



DR. Ömer BOLAT
MÜSİAD Genel Başkanı

Sağlıkta “Sağlık’lı” Bir Dönüşüm

Dünyamızın her alanda yaşadığı değişim insanların hayatlarını, yaşama biçimlerini ve hayata bakış açılarını etkilemektedir. Bugün artık hayatı daha anlamlı kılmamanın, başarılı olmanın, huzurlu bir toplum içinde verimli ve etkin çalışmanın ilk şartlarından birisi sağlıklı olmaktır. “Sağlık hizmetleri” dediğimiz hizmetlerin bütünü insanların hayatı ve onların sağlıkları ile ilgilidir. İnsanlar, ekonomik anlamda kalkındıkça, bu dünya için daha iyi bir hayat tarzını istedikçe sağlık hizmetlerine olan talepler de aynı oranda artış gösterecektir.

Teknolojinin ve bilimin gelişmesi en çok tıbbi hizmetlerdeki gelişmelerde kendini göstermektedir. İlaç sanayinin, büyük firmalarını ve doktorların yeni bir ilaç, yeni bir aşı veya yeni bir tedavi şeklinin bulunduğunu açıklamadıkları bir gün geçmemektedir. Ne var ki, yine de dünyanın birçok farklı yerinde yüzlerce insan bulaşıcı hastalıklardan veya kötü hayat şartlarından dolayı hayatlarını kaybetmeye devam etmektedirler. Sağlık hizmetlerindeki taleplere ce-

vap vermek için ülkeler de yeni dönemde bu hizmetlerin sunum paradigmalarında değişiklikler yapmak durumunda kalmışlardır. Her ülke kendi kültürüne, kendi coğrafi ve ekonomik özelliklerine, hatta insan profillerine göre bir sağlık politikası belirlemiştir. Gelişmiş ülkeler de sosyal güvenlik ve sağlık politikalarını finanse etmek için ciddi vergiler toplama yolunu tercih etmişlerdir. İnsanların daha iyi sağlık hizmetlerini alması ve bu hizmetlere daha rahat ve daha yaygın ulaşabilmesi için başta sağlık sisteminin makro planda incelenmesi gerekmektedir. Sosyal devlet anlayışına göre devletin sağlamakla yükümlü olduğu temel hizmetlerin sunumunda her zaman ciddi sorunlar ve adaletsizlikler yaşanmıştır. Sağlıkta reform veya sağlıkta dönüşüm programları gibi farklı isimler altında geliştirilen politikalar hep bu adaletsizliği ve dengesizliği gidermek için yapılan çalışmalardır. Ülkemizde yıllardır kanyan bir yara olarak devam eden sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili sorunların azaltılması, hatta gider-

ilmesi için son dönemde atılan adımlar bir hayli sevindirici olmakla birlikte henüz istenilen seviyede değildir.

Sosyal güvende ve sağlık politikalarında etkin bir yönetim, başarı için temel şarttır. Tek çatı altında toplanan sağlık hizmetleri ve acil eylem planları kapsamında uygulanan birçok politikanın hayata geçirilmesi, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun getireceği birçok yeni gelişme ye şimdiden ışık tutmaktadır.

SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-kur gibi temel tüzel kişilikler Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmiştir. Bu sayede tek bir yönetim organı ile karar almaya başlayan kurum sayesinde, sağlık hizmetlerinin kapsamında, hasta sevk sisteminde, hastane ve sağlık tesislerinin kullanımında büyük bir açılıma ve kolaylığa gidilmiştir.

Bununla birlikte basamaklı sağlık hizmetleri sunum modelinin ilk basamağı olan “Aile hekimliği” uygulamasına da pilot olarak başlanmıştır. Bu uygulama ile sağlanacak olan

koruyucu sağlık hizmetlerindeki artış, daha sağlıklı bir toplum ve kendi kendini finanse edebilen bir sosyal güvenlik sistemini beraberinde getirecektir.

Ayrıca sosyal güvenlik çatısı altında bulunan çalışanların veya emeklilerin artık özel sağlık tesislerinden de sağlık hizmeti alabilmesi için düzenlemeler yapılmış ve herkesin doktorunu ve hastanesini seçmesindeki engeller kaldırılmıştır. Bütün bu olumlu değişim ve gelişmeler, son 4-5 yılda sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik sisteminde son 40-50 yılın en kapsamlı dönüşümünün gerçekleştirildiğini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sorunlarına ilişkin ortaya konacak politikaların belirlenmesi kolay gözükmeyle birlikte genel olarak uygulamada bu durum kolay olmaktadır. Sağlık politikalarının belirlenmesi ve uygulanması konusunda genellikle arka planda birçok anlaşmazlık yaşanmaktadır. Büyük menfaat grupları, sağlık alanında hizmet veren uluslar arası şirketler genellikle bu çatışmaların baş aktörleri konumundadırlar. İlaçları üreten ve tıbbi gelişimleri sağlayan gelişmiş

ülkelerle, bu tıbbi gelişmeleri ve yeni ilaçları tüketen az gelişmiş ülkelerin sağlık sorunlarına yaklaşımları çoğu zaman tümüyle farklılık göstermektedir. İnsan sağlığı üzerinden yürütülen bu çatışmanın kayıplarını, Afrika'nın birçok yerinde, Asya'nın gelişmemiş ücre köşelerinde hatta ülkemizde bile zaman zaman görmekteyiz.

Bugün küresel sağlık politikalarının belirlenmesi büyük sanayi kuruluşlarının ve sermaye odaklarının etkinliğinde yürütülmektedir. Üzücü olan ise bu politikaların belirlenmesinde dünyanın dört bir yanında dengesiz ve kötü beslenmeden, olumsuz şartlarda yaşanan doğum kayıplarından ölen binlerce bebek hesaba bile katılmamaktadır. Küresel politikaların bu şekilde cereyan ettiği, sağlık hizmetlerine milyarlarca dolar para harcadığı ve ilaç sektöründeki sermaye kuruluşlarının bu denli büyük hacimlere ulaştığı bir dönemde tıp etiğinin, sağlık hak ve hukukunun yeniden sorgulanması gerekmektedir.

Sağlık turizmi, sağlık sektöründeki yabancı yatırımlar, yabancı doktor gibi kavramlar günümüzde sıklıkla konuşulmakta ve tartışmalara konu

olmaktadır. Özellikle hizmetlerin sunumunda yabancı yatırımların artması, özel sektör ve kamu arasındaki rekabetin kızışması açısından da son derece önemli bir hale gelmiştir. Bu rekabet alanında milli değerlerine sahip çıkan, *insanlara hizmeti Hakk'a hizmet sayan bir inanca sahip sermayenin sağlık sektöründe de yatırımlarını artırması gerekmektedir.* MÜSİAD olarak, sağlık alanında yatırımların artırılması ve teşvik edilmesi gerektiğine inanıyoruz. İnsanlarımızın layık olduğu sağlık hizmetini en iyi şekilde almaları için de üstümüze düşen sorumluluktan kaçmayacağımızı da vurgulamak isterim.

Sonuç olarak, sağlık konusu beden ve zihin sağlığından, hizmetlerin sunumuna ve politikalarının uygulanmasına kadar birçok alanı kapsamaktadır. Bizler vücutlarımızın bize birer emanet olduğu şuuru ile öncelikle kendi zihin ve beden sağlığımızı korumakla sorumluyuzdur. Tarihimizin kıymetli şair padişahlarından Kanuni Sultan Süleyman sağlığın önemini **"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi / Olmaya devlet cibanda, bir nefes sıbhat gibi"** diyerek en güzel şekilde özetlemiştir.

“Dâhili Düşmanlar ve Harici Sermayedarlar Arasında Ekonomi”

Görüntü şu; millet nefes nefese önde kaçıyor, birileri arkadan kovalıyor. Kucağını açıp köşe başında avını beklerken pis pis sırttan birleri de var muhakkak. Kaçana mı, kovalayana mı, bekleyene mi bakmalı?

Görüntü şu; millet nefes nefese önde kaçıyor, birileri arkadan kovalıyor. Kucağını açıp köşe başında avını beklerken pis pis sırttan birleri de var muhakkak. Kaçana mı, kovalayana mı, bekleyene mi bakmalı ?

2007 yılının başında Türkiye “çifte seçime gidiyor, işler zor” diyorduk. Şimdi “Türkiye çifte seçime gidemiyor, işler fena değil” mi desek acaba? Türkiye’de geleneksel olarak siyaset hapsirsira ekonomi felç olurdu. Hele hele uluslar arası ortam en ufak bir olumsuzluğa girmeye görsün, Türkiye yalpalıyor ancak, kuru ağaçlar gibi kırılmıyor, esnek fideler gibi tekrar kendine geliyor.

Siyaset karabasan gibi üzerimize çökerken, ekonomi daha ne kadar bütün bu olup bitenlere aldırmadan yoluna devam edebilir ki? Ekonomi de sizin bizim gibi inanların yaptığı hareketlerin toplam sonucu değil mi? Ancak belli ki 2002

yılından beri bir şeyler oldukça değişmiş. Eğer “Cezayir sendromu” yaşamadan yeni bir seçim yapabilirsek, bu yazıda size hatırlatmak istediğim bazı gelişmelerden söz edeceğim. Tablo-1’de verdiğim resmi rakamlar kriz yılı dahil 2006 yılı sonuna kadar olan gelişmeleri özetliyor. 2001 yılı sütununa aşağı doğru bakarsanız, 2002 yılında iktidara gelen bir hükümetten neler beklemeniz gerektiğini apaçık görürsünüz. 2006 yılı sütununda ise ak ile kara arasındaki farkı görmek mümkün.

“

Son dört yıla bakımımızda basitçe “milli gelir” dediğimiz GSMH nominal olarak 2,5 katına çıktığını, Kişi başı gelirin ise nerdeyse üç kat arttığını görüyoruz.

”

Şöyle ki; basitçe “milli gelir” dediğimiz GSMH nominal olarak 2,5 katına çıkmış. Kişi başı gelir nerdeyse üç kat artmış. Hele bir de satınalma gücü paritesi bağlamında ele aldığımızda (ki uluslar arası karşılaştırmalarda esas olan budur) o halde kişi başına gelirin 8000 dolar aştığı görülüyor. Bu hedefe varmak için beş yıl boyunca ekonomi nefes almadan, ilk defa bir çeyrek bile küçülmeden 20 çeyrek aralıksız, yıl başına reel anlamda yüzde 7’den fazla büyüme kaydetti. Bu performans ile ekonomide AB ülkeleri ile reel bir yakınsama ortaya çıktı. Yani ilk defa Avrupa ile aramızdaki fark açılmak yerine kapandı.

Bu kadar hızlı büyümenin olduğu ortamda işsizliğin azalması, ancak enflasyonun ise hiç olmazsa 2001 yılındaki yüzde 68, düzeyinde direnmesi beklenirdi. Oysa işsizlik bizi mutlu edecek kadar düşmezken, enflasyon bu büyümeye rağ-

Tablo-1 Temel Ekonomik Göstergeler						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	Kara Yıl					Nerdeyiz?
GSMH (Milyar \$)	143,4	180,8	239,2	299,4	360,8	399,6
Kişi Başı Milli Gelir (\$)	2123	2598	3383	4172	5008	5477
Büyüme oranı (%)	7,5	7,9	5,8	9	7,4	6,1
Bütçe açığı /GSMH	16,5	14,6	11,3	7,1	2	0,7
Net Kamu Sektörü Borcu/GSMH (%)	97	78,5	70,4	63,5	56	44,9
TÜFE (Yıl sonu, (%))	68,5	29,7	18,4	9,3	7,7	9,6
Hazinenin borçlanma faizi (Nominal, ortalama, bileşik) (%)	96,2	63,8	45	25,7	16,9	18,2
Faiz harcaması/GSMH (%)	23,3	18,9	16,4	13,2	9,4	8,5
İşsizlik oranı (%)	10	10,3	10,5	10,3	10,3	9,9
Cari açık (Milyar dolar)	3393	1521	8036	15601	22603	31654
İhracat (Milyar dolar)	34373	40124	51206	67047	76949	91912
İthalat (Milyar Dolar)	38103	47407	65216	90925	110479	132088
Doğrudan yatırımlar (net) (Milyar dolar)	2855	962	1253	2024	8725	19186

men en az 7 kat geriledi. Bu hükümet döneminde sadece 2003 yılında çift hanede kalan TÜFE, 2004-2006 arasındaki üç yılda tek hanede kaldı.

Enflasyon düştü çünkü büyümenin motor gücü devletten özel sektöre, büyümenin faktörleri ise sermaye ve emek girdisine nazaran daha çok toplam faktör verimliliğine kaydı. (Şekil-1 ve 2). Kısmi verimliliği atmasında gerileyen reel ücret endeksini payı da oldukça belirgin. Büyüme tetikleyen unsurlar tüketim değil, üretim ve ihracat oldu. Sabit sermaye yatırımlarının milli gelirden aldığı pay ise kısa zamanda toparlanarak GSMH'nin yüzde 20'leri civarındaki tarihsel üst düzeyini yakaladı.

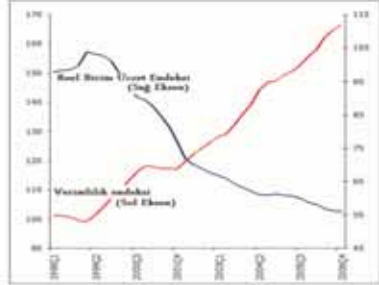
Enflasyonu düşüren tüm bu faktörler aynı zamanda işsizlik rakamlarının neden yeterince düşmediğini de açıklıyor. Mali dengelere dikkat etmeden kamu iktisadi teşebbüsleri ve kamu harcamaları yoluyla artırılan istihdam imkanı ortadan kalkınca, iş özel sektöre kaldı. Özel sektör de açık ekonomi ortamında küresel rekabette ayakta kalmak üzere verimliliğin her türüsüne yöneldi. Tablo-2'de gösterildiği üzere, verimlilik artışı büyümenin neredeyse yegane kaynağı haline geldi. Verimlilik gösteremeyen sektörler ise büyümeden kaldı. Tablodan da görüldüğü üzere, göreceli olarak gerileyen sektörler, Türkiye'nin emek yoğun geleneksel sektörleri oldu.

İstihdam deposu olarak bilinen buralar işsizlik üretti.

İkinci olarak, ekonomideki büyüme paralel olarak istihdam artışı devam ettiyse de, tarım sektörünün zorunlu olan çözülme yoluna girmesiyle köyden şehre göçen insanların sayısı bir hayli kabardı. Üçüncü olarak da Türkiye'de her yıl 900 bin civarında genç insan çalışma çağına girmektedir. Dördüncü olarak da işsizlikten ziyade bir mesleksizlik sorunu ile karşı karşıyayız. Türkiye'de oligarşi eğitim reformuna izin vermemektedir. Bütün milletin yararlanaacağı demokrasi açılımlarının tümüne karşı çıktıkları gibi buna da karşı çıktığı için bu alanda büyük zaman kayıpları yaşanmakta, ancak Türkiye gençliği çürümeye devam etmektedir.

Büyüme sürecinde geçmişte görmediğimiz bir olumlu gelişme de kamu sektöründe gerçekleşmektedir. GSMH'nin yüzde 16,5'ine kadar çıkan bütçe açıkları, 2006 yılı sonunda yüzde 0,7'ye kadar azalmış, kısaca Türkiye'nin bütçe açığı sorunu kalmamıştır. Kamu sektöründeki büyük disiplin sayesinde elde edilen gelişmelerden sonra kamu sektörü borç

Tablo-2 Büyümenin ve kârlılığın kaynağı Verimlilik	Verimlilik artışı	Büyüme
	(2002-2005)	(2002-2005)
Büro, Muhasebe ve Bilgi İşleme Makineleri	12%	37%
Radyo, Televizyon, Haberleşme Teçhizatı	11%	27%
Kimyasal Madde ve Ürünler	11%	11%
Tekstil Ürünleri	2%	0%
Tütün Ürünleri	4%	0%
Giyim Eşyası	0%	-1%



Kaynak: TCMB
Şekil-1 Verimlilik ve Reel Ücretler



(*) Toplam Faktör Verimliliği Kaynak: DPT
Şekil-2 Üretim Faktörlerinin Büyüme Katkısı

yükü de Maastricht kriterlerini altına sarkmıştır. Bilhassa net kamu sektörü borcuna bakıldığında bunun GSMH'nın yüzde 45'ine kadar büyük bir gerileme gösterdiği görülmektedir.

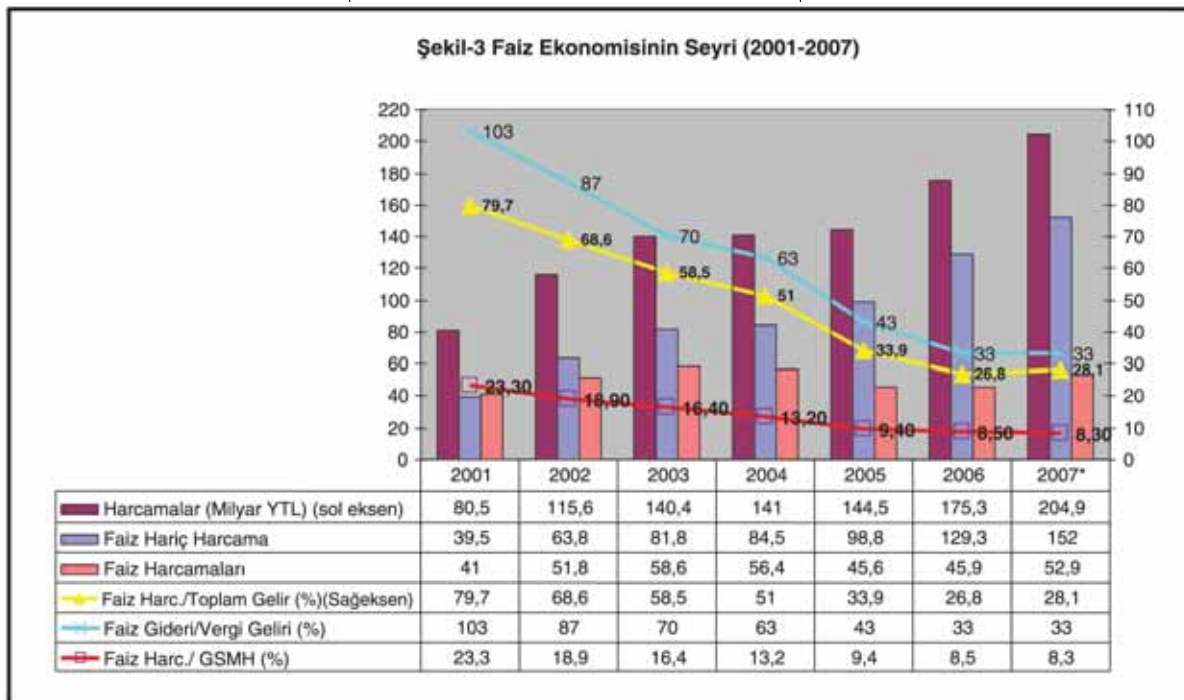
Öte yandan bütçede kaydedilen gelişmeler içinde faiz harcamalarının hem mutlak olarak, hem de göreceli olarak azalmış olması son derece önemlidir (Şekil-3).

Şekilden görüldüğü üzere, faiz harcamaları her kategoride büyük bir azalma sürecine girmiştir. Bunun bir anlamı da bütçeden tasarruf yapılırken, sosyal harcamalardan elden geldiğince büyük bir

“
**Büyüme sürecinde geçmişte
göremediğimiz bir olumlu
gelişme de kamu sektöründe
gerçekleşmektedir.
GSMH'nın yüzde 16,5'ine
kadar çıkan bütçe açıkları,
2006 yılı sonunda yüzde
0,7'ye kadar azalmış, kısaca
Türkiye'nin bütçe açığı
sorunu kalmamıştır.**
“

tavizin verilmediğidir (Tablo-3) Tablo-3'te soyla harcamaların bütçe esnekliği gösterilmektedir. Bütçe esnekliği, bütçedeki artışa buradaki kalemlerin ne oranda tepki verdiğini göstermektedir. Esnekliğin birden büyük olması durumunda, ilgilendiğimiz kalemdeki artışın, bütçedeki artıştan daha büyük olduğunu, yani bu kalemlerin bütçeden daha büyük oranda pay alır hale geldiğini göstermektedir. Görüldüğü üzere burada faiz harcamalarının esnekliği oldukça düşük, diğer kalemlerin ise birin oldukça üzerinde kaldığı görülmektedir.

Bütçe açığı azalırken, kamu kesiminin piyasadan yapması gereken borçlana oranı sürekli düşmekte, borç döndürme oranı da 2001 yılı sonunda çıktığı yüzde 97 seviyesinden yüzde 73 seviyesine kadar gerilemiştir. Böyle kamu kesimi her sene daha fazla bir kaynağı piyasada bırakmaktadır. Bunu neticesinde faiz oranları da hızla düşmüştür.



	2002	2003	2004	2005
Savunma	1,09	0,71	1	2,25
Adalet-Emniyet	1,38	1,24	8,75	3,25
Eğitim	1,4	1,43	2,5	3,5
Sağlık	1,6	1,05	4,25	12
Faiz giderleri	0,62	0,62	-0,37	-4,75
Yatırım				
Harcamaları	1,57	0,19	1,5	3,25

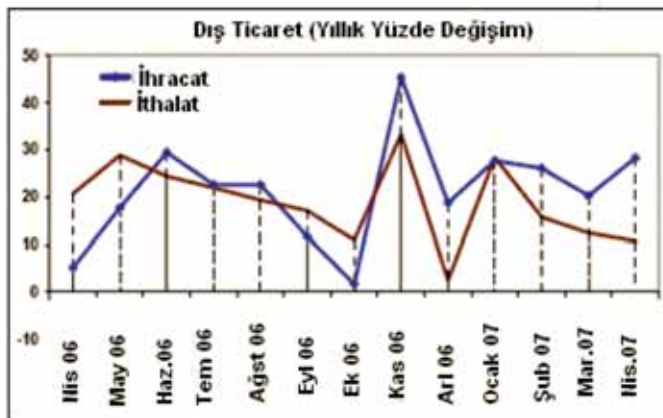
Özel sektör ise buna rağmen gerçekleştirdiği büyük yatırım hamlesini içerideki yetersiz ulusal tasarruflarla finanse edemediği için, daha uygun koşullarda dış kaynak kullanmak yoluna gitmiştir. Büyüme sürecinde Türkiye bir yandan dış finansman kaynağına, bir yandan da artan ithalata bağımlı hale gelmiştir. Bu Türkiye ekonomisinin yapısal bir sorunu olup, zaman içinde nitelikli imalat sanayi yatırımlarının derinleşmesiyle birlikte, GSMH'nın yüzde 82'ine kadar çıkan cari açığın belli bir aşamada istikrara kavuşacağı, sonra da zaman içinde azalacağı beklenmektedir.

2006 yılının ortasında başlayan gelişmelerden sonra, 2007 yılının Nisan ayı itibarıyla ticari ve cari açığın istikrara kavuşmaya başladığını göstermektedir. (Şekil-4 ve 5) Ekim 2006'dan beri aylık bazda ihracat artış oranı ithalat artışı oranının üstüne çıkmıştır. 2007 yılının ikinci üç ayında ise bu farkın olumlu yönde daha da açıldığı görülmektedir. Böylece cari açık aylık bazda gerilerken, birikimli olarak son bir sene ele alındığında sürekli gerileme kaydetmektedir. Bu arada geçmiş yıllarda büyüme sürecinde önceliği olarak daha düşük düzeyde gerçekleşen cari açık durumunda bile kriz olur-

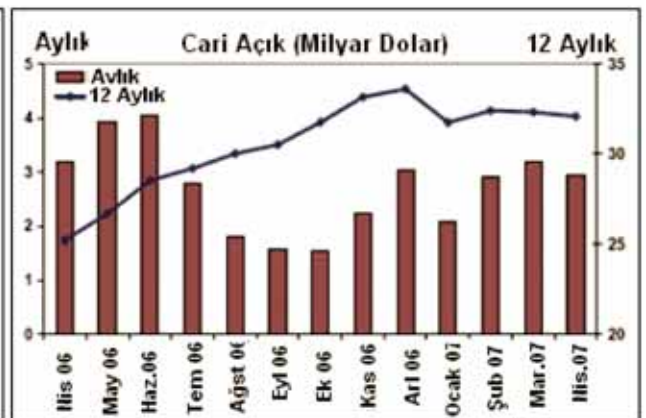
du. Çünkü bu açık başka yerlerdeki büyük dengesizliklere neden olmaktadır. Bunların başında da cari açığın yüksek reel faiz ve sıcak para sarmalında devam ettirilmiş olması vardı. Oysa şimdi daha büyük bir cari açık verilirken, ekonominin diğer dengeleri sağlam olup, reel faizler çok daha düşük, finansman ise önce uzun vadeli kredilere, ardından da doğrudan yabancı sermaye yatırımlarına kaymıştır.

2007 yılı bütün olumsuz gelişmelere rağmen yılın ortası itibarıyla başarılı geçmektedir. Dengesiz bir seçim ekonomisi uygulanmamakta, bütçe açığı kontrol dışı artmamakta, yabancıların umudu korunmakta, enflasyon Mayıs itibarıyla düşük kanalına girmekte, cari açık ve dış ticaret açığı istikrar kazanmakta, IMKB-100 şirketlerini karlılığında 2007 yılında anlamlı artışlar kaydedilmektedir.

Bir de iktidarını kaybetme korkusu kabuslara dönen gözü dönmüşlere karşı sırtımızı yaslayacağımız adalet sistemi-miz olsa, geleceğe daha bir güvenle bakabilirdik.



Şekil-4 Dış Ticaret Eğilimleri



Şekil-5 Cari Açıkta Eğilimler

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

Sağlık Bakanı

“Kurum Odaklı Değil İnsan Odaklı Sağlık Hizmeti”



Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Kurumsal performans ve kaliteyi geliştirmek üzere, hastanelerimizde sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, altyapıların ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesi başta olmak üzere düzenli işleyen bir denetim yapısı oluşturduk.

1- Bugüne kadar sürdürülmekte olan rutin sağlık politikalarında köklü değişiklikler yapılarak yeni bir yapılanma sürecine girildi. Temel noktaları ile bu değişim politikasını özetleyebilir misiniz ?

Sağlık hizmetlerindeki değişim politikasının en belirgin özelliğini kurum odaklı yapılanmadan insan odaklı bir yapılanmaya doğru yönelmemiz oluşturmaktadır. Önce insan anlayışı ile yola çıktık ve politikalarımızı bu ilke etrafında oluşturmaya çalıştık. Hastanede rehin kalan, primini ödemediği halde sınırlı sayıda sağlık kurumuna mahkum edilerek hekime ulaşma mücadelesi veren, hastane eczanesinden ilaç alabilmek için saatlerce bekleyen, bulamadığı ilacını temin için bir başka hastane kapısına gönderilen insanların, ayaktan tedavi olabilmek ve ilacını alabilmek için sosyal yardımlaşma vakıflarından yardım bekleyen yoksullarımızın yerine kendimizi koyduk. SSK’lılarıyla, BAĞ-KUR’lusuyla emek-

lisi, memuru ve Yeşil Kartlılarıyla bütün insanlarımızı birinci sınıf vatandaş olarak gördük, ayrımcılık oluşturan kurum duvarlarını kaldırdık, kendimizi onların yerine ve onları da sistemin ortasına koyduk. Kısacası önce zihniyet değişimi ile işe başladık.

“

Kamu hastanelerini tek çatı altında toplayıp aralarındaki ayırımı ortadan kaldırarak hastanelerimizi bütün vatandaşların hizmetine açtık. Özel ve kamu arasındaki katı duvarları kaldırıp ülkemizdeki bütün kaynakları vatandaşımıza hizmet için seferber ettik.

”

Önceki dönemlerde sigorta kurumlarımızın kendi kurumsal önceliklerini ileri sürerek vatandaşlarımızı ayırdıkları

kampları ortadan kaldırıp, genel sağlık sigortasını hayata geçirmek için önemli adımlar attık.

Kamu hastanelerini tek çatı altında toplayıp aralarındaki ayırımı ortadan kaldırarak hastanelerimizi bütün vatandaşların hizmetine açtık. Özel ve kamu arasındaki katı duvarları kaldırıp ülkemizdeki bütün kaynakları vatandaşımıza hizmet için seferber ettik. Hastanelere mevcut yasalar çerçevesinde yetki devri, yönetim esnekliği, kendi kaynaklarını kullanma serbestisi verdik. Sağlık kurumlarımızı soğuk yüzlü devlet dairelerinden çok, hasta odaklı hizmet kurumları haline getirmek için gayret sarf ettik.

Sağlık çalışanlarını performansları oranında ödüllendirdik, adeta çalıştıkları kurumların ortakları haline getirdik.

Hasta güvenliği ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması özel ve kamu hastanelerimizin gündeminde baş sırayı işgal etmeye başladı. Kurumsal performans ve kaliteyi geliştirmek üzere, hastanelerimizde sağ-



lık hizmetlerine erişimin sağlanması, altyapıların ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesi başta olmak üzere düzenli işleyen bir denetim yapısı oluşturduk.

İlaç fiyatlandırma ve ruhsatlandırma politikalarını değiştirdik, şeffaf bir yapı kurduk ve ilaç fiyatlarında önemli miktarlarda düşüşler sağladık. Bu yolla oluşturulan kaynaklar sayesinde eczanelerin kapısı SSK ve Yeşil Kartlılara açılmış oldu. Sağlık personelinin ülke genelindeki dengesiz dağılımını büyük oranda düzelttik; personel açığını kapatmak üzere geçmiş yıllarla kıyaslanmayacak sayıda sağlık personeli ataması yaptık. Atamalarda torpil, kayırma ve her türlü şaibeye meydan vermeyecek şeffaf bir yapı oluşturduk.

Koruyucu hekimliğin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeni bir anlayışla güçlendirilmesini sağlayacak aile

hekimliğini hayata geçirdik. Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların miktarını yükselttik. Vatandaşımızın ve doktorumuzun birinci basamak sağlık hizmetlerine ilgisini artırdık. Bu esnada aile hekimliği kapsamı dışındaki illerimizde sağlık ocakları sayısını artırdık, personel eksikliklerini olabildiğince tamamladık. Öyle ki, mesela İstanbul'da Cumhuriyet tarihimizde bizden önce açılan sayıdan daha fazla sağlık ocağı açtık.

Acil hasta taşıma, yani 112 hizmetleriyle ilgili gücümüzü üç kat daha iyileştirdik. İstasyon ve ambulans sayılarımızı artırdık. Başta deprem olmak üzere yaşanabilecek olası afetlerde görev yapmak üzere iyi eğitilmiş ve ihtiyaca uygun olarak donatılmış gönüllü Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri kurarak Avrupa'nın en büyük kurtarma ordusunu oluşturduk. Kronik hastalıklarla mücadele programları başlattık. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede çok önemli yol kat ettik.

Üreme sağlığı çalışmaları ve yeni doğan taramalarına hız verdik. Bebeklerimize ücretsiz demir ve D vitamini dağıtarak önemli hastalıkları oluşmadan yok etme uğraşı verdik. Çocuk aşılarında aşı takvimini genişlettiğimiz gibi, aşılama oranlarında da büyük başarılar elde ettik. Kızamık eliminasyon programı ile Avrupa'nın en büyük aşı kampanyasını gerçekleştirdik.

Kısacası Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlıkta insana hizmete odaklı bir zihniyet değişimi ve tam bir sağlık seferberliği başlatılmıştır.

2- Başbekim ve hastane müdürlerinin ayrı alanda sorumlulukları olmasını benimseyen, hastanelerin yeni yönetim şemasında nasıl bir yapılanma öngörüyorsunuz ?

Hükümet programında "hastanelerin idari ve mali özerkliği" ifadeleri ile yer alan kavramsal anlayış, Sağlıkta Dönüşüm



Programı çerçevesinde daha somut bir organizasyon yapısı olarak ortaya çıkmış ve bu konuda hazırlanan yasa taslağı ihtisas komisyonlarında görüşülmüştür. Bu taslakta öngördüğümüz modelde her hastaneye ayrı bir özerk yönetim oluşturarak hastaneleri kendi başlarına bırakmak yerine güçlerini, kapasitelerini ve kaynaklarını birleştirme, hatta bazı alanlarda akılcı planlamalar yaparak aralarında görev paylaşımı yapabilme imkanı verecek şekilde "birlikler" oluşturmak hedeflenmiştir.

Hastanelerin yöneticilerinin doğrudan Bakanlık tarafından atanmasının ortadan kaldırılması, yönetim ve istihdam esnekliğinin sağlanması düşünülmektedir. Bakanlık otorite olarak, etkili yönetim, maliyet etkililik, sağlık hizmetine kolay erişim ve kapsamlı sağlık hizmetinin verilmesi gibi hedefleri gerçekleştirmekle görevli bir üst yönetim kurulu tarafından temsil edilecektir.

Yönetim kurulu kamu inisiyatifinin ağırlığı ile seçilmiş kişilerden oluşacak ve

hastanelerin esas sahibi olan devleti temsil edecektir. Her hastane birliği bu yönetim kurulunun kararları doğrultusunda, tanımı yapılmış yöneticilik görevi için sözleşme yapmış profesyonel işletme yöneticileri tarafından yönetilecektir.

Hastane yöneticisi, üst yönetici olarak yönetim kuruluna sorumlu olan profesyonel bir yönetici olacaktır. Bunun altındaki teknik müdürler ve başhekimin görev sınırları belirttiğimiz gibi net olarak çizilmiştir. Başhekim hastanenin tıbbi hizmetlerinin yönetiminden sorumlu olacak, hastane işletmesi ise teknik müdürler tarafından sağlanacaktır. Böylece doktorlarımız asli işlerine odaklanırken müessesenin işletilmesi bu sahada uzmanlaşmış profesyonel yöneticilerce gerçekleştirilecektir.



3- Yabancı doktor konusu, hekim camiasında ve kamuoyunda yoğun bir şekilde yer aldı. Birçok hekim bu konunun yabancı yatırımcıların açacakları hastanelerde kendi hekimleriyle çalışmak istediklerinden dolayı gündeme getirildiğine inanmaktadır. Konunun detaylarını bizimle paylaşabilir misiniz? Bununla birlikte Türkiye’de eğitim gören yabancı uyruklu tıp öğrencilerinin ülkemizde çalışmalarını konusunda düşünceleriniz nelerdir ?

Bu konu kamuoyunda hak ettiği şekilde yer almadı maalesef. Bütün ülkeler yetişmiş beyin göçünün kendilerine yönelmesini teşvik ederken, biz bunu yasaklayan bir ülkeyiz. Hatta kendi

yetiştirdiğimiz beyinlerin dış ülkelere kaçmasını teşvik eder durumdayız. Küreselleşen dünyada gözlerimizi kapayarak daha ne kadar yol alabiliriz?

Yapmak istediğimiz 1219 sayılı kanundaki Türk olma şartını kaldırarak, Türk uyruklu olmayan hekimlerin özel sektörde çalışabilmelerine imkan vermektir. Bunu yaparken, yurt dışında eğitim görenlerin diploma denkliklerinin verilmesi konusunda YÖK'ün yetkileri korunmaktadır. Ancak Bizim ülkemizdeki eğitim kurumlarımızdan mezun ve çoğu Türk soylu olan yüzlerce doktorumuzun Türk vatandaşlığına geçinceye kadar işsiz durduğu veya kaçak çalıştığı da bir gerçek. Hekim azlığının sağlık problemlerimizin birinci sırasını işgal ettiği bir ortamda bu durumu izah etmek mümkün mü?

Bu düzenleme yapılırsa, yurt dışına eğitim için gitmiş ve çeşitli nedenlerle T.C. vatandaşlığından çıkarak o ülke vatandaşlığına geçmiş doktorların tekrar yurda dönmesi, yani sınırlı bir tersine beyin göçü sağlanabilir. Türkiye'de Tıp Fakültelerinden mezun olmuş veya Türkiye'de ihtisas yapmış olan çoğu Türk soylu, Türk Cumhuriyetler, İran, Irak, Filistin, Kıbrıs ve Batı Trakya başta olmak üzere çeşitli ülke vatandaşları olan doktorların eğitimlerinin tamamlanmasından sonra Türkiye'de kalmaları kolaylaşır. Bunların vatandaşlık elde edinceye kadar yasa dışı bir şekilde özel poliklinik veya hastanelerde nöbet tutarak hayatını kazanmaya çalışması son bulur ve yasal çerçeveye kazanır. Yabancı sermaye sahiplerinin Türkiye'de sağlık yatırımları yapmaları halinde, yurt içinden ve daha çok

yurt dışından hastaları çekebilmek için buralarda iyi yetişmiş yabancı doktorları da çalıştırmalarına fırsat verilmiş olur.

Son olarak geçtiğimiz 4,5 yıl içerisinde gelişmiş ülke standartlarını yakalama yolunda başlatılan projeleri yeterli görüyor musunuz? Bundan sonrası için sağlık bakanlığı için ortaya konan hedefler, stratejiler ve gelecek vizyonu hakkında bizlere kısaca bilgi verebilir misiniz ?

Son 4,5 yılda çok yol kat ettik. Atılan adımlara ve kat edilen yollara toplum olarak hepimiz şahit olduk, sonuçlarını hissettik.

Sağlık hizmetlerinin sonu olmayan bir maraton koşusu gibi olduğunu söylemeliyim. Bu yüzden daha yapılacak çok işimizin var olduğunu biliyoruz. İzinizle sadece birkaç örnek vereyim: Bakanlığın Sağlıkta Dönüşüm Programı doğrultusunda yeniden yapılanmasını sağlanacaktır; bu amaçla yeni teşkilat yasası hazırlanmaktadır. Böylece bakanlık politika belirleme, standart koyma ve denetleme kapasitesini geliştirecek ve koruyucu sağlık hizmetleri öncelikli olmak üzere sağlığın geliştirilmesine odaklanacak bir yapıya kavuşacaktır.

Özerk kamu hastane birliklerinin oluşturulması için yasal alt yapının tamamlanması sağlanacak ve hastanelerimiz sürekli kalite denetimi altında yerinden yönetilen dinamik kurumlar haline getirilecektir.

Sağlık kampüsleri oluşturularak, vatandaşın ihtiyacı olan hizmeti almadan

gönderilmesi engellenecektir. Ayrıca bu yöntem ile sahanın ihtiyaç duyduğu özelliklere sahip personelin eğitimi sağlanacak, bölge sağlık kampüsleri ile de kişilerin en yakın yerde hizmet alması sağlanacaktır.

Yeterli sayıda ve kalitede sağlık personelinin yetiştirilmesi sağlanacaktır.

Pilot uygulamaları başarıyla yürütülen aile hekimliği projesi yaygınlaştırılacak ve birinci basamak sağlık hizmetleri ülke genelinde güçlendirilecektir..

Koruyucu hekimlikte önemli yer tutan ağız ve diş sağlığı hizmetlerini bütün topluma yaygınlaştıracak aile hekimliği uygulaması hayata geçirilecektir. Bu güne kadar kapsamlı çalışmaları yürütülen ve yasal alt yapı hazırlıkları yapmakta olan İlaç ve Eczacılık Kurumu'nun kurulması tamamlanacaktır.

Sağlık bilgi sistemi pilot uygulamasına başlanacak ve elektronik hasta kayıtlarının tutulmasına fırsat oluşturulacaktır. Teletıp projeleri tamamlanacak ve uzak noktalara kaliteli sağlık hizmeti verilmesi sağlanmış olacaktır.

Genel Sağlık Sigortasının başlatılması ile sigortalı, memur veya yeşil kartlı ayırımı sona erecek olup, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri devlet tarafından ödenerek sosyal devlet anlayışı uygulama ile pekiştirilecektir.

Başta yaşlı ve yürüme zorluğu olan kimselere yönelik olmak üzere "Evde bakım" sağlık hizmetleri geliştirilecektir.

Birol AYDEMİR

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı

Sağlıkta Devrim ve Sağlıkta “Tek Çatı” Dönemi



Birol AYDEMİR
T.C. Sosyal Güvenlik
Kurumu Başkanı

Sosyal Güvenlik Reformu çalışmalarının sonucu olarak 5502 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuş, Emekli Sandığı, Bağ-kur ve SSK tek çatı altında birleştirilmiştir. Böylelikle sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda bir sosyal güvenlik hizmetinin vatandaşlarımıza ulaştırılması amaçlanmıştır.

1-) “Sağlıkta Tek Çatı Dönemi” hedefi doğrultusunda gerçekleştirilen reform ve çalışmalar sonrası, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kuruluş süreci hakkında bize bilgi verebilir misiniz?

Sosyal Güvenlik Reformu çalışmalarının sonucu olarak 5502 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuş, Emekli Sandığı, Bağ-kur ve SSK tek çatı altında birleştirilmiştir. Böylelikle sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda bir sosyal güvenlik hizmetinin vatandaşlarımıza ulaştırılması amaçlanmıştır.

Kanunla kurumumuza verilen görevler arasında; Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak yer almaktadır. Yine bu kanunla Kurumumuza

bağlı birimler arasında yer alan, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne görevleri arasında; Genel sağlık sigortalılar ile hak sahiplerinin hastalıklardan korunması amacıyla, ilgili kamu idare-

“

Kurum olarak başlıca görevlerimiz arasında, gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak yer almaktadır.

”

leriyle kişisel koruyucu sağlık hizmetleri politikalarının tespitine ve etkin bir şekilde uygulanmasına katkı sağlamak yer almaktadır. İşte bu görevlerin yerine getirilebilmesi, sosyal devlet olmanın

gereği, fırsat eşitliği sağlama ilkeleri doğrultusunda tüm vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden eşit olarak faydalanabilmesi için, Sağlık Uygulama Tebliği, resmi gazetede yayımlanarak 15 Haziran 2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

2-) Yayınlanan bu Sağlık Uygulama Tebliği ne tür yenilikler getirmektedir?

Sağlık Uygulama Tebliğinin yayınlanması ile; sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur’lu vatandaşlarımızın, sağlık kurum ve kuruluşlarından eşit şartlarda faydalanması, tedavilerine ait ücretler ve tedavi yardımlarının standartlaştırılmasına ilişkin esas ve usullerinin belirlenmesi ve uygulaması amaçlanmıştır. Ayrıca, bu tebliğ ile sağlık hizmetlerinde uygulama birliği sağlanmış, Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında olan sigortalı, emekli ve bunların bak-

makla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmetlerinden eşit oranda faydalanma imkanı sağlamıştır.

Tebliğ, birçok yeniliği de beraberinde getirmiştir. Sağlık Hizmet sunucuları ve kurumumuz arasında yıllardır sorun olan fatura inceleme sistemi gözden geçirilerek; fatura ve eki belgelerin incelenmesi için örnekleme yöntemi benimsenmiştir.

Bu sistemle Sağlık kuruluşları tarafından fatura ekinde bulunan ve her branş için ayrı düzenlenen listelerdeki hasta sayısı; ayakta tedaviler için %5, yatarak tedaviler için ise %10 olmak üzere basit rasgele örnekleme yöntemiyle bilgi işlem sistemleri aracılığıyla veya manuel olarak örneklenecektir. Örnekleme sonucu tespit edilen listedeki sıra numaraları tutanak altına alınacaktır. Örnekleme sayısı 10 (on) adet in altında çıkması durumunda, bu branştan en az 10 (on) hastaya ait hizmet detay belgesi ve bunlara ait fatura eki belgeleri incelenecektir.

Kurumla sözleşmesi bulunan sağlık hizmet sunucuları, örnekleme yöntemini kabul edip etmediklerini en geç genelgenin yayım tarihinden sonraki ilk fatura tesliminde yazılı olarak Kurumun ilgili birimine bildirmekle yükümlüdürler. Bildirimde bulunmayan sağlık kuruluşlarının faturaları teslim alınmayacaktır. Kurumla sözleşmesi bulunmayan sağlık hizmet sunucuları ise örnekleme yöntemini kabul edip etmediklerini sözleşme yaparken Kuruma bildireceklerdir.

Sağlık hizmet sunucularının, örnekleme yönteminden vazgeçmek istemeleri halinde bu taleplerini her yılın Aralık ayı içinde Kuruma yazılı olarak bildirirler. Bu durumda takip eden yılın ilk günün-



den itibaren vermiş oldukları sağlık hizmetlerine ilişkin fatura ve eki belgelerin tamamı incelenecektir.

Örnekleme yöntemini kabul etmediğini daha önce Kuruma bildiren sağlık hizmet sunucuları, bu yöntemden vazgeçmek isterlerse, Kuruma yazılı olarak başvuracaklardır. Bu durumda Kurum kayıt tarihini takip eden aybaşımdan itibaren, düzenlenecek faturalar ve ekleri örnekleme yöntemi ile incelenecektir. Ancak Kurum bu talebi uygun bulmadığı takdirde sağlık hizmet sunucusunu bilgilendirecektir. Örnekleme yöntemini kabul etmeyen sağlık hizmet sunucularının bütün faturaları ve eki belgeleri incelemeye tabi tutulacaktır.

Sağlık Uygulama Tebliği ile Fatura incelemenin usul ve esasları belirlenmiş, ilgili tarafların da dahil olduğu İtiraz inceleme ve değerlendirme komisyonları oluşturulmuştur. Kuruma teslim edilen faturalar teslim edildiği ayın 15 inci gününden

itibaren 45 gün içinde, Kurumumuzca; usul ve esaslara göre incelenerek ödemeye hazır hale getirilecektir. Muhasebe birimince fatura ekinde teslim alınan, yatan hastalara kullanılmış toplam ilaç ve malzeme tutarı, fatura teslim tarihinden itibaren 15 gün içerisinde sağlık kurumunun banka hesap numarasına ödenecektir. Fatura incelemesinin 45 gün içerisinde tamamlanamaması durumunda ise Kurumca belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda sağlık kurum ve kuruluşlarına fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmı için avans veya kredi ödemesi yapılacaktır. Fatura bedellerinin zamanında ödenmesi için Ödeme Genelgesi ile ödeme usul ve esasları belirlenmiştir.

Sağlık Uygulama Tebliği usul ve esaslarına göre Kurumumuzla sözleşme ya da protokol imzalayan resmi ve özel sağlık kuruluşları MEDULA sistemi ile takip edilecek, bu sayede ilk kez SAĞLIK BİLGİ BANKASI oluşturulmuş olacaktır.



SİGORTALI SAYISI SIRALAMASINDA İLK ON İLİMİZ

SİGORTALI SAYILARI (Kişi)					
BAĞ-KUR			SSK		
Sıra No:	İl	2006	Sıra No:	İl	2006
1	İSTANBUL	441,577	1	İSTANBUL	2,343,566
2	ANKARA	200,979	2	ANKARA	658,337
3	İZMİR	153,111	3	İZMİR	555,029
4	ANTALYA	144,702	4	BURSA	410,372
5	KONYA	119,765	5	ANTALYA	309,269
6	BURSA	117,185	6	KOCAELİ	260,481
7	İÇEL	100,266	7	ADANA	159,292
8	MANİSA	90,311	8	TEKİRDAĞ	148,436
9	HATAY	84,283	9	KONYA	150,075
10	SAMSUN	84,071	10	DENİZLİ	135,288
TOPLAM İÇİNDEKİ ORANI (%)		45.5	TOPLAM İÇİNDEKİ ORANI (%)		65.8

3-) MEDULA sisteminden bahsedebilir miyiz? Genel olarak sistem neleri amaçlamaktadır?

MEDULA ile sağlık hizmeti kullanımına ilişkin bilginin elektronik ortama alınmasıyla, kişilerin sağlık hizmetinden en iyi şekilde yararlanması ve sağlık kurum ve kuruluşlarının bütün süreçlerde kaliteli veri üretebilmesi, yapılacak ödeme işlemlerinde hız ve doğruluk amaçlanmaktadır. Verilerin izlenmesi ve değerlendirilmesi sayesinde analizler yapılabilecek, geleceğe dönük tahminlerin daha sağlıklı olması politika ve stratejilerin daha rasyonel belirlenmesi mümkün olacaktır. Sağlık Kuruluşları, tebliğın yürürlük tarihinden sonraki en geç bir ay içinde MEDULA sistemine hazır hale

gelmek zorundadırlar. Kurumuzca; "hak sahipliği ve sözleşme doğrulama" işlemini MEDULA sistemi üzerinden gerçekleştirmeyen sağlık tesislerine ait fatura bedelleri 15 Temmuz 2007 tarihinden itibaren ödenmeyecektir.

01/09/2007 tarihinden itibaren, sağlık tesislerince müstahaklık sorgulaması yanında, sevk ve reçete bildirimini, ödeme sorgulama ve fatura sorgulama işlemlerinin MEDULA sistemi üzerinden gerçekleştirilmesi zorunluluğu getirilmiştir. 01/09/2007 tarihinden itibaren, basılı fatura yanında elektronik fatura düzenlenecek, bir süre sonra basılı fatura uygulaması sona erecek olup, sadece elektronik fatura kabul edilecektir. Kurumun sağlık yardımlarının karşılan-

ması için Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel sağlık tesisleriyle sözleşmeler, protokoller imzalanmıştır. Bütün üniversite hastanelerimiz, Kurumuzla protokol yapmış; başta özel tıp merkezleri olmak üzere, diğer sağlık hizmet sunucuları da Kurumumuzun ilgili birimlerine müracaat ederek, sözleşme ve protokol imzalamışlardır. Kurumumuzca sistemin doğru ve etkin bir biçimde işlenmesi için gerekli tüm tedbirler alınmıştır.

Kurumla sözleşme-protokol yapan tüm sağlık tesisleri Kurumuzun web sayfasında duyurulmuştur. Kurumumuzun sağlık yardımlarından yararlandırılan kişiler bu sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebileceklerdir.

SGK SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ İLE GETİRİLEN YENİLİKLER

1. Üniversite hastanelerine müracaat.

Daha nce, Emekli Sandığı mensupları, niversite hastanelerine doğrudan müracaat edebiliyorlardı.

SSK'lıların niversite hastanelerine gidebilmesi için devlet hastanelerinden sevk almaları gerekiyordu. Bağ-Kur'lular niversite hastanelerine gittiklerinde tedavi giderlerini kendileri ödeyip daha sonra fatura bedelini Bağ-Kur il müdürlüğünden talep ediyorlardı.

Yeni uygulama ile Emekli Sandığı mensupları gibi SSK'lılar ve Bağ-Kur'lular da Kurumla sözleşmeli niversite hastanelerine doğrudan gidebilecekler ve tedavi giderleri Kurumca bu sağlık tesislerine ödenecektir.

2. Özel sağlık tesislerine müracaat.

SSK mensupları Kurumumuz ile sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebiliyorlardı. Bağ-Kur mensupları sadece yatarak tedavilerde sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebiliyorlardı.

Emekli Sandığı mensupları ise, birinci basamak sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan, ikinci basamak özel sağlık tesislerine sevk ile müracaat edebiliyorlardı.

Yeni uygulama ile Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında olan sigortalı, emekli ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler ayaktan ve yatarak tedavilerde kurumumuzla sözleşmeli özel sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebileceklerdir.

3. Yatan hastalarda ilaç ve malzeme temini

Yatan hastalara kullanılacak ilaç ve malzemelerin büyük bir kısmının kamu hastanelerince temini zorunlu değildi. Gerektiğinde reçeteye yazılıyor ve hastalar veya yakınları tarafından dışardan temin ediliyordu.

Yeni uygulama ile Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra yatan hastalara kullanılacak ilaç ve malzemelerin hastanelerce temin edilmesi zorunluluğu getirildi. Böylece hastalar ve yakınlarının ilaç ve malzeme temininde yaşadıkları sıkıntılar nlenmi oldu.

4. Tıbbi malzemenin hasta tarafından alınması

Yatan hastalarda kamu hastaneleri tarafından temin edilmesi zorunlu olan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda, olabilecek fiyat farkı hasta tarafından ödeniyordu.

Yeni uygulama ile Tebliğin yürürlük tarihinden itibaren 120 gün sonra yatan hastalarda hastaneler tarafından temin edilmesi zorunlu olan tıbbi malzemelerin hastaya aldırılması durumunda fatura tutarı üzerinden hastaya ödeme yapılarak hasta mağduriyeti nlenmi olacaktır.

5. Sürekli kullanılan raporlu ilaçların reçetesiz eczaneden alınması

Raporlu ilaçlar, üç ayda bir hastaneye gidilerek reçete yazdırmak suretiyle alınıyordu.

Yeni uygulama ile tansiyon, eker hastalığı, kolesterol v.b. gibi uzun süre ilaç kullanılmasını gerektiren hastalıklar-

da rapor ve sadece bir kez reçete düzenlenmesi yetecektir. Bu şekilde hastalar, iki yıl boyunca ilaçlarını her seferinde reçete yazdırmadan doğrudan eczaneye giderek üçer aylık miktarlarda alabileceklerdir.

6. Raporlu ilaçların bitmeden temin edilmesi

Raporlu ilaçların yeniden alınabilmesi için hastanın daha önce almış olduğu ilaçların bitmiş olması gerekiyordu.

Yeni uygulama ile hastanın daha önce almış olduğu raporlu ilaçları bitmeden, 7 gün öncesinde de alabilmelerine imkan verildi. Böylece farklı zamanlarda biten ilaçlar için ayrı ayrı reçete yazdırmaya ve eczaneye gitmeye gerek olmayacaktır.

7. Ambulans cretleri

SSK, belediye/büyükşehir belediyesi mücavir alan dışına ambulans ile gönderilme ücretini ödüyordu.

Bağ-Kur ambulans ücretlerini denmiyordu.

Emekli Sandığı ise ambulans ücretlerini demekteydi.

Yeni uygulama ile ehir içi ve şehirler arası ambulans bedelleri ödenecektir.

8. Dış Tedavileri

SSK devlet hastanelerinde ve niversite hastanelerinde yaptırılan dış tedavilerinin bedellerini ödüyordu. Sadece protez için özele sevk yapılıbiliyordu.

Yeni uygulama ile SSK'lılar da Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları gibi, tüm dış tedavileri için devlet hastaneleri ve sözleşmeli niversite hastanelerinden sevk olarak özel muayenehanelere ve özel sağlık tesislerine gidebileceklerdir.



Özürlü vatandaşlarımız ise özel muayenehanelere ve özel sağlık tesislerine doğrudan gidebileceklerdir.

9. Özel Diyaliz Merkezinde Tedavi Gören Hastalar

Özel diyaliz merkezinde sadece diyaliz tedavisine ilişkin ilaçlar yazılabiliyordu. Yeni uygulama ile hastaya kullanılması gerekli görülen tüm ilaçlar diyaliz merkezindeki ilgili hekimce yazılabilecektir. Bu sayede hastaların diyaliz dışında kullanmaları gereken ilaçları için ayrıca sağlık tesislerine gitmelerine gerek kalmayacak ve hasta mağduriyeti önlenecektir.

10. Motorlu Malul Arabası Temini

Sadece SSK'da aktif sigortalılara ödeniyordu. Yeni uygulama ile tüm SSK'lılar Bağ-Kur'lular ve Emekli Sandığı mensuplarına ödenecektir.

11. Sünnet

Sadece hemofili gibi hastalığı bulunanlara sağlık kurulu raporu çıkartılarak sünnet yapılması halinde ödeniyordu.

Yeni uygulama ile sözleşmeli sağlık tesislerinde yapılan sünnet giderleri sağlık kurulu raporuna gerek olmaksızın ödenecektir.

12. Sağlık Tesislerinde Yapılamayan Tetkik/Tabliller

Sağlık tesislerinde yapılamayan tetkik ve tabliller için hastalar özel merkezlere sevk ediliyordu. SSK'lılar sadece sözleşmeli merkezlere gitmek zorundaydılar. Bağ-Kur'lular ise özel merkezlere gittiklerinde tetkik veya tahlil bedellerini kendileri ödeyip daha sonra il müdürlüğünden talep ediyorlardı. Bu şekilde oluşabilecek fark ücreti hasta tarafından karşılanıyordu. Yeni uygulama ile Tebliğin yürürlük tarihinden

itibaren 120 gün sonra, sağlık tesisleri tarafından tetkik ve tahlil için dışarı sevk yapılmayacaktır. Hastaneler özel merkezlerden hizmet olarak tüm tetkik ve tahlilleri yapacaklardır.

Sağlık Uygulama Tebliğinin 15 Haziran da yürürlüğe girmesi bu alanda reform niteliği taşımaktadır. Sağlık Sistemi bu tebliğ ile düzene girecek, sistemin kendi kendini denetlemesi gerçekleşmiş olacaktır.

Bugüne kadar yapılan uygulamada, hem vatandaşlarımız hem de sağlık kuruluşları memnuniyetlerini dile getirmişlerdir. Artık tüm vatandaşlarımız kurumumuzla sözleşme yapan sağlık kuruluşlarında belirsizlik yaşamayacak, sürprizlerle karşılaşmayacaklardır. Sağlık Uygulama Tebliği'nin süreli maddeleri de yürürlüğe girdiğinde bu alandaki iyileştirmeleri vatandaşlarımız daha yakından hissedeceklerdir.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Sağlık Bakanlığı
Müsteşar Yardımcısı

“Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Yürütülen Hizmetler”



Prof. Dr.
Sabahattin AYDIN
Sağlık Bakanlığı
Müsteşar Yardımcısı

Sağlıkta dönüşüm programı, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları ölçüsünde alacakları bir sosyal sigorta modeli öngörmektedir.

A- SAĞLIK POLİTİKALARIMIZIN PANORAMASI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık kısaca, fiziksel ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali diye tanımlanmaktadır. Öyle ise, bedensel ve ruhsal tam bir iyilik hali içinde olan bir kimsenin sahip olduğu sağlığını koruması ve bu sağlığını yitirmesi halinde ona tekrar kavuşması için harcanan bütün çabaları sağlık hizmeti çerçevesinde değerlendirebiliriz. Sağlık deyince, şüphesiz ilk aklımıza gelen beden ve ruh sağlığıdır. Bütüncül bir kavram olarak ruh ve beden sağlığını kucaklayan insan sağlığı, sağlık hizmeti talebinin en öncelikli sırasını işgal eder. Ancak iyilik halinin oluşmasında rol alan diğer birçok dinamik de bu hizmetin tamamlayıcıları olarak görülmek zorundadır.

Organizmanın sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi için iç dinamikleri kadar

dış dinamikler de önemli rol oynar. Bu açıdan, beden sağlığı kadar çevre sağlığı da önemlidir. Bu alanda kentsel tasarımdan, imar durumuna, alt yapı inşasından solunan havanın temizliğine, ulaşımdan barınmaya, her türlü gıda ve su güvenliğine ve gittikçe endüstrileşen dünyamızda her türlü üretim denetimine kadar birçok hizmet alanı mevcuttur.

“
Sağlık hizmeti adeta sonu olmayan bir maraton koşusu gibidir. Sağlık hizmetleri geliştikçe, daha fazla bebeğin ve daha fazla annenin yaşaması sağlanacak, insanlarımız daha uzun ömürlü olacaktır. Bu da, doğal olarak yeni sağlık hizmeti ihtiyacı doğuracaktır.
”

Yani sağlık hizmetlerinden sorumlu olanlar sadece sağlık sektörü ile sınırlı kalmamaktadır. Farklı sektörler bir yana, sağlığını korumak üzere yaşama tarzını belirleyen her birey bile kendine olduğu kadar ülkenin sağlık sistemine de hizmet etmektedir.

Sağlık hizmeti adeta sonu olmayan bir maraton koşusu gibidir. Sağlık hizmetleri geliştikçe, daha fazla bebeğin ve daha fazla annenin yaşaması sağlanacak, insanlarımız daha uzun ömürlü olacaktır. Bu da, doğal olarak yeni sağlık hizmeti ihtiyacı doğuracaktır. Erken doğan ve düşük doğum ağırlıklı bebekler kurtulacak, birçok özürünün hayatını idame ettirmesine fırsat verilecek ve daha fazla sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıkacaktır. Başarılı sağlık hizmeti sonucunda ömürlerimiz uzadıkça daha fazla kronik hastalıklarla muzdarip yaşlı bir nüfus ortaya çıkacak ve daha fazla maliyet ve emek

gerektiren hizmet ihtiyacı doğacaktır. Hızla gelişen teknoloji, ilaç endüstrisi, tanı ve tedavi araçları, sağlığımızı daha fazla iyileştirirken sağlık hizmetinin yükünü de, kaynak ihtiyacını da o oranda artırmaktadır. Bütün bu hususları birlikte değerlendirirsek, dünyada sağlık sorununu tamamen çözmüş, sağlık hizmetlerinde eksiksiz bir noktaya ulaşmış bir ülkeden söz etmemiz mümkün olamaz.

Olaya Türkiye özelinde baktığımızda, sağlık personelinin vasfı, sunulan hizmetin düzeyi ve yaygınlığı açısından ülkemiz birçok Avrupa ülkesi ile boy ölçüşebilecek durumdadır. Hatta bazı hususlarda daha iyi durumda olduğumuzu iddia etmek yanlış olmayacaktır. Bütün olumsuzluklarına rağmen, birinci basamak sağlık hizmetleri ile dünyanın birçok ülkesinden çok önce tanışmış bir ülkeyiz. Ülkemizin her tarafında yaygın özel ve kamu sağlık kuruluşlarımız vardır. Günümüzde birlik kuyruklar olsa da, kronik hastalıkların tedavileri bakımından Avrupa ülkelerinin çoğunda olduğu gibi bekleme listeleri bizde yoktur. Ancak ne var ki, sağlık göstergelerimizde hızlı bir şekilde iyileşmeler olsa da, hâla batılı komşularımızın gerisinde kaldığımızı itiraf etmek zorundayız. Gerek koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı ve etkinliği, gerek tedavi kurumlarımızın kaliteli hizmet sunabilmesi açısından tartışmamız ve yol almamız gereken mesafeler olduğunu unutmamalıyız.

Sağlık hizmetini sunanlar kadar bu hizmeti talep edenlerin beklenti ve bilinç düzeyleri, eğitimleri, sosyoekonomik düzeyi, kültür ve yaşama alışkanlıkları da sağlık hizmetinin belirleyicileri olmaktadır. Sağlıklı barınak, güvenli ulaşım, temiz çevre, dengeli beslenme sağlık hizmetinin tamamlayıcılarıdır. Sağlık hizmetini talep edenlere kaliteli bir şekilde

hizmet verecek sağlık personelinin sayı ve nitelik bakımından yeterli olması gerektiğini söylemeye bile gerek duymuyorum. Ülkemizde haklı olarak nitelik sorgulaması zaman zaman yapılsa da, daha belirgin olarak öne çıkan sorunumuz, sağlık personelinin sayıca yetersiz olmasıdır. Dolayısıyla yüksek motivasyonla çalışabilecek, iyi eğitim almış, bilgili, deneyimli ve yeterli sayıda sağlık insan gücüne ihtiyacımız vardır. Nüfusumuza oranla birçok ülkeden daha az sayıda sağlık personelinin fedakârca çalışmaları sayesinde sağlık hizmetleri yürütülebilmektedir. Ülke coğrafyasının sosyoekonomik gelişmişlik bakımından büyük farklılıklar göstermesi, sağlık personelinin dağılımında da aynı derecede etkili olmaktadır. Bu kısır döngünün kırılması tek başın sağlık sektörünün çabası ve sağlık sisteminin araçları ile mümkün görünmemektedir.

Sağlık sisteminde yaşaya geldiğimiz sorunların tüm sağlık sektörünü ve toplumun sağlık düzeyini olumsuz yönde etkilediğini hepimiz yaşıyor ve biliyoruz. Türk sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, sağlık sisteminde hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda



köklü değişikliklere gidilmesini gerektirmiştir. Ancak bu arayışın sadece ülkemizle sınırlı olmadığını bilmek gerekir. Sağlık hizmetleri sunumu konusunda birçok ülkenin reform çalışmaları içinde olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, sağlık alt yapısı ve örgütlenmenin düzenlenmesine yönelik çalışmalar, sağlık politikalarında önemli değişimleri beraberinde getirmektedir.



Bu sağlık politikalarının da küresel eğilimlerden etkilenmediğini ileri sürmek gerçekçi olmaz. Ancak Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sistemleri ile ilgili birçok öncelikler öne sürse de, her ülkenin kendi şartları doğrultusunda bir sistem oluşturmasını önermektedir. Cumhuriyet tarihi boyunca ülkemizde uygulanan sağlık politikaları bazı önemli temel değişimler geçirmiştir. Sağlık politika tarihini gözden geçirdiğimizde, bu değişimlerin köşe taşlarını Dr. Refik Saydam döneminde (1923), Dr. Behçet Uz döneminde (1946) ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde (1963) görebiliriz. Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003) bu dönüm noktalarındaki son halkayı oluşturmaktadır.

Genç Türkiye Cumhuriyeti kuruluşundan itibaren, bütün kurumları ile devlet örgütlenmesi ve hizmet politikalarının oluşturulmasında daha çok batıya dönük bir yol izlemiştir. Ne var ki bu süreçte, belki dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalamayarak, sağlık politikaları temel tercih değişiklikleri göstermiştir. Cumhuriyetin ilanından hemen sonra Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 1937 yılına kadar süren bakanlığı süresince, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde ve gelişmesinde büyük katkılar sağlamıştır. Bu dönemde öne çıkan politikalar uzun dönem sağlık hayatımıza yön vermiştir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve yönetiminin tek elden yürütülmesi anlayışı kabul edilmiştir. Koruyucu hekimlik merkezi devletin, tedavi edici hekimlik ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olmak üzere örgütlenmeye gidilmiştir. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları ile "dikey örgütlenme" modeli öne çıkmıştır. Yapılan düzenlemelerle koruyucu hekimlik kav-

ramı getirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiştir. Hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır. İllere örnek hastaneler olmak üzere Numune Hastaneleri açılmıştır.

1946 yılında Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz tarafından Milli Sağlık Politikası çalışmaları yapılmıştır. Nüfusa düşen yatak sayısının artırılması benimsenmiştir. Nüfus esaslı entegre sağlık hiz-

“

Geçtiğimiz son iki dekat sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulmasını öngören sağlık reformu çalışmalarına şahit olmuşsa da, bunların hayata geçirilmesi mümkün olamamıştır.

”

meti vermek üzere sağlık merkezleri kurulmuş, hastanecilik hizmetleri yerel yönetimlerden alınarak Sağlık Bakanlığı'na verilmiş, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir arada verilmesini hedeflemiştir. Bu dönemde tıpta uzmanlaşma ön plana çıkmıştır.

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna dayalı olarak sosyalizasyon uygulamaları 1963

yılında başladı, 1983 de ülkenin tümüne yayıldı. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidildi. "Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışı sisteme hâkim oldu. Ancak bu yasada hedeflenen kamu hastanelerinin tek çatı altında toplanması, sağlık personelinin taşrada çalıştırılmasının özendirilmesi, sağlık hizmetleri için ek kaynak oluşturulması gibi hususlar hayata geçirilemedi.

Geçtiğimiz son iki dekat sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren, sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulmasını öngören sağlık reformu çalışmalarına şahit olmuşsa da, bunların hayata geçirilmesi mümkün olamamıştır.

2003-2007 yılları sağlıkta birçok taşın yerinden oynadığı önemli bir dönem olmuştur. 2003 yılı başında sağlıkta dönüşüm programı hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Program, sosyalizasyon başta olmak üzere geçmiş birikimlerimiz ve tecrübelerimizden, son dönemlerde yürütülen sağlık reformu çalışmalarından ve dünyadaki başarılı örneklerden ilham alınarak hazırlanmıştır. Cumhuriyetimizin kuruluşundan günümüze kadar sağlıkta atılan bütün adımlar değerlendirilmiş, daha önce Bakanlık bünyesinde yürütülen proje çalışmaları gözden geçirilmiş ve geçmişin olumlu mirasına sahip çıkmıştır.

Makita[®]

yeni dünya
bizimle güçlenecek



reismakina

www.reismakina.com



MÜSIAD



Sağlıkta dönüşüm programı, aşağıda belirtilen sekiz ana başlık altında toplanmaktadır.

- | | |
|---|--|
| 1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı | 4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek |
| 2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası | motivasyonla çalışan sağlık insan gücü |
| 3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi | 5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları |
| a) Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği | 6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon |
| b) Etkili, kademeli sevk zinciri | 7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma |
| c) İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri | 8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: sağlık bilgi sistemi |

B- SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRÜYOR

Ülkemiz son birkaç yılda, sağlık politikalarındaki değişikliklerin kamuoyunda sıkça tartışıldığı, ortaya konan icraatların hizmet sunanlar kadar hizmet alanlar tarafından belirgin bir şekilde hissedildiği bir sürece tanıklık etmiştir. Sağlık hizmetlerinde dün yakınma konusu olan konular değişmiş, artık kuyruklardan çok hasta memnuniyeti, sağlık hizmetine erişimden çok hasta güvenliği tartışılır olmuştur. İlaç kuyruğunda bekleyen hastaların ıstırapı yerine ilaç harcamalarının miktarı medya gündemine girmiştir. Parasızlıktan rehin kalan hastalar yerine, sosyal güvenliğin kapsamı ve genel sağlık sigortası ana konular olmuştur. Acil hasta nakli sorunu yerine yoğun bakım yatağı talepleri dile getirilir hale gelmiştir. Aşılama oranlarındaki düşüklükler yerine aşı takvimine yeni aşılardan eklenmesi tartışılmış, hatta hayata geçirilmiştir. Sağlık personelimiz dün gelirlerini azlığının sancısını çekerken, bugün gelirlerinin sürekliliğinin kaygısını duymaya başlamıştır.

