

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi
Adına Sahibi :

Doç. Dr. Turan Aslan

Yayın Kurulu Başkanı :

Prof. Dr. Necdet Ünüvar

Genel Yayın Yönetmeni :

Prof. Dr. Sabahattin Aydın

Sorumlu Yazışleri Müdürü :

Osman Güzelgöz

Reklam ve Halkla İlişkiler :

Mine Tunçel

Adres :

Hıfzıssıhha Merkezi
Sıhhiye - Ankara

Tel: 0312 431 28 80 - 81

Sanat Yönetmeni:

Hamit Can

Grafik Tasarım:

Selim Akyüz

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.

Editör'den

Her başlangıç bir yeni hamlenin doğumudur. Doğum bir müjde, bir umut, bir hayat demektir. Hayata anlam katan hayatın verimliliği, başkalarına kattığı değer ve en önemlisi bıraktığı izdir. Bir dergiye bu özellikleri yüklemek iddialı olmaktan öte biraz haksızlık da olacaktır. Ancak iz bırakmak hedefi ile yola çıkarak, mütevazı yaklaşımla bir iletişim köprüsü kurmaya çalışmak da bu derginin en önemli görevidir.

İlk sayfalardan itibaren bu derginin resmi bülten olmaktan uzak olduğunu rahatça fark edeceksiniz. Amacımız bu dergi ile Sağlık Bakanlığı'nın "resmi" yüzünü tanıtmak değil, sağlık hizmetlerinde görev alan doktorundan hemşiresine, yöneticisinden politikacısına, kamu ve özel sektör ayırımı yapmaksızın bütün paydaşların arasında bir iletişim köprüsü kurmaktır.

Dergi bir diyalog platformu oluşturarak, planlayıcının, denetleyicinin, uygulayıcının yaptıklarını, yapmak istediklerini iyi/kötü sonuçları ile birlikte tartıştığı bir ortam oluşturma hedefindedir. Bu diyalog gayreti içinde zaman zaman okuyucuya, aykırı gelen görüşlerin dergide yer alması yadırganmamalıdır. Eğer diyalogda samimi isek, samimi her sese kulak vermek zorundayız. Çünkü sağlık alanında sağlıklı bir diyalog özlüyoruz.

İlk sayı olması dolayısı ile Sayın Başbakanımızın mesajı ile birlikte Sayın Bakanımızın bakış açısını ortaya koyma düşüncesiyle

Bakanımız ile yapılan bir söyleşiye yer verdik. Sağlık alanında neyin değiştiği sorusunun cevabını Sayın Müsteşarımızın sohbetinde aradık. Sağlık hizmetinde standart ve norm birliğinin ön adımı olan ve hastalar arasındaki ayrımcılığın ortadan kaldırılmasını amaçlayan SSK ve devlet hastahanesi ortak kullanım uygulamasını artı ve eksi yönleri ile tartıştık.

Gelecek neslimizi demir gibi kuvvetli kılacak kampanyamızı ilgili Genel Müdürümüzün kaleminden çıkan yazıda okuyabilirsiniz.

İstanbul'da bir Dârüşşifâ'nın tarihinde ve bugününde gezmek isterseniz hemen o sayfalara geçebilirsiniz.

Bakanlığımızın birinci basamak hizmetlerini çağdaşlaştırma hedefi içindeki Aile hekimliği hakkında bilgilenmek için de bir yazıya yer verdik. Kızamığa karşı açılan savaşta hamleleri ilgili Genel Müdürümüzden öğrenmek istedik. Daha çok hizmet alanlar ile sağlık hizmeti sunanlar arasında bir köprü kurmayı hedefleyen Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi SABİM'in tanıtımı da bu sayının konuları arasında.

Yeni dönemde bakanlığımızın faaliyetlerinin özetini bilgilerinize sunduk. Son 20 yılın ilaç fiyatlandırma politikasında köklü değişiklikler sağlayan yeni fiyat modelini ve muhtemel sonuçlarını masaya yatırdık ve ilaç sektörünün konuya bakışını yansıttık. Sağlıkta atılan adımların özel sektör tarafından görünen yüzünü sizlere sunmaya çalıştık. Kısaca sizlere dolu bir dergi sunmanın gayreti içinde olduk...

Güncel sağlık konularının yanı sıra özgün makale ve düşünce yazılarına da yer vermeyi düşünüyoruz. Aylık olarak yayınlayacağımız SB Diyalog dergisini sağlık konusunda emeği olanlara ücretsiz olarak ulaştırmayı hedefliyoruz. Sağlık ve hayatla ilgili tüm konularda sizlerin de katkılarını bekliyoruz.

Sağlıkla nice sayılara...



54

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI AYLIK YAYIN ORGANI

Nisan 2004

4 Sağlıklı iletişim için diyalog gerekli

■ RECEP TAYYİP ERDOĞAN

Sağlık Bakanlığımızın her kademedeki sağlık personelimizle ve sağlık hizmeti talebinde bulunan vatandaşlarımızla mümkün olduğu nispette doğrudan bir iletişim köprüsü kurması gerekiyor. Yayın hayatına yeni başlayan SB Diyalog Dergisi'nin bu iletişim köprüsü olma işlevini yerine getirerek önemli bir eksiği gidereceğine inanıyorum.

6 Türkiye sağlığına kavuşuyor

■ PROF. DR. RECEP AKDAĞ

Birçok hekim arkadaşımın büyük bir özveriyle, büyük bir fedakarlıkla çalıştığını, bütün olumsuz şartlara rağmen, yaşadıkları büyük sıkıntılara rağmen, yeri geldiğinde sinelerine taş basarak hastalarına hizmet vermeye çalıştığını biliyorum.



6

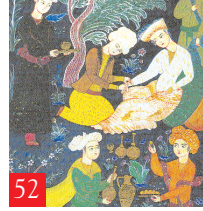
12 Vazgeçilmezler arasında

■ PROF. DR. NECDET ÜNÜVAR

Son zamanlarda sağlıkta ne değişti? Bu soruya bir çırpıda cevap vermek zor, ancak değişen en önemli şeyin "bakış açısı" olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz.



12



52



4

14 Artık SSK'lılar da Devlet Hastanelerine gidebiliyor

■ PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN / HARUN KIRILMAZ

Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ilkesi açısından olaya bakarsak, ülkemizin sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynaklarını halkın hizmetine seferber etme hedefi ve amacını görürüz.

20 Demir gibi Türkiye

■ DR. RIFAT KÖSE

23 Türkiye 2010'da kızamıktan kurtulacak

■ DR. MEHMET UĞURLU

Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de kızamık vakalarını en kısa zamanda en az düzeye indirmek için, kızamığa duyarlı tüm yaş gruplarını içine alan bir aşı kampanyasına başladı.

26 İstanbul'da bir hanım sultan Dâruşşifâsı

■ DR. KADER YILMAZ

Koca Sinan bu dâruşşifâyı tek katlı, kubbeli, kâgir örtülü ve bağımsız olarak tasarlamış. Burada nice garibin, fukaranın, hastanın derdine deva bulunmuş, kimsesizlerin ihtiyaçları giderilmiş. Bir soru canlanıyor zihnimde: "Sağlık Bakanlığı bu mekanları kendi aslına uygun kullanıma sunamaz mı?"

Nisan 2004

32 Aile hekimliği

■ **DR. SİNAN KORUKLUOĞLU**

Temel sağlık hizmetleri konseptinin yeni modelinde aile doktorları ana görevi üstleniyor. Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulaması.

34 Kurumsal sağlık telefonunun ucunda

■ **DR. EKREM ATBAKAN**

36 Sağlıkta koşar adım...

■ **DR. HÜSEYİN DEMİREL**

Sağlık Bakanlığı, yaklaşık bir yıldır çok önemli çalışmalar yaptı ve radikal kararlar aldı. Bakanlığın sağlıkta gerçekleştirdiği temel faaliyetlerden bazılarını şu şekilde özetleyebiliriz...

40 Mecburi hizmet kalktı yaşınsın gönüllü hizmet

■ **OSMAN GÜZELGÖZ**

Artık Şırnak'ın Beytüşşebab'ında, Giresun'un Şebinkarahisar'ında, Hakkari'nin Yüksekova'sında, Erzurum'un Tekman'ında, Şanlıurfa'nın Ceylanpınar'ında hem doktorlarımız hem de diğer sağlık personelimiz gönüllü olarak hizmet edecek ve bu hizmetlerinin karşılığını da alacak.

42 Yeni dönemde ilaçlar daha ucuz

■ **DR. MAHMUT TOKAÇ / BAYRAM DEMİR**

45 İlaç Endüstrisinin Temel Konuları

■ **BÜLENT ECZACIBAŞI**

Kararnamenin temelinde, ülkemizin uyguladığı liberal ekonomik politikanın ruhuna uygun ve birçok gelişmiş ülkede uygulanan referans fiyat sistemine dayanan bir yaklaşım taşıdığına inanıyoruz.



47 Türk Sağlık Sistemi içerisinde özel sağlık kuruluşları

■ **M. ALİ AYDINLAR**

Sağlık Bakanlığı'nın ve sağlık sektöründe yer alan diğer kurumların yeniden örgütlenmesinin yanında finansman, yönetim, organizasyon, insan gücü, mevzuat konularında reform niteliğinde olan çalışmalar yürütülmektedir.

49 Sağlık hakkı

■ **PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN**

Doğan her canlı, sağlıklı yaşama hakkı ile birlikte dünyaya gözlerini açar. Bu hakkın korunabilmesi hepimizin görevidir. Bu görev çalışmakla, sağlıklı üretmekle, sağlıklı düşünmekle ve en önemlisi her canlıyı sevmekle yerine getirilebilir.

52 Tuhaf ama, beklenmedik değil

■ **PROF. DR. HAYRETTİN KARA**

Küçük, masum bir 'soruşturma' yapıyorum, çoğu psikiyatr olan hekim arkadaşlar arasında. Yüzyüze ya da telefonda soruyorum: - "İbn-i Sînâ deyince aklınıza ne geliyor? Kimdir İbn-i Sînâ?"

54 Beyaz zambaklar ülkesinde bir doktor

58 e-Sağlık

■ **DR. NİHAT YURT**

Ülkemizde de e-Avrupa+ Girişimi ile birlikte Aralık 2002 tarihinde e-Türkiye girişimi başlatıldı ve Mayıs 2002 tarihinde Başbakanlık tarafından e-Türkiye Taslak Eylem Planı yayınlandı.

60 Kısa Kısa...

62 Kültür Sanat

64 Bulmaca



RECEP TAYYİP ERDOĞAN
B A Ş B A K A N

Sağlıklı iletişim için diyalog gerekli...

Sağlık Bakanlığımızın her kademedeki sağlık personelimizle ve sağlık hizmeti talebinde bulunan vatandaşlarımızla mümkün olduğu nispette doğrudan bir iletişim köprüsü kurması gerekiyor.

Yayın hayatına yeni başlayan SB Diyalog Dergisi'nin bu iletişim köprüsü olma işlevini yerine getirerek önemli bir eksiği gidereceğine inanıyorum.

Hükümetimiz iktidara geldiği günden bugüne Türkiye'yi karanlık günlerden aydınlığa çıkaran, ülkenin her yönden önünü açan, toplumsal barışı sağlayan çok önemli adımlar attı ve atmaya da devam ediyor.

Cumhuriyetimizin 80. yılının geride bırakıldığı şu günlerde Türkiye'mizi özgüvenden yoksun, üretemeyen, yoksul, eğitimsiz, kültürsüz, sağlıksız, dünyadan kopuk, kendi içine kapanmış, korkular ve paranoyalarla beslenen, antidemokratik uygulamalarla toplumsal hayatıyetine bir türlü kavuşamayan bir ülke olmaktan çıkaracak her türlü adımı büyük bir cesaretle atıyoruz.

Bugüne kadarki icraatımızla ekonomiden eğitime, adaletten enerjiye birçok alanda devrim niteliğinde önemli reformlar gerçekleştirdik, yapısal dönüşüm sağlayan birçok uygulamayı hayata geçirdik.

İcraatlarımız içerisinde sağlık konusu, hiç kuşkusuz hükümetimizin öncelik verdiği konuların başında gelmektedir. İnsana hizmeti her şeyin üzerinde tutan bir hükümet olarak, sağlıkla ilgili sorunların bir an önce çözülmesi gerektiğinin farkındayız.

Bu çerçevede, bir yanıla daha iyi şartlarda sağlık hizmeti vermek isteyen sağlık personelimiz, bir yanıla da daha kaliteli sağlık hizmeti almak isteyen vatandaşlarımız açısından çok önemli iyileşmeler sağlayacağına inandığımız Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya koyuyoruz.

Programımız, vatandaşlarımızın sağlık kuruluşlarından adil bir şekilde faydalanmasını sağlayacak uygulamaların yanı sıra, vatandaşlarımızın istediği hekimi seçebilmesine olanak tanıyan ve pratisyen hekimlerimize önemli bir işlev kazandıran aile hekimliği gibi farklı bileşenlerden oluşmaktadır.

Sağlık alanında hayata geçirdiğimiz uygulamaların, sağlık sistemimizde önemli iyileşmeler sağladığına ve sağlamaya devam edeceğine hiç kuşku yoktur. Ne var ki, çok yönlü, karmaşık ve sorunların yılların ihmalıyla birikerek iç içe girmiş olduğu sağlık alanında yanlış anlaşılmalara olabiliyor, yanlış kanaatler oluşabiliyor. Bunun önüne geçebilmek için Sağlık Bakanlığımızın her kademedeki sağlık personelimizle ve sağlık hizmeti talebinde bulunan vatandaşlarımızla mümkün olduğu nispette doğrudan bir iletişim köprüsü kurması gerekiyor.

Yayın hayatına yeni başlayan SB Diyalog Dergisi'nin bu iletişim köprüsü olma işlevini yerine getirerek önemli bir eksiği gidereceğine inanıyorum.

Bu vesileyle zor şartlar altında büyük bir özveriyle çalışan tüm sağlık personelimize çalışmalarında başarılar diliyor, çalışmalarımıza herkesin en üst düzeyde destek vererek, halkımızın bir an önce en gelişmiş sağlık standartlarına kavuşmasına katkıda bulunacağını umut ediyorum.

S A Ğ L I K T A D Ö N Ü Ş Ü M B A Ş L A D I

Türkiye sağığına kavuşuyor...

Türkiye genç ve dinamik nüfusuyla artık kendi kabuğunu kırmaya karardır. İnsanımız değışim istiyor, dünyaya açılmak istiyor. Çalışmak, üretmek, zengin olmak istiyor. Özgür olmak, insanca muamele görmek istiyor. Toplumsal enerjiyi tüketen çatışmacı söylemlerden kurtulmak istiyor. Evrensel ölçülerde kabul gören değerler çerçevesinde insanca yaşamak istiyor.

Prof. Dr. Recep Akdağ



Bir yılı aşkın bir süredir Sağlık Bakanı olarak görev yapıyorsunuz. Bulunduğunuz konumdan baktığınızda Türkiye'nin sağlık meselesi nasıl görünüyor?

Öncelikle şunu söylemek isterim ki sağlık meselesi çok yönlü bir mesele. Halkın gözünden bakıldığında farklı bir manzarayla karşılaşıyorsunuz. Sağlık personelinin gözünden bakıldığında yine çok farklı bir manzara var karşınızda. Ve nihayet

devlet olarak baktığınızda yine farklı bir manzara söz konusu. Dolayısıyla sağlık konusunda var olan sorunları çözmeye çalışırken bu farklı kesimlerin farklı taleplerini uzlaştırmak zorundasınız.

Bu da takdir edersiniz ki hiç de kolay bir şey değil. Hele ki sağlık konusunda yılların ihmalıyla birike birike gelmiş bir sorunlar yumağı karşısında olduğumuzu düşünecek olursanız, yapmaya çalıştığımız şeyin ne kadar zor olduğunu anlayabilirsiniz.

Sağlık meselesine vatandaş açısından baktığınızda ne görüyorsunuz?

Görülen şey şu: vatandaş hastane kapılarında çile çekiyor, istediği kalitede bir hizmeti alamıyor... Şimdi ona, "dur bakalım biraz sabret, işleri düzeltiyoruz" dememiz mümkün mü? Bu yüzden Bakanlığa geldiğimiz günden bugüne hastaların acil sıkıntılarını kısa vadede çözecek önlemlere öncelik verme gayreti içinde olduk. Bizler her şeyden önce hekimiz ve hekim olarak hastalarımızın durumunu öncelikli olarak düşünmemiz, onları ön planda tutmamız doğal.

Peki, sağlık personeli açısından durum nedir? Sağlık sistemimiz içerisinde sağlık personelinin durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Evet, hekimler tarafından bakılınca; hemşireler, ebeler, diş hekimleri, eczacılar ve yardımcı sağlık personeli tarafından bakılınca yine farklı bir manzara görünüyor. Onların da kendine özgü birçok sorunu var. Kaldı ki, bu sorunların neler olduğunu uzun yıllar hekimlik yapmış biri olarak ben de yakından biliyorum. Yalnız ben değil, sağlık sektörüne bir çeki düzen verebilmek için büyük bir gayret ve özveriyle çalışan çalışma arkadaşlarım da Türkiye’de hekimlik yapmanın, sağlık personeli olarak çalışmanın nasıl meşakkatlerle dolu bir iş olduğunu yakından biliyorlar. Evet, birçok hekim arkadaşımın büyük bir özveriyle, büyük bir fedakârlıkla çalıştığını, bütün olumsuz şartlara rağmen, yaşadıkları büyük sıkıntılara rağmen, yeri geldiğinde sinelerine taş basarak hastalarına hizmet vermeye çalıştığını biliyorum. Diğer sağlık personeli için de durum hiç kuşkusuz böyle. Ve öte yandan şunu da biliyorum ki hekimlerimize, sağlık personelimize insanî bir yaşama ve çalışma ortamı sağlayamayacak olursak, onlardan verimli ve kaliteli bir hizmet beklememiz elbette ki mümkün olmayacaktır. Bu yüzden, sağlık personelimizin sorunlarını görmezlikten gelerek bir şeyler yapmaya çalışıyor, vatandaşa kaliteli hizmet sunmayı ön plana alırken, hekim arkadaş-



Sağlık hizmeti üretimi anlamında artık köhneleşmiş ve pratik sonuçları bakımından son derece verimsiz olan bir anlayıştan ülkemizi kurtararak, sağlık sistemimizi bir bütün olarak yeni bir anlayışla organize etme gayreti içerisindeyiz. Gerçekten de ülkemizin sağlık alanında ciddi bir dönüşüme ihtiyacı var.

larımızı ihmal ediyor değiliz.

Ama bazı noktalarda çok acil sorunlar var, hastalarımızın haklı olarak çözülmesini istediği sorunlar var. Ve burada hastaların şartlarıyla hekimlerin şartları aynı değil. Evet, belli bir açıdan bakıldığında, örneğin ekonomik sıkıntılar yüzünden hekimlerimizin hastalarından belli çıkar elde



Öncelikle birinci basamak dahil, sağlık hizmetinde görev yapan hekim arkadaşlarımızın döner sermaye katkı paylarında önemli artışlar sağlamanın önünü açtık. Öte yandan hekimlerimiz açısından yıllardır büyük bir sıkıntı kaynağı olan mecburi hizmet uygulamasına son verdik.

etmelerini doğal görenler olabilir. Peki ama acaba, derdine derman aramaya gelmiş o çaresiz vatandaşın ekonomik durumu çok mu iyi, acaba onun o parayı verebilecek maddi imkânı var mı? Başka çaresi olmadığını düşünüp, kim bilir hangi şartlarda o parayı mecburen bulup buluşturuyor. Şimdi, bu gibi durumlar da var. Hastaların kaliteli hizmet alma isteğinin istismar edildiği bazı durumlarla karşılaşabiliyoruz. Bu noktada, her şeyden önce bir hekim olarak, hasta insanların sırtından haksız kazanç elde edilmesine, hasta

insanların şifaya kavuşma isteklerinin bir takım kişiler tarafından istismar edilmesine de elbette göz yumamayız.

Bugüne kadar Sağlık Bakanlığı olarak sağlık personelinin rahatlatılacak, durumlarını düzeltecek ne gibi önlemler aldınız?

Dediğim gibi, arkadaşlarımızın zor şartlar altında ve düşük ücretler karşılığında görev yaptıklarını biliyoruz. Bunun için, göreve geldiğimiz günden beri çalışan, sağlık hizmeti üreten hekimlerimizin, her kademedeki sağlık personelimizin durumlarını iyileştirmenin yollarını arıyoruz.

Bu çerçevede, öncelikle birinci basamak dahil, sağlık hizmetinde görev yapan hekim arkadaşlarımızın döner sermaye katkı paylarında önemli artışlar sağlamanın önünü açtık. Öte yandan hekimlerimiz açısından yıllardır büyük bir sıkıntı kaynağı olan mecburi hizmet uygulamasına son verdik. Bu çağdışı uygulamayı ülkemizden kaldırmaya vesile olmaktan bir hekim olarak büyük bir mutluluk duyuyorum. Biliyorsunuz ki, bu uygulamayla hekimlerimiz mecburi hizmetlerini yapmadan diplomalarını kullanamıyordu. Yani hekimlik mesleğini yapmalarına, ne kamu sektöründe ne de özel sektörde, izin verilmiyordu. İşte ülkemizde 20 yılı aşkın bir süredir uygulanmakta olan bu uygulamaya bir son vererek, bunun yerine gönüllü-sözleşmeli istihdam modelini uygulamaya koyduk. Bu uygulamayla hekimler gönüllü olarak kendi seçtikleri bir bölgede, yüksek gelirle çalışma imkânına kavuşacaklar. Mahrumiyet bölgelerindeki sağlık personeli eksikliğini gönüllülük esasına göre büyük ölçüde giderecek olan bu uygulama, hekimlerimiz açısından da önemli faydalar sağlıyor.

Elbetteki hedefimiz bütün sağlık personeline daha iyi çalışma şartları ve daha iyi ücretler sağlanmasıdır. Ama bu, ülkenin ekonomisindeki genel iyileşmeye paralel olarak yaşanabilecek bir süreç. Ekonomimizdeki gözle görülür iyiye gidişle birlikte çok kısa bir süre içinde sağlık sektöründe olumlu gelişmeler yaşanacağından kuşku duymuyorum. Sağlık ala-

nındaki birikmiş sorunların büyük bir çoğunluğunun olumsuz ekonomik şartların bir sonucu olduğu bir gerçek. Dolayısıyla ekonomik şartlardaki gözlemiyor olduğumuz ciddi iyileşmeler, bütün sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörümüze de yansıyacaktır.

Bakanlığa geldiğinizde "Sağlıkta Dönüşüm" adı altında kapsamlı bir program başlattınız... Bu programla neyi hedefliyorsunuz?

Bu program Türkiye gerçeğinden yola çıkılarak, Türkiye’de sağlık alanında yaşanan sorunlar gözetilerek hazırlanmış bir programdır ve her şeyden önce vatandaşlarımıza, alacağı sağlık hizmetini seçebilme özgürlüğünü sağlamayı hedeflemektedir. Bu bakımdan "Sağlıkta Dönüşüm Programı", insan merkezli ve bireysel özgürlüğü önplana çıkaran çağdaş bir uygulamadır. Öte yandan, bu programla sağlık hizmeti üretiminde rekabet ortamı yaratılması ve bunun sonucunda verilen sağlık hizmetinin kalitesinin artması sağlanabilecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel ayaklarından birini, yakın bir zamanda gerçekleştirdiğimiz SSK’ya bağlı hastaların devlet hastanelerinden yararlanabilmesi uygulaması oluşturmaktadır. Bu şekilde SSK’ya bağlı hastalarımızın sağlık kaynaklarından adil ve eşit bir biçimde yararlanabilmesinin önünü açmış olduk. Ülkemiz için bir devrim niteliği taşıyan bu çok önemli uygulama, sağlık konusunda büyük bir iyileşme sağlayacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’yla ülkemizde hayata geçirmeyi hedeflediğimiz bir diğer husus da aile hekimliği... Bu yıl içinde aile hekimliği uygulamasına başlamayı hedefliyoruz. Aile hekimleri, kamu sektöründe veya özel sektörde çalışan pratisyen hekimlerden oluşacak. Vatandaşlarımız istedikleri bir hekimi kendi aile hekimleri olarak seçebilecekler. Aile hekimliği sayesinde hastalarımız düzenli bir dosyayla kayıt altına alınmış olacağı için, hekimin hastasını daha iyi tanıması mümkün olacaktır. Bu uygulama aynı zamanda, hastanelerin önündeki yığılmayı



Birçok hekim arkadaşımın büyük bir özveriyle, büyük bir fedakârlıkla çalıştığını, bütün olumsuz şartlara rağmen, yaşadıkları büyük sıkıntılara rağmen, yeri geldiğinde sinelerine taş basarak hastalarına hizmet vermeye çalıştığını biliyorum.

da azaltacaktır. Aile hekimi eğer gerekiyorsa hastasını hastaneye gönderecek, gerekmediği sürece de tedaviyi kendisi yürütecektir. Bu uygulamayla pratisyen hekimlerimizin hekim olarak işlevlerinin daha da artacağını ve sağlık sistemimizin kilit noktalarından birini oluşturan bir unsur haline geleceklerini düşünüyorum.

Bu programın en önemli adımlarından biri de çok kısa sürede tamamlamayı başardığımız Türkiye Sağlık Envanteri Çalışması’dır. Bu çalışma, 80 yıllık Cumhuriyetimizin sağlık alanında yaptığı ilk ve tek envanter çalışmasıdır. Ülkemizin sağlık potansiyelini tespit etmek, kaynakların verimli ve etkili bir şekilde kullanımını temin etmek ve sağlık yatırımlarının optimal şekilde hizmete katılımını sağlamak



amacıyla başlattığımız bu çalışmayı, 4 ay gibi kısa bir sürede, çok yoğun bir çalışma temposuyla tamamlamış bulunuyoruz.

Birçok ayağı olan bu programın koordineli bir şekilde uygulanması ve başarıya ulaşması için her kademedeki sağlık personelimize büyük görevler düşüyor. Ben bu konuda bütün sağlık personelimize büyük bir güven duyuyorum. Öte yandan vatandaşlarımızın da bu uygulamaların sağlıklı bir şekilde sürdürülmesi için ellerinden gelen katkıyı yapacaklarına inanıyorum. Türkiye'nin sağlık konusunda artık kaybedecek zamanı kalmamıştır. Elbirliğiyle çok daha sağlıklı bir Türkiye'yi inşa edeceğimiz konusunda hiç kuşku duymuyorum.

Sağlık alanında başlattığınız dönüşüm sürecine ilişkin olarak kamuoyuna yansıyan bazı eleştiriler söz konusu. Bu eleştirileri nasıl değerlendiriyorsunuz?

Ülkemizde sağlık, hepimizin yakından bildiği gibi, uzun yılların ihmaline uğramış, gündelik politikalarla geçiştirilmeye çalışılmış, dolayısıyla birikmiş yapısal sorunları olan bir alan. Biz sağlık alanında atılması gerektiği halde şimdiye kadar bir türlü atılamamış olan adımları cesaretle attık ve bundan sonra atmaya da devam edeceğiz.

Bütün bu hamlelerimizdeki temel amacımız şu: halkımıza kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak. Bugüne kadarki uygulamalarla bu sağlanamamış; mevcut durum halkın büyük bir çoğunluğunu hoşnut et-

miyor. O halde yapılacak tek bir şey var: sağlık hizmeti üretimini çağın gerekleri doğrultusunda yeniden düzenlemek. İşte biz de tam olarak bunu yapıyoruz. Sağlık hizmeti üretimi anlamında artık köhneleşmiş ve pratik sonuçları bakımından son derece verimsiz olan bir anlayıştan ülkemizi kurtararak, sağlık sistemimizi bir bütün olarak yeni bir anlayışla organize etme gayreti içerisindeyiz. Gerçekten de ülkemizin sağlık alanında ciddi bir dönüşüm ihtiyacı var.

Şimdi, böylesine büyük bir dönüşüm hareketi yaşanırken, eleştirilerin olması çok doğal. Biz de bakanlık olarak yeni uygulamaları ortaya koyarken farklı çevrelerden gelen yapıcı eleştirileri dikkate alıyor ve yerine göre uygulamalarımızı bu eleştiriler doğrultusunda yeniden gözden geçiriyoruz. Fakat maalesef Türkiye'de değişime direnç göstermeyi neredeyse erdem sayan bir kesim var. Bu kesimin durumu yüzyıl öncesinde matbaaya "istemezük" diyenlerden farksız; Türkiye'nin önünü açma yönünde yapılan reformları kösteklemeye çalışmaktan başka, ülkeye katacakları bir değer de yok.

Ama Türkiye genç ve dinamik nüfusuyla artık kendi kabuğunu kırmaya kararlıdır. İnsanımız değişim istiyor, dünyaya açılmak istiyor. Çalışmak, üretmek, zengin olmak istiyor. Özgür olmak, insanca muamele görmek istiyor. Toplumsal enerjiyi tüketen çatışmacı söylemlerden kurtulmak istiyor. Yolsuzluklardan, rant ekonomisinden kurtulmak istiyor. Kısacası, evrensel ölçülerde kabul gören değerler çerçevesinde insanca yaşamak istiyor. Biz de hükümet olarak işte bunu yapmaya çalışıyoruz; halkımız bunu yapacağınıza güvendiği için bizi tek başımıza iktidara taşıdı. Ve bu güvenin artarak sürdüğünü önümüzdeki yerel seçimlerde de büyük bir açıklıkla göreceğimize inanıyorum.

