor. Etik sorun burada da karşımıza çıkıyor. Örneğin ilaçlar: İlaç araştırmaları, ilaçların kullanılması açısından ortaya çıkmıyor; hekim, hekimin rolü, hekimin mesleğine bakışı, hekimin hastaya bakışı, bu soruları sorup sormaması da bir etik mesele haline gelebiliyor. Ama en önemli ayak bu. Bu dünyanın her yerinde var ama Türkiye’de daha fazla.

(Y. K. Ş.) Ama bildiğim kadarıyla bu anlattıklarınız çok maliyetli işlemler zaten...

İşte o maliyet dönüp bize yansıyor. Sonuç olarak insana yansıyor, hastaya yansıyor. Herhangi bir insanın hasta olup bunu hissetmemesinin

mümkün olduğunu sanmıyorum. Siz bu sistemle karşı karşıya kalmasanız da (sizinkini sigorta ödemiş olsa bile) yanınızdaki hastada ortaya çıkıyor, bir başkasında ortaya çıkıyor. Sağlık sistemiyle ilgili soru sormayan hasta var mıdır emin değilim. Burada sorun ne? İki yüzü var: Evet mükemmel bir karşılama var, ilaçlar gelişmiş, sizin doktora ve hastaneye güveniniz artmış, en acılı, en zor hastalığa kapılsanız bile umut artıyor. Doktor hasta arasında bir iktidar ilişkisi var. Bu iktidar ilişkisi için yapılacak bir şey yok ama ilişkinin alanı genişledi şimdi. Sadece hekimle ilgili değil artık. Hastaneyle ilgili, bakımla ilgili... Böyle bir mekanizma var ve bu iyi bir mekanizma. Ama bu mekanizmanın yanında baktığınız zaman inanılmaz metalaşma, inanılmaz bir maddileşme de var.

Nasıl doktor profili?

(A. T.) En azından buna karşı tedbir alarak, bunun olacağını bilerek bunu biraz daha aza indirgeme gayreti içinde olmak gerekmez mi?

Kesinlikle olmak lazım. Mesela standart eğitimde ilaveler yapmak, meslekteki hekimleri bu konuda tartışmalara sevk etmek bu gayretler içinde olmalı. Bu konuda biraz daha uyarıcı olmak gerekir.

Mesela tıp fakültelerinde deontoloji dersini Hilmi Yavuz da girip anlatabilmeli, ben de girip anlatabilmeliyim. Sadece tıp açısından değil, insanlık açısından da bu ele alınabilmeli. Çünkü şöyle de bir sorun var mı tıpta diye düşünüyorum: Yani ben sosyal bilimciyim. Yıllarca üniversitede akademisyenlik yaptım. Benim çalışma nesnem belli. Ama çalışma nesnemle ilgili hipotetik bir tutumum var. Benim branşım hipotetik. Ve bu hipotetik tutum üzerinden nesnemle ilgili yani toplumla ilgili bir felsefem var. Tatonmanına gitmiyorum. Araştırmada tatonmanla gidiyorum ama ana bir fikrim var. Tıpçının ana fikri yok. Temel olarak yok. Yani nesnesiyle ilgili bir felsefesi yok. Sadece tatonmanı var ve o tatonman teknolojiyle nasıl söylemeli, işbirliklik demek. Yani iyi yetişmiş, anatomiye bilen, tedaviyi bilen, teknolojiye bilyen, el kabiliyeti olan vs. eğitim almış insanlardan oluşuyor. Bu felsefe önemli bir mesele. Yani kullanılan ilaç açısından önemli bir mesele. İlaç yazarken ilaç araştırmasını okuyan doktor olması lazım. Soru soran doktor olması lazım. Yani birazcık bedenle, bedenle de hareketle toplumla, kültürle, hekimliği arasında zihni olarak bağ kuran bir doktor profiline geçmek lazım.

(A. T.) Değişen tıp mı, değişen teknoloji mi size göre? Tıp teknolojilerinin değişmesinden dolayı tıpta da büyük değişimler oluyor. Ama bunun felsefi yanı eksik kalıyor gibi. Tıp tarihinde de eskiden bazı filozof doktorlara rastlanırken, günümüzde çok fazla değil bu... Tıp felsefesinde de bu bir eksiklik aslında. Değişen teknolojinin de yorumu tam aksetmiyor. Bunların hepsini eğitim içerisinde ele aldığımızda, tıp fakültesinde eğitim sistemi içerisinde daha sosyolojik ağırlıklı bir eğitim mi olmalı?

Doktor hayatla, canla, ölümlle en yakın ilişki kuran meslek sahiplerinden biri. Hayatla ölüm arasında gidip geliyorlar. Dolayısıyla burada soruların çok fazla olması lazım. Bu soruların bir dizisi, yani kendine göre bir hayat anlayışı var, inancı var, onun ötesinde meslekle ilgili, mesleğin sorumluluklarıyla ilgili tıbbın içermediği bir şey var. İçermemesi de gerekiyor belki. Beden ve hayatla ilgili genel bir felsefeden hareketle tedavi yapamaz hekim. Alternatif tıp örneğin; varsayıyor.

Bir örnek vererek gideyim. Bana lenfoma teşhisi kondu. Etyen Mahçupyan benim yakın arkadaşım. Bu işlerle bir ara çok ilgilenmişti. Etyen, kanserden eşini kaybetti. Hemen bana geldi. İsrail’e gidip alternatif tıp tedavisine girmemi önerdi. Benim de ona cevabım şu oldu: “Geleneksel tıpta tedavisi olabilecek bir şeyi reddedip alternatif tıba gidip kobay olmak bana göre değil Etyen” dedim. Çünkü burada iyileşebileceğimi biliyorum. Çünkü erken safhada. Üstelik Hodgkin. En çok iyileşebilecek bir tür.

Etyen ile bunu çok konuşmuştuk. Alternatif tıbbın bir varsayımı var. Ama bu varsayımla sahada adım adım elde ettiklerimizle ulaştığımız neticeler kesişmiyor. Yani geleneksel tıp tedavi ediyor, diğeri tedavi etmiyor. Geleneksel tıbbın (bu hastalıkta diyeelim) bir tanımı yok ama ötekinin bir tanımı var. Şimdi bu ikisi arasında bağ kurmak çok zor.

(Y. K. Ş.) Şöyle diyebilir miyiz, geleneksel tıpta çözümlerin bittiğini hissettiğiniz noktada alternatif tıp arayışınız olur muydu?

Elbette. Bu insanın canı. Can söz konusu olduğunda her şeyi deneyebilirsiniz. Bu biraz hastaya ve hastanın donanımına, hastanın inancına bağlı. Yani bana soracak olursanız ben yapmam. Yani çok umutsuzluğa düşerseniz; öyle bir hastalığa yakalanırsanız ki haritanın sonunu biliyorumdur, belki alternatif tıp değil de alternatif yöntemler deneyebilirim. Mesela gen tedavisine aklımla erebilir. Ama mesela öyle kabuklu piring yemekten, ısırgan





“Mesela tıp fakültelerinde deontoloji dersini Hilmi Yavuz da girip anlatabilmeli, ben de girip anlatabilmeliyim. Sadece tıp açısından değil, insanlık açısından da bu ele alınabilmeli. Bedenle, bedenle de hareketle toplumla, kültürle, hekimliği arasında zihni olarak bağ kuran bir doktor profiline geçmek lazım. Bu durum, doktor profiline kesinlikle olumlu yansiyacaktır.”

otu içmekten çok umut bekleyeceğimi sanmıyorum. Başka bir şey yaparım. Zamanımı iyi değerlendirmeye çalışırım mesela...

(A. T) Artık bir alternatif Çin tıbbı var. Ama tıbbi verileri dünya tıp kongrelerinde tebliğ kriterlerine bile uymuyor. Sokrates “tıbbın bittiği yerde büyücülük mübahtır” diyor. Bu bile kabul edilebilir hakikaten ama Çin’de uygulanan alternatif tıp, günümüzdeki tıbbi uygulamaların bittiği yerde değil bu uygulamalara alternatif olarak ortaya çıkıyor. Alternatif tıbbın vaatleriyle gerçekleri nasıl dengelenecek size göre? Çok büyük şeyler vaat edilebilir ama gerçekten tedavi edip etmediğini kim nasıl sinayacak? Bunun için çok fazla kayıp mı vermeliyiz?

Biraz önce söylemeye çalıştığım ana çelişki burada. Bir entelektüel bütüncülük arıyor, açıklama arıyor. Bu tarihte, sosyolojide, mühendislikte mümkün. Fakat tıp söz konusu olduğu zaman bu mümkün değil. Şöyle mümkün değil: Yani ben tarihte bir büyük nesnenin ana fikrini kuruyorum, olması gerekeni söylüyorum. Toplumda şu olursa bu olur, bu olmazsa şu olmaz diyorum. Sizler tıpta

bunu belli organların fonksiyonları bazında yapabiliyorsunuz. Hiçbir zaman da yüzde yüz değil!

Tıpta böyle bir şey yok. Burada çok büyük bir çelişki var. Bu çelişki ne? Bir tarafta adım adım, deneyerek, sınavarak, üstelik teknoloji yardımıyla ve usta çırak mekanizmasıyla ilerleyen bir branş var. Ve bu branş hayatla ilgili sonuç olarak ama hayatın felsefesi ile ilgili bir fikre sahip olması onu hem zayıflatabilir hem de aynı zamanda olması gerekiyor. Etik sorun açısından da bu gerekli, hekimin donanımı açısından da bu gerekli. Bu önemli bir sorun. Alternatif tıp dendiği zaman bile hemen itiraz eden, konuyu dahi açtırmayan doktorlar yani alternatif olan her şeye kapalı hekimlerin hastayla kurduğu ilişki mekanik oluyor, hastalıkla kurdukları ilişki de. Böyle bir durum var. Burada hekim donanımının çok kıymetli olduğunu düşünüyorum ve bu donanımın daha sosyoloji ile daha antropoloji ile desteklenmesi kanaatindeyim. Yani mesela rölativitenin ne olduğunu çok iyi biliyordur eminim ama bir de başka bir rölativite var. Bilginin ve bilimin rölativitesi var. Bunu daha iyi öğrenebilir hekim.

Size şöyle bir örnek vereyim: Margaret Mead. Tarihin en büyük antropologlarından bir tanesi. 1920’lerde falan doğmuş bir kadın. O dönemde antropoloji daha çok yabancılar Batı’ya benziyor mu benzemiyor mu diye bakan, onları ilkel, az ilkel diye tanımlayan bir branşken Mead, daha çok kültürel olanın önemini, altını çizip her toplumun kendine has bir kültür dokusu vardır diyen bir kadın. Bu hanım gitti Latin Amerika’da bir kabiledede çalışırken bir bulgu ortaya çıkardı. 1940’larda genç kızlarla yaptığı görüşmeler sonucunda Margaret Mead’ın öğrendiği şey şu: Bekâretin bir önemi yok! Margaret Mead, dönüp bir kitap yazdı ve şunu söyledi bizlere: Demek ki bekâret dediğiniz şey de kültürel. Bazı toplumlarda önemlidir, bazı toplumlarda önemli değildir. Bunun üzerine antropolojide genetik ve fiziki olandan çok kültürel olanın ne kadar ne kadar önemli olduğunu 30 yıl kadar anlatıldı. 30 yıl kadar sonra başka bir antropolog aynı yere gitti kadınlarla konuştu. O kadınlar 20 yaşından 50 – 60 yaşına gelmişti. “Biz dalga geçtik” dediler. Ve bir skandal çıktı ortaya. Bekâret çok önemliymiş meğer orada. Ama bunun bir önemi yok, yani Margaret Mead’ın önemini azaltmıyor. Fakat rölativite, inanılmaz bir şey. Siz tam 30 yıl 40 yıl bunun üzerine bilgi ürettiniz, doktoralar yaptınız...

Ya da başka bir örnek vereyim size:

İnsanlığın kökeni ile ilgili çeşitli evrim sistemi var. Bu evrim sisteminde en son bulunan kafatası homo erektus ile homo sapiens’in aslında binlerce yıl arayla bir evrimin sonucu olduğuna inanılırken, geçen gün iki tane yakın kazıda bulunan iki kafatasının radyolojik teşhisi ve tarihlemesi sonunda aynı dönemde yaşadığı ortaya çıktı. Bizim bilgimiz bunların çok ayrı tarihlerde yaşadığı idi. Ama bu bilgi bir beş sene sonra tamamen çöpe atılan bir bilgi olacak...

Hastaya bakış, hastayı tanımlama, o olmayan, olması da gerekmeyen o büyük hipotetik felsefenin yerine başka şeyler koyulmalıdır. Ben, daha entelektüel, tekniği çok iyi kullanan ama daha az teknik düşünen hekim profilinin, birçok konuda özellikle de bu etik sorunların aşılmasında, hasta doktor ilişkisinde, bedene yaklaşılmasında çok önemli olduğunu her zaman düşünmüşümdür.

Bilinçli hasta nasıl olunur?

(A.T.) Tıp dünyası kendi dışından tartışmacılara, tartışma biçimine ve tartışmaya açık mı? Çok kolay mı tıp dünyası üzerine yazmak?

Çok açık bir toplum değil tıp dünyası... Benden ziyade sağlık konusunda Etyen çok yazdı. Hatta onun yazdığı dönemde Faruk Akyan, Etyen’in şarlatan olduğunu söyleyecek kadar ileri gitmişti. Fakat daha sonra Etyen’e telefon edip “oğlum benim onkoloji bilgidimden şüphe etmeye başladım” demiş hatta buluşup konuşmuşlardı. Faruk Bey tarafından gelen insani bir şeydi ama şu çok açık ki tıp, belki nesnesi itibarıyla, belki teknolojisini itibarıyla, belki çok hassas bir nesne, insan hayatı söz konusu olduğu için bu konularda çok kapalı. Hem de çok şiddetli kapalı.

Belli alanlar var; bu mafsallı tutulmaları, bel fıtıkları gibi daha iskeletle ilgili alanlar. Bunlarda o geleneksel denenilen şeyler işe yaramıyor değil. Ama doktorlar buna çok kızıyorlar. Telaffuz dahi edilmesini istemiyorlar, ama işe yarıyor. Adam bir yeri çekerek açıyor, rahatlatıyor, baskı varsa yok ediyor. İlle de midemi delegecek kas gevşeticiler almam gerekmiyor.

Benim 5 tane fıtığım var ve hakikaten bazı şeylerin işe yaradığını tecrübelemeye dayanarak söyleyebilirim. Şimdi bunlar dışlıyorlar tabii doktorlar. Hem de çok dışlıyorlar. Benim fizik tedavi doktorum bir kere hekim olmayan bir fizik tedaviciye gittiğimi duyunca neredeyse telefonla dövecekti beni. Çok kızıyorlar. Babam da çok kızardı.

(Y. K. Ş.) Siz kişilerin hastalıklar konu-

sunda bilinçli olması gerektiğini savunuyorsunuz. Bu açıdan baktığınızda sağlık haberlerini nasıl buluyorsunuz? Halkı bilinçlendirmek için iki yol var: Halk Sağlığı Merkezleri ve sağlık haberleri... Bunları değerlendirir misiniz?

Ben halk sağlığı meselesinin hasta açısından çok çok önemli olduğunu düşünüyorum. Yani hastalığın önceden teşhis edilmesi açısından değil. O da önemli ama hastalandıktan sonra hastanın hem donanıma açısından, bilgilendirilmesi açısından çok önemli. Teknoloji teşhiste derinleşmeye yetmiyor. Hastanın da ona mutlaka yardım etmesi gerekiyor.

Gelelim sağlık haberlerine. Bana göre sağlık haberleri çok kötü. Sağlık söz konusu olduğunda bizim basın anlayışımızdan kaynaklanan çok ahaksızca bir tutumu olduğunu düşünüyorum basının.

Basında sağlık haberleri çok önemlidir, sattırır. Bir spor sattırır gazeteyi bir de sağlık... Sağlık sayfasını okumayan yoktur, herkes okur. Yani zayıflamak isteyen genç kız da okur, şeker hastası olan adam da... Ve inanılmaz derecede yönlendiricidir. İnanmasanız bile farkında olmadan hafızanızda yer eder.

Bu çok tehlikeli bir şey ve bunu uzmanlığı bu olan çocuklar yapmıyorlar gazetelerde. En kötü muhabirler sağlık muhabiri oluyor.

(Y. K. Ş.) Sağlık haberleri yapanlardan ziyade çeviri haberler insanları yanıltmıyor mu?

Bir süre sonra doktorlarla tanışıp röportaj yapanlar işi idare ediyorlar, dediğiniz gibi ama özellikle bu tıp dergilerinde ve Avrupa dergilerinde henüz araştırma safhasında olan büyük yenilik gibi ortaya atılan şeylerin çok kötü olduğunu düşünüyorum. Televizyonda da aynı şey geçerli. Buna Sağlık Bakanlığı'nın yaptırım koyarak değil ama yönlendirerek müdahil olması gerektiğini düşünüyorum.

Halk sağlığı derken, halk sağlığının bir parçası halktır. Halkın bunu bilmesi ve öğrenmesi olayı. Yanlış bilgi almamak lazım. Spekülatif bilgi almamak lazım. Ne yazık ki yanlış ve spekülatif bilgi çok bol miktarda var. Yani siz çıtayı yükseltirseniz gazeteler o çıtaya uyarlar. Özel hastane örneğinden olduğu gibi....

Yani doğru dürüst bir şey yaparsanız öteki de doğru dürüst bir şey yapmak zorunda kalır bir süre sonra.

Ama o açıdan çok zayıf olduğumuzu düşünüyorum.

(Y. K. Ş.) Peki "kocakarı ilaçları" denilen ilaçlar ve tedaviler...

Türkiye hâlâ, eğitim düzeyi yükselmekle birlikte hurafe düzeyi de çok yüksek bir toplumdur. Yani en okumuş insan bile nazara da inanır, fala da inanır, göze de inanır. Böyle bir ülkede kulaktan kulağa, kadından kadına, anadan anaya geçen tedavi yöntemleri eskiden olduğu gibi ciddi yöntemler de değil. Eskiden aneananem ben top oynarken ne zaman ayağımı burksam soğanla et sarardı. İşe de yarardı. Şimdiki yöntemler işe de yaramıyor. Daha çok hasta edilecek yöntemler. Dolayısıyla bunlar çok önemli meseleler. Tabii etik sorunlar çok önemli. Hekim, hekimin donanımı önemli ama bu kadar globalleşmiş bir toplumda hastanın hastalıkla çok sık karşılaştığı, hastalık tiplerinin çok endüstriyel hastalık tipine dönmüş olduğu bir düzende hastanın daha donanımlı olması gerekiyor.

Bu donanımı biz ille yüksek eğitim kalitesi ve bilinçten bekleyemeyiz. Yani herkesin Etyen Mahçupyan, herkesin Ali Bayramoğlu gibi hastalık karşısında tepki vermesini bekleyemeyiz. Bizim verdiğimiz tepki şu: Hastalığını derhal bir nesne haline çeviriyoruz. Yani ben hastalığımla mümkün olduğunca objektif bir ilişki kurmaya çalışıyorum. Hastalığın mekanizmasını öğrenmeye çalışıyorum. Bu şekilde rahatlıyorum. Bunu herkesten bekleyemezsiniz. Bu bizim hayatla baş etme biçimimiz. Çünkü böyle yetiştirilmişiz. Ama herkesin düzeyine göre bunun yöntemleri olmalı. Bunun kültürel yöntemleri olabilir, dinsel yöntemleri olabilir, tıbbi yöntemleri olabilir. Bunun üzerine düşünmek lazım. Çok önemli olduğu kanaatindeyim.

(A.T.) Son olarak, Türkiye'de konuşulmasa da biz bu konunun da konuşulması gerektiğini düşünüyoruz; ötenazi hakkında ne düşünüyorsunuz?

Ötenazi hakkı olabilmeli, benim kanaatim bu... Türkiye koşullarında ben ötenazi tartışmasının çok olgun bir tartışma olacağını sanmıyorum. Ötenazi tartışması çok farklı bir sekülerlik gerektiriyor. Biz henüz o anlamda olgun bir seküler toplum değiliz. Dolayısıyla bu tartışmanın bin tane farklı yere kayacağını ve sonuç vermeyeceğini sanıyorum. Ama kişisel olarak bana soracak olursanız, ben insanların böyle bir hakka sahip olması gerektiğini düşünüyorum. Bu ihtihar hakkı değildir. Bu sadece anlatıldığı gibi fişi çekmek de olmamalıdır. Felçli bir insanın da bu hakkı kullanabilmesi gerektiğini düşünüyorum. Bilinci yerindeyken.

Sihhatliyim ve kendimle ilgili şöyle



Ali Bayramoğlu kimdir?

1956 yılında Gelibolu'da doğdu. Fransa, Grenoble Siyasal Bilgiler Fakültesi'ni bitirdi. Yüksek lisans ve doktorasını İstanbul Üniversitesi'nde verdi. 1981 yılından 1999'a kadar, on sekiz yıl boyunca Marmara Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyeliği yaptı. Özellikle Silahlı Kuvvetler'in siyasi rolü, İslami hareketler, devlet sosyolojisi konularında çalıştı. 1990 yılından bu yana çeşitli dergi ve gazetelerde toplumsal ve siyasal analizler yapıyor. Sırasıyla Tempo, Power dergilerinde yazdı. Ardından Yeni Yüzyıl, Star, Yeni Binyıl, Sabah gazetelerinde köşe yazarlığı yaptı. Halen Yeni Şafak Gazetesi'nde yazıyor. Kitapları: Türkiye'de İslami Hareket (Patika Yayınları - 2001) 28 Şubat: Bir Müdahalenin Güncesi (Birey Yayıncılık - 2001) Türkiye'de Ordu (Birikim Yayınları - 2003) Çağdaşlık Hurafe Kaldırmaz (Tesev Yayınları - 2006)

yapın deyip vasiyet yazacak durumda da değilim ama diyelim ki Allah korusun bir kaza geçirdim. Bizim Menderes'ten daha kötü bir duruma düştüm. Bu hakka sahip olabilmeliyim diye düşünüyorum.

Geçenlerde bizim Ela'nın annesini kaybettik. Mesela o yemeği, içmeyi bıraktı. Ama hiçbirimiz ısrar etmedik. Etyen'le de konuştuk, hastaneye götürüp serum falan bağlatabildik ama onun kararına saygı duyduk.

80 yaşındaydı, inanılmaz ciddi problemleri vardı. Bağırsak yapışıklıkları, sürekli, neden olduğu bilinmeyen ve kanayan bir mide... Yürüyemiyor, kemik kırıkları var, depresyonda... Ölmeye yattı, şansı da varmış çok direnmedi vücudu. Olmalı diye düşünüyorum.

Ötenazi hakkı bir insan hakkıdır bana göre... Bu bilinçli olarak kullanılmalı ama bunun düzeyleri, regülasyonu, hukuki alt yapısı mutlaka oluşturulmalı.

Bence olmalı ama dinî açıdan mümkün değil. Onun için sekülerlikten bahsettim.

Türkiye için erken bir tartışma...

“Sağlıkta performansın performansı”

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpinar köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı. Doçentlik unvanını 1994'te aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır.

Uz. Dr. Volkan Kara



1974 yılında Muğla ili Milas ilçesinde doğdu. Balıkesir Sırrı Yırcalı Anadolu Lisesi'ni bitirdikten sonra 1998 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İlaç ve sağlık sektöründe yönetici olarak görev aldı. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Göğüs Cerrahi İhtisasını 2002 - 2007 yılları arasında tamamladı. 2007 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisansını "Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları" konulu çalışma ile bitirdi. Evli ve iki çocuk babasıdır.

Performans, bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavramdır.

Bilindiği gibi, Sağlık Bakanlığı kendine bağlı hastanelerde 2005 yılından sonra sağlıkta performans yönetimi uygulamasına geçme çalışmaları başlatmış ve buna paralel olarak performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiştir.

Performansa dayalı ödeme sistemine

geçişin temel nedeni başta hekimler olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının ücretlerindeki yetersizliği gidermektir. Ülkemizde çalışanların maaşlarının yetersizliği ciddi bir sorundur. Aynı sorun sağlık sektöründe daha belirgindir. Şu an itibarıyla performans desteği olmadan hekim maaşları, uzman hekim düzeyinde bile yoksulluk sınırının altındadır (TÜİK verileri). Bu sorunu kabul eden Sağlık Bakanlığı döner sermaye uygulamasıyla 1962'den beri ücretlere katkı sunmaya gayret etmeye çalışmıştır. Sağlıkta farklı ödemenin gerekliliği sağlık hizmetinin zorluk, yüksek risk ve “stoklanamaz bir hizmet” olması sonu-

cudur. Döner sermaye uygulamaları üniversite hastanelerinde beklenen katkıyı kısmen sağlamış olmakla birlikte, devlet hastanelerinde yeterli ve düzenli bir döner sermaye ödemesi söz konusu olmamıştır. Performansa dayalı ödeme uygulaması bu sorunu çözmek amacıyla son 3 yıldır uygulama alanına sokulmuştur. Ülkemizde değil kalite, ruhsat düzeyinde bile pek çok sorunun yaşandığı sağlık kurumlarında ciddi bir seviye yükseltme hedefini de birlikte amaçlayan sağlıkta performans yönetimine ilk uygulama anından itibaren değişik eleştiriler yöneltilmiştir. Sağlıkta performansa dayalı ödeme yönetimiyle





ilişkili sorunların bir kısmı zaman içerisinde Sağlık Bakanlığı yönetimince çözülmeye çalışılmıştır. Buna rağmen konuyla ilgili olarak halen ciddi sorunlar mevcuttur. Bu yazıda konuyla ilgili öncelikli sorunları maddeler halinde ele alıp çözüm önerilerini sunacağız.

1. Sağlıkta performans dayalı ödeme sonrası yetkililerce zaman zaman yapılan açıklamalar, sanki tüm hekimlere çok yüksek miktarda ödeme yapıldığı kanaati doğurmaktadır. Bu yanlış kanaat nedeniyle devlet sektöründe çalışan diğer kesimlerde bir huzursuzluk ortaya çıkmakta, sağlık çalışanlarına bakış açısında değişiklikler ve tepkiler oluşturmaktadır. Hekimlerin performans basamaklarına göre aldıkları ödemeler incelendiğinde, pratisyen hekimlerde, çalışan kurumlar ve pozisyonuna; uzman hekimlerde, uzmanlık alanlarına ve çalıştığı kurumlara göre oransal ciddi farklar izlenmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan bir pratisyen hekim, 2007 yılında aylık ortalama 972 YTL performans ödemesi almıştır.

Aşağıda (tablo 1) Sağlık Bakanlığı verilerine göre ikinci ve üçüncü düzey hastanelerde ödeme miktarları ve dağılımı sunulmuştur. Bu düzeyde en az ortalama gelir 1.020 YTL, en üst gelir 7.268 YTL'dir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi ikinci ve üçüncü düzey sağlık kurumlarında performans ödemesi dilimlerinde 1.001 - 2.000 YTL arasında % 6 hekim bulunmakta olup bu grup TUIK verileri dikkate alındığında maaşları eklendiğine bile yoksulluk sınırına yakın bulunmaktadır. Beyanatların işaret ettiği 6.000 YTL üstü rakamlar sadece % 8 oranındaki bir hekim kitlesine verilebilmektedir. Doğrusu çalışmayı kısıtlayan mevcut alt yapı sorunları (fiziksel yetersizlikler: Örneğin, yoğun bakım yatağı yetersizliği, ameliyat masası azlığı, cihaz eksiklikleri, hemşire vb. yardımcı sağlık personel yetersizliği) nedeniyle 6.000 YTL üstü performans gelirin daha fazla sayıda hekimin ulaşması yakın dönem için pratik olarak çok zordur.

Tablo 1.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında performans dayalı ödeme miktarları ve dağılım oranları

Performans ödemesi	Hekim oranı
1.001 - 2.000 YTL	% 6
2.001 - 3.000 YTL	% 17
3.001 - 4.000 YTL	% 23
4.001 - 5.000 YTL	% 23
5.001 - 6.000 YTL	% 23
> 6000 YTL	% 8

Sağlık Bakanlığı verileri kişisel iletişimle temin edilmiştir.

Bilindiği gibi performansa dayalı ödemeler sadece aktif çalışma dönemi için geçerlidir; bunlar emeklilik dönemine yansımamaktadır. Ödeme miktarı ve zamanlaması değişkenlik göstermektedir. Ödemeler belli bir düzen dahilinde yapılamamaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirmede net bir hak ediş olmadığı için sürdürülebilirlik konusundaki kuşku nedeniy- le hemen tüm hekim kitlesi bu uygulama hakkında güvensizlik içindedir. Ödeme miktarındaki farklılıklar, görev yeri tercihi değil atama yoluyla belirlenmiş hekimlerde adaletsizlik düşüncesi oluşturmaktadır.

Performansa bağlı ödemelerin devlet güvencesi ile emeklilik prim ve maaşına yansıtılması, ödeme tarihlerinin belli bir düzen ve dönemde yapılması hem performans sisteminin disiplinize edilmesini sağlayacak hem de sisteme olan güveni artırıp hekimlerden gördüğü desteği pekiştirecektir. Görev yerleri ve tanımları net sınırlarla belirlenip görevin devamıyla ilgili objektif ve tavizsiz kriterler belirlenmeli, bu bağlamda hekimlerin farklı görev yerlerine talip olmasının önü açılmalıdır. Bu uygulama kurumların çalışanını seçme, seçtiklerini takip etme ve göreviyle ilgili değişiklikler yapma, işe devam konusunda karar verme konusunda tek yetkili olmasıyla mümkün kılınabilir. Şüphesiz ki, kişiler hakkında tasarrufta bulunacak yetkililerin tamamen nesnel ölçütlere göre karar vermesi ve kararlarının hukuki denetime açık olması zorunludur.

2. Mevcut performans dayalı ödeme, kliniklerin, birimlerin ve hekimlerin gelir ve giderleri dikkate alınarak net kâra dayallık esasına göre yapılmamaktadır. Objektif olarak bakılırsa performansın "motive ettiği (!)" hekimlerin verdiği ekonomik zararın net olarak hesaplanması gerekmektedir. Örnek olarak ortopedik protez ameliyatlarında hastane enfeksiyonları oranı ülkemizde çok yüksektir; bu durum hasta güvenliğini ilgilendirdiği gibi gereksiz ciddi harcamalara neden olmaktadır. Bu tip girişimleri yapan hekim ve klinikler hiçbir denetime tabi olmadan her yeni girişimden performans puanı almaya devam etmektedir; sonuçta hastalar büyük risklere girmekte ve ülke kaynakları heba

olmaktadır. Bugün ABD'de yanlış taraf ameliyatları, düşmeler, dekübitus yara enfeksiyonları, damar içi kateter ilişkili enfeksiyonlar, üriner kateter ilişkili enfeksiyonlar vb. ödeme kurumlarıncaya ödenmemeye başlanmıştır.

Dahili ve cerrahi disiplinlerde aktif olarak eşit zamanlı hizmet veren hekimler arasında puanlama açısından adaletsizlik doğuracak düzeyde ciddi farklar vardır. Halbuki geniş bir ekip hizmeti ve alt yapı imkânları gerektiren cerrahi hizmetin üretim maliyeti dahili branşlara göre çok yüksektir. Sağlıkta kârlılık kavramı her ne kadar ilk bakışta "ürkütücü" olarak gözükse de, birimlerin mali disipliniyi sağlamak, tıbbi harcamaları akılcı şekilde yapabilmek için bir düzenleme yapılması zorunludur. Kârlılığı gözetmeyen performans dayalı döner sermaye uygulamasının, devletçe özel bir destek (sübvansiyon) sağlanmadığı sürece kalıcı olması mümkün değildir. Halihazırda hastanelerin sabit giderleri (sabit maaşlar, kira, demirbaş araç, gereç ve cihazlar) devletçe karşılanmaktadır. Yatırım amaçlı yeni ekipman alımının bir kısmı son dönemlerde döner sermaye havuzundan karşılanırsa da, halen Bakanlık, il özel idaresi ve sağlık müdürlükleri kanalıyla oluşturulan ödenekler ile bina yapımı ve ekipman alımına devam edilmektedir. Performansa dayalı ödemenin sürekliliği konusunda en önemli sorun kaynak sürekliliği olarak görülmektedir. Her bir hastanenin yakın gelecekte bağımsız bir işletme olarak hedeflendiği düşünü- lürse bu işletmelerin, hekime bugün ulaştığı seviyede bir performans ödemesi yapabileceği bugünkü fiyatlandırma sistemine göre çok kuşkuludur.

Uzmanlık dalları arası adaletsizlik olduğuna dair inaniş öncelikle cerrahi – dahili ve tetkik branşları arasında ortaya çıkmaktadır. Cerrahi ve tetkik branşları için ciddi alt yapılar ve çalışan ekipler gerekmektedir. Performans puanlarında bu alt yapılar ve ekiplere harcanan maliyetler göz önüne alınmamaktadır. Cerrahi branşlar kendi içinde benzer net kârlılık sıkıntısı yaşamakta bundan öte görev tanımı nedeniyle hasta ya da vakâ bulamayan özel detay branş hekimleri performanstan arzu edilen oranda yararlanamamaktadır. Ortalama üzerinden branşın doktoruna ödeme yapılması çoğunluğu hekim olmayan (15 kişinin 7'si hekim) yardımcı sağlık personelinin oluşan döner sermaye komisyonun takdirine bırakılmıştır.



Branşın doktor sayısı o hastanede biri aştığında ortalamadan ödeme yapılması yasal olarak devreden çıkmaktadır. Oysa birçok yerde hekimin arzu edilen seviyede hizmet üretememe nedeni sıkıntılı alt yapı, hasta ve hastalık sayısının düşük olmasıdır. Hekimden bağımsız gelişen bu durumların sonucuna hekim katlanmakta, aynı statüde ve şartlarda olup çok az performans elde etmenin sonucu zincirin en zayıf halkası olma durumu ortaya çıkmaktadır. Özellikle cerrahi branşlarda kendi içinde de adaletsizliğe dair ciddi şüpheler vardır. Birçok branş yaptıkları iş ve aldıkları riskin puan olarak doğru yansıtılmadığının diğer bazı branşlar üzerinden örneklemek suretiyle ifade etmektedirler. Birçok cerrahi branş puan hesaplamalarında işlemlerine uygun hak edişler verilmediğini ifade etmekte, bazı işlemler mevcut sistemde bulunamamakta bu yüzden en yakın görülen seçenek işaretlenmektedir.

Çözüm olarak; hastanelerin, kliniklerin hatta hekimlerin bireysel olarak giderlerinin, amortisman masrafları dahil olmak üzere hesaplanmasıyla net kar üzerinden bir hak edişin ortaya çıkarılması iktisaden zorunludur. Akılcı ve ekonomik hastalık yönetimi, kaynakların daha etkin olarak kullanılabilmesi ve ödeme devamlılığını sağlamak için gereklidir. Hekimlerin bir gün boyunca ürettikleri hizmetin puan olarak karşılıkları arasında uçurum düzeyinde fark olmamalıdır. Her disiplinin temsil edildiği bir “çalıştay” sonrasında “adil bir puanlandırma” sistemi yürürlüğe konulmalıdır. Hastalıklar veya girişimler için çoğunluğun kabul edeceği bir puanlama sistemine ihtiyaç vardır. Gerek muayene gerekse konsültasyonda hastalıklar ağırlıklarına göre farklı puanlamaya tabî olmalıdır. Nezle ile tüberküloz menenjitin puanının mevcut sistemde ne yazık ki aynı olması konu için uygun örneklerden biridir. Tam gün aktif çalışan hekimlerin bir gün içinde ürettikleriyle işle elde ettiği performans puanları arasında uçurum herkesçe kabul edilebilir dışında bir fark olmamalıdır. Net kârlılık kavramı standardize edilmeli, gider kalemleri amortismanlar dahil belirlenmelidir. Cerrahi işlem puanlarının hesaplanmasında ameliyatın süresi, zorluğu, risk, kullanılan ekipman ve özellik durumu gibi detaylı bir hesaplama standardizasyonu sağlanmalı, eksiklikler ve uyarlamalar genel tıp bilgisi ile değil, o branşın dernek ve yetkili kanallarıyla iletişim içinde olunarak giderilmelidir.

Özel branş hekimleri, eğer gönüllü değil atama suretiyle tayin edildiyse, ortalamadan performans ödemesini daha rahat alabilmelidir. Elbette bunun istismara ve sorumsuzluğa yol açmaması için olası kesinti kriterleri objektif olmalı ve etkin şekilde uygulanmalıdır. Bu hem branşlar arası hem branş içi huzursuzluğa çözüm olacak, olması gerektiği üzere hekimler bir ekip ruhu ve bütünün parçaları olarak sinerjik etkiyle çalışacaklardır.

Yukarıda değinilenlerin sağlanması etik değerlerin korunmasını ve hekimler arası gereksiz kıskançlıkları ortadan kaldıracaktır. Ayrıca, kurumların çalışanlar tarafından daha da iyi sahiplenilmesini sağlayacaktır. Hekim ve hastane yönetimi birlikteliği stratejik ortaklık hali alıp verimlilik her anlamda artırılabilecektir.

3. Sağlık sisteminde stratejik açıdan önem arz eden eğitim araştırma hastanelerinde performans dayalı ödeme uygulaması ikinci düzey hizmet hastanelerine benzer mantıkla yürütülmektedir. Araştırma ve eğitim faaliyetleri, eğitim hastaneleri performans ödeme sisteminde olmazsa olmaz noktada değildir. Eğitici konumundaki hekim daha çok puan alabildiği hasta hizmetlerini eğitim ve araştırmaya tercih edebilmekte; eğitime ve araştırmaya zaman ayırmadan, sadece hasta muayene ederek ya da ameliyat yaparak eğitim araştırma hastanelerinde en üst düzey puana ulaşabilmektedir. Uzman, başasistana, hatta şefe daha çok hasta, daha çok ameliyat, daha yüksek “performans” denildiği sürece bu grup eğitim hastanesinde bulunış nedenlerini hatırlamakta güçlük çekecektir. Son dönemde ameliyat masası başına günlük belirlenen puanın doldurulma zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Bunun açıklaması şöyledir: “Vakayı uzman yapar, çabuk bitirir, daha çok vaka yapar ya da vakayı asistan uzmanla yapar, yavaş olur sayı düşer ancak eğitimi tam olur”. Dahili birimlerde benzeri bir uygulama tehlikesi mevcuttur. Poliklinik hizmetlerinin uzman merkezli görülmesiyle öğrenme sürecindeki asistanın hastaya daha fazla zaman ayırıp günlük poliklinik sayısında azalmaya neden olması engellenmiştir. Aynı şekilde her branşta, en iyi asistan tıbbi sekreterlerden daha hızlı yatış ve taburcu işlemi yapabilen, süratli hasta devir daimine katkısı azami olan kişi olarak belirlenme yolundadır. Tıbbi sekreterlik hizmetinin ülkemizde sınırlı olması, fatura ve servis işlemlerinin performans olarak geri dönecek olmasıyla birleşince asistanların hasta evrakı/mali epikriz hazırlama işine yönlendirilmelerinin önü de açılmıştır. Daha hızlı ve daha çok hasta bakmak telaşındaki şef veya baş asistan hasta başı eğitimi ve yayın

faaliyetlerini öteleyebilmektedir. Eğitim faaliyetlerinin uygunluğu ve etkinliğini denetleyen bir mekanizma yoktur.

Bolca ameliyat yapan cerrah ya da poliklinik ve uygun bulunduğu her yerde hasta muayene eden dahili branş hekimlerine eğitim araştırma hastanelerinde bulunış nedenleri olan eğitimi yapacak fırsat ve imkân tanınmalı, eğitimi ve araştırma “performans pastası” içinde mutlaka uygun bir oranda belirlenmeli; eğitim ve araştırma faaliyeti eksik olanlar tam performans puanına ulaşmamalıdır. “Performans pastası”ndan kastımız eğitim araştırma hastanelerinde hasta hizmeti, eğitim ve yayınlar için baraj oranlar (örneğin, hasta hizmeti % 60, eğitim % 30, yayın % 10 vb.) konulmasıdır. Hiç eğitim faaliyeti ve yayını olmayan ne kadar hasta bakmış olursa olsun bunları yapan meslektaşından % 40 kadar daha az gelir elde etmelidir.

Yapılan çalışmalarda hasta başına maliyeti artıran faktörlerin başında hekimin bilgi ve becerisini noksan kalması, bunu bertaraf etmek için bolca tetkike yönelmesidir. Olası yanlış teşhislerle ekonomiye ciddi zararlar verdiği, bunun sosyal ve ahlaki yönünün ekonomik olarak karşılanamayacak düzeyde ziyanlara yol açtığı bildirilmiştir. Gelecekte, bilgi beceri ve yetenekleri eksik uzman sıfatlı hekimlerin, çalıştıkları süre içinde bu eksikliklerinin neden olduğu zararın devam edeceği göz önüne alınarak; bilgi, beceri ve tutum kazandıracak eğitim faaliyetlerinin olması gereken düzeyde yapılması sağlanmalı, nesnel ölçütlerle yapılan eğitim denetlenmelidir.

Yönetmeliğin kongreye katılımı düzenleyen maddesine göre (madde 5, g fıkrası) bir yılda ancak 15 güne kadar olan kongre, kurs vb. eğitim amaçlı faaliyetler performans ücreti dahilindedir. Genelde hekimlerin çoğu için bu süre makul olmakla birlikte belli bir alanda uzmanlaşmış eğitimciler için yeterli değildir. Bilimin bu kadar yoğun ve detaylı paylaşıldığı günümüzde özellikle eğitim araştırma hastanelerindeki eğitici kadrolarının katılacakları toplantıları seçme durumunda bırakıp kısıtlanmalarına neden olmak uygun değildir. Bilgi ve becerisinden yararlanılmak istenen alanında uzman eğitimciler için süre kısıtlanması yapılmamalıdır.

4. Performansa temel teşkil eden yayınlar karşılığında ödenecek performans, nitelik ve niceliği açısından bilimsel ölçütlere göre belirlenmiş değildir. Örnek olarak “SCI Expanded” kapsamındaki bir dergideki birinci isimli yazara, sadece 500 puan verilmektedir. Dergilerin arasında impakt faktörleri veya diğer ölçütlere göre bir ayrıma gidilmemiştir. Performans hak ediş açısından bir-iki saatlik bir ameliyatla veya 20 - 25 has-





Performansa bağlı
ödemelerin devlet
güvencesi ile
emeklilik prim ve maaşına
yansıtılması, ödeme
tarihlerinin belli bir düzen
ve dönemde yapılması,
hem performans
sisteminin disiplinize
edilmesini sağlayacak
hem de sisteme olan
güveni artırıp hekimlerden
gördüğü desteği
pekiştirecektir.

ta muayenesiyle, aylarca uğraşarak hazırlanan yayın eş tutulmuştur. Bu durum bilimsel yayının yeterince ödüllendirilmediğinin açık bir kanıtıdır. Yurtiçi-yurtdışı kongre tebliğlerindeki durum daha kötüdür. Öyle ki, kongreye katılım ve yolculuk harcamalarına destek olmayan sistemde, elde edilen puan ve hak ediş sarf edilen emeği ekonomik ve sosyal olarak karşılamaktan; bu faaliyetleri teşvik etmekten uzaktır. Uygulamalarda yeni keşif, yöntem gibi yıllarca emek gerektiren bilimsel faaliyetler için herhangi bir planlama söz konusu değildir. Aynı şekilde yüksek lisans ya da doktora gibi, ilmini artırıcı faaliyetlerde bulunanlara ek bir destek ya da teşvik söz konusu değildir

Eğitim araştırma hastaneleri bu konularda farklı konumlandırılıp belirlenmiş kurallara tabi olmalıdır. Bu birimlerin ülkenin uzman hekim yetiştirme okulları olduğu, bu hekimlerin hem hizmet hem de bilim anlamında ülkenin sağlıktaki geleceği olduğu unutulmamalıdır. Uzman hekimleri yetiştiren kadroların performanstan bağımsız yasal sınırlar dahilinde üst seviyeden ek ödeme alması planlanabilir. Ancak performans uygulamasının temel zihniyeti olan çalışanı teşvik etme mantığıyla bu kişilerin eğitim öğretim faaliyetleri nesnel ölçütlerle denetlenmeli, bilimsellikte beklentileri yerine getiremeyenler için uygun yaptırımlarda bulunulmalıdır. Bilimsel teşvik

sahadaki tüm hekimlere açık olmalıdır. Özellikle SCI Expanded, A sınıfı dergilerde neşriyat hem hekim hem kurum hem de ülke için prestij kazandırıcıdır. Aynı şekilde yeni bir uygulama, teknik ya da ilaç gibi buluşların ülkemiz kaynaklı olmasının ekonomik ve sosyal çok fazla getirisi olabilecektir. Haliyle bütün bu bilimsel aktiviteler hak ettikleri değerde performansla ödüllendirilmelidir. Sağlık alanında olmak üzere yüksek lisans ya da doktora yapan hekimler, 657 sayılı kanundaki sembolik terfi dışında, çalışan ile çalışmayanı ayırt etme felsefesiyle yola çıkan performans sisteminden istifade etmelidir. Bunların ödüllendirilmesi hem performans hem de terfi şeklinde uyarlanabilir.

5. Performans öncesi ve sonrası uzmanlık ana alanlarına (cerrahi ve dahili) göre hasta başına düşen sağlık harcamasının arttığı gözleme dayalı kanatımızdır. Bakanlık yetkilileri, bu mukayesenin performans öncesi kayıtların kalitesiz ve eksik olması nedeniyle mümkün olmadığını ifade etseler de, genel bir rakam elde etmek için tüm harcama / hasta sayısı ya da poliklinik sayılarından faydalanılabilir.

Burada ulaşmaya çalıştığımız performans öncesi ve sonrasını kıyaslamak olacağından, hata ve yanılma her iki hesap içinde eşittir. Bu bize bir artış oranı verebilir. Gözlemimiz toplam harcama ve hasta başına düşen harcama miktarının arttığı yöndedir. Bu artışı zaman içinde bütçe uygulama talimatlarıyla frenlenmeye çalışılmış, paket uygulamalar gündeme gelmiştir.