Sağlık alanında atılan kararlı adımlar, kamu sektöründen özel sektörüne, en yoksulundan en zenginine kadar vatandaşlarımızın hayatında yer bulmuştur. Kısacası sağlıkta dönüşüm programı, bir program olmaktan öte, icraatın adı haline gelmiştir. Bu icraatlara kısa bir göz gezdirmek istiyorum.

1. Sağlık Bakanlığının Yeniden Yapılandırılması

Sağlıkta dönüşüm programı, Sağlık Bakanlığına politikalar geliştiren, standartlar koyan, izleyen ve denetleyen bir konumda, ülkemizin sağlığa ayırdığı kaynakları etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde kullanılmasını sağlayacak, bu yolda yönlendirmeler yapacak bir vizyon sunmak-

tadır. Bu anlayışın bir ürünü olmak üzere, Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşların yerinden yönetim ilkeleri doğrultusunda yapılandırılmasını önermekte ve planlama yapan stratejik bir örgüt yapısına kavuşturulacağını belirtmektedir. Böylece Sağlık Bakanlığı, Anayasada tanımlandığı şekliyle, devletin sağlık sektörünü "tek elden planlama" görevini yerine getirecektir. Programın bu bileşeni, modern kamu yönetimi anlayışının bir yansıması olarak etkili ve katılımcı yönetimi gerçekleştirmeyi hedeflemektedir.

Sağlık Bakanlığını tasarlanan konumuna getirmek üzere başta "Bakanlık Teşkilat Yasa Taslağı" olmak üzere yasal çalışmalar yapılırken, mevcut mevzuat yapısı içinde bir dizi adımlar da atılmıştır. Eczane açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisinin, kontrole tâbi müstahzarların satış ve tüketim hareketlerinin takibinin, sağlık ocağı veya semt polikliniği açılması, vardiya uygulamalarının devamı veya kaldırılması kararları ile il içi personel atamalarının il yönetimlerine devredilmesi, döner sermaye işletmelerinin sağlık hizmeti almasının serbest bırakılması, sağlık çalışanlarının performans göre ödüllendirmesi, döner sermaye ita amiri harcama yetkilerinin yükseltilmesi gibi, yerinden yönetimi teşvik edici bir dizi uygulama hayata geçirilmiştir.

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

2.Yaygın ve Eşit Sağlık Güvencesi: Genel Sağlık Sigortası

Sağlıkta dönüşüm programı, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, vatandaşlarımızın

ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları ölçüsünde alacakları bir sosyal sigorta modeli öngörmektedir.

Genel sağlık sigortasının yasal ve kurumsal alt yapısı oluşturuluncaya kadar mevcut sosyal güvenlik kuruluşları arasında harmonizasyon sağlanmasına yönelik önemli adımlar atılmıştır. 2004 İlaç Fiyat Kararnamesiyle SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, DPT ve Hazine görevlilerinin dahil olduğu geri ödeme komisyonu oluşturulmuştur. Böylece farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının uyguladıkları farklı geri ödeme mekanizmalarını ortadan kaldıracak, ortak bir model ve strateji geliştirecek yapılanma sağlanmıştır.

“

Sağlıkta dönüşüm programı, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları ölçüsünde alacakları bir sosyal sigorta modeli öngörmektedir.

”

Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı ile birlikte bütün sosyal güvenlik kurumlarının katılımı ile kamu personeline üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri tarafından verilen sağlık hizmetinin sunuş biçimi ve fiyatlandırılmasını kapsayan düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. Tıbbi hizmetleri tanımlayan hizmet adlandırmaları yeniden gözden geçirilmiş, uluslararası hizmet adları kod sistemlerinden de yararlanılarak yeni ve detaylı listeler hazırlanmıştır. Böylece ya-

pılan tıbbi hizmetlerin kayıt altına alınmasında bütün kurumlarca ortak bir veri tabanı oluşturulmasında, hizmet faturalarının standart hale getirilmesinde önemli adımlar atılmıştır.

Sağlık hizmet sunucularının hizmet sunum modelleri ve hedef kitleleri arasında birlik sağlanması konusunda radikal değişikliklere gidilmiştir. Kamu sigortacılığı kapsamında olan vatandaşlarımızın özel sağlık kuruluşlarından hizmet almaya fırsat tanınmış ve böylece kamu hastaneleri ile özel hastanelerin hizmet verme tarzı arasında uyum sağlanmaya çalışılmıştır. Diğer taraftan devlet hastaneleri ile SSK hastaneleri arasındaki ayrım-cılığın ortadan kaldırılması, kamu hastane işletim modelleri arasında birlik sağlanmasında çok önemli bir aşamayı oluşturmuştur.

Bütün sosyal güvenlik kuruluşlarınca ortak bir ilaç veri tabanının kullanılması ile aynı standartlara dayalı, tek elden ilaç takibi ve kontrolünün yapılmasına imkân sağlayan alt yapı oluşturulmuştur. Benzer tarzda tek bir sisteme dayalı hak ediş ve hizmet kontrolünü sağlayacak ortak veri tabanları oluşturulmaktadır.

5222 sayılı kanunla, sosyal güvenlik kapsamı dışında kalıp gelir düzeyi düşük olan vatandaşlarımızı kapsayan yeşil kart uygulamasının kapsamı genişletilmiş ve yeşil kart uygulaması adeta bir sağlık sigortası sistemine dönüştürülmüştür. Böylece düşük gelir düzeyindeki vatandaşlarımız da SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı'ndan farksız bir sağlık sigortası güvencesine kavuşmuştur. Sağlık hizmeti sunumu tarafı ile ve bu hizmetin karşılığını ödeyecek sosyal güvenlik kurumları tarafında yapılan harmonizasyon çalışmaları, oluşturulacak genel sağlık sigortasına ortam hazırlayan önemli adımlardır.



5502 sayılı kanunla sosyal güvenlik reformunun ilk adımı atılmış ve bütün sigorta kurumları yeniden yapılandırılarak Sosyal Güvenlik Kurumu adıyla tek çatı altında toplanmıştır. Ardından çıkarılan 5510 sayılı kanunla bütün nüfusun sosyal güvenlik kapsamına alınması bir yana, hak ve yükümlülükler ile sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesini hedeflemiştir. İzleme ve değerlendirme yapabilecek, bilgiye dayalı politika üretebilecek, kamuya ait sağlık hizmeti satın alma gücünün tek elde toplandığı güçlü bir yapı tasarlanmıştır. Ne var ki, Anayasa Mahkemesinin bazı maddelerini iptal ettiği bu kanunun uygulanması 2008 yılı başına ertelenmek zorunda kalmıştır.

3. Temel Sağlık Hizmetlerinde Seferberlik

Sağlıkta dönüşüm programı, temel sağlık hizmetlerinin kurumsal konumunu diğer hizmet düzeyleri üzerinde yetki ve kontrol sahibi olacak bir yapıya kavuşturmayı hedeflemektedir. Genelde toplumu oluşturan bireylerin, özelde ise hastaların ve sağlık çalışanlarının göreceli durumlarını iyileştirmek bu konuda yapılacak dönüşümlerin çıkış noktasını oluşturmaktadır. Görüldüğü gibi program, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel sağlık hizmetlerini esas almaktadır. Bu bakış açısıyla hareket edilerek temel sağlık hizmetleri alanında çok sayıda etkinlik ve proje gerçekleştirilmiş, adeta çok yönlü bir kampanya yürütülmüştür.

Getirilmek istenen düzenlemelere odaklanarak mevcut işleyiş ihmal edilmemiş, yaygın bir şekilde iyileştirme çalışmaları yapılmıştır. Sağlıkta dönüşüm programının en belirgin özelliği, dönüşümü gerçekleştirirken mevcut mirasa sahip çıkmak ve onu olabildiğince ileriye götürmektir.

Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinde seferberlik yapılmış ve 2002 yılında 880 milyon YTL olan koruyucu sağlık hizmetleri bütçesi, 2006 yılında 2 milyar 193 milyon YTL'ye ulaşmıştır.

a) Sağlık Ocakları

Sağlıkta dönüşüm programı, sosyalizasyon politikasının bu ülkeye armağan ettiği sağlık ocağı ağını güçlendirmiş, sağlık ocaklarının fiziksel yapısının iyileştirilmesi için Bakanlık kaynaklarının yanı sıra yerel yönetimler harekete geçirilmiştir. "Her hekime bir oda" ilkesi kampanya haline dönüştürülmüş, halk ile hekimlerimiz arasında bire bir iletişim teşvik edilmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşları döner sermaye ile güçlendirilerek tanı araçları yaygınlaştırılmıştır. Ayrıca bu hizmetlerde çalışan sağlık personeline performansa göre katkı payı verilerek personel desteklenmiştir.

2002 yılında hekimi olan 5055 sağlık ocağımız mevcut iken, 2006 yılı sonunda 5846 sağlık ocağımız faal haldedir. Sağlık ocaklarında "her hekime oda" ilkesiyle muayene oda sayısı 6300 den 15000'e çıkarılmıştır. Böylece son dört yılda sağlık ocaklarına başvuran kişi sayısı % 85 artmasına rağmen, aynı dönemde hekim başına düşen hasta sayısı % 20 azalmış ve bir hastaya ayrılan muayene süresi artmış oldu.

2002 yılında 1572 faal sağlık evimiz mevcut iken 2006 yılı sonunda 4107 sağlık evimiz faal hale gelmiştir. Düzenli ge-

zici sağlık hizmeti verilmesi gereken nüfusa sağlık hizmeti ulaştırma oranını %10'dan %80'e çıkıştır.

b) Acil Sağlık Hizmetleri

Ülkemizde sadece 2003 yılında 422 bin trafik kazası meydana gelmiş, bu kazalarda 2818 vatandaşımız hayatını kaybetmiştir. Görüldüğü gibi acil sağlık hizmetleri üzerinde önemle durulması gereken bir halk sağlığı konusudur. Acil hastalık ve yaralanma hallerinde en kısa sürede bir sağlık ekibiyle birlikte olay yerine ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak ve gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan sağlık yardımını alabileceği bir merkeze ulaştırmak amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin kuruluşunun onuncu yılında ülke genelinde 81 ilimizde Komuta Kontrol Merkezimiz mevcuttur.

Son 4 yılda acil hasta taşıma hizmetleriyle ilgili gücümüz iki kat daha iyileşmiştir. Artık vakaların %75'ine ilk on dakikada ulaşılabilir. 2003 yılı başında 618 olan ambulans sayısı bugün 1468'e ulaşmıştır. 2003 yılı başında 481 olan istasyon sayısı geçen süre içinde 1179'a ulaşmıştır.

112 Acil hizmetlerinden yararlanan kişi sayısı 2002 yılında 350 bin iken, 2006 yılında 900 bin kişiye ulaştı. 2002 yılında kırsalda yaşayan vatandaşlarımızın sadece % 20'si 112 acil hizmetlerinden yararlanıyordu; bugün ise bu oran % 95'i bulmuştur.

Bu dönemde tüm sağlık kuruluşlarına acil başvurularda, sigorta veya ödeme işlemlerinden dolayı beklemeye ve geri çevirmeye son verilmiştir. Sosyal güvencesi olmayan vatandaşlarımızdan ambulans hizmetleri için ücret alınması kaldırılmıştır.

c) Afetlerde Sağlık Organizasyonu ve UMKE

Yurdumuzda, başta deprem olmak üzere yaşanabilecek olası afetlerde görev yapmak üzere iyi eğitilmiş ve ihtiyaca uygun olarak donatılmış gönüllü ekipler aracılığıyla en kısa sürede enkaza yönelik

“

Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle bireyin sağlığı "aile sağlığı" kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşımın başarıyı arttıracığı, bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesinin amaçlandığı, bu sayede doktor ve aile üyelerinin daha yakın ilişkiler kuracağı ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde birinci basamakta görev yapan doktor ve ekibinin önemli rol oynayacağı belirtilmiştir.

”

medikal kurtarma hizmetlerinin sunulması, en hızlı ve güvenli şekilde hasta veya yaralı naklinin sağlanması, nakil sonrasında acil tedavi hizmetinin verilmesi ve bütün bu işler için gerekli pro-

fesyonel yönetim organizasyonunun oluşturulması için Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi (ASOP) başlatılmıştır. Özellikle Türkiye topraklarının % 91'nin, nüfusunun % 95'nin, barajlarının ve sanayi tesislerinin % 92'sinin deprem kuşağında bulunduğu gerçeği, bu alanda uzmanlaşmanın ve hazırlıklı bulunmanın önemini yeterince ortaya koymaktadır.

Proje kapsamında, Bakanlığın kontrolünde bütün illerde oluşturulan "Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri" (UMKE) mensubu 2400 sağlık personelimize özel eğitim verilmiş ve Avrupa'nın en büyük medikal kurtarma ekibi kurulmuştur. Bu süreçte birçok afette bu gönüllü ekiplerimiz başarıyla görev almıştır. Yurt dışında da müdahale yapabilecek standartta yetiştirilen bu ekipler, İran ve Pakistan depremlerinde ve Endonezya depremi ve tsunami faciasında ülke olarak iftihar ettiğimiz düzeyde görevler ifa etmiştir.

d) Kronik Hastalıklarla Mücadele

Kronik hastalıklar ile ilgili, birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarının işbirliğinin artırılması, hastalıktan korunma, erken tanı, uygun tedavi ve hastaların düzenli takiplerini sağlamaya yönelik sistemin yerleştirilmesi ile morbidite ve mortaliteyi azaltarak hayat kalitesinin artırılması amacı ile "Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı"nın başlatılmıştır. Bu kapsamda; "Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı, Hipertansiyon" kitabı ve halkın eğitimine yönelik poster ve broşürler hazırlanarak illere dağıtılmıştır.

Ulusal kalp sağlığı programı, ulusal ruh sağlığı programı ve ulusal diyabet politikasının oluşturulması yolunda önemli gelişmeler kaydedilmiş, bilim adamlarımızla birlikte bu alanda çalışan



sivil toplum örgütleri temsilcilerinin de katılımı ile önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Ülkemizin kanser kontrol programının planlanabilmesinde politika ve strateji geliştirilmesi amacıyla ulusal kanser danışma kurulu oluşturulmuştur. Son dört yılda 49 ilimizde "Kanser Tarama ve Eğitim Merkezi" açılmıştır. Bu merkezlerde ödeme gücü olmayan vatandaşlarımıza tarama hizmetleri ücretsiz verilmektedir.

e) Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele

Bakanlığın bu alanda yoğun bir şekilde yürütmekte olduğu çalışmalar ve sonuçlarından birkaç örnek vermek yeterli olacaktır. Sıtma ile savaşta büyük bir başarı kaydedilmiş 2002 yılında 10 binin üzerinde olan sıtma vaka sayısını, 2006 yılında 786'ya düşürülmüştür. Yurt genelinde 2002 yılında 52 bin olan dizanteri-tifo vaka sayısı ise 2006 yılında 12 bine gerilemiştir. 2004 yılında 5 bin civarında olan şark çıbanı vaka sayısı yapılan etkili çalışmalar sonucunda 1800'lere düşürülmüştür.

2002 yılında bildirilmiş kızamık vakası 7804 iken, kızamık eliminasyon programının bir sonucu olarak 2006 yılında sadece 34 vaka görülmüştür.

Verem hastalığı ile savaşta, kesin teşhis ve mikrop bulaştıran vakaların kayıt altına alınması için yayma (smear)

yöntemiyle tespit büyük önem taşımaktadır. 2007 DSÖ Küresel Tüberküloz Raporu'na göre, 2002 yılında Türkiye için öngörülen veremli hasta sayısının % 62'sine "yayma (+)" yöntemi ile ulaşılmışken, 2005 yılında bu oran % 79 olmuştur. Böylece bu konuda DSÖ'nün ülkeler için asgari hedef olarak belirlediği % 70'in üzerine çıkmıştır.

kısa sürede kontrol altına alınmasını sağladı. Üniversitelerimiz ve eğitim-araştırma hastanelerimizden bilim adamları, ilgili kamu kurum ve kuruluşlarının temsilcileri ile özel sektörden toplam 60 kadar uzman tarafından hazırlanan "Ulusal Grip Salgını Hazırlık Plânı" doğrultusunda hazırlıklar yapılmıştır.

f) Anne ve Çocuk Sağlığı

"Bebek Dostu Hastane" sayısı 2002 de 141 iken 2006 yılında 546'ya ulaşmıştır. Bebeklerimizi ve gebelerimizi kansızlıktan korumak amacıyla gebelere ücretsiz demir desteği verilmeye başlanmıştır. Her yıl 1 milyon gebe bu hizmetten faydalanmaktadır. Bebeklerimizin kemik gelişimini destekleyen D vitaminini de ücretsiz dağıtmaya başlanmıştır.

Yeni doğan bebeklerin hayata sağlıklı başlayabilmelerini sağlamak amacıyla ülke düzeyinde yeni doğan tarama programları hızlandırılmıştır. Fenilketonüri taramasında hedef nüfusun %70'ine ulaşılmıştır. Ayrıca konjenital hipotiroidi taramasına başlanmıştır. 26

Verem hastalığıyla mücadelede "Doğrudan Gözetim Altında Tedavi" uygulamasına 2003 yılında başlanmıştır; artık tüm hastalarımızın tedavisi bu yolla yürütülmektedir.

Kuş gribi ile ilgili olarak iki yıl öncesinde başlayan hazırlıklarımız bu hastalığın zamanında ve uygun müdahale ile

ilimizin hastanelerinin yer aldığı Bakanlığımıza bağlı 39 kurumda, Yeni doğan İşitme Taraması Ünitelerinin kurulması tamamlanmış, işitme taramasına başlanmıştır. Yaklaşık 158 bin bebeğimiz bu taramadan geçirilmiştir.

Doğum yapılan birimlerimizde, yeni doğan resüsitasyonu (canlandırma) ile



İlgili 12 yılda yetiştirilen personelden daha fazlası son 2 yılda yetiştirilmiştir. Programın başlangıcından bu güne 16 bin sağlık personeline eğitim verilmiştir. Artık doğum yapılan tüm birimlerimizde bu eğitimli personel bulunmaktadır.

Hamile takibi ve bebek takibinde henüz arzuladığımız seviyeye gelinemiştir. Bebek ve anne ölümleri özellikle doğu bölgelerinde yüksektir. Riskli gruplarda anne adaylarının doğum öncesi bakım almaları, sağlık kuruluşunda doğum yapmaları ve doğum sonrası dönemde sağlık hizmetlerinden yararlanmaları koşuluyla nakit para yardımı almaları sağlanmış, böylece yoksul kesimlerimizde de bebek ve anne sağlığının geliştirilmesi teşvik edilmiştir.

Yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan tüm annelere ulaşmak amacıyla 2004 yılında "Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek Programı" başlatılmıştır. Bu program ile annelerin hastaneden ayrılmadan kendilerinin ve bebeklerinin sağlıklarını ilgilendiren temel konularda bilgilendirilmeleri amaçlanmaktadır. Bebeklerin doğdukları ilk anlarda, ailelere bebeklerin sağlıklı gelişimine yönelik temel bakım ve sağlık bilgileri verilmekte ve annelere "Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Rehberi" dağıtılmaktadır. Başlangıcından bu güne 2 milyona yakın anneye ulaşılmıştır.

g) Başışıklama Programları

2002 yılında hedef çocuk nüfusunun aşılama oranı yurt genelinde % 78 idi; Şırnak, Hakkari, Diyarbakır illerimizde bu oran % 50'nin bile altına inmişti. 2006 yılında aşılama oranı yakalanmıştır. Geçmişte aşılama oranları en düşük olan illerimizde bile % 80'in üstünde başarı elde edilmiştir.

Yine 2002 yılında aşya ayrılan bütçe 14 milyon YTL iken, 2007 yılında 156 milyon YTL 'ye ulaşmıştır. Daha önce aşılama programında mevcut olmayan kızamıkçık, kabakulak ve menenjit (MMR) aşları standart aşılama takvimine dâhil edilmiştir.

Kızamık hastalığını ortadan kaldırmak için 2003 ve 2004 yıllarını kapsayan büyük bir aşı kampanyasını yaparak 18217000 çocuğumuz aşılanmıştır.



Sağlıkta dönüşüm programının bu önemli hedefini gerçekleştirmek üzere yoğun bir çalışma yürütülmüştür. Meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile Aile Hekimliği Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Düzenli ve disiplinli bir çalışma sonucunda aile doktorluğu uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitim müfredatını hazırlamıştır.



Bu kampanyada aşılama oranı % 97 olarak gerçekleşmiştir. Kampanya, Cumhuriyet tarihinin ve Avrupa'nın en büyük hedef nüfusa sahip aşılama çalışmasıdır.

Bu çalışmalarımız kısa sürede meyvesini vermiş ve 2002 yılında yurt genelinde 7804 adet kızamık vakası görülmüşken, bu rakam 2006 yılında sadece 34 vakaya düşmüştür. Kamuoyunu meşgul eden SSPE vakaları, öncelikle geçmiş yıllarda kızamık hastalığının çok görülmesinin bir sonucudur. Bu da söz konusu yıllarda kızamık aşısı oranlarının düşük olmasından kaynaklanmaktadır

b) Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı

Ülkemizde cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi amacıyla Bakanlığımızın yürütmekte olduğu çalışmalara doğrudan destek sağlamak ve sivil toplum kuruluşlarıyla olan işbirliğinin güçlendirilmesini sağlamak amacıyla, Avrupa Birliği işbirliğinde Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı yürütülmektedir. 2002 yılında Bakanlığımıza bağlı sağlık kuruluşlarından üreme sağlığı hizmeti alan çift sayısı 3260000 iken, 2006 yılında bu sayı 4610000'i bulmuştur.

Sağlık Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri arasında, üreme sağlığı ve aile planlamasında erkeklere yönelik eğitim çalışmaları konusunda işbirliği başlatılmıştır. Bu kapsamda er ve erbaşlara yönelik Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Danışmanlık Eğitimlerini yapmak üzere Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesinde 3150 askeri sağlık personeline eğitici eğitim verilmiştir. Bu eğitilen personel kanalıyla tüm birliklerde üreme sağlığı eğitimlerine başlanmıştır. Nisan 2004'ten bugüne kadar 1 milyondan fazla er ve erbaşa bu eğitim verilmiştir. Vatani hizmetini yapan her gencimizin bu eğitimleri alarak terhis olması hedeflenmektedir. Böylece her yıl, 500 bin genç erkek üreme sağlığı eğitimi almış olarak evine dönecektir.

4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Aile hekimliği

Sağlıkta dönüşüm programı hizmetin merkezine ilke olarak insanı koymaktadır. Bu ilke, sistemin planlamasında ve hizmetin sunumunda hizmetten faydalanacak bireyi, bireyin ihtiyaç, talep ve



beklentilerini esas almayı ifade etmektedir. Sağlığın aile ortamında üretildiği gerçeğinden hareketle bireyin sağlığı "aile sağlığı" kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşımın başarıyı arttıracığı, bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesinin amaçlandığı, bu sayede doktor ve aile üyelerinin daha yakın ilişkiler kuracağı ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde birinci basamakta görev yapan doktor ve ekibinin önemli rol oynayacağı belirtilmiştir.

Programda genel pratisyen, aile doktoru veya aile hekimi aynı anlamda kullanılmaktadır; birinci basamakta hizmet vermek üzere özel eğitim almış hekim-

leri ifade etmektedir. Aile hekimi anne karnındaki bebekten, ailenin en yaşlı bireyine kadar bütün aile fertlerinin sağlığından, kişilerin sağlıkla ilgili sorunlarından ve hastalıklarından sorumludur. Başvuruyu yapan kişinin, her türlü sağlık sorununu ele alır; birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için yapacağı danışmanlık hizmetleriyle diğer uzman hekimlere, ya da dış hekimine hastayı yönlendirerek, koordinatör görevini üstlenir. Dolayısıyla kendisine kayıtlı kişilerin aynı zamanda sağlık danışmanı, bu konuda onlara yol gösteren ve onların haklarını savunan kişi konumundadır.

Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine genellikle yakındır ve kolay ulaşılabilir konumdadır. Hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama

koşullarını, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve sağlık eğitiminin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir.

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da, yukarıda sözü edildiği şekilde temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine ve birinci basamak hizmeti sunan aile hekiminin hastasına sunduğu hizmetin durumuna bağlıdır. Bu açıdan sağlık sisteminin koordinatörü konumundaki aile doktorları aynı zamanda birçok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptirler.



Sağlık harcamalarında israfı önler, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engellerler. Sağlıkta dönüşüm programının bu önemli hedefini gerçekleştirmek üzere yoğun bir çalışma yürütülmüştür. Meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile Aile Hekimliği Danışma Kurulu oluşturulmuştur. Düzenli ve disiplinli bir çalışma sonucunda aile doktorluğu uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitim müfredatını hazırlamıştır. İki dönemli düşünülen eğitimin ilk aşaması kısa süreli uyum eğitimidir. İkinci aşama eğitim, mesleki bilgilerin güncelleştirilmesi ve iyileştirilmesini hedefleyen uzun süreli bir eğitimidir.

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetler dışında kalan temel sağlık hizmetleri tek çatı altında toplanarak, daha etkili ve verimli hizmet sunmak üzere Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturulmuştur. Bu merkezler aile hekimlerine aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi öncelikli hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığının yıllık programına uygun olarak ve ücretsiz lojistik destekte bulunmakta, ayrıca aile hekimlerinin denetimini yürütmektedir. Böylece bir anlamda, aile sağlığı ile toplum sağlığı uygulamaları bütünleştirilmiş ve entegre bir birinci basamak yapılanması sağlanmıştır. Süreç içinde aile sağlığı merkezlerine aile hekimliği uzmanlarının, toplum sağlığı merkezlerinde de halk sağlığı uzmanlarının görev alması planlanmaktadır.

Aile Hekimliği Pilot Uygulama Yasası, Kasım 2004'te TBMM'de kabul edildi. Pilot uygulamaya ilk olarak Düzce ilinde başlandı. Ardından Eskişehir, Gümüşhane, Edirne, Bolu, Adıyaman, Elazığ,

Denizli, Isparta, Samsun ve son olarak İzmir'de uygulamaya geçilerek 10 milyon civarında nüfus aile hekimliği kapsamı içine alınmış oldu.

Erken dönem sonuçları oldukça umut verici olan aile hekimliği uygulaması birinci basamak sağlık hizmetlerinin halkımızın gündeminde yer etmesini sağlamakta, cazip hale getirmekte, böylece

“

Sağlıkta dönüşüm programı sürekli kalite gelişimini hedeflemektedir. Kendimize özgü bir uygulama olan performansa dayalı ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak sisteme kalite boyutu eklenmiş ve Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme mevzuatı yürürlüğe konmuştur. Böylece sağlık hizmetine erişim, alt yapı ve süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir.

”

koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygın verilmesini kolaylaştırmaktadır. Sistemin başarısı hastanelere giden hasta sayısını düşürecek ve hastanelerdeki yığılmaları azaltacaktır. Belki daha da önemlisi birinci basamak sağlık kuruluşlarımızda görev yapmakta olan pratisyen hekim arkadaşlarımızın itibarını yükseltmesi ve önemini

artırmasıdır. Şimdilik meslek içi eğitimlerle desteklen bu uygulama, uzun vadede bu hizmetleri yürütecek aile hekimi uzmanlarının yetişmesini teşvik edecektir. Bu durum birinci basamak sağlık hizmetlerine olan güveni daha da artıracaktır.

5. Hastane Hizmetlerinde Zibmiyet Değişimi

a) Sağlıkta Ayrımcılığın Kaldırılışı: Kamu Hastaneleri Tek Çatı Altında

Sağlıkta dönüşüm programının hedeflerinden biri olan verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesi olarak tanımlanmıştır. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarının bu esas çerçevesinde değerlendirileceği vurgulanarak, ülkemizin bütün sektörel kaynaklarının sistem içine alınması ve entegrasyonunun sağlanması yoluyla verimliliğin artırılacağı belirtilmiştir.

Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynaklarımızı halkın hizmetine seferber etmeyi hedef almaktadır. Bu dönemde SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilerek hastane kapılarında vatandaşlarımızın önüne konan engeller kaldırılmış ve vatandaşlarımız arasındaki ayrımcılığa son verilmiştir. Dengesiz bir şekilde yük altında kalan hastanelerimiz, SSK'lı ya da SSK'sız, devlet memuru, emekli ya da Yeşil Kart'lı ayrımı yapmaksızın bütün vatandaşlarımıza hizmet eder hale gelmiştir.

Kamuda sağlık hizmetine erişme gücünü çeken birçok vatandaşımız bu imkân



na artık kavuşmuştur. SSK hastanesi devlet hastanesi ayrımcılığının ortadan kalkması, vatandaşlarımıza tercih imkânının sunulmasının yanında, primini ödeyen, sağlık güvencesi altında olduğu halde hakkını elde edemeyen bir kesimin hizmete erişiminin sağlanması açısından da çok önemli bir uygulama olmuştur.

b) Hastanelerde Yerinden Yönetim

Devlet hastanelerinin bilinen hantal yapısını değiştirmek gayesiyle başta görüntüleme hizmetleri olmak üzere birçok tıbbi hizmetlerde özel sektörden hizmet alınmasının önü açılmış ve hastane hizmet yapıları hızla gelişmeye başlamıştır. Böylece günlerce beklenmekte olan tetkik sıraları son bulmuştur. İşletme modelleri arasındaki farklılaşma SSK hastaneleri ile diğer kamu kurumlarına ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı'nın çatısı altında toplanması ile son bulmuştur. Hastanelere yetki devri, yönetim esnekliği, kendi kaynaklarını kullanma serbestisi verilmesi ile birlikte döner sermayeden performansa göre katkı payı verilmesi top yekün seferberlik haline dönüşmüştür. Sağlık kuruluşlarımız hasta odaklı hizmet kurumları haline almaya başlamışlardır.

Her geçen gün daha fazla yetki devredilen ve bugün bile büyük oranda yerinden yönetilen kurumlar haline gelen hastanelerimiz özerk kamu kurumları olma yolundadır. Son 3 yıl içinde hastanelerimizin büyük bir kısmı bilgi işlem alt yapısı kurmuş bütün hizmetlerini kayıt altına alır olmuştur. Maaşları hastanelerimizin kendi döner sermayelerinden karşılanmak üzere, 10 bini aşkın sözleşmeli sağlık personeli hastanelerimizde göreve başlamıştır.

Devlet hastanelerindeki yaygın hizmet alımları kamu kuruluşlarının ödenek ve yatırım beklentilerini, bunun için harcanan yılları ortadan kaldırmıştır. Kamu yatırımı yapmadan, özel sektör işbirliğiyle kamu hizmeti vermeye başlamakta ve üretilen hizmetin bedeli sonradan kendi geliri ile ödenebilmektedir.



Devlet hastanelerinin özel sektörle rekabet ederek hizmet sunması, hizmet kalitesinin artmasında etkili olmuştur; bu etki gittikçe daha fazla fark edilecektir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kapılarını kamu sigortası kapsamındaki vatandaşlarımıza açması devlet hastanelerinin yükünü sınırlı da olsa azaltmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinde büyük ölçüde kamuda olan yük, özel sağlık kuruluşları ile paylaşılarak insanımıza yakışır sağlık hizmetlerinin sunulmasına kapı açılmıştır.



c) Hastane Hizmetlerinde Yeniden Yapılanma

2002 yılında devlet hastanelerinde bulunan 1500 adet diyaliz cihazı sayısı 2006 yılında 3200 e çıkarılmıştır. Devlet hastanelerimizde kamu-özel ortaklığı şeklinde hizmetler vermeye başlanmış ve 2002'de tüm devlet hastanelerinde 18 olan MR cihazı sayısı 2007 de 75'e, 121 olan Bilgisayarlı Tomografi cihazı sayısı 230'a çıkmıştır.

2002 yılında hastanelerimizin % 20 sinde elektronik bilgi sistemleri var iken, 2006 yılında bu oranı % 100'e yaklaşmıştır.

2002 yılsonunda devlet hastanelerinde doktorlara ayrılan muayene odası sayısı 6500 iken, 2006'da 16500'e çıkmış, yani % 145 artmıştır. "Her hekime bir oda" prensibiyle atıl kapasite harekete geçirilmiş, buna paralel olarak, 2002 yılında devlet hastanelerinde (SSK dahil) 110 milyon hasta muayene edilirken 2006 yılında 191 milyon hastaya muayene hizmeti verilmiştir. Böylece bu dönemde devlet hastanelerinde muayene olan kişi sayısı % 75 artarken, aynı dönemde hekim başına düşen hasta sayısı % 30 azalmış ve bir hastaya ayrılan muayene süresi uzamış oldu.

2002 yılına göre 2006 yılında devlet hastaneleri ile ağız diş sağlığı merkezlerinde yapılan protez sayısı 2,5 dolgu sayısı ise 4,5 katına çıkmıştır.

Hastaların haklarının ihlal edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyete uyulduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini, kurumunu seçebildiği bir sağlık hizmeti hedeflenmektedir. Bu amaçla ilgili mevzuat doğrultusunda devlet hastanelerimizin tamamında 'Hasta Hakları Birimi' faaliyete geçirilmiştir.

En temel hasta haklarından olan 'Hekim Seçme Hakkı' uygulamasına 2004'te 11 hastanemizde başlamış ve bugün 400 hastanemizde uygulamaya konulmuştur.

Son 4 yılda 160'ı hastane ve ek binası olmak üzere 416 sağlık tesisi tamamlanarak hizmete sokulmuştur. Eklenen yeni hasta yatağı sayısı 17 bini bulmuştur. Bu dönemde yapılan hasta odalarının % 85'i banyolu ve tuvaletlidir.

Özel Bursa Hastanesi



Doruk Tıp ve Cerrahi Merkezi



Özel Nilüfer Hastanesi



Fizik Tedavi Merkezi



doruk'ta sağlık, yaşamda ayrıcalık

■ DORUK TIP ve CERRAHİ MERKEZİ
Tel. 0 224 444 0 455

■ ÖZEL BURSA HASTANESİ
Tel. 0 224 444 0 453

■ FİZİK TEDAVİ MERKEZİ
Tel. 0 224 369 26 26

www.doruktip.com



Banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısı 10 binden 21 bine çıkarılmıştır. Böylece banyosu ve tuvaleti bulunan hasta yatağı sayısının toplam hasta yatağı içindeki payı % 9'dan %17'ye yükselmiştir.

2002 yılında 3600 olan yoğun bakım yatak sayısı 2006 yılı sonu itibariyle 5600'e ulaşmıştır.

d) Kamu Personeline Özel Hastane İmkamı

Sağlıkta dönüşüm programı'nda ülkemizin sağlıkla ilgili bütün sektörel kaynaklarının sistem içine alınarak bir birleri ile uyumun sağlanması ve böylece verimliliğin artırılması öngörülmektedir. Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi bu amacının hayata geçirilmesinin somut bir adımıdır. Önemli bir diğer adım ise, özel sektörde var olan bu ülke yatırımlarının da yine sisteme katılarak, hastalarımızın kendi sosyal güvenceleri kapsamında buralardan yararlanmasına fırsat verilmesidir. Artık kamu ve özel ayırımı yapılmaksızın ülkemizin bütün kaynakları vatandaşlarımızın hizmetine sunulmaktadır.

Devlet hastanelerinin özel sektörle rekabet ederek hizmet sunması, hizmet kalitesinin artmasında etkili olmuştur; bu etki gittikçe daha fazla fark edilecektir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarının kapılarını kamu sigortası kapsamındaki vatandaşlarımıza açması devlet hastanelerinin yükünü sınırlı da olsa azaltmıştır. Böylece sağlık hizmetlerinde büyük ölçüde kamuda olan yük, özel sağlık kuruluşları ile paylaşılarak insanımıza yakışır sağlık hizmetlerinin sunulmasına kapı açılmıştır.

Bununla birlikte, daha çok kayıt dışı olarak çalışmakta olan özel sağlık sektörü kayıt altına alınmaya ve daha fazla denetlenmeye başlanmıştır. Diğer yandan özel sağlık sektörü bu uygulamayla ivme kazanmış ve gittikçe artan oranda yatırımlar sağlık alanına kaymaya başlamıştır.

“

Bugüne kadar gelen uygulamada, katkı payı dağıtılacak döner sermaye birikimi olan kurumlar, çıplak maaşın yüzde 100'üne kadar katkı payı verilebiliyordu. Yeni uygulama ile birlikte bu matrahlar farklı meslek ve çalışma biçimleri dikkate alınarak yüzde 150 ile 800 arasında değişmektedir.

”

6. Performansa Göre Ek Ödeme

Hastanelerimizin ürettiği hizmetlerden elde edilen gelirlere bu hizmette emeği geçenlere sınırlı bir katkı payı ödenmekteydi. Bu tür bir katkı payı ödemesi üretilen sağlık hizmetinin ile doğrudan bir ilişki içinde olmadığı için, sağlık hizmetinin verimliliği, kayıt altına alınması veya hizmetin karşılığının geri dönmesi sadece bir kaç yöneticinin sorunu olmaktan öte gidememiş ve kayıtsızlık gittikçe artmıştır.

Bugüne kadar gelen uygulamada, katkı payı dağıtılacak döner sermaye birikimi olan kurumlar, çıplak maaşın yüzde 100'üne kadar katkı payı verilebiliyordu. Yeni uygulama ile birlikte bu

matrahlar farklı meslek ve çalışma biçimleri dikkate alınarak yüzde 150 ile 800 arasında değişmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programında performans göstergelerinin belirleneceği ve performansa bağlı ödeme sistemleri geliştirileceği hükmü yer almıştır. Bu doğrultuda geliştirilen yeni uygulama birçok açıdan değişiklikler getirmektedir. Öncelikle yapılan işle maddi katkı arasında bir paralellik kurularak daha kapsamlı iş üretecek ve zamanın, potansiyelin daha verimli kullanabileceği bir sistem oluşturulmuştur. Eğer bir hizmet üretiliyorsa, bu hizmeti üretenler katkı sağlıyorsa, üretenlerin iş yoğunluğu oranında bu katkıdan pay almaları hakkeniyete daha uygundur. Bu payın geriye tepkimesi zamanın ve potansiyelin daha verimli kullanılması şeklinde olacaktır. Bu uygulamanın ortaya koyduğu önemli bir nokta, öncelikle hastanelerimizde yapılan hizmetlerin ölçülebilir hale getirilmesidir. Bununla ilişkili olarak ortaya konan diğer bir husus, bu ölçülebilir hizmetlerin değerlendirilip hizmeti üretenlere yansıtılmasıdır.

Eğitim hastanelerinde sadece hasta ile ilgili olarak yapılan hizmetler değil, asistan eğitiminin verilmesi, en azından eğitim programını sunması ile bilimsel çalışma ve yayın yapması da ayrıca performans ölçütleri olarak kabul edilmiştir. Böylece asistan eğitimi ve bilimsel çalışmalar teşvik edilmiştir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışanların bulunduğu yerin mahrumiyeti oranında ödüllendirilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının performans ölçütleri olarak öne çıkarılması bu uygulamanın önemli özelliklerindedir.

Performansa dayalı döner sermaye katkı payı ödenmesi sonucunda birçok hastanemizde mesai saatleri uzamış, ameliyathaneler daha uzun süreli açık tutulmaya başlanmıştır. Birçok uzman hekimimiz muayenelerini kapatarak tam zamanlı hastanede çalışmayı tercih etmektedir. Hastanelerimizde gittikçe artan hasta yükünün üstesinden gelmede bu uygulamanın büyük rolü olmuştur. 2003 yılı başında kamu hastanelerinde tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı % 11 iken bu uygulamalar sayesinde artık % 50'yi aşmış durumdadır. Bu da doğal olarak hizmete yansımaktadır.

Artan hizmet talebinin karşılanmasında motivasyonu artıran önemli bir unsur olmuştur. Sistemdeki kaçakların kayıt içine alınması, malzemelerin ucuza temin edilmesi, israfın azalması, performansa dayalı ödeme sistemini büyük ölçüde sübvansede etmektedir. Uygulama düzenli bir kayıt sisteminin oluşmasını sağlamıştır. Hastanelerimizin yaklaşık % 20'sinde elektronik bilgi sistemi var iken, bugün bu oran % 100'dür. Bu sayede bekleme süreleri önemli ölçüde azalmış, bir üst kuruma sevk oranları makul seviyelere inmiştir. Sağlık işletmelerinin gelir-gider dengeleri hassasiyetle takip edilir hale gelmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programı sürekli kalite gelişimini hedeflemektedir. Kendimize özgü bir uygulama olan performansa dayalı ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak sisteme kalite boyutu eklenmiş ve Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme mevzuatı yürürlüğe konmuştur. Böylece sağlık hizmetine erişim, alt yapı ve süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaş-

ma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir. Böylece, personele ödenen ek ödemeler sadece üretilen hizmetlerden niceliğine bağlı olarak değil, yukarıda başlıkları belirtilen ölçümlerinin sonucuna, yani hizmetlerin kalitesine göre de değişmektedir.

“

Yetersiz sayıdaki hekimler ağırlıklı olarak büyük şehirlerde çalışma isteği taşıdığından ülkenin daha az gelişmiş bölgelerinde hekim istihdamı zorlaşmaktadır. Herkesin sağlık hizmetine ulaşması anlayışı çerçevesinde, hekimlere teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Geçmişteki mecburi hizmet uygulamalarının eksik ve hatalı yönlerini göz önünde bulundurarak, mahrumiyet bölgelerine göre farklı süreler ve daha yüksek ücretler sağlayan daha kabul edilebilir ve sürdürülebilir yeni bir düzenleme yapılmıştır.

”

7.Sağlıkta İnsan Kaynakları Yönetimi

a) Personel Atamalarında Şeffaflık

Sağlık personelinin ülke genelinde dengesiz dağılımının en önemli sorunlardan biri olduğu bilinmektedir. Sağlık-

ta dönüşüm programının önceliklerinden birisi de bölgeler arası personel dağılımında farklılıkların kabul edilebilir düzeye çekilmesi, personel istihdamında unvanlara göre gerçekçi standartlar belirlenerek buna göre insan gücü planlamasının yapılması, atama ve nakillerde objektif ve hakkaniyete uygun bir sistemin kurulmasıdır.

Kalkınmada öncelikli yörelerde özendirme çerçevesinde sözleşmeli personel istihdamı imkânını tanıyan 4924 sayılı kanun çıkarılmıştır. Bu sayede, personel istihdamında zorluk çekilen yerlerde daha fazla özlük hakkı tanınmış ve buralarda görev yapmak özendirilmiştir. Bu yolla Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgele-rinde 7 bini aşkın yeni sağlık personelinin çalışması sağlanmıştır.

Yetersiz sayıdaki hekimler ağırlıklı olarak büyük şehirlerde çalışma isteği taşıdığından ülkenin daha az gelişmiş bölgelerinde hekim istihdamı zorlaşmaktadır. Herkesin sağlık hizmetine ulaşması anlayışı çerçevesinde, hekimlere teşvik edilmiş devlet hizmeti yükümlülüğü getirilmiştir. Geçmişteki mecburi hizmet uygulamalarının eksik ve hatalı yönlerini göz önünde bulundurarak, mahrumiyet bölgelerine göre farklı süreler ve daha yüksek ücretler sağlayan daha kabul edilebilir ve sürdürülebilir yeni bir düzenleme yapılmıştır.

Performansa dayalı döner sermaye ek ödeme sisteminin etkisiyle muayenehanesini kapatan çok sayıda hekim olduğu gibi, dengesiz dağılımdan rahatsız olarak, ihtiyaç duyulan yerlere tayin talebinde bulunan belirgin sayıda hekimimiz olmuştur.

Atamalardaki torpil ve kayırma dönemini ortadan kaldıracak şekilde, Bakanlığa



bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık personelinin dengeli dağılımının sağlanması için farklı bir anlayışla Atama ve Nakil Yönetmeliği hazırlanmıştır. İlk defa yapılacak atamalarda, uzman tabip, tabip, diş tabibi ve eczacı kadrolarına atanacaklar bilgisayarda kurayla, diğerleri genel hükümlere göre sınavla atanmaktadır. Bundan sonra personelin atama ve nakil işlemleri çalışmakta oldukları yerin özelliği ve çalıştığı süreye göre değişen 'hizmet puanı' esasına göre yapılmaktadır. Mazeret durumları için daha sıkı bir denetim sistemi getirilmiştir. Atamaların bilgisayar ortamında hizmet puanına göre ve kura ile yapılması, siyasetçilerin ve bürokrasinin üzerinde bir kambur haline gelen torpil ve adam kayırma baskılarına ve söylentilerine son vermiştir.

Dört yılda 61 bin yeni sağlık personeli istihdam edilmiştir. Mahrumiyet sebebiyle yıllardır sağlık personeli gönderilemeyen sağlık tesislerimizde 16 bin sözleşmeli sağlık çalışanı görev almıştır. Bu şekilde, uzman hekim açısından en iyi durumdaki ilimizle en kötü durumdaki ilimiz arasındaki oran, 1 / 14 'den 1 / 4'e, pratisyen hekim için 1 / 9'dan 1 / 2,5'a, hemşire-ebe için ise 1 / 8'den 1 / 4,5'e düşmüştür.

b) Sağlık Personeli Eğitimi

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alacak aile hekimleri ve aile sağlığı hemşirelerinin uyum eğitimleri yapılmaktadır. Uzun sürecek olan ikinci dönem mesleki eğitim müfredatları hazırlanmış olup eğitim materyallerinin hazırlanması tamamlanmak üzeredir.

Öncelikle mevcut yöneticilerimizin eğitimi konularında adeta bir seferberlik

başlatılmıştır. Bir yandan teknik konularda bölgesel eğitim toplantıları düzenlenirken, diğer yandan Hıfzıssha Mektebi tarafından internet üzerinden sistematik sağlık yönetimi eğitimleri verilmektedir. Hemşirelik eğitiminin üniversiteye temellendirilerek uluslararası standartlara çekilmesi ve hemşirelik hizmetlerinin hasta bakımına yönelik olarak bilimsel



Kamu hastanelerinde kalite çalışmaları hızlandırılmış ve Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesi uygulamaya konmuştur. Buna göre hastanelerimizde sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, altyapıların ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesi başta olmak üzere düzenli işleyen bir denetim yapısı oluşturulmuştur. Buna göre hastanelerimiz puanlanmakta ve her denetim döneminde bu puanlamalar yenilenmektedir.



bir disiplin halinde gelişmesini sağlayacak olan Hemşirelik Kanunu çıkarılmıştır. Tıpta uzmanlık kurulunu hayata geçirecek yasal düzenlemeler yapılmıştır.

8. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışıyla sunulabilmesi için

başlatılan kalite yönetimi projelerinin koordinasyonunu sağlamak ve ülkemizde ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğü kurulmuştur. Sağlıkta dönüşüm programıyla ülkemizin şimdiye dek gündeminde yeterince yer almamış olan bir ihtiyaca öncelik verilmiş ve bu öncelik doğrultusunda kararlı bir çalışma başlatılmıştır. Daha çok özel sağlık kuruluşlarının gündeminde olan ve sınırlı kalan kalite çalışmalarında Bakanlığımız önderlik rolünü üstlenmiş ve bu önemli konuyu kamu hastanelerinin ajandasına yerleştirmiştir.

Kamu hastanelerinde kalite çalışmaları hızlandırılmış ve Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesi uygulamaya konmuştur. Buna göre hastanelerimizde sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, altyapıların ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesi başta olmak üzere düzenli işleyen bir denetim yapısı oluşturulmuştur. Buna göre hastanelerimiz puanlanmakta ve her denetim döneminde bu puanlamalar yenilenmektedir.

Özerk kamu hastane birlikleri kurulduğunda hastanelerin sürekli denetimi ve derecelenmesi, bugünden oluşturulan kalite çalışmaları sayesinde gerçekleştirilecektir.

9. İlaç Politikası

a) İlaç Fiyatlarında İndirim

Sağlıkta dönüşüm programında ilaçla ilgili konuların başında ilaç fiyat artışlarının bilimsel bir temele oturmadığı tespiti gelmektedir. Sağlık Bakanlığı kamu adına, ilaç ve eczacılık hizmetleri

ile ilgili norm ve standart belirlemek ve bu doğrultuda denetimleri yapmak, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak ilaçların akılcı kullanımını teşvik etmek yetki ve sorumluluğundadır. İlaç fiyatlandırmasıyla ilgili olarak, tüm tarafların üzerinde mutabakat sağlayacakları bir yöntem geliştirilmesine olan ihtiyaç programda açık bir şekilde vurgulanmıştır. 2004 tarihli "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar", ülkemizde bugüne kadar var olan kargaşa ve olumsuzlukları ortadan kaldırmış ve ilaç fiyatlandırmasına şeffaflık getirmiştir. Bu sayede ilaç fiyatlarında önemli derecede ucuzlamalar olmuş ve fiyatlar Avrupa'da mevcut en düşük düzeylere çekilmiştir. Bu suretle bine yakın üründe % 1 ilâ % 80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleşmiştir.

“

Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıdaki hastanelerden almak zorunda kalan, çoğu da bu yüzden ilacını SSK'dan almamayı tercih eden SSK'lı vatandaşlarımız diğer Türk vatandaşları gibi serbest eczanelerden ilaç alma imkânına kavuşturulmuştur. Yeşil Kart mevzuatındaki değişikliklerle Yeşil Kart sahibi hastaların ayakta tedavileri kapsam altına alınmış ve yine bu vatandaşlarımızın da serbest eczanelerden ilaçlarını almaları sağlanmıştır.

”

İlaçta % 18 olan KDV oranını % 8'e düşürülerek ilaç fiyatlarında önemli bir düşüş daha sağlanmıştır. Tek alıcı konumundaki kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının sektörle görüşerek belli oranda indirimlerde uzlaşılması, ilaç fiyatlarının kamuya maliyetini daha da aşağı çekmiştir.

b)Eczaneler herkese açık

Bu yolla yaratılan kaynaklar sayesinde başta SSK ve Yeşil Kart'lılar olmak üzere vatandaşlarımızın ilaca erişiminin önündeki engeller cesaretle kaldırılmıştır. Geçirdiğimiz son yıllarda, ilaca düşük fiyatla ve kolayca ulaşabilmek yönünde atılan kararlı adımların sonuçları kamuoyu tarafından yakından gözlenmiştir.

Daha önce ilaçlarını sınırlı sayıdaki hastanelerden almak zorunda kalan, çoğu da bu yüzden ilacını SSK'dan almamayı tercih eden SSK'lı vatandaşlarımız diğer Türk vatandaşları gibi serbest eczanelerden ilaç alma imkânına kavuşturulmuştur. Yeşil Kart mevzuatındaki değişikliklerle Yeşil Kart sahibi hastaların ayakta tedavileri kapsam altına alınmış ve yine bu vatandaşlarımızın da serbest eczanelerden ilaçlarını almaları sağlanmıştır. Bütün bu uygulamalar, Türk sağlık sistemindeki vatandaşları sınıflara bölen ayırmacılığı ortadan kaldırmıştır.

10.Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta dönüşüm programının bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç olduğu programda vurgulanmıştır. Sağlık sistemi politikalarının ve yönetim kararlarının bilgiye dayanması gerektiği konusunda hiç kimsenin tereddüdü yoktur.

“

Sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet sunumunda verimliliğin ve etkililiğin artırılması, sağlık tehditlerine karşı hızlı bir şekilde önlemlerin alınması, halk sağlığı için bilgi ağlarının oluşturulması, yöneticilerin, vatandaşların ve sağlık hizmeti sunanların sağlıkla ilgili doğru ve kesintisiz bilgilere ulaşmaları, tele tıp uygulamaları ve sağlık bilişimi konularında bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı imkânlardan yararlanılması amacıyla e-sağlık alanında stratejik eylem planları oluşturulmuş ve bu doğrultuda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

”

Sağlık hizmetlerine erişim ve hizmet sunumunda verimliliğin ve etkililiğin artırılması, sağlık tehditlerine karşı hızlı bir şekilde önlemlerin alınması, halk sağlığı için bilgi ağlarının oluşturulması, yöneticilerin, vatandaşların ve sağlık hizmeti sunanların sağlıkla ilgili doğru ve kesintisiz bilgilere ulaşmaları, tele tıp uygulamaları ve sağlık bilişimi konularında bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağladığı imkânlardan yararlanılması amacıyla e-sağlık alanında stratejik eylem planları oluşturulmuş ve bu doğrultuda önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

Sağlık bilgi sistemlerinin kurulması teknolojik yatırımlardan çok standart sı-



nıflandırma ve terminolojilerin belirlenmesi, farklı kurumsal düzeylerde toplanan verilerin entegrasyonu ve bu bilgilerin karar süreçlerinde kullanılabilir hale getirilebilmesine bağlıdır.

Öncelikle sağlık hizmeti verilirken iletişim kurulan kurum standart tanımları, hizmet veren doktorların veri bankası, uluslararası kabul edilmiş hastalık sınıflaması, ilaç ve tıbbi malzeme kodlamaları gibi standart kodlama sistemleri belirlenmiş, uyumlaştırılarak sektörde kullanılmaya başlanmıştır.

Personel, malzeme ve mali kaynakların çevirim içi takibini sağlayan Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi (ÇKYS) tamamlanarak hayata geçirilmiştir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı İhale Bilgi Sistemi (SBİBS), Yeşil Kart Bilgi Sistemi (YKBS), Tıbbi Cihaz ve Malzeme Kayıt

Sistemi (TCMKS), ve Doktor Bilgi Bankası (DBB) hazırlanmıştır. Elektronik hasta kaydının öncüsü ve sağlık bilgi sisteminin sınırlı bir ölçekte örneği olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) uygulamaya konmuştur. Bu yolla aile hekimliği uygulanan illerimizde birinci basamakta hasta kayıtları elektronik olarak tutulmaya başlanmıştır. Bütün sağlık hizmetlerini ve sağlık sisteminin bütün aktörlerini içine alacak bir sağlık bilgi sisteminin kurulması için alt yapı çalışmaları sürdürülmektedir.

Kaynaklar

1. Özsanı, S.H. ,Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-II "Cumhuriyet'in Kazanımları"

26-28 Ekim 1998 Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000.

2. Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sağlık Bakanlığı Ankara, 2003

3. Aydın S. (editör) Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004

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

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

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

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



“Sağlık Sektörüne Yeni Yatırımlar Yapılmalıdır”



Prof. Dr. Erman TUNCER

Genel politika olarak arz etmek gerekirse kendi milli değerlerini sermaye kabul eden yatırımcıların sağlık sektörüne yatırım yapmaları bu alana dönük yatırımlar için teşvik edilmelerini son derece önemli buluyorum. Özellikle sağlık hizmetlerinin bir kısmının, örneğin acil hizmetlerin özel sektör eliyle verilmesi hem hizmet kalitesini artırabilir hem de bu açılım kamuyu rahatlatır.

Sağlık konusunda genel politikaların bir resmi çekildiğinde Bu konuda neredeyiz ve neler yapmalısınız?

Genel politika olarak arz etmek gerekirse kendi milli değerlerini sermaye kabul eden yatırımcıların sağlık sektörüne yatırım yapmaları bu alana dönük yatırımlar için teşvik edilmeleri gerekmektedir. Örneğin acil hizmetler özel sektör eliyle daha iyi verilebilir. Kamu açısından böyle bir açılım kamu kesimini rahatlatır. Kamu hizmeti özel kuruluşlardan alındığı vakit sağlayacağı faydaların ne olduğunu, şöyle bir yüksek sesle düşünecek olursak; kamuyu bir hastane yahut sağlık ocağı yapma ihtiyacınız olmayacak, hastaneyi yapmış olsun, oranın işletmesiyle, elemanıyla hizmet alımı ile vakit harcamayacak. Hastanın memnuniyetini sağlayacak. Hasta

kuyruklarda eziyet görmeyecek, iş gücü kaybı olmayacak ve istenilen tedavi yapılabilecek.

Öteki türlü bir iç hastalıkları uzmanı oturuyor, günde 120 kişiyi muayene ediyor. Sosyal güvenlik çatısı birleştirildiğinde doktor tansiyon ölçmüş, hasta bu duruma muayene olurken ben on senedir gelirim kimse benim tansiyonumu ölçmedi diye gülmüş. Türk iye genelinde sağlık problemini çözmesi çok zor. Sağlık sektörü bugün çok cazip bir sektör oldu, bunun içerisinde otelcilik hizmetleri var, restaurant hizmetleri var, hasta bakım hizmetleri var. Asıl üzerinde durulması gereken önemli bir konuda koruyucu hekimlik konusudur. Yani hastalanmadan önce hastalığı önlemenin yolları vardır. Aşı kampanyaları, diğer alınacak tedbirlerle burada ülke sağlığı bakımından en önemli hadise koruyucu hekimliğin ön planda olmasıdır. Ülkem-

izde buna da ağırlık verilmesi gerekir. Birçok devlet hastanesi var hekim yokluğu yüzünden. Tabi, hatta siz hatırlarsanız İl Genel Meclisinde ben hazırım dedim, kim alırsa ona devredeceğim dedim ama yok. Bir köye sen gidip devlet hastanesi yapmışsın, o gün siyasi bir şartlanma olmuş, talihsiz bir şekilde hastane yapmaya kalkmışlar. Dolayısıyla bizim bunları çok iyi bir şekilde değerlendirmemiz lazım.

Sağlıklı yaşlılık Geriatri, politikalarına da değinmek gerekir. Çünkü nüfusumuz yaşıyor. “Yaşlılara hizmet ediniz, yaşlandığınız zaman size de hizmet ederler” diye müjdeleyici Hadisler var. Bu konuyu da çok iyi incelememiz lazım. Çünkü geriatri hastalarında görünen tablo şu: Sistem eskimiş, insan vücudu yıpranmış, aşınmış. Tansiyon, şeker, kalp, üre var. Bugün bizim yaş ortalamamız uzuyor ve bu da beraberinde çok büyük bir mali

yük getiriyor. Allah'a çok şükür şimdilik Türkiye için söz konusu değil ama AIDS ve uyuşturucu felaketinin getirdiği maddi tahribatlar var. ABD'nin ve dünya'nın birçok ülkesinin başı o konuda dertte. Kendi ekonomilerini çok ciddi şekilde sarsacak noktaya dahi gelebilir.

Sağlık Müdürlüğünden ayrılmış aşağı yukarı üç yıl kadar oldu. Sanırım sağlık sektörü bütün dünyada problem olmaya devam ediyor. Amerika'da bile, herkesin sağlık sigortası olduğu halde ülkeler bu problemi aşmakta zorlanıyorlar, çok ciddi sıkıntıları var. Sağlık politikalarında, özellikle bu işle uğraşan sağlık sigortalarında şirketler de çok sıkıntılı. Biz o zaman tamamlayıcı sigorta sistemini getirmeye çalıştık. Kısacası memurumuz gidecek düşük bir ücretle sağlık sigortasına dahil olacaktı. Sistemin işleyişinde bir takım sorunlar yaşandı bu durumda bazı endişelere yol açtı sonuçta.

Beni İstanbul gibi yerlerde asıl düşündürülen ve dikkatimi çeken bir şey daha var, bu ambulanslar ve İstanbul trafiğidir. Şimdi hayati tehlikesi olan birini atıyorlar ambulansa, trafiğe girdiği zaman üç şerit olmuş altı şerit, o sireni çalsa da adamın yolu açacak durumu yok. Merkeze yakın olsun diyoruz tesisler ama bu şekilde hastaların hayati tehlikesinin de söz konusu olduğunu düşünüyorum.

Acaba şöyle bir düzenleme olabilir mi? Hayati tehlike arz eden ihtisas hastanelerinin şebri dışımda çevre yollarıyla ulaşımaya yakın mekânlara taşınmasıyla ilgili bir program, önerilebilir bir program mıdır?

Bunu Başbakanımız Çapa Tıp Fakültesi için yaptı. Yeri de Olimpiyat Köyüne



yakın bir yer olacaktı. Fakat tıp fakültesi oraya taşınmak istemedi. Kamu hastanelerinin ayrıca başka bir problemi de depreme karşı dayanıklı değil, çok ciddi sorunlardan birisi budur.

Şimdi hasta taşıma sorununa yönelik olarak helikopterlerden yararlanılıyor veya deniz ambulansı üzerinde duruluyor. Deniz ambulansı konusu da aslında yeterli değil.

Adalarımız var ama bu imkanı da, bana göre çok yetersiz, çünkü bunun çok iyi teşhis edilmesi gereken bir hadise. İşte burada bizim üzerine geldiğimiz, Sabit beyle o zaman onun çalışmasını yaptık, istedik ki bunu özel sektöre verelim. Özel sektör ambulansını bulur, helikopterini getirir, deniz ambulansını bulur. Bizde tam anlamıyla verim alamıyoruz, bizim adamlarımız tembel. Hatta iddialar vardı, adam gidip ambulansı bir yere çarpıyor, haftalarca adam işe bile gitmiyor. 3 veya 4 günde 24 saat çalışır onun için çok riskli bir hadisedir. Ama özel sektör bunu başka şekilde daha verimli hale getirebilir diye düşünüyorum.

Şunu da dile getirmek lazım, ambulanslardaki acil müdahale tedavi süreci için. Hasta ambulansa alındığında hayati tehlike arz eden durumuna müdahale edilecek donanım sahipler. 112 ambulansları için söylüyorum bunu, özel sektördeki ambulanslar nasıldır bilemiyorum. Yerel yönetim, belediyenin elindeki ambulanslar da bu şekilde. İstihdam edilen personel de böyle bir eğitimden geçirildikten sonra. Ben Hızır Acil müdürlüğü yaptığım dönemde biz hekimi bile 3 ay mutlaka bir eğitime tabi tutardık, eğitimden geçtikten sonra ambulansla görevlendirirdik. Hemşiresi, şoförü dâhil eğitimden geçiyor. Yani hasta ambulansa alındıktan sonra bir hastanedeki gibi müdahale yapılabilenekte.

Zamanın sınırlı olması hasebiyle, şöyle genel bir sual tevci etsek. MÜSİAD olarak sağlık sektöründe, global manada soruyorum, nelerin yanında, nelerin karşısında olmalı, nelere rağbet ettirmeliyiz? Özel alanlara değil de şöyle genel bir şey desek. Burada sektörü, biraz evvel Mehmet Akif beyin de ifade ettiği gibi en



genel anlamda tanıdığınız için neler söylersiniz? Sonuçta MÜSİAD'ın görüşü adı altında bir şey çıkıyor burada.

Önce kurumsal olarak, böyle bir kuruluşun yapılmasının yanlış olduğunu düşünüyorum. Bazı cemaatlerin yaptığı o yanlışları tekrarlamamakta fayda var. Fertler gidip kendi aralarında ortaklık kursunlar, işletme yapsınlar. Ama bu A vakfı, B vakfı veya bir kuruluş adına yapılmasın. Zaten MÜSİAD böyle bir iş için değil. MÜSİAD'ın buradaki görevi, rehberlik. Birincisi hükümet politikalarının oluşmasında, özel sağlık kuruluşlarının mutlaka sistemin içine alınması.

Sağlık kuruluşları artık daha çok özelleştirilmelidir. Yani bizim her göz muayenehanesi, muayenehaneler sıkıntı oluyor ama bir de onu tespit etmekte fayda var. Artık bakkal dükkânının nasıl yaşama şansı yoksa muayenehanelerin de yaşama şansı yok. Ben dış hekimliği sektöründe, tıp sektöründe bunu görüyorum. Artık mecburen poliklinik hizmetleri dahi muayenehanelere doğru kayıyor. Muayenehaneler tek, tek yaşayamıyor. Tek muayenehanesi olanlar da birleşme yoluna gidiyor. Önümüzdeki 20–25 yıl sonra, en iyi tahminle muayenehanelerin sayısı parmakla gösterilecek hale gelecek. Nasıl bakkallar gittiyse bunlar da aynı şekilde gidiyor. Şimdi bizim burada aletleri almamız, aletleri onarmamız, onları zaman, zaman özellikle radyodiagnostik yani röntgenle ilgili cihazlarda, MR'larda, çekilen diğer dijital şeylerde devamlı, her sene büyük gelişme oluyor. Bunlar upgrade yani teknoloji geliyor. Bunlar hem Teknoloji güncelleşmesi hem de tedaviyi etkileyen şeyler. Mesela anjiyoyu kaldırma temayülü başladı.

Time dergisinde yer aldı, koldan ufak bir kontra madde koyuyor on dakika içinde size, çünkü anjiyoda %1 ölüm riski vardır. Yani bakarsınız bir yağ kitlesi, emboli gelir, Allah muhafaza buyursun beynin bir tarafını tıkar, tıkadığı zaman felçler, perişanlıklar meydana gelir. Bunda bu risk yok. Yani dünyada bir arayış içerisinde, tabii bunlar çok pahalı cihazlar.

Devletin bunu alması, zamanında izlemesi, tabii bu mevcut ihale yasasından do-



Asıl üzerinde durulması gereken önemli bir konuda koruyucu hekimlik konusudur. Yani hastalanmadan önce hastalığı önlemenin yolları vardır. Aşı kampanyaları, diğer alınacak tedbirlerle burada ülke sağlığı bakımından en önemli hadise koruyucu hekimliğin ön planda olmasıdır. Ülkemizde buna da ağırlık verilmesi gerekir.



layı mümkün değil. Birde kamuda yolsuzluk ve hırsızlık çok fazla. İlaç yolsuzlukları had safhadadır. Bu Sağlık Bakanlığını ve devleti çok kötü şekilde vuruyor. İlacın yanında şimdi mesela implant teknolojisi gelişti, hekimlerle implant firmaları arasında organik bağ başladı. Yani dış içine çakılan ek bir madde, bunu alıyor falanca fakülte bakıyorsunuz, ben fark istemiyorum yaparım bunu diyor, aslında yapmıyor.

Dünyada sağlık hizmetlerini modelleyeceğimiz en iyi ülke hangisidir?

İşte orada çok tartışma var, yani bunu çözemiyorlar. ABD'de de sorun, İngiltere'de de sorun. Bunlar bir bütçe meselesi, bunun getirdiği büyük maliyetler var.

O bakımdan biz arkadaşlarımıza MÜSİAD olarak, dergimizde bir başlangıç olur ama bana göre kendi sermayemizi bu işe sevk etmemizde çok büyük yararlar var. Ben sağlıkta üç tane misyon edindim. Bir 16 Aralık 2002'de Tayyip Bey beni aradı, bu görevi teklif etti, bir ay sonrada göreve başladım. O bir ay da düşündüm ne yapabilirim. Üç misyon kendime edindim, başarılı oldum olmadım ayrı bir hadise. Birincisi bizim sağlık tesislerinde en büyük sıkıntımız sert ifadelerdir, kaba davranışlardır. Bakıyorsunuz özel sektörde bir hemşire 300 Milyon Lira maaş alıyor, gelen hastaya son derece kibar ve zarif davranıyor. SSK hastanesinde hemşire 1,5 Milyar alıyor ve kaba, son derece aşağılayıcı ifadelerle muamele ediyor. Ben "Tebessüm de bir sadakadır" Hadis-i Şerifinden esinlenerek her yerde şunu yaptım, biz hastaları tedavi edemeyiz ama bunlara güler yüz gösterelim. İşte bu özel sektörde bana göre özel hastanelerde karşılaşacağımız en iyi, yanlış şeyler orada da çıkıyor ama kamu sektörüyle mukayese ettiğimiz zaman, personel sizin iki dudağınızın arasına bağlı, beğenmediğiniz zaman personelin işine son verebiliyorsunuz, o bu korku içinde.

Onun için birincisi güler yüzlü bir sağlık hizmeti vereceğiz. Özel sektörde bunu yakalamak çok daha fazladır, kamu sektöründe kişilerin emdiği süte bağlıdır. İkinci olarak benim gördüğüm hadise, Hz Ali (R.A) buyuruyor ki " Sadece çevrenizdeki değil ülkeniz genelindeki yok-



sulu gözetin” bunun için arkadaşına dedim ki; Bizim için siyasi düşüncesi, dini düşüncesi ne olursa olsun, maddi olanaklıklar nedeniyle tedaviden mahrum kalacaksa bana haber vereceksin dedim. Ve biz Sosyal Dayanışma Vakfından çok iyi yararlandık, onun için benim üzerinde durduğum, hastanelerdeki o yoksul kontenjanının çok iyi belirlenmesi ve denetlenmesi lazım, çünkü bu istismar ediliyor. Adam büyük bir iş adamına, bir ikramda bulunuyor tedavi ediyor, o tedavisini %6'lık veya %5'lik kontenjandan yapıyor. Veya Milli Eğitime bakıyorsun, özel okula bir kişi alıyor o adam zengin adam, yoksul insanların adamı değil. Burada da yoksulları gözetecek bir politika olmasında fayda var. Üçüncüsü de biraz evvel bahsettiğim gibi yaşlılara hizmet dediğimiz Hadis-i Şerifi var. Bu geriatri, yaşlıların bakımı çok önemli olan bir hadise buna öncelik vermek lazım. Bu-

nun için özel bir geriatri hastanemiz yok. Zaten bunun ihtisası da 5-6 yılı geçmedi, yeni mezunlar veriyorlar.

Hocam bir başka önemli konu, bana göre bu derginin ana muhtevasını oluşturması lazım, Türkiye’de ki hastanelerin büyük bir kısmı çok yakında hemşire sıkıntısı yaşayacak. Meslek liselerinin önünün kesilmesinden dolayı hemşire yok.

