

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi
Adına Sahibi

Doç. Dr. Turan Aslan

Yayın Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Necdet Ünüvar

Genel Yayın Yönetmeni

Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Yazı İşleri Müdürü

Osman Güzelgöz

Reklam ve Halkla İlişkiler

Mine Tunçel

Sanat Yönetmeni

Mehmet Emin

Grafik Tasarım

Selim Akyüz

Yazışma Adresi

Refik Saydam Hıfzısıhha

Merkez Başkanlığı

Cemal Gürsel Cad. No: 18

Posta Kodu: 0600 Sıhhiye / ANKARA

Tel: 0312 431 28 80 - 81

E-mail

sbdiyalog@saglik.gov.tr

SB Diyalog basın meslek ilkelerine
uymaya söz vermiştir.

SB Diyalog dergisi hekim,
diş hekim, eczacı, hemşire ve
diğer sağlık personeline Sağlık
Bakanlığı'nın hediyesidir.
Halka açık yerlerde satılmaz.
Kaynak gösterilmeden
yazılar iktibas edilemez,
alıntı yapılamaz. Yazılar yayınlarsın,
yayınlanmasın iade edilmez.
Yazılarda kısaltma yapılabilir. Hukuki
sorumluluk yazarlara aittir.

Editör'den

Günümüzde sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesi olarak kabul edilmektedir. Kişi başına düşen ulusal gelir ve dağılımı, sanayileşme ve istihdam düzeyi, beslenme, altyapı, temel mal ve hizmetlerdeki tüketim düzeyi, eğitim ve sağlık gibi birçok sosyoekonomik ve kültürel göstergelerle açıklanan "kalkınma", günümüzde başlıca eğitim ve sağlık göstergeleri ile açıklanmaktadır. Ülkenin gelirinin yüksek olmasının veya çok mal tüketmesinin gelişmişlik göstergesi olarak yeterli olmadığına farkına varılmış, eğitim ve sağlık sorunlarını çözebilmiş ülkelerin "kalkınmış" ülke oldukları kabul edilmeye başlanmıştır (Avrupa Birliği Amsterdam Belgesi, Madde 152).

Dünya Sağlık Örgütü, ülkelerin "21. Yüzyılda Herkese Sağlık Hedefleri"ne ulaşabilmeleri için kendi önceliklerini saptayarak, acil eylem plânı yapmaları ve bu plânları düzenlerken aşağıdaki temel ilkeleri göz önünde bulundurmaları kararını almıştır:

- Sağlık, sosyal gelişmenin temel ögesidir.
- Sağlıkta eşitlik ve bütünlüğe özen gösterilmelidir.
- Sağlığın geliştirilmesi insan odaklı olmalıdır.
- Gelişmeler bilimsel yöntemlerle değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- Sağlığın bütün yaşam boyunca sürekliliği sağlanmalıdır.

Ülkemiz, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarına sahiptir. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde bir karmaşa yaşanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve etkili bir şekilde ulaşabilmesi için atılması gereken en önemli adımlardan birisi sağlık hizmetinin olması gereken basamakta verilmesidir. Eğer birinci basamak sağlık hizmetleri ülkemizdeki gibi ağırlıklı olarak fiilen ikinci basamakta veriliyorsa sağlık hizmetlerinde eşitlikten, verimlilikten ve kaliteden söz etmek mümkün olamaz.

Sağlıklı yaşam insanların en doğal hakkıdır ve bu husus Anayasa'nın 56. maddesiyle de teminat altına alınmıştır. Vatandaş odaklı düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinde yeniden yapılandırma artık ertelenemez bir olgudur.

1978'de Alma-Ata bildirgesinden bu yana geçen çeyrek yüzyılda "herkese sağlık" düşüncesi, sağlık politikaları geliştirilmesinde ve sağlık sistemlerinin önceliklerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamış ve böylelikle temel sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi kabul görmüştür.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık sistemi, herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlamalıdır. Bu hizmet etkili, karşılanabilir fiyatta ve sosyal kabul gören tarzda olmalıdır. Her ülke sağlık sistemini plânlarırken bu faktörleri göz önünde tutarak kendisi geliştirmelidir.

Sağlık sistemindeki sürekli değişimin yaşandığı günümüzde herkese eşit, insan odaklı, sürekli sağlık hizmeti dileğiyle...

Temmuz 2004

6 Bir milyon bilinçli anne, milyonlarca sağlıklı bebek

■ Veysi Pamukoğlu

Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Projesi, İstanbul'da düzenlenen bir toplantıda Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ tarafından açıklandı. Sağlık Bakanlığı önderliğinde, UNICEF ve Procter & Gamble Tüketim Malları Sanayi A.Ş.'nin Prima markasının katkıları ile yürütülecek olan "Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek" Projesi ile her yıl en az 1 milyon anneye ulaşarak, onların bilgilendirilmeleri hedefleniyor.



10 Hastalar bizim neyiz olur?

■ Dr. Süleyman Can Numanoğlu

Sağlık ocağı hekimi olarak çalıştığım dönemde bir dergide, Amerika'daki bir kliniğin duvarında iki cümlelik bir ilkenin yazılı olduğunu okumuştum. Dergide yazdığına göre bu kliniğin girişinde şöyle yazıyordu: "Hastalar bize tabi değildir, biz hastalara tabiyiz. Hastalar bizim için değildir, biz hastalar içiniz."

12 Doktorlar da insan mıdır?

■ Mehmet Oğuz Yenidünya



Bundan 8 yıl önce, Şule Yayınları arasında bir kitabım yayınlanmıştı: Hastalar İnsandır. Kitap yazmak, bir konu üzerine söz söyleme cesaret ve gücünü üzerinde taşımak, ağır şeyler. Ben doğrusu bugün, aradan 8 yıl geçmiş olmasına rağmen kendimde bu cesareti giderek daha az buluyorum.



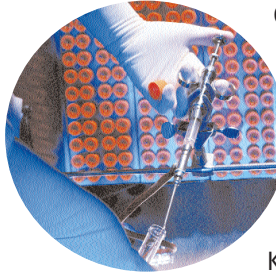
14 Hastane "Yönet-me" Sistemi ve Süper Başhekimler

■ Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Hastane en yaygın kabul gören anlamı ile yataklı tedavi kurumudur. Yönetim biçimi de Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Buna göre hastanenin en üst yöneticisi başhekimdir. Başhekim, hastane müdürünün, başhemşirenin amiri konumundadır.

17 Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu

■ Cevat Temiz

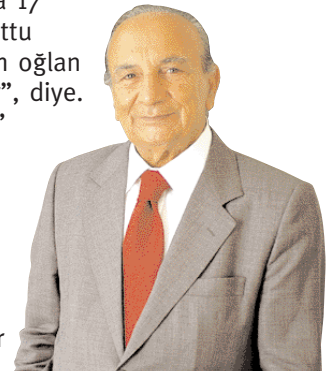


Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu 15-16 Haziran tarihlerinde Ankara'da toplandı. Ortadoğu Kanser Konsorsiyumunun Kurulmasına İlişkin Anlaşmaya taraf olabilmemiz için hazırlanan ek metin, Sayın Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından Kanser Kayıt İzleme Komitesi Toplantısı sırasında imzalandı.

18 Dr. Selahattin İçli ile geçmişten günümüze

■ Dr. Murat Derin

İlk kez beste yaptığımda 17 yaşındaydım. Babam tuttu amcama götürdü; "Bizim oğlan beste yapıyor, uğraşıyor", diye. Faruk Nafiz'in "Hıyaban" şiirinden hüseyini bir şarkıydı bu ilk beste. Amcam, "oku bakayım" dedi, okudum. "Allah Allah yahu!" dedi. "Bal gibi hüseyini olmuş. Bir daha oku bakayım!". Bir daha okudum.



Temmuz 2004

24 “Her bireye sağlıklı yaşam ve sağlıklı çevre”

■ Ayhan Demir

Macaristan’da toplanan 4. Avrupa Çevre ve Sağlık Bakanları Konferansı’nda konuşan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, her bireye, özellikle çocuklara, sağlıklı bir yaşam sağlamayı ve bireylere sağlıklı bir çevrede yaşama olanağını kavuşturmayı amaçlıyoruz" dedi.

26 Dosya: Sağlıkta, sağlıklı atama dönemi

■ Osman Güzelgöz

Bürokrasimizde personel atama yöntemleri, geçmişten bugüne tartışılan ve her zaman memnuniyetsizlik oluşturan bir konudur. Mevcut personel atama sistemleri yalnızca Sağlık Bakanlığı’nda değil, bütün bakanlıklarda kanayan bir yara haline gelmiştir.



36 Fabrika kızı

■ Doç. Dr. Kemal Sayar

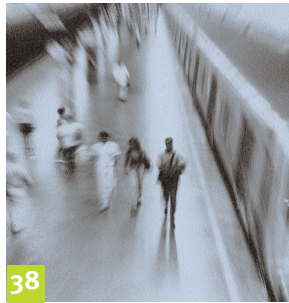
On dokuz yaşındaydı, konfeksiyon işçisiydi ve ağır bir depresyonun pençesinde hayattan bezmiş, narin bedeninde zoraki taşıdığı kiloları peşi sıra vermiş, bitkin ve çaresiz psikiyatri kliniğine yatırılmıştı.



24



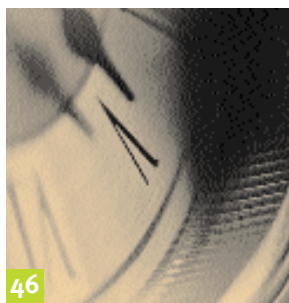
36



38



42



46

38 Performansa dayalı ücretlendirme sistemleri ve Sağlık Bakanlığı’nda bir uygulama: Döner sermaye gelirlerinden ek ödeme sistemi

■ Harun Kırılmaz

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya koyulan performansa dayalı ek ödeme sistemi, kamu sektöründe performansa dayalı ücretlendirme sisteminin ilk pratik örneğidir. Modern yönetim teknikleri çerçevesinde öncelikle özel sektörde kullanılmaya başlanan ve yaygınlaşan, ardından da "kamu işletmeciliği" zihniyetini benimseyen kamu sektöründe de yavaş yavaş uygulama alanı bulan performans yönetimi sisteminin bir parçası olan performansa dayalı ücretlendirme sistemleri; kurumsal verimliliği artırmanın yanı sıra bireysel verimlilik ve motivasyonu sağlayıcı bir araç olarak karışımıza çıkmaktadır.

42 Sağlıklı şehir

■ Dr. Alp Aker

46 Sağlıkta koşar adım

■ Dr. Hüseyin Demirel

52 Thi-Nho Vo ve Thi Than Van Vo

■ Dr. Senai Demirci

55 “Bilgi Terapisi”ne var mısınız ?

■ Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

58 Yeni Ufuklar

■ Dr. Mahmut Demir

60 İnsan&İnsanlar

■ Dr. A. Cem Toprak

62 Kültür ve Sanat

■ Dr. Gül Karakuş

63 Kongreler/İnternet Dünyasından

■ Dr. Sinan Korukluoğlu

64 Çengel Bulmaca

■ Nedret Erdoğan



Bir milyon bilinçli anne, milyonlarca sağlıklı bebek

Sağlık Bakanlığı “Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek” kampanyası ile annelerin hastaneden ayrılmadan kendilerinin ve bebeklerinin sağlıklarını ilgilendiren temel konularda bilgilendirilmeleri ve bebeklerin sağlıklı gelişmesi, büyümesi konusundaki toplumsal bilincin yükseltilmesini amaçlıyor.



■ Veysi Pamukoğlu

Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Projesi, İstanbul’da düzenlenen bir toplantıda Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ tarafından açıklandı. Sağlık Bakanlığı önderliğinde, UNICEF ve Procter & Gamble Tüketim Malları Sanayi A.Ş.’nin Prima markasının katkıları ile yürütülecek olan “Bilinçli Anne, Sağlıklı Bebek” Projesi ile her yıl en az 1 milyon anneye ulaşılarak, onların bilgilendirilmeleri hedefleniyor. Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Projesi’nin tanıtımı için düzenlenen toplantıya Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, UNICEF Türkiye Temsilcisi Edmond McLoughney, Prima adına P&G Dış İlişkiler Direktörü Dr. Hayrünnisa Aligil ve projeye gönüllü destek veren ünlüler katıldı.

Toplantıda gösterilen tanıtım filminde, projenin amacı ve hedefleri anlatılıp, doğum ve bebek ölüm oranları hakkında bilgi verilerek konunun önemine dikkat çekildi. Aktarılan bilgilere göre; Avrupa’da en çok doğum gerçekleşen ülke olan Türkiye’de her yıl 1,5 milyon bebek dünyaya geliyor. Bu doğumların yüzde 80’inin hastanelerde gerçekleştiğindikkate alan Sağlık Bakanlığı, yataklı tedavi kurumlarında doğum yapan tüm annelere ulaşmak amacıyla ‘Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Projesi’ne büyük önem veriyor. Projenin temel amacı, annelerin hastaneden ayrılmadan kendilerinin ve bebeklerinin sağlıklarını ilgilendiren temel konularda bilgi-



lendirilmeleri ve bebeklerin sağlıklı gelişmesi, büyümesi konusundaki toplumsal bilincin yükseltilmesi olarak açıklanıyor.

Proje kapsamında, bebeklerin doğdukları ilk anlarda hastanede yanlarında olunarak, proje ekibi tarafından ailelere bebeklerin sağlıklı gelişimine yönelik temel bakım ve sağlık bilgileri yüz yüze verilecek ve “Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek” eğitim kitapları dağıtılacak.

Bireyin sağlığı toplumun sağlığıdır.

Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Projesi’nin kamuoyuna açıklayan Sağlık Bakanı AKDAĞ, Hükümet Programı doğrultusunda anne, çocuk ve bebek sağlığına özel bir önem verdiklerine değindi ve konuyla ilgili açıklamalarda bulundu: Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ toplantıda yaptığı konuşmada “Sağlık Bakanlığı olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, anne ve çocuk ölümlerine yol açabilen sağlık problemlerinin çözümüne ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesine yönelik çeşitli çalışmalar yürütmekteyiz. Bugün burada açılışı için toplandığımız “Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Projesi” de bunlardan biri.” dedi. Akdağ, eğitimin önemine de dikkat çekerek şunları söyledi: “Projenin adından da anlaşıldığı gibi, bilinçli ve eğitilmiş anneler sağlıklı nesiller için vazgeçilmez koşul. Öğrenimi olmayan kadınların %

*Sağlık Bakanı Akdağ:
“Bu projedeki amacımız;
yeni doğum yapmış annenin
bilinçlendirilmesi ve eğitimi,
annelerin sağlık hizmetlerine
talebinin artırılması, bebek ve
çocuk ölümünün azaltılması,
erken çocukluk döneminde
gelişimin desteklenmesi ve yaşam
kalitesinin artırılmasıdır. Bu
amacımızı da hastanelerimizde
doğum yapan annelere ulaşarak
ve bebeklerinin sağlıklı gelişimi
için gerekli olan temel mesajları
onlara ileterek gerçekleştirmeyi
bedefliyoruz.”*

32,5’inin çocuğunu kaybetmesine karşın, ortaokul ve üzeri öğrenimi olan kadınların sadece % 1,9’u çocuk ölümlü ile karşı karşıya kalıyor. Bu projedeki amacımız; yeni doğum yapmış annenin bilinçlendirilmesi ve eğitimi, annelerin sağlık hizmetlerine talebinin artırılması, bebek ve çocuk ölümünün azaltılması, erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bu amacımızı da hastanelerimizde doğum

yapan annelere ulaşarak ve bebeklerinin sağlıklı gelişimi için gerekli olan temel mesajları onlara ileterek gerçekleştirmeyi hedefliyoruz. Şimdiden çocuklarımızın, geleceğimizin sağlığı için göstermiş olduğunuz duyarlılık ve katkıdan ötürü Prima'yı, UNICEF'i ve projeye gönüllü destek veren sanatçı ve sporcularımızı kutluyor ve teşekkür ediyorum." Akdağ, "Projeyi ülkemize hayırlı olması dileğiyle başlatıyorum." diye ekledi.



Söz konusu projenin amaçlarını; yeni doğum yapmış annenin bilinçlendirilmesi ve eğitimi, annelerin sağlık hizmetlerine talebinin arttırılması, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması, erken çocukluk döneminde gelişimin desteklenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması olarak sıralayan Bakan Akdağ, şu görüşleri dile getirdi:

"Ana çocuk sağlığı bir toplumunun huzurunu, gelişmişliğini ve kalkınmasını belirleyen temel unsurların ba-

şında gelmektedir. Ben de bir bakan, bir çocuk hekimi olarak ana ve çocuk sağlığına özel önem ve öncelik verdiğimi belirtmek istiyorum. Söz konusu proje kapsamında, yeni doğum yapmış annelere, bebek bakımı ve gelişimi konusundaki temel mesajları iletmek amacıyla, hastaneden ayrılmadan önce verilmek üzere eğitim dokümanları hazırlanmıştır. Beslenme, aşılar, hijyen, gelişim, nüfus kaydı, danışmanlık almak gibi konuların, genç annelerimizin bebekleri konusunda bilgilenmelerine yardımcı olacağına inanıyoruz."

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü Dr. Mehmet Rifat Köse ise açılış konuşmasında, ülkemizdeki eğitim düzeyi ve bunun aile planlaması ile çocuk sağlığına etkileri üzerinde durdu. Köse, "Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Projesi" ile ülke genelinde, her yıl en az 1 milyon anneye ulaşılmasının hedeflendiğini belirterek, annelere verilecek mesajlar hakkında da açıklama yaptı.

Bu proje ile yüz binlerce anneye ulaşma şansının elde edileceğine değinen UNICEFTürkiye Temsilcisi Edmond McLoughney, "Bilinçli Anne Sağlıklı Bebek Projesi" için yapılan işbirliğinin, UNICEF'in özel sektörle birlikte yürüttüğü çalışmalara iyi bir örnek teşkil ettiğini ve devlet, özel sektör ve sivil toplum örgütlerinin kamu yararına yaptıkları ortak çalışmaların artmasından memnuniyet duyduklarını belirtti.

P&G Dış İlişkiler Direktörü Dr. Hayrünisa Aligil ise yaptığı konuşmada, bu projeye Prima'nın annelerin, bebeklerinin sağlıklı gelişimi hakkındaki bilinç düzeyini artırmak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmalara bir yenisini daha eklediğini ifade etti. Aligil, Prima için anne ve bebeklere en iyiyi sunmanın yanında bebeklerin sağlıklı gelişimine katkıda bulunmanın da her zaman öncelikli hedefleri olduğunu belirtti. Aligil projeye ilgili olarak da şunları aktardı: "Sosyal sorumluluklarının bilincinde bir marka olarak, Türkiye'nin geleceği için önemli bir projenin içinde yer almaktan dolayı çok mutluyuz. Sağlık Bakanlığı'na da bu projede önderlik ettiği için teşekkür ediyoruz."

Projenin tanıtımı için özel olarak hazırlanan geniş çaplı reklam kampanyası ile başlayan proje ile ailelerin dikkati konuya yoğun bir şekilde çekilirken, bebeklerin hayatları boyunca, yaşam kalitesini arttırmaya dönük önemli aşı, anne sütü ve gelişim ile ilgili eğitici mesajları içeren poster ve afişler de hastanelerde yer alacak. Proje, yapılan basın toplantısının ardından tüm Türkiye'de kademeli olarak hayata geçmeye başladı.

Türkiye'nin artık yeni bir hastanesi daha var...



Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi



"Bugün burada açılışını yaptığımız bu çağdaş sağlık tesisi, Türkiye'nin sağlık sistemini getirmek istediğimiz noktayı da en güzel şekli ile örneklemektedir."

RECEP TAYYİP ERDOĞAN
BAŞBAKAN

- ◆ 24 poliklinikte 483 yatak
- ◆ 300 doktor, 400 hemşire ve 600 sağlık personeli
- ◆ 4 laminar akımlı 12 ameliyat salonu
- ◆ Modern donanımlı 40 yoğun bakım yatağı
- ◆ Acil servisleri bünyesinde gece uçuşlarına da uygun altyapısı oluşturulmuş helikopter pistleri
- ◆ Dializ ünitesi ve yoğun bakım üniteleri
- ◆ A sınıf kan bankası
- ◆ Yurtiçi ve yurtdışı birçok hastaneyle teletıp ve telekonferans bağlantı imkanı
- ◆ 5 kanallı radyo ve 12 kanallı tv yayın sistemi
- ◆ Hasta hakları ve sosyal danışmanlık birimleri
- ◆ Chek-Up Polikliniği
- ◆ İnternette randevu sistemi
- ... ve diğer modern üniteler.

Ankara - Eskişehir yolunda 33.000 metrekarelik yeşil, 65.000 metrekarelik kapalı alana sahip kompleksimiz Başbakanımız Sayın **Recep Tayyip Erdoğan** ve Sağlık Bakanımız Sayın **Prof. Dr. Recep Akdağ**'ın katılımıyla halkımızın hizmetine açıldı.



Eskişehir Yolu 8. Km. No: 2 Bilkent / ANKARA
Tel: 0 312 291 25 25
www.ataturkhastanesi.com.tr

Hastalar bizim neyimiz olur?



Dr. Süleyman Can Numanoğlu

Sağlık ocağı hekimi olarak çalıştığım dönemde bir dergide, Amerika'daki bir kliniğin duvarında iki cümlelik bir ilkenin yazılı olduğunu okumuştum. Dergide yazdığına göre bu kliniğin girişinde şöyle yazıyordu: **"Hastalar bize tabi değildir, biz hastalara tabiyiz. Hastalar bizim için değildir, biz hastalar içiniz."**

Bu yazı düşüncelerimi alt-üst etmişti. İster istemez hastalarla ilişkilerimizi ve buna esas teşkil eden "öğrenme"lerimizi sorgulamaya başladım. Bizim kurumumuzda da, görebildiğim diğer sağlık kuruluşlarında da buna ters bir anlayış hakimdi: Hastalar bize, yani hemkilere, hemşirelere, sağlık memurlarına kısaca sağlık personeline tabiydi. Ve sanki biz hastalar için değildik de onlar bizim içindi.

Bu yargının doğru olmadığı söylenebilir. Ama önemli bir çoğunluğu kamuya ait sağlık kuruluşlarının en azından bir kısmında şunları tespit etmek mümkündür: Hasta giriş kapıları ile personel girişi ayrılmışsa hasta girişi daha sapa yerde ve gösterişsizdir. Doktor bekletmez, hasta bekler. Bazı tetkiklerin yapılması için hastalığın aciliyeti değil, hastanedeki cihazların çalışma saatleri önemlidir.

Buna benzer örnekler kamu hizmeti sunan pek çok örgütte görülebildiği için bu olumsuzlukların geleneksel otoriter kültürden kaynaklandığı söylenebilir. Çünkü, "devlet, yani bütün kamu örgütleri, birey içindir" diyen yenilikçi çağdaş anlayışa karşılık, geleneksel otoriter kültür "birey devlet içindir" anlayışındadır.

İlişkilerde güç dengesi bakımından da "saygınlık ve onur yönünden herkes eşittir" diyen yenilikçi çağdaş anlayışa karşılık; geleneksel otoriter kültür, kişinin yaşı, konumu ve ilişki içinde olduğu insanların türünün onun saygınlık derecesini tanımladığını varsayar. Böyle olunca kamu hizmeti sunanlar zaman içinde kendilerini önemli, halkı daha az önemli gören bir anlayış geliştirmiş olabilirler.

Bilinen en eski mesleklerden biri olan hekimlik, insanların acılarını hafifletme ve rahatsızlıklarını iyileştirme özellikleriyle kutsallık atfedilen bir meslektir. Öte yandan insanlarla en zor günlerinde ku-

Bilinen en eski mesleklerden biri olan hekimlik, insanların acılarını hafifletme ve rahatsızlıklarını iyileştirme özellikleriyle kutsallık atfedilen bir meslektir. Öte yandan insanlarla en zor günlerinde kurulan yakın ilişki ve sırdaşlık, bekimleri en eski zamanlardan bugüne saygın bir konumda getirmiştir.

ruhan yakın ilişki ve sırdaşlık, hekimleri en eski zamanlardan bugüne saygın bir konumda getirmiştir.

Tıp fakültelerinde hekimlikle ilgili bilgiler öğretilirken “deontoloji” adı ile meslek ahlakının öğretilmesi belki de hekimlerin ayrıcalıklı konumu sebebiyledir. Çünkü insanlar tarafından böyle bilgece bir rol verilen meslek sahiplerinin “etik”le kendini kontrol etmesi beklenir.

Tutum ve davranışlarımızın kaynağı **paradigmaları**mızdır. Yunanca’dan gelen paradigma sözcüğü model, kuram, algı, varsayım ya da referans kaynağı anlamındadır. Paradigma sözcüğü algılamak, anlamak ve yorumlamak anlamında dünya görüşümüzü belirtir. Paradigmalar öğrenme sonucu oluşur, örgütlü ve dinamiktir. Fakat birey, paradigmasının farkında değildir.

Hekimlik mesleğinin teknik bilgilerinin öğrenildiği üniversitede farkında olmadan roller ve davranış modelleri de öğrenilir. Üniversite hastanelerinde hastalar yalnız hasta değil aynı zamanda eğitim araçlarıdır. Bu durum, çok sık sorgulanmaktan ve stajyer doktorlar tarafından olur olmaz muayene edilmekten bunalan hastalara zaman zaman hatırlatılır. Tıp öğrencisi o hastanenin hasta için değil, kendisi için olduğunu düşünmeye başlar. Bu yanlış mesaj farkedilemeyen bir zihinsel model haline gelmişse meslek hayatındaki pek çok olumsuzluğun temeli atılmış demektir.

İnsanlarla ilişkilerimiz söylediklerimizle uyumlu olmayabilir, fakat zihinsel modellerimizle uyumludur. Zihinsel modellerimiz dünyaya nasıl bir anlam verdiğimizi belirlediği gibi nasıl davranışta bulunacağımızı da belirler. Hayatımızda, tutum ve davranışlarımızda çok önemli değişiklikler yapmak istiyorsak, o zaman temel paradigmalarımız üzerinde çalışmamız gerekir.

Pek çok insan yeni bir rolü üstlendiklerinde düşüncelerinde temelde bir değişiklik olur. Hekimken hastalanmak, hekim rolünden hasta rolüne geçmeyi doğurur. Bu durumda tüm süreçlere farklı bir gözle bakmak mümkün olur. Ağır bir hastalığa yakalanan bir yakınımaya tıbbın bütün imkanlarını sunmak için çalışan bir hekim tanıdım. Zahmetli bir tetkik olan kemik iliği incelemesinden önce hastaya büyük bir şefkat ve özen gösterirken; “neler hissettiğini çok iyi biliyorum, üç defa ameliyat oldum” demişti.

Rol değişimi, paradigma değişiminin emin bir yoludur. Ama bu her zaman mümkün olamayacağına göre bir çeşit simülasyonla yeni şeyler öğrenmek ve daha insanca ilişkiler kurmak mümkündür. Zihinsel modellerimizi sorgulamak ve varsayımlarımızı denetlemek için yapacağımız simülasyon çalışması, empatik iletişimdir. Kendi-



Hekimken hastalanmak, hekim rolünden hasta rolüne geçmeyi doğurur. Bu durumda tüm süreçlere farklı bir gözle bakmak mümkün olur. Ağır bir hastalığa yakalanan bir yakınımaya tıbbın bütün imkanlarını sunmak için çalışan bir hekim tanıdım.

Zahmetli bir tetkik olan kemik iliği incelemesinden önce hastaya büyük bir şefkat ve özen gösterirken; “neler hissettiğini çok iyi biliyorum, üç defa ameliyat oldum” demişti.

mizi başkasının yerine koymak ve kendimize yapılmasını istemediğimiz şeyi başkasına yapmamak bizi olası çatışmalardan uzak tutar. İnsan haklarına saygı göstermenin ve daha insanca yaşamının kapılarını açar.

Bir yazı okudum ve paradigmam değişti. Birdenbire her şeyi başka türlü gördüm. Başka türlü gördüğüm için başka türlü düşünmeye, başka türlü hissetmeye ve başka türlü davranmaya başladım: **“Hastalar bize tabi değildir, biz hastalara tabiyiz. Hastalar bizim için değildir, biz hastalar içiniz.”**

Kaynaklar:

1. Beşinci Disiplin, Peter M.Senge, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul 1996
2. Etkili İnsanların Yedi Alışkanlığı, Stephen R.Covey, Varlık Yayınları, İstanbul 1997
3. İçimizdeki Biz, Doğan Cüceloğlu, Sistem Yayıncılık, İstanbul 1997

Doktorlar da insan mıdır?



Hastanede doktor ve hemşireden iyi bir muamele görmeyi hak ediyoruz da belediyede su parası yatırırken horlanmak yakışık alıyor mu? Hastanede kuyruk olmak göze hoş gözükmüyor da, çöp vergisi yatırmak için kuyruk olmak çok mu yakışık alıyor?

Mehmet Oğuz Yenidünya

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik Cerrahi Klinik Şefi

Bundan 8 yıl önce, Şule Yayınları arasında bir kitabım yayınlanmıştı: *Hastalar İnsandır*.

Kitap yazmak, bir konu üzerine söz söyleme cesaret ve gücünü üzerinde taşımak, ağır şeyler. Ben doğrusu bugün, aradan 8 yıl geçmiş olmasına rağmen kendimde bu cesareti giderek daha az buluyorum. Bunun çeşitli sebepleri olabilirse de her şeyden önce 8 yıl önce kitabı, bir gecede yazmadığımı hatırlatmak isterim. Kitap sadece, 8 yıl önce basıldı. Basılana kadar en az bir yıl da baskı öncesi beklediğini düşünecek olursak, ben adı geçen kitabın sayfalarını dolduran yazıları en azından 10

yıl önce kaleme almışım. On yıl önceki ben, 31 yaşındaydım ve henüz plastik cerrahi alanında uzmanlık eğitimi almakla meşguldüm. Şimdi doçent olmuş durumdayım ve bir eğitim hastanesinde klinik şefi olarak çalışıyorum. Bu kez eğitim veren konumdayım. Bunları şunun için yazdım ki, eşyanın içinde ve eşya ile beraberken idealerimizi yaşamak diye bir kavramdan söz ettiğimiz oluyor. Yani, insanlar gençken, para ve makamlar ile temasları az iken, çok iddialı ve duygu yüklü olabiliyorlar. Sonra bir de bakıyorsunuz ki aynı insanlar arabalar, yazlıklar, gözlük markalarına dair konuşmaya başlamışlar.