Bu bakımdan sağlıkta dönüşüm çalışmalarımızı büyük bir kararlılıkla sürdüreceğiz. Bu noktada, farklı kesimlerden gelen yapıcı eleştirilerle, bu dönüşüm sürecinin daha kolay, daha sağlıklı bir biçimde tamamlanacağına duyduğum inancı bir kez daha yinelemek isterim.

Biz hükümeti devraldığımızda karşılaştığımız en önemli tablolardan birisi; ülkenin üst üste geçirdiği ekonomik krizler ve bu krizlerin bütün ücretlilerin reel alım gücünü olumsuz etkilemiş olması idi.

Bu tablonun içerisinde sağlık çalışanlarının gelirlerini ve ekonomik durumlarını ayrıca değerlendirmek gerekir diye düşünüyorum. Öğrenciliklerinden itibaren çok fedakârca bir çalışma içerisinde olan hekimlerimiz, uzman hekimlerimiz ve diğer sağlık çalışanları; meslek hayatları boyunca da riskli, fedakârca, uykusuz geceler boyunca yoğun bir tempo içerisinde. Bu nedenle; ücretlilerin genel olarak reel alım güçlerinin azlığından bahsederken sağlık çalışanlarını mutlaka ayrı bir yere koymamız gerekiyor.

Biz elbette bu durumun düzeltilmesi hususunda gereken gayreti gösteriyoruz. Bütün sağlık çalışanlarının özlük haklarında, ücretlerinde ve çalışma koşullarında iyileştirmeler yapılmasını istiyoruz.

Öncelikle "zorunlu hizmeti" kaldırmamız, bu konuda attığımız çok önemli bir adımdır. Hekimlerimiz yıllardır bu uygulamanın sonlandırılmasını bekliyordu. Bunu biz yaptık. Diğer sağlık çalışanlarımızdan 2 yıllık ve 4 yıllık yüksek okul mezunu olanların göstergeleri, aynı eğitimi almış olan başka meslek grubu çalışanlarının göstergelerinin altındaydı. Bir yasa ile bunu gündeme getirdik ve yaptığımız düzenleme ile bu eşitsizliği giderdik. Hekimlerimizin emekliliklerine yansıtacak şekilde göstergelerinde bazı iyileştirmeler yapılabilmesi hususunda da gerekli girişimlerimiz devam ediyor. Düzenlen ekonomimiz ve artan kaynaklarımızla birlikte bu konuyu da çözeceğimize inanıyorum.





PROF. DR. NECDET ÜNÜVAR
SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞARI

Vazgeçilmezler arasında...

*Son zamanlarda sağlıkta ne değişti ?
Bu soruya bir çırpıda cevap vermek zor,
ancak değişen en önemli şeyin
"bakış açısı" olduğunu rahatlıkla
söyleyebiliriz.*

En önemli şey nedir diye sorulsa ve bir sıralama yapmanız istense, listenizde sağlık kaçınıcı sırada yer alırdı? Sanırım ilk sıralarda. Sağlık her işin başı... Bugünü ve yarınınızı plânlarken hep sağlığa göre karar vermek durumundasınız. Böyle yaparsınız, çünkü proje ve hayallerinizi ancak sağlıklı olduğunuz taktirde gerçekleştirebileceğinizi bilirsiniz.

Peki sağlıktaki sorunları saymanız istense...

Bu soruyu kim bilmez? Hatta bunu düşünmemiş kim vardır?

Hayatının bir döneminde, bir şekilde, ama herkesin bir 'aşinalığı' vardır bu sorunlara. Nasıl olmasın ki; bugün değilse yarın, kendisi değilse bir yakını. Hani, "eninde sonunda" bir sağlık görevlisiyle karşılaşmamış, hastane koridorlarıyla tanışmamış kaç kişi vardır? Olmamasını elbette dilerim.

Ama siz, karşılaştıklarınızı, sağlık alanında nasıl hararetle fikir beyanında bulunduklarınıza bakarak kolayca çıkarabilirsiniz. Ülkede oturmuş bir sağlık sisteminin bulunmadığından tutun, hizmetin yerinde ve zamanında alınmadığına, değişik kurumların çok farklı mantıklarla sağlık hizmeti sunduklarına, ilaç ve ambulansa...

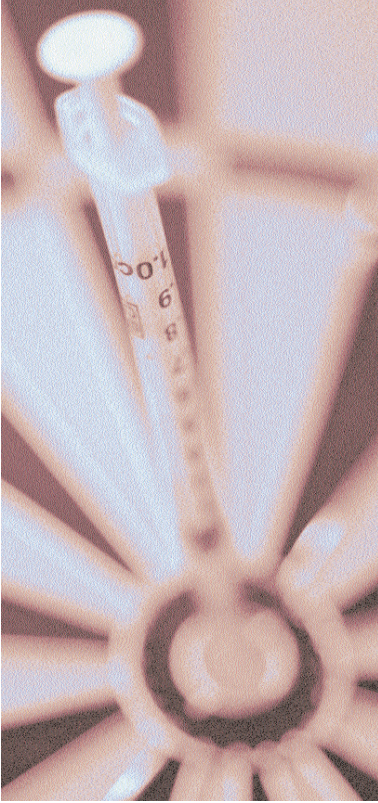
Doğrusu çok yanlış tespitlerle de karşılaşmazsınız. İlerleyen satırlarda, "karşılaşmazdınız" diyeceğimi tahmin edebiliyorsunuz sanırım. Yine de, düne ve kısmen bugüne bakmaya devam edersek; ne hizmet sunanların ne de hizmet sunulanların durumdan pek de memnun olmadıkları kolayca anlaşılabılır. Bu bakışla sağlık alanında hâlâ "yapacağımız çok şey var": Geleceği öngörmek, toplumun beklentilerini doğru tespit etmek, bulunulan yeri, olunması gereken yeri belirleyip atılacak adımları planlamak, ilerlemek, ilerlemek..

Ve son soru: Son zamanlarda sağlıkta ne değişti? Bu soruya bir çırpıda cevap vermek zor, ancak değişen en önemli şeyin "bakış açısı" olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Artık SSK'lı iseniz devlet hastanesine gidebiliyorsunuz, devlet memuru iseniz özel sektörden devletin öngördüğü fiyattan hizmeti alabiliyorsunuz hastane yöneticisi iseniz ihtiyacınız olan hizmeti veya binayı kiralayabiliyorsunuz, sağlık çalışanı iseniz kazancınızdaki önemli faktörün performansınız olduğunu biliyorsunuz. Hizmet almak isteyen kolay ve etkili alsın, hizmet sunmak isteyen kaliteli hizmeti, isteyerek üretsinsin. Sağlık hizmetlerindeki mantık değişimini böyle özetleyebiliriz. Kısaca "engelle, ancak yeterince denetleme" anlayışı yerine, "imkânları sağla, hizmet sunma şartlarını oluştur" mantığının hakim olduğu görülebilir.

Kuşkusuz bu, değişim ve gelişime açık bir süreçtir. Başlangıçta algılamada ve uygulamada bazı güçlüklerin olması doğaldır. Ancak bunlar, her değişimde yaşanabilecek şeylerdir. Toplumlar, sahip oldukları değerlerin önemini çoğu kez yaşayarak öğrenirler.

"Yaşanacak çok şey var."

Artık SSK'lılar da Devlet Hastanelerine gidebiliyor



Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ilkesi açısından olaya bakarsak, ülkemizin sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynaklarını halkın hizmetine seferber etme hedefi ve amacını görürüz.

*Prof. Dr. Sabahattin Aydın**

*Harun Kırılmaz***

Ülkemizde gerek sağlık sigortacılığında, gerek hizmet sunumunda âdeta kanıksadığımız bir kargaşa yaşanmakta. Birinci basamak sağlık hizmetleri yeterince hamisini bulamadığı için sınırlı kalırken, özellikle ikinci ve üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşları norm ve standart birliğinden uzak. Bu hizmet içinde başta devlet hastaneleri ve Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı hastaneler olmak üzere, Ulaştırma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, çeşitli vakıf ve dernek hastaneleri ve özel hastaneler yer alıyor.

Aslında bunların her birinin kapasitesi ve personel sayıları dikkate alındığında hiç de azımsanmayacak bir hizmet alanına sahip olduğumuz rahatlıkla görülebilir. Ancak gerek bu kurumların dengesiz dağılımı, gerekse kurumlar içindeki sağlık personelinin dengesiz dağılımı, bu kurumların eşit norm ve kurallara tâbi olmaksızın işler, tutarlı bir sağlık politikası uygulamasına imkân tanımamakta. Hastaların bu kurumlar içinde bazılarına gidebilme, bazılarına gidememe gibi bir takım sınırlamalarla yüz yüze bırakılması, doğal olarak bu hastanelerimizin bir kısmının çok büyük yükler altında ezilip, hizmet

kalitesinden taviz vermesine yol açmakta, birçok hastanın bu hizmetin dışında kalmasına sebebiyet vermekte ve hatta hizmet almak için sistemi zorlayıcı başka arayışlara girmesine neden olmakta.

Hastanelerin tek çatı altında birleştirilmesi ilkesi açısından olaya bakarsak, ülkemizin sağlık hizmeti sunumunda rol alan bütün kaynaklarını halkın hizmetine seferber etme hedefi ve amacını görürüz. Bütün hastaneleri özel-kamu, vakıf-dernek, SSK- Sağlık Bakanlığı ya da üniversite ayırımı yapmaksızın her birinin kapasitelerini halkımızın hizmetine sunabilirsek gerçek anlamda eşitliğin, adaletin önü açılmış olacağı gibi, kaynaklar çok daha verimli bir şekilde kullanılmış olur.

Olaya hizmet sunan kurumlar açısından değil de, bu hizmete talip olan hastalarımız açısından bakarsak, çok yakınımda var olan bir hastane dururken, bu hastanenin şikâyetinize çözüm bulma, derdinize derman olma imkânı varken, bu hizmetten yararlanamamamız ciddi sıkıntıya yol açmakta. Bir Türk vatandaşının sahip olduğu haklardan, bir başkasının mahrum bırakılması doğal olarak ciddi bir sorun doğurmakta. Aslında böyle bir amaç olmasa da, vatandaşlar arasında ayrımcılık ortaya çıkarmakta. Sağlık gibi

çok temel bir hakkın elde edilmesinde bugüne kadar uygulana gelen bu ayrımcılık, doğal olarak vatandaş memnuniyetini azaltacak, vatandaşların devlete olan güvenini de sarsacaktır.

Bakanlık'tan radikal adımlar...

Sağlık hizmet sunumunda verimliliğin artırılması, vatandaşların hizmete erişimindeki bu ayrımcılığın ortadan kalkması, yani aslında var olan sosyal problemin de giderilmesi amacıyla arka arkaya adımlar atılmak isteniyor. Bunlardan biri farklı bakanlıklara ait, hemen hemen tümünün verimli çalışmadığı bilinen sağlık kuruluşlarının Sağlık Bakanlığı'na veya Çalışma Bakanlığı'na devri ile ilgili çabalar ki, diğer hastalarımız da bu mevcut atıl potansiyelden yararlansın. İkinci ve çok daha radikal bir adım da, sağlık hizmet sunumundaki en önemli iki aktör olan Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Sigortalar Kurumu'nun bütün hizmet imkânları seferber edilerek ortak bir havuzda toplanması ya da diğer bir deyişle bütün vatandaşlarımıza eşit kurallarla, eşit erişim koşullarıyla hizmet verebilir hale getirilmesi. Bir başka adım ise, özel sektörde var olan bu ülke yatırımlarının da yine sisteme katılarak hastaların buralardan yararlanmasının yolunun açılması.

Bilindiği gibi ülkemizde SSK'dan sağlık hizmeti almak durumunda olan 30 milyonun üzerinde vatandaşımız söz konusu. Bunlar aktif sigortalılar, bunların eş ve çocukları, sigorta emeklileri ile eş ve çocukları. Nüfusumuzun yaklaşık yarısına yakın vatandaşımız sağlık hizmetini, birinci basamak sağlık kurumları neredeyse hiç olmayan, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumu ise ülke genelini düşündüğümüzde son derece sınırlı olan bir hizmet açısından, hastanelerden almak zorunda bırakılmış. Toplumun diğer kesimi ise başta devlet hastaneleri olmak üzere, üniversite hastanelerinden ve diğer özel ve kamu hastanelerinden yararlanmaktadır. Aslında yatak sayısı, sağlık personeli sayısı gibi, hastane bazında sayılar ele alındığında, aradaki derin uçurumlar çok bariz biçimde görülmekte. Basit bir ör-

nekleme yaparsak SSK'ya ait küçüklü büyüklü toplam 500'e yakın sağlık kurumunun içinde 150 civarında hastane bulunmakta. Sağlık Bakanlığı'nda ise, Ana Çocuk Sağlığı Dispanserleri, Verem Savaş Dispanserleri gibi dikey yapılanmış örgütleri bir tarafa bıraksak dahi, 6000'e yakın sağlık ocağı birinci basamakta hizmet etmekte ve 650 civarında hastane de ikinci ve üçüncü basamakta hizmet sunmakta. Sağlık personeli açısından değerlendirildiğinde de maalesef yine aynen hastane sayılarına benzer şekilde benzer dengesizlikler var. Bu bakımdan hem kurumsal hem de hizmet sunan personel açısından değerlendirildiğinde, sağlık hizmetini talep eden vatandaşla hizmet vermede çok

Tüm şehirlerimizde artık SSK'lı, devlet memuru ya da Bağ-Kur veya ücretli hasta ayırımı bu iki kurum arasında bütünüyle ortadan kaldırıldı.

ciddi uçurumların, dengesizliklerin var olduğu SSK yetkililerince sık sık beyan edilmekte; istatistikler de bunu doğruluyor.

Hasta kayması olacak

Dengesizlik yükü altında kalan bu kurumların, SSK'lı ya da SSK'sız, devlet memuru, emekli ya da Yeşil Kart'lı ayırımı yapmaksızın bütün vatandaşlara hizmet eder hale gelmesi, doğal olarak hasta kayışına neden olacaktır. Nitekim uygulamalardan da bunu görüyoruz; olmuştur. Bu hasta kayışı, kurumun iyiliği ya da kötülüğü, iyi hizmet verdiği ya da kötü hizmet verdiği gibi daha çok kamuoyunda sözü edilen kavramlarla değerlendirilmemeli. En öncelikli etken, kurumlardaki hasta yoğunluğu ve hizmete erişim güçlüğü. Sisteme diğer hizmet sunan kurumları ilâve ettikçe, hastalar doğal olarak erişebildiği yerlere doğru kayıyor. Bu durum, doğaldır ki, hastaların kaydığı noktalarda da yoğunlukları artıracaktır. Ama bu bir denge sorunu. Bu yoğunluk artışı hiçbir zaman hastaların daha önce hizmet almak zorunda olduğu hastaneden daha fazla olmayacaktır. Dolayısıyla böyle bir uygulamanın devlet hastanelerinde ilâve yük



■ PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

getirdiği de bir gerçektir. Özellikle devlet hastanelerinin zaten yoğun olduğu, zaten uzun bekleme sıralarının olduğu Büyükşehir hastanelerinde bu yoğunluk fazlasıyla kendini gösteriyor. Bu durum, olayın diğer yönünü gözden kaçırmamıza yol açmamalı; eğer hasta bu yoğunluğa rağmen bu hastaneye geliyor ise, daha önce gittiği hastane ya da gidemediği hastanede yoğunluk buradan daha fazla demektir.

Bu sorunun ilk bakıştaki çözümü bu bölgelerde, yani büyük illerimizde hastane sayısını artırmak gibi gözükmemekte; ancak yıllardır süregelen büyük illere hasta göçünü göz ardı etmemek gerekir. Büyükşehir nüfuslarıyla oranlı sağlık yatırımları yaptığımızda dahi, diğer şehirlerle kıyaslandığında buralarda yoğunluk yine de fazla olmakta. Bunun sebebi, hastalarımızın genel olarak daha büyük merkezlere gidip tedavi olma arzusu ve isteği. Bu arzu ve istek bir yandan büyük merkezlerdeki hizmetlerin daha iyi olduğu varsayımına dayalı olduğu önyargısından kaynaklanıyor, bir yandan da bir gereklilik söz konusu. Büyük kentlerde hizmetlerin daha iyi olduğu varsayımı her zaman doğru olmamakla birlikte, buralarda tanı ve

tedavi imkânlarının daha fazla olduğu da bir gerçek. Bir yandan bu önyargının kırılması gerekir, bir yandan da önyargıya kaynaklık eden ana etkenlerin yok edilmesi gerekir. Yani Anadolu'nun farklı bölgelerinde kapsamlı, donanımlı bölge hastaneleri kurularak hastaların buralarda tutulması ve büyük şehirlere doğru hasta göçünün önlenmesi gerekir.

Diğer taraftan Anadolu kentlerindeki hastanelerimizi değerlendirdiğimizde bazı bölgelerde SSK hastaneleri, bazı yerlerde devlet hastanelerinde dengesiz yoğunluk oranları göze çarpıyor. Özellikle uygulamanın yaygınlaştırılmasından sonra bu durum kendi arasında bir denge bulmuş ve Anadolu'daki orta ve küçük ölçekli illerimizde, büyük şehirlerde gördüğümüz yoğunluk artışı gibi sorunlar yaşanmamıştır.

Hasta ayırımı ortadan kaldırıldı

Bu uygulama 1 Temmuz 2003 yılında öncelikle 3 büyük ilimizde ve buna ilâve 3 küçük ilimizde olmak üzere 6 ilimizde başlatılmıştı. Ardından birkaç ay sonra 5 il daha ilâve edilerek 11 ile çıkarıldı. Aslında bu uygulama bir anlamda pilot görevini gördü; yapılan ilk protokol uygulamaları bu dönemde SSK ve Sağlık Bakanlığı yetkililerince çok sıkı bir gözetim ve denetimden geçirildi, görülen aksaklıklar ve sorunların 2004 başında yürürlüğe konan yeni protokolle giderilmesi için çalışmalar yapıldı. Bu birikim ve önlemlerle birlikte uygulama, tüm ülke sathına yayıldı. Tüm şehirlerimizde artık SSK'lı, devlet memuru ya da Bağ-Kur veya ücretli hasta ayırımı bu iki kurum arasında bütünüyle ortadan kaldırıldı.

Uygulamanın yaygınlaştırılmasıyla birlikte değişen önemli bir nokta da birinci basamaktan yapılan sevk zincirinin zorunluluğunun ortadan kaldırılması. Aslında önemle, dikkatle üzerinde durulması gereken konu, birinci basamak kültürü olmayan sigortalı vatandaşlarımıza birinci basamak sağlık hizmetleri imkânının doğmuş olması. Bu uygulamayla 6000'e yakın sağlık ocağı, sigortalıların hizmetine açıldı. İlk anda sevk zincirinin zorunlu kı-

lınması bu uygulamaya alışık olmayan, yıllardır böyle bir zorunluluğu hiçbir şekilde kendi tedavi talebi karşısında görmemiş olan vatandaşların tepkisiyle karşılaştı; vatandaşlar en basit olaylarında dahi hastanelere başvurmak için özel bir gayret içine girdiler. Ayrıca sağlık ocaklarımızın, özellikle büyük illerde yeterli sayıda olmaması, buralarda aşırı yoğunluğa yol açtı. Bir üçüncü önemli husus, birinci basamak kültürü olmayan SSK hastaları için zorunlu tutulan SSK İlâç Talimatnamesinin, birinci basamak hekimleri açısından son derece kısıtlayıcı hükümler içermekte olması. Bu talimatname hükümleri sağlık ocaklarımızdaki hekimlerimizin SSK'lı vatandaşlarımıza hizmet verebilmesinin önünde büyük bir engel oluşturdu. Bu sorunların giderilmesi için büyük bir gayret gösterilmekle birlikte vatandaşların şikâyetine yol açan sevk zorunluluğu kaldırıldı ve doğrudan hastaneye veya sağlık ocağına başvurma imkânı tanındı.

Birinci basamakta çalışmanın özendirilmesi

Yılbaşından itibaren yapılan uygulamada da aslında sevk zincirinin ciddi bir şekilde hayata geçirilmesi hedefleniyor. Getirilen esnekliğin, sağlık sisteminin dönüşümünde sevk zincirinden vazgeçiliyor gibi bir kanı oluşturmaması gerekir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini hızla güçlendirip, kadro eksikliklerini tamamlayıp ve birinci basamakta tetkik-tahlil yapılma imkânlarını seferber ederek birinci basamak sağlık kuruluşlarımızı hastalarımızın çok daha rahat gidebileceği, tercih edebileceği, hastane ortamlarına girmek istemeden, kuyruk beklemekten hizmetlerini alabileceği kurumlar haline getirmemiz gerekir. Bu konuda da ciddi adımlar atılmakta. Birinci basamakta çalışmanın da bir avantaj haline gelmesi, özendirilmesi bu uygulamanın önemli ayaklarından biri. Sağlık Bakanlığı'nın yürürlüğe koyduğu diğer uygulamalar gözden geçirilirse, buradan atılan önemli adımlar kolayca fark edilebilir.

Şüphesiz uygulamanın bir çok aksayan yönleri vardır. Bu protokol hayata geçirildiği zaman büyük illerde yaşanan sı-

kıntılar da önceden öngörülerek SSK ve devlet hastanesi yetkililerine karşılıklı eğitimler verildi. SSK ve devlet hastaneleri kendi aralarında kardeş hastane ilân edilip, karşılıklı sürekli iletişim içinde olmaları ve birbirlerinin sorunlarını çözmeleri amaçlandı. SSK'nın var olan ve bu ortak uygulamalarla daha çok bilinir hale gelen ilaçla ilgili uygulamaları nedeniyle sıkıntılar yaşanacağı bilindiği için, büyük hastanelerimizde SSK İlaç Birimleri oluşturuldu; hastaların ayaktan ilaçlarını da buradan teminine çalışıldı. Yine her şeye rağmen uygulamada görülen büyük aksaklıkların giderilmesi, sigortalı vatandaşlarımızın, kendi sistemleri dışında farklı bir sistemle işleyen devlet hastanelerine gittiğinde karşılaşılabilecek sorunların yerinde çözülmesi için SSK İrtibat Büroları oluşturuldu.

Yaşanan sorunlara rağmen büyük oranda yol alındı; en azından bazı sigortalı vatandaşlarımızın bugüne kadar erişme güçlüğü çektiği sağlık hizmetine kavuşması sağlandı. Bu uygulamayla SSK hastanelerimizdeki muayene ve tedavi olan hastalarımızın sayısı özellikle büyük kentlerde düşmedi. Ancak buradan ran-

Sosyal devlet ilkesi çerçevesinde yapılmakta olan bu uygulamalar, bugüne kadar gecikmiş olan adımların atılmasıdır sadece.

devu talep eden hastaların sayısında büyük düşmeler gözlemlendi. Diğer taraftan Sağlık Bakanlığı hastanelerinde sigortalı hastaların sayısı büyük oranda arttı. Bu hastalar büyük oranda sağlık hizmeti alamayan, bu hizmete erişimde zorlanan ve bu hizmeti alabilmek için başka yollar, sistem dışı yollar arayışı içine giren ya da kendi imkânlarıyla hizmet satın almak zorunda kalan bir kesimi temsil ediyor. Artan arzın talebi doğurduğu da bir diğer gerçek. Bu açıdan SSK hastanesi-devlet hastanesi ayrımcılığının ortadan kalkması, vatandaşlara sadece tercih imkânının sunulması açısından değil, primini ödemiş, sağlık güvencesi altında olduğu halde hakkını elde edemeyen bir kesimin, hiz-



mete erişimini sağlaması açısından da çok önemli bir uygulama oldu.

Personelin motivasyonu

Tabii, olaya devlet hastaneleri açısından baktığımızda, özellikle büyük kentlerdeki hastanelerimizin ilave bir yük altına girdiği, zaten sıkışık olan polikliniklerde sıraların daha da arttığı bir vakıdır. Bu olayı çözmek için hastanelerimizde iyileştirmeye yönelik daha önceden planlanmış olan çalışmalar devam ediyor. Bu adımların başında hastanelerin kapasitelerini artırmaya yönelik laboratuvar hizmetlerinin, tanı-görüntüleme hizmetlerinin, hizmet kanalıyla alınabilmesinin yolunun açılması geliyor. Personel kıstıllığı ile ilgili sıkıntıların giderilmesi için hizmet alımı yoluyla personel istihdamına fırsat tanındı. Mevcut çalışan personelin daha çok motive edilmesi, daha dinamik çalışmasının sağlanması, daha fazla gelen hasta yükü-

nü memnuniyetle karşılamalarının sağlanması açısından da döner sermaye uygulamalarında matrahlar artırıldı ve performans dayalı bir uygulama getirildi.

Bu uygulamalar SSK'na bir ek maliyet getirecek midir? Doğal olarak hizmete erişemeyen sigortalı vatandaşların artık hizmet alıyor olması bir ek maliyet demektir. Her hizmetin bir bedeli olduğu ve bu bedeli de karşılamak zorunda olduğumuz unutulmamalıdır. Vatandaşların arasında ayrımcılık yaparak maliyeti düşürmek, vatandaşın sağlık hizmetine erişimini engelleyerek maliyeti düşürmek gibi bir anlayış hiçbir kurumda, hiçbir kişide mevcut değildir; olamaz da.

Bu uygulama ilaç konusunda sorunu henüz çözmeye yetmemiştir. Bu konuda özellikle SSK başta olmak üzere, yoğun çalışmalar ve görüşmeler devam ediyor. Vatandaşların hizmete erişebilirliğinin artması, zaten sorun olan ilaca erişim açığı-



nı daha da artırdı. Önceden sigorta hastanelerinden hizmet alan vatandaşlarımız aynı kumandan ilacını temin etmekteydi. Buna ilave olarak yeni uygulama, Sağlık Bakanlığı'ndan hizmet alan sigortalı vatandaşların da ilaç talebini doğurdu. Bu yüzden Sosyal Sigortalar Kurumu bu sorunu aşmak üzere eczane sayılarını artırma, çeşitli yerlerde eczane birimi açma gibi yollara gitti; ancak bunlar sorunu çözmeye yetmedi. Önümüzdeki günlerde bu sorunun çözümü için daha radikal adımlar atılacağı konusunda işaretler verilmekte; SSK bu konuda yoğun çalışmalar yapıyor.

2004 yılı yılbaşından itibaren başlatılan uygulamaları şöyle bir gözden geçirirsek, birinci basamak sağlık kuruluşlarımıza baş vuran hastalarımızın %20'si SSK mensubu hastalarımız.

Birinci basamakta %20 hasta artışı oldu

Sağlık ocaklarımızda ilave olarak %20 oranında sağlık ocaklarımızda Sigortadan gelen hasta artışıyla karşılaştıldı. Yine hastanelerimizdeki rakamları gözden geçirdiğimizde %29 oranında hastanelerimizde de SSK'na mensup hasta başvurusu olduğu görülüyor. Bu da doğal olarak, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde aynı oranda artışa yol açtı. Gerek Sağlık Bakanlığı'nın gerek SSK'nun hastanelerine geçtiğimiz yıldaki başvuru sayısı, neredeyse eşit. Hastane sayıları dikkate alındığında yoğunluğun ne kadar farklı olduğu çok açık bir şekilde ortaya çıkmakta. Yani devlet hastanelerindeki %29 oranında görülen hasta artışı, oluşmakta olan bir dengenin sonucu. Bu uygulama ile gerek birinci basamaktaki %20 artış, gerek ikinci ve üçüncü basamak hastanelerimizdeki %29 artış birlikte değerlendirildiğinde, Sağlık Bakanlığı kurumlarında kabaca ortalama %25'lik SSK hasta yükü demektir ki, SSK'na bir tedavi maliyeti yükleyecektir. Bu tedavi maliyeti muhtemeldir ki, bugüne kadar sigortalı olduğu halde hizmet alamayan vatandaşların hakkını alması anlamına geliyor. Sosyal devlet ilkesi çerçevesinde yapılmakta olan bu uygulamalar, bugüne kadar gecikmiş olan adımların atılmasıdır sadece.

* Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

** Hastane Sistemi Analisti

DAHA İYİ SOSYAL GÜVENLİK, DAHA SAĞLIKLI YAŞAM...

■ ENİS YETER*

Sağlık hizmetinden yararlanmada standart birliğini sağlamak ve ülkemiz toplam sağlık tesisi kapasitesinin optimum kullanılabilmesi amacıyla "SSK ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesislerinin Ortak Kullanımı" Projesi 01.07.2003 tarihinden itibaren 6 büyük ilimizde başlatıldı. 01.01.2004 tarihinde de ortak kullanım uygulaması 81 ilimize yaygınlaştırıldı.