Hastanelerde bu sıkıntı şimdiden baş gösterdi önümüzdeki yıl daha da büyük baş gösterecek. Bu konuda kamuya, özel sektöre kim ne yapmalı, kim ne demeli ki, meslek liseleri hiç olmazsa açılmalı ve hastaneler bundan kurtulsun. Bizde hastalar doktorla muhatap olmaktan çok korkarlar, kendilerine en çok hemşireyi yakın hissederler. Hemşireler azalıyor

hastanelerde ve hizmet kalitesi düşüyor. Dediyiniz gibi doktor basıyor iğneyi geçip gidiyor ama kolum acıdı kızım diyebilecek hemşireye ihtiyacı var bu hastaların. Bu anlamda bu tehlikenin önü nasıl alınabilir?

Maalesef bu sanayinin de problemi. Sadece sağlık sektörünün değil, sanayinin de problemi. Bu gün YÖK İmam Hatip meselesine şartlandığı için bu konuda hiçbir hoşgörü göstermiyor. Dünyada biliyorsunuz %70 meslek okuludur, %30 klasiktir. Türkiye’de bunun tam tersidir ve ara insan gücünde gerçekten çok ciddi sıkıntımız var. Biraz demokratikleşmeyle alakalı görüyorum bu hadiseyi. Türkiye tam demokrasi ortamına girmedikçe YÖK’e bunu yaptırmanız mümkün değil. İki nokta daha var aklımda af edersiniz. Birincisi hocam, KPS imtihanıyla ilgili, bu devlet memurluğu imtihanı.



Bu hemşirelerin pek çoğu girdiği için sonradan kadro açıldı, yarın sınavlar açıklanacak. En azından benim İstanbul'da bildiğim, iki hastaneyle ilişkim var. İki hastanede çalışan pek çok hemşire devlet memurluğundan atılacak ve hastanelerin ikisi de, hemşire sıkıntısı çekecek. Diğerleri de yaşıyorlar da ben ikisinde gözlemlerim. ailelerden kaynaklı sorunlar yaşıyor. Bu noktada birçok aile bu mesleğe yaklaşmak istemiyor geri adım atıyorlar.

Hocam dikkat çekmek istediğimiz bir konu daha var bu dergimizde. Özel sektör hastaneleri genle yapısı ve idaresiyle, kamudaki hastanelerimizin arasında çok ciddi manada farklılık var. Bizim savunduğumuz şeylerden bir tanesi başhekimlik müessesesi. Bir kamuda başhekim hastanenin her şeyiyle, işte otoparkısından tutun, ameliyathanenin her şeyiyle ilgilenen biri.

Çok yanlış bir uygulama. Şimdi bunun çok yanlış bir uygulama olduğu-

nu, bunun idareyle, hekim idaresiyle veya sağlık hizmetlerinin idaresiyle, hastanenin sosyal diğer donatılarla ilgili idarenin ayrılması. Yani hastane yönetiminin ön plana çıkartılması, vurgulanması hususunda böyle bir şeyimiz de var.

Bu çok önemli bir şey. Ben bunu gördüm çünkü bende tartışma konusu oldu, dış hekim olan sağlık müdürü olur mu olmaz mı diye? Ben şu kanaati getirdim. Buradaki ister il sağlık müdürü olsun, ister hastane başhekimisi olsun, bana göre sağlık konusunda işletme eğitimi almış kimsenin olması daha doğru. Çünkü burada sağlık müdürü veya hastane başhekimisi tedavi yapmayacak. Tedavi hizmetleriyle onu ayırmakta ben çok yarar görüyorum. Gelecek, tabi sağlık işletmesi konusunda bilgi sahibi olan insan, branşların rolünü vs. de çok iyi olacak. Orada buyurduğunuz gibi hekim ağırlığı değil de daha ziyade işletmecisi olacak. Bunlar da kendi içlerinde ayrılacak, insan kaynakları olacak.

Ama inşaallah Türkiye'ye iyi bir denetim yapıp ta, özel sektörden sağlık hizmeti alır iyi bir denetim yaparsanız dev-

letin çok kârlı çıkacağına inanıyorum. Yalnız burada devletin dedim çünkü malumunuz International Hospital aynı ameliyatı 5 defa yaptı. Geçmişte siyasilere önüne götürülüp zaman, ben Cindoruk'tan dinledim, şaşırımdı dedi. Göstermiş, bakın demiş aynı ameliyat 5 defa yapılmış ve yutturuyor. Aradaki memurları ya uyutuyorlar ya başka şekilde çözüyorlar. Devletin burada çok dikkatli olması lazım.

Ve ilaç israfı konusunda çok tutarlı olmak lazım. Faturaları, ben fakültede bakıyorum, bu performans kriterleri hem yararlı olmuştur hem de zararlı olmuştur. Bir gün baktım bizde genelde dış hekimleri hele kamu sektöründe üç köklü dışın kanal tedavisi yapılmaz. Benim önüme geldi, imzalarken dikkatimi çekti yani o kalabalık imzaların içerisinde.

Hastayı istedik, röntgen çektirdim, adam bize yalan söylemiş. Röntgende gözükmüyor üç tane kanal olsa otomatikman girecek. O bakımdan iyi bir denetimle devlet bu işi rahat, rahat. Hatta bir ölçüde denetim yapması daha da iyi olur.





CENEVRE RAPORU 22-26 AĞUSTOS 2006

Prof. Dr. Erman Tuncer

Cenevre'de 23-26 Ağustos 2006 tarihleri arasında düzenlenen 4. Avrupa Birliği Geriatrik Tıp Topluluğu Kongresi'ne iştirak edilmiş ve aynı zamanda, Cenevre'de bulunan bir geriatri hastanesi, bir bakımevi ve bir topluma dayalı geriatri bakım merkezi ziyaret edilmiştir.

Kongre İzlenimleri

Kongre sunumları içinde, özellikle, İsviçre ve diğer Avrupa ülkelerindeki son geriatri uygulamaları, demans, deliryum, diyabet, gibi yaşlılarda sık görülen sağlık sorunlarına yaklaşım yöntemleri hakkında bilgiler verilmiş ve Avrupa'da çeşitli ülkelerde gerçekleştirilen geriatri uygulamalarına ait belgeler incelenmiştir. Kongrenin açılış konuşmasını Dünya Sağlık Örgütü temsilcisi Louis Plouffe yapmıştır

Kongre sunumları içinde, İsviçre'de Bern'de bulunan geriatri kliniğinde konuyla ilgili olarak 1985'ten bu yana çeşitli projeler yürütüldüğü ve bunlardan en sonuncusunun 2000 yılından

bu yana sürdürülmekte olan "Pro-Age Study" adlı ev ziyaretleriyle geriatrik problemleri önleme programı izlenmiştir.

Kantonlara bölünmüş özerk yönetimler şeklinde yönetilmekte olan İsviçre'nin St. Galen Kantonunda verilen geriatri hizmetleri konusunda bilgiler alınmış ve burada daha ziyade multidisipliner bir yaklaşımla (geriatrist, geriatri hemşiresi, fizyoterapist, uğraşı terapisti, konuşma terapisti, sosyal çalışmacılar) günlük geriatri bakım kliniklerinin, gerontopsikiyatri kliniklerinin, hafıza kliniklerinin (Memory Clinic), uzun dönemli bakım merkezlerinin, geriatri kliniklerinin ve hastaneleri hakkında bilgiler alınmıştır.

İsviçre'de bariz olarak gözlenen bir şey, yaşlıların, yaşlarına rağmen son derece aktif bir hayat sürmeleridir. Yaşları kaç olursa olsun herkes yürüyüşe, koşuya hayatında normal bir faaliyet gibi yer vermekte ve özellikle yaşlılar günlük işlerini bisikletle gerçekleştirmektedir. Otomobil kullanımı çok azdır. Ortalama yaşam süresi 75 yıldır ve yaşlıların yaş ortalaması 86 dır.

Prof. Dr. Haydar Sur
Marmara Üniversitesi Sağlık
Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi

“Sağlık Hizmetlerinde İnsan Kaynakları Yönetimi”



Prof. Dr. Haydar SUR
Marmara Üniversitesi
Sağlık Eğitim Fakültesi
Öğretim Üyesi

İnsan kaynakları yönetimi konusu sağlık hizmetleri içinde de en önemli birkaç konu arasında sayılmalıdır. Bilim ve teknolojinin gelişmesi özellikle sağlık hizmetlerinde belirgin bir gelişmeye yol açmış, bunun sonucunda yönetimi çok zor karmaşık sağlık kuruluşları, sağlık enformasyon sistemleri aşırı uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri gibi sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Yönetim Bilimi veya işi ile ilgili herkes için insan kaynaklarının yönetimi konusuna eğilme zorunluluğu vardır. Konunun kapsamının genişliği ve önemi dikkate alındığında İnsan Kaynakları Yönetimi Yönetim Bilimi'nin bir üst uzmanlık dalı olarak düşünülebilir. Genel olarak yönetimin birçok fonksiyonlarının insan kaynağı açısından şekillenmesi bu uzmanlığın çalışma alanını oluşturmaktadır. Konunun makro ve mikro düzeyde ele alınışı da daha alt kategorilere alan oluşturmaktadır. İnsangücünün planlanması, uygun kişilerin seçilmesi, işe alınması, işte tutulması, performansının üst düzeye çıkarılması, ölçülmesi, değerlendirilmesi, kişilerin eğitim ihtiyaçlarının

belirlenmesi ve bu eğitimlerin tasarlanıp verilmesi, ölçülmesi ve değerlendirilmesi, çalışanların denetimi, motivasyonu vb. kritik konular hep İnsan Kaynakları Yönetimi'nin çalışma alanında kalmaktadır. Bu yazıda sayılan konuların hepsine değinmek mümkün olmayacağından, konu ile ilgili temel kavramlar ve genellikle göz ardı edilen ama büyük önem taşıyan çalışanlara insanca muamele konularına değinilecektir.

İnsan Kaynakları Yönetimi konusu sağlık hizmetleri içinde de en önemli birkaç konu arasında sayılmalıdır. Bilim ve teknolojinin gelişmesi özellikle sağlık hizmetlerinde belirgin bir gelişmeye yol açmış, bunun sonucunda yönetimi çok

zor karmaşık sağlık kuruluşları, sağlık enformasyon sistemleri aşırı uzmanlaşmış sağlık profesyonelleri gibi sonuçlar ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği meslekleşme kritik bir önem taşıdığından ve ne kadar yüksek teknoloji ürünü cihazlarla donanmış olsa da sağlık kuruluşlarının hizmeti ve ürünü olan sağlık nihayetinde insan kaynağına bağımlıdır. Bu bağımlılık o kadar yoğundur ki sağlık hizmetleri yönetim kitaplarında “emek-yoğun” hizmetler arasında sayılmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve başarısı açısından en önemli unsur sağlık insangücünün başarısı olmaktadır. Bu başarıyı sağlık görevlilerinin bilgi beceri ve de-

neyimine olduğu kadar sağlık sistemlerinin yönetimi uygulamalarında sağlık çalışanlarının ve kurumda sağlık görevlilerine destek hizmetlerini sağlayan çalışanların yönetilmesi konusundaki beceri ve isabete de bağlıdır.

Sağlık hizmetlerinde çalışanların büyük oranda vasıflı mesleklere sahip olması ve alanında uzmanlaşmış olması beklendiğinden sağlık hizmetlerinde insangücü diğer sektörlere göre daha pahalı bir kaynaktır. Uzmanlaşma düzeyi daha çok basamak içermektedir. Birçok birimde hizmeti kesintisiz sürdürmek zorunluluğu vardır ve bu durum nöbet vardiyası vb. insangücü yönetimi konusunda karmaşa oluşturmaktadır.

Bu karmaşa, sağlık insangücünün pahalı olması ve uygulamasındaki profesyonel özerklik alanlarının geniş olması nedenleriyle sağlık görevlilerinin klinik süreçlerde özgür karar verme ayrıcalığı insangücüne bağlı hatalı seçim, uygulama olduğu takdirde büyük maddi ve manevi kayıplarla sonuçlanmaktadır.

21.yüzyılda sağlık hizmetlerinde etkililik ve verimlilik ilkelerinin daha da önem kazandığı bir sürece girilmiştir. Bu süreçte insan kaynağı kullanmada beceri gösteremeyen kurum ve kuruluşların yaşama şansı yok denecek düzeydedir.

1-) İnsan Kaynakları Yönetimi Kavramı

İnsan gücü yönetimi her yöneticiyi ilgilendiren bir sorumluluktur. Organizasyonun önderliğini yapmak ve kurumdaki diğer yöneticilere, kendilerine bağlı çalışanları daha verimli şekilde yönetmesine yardımcı olmak insan kaynakları bölümünün rolüdür. Çalışanlar kendilerini cesaretlendiren, kişisel gelişimi teşvik eden, amaç ve görevlerini yerine getiren

ve yüksek ahlaki değerleri temsil eden bir kurumun üyesi olduklarında ellerinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaktadır. Eskiden makineye verilen önemin yerini insana verilen önem almıştır (Ersen, 1997:18). Bu anlayışla bakıldığında insan kaynakları bölümünün aşağıdaki rolleri dikkat çeker(Taylor R.J. ve Taylor S.B., 1994:335):

a- Yasal düzenlemelere uygunluk

Çalışanların hak ve özgürlüklerine tecavüz etmeden iş ortamında güvenli koşullarda çalışılmasını garanti altına almaya çalışır.



Sağlık hizmetlerinin doğası gereği meslekleşme kritik bir önem taşıdığından ve ne kadar yüksek teknoloji ürünü cihazlarla donanmış olsa da sağlık kuruluşlarının hizmeti ve ürünü olan sağlık nihayetinde insan kaynağına bağımlıdır.



b- Ücret ve primlerin yönetimi

Yasal yollardan doğrudan ve dolaylı ödeme mekanizmaları ile kişilerin hakaniyet ölçüleri içinde ve benzer kuruluşlardaki ücretler de gözetilerek kurumdan alacağı ödemelerin belirlenmesi sürecidir. Aynı zamanda performansın izleme ve işi çekici hale getirecek ödeme programları da geliştirilmelidir.

c- İş gücü planlaması, çalışan eğitimi ve kariyer gelişimi.

Kurumun gelecekteki istihdam gereksinimlerine ve nitelikli çalışan bulma olanaklarına göre bu kapsamda çalışılır, insan kaynakları bölümü gerekirse okullarla ve mesleki eğitim programı düzen-

leyen kuruluşlarla bağlantıya geçerek iş ortamında eğitim, ya da iş ortamı dışında eğitim şeklinde programlar geliştirir. Bu eğitim faaliyetlerinin geliştirilmesi yanı sıra izlenmesi ve değerlendirilmesi insan kaynakları bölümünün sorumluluğunda yürür.

d- İşe alma ve işe yerleştirme

Bu süreçte adayların münhal pozisyonlara uygunluğu incelenmektedir. İşe almakla sorumlu kişiler boş kadroların duyurulması, işe alımlar, kurum içi terfiler ve transferler için yetkilidir.

e- Çalışan ilişkileri

Toplu sözleşme anlaşmalarında kurum adına masaya oturacak ve pazarlığı yapacak, anlaşma sağlanınca imzayı atacak bölüm insan kaynakları bölümüdür

2- İnsan Kaynakları ve Yönetimi Tanımları

a- İnsan kaynakları bir kurumda çalışanların etkililiğini ve verimliliğini arttırmak amacıyla biçimlendirilmiş tüm kurum çapındaki işlevler ve faaliyetlerden oluşan bir bilgi ve uygulama setidir. İnsan kaynaklarının amacı, çalışanların motivasyonunu yükseltecek ve performansını arttıracak ortamların yaratılması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için strateji, politika ve bilgiyi sağlamaktır (Fındıkçı, 1999:170).

b- İnsan kaynakları yönetimi ise, herhangi bir kurumsal ve çevresel ortamda insan kaynaklarının kuruma, bireye ve çevreye yararlı olacak şekilde etkili ve yasalara uyularak yönetilmesini sağlayan işlev ve çalışmaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Ekinci, 2001:2). İnsan Kaynakları Yönetimi, insanı temel alan ve onun daha etkili, verimli, yararlı



MÜSİAD

ve üretken olması, diğer yandan iş doyumuna sahip ve mutlu olabilmesi için gereken düzenlemelerin tamamını kapsar. Çalışma ortamında kişinin işe alınmasından, uyum eğitimine, ücret ayarlamasına, işyeri ile olan hukuki bağına, verimliliğine, performans değerlemesine, maddi ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasına ve nihayet işten ayrılmasına kadar bütün süreçler, insan kaynakları yönetimi uygulamaları çerçevesinde gerçekleştirilir. Bu bağlamda insan ilişkilerinin, yönetim ve personel yönetimi konusundaki bilgi ve ilkelerin bir bütün içinde ve farklı bir bakış açısı ile ele alınması söz konusudur.

İnsan kaynakları yönetiminin yukarıdaki tanımı iki tip çalışmayı içermektedir. Bunlardan birincisi eskiden personel yönetimi olarak adlandırılan işe alma, sınav yapma, sınıflandırma, atama, sicil düzenleme, terfi gibi konularla ilgili bilgi, beceri, yöntem ve uygulamaları kapsayan tekniklerdir. İkincisi ise insan kaynağına ilişkin politikalar, planlar, işçi işveren ilişkileri, çevresel ve kurumsal gelişmeler karşısında personelin durumu gibi daha geniş kapsamlı stratejileri içerir. Modern anlamda insan kaynakları yönetimi bir taraftan personelin bulunmasını, seçilerek işe yerleştirilmesini içerirken, diğer taraftan da personelin eğitimi, geliştirilmesi, değerlendirilmesi, ve haklarının verilmesi gibi güdüleme ve etkileme faaliyetlerini de kapsar (Yüksel, 1997:8-9).

3- İnsan Kaynakları Yönetiminin Hedefleri

Bir personel fonksiyonu olarak insan kaynakları yönetiminin iki temel hedefi vardır:

- *İnsan kaynaklarının organizasyonun hedefi doğrultusunda en verimli şekilde kullanılmasını sağlamak,*
- *İş görenlerin ihtiyaçlarının karşılanmasını ve mesleki bakımdan gelişmelerini sağlamak.*

İnsan kaynakları fonksiyonunun etkili olabilmesi organizasyonun diğer fonksiyonlarıyla tam bir işbirliği içinde olmasına bağlıdır.



İnsan kaynakları yöneticilerinin bu destek beklentisine karşılık verirken hiçbir zaman çığnememek durumunda oldukları temel nokta, çalışanlara insanca muamele ilkesidir. Son dönemlerinde genel anlamda Yönetim Bilimi'nde olduğu gibi Sağlık Yönetimi Bilimi'nin literatüründe de insanca muamelede yöneticilerin eksik kaldığı noktalar daha iyi araştırılmaya başlanmış ve hiç iç açıcı olmayan sonuçlarla karşılaşmıştır.



4- İnsan Kaynakları Bölümünün Rolü

İnsan kaynakları bölümünün rolü eskiden kayıtların tutulması, bordroların izlenmesi gibi birkaç klasik işlemlerle sınırlıyken günümüzde çok boyutlu bir şekil kazanmış ve strateji geliştirmekte kilit noktaya gelmiştir. İnsan kaynakları yönetiminin organizasyon içindeki rolü, çalış-

şanların motivasyonunu ve verimini yükseltecek bir ortam yaratılması ve bu ortamın korunup geliştirilmesi için gerekli politikaları ve teknik bilgiyi sağlamaktır. Bu rol onu organizasyon içinde genellikle cephe gerisinde kalan kurmay duruma getirir ve uygulamaları fiilen yürüten bölümlere yardımcı olmayı gerektirir (Hall ve Toorington, 1998:24-27).

Sözgelişi, çalışan verimliliğinin artırılması ya da kalite yönetimi gibi konular genellikle bu bölümün işlem alanında kalmaktadır. Ayrıca insan kaynakları profesyonelleri iş yaşamında yenilenme ve maliyet etkililik çalışmaları gibi konularda katkı sağlaması beklenen kişiler olmaktadır. Büyük boyutlu kurumlarda bu kişiler danışmanlık ve öncülük yaparak kuruluşun genelinde politika birliğinin sürdürülmesine katkı sağlamaktadır.

Bugünün dünyasında özel sektörde ve kamu sektöründe arzulan rol dağılımına göre insan kaynakları bölümü yöneticisi kurumun finans yapısı, misyonu, işyerinin fiziki koşullarının planı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Bu kişi gerçek anlamda resmin tamamını görebilen ve çalışanların amiri olmaktan çok onların arkadaşı olabilen kişidir (Hollinshead ve Leat, 1995: 124).

Kurumun üst düzey yönetiminde insan kaynakları yöneticisine de yer ayrılmaya başlanmış ama kayıtların saklanması, ödeme politikasının oluşturulması ve çalışan ilişkilerinin sürdürülmesi gibi diğer görevler de yine insan kaynakları yöneticisinin sorumluluğunda devam etmiştir.

Diğer üst düzey yöneticiler gibi insan kaynakları yöneticisi de yeni teknolojilerin etkilerine uyum sağlama yönünde çaba göstermek durumundadır. Özel sektörde ve bazen de kamu sektöründe insan kaynakları yöneticisi daha fazla fi-

nansal riskler, daha fazla rekabet, işten çıkarma, küçülme, birleşme ve alternatif sunum sistemleri ile ilgili sürekli çalışmalar yapmalıdır.

İnsan kaynakları işlevi stratejik yeniliklere destek vermek üzerine kurulmaktadır. Hem sayıca hem de nitelik yönünden kuruluşun gereksinimine cevap verecek iş gücünü elde etmek kadar işten ayrılanların uygun görevlere yerleştirilmesi de bu kapsamda ele alınmaktadır.

5- İnsan Kaynakları Yönetiminin Kapsamı ve Geleneksel Personel Yönetiminden Farkları

Günümüz yönetim yaklaşımında 'insan' in önemi vurgulanmakta, ister çalışan isterse müşteri olsun insan merkezde yer almaktadır. Sürekli Kalite Gelişimi yaklaşımı ile geleneksel yönetim arasındaki farklar gibi insan kaynakları yönetimi ile geleneksel personel yönetimi arasında da farklar bulunmaktadır.

İnsan kaynaklarına yönelik stratejik yönetim tarzı ile geleneksel personel yönetimi arasında derin bir fark bulunmaktadır. Bu farkın en belirgin olduğu nokta insan kaynakları yöneticilerinin kurumların yönetim kademesinde strateji belirleyen en üst düzey kadroda yer almasıdır.

Geleneksel personel yönetimi yetkileri ve görevleri açısından şirketin yönetim alanlarında pasif bir rol üstlenir. Stratejik insan kaynakları yaklaşımı ise stratejik planlama, karar verme konularında aktif olarak rol alır ve çalışanları ilgilendiren tüm insan kaynakları fonksiyonlarının yönetiminden sorumludur.

Stratejik insan kaynakları yönetimi ile geleneksel personel yönetimi arasındaki farklar tabloda sıralanmaktadır.

Stratejik insan kaynakları yönetimi ile geleneksel personel yönetimi arasındaki farklar tabloda sıralanmaktadır.

Stratejik insan kaynakları yönetimi yaklaşımı, kurumdaki bütün bölüm yöneticilerini birer 'İnsan Kaynakları Müdürü' olarak kabul eder. İnsan kaynakları konuları sadece İK bölümünün işi değildir ve diğer bütün bölümlerin kendi takımlarında çalışanları daha etkili kılmak için rol almaları ve sorumluluk üstlenmelerini sağlamakla kendisini yükümlü sayar.

Sağlık hizmetlerinin gereksinim ve beklentiyi karşılayacak şekilde nitelikli olarak sunulması, pek çok duyarlılık isteyen hizmetlerin sunumunda daha da önemli duruma gelmektedir. Yüksek nitelik hem tıbbi hizmet sunumu hem de danışmanlık faaliyetleri açısından önemlidir. Nitelikli tıbbi hizmet sunumunun temel öğeleri;

hizmetle ilgili seçenek sunma, bilgilendirme, teknik yeterlilik, tüm bu hizmetleri iyi ilişkilerle yerine getirme, verilen hizmetin kaydedilmesi ve sürekliliği sağlama ile hizmetlerin kapsamı – birbirini bütünlemesi olarak özetlenebilir. (Akın A. ve Ergör G., 1997: 16).

Yukarıda anlatılan şekilde sağlık hizmetleri kapsamında insan kaynaklarının niteliğine en duyarlı hizmet türleri arasında kabul edilmektedir. Bu nedenle, insan kaynaklarının bugünkü anlayışımıza uygun şekilde en verimli ve etkili olarak yönetilebilmesi; yöneticinin uygun kişileri istihdam ederek uygun işlerde çalıştırabilmesi, çalışanları gerektiği gibi motive edebilmesi, performansı ölçebilmesi, geliştirebilmesi ve gerektiğinde performans eksikliklerine uygun önlemleri alabilmesi gibi kritik yönetim

Tablo 1. Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi ile Geleneksel Personel Yönetimi arasındaki farklar.

	Geleneksel Personel Yönetimi	Stratejik İK Yönetimi
Planlama ve strateji belirleme	Sadece operasyonel boyutta planlamaya katılmaktadır.	Tüm kuruma ait plan ve strateji belirlemede rol almakta ve kurumun tüm insan kaynakları ve fonksiyonlarını kurumun stratejisine nasıl yönlendireceği konusunda karar almaktadır.
Yetki	Orta düzeyde yetkiye sahiptir (örnek: Personel Direktörü)	Yüksek düzeyde otorite yetkisi bulunmaktadır. (örnek: İnsan Kaynaklarından Sorumlu Genel Müdür Yardımcısı)
Derinlik	Sadece çalışan personel ile ilgili ilgilidir.	Tüm müdürler ve çalışanlar ile ilgilidir.
Karar verme	Sadece operasyonel karar verme yetkisine sahiptir.	Stratejik karar verme konusunda yetkiye sahiptir.
Entegrasyon	Diğer bölümlerle çok az entegre olmaktadır.	Kurum bünyesinde bulunan tüm organizasyonel yapılarla entegre bir şekilde çalışmaktadır.
Koordinasyon	Tüm İnsan Kaynakları fonksiyonlarını koordine etmez.	Tüm İnsan Kaynakları fonksiyonlarını, aktivitelerini koordine eder.

Kaynak: Küskü, 2001:4



becerilerine bağımlı olmaktadır. Bu becerileri tam olarak taşımayan yöneticiler elinde başlangıçta çok nitelikli olan sağlık görevlileri bile kısa sürede demotive olmakta ve genel anlamda verim giderek kaybolmaktadır.

a- İnsanca Muamele

Kurumun tüm bölümleri insan kaynakları bölümünün desteğine ihtiyaç duyar. İnsan kaynakları yöneticilerinin bu destek beklentisine karşılık verirken hiçbir zaman çığnememek durumunda oldukları temel nokta, çalışanlara insanca muamele ilkesidir. Son dönemlerinde genel anlamda Yönetim Bilimi'nde olduğu gibi Sağlık Yönetimi Bilimi'nin literatüründe de insanca muamelede yöneticilerin eksik kaldığı noktalar daha iyi araştırılmaya başlanmış ve hiç iç açıcı olmayan sonuçlarla karşılaşmıştır. İşyerinde yıldırma (mobbing&bullying) üzerine yapılan araştırmalarda bu sorunun büyük boyutlarda olduğu yönünde bulgular elde edilmektedir. İnsanca muamele kavramı büyük oranda öznel içerdiğinden bu terim ile neyin anlatılmak istendiği ve nelerin yapılması gerektiği konusuna açıklık getirmelidir.

İnsan kaynakları bölümünün temel işlevlerini yerine getirirken çalışanlarda birebir etki yaratacak noktalarda özellikle bu ilkeye özen göstermesi gerekmektedir. Söz edilen işlevler şöyle sıralanabilir. (Sur H. 2001):

- Çalışanlarla ilişkilerde genel davranış,
- Personel seçimi ve işe alınması,
- Çalışanların eğitimi ve geliştirilmesi,
- Kurumsal gelişim için programlar hazırlanması,
- Çalışanların performansını artırıcı sistemler oluşturulması,

- Kariyer planlamasında çalışanlara yardımcı olunması,
- Çalışanlar için söz konusu olabilecek tazminatlar bakımından bir sistem kurulması ve geliştirilmesi,
- İşletme disiplin ve şikayet mekanizmalarının oluşturulması,
- Çalışanların performansını etkileyecek bireysel sorunlarla ilgilenilmesi,
- İşletmede işçi sağlığı ve iş güvenliği organizasyonunun oluşturulması.

İnsan kaynakları yöneticisinin görevlerinden olan ve kişilerde olumlu olmayan etkiler yaratacak süreç ya da sonuçlarda ise bu ilkeye özellikle dikkat edilmelidir. İş başvurusunda bulunan adayları, kurumsal olarak cezalandırılması kaçınılmaz olan kişileri ve gerektiğinde işten çıkarılacak kişileri bile bu ilkeden mahrum bırakmamak gerekmektedir. Modern anlamda insan kaynakları yönetiminin görev alanının, işten çıkarılacak kişilerin daha sonraki durumlarına yönelik destek çalışmalarını da kapsadığı unutulmamalıdır.

İnsanca muamele ilkesini hakıyla yerine getirebilmek için başlıca tutumlar arasında yeterlilik, kariyer, eşitlik, güven ve yansızlık sayılmaktadır.

“

Sağlık profesyonellerinin uzmanlaşma düzeyinin yükselmesi de bu kitlenin yönetimini zorlaştıran bir unsurdur.

”

b- Yeterlilik

Yeterlilik, yalnızca kuruma girişi değil, kuruma girdikten sonra, etkililiği sağlayıcı uygulamaları da içermektedir. Kuruma girişte ve kurumda yükselmede

ırk, din, dil, medeni durum, cinsiyet, yaş, bedensel özür, siyasal eğilimler dikkate alınmadan yalnızca işin gerektirdiği bilgi, beceri, yetenek ve başarının dikkate alındığı bir sistem uygulanmalı, eşit işe eşit ücret ödenmelidir.

c- Kariyer

Pozisyon, görev veya kadro sistemi de denilen işe yönelik kariyer sisteminde, işe alınacak kişinin atanacağı görevin ya da kadronun gerektirdiği tüm nitelikleri hizmete girmeden önce kazanmış yani uzmanlaşmış olması öngörülür. Yapılacak iş önemli olduğu için işe girişte kişinin yaşı veya kıdemi değil, işle ilgili olarak geliştirdiği bilgi, beceri ve uzmanlık, ya da deneyim önem kazanır. Kişi görevin gerektirdiği nitelik ve yeteneklere sahip ise kuruma her zaman ve her düzeyden girebilir. Kişiyi ödenecek ücret de işin güçlük ve sorumluluk derecesine göre belirlenir.

d- Fırsat Eşitliği

Herkese aynı şansın tanınması demektir. Ancak yasalar önünde herkesin eşit kabul edildiği demokratik ülkelerde bile bunun mutlaka uygulanabildiği anlamına gelmez. Çoğu zaman bazı bireylerin karşısına biçimsel olmayan engeller çıkar. Birçok işte cinsiyet ayrımının yapılması bu duruma örnek verilebilir.

e- Yükselme Eşitliği

Kurumlarda bazı gruplara alt seviyelerde işler verilirken üst düzey işlere yükselmeleri önlenmektedir. Örneğin aile şirketlerinde aileden olmayanların ne kadar yetenekli olurlarsa olsunlar aynı konumdaki (ama daha az yetenekli) bir aile bireyinin önüne geçmeleri oldukça zordur. İnsanca muamele ilkesi bu durumu önlemeye çalışır.

f- Güvence

Güvence ilkesi kariyer ilkesi ile yakından ilişkilidir. Çünkü bir işte kariyer yapabilmek için o işte uzun süre kalabilme imkanının tanınması gerekir. İki tür güvenceden bahsedilebilir: İş güvencesi ve makam güvencesi. İş güvencesi, bireyin haklı nedenler olmadan işten atılmaması ve makam güvencesi ise yükseldiği makamdaki görevini koruyabilmesidir. Tüm çalışma yaşamını kuruma adanmış bir kimse, karşılığında hizmet güvencesi arar; ağır bir kusur işlemedikçe işten atılmayacağından emin olmak ister. İş güvencesinin yasalarla ve toplu sözleşmelerle sağlanmasına çalışılmaktadır. Makam güvencesi ise kamu ve özel sektörde de sağlanmamıştır.

g- Yansızlık

Yansızlık, genelde siyasal amaçlı atamalardan korunmayı amaçlamaktadır. Yönetimin siyasal iktidarlara bağımlılığı özellikle kamu kesiminde sorunlar yaratmaktadır. Bu nedenle kamu kesiminde çalışanlara siyasi partiye üye olma, seçim kampanyalarına katılma, siyasi amaçlı gazete çıkarma, memurluk dolayısıyla elde edilen bilgileri siyasal amaçlarla sızdırma vb. alanlarda bazı yasak ve kısıtlamalar getirilmiştir. Burada amaç memurun yansızlığını sağlamaktır. Yansızlık diğer yandan yönetimin astlara karşı tutumu olarak da ele alınmaktadır. Her tür kurumda yönetimler çalışanların birer vatandaş olarak sahip oldukları siyasal düşünceler veya kullandıkları oy dolayısıyla taraf tutmamalıdır.(Yüksel, 1997:21-27)

Başarılı, yüksek rekabet gücü olan kurumlar ele alındığında bu kurumların çalışanlarına değer verildiği, onların mutlu ve huzurlu olmaları için tüm işlevlerin yerine getirildiği görülmektedir.

“

Çok hızlı değişen tıp bilimi ve teknolojisi karşısında sürekli bilgi ve beceri tazeleyen, başka bir deyişle sürekli tıp eğitimini kesintisiz sürdüren bir yapıya kavuşmalıdır, bunu sağlamanın tek yolu sağlık hizmetlerinde insangücü planlaması ve yönetimini profesyonel bir yaklaşımla ele almaktır.

”

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları sistemimizin en önemli girdisini oluşturduğundan, insan kaynakları yönetimi ayrı bir önem arz etmektedir. Diğer yandan sağlık kuruluşlarında çalışanların mesleklerine göre dağılımı çok geniş bir yelpaze içermektedir. Sağlık profesyonellerinin uzmanlaşma düzeyinin yüksek olması da bu kitlenin yönetimini zorlaştıran bir unsurdur.

Doğru sayıda doğru meslektan kişiyle çalışabilmek için hem ülke çapında markalı planlama, hem de kuruluş bazında mikro planlama yapılması zorunluluğu vardır. Sağlık hizmetlerinde insana yatırım yapılmadan başarı sağlanamaz. Sistemin performansını bu boyutta ele aldığımız zaman, sağlık insangücü yetiştiren okulların kapasite ve müfredatı da dahil, insangücü yetiştirme, insangücü istihdamı, personelin işdoymu ve motivasyonunun sağlanması, kariyer planlaması, ücretlendirme gibi çok önemli çalışma alanları önümüze gelmektedir. Ayrıca

çok hızlı değişen tıp bilimi ve teknolojisi karşısında sürekli bilgi ve beceri tazeleyen, başka bir deyişle sürekli tıp eğitimini kesintisiz sürdüren bir yapıya kavuşmalıdır. Bunu sağlamanın tek yolu sağlık hizmetlerinde insangücü planlaması ve yönetimini profesyonel bir yaklaşımla ele almaktır.

KAYNAKLAR

- 1) Akın A.,Ergör G(1997), Reproductive Health Transition in Turkey, Feed-back, ICOMP Publication, Volume XXIII, No.2.
- 2) Ersen, H. (1997), Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan Kaynakları Yönetimi İlişkisi, Sim Matbacılık, İstanbul.
- 3) Fındıkcı İ. (1999), İnsan Kaynakları Yönetimi, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul
- 4) Hall L., Toorington D. (1998), "The Human Resource Function: The Dynamics of Change and Development". Financial Times Pitman Pub. London.
- 5) Hollinshead G., Leat M. (1995), Human Resource Management: An International and Comparative Perspective on the Employment Relationship, Pitman, London.
- 6) Küskü F. (2001), İnsan Kaynakları Yönetimi, Deniz Kuvvetleri Komutanlığı, Kocaeli.
- 7) Sur H.(2004), "İnsan Kaynakları Yönetimi", Üreme Sağlığı Hizmetlerinde Yönetim/Eğitim Materyali, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Gnl.Müd. ve UNFPA Yayını, İst.
- 8) Taylor R.J., Taylor S.B. (1994), Aupha Manual of Health Services Management, Aspen Pub., Boston.
- 9) Yüksel Ö. (1998), İnsan Kaynakları Yönetimi, 2. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.

“Sağlığın Finansmanı”



Dr. Kadir İNAL

Her değer olduğu gibi, yüksek teknoloji desteği ile ilerleyen modern tıbbın da bir maliyeti vardır. İhtiyaç duyduğu kalifiye insanların eğitim ve istihdam maliyeti ile birlikte, tanı ve tedavide kullanılan cihaz, ilaç ve sarf malzemelerinin maliyeti göz önüne alındığında; sağlığı finanse etmenin bir ülke ekonomisi için ne derecede büyük öneme sahip olduğu anlaşılabilir.

20. yüzyılı teknolojiden maksimal oranda faydalanarak ve büyük ilerlemeler kaydederek tamamlayan modern tıp, bu atağı sonucu insanlığın sağlık konusundaki beklentilerini de oldukça ileri düzeylere taşımıştır. Tarih boyunca özlenn ölümsüzlük iksirini bulamamış olsa da modern tıp, geldiği düzey itibarı ile bireysel yaşam süresinin uzaması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, daha sorunsuz bir fiziksel ve ruhsal yapının inşasına önemli katkılar sağlamıştır.

Her değer olduğu gibi, yüksek teknoloji desteği ile ilerleyen modern tıbbın da bir maliyeti vardır. İhtiyaç duyduğu kalifiye insanların eğitim ve istihdam maliyeti ile birlikte, tanı ve tedavide kullanılan cihaz, ilaç ve sarf malzemelerinin maliyeti göz önüne alındığında; sağlığı finanse etmenin bir ülke ekonomisi için ne derecede büyük öneme sahip olduğu anlaşılabilir. Öyle ki; sağlık harcamaları, gelişkin ekonomiye sahip birçok ülkenin

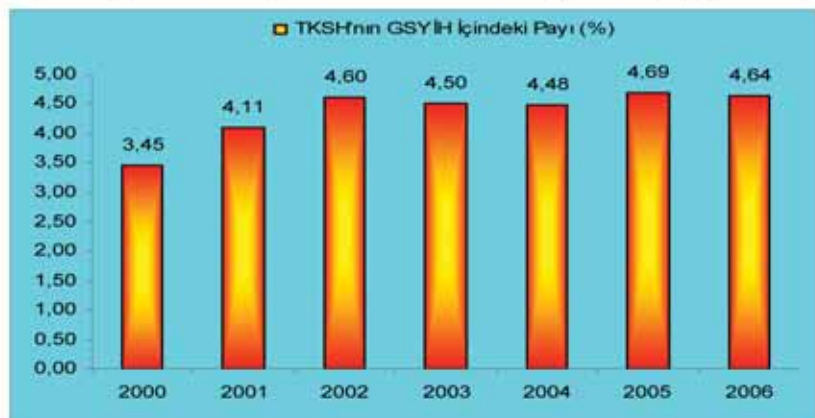
gider bütçesinin en önemli kalemini oluşturmaktadır. ABD’de GSYİH’den sağlığa ayrılan payın oranı %15’e ulaşmıştır. Bu oran İsviçre ve Almanya’da %11, OECD ortalamasında %8,6, Türkiye’de ise %4,5 düzeyindedir.(1)

Kişi başı yıllık toplam sağlık harcaması ABD’de 5.267 dolara ulaşmıştır. Bu oran OECD ortalamasında 2.144 dolar iken Meksi-ka’da 553 dolar, Türkiye’de ise 446 dolardır.

(2002 yılı verileri) Bu istatistik incelendiğinde ABD’de kişi başı yıllık toplam sağlık harcamasının OECD ortalamasının yaklaşık 2,5 katı, Türkiye ve Meksika’nın ise 10 katı olduğu görülecektir. Bir başka açıdan; ABD’de kişi başı yıllık sağlık harcaması, Türkiye’de fert başı yıllık gelire eşdeğer düzeydedir.

Aynı ivme ile gelişmeye devam eden tıp teknolojisinin, yaşam standardımıza kazandırdığı katkı ile eş oranda bireysel

Türkiye’de Toplam Kamu Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%), 2000-2006.



ve kamusal maliyetinin de gittikçe artacağını hesap etmek gerekir. OECD ortalamasında GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay 1990'da % 7 iken , bu oran 1997'de % 7,8, 2002'de % 8,5, 2003'te % 8,8, 2004'te % 8,9 düzeyine erişmiştir. Kapitalizmin doruğunda olan ABD'de bu oranın %15 olduğu ve OECD ortalamasında 14 yıllık artışın % 27'yi bulduğu göz önüne alındığında; sağlık hizmetlerinin yakın gelecekte en gelişkin ekonomiler için bile altından kalkılması güçlük arzedecek düzeyde finansman sorununa yol açacağını düşünmek kehanet olmayacaktır.

Sağlık harcamalarındaki artış hızı büyüme ile orantılı olsa belki endişeye gerek kalmayabilirdi. Ancak sağlık harcamalarının ekonomik büyüme ile ilişkisine dair 2002-2007 yıllarını kapsayan bir istatistik incelendiğinde; sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye oranla 5 yılda OECD ortalamasında 1,7 kat, ABD'de ise 2,3 kat daha hızlı arttığı görülmüştür.

Dikkate değer bir konu; toplam sağlık harcamaları içinde ilacın payı konusudur. Bu oran OECD ortalamasında % 18, Slovakya, Kore ve Macaristan'da % 30, Danimarka ve Norveç'te % 10, Türkiye'de ise % 42 dolayındadır (2003 yılı verileri).

Ülkemizdeki ilaç harcamalarının OECD ortalamasının çok üzerinde bir orana sahip olmasına karşın toplam ilaç harcamaları ve kişi başı ilaç harcamaları; dünya standartlarına göre hala düşüktür. Kişi başı ilaç harcaması ABD'de 700 dolar, Fransa'da 600 dolar, Kanada ve İtalya'da 500 dolar, Türkiye ve Meksika'da 100 dolar civarındadır.(2003 yılı verileri) Çelişki gibi duran bu durumun

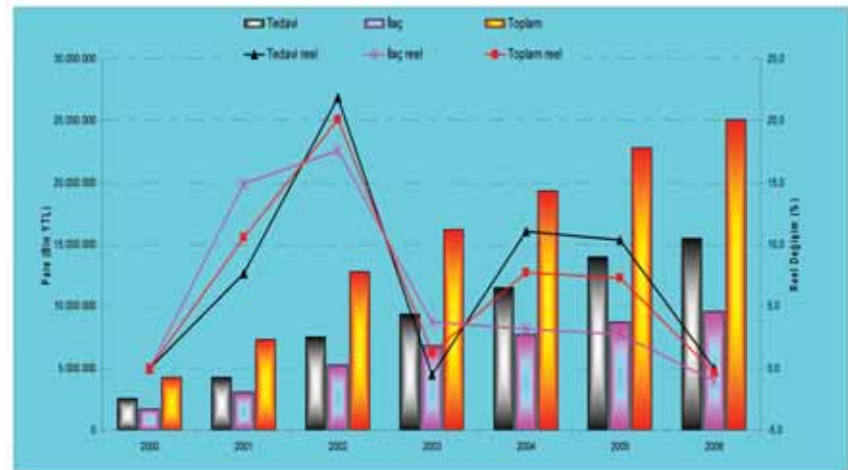
sebebi, ilaç fiyatlarının dünyanın her tarafında birbirine yakın değerlerde olmasına karşın, başta personel giderleri olmak üzere milli gelirle paralel seyreden diğer sağlık harcama kalemlerinin ülkemizde nispeten düşük olmasıdır.

“
**OECD ortalamasında
 GSYİH'dan sağlığa ayrılan
 pay 1990'da % 7 iken , bu
 oran 1997'de % 7,8, 2002'de
 % 8,5, 2003'te % 8,8,
 2004'te % 8,9 düzeyine
 erişmiştir**
 ”

Dikkate değer bir diğer konu; toplam sağlık harcamaları içinde ilacın payının sürekli bir artış trendi içerisinde olmasıdır. 1998-2003 yıllarını kapsayan 5 yıllık bir çalışmada; ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarına göre OECD ortalamasında % 32, ABD ve Avusturalya'da yaklaşık % 100 daha fazla arttığı tes-

bit edilmiştir. Aynı çalışmada bu dönemde İsviçre, İtalya, Japonya ve Türkiye'de harcamaların eşit oranda arttığı ve denge bozulmadığı görülmüştür. Türkiye için bunun kontrollü harcama göstergesi olarak algılanması gereken sevindirici bir husus olmaktan öte; ilaç harcamalarının eskiden beri nisbi olarak yüksek olmasıyla ilintili olduğunu düşünmek gerekir. Ülkemizde son birkaç yıllık dönemde uygulanan sağıkta dönüşüm programı çerçevesinde; gerek SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ve yeni açılan hizmet kurumlarının devreye girmesine bağlı hizmet kalitesindeki artış, gerek yeşil kart uygulamasının çerçevesinin genişletilmesi, gerek reçete edilen ilaçların özel eczanelerden teminine olanak sağlanması, gerekse sosyal güvencesi bulunduğu halde yıllardır kamu hastanelerinden faydalanmayan geniş bir kesimin kamu kurumlarındaki kısmi rahatlama ve özel hastanelerden faydalanabilme kapısının açılması nedeniyle sağık ihtiyacını sosyal güvenlik kapsamında karşılamaya başlaması neticesinde,

Türkiye'de Kamu Tedavi,İlaç ve Toplam Sağlık Harcamaları ve Yıllar İtibariyle Reel Değişimi.





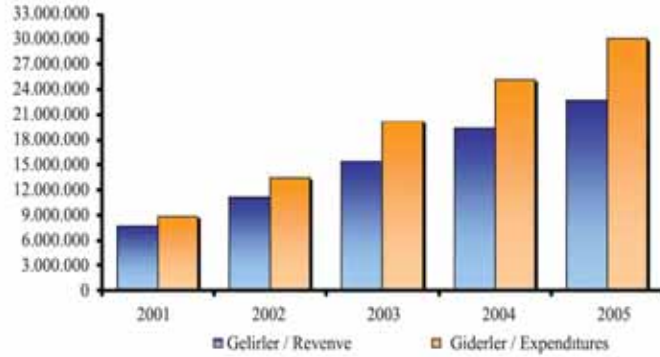
kamunun sağlık yükü anlamlı olarak artmıştır. Hizmet yükündeki anlamlı artışın finansmana da aynen yansması beklenir. Ancak aşağıdaki grafik incelendiğinde; tüm bu uygulamaların devreye girdiği dönemde hızla artması beklenen sağlık harcamalarının, beklenen aksine kontrol altında tutulabildiği, hatta enflasyondan arındırılmış reel rakamlar itibarıyla 2004'ten itibaren düşme sürecine girdiği görülmektedir. Bu sevindirici gelişmenin sağlanmasında harcamaların kontrolü için getirilen sıkı tedbirlerin ve istismaların engellenmesinin rolü büyüktür. Sağlık hizmetleri dünyanın hemen her yerinde büyük oranda kamu tarafından finanse edilmektedir. Kamunun sağlık harcamalarındaki payı OECD ortalamasında 1997'de % 72,3,

2002'de % 73,1 dolayındadır. Türkiye'de 2000 yılında % 61,6 olan bu oran; son birkaç yıllık dönemde, özellikle yeşil kart kullanımının yaygınlaşması ve kapsamının genişletilmesi sonucunda OECD ortalamasının üzerine çıkmıştır.

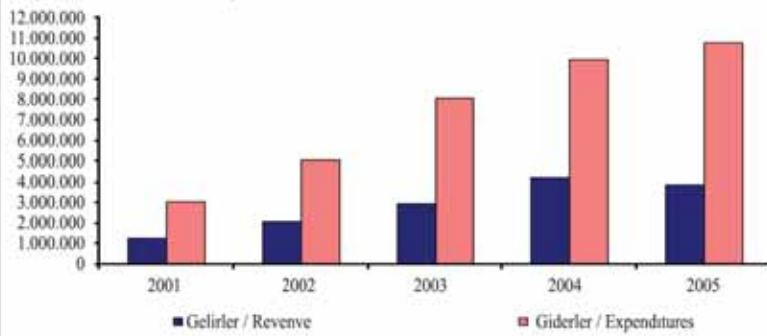
Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük oranda kamu tarafından finanse edildiğini göz önüne alırsak; sosyal güvenlik kurumlarının finansal yapılarının sağlamlığının önemi ortaya çıkacaktır.

“
Dikkate değer bir konu; toplam sağlık harcamaları içinde ilacın payı konusudur. Bu oran OECD ortalamasında % 18, Slovakya, Kore ve Macaristan'da % 30, Danimarka ve Norveç'te % 10, Türkiye'de ise % 42 dolayındadır.
 ”

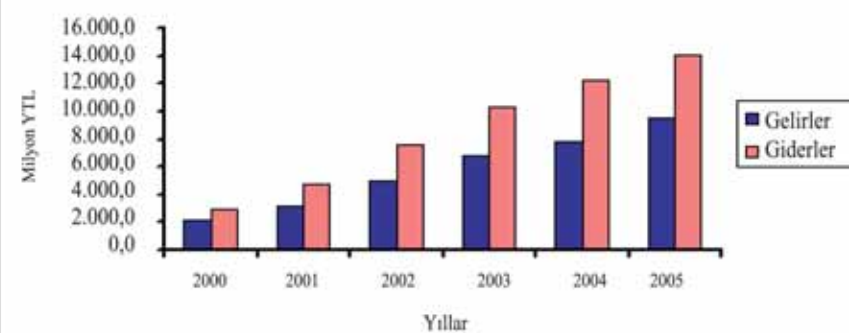
Grafik 1- SSK'nın Toplam Gelir ve Giderleri
 Graph 1- Total Revenue and Expenditures of SII



Grafik 7- BAĞ-KUR'un Toplam Gelir ve Giderleri
 Graph 7- Total Revenues and Expenditures of BAĞ-KUR



Grafik 11- Emekli Sandığı Yıllar İtibariyle Gelir Gider Dengesi
 Graph 11- Total Revenues and Expenditures of PF



Ancak aşağıdaki grafikler incelendiğinde; sosyal güvenlik kurumlarının finansal açıdan içinde bulunduğu durumun pek iç açıcı olmadığı açıkça görülecektir. Sosyal güvenlik reformu kapsamında birleştirilmesi ve şemsiyesinin tüm vatandaşları kapsamı sonucunda finansman açığı daha da büyüyecek olan bu kurumların içinde bulunduğu mali tablonun düzeltilmesinin önemi ortadadır.

Sağlık harcamalarındaki sürekli artışın nedenleri incelendiğinde; medikal teknolojideki hızlı gelişimin önemli bir paya sahip olduğu görülecektir. Gerek tanıda, gerekse tedavide kullanılan yeni cihazlar, sarf malzemeleri ve ilaçlar kullanıma girdikçe; maliyette artış olmaktadır. Tıp teknolojisinde gelişim olduğu müddetçe sağlık harcamalarında buna bağlı artış olması kaçınılmazdır. Bu noktada sorun; cihaz ve ilaçların üretici maliyetleri ile satış fiyatları arasındaki orantısızlıktır. Uluslararası patent yasalarının koruması altında, dünya bazında örgütlenmiş dev kartellerin öncülüğünde, rekabetin nispeten az olduğu şartlarda faaliyet gösteren ilaç ile medikal cihaz firmalarının sebep olduğu bu yüksek maliyet sorunu; kapitalizmin ve globalizmin dünya ölçeğindeki en önemli açmazlarından birisidir. Bu sorunun çözümü kısa vadede mümkün görünmemekle birlikte, Çin gibi dünya piyasalarını sarsan alternatif ucuz üretim merkezlerinin etkinliğinin artması ile birlikte, özellikle ekonomik açıdan az gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının düşmesinin yolu açılacaktır. Bu noktada yerli üretimin desteklenmesi ve kaliteli olmak kaydıyla düşük maliyetli ürünlerin tercih edilmesinin önemi ortadadır.

Nüfus yaşlanması bir başka etmendir. Yaşlanan nüfusla beraber yaşa paralel olarak, özellikle tedavi maliyetleri oldukça yüksek olan kanser gibi sağlık sorunları önemli oranda artmakta ve bu da harcamalara yansımaktadır.

Modernleşmenin getirdiği çevre sorunları, sağlıksız ve dengesiz beslenme, stres, hareketsizlik gibi yaşam koşullarında meydana gelen değişikliklere bağlı olarak artan sağlık sorunları yanında, halkın gelir artışı, sağlık beklentilerindeki artış ve sağlık hizmetlerine ulaşmanın kolaylaşması diğer önemli etmenlerdir.

**“
Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük oranda kamu tarafından finanse edildiğini göz önüne alırsak; sosyal güvenlik kurumlarının finansal yapılarının sağlamlığının önemi ortaya çıkacaktır.
”**

Tüm bu doğal karşılanabilecek etmenler yanında, hiç de masum olmayan ve farklı bir boyutta mücadele edilmesi gereken istismar konusunu ayrı değerlendirmek gerekir. İnsanları kendilerini hasta kabul etmeye ve daha çok ilaç kullanmaya teşvik eden, çok büyük reklam şirketleri üzerinden yürüyen toplum mühendisliği çalışmalarının mevcudiyeti artık gün yüzüne çıkmıştır.(2)

Sağlık harcamalarındaki dramatik artışa karşın, koruyucu uygulamalar için tahsis edilen miktarın total sağlık harcamaları içindeki payının OECD ortalamasında % 2,8 olması oldukça düşündürücüdür.

Ülkemizde, diğer OECD ülkelerine kıyasla sağlık harcamalarının GSYİH'daki payının anlamlı olarak düşük olmasına karşın; ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının anlamlı olarak yüksek olması önemli bir sorundur. Bunda yukarıda bahsedilen doğal sebepler ve istismar konusu yanında, bilinçsiz ilaç kullanımı da önemli rol oynamaktadır.

Finansal yükün azaltılması noktasında; hizmet organizasyonundaki zaafaların giderilmesi, hastanelerde semptom bazlı tetkik protokollerine geçilmesi, ilaç yazmanın belli protokollere bağlanması, tüm sağlık kurumlarının otomasyon sistemine geçmesi, eğitim kurumları ve hizmet içi eğitimlerde maliyete vurgu yapılması, temel eğitim kurumlarında yeterli sağlık eğitimi verilmesi ve halka yönelik eğitim programlarının katkısı ile ila hoyratça tüketimin engellenmesi, kapsamlı koruyucu uygulamalar ile sağlık hizmet ihtiyacının azaltılması ve nihayet yolsuzluklarla mücadele bellibaşlı araçlardır.

Dipnotlar:

- 1- Makaledeki uluslararası istatistikler OECD'nin resmi internet sitesi olan www.oecd.org.tr 'den, Türkiye'deki kurumların sağlık harcamaları Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Dairesi Başkanlığı'ndan ve Türkiye İstatistik Enstitüsünden elde edilmiştir.
- 2- Konu ile ilgili daha fazla bilgi için: <http://www.haber10.com/makale/4625/>

Sağlık Hizmetlerinde Sunum Modelleri ve Ülke Örnekleri



Dr. Emel LÜLECI

Bireylerin, toplumun bedensel, ruhsal sağlıklarını korumak, iyileştirmek ve rehabilite etmek için programlı, planlı olarak sunulan örgütsel ve teknik hizmetlerin tümü "sağlık hizmetleri"dir.

"Sağlık" tanımı sosyo-kültürel çevrelere göre farklılık, çeşitlilik gösterir ve toplumun sosyo-politik yapılarından, kültürel görüntüsünden, ekonomik özelliklerinden ayrı düşünülemez. Bir toplumun sağlık düzeyi ile ekonomik gelişmişliği arasında yakın ve karşılıklı bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ekonomik gelişmesini belli bir düzeye getirebilmiş toplumlarda sağlık için ayrılan kaynaklar arttığı gibi, bireylerin sağlık bilinci de yükselmektedir. Sağlık, hem ulaşılması istenen bir hedef hem de gelişmenin önemli bir sonucudur.

Bireylerin, toplumun bedensel, ruhsal sağlıklarını korumak, iyileştirmek ve rehabilite etmek için programlı, planlı olarak sunulan örgütsel ve teknik hizmetlerin tümüne "sağlık hizmetleri" denmektedir. Sağlık hizmetlerinde amaç sağlığın korunması ya da iyileştirilmesidir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmet-

lerinin hem nitel hem nicel düzeyi sosyal refahın bir göstergesi olarak sayılmaktadır.

Bu açıdan ele alındığında sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır:

“

Sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır. Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı veya yanlış bilgiye sahiptirler.

”

Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetleri kapsamaktadır. Birincil, ikincil ve üçüncül koruma olmak üzere üç düzeyde incelenir.

a- Birincil Koruma:

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye (bağışıklıma, hastalıkların erken tanı ve tedavisi, ilaçla koruma, kişisel temizlik ve bakım, yeterli ve dengeli beslenme, aşırı doğurganlığın kontrolü, sağlık eğitimi) ve çevreye (besin kontrolü ve güvenliği, yeterli ve temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü, konut sağlığı, iş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü) yönelik olarak alınacak önlemlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler.

b- İkincil Koruma:

Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınmasıdır.

c- Üçüncül Koruma:

Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir.

1- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastaları tedavi etmek amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleri üç aşamada ele alınmaktadır:

Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkların evde ya da ayakta tanı ve tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki sağlık ocakları, muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşların bazı örnekleridir.

2- İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkların tanısı ve yatırılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.

3- Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir. Ülkemizdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir.

4- Rehabilitasyon Edici Hizmetler:

Hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozukluklar ve sakatlıkların



günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir.

Tedavi edici hizmetler, genellikle koruyucu hizmetlerin yetersizliğinden kaynaklanan sonuçlarla uğraşmak için düzenlenmiş hizmetlerdir. Yani, eğer toplumdaki bireylerin sağlık durumları temiz içme suyu sağlanması, bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklama, beslenme durumunun düzeltilmesi, sağlıklı yaşam biçimlerinin geliştirilmesi gibi bir dizi önlemlerle korunamıyor ise ortaya çok sayıda ve karmaşık sağlık sorunları, hastalıklar çıkacak, sağlık örgütleri bunların tedavisi ile uğraşmak durumunda kalacaktır.

d- Sağlık Hizmetinin Genel Özellikleri

Sağlık hizmetinin arz ve talebi arasında eşitsizlik vardır. Sağlık piyasalarında tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin miktar ve kalitesini tayin edemezler. Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir ve tüketiciler çoğunlukla satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı veya yanlış bil-

giye sahiptirler. Sağlık hizmeti talebi belirsizdir ve sağlık hizmetinin tüketimi tesadüfidir. Hastanın, hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir. Bireyler hizmetin niteliği ve niceliği hakkında bilgi sahibi değildir ve pazarlık şansları bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamak güçtür, bu sebeple bu hizmetler ikame edilemediği gibi aynı zamanda ertelenemezler. Ayrıca kâr amacı güden veya gütmeyen kurumlarca sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri ile fiyatları arasında zayıf bir korelasyonun bulunduğu ifade edilebilir. Ancak sağlık hizmetini satın almaya gücü yetmeyen fakir insanlar daha az sağlık hizmeti almak durumunda değildirlir.

Devletin Sağlık Hizmetlerini Sunumundaki Roller ve Fonksiyonları

Devletin sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında rolünün ne olması gerektiği, ülkenin koşulları ve kaynakları ile yakından ilişkilidir. Devletin elindeki kaynakların kullanımı sırasında sağlığın yanı sıra, eğitim, konut, ulaşım, iletişim, işsizlik ve istihdam, altyapı gibi konulardaki öncelikler, politik kararları dolayısıyla devletin rolünü belirlemektedir.



Devletin sağlık hizmetlerini sunumundaki rollerini ve fonksiyonlarını şu şekilde sıralayabiliriz.

Yönlendirme fonksiyonu. Devletin sağlık hizmetlerini doğrudan yönetmesi değil, yönlendirmesi.

Planlama fonksiyonu. Devletin sağlık alanında stratejik plan oluşturması ve sağlık alanında ulusal hedefleri belirlemesi.

Denetim fonksiyonu. Devletin sağlık hizmetleri sunan kurum ve kuruluşların faaliyetlerini denetlemesi.

Düzenleme (regülasyon) fonksiyonu. Devletin sağlık piyasasında genel düzenleyici kurallar ve kurumlar oluşturması.

Hizmet sunum fonksiyonu. Devletin koruyucu sağlık hizmetleri sunumuna odaklanması; bunun dışında kalan sağlık hizmetlerinin mümkün olduğu ölçüde özel kesim tarafından sunulmasına olanak sağlanması ve bu yöndeki girişimlerin desteklenmesi.

Enformasyon fonksiyonu. Devletin sağlık hizmetleri alanında halkı bilgilendirmesi; sağlık hizmetleri alanında bilgi ve iletişim teknolojilerinden yararlanılarak hizmetlerin daha etkin bir biçimde sunulması.

Finansman fonksiyonu. Koruyucu sağlık hizmetlerinin doğrudan genel bütçeden finanse edilmesi; bunun dışında tedavi edici sağlık hizmetlerinde gelir düzeyi düşük kesimlerin hizmeti özel kesimden talep edebilmeleri için desteklenmesi; özel sağlık kuruluşlarına doğrudan veya dolaylı finansman desteği sağlanması.

e- Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise dört kümede toplanabilir:

a) Doğrudan ödeme

b) Özel sigorta sistemi,

c) Kamusal sigorta sistemi,

d) Vergi ile finansman

Sayılan dört kümeden doğrudan ödemeyi tüm ülkelerde görmek olanaklı olmakla birlikte, toplam harcama içindeki payı sürekli olarak gerilemiştir. Özel sigorta ABD'de olduğu gibi sistemin temel ögesi olabileceği gibi, sosyal sigortanın ya da vergi ile finansmanın egemen olduğu bir ülkede de varlık gösterebilir. Vergi finansmanı ile yürüyen sistem İngiltere, İtalya, İsveç gibi ülkelerde egemen olan sistemdir.

Sağlık hizmetlerinin üretim ve sunumunu üç kümede toplayabiliriz.

a) Bireysel üretim ve sunum (örneğin muayenehanesinde hizmet sunan hekim, diş hekimi),

“

İngiltere GSMH'nın % 7'sini sağlığa ayırmaktadır.

İngiltere'de gayri safi milli hasıladan sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelere daha az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir.

”

b) Özel sağlık kuruluşu (hastane, dispanser, poliklinik, tanı laboratuvarı vb.) Bu küme de kendi içinde ikiye ayrılmaktadır.

- Doğrudan kar amacıyla kurulmuş özel girişimler

- Birincil amacı kar olmayan vakıf benzeri kurumlar tarafından kurulan sağlık hizmeti birimleri,

c) Kamusal sağlık kuruluşu (kamu kesimi içinde yer alan hastane, dispanser, poliklinik vb.)

Üretim/sunum alanındaki üç seçenek ile finansman alanındaki dört seçenek arasında çok çeşitli kombinasyonlar kurulabilir. Bu kombinasyonların uygulama aşamasında kullanıldığını görmekteyiz. Örneğin vergi ile finanse edilen bir sistemde sağlık hizmeti üretim ve sunumu kamusal sağlık kuruluşlarınca gerçekleştirilebilir.

f- Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

a- Kamu kaynakları

Genel Vergi Gelirleri

Özel Amaçlı Vergiler (belli vergiler belli bir amaç için toplanır örn belli ürünlerin satışından elde edilen vergiler)

Sosyal sigorta

Diğer Kamu finansman kaynakları (açık finansman borç alma bunu şimdi harçarak bunu daha sonra GVG dışında ödemektir ve enflasyon)

b- Özel finansman kaynakları

Özel Sağlık Sigortası

Toplumsal finansman

Diğer özel sağlık finansman kaynakları (işverenlerin çalışanlarının sağlık hizmetleri ihtiyaçların karşılanması, gönüllü yardımlar (zenginler, dinsel örgütler)

c- Karma

(Beveridge Modeli ve Bismarck modeli) Sağlık Hizmeti Finansmanında yerine getirilmesi gereken şartlar şunlardır;

Hakkaniyet

Kaynakların toplanması ve yönetimi maliyetleri düşük olmalıdır

Kaynak akışında devamlılık sağlanmalıdır İnsanlarca kabul edilebilir olmalıdır. Öncelikli olmayan konuları finanse etmemelidir. Hizmet sunucuları arasında rekabeti teşvik etmelidir

Sağlık Hizmetlerinin kullanımı ve sürekli denetlenmesine olanak vermelidir

BİLGİ TEKNOLOJİLERİ PROJE YARIŞMASI

BILTRONİK

www.biltronik.org

BİLGİ TEKNOLOJİLERİ PROJE YARIŞMASI

Üniversite
Öğrencileri ve
Yeni Mezunlara Yönelik
Bilgi Teknolojileri
Proje Yarışması

Ödüller

Birincilik Ödülü : 15.000 YTL + Dizüstü Bilgisayar

İkincilik Ödülü : 10.000 YTL + Dizüstü Bilgisayar

Üçüncülük Ödülü : 5.000 YTL + Dizüstü Bilgisayar

[KOSGEB'den 4.000 YTL Yeni Girişimci İş Kurma Desteği]

Son Başvuru Tarihi

30 Kasım 2007

Ödül Töreni

27 Aralık 2007

ALTIN SPONSOR

dototeknik
Bilgiye Dayalı Teknoloji Kurumları ve Hizmetleri

BRONZ SPONSORLAR

TEKNOBİL
Bilgi Teknolojileri Kurumları ve Hizmetleri

DESTAN
Bilgi Teknolojileri Kurumları ve Hizmetleri

KONT
Bilgi Teknolojileri Kurumları ve Hizmetleri

Türk Tel

Seement

GÜMÜŞ SPONSOR

DESTEK PATENT
bilgi ve teknoloji gücü

KATKIDA BULUNANLAR

KOSGEB

@ltın
Yazılım

erdem
YATIRIM

yedirenk
Bilgi Teknolojileri Kurumları ve Hizmetleri

FIDAN
Bilgi Teknolojileri Kurumları ve Hizmetleri



MÜSIAD

MÜSTAKİL SANAYİCİ ve İŞADAMLARI DERNEĞİ

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No: 28 34445 Beyoğlu / İSTANBUL
Tel: (212) 222 04 06 Faks: (212) 210 50 82

www.musiad.org.tr
musiad@musiad.org.tr



Genç MÜSIAD



Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmelidir

Gereksiz hizmet sunumu ve talebine yol açmamalıdır

g- SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU

1 numaralı alanda sağlık hizmetleri tamamen genel bütçeden finanse edilmekte ve kamu sağlık kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Bu alanda başlıca iki yöntemden söz edilebilir. İlk yöntemde sağlık hizmetleri merkezi sağlık örgütü tarafından yönetilir ve sunulur. İkinci yöntemde ise hizmetlerin sunumu yerel yönetimlere devredilir.

2 numaralı alanda ise sağlık hizmetleri devlet bütçesinden finanse edilmekle birlikte hizmetlerin arzı özel kesim tarafından gerçekleştirilmektedir. Özel hizmet sunumunda başlıca; ihale, havale, kupon ve sübvansiyon yöntemlerinden yararlanılabilir.

3 numaralı alanda ise sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmakta, bireyler bu mal ve hizmetleri kendi özel bütçelerinden yapacakları harcamalarla sağlamaktadırlar.

4 numaralı alanda ise hizmetin finansmanı ve sunumu tamamen özelleştirilmiş durumdadır. Bu durumda devletin sağlık alanında bir rolü ve fonksiyonu bulunmamaktadır.

h- SAĞLIK HİZMETİ SUNUM MODELLERİ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hemen her ülkede karşılaşılan üç model bulunmaktadır. Bunlar :

Doğrudan Hizmet Sunumu

Sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendileri ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmet sunumundan so-

rumlu kurum, aynı zamanda hizmetin finansmanı görevini de üstlenir. Hizmet üretmek üzere yatırımlar yapar, hekim istihdam eder. Bu modelde hekimlere yönelik olarak genellikle iş yükü ile orantılanmış bir ödeme sisteminden söz edilemez. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ve SSK buna birer örnektir.

Hizmet Satma ve Satın Alma (Dolaylı)

Hizmeti sunan ve finanse eden kurum ya da kuruluşlar birbirinden farklıdır. Hizmet sunumunu gerçekleştiren ile talep eden arasında üçüncü taraf(ödeyici) yer almaktadır. Hizmet sunanlar kişi ya da kuruluşlar personel istihdamında, ürettiği hizmetin fiyatını belirlemede bağımsızdır ve belli anlaşmalar ile sorumlu (ve/veya finanse eden) kuruma bu hizmetlerini satmaktadırlar. Hizmet sunan kişi ya da kurumlarda çalışan hekime ise genellikle işle orantılı olarak ödeme yapılır.

1- Karma Model

Hizmet sunumundan sorumlu kurum ya da kuruluş bir taraftan hizmetin bir kısmını kendisi üretirken, diğer taraftan da ihtiyaç duyduğu, fakat üretmediği hizmetleri de diğer kişi ya da kuruluşlardan satın alır. Sağlık Bakanlığı ya da SSK'nın bazı hizmetleri (diyaliz, bilgisayarlı tomografi) özel sektörden satın alması buna örnek gösterilebilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda hangi sistem kabul edilirse edilsin sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödemelerde bazı noktaların gözden kaçırılmaması gerekir. Öncelikli ödeme modelinin finansman sistemi üzerine aşırı bir maliyet yüklememesi gerekir. Ayrıca kaliteli hizmet sunumunun bir parçası olarak gerek tahsisat gerekse

teknik veya operasyonel verimliliği sağlaması gerekir.