Şunu demek istiyorum, ben 10 yıl önce ‘Hastalar İnsandır’ derken neler düşünüyorduksam bugün de ona

yakın şeyler düşünüyorum. Fakat bu, değişmediğim anlamına gelmez. Elbette değişmişimdir. Ümit ederim ki gelişmişimdir. Fakat Hastalar İnsandır'daki hikayeler değişmedi. Çünkü onlar insanlık halleri idi.

...

Hastalar İnsandır asla ciddiye alınacak bir kitap değildir. Herhangi bir yaraya merhem olduğu söylenemez. Bundan sonra da bir yaraya merhem olması muhtemel değildir.

...

Hastalar İnsandır'a dair iyi ve kötü tepkiler aldım ve bunlar arasında beni en çok üzen, kitap hakkında sadece malumat sahibi olan insanların bana tanışma konuşmalarında 'hastalar da insandır kitabını biliyorum' demeleri olmuştur.

Neden?

Çünkü ben o kitabın herhangi bir yerinde hastalar da insandır demiş değilim. Sadece hastalar insandır dedim. Ama illa da "da" ilavesi ile konuşacak olursak, doktorlar da insandır, demek daha yakışık alıyor.

Evet doktorlar da insandır.

İnsanlar sever.

İnsanlar nefret eder.

İnsanlar katil olur.

İnsanlar hırsızlık yapar.

İnsanlar yalan söyler.

İnsanlar iyilik yapar.

İnsanlar yemek yer, su içer ve uyur.

Doktorlar da insan olduğu için bütün bu ve buna benzer etkinliklerde doktorlar da bulunabilirler.

Bu nedenle orta yerde-bir yerde, bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru hırsızlık yaptığında hemen savunma konumuna geçmeyelim. Bir doktor, bir hemşire, bir sağlık memuru bir iyilik yaptığında onları kutsamak hususunda acele etmeyelim.

Bütün bunlar insanlık halidir ve olabilir.

...

Bugün artık Tokyo'da, arabası ile kırmızı ışıkta geçerek trafikte kural ihlali yapan bir kişinin trafik polisine 'ben doktorum' demesi halinde ceza almama ihtimali kalmadığı söyleniyor. Ülkemizde ise arabalarımızın ön camlarına tıp amblemleri çıkartma yapıştırmak, sürücü koltuğunun yanındaki koltuğa beyaz önlük koymak da dahil trafik poliserine kural ihlali yapmamız halinde mazur görülmemiz adına göndermeler yapıyoruz ve yetmediği takdirde polis memuru ile aramızdaki konuşmayı 'ben falanca hastanede çalışıyorum, her zaman beklerim'ler süsleyebiliyor. Tokyo'nun da bir zamanlar böyle

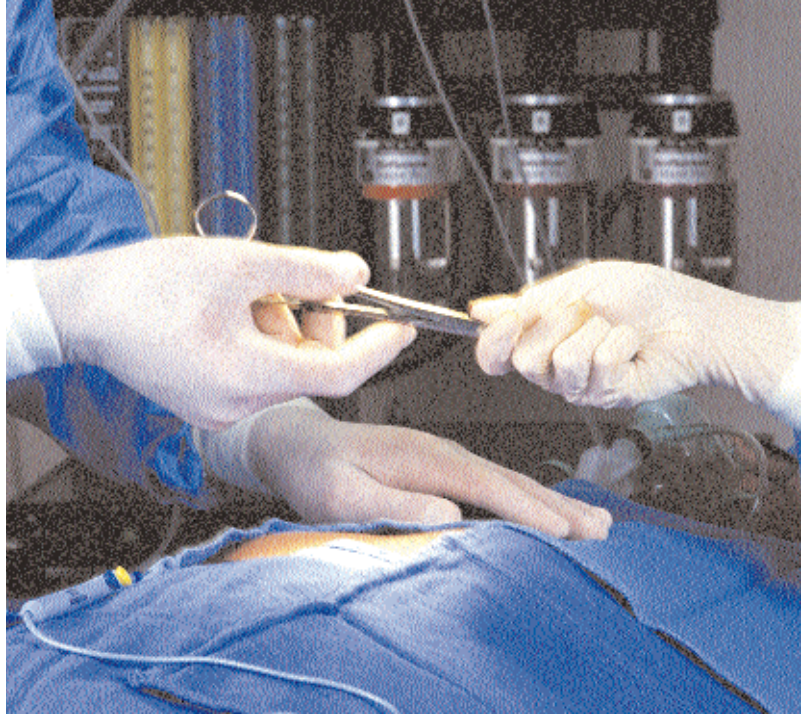
olduğunu oralılar hiç şaşırırmaksızın dile getiriyorlar.

...

İnsanları mesleklerine göre sınıflandırmak şansına ne yazık ki sahip değiliz. Hemşireler, maliyeciler, esnaflar, askerler, doktorlar, öğretmenler vs...İnsanlar bu gruplara ayrılarak değerlendirilemezler. İnsanları ancak, iyi-kötü, tembel-çalışkan, ahlaklı-ahlaksız, gibi sınıflara ayırabiliriz. Her meslek grubunda bunlara rastlamak mümkündür.

Hastanede doktor ve hemşireden iyi bir muamele görmeyi hak ediyoruz da belediyede su parası yatırırken horlanmak yakışık alıyor mu?

Hastanede kuyruk olmak göze hoş gözüküyor da, çöp vergisi yatırmak için kuyruk olmak çok mu yakışık alıyor?



Hastanede doktor poliklinikte 'buyurun oturun' demiyor da adliye koridorlarında diyorlar mı?

...

Başka ülkelerin insanları ile aşağı yukarı aynı şeyleri yaşadığımıza olan inancım tam olsa da başka ülkelerin içinde bulundukları çıkmazlardan daha çok beni kendi ülkem ve kendi insanım ilgilendiriyor. Ve anladığım o ki hepimiz aynı trendeyiz. Sağlıkçısı, hukukçusu, işçisi, milletvekili, memuru, manavı, kasabı, eğiticisi... Sadece vagonlarımız farklı. Farklı vagonlarda, farklı kompartımanlarda ama aynı trende ve aynı hızda gidiyoruz. Daha hızlı veya yavaş giden vagonlar olduğunu düşünenlerin, trene uzaktan bakmalarını tavsiye ederim.

Hastane “yönet-me” sistemi ve süper başhekimler

Hele bu kadar yük altına sokulan başhekimlik görevinin hekimlikle birlikte yürütülen ikinci görev olduğunu düşünürsek, tablo biraz daha berraklaşır; daha doğrusu bence bulanıklaşır. Yüzlerle ifade edilen hastanemizdeki memnuniyet oluşturmayan yönetim biçimleri kişilerin değil, bu hastane yönetim sistemimizin bir sonucudur. Daha doğru bir ifade ile, sistemimiz adeta yönet-ME sistemidir.

■ Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Hastane en yaygın kabul gören anlamı ile yataklı tedavi kurumu. Yönetim biçimi de Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Buna göre hastanenin en üst yöneticisi başhekimdir. Başhekim, hastane müdürünün, başhemşiresinin amiri konumundadır. Dikey bir örgütlenme modeli olduğu için de, hastanenin hemen her sorunu başhekimi ilgilendirmektedir. Başhekim, tıbbi bakım yani hemşirelik hizmetleri başta olmak üzere, teknik hizmetler, lojistik hizmetler ve işletme yönetimi gibi her biri ayrı uzmanlık gerektiren hizmetlerle birinci elden ilgilenmek zorundadır. Bu ağır ve kapsamlı görev yükünün altında kalan başhekimlerin esas görevi olan tıbbi hizmetler ihmal edilmekte, adeta bütünüyle kliniklerde görevli doktorlara terk edilmektedir. Tıbbi hizmetlerin verimliliği, kalitesi, tıbbi gelişmeleri yakalama, akademik gelişimin sağlanması, klinikler arası koordinasyon ve dayanışmanın sağlanması gibi konular neredeyse başhekimlerimizin görev alanının dışında kalmaktadır. Bu tür faaliyetlerin yapılmadığı, göz ardı edildiği gibi bir iddiada değilim. Ancak yapılanlar daha çok klinik hekimlerinin bireysel gayretinin sonucu olmaktadır.

Başhekimlik daha çok tıbbi anlamda otoriteyi, Osmanlı devri sağlık yapılanmamızdaki "hekim başı" lığı hatırlatsa da, gerçekte hastanenin alt yapı sorunları ile uğraşan, fiziki mekan düzenleme gay-



Başhekimlik daha çok tıbbi anlamda otoriteyi, Osmanlı devri sağlık yapılanmamızdaki "hekim başı"lığı hatırlatsa da, gerçekte hastanenin alt yapı sorunları ile uğraşan, fiziki mekan düzenleme gayretleri ile çabalayan, personelin özlük hakları ile ilgilenen bir konumdadır.

retleri ile çabalayan, personelin özlük hakları ile ilgilenen bir konumdadır. Başhekim, gerçek bir sağlık idarecisi değil, müessese müdürüdür adeta. Dikkatlice bakılırsa başhekimliklerimiz hastane müdürlüğü makamının bir üst kurumu halini almıştır. Bu sıralama içinde yer alan hastane müdürlerimizin ise görev tanımları başka çalışanların görevleri ile kesişmekte, idari personel yönetimi veya alım-satım işlerinin takibi gibi sınırlı alanlara sıkışmaktadır. Dikey yönetim modeli içinde, doğal olarak hastane müdürleri risk ve sorumluluk yüklenmeden kaçındıkları için, başhekimin omuzlarındaki yük ağırlaşmaktadır. Bu tutum bir kısır döngü içinde hastane müdürlerimizi gittikçe daha pasif duruma itmektedir. İddia ettiğim durumun aksine örnekler görülse de, ne yazık ki, olması gerektiği kadar yaygın değildir.

Üniversite hastanelerinde 2547 sayılı kanuna tabi akademik kadrodaki doktorlar yani öğretim üyeleri, bölüm başkanı ve dekana bağlı iken, hastaneyi yönetmekle görevli başhekim direkt rektöre bağlı olup 657 sayılı kanuna tabi memur ve sağlık personelinin sevk ve idaresini yürütmektedir. Başhekim bu durumda hastane baş müdür ve müdürleri ile görev paylaşımı yapacak ya da dikey örgütlenme modelindeki amir konumunu koruyacaktır. Sonuçta tıbbi hizmetlerin yönetiminden oldukça uzak kalmak zorundadır. İdari otorite ikilemi üniversite hastaneleri yönetiminde daha büyük kargaşaya neden olmaktadır. Bu durum karşısında bazı üniversite hastaneleri başhekimliği pasifleştirip resmi yazışma makamı

haline getirmişler, dekanlıkla veya dekan yardımcılığıyla birleştirmişler, hatta tamamen ortadan kaldırmışlardır. Yönetim kargaşası, yönetim boşluğu doğurduğu için, bazı üniversitelerimiz, hastane işletme yönetimini başhekimlikten ayrı bir hastane direktörlüğü eliyle yürütmektedir.

Böylece bir hastane yönetiminde dekan ve dekan yardımcıları, direktör ve direktör yardımcıları, başhekim ve başhekim yardımcıları, baş müdür, müdür ve müdür yardımcıları ile başhemşire veya hemşirelik müdürü ve yardımcısı rol alabilmektedir. Başhekimin direkt rektöre bağlı olduğunu, hastane döner sermaye işletmesinin ita amirinin de rektör olduğunu dikkate alırsak, tıbbi hizmetin kapsam ve önemini kavramakta zorlanan kimi rektörlerimizin de hastane yönetimindeki rolünü anlamakta zorlanmayız her halde. Bilmem, çok iyi anlayamadığımı anlatabiliyor muyum?

Devlet hastanelerinin başhekimleri idari hiyerarşi bakımından Sağlık Müdürlüklerine bağlıdır. Klinisyenli-

ğin cazibesi nedeniyle, uzman hekimlerimiz sağlık müdürlüğü gibi idari görevleri yapmak istemediklerinden, bu görev çoğu ilimizde pratisyen hekimlerce yürütülmektedir. Hastanede görev yaparken, uzman hekimlerimizin yanında hak ettikleri itibarı göremeyen pratisyen hekimlerimiz, sağlık müdürlüğüne vekalet edince, resmiyette başhekimlerin amiri konumuna gelmektedir. Bu durum, bir yandan müdürlük görevini yürüten pratisyen hekimin konumunun ağırlaşmasından kaynaklanan yanlış uygulamalara yol açarken, bir yandan da hastane başhekimlerimizin, hatta tüm uzman hekimlerin sağlık müdürlüğü'nün nüfuzunu önemsememesine yol açmaktadır. Böylece il düzeyinde sağlık yönetimimiz, bir yönetim hiyerarşisi değil, yönetim karmaşası halini almaktadır. Otorite ve nüfuz paylaşımında var olan kaymakam, vali yardımcısı ve valilerimiz de tablodaki eksikliği tamamlamaktadır. Bu noktada yine karmaşadan iyi bir yönetim çıkaran başarılı yöneticilerimiz sistemin sonucu olarak değil, kişisel gayret ve becerilerinin sonucunda var olmaktadır.



Hastane yönetimi, tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerinin dışında, tıbbi bakım ve genel bakım hizmetleri, konaklama , temizlik, yiyecek ve sosyal etkinlik gibi otelcilik hizmetlerini de içine alan çok yönlü bir yönetim disiplindir.

Sağlık Bakanlığı kurumları dışında kalan sağlık kuruluşları için de benzer sorunlar yaşanmaktadır. Bu kurumlar sağlıkla ilgisi olmayan il müdürlüğü veya bölge müdürlüklerine bağlı olarak çalışmakta ve yine hiyerarşi karmaşasına mahkum olmaktadır. Ne var ki, SSK hastaneleri dışındakilerin sayıca azlığı, sağlık sektörünün problemi olarak karşımıza çıkmasına fırsat vermemektedir.

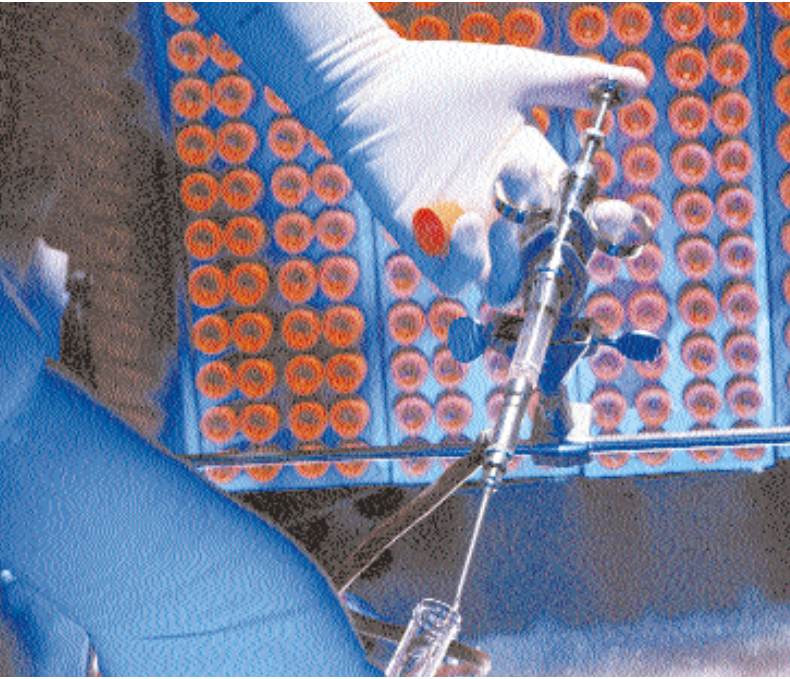
Hastane yönetimi, tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerinin dışında, tıbbi bakım ve genel bakım hizmetleri, konaklama , temizlik, yiyecek ve sosyal etkinlik gibi otelcilik hizmetlerini de içine alan çok yönlü bir yönetim disiplindir. Bu hizmetlerin her biri ayrı eğitim ve birikim gerektiren özellikli alanlardır. Yemek pişirme ve servisi, yani lokantacılık özelleşmiş bir meslek dalıdır. Otelcilik hizmetleri için özel orta öğretim ve yüksek öğretim kurumları oluşturulmuştur. Halkla ilişkiler, artık müesseselerde kurulmuş etkin birimlerdir. Bakım hizmetlerinin ayrı bir tıp disiplini olarak kabul edilir. Bütün bu hizmetlerin hastane yönetimince üstlenildiğini dikkate alırsak, yöneticilerin sorumluluk alanının ne kadar geniş olduğunu görürüz.

Enerji temininden teknik donanım, ulaşım, haberleşme, onarım, yatırım ve alım satım hizmetlerine kadar çok detaylı ve kapsamlı teknik hizmetler de bu yöneticilerin omuzlarına yüklenmektedir. Hastane girdi ve çıktıları, çeşitli alanlarda mal ve hizmet alımları ve en önemlisi üretilen hizmetin satılması ile ortaya çıkan orta veya büyük ölçekli bir ticari işletmenin yönetiminin bu sahada eğitim almamış, birikim elde etmemiş, hizmet basamaklarında başarısını ispatlamamış yöneticilere bırakılması gerçekten cesaret işidir. Hastaneler dışında aylık cirosu trilyonlarla ifade edilen hangi ticari işletmeler bir yönetim kurulu olmaksızın ve alan dışından meslek sahiplerinin yönetimindedir?

Hele bu kadar yük altına sokulan başhekimlik görevinin hekimlikle birlikte yürütülen ikinci görev olduğunu düşünürsek, tablo biraz daha berraklaşır; daha doğrusu bence bulanıklaşır. Yüzlerle ifade edilen hastane-mizdeki memnuniyet oluşturmamayan yönetim biçimleri kişilerin değil, bu hastane yönetim sistemimizin bir sonucudur. Daha doğru bir ifade ile, sistemimiz adeta “yönet-ME” sistemidir.

Bütün bunlara rağmen, başhekim olarak başarılı bir hastane yönetimi ortaya koyan hekimlerimizin başarısı, olsa olsa hekimlik mesleğinin seçkinliği ve hekimliğin hikmetle iç içe olmasındandır. Yönetmeyi başaran süper başhekim ve hastane müdürlerini kutluyorum.

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu



Cevat Temiz

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu 15-16 Haziran tarihlerinde Ankara'da toplandı.

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumunun Kurulmasına İlişkin Anlaşmaya taraf olabilmemiz için hazırlanan ek metin, Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından Kanser Kayıt İzleme Komitesi Toplantısı sırasında imzalandı.

Kanser, dünyada ikinci ölüm nedeni.

Orta Doğu ülkelerinde kanser kontrolü ve kanser kayıt sistemi faaliyetlerini uyumlaştırmada büyük bir başarı gösteren Orta Doğu Kanser Konsorsiyumu'nda bir konuşma yapan Prof. Dr. Recep Akdağ: "Kanser dünyadaki ölüm nedenlerinde ikinci sırada yer almaktadır ve tüm dünyada her yıl yeni kanser vakalarının sayısı gittikçe artmaktadır. Kanser toplumda sosyal ve ekonomik etkisiyle yıkıcı bir hastalıktır. Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu'nun görevi bölgede kanser problemini paylaşmak ve bu hastalığın üstesinden gelmek için çözümler aramaktır." dedi.

Prof. Dr. Recep Akdağ, Gelecek 20 yıl içinde yeni kanser vakalarının sayısının üç kat artacağına ve bu artışın yüzde yetmişinin az gelişmiş ülkelerde ortaya çıkacağına vurgu yaptı ve özellikle tütün kontrolüyle yeni kanser vakalarından üçte birinden korunma sağlanabileceğini söyledi ve beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ile de diğer üçte birinden korunmanın mümkün olduğunu belirterek Türkiye'de kanser kontrolü konusunda yapılan çalışmalarını anlattı: "Öncelikle, kanser kontrolünde uygun stratejileri geliştirmek amacıyla, Türkiye'deki kanser kayıt sisteminin gözden geçirilmesi yeniden düzenlenmesi yönünde çalışmalarımızı sürdürüyoruz. İkinci olarak, temel önleme stratejileri uygulayarak halkımızı kanserojen maddelerin istenmeyen etkilerinden korumak istiyoruz. Üçüncü olarak, toplum taraması ve halk eğitimi için yeni merkezler kurmak üzere Avrupa Birliği ile işbirliği içerisinde bir proje başlattık. Bu çalışmalarla kanserle mücadeleye devam ediyoruz ve kanseri insanlığın ortak sorunu olarak görüyoruz, bu çerçevede her türlü işbirliğine, güçbirliğine açık olduğumuzu bir kez daha yineliyoruz. "

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu ve Türkiye

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu (MECC) Kurulmasına İlişkin Anlaşma asıl ve kurucu üye ülkeler olarak, Mısır Arap Cumhuriyeti, İsrail, Ürdün, Filistin, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi, gözlemci olarak da Amerika Birleşik Devletleri tarafından 20 Mayıs 1996 tarihinde Cenevre'de imzalanmıştır. Türkiye'nin Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu'na tam üyeliği 20 Mayıs 2003 tarihindeki MECC Bakanlar Yönlendirme Komitesi'nce onaylanmış ve ülkemizin MECC'e üyeliği fiili olarak başlamıştır.

Dr. Selahattin İçli ile

Geçmişten gün

Dr. Murat Derin

İlk kez beste yaptığımda 17 yaşımıdaydım. Babam tuttu amcama götürdü; “Bizim oğlan beste yapıyor, uğraşılıyor”, diye. Faruk Nafiz’in “Hıyaban” şiirinden hüseyini bir şarkıydı bu ilk beste. Amcam, “oku bakayım” dedi, okudum. “Allah Allah yahu!” dedi. “Bal gibi hüseyini olmuş. Bir daha oku bakayım!”. Bir daha okudum. “Curcunayı da iyi yerleştirmişsin” dedi. Ben notasını daha evvel yazmıştım ama tuttu bir daha yazdı. Aradan bir sene geçti geçmedi bir sürpriz! Semahat Özdenses o zaman stajyer, bir genç kız. Radyoda hüseyini program yapıyor. Bana da “o programı dinle” dediler ama söylemediler. Dinlerken baktım benim o şarkım da çıktı.



ümüze

Sanat hayatına nasıl başladınız? Sizi Türk Müziği'ne yönlendiren ne oldu?

Müzikle iç içe bir aile ortamında büyüdüm. Babam İbrahim İçli, musikiyle ilgili, çok zengin bir repertuar sahibiydi. Amcam Şerif İçli –ki kendisine amcam derim, babamla kardeş çocuklarıdır- Türk Müziği'nin ölümsüz bir bestekâridir. Çocukluğum ve gençliğim, bu ortamda geçti. İlk kez beste yaptığımda 17 yaşındaydım. Babam tuttu amcama götürdü; “Bizim oğlan beste yapıyor, uğraşıyor”, diye. Faruk Nafiz’in “Hıyaban” şiirinden hüseyini bir şarkıydı bu ilk beste. Amcam, “oku bakayım” dedi, okudum. “Allah Allah yahu!” dedi. “Bal gibi hüseyini olmuş. Bir daha oku bakayım!”. Bir daha okudum. “Curcunayı da iyi yerleştirmişsin” dedi. Ben notasını daha evvel yazmıştım ama tuttu bir daha yazdı. Aradan bir sene geçti geçmedi bir sürpriz! Semahat Özdenes o zaman stajyer, bir genç kız. Radyoda hüseyini program yapıyor. Bana da “o programı dinle” dediler ama söylemediler. Dinlerken baktım benim o şarkım da çıktı. Tabii, bunlar insanı teşvik ediyor. Sonra 1942 yılıydı, babam bir mektup verdi bana ve Selahattin Pınar’a yolladı. Gittim, “İbrahim’in oğlu, gel, buyur”, diye beni karşıladı. “Her hafta Çarşamba günleri müsaitim, bana gel” dedi. Selahattin Pınar’la yıllar süren birlikteliğimiz böylece başladı.

Nasıl bir kişiydi Selahattin Pınar?

Selahattin Pınar, babamın ve amcamın yakın arkadaşlarıydı. Musikiye Beşiktaş Musiki Kulübü’nde başlamış. Babası Denizli mebusu Sadık Bey’di. Oğlunun müzikle uğraşmasını hiç istemezmiş. Bir gün babam, Şerif İçli ve Selahattin Pınar, Beşiktaş’ta Tramvay Caddesi’nde muhallebiciye keşkül yemeye girmişler. Selahattin Pınar’ın babası; kürk yakalı, gümüş saplı baston elinde, bir İstanbul beyefendisi... yanında da bir adam... Üçünü birden dövdürmüş orada, birbirlerini tahrik ediyor bu çocuklar diye. Ama ne o dayak, ne o itirazlar fayda etmemiş. Yıllar sonra anlatırlarken “keşkül dayağı” diye bahsederlerdi bu olaydan.

Selahattin Pınar çok farklı bir insandı. Her hafta giderdim kendisine. Sorardı, “Yeni bir beste var mı?”, “Var.” “Oku” derdi, okurdum. O da notaya almıştır bir çok şar-

DR. SELAHATTİN İÇLİ KİMDİR?

6 Ekim 1923’te İstanbul, Beşiktaş’ta doğmuştur. Babası İbrahim İçli, annesi Zekiye İçli’dir. 1927’de babasının Susurluk’ta görev alması nedeniyle ilkokulu Susurluk’ta, ortaokulu ve liseyi de Balıkesir’de yatılı olarak okumuştur.

Türk Musikisi ile teması, amatör ama müzikten hiç kopmayan bir müzisyen olan babasının etkisiyle, daha çocukluğunda başlar. Babası İbrahim İçli, 1. Dünya Savaşı yıllarında, Beşiktaş’ta Neyzen İhsan Bey’in hocalık yaptığı “Beşiktaş Musiki Kulübü”nde yetişmiştir.

Yakın çevresinden, küçük yaşlarından itibaren duymaya başladığı Türk musikisiyle ilgili çalışmalarına önce bazı beste denemeleriyle başlamış, 1940’da 17 yaşındayken yaptığı ilk bestesiyle sürmüştü ve giderek yaşamının ayrılmaz bir parçası haline dönmüştür. 1949 yılında İstanbul Tıp Fakültesini bitirip, askerliğini Çankırı Piyade Atış Okulu tabibi olarak 1950’de tamamladıktan sonra 1953’e dek İstanbul’da özel bir hastane ve şirkette görev yapmıştır. Ardından Susurluk Belediyesi’nde, Susurluk Şeker Fabrikası’nda ve Borasit made-ninde tabip olarak 1961 yılına kadar çalışmıştır.

1961’de tekrar İstanbul’a yerleşen İçli, 1967’de Sosyal Sigortalar Kurumu İstanbul Hastanesi’nde görev aldı ve buradan 1981’de başhekim yardımcısı olarak ayrıldı. Aynı yıl İstanbul Devlet Türk Musikisi Konservatuvarı’nda sanatçı öğretim görevlisi ve başkan yardımcısı olarak yer aldı, okulun 1982’de İTÜ’ye bağlanmasından sonra da kendisine 1986’da profesörlük unvanı verilerek Kompozisyon Bölüm Başkanlığı’na tayin edildi.

Çeşitli ansiklopedi, gazete ve dergilerde müzik yazarı olarak da faaliyet göstermiş olan İçli’nin, makale, araştırma, eleştiri gibi 400 civarında yazısı yayınlandı.

1955 yılında Pınar (Atasoy) İçli ile evlenen bestekârın 1958’de doğan oğlu Murat ve Nilüfer İçli’den Sine ve Berk adında iki torunu var.



kımı. Ama benim bestelerim için hiç fikrini söylemezdi. Ben sonradan uyandım. Ben okuduktan sonra aradan bir saat geçiyor çay içiyoruz, kahve içiyoruz sonra bana, “ben de sana bir şarkı söyleyeyim” diyor. Dikkat ettim de ben hicaz makamında aksak bir şarkı yapmışsam, o da bana hicaz aksak bir şarkı söylüyor. Yani demek istiyor ki, bu işin numunesi budur. Notaya aldığı şarkılarının altına şunu yazmıştır: “Selahattin İçli’nin şarkısını okuduğu gibi yazdım.” Şimdi burada iki şey var: Bir tanesi, beni taltif ediyor, ama ikincisi asıl önemli; burada ki diyor hiçbir şeyden ben mesul değilim....çok mükemmel bir insandı. Yıllarca, sekiz sene kadar beraber olduk. Onun kimsenin bilmediği iki de müzikali vardır, hiç ortalıkta yok. Kristal’de onlar oynandı, beni de provalara alır götürürdü. Şimdi öyle kızıyorum ki kendime o notaları muhafaza etmediğim için. Yıllarca aradım, Selahattin Pınar’ın iki müzikali vardı diye, bulamadım, kimsede yok. Sadun Aksüt ki Selahattin Pınar’ın yanında çok bulunmuştur, bir çok notayı ondan almıştır, ona sordum, onda da yok. Gitti yani!



Gençlik yıllarımda hastanenin her yerine girip çıkardım; herkesten bir şey kapmaya çalışırdım. Hiç unutmuyorum, bir gün başından yaralanmış bir hastaya müdahale etmiştik. Hastanelerde “çavuş” diye hitap ettiğimiz pansumancılardan bir tanesi de hastanın başını saracaktı. Sargı bezini aldı, suyla ıslattıktan sonra güzelce sıktı, sonra adamın başını sarmaya başladı. “Ne yapıyorsun çavuş?” diye sordum. “Doktor bey” dedi, “kuru kuru sararsam, gevşer, yerinde durmaz sargı; ıslak sarınca kurduğunda sıkılaşıp, iyice sarar kafayı”. Bunu o pansumancıdan öğrendim.

Siz, İbnülemin Mahmut Kemal'in meclislerine son yetişen kişilerdensiniz. Onunla ilgili anılarınız var mı?

