

# Korona günlerinde sağlık altyapımızın düşündürdükleri

## Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılında Bolu-Göynük'te doğdu. İlk öğrenimini İstanbul'da Şair Nedim İlkokulunda, orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji uzmanlığını Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesinde tamamladı (1992). Sakarya, Geyve Devlet Hastanesinde uzman doktor olarak çalıştı. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. 2003 yılında klinik mikrobiyoloji dalında bilim doktoru oldu. Yüzüncü Yıl Üniversitesinde çeşitli idari görevlerde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü yaptı. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevini üstlendi. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Kurumsal ve yapısal anlamda hastaneyi tanımam için tıp eğitimi almam gerekti. Daha doğru bir ifadeyle, hastaneyi bu anlamda fakülte öğrenciliğim esnasında tanımış oldum. İstanbul Tıp Fakültesi, ülkemizin en köklü tıp eğitim kurumudur. Kendine has bir ekolü, kültürü ve altyapısı vardır. Hastaneleri de bir o kadar gelenek mirasçısıdır. Hastaneleri dememin sebebi, hemen her kliniğin ayrı bir binada olmasındandır. O yıllarda cerrahi mono blok henüz açılmamıştı. Dahiliye dışındaki bütün klinikler tarihi binalarda hizmet veriyordu. Dahiliye binası ise modern olmamakla birlikte tarihi bir özellik taşımıyordu.

Seksenli yılların başıydı. Şimdilerde unutulmuş hasta muayene savaşları olurdu. Gece yarılarında kuyruğa girilir, kontenjan içine girerek adınızı yazdırabilirdiniz muayene olurdunuz. Sabah güneş doğmadan sıranın bitmesi ve muayene sırası almadan dönmek zorunda kalmanız "vaka-i adiyeye" dendi. Bu yüzden muayene olabilmek için gelişen, geliştirilen yan yollar devreye girerdi.

Anadolu'nun bir köyünde ilkokul öğretmenini olan amcam, ürolojik bir şikayeti nedeniyle İstanbul'a gelmiş, ancak bu merhaleleri aşamamış ve muayene

olabilme başarısını elde edememişti. Öğrencilik nüfuzumu kullanıp, odasına giderek Üroloji Ana Bilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Sedat Tellaloğlu'ndan ricada buldum. Nezaket gösterip muayene ettikten sonra ameliyat için yatışını yaptı. Bu arada sözünü ettiğim hastam ve hocamın ikisi de güzel hatıralar bırakarak bu dünyadan göçtüler. Bu vesileyle ikisine de Allah'tan rahmet dilerim.

Ameliyat olduğu günün gecesi, başında refakatçi kaldım. Altı yataklı bir odada, bilinen adıyla hasta koğuşunda yatıyordu. Refakatçiler bulabildikleri iskemleye oturarak hastalarına destek vermeye çalışıyorlardı. Bu iskemle üstünde sabahı bekliyorlardı. Fakültenin öğrencisi olmamın verdiği cesaretle dinlenebilecek bir ortam aradım. Gece yarısını geçip ortalık biraz sakinleşince, başka odalardan bulup getirdiğim iskemlelerle birlikte üç iskemleyi yan yana koyup üzerlerine yan yatarak sabahı etmeye çalıştım. O zaman başasistan olan Prof. Dr. İsmet Nane'nin erkenden yaptığı vizite sayesinde yatığım yerden fırladım. Beni görür görmez bağırıp başlamıştı; hadsizliğime kızıyor ve "uyanık" olmakla itham ediyordu. Koğuştan nasıl kaçtığımı hala unutamam. Bu tarihi binalarda hasta odaları konforu nasıldı, o günün şartlarında daha insani hale getirile-

mez miydi? Bilmiyorum. Ya da ayrıca öyle odalar vardı da bazı özel hastalara mı tahsis ediliyordu? Bilemiyorum.

