



14 MART TIP BAYRAMI VE
HEKİMLERİN 10 ACİL TALEBİ

SAĞLIKTA ŞİDDETİ
ÖNLEYECEK TEDBİRLER



klินิกiletışim®

MEDİKAL SEKTÖRÜN YENİLİKÇİ DERGİSİ

MART | NİSAN 2022 YIL:6 SAYI:22



**KADIN SAĞLIĞINA
CİNSİYET REJİMİNDEN
BAKMAK**



**SAĞLIKTA GERİ ÖDEME
YÖNTEMLERİNDE
GELECEK VİZYONU**

**HER 3 KADINDAN BİRİ
CİNSİYET TEMELLİ
ŞİDDET GÖRÜYOR**



DSÖ: SALGIN
KARŞISINDA 'UYANIK'
OLUNMALI

NADİR HASTALIKLAR
ULUSAL EYLEM PLANI
HAYATA GEÇİRİLMELİ

KANSER VAKALARI
10 YILDA
5 MİLYON ARTTI

KADINLARIN YÜZDE 95'İ
RAHİM AĞZI KANSERİ
TARAMASINDAN HABERDAR DEĞİL

Linet Multicare X

En Üst Düzey Yoğun Bakım Yatağı



Yoğun bakım ünitesinde kritik durumda olan hastaların özel ihtiyaçlarını karşılamak ve sağlık personeline bakım hizmetlerinde en iyi şekilde yardımcı olmak üzere kapsamlı ürün portföyümüzle her zaman yanınızdayız. Linet Multicare model yoğun bakım yataklarımız yenilikçi özellikleri ile ürün portföyümüzü bu alanlarda tamamlamaktadır.

%67

Daha az kuvvetle
Hastayı lateral tilt ile
döndürmek mümkün

%95

Memnuniyet oranıyla
yeni Opticare X
yüzüstü modu

%63

Alt ekstremitte yükü
daha az. Mobi-Lift®
sayesinde hasta
mobilizasyonu daha
kolay

ACENDIS Türkiye
Proje Yönetimi / Satış & Servis
Küçükbakkalköy Mah. Cem Sokak No: 4
34750 Ataşehir/İstanbul
proje@acendis.com.tr
Tel: +90 216 - 470 49 49
Tel: +90 216 - 470 01 94

ACENDIS Healthcare GmbH Headquartes
Project Management / Sales & Service
Wohlenbergstr. 5 30179 Hannover
www.acendis.eu
contact@acendis.eu
Tel: +49 (0) - 511 1 83 83
Tel: +49 (0) - 511 71 77 29



www.acendis.eu
www.acendis.com.tr

instagram - acendishealthcare • facebook - acendistr • linkedin - ACENDIS Healthcare



Elektriksel Empedans
Tomografisi tarafından
yönlendirilen programlanabilir
Otomatik Lateral Terapi ile
çerçeve tabanlı lateral eğim,
mekanik ventilasyon
ile ilişkili komplikasyonları
azaltır.



Mobi-Lift® tutma yeri veya **yan yatırma** özelliğine sahip Erken Hareketlilik Programımız, daha iyi ve daha hızlı hasta iyileşmesine katkıda bulunur.



Sabit düşük basınç (CLP) **Opticare X** destek yüzeyi, basınç yaralanmalarının önlenmesine yardımcı olan otomatik Optimal Daldırma elde etmek için patentli sensör teknolojisini kullanır. Artık daha geniş bir hasta yelpazesinin ihtiyaçlarını karşılamak için **Yüzüstü** ve **Mobil modları** mevcuttur.



ErgoFrame®, Opticare X Mobil Modu veya **entegre USB şarj cihazı** gibi özellikler, daha iyi zihinsel sağlık, güvenlik ve daha hızlı iyileşmeyi destekleyerek hastaların rahatlığına ve özerkliğine katkıda bulunur.



Çerçeve tabanlı lateral eğim, hemşirelerin günlük bakım sağlamasını daha kolay ve güvenli hale getirir ve bakıcının sırtına uygulanan fiziksel yükü azaltarak kas-iskelet sistemi yaralanma risklerini azaltır.



Taşıma, hafif yatak ağırlığı ve güçlendirilmiş ve katlanabilir IV direklerine yerleştirilebilen uzaktan **i-Drive Power®** kontrolör tarafından kontrol edilen **motorlu 5. tekerlek** sayesinde daha az fiziksel zorlama gerektirir.



Sezgisel ve **ergonomik kontroller**, **tek düğmeli işlevler veya otomatik olarak devreye giren i-Brake®** sayesinde sık ve kritik prosedürlerin karmaşıklığını en aza indirerek bakıcıların bilişsel yükünü azaltır.



SafetyPort gibi Akıllı Bakım çözümlerimiz, bakıcıların yönetim görevlerini azaltmasına ve hastaları görüş alanında tutmasına yardımcı olacaktır.



Product video

www



multicarex.linnet.com

ACENDIS
Together. All the way.

Elisa Ailesi Yoğun Bakım Ventilasyonunun Geleceğine Yön Veriyor



» Elisa 300 » Elisa 500 » Elisa 600 » Elisa 800

Hayat demek nefes demek. Düşünmeye gerek olmaksızın nefes alıp verebilmek demek. Bu kadar sade ve yalın. Ama bir hastalık nedeniyle veya başka sebeplerle nefes almak zorlaştığında Löwenstein MEDICAL tarafından üretilen Elisa ailesi kişiye özel spontan solunum modeline uygun olan ventilasyonu sunuyor.

Türbin teknolojisi, 300 l / dk'ya kadar maksimum peak inspirasyon akışları ve daha yüksek havalandırma basınçları sağlar. Aynı zamanda gürültü emisyonları ve bakım maliyetleri önemli ölçüde azaltılmıştır. Yoğun bakım ventilasyonunda günlük gereksinimler karmaşık ve geniş kapsamlıdır. Kapsamlı bir işlevsel platform, en son teknoloji, esnek cihaz yapılandırması ve sezgisel kullanım, günlük rutin işlerinizde ve kritik ventilasyon koşullarında size destekler.

Yoğun bakım ünitesinde, acil serviste veya hastane içi nakil sırasında kullanıma uygundur.

- ARDS, KOAH veya uzun süreli weaning high flow oksijen tedavisinde, invaziv veya non-invaziv ventilasyonda
- Modern ventilasyon modlarında, ağ nebülizörü, loop lar, PEEPfinder® veya weaning tool ile özofagus basıncı ölçümünde çalışmalarınızı kolaylaştırır ve destekler.

ACENDIS Türkiye
Proje Yönetimi / Satış & Servis

Küçükbakkalköy Mah. Cem Sokak. No: 4
34750 Ataşehir / İstanbul
proje@acendis.com.tr
Tel.: +90 216 - 470 49 49
Tel.: +90 216 - 470 01 94

instagram - acendishealthcare • facebook - acendistr • linkedin - ACENDIS Healthcare

ACENDIS Healthcare GmbH Headquartes
Project Management / Sales & Service

Wohlenbergstr. 5 30179 Hannover
www.acendis.eu
contact@acendis.eu
Tel.: +49 (0) - 511 1 83 83
Tel.: +49 (0) - 511 71 77 29



www.acendis.eu
www.acendis.com.tr

LÖWENSTEIN
medical

ACENDIS
Together. All the way.

ELISA 300 | 500

En Yeni Türbin Teknolojisi ile Yoğun Bakım Ventilasyonunda Yeni Kompakt Seri



Elisa 300

Elisa 300, kompakt sınıf avantajları ile invaziv ve non invaziv ventilasyon tedavisi için modern bir evrensel ventilatörün performans özelliklerini birleştirir.

Elisa 500

Elisa 500, yoğun bakım ventilatörü dakikada 300 litreye varan peak akış ile yüksek performanslı, gürültü emisyonunun minimize edildiği türbin yeterli flow kapasitelerini garanti eder.



3 Kadından Biri Cinsiyet Temelli Şiddet Görüyor

Fatma Ergüzeloğlu

Mart ayı iki özel günü barındırıyor; 8 Mart Dünya Kadınlar Günü ve 14 Mart Tıp Bayramı.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)'nin 2021 yılı Kongre kitabında yayımlanan Hak Temelli Yaklaşım ve Kadın Sağlığı adlı makale, günümüzde kadın hakları ve sağlığı konusunda kapsamlı bir perspektif sunuyor. Bu yaşamsal konuda vazgeçilmezimiz olan bir başlık var: İstanbul Sözleşmesi.

İstanbul Sözleşmesi 4 temel alanda devletlere sorumluluk yükliyor: Kadınlara yönelik şiddet ve ev içi şiddeti önlemek; şiddete maruz bırakılan kadınları ve çocukları her tür şiddetten korumak, failleri kovuşturmak; uygun, yeterli düzeyde koruma ve destek mekanizmaları oluşturmak; kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması konusunda bütüncül politikalar geliştirmek.

3 Kadından Biri Cinsiyet Temelli Şiddet Görüyor

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe Akın tarafından hazırlanan ve HASUDER'in kongre kitabında yayımlanan makaleye göre; her 3 kadından biri cinsiyet temelli şiddet görüyor. Yaşam boyu annelik nedeni ile ölme riski; Avrupa kıtasında ortalama 3 bin 300 kadında 1 iken Afrika kıtasında ortalama 40 kadında 1 olarak kaydediliyor. Önlenabilir anne ölümlerini engellemenin belki de en kolay yolu 'riskli gebeliklerin-aile planlaması yöntemleri ile önlenmesidir'. İstanbul Sözleşmesi, kadına yönelik şiddeti bir insan hakları ihlali ve ayrımcılığın bir türü olarak kabul ediyor. Eğer cinsiyet temelli şiddete karşı yeterli tepki verilmez ise devletlerin, bundan sorumlu tutulacağını vurguluyor.

İstanbul Sözleşmesi Uygulanmalı Hükümetin, İstanbul Sözleşmesi hükümlerini en kısa sürede ve aktif şekilde uygulaması gerektiğine kuvvetle inanıyoruz.

Sağlık sadece bireysel bir sorumluluk değil; devlet – hükümetler ve sağlık hizmeti verenlerin sorumlu olduğu bir süreç. Sağlığın geliştirilmesinde ilerleme, ancak ülke içinde ve ülkeler arasında var olan eşitsizlikleri gidermekle, hak temelli hizmet verilmesinin garantilenmesi ile sağlanabilir.

14 Mart ve Büyük G(ö)REV Eylemi Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve tabip odaları, bu sene 14 Mart Tıp Bayramına, “Emek Bizim Söz Bizim” başlıklı mücadele programı kapsamında Büyük G(ö)REV Eylemi ile girdi. Hekimler, 10 acil taleplerini açıkladılar. Şöyle: Sağlıkta Şiddet Yasasının çıkartılması, temel ücret düzenlemesi, Özel sağlık sektöründe çalışan hekimlerin haklarında düzenleme, Aile hekimi maaşlarının yükseltilmesi ve Aile Hekimliği Ceza Yönetmeliğinin geri çekilmesi, işyeri hekimlerinin şartlarının iyileştirilmesi, bütün emekli hekim maaşlarının artırılması, COVID-19 “illiyet bağı” aranmaksızın meslek hastalığı sayılması, malpraktis davaları ile hekimleri ödeyemeyecekleri tazminatlara mahkûm eden uygulamaların önlenmesi ,hekimlere karşı şiddet kaynağı olan, halkın sağlığını tehlikeye atan 5 dakikada muayene dayatmasından vazgeçilmesi.

Bu 10 talep, sağlık çalışanlarının yıl içerisinde mücadelesini verdikleri temel konuların kısa bir özeti aslında. En kısa sürede karşılanmasını diliyoruz.

Keyifli okumalar

Yönetim
MedPublish Yayıncılık adına
İmtiyaz Sahibi
Fatma Ergüzeloğlu

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü
Funda Ergüzeloğlu El

Redaksiyon
Duygu Sırakaya Çavuş

Reklam ve Pazarlama
MedPublish Yay. Eğitim Dan. ve Org.
haber@klinikiletisim.com
info@klinikiletisim.com

Yayın Türü
Yaygın Süreli

Yönetim Adresi
1159 sokak No: 5/3
06460 Çankaya Ankara / Türkiye
www.med-publish.com
haber@klinikiletisim.com
İletişim: +90 541 426 67 09

Basım Yeri
Vizyon Matbaa
Fatih Cad. No-198/A
Keçiören Ankara

Baskı Tarihi
Mart - Nisan 2022

klinikiletisim®, MedPublish Yayıncılık tarafından T.C. yasalarına uygun olarak yayımlanmaktadır. Dergide yayınlanan yazı ve fotoğrafların her hakkı saklıdır. İzinsiz ve kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz. Reklam sayfalarının içeriği ve markalar konusunda sorumluluk reklam verene aittir. Bu dergi Basın Meslek İlkelerine uymayı taahhüt eder.

klinikiletisim®
www.klinikiletisim.com



Sağlık sektörünün iletişim platformu
klinikiletisim'e abone olmak için
haber@klinikiletisim.com

İÇİNDEKİLER

klınıkiletışim



KADIN SAĞLIĞINA
CİNSİYET REJİMİNDEN
BAKMAK

12

HALK SAĞLIĞI
UZMANLARININ
İSTİHDAM SORUNLARI
NELER?

29



SAĞLIKTA
GERİ ÖDEME
YÖNTEMLERİNDE
GELECEK VİZYONU

27



TTB'DEN
SAĞLIKTA ŞİDDETİ
ÖNLEYECEK TEDBİRLER

30

SAĞLIKTA ŞİDDET
VE MALPRAKTİS
KONULARI İLE İLGİLİ YASAL
DÜZENLEMELER TBMM'DE

34

14 MART
TIP BAYRAMI VE
HEKİMLERİN
10 ACİL TALEBİ

38



DSÖ:
SALGIN KARŞISINDA
'UYANIK' OLUNMALI

41



KANSER VAKALARI 10
YILDA 5 MİLYON ARTTI

47



10 MİLYON İNSAN
İNFEKSİYON NEDENİYLE
HAYATINI KAYBEDEBİLİR

53



NADİR HASTALIKLAR
ULUSAL EYLEM PLANI
HAYATA GEÇİRİLMELİ

45



KADINLARIN YÜZDE 95'İ
RAHİM AĞZI KANSERİ
TARAMASINDAN
HABERSİZ

56



DÜNYADAKİ EN BÜYÜK
SALGIN HALA
TÜBERKÜLOZ

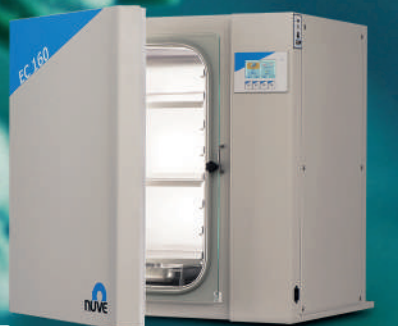
58

Ağaçlar Geleceği Fısıldıyor...

Kökleri aracılığıyla iletişim kuran
ağaçlardan Çam Ağacı;
25 metreye kadar uzanıyor ve
havadaki karbondioksiti temizleyip
oksijen salınımı yaparak gelecek için
iyiliğin gerekliliğini anlatıyor.

Nüve,
sağlıklı bir gelecek için
doğaya kulak veriyor...

NUVE
www.nuve.com.tr



EC 160
CO₂ İNKÜBATÖR



PHILIPS

philips.com

Hayatı, birlikte iyileştiriyoruz

Philips olarak inanıyoruz ki, daha erişilebilir ve daha sürdürülebilir sağlık sistemlerinin zamanı geldi. Ancak bunu tek başımıza gerçekleştiremeyiz. Yeni fikirler üretmek için bir araya geliyor, ekipler kuruyor ve iş birlikleri yapıyoruz.

Hayatı, birlikte iyileştiriyoruz.

innovation  you

philips.com/makelifebetter

9-12
KASIM
2022

YOĞUN BAKIM 2022

YOĞUN BAKIM 2022

CORNELIA DIAMOND RESORT HOTEL, ANTALYA

tuyud@tuyud.org.tr | www.tuyud.org.tr



GENX
KONGRE

KADIN SAĞLIĞINA CİNSİYET REJİMİNDEN BAKMAK

“HER 3 KADINDAN BİRİ CİNSİYET TEMELLİ ŞİDDET GÖRÜYOR. YAŞAM BOYU ANNELİK NEDENİ İLE ÖLME RİSKİ; AVRUPA KITASINDA ORTALAMA 3 BİN 300 KADINDA 1 İKEN AFRIKA KITASINDA ORTALAMA 40 KADINDA 1’DİR”

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)’nin 2021 yılı Kongre kitabında yayımlanan Hak Temelli Yaklaşım ve Kadın Sağlığı adlı makale, günümüzde kadın sağlığı konusunda yaşanan sıcak tartışmalara ilişkin önemli bilgiler sunuyor. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe Akın tarafından hazırlanan makalede öne çıkan bilgileri klinikiletişim dergisi için derledik.

‘Sağlık hakkı hem bir hak hem de bir özgürlük olarak sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası sağlığa bir sosyal hak, sağlık hizmetlerine kamusal bir hizmet olarak bakmakta, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerini vurgulamaktadır. DSÖ Anayasası’na göre en yüksek düzeyde ulaşılabilir olan sağlık standardından yararlanmak, her insanın temel bir hakkıdır ve sağlık hakkından yararlanmada, ‘ırk, din, siyasal düşünce, ekonomik ve sosyal durum’ bakımlarından kişiler arasında bir ayrımcılık yapılamaz. Sağlık hakkı, bu en yüksek sağlık standardından insanların eşit şekilde faydalanmasına olanak tanıyan bir sağlık sistemine sahip olma hakkını gerektirmektedir. Sosyal haklara ilişkin gelişmelerin yansımaları Türkiye’de ilk defa 1961 Anayasasında görülmüştür. Bu anayasada devletin sosyal niteliği belirtilerek iktisadi ve sosyal haklarla ilgili zamanın popüler anlayışına uygun ayrıntılı bir düzenleme yapılmıştır. 1982 Anayasası da her ne kadar bir önceki anayasadan özgürlükçü yönünü büyük ölçüde dışlamış olsa da iktisadi, sosyal ve kültürel haklara ve hatta çevre hakkı gibi haklara da yer vermiştir.

Global Düzeyde Üreme Sağlığı Hakkı İhlallerinin Bilançosu:

- Bir yılda gebelik ve doğuma bağlı 300 bin kadın kaybedilmekte (her gün 800 kadın),
- Gençler, cinsel ve üreme sağlığı ve haklar konusunda en riskli ve ihmal edilen grubu oluşturmaktadır
- Sağlıksız düşük ve komplikasyonlarına bağlı yılda 47 bin anne ölümü meydana gelmektedir

- Her gün 39 bin çocuk yaşta evlilik yapılıyor, dünyadaki toplam sayıları 700 milyon
- 200 milyon genital olarak sakatlanmış kadın mevcut
- Her yıl 500 milyon yeni-cinsel yolla bulaşan enfeksiyon meydana geliyor
- Her 3 kadından biri cinsiyet temelli şiddet görüyor
- Yaşam boyu annelik nedeni ile ölme riski; Avrupa kıtasında ortalama 3 bin 300 kadında 1; Afrika kıtasında ortalama 40 kadında 1’dir.

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Bilindiği gibi Birleşmiş Milletler (BM)-2015 yılında, 2030 yılına dek ulaşılması planlanan 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) belirledi. Bu hedefler: ‘1-Yoksulluğa son; 2-Açlığa son; 3-Sağlıklı bireyler; 4-Nitelikli eğitim; 5- Toplumsal cinsiyet eşitliği; 6-Temiz su ve sıhhi koşullar; 7-Erişilebilir ve temiz enerji; 8-İnsana yakışır iş ve ekonomik büyüme; 9-Sanayi, yenilikçilik ve altyapı; 10-Eşitsizliklerin azaltılması; 11-Sürdürülebilir şehir ve yaşam alanları; 12-Sorumlu tüketim ve üretim; 13-İklim değişikliği ile mücadele; 14- Sudaki yaşam; 15-Karasal yaşam; 16-Barış ve adalet; 17-Hedefler için ortaklıklar’ başlıklarını içermektedir.

Dünyayı dönüştürecek 17 sürdürebilir kalkınma hedefinin beşincisi, kadınları tüm insan haklarının kullanımı bağlamında etkileyen ve hakkında en fazla hak ihlali yapılan hedef olup ‘Toplumsal Cinsiyet Eşitliği’dir.

Bilindiği gibi Kasım 2019 yılında Kenya; Danimarka Hükümetleri ve UNFPA iş birliğinde -Nairobi’de ICPD 25 Zirvesi yapıldı. Bu zirvenin amacı ICPD’den 25 yıl sonra dünya ölçeğinde alınan mesafelerin değerlendirilmesi ve 2030 yılına dek daha nelerin yapılması gerektiğin ortaya konulması idi. Bu tablo, özellikle kadın/ üreme sağlığında ‘Gündemin bitmemiş olduğunu’ ortaya koydu. Şöyle ki, alınan mesafeler vardı örneğin anne ölümleri geçen 20 yılda % 47 oranında azalmış, doğurganlıkta % 26 azalma meydana gelirken aile planlamasında karşılanmayan gereksinim % 36 olarak oldukça yüksektir. Diğer taraftan bir yılda meydana gelen yeni vaka cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) sayısı 330



“SAĞLIKSIZ DÜŞÜK VE KOMPLİKASYONLARINA BAĞLI YILDA 47 BİN ANNE ÖLÜMÜ MEYDANA GELİYOR. HER GÜN 39 BİN ÇOCUK YAŞTA EVLİLİK YAPILIYOR”

milyondan 500 milyona çıkmıştır, pek çok iyileşmeye rağmen ülkeler bölgeler arası eşitsizlikler, hak ihlalleri ciddiyetini korumaktadır.