Aynı bağlamda bu artmış maliyetlerin nedeni olan işlem ve girişim sayılarında da artış gözlemsel bilgimizdir. Bakanlık kaynakları bu bilginin kıyaslanmayacağıni belirtmektedir Gerçekten performans öncesi verilerde sapmalar ve eksikler olabileceği doğrudur. Faturalama hizmetlerinde ve içeriğinde düzeltme olduğu kesindir. Ancak özellikle cerrahi branşlarda performans öncesinde, girişim bilgilerini kaydetmek yasal zorunluluk olduğundan girişimsel işlem sayılarında mukayese yapılabileceği düşüncemiz sürmektedir. Birçok eğitim araştırma hastanesi performans öncesine de tama yakın kapasitede çalışmakta olduğundan, seçilecek örnek hastaneler vasıtasıyla hasta başına düşen sağlık harcamalarının da mukayese edilebileceğini düşünüyoruz. Yatış endikasyonları, endikasyonlara göre yatış süreleri, sık görülen endikasyon ve girişimlerde aynı coğrafyada sayılardaki artışın performansın olumsuz teşvikinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Olduğuna inandığımız farkın kayıt ve faturalama hizmet kalitesini artırırken, olası mübalağa ile maliyet artışına da yol açtığı fikrindeyiz.

Oluşturulan yeni yapılanmalar ile poliklinik sayıları ve aktif poliklinik yapan hekim sayıları artırılarak, hekim başına düşen hasta sayısı fazla artış göstermese de, hekime ve ilaca ulaşmanın kolaylaşmasıyla toplam sayı ve maliyetlerde ciddi artış olduğu düşünülmektedir. Bu artışın performansa bağlı ivmelenmesini incelemek başlı başına bir çalışma konusudur. Her branş bazında farklılık gösteren küçük-orta çapta tanısıl ya da tedavisel girişimsel işlemlerde artış olduğunu düşünmekteyiz. Başvuran hastaların ne oranda girişimsel işlemlere yönlendirildiği bu konudaki genel eğilimi gösterebilir. Cerrahi branşların operasyon, risk oranı düşük ve başarılı netice oranı yüksek olan endikasyonlarda artış görüldüğü, yatan hastalarda ağırlığın performans yansımaları yüksek olan gruplara kaydığı, tüberküloz gibi puanı olmayan hasta gruplarının ilgili hastanelerde yatak işgal oranındaki düşüşü ile net izlenebilir. Özellikle tüberküloz hastası yatak işgal oranının düşmesi konusuna özenle eğilmek, yakın gelecekte oluşabilecek toplum sağlığı riskleri açısından zorunludur. Tüm bu durumlar hasta hakları ve meslek etiği anlamında suç ve sosyal sorundur. İletişimin çok hızlı ve etkin olduğu günümüzde hastaların performans sonrası yukarıda bahsi geçen olayları tespit ettiği ve özellikle girişimsel teşhis ve tedavi seçeneklerine şüphe ile yaklaştığı gözlem dahilindedir.

Matematik gibi net sınırları olmayan tıp biliminde olası varyasyonların sorun haline gelmemesi için istisna ve özel durum uygulamaları yürürlüğe sokulmuştur. Ancak bu emniyet çıkışı tabir edilebilecek yan yollar (acil endikasyonlar, kanser ön tanıları gibi) paket ya da hasta başına ödeme sistemlerini aşmak için ana yol haline gelebilmiştir. Tanılarda yapılan uygun değişikliklerle paketler bypass edilmektedir. Bunun ülkeye kaybı sadece artan fatura tutarları değildir. Bunun yanı sıra, tanıların ülkenin sağlık istatistiklerine kaynak olduğunu düşünürsek yanlış her verinin, hem orta hem de uzun vadeli ülke sağlık politikalarının belirlenmesine yanlış yol göstereceği açıktır. Yanlış politikaların vereceği zararın tamiri mümkün olmayabilir. Bununla birlikte olası beklenti dışı sonuçlar ve bunun suistimalleri nedenli olmasının tespit edilmesiyle sağlık istatistiği konusunda henüz mesafe almaya başlayan ve sözü dinlenir hale gelen memleketimizin uluslararası prestijini olumsuz etkileyecektir.

Yakın ve etkin takiple olası sanal endikasyonlar ve suni olarak ortaya çıkabilen salgınların önüne geçilebilir; ancak bunun daha sonra fatura safhasında değil de hastanelerde sosyal güvenlik kurumları adına çalışan hekimlerce denetlenen provizyon uygulaması şeklin-

de olması mümkündür. Olası suiistimal tespitlerinin sosyal ve hukuki olarak en üst düzeyde takibi ve neticelendirilmesi zorunludur. Neticelerin emsal teşkil etmeye yönelik duyurulması sistemin etkin çalışmasında caydırıcı olabilecektir.

6. Performansta uzmanlık alanlarına göre risk ve yıpranma dikkate alınmamaktadır. Oysa branşlar arasında bu bağlamda ciddi işleyiş ve risk farkı mevcuttur. İşin tanımına göre stresi, akut ya da kronik olabilecek enfeksiyon bulaşma riski, yüksek hayati tehlike arz eden durumlar mevcuttur. Kişinin güncel olarak taşıdığı risk, olası sorunlarda geleceğini tıbbi, sosyal ve ekonomik olarak etkileyecek ise bu, yüksek riskin doğurduğu hak edişin aynı oran ve şekilde emeklilik süre ve ödemelerine yansması gerekmektedir. Ancak bu şekilde stratejik açıdan önemli, riski yüksek birim ve konumlarda kalıcı ve etkin sağlık çalışanı konumlandırmak mümkün olacak, bu şekilde birimlerde kaliteli hizmetin devamlılığı sağlanacaktır.

7. Yıllardır sözü edilmekte olan sevk zinciri sistemini oluşturma noktasında mevcut performans sistemi engeldir. Hiçbir üçüncü basamak kurumu, gelen hastayı geri çevirmemekte, “bonusu” elinin tersi ile itmemektedir. Çözüm olarak, ilgili basamağa hak eden hasta gitmeli ve basamaklar arası fiyat farklılaştırılması sağlanmalıdır. Birinci veya ikinci düzey sağlık kurumunda çözülebilecek bir sorun için, doğrudan üçüncü basamağa baş vuran hastadan “katkı payı” alınıp üçüncü düzey kurumların kalitesini azaltacak hasta yığılmaları önlenmelidir.

8. Performans denetim ölçütleri için mevcut sistemde değişik çalışmalar ve uygulamalar mevcuttur. Bu ölçütlerin ne kadar objektif, işlevsel ve bilimsel olduğu ise tartışılabilir. Doğrusu yıllardır ötelenmiş sağlık sistemi sorunlarına ilk neşterin vurulmuş olması tebrike şayan bir uygulamadır. Gönüllülük esası üzerine işleyen akreditasyon düzeyinde bir hedef belirleyen Sağlık Bakanlığı, belki orta vadede işi kökünden çözmeyi hedeflemektedir. Ama ülkemizin, gerek kamu gerekse özel sektöründe mevcut hastanelerin önemli bir kısmı yapı, araç, gereç, yardımcı sağlık personeli noktasında sorunlar yaşamakta ve açıkça, değil akreditasyon seviyesi, ruhsat düzeyinin bile altında bulunmaktadır. Denetimde kullanılan ölçütlerin her birini inceleme fırsatı bulamadık. Denetim alanlarından biri olan enfeksiyon kontrolünde kalite artışını sağlayacak etkin ve uygun bir denetimin yapılamadığı açıktır. Gelişen ülkelerin 1960’lı yıllardan itibaren çok önem verdiği ve 1970’li yıllarda kurumsallaştırdığı enfeksiyon kontrolü için ülkemizin çok geç kaldığı, ancak 2005 yılında çıkarılan “yataklı tedavi kurumları

enfeksiyon kontrol yönetmeliği” sonrası çok ciddi uygulamaların başlatıldığı bilinmektedir. Hastane enfeksiyon kontrolünde ciddi yetersizliklerin ve çok önemli sorunların olduğu, TBMM’ne yeni sunulan ve basına da yansıyan Sayıştay Raporu ile belgelenmiş durumdadır. Sağlık Bakanlığı’nın son üç-dört yıldır bu konuya verdiği önem hepimizin malumudur ama enfeksiyon kontrol komiteleri kurmak etkin kontrol için yetmemektedir. Enfeksiyon kontrolünde etkin denetim için yeterli bilgi sağlayan bir denetim formunun olması, denetçilerin eğitilmesi, denetim bilgilerinin geri bildirilmesi ve kurumlarda enfeksiyon kontrolünün düzeltilme çalışmalarının yapılması, performans için esas olmalıdır.

Hastane enfeksiyon kontrolü örneğinde olduğu gibi performans yönetimi sisteminde belirlenmiş konularda etkin denetim için, konuyla ilgili eğitim almış kişilerin sayıca artırılması ve uygun denetim formlarının hazırlanması gereklidir.

Uygulamalar yaşayan canlılar gibidir, değişime açık olmazlarsa yaşama şansları yoktur. Hekimlik mesleğinde ekonomik tatminden öte, her zaman bir özveri ya da gönüllülük kavramı söz konusudur. Hekimlik, mesai saatleri dışında yine bu ülke insanına hizmete devam eden, adeta kişinin kendi hayatının önüne geçmiş işisnai ve kutsal bir meslektir. Bu meslek grubunun çalışmalarının halka net ve doğru anlatılması önemlidir. Günün birinde her bir vatandaşın bir sebepten ihtiyaç duyacağı bu seçilmiş insanların sosyal ve ekonomik imkânlarının iyi olması, yine bu topluma iyi hizmet üretmelerini sağlayacaktır. Ülkemizde tıp biliminin gelişmesi ülke saygınlığının uluslararası camiada artmasını sağlayacaktır. Bu yüzden tüm sosyal ve ekonomik hak edişlerin bu konuları destekleyici şekilde üst seviyelerde tutulması gerekmektedir. Performansa bağlı döner sermaye uygulamalarının bu amaç ile yola çıktığını, bunu arzulanan seviyede olmasa da kısmen başardığını, ancak daha çok alınması gereken mesafeye ihtiyaç duyulduğu açıktır.

Bazı konuların objektif kriterlere bağlı olması hedeflenirken çizilen net sınırların bazı birim, iş ve görevlerin beklentilerini karşılayamadığını görmekteyiz. Uygulamaların, uyarlamalara ve değişime açık hale getirilmesi sistemin sağlıklı gelişmesi ve yaşaması için zorunludur. Uyarlamaların zamanında yapılması da önemlidir. Bunun sağlanması

için standardize edilmiş geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır. Sahadan gelen görüşler çok ciddi irdelenmeli, yapılacak değişim ya da uyarlamalarda sağlık çalışanlarının taraf olması sağlanarak eş güdümlü faaliyetler yapılmalıdır.

Hekimlerin, oluşturulan her türlü yeni ya da uyarlanmış uygulamada söz sahibi olup “iç müşteri memnuniyetinin” sağlanması gerekir. Çalışanların alınacak kararlara katkı sağlayıp taraf olması, bu faaliyetlerin başarısını olumlu yönde artıracaktır.

Sonuç olarak, sağlıkta performansa dayalı ödeme uygulaması, sağlık çalışanlarının maddi açıdan desteklenmesi, sağlık kurumlarının kalitesinin geliştirilmesi açısından olumlu sonuçlar doğurmuş olmakla birlikte, iş tanımlarına uygun puan hesaplamalarının bilimsel ve hakkaniyet açısından sorunlu olduğu eğitim araştırma hastanelerinde, eğitim ve araştırmanın kısmen çok hasta bakma arzusu nedeniyle ötelenmediği, denetim açısından sorunlar olduğu görülmektedir. Şikayet konusu olan pek çok hususun düzeltilmediği gibi, yazımızda söz konusu olan sorunlara da en yakın dönemde çözüm üretilmesini umuyoruz.

Kaynaklar

Aydın S., Demir M. Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı EK Ödeme Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007.

Sağlık Bakanlığı’na Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden EK Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge 01.02.2005/349

<http://www.tuik.gov.tr>

Teşekkür

Yazının hazırlanması esnasında bazı verileri elde ettiğimiz ve fikirlerinden yararlandığımız Sağlık Bakanlığı Danışmanı Dr. Mehmet Demir’e teşekkür ederiz.

İdari görevi bulunan hekimlerin sağlık yönetimine bakış açıları...

Prof. Dr. Atıf Akdaş



Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunudur. Aynı üniversitede üroloji uzmanı, yardımcı doçent ve doçent oldu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kuruluşunda görev aldı ve dekanlık görevini yürüttü. Halen Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı başkanıdır.

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde; 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.

Arş. Grv. Dr. Nilay Gemlik



İşletme Fakültesi'nden mezun olduktan sonra Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı'nda yüksek lisans ve doktora derecesi sahibi oldu. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Arş. Grv. Nur Şişman



Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi Bölümü mezunudur. Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimi tamamlamıştır. Halen aynı üniversitede Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Günümüzde gelişmiş toplumlarda sağlık kurumları yöneticiliği spesifik yönetim alanlarından biri olarak değerlendirilmekte, profesyonel sağlık yöneticilerinin kurumların istenilen etkililik ve verimlilik düzeyine ulaşması için vazgeçilmez olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde de sağlık yöneticiliği eğitimi lisans, yüksek lisans ve doktora düzeyinde verilmektedir. Ancak, sağlık kurumlarında profesyonel sağlık yöneticiliği mesleği ye-

teri kadar tanınmadığından, kurumlar, bu meslek mensuplarından gerektiği kadar yararlanamamaktadır. Araştırmamız, idari görevi bulunan hekimlerin profesyonel sağlık yönetimine bakış açılarını değerlendirmek amacı ile kamu ve özel hastanelerde görevini sürdürmekte olan 34 başhekim ve 82 başhekim yardımcısı ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Bulgularımız, sağlık yönetimi eğitimi ihtiyacını, profesyonel sağlık yöneticilerinin sektörde bir an önce hak ettiği yeri bulmasının, sağlık hizmeti endüstrisi ve en önemlisi yaşam kalitesi açısından ge-

rekliliğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Yönetimi, Sağlık Yöneticisi, Profesyonelleşme

Sağlık yönetimi, modern toplumlarda önemli bir disiplin olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir ve erişilebilir olması, hem genel hizmet hem de klinik hizmet kalitesinin yüksek düzeyde verilmesi gerekliliği, ertelenemez olması, ileri teknoloji ürünleri cihazlar ve uzmanlık gerektiren karakteri nedenleriyle kritik süreçlerden olu-

şan bir yönetim anlayışını zorunlu hale getirmektedir. Sağlık hizmetlerinde bu profesyonel yönetim yaklaşımı, profesyonel sağlık yöneticilerinin kimliği ve niteliklerini de tartışma konusu yapmıştır. Geleneksel hekimlik anlayışıyla yüzyıllardır yoğrulmuş olan sağlık sistemleri ve sağlık kültürleri, hizmetlerin yönetimini büyük ölçüde hekimlerin doğal görevleri veya işlevleri arasında saymaktadır. Ancak, son 40 yılda yoğunluk kazanan ve son 10 yılda Türkiye'yi de etkisi altına alan gelişmeler sağlık yönetimini, özellikle hastane yönetimini profesyonel bilgi ve deneyimi olmayan hekimlere bırakmamak yönünde görüşler oluşturmuş ve tartışma başlatmıştır. Diğer yandan yönetimlerin daha büyük yatırımlar yaparken, cihaz ve sistemleri kullanacak olan klinisyen hekimlere bağlılığı da artmaktadır. Sağlık yönetiminin bireylerin ve toplumun yaşam kalitesini doğrudan etkilediği dikkate alınırsa bu tartışmalar toplumsal önemde bir boyut taşımaktadır.

Yönetim belirlenmiş organizasyon amaçları çerçevesinde, performansı planlamak, yönetmek, organize etmek, insan ve materyalleri iş sürecine uyumlandırmak olarak tanımlanmaktadır. Yönetim konusunun 20.yy'da bilim haline dönüşmesi sürecinin beraberinde bu alanda yeni uzmanlıklar, yeni meslekler başka bir ifade ile yeni yetki ve güç alanları ortaya çıkmaya başlamıştır. Sağlık yönetimi de bu alanlardan biridir. Sağlık yönetimi değişik şekillerde tanımlanmaktadır ve genel olarak bilinen tanımı şöyledir: "Bireylere, toplumlara ya da kurumlara sağlık ve tıbbi bakım ile iyi bir ortamda yaşamalarını sağlamak için, yapılacak işleri ve kullanılacak kaynakları ihtiyaçlar ve talepler doğrultusunda, planlamak, örgütlemek, yönlendirmek, denetlemek ve koordine etmektir."

Sağlık yönetimi içinde özel bir önem taşıyan hastanelerde yönetim rollerinin dağıtılmasına ve hekimlerin yeni yapılanmada rollerinin ne olması gerektiğine ilişkin görüş birliğine ulaşılmadan hastanelerde uyumlu ve verimli bir çalışma ortamını sağlamak zor görünmektedir. "Bir yandan sağlık hizmetlerinin çeşitliliği ve karmaşıklığı karşısında maliyetlerin kontrolü için gerekli olan profesyonel yöneticilik bilgi ve becerileri, diğer yandan kaliteli sağlık hizmetleri sunumunda hekimin başrolde olması ve hekimlik mesleğinin özerkliği, sağlık hizmetlerinin yönetiminde yeni bir yönetici tipini veya mevcut yönetici-hekim işbirliğinin yeniden düzenlenmesini zorunlu kılmaktadır."

Minzberg'in sözünü ettiği yöneticinin 10 rolü içine alan bilişsel roller, karar verici rolleri, bilişsel rolleri ve kişiler arası rollerinin hepsi hastane yöneticileri için de geçerlidir. Bu rollerini hakkıyla yerine getirebilmek için hastane yöneti-

cilerinin kavramsal, insani ve teknik becerilere sahip olması gerekmektedir. Bu beceriler işletmenin kaynaklarını yönetirken, iç ve dış ortamı değerlendirirken ve kararlar alırken yöneticini başarı düzeyinin belirleyicisi olmaktadır. Hastane içindeki birimler arasında ve hastane ile hastane dışındaki kurum ve kuruluşlar arasındaki ilişkilerin sürdürülmesi ve koordinasyonunun sağlanması konusunun hastanelerde önem kazanması hastane içindeki gücün hekimlerden tıp kökenli olmayan ve hastane idareciliği alanında formal eğitim almış idarecilere doğru kaymasında etkili olmuştur. Ancak, bu gelişmelerin hekimlerin tamamen güçsüzleştikleri anlamına gelmediği bilinmelidir. Pek çok yerde formal yetkileri olmasa bile hekimler güçlerini korumaktadır ve bu sebepten hastaneler güç ve statünün aynı kişilerde toplanmadığı biricik organizasyon türü haline gelmiştir.

Sözü edilen güçlerini klinisyenlerin sürdürdükleri bir ortamda başhekimlerin genel olarak ilk rolü, koordinatörlük, ikinci önemli rolü ise irtibat görevidir. Koordinatör olarak başhekim, klinikler arasında iş akışının düzenlenmesi, fiziksel yerleşim, yatak dağılımı, kabul edilecek hasta sayısı vb. konular ile ilgilenerek klinikler arası uyumu sağlamaktadır. İrtibat görevlisi olarak başhekim, klinikler ile hastanenin diğer birimleri arasında iletişimi sağlamaktadır. Başhekim yardımcısı ise başhekimin vekâletine bağlı olarak gerekli durumlarda kurumda başhekime vekâlet eder ve başhekim verdiği tüm görevleri yerine getirir.

Araştırmamızda son yıllardaki gelişmelerin yönetici hekimlerin hastane yönetimi içindeki rollerini nasıl algıladığını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Evren ve örneklem: Araştırmanın evreni İstanbul il sınırları içerisinde faaliyet göstermekte olan 51 Sağlık Bakanlığı ve 137 özel hastanede idari görevi bulunan hekimlerden oluşmaktadır. Örneklem grubu, kolayda örneklem (randomize) yöntemi ile belirlenen 30 özel hastaneden 51 kişi ve 15 Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneden 65 kişi olmak üzere toplam 116 kişiden oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerden 15'i örneklem içine alınarak % 29,4 temsiliyet; özel hastanelerin 30'una ulaşılarak % 21,8 temsiliyet; toplamda ise 45 hastane örneklem içine alınarak % 23,9 temsiliyet oranına ulaşılmıştır.

Veri toplama aracı ve yöntemi: Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket sosyo-demografik özellikleri içeren 11 soru ve sağlık yö-



Sağlık yönetimi içinde özel bir önem taşıyan hastanelerde yönetim rollerinin dağıtılmasına ve hekimlerin yeni yapılanmada rollerinin ne olması gerektiğine ilişkin görüş birliğine ulaşılmadan hastanelerde uyumlu ve verimli bir çalışma ortamını sağlamak zor görünmektedir.

neticilerinin bilmesi gereken konular ile ilgili 20 soru olmak üzere toplam 31 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Anket durum tespitini saptamak üzere konuyla ilgili 3 uzmanın görüşleri doğrultusunda yapılandırılmıştır. Anket bir ölçeği içermediği için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmamıştır.

Anketler bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle, örnekleme oluşturulan kişilerin çalıştıkları hastanelerde, 1 Nisan - 31 Mayıs 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. 3 kamu ve 4 özel hastane yöneticisi (% 15,5) araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir. Bunun nedeninin ise katılımcıların % 69,9'unun idari görev dışında poliklinik hizmeti, operasyon vb. gibi görevlerinin olması ve çok yoğun tempo içinde çalışmalarıdır. Dolayısıyla bu hastaneler örneklem dışı bırakılmıştır.

Araştırmanın tipi ve metodolojisi

Araştırma, tanımlayıcı nitelikte kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırma grubundaki yöneticilere, profesyonel bir sağlık yöneticisinin bilgi sahibi olması gereken konular ile ilgili 20 konudan oluşan bir tablo sunulmuş ve kendilerinden her bir konu için 1-3 aralığında puan vermeleri istenmiştir. Bu amaçla, 1- bilmesine gerek yok, 2- bilse iyi olur, 3- mutlaka bilmeli, şeklinde seçeneklendirilmiş bir düzenle profesyonel bir sağlık yöneticisinin bilmesi gereken ko-

nular konusunda araştırma grubundaki yöneticilerin görüşleri alınmıştır. Burada amaç mutlaka bilinmesi gereken, bilinmesine gerek olmayan ve bilinirse daha iyi olacağı tahmin edilen konular ile ilgili görüşleri belirleyebilmektir.

Bunun yanında bilgi sahibi olunması gereken konular ile ilgili olarak, cinsiyet, yönetim eğitimi alma durumu ve çalışılan kurumun mülkiyet türü bağımsız değişkenler olarak belirlenerek her bir konu ile ilgili görüşler ki-kare analizine tabi tutulmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Veriler SPSS 11,5 istatistik paket programı aracılığıyla elektronik ortama aktararak analiz edilmiştir. Oranların karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan yöneticilerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımını içeren Tablo 1'deki verilere göre:

Araştırma grubundaki yöneticilerin % 56,0'ı kamu hastanesinde; % 44'ü ise özel hastanede çalışmaktadır. Örneklemi oluşturan yöneticilerin % 85,3'ü erkek, % 14,7'si ise kadındır. Yöneticilerin

% 74,1'inin yönetim eğitimi almadığı, % 25,9'unun yönetim eğitimi aldığı saptanmıştır. Yönetim eğitimi almış 30 kişinin eğitim belgelerinin dağılımında ise % 57'sinin sertifika sahibi, % 33'ünün diploma sahibi, % 6,7'sinin hem diploma hem de sertifikasının olduğu, eğitim almasına rağmen belgesi olmayan 1 kişinin (% 3,3) olduğu saptanmıştır. Yöneticilik görevi dışında % 69,8'nin başka görevleri de birlikte yürütmektedir. Katılımcıların % 29,3'ü başhekim, % 70,7'i ise başhekim yardımcısıdır.

Ölçümsel değişkenlerin dağılımını içeren Tablo 2'ye göre:

Araştırma grubundaki yöneticilerin yaş ortalaması $46 \pm (7,6)$ 'dır ve yaşları 31 ile 70 arasında değişmektedir. Yöneticilerin katıldığı eğitim programlarının ortalaması 14,6 $\pm$ (14,3) ay ve yöneticilik süreleri ortalaması 6,3 $\pm$ (5,9) yıldır. Halen çalıştıkları kurumda ortalama 50,4 $\pm$ (57,8) ay yönetici olarak görevlerini sürdürmektedirler.

Hastanede tepe yönetici olabilecek kişi hakkındaki görüşlerin dağılımını içeren Tablo 3'e göre:

Araştırma grubundaki yöneticilerin % 79,0'ı tepe yönetici olarak, yöneticilik eğitimi almış ve doktor olan bir kişi ol-

masının uygun olacağını belirttikleri, % 8,3'ünün yöneticilik eğitimi almamış olan bir doktorun olabileceğini, % 7,4'ü ise sağlık sektöründe tecrübeli olan herhangi bir kişinin tepe yöneticiliğe uygun olacağını belirtmişlerdir.

Tepe yöneticilik ile ilgili önerilerin dağılımını içeren Tablo 4'e göre:

Araştırma grubundaki yöneticilerin % 92,0'ı tepe yöneticilik ile ilgili herhangi bir öneride bulunmazken, % 8,0'ı görüşlerini belirtmiştir. Görüşlerini bildiren yöneticilerin % 1,7'si tepe yönetimin, ortak yönetim kurulundan oluşmasını uygun görürken, % 0,9'u en az 3 yıl başhekim yardımcılığı yapmış olan bir hekimin, % 0,9'u üniversite mezunu, yöneticilik vasfına uygun kişilik, yetenek ve zeka sahibi herhangi bir kişinin, % 0,9'u hukuk bilen bir kişinin ve % 0,9'u da sağlık yönetimi mezunu bir kişinin bu görevi üstlenebileceğini belirtmiştir.

Profesyonel sağlık yöneticilerinin bilgi sahibi olması gerektiği konulara ilişkin yönetim eğitimi alan ve almayan hekim görüşlerinin dağılımını içeren Tablo 5'e göre:

Araştırmaya katılan yöneticilerin tamamına yakınının "mutlaka bilmeli" veya

		n	%
Hastane türü	Kamu	65	56,0
	Özel	51	44,0
	Toplam	116	100,0
Cinsiyet	Kadın	17	14,7
	Erkek	99	85,3
	Toplam	116	100,0
Yönetim eğitimi	Evet	30	25,9
	Hayır	86	74,1
	Toplam	116	100,0
Eğitim belgesi	Diploma	10	33,0
	Sertifika	17	57,0
	Her ikisi	2	6,7
	Belge yok	1	3,3
	Toplam	30	100,0
Yöneticilik dışında görev	Var	81	69,8
	Yok	35	30,2
	Toplam	116	100,0
Unvan	Başhekim	34	29,3
	Başhekim yardımcısı	82	70,7
	Toplam	116	100,0

Tablo 1

Değişkenler	Ortalama	Ortanca	Standart sapma	Min.	Max.	1. çeyrek	3. çeyrek
Yaş	46,0	45,0	7,6	31,0	70,0	41,0	49,7
Kaç yıllık mezun olduğu (yıl)	21,5	21,0	7,6	6,0	46,0	17,0	25,7
Katıldığı yönetim eğitiminin süresi (ay)	14,6	9,0	14,3	1,0	48,0	2,0	24,0
	6,3	4,2	5,9	1,0	32,0	2,0	10,0
Bulunduğu yerde kaç yıldır yönetici olarak çalıştığı süre (ay)	50,4	36,0	57,8	1,0	372,0	12,0	72,0

Tablo 2

“bilse iyi olur” şeklinde görüş verdikleri konular arasında sağlık mevzuatı, yönetim bilgisi, sağlık terminolojisi, hasta ile iletişim, halkla ilişkiler ve tanıtım faaliyetleri ve izleme/değerlendirme konuları yer almaktadır. “Mutlaka bilmeli” seçeneğinin en düşük ve “bilmesine gerek yok” seçeneğinin en yüksek oranlara ulaştığı konu başlıkları arasında ise sağlık sigortacılığı, yönetim muhasebesi kriterleri, bilgi işlem yönetimi, stok ve envanter yönetimi, inşaat ve mimari proje yönetimi konuları gelmektedir. Bu bulgu, hekimlerin yönetim işlevlerini yerine getirirken kendi tıbbi uygulamaları içinde işlem yaptıkları (hasta ile iletişim,

kalite yönetimi, vb.) ya da paranın veya finansın yönetildiği (finans yönetimi, maliyet etkililik analizleri, satın alma usulleri vb.) kısımla ilgili konulara önem verdiklerini göstermektedir. Bir başka önemli görülen kısım ise stratejik planlama veya işletmecilik bilgisi gibi daha genel bakış içeren konularla ilgili kısmı oluşturmaktadır. Yönetim eğitimi alan hekimlerin almayanlara göre en büyük farkla daha yüksek oranlara ulaştığı konu başlıkları arasında işletmecilik bilgisi, insan kaynakları yönetimi, bilgi işlem yönetimi, stok ve envanter yönetimi ile inşaat ve mimari proje yönetimi görülmektedir. Eğitim almayan hekimlerin

mutlaka bilinmesi gerektiği konusunda daha yüksek orana ulaştığı tek konu koruyucu sağlık hizmetleri olmuştur. Bu durum eğitim almayan hekimlerin yönetim sürecini daha yoğun bir tıbbi yaklaşımla ele aldıklarının bir göstergesi olabilir. Sayılan bu konu başlıklarında gözlenen oranlar farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$)

Tartışma

Araştırma verileri, 15 kamu hastanesinden toplam 65 kişiye ve 30 özel hastaneden toplam 51 kişiye anket uygulanarak elde edilmiştir. Bu kişiler, idari

Tepe yönetici liğe uygun kişi hakkında görüşler	n	%
Doktor-yöneticilik eğitimi alması gerekmez	10	8,3
Doktor-yöneticilik eğitimi mutlaka almalı	95	79,0
Doktor olmayan yönetici-sağlık sektöründe tecrübeli olmalı	9	7,4
Doktor olmayan yönetici-sağlık sektöründe tecrübeli olması gerekmez	1	0,8
Diğer	6	5,0
Toplam*	121	100,0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3

Tepe yönetici lik ile ilgili öneriler	n	%
Ortak yönetim kurulundan oluşmalı	2	1,7
Başhekim doktor olmalı ancak yönetim eğitimi almış ve en az 3 yıl başhekim yardımcılığı yapmış olsun	1	0,9
Yöneticilik vasfı uygun kişilik yetenek ve zeka sahibi üniversite mezunu herhangi biri	1	0,9
Sağlık Müfettişi olsun	1	0,9
Daha öncekini işini de başarılı yapmış olmalı ve işi benimseyen birisi olsun	1	0,9
Hukuk bilen kişi olmalı	1	0,9
Doktor olmayabilir ancak yöneticilik eğitimi mutlaka almış birisi olsun	1	0,9
Sağlık yönetimi bölümü mezunu olmalı	1	0,9
Önerisi yok/cevapsız	1	0,9
Toplam*	108	92,0
	117	100,0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4

Profesyonel Sağlık Yönetimine İlişkin Konular	“Mutlaka bilmeli” görüşünün yüzdeleri		“Bilse iyi olur” görüşünün yüzdeleri		“Bilmesine gerek yok” görüşünün yüzdeleri	
	Yönetim Eğitimi Almayan (n=86)	Yönetim Eğitimi Alan (n=30)	Yönetim Eğitimi Almayan (n=86)	Yönetim Eğitimi Alan (n=30)	Yönetim Eğitimi Almayan (n=86)	Yönetim Eğitimi Alan (n=30)
Sağlık mevzuatı	93,0	93,3	7,0	6,7	0,0	0,0
Yönetim bilgisi	87,2	90,0	12,8	6,71	0,0	3,3
Sağlık terminolojisi	86,0	90,0	12,8	0,01	1,2	0,0
Hasta ile iletişim	83,7	80,0	14,0	6,71	2,3	3,3
Halkla ilişkiler ve tanıtım faaliyetleri	76,7	80,0	23,3	6,72	0,0	3,3
İzleme ve değerlendirme teknikleri	74,4	76,7	24,4	0,01	1,2	3,3
Kalite yönetimi	69,8	80,0	27,9	3,32	2,3	6,7
Stratejik planlama	69,8	76,7	27,9	0,05	2,3	3,3
Koruyucu sağlık hizmetleri	59,3	43,3	33,7	3,32	7,0	3,3
İşletmecilik bilgisi	54,7	70,0	43,0	3,35	2,3	6,7
Tıbbi cihaz ve biyomedikal yönetimi	54,7	43,3	43,0	3,32	2,3	3,3
İnsan kaynakları yönetimi	53,5	70,0	45,3	6,73	1,2	3,3
Satın alma usulleri ve yönetimi	52,3	60,0	44,2	6,74	3,5	3,3
Maliyet etkililik analizleri	50,0	50,0	45,3	3,34	4,7	6,7
Finans yönetimi	45,3	53,3	46,5	0,04	8,1	6,7
Pazarlama teknikleri	38,4	46,7	54,7	6,75	7,01	6,7
Sağlık sigortacılığı	36,0	43,3	52,3	0,06	1,61	6,7
Yönetim muhasebesi kriterleri	33,7	36,7	54,7	0,04	1,61	3,3
Bilgi işlem yönetimi	32,6	43,3	54,7	6,73	2,81	10,0
Stok ve envanter yönetimi	29,1	50,0	55,8	3,36	5,12	16,7
İnşaat ve mimari proje yönetimi	12,8	23,3	58,1	0,0	9,1	16,7

Tablo 5

görevi bulunan başhekim ve başhekim yardımcılarının oluşmaktadır. Bu hekimlerin yalnızca % 14,7'si kadındır. Araştırmanın yapıldığı hastanelerde çalışan bütün hekimlerin cinsiyet dağılımı hakkında bir bulgumuz olmadığı için oranın kadınlar aleyhine döndüğüne ilişkin bir kanıt olmasa da, bu oran, yöneticilerin sıklıkla erkekler arasından seçildiği yönündeki genel kaniye uygun bir bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Sağlık yönetimi, yönetim biliminin spesifik alanlarından biri olmakla birlikte sağlık yönetimi eğitiminin sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu açısından önemi göz ardı edilemez. Ancak araştırma grubumuzdaki yöneticilerin yalnızca, % 25,9'u yönetim eğitimi almıştır.

Araştırma grubundaki hekimlerin bazıları tıp fakültesinden sonra, yönetim eğitimi almalarının çok gerekli olmadığını düşünürken, görüşmeler sırasında, yazılı anket bulgusu olarak elde edilmemiş olmakla birlikte, yönetim eğitimi almaya karar veren ve böylece öneme sahip bir sektörde eğitimin kaçınılmaz olduğu görüşünü belirtenler de olmuştur.

Hekimlerin % 69,8'i yöneticilik görevi dışında, poliklinikte hasta bakmak, ameliyat yapmak gibi tıbbi görevlerini de beraberinde sürdürmekte, bu du-

rumda yöneticilik görevini yalnızca ek bir iş olarak gördüklerini, profesyonel davranmadıklarını ifade etmektedir. Bunun yanında profesyonel sağlık yöneticilerinin yetiştirilmesi gerekliliğinin önemi bir kez daha ortaya çıkmaktadır. Bazı hekimler yöneticilik görevlerinin kendi açılarından iş gücü kaybına neden olduğunu belirtmektedir.

Araştırmaya katılan hekimler, hastanede tepe yönetici olarak yönetim eğitimi almış hekimlerin olması gerektiğini belirtmişlerdir (% 79,0).

Araştırmamıza katılan hekimlerde, hastanelerde tepe yöneticilerin hekim olması anlayışı genel bir görüş olarak belirmektedir.

Katılımcıların, konulara göre 3 üzerinden verdikleri ortalama puanlarına bakıldığında, sağlık terminolojisi 2,93; sağlık mevzuatı 2,86; yönetim bilgisi 2,87; hasta ile iletişim 2,80; halkla ilişkiler tanıtım faaliyetleri 2,76; izleme ve değerlendirme teknikleri 2,73; stratejik planlama ve kalite yönetimi 2,68; insan kaynakları yönetimi 2,56; işletmecilik bilgisi 2,55; satın alma usulleri 2,50'dir.

Yalnızca sağlık mevzuatı için “bilmesine gerek yok” şikkının hiçbir hekim tarafından işaretlenmediği görülmektedir. Bu

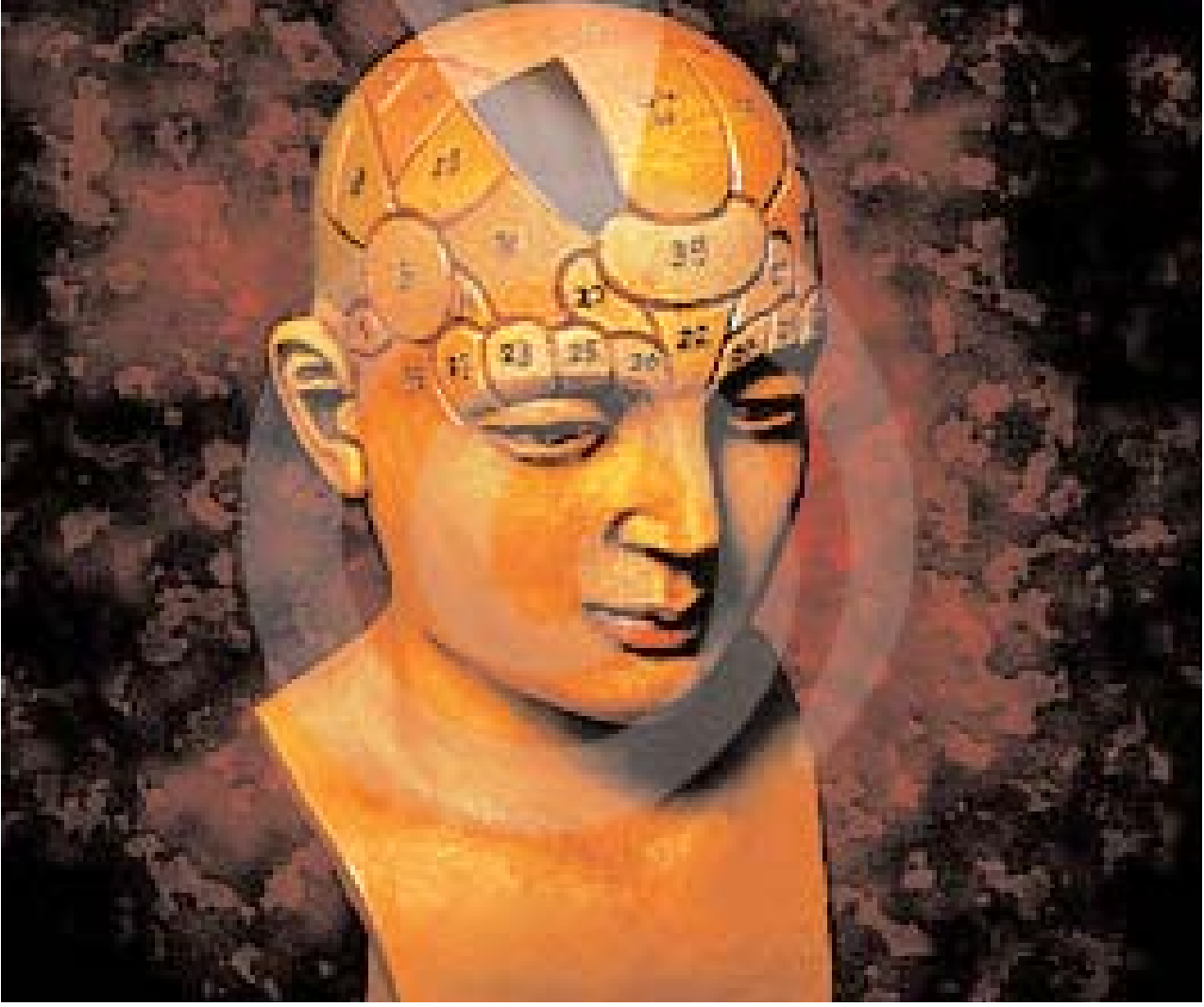
konuda mutlaka bilinmeli görüşünü eğitim alsın-almasın % 90'ı aşkın hekim ile sürmüştür. İnşaat ve mimari proje yönetimini % 25,9'u bilmesine gerek olmadığını belirtmiştir.

Özellikle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde çalışan hekimler, bu konuda gerekli yetkiye sahip olmadıkları için buna gerek duymamakta; özel hastanelerde çalışan hekimler ise, inşaat ve mimari proje yönetimini üstlenen profesyonel kişilerin hastaneler bünyesinde çalıştırıldığını, yönetici olarak, böyle bir konuda bilgi sahibi olmalarının gereksiz olduğu görüşünü savunmaktadır. Toker'in yaptığı çalışmada profesyonel bir sağlık yöneticisinin mesleki bilgi, beceri, değişik ve yeni fikirlere açık olma, kararlı olma ve sağlık mevzuatını bilme, aranan özellikleri arasında sayılmaktadır.

Sonuç

Sağlık yönetimini, yönetim biliminin önemli bir bileşeni haline getiren sağlık hizmetlerine ve kuruluşlarına özgü özelliklerdir. Gündemin tartışmaları arasında her zaman en üst sıralarda yer almış olan sağlık kuruluşlarını hangi meslekten ve vasıftan kişilerin yöneteceği sorusu bu çalışmanın temelini oluşturmuştur.

[management]



Halen yönetim görevini (de) yürütmekte olan hekimlerin görüşleri hastaneleri hekimlerin yönetmeye devam etmesi yönündedir. Yönetici olarak görev yapan / yapacak olan hekimlerin yönetim konularında eğitim almasının gerekli olduğu katılımcıların çoğunluğu tarafından benimsenmiş olan görüştür.

Eğitimlerin ne şekilde, hangi ortamlarda, ne süre ile, kim tarafından verileceği ve nasıl belgelendirileceği gibi çok önemli konular bu araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur. Ayrıca alınan eğitimlerin hastane yönetimindeki başarı düzeyine ne şekilde etki ettiği gibi analitik çalışmalar da ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

<http://www.merih.net/m1/wosmhay21.htm>, Sağlık Hizmetlerinin Yönetimi Hekimler mi, Profesyonel Yöneticiler mi, Prof. Dr. Osman Hayran, Erişim Tarihi: 10 Ağustos 2007

Arslanerer F.: Yöneticilerde Özyetkinlik Algılaması ve Sağlık Yöneticilerinde Bir Araştırma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale, 2001 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Derya Altunbaş)

Hayran O., Sur H.: Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevleri, s. 3-27, 1997.

Hayran O., Sur H.: Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, Ankara, 1998.

Hayran O., Sur H.: Sağlık İşletmelerinde Yönetim, Sayed Yayınları, s. 5-27, Birinci Baskı, 2005.

Kavuncubaşı Ş.: Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000.

Kısa A.: Sağlık Ekonomisine Giriş, s. 1-33, Ankara, 1999.

Koçel T.: İşletme Yöneticiliği, Ankan Yayınları, s. 70, 10. Baskı, İstanbul, 2005.

Liebler J. G., Levine R. E. and Rothman J.: Management Principles for Health Professionals, An Apsen Publication, Second Edition, page 3, Maryland, 1992.

Mutlu A., Işık A.: Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikaları, s. 21-33, İstanbul, 2002.

Öztek Z.: Sağlık Hizmetleri Planlamasının Temel İlke ve Teknikleri, Sağlık Bakanlığı, 8. Basım, s. 3-29, Ankara, 2001.

Seçim H.: Hastane Yönetim ve Organizasyonu Türkiye'de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, s. 19-26, İstanbul, 1991.

Sur H.: Sağlıklı Yönetim, Avrasya Global Yayınları, s. 132-136, İstanbul, 2006.

Taylor R. J., Taylor S. B.: The Aupha Manual of Health Services Management, Filerman G. L.: Health. The Emerging Context of Management, An Apsen Publication, page 3, Maryland, 1994.

Toker, F.: Sağlık Hizmetleri Yöneticilerinin Yönetici Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi – Kocaeli Örneği, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Fakültesi Yönetim ve Organizasyon Yönetim Bilim Dalı, Basılmamış Doktora Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Doç. Dr. Huriye Çatalca)

Yerebakan M.: Özel Hastaneler Araştırması, Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 26, s. 13-51, 2000.

Vatandaş hastaneye randevu ile gidecek

İlker Köse



1977 Nevşehir doğumlu. İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği'nden mezun oldu. Yüksek lisansını, Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği bölümünde 2003'te tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimine devam etmektedir. 1999-2004 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım A.Ş.'de değişik görevlerde bulundu. 2003'ten itibaren Sağlık Bakanlığı'nın bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalışmaktadır. Üzerinde çalıştığı projeler: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi'dir.

Yakup Arslan



1975 yılında Kars'ta doğdu. Uludağ Üniversitesi Endüstri Mühendisliği Bölümü'nden mezun oldu. Marmara Üniversitesi'nde Yönetim ve Organizasyon alanında yüksek lisans eğitimi aldı. 1999-2004 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı Ulaşım A.Ş.'de Kalite ve Yönetim Geliştirme Mühendisi olarak çalıştı. 2004-2006 yılları arasında Kobi Girişim Sermayesi Yatırım Ortaklığı'nda Yatırım Uzmanı olarak görev yaptı. 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığı'nda Bilgi Sistemleri Danışmanı olarak çalışmaktadır. Yer aldığı başlıca projeler; Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET)'dir.