İbnülemin'in evine 10 seneden uzun süredir her pazartesi gittim. Ekrem Karadeniz vardı, sahaf, aynı zamanda müzikolog, gözleri görmezdi, onu Fatih'ten alıp götürürdüm. Oraya üniversite hocaları gelir, vekil vükela gelirdi. Bizim Kâzım İsmailler, Muzafer Esatlar hep gelirlerdi oraya. Öyle ki reis-i cumhur bile gelince çağırırtır İbnülemin'i. Bizim orada bulunmamızın sebebi de... İşte müziğin bir güzelliği, lûtfu da budur. Biz 18-19 yaşlarında gençleriz. Niye bizi oraya alıyorlar, müzik yapıyoruz diye! Aladdin Yavaşca, Nevzat Atlığ da gelirler, otururuz hepimiz, müzik yapı-

lır, sohbetler olur; enteresan sohbetler. Şimdi yıllar sonra en büyük üzüntüm o meclislerde konuşulanları, nükteleri, fıkraları gece eve dönünce yazmamış olmamdır. İbnülemin, çok tuhaf bir adamdı, bir Osmanlı koltuğunda hırkasını giyinmiş oturur, onun eli öpülür. Birisi birisini getirince önce tahkik eder, "annenin adı ne, babanın adı ne, akraban kim, baban ne iş yapar".... Onbeş dakika tahkik eder. Sonra da giderken, o kişiye, "sen gene gel" der ya da onu getiren kişiye eğilir, "bir daha bu adamı sakın buraya sokma!" der.

Toplantılara gelinince oturulur, ama herkes istediği yere oturamaz, oturulacak yerleri o gösterir, "şuraya otur" derdi. Bir sürü levhalar, tabaklar, yerlerde porselenler vardı. Aşağı yukarı otuz-otuzbeş kişi olurdu. Biraz yerinizden oynasanız, rahatsız olur; "ne oldu, bir şey mi var" diye sorar, tabaklara çarparsınız diye tedirgin olur. Önce müzik yapılır. Müzik biter, sohbet başlar. Ama gelenlerin de birikimi ile çok şeyler anlatılır, enteresan sohbetler olur. En son bir kişi Kur'an okur ve meclis dağılır. Biz yetişemedik, daha evvel bu toplantılar yapılırken yemekli olurmuş. Emin Paşazadedir Mahmut Kemal Bey, Bakırcılar'da konakları var. Ama o varlık gittikçe zamanla iş lokuma düşmüş. Bizim zamanımızda çay ikramı vardı, ama çay öyle olurdu ki herkes içmemek için bahane arar, ama içilir. Bizim Nevzat da - Nevzat Atlığ-



Hoca Bestekâr Udi Şerif ile Bestekâr Dr. Selahattin İçli



Selahattin İçli, Üstad Bestekâr Selahattin Pınar ve eşi Atıfet Pınar ile Taksim'de birlikte yürürlerken



Selahattin İçli, gençlik yıllarında...

"efendim Selahattin çayı çok sever", bir tane daha. Evet çayı çok severim ama....Bazen de kendisi, unutmaz, "Selahattin'e bir tane daha verin" der. Şimdi şöyle bir söylenti çıktı, alt katında bir akrabası oturuyor karı koca. Dediler ki, çayı kurutuyorlar güneşte, birkaç hafta demliyorlar. Tabii kolay değil o kadar insana çay yetiştirmek. Bu laflar geçiyor ama insan da üzülüyor. Gel zaman git zaman 1960 senesinde o alt katlarında oturan akrabası ile komşu oldum ve sordum, böyle bir şeyler söylüyorlar ne kadar doğru diye. "Doğru efendim dedi, çayı biz kuruturduk"....Allah rahmet eylesin, çok enteresan bir insandı. Kendi anlatırdı, Bab-ı âlî'de, hariciye kaleminde çalışmış bir zaman,

yani devlet memuriyeti var. Bir de Florina'lı Nazım var ya şair, o da aynı yerde çalışmış. Florina'lı Nazım gelirmiş, "Kemal, bak bir şey yazdım ne diyorsun?" diye. Bir gün ona dedim ki, diyor:

*Bir takım lâf ile teşbîh-i huzûr
Etme ey şâir-i bî şiir-i şuur
Her dakika bana gelmekten ise
Yılda bir kendine gelsen ne olur!*

Böyle bir kabiliyeti de vardı. Karşısındaki bir kişiye veya duruma hemen bir şiir uydururdu.

Neyzen Tevfik'le anılarınız var mı?

Şehzadebaşı'nda Yavru'nun bir çayevi vardı. Bu Yavru, kuzeydoğu taraflarından gelmiş bir adamdı. Çayhanesinde deri koltuklar vardı. Çayhanesine de istediği adamı sokardı. İstemediği biri gelirse, "Çay yok!" derdi. Münir Nurettin'e de bir-iki türkü vermiştir o taraflardan, "Fincanı taştan oyarlar" gibi. Neyzen oraya gelirdi. Ben de uğrardım. Neyzen'le orada görüştük. Neyzen'le bir anımı anlatayım size:

Sene 1943, Nevzat, ben, kanunî Fikret Kutluğ, Ahmet Çağan, hep birlikte bir konser vereceğiz. Eyyûbî Ali Rıza Şengel ve Gavsî Baykara bizi çalıştırdılar. Sultaniyegah



Bugün Türkiye’de hakim olan, her tür müzikte yozlaşmadır. Sanat adına artık yapılan pek bir şey göremiyorum. Değişik müzik türleri olacaktır, yeni denemeler olacaktır ama önemli olan kalıcı ve yaratıcılık sonucu oluşan eserler olmasıdır. Şimdi, göz boyayan, hatta maharet gerektiren eserler yapılıyor ama bunları sanat eseri olarak nitelendirmek güç. Düşük zevklere hitap ediyorlar ve gelip geçici eserler. Sanatla acayıplığı birbirine karıştırmak gerek.

bir takım hazırladık. Tepebaşı Komedi Tiyatrosu’nu da bir arkadaşımız gitti, belediyeden aldı. Ama dedik ki, aramızda öyle bir isim olsun ki, konserin de itibarı olsun. Neyzen Tevfik’e dedik ki: “Ne olur, bizim konserimize gelin de bir taksim edin, bir şey çalın!”, “Peki!” de-

di. Geldi, ilk kısım bitti, ara verildi. Aradan sonra da neyzen...Çıktı, bir iskemleye oturdu, taksim etmeye başladı. O sırada gecikenler var ya!...Çat kapı, pat koltuk sesleri. Birden kalktı ayağa, iskemlesini arkaya çevirdi, arkada da siyah bir perde asılı, yani bütün dinleyiciye sırtını döndü, taksimini etti. Onun bir nihavent saz semaisi vardır, onu çaldı, hiç bakmadan çıktı gitti. Yani demek istedi ki; “size ancak böyle çalınır!”

Sanat hayatı ile hekimliği uzun yıllar bir arada götürdünüz. Önce size bir hekim olarak sormak istiyorum: Hekimlik, sanat çalışmalarınıza engel oldu mu? Bu mesleği seçtiğiniz için pişman oldunuz mu?

Hiçbir zaman olmadım. Mesleğimi tıbbiyeden mezun olduğum günden itibaren hep severek yaptım ve yeniden hayata gelsem tekrar hekim olurum. İşimi hiçbir zaman bir zorunluluk olarak görmedim. Meslek yaşantımda da hep öğrenmeye açık oldum. Gençlik yıllarımda hastanenin her yerine girip çıkardım; herkesten bir şey kapmaya çalışırdım. Hiç unutmuyorum, bir gün başından yaralanmış bir hastaya müdahale etmiştik. Hastanelerde “çavuş” diye hitap ettiğimiz pansumancılardan bir tanesi de hastanın başını saracaktı. Sargı bezini aldı, suyla ıslattıktan sonra güzelce sıktı, sonra adamın başını sarmaya başladı. “Ne yapıyorsun çavuş?” diye sordum. “Doktor

bey” dedi, “kuru kuru sararsam, gevşer, yerinde durmaz sargı; ıslak sarınca kurduğunda sıkılaşıp, iyice sarar kafayı”. Bunu o pansumancından öğrendim. Hekimlik sadece bir meslek değil, bir yaşam tarzı aynı zamanda; resmi hekimlik görevim 1981 yılında sona erdi ama hâlâ sabahları konservatuara geldiğimde bir iki öğrenci ya da öğretim görevlisi arkadaş gelip şikayetlerini anlatırlar. Yani hekim yaşadığı sürece mesleğinden ayrılamıyor.

Hekim olmanız size sanat yaşamınızda bir ayrıcalık sağladı mı?

Mutlaka! Sanat çevrelerinde tıbbiyeli olduğumuz için daha farklı gözle bakılırdık. Bazen hastalardan da tanıyanlar çıkardı. Tanıyanların size davranışı farklı olurdu tabii.

Bestekârlıktaki en verimli yıllarınız emeklilik ve sonrakı döneme rastlıyor. Mesleki çalışmalarınızın yoğun olması mı sizi daha ileri yıllarda daha çok eser vermeye teşvik etti?

Gençlik yıllarımdan beri besteler yapıyorum. Yetmişli yılların sonuna doğru Ahmet Özhan, eserlerimi albümlerinde okumaya başladı. Marifet iltifata tabidir. Gördüğü ilgi, beni yeni eserler yapmaya teşvik etti. Bu dönemin emeklilik zamanıma denk gelmesi de hiç şüphesiz verimliliğimi artırmıştır.

Müzik anlayışınızdan söz eder misiniz?

Müzikte katı kurallara bağlı kalmayı kabul etmiyorum. Bunu mutlaka yeni ve değişik bir şey yapma zorunluluğu olarak algılamamak gerek. Önemli olan güzel bir şey yapabilmek. Ortaya koyacağınız bir eseri nasıl daha güzel yaparım endişesi içinde olmak. Bunun için kuralların dışına çıkmak gerekiyorsa çıkılmalı. Müzik anlayışımı bu şekilde özetleyebilirim.

Bestelerinizi nasıl yapıyorsunuz?

Bestelerim kafamda olgunlaşır. Tamamlanana kadar kesinlikle hiçbir yere kaydetmem. Notaya da almam. Çünkü, tamamlanmadan çalınca enstrüman besteyi başka yere doğru sürükler. Bir beste enstrümanla çalınarak notaya alınca enstrümanın karakterine göre bazı değişiklikler olur. Öyle ki Türk müziği eserlerini notalarına bakarak notaya alanın hangi enstrümanı çaldığını anlayabilirsiniz. Bu yüzden eser kafamda olgunlaşıp, son şeklini aldıktan kesinlikle çalmam ve kaydetmem.

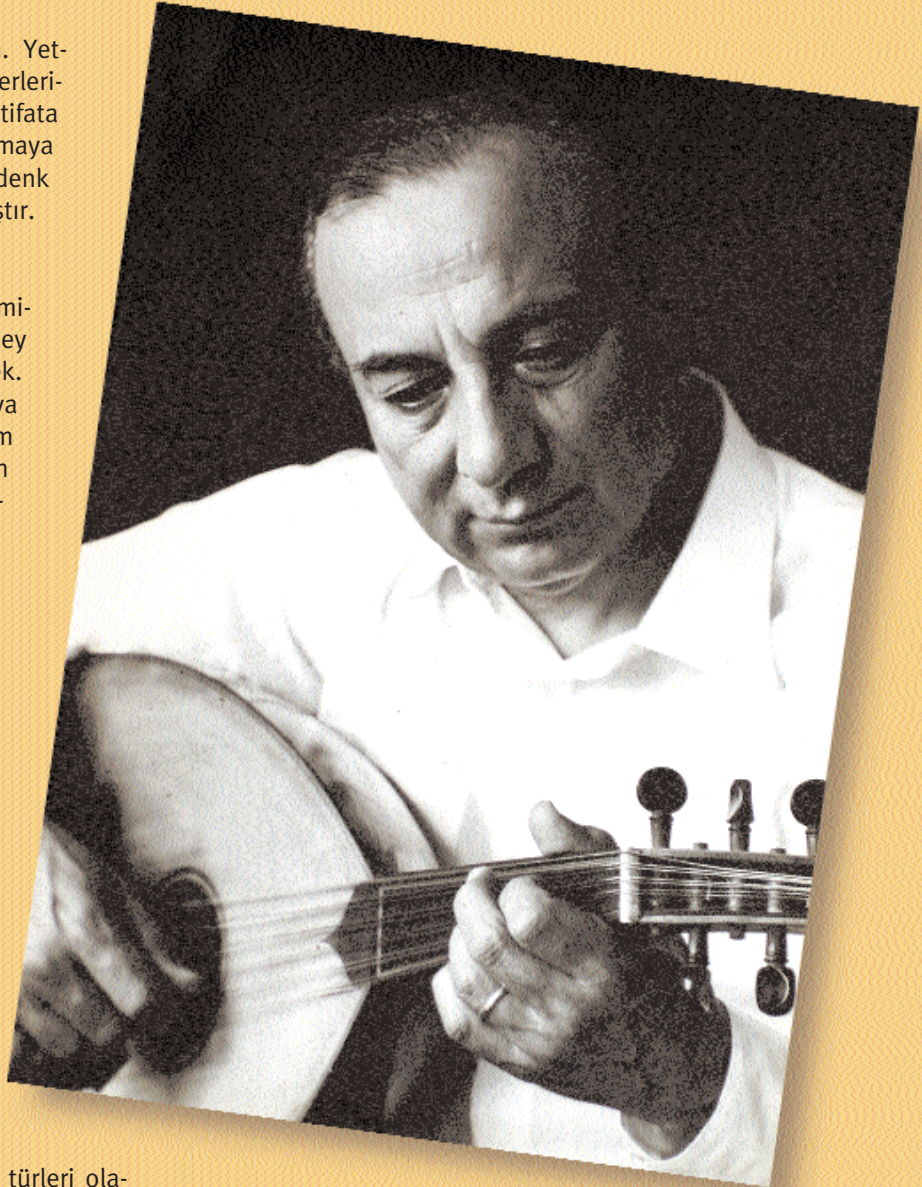
Bugün Türkiye’de yapılan müzik hakkında düşünceleriniz nelerdir?

Bugün Türkiye’de hakim olan, her tür müzikte yozlaşmadır. Sanat adına artık yapılan pek bir şey göremiyorum. Değişik müzik türleri ola-

caktır, yeni denemeler olacaktır ama önemli olan kalıcı ve yaratıcılık sonucu oluşan eserler olmasıdır. Şimdi, göz boyayan, hatta maharet gerektiren eserler yapılıyor ama bunları sanat eseri olarak nitelendirmek güç. Düşük zevklere hitap ediyorlar ve gelip geçici eserler. Sanatla acayıpliği birbirine karıştırmamak gerek.

Peki bugün Türkiye’de hekimliğin durumu hakkında ne düşünüyorsunuz ?

Biz hekimliğin en saygın ve itibarlı olduğu dönemde hekimlik yaptık. Artık hekimlik yapmak çok güç. Doktor sayısı çok fazla; bunun sonucu olarak, çalışma alanları daralıyor ve tatsız bir rekabet yaşanıyor. Her şeyde olduğu gibi doktorlukta da yozlaşma yaşanıyor. Galiba bir de artık değişik merakları, hobileri olan kültürlü doktorlar dönemi de kapanıyor.



“Her bireye sağlıklı yaşam ve sağlıklı çevre”

Macaristan’da toplanan 4. Avrupa Çevre ve Sağlık Bakanları Konferansı’nda konuşan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, her bireye, özellikle çocuklara, sağlıklı bir yaşam sağlamayı ve bireylere sağlıklı bir çevrede yaşama olanağını kavuşturmayı amaçlıyoruz" dedi.

■ Ayhan Demir

4. Avrupa Çevre ve Sağlık Bakanları Konferansı, Macaristan Hükümeti ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi’nin işbirliği ile 23-25 Haziran 2004 tarihlerinde Macaristan’ın Budapeşte kentinde toplandı. Konferansa DSÖ Avrupa Bölgesi’ne üye 52 ülkenin Sağlık ve Çevre Bakanları ile üst düzey yetkilileri, uluslararası kuruluşlar ile sivil toplum kuruluşlarının temsilcileri katıldı.

Ana teması "Çocuklar için Sağlıklı Çevreler" olan konferansta, Avrupa’da sağlık ve çevre durumu, barınma ve sağlık, olağanüstü hava koşulları, sağlık ve çevre konularında karar verme süreçleri ve politika oluşturulması gibi konular ele alındı.

DSÖ’nün daveti üzerine 24 Haziran 2004 Perşembe günü yapılan yuvarlak masa toplantısına konuşmacı olarak katılan Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ Çocuklar için Çevre ve Sağlık konusunda bir konuşma yaptı.

Her bireye sağlık bir yaşam ve sağlıklı bir çevre

Akdağ, konuşmasında, Dünya Sağlık Örgütü’nün hedef ve stratejileri doğrultusunda hazırlanan, "Herkese Sağlık, Türkiye’nin Hedef ve Stratejileri" belgesine sadık kalarak, 2020 yılına kadar her bireye, özellikle çocuklara sağlıklı bir yaşam ve sağlıklı çevre hazırlama yönünde çalışmalarımıza devam ediyoruz dedi.



Konferansın niteliği

DSÖ Avrupa Bölgesinde sağlık ve çevre alanlarında işbirliği ve diyalogu artırmayı amaçlayan Avrupa Çevre ve Sağlık Bakanları Konferansının ilki 1989 yılında Frankfurt'ta, ikincisi 1994 yılında Helsinki'de, üçüncüsü ise 1999 yılında Londra'da gerçekleştirildi. Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın da katıldığı 4. Konferans Macaristan'da toplandı.

15 yıl önce Üye Devletler tarafından başlatılan konferanslar, bugün bütün Avrupa ülkeleri ve çevre ülkelerin katılımıyla genişleyerek devam etmektedir.

Bu Konferansların gündemi üç ana başlıkta toplanmıştır:

1. Avrupa, Doğu Avrupa, Kafkaslar ve Orta Asya'ya kadar uzanan hatta yeralan ülkelerdeki çevre ve sağlık sorunlarının değerlendirilmesi,
2. Politika oluşturma araçlarının geliştirilmesi. Bu öncelik alanı politika-merkezli gözlem ve raporların hazırlanması ve değerlendirilmesi, elde edilen bilgilerin özellikle çocuk, çevre ve sağlık alanında karar verme mekanizmalarını bağlayıcı bir şekilde yönlendirmesi,
3. Barınma ve sağlık, enerji, sağlık ve sürdürülebilir kalkınma, olağanüstü hava koşullarının sağlık üzerindeki etkisi.

Çocuklarda ölümcül ishal vakaları son buldu

Konuşmasının önemli bir bölümünde çocuklarda görülen ishal konusuna değinen Prof. Dr. Akdağ, "İshal ülkemizde çocukluk çağında sık karşılaşılan hastalıklarından biridir. 1998 yılında yapılan "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması"na göre, Türkiye'de Ağustos-Ekim ayları arasında 6-24 aylık çocukların %30'u en az bir kez ishale yakalanmaktadır. 1986 yılından beri yürütülen ishalleri hastalıklarının kontrolü programı sayesinde 5 yaş altı çocuk ölümlerinde ikinci sıradan altıncı sıraya düşmüştür. Günümüzde ishal vakaları ile karşılaşmaktadır, ancak bu vakaların hiçbirisi ağır ya da ölümcül değildir." dedi.

Konferans sonucunda Avrupa için Çocukların Çevre ve Sağlığı Eylem Planı (CEHAPE) ve Konferans Deklarasyonu imzalanarak kabul edildi. Eylem planında, Çocuk Hakları Konvansiyonu gibi mevcut oluşumlara ve daha önceki taahhütlere dayanarak, Bölge çapındaki faaliyet önceliklerine yönelik hedeflere yer verildi. Deklarasyonda, gerektiğinde Avrupa Komisyonu, uluslararası ve hükümetler arası kuruluşlar ve sivil toplumla işbirliği yaparak, Bakanların Konferans gündeminde işaret edilen öncelikli konular arasında yer aldığı bildirildi.

Önceliğimiz sağlıklı çevre ve sağlıklı içme suyu

Sağlık Bakanı Akdağ, konuşmasının son bölümünde, çevre sağlığı ve sağlıkta dönüşüm programı hakkında bilgi verdi ve "Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği içerisinde ilköğretim okullarında kişisel hijyen ve temizlik, sağlıklı çevre ve çocukların sağlığı gibi konularda seminerlerin düzenlenmesi, bu bilinçlendirmenin medya araçlarıyla devam etmesi, halkımızın temiz içme suyu ve gıdalar hususunda bilgilendirilmesi, kısaca evlerde ve okullarda bireylere sağlıklı içme suyunun ulaştırılmasının sağlanması ulusal önceliğimizdir." diyerek sözlerine son verdi.

Eylem planı ve deklarasyon yayınlandı

Konferans sonucunda Avrupa için Çocukların Çevre ve Sağlığı Eylem Planı (CEHAPE) ve Konferans Deklarasyonu imzalanarak kabul edildi. Eylem planında, Çocuk Hakları Konvansiyonu gibi mevcut oluşumlara ve daha önceki taahhütlere dayanarak, Bölge çapındaki faaliyet önceliklerine yönelik hedeflere yer verildi. Deklarasyonda, gerektiğinde Avrupa Komisyonu, uluslararası ve hükümetler arası kuruluşlar ve sivil toplumla işbirliği yaparak, Bakanların Konferans gündeminde işaret edilen öncelikli konular arasında yer aldığı bildirildi.



D O S Y A

Sağlıkta, sağlıklı atama dönemi

■ *Osman Güzelgöz*



*8 Haziran 2004 tarihinde Resmi Gazete’de
yayımlanan yeni Atama ve Nakil Yönetmeliği, Sağlıkta
Dönüşüm Programı’nın kurum içi yapılanmasında sistemi
tamamlayan önemli bir adımdır.*

Bürokrasimizde personel atama yöntemleri, geçmişten bugüne tartışılan ve her zaman memnuniyetsizlik oluşturan bir konudur. Mevcut personel atama sistemleri yalnızca Sağlık Bakanlığı’nda değil, bütün bakanlıklarda kanayan bir yara haline gelmiştir. Atamalardaki torpil beklentisi, pek çok personel açısından torpil korkusuna dönüşmüştür. ‘Benim torpilim yok, istediğim yere atanamam’ ya da ‘torpili olan insanların hak etmedikleri yerlere atamaları yapılıyor’ endişesi personel arasındaki uyumu, huzuru ve verimli çalışmayı engelleyen önemli bir sorundur.

Sağlık Bakanlığı tüm bu sorunları çözüme kavuşturma yönünde büyük bir adım attı ve yeni Per-

sonel Atama ve Nakil Yönetmeliği’ni uygulamaya başladı. Yeni yönetmelik neleri getiriyor bakmadan önce mevcut uygulamaları ve görülen aksaklıkları yeniden gözden geçirmemiz gerekiyor.

MEVCUT UYGULAMA

Mevcut atama uygulamasını 1994 yılında yeniden düzenlenen “Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği” ile 1996 yılında çıkarılan “Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği” oluşturmaktadır. Buna göre hizmete açılan her hizmet birimi için unvanlara göre standart kadrolar tahsis edilmektedir.

Uygulamada görülen en önemli aksaklık, geliş-

K İ M N E D E D İ ?

Mahfuz Güler

TBMM Sağlık
Komisyonu Başkanı,
AK Parti Bingöl Milletvekili



TBMM Sağlık Komisyonu Başkanı, AK Parti Bingöl Milletvekili Mahfuz Güler, dergimize yaptığı açıklamada, söz konusu yönetmeliğin, sağlık personeli sıkıntısı çeken Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri için çok önemli yararlar içerdiğini söyledi. Güler, “Sağlık Bakanlığı’nın böyle bir çalışma yapmasını, hem vatandaşlarımız, hem de sağlık personelimiz adına çok olumlu buluyorum. Üç büyük ilimiz, İstanbul, Ankara ve İzmir’deki sağlık personeli yığılmasını önleyecek söz konusu yönetmelik, hekim ve yardımcı sağlık personeli gereksinimi olan yörelere nefes aldıracaktır” dedi.

Söz konusu yönetmeliğin sağlık personeli atamalarında ‘torpil’ ve ‘adam kayırma’yı önleyeceğini ifade eden Güler, AK Parti’nin 20 aylık iktidarı döneminde buna benzer birçok çalışmanın yapıldığını işaret etti. Güler, “Sağlık Bakanımız Sayın Recep Akdağ’ı böylesine önemli bir konuda gösterdiği kararlı tutum ve yaptığı çok önemli çalışmalar nedeniyle kutluyorum” dedi.

mişlik derecesine göre 6 bölgeye ayrılan illerden özellikle kalkınmada öncelikli yörelere yeterli derecede uzman doktor atanmaması ve bu illerdeki kadroların boş kalmasıdır. Belli bölgelerdeki yığılmalar nedeniyle, bu sistemin objektif kriterlere göre personel naklini sağlayamadığı, personelin adil ve dengeli dağılımını temin edemediği görülmüştür.

Sağlık çalışanlarının iller ve hizmet birimleri arasında, hizmet gerekleri dikkate alınarak, adil ve dengeli dağılımının sağlanamaması, hizmet sunumunda en önemli aksaklıklardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun anlamı şudur, hasta sayısına göre uzman doktor sayısı, illere göre büyük farklılıklar göstermektedir.

MEVCUT SİSTEMDEN KAYNAKLANAN PROBLEMLER VE SEBEPLERİ

Sağlık Bakanlığı’nda bugüne kadar uygulanan personel atama ve nakil sisteminde görülen prob-

Atama ve nakil yönetmeliğinin esasları

Sağlık Bakanlığı’nca hazırlanan ‘Atama ve Nakil Yönetmeliği’ Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girdi. Sağlık çalışanlarının atama-nakillerinde, çalışılan yerin özellikleri ve mesleki tecrübelerinin göz önüne alındığı bir hizmet puanı hesaplanıyor.

BÖLGELERE DENGELİ DAĞILIM

Yönetmelik ile iller, daha önce olduğu gibi 6 hizmet bölgesinde değerlendirilecek. Yönetmelik ile sağlık personeli ‘hizmet puanına’ göre atanıyor. Açık bulunan ve Bakanlıkça ilan edilen kadrolara yapılacak atamalarda bu puan esas alınacak.

Personelin atama ve nakil işlemlerinde kullanılmak üzere, her bakanlık çalışanı için her atama döneminden önce, atama döneminde başvuruların başlangıç tarihi itibarıyla çalışılan yer-

rin özelliklerinin ve mesleki yeterliliklerinin göz önüne alındığı ‘hizmet puanı’ hesaplanacak. Hizmet puanının hesaplanmasında, Devlet Planlama Teşkilatı’nca hazırlanan ‘İl ve İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Tabloları’ esas alınacak.

Bütün unvan ve branşlarda hesaplanan personel dağılım cetveli karşılama oranlarına göre iller, her unvan ve branşa göre en yüksekte en düşüğe

doğru A,B,C ve D olarak 4 grupta değerlendirilecek.

ORGANİZE MÜKAFAT VE HATALARDAN ARINMA

Hizmet puanında köylerde çalışanlara her yıl için 100 puan, beldelerde çalışanlara her yıl için 50 puan eklenecek. Açık bulunan ve Bakanlıkça ilan edilen kadrolara yapılacak atamalarda

TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİNİN KURUMLARA DAĞILIMI, 2001

	TOPLAM	1 PERSONELE DÖŞEN NÜFUS	SAĞLIK BAKANLIĞI		SSK	ÜNİVERSİTE	KAMU DİĞER	ÖZEL
			SAĞI	%				
Hekim	90.757	755	44.540	49	10.106	18.752	5.028	12.331
Uzman	41.907	1.635	14.748	35	6.188	9.422	2.116	9.433
Pratisyen	48.850	1.403	29.792	61	3.918	9.330	2.912	2.898
Diş Hekimi	15.866	4.319	2.414	15	615	884	695	11.258
Eczacı	22.922	2.990	760	3	856	717	222	20.367
Sağlık Memuru	45.560	1.504	33.349	73	2.086	3.135	2.904	4.086
Hemşire	75.879	903	43.346	57	11.700	11.156	4.778	4.899
Ebe	41.158	1.665	37.709	92	1.813	112	165	1.359

lemler ve sebeplerini sıralayalım. Standart kadrolar belirlenirken çok uzun vadeli hedefler öngörül-müştür. Buna göre Bakanlığın 1 milyon personel istihdam etmesi gerekmektedir. Halbuki Bakanlığa kanunen verilen kadro sayısı 280.000'dir ve bu kadroların 250.000'i kullanılmaktadır. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı'na verilen açıktan atama izni ise sadece 3.000'dir.

Yine standart kadrolara göre Sağlık Bakanlığı'nda 75.000 civarında uzman hekim çalışması gerekirken, halen çalışan uzman hekim sayısı 15.000'dir. Bakanlıkta çalışan uzman hekim sayısı, yıllık ortalama 600 artış göstermektedir. Buna göre, yeni hiçbir hastane açılmaması kaydı ile standart kadrodaki uzman hekim sayısına ulaşmak 100 yıl sürecektir.

Ayrıca bu yönetmeliğe göre, Bakanlık kadrolarında çalışan 15 bin uzman hekimin yarısından çoğunun İstanbul'da çalışmasını sağlayacak kadro planlanmıştır.

K İ M N E D E D İ ?

Nevzat DOĞAN

TBMM Sağlık
Komisyonu Üyesi,
AK Parti Kocaeli Milletvekili



“AK Parti iktidarı öncesi atamalara siyaset ve siyasetçi karışıyordu, bu durum yavaş yavaş ortadan kalkıyor. Sağlık Bakanlığı söz konusu yönetmelik ile adil, dengeli, eşit sağlık personeli dağılımını hedefliyor. Bu yönetmelik, vatanın her köşesinde görev yapmaya hazır, deneyimli, çalışkan, üretken sağlık personelinin, sorunların çözümünde bir nefer olmasının önündeki engelleri kaldıracaktır. Sisteme siyasi müdahaleler olmayacak, atamalar şeffaf, adil olacak, sağlık personelinin kafası ve gönlü rahat olacaktır. Hekimler ve sağlık personelimiz, bilecek ki, çalışıyorsa, verimli ise, kendini geliştiriyor, sağlık alanında çağın gereklerine ayak uyduruyorsa ataması, yeni görev yeri buna paralel olacak.