Asistanlık dönemimde klinik işleyişini biraz daha yakından gözlemleme imkânı buldum. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi henüz tamamlanmamıştı. Binanın sınırlı bir kısmında hizmet veriliyordu. Ancak günün şartlarına göre modern bir yapı yükselmekteydi. Bir süre, birçok klinik bir arada hizmet verdik. Genelde 3 veya 4 kişilik hasta odalarımız mevcuttu. O zamanki rektörümüz Prof. Dr. Ahmet Karadeniz göğüs cerrahiydi. Kendi "özel" hastaları için içinde banyosu olan bir kişilik bir oda tefriş ettirmişti. Kapısına da "VIP" levhasını astırmıştı. Nadiren özel izinle başka hocalarımız da "özel" hastalarını bu odaya yatırdığı olurdu. Daha sonra inşaat tamamlanıp kendi servislerimize kavuştuğumuzda büyük bir rahatlama yaşadık. Artık her kliniğin 2 ya da 3 adet bir yataklı odaları olmuştu, hem de içinde banyo ve tuvaleti olan. Odaların adı da VIP'ten "özel oda"ya dönüşmüştü. Bu odalara talep üzerine hasta yatırılır, her hastadan ayrıca özel oda ücreti alınırdı. Bu ücrete karşılık klinik içinde bir makbuz kesildiğini hatırlıyorum. Ne var ki makbuzların döner sermayeye mi, yoksa vakıf veya derneğe mi ait olduğunu bilmiyorum. Bildiklerimi de kendime saklıyorum.



Uzman hekim olarak tayin olduğum Geyve Devlet Hastanesi 50 yataklı, sınırlı personelle hizmet veren şirin bir hastaneydi. Hastanede görev yapan ilk üroloji uzmanıyım. Göreve başladığımda bana kullanılmayan servislerden birini tahsis ettiler. Doktor odası diye gösterilen odaya yerleştiğimde burasının aslında tek yataklı, içinde lavabosu olan bir hasta odası olduğunu fark ettim. Daha sonra incelediğimde her koridor da bir adet benzer odanın olduğunu, bunların doktorlara tahsis edildiğini, boş olanların da hasta yatırmak yerine servis deposu olarak kullanıldığını fark ettim. Aslında yıllar önce pratisyen hekim olarak çalıştığım sırada Gümüşhane Devlet Hastanesinde de doktor odaların servislerde olması dikkatimi çekmişti, ama üzerinde düşünmemiştim. Görünüyor ki, altyapıdaki maddi değişim yeterli olmuyor; beraberinde anlayış değişimi de gerekiyor. Esnaftan aldığım desteklerle kliniğimin güzelleştirilmesine çalışmam, hasta mahremiyeti ve konforuna yönelik perde, masa sandalye gibi bazı tefrişatı yaptırmam, başhekimimizin dikkatini çekmişti. Ameliyathane temizliği ve düzenine ilişkin eleştirilerime binaen beni ameliyathane sorumlusu yaptı. Çok geçmeden de Hastane Güzelleştirme Derneğine başkan seçti.

Akademik hayata başladığım Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, hayatımın sadece gözlemci olarak bakmanın ötesine geçmek zorunda olduğum devresine rastlar. Tıp Fakültesi ve hastanesinin kurucu ekibinde yer almış olmamın hem hazzını hem kazandığı tecrübeyi miras olarak yanımda taşıdım. O günün şartlarında, kıt imkânlarla eski bir okul binasını hastaneye dönüştürme mücadelesi verdik. Kısa sürede ülkemizin doğusunda 550

yataklı bir hastane ve dinamik bir kadroyla devletin şefkatli eli haline geldik. Önder olanlar, emek verenler, engel olanlar ile engelleri aşanlar ayrı bir konu.