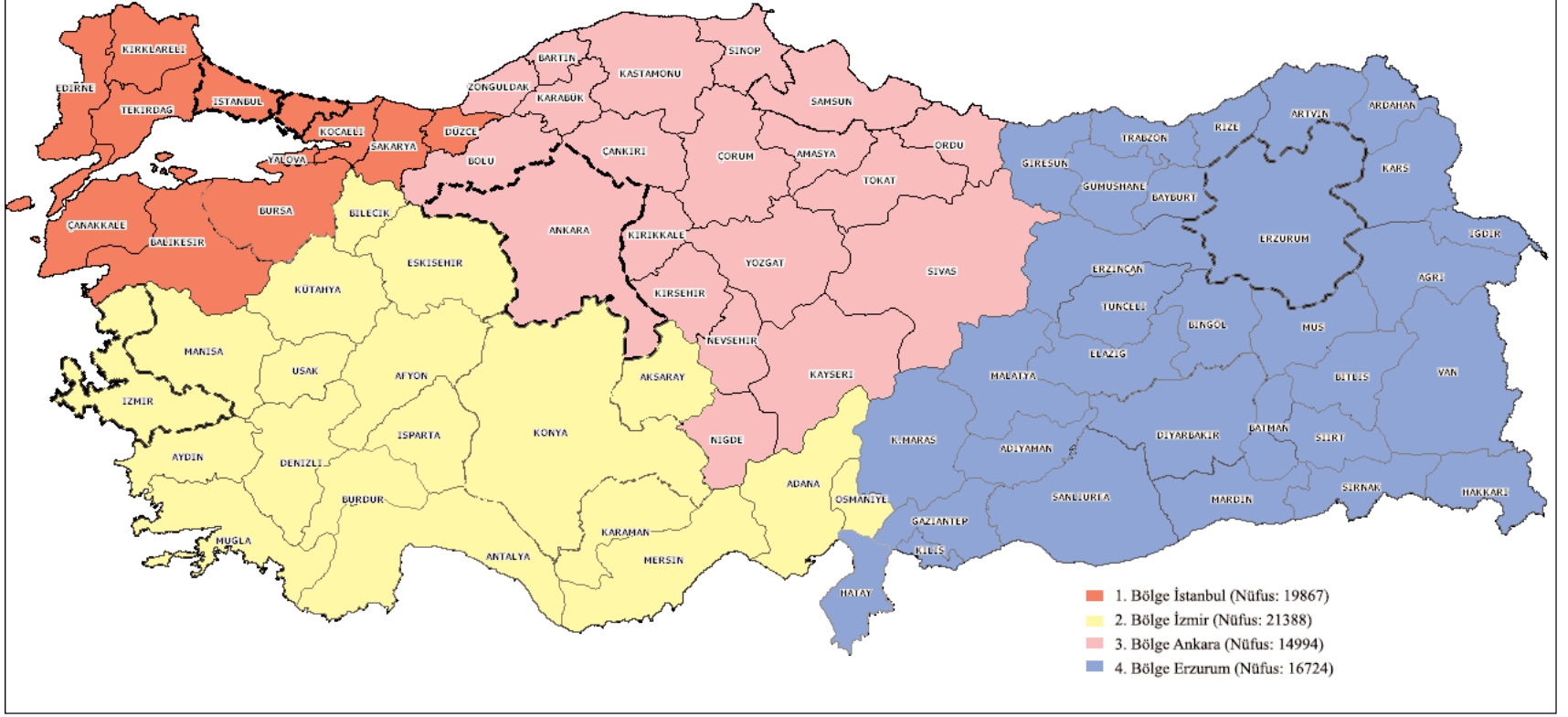
Sağlıkta Dönüşüm Programı ile "Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmeti" sunmayı hedefleyen Sağlık Bakanlığı, 2008 yılı içerisinde yeni ve zor bir uygulamayı başlatmaya hazırlanıyor: Merkezi Hastane Randevu

Sistemi... Adından da anlaşılacağı gibi temelde, vatandaşların merkezi bir sistemden randevu alarak istedikleri herhangi bir hastaneye gitmelerini sağlamayı hedefleyen bu proje, eğer başarıyla hayata geçirilebilirse, kendi sınıfının dünyadaki ilk örneği olma özelliği taşıyacağı benziyor. Ancak projenin önünde çok ciddi engeller olduğunu da peşinen söylemek lazım.

Randevu sistemine ihtiyaç var mı?

Randevu sistemleri, hem hastaların hem de sağlık personelinin zaman yönetimine yardımcı olmalarının yanı sıra hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaları nedeniyle modern sağlık hizmetinde önemli bir yere sahiptir.





Şekil 1. Merkezi Hastane Randevu Sistemi Bölgeleri

Ancak, randevu sistemlerinin uygulamalarına baktığımızda, telefon, internet, kısa mesaj, kiosk gibi teknolojik imkânların kullanıldığı çok çeşitli örnekler görülmektedir. Ülkemizde de teknolojinin ve bilişim imkânlarının hastanelerimize hızla girmeye başladığı son yıllarda, benzer örneklerle rastlamak zor değildir. Ancak bu uygulamalar, birden çok hastaneyi entegre eden uygulamalar değil, sadece bir hastanede uygulanan sistemlerdir. Kimi örneklerde sadece SMS kullanılıyorken, kimilerinde internet ve kiosk da bir erişim kanalı olarak yer alıyor. Nadiren daha pahalı bir yöntem olan bir çağrı merkezi üzerinden randevu uygulaması yapan hastaneler görmek de mümkün.

2003 yılı öncesinde devlet hastanelerinde 'Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri'nin kullanımının neredeyse yok deneyecek kadar az olduğu dikkate alınacak olursa, randevu sistemlerinin şimdiden yaklaşık 50 hastanede uygulanıyor olması, bu sistemin bir "ihtiyaç" olduğunun ve sektörde de bir karşılık bulduğunun göstergesidir. Ayrıca hastanelerimizde hâlâ kuyruklara rastlamamız, kaynaklarımızı daha iyi planlamamız gerektiğini ortaya koyuyor.

Bütün bunları dikkate aldığımızda, randevu sistemlerinin bir "ihtiyaç" olduğu ve şayet başarılı bir şekilde uygulanırsa önemli bir görev üstelenebileceğini söylememiz mümkündür.

Nasıl bir sistem tasarlanıyor?

Merkezi Hastane Randevu Sistemi, tüm devlet hastanelerinin bağlı olduğu bir sistem olacak. Hastaneler, doktor-

ların çalışma cetvellerini düzenli bir şekilde merkezi bir sisteme aktaracaklar (kaynaklar), çağrı merkezini arayan vatandaşlar da (kaynakları kullanacak kullanıcılar) bu çalışma cetveline göre boş olan saatler için randevu alacaklar. Bu sistem ile hastanelerin çalışma sürelerinin % 75'i için randevuya açık olacak. Kalan % 25'lik süre, kontrol muayeneleri ve tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi için ayrılacak. Bu oranlar, sistemin işleyişi gözlemlenerek gerektiğinde değiştirilebilecek.

Çalışma cetvelleri, her hastane için aynı olmayacak; ancak tamamen hastanelerin tasarruflarına da bırakılmayacak. Poliklinik işlemlerinin yoğunluğunun gün içinde homojen dağılmamasının da önüne geçilmesi hedefleniyor.

Vatandaşların randevu sistemine erişimi, başlangıçta sadece çağrı merkezleri, yani operatörler üzerinden olacak. Çağrı merkezlerine, Bakanlığın üç haneli bir sabit hattı ile erişilecek. Ancak bu hat, Bakanlığın halen kullanmakta olduğu 184 SABİM'den farklı olacak. Operatörler, özellikle sağlık meslek liseleri mezunlarından seçilecek ve özel bir eğitime tabi tutulacaklar. Her ne kadar tıbbi bir yönlendirme hizmeti vermeleri mümkün olmasa da, vatandaşların en azından yanlış polikliniğe gitme oranlarının düşürülmesinde katkılarının olacağı düşünülüyor. SMS, internet ve kiosk gibi erişim kanalları, sistemin suistimal edilmesi endişesi nedeniyle başlangıçta kullanıma açılmayacak. Ancak pilot uygulaması 2008'de başlayacak olan elektronik kimlik kartı ile birlikte, vatandaşlar doğrudan internet üzerinden kendileri de randevu alabilecekler.

Aile hekimliği ve sevk zinciri

Vatandaşlar için randevu alma kanallarından biri de aile hekimleri olacak. Aile hekimleri, ikinci basamağa sevk ettikleri hastalar için, çağrı merkezindeki operatörlerin eriştiği merkezi sistemden randevu alabilecekler. Üstelik sadece randevu almakla kalmayıp sevk bilgilerini de Sağlık-NET sistemi üzerinden Bakanlığın Elektronik Sağlık Kaydı (ESK) veritabanına gönderebilecekler. Böylelikle hastaneler, aile hekimleri tarafından alınan randevular için, randevu bilgisinin yanı sıra, aile hekiminin sevk bilgilerini de görebilecek. Bilindiği üzere, halen yaklaşık 3.000 aile hekimi verdikleri sağlık hizmetlerine dair verileri elektronik ortamda ESK'ya gönderebilmekte. Hatta Eskişehir'de uygulanan yerel randevu sistemi ile aile hekimleri ve hastane arasında randevu işlemleri de yapılabiliyor ve aile hekimleri randevu bilgileri ile birlikte sevk bilgilerini de hastaneye gönderebiliyorlar. Sevk sonrası hastanede yapılan işlemler de yeniden elektronik ortamda aile hekimlerine gönderilebiliyor.

Kurulması planlanan yeni Merkezi Hastane Randevu Sistemi'nde de, aile hekimleri ile hastane arasında sevk öncesi ve sonrası verilerin karşılıklı gönderilmesine büyük önem veriliyor. Hatta aile hekimliği yaygınlaştıkça ve doğrudan birinci basamağa yapılan müracaatların oranı arttıkça, randevuların çoğunun aile hekimleri tarafından alınması bekleniyor. Böylelikle, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde atılan adımlar, birbiri ile entegre bir şekilde çalışmaya ve yek diğerini des-



Randevu sistemleri, hem hastaların hem de sağlık personelinin zaman yönetimine yardımcı olmalarının yanı sıra hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaları nedeniyle modern sağlık hizmetinde önemli bir yere sahiptir. Randevu sistemleri bir "ihtiyaç"tır ve başarılı bir şekilde uygulanırsa önemli bir görev üstlenir.

tekmeye de başlaması hedefleniyor. Nitekim, randevu kolaylığı ve aile hekimi üzerinden randevu alınmasının ardından sağlık verilerinin aile hekimi ile hastane arasında paylaşılabilmesi, sevk zincirini daha cazip hale getirecektir. Diğer taraftan bu uygulamanın vatandaşın ikinci basamağa daha rahat gitmesinin de önünü açtığını unutmamak gerekir.

Uygulamaya geçiş nasıl olacak?

Önceleri tek bir ilde pilot uygulamanın ardından dört bölgede yaygınlaştırma planlanıyorken, daha sonra hem pilot hem de yaygınlaştırmanın dört bölgede aynı anda başlanmasına karar verildi. Bölgeler, nüfus yoğunluğu, poliklinik sayıları ve hastanelerin yönetimsel bölgeleri dikkate alınarak belirlendi. Bölge merkezleri İstanbul, Ankara,

İzmir ve Erzurum olarak belirlendi (bkz şekil 1). Pilot uygulama, bölgelerin merkez illerinde başlayacak (sadece İstanbul bölgesinde pilot uygulama Kocaeli'nde olacak) ve en az 6 ay sürecek. Ardından yaygınlaştırma dönemi başlayacak ve 12 ay içerisinde tüm Türkiye'de sistem devreye alınmış olacak.

Bakanlık, önce uygulamada kullanılacak yazılım ve donanım tedariki için 2007 sonunda ihale yapıp, gerekli hazırlıkları yaparken, 2008'in ilk çeyreğinde 4 ayrı bölgede çağrı merkezi hizmeti alımı için paralel ihaleler yapacak. Çağrı merkezlerinde 5.000 - 7.000 arasında operatörün çalışması beklenmektedir. Bu sayı, ülkedeki tüm çağrı merkezlerinin kapasitesinin neredeyse iki katına tekabül etmektedir. Dolayısıyla bu proje ile çağrı merkezi sektörünün önemli derecede büyüyeceği ve yeni bir istihdam kapısı açılacağı açık. Çağrı merkezlerinin, başta bölge merkezi olan illerde en az birer tane olmak üzere, bir bölge içinde birkaç ilde yerleşeceği ve farklı illerde istihdam oluşturacağı da ifade edilmektedir.

Bazı riskler

Yazımızın başında belirttiğimiz üzere, bu karakteristiğe sahip bir proje şayet başarılı olursa gerçekten de dünyadaki ilk örneklerden biri olacak. Ancak başarının önünde pek çok engel görünüyor. Bunlardan bazılarını şu şekilde tespit edebiliriz:

1. Vatandaşın yeteri kadar erken bir tarih için randevu alamama ihtimali: Bazı polikliniklerdeki yoğunluktan dolayı vatandaş için randevu alamama durumu oluşabilecektir. Bu tür durumlarda hastanenin yeterince hızlı hareket edip çalışma cetvellerini, yükü karşılayacak şekilde güncelleyememesi halinde, vatandaş memnuniyeti konusunda sorunlar yaşanabilecektir.

2. Hastanelerin yüksek doğrulukta planlama yapmalarının gerekliliği:

a. Doktorların çalışma çizelgelerinin planlanması, izin, rapor vb. gibi durumlara göre çalışma cetvellerinin sürekli güncel tutulması hastane yönetimine ek iş yükü getirecektir. Burada yaşanabilecek plan dışı durumlar sonucunda hastaneye gelen vatandaşın muayene olamaması veya başka bir hekime muayene olması gibi durumlara neden olacaktır. Bu durum bir süre sonra vatandaşın randevu almadan hastaneye gelme eğilimini artıracaktır.

b. Vatandaşın, herhangi bir ildeki herhangi bir hastaneden randevu alabilmesi, Ankara, İstanbul, İzmir gibi dışarıdan hasta çeken illere fazladan hasta gelmesine neden olabilecektir. Yük dağılımındaki bu tür değişimlerin yeterince hızlı yönetilememesi, randevularda aksaklıklara neden olabilecektir.

3. Sağlık çalışanlarının sisteme direnç gösterme ihtimali:

Ödemelerin hastane döner sermaye kaynaklarından olması dolayısıyla, sağlık çalışanlarının döner sermaye ödenekleri azalacaktır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının değişik boyutlarda direnci ile karşılaşılabilir. Bakanlığın bu konuda bir düzenleme yapması gerekecektir.

4. Vatandaşların aldıkları randevulara riayet etmeme eğilimleri:

Mevcut randevu uygulamalarında hastaların aldıkları randevuya riayet etmeme oranı yaklaşık % 20 civarındadır. Randevu tarihi daha geç oldukça, bu oran artmaktadır. Randevu verilebilecek zaman aralığının gereğinden az tutulması hastanelere güncel veri girme zorluğu getirecek, ama diğer taraftan vatandaşın randevusuna gelme ihtimalini artıracak; fazla tutulması durumunda ise hastanelerin iş yükü azalacak; ancak vatandaşın randevusunu

ihmal etme olasılığı artacaktır.

5. Vatandaşların randevu sistemini kullanmadan hastaneye gelmeye devam etmeleri:

Küçük ve az poliklinikli yerlerde vatandaş randevu almaksızın hastaneye gelme eğilimde olacaktır.

6. Doktor veya vatandaşın randevu saatine uyamaması durumunda mağduriyet oluşturmamak için değişim yönetiminin zorluğu:

Vatandaşın randevusuna geç kalması veya hekimin randevusuna yetişmemesi durumunda oluşabilecek olumsuz durumların yönetilmesi ve çözülmesi zor olabilir.

7. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün (THGM), Türkiye çapında böyle bir sistemi işletmek için henüz kurumsal bir yapıya sahip olmaması:

Sistemin işlerliğinin takibi için THGM'de bir birim kurmak gereklidir. Bu birim ihale sözleşmesi gereğince yapılacak işleri takip edip işletmeci ile hastaneler arasında çıkabilecek problemlerin çözümü için çaba sarf etmelidir. Ayrıca hastanelerin güncel randevu cetvellerini sisteme girmelerini sağlamak ve sistemin kalitesini ölçüm amaçlı istatistiksel değerlendirmeler yapmak da bu birimin görevleri arasında olmalıdır.

8. Ödemelerin gecikmesi durumunda ortaya çıkabilecek zararların projeye zararı:

a. Çağrı merkezi hizmetlerinde maliyetinin % 75'ini insan kaynağı oluşturmaktadır. Ödemelerdeki en ufak aksaklıklar, ilgili firmaların ciddi zararlarına neden olabilmektedir. Ödemelerin zamanında yapılamaması, firmaların iflas etmeleri ya da projeyi bırakmaları gibi durumlar söz konusu olabilir ve netice itibarıyla projeye zarar verebilecektir.

b. Ödemelerin gecikmesi durumunda meydana gelebilecek zararların bir şekilde tazmin edilmesi gerekecektir. Ancak mevzuatta bu tür bir uygulama söz konusu değildir. Bu durumda, hastanelerin ödeme tarihlerine riayet etmesi konusunda taraflara önemli sorumluluklar düşmektedir.

9. Çağrı merkezi hizmeti veren firmalarla sözleşme yenileme dönemlerinde KİK, bütçe vb. sebepler nedeniyle yeni sözleşme imzalanamaması ve geçişler sırasında hizmetin aksama ihtimali:

Sözleşme yenileme işlemlerinin bazı hukuki süreçler dolayısı ile yapılamaması veya gecikmesi, sistemin kısmen



veya tamamen çalışmamasına dolayısı ile hastane iş süreçlerinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir.

10. Pilot süresinin kısıllığı ve yaygınlaştırmanın çok hızlı görünmesi, değişim yönetiminin yapılmasını zorlaştırmakta ve öngörülemeyen riskler oluşturmaktadır.

Bu riskler, büyük ihtimalle Bakanlık tarafından da dikkate alınmıştır ve önlemleri üzerinde çalışılmaktadır; ancak bugün bunları bir tespit olarak yazmakta fayda vardır. Nitekim, uygulamanın pilot sonrasında bu risklerin nasıl yönetildiği konusunun incelenmesi ilginç olacaktır.

Diğer ülkelerdeki uygulamalar

Randevu sistemi deyince, akla ilk gelen ülkeler, aile hekimliğini başarı ile uygulayan ve dolayısıyla sevk zincirini hayata geçirmiş olan ülkelerdir. Ancak genel anlamda randevu uygulamalarının tüm ülkede ve tüm alanlarda başarılı bir şekilde uygulandığı örnek neredeyse yok denecek kadar azdır. Kimi örneklerde eyalet veya il bazında uygulanırken, kimilerinde sadece belirli branşlar veya operasyonlar için randevu uygulaması yapılıyor. En geniş uygulamalardan biri İngiltere olduğu için bu örnekle ilgili birkaç bilgi aktarmak faydalı olabilir:

Sistem kısaca Seç ve Rezerve Et (Choose and Book) adıyla anılıyor. Aile hekimleri tarafından sevk edilen hastaların elektronik ortamda kendi istedikleri yer, zaman ve tarihte hastane ve klinik randevuları alabilmelerini sağlıyor. İngiltere'de Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (NHS-National Health Service) modernize edilmesi projesinin bir parçası olarak görülen sistemin, hastaların seçimleri, hizmete erişim, hastane kuyruklarının ve bilgi teknolojileri yatırımlarının azaltılması konularında iyileştirmeleri de beraberinde getirmesi hedeflenmiştir. 2003 yılında ihale edilen ve tanıtım faaliyetleri 2004 yılında gerçekleştirilen sistem 2005 yılından itibaren devreye alınmaya başlanmıştır. İşin ilginç yanı, NHS projesi yetkilileri ile görüştüğümüzde randevu uygulamasının NHS'in en zayıf noktalarından biri olduğu ve bu tür projelerin oldukça riskli olduğu beyan edilmektedir.

Ülkemizdeki projenin sadece aile hekimlerinden değil, çağrı merkezlerinden ve tüm poliklinikler için randevu almayı hedeflediğini yeniden anımsayacak olursak, bu büyüklükte bir nüfus ve sağlık sisteminde, bu kapsamda hayata geçirilen ilk örnek olacak gibi görünüyor. Umarız riskleri doğru bir şekilde yönetilerek vatandaşlarımız ve sağlık sektörü için memnuniyet artırıcı bir çalışma olur.

Sağlık kuruluşlarında mali analiz değerlendirmeleri

Abdullah Türk



1976 Karabük, Safranbolu doğumlu. Uludağ Üniversitesi S. H. M. Y. O. Radyoloji programı ön lisans, Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi İktisat bölümünde lisans ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği'ni ve A.B.D.'de yüksek lisans eğitimini tamamladı. 1997 yılında çalışma hayatına Sağlık Bakanlığı Eyüp Devlet Hastanesi'nde başlayan Türk, halen aynı hastanede görevine devam etmektedir. Evli ve bir erkek çocuk babasıdır.

İnsanlar doğaları gereği hep daha fazlasını isterler, ellerindeki ile yetinmezler. Dolayısıyla ihtiyaçları (ev, araba, bilgisayar...) sınırsızdır. Ancak diğer taraftan bu sonsuz ihtiyaçları karşılayacak mal ve hizmetleri üretecek imkânları sınırlı (kıt)dır. Mesela dünyadaki herkesin haklı olarak otomobil isteğini karşılamak üzere otomobil üretilmeye kalkılırsa, neredeyse başka bir ihtiyacımızı karşılamadan tüm çalışabilir nüfusun sadece araba üretmek için çalışması gerekirdi. Ancak işgücü kaynağı kıttır. Ayrıca herkesin ihtiyacını karşılayacak kadar üretilecek otomobillerin harekete geçirilmesi için gerekli olan petrol kay-

nağının da kıt olduğunu unutmamak gerekir. İşte bir taraftan sınırsız ihtiyaçlar, diğer taraftan bu ihtiyaçları karşılayacak mal ve hizmetleri üretecek kaynakların kıtlığı, 'ekonomi bilimi'ni ortaya çıkarmıştır. Yani ihtiyaçlar sınırsız olmasa ya da kaynaklar kıt olmasa ekonomi bilimine gerek kalmayacaktı. Bu yönüyle ekonomi, 'kıtlık bilimi'dir ve temel amacı kıtlık sorununa çözüm bulmaktır. Tüm toplumlar, kıt kaynaklar temel sorununa çözüm bulmak için uğraşmaktadırlar. Tanım olarak da ekonomi, kıt kaynakları ile sınırsız ihtiyaçlarını karşılamak zorunda kalan insanların refahını en yükseğe çıkarmanın yollarını arayan bilim dalıdır. Daha açık bir ifadeyle

ekonomi, bireylerin ve toplumların sahip olduğu sınırlı kaynakları, sınırsız olan ihtiyaçlarını karşılamak için nasıl dağıttıklarını inceleyen bilim dalıdır.

Ekonomik birimler

Ekonomide hem üretimi hem de tüketimi gerçekleştiren üç ekonomik birim bulunmaktadır:

- **Hane halkı:** Aynı çatı altında yaşayan ve ortak finansal kararlar alan tüm insanlardır. Bunlar ekonomide hem üretimi hem de tüketimi gerçekleştirir.
- **Firmalar:** Üretim faktörlerini (emek, sermaye, doğal kaynaklar) kullanan



üretici birimlerdir. Ancak firmalar da mal üretebilmek için gerekli girdileri kullanarak aynı zamanda tüketimde de bulunurlar.

- **Devlet:** Ekonomiye düzenleyen, piyasaya üretici/tüketici olarak katılabilen ve vergi toplama ayrıcalığını elinde bulunduran yapıdır.

Bir ülkede temel olarak tüm ekonomik faaliyetler (devleti ve dış ekonomik ilişkileri bir kenara bırakırsak), tüketimde bulunan hane halkı (birey) ve üretimde bulunan firmalar arasında gerçekleşmektedir. Üretici ve tüketici olarak karşılıklı ilişkileri görebileceğimiz bu ekonomik birimlerden (aktörler) hane halkı üretim yapması için kaynaklarını (üretim faktörlerini) gelir karşılığında firmalara arz ederken, firmalar da bu kaynakları kullanmak suretiyle üretmiş olduğu mal ve hizmetleri hane halkına satmak suretiyle karşılığında gelir elde ederler.

Dünya ekonomisinde dönüşüm

İnsanoğlunun tarihi kadar eskiye götürülebilecek ekonomi, İngiltere’de ortaya çıkan Sanayi Devrimi ve Adam Smith’in Ulusların Zenginliği adlı çalışmayla birlikte bilimsel bir niteliğe bürünmüştür. Ekonomide klasik ekol sonrası en önemli dönüşümü, 1929 Dünya Bunalımı ile ortaya çıkan Keynes, “Para Faiz ve istihdamın Genel Teorisi” adlı çalışma ile yapmıştır.

Ekonomik gelişimin üç aşamalı olarak gerçekleştiği kabul edilir:

- Önce tarım sektörü gelişir.
- Tarım sektöründeki sermaye birikimi sanayi sektörüne aktararak sanayinin gelişmesi sağlanır.
- Son aşamada da sanayi sektörü belirli bir doygunluğa ulaştıktan sonra hizmet sektörüne geçer.

Günümüzde bu dönüşüm, hizmet sektöründen bilgi toplumu olmaya geçişle kendini ortaya çıkarmıştır. Tarım toplumunda temel zenginlik kaynağı toprak, sanayi toplumunda temel zenginlik kaynağı teknoloji iken, geline bilgi toplumu aşamasında temel zenginlik kaynağı bilgi haline gelmiştir.

Ekonomik dönüşümün sağlığa etkisi

Dünya ekonomik yapısının değişimi her alanda olduğu gibi sağlık alanında da önemli değişikliklerin yapılmasını zorunlu kılmış, dönüşen ekonomik yapı, sağlık alanına da yansımıştır. Bu değişiklikler şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Nüfus artışının yanı sıra, her 10 yılda

ortalama yaşam süresinin 3 yıl uzaması ve sağlık bilincinin yükselmesine bağlı olarak da artan yararlanma sıklığı sonucu tıbbi uygulama ihtiyaçlarının artması,

- Her 4 yılda, tıp teknolojilerindeki birikimin iki kat artması ve ileri teknoloji ürünü pahalı uygulamaların günlük işlemlerde hızla yaygınlaşması,

- Akut hastalıkların öneminin azalması ve tedavisi daha pahalı olan kronik hastalıkların önem kazanması.

Sağlık sektörü ve kıt kaynaklar

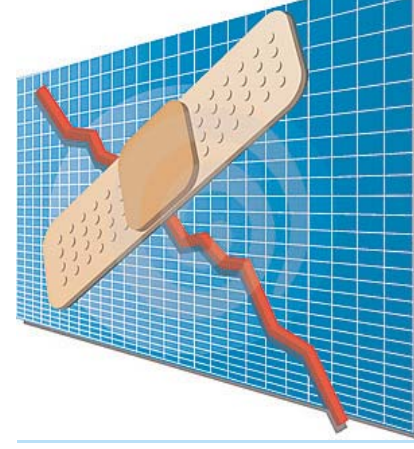
Sağlık kavramı, tüm ulusların temel gelişmişlik düzeyini gösteren ve aynı zamanda toplumların ekonomik kalkınmasında da rol oynayan bir kavramdır. Ayrıca tüm ülkelerde sağlık sektörü, reel ekonomi içerisinde oldukça yüksek pay alan bir sektördür. Dolayısıyla sağlık sistemlerinde, kaynakların etkin ve verimli kullanımı, kaliteli hizmet üretimi ön plana çıkmaktadır. Diğer alanlarda olduğu gibi iktisadın temelde çözmeye çalıştığı kıt kaynaklar bu alanda da gündeme gelmektedir. Tüm bu tespitler sağlık sektöründe yönetim kavramını ön plana çıkarmaktadır. Olaya sağlık sisteminin odağında yer alan hastaneler yönünden baktığımızda ise yönetim kavramı ve kıt kaynaklar daha da önemli hale gelmektedir. Bu noktada kaynakların nasıl etkin kullanılabileceğine ilişkin olarak cevaplanması gereken sorular, sınırlı kaynakların sağlık kurumlarının ihtiyaçlarını karşılayacak biçimde en uygun nasıl dağıtılacağı ve bu dağıtıma kimin ya da hangi mercilerin karar vereceğidir.

Sağlık sektöründe yönetim

Sağlık hizmetleri, çeşitlilik göstermesi ve insan hayatının kalitesi ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle yönetim açısından özellikleri olan bir alandır. Herhangi bir sanayi kuruluşundaki yanlış yönetsel kararlar en fazla üretim düşüklüğü ya da parasal zarar ile sonuçlanır iken, sağlık yönetimindeki yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme, toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile sonuçlanmaktadır. Yani diğer sektörlerden farklı olarak sağlık sektöründeki kötü yönetimin bedeli insan hayatı ile ödenmektedir.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi, insan sağlığı konusunda olduğu kadar, sosyoloji, psikoloji, iletişim, insan kaynakları, işletme, muhasebe, hukuk, ekonomi gibi alanlarda da bilgi ve beceri sahibi olmayı gerektirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1996 yılında Kopenhag’da yayımlanan European



Sağlık sektörü, reel ekonomi içerisinde yüksek pay alan bir sektördür.

Sağlık sistemlerinde kaynakların etkin ve verimli kullanımı, kaliteli hizmet üretimi ön plana çıkarır.

Diğer alanlarda olduğu gibi iktisadın temelde çözmeye çalıştığı kıt kaynaklar bu alanda da gündeme gelir.

Bu tespitler sağlık sektöründe yönetim kavramını ön plana çıkarır.

Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies isimli raporunda Sağlık Reformuna ilişkin olarak sağlık reformlarının etkili ve başarılı olabilmesinde eğitimin, özellikle derinlemesine yönetim eğitiminden geçmiş nitelikli kişilerin sayıca artırılmasının ve bunlara ilaveten sağlık enformasyon sistemlerinin oluşturularak veri tabanları geliştirilmesinin çok önemli rolü olduğu belirtilmiştir. Bunun yanı sıra kaynakların etkin kullanımı ile birlikte verimliliğin artırılması her işletmede olduğu gibi sağlık sektöründe de temel amaçlardan biridir. Bu noktada harcanan kaynak sabit tutularak bu kaynakla maksimum çıktı elde ederek ya da çıktı sabit tutularak bunu minimum maliyetle elde ederek verimlilik maksimize edilmelidir.

Hastaneler işletme midir?

Hastaneler çeşitli girdileri kullanarak bunları çıktıya dönüştüren ekonomik birimlerdir. Ekonomik birim olmaları, çeşitli girdileri kullanmaları ve bu girdilerden çıktı elde etmeleri hastaneleri birer işletme haline getirmektedir. Diğer birimlerde olduğu gibi sağlık kuruluşları da ekonominin kuralları çerçevesinde işletilmek zorundadır. Çünkü sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynaklar sınırsız değildir. Kaynakların sınırlı olması sebebiyle bu kaynakların en uygun şekilde



Diğer üretim birimleri gibi sağlık kurumları da faaliyetlerine devam edebilmek için çeşitli varlıklara sahip olmak zorundadır. Temel nokta, kaynak kimin olursa olsun, mutlaka verimli kullanılması gerektiğidir. Çünkü kaynaklar sınırlıdır. Tüm işletmelerin temel amacı, en az girdi ile en fazla çıktıyı üretmektir ki bu verimlilik olarak bilinir.

de kullanılması bir zorunluluk haline gelmektedir.

Sağlık kurumlarının varlık ve kaynakları

Diğer üretim birimleri gibi sağlık kurumları da faaliyetlerine devam edebilmek için çeşitli varlıklara sahip olmak zorundadır. Binalar, arsa ve araziler, tıbbi cihazlar, tıbbi malzemeler, demirbaşlar ve işletme malzemeleri sağlık kurumlarının varlıklarına örnek olarak sayılabilir. Kaynaklar konusu ise diğer sektörlerdeki işletmelerden farklılık göstermektedir. Kaynaklar, işletmedeki varlıkların kimin parası ile alındığını göstermektedir. İşletmedeki kaynakları almak için ya işletme ortaklarının parası (öz-kaynak) kullanılır. Özkaynak yetersizse başkalarının paraları (borçlar) kullanılır. Temel nokta, kaynak kimin olursa olsun, mutlaka verimli kullanılması gerektiğidir. Çünkü kaynaklar sınırlıdır. Tüm işletmelerin temel amacı, en az girdi ile en fazla çıktıyı üretmektir ki bu verimlilik olarak bilinir.

Kaynakların etkin kullanımı nasıl tespit edilebilmektedir?

Kaynakların etkin kullanılıp kullanılmadığı, işletme yönetimince oluşturulan

planlara ne derece ulaşıp ulaşılmadığı ile ölçülür. Belirlenen hedefler, sağlık kurumlarında bakılan hasta sayısı olabileceği gibi, elde edilen gelir de olabilir. Hedeflere ulaşma düzeyi, işletme performansını ortaya koyduğu gibi gelecekte ortaya çıkacak duruma ilişkin ipuçları da vermektedir. Sağlık hizmeti veren kuruluşları ekonomik bir birim olarak kabul ettiğimizde, bu ekonomik birimlerin mali kaynaklarının kullanımındaki etkinlik temel başarı ölçütlerinden biri olarak kabul edilebilir. Sağlık kuruluşlarının mevcut mali durumunu belirlemek ve gelecekte ortaya çıkacak durumları tespit etmek için mali analiz teknikleri kullanılabilir.

Mali analizler

Muhasebe sistemi içinde bir işletmede kaydedilen ve raporlanan bilgilerin belirli zaman aralıkları ile bu bilgileri kullanacak olan kişilere iletilmesini sağlayan araçlardır. İşletmenin geleceğine ilişkin ipuçlarını yakalamada kullanılan önemli yöntemlerden biri olan mali analiz, işletmenin geçmişteki mali bilgilerinden hareket ederek gelecekte ortaya çıkması muhtemel durumu tahmin etme sürecidir. Mali analiz, mali tablolardaki çeşitli kalemler arasında yüzdeler, oranlar yoluyla önemli ilişkiler kurulmasını, bu ilişkilerin ölçülebilmesini ve yorumlanmasını kapsar. Kalemler arasındaki ilişkilerin ölçülmesi ve yorumlanması çeşitli analiz teknikleri yoluyla yapılır. Mali analiz sonuçları, işletmenin geçmiş dönemlerdeki uygulamalarını gösterdiğinden, bunlar esas alınarak, işletmenin bugünkü durumu saptanır ve geleceğe ilişkin planlar da bu sonuçlardan yararlanılarak yapılır. Mali analizler, işletmenin belirli bir dönemdeki

- Ekonomik yapısı
- Finansal yapısı
- Üretim ve satış maliyetlerinin hesaplanması
- Likidite yeterliliğinin belirlenmesi
- Nakit değerleri ile fon hareketlerinin izlenmesi
- Kâr dağıtımlarının belirlenmesi
- Öz kaynak hareketlerinin kıyaslanması konularında bilgi sağlamaktadır.

Mali analizde dikkat edilecek unsurlar

Mali analizin doğru olarak yürütülebilmesi için analizi yapan kişinin aşağıdaki belirtilen hususlara dikkat etmesi ve bunların gerektirdiği bilgilere ve yeteneklere sahip olması gerekir:

- a) Mali tabloların sağlıklı bir şekilde yorumlanabilmesi için muhasebe kuram ve uygulamalarını iyi bilmek.
- b) Sigortacılık sektörünün ve işletmenin sahip olduğu özellikleri analiz sırasında göz önünde bulundurmak.
- c) İlgili dönem veya dönemlerdeki ekonomik koşullar ve trendleri iyi bilmek.
- d) İlgili şirketin politikası ile muhasebe yöntemlerini iyi bilmek.
- e) Mali analize esas alınan verilerin doğruluğu hakkında emin olmak.
- f) Birkaç oran veya yüzde ile şirketin mali durumu veya faaliyet sonuçları hakkında kesin bir yargıya varmamak.
- g) İyi bir yargılama yeteneğine sahip olmak.

Mali analizlerin yararları

Mali analiz, sadece belli bir tarihteki ve belli bir döneme ilişkin tabloların incelenmesi ve yorumlanması hususlarını kapsamaz. Yıllar itibarıyla ve çeşitli şirketler arasındaki karşılaştırmalar ve bunlarla ilgili ilişkilerin yorumlanması da mali analiz kapsamına dahildir. Bunların yanı sıra mali analizlerden sağlanacak yararlar;

- Ekonomik kararların verilmesine yararlı olacak bilgileri sağlamak.
- İşletmenin ekonomik faaliyetleri hakkında temel bilgi kaynağı olarak, bilgi edinme konusunda sınırlı otorite, yetenek ve kaynaklara sahip olan kullanıcılara bilgi vermek.
- Temel işletme amaçlarının gerçekleştirilmesinde, yönetim kaynaklarının etkin kullanımını değerlendirmede yararlı bilgiler sağlamak.
- Devletin payı olan vergi tutarının belirlenmesini sağlamak.
- İşletmenin kazanç gücünü tahmin etmek, kıyaslamak ve değerlendirmek için gerekli bilgileri sağlamak.
- Potansiyel yatırımcılara ve alacaklılara miktar, zaman ve belirsizlik bakımından potansiyel nakit akımlarını tahminlemek ve değerlendirmek için bilgi sağlamak.
- Makro ekonomik kararlara yardımcı olacak istatistiksel bilgi sağlamak.
- İşletmenin denetlenmesine olanak sağlamak.
- İşletme yönetiminin geleceğe yönelik vereceği kararlara hizmet etmek olarak sıralanabilir.

Mali analizde, işletmenin mali yapısını

ortaya koyan birçok finansal tablo olmakla birlikte iki temel mali tablo kullanılır. Bunlar bilanço ve gelir tablosu'dur.

Bilanço

Bir işletmenin belirli bir tarihte sahip olduğu varlıkları (aktif) ile bu varlıkların kaynağını oluşturan üçüncü kişilerin alacak haklarını (borçlar) ve işletme sahibi / ortaklarının haklarını (öz kaynaklar) (pasif) gösteren finansal durum tablosudur. Kısaca bilanço işletmenin belirli bir andaki mali durumunu ortaya koyan finansal tablodur.

Gelir tablosu

Bir işletmenin bir hesap dönemi içerisinde gerçekleşen gelir ve giderlerinin sonucunda ortaya çıkan dönem kârı veya zararının gösterilmesi için hazırlanan bir finansal tablodur. Kısaca gelir tablosu, kârın elde edilmesinde hangi sürecin izlendiğini ortaya koyar. Türkiye Muhasebe Standartları'na göre bilanço ve gelir tablosunun düzenlenme amaçları; yatırımcılar, kredi verenler ve diğer ilgililer için karar vermede yararlı bilgileri sağlamak, gelecekteki nakit akımlarını değerlendirmede yararlı bilgiler sağlamak ve varlıklar, kaynaklar ve bunlardaki değişiklikler ile işletmenin faaliyet sonuçları hakkında bilgi sağlamaktır.

Bilanço ve gelir tabloları yukarıda sözü edilen bilgileri edinmek üzere;

- Yöneticiler,
- Ortaklar veya işletme sahipleri,

- Yatırımcılar,
- Kredi kurumları,
- Çalışanlar ve işçi kuruluşları,
- Alacaklılar,
- Devlet ve
- Mali analistler tarafından kullanılmaktadır.

Mali analiz teknikleri

İşletmenin mevcut durumu ve gelecekteki olası durumunu ortaya çıkarmak için çeşitli analiz teknikleri kullanılabilir:

- Oran analizi
- Trend analizi
- Karşılaştırmalı tablolar analizi
- Yüzde analizi

Oran analizi

Bir işletmenin bir ya da birbirini izleyen hesap dönemlerine ait bilanço ve gelir tablolarında birbiri ile ilgili kalemlerin arasındaki ilişkileri oransal olarak belirler ve inceler. Oran Analizinde temel amaç, işletmenin borç ödeme gücünü, mali yapısını, faaliyet sonuçlarını, ekonomik varlıkların verimli ve ekonomik bir şekilde kullanılıp kullanılmadığı konusunda bilgi verici ve geleceğe dönük kararlarda yardımcı veriler sağlayan oranları hesaplamaktır. Oran Analizinde, bir döneme ait olabileceği gibi birden fazla döneme ait oransal değerlerin kıyaslanması yapılır. Birbiri ile ilişki-



si olabilecek ve anlamlı sonuçlar verebilecek hesap kalemleri ve hesap grupları birbiriyle oranlanmalıdır. Cari dönemde hesaplanan oranlar, işletmenin önceki dönem ve dönemlerdeki değerleri ile kıyaslanabileceği gibi, sektöre ait standart oranlarla ya da sektördeki diğer işletmelerle de kıyaslanabilir.

Oran analizinin uygulanması için işletmenin analizde kullanacağı oranları öncelikle belirlemesi gerekir. Kullanılacak olan oranların sayısı kesin olarak belirlenemez; çünkü analizin amacına göre uygun olan kalemler ya da gruplar arasında orantı kurulacaktır.

Ancak temel olarak oranlar dört grupta toplanır:

- Likidite Analizi Oranları
- Finansal Yapı Analizi Oranları
- Faaliyet Analizi Oranları
- Kârlılık Analizi Oranları

Likidite analiz oranları

İşletmenin kısa vadeli yabancı kaynaklarını ödeme gücünü belirten oranlardır. Ayrıca net işletme sermayesinin yeterli olup olmadığının tespitinde kullanılmaktadır. Üç ayrı alt kategorisi bulunmaktadır.

Likidite analiz oranları

1. Cari oran = Dönen varlıklar / Kısa vadeli yabancı kaynaklar
İdeal oranı 2'dir.
2. Likidite oranı (Asit-Test) = (D.V - Stoklar) / Kısa vadeli yabancı kaynaklar
İdeal oranı 1'dir.
3. Nakit oranı = Hazır değerler + Menkul kıymetler / Kısa vadeli yabancı kaynaklar

Faaliyet analiz oranları

İşletmenin faaliyet sonuçlarının analizini belirten oranlardır.

Finansal yapı analiz oranları

1. Kaldıraç oranı = (K.V.Y.K + U.V.Y.K.) / Aktif toplamı
2. Öz kaynaklar / Aktif oranı
3. Finansman oranı = Öz kaynaklar / (K.V.Y.K. + U.V.Y.K.)
4. K.V.Y.K / Pasif toplamı: Oranın 1 / 3 olması istenir. Ancak sektöre göre değişebilecek olan bu oranın daha sağlıklı değerlendirilebilmesi için likidite analizi oranlarının da dikkate alınması gerekir.
5. U.V.Y.K. / Pasif toplamı: Endüstri işletmeleri için daha anlamlı olan bu oranın da 1 / 3 aşmaması istenir.
6. ÖZ KAYNAKLAR / M.D.V.
7. M.D.V. / U.V.Y.K.

Faaliyet analiz oranları
İşletmenin faaliyet sonuçlarının analizini belirten oranlardır.
1. Stok devir hızı = Satılan malın maliyeti / Ortalama stok
Ortalama stok = (D. B. Stok. + D. S. Stok.) / 2
2. Alacakların devir hızı = Net satışlar / Ortalama ticari alacaklar
Ortalama ticari alacaklar = (D. B. T. Alacaklar + D. S. T Alacaklar) / 2
Alacakların devir hızının artması, işletmenin alacaklarını vadesinde tahsil edebildiğini ve vadelerinin kısaldığını ifade eder.
3. Alacakların tahsil süresi = Tic. alacaklar. *360 / Kredili satışlar
4. Aktif devir hızı = Net satışlar / Aktif toplamı
Aktifin etkin kullanılıp kullanılmadığını gösterir.
5. İşletme sermayesi devir hızı = Net satışlar / Dönen varlıklar
6. Net işletme sermayesi devir hızı = Net satışlar / N. İşletme sermayesi
7. Öz kaynaklar devir hızı = Net satışlar / Öz kaynaklar
Öz kaynakların ne ölçüde verimli kullanıldığını saptamada yararlanılır.
8. M.D.V. Devir hızı = Net satışlar / Maddi duran varlıklar

Kârlılık analiz oranları

İşletmenin varlıklarını verimli kullanıp

kullanmadığını, kaynaklarını kârlı kullanıp kullanmadığını, gerek ana faaliyetlerinde gerekse tüm faaliyetlerinde kâr-

lı çalışılıp çalışılmadığını, kârlılığın işletme düzeyinde ve sektörde yeterli olup olmadığını belirten oranlardır.

Kârlılık analiz oranları
1. Aktifin kârlılığı = Net dönem kârı / Aktif toplamı
2. Öz kaynakların kârlılığı = Net dönem kârı / Öz kaynaklar
3. Satışların kârlılığı = Net dönem kârı / Net satışlar
4. Brüt kâr marjı = Brüt satış kârı / Net satışlar
5. İş hacmi kârlılığı = Faaliyet kârı / Net satışlar
6. Ekonomik kârlılık oranı = F.V.Ö.K. / (Öz Kaynaklar + Yab. Kay.)
7. Faiz ödeme oranı = (F.V.Ö.K + Faiz) / Faiz

Karşılaştırmalı analiz

Bir işletmenin birbirini izleyen hesap dönemlerine ya da aynı süreleri kapsayan farklı tarihlerde düzenlenmiş mali tablolarını karşılaştırarak ekonomik, finansal ve faaliyet yapılarındaki değişiklikleri saptar ve inceler. Amacı, bilanço ve gelir tablosunun, işletmenin sürekliliği içerisinde finansal durumundaki değişme ve gelişmelerin izlenebilmesi için, hesap kalemlerindeki değişimleri görmek ve finansman politikasına işlerlik kazan-

dırmaktır. Ancak bu analiz için en az iki hesap dönemine ait bilanço ve gelir tablosunun düzenlenmiş olması gerekir. Ayrıca farklı iki döneme ilişkin değişimler mutlak ve oransal boyutta değerlendirilmelidir.

Bilanço ve gelir tablosundaki her bir kalemin ilk yıl değeri ikinci yıl değerinden çıkarılarak fark bulunur. Birinci yıl değeri, ikinci yıl değerinden büyükse fark, azalış; birinci yıl değeri ikinci yıl değerinden küçükse fark, artışı belirtir. Bilan-

ço ve gelir tablosundaki her bir kalemin ilk yıl değerine bölünür ve böylece ikinci yılın birinci yıla göre yüzde değişimi bulunmuş olur. Bir hesabın birinci yıl değeri var, ikinci yıl değeri yoksa, mutlak azalış birinci yıl değeri kadar olacak ve yüzde değişimi de eksi (-) %100 olarak gösterilecektir. Bir hesabın birinci yıl değeri yok, ikinci yıl değeri varsa, mutlak değişim ikinci yıl değeri kadar artış olurken, yüzde değişimi (-) gösterilemeyecektir.

Hesaplanması
Mutlak değer = 2. Yılın değeri - 1.Yılın değeri
Yüzde değeri = $\frac{\text{Mutlak değer}}{\text{1.Yılın değeri}}$
Karşılaştırmalı analiz oldukça geniş olup kapsamındaki unsurlar şöyle sıralanabilmektedir:
• Dönen varlıklardaki değişiklik
• Kasa ve bankalardaki değişiklik
• Menkul kıymetlerdeki değişiklik
• Stoklardaki değişiklik
• Alacaklardaki değişiklik
• Satış hacmindeki değişiklik
• Stoklar, alacaklar ve satışlardaki değişikliklerin karşılaştırılması
• Kısa vadeli yabancı kaynaklardaki değişiklik
• İştiraklerdeki değişiklik
• Maddi duran varlıklardaki değişiklik
• Maddi duran varlıklardaki değişiklik ile satış hacmindeki değişikliğin karşılaştırılması
• Uzun vadeli yabancı kaynaklardaki değişiklik
• Öz kaynaklardaki değişiklik



Yüzde yöntemiyle analiz

Bir işletmenin bir veya birden fazla hesap dönemine ait bilançosunun aktif ve pasif toplamını 100 olarak kabul edip aktif ve pasif kalemlerin her birinin aktif ya da pasif toplamı içindeki ve/veya ilgili bilanço grubu içindeki payını yüzde olarak belirler ve inceler. Gelir tablosunun yüzde yöntemiyle analizi ise gelir tablosu kalemlerinin her birinin net satışlar tutarı içindeki yüzde payını belirler ve inceler. Bu analizde amaç, işletmenin sürekliliği içerisinde bilanço kalemlerinin yıllar itibarıyla ekonomik yapı içindeki paylarının değişimini ve gelir tablosu hesaplarının net satış hasılatında yıllar itibarıyla gelir ve gider değişimlerini belirleyerek işletme ve finansman politikalarının etkinliğini saptamaktır.