Yıllardır yapılamayanı yapan Sağlık Bakanı Recep Akdağ ve Bakanlık Üst Düzey Yöneticilerine teşekkür ediyorum. Türkiye'nin sağlık sorunlarının çözümünde yapılacak her düzenlemeye şahsım adına katkıda bulunmaktan gurur duyuyorum.”

‘hizmet puanı’ esas alınacak. Boş kadrolara talepler bu puana göre sıralanacak.

Makale ve kitap yayınlayanlar, yöneticilik yapanlar, yüksek lisans ve doktora yapanlar, yönetici olanlara ek hizmet puanı verilecek. Personelin ceza alması durumunda, cezanın niteliğine göre hizmet puanından 20, 30, 50, 100 puan düşürülecek. Alınan takdirnameler için yılda sadece bir kez olmak üzere 100 puan eklenecek.

Sağlık hizmetleri sınıfından bir unvan da veya araştırma görevlisi, daire başkanı, il sağlık müdürü, her türlü müdür ve bunların yardımcısı unvanlarında fiilen çalışılan her yer ve her yıl için ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasında bulunan sıra numarası 1000 rakamıyla toplanarak ilçe sıralaması puanına ulaşılacak.

İlk defa yapılacak atamalarda, uzman

TÜRKİYE SAĞLIK PERSONELİNİN COĞRAFİ BÖLGELERE GÖRE DAĞILIMI, 2001

BÖLGELER	UZMAN HEKİM	PRATİSYEN HEKİM	DIŞ HEKİMİ	ECZACI	SAĞLIK MEMURU	HEMŞİRE	EBE
Marmara	14.101	12.776	6.435	7.655	8.168	18.351	8.692
İç Anadolu	10.433	11.302	3.303	4.557	11.316	15.735	7.308
Ege	5.964	7.511	2.525	3.816	5.668	11.521	6.947
Akdeniz	3.927	5.247	1.537	2.676	5.527	8.793	6.546
Karadeniz	3.186	5.112	1.017	2.027	6.842	10.376	5.845
Doğu Anadolu	1.565	3.245	362	772	3.378	5.244	3.420
Güney Doğu Anadolu	1.332	2.521	378	1.256	2.411	3.919	2.322
TOPLAM	41.907	48.850	15.866	22.922	45.560	75.879	41.158

tabip, tabip, dış tabibi ve eczacı kadrolarına atanacaklar kura ile diğerleri genel hükümlere göre sınavla atanacak. Atamalar bilgisayar ortamında, kamuoyuna açık ve objektif bir biçimde yapılacaktır.

GEÇİCİ GÖREVE DAHA FAZLA PUAN

Bakanlık, sağlık hizmetlerinde aksak-

lık görülen hizmet bölgelerine geçici görevlendirme yapabilecek. Geçici görevlendirilen personele fiilen çalıştığı bölgenin hizmet puanının yüzde 50 fazlası verilecek. Bakanlık, savaş, deprem gibi olağanüstü hallerde yurtiçi ve yurtdışında personeli geçici olarak görevlendirebilecek. Bu yolla geçici olarak görevlendirilen personele en yüksek hizmet puanı yüzde 100 fazlasıyla verilecek.

K İ M N E D E D İ ?

Feramuz ŞAHİN

TBMM Sağlık, Sosyal İşler
ve Aile Komisyonu Üyesi,
CHP Tokat Milletvekili



“Söz konusu yönetmelik Üç büyük ildeki yığılmaları önleyecektir. Yönetmeliği olumlu buluyorum. Sağlık personeli açısından sıkıntı yaşanan bölgelere nefes aldıracak bu uygulama, bana göre önemli ve yararlı yenilikler içermekte. Bakanlığın yaklaşımı ve soruna bakış açısını doğru buluyorum. Ancak uygulamada, bazı sıkıntılar yaşanmaması için denetim ve atamaların şeffaf olması gerekiyor. Böyle olmaz ise, sorunlar eksilmez, aksine yığılır”



Personel yoğunluğunun en yüksek olduğu illerde dahi, standart kadroya göre boşluk bulunması, personelin bu yörelere tayin talep etmesine imkan vermekte, bu ise Bakanlık hakkında yersiz ithamlara yol açmaktadır. Esasen, abartılı bir şekilde insan gücü planlaması olan Standart Kadro Yönetmeliği'nin gerçekçi rakamlara çekilmesi gerekmektedir.

Personel atamalarında, genel mevzuata da uygun olarak belirli sürelerle bölge hizmeti öngörülmüş ise de, bu sistem hiçbir zaman uygulanamamıştır. Tayin dönemleri, atanma talebinde bulunan personelin, bölge hizmetine bakılmaksızın en gelişmiş illere tayin girişimi ile Bakanlığın takdir yetkisi arasında olumsuz ilişkilere yol açan süreçlere dönüşmüştür. Bu atamaların objektif kriterlere göre yürütülmemesi, birçok sağlık çalışanında motivasyon eksikliğine yol açmaktadır.

KONUyla İLGİLİ ANALİZLER VE YÜRÜTÜLEN ÇALIŞMALAR

Bakanlık tarafından ilk olarak Sağlık hizmetleri sunumunda, öncelikli olarak, hangi unvanlarda ne kadar personel gerektiğini ortaya koyacak “Sağlıkta İnsan Gücü Planlaması”nın bir proje çerçevesinde yürütülmesi kararlaştırılmıştır.

Personelin iller arasında dengeli dağılımını sağlayacak kriterlerin geliştirilmesi için çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarla, personelin atama ve nakillerinde keyfilikten uzak objektif kriterlere göre işlem yapılması hedeflenmiştir.

Bölgelerarası 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 kurulması, bunlara paralel olarak yürütülen aile hekimliği ve hastanelerde işletme yönetimi gibi projelerin uygulanmaya başlanmasından sonra, kamu yönetimi reformu çerçevesinde personelin illere devri süreci başlatılacaktır.

YENİ UYGULAMA NE GETİRİYOR?

Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra ilgili diğer kuruluşların da katkısı ile “sağlıkta insan gücü planla-



*Halkımız ve tüm sağlık çalışanları için
önemli yararlar getiren yeni Atama ve Nakil Yönetmeliği,
objektif, şeffaf, adil ve çağdaş bir sistemin
uygulanmasını da beraberinde getiriyor.*

ması” çalışmaları başlatılmıştır. Buna göre hangi unvanda ne kadar insan gücüne ihtiyaç olduğu belirlenerek standart kadro yönetmeliği düzenlenmektedir.

Sağlık Bakanlığı’ndaki mevcut kadrolar, sağlıkta insan gücü planlamasının tamamlanmasını beklemeden, mevcut kadrolar, ünvan ve branşlar itibariyle geliştirilen kriterlere göre illere ve hizmet birimlerine tahsis edilecektir.

Bu çalışma 2004 sonbaharından önce tamamlanacak ve Bakanlığımız internet sayfasında yayınlanacaktır. Dağılım yapılırken hizmet sunulan nüfus esas olmakla beraber uygun hizmet birimi ve tıbbi

cihaz bulunması, ildeki Tıp Fakültesi ve SSK hastanelerinin imkanları, özel dal hastaneleri gibi değişkenler de göz önüne alınacaktır. Bu çalışmanın sonucunda unvan ve branş bazında personel sayısının ve doluluk oranının iller arası mukayesesi sağlanmış olacaktır.

YENİ ATAMA VE NAKİL YÖNETMELİĞİ NE GETİRİYOR?

8 Haziran 2004 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan yeni Atama ve Nakil Yönetmeliği, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın kurum içi yapılanmasında sistemi tamamlayan önemli bir adımdır.

Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürü Ali Yerlikaya:

Yeni uygulama personelin talepleriyle, kurumun ihtiyaçlarını birlikte değerlendiriyor."

Sağlık Bakanlığı Personel Genel Müdürü Ali Yerlikaya, Yeni Atama ve Nakil Yönetmeliği ile ilgili "Daha önceleri personelin kurum içi naklen atamalar; net bir kıstas olmadığından, torpil yapılmaya müsaitti. Bu şekilde yapılan dönem tayinlerinde Bakanlığın ve illerimizin ihtiyacı yerine personelin atanmak istediği yer ön plana çıkıyordu. Personelin atanacağı ve çalıştığı yerdeki sağlık personelinin durumu çoğu zaman gözletilmeden atama yapılabiliyordu." dedi.

Yeni getirilen bu uygulamayla atanılacak yerlerin tespitinde, personelin talepleriyle birlikte illerin ihtiyaçları da göz önünde bulunduruluyor diyen Yerlikaya, ilan edilen yerleri tercih eden personelden hangisinin atanacağı, hizmet puanına göre belirlendiğinden, bu husustaki torpil ve kayırmacılığa da son verilerek atanmalara adalet getirildiğini yönetmeliğin uygulanmasıyla birlikte ortaya çıkan yeniliklerle kurumlar arası naklen geçişlerin de dönem tayinine bağlandığını, tüm kamu kurum ve kuruluşlarına açıktan atanacak sağlık personelinin de bilgisayar kurasına tabi olduğunu söyledi: "Öncelikle Sendikali personel sayısının fazlalığı ve işlemlerin yoğunluğu nedeniyle Sendika İşlemleri Birimi'ni faaliyete geçirdik. Personelin senelerdir ihmal edilen terfilerinin süratle yapılarak bu konudaki mağduriyetlerin giderilmesine çalışıyoruz. Torba kadro denilen 68/B atamalarında tavassutu kaldırılıp, kıdeme dayalı bir sistem getirilmesi düşünüyoruz. Yönetici atamaları ile unvan değişikliklerinin görevde yükselme sınavı sonucunda gerçekleştirilmesi planlıyoruz. Eleman temininde güçlük çekilen yerlerde daha iyi imkanlarla personel sağlanması amacıyla getirilen sözleşmeli sağlık personeli uygulamamız sürüyor. Bu sene için tahsis edilecek sözleşmeli pozisyonlarını belirleme çalışmaları da devam ediyor." dedi.

Yönetmelik ilk atama, daha önce memuriyeti olanların yeniden atanması, kurum içi ve kurumlar arası naklen atama, eş ve sağlık mazereti nedeniyle atama, sınıf ve unvan değişikliği suretiyle atama ve re'sen atama gibi tüm atama ve nakil çeşitlerinin de objektif esaslara göre düzenleme getirmektedir.

Buna göre kurum içinden ve dışından atama talebinde bulunan personel, yönetmelikten kendi durumu ile ilgili maddeyi inceleyecek, Bakanlık internet sitesinden atanabileceği yerleri ve atama usulünü görebilecektir.

Atama yapılacak yerler illerin ihtiyaç sıralamasına göre Bakanlıkça belirlenerek internet sitesinde, atama çeşitlerine göre duyurulacaktır.

Atamalar ise, atama çeşitlerine göre kura, merkezi sınav veya hizmet puanına dayanılarak yapılacaktır. Yönetici kadroları ile başasistanlık, klinik şefliği gibi eğitim kadrolarına kendi özel mevzuatlarına göre atama yapılacak, bunlar dışında kalan tüm atamalar personelin Bakanlık'la görüşmesine gerek kalmadan, Bakanlığın takdir hakkının bulunduğu bu sisteme göre yürütülecektir.

Kura sistemi Sağlık Bakanlığı kadrolarına dışarıdan atanacak hekim, diş hekimi ve eczacılarda uygulanacak, diğer unvanlarda ilk atamalar merkezi sınav sonuçlarına göre yürütülecektir. Diğer atamalarda ise hizmet puanı esas olacaktır.

Yeni Atama ve Nakil Yönetmeliği'yle her siyasi dönemde farklılık gösteren torpil, adam kayırma gibi haksız uygulamalarla, yetişmiş ve işini iyi yapan personelin mağdur edilmesi engelleniyor. Hak edenin hak ettiği şekilde, kimseye boyun eğmeden atanmasının önü açılıyor.



K İ M N E D E D İ ?

Lokman AYVA

TBMM Sağlık
Komisyonu Üyesi,
AK Parti İstanbul Milletvekili



“Bu yönetmeliğin Türkiye’de sağlık alanında yaşanan sorunların çözülmesinde önemli bir adım olmasını diliyorum. Yönetmeliğin içerdiği yeni atama sisteminin düzgün işlemesi durumunda, ‘torpil’, ‘kayıрма’ ve ‘haksızlık’lar tümüyle ortadan kalkacaktır. Yönetmelik hem halk hem de tüm sağlık çalışanları için çok önemli yararlar içeriyor. Söz konusu yönetmelik ile Bakanlığın sağlık çalışanlarının atama-nakillerinde, verimli istihdam politikaları ve sağlık hizmetinin ülke genelinde dengeli dağılımının kurallara bağlanması amaçlanıyor. Bu durum takdire değerdir.”

Hizmet puanının hesaplanmasında personelin sağlık alanında hizmet verdiği yörenin gelişmişlik seviyesine ve hizmet süresine orantılı olarak hizmet puanı belirlenecek, ayrıca mesleki yayınları, yönetici, eğitimci kadrolarda görevi, disiplin cezaları ve takdirnameleri gibi unsurlar göz önünde bulundurulacaktır.

Bu sistemle sağlık çalışanları, Bakanlığın takdiri yerine hizmet puanına göre öngörülebilen bir atama sistemine kavuşmuştur.

SONUÇ

Halkımız ve tüm sağlık çalışanları için önemli yararlar getiren yeni Atama ve Nakil Yönetmeliği, objektif, şeffaf, adil ve çağdaş bir sistemin uygulanmasını da beraberinde getiriyor.

Siyasilerin ve bürokrasinin üzerinde bir kamur haline gelen torpil baskılarına ve söylentilerine son veriliyor.

Her siyasi dönemde farklılık gösteren torpil, adam kayırma gibi haksız uygulamalarla yetişmiş ve işini iyi yapan personelin mağdur edilmesi engelleniyor.

Hak edenin hak ettiği şekilde, kimseye boyun eğmeden atanmasının önü açılıyor.

Türkiye’nin belli bölgelerindeki personel yığılmalarının önüne geçiliyor, hizmet puanına göre yapılacak atamalarla Türkiye’nin her bölgesindeki vatandaşlara eşit ve adil bir biçimde sağlık hizmeti ulaştırılıyor.

Objektif ve şeffaf atama uygulaması

Abdulkadir Atalık / Müsteşar Yardımcısı

Yeni Yönetmelikle Bakanlık hangi unvan ve branşta elemana ihtiyaç duyulduğunu bilimsel olarak tespit edebilecek; personelinin eş, sağlık durumu, çocuklarının öğrenimi gibi konuları takip edebilecek ve bu ihtiyaçlara uygun daha çağdaş sistemleri geliştirecektir.

Yeni Atama ve Nakil Yönetmeliği'ne bakmadan önce Sağlık Bakanlığı'nın personel politikasıyla ilgili uygulamaları ve görülen aksaklıkları hatırlatmakta fayda var.

Bugüne kadar Sağlık Bakanlığı'nca hakkaniyete uygun ve şeffaf bir personel politikası oluşturulmadığı için, Bakanlığa ulaşan yazılı ve şifahi taleplerin büyük çoğunluğunun personel hareketleri ile ilgili olduğu görülmüştür. Bu talepler nedeniyle en üst düzey yöneticiler dahil çalışanların zaman kaybı, Sağlık Bakanlığı'nın temel görevlerini yürütmesini engeller hale gelmiştir.

Bakanlık, illerdeki personel sayısını, unvan ve branşlara göre doğru olarak takip edemez hale gelmiştir. Yıllar önce vefat eden bir hekimin halen kayıtlarımızda başhekim olarak görünmesi acı bir gerçektir.

Personelin ülke düzeyinde dağılımı dengesizdir. Mahrumiyet yörelerinde yetersiz personel bulunması sorunun bir yönüdür. Personel yönünden en zengin illerimizin daha bazı unvan ve

branşlarda iller sıralamasında en son sıralara düşebildiği de görülmüştür.

Objektif kriterlere uygun şeffaf bir atama sisteminin kurulamaması, sağlık çalışanlarının Bakanlığa olan güvenini ortadan kaldırmış, personelin geleceğe yönelik plan yapabilmesine imkan kalmamıştır.

YENİ YÖNETMELİĞİN GETİRDİKLERİ

Bu temel sorunlar ve tespitler üzerine Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ'ın talimatları doğrultusunda, kendisinin dahi takdir hakkını olabildiğince kısıtlayan objektif, şeffaf, hizmet gereklerine uygun Yeni Atama ve Nakil Yönetmeliği çıkartılmıştır.

Yönetmelikle birlikte, öncelikle işlemez halde bulunan İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi projesine hayatiyet kazandırılarak, tüm ülke çapında personel işlemlerinin elektronik ortamda

yapılması sağlanmıştır. Bakanlık Ağustos 2004 itibarıyla ülke düzeyinde tüm personelin görev yeri ve sayısını istenildiği anda ortaya koyabilir





hale gelmiştir. Personel atamalarında, Bakanlıkça ihtiyaç duyulan yerler arasında objektif, şeffaf, öngörülebilir bir nakil sistemi sağlanmıştır.

Kurum içi naklen atama işlemlerinin yanı sıra bir kısmında ülkemiz kamu yönetiminde örneği bulunmayan yeniden atama, kurumlar arası naklen atama gibi tüm atama ve nakil işlemlerinde objektif kriterler geliştirilmiştir.

Bakanlık daha önce, personel açığı olan yörelere eksik hizmeti bulunan personeli takdiri ile resen atayabileceği veya herhangi bir personeli geçiş olarak görevlendirebileceği halde, yeni sistemde bu yetkilerini de kriterlere bağlamış ve sınırlandırmıştır. Ayrıca, kamuda bir ilk olan ‘Sağlık Hizmeti Satın Alınması’ sistemini kurarak sağlık personeline acil ihtiyaç duyulan yerlere zorunlu olarak atama yapılması gereğini oldukça daraltmıştır.

Bu sistem sayesinde, iş arayan binlerce sağlık elemanı, kendi memleketlerinde, kamu personeline benzer imkanlarla hizmet sunabilecektir.

ÇAĞDAŞ ATAMA SİSTEMİ

Takdir edilmelidir ki personel politikasında böyle bir sistem değişikliği ortalama 5 yıllık etüt, proje, pilot uygulama süreci gerektirir. Bakanlık olarak, bu yıl içinde aşağıdaki çalışmalar da tamamlanarak sistemin tam uygulamasına geçilecektir;

1.Tüm sağlık personelinin hizmet puanı hesaplanarak internet ortamında görülebilmesi sağlanacaktır. Böylece her sağlık çalışanı, kendi unvan veya branşında tayin önceliğini öngörebilecektir.

2.Ünvan ve branşlar itibarıyla personel karşılama oranına göre tüm iller A-B-C-D gruplarına ayrılarak internet ortamında açıklanacaktır. Bu suretle Bakanlığın illere verebileceği kadrolar gerçekçi sınırlara çekilecek, daha sonra ‘Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standart Yönetmeliği’ yenilenecektir.

3.Atama dönemlerinden ve personelin müracaatından önce yukarıda bahsedilen illerin ihtiyaçlarına göre belirlenmiş atamaya açılan yerler internet üzerinden duyurulacaktır. Personele göre atama yeri açılması söz konusu olmayacaktır.

4.Tüm bu verilerin internet ortamında sunulması, hem Bakanlık hizmet gereklerine en uygun şekilde planlama yapmaya yönlendirecek, hem de sağlık çalışanlarını haklarını aramalarını kolaylaştıracak, sistemin günübirlik kararlarla tekrar keyfiliğe dönmesini engelleyecektir.

Bu çalışmalar, sağlıklı bir personel politikasında sadece altyapı çalışmasını oluşturacaktır. Bu sistem yerleşmesinden sonra yüklerini atan Bakanlık gerçek anlamda ‘Sağlıkta İnsangücü Planması’ yapabilecek, hangi unvan ve branşta elemana ihtiyaç duyulduğunu bilimsel olarak tespit edebilecek, sağlık meslekleri, nitelikleri, eğitim ihtiyaçları gibi asli konularda politikalar üretebilecek, diyaliz sertifikası gibi özel niteliklere uygun atamalar yapabilecek ve personelinin eş, sağlık durumu, çocuklarının öğrenimi gibi konuları takip edebilecek ve bu ihtiyaçlara uygun daha çağdaş sistemleri geliştirebilecek, personeli ile daha iyi iletişim kurabilecek platforma kavuşacaktır.

Fabrika kızı



Doç. Dr. Kemal Sayar | Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekim Yrd.

Konfeksiyon atelyelerinde çalışan kızlar ve oğlanlar 'öteki Türkiye'nin hikayesini dantel dantel işlerler tarihe, onların da sevdaları, sevip de varamayışları, varıp da sevemeyişleri vardır. Onların depresyonunda adaletsizliğin, zalimliğin ayak izlerine rastlarsınız. Onbir yaşında eve ekmek götürmek zorunda kalmanın getirdiği ağırlık, onları erken yaşlandırır, hayata karşı çaresiz ve öfkeli kılar; hele de bir kız çocuğuysa bu, öfkesi sıklıkla dilsiz kalır, içe döner, kendi canını acıtır.

Bende sığar yedi cihan, ben bu cihana sığmazam
Nesimî

O n dokuz yaşındaydı, konfeksiyon işçisiydi ve ağır bir depresyonun pençesinde hayattan bezmiş, narin bedeninde zoraki taşıdığı kiloları peşi sıra vermiş, bitkin ve çaresiz psikiyatri kliniğine yatırılmıştı. Ürkek bir serçe gibi sokuldu vizit yaptığımız odaya. O kadar ürkek ki dokunsanız kanatlanıp gidecek, konuşurken sarf edilecek bir kelime yerini bulmasa, o narin gövdesine çarpıp onu tuzla buz edecek gibiydi. Omuzları düşmüş, gövdesi öne çıkmış, genç yaşta hayatın olanca kahrını yüklenen diğerleri gibi, taşıdığı yükten yorulmuştu. O bir 'fabrika kızı'ydı, kahr ve kederi ömür boyu kalplerinin üzerinde bir hale gibi gezdiren, hep iyi ve mutlu bir yuvanın düşünü kuran ama hayat piyangosunda bahtına hayal kırıklığı çıkan narin keleklerden biri. 'Neden öyle kambur oturuyorsun' dedim. 'Sekiz yıldır konfeksiyon atelyesinde çalışıyorum, çalışırken hep öne eğilmekten alışkanlık olmuş' dedi. Hayatı hep bükülmeye zorlanarak yaşamış bir mülksüz, dünyayı değiştirecek takati kendisinde asla bulamamış, dünyanın ona yaptığı salvoları korku içinde izleyip geri çekilmekten, kendi içine daha da bükülmekten öte savunma öğrenmemiş

bir zahmetkeş. Eğer psikiyatri onun hikâyesini anlatmayacaksa, ne için var olacak?

Konfeksiyon atelyelerinde çalışan kızlar ve oğlanlar ‘öteki Türkiye’nin hikâyesini dantel dantel işlerler tarihe, onların da sevdaları, sevip de varamayışları, varıp da seve-meyişleri vardır. Onların depresyonunda adaletsizliğin, zalimliğin ayak izlerine rastlarsınız. On bir yaşında eve ekmek götürmek zorunda kalmanın getirdiği ağırlık, onları erken yaşlandırır, hayata karşı çaresiz ve öfkeli kılar, hele de bir kız çocuğuysa bu, öfkesi sıklıkla dilsiz kalır, içe döner, kendi canını acıtır. Depresyonun nedenleri üzerinde duran kuramcılar, bir toplumda adalet duygusu incinir, iyi ve dürüstler iltifat görmez, kötü ve namussuzlar cezalandırılmaz ise toplumsal bir depresyonun sökün edeceğini söylerler. Gözlerimizi kaldırıp ufka doğru baktığımızda ışıltılı bir gelecek görmek isteriz, insanı ayakta ve hayatta tutan şey ümittir. Ümit bize mukavemet gücü verir, zorluklarla başa çıkmakta, hayatın nereden geleceği belirsiz darbelerine karşı durmakta ümit duygusundan yardım alırız. ‘Biri diğerinden daha dertli iki insanın buluşması’ olan psikoterapide de; değişimi, iyileşmeyi, sıkıntılardan kurtulmayı sağlayan en temel saik ümittir. ‘Bu da geçecek, her şey daha iyi olacak’ beklentisi. Peki ya ümit elden alınır?

İnsanın içini aydınlatan ümit kandilleri sönmeye görsün, yaşama sevinci kaybolur, gözlerin ferisi gider, çökkün-lük barbar ordularıyla ruhu istila eder. Çanakaleli yaşlı bir nene der ki, ‘çökmüş bir bina gibiyim oğlum’, bir başka kadın en iyi bildiği yerin terminolojisiyle konuşur, mutfağın diliyle içine bir izah getirir: ‘Hani kızgın tavaya yağı attığında erir gider ya, işte öyle eriyip gidiyorum’...Ümit gittiğinde depresyon gelir. Zifiri karanlığı ruhun. Dünya simsiyah bir yer olur. İnsanın parmağını oynatacak takati kalmaz. Geçmiş bir umacı gibi uzaktan dişlerini gösterir, gelecek hiçbir şey vaat etmez. İnsan kendisinde sevicecek, değerli bir şey bulmaz. Her şey kötü gidiyorsa bende bir yanlışlık olmalı, ben bunu hak ediyordum diye düşünür.

Keder kimi insanların varlığına siner, seçilmeden, buyur edilmeden gelir ve arsız bir misafir gibi yerleşir. Fabrika kızlarına, yorgun ev kadınlarına, iş çıkışlarında televizyonlardan gördüğü o ışıltılı dünyaya dokunmak isteyen varoş delikanlılarına teklifsizce uğrar. Kendinize biçtiğiniz hayaller ile hayatın dayattığı gerçekler arasındaki uçurum açıldıkça, o boşluğu keder doldurmaya başlar. Dilsizlerin dilidir keder, her ne pahasına olursa olsun susmanın bir erdem olarak belletildiği yerlerde, insanlar kederleriyle dünyaya kafa tutarlar. ‘Şu dünyanın bana yaptığına da bir bakın!’ der gibi, kederin kalesine çekilerek küserler. Mülksüzlerin, yoksulların yegane silahıdır küsmek, ama zaten modern dünya çarkını onlarsız da çevirebildiği için, tükettiğin kadar var olduğun bir dünyada onların işgal ettiği yer bir dışın kovuşunu doldurmayacağı için, o küsüş pek az işitilir. Gerçek-

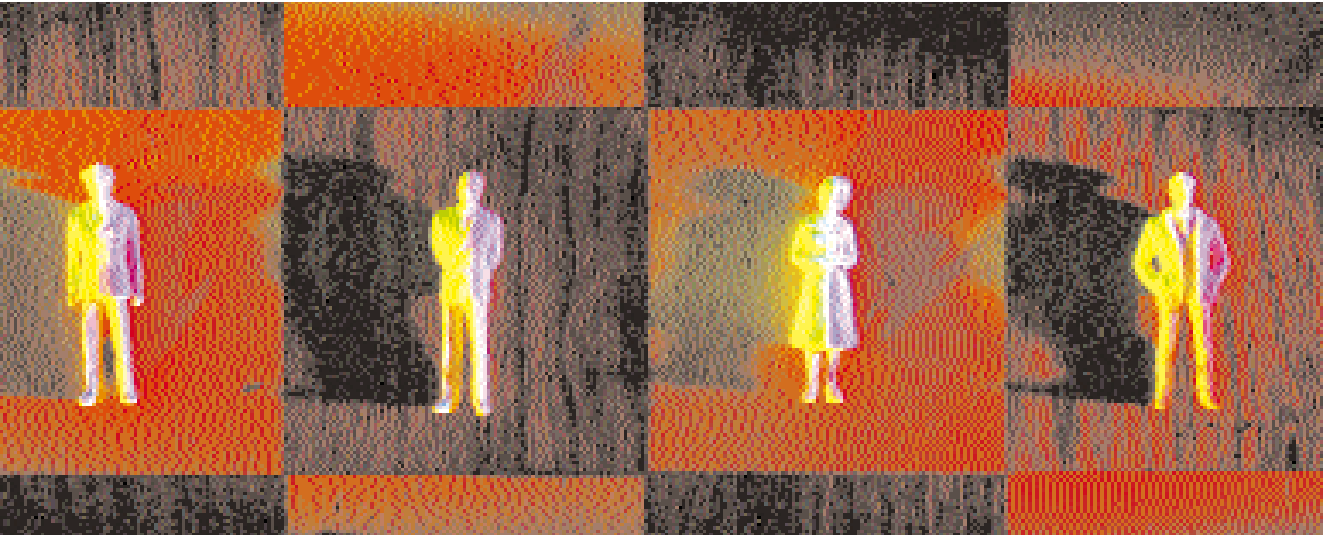
leşmemiş hayallerin, duyarsız kocaların, çaresiz ana babaların omuzlarına bindirdiği yüklerle kamburlaşan konfeksiyoncu kızlar, soluğu bir psikiyatri kliniğinde alırlar. ‘Zorla evlendirildim, kocamı hiç sevmedim, her gece pencere kenarında annemi sayıklayarak ağladım’. Onları dinlerken içiniz burkudur. ‘Keşke’ diye iç geçiririm, ‘keşke sana verdiğim ilaçlar, narin kelebek, sadece ruhunu değil dünyanı da değiştirebilse!’

Yine de hayat o kadar karanlık bir koridor değil. Eğer o kendini hep kambur hisseden, öyle yürüyen, öyle yaşayan ürkek serçe bugün burada ise, bir psikiyatrla konuşup imdad istiyorsa, onun için bir ümit vardır. ‘Uçan da kuşlara malum olsun/ Ben annemi özledim’ diyen türküdeki gibi bu kızlar annelerini öyle sever, anneleri de bu narin yavrularını öyle büyük bir sevgiyle bağrılarına basarlar ki oradan fıskıran ümit hayatın tüm yaralarını teselli etmeye yeter. Yeter ki pencere kenarında sayıklayıp çağıracakları bir anneleri olsun : ‘fabrika kızları’ memleketin uçurumlarından düşerken, tutunacak bir sevgi dalı bulmakta mahirdirler.