Nairobi Zirvesinde ‘Bitmemiş Gündem’ olarak dile getirilenler:

- Dünyada halen;
 - 295 bin anne ölümü /yıl,da,
 - 2.6 milyon yeni doğan ölümü / yılda,
 - Aile planlamasında 202 milyon karşılanmamış gereksinim,
 - Yılda 500 milyon cinsel yolla bulaşan yeni enfeksiyon,
 - 267 milyon servikal kanser,
 - 1.8 milyon yeni HIV enfeksiyonu,
 - 7.4 milyon HIV/AIDS tedavisine ulaşamayan kişi,
 - 200 milyon FGM (genital sakatlama),
 - 700 milyon çocuk yaşta evlilik vakası mevcuttur.
 - Dünyada 3 kadından biri yaşamının bir döneminde – partnerinden şiddet görmektedir.
- Bu gerçekler karşısında Zirvede: Zaman daralıyor, Süreci Hızlandıralım, Taahhütleri gerçekleştirmek için Sözcükleri Eyleme çevirelim- ‘No one left behind’ yani ‘Kimse geride bırakılmamalı’ denilmiştir.



Şekil 5. Farklı DSÖ Bölgelerinde Anne Ölüm Oranları (100.000 canlı doğumda)

21.Yüzyılda hala her alanda olduğu gibi sağlıkta özellikle de kadın sağlığında eşitsizlikler devam etmekte olup anne ölüm oranlarındaki eşitsizlikler ‘uçurum’ düzeyindedir (Şekil 5).

Nairobi zirvesinde tüm bulgular - sonuçlar değerlendirilerek, 2030 yılına dek dünyanın ulaşması beklenen 17- Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) dikkate alınarak ‘cinsel ve üreme sağlığı’ bağlamında ulaşılması gereken 4 hedef belirlenmiştir. Bu Hedefler: 1. Önlenabilir nedenlere bağlı anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi 2. AP’de karşılanmayan gereksinimin sıfıra indirilmesi 3. Kadınlara yönelik şiddet ve zararlı geleneksel uygulamaların sıfıra indirilmesi (çocuk yaşta evlilikler ve Genital sakatlama- (Female Genital Mutilation – FGM) 4. Gençlere haklar bağlamında öncelik ve önem verilmesi - özellikle cinsel sağlık, üreme sağlığı konularında hizmet sunulmasıdır.

Bu hedeflerin özellikle ilk üçünü Türkiye bağlamında irdelediğimizde; Türkiye’de 1994 - 1995 - yıllarında özellikle kadın-anne ve çocuk sağlığında hak temelli sağlık hizmetinin sağlanması için çok fazla gerçekleştirilenler olmuştur. Bunlardan bazıları: Cumhuriyet döneminin başlangıcından itibaren atılan adımlarla, başlattıkları kadın erkek eşitliğinin önünü açan, temelini oluşturan pek çok çalışma yapılmıştır. Yine üreme sağlığını iyileştirmede atılan büyük adımlar olmuştur. Örneğin, 1952’de anne çocuk sağlığı merkezlerinin kurulması, 1960 planlı döneme geçiş, 1961 - 224 sayılı yasa ile başlatılan Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) yaklaşımı; 1965 – 557 ilk Nüfus Planlaması Yasası ve TSH sisteminin uygulanmasına bağlı sağlıksız düşüklere bağlı anne ölümlerinin payı % 53 den % 2 ye düşmüştür.



“200 MİLYON GENİTAL OLARAK SAKATLANMIŞ KADIN MEVCUT. HER YIL 500 MİLYON YENİ-CİNSEL YOLLA BULAŞAN ENFEKSİYON MEYDANA GELİYOR”

Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Sistemi

Daha sonra Türkiye’de yaklaşık 40 yılı aşan bir süre uygulanmış olan TSH sisteminden vazgeçilerek, ‘Sağlıkta Dönüşüm’ olarak bilinen değişikliğe gidilmiş ve 2004 yılında pilot uygulama olarak Düzce ilinde başlatılan ve bilimsel-ayrıntılı değerlendirmesi yapılmaksızın 2011 yılında tüm Türkiye’ye yaygınlaştırılan aile hekimliği-sağlık sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu yeni sistemde, birinci basamakta hekim, ebe-hemşirenin olduğu ve üreme sağlığı bağlamında çok önemli olan TSH yaklaşımından uzaklaşmış, tedavinin ön planda olduğu, verilen hizmetlere ‘performans’ skorlamasının yön verdiği, sağlık hizmetinin metalaştırıldığı – kar amaçlı olmasını öne alan, sağlık ekibini zayıflatan bir model uygulanmaya başlamıştır.

Ataerkil Zihniyetin Ön Plana Çıkması

Bu sistem değişikliğinin yanı sıra özellikle kadın konusunda ataerkil zihniyetin ön plana çıktığı, kadını temel olarak doğurganlık fonksiyonu ile gören – görmek isteyen, doğurganlığını teşvik eden, doğurganlığın düzenlenmesi hizmetlerinde engelleyici bir ‘politik atmosfer’ giderek hakim olmaya başlamıştır.

Anne Ölümünün Sıfıra İndirilmesi

Kadın konusunda ve sağlık sistemi bağlamında özellikle 2000’li yıllardan sonra Türkiye’de meydana gelen bu temel yaklaşım değişikliği de dikkate alınarak, ‘Türkiye, 2030 yılına dek Nairobi’de belirlenen hedeflere ulaşabilir mi?’ sorusunun çok kısa bir değerlendirmesi yapılacak olur ise; Nairobi zirvesinde belirlenen 4 hedef, bu yazı kapsamında söz edilen ‘hak temelli sağlık hizmeti sunulmasının ‘olmazsa olmazlarıdır. Dört hedefe ulaşmak bireylerin, ailelerin toplumun vazgeçilmez insan hakkı, gerçekleştirilmesi ise devletin- anayasal görevidir.

İlk hedef önlenebilir nedenlere bağlı anne ölümlerinin sıfıra indirilmesidir. Gerek 2005 Ulusal Anne Ölüm (AÖ) Araştırma sonuçları gerekse yıllar içinde AÖ’lerinin trendi bu hedefe ulaşılmasının çok güç

olmaması gerektiğini göstermektedir. Çünkü Türkiye’de 1963 yılından beri 5 yıl aralıklarla tekrarlanan ‘Nüfus ve Sağlık Araştırmaları’ 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölüm Araştırması ve ilki 2008 yılında, ikincisi 2014 yılında gerçekleştirilen Kadına Yönelik Şiddet Araştırmaları, Nairobi Zirvesinde belirlenen hedeflere ulaşmada nelerin yapılması gerektiğini bilimsel kanıtları ile çok açık göstermektedir.

Şöyle ki; gerek anne ölüm oranı gerekse yaşam boyu annelik nedeni ile ölüm, kırsal alanlarda kentsele göre yaklaşık 2 misli daha yüksektir (Tablo 4).

Bölge	Anne Ölüm Oranı (100 000 CD’da)	Yaşam Boyu Risk (*) (.... Kadından biri)
Türkiye	28,5	1536
Kentsel	20,7	2391
Kırsal	40,3	869

Tablo 4. Türkiye’de Anne Ölüm Oranı ve Yaşam Boyu Annelik Nedeni ile Ölüm Riski (2005 UAÖ Araştırması)Türkiye’de AÖO, Bölgelere göre çok farklı olup Batı bölgesinde en düşüktür (Tablo 5).

İstanbul	11,0	4876
Batı Marmara	42,1	1560
Ege	31,5	1764
Doğu Marmara	21,7	2549
Batı Anadolu	7,4	6947
Akdeniz	25,1	1737
Orta Anadolu	11,9	3067
Batı Karadeniz	26,8	1956
Doğu Karadeniz	68,3	883
Kuzeydoğu Anadolu	68,3	439
Orta Doğu Anadolu	36,9	755
Güneydoğu Anadolu	38,9	626

Tablo 5. Türkiye’de Anne Ölüm Oranı ve Yaşam Boyu Annelik Nedeni İle Ölüm Riski 2005 UAÖ Araştırması

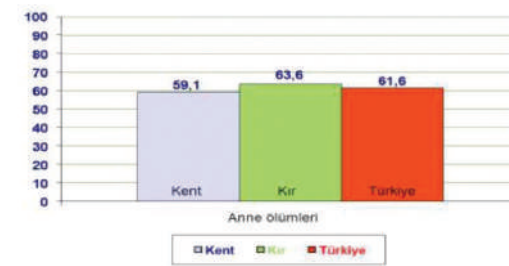
“DÜNYAYI DÖNÜŞTÜRECEK 17 SÜRDÜREBİLİR KALKINMA HEDEFİNİN BEŞİNCİSİ, KADINLARI TÜM İNSAN HAKLARININ KULLANIMI BAĞLAMINDA ETKİLEYEN VE HAKKINDA EN FAZLA HAK İHLALİ YAPILAN HEDEF OLUP TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİDİR”

Önlenebilir anne ölümlerini engellemenin belki de en kolay yolu ‘riskli gebeliklerin-aile planlaması yöntemleri ile önlenmesidir’. Türkiye’de çoklu risk kategorisinde olan gebeler % 25’dir (Şekil 6).



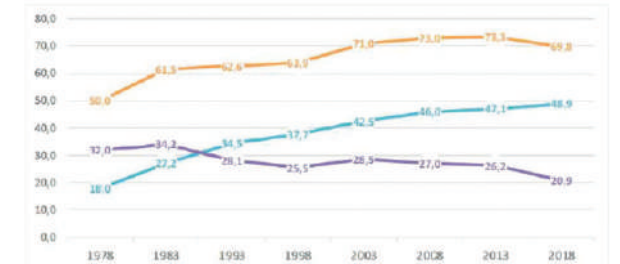
Şekil 6. Türkiye- Bebek ve Çocuk Ölümlüğünü etkileyen Diskli Doğurganlık Davranışları (2018-TNSA)

Türkiye’de anne ölümlerinin 3’te 2’si (% 62) önlenebilir nedenlere bağlı meydana gelmektedir (şekil 7). Bunun anlamı, sağlık sistemi ve burada verilecek üreme sağlığı hizmetleri bu faktörleri dikkate alınarak birinci basamakta uygun bir ekiple TSH yaklaşımı ile verilebilse anne ölümlerinin % 62 si önlenebilir; bunun anlamı, Nairobi Zirvesinin 1. hedefine ulaşılması demektir. Ancak burada dikkate alınması gereken bir husus da sağlık sisteminin ötesinde, kadının toplumsal konumunun ‘uygulanan toplumsal cinsiyet ayrımcılığının’ önlenmesi her tür ataerkil yaklaşımın engellenmesi yani kadın - erkek eşitliğinin gerçekleştirilmesidir.



Şekil 7. Türkiye’de Önlenebilir Nedenlere Bağlı Anne Ölümleri (2005 UAÖA)

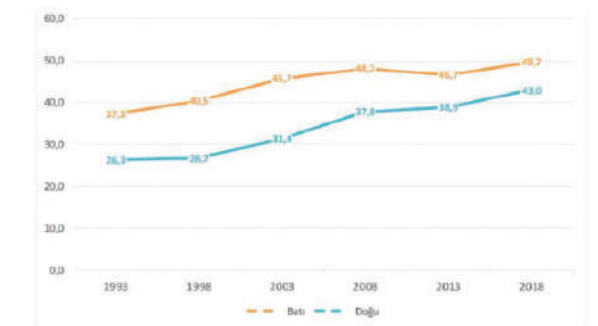
Şekil 8, yıllara göre anne ölümlerinin eğilimi incelendiğinde, sağlık sisteminin AÖ’lerini indirmedeki etkisine işaret etmektedir. Anne ölümlerindeki 2010 yılına dek meydana gelen çarpıcı azalma, TSH sisteminin değiştirildiği 2010 yılından sonraki yıllarda düşüşünü sürdürmemiş ‘plato’ çizmiştir (Şekil 8).



Şekil 8. Türkiye’de Yıllara Göre Anne Ölüm Oranları (100.000 Canlı Doğumda)

Kadınların Doğurganlığı Teşvik Edilmektedir

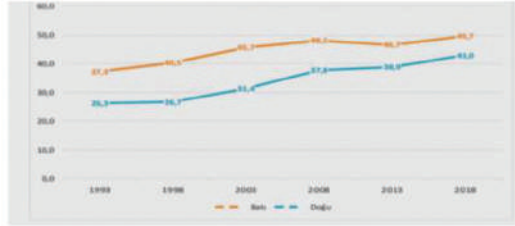
Anne ölümlerinde bölgesel eşitsizlikler belirgindir. Riskli gebelikler hala sorun, buna karşın Aile Planlaması (AP) hizmetlerinde karşılanmayan gereksinim giderek artmakta , AP hizmetlerine ulaşım engellenmekte, isteyerek düşük hizmeti geçmişe kıyasla birinci ve 2.Basamak sağlık birimlerinde mevcut yasaya rağmen verilmemektedir. Kadınların doğurganlığı teşvik edilmektedir. Kadınların Cumhuriyetle kazandıkları eşitlikçi haklardan geriye doğru adımlar atılmaktadır. Sağlık sistemi – özellikle birinci basamakta TSH yaklaşımından uzaklaşmış, Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmeti verilmesinde kilit personel olan ebe- hemşire ekte rutin olarak yer almamaktadır. Aile Planlamasında (AP) karşılanmayan gereksinim sıfıra indirilmelidir. Zirvede, ‘eğer bu hedef gerçekleşemez ise önlenebilir anne ölümlerinin sıfıra indirilmesi hedefine de ulaşılamaz’ cümlesi vurgulanmıştır.



Şekil 9. Türkiye’de yıllara göre Aile Planlaması Yöntemi Kullanma (1978-2018 - %)

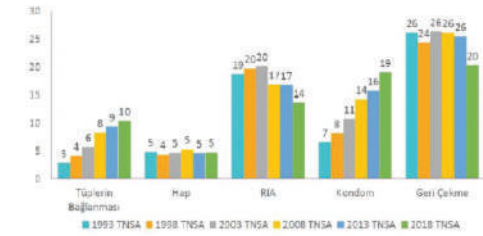
Türkiye’de Aile Planlaması (AP) hizmetleri ilk Nüfus Planlaması (NP) yasanın kabul edildiği 1965 yılından itibaren hizmetlerin mevcut gereksinimi karşılamak temelinde yaygın verilmesine bağlı giderek artmış olup 2. NP yasanın kabul edildiği 1983 yılından itibaren ise şekil 9’da net görüleceği gibi etkili AP yöntem kullanımı ilk kez etkisiz-geleneksel yöntem kullanımını aşmış ve bu eğilim uzun yıllar devam etmiştir.

“ÖNLENEBİLİR ANNE ÖLÜMLERİNİ ENGELLEMENİN BELKİ DE EN KOLAY YOLU ‘RİSKLİ GEBELİKLERİN-AİLE PLANLAMASI YÖNTEMLERİ İLE ÖNLENMESİDİR’. TÜRKİYE’DE ÇOKLU RİSK KATEGORİSİNDE OLAN GEBELER % 25’DİR”



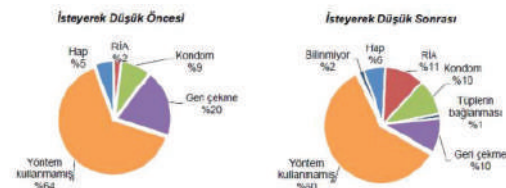
Şekil 10. Türkiye’de yıllara göre Bölgesel olarak Modern Kontraseptif kullanımı (1993-2018)

Ancak 2000’li yıllardan sonra birinci basamak sağlık birimlerinde AP hizmetlerinin verilmesinde ‘hak temelli hizmet anlayışı ile bağdaşmayan’ yaklaşım değişiklikleri sonucu etkili yöntemlerin kullanımında – özellikle kullanım ve teorik etkililiği yüksek toplumun en fazla kabul edip talep ettiği Rahim İçi Araf (RIA) kullanımında belirgin düşüşler olmuş ve bu eğilim ne yazık ki devam etmektedir (Şekil 11)



Şekil 11. Türkiye’de yıllara ve türlere göre kontrasep kullanma

İsteyerek düşükler ailelerin çocuk sayısını kısıtlamada... motivasyonunu gösteren bir ölçüttür ancak ailelerin düşük öncesi kontraseptif kullanımında büyük bir oranı yöntem kullanmadıkları için gebe kaldıkları bölüm oluşturmaktadır. Ne yazık ki düşük sonrası da bu oran aynen devam etmektedir. Bu da verilen hizmetin niteliği hakkında fikir veren bir husustur (Şekil 12).

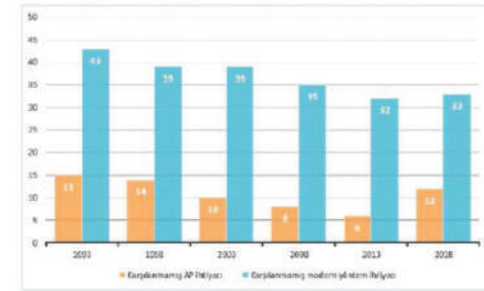


Şekil 12. Türkiye’de Düşük öncesi ve sonrası Gebeliği önleyici yöntem kullanımı (2018)



Şekil 13. Türkiye’de Aile Planlanmasında Karşılanmayan Gereksinim (1993-2018)

Şekil 13 ve 14’de de izlenebileceği gibi Türkiye’de AP’da karşılanamayan hizmet gereksinimi 5 yıllık arada ikiye katlanmıştır. Eğer bu sayıya hizmet ihtiyacı olup geleneksel yöntem kullananlar da eklenecek olur ise, AP’da karşılanmayan gereksinim % 33 olmaktadır. Bunun anlamı Türkiye’de 3 aileden biri ihtiyacı olduğu halde AP hizmetine ulaşamamaktadır. Bu sonucun sağlık politikalarını oluşturanlar ve sağlık hizmeti verenler tarafından iyi değerlendirilmesi gerekir. Program konumuz olan ‘Hak temelli Yaklaşımın tam tersi bir yaklaşım olduğunu vurgulamak sanırım ‘haksızlık’ olmaz (şekil 13,14 ve 15)



Şekil 14. Türkiye’de Yıllara göre Karşılanmamış AP ve Modern Yöntem ihtiyacı (1993-2018)



Şekil 15. Türkiye’de Aile Planlanmasında Karşılanamayan hizmet Gereksinimi



“İSTANBUL SÖZLEŞMESİ, KADINA YÖNELİK ŞİDDETİ BİR İNSAN HAKLARI İHLALI VE AYRIMCILIĞIN BİR TÜRÜ OLARAK KABUL EDİYOR. EĞER CİNSİYET TEMELLİ ŞİDDETE KARŞI YETERLİ TEPKİ VERİLMEZ İSE DEVLETLERİN, BUNDAN SORUMLU TUTULACAĞINI VURGULAMAKTADIR”

Kadına yönelik şiddet ve zararlı geleneksel uygulamaların (çocuk yaşta evlilikler, genital sakatlama (FGM) sıfıra indirilmesi hedefi bağlamında Türkiye’de, cinsiyet temelli şiddet ve çocuk yaştaki evlendirmeler söz konusudur. Bunların temel nedeni ülkemizde hala ciddi ölçüde devam eden ‘toplumsal cinsiyet ayrımcılığıdır’. Yine hak ihlalinin bu iki örneğini de ne yazık ki toplumun ‘meşrulaştırma eğilimi’ vardır. İyi bilinen bilimsel gerçek, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı zaman içinde değişime uğrar ve politikalarla kurumsallaştırılır.

Türkiye’de 2008 yılı ve 2014 yıllarında yapılan ‘kadına yönelik şiddet (KYŞ) araştırmaları’ son derece yol gösterici olup KYŞ’in azaltılmasında çok yaygın olarak devam ettiğini göstermektedir. Cinsiyet temelli şiddetin bir insan hakları ihlali olduğu, kalkınmanın önünde engel oluşturduğu ve mücadelede ciddi radikal adımların, disiplinler ve sektörler arası iş birlikleri ile atılması gerektiği bilinen bilimsel gerçeklerdir. Konu bağlamında Cumhuriyetin başlangıcından itibaren kadın-erkek eşitliği konularında yasal ve sosyal alanlarda yapılanlar; 1980’lerden sonra güçlenen ‘kadın hareketi’, çıkarılan 4320 (1998) ve 6284 (20...) sayılı KYŞ le ilgili yasalar; Türk Ceza Kanununun ve Türk Medeni Kanununun ayrımcı maddelerini ayıklanması önemli adımlardır. Ancak tüm bunlara rağmen kadın erkek eşitsizliğini artıracı olumsuz adımlar da ne yazık ki atılmıştır hatta bu eğilim yani kadını hakların kullanımı bağlamında farklı bir kalıba koyma uygulamaları halen devam etmektedir. Bu konuda TÜİK’in istatistik bilgileri, ya da Sağlık Bakanlığının yıllık Raporlarının incelenmesi bile kadınların eğitim, istihdam, sağlık

vb konularında ki yaklaşımları ortaya koymaktadır. Örnek olarak, Türkiye’de uzun yıllar 5 yıl olan ilköğretim eğitimi 1997 yılında ‘kesintisiz olmak koşulu ile 8 yıla çıkarılmıştır’. Eğitimde doğru atılan bu adım, 2012 yılında kabul edilen 6287 sayılı kanunla, 4+4+4 olarak bilinen kesintili hale getirilmiştir. Eğitimde kız çocukların aleyhine olacak, daha farklı eğitimlere yönlendirilmesini, hatta eğitime devam etmemelerine yol açabilecek, toplumsal cinsiyet ayrımcılığını artırıcı etkisi olacağı beklenen bir durum olduğu halde bu adım ne yazık ki atılmıştır...