Bir hesap dönemine uygulanabileceği gibi birden fazla hesap dönemine de uygulanabilen yüzde yöntemiyle analizde, bilançoda yer alan aktif grubu ve aktif toplamı 100 olarak kabul edilir ve aktif grubu ve aktif toplamı içindeki yüzde payı, pasif hesap ka-

lemleri pasif grubu ve pasif toplamı 100 olarak kabul edilir ve pasif grubu ve pasif toplamı içindeki yüzde payı hesaplanır. Bilançoda, bilanço toplamı 100 kabul edilerek, bilanço kalemi bilanço toplamına bölünür, çıkan değer 100 ile çarpılır. Bilançonun bölümleri içerisinde kalemlerin yüzde

değeri hesaplanacaksa, bilanço bölümünün toplamı 100 kabul edilerek, bilanço kalemi bilanço bölümünün toplamına bölünür, 100 ile çarpılır. Gelir tablosunda, net satışlar kalemi 100 kabul edilerek, gelir tablosunun ilgili kalemi net satışlara bölünür, 100 ile çarpılır.

Bilanço hesapları için;	
Bilanço kalemi tutarı	Bilanço kalemi tutarı
=	
Hesap sınıfı toplamı	Hesap grubu toplamı
Bilanço kalemi tutarı	
Aktif (veya Pasif) toplamı	
Gelir tablosu hesapları için;	
Gelir tablosu kalemi tutarı	
Net satışlar	

Yüzde yöntemiyle analiz, aktif değerlerin dağılımındaki değişiklikleri, döner değerlerin yapısındaki değişiklikleri, stoklardaki değişiklikleri, kısa vadeli yabancı kaynaklardaki değişiklikleri, borçların pasif toplamı içerisindeki payını ortaya koymak, ayrıca öz kaynaklardaki değişikliklerle, aktif değerlerdeki değişikliğin karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır.

Trend analizi

Bir işletmenin birbirini izleyen birkaç döneme ait bilanço ve gelir tablosu kalemlerinin baz olarak alınan bir yıldaki değere oranlanarak değişimin izlendiği bir dinamik analiz yöntemidir. İşletmenin sürekliliği içerisinde, birkaç yıllık ekonomik ve finansal durumunu ve değişimini dinamik bir yapı içerisinde, baz alınan bir yıla kıyasla incelemektir.

Trend Analizinin uygulanabilmesi için birden fazla hesap dönemine ait bilanço ve gelir tablosunun düzenlenmiş olması gerekir. Belirlenen baz yıla göre, her yılın bilanço ve gelir tablosu kalemlerinin değişimleri (artış veya azalışları) belirlenir. Genellikle ilk yıl baz yıl olarak seçilir. Ancak baz yıl olarak dikkate alınacak olan hesap döneminin her yönden faaliyetlerinin olağan olduğu bir hesap dönemi olmasına özen gösterilmelidir.

Hesaplanması	
İlgili yıl sonundaki değer	
Baz yıl sonundaki değer	x 100

Kaynaklar

European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies, World Health Organization Regional Office For Europe, 23 April 1996.

Yüksel Yalçın Koç, İşletmelerde Mali Analiz

Teknikleri, Ankara, Turan Yayınevi, 1988

Türkiye Muhasebe Standartları Kurulu Resmi İnternet Sitesi Çevrimiçi: www.tmsk.org.tr. Erişim Tarihi: 15.03.2007

Haydar Sur, "Hastanelerde Kaynak İsrافی:

Nasıl Önüne Geçilmeli", Çevrim içi:

<http://www.merih.net/m1/whaysur18.htm>. Erişim Tarihi: 10.03.2007

Merih Paya, Makro İktisat, İstanbul, Filiz Kitabevi, 1997

Çocukları büyütmeyelim!

Dr. Mehmet Can



1964 yılında Denizli, Çameli Kolak Köyü'nde kalabalık bir ailenin son çocuğu olarak dünyaya geldi. 1987'de İÜ Tıp Fakültesi'ni bitirir bitirmez Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda ihtisasa başladı. Bu kliniğin ilk TUS asistanı idi. 1992 yılı Ocak ayından beri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı olarak çalışmaktadır. Mecburi hizmetinin bitiminden itibaren memuriyetten ayrılıp serbest çalışmayı tercih etmiştir. İstanbul Anadolu Yakası'nda ağırlıklı çocuk hekimlerinin oluşturduğu "Çocuklar İçin Çalışan Serbest Hekimler Derneği"nin kuruluşundan beri başkanıdır.

A

nadolu'da çocuk artık sofraya oturup ailenin yemeklerini yemeğe başlamışsa hele bir de çorba tasını deviriyorsa; hemen anasına o çocuğu yarıp yarmadığı sorulur. Burada sorulan soru her ne kadar emzirmeye devam edip etmediği ise de asıl sorgulanan çocuğun aile içindeki yeridir, konumudur, kabul ediliş biçimidir.

Burada şunu irdelemek gerekir: Bu çocuk o ailede artık farklı bir şahsiyet midir? Bu şahsiyet, öz bakımının (yemek, tuvalet, hareket, iletişim, vb.) çok büyük bir kısmını kendi başına yapabilmekte midir? Karakteri için bir şeyler söylenebilir mi? (içine kapanık, dışa dönük, el becerisi iyi, özgüveni var, yok vb.) Kısaca bunlar için evet denebiliyorsa o çocuk artık aile bütünlüğü içinde bağımsız bir birey olmuştur. Kişiliğinde ufak tefek rötuşlar dışında fazla bir değişim olmayacak

demektir. Çocuk tabii ki fiziksel olarak büyüyecektir yani irileşecektir, bilgileri artacaktır, deneyim kazanacaktır, bedensel, psikolojik ve sosyal değişimler gösterecektir; ancak kişiliğinde fazla bir farklılık olmayacaktır.

Ama günümüzde böyle mi? Burada yazdığım ve yazacağım her cümle, her paragraf aslında kitaplar dolusu tartışmaları beraberinde getirir de; günümüzde kişilik gelişiminin zamanında tamamlanamadığını, çocuğun





“İyi büyütülmemiş çocuklar nasıl olur da iyi iletişim kurabilen yetişkinler topluluğunu oluşturabilir? Buradaki düz mantıkla şu anda iletişimsizlik sorunu yaşayan toplum; büyütülürken (!) ne gibi hatalar yapıldı ki biz bu sorunları yaşıyoruz? Bence en temel hata; bebekleri doğar doğmaz büyütmeye (!) kalkmakta yatıyor. Sanki büyümeyin desek küçük kalacaklarmış gibi... O zaman biz ne yaparsak yapalım, büyüyeceklerse bırakalım doğal ve sağlıklı büyüsünler. “

doğal yarılma sürecini yaşayamadığını, böylece aile içinde olması gereken zamanda bağımsız bireye dönüşemediğini, sonuçta hayatının uzun yıllarını, belki de tamamını iç ve dış çatışmalarla sürdürüp gittiğini vurgulamak istiyorum. Bunun temel sebebinin de anne karnından başlayarak devam eden iletişimsizlik olduğunu düşünüyorum.

Bir kadın, aynı zamanda erkek daha anne baba adayı iken çocuğuyla iletişime başlar. En azında onunla ilgili hayaller kurar. Kız olursa şöyle olur, erkek olursa böyle olur diye düşüncelere dalar. Hiç olmazsa isim düşünür. Bu çocuğuyla kurduğu ilk iletişim modelidir ve doğru bir modeldir. Hamilelikle birlikte iletişim daha da somutlaşır. Ancak doğru iletişimin yanında (anne baba adaylarının yaşam tarzlarına dikkat etmemeleri vb.) iletişimin duraksadığı veya yanlış olduğu modeller de kendini gösterir. Doğumun şekline, nerede olacağına, hangi marka mobilya alınacağına karar verme gibi aileyi gereksiz gerginliklere sokan durumların yanında, anne adayının yanlış beslenme ve aktiviteyi tamamen kısıtlaması gibi davranışları, iletişim sorunlarının başlangıcı olabilir. Hamilelik ve doğumu olağan dışı



bir durummuş gibi algılama bebeğe ve çocuğa yaklaşımda da olağan dışılığı tetikleyebilir.

Bebek doğduğunda temel ihtiyaçları nedir? Sevgi, temiz hava, açlık ve tokluğunun anlaşılması, üşümenin önlenmesi, aşırı sıcaktan korunması, uykusuna saygı gösterilmesi, bedeninin yıkanması, annesinin kokusunu, sesini, tenini hissetmesinin sağlanması, küçükük boyutlarda, çok büyük potansiyeli olan bir bireyin farklılığının kabul edilmesi, kendisine kendi ihtiyaçları doğrultusunda davranılması...

Büyütmek ve iletişimsizlik

Aslında çok basit; algılaması ve uygulanması son derece kolay olan bu durumlar bazen gereksiz yere karmaşık hale gelebiliyor: Acıkmadan uykusundan uyandırıp emzirmeye zorlamak; aç bebeğin, anne sütünün yetmeyebileceği kabullenilmediği için yeterince doyurulmaması; üşütme korkusuyla aşırı giydiren, ortam sıcaklığını gereksiz artırmak, gerekli banyolarını yaptırmamak; her ağlamasını gaz sancısı olarak yorumlayıp ona göre tedbirler almak ya da her ağlamasını açlık olarak algılayıp beslemeye uğraşmak; alışır korkusuyla kucağa bile almayıp doğumdan itibaren yemek ve uyku saati terbiyesi vermeye kalkışmak, böyle yapılmazsa disiplinsizlik sonucu kötü alışkanlıklar kazanacağından korkmak; ondan korkmak, bundan endişe etmek, ötekenden kaygılanmak derken çocuğunu iyi büyütemeyeceği ümitsizliği içinde yorgun düşmüş bir anne baba ile onların yakın çevresi... Bu durum daha ilk aylardan o kadar karanlık bir tablo olarak çıkmakta ki bireylerin karşısına çocuk büyütmek mi, ikincisi mi? Asla... 'Bunu bir büyütelim de!' şeklinde bir yargıya varılmasına neden olmaktadır.

İşte işin püf noktası: İyi büyütülmemiş çocuklar nasıl olur da iyi iletişim kurabilen yetişkinler topluluğunu oluştura-

bilir? Buradaki düz mantıkla şu anda iletişimsizlik sorunu yaşayan toplum; büyütülürken (!) ne gibi hatalar yapıldı ki biz bu sorunları yaşıyoruz?

Bence en temel hata; bebekleri doğar doğmaz büyütmeye (!) kalkmakta yatıyor. Sanki büyümeyin desek küçük kalacaklarmış gibi... O zaman 'biz ne yaparsak yapalım, büyüyeceklerse bırakalım doğal ve sağlıklı büyüsünler'... Geçen gün yeni baba olacak bir arkadaşım sordu: "Ya hem senin işin hem de tecrübeli babasın; çocuk büyütmenin püf noktası nedir?" diye.. Benim cevabım da kısa ve net olmuştu: "Çocuk büyütmeye kalkmamak." Bunca yıllık deneyimlerimin, mesleki görüşlerimin, kişisel ve sosyal yaşamımın bana fısıldamayıp bas bas bağırduğu en temel gerçeklerden biri bu: **Çocuklarımızı büyütmeye kalkmayalım. Onlar büyürlerken biz onlara yardım edelim. Bizim temel görevimiz onları büyütmek değil onların doğal ihtiyaçlarını doğal yollardan karşılamalarında yardımcı olmak.**

Çocuk büyütmek ile iletişimsizlik arasında ne alâka var diye sorabilirsiniz. Çok alâka, hem de çok alâka var. Kısaca açıklayayım;

- Acıkmamış çocuğu doyurmaya kalkmak, illâ saati ve miktarı belirleyip çocuğu da buna uymaya zorlamak çocukla yanlış ilişki kurmak değil mi?

- Acıkmış bir bebeğe yetersiz olduğu halde illâ anne sütü vereceğim diye doyurmamak daha ilk günlerden bebeğin bize olan güvenini sarsmaz mı? İletişimini aksatmaz mı?

- Belki sadece güven ve sevgi istediği için anne babasının kucağını isteyen bebek, alışır korkusuyla illâ yatağında bırakılırsa, o bebek kendini terk edilmiş hissetmez mi? Kime derdini anlatacağı konusunda kafası karışmaz mı?

- Üşütme endişesiyle herkesin şort, ti-şört giydiği ortamda kat kat giydirilmiş çocuk sıcaktan bunalıp ağladıkça daha çok terleyip daha çok kaşınmaz mı? Bu sıkıntısını da ağlamaktan, vücudunu kızartmaktan, terletmekten daha uygun bir ortama çıkarılınca mutlu olmaktan başka nasıl ifade edebilir? Belki de sadece banyo yapmak çocuğu rahatlatacak, bundan bile sakınırsak, çocuk gittikçe içine kapanmaz mı?

- Her bebeğin, her çocuğun uyku ihtiyacının farklı olacağı gerçeğini kabul etmeden, belirli bir uyku kalıbına sokmaya uğraşırsak bir süre sonra çocuk en temel ihtiyacı olan uykudan bile nefret etmeye başlamaz mı? Yataktan ve yatırılmaktan ürkmeyen mi?

Bu örnekleri çok artırabiliriz. Her paragraftan bir kitap bile yazabiliriz. Ancak buradaki bu küçük örnekler bile çocuğumuzla çok erken dönemlerde bile iletişimimizin ve ilişkimizin bozulmaya başladığını göstermiyor mu?

Daha ileriki aylarda ve yıllarda sırf terbiye ve eğitim adına; yemeğin miktarını, çeşidini ve saatini biz ayarlamaya kalkmıyor muyuz? Çocuğumuza acıktın mı diye sormuyoruz, yedin mi diye soruyoruz. Doydun mu demiyoruz, bitirdin mi diyoruz. Üç yaşındaki çocuğun bakıcısını; yedi mi diye aramıyor, yedirdin mi, uyudu mu değil, uyuttun mu diye arıyoruz. Hiçbir temel ihtiyacını karşılayamaz, her şeyi başkaları tarafından yaptırılan çocuklar yetiştirmiyor muyuz? Eğer yaptırılmazsa hayatta kalamayacağını bile bile... Hâlbuki bu durumda biz de anne baba olarak görevimizi yapmamış oluruz. İki yaşında bir çocuğun kendi başına yemek yemesi çok normal bir davranış iken biz bunu neredeyse özel eğitimle kazandırılmış üstün bir yetenek olarak algılar hale geldik.

Her insanın bir oyun dönemi var ki bu bebeklikten sonraki dönemdir. Yaklaşık bir yaş civarında başlayan okul dönemine kadar hatta okul çağında bile süren bir süreç... Bu dönemde çocuğun hayatındaki birinci öncelik oyundur. Bu tek başına olabilir, başkalarıyla da olabilir. Burada temel ihtiyaç oyundur, oyuncak değil... Çocuk oyuncakı kendi yaratabilir. Ancak bazen bu oyun ihtiyacı o kadar abartılıyor ki, çocukla sadece oyuncak alışverişi üzerinden iletişim kurulabiliyor. Odalar dolusu, başkalarıyla paylaşılmayan, birkaç saniyeden birkaç saate kadar süren çocuk-oyuncak ilişkisi ve sonrasında tatminsizlik ve iletişimsizlik... Toprağa dokunmayan, kumda oynamayan, ağacın ne olduğunu ancak televizyonda gören çocuklar... Şehirlerimizde parklarımız zaten az, olanlarda da çimlere bas-

mayınız yazar. Koca devasa bloklardan oluşan sitelerde yüzme havuzu ve tenis kortu öncelikli ancak çocuk oyun alanları hem yetersiz, hem tehlikelerle dolu... Sürekli 'koşma terlesin!' diye çocukları kısıtlayan büyükler. Çocuğa koşma demenin, kuşa uçma demekten ne farkı varsa...

Ne büyük sorundur, okul ve öğretmen. Okul çağına gelmeden birkaç yıl önce başlayan telaş, köklü ve pahalı okula ne pahasına olursa olsun kapak atmak için harcanan onca maddi manevi külfet. Bu külfeti karşılamak için daha çok çalışmak. Çocuğun bizimle birlikte geçireceği zamanları, yine bizim tasarladığımız bir formatta ama bizden uzak geçirmesi. Önce fiziksel başlayan uzaklığın zamanla ruhsal olarak da mesafesini artırdığını fark edip akıldandığımızda biraz geç olmuyor mu?

Burada yaşadığım bir olayı anlatmaktan geçemeyeceğim. Yurtdışında olduğum dönemlerde iki çocuğu olan bir arkadaşım, koşulları gereği eve geç geliyor, hatta evde de çalışıyordu. Bazen pazarları da işe gidiyordu. Bize de bu kadar çok çalışmasının gerçekten çok gerekli olduğunu savunuyordu. Bizi dinlemiyor gibi görünen altı yaşındaki kızı "baba çalış çalış, belki bir gün daha az çalışırsın ama o zaman da biz çocuk olmayacağız" dediğinde ensemde sıcak bir suyun aktığını bugün bile hâlâ sınırsız hissedirim.

Çocukları büyüttük sanıyoruz

Çocuklarımız okula başlarken biz daha çok heyecanlıyız. Sanki okuma yazmayı biz öğreneceğiz. İlk günden "Ali koş" yazmaya başlarız. Her gün ne öğrendiğinden, ödevinden sorguya çekeriz. İlk günden "A"nın sağ bacağındaki kısalığı yüzlerine vurmaya başlarız. Az ödev veren, az öğretene öğretmeni beğenmeyiz. Çocuğumuza telefon açar 'ödevini yaptın mı' deriz. Okulda mutlu bir gün geçirdin mi demeyiz. Öğretmenlerse derse girer, müfredat kadar bilgiyi verirler, hatta daha fazlasını... En iyi öğrenci; en iyi susan, kravatı düzgün, saç tıraşlı, en yüksek notu alan ve bilgisini paylaşmayan öğrencidir. Öğrencinin mutsuzluğu, okulunu, öğretmenini, arkadaşlarını sevip sevmeyeceği, mutlu olup olmadığı önemli değildir. Çünkü mutlu olmak için başarılı olmak zorundadır.

İşte bunları ve sayamadığım birçok engelleri aşıp gelen; çevresine ulaşabileceği kanalların çoğu kapalı olduğu için iletişim kuramamış ya da yanlış modeller geliştirmiş çocuklar bir gün yetişkin oluveriyorlar. Hem de büyütülmüş ama büyüyememiş birer



"Birçok engelleri aşıp gelen; çevresine ulaşabileceği kanalların çoğu kapalı olduğu için iletişim kuramamış ya da yanlış modeller geliştirmiş çocuklar bir gün yetişkin oluveriyorlar. Hem de büyütülmüş ama büyüyememiş birer yetişkin olarak... Sonra da onlardan olgun, erdemli, mutlu, hoşgörülü davranışlar bekliyoruz. Biz onları büyüttük (!) sanıyoruz. Oysa onlar bizim baskısıyla büyüyemediler (!)."

yetişkin... Sonra da onlardan olgun, erdemli, mutlu, hoşgörülü davranışlar bekliyoruz. Biz onları büyüttük (!) sanıyoruz. Oysa onlar bizim baskısıyla büyüyemediler (!). Eğer izin verseydik, çocuklarımız gerçekten büyüyebilecek, bizim de olgunlaşmamıza yardım edeceklerdi. Çünkü büyümesine fırsat verilen çocuklar da anne babasının büyümesine, olgunlaşmasına yardımcı olurlar. Çocuğuyla iyi iletişim kurabilen insan, diğer iş ve sosyal çevresiyle de iyi ilişkiler kurar. Ailesiyle iyi iletişim kurabilen çocuklar çevresiyle iyi ilişkiler kurmaya, dostlar edinmeye, sabırlı ve hoşgörülü olmaya da çocuklukta, bebeklikte hatta bebeklik öncesinde başlar.

Aslında bir günde olunmaz da, ölünmez de...

Not: Bu yazı ülkemizde cinayetlerin işlenip de toplumsal hoşgörüsüzlüğümüzün görsel ve yazılı medyada günlerce yüzümüze vurulduğu bir dönemde yazılmıştır...

Kanıtın yokluğu, yokluğun kanıtı mıdır?

Prof. Dr. Fahri Ovalı



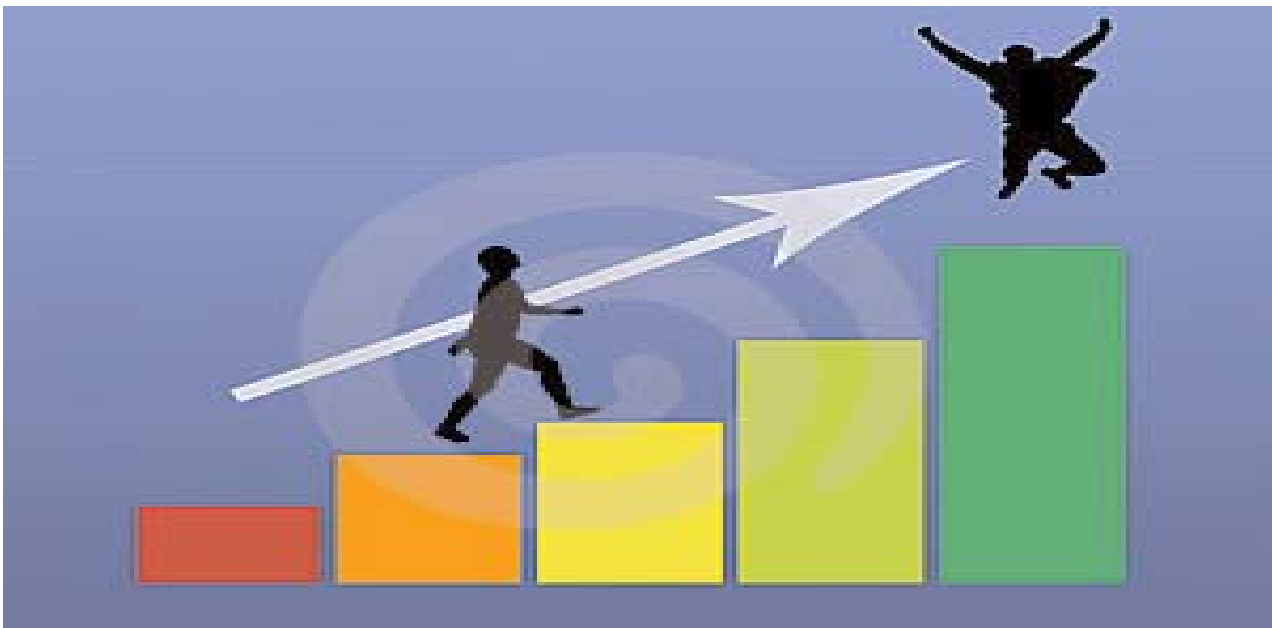
İstanbul'da doğdu. 1979 yılında Darüşşafaka Lisesi'ni, 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1991 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimi tamamladı. 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalıştı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003-2005 yılları arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ve Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı görevlerinde bulundu. 2005 yılından itibaren Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şefliği görevini yürütmektedir. Editörlüğünü yaptığı 6 kitabı, yurtiçi ve yurtdışında yayınlanmış 150'den fazla makalesi bulunmaktadır.

Bilimsel çalışmalar ve araştırmaların sonuçları değerlendirilirken sıklıkla istatistiksel yöntemler kullanılır ve sonuçta, elde edilen verilerin “anlamlı” veya “anlamsız” olduğu yargısına varılır. Hatta birçok yazar ve editör, “istatistiksel anlamlılık”, yani “ $p < 0.05$ ” için her şeyini vermeye hazırdır. Ancak, anlamlı kabul edilen sonuçların her zaman klinik açıdan önemli olmadığı da bilinmektedir. İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olan bir sonuç, klinik açıdan anlamsız olabilir ve hekimlere

hiçbir “anlam” ifade etmeyebilir. Fakat istatistiksel olarak “anlamsız” olanların dikkate alınmaması veya yanlış yorumlanması daha da vahimdir. Bir diğer yanlış yorumlanan durum ise, “etkisiz olduğuna dair kanıt bulunmasının”, “etkili olduğuna dair kanıt bulunmaması” ile karıştırılması veya “kanıt yokluğunun” “yok olduğuna dair kanıt bulunmaması” ile karıştırılmasıdır. Durumu daha iyi anlayabilmek için, bazı temel kavramları tekrar irdelemekte yarar vardır.

Klinik çalışmalarda genellikle farklılığın < 0.05 veya < 0.01 olduğu durumlar, “anlamlı” olarak kabul edilir ve bu

farkın, karşılaştırılan iki durumdan birinin daha iyi veya etkili olduğunu “gösterdiği” ifade edilir. Ancak, bu farklılık meselesini dikkatli ele almak gerekir. Eğer, $p < 0.05$ düzeyini kullanıyorsak, % 5 olasılıkla, tip I hata yapıyoruz demektir. Ancak bu % 5, her zaman gerçeği göstermez. Eğer fark tam olarak 0.049 ise, 0.051 olduğunda aniden buharlaşıp gidecek midir? Bilindiği gibi, tip I hata demek, gerçekte farklılık olmamasına rağmen, sonuçların fark olduğunu gösterdiği durumdur. Tip II hata ise, gerçekte farklılık olmasına rağmen, sonuçların fark olmadığını gösterdiği duruma verilen addır. İstatistiksel testlerin yanlış olarak kullanıl-







İstatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olan bir sonuç, klinik açıdan anlamsız olabilir ve hekimlere hiçbir “anlam” ifade etmeyebilir. Fakat istatistiksel olarak “anlamsız” olanların dikkate alınmaması veya yanlış yorumlanması vahimdir.

diği durumlarda ortaya çıkan hataları ise adlandırmak bile mümkün değildir. Ancak okuyucuların, araştırma sonuçlarını değerlendirebilmek için yine de hangi testin hangi durumlarda kullanılması gerektiğine ait temel bilgileri sahip olmaları gerekir.

Birçok klinisyen, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilen farklılıkların, klinik öneme sahip olduğuna dair bir önyargıya sahiptir. Ancak bazı durumlarda, $p < 0.0001$ bile olsa, bu durumun klinik bir önemi olmayabilir. Bazıları, $p < 0.048$ gördüğünde, artık bahsi geçen tedaviyi hastalarına rahatlıkla uygulayabileceği düşüncesine kapılır veya yıllardır uyguladığı bir tedavinin farkının yeni bir çalışmada 0.06 olduğunu gördüğünde, aniden tedaviden vazgeçer. Böyle çalışmaları değerlendirirken dikkatli olunmasında fayda vardır. Anlamlın, anlamlı olmadığı durumlar şu şekilde sıralanabilir:

- Örneklem sayısı büyüktür. İstatistiksel anlamlılık gösterme ihtimali yüksektir. Klinisyen şu soruyu sormalıdır: Bu fark, klinik olarak önemli midir?
- $p < 0.05$ olmasına rağmen, yetersiz sayıda denekte incelenen parametrede küçük değişiklikleri belirtmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmasına rağmen, klinik anlamı çok azdır veya yoktur. Klinisyen bu durumda, verileri şüpheyle karşılamalı ve uygulamalarını hemen değiştirmemelidir.
- Birçok değişik ve fazla sayıda denekle yapılan çalışmalarda anlamlı fark görülmüştür. Gerçek fark küçük ve belki de önemsiz olabilir. Klinisyen, bu meta-analizi de şüpheyle karşılamalı ve uy-

gulamalarını hemen değiştirmemelidir.

Diğer yandan, bazı durumlarda ise anlamlı bulunmayan istatistiksel sonuçların klinik anlamı fazla olabilir. Burada da yine aynı soru sorulmalıdır: Bu anlamsız istatistik, klinik olarak anlamlı olabilir mi? Böyle çalışmaları değerlendirirken, sorulması gereken sorular şunlar olmalıdır:

- İncelenen sonuç parametreleri nelerdir ve nasıl tanımlanmıştır?
- Çalışma dışı bırakılanlar kimlerdir?
- Örneklem büyüklüğü fazla olsa da, istenen sonuç parametrelerine uygun mudur?
- Kontrol grubundaki insidans nedir?
- Bu sonuçlara ulaşabilmek için daha iyi bir örneklem yapılabilir miydi?
- Böyle bir çalışmadaki sonuçlar da anlamlı olur muydu?
- Bir girişim sonucunda “pozitif” bir etki elde edilmişse, bu etki önemli midir?
- Yan etkiler incelenmiş midir?
- Eğer “anlamlı farklar bulunmamışsa”, bu durum, güvenliği de garanti eder mi? Şu ifadelerle dikkat edin: “Bu uygulama güvenli bulunmuştur ve uygulanmalıdır”.
- Yayında “anlamlı” kabul edilen sonuçla, sizin ve hastalarınızın “anlamlı” kabul ettiği sonuç aynı mıdır?

Tüm bu çalışmalarda dikkat edilmesi gereken bir diğer önemli konu da, “payda”dır.

Hastalıkların insidansları, görülme hızları, risk faktörleri gibi durumlarda, payda önemli hale gelir. Örneğin, prostat kanseri insidansından bahsediliyorsa, ele alınan toplum, tüm toplum mudur, yalnız erkekler midir, yoksa yalnız belirli bir yaşın üzerindeki erkekler midir? Eğer tüm toplum ele alınmışsa, kızlar ve çocuklar da hesaba katılmış demektir! Ya da, prematüre retinopatisi insidansı bildiriliyorsa, 1.500 gramın altında doğan tüm bebekler mi hesaba katılmıştır? Oysa prematüre retinopatisi, 4. haftadan sonra ortaya çıkar. Doğan tüm bebeklerin hesaba katılmasıyla, doğumdan sonra 4. haftasını doldurmadan ölen birçok bebek de insidans hesabına katılmış olacak ve insidans daha düşük gözükcektir. Dolayısıyla, çalışmalar değerlendirilirken sorulması gereken sorulardan birkaçı şöyle olmalıdır: Payda nedir? Ne olmalıdır? Riskli popülasyon nedir?

Tedavi edilmesi gereken hasta sayısı da, istatistiksel yöntemlerde sık kulla-

nılır. Bu sayı, mutlak risk azalmasının tersi olarak hesaplanır. Örneğin, bir tedaviyle kontrol grubuna göre % 5 daha fazla hasta tedavi edilmişse, tedavi edilmesi gereken hasta sayısı 20 olarak bulunur. Yani, bir hastada başarılı olabilmek için aynı tedaviyi 20 hastaya uygulamanız gerekmektedir. Bu rakam, tedavinin etkinliğini anlamada daha faydalı olabilir. İdeal olanı, bu rakamın 1 olmasıdır. Ancak birçok durumda bu rakam 10’dan büyüktür ve elinizdeki hastanın bu tedaviden faydalanma olasılığı da düşüktür. Eğer, tedavi edilmesi gereken hasta sayısı nisbeten düşükse (6 - 10 gibi), o zaman sorulması gereken soru ise “neyin karşılığında?” olmalıdır. Eğer elde edilecek sonuç klinik olarak önemli ise, o zaman tedavi edilecek hasta sayısının 10 olması, 100 olmasından iyidir.

Cochrane, herhangi bir sağlık uygulaması için şu soruları sorar: “Bu iş uygun mu?”, “Pratikte uygulanabilir mi?” ve “Yapmaya değer mi?”. Bu soruların yanıtları, “evet”, “belki” ve “hayır” olarak verilebilir. Geniş kapsamlı yapılan çalışmaların hepsi de söz edilen girişimin sonuç vermediğini gösteriyorsa, bu tedavinin etkili olmadığını kanıtı olarak ele alınabilir. Tek bir randomize kontrollü çalışmada elde edilen olumsuz sonuçlar hemen genellenmemelidir. Karl Popper’in klasik örneğinde olduğu gibi, dünyada hiç siyah kuğu yoktur diyebilmek için, dünyadaki tüm kuğuları görmek gerekir. Bazı tedavilerin etkili olmadığı iddiaları, bazı doktorların hastalarını tedavi etmelerini engelleyebildiği gibi, diğer başka tedavilerin yan etkilerine de açık hale getirebilir. Editörler ve okuyucular, “azaltmadı”, “etkisiz”, “etkili değil” gibi ifadelerden kaçınmalı ve dikkat etmelidirler. Çünkü aslında gösterilen şey, “etkiye ait kanıt bulunmadığı”dır yoksa “etkisiz olduğunun kanıtlandığı” değildir. Bu nedenle, kullanılması gereken ifadeler “anlamlı farklılıklar bulunamadı,” veya “destekleyici veya reddedici kanıtlar yetersizdir,” şeklinde olmalıdır. Genel olarak $p > 0.05$ bulunan çalışmalar, yalnızca “fark bulunduğu”na dair kanıtın yokluğu”nu veya “istenmeyen etkileri olduğuna dair kanıtın yokluğu”nu ortaya koyar. Bu çalışmaları, etkisizliğin kanıtı olarak göstermek yanıltıcı ve aldatmacadır. Böyle çalışmalarda bazen, geniş güvenlik sınırları, gerçeği ortaya koyar ve kanıt yokluğuna açıklık getirir. Randomize kontrollü çalışmalarda kanıt yok deniyorsa, güvenlik sınırları mutlaka bilinmelidir.

“Önemli sonuçlar” genellikle hastalar ve aileler için önemli kabul edilen sonuçlardır. Ancak ölüm, felç, görme ve işitme kaybı gibi bu sonuçlar çalışmalarda “sıklıkla nadirdir”. Dolayısıyla, is-



tatistiksel bir farklılığın gösterilebilmesi için, örneklem büyüklüğünün oldukça fazla olması ve risk altındaki popülasyonun iyi belirlenmesi (paydanın dikkatli seçilmesi) gerekir. Diğer bir deyişle, çalışma için hedeflenen sonuçların, klinik açıdan önemli olup olmadığına dikkat edilmelidir.

Kanıt dayalı tıbbın temelini, randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) olduğu söylenir. Ancak, altın standart da denilen bu çalışmalar her zaman fazla parlak olmayabilir. Bazı şeyleri bildiğimizi biliriz ve bunun için de RKÇ bulunmasına gerek yoktur. Örneğin, saatte 200 km hızla giden bir arabadan atlayan bir kişinin, sağlıklı kalıp kalmayacağı hakkında yapılmış bir RKÇ var mıdır? Kanıt dayalı tıp açısından bunun yanıtı verilemez ama yanıtı herkes bilir! Zaten etik açıdan bazı çalışmaların yapılması olanaksız olduğu için, yalnızca eldeki veriler veya tahminler ile klinik uygulamalar yapılabilmektedir. Randomize kontrollü çalışmalar, klinik girişim ile sonuç arasındaki ilişki basit ve kısa ise ve sonuçlar başka durumlara da rahatlıkla uygulanabilir ise kıymetlidir. Ancak RKÇ'ler genellikle pahalıdır, daima yapaydır, seçilmiş ve kısıtlı bir grupta yapılmışlardır ve bazı kişiler dışarıda bırakılmıştır. Halbuki gerçek hastaların durumları ve sorunları, çok daha farklı ve karmaşıktır. Diğer bir deyişle, bu çalışmalar, biraz "hayattan kopuk"lardır. Yol gösterici olabilirler ama gerçekleri tam olarak yansıtamayabilirler. Bu nedenle RKÇ'lerin, gerçek hayattaki gözlemsel çalışmalar, yani pratik klinik çalışmalar ile desteklenmesi gerekir. Yani, kanıt ulaşmak, yalnızca RKÇ ile mümkün ve

doğru değildir, non-randomize çalışmaların da bu bağlamda önemi büyüktür. Zaten gerçek hayatta da RKÇ'ler her zaman doktorların klinik soru(n)larına tam olarak yanıt verememektedir. Hastaların sağlığından ve tedavisinden birebir sorumlu olanlar doktorlardır, RKÇ'ler değil. Fakat bu durum, herkesin her istediğini yaptığı kaotik bir ortama da yol açmamalıdır. Günlük hayatta sıklıkla kullanılan bazı ifadelerin gerçekte ne anlamlara geldiğine dair örnekler verilebilir.

Görüldüğü gibi, kanıt dayalı tıp çalışmalarının dikkatle değerlendirilmemesi birçok hatayı beraberinde getirmektedir. Kanıtlar, gerçek kanıt olmadıkça, uygulamada sorunlarla karşılaşmak kaçınılmazdır. Bir tedavi veya girişimin gerçekten daha iyi veya daha etkili olduğu ve yalnızca istenen etkileri meydana getirdiğini kanıtlamak kolay değildir. Bir tedavi veya uygulamanın her hastada gerekli olmadığı, etkili olmadığı ve yapılmadığı takdirde herhangi bir önemli istenmeyen etkiye yol açmayacağını kanıtlamak ise çok daha zordur. Randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen sonuçlar ne kadar etkileyici olursa olsun iyi klinik uygulamalar için tek başına yeterli değildir. Biz, hastalarımızın her birinden tek tek sorumluyuz; randomize kontrollü çalışmalar, büyük adamlar, rehberler veya uzmanlar değil. Bizi, neyi uyguladığımız kadar, neyi uygulamadığımız da sorumlu kılar. Umulur ki, bu yazıyı buraya kadar okuduktan sonra, artık sizin de bazı uzman görüşleri (uzmanların görüşleri değil) olur. Unutmayın; hastalar sizin hastanız.

Kaynaklar

Sinclair JC. Weighing risks and benefits in treating the individual patient. *Clin Perinatol* 2003; 30: 251-68

Joffe M. Evidence of absence can be important. *BMJ* 2003; 326: 1267

Alderson P, Groves T. What doesn't work and how to show it. *BMJ* 2004; 328: 473

Alderson P, Chalmers I. Survey of claims of no effect in abstracts of Cochrane reviews. *BMJ* 2003; 326: 475

Sinclair JC, Haughton DE, Bracken MB, Horbar JD, Soll RF. Cochrane neonatal systematic reviews: a survey of the evidence for neonatal therapies. *Clin Perinatol* 2003; 30: 285-304

Sackit DL. Patients and therapies: getting the two together. *N Engl J Med* 1978; 298: 278-0

Chalmers I. Well informed uncertainties about the effects of treatment. *BMJ* 2004; 328: 475-6

Fretheim A, Schunemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. *Health Res Policy Syst* 2006; 4: 27

Mainland D. Medical statistics-thinking vs. arithmetic. *J Chronic Dis* 1982; 35: 413-7

İfade	Gerçek anlamı
"Benim deneyimime göre, bu tedavi işe yarar"	Ben aynı hatayı tekrarlarım
"Bu tedaviyle ilgili bizim bir sorunumuz olmadı"	Verilerini dikkatli değerlendirmiyor
"Ben bu işi birçok kez yaptım ve çok başarılı oldum"	Yalnızca 2-3 kez yaptı veya gözlem kapasitesi yetersiz
"Bu iş bize doğru geliyor"	Başkalarının (örneğin hastaların) ne çektiği umurumuzda değil
"Ben şimdiye kadar öyle bir sorun görmedim"	Ya çalışmıyor ya dikkat etmiyor ya riskli hastaları takip etmiyor veya sorun olduğunda tatildaydı
"Böyle yapıyoruz çünkü falan ünlü (doktor) böyle dedi"	Ben kendim düşünmüyorum ve hep başkalarını takip ederim
"Böyle yapıyoruz çünkü falan ünlü üniversite (veya hastane) böyle yapıyor"	Doğru olmayan birçok işi, birçok yer yapabilir
"Biz bu işi 10 yıldan beri böyle yapıyoruz ve hiçbir şey olmadı"	Benim kafamı karıştırma, ben ne yapacağıma önceden karar vermişim
"Çalışmalar net değil"	Çalışmaların yalnızca özetini okumuş veya çok eskiden okuduğu çalışmaları hatırlıyor
"Baktığımız hastaların en iyi ve en etkili tedavi alması için elimizden geleni yapıyoruz"	Güzel. "Kanıtları" dikkatle değerlendir, yan etkileri gözle, zarar vermemeye çalış

Gen terapisinin hikâyesi...

Doç. Dr. Gürkan Öztürk



1968 yılında Karabük'te doğdu, ilk ve orta öğrenimini burada tamamladı. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Üniversite yıllarında çeşitli dergilerde popüler bilim yazarlığı yaptı. 1995-1999 yılları arasında Londra King's College'da fizyoloji doktorası yaptı. Halen Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilimdalı'nda öğretim üyesi olarak çalışıyor. Akademik uzmanlık ve ilgi alanı sinirbilim ve sinir rejenerasyonu olup aynı zamanda Sleep and Hypnosis ve Eastern Journal of Medicine dergilerinin yardımcı editörlüğü görevlerini yürütüyor. Evli ve üç çocuk babasıdır.

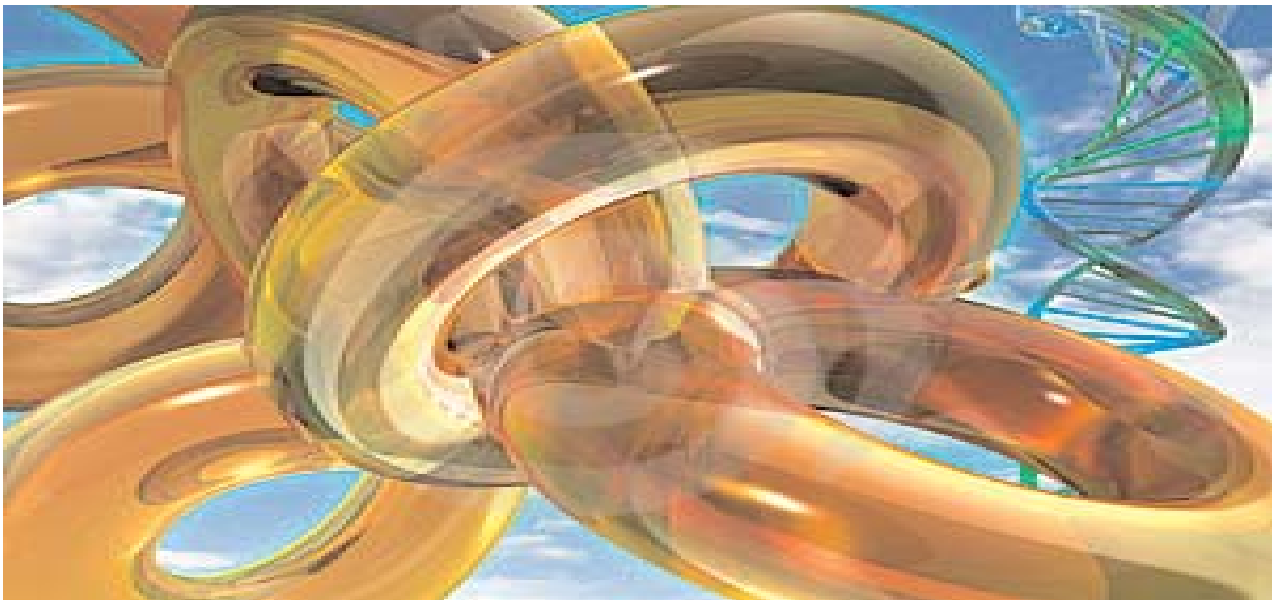
Son yıllarda adını sıkça duymaya başladığımız, geleceğin ileri tedavi yöntemlerinden biri olacağı düşünülen kavramlardan birisi gen terapisi. Sağlık eski bakanlarından Dr. Yıldırım Aktuna'nın yakalandığı pankreas kanserine Çin'de gen terapisi ile çare araması bu yöntemi ülkemizde de daha fazla konuşulur hale getirmiştir

Gen terapisi, bir hastalığı tedavi etmek amacıyla bir kişinin hücre ya da dokularına bir genin yerleştirilmesi ya da

kalıtsal bir bozuklukta mutant genin sağlamıyla değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Bu yöntemin hikâyesi 1960'larda Shope papilloma virüsleriyle yapılan bir çalışmaya dayanır. ABD'nin Tennessee Üniversitesi'nden Dr. Stanfield Rogers, o yıllarda bu virüsün tavşanlarda oluşturduğu lezyonlarda anormal miktarlarda arjinin aminoasitini yıkan arjinaz enzimi olduğunu rapor etmişti. Daha sonra Dr. Rogers bu virüsle 20 yıl öncesinde bile çalışan bazı bilim adamlarının kanında arjinin seviyesinin normalden daha az olduğunu gösterdi. O yıllarda virüsün bu geni bilimadamlarına bulaştırdığı fikri sadece bir hipotezken, 1969 yılında Alman-

ya'dan rapor edilen yeni bir genetik hastalık bu hipotezi test etme imkânı doğurdu. Dr. Rogers, yüksek plazma arjinin seviyesi ile seyreden ve beraberinde mental gerilik ve serebral palsi bulunan bu genetik hastalığı tanımlayan Dr. Terheggen'i hasta iki kız çocuğuna Shope virüsü enjekte etme konusunda ikna etti.

Önce virüsü çocuklardan alınan hücrelerle yapılan kültürlerde denediler; sonuç başarılıydı, virüsle enfekte hücreler arjinaz aktivitesi kazanmıştı. Ancak aynı virüs çocuklara verildiğinde ne arjinin seviyesini düşürecek ne de klinik tabloyu değiştirecekti. Herkesin



hem fikir olduğu, gen tedavisi için henüz bilimsel alt yapının ve bilinenlerin yeterli olmadığı idi. Hemen hemen aynı yıllarda Pensilvanya Üniversitesi'nden Dr. Theodore Friedmann, Lesch-Nyhan hastalığında kusurlu olan HPRT enzimine ait geni virüsler aracılığıyla sağlamıyla değiştirmeyi tasarlıyordu. Dr. Friedmann, aynı zamanda 1970'lerin başlarında "gen terapisi" terimini ilk kez kullanan kişi oldu. Aradan on yılı aşkın bir süre geçtikten sonra, 1983'te Friedman işbirliği yaptığı Inder Verma ile birlikte HPRT genini izole ettiklerini ve fare hücrelerine başarıyla yerleştirebildiklerini duyurdu. Ardından, bu başarılarını canlı hayvanda test edebilmek için hemofili eksik olan pıhtılaşma faktöründen sorumlu geni hedef aldılar. Önce bu geni kültürdeki fare hücrelerine bir retrovirus aracılığıyla başarıyla naklettiler ve faktör üretimini sağladılar. Ancak hayvanlara geri konduğunda hücreler anlaşılabilen bir şekilde faktör sentezini durdurdular.