Gerçekleşmemiş hayallerin, duyarsız kocaların, çaresiz ana babaların omuzlarına bindirdiği yüklerle kamburlaşan konfeksiyoncu kızlar, soluğu bir psikiyatri kliniğinde alırlar. “Zorla evlendirildim, kocamı hiç sevmedim, her gece pencere kenarında annemi sayıklayarak ağladım”. Onları dinlerken içiniz burkudur. “Keşke” diye iç geçiririm, “keşke sana verdiğim ilaçlar, narin kelebek, sadece ruhunu değil dünyanı da değiştirebilse!”

Performansa dayalı ücretlendirme sistemleri ve Sağlık Bakanlığı'nda bir uygulama: Döner sermaye gelirlerinden ek ödeme sistemi



Harun Kırılmaz

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile, çalışanların çalışma isteklerini ve çabalarını artırıcı bir motivasyon artışı sağlanarak, ulaşılabilecek hizmet/ürün üretim ve verimlilik artışlarından hakça bir pay almaları amaçlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya koyulan performansa dayalı ek ödeme sistemi, kamu sektöründe performansa dayalı ücretlendirme sisteminin ilk pratik örneğidir.

Modern yönetim teknikleri çerçevesinde öncelikle özel sektörde kullanılmaya başlanan ve yaygınlaşan, ardından da "kamu işletmeciliği" zihniyetini benimseyen kamu sektöründe de yavaş yavaş uygulama alanı bulan performans yönetimi sisteminin bir parçası olan performansa dayalı ücretlendirme sistemleri; kurumsal verimliliği artırmanın yanı sıra bireysel verimlilik ve motivasyonu sağlayıcı bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. Kamu örgütlerinde performans yönetimi sisteminin yeterince etkili kullanılamaması sonucu, performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinde daha da ciddi bir bütçe kazanılmaktadır. Performans yönetiminin bir aracı olan performansa dayalı ücretlendirme sistemleri gerek hukuki yapı, gerekse yönetsel yapı gereği kamu örgütlerinde uygulanmak bir yana içi boş bir söylem olmaktan öteye gidememiştir. Kamu örgütlerinde çalışanlar 657 sayılı Kanunu'na göre "memur" sayılmakta ve bunların ücretlendirme sistemi yasal çerçeveye göre belirlenmektedir. Hizmet üreten kamu örgütlerinde performans değerlendirme çalışmaları, genelde mal üretiminde bulunan özel sektöre göre yeterince objektif yapılamamaktadır. Bu olumsuz tabloya rağmen kamu yönetiminde ya-

şanan pozitif gelişmeler performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin hayata geçirilebilmesi açısından da umut verici görünmektedir. Özellikle kamu yönetimine yeni bir bakış açısı getirmeye çalışan Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı ile kamu sektöründe performansa dayalı ücretlendirme sistemine geçişin temelleri atılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında görevli personele döner sermayeden ek ödeme yapılmasına dair yönergesi ile kamu kurumlarında performansa dayalı ücretlendirme sistemine geçişin ilk pratik adımı atılmış bulunmaktadır. Bu gelişmeler ışığında genel olarak performansa dayalı ücretlendirme sistemlerine değinildikten sonra kamu örgütlerinde performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin uygulanabilirliği tartışılacaktır.

Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile, çalışanların çalışma isteklerini ve çabalarını artırıcı bir motivasyon artışı sağlanarak, ulaşılabilecek hizmet/ürün üretim ve verimlilik artışlarından hakça bir pay almaları amaçlanmaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirme, ücret ile performans arasında ilişki kurarak oluşturulan ücret sistemlerini içerir (Uyargil, 1994). Genellikle performans yönetim sisteminin bir parçası olan performansa dayalı ücretlendirmede, ücret seviyeleri çalışanın performansının daha önce konulmuş olan hedeflere göre değerlendirilmesiyle belirlenir. İşle ilgili hedeflere bağlı olan performanslar doğrultusunda, maaşları değiştirmek performansa göre ücretlendirmenin mantığını oluşturur. "Incentive pay plans" olarak adlandırılan özendirici ücret sistemlerinde performans düzeyi ile ücret arasındaki ilişki standartlar ya da bazı doğrudan göstergelere göre belirlenirken, "merit pay plans" olarak adlandırılan liyakate dayalı ücret sistemlerinde daha dolaylı performans kriterlerine (geleneksel değerlendirme skalaları) başvurulmaktadır.

VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı'ndaki "Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş Özel İhtisas Komisyonu Raporu"ndaki tanıma göre performansa dayalı ücret, tüm kuruluşlarda kullanılabilen, verimliliği artırıcı tekniklerdendir. Özet olarak, normal çalışma performansının üstündeki çalışmaları parasal olarak ödüllendirmenin uygulamalarını içeren bir sistem olarak tanımlanabilir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile, çalışanların çalışma isteklerini ve çabalarını artırıcı bir motivasyon artışı sağlanarak, ulaşılabilecek hizmet/ürün üretim ve verimlilik artışlarından hakça bir pay almaları amaçlanmaktadır (DPT, 2000: 39).

Yukarıdaki tanımlardaki ortak nokta, daha önceden belirlenen performans hedeflerine ulaşabilmek için ücretin bir motivasyon aracı olarak kullanılmasıdır. Performansa dayalı ücretlendirme sistemi ile kurumsal performans hedeflerine ulaşmakta ve bu sonuçtan pay almalarını sağlayarak çalışanlar motive edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı'nda Performansa Dayalı

Ücretlendirme Sisteminde Bir Uygulama:

Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Sistemi

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile sağlık kurum-kuruluş yöneticileri kendilerini "asil" olarak algılamakta ve böylece organizasyonel performans yükselmektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesini sağlamak amacıyla görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönerge; 09.02.2004 tarih ve 417 sayılı Makam Oluru ile yürürlüğe girmiştir. Söz konusu yönerge ile birinci basamak sağlık kuruluşları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında görevli personele, verdikleri hizmetin karşılığında, kadroya dayanarak ay itibarıyla ödenen maaş dışında; personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlara göre döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılması hususunda düzenleme yapılmıştır. Bu düzenleme ile kamu kurumlarında performansa dayalı ücretlendirme sisteminin ilk örneği hayata geçirilmiştir.

Kamu ve özel organizasyonlarda performans karşılaştırmasına ilişkin başlıca teorik yaklaşımlardan biri olan "Mülkiyet Hakları Yaklaşımı"na göre organizasyonlarda performansı belirleyen ana göstergeler "mülkiyet" ve "yönetim"dir (Aktan, 2003: 70). Literatürde "sahip-vekil teorisi" (the theory of principal and agents) olarak da bilinen bu yaklaşıma göre, bir organizasyonda eğer mülkiyet ile yönetim birbirinden ayrı ise, o zaman organizasyonel performans düşük olmaktadır. Kamu ve özel organizasyonlar arasındaki en temel ayrımlardan birisi de,





mülkiyet ve yönetim yapısındaki farklılıklardır. Özel organizasyonlarda "sahiplik" ve "mülkiyet" açık ve belirgindir. Kamu organizasyonlarında ise mülkiyet "kamu"ya aittir; yönetim ise seçilmişler ya da seçilmiş vekillerin atadığı bürokratlar aracılığıyla yürütülür. Kamusal organizasyonlarda "sahiplik" olması dolayısıyla, bu organizasyonlarda etkililik ve verimlilik özel organizasyonlara oranla çok daha düşüktür.

Döner sermaye gelirlerinden görevli personele performans dayalı unsurlar gözetilerek yapılan ek ödeme sistemi; kamu kurumlarında performans dayalı ücretlendirme sistemine geçişin ilk uygulamasını teşkil etmesi gibi açık fonksiyonunun yanında, sağlık kurum-kuruluş yöneticileri ve çalışanlarının ek ödeme sistemi ile kendilerini organizasyonun sahibi olarak algılamasını ve böylece düşük olan organizasyonel performansın artmasını sağlayan gizli fonksiyonu bulunmaktadır.

Sonuç olarak; ek ödeme sistemi ile performans dayalı ücretlendirme sistemi uygulamaya koyulmuş, sağlık kurum-kuruluş yöneticilerinin kendilerini "vekil" olarak değil de "asil" olarak algılaması ve böylece organizasyonel performansının yükseltilmesi sağlanmıştır.

Kamu Sektöründe Sistemin Uygulanabilirliği

Performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin kamu kurumlarında uygulanabilirliği hususunda örgütsel yapı, yönetim ve ücret sisteminden kaynaklanan etmenler değerlendirilmeye alınmalıdır.

Kamu hizmetlerini iyileştirme ve emek verimliliğini artırarak emek maliyetlerini düşürme amaçlarıyla performans dayalı ücret kamu kesiminde yaygınlaşmakta ise de (DPT, 2000:

46), bu durum sadece Kamu İktisadi Teşebbüsleri'nde ve "işçi" statüsünde çalışan kamu görevlileri açısından geçerli olmaktadır. 657 sayılı Kanun'a göre "memur" statüsünde istihdam edilen kamu görevlilerine, hizmetleri karşılığında işgal ettikleri kadroya dayanarak aldıkları "aylık" dışında herhangi bir ücret ödenememektedir. Bu durum, kamu örgütlerinde performans dayalı ücretlendirme sisteminin en önemli çıkmasını oluşturmaktadır. İkramiye, olağanüstü ikramiye ve yan ödemelere ilişkin uygulamalar da, performans dayalı olma niteliğini tamamen kaybetmiş ve sadece çalışanların ücret düzeylerinin yükseltilmesini amaçlayan birer mali hak niteliğine dönüşerek motivasyonu sağlama amacından uzaklaşmıştır (DPT, 2000: 66). Kamu görevlileri ile ilgili halen uygulamada olan 657 sayılı Kanun'un 123. maddesi performans dayalı olarak ücretlendirmenin tek dayanağı olmakla birlikte rasyonellikten ve uygulanabilirlikten bir hayli uzaktır. Söz konusu maddeye göre bağlı bulundukları kurumlarda olağanüstü gayret ve çalışmaları sonucunda emsallerine göre başarılı görev yaptıkları görülen Devlet memurlarına bağlı veya ilgili Bakanın uygun görmesi üzerine bir mali yıl içinde bir aylıkları tutarını aşmak üzere ödül verilebileceği belirtildikten sonra, bu maddeye göre bir mali yıl içinde ödüllendirileceklerin sayısı, kurumun yılbaşındaki serbest kadro mevcudunun binde onundan fazla olamayacağı hükme bağlanarak sınırlandırma getirilmiştir.

Kamu örgütlerinde performans dayalı ücretlendirme sistemlerinin uygulanabilirliğinde ve uygulamaların başarıya ulaşmasında, kuruluş içi ve kuruluş dışı pek çok faktör rol oynamaktadır. Kurumsal kültürden hukuki çerçeveye kadar bir çok içsel ve dışsal faktör, kamu kurumlarında modernleşme çaba-

larının önünde bir engel olarak varlıklarını korumaktadırlar.

Performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin kamu kurumlarında uygulanabilirliği hususunda örgütsel yapı, yönetim ve ücret sisteminden kaynaklanan etmenler değerlendirilmeye alınmalıdır (DPT, 2000: 64-65). Öncelikle kamu kuruluşlarında modern yönetim tekniklerinin uygulanmasında yasal bir desteğe ihtiyaç duyulacağı şüphesizdir. Ancak bu alanda yasal düzenlemeler mevcut olamamakla beraber bu durum, performansa dayalı ücret sisteminin gerektirdiği iş değerlemesi, iş etüdü, performans değerlendirme, verimlilik ölçümü ve kontrolü gibi tekniklerin kullanılamamasına neden olmaktadır.

Kamu örgütlerinde yönetici konumunda bulunan kişiler sonuçta birer kamu görevlisi olmaktan öte birer "memur" olmaları nedeniyle özerk biçimde örgütleri adına karar verebilmek yetkisinden uzak bulunmaktadır. Bu durum, personel seçimi ve ücretlendirme konusunda daha da belirgin bir şekilde karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca siyasal kaygılar nedeniyle kamu örgütlerinde yönetici konumunda bulunan kişilerin çok sık değiştirilmeleri ve uzun süre görevde kalabilme güvencesinden yoksun bulunmaları, reform niteliğinde sayılacak verimliliğe dayalı ücretlendirme sistemleri ve diğer pek çok modern yönetim tekniklerinin uygulanmasını engellemektedir.

Son olarak kamu kuruluşlarında 657 sayılı Kanun ile tek bir personel ve ücret rejimi belirlenmiştir ve bu yasal durum kamu örgütlerinin yapılarına uygun bir ücret rejimi belirleyebilmelerinin önündeki en büyük engeldir. Mevcut yasal düzenlemelerde personel değerlendirmesi ve mali hükümler, kamu örgütlerinde çalışanların verimini olumsuz etkilemekte ve performans dayalı ücretlendirme sisteminin uygulanmasına engel teşkil etmektedir.



Sonuç

Kamu sektöründe performansa dayalı ücretlendirme sisteminin önündeki engellere rağmen Sağlık Bakanlığı'nın performansa dayalı ek ödeme sistemi, kamu sektörü için yol gösterici ve yönlendirici niteliktedir.

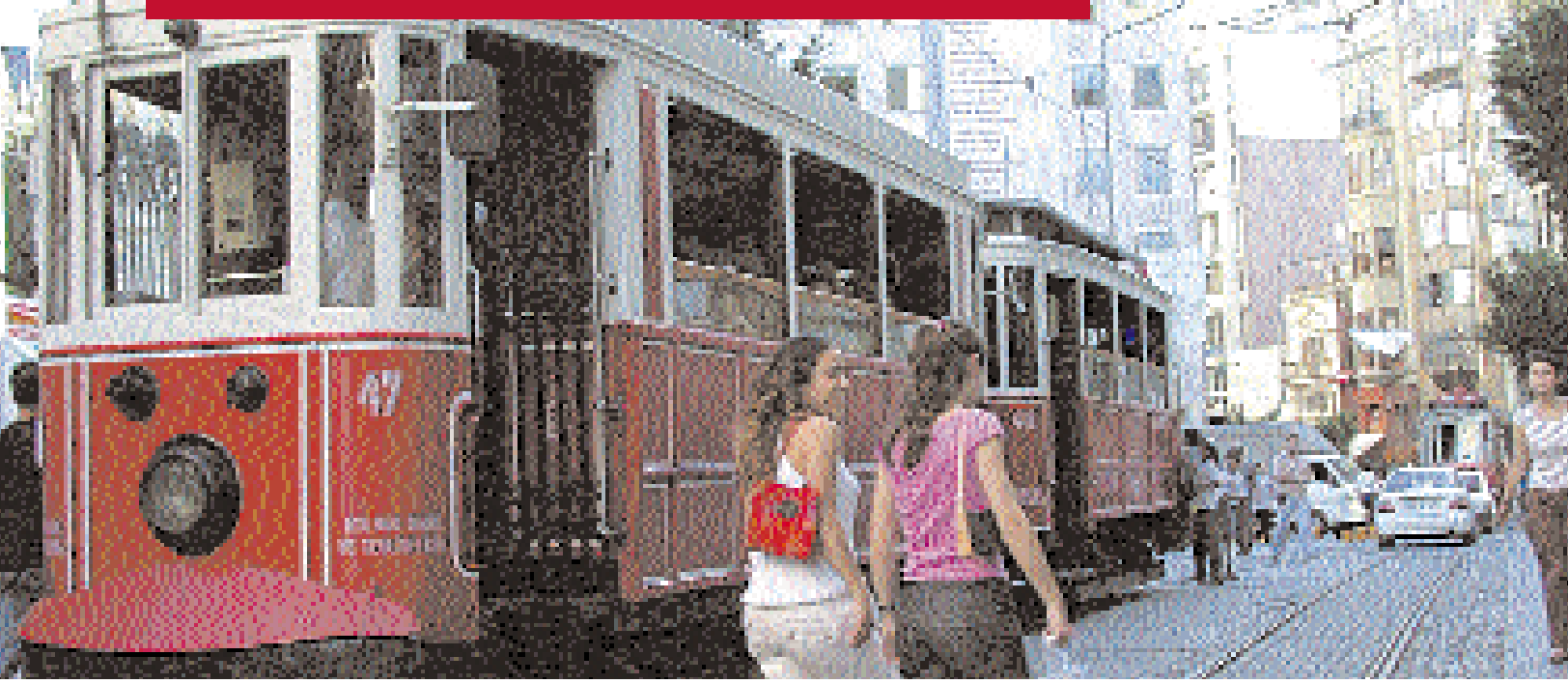
Bütün bu olumsuzluklara rağmen, performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin kamu örgütlerinde önemini vurgulayarak, uygulanabilirliğini destekleyici noktalar bulunmaktadır. Değişen ve gelişen koşullar çerçevesinde kamu hizmetlerinin etkin, verimli, kaliteli ve çağdaş normlara uygun şekilde yürütülmesi bir zorunluluk haline gelmiştir. Performansa dayalı ücret sistemleri, verimlilikle dolaysız ilişkisi bulunan hizmet ve mal üretim maliyetinin düşürülmesinde çok etkili olan bir tekniktir. Bu nedenle etkililik, ekonomiklik ve verimlilik anlayışını gerçekleştirmek isteyen kamu örgütlerinde gerekliliği kaçınılmazdır. Ayrıca kamu örgütlerinin hukuki ve fonksiyonel yapılarının modern yönetim ve örgütlenme tekniklerine uygun olarak düzenlenmesi gerekmektedir. Bu gereğin sonucu kaçınılmaz olarak reorganizasyonlarla gerçekleştirilecek hukuki ve fonksiyonel düzenlemeler, performansa dayalı ücret sistemlerinin geleceği açısından uygun bir ortam oluşturacaktır.

Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'nda kamuda yöneticiler ve çalışanlar arasında yapılacak sözleşmelerle performans yönetiminin geliştirileceği, uzun vadede performansa dayalı ücret sistemine geçileceği kayıt altına alınmakla birlikte Devlet Planlama Teşkilatı'nca hazırlanan VI. ve VII. Plan'da da benzer şekilde ilke ve politikalar belirlenmiş ancak uygulamaya geçirilememiştir.

Kamu örgütlerinde yönetici kadrosunda bulunanların modern yönetim teknikleri konusunda eğitilmesi, bu yöneticilerin görev sürelerinin standartlara oturtulması ve siyasi baskılardan etkilenmeden yeterli çalışma güvencesi ve yönetsel özerklik verilmesi, mali ve fiziki hedeflere bağlı sorumluluk yüklenmesi, ücret sistemi ile ilgili yasal düzenlemenin yapılması, kamu sektöründe işletmecilik anlayışının bir söylemden öteye giderek kamu çalışanlarına toplu sözleşme ve grev hakkı tanınması, standart kadro uygulamasına geçilmesi, idari mevzuatın gözden geçirilerek yeniden hızlandırılması sayesinde kamu örgütlerinde genel bir iyileşmenin yanı sıra, performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin hayat geçirilmesinde önemli mesafeler katedileceği bir gerçektir.

Sonuç olarak; söz konusu sistemin kamu sektöründe uygulanmasının önündeki engellerle rağmen Sağlık Bakanlığı'nın sağlık kurum-kuruluşlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden performansa dayalı ücretlendirme sistemine dair uygulamaları, genel olarak kamu sektörü için yol gösterici ve yönlendirici niteliktedir. Mevcut uygulamalardan yola çıkılarak Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı'nda bahsi geçen kamuda performansa dayalı ücretlendirme sistemine geçiş daha kolay sağlanabilir.

Sağlıklı şehir



Dr. Alp Aker | Halk Sağlığı Uzmanı

Şehirlerin insanların yaşam standartlarını yükseltme potansiyeli elbette vardır ve ulaşım kolaylıkları, okullar, sağlık kuruluşları, kütüphaneler, her türden kültür etkinlikleri ve yarattığı sinerji ortamıyla insan yaşamına olumlu katkılarda bulunmaktadır. Ancak şehirleşmenin nimetleri maalesef eşit olarak paylaşılmamaktadır. Şehirler giderek fakirliğin yerleştiği yerler haline dönüşüyor. Tahminlere göre dünyada, şehirlilerin üçte biri ile dörtte biri mutlak fakirlik düzeyinde yaşamlarını sürdürmekte.

Bilinen bir gerçek: Dünyamız giderek şehirleşiyor. Tahminlere göre 2005 yılında dünya nüfusunun yarısı şehirlerde yaşıyor olacak⁽¹⁾. Günümüzde Dünya üzerinde nüfusu 10 milyon ve üzerinde olan 19 şehir bulunmakta. Yirmi iki şehrin nüfusu ise 5 ile 10 milyon arasında. Yine Dünya üzerinde şehirleşme hızı (toplam nüfus içinde şehir nüfusunun payının artış oranı) yılda yaklaşık yüzde 0.8'e ulaşmış durumda. Bu hız, Afrika kıtasında %1.6'ya çıkıyor.

Şehirlerin insanların yaşam standartlarını yükseltme potansiyeli elbette vardır ve ulaşım kolaylıkları, okullar, sağlık kuruluşları, kütüphaneler, her türden kültür etkinlikleri ve yarattığı sinerji ortamıyla insan yaşamına olumlu katkılarda bulunmaktadır. Ancak şehirleşmenin nimetleri maalesef eşit olarak paylaşılmamaktadır. Şehirler giderek fakirliğin yerleştiği yerler haline dönüşüyor. Tahminlere göre dünyada, şehirlilerin üçte biri ile dörtte biri mutlak fakirlik düzeyinde yaşamlarını sürdürmekte⁽²⁾. Yine ülkemiz dahil, gelişmekte olan ülkelerde büyük şehirlerin nüfusunun büyük bir kısmı sağlıksız denebilecek koşullarda, gecekonduarda yaşamlarını sürdürmekte. UNICEF'in raporlarına göre halen 200 milyon çocuk sokaklarda yaşıyor ve her yıl 40 000 çocuk ishal yüzünden hayatını yitirmekte⁽³⁾. Şehirlerde, birbirine coğrafi olarak yakın çeşitli toplum katmanları arasında da sağlık yönünden büyük farklılıklar olabilmekte. Örneğin, Pakistan'da bebek ölümleri yönünden

gecekondü semtleri ile orta sınıflar arasında üç misli fark var. Hollanda gibi gelişmiş bir ülkede dahi şehirlerde fakirlerin beklenen yaşam süresi, hali vakti yerinde olanlardan 5 yıl daha kısadır. Gerçekten de, gelişmiş ülkelerde şehirlerdeki fakirlerin durumu sıklıkla kırsaldakilerden daha kötüdür⁽⁴⁾.

İstanbul'da, 1996 yılındaki Habitat toplantısı deklarasyonunda katılımcı ülke hükümetleri şehirleşen dünyada herkes için yeterli barınak sağlama ve sürdürülebilir insan yerleşimleri için çaba harcama sözü verdiler. Ayrıca, başta endüstrileşmiş ülkelerde olmak üzere, sürdürülebilir olmayan tüketim ve üretim şekillerine değinerek aşırı nüfus yoğunlaşması, evsizlik, artan fakirlik, kaynak yetersizliği, işsizlik, yetersiz alt yapı hizmetleri, planlama eksikliği, artan şiddet ve güvenlik eksikliği, bozulan çevre ve hastalıkların yayılmasında artış konularının öncelikle ele alınması gerektiğini bildirdiler⁽⁴⁾. Bu doğrultuda birçok ülkede çeşitli çalışmalar başlatıldı.

Kısacası, birçoğumuzun yaşadığı şehirler artık sağlıklı değiller; hâlâ bir cazibe merkezi olmayı sürdürüyor olmaları, gece-gündüz, her türden sürekli etkinliklere sahne oluşları, çok sayıda birbirinden farklı tarz, kültür, renk ve sesin yan yana ve iç içe görülüyor olması örtünün altından taşan sorunları gizlemeye yetmiyor.

Sorunlar büyüdükçe çözüm arayışları da hızlanarak devam ediyor. Öncelikle söylenmesi gereken, koşul ve imkanların farklılığı nedeniyle, şehirlerin sorunlarının ve çözüm yollarının, bazı ortak yönler barındırmakla birlikte, asıl olarak kendine özgü koşullar içinde ele alınması gerektiği. Bunu sağlamanın en iyi yolu da şehirli, yani bizzat sorunları yaşayanları çözüm sürecine dahil etmek olabilir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlıklı Şehirler Projesi bu yaklaşımı çözümün temeli olarak kabul etmekte.

Projenin kavram olarak geliştirilmesinde Kaliforniya Üniversitesi'nden Leonard Duhal ve Ontario'lu bir halk sağlığı uzmanı olan Trevor Hancock'un büyük katkıları oldu. Girişim, Avrupa ve Kuzey Amerika'da son 150 yılda sağlık alanında kat edilen büyük mesafenin doktorlar ve hastanelere değil, yerel hükümet etkinliklerine bağlı olduğu gerçeğinin fark edilmesine dayanıyor⁽⁵⁾. Başlangıçta, Avrupa'dan 34 şehrin yaşam kalitesini artırma amacıyla katıldığı projeye bugün 50'den fazla ülkeden 3000'den fazla topluluk dahil olmuş durumda.

Sağlıklı Şehirler projesinin çıkış mantığı basit: Sağlıklı insanlar isteniyorsa, sağlıklı şehirler, yeterli koşullara sahip konut, temiz su ve hava temin edilmesi, çeşitli etkinlikler için olanak sağlanması, toplumsal organizasyonlar oluşturulması ve sağlam aile bağlarının korunması ve de bunların hepsinin bir arada olması gerekir⁽³⁾.

Sağlıklı Şehirlerde ulaşılabilecek bir hedef tarif edilmiyor. Bunun yerine, sağlıklı bir şehir, sağlık ve çevre konularını politik ajandasında ön sıraya almış ve bunları çözmek için gerekli yapıları kurup süreçleri harekete geçirmiş şehir ola-

rak kabul ediliyor⁽⁶⁾. Kısacası, sağlıklı bir şehir kendi sorunları konusunda düşünen, önceliklerini belirleyen, bireylerin birbirlerine destek verdiği, çözüm için gayret sarf eden bir şehir anlamına geliyor. Bu bağlamda, bireyi ve toplumu bir bütün haline getirme birinci hedef seçilmiş. Yukarıdan belirlenen hastalık tedavi ve sorunlarla mücadele programları yerine yerel çabalarla temiz çevre, açık alanlar, eğitim, güvenlik gibi konularda çözümler üretilmesi arzuluyor.

Sağlığın geliştirilmesi iyi şehir yönetimiyle de ilişkili olagelmıştır. İyi yönetim anlayışı güçlü politik destek, sektörler arası planlama, şehir çapında iş birliği, toplum katılımı, izleme ve değerlendirmeyi kapsamaktadır. Sağlıklı şehirlerde insani değerlere, duygu ve düşüncelere, farklı kültürlere daha duyarlı, ekonomiyi insanın ve çevrenin önüne çıkarmayan



Sağlıklı insanlar isteniyorsa, sağlıklı şehirler, yeterli koşullara sahip konut,

temiz su ve hava temin edilmesi, çeşitli etkinlikler için olanak sağlanması, toplumsal organizasyonlar oluşturulması ve sağlam aile bağlarının korunması ve de bunların hepsinin bir arada olması gerekir

bir yaklaşım benimsenmektedir. Sağlık, insanların yaşamlarını etkileyen olaylara müdahale edebilmelerine bağlı olduğunda yeni bir demokratik yönetim anlayışı ortaya çıkmaktadır.

Hükümet ya da devletin sağlık kurumları ve çalışanları kendi başlarına bir sağlık programı oluşturup uygulamaya koymak istediklerinde toplum desteği ve katılımı yetersiz olabilmektedir. Oysa aynı kişiler toplumu örgütleyip hareket geçirdiklerinde ve yalnızca görünen sağlık sorunlarını değil sosyal ve çevresel sorunları da kapsar bir program oluşturdıklarında katılım çok daha fazla olmaktadır. Böylece kaynaklar da insani ihtiyaçlar daha çok gözetilerek kullanılmış olmaktadır⁽³⁾.

Sağlıklı şehrin temel parametreleri 11 tanedir⁽⁴⁾: temiz, güvenli ve kaliteli fizik çevre (konut dahil); dengeli ve sürdürülebilir bir ekosistem; güçlü, destekleyici ve sömürücü olmayan bir toplum, kişi hayatını, sağlığını ve iyilik durumunu etkileyen kararlara yüksek toplumsal katılım ve kontrol; şehir nüfusunun tamamı için temel gereksinimlerin (yiyecek, su, barınak, güvenlik, iş) temini; etkileşim ve iletişim olanaklarına sahip olma; canlı, yaratıcı ve çeşitlilik içeren bir şehir ekonomisi; geçmişle, kültürel mirasla ve farklı gruplarla temasa destek; gerektiği kadar ve uygun koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunumu; yüksek sağlık düzeyi ve son olarak da bu değerlere bağlı kalmak ve geliştirmek için çaba sarf etmek.

Temiz çevresiz sağlığın olmayacağı uzun zaman önce anlaşılmıştır; temiz su teminiyle kolera gibi hastalıkların önüne geçilmesi türünden halk sağlığı uygulamalarının başarısı bunu kanıtlamıştır. Çevresel, sosyal ve ekonomik gelişmenin el ele gittiği açıktır. Ancak uygarlığımızın ve bu uygarlığın ürünü olan günümüz insanının yaşam tarzının, nüfus artışıyla birlikte çevre ve giderek tüm dünyadaki ekolojik sistemler üzerinde yarattığı baskı ve tahribat, sorunların dışarıya atılarak uzaklaştırılma yollarının artık tükenmiş olması “sürdürülebilir şehir” ve “yeşil şehir” kavramlarının da sağlıklı şehir kavramının öncelikli ve temel öğeleri arasında yer almasına yol açmıştır.

Bir tarife göre ekolojik ya da sürdürülebilir şehir, doğal kapitali (hava, su, toprak, yenilenebilir ve yenilenmeyen kaynaklar) eksiltmeyen, yapı ve işlev olarak yerel, bölgesel ve küresel ekosistemlerle uyumlu ilişki içinde olan şehirdir⁽⁵⁾.