İstanbul Sözleşmesi’nin İlk İmzacısı Türkiye’dir
Kadına Yönelik Şiddet konusunda ‘yorumlamada güçlük çekilen’ bir konu ise hazırlığında Türkiye’den uzmanların emek verdiği öncülük yaptığı, ilk imzaya İstanbul’da TC. Devletin ev sahipliğinde açıldığı için adını bile İstanbul Sözleşmesi olarak alan ‘Avrupa Konseyi Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Sözleşmesi’, Uluslararası bir Yasa olup 2011 yılında ilk imzayı atan ülke Türkiye olmuştur. İmzayı müteakip TBMM’nin de onayladığı (Anayasa madde 90) yasa, ulusal yasalarımızı üzerinde bir güç kazanmıştır. KYŞ- İstanbul Sözleşmesi, en güncel koruma, önlem, kovuşturma, kadını destekleme ve bütüncül yaklaşımları getiren - garantileyen bir yasa. Sözleşme, kadına yönelik şiddeti bir insan hakları ihlali ve ayrımcılığın bir türü olarak kabul ediyor. Eğer cinsiyet temelli şiddete karşı yeterli tepki verilmez ise, devletlerin, bundan sorumlu tutulacağını vurgulamakta.

İstanbul Sözleşmesi Ne Diyor?

Türkiye’de kadın konusunda belki de en dikkat çeken geri adım İstanbul Sözleşmesinden hukuka uymayan bir



“SAĞLIK SADECE BİREYSEL BİR SORUMLULUK OLMAYIP; DEVLET – HÜKÜMETLER VE SAĞLIK HİZMETİ VERENLER GEREĞİNİ YAPMAKLA YÜKÜMLÜDÜRLER”

Yıllar	Mevcut ülkeler içindeki sıralama
2013	136 ülke içinde 120. sırada
2014	142 ülke içinde 125. sırada
2015	145 ülke içinde 130. sırada
2016	144 ülke içinde 130. sırada
2017	144 ülke içinde 131. sırada
2018	145 ülke içinde 130. sırada
2019	153 ülke içinde 131. sırada

Tablo 6. Dünya Ekonomik Forum Raporu – Türkiye’de Yıllara Göre, Toplumsal Cinsiyet Uçurum Endeksi (Türkiye)

yöntemle ‘imzamızın geri çekilmesi’ olmuştur. İstanbul Sözleşmesine karşı çıkarak nele ‘hayır’ diyoruz: Sözleşme, dört temel alanda devletlere sorumluluk yüklemektedir:

- Kadınlara yönelik şiddet ve ev içi şiddeti önlemek,
- Şiddete maruz bırakılan kadınları ve çocukları her tür şiddetten korumak, şiddetin faillerini kovuşturmak,
- Uygun, yeterli düzeyde koruma ve destek mekanizmaları oluşturma,
- Kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması konusunda bütüncül politikaların geliştirilmesi.

Biz Türkiye olarak izlenebildiği kadarı ile yasada var olmayan gerekçelerle ve Anayasamızda belirtilen

hukuki prosedürlere uymadan imzamızı geri çekmemizin açıklamasının yorumunun kadın hakları bağlamında mutlaka yapılması gerekmektedir.

Toplumsal Cinsiyet Uçurum Endeksinde Son Sıralardayız

Son olarak, Dünyayı dönüştürecek 17 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefinin Beşincisi, ‘Toplumsal Cinsiyet Eşitliği’ dir. Bu bağlamda Türkiye ile ilgili son yıllarda ‘Dünya Ekonomik Forum Raporunun değerlendirmelerine göre Türkiye’nin Toplumsal Cinsiyet Uçurum Endeksinde yıllar içerisinde hiçbir ilerleme kaydedememiş en son 2019 yılında analizi yapılan 153 ülke arasında 131. Sırada gelmektedir.

“İSTANBUL SÖZLEŞMESİ 4 TEMEL ALANDA DEVLETLERE SORUMLULUK YÜKLER: KADINLARA YÖNELİK ŞİDDETİ VE EV İÇİ ŞİDDETİ ÖNLEMEK; ŞİDDETE MARUZ BIRAKILAN KADINLARI VE ÇOCUKLARI HER TÜR ŞİDDETEN KORUMAK, FAİLLERİ KOVUŞTURMAK; UYGUN, YETERLİ DÜZEYDE KORUMA VE DESTEK MEKANİZMALARI OLUŞTURMAK; KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN ÖNLENMESİ VE TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTLİĞİNİN SAĞLANMASI KONUSUNDA BÜTÜNCÜL POLİTİKALAR GELİŞTİRMEK”

Sorunlar Nelerdir?

- Türkiye’de Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetlerine hak temelli yaklaşımın son derece eksik olduğunu göstermektedir.
- Mevcut yasalarda belirlenenler bile uygulamalara yansıtılmamaktadır.
- Kadına bakış açısı, ataerkil yaklaşımların hala sürmektedir.
- Kadın konularında eşitlikçi politikalar oluşturulması ya da olanların uygulamalara yansıtılmasında politik irade ortaya konulmamakta hatta ‘politik direnç’ gösterilmektedir.
- Toplumsal cinsiyet eşitliği kasıtlı olarak hedef alınmamaktadır.
- Sağlık sisteminin özellikle kadınlara verilen ‘koruyucu hizmetlerin, aile planlaması hizmetleri örneğinde olduğu gibi geri plana atılmaktadır hatta engelleyici uygulamalar vardır.
- Sağlık hizmet modelinin Toplum Sağlığı Hizmeti (TSH) model ve ilkelerinden uzaktır, sağlık hizmetlerinde uluslararası norm ve standartlara paralel ‘Hak temelli’ hizmet modeli dikkate alınmamaktadır.
- Toplumda sağlık konusunda, hizmet talebinin kendi hakkı, bunu sağlamanın da devletin görevi olduğu bilinci eksiktir.

2030 Yılı hedeflerine Ulaşma Olasılığı

Mevcut sağlık hizmet modeli, zihniyet ve kadın konusunda uygulamalardaki ayrımcı politikalarla ‘Türkiye’de 3 Sıfır Nairobi-Zirvesi hedeflerine 2030 yılına dek ulaşılması çok kolay görünmemektedir. Yine de acilen yapılmasıya da yapılmaya başlanması gerekenler çok kısaca vurgulanacak olur ise:

- Toplumun tümünde (Her iki cinsiyette, her yaş grubunda, her eğitim düzeyinde, her disiplin ve her sektörde) sağlığın bir insan hakkı olduğu konusunda ve ilgili hizmetleri talep etme ve almanın ‘hakları olduğu’ konularında farkındalık artırıcı faaliyetlere ağırlık verilmesi,
- Karar vericilere-politika belirleyicilere, yöneticilere ve hatta sağlık sektörü mensuplarına ‘Hak temelli sağlık hizmetinin anlamı ve bunun uygulanmasının bir zorunluk olduğu’ hususlarında, uluslararası norm ve standartlara uygun bir bilinç geliştirilmesi için konu, örgün eğitim düzeylerinden itibaren ele alınmalı ve görevlendirilmelerin ‘liyakat esasına göre’ yapılması,
- Yapılandırılmış, stratejisi belirlenmiş ‘savunuculuk’ faaliyetlerinin bilimsel gerçeklere ve kanıtlara dayalı

yapılması, bu faaliyetlerin sivil toplum dahil tüm sektörlerce yapılması

- Kadınları öteleyen-ikincil konuma getiren ‘ataerkil yaklaşımlar ve bunun ürünü olan ‘zihniyetle’ mücadele edilmesi, Kadınların güçlenmesi – bu konuda engelleyici olunmaması
- Sağlık sisteminin koruyucu hizmetler yönünden sorun alanları iyi ortaya konularak gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Üreme sağlığı / kadın sağlığı ve bu hizmetleri almanın bir insan hakkı olduğu noktasından hareket edilmeli – yani hak temelli yaklaşım uygulamalarla gerçekleştirilmelidir.
- Global gelişmelerin izlenmesi bağlamında uluslararası kuruluşlarla iş birliği yapılması,
- Tüm bunların sadece politik zeminde değil bilimsel esaslara göre tartışılması,
- Uygulama sonuçları / gelişmeler toplumsal cinsiyete duyarlı göstergelerle izlenmelidir.

Kimse Geride Bırakılmamalı (No One Left Behind)

2019 I CPD25- Nairobi Zirvesi, Zaman daralıyor, Süreci Hızlandırılım, Taahhütleri gerçekleştirmek için Sözcükleri Eyleme çevirelim. ‘No one left behind’- ‘Kimse geride bırakılmamalı’ yaklaşımını vurguladı. Kadın sağlığında da uzmanlaşmış bir halk sağlığı ve bir savunucu olarak vurgulanmak istenilen; sağlığın doğuştan kazanılmış bir insan hakkı olduğu, sağlıksızlığın sadece bireyi değil tüm aileyi, tüm toplumu etkileyen bir sonuç olup ülkelerin gelişmesinin önünde bir engel olduğu unutulmamalıdır. Sağlık sadece bireysel bir sorumluluk olmayıp; devlet – hükümetler ve sağlık hizmeti verenler gereğini yapmakla yükümlüdürler. Sağlığın geliştirilmesinde ilerleme, ancak ülke içinde ve ülkeler arasında var olan eşitsizlikleri gidermekle, hak temelli hizmet verilmesinin garantilenmesi ile sağlanabilir.”

HALK SAĞLIĞI UZMANLARININ İSTİHDAM SORUNLARI NELER?

“HALK SAĞLIĞI, ULUSLARARASI ALANDA GİDEREK YÜKSELMEKTEDİR. ÇÜNKÜ SAĞLIK HARCAMALARI TÜM DÜNYA İÇİN KARŞILANAMAZ BOYUTLARA ULAŞMAKTADIR”

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)'nin 2021 yılı Kongre kitabında yayımlanan Halk Sağlığı uzmanları ve Halk Sağlıkçıların Sağlık Bakanlığı (SB) ve SB dışındaki diğer kamu ve özel kurum ve kuruluşlardaki istihdamını etkileyen faktörleri irdeleyen makalede öne çıkan bilgileri klinikiletişim dergisi için derledik.

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Erhan Eser ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Lütfi Saltuk Demir tarafından hazırlanan makalede yer verilen tespitler şöyle:

“Halk Sağlığı (HS) uzmanı sadece Türkiye’de değil bütün dünyada mutsuzdur. Bunun nedenini ‘sağlıktan kar etme’ çabasında, yani sağlık alanında uygulanan liberal politikalarda aramak gerekir. Bütün bunlara karşın halk sağlığı, uluslararası alanda giderek yükselmektedir. Çünkü sağlık harcamaları tüm dünya için karşılanamaz boyutlara ulaşmaktadır ve ayrıca halk sağlığına, sadece yönetmek için değil ‘değiştirmek için’ de büyük gereksinim vardır. Halk sağlıkçıları, yönetim ve epidemiyoloji alanındaki yetkinlikleri nedeniyle ‘kök hücredir’. Bu nedenle sadece kamuda değil sağlığın her alanında söz sahibi olmalıdırlar. Halk sağlığı, sadece SB ve üniversitelerde değil tüm kamu ve özel kuruluşlar için HS bir çalışma alanıdır, ancak ‘sağlık hizmetinin kamu ağırlıklı olması HS uzmanının verimliliğini artırır’. Buna karşın, şu anda SB merkez ve taşra örgütlenmesinde HS uzmanlarının görev tanımına uygun istihdamı

çok kötü durumdadır.

Bırakın HS uzmanlarını, birçok ilde HS başkan yardımcıları hekim bile değildir. Bu kaynağın israf edilmesi, bir kötü yönetim örneği sayılmalıdır.

Liyakat Sorunu

HS uzmanı olmadan bir ülkenin sağlık sistemi yürütülemez. Halk sağlığı uzmanının kamuda ve özellikle Sağlık Bakanlığı’nda istihdamı önündeki en ciddi engel, kamu yönetiminde ‘liyakat’ sorunudur. Bunun en önemli nedeni sağlığın politikacılar için en kullanışlı ‘popülist uygulama alanlarından’ birisi olmasıdır. Politikacılar, popülist politikalarını, sözlerini geçirebilecekleri merkez ve taşra yöneticileri aracılığıyla uygulamayı tercih etmeleridir. Dolayısıyla, halk sağlığı uzmanının özellikle taşra örgütünde uygun istihdamının karşısında yerel politik unsurlar da önemli rol oynamaktadır.

İstihdam İçin Ne Yapmalı?

- Halk sağlığının tanıtımı ve savunuculuğu için: Halk sağlıkçıları, ‘Savunuculuk ve değiştiricilik’ için sürekli çaba harcamak zorundadırlar. Halk sağlığının her şeyden önce tanıtıma ihtiyacı vardır. Gerek toplum gerekse sağlık sektörü içinde ve hatta diğer klinik branşlar arasında da ‘Halk Sağlığı’ iyi tanıtılmamıştır.
- Sağlık Bakanlığı teşkilatında uygun istihdam için: HS uzmanının Sağlık Bakanlığı’nda uygun istihdamı sorununun aşılabilmesi ancak ve ancak kesin hüküm içeren mevzuat düzenlemeleriyle mümkün olabilir. Halk sağlığı uzmanının bu anlamda

“HALK SAĞLIĞI UZMANININ SAĞLIK BAKANLIĞINDA UYGUN İSTİHDAMI SORUNUNUN AŞILABİLMESİ ANCAK VE ANCAK KESİN HÜKÜM İÇEREN MEVZUAT DÜZENLEMELERİYLE MÜMKÜN OLABİLİR. HALK SAĞLIĞI UZMANININ BU ANLAMDA EN ÖNEMLİ DÜŞMANI, MEVZUAT METİNLERİNDEKİ ‘TERCİHEN’ SÖZCÜĞÜDÜR”



“SAĞLIK HİZMETİNİN KAMU AĞIRLIKLIL OLMASI HALK SAĞLIĞI UZMANININ VERİMLİLİĞİNİ ARTIRIR. BUNA KARŞIN, ŞU ANDA SAĞLIK BAKANLIĞI MERKEZ VE TAŞRA ÖRGÜTLENMESİNDE HALK SAĞLIĞI UZMANLARININ GÖREV TANIMINA UYGUN İSTİHDAMI ÇOK KÖTÜ DURUMDADIR”

en önemli düşmanı, mevzuat metinlerindeki ‘tercihen’ sözcüğüdür.

Halk sağlığı uzmanının sahada çalışırken karşılaştığı sorunların, aldığı eğitimle yeterince örtüşmediği konusunda bir fikir birliği vardır. Bu kısmen doğru olsa da nedeni bir kısır döngüdür. Sağlık Bakanlığı, halk sağlığı uzmanlık eğitimine sahada yeterince destek olmamakta, uzman yetiştirmenin sorumluluğunu tamamen üniversiteler üzerine atmaktadır.

Sağlık Bakanlığı Dışındaki Çalışma Alanları Neler?

Halk sağlığı uzmanı kesinlikle Sağlık Bakanlığı dışında da çalışmalıdır. Halk sağlığı uzmanı, farklı bir bakış getirir ve çalışacağı alana katkı sağlar. Bunun için SB dışında da çalışmasında toplum açısından da yarar vardır. Halk sağlıkçı her yerde olmalı

ancak her şeyi yapmamalı, disiplinler arası ilişkileri yönetmelidir. Sağlık sektörü ister kamu sektöründe ister özel sektörde, nerede verilirse verilsin bir ‘kamu hizmetidir’, ancak önemli olan ‘Halk sağlığının -uzmanın değil- tanıtımıdır’. HS uzmanları, SB dışında diğer Hükümet kuruluşlarında (bakanlıklarda) çalışabilmelidirler. Halk sağlığı uzmanı her sektörde bulunmalıdır (Health in all Sectors -her bakanlıkta bir komisyon olsa içinde HS uzmanı da bulunmalıdır).

Üniversitelerde Çalışma İmkânı

Tıp fakültelerinin HS ana bilim dallarında HS uzmanlarının istihdamı önünde günümüzdeki en önemli engel ücretlerin düşüklüğüdür. Öte yandan, her ne kadar sadece halk sağlığının değil tüm tıp uzmanlık alanlarının sorunu olsa da liyakate dayalı olmayan akademik kadrolaşma da kadrolaşmayı

“HALK SAĞLIĞI UZMANLARI, SAĞLIK BAKANLIĞI DIŞINDA DİĞER HÜKÜMET KURULUŞLARINDA (BAKANLIKLARDA) ÇALIŞABİLMELİDİRLER. HALK SAĞLIĞI UZMANI HER SEKTÖRDE BULUNMALIDIR (HEALTH IN ALL SECTORS -HER BAKANLIKTA BİR KOMİSYON OLSA İÇİNDE HALK SAĞLIĞI UZMANI DA BULUNMALIDIR)”



“HALK SAĞLIĞI UZMANLARININ İSTİHDAMI ÖNÜNDE GÜNÜMÜZDEKİ EN ÖNEMLİ ENGEL ÜCRETLERİN DÜŞÜKLÜĞÜDÜR. LİYAKATE DAYALI OLMAYAN AKADEMİK KADROLAŞMA DA NİTELİKLİ UZMAN YETİŞTİRMEYE ENGEL OLABİLMEKTEDİR”

önleyerek nitelikli uzman yetiştirmeye engel olabilmektedir. Ayrıca, halk sağlığı uzmanlığı, HS profesyoneli üretiminde tek seçenek olmamalıdır.

İş Sağlığı Alanında Çalışma İmkânı

Katılımcılar iş sağlığı alanında ‘fırsatlara’ göre ‘güçlüklerin’ daha fazla olduğunu, ama halk sağlığı bir misyon olarak görülürse ‘fırsatlar daha fazla’ olacağını öne sürmektedir. Sağlık alanı iş sağlığı ile yeterince entegre değildir, entegre olursa bu alanda daha fazla halk sağlığı uzmanı çalışabilir, yararlı olabilir. Halk sağlığının tüm özelliklerinin iş sağlığı alanında uygulanması gerekir. OSGB’lerde mesul müdür halk sağlığı / iş sağlığı uzmanı olmalı. Ayrıca sendikalarda halk sağlığı/iş sağlığı uzmanlarının istihdamı mümkün olabilmelidir. İş sağlığı alanında çalışmak için çalışma bakanlığı iş müfettişliği önemli bir çalışma alanı olabilir. Hekim iş müfettişliği kadroları bulunmakta, İŞGÜM’de hekim kadroları bulunmakta fakat halk sağlığı uzmanı kadrosu bulunmamaktadır. Bu konu ele alınmalıdır.

Çevre Sağlığı Alanında Çalışma İmkânı

Çevre alanı giderek HS uzmanlarının terk ettiği alanlardan birisidir. HS uzmanlık eğitiminde çevre konusundaki yetersizlikler, uzmanların sahada

da bu alandan uzaklaşmalarına neden olmuştur. Çevre yan dal uzmanlığı kısa vadede bir çözüm gibi görülmemektedir. HS uzmanları,

*Çevre Bakanlığında; Çevre Yönetimi GM ‘ ve Büyük Endüstriyel Kazalar (BEKRA) yönetmeliği kapsamında rapor / belge hazırlığı sürecinde ve çevre il müdürlüklerinde ‘, Turizm Bakanlığında, ‘Yeşil Otel Belgelendirmesi’, Adalet Bakanlığında, ‘bilirkişilik’ ve ‘ÇED raporlarında bilirkişilik’, ÇED danışmanlık firmalarında, görev alabilirler.

ÇED yanında ‘SED değerlendirmelerinde’ halk sağlığı uzmanlık becerisine ihtiyaç var. Ancak bu konuda halk sağlığı uzmanının da ek eğitime ihtiyacı vardır. HS uzmanları, uluslararası kuruluşlarda ve özel da görev alabilirler ancak çevre alanı bir çatışma alanıdır, dolayısıyla

Halk Sağlığı uzmanının çatışma yönetimi becerisi önemlidir.

Belediyelerde Çalışma İmkânı

Belediyeler, halk sağlığı uzmanı ya da halk sağlığı alanında lisansüstü derecesi olanların önemli ve ihmal edilmiş bir çalışma alanıdır. Bugüne dek, halk sağlığı alanında büyük sorumlulukları olan ve bunları her koşulda yerine getirmek zorunda olan belediyeler, genellikle halk sağlığı alanında el


klinikiletişim®

“HALK SAĞLIĞI UZMANININ, KAMUDA HEMEN BÜTÜN BAKANLIKLARDA VE ÖZELLİKLE DE BAŞTA BÜYÜK KENTLER OLMAK ÜZERE BELEDİYELERDE İSTİHDAM EDİLMESİ, BU KURUŞLARIN SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURULUŞLARLA EŞGÜDÜMÜ AÇISINDAN ÇOK ÖNEMLİDİR”



yordamıyla çalışmaktadırlar. Halk sağlığı uzmanının eksikliği gerek konvansiyonel yerel yönetim çalışmalarında gerekse Halk sağlığı alanındaki yeniliklere entegrasyonda belediyelerimizin faaliyetlerinde önemli ölçüde hissedilmektedir. HS uzmanının belediyelerde istihdamı için en önemli engellerden birisi ‘personel dağılım cetvellerinde’ HS uzmanının yer almaması, yani kadro sorunudur. Belediyeler kadrolaşma ve istihdam açısından Çevre ve Şehircilik Bakanlığına bağlılyken idari açıdan kısmen iç işleri bakanlığına da bağlıdır. Belediyelerde HS uzmanı veya Halk Sağlığı istihdamı için planlı savunuculuk girişimlerine ihtiyaç vardır.