Gen tedavisi resmi bir izinle ilk kez 1990 yılında Amerikan Sağlık Bakanlığı bünyesinde Dr. French Anderson tarafından genetik bozukluğa bağlı ağır immünite yetmezliği (SCID) olan Ashanthi DeSilva adında bir kız çocuğunda denendi. Ancak bu geni doğrudan hastaya kazandırmanın bir yolu yoktu ve yapılan işlem hastanın akyuvarlarını kültürde çoğaltmak, eksik geni yerine koymak ve hücreleri tekrar hastaya geri vermekten ibaretti. Bundan sonra SCID gen tedavisi için adeta bir model hastalık oldu. Farklı viral vektörler ve farklı protokollerle çok sayıda hastada eksik olan "ADA" enziminin tekrar üretilir hale gelmesine çalışıldı. Ancak başlangıçta büyük başarı olarak rapor edilen en önemli çalışmalar gibi bu da büyük tartışmalara konu oldu. Öncelikle Anderson'un öncü çalışmaları bu araştırmacının kişisel ihtiras ve daha sonra ahlaki zaafılarıyla gölgelendi (Anderson önce kendisini gen tedavisinin babası ilan etti, 2004 yılında ise çocuklara cinsel taciz nedeniyle 14 yıl hapse mahkum oldu). Hatta iyileşme gözlenen bu hastalara aslında gizli ADA enzimi takviyesi yapıldığı iddia edildi. Daha ciddi ve çok merkezli çalışmalardan umut verici haberler gelirken, Fransa'da yürütülen klinik denemelerde tamamen tedavi olduğu bildirilen 10 çocukta üçünün bir kaç yıl sonra lösemiye yakalanması ve birinin ölmesi büyük hayal kırıklığı yarattı.

Ancak bu, gen tedavisiyle ilgili ilk kötü tecrübe değildi. Pensilvanya Üniversitesi'nde bir başka genetik enzim eksikliği için 18 hastaya uygulanan tedavi sırasında eksik geni taşıyan virüsün damar yoluyla verildiği hastalardan en

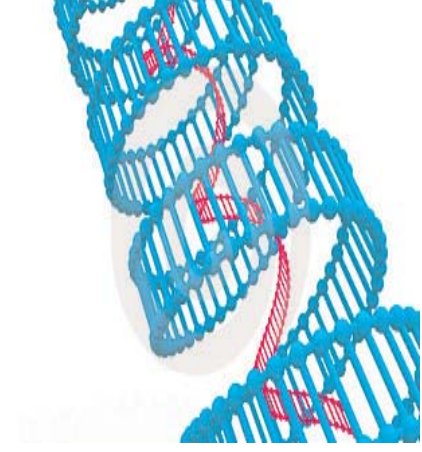
yüksek dozu olan Jesse Gelsinger beklenmedik bir şekilde hayatını kaybetmişti. Bu ölüm, gen tedavisi konusunda büyük bir karamsarlığa yol açtı ve Gelsinger bu tedavinin başarısızlığının sembolü haline geldi.

Böylesi olumsuz tecrübelerle karşın gen tedavisini kullanılabilir bir yöntem kılabilmek için çalışmalar devam ediyor. Genetik kökenli retinal hastalıklardan Parkinson Hastalığı'na, talasemiden kistik fibroza kadar pek çok hastalığın gen tedavisi ile tedavi denemeleri, umutların hâlâ canlı olduğunu gösteriyor.

Gen terapi ticareti

Ölümcül hastalıklar için tedavi ihtimali vaat etmenin bile büyük bir pazar potansiyelinin olduğu, gen tedavisi alanında hızla yapılan yatırımlar ve çoğu prematür ürünlerin piyasaya sürülmesiyle bir kez daha görüldü. Her ne kadar Batı ülkelerine hakim olan karamsar hava ilaç ve tedavi lisanslarının önünü henüz açmamış olsa da, mevzuat konusunda pragmatikliğiyle bilinen bir ülke olan Çin, çoktan dünyaya gen tedavisi pazarlamaya başladı. Şu an Çin resmi otoritelerinin onayladığı üç ilaç var: Sunway Biotech firmasından ilk onkolitik virus H101 - Oncorine, Medgenn firmasından, akciğer kanserinde kullanmak üzere anjiyogenik inhibitör; Endostar ve Shenzhen Gentech Sibiono'dan baş ve boyun kanseri için önerilen, insan P53 gen taşıyıcısı adenovirus Gencidine. Aslına bakılırsa bu ilaçların üçü de daha önce bazı Amerikan firmalarınca geliştirilmiş, ancak ürün haline getirilememiş Onyx-015 (H101), Endostatin (Endostar) ve Ad-vexin (Gencidine)'in küçük modifikasyonlarından başka bir şey değil. Elbette Çin'in tek başına sahiplendiği bu pastadan pay alma telaşına düşen Batılı firmalar da yok değil. Örneğin Amerikan Genzyme firması, kan dolaşımı bozukluğu için geliştirdiği Ad2/HIF-1a adında yeni damar yapımını uyaran ilacının üretimi ve klinik denemeleri için Çin'in Sunway Biotech firmasıyla anlaşma imzaladı. Öte yandan Introgen gibi bazı Amerikan firmaları, ürünlerinin saygınlık ve güvenilirliği için hâlâ kendi ülkelerinin katı standart ve ön şartlarını karşılamaya çaba gösteriyor.

Diğer ülkelerde de gen terapi ürünleri geliştirme çabaları devam ediyor. Bunlar arasında Japonlar, Fransızlar ve İngilizler var. İngiliz firması Ark Therapeutics'in bu konudaki açıklaması çok ilginç: Firma, eğer onay alırsa beyin tümörleri için geliştirdikleri Cerepro'nun dünyanın ilk gen terapi ürünü olacağını duyurdu. Elbette küçük bir dip notla: "Çin dışında". Herhalde



"Gen tedavisi, bir hastalığı tedavi etmek amacıyla bir kişinin hücre ya da dokularına bir genin yerleştirilmesi ya da kalıtsal bir bozuklukta mutant genin sağlamıyla değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Bu yöntemin hikâyesi 1960'larda Shope papilloma virüsleriyle yapılan bir çalışmaya dayanır."

Çin'in başka bir gezegende olduğunu farzettiler.

Peki Çinliler gen tedavisinde ne derece başarılılar? Çinli bilim adamları bu tedavileri binlerce kişiye uyguladıklarını, olumlu sonuçlar aldıklarını, ciddi herhangi bir yan etki görmediklerini söylüyorlar. Ancak vakalarla ilgili Çin'de dışında yayın yapan dergilerde fazla yayın yapmamaları Batılı bilim adamlarını ciddi şüphelere sevk ediyor. Öte yandan aleyhte somut kanıtlar bulunmadığı için aynı çevreler doğrudan bir eleştiri yapamıyor ve yapılan tedavilere karşı çıkamıyorlar. Ayrıca Business Week gibi ciddi dergilerin Çin'in gen tedavileriyle ilgili olumlu yayınlar yapıyor olması Batı kamuoyunun bu konuda müsbet düşünmesine katkıda bulunuyor.

Gelecek sayıda temel gen tedavisi tekniklerini ele alacağız.

Türkiye tıbbi cihaz üretiminde ve 'tüketiminde' nerede?

Yasemin K. Şahinkaya

Sağlık sektörünün önemli unsurlarından biri olan tıbbi cihazlarda yüzde 85 oranında dışa bağımlı olan Türkiye'nin, yerli cihaz üreten firmalara ve ürünlerine sahip çıkmadığı öne sürülüyor. Ancak sektördeki sorunlar bununla da bitmiyor: Mevcut ya da alınan cihazların kullanılmaması, yanlış kullanılması, denetimlerinin düzgün yapılmaması sonucu oluşan hayati yanlışlar; fiyatı daha uygun olduğu için tercih edilen ikinci el cihazlarda vuku bulan ölümcül vakalar, tıbbi cihazlar yönetmeliğindeki değişiklikler, yerli tıbbi cihazlara olan önyargı, üreticinin önündeki engeller vb. konu başlıkları şeklinde sıralanıyor.

Konuyla ilgili olarak öncelikle Tıbbi Malzeme ve Cihaz Üreticileri Derneği (TÜDER) Başkanı Başkan Mustafa Daşcı ile görüştük. Daşcı, konuyla ilgili sorularımızı cevapladı.

Tıbbi cihaz üreticilerinin / üretiminin ülkemizdeki yeri, önemi ve bugünü hakkında neler söylersiniz?

Türkiye'de tıbbi cihaz sektörünün geçmişi çok eskilere dayanıyor. Tıbbi cihaz ve malzeme ticareti üzerine çalışan çok sayıda firma var. Bu firmalar genellikle distribütörlük faaliyetinde bulunuyorlar, gelişmiş ülkelerde üretilen tıbbi cihazları Türkiye'ye getiriyorlar. Türkiye'de bu sektörde üretim yapan firma sayısı ise oldukça az. Ülkemizde tıbbi cihaz firmalarının büyük bir kısmı üretim fikrine sahip olmasına

rağmen sektörün olumsuzlukları dolayısıyla yatırım yapmaya cesaret edemiyor. Devletin ihalelerde en ucuz olanı tercih etmesi ve "kaliteyi" göz ardı etmesi bunun ana sebeplerini oluşturuyor.

1980'li yıllara baktığımızda tıbbi cihaz firmalarının ülkemizde daha prestijli bir yerinin olduğunu söylemek mümkün. Ancak bu durum 1990'lı yıllarda bozulmuş ve sektör temsilcileri muhatapları tarafından dikkate alınmamaya başlanmış. Bundaki ana neden ise merdiven altı üretim yapan firmaların ve ithalatçı firmaların her bulduğunu Türkiye'ye getirerek fahiş fiyatlarla piyasaya sürmesi. Biz 1992 yılında ortaya çıkan bu durum karşısında yeni bir oluşum kurmaya karar vererek SA-DER'in kuruluş çalışmalarını yaptık.



Resmi kuruluşumuzu 1993 yılında gerçekleştirdik. Ardından 2003 yılında TÜDER'in kurulması kararını aldık. Attığımız bu iki önemli adımın ardından tıbbi cihaz sektörünün hak ettiği itibarı kazanabilmesi için çok sayıda dernek açılmaya başlandı. Bu dönem içerisinde federasyonumuzun kuruluşu tamamlandı. Şu an federasyonumuz çatısı altında çalışmalarımıza devam ediyoruz.

Tıbbi cihaz sektörü, halk sağlığı açısından hayati öneme sahip bir alan. Kişinin hasta mı sağlıklı mı olduğunun teşhisini koymak, hastalığının nedenlerini belirlemek ve tedavisini yapmak konusunda en etkili yöntem, ileri teknolojiyi bünyesinde bulunduran tıbbi malzeme ve cihazlar... Tıbbi cihazdan sonra sıralamada yer alan bir diğer sektör ise ilaç sektörü. Bugün itibarıyla ilaç sektörü gerek ekonomi gerek itibar yönünden oturmuş bir sektörü ifade ediyor. İlaç işverenlerinin kamuda ve özel sağlık sektörü üzerindeki yeri tartışılmaz. Öncelik sıralamasında ilk sırada olması gereken tıbbi cihaz, Türkiye'de maalesef ikincil konuma itilmiştir. Sağlık sıralamasında hak ettiği konumu bulamayan bu sektör, önemli olmasına karşın halk ve sağlık çalışanları nezdinde üvey evlat muamelesi görmeye devam etmektedir.

Üretim ve ithalattaki zorluklar nelerdir?

Ülkemizde hammaddenin dışa bağımlılığı ve tıbbi cihaz yan sanayinin oluşmamış olması temel zorlukların başında geliyor. Üretim yaptığımız için hammadde ithalatımız var. Ancak buradaki sıkıntı hammadde ve yarı mamul maddeyi % 18 KDV ile alıp % 8'den satmaktan kaynaklanıyor. Bu durum vergide dengesizlik yaratıyor. Devletten bunu tahsil etmek uzun zaman alıyor ve bu da maliyete yansıyor. İhracatta herhangi bir sıkıntımız yok. Şu anda Türk tıbbi cihazları 84 ülkede kullanılıyor. Rusya hariç hiçbir ülkede sıkıntımız yok. Ancak Rusya'da yasal düzenlemeler tam oturmadığı için çeşitli sıkıntılar yaşamaya devam ediyoruz.

Neden üretimden ziyade daha fazla ithalata mahkûmuz? Bu konudaki engeller neler?

Ülkemizde her alanda olduğu gibi tıbbi cihaz alanında da üretim ve piyasa denetimi var. Yerli ürün için bu denetim mekanizması daha sıkı işliyor. Bunun ana nedeni ithal ürün miktarının yüksek olması. Pazarın % 80-85'ine ithal ürünlerin sahip olması, ithalatçı firmaların her bakımdan güçlü olmasını sağlıyor. Ayrıca ülkemizde bilinçsiz bir yabancı hayranlığının olması, konunun bir diğer boyutu. İthal sektörün ekonomik getirisinin fazla olması, ürün kullanıcıların ekonomik gelir seviyesine kat-

kı sağlaması ve kongrelerde eğitim katkı payına fazla bütçe ayrılması yabancı ürün kullanımını artıran nedenlerden birkaçı. Bu durumun oluşmasına katkı sağlayanların başında Emekli Sandığı gelmektedir. Bir ürünün kalitesini üretilen ülke değil üretildiği hammadde ve üretim standartları ve kalite kontrol sistemi belirler. Biz Türkiye'de "yerli kalitesiz, yabancı kalitelidir" imajını silmeye çalışıyoruz. Tıbbi cihaz üreticisi ve aynı zamanda ihracatçı firmalarımız, Avrupa ülkelerinde gördüğü itibarı Türkiye'de görememektedir. Emekli Sandığı protokollerinde yerli-ithal ayrımı yapılmaktadır. Örneğin ithalatçı firmalardan gümrük faturası, yerli üreticilerden yeminli mali müşavirden maliyet raporu istenmektedir. Bu konu Türk Ticaret Kanunu ve Rekabet Kanunu'na aykırı olduğundan istedikleri belgeleri resmiyette gösterememekteler.

Ülkemizde piyasa denetimi var mı?

Türk tıbbi cihaz üretimi, Avrupa'dan akredite kuruluşlar, Sağlık Bakanlığı Piyasa Gözetim ve Denetim Şubesi, hastaneler ve ithalatçı firmalar tarafından dikkatli bir şekilde izlenerek denetlenmektedir.

Tıbbi cihaz üreticilerinin tıbbi cihaz kullanımı açısından hasta güvenliğine bakışları nasıl?

Avrupa ile aynı. Çünkü ürünler Avrupa Birliği Uyum Yasaları ve Tıbbi Cihaz Yönetmeliği'ne göre üretilerek piyasaya sürülüyor. Dolayısıyla tüm yerli tıbbi cihazlar hastanelerdeki hasta ve sağlık çalışanları güvenliği standartlarına uygun üretilmektedir.

Kamuda yapılan mal ve hizmet alımları hakkında düşünceleriniz neler?

Kamu kuruluşlarının mal hizmet alımları ve yapım işleri bir taraftan kamu harcamaları diğer taraftan da ülke ekonomisi içerisinde önemli bir paya sahiptir. Kamu harcamalarının etkin bir biçimde gerçekleştirilmesi hem kamu tasarruflarına olumlu katkıda bulunacak hem de vergi mükelleflerinin parasının gerçek değerinde harcanmasına ve dolayısıyla ekonomide kaynakların optimal olarak tahsis edilmesine yardımcı olacaktır. Kamu alımlarında etkinlik, ihtiyaç duyulan mal ve hizmeti mümkün olan en ucuz fiyattan almayı gerektirmektedir. Diğer bir deyişle, harcanan paranın karşılığında en iyi değer elde edilmelidir. Kamu alımlarında en önemli sorun, teknik şartnamelerdir. Bu sorunu yaratan ana neden, hastanelerin teknik bilgi yetersizliği ve firma hastane ilişkilerinin istenmeyen boyutlara ulaşmasıdır. Kamu alımlarında etkinliği bu uygulamalardan korumanın en etkili yolu rekabetçi bir ihale mekanizması tasarla-



"Büyük kurumların belki anladıkları belki özendikleri için bir akredistasyonları var. Bunlar genel olarak tıbbi cihazların rutin kontrolleri yaptırıyorlar, ancak diğer kurumlarda durum hiç de iç açıcı bir manzaraya sahip değil. Çoğunun bırakın rutin kontrollerini ilk kontrolleri bile yapılmıyor"

mak ve icra etmektir. Kamu hastanelerinin hizmet alımlarını, mal ve hizmet alımlarıyla karıştırması bu konuda uzmanlaşmış firmaların azalmasına sebep olmuştur. Yakın tarihte Sağlık Bakanlığı mal ve hizmet alımlarını 100+1 satın alma birimi oluşturarak yapacak. Biz bu yöntemi yanlış buluyoruz. Bu sistem 90'lı yıllarda uygulanan, verimsizliği ispatlanmış sistemlerden biridir. Zira söz konusu sistem gelir dağılımında da büyük olumsuzluklara sebep olacaktır. Sağlıkta ekonomiyi merkezi- leştirecektir. Küçük ithalatçı ve üretici firmalar ile taşradaki bayi firmaların aktif ticareti son bulacaktır. Devletin sadece kârlılığı esas alması, göçü hızlandıracağı gibi işsizliği ve ülke ekonomisini de olumsuz etkiler.

Olumlu olanlar ise halkın hizmet alımında bir yere bağımlılıktan kurtulması, sağlık hizmet alımında özgür olması. Bu konuyu rekabet ve kalite açısından önemli bir gelişme olarak değerlendirim.

Türkiye'ye gelen ikinci el tıbbi cihazlar hakkında neler söyleyeceksiniz? Bunların miktarı ve güvenilirlikleri nedir?

Türkiye'ye gelen ikinci el cihazlara sadece yaş sınırlaması getirilmiştir. Oysa radyoaktif cihazların şutlama ve dozimetreleri de dikkate alınmalıdır. Bu sebeple ikinci el ürünlerin güvenilirliği konusunda bir şey söylemeyi uygun görmüyorum.

Fiyatlandırma ve geri ödemeler nasıl? Ödeme problemlerinizi var mı? Sektörün geleceğini ve ihracat kapasitesini nasıl görüyorsunuz?

Reçeteyle satılan ürünlerde biliyorsunuz yerli-ithal ayrımı yapılabiliyor. Yerli ürünler için yeminli mali müşavirden üretim maliyet raporu isteniyor. İthalat ise sadece gümrük faturası isteniyor. Yerli ithal ürün arasında en düşük ile en yüksek fiyat farkı % 90 ile % 300 oranlarına kadar varabiliyor. Emekli Sandığı ve TOTBİT, yurtdışındaki üretimi desteklemektedir. Sayın TOTBİT başkanını yeni göreve geldiğinde ziyaret ettim. Bu ziyarette Sayın Başkan

kendi ağzıyla hatalı yerli ürünleri toplayıp Bakan'a verdiğini söylemişti. Bu sohbet sırasında "Peki ithallerin hatalılarını ne yaptınız" şeklinde bir soru sordum. Buna karşılık ithal ürünlerle ilgili herhangi bir işlem yapılmadığını söyledi. Bunlar bizim öğretim üyeleri-miz, yabancıların değil... Eğer bugün yerli üretim azsa, kalitesizse, ithalat daha fazlaysa bunun suçlusu Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastaneleri ve tıp fakültelerindeki öğretim üyeleri-dir. Yurtdışına ödenen ilaç ve tıbbi cihaz bedelleri başına bunların maaşından bir bedel kesinti yapılmasını öneriyorum. Ödeme sıkıntıları tabii ki var ama bunu sağlıktaki ekonomik sıkıntı-

ya yüklemek yanlış olur. Ödeme sıkıntılarının hastanelerin işletim sistemleri ve yatırım - bakım - onarım ve ödeme plansızlığından kaynaklandığını düşünüyorum. Bana kalırsa üniversite hastaneleri siyasi anlaşmazlıktan dolayı sağlık ekonomisini kötü göstermek için plansız çalışıyor. Oysa 9 Eylül ve Erciyes de üniversite hastaneleri, gayet iyi örneklerdir, şikayetimiz yok. İhracatımız gayet iyi hızlı bir şekilde artmaktadır. İthalattaki artış hızını kesmek ise Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastaneleri'ne bağlıdır.

Uygulanan sağlık politikalarının ve ekonomik politikaların sektöre etkisi nedir?

Geçen gün Almanya'dan gelen bir grup iş adamıyla bir toplantıya katıldım. Alman sermayesinin Türkiye'ye yaptığı yatırımlar ve Türkiye'deki reformlarla ilgili bir sunum yaptılar. Son derece onur vericiydi. Türkiye'yi yatırımda ve geleceğe güvenle bakmada en önemli ülke olarak gördüklerini ve kendi ülkelerinde de bu konuda tanıtım yaptıklarını açıkladılar. Türkiye'ye yatırım yapmak isteyen yabancıların sayısına bakılırsa sağlık ekonomisi ve ülke ekonomisi gayet iyi, hatta onlar bizim gördüğümüzden çok daha farklı bir Türkiye görüyorlar. Türkiye'yi gelişen, ilerleyen, bu yolda radikal kararlar alabilen, geleceğe güvenle bakan bir ülke olarak gördüklerini belirterek, yatırımlarını güvenle yapacaklarını bildirdiler. Türkiye tek parti iktidarından iyi yararlanan iyi yönetilen bir ülke. Hatalar yok mu? Elbette var. Sağlık politikalarını beğenmiyorum. Sağlıktaki başarıları başhekimlerin gayretiyle sağlanmış başarılar olarak görüyorum. Bakanlık bürokratlarını başarısız ve birbirleriyle uğraşan bürokratlar olarak değerlendirmek çok da yanlış olmaz. Tabii başarılı olanları bu gruptan tenzih ediyorum.

Personel olmadığı için pahalı cihaz çöpe gidiyor

28 Ekim 2007 tarihinde Yeni Şafak Gazetesi'nde yer alan habere göre Sağlık Gereçleri Üreticileri ve Temsilcileri Derneği Başkanı (SADER) Cumhur Çeken, teknik personel yetersizliği yüzünden, çok pahalı cihazların kullanıcı hatası nedeniyle çöpe gittiğini söylüyor. Çeken, "Türkiye tıbbi malzeme ve cihazlarda yüzde 85 dışa bağımlı. Tahmini olarak 815 milyon dolarlık sektörün sadece 200 milyon dolarlık kısmını ihracat oluşturuyor. Sınırlı sayıdaki yerli üretici ise tekel konumundaki yabancı firmaların baskısı ve yetersiz teşvikler nedeniyle büyüyememekten şikâyetçi. SADER'in (Sağlık Gereçleri ve Temsilcileri Derneği) 52 üyesinden yüzde 60'ı ithalat, yüzde

ISO 13485 tıbbi cihazlar için kalite yönetim sistemi nedir?

Avrupa Birliği mevzuatına uyum süreci içerisinde topluluk içerisinde satılan ve kullanılan tüm tıbbi cihaz üreticileri mevcut yasal zorunlulukları karşılamak, verimliliklerini artırmak ve gerekli durumlarda açılacak davalara karşı yasal bir güvence oluşturabilmek için kalite sistemi kurma ve bunu belgeleme ihtiyacı hissetmektedirler. Medikal sektörde faaliyet gösteren kuruluşlar için kalite sistemi şartlarını ortaya koyan ISO 13485 ve EN 46000 serisi standartlar, ISO 9001:2000 kalite yönetim sistemi ile benzer özellikler taşımalarına rağmen bazı ek gereklilikleri de beraberlerinde getirmektedirler.

ISO 13485:2003 tıbbi cihazlara yönelik yazılmış özel bir standart olmasına rağmen ISO 9001:2000'in altyapısına uygun olarak düzenlenmiştir. Ancak bazı özel konularda ISO 9001:2000 standardından farklılaşmaktadır. Aynen ISO 9001 'de olduğu gibi bu yeni yönetim sistemi, klasik kalite kontrol anlayışından süreç/proses bazlı bir yaklaşıma geçiş yaparken; kuruluşun ana amaçları ile verimlilik arasında doğrudan bağlantı kurmayı öngörmektedir.

Tıbbi Cihaz Üreticileri ürünlerini artık yurt içinde de piyasaya sunmak için, AB uyum süreci çerçevesinde ülkemizde de yasal bir zorunluluk haline gelmiş olan 93/42/EEC tıbbi cihazlar, 98/79/EC In Vitro Diagnostik ve 90/385/EEC aktif tıbbi cihazlar direktiflerine göre CE markalamak zorundadırlar. ISO 13485:2003, tıbbi cihaz üreticileri için özel olarak yazılmış bir standart olarak hem verimlilik, hem de CE markalama konusunda vazgeçilmez bir yer edinmiştir. Ürün ve hasta güvenliğini ön planda tut-

bilmek adına, diğer kalite yönetim sistemlerine oranla tanımlama ve izlenebilirlik konularına daha çok yer veren standart Global Harmonization Task Force'un çalışmaları sonucunda ortaya çıkan geniş tıbbi cihaz tanımına yer vererek dünya çapında uygulanma şansını yakalamıştır. Bundan dolayı CE markalamada olduğu gibi FDA onaylarında da kalite yönetim sistemi olarak üreticilerin birinci tercihi durumdadır.

ISO 13485 tıbbi cihazlar için kalite yönetim sisteminin yararları:

- Kuruluş mevcut yasal gerekliliklere uyduğunu ortaya koyar.
- Tıbbi Cihazlar - Ürünlerde CE işareti kullanmak zorunludur.
- Uluslararası tanınan bir standarda uygun çalıştığını belgeleyerek müşteri portföyünü genişletir.
- Rakiplerine karşı avantaj ve pretij sağlar.
- Müşteri şikayetlerinde azalma sağlar.
- Ürün hatalarında azalma kaydedilir.
- Kârlılığı artar.
- İhracat avantajı elde eder.
- Kuruluşun faaliyetlerini üst yönetim sistematik olarak izler.
- Sistemin aksayan yönlerini tespit edip düzeltme olanağına kavuşur.
- Müşteri memnuniyetini artırır.
- Mevcut sistemin etkinliğinin sürekliliğini sağlar.

40'ı ise üretim yapıyor. Üyelerin faaliyet alanları, tıbbi cihaz ve sistemler (aktif tıbbi cihazlar, vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazlar ve vücut dışında kullanılan tıbbi tanı cihazları), laboratuvar cihaz ve sistemleri, anahtar teslimi komple hastane ve laboratuvar projeleri, danışmanlık ve finansman hizmetleri olarak özetlenebilir," şeklinde açıklıyor. SADER Başkanı Cumhuriyet Çeken, üyelerinin binin üzerinde bayi ağına, 6.000'in üzerinde çalışana, 200 milyon dolar ihracata ve 200'ün üzerinde yurtdışı firma temsilciliği ile 400 milyon dolarlık ithalata sahip olduğunu dile getiriyor.

Sektörel teşvikler sayesinde cihaz ihracatının ve ithalat fazlalığının önlenileceğini de savunan Çeken, görüşlerini şöyle açıklıyor: "Hükümetler bölgesel teşvikler yerine sektörel teşvik olgusuna geçmelidir. Sektörümüzü de bu kapsam içine almalı. Zira tıbbi malzeme ve cihaz üretimi araştırma ve geliştirme ile iç içedir; Ar - Ge çalışmaları sonunda geliştirilecek ürünlerin katma değerlerinin de yüksek olacağı bir gerçektir. Bu hususta şu anda var olan bölgesel teşviklerle desteklenemez." Çeken, kurumlarda tıbbi cihazları kullanacak teknik personel yeterliliği yüzünden, çok pahalı cihazların

kullanıcı hatası nedeniyle çöpe gittiğini söylüyor. SADER Başkanı Cumhuriyet Çeken, Ar-Ge imkânları tam olarak sağlanmadığı için sektördeki yerli üreticilerin ve yan sanayinin dışa bağımlı çalışmak zorunda kaldığını dile getiriyor.

Yerli tıbbi cihaz üreticileri ile görüşen Sağlık Bakanı Recep Akdağ ise, Medikal Forum'daki habere göre sektörün ana alıcısının Sağlık Bakanlığı olduğunu söylüyor.

"Stok ihaleler yapılabilir!"

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Türkiye'nin tıbbi cihaz sektörünün 2,5 milyar dolarlık bir ciroya sahip olduğunu bunun da 500 milyon dolarlık kısmını yerli üreticinin temsil ettiğini söylüyor. Sektörün ana alıcısının Sağlık Bakanlığı olduğunu hatırlatan Akdağ, konuya ilişkin yeni çalışmalar yaptıklarını bildiriyor. Kamu İhale Kanunu'nda değişiklik öngören bir tasarı hazırladıklarını belirten Akdağ, "Bu gerçekleşirse firmalara ön yeterlilikler vereceğiz. Fiyat ihaleleri yapacağız. Diyelim ki ben hastane olarak stend alacağım. Stend satan tarife göre ön yeterlilik alan tüm firmaları davet edeceğiz. Bu ön yeterlilik alan firmalardan evrak istemeye



gerek kalmayacak. Çünkü bu yeterliliği alması için tüm evraklarını tam ve eksiksiz verdiğini ispatlıyor. Sadece belirli aralıklarla evraklarını güncellemelerini isteyeceğiz. Bu fiyat ihalesine göre bu firmalar yıl içinde bana istediğim kadar malzeme getirecek. Öyle stoklama falan da yok. Lazım oldukça isteyeceğiz, parasını vereceğiz. Zaman zaman yine stok ihaleler yapılabilir. Bunu engelleyen herhangi bir durum yok. Ancak bundan sonraki dönemde elektronik ihalelerin önünü açıyoruz. Kamu İhale Kanunu'nda da gerekli düzenlemeler yapılıyor. Bundan sonra Erzurum'daki ihaleye bulduğunuz yerde katılabilme imkânınız doğuyor," diyor.

Tıbbi cihazlar kontrol edilmiyor!

Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü Müdürü

Yekta Ülgen

"Boğaziçi Üniversitesi Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü master ve doktora programı veren bir kurumdur. Bunun yanı sıra yaklaşık 25 yıldır tıbbi cihaz kalibrasyon ölçümleri konusunda hizmet vermekteyiz. Bu konuda eğitim de verdiğimiz için uzmanlık alınıyor da bu.

Tıbbi cihazlarda son iki senedir mecburi tutulan CE markalandırma sistemi var. Ancak bu belgenin yanı sıra bir de rapor hazırlanması gerekmektedir. Genellikle üretici ve ithalatçı firmalar bunu kendileri yapıyor. Aslında bu belgelerin de TÜRKAK tarafından onaylanmış kurumlarca yapılması gerekiyor. Ancak böyle kurumlar olmadığı için bu işi yabancı şirketler yapıyor. Bu hem pahalı hem de zahmetli olduğu için genelde de yapılmıyor. Yurtiçinde CE güvencesini firma koyduğu için kontrol dışı ürünler de var. Bu konuda hastanelerin bilinçli olması gerekiyor. Aldığı cihazların kullanmadan mutlaka ölçümünü yaptırmalı. CE markası olan ürünlerin test raporları da olmalı. Onları da mutlaka istemeliler.

Montaj, tıbbi cihazlarda son derece önemli bir problem. Örneğin bir cihaz 5 ayrı parçadan oluşabiliyor. Her parça ayrı yerden alınabiliyor. Her parçanın CE'sinin olması o ürünün toptan CE'si olduğu anlamına geliyor. Bunların mutlaka kontrol edilmesi gerekiyor. Radyoloji cihazları için yönetmelik var. Onda ayrı ayrı CE belgelerinin olması Sağlık Bakanlığı tarafından kabul ediliyor.

Diğerlerinde ise aletin bir bütün olarak tekrar onaylanması gerekmektedir ki bu çoğu zaman yapılmıyor.

Büyük kurumların belki anladıkları, belki özendikleri için bir akredistasyonları var. Bunlar genel olarak rutin kontrolleri yaptırıyorlar, ancak diğer kurumlarda durum hiç de iç açıcı bir manzaraya sahip değil.

Sağlık Bakanlığı'nda da bu kontroller yok. Ancak Bakanlık bunu çok istiyor. Büyük olasılık, Ocak ayı itibarıyla denetleme sistemi kurma ihtimali var.

Tüm bunların yanı sıra Türkiye'ye halen ikinci el cihazlar geliyor. Bunların yetkili bir kurum tarafından ölçümünün yapılması gerekiyor. Ancak ölçümleri yaptığı söylenen yetkili kurumlar genellikle sahte oluyor. Özellikle radyolojide bu konuda büyük bir pazar var. Bu cihazların ekonomik ömürleri var. Çalışıyor olabilir ama demodir. Hastaya fazla radyasyon verilmesine neden oluyordur. Bu tür cihazlar da hâlâ kullanılıyor.

Ayrıca radyoloji cihazlarında TAHEK mevzuatına göre, bu tür ürünleri kullanan her yerde medikal fizikçi olması gerekiyor, ancak bu konuda açık çok büyük, neredeyse hiçbir kurumda medikal fizikçi bulunmuyor.

Yetkili bir kurum olmadığımız halde, güvenilir bir kurum olduğumuz için anlaşmalı olduğumuz kurumlarda tüm bu aksaklıkları kontrol ediyoruz. Ama bu konuda yapılması gereken çok şey var."

Hepimiz metabolik sendrom'uz!

Doç. Dr. Yüksel Altuntaş



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

Dünyadaki ölümlerin yarısından kardiyovasküler hastalıklar sorumludur. Günümüzde diyabet, dünyanın her yerinde en önemli sağlık sorunlarından birisidir.

Diyabet, obezitenin de dünyada hızla artmasına paralel olarak beşinci ölüm nedeni haline gelmiştir. Dünya Diyabet Federasyonu (IDF) ve Uluslararası Obezite Çalışma Birliği'ne (IASO) göre dünyada 1 milyar erişkin fazla kilolu olup bunların 300 milyonu şişmandır ve 1.7 milyar kişi tip 2 diyabet gibi fazla kiloyla ilişkili kronik hastalık riski altında-

dır. Obezlerde vücut ağırlığındaki her 1 kg. artış diyabet sıklığını % 5 artırmaktadır. Dünya çapında 200 milyon kişi diyabetiktir ve bu sayı önümüzdeki 30 yıl içinde büyük olasılıkla iki katına çıkacaktır. İşte kalp damar hastalıklarına yol açan birbiri ile bağlantılı çok önemli 4 hastalık olan şişmanlık (obezite) ve şeker hastalığı (diyabet), hipertansiyon ve yüksek kan yağları düzeyleri son 30 yıldan beri aynı kaynaktan beslenen bir hastalık grubu olarak öngörülerek ortak metabolik bir isimlendirme (metabolik sendrom) ile değerlendirilmektedir.

Metabolik sendrom, kalp damar hastalıklarına yol açan ve de baş sorumlunun insülin direnci olduğu bir grup has-

talığın birbirine eklenerek oluşturduğu metabolik bir hastalıktır. Metabolik sendromu oluşturan bu kalp damar hastalıkları risk grubunun elemanları şeker hastalığı veya glukoz intoleransı, şişmanlık, hipertansiyon ve yüksek kan yağlarıdır. Ayrıca diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığından oluşan gruba kardiyometabolik hastalıklar adı verilmektedir.

Metabolik sendromun tanımı

Dünya Sağlık Örgütü, 1998 yılında metabolik sendromu, diyabet, bozulmuş açlık glukozu, bozulmuş glukoz tole-







ransı veya insülin direnci ile birlikte, hipertansiyon (>160/90 mm/Hg), hiperlipidemi, abdominal obezite ve mikroalbuminüriden en az ikisinin olması olarak tanımladı. Amerikan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı (National Cholesterol Education Program NCEP) Uzman Paneli, 2001 yılında yetişkinlerde yüksek kan kolesterolü tespiti, değerlendirme ve tedavisi raporunu (ATP III) hazırladı. Bu raporda, metabolik sendrom tanısı için tabloda belirtilen beş kriterden (1. abdominal obezite, 2. kan şekeri yüksekliği, 3. trigliserid yüksekliği, 4. HDL kol düşüklüğü, 5. kan basıncı

yüksekliği) üçünün varlığının yeterli olduğu bildirildi (Tablo 1).

Ancak 2005 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) ATP III raporunda değişiklik yaparak daha sıkı yeni bir metabolik sendrom kriteri yayınladı (Tablo 2).

Metabolik sendrom için önerilen farklı terimler:

- Sendrom X
- İnsülin direnci sendromu

- Polimetabolik sendrom
- Ölümcül dördü
- Uygarlık sendromu

Metabolik sendrom sıklığı

Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalarda; metabolik sendrom sıklığı oranı TEKHARF çalışmasında % 37, TEMD çalışmasında % 41, METSAR çalışmasında % 33,9 olarak bulunmuştur.

Türkiye Metabolik Sendrom Araştırma Grubu'nun (METSAR) yaptığı çalışmaya göre ülkemizde kentsel yerleşimde metabolik sendrom sıklığı ortalama % 33.8'dir. Türkiye'de metabolik sendrom sıklığını araştıran METSAR çalışmasına göre metabolik sendrom görülme oranı; 20-30 yaş arasındaki kişilerde % 10 iken, yaş ilerledikçe katlanarak artarak, 60-70 yaş arasındaki erkeklerde % 61'e, kadınlarda ise % 75 oranına çıkmaktadır. Araştırmadaki diğer önemli sonuç ise kadın nüfusun erkek nüfusa oranla daha fazla risk altında bulunmasıydı. Türkiye genelinde metabolik sendroma yakalanma sıklığı oranının erkeklerde % 28.8 iken kadınlarda % 41.1 olduğu saptanmıştır.

METSAR çalışmasında Metsend Bileşenleri'nin sıklığı
Abdominal obezite (Bel çevresi erkeklerde >102 cm., kadınlarda > 88 cm.): Kadında % 54.8, erkeklerde % 17.2
Trigliserid yüksekliği (>150 mg / dl.): % 35.8
Kan şekeri yüksekliği (> 110 mg / dl.): % 27.6
HDL kol. düşüklüğü (erkeklerde < 40 mg / dl., kadınlarda 50 mg / dl.): % 44.1
Kan basıncı yüksekliği (130/85 mm Hg.): % 55.7
Sigara kullanımı: Erkek % 45.9, kadın % 17, genel % 31.3

Metabolik sendromun tanı kriterleri (ATP III-2001)

Risk Faktörü	Tanımlanan Düzey
• Abdominal obezite (bel çevresi)	
Erkek	> 102 cm.
Kadın	> 88 cm.
• Trigliserid	> 150 mg/dl.
• HDL - Kolesterol	
Erkek	< 40 mg/dl.
Kadın	< 50 mg/dl.
• Kan basıncı	>= 130/85 mmHg.
• Açlık kan şekeri	> 110

Tablo 1

Çocuklarda metabolik sendrom

Tip 2 diyabet, metabolik sendrom ve hipertansiyon gibi daha çok erişkinlerde görülen kronik hastalıklar, çocukluk çağında da önemli bir hale gelmeye başlamıştır. Dünya genelinde okul ça-

ğındaki çocukların % 10'unun fazla kilolu olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağında yanlış beslenme davranışlarının kazanılması ile başlayan süreç, erişkin yaşlarda da artarak devam ederek tıbbi güç sağlık problemlerine yol açmaktadır. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte fiziksel aktivitede azalma, fast-food türü ürünlerin yoğun tüketilmesi,

beslenmedeki yanlış bilgilendirilme bu duruma yol açmaktadır.

Metabolik sendromda hastalık yönetimi

I- Koruyucu hekimlik uygulamaları

1- Hasta eğitimi: Verilecek hasta eğitimi metabolik sendromda ciddi bir düzelme sağlayabilir. Diyabet, obezite ve hipertansiyon için açılacak hasta okulları daha sistematik fayda sağlayacaktır. Türk mutfağında un, şeker ve yağa dayalı ürünlerin fazlalığı, dengesiz beslenmeye yol açmaktadır. Tekli doymamış yağın (zeytinyağı) ağırlıklı olduğu Akdeniz diyetinde (ülkemizde özellikle Ege bölgesinde) koroner arter hastalığı ve şeker hastalığının daha az olduğu görülmektedir. Yine üç tarafı denizler ile kaplı ülkemizde bulunan balık, içerdiği omega 3 yağ asidi ne-

deni ile metabolik sendrom bileşenleri üzerine olumlu etki yapacak bir besin kaynağıdır.

2- Anne sütünün önemi: Obezitenin önlenmesi çalışmalarına bebeklikte başlanmalıdır. Bebek mamalarındaki özen-
dirici reklamlar kaldırılmalıdır. İleriki yaşlarda obezite ve şeker hastalığını önleyici özelliği olan anne sütünün mümkün olduğunca, ilk 2 yıl sürdürülmesi sağlanmalıdır.

3- Kanuni düzenlemeler: Gıdalardaki gizli şekerler, obezite ve diyabetin azaltılmasına yönelik stratejileri etkisiz hale getirdiğinden, gıda içeriklerinin olası sağlık zararları konusunda ayrıntılı etiketlenmesine kanuni bir zorunluluk getirilmelidir.

4- Fast food ürünlerin kontrolü: Çocuk ve gençlerin hedef alındığı fast-food ürünlerinin ve şekerli gazozlu içeceklerin okullarda kontrolü gerekmektedir.

II- Yaşam stili değişiklikleri

1- Kilo verilmesi: Obezite tedavisinde gerçekçi hedef ideal vücut ağırlığı değil, mevcut vücut ağırlığının % 10'unun altı ay süresince kaybedilmesidir. % 10'luk kilo kaybı ile metabolik sendromun tüm bileşenleri kontrol altına alınabilir. Hem yağ oranının hem de günlük kalori alımının kısıtlandığı bir diyet, metabolizmayı olumlu etkileyerek dengeli bir kilo kontrolünü sağlayabilir.

2- Fiziksel egzersiz: Düzenli aerobik (yürüme, yüzme vs.) ve de anaerobik egzersiz (kas güçlendirici egzersizler, direnç egzersizi) diyabet, obezite, hipertansiyon ve hiperlipidemi gibi tüm metabolik sendrom bileşenleri üzerine hem önleyici hem de tedavi edici etki göstermektedir. % 7'lik kilo kaybı + düzenli fiziksel aktivite, 4 yıl içerisinde tip 2 DM riskini % 50 azaltmaktadır. (TEMĐ kılavuzu 2006)

3- Sigara bırakılması: İnsülin direncini azaltmaktadır.

4- Aşırı alkol alımının azaltımı: Hatta alkol alımını tamamen kaldırmak.



5- Tuz kısıtlanması: Hipertansiyonu kontrol altına almakta hem de insülin direncini azaltmaktadır.

6- Beslenme değişikliği: Sature ve total yağ alımının azaltılması, sebze ve meyvenin artırılması.

Sonuç

Metabolik sendromun ana nedeni olan insülin direnci aslında toplumda sık rastlanan bir fenomendir. Şişman olmayan ve OGTT'si normal olan bireylerin % 25'inde, esansiyel hipertansiyonlu hastaların da % 50'sinde insülin direnci bulunmaktadır. Son yapılan bir çalışmaya göre de nüfusun 1/3'ü ciddi insülin dirençlidir.

Modern yaşamın beklenen hastalığı olan metabolik sendrom, diyabet, hipertansiyon, obezite an 5 bileşenin de altında insülin direnci yattığından her bir bileşen ile mücadele diğer bileşenlerin de ortaya çıkmasını engelleyecektir veya geciktirecektir. Bu yüzden kalp damar hastalıklarına ve de metabolik sendroma yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları daha gerçekçi tedavi olarak görülmektedir.

Kaynaklar

Alberti KG, Zimmet PZ. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1. Diagnosis and classification of diabetes mellitus, provisional report of a WHO consultation. Diabet Med 1998;15:539-53.

(National Institutes of Health: Third Report of the on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Adult Treatment Panel II. Executive Summary. Bethesda, MD, National

Dünya genelinde okul çağındaki çocukların % 10'unun fazla kilolu olduğu bilinmektedir. Çocukluk çağında yanlış beslenme davranışlarının kazanılması ile başlayan süreç, erişkin yaşlarda da artarak devam ederek telafisi güç sağlık problemlerine yol açmaktadır. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte fiziksel aktivitede azalma, fast-food türü ürünlerin yoğun tüketilmesi, beslenmedeki yanlış bilgilendirilme bu duruma yol açmaktadır.

Institutes of Health, National Heart Lung and Blood Institute, 2001-NIH publ. No.01-3670.

Park YW, Zhu S, Palaniappan L, et al. The metabolic syndrome: prevalence and associated risk factor findings in the US population from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Arch Intern Med. 2003;163:427-436.

Onat A., Sansoy V., Halkımızda koroner arter hastalığının baş suçlusu metabolik sendrom: Sıklığı, unsurları, koroner risk ile ilişkisi ve yüksek risk ölçütleri. Türk Kardiyol Dem Arş 2002; 39:9-15.

Reaven GM. Banting Lecture 1988: Role of insulin resistance in human disease. Diabetes 1988; 37 : 1595-1607.

Zavaroni I, Mazza S, Dall'Aglio E, Gasparini P, Passeri M, Reaven GM. Prevalence of hyperinsulinaemia in patients with high blood pressure. J Intern Med. 1992;231: 235-40.

Reaven GM. The insulin resistance syndrome: definition and dietary approaches to treatment. Annu Rev Nutr. 2005;25: 391-406

Metabolik sendromun tanı kriterleri (IDF 2005)

Risk Faktörü	Tanımlanan Düzey
• Abdominal obezite (bel çevresi)	
Erkek	> 94 cm.
Kadın	> 88 cm.
• Trigliserid	> 150 mg/dl.
• HDL - Kolesterol	
Erkek	< 40 mg/dl.
Kadın	< 50 mg/dl.
• Kan basıncı	>= 130/85 mmHg.
• Açlık kan şekeri	> 100 mg/dl.

Tablo 2

Prof. Dr. Arslan Terzioğlu: “Türkiye için bir Hastane Planlama Enstitüsü şart!”

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Türkiye’de hastane mimarisi dalında uzmanlaşan ve bunun için hem mimarlık mühendislik tahsili hem de tıp eğitimi alan bir isim. Deontoloji ve tıp tarihi deyince ise Türkiye’deki en yetkili ağızlardan biri. Yaptığı işler, akademik kariyeri ile bu üç dalda da hani işin ‘piri’ derler ya; öyle bir isim: Prof. Dr. Arslan Terzioğlu...