Bu tariften hareketle sürdürülebilirlik hedefleri arasında, doğal kaynakların kullanımının ve atık üretiminin azaltılması ve bu amaçla, bütçelemeye çevresel maliyetlerin de dahil edilmesi, enerjinin etkili kullanımı, etkili kamu taşımacılığına ağırlık verilmesi, atıkların azaltılması ve geri kazanımı, dönüşel metabolizma, yerel kaynaklara ağırlık verme gibi konular yer almaktadır⁽⁶⁾.

Ekolojik ayak izi hayatımıza yeni girmekte olan bir kavram, ancak görünen o ki artık hiç çıkmayacak. Bir topluluğun tükettiği tüm kaynakları sürekli temin edecek, belli bir andaki ekonomik aktivite ve yaşam standardını aynen sürdürebilmesi için gereken verimli toprak alanının büyüklüğünün

hesaplanabileceğinden yola çıkıyor bu yaklaşım. Her ölçekte insan yerleşimi için kullanılabiliyor ekolojik ayak izi; enerji ve madde kullanımının, hangi kategoriden olursa olsun sınırları belli bir toprak ya da su parçasının üretim ya da emiş kapasitesine ihtiyaç duyacağı açık. Ekolojik ayak izinin en önemli unsuru ise tahmin edilebileceği gibi enerji tüketimi. Bu kavram penceresinden bakıldığında günümüze ait veriler birden çok çarpıcı ve alarm verici oluveriyorlar. Örneğin, 1993 yılı verilerine bakıldığında, her bir Amerikalının ayak izi büyüklüğü 10.3 hektar, Kanadalının 7.7 hektar, İsveçlinin 5.9 hektar. Oysa tüm dünyada biyolojik olarak verimli toprak alanı kişi başına sadece 1.7 hektar. Konumuzla ilgili başka bir örnek vermek gerekirse, tek başına Londra şehrinin ekolojik ayak izi şehrin kapladığı yüzey alanının 125 katı büyüklüğünde, yani neredeyse bütün İngiltere'nin yüzölçümüne ulaşmakta⁽⁷⁾. Günümüzde fakir ülkeler “ayaklarının henüz küçük” olduğunu söylemekte-

Şehirler çoğu zaman ekonomik aktiviteyi arttırmak, yaşamı kolaylaştırmak, çok sayıda insanı besleyebilmek için coğrafi olarak en uygun, ekolojik olarak en verimli alanlarda ve kıyılarda kurulmuştur. Bu topraklar su, yiyecek, ulaşım kolaylığı, insan ve endüstriyel atıklardan kolayca kurtulma olanağı sağlar. Ancak büyüyen şehirlerin, var olmalarının başlıca etkeni olan bu kaynakları birer birer kurutması ve yok etmesi bir ironi değil midir?

ler, ancak Dünya ortalamasına bakıldığında, kişi başına ekolojik ayak izi 2.3 hektara ulaşmış durumda. Neredeyse bütün ülke halklarının paylaştıkları verimli ekonomik sistem içinde hızlı büyüme ve kalkınma, yaşam standartlarını yükseltme rüyası böylece dünyanın sınırlı oluşu gerçeğine çarpmakta: herkesin bugünkü teknolojiyle günümüzün ortalama bir Amerikan vatandaşının yaşam standardına ulaşabilmesi için 5 dünyaya daha gerek duyulmakta.

Şehirler çoğu zaman ekonomik aktiviteyi arttırmak, yaşamı kolaylaştırmak, çok sayıda insanı besleyebilmek için coğrafi olarak en uygun, ekolojik olarak en verimli alanlarda ve kıyılarda kurulmuştur. Bu topraklar su, yiyecek, ulaşım kolaylığı, insan ve endüstriyel atıklardan kolayca kurtulma



olanağı sağlar. Ancak büyüyen şehirlerin var olmalarının başlıca etkeni olan bu kaynakları birer birer kurutması ve yok etmesi bir ironi değil midir?

Hızlı ve güvenli ulaşım sağlama tarih boyu her uygarlığın çabası olmuştur. Günümüzde, giderek kalabalıklaşan ve ekonomik ve diğer aktivitelerin arttığı şehirlerde ulaşım sorununun çözülmesi büyük önem taşımaktadır. Bu sorunun büyümesinde otomobil merkezli ulaşım yaklaşımının payı büyüktür. Otomobil merkezli şehirlerde öncelik insanlara değil, otomobillerin hareket ve park ihtiyaçlarının karşılanmasına verilmektedir. Bu anlayışa göre, yeşil alanların yollara ve otopark alanlarına dönüştürülmesi, mahallelerin otoyollarla bıçakla kesilir gibi bölünerek dilimlenmesi, egzoz gazlarının, çeşitli atıkların ve gürültünün neden olduğu kirlilikler, çocuklar, yaşlılar, sakatlar gibi söz hakkı kısıtlı toplum kesimlerinin hareket olanaklarının iyice kısıtlanması, trafik kazalarının yol açtığı can ve mal kayıpları ve daha da önemlisi her zaman kıt olan kaynakların, pek demokratik olmayan bir şekilde, öncelikle otomobil sahiplerinin yararı için harcanması hep tartışmasız ödenmesi gerekli bedeller olmuştur. Dünyanın birçok yerinde yapılan kamuoyu araştırmaları halkın genellikle kitle taşımacılığını desteklediğini göstermiştir. Ancak bu konuda karar verme makamında olanlar çoğunlukla 40-60 yaş arası erkeklerdir ve otomobili en çok kullananlar da bu gruptan kişilerdir.

Günümüzde şehir sağlığı ve çevresi için bir şey yapma-

mak genel olarak çevre ve sağlıkla ilgili bir şey yapmamakla neredeyse eşanlamıdır. O halde, şehir sağlığına ve çevrenin korunmasına dönük her çaba yalnızca şehirlerin ve şehirde yaşayanların sorunlarını çözmeyecek, küresel düzeyde, çevrenin ve sağlığın geliştirilmesinde başlıca etkisi olacaktır.

Kaynaklar:

- 1- Urbanism, health and human biology in industrialised countries, Society for the study of human biology symposium 39; ed. By Schell L. M, Ulijaszek S.J.; Cambridge University Press, 1999
- 2- The state of the world's cities report 2001; the United Nations Centre for Human Settlements (Habitat), Nairobi, 2001, <http://www.unhcr.org/istanbul+5/statereport1.htm>
- 3- Building healthier cities, a conversation with Leonard J. Duhl; Joe Flower; Healthcare Forum Journal, May/June 1993, p 48-75
- 4- The Habitat Agenda; Istanbul Declaration on Human Settlements, <http://www.unhcr.org/istanbul+5>
- 5- Designing healthy cities, Prescriptions, principles and practice; Aicher, Joseph; Krieger Publishing Company, Malabar, Florida, 1998
- 6- Networking for Action on Sustainability and Health; Agis T, Healthy Cities Project Coordinator, World Health Organization Regional Office for Europe; Our cities, our future: Policies and action plans for health and sustainable development, ed. Price C., Tsouros A
- 7- Healthy communities must also be sustainable communities; Trevor Hancock; Public Health Reports; March/April & May/June 2000, V 115, p152-156
- 8- The Gaia atlas of cities: New directions for sustainable urban living; Girardet H; Anchor books, 1993
- 9- Green Urbanism, Learning from European Cities; Timothy Beatley, Island Press, 2000



■ Dr. Hüseyin Demirel | Kamu Yönetimi Uzmanı

Sağlık Bakanlığı'nın Haziran programı yine çok yüklüydü. Bakanlığın Haziran ayı etkinliklerini şöyle özetleyebiliriz.

● Kanser

Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu Kurulmasına İlişkin Anlaşma (MECC) 20 Mayıs 1996 tarihinde Cenevre'de imzalandı. Mısır Arap Cumhuriyeti, İsrail, Ürdün, Filistin, Güney Kıbrıs Rum Yönetimi asıl ve kurucu ülkeler olarak, Amerika Birleşik Devletleri de gözlemci olarak anlaşmaya imza koydular. Türkiye'nin Ortadoğu Kanser Konsorsiyumuna tam üyeliği 20 Mayıs 2003 tarihindeki MECC Bakanlar Yönlendirme Komitesince onaylandı ve ülkemizin MECC'ye üyeliği fiili olarak başladı. Ortadoğu Kanser Konsorsiyumunun Kurulmasına İlişkin Anlaşmaya taraf olabilmemiz için anılan kuruluş tarafından iletilen bir ek metin Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından 15-16 Haziran 2004 tarihlerinde Ankara'da yapılan Ortadoğu Kanser Konsorsiyumu Kan-

ser Kayıt İzleme Komitesi Toplantısı sırasında imzalandı.

● Verem

Haziran ayı içerisinde ülke genelinde 180.345 kişi verem taramasından geçirildi, 128.981 kişinin radyolojik incelemesi yapıldı ve 1.416 yeni hasta tespit edilerek, ilaçları ücretsiz olarak verildi.

● Sıtma

Sıtma hastalığının yoğun olduğu Diyarbakır, Batman, Siirt, Şanlıurfa ve Mardin illerine diğer illerden 80 sıtma savaş işçisi 15 Haziran- 15 Eylül 2004 tarihleri arasında 3 ay süreyle geçici olarak görevlendirildi.

Haziran ayı içerisinde ülke genelinde 84.566 kişi kan muayenesine tabii tutuldu, bunlardan sıtma hastalığı tespit edilen 421 kişinin tedavileri gerçekleştirildi.

● Gıdada yetki devri

Gıda hizmetlerinin tek elden, daha etkili ve verimli yürütülebilmesi amacıyla hazırlanan 5179 Sayılı Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun 05.06.2004 tarihli ve 25483 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girdi. Bu Kanun hükümlerine göre;

Doğal kaynak, doğal maden, içme, tıbbî sular ile işlenmiş içme, işlenmiş kaynak ve işlenmiş maden suyu üretimi, uygun şekilde ambalajlanması ve satış esaslarına ilişkin hizmetler ile enteral beslenme ürünle-



ri dahil özel tıbbî amaçlı diyet gıdalar, tıbbî amaçlı bebek mamaları ile ilaç olarak kanıtlanmış ancak reçeteye tabi olmayan ürünlerin üretim, ithalat, ihracat ve denetimine ilişkin hizmetler Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülecek.

Kendi doğasında bulunmayan herhangi bir katkı maddesi ilave edilen doğal kaynak, doğal maden, içme ile işlenmiş içme, işlenmiş kaynak, işlenmiş maden suyu ve yapay sodaların üretimi, uygun şekilde ambalajlanması ve satış esaslarına ilişkin hizmetler ile takviye edici gıdalar ve bebek mamalarının üretim, ithalat, ihracat ve denetimine ilişkin hizmetler, ayrıca, gıda maddeleri ve gıda ile temasta bulunan madde ve malzemelerin üretim izni, gıda sicili, tescil, istihdam, laboratuvar kuruluş izni, ithalat ve ihracat izinleri, piyasa gözetimi ve denetimi (gıda satış ve toplu tüketim yerleri ile üretim yerlerinin denetimi) gibi hizmetler Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nca yürütülecek.

● Birinci basamakta kalite

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından başlatılan Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kalite seferberliği kapsamında, Marmara ve Ege Bölgesinde bulunan 23 İl Sağlık Müdürlüğü temsilcisine (Sağlık Müdür Yardımcısı, Şube Müdürü düzeyinde) Sağlık Bakanlığı Urla Eğitim ve Dinlenme Tesislerinde, 14-18 Haziran 2004 tarihleri arasında eğitim verildi. Yapılan eğitim programında ISO 9001:2000 Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi, Kişisel Gelişim, Liderlik, İletişim, Ekip Çalışması ve Ekip Oyunları konuları işlendi.

● Üreme sağlığı programı

Ülkemizde cinsel sağlık/üreme sağlığı alanında hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılması, hizmet kalitesinin yükseltilmesi yoluyla Sağlık Bakanlığı'nın yürütmekte olduğu çalışmalara doğrudan destek sağlamak ve Sivil Toplum Kuruluşlarıyla olan işbirliğinin güçlendirilmesini

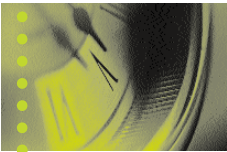
sağlamak amacıyla, Avrupa Birliği işbirliğinde Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (TABÜS) Programı yürütülüyor. Program kapsamındaki hedeflere ulaşmak için öncelikli olarak seçilen 34 ilin program yönetim birimini oluşturan AÇSAP hizmetlerinden sorumlu Müdür Yardımcıları, AÇSAP, Bulaşıcı Hastalıklar, Eğitim ve İstatistik Şube Müdürleri ile programın tanıtılması ve illerde yürütülecek aktivitelerin planlanması amacıyla 14-15, 17-18 ve 21-22 Haziran 2004 tarihlerinde Ankara'da ikişer günlük toplantılar yapıldı.

● Neonatal resüsitasyon programı

Yenidoğan ölümlerinin azaltılması, yenidoğana optimal yaklaşım ve etkin resüsitasyonun sağlanması amacıyla yürütülen programlar arasında olan "Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP)" kapsamında doktor, ebe, hemşire ve anestezi teknisyenlerinin katılımı ile 16-18 Haziran 2004 tarihlerinde Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, 21-23 Haziran 2004 tarihlerinde Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi'nde, 22-24 Haziran 2004 tarihlerinde Manisa ilinde, 28-30 Haziran 2004 tarihlerinde de Trabzon ilinde "Neonatal Resüsitasyon Uygulayıcı Eğitimi" yapıldı.

● Perinatal ve neonatal ölümlerin önlenmesi programı

Temel yenidoğan sağlığında öncelikli konular olan antenatal bakımın nicelik ve nitelik olarak düzeltilmesi, her doğum için sağlıklı ve güvenli koşulların sağlanması, doğum sırasında ve erken yenidoğan döneminde her yenidoğana optimal yaklaşımın yapılması (temel resüsitasyonu, ısı kontrolü, erken anne sütü), yüksek riskli gebe ve yenidoğanın tanınması, uygun bakım ve sevk ilkelerinin yerleştirilmesi sağlanarak, perinatal ve yenidoğan ölümlerinin önlenmesi amacıyla 2001-2005 T.C. Hükümeti-UNICEF İşbirliği Programı çerçes-





vesinde AÇSAP Genel Müdürlüğü'nce Perinatal ve Neonatal Ölümünün Önlenmesi Programı sürdürülüyor. Perinatal ve neonatal mortalitenin azaltılması kapsamında, üniversitelerin Neonatoloji Bilim Dalı Başkanları ve Neonatoloji, Perinatoloji Derneklerine üye öğretim üyelerinin katılımı ile Şubat ayında Ankara'da Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ başkanlığında bir toplantı gerçekleştirildi. Bu toplantı sonrası hazırlanan dokümanların gözden geçirilmesi ve programa son şeklinin verilmesi amacıyla, 29 Haziran 2004 tarihinde bir toplantı yapıldı.

● TSK ile işbirliği

Sağlık Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri arasında, üreme sağlığı ve aile planlamasında erkeklerle yönelik eğitim çalışmaları konusunda işbirliği başlatıldı. Bu işbirliği 15 Haziran 2004 tarihinde Mamak 4. Kordolu Komutanlığı Eşref Akıncı Kışlası'nda ortak basın toplantısı yapılarak kamuoyuna duyuruldu.

Bu işbirliği kapsamında her yıl askere alınan 450.000 genç erkeğe üreme sağlığı konusunda bilgi verilmesi ve aile planla-

ması yöntemlerinin öğretilmesi öngörüldü. Bu eğitimleri verecek personellerin "eğitici eğitimleri" tamamlanarak, askeri birliklerde erbaş ve erlere yönelik eğitimlere başlandı.

● Açılan sağlık tesisleri

Amasya'da yapımı tamamlanan 300 yataklı Sabuncuoğlu Şerafeddin Devlet Hastanesi 23 Haziran 2004 tarihinde Başbakan Recep Tayyip Erdoğan tarafından hizmete açıldı.

Çorum İli Dodurga İlçesi Devlet Hastanesi 30 kadro yatak ile hizmete açıldı. Yozgat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi hizmete açıldı.

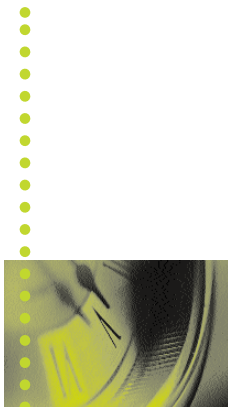
● Kronik hastalıklarda ulusal politika geliştirme çalışmaları

Ulusal Diyabet Politikasının oluşturulması ve diyabet merkezlerinin organizasyonunun sağlanması amacıyla, bu alanda çalışan sivil toplum örgütleri temsilcilerinin de katılımı ile bir toplantı gerçekleştirildi. Toplantıda diyabetle ilgili sorunlar tartışılarak, sorunlara çözüm yolları arandı. Alınan kararlar doğrultusunda mevzuat çalışmaları başlatıldı.

Tüm dünyada giderek artan bir tehdit olarak kabul edilen kardiyovasküler hastalıklarla ilgili, mevcut sağlık sistemimize uyarlanabilen, maliyet etkili önlemler içeren bir Ulusal Politika oluşturmak amacıyla, bu alanda çalışan öğretim üyeleri ve sivil toplum örgütlerinin katılımıyla bir toplantı gerçekleştirildi.

● Yenidoğan işitme taraması

Yeni doğan bebeklerimize erken dönemde işitme taraması yapılarak varsa işitme kayıplarının tespiti ve rehabilitasyonu, böylece bu çocuklarımızın işitebilen ve konuşabilen bireyler olarak yetişmelerine yönelik; Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Dokuz Eylül, Gazi, Hacettepe ve Marmara Üniversiteleri ile Sağlık Bakanlığı



arasında bir protokol imzalandı. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 24 hastanede "Yenidoğan İşitme Taraması Üniteleri"nin kurulması planlandı. Bu protokol çerçevesinde üniversiteler tarafından eğitim verileceğinden; 14-18 Haziran tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi'nce değişik illerden toplam 18 sağlık personeline, 11-15 Haziran tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi'nce değişik illerden toplam 25 sağlık personeline, 28 Haziran -2 Temmuzda 1. grup ve 5-9 Temmuz tarihlerinde de Gazi Üniversitesi'nce değişik illerden toplam 36 sağlık personeline eğitim verildi.



● Yoğun bakım hemşireliği kurs çalışmaları

Yoğun Bakım Hemşireliği Kurslarının 2004 yılı 2. dönemi, 12 Nisan-04 Haziran 2004 tarihleri arasında altı eğitim merkezinde uygulandı.

● Hasta hakları

Hasta ve yakınlarını bilgilendirmek, bilgi platformu ortaya çıkartmak, ilgili kuruluşlar arasındaki koordinasyonu ve işbirliğini sağlamak, konunun hukuki yönü ile ilgili mevzuatı bir kaynaktan toplamak, toplumun bilinçlenmesini sağlamak, sağlık çalışanlarını bilgilendirmek ve hasta hakları ihlallerinin önlenmesi için motive etmek, hasta hakları birimleri ile merkez şube arasındaki iletişimi ve bilgi akışını hızlandırmak amacıyla 'Hasta Hakları Web Sayfası' oluşturuldu.

Halen hasta hakları uygulamaları devam eden hastanelerde uygulamanın daha etkin ve çalışanların bu uygulamaya aktif katılımının sağlanması amacıyla Standart

Hasta Hakları Hizmet İçi Eğitimi Projesi'nin uygulanması için gerekli yazışmalar yapılarak, eğitimlerde kullanılacak Eğitim Kitapçığı tüm pilot illere elektronik olarak gönderildi. İllerden Hizmet İçi Eğitim çalışmalarına ilişkin gelen sorunlara ve sıkıntılara ilişkin danışmanlık verildi.

● Kalite yönetim sistemi çalışmaları

Kalite Koordinatörlüğü tarafından 1350 sağlık yöneticisine (İl Sağlık Müdürleri, başhekimler, hastane müdürleri) Kalite Yönetim Sistemi bilgilendirme seminerleri verildi.

Sağlık Bakanlığı ana, yardımcı, danışma ve denetim birimlerinden birer yönetim temsilcisinin başkanlığında kendi hizmet süreçlerinin iş akış şemalarını hazırlayarak, süreç iyileştirme çalışmaları yapmak, hizmet süreçlerine uygun bir kalite yönetim modeli oluşturarak bu modele uygun hizmet kriterlerini belirlemek, kaynakların etkin kullanılması ve israfın önlenmesiyle ilgili çalışmaları yürütmek üzere süreç geliştirme takımları kuruldu.

Bu takımlara yönelik olarak; Süreç Yönetimi ve İyileştirme, Kurumsal İletişim, Kalite Yönetim Sistemleri, Kişisel Gelişim, Problem Çözme Teknikleri (Beyin Fırtınası, Ishikawa Diyagramı, Pareto Analizi) eğitimleri verildi.

● Dış ilişkiler

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 23 - 25 Haziran 2004 tarihleri arasında Macaristan'ın Budapeşte kentinde "4. Avrupa Çevre ve Sağlık Bakanları Konferansı"na Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ başkanlığında bir heyet ile katılım sağlandı.

● NATO İstanbul Zirvesi

28-29 Haziran 2004 tarihleri arasında 55 ülkenin Devlet ve Hükümet Başkanlarının katılımıyla İstanbul'da "NATO İstanbul Zirvesi" toplandı. Zirve kapsamındaki sağlık



tedbirleri Sağlık Bakanlığı tarafından ke-sintisiz olarak sağlandı. Kongre süresince 94 ambulans ve bin civarında sağlık per-soneli görev aldı, kongre vadisinde 6 adet sağlık merkezi ve 6 adet sağlık birimi oluşturuldu.

NATO zirvesi öncesi, İstanbul Bölge Hıfzı-sıhha Müdürlüğü'nde Bioterör ajanları izo-lasyon ve identifikasyonu konusunda eği-tim verilerek uzman personeller zirve süre-since İstanbul' da görev aldı.

● Atamalar şeffaflaştı

Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ku-ruluşlarında görev yapan sağlık personeli-nin dengeli dağılımının sağlanması için, Atama ve Nakil Yönetmeliği 08.06.2004 tarih ve 25486 sayılı Resmi Gazetede ya-yımlanarak yürürlüğe girdi. Bu yönetmelik-le, Sağlık çalışanlarının atama-nakillerin-de, çalışılan yerin özellikleri ve mesleki ye-terliliklerinin göz önüne alındığı bir hizmet puanı hesaplanacak, açık bulunan ve Sağ-lık Bakanlığı'nca ilan edilen kadrolara ya-pılacak atamalarda bu puan esas alınacak ve atamalar bilgisayar ortamında yapıla-cak. Hizmet puanının hesaplanmasında, Devlet Planlama Teşkilatı'nca hazırlanan 'İl ve İlçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması Tabloları' esas alınacak.

Sağlık çalışanlarının atama-nakillerinde, verimli istihdam politikalarını ve sağlık hizmetinin ülke genelinde dengeli dağılı-mını kurallara bağlamayı amaçlayan Yö-netmelik ile iller 6 hizmet bölgesine ayrıl-dı.

Ayrıca kitap ve makale yayınlayanlar, yö-neticilik yapanlar, yüksek lisans ve dokto-ra yapanlara ek hizmet puanı verilecek.

● Laboratuvarların ortak kullanımı

Çevre ve Orman Bakanlığı'na bağlı Ankara-Gölbaşı İlçesinde bulunan Çevre Referans Laboratuvarı'nın Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlı-ğı'nca yürütülmekte olan uluslararası pro-

jelerin gerçekleşmesi için ortak kullanımı amacıyla Orman ve Çevre Bakanlığı ile 29.06.2004 tarihinde protokol imzalandı.

Bu protokol kapsamında, Çevre ve Orman Bakanlığı'na bağlı Ankara-Gölbaşı İlçesin-de bulunan Çevre Referans Laboratuvarı'nın 1750 m2'si Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'na tahsis edilecek ve Laboratuvarlar arasında her tür-lü işbirliği geliştirilecek. Laboratuvarlarda kullanılan tüm cihaz ve ekipmanlar ihtiyaç duyulduğunda karşılıklı olarak kullanıl-a-cak.

● Hıfzıssıhha mektebi

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Projeleri döneminde basımı yaptırılan ma-teryallerin elektronik ortama aktarılması çalışmalarına devam ediyor. Buna göre "Vektör Ekolojisi ve Mücadelesi, İshalli Hastalıkların Kontrolü Programı, İshal Mo-dül Eğitimi Katılımcı Kitabı, Turkey Health Report (Türkiye Sağlık Raporu), Sağlığın Gelişiminde Toplum Katılımı ve Genetik Hastalıklar, Sağlık Personeli İçin El Kitabı, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997 ve Türkiye Sağlık Harcamaları ve Fi-nansmanı 1998" kitapları elektronik or-tamda Sağlık Bakanlığı'nın web sayfasına eklendi.

● Ulusal sağlık hesapları tamamlandı

Sağlık reformlarını gerçekleştirmek ve kri-tik sağlık politikası kararlarını vermek du-rumunda olan ülkeler, sağlık sektörlerinin finansman yapısını daha iyi anlama ihtiya-cı içindedir. Ulusal Sağlık Hesapları (USH), uluslararası alanda, bu bilgiyi sağlayabile-cek bir çerçeve ve yöntem olarak gelişti.

Bu ihtiyaçtan hareketle Sağlık Bakanlığı, Harvard Üniversitesi Halk Sağlığı Okulu, Uluslararası Sağlık Sistemleri Grubu ve Sağlık İdaresi Araştırmaları İşletmesi (Sİ-AR) ile birlikte Ulusal Sağlık Hesapları ça-lışması başlatıldı.

Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması Haziran



ayında tamamlanarak, USH Raporu ilgili birimlere gönderildi.

Bu çalışma ile sağlık sistemi ve sağlık sisteminin ekonomideki yerinin büyüklüğü, sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve ödemelerin nasıl yapıldığı, hizmet sunucuları ve farklı hizmet türleri arasında kaynakların nasıl dağıtıldığı belirlendi ve sunulan hizmetin gerçek finansal değerine ulaşıldı.

● Sicil karneleri veri girişi ve kontrolü

İkinci Sağlık Projesi kapsamında, sürdürülen Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) projesi dahilinde, özlük dosyası Bakanlık'ta tutulan personelin kağıt ortamındaki sicil karnesi bilgilerinin veritabanına giriş işlemleri tamamlandı. Bu aşamada toplam 212.771 personelin sicil karnesi veri girişi ve kontrolü bitirildi.

Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda çalışan memur statüsündeki personel, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, hastane müdürü gibi kadrolarda çalışan personelin sicil karnelerinin giriş işlemi ve kontrolü devam ediyor.

● İnternet hizmetleri

İl Sağlık Müdürlüklerinin internet erişimlerinin, Sağlık Bakanlığı Merkezi üzerinden gerçekleştirilmesini öngören proje tamamlandı. Bu proje ile Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Sistemine ek ürün ve hizmet maliyeti getirmeden her ay 8 Milyar TL tasarruf sağlanıyor. Diğer taraftan bu proje ile kendi güvenlik önlemlerini almış bulunan Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Konya, Tekirdağ ve Isparta illeri dışındaki 74 ilin Merkez Sağlık Müdürlüklerinin internet erişimleri, Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Merkezi üzerinden yapıldı. Söz konusu proje ile müdürlüklerimizin güvenlik önlemi almadan gerçekleştirilen internet erişimlerinde, karşılaşılabilecekleri virüs saldırıları ve güvenlik riskinin ortadan kaldırılması sağlandı.

● Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS)

2003 yılından bu yana Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ile birlikte koordineli olarak yürütülen Tek Düzen Muhasebe Sistemi programı hakkında Döner Sermaye Saymanlıkları personeline yönelik olarak Bursa-İzmir-Konya-Adana illerinde çevre illeri de kapsayan bir eğitim verildi.

● Teftiş kuruluna şikayetler

01 Haziran 2004 – 25 Haziran 2004 tarihleri arasında Teftiş Kurulu Başkanlığı'na intikal eden 101 şikayet dilekçesinden 70'i gereken inceleme yapılmak üzere Valiliklere, 31'i inceleme ve soruşturma için Müfettişlere verildi.

● Hastane denetimleri

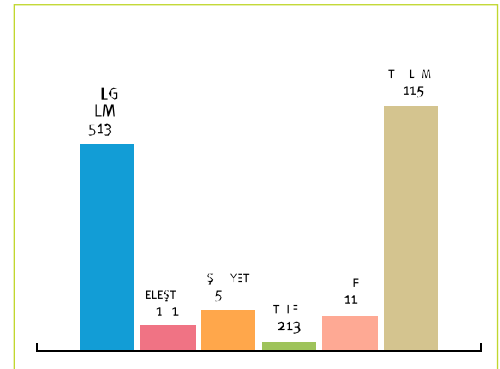
2003 yılından beri sürdürülen Eğitim ve Araştırma Hastanelerinin Genel Denetimlerine devam ediliyor; 26 hastanenin denetimi tamamlanarak ilgili birimlere gönderildi.

● Mevzuat çalışmaları

Haziran ayı içerisinde 3 adet kanun, 2 adet yönetmelik, 15 adet genelge, 2 adet tebliğ ve 1 adet yönerge yayımlandı.

● SABİM'e başvurular

SABİM'in, Haziran ayı içerisindeki faaliyetleri aşağıdaki grafikte görülmektedir:



Thi-Nho Vo ve Thi Than Van Vo

Hotel-Dieu Hastanesi'nde, karnında "cenin" taşıyan çekik gözlü Vietnamlı kadının dosyasının üzerinde de, karnında "tıbbi malzeme" taşıyan çekik gözlü Vietnamlı kadının dosyasının üzerinde de kısaca "Madam Vo" yazıyordu.

Dr. Senai Demirci



Thi-Nho Vo ve Thi Than Van Vo arasındaki farkı bilir misiniz? Siz cevabı tahmin ededurun, en son bilimsel gelişmeler, ceninlerden elde edilen beyin dokularının, Alzheimer ve Parkinson gibi hastalıkların tedavisine ciddi katkıları olabileceğini ortaya koyuyor. Aynı gelişmeler ceninden cenine karaciğer gibi organların nakledilebileceğine de işaret ediyor. Bu durumda, aklınıza anne karnında yaşayan her ceninin bir tıbbi malzeme olabileceği ihtimali geliyor değil mi? Meselâ bir cenin, yaşı uygunsa, beyinsiz bırakılabilir. Meselâ, bir ceninin karaciğeri bir başka cenin için gerekliyse, o ceninin karaciğeri, dolayısıyla hayatı gözden çıkarılabilir. Hatta, sırf tıbbi malzeme olmak üzere bir kadın bir cenine hamile kalabilir. Karnında taşıdığına "yavrusu" olarak değil, "malzeme" olarak bakabilir.