Gerekirse -mevzuat düzeltilinceye dek-Belediye İktisadi Teşekküllerinde (BİT) Halk Sağlığı uzmanları istihdam edilebilir. Ancak burada da önemli engel düşük maaşlardır.

Uluslararası Kuruluşlar ve Dış Ülkelerde Çalışma İmkânı

Sadece DSO'de değil, Birleşmiş Milletlerin hemen tüm alt kuruluşlarında halk sağlığı uzmanları görev alabilir. Bunların başında Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO) gelmektedir. Ancak Türkiye'nin yetiştirdiği HS uzmanlarının uluslararası

kuruluşlarda çalışması için önündeki en önemli engel, yeterli mesleki donanım, iletişim becerisi ve özgüven yanında 'İngilizce yeterliliğidir'.

Araştırma Danışmanlığı Alanında Çalışma İmkânı

Bu konudaki istihdam için uygun yapılar:

- Kamu (Ar-GE) projeleri,
 - Yerel yönetim projeleri,
 - Sivil toplum Kuruluşları projeleri
 - Kamuoyu araştırma kuruluşları
 - Dijital medya ve Web tabanlı diğer kuruluşlar
 - Dışardan özel bireysel danışmanlık hizmetleri
- örnek olarak verilebilir.

Sivil Toplum Kuruluşlarında Çalışma İmkânı

Sivil toplum kuruluşlarında başta çevre, göçmen sağlığı, üreme sağlığı gibi halk sağlığının diğer alanlarında alanın ücretsiz ya da gönüllü çalışma mümkündür. Sivil toplumda özellikle çevre ve göçler konusunda HS uzmanına çok ihtiyaç vardır.

Diğer Olası İstihdam Alanları

HS uzmanının eğitimi, bunlar dışında okul sağlığı hizmetlerinde ve ulusal veya uluslararası sağlığı



geliştirme projelerinde de doğrudan ya da proje temelli istihdamı mümkün olabilir. HS uzmanları cezaevi kurullarında da görev alabilirler.

Sonuç ve öneriler

Halk sağlığı uzmanlık eğitimi, halk sağlığı uzmanlarının Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatında sürekli kadrolarda ya da Ar-Ge birimlerinde proje bazlı yönetici olarak görev almalarına uygun içeriktedir. Halk sağlığı uzmanlarının ve diğer halk sağlığı disiplinlerinde diploma almış olan sağlık personelinin SB teşkilatında etkin konumda çalıştırılmaması sağlık-insan-gücü kaynak israfı anlamına gelir.

Halk sağlığı uzmanına önemli ölçüde Sağlık Bakanlığı teşkilatında ihtiyaç varsa da uzmanlık eğitim becerileri, HS uzmanının SB dışındaki kamu, özerk ve özel kuruluşlarda da çalıştırılmasına uygundur. HS uzmanının, kamuda hemen bütün Bakanlıklarda ve özellikle de başta büyük kentler olmak üzere Belediyelerde istihdam edilmesi, bu kuruluşların sağlık hizmeti veren kuruluşlarla eşgüdümü açısından çok önemlidir. SB

“SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLATINDA UYGUN İSTİHDAM İÇİN: HALK SAĞLIĞI UZMANININ SAĞLIK BAKANLIĞINDA UYGUN İSTİHDAMI SORUNUNUN AŞILABİLMESİ ANCAK VE ANCAK KESİN HÜKÜM İÇEREN MEVZUAT DÜZENLEMELERİYLE MÜMKÜN OLABİLİR”

dışındaki kamu ve özel kuruluşlar, HS uzmanları için alternatif değil ‘tamamlayıcı’ çalışma alanları olarak kabul edilmelidir. Halk sağlıkçıların SB bünyesinde etkin ve verimli istihdamının önündeki en önemli engel HS uzmanı istihdamında ‘mevzuat düzenlemeleri ile ilgili eksiklikler’ ve kamudaki ‘liyakat sorunudur’. HS uzmanının kamuda, SB dışındaki istihdamın sağlanması için başta Belediyeler olmak üzere diğer kamu kuruluşlarında kadro düzenlemelerine (PDC’lerinde gerekli düzenlemelerin yapılmasına) gereksinim vardır. HS uzmanının kamuda Belediyelerde ve kamu dışındaki istihdamı için halk sağlığının savunuculuğu ve tanıtımı konusunda HS uzmanlarının ve meslek örgütlerinin programlı bir tanıtım faaliyetine girişmeleri yararlı olacaktır. Ancak bugün halk sağlığı uzmanları zaman zaman işlevsiz bırakılmaları sonucunda mesleki ilgilerini yitirmeye başlamışlardır. HS uzmanı merak etmeli ve soru sormalı, kendisini mesleki ve toplumsal duyarlılıklar açısından geliştirmelidir.



“SAĞLIK BAKANLIĞI DIŞINDAKİ KAMU VE ÖZEL KURULUŞLAR, HALK SAĞLIĞI UZMANLARI İÇİN ALTERNATİF DEĞİL ‘TAMAMLAYICI’ ÇALIŞMA ALANLARI OLARAK KABUL EDİLMELİDİR. HALK SAĞLIKÇILARIN SAĞLIK BAKANLIĞI BÜNYESİNDE ETKİN VE VERİMLİ İSTİHDAMININ ÖNÜNDEKİ EN ÖNEMLİ ENGEL HALK SAĞLIĞI UZMANI İSTİHDAMINDA ‘MEVZUAT DÜZENLEMELERİ İLE İLGİLİ EKSİKLİKLER’ VE KAMUDAKİ LİYAKAT SORUNUDUR”

SAĞLIKTA GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİNDE GELECEK VİZYONU



SGK GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜ, KAZANIMLARA GÖRE ÖDEMEYİ TEŞVİK ETMEK AMACI İLE İKİ PROJE BAŞLATTI: KALİTE ODAKLI FİNANSMAN YÖNTEMLERİ UYGULAMASI VE İLAÇLAR İÇİN MALİYET- ETKİLİLİK ANALİZİNİN UYGULANMASI VE ULUSAL MALİYET ETKİLİLİK EŞİĞİ BELİRLENMESİ

26. TUSAP Toplantısı, 4 Mart 2022 tarihinde kamu, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör temsilcilerinin katılımı ile online platformda “Sağlık Finansmanı” ana başlığında düzenlendi. “Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemlerinde Gelecek Vizyonu” teması ile yapılan toplantı, başta TUSAP Yürütme Kurulu Başkanı ve T.C. Sağlık Bakan Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın, SGK GSS Genel Müdürü Prof. Dr. Gökhan Tuna Öztürk, Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürü Prof. Dr. Kemal Memişoğlu, Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi Program Yöneticisi Prof. Dr. Toker Ergüder, AİFD Genel Sekreteri Dr. Ümit Dereli, İEİS Genel Sekreteri Savaş Malkoç, MÜSİAD Sağlık Sektör Kurulu Başkanı Hüseyin Sarpkaya, OHSAD Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Reşat Bahat, SASDER Başkanı Levent Yiğit, SEİS Yönetim Kurulu Başkanı Metin Demir ve TİSD Genel Sekreteri Dr. Sami Türkoğlu olmak üzere 49 üst düzey sağlık profesyonelinin katılımı ile gerçekleşti.

SGK GSS Genel Müdürü Prof. Dr. Gökhan Tuna Öztürk’ün ana konuşmacı ve İ.Ü. Cerrahpaşa Öğretim Üyesi ve ÜHD Genel Sekreteri Prof. Dr. Haluk Özşarı’nın moderatör olarak yer aldığı 26. TUSAP Vizyon Toplantısı, Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) ve

Türkiye İlaç Sanayicileri Derneği (TİSD) ile Abbott, Atabay, Eczacıbaşı ve Roche firmalarının katkıları ile düzenlendi.

SGK’dan 2 Proje

26. TUSAP Toplantısında konuşan ve değer bazlı yani kazanımlara göre ödemeyi teşvik etmek amacı ile “Kalite Odaklı Finansman Yöntemleri Uygulaması” ve ilaçlar için “Maliyet-Etkililik Analizinin Uygulanması ve Ulusal Maliyet Etkililik Eşiği Belirlenmesi” başlıkları ile iki proje başlattıklarını söyleyen SGK GSS Genel Müdürü Prof. Dr. Gökhan Tuna Öztürk, bu projelerle hedeflenen çıktılarından bahsetti.

Kalite Odaklı Finansman Yöntemleri Projesi

Kalite Odaklı Finansman Yöntemleri Uygulaması projesinde finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin niteliği ile kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesinin amaçlandığını kaydeden GSS Genel Müdürü Öztürk, proje ile hastalık yükünü oluşturan sağlık olgularının sağlık harcamalarına etkisinin azaltılması, aynı işlemlere yönelik yeniden başvuruların minimuma indirilmesi, kanıta dayalı ve hasta odaklı fiyatlandırmanın planlaması ve hasta güvenliği ve memnuniyet dağıtılmasını sağlanması gibi temel amaçlar güdüldüğünü belirtti. Bu projede en



SGK GSS GENEL MÜDÜRÜ PROF. DR. GÖKHAN TUNA ÖZTÜRK: “TEDAVİNİN EKONOMİK KAZANIMLARININ SADECE SAĞLIK GİDERİNİ AZALTMAK DEĞİL, ÇALIŞAN GÜCÜNÜN VE KURUMA TEKRAR PRİM OLARAK DÖNÜŞÜNÜN BİLE HESAPLANMASI LAZIM. TERSİ BİR DURUM OLARAK SADECE İLACIN BÜTÇE YÜKÜ DEĞİL OLUŞTURABİLECEĞİ YAN ETKİLERİN MALİYETİNİN DE HESAPLANMASI VE BUNUN İÇİN EKONOMİK ANALİZ YÖNTEMLERİNİN OLDUKÇA DETAYLANDIRILMASI GEREKİYOR”

önemli veri tabanının MEDULA olduğunu sözlerine ekleyen Öztürk, Ulusal Kayıt Sistemine de değinerek analize uygun verilerin değerlendirildiğinden bahsetti.

“Öyle Hastaneler Var ki”

Sağlık Bakanlığının diz artroplastisi işlemlerine yönelik kalite formlarını kullanarak tesis türüne göre revizyon oranlarını analiz ettiklerini kaydeden Öztürk, “Öyle hastaneler var ki 100 hastasından 8’inde revizyon olmuş. Sonrasında hastaların yüzde 2’sinde komplikasyon gelişmiş. Emboli, pulmoner emboli gelişmiş, yoğun bakıma göndermiş, normal DVT olmuş ve tekrar kuruma bir maliyeti olmuş. Öyle hastaneler de var ki revizyon oranları binde 1. Bu sebepten dolayı hasta sonraki 10 yıl boyunca tekrar hastaneye uğramamış. Her ikisine de aynı ödemeyi yapmışız ve hatta komplikasyon gelişene daha fazla ödeme yapmışız. Bu aslında dünya literatüründe çok da istenmeyen, çok adil olduğuna inanılmayan bir durum” dedi.

İlaçlar için Maliyet-Etkililik Analizi Projesi

İlaçlar için Maliyet-Etkililik Analizinin Uygulanması ve Ulusal Maliyet Etkililik Eşiği Belirlenmesi projesinin TÜSEB çatısı altında yürüdüğü ve SGK’nın burada paydaş rolü üstlendiğini söyleyen Öztürk, “Bir ilaç alıp değerlendirme yaptığımız zaman sadece bütçe yükünü değerlendiriyoruz. Klinik faydalarını da değerlendiriyoruz ama hiçbir zaman bu klinik faydaların bize ne kadar getirisi olacağını değerlendirmiyoruz. Örneğin 15 yaşında bir çocuğu tam kürle tedavi edecek bir ilaçla 80 yaşındaki bir hastayı tam kürle tedavi edecek bir ilacın, ilaçlar aynı olsa, maliyet yükü aynı olsa bile arasında bariz bir maliyet etkinlik farkı vardır. Mesela bunları hiç değerlendirmiyoruz. Tedavinin bu ekonomik kazanımlarının sadece sağlık giderini azaltmak değil, çalışan gücünün ve kuruma tekrar prim olarak dönüşünün bile hesaplanması lazım. Tersi bir durum olarak sadece ilacın bütçe yükü değil oluşturabileceği yan etkilerin maliyetinin de hesaplanması lazım ve bunun için ekonomik analiz yöntemlerinin oldukça



SGK GSS GENEL MÜDÜRÜ PROF. DR. GÖKHAN TUNA ÖZTÜRK: “ÇALIŞANLAR VE BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUKLARI KİŞİLERİN SAYISI SİSTEMDE 43 MİLYON. GSS PRİMLERİNİN YÜZDE 79’U SAĞLIK HARCAMALARINA GİDİYOR. YÜZDE 79 NORMALDE İYİ BİR ORAN GİBİ DURUYOR AMA BU İSTATİSTİĞİN İLGİNÇ TARAFI BU 43 MİLYON KİŞİNİN SADECE 14 MİLYONU HASTANEYE GİDİYOR. 29 MİLYON KİŞİ BİR YIL İÇİNDE 1 KEZ BİLE HASTANEYE GİTMEMİŞ”

detaylandırılması gerekiyor. TÜSEB’le birlikte bununla ilgili proje çıktılarımızı yazdık” diye konuştu.

Bu proje ile hedeflenen çıktıları Sağlık Teknoloji Değerlendirme (STD) Kılavuzunun oluşturulması, maliyet etkililik analizinin kapsamının belirlenmesi, ulusal maliyet etkinlik eşiğinin oluşturulması, belirlenen ilaçlar/ilaç grupları için örnek maliyet etkililik analizlerinin yapılması ve uluslararası STD organizasyonları ve / veya iş birliklerine katılım olarak sıralayan Öztürk, Genel Sağlık Sisteminin bel kemiği olan kesimin 4A’lı kesim olduğunu sözlerine ekledi.

43 Milyon Kişinin Sadece 14 Milyonu Hastaneye Gidiyor

Çalışanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sistemde 43 milyon olduğunu ve GSS primlerinin yüzde 79’unun sağlık harcamalarına gittiğini belirten SGK Genel Müdürü Öztürk, sözlerini şöyle sürdürdü: “Yüzde 79 normalde iyi bir oran gibi duruyor ama bu istatistiğin ilginç tarafı bu 43 milyon kişinin sadece 14 milyonu hastaneye gidiyor. 29 milyon kişi bir yıl içinde 1 kez bile hastaneye gitmemiş. Sağlık hizmetlerinde toplanan primin yüzde 79’unu harcamaya sadece 14 milyon kişi yetiyor. 43 milyonun 14 milyonu değil de 25 milyonu sağlık hizmetlerine başvursa sistemin sürdürülebilirliği kalmıyor. Bir sonraki aşamada

özellikle nadir hastalıklarda gelişen gen tedavilerinin, yeni nesil tedavilerin devreye girmesiyle birlikte ilaç harcamalarının daha fazla artacağını düşünüyoruz. Birkaç yıl sonra 43 milyonun 25 milyonu hastaneye gidecek korkusundan çok bu 43’ün 14’ünün bile harcamalarını karşılamayacak duruma geleceğiz. Bu nedenle bu projelerin çok önemli olduğunu düşünüyorum”

“Geri Ödeme” Diye Bir Terim Yok

Sağlık hizmetlerinde doğrudan ya da dolaylı ödeme olduğunu ifade eden T.C. Sağlık Bakan Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın, aslında sosyal güvenlik sisteminde “geri ödeme” diye bir terim olmadığını ve bir kelime başta yanlış kullanıldığında artık öyle kullanıldığını söyledi. Özellikle sağlık bilişiminin çok hızlı gelişmesi, kayıt sisteminin çok detaylı yapılabilmesi ve süreçlerin baştan sona çok iyi takip edilmesi sonucunda daha yeni, daha güncel ve geleceğe yönelik umut veren ödeme yöntemlerinin de ortaya çıktığını sözlerine ekleyen Aydın, “Genel sigorta primi ülkemizde oturdu ve artık geri ödeme deyince hemen konuyu hizmet sunuculara SUT bazlı ödeme olarak algılıyoruz” dedi.

SGK GSS GENEL MÜDÜRÜ PROF. DR. GÖKHAN TUNA ÖZTÜRK: “GEN TEDAVİLERİ VE YENİ NESİL TEDAVİLERİN GELİŞMESİYLE BİRLİKTE SAĞLIK HARCAMALARI KARŞILANAMAYACAK DURUMA GELİNECEK”



TTB'DEN SAĞLIKTA ŞİDDETİ ÖNLEYECEK TEDBİRLER

SUÇUN ÖNLENMESİNE YÖNELİK KOLLUK FAALİYETLERİ KAPSAMINDA ŞİDDET VAKA HARİTASI İLE FAİL PROFİL ÇALIŞMALARI YAPILMALI

Sağlıkta şiddet, son 20 yılda hızla artarak sağlık çalışanlarının hayatlarındaki en büyük tehditlerden biri olmuştur. Sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık çalışanlarının üzerinde kurulan baskıya paralel olarak artan sağlıkta şiddetin karşısındaki en önemli yapılardan biri Türk Tabipleri Birliğidir. Türk Tabipleri Birliği; sağlıkta şiddeti artıran politikalarla mücadele ederken, aynı zamanda önerdiği hukuki düzenlemelerle sağlıkta şiddetin azaltılmasına katkıda bulunmaya çalışmaktadır.

Sağlıkta Şiddet Ayrı Bir Suç Türü Olarak Tanımlanmalı

Sağlık hizmeti sunumu esnasında işlenen öldürme, kasten ve bilinçli yaralama, hakaret, kişinin hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik tehdit ile sağlık çalışanlarının bir şeyi yapması veya

yapmamasını temine yönelen eylemlerin; suçun işleniş biçimi ve kendine özgü yapısı nedeniyle ayrı bir suç türü olarak tanımlanması ve giderek artan şiddet olaylarının Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından araştırılması; 2011 yılında Türk Tabipleri Birliği tarafından talep edilmiştir. Bu talep, CHP Mersin Milletvekili Prof. Dr. Aytağ Atıcı tarafından 7 Ekim 2011 tarihinde TBMM Başkanlığı'na sunulmuş fakat gündeme alınmamıştır. Yasal ve kalıcı tedbirler almak yerine; Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Nisan 2011'de yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Dair Yönetmelikte, "Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar" cümlesi ile çözüme yönelmediği belli olan düzenleme yapılması tercih edilmiştir.

MAĞDUR SAĞLIK ÇALIŞANININ FAİLE HİZMET SUNMAYACAĞI KANUNDA AÇIKÇA DÜZENLENMELİ

DARP VE CEBİRLE İŞLENENLER DIŞINDAKİ SUÇLARDA ALTERNATİF YAPTIRIMLAR YAYGINLAŞTIRILMALI; FAİLLER OLAYIN MEYDANA GELDİĞİ SAĞLIK TESİSİ DIŞINDAKİ BİR YERDE SÜRELİ GÖREVLENDİRİLMELİ

Genelgeler Yayınlandı

Talepler 14 Mart 2012'de yinelenmiş; bu "suskunluk çemberi" ne yazık ki ancak 17 Nisan 2012'de Dr. Ersin Arslan'ın hasta yakını tarafından öldürülmesi ile kırılmıştır. İçişleri Bakanlığının iç işleyişi açısından, 26 Nisan 2012 günlü "Sağlık Çalışanlarına Karşı İşlenen Suçların Soruşturulması" konulu genelge ile Sağlık Bakanlığı 28 Nisan 2012'de Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği; Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü de 14 Mayıs 2012'de Çalışan Güvenliği Genelgesi yayımlamıştır.



TBMM Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu da Ekim 2012'de çalışmaya başlamıştır. Türk Tabipleri Birliği, Komisyon görüşmesine katılıp görüşlerini dile getirmiş ve Türk Ceza Kanununa ek madde önerisini de bir kere daha iletmiştir. Komisyon Raporunu Ocak 2013'te tamamlamıştır. <https://acikerisim.tbmm.gov.tr/xmlui/handle/11543/110>

T'TB'nin Sağlıkta Şiddet Yasa Tasarısı

Türk Tabipleri Birliği tarafından 2011'de hazırlanan "Sağlıkta Şiddet Yasa Tasarısı", sağlık hizmetinin kamu hizmeti olduğu vurgusundan hareketle, Türk Ceza Kanunu'nun üçüncü bölümüne "Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar: Sağlık Hizmetini Engelleme" başlığı altında, en azından caydırıcılık içermesi amacıyla hazırlanan ek madde önerisini başta Sağlık Bakanlığı, hükümet temsilcileri ve siyasi partiler olmak üzere tüm ilgili yerlere iletilmiştir. Teklifin gerekçesine sağlık hizmeti sunumu alanında yaşanan sorunlar ayrıntısıyla anlatılmıştır. https://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=66e6d6ce-9232-11e7-b66d-1540034f819c

Teklif şöyledir:

Sağlık personeli etkileme ve sağlık hizmetini kesintiye uğratma

(1) Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline yerine getirdiği sağlık hizmeti nedeniyle yapmaması gereken bir işi yapması veya yapması gereken bir işi

yapmaması için emir veren veya baskı yapan veya nüfuz icra eden veya her ne suretle olursa olsun hukuka aykırı olarak etkilemeye teşebbüs eden kimseye iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası verilir.

(2) Bu fiiller sonucunda sağlık hizmeti kesintiye uğramışsa yukarıdaki fıkraya göre belirlenen ceza yarı oranında artırılır.

İlk Yasal Düzenleme

Soruna dair ilk yasal düzenleme, Ocak 2014'te 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa ek-12. Maddenin eklenmesi ile yapılmıştır. Düzenlemeye göre "Sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personele karşı görevleri sırasında veya görevleri dolayısıyla işlenen kasten yaralama suçu, Ceza Muhakemesi Kanununun 100 üncü maddesinin üçüncü fıkrası kapsamında tutuklama nedeni varsayılan suçlardandır". Ancak hükmün uygulanmadığı hatta uygulayıcılar tarafından bilinmediği de görülmektedir. Bu nedenle Hâkimler ve Savcılar Kurulu ile Adalet Bakanlığına düzenlemelerin asıl ceza mevzuatı içinde yapılması ve bu aşamaya kadar uygulayıcıların mevcut düzenlemeden haberdar edilmesi istenmiştir.