Ödeme modeli bir taraftan hizmet sunucunun klinik özergliğine saygı gösterirken diğer taraftan da sunulan hizmetin standartları uygunluğu konusunda ödemeyi yapan kişi/kuruluşa karşı sorumluluğunu da ihmal etmemelidir. Son olarak da gereksiz hizmet talebi ve sunumunu engellemelidir.

2- Sağlık sistemi:

Bir ülkede sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tıbbi bakım hizmetleri için var olan tüm kaynaklar, örgütler ve bunların aralarındaki ilişkilere her ülkenin sağlık sistemi kendine özgüdür ve ülkelerin ekonomik durumları ve coğrafyalarından ziyade, siyasal, ideolojik ve dinsel yönelimleriyle belirlenmektedir.

Bir Sağlık Sistemi Aşağıdaki Kriterlere Göre Değerlendirilir;

Etkililik(Effectiveness); Sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Etkililikte en başarılı sistem Beverege Modelidir. En kötü model Amerikan Modelidir. Harcadığı para ile elde ettiği sağlık çıktısı arasında ciddi anlamda bir sorun göze çarpmaktadır. Verimlilik (Efficiency); Belirlenmiş hedeflere an az kaynak kullanarak ulaşmaktır. Verimlilik açısından en başarılı sistem, Beverage Modeli, en başarısız sitem ise Amerika'nın uyguladığı Özel Sigorta Modelidir.

Hakkaniyet (Equity); Kişilerin ödeme güçleri ölçüsünde maliyetlere katkıda bulunarak, ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerinden faydalanmasıdır. Hakkaniyetin uygulandığı sistemlerde sağlıklı birey, hastayı; varlıklı birey, yoksulu, genç, yaşlıyı destekler.

Dünya Bankası 1993 yılında sağlıkla ilgili yıllık raporunda sağlık sistemlerini Coğrafi bölge, ülkelerin milli gelir düzeyleri, ülkelerin sosyo-ekonomik yapısına örgütlenme ve finansmana göre sınıflandırmıştır. En yaygın olarak kullanılan ve kabul edilen sistemin finansmanını esas alan sınıflandırmadır. **Buna göre;**

- 1.Ulusal sağlık hizmetleri sistemi
 - 2.Sosyal sigorta ağırlıklı sağlık sistemleri
 - 3.Özel sigorta ağırlıklı sağlık sistemleri
- 1-Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi (Beverage Modeli)

Finansman ve hizmet sunumu devlet tarafından gerçekleştirilir. Vergilerle finanse edilir ve tüm nüfusu kapsar. İngiltere, Kanada, Danimarka, İsveç, Norveç, İzlanda gibi Kuzey Avrupa Ülkelerinde uygulanır.

İngiltere:

Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azaltılması hedeflendiğinde ilk kez İngiltere'de sağlık kurumlarının başına, hekim olmayan kişiler atanmıştır. Verimliliği artırmak için İngiltere finansman kaynağını hekimlere aktarmış ve sorumluluğu da onlara vermiştir. Bu yöntemle kaynak israfı önlenmiştir. İngiltere GSMH'nın % 7'sini sağlığa ayırmaktadır. İngiltere'de gayri safi milli hasıladan sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelere göre daha az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. İngiltere ulusal sağlık sistemi (National Health Service, NHS) kendisine özgü bir temel felsefe ve örgütlenmeye sahiptir. NHS, 6 Kasım 1946 yılında kabul edilen bir yasa ile kurulmuş olup 1948 yılından beri uygulanmaktadır. Bu sistem sadece genel vergilerle finanse edilmekte ve sigortacılık çok az bulunmaktadır. İngiltere'de Uygulanan NHS

(National Health System)'in Esasları; Sistemin temel felsefesi, her insan için 'sağlık bir hak'tır' düşüncesidir. Ödeyebilme gücüne bakılmaksızın tüm vatandaşları kapsar ve herkese eşit sağlık hizmeti vermeyi hedefler. Herkes herhangi bir belge göstermeden NHS kapsamındaki bütün tıbbi hizmetlerden ücretsiz yararlanır. Sağlık harcamalarının hemen tümü bütçeden karşılanır. Vatandaşlar sağlık hizmetleri için aylık prim veya ücret ödemezler. Ulusal Sağlık sisteminden yararlanabilmek için İngiltere'de ikamet ediyor olmak yeterlidir.

Sağlık Kurumlarının büyük bir kısmı kamunundur. Sağlık Hizmetleri nüfusa orantılı olacak şekilde düzenlenmiştir. En uç noktada genel pratisyen hekim bulunmaktadır. İngiltere nüfusunun %97'si pratisyen hekime kaydolmuş durumdadır. Bir genel pratisyen hekim maksimum 2000 hasta kaydedebilir. Hasta sevk zinciri kesin olarak işletilmektedir. NHS tamamen hükümet tarafından, halktan toplanan vergiler yolu ile finanse edilmektedir. Toplam sağlık harcamalarının %92.3'ü kamu kaynaklarından finanse edilmektedir. Bunun içinde hükümetin payı %87.3'tür. Hastalar hiçbir zaman hekime direkt ödeme yapmazlar.

Hekim ücretini NHS'den üç şekilde alır: Asıl maaş, listesinde kayıtlı sayıya göre hasta başına yapılan yıllık ödeme ve özel ödemeler.

2. Sosyal sigorta ağırlıklı sağlık sistemleri (Bismark Modeli):

*Almanya, Kanada, Fransa, Avusturya ve Japonya bu modeli benimseyen ülkelerdir.

Yeterli mali gücü olmayanlar için sağlık hizmetlerinden yararlanmak ücretsiz-

ken, belirli bir mali gücü olanlar sigorta kapsamına alınır ya da hizmeti doğrudan satın alabilirler. Bir çok kamu sigortası vardır. Sigortalar kendi üye sayıları kadar parayı kendi havuzlarına aktararak yapılacak tüm işlemleri puanlarlar. Kamu harcamalarının önemli kısmı zorunlu sigorta fonlarından gelir.

Almanya sağlık sistemi:

İngiltere'de uygulanmakta olan kamusal sağlık sistemi ile ABD ve İsviçre'de uygulanan Pazar ekonomisine dayalı sistem arasında bir konuma sahiptir. Halkın % 90'nını kapsayan resmi sağlık sigortası bulunmaktadır. Sağlıkla ilgili yönetsel düzenlemeler federal devlet ve eyaletlerin yetkisi altındadır. Devletin yasaları zorunlu sigortanın kapsamını, finansman şeklini ve yerine getirmesi gereken hizmetleri belirler, düzenleme ilgili ayrıntıları sigorta kurumlarının ve hizmeti verenlerin yönetimine bırakır. Ayakta tedavi hizmetleri primlerle, kamu sağlık hizmetleri vergilerle, hastane hizmetleri ise hem vergilerle hem de primlerle finanse edilir. Sağlık harcamalarının büyük bölümü (% 47.4) resmi sağlık sigortası kurumları tarafından finanse edilir. Kamunun harcamalardaki payı (devlet, eyaletler, belediyeler v.b) % 13.7'dir. Bu da sosyal yardım, mesleki rehabilitasyon gibi alanlarda harcanmaktadır. Bunun yanı sıra işverenlerin hastalık durumunda yaptıkları ödemeler, emeklilik sigortası, özel sağlık sigortası, bireylerin cepten ödemeleri tüm sağlık harcamalarının diğer kaynaklarıdır.

Almanya Bismark Modelinin Genel Esasları:

Ekonomik ve sosyal statüsü ne olursa olsun bütün vatandaşlar eşit sağlık haklarına sahiptirler.



Sağlık Hizmetleri; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Araştırma ve Teknoloji Bakanlıkları tarafından birlikte yürütülmektedir. Nüfusun %90'ı Resmi Hastalık Sigortası (Krankenkassen)'e dahildir. Bunun yanı sıra; İşçi ve Sosyal Yardım Kurumları, Alman Eşitlikçi Sosyal Yardım Birliği, Alman Kızılhaç Teşkilatı, Almanya Yahudi Sosyal Yardım Kurumları da sağlık hizmetlerine katılım sağlar. Hastalar genel pratisyen hekimi ve özel çalışan uzmanı seçme hakkına sahiptir. Hastalar doğrudan hastanelere başvuramazlar.

3.Özel sigorta ağırlıklı sağlık sistemleri

Bu sistemin tipik örneği ABD ve İsviçre'dir. Hastane yataklarının ve sağlık harcamalarının önemli bir kısmı özel sektördedir. Temel sağlık hizmetleri özel hekimlerce sunulur. Bu sistemde yoksullar için geliştirilmiş Medicare ve yaşlılar için geliştirilmiş medicaid gibi kamu sigortaları da vardır.

ABD'de Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri; Serbest piyasa ekonomisi tavizsiz olarak uygulanmaktadır. Düzenli bir basamak sistemi ve sevk zinciri yoktur. Düşük gelir grubundaki kişilere devlet desteği zayıftır. Devletin sağlık bakım kalitesini artırma ve geliştirme çalışmaları için desteği büyüktür. Kişi başına sağlık harcaması en yüksek ülke olmasına karşın, gerek sağlık göstergeleri, gerekse halkın memnuniyeti harcamalarla orantılı değildir. Kar amaçlı özel sigorta şirketleri, kar amacı gütmeyen Sigorta şirketleri (Mavi haç, Mavi kalkan), Bağımsız Sigortalar (HMO, PPO)'ın yanında Kamu Sigortaları da mevcuttur. (Medicare, Medicaid)

		SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMU	
		DEVLET	PIYASA
SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI	PIYASA	MERKEZİYETÇİ YÖNEM (Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve merkezi yönetimin organizasyonu ve yönetiminde devlet hastanelerinde sunulur.) YERLEŞTİRME YÖNEMİ (Sağlık hizmetleri tamamen devlet bütçesinde finanse edilir ve yerel yönetimin kuruluşlarıyla organizasyon ve yönetiminde hizmet arz edilir.)	- İHALE YÖNEMİ (Devletin özel kesimden sağlık hizmetleri için gerekli tıbbi cihaz satın alımı v.s.) -HAVALE (SEVK) YÖNEMİ (Örneğin, hastaların tedavi için özel hastanelere sevk edilmesi ve harcamalarının devlet tarafından karşılanması.) -KUPON YÖNEMİ (Örneğin düşük gelirli kesimlere sağlık kuponu verilmesi.) -SÜBVANSİYON YÖNEMİ (Hizmet arz eden özel sağlık kuruluşlarına devlet bütçesinde destek sağlanmaz.)
	DEVLET	Kişi cebinden (ilave) para ödeyerek kamu hastanelerinde daha iyi koşullarda ve ayrıcalıklı özel sağlık hizmeti satın alabilir. (Örneğin, Devlet hastanelerinde ilave bedel ödeyerek özel odalarda kalınması.)	PIYASA YÖNEMİ -Kişi cebinden para ödeyerek özel hastanelerden yararlanabilir, -Kişi özel sigortaya kayıtlı olur; özel hastane harcamaları özel sigorta tarafından karşılanır.)

KAYNAKLAR

- Sönmez IŞIK .Sosyal Bir Kurum Olarak Sağlık Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2215.(10 mayıs 2007).
- X.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Yardım M. Sağlık Hizmetleri Ve Eşitsizlikler sy:42 6-8 Eylül 2006).
- Ak ve Sevin, 2000: 25-32 Ak, Bilal, Sevin, H.Dilek, "Hizmet Sektörünün Genel Yapısı ve Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri", I.Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi- Bildiriler, Ankara: 20-21 Mayıs 2000, Hacettepe Kültür Merkezi
- Sargutan E. Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri.Hacettepe Yayınları.Ankara 2004
- Hayran O., Sur H., Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayım. , İSTANBUL 1998.
- Kurtulmuş S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları. İstanbul 1998.
- Bertan M., Güler Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi Ankara 1995.
- Kılıç B., Aksakoğlu G. „Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar“Toplum ve Hekim Dergisi, Özel Sayı,Kasım-1994-Şubat 1995, Cilt 9,Sayı 64-65.
- <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf> (mayıs 2007)

“Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması”

Genel ve katma bütçeli idareler, kamu hizmetlerini yürütürken mal ve hizmet üretmektedirler. Üretim sırasında genellikle bir üretim kapasitesi boşluğu doğar. Döner sermaye işletmeleri kamu hizmeti üretimi sırasında ortaya çıkan boş kapasitenin doldurulmasını sağlar.Sağlık kurumlarında devlet memuru olmayan, maaş ödemeleri döner sermaye saymanlıkları tarafından karşılanan ,sağlık kurumlarının gerek sağlık hizmetlerinde gerekse yardımcı sistemlerde kullandığı onlarca kadro mevcuttur.

Döner Sermaye kamu ekonomisi açısından tanım ve uygulama olarak bağlı oldukları genel veya katma bütçeli kuruluşların yapısı içinde yer alıp, genel mali yönetimin dışında tutulan, kendilerine ait yönetim şekli bulunan, ticari nitelikte mal-hizmet üretilip ,bunları kar amacıyla satan işletmelerin,elde ettiği karı belli kurallar dahilinde kullanan işletmelerin çalışma sisteminin şeklidir. Döner sermaye ilk defa Cumhuriyet döneminde ihdas edilmiştir.İlk döner sermaye kanunu, 1925 tarihli bazı ziraat kuruluşlarına ve ziraat okullarına döner sermaye verilmesine ilişkin 549 sayılı “Ziraat Müesseselerine Sabit Sermaye Vaz’ına Dair Kanun” dur.Sağlık sektöründe döner sermaye uygulamalarına ilk örnek; 9.1.1961 tarih , 10702 sayı ile kanun no:209 olarak sağlık ve sosyal yardım bakanlığına bağlı sağlık kurumları ile esenlendirme (rehabilitasyon) tesislerine verilecek döner sermaye hakkında kanun-

dur. Döner sermaye uygulamalarına Performansa kavramının entegrasyonu, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 1.,2.,ve 3. Basamak sağlık kuruluşlarında görevli personele, performansa dayalı döner ser-

“

Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi kayıt altına alınıp tahsilinin düzenli yapılması halinde sağlık kurumlarının yani devletin kâra geçeceği aşikârdır.

”

maye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair 12311 sayılı yönerge ile, 01.01.2004 tarihinden başlayarak(2004 yılı bütçe kanununun ilgili maddesine dayanılarak), bütün Türkiye'de yürürlüğe konulmuştur.

Döner sermaye uygulamalarının ortaya çıkışındaki temel nedenler :

Ekonomideki talebi karşılayıp üretilen hizmet ile ekonomideki boş kapasiteyi doldurup istihdam sağlamak

Genel ve katma bütçeli idareler, kamu hizmetlerini yürütürken mal ve hizmet üretmektedirler.Üretim sırasında genellikle bir üretim kapasitesi boşluğu doğar. İşte, üretim faktörlerinin, kapasite boşluğunu gidermek üzere kullanılmaları daha fazla mal ve hizmet üretimi sağlarken kalkınmakta olan ekonomilerde üretim artışını sağlamış olur.Aynı zamanda çalışma olanakları artar, daha çok kişiye iş yaratılmış olur. Döner sermaye işletmeleri kamu hizmeti üretimi sırasında ortaya çıkan boş kapasitenin doldurulmasını sağlar. Sağlık kurumlarında devlet memuru olmayan, maaş ödemeleri döner sermaye saymanlıkları tarafından karşılanan ,sağlık kurumlarının gerek sağlık hizmetlerinde (hemşire laborant, sağlık memuru), gerekse yar-

dımcı sistemlerde (bilgi işlem, temizlik) kullandığı onlarca kadro ve çalışan mevcuttur. Ekonomide var olan çeşitli mal ve hizmet talepleri tam kamu hizmetleriyle karşılanamayabilir. Döner sermaye işletmeleri fazla talepleri karşılayabilmekte yararlı sonuçlar doğurur. Toplam talebin bir kısmını karşılayarak ülke kalkınmasına katkıda bulunabilir. Sağlık ülkeyimizde en önemli müşterisi ve hizmet satın alanı, devlet eliyle tesis ve idare edilen sosyal güvenlik kuruluşlarıdır. Bu kurumların hizmet talebini karşılamak üzere özel sağlık kurumlarından da hizmet aldığını göz önüne aldığımızda hizmet arzının talebi karşılıyor olması dışa kaynak aktarımının da önüne geçebilecektir

Devlete Ek Gelir Sağlamak

Döner sermayeli işletmeler, yaptıkları ticari işler ile elde ettikleri gelirler dolayısı ile ödedikleri vergilerin dışında, devlete ek bir gelir de sağlamaktadırlar. Devlete bu yolla sağlanan ek gelir önemli bir miktara ulaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi kayıt altına alınıp tahsilinin düzenli yapılması halinde sağlık kurumlarının yani devletin kara geçeceği aşıkardır. Binlerce sağlık kurumunun bağımsız işletmeler olarak yıllık karının bütçeye aktardığı kısmı anlamlı rakamlara ulaşabilmektedir.

Daha Fazla İdâri ve Mali Özerklik

Diğer birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki gibi Türkiye'de de devlet sürekli büyümektedir. Kantitatif anlamdaki bu büyümenin yanı sıra, devletin ekonomiye müdahalesi, sürekli artma eğilimi göstermektedir. Ayrıca kamu kesiminde yaşanan çok ilginç bir gelişme vardır ki; bir taraftan görünür kamu



ekonomisi büyümekte, öte yandan genel ve katma bütçe dışında oluşturulan döner sermayeli işletmeler ile görünmez bir kamu sektörü yaratılmaktadır. Bütçe dışında idare edilen döner sermayeli işletmelerin sayısı, gelirleri ve harcamaları devletin resmi rakamlarında bile sığ-

hatli bir şekilde yer almamaktadır. Kısacası devletin büyümesinin sonucu olarak bir yer altı kamu ekonomisi ortaya çıkmıştır. Büyüyen devlet faaliyetlerinin sınırlandırılmasına yönelik anayasal ve yasal önlemler, politikacı ve bürokratları, bazı devlet faaliyetlerini genel ve katma bütçe dışına kaydırmaya ve oluşturulan döner sermayeler kanalıyla rahat ve özgür harcamada bulunmaya sevk etmiştir. Devletin genel bütçe disiplini içerisindeki sınırlamaları, devleti yönetenlerin güç ve yetkilerine gem vurmak anlamına geldiğinden, daha rahat hareket kabiliyeti elde etmek amacıyla yöneticiler tarafından döner sermayeli işletmeler oluşturulmaktadır.

Sağlık stoklanamayan dayanıksız bir hizmettir. Diğer birçok sektörle kıyaslandığında öncelik ve bekleyememe özelliği vardır. Hizmet için kullanılan tıbbi sarf malzemesi yada ekipmanın gerek temini gerekse işletiminde gerekli mali kaynağın standart devlet prosedürleriyle sağlanması hem süre hem de kalite açı-

“
Sağlık, stoklanamayan dayanıksız bir hizmettir. Diğer birçok sektörle kıyaslandığında öncelik ve bekleyememe özelliği vardır. Kamu kuruluşları, döner sermayeli işletmeleri, genel ve katma bütçelerden kaynaklanan ödenek yetersizliklerini aşmak, rahat ve kolay harcama yapabilme olanağına erişme olarak görme eğilimi taşımaktadır.
”



sından hizmetleri kısıtlayacaktır. Sonuç olarak kamu kuruluşları, döner sermayeli işletmeleri, genel ve katma bütçelerden kaynaklanan ödenek yetersizliklerini aşmak, rahat ve kolay harcama yapabilme olanağına erişme olarak görme eğilimi taşımaktadır.

Personele Yeni Gelir İmkanları Oluşturmak

Bazı döner sermayeli işletmeler elde ettikleri gelirlerden, personeline "katkı payı" adı altında bir ödeme yapmaktadır. Böyle bir ödemenin yapılması, işletme çalışanları açısından döner sermayeli işletmelerin cazibesini arttırmaktadır. Bu sebepten dolayı da döner sermaye işletmesi kurulabilmesi sözkonusu olabilmektedir.

Sağlık hizmeti; kutsallığı yanında, çalışanlarının özveri ve fedakarlığını da gerektiren özgün bir çalışma sahasıdır. Doktordan hemşiresine her çalışanın işine mutlaka kendisinden de bir fark kattığı bir alandır. Bu sebepten sağlık çalışanları yıllardır "masa başı" tabir edilen görevdeki devlet memurlarıyla bir tutulmaktan gerek çalışma şart ve koşulları, gerekse yıpranma payları göz önüne alındığında hoşnut olmamakta, bunu da iş performanslarına yansıtılmaktadırlar. Bu kitleye standart maaş ötesinde ek gelir sağlamak; onları tükenmişlik sendromundan uzaklaştırıp, sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesinde artış sağlayabilecektir. Sağlık çalışanları arasındaki gayret ve yoğunluk farkının yarattığı adaletsizliği de ortadan kaldırmak adına "Performansa Dayalı Döner Sermaye" sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Yoğun iş temposunun çalışana aynı oranda getiri sağlamasıyla işe olan bağlılığın sürdürülmesi hedeflenmiştir

Yönetmel Kolaylıklar

Döner sermayeli işletmelerde yöneticiler, hizmetleri merkezi yönetimden bağımsız olarak düzenleyebilmekte hizmetin geliştirilmesi amacıyla kaynak temin edebilmektedirler. Bunun sonucu olarak yöneticilerin, hizmetin maliyeti ile bu hizmetten sağlanan özel faydayı ve geliri yakından denetlemeleri imkanı doğmaktadır.

Döner sermaye sistemi ile yöneticiler özel amaçlara yönelik olarak planlama, işyerinde koordinasyonu sağlama, hizmetin etkinliğini artırma gibi her işyerinde bulunması gereken yönetim faaliyetlerini daha kolay devam ettirmektedir.

Günümüz hizmet sektörü süratle kabuk ve içerik değiştirdiği bir düzene sahiptir. Devlet yasa ve düzenlemelerinin aynı süratle değişim göstermesi pek olası değildir bu sebepten hizmet sektörünün hem de insani hassasiyetin ön planda olduğu sağlık sektöründe devlet olanaklarıyla sağlanamayacak temizlik, güvenlik, otelcilik gibi hizmetlerin uygulanabilmesi için gerekli ekip ve ekipman da bu kaynaklarla sağlanabilecektir. Teknolojinin sürekli ilerlediği dünyamızda yeni cihaz ve teknolojilerinin alınıp halkın hizmetine sunulması bu kaynaklarla daha olası ve süratli bir hal almıştır

Toplumsal Faktörler

Döner sermayeli işletmelerin kurulmasındaki temel amaç ekonomik olduğu halde, bu faaliyetler yürütülürken işletmeler toplumsal faydalar da sağlamaktadırlar.

Hatta bazı döner sermayeli işletmelerin toplumsal faydaları, ekonomik yararlarından daha çok olmaktadır. Bu

işletmelere en iyi örnekler sağlık kurumlarıdır. Artan hizmet kalitesi, bilgi birikimi, modern alet ve ekipman tüm toplumun daha konforlu, teknolojik güncelliğe sahip, kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlayacak, bu kaynaklarla alt yapısı artırılan üniversite, eğitim araştırma hastaneleri takip eden yıllarda ülkeye hekim-uzman hekim-hemşire olarak hizmet edecek sağlık çalışanlarının daha vasıflı yetişmesine zemin oluşturacaktır.

Her uygulamada olabilecek sapmalar performansa dayalı döner sermaye uygulamalarında da izlenmiştir. Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının kamuya bağlı sağlık kurumlarında uygulanması tüm sağlık çalışanları özellikle de üretilen hizmetin şekil, miktar ve içeriğiyle ilgili ve sorumlu hekimler tarafından temelde kabul edilip desteklenmiş amaç ve prensiplere sahiptir. Özellikle üretilen ek hizmetin ücretlendirilmesi, genel anlamda gelir düzeyinin arttırılması, sağlık hizmetlerinde kullanım memnuniyetinin arttırılması hedef olarak kabul ve destek görmüştür. Uygulamada genel anlamda hekimler arasında adaletsiz dağılıma neden olması, benzer görevleri icra eden hekimlerin, klinik puanı yada hekim sayısı gibi kriterler ile aynı yoğunluktan aynı şekilde nemalanmama gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Branşlar arasında dağılımın uygun yapılmadığı fikri hem cerrahi, hem dahili hemde tetkik ve görüntüleme branşlarının ortak tespiti olmuştur. Koruyucu ve acil sağlık hizmetlerinin üretilen hizmet ve kazandırılan para üzerinden yapılan bir değerlendirme sisteminde bu hizmeti üretenlere kazancının olmayacağı aşikardır ancak koruyucu sağlık hizmetlerinde

yetersiz kalmış bir sistemin teşhis, tedavi maliyetlerindeki artış kaçınılmaz olacaktır. Adaletsiz dağılımın ekip ruhu içinde sürdürülmesi gereken sağlık hizmetlerinde genel başarıyı aşağıya çekeceği kaçınılmazdır. Çalışanla çalışmayı ayırmayı hedefleyen bu sistemin, sağlığı bir bütün olarak ele aldığımızda zayıf halkalar yaratacağı şüphesizdir.

Son dönemde hastanelerdeki işlem ve hasta takip sayısında hissedilir artışlar göze çarpmaktadır. Hastalara ayrılan muayene sürelerinin kısaldığı, yatış sürelerinin asgariye indiği ifade edilmek-

tedir. Yapılan müdahalelerin gerekli olup olmadığı, standart yaklaşımı olmayan tıp bilminde net irdelenebilir değildir ancak rakamsal olarak somut şekilde tespit edilen artışta etik olmayan uygulamalar olduğu zannı ortaya çıkmıştır. Bu konuların halkın sohbetlerine dek inmesi "ateş olmayan yerden duman çıkmaz" fikrini de desteklemektedir. Hizmetin devamı için tıp fakülteleri ve eğitim araştırma hastanelerine hayati ihtiyaç duyan sistemin; parasal öncelikler nedeniyle bu sorumluluğundan uzaklaşması çok da sürpriz sayılmayacaktır.

İçinde "gönül" ve "özveri" faktörü bulunan sağlık hizmetlerinde çalışanlar arasındaki huzur ve adaletin sağlanması, bununla ilgili uyarlamalara açık ve yatkın olunması sistemin ürettiği hizmetin kalitesini muhafaza edip arttırmak için zorunludur. Birbirinden farklı amaçlarla kurulmuş sağlık kurumları ve çalışanlarına has uyarlamaların yapılması zaruri hal almıştır. Bunun için bu sistemden direkt olarak etkilenen hekimler ve sağlık çalışanları arasından yurt çapında yapılacak geri bildirimlere öncelik ve önem vermek anlamlı fark ve katkılar yaratacaktır.



TEKNİK VE MEDİKAL GÖRÜNTÜLEME BİZİM İŞİMİZ

KULLANIM ALANLARI
OTOMOTİV SANAYİ
MAKİNA SANAYİ
DÖKÜM SANAYİ
UÇAK SANAYİ
GÜMRÜKLER
BOBİNAJ SANAYİ
ELEKTRONİK SANAYİ



TURGUT ÖZAL CAD.
FINDIKZADE SOK.
NO:15/4
FINDIKZADE/İSTANBUL
TEL: 0 212 631 12 60
635 93 49-50
FAX:0 212 531 87 16
www.saglammedikal.com
info@saglammedikal.com



“Sağlıkta Dönüşümün Özel Sektöre Yansımaları”



Dr.Selahattin SEMİZ

Çok değil birkaç yıl öncesine kadar her kesimin şikayet ettiği bir sağlık sistemine sahiptik. Hastanelerde muayene olmak için günlerce- saatlerce; tedavi ve ameliyat için aylarca beklenir; kimi zaman bazı çirkin pazarlıklar medyaya yansır. İlaç yazdırmak ve almak ayrı bir işkenceydi.

Sağlıkta dönüşüm programını sağlıklı değerlendirmek için eski sistemi hatırlamakta fayda var. Çok değil birkaç yıl öncesine kadar her kesimin şikayet ettiği bir sağlık sistemine sahiptik. Hastanelerde muayene olmak için günlerce-saatlerce; tedavi ve ameliyat için aylarca beklenir; kimi zaman bazı çirkin pazarlıklar medyaya yansır. İlaç yazdırmak ve almak ayrı bir işkenceydi.

Devlet Hastaneleri SSK lı hastaya; SSK hastaneleri devlet memuru ve Bağ Kur hastasına bakmazdı. Devlet memuru, SSK,Bağ-Kur ve ES hastalarının Özel hastaneler gidebilmesi ancak ücreti mukabilinde gerçekleşir; Özel hastanelerde yazılan reçete resmi olarak kabul edilmezdi.

Sağlık Ocakları sadece reçete tekrarlarının yapıldığı; hamile takibi, pansuman ve iğne yapılan yerlerdi. Sağlık ocağı hekimleri yer ve iş yokluğundan sırayla muayeneye gelirdi.

Her resmi kurumun ayrı hastaneleri vardı. PTT hastanesi, Polis Hastanesi, Öğretmenler hastanesi, Vakıf Hastanesi vs gibi sadece kendi kurum hastalarına bakan hastaneler yeterli hasta ve hekim yokluğundan verimsiz ve zararına çalışırdı.

“

Sağlıkta dönüşüm uygulamasının en önemli eksikliği, aile hekimliği-sevk zincirinin oturmaması ve poliklinik-tıp merkezlerinin uygulama dışı kalması olmuştur. Bu konuda pilot uygulamalar devam etmekte ve yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır.

”

Sağlıkta Dönüşüm Programının getirdiği yenilikler :

Sağlıkta dönüşüm programı 3-4 yıl içerisinde bu konularda büyük bir iyileşme sağladı. Üniversite hastaneleri dışında kalan tüm resmi kurum hastaneleri Devlet Hastaneleri çatısı altında birleştirildi. Sözleşmeli hastalara özel hastanelerden hizmet almanın yolu açıldı. İlaç alımında Resmi-Özel reçete ayırımı kaldırıldı.

Sağlık ocakları sayı ve işlerlik açısından artırılarak, koruyucu hekimlik uygulamaları ve ücretsiz kaliteli sağlık hizmeti vermeye hazırlandı. Sağlık ocaklarından laboratuvar tahlilleri ve dış laboratuvar anlaşmaları yapılabiliyor. Sağlık müdürlükleri ve sağlık gurup başkanlıkları sağlık kurumlarının denetimini artırdı.

Devlet Memuru doktorlar arasında performans uygulaması ile hekimlerin çalışmaları ve uygulamaları prim usulü ödüllendirildi. Şu an devlet hastanelere-

rinde çalışan hekimler yer ve bölümüne göre değişmekle beraber maaşının 2-3 katı performans ücreti almaktadır. Sağlıkta dönüşüm uygulamasının en önemli eksikliği aile hekimliği-sevk zincirinin oturmaması ve poliklinik-tıp merkezlerinin uygulama dışı kalması olmuştur. Bu konuda pilot uygulamalar devam etmekte ve yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programında yapılan yeni düzenlemeler

Sağlıkta dönüşüm programı yeni düzenlemelerle devam etmektedir. Bu yenilikleri Sosyal Güvenlik Kanunu yürürlüğe girme tarihi olan 15.6.2007 tarihinden itibaren şu ana başlıklarda inceleyebiliriz:

Bağ-Kur hastalarında özel hastanelerden poliklinik hizmeti alabilecek

Daha önce Bağ kur hastaların özel hastanelerde sadece operasyon ve yatan hasta ücretleri ödenirken, yeni SGK ile diğer sosyal güvenlik kurumları ile aynı haklara sahip olacaklardır.

Tıp Merkezleri Tıp merkezleri de anlaşmaya dahil edilirken, polikliniklerin durumu net olarak ifade edilmemektedir. Polikliniklerin sisteme dahil edilmesi önemli bir kaynak israfı ve hizmet açığı oluşturacaktır.

İlaçta Kurul Raporuna Son

Devamlı ilaç kullanması gereken hastalar (Kalp yetm., Hipertansiyon, Tüberküloz, Şeker Hastaları) rapor ve reçete uzman hekim tarafından yazıldıktan sonra 2 yıl süreyle hasta ilacını herhangi bir hekime yazdırarak alabilecektir.

Yatan Hastaların ilaçları bas-taneden verilecek

Yatan hastaların ilaçları hastaneler tarafından temin edilecek, hastaya / hasta yakınına ilaç aldırılmayacaktır. Böylece hastane çevresinde oluşan hasta yakını-hastane personeli-eczane arasındaki suistimaller önlenmiş olacaktır.

Vaka Baş Fiyat Uygulaması

Devlet ve özel hastanelere ödemeler vaka başı paket fiyat olarak yapılacak, muayene ve tahliller hepsi tek fiyattan ö-

“

Yeni SGK göre tüm resmi ve özel hastaneler kademeli bir geçişle hasta bilgileri, reçete ve faturalandırmayı ortak bir bilgi işlem programı (Medula) üzerinden yapacaklardır.

”

denecektir. Bazı hastalardan istenen özel tetkikler (Doppler, MR, Nükleer Tıp, Endoskopi vs.) ayrıca BUT ödeme fiyatlarından ayrıca faturalandırılacaktır.

Görüntüleme ve Teşhis Merkezleri hastanelerle anlaşma yapacak

Özel görüntüleme ve teşhis merkezleri Sosyal güvenlik kurumu ile değil, hastanelerle anlaşma yapacaklar, ödemeleri hastanelerden alacaklar. Bu konuda hastanelerle merkezlerin arasında problemlerin ve suistimallerin yaşanacağını; ödemelerin Sosyal güvenlik kurumundan yapılmasının daha doğru olduğunu belirtelim.

Özel hastanelerin hastalardan fark alması

Sosyal Güvenlik kurumu sağlık kurumlarına ödemeleri BUT üzerinden vaka başı ödeme şeklinde yapmaktadır. Özel hastaneler hastanın bilgilendirilmesi kaydıyla fark ücret alabilmesi serbest bırakılmıştır. Fark ücret alınabilmesi hastaneler arasında kaliteyi, gelişimi ve rekabeti teşvik edecektir. Aynı zamanda BUT fiyatları ile kazanamayan hastanelerin gereksiz ve yanlış uygulamalar yapmasına gerek kalmayacaktır.

Tıp Merkezleri ve poliklinikler ise fark ücreti almadan hizmet vereceklerdir. Fark ücreti almadan hizmet vermek bu kuruluşlar için şu andaki zor durumlarından kurtulmanın bir yolu gibi görülmektedir. Ama bu günkü şartlarda fark almamak bu kuruluşları da zor durumda bırakabilir.

Özel sağlık kuruluşlarından SGK Kurumuna teslim edilen faturalar teslim edildiği ayın 15'inci gününden itibaren 45 gün içinde kurumca belirlenecek usul ve esaslara göre incelenerek ödemeye hazır hale getirilecektir

Medula Uygulaması

Yeni SGK göre tüm resmi ve özel hastaneler kademeli bir geçişle hasta bilgileri, reçete ve faturalandırmayı ortak bir bilgi işlem programı (Medula) üzerinden yapacaklardır. Bu uygulamanın hastaların bilgilerinin ortak kayıta saklanması, reçetelerin elektronik ortamda yazılması ve takibi, hasta bilgileri, faturalarını kontrolü gibi bir çok avantajı vardır.



Özürliyle ilgili değişiklikler

Özürli vatandaşların tüm sağlık tesislerine erişiminin kolaylaştırılması ve mağduriyetlerinin önlenmesi amacıyla yapılan sigortalı kapsamındaki özürli, dış tedavileri için tüm sağlık tesislerine doğrudan müracaat edebilecek El, ön kol ve kolun tek taraflı fonksiyonuna mani olan haller, kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları gibi standart tekerlekli sandalyeyi hareket ettirememesi ya da hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığının tehlikeye gireceği durumlarda, sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla motorlu malul arabası verilmesi mümkün bulunmaktadır.

Ambulans gönderilmesi

Halen yürürlükte olan uygulamada, SSK'da belediye mücavir alan dışına ambulans ile gönderilme ücreti ödenmekte, Bağ-Kur'da ambulans bedelleri ödenmemekte, Emekli Sandığı'nda ise şehir içi ve şehir dışı ambulans bedelleri ödenmektedir. 15/06/2007 tarihinden sonra sigortalı herkesin şehir içi ve şehirler arası ambulans bedelleri ödenecek. Genel olarak Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile hastaların sağlık hizmetine ve ilaca ulaşması kolaylaştı, sağlık hizmetlerinin kalitesi arttı, özel-resmi sağlık kuruluşu farkı kalktı, hekimlerin performans uygulaması ile maddi durumları iyileştirilmektedir. Projenin devamında koruyucu hekimlik uygulamalarının özendirilmesi ve diğer eksiklerin giderilmesi beklenmektedir. Proje ilk planda maddi olarak maliyeye ek yük getirirse bile yukarıdaki avantajları ve engellediği suistimler düşünöldüğünde (Sağlık karnelerinin düzensiz kullanımı, bıçak parası uygulaması, ilaç kullanı-



mındaki suistimler, verimsiz devlet ve özel yatırımlar vs..) oldukça başarılı olduğu söylenebilir. Bu projenin iyi uygulanması ve daha verimli olması için hepimize önemli görevler düşmektedir. Öncelikle sağlık kuruluşları etik kurallara dik-

“
Proje ilk planda maddi olarak maliyeye ek yük getirirse bile yukarıdaki avantajları ve engellediği suistimler düşünöldüğünde oldukça başarılı olduğu söylenebilir.
 ”

kat etmeli ve etmeyenleri gerekli kurullarla kendi içerisinde düzeltilmelidir. Projenin eksik ve yanlışlarının düzeltilmesi için, eski sistemi özlemek –sızlanmak yerine doğru teklifler –önerilerle yetkililer uyandırılmalıdır. Hastalar açısından bu uygulamaların suistimal edilmesine fırsat verilmemesi, sağlık karnelerinin doğru kullanılması, kurumların yanlışlarına göz yumulmaması sistemin sağlıklı işlemesi için önemlidir. Bu ülke ve kaynaklar hepimizin ortak malıdır. Birlikte kullanıldığı gibi birlikte korunmalıdır da. Yoksa şahsi küçük hesaplarla, devletin malı deniz mantığı ile devam edilirse her sistemin boşluğu bulunur. Sonuçta faturayı hep beraber öderiz.

Mahmut TOKAÇ

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık
Genel Müdürü

İLAÇTA SON GELİŞMELER



Mahmut TOKAÇ
Sağlık Bakanlığı İlaç ve
Eczacılık Genel Müdürü

İnsanoğlunun var oluşundan bu güne daima ilaca ihtiyaç duyulmuştur. Günümüzde yokluğu kadar varlığı da bir derttir. Yeni ilaç geliştirilmesi zarureti ile insan üzerinde deneyin etik olup olmaması ikilemi özellikle çocuklara yönelik ilaçların geliştirilmesi esnasında çok daha bariz bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

İlaç; olmazsa olmaz varlığımız. İnsanoğlunun var oluşundan bu güne daima ihtiyaç duyduğu nesne. Günümüzde yokluğu kadar varlığı da bir dert. İnsanın varlığı ile yokluğu arasındaki ipince çizgiyi oluşturduğu için ilacın yokluğunun ne gibi bir dert olduğu herkesçe malum. Kısaca İVİG olarak bilinen ve vücudun direncini düşüren bazı hastalıklarda kullanılan immünglobulinlerin temininde geçtiğimiz günlerde yaşanan sıkıntı bunun en yakın örneği. Peki ilacın varlığı neden dert oluyor? İlacın geliştirilmesinden ruhsatlandırılmasına, fiyatlandırılmasından geri ödemesine kadar tüm süreçler ve yan etkileri, ters etkileri, doz aşımı, uygunsuz kullanım, alerjik reaksiyonları dolayısıyla varlığı da pek çok problemi beraberinde getirmektedir. Şimdi bu konuları birer birer değerlendirelim.

1- İLAÇ GELİŞTİRME

İlacın geliştirilmesi son derece zahmetli ve uzun bir süreç. Bu süreçte yaşanan en önemli sorun, ilacın üzerinde de-

“

Dünyada ilaç pazarı yaklaşık 550 Milyar USD civarında. Türkiye’de ise bunun yaklaşık %1,1’i kadar bir pazar payı var. Ülkemizde ilaç araştırmalarının, tüm dünyadaki ilaç araştırmalarına göre oranı ise sadece %0,5’lerde.

”

neneceği gönüllülerin durumu. Gönüllüler olmadan yeni ilaçlar geliştirilemeyeceğinden henüz tedavisi mümkün olmayan veya yeni ortaya çıkan hastalıklar için ilaç geliştirilemeyecek ve insanlık yeni

ilaçlara ulaşamayacaktır. *Yeni ilaç geliştirilirken en temel prensip gönüllülere zarar verilmemesidir.*

Yeni ilaç geliştirilmesi zarureti ile insan üzerinde deneyin etik olup olmaması ikilemi özellikle çocuklara yönelik ilaçların geliştirilmesi esnasında çok daha bariz bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Ancak sadece çocuklarda ortaya çıkan bir hastalığın ilacını yetişkinlerde denemek ilacı geliştirmeye yetmeyecektir. Çocuklarda görülen ve ölümcül olabilen bir hastalığın ilacının geliştirilmemesi durumunda ise bu hastalığa maruz kalan çocuklar ilaçsızlıktan ölebilecektir.

Orijinal ilaçlar, bir molekülü hayvan deneylerinden başlayarak, insanlar üzerinde uzun çalışmalar yapıldıktan sonra ilacın etkililik ve güvenliğinin kanıtlanmasından sonra ilaç olarak piyasaya sunulmak üzere ruhsatlandırılırlar. Bu çalışmalar oldukça fazla bir maliyet gerektirmektedir. (Araştırmacı İlaç Fir-

maları Derneği'nin verilerine göre 800 milyon ila 1,2 milyar dolar arası.)

Dünyada ilaç pazarı yaklaşık 550 Milyar USD civarında. Türkiye'de ise bunun yaklaşık %1,1'i kadar bir pazar payı var. Ülkemizde ilaç araştırmalarının, tüm dünyadaki ilaç araştırmalarına göre oranı ise sadece %0,5'lerde. Yani ilaç pazarındaki paya göre kıyaslandığında yirmi kat daha az. Bu araştırmaların yarısından fazlası Kuzey Amerika ülkelerinde (ABD ve Kanada) gerçekleştirilmekte. Ülkemizde ise ilaç geliştirmek için bir araştırma söz konusu olduğunda derhal "**kobay**" tartışması yaşanmaktadır.

Toplumların genetik yapıları birbirinden farklılık göstermektedir. Bir ilacın bizim toplumumuzda etkisinin gösterilmesi, klinik araştırmaların bizim ülkemizde de yapılması ile mümkündür. Üstelik bu tür araştırmalar, ülkemize bilgi akışını da temin edecektir. Belki bir süre sonra ülkemizde de ilaç geliştirilmesi söz konusu olabilecektir. Araştırmaların etik ilkelere tam anlamıyla uygun olarak yapılmasını temin etmek amacıyla Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde bir şube ve bir kurul görev yapmaktadır.

2- RUHSATLANDIRMA

İlacın ruhsatlandırılması konusu tamamen ayrı bir ihtisas alanıdır. İlaçların **etkili, kaliteli ve güvenilir** bir şekilde piyasaya sunulması Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır.

İlaçta ikinci kalite söz konusu olamaz.

Bu sebeple ilaçlar ruhsatlandırılırken etkililik, güvenilirlik ve kalite ile ilgili her türlü çalışmaların sunulması zorunludur. Bazen bu gerekleri tam olarak yerine getirmedeği halde ilaç geliştirdiğini iddia



edenler ortaya çıkmaktadır. Kendilerine bu çalışmaların yapılmasının zorunlu olduğu hatırlatıldığında ise otoriteyi ilacına ruhsat vermemekle suçlamakta, hatta bazen millî olanı engelleme ithamında bulunabilmektedirler.

Benzeri bir durum da yerli jeneriklerin ruhsatlandırılması aşamasında yaşanmaktadır. Jenerik adı verilen eşdeğer ilaçların, orijinal ilaçların hayvanlar ve insanlar üzerinde yaptıkları deneyleri tekrarlama mecburiyeti olmaksızın, orijinal ilaç ile aynı etkililik ve kalitede olduğunu ispatlaması gerekmektedir. Jenerik ürünün kalitesi laboratuvar analizleriyle, etkililiği ise biyoeşdeğerlik çalışmasıyla ortaya konulmaktadır. Özellikle jenerik ürünün orijinali ile eşdeğer olduğunu kanıtlayan "**biyoeşdeğerlik**" çalışmaları oldukça maliyetlidir. Ülkemizde biyoeşdeğerlik çalışması yapan merkez sayısının yeterli olmaması dolayısıyla da bu çalışmaların büyük bir kısmı yurtdışında yaptırılmakta, bu da kaynak kaybına sebep olmaktadır. Ayrıca bazı AB ülkelerinde 10-20 yıldan beri piyasada olan ve etkililiği kanıtlanmış

ilaçlara biyoeşdeğerlik çalışması istenmediği gerekçesiyle eski ilaçların biyoeşdeğerlikten muaf tutulması jenerik firmalar tarafından talep edilmiştir. Ancak ilaçların etkililik ve kalitesinden taviz vereilemeyeceği için tüm bu çalışmaların tam olarak yapılması istenilmektedir. Buna rağmen, jenerik ilaçların orijinal kadar kaliteli olmadığı şeklindeki propagandalara inanan hekimlerin sayısı azımsanmayacak kadar fazladır. Bu husus özellikle geri ödemede önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada kavramları irdelemekte fayda vardır. "**Orijinal**" kavramı ilaçta **innovasyon** yani bulma-geliştirme anlamındadır. Diğer sanayi dallarında, örneğin otomotiv sanayiinde olduğu şekliyle orijinal terimini kendisi ile ikinci, üçüncü kalitedeki yan sanayi ürünleri veya taklit ürünler arasındaki kalite farkını tanımlayan bir kavram olarak algılamalıdır. "**Jenerik ilaçlar**", sadece hayvanlar ve özellikle de insanlar üzerindeki deneyleri tekrarlamanın mahsurlarını ortadan kaldırmak amacıyla, önceden yapılmış çalışmalar refere edilerek,



Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün "iyi imalat uygulamaları"na (GMP) uygun olarak imal edilmiş, içindeki etkin madde/maddelerin kalitatif ve kantitatif analizleri sonucu uygunluğu kanıtlanmış, orijinali ile aynı etkililiğe sahip olduğu *biyoesdeğerlik* çalışmaları ile ortaya konulmuş ürünlerdir. Daha başka bir deyişle *eşdeğer jenerik ilaçlar, orijinali ile arasında kalite farkı olmayan, etkililik ve güvenilirliği ispat edilmiş ilaçlardır.*

Ruhsatlandırma ile ilgili önemli konulardan biri de 19.01.2005 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "**Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği**"nin getirdiği veri imtiyazı ve ruhsatlandırma prosedürü gibi yeniliklerdir.

Veri imtiyazı: Orijinal bir ilaca ait test verilerinin kullanılmasıyla ruhsatlandırılan jenerik eşdeğerlerinin piyasaya çıkışının belirli bir süre engellenerek, orijinal ilacı geliştiren inovatör firmanın araştırma maliyetlerini karşılama amacıyla sağlanan piyasada tek başına bulunma hakkı olarak tanımlanan veri imtiyazı (**data exclusivity**) Gümrük Birliği anlaşması ile ülke olarak 2001 tarihinden itibaren uygulama taahhüdünde bulunduğumuz bir husustur. Veri imtiyazı, ilaç geliştiren inovatör firmaların fikri ve sınai mülkiyet haklarının koruma altına alınmasıdır. Bu hususta yerli ilaç sanayinin tamamen yok edileceği eleştirileri yapılmıştır. Şu ifade edilmelidir ki; yeni ilaç geliştirilmesinin önünü açan fikri hakların korunması ile ilgili bu düzenleme yapılırken jenerik ilaç firmalarının müktesep hakları da korunmuştur.

Ruhsatlandırma Prosedürü: Yeni yönetmeliğe göre, ruhsatlandırma süresi AB ülkelerinde olduğu gibi 210

günle sınırlandırılmıştır. Böylece ruhsatlandırma için uzun yıllar bekleme dönemi ortadan kaldırılmaktadır. Bu da yeni ilaçlara halkımızın daha kısa sürede ulaşabilmesi anlamına gelmektedir. Fakat her ruhsatlandırılan yeni ilacın geri ödemeye girip girmeyeceği konusu ayrı bir tartışma yaratmaktadır.

3- FİYATLANDIRMA

1984 yılından beri yürürlükte olan eski fiyat kararname gereğince fiyat tespiti **maliyet esasına göre** ve tamamen **firma beyanına dayalı** olarak



İlacın ruhsatlandırılması konusu tamamen ayrı bir ihtisas alanıdır. İlaçların etkili, kaliteli ve güvenilir bir şekilde piyasaya sunulması Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır. İlaçta ikinci kalite söz konusu olamaz.



yapılmaktaydı. Özellikle döviz kuruna göre getirilen artış oranları ile bu Kararnamenin uygulandığı 20 yıl boyunca, **ilaç fiyatlarında hiçbir indirim yapılamadığı gibi sürekli bir artış yaşanmaktaydı.** Döviz kurunun yükselmesine bağlı olarak ithal ilaç fiyatlarının artması (2003 yılı ortalarında dövizde düşme olduğunda eski Kararnamede zorlayıcı bir hüküm bulunmadığından fiyat düşürülmedi), bunun yanında imal ilaçlara verilecek fiyat artışlarının objektif olmayan bir yöntemle pazarlık usulü belirlenmesi, **yerli ilaçlardan ithal ilaçlara doğru bir kaçışa yol açmıştı.** Ayrıca bu sistemde gerçekçi maliyetlerin tespitinin

mümkün olmaması ve firmaların beyanlarına bağlı işlemesi sistemi kontrol edilemez hale getirmişti.

2001 yılında yaşanan krizde dövizdeki aşırı yükseliş karşısında, geçici bir süre için ithal ilaçlarda FOB miktarı üzerinden kâr oranlarının düşürülmüş olmasına rağmen, ilaç fiyatlandırmasının kamu maliyesi üzerindeki yükü istenen düzeyde azaltılamamıştır. (Genel giderler.%20'den %6'ya, ithalatçı kârı %14'den %10'a, depocu kârı %9'dan %7'ye ve eczane kârı %25'den %20'ye)

Eski Kararnamenin yetersizliği söz konusu olduğundan 2003 yılı ortalarında yeni bir Kararname hazırlanması için bir komisyon kuruldu ve çalışmalarına başladı. Maliye Bakanlığı temsilcilerinin birtakım değişikliklerle maliyet esaslı eski sistemin devamı amacıyla yaptığı çalışma sonunda maliyet kontrolünün sağlıklı olamayacağı anlaşıldı. Bunun üzerine bazı AB ülkelerinde uygulanan referans fiyatlı sistem üzerine bir kararname hazırlanması çalışmalarına başlandı.

Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hazine ve DPT Müsteşarlıkları temsilcileri ile birlikte hazırlanan ve sektör temsilcileri ile de görüşülerek son şekli verilen Kararname, **14 Şubat 2004** tarihinde Resmi Gazete'de yayımlandı.

Yeni Fiyat Kararnamesi ile şu yenilikler getirilmiştir:

- Kademeli Kârlılık;
- Referans Fiyat Sistemi;
- Şeffaf, Ölçülebilir, Objektif Kriterler;
- Fiyat Değerlendirme Komisyonu;
- Geri Ödeme Komisyonu.

Kademeli Kârlılık: Kamu maliyesine yük getirmeden ithal ve yerli ürünlerde kârlılık oranları eşitlenerek AB

Komisyonu tarafından ülkemiz aleyhine açılmış olan Ticarete Teknik Engeller (TBR) Soruşturmasına konu olan husus bertaraf edilmiştir.

Referans Fiyat Sistemi: Kararname’ye göre, AB üyesi ülkelerden ilaç fiyatları nispeten ucuz olan ve fiyatları takip edilebilen 5 ülke içinde, en ucuz olan fiyat referans fiyat olarak alınmaktadır. Böylece AB içinde en ucuz ilacın ülkemizde satılması temin edilmiştir.

İlaç firmaları da eski kararnamelerdeki subjektif maliyet sistemi yerine şeffaf, ölçülebilir, objektif kriterler ile fiyatlandırma sistemine kavuşmuşlardır. Kararnameye göre döviz kurunda 30 gün süreli devam eden %5 üzerindeki artış ve düşüşler karşısında Bakanlığa yeniden fiyat belirleme yetkisi verilmektedir.

Yeni Kararname ile Maliye Bakanlığı başkanlığında Geri Ödeme Komisyonu oluşturularak, Sosyal Güvenlik Kurumlarının tabi olacağı Tek Geri Ödeme Sistemi için adım atılmıştır.

Bu Kararname ile yıllık 1 Milyar YTL civarında Kamu Tasarrufu sağlanmıştır.

4- GERİ ÖDEME SİSTEMİ

Vatandaşlarımızın ayakta tedavilerinde geri ödeme kurumlarının farklı uygulamalar yapmaları eşitsizliğe ve önemli hasta yakınmalarına sebep olmaktadır. SSK mensubu olan 36 milyon civarındaki vatandaşımız sadece SSK’ya ait hastanelerden ve çok uzun kuyruklarda bekledikten sonra hiçte yeterli olmayan bir biçimde bir iki dakika süre içinde sağlık hizmeti (!) alabiliyorlardı. İlaçlarını ise yine bu hastanelerin eczanelerinden ve yine çok uzun kuyruklar bekleyerek temin etmek zorunda kalıyorlardı. Üstelik uzun kuyruklarda bekledikten sonra da ilaçlarının bir kısmını SSK eczanesinde olmadığı için alamamaktaydılar.

Bu yüzden SSK’lı vatandaşlarımızın büyük bir kesimi ya hiç hastaneye gitmemeyi tercih ediyor ya da özel muayenehaneler aracılığı ile sağlık hizmeti almak zorunda kalıyorlardı. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devrinin ardından SSK’lıların ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmelerinin yolu açılmıştır. Aynı şekilde ayakta tedavide ilaçları hiç karşılanmayan Yeşil Kartlı vatandaşlarımızın da serbest eczanelerden ilaçlarını almaları sağlanmıştır. Tüm bu iyileştirmeler yapılırken, bazıları

“

İlaçlarla ilgili en önemli sorunlardan biri de ters (advers) etkilerdir. İlaçlar iki ucu keskin bıçak gibidir. Bir yönüyle hastalıkları tedavi ederken, diğer yönüyle de birçok zararlı etki gösterebilmektedir. Hatta bazen ölüme bile yol açabilmektedirler.

”

tarafından kamunun sağlık harcamalarının çok artacağı, bunun da sosyal güvenlik sistemini çökerteceği iddia edilmişti. Hatta o dönemde bir SSK yöneticisi “Ulaşılabilirliğin getireceği yükü SSK

namesi ile ilaç fiyatlarında sağlanan ciddi oranlardaki indirimler ve geri ödeme kurallarında getirilen farmakoeкономи ve eşdeğer uygulaması sayesinde kamunun sağlık ve ilaç harcamalarında beklediği gibi bir artış gerçekleşmemiştir. Geri ödeme kurumlarının ortak geri ödeme kuralları ve tek ödeme listesi uygulanmaya başlanmıştır. Eşdeğer ilaçlarda en ucuzun %22 fazlasına kadar ödenmesi kuralı ile ödeme bandının dışında kalan birçok ilacın fiyatı, banda girebilmek için düşmüştür.

Tüm bu önlemler, harcamalardaki artışı her ne kadar kontrol altında tutuyorsa da, vatandaşlarımızın en temel hakkı olan ve şimdiye kadar yeterince istifade edemediği sağlık hizmetlerine ve ilaca ulaşımının artmasıyla doğal olarak ilaç harcamalarında da bir artış söz konusu olmaktadır. Hizmetlerin ve ilaca erişimin devamı, ancak bu artışın makul seviyelerde kalmasıyla mümkündür. Aşağıdaki tabloda 2002 – 2006 yılları arasında kamu ilaç harcamaları (Milyon YTL) ve bir önceki yıla göre değişim oranları verilmektedir.

Tam bu noktada farmakoeкономи konusu tartışmaların odağına yerleşmektedir. **Farmakoekonomi;** sanıldığı gibi aksine ucuza tedavi etmek amacıyla ilaçların kullanımının kısıtlanması olmayıp, **maliyet-etkililik** analizlerini yaparak

Yıllar	2002	2003	2004	2005	2006
İlaç Harcaması	5.231	2003	2004	2005	2006
Değişim Oranı (%)		30	14.1	13.1	14.2

karşılıyamaz.” diyerek SSK mensuplarının sağlık hizmetine ve ilaca ulaşmaması sayesinde SSK’nın ayakta kaldığını itiraf ediyordu. Halbuki yeni fiyat karar-

daha etkili tedaviyi daha az maliyetle yapmaktır. Hatta bazen ucuz ilacı tercih etmek uzun vadede o hastalığın daha pahalıya tedavi edilmek zorunda kalın-



ması sonucunu doğurabilir. Ancak aynı etkin maddeyi aynı miktarda içeren ve aynı etkililikte olduğunu biyoeşdeğerlik çalışması ile kanıtlamış, yani birbirinin eşdeğeri olan ilaçlardan pahalı olanı ödemek için hiçbir gerekçe olmaması gerekir.

Hekimlerin ve halkın bilinçsizliği dolayısıyla, özellikle eşdeğer kapsamında değerlendirilen orijinal ve jenerik ilaçlarla ilgili endişeler dile getirilmeye başlanmıştır. En ucuz eşdeğerin %22 fazlasına kadar ödenmesi prensibi dolayısıyla pahalı olanın yerine ödeme bandına giren eşdeğerin verilmesi durumunda hekimler, reçetelerine müdahale edildiği zannına kapılarak, bazen de orijinal ilaç firmalarının propagandalarından etkilenerek, hastaları kendi yazdıkları pahalı orijinal ilacı almaları, diğeriyle aynı etkinin sağlanamayacağı yönünde yönlendirmektedirler. Halbuki ruhsatlandırma bölümünde ayrıntılı olarak belirtildiği üzere, eşdeğer gruptaki bütün ilaçlar biyoeşdeğer olduğunu kanıtlamıştır. ***Yani orijinal ilaçlar ile jenerik ilaçlar arasında etkililik ve kalite açısından en ufak bir fark yoktur.***

5- FARMAKOVİJİLANS

İlaçlarla ilgili en önemli sorunlardan biri de **ters (advers)** etkilerdir. İlaçlar iki ucu keskin bıçak gibidir. Bir yönüyle hastalıkları tedavi ederken, diğer yönüyle de birçok zararlı etki gösterebilmektedir. Hatta bazen ölüme bile yol açabilmektedirler.

1961 yılında, Talidomit adlı ilacın kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan sakat doğumlar sonucu, piyasada olan ilaçların güvenliliği eskisinden daha çok önem

kazanmıştır. Talidomit faciasının ardından, dünyadaki birçok ülkede piyasadaki ilaçların güvenliliğinin izlenmesi için çeşitli kurumlar oluşturulmuştur. Dünyada yaşanan bu gelişmeleri takiben, Türkiye'de 1985 yılında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde "**Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi (TADMER)**" kurularak, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İlaç İzleme İşbirliği Merkezi'ne 1987 yılında, 27. üye olarak katılmıştır.



Türkiye'de 1985 yılında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde "Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi (TADMER) kurularak, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) İlaç İzleme İşbirliği Merkezi'ne 1987 yılında, 27. üye olarak katılmıştır.



30/06/2005 tarihinde yürürlüğe giren "**Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik**" ile, TADMER'in adı **Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TUFAM)** olarak değiştirilmiş ve daha etkili bir şekilde ilaçların advers etkilerinin takibi yapılabilir hale gelmiştir. Yine ilaçların gerektiği hallerde, gerektiği kadar ve gerektiği süre kullanımı anlamına gelen "**akılcı ilaç kullanımı**"na uygun olmayan kullanımından kaynaklanan pek çok problem de yaşana-

bilmektedir. Komşunun tavsiyesi ile ilaç kullanma, hekim tarafından önerilen yeterli dozda ve sürede kullanmama veya farkında olmadan ya da kasıtlı olarak aşırı dozlarda kullanım oldukça sık rastlanan durumlardır. ***Akılcı ilaç kullanımını konusunda halkımızı bilinçlendirmek amacıyla bir televizyon programı bugünlerde hayata geçirilmek üzeredir.***

6- REÇETESİZ İLAÇLAR

İlaçla ilgili temel kanun olan 1262 sayılı "**İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu**" ilaçları reçeteli ve reçetesiz olarak tasnif etmektedir. 17.02.2005 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan "**Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılması Hakkında Yönetmelik**" ile bu sınıflamanın hangi kriterlere göre yapılacağı belirlendi. Bu yönetmeliğin yayımlanması ile "**OTC**" tartışmaları da başladı. ABD ve Avrupa'da "**tezgah üstü**" anlamına gelen "**over the counter**" kelimelerinin kısaltması olan OTC, aslında reçetesiz ilaç anlamındadır. Tartışma gerekçesi ise, ABD ve birkaç Avrupa ülkesinde bu tür ilaçların marketlerden satışının olmasıdır.

Ülkemizde reçeteli ya da reçetesiz olsun tüm ilaçlar, **yasal olarak sadece eczaneden satılır ve eczanenin sahibi de eczacıdır.** Bu tartışmalar, eczacıların ilacın eczane dışında marketlerde satışına izin verileceği ve zincir eczanelerin kurulmasının önünün açılacağı yolundaki endişelerinden kaynaklanmaktadır. Bir başka tartışma konusu da 23/10/2003 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik dolayısıyla ilaçların reklam yasa-



ğının kalkacağı düşüncesidir. Söz konusu yönetmelik, reçetesiz ilaçların belirli usul ve esaslar çerçevesinde topluma tanıtımın görsel ve işitsel basın-yayın organları kanalıyla yapılması hükmünü getirmişken, Türk Eczacıları Birliği tarafından açılan dava sonucunda Danıştay tarafından ilgili hükmün yürütmesinin durdurulmasına karar verilmiştir.

7- TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU

Benzeri tartışmalar Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Kanun Tasarı Taslağı ile ilgili olarak da yaşandı. Taslak Bakanlıklar, Üniversiteler ve ilgili kuruluşlara görüş almak üzere gönderildiğinde 984 sayılı "Eczacılar ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkânlara Mahsus Kanun" ve 1262 sayılı "İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu" yürürlükten kaldırıl-

ması da öngörülmüyordu. Ancak halen Başbakanlıkta bekleyen "6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'da Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Taslağı'nda ilaçların "münhasıran" eczanelerde satılacağı hükmü mevcuttur. Yani 1262 sayılı Kanun kaldırılabilir bile ilaçların eczane dışında satılması mümkün değildir. Kaldı ki gelen görüşler çerçevesinde taslakta gerekli değişiklikler yapılmış ve Başbakanlığa gönderilen halinde bu iki kanunun kaldırılmasından vazgeçilmiştir. Sağlık Bakanlığının bu konudaki görüşü açık ve nettir: **"İlaç, sağlık açısından taşıdığı önemi ve olabilecek ters etkileri dolayısıyla sadece eczaneden ve eczacı tarafından satılmalıdır."**

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu beşeri ve veteriner ilaçlar, ileri tedavi amaçlı ilaçlar, tıbbi cihazlar, kozmetikler ve tıbbi amaçlı özel ürünlerin ruhsatlandırma, izin, bildirim, fiyatlandırma, dağı-

tım, piyasaya arz, gözetim ve denetimleri konularında düzenleyici tek otorite olarak tasarlanmıştır. İdari ve mali bakımdan özerk yapıda ve Sağlık Bakanlığının ilgili kuruluşu olması öngörülmüştür.

Halen iki farklı bakanlık ve daha fazla sayıda birimin eliyle yürütülen benzer kapsamdaki görevlerin birleştirilmesiyle, ülke kaynakları daha verimli kullanılacak, yetkilerin birbiriyle keşiştiği alanlardaki sorunlar ortadan kalkacak, hizmetlerin tek elden ahenk içinde yürütülmesi mümkün olacaktır.

SONUÇ

Halkımıza kaliteli, etkili ve güvenli bir şekilde ilacı ulaştırmaktan sorumlu olan Sağlık Bakanlığı, ilacın var olmasını temin için gayret gösterirken, ilacın varlığının da yukarıda izah edilen tüm sıkıntılarını göğüslemek durumundadır. Ama her şeye rağmen halkımızın tamamının ilacına ulaşabiliyor olmasının verdiği haz, tüm bu sıkıntılara değmektedir.

En Yakın Sağlık Danışmanı: Eczaneler

Öncelikle icra tarafından "Sessiz Devrim" olarak nitelendirilen, ayaktan tanı-tedavi gören yeşil kart ve SSK'lı hasta ilaçlarının serbest eczanelerden teminine, bürokrasinin uzun süren dirençlerine rağmen 2005 yılında başlandı. Bunun sonucunda hastalar açısından ilaç temininde çok büyük bir rahatlık sağlanmış oldu.

Son yıllarda sağlık ve dolayısıyla ilaç alanında yaşanan değişimler çok hızlı gerçekleşmekte, çoğu zaman bir gündem eskimeden bir diğeri tartışmaya açılmakta. Tüm bu süreci metnin kısıtlı satırlarında eczacılık ve hastanın ilaç temini açısından özetlemeye çalışalım.

Öncelikle icra tarafından "Sessiz Devrim" olarak nitelendirilen, ayaktan tanı-tedavi gören yeşil kart ve SSK'lı hasta ilaçlarının serbest eczanelerden teminine, bürokrasinin uzun süren dirençlerine rağmen 2005 yılında başlandı. Bunun sonucunda hastalar açısından ilaç temininde çok büyük bir rahatlık sağlandı. Artık hastalar SSK hastanelerinde saatlerce kuyruk bekleyip, hastalığını iyileştirecek ilaçlar yerine kurumun eczane stoklarında hangi ilaç varsa onu alacakken hekimin tavsiye ettiği ilaçları almaya başladı. Eczacılar açısından ise reçete sayısında ciddi bir artış gerçekleşti. Fakat yürütme

organı bu artı değeri kısa sürede fiyat iskontolarıyla geri aldı.

Bürokrasi, direncini uzun süre devam ettirerek gerek hastaları, gerekse eczacıları süreçten soğutmaya çalıştı. Bu gün de mevcut bütçe uygulama metinlerine

“

Sayıları nerdeyse 20.000'e yakaşan eczacılar, tüm bu dönüşüm süreçlerinde ayakta kalmayı başarırsa, giderek unutulmuş 'en yakın sağlık danışmanı' kimliğine yeniden döneceklerdir.

”

aynı kurumun birimleri farklı yorumlar yaparak özellikle eczacıları gerekçesiz ödeme kesintileriyle maddi olarak mağdur etmektedir. İMF nin artan ilaç giderleri noktasında uyarıları karşısında

ilaçta kademeli iskonto uygulamasına geçildi. Artık eczacılar için ilaçların fiyatları yükseldikçe azalan karlılık sözkonusu oldu. Ayrıca ciroları artıca sosyal güvenlik kurumlarına aynı oranda artan iskonto yapmak zorundalar.

Beş Avrupa ülkesiyle (ona çıkarılmak isteniyor) referans fiyat uygulamaları ile ilgili ilacın piyasada en ucuz şekilde karşılanmasını sağladı. Bu uygulama ülkemizde ilaç fiyatlarında ciddi düşüşler ve sayıları hergün azalsa da yerli ilaç sanayinin desteklenmesini sağladı. Malesef bu ani gerçekleşen iskontolar eczacı arkadaşlarımızın sahip oldukları ilaçlarda ciddi değer kayıplarına sebep oldu ve bu maddi kayıp hiçbir piyasa aktörü tarafından paylaşılmadı.

Bütçe uygulama metinlerine eklenen gereksiz teferruatlarla gerçekleştirilmeye çalışılan tasarruf tedbirleri, ilaç giderlerinde tasarrufun; ilaç alımını zorlaştırarak engellemek yerine, akılcı ilaç

kullanımının sağlanmasıyla gerçekleşeceği tartışmalarını başlattı. Yasak koymak her zaman en sevilen tasarruf yöntemi olmuştur. Malesef o engelleri koyanlar, gün gelip kendileri veya yakınlarının o ilaça ihtiyacı olacağını pek hesaplamazlar.

Ocak 2007'de gerçekleşecek Genel Sağlık Reformu tanımlaması altında tüm Sosyal Güvenlik Kurumlarının (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK ve Yeşil kart) tek çatı altında birleştirme çalışmaları, Anayasa Mahkemesinin

"Herkes eşittir, memurlar daha eşittir" yorumuna takılarak Ocak 2008'e sarktı. Bu uygulamayla hastalar kurum farkı gözetilmeden tüm Kamu ve Özel hastane ile tıp merkezlerinden sevk gerekmeden yararlanabilecek. Ülkemizdeki hasta-hekim oranlarındaki denge-

sizliğin uzun yıllar içinde giderilmesi bekleniyor. Bu olumsuz şartlarda kimi sosyal güvenlik mensubunun istediği tedavi kurumundan yararlanırken, diğerleri malesef üvey evlat konumunda olması üzücü bir durum.Eczacılık açısından ise bu tek çatı sayesinde hastanın temin etmek istediği aynı ilaçla ilgili farklı uygulamalar da kalkacak. Tek korkumuz SGK temellerinin geçmişin en sorunlu sosyal güvenlik kurumu olan SSK anlayış ve bürokrasisi üzerine inşa edilmesi. Umarız insanlar sürecin sonunda geçmişini arar konuma düşmezler.