Bu ihtimal size insanlık adına ürkütücü geliyor olabilir. "Cenin" ile "tıbbi malzeme" birbirinden farklı şeyler ve bu fark elbette ki "Thi-Nho Vo" ve "Thi Than Van Vo" sözcüklerinin farkından çok fazla! Thi-Nho Vo ve Thi Than Van Vo iki farklı insanın adı. Tahmin edebileceğiniz gibi ikisi de Vietnam asıllı ve çekik gözlü. Birbirlerini tanımıyorlar. Akraba değiller. Bizimki gibi bir ülkede, herkes onları birbirine benzetebilir ve muhtemelen hâlâ daha ezberleyemediğiniz isimlerini karıştırabilir.

Üzerinde yaşadığımız yerkürede yılda milyonlarca "cenin" çöpe atılıyor. Bir çok ülkenin-bizimki de dahil-yasaları "insan olmaya aday" bir ceninin tutunduğu rahimden kürete edilmesini, Türkçe tabiriyle "kazınmasını" suç saymıyor. Dileyen her kadın, hiçbir gerekçe göstermeksizin, yasal sınırlar içinde olmak şartıyla, kalbi atmaya başlamış, hatta parmak uçlarında kendine özgü parmak iz-



leri biçimlenmiş olan bir insan[adayın]ın hayatını sonlandırabiliyor. Bu sonlandırma sonucunda, rahimden kürete edilen cenin parçaları "tıbbi atık" olarak adlandırılıyor ve hastanede kullanılan diğer tıbbi malzemelerle birlikte özel çöp kamyonlarına konuluyor.

1991 yılının bir bahar sabahı Fransa'nın Lyon şehrinde Thi-Nho Vo ve Thi Than Van Vo ayrı semtlerden yola çıkıp ayrı vasıtalarla binerek, Hotel-Dieu Hastanesi'ne vardılar. O sabah Thi-Nho Vo'nun karnında bir "cenin" vardı. "Madam Vo" 6 aylık hamileydi. Diğer çekik gözlü kadın Thi Than Van Vo'nun karnında ise bir "tıbbi malzeme" vardı. İkinci "Madam Vo" doğum kontrolü için spiral kullanıyordu. Spiralin yenilenme zamanı gelmişti. Hotel-Dieu Hastanesi'nde, karnında "cenin" taşıyan çekik gözlü Vietnamlı kadının dosyasının üzerinde de, karnında "tıbbi malzeme" taşıyan çekik gözlü Vietnamlı kadının dosyasının üzerinde de kısaca "Madam Vo" yazıyordu.

Gelecek yıllarda, ceninlerin tıbbi malzeme olarak kullanılabileceği ihtimali, çok sayıda sivil kuruluşu ve bilim adamını endişelendiriyor. Cenin dokularının araştırmalarda ve tedavilerde kullanılmasına karşı çıkanların üç önemli gerekçesi var: 1. Böylece bir cenine kendi başına dokunulmaz olduğunu kabul ettiğimiz bir "insan hayatı" statüsü tanınmamış oluyor ve cenin bir

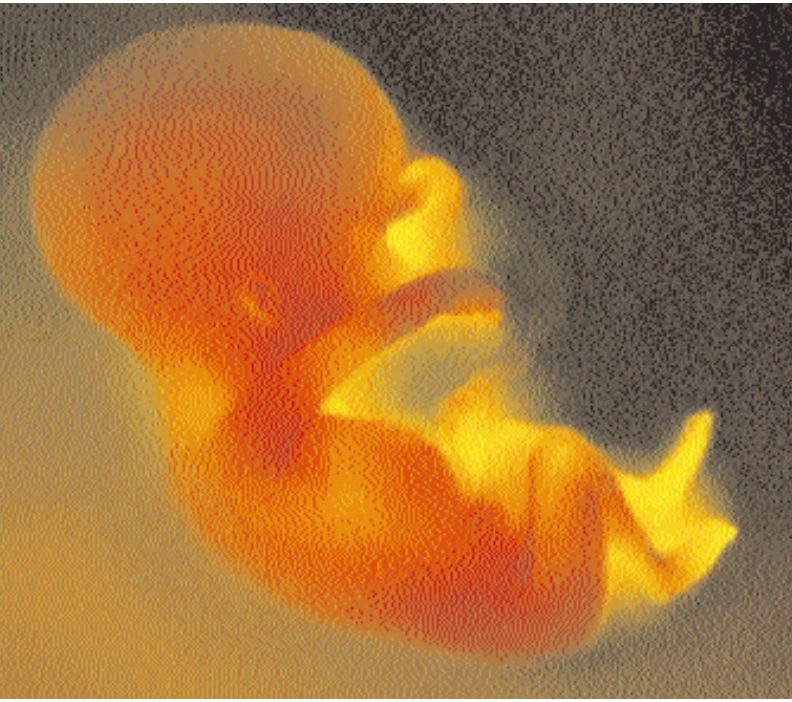
Kadın-doğum uzmanı Dr. Francois Golfier, pek az hekimin başına gelmesi muhtemel bu olay karşısında ne kadar vicdan azabı çekti bilmiyorum. Sonuçta bir ölüme sebep olmuştu ama "istemeden" olmuştu. AİHM, henüz hiç kimsenin ölümüne sebep olmadı ama "isteyerek" öldürülen ceninlerin "yaşama hakkı"nı "isteyerek" yok saydı.

tür "enstrüman" ya da "malzeme" olarak kullanılıyor. 2. Cenin dokusunun tıbbi amaçla kullanılabiliyor olması, kürtaj kararlarını potansiyel olarak etkiliyor ve kürtaj endüstrisinin "yasal" ancak "yasadışı niyetli" uygulamalarını meşrulaştırıyor. 3. Kürtajla "alınmış" ceninlerin kolayca bulunması Alzheimer gibi hastalıkların diğer alternatif çözümlerini bulmaya yönelik çabaları azaltıyor.

Lyon'da aynı anda aynı soyadı taşıyan iki çekik gözlü Vietnamlı kadının, birbirinden farklı amaçlarla kliniğe gelmiş olması ihtimalini aklından geçirmeyen meslektaşımız, "cenin" taşıyan Madam Vo'yu muayene masasına davet ettiğinde, elinde "tıbbi malzeme" taşıyan Madam Vo'nun dosyasını tutuyordu. Müdahale masasındaki Madam Vo henüz yeni bir göçmendi. Fransızca bilmiyordu. Hekimin 6 aylık hamile kadına spiral değiştirmek üzere başladığı müdahale "erken membran rüptürü"ne yol açtı. Hayatı riske giren bebeğe kaçınılmaz olarak kürtaj uygulandı. Cenin hayatını kaybetti.



Bu olayın üzerinden 5 yıl kadar geçmemişti ki, ABD’de Brenda Peppers adında bir kadın da hamile kaldı. Bayan Peppers bir madde bağımlısıydı. Hamileliği bile kokain koklamasına engel olamadı. Beklendiği gibi düşük yaptı. Üstelik Bayan Peppers’in daha önceki iki hamileliğinden olan çocukları annelerinin madde bağımlılığı nedeniyle sakat doğmuştu. Bu olay üzerine, North Carolina eyaleti savcıları Bayan Peppers aleyhine "fetal abuse", yani "cenine kötü muamele" suçlamasıyla kamu davası açtı. Bu davaya göre anne karnında "insan olmaya aday" bir cenin, pekâlâ "insan" kabul edilebilirdi.



Doğurduğu çocuğuna kötü muamelede bulunan herkes gibi, doğuracağı çocuğuna kötü muamelede bulunanlar da dava edilebilirdi.

Vietnam asıllı anne Van Vo çok geçmeden doktor aleyhine dava açtı. Bayan Van Vo’nun avukatları, doktoru "istemedi ölümüne sebebiyet vermek"le suçladılar. Yargıç ve jüri de aynı kanaati paylaşıncı, hekim Fransa yasalarında "istemedi ölümüne sebebiyet verme" suçuna karşılık gelen tecilli 6 ay hapis ve 1500 Euro para cezasına çarptırıldı. Ancak temyizde, karar hekim lehine bozuldu. Üst mahkeme, gerekçe olarak bir ceninin insanlara özgü "yasal hakları" olmadığını ifade ederken, yasal olarak istemedi ölümüne sebep verilmiş bir "insan" göremediğini ima ediyordu.

Her yeni tercih imkânı yeni bir ahlakî sorun olarak

karşımıza çıkıyor. Öteden beri doğal bildiğimiz fizyolojik süreçlerin artık bölünebilir, nakledilebilir hale gelmesiyle, geçtiğimiz yüzyılın son yarısındaki çok sayıda "tıbbi etik" sorunu çözülmemiş olarak yeni yüzyıla taşındı. Ana rahminin kiralanması, cenine rahim içi hayatta müdahale edilebilmesi, genetik kopyalamanın mümkün olması, rahim dışı ortamlarda dölleme yapılabilmesi gibi çok sayıda yeni "seçenek" yeni ahlakî duruşları gerektiriyor. Ama uygulamalar ahlakî ve dolayısıyla yasal düzenlemelerden çok hızlı geliyor. Özellikle tıpta yapılan bir çok uygulama henüz ahlakî bir müzakere konusu olabilmiş değil. "Ceninin yaşama hakkı" ise bunca telaş içinde çok öncelikli görünmüyor. Üstelik cenine, doğmuş bir insan gibi "yasal haklar" verilecekse, belli bir süreye kadar ceninin öldürülmesine izin veren, "kürtaj hakkımızdır" diye yürüyüşler yapan onca kadına dayanak oluşturan yasalar tehlikeye girebilir.

Madam Vo, 2000 yılında Fransa’yı Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’ne şikayet etti. Çünkü Madam Vo, ceninlere "Avrupa Konvansiyonu İnsan Hakları" metninde hayat hakkı tanıdığını düşünüyordu.

"Bu durumda, berber dükkanından kesilmiş saçları toplar gibi insan cenini dokusunu da anne karnından çıkartıp alabilir miyiz?" Ceninin de hakkının olduğuna inanan bir uzmanın bu hayret dolu sorusunu, geçtiğimiz günlerde Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi, berrak bir ifadeyle cevaplandırdı: Elbette!

Bazı gazetelerde küçük bir sütunda yer alan şöyle bir haber metni pek az insanın dikkatini çekti: **"AİHM, 6 aylık cenini insan saymadı.** Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM), bir doktorun yanlış tıbbî müdahalesi sonucu 6 aylık bebeğini kaybeden annenin Fransa aleyhine yaptığı şikayet başvurusunda, ceninin yasal statüsü olmadığı görüşüne vardı."/Strasbourg, aa

Kadın-doğum uzmanı Dr. Francois Golfier, pek az hekimin başına gelmesi muhtemel bu olay karşısında ne kadar vicdan azabı çekti bilmiyorum. Sonuçta bir ölümüne sebep olmuştu ama "istemedi" olmuştu. AİHM, henüz hiç kimsenin ölümüne sebep olmadı ama "isteyerek" öldürülen ceninlerin "yaşama hakkı"nı "isteyerek" yok saydı.

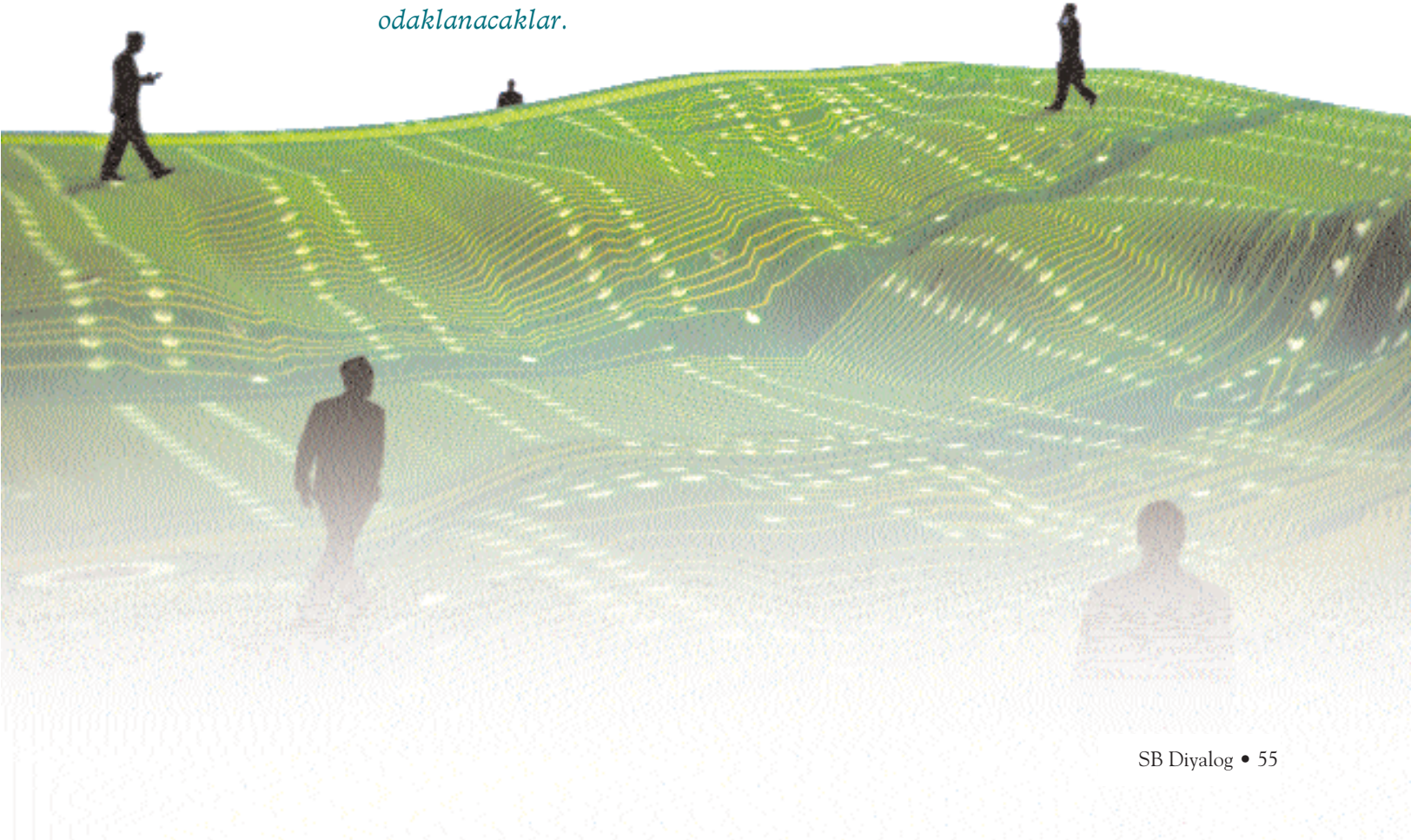
Siz "Thi-Nho Vo" ve "Thi Than Van Vo" arasındaki farkı bilmek zorunda değilsiniz, hatta bilmemelisiniz. AİHM’deki "insan hakları" hukukçuları böyle düşünüyor.

“Bilgi Terapisi”ne var mısınız ?

Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir | M.Ü. Sağlık Eğitim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Zamanla, internet-tabanlı danışma hizmetleri yaygınlaşacak ve bunun sonucu olarak, sağlık kuruluşu / hekim ziyaretleri önemli ölçüde azalacak gibi. Buna paralel olarak, hizmet sunucular veri depolamaya yoğunlaşırken, hastalar iletişime ve cevap tepki kabiliyetine odaklanacaklar.

Ayaklarımız suya değmeye başladı. Yeni çağın akımlarından hekimlik mesleği de nasibini almaya başladı. Siz işlerin öteden beri bildiğiniz/duyduğunuz “Hekimlik kutsal meslektir” romansı içinde yürüyeceğini düşünelim ama artık hekimlik de değişiyor. Önümüzdeki yıllarda eski hekimlerle yeni hekimler arasındaki fark iyice açılacağı benziyor. Dilerseniz sizi çok telaşlandırmadan ama kehanet iddiasında da bulunmayacak denli açık gelişmeleri sıralayalım. “Önümüzdeki yıllarda sağlık hizmetlerini ciddi boyutta etkileyecek en önemli üç gelişme nedir?” sorusunu, gelişmeleri az çok izleyen “okumuş” insanlar kısmen de olsa cevaplandırabilir:



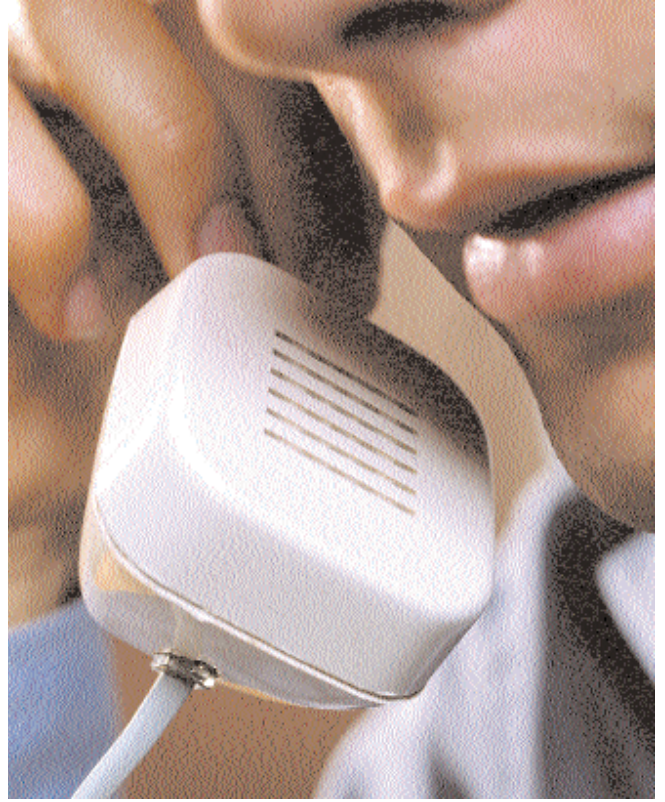
- Tüketici hareketi
- E-iş
- Genetik haritalama

Bunlardan en eskisi ve aşına olduğumuz tüketici hareketidir. Ne zamandır, özellikle ve öncelikle hekim-hasta arasına, genelde sağlıkçı-sağlık hizmeti alanların ilişki alanına sokmak istemediğimiz, bir tabu gibi dokun(a)madığımız, adını bile ağzımıza alamadığımız “tüketici” kavramı artık kapımıza dayandı. Üzerimize bu kadar gelmekte haksız da değil üstelik. Nihayet, her bir sağlık kuruluşu kendi içinde bir “işletme” değil midir? Sağlıkçılardan hizmet alanlar ve sağlık hizmeti sunanlar bir “alış-veriş” içinde değiller mi? Diğer ikisi de tüketimin adımlarını izleyerek geliyor kapımıza; hem de tüketici hareketinin ayaklarını yere daha sağlam bastırmaya yardımcı oluyorlar. Tüketici hareketinin nerede, ne zaman, nasıl ortaya çıktığını ve gelişme seyrini anlatarak işi teoriye ve teknik terminolojiye boğmaya niyetli değilim.

Geleneksel görüş; uzmanlık gerektirmesi ve karmaşıklığı dolayısıyla tüketicilerin sağlık hizmetlerini yeterince değerlendiremeyeceği şeklindedir. Böylece sağlık hizmetinde hizmeti sunan ile tüketici arasında, tüketicinin kendisini savunacak dayanaklardan yoksun olduğu, sorgulama fırsatının olmadığı, kendisini tümüyle hizmet sunanın ellerine teslim etmesinin makbul olduğu önerildiği oldukça asimetrik bir ilişki doğuyor. Bu görüşe göre tüketici, bu asimetrik ilişkide, ancak sunum kalitesini ve ulaşılabilirliği değerlendirebiliyor; hizmetin içeriği hakkında fikir sahibi olamıyor. Aslında, bu yaklaşım, konuyu aşırı derecede basitleştirerek ele almaktadır. Son yıllarda sağlık tüketicisinin tutum ve beklentileri değişmiştir; bundan sonra da daha çok değişecektir.

İnternet kullanımının hızla yaygınlaşması tüketicilerin sağlık bilgisine erişimini kolaylaştırmakta; bu da, tüketici hareketini körüklemekte. Zamanla, internet-tabanlı danışma hizmetleri yaygınlaşacak ve bunun sonucu olarak, sağlık kuruluşu / hekim ziyaretleri önemli ölçüde azalacak gibi. Buna paralel olarak, hizmet sunucuları veri depolamaya yoğunlaşırken, hastalar iletişime ve cevap tepki kabiliyetine odaklanacaklar. Burada biz sağlıkçıların tarafında en önemli gelişme, pek de alışık olmadığımız, hatta yer yer lüzumsuz bile gördüğümüz bilgilendirme alanına odaklanacak olmamız. Yani, büyü bozuldu; hekimi kimsenin anlayamayacağı şeyler söyleyen, kimsenin katılamayacağı kararlar veren kutsal kimliğinden aşağıya doğru çekecekler.

Gelecekte sağlık süreçleri daha standardize olacak ve internet-tabanlı çözümler ve elektronik kayıtlar mev-



Ne zamandır, özellikle ve öncelikle hekim-hasta arasına, genelde sağlıkçı-sağlık hizmeti alanların ilişki alanına sokmak istemediğimiz, bir tabu gibi dokun(a)madığımız, adını bile ağzımıza alamadığımız “tüketici” kavramı artık kapımıza dayandı. Üzerimize bu kadar gelmekte haksız da değil üstelik. Nihayet, her bir sağlık kuruluşu kendi içinde bir “işletme” değil midir? Sağlıkçılardan hizmet alanlar ve sağlık hizmeti sunanlar bir “alış-veriş” içinde değiller mi?

cut değişkenlikleri azaltacağı benziyor. Ortak bir platform kullanılarak standartlaştırılmış hasta bilgilerinin derlenmesi ve güncellenmesinin örneği halihazırda mevcuttur. Bu da, tüketicilerin eldeki seçenekleri öğrenmesini; aldığı alacağı hizmeti sorgulamasını ve değerlendirmesini mümkün kılacak. Tüketiciler zamanla daha talep-kâr olacak; memnun edilmeleri giderek zorlaşacak.

ABD’de bugünlerde bu dönüşüm yaşanmakta. Ön-ödemeli yönetimli bakım modellerinde hasta ile hekim arasında duvarlar oluştu. Hizmetin bireysellikten uzaklaşması ve ilişkilerin sıcaklığını yitirmesi gibi olumsuz

sonuçlar ortaya ıktı. Tüketicilerin bilinçlenmesi de iŖe tuz biber katıyor.

Yönetimli bakım, hekimlerin iŖ tatminini de önemli ölçüde azalttı. Birçok hekim mesleğini uygulamada kısıtlandığını dŖnyor ve iŖ tatmini çok dŖk düzeylerde. Dahası, gerek hizmeti sunan gerekse hizmeti alanlar üzerindeki olumsuz etkileri dolayısıyla “yönetimli bakım”a (managed care) “hasarlı bakım” (damaged care) adı yakıŖtırıldı.

Diğerk taraftan, tüketiciyi memnun edecek bireye özel hizmetin ve hizmet seçeneklerinin sunulması kaçınılmaz olarak maliyeti arttıracaktır. İster genel ister özel sağlık sigortası olsun, isterse sağlık hizmetini iŖveren satın alsın; maliyetler o kadar yüksek ki, tüketicisi yükün

Yıllar nce Donabedian “hasta memnuniyetinin sağlıklılık halinin bir bileŖeni olduğunu” yani, tedavisi baŖarılı olsa da, memnun edilememiŖ hastanın tam sağlıklı sayılamayacağını sylemiŖti. Bugünde, bu ihtiyaa paralel olması pek muhtemel olarak, “bilgi terapisi” kavramı ortaya atılmıŖ durumda. “Bilgi terapisi”nin icabınca, birey hastaya özel, gerekli bilginin uygun dozda “reçete edilmesi” gerekiyor.

bir kısmını er ya da geç omuzlamak durumunda kalacak. Hatta, tketicisiye dŖŖen pay gittikçe artacak.

Elini cebine atan tüketicisi daha sabırsız, daha “militan” hale gelecek. Bunun örneklerini ülkemizde de birkaç yıldır görüyoruz: Bir tüketicisi rgt, hastalar ve hasta yakınlarına yönelik yabana atılamayacak bir kılavuz yayınladı. Bir diğeri “sağlığını kimin özelinde” projesi baŖlattı ve üniversiteden danıŖmanlık aldı. Günlük gazetelerde zaman zaman çıkan tüketicisi tahrik edici “sivri” ilanlar da pek çoğumuzun dikkatini ekmiŖtir.

Tüm alanlarda, örgütlülüğün artmasıyla birlikte tüketicisi hareketi daha da ivme kazanacak. İnternet ortamında oluŖturulan “destek grupları” da nevezuhur bir rgtlenme Ŗekli. Bu ikincisi çok kolay ve maliyeti çok dŖk olması, 7 gün 24 saat katılım imkanı sunması dolayısıyla hızla yaygınlaŖacak.

Tüketiciler her yeniliğin getirdiği ek maliyeti sorgulayacak ve değerlendirecek; sonuçta bazı yenilikler kabul görmeyecek. Gerçekten iŖe yarananlar ise tıbbi uygulamaları dnŖtrmeye devam edecek.

Bu sırada, etik ve hukuk sorunların artacağını da vurgulamak gerek.

Tketicisine daha baŖtan “hasta” etiketi yakıŖtıran tek meslek grubu olarak sağlıkçılar bunun bedelini bazı rollerinin ve fonksiyonlarının “tükenmesi” suretiyle ödemek durumuyla karŖı karŖıyalar. Sonuç olarak, tüketicisi hareketi, hizmet sunucuların adapte olmaları gereken ciddi bir gerçekliktir. Ama endiŖelenmeyin, bu durum, aynı zamanda yeni fırsatlar da getirmektedir.

Görünen o ki; ne hekimler ne sağlık kuruluŖları ne de diğerk taraflar gelen tüketicisi dalgasına hazırlıklı.

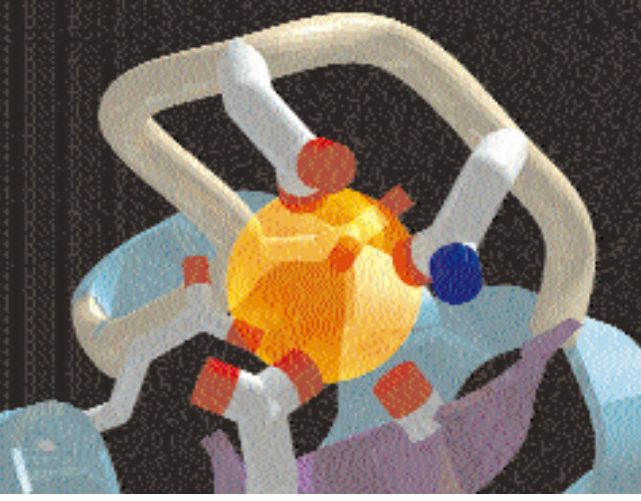
Yıllar nce Donabedian “hasta memnuniyetinin sağlıklılık halinin bir bileŖeni olduğunu” yani, tedavisi baŖarılı olsa da, memnun edilememiŖ hastanın tam sağlıklı sayılamayacağını sylemiŖti. Bugünde, bu ihtiyaa paralel olması pek muhtemel olarak, “bilgi terapisi” kavramı ortaya atılmıŖ durumda. “Bilgi terapisi”nin icabınca, birey hastaya özel, gerekli bilginin uygun dozda “reçete edilmesi” gerekiyor. Eh artık, biz de adaptasyonu-muzu bilgi terapisi bahanesiyle olsun baŖlatırız.

Müstakbel aile doktorlarına buradan ıtlatalım: İnternet-tabanlı hizmetleri Ŗimdiden planlarınıza dahil edin. Genetik haritalamanın yaygınlaŖmasıyla önemi artacak olan “yeni” koruyucu hizmetler, ağırlıklı olarak sizlere dŖecek.

Yeni bir çağa, “tüketicisi ağı”na giriyoruz. Yeni ağın getireceği fırsatları da tehditleri de iyi değerlendirmek gerek. Fırsatlar ancak hayallerimiz kadar sınırlı olabilir. Paradigmalarımızı deėiŖtirmekte geç kalmamalıyız. Geleceğin, ona hazırlık yapanların olacağı gerçeğini unutmamalıyız.

Son söz sağlığı yöneten büyüklerimiz: Tketicisinin ykseliŖi, taleplerin sivriliŖi maliyetlerin paylaŖılması ile dengelenmelidir. Bu “dengeli tüketicisi modeli”, “sağlıkçı-mŖteri” arasındaki romantik iliŖkiyi post-modern bii-miyle de olsa sürdürmeye yarayacak, sağlık hizmetlerinin geleceğine dair tedirginlik uyandırmak yerine hastalarımızla birlikte hepimize mit verecektir.

Yeni Ufuklar



Yeni bir protein, yeni bir tedavi

“Bu molekül ile insanlardaki ciddi rahatsızlıklar arasında bir bağlantı var.” **The Scripps Research Institute**’den Dr. Mark Mayford’un bu sözü yeni keşfedilen CBP proteini ile ilgili. Yetişkin kemiricilerde CBP proteininin baskılanmasıyla, hayvanların uzun-sürekli hafıza fonksiyonlarının engellendiğini fark eden araştırmacılar, insanlarda ve özellikle çocuklarda bazı hastalıkların CBP’nin fonksiyonunu düzelteren bir ilaçla tedavi edilebileceğini haber veriyorlar. CBP, çocuklarda nadir olarak görülen Rubinstein-Taybi sendromu gibi zihinsel geriliğe ve anatomik bozukluklara yol açan gelişimsel hastalıklar adına ümit verici görünüyor.