Terzioğlu ile sohbet için gittiğimiz İ.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı’nın Fatih’deki binası ise tam da konuşmayı planladıklarımız için seçilebilecek en uygun mekândı: Buram buram tarih kokan, insanın mimari deyince gözünde canlanan yüksek tavanlı, geniş ahşap merdivenli nostaljik bir bina; kitaplar ve resimlerle dolu bir oda; hocanın odasının altında bir müze... Arslan hocanın bilgisi, hafızası ile

de tam bir keyif haline gelen bir sohbet... Arslan Terzioğlu ile yaptığımız bu zevkli sohbetten inanıyoruz ki siz de bizim kadar zevk alacak ve bir o kadar da faydalanacaksınız...

Yasemin K. Şahinkaya: Öncelikle sizin uzmanlık alanlarınızdan biri olan hastane mimarisi hakkında biraz bilgi almak istiyoruz. Türkiye’de mimarlık fakültelerinde böyle bir bölüm var mıdır? Yoksa olmalı mıdır? Geçmişten günümüz hastane yapısında, hastane mimarisi ne gibi farklılıklar yarattı ya da yaratacaktır?

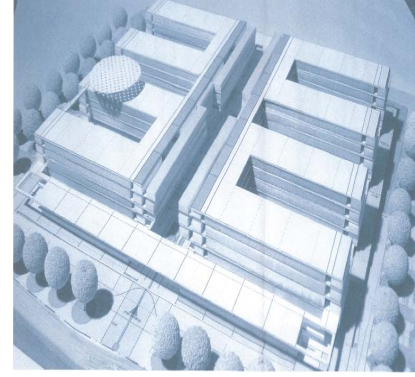
Ben 1955 yılında tahsil için Almanya’ya gittim, orada mimarlık- mühendislik ve tıp tahsili yaptım. Hekim olarak sadece stajımı yaptım o kadar. Prof. Peter Poelzig ile beraber hastane planlayıcısı olarak çalıştım. Onun yanında yaptığım doktora tezim de psikiyatrik hastanelerin gelişimi ile ilgiliydi. Sonra orada, hastanelerde ameliyathanelerin plan-

lanması üzerine, sonradan profesör olan Dr. Nedeljkov’un doktora tezini “Modern Hastane İnşaatında Ameliyathanelerin Planlanması” adı altında tercüme ettim ve daha ikinci doktoramı tamamlamadan, bunu 1966’da T.C. Sağlık Bakanlığı bastırdı. Ve o kitap Türkiye’de ilk defa hastane inşaatları ve planlanmasıyla ilgili bir kitaptır. Ben hastane planlayıcısı olarak kalmadım, özellikle hastane tarihi üzerine yoğunlaştım. Benim hocam Prof. Goerke hem yönetici hem tıp tarihçisi hem hastane planlayıcısı olduğu için (o yaşıyor hâlâ) onunla ben, bu alanda uzman olarak tek kaldık.

Akif Tan: Hocam, hastane planlaması veya hastane mimarisi biraz daha özgün bir meslek oluyor herhalde. Dolayısıyla ile bu tandansta insan sayısı da az sanırım...

Hastane mimarisinde dünya çapında iki





Erzurum Hastanesi'nin âtıl kalan projesi...

ekol isim vardır: Prof. Peter Poelzig ve Prof. Robert Wischer. Modern hastane planlamasının iki büyük öncüsü. Ben onların öğrencisiyim. Prof. Peter Poelzig ve onun ekolünde yetişen Prof. Wischer (ki kendisini Ağustos ayında kaybettik) ile beraber, burada Hastane Planlama Enstitüsü kurmaya çalışıyorduk. Onunki, Berlin'de mimarlık fakültesindeydi, burada tıp fakültesi bünyesinde kurmak istiyorduk. Çünkü Düsseldorf'ta tıp fakültesine bağlı böyle bir hastane planlama enstitüsü vardı. Onun için biz Wischer'le beraber bir sempozyum düzenledik. Önce İstanbul'da, bir toplantı ve bunu takiben 1984'te Berlin'de. Sonra sempozyumun bildirilerini Wischer kitap olarak yayınladı: "Metropol İstanbul'un Hastane Planlamasının Problemleri" başlığı ile... Bunu gerçekleştirebilmek için İstanbul Üniversitesi ve Berlin Teknik Üniversitesi arasında işbirliği antlaşması her iki üniversitenin rektörleri tarafından imzalandı. O anlaşmanın akabinde İstanbul Üniversitesi'nde bir Hastane Planlama Enstitüsü gerçekleştirilecekti. Fakat olmadı, YÖK böyle bir şeye lüzum olmadığına karar verdi. Devlet Planlama Teşkilatı'ndan onaylandı, ancak sonradan tamamen rafa kalktı. Uzun lafın kısası biz bunu burada kuramadık. Sadece bir kitap çıkarabildik bu konuda.

Bu kurum kurulabilse idi, 1999 yılındaki depremde bu kadar çok hasar olmaya-caktı hastanelerde. Bu girişim âtıl kaldı.

(A. T.) Şu sıralar Türkiye'de çok fazla hastane yapılıyor; bilhassa özel sektörde. Çeşitli ekollerde hastane mimarisi var, bu konuda sizin görüşünüz nedir?

2000'li yıllarda Prof. Wischer ile birlikte bazı devlet hastanelerinin yeniden yapılması ile ilgili planlamaları yaptık ama maliyetlerin yüksekliği veya bazen siyasi iktidarın yeterince destek vermemesi nedeni ile bu projeleri hayata geçiremedik. Prof. Wischer'in vefatı da bu tür projeleri olumsuz etkiledi.

Prof. Wischer'in Antalya'da ve Erzurum'da Devlet Hastaneleri yapma projesi de âtıl kaldı. Şimdi işin garip tarafı; 3. bir proje daha vardı. Bizim dekanı-mız Prof. Dr. Mustafa Keçer, Çapa'daki İstanbul Tıp Fakültesi'nin yerleşiminin planlamasını istiyordu. Konuşmalar sırasında Prof. Wischer vefat etti. Ancak onun Mimari Bürosu'nun ortakları 'rahmetli hocamızın vasiyeti üzerine eğer projeyi bize verirlerse seve seve yaparız. Çünkü hocamızın vasiyeti olarak kabul ediyoruz" dediler.

Türkiye'de Wischer gibi dünyaca ünlü, dünyanın peşinden koştuğu bir ismin üç projesi de âtıl kaldı yani...

(A. T.) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakülteleri taşıyor zaten bildiğim kadarıyla...

Hayır efendim. Öğretim üyelerinin yüzde 98'i hayır dedi bu duruma. Böyle bir oran söz konusuysen taşınma gerçekleşebilir mi? Taşınmama sebebi de şu: Olimpiyat Stadyumu'nun orada bilmem ne kadar arazi verilecekti. Hasta oradaki hastaneye nasıl gidebilir ki? Futbol seyretmeye gitmiyor oraya insanlar. Sonra Halkalı'da bir yer verme ihtimali ortaya çıktı. Gecekondu muhitiymiş, orası yıkılıp edilene kadar mümkün değil orada tıp fakültelerinin inşası.

Sağlık Bakanlığı'na olan tenkidim bakı. Çünkü Antalya ve Erzurum'a inşa edilemeyen, Prof. Wischer'in planladığı ama yapılmayan hastaneler, Türkiye için büyük kayıptır. Bu konuda Antalya Tıp Fakültesi gözü açıklık etmiş, Japonlara 600 yataklı bir klinik yaptırmışlar. İstanbul'da yok öyle güzel bir klinik. Burada ki pek çok hastaneden daha lüks.

(Y. K. Ş.) Sizin halihazırda planladığınız bir proje var mı?

Son yıllarda geriatrik bakım önem kazanıyor. Avrupa'da da Amerika'da orta yaş üstü insan sayısı fazla. Onun için Seniore Rezidans dedikleri, yani yaşlılar için saray gibi yapıların yapılması isteniyor, yapılıyor da.

Yaşlıların sayısı ülkemizde de gittikçe artıyor. İnsanlar paralarıyla rezil oluyorlar. Bizim tanıdığımız Darülaceze'nin yerlerine gitmek, daha çok kimsesiz, imkânları olmayanlar için. Ancak mad-di durumu iyi olanlar doğru dürüst yaşamak istiyor. Düşkün olarak değil de emekliliğin tadını çıkarmak için isteniyor böyle müesseseler, hem devamlı kalacakları hem de bakılacakları yer istiyorlar.

Ben, şu anda Darülaceze Vakfı'nın ikinci başkanıyım. Bizde de geriatrik bakım önem kazanıyor. İnsanlar eskisi gibi annesine babasına bakmıyor. Biz de aynı yabancıların Seniore Rezidans dedikleri türden bir yer yapıyoruz. Vakıf olarak bizim Kartal'da Yakacak'ta yaptırdığımız, 250 yatağın üstünde kapasitesi olan bir merkez. Belki bir hastane grubu ile birlikte işleteceğiz bunu. İkinci Bahar diye bir huzurevi var, onlar da talip oldu. Bakalım, kime nasip olacak!

Orada geleceğin Geriatrik Kliniği'ni ve Huzurevini yaptık. Gerçi planlayan mimar başkaydı ama ben de bizzat ilgilendim.

(A. T.) Huzurevinden mi, geriatrik hasta bakım merkezinden mi bahsediyoruz...

Her ikisi artık bir arada oluyor. Bizim Vakıf olarak yaptığımız da bu. Şöyle ki Almanya'da Frankfurt'tan Berlin'e kadar birçok kentte aynı zamanda geriatri merkezi olan huzurevleri var. Gittik oraları gördük. Bir bahçe içerisine villa-

lar şeklinde yapılmış. Hiç hasta olmayan emekli olmuş biri de satın alıyor villayı, taşınabiliyor. Bütün bakımı, yemek dahil oradan sağlanıyor. Bunun merkezinde bir geriatri merkezi var. Orada da, bakıma muhtaç olup kendi kendine yetemeyenlerin kaldığı bir bölüm var. Aynı zamanda kendi kendine yetenlerin kalacağı evlerde de bir düğme var, herhangi bir durumda düğmeye basılıyor, doktor geliyor ve tedavi yapılıyor. Bizim burada Kartal'da yaptığımızda da tıbbi merkez var. Yüzme havuzu, jimnastik salonu, acil ameliyathane için ameliyathane, bakım ve kontrol laboratuvarları var. Merkeze yürüyebilir durumda girmiş de 5 yıl sonra yürüme zorluğu çeken insanlar için de giriş katında, düz ayak, kalınacak yerler planladık. Çünkü tıbbi merkeze gidışı daha kolay. Yani her şey düşünüldü. Avrupa'dakilerden daha bile güzel olacak. Bu konuda çok iddialıyız.

Her kat bir sokak gibi; iki sedyenin rahatlıkla geçebileceği kadar geniş, 2 m.'den fazla genişlikte koridorlar yapıldı. Bu huzurevinin giriş holü ise 8 - 9 m. yükseliğinde. Lüks bir otele girer gibi. Her katta deniz manzaralı buluşma salonu var. Drink barı, masaları, Adalar'ı gören bir salonu var. Bu salonlar, yaşlıların birbirleriyle içiçe olmaları, yalnızlık hissetmemeleri amacıyla tasarlandı.

(A.T.) Zaman içerisinde nasıl bir gidiş-hat olduğunu söyleyebilirsiniz? Geriatrik merkezler yapılıyor. Hastane mimarisinde daha özgün, daha insanı ön planda tutan projeler hayata geçiriliyor. Neredeydik, şimdi neredeyiz?

Hastaneciliğin gelişmesinde bazı evreler var. Ortaçağ'da Avrupa'da 'Hospital' denilen standart bir hastane tipi var. Bizim İslam hastanelerinde bugünkü hastaneler gibi daha modern bir hava var.

(Y. K. Ş.) Bu ikisini kıyaslamakta fayda var sanırım...

1774 yılında Paris'te 1000 yataklı Hotel Dieu Hastanesi yanıyor. Yanınca, İngiltere'de daha iyi hastaneler var diye oraya gidiyorlar. Paris Bilimler Akademisi, 'Pavyon Sistemi' bir hastane modeli geliştiriyor. Ancak 1789'da Fransız İhtilali olmasıyla, parasızlıktan bu plan tatbik edilemiyor. 1854'te Kırım Harbi oluyor. İngilizler ve Fransızlar bize yardımı geliyor. Ve İstanbul'da, Florence Nightingale'in teşviki ile Nightingale'in kaldığı Selimiye Kışlası önüne pavyon sistemi hastaneler kuruluyor. Bir tanesi de sonradan Gülhane olacak hastane.



1994 depreminde yıkılınca kurulan hastane, Rieder Paşa gelince onun yıkıklarının bir kolu üzerine Gülhane Tıp Akademisi Askeri Tıp Tatbikat Okulu olarak tesis ediliyor. Pavyon Sistemi hastane Çanakkale'de Renköy'de de kuruluyor.

Böylece Pavyon Sistemi hastaneler ilk olarak Türkiye'de tesis ediliyor. Hasta taşımak için Amerika'dan İngilizlerin kiraladığı gemilerdeki uzmanlar, pavyon sistemi hastaneyi Amerika'ya götürüyorlar. Yani İngiliz hastaları taşırken gördükleri bu sistemi de götürüyorlar. Amerika'da Kuzey-Güney savaşları sırasında kurulan pavyon sistemi hastaneler hep, bizdeki pavyon sistemine uyularak yapılmış hastanelerdir. Çok sonra Avrupa'ya geliyor bu sistem. Ve işin garibi, Fransız İhtilalinden önce geliştirilen bu sistem, bizim vasıtamızla Kırım Harbi sonrasında Amerika'ya gidiyor.

Pavyon Sistemi ne zaman iflas ediyor? Bu sistem için çok büyük arsa lazım. 1930'lu yıllarda iktisadi kriz var, arsa pahalı. Onun için mono blok sistemi yani merkezi sistemde yüksek kule şeklinde hastaneler ortaya çıkıyor. Biz tahsil ettiğimizde yani 1960'lı yıllarda hep 'Breitfuss Sistemi' denilen sistem geliştiriliyordu. Yani aşağıda geniş ayak dediğimiz teşhis ve tedavi yerlerinin olduğu klinikler geliştiriliyordu. Bizdeki klinikler bu sistemdedir. Bir tane yüksek 10-20 katlı hastane binası, Y ya da T şeklinde yapılırsa bu kat sayısı azalıyor. Fakat bu niye mümkün olabildi? Çünkü hospitalismus denilen problemi ortadan kaldıran yani hastane mikroplarını ortadan kaldıran ilaçlar ortaya çıktığı için. Fakat şimdi, aradan 40 - 50 yıl geçince mikroplar imünite kazanıyor, hospitalismus problemi geri geliyor, pavyon sistemine geçişin şartları yeniden ortaya çıkıyor. Pavyon sistemine geçişin şartları merkezi sistemdeki hastanelerdeki hastalıkların hastane içerisinde (mikropların) geçişi engellenemiyor. Pavyon Sistemi planlıyorlar ki ayrı ayrı, pavyonlardaki mikroplar yayılmasın.

(A. T.) Pavyon sisteminde klinikler ayrı mı?

Ayrı ayrı. Merkezi bir teşhis ve tedavi binası var. Onun yanında çeşitli pavyonların yapılması suretiyle vücuda getiriliyor. Pavyon sistemi birbirinden ayrı ünitelerden oluşuyor. Maksat hospitalismus denilen hastane enfeksiyonlarının tehlikesini önlemek. Çeşitli antibiyotiklerle hastane içindeki mikroplar önlen-

ğinden 30'lu yıllardan sonra başlayan merkezi sistem 60'lı yıllarda çok yayılarak bugünlere kadar geldi. Yalnız şimdi ki eğilim tekrar pavyon sistemine gidiyor. Sebebi şu; Dünya Sağlık Teşkilatı diyor ki, hospitalismus tehlikesi yeniden gündemdedir. Onun için 600 yataktan fazla hastane yapmayacaksınız.

İkinci bir etken, organ nakli cerrahisinin gelişmesi... Organ nakli cerrahisi öyle geliyor ki post operatif yani ameliyat sonrasında bile hastanın, steril bir yerde olması, ziyaretçilerin odaya girmemesi lazım. Onun için Edinburg'ta bir klinik geliştiriliyor, pavyon olarak. Sadece organ nakli için bir klinik. Ve düşünabiliyoruz musunuz, 1975'teki doçentliğe giriş dersimde ben bunu anlattım. Organ nakli olduğu için, organ nakli yapan kliniklerin ayrı bir klinik olarak, bir pavyon olarak ayrı olması lazım. Bizde en güzel pavyon sistemi hastane Şişli Etfal Hastanesiydi. Ama bir saat kulesinden başka bir şey bırakmadık. Her şeyi berbat ettik. Şişli Etfal Hastanesi'nin 100. yıl kitabını çıkardık Dr.Engin Seber'le beraber... Şimdiki trend tekrar hospitalismus problemini önlemek için pavyon sistemine dönüş. Yani en fazla 600 yataklı klinikler yapılması ve hastanelerin pavyon şekilde yapılması. Çünkü artık hastane enfeksiyonlarını önleyemiyorsunuz. Mikroplar rezistans (bağışıklık) kazanmış.

(A. T.) Müslüman bir ülke olmasından dolayı eski Türk hastanelerinde bir farklılık var demiştiniz, bu farklılıklar neler acaba?

Ortaçağda Hristiyan dünyasında din adamları ve rahibeler hasta bakımı yapıyorlar. Bizde ise hocalar bu işe karışmıyor. Dini bir şekilde, rahibeler gibi hastaya bakan bir hemşire sistemi yok. Bizdeki hastanelerde tamamen sivil kimseler tarafından bakım yapılıyor. Hasta öldüğünde dua yapılıyor; o ayrı bir konu.

Bizdeki hasta yatağı başında tedavi de Nurettin Hastanesi'nde (1154'te tesis edilmiş, Şam'da hâlâ ayakta duran bir Selçuklu hastanesidir) ortaya çıkıyor. Hatta o kadar gelişmiş ki, bu hasta bakımı ve tıbbi tedavi metodlarını, küçük kan dolaşımını keşfediyor orada yetişen, İbn en-Nefis. Hristiyan aleminde hasta yatağı başında tedavi 19. y.y.'da başlıyor. Aynı yıllarda Batı'da manastır hastaneleri var. Hristiyanlığın ilk çıktığı senelerde Sina yarımadasında ilk olarak bir papaz, bir manastır kuruyor ve hastalara bakıyor. Sonra Kayseri'nin Ortodoks piskoposu, gidip orada görüp ilk hasta bakılan manastırlarını Kayseri'de kuruyor. Bu manastır sistemi hastanelerde hastalara rahibeler bakıyor. Bu sistem Batı Roma'ya geçiyor. Bu sistem, 1774'te Paris'teki Hotel Dieu'nün yanışına kadar devam ediyor. Bi-

zimkinde hasta bakım sistemi tamamen sivil ve hekim her şeyden sorumlu. 13. yy'da yazılan İbn Abi Usaibia'nın Uyun al-anba adlı eserinde, hastaların nasıl tedavi edildiği detaylı bir şekilde anlatılıyor.

(A. T.) Nurettin Hastanesi, hastane mimarisinde ve hastane kullanımında farklı bir ekol anladığım kadıyla... Biraz bu hastaneden bahsedebilir misiniz?

1154'te tesis edilen Nurettin Hastanesi'nde, ilk olarak İbn Sina'nın el-Kanun fi't-tıp eserinin şerhi yapılmış. Selçuklular'da 4 eyvanlı hastane mimarisinin en eski örneği bu Şam'daki hastane. Bu hastanenin dört köşesinde, 4'er hasta koğuştan bir kadınlar için. Ameliyathane, bir tarafta iyileşmekte olan hastaların hem güneşlendiği hem bakıldığı bir bölüm. Ortadaki havuz ise yaz mevsiminde serinliği sağlıyor. İbn Abi Usaibia'ya göre hocası ad-Dahvar önce hasta koğuştan gider, hastaları ziyaret eder. Bugünkü gibi; hastalık hikâyelerini dinler ve yiyecekleri yemeklerin ve ilaçlarının direktiflerini verir. Ondan sonra saraydakileri tedavi etmek için gider, onların kontrolünü yapar gelir. Nurettin Hastanesi'nde girişin karşısındaki ameliyathanede, öğleden önce ameliyatlara yapılır, öğleden sonra ders verirdi.

Derste ise öğrenciler şöyle yer alıyor: 1. 2. 3. 4. sınıflar arka arkaya oturuyorlar. Birisi soru sorduğunda bir arkadaşına, o bilemezse bir arkadaşına sormak suretiyle herkesin bilgilerini birbirine iletmeyi amaçlıyordu. İşleyiş ise şöyle: Şimdi orada tıp hocası, bir hastalık vakasını ele alır. 'Bugün şu hastayı gördük. Bu hastaya, Hipokrat şu teşhisi koyar, şu ilacı verirdi. El Razi şunu verirdi, İbn Sina şunu verirdi. Ama ben bunu veriyorum derdi', deniliyor. Görüyoruz ki hastalık hikâyesine göre mukayeseli bir teşhis ve o teşhise göre de bir tedavi uygulanıyor. Ama mukayeseli olarak... Buradaki dersini verdikten sonra da çeker giderdi özel muayenehanesine yahut özel yerde ders vermek için. Tıpkı bugünkü gibi...

Burada yetişen ve ad-Dahvar'ın talebesi olan İbn en-Nefis iyi bir hekimmiş, öyle ki, Galenos ve İbn Sina'nın dediğinin aksine, kalbin sağ ve sol karıncığı arasında dehliz denilen bir yerden kanın geçmeyeceğini, akciğerleri dolaşarak gittiğini söylüyor ki, küçük kan dolaşımını böylece keşfediyor.

Hasta getirilir, anestezi yapılır. Neyle? Ademotu, Banaotu gibi bir takım otlar ve afyonun karışımından oluşan bir solüsyonla anestezi yapılır.

3. Haçlı Seferleriyle 14. y.y.'da Şam'a gelen Avrupalı doktorlar bu anestezi sistemini görüp öğrenip Batı'da kulla-

nılmasına ön ayak olmuşlar.

19. y.y.'da bir tıp talebesi Berlin'de yaptığı "Anestezi'nin gelişmesi" isimli doktora tezinde bunları yazıyor. Anestezi bile bizden geçmiştir Avrupa'ya...

Küçük kan dolaşımının keşfini İbn en-Nefis'in yaptığı hakikati ise şöyle ortaya çıkmış: 1924'lü yıllarda, hem mühendis hem de tıp tahsili yapmış bir Mısırlı öğrenci olan at-Tatavi, hocasının, en-Nefis üzerine doktora yapması konusunda yöreklendirmesi sonucunda yaptığı araştırmalarda ortaya çıkıyor. At-Tatavi doktora tezini hazırlarken görülüyor ki İbn en-Nefis küçük kan dolaşımını keşfetmiş.

(Y.K.Ş) Osmanlı İmparatorluğu'nda durum nedir?

Osmanlı hep küçük görülür. Ama Osmanlı, hep ileriye bakmıştır. Pavyon sistemi hastaneyi almış, Gülhane'yi kurmuş, en yeni sistemleri getirmeye çalışmış. İşin garibi bugün her sokak başında 2-3 tane eczane vardır. İlk 1862'de yapılan eczacılık nizamnamesinde Osmanlılar döneminde her 700-900 m.'de bir eczane olabiliyormuş. Sonra bir eczanenin nasıl olacağı bile bu nizamnamede tarif edilmiş. Şimdi yanyana bir sürü eczane var. Hiçbir şeyin nizamnamesi yok, olanlara da uyulmuyor zaten!

(A. T.) Sağlık sisteminde özel sektörün baskın bir güç haline gelmesinin hastalığı, hastaları metalaştıracağı, görüşünü doğurdu. Siz bu konuda ne düşünüyorsunuz? Etik olarak bu konuya nasıl bakıyorsunuz?

Avrupa Birliği'ne gireceğiz diyoruz. Avrupa Birliği'nde esas değerler ne? Sosyal devlet demek şu: Sosyal demokratik bir cumhuriyet. O zaman devlet, yaşlısı genci, fakiri zengini hepsine yardım etmek zorunda. Devlet her şeyi devredebilir ama, sosyal bir devletse sağlık hizmetlerini devredemez, en azından hepsini devredemez. Bu demokrasi ile sosyal devlet kavramı ile bağdaşmaz. Biz demokrasiyi, sosyal devlet kavramını benimsemişsek bundan vazgeçemeyiz. Özel sektör bu işi de yapabilir ama devletin hizmetinin tamamen ortadan kalkması söz konusu değildir.

Siz çalışıyorsunuz, sizin aylığınızdan para kesiliyor, hastalık sigortası olarak hastalık sigortası ödemek mecburiyetindensiz. İster devlette, ister özelde çalışın.

Geriatri meselesi ile ilgili olarak gittiğimiz Almanya'da sorduk, oradaki hasta veya sağlıklı yaşlı kimsenin parasını kim ödüyor diye. 2.500 Euro ayda bir kişi için sosyal sigorta olarak devlet ödüyor. Buna ilave olarak 2.500 Euro

daha ödüyor. Yani, 5.000 Euro'ya teka-bül ediyor ödenen. Bizim burada yaptığımız huzur evine ortak olmak istiyorlar, çünkü burada oradakinin yarı fiyatına olacak yani devlete ve bu işe girenlere daha ucuza mâl olacak. Şimdi bir devlet kullanılan ilaçları, tıbbi ve eczacılık kaidelerine uygun mu değil mi, bunu kontrol edemiyorsa, bunu özel sektör edemez. Zaten biliyorsunuz en büyük skandallar bundan çıktı. Eşdeğerli ilaçları kakaladılar, büyük bir skandal oldu, ucuza almak istediler, şu oldu bu oldu.

Geliyorum etik değerlere: Sağlık hakkı, insan haklarından doğar. İnsan Hakları Fransız İhtilali ile doğdu. Fransız İhtilali'nden sonra insanın, bireyin hakkı ortaya çıktı; insan haklarından hareketle hasta hakları ortaya çıktı.

Thomas Paine, ilk defa İngiltere'de bunu ortaya attı. Fransız İhtilalini desteklemiştir. İnsan hakları beyannamesinin esasını o yayınlamıştır. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları'ndan Thomas Paine'in 'İnsan Hakları' isimli eseri kitap halinde yayınlanmıştır.

Thomas Paine'in İnsan Hakları isimli eserinin, 1791'de yayınlanmasından sonra, insan hakları ön plana çıkmaya başlamış; 20. y.y.'a kadar insan haklarından sağlık hakkına doğru hukuksal bir gelişme gerçekleşmiştir. Sağlık hakkından hareketle, hasta hakları bugün ilgili çevrelerin üzerinde büyük ölçüde uzlaşarak daha da açıklığa kavuşturulmaya çalışılan çeşitli hakları kapsar ve hasta hekim ilişkisinin etikten hukuka doğru yeniden düzenlenen bir unsurdur. Bu açıdan bakıldığında hasta hakları genel olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmektedir ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bunun manâsı şu: Hiçbir zaman devlet, insan haklarını esas temel alıyorsa, sağlık hakkını devredemez, vazgeçemez. Bizim anayasamızda da sağlık hakkı devletin vazifesidir der! En öz açıklama bu.

Fransız İhtilalinden sonra Thomas Paine'in yazdığı İnsan Hakları eseri evvelce zikredildiği gibi Türkçe'ye çevrilip 1950'li yıllarda Türkçesi yayınlanmıştır. Bu eserin Londra'da yayınından sonra Fransa'da 17 madde olarak düzenlenmiştir İnsan Hakları Beyannamesi.

(A. T.) Tabipler Odası'nın etik konulara yaklaşımı çok hassas. Kurul'un çalışmaları çok titizlikle yapılıyor gerçi ama size göre etik bir yozlaşma söz konusu mu acaba?

İstanbul Tabip Odası'nda Etik Kurulu ben kurdum. Etik yozlaşmaya gidilmesi için çalışmalar yapıldı. Etik Kurulu ilk kurulduğunda Prof. Dr. Orhan Ario-



Prof. Dr. Arslan Terzioğlu kimdir?

1938 doğumlu Arslan Terzioğlu, Batı Berlin Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi'ni yüksek mühendis olarak bitirdi. 1959 - 1965 yılları arasında Hür Berlin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp öğrenimini tamamladı ve tıp doktoru oldu. 1968'de Batı Berlin Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi'nde doktor mühendis unvanını aldı. 1975'te Münih Tıp Fakültesi tarafından 'doçentliğe hak kazanmış tıp doktoru' unvanı verildi. 1979'da İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Deontoloji Kürsü Başkanlığı'na atandı. 1981'de profesör oldu. Hastane planlaması, tıp tarihi, tıbbi etik, Avrupa ve bizde yüksek öğretimin evrimi alanında Almanca, İngilizce, Fransızca ve Türkçe olarak 50'si kitap 325 yayını bulunan Terzioğlu, Alman Tıp, Fen ve Teknik Tarih Kurumu şeref üyelikleri, Erich Frank Madalyası, Ord. Prof. Dr. Süheyl Ünver Ahlak ve Etik Ödülü, Alman Federal Cumhuriyeti ve Avusturya Cumhuriyeti Liyakat Nişanı, Ludwig Maximilians Üniversitesi Münih Tıp Fakültesi Wolfgang Peisser Madalyası sahibidir.

ğul Hoca, İstanbul Tabip Odası başkanı idi. Önce Etik Kurulu'nun da başkanı olmasını istedik, sonra işlerinin yoğunluğundan onursal başkanı yaptık. Dolayısıyla ilk olarak da etik kurulunun başkanı olarak beni seçtiler.

O dönemde, bir tabip albay, bir kadın hastasına tasallut etti diye Fatma Girik'in programında deşifre edildi. Konu, sonradan anlaşıldı ki, Fatma Girik tarafından organize edilen düzmece bir olaymış. Önceleri biz bunu bilmiyorduk. Sonra benim kulağıma geldi. Prof. Dr. Orhan Arioğul'a dedim ki; "Hocam bu albay doktor arkadaşımıza bir şeyler yapmalıyız." Reha Muhtar televizyonda bunu belirtince Fatma Girik'in televizyon gazeteciliği kariyeri son buldu. Ama o doktor albayın da general olması engellendiği gibi, ordudan emekli olarak ayrıldı. Anlayacağınız hasta hakları olduğu gibi doktor hakları da vardır ve bu da hassasiyetle göz önünde bulundurulmalıdır.

Ruhsatlandırma ve revalidasyon

Prof. Dr. Haydar Sur



1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1988'de Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi'nde; 1996'ya kadar İstanbul Sağlık Müdürlüğü'nde Müdür Yardımcısı olarak görevlendirildi. London School of Hygiene and Tropical Medicine'da Halk Sağlığı Yüksek Lisansı yaptı. Halen Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi ve bölüm başkanı olarak çalışmaktadır.

Dr. Ünal Hülür



1971'de Ordu'da doğdu. Tıp eğitimini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. 1993 - 2003 tarihleri arasında Gümüşhane Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı çeşitli görevlerde çalıştı. 2003'ten bu yana Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nde sağlık yönetimi eğitimi, uzaktan sağlık eğitimi ve sağlık sektöründe insan kaynaklarını geliştirme konularında çalışmaktadır.

Türkiye'de son 15 yıldır yürütülen reform ve/veya dönüşüm çalışmaları, son 4 yılda büyük ivme kazanmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı adı ile ortaya konulan programın 8 ana bileşeninden özellikle 2 bileşen (hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve güler yüzlü ve işinden memnun sağlık personeli) performans değerlendirme ve yaşam boyu öğrenme ile yakından ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde tıbbi hataları önlemek ve bunlardan kaynaklanan geri dönüşümsüz vahim sonuçları bertaraf etmek oldukça önemlidir. Sağlık hizmet sunu-

mundaki gelişmeler ve hizmet sunum pazarındaki değişimler tıbbi hataların ve hizmet kalitesindeki düşüklüklerin önüne geçilmesini öncelikli konular arasına sokmuştur. Türkiye'de hekimlik mesleği yeterince kontrol edilmemektedir. Tıp fakültesini bitirmiş olmak ya da varsa bir uzmanlık diplomasına sahip olmak, yasa ve tüzüklerde belirtilen bütün uygulama haklarını sonsuza kadar kullanma hakkını vermektedir. Zaman içinde hekimin bilgi ve beceri aşınmasına uğraması, yeni yöntem ve teknolojilerin kullanımıyla ilgili eksiklikleri, mesleki uygulamalarda özensiz davranması gibi durumlar tıbbi hizmet kalitesinde kabul edilemez düşüşlere neden olmaktadır.

Bunları engelleyebilmek için erken dönemde hekimlerin gönüllü olarak appraisal (değerleme) sürecine dahil olmasının özendirilmesi ve geçiş döneminden sonra appraisal yanında revalidasyon (yeniden değerlendirme) sistemine de zorunlu geçişin sağlanması gerekmektedir. Ruhsatlandırma ve Revalidasyon Sistemi'nde iki terimin karşımıza çıktığını görüyoruz. Appraisal, hekimin kişisel ve mesleki gelişimini sağlayan bir süreçtir. Amacı da doktorun hastalarına verdiği hizmeti geliştirmektir. Appraisal sürecinde hekimler bir yıllık bir süreç içinde işini ve performansını gözden geçirip kişisel ve mesleki gelişim ihtiyaçlarını belirleyebilmeli ve bunları karşılaya-



cak bir plan yapmalıdır.

Revalidasyon kelimesi, çalışanın sorumlu olduğu işi yapmaya uygunluğunun düzenli aralıklarla belgelendirilmesidir. Revalidasyonun en önemli özellikleri arasında; etkili, ulusal standartlara göre bir çalışanın ne durumda olduğunu yansıtan, şeffaf ve kapsayıcı, esaslı ve orantılı, adil, ayrımcılıktan uzak ve tutarlı olmak sayılabilir.

T.C. Sağlık Bakanlığı, doktorların değerlendirme ve yeniden geçermesi ile ilgili bir sistem kurulmasına yönelik bir çalışma yaptırma kararı almıştır. Bu kapsamda Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından Ruhsatlandırma ve Revalidasyon konusunda Haziran 2006 tarihinden itibaren çalışmalara başlanmıştır.

Bugün dünya ülkeleri sağlık sistemlerindeki hata riskini ortadan kaldırmak için var gücüyle çalışmaktadır. Türkiye de gelişmekte olan bir ülke olarak bu konuya gereken hassasiyeti göstermelidir. Tıbbi uygulamalarda istenmeyen sonuçların önüne geçebilmek için bunların nedenlerine inmek gerekir.

Ülkemizdeki tıp ve uzmanlık eğitiminde; uzmanlık eğitimi finansmanının yetersizliği, eğitimlerin iyi planlanmamış olması, eğiticilerin pedagojik yetersizliği gibi sorunlara ilave olarak, yasal mevzuatın bulunmaması / yetersizliği, müfredat farklılıkları, eğitim veren kurum ve eğitmenlerin denetlenmemesi ve altyapı eksiklikleri de, tıp ve uzmanlık eğitiminde yaşanan sorunların nedenleri arasındadır.

Türkiye’de hekimlerin mesleki yeterlik ve eğitimlerinin değerlendirilmesi konusunda potansiyel taraflar; Türk Tabipleri Birliği (TTB), Uzmanlık Birlikleri, Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler ve Yükseköğretim Kurulu olarak sayılabilir. Bunların dışında Akreditasyon Kurumu ve Mesleki Yeterlilik Kurumu da konu ile ilgisi açısından sayılabilir.

Hekimlerin mesleki yeterlik ve eğitimlerinin yeniden değerlendirilmesi konusunda, Türkiye’deki mevcut durumun değerlendirilmesi için öncelikle konunun hukuki bağlayıcılığı ve uygulama boyutunun incelenmesi uygun bulunmuştur. Bu amaçla ilk olarak Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürlüğü ile temas kurularak Hizmet İçi Eğitim, Eğitim ve İhtisas Daire Başkanlıkları ile görüşülmüştür. Görüşme sonucunda, hekimlerin mesleki yeterlik ve eğitimlerinin yeniden değerlendirilmesi konusunda halihazırda hukuki bir düzenlemenin bulunmadığı anlaşılmıştır. Görüşmelerde konu ile ilgili uygulamaya yönelik bir düzenleme önerisinin de bulunmadığı anlaşılmıştır.

YÖK Eğitim ve Öğretim Dairesi Başkanlığı ile yapılan görüşmede de ülkemizde bu konuda mevcut bir yasal düzenleme ve uygulama ile geleceğe yönelik bir ça-

lışma olmadığı anlaşılmıştır.

Konunun Türkiye’deki gelişim süreci incelendiğinde, Tıpta Yeterlik ve Yeniden Değerlendirme konusunda taraf / paydaş olarak tanımlanabilecek otoriteler içinde TTB ve bazı uzmanlık dernekleri dışında bu konuda faaliyet gösteren bir idare bulunamamıştır.

15 Ekim 1994 tarihinde Uzmanlık Dernekleri Temsilcileri, Tabip Odaları ve Sağlık Bakanlığı yetkililerinin katılımıyla gerçekleştirilen bir organizasyonda, genel örgütlenme sorunları, Tababet Uzmanlık Tüzüğü ve Kurulu tartışılarak, Türkiye’de Tıpta Uzmanlık alanında sorunların tartışılıp karar verilebileceği bir “Türk Tıp Uzmanları Dernekleri Birliği” ve bunun yanı sıra daha sık toplanan bir Koordinasyon Kurulu’nun gerekliliğine karar verilmiştir. Bu yapı daha sonra “Türk Tabipler Birliği Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu” (TTBUDKK) ve nihai olarak “Türk Tabipler Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu” (TTBU-DEK) adını almıştır.

1995 yılında kurulan UDEK, uzmanlık eğitiminde yeterlik kavramının gerekliliğinin altını çizerek bu konuda hazırlanan ilk ve tek Yeterlik Yönerge Taslağı’nı hazırlamış, ardından, UDEK bünyesi içerisinde Ulusal Yeterlik Kurulu (UYEK) kurulmuştur. UYEK’in ilk toplantısı Mayıs 2004 tarihinde 25 yeterlik kurulunun temsilcileri ile gerçekleştirilmiştir. 12 Haziran 2004’te yapılan 2. toplantısında yeterlik kurulu yönerge taslağını revize etmek üzere 5 kişiden oluşan bir komisyon kurulmuş ve bu komisyonca hazırlanan yönerge taslağı 06 Mayıs 2006 tarihinde UYEK toplantısında katılımcıların görüşlerine sunulmuştur.

Orta düzeyde bir doktorun bütün bilgi ve becerisi dikkate alındığında beşaltı yıllık bir zaman diliminde bu bilgi ve becerinin mesleği icra etmekte çok yetersiz kalacağı öne sürülmektedir. Sorunun önemini kavramış ülkeler iyi tıbbi uygulamalar (İTU) için yeterli kapasite oluşturmak üzere, özellikle doktorları ve bütün sağlık görevlilerini sürekli öğrenme sürecine katılmaya teşvik etmektedir. Sorunun boyutlarını ve ciddiyetini öne sürerek birçok ülke gönüllü faaliyetlerin ötesinde doktorların tıbbi performanslarıyla ilgili sıkı kontrol mekanizmaları oluşturmuştur. Almanya, Makedonya vb. ülkeler akreditasyon yaklaşımı ortaya koyarken, bazı ülkeler de gönüllü (appraisal) değerlendirme ya da zorunlu (revalidation) yeniden değerlendirme adıyla anılan performans değerlendirme sistemleri oluşturmuştur. Bu değerlendirme süreçleri sürekli öğrenmeyi de gündeme getirmektedir. Böylece, konu yalnızca bir performans değerlendirme sistemi oluşturmakla sınırlı kalmayıp buna ek olarak hizmet içi eğitimler, yaşam boyu öğrenme, sürekli öğrenme vb. terimlerle açık-



lanan güçlü eğitim destek mekanizmalarını da gerekli kılmaktadır. Süreçlerin esasları içinde öğretim ve öğrenme, kayıt ve raporlama, kontrol ve değerlendirme ve rehberlik hizmetleri yer almaktadır.

Avrupa’ya bakıldığında; doktorlar ve diğer sağlık sektörü çalışanlarından yeterliliklerini kanıtlamaları için; yılda bir kez değerlendirme, her beş yılda bir doktorların meslek icra etme yetkilerinin yeniden geçerli kılınması ve doktorun “mesleki ruhsatının” devam ettiğini gösteren, kayıtlı pratisyen doktorlar listesine girmiş olması şartları getirilmiştir.

Avrupa ülkeleri arasında refah ve politik duruş bakımından farklar olduğu gibi, çeşitli uzmanlık alanlarında alınan eğitimin uzunluğu ve içeriği bakımından da önemli farklılıklar vardır. Örneğin altuzmanlık dalında eğitim İngiltere’de bir kural iken, Fransa’da uzmanlık alanlarında yeterliliğe sahip olunması şartı getirilmiştir. Mesela psikiyatrlar için psikoterapi alanında özel eğitim görmüş olmak şarttır; İngiltere’de ise tüm doktorların yeniden yetkili kılınma sürecinden geçmesi zorunludur; klinik uzmanlık mevzuatının kapsamı yalnızca İngiltere ile İskoçya arasında değişiklik göstermekle kalmaz; Doğu ve Batı Avrupa arasında da çarpıcı biçimde farklılaşır. Buna ilaveten, sağlık hizmetlerinin finansmanı İsveç ve İngiltere’de genel vergilerden karşılanırken, Fransa ve Almanya’da bireysel sağlık sigortasından karşılanmaktadır.

İngiltere’de, doktorların yeterliliğinden ve klinik performans düzeylerinden sorumlu olan ana kuruluş, Genel Tıp Konseyi’dir. Özel sektörde çalışan doktorlar için, devlet hastanelerinde veya birincil bakım kurumlarında çalışan doktorlardan farklı düzenleme ve performans sorumluluk şartları uygulanmaktadır.

Akreditasyon, ülkemizde tıbbi hizmetlerin Avrupa ve dünya standartlarına ulaşmasına doğrudan katkıda bulunan en önemli gelişmeler arasındadır. Sağlık Bakanlığı doktorların performansını pozitif yönde etkileyecek bir strateji hazırlamak üzere bir ekip kurmuştur. Ancak, önerilen stratejileri uygulamaya koymak için büyük bilgi ve beceri gerektiren uzun bir süreç izlenmesi ve bu sürece ilgili tüm tarafların katılımı gerekmektedir. Paydaşlar arasında Sağlık Bakanlığı, TTB, Tıp Fakülteleri ve Tıpta Uzmanlık Dernekleri sayılabilir. Amaçlanan sistemin oluşturulması için bütün paydaşların belirgin ve doğrudan katkı vermesi gerekmektedir.

Not: Hemşire Ümmühan Ekinci’ye katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

21. yüzyılda eczacılık nereye gidiyor?

Aylin Acar Sancar



1980'de Ankara doğdu. 2002'de Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 2006 tarihinde Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği ve Mevzuatı yüksek lisans programından mezun oldu. Eylül 2006'dan bu yana Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı'nda lisansüstü çalışmalarına devam etmektedir. Şubat 2006'dan bu yana Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Uygulama Eczanesi'nde eczacı olarak çalışmaktadır. 2005 yılından beri Türk Eczacıları Birliği Eczane Teknisyeni Eğitimi Projesi'nde Halkla İlişkiler Modülü koordinatörlüğünü yapmakta ve aynı modülde etkin iletişim dersleri anlatmaktadır.

Günümüzde, en sık duyduğumuz kelime ikililerden birisi arz-talep'tir. Eğer talep varsa, bu talebi karşılamak üzere girişimlerde bulunulur. Talebi doğuran da ihtiyaçlardır aslında. Belki biraz felsefik bir bakış açısıyla düşündüğümüzde, meslekleri var eden, varken fonksiyonlarını değiştirmeye ve bazen de bu fonksiyonların yitirilmeye başlanmasına sebep olan da, zaman içerisinde talebin şu veya bu nedenden ötürü değişmesidir.

Bu yazıda eczacılık mesleğinin varlık nedeninden, dününden, bugününden ve olası yarınından bahsetmek istiyorum. 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'da yapılacak değişikliklerin ve genel sağlık sigortasının, eczacılık mesleğine etkileri, geri ödeme sisteminin eksiklikleri, klinik eczacılığın Türkiye'de uygulanıp uygulanamayacağı gibi birtakım sıcak tartışmaların yapıldığı bugünlerde belki de gözden kaçan

bir bakış açısıyla durum değerlendirmesi yapmaya çalışacağım.

Eczacılık mesleğinin neden var olduğunu anlayabilmek için, insanlık tarihinin başlangıcından bugüne kısa bir zihin turu yapmakta fayda olacağını düşünüyorum. Şu bir gerçek ki, insanoğlu "hastalık" diye bir kavramla karşılaşmamış olsaydı, ne tıp, ne eczacılık, ne hemşirelik, ne diş hekimliği ne de diğer sağlık branşlarıyla tanışmış olacaktı. Hastalık varlığı, insanların, toplumların ve hatta bütün canlıların "tedavi ihtiyacı" duymasına neden olmuştur. Tedavi ihtiyacı, paralelinde, bu ihtiyacı karşılayacak kişilere ve mesleklerle olan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır.

Önceleri, din adamları, tapınakların bahçelerinde yetiştirdikleri bitkilerle veya doğanın sunduğu birtakım maddelerle (örneğin; kurbağa pisiği) insanları tedavi etmeye çalışmışlardır. Sonra, bu işin uzmanlarına ihtiyaç duyulmuştur. Zamanla, hastanın hastalığının teşhisi konusu birinci sıraya oturmuş ve tıp bilimi

gelişmeye başlamıştır. Hekimler, hem hastalığın teşhisini koyup hem de gerekli tedaviyi uygulayabilmek için çeşitli ilaçlar hazırlamaya başlamışlardır. Sonra, tedavi sürecinde kullanılan ilaçların ayrı bir uzmanlık gerektirdiği anlayışından yola çıkılarak eczacılık diye meslek üretilmiştir.

Takdir edersiniz ki, meslekler de üretildikleri şekliyle yaşamaya devam edemezler, günün şartlarına ayak uydurmak zorunda kalırlar. Zorundadırlar diyorum çünkü eğer günün gereklerini yerine getirmezlerse silinip gitmeleri, yok olmaları için hiçbir engel yoktur. Böylece, belki de tekrar vurgulanması gereken en önemli nokta, bu mesleğin varlık nedenini, amacını iyi saptayabilmenin gerekliliğidir.

Örneğin, 1953 doğumlu 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'un ilk maddesinde tanımlanan şekliyle; eczacılık, "eczane, ecza deposu, ecza dolabı, galenik, tıbbi ve ispençiyari müstahzarat ihzar veya imal etmek



veyahut bu kabil resmi veya hususi müesseselerde mes'ul müdürlük yapmaktır" mıdır acaba? Evet, eczacılık bu maddede bahsi geçen şeyleri yapmaktır. Ama, sadece bunları yapmak yeterli midir? Bunları yaparken aslında yapmak istenen nedir?