Ve artık Eczacılık Mesleğinin ihtiyaçlarına cevap vermeyen 6197 nolu meslek kanunumuzda uzun süredir gerçekleşmesi beklenen, lakin Sağlık Bakanlığı ile meslek örgütleri arasında oluşan uzlaşmazlık sonucu raflarda tozlanıp

,önümüzdeki seçimler sonrası oluşacak yeni kabinenin inisiyatifine kalan taslak çalışmaları...

Yıllardır bir metin üzerinde mutabakat sağlayamamasının sorumluluğunu tüm kurumlar birbiri üzerine atmakta. Yükselen nüfusıyla ilaç pazarı bu kadar hızlı artan bir ülkenin yerli ve yabancı, sektör dışı aktörlerin iştahını kabartmaması düşünülemez.Bu ise eczacıların en korktukları zincir eczane vb.uygulamaları tetikleyebilir. En kısa sürede mesleğimizin önünü açacak, tüm eczacıların beklentilerini karşılayacak meslek kanunumuzun TBMM den geçmesini bekliyoruz.Netice olarak sayıları nerdeyse 20000 e yaklaşan eczacılar tüm bu dönüşüm süreçlerinde ayakta kalmayı başarırsa, giderek unutulmuş 'en yakın sağlık danışmanı' kimliğine yeniden dönmek istiyecektir.



Hastane, Hasta ve Doktor İletişiminde Para Paylaşımı

Bütün iş çevreleri için MÜSİAD'ın sloganı nedir. "Yüksek Ahlak," "Yüksek Teknoloji." Eğer "Yüksek Teknoloji" "Yüksek Ahlak" ile birlikte kullanılırsa, hastane de doktor da hasta da mutlu olur ve para paylaşımı her üçünün de rızası çerçevesinde gerçekleşir.

Günümüz insanının en büyük derdi parayla. "**Paranın**" ve "**parasızlığın**" meydana getirdiği hastalığı, ne para, ne doktor, ne de başka bir yöntem tedavi edemiyor.

Para kazanıyoruz sağlığımızı bozarak, para harcıyoruz sağlığımızı kazanmak için. Galiba insanoglunun sorunu bu çapraz ilişkide yatıyor.

Hastane, hasta ve doktor üçlüsünden önce, birey olarak herkes bu çapraz ilişkinin çıkmaz sokağında. Çıkmaz sokaktan kurtulmanın tek yolu geri dönmektir. Geriye dönmek ve geride neleri kaybettiğimizi, neleri unuttuğumuzu, neleri hatırlamamız gerektiği üzerinde durmalıdır. Bir soru:

"Bir insana sağlığını kaybettiren sebepler nelerdir?" Bu sorunun cevabı kişiden kişiye değişse de sonuç aynı kapıya çıkar.

Başlıca sebeplerden birisi, insanoglunun kendi organlarını tanımaması ve onlarla dost olamamasıdır.

Otomobilimizin motoruna gösterdiğimiz hassasiyeti, beynimize gösterebilsek, hastalığa yol açan sebeplerden birini tedavi etmiş oluruz.

Ayakkabımızın kalitesine ve şıklığına verdiğimiz önemi, bizi istediğimiz her yere taşıyan ayak sağlığınıza versek, yine rahatsızlıklarımızın bir kısmının önüne geçmiş oluruz. Evlerimizde kullandığımız eşyaların rengine, kalitesine, markasına verdiğimiz önemi, "**Ailece evimizde daha rahat nasıl oturabiliriz ve dinlenmek üzere vücudumuzu nasıl kullanabiliriz**" diye kafa yorsak, yine çeşitli hastalıkların önüne geçmiş oluruz.

Özenle hazırlanmış bir sofraya otururken ve yiyecekleri dikkatle süzerken gösterdiğimiz hassasiyeti, midemize gösterebilsek ve çok yiyince, çok hastalanacağımızı hatırlayabilsek, vücudumuzla ilgilenmiş ve tanışmış oluruz.

Hastalıkların yüzde doksanının davet sahibi insanın kendisidir. Yüzde onluk bir kısmı ise davetsiz misafir gibi gelir ki, o da

nadirattandır. İnsanın kendi çağırdığı hastalıklar ise bazen Azrail gelinceye kadar devam eder.

Şimdi gelelim hastane, hasta ve doktor iletişimindeki para paylaşımına. Evet, ülkemizin bütün illerinde, ilçelerinde, kasabalarında, beldelerinde ve hatta nüfusu 400'ün üzerinde olan köylerinde bile bakkal açar gibi hastane, poliklinik, sağlık ocakları v.s. var.

Hele son günlerde artık ihtisas hastaneleri de hızla açılmaya başladı. Kulak, Burun, Boğaz, Kalp merkezleri, Göz merkezleri, Doğum merkezleri, Kadın hastalıkları hastanesi gibi. Bu gidişle tıpta ne kadar hastalık varsa, hepsinin ayrı ayrı hastanesi olacak.

Peki, bu kadar sağlık merkezinde yeterli sayıda doktor ve uzman var mı? Söz konusu hastaneler ve sağlık merkezleri, yaptıkları reklamlar ve tanımlardaki kadar hizmet verebiliyorlar mı?

İşte bu sorunun cevabı, hastane, hasta ve doktor üçlüsündeki para paylaşımının



temelinde yatıyor. Hükümetin sağlık politikasında yaptığı devrim niteliğindeki uygulamalar, bu paylaşımında meydana gelebilecek haksızlıklara dur demek için yapılmıştır.

Tabipler Odası başta olmak üzere, iktidara olan siyasi karşıtlığından dolayı hükümetin sağlık politikasına karşı çıkan ve eleştiren kurum, kuruluş, kişi ve kişilerin asıl derdi, üçlünün para paylaşımındaki denge-sizliklerden kaynaklandığı içindir.

Türkiye’de doktor sayısı 105 bin civarında, abartmış olmayayım ama neredeyse o kadar da irili ufaklı sağlık merkezi var. Büyük şehirlerde bir doktor günde üç hastaneye gidip geliyor ve hasta muayene ediyor.

Hele cerrahların hali bir başka. Sabah Ankara’ya ameliyata giden bir cerrah, öğleden sonra İzmir’e gidip ameliyat yapıyor. Gece İstanbul’daki bilmem hangi hastanede ameliyata giriyor. Dünyanın hiçbir yerinde böyle bir uygulama yoktur. Burada olan hastalara oluyor. Hasta parasını vermek zorunda, hastane bu paradan payını almak istemekte, doktor bu kadar mesai ve emek harcadığına göre daha çok kazanmak zorunda. Her üçü de kendi penceresinden meseleye bakıyor ve haklı olduğunu düşünüyor.

Bir de hastaların filmlere ve tahlillere gönderiliş biçimi var ki, burada dördüncü ve beşinci kol devreye giriyor. Doktorların

çalıştıkları hastaneler dışında bir de film çekim ve laboratuvarlarla ilişkisi var. Hastaya; **“Şuraya gideceksin falan filmi ve tahlili yaptıracağım”** deniliyor, hasta oraya gidiyor gereken yapıyor ve parasını ödeyip geri geliyor. Para paylaşımı birden dörde ve beşe çıkıyor.

Burada ne herhangi bir hastaneyi ne bir doktoru ve ne de diğer yardımcı kuruluşları eleştiriyor değiliz. Ama Türkiye’de sağlık sistemi maalesef “önce para dediği” için, ortaya garip, anlaşılmaz ve ahlaki kuralları yok eden bir uygulama çıkıyor.

Hastane sahibi çok büyük yatırım yapıyor ve büyük paralar harcıyor. Doktor mesleğine ömrünü vermiş, hastaları tedavi ediyor ve para kazanmak istiyor. Her iki kesiminde gözü, hastanın **“derdinden”** önce **“cüzdanına”** dikiliyor.

Oysa hasta, sadece hastalandığı zaman harcamak için para kazanmıyor. Hasta birisi zaten para kazanırken sağlığını kaybettiği için, hastalığına öyle çok para harcamak da istemiyor. İstiyor ki, daha az parayla daha çok hizmet alayım ve hemen tedavi olayım.

Peki, bu işin çözümünü nedir? Öyle gözüüküyor ki, her üçünün de kendi paylarına haklı tarafları var fakat ortada da adaletsiz bir paylaşım ve ilişki söz konusu.

Bu işin çözümünü Türkiye şartlarında çok zordur. Çünkü herkesin çok para kazanmaya, çok harcama ve çok iyi yaşamaya

dair tarifi mümkün olmayan bir istek ve arzusu var. Bu arzu, maalesef bütün değer yargılarını alt üst ediyor ve insanı doğru düşünmekten alıkoymuyor.

Bir de Sağlık Bakanlığı ile kavga eden sağlık kuruluşlarının ve doktorların haline bakıldığında, pek bir çözüm bulunacağı da benzemiyor.

Böyle söylemekle birlikte, elbet asla hiç bir şey çözümsüz değildir. En iyi çözüm yolunun birincisi, para kazanırken sağlığımızı kaybedecek şekilde para kazanmamak ve vücudumuzun dilinden iyi anlamaktır. İkinci yolu ise kurulduğu günden bu yana MÜSİAD işaret etmiştir.

Bütün iş çevreleri için MÜSİAD’ın sloganı nedir. **“Yüksek Ahlak,” “Yüksek Teknoloji.”** Eğer “Yüksek Teknoloji” “Yüksek Ahlak” ile birlikte kullanılırsa, hastane de doktor da hasta da mutlu olur ve para paylaşımı her üçünün de rızası çerçevesinde gerçekleşir.

Bu gözlemlerimiz Türkiye’de genel kanaat biçimidir. Elbet, **“Bütün hastaneler, doktorlar ve hastalar böyledir”** demek kimsenin haddine değildir.

Böyle düşünmek kesinlikle yanlış bir yoldur. İstisnalar tabii ki vardır fakat genel kanaat içinde ne yazık ki, bu istisnalar da olumsuz düşüncelerden etkilenmektedir. Önce sağlığımız sonra işimiz. . .

Eyüp AKBAL

Göz Cerrahisi Uzmanlık Gerektirir



Eyüp AKBAL

2000 yılından bu yana sağlık sektöründe oftalmoloji alanındaki eksikliği gidermek amacıyla kurulduklarını belirten Afiyet Medikal Genel Müdürü Eyüp Akbal, sektörde öncü olmak için emin adımlarla ilerlediklerinin altını çizdi. Akbal misyonlarını, ana faaliyet alanı üzerinde sürekli bir büyüme için yeni fırsatlar bulmak ve geliştirmek, dünyada meydana gelen yeni gelişmeleri ve teknolojileri Türk sağlık sektörüne sunmak, kaynaklarını en iyi biçimde kullanmak, dinamik bir şirket olma özelliğini korumak, ve bu doğrultuda hedefe varmak için çalışmalarını sürdürmek şeklinde açıkladı.

Faaliyetlerinizi ve hedeflerinizi bizlerle paylaşır mısınız?

Göz cerrahisinde Türkiye'nin önemli firmaları arasında yer alan Afiyet Medikal olarak, 11 ülkeden ithal ettiği ürünleri sağlık sektörünün hizmetine sunmaya gayret ediyoruz. Afiyet Medikal teşhis ve tedavi cihazlarının yanı sıra göz cerrahisi, sarf malzemeleri ve cihazlarını da Türkiye'nin her noktasına hizmet verebilecek nitelikli kadrosuyla faaliyetlerini sürdürüyor.

İlk müessesliği alırken ABD' de uzun araştırmalar, ABD ve başka ülkelerde de görüşmeler yaparak, ürünleri test ettirdikten sonra firmalarla müessesilik anlaşmaları imzalıyoruz.

Yapacağımız yatırımlar yanlış da olabilir. Biz bu amaçla ürünleri test ettirdik. Üniversitelerden hocalarımızdan olumlu cevap alınca ürünlerin ithalatına başladık. İlk olarak Imperial Medical'in ürünleri ile Türkiye' de oftalmoloji alanına adım attık. Imperial Medical'in ABD' de üretim yapan güçlü ve büyük bir lens fabrikası var. Bu lensler katarakt cerrahisinde kullanılan lenslerdir.

Oftalmoloji alanında dünyadaki son teknolojik gelişmeleri yakından takip eden firmamız, yeni teknolojileri takip ederek onları hekim ve optisyenlerin hizmetine sunmaktadır.

Bugün 11 ülkeden ithalat yapmaktayız. Bu ülkeler arasında ABD, Brezilya,

Almanya, Çin, İtalya, Hindistan, İsviçre, İsveç, Fransa ve İspanya gibi ülkeler bulunmaktadır. Hindistan fiyat olarak uygun ama ciddi anlamda sıkıntılı bir ülkedir. Ürün teslimatında sıkıntılar yaşıyoruz. Avrupa ile Amerika' dan bir haftada ürünler geliyor. Asya ülkelerinde sistem böyle işlemiyor. Bir de yüklü anlamda siparişler istiyorlar. Hindistan ile çalışmak isteyen firmalar bu konuya dikkat etmelidir.

Oftalmoloji kendi içerisinde branşlara ayrılıyor. Afiyet Medikal'in bu branşlaşma içerisinde özellikle katarakt cerrahisi üzerine yoğunlaşmıştır. Bu anlamda gerekli tüm cihaz ve sarf malzemelerin tedarikini sağlamaktayız. "Medikal sektörü çok geniş bir sektördür. Birden

fazla konuda mümessilliğiniz varsa ayrı ayrı birimler oluşturunuz gerekmektedir. Biz işimizde branşlaştık. Branşlaşmanın getirdiği en büyük avantaj ise ne sattığımızı bilmektir.

Türkiye' de satışa sunduğumuz ürünler eş zamanlı ABD' de satışa sunulan ürünlerdir. Her yıl Avrupa ve ABD' deki oftalmoloji kongrelerine katılıyoruz. Eş zamanlı olarak neler çıktı, aynı ürünleri de ülkemizde satışa sunuyoruz. Oftalmoloji alanında gelişmişlik gösteriyoruz. Bu da bize çok büyük bir avantaj sağlıyor.

Şu anda Türkiye' de bulunan 3 bin 200 göz hekiminin hepsine ulaşıyoruz. Yeni ürünlerin tanıtımları göz doktorlarımıza, hocalarımıza sürekli yapıyoruz. Yeni ürünlerin avantajları anlatılıyor. Daha kısa sürede daha minimum riskle ameliyatlarn gerçekleştirilmesi için yeni cihazlarımızı tanıtıyoruz. Kendileri de yurt dışı kongrelerde bu cihazları görüyorlar.

Türkiye' de ki oftalmoloji kongrelerini ve kurslarını yakından takip ediyoruz. Ankara ve İzmir' de Bölge müdürlüklerimizle çalışıyoruz. Münhal bölgelere de bayilik veriyoruz. Ayrıca teknik servisimiz en modern imkanlarla hizmetlerini sürdürmeye de devam etmektedir. Ürün yelpazelerinde katarakt cerrahisinde kullanılan Fako cihazından muayenehane ünitlerine, excimer lazerden göz cerrahi aletlerine, biyomikroskoplardan refraktometrelere kadar çok sayıda ürünün bulunmaktadır. Bir göz kliniğinde bulunması gereken tüm cihaz ve sarf malzemelerin satışını gerçekleştiriyoruz. Firmalar arasında kalitede rekabet var ve bu sebeple bunun TSE belgesi, CE belgesi, ISO belgeleri gibi zorunluluklar bulunuyor. Ayrıca teknik servis zorunluluğu bulunuyor. Rakiplerinizde dünya pazarlarına açılıyor. Aynı ürünün muadilini getiren firmalar da var. Bir de Kamu İhale

Kanunu'na göre en uygun fiyatı kim verirse o alıyor ihaleyi. Bunu için firmalar arayışlara giriyor. Kaliteli ürünlerle piyasada mücadele vermeye çalışıyorlar. Ancak biz, Afiyet Medikal olarak kaliteden asla taviz vermiyoruz. Katarakt cerrahisinde kullanılan lenslerin ülkemizde ki üretilmesine büyük bir ihtiyaç bulunmaktadır. Yılda 250 bin - 300 bin civarında Türkiye' de katarakt ameliyatı yapılmaktadır. Bir firma yerli üretime geçti ama fiyat avantajı bulunmuyor. Ancak mutlak suretle bunu yapmak zorundayız. Oftalmoloji artık bizim işimiz. Oftalmoloji sektörü ile ilgili bir üretim yapabiliriz. Hedefimiz yeni dönemde, oftalmoloji alanında büyümek ve Türkiye' nin lideri konumuna geçmektir. Göz hakkında her şey sloganıyla daha büyük hedeflere doğru, tüm personelimizle ve müşterimizle birlikte ilerlemekteyiz.



Bir Yabancılaşma Örneği: Hasta mı? Müşteri mi?

Bilimdeki postmodern yansımalara paralel olarak son 20-30 yıl içinde sağlık bilimleri ile sosyal bilimler arasındaki alan daha da geçirgen hale gelerek sağlık bilimciler ile sosyal bilimciler giderek daha fazla işbirliği içine girmişlerdir. Bunun bir sonucu olarak, tıbbi olayların sosyal bilimlerin parametreleri ile açıklanması giderek yaygınlaşan bir yaklaşım tarzıdır.

Son yıllarda giderek belirgin hale gelen para ve sağlık ilişkisi, sağlığın herkese eşit olarak ulaştırılması gibi ahlaki bir beklenti ile temelden çatışmaktadır. Sağlık, aynen eğitim alanında olduğu gibi, toplumu oluşturan tüm bireylerin eşit ve parasız olarak yararlanmaları gereken bir insan hakkıdır. Sağlık konusu, insan hakları kapsamında ele alınabileceği gibi aynı zamanda insanlığın çözmesi gereken bir vicdani sorun olarak da karşımıza çıkmaktadır. Nitekim, tıbbi etiğin temel fonksiyonlarından biri de sağlık ile ilgili konuların para ile olan ilişkilerini ele alarak ahlaki eleştiriler dile getirmektir. İlaç pazarlama yöntemleri, organ ticareti, özel hastanelerdeki yaklaşımlar ve tıbbi patentlemeler gibi örneklenebilecek bir çok konu tıbbi etik tarafından değerlendirilir. Bu girişten de anlaşılacağı üzere, bu yazıdaki temel kaygı, para ile sağlık arasındaki "rahatsız

edici" ilişkiyi vurgulamak ve bunun hekimliğin genel ilkelerine olan aykırılıklarını ön plana çıkarmak olacaktır. Bilimdeki postmodern yansımalara paralel olarak son 20-30 yıl içinde sağlık bilimleri ile sosyal bilimler arasındaki alan daha da geçirgen hale gelerek sağlık bilimciler ile sosyal bilimciler giderek daha fazla işbirliği içine girdiler. Bunun bir sonucu olarak, tıbbi olayların sosyal bilimlerin parametreleri ile açıklanması giderek yaygınlaşan bir yaklaşım tarzıdır.

“
Sağlık, aynen eğitim alanında olduğu gibi, toplumu oluşturan tüm bireylerin eşit ve parasız olarak yararlanmaları gereken bir insan hakkıdır.
”

Buna paralel olarak, bu yazıda yabancılaşma gibi felsefi bir kavramı kullanarak kimi tıbbi uygulamaları yorumlamaya çalışacağız.

Dinlediğim bir radyo programında, sunucunun karşısındaki plastik cerrahi uzmanı hekime soru sorarken, ısrarla hastalarınız yerine müşterileriniz dediği ve hekimin bu kelimeyi düzeltme gereği duymadığı dikkatimi çekmişti. Belki de sunucu, kozmetik alanıyla ilgili kabul ettiği bir konuyu tartışırken, hekimin karşısına gelen kişilere hasta sıfatını yakıştıramamıştı. Gerçi, bir takım kozmetik uygulamaların tıp mensupları tarafından gerçekleştirildiği ve bir çok hekimin güzellik merkezleri açmaya yöneldiği bilinen bir olgu ise de, hekimin kendi mesleğine saygısı bakımından bu kavrama itiraz etmesi gerektiği açıktır. Son yıllarda hızla artan buna benzer uygulamaların ve yanlış tıbbi meslek

davranışlarının yarattığı tuhaf durumu açıklama çabası içine girdiğimizde, sanırım bir kavrama sığınma ihtiyacı doğmaktadır, ki bu kavram yabancılaşma olsa gerekir.

İçinde yaşadığımız para öncelikli sistemde sağlık, piyasalamı ve bir meta haline gelmiştir. Sağlığın dağıtımı, sırasıyla kazanç gereksinimi ve verimlilik tarafından şekillenmektedir. Bu nedenle ekonominin gereksinimleri ile sağlıklı yaşam ihtiyacı arasında sürekli bir gerilim vardır. Hali hazırda var olan bu durum bizi, daha önce de bir çok alanda kullanılan yada yaşanan-eğitimde, müzikte, mimaride yada dilde olduğu gibi-yabancılaşma kavramını tıp veya sağlık alanı ile buluturarak, sağlıkta yabancılaşma veya tıpta yabancılaşma kavramıyla tanımamızı gerekli kılıyor.

Yabancılaşma şöyle tarif ediliyor: Bir varlığın, kendinden başka olana yani "teki" ne dönüşerek kendinden uzaklaşması, kendini yitirmesi, kendine yabancı hale gelmesi hali veya insanın çevresinden ,emeğinden ürününden yada benliğinden uzaklaşma yada ayrılma duygusu. Çağdaş yaşamın çözümlenmesinde sıkça kullanılan bu kavram değişik anlamlarda kullanılabilir.

1. Güçsüzlük; İnsanın geleceğini kendisinin değil, dış etkenlerin, ansın, yazgının, kurumların belirlediğini düşünmesi

2. Anlamsızlık; Herhangi bir alanda etkinliğin kavranabilirlik ya da tutarlı bir anlam taşımadığı ya da genel olarak yaşamın amaçsız olduğu düşüncesi.

3. Kural­sızlık; Toplumca benimsenmiş davranış kurallarına bağlılık duygusunun yokluğu ve dolayısıyla davranış sap-

malarının , güvensizliğin ,sınırsız bireysel rekabetin yaygınlaşması.

4. Kültürel yaygınlaşma; Toplumdaki yerleşik değerlerden kopma duygusu.

5. Toplumdan yalıtılma; Toplumsal ilişkilerden dışlanma ya da yalnız kalma duygusu.

6. Kendine yabancılaşma; İnsanın u ya da bu şekilde kendi gerçekliğini kavrayamaması.

Bu kavram ürünlerin, insanı boyunduruğu altına alan karşıt gler haline gelmeleri ve bunun sonucu olarak da insanı insani olmayana dönüştürme sürecini

“

Tıbbın sorgulanamaz gibi görünmesi ya da en azından halk neznindeki saygın yeri sebebiyle hatalarının çok da göze batmamasını sağlayan hoşgörü, günlük uygulamalarda bir çok garipliği de beraberinde getirmektedir.

”

dile getirir. Tarihsel süreçte insan, tarihsel ve toplumsal yasaların bilgisini edinip onlara egemen olamamasından ötürü, toplumsal gelişmeyi insani özünü geliştirici bir biçimde gelitirmemitir. Toplumsal yasaların bilincine varmadan toplumsal gelişmeyi bilinçle ve insanca yönetmek olanaksızdır. Bu bilgisizliğin sonucu olarak, tarihsel süreçte hep kendisine yabancı, diğer bir ifadeyle insani olmayan ürünler ortaya koymuştur. Neticede insan, bizzat kendisine yabancılaşmış ve insan olmayana dnmtr.

Bu tarif iığında tıpta yabancılaşma olgusunu örneklerle incelemek gerekirse, önce tıbbın sorgulanamaz gibi görünmesi üzerinde durmak uygun olacaktır. Tıp bir çok bilim dalından farklı bazı özellikler içerir. Hekimin zaman zaman insanlar üzerinde veya toplumda otorite kurma gücü çok eski çağlardan beri bilinmektedir. Bunun gibi hekimliğin temel işlevinin dışına taması, g ve itibarını ve kutsallık yaklaşımlarını kötüye kullanmasını da bu konu kapsamında değerlendirmek mümkündür.

Tıbbın sorgulanamaz gibi görünmesi ya da en azından halk neznindeki saygın yeri sebebiyle hatalarının çok da göze batmamasını sağlayan hoşgörü, günlük uygulamalarda bir çok garipliği de beraberinde getirmektedir. Çok basit bir örnek olarak, propagandistlerin (ilaç tanıtım elemanları) kliniklerde çalışmasında bir tuhaflık yok mudur? Biraz arınmış bir bakış açısıyla ele alındığında daha pahalı ilaçları yazdırmak için daha pahalı hediyeler sunulması kabul edilebilir bir şey midir? Elbette değildir ama bakanlık yönetmelikleri ile ilaç firmalarının manevraları arasında bu durum halihazırda ahlaka ve akla tüm aykırılığına rağmen devam etmektedir. Yabancılaşmanın önemli araçlarından birisi de reklam olgusudur. ABD de kişi baı reklam harcaması 322 \$ iken hekim başına tanıtım harcaması 10000 \$ dır. Reklamlardaki amaç, hekimi toplum ve insanlık değerleri gibi kavramlardan uzak tutarak hekimin kendisini bilgisiz hissetmesi ve hilenmesi duygusu yaratmaktadır.

Tıp hemen herkesin kabul edeceği gibi sosyal sorumlulukları olan bir



alandır ve bu sorumluluklarını bir ölçüde halk sağlığı alanındaki çalışmalarla sürdürme gayreti içinde iken , zamanla sadece kliniklere hapsolmaya doğru yönelmektedir. Çevre kirliliği, silahlanma, savaş koşulları, açlık ya da susuzluk tıbbın ilgi alanı içinde değil midir? Bunlar koruyucu hekimlik alanının ilgi alanındadır. Ancak bir başka yabancılaşma örneği olarak tıp bu gibi konulara, maa-lesef siyaset bilimi veya ekonomi alanı diyerek kayıtsız kalmaktadır. Tıbbın insan için ve vicdani olma iddiaları ile mevcut bu durum ne kadar uyumludur? İşte bu toplumsal amaçlardan ,hadi biraz daha tıbbileştirelim, halk sağlığı uygulamalarından tıp uzaklaşp , ileri teknoloji ile birleşerek iyiden iyiye hastane ve kliniklere hapsolmaktadır.

Diğer yandan karmaşık ve dev makine-lerin içine teslim olmuş bir esir gibi sokulan ve makinenin ne diyeceğini bekleyen insan o soğuk ve metal efen-dinin içinde kendini değersiz hissetmek-tedir. Milyon dolarlarla ifade edilen çok pahalı aletlerin ihtişamını ve bir fırına sürülür gibi içine sokulan insanların ses-siz ve endişeli insanların görünümünü bir çoğunuz bilirsiniz. Kimi zaman hekim de duyarsız tutumu ile makineye say-gısını hissettiren ve hastaya karşı donuk tutumuyla işine olan yabancılaşmanın bir başka örneğini vermektedir. Bilmem hiç dikkatinizi çekmiş midir? Ben bir özel hastanede görmüşüm, yeni versiyon bir MR cihazının üzerinde kocaman bir nazar boncuğu vardı. Zavallı hastaya ve makineye bakakalmışım, sanki bana aman makineye bir şey olmasın, onun bunun gözü kalmasın duygusu ve düşüncesi verirken hastayı orda çok ikin-

cil bir figür olarak algılamışım. Acaba in-sanı da artık iyice bir makine olarak kab-ullensek ve adına da İngilizce human ye-rine humachine desek, insanın saygın-lığını ve durumunu kurtarabilir miyiz dersiniz. Durumu biraz abartmış olabi-lirim, bunu hem etikçilerin şeytanın avukatlığını yapmasına verebilirsiniz yada biraz futurolojik bir yaklaşımla gele-cekte bunun iyiden iyiye yerleşeceğini tahmin ederek bir önlem çağrısı olarak kabul edebilirsiniz.

“

**Kendi meslek alanıma
haksızlık etmek istemeyerek,
her alanda insanı öne alan
yaklaşımlar için duyarlı
olunması gerektiği kaygısını
dile getirmek istiyorum.**

”

Yabancılaşma kavramını tarif ederken, insanın ürettiği ürüne yabancılaşması, insanın üretim sürecine yabancılaşması ve insanın kendi doğasına yabancılaşma-sı ve nihayet bunların sonucu olarak in-sanın diğer insanlara yabancılaşmasını vurgulamak gerekir. İnsan kendini varla-mak yani kendini ortaya koymak için bir şeyler üretir. Ve bu süreç insanı mutlu eder, ancak üretim konusu olan şey yani ürün eğer başkaları tarafından belirleni-orsa bu noktada yabancılaşma ve mutsu-zluk başlar. Bu konuya eleştirel açıdan yaklaşmak gerekirse, burada üretilen şeyin başkaları için olması kendi başına bir mutsuzluk sebebi olmamalıdır. Çünkü bu temel ahlaki kavramlarla

çelişir. Özellikle hekimlik uygulamala-rında, eğer temel tıbbi etik prensipleri uygulanır ise, hekimin çabaları salt baş-kalarının istediği için yapılan çabalar olarak değerlendirilemez. Biz burada işçinin ürettiği ürün ile hekimin ürettiği arasındaki farkı vurgulamalıyız. Bir maki-nenin parçasıymış gibi üretim aşamasına katılan işçi ile mesleğini bilimsel doğ-rular ışığında yapan hekim arasındaki fark açıktır. Genel ahlaki prensipler çerçevesinde hekimlik uygulamaları bu türden bir yabancılaşmayı göstermez. Ancak yukarıda örneklerini verdiğimiz ve zaten tıbbi etik prensiplerle çatışan uygulamalar, hekimin de yabancılaşma açmazına düşmesine yol açmaktadır. Yani etik ilkeler çığnendikçe, mesleğin herkes tarafından kabul gören akla dayalı prensipleri çığnendikçe, bu olgu kar-şımıza çıkmaktadır.

Plastik cerrahi örneği ile başlamıştık, gene onu örnek verelim; plastik cer-rahinin bir kozmetik alan gibi algılan-ması yada buna indirgenmesi, para amaçlı tıbbi tetkikler yaptırılması yada sıkça gazetelere konu olan bıçak parası gibi durumlar, hekimin aldığı eğitime ve tıp mesleğinin saygı duyulan amaçlarına zıtlık teşkil etmektedir. Sonuç olarak da hekim işine yabancılaşmaktadır. Artık aldığı eğitimi ve edindiği ilkeleri unut-muş, başka biri olmuştur. Doğal olarak da bu hem hekimin kendisine olan saygısını yitirmesine, mutsuzluğuna, işini sevmemesine ve aynı zamanda dış dün-yanın da hekimliğe saygısının kaybol-masına yol açacaktır.

Belki bu yabancılaşmanın aşırı uçta yer alan bir sonucu olarak, bazı yazarlarca tıp kurumu eleştirilmeye başlanmış ve kuru-



mun sağlık için bir tehlike olduğu yargısına varılmıştır. İatrojenik yani tedavi kaynaklı vukuat listelerinin kabarması, belki de kurumun, karmaşık tıbbi tetkikler ve laboratuvar çalışmaları içinde kaybolmasına, karmaşanın cesaretle tanı ve tedavi koyma yerine ürküntü ile davranma sonucunu doğurmasına yol açmaktadır. İnsan davranışlarının açıklanmasındaki önemli argümanlardan birisi, korkunun sağlıklı düşünme ve kararlılık gibi doğruya varma yollarını kapadığıdır. Yüksek teknolojik aletlerin ve karmaşık tıbbi tetkiklerin yararını ret etmek mümkün değildir, ancak eski hekimler ile yeni hekimler kıyaslanırken daha az tetkik ile daha doğru tanı koyma paradoksunu sıklıkla duymaktayız. Aca-ba bu karmaşık aletler ve sayıları her geçen gün artan laboratuvar parametreleri kullanılırken, oluşan stratejik düşünme hataları yanlışları da arttırmakta mıdır?

Son olarak biyolojik silahlar, virüs savaşları gibi senaryolardan da bahsedilebilir. Gelecek ile ilgili virüs savaşları ve son dönemde sıklıkla duyduğumuz biyolojik ve kimyasal silahlar hem tıbbın hem de topyekn bilimin yabancılaşması

olarak adlandırılabilir. Belki de bilimin yabancılaşması için verilecek en çarpıcı örnek budur. Burada tıp kurumunun müşterileri elbette kötü niyetli kişilerdir. İnsanlık için büyük bir tehdit olan biyolojik silahlar hem etki gücü hem de ekonomik maliyetleri sebebi ile çok gcldr. Lary Wayne Harris 1990 larda Yersinia Pestis (veba etkeni) posta yoluyla sipariş etmiş ve evine gelmiştir. 11 Eylül e kadar bu mümkündü. Gene 1990'larda 30 milyon kişiyi öldürecek gcte risin toksini Kanada gmrgnde yakalanmıştır. Bilindiği gibi iek hastalığı yok edildiği için aılama artık yapılmamaktadır. Herhangi bir savaş halinde geçen nüfustan oluşan ordular bu tür bir saldırıya karşı tehdit altındadır. Bu yüzden ülkeler aı stoklamaktadır, rneğin Almanya 200 milyon ? tutarında iek açısı stoklamıtır.

Hekimliğin bilgi tecrübe ve tecrübeye dayalı sezgiler ile yapılan bir sanat olduğu ve tıp mesleğinde insana yaklaşımın diğer bilim dallarından çok farklı olduğu gerçeği ile dnldnde, aletlerin arasında kaybolmaya balayan hekim kimliğine dikkat çekmek idi amacımız. Bugün hala kimliğini

koruyabilen hekimlerin, gelecekte teknolojinin bu hızla ilerlemesi karşısında daha da zorlanacakları muhakkaktır.

Bizlerin amacı sadece para kazanmak olamaz, para genel ahlak ilkeleri ile çatışmadan kazanılmalıdır. Gayret karşılığı olarak kazanılan paralar bu yazının konusu değildir. Hemen her alanda var olan para kazanırken vicdani ve ahlaki yaklaşımlardan uzaklaşma olasılığı , tıp alanında da grlmektedir , ancak hekimlik gibi bir alanda bunun varlığı diğer alanlara göre daha çirkin durmaktadır. zdemir Asaf'ın dediği gibi , Bütün renkler aynı hızla kirleniyordu ,birinciliği beyaza verdiler. Bu noktadan hareketle sağlık alanında görülen arpıklar diğer alanlarda görülenlerden fazla değildir. Kendi meslek alanıma haksızlık etmek istemeyerek, gördüğüm Şeyleri dile getirirken diğer bütün alanlarda bu türden yaklaşımların varlığının da yabancılaşma rneği olarak dnlmesini amaçlıyor ve her alanda insanı ne alan yaklaşımlar için duyarlı olunması gerektiği kaygısını dile getirmek istiyorum.

Girişimci Röportajı
İBRAHİM CEYLAN

"Hizmet Anlayışımızda Müşteri Memnuniyeti"



İbrahim CEYLAN

Vizyonumuz üretim, ithalat ve toptan satış. Sonra da Türkiye’de, Avrupa’da benzeri olmayan 2.200 m2 alanda dünyanın seçkin markalarının zengin model seçeneğiyle tüketiciye birinci elden ekonomik ve bilinçli bir şekilde gözlük kullanıcılarına önce sağlık hizmeti sunmak ve sektördeki boşluğu doldurmaktır.

1970 Konya, Doğanhisar doğumluyum. 1987 yılında Antalya’ya yerleştim. Antalya’da inşaat malzemeleri iş iş makineleri pazarlama ve mermer taahhüt işleri ile uğraştıktan sonra 1994 yılın da vatani görevimi yapmak üzere gittiğim birliğimde arkadaşımın tavsiyesi ve anlatımları doğrultusunda askerlik dönüşünde optik sektörüne girmeyi düşündüm. 1996 yılında vatani görevimin bitiminde optik cam toptancılığı yapmak üzere faaliyete başladım.

Bu sektörde bilgi birikimim olmamasına rağmen kısa sürede sektörde ilkleri yapan ve başarılı olan firma olarak optik sektöründe ki firmalar arasında söz sahibi olamaya başladık.

1996 yılında İstanbul’daki ithalatçılardan satın alıp Antalya bölgesindeki optik mağazalarına toptan cam satış yaparken 1999 yılında direkt yurt dışından ithalat yapmaya başladım. Kısa sürede kârlılığımızı artırmaya başladık. Akabinde yatırımlarımızda arttı; 2001 yılında yaşanan global krizde herkes yaptığı işi korumaya çalışırken biz

yatırımlarımızı arttırmaya devam ettik. Üretim serüvenimiz dışarıdan yarı mamul hammadde ithalatı yaparak; Türkiye’de üretim yapan fabrikalara fason üretim yaptırmada yaşanan sıkıntılara aşmak için üretimimize başladık

“

1996 yılında İstanbul’daki ithalatçılardan satın alıp Antalya bölgesindeki optik mağazalarına toptan cam satış yaparken 1999 yılında direkt yurt dışından ithalat yapmaya başladım. Kısa sürede kârlılığımızı artırmaya başladık.

”

İlk olarak fason üretim yaptırdığımız fabrikanın makinelerini satın alarak işe başladık daha sonra teknoloji yenileyip üretim çeşitliliğimizi

ve kalitemizi artırma yolunda sürekli çalışmalar devam ettik. Şu an Türkiye’de bu sektörde üretim yapan 8-10 fabrikadan biriyiz. Üretim yapan diğer fabrikalar İstanbul-Ankara-İzmir gibi büyük şehirlerde faaliyet gösterirken biz bu işi Antalya merkezli düşünüp bu bölgede işi başladık. Ürettiğimiz ürünlerimizi ve ithalatlarımızı kendi firmamız bünyesinde Ankara-Eskişehir-Afyon-İsparta-Gaziantep ve çevre illere hitap eden satış ofislerimizle hizmet veriyoruz. Ayrıca Türkiye’nin diğer bölgelerine bayilikler vererek 8 ayrı noktada daha bayiler aracılığı ile tüm Türkiye’de ürünlerimizi satmaktayız. Ayrıca yurtdışında Bulgaristan’daki satış ofisimizle de Bulgaristan ve Balkan ülkelerin de satış yapmaktayız.

Vizyonumuz, üretim, ithalat ve toptan satış. Sonra da Türkiye’de Avrupa’da benzeri olmayan 2200 m2 alanda dünyanın seçkin markalarının zengin model seçeneğiyle tüketiciye birinci elden ekonomik ve bilinçli bir şekilde gözlük kullanıcılarına önce sağlık

“

Bu sektörde bilgi birikimim olmamasına rağmen kısa sürede sektörde ilkleri yapan ve başarılı olan firma olarak optik sektöründeki firmalar arasında söz sahibi olmaya başladık.

”

hizmeti sunmak ve sektördeki boşluğu doldurmaktır.

Mağazamızda müşteri memnuniyeti önceliği ile hizmet verilmekte olup optik sektöründe alışıla gelmiş mağazacılık hizmetinin üstünde hizmetler vermek üzere yola çıktık. Mağazamıza gelen müşterilerimizi misafir olarak kabul edip en huzurlu ve mutlu bir şekilde memnun ederek



uğurlamaktır.

En son teknoloji ile donatılmış makinelerimizle cam montajları hatasız bir şekilde yapılmaktadır.

Bu tarz yeniliklere verdiğimiz hizmetlerle sektörde belirleyici bir konuma gelmek ve bu mesleği sadece para kazanmak olarak görmeyen sağlık ve hizmet

sunan müşteri memnuniyetine önem verilen bir sektör ve saygın bir meslek olmasına katkıda bulunmak üzere çalışıyoruz.

Mağazamızın bir bölümünde Türkiye’de ilk olarak optik müzesi olarak dizayn edip mesleki bilgileri ve makine ve teçhizatları sergiliyoruz.



Uğur GENÇ

Memorial Sağlık Grubu
İşletme ve İş Geliştirme Direktörü

Türkiye'de Sağlık Turizmi



Uğur Genç
Memorial Sağlık Grubu
İşlet. ve İş Geliştirme Direktörü

Türkiye, sağlık turizminde başarılı olabilmesi için gerekli şartların birçoğunu karşılamaktadır. Avantajlarımızı Türkiye'nin dünya coğrafyasındaki yeri, var olan turizm potansiyelinin sağlık hizmetlerine yansımaları, hastanelerimizin dünya standartlarındaki teknolojik donanımı ve hekim ve insan kaynağı kalitesidir.

Dünyada sağlık tüketicilerinin bilinçlenmesi ve ülkelerin sağlık sistemlerinde yaşanan problemler (altyapı ve insan kaynağı yetersizlikleri, yüksek fiyatlar, arz-talep dengesizliğinden kaynaklanan bekleme listeleri) hem tatil hem tedavi unsurlarını içeren sağlık turizmi kavramının yaratılmasında büyük rol oynadı. Türkiye sağlık turizminde gelişmekte olan sağlık altyapısı ve turizm sektörü ile bugüne kadar Hindistan, Tayland ve Singapur kadar başarılı olmasa da hem turizm hem de tedavi alanında birçok dünya ülkesine kıyasla avantajlı durumdadır.

Türkiye sağlık turizminde başarılı olabilmesi için gerekli şartların birçoğunu karşılamaktadır. Avantajlarımızı Türkiye'nin dünya coğrafyasındaki yeri, var olan turizm potansiyelinin sağlık hizmetlerine yansımaları, hastanelerimizin dünya standartlarındaki teknolojik donanımı ve hekim ve insan kaynağı kalitesi, fiyatlarımızın gelişmiş ülkelere nazaran rekabet gücü vermesi, Türkiye'nin dünya genelinde en büyük 7. jeotermal kaynaklara sahip olması ve son olarak Avrupa'da yaşayan ve sağlık hizmetini Türkiye'de almayı tercih eden

soydaşlarımızın varlığını sayabiliriz. Fakat Türkiye sahip olduğu bu potansiyele rağmen devlet desteği ve tanıtım eksikliği nedeniyle henüz sağlık turizminde önde gelen ülkeler arasına girmeyi henüz başaramamıştır.

“

Türkiye'de sağlık turizmi son yıllarda özel hastanelerin bu konuya el atması ile hareketlenmiştir. A sınıfı özel hastaneler başta olmak üzere birçok hastane, dünya çapındaki sağlık turizmi fuarlarına katılmaya başlamış ve hastalara daha iyi hizmet vermek adına kendi bünyelerinde "Yabancı Hasta Departmanları" kurmuştur.

”

Türkiye'de sağlık turizmi son yıllarda özel hastanelerin bu konuya el atması ile hareketlenmiştir. A sınıfı özel hastaneler başta olmak üzere birçok hastane dünya çapındaki sağlık turizmi fuarlarına

katılmaya başlamış ve hastalara daha iyi hizmet vermek adına kendi bünyelerinde "Yabancı Hasta Departmanları" kurmuştur. Sağlık turizmi özel ilgi gerektiren ve güven esasına dayanan bir kavram olduğu için bu departmanların kurulması hastaların işini oldukça kolaylaştırmıştır. Hastanemizden örnek vermek gerekirse, Memorial Uluslar arası Hasta Merkezi'nde yurtdışından gelen e-mail ve telefonlara cevaplar verilmekte, hastaların güvenli bir şekilde Türkiye'deki kalışları organize edilmekte, transfer işlemleri gerçekleştirilmekte, hastanedeki işlemleri yine bu merkez tarafından özel olarak organize edilmektedir. Örnek olarak hastaların sıkıntı çekmemeleri açısından kendi dillerini bilen bir tercüman eşliğinde sağlık servisi alması sağlanmaktadır. Yabancı Hasta Departmanlarının faaliyete geçmesi yabancı hastaların ülkemize gelirken sahip olduğu çekinceleri kısmen azaltmış ve ilk adımı daha kolay atmalarını kolaylaştırmıştır.

Şu anda sınırlı sayıda gerçekleşen yabancı hastaların Türkiye'ye tedavi için gelmeleri durumu artınca bu konuya yeterince kaynak ayıramayan hastaneler

medikal hizmet alanı dışında hizmetleri vermekte sıklıntıya girecektir. Bu hizmetleri otelcilik ve rehberlik hizmetleri, transfer hizmetleri ve diğer destek hizmetler olarak sıralayabiliriz. Bu alanda hastaneler olarak eksikliğini hissettiğimiz konu hasta ile hastaneleri buluturalacak profesyonel ŗirketlerin varlığıdır. Dünyanın birçok ülkesinde gelimi ve gelişmekte olan "aracı kurumlar" Türkiye'de henüz bir elin parmaklarını geçmeyecek sayıdadır ve çoğu planlanma ve yeni kurulma aşamasındadır. Bu profesyonel kurumların oluşmasıyla hastanelerin sırtından bir yük kalkmış olacak ve asıl ileri olan sağlık hizmeti verme konusu ile ilgilenmeye daha çok fırsat bulacaklardır.

“

Özellikle zel sektörün katkılarıyla ülkemiz, sağlık altyapısının yetersiz olduğu lkelerden de çok fazla hasta çekmektedir.

”

Mevcut durumda Türkiye az da olsa Dünya Sağlık Turizmi pastasından bir pay almaktadır. Bu anlamda sağlıklı veriler olmasa da lkemize hasta gönderen ülkeleri dört ana sınıfta inceleyebilir.

1. Çeşitli nedenlerden dolayı bünyesinde büyük bir Türk nüfusu barındıran lkeler (Almanya, Hollanda, Belçika vb.)

2. Altyapı ve hekim yetersizliği nedeniyle hizmet sıklıntısı çeken gelişmekte olan lkeler (Balkan lkeleri,

Orta Asya'daki Türki Cumhuriyetler)

3. Sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu ve sigortaların kapsamadığı hizmetleri talep eden hastaların bulunduğu lkeler (Amerika, Almanya)

4. Arz-talep dengesindeki yetersizlik nedeniyle uzun bekleme sırası olan lkeler (İngiltere, Hollanda ve Kanada)

Türk nüfusunun yoğun olarak yaşadığı Almanya ve Hollanda Memorial olarak özel önem verdiğimiz ülkelerdir. Bu lkelerde yaşayan ve yeterli sağlık hizmetini dil sorunu ya da kültürel farklılıklar gibi yetersizlikler ile alamayan vatandaşlarımız sağlık sorunlarını ülkemizde çözmeyi tercih etmektedir. Hemen hemen tamamı sağlık sigortasına sahip vatandaşlarımızın sağlık sorunlarına daha iyi hizmet verebilmek için Avrupa'daki önemli sağlık sigortaları ile Türk hastanelerinin anlama yapması büyük önem arz ediyor. Yapılabilecek kurumsal anlaşmalar ile her yıl ülke ekonomisine yüz milyonlarca Euro kaynak sağlanabilir. Bu konuda özel hastaneler olarak devletten destek bekliyoruz.

Özellikle zel sektörün katkılarıyla ülkemiz sağlık altyapısının yetersiz olduğu lkelerden de çok fazla hasta çekmektedir. Memorial olarak yine biz konuya büyük önem veriyoruz ve sektörde önemli bir misyon üstlenerek bu bölgelerde sağlık turizmi konusunda ülkemizi tanıtarak lkemizin bu pastadan aldığı payı arttırmaya çalışıyoruz. Ayrıca sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu ve sigorta kapsamı dışı olduğu işlemlerde de (göz, di, tüp bebek ve plastik cerrahi işlemleri) Türkiye hastaları ek-

mekte. Ayrıca yalanan nüfus ve eksik yatırım nedeniyle İngiltere vb. lkelerde bazı işlemlerde birkaç aylık bekleme

“

Son olarak Türkiye sağlık turizmi konusunda önümüzdeki yıllarda global bir oyuncu olmak için devlet ve özel sektör işbirliği ile adımlar atmalıdır. Devlet bu alanda yatırım yapmak isteyen özel yatırımcıları desteklemelidir.

”

süreleri bulunmakta. Bu süreleri beklemek istemeyen hastalar bu işlemler için Türkiye'nin de içinde bulunduğu diğer Avrupa ülkelerini tercih ediyorlar.

Son olarak Türkiye sağlık turizmi konusunda önümüzdeki yıllarda global bir oyuncu olmak için devlet ve özel sektör işbirliği ile adımlar atmalıdır. Devlet bu alanda yatırım yapmak isteyen özel yatırımcıları desteklemelidir. Turizm Bakanlığı sağlık turizmini eitlendirilmek istenen turizm dalları içerisinde önemli bir alan olarak görmeli ve bu alana daha fazla yatırım yapmalıdır. Hastanelerin yurtdışındaki rakipleri ile yarıabilmeleri için desteklenmesi gerekmektedir. Var olan potansiyelimizi doğru politikalar ile desteklersek sağlık lkesi Türkiye imajına hızla kavuabiliriz.

OSMANLI DARÜŞŞİFALARINA TAYİN EDİLECEK GÖREVLİLERDE ARANAN NİTELİKLER

Günümüzde sağlık sorunları baş edilmez boyutlara ulaşmıştır. Devletler sağlık politikalarını sürekli düzenleyerek, en uygun hizmeti vermek için çaba sarf etmektedirler. Tarihimizde sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü vakıflar aracılığıyla yürütülmekteydi. Bu bağlamda, Osmanlı Döneminde sağlık hizmeti sunan vakıflarımızın, tabib seçimleri, yönetimleri ve hasta hakları kadar birçok farklı konu bu çalışma ile özetlenmiştir.

Ortalama 20 hasta yatağı olan Manisa ve haseki büyüklüğündeki darüşşifalarda 20-25 görevli çalışırdı.

Baştabib (tabib-i evvel)

- “Tababete hizmetin çeşitli bakımlardan âdâbı vardır.”
- “Tababette hizmetin âdâbını her yönüyle yerine getir-mekte olan tabib reis seçilme lidir.”
(*II. Beyazıd Vakfiyesi*)
- “Birisi ki öngörüşü, fazileti ve kavrayışı ile seçkin olacaktır, reis olup bütün hususlara nezaret edecek ve reisliğe ait olan işler onun görüş ve iradesi ile olacaktır.”
(*Süleymaniye Darüşşifası Vakfiyesi*)
- Reis: yevmiyesi 30 akçe
- İkinci tabib 15 akçe
- Üçüncü tabib 10 akçe

Sağlık Görevlileri	İlaç Hazırlayanlar	Temizlik Görevlileri	İdari Görevliler	Din hizmeti Verenler	Güvenlik Görevlileri
Tabip Kehhâl Cerrah Kayyûm	Aşşâb Edviye-kûb Tabbah	Kâse-keş Ferraş Âbrîzi Came-şûy Dellâk	Nazır Vekilharç Kâtib	Gassal İmam	Mahsenci Bevwâb

Tabib

“Nazari bilgilerini tecrübe ve uygulamalarla sağlamlaştırmış ve kuvvetlendirmiş, Nazariyelerle uygulamaları şahıslarında toplamış, çalışma ve tecrübelerle ilmini pekiştirmiş olmalıdır.”

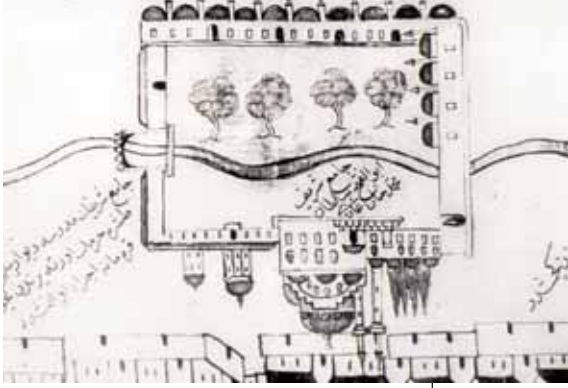
(*Haseki ve Atik Valide Vakfiyeleri*)

Tabibden Beklenen Bilgi Düzeyi ve Kapsamı

- Tıp bilimi ve tedavi yöntemlerinde üstün,
- Tababet ve hikmet kanunlarının hepsine tecrübe ile vâkıf,

- Tıp ilmini bütünü ve tafsilatı ile bilen,
- Tababet ve hikmetin bütün inceliklerine vâkıf olmuş, kalplerini hikmet bilimleriyle ağızına kadar doldurmuş,
- İnsanların mizaç ve tabiat özelliklerini anlamakta mahir,
- İlaçların yarar ve zararları hususunda usta,
- İlaç hazırlama usullerinde mahir,
- İlaçların hastalara iyi veya ters etkilerini anlayan,
- İlaç hazırlama ilkelerini bilen.

İstanbul Su Yolu Planında Fatih Darüşşifası



Tabibin Hasta Ziyareti Nasıl Olmalı (Hasta Viziti)?

- Küçük büyük hepsinin ahvalini sorar ve küçük şeyleri bile ihmal etmez (Haseki, Manisa, Toptaşı Vakfiyeleri)
- Hastaların hallerine dikkatle bakıp gözler. (Edirne, Haseki Toptaşı Vakfiyeleri)
- Hastalıkların seyrini gözetir; meşhur âlâmetlerini tetkik eder; belirtileri yoklar dururlar (Haseki ve Toptaşı Vakfiyeleri)
- Her biri her gün ikişer defa hastaları arayıp sormak ile uğraşacaktır. (Fatib Vakfiyesi)
- Bilinen âdet ve alışılmış kaide üzerine belirli zamanlarda darüşşifa'da toplanıp, hastaların halini konuşmak üzere bir araya gelip, durumu etraflıca tetkik ederler. (Vak'a tartışması ve Konsültasyon; Süleymaniye Vakfiyesi)
- Daima hastaların hallerini sorar, tedavileri için mümkün olan her kolaylığı sağlar, eğer hastanın hâli tabibin tekrar gelmesini gerektirirse tabib derhal hastaya koşar. (Toptaşı Vakfiyesi)

Tabibde Aranılan Erdemler

Tabib merhametli ve şefkatli olmalı.
"Hastalara şefkatle, esirgeyici, koruyucu kanatlarını indirip gerer, onların üzerine içten yardım ve himaye kemlerini sarar."

"Her bir hastaya sanki en yakın velisi ve akrabasımış gibi yumuşaklık ve nezâket göstermeye çalışır."

"Hastaların başlarını merhamet gölgesi altına alarak onları daima şefkatle, hallerini saygıyla karşılar."

(Haseki, Manisa, Toptaşı Vakfiyeleri-Hepsinin Banisi Hanım)

"Muhtaç olanların istek ve ihtiyaçlarını iyi muamele ve yumuşaklıkla görmeli."

Tabibde Aranılan Erdemler

Tatlı sözlülük ve güler yüzlülük.

- Nasihatı tatlı dilli, hoş sözlü, güler yüzlü olur,
- Güzel ve okşayıcı sözler ve hitaplarda bulunur,
- Soru ve cevabı daima nezâket ve hürmetle karşılar.

- Hastaları tedavide neza kete ve hürmete riayet eder,
- Hastaları, onlara iyi davranarak tedavi eder ,
- Tabib hastalara en latif ibarelerle söz söyler
- Soru ve cevapta onlarla en şefkatli yolu tutar.

- Zira, sarf olunan nice sözler vardır ki, onlar hastanın nezdinde cennet ırmağından, lezzetli sudan ve cennet çeşmesinden daha lezzetli gelir has tanın tatlı söze ihtiyacı daha çoktur.
- Hiçbir vakit hastaları somurtkan, asık suratlı bir yüz ile karşılamaz.
- Az da olsa hiçbir zaman hastalara ürküntü, korku ve nefrete sebep olacak söz söylemez.
- Çünkü bazen fena ve haşın sözler hasta üzerinde devası olmayan bir dertten daha ziyade etkili olur. (Haseki, Manisa, Toptaşı, Sultanabmet vakfiyeleri)

Tayin Edilecek Tabibde Aranılan Yetenekler

- Zekâsı ve üstün kavrayışıyla tanınan,
- Zekâ ve duyuların sağlamlığıyla vasıflanmış,
- Açık fikirliği ve zekası ile ünlü,
- Sağduyulu ve olayları çabuk kavraya bilen,
- İyi anlama istidadı ve üstün kavrayışıyla bilinen,
- Sezgi ve idrak kuvveti ile tanınan, (Haseki, Süleymaniye, Manisa, Sultanabmet Vakfiyeleri)



Manisa Hafsa Sultan Darüşşifası(1539)



Edirne II. Beyazıd Medresesi



- Herkesin ittifâkı ile nefsine hâkim, ahlâkı soylu,
- Hiç kimseye zararı dokunmamış ve dürtüst,
- Aczi ve tembelliği kendilerine reva görmez,
- Muhtaç olanların işlerinin gözetilmesinde iyi davranıştı belli olan, müşfik yürekli, kibirsiz, seçkin bir kimse. *(Haseki, Manisa, Toptaşı, Sultababmet Vakfiyeleri)*
- Herkesin katında beğenilen, saygı ve ihsana lâıyk,
- Saygı ve hürmete değer. *(Haseki ve Toptaşı)*

Tabibin Sorumluluğu

- Küçük büyük hastaların hepsinin ahvalini sorar ve küçük şeyleri bile ihmal etmez.
- Her bir hastaya en uygun ilacı vererek çare arama görevi ile yükümlüdür.
- Eğer hastanın vaziyeti tekrar hastaneye gelmesini icap ederse ihmal etmeksizin, hiç bezmeden ve üşenmeden hemen ikinci defa muayenesini yapmalıdır.
- Hastaların her birine icab eden ilâçları gerektiği şekilde, kusursuz ve

düzenli olarak verir

- Durumun gerektir diğine göre ve hiç yorulmak ve üşenmek bilmeden hemen hastaların işlerine girer.
- Tedaviyi tam gayret ve tam özenle yapmalıdır.

(Haseki, Manisa ve Süleymaniye Vakfiyeleri)

Baş Tabibin Hastane Yöneticiliği

- Sorumluluğu altında olan bütün hizmetleri kendisine emanet edildiği gibi eksiksiz olarak, imanla ve doğrulukla yerine getirecek. *(Edirne Vakfiyesi)*
- Darüşşifanın maliye hazinesi reisin idaresi altında olup, onu koruyacak; darüşşifa masraflarına sarf edip, iğneden ipliğe hepsini muhasebe sine kaydedecek. *(Süleymaniye Vakfiyesi)*

Diğer İki Tabib

- Diğer iki tabib, âdet üzerine, reislerine müracaat edip ona danışarak kendilerine verilen hizmetlerde doğru yolu tutup, güveni kötüye kullanmaktan sakınacak. *(Edirne Vakfiyesi)*
- Sorumluluklarındaki hizmeti imanla ve esirgeyerek yerine getirecekler.

Vakfın İlaç Dağıtımına Ait Kurallar

- Nâzır, tabib ve kâtip darüşşifa'da seher vakti toplanıp, istanbul'da

evinde hasta olup yatağa düşen, fakat bazı uygun ilâçların tedarikine kadir olmayıp, evine tabib davetinden âciz olan müslüman tarafından gelerek müracaat edip, hayır sahibinin ambar ve kilerinden ihsan isteyenlerden vakıf esirgenmeyecektir.

(Fatib Vakfiyesi)

- İlaç, şurup, yemek ve edviyeli çorba vs. Darüşşifaya iltica eden hastaların ihtiyaçlarına göre dağıtılır. Onlara asla tazyik yapılmaz.

(Haseki Vakfiyesi)

- Şuruplardan ve macunlardan hiçbir şey hariçten isteyenlere verilmez. Ancak, pazartesi perşembe günleri müstesnadır. Çünkü iki tabib, har içten şurup ve macun isteyenlere, bunlara muhtaç olmadığı halde alıp satmak için değil de, ilâç ve tedavi için aldıklarına kanaat getirdikleri takdirde ilâç verirler. *(Haseki Vakfiyesi)*
- Görevliler, ilâçların nimetlerinden yararlanma hevesi ve sevdasıyla yalandan bahanelerle veya yalandan hastalanarak temâruz edip, hile yapanları kabul etmeyecek; zenginlere müfred, mürekkebin ilâçlardan ve diğer macun, murabbayât ve meşrûbât tarzında hazırlanan ilâçlardan vermeyeceklerdir. *(Edirne ve Haseki Vakfiyeleri)*

Vakfiye Şartlarına Uymayan Tabibin Cezası

“Senenin, ayların ve günlerin her birinde bu şartlardan bir tanesini bile ihmâl etmeden, bunlara tamamiyle riayet etmek mecburidir.

Süleymaniye Tıp Medresesi ve Ecza Deposu

Her kim ki bu sayılanlardan birini ihlâl eder, üzerine aldığı vazifelerden birini imal ederse, vazife mukabili almış olduğu şey ona haram olur.

Ahirette de dâimî bir azaba ve affedilmeyecek cezaya düçâr olur.”

(*Haseki ve Toptaşı Vakfiyeleri*)

Osmanlı hekiminin, meslekten men, sürgün ve ev hapsi gibi cezai sorumluluğu vardır.

Cerrah

“Yaraları tedavi eden iki cerrah, cerrahlıkta ustalıkları meşhur ve maharetleri bilinen üstâdlar ki çeşitli yaraların bakımı hususunda tam bir ciddiyetle, bı-kıp usanmadan, bütün gayretleriyle çalışıp, cerrahlık hizmetlerini ihmalsiz ve zamanında, iman ile yerine getirsinler.”

(*II. Bayezid Vakfiyesi*)

“Tedavinin tesirine ve ilâçların kimyevi durumlarına o kadar vâkıf bulunacaklar ki, cesedin ruhtan olan istifadesi gibi yaralı da bunların tedavilerinden aynı derecede istifade edecek bir şekilde bu sanatta usta olacaklar; ve yaralara ait merhemlerin, ve sair tıbbî eczanın tertibi hususunda da mâhir; şefkât ve merhamet hisleriyle mütehassıs olacaklar ve hiçbir paylamaya ve azarlamaya maruz kalmaksızın almaları lazım gelen para mukabilinde kendilerine verilen hizmeti hakkıyla yerine getirme hususunda çalışacaklar.”(*Toptaşı Vakfiyesi*)

Kebhâl

“O görmeyi sağlayan uzman kişi göze dair bilgileri ve gereken tedbiri tam ve iyi bilerek, göz ağrısına müptela olan müslümanları tedavi için gücünün yettiğince elinden geleni yapacak.” (*Fatih Vakfiyesi*)

“Bu fende âlim ve üstâd, ilâç konusunda ve tedavide gayet temkinli ve tedbirli olmalı.” (*Haseki Vakfiyesi*)

“Göz hekimliği sanatında çok bilgili, ustalığı belli olan, göz hastalığının teşhisinde, hastanın bakım ve tedavisinde, göz damlası ve göze çekilen sürmelerin tertibinde ve diğer önemli hususlarda mâhir iki kişi göz hekimi olup, âdet olan zamanlarda darüşşifa’da hazır olup, göz hekimliğine ait hizmetleri ortaya koymalıdır.” (*Süleymaniye Vakfiyesi*)

“Bu iki mütehassıs göz tedavisi hususunda öngörüşü kuvvetli, göze yarayan veya perdeye neden olacak şeyleri teşhis konusunda da mâhir, ilâç terkip ve tertibine aşına, iyi tedavileri ve çok tecrübeleriyle akranları arasında şöhret kazanmış olacaklar.” (*Toptaşı Vakfiyesi*)

Aşşâb (Bitkilerden ilâç yapan)

“İlâç olarak kullanılan köklere, kurumuş ve taze otlara ve çiçeklere ait usulün doğrusunu, isimlerini ve niteliklerini bilen, bunların iyi, kötü ve diğer özelliklerine vâkıf bir kimse aşşâb olup, basit ve terkip edilmiş ilâçlar konusunda en iyi usulü takip etmeli.

Darüşşifa’da lazım olan araç-gereci reis’in uygun gördüğü şekilde, ihmal etmeden satın alıp getirip, kilere teslim edip, gerektiğinde hazır olup kullanılması için korunmasını sağlamalı.

Ama alınan devâlar ve ilâçlar tıp kitaplarında tarif edildiği gibi taze, saf ve kaliteli olmalı; bayat, bozulmuş ve kötülerini almamalı ve aslı varken muadili ile yetinmemeli.” (*Süleymaniye Vakfiyesi*)

**Aşşâb**

“Tecrübe olunmuş, kâmil bir kişi tayin edilecek; işi şurubları, macunları, tabletleri, müşilleri pişirmek olup, bütün müslüman hastalara gerekli şeyleri tedavide çalışacaktır.” (*Fatih Vakfiyesi*)

“İhtiyaç sahipleri için hazırlanması lazım gelen tıbbî ecza, macun ve sıvıların ıslahı ve imali hususunda tam anlamıyla uzmanlık sahibi olmalıdırlar.”

(*Toptaşı Vakfiyesi*)

Tabbâh (Tabbâh-ı eşribe ve tabbâh-ı et’ime)

“İki merd-i salih tabbâh-ı taâm; sonbahar yaprağı gibi benzi sarı, pek çok derde tutulmuş, merhamete muhtaç, başına gelen çeşitli hastalıklardan zayıf düşmüş, tedaviden ümidi kesilmiş, muhtaç dert sahibine hayat kuvvetini beslemesi için yemek pişirip getirecek, hastanın yaralı, perişan gönlünün hoş edilmesi için pek çok çalışacaktır.”

(*Fatih Vakfiyesi*)

“Bimarhâne mutfağında tabibler her hastanın hastalığına uygun matbûhâtdan ne emrederse, uygun görülen şekilde pişirilip; tatlı ve ekşi her çeşit yemeği en güzel şekilde pişirmek için elinden gelenin en iyisini yapan, kâdir, temiz, ahlâklı, iyi niyetli iki usta aşçı, âdet üzerine



aıların sorumluluğunda olan hizmetlerin hepsini temiz ve çabuk yerine getirecekler." (II. Bayezid Vakfiyesi)

Tabbâh-ı erîbe ve tabbâh-ı et'ime

"Tabbâh-ı erîbe; "mâhir, usta ve urubları piirmede mahâreti açıkca görülen, tam bir ihtimam, gayret ve sebat ile aralıksız hizmet eden."

(Süleymaniye Vakfiyesi)

"Tabbâh-ı et'ime; yemek pişirme konusunda her bakımdan sezgisi ve bilgisi tam olan; tabiatlara, mizaçlara ve

hastaların hastalıklarına uygun perhiz aırlarını ve diğerlerini vaktinde ve tabiblerin tarifine uygun olarak pişirme, lezzetini ve diğer gerekli şeyleri kararına göre hazırlamalıdır."

(Süleymaniye Vakfiyesi)

Tabbâhlar; "Usta ve zeki bir tabibin emniyet ve itimad edeceği şekilde hastalara uygun olan yemekleri piirecekler, hastanın iştahını çekecek şekilde piirdikleri şeylerin iyi pişirilmesi hususunda çok dikkat ve itina sarf edecekler."

(Toptaı Vakfiyesi)

Edviye-kb

"Devaları dövmek, kökleri vurup ezmek hususunda bilgili, güçlü kuvvetli iki kişi edviye-kb olup, vurulup dövülmesi gereken kökleri, tabiblerin tarifi üzerine düzgün bir şekilde döverek, kullanılmaya uygun ve terkiib edilebilir ekle getirecektir." (Süleymaniye Vakfiyesi)

"Darfada uruplar, macunlar, murabbayât, cevâriât, tabletler, bütün bileşik devaların tertib ve terkiibi için gereken şeylerde ve basit devaların dövülmesi ve ezilmesi ve bunlara ait hizmetlerde mâhir, güçlü kuvvetli, eline çabuk bir kimse ki bilinen tarzda edviye-kbluğu; ve bileşik devâları tertib usullerine ait hizmetleri ki sorumluluğundadır, doğru bir şekilde, ihmalde bulunmadan yerine getirisin." (II. Bayezid Vakfiyesi)

Kilârdâr – emîn-i mahzen

"Sâlih bir kişi mahzen emîni olup, darfa mahzenine dahil olan devâların, urupların ve ihtiyaç sahiplerine gereken diğer şeylerin ve eczanın koruyucusu olup, her gün mahzenin kapısını vakfın nâzırı ve darfanın tabibi veya kaymakamı huzurunda açıp, tabib emri ile hastalara lâzım olan urupları ve devaları taksim ve tabibin gerek grdğu şekilde mbâirine teslim ettikten sonra mahzenin kapısını kapamak ve (hazır bulunan) herkesin ittifakı ile mhrlemekle " görevli. (Fatib Vakfiyesi)

"Darfa kilerine ait bilinen uslde hizmet görmek için güvenilir, kalbi temiz, dürüst kilârdâr ki sorumluluğunda olan kilârdârlık hizmetini ve kilerdeki her şeyi zapt ve koruma âdâbını inançla muhafaza edip, gereği gibi sakınarak yerine getirecektir." (II. Bayezid vakfiyesi)

Kilârcı

"Emin, doğruluktan şaşmayan ve din-dar bir kimse ki dârû-hâne'de bulunan macunlar, şuruplar, devalar ve diğerlerinden haberdar olacak kilârcı olup, kilerde olan devâları ve akakiri, basit ve bileşik ilaçların hepsini, her ne var ise koruyup muhafaza edecek ve tabiblerin bilgisi olmadan kimseye bir şey vermeyecektir."

(Süleymaniye Vakfıyesi)

"Hastanenin ambarını korumak ve buraya konulacak şeyleri koymak ve çıkarılacak şeyleri çıkarmak ki ambar işlerine bakmak, ambar mevcudunun miktarını bütünüyle ve ayrıntılarıyla bilmektir."

(Toptaşı Vakfıyesi)

Kayyûm

"Daima hastanın hatırını soran; her zaman hastaların hallerini gözeten, her an onlara nezâret edip göz altında bulunduracak" kişiler olmalılar.