Hastanede diğer hasta odalarının yanında banyolu tek kişilik odalarımız mevcuttu. Bu odalara da özel oda diyorduk. Odanın tefrişatı, hasta karyolası, küçük bir buzdolabı, televizyon ve bir refakatçi koltuğundan ibaretti. Van'ın esnaf ve eşrafına duyuru yapıyor, bu standart tefrişatı yapan kişi ya da kurumların adıyla kapıya plaket asıyorduk. Böylece o bölgede ve o günün şartlarında lüks gibi görünen yatırımı öz kaynak kullanmadan yaptırmış oluyorduk. Amacım bu hastaneyi anlatmak değil! Ancak 90'lı yılların ilk yarısında aktif bir hastane bilgi sistemi kurulduğunu, kendisi de çocuk hekimi olan dekanımızın talimatıyla, bir katın yoğun bakımdaki çocukların anneleri için "anne oteli" olarak tefriş edildiğini söyleyip geçeyim.

Daha sonra Van depreminde bu hastane yıkıldı. Üniversite Kampüsüne yapılan Dursun Odabaş Tıp Merkezi ve Bölge Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile bu ilimiz modern hastanelere kavuştu.

Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde 2002 yılında Türkiye'de toplamda 164.471 hasta yatağı bulunuyordu. Bunun 107.394'ü Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerine aitti. Bu yıldan itibaren bahsettiğim özel odalar, "nitelikli yatak" olarak istatistiklerde yer almaya başlandı. 6.839'u Sağlık Bakanlığı hastanelerinde olmak üzere toplamda 18.934 nitelikli yatağa sahip olan bir ülkeydik (1, 2). Neticede aktif olarak kullanılıp kullanılmamaları bir yana, fiziki altyapımızda bu yataklar mevcut olarak görünüyordu.

Pandemi, bize sadece hastalık yönetimini değil, kitlesel lojistik yönetimi, dışa bağımlı cihaz sıkıntısı gibi birçok alanda da dersler vermiş oldu. Yerli üretilen tanı kitlerinin desteklenmesi, ilaç ve aşı çalışmalarının teşvik edilmesi, maske üretimi ve dağıtımı bu konuda dikkatimizi çeken bazı noktalar. Bakanlığın riski ve maliyeti üzerine alarak yaptığı hamle sayesinde, çok kısa sürede, ventilatör seri üretimini gerçekleştirip ihraç eden ülke haline gelmemiz belki tek başına analiz edilmesi gereken bir konu.

Bizim neslin içinde yaşayarak gördüğü hızlı bir değişim yaşadık. Sağlıkta bu değişimi bizzat katkı vererek gerçekleştirdik. Bu süreçte kurum merkezli anlayıştan hasta merkezli anlayışa geçiş kolay olmadı. Faydaları yanında sancılarını da çektik. Anlayış değişikliği, hizmet tarzımıza, mimarimize, hastane yatırımında finansman modeline, hastane işletme yöntemine, kamu ve özel anlayışımıza kadar birçok alanda değişiklikleri birlikte getirdi.

18 yıl sonra Korona günlerindeyiz. 2020 yılı itibarıyla Türkiye'de 224.111'i fiili olmak üzere 239.046 tescilli hasta yatağı bulunmaktadır. Bunların 145.260'ı Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bulunmaktadır. Tek kişilik oda, diğer ifadeyle nitelikli yatak sayısı, özel hastanelerde 26.788, Üniversite hastanelerinde 15.734 ve Bakanlık hastanelerinde 57.275 olmak üzere toplamda 99.797'e ulaşmıştır (3). Yatak sayısı %69 artarken nitelikli yatak sayısı %500 artış göstermiştir. Bununla birlikte, Türkiye'de on bin kişiye 28,3 yatak düşmektedir. Bu oran 49,1 olan AB ortalamasının oldukça altındadır.

İstatistiklere göre 2002 yılında toplam yoğun bakım yatağımız 2.214 idi(2).

Bugün sadece erişkin yoğun bakım hasta yatağında Türkiye toplamı 25.461 olmuştur. Çocuk ve yeni doğan yoğun bakımla birlikte 40 bine yaklaşmaktadır. Bu sayı diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça yüksektir. Sağlık personeli sayımız da hızlı bir artış göstererek 247.190'i özel sektörde olmak üzere toplamda bir milyonun üzerine çıkmıştır (3).