Sağlık Tesislerinin ortak kullanımı uygulaması, âdeta bir imkânsız başarılmışçasına halkımızda büyük bir memnuniyet yarattı. Uygulama yeni olmasına rağmen SSK ve Sağlık Bakanlığı personelinin özveri- li çalışmaları sayesinde, oldukça önemli bir adım, son derece az sorunla karşılaşılarak atıldı.

Sigortalılarımızın en çok şikâyet ettikleri birinci basamak sağlık ocaklarından hastanelere sevk zorunluluğu, vatandaşlarımızın talepleri doğrultusunda yılbaşından itibaren kaldırıldı; sağlık kuruluşlarımız arasındaki fatura ödemeye ilişkin konular otomatik bir sistem dahilinde çözüme kavuşturuldu. 2022 Sayılı yasa kapsamındaki vatandaşlarımıza da SSK hastaneleri açıldı. Hastalarımızdan gereksiz yere istenen belge ve fotokopiler kaldırıldı, tek belge sistemi ile fotokopi kuyrukları önlendi.

SSK'lıların ileri tetkik ve tedaviler için Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nden doğrudan sözleşmeli özel merkezlere sevkinin önündeki engeller kaldırıldı, bu sayede SSK'lıların Kurumlar arasında mekik dokumasının önüne geçildi.

Bugün itibarıyla 81 ilimizde tüm vatandaşlarımız, eşit bir şekilde Sosyal Sigortalar Kurumu ve Devlet Hastanelerini ortaklaşa kullanabilmekte, bezdirici muayene kuyruklarından, aylarca boş yatak beklemekten önemli ölçüde kurtulmuş bulunmakta.

SSK ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Tesisleri'nin ortak kullanımı ile genel sağlık politikasının yürütülmesinde Bakanlıklar arası eşgüdüm de maksimuma çıkarıldı, sağlık hizmeti sunumunda her iki Bakanlığımız karşılıklı olarak diğerinin artılarından istifade etme şansını da yakaladı. Sağlık tesislerinin ortak kullanımı uygulaması geliştirilerek sürdürülecek.

* Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşarı



Anneleer, Demir gibi Türkiye için herşeyden önce çocuklarınızı emzirin!



Dr. Rifat Köse *

Bugün dünyanın gündeminde, sağlık alanında yüksek düzeyde ulaşılan teknolojiye, yapılan çok önemli buluş ve bilimsel çalışmalara hükümetlerin, ulusal ve uluslar arası kuruluşların gösterdiği yoğun çabalara rağmen, halen yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı sağlık sorunları var. Bu beslenme sorunlarından en çok etkilenen gruplar gebeler, bebekler ve beş yaş altı çocukları.

Yetersiz beslenmeye bağlı sorunların başında vitamin ve mineral yetersizlikleri geliyor. Demir; insan vücudunda çok fazla miktarda bulunmamasına karşın, biyolojik yönden oldukça önemli olan ve yetersizliği ciddi sağlık sorunlarına yol açabilen bir mineral.

İnsanın büyüme ve gelişmesi, özellikle doğumu izleyen

ilk 18 aylık dönemde çok hızlı olduğundan, bebek ve küçük çocukların bu dönemdeki beslenmeleri, özellikle de vitamin ve mineral alımları, çocuğun daha sonraki fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimi açısından büyük önem taşır.

Demir çocukların büyümesini kolaylaştırır

Demir yetersizliğinde, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok önemli bir halk sağlığı problemi, "demir yetersizliği anemisi ya da "kansızlık" olarak bildiğimiz sağlık sorunu görülür.

Dünya Sağlık Örgütü, demir yetersizliğini dünyadaki en yaygın beslenme yetersizliği olarak tanımlıyor .

Demir; çocukların büyümesini, gelişmesini ve sağlıklı olmasını kolaylaştırır; öğrenmeyi geliştirir; yaşam kalitesi ve verimini artırır; ekonomileri ve ulusları güçlendirir.

Demir yetersizliği anemisi, günümüzde en sık görülen halk sağlığı sorunlarından biri. Demir yetersizliği sorunu önlenmediğinde ve kontrol altına alınmadığında sağlık sistemini etkilemesi, çocuklarda zihinsel yetenekleri engellemesi, yetişkinlerde ise üretkenliği düşürmesi nedeniyle ülke ekonomisine büyük yük getiriyor.

Kansızlık, en sık beslenme yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkıyor. 6 ay- 6 yaş arası çocuklar, ergenlik dönemindeki gençler, gebe ve emziren kadınlar kansızlık gelişmesi yönünden daha fazla risk altında.

Kansızlık hem annenin sağlığını hem de doğacak bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir durum. Bu nedenle özellikle gebelik, bebeklik ve çocukluk döneminde kansızlıktan kaçınılmalı.

Bebek ve Çocuklarda Kansızlık; büyüme ve gelişmeyi etkiler, zihinsel yetenekleri zayıflatır; öğrenmeyi olumsuz etkiler, okul başarısını düşürür; hastalıkların daha sık görülmesine neden olur; yaşlılarına göre zekâ puanında gerilemeye yol açar.

Bebeklerin ve çocukların daha güçlü ve daha zeki büyümesi için demir yetersizliğinin önlenmesi gereklidir.

Bugün ülkemizde her iki bebekten birinde, demir eksikliğinin en ciddi biçimi olan kansızlık görülüyor. Oysa demir eksikliğini yenmek için uygulanabilir ve maliyeti düşük olan çeşitli yöntemler var.

Beslenme eğitimi, anneye beslenme konusunda danışmanlık verilmesi, toplumun kansızlık hakkında bilgilendirilmesi, kansızlığın önlenmesi için ücretsiz hizmet veren ana çocuk sağlığı ve aile plânlaması merkezleri, sağlık ocakları gibi kuruluşlardan toplumun faydalanmasının sağlanması ve yetersiz olan demirin damla olarak verilmesi gibi yöntemler bunlardan en önemlileri.

Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi, sağlıklı beslenmeye atılan ilk adımdır ve kansızlığın önlen-

mesinde de önemli bir etkidir.

Sağlık Bakanlığı'nın, 1991 yılından bu yana yürüttüğü "Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı"nın amacı; tüm doğan bebeklerin doğumdan sonra hemen emzirmeye başlatılması, ilk 6 ay

"tek ba-
ş -



Sağlık Bakanlığı, insan yaşamında geleceğin güvencesi olan her bebeğin sağlıklı olması, geleceğin sağlıklı olarak şekillenmesi, gelişme kapasitesinin en üst düzeye ulaşabilmesi için, demir eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık problemlerini en aza indirmek amacıyla "Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi ile Demir Yetersizliği Anemisinin Önlenmesi Ve Kontrolü" ya da kısa adıyla "Demir Gibi Türkiye" projesini başlattı.



Hedeflerimiz ise: 4 -12 ay arası tüm bebeklere koruma amaçlı demir desteği sağlamak; proje sonunda çocuklarda demir yetersizliği görülme oranını azaltmak; tespit edilen kansız bebekleri tedavi etmek.

na" anne sütü verilmesi, 6. aydan sonra da uygun ve yeterli miktardaki ek besinlerle beraber emzirmenin sürdürülmesi, demir yetersizliğine bağlı kansızlığın önlenmesi ve kontrol altına alınmasında en önemli etkenlerden birisi olacak.

Özellikle bebeklik ve çocukluk döneminde demir yetersizliğine bağlı kansızlığın önlenmesi ve kontrolü gerekmektedir. Doğumda bebek ilk 6 aya yetecek kadar demir deposuyla doğmakta ve 6. aydan sonra beslenmeye bağlı olarak yavaş yavaş depoları azal-

makta. Bu nedenle her bebeğin 4. aydan itibaren koruma amaçlı olarak demir damlasına gereksinmesi var.

İnsan yaşamında geleceğin güvencesi olan her bebeğin sağlıklı olması, geleceğin sağlıklı olarak şekillenmesi, gelişme kapasitesinin en üst düzeye ulaşabilmesi için, demir eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan sağlık problemlerini en aza indirmek amacıyla "Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi ile Demir Yetersizliği Anemisinin Önlenmesi Ve Kontrolü" ya da kısa adıyla "Demir Gibi Türkiye" projesi başlatıldı.

Bu proje kapsamında amaçlarımız; tüm doğan bebeklerin doğumdan sonra hemen emzirmeye başlatılması, ilk 6 ay "tek başına" anne sütünün verilmesi, altıncı aydan sonra da uygun ve yeterli miktardaki ek besinlerle beraber emzirmenin sürdürülmesi, gebelerin demir yetersizliği konusunda bilgilendirilmesi, bebeklere koruma amaçlı demir desteğinin sağlanması, demir damlasının ücretsiz olarak Sağlık Ocakları ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde verilmesi, izleme ve değerlendirmenin yapılması.

Hedeflerimiz ise: 4 -12 ay arası tüm bebeklere koruma amaçlı demir desteği sağlamak; proje sonunda çocuklarda demir yetersizliği görülme oranını azaltmak; tespit edilen kansız bebekleri tedavi etmek.

*Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürü



Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de kızamık vakalarını en kısa zamanda en az düzeye indirmek için, kızamığa duyarlı tüm yaş gruplarını içine alan bir aşı kampanyasına başladı.

T Ü R K İ Y E 2010’da Kızamıktan kurtulacak



*Dr. Mehmet Uğurlu**

Kızamık, Türkiye’de yaygın olarak görülen ve her 3-4 yılda bir büyük salgınlara neden olan önemli bir hastalık. Her yıl, 8-30 bin arası olgu bildirilmekte ve kızamık geçiren ortalama her 100 çocuktan üçü yaşamını yitirmekte. Oysa kızamığın son derece etkin, ücretsiz ve uygulaması kolay bir aşısı var. Aşılanmamış ya da yapılan tek doz aşıya yanıt vermemiş çocuklar kızamığa karşı duyarlı kalıyor ve Türkiye’de kızamık virüsünün yaygın olarak dolaşmasına neden oluyor. Okul

çağı çocuklar arasında da kızamığa duyarlılık yüksek ve okul salgınları, kızamık salgınları arasında önemli bir yer tutuyor. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye’de kızamık hastalık ve ölümlerinin yüksekliği, dünyada ve Avrupa bölgesinde son yıllarda kaydedilen deneyimleri ve gelişmeleri de göz önüne alarak, bir Kızamık Eliminasyon Programı hazırladı. Eliminasyon; bir enfeksiyon etkeninin yeryüzünden yok edilemeye bile, neden olduğu hastalığın görülmemesinin sağlanması anlamına geliyor. Bu programda amaç; Türkiye’de kızamık hastalığını elimine etmek ve bu düzeyi sürdürmek.

Hedefler ise; 2010 yılı sonuna kadar Türkiye’de yerli vi-

mamlamak (DBT, OPV, Hepatit-B, BCG); KAG sonrası kızamık bulaşma riskinin azalması ile ilk doz kızamık aşılama yaşını 12. aya çıkarmak; rutin aşılama oranlarını yakından takip ederek, kızamığa duyarlı bireylerin birikimini izlemek ve gerekirse salgın önleme amacı ile periyodik olarak KAG sonrası doğan çocuklar arasında destek aşılama çalışmaları yapmak; 2002-2009 yılları arasında askere gelen bütün erlere silme kızamık aşısı yapmak ve tüm aşılama çalışmalarını soğuk zincir bozulmadan ve güvenli koşullarda (enjeksiyon güvenliği ile) yapmak.

Hastalığın takibi ve bildirimini olarak adlandırdığımız sürveyans konusundaki çalışmalar: Rutin kızamık sürveyansın-

Cumhuriyet tarihimizin ve DSÖ Avrupa Bölgesi’nin en büyük hedef nüfusa sahip aşılama faaliyeti başladı. 2002- 2010 yıllarını kapsayan "Kızamık Eliminasyon Programı" ile hastalığa neden olan yerli kızamık virüsünün dolaşımını durdurulacak ve yurt dışından gelebilecek virüsün yerleşmesi engellenecek. Böylelikle dünyada her yıl 800 bin ölüme neden olduğu tahmin edilen kızamık hastalığı ülkemizde yok edilmiş olacak.

rüs geçişini durdurmak, 2010 yılından sonra Türkiye dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin Türkiye’de yerleşmesini önlemek ve kızamığa bağlı ölümleri engellemek.

"Kızamık Eliminasyon Programı"nda izlenecek stratejiler; politik kararlılık, aşılama, sürveyans (hastalığın takibi ve bildirimini) ve sosyal mobilizasyon basamaklarında gerçekleşecek. Bu stratejilere göre politik kararlılık bağlamında "Kızamık Eliminasyon Programı" faaliyet plânını uygulamaya yönelik en yüksek düzeyde politik kararlılık sağlamak, "Kızamık Eliminasyon Programı" faaliyet plânını bütün sağlık teşkilâtına tanıtarak, karar birliği sağlamak ve diğer sektörlerin desteğini de alarak programı yürütmek önem kazanıyor.

Aşılamada gerçekleştirilecek çalışmalar şöyle: Her sağlık ocağı bölgesinde, rutin 2 doz kızamık aşı oranında en az %95 düzeyine ulaşmak; 2003 yılı sonbaharında ilköğretim okullarında (1.-8. sınıf) tüm çocuklara kızamık aşısı yapmak (Okul Aşı Günleri-OAG); 2004 yılında, okul çağı öncesi tüm çocuklara (9 ay- 5 yaş), ilkökul 1. sınıflara ve 6-14 yaş arası okula devam etmeyen çocuklara kızamık aşısı uygulamak (Kızamık Aşı Günleri-KAG); KAG sırasında tespit edilen 0-59 ay (5 yaş altı) eksik aşıli çocukların diğer rutin aşılarını ta-

da aylık bildirimlerdeki bilgilerin tam olmasını sağlamak (vaka sayısı, vakalara ait yaş ve aşı durumları); hastane bazlı enfeksiyon hastalıkları sürveyansını iyileştirerek kızamık verilerine ulaşmak; KAG sonrası haftalık aktif kızamık sürveyansını oluşturmak; KAG sonrası kızamık insidansının azalması ile vaka bazında, laboratuvar destekli kızamık sürveyansına geçmek; kızamık salgınlarını erken saptamak, incelemek, konfirme etmek ve elde edilen verileri kızamık salgınlarının kontrolü ve önlenmesi stratejilerini belirlemede kullanmak ve kızamık vaka ve salgın konfirmasyonu için ülke içinde bir laboratuvar ağı oluşturmak. Sosyal mobilizasyon başlığı altında yapılacak çalışmaları ise şu şekilde özetleyebiliriz: Kızamık eliminasyonu programını halka tanıtmak, gerekçelerini anlatarak destek almak ve nereden hizmet alınacağını açıklamak; tıp akademik alanından kızamık eliminasyonu programını gerçekleştirebilmek için destek almak; Sosyal mobilizasyon için diğer sektörlerin (Millî Eğitim ve Çalışma Bakanlıkları, Silâhlı Kuvvetler, özel sektör, gönüllü kuruluşlar, Birleşmiş Milletler kuruluşları, diğer uluslararası kuruluşlar, vb) desteğini almak, onlarla işbirliği yapmak ve il düzeyinde sosyal mobilizasyonu, Vali başkanlığında sektörler arası işbirliği ile sağlamak.

Kızamık okul aşı günleri

Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de kızamık vakalarını en kısa zamanda en az düzeye indirmek için, kızamığa duyarlı tüm yaş gruplarını içine alacak şekilde bir aşı kampanyası planladı. Bu yaş grupları, Türkiye’deki kızamık hastalık verileri incelenerek, 9 ay-14 yaş arası olarak belirlendi. Hedef, uygulanacak kampanyada bu yaş grubunda aşılanmayan çocuk bırakmamak. Aşılama iki aşamada uygulanmakta: Birinci aşamada okul çağı çocuklar okullarda, 2003 – 2004 öğretim yılının ilk yarısında aşılandı. İkinci aşamada ise okul öncesi ve okul çağına olup da okula devam etmeyen çocuklar sahada, 2004 yılında aşılanacak. Bu şekilde çok yüksek düzeyde bağışıklık sağlanarak kızamık virüsünün barınacağı ortam bırakılmayacak ve yerli kızamık virüsü yok edilecek. Yüksek rutin aşılama oranları ile de kızamığın tekrar yaygın hale gelmesi engellenecek. Ülkemizde 1998’den bu yana kızamık aşısı rutin aşı şemasında 9. ay ve ilköğretim birinci sınıf olmak üzere 2 kez uygulanmakta.

Programın pilot uygulaması Mayıs 2003’te Bursa ve Gaziantep illerinde gerçekleştirildi ve 9 ay-14 yaş grubu tüm çocuklara ek bir doz kızamık aşısı uygulandı. 29 Eylül - 17 Ekim 2003 tarihlerinde İstanbul’daki tüm ilköğretim okullarında ve Aralık ayında ulaşım güçlüğü yaşanacak kırsal alandaki ilköğretim okullarında aşılama çalışması yürütüldü.

8-26 Aralık 2003 tarihleri arasında aşılama çalışmalarını tamamlayan üç ilimiz dışındaki diğer tüm illerimizde "Kızamık Okul Aşı Günleri" yürütüldü. Uygulamanın açılışı 8 Aralık 2003 tarihinde Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ ve Millî Eğitim Bakanı Doç. Dr. Hüseyin Çelik’in katılımı ile Ankara Maltepe İlköğretim Okulu’nda gerçekleştirildi. Okul Aşı Günleri’nde ilköğretime devam eden toplam 9.887.497 çocuğumuzdan 9.569.920 çocuğumuz aşılandı ve aşılama oranımız %97 olarak gerçekleşti.

İkinci aşamada 2004 yılı içerisinde okul öncesi çocuklar ve okul çağına olup da okula devam etmeyen çocuklar sahada aşılanacak. Böylelikle yaklaşık 20 milyon çocuğumuz aşılanmış olacak. Bu kampanya, Cumhuriyet tarihimizin ve DSÖ Avrupa Bölgesi’nin en büyük hedef nüfusa sahip aşılama faaliyetidir.

2002- 2010 yıllarını kapsayan "Kızamık Eliminasyon Programı" ile hastalığa neden olan yerli kızamık virüsünün dolaşımı durdurulacak ve yurt dışından gelebilecek virüsün yerleşmesi engellenecek. Böylelikle dünyada her yıl 800 bin ölüme neden olduğu tahmin edilen kızamık hastalığı ülkemizde yok edilmiş olacak.

* Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

AŞILAMA TAKVİMİ

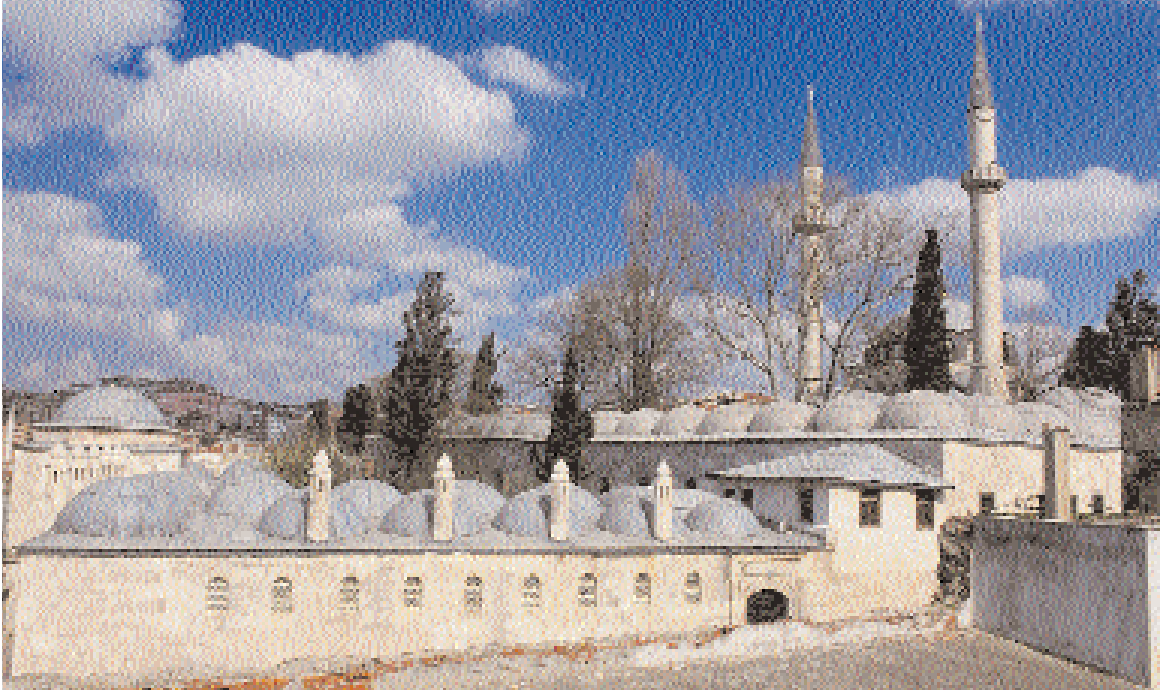
OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE

Doğar Doğmaz	:	Hepatit B
2 ay dolunca	:	BCG, DBT, OPV, Hepatit B
3 ay dolunca	:	DBT, OPV
4 ay dolunca	:	DBT, OPV
9 ay dolunca	:	Kızamık, Hepatit B
16-18 ay dolunca	:	DBT, OPV (Rapel)

OKUL DÖNEMİNDE

İlköğretim 1. Sınıfta :	Td, OPV, Kızamık, BCG
İlköğretim 8. Sınıfta :	Td

BCG	: Verem aşısı
DBT	: Difteri Boğmaca Tetanos aşısı
OPV	: Ağızdan Çocuk Felci aşısı
Hepatit B	: B tipi sarılık aşısı.
Rapel	: Pekiştirme dozu
Td	: Erişkin tipi difteri dozu içeren tetanos difteri aşısı



İstanbul'da bir hanım sultan Dârü'sşifâsı

Dr. Kader Yılmaz

Kimine göre "fethi gören", kimine göre "camlarında yangın çıkan", aynı zamanda bir valideler şehri, Osmanlı hükümdar hanımlarının/analarının en çok eser yaptırdığı semttir Üsküdar. Bu şehrin tepelerinden birinden aşağı doğru adımladığımız sokağın bitimindeki külliyei seyrederken, Yahya Kemal Beyatlı'yı duyar gibi oluruz:

Yine birlikte, bu mevsimde, Atik-Valde'deyiz;
Yine birlikte, bu mevsimde, gezip sezmedeyiz
Bu çınarlarla siyah servilerin gölgesini;
Bu şadırvanda suyun sanki ledünnî sesini.
Eski mîmâra nasıl rahmet okunmaz burada?

Suyu cennetten akıtmış bu güzel manzarada;
Bu duvarlarda, saatlerce temâşâyâ değer,
Çini'den, solmayacak bahçeler açmış yer yer;
Mânevî râhata bir çerçeve yapmış ki gören,
Başka bir âlemi görmekle, geçer kendinden



Dârüşşifâ'dan bir kesit

Şairi bu duygulara sevk eden en önemli sebep, eserleriyle zamanın imha edici gücüne direnen ve çağlara mührünü vuran, Nurbânû Sultan'ın Üsküdar'ın tepesinden İstanbul'u seyreden külliyesi olmalı.

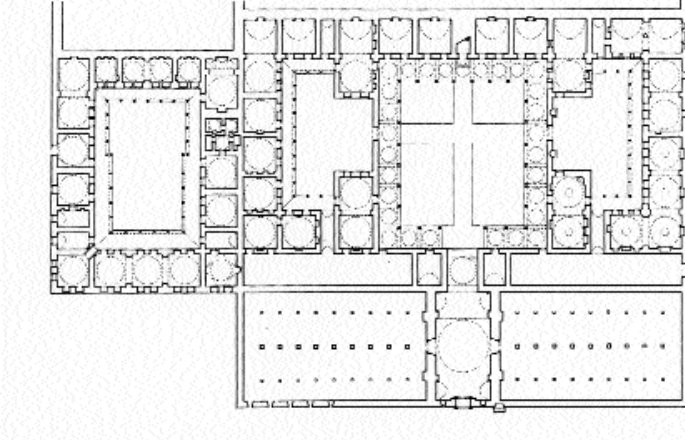
Kanuni Sultan Süleyman'ın oğlu II. Selim'in başkadını ve III. Murad'ın annesi Nurbânû Sultan'ın adını yaşatan bu külliye; cami, medrese, tekke, sıbyan mektebi, dârulhadis, dârulkurrâ, imâret (aşhâne-tabhâne-kervansaray), dârüşşifâ ve hamamdan meydana gelen geniş bir yapı topluluğu. Mimar Sinan tarafından inşa edilen külliye 1570-1579 yılları arasında tamamlanmış.

Külliyenin merkezini oluşturan cami ve medrese ortada yer alıyor. Dârüşşifâ ise, Batıda Kartalbaba Caddesi'nin öbür yakasında, birbirine bitişik, fakat kendi içinde bağımsız olan yapı grubunda bulunuyor.

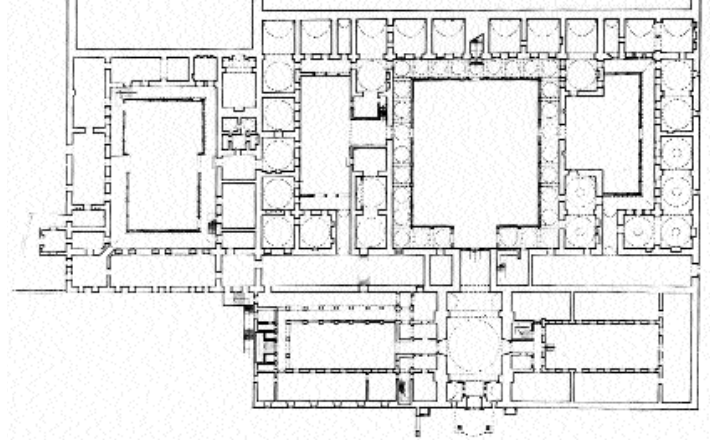
Koca Sinan bu dârüşşifâyı tek katlı, kubbeli, kâgir örtülü ve bağımsız olarak tasarlamış. Aslında, "yüksek ve güzel" pencereleri olan Nurbânû Sultan Dârüşşifâsı, tabhane ile bağlantılı olmayan, Batıya açılan esas giriş kapısı, mescidi, hamamı, mutfağı ve çamaşırhanesi ile her türlü ihtiyacı kendi içinde karşılanan, imârete bitişik fakat ondan bağımsız, iç avlu etrafında düzenlenen bir mekan olarak inşa edilmiş.

Nurbânû Sultan'ın dârüşşifâya ne kadar önem verdiği, külliyenin vakfiyesinden daha iyi anlaşılıyor. Vakfiye 422 sene öncesinin bakış açısının tespiti için de oldukça önemli. Nurbânû Sultan, dârüşşifâya iki tabip, iki kehhâl, iki cerrah, bir vekilharç, bir kâtip, dört hastabakıcı, iki eczacı, iki aşçı, iki çamaşırcı, iki ed-





İmaret ve Dârüşşifâ'nın restitüsyon planı (A. Kuran'dan)



İmaret ve Dârüşşifâ'nın şimdiki planı (A. Kuran'dan)

viye döğen, bir ferraş, bir külhancı, bir kâsekeş, iki şişe bakıcısı, bir kilerci, bir imam ve bir müezzinin tayin edilmesini şart koşmuş. Bu görevlilerin, sahalarının en iyileri ve insani hususiyetler itibariyle kemal sahibi olmaları hususu üzerinde de ayrıca durmuş.

Dârüşşifâ görevlilerinde aranan özellikler oldukça dikkat çekici. Tabipler tecrübeli, hastasına karşı müşfik, ilgili; tıp, anatomi, hikmet bilimlerine tam vâkıf, ihata kabiliyeti yüksek, gözlem esaslarını bilen, ilaç hazırlama tecrübesine sahip kimseler olacak.

Göz hekimlerinin sahasında uzman, tecrübeli, gerekli ilaç terkiplerini bilenlerden seçilmesi gerekiyor.

Cerrahlar bu sahada usta, tedavinin tesir ve ahvâline vâkıf, şefkat ve merhamet hisleriyle dolu kimseler; hiçbir kötülemeye maruz kalmaksızın, aldıkları ücreti hak edecek şekilde hizmetlerini hakkıyla ifa etmeleri zaruri görülüyor.



Dârüşşifâ'nın içinde yer aldığı yapı grubunun dış yüzeyinden bir kesit



Nurbânû Sultan Dârüşşifâsı

Eczacılar işinin ehli, ilaçların hazırlanmasında olgunlaşmış kimseler olacak. Hastabakıcılar hastalara gece gündüz hizmet edecek, hastayı hiç ihmal etmeyecek, usanmadan, üşenmeden onların hizmetleriyle meşgul olacak.

Aşçıların görevi, hem zeki ve usta bir hekimin itimat edeceği şekilde hastaların iştahını açacak leziz yemekler yapmak hem de perhiz yemeklerini hazırlamak.

Çamaşırcılar hastaların çamaşırlarını, döşek ve yorganlarını kir, pas ve lekelerden arındıracak, ferraşlar, süpürülmesi lazım gelen yerleri süpürecekler ve temizlik işlerini yapacaklar.

Hastalar için hazırlanan hamamı ısıtmak ve hastaların bu temizlik hizmetlerinin titizlikle görülmesi külhancının, kapları getirip götürmek kâsekeşlerin, dârüşşifânın anbarını korumak kilercinin işidir.