Çok açık ve net bir ifadeyle belirtebilirim ki, eczacılık en temelinde halk sağlığına hizmet etmek için vardır. Aynı zamanda eczacılık, eczacıların, eczanede veya başka yerlerde, mes'ul müdürlük yapmaları vesilesiyle halka en iyi hizmeti verebilmek, hastaların tedavilerini sağlamak ve hatta hasta olmayanların da hasta olmalarının önlenmesini en yüksek faydayla sürdürebilmek için vardır.

Konuyu daha da somutlaştırabilmek için Prof. Dr. Turhan Baytop Hoca'mın dilinden Türkiye'de eczacılığın gelişimini izlemekte fayda olduğunu düşünüyorum:

"Türkiye'de bugünkü anlamda ilk 'eczahane'lerin açılmaya başladığı XIX. yüzyılın başlarında eczahanelerde ancak 2 hazır ilaç (Tiryak ve Melisa ruhu) bulunuyor ve hakikaten etkili madde miktarı da bir düzineyi aşmıyordu.

1850'li yıllardan itibaren, tedavi alanında kullanılan hazır ilaç adedi büyük bir hızla artmaya başlamıştır. Hazır ilaçların kazandığı büyük itibar, hekim reçetesi uyarınca özel ilaç hazırlayan eczacının işini azaltmış ve buna bağlı olarak da mali sıkıntıya düşmesine neden olmuştur.

Hazır ilaçların, tedavi alanına egemen olmasının beklenen bir sonucu olarak, eczacının 'ilaç yapma' görevi 'ilaç satma' şekline dönüşmüştür. Bu değişikliğe bağlı olarak da, ilaç ilkel maddesi ve ilaç hazırlama laboratuvarı olan 'eczahane'nin adı, bir ilaç satış yeri olan 'eczane' şeklini almıştır."

Peki eczacılık, bugün nerede, ne durumda, 1923'ten bu yana yaşantısına durağan bir şekilde mi devam ediyor? Hayır, daha önce de ifade edildiği üzere eczacılık mesleğinde de sürekli bir değişim söz konusu.

Örneğin, son elli yıl içinde, eskiden tedavisi mümkün olmayan pek çok hastalığa etkili olan ilaçların tıbbi kullanıma girmesi, kullanıma giren ilaçların daha etkili ve güvenilir olan yenileriyle sürekli olarak geliştirilmesi, hastalığın ve hastanın durumuna göre ilacın akılcı ve doğru bir seçiminin gereğini ve önemini gündeme getirmiştir. Bu bağlamda, eczacılara, toplumun değişik kesimlerinden gelen bireylerin çeşitli sağlık sorunlarına, doğru ve tarafsız bilgiler sunmak suretiyle bu bireylere hasta odaklı danışmanlık yapmanın yanı sıra, ilaç kullanımının hastanın yararına ve akılcı bir biçimde gerçekleşmesine yardımcı olmak gibi önemli görevler düşmektedir.

Diğer taraftan, bilimsel çalışmalar da eczacıların hastaların tedavi sürecinde yer almalarının, ilaç kaynaklı hataların önlenmesini sağlamak suretiyle tedaviyi kolaylaştırması, tedavinin etkililiğini ve hastaların yaşam kalitesini artırması bakımından önemli olduğunu göstermektedir.

O zaman, eczacılık mesleğinde bugünün gereklerini yerine getirebilmek için, bu mesleği temel amacı yitirmeden halk sağlığı yararına sürdürebilmek için adına ne dersiniz deyin, ister klinik eczacılık, ister farmasötik bakım, ister olması gereken eczacılık, ister mavi eczacılık, ister pembe eczacılık, ister ekoseli eczacılık hiç fark etmez yeni açılımlar geliştirmemiz gerekmektedir.

Öyleyse bu durum değerlendirmesinin sonucunda, bugünün koşullarında, eczacıların ve hatta sağlık takımının üyeleri olan beyaz önlüklü diğer mesleklerin de dümeni, daha önce, Amerika, İngiltere ve diğer Avrupa ülkeleri tarafından keşfedilmiş bir adaya çevirmeleri gerekmektedir. Bu adada eczacı; en temel amacı halk sağlığı olan sağlık profesyonellerinden oluşan takım içerisinde, ilacı en iyi tanıyan, bilen, ilaçla ilgili her konuda yeterli donanıma sahip kişi olarak yer almaktadır.

Akıldan çıkarılmaması gereken, ülkemiz dışındaki bahsi geçen bu ülkelerin adayı keşif nedeninin, rüzgârın onları oraya götürmesi olduğudur. İlginç olansa, Türkiye'de bu adanın farkına varanların, dümene asılarak, hatta dümeni tersine çevirmek isteyenlere inat veya "burada biraz dinlenelim, hava güzel nasıl olsa" diye ısrar edenlere rağmen zorla adaya varmaya çalışmalarıdır.

Ancak, bu demek değildir ki gelişmiş olan ülkeler kendilerini her zaman rüzgâra bırakacak. Biz de gelişmekte olan bir ülke olarak onları bir adım geriden takip ederek eğer gittikleri yer güzelse dümene asılacağız. Belki bir gün, başka şeylerle uğraşmak yerine asıl var oluş amacımızı ve aslında nereye varmaya çalıştığımızı düşündüğümüz gün, biz de kendimizi bir rüzgâra bırakabilir ve daha önce hiç keşfedilmemiş, bizim dışımızdakilerin de gelmek isteyeceği bir adaya varabiliriz.

Bu durumda, eczacılık mesleğiyle ilgili veya aslında bütün mesleklerle ilgili gerekli yasal düzenlemeleri yaparken veya eğitim sistemimizde değişiklikler yaparken akılcı bir tutum izlemeli, sadece politik amaçlarla değil, neden-sonuç ilişkilerini göz önünde bulundurarak daha da önemlisi ülkemiz ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik maliyet etkili çözümler üretmeliyiz.

Bu çözümleri üretmekle kalmayıp uygulamaya koymalı ve sürekli olarak geri-bildirimler alınmasını sağlamak suretiyle



Hazır ilaçların, tedavi alanına egemen olmasının beklenen bir sonucu olarak, eczacının 'ilaç yapma' görevi 'ilaç satma' şekline dönüşmüştür. Bu değişikliğe bağlı olarak da, ilaç ilkel maddesi ve ilaç hazırlama laboratuvarı olan 'eczahane'nin adı, bir ilaç satış yeri olan 'eczane' şeklini almıştır."

değerlendirmesini ve gerekirse yeniden düzenlenmesini garanti altına almalıyız.

Sonuç olarak, eczacılık mesleği, bugünlerde sürekli yaşadığı devrimin ötesinde bir devrimin eşiğindedir. Bu devrimin, amaca yönelik yapılması umuduyla...

Kaynaklar

Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, Kanun No: 6197, Kabul Tarihi: 18.12.1953, Resmi Gazete Yayın Tarihi: 24.12.1953, Sayı: 8591.

Baytop T., Eczahaneden Eczaneye Türkiye'de Eczaneler ve Eczacılar (1800-1923), Gökhan Akçura (ed.), Faik Yolaç Ofset Basım, İstanbul, 1995.

Acar A., Yeğenoğlu S., "Eczaneler İşletme mi Sağlık Kurumu mu?", Güncel Eczacılık Dergisi, 148, 46-47, 2006.

Blix H.S., Viktil K.K., Moger T. A., Reikvam A., Characteristics of drug-related problems discussed by hospital pharmacists in multidisciplinary teams, Pharm World Sci, 28 (3), 152-8, 2006.

Kaboli P.J., Hoth A.B., McClimon B.J., Schnipper J.L., Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review, Arch Intern Med, 166 (9), 955-64, 2006.

Sanghera N., Chan P.Y., Khaki Z.F., Planner C., Lee K.K., Cranswick N.E., Wong I.C., Interventions of hospital pharmacists in improving drug therapy in children: A systematic literature review, Drug Saf, 29 (11), 1031-47, 2006.

Boddy C., Pharmacist involvement with warfarin dosing for inpatients, Pharm World Sci, 23 (1), 31-5, 2001.

Ito M.K., Role of the pharmacist in establishing lipid intervention programs, Pharmacotherapy, 23 (9 Pt 2): 41S-47S, 2003.

Haseki vakfiyesinde doktor tasvirleri

Dr. Haldun Ertürk



1955'te İstanbul'da doğdu. İlk ve orta eğitimini Kastamonu İnebolu'da, lise eğitimini Kabataş Erkek Lisesi'nde tamamladı. 1980 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Uzmanlık eğitimini 1985 yılında, aynı fakültenin Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde tamamladı. Askerlik hizmetini 1987 yılında tamamlayarak SSK İstanbul Hastanesi'nde Başasistan olarak göreve başladı. 1991 yılında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği'nde Şef Muavini oldu. Bu görevi ile birlikte 2003 yılından bu yana Başhekimlik görevini yürütmektedir. 2004 yılında Kızılay Genel Başkan Vekilliği görevinde de bulunmuştur. Evli, üç çocuk babasıdır.

A

ltın yol"un geçtiği topraklarda, Bizanslılar tarafından "Kurutepe" diye anılan (Xerolofes) İstanbul'un yedinci tepesi üzerine kurulu Haseki külliyesi ve özellikle bu külliyenin bir parçası olan ve bugüne dek hizmetini kesintisiz sürdüren Haseki hastanesinin tarihi,

sadece bir kurumun kronolojik hikâyesi değil, en parlak devirlerdeki Osmanlı'dan günümüze değin, 500 yıla yakın bir zaman tüneline geçen bir kültür birikiminin de yansımasıdır. Dr. Nimet Taşkıran'ın yerli ve yabancı, çok sayıda kaynak gözden geçirilerek ve bu kurumun yöneticiliğini yapmış canlı tarihlerden de yararlanarak hazırladığı "Haseki'nin Kitabı", bu kültür birikimini, hasekililik tutkusu da kata-

rak aktaran önemli bir eserdir. Bu eserin sayfaları arasında dolaşarak tıp camiamızın dikkatini özellikle Haseki vakfiyesinde yer alan doktor tanımlamalarına çekmek istiyorum.

Kanuni Sultan Süleyman'ın eşi Hürrem Sultan adına yaptırdığı tesislerin yazılı belgeleri, yani orijinal vakfiyeler dört tanedir. Bunların asılları halen İstanbul Türk İslam Müzesi'nde bulun-



maktadır. En eskisi olan 947/1540 tarihli vakfiye 2191, 958/1551 tarihli ikinci vakfiye 2194 ve 964/1556 tarihli son vakfiye 2192 e 2193 envanter numaralarında kayıtlıdır. Bu orijinal vakfiyelerden üçünün çevirisi Vakıflar Genel Müdürlüğü tarafından Osman Kesioğlu'na yaptırılmıştır. Bu çeviriler Vakıflar Genel Müdürlüğü arşivinde kayıtlıdır. Bu vakfiyeler arasında Haseki Darüşşifasına ait olan kısımlar 958/1551 tarihli vakfiyenin 35-37. sayfalarında yer almaktadır. Aynı vakfiyenin 25. sayfasında tesis anlatılırken şu ifadeler yer verilmiştir: "Bunlardan biri de zikri geçen mahallelerdeki medresenin arkasında bina olunan darüşşifadır ki, her türlü dertlere devadır. Bu da, hastaların, derde ve diğer ağrı, sızılara müptela olanların tedavisi için vakıftır."

Vakfiyede tabipler, cerrahlar ve keh-halların (göz doktoru) vasıfları ve ücretleri hakkındaki bilgilerin yanında, aşçı, hastabakıcı, çöpçü, çamaşırcı ve bahçeci gibi görevler tanımlanmakta ve bunların görev ve ücretlerinden bahsedilmektedir. Özellikle Haseki Darüşşifası'nda çalışmakta olan doktorların vasıflarına ilişkin olan satırlar oldukça ilgi çekici ve çarpıcıdır. Modern sağlık hizmeti anlayışının önceliklerinden biri olan hasta memnuniyetinin önemli bir husus olarak ele alındığı günümüzde bu satırların değeri bir kez daha artmaktadır.

Vakfiyenin çevirisinde Darüşşifa bölümündeki (sayfa 35) ilgili satırları birlikte okuyalım:

"Darüşşifaya gelince: Müşarünileyha vâkifâ hazretleri şart etmiştir ki, iki nefer hâzık, riayet ve inayete lâıyk, fetânet ve kıyasetle maruf, hazakat ve ferasetle mevsuf, tıp ve hikmet kanunlarını bilen, onların bilumum meselelerini tafsilatıyla ihata eden, izaç ve ahvalinin hususiyetlerini anlayan, ilaç tertip etmekte mahir olan, şurup ve macunların ahvalinde tecrübeli, onların hastaların ahvaline mülayim veya mübayin olanlarına vakıf, iş görme ve birçok tecrübelerle ilimlerini tekid etmiş ve türlü ahval ve etvar müşahadesiyle muariflerini ilerletmiş, ilim tahsilinde ve tatbikatta zamanlar geçirmiş, onları tamamlama hususunda vakitler harcamış kimse doktordur."

Haseki Vakfiyesi'ne göre doktor dediğin...

"Hâzık, riayet ve inayete lâıyk, fetânet ve kıyasetle maruf, hazakat ve ferasetle mevsuf, tıp ve hikmet kanunlarını bilen, onların bilumum meselelerini tafsilatıyla ihata eden, izaç ve ahvalinin hususiyetlerini anlayan, ilaç tertip etmekte mahir olan, şurup ve macunların ahvalinde tecrübeli, onların hastaların ahvaline mülayim veya mübayin olanlarına vakıf, iş görme ve birçok tecrübelerle ilimlerini tekid etmiş ve türlü ahval ve etvar müşahadesiyle muariflerini ilerletmiş, ilim tahsilinde ve tatbikatta zamanlar geçirmiş, onları tamamlama hususunda vakitler harcamış kimse doktordur."

"Her doktor selim kalpli, kerim ahlâklı, güzel huylu, endişeden uzak, iyi iş yapar, ince kalpli, uysal, akraba ve ecanip hakkında hayır diler, nasihatı tatlı dilli, hoş sözlü, güler yüzlü, makbul huylu olmalıdır."

"Doktor hastalardan her birine candan dost gibi ref'et ile nazar eder. Onları asık suratla karşılamaz, onlara az da olsa vahşet ve nefret uyandıracak söz söylemez. Zira, sözde bulunan sert bir kelime bazen hastaya en büyük dertten daha ağır gelir."

"Belki hastalara en latif ibarelerle söz söyler. Onlara en güzel şekilde hitap eder. Sual ve cevapta onlarla en şefkatli yolu tutar. Zira, sarf olunan nice sözler vardır ki, onlar hastanın nezdinde cennet kevserinden zülâl ve selsebilden daha tatlıdır. Hastanın tatlı söze ihtiyacı daha çoktur."

etmekte mahir olan, şurup ve macunların ahvalinde tecrübeli, onların hastaların ahvaline mülayim veya mübayin olanlarına vakıf, iş görme ve birçok tecrübelerle ilimlerini tekid etmiş ve türlü ahval ve etvar müşahadesiyle muariflerini ilerletmiş, ilim tahsilinde ve tatbikatta zamanlar geçirmiş, onları tamamlama hususunda vakitler harcamış kimse doktor olup, bunlardan her biri selim kalpli, kerim ahlâklı, güzel huylu, endişeden uzak, iyi iş yapar, ince kalpli, uysal, akraba ve ecanip hakkında hayır diler, nasihatı tatlı dilli, hoş sözlü, güler yüzlü, makbul huylu olmalıdır. Hastalardan her birine candan dost gibi ref'et ile nazar eder. Onları asık suratla karşılamaz, onlara az da olsa vahşet ve nefret uyandıracak söz söylemez. Zira, sözde bulunan sert bir kelime bazen hastaya en büyük dertten daha ağır gelir. Belki hastalara en latif ibarelerle söz söyler. Onlara en güzel şekilde hitap eder. Sual ve cevapta onlarla en şefkatli yolu tutar. Zira, sarf olunan nice sözler vardır ki, onlar hastanın nezdinde cennet kevserinden zülâl ve selsebilden daha tatlıdır. Hastanın tatlı söze ihtiyacı daha çoktur. Hastalara şefkat ve riayet kanatlarını indirip döşer, onların üzerine inayet ve himaye kemerlerini gerer. Bu iki doktordan her biri, geçen gecenin akabinde, hemen darüşşifaya gelip vazifesine başlar. Hastaların, illetli kimselerin ahvaline bakar. Hastalıkların ve dertlerin seyrini gözetir, nabızlarına bakar, idrarlarını gözden geçirir ve diğer hastalığın meşhur alametlerini tetkik eder. Küçük, büyük hepsinin ahvalini sorar ve küçük şeyleri bile ihmal etmez. Sonra, her birine en uygun ilacı vererek tedavi eder. Eğer hastanın vaziyeti tekrar hastaneye gelmesini icap ederse, ihmal etmeksizin hemen hastaneye koşar. Bu iki tabipten her biri bu yazılan şartlara riayet eder ve bu kaideleri olduğu gibi muhafaza eyler. Senenin ve ayların, günlerin her birin-



Haseki Hastanesi'nin tarihi, sadece bir kurumun kronolojik hikâyesi değil, en parlak devirlerdeki Osmanlı'dan günümüze değin 500 yıla yakın bir zaman tünelinden geçen bir kültür birikiminin de yansımasıdır.

de bu şartlardan bir tanesini bile ihmal ve ihlal etmeden, bunlara tamamıyla riayet etmek mecburidir. Her kim ki bu sayılanlardan birini ihlal eder, üzerine aldığı vazifelerden birini ihmal ederse, vazife mukabili almış olduğu şey ona haram olur. Ahrette de azap ve garama düşer olur...."

Kaynak

Taşkıran Nimet, Hasekinin Kitabı- İstanbul Haseki Külliyesi, Haseki Hastanesi'ni Kalkındırma Derneği yayını. 1972 İstanbul

KİŞ SD | 83

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirme yükümlülüğünün kapsam ve sınırları

Prof. Dr. İzzet Özgenç



1960 yılında doğdu. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdikten sonra Ord. Prof. Dr. Sulhi Dönmezer'in asistanlığını yapmıştır. Daha sonra Dicle ve Selçuk Üniversiteleri'nde görev yapmıştır. 2001 yılında göreve başladığı Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde 2006 yılında profesör unvanını almıştır. YÖK üyesi olan Özgenç, Türk Ceza Hukuku'na ilişkin yeni kanunların hazırlanmasında etkin rol almıştır. Halen Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde Ceza Hukuku Öğretim Üyesi olarak görev yapmaktadır.

Derginin bir önceki sayısında yayımlanan makalemden ayırtısıyla açıklandığı üzere, teşhis ve tedavi amacına yönelik bir tıbbi müdahale sırasında hasta veya yakınlarına ait olarak öğrenilen bilgi bağlamında sır saklama yükümlülüğü söz konusudur. Hasta veya

yakını ile ilgili olarak öğrenilen bilgi bir suç olgusuna ilişkin olabilir.

Türk Ceza Kanunu'nun "Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi" başlıklı 280. maddesine göre; "Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği

mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." (f. 1).

Sağlık mensubu kişinin işlendiğine muttali olduğu suç bakımından hastanın mağdur veya şüpheli olması, TCK'nın 280. maddesinde tanımlanan suçun oluşması bakımında büyük bir önem taşımaktadır. Bu nedenle, işlendiği hususunda bilgi sahibi olunan suç bakımından hastanın







Sağlık mesleği mensubu kişinin göreviyle bağlantılı olarak muttali olduğu suçun, teşhis ve tedavi amacıyla sağlık kuruluşuna başvuran kişinin mağdur edildiği bir suç olması durumunda, bildirim yükümlülüğünün varlığı tartışmasızdır. Bu durumla ilgili olarak çeşitli ihtimaller söz konusu olabilir.

mağdur veya şüpheli olmasına göre bir ayırım yaparak konuya açıklık getirmek gerekmektedir.

Sağlık mesleği mensubu kişinin göreviyle bağlantılı olarak muttali olduğu suçun, teşhis ve tedavi amacıyla sağlık kuruluşuna başvuran kişinin mağdur edildiği bir suç olması durumunda, bildirim yükümlülüğünün varlığı tartışmasızdır.

Bu durumla ilgili olarak çeşitli ihtimaller söz konusu olabilir.

Birinci ihtimalde, kişinin sağlığı kendisine karşı işlenen bir suç nedeniyle bozulur ve tedavi edilmek için bir sağlık kuruluşuna başvurur. Dikkat edilmelidir ki, bu ihtimalde, kişinin sağlığı, mağduru olduğu suç nedeniyle bozulmuştur; kişi, mağduru olduğu suç nedeniyle kendine tıbbi müdahalede bulunulmasına ihtiyaç duymuştur. Bu kişiye karşı bir suçun işlendiği, teşhis ve tedavisi amacıyla yönelik tıbbi müdahale sırasında öğrenilir. Örneğin gerekli tetkik ve kontroller için hastaneye götürülen hamilenin henüz on beş yaşını ikmal etmemiş bir çocuk olması durumunda; tedavisini yapan tabip, suçu, takibe yetkili mercilere bildirimde bulunmak yükümlülüğü altına girmektedir. Çünkü henüz on beş yaşını doldurmamış

olan bir çocukla rızası olsa bile cinsel ilişkide bulunmak, çocuğun cinsel istismarı suçunu oluşturmaktadır (TCK, m. 103). Bu gibi durumlarda tabibe suçu bildirme yükümlülüğünün yüklenmesi, bu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaktan kaçınmalarına neden olabileceği endişesini doğurabilir. Ancak, belirtmek gerekir ki, aksi yöndeki bir yaklaşım, pek çok suç olgusunun açığa çıkmamasını sonuçlayacaktır. Bu yaklaşımın suçlulukla mücadelede önemli bir zaafa neden olacağının da gözden uzak tutulması gerekir. Ancak belirtmek gerekir ki, bu durumda suçu bildirme yükümlülüğü, teşhis ve tedavi amacıyla yönelik olarak kişiye tıbbi müdahalede bulunulmasının geciktirilmesinin sebebi olamaz.

Diğer bir ihtimalde, kişi yaralı olarak bir sağlık kuruluşuna başvurur. Bu durumda kişiye karşı kasten yaralama suçunun işlenmesi, kasten öldürme suçuna teşebbüs edilmesi veya kişinin taksirle yaralanmasına sebebiyet verilmesi ihtimallerini göz önünde bulundurmamak gerekir. Bütün bu ihtimallerde yaralanan kişi suçun mağduru konumundadır. Bütün bu ihtimallerde suç takibe yetkili makamlara bilgi verilmesi gerekmektedir.

Üçüncü bir ihtimalde, herhangi bir sebeple sağlığı bozulan kişi, bir sağlık kuruluşuna başvurur; teşhis ve tedavi amacıyla yönelik tıbbi müdahale sırasında kendisine karşı bir suçun işlendiği öğrenilir. Dikkat edilmelidir ki, bu ihtimalde, kişinin sağlığı mağduru olduğu suç nedeniyle bozulmamıştır; kişi, sair bir sebeple sağlığı bozulduğu için kendisine tıbbi müdahalede bulunulmasına ihtiyaç duymuştur. Bu kişiye karşı bir suçun işlendiği, teşhis ve tedavisi amacıyla yönelik tıbbi müdahale sırasında öğrenilir. Örneğin hamileliği dolayısıyla gerekli tetkik ve kontroller için hastaneye başvuran kişinin vücudunda ekimozların olduğu ve bunların maruz kaldığı eziyet ve kötü muamelenin sonucunda oluştuğu anlaşıldığında, suçu takibe yetkili mercilerin durumdan haberdar edilmesi gerekmektedir.

Dördüncü ihtimalde ise, bulaşıcı bir hastalık nedeniyle tedavi amacıyla sağlık kuruluşuna başvuran kişinin fuhuşa sürüklenen birisi olduğu anlaşılır. Hemen belirtelim ki, bu durumda suçu takibe yetkili makamlara bilgi verilmesi gerekmektedir. Çünkü fuhuşa sürüklenen kişi, yaşı ne olursa olsun, yeni TCK'nın sisteminde, fuhuş suçunun mağduru olarak kabul edilmiştir (m. 227).

TCK'nın 280. maddesinde tanımlanan suç, ancak doğrudan kastla işlenebilir. Sağlık mesleği mensubu kişilerin

suçu bildirmeme suçu bakımından manevi unsur olarak doğrudan kastın varlığı şarttır. Çünkü bu suç tanımına ilişkin madde gerekçesinde işlendiği öğrenilmiş suçtan söz edilmektedir. Bu itibarla, işlendiği hususunda kesin bilgi sahibi olunan bir suçla ilgili olarak ihbar yükümlülüğünün varlığından söz edilebilir. Buna karşılık, işlendiği hususunda sadece kuşkunun ortaya çıkması halinde, sağlık mesleği mensubu kişiler bakımından, bildirim yükümlülüğünün varlığından söz edilemez. Hemen belirtelim ki, bu telakki, ceza hukukundaki yorum kuralları ile gelişmemektedir.

Ayrıca işaret etmek gerekir ki, TCK'nın 280. maddesinde tanımlanan suç bağlamında bildirim yükümlülüğü, sağlık mesleği mensubu kişinin ancak göreviyle bağlantılı olarak öğrendiği suçlar bakımından söz konusu olabilir. Bu itibarla, görevle bağlantılı olmaksızın bir suçun işlendiğinin öğrenilmesi durumunda, sadece TCK'nın 278. maddesinde tanımlanan suç bağlamında bildirim yükümlülüğünün varlığından söz edilebilir.

Sağlık mesleği mensubu kişinin, işlendiğini öğrendiği suçun, teşhis ve tedavi amacıyla sağlık kuruluşuna başvuran kişinin şüpheli olarak so-ruşturulmasını gerektiren bir suç niteliğini taşıması halinde çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalınmaktadır.

Bu duruma özgü olarak çeşitli ihtimallerle karşılaşılabılır.

Bunlardan birincisi, hastanın uyuşturucu veya uyarıcı madde kullandığının anlaşılmasıdır. Yeni TCK'nın sisteminde kişinin salt uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması suç olarak tanımlanmış değildir. Buna karşılık, uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi kullanmak üzere satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak, suç oluşturmaktadır (m. 191). Ancak, mahkeme, "uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, (uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi kullanmak üzere satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak suçundan dolayı cezaya hükmetmeden önce) tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine; kullanmakla birlikte, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi hakkında, denetimli serbestlik tedbirine" karar verecektir (m. 191, f. 2). Bu suretle, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişinin, hakkında ceza yaptırım uygulanmadan, madde bağımlılığından kurtarılmasını sağlamak amacıyla yönelik gerekli bütün çarelere başvurulabilecektir. Bu durum karşısında, uygulanacak olan tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin etkinliğini artırabilmek için, uyuşturucu ve-

ya uyarıcı madde kullanan kişinin tedavi amacıyla bir sağlık kuruluşuna başvurması halinde de, Cumhuriyet savcısına bu durum hakkında bilgi verilmesi gerektiği düşünülebilir.

İkinci bir ihtimal olarak, hamile bir kadının ilkel yöntemlerle çocuğunun düşürtülmesi veya çocuğunu düşürmesi sebebiyle kanamalı olarak sağlık kuruluşuna başvurması hali akla gelebilir.

Bilindiği üzere, TCK'nın sisteminde, gebelik süresi on haftayı doldurmuş olsun veya olmasın, yetkili olmayan kişi tarafından kürtajın gerçekleştirilmesi fiili, suç olarak tanımlanmıştır (m. 99, f. 5). Keza, "gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi", ayrı bir suç olarak tanımlanmıştır (TCK, m. 100). İlkel yöntemlerle çocuğun düşürüldüğü bir olayda ceza sorumluluğunu gerektiren bir yönün varlığı tartışmasız bir gerçektir. Bu gibi durumların gizli kalması, gebeliği sona erdirilen kadının dışında başka kişilerin de ceza yaptırımına maruz kalmaktan kurtulmasını sonuçlayabilecektir. Bu sakıncanın giderilebilmesi için, bu durumda sağlık mesleği mensubu kişilerin suçu bildirme yükümlülüğünün varlığını kabul etmesi gerektiği düşünülebilir.

Üçüncü bir ihtimal olarak şöyle bir örnek düşünülebilir: Henüz onbeş yaşını doldurmamış çocuğuyla enest ilişkkiye girmek (fücur) suretiyle çocuğun cinsel istismarı suçunu (TCK, m. 103) işleyen baba, duyduğu "vicdan azabı", geçirdiği psikolojik bunalım dolayısıyla tedavi amacıyla başvurduğu psikiyatri uzmanına olayı anlatır. Bu örnek olayda, psikiyatri uzmanı tabip, hastanın işlediği bir suç, göreviyle bağlantılı olarak öğrenmiş olmaktadır. Psikiyatri uzmanı tabip, bu gibi durumlarda hastasına tedavi amacına yönelik olarak gerekli tıbbi müdahalede bulunacaktır. Ancak, bu yükümlülüğün yanı sıra, psikiyatri uzmanının hastasının işlemiş olduğu cinsel istismar suçunu ihbar etmekle yükümlü olup olmadığı bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Belirtmek gerekir ki, Batı toplumlarında bu gibi durumlarda, "günah çıkarmak" amacıyla başvuru Hristiyan ruhanilerinin sır saklama yükümlülüğünün bulunduğu kabul edilmektedir.

Belirtelim ki, bütün bu durumlarda, başta tabip olmak üzere tedavide görev alan ve bu nedenle tanıklığına başvuru sağlık mesleği mensubu kişilerin, Ceza Muhakemesi Kanunu'nun aleyhe tanıklık yapmama yükümlülüğüne ilişkin hükümlerine (m. 46) istinaden tanıklık yapmaktan çekinmeleri söz konusu olacaktır. Bu



bakımdan, aleyhe tanıklık yapmama yükümlülüğünün mevcut olduğu durumlarda suçu bildirme yükümlülüğünün varlığından söz edilemez. Ancak, bu durumdan TCK'nın 280. maddesi hükümleriyle CMK'nın aleyhe tanıklık yapmama yükümlülüğüne ilişkin 46. maddesi hükümleri arasında bir çelişkinin bulunduğu sonucu çıkarılmamalıdır. Bu durum karşısında, CMK'nın 46. maddesindeki aleyhe tanıklık yapmama yükümlülüğü, TCK'nın 280. maddesindeki suçu bildirmeme suçu bakımından bir hukuka uygunluk sebebi olarak telakki edilmek gerekecektir.

Açıklama

1- Keza işaret etmek gerekir ki, TCK'nın 278. maddesinde tanımlanan suçu bildirmeme suçu da ancak doğrudan kastla işlenebilir. Söz konusu maddenin birinci ve ikinci fıkraları metinlerinde açıkça vurgulanmış olmamakla birlikte, bu fıkralara ilişkin gerekçelerde yer verilen "bilinmesine rağmen" veya "haberdar olunmasına rağmen" ibareleri, söz konusu suçun ancak doğrudan kastla işlenebileceğini ifade etmektedir.

Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi suçu da (TCK, m. 279) ancak doğrudan kastla işlenebilir. Çünkü söz konusu suçun oluşabilmesi için, bir suçun işlendiğinin kamu görevlisi tarafından göreviyle bağlantılı olarak "öğrenilmesi" gerekmektedir. Bu husus, hem söz konusu suç tanımına ilişkin madde metninde hem de gerekçesinde açık bir şekilde vurgulanmıştır.

2- Ayrıca belirtmek gerekir ki, hakkında tutuklama kararı verilmiş veya kesinleşmiş bir hükümle hapis cezasına mahkûm edilmiş olmasına rağmen kaçak olan kişinin bulunduğu yerin, yetkili makamlara haber verilmemesi, TCK'da bağımsız bir suç olarak tanımlanmıştır (m. 284). Kaçak olan kişinin hastalığı dolayısıyla bir sağlık kuruluşuna başvuruda bulunması halinde, kendisiyle ilgili olarak teşhis ve

Türk Ceza Kanunu'nun "Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi" başlıklı 280. maddesine göre; "Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."

tedavi amacına yönelik gerekli tıbbi müdahalede bulunulmasının yanı sıra, durumdan yetkili makamların haberdar edilmesi hususunda sağlık mesleği mensuplarına terettüp eden bir yükümlülüğün olup olmadığı da bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dikkat edilmelidir ki, TCK'nın 284. maddesinde tanımlanan suç da ancak doğrudan kastla işlenebilir. Madde gerekçesinde bu husus şu şekilde açıklanmıştır:

Söz konusu suçun oluşabilmesi "... için, bildirim yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişinin, soruşturma ve kovuşturma konusu yapılan suç dolayısıyla şüpheli bulunan şahıs hakkında tutuklama kararının verilmiş olduğunu veya kesinleşmiş bir yargı kararıyla belli bir cezaya mahkûm olmuş olan şahsın bu cezasının infazı amacıyla arandığını ve nerede bulunduğunu tereddütsüz bir şekilde bilmelidir. Başka bir deyişle, söz konusu suçu ancak doğrudan kastla işlenebilir."

İdealist bilim ve fikir adamı, “örnek insan” Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat

Prof. Dr. Recep Öztürk

Rahmetli Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat'ın tıp fakültesi öğrenciliği, tıpta uzmanlık öğrenciliği ve öğretim üyeliği döneminde talebesi olma onur ve talihini yakalayanlardan biriyim. 1998 yılında aramızdan ayrılmasına rağmen, bir model olarak içselleştirdiğimiz yaşam ilkelerinden ve geride bıraktığı ölümsüz eserlerden feyz almaya devam ediyoruz. “Hocaların hocası” unvanını en çok hak edenlerden biri olan Unat'ın fikirlerinin günümüz Türkiye'sinde bilinmesi ve hayata geçirilmesi büyük bir ihtiyaçtır.

Bu yazıda Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat'ın öz geçmişini özetleyip idealist bir bilim ve fikir adamı ve genç kuşaklara model olacak örnek bir insan olan hocanın yaşam felsefesi konusunda ipuçları veren farklı yönlerine temas edeceğiz.

Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, 19 Ağustos 1914 tarihinde Ankara'da doğdu. Babası 1916'da Kafkas Cephesi'nde şehit olan mülazımı evvel Hafız Mehmet Efendi, annesi Raşide Hanım'dır. İlk öğrenimini İstanbul Şark İdadisi'nde 1925'te; orta öğrenimini Kabataş Erkek Lisesi'nde 1931'de bitirmiştir. Aynı sene İstanbul Tıp Fakültesi'ne girmiş ve

1937'de hekim olmuş-tur. Tıp eğitimi sırasında Tıp Talebe Yurdu'nda yatılı kaldığından, “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti”ne olan dört senelik mecburi hizmetine karşılık, sınıfın en başarılı yedi öğrencisi arasında İstanbul Üniversitesi emrine verilerek, Mikrobiyoloji, Parazitoloji ve Salgınlar Bilgisi Enstitüsü'nde 1938 yılı Kasım ayında asistan, 27 Mayıs 1940'da uzman olmuştur. İkinci dünya savaşı sırasında 30. 1. 1941'den 22. 8. 1942'ye kadar Trakya'da 33. Tümen sıhhiye bölümünde, 22. 8. 1941'den 25. 3. 1942'ye kadar Gümüşsuyu Askeri Hastanesi'nde İntaniye Seririyatı ve Bakteriyo- loji Laboratuvarı'nda çalışmıştır. Dr.



Unat, 16 Aralık 1942'de "Mikrobiyoloji, Parazitoloji ve Salgınlar Bilgisi" doçenti unvanını kazanmış, 16 Ocak 1943'te enstitüye doçent olarak tayin edilmiştir.

Gureba Hastanesi Laboratuvar Şefliği vb. değişik ek görevlerde fedakârca çalışan Dr. Unat, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından bilgi, görgü ve ihtisasını artırmak üzere, Amerika Birleşik Devletleri'ne gönderilmiştir. Kasım 1946 Ekim 1949 tarihleri arasında ABD'de çeşitli alanlarda çalışmıştır. Dr. Unat, tüm yaşamında olduğu gibi ABD'de de zamanını çok iyi kullanmış, değişik alanlarda (Pennsylvania Üniversitesi Tıp Okulu, Dermatoloji Araştırmaları Laboratuvarı'nda tıbbi mikoloji; John Hopkins Üniversitesi Hijyen ve Halk Sağlığı Okulu'nda da malarioloji ve tropikal parazitik hastalıklar kursları; John Hopkins Üniversitesi, Hijyen ve Halk Sağlığı Okulu'nda "Master of Public Health" (M.P.H.); National Institute of Health'de Mikrobiyoloji Enstitüsü'nün İnfeksiyon Hastalıkları Laboratuvarı'nda virüs, mikoloji ve tropikal hastalıklar; Washington Ziraat Vekaleti Milli Müzesi "Böcek İdentifikasyonu Laboratuvarı, "Communicable Disease Center"a bağlı laboratuvarlar, Alabama'daki Virüs ve Rickettsia Laboratuvarları) bilgi ve becerisini artırmıştır.

Kuracağı laboratuvarlar için biriktirdiği dokümanları ve hasta materyallerini alarak 1949 Ekim'inde yurda dönerek üniversitedeki vazifesine başlamıştır.

Ek görev olarak 1951'de Dünya Sağlık Teşkilatı'nın Tüberküloz Olgunlaşma ve Gösteri Merkezi'nin laboratuvarını kurmuş ve buradaki muayene ve kursları 27. 1. 1958 tarihine kadar yönetmiştir.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin kuruluşunda görev almış, 5 Eylül 1967'de faaliyetine geçen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin Mikrobiyoloji Tropikal Hastalıklar ve Parazitoloji Kürsüsü'nü kurmuş ve emekli olana kadar başkanlığını yürütmüştür. Başkanı olduğu bu kürsü, İ.Ü. Senatosu'nun kararıyla 8 Temmuz 1976'da "Mikrobiyoloji, Parazitoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kürsüsü", YÖK Kanunu'nun kabulünden sonra "Mikrobiyoloji Anabilim Dalı" adını almıştır. Prof. Dr. Unat emeklilik yaşı dolayısıyla ayrıldığı 31 Ağustos 1983 tarihine kadar kesintisiz olarak görev aldığı bu Kürsü ve Anabilim Dalı'nı yönetmiştir. Emekliliğinden sonra da 24 Haziran 1992 tarihine kadar, Anabilim Dalı'ndaki derslerine ve çalışmalarına sözleşmeli öğretim üyesi olarak devam etmiş, böylece 50 yılı İ.Ü. Tıp Fakültesi'nde öğretim üyesi olarak çalışmak suretiyle 54 yıl hizmet vermiştir.

Prof. Dr. E. K. Unat, senato üyeliğinden başka 'Fakülte Yönetim Kurulu'nda da idari görev almış, çeşitli ko-

misyonlarda çalışmıştır.

İ.Ü. Tıp Fakültesi'ndeki 50 yıllık hizmet süresi içinde 15 bine yakın öğrenciye hocalık etmiş, 1958-1983 yılları arasında 5 doçent, 1 yardımcı doçent, 46 uzman ve 8 mikrobiyoloji doktoru yetiştirmiştir. Sözleşmeli öğretim üyeliği sırasında da 2 doçent, 11 uzman, 1 mikrobiyoloji doktorundan başka Anabilim Dalı'nda uzmanlık alan herkesin yetişmesine yardımcı olmuştur.

Shigella sonnei, Dirofilaria conjunctivae, Salmonella eastbourne, Linguatula serrata, Shigella boydii, Cryptococcus neoformans, Toxoplasma gondii, Leptospira canicola, Capillaria hepatica, Pneumocystis carinii, Hymenolepsis diminuta, bağırsakta Sarcophaga, idrar yollarında Lucilia, insanda Hypodermiyasis, Protophomiae terranova, Gemella haemolysans'ın ülkemizde ilk defa ya yalnız ya çalışma arkadaşlarıyla birlikte Prof. Dr. Unat göstermiştir.

Prof. Dr. Unat, Türkiye Parazit Coğrafyası çalışmalarına öncülük ettiği gibi, Türkiye'nin Parazitoloji ve Mikrobiyoloji Tarihi'ni yazmış ve Türkiye'de Parazitoloji ve Mikrobiyoloji terminolojisinin tesisine çalışmıştır. Ayrıca Tıp Tarihi ve Terminolojisi ile ilgili yayımlarda bulunmuş, Halk Sağlığı Eğitimi üzerinde çalışmıştır.

Prof. Dr. Unat, özellikle Türk mikrobiyolojisini dışa bağımlılıktan kurtarmaya yönelik çalışmalara ağırlık vermiş, bu arada balıktan hazırlanan besiyerlerini tarif etmiş ve geliştirmiştir.

Prof. Dr. Unat'a 1955'te çıkan Tıbbi Mikoloji Ders Kitabı ile ilgili olarak Türk Tıp Cemiyeti Çolakoglu mükafatını; tıp tarihine katkılarından dolayı da İstanbul Tabip Odası, 1987 yılı Ord. Prof. Dr. Süheyl Ünver ödüllü plaketi vermiştir.

Bilebildiğimiz kadarıyla dünyada alanında ilk kez 32 yıl önce bir bilim adamı "Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş ve İslam Dini" konusunda halkın da anlayabileceği dille bir eser yazmıştır.

Almanca, İngilizce ve Fransızca bilen Prof. Dr. Unat, Türk Tıp Akademisi, Türk Tıp Cemiyeti, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, Türkiye Parazitoloji Derneği, Ankara Mikrobiyoloji Derneği, Türk Biyoloji Derneği, Türk Tıp Tarihi Kurumu, Verem Savaş Derneği, İstanbul Halk Sağlık Eğitimi Komitesi, İstanbul Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Derneği, Çevre Koruma ve Yeşillendirme Demeği ve ayrıca The New York Academy of Sciences'in üyesiydi. İstanbul Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Demeği ve Türk Tıp Tarihi Kurumu'nun Şeref Başkanlığı'nı yapmıştır.

Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, 13.4.1998 tarihinde vefat etmiş, Cerrahpaşa Tıp



Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat'ın şehit babası "mülazim-i evvel" Hafız Mehmet Efendi...

Unat, uzmanlık alanında en iyi olmak gayreti ve istikrarlı çalışma; meslek onur ve ciddiyeti; uzmanlık uğraşı dışında ülke sorunlarını belirlemek, çözümler üretmek; halkın eğitime katkıda bulunmak gibi misyonları ilke edinmiştir.

Fakültesi'ndeki törenden sonra, Şişli Camii'nde cenaze namazı kılınmış ve Feriköy'deki aile mezarlığına defnedilmiştir.

Yukarıda özgeçmişini özetlemeye çalıştığım hocam Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, her konuya ciddi ve derin bir şekilde eğilirdi. Sadece mikrobiyoloji, klinik mikrobiyoloji, parazitoloji, infeksiyon hastalıkları değil, tarih ve tıp tarihi, tıp eğitimi ve sosyal konular konusunda da derinlemesine bilgi sahibiydi.

Ülkenin genel gidişi üzerinde çok düşünür, günlük politikaya bulaşmadan geleceğin güçlü ve müreffeh Türkiye'sine kavuşmak için görüşlerini yazardı ve her ortamda savunurdu.

Hocanın genel özelliklerini ve duyarlılıklarını şöyle belirtebiliriz: Uzmanlık alanında en iyi olmak gayreti ve istikrarlı çalışma; meslek onur ve ciddiyeti; uzmanlık uğraşı dışında ülke sorunlarını belirlemek, çözümler üretmek; halkın eğitime katkıda bulunmak; her zaman sadece doğrudan ve haklıdan yana olmak; mütevazı olmak.

Yıllarca beraber çalıştığı ve kendisinden sonra Anabilim Dalı Başkanlığı'nı yürüten Prof. Dr. Ayhan Yücel, Unat hoca için şunları söylüyor:



Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, "Osmanlı Tıp Terimleri Sözlüğü" çalışması sırasında vefat etmiştir (1998). Sözlük, Prof. Dr. Ekmeleddin İhsanoğlu ve Prof. Dr. Suat Vural'ın katkılarıyla bitirilip yayınlanmıştır.

"Bütün ömrü okumak, öğrenmek, yazmak ve öğretmekle geçti. Çok şerefli, başarılarla dopdolu geçen bir ömür... Öğrencileri ile, hastaları ile haşır neşir, kitaplarıyla başbaşa, laboratuvar ve klinikte geçen bir ömür... Hep okumak, hep araştırmak, hep öğrenmek, hep öğretmek, hep tanıyıp tanıtmak peşinde geçen koca bir ömür..."

"Geniş ilim, kültür ve faziletinin etkisinde kaldığım hocam Unat; ilim ve kültüre vukufu, tükenmek bilmez enerjisi, kuvvetli hafızası, engin vazife duygusu ve takip hissi, imkânsızlıklar içinde yapılabilecek olanı gerçekleştirmesi, zamanı, malzemeyi ve enerjiyi yerinde ve çok iyi kullanmayı bilmesi, millet ve memleket sevgisi, kadirbilirliği, sıra ve saygı şuuru, ciddiyet ve disiplini, vakur ve dürüst yaşamı, sahip olduğu hekimlik ve hocalık bilgi ve sanatı, öğretme kabiliyeti, feragat, fazilet ve imanıyla, daha nice önderlik vasıflarıyla yalnız biz öğrencilerine değil, birçok nesillere gıpta ve hayranlıkla bakılacak bir misal vermiştir.

Hepimizde bu misallerin birçok anısı mevcuttur.

Ona "Ateş Ekrem" lakabını veren arkadaşları boşa söylememişlerdir ve adeta onun çileli bir yolu aydınlatacak bir ateş, bir meşale olacağı müjdesini vermişlerdir.

Onun şahsiyetinin en önemli özelliği, hayatına, meşguliyetine yön veren husus; her zaman hak ve hukuku gözetmek, zayıfı kuvvetliye ezdirmemek, hakkın ve haklının yanında olmak, kimse hakkını kimseye yedirmemek, mağdur ve masum insanları gözetip kollamak olmuştur. Bu uğurda mücadele vermiş, zorluklardan yılmamıştır."

Unat hoca günümüzün erdemli abide şahsiyetlerinden idi. Mümtaz bir aileden devralınan yüksek seciye sahibi hocamız, hocalarına ve büyüklerine karşı çok hürmetkâr ve vefakârdı.

Yazmış olduğu onlarca kitaptan biri olan "Genel Tıp Mikrobiyolojisi ve Enfeksiyon Hastalıkları Bilimi (1983)" kitabındaki ithafı şöyledir: "Ömrü boyunca uğruna dövuştüğü Rumeli'nin kaybedi-

lişinin yasını tutarak ölen dedem Kolağası Ahmet Fevzi Efendi'nin ve üç büyük göçle bıraktığı ülkelerden bana ninniler söylemiş, destanlar ve olaylar anlatmış ninem Emine Hanım'ın aziz ruhlarına..."