Burada bir tezat var gibi görünmektedir. Hastane, yatak ya da cihaz, hizmet sürecinde kullanılan araçlar talebe göre artmaktadır. Talebi yönlendiren çok çeşitli faktörlerin varlığı, bunun rasyonel olup olmaması ayrı bir konudur. Yaşlanan bir ülke olmakla birlikte henüz yaşlı nüfusumuzun sınırlı olması, uzun süreli yatışları azaltmaktadır. Bu açıdan normal hasta yatağı talebimiz görece azdır. Bu yüzden enerjimizi yatak sayısını artırmaktan çok niteliği artırmaya odakladığımız görülmektedir.

Yoğun bakım yatağı bakımından durum farklılık arz ediyor. 2018 rakamlarıyla AB ortalaması yüz binde 12 iken, ülkemizde yüz bin kişiye 46 yoğun bakım yatağı düşmektedir (2). Yoğun bakım yatak sayısındaki artışı teşvik eden birkaç faktör mevcut. Öncelikle yoğun bakım masraflarının hem özel hem kamu hastanelerinde tamamen GSS tarafından karşılanması, buraların kullanımında bir rahatlık oluşturmaktadır. Endikasyon birçok ülkeye göre daha kolay konabilmektedir. Finansman kolaylığı, özel hastanelerde yoğun bakım yatak sayısı artışında önemli bir teşvik unsuru olmuştur. Ayrıca, son dönem hastalarını kabul eden "hospice", "nursing home" gibi bakımevleri olmadığı için yoğun bakımın ilave katkısı olmayan birçok hasta taburcu edilememektedir. Bu açıdan suni bir doluluk yaşanmaktadır. Vatandaş açısından hastasını yoğun bakıma terk etmek bir rahatlık hissi vermektedir. Ani ölümler dışında hasta ölümleri çoğunlukla yoğun bakım servislerinde gerçekleşmektedir. Son dönem bakımı için yeterli bir altyapı, bu altyapıyı teşvik eden anlayış eksik olduğu gibi, son dönem hastasını evinde bakan aile bütünlüğümüzü de gittikçe kaybetmiş durumdayız.

Son zamanlarda "palyatif bakım" adı altında son dönem birimleri açılarak bu sorun giderilmek istenmektedir. Burada da mevcut hakim anlayışın baskısı altında bu mekânlar hastane içinde açılarak gereksiz yüksek maliyetler oluşturulmaktadır. Pandemi esnasında bu tablo

çok işimize yaramıştır. Ancak görülüyor ki, yoğun bakım yatak kapasitesi ve kullanıma anlayışımızı gözden geçirmek bir ihtiyaçtır.

Pandeminin ilk günlerinde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yoğun bakım kapasitesi ve ventilatör (solunum cihazı) sayısı mücadelenin odak noktası haline gelmiştir. Ventilatör sayısı da nispeten yoğun bakım yatak sayısına paralel seyretmektedir. Bu açıdan yine Türkiye olarak şanslı durumdayız. Ancak unutmamalı ki, ventilatör dahil yoğun bakımda kullanılan cihazların büyük bir kısmı ithal edilmektedir. Bunların ülkemize önemli bir maliyeti olmaktadır. Yani bu alanlarda ideal olan fazlalık değil optimal düzeyi tutturmak olmalıdır.

Bugün geldiğimiz noktada 224.111 fiili hasta yatağına sahip bir ülke olduğumuz görünüyor. Ertelenebilir elektif vakaların hastanelerden uzak tutulmasının verdiği düşük yoğunluk nedeniyle yatak doluluk oranımız Mayıs 2020 itibarıyla %37,1'dir. 38.442 yoğun bakım yatağımızın ise %63,3'ü dolu durumda. Yine 23.229 ventilatörün doluluk oranı %33 (4).