İş Kazası Bildirimi

Sağlık Bakanlığının 16 Kasım 2017 tarihli "iş kazası bildirimi" konulu yazısında da "Şiddete maruz kalan sağlık çalışanları açısından iş kazası bildirimlerinin fiziksel veya ruhsal anlamda engelli hale gelmesinin

ŞİDDET MAĞDURLARINA ADLİ YARDIM KAPSAMINDA BAROLARDAN VEKİL GÖREVLENDİRİLEREK TÜM İŞLEMLERİN AVUKAT EŞLİĞİNDE YAPILMASI SAĞLANMALI

ADLI SİCİL İSTATİSTİK GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN YILLIK RAPORLARINA “SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK SUÇLAR” BAŞLIĞI EKLENMELİ

hekim tarafından tespit edilmesi halinde yapılması” gerektiği belirtilmiştir. Bunun yanı sıra iş kazası (şiddet) sonucu sağlık çalışanının kurumuna bildirimde bulunması yeterlidir. Ayrıca çalışanın sağlık kurumuna başvurusu varsa burada da sağlık kurumunun mutlaka kayıtlarına şiddetin iş kazası olarak geçirmesi ve ilgililere yasal bilgilendirme yapması zorunludur. Mevzuat; işvereni, ilgili kurumlara (kolluk, SGK) en geç 3 iş günü içinde bildirim yapmakla yükümlü kılmiştir. Sağlık çalışanı; yaşadığı iş kazasının kayıtlara geçip geçmediğini kontrol etmeye, geçmediği durumlarda ilgilileri uarmaya ve SGK’ya bildirimde bulunma hakkına sahiptir.

3359 sayılı Yasadaki ek fıkra düzenlemesine 2018 yılında “müjde” olarak duyurulan bir hüküm daha eklenmiş ve “şüphelilerin kolluk tarafından yakalanacağı ve Cumhuriyet savcısının adli işleri tekemmül ettireceği” yazılmıştır. Rutin işleyişin ilgisiz bir Kanunda neden düzenleme konusu yapıldığı ise açıklanmamıştır.

Saldıranlara Hizmet Vermek Zorunda Kalmak

Nihayet aynı hükümde 2020 yılında yapılan değişiklikle yaralama, tehdit, hakaret, görevi yaptırmamak için direnme suçları yönünden ağırlaştırıcı neden sayılması, cezaların ertelenmeyeceği belirtilirken “faile veya yakınına mağdurun verdiği hizmeti verebilecek başka sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli bulunması halinde hizmet ilgili diğer personel tarafından verilir” hükmü ile şiddet eylemine maruz kalan sağlık çalışanının kendisine saldırınlara hizmet vermek zorunda kalması da örtük olarak kabul edilmiştir.

Kalıcı Bir Çözüm Üretme İradesi Yok

Sağlık çalışanlarına yönelik suçların istatistikleri Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli olarak açıklanmadığı gibi Türk Tabipleri Birliği tarafından yapılan başvurulardan birine “Yanıt ayrıca çalışmayı gerektirdiği için olumlu yanıt verilememektedir” yanıtı verilmiştir. Adli Sicil İstatistik Genel Müdürlüğü bu suçlara ilişkin ayrı bir kayıt yapmamaktadır. Sağlık çalışanlarının mağdur olduğu dosyalara bakıldığında aşamalarda faillere “neden” sorusunun sorulmadığı görülmektedir. Sağlık hizmetine ilişkin iktidar temsilcilerinin cümlelerin ilk yarısını söyleyip ikinci yarısını saklamaları yani “isteyen istediği hastaneye veya doktora gider” cümlesinin devamındaki mali kısıtlar gizlenerek sağlık bir “gösteri” alanına çevrildiği için kalıcı bir çözüm üretme iradesi de gösterilmemektedir.

Türk Tabipleri Birliği olarak geçmişte olduğu gibi bugün de sağlık çalışanlarının yanında, şiddetin karşısında durmaya devam edeceğiz. Geline süreçte yasal değişikliklerle ilgili önerilerimiz şunlardır:

Mevzuat ve Uygulamayla İlgili Öneriler

Bu kapsamda sağlık hizmetinin şiddetten arındırılması için uzun erimli programların oluşturulmasına değin ivedilikle şu çalışmaların yapılması gerekmektedir:

- Türk Tabipleri Birliği’nin kanun teklifi ile birlikte bugüne kadar 3359 sayılı Yasanın Ek-12. Maddesi ile yapılan düzenlemelerin temel ceza mevzuatında olması gereken yerlere alınması,
 - Konut dokunulmazlığını ihlal suçu düzenleyen Türk Ceza Kanununun 116/2. maddesine “işyeri” ibaresinden sonra gelmek üzere “tüm sağlık tesisleri” ibaresinin eklenmesi,
 - Mağdur sağlık çalışanının faile hizmet sunmayacağının açıkça kanunda düzenlenmesi,
 - Suçun önlenmesine yönelik kolluk faaliyetleri kapsamında şiddet vaka haritası ile fail profil çalışmalarının yapılması,
 - Darp ve cebirle işlenenler dışındaki suçlarda alternatif yaptırımların yaygınlaştırılarak faillerin olayın meydana geldiği sağlık tesisi dışındaki bir yerde süreli görevlendirilmesi,
 - Şiddet mağdurlarına adli yardım kapsamında barolardan vekil görevlendirilerek tüm işlemlerin avukat eşliğinde yapılmasının sağlanması,
 - Adli Sicil İstatistik Genel Müdürlüğünün yıllık raporlarına “sağlık çalışanlarına yönelik suçlar” başlığı eklenmesi,
 - Sağlık Bakanlığının beyaz kod raporlarını yıllık olarak başvuru gereksizsin açıklayarak hukuki yardım sonuçlarıyla birlikte açıklaması.
- Artarak devam eden sağlıkta şiddet vakalarından da görüldüğü üzere göstermelik mevzuat düzenlemelerinin sağlıkta şiddeti azaltmadığı açıktır. Sağlıkta şiddeti azaltabilecek düzenlemeler için Türk Tabipleri Birliği’nin mevzuat önerileri derhal uygulanmalıdır.

SAĞLIK BAKANLIĞI, BEYAZ KOD RAPORLARINI YILLIK OLARAK BAŞVURU GEREKMEKSİZİN, HUKUKİ YARDIM SONUÇLARIYLA BİRLİKTE AÇIKLAMALI

» TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİNİN KANUN TEKLİFİ İLE BİRLİKTE BUGÜNE KADAR 3359 SAYILI YASANIN EK-12. MADDESİ İLE YAPILAN DÜZENLEMELER, TEMEL CEZA MEVZUATINDA OLMASI GEREKEN YERLERE ALINMALI

» KONUT DOKUNULMAZLIĞINI İHLAL SUÇU DÜZENLEYEN TÜRK CEZA KANUNUNUN 116/2. MADDESİNE “İŞYERİ” İBARESİNDEN SONRA GELMEK ÜZERE “TÜM SAĞLIK TESİSLERİ” İBARESİ EKLENMELİ



SAĞLIKTA ŞİDDET VE MALPRAKTİS KONULARI İLE İLGİLİ YASAL DÜZENLEMELER TBMM’DE

“TBMM’YE GELEN YASA TEKLİFİ, TTB’NİN ÖNERİLERİNİN BAZILARINI İÇERSE DE SAĞLIKTA ŞİDDETE BÜTÜNLÜKLÜ BİR BAKIŞ AÇISINDAN YOKSUNDUR. SAĞLIKTA ŞİDDETİN AZALABİLMESİ İÇİN EN BAŞTA SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI İLE DAHA DA BOZULAN SAĞLIK SİSTEMİ VE BUNA BAĞLI AĞIRLAŞAN ÇALIŞMA KOŞULLARI DÜZELTİLMELİDİR”

Sağlıkta şiddet ve malpraktis konuları ile ilgili yasal düzenlemeler; 16 Mart 2022’de “Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi” içerisinde TBMM’ye getirilerek Adalet Komisyonu’na iletili.

Kanun Teklifinde TTB’nin Sağlıkta Şiddet ile İlgili Önerileri Kısmen Yer Alsa da Yeterli Değildir

Türk Tabipleri Birliği (TTB) sağlıkta şiddete karşı yıllardır mücadele vermekte ve yıllar içinde oluşturulmuş büyük bir hukuksal birikimi bulunmaktadır. Hem diğer sağlık örgütlerinin taleplerini hem de Meclis’e getirilen düzenlemeleri etkileyebilen bu birikim, Meclis’e getirilen ilgili kanun teklifine de yansımıştır:

- Teklifte, Türk Ceza Kanunu’nun 113. maddesine fıkra eklenerek sağlık hizmetlerinin engellenmesi durumunda cezanın altında bir oranında artırılması öngörülmektedir. Maddede korunan hukuki yarar, hizmetin devamlılığıdır.
- Türk Ceza Kanunu’nun 86. maddesindeki kasten yaralama suçuna eklenecek hüküm ile kadın sağlık çalışanlarına karşı görevleri nedeniyle işlenen suçlarda

hem bu fıkra hem de 3359 sayılı yasanın ek 12. maddesinin ikinci fıkrası uyarınca ayrı ayrı artırım yapılması öngörülmektedir.

- Halihazırda 3359 sayılı kanunun ek 12. maddesinde yer alan sağlık çalışanlarına yönelik görevleri sırasında ve görevlerinden kaynaklı yaralama suçunun tutuklama nedeni varsayılan suçlar arasında sayılacağına dair hüküm asıl düzenleme olan Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 100. maddesine alınmaktadır. Maddede tutuklama koşulu olarak yaralama suçunun silahla işlenmesine dair hüküm de kaldırılmaktadır. Maddenin 3. fıkrasına mevcut maddenin eklenmesi ve 3359 sayılı kanunun ek 12. maddesinin ilk fıkrasının yürürlükten kaldırılması teklif edilmektedir. Teklifin genel gerekçesinde hükmün “görünür hale getirilmesinden” söz edilmektedir.

Görüldüğü gibi dün TBMM’ye gelen yasa teklifi, TTB’nin önerilerinin bazılarını içerse de sağlıkta şiddete bütünlüklü bir bakış açısından yoksundur. Sağlıkta şiddetin azalabilmesi için en başta sağlıkta dönüşüm programı ile daha da bozulan sağlık sistemi ve buna bağlı ağırlaşan çalışma koşulları düzeltilmelidir.

“SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ TIKANMA VE DERİNLEŞEN EKONOMİK KRİZ İLE BİRLİKTE BELİRGİN BİR ARTIŞ GÖSTEREN SAĞLIKTA ŞİDDETİN ORTAYA ÇIKIŞ NEDENLERİNİ HER YÖNÜYLE ANALİZ ETMEDEN YAPILAN GÖSTERMELİK DÜZENLEMELER, BİZE HERHANGİ BİR ÇÖZÜM SUNMAYACAKTIR”

Sağlık sistemindeki tıkanma ve derinleşen ekonomik kriz ile birlikte belirgin bir artış gösteren sağlıkta şiddetin ortaya çıkış nedenlerini her yönüyle analiz etmeden yapılan göstermelik düzenlemeler, bize herhangi bir çözüm sunmayacaktır.

Mesleki Sorumluluk Kurulu, Malpraktis Sorununa Çözüm Olmak Yerine Yeni Sorunları Beraberinde Getirecektir

Kanun teklifindeki bir diğer düzenleme ise malpraktis konulu soruşturmalarla ilgili oluşturulan Mesleki Sorumluluk Kurulu’dur. TTB’nin malpraktis konusunda da geçmişteki net duruşu devam etmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın kendi politikasını belirleme yetkisinin elinden alındığı; tıbbi işlemin ne olduğuna Hazine ve Maliye Bakanlığı’nın, geri ödeme yetkisiyle reçete edilebilir olana Sosyal Güvenlik Kurumu’nun karar verdiği bir sağlık hizmeti ortamı söz konusudur. Hekimin mesleki özerkliğinin tümüyle kısıtlanmaya çalışıldığı, sağlık idarecilerinden beklenenin ise sağlık çalışanlarının “ne söylenirse onu yapmalarını” temin etmekten ibaret olduğu bir yapıda; sağlık hizmetinden kaynaklı kusurun bireysel olarak ele alınması, sorunu çözmekten uzaktır. Yapılacak düzenleme ile getirilmek istenen kurul, sistemin koruyucularının kendi kusurlarını görünmez hale getirmesine yol açacaktır. Nüfusundan fazla acil servis başvurusu olan dünyadaki tek ülke olan, yılda 570 milyon başvurunun yapıldığı, kişi başına yılda sağlık kurumlarına başvurunun 10’a yükseldiği Türkiye’de; Mesleki Sorumluluk Kurulu, kimin cezalandırılacağını seçmek ve mevcut davaları ötelemek dışında anlamlı bir çözüm üretemeyecektir. Sağlık hizmetinden kaynaklanan kusurların kamusal olarak karşılanması, nedenlerinin araştırılarak çözüm yöntemlerine yoğunlaşılması gerekmektedir. Oysa getirilen kanun teklifi, malpraktis sorununa çare olmaktan çok yeni sorunları beraberinde getirecektir.

- Teklifte, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Genel Kanunu’nda ek 18. madde ile yapılacak düzenleme ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde Mesleki Sorumluluk

Kurulu oluşturularak tıbbi işlem ve uygulamalardan kaynaklı suçlar nedeniyle adli soruşturma yapılabilmesi 2547 sayılı yasanın 53. maddesine tabi olanlar dışında tüm sağlık çalışanları yönünden oluşturulan Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun iznine bağlanmaktadır.

Kurulun üyeleri Sağlık Bakanı tarafından belirlenen bakan yardımcısı, Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Hukuk Hizmetleri, Yönetim Hizmetleri genel müdürleri veya yardımcıları, profesör veya doçent unvanlı biri dahili biri cerrahi branştan iki hekim olacaktır. Özel sağlık kurum ve kuruluşları ile vakıf üniversitelerinde görevli sağlık çalışanları yönünden 4483 sayılı yasanın 5. maddesine göre yapılacak ön incelemede il sağlık müdürü ve yardımcılarının görevlendirilebilmesi sağlanmaktadır. Kurul kararlarına karşı 10 gün içinde Ankara Bölge İdare Mahkemesi’nde dava açılabilir, en çok üç ay içinde kesin olarak karar verilecektir. Halihazırda süren davalarda durma kararı verilerek “izin” alınacaktır.

İdare tarafından tazminat ödenmesi durumunda, kamu sağlık çalışanlarına rücu edilip edilmeyeceğine, rücu tutarına ilgilinin görevinin gereklerine aykırı davranmak suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı, kusur durumu göz önüne alınarak kurul tarafından karar verilecektir.

Teklifte, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan ve esasen teşkilat yapısına dair bir değişikliğin 3359 sayılı kanun ile getirilme gerekçesi açıklanmamaktadır. Bunun yanında 663 sayılı KHK’de yer alan Yüksek Sağlık Şurası’nın 703 sayılı KHK ile kaldırılması ve aynı kararnamenin geçici 8. maddesine göre kaldırılan kurulların yetkilerinin Cumhurbaşkanlığı’na veya yetkilendirilecek kurum veya makama devredilmiş sayılacağına dair düzenleme bulunması ayrı bir hukuki karışıklık içermektedir.

Öte yandan ilk olarak 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’yla kurulan Yüksek Sağlık Şurası, 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevlerine Dair Kanun Hükmünde Kararname’yle bakanlığın sürekli kurulu olarak yeniden yapılandırılmıştır.

“NÜFUSUNDAN FAZLA ACİL SERVİS BAŞVURUSU OLAN DÜNYADAKİ TEK ÜLKE OLAN, YILDA 570 MİLYON BAŞVURUNUN YAPILDIĞI, KİŞİ BAŞINA YILDA SAĞLIK KURUMLARINA BAŞVURUNUN 10’A YÜKSELDİĞİ TÜRKİYE’DE; MESLEKİ SORUMLULUK KURULU, KİMİN CEZALANDIRILACAĞINI SEÇMEK VE MEVCUT DAVALARI ÖTELEMEK DIŞINDA ANLAMLİ BİR ÇÖZÜM ÜRETEMEYECEKTİR”

“SAĞLIK BAKANLIĞI BÜNYESİNDE MESLEKİ SORUMLULUK KURULU OLUŞTURULARAK TIBBİ İŞLEM VE UYGULAMALARDAN KAYNAKLI SUÇLAR NEDENİYLE ADLİ SORUŞTURMA YAPILABİLMESİ 2547 SAYILI YASANIN 53. MADDESİNE TABİ OLANLAR DIŞINDA TÜM SAĞLIK ÇALIŞANLARI YÖNÜNDEN OLUŞTURULAN MESLEKİ SORUMLULUK KURULU’NUN İZNİNE BAĞLANMAKTADIR”

Esas olarak bakanlıkça verilen önemli sağlık konuları hakkında görüş bildirmekle görevli bulunan şura, 1219 sayılı kanun hükmüyle tıp mesleklerinin uygulanmasından doğan cezai konularda görüş vermekle de görevli ve yetkili kılınmıştır.

Ancak zorunlu bilirkişilik yetkisi Anayasa Mahkemesi’nin 22.10.2010 günlü ve 2009/69E.-2010/79K. sayılı kararıyla iptal edilmiştir. Teklif ile 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun ile memurlar ve kamu görevlileri yönünden oluşturulan soruşturma izni uygulamasının tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde genişletileceği ve tüm sağlık çalışanları için 4483 sayılı kanunun uygulanacağı belirtilmişse de bağlantılı diğer mevzuatta değişiklik yapılmadan getirilen değişikliğin tutarlı bir uygulama sağlamaya elverişli olamayacağı görülmektedir.

Yine Anayasa’nın 129. maddesine göre “Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir” ve “Memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında işledikleri iddia edilen suçlardan ötürü ceza

kovuşturması açılması, kanunla belirlenen istisnalar dışında, kanunun gösterdiği idari merciin iznine bağlıdır.” Bu yaklaşımla, düzenlemenin bütünlüklü bir hukuki değerlendirme ve yaklaşımla ele alınmadığı görülmektedir.

Kaldı ki zorunlu mesleki sorumluluk sigortası uygulamasının yeni uygulama ile uyumlu hale getirilerek bu şekliyle sürdürülmesi emek sömürsünü devam ettirecektir. Kurul bileşenlerinin sayı ve niteliklerinin kurulun yetkisi ile uyumu, kurulda meslek örgütü temsilcilerinin yer almaması ve meslek icrasına dair değerlendirmenin tümüyle Sağlık Bakanlığı yöneticileri eliyle yapılması temsiliyet sorunu oluşturacak; ayrıca sağlık çalışanları üzerindeki siyasi baskıyı daha da artıracaktır.

Sağlık Bakanı’nın “Bazı şeyler asla eskisi gibi olmayacak” şeklinde yorumladığı kanun teklifi, ne yazık ki ne sağlıkta şiddet ne de malpraktis konularında beklentileri karşılayabilecek kapasitede değildir ve şimdiden hayal kırıklığı oluşturmuştur. Etkili yasal düzenlemelerin oluşturulabilmesi için TTB’nin önerileri tümüyle uygulanmalıdır.



TIPTA UZMANLIK DERNEKLERİNDEN SAĞLIKTA ŞİDDETİ DURDURALIM ÇAĞRISI

SAĞLIKTA ŞİDDETİN NEDENİ SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI İLE “5 DAKİKAYA SIKIŞTIRILAN HASTA RANDEVULARI”DIR. SAĞLIKTA ŞİDDETİN NEDENİ “HASTAYA MÜŞTERİ GÖZÜYLE BAKILMASINI DAYATAN SİSTEM”DİR. SAĞLIKTA ŞİDDETİN NEDENİ “NE KADAR ÇOK HASTA, O KADAR ÇOK PARA” ANLAYIŞIDIR. SAĞLIKTA ŞİDDETİN NEDENİ “HEKİMİ UCUZ İŞGÜCÜ GİRDİSİ OLARAK GÖREN” ANLAYIŞTIR

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi, Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK), Sağlıkta Şiddet Çalışma Grubu ve 56 uzmanlık derneği, Meclis’te görüşülecek sağlıkta şiddet yasa tasarısı öncesi ortak bir açıklama yayımladı.

Yapılan açıklama şöyle:

“Türkiye’de sağlık ortamında şiddet; sistematik olarak uygulanan, hasta ve yakınlarının sisteme dönük öfkesini sağlık çalışanından çıkardığı bir soruna dönüştü. Her gün sözlü şiddete maruz kalma oranlarının %85’in üzerinde olduğu hizmet sunum koşulları, hekim ve hasta arasında kurulması zorunlu olan ilişkiyi her geçen gün daha fazla bozuyor. Şiddet; hekimlerin mesleki doyumlarını yok ediyor, meslekten ya da ülkeden ayrılmalara yol açıyor. Şiddet nedeniyle sağlık işgücünün hizmetten çekilmesi giderek uzayan randevu sürelerine ve hastaların hizmete ulaşmasını engellemeye başladı. Bu sorunun giderek derinleşeceğini artık sağlık politikalarını oluşturanlar bile görüyor; ancak sorunun nedenleri irdelendiğinde görüyoruz ki çözüm olarak hazırlanan kısıtlı yasal düzenlemeler ne yazık ki şiddeti azaltmaya yetmeyecektir.