Birinci Dünya Savaşı'nda Kafkas Cephesi'nde şehit düşen muhterem babası, Mülazimi evvel Hafız Mehmet Efendi'nin cepheden zengin bir edebi üslupla yazdığı mektup, aileye bırakılan büyük bir kültür mirası olup hocanın yaşamına yön veren başucundan eksik etmediği bir "hazine"dir.

Şehit baba tarafından, annesine cephe koşullarında yazılan ve hocanın başucundan eksik etmediği mektuptaki temel vurgular şunlardır:

1. "Yalandan, iftiradan sakındırma" nasihatı,
2. "Mutlaka iyi okullarda okutup iyi bir insan olarak yetiştirme" temennisi,
3. "Bütün bu dilhıraş (yürek yakan) hal-ler hep kendi kusurlarımızdandır; kusurumuzu daima tashih edelim. Eğer tashihi ahlak etmezsek aklımıza gelmeyen başımıza gelir" uyarısı.

Bu sözler, cephede en olumsuz şartlarda bile şehit babanın en yüksek idealler peşinde olduğunun delilidir.

Haliyle bu temennilerin ve nasihatlerin, aynen kabul edilen bir şehit duası olarak Ekrem Kadri Unat hocanın şahsında netleştiği çok açıktır.

Hocamız sadece bir bilim ve düşünce adamı değil, aynı zamanda huzurlu, mutlu ve güçlü bir aile reisidir. Aile yaşamında dikkat çeken hususlardan birkaçı şunlardır:

- 1) Saygıyla, minnetle hatırlanan ve bir ömür boyu başucundan eksik etmediği şehit babanın mektupları;
- 2) İmrendirici bir anne sevgi ve saygısı;
- 3) Eşine derin sevgi ve saygı;
- 4) Çocuklarının en ileri ve iyi şartlarda yetiştirilmesi ve ilgi alanlarında onları özgür kılmak.

Mesleğinde en iyi olma gayreti

Hocaların hocası Unat'ın ilk prensiplerinden biri, mesleğinde en iyi olma gayretidir. Bu gayeye giderken hocanın dayanak aldığı kültür kodlarımızın şu esaslar olduğu açıkça görülmektedir:

İstikrarlı şekilde öğrenme gayreti, ilim beşikten mezara kadardır ilkesi, öğrenilenleri ülke yararı için uyarlayarak kullanıma sunmak arzusu, en iyi şekilde öğretme heyecanı, uygulamalı ve "interaktif" eğitime (karşılıklı bilgi alış-verişi) önem vermek hocanın eğitim metodunun temel taşlarıydı. Unat hocamız, "öğrenci asistanı, asistan öğretim üyesini yetiştirir" sözünü çok sık tekrar ederdi. Hocamız bilgi üretimi, üretilen bilginin öğretilmesi konusunda büyük bir aşk ve şevk sahibiydi. "Hayat üretmekle anlam kazanır, üretmeden yaşanacak bir hayat anlamsızdır" sözünü sıkça dile getirirdi.

Hocamızın sevgi ve takdirini kazanmış öğrencilerinden Prof. Dr. Mustafa Samastı, Unat hoca için şöyle diyor: "Tıp öğrenciliğimin 1970'e tekabül eden ikinci yılı, beni en fazla etkileyen ve hatırası canlı kalan bir yıl olmuştur. İlk kez girdiğim mikrobiyoloji derslerinde olağanüstü anlatımı ile Ekrem Kadri Unat hocamız bizleri, heyecan verici bir dünyaya sürükler, adeta olayların canlı şahitleri konumuna getirirdi. O, mikrobiyoloji dersleri yanında tarihe ve kültüre engin vuküfiyeti ile daima irfan parıltıları saçan, satır aralarında bizlere hayat dersleri de verirdi.

E. K. Unat bizim gözümüzde, çok farklı bir hoca idi. Kendisine karşı derin bir sevgi beslerdik. Başlangıçta bende uyandırdığı güvenilen, karşındakine güven veren ve erişilmez bir derinliğe sahip olduğu izlenimi, daha sonra mesleki birliktelik şerefine erdiğim 23 yıllık süre içinde de azalmadan devam etmiştir. Onun varlığında kendimizi her yönden güvende hissederdik."

Özgün bilgi üreten, aksiyoner bilim adamı

Taklitçi ve reaksiyoner değil; özgün bilim üreten, aksiyoner bir bilim adamıydı.

Dr. Samastı'nın ifadeleriyle Unat hoca, "Araştırmalarında son derece ihtiyatlı ve kuşkucu idi. En ufak ihtimali bile dikkate alır, kesin kanaate ulaşınca kadar bütün yolları denerdi. Aradığını bulduktan sonra bile diğer alternatiflerin peşini bırakmaz, onları da değerlendirmeye alırdı".

İstanbul'da 1970'te yaşanan kolera salgınında, olayın Vibrio eltor'dan kaynaklandığını, Dünya Sağlık Örgütü'nün

o günkü yanlış önerilerin aksine “parakolea” için karantina gerekmediğini savundu, söyledi, yazdı.

Unat hocanın bir söyleşideki sözleri çok öğreticidir: “Bu salgının Vibrio eltor’dan ileri gelen parakolera salgını olduğunu 16. 10. 1970 tarihinde resmen bildirdiğim zaman, gazetelerin hemen hepsinde meçhul hastalığın kolera olabileceği üzerinde çeşitli yorumlar vardı... Benim bildirimden sonra “tıp lisanında parakolera yoktur” diyenlerin gürültüleri ve gerçek kolera etkeni olan V.cholera ile bu salgını yapan V.eltor arasındaki farkı bilmediklerini sözleri ve yazıları ile ilan edenlerin “bu mikrobu biz daha önce ayırmıştık”  ğlıkları 5 Kasım 1970 tarihindeki Mikrobiyoloji Cemiyeti’nin yüzden fazla ilgisinin iştiraki ile yapılan toplantısına kadar sürdü.

İlgilenenlere yayınlanan tutanakları okumalarını tavsiye ederim. Unat hocanın tek başına önderlik ettiği mücadele sonrasında Türkiye’ye karantina uygulanmadı.

 lke ihtiyaçları doğrultusunda fedak rlık

Unat; kişinin şahsi ilerlemesi yerine, ülke ihtiyaçları doğrultusunda fedak rlık yapmasına önem verirdi ve bunu bizzat yaşayarak gösterdi. 1950’li yıllarda yazdığı Dış Hekimleri için Mikrobiyoloji Kitabı’nın önsözünde “Bugünün yeni kıymetlerinin bulucuları geniş sahalarda satırlarında at oynatanlar arasından değil, k  k sahalarda derinliklerine girebilenler arasından çıkıyor” demesine rağmen ülkenin geleceği için kendini feda ederek, şahsi kemalat yerine geniş sahalarda at oynatıp ülkenin yüzlerce evladının bilimle tanışmasına önderlik etmiştir.

Milli tutum takınma bilinci

Hocamız kendisini millete ve ülkesine hizmete adanmıştı. Her olayı ülkemizin bugünü ve geleceği açısından ele alır ve özgün milli politikalar belirlenmesi için çalışırdı. Bu başlık altında hocanın önem verdiklerini sıralarsak:  lke imkânlarını tasarruflu kullanmak, israf etmemek, kendi şart ve imk nlarımızla yapıp yürütülebilir bir tıbbi mikrobiyoloji, ülke koşullarının gerektirdiği eğitim, ülke koşullarının ihtiyaç duyduğu uzmanlık; “Parazitoloji, Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları”.

Hocamız bugün halen tartışılmakta olan uzmanlık alanımız için belki ileride daha iyi anlaşılacak hedefi yıllar öncesinde koymuş ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nde 1976’dan itibaren bizzat uygulamıştı.

Hocamıza göre “Parazitoloji, Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları” bir bütündü.

Tarih bilinci

Hocamızın tarih bilgisi ve bilinci çok güçlüydü. Tarihe olan bu ilgisinin ana kaynaklarının şunlar olduğunu görürüz: Haksızlıklara karşı çıkmak (hak etmediği halde başarılı denilenleri değil, gerçek hak edenleri belgelerle ortaya çıkar mıştır); hakkı sahibine verme aşkı, unutulana / unutturulan kişi ve kuruluşların hizmetlerini ortaya çıkarma kadirşinaslığı; milletin ve devletin geleceğini inşa etmek...

Hocamız, “Geçmişine sahip  ıkmayanın geleceği olamaz.  l lerine ve büyüklerine saygıyı kaybeden uluslar büyük insanlar yetiştiremez ve tarihin içinde yok olmaya mahk mdurlar” derdi.

Unat hocamız, tıp tarihi konusunda 5 kitap, 100’den fazla yayın yapmış ve böylece fikirlerin sadece kuru laflarla değil, belgeye dayanarak yazıyla ortaya kanması gerektiğini yaşamıyla göstermiştir.

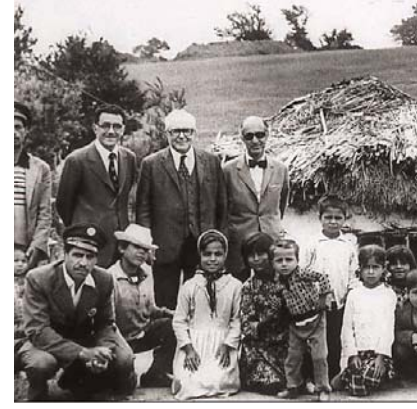
Bilim dili olarak Türkçe ve yabancı dille yüksek  ğretim

Hocamız milli dil ve benliğimizin yaşaması için çok titizlik gösterirdi. Sade, halkın bildiği ve kullandığı dilin hakim kılınması gerekliliği temel düşüncesiydi. “Türkçe her tür yabancı kelimeden zaman içinde kurtarılmalı,” derdi.

Hayatında çok önem verdiği konulardan biri yabancı dille yüksek  ğretim konusuydu. Yabancı dille yüksek öğretime karşı olan hocamız bunu değişik ortamlarda savunmuş ve yazılarında dile getirmişti.

Hocamız gençlerin değişik yabancı dilleri öğrenmesini ister ve bunu gelişmiş dünya nasıl yapıyorsa öyle yapalım derdi. “Yabancı dil bilmek başka, yüksek  ğretilimi yabancı dille yapmak bambaşkadır” diye ifade ederdi. “Yabancı dille yüksek  ğretim olmaz. Tarihinde müstemleke olmamış hiçbir ulus kendi dili dışında bir dille eğitim yapmamıştır ” derdi ve bu uğurda amansız bir mücadele verdi. Yabancı dille yüksek  ğretilimi savunanlara “ Yabancı ülkelere hazır eleman mı yetiştirelim?” sorusunu sorardı.

Hocamız, yabancı dille yüksek  ğretilimi dil öğrenmenin, bilim adamı yetiştirmenin aracı sayanlara “İyi dil bilme, iyi öğretmek, iyi araştırma yapmak ayrı şeylerdir” diye cevap verirdi.



Unat Hoca ve çalışma arkadaşları sık sık tekrarladıkları bir saha çalışmasında...

İstikrarlı şekilde öğrenme gayreti, ilim beşikten mezara kadardır ilkesi, öğrenilenleri ülke yararı için uyarlayarak kullanıma sunmak arzusu, en iyi şekilde öğretme heyecanı, uygulamalı ve “interaktif” eğitime önem vermek hocanın eğitim metodunun temel taşlarıydı. Unat, “ ğrenci asistanı, asistan  ğretim üyesini yetiştirir” sözünü çok sık tekrar ederdi.

Üniversitelerimizin hakkında düşünceleri

Hocamız  niversitelerde eğitim ve öğretimin kaliteli olmasını ister, bunun için büyük gayret gösterirdi. Milliyet Gazetesi’nde 12. 06. 1991 tarihli yazısında hoca şu konulara değinmiştir:

“Neden  niversitelerimiz belli bir düzeyin üstünde değerlendirme notu alan 124  niversite arasında yok? (1991 yılında)

Türkiye koşullarını, uygulanabilirliği gözetmeden çıkarılan uygulanamayan yasalar; sık değiştirilen yönetmelik ve tüzükler üniversitede kaliteli  ğretilimi ve dünyayla yarışı engellemektedir.

Sanat ve spordaki yarışma ruhunun ve dolayısıyla kamuoyu desteğinin olmaması  niversiteleri geri bırakan ana sorundur.

Yetenekli, iyi yetişmiş akademik personel ve alt yapı eksiklikleri diğer geri kaşlı sebeplerdir”.

Y K hakkında görüşü

Unat hocanın 28 Kasım 1981 tarihli Cumhuriyet gazetesindeki yazısından yapılan alıntılar Y K konusundaki g -



Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat çalışma arkadaşlarıyla TÜBİTAK-Gebze ziyaretinde (1992).

Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, gençlerin değişik yabancı dilleri öğrenmesini ister ve bunu 'gelişmiş dünya nasıl yapıyorsa öyle yapalım' derdi. "Yabancı dil bilmek başka, yüksek öğretimi yabancı dille yapmak bambaşkadır" şeklinde düşüncelerini ifade ederdi. Yabancı dille yüksek öğretimi dil öğrenmenin, bilim adamı yetiştirmenin aracı sayanlara "İyi dil bilme, iyi öğretmek, iyi araştırma yapmak ayrı şeylerdir" diye cevap verirdi.

rüşlerini net olarak yansıtır:

"Atamalarda seçim iyi yapılmazsa üniversitelerde 'efendilerinin bendesi, bendelerinin efendisi' olanların saltanatı kurulabilir."

"Öğretim üye ve yardımcılığı ile ilgili maddeler çekici değil, ürkütücü ve kaçırıcıdır."

"Doçentlik ve profesörlük tezini kaldırmak yanlıştır."

"Öğrenciler arasında para gücüne dayalı eşitsizlik yaratan her şey sakıncalıdır."

"Yabancı dil bilmek başka, yüksek öğretimi yabancı dille yapmak bambaşkadır."

Üniversitelere giriş sınavı

Hocamız başarılı üniversitenin esas temelini iyi öğrenci olduğunu belirtir ve konuyla ilgili sorunları ve çözüm yollarını gösterirdi.

Ülke genelinde orta öğretimde fırsat eşitsizliği olduğunu belirten Unat, Anayasa'nın "Hiçbir kişiye, aileye, zümreye veya sınıfa ayrıcalık tanınmaz" hükmünün uygulamada sakatlandığını düşünür ve ifade ederdi. Çözüm olarak, "Yurdun her köşesinde yetenekli insanların bulunup yetiştirilmesi, lise-deki başarının dikkate alınması, lise düzeyinde mesleki ayrışmanın (tıp, sanat, ticaret...) sağlanması"nı önerirdi.

Üniversite kontenjanları ülke ihtiyacına göre belirlenmeli diyen Unat, dershanelerin durumunu eleştirir ve bunun lise öğretmeninin itibarını kırıncı bulurdu. Rahmetli hocam, bugün "TUS Dershaneleri" tablosu karşısında ne derdi acaba?

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı

Hocamız ülke kurumlarının hepsini araştırır ve olumlu eleştiriler yapardı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nın çalışmalarını yakından takip eder, ülkenin stratejik kurumları arasındaki bu kurumun gelişmesi için her gayreti gösterirdi.

Yetmiş yaşını aştığı ve emekli olduğu dönemde RSHMB için çağrıldığı Ankara'ya severek gitmiş önerilerini yerinde ilgililere sunmuştu.

Yazdığı bir yazıda konuyla ilgili önerilerini sunmuş RSHMB ile Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsünü (NIH) karşılaştırmış ve RSHMB'nın son yıllardaki geri kalmışlık nedenlerini ve çözüm yollarını net olarak ifade etmiştir.

RSHMB için yaptığı önerileri şu başlıklar altında sunmuştur: "Bilimsel danışma kurulu, Enstitünün yeniden organizasyonu, genç kuşakların ülke dışında ileri eğitimi, kütüphanenin zenginleştirilmesi, kalifiye personelin teşviki ve kurumda kalmasının sağlanması; idarecilerin uzun süre görevde kalmasının sağlanması".

Sağlık kurumları neden iyi çalışmıyor?

Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, sağlık kurumlarının neden iyi çalışmadığı konusunu irdilemiş ve sağlık kurumlarının işleyişini azaltan iki ana faktöre işaret etmiştir:

- 1) Etkili denetim yapılamaması;
- 2) Müesseselerin yabancılara bağımlılığı, araçgereç sorunları.

Özerklik isteyenlere cevap olarak, "Özerklik kendini denetimle başlar. Etkili denetim için devlet otoritesi, uygun yasa ve güvenilir adalet mekanizması

ve tarafsız bir hükümet gerekir. Politikacıların elinde oyuncak olan müesseselerin denetimi yapılamaz" derdi. Bugün de ülkemizde hemen her alanda denetimden ne yazık ki eser yok. Denetlenmeyen devlet ve özel sağlık kurumları, eğitim kurumları, gıda üretim yerleri ve daha neler nereler.. Devleti, denetim yapabilen ve sonuçta gerekli önlemleri alan bir kurum olarak tanımlayabiliriz. Denetimin olmadığı yerde devlet ne kadar vardır diye sormak gerekir?

Sivil toplum örgütlerine destek

Hocamız, sivil toplum örgütlerine önem verir ve bunların halk sağlığı eğitimi için önemli bir aracı olduğuna inanırdı.

İstanbul Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş Derneği (kuruluş, başkanlık, şeref başkanlığı), Türk Tıp Tarihi Kurumu (başkan, şeref başkanı), İstanbul Halk Sağlık Eğitim Komitesi, Çevre Koruma ve Yeşillendirme Derneği aktif görev yaptığı sivil toplum kuruluşlarındandı.

Unat'ın bilim adamı olarak duyarlılığı konusunda diğer örnekler

Hoca hayatın her alanında milleti için düşündü, konuştu, yazdı. Yüzlerce örneğinden birkaç örnek:

"Türk Ansiklopedisi artık tamamlanmalı" Milliyet 5 Temmuz 1975

"Dünyada ve Türkiye'de aile planlaması" 1988

"Belediyeler ve hayvanları koruma dernekleri" Dirim 1993: 67: 304306

"Niçin?"

Hocamızın çok düşündürücü bulduğu ve "Niçin?" başlığında sordukları bugün de cevap verilmesi gereken önemli konulardır:

"Niçin araç, gereç ve ilaçlarıyla yabancılara bağlı, her an kesilebilecek bir tıp?"

"Niçin biz midesiyle düşünen, beyniyle yiyen, bağ dokusunu parça parça eden ve onu yerini kin ve hasetle dol-duran bir yaratık haline geldik?"

"Niçin yalanlar doğruları siliyor?"

"Niçin sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sonuç vermedi?"

"Niçin en başarılı gençlerimiz yurtdışına gidiyor? (Beyin göçü)"

"Türkiye'de bugün niçinlerin oklarının işlemediği örtülere sarılı binlerce iş var..."

Devlet işinde ciddiyet

Hocam Unat, hayatında endikasyon dışı sağlık raporu vermemiştir. "Boş rapor kağıdına, sonuç belgesine kontrol etmeden imza atmayınız" derdi.

Her derse, sanki ilk dersiymiş gibi günlerce önceden hazırlanır ve tatlı bir heyecan içinde derisi anlatır; ders esnasında öğrenciyle sevgi ve saygı ortamı içinde karşılıklı ilişkiyi sağlar.

Mesaiye uyum, göreve bağlılık, iş ve eğitim kalitesinden taviz vermez tutum sergilerdi. Zamanında boykotlar, kapanmalar ciddi ve verimli bir eğitimi olanaksız kılınca hoca çok sevdiği kurumundan istifa etme noktasına gelmiş ve kararından çok zor vazgeçirilmişti.

Sosyal hayatta da modeldi

Unat hoca, yoğun bilimsel faaliyetlerine rağmen milletin içinde olmuş, ailesi, akrabaları, dostları ve sevenleriyle sosyal ilişkilerini kesintisiz sürdürmüştür. Nişan, düğün ve diğer davetlere katılırdı. Evi her zaman sevenlerine açıktı. Sadece bilim adamı olarak değil, aile reisi olarak da model bir insandı. Dr. Samastı'nın ifadesiyle "Kimseyi küçümsemez, hizmetliler dahil bütün personelin tecrübelerinden yararlanır, onlara değer verirdi. İnsan ilişkilerinde sevgi, saygı ve adalete dayalı bir disiplin hakimdi... Ayrımcılıktan şiddetle kaçınır, kimseye iltimas etmezdi."



Hocamız Prof. Dr. E. Kadri Unat, öğrenci ve çalışma arkadaşlarıyla saha çalışmasında. Bıçkidere 1975

Tasarrufa riayet, yerli imkânları ve öz kaynakları kullanma gayreti

Unat hoca her alanda model olma rolünü tutumluluk konusunda da göstermiştir. Tasarrufa riayet, yerli imkânları ve öz kaynakları kullanma ve eskiyi değerlendirme onun belirgin özelliği idi. Faydalı olduğu sürece eskiyi değerlendirir; örneğin teksir kağıtlarının ön ve arkasını kullanmadan atmaz; atılmış penisilin şişelerini hasta materyali almada, serolojik deneylerde kullanırdı. Doçentlik döneminde bile ayakba-bılarını tamir ettirip giydiğini belirtirdi.

Kişisel tutumluluğunun yanı sıra ülkenin bir kuruşunun bile gereksiz yere harcanmaması için büyük gayret gösterir, mazeret aramadan, yokluk içinde imkânlar üretmesini bilirdi. Mikrobiyo-

loji alanında kullanılan tüm araç ve gerecin yerli üretim olması sevdasını taşırdı. Nitekim, bu ülküsü balıklı besiyerinin keşfini sağlamıştır. Günün koşullarında zor temin edilen besiyerlerinin çoğunun fonksiyonlarını çok ucuz bir şekilde sağlayan balıklı besiyeri değişik alanlarda kullanılmıştır. Bir ömür mücadele içinde geçen hayatında yılmadı, hep haktan, doğrudan yana oldu, ümitsizliğe düşmedi. Hocamın bizler için rehber olan aşağıdaki sözleriyle yazıma son veriyor, kendilerini rahmet ve saygı ile anıyorum.

"Bugünün üzüntüleriyle yüzünüzü soluk, yarına bakan gözlerinizi kuşkululu görüyorum. Korkmayınız! Türkiye var oldukça, ulusumuz sağlam ve güçlü bir bütün halinde kaldıkça, yardımlaşma ile parazitliğin sınırlarını iyi tanıyan cesur ve bilgili aydınlarımız yaşadıkça bu kutlama kuşaklardan kuşaklara uzayıp gidecektir."

"Yılmayacağız. Durmadan çalışacağız. Niçinlerin parçalayamadığı kalın katranlı perdeleri gerçeklerin iki elimizle taşıdığımız meşaleleriyle tutuşturacağız ve oyunları bozacağız. Biz olmasak bile bizden sonrakilere zengin, ileri güçlü ve parazitleri zincire vurulmuş bir Türkiye'de mutlu olarak yaşayacaklar."

Kaynaklar

Aygün G. Bilim insanı olmak Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, *İnfeksiyon Dünyası* 2006;3: 901.

Öztürk R. Ülkesine ve mesleğine aşık bir öğretim üyesi: Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, *İnfeksiyon Dünyası* 2006;3:849.

Samastı M. İdealist bir bilim adamı: Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, *İnfeksiyon Dünyası* 2006;3:813.

Yücel A. "Hocaların Hocası Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat'a (1914-1918)", *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Vakfı Yayınları* No:16, 1999:944.

Yücel A., Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat, *İnfeksiyon Dünyası* 2006;3:726.

Unat E. K. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş ve İslam Dini. 64 sahife. İlim Yayma Cemiyeti Neşriyatı No :10, 1975.

Unat E. K. Mutsuz Bayramlar, 1980.

"Prof. Dr. Ekrem Kadri Unat'tan kulağınıza küpe olsun"

Hocamız hayatın her alanında düşündü, konuştu, yaşadı, yazdı. Yüzlerce sözü arasından hatırladıklarım ve yazılarından "kulağıma küpe olacak" sözlerinden derlediklerimden bir kısmı aşağıda sunulmuştur:

"Fikir sahibi olmak bilgi sahibi olduktan sonradır."

"Bildiklerinizi öğretiniz, saklamayınız."

"Hayat üretmekle anlam kazanır, üretmeden yaşanacak bir hayat anlamsızdır."

"Soru sormak için soru sorulmaz."

"Gecelik malumatla katkı konmaz, soru sorulmaz."

"Bilimsel 'kavga' gelişimin aracıdır."

"Öğrenci asistanı, asistan öğretim üyesini yetiştirir."

"Kendi işimi kendim yaparım, onun için ensem kalındır."

"Vatansızlığın acısını tatmadan kendinize geliniz, birleşiniz, birleştiriniz."

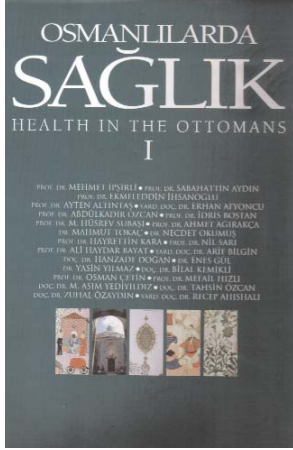
"Bir mevkiinin ehli varken oraya ehliyetsizi atamayınız."

"Yeteneklilerin yetişmesine ve ilerlemesine yardım ediniz."

"Çevrenizdekilere nezaketle, emrinizde çalışanlara adaletle muamele ediniz."

"Üstesinden gelemeyeceğiniz işleri yönetmeye kalkmayınız."

Geç kalınmış bir yüzey araştırması



Bizim kuşağımız için Osmanlıların bilim ve kültür alanlarına yaptıkları özgün katkılarını tartışılması neredeyse her zaman, bilgiye ve belgeye dayanmayan abartılı karşıt fikirlerin ortalıkta gezinmesi biçiminde olmuştur. Ya biraz hamasi bir biçimde idealize edilmiş mükemmellikten ya da tamamen yok-sunluk, yetersizlik ve bir katkı üretememiş olunduğundan bahsedilir. Ama kesin olan şey, her iki argüman içinde gereken belge ve bilgilerin ortada görünmeyişi-dir. Oysa bu durumun bir gerçeklik zemininde hallolmasının, gerçekte ne olup bittiğinin, Osmanlı'nın oluşturmuş olduğu kültürel dokunun neye benzediği, hangi saiklerle oluştuğunun anlaşılmasının, ancak o döneme ait tanıklıklarla, yazılı bilgi ve belgelerin gözden geçirilmesi ile mümkün olacağı açıktır.

"Osmanlılarda Sağlık" kitabı bu sorunu, açık çözüm olan, belge sağlayarak çözmeye çalışmanın bir ürünü. Yayın kurulu başkanı, Prof. Dr. Mehmet İpşirli takdim yazısında, kitabın amacının Osmanlı'nın tıp alanında kaydettiği gelişme ve başarıları belgeleri ve değerlendirmeleri ile ortaya koymak olduğu söylüyor. Yazarın altını çizdiği önemli bir durum aslında sorununun çözüm noktasını da işaret ediyor: Osmanlı'nın arşive verdiği önem ve onun saklanması, bugüne ulaştırılmasında gösterdiği titizlik... Aslında tarihteki çok az büyük devletin gösterebildiği bir özenle tutulmuş ve saklanmış Osmanlı arşivleri.

Kitap, 2 cilt biçiminde düzenlenmiş. 2. cilt sadece belgelerden oluşuyor. Bu ciltte yer alan belgelerin; özellikle Başbakanlık Osmanlı Arşivi, Topkapı Sarayı Müzesi Arşivi, İstanbul Şer'iyye Sicilleri Arşivi başta olmak üzere belli başlı arşiv ve kütüphanelerden milyonlarca belgenin geniş bir uzman kadro yoluyla taranması, aralarından doğrudan sağlık ile ilgili olduğu saptanan 10.000 dolayında belgenin yeniden değerlendirilmesi ile seçildiği takdim ve ön-söz yazılarında belirtiliyor. Yine belirtildiği kadarıyla 2. cilt, 1.000 kadar belgenin neşirini içermekte, 1. ciltte yer alan bazı yazılarda kullanılan belgelerle birlikte tüm kitapta kullanılan belge sayısı 1.500 – 2.000'e ulaşmakta.

2. ciltteki belgeler, imla birliği sağlanarak Latin harflerine çevrilmiş, transkripsiyonları yapılmış. Ayrıca taramayı, gözden geçirmeyi çok kolaylaştıran Türkçe ve İngilizce özetleri verilmiş. Bu haliyle aslında uluslararası bilim dünyasına hitap edecek bir nitelikte. Ama yine de 'acaba dünya ölçeğinde fark edilip değerlendirilebilmesi için gerekenler yapılabildi mi?' diye düşünüyor insan.

2. ciltteki ilk belge, 1467 tarihli ve bir hekimin terekesi arasında yer alan hekimliğe ait eşya ve kitapların dökümünü içeriyor. Son belgenin tarihi ise 1786. Ama 1. ciltteki vakfiyeleri de hesaba katarsak, 1300'lü yıllara kadar iniyoruz. 2. ciltteki belgeler zihinsel bir kolaylık sağlamak üzere ve devri, zamanı daha kolay görebilmeye imkân tanıyacak biçimde, II. Mehmet – I. Abdülhamit arasında hüküm süren padişahlara göre bölümlenmiş. Sonuç olarak, Osmanlı tıbbının kendine ait özelliklerinin belirgin olduğu dönemler ile Batı tıbbının ilk etkilerinin hissedilmeye başlandığı zamanlara ait belgeler birbirini takip ediyor.

1. ciltte ise 23 bağımsız makale yer alıyor. Yayın kurulu başkanına göre amaç, 2. ciltteki metinleri okuyacak ve istifade edecek kişiler için bir

giriş oluşturmak. Bu cildin yazarlarının değişik alanlardaki uzmanlardan seçilmiş olması da bakış açısını genişletecek bir yaklaşım oluşturmak amacını güdüyor.

Editörlerin, 2. ciltte yer alan yazma belgelerin, 1. cildin yazarlarının hizmetine sunulduğunu yazılarında ifade etmiş olmalarına rağmen, 1. ciltte yer alan yazılar, aslında bu kaynaklardan çok yararlanabilmiş gibi durmuyor. Bu durum, ilk cildin Osmanlı'da sağlık konusuna bir tür giriş yapacak şekilde genel nitelikli makalelerden oluşturulmaya çalışılmasından (bu niyet, yayın kurulu başkanınca da belirtilmiş) kaynaklanıyor. 2. ciltte sunulan yazma belgelerin en genel biçimi ile ve bizim için (yani genel okuyucu için) de en ilginç yorumunu Prof. Dr. Sabahattin Aydın'ın yazısında buluyoruz. Tabii diğer yazarlara da haksızlık edilmemeli; seçilen konuların mümkün olduğunca geniş bir yelpazeye yayılmasına çalışılması ve farklı uzmanlık / merak alanlarına sesleniyor olması, ilgi alanlarına göre pek çok okuyucu için farklı şeyler keşfetme olanağı sunuyor. Örneğin Prof. Dr. Ekmeleddin İhsanoğlu'nun Türkçe tıp yazını ile ilgili yazısı, söz konusu kaynaklara hiç atıfta bulunmuyor ama merak uyandıran bir yazı...

Ayrıca 1. ciltte, aslında ikinci cilde ait olarak düşünülebilecek, büyük ölçüde belgelere dayanarak yazılmış birkaç yazı da yer alıyor. "Osmanlı hastane yönetmelikleri: Vakfiyelerde Osmanlı darüşşifaları", "Hukuk ve tıp: Fetvalara göre Osmanlı toplumunda hasta-doktor ilişkileri", "Evliya Çelebi'nin Seyahatnamesi'ne göre Osmanlılar'da sağlık hayatı" isimli makalelerde büyük ölçüde arşiv çalışmasının olması gereken devamı niteliğinde.

1. cildin sonunda yer alan bibliyografya da son derece faydalı. Kitapta kullanılan görsel malzemenin büyük bir kısmının da editörler tarafından birincil kaynaklardan

aktarılmış olması, kitabın değerini kanımızca önemli ölçüde artırıyor.

Kitabın en önemli ve özgün kısmını kuşkusuz 2. ciltteki (ve 1. ciltteki benzer nitelikteki) belge bölümü oluşturuyor. Bu çalışma, bir bakıma arkeolojideki yüzey araştırmasına benziyor: Öncelikle yapılması gereken elimizde ne olduğunun tespiti. Bu bize hem yön verecektir hem de değişik alanların uzmanları bu kez belirlenmiş olan münbit kaynakları derinliğine kazmaya, işlemeye başlayacaklardır.

Kitap hakkında söylemeden geçemeyeceğim bir şey de 6 kg.'ı bulmasına ve taşıma güçlüğüne yol açmasına rağmen çok özenli tasarımı ve baskısı... Doğrusu bir kitap sever için tümüyle hoşnutluk verici. Ne diyelim; devreye boynu ağır gelmez. Tabii bunu dile getirirken editör, araştırmacı, yazar vb. kitap için emek vermiş her kesin emeğinin zayıf olmasını sağlayan sponsoru da övgüyle zikretmek ve böyle eserlerin vücut bulmasının ancak bu yolla mümkün olabildiğini hatırlatmak gerekir. Belki işiten olur!

"Osmanlılarda Sağlık" İstanbul 2006 Editör: Dr. Çoşkun Yılmaz ve Dr. Necdet Yılmaz. Sponsorluğu Biofarma tarafından yapılan eser, yine aynı firma tarafından basılmış. Yayın kurulu başkanı Prof. Dr. Mehmet İpşirli.

Dere tepe düz, bir arpa boyu yol

Hekimlik pratiğinin tarihine, hekimlerin anılarından, yazarların roman ya da hikâyelerinden, biyografilerden yola çıkılarak bakılabilir mi? İa-in Bamforth, "Kütüphanedeki Beden" adlı derlemesinde bunu deniyor. Kitap bir sunuş bölümü ve ardından, ortaçağdan günümüze uzanan bir tarih dilimi içinde, Sokrates'dan Kafka'ya, Dickens'den Çehov'a, Nietzsche'den Orwell'e pek çok yazar, düşünür ve hatta bizzat hekimlerin hikâye, dene-

me, günlük, oyun veya derlemelerinden oluşan geniş bir yelpazede tıbbi ve hekimliğe bakıyor.

Bedeni, insanoğlunun dünyadaki var olma aracı olarak gören, bu nedenle de insan bedenini dokunulmaz kabul eden anlayışa karşı, “bedene yapılan saygısızlık, onun işleyişindeki bozukluklara saldırı demektir, onu parçalara ayırmak ise onarmak anlamına gelmektedir” diyen Vesalius’un 1543’te yazdığı “İnsan Bedeninin Yapısı Üzerine” adlı kitap ile başlayan tıbbi cüretkârlık, belki bilgiye doğrudan ulaşma döneminin başlangıcını teşkil eder. Ve beden keşfedilmeye başlar. 17. yüzyılda bedenin keşfedilen ve “Willis Hal-kası”, “Malpighi Tabakası” gibi, kaşiflerinin ismiyle anılan bölgeleri giderek artar. 1761’de Morgagni’nin kendi yaptığı 700 otopsiyi anlattığı “Hastalıkların Yerleri ve Sebeplerinin Anatomik Araştırması” eseri yayınlanır.

İnsan bedenini giderek daha ayrıntılı inceleyebilme olanakları belki de dinlemenin, bireysel farkları dikkate almanın değerini bir süre için tahtından indirir. 1799’da “Hücreler Üzerine Bir İnceleme” adlı eserini yazan Xavier Bichat, “Aslında hiçbir şeyin karşılığı olmayan semptomlar, tutarsız zuhuratlardan başka bir şey değildir. Oysa birkaç kadavra açırırseniz, sadece müşahadenin asla ortadan kaldıramayacağı belirsizliklerin ortadan kalktığını göreceksiniz” diyecektir.

1789 Fransız Devrimi ile hekimlik pratiğinde de devrim niteliğinde değişiklikler ortaya çıkar. Aynı zamanda başanlı bir flütist olan Laen-

nec’in steteskobu bulması (1816), sadece hastalığın teşhis edilmesi alanında değil, Foucault’nun da bize hatırlattığı gibi hekim hasta ilişkileri alanında da bir devrim yaratır. 1800’lerde ise istatistiğin tıp alanında belirmesiyle hekimle hastanın arasına aletlerden sonra rakamlar da girer. Sağlık sistemi içinde hekimler lider konumunu işgal eder, uygulamada standartlar oluşurken, hekimlik mesleğini yapmak isteyenlere bazı kurallar ve hatta denetleyici mekanizmalar bir sınırı koymaya başlar. Bu bazen farklı bir sisteme inancını dile getiren ya da egemen fikirleri taklit etmeyenlerin yurtdışındaki gazabına uğraması biçiminde de tezahür edebilir.

Sonra röntgen, farmakoloji, mikrobiyoloji girer alana... Bir taraftan da hastalıkların sadece mikroplarla ilişkili değil asıl fakirlikle ilişkili olduğu düşünölmeye, yazılıp çizilmeye başlanır. Ama antibiyotikler ve insülin gibi “Büyülü Mermiler” keşfedilinceye kadar, uzun bir süre tedavi yöntemleri çok yetersiz kalır. St. Jacques Hastanesi’nde zatürreden yataarken yaptığı gözlemlerini “Fakirler Nasıl Ölü” adlı denemesinde yazan George Orwell, bundan yirmi yıl sonra, PAS ve streptomisin tedavilerinin bulunmasından yalnızca birkaç ay önce veremden hayatını yitirir. Bertold Brech hekimlere şöyle seslenir (1936-1938):

Omzumuzdaki ağrı

Rutubettendir, dersiniz, aynı sebeptendir

Dairemizin duvarındaki küf lekesi.

O zaman söyleyin bakalım bize:

Nedir bu rutubetin sebebi?

Tüm bu zamanlar boyunca insanlar hekimlerden çok ve hatta birbirine taban tabana zıt şeyler beklerler. Kitapta buna dair pek çok örnek var.

Nietzsche’nin “olumlu” diye nitelenen bir döneminde yazdığı bir yazıda, onaylayarak tarif ettiği ve zaman zaman korkutucu hale gelen

hekim tipi şöyle: “... kısacası, günümüzde iyi bir hekimin bütün profesyonel mesleklerin becerisine ve imtiyazlarına ihtiyacı vardır. Bu silahlarla donandıktan sonra, hayırlı çalışmaları, zihinsel mutluluğu ve verimliliği artırmak, kötü düşünceleri, kem maksatları ve -rezil membası genelinde hep karın olan hoyratlığı tehcir etmek için ve evlilik simsarı ve sansürcü olarak-zihinsel, fiziksel bir aristokrasi üreterek, yaygın tabirle ruh sancısı ve vicdan sızlaması olarak bilinen haletleri budayarak, genel olarak topluma iyilik eden biri olarak karşısına çıkabilir. Böylece bir ‘tıp adamı iken, bir kurtarıcıya dönüşecektir; yine de, ne mucizeler göstermesi gerekecek ne de çektiği acıların sonu çarpmıha gerilmek olacaktır.” (1878)

Dickens’in Kara Peçe (1836) adlı öyküsünde olduğu gibi bazen bir doktordan ölüyü diriltmesi istenebilir.

Kafka da “Bir Taşra Hekimi”nde güvene dayalı geleneksel insan ilişkilerinin bir kuşkuyla lekelenmesinin hekimini nasıl itibarından ettiğini, hatta günah keçisi haline getirdiğini anlatır (1919).

Bulgakov “Katil” adlı hikâyesinde, bir hekimin adalet anlayışının hiçbir şart altında öldürmeyeceksin ilkesinin önüne geçebildiğini anlatır (1940).

İkinci Dünya Savaşı sonrası Cenevre’de Dünya Sağlık Örgütü kurulur. Tedavi edici hekimlik ve onunla birlikte sağlık hizmetinin para karşılığı verilmesi, daha çok para verene daha iyi hizmet sunma, bu alana yatırım yapma yarışı tüm sermayeyi etkilemeye başlar. Hekimlerin sağlık sisteminin sahip ve yöneticileri altında maaşlı elemanlar olarak çalışmaya başlamasıyla sorumlu hekim tanımı eskiden hasta ile hekim arasındaki ahlaki bir ilişkiyi tanımlarken artık akla doktor ve yönetici arasındaki sözleşmeyi getirir. Yazar, Jules Romains, “Knock” adlı tiyatro oyununda (1923) iki hekim arasında geçen konuşmadan bir alıntı yapar: “Ben dört farklı tedavi uyguluyorum: Temel tedavi meto-

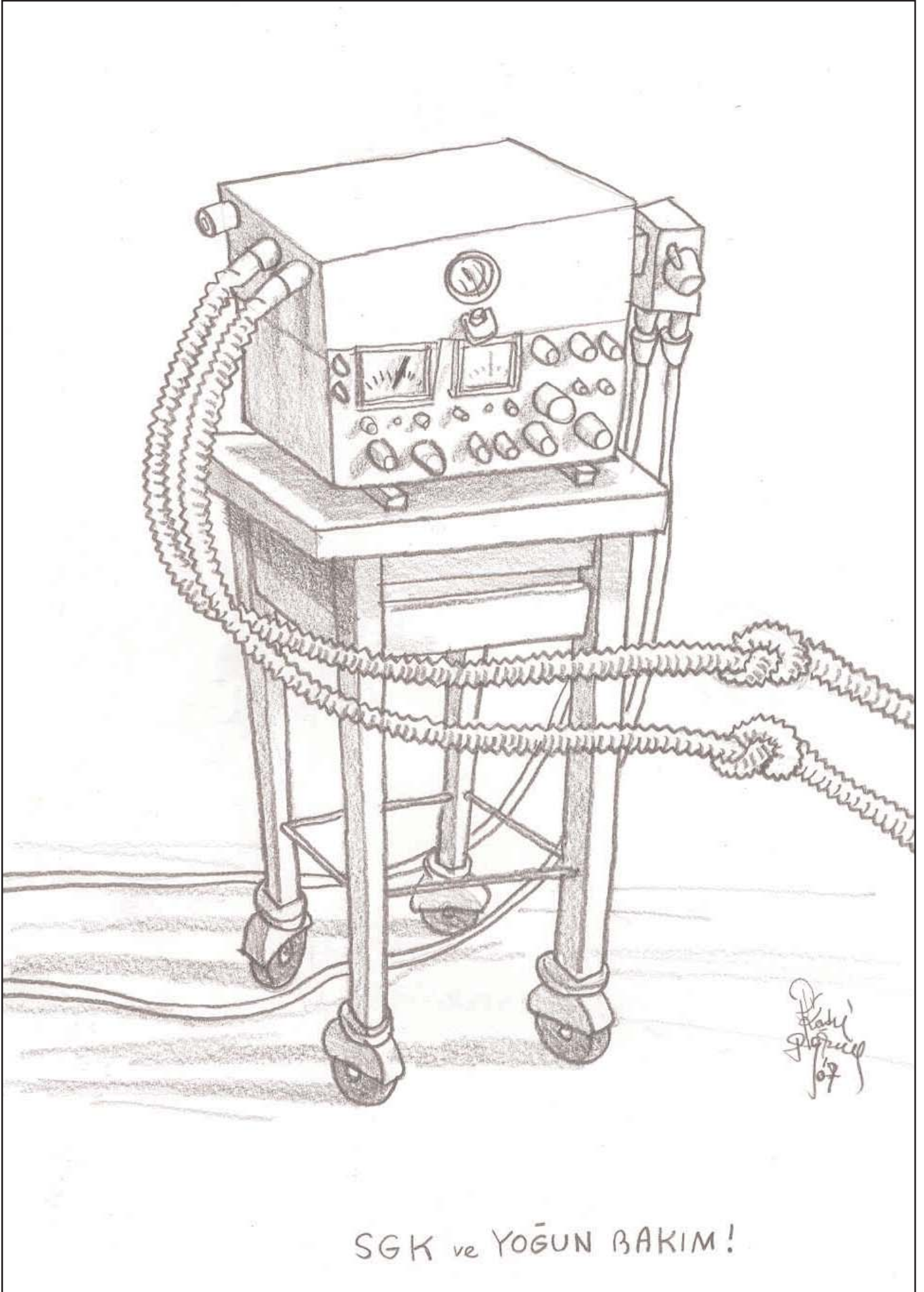
du, ayda 12 ve 20 bin frank geliri olan aileler içindir; haftada bir gün muayenehaneye gelmeyi ve ilaçlar için ayda takribi 50 frank harcamayı gerektirir. Skalanın en üstünde aylık geliri 50 bin frankı geçen ailelere uyguladığım lüks tedavi yer alıyor; haftada en az dört kez muayene olmaları, röntgenler, radyum, elektrikli masaj, kan testleri, rutin ilaçlar gibi çeşitli kalemler için 300 frank ödemeleri gerekiyor...”

Yazar, geçmiş tıbbın alanını olabildiğince genişletmek, sıradan, günlük olaylara tıbbın bakış açısıyla bakmak, riskleri hastalık haline getirmek, insan bedenini bütünüyle kontrol altına almaya yönelmek gibi eğilimlere karşı bir uyarı, hatırlatma amacıyla Hegel’den şu alıntıyı yapıyor: “İngilizler’in rahatlık dediği bitmez tükenmez sınırsız bir şeydir. Başkaları sizin rahatlık dediğiniz şeyin rahatsızlıktan başka bir şey olmadığını kanıtlayabilir size, üstelik bu keşiflerin sonu gelmez. Bundan dolayı rahatlık ihtiyacı, aslında doğrudan içinizden gelen, kendinizden kaynaklanan bir ihtiyaç değildir aslında; onu, size varlığından kazanç sağlamayı umanlar gösterebilir.”

“Kütüphanedeki Beden”in sunuşundaki tarihi ve felsefi perspektifini, ardından gelen hikâyelerle birleştirdiğimizde hekimlik uygulamalarının kattığı yolu, çözdüğünü zannederek geçtiği ama tekrar tekrar dönüp bakmak zorunda kaldığı meseleleri, bu anlamda da bizim için bugün problem olan konuların aslında kadim zamanlardan beri var olduğunu ve çözümünün de aslında hep bir temel bakış ve seçim meselesi olduğunu görüyoruz.

“Kütüphanedeki Beden” kitabı derleyen İain Bamforth; Avrupa ve Avusturalya’da çalışmış, halen Strasbourg’da yaşayan, deneme, makale ve şiirleri de olan bir hekim. Kitabın orijinal basımı 2003 Verso, Londra; Türkçe basımı Begüm Kovulmaz’ın çevirisiyle Mart 2004 Agora Kitaplığı yayınları arasında çıkmış.





SGK ve YOĞUN BAKIM!

Dr. Kadir Doğruer