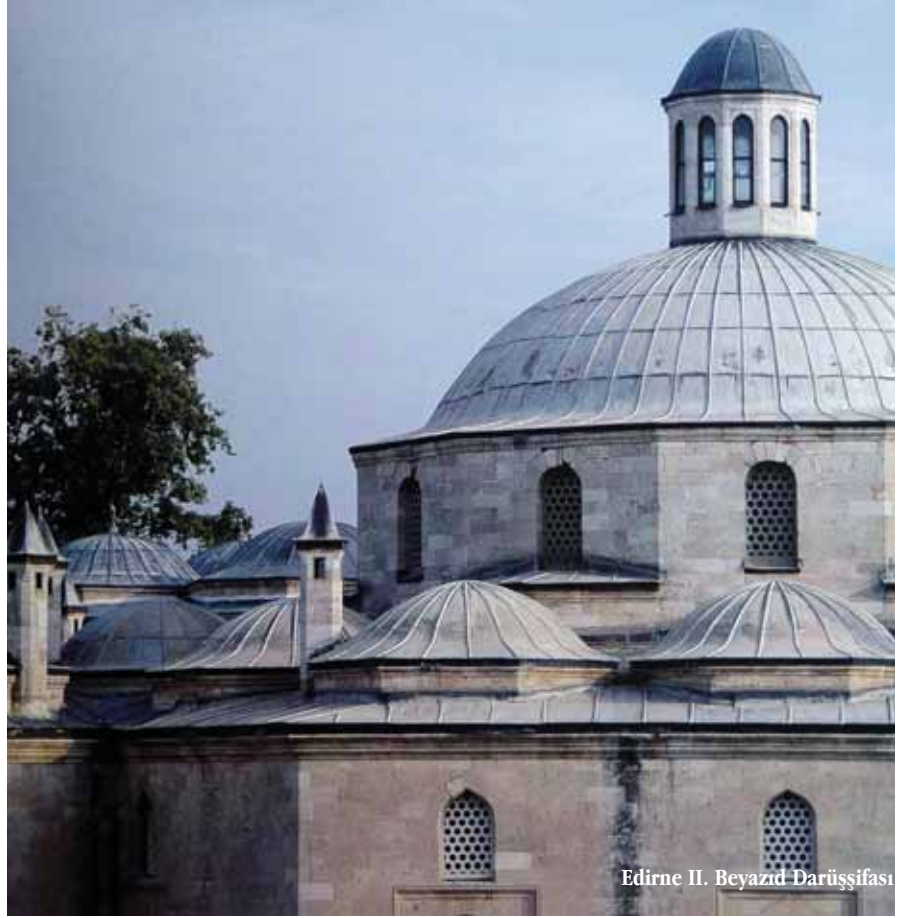
"Hastalarla daima görüşen, güler yüzle ve tatlı sözlerle her hasta ile mülâkatta bulunan.

(Fatih ve II. Bayezid Vakfıyeleri)

Gündüzleri onların yanından hiçbir an ayrılmayacaklar, usanmaksızın ve üşenmeksizin daima onların hizmetleriyle meşgul olacaklar, geceleri de noksansız ve müsamahasız, ikisi bir gece, diğer ikisi diğer bir gece nöbetle hastanenin hizmetlerini yapacaklar."

(Fatih, Haseki, Toptaş Vakfıyeleri)

"İşi bilen, açgözlü, beceriksiz ve tembel olmayan, hastaya hizmeti reddetmeyen, yüce tabiatlı iki kişi hastanın hizmetine tayin olacak." (Fatih Vakfıyesi)



Edirne II. Beyazid Darüşşifası

Kayyûm

"Hastaların işlerine bakarlar, lâzım olan hizmeti görürler, onların ihtiyaçlarına koşarlar; onların mühimmât ve levazımına, zaruri olan işlerine bakarlar."

(Haseki ve Toptaş Vakfıyeleri)

"Tabii olarak yapılması gereken işlerle ilgili hizmette hiçbir şekilde çeki-nip sakınmadan, sorumluluğunda olan hizmetleri icabeden in iyi şekilde, iman ile ve doğru olarak yerine getirip, kusur işlemeyeceklerdir." (II. Bayezid Vakfıyesi)

"Hasta bakımına ait hizmetleri reddetmeyip yerine getiren; Kayyûmluğa ait işleri ihmal etmeden tamamlayıp, kusur yapmadan ve usanmadan, bâdi-releri ve tuhaf halleri ayıplama-yıp, güzel huyla işe başlayacaklar." (Süleymaniye Vakfıyesi)

Kayyûm

"Kaza ve keder ocağında gönlü yanmış ve sultan'a mahsus şerbethânen âdetâ ebedî ha-yat suyu kâsesinin iltifatını göz-leyen hastaların yiyip içeceklerini ve şerbetlerini huzurlarına ge-tirip; Yemek ve şerbet, her ne ki tabibler emrederlerse, tatlılıkla, yumuşaklıkla hastaların önüne koyup yedirecekler."

(Fatih ve Süleymaniye Vakfıyeleri)

"Hastanın giyeceklerini ve odasını temizleyen, etrafa serinletici su serpmekle hastanın gönül tozunu, karamsarlığını gideren kişi." (Fatih Vakfıyesi)

"Güçlü-kuvvetli, edebli ve namuslu, iyi ve dürüst dört yiğit delikanlı darüşşifa'da kayyum olup, hastalara hizmet edecek ve akıl hastalarını zabt edecek; Bazı hoş



olmayan olayları ve tuhaf halleri ayıplamayıp, hoş gryle karşılayıp ilerini yapmalılar." (*Süleymaniye Vakfiyesi*)

Kse-ke

"İki kimse hastaların idrar Őielerine ve o emsali Őeylere bakarlar. Gündüzleri her ikisi de hizmette kusur etmezler. Geceleri ise münavebe suretiyle hizmet ederler." (*Haseki Vakfiyesi*)

"Bu hizmeti yapmaya razı olmuş, a'zası kusursuz, sağlam yapılı ve hizmet edebilecek olan yetişkin bir kimse." (*Süleymaniye Vakfiyesi*)

"Adet olunan tarzda, lzm görüldügü zaman kapları getirip götürmek üzere kse taşıyıcı tayin edilip; hastaların Őie ve bu nev'den olan Őeylerine bakmak ve gündüzleri bu hizmetlerinden hiç geri kalmamak ve geceleri de bu hizmetleri münavebe ile yerine getirmek üzere iki kişi." (*Toptaı Vakfiyesi*)

Ferra

"Sprlmesi lâzım gelen yerleri süpürmek ve temizlik ilerine bakmak için bir ferra." (*Toptaı Vakfiyesi*)

"Darfa'nın iini ve dıını süpürüp pk etmek için, iini temiz yapan bir temizlikçi, hoş ahlâklı ferra olup, temizlik hizmetlerini iyi, sünnete uygun ve temiz bir Şekilde yerine getirecektir."

(*ll. Bayezid Vakfiyesi*)

"Dış temizlik ve ferralık hizmetine kâdir iki kişi darfa'da ferraı olup, odalarda pis koku yapacak Şey bırakmayıp, temizliği daima taahhüd edecekler; ferralık için gerekli Şeylerin tümünde ciddiyele çalışıp usullere tam uyacak olurlarsa vazifeleri karşılığında günde üçer akça alacaklardır." (*Haseki Vakfiyesi*)

b-rz

"b-rz hizmetini "tahret ve nezfete" yerine getirecektir."

(*ll. Bayezid Vakfiyesi*)

"İki kişi b-rz olup, gerekli hizmetleri yapmayı reddetmeyip, hastayı rfk ile tutsunlar ve b-rzleri temizleyip paklamakta ihmal etmesinler."

(*Süleymaniye Vakfiyesi*)

Bevvb

"Bir kimse drfa'nın bev-vb olup vaktinde ve zamanında darfa kapısını açıp kapayıp, dışarıdan bir kişinin hastaların bulunduğu yere girmesine ve darfa'da gecelemesine rza veremeyecektir." (*Fatib Vakfiyesi*)

"Dinin emirlerine uyan ve inançlı, bedeni kuvvetli, fena hareketleri olmayan kimse darfa'da bevvb olup, aıılmı slbda ve bilinen tarzda hizmet edecektir." (*Süleymaniye Vakfiyesi*)

Bevvb

"Darfa kapısında gcl kuvvetli bir bevvb bilinen adet üzere kapıcılık hizmetine ait i âdâbını gözetererek, tam bir himaye ile zamanında gözetip zapt ederek saldırgan genç delilere sebat edip, her bakımdan onları dikkatle kolaylayıp, sorumluluğunda olan hizmeti en yaraır Őetilde yapıp, dürüst bir Şekilde kapıcılık hizmetini yerine getirecektir." (*ll. Bayezid Darfası*)

Sağlık Hizmetine Alınma lleri

- Mesleğin ahlak kurallarına uymak
- Erdemli olmak
- Mesleğinde ehliyetli ve yeter olmak
- Bilgili olmak
- Usta olmak
- Tecrübeli olmak
- İletişimi gcl olmak
- Adayların fizyonomileri ölçü alınmaz
- Liykat esastır.



Edirne II. Beyazid Darfası ve Medresesi

Geleneksel Tıbbın İmkanları ve Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği

Modern tıp, bu şartlarda, dünya kaynaklarının ve insan organizmasının sınırlarını taciz eder hale gelmiştir. Sağlık profesyonelleri; çok uluslu şirketlerin patenti altında pazara giren teşhis ve tedavi teknolojisi, beşeri ve hayvani ilaçlar, aşilar ve beslenme ürünlerine bağımlılaştıkça, sağlık için başvurulabilecek yerel ve geleneksel imkanlardan uzaklaşmaktadır.

Günümüzde, sağlığa ve hastalığa bakımımızı şekillendiren, tıp eğitimine ve pratiğine yön veren bir küresel tıp pazarından ve lobilerden söz edebiliriz. Modern tıp, bu şartlarda, dünya kaynaklarının ve insan organizmasının sınırlarını taciz eder hale gelmiştir ve imkanlar-sınırlar-hedefler yeniden ortaya konmadıkça "counter-productive" bir sistem halini alacaktır. Sağlık profesyonelleri; çok-uluslu şirketlerin patenti altında pazara giren teşhis ve tedavi teknolojisi, beşeri ve hayvani ilaçlar, aşilar ve beslenme ürünlerine bağımlılaştıkça, sağlık için başvurulabilecek yerel ve geleneksel imkanlardan uzaklaşmaktadır.

Öte yandan, dünya nüfusunun önemli bir bölümü, modern tıp yöntemlerinin ulaşmaması, genellikle pahalı ve yan etkili olması, geleneksel yöntemlerin ise kolay erişilmesi, genellikle ucuz ve yan etkisiz olması dolayısıyla geleneksel tedavi yollarına başvurmaktadır. Başta tıbbi bitkiler olmak üzere yerel kaynaklardan, daha doğal tedavilerden, insan ruhuna vurgu yapan yöntemlerden oluşan bu zengin birikim, tek başına

veya modern yöntemlerle birlikte kullanılmaktadır.

Kalkınmakta olan ve kalkınmamış ülkelerde yerel halkın biyo-kaynakları ve yüzlerce yıllık bilgi birikimi 'biyo-korsanlık'la elde edilmekte ve yeni keşfedilmiş gibi patentlenmektedir. Latin Amerika ve Karayipler'de yerel halkın kullandığı 13 bin kadar bitki türünün 5 bin'i çok-uluslu şirketler tarafından patentlenmiştir. Şifahi yolla aktarılan geleneksel bilgiye dair yazılı kanıt bulunmasındaki güçlük, patent iptalini çoğu zaman imkansız kılmaktadır. Biyo-korsanlığı önlemek için geleneksel bilgiler kayıt altına alınmaya başlanmıştır.

“

Kalkınmakta olan ve kalkınmamış ülkelerde yerel halkın biyo-kaynakları ve yüzlerce yıllık bilgi birikimi 'biyo-korsanlık'la elde edilmekte ve yeni keşfedilmiş gibi patentlenmektedir.

”

Hükümetler geleneksel tıp ve tıbbi bitki türlerinin sürdürülebilir kullanımı konusunda genellikle ya politika oluşturmamışlar, ya da kısıtlayıcı politikalar oluşturmuşlardır. Çoğu ülkede bitkisel ürünlerle ilgili kayıt ve düzenleme yoktur; az sayıda ülkede ulusal bir politika vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün desteği yetersiz kalmaktadır. Güvenlik-etkinlik çalışmaları, kalite değerlendirmeleri, eğitim, ülkelerarası işbirliği ve bilgi paylaşımı, uygulayıcılar arasında iletişim azdır, bütün bunlar geleneksel tıbbın rasyonel kullanımını engellemektedir.

Yeryüzünde 25 bin - 75 bin arasında tıbbi bitki türü yaşadığı tahmin edilmektedir; % 50'si gıda, % 25'i kozmetik, % 25'i ilaç sanayinde olmak üzere 21 bin kadarı kullanılmaktadır. İklim tiplerinin biraradılığı, jeolojik ve jeomorfolojik çeşitlilik, zengin su kaynakları, yükseklik farkları, habitat çeşitliliği dolayısıyla zengin bir flora sahip olan Türkiye'de yaklaşık 10 bin bitki türü yetişmektedir ve üçte biri endemiktir. Gıda, kozmetik ve ilaç olarak kullanılan tıbbi bitki türü 5 yüz, aktarlarda satılanlar ise 3 yüz

kadardır. Bunların % 20'si yurtdışından gelmekte, yüz kadar bitki türü işlenmeden yurtdışına gitmektedir.

Türkiye'deki tıbbi bitkilerin hemen tamamı doğal olarak yetişmektedir; çok az bir kısmı kültüre alınmıştır ve üretimleri diğer kültür bitkilerine göre çok dar alanlarda yapılmaktadır.

Sağlık için doğal ve geleneksel imkanlardan yararlanmanın, doğru beslenmenin ve sağlık israfını önlemenin yollarını araştırarak, geleneksel ve modern tıbbın birarada kullanımı konusunda güvenilir bilgi üretecek kurumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumlardan biri, 2001 yılında kurulan ve ismini, İstanbul Zeytinburnu'nda medfun, mesir macununu terkip etmekle meşhur gönül insanı 'Merkez efendi'den alan Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneğidir.

Zeytinburnu Belediyesi, Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği'nin katkısıyla, sekiz yıldır Geleneksel Tıp Festivali düzenlemekte ve Türkiye'nin geleneksel birikimini tanıtmak konusunda çaba harcamaktadır. Zeytinburnu Belediyesine ait olan ve 2005 yılında Derneğin sorumluluğunda açılan Zeytinburnu Tıbbi Bitkiler Bahçesi, Türkiye'nin ilk tıbbi bitki bahçesi olarak, tıbbi bitkileri araştırmak, üretmek, tanıtmak, etkin ve güvenli kullanımlarını teşvik etmek ve biyolojik çeşitliliğin korunmasına katkıda bulunmak açısından bir dönüm noktası teşkil etmektedir. Sera, herbarium ve laboratuvarı bulunan ve hergün ziyarete açık olan Bahçe; tıbbi bitkiler, biyoloji, ziraat, seracılık öğrencilerine staj imkanı sağlamaktadır. Bahçe'de, çocukları tabiatla yaklaştırmak amacıyla yaz okulu planlanmaktadır.



Geleneksel Tıpla, Modern Tıbbın Buluşması

Geleneksel Tıba Dönüş...

Zeytinburnu Belediyesi tarafından 1-10 Haziran 2007 tarihleri arasında düzenlenen 8. Merkezefendi Geleneksel Tıp Festivali etkinlikleri çerçevesinde düzenlenen seminerlerden biri, Prof. Dr. Zeki Karagülle tarafından verilen "Kaplıca Tedavisi ve Şifalı Sular" başlıklı seminerdi. Tıbbî Bitkiler Bahçesinde 5 Haziran 2007 tarihinde düzenlenen seminerde konuşan Prof. Dr. Zeki Karagülle, geleneksel tedavinin tıpta ortaya çıkan önemine işaret ederek, "Yakın zamana kadar modern tıp, geleneksel tedavi yöntemlerini pek kaale almıyordu. Ancak geline aşamada, modern tıp, geleneksel tedavi yöntemlerini kabul etmek durumunda kaldı. Biz hastaları önce modern tedavi usûllerine göre tedavi ediyor, fakat arzu edilen neticeye ulaşamayınca, onları kaplıcalara, şifalı sulara gönderiyoruz" dedi.

Maden suyunun sağlık açısından önemine dikkat çeken Karagülle, maden suyu içme oranının Avrupa'da oldukça yüksek, bizde ise düşük olduğunu ifade etti. Konuşmasında kaplıca ve şifalı suların tıbbî ayrıntılarını anlatan Karagülle, Termomineral Su adı verilen kaplıca ve şifalı sular hakkında detaylı bilgiler vererek, bu suların mineral ve gaz içerdiğini, sıcaklık taşıdıklarını belirtti.

Ortamın İnsan Psikolojisine Etkisi

Çevre ve ortam değişikliğinin de insan sağlığı üzerinde müspet tesiri olduğunu belirten Prof. Dr. Zeki Karagülle, şöyle dedi: "İnsan uzun zaman kaldığı ve bunaldığı çevrenin dışına, güzel bir tabiat ortamına geçtiğinde, ruhu ferahlar, psikolojik olarak kendini rahat hissederek. Bu bakımdan ortam değişikliği sağlık açısından çok önemlidir. Belli ortamlarda, kaplıca ve şifalı su çevrelerinde bir araya gelen ve benzer hastalıklardan muzdarip olan kişiler arasında



Merkezefendi Geleneksel Tıp Derneği, günümüz Türkçesi ile "Yadi-gar", "Kitabu'l-Müntehab Fi't-Tıb", "Ter-ceme-i Cedide Fi'l-Havassi'l-Mfrede", "Kemaliyye" isimli tıp yazmalarını ve "Merkezefendi" kitabını yayınlamıştır. Derneğin Tıbbi Bitkiler Bahçesi'nde atığı fitoterapi, aromaterapi, masajterapi kursları her kesimden ilgi görmektedir. Yakında, sağlıklı beslenme, doğal bakım, tıbbi Osmanlıca, bitki ressamlığı kursları da balayacaktır.

Zeytinburnu Tıbbi Bitkiler Bahçesi'nde yeralan Sağlık Araştırmaları Merkezi, yerel, geleneksel ve doğal sağlık mirasımızı değerlendirmek; tıbbi girişimlerin etkilerini ortaya koymak; insan ve tabiatın dengesine duyarlı, erişilebilir ve adil sağlık çözümleri sunmak üzere disiplinlerarası araştırmalara öncülük edecek; ihtisas kütüphanesi, yayınları, kursları, atelye çalışmaları ile bir referans ve danışma merkezi olacaktır.

belli bir psikolojik yayınlık, his alı verii olur. Biri, ben kaplıcadan Őıfa buldum deyince, öteki hasta psikolojik olarak kendini iyi hissetmeye balar. Orada insanların ortak bir gayesi var: İyilemek, Őıfa bulmak.. Bu bakımdan, kimileri tarafından araştırıp incelemekten ağdıı, akıl dışı görülen, kmseven geleneksel tıbbı yabana atmak doğru değil. Bu tıbbın insan sağlığı üzerindeki tesirleri çoktur. İnsan bünyesindeki tabi tedavi yöntemlerini harekete geçirir."

Osmanlı Tıbbında Gl Tedavisi

Geleneksel Merkezefendi Tıp Festivali bünyesinde, Tıbbi Bitkiler Bahçesinde düzenlenen seminerde konuşan Prof. Dr. Ayten Altıntaş ise, "Osmanlı Tıbbında Gl" konulu konuşmasında, gln güzelliği ve kokusu yanında, aynı zamanda bir tıp bitkisi olduğunu, fakat bunun çok fazla bilinmediğini söyledi.

Konumasında gln tedavideki ve kozmetikteki yerine ve önemine dikkat çeken Altıntaş, Şunları söyledi: "Gln tarihi, mitolojik kaynaklara göre çok eski, hatta insanlık tarihinden bile eskiye dayanıyor. Gln tarihini 50-60 hatta 200 milyon yıl evveline kadar götürüyorlar. Gln insan hayatında çok önemli bir yeri var. Bilindiği gibi İlm kaynaklarında da gln önemi büyük. Gln, Hazret-i Muhammed'i sembolize ettiği, onun terinden meydana geldiği inancı hakimdir. Tıpta gln kokusu büyük bir önem arz etmektedir. Dinaveri diye Doğulu bir bilgin yazdığı

kitabta 2 bine yakın bitkiyi değerlendirmiş. Diyor ki, "Gl, bütün ağaaların nrudur." Bu tanım edeb bir benzetme değil, bir tıp adamının tesbiti; bu bakımdan önemli.

Osmanlı'da gln önemli bir yere sahip olduğunu vurgulayan Prof. Dr. Ayten Altıntaş, Şunları söyledi:

"Osmanlılar gl damıtarak kokulu gl suyu elde etmiş. Babil'den balamak üzere, Arabistan ve Ortadoğu bu için merkezi idi. Hatta gln anavatanı Orta Asya'dır. Gl Romalılar için de büyük önem taşıyordu. Hanımlar gl banyosu yapmakta, önemli misafirlerin yollarına gller serpiliyordu. Zamanla Kolonya ortaya ıktı. Parfüm kokusu sentetik hâle döndü. Ancak dünya yeniden tabi çiçeklere ve onlardan elde edilen kolonyalara, kokulara dönüyor. Tabi olanın faydasını keşfetti insanlar. Sentetik olandan kaçıyor artık. Tıpta gl kokusu insanı etkilemektedir. nl tıp limi İbni Sina da, gln insan ruhunu etkilediğini, bazı hastalıkları iyi ettiğini söyler. El Razi de gln önemine işaret eder. Marifetnme'de, gl suyunun ba ağrısına ve kalp atılarına faydalı olduğu belirtilir.

Almanya'da 2007 yılında yapılan bir araştırmada, gl kokusunun belleğe (hafızaya) etkisi ortaya konmuştur. Gl ayrıca cild hastalıklarına, ağız ve boğaz ağrılarına faydalıdır. Glyğı kulak ağrılarına iyi gelmektedir. Unutmayalım ki bizim medeniyetimiz bir gl medeniyetidir. Gl insan ruhuna Őıfadır."

Ali İhsan TAŞÇI

Hayat Vakfı Başkanı

“Kendi Medeniyet Değerlerimizle Kucaklayabileceğimiz Bir Başka Dünya Var”



Ali İhsan TAŞÇI
Hayat Vakfı
Başkanı

Hayat Vakfı, kendi Medeniyet Değerlerine inanarak dünyayı kucaklamayı, bu dünyanın uyumlu ve yararlı bir parçası olmak için gerçekçi hedefler taşımayı, kendi sahasında otorite olmak için bilgi ve tecrübe birikimi oluşturmayı, bu birikimleri geleceğe aktarmak için sistemler kurmayı kendi vizyonu olarak benimsemiştir.

Hayat Vakfının vizyonundan ve genel görüntüsünden bahsederek başlayabilir miyiz?

Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı 1989 yılında kurulmuştur. Sağlık ve sosyal hizmet alanlarında özgün, sürdürülebilir ve örnek projeler geliştirerek uygulamak, sağlık çalışanları arasında dayanışma ve işbirliği sağlayarak mesleki hayata katkıda bulunmak, sağlık ile ilgili üniversitelerde okuyan öğrencilere burs desteği sağlamak temel çalışma alanları arasındadır.

Vakfımız, ünvanında yer alan “Sağlık ve Sosyal Hizmetler” kavramlarının tüm içeriğini kucaklamayı hedef edinmiş, bir başka dünyanın varolabileceğine inanan, nesil kaygısı taşıyan, yaşadığı dünyayı gözlemleyen, uzman olduğu alanda söz söyleyen, ufkunu ve faaliyetlerini genişletmek için yeryüzüne yayılmaya çalışan, başkasının derdi ile dertlenen, toplumsal sorumluluk duygusu ile temsil ettiği

kitlenin haklarının korunması ve gelişmesi için çalışan, sağlık çalışanları ve gönüllülerinden oluşan bir "vakıf hareketidir".

Öğrencilere yönelik olarak seminerler, sempozyumlar, geleneksel kır gezilerinin yanı sıra yılda 400 öğrenciye burs

“

Vakfımız, tüm çalışmalarımızın dünya durdukça devam etmesi için Vakıflaştırmayı ve Vakıf Medeniyeti Tablosunun uyumlu bir parçası olmayı kendisine görev saymaktadır.

”

sağlamaktayız. Mezun olanlara yönelik kapsamlı sempozyumlar ve çalıştaylar organize etmekteyiz. Ayrıca sosyal hizmet alanında bilinçlendirmeye yönelik kurslar, seminerler düzenlemekteyiz.

Bu kampanya ve projelere en güzel örnek Türkiye’de tek uygulaması ve örneği olan “Aile ve Çocuk” projesini 9 yıldır yürütüyoruz. Sosyal çalışmalara örnek olarak “Üreme Sağlığı Bilinçlendirme Programları” gösterilebilir. Hizmet modeli uygulamasının bir örneğini Üsküdar Mihriman Sultan Tıp Merkezi’nde yürütmekteyiz. Ayrıca vakfımız bünyesinde, alanında düşünce ve politikalar üretmek amacıyla “Sağlık Politikaları Çalışma Gurubu” kurulmuştur.

Öğrencilere yönelik neler yapıyorsunuz?

Öncelikle hizmet alanlarımızın başında öğrenciler geliyor. Öğrencilere yönelik en büyük faaliyetimiz, öğrencilerin birlikteliğini sağlamak, ihtiyaç sahiplerine burs vermektir. Her yıl çoğu Tıp Fakültesi, Eczacılık ve Diş Hekimliği fakültesi öğrencisi olmak üzere yaklaşık 400’ü aşkın kız ve erkek öğrenciye burs veriliyor.

Eğitim alanlarında destek hizmetleri oluşturuluyor. Öğrencilere, erdemli karakterler olmaya yönelik, iyi özelliklerin kazandırılması için seminerler, konferanslar düzenleniyor, çalışma gurupları oluşturuluyor. Yani öğrencilerin iyi bir hekim, iyi bir sağlık çalışanı, iyi bir eczacı olmaları için çalışmalar yapılıyor. Sonuçta bunlar topluma hizmet edecek olan kişiler, ne kadar iyi yetişirlerse, bu topluma da o kadar iyi hizmet verirler mantığıyla, iyi yetişmeleri konusunda sürekli gayret sarfediliyor.

İkinci olarak, sağlıkla ilgili okullardan mezun olmuş kişilerin okuldan sonra eğitimlerinin ve birlikteliğın devamını sağlamak için çalışmalar yapılıyor. Bunun için çeşitli toplantılar, konferanslar düzenleniyor.

Çocuklara yönelik faaliyetlerinizden bahsedebilir miyiz biraz?

Elbette, "çocuklar sokakta solmasın" adı altında bir projemiz var. Kesintisiz 9 yıldır devam eden bir çalışmadır bu ve Türkiye'de bu kadar uzun süre ve aynı çocuklar üzerinde süreklilik kazanan tek çalışma olma özelliği vardır. Bu tür çalışmaların ortak özelliği 1 senelik birer çalışma yapılıyor olmasıdır. 100 tane 200 tane çocuk toplanıyor, belirli dönemde eğitimler veriliyor, kırtasiye vs. bir takım ihtiyaçları karşılanıyor ve ikinci sene proje bitiyor. Bizim çalışmanın özelliği devamlılığının olmasıdır. Projemizin ikinci özelliği ise sadece çocuklarla değil aileleriyle de birlikte yürütülmesidir. Şu anda 170'ten fazla çocuğumuz için proje devam ediyor. Bu alanla ilgili herkes tarafından oldukça kabul görmüş olan



bu çalışma ile; sokaklara terkedilmiş çocuklarımızı karanlık dehlizlerden çıkarıp saygın birer insan olarak topluma kazandırmayı hedefledik. Yıllar içerisinde çalışmalarımızın meyvelerini almanın gururunu ve mutluluğunu yaşamak bizim için büyük motivasyon kaynağı olmaktadır.

Sosyal hizmet alanında başka neler yapıyorsunuz?

"Yaşam hakkı kürtaj" adında yıllardır sürdürdüğümüz bir çalışmamız var. Kürtaj toplumda çok bilinçsizse, hem annelerin, hem ailelerin hem de doğacak çocuğın haklarını ihlal eden tarzda uygulanıyor. Kürtaj bir nevi doğum kontrol yöntemi gibi kullanılmaya başlandı. Birçok sıkıntılara kaynak teşkil eden bu konu hakkında çok çeşitli faaliyetlerimiz oldu ve yapmaya devam ediyoruz.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında bir çalışmamız oldu. Bu projemizde, geçen yıl il ve ilçe müftüleri, vaiz ve vaizelerden oluşan 900'ü aşkın din görevli-

sine konuyla ilgili bir günlük eğitim verildi. Kadın hastalıkları ve doğum ile üroloji uzmanlarının eğitimci olarak katıldığı, Diyanet İşleri Başkanlığıyla birlikte yapılan bu projeye çok güzel tepkiler aldık.

Sağlık hizmetleri konusunda neler yapıyorsunuz?

Sağlık hizmetleri noktasında bizler yaygın hizmet ağı oluşturmaktan ziyade örneklik rolünü benimsedik. Üsküdar'da kurduğumuz Mihriman Sultan Tıp Merkezi, sağlık hizmetlerinin nasıl yapılması gerektiği hususunda yaptığı uygulamalarla bu rolün hakkını vermektedir.

Ayrıca, gerek ülkemizde, gerek diğer ülkelerde meydana gelen doğal felaketlerde, vakfımız ilgili yerlere sağlık hizmetlerinin zamanında ve etkin ulaştırılması için önemli roller üstlenmiştir.

Vakıf kaç üyeye hizmet veriyor?

Vakıflar dernekler gibi çalışmıyor. Yani bizler, üyelerinin sayısıyla büyüklüğü ile ölçülmüyoruz. Bizde üyelik yok, vakıf meclisleri var, vakfın danışma kurulları bulunuyor. Vakıfların büyüklü-



ğü, küçüklüğü; birikimleriyle, yaptıklarıyla ölçülüyor.

Vakfın çalışma sisteminin özelliği; gönüllülük esasına oturmasıdır. Yönetim kurulu, mütevelli heyeti, profesyonel çalışanları yanında çok sayıda gönüllümüz var. O saydığım faaliyetlerin tamamı gönüllülük temelinde yürütülüyor. Mesela çocuklarla ilgili çalışma 15-20 gönüllü tarafından yürütülüyor. Üreme sağlığıyla ilgili çalışmada on kişilik bir uzman doktor heyeti görev aldılar. Yani sayı olarak şu kadar kişi çalışıyor diyemeyiz ama, ölçü olarak şunu söyleyebiliriz: Hizmetin gerektirdiği sayıda ve vasıfta gönüllümüz her an hizmet aşkıyla görev beklemektedir.

Hayat Vakfı; vergi muafiyeti almış nadir vakıflardan bir tanesidir.

Türkiye'de bu şekilde toplam 200 kadar vakıf var. Bu da vakfın çalışmalarının kamu otoriteleri nezdinde de tanındığını, kabul edildiğini göstermesi açısından önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin modellenmesiyle ilgili yapılan çalışmalardan babsedebilir misiniz?

Vakıfların sağlık hizmetlerindeki yeri konusu da bununla ilişkili, bu konuyu da birlikte konuşmakta yarar var. Eski

“

Sağlıkta daha yapacak çok şey var. Koruyucu sağlık hizmetleri konusunda, sağlık hizmetinin sunumu konusunda, tedavi edici hizmetler konusunda yapılacak çok şeyler var.

”

vakıflarda, tarihimizdeki, Osmanlıdaki vakıflarda, bir mal, bir bina, bir kurum vakfedilir, orada sağlık hizmeti sunulur ve oranın masrafı vakfedilen bir malla karşılanırdı. Yani arazi, kira geliri veya para olurdu. Sonuçta orada bir sağlık hizmeti sunulurdu. Günümüzdeki

sağlıkla ilgili vakıflar bu yapıdan uzaklaştı. Belki doğal olarak uzaklaştı.

Bu uzaklaşma nasıl gerçekleşti?

Fakir, ihtiyacı olan insana sağlık hizmeti sunumu günümüz dünyasında oldukça masraflı bir iştir. Bu hizmet, yeşil kart dediğimiz sistemle devlet tarafından karşılanır oldu. Bugün toplumun büyük bir yüzdesi sosyal güvenlik kurumlarından herhangi birinin üyesidir. Üzerinde herhangi bir mal varlığı, geliri olmayan kişilerin de yeşil kartı vardır. Biliyorsunuz yeşil kartı ihtiyacı olan herkes ücretsiz olarak alabiliyor artık. Yeşil kartı da olmayan bir grup var ki onlar için de, yine sosyal dayanışma vakıfları yardım ediyor. Bu sebeplerle vakıfların sağlık hizmeti sunmaları artık modern devlet yapılarında iyice azaldı.

Vakıfların bir sivil toplum kuruluşu olarak sağlık hizmeti konusunda çok önemli rolü var, bundan sonra da olacak. Bir sağlık sisteminin modelinin oluşturulmasından, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının haklarının korunmasından tutun da hasta haklarına varıncaya kadar, sivil toplum örgütü olarak çalışmalar yapmak, sağlık politikaları üzerinde çalışmalar yapmak ve bunu kamuoyu ve otoritelerle paylaşmak gibi bir takım görevleri var. Vakfımızın sağlık politikaları çalışma gurubu bu tür çalışmalar yapmak amacıyla kurulmuştur. Bu bağlamda geçen ay "Sağlık ve Vakıf" konulu sempozyum yapılmış, sonbaharda "Sağlık ve İsraf" konulu bir panelin hazırlıkları yapılmaktadır. Sağlıkta dönüşüm programının artıları, eksileri, hekimlerin çalışma şartları, AB sürecinde sağlık

çalışanlarının geleceği ve sağlık hizmetinin sunumlarının nereye gideceği üzerine fikirler üretiliyor. Biliyorsunuz bu dönemde sağlıkta değişim programı çerçevesinde, çok büyük değişikliklere imza atıldı. Yani bu konular deneme yanılma usûlüyle olmaması gereken, üzerinde çok düşünülüp, çok araştırılıp ortak akılla verilecek kararlar sonrasında uygulamaya geçilmesi gereken politikalarlardır. İşte tam da burada sivil toplum örgütlerinin, sağlıkla ilgili derneklerin, vakıfların çok büyük rolleri ve görevleri vardır. Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı olarak bunun bilincindeyiz ve bu noktada toplumsal görevimizi yapmak için çalışmaktayız. Sağlık politikaları bu sebeple çok önem verdiğimiz konuların başında gelmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programıyla ilgili Hayat Vakfının düşünceleri, çalışmaları nelerdir? Bu programa yönelik eleştiri ve önerileriniz nelerdir?

Sağlıkta dönüşüm programıyla ilgili, beyin fırtınası dediğimiz, çok sayıda toplantı yapıldı, çalışma guruplarıyla çalışıldı. Genel olarak sağlıkta dönüşüm projesi üzerinde olumlu görüşler bulunmaktadır. Sağlıkta dönüşümle ilgili en büyük gelişme, sosyal güvenlik şemsiyesinin tüm toplumu kapsayacak şekilde yaygınlaştırılmasıdır. Eskiden SSK vardı, Bağkur vardı, yeşil kart vardı, emekli sandığı vardı. Bir de hiçbir güvencesi olmayan insanların vardı. Önümüzdeki yıl biraz aksasa da bu sistem uygulamaya geçecek inşallah.

İkincisi, aile hekimliği sistemidir. Aile hekimliği sisteminde vatandaşın bağlı ol-

duğu bir aile hekimi olacak, vatandaş önce aile hekimine gidecek, hekim muayenesini yapacak, tetkikini yapacak, tedavisini yapacak, hastanın sorununu çözecek. Eğer sorunu çözülüyorsa ikinci, üçüncü basamak olarak hastanelere gidecek. Batının bir çok ülkesinde uygulanan bir şey bu. Daha önce sosyalleştirme kanunu döneminde bizde de olan, fakat uygulanamayan bir sistemdi aile hekimliği sistemi.

Sağlık hizmetlerinin özel sektörden alınabilmesi konusundaki dönüşüm çok önemlidir. SSK'nın, Bağ-kur'lunun, Emekli Sandığı mensubunun tüm devlet hastanelerinden ve özel sektörden hizmet alabilmeleri önemlidir. 7-8 sene önce, 10 sene önce hayal bile etmeyeceğimiz şeylerdi, bunların hepsi gerçekleşti. Bunlar önemli bir değişim oluşturdu tabi.

Sağlıkta daha yapacak çok şey var. Koruyucu sağlık hizmetleri konusunda, sağlık hizmetinin sunumu konusunda, tedavi edici hizmetler konusunda yapılacak çok şeyler var. Vakıflar burada ne yapacak;

1. Halkı bilinçlendirecek.
2. Sağlık çalışanlarını bilinçlendirecek ve doğru karar vermelerini, doğru davranmalarını sağlayacak.
3. Hekimlerin ve hastaların haklarıyla ilgili çalışmaları yapacak. Yani sivil toplum örgütü olarak yönlendirici faaliyetlerde bulunacak. Sağlık hizmetini sunmak konusunda vakıfların rolü eskisi gibi değil, bunu kabul etmek lazım. O rol bugün, sosyal devlette, devletin üzerinde. Düşünün ki yeşil kart sistemi olmasaydı, bugün sosyal güvencesi olmayan insanlara kim bakacaktı?



O zaman belki vakıflar bakmak zorunda kalacaktı, yani yeşil kart olmadan burada vakıfların rolü daha fazlaydı. Bir kişi ameliyat olacaksa, tedavi olacaksa, yeşil kart sisteminden önce vakıflara gelirdi. Vakıflar onun sağlık hizmetlerini karşılardı. Eski dönemde bizim de böyle hizmetlerimiz oluşmuştur.

Bizim toplumumuzun genel özelliği, yeni bir şey üretmekten ziyade yapılmış olanı eleştirmektir. Bu her zaman kolay gelir, aslında doğru olan bir konuda çalışarak bir model ortaya koymak ve insanlara bir şey sunmaktır. Vakıflar siyasi bir kurum değildir ve öyle bir görevi, öyle bir rolü de zaten yoktur.

Ahmet BAHADIR

“Mühendis Olmadan Usta Olmak Lazım”



Ahmet
BAHADIR

Trabzon Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Celal Baki, Trabzon Tıp Fakültesi'nde olduğu yıllarda bize dedi ki, biz ameliyat yapamıyoruz, aletlerimiz kırıldı yeni alet alamıyoruz, çok pahalı bunlar, çok zor şartlarda geliyor, çok çeşitleri var. Bu olumsuzluklardan dolayı hastalar elimizde ölüyor, kangren oluyor, problemler çıkıyor. Büyük şehirlerde yığılmalar oluyor. Siz çok daha karmaşık işleri yapıyorsunuz, bu ameliyat makaslarını daha rahat yaparsınız diye bize önerilerde bulundu.

Babadır'ın kuruluş hikâyesi nasıl başladı?

Bizler çaresizlikler içinden geldik. Yani geniş, çok çocuklu bir aileyiz. Başarmaya mahkûm bir yapımız vardı. Babamız torna ustasıydı. Silah yapıyordu. Hatta Karadeniz'in özelliğidir bu. O na da daha büyük babalarından amcalarından gelen bir özellik. Yani 1920-25'lerden belki 1900'lerden bahsediyorum.

Biz 12 kardeşiz. 12 kardeşin en büyüğü de benim. Bir işçi baba düşününüz. Almanlar tarafından Samsun Liman inşaatı yapılıyor o zaman. Babam önce limanda hamal olarak başlıyor. Bizler hem okuduk, hem çalıştık. Yani ben mühendis olmadan evvel, bir defa usta oldum.

Bu bana güzel bir avantaj sağladı. Esasen bunun üzerinde çok durmak gerekir zannediyorum. Teoriyle pratiği bir arada görürsek, ülke ekonomisine çok faydalı olur, kanaatindeyim. Yurtdışında bu işi başarmış olan ülkelerde mühendis adayları, 3 yıl işyerinde çalışıyor. Hocalar işyerindeki dershanede ders veriyorlar. Yani okuldan arabaya binip de fabrikaya çalışmaya gitmiyorlar.

Peki girişim hikayesine dönersek, babanızdan sonraki bu ilk girişim süreci nasıl oluştu?

Babamın bir tamir atölyesi vardı orda çalışıyordu. Kısa zamanda bulunamayan yedek parçaları yapıyordu. 1960-61-62'li yıllardan bahsediyoruz. O yıllarda Türkiye'de motor sanayi var. Traktörler, makineler geliyor. Bunların yedek parçası kısa zamanda bulunamıyor. Yurtdışından da getirtmesi 3-4 ay sürüyor. Biz de bu bulunamayan parçaları imal ediyorduk.

“

Hakikaten birlikten doğan gücü gördüm. Tabi ki bu ortaklığın temellerini oturtana kadar zorluklar çektik ama şimdi hiç kimse bu ortaklıktan ayrılmak istemiyor ve bu ortaklık çok büyük artılar getiriyor.

”

Babam, kalabalık aileye de bakabilecek durumdaydı, kardeşimle beraber.

Tabi biz okula gidince ihtiyaçlar arttığı için çalışmak durumundaydık. Bizi Osmanlı kültürü ile yetiştirdiği için, o bize para vermek yerine işi öğretti. Çalışarak para kazanmayı öğretti bize. 4 aylık okul tatillerinde çalışıyorduk. Ben, torna, kaynak, freze işleri yapmaya, dişli açmaya, ustalık yapmaya gidiyordum. Fakat iş yerindeki bu yoğun tempo beni okula daha çok yaklaştırdı. Sınıf geçmezsem mutlaka atölyede kalacaktım. Kısacası, işten kaçarak okudum. Bu farklı bir metot.

Belki rahmetli bilerek yaptı bunu belki bilmeyerek ama böyle bir faydası oldu. Yani o bakımdan biz “mühendis olmadan usta olduk.” O zaman çok zorluk çektim ama diyorum ki, rahmetli keşke biraz daha zorlasaymış bizi.

Başka bir şey daha var, vurgulanması gereken. Biz 12 kardeşтик. Babam kısa zamanda 42 yaşındaydı vefat ettiğinde, ben burada denizcilik okulunda gemi mühendisliğinde okuyordum. En küçük kız kardeşim beşikteydi. Öyle bir ardışık küçülme vardı. Bizim sektöre girişimiz tamamen tesadüfi oldu.

Böyle bir durumda Allah yardım etti biz çalıştık, şansımız yaver gitti, herkes okudu. Çok iyi bir performans oldu. Şimdi mesela bu kardeşlerden bir kısmı devlet memuru olarak hayatlarını idame ettiriyorlar.

5'i de benimle beraberdi. Diğer dört ortağım da öbür kardeşin çocuklarıdır. Şu anda 9 ortaklı bir şirketiz. 12 kardeş en başta çok gibi geliyor ama bence az bile 50 kardeş olsaydık keşke diyorum.

Yani hakikaten birlikten doğan gücü gördüm. İlk başta tabi ki bu ortaklığın temellerini oturtana kadar zorluklar çektik ama şimdi hiç kimse bu ortaklıktan ayrılmak istemiyor ve bu ortaklık çok büyük artılar getiriyor. Tamamının kendisinin olması yerine %10'u kendisinin olan bir şirkette %100'den daha fazla kazanıyor. 25-30 yılın sonunda, %10 hisseyle %100'den daha fazla kazandığını görüyoruz.

Sağlık sektörüne girişimiz tamamen tesadüf oldu dediniz, bu olayı biraz anlatabilir misiniz?

Evet hemen arz edeyim. 1980'li yıllar, Türkiye için zor yıllardı. 24 Ocak kararları vardı o zaman. Bizler de babamızın vefatından sonra amcamla beraber çalışıyorduk. Bu yıllarda dışarıdan bir şey almak zordu. Döviz yoktu. 70 cent'e muhtaç bir Türkiye vardı. Döviz yokluğundan dolayı da dışarıdan hiçbir şey getirilemiyordu.

Trabzon Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Celal Baki, Trabzon Tıp Fakültesi'nde olduğu yıllarda bize dedi ki, biz ameliyat yapamıyoruz, aletlerimiz kırıldı yeni alet alamıyoruz, çok pahalı bunlar, çok zor şartlarda geliyor, çok çeşitleri



var. Bu olumsuzluklardan dolayı hastalar elimizde ölüyor, kangren oluyor, problemler çıkıyor. Büyük şehirlerde yığılmalar oluyor. Siz çok daha karmaşık işleri yapıyorsunuz, bu ameliyat makaslarını daha rahat yaparsınız diye bize önerilerde bulundu. Bize yol gösterdi. Aletleri getirdi inceledik. Baktık paslanmaz çelik olması lazım malzemenin. Çeliği tanıyoruz da paslanmaz çeliği tanımıyoruz, kromu bilmiyoruz. Bin bir güçlükte tedarik ettik o zamanlar bu aletlerin ham maddelerini. Öylece sektöre girmiş olduk. Bizi kendi ustalığımızdan ziyade cerrahlar eğitti. Prof. Turan Tan, Prof. Celal Baki, Gazi Yaşargil beyin cerrahı, Prof. Tahir Hayırlıoğlu.

Ayrıca şunu da belirtmek hoşuma gidiyor, şu an işletmemizin 1/3'ü Almanya'daki işçilerin bize emanetidir. Neden hediyesidir? Onlar sayesinde girilmez yerlere, fabrikalara casus gibi girdik. Aletlerin nasıl yapıldığını gördük.

Yani bir kaportacıda nasıl kaporta yapılırken çırak seyrediyor da öğreniyor ya ustanın çekiç vuruşunu. Biz de orada malzemelerin uzun tecrübelerden sonra nasıl yapıldığını, makine tipini, o işçilerin anlatmasıyla, fabrikanın içine işçi kıyafetinde casus gibi girmemizle, cerrahların bizi ameliyata alıp da, bizim onları ameliyatta uğraşırken görmemizle öğrendik. Fabrikamızın kısacası, 1/3'ü cerrahların, 1/3'ü Almanya'daki işçilerin, 1/3'ü de bizlerindir.

Tıp alanında büyümeniz nasıl devam etti? Piyasada tutunma sürecinde ne gibi zorluklarla karşılaştınız?

Tıp camiası genel olarak büyümeye başladı. Biz aletleri daha ucuza imal etmeye başlayınca, ithalatçı kârları tabi bir nevi düşmeye başladı. Bu defa bize başvurdular. Bu esnada hocalar bizim aletlerden memnun olduklarını dile geti-



riyorlardı. İthalatçılar gelerek kendilerine alet vermemizi ancak markamızı basmadan bu işi yapmamızı istediler. Biz kardeşler kendi aramızda konuştuğumuz istişare ettik. Markasız satmamaya karar verdik. Bu dediğim yıllar seksenlerin başı, 1982, 1983'ler kısacası.

Tabi bu arada da paslanmaz çelik bulmamız lazım. Aletler nasıl yapılıyor diye Almanya'ya gidip gelmeye başladık. Ustalar olarak Tuttingen'e gittik. Almanya'da bulunan bahsettiğim fabrikalara gittik.

Orada çok büyük fabrikalar var, hammaddeyi hazırlıyorlar. Ancak hammadde çok pahalı fiyat tutmuyor. Asıl ustalık ve el emeğinin önemli kısmını oluşturuyor. Mesela, bir göz makası düşünün, altından daha kıymetlidir. Bu noktadan hareketle biz Almanya'ya gittik baktık ki hammaddeyi hazırlayan firmalar, diyelim ki 3-4 tane ana firma var ama 300 tane katma değeri yüksek iş yapan küçük işletmeler bulunuyor. Evlerde yapılan aletler için yalnız uzmanlaşmış insanlar. Bakıyorsunuz birileri sadece göz makası yapıyor, başka bir şey yapmıyor. Sadece 15-20 çeşit göz cerrahisi makası bulunuyor. Bu makasların 5 tanesini birisi yapıyor, diğer 5 tanesini başka birisi. Makaslar yaptırılıyor, yapılan bu makaslar alıcılar tarafından toplanıyor ve onların markalarıyla dünyaya satılıyor. Böyle bir metot uygulanıyor.

Ama ham madde temin eden ana 3-4 tane firma var, bunu gördük. Bu sefer biz de oradan hammadde almaya başladık. Buradaki 100 dolara satılan bir aletin maliyeti 10 doları bulmuyor, kalan 90 dolar işçinin emeğidir, harcadığı zaman, gösterdiği titizliktir. Bu şartlarda çalışırken ortaya yeni bir şey çıktı. Şöyle ki, biz bazı aletleri Almanya'dakilerden pahalıya, bazılarını da çok ucuz yapıyoruz.

Orada işletmelere gittik, dolaşırken gördük baktık ki orada bir alet satıyor firma ama kendisi yapmıyor. Dedim nereden aldınız bunu? Dedi ki bunu İsviçre'de yaptırıyorum, orada bir firmadan alıyorum. Kaç tane alıyorsunuz bundan? Senede 3000 tane alıyorum. Gördük ki bizden çok ucuza yapıyor, biz ise pahalı ve çok uğraşyoruz. Sorduk bize bundan verir misiniz? Olu tabi veririm dediler.

“

Bizi Osmanlı kültürü ile yetiştirdiği için, o bize para vermek yerine işi öğretti. Çalışarak para kazanmayı öğretti bize. 4 aylık okul tatillerinde çalışıyorduk. Ben, torna, kaynak, freze işleri yapmaya, dişli açmaya, ustalık yapmaya gidiyordum. Fakat iş yerindeki bu yoğun tempo beni okula daha çok yaklaştırdı. Sınıf geçmezsem mutlaka atölyede kalacaktım. Kısacası, işten kaçarak okudum. Bu farklı bir metot.

”

Ama biz bunun üstünde yazı istemiyoruz dedik. İsterseniz sizin markanızı vurup öyle verelim dediler. O zaman biz birbirimize baktık, dedik ki biz hata etmişiz. Ne yapacaktık markasız istiyorsan markasız verelim, amaç para kazanmak. Amaç sermayeyi getirmek olmalıydı. Böyle bir kültür farkı oldu orada, para kazanmak için biz istedik onlar verdi, demek ki bizim de böyle yapmamız gerekirdi.

Böylece alışverişlerimiz başladı Almanya'yla. Bu sefer onların çok pahalıya yaptığı aletleri biz onlara markasız vermeye başladık. Onlar Alman markasını vurarak satıyorlardı. Hala daha yapıyorlar, mesela biz toptan olarak Almanya'ya malzeme veriyoruz, oradan 80 ülkeye dağılıyor. Dolayısıyla biz dolaylı yoldan 80 ülkeye ihracat yapmış oluyoruz. Konuşmamızın başına gelirse, bu durum ithalatçıların dikkatini çekti, bunlara da markasız malzeme vermeye başladık. Büyük alıcımız Almanya oldu tabi. Ortada hiçbir şey yokken biz ihracatçı olmaya başladık.

Burada bizim avantajımız ne oldu? İhracat yapmaya başladık ve iç piyasa bizi etkilemedi, hızlı da büyüme oldu. Her sene döviz bazında %100 büyüyor böyle bir durum çıktı ortaya. Samsun'da arkadaşlarımıza tavsiye ediyoruz, yapın bu işi diyoruz. Araştırmalarımız gösterdi ki Almanya'da her 10 kişiden bir tanesi sağlık sektöründen nemalanıyor. Yani cerrah, alet üreticisidir, hemşiredir veya ilaç firmasıdır, yani hepsi sağlık sektöründen gelir elde ediyor. Almanya'nın GSMH'sı 1 Trilyon dolar civarındadır. Demek ki sağlık sektöründen aldığı para 100 Milyar dolara tekabül ediyor. 30-35 sene sonra bu geldiğim noktada ben bu 100 milyarı Almanlarla bölüşmek durumunda kalıyorum. Bunun 50 milyar dolarını almamamız için, 25 milyar dolarını almamamız için hiçbir sebep yok. Peki alabiliyor muyuz? Hayır. 500 milyonunu bile alamıyoruz. Bakınız ne kadar gerilerde olduğumuzu anlatmaya çalışıyorum. Yani değil Samsun, bütün Karadeniz çalışsa bu aletlerde yine de yetiştiremez, herkese iş var, istihdam

imkanı var. Evlerinin altında yapabilecekleri bir ortam var. Peki niye yapamıyoruz? Çünkü siz yaptıkça birilerinin menfaatine dokunuyor. Eğer siz bunu üretiyorsanız ithalatçının menfaatine dokunuyor, o halde ne yapacaksınız, onunla dalaşmaya gerek yok o ithalatçının ithal ettiği yere by-pass yapacaksınız. Bizim ürünlerimiz şimdi Almanya'da Alman markasıyla satılıyor, 80 ülkeye ve Türkiye'de satılıyor. İthalatçıda oradan alıyor. Ama Türkiye'ye 4 misli fiyata geliyor.

Peki bunu nasıl açacağız?

İş adamı, üniversite ve devlet sacayağını oluşturmamız gerekecek. Bakıyoruz, Çin yapıyor da biz neden yapamıyoruz. Bundan 8 ay evvel Kürşat Tüzmen gelip fabrikayı gezdi, öyle programlı bir ziyaret değildi. Ani baskın gibi bir ziyaret yaptı fabrikamıza. Orada makasları, penseleri, yaptığımız işleri gördü, İSO 9000 standartlarında çalışma metodumuzu gördü, hayran kaldı, çok teşekkür etti. "Sayın Bakanım, siz beni o kadar övmeyin, Çin malı makaslar Caminin orada, işportada satılıyor. Ne zaman ki dedim Bahadır'ın makasları Çin'de satılmaya başlar, işte o zaman beni övmeyiniz sizden hakkım olsun" dedim. Ama ben henüz o noktaya gelmedim. Benim makaslarımın Çin'de satılması lazım, Japonya'da satılması lazım, kağıt makasını da ben yapmalıyım işte o zaman beni övün dedim. Ama bunu yapamıyoruz. Bence sorunun can alıcı noktası üniversite sanayinin içerisine girmeli, sanayi üniversitede ders dinlemeli, ustalar hocaları dinlemeli, problemlerini hocalar teorik olarak çözmeli. Takıldığı noktayı ona anlatmalı, devletle olan problemler çözülmeli.

Mesela bizim yer problemimiz var. Biz sığmıyoruz, 11 dönüm yerde çalışıyoruz. Arazi var devlette, ben araziyi parayla istemiyorum, hepten de istemiyorum. Diyecek ki bana devlet, "Al sana arazi. Üç sene sonra kârâ geç. İkinci senenin sonunda zarar edersen, senden bu araziyi alırım. Arazi benimdir, kâr ettiğin müddetçe de senindir. Böyle bir metot geliştirmesi lazım devletin. Devlet bunu yapmaya gayret ediyor, ben bunu görüyorum. Hazine arazilerini, yasayla kullanıcılara açıyor. Açıyor ama bürokrattan bunu alamıyorsunuz ki, ananızdan emdiğiniz süt burnunuzdan geliyor. "Bunlarla uğraşacağıma, küçük bir yerde uğraşayım" diyorsun. Cımbız, makas mı yapayım, yoksa bürokrasiyle mi uğraşayım. Bürokrat da kendi açısından haklı, yani ona da amiri soruyor bu araziyi ona neden verdin? Efendim işte bu makas yapıyor. Görmüyor musun buradaki prosedürü vs. Diyelimki, araziyi 3 yılda alacaksınız, o 3 yıllık uğraşımı ben kendi



işime yönlendirdiğim zaman 3 yılda o arazinin parasını alıyorum zaten. Gene bugün Bakanlar arasında problem yok. Koalisyon döneminde çok daha fazla problemler vardı.



Peki hemen diğer bir aşamaya geçelim. Şimdi tesadüfen bir oluşum gerçekleşti. Almanlarla tanıştınız, ihracat gerçekleşti, büyümeye baladınız. Sonuçta görünüyor ki, % 10'luk bir hammadde ihtiyaı var. Asıl ona değerı veren ustalık yani görünen göz emeği alın teri. Siz Şimdi bunu babanızdan gelen bir ustalıkla yapıyordunuz. Peki sizin hacminiz arttıkça yeni ustalara ihtiyaç duydunuz. Yani o ihtiyaı nasıl karılıyorsunuz? Kısacası bu hemen öğrenilen bir Şey mi ki?

nemli bir konuya değindiniz, teşekkür ederim. Bir defa ben dediğim gibi mutfaktan en alttan geldiğim için, mesela staj yapmaya yer bulamıyordum. Staja almıyorlardı beni. Karadeniz Limanına gidiyorum, dolu. Öbür tarafa gidiyorum, yok. Biz 215 kişi, 9'da biz, 224 kişi çalışıyoruz, Şu anda Samsun Organize Sanayi Bölgesi'nde.

Yani 500 aile geçiniyor bizim iletmemizden. Benim esas söylemek iste-diğim Şu. Bizde tabi tıpla ilgilendiğimiz için, kimya ile ilgileniyoruz, bilişim var orada, Ar-Ge'miz var. Aklınıza gelen her mühendislik dalının, hatta muhasebe, uluslar arası muhasebe, (netice itibariyle ithalat ve ihracat yapıyoruz) banka mevzuatı. Yani aklınıza hangi branş ve meslek geliyor ise bizimle mutlaka ilgilidir, az da olsa. Bu cümleden hareketle ben karar verdim, ne kadar staja gelmek

isteyen varsa hepsine fabrikada staj yaptırıyorum. Yani diyelim ki fizik mühendisi staj yapacak bir yer bulamıyor. "Gelsin" diyorum. Kabul ederse, biz hazırız. Bizde fizik yok ama fiziko-kimya ile ilgilenen bir bölüm var. Kimya mühendisi, "Var efendim!" diyoruz. Alüminyumun dıını sertleştirme çalışmaları yapıyoruz. Altın kaplama yapıyoruz. Gelsin staja diyoruz. İte makine mühendisinin staja kolaylıkla gelebileceği bir yer.



Şu anda biz 11 dönüm bir alanda çalışıyoruz, Samsun Serbest Bölgesi'nde bir tane yer aldık. Orada 3.600 metre bir alan üzerine inşa ettiğimiz iki katlı bir binamız var. Çok modern bir binadır. Onu almamızın sebebi de bu prosedürleri, yani kırtasiyeyi, bürokrasiyi ortadan kaldırmaktır. Dünyanın çeşitli yerlerinden yarı mamül malzeme geliyor bize, hammadde geliyor bunları Samsun'a getirmek çok zor. Ağırlıklı olarak İstanbul'dan çalışıyoruz.



Niye böyle yapıyoruz? Bütün kapıları size açıyoruz ve diyoruz ki, "Gelin biz size böyle bir eğitim veriyoruz." Sanat okuluna gidiyorum anlatıyorum, "Sanat okulunda çocuklar daha çok gelsin bende staj görsün." diyorum. Bunların

arasından topluyorum. Ama 20 kişi ie alıyorum, 19'u ie yaramıyor. İlgisizler.

İşletmenin profilini kısaca verebilir misiniz? Kaç kişi çalışıyor, ne kadar cironuz var, yakın zamandaki hedefleriniz, planlarınız nelerdir?

Şu anda biz 11 dönüm bir alanda çalışıyoruz, Samsun Serbest Bölgesi'nde bir tane yer aldık. Orada 3.600 metre bir alan üzerine inşa ettiğimiz iki katlı bir binamız var. Çok modern bir binadır. Onu almamızın sebebi de bu prosedürleri, yani kırtasiyeyi, bürokrasiyi ortadan kaldırmaktır. Dünyanın çeşitli yerlerinden yarı mamül malzeme geliyor bize, hammadde geliyor bunları Samsun'a getirmek çok zor. Ağırlıklı olarak İstanbul'dan çalışıyoruz. Samsun Serbest Bölgesi'nden yer almamızın sebebi ürünleri oraya gümrüksüz sokabilmek, mesela oradaki ürünleri bir başka ülkeye rahatlıkla satabilmek. Bizim burada iç piyasada ürettiğimiz rnleri Samsun Serbest Bölgesi'ne ihrac ederek, orada stoklayıp anında, çok hızlı bir Şekilde dünyanın her tarafına dağıtmak için. Yani toplam 18 dönüm alan üzerinde çalışıyoruz. Ama bunların bize yetmeyeceğini yine de görüyoruz. Onun için Avrupa'ya yakın bir yere, Batıya biraz yaklaşmak İstanbul'da bir merkeze yerleşmek istiyorum.

Abdurrahman KAAAN

Kaanlar Gıda A.Ş.
Pazarlama ve Satış Müdürü

“Satış Noktalarının İnsan Sağlığı Açısından Önemi ve Uygulanması Gereken Esaslar”



Abdurrahman KAAAN
Kaanlar Gıda A.Ş.
Pazarlama ve Satış
Müdürü

Ülkemizde bugün Perakende sektörü 70 milyar \$ lık bir hacimle, milli gelirin %20 ‘si büyüklüğüne ulaşmıştır. Bu büyümede gıda ürünlerinin satışındaki pay giderek artmaktadır. 1990 yıllarında tanıştığımız market zincirlerinin bugünkü boyutu inanılmaz değerlere ulaşmıştır.

Ülkemizde bugün Perakende sektörü 70 milyar \$ lık bir hacimle, milli gelirin %20 ‘si büyüklüğüne ulaşmıştır. Bu büyümede gıda ürünlerinin satışındaki pay giderek artmaktadır. 1990 yıllarında tanıştığımız market zincirlerinin bugünkü boyutu inanılmaz değerlere ulaşmıştır.

Dünya da İlk 50 ‘ye giren büyük marketler, Tüm dünyadaki ürün satışlarının %50 sini gerçekleştirmektedirler. Bu anlamda, gıda güvenliğini ürünün hammadde seçiminden tüketici ile buluşma noktasına kadar olan bu sistemi entegre olarak düşündüğümüzde, hipermarket, süpermarketler, bakkallar ve pazarlardaki esnaflarda Gıda Risk yönetim hususunda üzerlerine düşen görevleri yerine getirmek zorundadırlar.

Katma değerli bir malın tüketici ile buluşmaya gelinceye kadar ki sürece baktığımızda, (üretim, depolama, sevkiyat ve rafta sunuş), şeklinde olmaktadır.

Üretici burada üretim, depolama ve sevkiyattan sadece sorumlu olmaktadır. Ve bu kapsamda Gıda Güvence Sisteminin çerçevesini belirlemektedir. Rafta sunuş ve ürün raf ömrünü yitirinceye kadar ki depolama Marketlerin sorumluluğu altına olmaktadır. Buda göstermektedir ki gıda güvencesinin devamı için

“

Bilindiği gibi Dünyada Gıdalardan kaynaklanan hastalıkların oranı çok yüksektir. AB de %55,Amerika da %58,Türkiye de ise %80 in üstündedir.

”

risk yönetim sertifikası yani HACCP’in satış noktaları olan marketler için zorunlu hale getirilmesi ve takibinin de yapılması gerekmektedir.. Ancak bu şekilde tam anlamıyla Çiftlikten Sofraya konseptini sağlayabiliriz.

Bilindiği gibi Dünyada Gıdalardan kaynaklanan hastalıkların oranı çok yüksektir. AB de %55,Amerika da %58, Türkiye de ise %80 in üstündedir. Burada görüldüğü gibi, ülkemizdeki bu yüksek değerlerin nedenlerinden birisi de raflardaki uygun olmayan sıcaklıklardır.

Bu arada Açık Pazar yerlerinde 25-35 C derece sıcakta dışarıda satılan ürünlerinde kesinlikle yasaklanması gerekmektedir. İnsan sağlığı açısından büyük bir risk oluşturmaktadır.

Ülkemizde enerji maliyetlerin yüksek olması ,satış noktalarının denetimlerindeki eksiklikler ve satış noktalarının ihmallerinden dolayı soğuk dolapların geceleri kapatılması, reyonlara gereğinden fazla mal konulması,depoların uygun havalandırma ve saklama koşullarına uygun olmaması nedeniyle ve gıda ürünlerinin üzerinde yazan sıcaklıklarda saklanmaması nedeniyle ,ürünlerin raf ömürleri düşmekte mikrobiyolojik açıdan

uygunsuz hale gelmekte ve insan sağlığını tehdit etmektedir.

Ürünün tüketici ile buluşmasında son nokta olan satış noktalarının uzun süreli depolarında ve reyon raflarında satışa sundukları süt ürünlerinin ve diğer gıda ürünlerinin ; ürün etiketine uygun sıcaklıklarda mutlaka saklanması gerekmektedir. (1998 yılında Minnesota üniversitesinde Dr. Ted tarafından) Yapılan bir araştırmada, süt ve süt ürünlerinin sıcaklık hassasiyeti tespit edilmiştir. Yapılan araştırma sonucunda +5 C0 de 100 günlük raf ömrü olan bir süt ürününün, +150 C de raf ömrü 10 güne düşmektedir.

Bu bağlamda, marketlerde çabuk bulabilen süt & süt ürünleri için en önemli kritik nokta soğuk dolaplarının sıcaklıkları olmaktadır.

Amerika`da, FDA`nın 1989 yılında yayınladığı süt ve süt ürünleri saklama ve raf sıcaklığı koşulları tebliğinde ortamın +4ile -+8 0C olması koşulu getirilmiştir.Ülkemizde ise ne yazık ki satış noktaları için böyle bir kriter ve tebliğ bulunmamaktadır. Ülkemiz açısından bu konu incelendiğinde görülecektir ki mamullerin üretimden çıkış değerleri ile raftaki değerleri arasında büyük farklar oluşmaktadır. Şu bilinmektedir ki bir mikroorganizma uygunsuz şartlar sağlandığı takdirde 24 saat içinde 17,000,000 adet hücreye dönüşmektedir. Buda raftaki saklanma şartlarının ne kadar önemli olduğunu gösteren bir veri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Burada bizim önerilerimiz, Satış noktalarının Tanım ve Köy işleri Bakanlığının kontrolcileri tarafından daha sık ve etkin bir şekilde denetlenmesi olacaktır.



Ve burada kriter dolabın göstergesindeki sıcaklık değeri değil, ürünün kendisinin sıcaklığı olmalıdır. Yani denetimde kontrol eden kişi ürünün sıcaklığına bakıp, uygun değilse satıcıyı uyarmalıdır, tekrarında dolabı mühürlenmelidir.

Satış noktaları ise soğuk dolap üreticilerini zorlamalı, uygun soğuk dolaplar tercih edilmelidir. Ayrıca soğuk dolapların yerleşim yerleri mağazalar içinde uygun yerlere konulmalı, direk sıcağa ve güneş ışığına maruz kalan yerlere konulmamalıdır. Soğuk dolap bulunan yerlere soğuk klima sistemi koyup ,ortamın havasını serin tutmalıdırlar.

Satış noktalarındaki uygunsuzluklardan etkilenen belli başlı ürünler ,

Taze ve paketli et ve süt ürünleri, yumurta, katı yağlar, zeytin çeşitleridir. Bu ürünlerin satıldığı dolaplardaki ürün sıcaklıkları Max.8 C olmalıdır.

Diğer gıda ürünlerinin satıldığı ortamların sıcaklıkları da 22 C 'yi aşmamalıdır.

Satış Noktalarındaki Diğer Aksaklıklar ve Sorunlar

Satış noktalarının genel anlayışı ürünlerin ucuza, iade garantili nasıl alırım zihniyeti ile satın alma anlayışından vazgeçmelidir. Onların tarafından bakıldığında bu durum doğal gibi gözükmemektedir. Üretici firmalar nasıl hijyenik, sağlıklı gıda üretmeleri gerekiyorsa, satıcı firmalarında bu ürünleri doğasına aykırı gelmeyecek şekilde muhafaza etmeli ve satışa sunmalıdır. Sonuçta gıdayı satıcı değil tüketici tüketmektedir.

Burada satıcı firmaların en çok dikkat etmesi gereken hususlar ise; stoklama uygulamalarında FIFO (ilk giren ilk çıkar) yöntemini benimsemeliler. Ürün gıda olunca ömrü de kısa olmaktadır. Bunun için stok – satış kontrolünün dikkatli yapılmasını gerektirmektedir.

Diğer bir nokta ise; depolama alanlarının genelde sağlıksız, kontrolsüz mekanlar olmasıdır. Genel olarak depolama alanları binaların alt kısımlarıdır. Bu noktalarda rutubetin önlenmemesi se-bebiyle potansiyel tehlikeleri tetiklemektedir.



Yeterli ısı ve aydınlatmanın olmaması da bir diğer sorundur. Ayrıca market tarzı satış noktalarında personel devrinin yüksek olması ve personelin yeterli eğitimiyle yetkinleştirilmemesi, düşük ücretle 12–14 saat çalıştırılması yeterli performansı göstermelerinin önündeki en büyük engeldir. Bu sorunlar personelin verimliliğini olumsuz etkilemektedir. Huzurlu olmayan bir ortamda, işi sahiplenme duygusundan yoksun bir şekilde iş kalitesinde uzak bir şekilde çalışmaktadırlar. Bunlara aykırı durumlar ancak ulusal düzeydeki firmalarda sağlanmaktadır.

Yaz döneminde özellikle elektrik yüklenmelerinin arttığı dönemlerde soğuk dolapların yeterli bakımının yapılmaması, geceleri elektriklerin kapatılması gıdanın doğasını direk etkilemektedir. Ayrıca beyaz peynir, kaşar peynir ve tereyağı gurubu ürünler florasan ışıklandırmasından etkilenmekte ve zarar görmektedir.

Gıdanın yolculuğunun sonu tüketicinin sindirim sistemidir. Üreticinin fiziki irtibatının bittiği nokta değildir. Bizler ne kadar kaliteli üretim yaptığımızda bahsederek bahsedelim, neticede elimizde şekillendirdiğimiz şey başta kendi ailemizin ve içinde toplumun sağlığıdır.