Sağlık ortamında şiddet, hem hekimlere hem de topluma zarar veriyor. Oysa hekim ve hastası aynı amaç için bir araya gelir: Hekim hastasını iyileştirmek ister, hasta hekimden şifa bekler. Amaç ortaktır. Hastalarımız bizim düşmanımız değildir. Sağlıkta şiddetin nedeni Sağlıkta Dönüşüm Programı ile “5 dakikaya sıkıştırılan hasta randevuları”dır. Sağlıkta şiddetin nedeni “hastaya müşteri gözüyle bakılmasını dayatan sistem”dir. Sağlıkta şiddetin nedeni “ne kadar çok hasta, o kadar çok para” anlayışıdır. Sağlıkta şiddetin nedeni “hekimin ucuz işgücü girdisi olarak gören” anlayıştır.

Hastalarının ve toplumun iyiliğini öncelemeye yemin etmiş hekimler olarak:

- Muayene randevularının her hastaya yeterli süre ayrılacak şekilde düzenlenmesini,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini,
- Acil servislere sadece acil hastalara bakılacak bir sağlık hizmeti planlaması yapılmasını,
- Sağlık kurumlarındaki çalışma ortamı ve koşullarının, sağlıkta şiddeti önleyecek biçimde yeniden düzenlenmesini,
- Hastayı müşteri, sağlık hizmetini “kâr getiren işlem” olarak gören anlayışın derhal terk edilmesini ve sağlığın temel bir insan hakkı olarak sunulmasını,
- Tıp fakültesi ve tıpta uzmanlık eğitiminde kontenjanları artırarak niteliği düşürecek, var olan sorunları daha da büyütecek, toplumun sağlık hakkına erişimini engelleyen popülist uygulamalardan hızla geri dönülmesini talep ediyoruz.

Türk Tabipleri Birliği ve tıpta uzmanlık dernekleri olarak “Sağlıkta şiddet varsa, biz yokuz!” diyoruz. 6331 sayılı yasa uyarınca çalışanların iş güvenliği ile ilgili her türlü önlemin alınmasının işverenin sorumluluğunda olduğunu hatırlatıyoruz. Sağlık çalışanlarının çalışma ortamını şiddetten arındırmak işverenin sorumluluğudur. Gerekli önlemlerin alınmaması durumunda yasal süreçleri işlettiğimizi hatırlatıyoruz.

“Şiddet ortamında sağlık hizmeti olmaz.” Sağlık, “alınır-satılır” bir market ürünü değildir, bir insan hakkıdır ve şiddetle sağlığa ulaşılamaz! Şiddeti durduralım!”

“KAMU HASTANELERİNDE GÖREVE YENİ BAşLAYAN PRATİSYEN VE ASİSTAN HEKİMLER İÇİN TEMEL ÜCRET (MAAş+SABİT EK ÖDEME) YOKSULLUK SINIRININ EN AZ İKİ KATI, UZMAN HEKİMLER İÇİN YOKSULLUK SINIRININ EN AZ İKİ BUÇUK KATI OLMALI; SABİT EK ÖDEMELER GENEL BÜTÇEDEN KARşILANMALIDIR”



kişinin yaşamına mal olan bir pandeminin iki yılını geride bıraktık. COVID-19 pandemisi döneminde yönetme yetkisine sahip olanların yapamadıklarından kaynaklanan önlenebilir ölümler yaşanırken, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının özverili çalışmaları sonucunda pandeminin daha da yıkıcı olmasının önüne geçildi. Pandemi herkese hekimlerin ve sağlık çalışanlarının ne kadar yaşamsal ve önemli bir iş yaptıklarını gösterdi.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve tabip odaları, “Emek Bizim Söz Bizim” başlıklı mücadele programı kapsamında 14-15 Mart 2022 tarihlerinde Büyük G(ö)REV eylemi gerçekleştirdi. Daha öncesinde ise 10 acil taleplerini açıkladılar.

TTB’nin uzun zamandır bir eylem sürecinde olduğunu söyleyerek söze başlayan TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. şebnem Korur Fincancı, “Haklarımız için yıllardır mücadele ettik, mücadeleye devam ediyoruz. Geçmişten aldığımız güç ile geleceğe yürüyoruz” dedi. Sağlık Bakanlığı’nın tehditkar bir ifadeyle sağlık kurumlarına gönderdiği yazıya tepki gösteren Korur Fincancı, “Bu yazı, mücadelemizin ne kadar yerinde, meşru ve yasal olduğunu gösterdi. Haklı olduğumuzu tespit eden yazışmalar yapıp herhangi bir düzenleme yapmamaları, haklarımız için mücadele etmekten başka bir çözüm olmadığını da gösterdi” diye konuştu. Korur Fincancı, toplumun da bu hak mücadelesinin bir parçası olması gerektiğinin altını çizdi.

İTO Başkanı Prof. Dr. Pınar Saip tarafından okunan basın açıklaması ise şöyle:

Dünyada ve Türkiye’de, milyarlarca insanın çalışma ve sosyal hayatını etkileyen, sağlığını beden ve ruhen sarsan, hepsinden önemlisi milyonlarca

Bizler böylesi önemli bir alanda, nitelikli hizmet üretmeye çabalarken pandemi ile birlikte ekonomik krizin derinleşmesi, çalışma koşullarımızda yaşadığımız zorlukları artırmış, ekonomik haklarımız giderek gerilemiştir. İşlemeyen ve sağlıksızlık üreten sağlık sisteminin tüm yükünü bizler çekiyor ve emeğimizin karşılığını alamadan her geçen gün umutsuzluğa sürükleniyoruz. Ancak yaşadıklarımızın kader olmadığını biliyoruz.

81 ili temsil eden 65 tabip odamız ve 180 bin hekimin meslek örgütü Türk Tabipleri Birliği olarak sağlık emek-meslek örgütleri ile birlikte uzun süredir sağlık alanında yaşanan, bizi umutsuzluğa sürükleyen bu karanlık tabloya karşı haklarımız için, daha iyi bir sağlık ortamı için mücadele ediyoruz. Beyaz Yürüyüş, Beyaz Forum, Beyaz GöREV, Beyaz Nöbetlerle bizi yok sayanlara, kulaklarını tıkayanlara karşı taleplerimizi dile getirdik. Bir kez daha tabip odalarımızla birlikte başta TBMM olmak üzere etkili, yetkili olan herkese sesleniyoruz; emeğimizin karşılığını alamadığımız, tüketen çalışma koşullarına, sağlık alanında yaşanan şiddete tek bir gün bile tahammülümüz kalmadı.

“ÖZEL SAğLIK SEKTÖRÜNDE ALIşAN HEKİMLERİN SOSYAL GÜVENLİK PRİMLERİ “PRİM ÖDEME TAVANI” ÜZERİNDEN ALIşTIKLARI KURUMLAR TARAFINDAN ÖDENMELİ; ÜCRETLERİ EN AZ YOKSULLUK SINIRININ İKİ BUÇUK KATI OLMALIDIR”

14 MART TIP BAYRAMI VE HEKİMLERİN 10 ACİL TALEBİ



“AİLE HEKİMİ MAAŞLARI EN AZ YOKSULLUK SINIRININ İKİ KATINA YÜKSELTİLMELİ; TÜM ASM BİNALARI KAMU TARAFINDAN İNŞA EDİLMELİ, AYNI STANDARTLARDA DONANIMI KAMU TARAFINDAN SAĞLANMALI, BÜTÜN GİDERLERİ SAĞLIK BAKANLIĞINCA KARŞILANMALI; AİLE HEKİMLİĞİ CEZA YÖNETMELİĞİ GERİ ÇEKİLMELİDİR”

Hekimler İçin 10 Acil Talebimiz

1. TTB'nin önerdiği “Sağlıkta Şiddet Yasası” acilen yasalaşmalı; cezalar tutuksuz yargılanma ve “hükümün açıklanmasının geri bırakılması” düzenlemelerinin uygulandığı sınırların üzerine çıkarılmalıdır.
2. Kamu hastanelerinde göreve yeni başlayan pratisyen ve asistan hekimler için temel ücret (maaş+sabit ek ödeme) yoksulluk sınırının en az iki katı, uzman hekimler için yoksulluk sınırının en az iki buçuk katı olmalı; sabit ek ödemeler genel bütçeden karşılanmalıdır.
3. Özel sağlık sektöründe çalışan hekimlerin sosyal güvenlik primleri “prim ödeme tavanı” üzerinden çalıştıkları kurumlar tarafından ödenmeli; ücretleri en az yoksulluk sınırının iki buçuk katı olmalıdır.
4. Aile hekimi maaşları en az yoksulluk sınırının iki katına yükseltilmeli; tüm ASM binaları kamu tarafından inşa edilmeli, aynı standartlarda donanımı kamu tarafından sağlanmalı, bütün giderleri Sağlık Bakanlığı'na karşılanmalı; Aile Hekimliği Ceza Yönetmeliği geri çekilmelidir.
5. OSGB'lerde çalışan işyeri hekimlerinin ücretleri Türk Tabipleri Birliği'nin belirlediği asgari ücret üzerinden ödenmelidir.
6. Emekli Sandığı, SSK, BAĞ-KUR farkı gözetilmeksizin bütün emekli hekim maaşları (25 yılda emeklilik baz alınarak) pratisyen hekimler için asgari 15.000 TL, uzman hekimler için asgari 18.000 TL'ye çıkarılmalıdır.
7. Çalışma ortamlarımız ve koşullarımız iyileştirilmeli, başta asistanlar olmak üzere bütün hekimlere nöbet ücreti kesilmeden nöbet ertesi izin hakkı tanınmalı, intörn hekim ücretleri en az asgari ücret düzeyine çıkarılmalıdır.
8. COVID-19 “illiyet bağı” aranmaksızın meslek hastalığı sayılmalı, pandemide çalışılan her yıl için 120 gün yıpranma payı uygulanmalı, hekimler için ek gösterge 7.200 olmalıdır.
9. Sağlık sistemi ve kurumsal sorunlar kaynaklı malpraktis davaları ile hekimleri ödeyemeyecekleri tazminatlara mahkûm eden uygulamaların önlenmesi için yasal düzenlemeler yapılmalıdır.
10. Hekimleri de hastaları da mağdur eden, hekimlere karşı şiddet kaynağı olan, halkın sağlığını tehlikeye atan 5 dakikada muayene dayatmasından vazgeçilmeli, hasta randevuları her hastaya en az 20 dakika ayrılacak şekilde düzenlenmelidir.

DSÖ: SALGIN KARŞISINDA ‘UYANIK’ OLUNMALI

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ, (DSÖ) BİR AY SÜREN DÜŞÜŞÜN ARDINDAN TEKRAR ARTMAYA BAŞLAYAN COVID-19 VAKALARININ ‘BUZDAĞININ GÖRÜNEN KISMI’ OLDUĞUNU SÖYLEYEREK, SALGIN KARŞISINDA ‘UYANIK’ OLUNMASI İÇİN ÇAĞRI YAPTI



DSÖ, 7-13 Mart arasında haftalık vaka sayısının küresel çapta yüzde 8 arttığını açıkladı. Örgüt, bazı ülkelerin test sayılarını düşürmesine karşın 11 milyon vaka ve 43 bin can kaybının görüldüğü martın ikinci haftasının ocak ayından sonra ilk artışı işaret ettiğini vurguladı.

Bulaşın yayılmasında omikron varyantının etkili olduğu vurgulandı ve bazı ülkelerdeki düşük aşılama oranı ise yanlış bilgileneceye bağlandı.

DSÖ Başkanı Tedros Adhanom Ghebreyesus, “Vakalardaki artış, bazı ülkelerde testler azaltılmasına rağmen gerçekleşiyor, bu da gördüğümüz vakaların buzdağının sadece görünen kısmı olduğu anlamına geliyor” dedi.

Son dönemde özellikle Çin’de artan vakaların ardından sert karantina kuralları uygulanmaya başladı. Binlerce kişinin yaşadığı kentler tamamen kapatıldı. Bir dizi uzman ise Avusturya, Almanya, İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık’ta mart ayının başından bu yana artan vakalarla Avrupa’nın başka bir koronavirüs dalgasıyla karşı karşıya olduğuna dair endişelerini dile getirdi.

Aralarında Türkiye’nin de bulunduğu birçok Avrupa ülkesi, hastaneye yatış oranlarının azalması gerekçesiyle kısıtlamaları gevşetme kararı almıştı. Bu kapsamda dışarıda maske takılması ve izolasyon kuralları yeniden düzenlendi.

MEME KANSERİ TEDAVİSİ YAPAY ZEKA İLE KOLAYLAŞIYOR

**“DİJİTAL SAĞLIK ALANINDA 20 YILI AŞKIN SÜREDİR HİZMET VEREN
ARGENİT TARAFINDAN GELİŞTİRİLEN PROJE, BAĞIŞIKLIK SİSTEMİNİ KANSER
HÜCRELERİNE KARŞI GÜÇLENDİREN İMMÜNOTERAPİNİN MEME KANSERİ
TEDAVİLERİNDE DAHA ETKİN ŞEKİLDE KULLANILMASINI SAĞLAYACAK”**



Burak Buyrukülen

**“SİSTEM HAYATA GEÇTİĞİNDE HASTA TAKİBİNİ YAPAN
ONKOLOĞA VE PATOLOĞA GÜVENİLİR TARAMA SONUÇLARI
HIZLA ULAŞTIRILARAK HASTANIN BAĞIŞIKLIK SİSTEMİNİN
TETİKLENEREK KANSERLE SAVAŞMASINA OLANAK
SAĞLAYAN İMMÜNO TERAPİYE OLAN UYGUNLUĞU YAPAY
ZEKA SAYESİNDE TESPİT EDİLEREK, TEDAVİDE BAŞARI
ORANI ARTIRILACAK”**

Türkiye’de yılda yaklaşık 19 bin kadın meme kanseri oluyor. Meme kanseri, kadınların en sık yakalandığı ilk on kanser türü arasında ilk sırada. Meme kanseri hastalarının tedavi edilmelerini sağlayan Argenit projesi TÜBİTAK tarafından onaylandı. Proje sayesinde yapay zeka ile kanser hücreleri otomatik tespit edilecek.

Meme dokusunda yer alan hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıyla ortaya çıkan meme kanseri, ülkemizde ve dünyada kadınların en sık yakalandığı ilk on kanser türü arasında birinci sırada bulunuyor. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye’de yılda yaklaşık 19 bin kadına meme kanseri tanısı konuluyor. Dijital sağlık alanında 20 yılı aşkın süredir hizmet veren Argenit tarafından geliştirilen proje, bağışıklık sistemini kanser hücrelerine karşı güçlendiren immünoterapinin meme kanseri tedavilerinde daha etkin şekilde kullanılmasını sağlayacak. Proje sayesinde immünoterapinin meme kanseri tanısı konulmuş hastalara uygunluğu yapay zeka ile teşhis edilebilecek. TÜBİTAK tarafından onaylanan projenin meme kanseri tedavilerinde süreçleri hızlandırması ve kolaylaştırması bekleniyor.

Her 8 kadından biri risk altında

Her 8 kadından birinde görülme riski bulunan meme kanserinin tedavi yöntemi, hastadan hastaya farklılık gösteriyor. Tedavi sürecinde hastalığın yeri, evresi, hastanın yaşı, başka sağlık sorunlarının olup olmaması gibi faktörler rol oynuyor. Kanser hücrelerini tarayarak otomatik bulan ve derin öğrenme analizi yapan Argenit’in görüntü işleme ve analiz sistemi daha doğru ve daha hızlı tanımlar

verilmesine yardımcı olacak. Sistem hayata geçtiğinde hasta takibini yapan onkoloğa ve patoloğa güvenilir tarama sonuçları hızla ulaştırılarak hastanın bağışıklık sisteminin tetiklenerek kanserle savaşmasına olanak sağlayan immüno terapiye olan uygunluğu yapay zeka sayesinde tespit edilerek, tedavide başarı oranı artırılacak.

Meme kanserine daha hızlı tanı konulacak

Proje ile meme kanserinde tedavi sürecinin sağlıklı yönlendirilmesini amaçladıklarını belirten Argenit kurucu ortağı Burak Buyrukülen, “Bağışıklık sistemimizi koruyan ve bir çeşit akyuvar olan lenfositlerin kanserli doku çevresinde toplanma oranı, rutin patolojide patoloğun gözlemi ile izafi olarak veriliyor. Bu tanı şekli göreceli ve tecrübeye dayalı olmakla birlikte, pahalı ve ulaşılması zor olan immünoterapi tedavisine uygun hasta seçimini zorlaştırıyor. TÜBİTAK tarafından kabul gören projemizde hızlı ve güvenilir sonucun hayati değerini bilerek tedavi sürecindeki kritik rolüne odaklandık. Amacımız standart, tekrarlanabilir, paylaşılabılır ve arşivlenebilir sonuçlarla tedavi süreçlerine katkı sağlamak. Elde edilen objektif sonuçlarla hastalar daha doğru alt gruplara ayrılacak ve kişiye özel tedaviler en uygun şekilde uygulanabilecek.” dedi.

**“SAĞLIK BAKANLIĞI VERİLERİNE GÖRE, TÜRKİYE’DE YILDA YAKLAŞIK 19 BİN KADINA
MEME KANSERİ TANISI KONULUYOR”**

NADİR HASTALARIN SAĞLIĞA ERİŞEBİLMELERİ İÇİN, ÖZELLİKLE BİRLEŞMİŞ MİLLETLER ENGELLİ HAKLARI SÖZLEŞMESİ’NİN 55. MADDE BAĞLAMINDAKİ YÜKÜMLÜLÜKLER DİKKATE ALINARAK MEVZUATLAR DÜZENLENMELİ- UYGULANMALI VE İLGİLİ TÜM BAKANLIKLARDA GRUPLAR HALİNDE SPESİFİK OLARAK ELE ALINARAK “NADİR HASTALIKLAR ULUSAL EYLEM PLANI” SAĞLAM BİR HUKUK TEMELİNİN ÜZERİNE KURULARAK HAYATA GEÇİRİLMELİDİR

Sağlığa erişim, ülkemiz mevzuatlarında ve uluslararası sözleşmelerde düzenlenen en önemli insan hakkıdır. Nadir hastalığa sahip bir bireyin ülkemizde tanı aldıktan sonra, doğru ve güncel tedaviyi alması en doğal hakkıdır. Çünkü nadir hastalıklar, çoğunluğu çocuk olan bireylerin ölümüne sebebiyet vermektedir. Her ne kadar Nadir Hastaların, sağlığa erişim süreçleri ile ilgili olumlu haberler duyulsa da bu erişimin zorlu bir hukuk mücadelesi ile elde edildiği bir gerçektir. Ülkemizde bireyler, sağlığa erişebilmek için idari mercilere ve mahkemelere başvurmak zorunda kalmaktadır. Oysa sağlık hakkının hukuki dayanağı, başta insan hakkı sözleşmeleri olmak üzere ulusal ve uluslararası mevzuatlarıdır.

Nadir Hastalıklar Ulusal Eylem Planı

Nadir hastaların sağlığa erişebilmeleri için, özellikle Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi’nin 55. Madde bağlamında yükümlülüklerin hatırlatılarak mevzuatların düzenlenmesi- uygulanması ve ilgili tüm bakanlıklarda gruplar halinde spesifik olarak ele alınarak “Nadir Hastalıklar Ulusal Eylem Planı”nın sağlam bir hukuk temelini üzerine kurularak hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Nadir hastalığa sahip bireylerin sağlık harcamaları, diğer bireylere oranla 6 katı fazladır

Nadir Yaşamların Ekonomisine dikkat çeken Nadir Hastalıklar Ağı, yaptığı açıklamada şu bilgileri verdi: Nadir Hastalığa sahip bireylerin sağlık harcamalarına ilişkin yıllık giderlerinin diğer bireylere oranla 6 katından fazla olduğu bilgisi, 2021 Şubat ayında SEPD iş birliği ile yapılan “Nadir Hastalıklarla Yaşayan Hanelerin Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamaları”nın

anket sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu anketten çıkan başka bir veri ise çoğunluğu yoksulluk sınırında olan hanelerin; katkı paylarının, muayene ücretlerinin yanı sıra hayat boyu kullanmak zorunda oldukları özel gereksinim malzemelerinin temini için büyük bedeller ödediği tespitidir. Bu nedenle Nadir Yaşamların ekonomisine ve sağlığına katkı sağlamak için özel gereksinimlerine “vergi muafiyeti” uygulanması elzemdir.



Nadir hastalığa sahip bireylerin engelleri, görünmez olabilir

Nadir hastalığa sahip bireylerin görünmez engeli olabilmektedir. İç organlara yansıyan birtakım nadir hastalıklarda mevcut olan görünmez engellilik, ülkemizde bir “engel türü” olarak kabul edilememektedir. Görünmez engele sahip hastalar, sağlığa erişim bakımından elzem olan “sağlık/engelli raporlarını” almak için çok fazla uğraş vermektedir. Nadir hastalıklarda ve sendromlarda, fizyolojik, anatomik problemler, iç organları etkilediğinden, her engel görünür değildir. Bu nedenle, bireyler sağlık/engelli raporu alırken bu durumu her seferinde yetkililere açıklama mecburiyeti hissetmektedir. Bu sorunun çözümü de ilgili tüm bakanlıklar, kamuoyu ve sağlık sistemine “farkındalık çalışmaları” yapılarak, “görünmez engellilik” durumunun olabileceği bilincinin aşılmasıdır.