İhtiyaç sahiplerine, tabiplerin tavsiyesi doğrultusunda, haftanın belirli günlerinde ilaç dağıtılmasının da plan ve programa bağlandığı dârüşşifâda, 18. asrın sonlarına kadar bu şartlara riayet edilmiş. Burada nice garibin, fukaranın, has-



Hamam



Mescid

tanın derdine deva bulunmuş, kimsesizlerin ihtiyaçları giderilmiş. Gariplerin hayır duaları semaları kaplamış.

Ne olduysa bu asırdan sonra olmuş. Önce ruhu çalınmış dâruşşifânın, sonra da kisvesi... Bu tarihten itibaren çeşitli kuruluşların kullanımına açılan mekan, kullanım maksadına uyum sağlaması için önemli mimârî değişikliklere uğratılmış. Eski halini tespit ancak el ucu yoklamalarıyla mümkün hale gelmiş.

Dâruşşifâ önce, askeri hastane olarak kullanıldı. 1807’de, III. Selim tarafından kurulan Nizâm - ı Cedîd Ocağına verildi. II. Mahmud döneminde, 1834’de yeni kurulan Asâkir-i Mansûre-i Muhammediyye ordusuna tahsis edildi. 1865’de Kolera Hastanesine çevrildi. Salgından sonra askerî depoya, 1873’de de akıl hastanesine dönüştürüldü. Toptaşı Bîmârhanesi olarak şöhret bulması bundandır. 1911’den itibaren Müessesât-ı Hayriyye-i Sıhhiyye Müdiriyeti yapılan dâruşşifâ 1935’de Gümrük ve Tekel Bakanlığının Tütün Bakım Atölyesi yapıldı. İbrahim Hakkı Konyalı’ya göre en büyük tahribata bu dönemde uğradı; kubbe-leri hoyratça yıkılıp, duvarlar yükseltildi. İkinci, üçüncü katlar, tavan araları, şuraya buraya merdivenler, geniş ve uzun salonlar ve depolar yapıldı ve Koca Sinan’ın giydirdiği güzel kisveden geriye sadece bazı izler kaldı. 1977’de Milli Eğitim Bakanlığı bünyesinde Üsküdar İmam Hatip Lisesi’ne tahsis edilen bina, bugün Marmara Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesine bağlı kültür ve sanat merkezi olarak yeniden düzenleniyor...

Bu tarihi sürecin sonunda tek girişi kuzeyde Helvacı Ali Sokağı üzerinde bulunan dâruşşifâ, bugünkü şekli iki katlı ve kiremit kaplı ahşap bir çatı ile örtülü bir bina görünümünde. Bir iç avlu etrafında düzenlenen dâruşşifâda girişi takip eden kare planlı ve kubbesi tromplu mekandan akseni kaydırılmış bir kapı ile iç avluya ulaşıyor. Kuzey-güney doğrultusunda uzanan iki basamaklı bir seki ile ikiye bölünmüş olan avlunun doğu kesimi daha yüksek ve geniş. Avluyu dört taraftan baklavalı başlıklı sütunlara ve sivri kemerlere oturan ahşap bir revak çevreliyor. Küçük mescid güney batı köşesinde yer alıyor. Buraya ulaşmak için avludan önce dikdörtgen planlı ve beşik tonozlu bir mekana giriliyor. Sonra bunun batı tarafındaki kapıdan mescide dahil olunuluyor. Kare planlı mescid harimi, tromplara oturan bir kubbe ile örtülü. Kuzey ve güney duvarları sağır. Güney duvarın ortasında mihrap hücresi, batı duvarında iki pencere yer alıyor.



Dâruşşifâ’nın üstten görünümü

Mescidin doğusunda harim ile aynı boyutlarda iki kubbeli mekan birbirleriyle bağlantısız olarak sıralanıyor. Bu mekanlardan ikincisi dâruşşifânın hamamının soyunma bölümü. Dâruşşifânın ihtiyaçlarına cevap verecek boyutta yapılan hamam, avlunun güney kanadının orta kısmında yer alıyor. Soyunma bölümünün doğusunda bir adet soğukluk, iki adet sıcaklık bölümleri sıralanıyor. Bunlardan başka, avlu çevresinde ikisi dikdörtgen planlı ve beşik tonozlu, on ikisi kare planlı ve kubbeli toplam on dört bölme bulunuyor. Asırlara tanıklık eden, Mimar Sinan'ın bu nadide sanat eseri, zamana ve asırlara karşı ayakta durmaya devam ediyor.



Gölgelerimiz boyumuzu aşarken, geldiğimiz sokakları geri adımlamaya başlıyoruz. Güneşin boğazın üzerine işlediği nakışları arkamızda bırakıp yokuş yukarı çıkarken şair sözünün sonunu getiriyor:

Bu ziyârette vakit geçti, güneş battı, yazık!
Haz ve duyguyla Atik-Valde'de bir gün yaşadık.

Önce "evet" diyorum şaire, "hem de bir mekanda beş asrı bir arada yaşayarak" diye sürdürüyorum, zihnimin duvarlarını aşamayan sözlerimi. Bir hüznün var üzerimizde, adını koyamadığımız, tanısını yapamadığımız bir hüznün... Zamana mı yansam, mekana mı üzülsem, ihmalimize mi kahretsem?... Birden bir soru canlanıyor zihnimde: "Sağlık Bakanlığı bu mekanları kendi aslına uygun kullanıma sunamaz mı?" Bir ümit doğuyor gönlüme, bir tebessüm konuyor yüzüme, ama tedirgin ve mütereddit. (...) Özellikle de, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki mimariyi hatırlayınca!!!

Bibliyografya

- Nil Sarı, "Toptaşı Nûrbânu Valide Sultan Dâruşşifâsı", *I. Türk Tıp Tarihi Kongresi*, Ankara, 1992, ss.169-177.
Baha Tanman, "Atik Valide Külliyesi", *Sanat Tarihi Araştırmaları Dergisi*, c. 1, sy. 2, Nisan İstanbul, 1988, ss. 3-19.
Baha Tanman, "Atik Valide Külliyesi", *İstanbul Ansiklopedisi*, c. 1, ss. 408-412.
Abdullah Kuran, "Üsküdar Atik Valide Külliyesi'nin Yerleşme Düzeni ve Yapım Tarihi" Suut Kemal Yetkin'e Armağan, Ankara, 1984, ss. 231-247.
Arslan Terzioğlu, "Bîmârîstan" *Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi*, c. 6, ss. 163-178.
İbrahim Hakkı Konyalı, *Üsküdar Tarihi I-II*, İstanbul, 1976-77.
Mehmet Mermi Haskan, *Yüzyıllar Boyunca Üsküdar I-III*, İstanbul, 2001.
Gönül Cantay "Sinan Külliyelerinde Dâruşşifâ Planlaması", *Mimar Sinan Dönemi Türk Mimarlığı Sanatı*, İstanbul 1988, ss. 45-59

Aile Hekimliği

Temel sağlık hizmetleri konseptinin yeni modelinde aile doktorları ana görevi üstleniyor.

Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulaması.



*Dr. Sinan Korukluoğlu **

Avrupa Birliği, 2001-2006 için halk sağlığını iyileştirmeyi, hastalıkları önlemeyi ve sağlığı tehdit eden risk kaynaklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan bir "Halk Sağlığı Programı" hazırladı. Bu programa göre, genel pratisyenler/aile hekimleri ön safta hizmet verdiğinden ve hastalar ile hayatın farklı düzlem ve koşullarında karşılaştıklarından, koruyucu sağlık uygulamalarında çok önemli bir yere sahipler. Programda sağlık politikası belirleyicilerinden, hastaların aydınlatılmasının koruyucu sağlık uygulamalarında çok etkili olduğunu dikkate alarak, ülkelerinde temel sağlık hizmetlerini organize ve finanse ederken, doktorların koruyucu hizmetler ile birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda etkili bir biçimde rol almalarını sağlamaları isteniyor.

Yaygınlaşan anlayışa göre temel sağlık hizmetleri tanımına artık birinci basamaktaki tanı ve tedavi hizmetleri ile rehabilitasyon hizmetleri de dahil edilmekte. Temel sağlık hizmetleri konseptinin yeni modelinde aile doktorları ana görevi üstleniyor. Aile hekimliğinden esas kastedilen, bireylerin ve aile fertlerinin ikametlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları ve sağlık hizmetini alacakları doktorluk uygulaması. Bu doktorlar, koruyucu hekimlik uygulamaları yanında ayakta tanı ve tedavi işlemlerinin büyük çoğunluğunu üstlenirler. Bu hizmetleri bazı ülkelerde tıp fakül-

tesinden mezun olan pratisyen hekimler yürütürken, bazı ülkelerde genel tıp uygulamalarında uzmanlık eğitimi almış olan hekimler ve bazı ülkelerde de herhangi bir dalda uzman olan hekimler yürütmektedir. Tıp fakültesi eğitimi almış tıp doktorlarına "hekim" denilirken, aile hekimliği sahasında ayrıca eğitim alarak uzmanlaşan hekimler bazı ülkelerde "genel pratisyen", bazı ülkelerde "aile hekimi" olarak biliniyor. Bu doktorlar aile bireylerinin adeta özel doktorluğunu da yürüttüklerinden, konunun anlaşılması için uzman veya pratisyen ayrımı yapılmaksızın tanımlanan hizmeti yürütecek doktorları "aile hekimi" olarak adlandırmayı uygun buluyoruz.

Aile hekimi, aile bireyleri ile yakın ve kişisel ilişkiler kurar. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğiti-

kir. Ülkelerin farklı ekonomik, politik ve sosyal koşulları ile hastalık yükü ve epidemiyolojisi, uygun sağlık stratejileri oluşturma ve kaynakları belirleme noktasında önemli dinamikler olarak karşımıza çıkar. Bu yüzden aile doktorluğu uygulamaları ülkeler arasında farklılık göstermektedir.

Birçok düşük ve orta gelirli ülkede aile hekimleri adeta temel sağlık hizmetleri ile eş anlamlı olarak anlaşılmaktadır. Temel sağlık hizmetleri buralarda sadece doktorlar eliyle değil asistanlar, hemşireler, diğer sağlık çalışanları ve hatta eğitilmiş yöresel halktan kişiler tarafından halka ulaştırılır. Bazı orta ve yüksek gelirli ülkelerde bile aile hekimliğinin bir tıp disiplini olarak uygulanmasında, hatta algılanmasında sorunlar yaşanır. Bu yüzden, tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin, aile hekimliğini bir uzmanlık dalı olarak tercih etmesini gerektirecek ortam ve neden bulunmamak-

Bu doktorlar aile bireylerinin âdeta özel doktorluğunu da yürüttüklerinden, konunun anlaşılması için uzman veya pratisyen ayrımı yapılmaksızın tanımlanan hizmeti yürütecek doktorları "aile hekimi" olarak adlandırmayı uygun buluyoruz.

minin bu bireylere nasıl uygulanabileceğini en iyi bilen kişidir. Bu doktorlar, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, riskler, sağlık koşulları, psikososyal çevre ve mevcut diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir. Aile hekimliği uygulaması, bireylerin sağlık sistemine girişini sağlayan bir pencere veya geçit kapısıdır. Bu açıdan aile doktorları aynı zamanda bir çok yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptirler.

Başarılı bir sağlık sisteminde hizmetin sunumu kadar, hastalara yol göstericilik ve çeşitli hizmet sunucuları arasındaki koordinasyon da önemli yer tutar. Aile doktorları bireylerin sosyoekonomik düzeyi ne olursa olsun, onlara verilen sağlık hizmetlerinde hem hizmet sunucu hem öncü hem de koordinatör olarak görev yapacaklardır.

Vatandaşlarının sağlık durumunu yükseltmek isteyen ülkelerin, uygulanabilir ve verimli bir koruyucu sağlık sistemi oluşturmaları ve bunun için temel sağlık hizmetlerine özel bir önem vermesi gerektiği açıktır. Aile hekimliği uygulaması böyle bir amacın gerçekleştirilmesi için son derece önemli bir yere sahiptir. Uygulandığı ülkelerde farklı düzeylerde de olsa bu amaca yaklaşıldığını görmek mümkün. Ancak aile doktorluğu da, farklı bölgelerde zamanla değişikliğe uğramakta ve gelişmektedir.

Sağlık sisteminin performansını artıracak aile hekimliğini geliştirme ve güçlendirme çalışmalarında, sağlık politikalarının geliştirilmesini önemli ölçüde etkileyen farklı bölgesel, kültürel ve ulusal özelliklerin göz önüne alınması gere-

tadır. Bu yüzden aile hekimlerinin görev alanına giren hizmetler, pratisyen hekimler tarafından verilir. Böyle durumlarda tıp fakültesinden her mezun olanın bu sorumluluğu taşıması gerektiği kabul edildiğinden, tıp eğitiminin halkın önemli sağlık ihtiyaçlarının üstesinden gelecek tarzda yönlendirilmesi gerekir. Böyle bir eğitimle pratisyen hekimlerin bu görevi üstlenmesi veya ileri bir uzmanlık disiplini altında aile hekimliği hizmetleri eğitiminin verilmesi seçenekleri ülke koşulları dikkate alınarak tartışılabilir. Ülkemizdeki uygulamalar dikkate alındığında, bu görevler tıp fakültesinden mezun olan pratisyen hekimlere yüklenmesine rağmen, fakültelerimizde Tıpta Uzmanlık Sınavına yönelik bir eğitim verilmekte. Bu noktada tercihlerin netleştirilmesi ve belirlenen hedeflere yönelik olarak lisans ve uzmanlık düzeyinde tıp eğitiminin yeniden şekillendirilmesi gerekir.

Aile hekimliğinin en önemli özelliği karmaşık, multidisipliner ve çok sektörlü olan sağlık sistemi içinde koordinatör görevi üstlenmesidir. Bu özelliği dikkate alınarak planlanmış bir aile hekimliği uygulaması sorunların aşılmasında önemli rol oynayacaktır.

Kişiyi kendi hekimini seçme özgürlüğünün tanınması ve yüksek kalitede fakat maliyeti kontrol altına alınmış bir sağlık hizmetine bütün vatandaşların erişiminin sağlanması hedeflenmelidir. Bir yandan halkın eğitilmesi, diğer yandan aile doktorlarının bilimsel açıdan ve gelir açısından desteklenmesi, entegre bir sağlık sisteminin oluşturulmasında önemli rol oynayacaktır.

*** Aile Hekimliği Uzmanı**

Aile Hekimliği Çalışma Grubu Başkanı

Kurumsal Sağlık, telefonun ucunda...



Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), vatandaşlarımızın Sağlık Bakanlığı ile ilgili her türlü sorun, şikâyet, öneri ve taleplerini dinleyip değerlendirerek, iletilen sorunlara anında ve yerinde müdahalelerle çözüm üretiyor.

*Dr. Ekrem Atbakan**

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM), vatandaşlarımızın Sağlık Bakanlığı ile ilgili her türlü sorun, şikâyet, öneri ve taleplerini dinleyip değerlendirerek, iletilen sorunlara anında ve yerinde müdahaleler ile çözüm üretiyor.

Ülke genelinde Sağlık Bakanlığı'nın merkezinde bulunan SABİM çağrı merkezine yönlendirilen 184 numaralı telefon hattı, aramalara 7 gün 24 saat cevap veriyor. Gelişmiş teknoloji ile donatılan merkezde çağrılar, robot sistemi ile değil, tamamı sağlık personelinin oluştuğu yeterli bilgi ve beceri ile donatılmış, sağlık mevzuatına hakim operatörler tarafından karşılanıyor.

Kayda alınan ihbar, şikâyet, öneri ve talepler, SABİM yetkilileri tarafından değerlendirildikten sonra çözüm birimlerine yönlendiriliyor.

184

SABİM

7 GÜN / 24 SAAT

CEVAP VERİYOR

telefon görüşmelerinin ses kayıtları da arşivleniyor.

Başvuru sahiplerinin ihbar ve şikâyetlerinin yanı sıra öneri ve talepleri de Sağlık Bakanlığı merkez teşkilâtında ilgili birimlere yönlendiriliyor ve oluşan veri havuzunda sorumluluk

giye dönüştürülmesi , analiz edilmesi ile sağlık sektöründe istatistik bilgilere ulaşılmasını sağlıyor; sürekli ve kendiliğinden bir kamuoyu araştırması niteliği taşıyor.

Sistem tek tek başvuruları çözüme kavuşturmanın yanında şu hedefleride kapsıyor:

- Halkın duyarlılık alanlarının saptanması, yürürlükte olan uygulamalarda yeniden düzenleme ve iyileştirme yapılabilmesine, ileriye yönelik sağlık politikalarını belirlemek üzere stratejik planlama yapılabilmesine olanak tanıyacak.

- Sağlık Bakanlığı'nın sunmuş olduğu sağlık hizmetinin kalitesini iller ve kurumlar bazında şikâyetlerin nitelik ve dağılımı aracılığıyla takip etmek ve gerekli iyileştirmeleri yapabilmek,

- Sağlık politikalarının belirlenme-

Ülke genelinde Sağlık Bakanlığı'nın merkezinde bulunan SABİM çağrı merkezine yönlendirilen 184 numaralı telefon hattı, aramalara 7 gün 24 saat cevap veriyor. Gelişmiş teknoloji ile donatılan merkezde çağrılar, robot sistemi ile değil, tamamı sağlık personelinin oluştuğu yeterli bilgi ve beceri ile donatılmış, sağlık mevzuatına hakim operatörler tarafından karşılanıyor.

Sorumlu ve sağduyulu yaklaşım , acil ve akılcı çözüm, başarılı iletişim, itimat ve işbirliğinin sonucu: memnuniyet.

Sağlık müdürleri ve müdür yardımcılarını 81 ilde, SABİM çözümleyicisi olarak görevlendirildi. Çözümleyiciler kendi illerine ilişkin olarak gelen sorunları hızlı bir şekilde değerlendirip, gerekli inceleme ve araştırmaları yaparak sonuçlandırıyor; başvuru sahiplerine etkili ve yerinde çözümlerle geri bildirim yapıyor.

SABİM'de görevli yetkililer, internet üzerinden akan bu trafiği kontrol etmekte planlayıcı, denetleyici ve takipçi bir rol üstleniyor.

Özdenetim sağlamak ve gereken durumlarda kullanılmak üzere yapılan

alanlarında yaşanan sorunları süratle takip edebilmeleri sağlanıyor.

SABİM'i aradığınızda, benzersiz ilgi ve makul çözümler bulacaksınız.

SABİM projesi vatandaşlarımızın tüm teknolojik imkânlardan (telefon, fax, e-posta) yararlanarak, talep ve şikâyetlerini Sağlık Bakanlığı'na ulaştırmasını amaçlıyor. Bunun yanı sıra SABİM'e doğrudan başvuran vatandaşlarımızın da talepleri değerlendirilerek, kayıt alınıyor ve çözüme kavuşturuluyor. Kayıtların alındığı ilk basamaktan başlamak üzere geri bildirim kadar başvurulara ilişkin tüm süreçler Bakanlık merkezinden izleniyor, gerektiğinde müdahale edilerek yönlendiriliyor.

- SABİM projesi kapsamında toplanan ve depolanan kayıtlar, verinin bil-

sine yön verecek konulara ilişkin veri tabanını hizmet kullanıcılarından doğrudan gelen güncel bilgiler ışığında oluşturmak,

- Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilâtı arasında hızlı ve etkin iletişimi sağlamak.

SABİM'e, kurulduğu günden bu yana 10.000'den fazla başvuru yapıldı; bunların %96'sı sonuçlandırıldı.

Sağlık Bakanlığı'nın hizmet kalitesini yükseltmek amacıyla Temmuz 2003 tarihinden itibaren faaliyette olan SABİM'e, kurulduğu günden bu yana 10.000'den fazla başvuru yapıldı; bunların %96'sı sonuçlandırıldı.

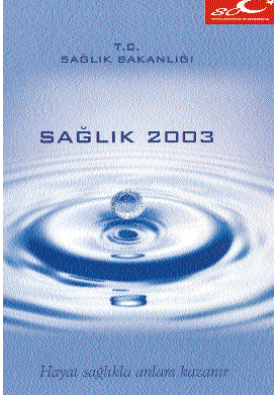
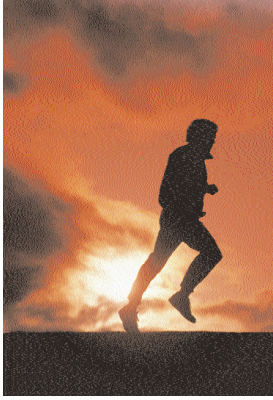
* SABİM, Proje yöneticisi

SABİM'e **0312 430 18 49** numaralı fakstan ve **sabim@saglik.gov.tr** adresinden de ulaşabilirsiniz.

Sağlıkta koşar adım...

Sağlık Bakanlığı, yaklaşık bir yıldır çok önemli çalışmalar yaptı ve radikal kararlar aldı. Bakanlığın sağlıkta gerçekleştirdiği temel faaliyetlerden bazılarını şu şekilde özetleyebiliriz:

*Dr. Hüseyin Demirel **



Sağlıkta Dönüşüm Programı Çalışmaları Başlatıldı

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kaynakların verimli, etkili ve hakkaniyete uygun bir biçimde yönetimi, doğru ve güncel bilgiye dayalı politika oluşturma, organizasyon ve planlama, bu çerçevede alt yapı ve kurumsal kapasite oluşturma ve ihtiyaç duyulan yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı çalışmaları başlatıldı.

Temel Sağlık Hizmetleri

Temel sağlık hizmetleri alanında, birinci basamak sağlık kuruluşlarının açılıp kapatılma ve 24 saat hizmet veren sağlık ocaklarını tespit ve çalıştırma yetkisi illere devredildi. 131 sağlık ocağı hizmete alınarak, toplam 5971 sayısına ulaşıldı. Birinci şika Sağlık Hizmetleri'nde artan ihtiyacı karşılayabilmek için sağlık ocağı fizikî yapısını genişletebilmek amacıyla, farklı fizikî mekânlarda sağlık ocağına bağlı birimler oluşturulması hakkında alınan karar gereğince, toplam 111 sağlık birimi

açıldı. 'Aile Hekimliği' sisteminin yürürlüğe girebilmesi için gerekli alt yapıyı oluşturma çalışmalarına hız verildi.

Birinci Basamak Tanı ve Tedavi Rehberleri tamamlanarak, pratisyen hekimlere dağıtıldı.

Kızamık Aşı Günleri

8-26 Aralık 2003 tarihleri arasında yapılan, 50 bin sağlık personelinin görev aldığı Kızamık Aşı Günleri kapsamında, okul çağında bulunan 9 milyon 905 bin 498 öğrenciden 9 milyon 574 bin 904'ü aşılandı. Aşılama oranı %97 olarak gerçekleşti. Bu kampanyanın ikinci aşamasında okul öncesi çocukların ve okul çağında



olup da okula devam etmeyen çocukların aşılama hedeflendi. Toplam 20 milyon çocuğumuzun aşılacağı bu çalışma, Cumhuriyet tarihinin ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nin en büyük hedef nüfusa sahip aşılama çalışması olacak. SARS hastalığı ile ilgili tedbirlerin zamanında alınması sebebiyle, ülkemizde SARS vakası görülmedi. Ulusal AIDS Kontrolü Eylem planı hazırlandı.

Acil Hizmetlerde Hız ve Güven

Mevcut 463 acil yardım istasyonu sayısı 26 adet daha artırılarak 489'a çıkarıldı; 613 olan ambulans sayısı, 336 adet daha alınarak 949'a çıkarıldı. Acil yardım hizmetlerinde çalışan hekimlerin "Acil Hekimliği" sertifika programına başlanarak, ambulans hizmetlerinin kullanılmasında yerel imkânların devreye sokulmasıyla, ilk olarak İstanbul Büyükşehir Belediyesi bünyesindeki ambulanslar 112 Acil Hizmetleri ile entegre hale getirildi. Yurdumuzda, başta deprem olmak üzere, yaşanabilecek olası afetlerde iyi eğitilmiş ve ihtiyaca uygun olarak donatılmış gönüllü ekipler aracılığıyla en kısa sürede enkaza yönelik medikal kurtarma hizmetlerinin sunulması, en hızlı ve güvenli şekilde hasta/yaralı naklinin sağlanması, nakil sonrasında acil tedavi ünitelerinin ve hizmetinin temini ve tüm işler için gerekli profesyonel yönetim organizasyonunun oluşturulması yoluyla, afetlerde ölüm ve sakatlıkların kabul edilebilir sınırlara çekilmesi amacıyla Afetlerde Sağlık Organizasyonu Projesi (ASOP) başlatıldı.

Halk Sağlığı Hizmetleri

Gıda işletmelerinin çalışma izni ve gıda işleri sicil yetkisi illere devredildi. Güzellik ve estetik amaçlı sağlık kuruluşları hakkında yönetmelik yayınlanarak, bu kuruluşlar standarda bağlandı ve buralara hekim çalıştırma zorunluluğu getirilerek, meydana gelebilecek sağlık sorunlarının önüne geçildi.

Tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele çalışmalarına devam edilerek, Ulusal Tütün Kontrol Progra-

2.5 milyon kişi verem taramasından geçirilerek, 16.000 tüberküloz hastasına ilaçları ücretsiz verildi.

mı hazırlandı. Koruyucu sağlık hizmetlerine ilişkin sağlık bilgi ağının geliştirilmesi, sağlığı etkileyen unsurların belirlenmesi ve bu unsurlara karşı hızlı önlem alınmasına yönelik "Halk Sağlığı Eylem Programı" mutabakatı zaptı Avrupa Birliği ile imzalandı.

Kanser Kontrol Programı ve Verem Taraması

"Kanser Kontrol Programı"nın uygulanmasına devam edildi. Toplam 2.5 milyon kişi verem taramasından geçirilerek, 16.000 tüberküloz hastasına ilaçları ücretsiz verildi. Tüberküloz hastalarına yönelik başlatılan "Direkt Gözetim Altında Tedavi Projesi"nin pilot uygulamasına başlandı. Tetkik edilen 1.187.814 kişiden, teşhis edilen 9.222 sıtma hastasına tedavisi verildi.

Ana ve Çocuk Sağlığı

Ana ve çocuk sağlığı alanında, "Bebeklerde Aneminin Önlenmesi ve Kontrolü Programı" başlatıldı. Sağlık Bakanlığı tarafından, toplumun demir yetersizliği konusunda bilinçlendirilmesi, öncelikli risk grubu olan bebeklerin, ilk 6 ay anne sütü almasının ve 6. ayın sonunda uygun ve yeterli miktarda ek besine geçilerek anne sütü alımının sürdürülmesi, demir yetersizliği yönünden taranması, 4-12 ay arası

anemisi olmayan bebeklere profilaktik amaçlı demir desteği, 4-24 ay arası anemisi olan bebeklere demir tedavisi sağlanması amacıyla "Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi ile Demir Yetersizliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü" projesi başlatılarak, "Yenidoğan Tarama Programı"na hipotiroidi taraması eklendi. Anne sütünün öneminin vurgulanmasına yönelik çalışmalar yapılarak, "Kan Hastalıkları Tarama Programı"na başlandı. Erken sorunlarıyla ilgili rehberlik hizmeti vermek amacıyla 11 merkez açıldı ve "Türkiye Üreme Sağlığı Programı" başlatıldı. Ülkemizde görülen D vitamini yetersizliği ve Raşitizmi önlemek için "Bebeklerde Raşitizmin Önlenmesi ve Kontrolü Projesi" hazırlandı.

Sağlıkta Radikal Çözümler

20 adet hastane açıldı, 2465 yatak artışı sağlandı. Tedavi masrafları ödenmediği gerekçesiyle hastaların rehin tutulmaları önlendi. Özürlü vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerinden öncelikli olarak yararlanmalarının önü açıldı; 270 adet diyaliz cihazı alınarak ihtiyaç duyulan merkezlere dağıtıldı. Yeşil kartlar, kendinden kopyalı (otokopili) karneler haline getirildi. SSK-Sağlık Bakanlığı hastaneleri ortak kullanıma açılarak, hastaların hekim ve sağlık kuruluşlarını seçme özgürlüklerinin sağlanması amacıyla, çalışan devlet memurları ve Emekli Sandığı'na tâbi emeklilerin özel sektöre ait sağlık tesislerinden yararlanmaları sağlandı. Ölçülebilir performansa dayalı döner sermaye uygulamasına ülke genelinde, 1 Ocak 2004 tarihinde geçildi. Döner sermayeden, bina ve tıbbî cihaz gibi yatırımların hizmet satın alınması yoluyla sağlanmasının önü açıldı.

Evrensel Kod sistemi ile uyumluluk sağlanması, yeni bilgi birikimi, tekno-





Hasta Hakları Şube Müdürlüğü ile hastanelerde Hasta Hakları Birimi ve Hasta Hakları Kurulları oluşturuldu. Hastaların haklarının ihlâl edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyete uyulduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini, kurumunu seçebildiği, bir sağlık hizmeti hedeflenmektedir.

lojik yeniliklerin teşhis ve tedavi uygulamalarına girmesiyle yeni tanımlamalara ihtiyaç duyulması, yeni döner sermaye uygulaması ile branşlar arası oranların yeniden tanımlanması, özellikle ameliyatlarda uygulamaların detaylı tanımlanması, hizmet kodlarının artırılması ile maliyet analizlerinde doğruluk oranının artırılması, hizmet sağlayıcılar arasında eş sunum sağlanması, geri ödeme kuruluşları açısından ortak uygulama sağlanmasına duyulan ihtiyaç nedeniyle 2004'te Bütçe Uygulama Talimatı yeni bir anlayışla hazırlandı ve uygulamaya konuldu.