“

Amerika`da, FDA`nın 1989 yılında yayınladığı süt ve süt ürünleri saklama ve raf sıcaklığı koşulları tebliğinde ortamın +4ile -8 °C olması koşulu getirilmiştir.Ülkemizde ise ne yazık ki satış noktaları için böyle bir kriter ve tebliğ bulunmamaktadır.

”

GIDA MUHAFAZA METODLARI

Bir bölgedeki ürünlerin başka bölgelerdeki insanlar tarafından tüketimini yada ürünlerin üretildiği zamandan daha sonraki dönemlerde tüketimini sağlamak için gıdalar çeşitli usuller ile muhafaza edilirler. Böylece ekonomik kayıplar azaltılarak, yeterli ve dengeli beslenmeye katkıda bulunulur. Ayrıca bozulması muhtemel ürünlerin ekonomiye kazandırılması ile dışsatım imkanı doğar.

GIDA MUHAFAZA NEDİR ?

Gıdaları muhafaza etmenin dayandığı ortak prensip önceki dersimizde anlatıldığı gibi gıdaların bozulmasına yol açacak mikrobiyolojik ve enzimatik değişimleri önlemek veya sınırlamaktır.

Gıda muhafazasında bir yandan bozulma sebepleri ortadan kaldırılırken diğer yandan da gıdanın beslenme değerinin, renk, doku, tat ve aroma gibi duysal özelliklerinin en az seviyede etkilenmesi esastır.

GIDA MUHAFAZA YÖNTEMLERİ

Gıdaların çeşitli yöntemlerle bozulmaları geciktirilebilir. Daha sonraki konularda her biri ayrı ayrı ele alınacak bu yöntemleri burada kısaca tanıyalım.

1. ISI UYGULAMASI İLE MUHAFAZA

Bu metodun esası; hava almayacak şekilde kapatılmış kaplarda bulunan gıdalardaki mikroorganizmaların yüksek sıcaklıklarda öldürülmeleridir.

Bu amaçla kap olarak; cam kavanozlar, şişeler ve teneke kutular kullanılmaktadır.

100°C'nin üstündeki ısı işlemlerde otoklavlardan, bunun altındaki sıcaklık derecelerinde ise değişik açık düzenlerden yararlanılmaktadır.

Gıdaların ısı yolla muhafazasında; örneğin meyveler, domates ve ürünleri ile turşu gibi asitli gıdalar, 100°C'nin altındaki sıcaklık derecelerinde "Pastörize" edilerek sebzeler, et ve süt ürünleri gibi düşük asitli gıdalar, 100°C'nin üzerinde "Sterilize" edilerek dayanıklı hale getirilirler.

2. SOĞUK UYGULAMASI İLE MUHAFAZA

Bu metodun ilkesi, düşük sıcaklık derecelerinde gıdalarda bulunan mikroorganizmaların çoğalma ve faaliyetlerinin kesin olarak durdurulmasına dayanır. Soğuk uygulaması, soğukta muhafaza veya dondurarak olabilir.

Soğukta muhafaza: 0°C veya bunun biraz üstündeki sıcaklıklarda gıdanın dayandırılmasıdır. Soğukta muhafazada gıdalar sadece kısa bir süre belirli bir bozulmaya uğramadan saklanabilmekte ve bunlar belli bir süre sonra mutlaka bozulmaktadır. Soğukta muhafazada dayanma süresi çeşitli faktörlere bağlı olarak bir günden bir haftaya kadar değişebilir.

Dondurarak muhafaza: Bu yöntemde gıda maddeleri -18°C nin altında dondurularak muhafaza edilir. Bu yöntem soğukta muhafazaya nazaran daha uzun süreli koruma sağlar. Dondurulmuş gıdalar -20°C dolaylarında depolanmaktadır. Tüketime kadarda taşınmaları



kalite hizmete girdi



Otomotiv, beyaz eşya, enerji tesisleri gibi hassas üretim yapan sektörlerde hizmet etmeyi hedefleyen Çınar Çelik Servis Merkezimiz hizmete girmiştir. Servis merkezimizde, tam otomatik üretim yapan multicut (aynı anda dilme ve boy kesme yapabilen), dilme ve rulo açma, boy kesme makinaları mevcuttur.

Makinalarımızı emsallerinden ayıran en büyük özellik saçların leveler (ütüleme) vasıtası ile plasma kesime uygun yüzey düzgünlüğünde kesilmesidir.



www.cinarcelik.com.tr

Merkez
İst. Yolu Cad. No: 15 Kat: 2/203
Kdz. Ereğli / Zonguldak
Tel : 0 372 323 33 20 (6 hat)
Faks : 0 372 316 89 72

Ofis
Buttim Plaza Kat: 4 No: 1601
Yeni Yalova Yolu 4. km.
Osmangazi / Bursa
Tel : 0 224 211 62 11
Faks : 0 224 211 62 15

Fabrika
Organize Sanayi Bölgesi
Kdz. Ereğli
Tel : 0 372 334 36 90
Faks : 0 372 334 36 99

Çınar Çelik bir Çınar Boru kuruluşudur.



soğuk zincir denen kesiksiz işleme yapılmalıdır.

3. KURUTARAK MUHAFAZA

Bu yöntemin ilkesi gıdanın su içeriğinin azaltılmasıyla dayanım süresinin artırılmasıdır. Kurutma en eski gıda saklama yöntemidir. Çeşitli yollarla gıdanın içindeki su miktarını belirli seviyelere düşürerek, enzimlere ve mikroorganizmaların çalışmasına engel olucu bir ortam yaratılmış olur. Kurutma güneşte doğal olarak veya tesislerde yapay olarak yapılır.

4. KORUYUCU MADDELERLE MUHAFAZA

Gıda muhafaza yöntemlerine yardımcı olmak amacıyla gıdaların dayanım süresini arttırmak için Gıda Katkı Maddeleri Yönetmeliğinde belirtilen miktarlarda kimyasal koruyucu maddelerde kullanılabilir.

Bunlar; Mikroorganizmaların çoğalma ve çalışmalarını durdurucu etkiye sahip antimikrobiyaller ile, oksijenin etkisiyle gıdalarda meydana gelen acılaşma ve değişmelere engel olucu antioksidanlardır.

Koruyucu maddeler, küf mantarlarını, bakterileri ve mayaları öldürmekte veya bunların faaliyetlerini engellemektedir.

Örneğin, sofralık siyah zeytinler vakumlu olarak ambalajlanmadan önce raf ömrünü uzatmak için koruyucular ile muamele edilebilmektedir.

Mikrobiyolojik bozulmaları önlemek için gıdalara ilave edilen tuz, şeker ve sirke gibi maddelerde koruyucu maddeler grubuna girmekle birlikte bu maddeler bizzat gıda öğeleridir ve kullanılma

miktarları kimyasal koruyucular gibi sınırlı değildir.

Tuz ve sirke birçok sebzelerin korunmasında yani turşu yapımında kullanılır.

Şeker ise, meyvelerin reçel, marmelat ve şurup haline getirilmesinde kullanılmaktadır.

5. DİĞER MUHAFAZA YÖNTEMLERİ

Diğer muhafaza yöntemleri arasında gaz atmosferinde muhafaza ve ışınlama yöntemleri sayılabilir.

Gaz atmosferinde muhafazada, ortam atmosferindeki oksijenin yerine karbondioksit, azot gibi gazlar kullanılarak gıda maddeleri muhafaza edilirler.

İşınlama ile muhafazada ise gama ve beta gibi sızma gücü yüksek olan ve daha derinlerde bulunan mikroorganizma ve enzimleri inaktif hale getirebilen ışınlar kullanılır. Bu metod ülkemizde henüz kullanılmamaktadır.

“**Gıdanın yolculuğunun sonu tüketicinin sindirim sistemidir. Üreticinin fiziki irtibatının bittiği nokta değildir. Bizler ne kadar kaliteli üretim yaptığımızda bahsedersek bahsedelim, neticede elimizde şekillendirdiğimiz şey başta kendi ailemizin ve toplumun sağlığıdır.**”

Göbekli Erkekler Risk Altında

Uludağ Üniversitesi (UÜ) Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa Tayar, erkeklerin fazla kilolarının karın bölgesinde biriktiğini, bu yüzden “göbekli” erkeklerin kalp ve şeker hastalığına yakalanma riskinin yüksek olduğunu bildirdi. Tayar, sağlıklı olmanın temel şartının çeşitli ve dengeli gıdalarla beslenmek ve kilo almaktan kaçınmak olduğunu belirtti.

Diyet denildiğinde akla hemen kadınların geldiğini, oysa günümüzde şişmanlığın sadece kadınlar için değil erkekler için de “sorun” olduğunu anlatan Tayar, erkeklerin kilolarının belirli bir bölgede toplanmasının da sağlık açısından önemli risk olduğunu savundu. Tayar, şunları kaydetti:

“Erkeklerin kilosu karın bölgesinde birikir. Bu merkezi şişmanlık olarak bilinir. Bu kişiler çoğunlukla ‘elma’ şekilli olarak adlandırılır. Karın bölgesinde fazla kilolu olmak, yani göbekli olmak da kalp ve şeker hastalıkları riskini artırır. Ayrıca kansere yakalanma tehlikesi de yaratır. Aşırı kilo eklemeleri de fazla zorlayarak sağlık sorunlarının artmasına neden olur. Bu yüzden erkeklerin de kadınlar kadar beslenmelerine dikkat etmeleri gerekir.”

Faza yağlı gıda tüketmenin kilo artışına neden olacağının unutulmaması gerektiğini belirten, yemeklerin karbonhidrat, protein, yağ ve lif açısından dengeli olmasına dikkat edilmesi gerektiğine dikkat çeken Tayar, dengeli beslenmenin sağlıklı yaşam sürmek kadar kalp hastalığı ve kanser riskini azaltmak için de önemli olduğunu vurguladı.



Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre, sağlıklı bir hayat için kanserden kalp krizine kadar bir dizi ölümcül hasta-lıkla mücadele eden 10 gıda bulunuyor.

Balık: Kalp krizine karşı iyi geliyor. Somon, alabalık ve ton balığı türleri, D vitamini ve Omega-3 yağı ile yüksek tansiyonu dryor.

Havuç: Günde 5 adet havuç, kalp krizi riskini üçte iki oranında azaltıyor. Havuç, ayrıca gözler için de yararlı.

Sarımsak: Soğuk alđnlıđına karşı savaşıyor. Enfeksiyonlarla mücadele için, günde 2 di sarımsak yenilmesi, büyük fayda sağlıyor. Sarımsak, bakteriyel ve virütik hastalıklara ve enfeksiyonlara karşı doğal bir antibiyotik görevi yapıyor.

Karnababar: Kanseri kısıtlayan karotenoid maddesi üretiyor. Özellikle iğ olarak yenilmesi tavsiye ediliyor.

Fasulye: Şeker hastalığını önlüyor ve vcttaki insülin üretimini dengede tutuyor.

Soğan: Kolesterol düzeyini dryor. Böylece, kalp krizi ve kansere karşı önleyici görev üstleniyor.

Zeytinyağı: Yüksek tansiyonu dryor ve vctta ta oluşmasını önlüyor. Zeytinyağı ayrıca, kötü kolesterol LDL düzeyini azaltıyor, iyi kolesterol HDL'yi ise koruyor ya da artırıyor.

Elma: Kolon kanserini önlüyor. Beyin ve kemiklerin ihtiyaç duyduğu boron maddesini barındırıyor. Elmadaki balic asid ise boşaltım sistemi için yararlı.

Portakal: C vitamini deposu portakal, hamile kalmayı kolaylaştırıyor, virüsler ve alerji ile mücadele ediyor.

Soya fasulyesi: Kemik hastalıklarına karşı 'birebir' diye niteleniyor ve vcttaki kemiklerin gücünü koruyor.

ERKEKLERE SAğLIKLI BESLENME ÖNERİLERİ

Erkeklerin sağlıklı ve dengeli beslenmesi için hergün en az be porsiyon meyve ve sebze yemelerini öneren Tayar, Şu tavsiyelerde bulundu:

- Makarna, pirinç, patates, gibi niastalı yiyecekler ve fasulye, bezelye, mercimek gibi bakliyat ürünlerini daha fazla yiyin. Bunlar yediklerinizin yaklaşık üçte birini oluşturmalıdır.

- Yağsız et seçin, yağını ve varsa derisini ayırın.

- Haftada iki kez balık yemeye çalışın.

- Yiyeceklerinizi, yağda kızartmak yerine ızgara yapmak, fırında pişirmek, halamak, kaynatmak, buğulamak veya mikrodalga fırında pişirmek suretiyle hazırlayın.

- Yiyeceklerinizde Şeker miktarını azaltın.

- Tuzdaki sodyum yüksek tansiyona yol açabilir ve bu da felç geçirme riskini artırır. Bu yüzden, yemek yaparken veya yerken yiyeceklerinize kattığınız tuz miktarını azaltmanız gerekir.

- Potasyumun tansiyon üzerinde yararlı etkisi vardır. Muz, domates, patates iyi potasyum kaynağı olan gıdaları tüketin.

- Yediklerinizde bir miktar yağ olması önemlidir. Ancak yağlı gıdalardan, özellikle de doymuş yağ açısından zengin olan kırmızı et, sosis, tereyağı ve peynir ile margarinden yapılan pasta ve biskvilerden kaçının.

Günde en az 7 bardak su için, eğer egzersiz yapıyorsanız daha fazla su içmeye çalışın.

Okan KARA

AB. 7. Çevre Programı
Ulusal Koordinatörü

23. TÜBİTAK- AB 7. ÇP'DE SAĞLIK ALANI FIRSATLARI



Okan KARA
AB 7. Çevre Programı
Ulusal Koordinatörü

AB 7. ÇP Sağlık alanındaki önerilen bütçe büyüklüğü, 6. ÇP ile karşılaştırıldığında yıllık 503 milyon Avro'dan 1 milyar Avro'nun üzerine çıkarak %110 artış göstermiştir. Böylece sağlık alanı, bütçesi en büyük ikinci alan konumuna gelmiştir. AB Komisyonu'nun Sağlık Alanı için belirlediği son bütçe programın 7 yılı için 6,10 Milyar Avro olmuştur.

AB 7. ÇP Sağlık alanındaki önerilen bütçe büyüklüğü, 6. ÇP ile karşılaştırıldığında yıllık 503 milyon Avro'dan 1 milyar Avro'nun üzerine çıkarak %110 artış göstermiştir. Böylece sağlık alanı, bütçesi en büyük ikinci alan konumuna gelmiştir. AB Komisyonu'nun Sağlık Alanı için belirlediği son bütçe programın 7 yılı için 6,10 Milyar Avro olmuştur.

Sağlık Alanı, dünya çapında işbirliklerini destekleyerek, sağlıklı kalma, hastalıklardan korunma, tedavi etme ve sağlık hizmetlerinin ulaştırılması gibi konularda bilginin artırılmasına katkı sağlamak üzere oluşturulmuştur.

Bu alanın amaçları; Avrupa vatandaşlarının sağlık seviyesini yükseltmek, sağlık endüstrisi ve işletmelerinin rekabet gücünü artırmak, yeni salgın hastalıklar gibi küresel sağlık problemlerine çözüm aramak, yeni tedavi yöntemleri ve ilaçlar geliştirmektir.

Bu alanda, temel bulguların klinik uygulamalara yansıtılması (deney sonuçlarının bilimsel olarak kanıtlanması dahil), yeni tedavi yöntemlerinin gelişti-

“

Farklı alanlardaki teknolojilerin birlikte kullanılmasına olanak veren çalışmalar destekleniyor, Özellikle Bilgi ve İletişim Teknolojileri (e-health, e-inclusion vs) ve Gıda Tarım Balıkçılık Biyoteknoloji , Çevre gibi alanlarla işbirliği teşvik edilmektedir...

”

rilmesi, sağlıklı kalmanın teşviki ve hastalıklardan korunma yöntemleri, özellikle çocuk sağlığı, sağlıklı yaşlanma, tanı araçları ve tıbbi teknolojiler ile

sürdürülebilir ve etkin sağlık hizmetleri gibi konulara özel önem verilecektir.

Alanın Çalışma Programında 3 alt alan yer almaktadır;

a) İnsan sağlığı için biyoteknoloji, jenerik araçlar ve teknolojiler,

b) İnsan sağlığı için temel bulguların klinik uygulamalara yansıtılmasına olanak veren multidisipliner araştırmalar,

c) Sağlık hizmetlerinin sunumunun optimizasyonu ve ülkelerin sağlık sistemlerini ulusal şartlar, çevre, nüfus, popülasyon özelliklerine göre düzenlemesi.

Çalışma programında yer alan konu başlıkları aşağıda özetlenmektedir:

A) İnsan sağlığı için biyoteknoloji, jenerik araçlar ve teknolojiler:

Bu alt alanda yeni bilgi üretimi ve bilginin sağlık ve ilaç alanında pratiğe dönüştürülmesini mümkün kılan yeni araç ve teknolojilerin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Modern biyoloji için yeni araştırma araçlarının geliştirilmesi: Daha fazla veri elde etme, iyileştirme, numune standar-dizasyonu (biyobankalar), elde etme ve analiz yöntemleri (genom bilim, biyoinformatik, sistem biyolojisi, vs için yeni teknolojiler geliştirilmesi)

Tespit, tedavi ve görüntüleme: Hastalıkların tanı ve tedavi sürecinin hızlandırılması için görüntüleme teknikleri, Hastalıkların süreç ve gelişimine ait tanı ve biyomedikal araştırmaların, analiz araç ve teknolojilerinin geliştirilmesi.

Tedavinin uygunluğu, güvenliği ve başarısının öngörülebilmesi: Hastaya güvenli ve etkili yeni biyoilaçlar ulaştırılması için parametre, araç, yöntem ve standartların geliştirilmesi (in silico, in vitro (hayvan deneylerine alternatifler) ve in-vivo testler).

Tedavide yenilikçi yaklaşım ve müdahaleler: Geniş bir yelpazede uygulanabilecek, ileri tedavi ve teknolojileri temin etmek ve bir araya getirmek (gen ve hücre terapisi, ilaç re-jenerasyonu, transplantasyon, immunoterapi, aşılar)

B) İnsan sağlığı için temel bulguların klinik uygulamalara yansıtılmasına olanak veren multidisipliner araştırmalar:

Sağlık ve hastalık durumlarında biyolojik süreç ve mekanizma konusunda bilginin artırılması, bu bilginin klinik uygulamalara aktarımı ve verilerin gelecekteki araştırmalara yol göstermesi hedeflenmektedir.

Biyolojik veri ve süreçlerin bütünleştirilmesi: Geniş kapsamlı veri toplama (genom, proteom, populasyon genetiği ve fonksiyonel genom için

teknolojileri kullanma), sistem biyolojisi (biyolojik süreçleri anlamak ve modelleme)

Beyin ve bağlantılı hastalıklar, insan gelişimi ve yaşlanma ile ilgili araştırmalar: Beyin ve bağlantılı hastalıklar (Beynin entegre yapısı ve dinamiğini daha iyi anlama, beyin hastalıkları ve düzensizlikleri için yeni tedavi yöntemleri geliştirme), insan gelişimi ve yaşlanma (yaşam boyu gelişim ve sağlıklı yaşlanma süreçlerinin daha iyi anlaşılması.)

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili multidisipliner araştırmalar:

Antimikrobiyal ilaç direnci (temel araştırmalar, klinik araştırmaların yeni keşifler için birleştirilmesi), HIV/AIDS, sıtma, tüberküloz (preklinik ve erken klinik araştırmalar), olası yeni ve yeniden başgösteren salgın hastalıklar (SARS ve grip gibi salgınlarla yüzleşme), diğer bulaşıcı hastalıklar.

Diğer belli başlı hastalıklarda multidisipliner araştırmalar: Kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve obezite, nadir hastalıklar, diğer kronik hastalıklar, yaşlılıkta yaşam kalitesini yüksek oranda etkileyen ancak öldürücü olmayan hastalıklar (romatoid hastalıklar vb.)

Sağlık hizmetlerinin balka ulaştırılması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi: Halk sağlığı ölçümü için kriterler belirlenmesi, hastalıkların yaşam biçimine etkisinin çeşitli düzeylerde incelenmesi. Klinik araştırmaların klinik uygulamaya dönüşmesi: İlaçların daha iyi kullanımı, kişisel ve örgütsel müdahalenin yerinde kullanımı, sağlık tedavi ve teknolojileri (Hasta güvenliğine özellikle dikkat çekilmektedir).



C) Sağlık hizmetleri sunumunun optimizasyonu ve ülkelerin sağlık sistemlerini ulusal şartlar, çevre, nüfus, popülasyon karakteristiklerine göre düzenlemesi: Sağlıklı kalmak, hastalıkları önlemek, teşhis ve tedavi stratejilerinin daha etkili olması için olduğu kadar, sağlık sistemleri konusundaki politik kararlar için de gerekli altyapıyı hazırlamayı amaçlamaktadır.

Klinik verilerin uygulamaya aktarılması

Stratejilerin karşılaştırılması; Farklı müdahalelerin, ilaçlar da dahil olmak üzere sonuçlarının değerlendirilmesi.

Sağlık sistemlerinde kalite, dayanışma ve sürdürülebilirlik.

Üç ana başlıktaki konulara ek olarak; Çocuk sağlığı ve yaşlı toplum sağlığı stratejik önem taşıyan "Yatay Başlıklar" olarak her konu başlığında ele alınabilecektir.



MÜSİAD

Çocuk Sağlığı : Özellikle çocuklarda hali hazırda kullanılmakta olan patentsiz ürünlerin doğru kullanımına yönelik ipuçları sağlayacak özel klinik çalışmalar desteklenecektir. Bunun yanısıra, çocuklara özgü aşı geliştirmeye yönelik yenilikçi yaklaşımlar, çocukluk çağı ve ergenlik dönemi akıl hastalıkları, HIV/AIDS, sıtma ve tüberküloz ilaçlarının pediatrik formülasyonları, çocuklarda diyabetin kombine formları, çocuk ve ergenlerde sağlıklı yaşamı teşvik, hamilelikte sıtma konusundaki bilgi eksikliğini giderme, sağlık hizmetlerinde iyileştirme araştırmaları - doğum öncesi ve sonrası bakımın iyileştirilmesi gibi özel konu başlıkları yer almaktadır. Çocuk sağlığı ve pediatrik hastalıklar bu tematik alanda olabildiğince her araştırma projesinde dikkate alınmalıdır.

Yaşlı Toplum Sağlığı: İleri yaşlarda normal bağışıklık fonksiyonlarının yeniden kazanılmasına yönelik yeni yaklaşımlar, yaşlanma belirleyicileri, yaşlıların klinik denemelere katılımının artırılması, yaşa bağlı gelişen kas hastalıklarının anlaşılması ve bu hastalıklarla savaş, ileri yaşlarda dokunma duyası ve oryantasyon bozukluğu, idrar tutamama tedavisini amaçlayan araştırmalar, sağlık sistemleri ve yaşlıların uzun dönem bakımı, sağlık sonuç ölçümleri ve yaşlanan toplum ile yaşlılık araştırmaları için bir yol haritası oluşturulması gibi konu başlıkları yer almaktadır.

Bu tematik alanda desteklenecek projeler olabildiğince yaşa bağlı hastalıklardan korunma, teşhis ve tedavi ile ilgili araştırmaları ve yaşlıların hayat standartları üzerine etkilerini dikkate alınmalıdır.

AB 6.ÇP'den 7. ÇP'ye geçerken Sağlık Alanında Neler Değsti?

Sağlık alanında Ar-Ge aktivitelerine destek sürüyor ancak programda daha geniş bir bakış açısı var. 6. ÇP'de Çalışma Programında yer alan "Fundamental Genomics" ve "Applied Genomics" başlıklarına 7. ÇP'de yer verilmedi. Bu anlamda Genom üzerinde yoğunlaşma olmadığı söylenebilir.

Biyomedikal teknoloji ve mühendislik çalışmalarının önemi yeniden vurgulanıyor, KOBİ'lere özel destekler bu alanda söz konusu.

Ülkeler arasında "Sağlık Politikası"na dayalı araştırmalar ve bununla birlikte ulusal politikaların uyumlaştırılmasını hedefleyen ERA NET, ERA NET + projeleri destekleniyor.

“

AB 7. Çerçeve Programı Sağlık Alanı'nda 532 m. Avro bütçeye sahip 2. çağrı olan FP7-HEALTH-2007-B çağrısı ise 18 Haziran 2007'de açılacak ve 18 Eylül 2007 tarihinde kapanacaktır.

”

Farklı alanlardaki teknolojilerin birlikte kullanılmasına olanak veren çalışmalar destekleniyor, Özellikle Bilgi ve İletişim Teknolojileri (e-health, e-inclusion vs) ve Gıda Tarım Balıkçılık Biyoteknoloji , Çevre gibi alanlarla işbirliği teşvik edilmekte.

Çağrı Takvimi:

AB 7. Çerçeve Programı Sağlık Alanı'nda ilk çağrısı olan FP7-HEALTH-



2007-A 22 Aralık 2006'de açılmış ve 19 Nisan 2007'de kapanmıştır. Bu çağrının bütçesi 628 m ? olmuştur.

Çağrıya özellikle akademik kuruluşlar ve KOBİ'lerden Türk araştırmacılar büyük ilgi göstermesi, 6. ÇP'de proje başvurusu bulunmayan birçok özel hastanenin ortaklıklar kurarak proje başvurularında yer alması sevindirici bir gelişmedir. FP7-HEALTH-2007-A çağrısı değerlendirme ve sonuç raporları Temmuz ayı başında ilan edilecektir.

AB 7. Çerçeve Programı Sağlık Alanı'nda 532 m. Avro bütçeye sahip 2. çağrı olan **FP7-HEALTH-2007-B** çağrısı ise 18 Haziran 2007'de açılacak ve 18 Eylül 2007 tarihinde kapanacaktır.

Çağrıda ilkinden farklı olarak özellikle Uluslararası İşbirliği Hedef ülkelerine yönelik birçok konu başlığı yer almakta olup, araştırmacıların proje konsorsiyumlarına bu ülkelerden ortaklar dahil etmeleri öngörülmektedir. Örnek olarak: Asya ülkeleriyle eşgüdümlü grip araştırması, Post-Genom dönemde geleneksel Çin Tıbbı, Hindistan ve Avrupa'dan ortaklar ile sıtma, tüberküloz ve

HIV/AIDS konusunda inovasyonu yüksek araştırmalar, Latin Amerika'da kanser etiyojisi... gibi başlıklar sayılabilir.

Mehmet KARAKAYALI

"Sağlık Sektörü Milli Sektör Haline Gelmelidir"



Mehmet
KARAKAYALI

15 yıllık geçmişi ile özel sağlık sektörünü, bebeklik ve çocukluk çağlarını atlatan delikanlılık çağını yaşamağa başlayan, ve aristokrat ailenin gururlu görünen ama gariban evladına benzetiyorum. Özel sağlık sektörü son beş yılda %100 büyüme göstermiş ve önümüzdeki on yıl içindedeki %100 büyüyeceği beklenmektedir.

Bize kendinizi tanıtabilir misiniz?

1968 yılı Adana doğumluyum. İlk ve orta öğrenimimi Adana da okudum. 1991 yılında Konya Selçuk üniversitesi Tıp fakültesinden mezun oldum. Dört yıl devlet de acil hekimisi olarak çalıştıktan sonra, 1995 yılında Antalya da kurulan An-deva'nın ilk polikliniğinin kurucu müdürü sıfatıyla özel sağlık sektörüne başlamış oldum. 1997 yılında An-deva yönetim kurulu üyesi oldum ve halihazırda An-deva A.Ş. yönetim kurulu başk. Yrd olarak devam ediyorum. Evliyim ve üç oğlum var.

MÜSİAD Antalya şubesi Hizmet sektör başkanım. Anadolu girişimcilerinin hasretle beklediği MÜSİAD kurulunca da beklemeden Antalya şubesine üye oldum.

Özel sağlık sektörü yapılanmasını hızlandırmak amacıyla, 2006 yılında Akdeniz sağlık işletmeleri derneğinin

(AKSİD) kurucu başkanlığını ve devam eden süreçte de yönetim kurulu başkanı olarak hizmet vermeğe çalışıyorum.

Ayrıca 1500 civarında üyesi olan Türkiye'nin en kapsamlı özel sağlık örgütü olan Sağlık işletmeleri federasyonunun (SİF) yönetim kurulu üyesiyim.

An-deva hakkımda kısa bilgi verebilir misiniz.

An-deva gurubu 1993 yılında kurulmuştur. Ağırlıklı özel sağlık yatırımları alanında olmak üzere, İnşaat ve eğitim sektörlerinde de bölgenin ciddi bir gurubudur. 1000 civarında çalışanı mevcuttur. İki özel hastane, dört tıp merkeziyle hizmet vermektedir. İnşallah 2008 yılında hizmete açılacak 170 yataklı özel hastanesiyle de bölgenin en kapsamlı sağlık hizmeti veren kurumu olmağa devam edecektir.

Sağlık alanındaki yatırımlardan söz edebilir misiniz?

15 yıllık geçmişi ile özel sağlık sektörünü, bebeklik ve çocukluk çağlarını atlatan delikanlılık çağını yaşamağa başlayan, ve aristokrat ailenin gururlu görünen ama gariban evladına benzetiyorum.

Özel sağlık sektörü son beş yılda %100 büyüme göstermiş ve önümüzdeki on yıl içindedeki %100 büyüyeceği beklenmektedir. Geçen 3 yıl içinde 270 olan özel hastane sayısı bu yıl 305 olmuştur ve tüm Türkiye hastanelerinin yatak kapasitesinin %9 nu oluşturmaktadır. Fakat sağlık işlem hacminin %10-11 ni , mevcut yatak kapasitesinin %50 si ile karşılamaktadır. Başka bir ifade ile yarı kapasite ile çalışmaktadır.

Antalya bölgesinden örnek verecek olursak Antalya'nın en yüksek göç alan il olması ve yerli, yabancı turistlerin fazla olması sebebi ile kamu sağlık yatırımlarının yetişmesi zor görünüyor. Bu hareketlilik özel sektörün Antalya ya dikkatini çekmekte ve yatırım düşündürmektedir.

Fakat başka bir istatistikle Antalya ya bakacak olursak Türkiye genelinde %10 olan özel hastane kamu yatak oranı Antalya da 2005 yılı sonun da %17 olmuştur.Yapılmakta olan 400 yataklı devlet hastanesi de dahil edildiğinde, devam eden özel hastaneler hizmete girince özel hastane yatak oranı %30 geçecektir ve Türkiye nin İstanbul dan sonra en fazla özel hastanesi olan ili olacaktır.Halihazırda Antalya sağlık çalışanları on bin kişi geçmekte ve bunun %24 özel sağlık kurumlarındadır.

Özel sağlık işletmeleri yönetiminde karşılaştığımız sorunlar nelerdir?

Her sektörde olduğu gibi bir çok sorun vardır ama bu kısa konuşmada çok önemlileri söylenebilir. En önemli sorunumuz tüm sağlık alanında kamu ve özel aynıdır. Sadece yetişmiş değil, elinde diploması olan hekim ve yardımcı sağlık personeli sıkıntısı hat safhadadır. Türkiye de sağlık çalışanları, kamu ve özeller arasında rekabet eden şirketler gibi birbirinden transfer edilmeğe kim daha iyi şartlar sunarsa metodu ile aşılmağa çalışılmaktadır.Yeni açılacak bir sağlık kurumu için olmazsa olmaz personel diplomaları bu yarışta zorlamaktadır.

Ayrıca yurtdışı ülkelerin ör.ABD'nin sağlık çalışanı ithal edeceği duyumumuzda bizi endişelendirmiştir.Çünkü Dünyada zor olduğu için sağlık personeli olma tercihinde azalma olduğunu okuyoruz. İkinci sorun sektörün gelişimini tamamlamadığı için yetişmiş yönetici sıkıntısıdır. Üçüncü önemli sıkıntıda sektördeki son dönem köklü değişikliklerin devam etmesinden dolayı aşırı hareketlilikdir. Önümüzü görmekte zorlanıyor, sık deği-

şen mevzuatlara ayak uydurmada ciddi zorlanıyoruz. Son olarak ta sivil örgütlenme olgunlaşmadığımız için mevzuatları ve kural koyuculara ortak söylemler ile gidilememektedir.

Sağlık dönüşüm programı özel sektördeki sağlık yönetimini nasıl etkileyecektir?

a- Aile hekimliği uygulamasıyla tüm pratisyen hekimler kamuya doğru yönlendirmiştir,bu sağlık yöneticilerinin tıp dışından olmasını sevk edecektir.

“

Özel sektörün verimlilik içerisinde üretmiş olduğu istihdam, katma değer ve hizmet kalitesi göz ardı edilmemeli, ülke sağlık politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmalıdır.

”

b- Tek bir sosyal güvenlik oluşumu ve 2008 yılında fark alamama uygulaması özelleşme değil kamuyla çalışmayı öne çıkaracaktır.Sonuç olarak düşük ücret uygulamasına karşı maliyet analizini bilmeyen istihdam edilemeyecektir.

c-Kamuyla çalışma aşırı mevzuat bilgisi ve devlet ihale sistemine vakıf olmayı şart koşacaktır.Tabi ki hukuk bilgisini de.

d-Yöneticilerde hızlı olmak, kapasiteyi ve verimliliği arttırmak önemli hale gelecektir.

e-Satın alma yönetimi en önemli birim haline gelecektir.

Sağlık sektörünün beklentisi nedir?

Gerçekleştirilen çabaları takdirle karşılamakla birlikte, sektörün birçok be-

lirsizliği hala çözüm beklemektedir özel sağlık sektörünün temsil görevini hakkı ile yapmağa çalışan sivil yapılanmaların kamu kurumları ile iletişimlerinin güçlenerek devam etmesi, sözleşmelerde müdahil olması ve iki tarafa da yaptığı danışmanlık hizmetlerinin öneminin bilinmesi Kamu ve özel sağlık tesislerinin tabi olduğu tek bir temel sağlık kurumları yarasının çıkartılması. Sağlık hizmeti fiyat tarifelerinin maliyet ve kaliteyi dikkate alan bir anlayışla belirlenerek ,vatan-daştan özel sektörün fark alma ihtiyacının kaldırılması. Maaşları ve bir çok gideri hazineden karşılanan kamu sağlık kurumları ile özel sağlık sektörünü aynı bütçe tedavi protokolü fiyatları ile bir tutulmaması Enerji ve su fiyatlarında kamu sağlık kuruluşlarına uygulanan tarifelerin uygulanması Uluslararası sosyal güvenlik anlaşması ile sadece SSK kurumunda muayene olabilen yabancı hastaların özel sağlık kuruluşlarından da hizmet alabilmeleri sağlanmalıdır. Tahsil edilmeyen gelirin KDV ve geçici vergilerin alınmaması.

Türkiye, bilişim ile Hindistan nın, Nokia ile Finlandiya nın yaptığı gibi sağlık sektörünü milli sektör haline getirmelidir. Genç nüfusu,kaliteli hekimleri,stratejik konumu ve asil geçmişi ile güzel ülkemiz kendi halkına ve dünyaya sağlık ihracat yapabilmelidir. Özel sağlık sektörünü Kobi kabul ederek KOBİ lere kullandırılan finansman avantajlarının bizlere de sağlanmasını istiyoruz. Özetle. Özel sektörün verimlilik içerisinde üretmiş olduğu istihdam, katma değer ve hizmet kalitesi göz ardı edilmemeli, ülke sağlık politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmalıdır.

Yasal Uygulamalar Işığında Itri ve Tıbbi Bitkiler



Gürbüz
YUMAKOĞULLARI

Şirketimizin bu zamana kadar yaptığı çalışmaları; gelişen teknolojiye ayak uydurmak, yeni ürün tasarımlarının yapılması, teknolojiye uygun yeni makinelerin alımı, ürün yelpazemizin geliştirilmesi olarak özetleyebilirim.

Sizi, firmanızı ve faaliyetlerinizi kısaca tanıyabilir miyiz?

1978 Antalya doğumluyum. Öğrenimimi Antalya'da tamamladım. 2003 – 2005 yılları arasında MÜSİAD Gençlik Kurulu Antalya Şubesi kurucu üyesi olarak iki yıl teşkilatlanmadan sorumlu başkan yardımcılığı yaptım. 2007 yılı itibarıyla MÜSİAD Antalya Gençlik Kurulu Başkanı olarak görevimi sürdürmekteyim. Evli ve bir çocuk babasıyım.

Tıbbi ve Aromatik bitkilere olan ilgim öğrencilik yıllarıma dayanır. Bana babamdan, babama ninesinden geçen bu zincirin son halkasıyım. Babam Hüseyin YUMAKOĞULLARI 1975 yılından bugüne kadar şifalı bitkilerle ilgili araştırmalar yaparak günümüzdeki başarılarımızı yakalamıştır. 30 yıllık çalışmasının yanı sıra çeşitli ülkelere giderek konuyla ilgili bilgisini geliştirmiştir. Bunca çalışmalarımızın

ardından 2005 yılında YUMAKOĞULLARI LTD.ŞTİ.'yi kurduk. Gürbüz YUMAKOĞULLARI olarak şirket müdürlüğü yapmaktayım.

“

Hedeflerimiz; yurt içi ve yurt dışında şirketimizi tanıtarak 2007 yılı içerisinde bayi sayımızı 7 den 16'ya çıkarmak

”

Şirketimizin bu zamana kadar yaptığı çalışmaları; gelişen teknolojiye ayak uydurmak, yeni ürün tasarımlarının yapılması, teknolojiye uygun yeni makinelerin alımı, ürün yelpazemizin geliştirilmesi olarak özetleyebilirim.

Tüm bu çalışmalarımızda yasal uygulamaları hep ön planda tuttuk. Bu nedenle ürettiğimiz ürünleri belli standartlarda üretmekle kalmayıp 226 ürünü-

müze Tarım ve Köyişleri Bakanlığından üretim izni aldık. Yıllardan beri üzerinde çalıştığımız konu olan Itri ve Tıbbi Bitkileri Ballı macunlar, Bitkisel Çaylar, Bitkisel Tabletler ve aromatik yağlar gibi çeşitli formlarda üretimini yaparak, ürünlerimizi Tarım ve Köyişleri Bakanlığının tescil izni ile piyasaya sunduk. 2007 yılı içerisinde ürünlerimizin kalitesini uluslararası platformda ISO 22000 belgesi ile belgelendirdik. 2005 yılından itibaren markalaştık ve 2006 yılından itibaren 7 ile bayilik verdik.

Hedeflerimiz; yurt içi ve yurt dışında şirketimizi tanıtarak 2007 yılı içerisinde bayi sayımızı 7 den 16'ya çıkarmak ve 600 metre karelik kapalı alandaki mevcut işletmemizi 2500 metre karelik kapalı alana sahip organize sanayi bölgesine taşıyarak sektörde ön sıralarda yer almaktır.

Anadoluda Sağlık Çalışmaları ve Sağlık Problemleri

ANTALYA SAĞLIK ZİRVELERİ

1990 yılı sonrasında kamuoyunda duymağa başlanan özel sağlık sektörü bebeklik ve çocukluk dönemini tamamlayarak olgunlaşma sürecine girmiş bulunmaktadır. Sektörlerin olgunlaşmasının en önemli göstergesi, kamuoyuna kendini anlatabilecek ve geleceğini planlayabilecek sivil örgütlenmelerin oluşmasıdır. Bu örgütlenme oluşumu önce sektörün büyümesi, sonrasında ise geçireceği sıkıntılı dönemlerde bir araya gelme zorunluluğu ile gerçekleşmektedir.

Özel sağlık sektörü İstanbul merkezli 'Özel hastaneler ve sağlık kuruluşları derneği' ile Ankara merkezli 'Sağlık işletmeleri federasyonu' isminde iki gurupta toplanmıştır. 1995 yılında Antalya da kurulan ANDEVA sağlık gurubu her iki örgüt ile irtibat halinde olmuş ve 2003 -2006 yılları arasında dört önemli sağlık zirvesinin ev sahipliğini yapmıştır. Bu sağlık zirveleri ile özel sektörün ve kamunun ortak akıl oluşturma-

masına ortam sağlanmıştır. Tüm zirveler Antalya Dedeman otelde yapılmıştır. İnşallah yapılmaya da devam edilecektir.

4. Antalya Sağlık Zirvesi

15-16-17 Aralık 2006 tarihinde "GENEL SAĞLIK SİGORTASI ve AİLE



HEKİMLİĞİ" Adıyla yapılmıştır. Akdeniz özel sağlık işletmeleri derneği (AKSİD) ve ANDEVA sağlık gurubu beraber ev sahipliği yapmıştır.

Konuşmacılar

Protokol: milletvekilleri, Antalya valisi, akd.ünv.rektörü, Antalya tabip odası başk., AKSİD başk.

Çalışma bakanlığı: Müsteşar, müsteşar yrd., SGK sağlık işleri gn. Müd.yrd.

Sağlık bakanlığı: Müsteşar yrd., ted. hizm. Gn. müd., Aile hekimliği koordinatörü, düzce il sağlık Müd., Düzce devlet hast.başhek. Şişli efdal hast. başhek., Antalya il sağ.müd. Üniversiteler: Ege Ün.v. Tıp fak. Dekanı, Akdeniz Ün.v.Tıp Fak. dekan, başhek. Antalya tabip odası bşk: Özel hastaneler: Konya Selçuklu Hast. Başhek., Adana Ortadoğu hast. Başhek., Sağlık işletmeleri federasyonu başk., Özel hastaneler platformu dern. İzmir özel sağlık kuruluşları derneği. TÜSİDER, AKSİD.

Türkiye sigorta ve res.şirketler birliği.

ZİRVE SONUÇLARI

1- SSK, Bağkur ve Emekli sandığı SGK adı altında birleşme kanun ile gerçekleştirildiği halde uygulamada uyumsuzluklar uzun süre devam edecek görünmektedir.

2- Özel tıp merkezlerinin de SGK ile anlaşma yapması hizmetin yayılması için faydalıdır.

3- Kamu kurumlarıyla özel sektörden aynı bütçe fiyatlarından hizmet alınması



Özel sektörü sıkıntıya sokmakta dır. Kamu zel maliyetleri aynı değildir.

4- Performans yasası ile niversite ve özel sektöre giden vaka sayısında kamu lehine dengesiz bir yüklenme olmuştur. Değişik branşlarda kamu kapasitesi dolu olduğu halde sevk edilemeyen hastalar olmaktadır. zele teşvik denirken devlete yönelme artmıştır.

5- Doktor ve sağlık personelinde yetersiz sayıda mezun verilmesi hem mev-

cut hem de gelecekte çok sıkıntıya sebep olacaktır. Bu durum kamu ve özelde personel maliyetlerini çok yükseltecektir.

6- Kamu hizmeti sayılması gereken sağlık hizmetlerinden alınan KDV %1'e dlmelidir. Elektrik ve su ücretlerinin kamu hastane ücretleriyle eşit olmalıdır.

7- KOBİ kapsamına girmeyen özel sağlık sektörünün de KOBİ sayılması katkı yapacaktır.

8- Özel sağlık sektörüne teşvik illere

göre yapılmalı ve mevcut kapasiteler göz önüne alınmalıdır. Özel sektörün desteklenip desteklenmediği kanaati netlemesi gerekir.

9- Aile hekimliği büyük illerde uygulanmadan pilot çalışmalarla değerlendirme sağlıklı olmayacaktır. Aile hekimi veya pratisyen hekim sayısı bariz bir şekilde yetersizdir. Pratisyen hekimler özel sektörden devlete yönelmiştir.

10- Sağlıkta dönüşüm doğru bir politikadır fakat kısa zamanda çok köklü sistem değerikliği yapıldığı için oturması zaman alacaktır. Bu dönemde özel sağlık sektörünün finansman yapısı zayıf olanlar elenecektir.

11- Özel sağlık dernekleri sektörün geleceği ile ilgili ortak hareket planı çıkararak zorundadır.

12- GENEL SAĞLIK SİGORTASI yasa-sının belirsizliği kamu ve özel sektörün önünü görmesini engellemektedir.

TRABZON'DA SAĞLIK

Trabzon Doğu Karadeniz'in merkezi konumunda bir ildir. Artvin'den Ordu'ya, Gmhane, Bayburt hatta Doğu Anadolu bölgesine bile sağlık alanında hizmet vermekteyiz. Bu konumu itibari ile ilimiz çok önemli bir ehemmiyete haizdir. Yaygın sağlık tesisleri ve gelimi imknları ile bu özelliği hak etmiş durumdadır. Sağlık alanındaki altyapı ve imkânlar açısından baktığımızda ilimizde toplam 16 tane Devlet Hastanesi, 1 tane Ağız Diş Sağlığı Merkezi, 130 Sağlık Ocağı, 125 Sağlık Evi, 4 Verem Savaş Dispan-

seri, 2 Ana-ocuk Sağlığı Merkezi, 16 adet 112 Acil Medikal Kurtarma İstasyonu, 1 Halk Sağlığı Laboratuvarı, 1 tane Tıp Fakültesi Hastanesi, 1 tane zel Hastane, bir çok özel poliklinik ve tıp merkezi bulunmaktadır. Devlet hastanelerimizin biri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4 tanesi branş hastanesidir. Kemik Hastalıkları ve fizik tedavi rehabilitasyon hastanesi ülkemizde 3 hastaneden biridir. Bu hastanelerimizde toplam 3130 yatakla Türkiye ortalamasının çok üzerinde bulunmaktadır. Ancak Sağlık tesislerimiz

günlük ortalama 20.000 hasta müracaat etmektedir. 2006 yılında hastanelerimizde 90.033 hastaya yatış yapılmış olup, 42.737 hasta da ameliyat edilmiştir. Diyaliz imknları ile halkımızın her noktadan hizmetine ulaşılmaktadır. 2006 yılında il genelimizde aılama oranlarımız % 94'e ulaşmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde de ilimiz lkemizin en önde olan illerinden biridir.

Bu kadar kapsamlı ve geniş bir alanda hizmet verilirken elbette sürekli değeren ve gelişen zamanımızda sağlık sistemimizin de gelişmesi, değermesi, dönüşmesi kaçınılmaz bir gerçektir.



İşte son yıllarda başlatılan sağlıkta d6nüşüm projesi ile büyük aşamalar kaydedilmiştir. Trabzon ilimizde Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde poliklinik hizmeti veren ek bina, aykara ve şalpazar' ı İlçe Hastaneleri halkımızın hizmetine açılmıştır.

Bu durum sağlık açısından sadece ilimizi değil bölge illerimizi de dikkate alarak planlama yapmamıza neden olmaktadır. Bu sebeple hastanelerimizin kapasitelerini artırarak, yeni hastaneler hizmete açılmasını sağlayarak hasta sirkülasyonunu temin edeceğiz. Aile Hekimliğine gedikten sonra has-

tanelerimizde ki yığılmalar azalmaya başlayacağı için hastanelerimiz daha kaliteli hizmet vermeye başlayacaktır. Ağız ve Diş Sağlığı merkezi ve Kardiyovasküler Cerrahi merkezlerinin tamamlanarak bölge halkımıza hizmet vermesini temin etmektedir. Bütün hastanelerimizde hastalarımıza hekim seçme hakkını vererek, sağlık da kaliteyi artırmayı hedefliyoruz. Bu alışmaları yürütürken sivil toplum kuruluşlarının katkıları büyük olmuştur ve olmaya da devam edecektir. Sağlık Müdürlüğü olarak bütün kurum ve kuruluşlarımızla bölgemize en iyi ve kaliteli hizmeti vererek sadece bölgemi-

ze değil ölkemize hatta komşu ölkelerden de hasta çekmek hedefimiz olacaktır.

Sağlık Bakanlığımızın yapmış olduğu kanuni düzenlemeler neticesinde sağlık kurumlarımız her türlü ihtiyaçlarını (görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, temizlik, yemek, Sağlık Bakanlığının yapmış olduğu düzenlemelerle halkımıza daha kaliteli hizmet sunmamızı engelleyecek sebepler ortadan kalkmış olmaktadır. Hastanelerde her hekime bir poliklinik uygulamasına geçmiştir. İlimizde bu uygulama sayesinde hastalarımız istediği hekime muayene olabilmekte, poliklinik önlerinde bekleme süreleri kısalmıştır.

TÜRKİYENİN TURİZMDEKİ YENİ TRENDİ "SAĞLIK TURİZMİ"

Sağlık turizmi; tedavi amacı ile yapılan seyahatler şeklinde tanımlanmaktadır. Başka bir ifadeyle, sağlık turizmi, tüm branşlarda, fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olanlarla birlikte uluslar arası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür.

Sağlık turizmi hastaların ve hasta ailelerinin rahatlığını sağlamak için tıbbi seçenekleri sunmayı hedeflemektedir. Gelişmiş ölkelerdeki eğitim ve refah seviyesinin yüksek olmasına paralel olarak sağlık hizmetleri sunumu da yüksek maliyetli olmaktadır. Gelişmiş ölkelerde yaşlanan nüfusun sağlık ihtiyaçları ve sağlık giderlerinin payı her geçen gün artmaktadır. Sosyal güvenlik maliyetlerinin artan giderleri sosyal güvenlik kurumlarını zorlamaktadır. Bu sıkıntuları aşmak için, gelişmiş ölkelerde bulunan sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta

kurumlarının kaliteli tıbbi hizmet sunan ve yakında yer alan ölkelerle paket anlaşmalar yaparak sağlık hizmetlerini düşük maliyetli alma çabaları görölmektedir.

“

Sağlık yapılanması devlet ve özel sektör tarafından Konya'da şartların zorlanmasıyla belli bir seviyeye getirilebilmiştir. Bununla birlikte her iki taraf içinde açılması gereken bazı sorunlarda mevcuttur.

”

Son yıllarda, ölkemizin de gelişmiş ölkelerdeki nitelikli sağlık hizmetleriyle rekabet edebilecek düzeyde sağlık hizmetleri sunmasından dolayı dünyanın dört bir yanından ölkemize tedavi amacıyla turistler gelmektedir. Özellikle 1990'lı yıllar sonrasında ölkemizde kamu sağlık hizmetlerine ilaveten özel sektö-

rün de sağlık hizmetlerine ciddi yatırımlar yaptığı görölmüştür. Bu gelişmeler sonucunda, Avrupa standartlarıyla yarışabilecek düzeyde özellikle büyük illerde özel sağlık kuruluşları artmaya başlamıştır. Ölkemizin coğrafi konumu ve sağlık sektöründeki yetişmiş ve eğitilmiş insan gücü sağlık turizminde Türkiye'nin önemli avantajları arasındadır.

Konya için sağlık turizmi değerlendirmemize gelecek olursak;

Sağlık yapılanması devlet ve özel sektör tarafından Konya'da şartların zorlanmasıyla belli bir seviyeye getirilebilmiştir. Bununla birlikte her iki taraf içinde açılması gereken bazı sorunlarda mevcuttur. Özel sektör tarafına baktığımızda aynı zamanda dışa açılım anlamına gelmekte olan sağlık turizminde birkaç yıl önceye kadar fazla bir varlık gösterilememişti. Son yıllarda hastanemizin öncülük yaptığı yabancı sigorta şirketleriyle anlaşmalar diğer kurumlarda da

yaygınlaşarak Őehrimiz için ciddi bir açılımla imkanı sağlamıştır. Vermi olduğumuz sağlık hizmetleri, mevcut kanunlarda ihracat kapsamına girmese de hastanelerimiz lkemize ve insanımıza döviz kazandırıcı bir işlev görmektedir.

Őehrimizde ncelikle Hollanda'dan, devamında Avrupa genelinde Almanya, Belçika, Fransa ve İskandinav ülkelerinden gurbetçi vatandaşlarımız ve turistlik seyahat yapan yabancılar olmak üzere ciddi bir nüfus, sağlık hizmeti satın almak için bize müracaat etmektedirler.

Bu müracaatlar yazın üç ayda pik yapmaktadır. Bu yoğunluğun yıl içine yayılarak hizmetin daha iyi Şartlarda verilmesini sağlamak sektörel bir açılımla Şansı verecektir. İzin mevsimi dışında da hastanelerimiz gurbetçi vatandaşlarımıza ve yabancılar bu hizmeti verebilmenin yollarını aramalıdır.

Devlet tarafına bakacak olursak, sağlık politikaları hakkında söyleyeceğimiz pek çok Şey olmasına rağmen sağlık turizmi için yeterince varlık gösteremediğini kabul etmemiz gerekir.

Mevcut altyapısı ve kurumları ile ülke halkının ihtiyaçlarına yetiemediğini, personel ve fiziki mekan sorunlarıyla boğutuğunu söylersek abartmadan bir durum tespiti yapmış oluruz.

Bütün bunlara rağmen Konya'da sağlık turizmi için yine de devletin yapabileceği bir Şeylerin olması sevindiricidir. Sağlık hizmetlerinde özel sektör ve devlet olarak büyük bir boşluğu doldurmamıza rağmen, Konya'nın sağlıkta ciddi bir devlet desteğine hala ihtiyacı vardır.

SAĞLIKTA YENİ AÇILIMLAR



Dr. Mustafa EGIN
Ortopedi ve
Travmatoloji Uzmanı
*
MÜSİAD
Bursa Şubesi Yönetim
Kuru lu yesi

daha önce söylenen ama bir türlü gerçekleşmeyen uygulamaların hayat bulmasını sağladı.

Sağlık hizmet sunumu tek çatı altında toplandı. Sağlık Bakanlığı bu çatının adresi oldu. SSK ve diğer kamu kurum hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredildi. Sağlık Bakanlığı'nın belirleyici ve denetleyici rolü daha ön plana ıktı.

Sağlık gibi bir konuda özel-kamu ayrımının hatalı bir yaklaşım olduğu görüldü. Ülkedeki zel sağlık sektörünün sağlık hizmet sunumuna kazandırılması için gerekli açılımlar sağlandı. Artık bir kamu sigortalı hasta özel sağlık kurumunda hizmet alabilmektedir. Bir hasta hakkı olan kurum ve hekim Őeme zgrlğ insanımıza tanınmıştır.

Sosyal Güvenlik Reformu çerçevesinde atılan adımlar geçtiğimiz günlerde artık Őekillenmeye balamıtır. Her ne kadar genel sağlık sigortasında süreç 2008 başına sarkmı olsa da Sosyal Güvenlik Kurumu yapılanması sağlanmış ve son çıkarılan sağlık uygulama tebliği ere-

vesinde önemli açılımlar ortaya konulmuştur. Buna göre Bağkur, Emekli Sandığı ve SSK'lı hastalarımız tek bir tebliğ hükümlerine göre standardize bir hizmet alması söz konusudur. Bu bağlamda kurumlararası eşitlik sağlanarak vatandaşlar arasında da hakkaniyet gzetilmitir. Buna göre somut Şu açılımlar sağlanmıştır:

- Artık Emekli Sandığının yanı sıra Bağkur ve SSK'lı hastalarımız da sevk edilmeden niversite hastanelerinde ve sözleşmeli özel hastanelerden istifade edebilecektir.

- Tek hekimin imzası ile tansiyon ve Şeker hastalığı gibi sürekli ilaç kullanılması gerekli olduğu hastalarda tek hekim imzası ile rapor çıkarılabilmekte ve doğrudan eczaneden temini mümkün olabilmektedir.

- Yatan hastalara gerekli olan ilaç ya da tıbbi malzeme hastaneler tarafından temin edilecek ve hastalığın mağduriyetindeki hasta ve yakınları bu sıkıntıdan kurtarılmış olacaktır.

2000 yılında Bursa Sağlık Kuruluşları Derneği (BURSAD) atısı altında yayınladığımız bir bültende Sosyal Güvenlik Reformu'nun gerekliliğini belirtmiş ve sigortacılığın hizmet sunumundan ayrılmasının gerekliliğine dikkat ekmitik. Bunu söylediğimiz günlerde, çok önemli ve bir temel nitelik arz eden bu konuda siyasi otoritenin karar alma s-relerinde ve uygulamadaki kararlılığının ne kadar önemli olduğunu elbette biliyorduk. Ancak o dönemde bir koalisyon hkmeti iktidarda idi ve bu hükümetin Sağlık Bakanlığı ayrı bir partiye, alıma Bakanlığı ise bir diğer partiye bağlı idi.

2002 yılından sonraki dönemde tek parti iktidarı ve bu iktidarın Sağlık ve Sosyal Güvenlik konularındaki kararlılığı



• Hastaların muayene ve ilaç katılım payı aylıklarından kesilecektir.

• Sigortalı herkesin Şehir içi ve Şehirler arası ambulans bedelleri ödenecektir.

• Daha önce ödenmeyen sünnet ücretleri sosyal güvenlik kurumu tarafından ödenmeye baŐlamaktadır.

• Faturalama, ilaç yazımı, sevk ve reçete bildirimini, ödeme ve fatura sorgulama işlemleri artık elektronik ortamda yapılacaktır.

Son söz, sağlık ve sosyal güvenlik alanında tartıŐmasız çok önemli adımlar

atılmıştır. Daha önce eğitim ile birlikte sağlık, kamuoyu araştırmalarının önce-likli bir sorunu iken artık sorun olmaktan çıkmıştır. Bunlar hükümetin performansında başarı olarak değerlendirilecek önemli ve kararlı adımlardır. Burada vurgulamak istediğim bir önemli nokta da sadece tebliğler ve kanunlar çıkarak bu uygulamaların sağlıklı olarak işle-
mesinin mümkün olmadığı yolundaki dŐncemdir. Bu nedenle herkes sorumluluğunu yerine getirme konusunda duyarlı davranmalıdır. Kamu sektörü, özel sektör ve vatandaşlarımız sistemin

işleyişi noktasında iyi niyetle hareket etmelidir. Bu ülkede baŐbakan bürokrasiden Şikayet ediyor. Bazılarınıza ŐaŐırtıcı gelebilecek bu durum bir Türkiye gerçeğidir. Bunun için özellikle brokratlarımıza seslenmek istiyorum: Lütfen iyi niyetle sistemin halkımıza sunmuŐ olduğu açılımların yolunu açınız. KolaylaŐtırınız, zorlaŐtırmayınız.

Bugnmzn dnmzden daha iyi olduğunu düşünüyor, yarınımızın bugnmzden daha iyi olmasını umut ediyorum.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE TÜRKİYE’NİN SONDAN BİRİNCİ İLİ

GAP Bölgesinin Merkezi durumunda olan Őanlıurfa ilinde yüksek nüfus artışı ve komŐu illerden gelen g nedeniyle 2007 yılı nüfusu 1.742.432 (Türk İstatistikleri Ensts Kurumu tahmini) olan İl nüfusunun 3 yıl içersinde 2.000.000’un üzerinde, 570.342 olan İl Merkezi nüfusunun da 1.000.000’un üzerinde olacağı tahmin edilmektedir.

Hızlı kentleŐmeyle birlikte artan kentin nüfusuna paralel olarak birinci basamak olan sağlık hizmeti talebini karşılayacak etkin bir model geliŐtirilmiŐtir.

Őanlıurfa nüfus artışı hızı ile Türkiye’de il  içerisinde buna paralel olarak hizmetlerde yetersizdir ocuk hastalıkları hastanesinde doktor ve hemşire sıkıntısı hizmetleri olumsuz yönde etkilemektedir. 11 uzman, 10 pratisyen doktor ve 40 hemŐirenin görev yaptığı hastanemize özellikle günde 500 hasta müracaat etmektedir. Artan nüfus

karşısında mevcut ocuk hastanesi binası fiziki ve personel hizmetlerinde yetersiz kalmaktadır.

YATAK KAPASİTESİ

İlimizde 10 Devlet Hastanesi, 1 Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, 1 ocuk Hastalıkları Hastanesi, 2 Sağlık Merkezi, 1 niversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve 5 özel hastane olmak üzere; toplam 20 yataklı sağlık kurumu hizmet vermektedir.

İlimizde Sağlık Bakanlığına bağlı 13 yataklı sağlık kurumunun kadro yatak sayısı 1700 dur. Toplam mevcut kadro yatak sayısı 1917’dr

İlimiz toplam yatak kapasitesi 3000 olması gerekirken mevcut yatak kapasitemiz ihtiyaın % 64’n karşılamaktadır.

ÖNCELİK Lİ YAPILMASI

GEREKENLER

• İlimizde 2 devlet hastanesi mevcut olup, biri 500 Yataklı Eğitim ve Araştırma

Hastanesi olabilecek konumdadır. Diğerleri 200 yataklı olup, birçok branş ve hekim eksikliği vardır. Bu iki hastanenin birleştirilmesi halinde cihaz, tesis ve insan kaynaklarından faydalanılarak, vatandaŐa daha iyi hizmet verilebilir. 200 yataklı hastane ise Semt Polikliniği haline getirilmelidir,

• İlimizin ucra semtleri arasına Semt Polikliniklerinin açılması. (Eyyübiye semti ile Yakubiye arasına) bu iki semtimizin nüfusu 140 bin civarındadır bu semtlere bir sağlık ocağıyla hizmet verilmektedir.

• Őanlıurfa 81 il genelinde; ebe sayısında 81. sırada, hemşire sayısında 80. sırada diğer yardımcı personel sayısında ise 81. sırada yer almakta olup yardımcı sağlık personeli sıkıntısı mevcuttur.

Söz konusu olumsuzlukların giderilmesi ve sağlık yönünden yetersiz olan ilimiz koşullarının iyileştirilmesi sağlık sorunlarına bir nebzedede olsa yarar sağlayacaktır.

Heybeli, Şifalı Suları ve Kür Merkezi ile Sağlık Turizminde İddialı

Başta İstanbul Üniversitesi olmak üzere, çeşitli sağlık kuruluşlarının yaptıkları araştırmalar sonucundaki raporlara göre, Heybeli'de bulunan termal suyun kas hastalıkları ve kronik ağrıların tedavisinde de olumlu sonuç verdiği biliniyor. Ayrıca Heybeli'deki termal suyun bir içme olduğu, günlük olarak belirli miktarda alınması durumunda kemik gelişimi ve eklem rahatsızlıkları üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Bolvadin Belediyesine ait Heybeli Termal Tatil Köyü, son yıllarda tesisleşme ve işletmecilik alanında yaptığı atakla Sağlık Turizminde de iddialı olduğunu kanıtıyor.

Tarihi kaplıcanın başta cilt güzelliği olmak üzere pek çok hastalığın tedavisinde kullanılan şifalı suyu ile ünlü olduğu biliniyor.

Afyonkarahisar-Konya Karayolunun 30. kilometresinde bulunan Heybeli'de yapılan akademik araştırmalar sonucu, tesisteki termal suyun romatizmal hastalıkların yanı sıra, safra kesesi, böbrek ve idrar yolu hastalıklarının tedavisinde kullanıldığını belirten yetkililer, ziyaretçilerin büyük bölümünün bundan dolayı Tatil Köyü'ne geldiklerini ifade ediyorlar.

Kas Hastalıkları ve Kronik Ağrıların Tedavisinde de Olumlu Sonuç

Başta İstanbul Üniversitesi olmak üzere, çeşitli sağlık kuruluşlarının yaptıkları araştırmalar sonucundaki raporlara göre, Heybeli'de bulunan termal suyun kas hastalıkları ve kronik ağrıların tedavisinde de olumlu sonuç verdiği

biliniyor. Ayrıca Heybeli'deki termal suyun bir içme olduğu, günlük olarak belirli miktarda alınması durumunda kemik gelişimi ve eklem rahatsızlıkları üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

56 derece sıcaklıktaki jeotermal suyun bugüne kadar sağlık turizminde yeteri kadar tanınmadığını belirten yetkililer, 2004 yılı sonrasında Kaplıcanın tanıtımı ve bilimsel araştırmalar konusunda yoğun bir çalışma sergilediklerini, bunun neticesinde de sağlıkla ilgili sorunları olan müşterilerin sayısında büyük bir artış gözlendiğini ifade ediyorlar.

Kür Merkezi Büyük İlgi Görecek

Bolvadin Belediye Başkanı Dr. Ahmet N. HELVACI, Heybeli





Termal Tatil Köyü'nde yeni kurulan ve Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılan Kür Merkezi'ne büyük önem verdiklerini belirterek "Amacımız, kaplıcalar diyarı olan ilimizde Sağlık Turizmi konusunda hak ettiğimiz yeri almaktır. Bu sebeple modern bir kür merkezi tesis ettik. Bakanlık yetkilileri yaptığımız bu merkezi ruhsatlandırarak, uygunluğunu tescil etti. Gerekli prosedür tamamlandı. Kür merkezimiz sağlık personeli ve cihazları ile, tedavi amaçlı gelecek olan müşterilerimizi memnun edecek şekilde dizayn ediliyor. Villalar, moteller, açık ve kapalı havuzlarımız, sosyal ve sportif tesislerimizle, bölgenin en önemli sağlık merkezlerinden biri olma yönünde çalışmalarımızı sürdürüyoruz" şeklinde konuştu.

Bolvadin Belediyesi'ne ait bulunan Heybeli Termal tatil Köyü, Belediye Başkanı Dr. Ahmet N. HELVACI'nın yoğun çalışmaları sonucunda geçen yıl, özel sektöre aitken satın alınarak, tesis bünyesine katılan 60 modern villayla birlikte toplam 126 apart villası, bir termal oteli, 6 adet açık ve kapalı havuzuyla ziyaretçilerine hizmet veriyor.



Doç. Dr. M. İhsan KARAMAN

Yeryüzü Doktorları Türkiye
Yönetim Kurulu Başkanı

'Yeryüzü Doktorları' Orada ve Her Yerde

Yeryüzünün neresinde, temel tıbbi bakım ve sağlık ihtiyaçlarından mahrum bir insan; bir hasta, bir sakat, bir felaketzede, bir mazlum, bir mağdur varsa, bunun acısını yüreğinde hisseden, bunun sorumluluğunu idrak eden bir grup gönül adamını Yeryüzü Doktorlarını oluşturmaktadır.

Yeryüzü doktorları merkez itibariyle ne zaman kuruldu, Türkiye şubesi hangi ihtiyaçtan ve ne zaman kuruldu?

Yeryüzü Doktorları Türkiye'nin, resmi şubesi olarak bağlı bulunduğu DOCTORS WORLDWIDE adlı kuruluş, Nisan 2000'de, aralarında yakın arkadaşlarımız olan Türk doktorlarının da bulunduğu, yurtdışında yaşayan bir grup Müslüman hayırsever doktor ve sağlık elemanı tarafından İngiltere'de kurulmuştur.

Yeryüzünün neresinde, temel tıbbi bakım ve sağlık ihtiyaçlarından mahrum bir insan; bir hasta, bir sakat, bir felaketzede, bir mazlum, bir mağdur varsa, bunun acısını yüreğinde hisseden, bunun sorumluluğunu idrak eden bir grup gönül adamıdır Doctors Worldwide'a vücut verenler. Doctors Worldwide, din, dil, ırk, etnik köken, milliyet ayırt etmeden, yeryüzünün tüm sakinlerine tıbbi ve insani yardım götürmeyi hedef edinmiş-

tir. Sloganımız şudur: "Yeryüzü Doktorları: Orada ve her yerde!"

Uluslararası yardım hizmetlerini daha kolay ve bürokratik engellere takılmadan yapabilmek amacıyla, İngiltere'de resmi hayır kurumu olarak tescili yapılan Doctors Worldwide, doğal olarak, İngiltere'den deniz aşırı bölgelere kalkınma ve gelişme yardımları yapan sivil toplum kuruluşlarının birliğine de (BOND) üye olmuştur.

“

Türkiye ve dünya ölçeğinde, insani ve tıbbi yardım hizmetlerinde kullanılan maddi destek, gönüllülerin ve hayırseverlerin nakdi ve aynı yardımlarıyla sağlanmaktadır.

”

Ayrıca, Doctors Worldwide, Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay derneklerinin acil yardımda uyulması gereken kurallar

bildirgesine (International Red Cross and Red Crescent Movement ve NGO's In Disaster Relief) de imza koymuştur. Bu kurum, devletlerden bağımsız bir uluslararası birliktir ve bütün Kızılay dernekleri (Türkiye Kızılay Derneği de dahil) bunun üyesidir. Doctors Worldwide'in resmi örgütlenmesini tamamladığı diğer ülkeler ABD ve Türkiye'dir. Doctors Worldwide'in Manchester'daki merkez ofisinin başında, Genel Direktör olarak, ülkemizden Dr. Kani Torun bulunmaktadır.

Ülkemizden tıp doktoru arkadaşlarımız Doctors Worldwide'in kuruluş süreçlerinde zaten bulduklarından organizasyonun merkezi ile Türkiye Şubesinin amaçları da aynıdır. En az 3 kıtada, tarihinden gelen bir yöneticilik ve ev sahipliği tecrübesi olan ülkemiz, yeniden bu tarihi kimliğine ve asli fonksiyonuna dönüşün kapısını, mağdur ve mazlumlara el uzatma, sahip çıkma geleneğinin ihyasına açılan pencereyi, Doctors

Worldwide –Yeryüzü Doktorları Türkiye ile aralamıştır. Teşkilatın Türkiye Şubesi 2004 yılında YERYÜZÜ DOKTORLARI adıyla kurulmuştur. Kurucu başkanlığını Dr. Ahmet Özdemir'in üstlendiği derneğin ilk genel kurulunda göreve gelen Yönetim Kurulu: Doç. Dr. M. İhsan Karaman (Başkan), Uz. Dr. Ali Murat Yılmaz, Ecz. Murat Akbıyık, Dr. Hasan Selçuk ve Dr. İbrahim Topçu'dan oluşmaktadır. Genel Merkezle sürekli görüş alışverişi ve işbirliği içinde olan Yeryüzü Doktorları Türkiye, gönüllüleri kanalıyla her türlü faaliyete aktif olarak katılmaktadır.