Pandemi, bize sadece hastalık yönetimini değil, kitlesel lojistik yönetimi, dışa bağımlı cihaz sıkıntısı gibi birçok alanda da dersler vermiş oldu. Yerli üretilen tani kitlerinin desteklenmesi, ilaç ve aşı çalışmalarının teşvik edilmesi, maske üretimi ve dağıtımı bu konuda dikkatimizi çeken bazı noktalar. Bakanlığın riski ve maliyeti üzerine alarak yaptığı hamle sayesinde, çok kısa sürede, ventilatör seri üretimini gerçekleştirip ihraç eden ülke haline gelmemiz belki tek başına analiz edilmesi gereken bir konu. Her biri biner yataklı (400'er yoğun bakım yatağı) iki adet acil durum hastanesinin 45 gün içinde inşa edilmesi de ayrıca analiz edilmeye değer bir husustur. Bunların gerekliliği, yararı, zararı tartışmaları bir yana, gerektiğinde böyle bir kapasite ve kabiliyetin harekete geçirilebilmesinin dikkate değer bir husus olduğunu düşünüyorum.

Burada sağlık sisteminin kamu ağırlıklı merkezi bir yönetim yapısına sahip olması, yaygın entegre bir birinci basamak yapılanmasının bulunması, pandemi mücadelesinde ayrıca dikkat çekici olmuştur. İki aylık bir süredeki milyona yakın PCR testinin yapılması, altı yüz bine yakın temaslı taramasının yapılması kısa sürede potansiyelin harekete ge-

çebilme kabiliyetinin göstergesidir. Yine hastanelerde yatan tüm hastaların dijital olarak veri tabanında takip edilebilmesinin, sonuçların hızlı değerlendirilmesinin ve merkezi bir tedavi organizasyonunda oldukça etkili olduğu görülüyor. Tüm vatandaşların sağlık güvencesinin olması, tedavi algoritmasında yer alan ilaçların hastalara evlerinde dahil olmak üzere anında ulaştırılabilmesi birçok ülkenin hayal edemeyeceği hususlardır.

New York Eyalet Valisi Cuomo'nun bizim gazetelerimizde de yer alan pandemi karşısındaki acziyet ifadeleri, ekonomik gelişmişlik düzeyi ile sağlık sisteminin gücünün paralel seyretmediğini göstermektedir. Valinin belirttiğine göre, New York eyaletinde küçüklü büyüklü 12 kamu 44 özel hastane mevcut ancak bunlar arasında salgın sırasında hiçbir koordinasyon sağlanamamış. Vali, malzemenin yetersizliği yanında hem koordinasyon eksikliği hem yüksek maliyetlerden bahsediyor (5). Riski yönetmek için maddi gelişmişlik dışında bir şeylerin eksik olduğu görünmüyor mu?

Neticede altyapıyı kuran da bunu kullanan da insan faktörüdür. Bilgi tecrübe ve imkân başarının vazgeçilmezleridir. Ama hepsinden önce işinin ehli, gayretli, azimli insan geldiğini unutmamalıyız. Bütün altyapı yatırımlarımız, insana yatırım ihmal edildikçe, bir gün israf olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü Başkanı Tedros Ghebreyesus'un 2020 Dünya Sağlık Asamblesi açılışında söylediği gibi, "Bu pandemi, sağlığa yatırım yapmanın neden kalkınmanın merkezinde olması gerektiğini her zamankinden daha fazla gösteriyor. Sağlığın bir lüks değil, gereklilik olduğunu zor yoldan öğreniyoruz. Sağlık, kalkınmanın ödülü değil ön koşuludur. Sağlık, maliyet değil yatırımdır. Sağlık, güvenlik, refah ve barışa giden yoldur."(6)

## Kaynaklar

1) Akdağ R. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012

2) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2019

3) Koca F. Sağlık Bakanının 03.04.2020 tarihli sunumu

4) Koca F. Sağlık Bakanının 18.05.2020 tarihli sunumu

5) Altaylı F. Habertürk gazetesi, 5.5.2020 tarihli köşe yazısı <https://www.haberturk.com/yazarlar/fatih-altayli-1001/2668431-avmler-icin-erken-degil-mi> (Erişim Tarihi: 15.07.2020)

6) Ghebreyesus T. A. 73. Dünya Sağlık Assamblesi açılış konuşması, 18.5.2020