Hasta Hakları Uygulaması

2003 yılında yayınlanan "Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge" uyarınca, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğü ile hastanelerde Hasta Hakları Birimi ve Hasta Hakları Kurulları oluşturuldu. Hastaların haklarının ihlâl edilmediği, her aşamada bilgilendirildiği ve onayının alındığı, mahremiyete uyulduğu, hiçbir ayırım yapılmadan her türlü tedaviyi aldığı, hekimini, kurumunu seçebildiği, bir sağlık hizmeti hedeflenmek-

tedir. Bu uygulamada görev alacak personelin eğitimlerine 2004 yılı başında başlandı.

Hastanelerimizden ücretli olarak yararlanan vatandaşlarımız için uygulamaya başlanan sistemle hastaların, ödemelerini kredi kartı ile yapabilmeleri ve %25 oranında peşin ödeme yaptıktan sonra ödemenin kalan kısmının 12 ay vade ile ödemelerinin yolu açıldı.

Yataklı tedavi kurumlarındaki poliklinik hizmetlerine halkın kolay ulaşabilmesi, hastane polikliniklerindeki yığılmaların önlenmesi amacıyla kurulan semt polikliniklerinin açılması, hizmetin verilmiş şekli, poliklinik ve acil servis hizmetlerinin çalışma usul ve esasları ile burada görevli personelin görev, yetki ve sorumluluklarına dair usul ve esasları belirlemek açısından hazırlanan "Semt Poliklinikleri Yönergesi" yayımlandı.

Yeni İlaç Kararnamesi ve İlaçta Köklü Değişiklikler

Eczanelerin açılıp kapatılma ve ruhsat işlemleri yetkisi illere devredilerek, ihracat amaçlı fason üretim izni işlemleri kısaltıldı. İlaçta biyoeşdeğerlik / biyoyararlanım çalışmaları hızlandırıldı; ilaç ruhsat, prospektüs ve iç/dış ambalajlarda yer alan 2556 terimde standardizasyona gidildi; kontrole tâbi müstahzarların satış/sarf hareketlerinin takibi illere devredildi. Yeni fiyat politikası ile fiyatlandırma yöntemi değiştirildi.

2004 yılı ilaç kararnamesi, köklü değişiklikler oluşturan ve Avrupa Birliği ülkeleri içinde en ucuz ilacın ülkemizde tüketilmesini sağlayacak bir model oluşturdu. Maliyete dayalı analiz ve kârlılık sınırlaması gibi gerekçeler ortadan kaldırılarak, uluslararası alanlarda ülkemizin ayrımcılık yaptığı iddialarıyla tartışılır olmaktan kurtulması sağlandı.

Kademeli fiyatlandırma ile pahalı ürünlerin satışının daha cazip olması ortadan kaldırıldı.

İlaçtaki %18 olan KDV oranının 1 Mart 2004' te %8'e düşürülmesi ile

fiyat değişikliği aynı anda uygulanarak, depocu ve eczacıların stoklarında ki ilaç fiyatlarını değiştirmede bir kargaşa yaşanması ve ek bir yük altına girmesi önleildi. Böylece, geçtiğimiz yıllara bakıldığında ülkemizde, ilaç fiyatlarında ilk adımda dahi oldukça önemli sayılabilecek bir ucuzlama gerçekleştirilmiş oldu.

İsteğe Bağlı Sözleşmeli Personel İstihdamı

10 Temmuz 2003 tarihinde yürürlüğe giren 4924 sayılı kanun ile doktorlara mecburî hizmet uygulaması kaldırıldı, bu kanunla isteğe bağlı sözleşmeli personel istihdamının yolu açıldı. Uzman ve pratisyen hekimler, diş hekimleri ve eczacılar kura ile, diğer sağlık ve yardımcı sağlık personeli ise sınavla belirlenerek, atama işlemleri tamamlandı. Personel özlük işlemleri ve il içi tayinler taşra teşkilâtlarına bırakıldı.

Sağlık Bakanlığı Teşkilâtı Kanunu, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu Kanunu, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Kanun Değişikliği, Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü'nün Teşkilâtı ile İlgili Kanun, 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunda Değişiklik, Sağlık Meslekleri ve Meslek Örgütleri Kanunu, Sağlık Uzmanlık Kurumu Kanunu Taslakları çalışmaları devam ediyor.

Akılcı ilaç kullanımı çalışmaları başlatıldı; Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması ve Ulusal Hastalık Yüklü ve Maliyet Etkililik Çalışmaları sonuçlandırılmak üzere.

Sağlık Bilgi Sistemi

Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi Projesi hayata geçirildi; veri girişi tamamlanmak üzere. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi çalışmasına başlanarak, e-Dönüşüm Türkiye Projesi çerçevesinde Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda e-sağlık çalışma grupları oluşturuldu. Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı hazırlandı. Birinci Basamak Sağlık Kurumları Bilgi Sistemi çalışmasına başlandı.



İran'da meydana gelen deprem felaketine sağlık personeli, ilaç-sarf malzemesi ve sağlık çantası gönderildi. 11 gün süren çalışmalarda kurulan 2 çadır klinikte 3000 civarında hasta ve yaralıya müdahale edilerek, 19.000 doz tetanos aşısı uygulandı.

Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi: SABİM

Türkiye Sağlık Envanteri Çalışması bitirildi. Bu husustaki değerlendirmeler sürüyor. Bu verilerin Coğrafi Bilgi Sistemi'nde entegrasyonu çalışmaları devam ediyor. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) kuruldu. Bu merkeze 7 gün 24 saat, 184 numaralı telefonla ulaşılabilir. SABİM'e kuruluşundan bugüne kadar geçen 5 ay boyunca 25.000 civarında başvuru yapıldı; bu başvuruların %98'i sonuçlandırıldı.

İran Depremine Yardım

Sudan ve Suriye'ye gerçekleştirilen ziyaretlerle eşzamanlı, Türk Sağlık Ürünleri Fuarı düzenlendi. İran'da meydana gelen deprem felaketine sağlık personeli, ilaç-sarf malzemesi ve sağlık çantası gönderildi. 11 gün süren çalışmalarda kurulan 2 çadır klinikte 3000

civarında hasta ve yaralıya müdahale edilerek, 19.000 doz tetanos aşısı uygulandı. Kosova Sağlık Bakanlığı'yla bu yıl içinde varılan anlaşma ile Kosovalı hastalar, ücret mukabili hastanelerimizde tedavi görmeye başladı. Sağlık eğitimi alanında yapılan işbirliği ile 7 ülkeden 68 sağlık personeline ülkemizde eğitim verildi.

Yönergeler, İhbar ve Şikayet Dilekçeleri

Sağlık Bakanlığı, ihtiyaç duyulan kanun ve diğer mevzuatın geliştirilmesi kapsamında 1 adet kanun, 11 adet yönetmelik, 170 adet genelge ve 8 adet yönerge yayımladı.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu'na intikal eden 1795 ihbar ve şikayet dilekçesinin 1600 tanesinin işlemleri sonuçlandırıldı.

* Kamu Yönetimi Uzmanı

BAKANLIK GİRİŞİMİ

Mecburi hizmet kalktı yaşasın gönüllü hizmet

Artık Şırnak'ın Beytüşşebab'ında, Giresun'un Şebinkarahisar'ında, Hakkari'nin Yüksekova'sında, Erzurum'un Tekman'ında, Şanlıurfa'nın Ceylanpınar'ında hem doktorlarımız hem de diğer sağlık personelimiz gönüllü olarak hizmet edecek ve bu hizmetlerinin karşılığını da alacak.

Osman Güzelgöz



Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde gerçekleştirdiği önemli bir uygulama da "Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yörelerde on beş bin Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdam Edilmesi" çalışması.

Türkiye Sağlık Envanteri Çalışması verilerinin dikkatle değerlendirilmesi ile eleman temininde güçlük çekilen yerler belirlendi; vatandaşlarımıza daha hızlı, etkili ve verimli sağlık hizmeti verilebilmesi için buralarda sözleşmeli sağlık personeli istihdam edilmesi yoluna gidildi.

Sağlık Bakanlığı'nın yürütmekte olduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmetinin doğrudan insana verildiği noktastan yola çıkarak, sağlık hizmetlerinde zihniyet değişimini esas almakta ve "önce insan" diyen ciddi bir yaklaşımın öncelikleri arasında yer almakta.

Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep AKDAĞ, Sözleşmeli Personel İstihdamı ile ilgili

yaptığı basın toplantısında bu uygulamanın ruhunu şu sözlerle yansıtıyor:

"Her yöremizde yaşayan bütün vatandaşlarımızın bu ülkenin eşit ve onurlu insanları olarak hak ettiği sağlık hizmetini alabilmesi bizim en önemli amacımız ve hassasiyetimizdir.

Sağlık hizmetlerinin insanımızın ihtiyaçlarına cevap verebilir bir seviyeye getirilebilmesi, fizikî mekânların yeterli ve uygun donanımlı olabilmesi kadar, eleman temininde güçlük çekilen bölgelerimizde her branştan sağlık personeli istihdam etmeyi de zorunlu kılmaktadır."

Daha önce, her bölgede ve özellikle de ihtiyaç duyulan yörelerde bu hususta denenilen bazı yöntemlerin (tam gün ve mecburî hizmet gibi) arzulanan neticeleri vermediği, mecburî hizmet uygulaması ile hekimlerimizin rencide edildiği ve sağlık hizmetlerini eleman temini bakımından çağdaş bir seviyeye ulaştıramadığı görüldü.

Sağlık Bakanlığı'nın sözleşmeli personel istihdam etme fikri buradan doğdu; ilgili her kesim ve şahısla konuşuldu, hazırlıkları hızla tamamlandı; hükümetin desteği ve TBMM'nin de katkıları ile kısa sürede yasalaştı.

Yasa çalışmaları sürdürülürken Türkiye'nin en ücra köşelerine kadar çok detaylı bir ihtiyaç tespiti çalışması gerçekleştirildi.

Sağlık hizmetine çok daha fazla ihtiyaç duyulan, buna rağmen eleman ihtiyacı her bölgeden daha fazla olan yörelerimizde her branştan sağlık personeli çalıştırılması, sözleşmeli personel uygulaması ile tercih edilir hale getirildi.

Çıkarılan 4924 Sayılı yasa ile bu anlamda ve alanda ilk kez on beş bin kadro istihdam ediliyor. Daha önce bu sayının en çok sekiz bine çıkarılabildiği düşünülürse, bu konunun ne kadar önemli olduğu kendiliğinden anlaşılabilir.

Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdam edilmesi uygulaması ile sağlık çalışanı başına düşen nüfustaki dengesizlikler giderilecek ve ülkemizin en ücra köşelerine kadar her branştan sağlık personeli çalıştırma imkânı sağlanacak.

Bakan AKDAĞ, bu gerçeği kamuoyuna şu çarpıcı sözleri ile duyurmuştu:

"Artık Şırnak'ın Beytüşşebab'ında, Giresun'un Şebinkarahisar'ında, Hakkari'nin Yüksekova'sında, Erzurum'un Tekman'ında, Şanlıurfa'nın Ceylanpınar'ında hem doktorlarımız hem de diğer sağlık personelimiz gönüllü olarak hizmet edecek ve bu hizmetlerinin karşılığını da alacaklardır."

Konunun daha iyi anlaşılabilmesi için bazı rakamlar ve örnekler vermek daha uygun olacak:

Ekim 2003 itibarıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde Şanlıurfa'da çalışan 1 hemşireye 4.233 nüfus düşerken, sözleşmeli personel uygulaması ile bu rakam 2.770'e düşmekte. İller itibarıyla bu sayı 643 ile 4.233 arasında. Sözleşmeli personel alımlarından sonra bu makas, 643 ile 2800 arasına inmekte.

Ağrı'da 1 Ebe'ye 5.451 nüfus düşerken, bu sayı 3.039'a düşüyor. İller itibarıyla 604-5.451 olan bu sayı da, 578-



3.500 arasına iniyor.

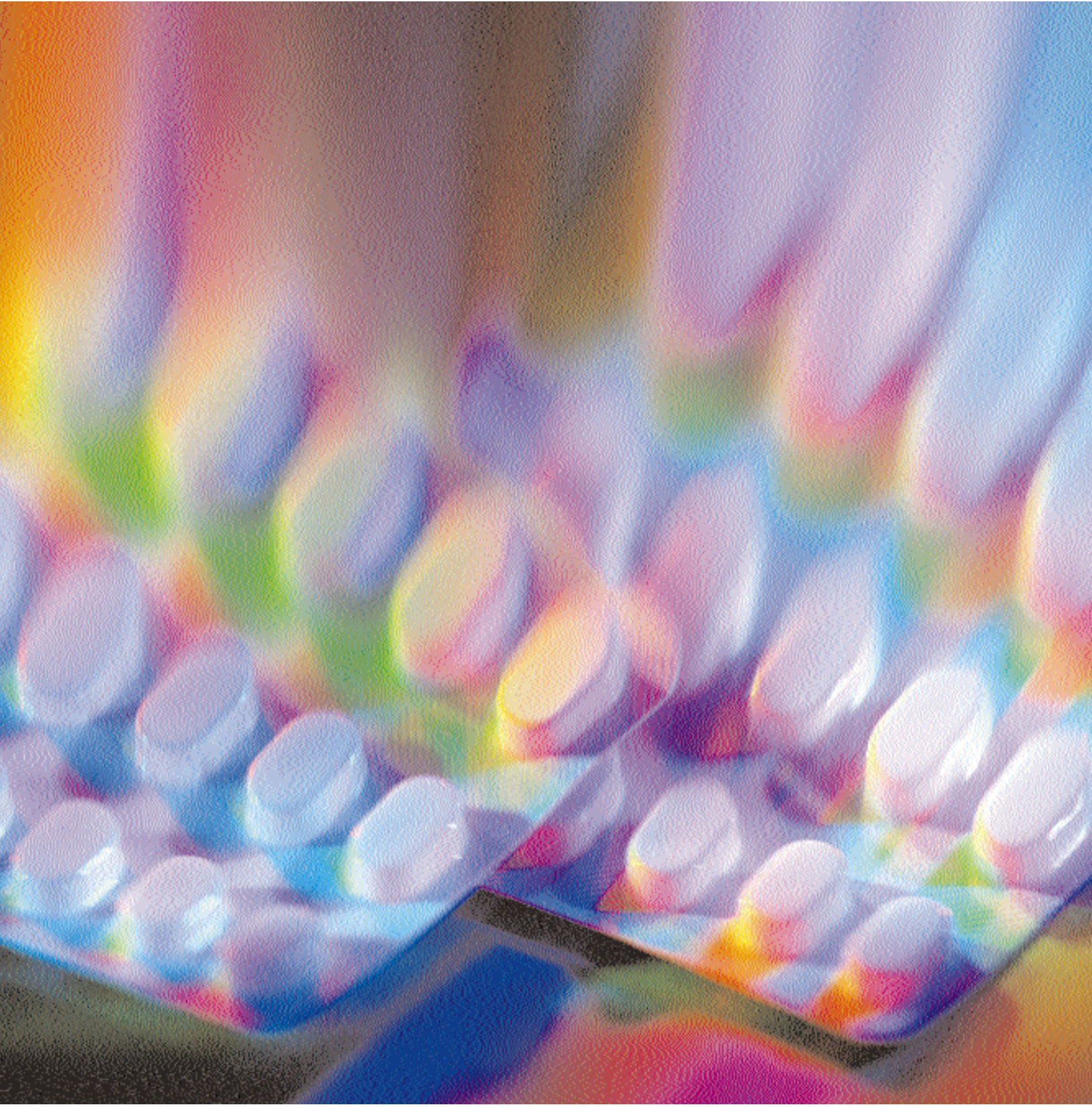
Bir uzman hekime Şırnak'ta 15.356 nüfus düşerken, uygulama ile 6.664'e inmekte; İller itibarıyla 2.471 ile 15.356 olan bu sayı, sözleşmeli uygulamadan sonra 2.430 ile 8.400 arasına inmekte.

Bu göstergeler laboratuvar ve röntgen teknisyeni gibi yardımcı sağlık personeli konusunda daha da dengesiz ve bozuk. Örneğin Iğdır ilimizde 168 bin nüfusa bir anestezi teknisyeni düşmekte iken, sözleşmeli personel uygulaması ile bu rakam 34 bine kadar düşebilmekte.

Sözleşmeli Eleman İstihdamı Uygulaması'nın en önemli özelliklerinden birisi de ücretler. Bu uygulama ile sözleşmeli olarak çalışan sağlık personelinin ücretleri yüzde elliden, %300'e kadar yükselebilecek.

Sözleşmeli Personel İstihdamı; bir yandan eleman temininde güçlük çekilen yörelerde her branştan sağlık personeli çalıştırılmasının önünü açarken, diğer yandan da getirdiği ücret farklılığı ile dikkat çeken bir yöntem.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın her adımında olduğu gibi burada da amaç; bütün insanlarımızın hak ettiği sağlık hizmetini etkili, verimli ve hızlı bir biçimde alması.



Yeni uygulama, maliyet unsurunu dikkate almaksızın bir ilacın alabileceği en üst fiyatın belirlenmesi esasını getiriyor. Artık, maliyetin üzerine bindirilen kârlarla bir fiyat belirlemek yerine, öncelikle ilacın piyasada satılabileceği en üst fiyatı belirlemek hedef alınıyor.

Ülkemizde bugüne kadar uygulanmakta olan sisteme göre maliyete dayalı bir ilaç fiyatlandırma yöntemi öngörülüyordu. Bu yöntemle göre, ilacın hammadde girişinden başlamak üzere, çeşitli üretim maliyetleri ya da ithal edilen ilaçlardaki ithalat girdileri göz önüne alınıp, bunun üzerine ithalatçı kârı veya üretici kârı, depocu kârı ve eczacı kârı ilave edilerek, perakende satış fiyatı bulunuyordu. Geçmiş yıllara dayanan tecrübeler, bu modelin bir çok mahsurları olduğunu gösterdi. Şubat ayında yayınlanmış olan ilaç kararnamesi, bugüne kadar uygulanmakta olan fiyatlandırma politikasında çok büyük değişiklikler öngörüyor. Yeni uygulama, maliyet unsurunu dikkate almaksızın bir ilacın alabileceği en üst fiyatın belirlenmesi esasını getiriyor. Dolayısıyla artık, maliyetin üzerine bindirilen kârlarla bir fiyat belirlemek yerine, öncelikle ilacın piyasada satılabileceği en üst fiyatı belirlemek hedef alınıyor. Bu en üst fiyat için de, Avrupa Birliği ülkeleri içinde ilaç fiyatlarının genelde ucuz olduğu kabul edilen 5 ülke, Sağlık Bakanlığı'nca belirleniyor; bu ülkeler içinde söz konusu ilacın piyasaya arz edildiği en ucuz fiyat, ülkemizde uygulanmak üzere esas alınıyor.

Piyasada bulunan ilaçlar, ilk kez bulunup üretilmesi veya ikincil olarak piyasaya çıkarılması dikkate alınarak 'jenerik' ya da 'orijinal' diye adlandırılmakta. Jenerik ürünle orijinal ürün arasında % 20'den daha az olmayan bir fiyat farkı olmasını da, bu kararname kurala bağlıyor.

Bakanlık fiyatlara müdahale edebilecek

Döviz kurlarında, ülkemizde yıllardır var olan gidişatin geri dönmesi, yani döviz kurlarında artma yerine bir düşüş gözlenmesi, mevcut alışılmış sistemin uygulanmasında bir sıkıntıya yol açtı ve firmaların ilaç fiyatlarını düşürmek için Bakanlığa başvurmaları gereğini ortaya çıkardı. Böyle bir sonuç da gerçekte pratiğe dönmediği için, ilaç fiyatlarında dövizle dayalı olarak yapılması gereken indirimler maalesef gerçekleştirilemedi. Yeni uygulama bu du-

rumu da göz önüne alarak, dövizdeki dalgalanmaların belli oranı bulması halinde, Bakanlığa, fiyatlara doğrudan müdahale edebilme yetkisini verdi.

Bu kararnamenin ortaya koyduğu en önemli iki husus, fiyatlandırmaların ya da geri ödeme yöntemlerinin sınırlı kişi ya da kişilerce karara bağlanmasını, fiyatların kişi ya da kişilerce belirlenmesini önüyor ve objektif kriterler getiriyor. Bu kararname ile iki ayrı kurul hayata geçiyor. Bunlardan biri 'fiyat komisyonu'; bu komisyon, Sağlık Bakanlığı'nın sekreteryası altında Maliye Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı yetkililerinden oluşuyor. Üç ayda bir toplanacak olan kurul, gerek döviz kurunun ülkedeki değişkenliği, gerekse yurtiçi ve yurtdışı pazardaki göstergeleri dikkate alarak fiyatları "dondurma, indirme ya da yükseltme" konusunda Sağlık Bakanlığı'na tavsiye kararı bildirecek.

Piyasaya baktığımızda, ithal ürünlerin fiyatının bir kez belirlendikten sonra genellikle döviz kurundaki artışa bağlı olarak sürekli arttığını, yerli ürünlerin ise enflasyon artış oranının sektörü rahatsız eden düzeyleri bulması durumunda Bakanlık sektör temsilcilerinin karşılıklı görüşmesi sonucunda seyyanen zam aldığını görüyoruz. Uygulama, bugüne kadar bu şekilde yapılageldi. Bu yöntem, yıllardan beri hiçbir ilaç fiyatına ucuzlama getirmedi, aksine her geçen yıl fiyatlar yükselmeye devam etti. Halbuki dünyada özellikle patent koruması, veri koruması altındaki ürünlerin yüksek fiyatla satılmasına rağmen, bu koruma dönemi bittikten sonra bunların jenerikleri çıkınca rekabet oluşmakta ve fiyatlar orijinal ürünün de fiyatı dahil olmak üzere büyük oranda düşmekte. Bu fiyat düşüşleri hiçbir şekilde ülkemizdeki ilaç fiyatına yansıtılmadı.

Fiyatlarda indirimle gidilebilecek

Yeni fiyat politikası bu anlayışı ortadan kaldırıyor; ilaçlara zam yapılabileceği gibi, ilaçlarda fiyat indirimine gidilebileceğini de öngörüyor. Dolayısıyla, söz konusu fiyat komisyonu en azından belli dinamikler çerçevesinde, bir kısım ilaç fiyatlarının indirilmesini her zaman öngörebilir;

Yeni dönemde ilaçlar daha UCUZ...

Dr. Mahmut Tokaç*
Bayram Demir**

bu mümkündür.

Oluşturulacak diğer komisyon ise, geri ödeme politikasını belirlemekle sorumlu. Bildiğiniz gibi ilaçların büyük bir kısmı kamu tarafından satın alınıyor. Diğer tedavi giderlerinde olduğu gibi ilaç fiyatlarının geri ödemesinde Genel Bütçe kaynakları, Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur kaynakları kullanılıyor. Bu geri ödeme kuruluşlarının her biri daha ucuz ilaç alabilmek için çeşitli referans fiyat uygulamaları yapıyor. Bu kurumlar arasındaki yöntem farklılıkları hem sektörde kargaşa yaratmakta hem de gerçek anlamda bu uygulamalardan bir tasarruf sağlanıp sağlanmadığının hesaplanmasında büyük güçlükler yol açmakta.

oranları da düşürülmekte. Dolayısıyla ucuz bir ilacı satan eczacının kârı %25 ederken, örneğin 200 milyon liranın üzerinde bir ilaçta bu kâr kademeli olarak %10-12'lere düşebilmekte. Her iki ilacın satılmasında aynı emek harcanmasına rağmen kârlılık payından dolayı daha çok, pahalı olanı satma eğiliminin muhtemelen tersine dönmesi, bu hükümlerin uygulanmasıyla söz konusu olacaktır.

Sağlık Bakanlığı, ithal ürünlerin fiyatlarını yeniden belirleyerek KDV indirimi ile birlikte aynı tarihte yürürlüğe koydu. İlaçta %18 olan KDV oranının 1 Mart 2004'te %8'e düşürülmesi ile fiyat değişikliği aynı anda uygulanarak, depocu ve eczacıların stoklarındaki ilaç fiyatlarını değiştirmede bir kargaşa yaşanması ve ek bir yük altına girmesi

Yeni fiyat politikası, ilaçlara zam yapılabileceği gibi, ilaçlarda fiyat indirimine gidilebileceğini de öngörüyor. 'Fiyat Komisyonu' belli dinamikler çerçevesinde, bir kısım ilaç fiyatlarının indirilmesini her zaman öngörebilir.

Kararnameyle oluşturulan 'geri ödeme komisyonu', ilaç sektörünün tüm bileşenleri yani üreticileri, ithalatçıları, depocuları ve eczacıları bir araya getirip, bunların görüşlerini alarak, bir geri ödeme politikası geliştirmek üzere çalışmalar yapacak. Bu komisyonun aslında en önemli fonksiyonu, şu anda sigortacılıkta, hizmet ve ilaç geri ödeme sistemlerinde var olan kargaşanın ortadan kaldırılması için çok önemli bir rol oynayacak olması. Eğer bu kurumlar arasında bir birlik oluşur, her biri aynı kurallarla davranırsa, yapılan uygulamaların sonuçlarının takibinde yararlı olacağı gibi, aynı zamanda, Genel Sağlık Sigortası kurulması yolunda da çok önemli bir adım atılmış olacak. Bu kararnamenin ortaya koyduğu çok önemli bir hususun da altını çizmek isteriz. Daha önceki uygulamalarda yerli ilaç ve ithal ilaç arasında bir ayırmacılık yapılmakta, bunların kârlılık oranları farklı belirlenmekteydi. Bu da imza koyduğumuz uluslararası anlaşmalar karşısında ülkemizi zor durumda bırakmakta, ülkemizin güvenilirliğini tartışılır hale getirmekteydi. Yeni uygulama ile bu ayırmacılık tümüyle ortadan kaldırılmış oluyor. Kararnamede hiçbir şekilde yerli ve ithal ilaç ayırımı yok. Ancak bu kararnameyle, kârlılık siteminde de bir değişiklik yapıldı. Daha önce ilacın fiyatı ne olursa olsun depocu ve eczacıya belli oranlarda kâr veriliyordu. Dolayısıyla eczaneye, bir milyonluk ilacın da, bir milyarlık ilacın da kâr oranı %25'ti. Bu durum aslında doğal olarak, daha büyük kâr getiren pahalı ilaçların daha fazla satılmasını teşvik eden bir model. Yeni uygulamayla, ilaç fiyatı arttıkça kademeli olarak kârlılık

önlendi. Böylece, geçtiğimiz yıllara bakıldığında ülkemizde, ilaç fiyatlarında ilk adımda dahi, oldukça önemli sayılabilecek bir ucuzlama gerçekleştirilmiş oldu.

Bütün ürünlerin yeniden fiyatlandırılması gerekiyor

Yeni kararname, tüm ilaç üreticisi ve ithalatçıların yeni fiyat modeli ile fiyat almak üzere başvurusunu öngörüyor. Böylece, kısa süre içinde bütün ürünlerin yeni modelle uygun olarak yeniden fiyatlandırılması gerekiyor. Kısaca özetlemek gerekirse, yeni fiyat politikası ile fiyatlandırma yöntemi değiştirildi. Aralarında yer almak kararlılığında olduğumuz Avrupa Birliği ülkeleri içinde en ucuz ilacın ülkemizde tüketilmesini sağlayacak bir model oluşturuldu. Uygulanan yöntemden dolayı zarar ettikleri varsayımından dolayı vergi ödeyememe veya ithalat maliyetlerini yüksek göstererek bu vergilerin yurt dışında yabancı ülkelere ödenmesi gibi, ülkemiz için zarar oluşturacak gerekçeler ortadan kaldırıldı. Uluslararası alanlarda ise, ülkemizin ayırmacılık yaptığı iddialarıyla tartışılır olmaktan kurtulması sağlandı. Bu kararnameden sonra beklentimiz, SSK'lı vatandaşlarımızın da ayakta tedavilerinde ilaçlarını serbest eczanelerden alır hale gelmesi. Bunun da bu kararnamenin halkımıza yansıyan en önemli sonuçlarından biri olacağı kanısındayız.

* İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı

** Hastane Sistemi Analisti

İlaç endüstrisinin temel konuları

Bülent Eczacıbaşı *

Dünyada endüstriyel ilaç üretimi yapılabilen 35 ülkeden biri olan Türkiye'de ilaç sanayii, 150 yıllık bir kuruluş ve gelişim sürecinin sonucunda bugün, ülke ihtiyacının % 85'ini yurtiçi üretimle karşılayabilen ve 50'den fazla ülkeye ihracat yapabilecek rekabet gücüne sahip bir endüstri niteliğine ulaşmış bulunuyor. Öte yandan ilacın, toplum sağlığını doğrudan ilgilendiren ve savaş, afet gibi olağanüstü dönemlerdeki hayat kurtarıcı özelliği nedeniyle "sosyal bir ürün" olması, bu sektöre diğer sanayi sektörlerinden farklı bir önem kazandırıyor.