“NADİRİZ, İÇİNİZDEYİZ” SLOGANIYLA YOLA ÇIKAN NADİR HASTALIKLAR AĞI, “28 ŞUBAT DÜNYA NADİR HASTALIKLAR GÜNÜ” FARKINDALIĞI AMACIYLA YAPTIĞI AÇIKLAMADA, NADİR HAYATLAR İÇİN ÇOK ÖNEMLİ ÜÇ ANA KONUYA DİKKAT ÇEKTİ

NADİR HASTALIKLAR ULUSAL EYLEM PLANI HAYATA GEÇİRİLMELİ



KANSER VAKALARI 10 YILDA 5 MİLYON ARTTI

“TÜRKİYE’NİN DE İÇİNDE YER ALDIĞI YÜKSEK GELİŞMİŞLİK ENDEKSİNDEKİ ÜLKELERDE KANSERE BAĞLI ÖLÜMLER KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLARA BAĞLI ÖLÜMLERİN ÖNÜNE GEÇTİ VE TÜM DÜNYADA ÜÇÜNCÜ SIRADA YER ALAN ANNE VE ÇOCUK GELİŞİMİNE BAĞLI ÖLÜMLER TÜRKİYE’NİN DE İÇİNDE YER ALDIĞI GRUPTA 17. SIRAYA KADAR GERİLEDİ”

Amerikan Tıp Birliği Dergisi JAMA’nın açıkladığı son rapora göre dünyada kanserin son 10 yıl içerisinde artış gösterdiğini belirten Anadolu Sağlık Merkezi Medikal Onkoloji Uzmanı Prof. Dr. Serdar Turhal, “Rapora göre 2010 yılında 18.7 milyon olan yeni kanser vakası 2019 yılında 23.6 milyona çıktı. Kansere bağlı ölümler de yine 2010 yılında 8.2 milyon iken 2019 yılında 10 milyona ulaştı” dedi.

Kanserin dünya genelinde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüme yol açan ikinci hastalık olduğunu söyleyen Anadolu Sağlık Merkezi Medikal Onkoloji Uzmanı Prof. Dr. Serdar Turhal, “Araştırmada yer alan en önemli bulgulardan bir tanesi ülkelerin gelişmişlik endeksleri ile kanserin toplum içinde yol açtığı sorunlar arasındaki farklılıklar. Örneğin, Türkiye’nin de içinde yer aldığı yüksek gelişmişlik endeksindeki ülkelerde kansere bağlı ölümler kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölümlerin önüne geçti ve tüm dünyada üçüncü sırada yer alan anne ve çocuk gelişimine bağlı ölümler Türkiye’nin de içinde yer aldığı grupta 17. sıraya kadar geriledi” şeklinde konuştu. Prof. Dr. Turhal, “Bu çalışma, kanser hastalığının özellikle düşük ve orta gelişmiş düzeydeki ülkeler için artan bir sorun olacağına dikkat çekti” dedi.



Prof. Dr. Serdar Turhal

Türkiye kansere bağlı ölümlerde üst grupta yer aldı. Araştırmada, kanser türlerinden en çok soruna yol açan akciğer kanseri ilk sırada yer alırken, ikinci sırada kalın bağırsak kanseri, üçüncü sırada mide kanseri ve dördüncü sırada ise meme kanserinin yer aldığını belirten Medikal Onkoloji Uzmanı Prof. Dr. Serdar Turhal, “Kanserin artış hızı beş ayrı kategoride değerlendirildiğinde Türkiye yıllık artış hızı yüzde 0.1 ile yüzde 1 arasında olan orta grubun içinde yer aldı. Kansere bağlı ölümlerin sınıflandırıldığı 5 grup içinde ise Türkiye biraz daha üst bir grup olan yüzde 1’den daha ileride bir düşme sağlayan ülkeler grubu arasında yer aldı” şeklinde konuştu.

ROCHE TÜRKİYE'DEN DİJİTAL ÇÖZÜM UYGULAMASI



ROCHE TÜRKİYE TARAFINDAN TASARLANAN DİJİTAL ÇÖZÜM UYGULAMASI OLAN CORAL PLATFORMU İLE ERİŞİLEBİLİRLİK, HASTA/ HASTA YAKINI EĞİTİMİ, TEDAVİ TAKİBİ VE HASTA-HEKİM İLETİŞİMİ KONULARINDA SÜREÇLERİN İYİLEŞTİRİLMESİNE KATKI SAĞLANMASI AMAÇLANIYOR

Roche Türkiye ekibi tarafından geliştirilen Coral Platformu, Roche ürünlerinin kullanıldığı ve kendi dijital çözümleri bulunmayan ülkelerde standart dijital çözüm uygulaması olacak şekilde tasarlandı. Sağlık profesyonellerinin, hastaların ve hasta yakınlarının hastalık tecrübelerini iyileştirmeye odaklanan platformda; erişilebilirlik, hasta/hasta yakını eğitimi, tedavi takibi ve hasta-hekim iletişimi konularında yenilikçi çözümler üretilmesi amaçlanıyor.

Roche Türkiye tarafından, kronik hastalıklarla mücadelede Roche’un sunduğu tedavi seçeneklerine tamamlayıcı bir çözüm olarak tasarlanan Coral Platformu ilk olarak Rusya’da kullanılmaya başlandı. Coral’ın kısa bir süre içerisinde Hindistan, Bangladeş, Tayvan, Şili ve Sırbistan’da kullanıma girerek global ekosistemde de değer yaratması planlanıyor. Bu ülkelerin de platformdan faydalanmaya başlaması ile beraber, projeyi tecrübe eden hasta ve hekim sayısının her geçen gün daha da artması bekleniyor. Coral’ın Türkiye’de uygulamaya geçmesi ile ilgili sağlık otoriteleri ile görüşmeler devam ediyor. Platforma dair ileriye dönük hedef ise 2022 yılı içerisinde EMA tıbbi cihaz onayı ile beraber Avrupa Birliği ülkelerine giriş yaparak, Roche ürünlerinin kullanıldığı ve kendi dijital çözümleri bulunmayan ülkelerde standart dijital çözüm uygulaması haline gelmesi olarak ifade ediliyor.

Roche İlaç Türkiye Genel Müdürü Dr. Natasa Klicko açıklamasında, “Tanı ve tedaviyi aynı çatı altında toplama gücümüz ve sağlık hizmetlerinin geleceğine yön verme motivasyonumuzla 125 yıldır büyümeye devam ediyoruz. Dünya çapında tüm sektörler bazındaki değerlendirmede Ar-Ge’ye en çok yatırım yapan 9., ilaç firmaları arasında ise 1. şirket durumundayız. Yarının ihtiyaçları için bugünden çalışırken, hasta odaklı yaklaşımı, veri ve teknolojiyle



Dr. Natasa Klicko

birleştirerek hasta yolculuğu boyunca hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılayacak çözümler geliştirmeye ve böylece sağlık ekosistemi için değer yaratmaya odaklanıyoruz. Roche Türkiye ekibi olarak tasarladığımız Coral Platformu da bu motivasyonun bir yansıması. Bu platform ile hasta ve hekim arasındaki kronik sorunları çözmenin ötesinde, hastaları ve hasta yakınlarını tüm süreçler hakkında bilgi sahibi kılmayı, onlara daha fazla fayda sunmayı hedefliyoruz. Özellikle nadir hastalıklarda tedavilere erişim süreçlerinde meydana gelen zorlukları minimize etmeyi; hastaların bu tedavilere erişimini kolaylaştırmayı amaçlıyoruz. Platformun kullanılmaya başlandığı Rusya’daki ilgili ekipten aldığımız geri dönüşler oldukça olumlu. Halihazırda spinal kaslar atrofide (SMA) kullanılan ancak Rusya için nöromiyelitis optika ve akciğer kanseri için de geliştirmeler yapılan platformun, kısa bir süre içerisinde daha fazla hastalık için daha geniş bir coğrafyada aktif olarak kullanımı üzerinde çalışmalarımızı sürdürüyoruz” dedi.

Sağlık hizmetleri ekosisteminde dijitalleşme açısından önemli bir platform olarak görülen Coral, ayrıca MediaCat Felis ve İstanbul Marketing Awards gibi önemli kuruluşlardan ödüller aldı.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE SİBER GÜVENLİK HAYATİ ÖNEM TAŞIYOR

**33 ÜLKEDE SAĞLIK SEKTÖRÜNE
YÖNELİK 235'TEN FAZLA SİBER
SALDIRIYI DEĞERLENDİREN BİR
ANALİZ,
BU KONUDA KAYGI VERİCİ
SONUÇLAR GÖSTERİYOR**

**BUNA GÖRE PANDEMİ
BAŞLANGICINDAN BU YANA
ARAŞTIRMAYA KONU OLAN
ÜLKELERDE 10 MİLYONDAN
FAZLA KAYIT ÇALINDI**

**TIBBİ CİHAZLAR DİJİTALLEŞEREK BİRBİRLERİNE DAHA BAĞLI HALE GELİRKEN
KURUMLARIN GELECEĞE HAZIR OLMASINI VE VERİMLİ ŞEKİLDE ÇALIŞMASINI SAĞLAYAN
YAZILIM GELİŞTİRMELERİ, ÖNGÖRÜYE DAYALI İZLEME, PROAKTİF SERVİSLER İLE
UZAKTAN DESTEK GİBİ ÇÖZÜMLERDE YÜKSEK SEVİYEDE GÜVENLİK SAĞLANMASI KRİTİK
BİR ÖNEM TAŞIYOR**

Dünyada dijital dönüşüm tüm hızıyla devam ederken siber güvenliğin kritik önemi giderek artıyor. Tıbbi görüntüleme ve teşhis alanında dünyanın önde gelen medikal teknoloji şirketlerinden Siemens Healthineers, sağlık kurumlarına dijital dönüşüm yolculuklarında güvenle ilerlemeleri için gelişmiş çözümleriyle destek oluyor. Şirket, bu doğrultuda son teknolojiye sahip güvenli ürünleri, siber güvenlik hizmetleri ve danışmanlık portföyü ile sağlık kurumlarına siber güvenlik risklerinin üstesinden gelmenin yolunu açıyor. Hızlanan dijitalleşme ile birlikte bilgilerin iletilmesi, işlenmesi ve depolanması büyük bir önem kazandı. Kişisel verileri içeren ve mahremiyeti korunması gereken bu bilgiler, çok sayıda kâr amaçlı tüzel varlık ve firma için ticari, hukuki ve stratejik değer taşıyabiliyor. Bu noktada hassas bilgilerin güvenle korunması gerekliliği ile hayatımıza giren “siber güvenlik-cybersecurity” kavramının hayati önemi gün geçtikçe artıyor.

Bilgi teknolojisi güvenliği olarak da adlandırılan siber güvenlik ile ilgili sorunlar, birçok alanı olduğu gibi sağlık sektörünü de etkiliyor. Tıbbi cihazlar dijitalleşerek birbirlerine daha bağlı hale gelirken kurumların geleceğe hazır olmasını ve verimli şekilde çalışmasını sağlayan yazılım geliştirmeleri, öngörüye dayalı izleme, proaktif servisler ile uzaktan destek gibi çözümlerde yüksek seviyede güvenlik sağlanması kritik bir önem taşıyor.

Siber Saldırı Örneği

Odağında insan hayatı olan sağlık sektöründe siber güvenlik açıkları, yaşam kaybı dahil geri döndürülemez sonuçlara yol açabiliyor. Örneğin, dünyada siber saldırıya bağlı ilk yaşam kaybı 2020 yılında Almanya'da gerçekleşti. 11 Eylül 2020 tarihinde, Almanya'nın Düsseldorf kentindeki sağlık görevlileri, aort anevrizması nedeniyle durumu ağırlaşan 78 yaşındaki hastayı ambulansa taşıdıktan sonra en yakındaki üniversite hastanesini arayıp personele hastaneye yaklaştıkları bilgisini verdi. Hastanedeki görevliler, kaza bölümü ve acil servis kapalı olduğu için hastayı kabul edemeyeceklerini belirtti. Bunun üzerine ambulans 32 kilometre uzaklıktaki başka bir üniversite hastanesine yönlendirildi ve bu da hastanın tedavisini geciktirdi; hasta, kısa bir süre sonra yaşamını kaybetti. Siber suç yetkililerinin dikkatini çeken bu durumun iç yüzü sonradan açığa çıktı. Bilgisayar korsanları hastanenin

verilerini şifreleyip kilidi açmak için ödeme talep etmiş, bu da hastaneyi ambulansı geri çevirmeye zorlamıştı. Saldırı, hastanenin doktorları, yatakları ve tedavi süreçlerini koordine etmek için güvendiği dijital altyapıyı tehlikeye atarak yüzlerce operasyonu ve prosedürü sekteye uğratmış, aynı zamanda hastanenin kapasitesini de büyük ölçüde sınırlamıştı. Normalde her gün binden fazla hastayı tedavi ederken, saldırı sırasında ve sonrasında kabul edilen hasta sayısı neredeyse yarının altına düştü.

Sağlık sektörüne yönelik siber saldırılar artıyor

Sağlık sektörüne yönelik siber saldırılar, COVID-19 pandemisinin başlangıcından bu yana artarak devam ediyor. CyberPeace Enstitüsü tarafından, 33 ülkede sağlık sektörüne yönelik 235'ten fazla siber saldırıyı değerlendiren analiz2, bu konuda kaygı verici sonuçlar gösteriyor. Buna göre pandemi başlangıcından bu yana araştırmaya konu olan ülkelere 10 milyondan fazla kayıt çalındı. Sektöre yönelik bir saldırı sırasında ortalama 155 bin kayıt ihlal ediliyor ve bu sayı çok daha yukarılara çıkabiliyor; bazı vakalarda 3 milyondan fazla kaydın ihlal edildiği bildiriliyor. Fidyeye yazılım saldırılarının yüzde 15'i hastaların başka kurumlara yönlendirilmesine, yüzde 20'si randevu iptallerine neden olurken sağlık kurumlarında bazı hizmetlerin yaklaşık dört ay boyunca kesintiye yol açması da tespit edilen diğer sonuçlar arasında bulunuyor. Sağlık sektörüne yönelik fidye yazılımı saldırılarının, 2021'in ilk yarısında ise haftada dört saldırı oranında gerçekleştiği ve bunun buzdağının sadece görünen kısmı olduğu ifade ediliyor.

Özetle sağlık sektöründe siber saldırılar;

- **Hasta güvenliğini tehlikeye atıyor.**
- **Hasta veri kaybına yol açıyor.**
- **Hastanın operasyonel muayene programını aksatıyor.**
- **Hasta gizliliği ve kişisel mahremiyet ihlallerine neden oluyor.**
- **Kurumlar için itibar ve prestij kaybına yol açıyor.**
- **Tetkikleri ve tedaviyi aksatıyor.**

Tüm bunlar “siber güvenlik” kavramının sağlık sektörü ve tıbbi cihaz servis hizmet ekosisteminin hayati bir parçası olduğunu gösteriyor. Buna bağlı olarak dünya genelinde tıbbi cihazlar için siber güvenlik yaklaşımları



SEKTÖRE YÖNELİK BİR SALDIRI SIRASINDA ORTALAMA 155 BİN KAYIT İHLAL EDİLİYOR VE BU SAYI ÇOK DAHA YUKARILARA ÇIKABİLİYOR; BAZI VAKALARDA 3 MİLYONDAN FAZLA KAYDIN İHLAL EDİLDİĞİ BİLDİRİLİYOR

ve iyileştirme hızı giderek artıyor. Sağlık kuruluşlarının yüzde 82'si dijital güvenliği en önemli endişelerinden biri olarak görüyor³. Devletler, çok uluslu sağlık örgütleri, sivil toplum örgütleri, tıbbi cihaz üreticileri, hukuk görevlileri, hastaneler ve klinikler, siber güvenlik üzerine incelemelerini artırıyor, yönergeler hazırlıyor ve çeşitli organizasyonlar altında bir araya geliyor. Bu kapsamda, farklı ülkelerde farklı “Bilgi Paylaşım ve Analiz Merkezi Organizasyonları” kurularak siber güvenlik tehditlerine karşı toplanan bilgiler analiz ediliyor ve çeşitli yönergeler tayin ediliyor.

Ülkemizde de bu görevi, T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı TİTCK (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu) üstleniyor. TİTCK, ulusal yönergeleri takip ederek tıbbi cihaz üreticileri ile iletişim halinde siber güvenlik yamalarını izliyor.

Siemens Healthineers, Siber Saldırlara Karşı Korunmaya Yardımcı Oluyor

Taşıdığı kritik öneme bağlı olarak Siemens Healthineers, sağlık sektörüne sunduğu tüm hizmetlerde ve çözümlerde merkezi bir rol oynuyor. Bu doğrultuda sistemlerini ve süreçlerini sürekli iyileştiren, ekiplerine

siber güvenlik eğitimleri veren şirket; kurum genelinde korumayı sağlamaya yardımcı olan son teknolojiye sahip güvenli ürünler, siber güvenlik hizmetleri ve danışmanlık portföyü sunma misyonunu üstleniyor. Böylece veri koruma, siber risk yönetimi ve bilgi güvenliği gibi kritik alanlarda sunduğu gelişmiş çözümlerle sağlık kurumlarını, sağlık profesyonellerini ve dolayısıyla hastaları siber güvenlik açıklarının ciddi risklerine karşı korumaya yardımcı oluyor.

Siemens Healthineers ürünleri, çözümleri ve hizmetleri, HIPAA, GDPR, IEC/ISO 80001, KRITIS B3S gibi uluslararası ve yerel normlar, yönergeler ve yönetmeliklerin gerektirdiği kapsamlı siber güvenlik risk yönetiminin bir parçası olarak IT güvenlik önlemlerinin uygulanmasıyla sağlık kurumlarını destekliyor. Siemens Healthineers'ın siber güvenliğe yönelik faaliyetlerinin hedefinde; bilgi güvenliğine yönelik riskleri ve yaklaşan tehditleri tanımlamak ve çözmek, yeterli güvenlik kontrolleri uygulamak ve bunların etkinliğini izlemek, işin ve müşterilerinin beklentilerini karşılamak için güvenlik yaklaşımını sürekli iyileştirmek ve etkili bir Siber Güvenlik Yönetimi Sistemi (CYSMS) sağlamak bulunuyor.

TIBBİ CİHAZLAR DİJİTALLEŞEREK BİRBİRLERİNE DAHA BAĞLI HALE GELİRKEN KURUMLARIN GELECEĞE HAZIR OLMASINI VE VERİMLİ ŞEKİLDE ÇALIŞMASINI SAĞLAYAN YAZILIM GELİŞTİRMELERİ, ÖNGÖRÜYE DAYALI İZLEME, PROAKTİF SERVİSLER İLE UZAKTAN DESTEK GİBİ ÇÖZÜMLERDE YÜKSEK SEVİYEDE GÜVENLİK SAĞLANMASI KRİTİK BİR ÖNEM TAŞIYOR

Siemens Healthineers'da Ürün ve Çözüm Güvenliği

- Ürün Güvenliği
- Güvenli Yaşam Döngüsü Geliştirme, “tasarıma bağlı ve varsayılan gizlilik” göz önünde bulundurularak geliştirmeden, standart ihtiyaçlara ve sektördeki uygulamalara kadar en gelişmiş süreçleri takip ediyor.
- Güvenli yapılandırma ve güçlendirme, beyaz listeye alma, denetleme ve günlüğe kaydetmenin yanı sıra şifreleme ve daha fazlası yerleşik güvenlik denetimleri ile mümkün oluyor.
- Ürün güvenliğine yönelik teknik incelemeler, SBOM* ve MDS2** detayları aracılığıyla bilgilerin şeffaflığı sağlanıyor.
- Kurulum doğrulaması ve güvenlik kontrollerinin yapılandırılması, güvenli kurulum anlamına geliyor.

Siber Güvenlik Hizmetleri

- Güvenlik açığı izleme ve değerlendirmesi ile ABD Gıda ve İlaç Dairesi'nin (FDA) kılavuzu ile uyumlu ve sektördeki uygulamalar doğrultusunda Siemens Healthineers ekipman ve çözümlerine yönelik olası tehditler belirleniyor ve raporlanıyor.
- Sistemlerin mevcut en son sürümde tutulması için Siemens Healthineers ekipmanı için sürekli güncellemeler sağlanıyor ve gerektiğinde düzeltmeler yayınlanıyor.
- Güvenlik ve ürün uzmanlarından oluşan küresel bir ekip, sağlık kurumlarında kullanılan ekipmanın siber güvenlik durumu hakkında yüksek düzeyde şeffaflık sağladığı mekanizmalar sunuyor.
- Ekipmanın her zaman en son yazılım sürümünde olması için çeşitli Siemens Healthineers sistemlerine yönelik çok çeşitli yükseltme programları sağlanıyor.

Gizlilik

- Akıllı Uzaktan Servisler sistemi, uluslararası ISO/IEC 27001 standardını destekliyor.
- Bağımsız gizlilik denetimlerinden geçen teamplay platformu ve uygulamaları, European Privacy Seal (EuroPriSe) ödülüne ve ISO/IEC 27001 sertifikasına sahip.
- Siemens Healthineers, global uygulamalara ek ayrıca NIST, ISO/IEC 27001 ve 27005 dahil olmak üzere uluslararası standartlara dayanan bir Siber Güvenlik Yönetimi Sistemi'ni (CYMSM) izliyor.

Siemens Healthineers Siber Güvenlik Yönetimi
Siber güvenlik kültürünü destekliyor: İlgili ekipler,

siber güvenlik konularında eğitim alıyor ve ekipmanı siber tehditlere karşı korumak için siber güvenlik yönergelerini takip ediyor.

Siber güvenlik stratejisini izliyor: Şirket, güvenli ürünler geliştiriyor, kullanım ömrü boyunca cihazları koruyor ve her ürün nesli için siber güvenlik önlemlerini sürekli olarak iyileştiriyor.

Şeffaflık ilkesine bağlı: Tıbbi cihazların güvenlik kontrolleri hakkında ilgili taraflarla proaktif olarak iletişim kuruyor. Güvenlik açıkları ve bunları nasıl ele aldığı hakkında hem müşterilerine hem de ulusal otoritelere bilgi veriyor.