Diyabet-kanser ilişkisi

American Journal of Epidemiology’de yayınlanan geniş çaplı bir araştırma, diyabet ve kanser mortalitesi arasında cinsiyete özgü ilişki olduğunu ortaya koyuyor. 1982 yılı itibarıyla herhangi bir kanser öyküsü olmayan 467.922 erkek ve 588.321 kadının izlenmesiyle, 16 yıl içinde diyabet ve ölümcül kolon kanseri arasında anlamlı bir ilişki geliştiği keşfedilmiş. Erkeklerde relatif risk 1.20, kadınlarda 1.24 olarak saptanmış. Araştırmaya göre, diyabet ile pankreas kanseri riski, kadın ve erkekte farklı oranlarda olmak üzere artıyor. Erkeklerde karaciğer ve mesane kanserleri, kadınlarda ise meme kanseri riski diyabetin eşliğinde artıyor.

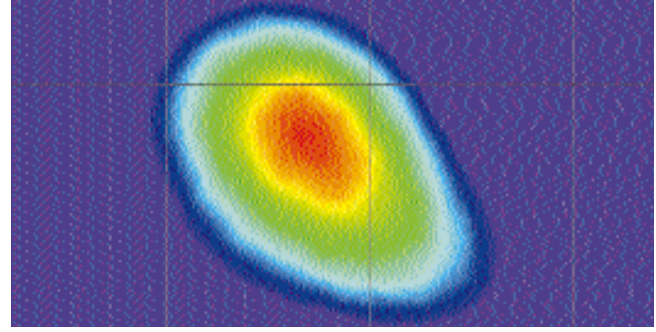
Kan şekeri için cilt-altı sensör

Diyabet hastaları yakında kan şekeri için acı çekmekten kurtulacaklar. **Penn State University**’de, mağazalarda hırsızlığı önlemek için kullanılan plastik güvenlik siste-

minden esinlenerek geliştirilen hayli küçük ve ince bir sensör cilt altına yerleştirildiğinde, gerektiğinde, barkod okur gibi kan şekeri düzeyi ölçülebilecek. Araştırmacılar, hayli ucuza mal olan cihazın, kişisel olarak çevresel toksinlerin saptanması için de kullanılabileceğini belirtiyorlar.

Kansere “Herkül” tedavisi

Michigan Üniversitesi araştırmacıları, bugüne kadar bilinen en yüksek lazer ışını dalgasını üretmeyi başardılar. Araştırmacıların buluşun baş harfleriyle tanımladıkları HERCULES (High Energy Repetitive CUos Laser System), kanser tedavisinde devrim yapabilir. HERCULES’ün ürettiği ultra-hızlı lazer dalgası, önemli bir kanser tedavi seçeneği olan iyon tedavisinin etkili biçimde uygulanmasını sağlamaya aday görünüyor. İyon tedavisi, radyasyon tedavisinin aksine, komşu dokulara minimal zarar vermesi dolayısıyla tercih edilen bir tedavi seçeneği.



Apandisit şüphesi için yeni görüntüleme yöntemi

Apandisit şüphesi hem hekimler için hem hastalar için kolay kolay doğrulanamadığı gibi ekarte de edilemiyor. **Thomas Jefferson Üniversitesi**’nde NeutroSpec adlı ilaç, bu şüpheli dönemi hayli azaltacağı benziyor. NeutroSpec, radyasyon işaretli teknesyum içeriyor. Kana enjekte edilen NeutroSpec nötrofiller üzerinde enfeksiyon durumunda aktifleşen özel reseptörlere bağlanıyor. Bundan sonra Gamma kamera ile hasta bedeninde enfeksiyonun nerede yoğunlaştığı kolayca görülebiliyor. Araştırmacılar, NeutroSpec’in kolay, hızlı ve güvenilir bir tanı yöntemi olduğunun altını çiziyorlar.

Yerin kulağı var!

“Yerin kulağı var” sözü, bir başka anlamda daha gerçek oluyor. **University of Virginia**’dan biyomedikal mühendisler yaşlıların adım atma biçimini algılayarak, düşme

tehlikesini önceden haber veren bir cihaz geliştirdiler. Bir tuğla büyüklüğündeki cihaz, evin tabanına yerleştiriliyor. İstenen kişinin normal yürüyüş biçimine ait titreşim kalıpları ölçülerek cihazın hafızasına kaydediliyor. Mikroışlemciler sayesinde, izlenen kişinin yürüme biçiminde oluşan belirgin değişiklikler bir algoritma programından geçiriliyor. Kişi düşerse ya da yalpalarsa, cihaz uzakta olması muhtemel bakıcıya alarm sinyali gönderiyor.

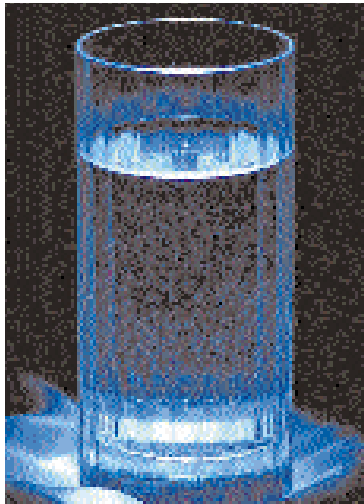
Kalp hastalıkları için yeni tarama yöntemi

Kalp hastalığının belirtileri çoğunlukla sessizdir. Bu durum, kalp hastalıklarının çağımızda bir numaralı ölüm nedeni olmasının da açıklaması. Saint Louis University araştırmacılarının geliştirdiği non-invazif tarama testi, bu sessizliği dinlemeye hazırlanıyor. Üniversite'nin adına atfen "SLUScan for Your Heart" olarak adlandırılan sistemde, ultra-hızlı CT tarayıcı ile kalbin içindeki ve kalp damarlarındaki kalsiyum birikimi ölçülüyor. Böylece, herhangi spesifik bir semptom gelişmeden, koroner arterlerdeki tıkanma oranı "puanlanıyor." Test güvenilir ve hızlı olduğu kadar, ağrısız da! Sadece 30 dakika alıyor; iğne, boya ya da radyasyon kullanılmıyor. Test öncesinde ya da sırasında egzersiz istenmiyor, hastanın elbiselerini çıkarması gerekmiyor.

Ani kalp krizi ataklarının önünü alması beklenen SLUScan for Your Heart sisteminin başta gelen adayları 40 yaşın üzerindeki erkekler ve 50 yaş üzerindeki kadınlardan oluşuyor. Bu sistemle sigara içen, hipertansiyonlu, yüksek kolesterolü ve ailesinde kalp hastalığı öyküsü olan "gizli kalp hastası adayları" önceden bilinecek.

Şurup yerine su

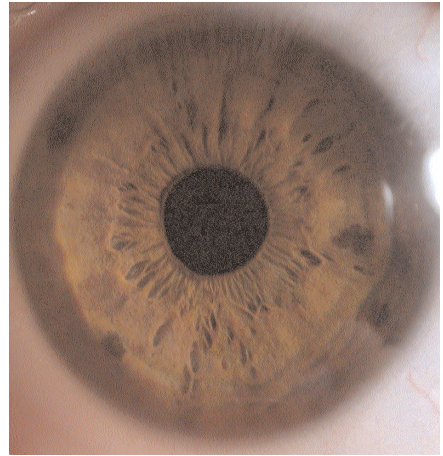
Pediatrics dergisine göre, çocuklar için pahalı öksürük şuruplarına gerek yok, çocukların gece öksürükleri için en iyi öksürük şurubu bir bardak su. Penn State Children's Hospital'dan Dr. Ian Paul ve arkadaşları, 100 çocuğa, yatmadan yarım saat önce, bir çok öksürük şurubunda bulunan iki ilacı Dekstrometorpan'ı ve Difenhidramin'i ayrı



ayrı vermişler, kontrol grubuna plasebo olarak şekerli su vermişler. İlaçları alan çocukların öksürüklerinin azaldığını, ancak plasebo olarak kullanılan şekerli suyun her iki ilaçtan daha iyi ve hızlı sonuçlar verdiğini görmüşler. Dr. Ian Paul, bu sürpriz sonucun, üst solunum yolu hastalıklarında önemli olanın yeterince sıvı almak olduğunu bir kere doğruladığını, öksürük şuruplarının etkisinin de "plasebo etkisi" olabileceğini söylüyor.

Çiple görmek mümkün olacak mı?

Stanford University Tıp Fakültesi araştırmacıları, hem yaşlılığa bağlı hastalıklarla görme yeteneğini kaybeden hastalarda protez retina olarak hem de Parkinson gibi hastalıkların tedavisinde özel bir ilaç uygulama aracı olarak çalışabilecek yeni model bir çip geliştirdiler.



Mevcut çip modelleri sinirleri uyarmak için elektrik kullanırken, yeni çip küçük miktarda kimyasallarla hücreleri uyarıyor. Sinir hücreleri arasındaki iletişimi sağlayan nörotransmitterler gibi işlev görecektir yeni çip, göz ve beyindeki hassas dokuların tedavisinde yeni bir dönem başlatıyor.

Bir teletıp uygulaması

Hastalar ve fizyoterapistler birbirlerini webcam üzerinden görüp işitebilecekler. University of Queensland'den bir araştırmacının geliştirdiği özel bilgisayar programı, çevirmeli internet bağlantısı üzerinden fizyoterapistin hastalarını yönlendirmesini sağlayabiliyor. Programı geliştiren Dr. Trevor Russel sadece webcamera masraflarıyla dileyen kişinin fizyoterapi seanslarına evinden katılabileceğini belirtiyor. Sistem, diz operasyonu geçirmiş 65 hastanın rehabilitasyonu için denenmiş; hastaların yarısı internet üzerinden, yarısı ise hastane içinde rehabilite edilmiş. Her iki grubun rehabilitasyon kriterlerini kıyaslayan araştırmacılar, internet üzerinden rehabilite edilen hastaların daha az ağrıları olduğunu, hareket yeteneklerinin daha fazla olduğunu saptamışlar.

Dr. Russel sistemin inmesi ve beyin hasarı olan hastalarda da denemeye hazırlandıklarını kaydediyor.

İnsan & İnsanlar



“Çocuklara dokunun!”

İngiltere’de 1000 kadar ilköğretim okulunda uygulanan MISP (Okullarda Masaj Uygulaması) programı şaşırtıcı sonuçlar doğurdu. Programa göre çocuklara çiftler halinde gruplanıyor ve 10 dakika süreyle birbirlerinin kafasına, boynuna, omuzlarına ve sırtına masaj yapıyorlar. Masaj sırasında arkadaşlarından izin alıyorlar, canlarının yanıp yanmadığını soruyorlar. MISP programının koordinatörlüğünü yapan Carol Tower, “izin isteme inceliği masajın kendisi kadar önemli” diyor. “Çocuk böylece etkinliğe katılıp katılmamayı tercih edebiliyor ki bu okulda yapmasına pek izin verilmeyen bir şeydir. Bu, çocuğun güvenini pekiştiriyor ve hayatın diğer alanlarında da kendine güven duymasını sağlıyor.”

Masaj uygulamasına katılan çocukların kendilerini çok daha mutlu hissettikleri, daha çok arkadaş canlısı oldukları, daha sıkı çalıştıkları, ilişkilerinde daha az sorun yaşadıkları, daha iyi konsantre oldukları izlenmiş. Sonuçta, psikolojik danışman ve rehberlere başvuru sayısı ciddi oranda azalmış.

Miami Üniversitesi Tıp Fakültesi Dokunma Enstitüsü direktörü Dr. Tiffany Field masaj sırasında olup bitenleri şöyle açıklıyor: “Masaj vagus sinirini uyarıyor, vagus da merkezi sinir sistemini yavaşlatıp gevşetiyor. Bu da kalp

hızını yavaşlatıyor, stres hormonu salınımını azaltıyor. Beyinden gevşeme ve dikkatin arttığına dair EEG bulguları alınıyor. Serotonin ve dopamin düzeylerinin artışı da duygu durumunu iyileştiriyor.”

Birazcık hareket ömre bereket getiriyor.

İsveç kaynaklı bir çalışmanın sonuçları hafif derecede bir fiziksel aktivitenin-haftada bir defadan daha az bile olsa- 65 yaş üzerindeki insanların ömrünü uzatabileceğini gösteriyor. **Stockholm Karolinska Institute**’den Dr. Kristina Sundquist haftada bir ya da iki kez yapılan özel hobî aktivitelerinin ise yaşam süresi beklentisine katkısının dikkate değer olduğunu belirtiyor. Dr. Sundquist, söz konusu bulgulara dayanarak yaşlı insanlara yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde fiziksel aktivite için daha çok fırsat olması gerektiğini vurguluyor.

American Journal of Preventive Medicine’de yayınlanan çalışmada, Sundquist ve arkadaşları 65 yaş ve üzerindeki 3206 kişiye anket uygulamışlar ve denekleri 12 yıl boyunca ya da ölünceye kadar izlemişler.

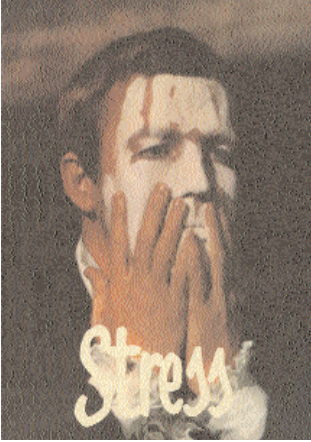


Dil gelişimi için en iyi yöntem en eski yöntem.

Ne eğitici TV programları ne özel videolar ne de bilgisayar programları bebeklerin dil gelişiminde, bir büyüğünün doğrudan okuması kadar etkili. Dallas’daki *UT Southwestern Medical Center*’dan doktorlar işi oldukça basite indiriyorlar ve ebeveynlere sadece “Siz okuyun!” diyorlar.

Örneğin Dr. Paul Bauer, kendisine çocuklarının konuşmasının gecikmesi şikayeti ile gelen ebeveynlere, ilk olarak, çocuklarına ne kadar kitap okuduklarını soruyor. Dr. Bauer anababaların çocuklarına 6 aylıkken okumaya başlamalarını tavsiye ediyor.

Açıklaması ise şöyle: Bebekler bir çok sözcüğün anlamını bilmedikleri halde, sesleri dinlemeleri beyinlerindeki kritik dil yeteneklerinin gelişmesine katkıda bulunuyor. Bu sayede, çocuğun sözcükleri telaffuz etmesi, söz dağarcığının genişlemesi kolaylaşıyor, beyin daha ileri konuşma ve okuma yeteneklerine programlanmaya başlıyor.



Stres bağışıklık sistemine iyi geliyor.

Kısa süreli olmak şartıyla, küçük stres patlamaları bağışıklık sistemine iyi geliyor. *Psychological Bulletin*'de yayınlanan makalede, sınav heyecanı gibi kısa süreli stresler için iyi şeyler söylenirken, uzun süreli streslerden kaçınıl-

ması gerektiği belirtiliyor. **University of Kentucky** ve **University of British Columbia**'dan iki araştırmacının 19,000 kişiyi konu olan 300 bilimsel makaleyi gözden geçirerek çıkardıkları sonuç, stres hakkında olumlu düşünebileceğimizi de hatırlatıyor. Araştırmacılar, stresin kısa süreli olduğunun stresi yaşayanca bilinmesinin bağışıklık sistemine bir tür uyanıklık ve esneklik kazandırdığını belirtiyorlar.

“Mutluluk psikolojisi”

Akıl hastalıklarının tedavisinde imge yoluyla olumlu duygular oluşturmak hayli etkili bir yöntem. Önde gelen psikologların katıldığı bir toplantıda (Royal College of Psychiatrists) hayal kurma becerisi yüksek insanların psikolojik sorunlarının tedavisinin daha kolay olabileceği söylendi. Psikologlara göre bu beceri, zihinde düşünceyle önemli mekanizmaların başlatılabileceğinin habercisi. Buradan hareketle, duygu-durumu değişiklikleri kasıtlı olarak inşa edilebilir, negatif duygular pozitif duygulara dönüştürülebilir.



Mutlu olmanın temelinde duygularını kolayca yönlendirebilme yeteneğinin yattığını vurgulayan bilim adamları, bu yetenekle kişinin beyindeki dopamin miktarını belirleyebileceğini belirtiyorlar. Mutluluk için bir başka önemli sistem ise, huzur ve esenlikte bulunma, kendi kendini sakinleştirebilme yeteneği. İyi bir anababa olmanın yöntemi, sakinleşebilme yeteneğini çocuklara verebilmek, böylece evrenin güvenli bir yer olduğu duygusunu sağlamak. Bu sistem yeterince çalışmadığında, hayat son derece çekilmez hale geliyor, korku ve endişelerin ağır basmasıyla, insanlar kendilerini eleştirme alışkanlığı kazanıyor, utanç duygusuna boğuluyor, “üzüleceğime mutlu olayım bari” diyerek saldırgan davranışlar geliştiriyor.

Bu tür bir yetiştirme boşluğu olan insanlar kendi kendilerine “anababa” olmayı deneyerek, duygularını olumlu yönde değiştirebilmeyi öğrendiklerinde, zihinsel rahatsızlıklarla daha kolay başa çıkabiliyorlar.

“Anti-aging” iddialarına çeki düzen veriliyor.

Gerontological Society of America, yaşlanmayı durdurucu “anti-aging” tedavilerinde öne çıkan iddiaları yerli yerine oturtmak amacıyla, *The Journals of Gerontology: Biological and Medical Sciences* dergisinde özel makaleler yayınlamaya başladı. Dergide, anti-aging tedavilerinin tarihinin, yaşlanmanın biyolojik hızının azaltılmasının topluma getirecekleri, yaşlanma süreci hakkında bilinenlerin neler olup/olmadığı konusunda 14 özel makale yer alıyor. Çok sayıda bilim adamının katkıda bulunduğu makalelerin ikinci bölümü bir sonraki sayıda yer alacak.



MÜZİK / Erguvan, Murat Salim Tokaç, Akustik, İstanbul 2004

Tanbur ve Ney sanatçısı Murat Salim Tokaç'ın solo ney icralarından oluşuyor. Kültür Bakanlığı Sam-sun Devlet Klasik Türk Müziği Korusu Ney ve Tanbur Sanatçısı olan Tokaç'ın Tanbur taksimlerinden oluşuyor. Daha önce Gençlik hülyaları ismiyle yayınlanan albüm Hüseyini taksimle başlıyor. Cinuçen Tanrıkorur'un, Tarla Dönüşü (Hüseyini), Refik Fersan'ın Arazbar-buselik Sazsemaisi, Nedim Ağa'nın Sultaniyegah Sazsemaisi, Necdet Yaşar'ın Kürdilihicazkar Sazsemaisi, Tanburi Cemil Bey'in Nikriz Oyun Havası albümde icra edilen eserlerden bazıları...

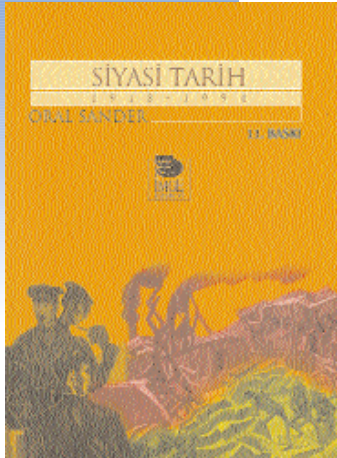
Alaeddin Yavaşca ve Cinuçen Tanrıkorur gibi musiki otoritelerince çağımızın Tanburi Cemil'i kabul edilen Murat Salim Tokaç'ın icrasıyla yeniden hayat bulan Tanbur insan ruhunda derin hazlar uyandırıyor.



DVD/VCD / Yüzüklerin Efendisi: Kralın Dönüşü

Yönetmen: Peter Jackson, **Senaryo:** Peter Jackson, Philippa Boyens, **Müzik:** Howard Shore, **Oyuncular:** Elijah Wood, Billy Boyd, Dominic Monaghan, Sean Astin, Ian McKellen, Ian Holm, **Süre:** 201 dk. **Türü:** Macera/ Fantastik

19 Aralık 2003'te gösterime giren Yüzüklerin Efendisi: Kralın Dönüşü sinemaseverlerin hizmetine DVD ve VCD olarak sunuldu. Yüzük Savaşının son ve en büyük mücadelesi olan filmde Güvenilmez Gollom'un rehberliğinde Frodo ve Sam Tek yüzük'ü yok edebilecekleri yere götürmeye çalışırken Gandalf ve Aragonla dostları Karanlık Efendisi'nin tehdidi altındaki Gondor'a varıp savunmak zorundadır. Bu gelişmelere bağlı olarak birbirinden ilginç ve heyecan uyandıran soruların ortaya atılıp cevaplarının verildiği Yüzüklerin Efendisi: Kralın Dönüşü'nün dublajı Türkçe.

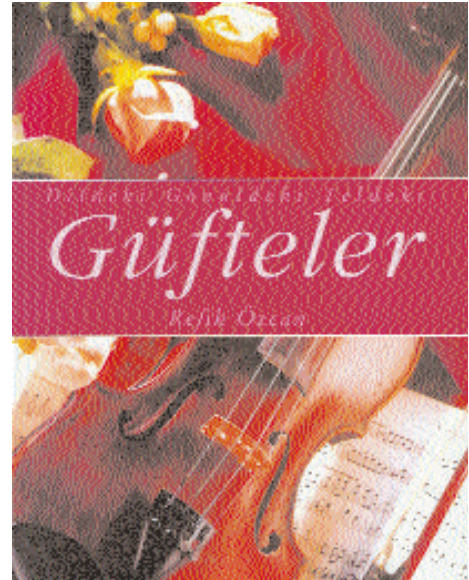


KİTAP / Siyasi Tarih

Oral Sander

İmge, 2003

2003 yılında 11. baskısını yapan iki ciltten oluşan bu kitap dünya siyasi tarihini iki bölüme bölerek incelemiştir. İlk ciltte ilköğretimden 1918'e, yani Birinci Dünya Savaşının sonuna kadar olan bölümü incelenirken ikinci ciltte 1918-1994 arası dönem anlatılmış. Tarihe damgasını vuran veya akışı değiştiren olaylar çerçevesinde anlatılan tarihi okurken dünyada gelişen olaylara bakınız, televizyon haberlerini seyrederken yıllardan beri uygulanan politikaların tarih boyunca seyrini daha iyi anlamanızı sağlayacak.



KİTAP / Dildeki Gönüldeki

Teldeki Güfteler

Refik Özcan

İnkılap, 2003

Radyoda çalan şarkılara eşlik etmeyi sevenler, akşamları kendi kendilerine birkaç şarkı mırıldanmak isteyenler, Türk Sanat Müziğini söyleyerek öğrenmek ve dillere şarkı olarak takılmış dizeleri şiir tadında okumak isteyenler için güzel bir kaynak eser. 2060 güfte olmuş şiiri içeren kitap müzik ve şiiri seven herkesin elinin altında bulunması gereken bir eser.



KİTAP / Bilim Etiği

David B. Resnik

Ayrıntı, 2004

Bilimsel çalışmaların doğası dahilinde etik olduğu kabulünü tartışmaya açan, son yıllarda yapılan klonlama çalışmaları, uzay araştırmaları gibi popüler çalışmalar çerçevesinde bilim etiğini tartışan kitap sadece bilimsel araştırmalar yapan değil, medya yolu ile araştırmaların sonuçlarının yönlendirici bombardımanı altında olan, bu araştırmaların sonuçlarından doğrudan hayatı değişen herkesi ilgilendirebilecek, zaman zaman temposu düşse de ilgiyle okunabilecek bir kitap.

VIII. Ulusal Anatomi Kongresi

Başlangıç Tarihi: 26.08.2004
Bitiş Tarihi: 30.08.2004
Yer: Selçuk Üniv. S. Demirel Kültür Merkezi / KONYA
Telefon: (0 332) 223 61 81

Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

Başlangıç Tarihi: 27.08.2004
Bitiş Tarihi: 30.08.2004
İrtibat: Doğu Karadeniz KBB-BBC Derneği
Telefon: (0 462) 326 54 79
e-mail: mculfaz@ttnet.net.tr

30. Ulusal Fizyoloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 31.08.2004
Bitiş Tarihi: 03.09.2004
Yer: Selçuk Üniv. / KONYA
Telefon: (0 332) 323 26 00 Faks: (0 332) 324 55 51
http://www.fizyoloji2004.selcuk.edu.tr

3. Ulusal Geriatri Kongresi

Başlangıç Tarihi: 01.09.2004
Bitiş Tarihi: 05.09.2004
Yer: Mares Otel / Marmaris

4. Balkan Congress of Immunology

Başlangıç Tarihi: 05.09.2004
Bitiş Tarihi: 08.09.2004
Yer: İSTANBUL
http://www.balkanimmun2004.org

XX. Ulusal Dermatoloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 07.09.2004
Bitiş Tarihi: 12.09.2004
Yer: Sheraton Hotel / Çeşme
Telefon: (0 312) 440 97 58 Faks: (0 312) 447 46 10
http://www.ulusaldermatoloji2004.org/index.html

Transplantasyon 2004 Organ Nakli Kuruluşları Koordinasyon Derneği 4. Kongresi

Başlangıç Tarihi: 16.09.2004
Bitiş Tarihi: 18.09.2004
Yer: Dedeman Otel / Kapadokya

27. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi

Başlangıç Tarihi: 16.09.2004
Bitiş Tarihi: 18.09.2004
Yer: İSTANBUL
Telefon: (0 212) 219 19 25 Faks: (0 212) 247 30 85

30th Annual Meeting of the European Thyroid Association

Başlangıç Tarihi: 18.09.2004
Bitiş Tarihi: 22.09.2004
Yer: İSTANBUL
Telefon: (0 212) 219 19 25 Faks: (0 212) 247 30 85

26. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Ulusal Kongresi

Başlangıç Tarihi: 21.09.2004
Bitiş Tarihi: 26.09.2004
Yer: Bilkent Otel / ANKARA
Telefon: (0 312) 214 10 00 / 6418

2. Ulusal Klinik Biyokimya Uzmanları Kongresi

Başlangıç Tarihi: 22.09.2004
Bitiş Tarihi: 26.09.2004
Yer: Yasmin Hotel / Bodrum
Telefon: (0 212) 291 19 06 Faks: (0 212) 219 05 88
http://www.kbuder.org

Birinci Reprodüktif Endokrinoloji Kongresi

Başlangıç Tarihi: 22.09.2004
Bitiş Tarihi: 25.09.2004
Yer: Swisshotel / İSTANBUL
Telefon: (0 212) 230 13 31 Faks: (0 212) 230 64 25
http://www.tsr2004.org

İNTERNET DÜNYASINDAN



www.hastarehberi.com

Sağlık konuları hakkında genel bilgileri her kesimden kişinin anlayabileceği şekilde, konuları tıp dalları hakkında sınıflandırılmış bir şekilde sunan bir site. Sağlıkla ilgili kurum ve kuruluşlara linkler, nöbetçi eczane bilgileri, ilaç rehberi gibi sağlık çalışanlarına hızlı bilgi sağlayan linkleri de veren bir site.



www.kadinhastaliklarivedogum.com

İsminden anlaşılacağı gibi Kadın Hastalıkları ve Doğum konusunda bilgiler veren, özellikle sağlık çalışanları dışındaki kişilere hitap eden bir site. İçerdiği konular sadece adı ile kısıtlı kalmamakta, sağlıklı yaşam ile ilgili pek çok bilgiyi de sunmakta. Hekime bile sorulmasında zorluk çekilen konularda bilgiler vererek büyük bir rahatlıkla sağlamakta olduğuna şüphe yok. Üreme sağlığı ile ilgili bir çok bilgiyi de kullanıma sunuyor.



www.cinselsorunlar.com

Profesyonel bir ekip tarafından hazırlanan bu site, ekibin yapısından da anlaşılabilir olduğu gibi cinsel sorunlara multidisipliner bakış açısı ile yaklaşıyor. Sık görülen cinsel sorunlar hakkında bilgi veren sitede uzmanlarca yazılmış makaleleri, sık sorulan sorulara cevapları ve çeşitli haberleri bulmak mümkün. Ayrıca merak edilen soruları uzmanlarına yöneltme imkanı da sağlıyor.



www.highwire.stanford.edu

Stanford Üniversitesi'nin elektronik yayın portalının adresi. Sitenin adresine /lists/freeart.dtl ifadesini eklerseniz ücretsiz şekilde ulaşılabilen dergilerin adresini içeren bir sayfa açılıyor. Buradan çok çeşitli konularda dergilere ulaşmak mümkün.



www.solunum.com

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım hakkında bilgiler içeren site bir ilaç firmasının desteği ile yayınlanıyor. Hastalıklar hakkında bilgi veren siteye eğer sağlık çalışanı olarak kaydolursanız konular ve ilaçlar hakkında daha derin bilgilere ulaşma, literatür desteği alma imkanı da sağlıyor.

Tetkik	Resimdeki doktor tanburu ve neyzen	Bucak	Kabiliyet	Frengi	Mezar	Bir uzaklık ölçüsü
Arka karşıtı	Özsu	Bir sinir hastalığı	Radyum (Simgesi)	Ad	Tekirdağ ilçesi	
İrin	Fena değil			Ölümü gelip geçici		
Yatısız, gündüzlü öğrenci			Sevap		Sertivenci, maceraperest	
			Kaz Dağı'nın eski adı			
İnatçı, huysuz, aksi	Atama			Mikroskop camı		Bir kimseyi daha önce görmüş olmak
	Otomobil yansı			Bizmut (Simgesi)		
		Yazın, literatür				
		Hastalıktan kurtulma				
Aylık			Yankı		Kalsiyum (Simgesi)	
Gizli olmayan, anlaşılan					Ceylan	
				İkaz, ihtar	Hücrede kalıtsal öğe	
					Kıyı, sahil	
İklimleme aygıtı	Tel					
	Kurtçuk					
				En büyük		
				Çorum ilçesi		
Türlü sesler arasında sağlanan uyum	En uzun yaya koşusu	Düzen				
			Bir kadın giysisi	Sıcakla soğuk arası		
			Büyük il			
Olan, olmuş			Bir gıda maddesi			
Varsayım, hipotez			Yeni bir şey bulma			
Lezzet	Anahtar					
	İsyan eden					
		Ticaret eşyası				
		Litre (Kısaltması)				Sodyum (Simgesi)
Bir nota			İnsan vücudunun dış yüzü			
Cimri, hasis						
			Uzaklık belirten sözcük			





GEÇEN SAYININ CEVABI