Türkiye ilaç pazarının 2003 yılında, üretici fiyatlarıyla 4.2 milyar dolarlık bir büyüklüğe ulaştığı tahmin ediliyor. Bu, 2002 yılındaki 3 milyar dolarlık düzeye göre, % 40'lık bir büyüme anlamına geliyor. Üretici fiyatlarıyla, kişi başına tüketimin ise, 2002 yılında 45 \$ iken, 2003 yılında, % 33'lük bir artışla, 60 dolara ulaştığı tahmin ediliyor. Yerli 3651 (farklı sunuş biçimleriyle yaklaşık 7.000) ve ithal 1562 ilacın yer aldığı pazarda, 2003 yılı için yapılan kutu satışı tahmini ise 1 milyar 100 milyon düzeyinde.

Endüstrinin 2003 yılında 2.4 milyar dolar değerinde ithalat, 246 milyon dolar değerinde ihracat gerçekleştirdiği tahmin edilirken, dolar kurundaki gerileme, ihracatçıları açısından önemli bir sorun olarak ortaya çıktı. Ancak endüstri, ürettiği ilaçların kalitesi, etkinliği ve güvenilirliği ile birçok ülke ile rekabet ederek ihracatını 2002 yılına göre % 64 artırdı ve ihracatın ithalatı karşılama oranı %9.2'den %10.2'ye yükseldi. Bu artışta, Sağlık Bakanlığı'na ihraç amaçlı başvurularda dosya bilgilerinin normal ruhsatlandırma kriterlerinin dışında tutularak değerlendirmeye alınma-

sı ve 2003 ihracat seferberliği, önemli rol oynadı.

Endüstrinin bu gelişim ve ilerlemesine karşın, bazı temel sorunlar çözülmeden günümüze değin gelmiş bulunuyor. Bu yıl kuruluşunun 40. yılını kutlayacak olan Sendikamız, geçtiğimiz süre boyunca fiyat oluşturma sis-



temi, ilaç mevzuatının yeniden düzenlenmesi ve ruhsatlandırma konularındaki çalışmalarını sürdürdü. Bunlara eklenen, sosyal güvenlik kurumlarının geri ödemeleri ve ilaç alımlarındaki sorunlar başta olmak üzere, fiyatlandırmada yaşanan güçlükler ve veri imtiyazı, son dönemlerde endüstrinin gündemindeki temel konular oldu.

Bugün, sağlık harcamalarında yapılacak tasarruflarda sadece ilaç giderlerinin azaltılması yaklaşımı ile, bir yandan "en ucuz ilacın reçetelenmesi" benimsenirken, bir yandan da "Kamu İhale Kanunu"nun yürürlüğe girmesi ile ilaç alımlarında sadece fiyata dayalı haksız rekabet ortamı yaratılmış bulunuyor. Devletin ilaç alım sistemlerindeki bu uygulamalar, satış-

larının büyük bölümünü kamuya yapan ilaç endüstrisi için büyük sıkıntıların doğmasına neden oluyor.

Sosyal güvenlik kurumlarının kamuda verimlilik ve tasarruf ilkelerinin gereklerini yerine getirirken, toplum sağlığı açısından ilaç sanayimizin geleceği

İlaçta ucuzluğu sağlayacak bir dizi önlemden biri olan KDV düşüşünü, sağlık sektörümüzün Avrupa normlarına yaklaşması yönünde atılmış önemli bir adım olarak değerlendiriyoruz.

ni de dikkate alması gerektiği inancındayız. Bu nedenle, her üç sosyal sigorta kuruluşunun ortak ve rasyonel ilaç alım sistemlerini benimsemesi yönünde çalışmalarımız sürecektir.

Kamu ile yaşanan sorunların yanısıra 2003'ün diğer bir gündem maddesi de veri imtiyazı konusu oldu. Bu konuda, AB'ye aday diğer ülkelere de tanıyan geçiş dönemi uygulamanın bir devlet politikası olarak sürdürülmesi gerektiği yönündeki görüşümüzü her düzeyde anlatmaya ve savunmaya çalıştık.

Sektörün yıllardır en önemli sorunlarından biri olan fiyatlandırma konusu ise, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 14 Şubat 2004 tarihinde yürürlüğe giren yeni Fiyat Kararnamesi ile yeni bir sisteme bağlandı.

Kararnamenin temelde, ülkemizin uyguladığı liberal ekonomik politikanın ruhuna uygun ve birçok gelişmiş ülkede uygulanan referans fiyat sistemine dayanan bir yaklaşım taşıdığına inanıyoruz. Ancak, kararnamenin, endüstrimizin dile getirdiği görüşlerin bir kısmının dikkate alınmadan hazırlanmış olması nedeniyle, uygulama aşamasında sorunlar çıkacağı endişesini de taşıyoruz.

3 Mart 2004 tarihinde Sendikamız tarafından oluşturulan görüşler paralelinde hazırlanan Tebliğ ile bu sorunlardan bir kısmı giderilmiş olmakla birlikte, gelecekte pratik uygulamada doğabilecek bazı sakıncaların sürdüğü görülmektedir. Bu Kararnamenin doğuracağı

sakıncaların önümüzdeki günlerde Sağlık Bakanlığımız tarafından giderilmesini bekliyoruz.

Kararnamede acilen düzeltilmesi gereken iki önemli husustan birincisi, beş ülkenin içinde ürünün en ucuz olduğu iki ülkenin fiyatlarının ortalamasının yüzde 90'ının alınmasını öngören hükümdür. Oysa, beş ülke içinden ürünün en ucuz olduğu ülkedeki fiyatın referans alınması, daha doğru olacaktır. Diğer husus ise, jenerik ürün fiyatı belirlenirken, orijinal ürünün fiyatının yüzde 70'inin alınmasının öngörülmüş olmasıdır. Bunun yerine %80'inin alınması, yerli ilaç sanayimiz bakımından gelişmeyi teşvik edici olacaktır.

İlacın fiyatının uygun görülmemesi halinde, yeniden fiyatlandırma ile ilgili olarak öngörülen sürecin ise kısaltılması gerekmektedir. Referans alınan ülkedeki orijinal ürün fiyatının % 5 ve 10'un üzerinde düşmesi ile 30 günlük sürede fiyat değişikliği isteğinin gerçekleşmesi halinde ruhsatın askıya alınması hükmü ise yasal değildir.

Geçtiğimiz günlerde, endüstri olarak yaşadığımız en olumlu gelişme, ilaçta KDV oranının %18'den %8'e indirilmesi oldu. İlaçta ucuzluğu sağlayacak bir dizi önlemden biri olan KDV düşüşünü, sağlık sektörümüzün Avrupa normlarına yaklaşması yönünde atılmış önemli bir adım olarak değerlendiriyoruz. Ancak hammadde ve diğer sağlık malzemelerinin de uygulama kapsamına alınarak, KDV oranlarının yüzde 8'e düşürülmesi gerektiği inancındayız.

Önümüzdeki dönemlerde daha yoğun uluslararası rekabetle karşı karşıya kalacak olan ilaç endüstrisinin, gelişimini önleyen engellerden kurtararak gerekli atılımları yapacak güçlü bir yapıya kavuşturulması, ekonomimiz ve toplum sağlığı açısından olmazsa olmaz bir koşul olarak görülmelidir. Güçlü bir ilaç endüstrisi, ulusumuzun sağlık hizmetlerinin aksamadan sürmesine ve toplumumuzun yaşam kalitesinin yükselmesine büyük destek sağlayacaktır.

*** İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Başkanı**

Türk Sağlık Sistemi içerisinde özel sağlık kuruluşları

Mehmet Ali Aydınlar *

Türkiye’de son on yılda yaşanan ekonomik krizlere rağmen, altyapısı ve taşıdığı potansiyel ile ülke için umut veren sektörlerden biri, özel sağlık sektörüdür. Bununla birlikte, dünyada sağlık sektöründe genel trend olan hizmet kalitesinin artması ve maliyetlerin düşürülmesi hedefi ülkemizde de, sektörün kaydetmesi gereken en önemli aşama olarak görülmüyor.

Bilindiği gibi, 1980’lerde dönemin hükümetinin özel sektörü destekleme politikası sağlık hizmetlerinde de etkisini gösterdi ve büyük yatırımlarla özel hastaneler yapılmaya başlandı. Artan uluslararası ilişkiler ve büyüyen ekonominin etkisi ile özel sağlık sigortası pazarlayan şirketlerin sayıları artmaya başladı. Satışı artan poliçeler, özel sağlık hizmeti sunmak üzere pazara giren yatırımcı sayısını artırdı. Özel hastanelere ilginin artmasının bir başka nedeni de, halkın sağlık hizmetlerinden beklentisinin artmaya başlaması oldu. Geliri artan ve daha iyi şartlarda verilen hizmetten memnun kalan kişiler giderek daha sıklıkla özel hastaneleri tercih etmeye başladı. Sosyal güvencesi olan, çoğu özel sağlık sigortasına sahip bir toplum kesimi uzun süredir sağlık hizmetleri için kamu kuruluşlarını tercih etmiyor.

Özel sağlık sektörü, kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve kamu kuruluşlarına oranla daha verimli kaynak kullanımı ile ön plana çıktı. Bugün özel hastaneler sektörde sosyal açıdan tartışılmaz bir yere sahip oldular. Bunda bir çok hastanenin tıbbi teknoloji ve altyapıya yaptıkları ciddi ya-

tırımların önemli rolü bulunmakta.

Özel hastane sayısı, 150’den fazlası İstanbul’da olmak üzere ülke çapında 250’yi aştı. Türkiye’deki toplam yatak sayısının da yaklaşık %10’u özel hastaneler tarafından sunuluyor. Ayrıca, özel sağlık sektörü, sağlık çalışanları için önemli bir istihdam yaratıyor. Diş hekimleri ve eczacıların büyük çoğunluğu bağımsız çalışmakla birlikte, özel hastanelerde çalışan doktor ve hemşire sayısı önemli bir seviyeye ulaştı.



Sorunlar ve Çözümler

Sağlık hizmet sunumunda etkililiğin sağlanamamasının yanında, ülke kaynakları da bugünkü sistemle verimli olarak kullanılamamaktadır. Çok parçalı bir yapıya sahip olan sağlık sistemimizde Sağlık Bakanlığı’nın ve sağlık sektöründe yer alan diğer kurumların yeniden örgütlenmesinin yanında finansman, yönetim, organizasyon, insan gücü, mevzuat konularında reform niteliğinde olan çalışmalar yürütülmektedir. Biz, ülke kaynakları-

nın en etkili ve verimli olarak kullanılabileceği "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı Sağlık Kuruluşları Derneği olarak destekliyoruz.

Özel Hastaneler, 1933 yılında çıkarılan ve bugün için yetersizliği tartışılmayan bir yasa ile yönetiliyor. Özel ve Kamu Hastanelerinin tâbi olduğu

sağlık hizmetinin değerlendirilmesi için bağımsız bir "Türk Sağlıkta Akreditasyon Programı" başlatılmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması kamuda ve özel sektörde, maliyet ve kalite kriterlerine uygun olarak saptanmalıdır. Kamu sağlık kuruluşları tarafından sunulan hizmetler için 3359 sayılı yasa gereği, maliyete dayalı fiyatlandırma sistemine geçilmelidir.

Hükümetimizin, devlet memurları ve daha sonra Emekli Sandığı mensuplarına özel sağlık sektöründen hizmet alma olanağı sağlamış olması, hastalara hastanesini ve hekimini seçme hakkı vermiştir. Bu uygulamanın diğer sosyal güvence sahibi olan hak sahiplerine de yaygınlaştırılması ile verimsiz işletilen sağlık kuruluşlarına sübvansiyonunun kalkması ve bu desteğin bizzat hastalara yapılması sağlanmış olacaktır. Hizmeti alan kişilerin etkin hale gelmesi, sistemin gelişimine katkıda bulunacaktır.

Çalışma Bakanlığı tarafından hazırlanan "Genel Sağlık Sigortası" yasa tasarısı, en kısa sürede Bakanlar Kurulu'na sevk edilerek, yasalaşmasının sağlanması gerekmektedir. Bu bağlamda, Temel Sağlık Paketi'nin üzerinde hizmet almak isteyenler için "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" hayata geçirilerek sistemin tüm vatandaşlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır. Bu uygulama ayrıca, kamu ve özel sağlık sektörünün birbirini tamamlayacağı bir yapılanmanın oluşturulmasını ve ülkenin kısıtlı kaynaklarının en verimli şekilde kullanılmasını sağlayacaktır.

Bugüne dek büyük emek harcanarak ve toplumun tüm kesimlerinin görüşü alınarak yürütülen çalışmaların artık hayata geçirilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Uzun bir aradan sonra yakalanan bu "tarihi" değişim fırsatı kaçırılmamalıdır.

*** Acıbadem Sağlık Grubu Yönetim Kurulu Başkanı Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı**

Biz, ülke kaynaklarının en etkili ve verimli olarak kullanılabileceği "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nı Sağlık Kuruluşları Derneği olarak destekliyoruz.

yasal standartlar aynı olmalı, tüm hastaneleri kapsayan tek bir yasa hazırlanmalı ve Sağlık Bakanlığı tarafından kamu hastaneleri de dahil olmak üzere tüm kurumların etkin bir şekilde denetlendiği bir yapı kurulmalıdır.

Bu arada dernek, vakıf gibi tüzel kuruluşlara sağlık hizmet sunumunda sağlanan vergisel imtiyazlar, diğer sağlık kurumları aleyhine adil olmayan bir rekabet ortamı yaratmaktadır. Özel sağlık sektöründe hizmet veren kurumlar arasında varolan bu tür adaletsiz uygulamalar mutlaka düzeltilmelidir.

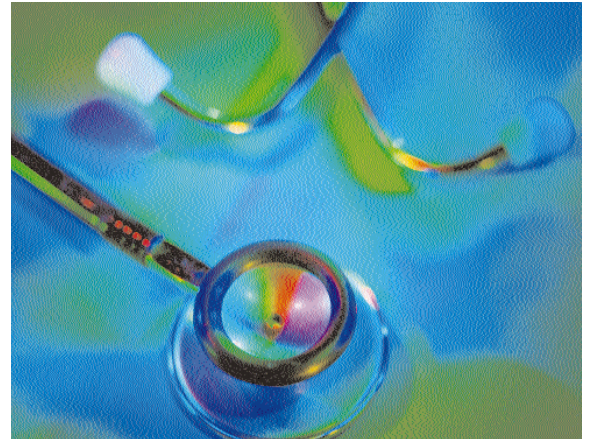
Sağlık hizmetleri temel olarak koruyucu, sağaltıcı ve rehabilite edici hizmetler olarak planlanmıştır. Ülkeimizin sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi ve varolan kısıtlı kaynakların en verimli şekilde kullanılması için koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önem verilmeli, bu amaçla bütçeden ayrılan oran artmalıdır.

Sağlık hizmet sunumunda sürekli kalite iyileştirme kavramının yerleştirilmesi Türk Sağlık Sektörü açısından son derece önemlidir. Bu açıdan bakıldığında, hizmet sunumuna dair ölçümlerin yapılması ve dışarıdan kalite değerlendirme yapılarının oluşturulması gerekmektedir. Kamu ve özel sağlık sektöründe hizmet sunan tüm sağlık kuruluşları tarafından verilen

Doğan her canlı, sağlıklı yaşama hakkı ile birlikte dünyaya gözlerini açar. Bu hakkın korunabilmesi hepimizin görevidir. Bu görev çalışmakla, sağlıklı üretmekle, sağlıklı düşünmekle ve en önemlisi her canlıyı sevmekle yerine getirilebilir.

Sağlık Hakkı

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Hayat serüvenimiz sperm ve yumurta adlı iki haploid hücrenin buluşması ile başlar. Bu buluşma, sürekli yenilenme ve çoğalma ile karakterize edebileceğimiz bir sürecin başlangıcıdır. Öyle ki, bu biteviye döngü, biyolojik organizmamızın sahayı terk etmesine, yani ölüm denen biyolojik sona kadar kesintisiz devam eder. İki uç arasında çeşitli iniş ve çıkışlarla geçirilen bu dönem, canlı olmanın, yaşamanın, hayatın bir belirtisidir sadece. Hepimizin yakından tanıdığı bedenle şekillenmiş olan organizmanın bilinçle bütünleşmesi, insan denen varlığı çıkarır ortaya. İşte sorumluluk bu anda başlar.

Sağlık, bu iniş ve çıkışlarla dolu hayat sürecinin biyolojik ve psikolojik açıdan "iyi" olması ve bu "iyilik hali"nin devam etmesi ile mümkündür. Yeryüzünde kendine yer bulan her insanın bu iyilik haline sahip olma amacı ve hakkı vardır. Kısacası her insanın, hatta her canlının sağlıklı

yaşama hakkı olduğu gerçeğinin farkında olmamız gerekir. Bu hakkın yegâne koruyucusu ve sağlayıcısı ise organizması bilinçle donanmış olan "insan"dır şüphesiz. İnsan olarak "ben"in farkında olabilme yetisi ile donanımlı olmamız, "biz" anlayışının potansiyelini de birlikte taşır. Bu yeti, insanın biyolojik ve bilinçsel varlık olmasından öte, sosyal bir varlık olduğunu da göstermektedir.

Biyolojik organizmanın kendisi ve etkileşim içinde olduğu çevresi, bilinç durumu ve sosyal çevresi bir bütün olarak ele alınıp sağlığın konusu haline getirilmelidir. En azından 'sağlık hakkı'ndan söz ederken, bu bütünselliğin farkında olmak zorundayız. İnsanların organik beden sağlığının korunması ne kadar görev alanımıza girerse, ruh sağlığının, yaşama ortamının ve sosyal çevre içinde sağlıklı ilişkiler kurmasının sağlanması yönünde de aynı şekilde sorumluluk taşımaktayız.

Sağlık deyince, şüphesiz ilk aklımıza

gelen beden ve belki ruh sağlığıdır. İnsan organizmasını bir bütün olarak ele alırsak, organik beden sağlığı ile ruh sağlığını birbirinden kesin sınırlarla ayırabilmek her zaman mümkün olmamaktadır. Bu yüzden, her ne kadar biyolojik yaklaşım ile birlikte kendine has bazı yöntemler ve kuramlar içerse de, modern tıp öğretisinin içinde yer alan ruh sağlığını, beden sağlığı ile birlikte değerlendirmek yanlış olmayacaktır. Bütüncül bir kavram olarak ruh ve beden sağlığını kucaklayan insan sağlığı, sağlık talebinin en öncelikli sırasını işgal eder. Çoğu sağlık planlamaları ve sağlık yatırımları bu noktaya odaklanmıştır. Aslında sağlığın diğer alanları da sonuçta insan sağlığı ile ilişkilidir. Hatta ilişki derecesine göre önem kazanır.

Organizmanın sağlıklı bir hayat sürdürebilmesi için iç dinamikleri kadar dış dinamikler de önemli rol oynar. Bu açıdan, beden sağlığı kadar çevre sağlığı da önemlidir. Çevre sağlığı, bugüne kadar

Halk sağlığı alanı bugün için farklı kapsamlara talip olsa da, öncelikle bu sorumlulukları yüklenmelidir.

Bununla birlikte hastalıkların nedenlerini ve tabii seyrini takip ederek toplumun sağlık düzeyini iyileştirme, koruyucu sağlık hizmetlerini tanımlayıp örgütlenme ve koruyucu hizmetler ile birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için yeni yöntemler belirleyip bunları değerlendirmek, topluma yönelik olarak uygulanmakta olan hizmetlerin takip ve değerlendirmesini yapmaya odaklı kapsamlı bir tıp disiplininin söz etmek mümkündür. Sözlükler bu disiplini, yani toplum hekimliğini koruyucu hekimlik, sağlık eğitimi, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, gıda temizliğinin sağlanması ve çevresel risklerin gözetim altına alınması yoluyla, toplumun sağlığını koruma ve iyileştirme çalışmalarını ve bilimi diye tanımlamaktadır (*The American Heritage Dictionary*). Halk sağlığı ile toplum hekimliğinin hizmet

Sağlıklı bir dünyanın geçmişten devir alınması ne kadar önemli ise, aynı şekilde geleceğe bırakılması da o derece önemli ve gereklidir.

Sağlık konusunda insanlık tarihi boyunca yaşanan ve yaşanacak olan her an, bütün zamanları ilgilendiren bir umut veya umutsuzluğun kapısı olabilir.

alışlageldiği üzere birinci basamak sağlık hizmetleri içine sıkıştırılmış bir hizmet alanı olmaktan öte, ayrı bir disiplin haline getirilmeli ve bu alana özel önem verilmelidir. 60'lı yıllarda Sağlık Ocağı hekiminin görevleri arasında sayılan bu hizmetler, çok daha kapsamlı bir şekilde, gıda mühendisleri, çevre mühendisleri ve bu alanda uzmanlaşmış diğer disiplinlerin rol aldığı bir sağlık hizmet alanı haline getirilmelidir. Bu alanda kentsel tasarımdan, imar durumuna; altyapı inşaatından solunan havanın temizliğine; ulaşımdan barınmaya, her türlü gıda ve su güvenliğine ve gittikçe endüstrileşen dünyamızda her türlü üretim denetimine kadar bir çok sorumluluk noktası mevcuttur. Bu kadar yaygın bir etki alanı olan çevre sağlığından bağımsız bir sağlıklı yaşama hakkından söz edebilmek mümkün değildir.

alanlarının birbiriyle girişim içinde olduğu, hatta bazen birinin diğerinin yerini aldığı da bir vakıadır.

Toplum hekimliği alanı, tabiatı gereği multidisiplinerdir; biyolojik ve sayısal bilimlerden sosyal bilimlere kadar yaygın bir ilgi ve etki alanı vardır. Biyolojik yönü ile zamanımızın en etkili hastalıkları olan AIDS, kanser ve kalp hastalıkları gibi tıp pratiğinin ana konuları olan hastalıklarla ilgilenir. Bunların altında yatan nedenleri, riskleri ve koruma yollarını önümüze serer. Epidemiyoloji ve biyoistatistik gibi sayısal bilimlerin yoluyla, sağlık problemlerinin geniş kapsamını ve etkisini analiz ederek, bireylerin ötesinde bütün bir topluma bakabilmemizi sağlar. Böylece veriler enformasyona ve sonra bilgiye dönüşmekte ve karar sürecinde etkili olmaktadır.

Hastalıklardan korunma, toplum hekimliğinin ana konusu olduğuna göre, sağlıkla ilgili davranışları ve bunların toplumsal etkilerini daha iyi anlayabilmek, insanları eğitmek ve daha sağlıklı bir ha-

lamaları tartışmasız koruma altına almak isteyenlerin, kendilerini anlatma güçlüğü içinde olması kaçınılmazdır. Bu tür politika belirleyici adayları veya politika etkileyicileri, hizmet üretmek veya üretenlere

‘Sağlık hakkı’nın korunması, bireysel sağlıktan toplumsal sağlığa kadar uzanan bir yolculuğun disiplin ve şartlarına bağlıdır. Bu yolda zaman zaman duraklamalar ve hızlanmalar olmakta, bazen hayatî öneme sahip hizmetlere ihtiyaç duyulmaktadır.

yat tarzına hazırlamak için sosyal bilimler de toplum hekimliğinin ana konuları arasında yer almaktadır.

‘Sağlık hakkı’nın korunması, bireysel sağlıktan toplumsal sağlığa kadar uzanan bir yolculuğun disiplin ve şartlarına bağlıdır. Bu yolda zaman zaman duraklamalar ve hızlanmalar olmakta, bazen hayatî öneme sahip hizmetlere ihtiyaç duyulmaktadır. Ancak öz bir deyişle, "sağlık hizmeti hepimiz için bazen hayatî olmaktadır, fakat toplum sağlığı hepimiz için her zaman hayatîdir" (C. Everett Koop).

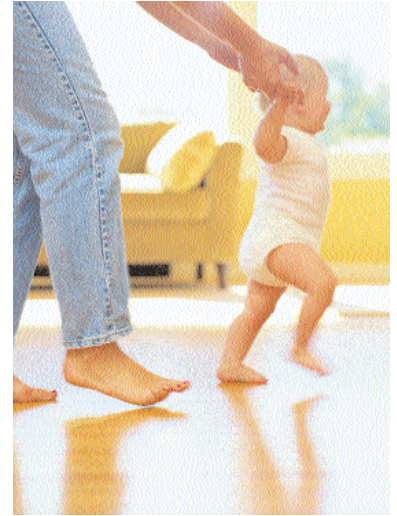
Toplumsal sağlığını iyileştirmek için, bilimsel araştırmalardan sağlık eğitimine kadar toplumda herkesi ilgilendiren sistemi ve sosyal şartları değiştirebilme kararlılığı ve yeteneği gereklidir. Sosyal, kültürel ve ekonomik faktörlerin hiçbirisi toplumların sağlık durumundan bağımsız değildir. Toplum hayatının iyiliğini hedefleyen politikalar, yöresel ya da ulusal kültür yapılarından uluslararası anlayışa kadar insanların alışkanlıkları, inançları ve hayat tarzlarını gözetmek zorundadır. Bütünyle toplumun sağlığıyla ilişkili olan bu geniş yelpazede görev alacak sorumluların, hepimizin sağlıklı bir durumda olmamızı garanti altına alacak şekilde politikalar geliştirmek, davranış değişikliklerine öncülük etmek ve sonuç alınmayan uygulamaları değiştirmekle görevli olduğu unutulmamalıdır.

Bu politikaların geliştirilmesinde dinamik bir tavır sergileyemeyen, davranış değişikliklerine öncülük etmek şöyle dursun, alışlagelmiş davranışları koruma tutuculuğu içinde olan ve nüfuz alanı veya siyasal kaygılarla mevcut olumsuz uygu-

destek olmak yerine "anlaşılamaz" olmanın avuntusu ile vakit geçirmektedir.

Şüphesiz ‘sağlık hakkı’nı, içinde bulunduğumuz zamanla sınırlamak doğru değildir. Bu zaman dilimi bireyin hayatını bütünü ile kapsasa bile, sağlığın kuşaktan kuşağa aktarılabilirliği gerçeği karşısında önemsiz kalır. Geçmişten miras aldığımız her türlü alışkanlık ve kültürel yapıların bugünkü sağlık durumumuzla ne kadar ilişkili olduğundan tekrar söz etmeye gerek bile yok. Kuşaklar boyu aktararak gelen genetik yapımız ise sağlıkla ilgili devraldığımız çok önemli bir miras. Sağlıklı bir genetik yapının bize aktarılması nasıl geçmişe ait bir sorumluluk ise, gelecek kuşaklarımıza aynı şekilde nakledilmesi bizim geleceğe yönelik bir sorumluluğumuzdur. Yani ilk insandan başlayan bu sağlık şifresi geçişi, ‘sağlık hakkı’nı ve bunu koruma sorumluluğunu birlikte taşıyarak son yaşayan insana kadar devam edecektir. Her türlü olumsuz müdahale, geleceğin riskini de üstümüze yıkan bir sorumluluk yükler bize. Sağlıklı bir dünyanın geçmişten devir alınması ne kadar önemli ise, aynı şekilde geleceğe bırakılması da o derece önemli ve gereklidir. Sağlık konusunda insanlık tarihi boyunca yaşanan ve yaşanacak olan her an, bütün zamanları ilgilendiren bir umut veya umutsuzluğun kapısı olabilir.

Doğan her canlı, sağlıklı yaşama hakkı ile birlikte dünyaya gözlerini açar. Bu hakkın korunabilmesi hepimizin görevidir. Bu görev çalışmakla, sağlıklı üretmekle, sağlıklı düşünmekle ve en önemlisi her canlıyı sevmekle yerine getirilebilir.



Tuhaf ama, beklenmedik değil

Prof. Dr. Hayrettin Kara

Küçük soruşturma sonrası klinikte Dr. Güliz'le sohbet ediyoruz. Anlatıyorum, hikâyeleştirim kendimce olan bitenleri. "Tuhaf değil mi bütün bunlar?" diyorum sonra. "Tuhaf olabilir ama şaşırtıcı değil" diyor.

Küçük, masum bir 'soruşturma' yapıyorum, çoğu psikiyatr olan hekim arkadaşlar arasında. Yüzyüze ya da telefonda soruyorum:

- "İbn-i Sînâ deyince aklınıza ne geliyor? Kimdir İbn-i Sînâ?"

Cevapların çoğu benzer: 'Büyük hekim, düşünür.'

- "Neyi nasıl düşünmüş? Psikoloji ya da psikiyatri üzerine görüşleri var mı?" diye devam ediyorum sorulara. Bir tane olsun bilgi veren ya da yorum yapan çıkmıyor.

Bu küçük masum soruşturma da nereden mi çıktı? Anlatayım...