Kurucular bütünüyle doktor mu? Nasıl zaman ayırabiliyorsunuz ve organizasyon nasıl?

Kurucular kurulumuzda dört doktor ve bir eczacı var. Zaten, gönüllü çalışanlar ve katkıda bulunanlar arasında da doktorlar yanında eczacı, diş hekimi gibi sağlık ordusu mensupları rol alıyor. Yönetim kadrosu, profesyonel olarak mesleklerini sürdürürken, bir yandan da boş vakitlerini amat6rce bu hizmetlere ayırıyorlar. Yurtdışı görevler için, yıllık izinlerinin bir kısmını kullanıyorlar. Sonuçta muhtaç insanların duasını almak ve sevap kazanmak için bütün bu fedakarlıklara değiyor.

Faaliyetleri nelerdir?

Söylediğim gibi, ana amacımız, temel tıbbi bakım ve sağlık ihtiyaçlarına yeterince ulaşamayan ihtiyaç sahiplerine tıbbi ve insani yardım götürmektir. Bu amaçla, faaliyetler üç temel alanda gerçekleştirilir: **1.** Acil tıbbi ve insani yardım: İster insan, ister tabiat kaynaklı olsun felaket durumlarında, kısa vadeli acil müdahale,



yardım ve tedavi hizmetleri **2.** Uzun vadeli-kalıcı sağlık hizmetleri: Yetersiz hijyen, kötü hayat şartları, fakirlik, açlık, kıtlık gibi nedenlerle gelişebilecek hastalık ve salgınların önlenmesi amacıyla, genişletilmiş tıbbi yardım ve bakım hizmetleri **3.** Rehabilitasyon, yeniden yapılandırma ve tıbbi eğitim: Özellikle ülkenin veya bölgenin kendi sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde, sağlık sisteminin ve tıbbi hizmetlerin yeniden düzenlenmesi.

Giderleri nasıl karşılıyor?

Türkiye ve dünya ölçeğinde, insani ve tıbbi yardım hizmetlerinde kullanılan maddi destek, gönüllülerin ve hayırseverlerin nakdi ve aynı yardımlarıyla sağlanmaktadır. Sağlık elemanları da, gönüllü insan gücünü oluşturmaktadır. Ayrıca, birtakım projelerde partner olarak çalıştığımız TİKA, Deniz Feneri Derneği gibi bazı kuruluşlar da finans desteği sağlamaktadır.

Ne tür yardımlar yapılıyor?

Yeryüzü Doktorları, maliyetleri azaltmak ve operasyonların etkinliğini artırmak için, gidilen ülke veya bölgedeki diğer sivil veya resmi kuruluşlarla işbirliği yapmaktadır. Birçok operasyon bölgesinde, teşkilatımızın birlikte hareket ettiği, lojistik destek sağladığı ya da başlatılan hizmeti devrettiği hayır ve yardım kurumları şeklinde lokal partnerleri mevcuttur. Bir örnek olarak, Kongo'daki faaliyetlerimizi lokal bir yardım kuruluşu olan RADEM ile, Nijer'deki obstetrik fistül projemizi (Umut Menekşeleri) yerel kadın kuruluşu DİMOL ile işbirliği içinde yürütmemizi gösterebilirim.

Yeryüzü Doktorları, acil yardım, kurtarma veya tıbbi destek hedefli bazı NGO'ların yaptığı gibi, felaketin akut döneminde sahada görünüp daha sonra ortadan yok olmak şeklinde bir tarzı hiçbir zaman benimsememiştir. Tam aksine, ihtiyaç bölgesine kısa vadeli



pratik çözüm ve acil yardım götürülmesini takiben, kalıcı, uzun vadeli, bölgenin sosyal dokusunu ve özellikle sağlık sistemini tamir edecek uzun soluklu faaliyetler üretilmekte ve çoğu kez, hizmetin aksamadan yürüdüğu anlaşıldıktan sonra, lokal partnerlere devredilerek bir başka hizmet bölgesine yoğunlaşmaktadır.

Doğal afet ve felaketler yanında, insan eliyle ortaya çıkan krizlerde de Yeryüzü Doktorları rol almaktadır. İnsan-öğlu, bazen doğal afetlerden daha fazla yekdiğerinin hayatını tehdit eder ve sağlığı, esenliği, dirliği tahrip eder. İşte, dünyanın birçok yerinde, dış ve iç savaşlar nedeniyle, sağlık sisteminin, kurumlarının zarar gördüğu, dolayısıyla insanların temel sağlık ihtiyaçlarının yeterince karşılanamadığı durumlarda, Doctors Worldwide devreye girmekte ve tıbbi yardım sağlamaktadır. Mesela Afganistan'da, Bosna'da, Kosova'da, Sierra Leone'de, Kongo'da bu cümleden olarak faaliyetler yapılmaktadır. Yıkılmış sağlık kurumları onarılıp donatılmakta, ana-çocuk sağlığı hizmetleri verilmekte, binlerce sünet ve küçük operasyon yapılmakta, kitlesel sağlık taramaları, salgın hastalıkların önlenmesi çalışmaları gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, savaşlar, zulümler, afetler sebebiyle akıl ve ruh sağlığı tehdit altında olan erişkin ve çocukların rehabilitasyonu amacıyla, bu alanda çalışan sağlık elemanlarına, Sri Lanka'da, Filistin'de, İstanbul'da en yetkili uzmanlarca eğitim seminerleri ve kurslar verilmiştir. Değişik ülkelerde, mülteci kamplarındaki temel sağlık ihtiyaçları, mobil veya yerleşik kliniklerin ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyaçları Doctors Worldwide tarafından karşılanmaktadır. Bir başka örnek olarak,

Kandahar Tıp Fakültesinde temel tıp bilimleri ve klinik bilimler alanında tıp eğitimi vermek üzere, ilgili Sağlık Bakanlığı ve Doctors Worldwide yetkilileri arasında anlaşma imzalanmıştır.

Yeryüzü doktorlarını diğer kuruluşlardan ayıran özelliği nedir?

Doctors Worldwide ve Yeryüzü Doktorları Türkiye, sağlık alanında çalışan bazı benzer örgütlerin, dünyanın birçok yerinde gerçekleştirdiği misyonerlik faaliyetlerinin farkındadır ve onlarla kuruluş felsefesi, kurucuların kimliği, amaç ve işleyiş tarzı, kısa ve uzun vadeli hedefleri açısından tamamen farklı ve özgündür.

“

Yeryüzü Doktorları, acil yardım, kurtarma veya tıbbi destek hedefli bazı NGO'ların yaptığı gibi, felaketin akut döneminde sahada görünüp daha sonra ortadan yok olmak şeklinde bir tarzı hiçbir zaman benimsememiştir.

”

Diğer yardım kuruluşları ve mesleki örgütlerle ilişkileriniz nasıl?

Kimi zaman sahada, ülkemizden veya dünyadan benzer amaçlarla felaket bölgesine giden diğer NGOlarla karşılaşılır. Artıniyet olmadıkça ve hayra hizmet esas alındıkça bu tür kuruluşlarla elbette bir problemimiz olmuyor. Ayrıca, Deniz Feneri Derneği gibi, “yüzyılın iyilik hareketi” sıfatını fazlasıyla hak eden bir hayır kuruluşu ile birçok projede ortaklık

yapıyoruz. Endonezyada, Filistin'de, Lübnan'da, Nijerde ortak faaliyetler yaptık. İslam Konferansı Örgütü İnsani Forumuna da üye olup, bu çerçevede İslam Dünyasından birçok hayır kuruluşu ile müşterek hedeflere sahibiz.

Yeryüzü gönüllüsü kimler olabiliyor, şartları nelerdir?

Yeryüzü Doktorları gönüllüsü olmak için, derneğimizin tüzüğünde belirtilen amaç ve hedeflere gönül vermek, bir de sahada gönüllü faaliyete katılan kişilere doldurduğumuz “gönüllü formu”ndaki şartlara imza koymak yeterli. Başkaca bir kriterimiz yok. Tüzük ve gönüllü formu, derneğimizin www.yyd.org.tr adresli web sitesinde mevcut.

Dünyanın hangi bölgelerinde ne tür yardımlarda bulundunuz?

Organizasyon bugüne kadar dört kıtada 20 kadar ülkeye tıbbi ve insani yardım ulaştırmıştır. Bunlar arasında, Sudan, İnguşetya, Kongo, Filistin, Sierra Leone, Hindistan, Kenya, Bangladeş, Nijer, Sri Lanka, Bosna, Irak, Kosova, Guatemala, Makedonya, Endonezya, Lübnan ve Pakistan sayılabilir.

2005 Ramazanında Keşmir'i vuran büyük depremden sonra Yeryüzü Doktorları Türkiye çok ciddi yardım faaliyetleri yaptı. Önceden yakın irtibatımızın bulunduğu Pakistanlı tıbbi sivil toplum örgütü temsilcilerinden telefonla aldığımız ilk bilgileri takiben, dört kişiden oluşan ilk ekibimiz yola çıktı ve depremin üçüncü günü Muzafferabad'a ulaştı. O saatte Türk Kızılay'ı dışında bölgede konuşlanmış neredeyse hiçbir tıbbi yardım örgütü yoktu. Takip eden günlerde, İngiltere'den katılan yeryüzü dok-

torları gönüllüleri ile sahadaki ekibimiz daha da aktif çalışmaya başladı. 8 ay boyunca 50 den fazla gönüllü doktorumuz Keşmirde sağlık hizmeti verdi. Pakistan denetimindeki Keşmir'in Sağlık Bakanlığı, Muzafferabad'ın 30 km. güneydoğusunda yer alan Komikot'taki temel sağlık ünitesini resmi olarak Yeryüzü Doktorlarına devretti. Ekibimiz ünitede çadır poliklinikler halinde birinci basamak temel sağlık hizmeti sundu. Ayrıca, Yeryüzü Doktorları Türkiye olarak, Komikot'ta prefabrik bir kliniğın inşasını da tamamladık ve törenle Pakistan Sağlık Bakanlığına devrettik. Bu sağlık merkezi, deprem bölgesinde yapılan ilk kalıcı bina olmak gibi bir ayrıcalığı da taşıyor. Hâlen, günde en az 70 hasta bu merkezde teşhis ve tedavi imkanlarından yararlanıyor.

Nisan 2005'de Sakarya Milletvekili ve Yeryüzü Doktorları gönüllüsü Dr. Süleyman Gündüz'ün de aralarında bulunduğu 5 doktor arkadaşımız Sudan'ın Batı Darfur eyaletine giderek burada hem insani yardım malzemesi dağıttı, hem de el-Geneina hastanesinde gönüllü sağlık hizmeti verdi, muayene, tedavi ve ameliyatlar yaptı.

Kongo Demokratik Cumhuriyetinde de faaliyetlerimiz oldu. Orta Afrika'da açlık ve fakirliğin had safhada olduğu, %15 oranında Müslümanların yaşadığı geniş coğrafyalı bir ülke olan Kongo'da, merkez ofisimizin 2003'den beri süren sağlık yardımlarına ilaveten, Türkiye şubemizin yönlendirdiği bağışlarla Kamina eyaletinde bir Ana-Çocuk Sağlığı Merkezi çok yakında hizmete girdi. Ayrıca iki ana-çocuk sağlığı merkezi ve iki mobil sağlık merkezi hizmete sokuldu. 52.000'i aşkın



sünnet yapıldı. Kurban bayramı vesilesiyle gerçekleştirilen "Bir kurbanınız da Kongo'ya kurban olsun" kampanyamıza yapılan bağışlarla 2006'da 2700 kadar, 2007'de ise 5800 civarında kurban kesilerek çeşitli eyaletlerdeki fakir halka dağıtıldı. Son olarak da, Lubumbashi'de 40 yataklı Hewa Bora hastanesini yaptırarak lokal doktorları istihdam etmek suretiyle bölgenin fakir halkına sağlık hizmeti sunmaya başladık.

Endonezya'yı vuran son depremden sonra da hayırseverlerin katkılarını bölgeye gönderdik ve ayrıca 2 yeryüzü doktoru arkadaşımız 20 gün süreyle bölgede sağlık hizmeti verdi.

Son dönemde İsrail'in Filistin ve Lübnan'da uyguladığı şiddet ve zulüm karşısında Yeryüzü Doktorları olarak harekete geçtik. Hayırseverlerin katkılarını da yerinde hizmete dönüştürmek amacıyla 4 kişilik bir gönüllü doktor hey-

timizi Batı Şeria ve Gazze'ye gönderdik. Burada Filistin Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile temasa geçen heyetimiz bölgenin tıbbi ve insani yardım ihtiyaçlarını yerinde tesbit ettiler ve ekibimizin getirdiği bilgilere dayanarak, Filistin'de uygulayacağımız beş ayrı tıbbi ve insani yardım projesi oluşturduk. Şu ana kadar, Gazze Han Yunus kentindeki Nasır Hastanesine Deniz Feneri Derneği katkılarıyla 400.000 avro değerinde bir acil ve radyoloji merkezi kurduk. Batı Şeria el-Halil Muhtaseb Hastanesine bir göz merkezi kurulması için cihaz siparişlerini verdik. Gazze şeridinden 6 Filistinli doktoru İstanbul'a getirerek "travma ve acil yaşam desteği kursu" aldırдық.

Son olarak, bir kan gölüne dönen Lübnan'daki mazlumlara yardım eli uzatmak amacıyla yine dört kişilik bir Yeryüzü Doktorları ekibi 10 Ağustos'ta Beyrut'a gitti ve yardım götürdü.



Bu yardımlarla alınan iki ambulans hizmete girdi. Ayrıca, ilaç ve tıbbi malzeme toplama kampanyamızdan sağlanan 2 TIR dolusu malzeme de Deniz Feneri aracılığıyla Lübnan'a gönderildi.

Afrika'nın kara bahtlı ve en fakir ülkelerinden Nijer'de ise, Maradi kentinde Deniz Fenerince yaptırılan sağlık merkezine gönüllü yeryüzü doktorları göndererek hizmet vermek yanında; ülkede 200.000 kadar olduğu sanılan obstetrik fistüllü ve idrar tutamayan kadınların tedavisi için "Umut Menekşeleri" projesine başladı. Sahraaltı Afrika'nın birçok ülkesini kapsayacak olan "Göz Nuru" projesi ise başlamak üzere.

“
Yakın gelecekte, Sağlık Bakanlığı işbirliği ile Sudan, Yemen, Afganistan, Keşmir, Etiyopya gibi bazı ihtiyaç sahibi ülkelerde halk sağlığına yönelik projeler gerçekleştirmeyi planlıyoruz.

”
İlerleyen zamanlarda hedefleriniz neler?

Allah göstermesin ama, dünyamızdan afet ve felaketler eksik olmuyor. Bu durum devam ettikçe Yeryüzü Doktorları "ORADA VE HER YERDE!" sloganıyla hizmetlerini sürdürecektir. Yakın zamanda

Filistinde 5 ayrı insani ve tıbbi yardım projesini gerçekleştireceğiz. Kongo'da "umut köyleri" projemiz var. Nijer'de kadınların önemli bir sağlık sorunu olan "fistül"lere bağlı sürekli idrar kaçırmaya yönelik tedavi projesi ile "göz nuru" projesini süratle uygulamak istiyoruz. Deniz Feneri Derneği ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile Sudan, Yemen, Afganistan, Keşmir, Etiyopya gibi bazı ihtiyaç sahibi ülkelerde halk sağlığına yönelik projeler gerçekleştirmeyi planlıyoruz.

Hayırseverlerden talebimiz, www.yyd.org.tr adresli sitemizden faaliyetlerimizi takip ederek katkı ve desteklerini sürdüremeleridir.



**ÜMRAN
TIP MERKEZİ**

Belediye Başkanlık Hizmet Binası Altı
Ümraniye / İST. Tel.: (0216) 461 94 92 (Pbx)
www.umrantip.com

'Olmaya Devlet Cihanda Bir Nefes Sıhhat Gibi..'



Olca YAZICI

Sağlık konusunda en veciz sözü, Batılıların 'Muhteşem' sıfatıyla andığı, Türk Cihan Hâkimiyetinin kudretli padişahı ve aynı zamanda kıymetli bir şair olan Kanûni Sultan Süleyman söylemiş. demiş ki, "Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi/Olmaya devlet cihanda, bir nefes sıhhat gibi!" Tabî ki, beden sağlığı kadar, beyin sağlığı da önemli.

Ne demişler, 'Her şeyin başı sağlık!' Bir kişinin dünyalık işi iyi gitmeyince, hayalleri suya düşünce, bir fırsat elden kaçınca hep "Sağlık olsun!" denir. Hiç şüphe yok ki, beden sağlığı kadar ruhun/zihnin ve kafanın sağlığı, sıhhatli işleyişi de önemli. Aslında en önemlisi bu. Öteki sağlık durumları bundan sonra önem kazanıyor. Zihin sağlıklı değilse ve insanın psikolojik dengesi bozursa, beden gücü ve sağlığı pek işe yaramaz.

Bunun içidir ki, Batılıların 'Muhteşem' sıfatıyla yâd ettiği, Türk Cihan Hâkimiyetinin kudretli padişahı ve aynı zamanda şair olan Kanûni Sultan Süleyman, o dillere destan mısraını söylemiş. demiş ki, **"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi/Olmaya devlet ci-banda, bir nefes sıhhat gibi!"** Böylece sağlık konusunda söylenebilecekleri iki mısradan özetlemiş ve işi bitirmiş. Bunun içindir ki, ne zaman sağlıktan söz edilse, aklımıza hep bu mânidar mısralar gelir.

Dergimizin konusu 'Sağlık' olunca,

işin içine ruhun ve düşünce zihniyetinin sağlığını da dahil etmek, bunun için yetkin bir psikiyatrist ile konuşmak, konuyu enine boyuna tahlil etmek gerekir diye düşündüm. Birden aklıma, ruh ilminin ve psikiyatrinin baba ismi rahmetli Prof. Dr. Recep Doksat hoca ile 22 yıl önce Türkiye gazetesi için yaptığım ve insanın

"Delilik nedir? Anadolu'da bir söz var: Derler ki, delilik az akılla olmaz. Bu sözde doğruluk payı var mı? Yani, insan aklın ötesine sıçramak istediği için mi delirir?"

dengesi, sağlığı bahsinde derin tahliller, tanımlar ihtiva eden sohbeti hatırladım. Tam da bu sayıya gidecek bir yazı ancak o olabilirdi. İlginç bir tevafukla hadise, seçkin röportajlardan oluşan kitabın yayınlanma tarihine denk gelmişti. Çünkü yıllardır vaktini, saatini bekleyen söz konusu konuşmalar Mayıs'ın son gün-

lerinde kitaplaştı. (Irmaklar Sonsuza Akar / Düşünürlerle Kültür Sohbetleri / Olca Yazıcı, Etkileşim Yayanları, Mayıs 2007)

Hocaya yönelttiğim ilk suâl, delilik ile deha arasındaki bağlantı hakkında idi. Değerli hoca delilikle deha arasındaki ilişkiye temasla şunları söyledi: "Delilikle, deha arasında kıl payı fark vardır. Ancak, delilikte yaratıcı güç yoktur; dehada vardır. İster fikir sahasında olsun, ister sanat sahasında, bu gücü kullanan öyle dâhiler var ki, onun muvâzenesinden kıl payı kayması, kendisini büyük akıl hastalıklarına götürebilir. Hasta dâhiler de var. Meselâ Nietzsche, frenginin beyne yürümesinden ileri gelen bir hastalığa tutulmuştu; Dostoyevski ise sar'alydı."

Düşünür Saint-Simon, "Ebedîyete giden yol, tımarhaneden geçer!" demiş. Yani 'delilik' öyle pek akıl dışı bir şey değil. Sanki aklın ermediği üst bir konuma yükselmek... Onun için Anadolu'da, "Delilik, az akılla olmaz!" denir.

Prof. Dr. Recep Doksat'la, Marmara



Üniversitesi İlahiyat Fakültesindeki makamında, 25 Temmuz 1985 tarihinde gerçekleştirdiğimiz söz konusu 'sağlıklı beden, sağlıklı zihin' eksenli sohbet, sual ve cevap ekseninde şöyle gelişmişti. Konunun ehemmiyeti ve bütün zamanlara ışık tutması münasebetiyle aktarmakta fayda mülâhaza ediyorum.

Hastalanan ruh değil, zibindir

"Delilik nedir? Anadolu'da bir söz var: Derler ki, delilik az akılla olmaz. Bu sözde doğruluk payı var mı? Yani, insan aklın ötesine sıçramak istediği için mi delirir?"

"Biz bu 'Deli' ve 'Delilik' tâbirlerini ilim adamı ve ruh hekimi olarak kullanmayız. Bunlar halk tâbirleri. Türkçe'de akıl hastalığı, ruh hastalığı deniyor. Aslında bu da yanlış. Maalesef böyle tercüme etmişler. Batıda, daha ziyade zihin hastalığı derler. Çünkü, hastalanan zihindir. Ruh hastalığı deniliyor. Hekimlere ruh hastalığı mütehasısı unvanı veriliyor. O da yanlış. Çünkü, burada hastalanan ruh değil, zihnimizdir. Bu ruhun metafizik, teolojik mânâda, ölümden sonra da bekâsına inanılan ruhla hiçbir alâkası yok. Buradaki kast edilen, hastalanmasından bahsedilen ruh, "psişe" dedikleri, Grekçe asıllı bir kelimedir. "Psühe" aynı zamanda kelime mânâsı olarak "kelebek" demektir. Tâbiri câizse, lâik bir terimdir ve beynin fonksiyonları mânâsına gelir. Bozulan da işte bu beynin fonksiyonlarıdır. Ama tabii beynin fonksiyonları ruhî faaliyet olarak ortaya çıktığı için, ruh beyin vasıtası ile iş gördüğü için "spirütüalist" (ruhla alâkalı) bir anlayışla ele alırsak; bozulan beyindir. Şöyle bir tesbit yapalım: Metafizik, teolo-

jik mânâda... rûhu bir piyanist kabul edin, beyni de piyano! Piyanist ne kadar usta olursa olsun, piyanonun tuşları bozuksa, akortsuzsa iyi sesler çıkaramaz. Yani, hastalanan ruh değildir. Piyano mânâsına, beyindir.

Aksi de varit, meselâ, çok mükemmel bir piyano fakat usta olmayan bir piyanist, iyi sesler çıkaramaz. Birtakım geri ruhlar, mükemmel bir beyinde de olsalar, lâzım gelen mükemmeliyeti, yahut tekâmül seviyesini gösteremezler. Demek ki, bozulan, hastalanan zihnî faaliyetler olduğuna göre, bunlara zihin hastalığı demek daha doğru... Fransızlar meselâ malâdi mantal diyorlar. Fakat, ne-dense işte ruh denmiş ve yerleşmiş bizde. Son zamanlarda bir başka acayiplik de, "Ruh sağlığı hastalıkları" şeklindeki kullanılan bozuk ifadedir."



"Delilik Kusurlarımızın Toplamı mıdır?" Halkın delilik dediği, bir takım ruhî dengesizlikler, aslında hepimizde mevcut olan, fakat bazılarında çok mübalâğalı şekilde, dengesiz bir şekilde ortaya çıkan belirtilerdir.



İnsan Okuduğu İçin Çıldırılmaz

"Bu 'sağ' tâbiri de mânâsız zaten. Sağlık, 'sıhhatlinin' karşılığı değildir ki. İnsan komada iken de sağdır ama, sıhhatli değildir! Sağlıklı olmak başka, sıhhatli olmak başka. Maalesef dilimize tasallut eden aşıkâr veya gizli bir takım güçler, mütemadiyen onu fakirleştirmektedir. Birçok nüans kaybolmaktadır.

Halkın 'delilik' dediği, bizim tıp dilinde 'psikoz' adını verdiğimiz zihnî melekelerin ve faaliyetlerin şiddetli bozukluğu ile ortaya çıkan ve hastalanan şahsın, muhitine intibakını büyük ölçüde aksatan, hatta bazen imkânsız kılan bir rahatsızlık tablosudur. Hatta çok ve derin okumuş da ondan oynatmış falan derler. Hiç alâkası yok. Kimse okuduğu için çıldırılmaz. Ruhî meselelerle uğraşmış da, ondan aklını kaçırmış derler. O zaman hepimizin delirmesi lâzımdı. Meselâ ben, sadece psikiyatr değilim. Akıl hekimi, ruh hekimi değilim. Aynı zamanda para-psikologum. Yani, ruhlarla konuşulur mu, telepati var mı? gibi bir sürü araştırmalarım var. Bunlarla senelerdir uğraşıyorum. Bu yüzden de delir-medim. Hiç alâkası yok! Bu zihnî rahatsızlıklar kabaca ikiye ayrılır. Biri psikoz dediğimiz, halkın 'çıldırma', 'delilik' adını verdiği büyük zihnî bozukluklardır. Kimisi intiharla sonuçlanır, kimisinde hasta cinayet işler. Kimisinde hiç kimseyle konuşmaz, aklıktan ölecek hâle gelebilir. Bir de bizim psiko-nevroz dediğimiz, halkın ufak sinirlilikler diye isimlendirdiği rahatsızlıklar var. Bunlar delilik değildir. Amma zihnî rahatsızlıktır yine de. Meselâ mütemadiyen iyi temizlenmedi diye, sürekli elini yıkamalar. Kapıyı kilitledim mi diye, ikide bir yoldan dönüp kapıyı kontrol etme gibi durumlar."

Ruh Başka, Nefs Başka...

Bir başka husus, bu psişe tâbiri, (kelebek) demek olduğunu belirtmiştim. Dünyanın hemen bütün dillerinde "ruh" mânâsına gelen kelimeler, dâima 'nefs'le alâkalı kökten üretilmiştir. Soluk mânâsına gelen nefes. Bu kelimeler

zamanla 'ruh' anlamına gelir olmuştur. Ruh, Arapça 'rîh' kökünden gelir. Rayiha da aynı kökten türemiştir. Nefs, nefes aynı kökten gelir. Acemce 'revan' keza öyle, nefes demek. Sanskritçe'de, böyle bir çok tâbir var ki, Lâtinlerden Asteklere kadar bütün dillerde hep ruh mânâsına gelen kelimeler nefes köklü terimlerle karşılanmıştır. Son soluğun temsil ettiği, bir göze görünmez mevcûdiyet ruh! Ölüm vukû bulduğunda, son nefesini veriyor hayvan veya insan. Bir şey terk ediyor onun vücudunu. Bazı dillerde ruhun karşılığı olarak "gölge" mânâsına gelen kelimeler var. Fakat Gerçekte "kelebek" demek olan "psühe" zamanla ruh anlamı kazanmış. Bu tâbir bilhassa seçilmiş. İlâhiyatçılardan, dîni inanç sahiplerinin, öldükten sonra hesap verecek diye isimlendirdikleri ruhla karıştırılmasın. Binaenaleyh ilmin meşgul olduğu psikoloji'yi 'ruh ilmi' diye tercüme etmek de yanlış. İlm-i nefis diyor Araplar. Ruh değil ki, orada zikredilen. Nefs dediğimiz, psikoloji'de şuuraltı adını verdiğimiz birtakım tezahürlerle uğraşılıyor. Şimdi, efendim siz.. Halk dilindeki bu 'deliliğin', çıldırmaların bizim ilmî dildeki psikozların sebeplerini soruyorsunuz. Yani insan normalken, ilk ruhî ve zihnî sapma nasıl başlıyor? diye soruyorsunuz.

Önce şunu belirtelim ki, çeşitli psikozlar var. Meselâ taşkınlık şeklinde ortaya çıkan psikoz var. Durgunluk şeklinde ortaya çıkan psikoz var. Söyledik, hiç konuşmamak, hiç yememek şeklinde ortaya çıkan psikoz var..Bir de bunların yanı sıra bunamalar var. Yaşlılığa, yahut genç de olsa beyin harabiyetine bağlı olarak erken bunamalar. Yalnız kesinlikle şunu belirteyim ki, bu psikoz dediği-

miz, halkın delilik adını verdiği rahatsızlıkların sebebi, yüzde yüz uzvî bir bozukluktur. Yani uzvî bozukluğu ortaya çıkaran sebep dışı bir sebep, ruhî bir rahatsızlık olsa bile, gene beyin kimyasında, işleyişinde birtakım bozukluklar olduğu için, bu hastalıklar ortaya çıkar.

Diyelim ki, bir insanın yakını vefat etti. Son derece müteessir oldu. Ağır bir depresyon geçiriyor. Fevkalâde müteessir olmasının, ağır bir depresyon geçirmesinin beyin kimyasında birtakım temelleri var. O temellere yönelerek birtakım tedaviler yapıyoruz. Düzeltiyoruz. Akıl hastalıkları dediğimiz, ruhî hastalıklar dediğimiz, psikoz nevinden, halkın, 'delilik' adını taktığı ağır hastalıkların hiçbirisi, nefesle, okumakla falan düzelmez. Hatta ben birçok hasta sahi-

“

Halbuki insan, sevmeye de muhtaç, seilmeye de. Rûhumuzun da vitaminleri var. Yalnız maddî ihtiyaçların karşılanması kâfi değil. Vermekten de zevk duymak lâzım. Veremeyen insan da, ruhî dengesini tam sağlayamıyor.

”

bine, 'Bu hastayı iyi edecek bir hoca bulun, ben diplomamı yırtıp, ona mürid olurum!' diyorum. İnsanlar, bunlarla uğraşmakla sadece vakit kaybeder. Ama psikonevroz dediğimiz ufak sınırlilikler, telkinle geçiyor ki, bunlar muskadan, nefesten istifade ederler, biz de işte ipnotizma yapıyoruz. Başka telkin usûllerini kullanıyoruz. O sınırlilikleri düzeltiyoruz. Ama ister küçük, ister büyük ruhî

rahatsızlıklar olsun, bunların kâffesinin (tamamının) kimyevî bir temeli var. Beynin işleyişine ait kimyevî bir temel..”

Ruhî Telkinin Tesiri..

Başka bir suâlîm şöyleydi: "Ruhî buhranların sebebi daha çok içtimâî midir, yoksa ekonomik mi?" Hoca bu suâlîi şöyle cevaplandırmıştı: "Aslında çok isabetli bir suâl. Çünkü, efendim, 'Sebepe ekonomiktir, sebepe sosyaldır' falan gibi son zamanlarda moda olan Marksist birtakım acele izahlarla durum aydınlatılmaya çalışılıyor. İzah öylece kolay zannediliyor. Bir defa, insana ait meseleler "Mültadimansiyonel" dir (çok buudlu/çok yönlü), mültifaktöriyal (çok faktörlü/çok âmilli)'dir. Bunları tek faktöre, tek âmile irca etmek (indirgemek) yanlıştır. Gayet tabîî ki, içtimâî hâdiselerin, iktisadî hâdiselerin rolü büyüktür. Elbette rolü ve payı vardır. Amma konu sırf bundan ibaret değil.

Meselâ büyük göçler. Büyük siyasî baskılar. Hapishane hayatı. Bunlar, hepsi içtimâî ve siyasî hâdiseler. Bunlar insanlarda deliliklere sebebiyet verebiliyor. Meselâ, bir evde beraber yaşama mecburiyeti, Kohabitasyon forse deniyor buna, yani aynı mahalde müşterek olarak ikâmet etme mecburiyeti. Birbirini sevmeyen iki insanın bir arada bulunması. Yatılı mektep hayatından, hapishane hayatına, kışla hayatına kadar böyle bazı zarûretler oluyor. Bunlar da birtakım psikozlara sebep olabiliyor. Keza büyük kıtlıklar. Büyük açlıklar. Yarın ne olacak endişesi içerisinde yaşayan insanların güvensiz, emniyetsiz yaşamaları. En basiti bir depresyona yol açar. Zaten böyle çalkantılı seneler geçiriyoruz. Yarın ne olacak



belli değil. Öte yandan, dünya atom harbine mi gidiyor, ne olacağız, ne çıkacak diye düşünüp ruhî dengesi bozulan bir sürü insan var..."

Sıra ilginç bir suale gelmişti. Şöyleydi, "Çoğu zaman nefsin fonksiyonlarıyla, ruhun faaliyetleri birbirine karıştırılır. Daha önce kısmen açıklık getirdiniz ama, daha net bir ifadeyle, bu iki faaliyetin farklı tezahürleri üzerinde durur musunuz?" Hoca suâli beğenmişti. Şöyle dedi:

"Evet, güzel bir suâl. Biraz evvel de temas etmiştim. Nefs dediğimiz şey, işte bu bizim psişenin fonksiyonları olarak telâkki edeceğimiz, Araıların "ilm-i nefis" diye, psikolojiye isim vermelerine yol açan faaliyetlerimizdir. Asıl, ruhî, mânevî faaliyetlerimiz, ancak ibadetlerde, duâlarda bir mistik ekstaz hâlinde, yani vecd-ü istiğrak hâllerinde ortaya çıkar. Psikiyatri onlarla meşgul değildir.

Büyük psikozların sebebi umumiyetle irsîdir. Bazı hastalara sorarım, sizin anne babanızda herhangi bir hastalık var mı? Yok derler. Hepsi normal. Fakat çocukta takkadak çıkar. Bu niye?: Anneden babadan gelen kromozomlar, birtakım çaprazlaşmalarla çocukta irsîyet vasıflarını tayin ediyor. Kader bu: o çaprazlaşmalar esnasında, gizli kalmış, hiçbir nesilde ortaya çıkmamış bir vasıf ortaya çıkar ve çocukta patlak verir. Meselâ 'erken bunama' dedikleri 'şizofreni' umumiyetle irsîdir.

Aşırı taşkınlık, neşelilik, intihara teşebbüs, ruhî çöküntü nöbetleri şeklinde ortaya çıkan bizim 'psikomanyak depresif' dediğimiz çeşitten hastalıklar da irsîdir. Bilhassa Karadenizliler arasında, bir zamanlar çok görüldü. Epilepsi dedi-

ğimiz, halk arasında sar'a diye bilinen hastalık, o da irsîdir. Hatta bu epileptik (sar'alı) olan şahısların nöbetlerinin, bayılmalarının hastalık olduğunu çoğu kimse bilir. Hiç böyle bayılma falan şeklinde değil, sadece halkın delilik tablosu dediği, ruhî bozukluklar şeklinde ortaya çıkan sar'a şekilleri var ki, son zamanlarda çalışmalarımı bu konuda yoğunlaştırdığım için, birçok gözden kaçmış vak'a yakaladım. Meselâ, ordu- dan bir subay şizofreni teşhisi ile çıkarılıyor. Halbuki, hastalık gerçekte epilepsi. Bayılmıyor, nöbet geçirmiyor

**“
Başkalarını sevmek
kabiliyetinden mahrum
olmamakla birlikte, bedenî
plânda da bazı
hastalanmalar meydana
gelebilir. Hatta ben, kanserin
bile ruhî sebeplere
dayandığı kanaatindeyim.
Bedenî birtakım virüsler rol
oynuyor ama, tetiği çeken
faktör, ruhî streslerdir.”**

fakat ruhî plânda rahatsız. Meselâ uçan daireler görüyor, kulağına birtakım sesler geliyor. Gerçek âlemle ilişkisini kesiyor. İntibakı bozuluyor. Birçok hezeyanlar ortaya çıkıyor. Veriyorsunuz ilâçları, kontrol altına alıyorsunuz, bir müddet sonra tekrar başlıyor. Ama sar'a ilâcını da ilâve edip de, ruhî bozukluk için gerekli ilâcı kesip, yalnız sar'aya aid ilâcı vermeye devam ederseniz iyileşme de devamlı oluyor. Çok enteresan vak'alarım var böyle. Evet, çok taraılı bu iş. Vitamin eksikliğinden, meselâ pellegra psiko-

vardır; daha çok mısırla beslenen insanlarda görülür. Bir zamanlar Karadeniz ahâlisinde çok yaygındı. Derinin güneşe maruz kalan yerlerinde tunç rengine kararmalar olur. Ayrıca da hayâl görmeler, hezeyanlar şeklinde bir psikoz yani çıldırma tablosu meydana çıkar. Sebebi bir vitamin eksikliğidir. O vitamini vererseniz hastalık düzelir."

Rubun da Vitaminleri Var

"Zihin bozukluklarında fizikî, bedenî bir özrün (noksanlığın), yahut insanlar tarafından reddedilişin, anlaşılmayışın, tek cümle ile sevgisizliğin rolü nedir?" suâline ise hocanın cevabı şuydu: "Şimdi o fizikî özür dediğiniz şeyler maddî sebeplerdir...Söyledik onu. Sevgisizlik tabii çok mühim. Efendim insan ayrıca intiharlarla da, beslenen bir mahlûk. Orta-çağ denizcileri, etler, envaî çeşit tatlılar, hamur işleri ile gayet güzel besleniyorlardı. Diş etlerinde kanamalar oluyordu. Dişleri dökülüyordu. İskorbüt diye bir hastalıktan muzdariptiler. Neden sonra anlaşıldı ki, C vitamini eksikliğine bağlıymış bu hastalık. Nasıl, karın doyurmak beslenmek değilse, işte ben yaşıyorum, hiçbir ihtiyacım yok. Maddî konforum yerinde. Niye ben hasta oldum? Şaşkınlığına düşen hastalar var. Halbuki insan, sevmeye de muhtaç, sevmeye de. Rûhumuzun da vitaminleri var. Yalnız maddî ihtiyaçların karşılanması kâfi değil. Vermekten de zevk duymak lâzım. Veremeyen insan da, ruhî dengesini tam sağlayamıyor. İnsan kendini aşmaya mecbur ve mahkûm bir mahlûk. İbadetler.. Başkalarına iyilik etmeler. Fedakârlıklar..Sevmek, sevmek. Bütün bunlar bizim ruhî tekâmülümüz için çok gerekli.

Dengemiz için de, çok gerekli. Dengeyi bozan mahrumiyetler hastalığa yol açar. Meselâ, sevgisiz yetimi bir ocuk, daha kolay hastalanabilir. Başkalarını sevmek kabiliyetinden mahrum olmamakla birlikte, bedenî plânda da bazı hastalanmalar meydana gelebilir. Hatta ben, kanserin bile ruhî sebeplere dayandığı kanaatindeyim. Bedenî mekanizmalar, birtakım virüsler falan rol oynuyor ama, tetiği çeken faktör, bütün bunları hazırlayan faktör, ruhî streslerdir.”

Sıra ilginç biri soruya gelmişti. Sorum suydı: “Bazı kimselerin deli oldukları, fakat bu durumu gizledikleri, kendilerini kritik bir noktada durdurdukları söylenir. Biraz da espri olsun diye söylenen bu sözlerde doğruluk payı var? Yani zihnî bozukluğu olan bir kimsenin bunu gizlemesi, kendini zorlayarak kontrol altına alması mümkün müdür?”

Hoca şöyle dedi: “Efendim, halkın ‘delilik’ dediği, bizim ‘psikoz’ adını verdiğimiz hastalıklarda, psikotikler hiçbir zaman hastalığı kabul etmez. Hep sıhhatli ve normal oldukları iddiasındadır. Kendi mariz dünyalarında honuturlar. Bunların bir kısmı da rahatsızlığı gizler. Meselâ paranoya dediğimiz bir akıl hastalığı var ki, kukular, vehimler, hezeyanlar içinde bile çok güzel gizler bunu. Bunlara akıl hastahanelerinde rastlamak pek zor. Bu psikozlu hastalar, aileleri tarafından zorla bize muayeneye getirilirler. Ama o ufak sinirlilikler dediğimiz psikonevrozlar, doktor doktor dolaıp hastalıklarından Ŗikâyet eder. Yani bir kısmı sahidten hastadır ama hastalığını kabul etmez. Bir kısmı da, bir Ŗeyi yoktur ama kendini hasta zanneder.

Tabii akıl hastası, ağır zihin/ruh has-

tası olup da, bunu bilenler de var. Bunlar tedavi edilmek üzere doktora başvurur.

Öbür taraftan, ‘karnımda yılan var!’ diye dolaanlar vardır. Bir hezeyan. Ben Erzincan’da askerlik yaparken öyle bir vak’a hatırlıyorum. Adamın biri karnında yılan var diye dolaşıyor. Öyle diyor. İnanmış buna. Bir operatör yzbaı diyor ki, dur ben bu yılanı alayım.Yatırıp ameliyat ediyor. Yarıyor karnını. Bir iki ay rahat ediyor. Ondan sonra, hasta tutturuyor, içeride yumurtası kalmıştı. Tekrar yavruladı diye...Ona dedim ki, bak bu i

“

Halkın delilik dediği, bir takım ruhî dengesizlikler, aslında hepimizde mevcut olan, fakat bazılarında çok mübalâğalı Ŗekilde, dengesiz bir Ŗekilde ortaya çıkan belirtilerdir. Herkeste fke vardır ama gelir geçer. Kontrol altına alınır. Mtemâdiyen fkeli olup da, önüne geleni kesip bierse, bu bir delilik olur.

”

ameliyatla falan düzelmez. Bu yılanı öldüren bir ilâç var. Bunu alırsan, o erir dedim. Ama yavrulamaması için, bu ilâçlara devam edeceksin. Böyle ikna ettim onu. İlaçları almaya baladı ve yılan kukusundan kurtuldu. Aslında akıl hastalarını ilâla tedavi etmekteyiz.”

İimizde bazen gizli bir delilik barındırdığımız olur muydu acaba? Kendimize bile sormaktan çekindiğimiz bir suali hocaya sordum: “Efendim, bazen yalnız baımıza kaldığımızda, bir Ŗeye sinirlen-

diğimizde, normal zamanlarda görülme-yen takınlıklar yaparız.. Kızarız, fkeleniriz, dvnrz falan...Bunlar da hastalık belirtisi midir?”

Çok Ŗkr hocanın cevabı iimize su serpti: “Yok. Normal bir Ŗeydir bu. Sinirlenen, öfkelenen, üzülen, sevinen insan, bazı değişik davranışlar gösterebilir. Eğer bunlardan mahrum ise asıl o zaman hastadır o insan. Reaksiyon göstermesi normaldir. Normal olmayan, kontrol altına alınamayan reaksiyonlardır, mübalâğalı dereceye varan davranışlardır. Yoksa, sevinmek de, öfkelenmek de, hepsi insana has hususiyetler. Bize yle vak’alar geliyor ki, hasta nebat (bitki) gibi. Hiçbir reaksiyonu yoktur. Donup kalmış, yani bir Ŗizofrendir. “

Delilik Kusurlarımızın Toplamıdır

Sohbete biraz da felsefe karıştırıp, Ŗunu sordum: “Fransız düşünür Alain, ‘Delilik, kusurlarımızın toplamıdır’ diyor. Sizce bu doğru mu?”

Hoca dedi ki: “İnsandaki kusurların, çarpıklıkların mübalâğalı bir Ŗekilde ortaya çıkmasıdır, mânâsına bir tarif bu. Halkın delilik dediği, bir takım ruhî dengesizlikler, aslında hepimizde mevcut olan, fakat bazılarında çok mübalâğalı Ŗekilde, dengesiz bir Ŗekilde ortaya çıkan belirtilerdir. Herkeste fke vardır ama gelir geçer. Kontrol altına alınır. Mtemâdiyen fkeli olup da, önüne geleni kesip bierse, bu bir delilik olur. “Amok” adı verilen böyle bir hastalık var. Uzak Ŗark’ta görülür. Nöbet gelir, önüne geleni öldürerek, bir kriz atlatır insan. Hatta Stefan Zweig’in “Amok” isimli bir romanı vardır. Sanıyorum Alain’in szn-



deki kusurlarımız, hatalarımız mânâsına-
dır, günahlarımız mânâsına değildir.”

İçin dnce boyutunu, üst dn-
cenin insan hayatındaki yerini ve fon-
ksiyonunu test etmek için, farklı bir sual
daha sordum hocaya. Dedim ki, “Bir ba-
ka Batılı dnr da, ‘dünyanın hastalara
olan borcu, hastaların dünyaya olan bor-
cundan fazladır’ diyor. Gerçekten dn-
yanın hastalara ve delilere borcu var mı?”
Hocanın cevabı olumlu ydu:

“Olmuştur.. Çünkü, kr itiyatların
zincirini kıran bir takım sivri tipler zuhur
etmeseydi, dünyada hiçbir ilerleme
olmazdı. Yani bir takım değişiklikleri,
inkılâpları bazen muvazeneli, misyonu
olan, büyük insanlar yapmıyor. Bir takım
zıplarlar da, psikopatlar da birçok yenilik-
lerin iğir açıcıları olmuştur. Onlara da,
ihtiyaç var. Yoksa çok statik kalır
cemiyet. Dinamizmini kazanması ve bu-
nu devam ettirmesi için cemiyetin bu
tiplere ihtiyacı var. Doğrudur, insanlık
bunlara çok Şey borçludur.

Delilikle deha arasında, kıl payı kadar
bir fark var derler. Bu da, doğrudur. Deli-
likte yaratıcı gücü yoktur. Dehada ise var-
dır. Yaratıcılıktan kasıt, mevcut imkânlar
içinde yeni kombinezonlar bulmaktır.
Bu büyük sanatkârların iidir. Bunlar
içinde de, bu gücü en iyi kullananlar dâ-
hilerdir. İster fikir sahasında olsun, ister
sanat sahasında olsun, bu gücü kullanan
Öyle dahiler var ki, onun muvazenesin-
den kıl payı kayması, onu hakikaten
büyük akıl hastalıklarına da götürebilir.
Hasta dahiler de vardır. Meselâ,
Nietzsche parali zeneral dedikleri, fren-
ginin beyne yürümesinden ileri gelen bir
hastalığa tutulmuştu.

Dahilerin içerisinde, bazı sar’alılar
var. Dostoyevski meselâ sar’alıydı. Ken-

disi bir takım ruhî rahatsızlıklarla boğu-
tuğu için, onları merak edip teori hâlin-
de ortaya çıkarımlar var; bunlar kendi ha-
yatından ilham alarak bir takım grler
ileri sürerler. Felsefe sahasında olsun,
diğer fikrî sahada olsun, sanat sahasında
olsun bu tipler vardır. Meselâ Adler, ken-
disi bariz hastalıklı bir ocuk olduğu için,
‘aşağılık duygusu’nun teorisini ortaya
atmıştır. Yahudi oluşunun kompleksi
içinde, Yahudi mistisizminden, Kabal’-
den faydalanarak, düşüncesini geliştiren
Freud var, meselâ.”



**Delilikle deha arasında, kıl
payı kadar bir fark var derler.
Bu da, doğrudur. Delilikte
yaratıcı gücü yoktur. Dehada
ise vardır. Yaratıcılıktan
kasıt, mevcut imkânlar içinde
yeni kombinezonlar
bulmaktır. Bu büyük
sanatkârların iidir. Bunlar
içinde de, bu gücü en iyi
kullananlar dâhilerdir. İster
fikir sahasında olsun, ister
sanat sahasında olsun, bu
gücü kullanan öyle dahiler
var ki, onun muvazenesinden
kıl payı kayması, onu
hakikaten büyük akıl
hastalıklarına da götürebilir.
Hasta dahiler de vardır.**



Sıra asabiligin coğrafi boyutuna
gelmişti. Acaba lkemizin en asabi
kişileri hangi bölgeden çıkmaktaydı?:
“Bölgeler arasında en asabi insanlara
hangi yörede rastlanmaktadır?” diye sor-

dum. Sanki alacağım cevap iime doğ-
mutu. Bu mutlaka Karadeniz olacaktı.
Çünkü, zor ve hırçın tabiat Şartları ile
besin kaynakları insan psikolojisini etkil-
er deniliyordu.

“Efendim, insanın mizacında, karak-
ter ve Őahsiyetinde hem coğrafinin,
hem de ırkın ve çevrenin rolü var. Aynı
zamanda beslenme tarzının da tabii.
Meselâ, Akdeniz bölgesi insanları daha
hırçın, daha yaygaracı olur. Nebatî gıda
alıp da, hayvanî hiçbir gıda almayanlar
sâkin, munis tabiatlı olurlar. Hayvanî gı-
da yiyenler daha a ve daha hareketli, da-
ha dinamik olur. Yerleşik bir site mede-
niyetinin insanları başka türlü davranır,
gcebe halk başka türlü davranır. Irk-
ların da tabii rolü var. Irk meselesi, Al-
manlar tarafından istismar edildiği için,
Şimdi herkes korkuyor bahsetmeye ama,
insan davranışları üzerinde ırkın, ırk fak-
türünün Şüphesiz ki payı var. İrsî husu-
siyetlerle doluyuz. Bu da, ırktan geliyor.
Gayet tabii bir durum bu. Bir Yahudi’nin
kromozomları ile, bir Trkn, bir
Alman’ın, bir İngiliz’in, bir Zencinin kro-
mozomları aynı değil. Kabiliyetler, isti-
datlar, davranışlar farklı. Bundan ötürü,
ırkın içinde yaşadığı fizik evre, coğrafya
ve iklim, hem de kültür çevresi bütün
bunların siberetik bir Şekilde muhas-
salasıyla insan ortaya çıkıyor..”

“Türkiye’de genellikle Karadeniz
insanının daha asabi olduğu söylenir..”
Acaba bu doğru muydu? Hocanın cevabı
Şöyle oldu: “Karadenizliler bir defa kendi
aralarında evlenmeleri ve iktisadî zorluk-
lar içerisinde yaamaları mnasebetiyle;
denizle uğramaları, dağ ve yamalarla
didinmeleri mnasebetiyle, bir takım
hususiyetleri var. Bu da elbette, onların
davranıları üzerinde etkili olmaktadır.”

Ömer BOLAT

Chairman of MUSIAD

INSIGHT INTO THE HEALT REFORM SUMMARY



Ömer BOLAT
Chairman Of MUSIAD

Insight into the Healt Reform

Changes the world undergoes in every field affect the lives of people, their way of life and standpoints. Today, staying healthy is one of the prerequisites of making life more meaningful, being successful and working efficiently and effectively in a peaceful society.

What we call “health services” is directly related to people’s lives and health. As people improve financially and ask for better standards of living, the demand for health services increases accordingly.

Advance in technology and science is more reflected in the medical services than other fields. Not a day passes when medical industry, large companies and

researchers announce development of a new medicine, vaccine or method of treatment. Yet, many people around the world continue dying because of contagious diseases or adverse conditions of living.

To meet the rising demand in health services, countries were obliged to make fundamental changes in the underlying approach regarding presentation of these services. Each country formulated a health policy in parallel with its culture, geographical and economical characteristics, and even human being profiles. Developed countries had to collect substantial taxes to finance their social security and health policies.

To ensure people take better health

services and have easier and widespread access to these services, the health system should be examined on the macro level in the first place. There always have been problems and inequities in presentation of basic services, which the state is obliged to offer as a requisite of the social state principle. Plans under the names such as “transformation in health” and “health reform” are all works aimed at eliminating these inequities and imbalances. Despite the latest steps aimed at alleviating the problems related to presentation of health services, there is way to go.

An efficient management is the basic condition of success in social security and health policy. Unification of health

services under one roof, and implementation of specific policies under the emergency action plan, signal many developments the Social Security and General Health Insurance Law will bring. SSK (Social Insurance Organization), Retirement Fund and Bağ-Kur are united under the Social Security Organization. As this new organization started to manage the social security system under a single authority, many steps regarding the scope of social services, patient referrals and use of hospitals and health institutions were easily taken.

Along with this, “family medicine,” which is the first level in the scalar presentation of health services, was initiated as a pilot exercise. The increase in preventive health services that will be facilitated with this practice will lead to a healthier society and self-financing social security system.

Also, regulations were introduced to facilitate people under the social security system to get service from private medical institutions, and bureaucratic obstacles that prevent them from choosing their doctors and hospitals were removed. All these positive changes and developments show that in just 4-5 years the most comprehensive transformation of the last 40-50 years was achieved in

health services and social security system.

Although formulation of policies regarding presentation of health services and health problems look easy, implementation of these policies is another story. In making and implementation of health policies there are many conflicts taking place in the background. Big interest groups and international companies operating in the medical sector are main actors of these conflicts. Developed countries which develop new medicines, and less developed countries which consume these medicines have totally different approaches in handling of health problems. We sometimes witness negative results of these conflicts on human health in many parts of Africa, in underdeveloped corners of Asia and even in our own country.

Today, big industrial organizations and capital centers are influential in formulation of global health policies. What is regrettable is that thousands of babies dying each day due to malnutrition or adverse conditions are not taken into consideration when making these policies. Patient rights and health ethics should be questioned at this time when global policies are decided in such fashion, billions of dollars are spent on

health services and capital organizations in health sector attain such big volumes. Health tourism, foreign investments in health sector and foreign doctors are frequently discussed issues. Increase in foreign investments is very important as it will intensify competition between public and private health institutions. In this field of competition, the capital which holds fast to the national values and equate serving people with serving God should increase investments in health sector. MUSIAD supports and encourages investments in this sector. I would like to emphasize that we will not evade our responsibility in letting our people take the best of health services.

In conclusion, health covers many aspects ranging from body and mental health to presentation of services and implementation of policies. We are first of all responsible for protecting our own health under the consciousness that our bodies are given to us by God. One of the most prominent poet sultans of our history Kanuni Sultan Süleyman explained the importance of health very well in two stanzas:

There is nothing among people as respected as the state

There is no state in the world like a single breath of health.



Health Services Focused on Human

Prof. Dr. Recep Akdağ / Health of Minister

The most distinctive feature of policy of transformation in health services is shift from organization-centered to human-centered approach. We set out with the principle “human first” and

formulated our policies on this principle.

We unified public hospitals under one roof and opened them to service of all people. We removed the stark wall between private and public sectors so that people benefit from all resources of the country. We have given authority and flexibil-

ity of management to hospitals and allowed them to utilize their own resources. We tried to transform medical institutions into human-centered organizations instead of being cold faced public establishments.

With the start of General Health Insurance, there will be no difference between insured, civil-servant and green card holders, and premiums of those without financial power will be paid by the state to fulfill the principle of social state. For elder people and those with difficulty of walking, “care at home” services will be introduced.



Reform in Health, “One Roof” Era in Health and Reforms Introduced with the Health Implementation Communiqué

Birol Aydemir

As a consequence of Social Security Reform program, the Social Security

Organization was founded with the Law 5502, and SSK, Retirement Fund and Bağ-Kur were unified under one roof. The aim was to offer our people a social security service that is effective, just, easily accessible, sustainable in actuarial and

financial terms, and in line with contemporary social insurance principles.

As an organization, our mains tasks are notification of individuals and institutions about their rights and duties and facilitation of fulfillment of these rights and duties.



Deputy-Undersecretary of Health, Healt Transition Programme and Services Pursued

Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Health transformation program anticipates a social insurance model in accordance with the principle of equity,

which people will contribute to in proportion to their financial condition and benefit from according to their needs.

Health transformation program targets continuous quality improvement. A performance-based payment model unique to

us was developed, and a quality dimension was added to the system as a second step, which resulted in the Institutional Performance and Quality Improvement regulation. As a result, a hospital evaluation system was implemented based on measurement of access to health services, infrastructure development process, patient satisfaction and attainment of targets.



“There Should be New Investments in Health Sector”

Prof. Dr. Erman Tuncer

I find it very important that investors, who accept their own national values as their capital, invest in the health sector.

Handling of some of the medical services, emergency services for example, by private sector may improve the quality of these services, and further relieve the public.

Another issue that must be attached importance is preventive medicine. There are ways to prevent illnesses before getting ill. Preventive medicine based on vaccination campaigns and other precautions is important for the health of the country. We should pay attention to this.



Human Resources Management in Health Services

Prof. Dr. Haydar Sur

Human resources management should be counted among important topics of health services. Advances in science and technology caused a visible development especially in health services and that resulted in complex health organizations, health information systems and health professionals.

The basic principle which human resources managers should not violate when they are meeting such expectations is humanly treatment of the workers. Lately, the deficiencies in humanly treatment of workers have been widely researched in Health Management Science like in the general Management Sciences, which revealed unpleasant results.



Financing of the Health

Dr. Kadir İnal

Like every other asset, modern medicine that progress with the help of advanced technology has a cost. Financing health sector has great significance for a country when we consider the education and employment cost of the qualified workforce, and cost of devices, medicines and materials used in diagnosis and treatment.

In 1990, the OECD average of funds allocated to health as a ratio of GDP was 7 %, which increased to 7.8 % in 1997, 8.5% in 2002, 8.8 % in 2003 and 8.9 % in 2004. Likewise, the burden of public health expenditures increased considerably. Such an increase in expenditures should be macthed by a similar increase in financing.



Health Service Presentation Models and Country Examples

Dr. Emel Lüleci

“Health Services” comprise all institutional and technical services presented in a programmed and planned fashion with the ambition of protecting, treating and rehabilitating the physical and mental health of the society. Health services, in contrast to other services in the market, are

non-standardized and consumers has little or inaccurate knowledge of these services. We lack a properly functioning patient referral system. State support to low income segments is weak. Although the country stays at the top in terms of health expenditures per capita, the health indicators and patient satisfaction is disproportionate.

Performance-Based Revolving Fund Practice

Dr. Ali Adil

General and annexed budget organizations produce goods and services while they carry out public services. During the production process generally there is a gap in the production capacity. Revolving fund organizations helps to fill in this idle

capacity. Health institutions can employ workers who are not civil servants and whose salaries are paid through revolving fund system.

Money Sharing Between Hospital, Patient and Doctor

Hüseyin Öztürk

What is MÜSIAD’s slogan: “High Morality – High Ethics” If high technology is used with high ethics, then hospital, patient and doctor will be all happy and sharing of money will not pose a problem.

The underlying logic of the opposition by Chamber of Doctors and other institutions to government’s health policies is the imbalances in sharing of money.



Health Transformation from the Perspective of Private Sector and Patients

Dr. Selahattin Semiz

A few years ago, we had a health system complained by everybody. Patients waited for hours and days at the hospital for examination, and even for months for treatment and operations. Meanwhile, there had been cases when people witnessed unpleasant bargains. Also, obtaining medicines was a tormenting process.

The most evident deficiency of the health transformation program has been the lack of family medicine, ongoing problems with the patient referral system, and negligence of the polyclinics and medical centers. Pilot exercises continue in these fields and the aim is to spread it to the rest of the system.



Latest Developments in Medicine

Mahmut Tokaç

Man has always felt the need for medicines since his existence. Today presence of medicine is as big a problem as its absence. The need for development of new medicines and ongoing debate on experiments on live humans create a dilemma, which is highly visible when the issue is development of medicines for children.

In Turkey, Turkish Center for Monitoring and Evaluation of Adverse Effects of Medicines (TAMDER) was founded in 1985, under the Ministry of Health General Directorate of Medicines and Pharmaceutics. TAMDER joined World Health Organization's Cooperative Center for Medicine Monitoring as the 27th member in 1987.



Eye Surgery Requires Expertise

Eyüp Akbal

General Manager of Afiyet Medikal says that they were founded to fill in the gap in the ophthalmology field and added that they are taking steps to be the pioneer of the field. Akbal explained their goals as finding and developing new opportu-

nities of growth in their main field of operation, introducing new developments and technologies in the world to Turkey, utilizing their resources in the most efficient way, staying a dynamic company and walking on this path toward their objectives.

The Nearest Health Consultants – Drugstores

Murat Akbıyık

The practice that allowed SSK and green-card holders to get medicines directly from local drugstores started in 2005

despite the resistance from the bureaucracy. This brought a big relieve for patients in obtaining medicines.

Features of Officials Employed in Ottoman Houses of Cure (Daruşşifa)

Prof. Dr. Nil Sarı

Today health problems became formidable. States constantly regulate their health policies to give the best service. In our history most of the health services were carried out by volun-

tary foundations. In this respect, the choice of doctors, the administration and patient rights in Ottoman foundations are summarized in this study.



Pole Star Health Volunteers Organization

Dr. Abdullah Daştan

We want to help people without discriminating them based on religion, language and race since all are created by God.

Whoever needs health assistance, we, being doctors, want to bring them service wherever they are.

Doctors, nurses and civil servants of health normally work to earn their living. But people in this organization do their job by which they earn money freely to help other people. That is the story in brief.

An Example of Alienation: Patient or Customer?

Dr. Hakan Ertin

In parallel to postmodern reflections in science, in the last 20-30 years the wall between the health sciences and social sciences became more permeable, and health scientists and social scientists became more cooperative. As a result of this, there is a widespread tendency to explain the medical events in social science terms.

Health, similar to education, is a human right which should be presented to all individuals of society on equal terms. The seemingly unquestionable nature of medicine and the accompanying respect in the eyes of people, cause some weird situations where apparent mistakes are neglected.

Potentials of the Traditional Medicine and Merkezefendi Traditional Medicine Association

Modern medicine, under these conditions, has become to threaten the borders of world resources and human organism. As health professionals become more addicted to diagnosis and treatment technologies developed by multinational compa-

nies, human and animal medicaments, vaccines and nutrition products, they move away from potentials of the traditional medicine.



Importance of Sales Points in Terms of Health and Things to Do

Abdurrahman Kaan

Today in our country the retail market has reached a level equal to 20 % of the GDP, with a volume of 70 billion dollars.

Share of foodstuffs continuously increases. Chain markets which we first met in the 1990s have attained unbelievable

turnover rates.

The journey of food ends in the digestion system of the consumer. So despite all the rhetoric on quality, what we actually shape with our hands is our family's and society's health in the first place.



Health tourism in Turkey

Uğur Genç

Turkey meets most of the requirements to succeed health tourism. Our advantages are Turkey's geographical position, reflection of the current tourism potential to health services, technological equipment at world standards in our hospitals and quality of doctors and human

resources.

Finally, if Turkey wants to be major player in health tourism in the coming years, public sector and private sector should cooperate. Government should support private investments in this sector.



“Customer Satisfaction in Our Service Vision”

İbrahim Ceylan

Our vision is to provide a good health service to eyeglass users in our 2200

sqm center, the single example in Europe, with a variety of world's best brands.



23. Tübitak – EU's 7th Framework Program (FP) Opportunities in Health

Okan KARA

EU's 7th FP's budget allocated to health increased by 110 % to over 1 billion euros from 503 million euros in the 6th FP. Therefore health has become the field with the second largest budget. Besides, EU Commission's budget allocated to health for the coming 7

years is 6.1 billion euros.

FP7-HEALTH -2007-B which is the second call in health in the EU's 7th FP with a budget of 532 million euros, will be opened on 18th June 2007 and closed on 18th September 2007.



Health Sector Should Become a National Sector

Mehmet Karakayalı

Turkey's private health sector with a history of 15 years resembles to the proud but poor child of an aristocratic family. Private health sector grew by 100 % in the last five years and it

is expected to grow by 100 % in the next 10 years.

Private sector's employment, value added and service quality should not be underestimated, and should be counted as an integral factor of the country's health policies.



Herbs and Herbal Remedies Under Light of Regulations

Gürbüz YUMAKOĞULLARI

I can summarize our activities up to date as adapting to the advancing technology, designing new products, buying new

technological machinery and expanding our product range.

Our goal is to increase our vendors from 7 to 16 in 2007, by promoting our company in the country and abroad.



There's Another World We Can Embrace with Our Own Civilization Values

Prof. Dr. Ali İhsan Taşçı

Hayat Foundation adopted as its vision, embracing world with belief in its own civilization values, holding realistic objectives to be a congruent part of this world, accumulating knowledge and expertise to be the authority in its field and creating systems to carry these experience to the future.

Our task is to make our operations permanent under the roof of a foundation and becoming a congruent piece of the picture of the Civilization of Foundations. There are lots of things to do in health, especially in preventive medicine, appropriate presentation of health services and treatment services.



A Trash Can will not be Enough!

Yrd. Doç. Dr. Sami GÖREN

Waste production is very natural and a right of every living thing. But although it is a natural process, treatment of waste is a real problem. Humans do not want to see the waste they produce. If it is appropriate to say, people think “let it go anywhere, but not stay around me.”

If we do not pack our domestic waste properly, the dirty water

drops will start pollution from our doormat and continue with the stairs, doorstep, trash can, garbage truck, streets, garbage collection centers and finally our drinking water.

Simple disposal of waste is not a cleanup, it is denying responsibility. Yes, for a satisfactory standard of living, a longliving Earth and proactive handling of the looming crisis, a simple trash can will not be enough!

Disposal of Solid Waste in Turkey

Prof. Dr. Nevzat KOR

About disposal of solid waste, Ministry of Environment and Forests has decided to establish Inter-Municipal Regional Administration Unions, to develop economically sustainable Regional Solid Waste Treatment Projects and implement these projects within a plan.

Solid Waste Administration Union will define the waste basin,

in other words the extent of the region and population where the solid waste services will be provided. Solid waste services will include waste collection, transportation, recycling, refinement and elimination activities. Within the framework of the Solid Waste Master Plan, we have outlined the solid waste strategies to be adopted by municipalities, except the metropolitan municipalities, between the years 2010-2030.



Environmental Management and Responsibilities of Local Administrations

Osman Akgül, İSTAÇ

İSTAÇ, which is an extension of İstanbul Metropolitan Municipality, has been implementing new practices in line with national and international standards, since its foundation on 18.12.1994. With its technical expertise and technological infrastructure, İSTAÇ shares its experiences with all of Turkey, İstanbul in particular.

Urban development, environmental protection and control, air pollution, underground and aboveground water pollution, protection of flora and fauna diversity, green areas and planta-

tion should be counted among chapters within context of Environmental Management, not just collection of wastes and cleanness of the city.

Elimination or alleviation of pollution at the location it is produced, and appropriate disposal of the waste without harming human health and receptive mediums are also important issues. Environment is not only a responsibility of governmental and municipal administrations, but it is a multidimensional struggle starting from the individual to the society and societies, which will also affect the coming generations, centuries and millenniums with its global influence.



Single Example in Solid Waste Disposal - İzaydaş

Bilal ŞENGÜN, İZAYDAŞ

When we look at the present situation of Turkey, we estimate that a waste volume of 2 million tonnes is produced annually. About 500 thousand tonnes of this volume should be burned. But we can only burn 30 thousand tonnes of this waste annually, which is a very small capacity compared to the necessity. This causes big problems.

Industrialists should be very keen on waste management, preparing their organizational programs and waste production plans. Although it may increase their immediate costs, implementing a separate position for this purpose might be beneficial in the long run.

During history, in the cities which were engines of civilization, nature was treated differently in accordance with the mental and emotional state of their inhabitants. In today's world, the way of life imposed on us by the modern civilization gives nature a mechanical and artificial role and humans are alienated from it. The mental instruments of modern conceptualization of the nature and human relationship include such contrasts as active-passive, inclusive-exclusive, source of knowledge-source of waste, source of production-source of consumption, human friendly-anti human and so on. A common notion that can be seen is that human-nature relationship is based on a struggle.

Less is More, Small is Beautiful

Yrd. Doç. Dr. Aynur CAN

Renaissance, humanism and enlightenment are result of quest of freedom and rebellion against the oppressive authority of the denegenerated Church. So reflection of nature in the mental sphere of inhabitants is more important than the contribution and influence of nature to the formation of cities as a constructed space. There is need to expand human-nature relationship to the city and discuss it within that context. First of

all, we aim to explain perception and interpretation of the natural space, and state of natural space-human relationship within the context of city.

We know that we need to interpret this spiritual world from different civilizational and mental standpoints, study it carefully and make mental exercises on it.

Miracles in Air and Water

Dr. Halim AYDIN

There were great changes that took place in the Earth's atmosphere. The giant asteroid billowed out clouds of dust into the atmosphere, which finally led to extermination of dinosaurs. What happens today, although it is difficult to grasp, is equal in effect to such events in the past, as the balance of gases in the atmosphere changes.

Greenhouse gas emissions increase absorption capacity of the atmosphere of the infrared energies, and cause deviation in

the balance between energy entering and leaving the atmosphere. When all the conditions are kept equal, doubling of greenhouse gas accumulation (which is expected to happen at the turn of the 22nd century) will decrease the energy release of Earth to the space by 2 %. God protected life on Earth with a miraculous balance in the air and water. Man and his endless desires are the only factor that breach this balance. And he is also the one who will be affected most adversely by such breach.



Legal Developments About Environment and the New Environment Law

Av. Ozan ÖĞÜT

The Environment law which could not catch up the pace of the harmonisation efforts with the EU provisions, was quickly prepared and enacted after poisonous barrels were found in Tuzla. With the new Law, in protection of environment and taking precautions,

professional chambers, associations and NGOs will share responsibility with the central and municipal administrations. This practice will allow inclusion of civil society in the process, legalize their interventions and allow them to protect their rights more effectively.



Solid Waste and İstanbul

Eyüp Vural AYDIN

Solid wastes are materials which are disowned by their owners and that should be removed and disposed for public benefit. These wastes should be eliminated with certain techniques so that we have a sustainable environment. Nature cannot exterminate these wastes by itself. Although nature can recycle certain materials, chemical based wastes in high volumes cannot be recycled naturally.

When we look back to our experience with solid wastes and their disposal, prior to 27 August 1995 when the Directive was legislated, the only assumed solution was separate storage of dangerous wastes. But in regular waste storage sites constructed by municipalities using World Bank funds, dangerous wastes are no more stored, as it poses dangers to store them together with domestic wastes.



EU Environment Funds

Selçuk MUTLU

European Union's environmental policy is one of its most difficult policies to implement, manage and inspect, because it is intertwined with many other policy areas. Universal dimension has a pivotal role in many of the policies implemented. In environmental context, there are direct grants that do-

not require project calls. And within context of framework partnership agreements there are special grants too.

Main target of Framework Programs is realization of ERA, which aims at making Europe the most dynamic and competitive information economy in the year 2010.