İbn-i Sînâ'nın, eğitim üzerine görüşlerinin ele alındığı bir çalışmayı gözden geçiriyordum (1). Kitabın, 'Ferdî Farklılıklar Anlayışı' bölümünü okurken, zihnim ikinci paragrafta asılı kaldı. İbn-i Sînâ, bireysel farklılıkların kökenini bedende görüyordu. Ona göre 'insanlık', türün bütün bireylerinde ortak ve aynı olan bir nitelikti. Ama bu nitelik, girdiği her bedenin özelliklerine göre farklılaşıyor, bir anlamda kişiselleşiyordu. Davranışsal, emosyonel özelliklerin organik kökenden kaynaklandığı görüşü, bugün için pek tanındık ve

rağbet gören bir görüş. Bu görüşün izlerini, Aristo'ya kadar sürmek de mümkün. Ama İbn-i Sînâ'nın tarzında bir farklılık ve özgünlük sezinleniyordu.

Heyecanlanmıştım. Acaba bu düşüncelerin gerisinde yetkin bir psikoloji kuramı vardı? Sayfanın altında kaynak olarak 'Kitâbü'n-nefs' gösteriliyordu. Türkçeye çevrilmiş miydi? Ulaşabilir miydim bu kitabı? Daha kestirme bir yol olur düşünceyle elimdeki çalışmanın yazarını aramaya koyuldum ve buldum kendisini. Derdimi anlattım. Sayın Dodurgalı, önce iç geçirdi. Meğer on yıldır kitabından dolayı kendisini arayan ilk kişi benmişim. Genel olarak İbn-i Sînâ'ya ilgisizliğin boyutlarını göstermesi açısından iki de hatırasını anlattı (bazı dostlar incinir endişesiyle bu çarpıcı hatıraları nakletmeyeceğim). Sonuçta, Kitâbü'n-nefs'i okuyamayacaktım. İbn-i Sînâ'nın 'E's-şifâ' adlı eserinin içinde bir bölüm olan bu kitap, türkçeye çevrilmemişti. Ama 'E's-şifâ'dan bölümler de içeren bir kitap 'Avicenna's Psychology' başlığıyla 1952 yılında Oxford Üniversitesi'nce basılmıştı. Bu kitabı fotokopi de olsa edinebildim. Tuhaf. Büyük Türk düşünürü diye övündüğümüz İbn-i Sînâ'nın,



psikolojiye ilişkin görüşlerini Oxford Üniversitesi'nin himmetiyle okuyabilecektim. Gerçi bu tuhaflık, bir tıp klasiği olan 'Kanun'unun türkçeye henüz çeviriliyor olmasının yanında, küçük bir ayrıntı değil miydi? (*) Öyle ya, bir üniversite hastanesine ismini de verdiğimiz İbn-i Sînâ, en büyük Türk hekimiydi ve onun muhteşem eseri 'Kanun', birkaç yüzyıl öncesine kadar hem doğuda hem batıda tıp eğitiminin vazgeçilmeziydi.

Bu arada İbn-i Sînâ'ya ilişkin Türkçe kaynakları, yapılan çalışmaları aramaya koyuldum. Karşılaştığım tablo şaşırtıcıydı. Ülkemizde İbn-i Sînâ'ya ilginin yoğunlaştığı iki tarih vardı; 1937 ve 1983. İlk olarak 1937 yılında Atatürk, dönemin 'Türk ilim müntesipleri'ni, İbn-i Sînâ'yı tetkik için vazifeye çağırmıştı. Atatürk'ün isteği ile yapılan bu çalışmalar, 1937 yılında Türk Tarih Kurumu tarafından 'Büyük Türk Filozof ve Tıp Üstadı İbn-i Sînâ - Şahsiyeti ve

Eserleri Hakkında Tetkikler' başlığıyla bir kitap olarak neşredilmişti. 1983 yılında ise dönemin Cumhurbaşkanı Kenan Evren'in emirleri doğrultusunda 'Uluslararası İbn-i Sînâ Sempozyumu' düzenlenmişti.

Bu sempozyumun açılışında yaptığı takdim konuşmasında dönemin Kültür ve Turizm Bakanı şöyle diyordu: "Sayın Cumhurbaşkanım, sürekli emirleriniz doğrultusunda bundan böyle her yıl 17-25 Ağustos günleri arası İbn-i Sînâ Haftası olarak kutlanacaktır. Kültürümüzün temelinde yatan güçlü harcı oluşturan önemli unsurlardan biri olan İbn-i Sînâ....." Bulabildiğim en kapsamlı çalışma ise yine Kenan Evren'in yakın ilgisinin bir ürünü olan ve Türk Tarih Kurumu Yayınları'nca 1984 yılında basılan, 'İbn-i Sînâ – Doğumunun Bininci Yılı Armağanı' kitabıydı. Bu üç kitabı üst üste koyup düşündüm. Bilimi, bilim tarihini, modern zamanları, ülkemi... ülkemizin üniversitelerini, aka-

demisyenlerini, psikologlarını, psikiyatrlarını... Gelişigüzeelliği, kimliksizliği... Zihnim karışık ve içim sızılıydı. Ama sızılanmanın faydası yok. Açıp bu kitaplardaki psikoloji ve psikiyatriye ilişkin yazıları okumaya başladım. İbn-i Sînâ'nın psikolojiye dair görüşlerinin ele alındığı yazıların hemen hemen tümü, ilâhiyatçılarca kaleme alınmıştı. Meselâ 'Armağan'da yer alan ve yaklaşık yüz sayfalık kapsamlı bir metin olan 'İbn-i Sînâ'nın Psikolojisi' çalışması, ilâhiyatçı bir akademisyene aitti (2). İlâhiyatçıların İbn-i Sînâ'nın psikolojisine ilgisi elbette anlaşılır bir durum. Hele hele psikoloji son yüzyıla kadar felsefenin bir alt disiplini olarak kalmışsa. Peki psikolog ve psikiyatrların topyekün ilgisizliği? Bu ilgisizlik de bir o kadar anlaşılmaz değil mi?

Küçük soruşturma sonrası klinikte Dr. Güliz'le sohbet ediyoruz. Anlatıyorum, hikâyeleştiriyorum kendimce olan bitenleri. "Tuhaf değil mi bütün bunlar?" diyorum sonra. "Tuhaf olabilir ama şaşırtıcı değil" diyor. "Bu ülkede entelektüel düşüncüyü oluşturacak ve taşıyacak insanları düşün. Şimdilerde sıra bizim nesle geldi. Bizim aldığımız eğitimin niteliğine bakarsan şaşırtıcı değil. Kökleri misyoner okulları konseptine dayalı okullarda eğitildik. Meselâ ben, 'Punch and Judy'e, 'Hacivat ve Karagöz'den daha aşınayım. 'Oxford Street' bana, Zeyrek Yokuşu'ndan daha tanıdık. Üzücü belki ama, bu böyle" diyor.

"Doğru, bu, böyle" diyorum. Atilla İlhan'ın 'bir yerde vahim bir yanlış yapılmıştır / ne yadsımaya dilim varır / ne düzeltmeye gücüm yeter' dizelerini de ekleyerek...

(1) Dodurgalı A. İbn-i Sînâ Felsefesinde Eğitim. M.Ü. İlâhiyat Fakültesi Yayınları. 1995

(2) Dağ M. İbn-i Sînâ'nın Psikolojisi. İbn-i Sînâ Doğumunun Bininci Yılı Armağanı ss 319-404. Türk Tarih Kurumu Yayınları. 1984

(*) Bu yazı vesilesiyle İbn-i Sînâ'nın 'El-Kânûn Fî'l-Tıbb' adlı eserini türkçeye çeviren Prof. Dr. Esin Kâhya'ya teşekkür ediyor ve kendisini tebrik ediyorum. Bu arada Kânûn'un Türkçeye çevirisi için özel ve kişisel bir gayret sarfeden Prof. Dr. Sadık Tural'a da teşekkür ediyorum. Takdim yazısına bakılırsa, bu kişisel gayretin gerisinde ilginç bir hatıra var. Anlatığına göre Sayın Tural, 1976 yılında Almanya seyahati esnasında bir hastanenin giriş kapısında İbn-i Sînâ'nın Hipokrat ve Galen'le birlikte oyma resmini görüyor. Görüyor ve övünçünü, oradan geçmekte olan bir hekimle paylaşmak istiyor. Ama Alman hekim Ave Cına'nın Arap olduğunu söylüyor. Sayın Tural'ın İbn-i Sînâ'nın Türkçüğünü kanıtlama çabaları ise Alman hekimini yalnızca müstehzi bir tarzda gülümsetiyor. Ve o tarihte birçok dile çevrilmiş olan Kanun'un Türkçe yazma ya da basma bir örneğinin bulunmaması, Sayın Tural'ı dehşete düşürüyor.



Beyaz
Zambaklar
lkesinde
bir doktor

G R I G O R Y P E T R O V *

B

ir Köy Hekiminin Hatıraları adlı eserin yazarı, göreve başladığı ilk günden itibaren görüp yaşadıklarını yazıyor. Tıp Fakültesi'ni nasıl bitirdiğini, görev yerine ne gibi ideallerle gittiğini anlatıyor. Çocukluk ve gençliği yoksulluk içerisinde, sefaletle geçmiş. Babası, küçük bir kasabada kunduracılıkla geçimlerini temin edermiş.

Herkesin refah içerisinde yaşamasının mümkün olmadığını bilmekle beraber, görev yerinde gördüklerinden dolayı korkuya kapılmış. Kendisinin gerçek âlemde değil, korkunç bir rüya âleminde olduğunu sanmış. İlk karşılaştığı şeyler, ona tarih öncesi devirleri, insanların mağaralarda yaşadıkları zamanları hatırlatmış.

"Acaba ben, ülkemin en kötü yerine mi düştüm?" diye düşünmeye başlamış. Yakın köy ve kasabaları dolaşmış. Oralarda da aynı hallere rastlamış; hatta bazı yerlerin durumunun kendi kaldığı yerden daha vahim olduğunu görmüş.

Tabanı kayalık olan yerlerde çok kaba bir şekilde bir-biri üstüne yığılmış taşlar, halka ev hizmetini görüyormuş. Bu evlerin kapıları delik deşik, pencereleri de yokmuş. Kapı çerçeveleri ince ve aralıklı olduğundan; rüzgâr ve kar içeriye giriyor, yağmurlu havalarda da damlar akıyormuş.

Buralarda cam pek bilinmez, nadiren kullanılmış. Pencere vazifesini gören deliklere ya yağlı kâğıt yapıştırırlar ya da bez çivilerlermiş. Bazen de deri gererlermiş. Tamamıyla açık kalan delikler de olurmuş. Odanın bir köşesinde taş ve topraktan yapılmış bir ocak varmış. Burada ateş yakıldığında odanın içini, tavandan tabana kadar duman kaplar ve odada bulunanların gözünü yaşartırmış. Üst başları da dumandan is olurmuş.

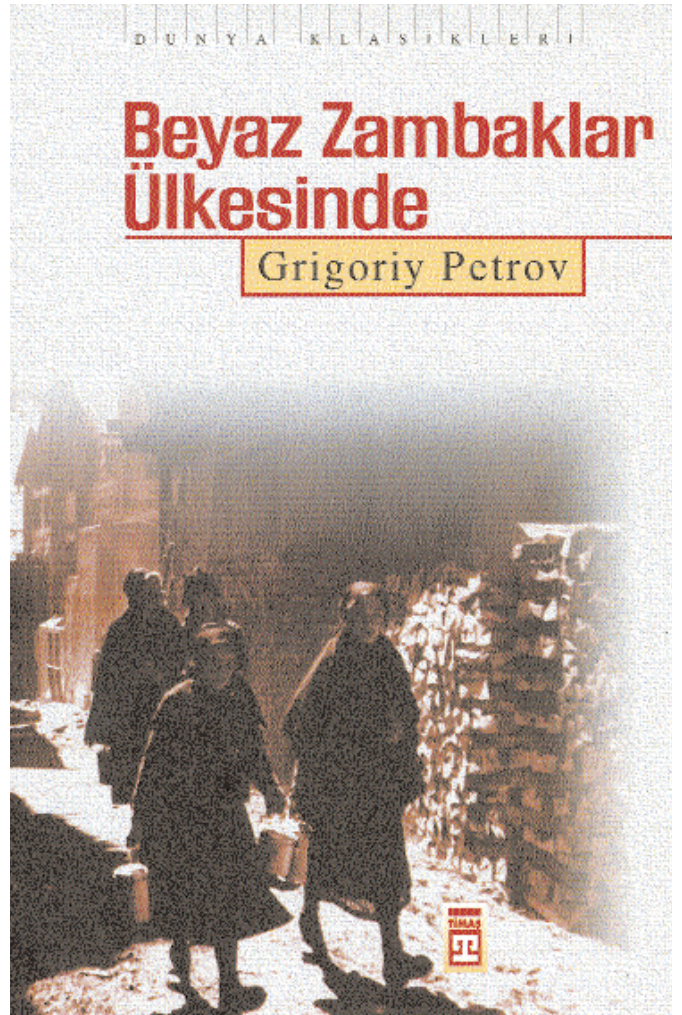
Köylüler, hep aynı elbise ile çalışır, yemek yer ve yatarlarmış. Aylarca banyo yüzü görmez, çamaşır yıkamayla bilmezlermiş. Üst ve başları bit, pire gibi haşaratla doluyormuş. Trahoma yakalanır, soğuk alır ve neticesinde de verem olurlarmış.

Su kuyuları tuvalet lâğımının yanında bulunduğundan, sular devamlı mikroplu olur, bu nedenle de tifonun arkası kesilmezmiş.

Çocuklar arasında ishal, kuşpalazı, kızıl ve çiçek hastalıkları yaygınmış. Binlerce çocuk henüz küçük yaşlarda iken ölüp gidiyormuş. Halk dengesiz ve yetersiz besleniyormuş. Böyle olmakla beraber aşırı içki tüketiyorlarmış. Bu pis ve dengesiz, yetersiz beslenmenin olduğu cehalet ortamında, sağır ve dilsizlerin, körlerin, topalların, kamburların, aptal ve ahmakların sayısı da giderek artıyormuş.

Doktor, bu köylerden birisini şöyle anlatıyor:

"Bu köye girince insanı bir korku alıyor. İnsan kendisinden, bulunduğu yerden, toplumdan ve medeniyet denilen şeyden utanıyor. Düşünüyorum: Buradan uzakta bir şehirde tiyatrolar, sanatkarlar, yazarlar, şairler, konferans-



lar, konserler, üniversiteler ve meclis var. Burada ise binlerce insan bir cehennem hayatı yaşayarak ölüp gidiyor.

Meselâ bir köy evine girersiniz: Üç çocuk kuru toprak üstünde, kızıl hastalığından can çekiyor. Onların arasına da anne, yeni doğurmaya çalıştığı bebeğin sancılıyla acı içerisinde kıvranıyor. Zil zurna sarhoş olan baba ise bir kenarda oturuyor. Ona:

- "Utanmıyor musun? Evinde bu kadar felâket varken içip de sarhoş olmuştun!" diyecek olursanız, mırıltı şeklinde bir sesle şu cevabı alırsınız:

- "Sen de burada otur da bak! Yalnız sarhoş olmakla kalmazsın, üstelik bir de boğulursun. Bizim hayatımız ayıkken çekilmez!"

Başka bir evde, başka bir sefalet manzarası

Anne, veremin son demine gelmiş, kan kusuyor ve başını yastıktan kaldıramıyor. Baba tifüse tutulmuş, hummanın etkisiyle saçmalıyor. Her iki hasta da, yere serilmiş paçavra gibi şilteler üzerinde yatarlar. Karyola, kanepeler ne gezer... İki hasta insanın arasında biri bir, diğeri iki yaşında olan iki çocuk yatıyor. İkisi de canlı birer iskelet gibi...

Komşulardan hiçbirisi, hastalarla ilgilenmiyor. Onlar, artık bu duruma alışmışlar. Evin içindeki herkes kendi acılarıyla, ıstıraplarıyla baş başa.



Sen ne Sezar ne de Napoleon gibi bir karış toprak zapt etmedin ve bir damla kan akıtmadın. Ancak, vatanımıza binlerce düşünen, okuyan beyin; sağlam, güçlü ve çalışkan bilekler kazandırdın.

Bir yerde çiçek, tifüs gibi ateşli ve bulaşıcı bir hastalık baş gösterince devlet oraya birkaç doktor gönderiyor. Halk ise buna kızarak:

- "Bu iğneleri niçin yapıyorsunuz? Çocukları tedavi etmeyin. Varsın ölsünler. Aç insanların sayısı azalmış olur. Siz bizi, büyükleri tedavi edin!..." diyorlar.

Yardım ve tedavi görmek için, hemen her evden hasta geliyor. Kiminde frengi yaraları veya uyuz var. Kimisinin gözleri cerahatlenmiş, bazısı da kansere yakalanmış.

İnsanı ümitsizlik sarıyor. Sonunda da yorgunluk ve bitkinlikten kaynaklanan bir duygusuzluk ortaya çıkıyor. Lohusanın yanındaki sarhoşun dediği gibi, insanın ya sarhoş olası ya da boğulup ölesi geliyor.

Bu gözlemleri yapmış olan doktor, şehir halkına, politikacılara, bilim ve sanat çevrelerine, basın mensuplarına şöyle sesleniyordu:

- "Beyler, bayanlar! Ne zamana kadar bu saklambaç oyununa devam edeceksiniz? Sürekli vatanseverlikten, millet sevgisinden ve medeniyete hizmetten bahsedersiniz. Çağdaş olduğunuzdan dem vurursunuz. Ama vatan ve millet için, halkın refahı ve insanca yaşayabilmesi için çağdaşlık adına ne yapıyorsunuz? Bazıları milyarlar çalarak sevgili vatanımızı şerefsizce soyuyor. Halkın kesesine el atıyorlar. Bazıları ise dairelerde, matbaalarda, okullarda, üniversitelerde memuriyetlerine devam ediyorlar. Etrafta olup bitenle ilgilenmeksizin daire ile ev arasında gidip geliyorlar. Öbür tarafta ise maalesef halk dipten dibe çürüyüp yozlaşıyor. Alkol bağımlısı aç açık milyonlarca insan sefil bir hayatın içerisinde debeleniyor. Milletın temelleri çürüyor, milletin temelleri sarsılıyor.

Henüz vakit varken vatani ve milleti kurtarınız! Halkın arasına giriniz! Onları tedavi ediniz; okutun, eğitiniz!

Evlerini ne şekilde yapmaları gerektiğini, nasıl düzenleyeceklerini öğretiniz! Halka sağlıklı, güneş ve temiz hava giren kuru ve sıcak evler veriniz! Onlara, daha insanca bir hayat sürebilmeleri için gerekenleri öğretiniz! İnsanca yaşayabilmeleri için onlara yardım ediniz, imkân veriniz."

Kitabın sonuna doğru şu sözler yer alıyor:

"Devlet, büyük bir ailedir. Onun fertleri tüm bir millettir. Milletin her bir bireyi ise sizin kardeşlerinizdir. Halkın eksik ve kusurları, biraz kendilerinden, fakat çoğunlukla da yönetenlerden ve elit tabakadan, onların kasıt ya da ihmalinden kaynaklanmaktadır."

Edebiyat çevresinde, doktorun kitabı hakkında pek çok tartışmalar yapıldı. Fakat sosyal çevrelerde kitap gerekli ilgi ve beğeniyi uyandırıp ses getirmeyi başardı. Böylelikle amacına da ulaşmış oldu. Finlandiya'nın bütün tıp merkezlerinde, meslektaşlarının bu kitabı satır satır incelendi. İlçe merkezlerindeki memurlarla, belediye ve nahiye memurları toplanarak, bu kitapta ortaya atılan meseleleri araştırmaya ve görülen eksiklerin, kusurların ortadan kaldırılması için tedbirler almaya başladılar. Bu konular etrafında her yerde konferanslar verilmeye, yeni yeni dokümanlar toplanmaya başlandı. Önceleri konuşulup tartışılmasından bile ürkülen ve dikkate alınmak istenilmeyen halkın bu kötü durumunu herkes görüp anladı.

Tüm yöneticiler, politikacılar ve bilim adamları, parti kavgalarını, şahsi entrikaları bir tarafa bırakarak, milletin sağlığının korunması, daha iyi şartlarda yaşaması için gerekenlerin yapılması konusunda çalışmaya başladılar.

Ülkedeki veremlilerin ve bu hastalıktan ölenlerin sayısı tespit edildi. Bir yıl içinde tifoya, trahoma yakalananların, bakımsızlık ve gıdasızlık yüzünden ölen çocukların, diş ağrısı çekenlerin, sakatlananların sayıları hep tespit edildi.

Bunlardan başka, alkollü içkiler için harcanan paralar hesaplandı. Sarhoşluk yüzünden meydana gelen kavgalar, yaralamalar, adam öldürmeler, yangınlar ve hırsızlıklar belirlendi.

Sonuçta elde edilen sayılar, herkesi korkuttu. Çünkü bu sayılar, kafalara çekiç gibi vuruyordu. Sayıların yüksekliği, herkeste bu korkunç manzaranın bir an önce düzeltilmesi arzusunu uyandırıyor.

Hükümet, il ve ilçe yönetimleri, belediyeler, uzmanlardan meydana gelen doktor ekipleri oluşturdular. Diş hekimleri, çocuk ve kadın hastalıkları uzmanları el ele verip, bütün ülkeyi dolaşmaya başladılar. Bunlar, gittikleri yerlerde hem hastalıkları tedavi ediyorlar hem de halka, hastalıklardan korunma yöntemlerini, ağız ve diş bakımı ile çocuk bakımı öğretiyorlardı. Bakımsızlık yüzünden her yıl ne kadar çocuğun kaybedilmekte olduğunu söylüyorlardı.

Köydekiler de yavaş yavaş insan hayatının maddi ve



manevi değerini anlamaya başladılar. Beş on yıl içerisinde pek çok köyün çehresi değişti. Evler, ahır gibi olmaktan çıkıp, insanın gönül rahatlığıyla barınabileceği temiz ve bakımlı mekânlar haline geldi.

Köylüler de daha iyi, daha sıcak elbiseler giymeye başladılar. Ülkenin en iyi ustalarınca, atölyelerde binlerce elbise, palto, pantolon, iç çamaşırları ve ayakkabı yapımına başlandı. Her şey için, en sağlam ve en güzel malzeme seçiliyordu. Daha sonra bunlar, ülkenin her tarafına gönderilerek, ucuz fiyatla halka satılmaya başlandı.

Köylerde bu giyecekleri giyenler, bir bayram manzarası oluşturmaya başladılar. Yüzlerce yamadan meydana gelmiş paçavra gibi elbiseler ortadan kalkmıştı. Artık ya-



zın bile çıplak insanlara rastlanmaz oldu. Öksürükler, nezleler, bronşitler ve soğuk algınlıkları kesildi. Verem kurbanları da yarı yarıya azaldı. Çocuk ölümleri de iyice düştü. Trahomon kökü kazındı. Birçok yerde halk böyle bir hastalığın varlığını bile unuttu. Kadınlar da daha sağlıklı ve sağlam oldular. Doğum oranı da arttı. Artık bebekler daha sağlıklı ve daha gülbüz doğuyordu.

Ülkede çalışanların sayısı da bir hayli arttı. Halk, daha çok kazanmaya başladığından, daha iyi besleniyordu.

Sonunda bir gün geldi, bütün bu sağlık seferberliğini başlatan, ateşleyen doktor, ruhunu teslim etti. Halkın sağlığını bu denli düşünüp koruyan doktorun ölümü, ülkede büyük bir üzüntü uyandırdı. Yüzlerce köyün delegeleri, cenaze törenine katılmak için gelmişlerdi. Köylüler bu temsilcilerini köyün iri yapılı ve kuvvetli delikanlılarından seçmişlerdi.

Bu yiğit gençler, halkın sağlığını bu denli düşünüp koruyan doktorun tabutunu, omuzları üzerinde taşımışlardı. Bu yiğit, yağız delikanlıların düzgün bir sıra halinde şehrin sokaklarından geçişini gören şehir halkı, bunların her birini çam ağacına, manzarayı da çam ormanına benzetmişlerdi.

Mezarın başına gelindiğinde, köy delikanlılarından biri tabutun yanına gelerek, şu konuşmayı yaptı:

- "Bizler köy kırlarından, köy ormanlarından kalkıp, senin mezarının başına geldik. Ama cenazelerde taşınması âdet haline gelen çiçekleri ve çelenkleri getirmedik. Bizim Suomi'nin içinde senin meydana getirdiğin, has bahçenin çiçeklerine, birer örnek olmak üzere, bizler seçilip gönderildik. Milletimizin büyük bahçıvanı, kabrinde rahat ol! Biz, senin bu güzel çalışmalarını hayırla yâd ediyoruz.

Sen, halkın doktoru idin. Yüz binlerce köylüyü iyileştirdin. Milletin damarlarına taze ve temiz bir kan enjekte ettin. Bizim kaslarımızı ip gibi bükerek kuvvetlendirdin. Ülkemize nice kahramanlar ve pehlivanlar hediye ettin. Bizze sağlam ve dürüst çalışmanın lezzetini tattırdın.

Halk senin adına heykel dikmek istiyor. Sen buna gerçekten lâıyısın. Ama senin, en güzel, en canlı heykellerin, işte bizleriz. Bizler hep yeni hayatın ürünleriyiz. Kadın-erkek her birimiz vatana hizmet, halka hizmet için, azim ve gayretle çalışan birer canlı heykeliz. Zaman ilerledikçe sağlığına kavuşan milletimizin kalbinde senin hatıran, daha sıcak ve daha parlak olacaktır.

Sen ne Sezar ne de Napoleon gibi bir karış toprak zapt etmedin ve bir damla kan akıtmadın. Ancak, vatanımıza binlerce düşünen, okuyan beyin; sağlam, güçlü ve çalışkan bilekler kazandırdın.

Milletinin sağlığı için, yılmaksızın, büyük bir azim ve gayretle çalışıp didinen bu büyük kahramanın adı, ebediyete kadar hayırla anılsın."

* Grigory Petrov'un *Beyaz Zambaklar Ülkesinde* adlı kitabındaki hikayelerden alınmıştır.

e-Sağlık, bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının, vatandaşların ve hastaların sağlığını iyileştirmek ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini artırmak için kullanılmasıdır.

e-Sağlık

*Dr. Nihat Yurt **

e-Sağlık nedir? Öncelikle son 2-3 yıldır hemen hemen her sektörün başına eklediğimiz "e"nin çıkış noktasına kısaca değinmek gerekir.

Lizbon'da 23-24 Mart 2000 tarihlerinde gerçekleştirilen Avrupa Konseyi toplantısında, 15 Avrupa Birliği ülkesinin Hükümet ve Devlet Başkanları, Avrupa'nın gelecek on yılda "dünyadaki en rekabetçi ve dinamik bilgi tabanlı ekonomisi" haline gelmesi hedefini koydular. Bilgi tabanlı ekonominin oluşturulması için kritik nokta, internetin sağladığı olanaklardan yararlanılması ve bilgi teknolojileri alanında yetişmiş insan kaynağının oluşturulması. Bu amaçla Avrupa Birliği "e-Avrupa Girişimi"ni başlattı.

Benzer biçimde 11-12 Mayıs 2000 tarihlerinde Varşova'da yapılan Avrupa Bakanlar Konferansı'nda aday ülkeler de "e-Avrupa Girişimi"ni benimseyerek "e-Avrupa-benzeri bir Eylem Planı" (e-Avrupa+) hazırlamaya karar verdiler. Haziran 2001 tarihinde Göteborg Zirvesinde Türkiye, diğer aday ülkelerle birlikte e-Avrupa+ Eylem Planı'na taraf oldu.

Devletin sunduğu hizmetlere çevrimiçi erişilebilmesi ve hizmetlerin etkili, verimli ve şeffaf bir biçimde sunulması için e-Devlet, bilgi ve iletişim teknolojileri ve özellikle internetin yaygın kullanımının sağlanması ile yetişmiş insan gücünü oluşturmaya yönelik e-Eğitim, iş dünyasında bilgi ve

iletişim teknolojilerinin sağladığı olanakların kullanımına odaklanan e-İş ve aşağıda tanımlanan e-Sağlık e-Avrupa'nın temel stratejik alanları.

e-Sağlık, bilgi ve iletişim teknolojilerinin tüm fonksiyonlarının, vatandaşların ve hastaların sağlığını iyileştirmek ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini artırmak için kullanılmasıdır.

2002 yılında revize edilen e-Avrupa Eylem Planı'nda e-Sağlık ile ilgili olarak aşağıdaki eylemler yer alıyor:

1. Birincil ve ikincil sağlık hizmeti sağlayıcıları için, yerel ağlar da dahil olmak üzere bir sağlık telematik altyapısı kurulması,
2. AB üyesi ülkelerce tıbbi web sayfaları için söz konusu olan temel nitelik kriterlerinin ulusal veya bölgesel düzeyde uygulanması,
3. AB halk sağlığı ağları ve veritabanlarıyla bağlantı kurulması,
4. e-Sağlık alanında en iyi uygulamaların yaygınlaştırılması,
5. Elektronik sağlık kartları kullanımı.

Bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlıkla ilişkisi

Diğer sektörlerle karşılaştırıldığında sağlık sektörü, enformasyon-yoğun sektörlerin başında geliyor. Bilginin içerik ve yapısının en hızlı değiştiği alan sağlık alanı. Bilgi ve iletişim

teknolojilerinin en hızlı etkilediği alanların başında yine sağlık gelmektedir. Bu nedenle sağlık alanının, gelecek çeyrek asır dünyada da bilgi ve iletişim teknolojilerinin en yoğun kullanıldığı ve vatandaş odaklı sağlık hizmetlerinin uzaktan tanı-tedavi, tele-konsültasyon ve tele-bakım gibi tele-tıp yöntemleriyle verilmeye çalışıldığı bir dönem olacağı rahatlıkla öngörülebilir.

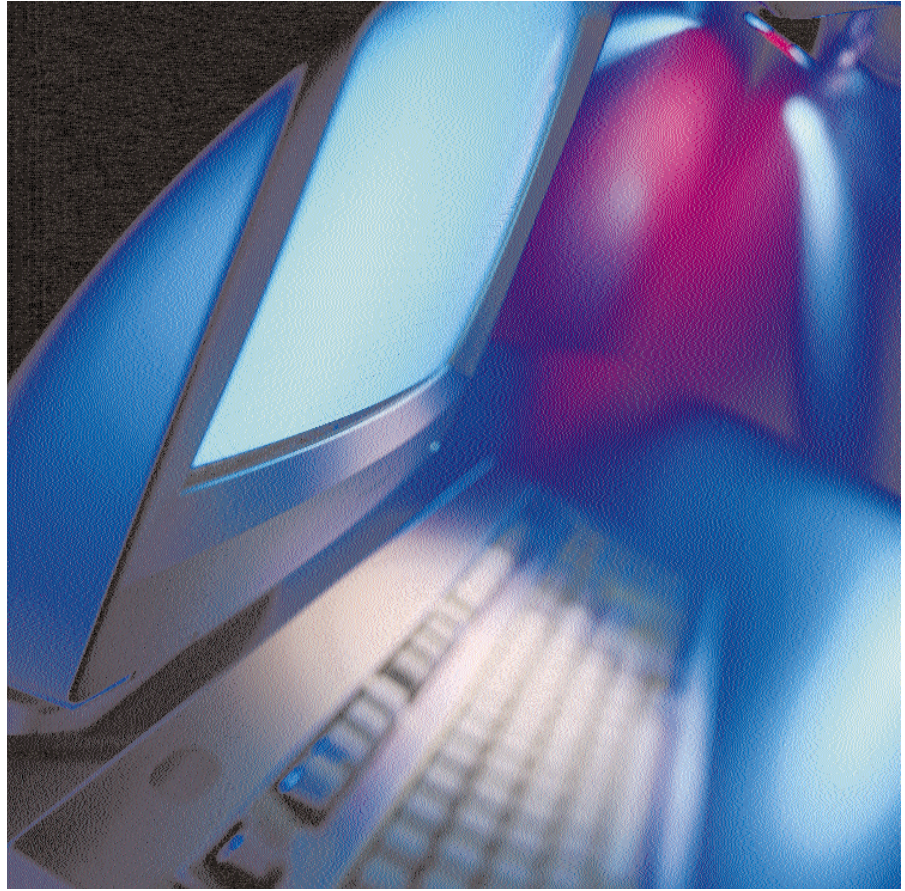
Dünyada yaşanan gelişmeler paralelinde ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalara kısaca değinmek yerinde olacak.

Ülkemizde de e-Avrupa+ Girişimi ile birlikte Aralık 2002 tarihinde e-Türkiye girişimi başlatıldı ve Mayıs 2002 tarihinde Başbakanlık tarafından e-Türkiye Taslak Eylem Planı yayınlandı. e-Türkiye çalışmaları çerçevesinde oluşturulan 13 çalışma grubundan birisi Sağlık ve Çevre Çalışma Grubu oldu.

Tüm bu gelişmeler ışığında sektörler arası işbirliği ile ulusal sağlık bilgi sistemi alt yapısını oluşturmak üzere Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda kamu kurumları, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ve özel sektörden temsilcilerin katılımı ile 30 Ocak 2003 tarihinde Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Projesi başlatıldı. Çalışmaları yürütmek üzere e-sağlık ile ilgili öncelikli alanlara yönelik 10 çalışma grubu oluşturuldu.

Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda "Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı Çalışma Grubu" tüm çalışma gruplarının belirlediği eylemlerin dahil edildiği Eylem Planı'nı hazırladı. Söz konusu Eylem Planı, Ocak 2004'te yayınlandı. (www.saglik.gov.tr – Birimler-Bilgi İşlem Daire Başkanlığı)

Acil Eylem Planı çerçevesinde Devlet Planlama Teşkilâtı koordinasyonunda başlatılan "e-Dönüşüm Türkiye Projesi" kapsamında 8 adet çalışma grubu oluşturularak, e-Sağlık Çalışma Grubu'nun koordinasyonunu, Sağlık Bakanlığı üstlendi. E-Dönüşüm



Türkiye Projesi Kısa Dönem Eylem Planı, 4 Aralık 2003 tarih ve 2003/48 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Resmi Gazete'de yayınlandı. Kısa Dönem Eylem Planı'nda e-Sağlıkla ilgili 15 eylem yer alıyor.

Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik sağlık bilgi standartlarının belirlenmesi, elektronik sağlık kayıtlarına dayalı aile hekimliği/doktorluğu bilgi sisteminin oluşturulması, elektronik fatura ödeme talebi, elektronik provizyon uygulamaları ve sağlık bilgi sistemleri için birlikte çalışabilirlik (interoperability) esaslarının belirlenmesi faaliyetleri öncelikli olarak değerlendiriliyor.

e-Sağlık ve Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi çalışmalarından beklenen faydalar özetle şunlar:

- Sağlık hizmeti sunan kurumlarda verilen sağlık hizmeti ile ilgili kayıtlar güvenlik ve mahremiyet ilkeleri gözetilerek elektronik kayıt altına alınacak, hasta sevk zinciri süreçleri ve sağlıkla ilgili olayları izlemeye, verilecek yetkiler dahilinde vatandaşlara ve

sağlık profesyonellerine sunulabilecek,

- Ulusal Sağlık Bilgi Sisteminin sektörler arası işbirliği ile oluşturulması sayesinde sağlıkla ilgili toplanan veriler hızlı bir biçimde bilgiye dönüştürülebilecek ve karar vericilere sağlık hizmet sunumu planlamalarında önemli bir kaynak sağlanacak,

- Vatandaşların sağlık hizmetlerinden etkin ve kesintisiz bir şekilde yararlanmaları desteklenecek,

- Ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık tehditlerine karşı hızlı bir biçimde önlem alınabilecek,

- WHO, OECD ve Avrupa Birliği ülkeleri ile karşılaştırılabilir düzeyde sağlık verileri elde edilebilecek ve uluslararası kuruluşlarla zamanında ve güncel sağlık veri değişimi mümkün olabilecek,

- Sağlık hizmeti sunumu, finansmanı ve tedarikinde yer alan kurumların ulusal sağlık bilgi sistemine entegrasyonu sayesinde önemli ölçüde kaynak tasarrufu sağlanacak.

* Bilgi İşlem Daire Başkanı

İncir çekirdeği

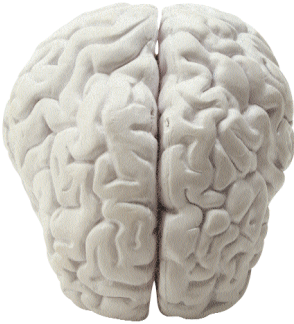
Oral İnsüline Az Kaldı

Kanada'daki Toronto Üniversitesi araştırmacıları "tasarlanmış moleküller"in insülin reseptörleri ile etkileşebildiğini, bununla da oral insüline bir adım daha yaklaşıldığını belirtiyorlar.

Toronto Üniversitesi araştırmacıları, insülin reseptörlerinin üç boyutlu yapısını kullanarak, reseptörler üzerinde etki eden ilk küçük molekülleri tasarlamayı başardılar. Bu gelişme, insülin reseptörleri üzerinde "insülin gibi" etki eden özel tasarlanmış moleküllerin inşa edilebileceği anlamına geliyor. Ağızdan alınabilecek bu moleküller oral insülin ilacı olarak kullanılabilir. Araştırmanın detayları Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters dergisinin 22 Mart 2004 sayısında anlatılıyor.

Uykunun uyanıklık üzerindeki etkisi sanıldığından fazla ve derin.

29-30 Mart 2004 tarihlerinde Bethesda, Maryland'de yapılan en geniş kapsamlı uyku konferansında uyku kalitesinin davranış, duygu durumu ve öğrenme yeteneği ile yakından ilgili olduğuna dair yeni kanıtlar dile getirildi. Artık uyku kalitesinin önemli ve öncelikli bir halk sağlığı sorunu olduğunu daha net ifadelerle dile getiren uzmanlar, uyku eksikliğinin ve bölünmesinin obezite, diyabet ve kalp damar hastalıkları riskini anlamlı derecede yükselttiğine dikkat çekiyorlar. Konferansın amacı, hekimlerin uyku kalitesinin önceliğini ve önemini kavramalarını sağlamak, klinik pratikte uykuya odaklı yeni davranış kalıpları geliştirmek ve tutumları değiştirmek. Konferansta sunulan tebliğlerin başlıklarına bakınca, uyku sorunlarının immün sistem fonksiyonlarını kısıtladığını, depresyon gibi psikiyatrik sorunlara yol açtığını, akciğer hastalıkları, artrit ve nörolojik hastalıklar gibi kronik hastalıkları ilerlettiğini far etmek mümkün.



Beyne özel gen

Beth Israel Deaconess Medical Center araştırmacıları yeni tanımlanan bir zihinsel gerilik hastalığından özel bir genin sorumlu olduğunu saptadılar. "GPR56" diye kodlanan gen, insan beyninin başından beri diğer türlerden ayrı bir formu olduğunu gösteriyor.

Science dergisinin 26 Mart 2004 sayısında yer alan

makalede, resesif bir genetik bozukluk olarak görülen bilateral frontoparietal polymicrogyria (BFPP) hastalığının, GPR56 geninin mutasyonu ile ilgisinin saptandığı belirtilerek, insan beyninde frontal kortekse denk gelen sosyal ilişkiler, kognitif beceriler ve konuşma gibi fonksiyonların "insana özel" olduğuna vurgu yapılıyor. Söz konusu genin bulunmasının beyin fonksiyonlarının gerilediği hastalıkların tedavisinde gen tedavisi seçeneğini güçlendirdiği de makalenin değindikleri arasında.



Nanoteknoloji görüntüleme, moleküler parmak izleri

Bilim adamları kanserin erken tanısı için üç yeni teknolojik gelişmenin haberini veriyorlar. Moleküllerin "parmak izi"ni ya da "genetik imzası"nı saptayan yeni teknoloji over ve prostat kanserlerinin erken tanısına yenilik getiriyor. Bir başka yeni teknoloji ise meme kanserinde erken metastazların boyutunu saptayan manyetik rezonans "portreler" oluşturuyor. Görüntüleme yöntemlerindeki bu yeni gelişmeleri "proteomic ve metabolomic" analizler olarak adlandırıyorlar. Yeni teknolojiler Amerikan Kanser Araştırmaları Birliği AACR'nin 95. yıllık toplantısında anıldı.

Prematür bebekler yetişkinlik dönemine sağlıklı bireyler olarak giriyor.

Prematür bebeklerin onlu yaşlarında sosyal problemleri olduğu biliniyor. Ancak iyi haberler de var: yetişkinlik dönemlerinde miadında doğanlardan farksız yaşıyorlar. Liverpool Kadınlar Hastanesi'nden Dr. Richard Cooke 1980'lerin başından beri izlediği düşük doğum ağırlıklı bebeklerin okul çağlarında sosyal ve davranışsal sorunları olduğunu, arkadaşlık kurarken zorlandıklarını kaydetmiş, ancak beklediğinin aksine yirmili yaşlarda miadında doğan yaşlılarından farksız olduklarını gözlemlemiştir. Archives of Diseases in Childhood dergisinin Mart 2004 sayısında yayınlanan makalesinde izlediği "bebekleri" 30'lu yaşlarında da ziyaret edeceğini belirtiyor.

İnsan & İnsanlar



Ağrılar, kadınlar ve erkekler

Ağrı, kadınları ve erkekleri eşit olarak etkilemiyor. Bir çok araştırma, kadınların ağrı, acı ve sancıyla daha iyi baş edebildiklerine işaret ediyor. Erkekler ise, acıyı büyütme-ye, bir yaşama sorunu görmeye eğilimlidir. Kadınlar, baş-ka aktivitelere dalarak, olumlu duygulanımlara kapılarak, başkalarından yardım isteyerek ya da dua ederek, ağrıyla yaşayabiliyorlar, daha az olumsuz duygulanım yaşıyorlar. Uzmanların yorumuna göre, kadının kırılgan yapısı ve acı karşısında incinebilir olması, muhtemelen onu acı ile bir-likte yaşamaya daha hazırlıklı kılıyor olabilir. Ancak, ka-dınların ağrı karşısındaki üstünlüğü hafif ve orta dereceli kronik ağrılar için geçerli. Akut ve şiddetli acılara gelince, erkekler de kadınlar kadar dayanıklılar, ancak kadınları geçemiyorlar.



"Dar zamanlarda" yaşamak

Eskiden kalp-damar hastalığı adayı olarak A-tipi kişilik-ten söz edilirdi. "Hızlı araba süren, risk alan, her şeye rağ-men kazanmaya odaklı yaşayan" olarak tanımlanan A-tipi kişilerin uzun bir süre izlendiği araştırmalarda, kalp-damar hastalığı ve A-tipi kişilik arasındaki ilişkiler şüpheli bulun-du. Şimdilerde ise "A-tipi kişilik" yerine "A-tipi davranış kalıbı"ndan söz edilir oldu. Bir türlü geniş zaman bulama-mak, sürekli telaş halinde olmak, sabırsız davranmak "A-tipi davranış kalıbı"nın ana bileşenlerini oluşturuyor. Bu tanımlamayı daha fonksiyonel bulan Dr. Lijing L. Yan ve ekibi, 1985 yılında "A-tipi davranış kalıpları" gösterip gös-

termediklerini anketlerle saptadıkları ve yaşları 18-30 ara-sında değişen 3000'nden fazla sağlıklı insanı, tam 15-17 yıl sonra, 2002 yılında tekrar ziyaret edip değerlendirdiler. Sonuç: telaşsız, rahat ve "geniş zamanlarda" yaşayan in-sanların yüksek tansiyon sorunları daha azdı. Telaşlı, kay-gılı, "dar zamanlarda" yaşayanlar orta yaşlılık dönemleri-ne yüksek tansiyon hastası olarak giriyordu.

Yemeklerle aranızda neler olup bitiyor?

Veryüzünde 20 milyonun üzerinde zayıflama diyeti ol-duğu söyleniyor. Bunların az bir kısmı gerçekten etkilidir. Etkili bir diyetin, etkili olması için yediklerinizi/yemedikle-rinizi belirlediği kadar, niye yediğinizi/yemediğinizi de dik-kate alması gerekir. Çünkü sorun, yedikleriniz olduğu ka-dar, yemeklerle aranızdaki duygusal ilişkiden de kaynak-lanır. Önce yemeklerle aranızdaki duygusallığı deşifre et-meye bakın:

- Aç olmadığınız zamanlar niye yediğinize dikkat edin. Duygusal nedenlerle yemek yediğiniz zamanları saptama-ya çalışın; neden duygularınızı tatmin etmek için yediğini-zi tahmin etmeye çalışın. Sizi o sırada yiyecek yemeye iten stresinizi, kaygınızı diğer faktörleri saptayabilirseniz, ye-mek yemek yerine bu duygularla baş etmeye çalışabilirsiniz.

- Sizi yemek yemeye teşvik eden çevresel etmenleri saptayın. Bunun için ne zaman, nerede, neden yediğinizi dökümleyen bir yeme günlüğü bile çıkarabilirsiniz.

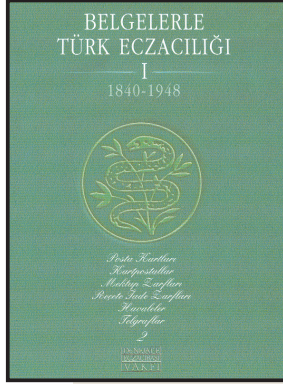
- Vücudunuzun açlık sinyallerine dikkat edin. Yemek yemeye başlamadan önce kendinize sorun: Aç mıyım? Ye-mek sırasında kendinize sorun: Şimdi doydum mu? Kalk-sam aç kalır mıyım? Uzun bir süredir bedeninizi dinleme-diyseniz, midenizden gelen açlık ve tokluk sinyallerini de tanımlıyor olabilirsiniz. Bunun için beden sinyallerinizi ye-niden öğrenmeniz gerekebilir. Bunun için zaman ayırın; bedeniniz ne zaman acıktığını, ne zaman doyduğunu size içtenlikle söyleyecektir.

- Olabildiğince bol çeşitli yiyecekler yeyin. Yiyecekleri iyi ya da kötü, istenen ve istenmeyen diye etiketlemeyin. Unutmayın ki, yasaktan kaynaklanan yoksunluk bir süre sonra aşırı yeme noktasına getirebilir sizi.

- Yemeğinizi yerken ve tadarken dikkatli olun. Yemek yemeden önce gevşeyin. Böylece daha az, daha yavaş ve daha kaliteli yiyebilirsiniz.

- "Yine patlayana kadar yedim." sendromundan uzak durun. Bir şekilde fazla yemişseniz, sağlığınıza bir daha dönmek üzere yitirmiş değilsiniz. Yemek hiç ya da hep kuralına bağlı değildir. Bir gün yediğiniz aşırı yemek her şeyi berbat edecek değil. Önemli olan uzun vadede ne yaptığınızdır.

Kültür Sanat



Belgelerle Türk Eczacılığı / Gülnur - Mert Sandalcı, Nejat Eczacıbaşı Vakfı, İstanbul, 1997 - 2001

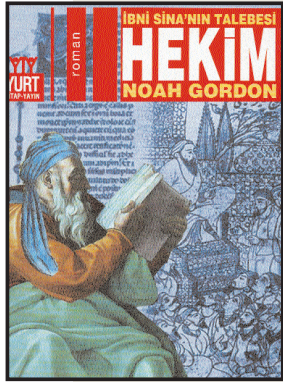
Gülnur ve Mert Sandalcı çiftinin koleksiyonunu içeren 7 ciltlik eser, bugün çağdaş düzeye ulaşmış bulunan ilaç sanayimizin kökenini ve kaynağını oluşturan Türk eczacılığının tarihini, belgeleriyle göz önüne sermesi bakımından oldukça önemli.

Eser, Eczacılık Mektebi'nin ilk mezunlarını verdiği 1840 ile Türkiye Eczacılar Almancağı'nın yayınlandığı 1949 yılı arasındaki dönemde Türk eczacılığına ilişkin belge ve objeleri bir araya getiriyor.

Yedi ciltlik eserin birinci cildinde antiyeler, kartpostallar, mektup zarfları, posta havaleleri, reçete iade zarfları ve telgraflar sunuluyor. İkinci ciltte reçeteler; üçüncü ciltte fatura ve antetli kağıtlar ve dördüncü ciltte müstahzar kutuları ve şişeleri yer alıyor.

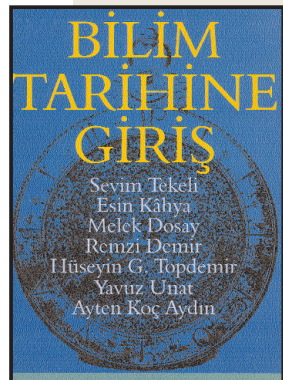
Bu yedi ciltlik eserin, sadece eczacılık veya genel anlamda tıpla ilgilenenlerin ilgisini çekeceğini düşünüyorsanız yanılıyorsunuz. Çünkü eski reçeteler, eski kartpostallar, eski ilaç şişeleri... Sözün kısası, tüm eski dönem eczacılık ürünlerinin yer aldığı ciltler, konuyla hiç ilgisi olmayanları bile bir noktada yakalayacak gibi. Örneğin lavanta kokulu çocuk pudrası yazılı reçete iade zarfı veya Constantinople yazılı, eski İstanbul görüntülü bir kartpostalı gördüğünüzde eskilere gidiveriyor ve ister istemez içinizde bir heyecan duyuyorsunuz.

Bu çalışmayla Türk eczacılığı konusunda bir başeser hazırlanmış. Her cilt için ayrı bir titizlik gösterilmiş; adeta sayfadan çıkarıp aliverecekmisiniz gibi görünen reçete, şişe, resim ve fotoğraflar her an aşına bir isim veya evrakla ya da anneannemizin ecza dolabında karşılaştığımız bir ilaç şişesini görüverecekmisiniz hissini uyandırıyor.



Hekim / Noah Gordon / Yurt Kitap / 2000

Onbirinci yüzyılın başlarında, karanlıklar çağını yaşayan İngiltere'de başlayan romanda, ailesini kaybeden bir çocuğun gezici cerrah-doktor adı verilen eğitimsiz birinin yanında başlayan tıp hayatı anlatılıyor. Hekimliği ustasından öğrenmek amacıyla İbn-i Sînâ'nın öğrencisi olma yolunda yaşadığı maceraları, Hristiyanlara hekimliğin kilisece uygun görülmediği bir dönemde yaşadığı sıkıntıları, bir macera romanı havasında aktaran roman, İsfahan'da İbn-i Sînâ'nın tıp medresesinde yaşadıkları ile devam ediyor. O devrin tıp anlayışı hakkında bilgiler de aktaran bu kitabın yazarı Noah Gordon, gazete yazarıdır ve bir tıp dergisinde de editörlük yapmaktadır.



Bilim Tarihine Giriş / Sevim Tekeli,

Esin Kâhya, Melek Dosay, Remzi Demir, Hüseyin G. Topdemir, Yavuz Unat, Ayten Koç Aydın gibi ilim adamlarımızın yazıları yer alıyor. Nobel Yayın Dağıtım / 1999

Eski Çağ'dan başlayarak bilimsel gelişmeleri kronolojik sırada inceleyen, bilim dünyasına önemli katkıda bulunan bilim adamlarını, Türk bilim adamları da dahil olmak, üzere anlatan, günümüzde bilimin geldiği yeri, temelleri üzerinde yükselen bir bina yaklaşımı ile aktaran kitapta, bilimsel gelişmelerin günlük hayatın bir parçası olduğu bu dönemde bu kitabı okumak, günümüzdeki en basit bir gelişimin altında bile binlerce yıllık bir birikimin olduğunu fark etmemizi sağlayacaktır.

NİSAN KONGRELERİ

Hastane Enfeksiyonları Kongresi 2004

Başlangıç Tarihi: 15.04.2004
Bitiş Tarihi: 18.04.2004
Yer: Bilkent Hotel ve Kongre Merkezi / ANKARA
Telefon: 0 (312) 266 46 86 Faks: 0 (312) 266 46 79
http://www.hikon2004.org/

Klinik Biyokimya ve Kansere Sempozyumu

Başlangıç Tarihi: 15.04.2004
Bitiş Tarihi: 18.04.2004
Yer: Kervansaray Termal Hotel / BURSA
Telefon: 0 224 442 82 45
e-mail: elulukaya@uludag.edu.tr

2. Metabolik Kemik Hastalıkları Kursu

Başlangıç Tarihi: 16.04.2004
Bitiş Tarihi: 17.04.2004
Yer: Hacettepe Merk. Kampüsü Kong. Merk. - ANKARA
Telefon: (312) 467 69 91 Faks: (312) 467 60 72

Kardiyovasküler Ameliyat Asya Toplulukları 12. Yıllık Toplantısı

Başlangıç Tarihi: 19.04.2004
Bitiş Tarihi: 22.04.2004
Yer: İstanbul
http://www.ascvs2004.org/

4. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi 1. Duyuru

Başlangıç Tarihi: 20.04.2004
Bitiş Tarihi: 25.04.2004
Yer: Pine Beach Resort, Belek - Antalya
Telefon: 0(312)3634552-2141000/5908
http://www.jinekoloji2004.org

VI. Prenatal Tanı ve Ulusal Genetik Kongresi

Başlangıç Tarihi: 21.04.2004
Bitiş Tarihi: 24.04.2004
Yer: Sun Zeynep Otel Belek / ANTALYA
http://www.mdsorganizasyon.com

14. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Kong.

Başlangıç Tarihi: 21.04.2004
Bitiş Tarihi: 25.04.2004
Yer: Kervansaray Termal Otel / Bursa
Telefon: 0(224) 233 40 00
http://www.cocukruhsagligi.org/default1.htm

7. Akdeniz Video Endoskopik Üroloji Kursu

Başlangıç Tarihi: 22.04.2004
Bitiş Tarihi: 24.04.2004
Yer: Sheraton Voyager / ANTALYA
Telefon: 0(216)4784040 Faks: 0(216)4784050

3. Enfeksiyon Günleri

Başlangıç Tarihi: 23.04.2004
Bitiş Tarihi: 25.04.2004
Yer: Klassis Resort Hotel - Silivri / İSTANBUL
Telefon: (0212) 254 32 30 Faks: (0212) 254 27 83

Psikanalitik Bakış-2

Başlangıç Tarihi: 24.04.2004
Bitiş Tarihi: 26.04.2004
Yer: Lütfi Kırdar Kongre ve Sergi Sarayı İSTANBUL
Telefon: 0(212)2924417 Faks: 0(212)2456358

II. Ulusal Serebrovasküler Hastalıklar Kongresi

Başlangıç Tarihi: 28.04.2004
Bitiş Tarihi: 01.05.2004
Yer: Sheraton Hotel / Çeşme - İZMİR
Telefon: (222) 232 12 03 Faks: (222) 230 96 96

Toraks Derneği 7. Yıllık Kongresi

Başlangıç Tarihi: 28.04.2004
Bitiş Tarihi: 01.05.2004
Yer: Antalya
http://www.toraks.org.tr/kongre2004/index.htm

İNTERNET DÜNYASINDAN



SAĞLIK BAKANLIĞI SİTESİ

www.saglik.gov.tr

Sağlık Bakanlığı'nın resmi sitesi olan www.saglik.gov.tr, bakanlığın tüm uygulamalarının duyurulduğu bir site. Görsel olarak resmi şablonun çok dışına çıkmadığı belli olsa da içerik açısından son zamanlarda yapılan çalışmalarla oldukça yeterli bir site. Özellikle mevzuat sayfası, sağlık alanı ile ilgili herkesin ihtiyaç duyacağı bilgilere ve özellikle Bakanlık personelinin ihtiyaç duyacağı yönetmelik ve benzeri mev-

zuata kolayca ulaşmayı sağlıyor. Sitede ayrıca Bakanlığa bağlı tüm sağlık kuruluşlarının iletişim bilgilerinin olduğu bir sayfanın bulunması da kurumlar arası iletişimi sağlamada büyük kolaylık sağlıyor. Açılış sayfasındaki haberler köşesinden Bakanlığın yeni uygulamaları hakkında bilgi sahibi olunabiliyor. Basın sayfası ise, Sağlık Bakanlığı hakkında yazılı basında yer almış haberlere ulaşmayı sağlıyor. Ziyaretçi sayısının 2,5 milyon üzerinde olduğu belirtilen site, pek çok siteden fazla ziyaret edilmiş olması ile de dikkat çekiyor.



DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ

www.who.int

Dünya Sağlık Örgütü'nün sitesi maalesef sadece İngilizce; Türkçe sayfaları yok. Dünya çapındaki sağlık olayları hakkında bilgi veren sayfaları yanında, tüm dünya ülkelerinin sağlık göstergelerine ulaşılabilir. Alfabetik olarak listelenmiş sağlık başlıkları sayfasında, o başlıklar hakkında bilgi ve yayınlanmış örgüt dokümanlarına ulaşmak mümkün. Daha çok sağlık alanı ile profesyonel olarak ilgilenen kişilere hitap eden bir site.



SAĞLIK.TR.NET

www.saglik.tr.net

Sağlıkla ilgili pek çok bilginin bulunduğu www.saglik.tr.net sitesinde sağlık sorunları hakkında oldukça detaylı bilgilere ulaşabiliyorsunuz. Sanasyonel bilgilerden uzak durmaya özen gösterilmiş, sadece bu özelliği nedeni ile bile takdire değer. Sitede nöbetçi eczaneler için bir link oluşturulmuş ama çalışmaması hayal kırıklığı yaratıyor. Ancak üç büyük il ve nedense Kastamonu eczanelerinin listesinin olduğu bağlantı güzel çalışıyor. Sadece sağlık sorunu ile karşılaşıldığında değil, boş vakitlerde keyif için bile uğranabilecek, güzel hazırlanmış bir site.



SAĞLIK PLATFORMU

www.saglikplatformu.com

Sağlıkla ilgili bir çok genel bilginin olduğu bir site; dikkat çeken pek çok konuya yer verilmiş. Okurken vaktin nasıl geçtiğini anlayamıyorsunuz. Adeta bilgi denizinin içinde yüzerken kayboluyorsunuz. Cezbedici bir güzelliği olan bu siteme uğramanızı tavsiye ederim. Sağlık çalışanı iseniz bile, hastalarınıza hastalıkları anlatmada size çok büyük kolaylık sağlayacaktır.

ÇENGEL BULMACA