Seçenekler ve Yükseltmeler: Ekipmanı güncel tutmak ve siber tehditlere karşı korumak için hazır yükseltmeler sunuyor. Geniş Seçenek ve Yükseltme yelpazesi ve hizmet sözleşmeleriyle, müşterilerinin ekipman güvenliğini en üst seviyede koruması için teknolojilerini güncel tutmalarına yardımcı oluyor, ekipman alt yapısına uygun güvenlik donanımları da sağlıyor.

Advance Plans: Siemens Healthineers, Advance Plans bakım-onarım sözleşmesi ile kullanım ömrü boyunca ekipmanın geleceğe hazır ve siber saldırılara karşı güvende olmasını mümkün kılıyor.

Diğer hizmet planları: Advance Plans kontrat tipine henüz uyumlu olmayan ürünler için, yükseltme programları dahil olmak üzere hizmet sözleşmeleri temin ediliyor.

Ürün güvenliği: Sağlık kurumlarına ağ altyapılarına güvenli bir şekilde entegre edilebilecek güvenli ekipmanlar sunuyor.

Sağlık kurumlarının ve hastaların gizliliğini koruyor: Siemens Healthineers, ürün, çözüm ve hizmetlerinde “tasarıma bağlı ve varsayılan gizlilik” ilkesini ilk tasarım ve planlama aşamasından başlayarak dikkate alıyor. Sağlanan süreçlerin bu ilkeyle uyumlu olması, sağlık kurumlarının gizlilik düzenlemelerine uymasına yardımcı oluyor.

1. <https://www.wired.co.uk/article/ransomware-hospital-death-germany>
 2. <https://www.weforum.org/agenda/2021/11/healthcare-cybersecurity/>
 3. “25% of Healthcare Orgs not Encrypting Patient Data in Cloud”, Health IT Security
- *SBOM: Yazılım Malzeme Listesi
**MDS2: Tıbbi Cihaz Güvenliği için Üretici Açıklama Beyanı

2050 YILINDA 10 MİLYON İNSAN İNFEKSİYON HASTALIKLARI NEDENİYLE HAYATINI KAYBEDEBİLİR

“TEK SAĞLIK” KAPSAMINDA ÇEVRE, İNSAN VE HAYVAN SAĞLIĞI BİR BÜTÜN OLARAK DEĞERLENDİRİLEREK GEREKEN ÖNLEMLER ALINMADIĞI TAKDİRDE 2050 YILINDA 10 MİLYON İNSANIN ANTİBİYOTİKLERE DİRENÇLİ MİKROORGANİZMALARLA GELİŞEN İNFEKSİYON HASTALIKLARI NEDENİYLE HAYATINI KAYBEDECEĞİ ÖNGÖRÜLMEKTEDİR

“Antibiyotik Direncinde 2050’den Günümüze Bakış” sempozyumu Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği Antibiyotik Direnci Çalışma Grubu tarafından 12 Şubat 2022 tarihinde çevrim içi gerçekleştirildi. Sempozyumda, dününden bugüne ve bugünden geleceğe antibiyotik direncinin nedenleri, ülkemizde ve dünyada mevcut antibiyotik direnç durumu ve çözüm önerileri tartışılmıştır. Buna göre;

- Enfeksiyon hastalıkları tıp ve dünya tarihine yön vermektedir. Modern tıp öncesi dönemde de çok çeşitli tedavi yöntemleriyle enfeksiyon hastalıkları tedavi edilmeye çalışılmıştır. Mikroskopun keşfiyle birlikte mikroorganizmalar tanınmaya başlamış, antibiyotiklerin keşfi milyonlarca insanın hayatını kurtarmıştır. Ancak; antibiyotiklerin keşfiyle hemen hemen eş zamanlı bir biçimde “antibiyotik direnci” ortaya çıkmıştır. 1945 yılında penisilinin keşfi sayesinde Ernst Boris Chain ve Sir Howard Walter Flarey’le birlikte Nobel Ödülü’yle ödüllendirilen Sir Alexander Fleming, antibiyotiklerin kontrolsüz kullanımının antibiyotik direncine neden olabileceğini vurgulamıştır. Antibiyotiklere karşı direnç geliştirmek bakterilerin doğasında vardır ve yaşamsal fenomenlerini yansıtır.

- Ülkemizde ve dünyada antibiyotiklere dirençli mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyon hastalıkları toplum sağlığını tehdit etmektedir. Buna karşılık, bu hastalıkları tedavi edebilmek için elimizde kısıtlı sayıda antibiyotik mevcuttur. Özellikle Gram-negatif bakterilerde karbapenem ve kolistin direncinin görülmesi tedaviyi zorlaştırmaktadır. Çoklu ilaç direnci olan bakterilerin yol açtığı enfeksiyonlarda mortalitenin arttığı gösterilmiştir. Bu enfeksiyonların tedavisinde çoğu kez kombinasyon tedavileri kullanılmaktadır. In-vivo ve in-vitro sinerji testleri kombinasyon tedavilerinin etkinliğini öngörmede klinisyene yardımcı olabilmektedir.

- Antibiyotiklerin farmakokinetik ve farmakodinamik etkileri ilacın verilmesinden klinik yanıt alınana kadar olan tüm parametreleri tanımlamaktadır. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanları olarak antibiyotik direnç artışına neden olmamak için bu parametreleri iyi bir biçimde anlamamız ve bilmemiz gerekmektedir. Antibiyotikler ruhsat aldıktan sonra da farmakokinetik ve farmakodinamik çalışmaları devam etmektedir. Bir hastadaki uygun antibiyotik dozu ancak kişiselleştirilerek hesaplanabilir, bunun uygulanabilir olması için antibiyotik düzey ölçümleri yaygınlaştırılmalıdır.

- “Tek Sağlık” kapsamında çevre, insan ve hayvan sağlığı bir bütün olarak değerlendirilerek gereken önlemler alınmadığı takdirde 2050 yılında 10 milyon insanın antibiyotiklere dirençli mikroorganizmalarla gelişen enfeksiyon hastalıkları nedeniyle hayatını kaybedeceği öngörülmektedir. Nitekim; 2019 yılında 4,95 milyon insanın ölümü antibiyotik direnciyle ilişkilendirilmiştir. Ülkemiz Avrupa ülkeleri içerisinde antibiyotik direnci ve antibiyotik kullanım oranının en yüksek olduğu ülkedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yürüttüğü çalışmalar doğrultusunda “AWaRe” isimli antibiyotik sınıflamasıyla antibiyotik kullanım oranları izlenmeye başlanmış ve ülkemizde son 10 yılda antibiyotik kullanımının %32,87 oranında arttığı belirlenmiştir. Bu nedenle, birçok ilaçta olduğu gibi antibiyotiklerin de akılcı kullanımı zorunlu hale gelmiştir. Antibiyotik kullanımında hastanın klinik ve laboratuvar bulguları birlikte değerlendirilmelidir. Laboratuvar tetkiklerinden, özellikle yoğun bakım enfeksiyonlarında, prokalsitonin yol göstericidir. Ancak COVID-19 gibi bazı ciddi viral enfeksiyonlarda ve enfeksiyon hastalıkları dışı nedenlerde de prokalsitoninin yükselebileceği unutulmamalıdır. Prokalsitoninin antibiyotik tedavisine başlamaktan çok, tedavinin izlenmesi ve antibiyotik tedavisinin kesilmesi açısından yol gösterici olduğu bilinmelidir.

ANTİBİYOTİKLERİN KONTROLSÜZ KULLANIMI ANTİBİYOTİK DİRENCİNE NEDEN OLABİLİR. ANTİBİYOTİKLERE KARŞI DİRENÇ GELİŞTİRMEK BAKTERİLERİN DOĞASINDA VARDIR VE YAŞAMSAL FENOMENLERİNİ YANSITIR



COVID-19 PANDEMİSİ SAĞLIK BAKIMI İLİŞKİLİ İNFEKSİYONLARIN DAĞILIMINDA DEĞİŞİKLİĞE NEDEN OLMUŞTUR. BUNA GÖRE; CERRAHİ ALAN İNFEKSİYONLARININ SIKLIĞI AZALIRKEN, ÖZELLİKLE YOĞUN BAKIM İHTİYACI OLAN COVID-19 HASTALARINDA VENTİLATÖR İLİŞKİLİ PNÖMONİ VE KAN DOLAŞIMI İNFEKSİYONLARININ SIKLIĞINDA ARTIŞ MEVCUTTUR

ÜLKEMİZDE COVID-19 NEDENİYLE HASTANEDE YATIRILARAK TAKİP EDİLEN HASTALARIN %50'DEN FAZLASINA ANTİBİYOTİK REÇETE EDİLDİĞİ BELİRLENMİŞTİR. SARS-COV-2 İNFEKSİYONUNUN KENDİSİNİN OLUŞTURDUĞU KLİNİK TABLOLA EŞLİK EDEN BAKTERİYEL İNFEKSİYONUN BENZERLİĞİ VE BİRBİRİNDEN AYIRT EDİLMESİNDEKİ ZORLUK BU DURUMUN TEMEL NEDENİDİR

Antimikrobiyal yönetimi infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı, klinik eczacılar ve klinik hemşirelerinin de içinde bulunduğu bir ekibin birlikte çalışması ve bununla beraber infeksiyon kontrol önlemlerine uyumun artırılmasıyla başarılı olabilir. Yapılan çalışmalarda infeksiyon hastalıkları uzmanının olmadığı durumlarda gereksiz antibiyotik kullanım oranının %85'lere varabildiği gösterilmiştir.

- COVID-19 pandemisiyle birlikte dünya genelinde “antimikrobiyal yönetim” aktiviteleri azalmıştır. Pandemi döneminde antibiyotik tüketimini değerlendiren çalışmalar, dünya genelinde ilk aylarda antibiyotik tüketimi artsa da sonraki aylarda tüketimin pandemi öncesi döneme göre azaldığını göstermektedir. Ülkemizde pandemi döneminde antibiyotik tüketimini yansıtan çok merkezli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. SARS-CoV-2 infeksiyonunun erken döneminde bakteriyel infeksiyon sıklığı %2-7 olmasına rağmen, bilimsel yayınlar bakteriyel infeksiyon eşlik etmeyen hastaların yarısından fazlasının antibiyotik tedavisi aldığını göstermektedir. Çalışma grubumuz tarafından yürütülen çok merkezli nokta prevalans çalışmasında,

ülkemizde COVID-19 nedeniyle hastanede yatırılarak takip edilen hastaların %50'den fazlasına antibiyotik reçete edildiği belirlenmiştir. SARS-CoV-2 infeksiyonunun kendisinin oluşturduğu klinik tablo ile eşlik eden bakteriyel infeksiyonun benzerliği ve birbirinden ayırt edilmesindeki zorluk bu durumun temel nedenidir. COVID-19 pandemisi sağlık bakımı ilişkili infeksiyonların dağılımında değişikliğe neden olmuştur. Buna göre; cerrahi alan infeksiyonlarının sıklığı azalırken, özellikle yoğun bakım ihtiyacı olan COVID-19 hastalarında ventilatör ilişkili pnömoni ve kan dolaşımı infeksiyonlarının sıklığında artış mevcuttur.

- Ülkemizde yataklı tedavi kurumlarında uygulanmakta olan EHU (Enfeksiyon hastalıkları uzman onayı) sisteminin geliştirilmesi ve sistemin tüm paydaşlarının bu düzeltmelerde rol alarak hem fikir olması gerekmektedir. Çalışma grubumuz tarafından 2019 yılında yapılmış olan anket çalışmasında, ankete katılan 208 infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji hekiminin 102'si (%49) EHU onayının ideal bir biçimde işlemediğini belirtmiştir. Bu durumun nedenleri olarak;

hastanelerin bilişim sistemlerinden kaynaklanan sorunlar, diğer branş hekimlerinin kendi istedikleri antibiyotikleri vermek istemeleri, önerilen ilacın önerilenden uzun süre, uygun olmayan doz ve doz aralığında verilmek istenmesi ve infeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji hekim sayısının azlığı nedeniyle sisteme yeterince vakit ayırlamaması öne çıkmaktadır. Diğer taraftan; EHU onayı dışında kalan antimikrobisallerin hastanelerimizde kullanan antibiyotikler içerisindeki ağırlığı ve kullanım uygunluğu bilinmemektedir.

- Ülkemizde yapılan çalışmalarda cerrahi profilaksinin %60'lara varan oranda uygunsuz olduğu gösterilmiştir. Cerrahi profilaksi ancak uygun antibiyotikle, uygun zamanda ve uygun süreyle verildiğinde etkili olabilir. Cerrahi profilaksinin gereğinden uzun süreyle verilmesi şüphesiz ki uygunsuz antibiyotik kullanımına bir örnektir ve antibiyotik direncinin artışına neden olacaktır. Bu durum cerrahi profilaksinin uygulanmasında rol alan tüm birimlere verilecek eğitimlerle azaltılabilir.

- Sendromik testler (solunum yolu panelleri, sepsis panelleri, santral sinir sistemi panelleri, gastrointestinal panel vb.) hızlı ve duyarlı yöntemlerdir. Bu yöntemler etken mikroorganizmanın tespiti, etkin tedavinin erken planlanması ve kontrollü antibiyotik kullanımına katkı sağladığından yaygınlaştırılması gerekmektedir. Sendromik testlerin kullanılması; hastanede yatış süresi, mortalite, uygunsuz ve uzamış antibiyotik kullanımı ve genel sağlık bakımı

maliyetinin azaltılmasına katkı sağlayabilir. Akut tonsillofarenjit, influenza, alt solunum yolunun infeksiyon hastalıkları (idrarda pnömokok ve Leigonnella antijenleri) ve gastroenteritlerde hızlı antijen testlerinin kullanılması hızlı, pratik ve düşük maliyetli yöntemler olup yerinde kullanıldıklarında faydalı olduklarını gösteren ulusal ve uluslararası çalışmalar bulunmaktadır. Hızlı antijen testlerinin kullanımının akut tonsillofarenjitte gereksiz antibiyotik kullanımını önlediği gösterilmiştir.

- Radyolojik yöntemlerin infeksiyon hastalıklarının tanısı (infeksiyon odağı varlığı, infeksiyonun yaygınlığı, etken mikroorganizmaların öngörülmesi), tedavisi (girişimsel radyoloji) ve takibinde kullanılması gereksiz antibiyotik kullanımının önlenmesinde destek sağlayabilir. Ancak; doğru endikasyonla, doğru tetkikin ve doğru klinik bilgiler verilerek istenmesi gerekmektedir. Tetkik sıralaması basitten komplekse, ucuzdan pahalıya ve non-invaziv yöntemlerden invaziv yöntemlere şeklinde seyretmelidir. Radyoloji birimlerinde hasta trafiği yoğun olup fazla sayıda personel ve cihaz bulunmaktadır. Taşınabilen cihazlar özellikle kritik hastaların görüntülenmesinde kullanılmaktadır. Bu nedenlerle radyoloji birimlerinin sağlık bakımı ilişkili infeksiyonların artışında bir istasyon olmasını önleyebilmek için, radyoloji personeli eğitimi artırılmalı ve hastaları takip eden klinisyenler hastanın standart önlemler dışında izolasyon önlemi gerektiren mikroorganizmalarla enfekte olup olmadığı konusunda birime bilgi sağlamalıdır.



KADINLARIN YÜZDE 95'İ RAHİM AĞZI KANSERİ TARAMASINDAN HABERDAR DEĞİL

“KADINLARIN YALNIZCA YÜZDE 4,3'Ü ÜCRETSİZ RAHİM AĞZI KANSERİ TARAMASI YAPILDIĞINDAN HABERDAR VE BUNLARDAN YALNIZCA YÜZDE 27,1'İ TARAMA TESTİ YAPTIRMIS DURUMDA”

CİSÜ Platformundan Özlem Altıntaş, kadınların yüzde 95'inin her yıl yapılan rahim ağzi kanseri taramasından haberleri olmadığını belirterek, “Rahim ağzi kanserine karşı Türkiye çapında ücretsiz HPV aşılara ve tarama testlerine başlanmalı” dedi.

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CİSÜ) Platformu adına konuşan Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneğinden Özlem Altıntaş, rahim ağzi kanserinin önlenmesi için HPV aşısı ve taramasının önemine dikkat çekti ve “Kadınların yalnızca yüzde 4,3'ü ücretsiz rahim ağzi kanseri taraması yapıldığından haberdar ve bunlardan yalnızca yüzde 27,1'i tarama testi yaptırmış durumda” dedi.

Türkiye kanser insidansının dünya insidansının üzerinde seyrettiğini belirten Altıntaş, HPV'ye bağlı kanserlerin erkek kanserlerinin yüzde 1'inden, kadın kanserlerinin ise yüzde 5-10'undan sorumlu olduğunu kaydetti. Altıntaş, sözlerini şöyle sürdürdü: “Ülkemizde de HPV ile ilişkili kanserlerin kadınları daha çok etkilediğini görüyoruz. Kadınlarda erkeklerin yaklaşık 5 katı HPV ile ilişkili kanser olduğu tahmin ediliyor. Kadınlar, Ketem ve Aile Sağlığı Merkezleri'nde ücretsiz HPV testi yaptırabiliyor. Kadınların düzenli aramalarla bilgilendirilerek daha çok takip edilmesi gerekiyor”.



Özlem Altıntaş

“HPV'nin kanser ve siğil yapan türlerine karşı geliştirilen aşıların ulusal aşı takvimine alınması ve HPV tarama kapsamının yaş ve cinsiyet bazında genişletilerek ülkede yaygın hale getirilmesi gerekiyor. Herkesin HPV aşısından ve taramasından faydalanması virüsün yayılımını durdurmak için oldukça büyük önem taşıyor” diye konuştu.

Öte yandan geçtiğimiz hafta içinde; Dünya Sağlık Örgütü'nün rahim ağzi kanserine karşı 9-14 yaşlarındaki kız çocukların olmasını önerdiği HPV (İnsan Papilloma Virüs) aşısının Türkiye'de ücretsiz olmasıyla ilgili yargıdan örnek bir karar çıktı. Ankara 62. İş Mahkemesi, bir kadının başvurusu üzerine HPV aşısının ücretini ödemeyen Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığını haksız buldu. Mahkeme, üç doz aşının bedelinin faiziyle başvurucaya ödenmesine hükmetti.

“HPV (İNSAN PAPİLLOMA VİRÜS) AŞISININ TÜRKİYE'DE ÜCRETSİZ OLMASIYLA İLGİLİ YARGIDAN ÖRNEK BİR KARAR ÇIKTI. ANKARA 62. İŞ MAHKEMESİ, BİR KADININ BAŞVURUSU ÜZERİNE HPV AŞISININ ÜCRETİNİ ÖDEMİYEN SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK) BAŞKANLIĞINI HAKSIZ BULDU. MAHKEME, ÜÇ DOZ AŞININ BEDELİNİN FAİZİYLE BAŞVURUCUYA ÖDENMESİNE HÜKMETTİ”



Şekil 10. Tüm Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017)



Şekil 15. 15-24 Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları (Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017)

Tablo 21. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2020 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserlerin Dağılımı (23)

	Türkiye*	Dünya	Batı Asya	Orta ve Doğu Avrupa	ABD
1	Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
2	Tiroit	Kolorektal	Tiroit	Kolorektal	Akciğer
3	Kolorektal	Akciğer	Kolorektal	Uterus korpusu	Kolorektal
4	Akciğer	Uterus serviksi	Akciğer	Akciğer	Uterus Korpusu
5	Uterus Korpusu	Tiroit	Uterus Korpusu	Uterus Serviksi	Deri Melanomu

* Türkiye Birleşik Veri Tabanı, 2017



DÜNYADAKİ EN BÜYÜK SALGIN HALA TÜBERKÜLOZ

“TÜBERKÜLOZ İÇİN YENİ BİR AŞI YOKTUR. HALEN, 101 YIL ÖNCE BULUNAN İLK VEREM AŞISI (BCG) KULLANILMAKTADIR. COVID-19 İÇİN 1 YILDA ÇOK SAYIDA AŞI GELİŞTİRİLMİŞTİR. YILLIK AŞI BÜTÇESİ DE VEREM İÇİN 117 MİLYON İKEN, COVID-19 İÇİN 107 MİLYAR DOLARDIR”

Robert Koch, 140 yıl önce 24 Mart 1882 tarihinde tüberküloz (verem) basilini bulduğunu dünyaya duyurdu. Bu tarih, dünyada tüberküloz günü olarak kabul ediliyor.

Savaşlar ve göçler dünya tarihinde her zaman tüberküloz hastalarının sayısında ve tüberküloz nedeniyle ölümlerde artışa neden oldu. Türk Toraks Derneği, 24 Mart Dünya Tüberküloz Günü dolayısıyla bir açıklama yaparak içinde bulunduğumuz döneme dikkat çekti. Açıklamada ayrıca tüberküloz tedavisinde yabancı hastaların ilaçlara karşı daha dirençli olduğu ve tedavi başarısının daha düşük olduğu belirtildi.

Her Yıl 1.5 Milyon Ölüm

Sağlık Bakanlığı'nın verem ile mücadelede çabalarının takdir edilmesi gerektiğine dikkat çekilen açıklamada şu sözlerle yer verildi: "Bugün dünyada en büyük salgını hala tüberküloz yapmaktadır. Uzun yıllardır, her yıl 1.5 milyon ölüme yol açmaktadır.

Yıllık ortaya çıkan 10 milyon tüberküloz hastasının 2020 yılında yüzde 58'i kayıtlara geçmiştir. Tüberküloz bu boyutta bir sorun iken, bu konuda ciddi finansman açığı yaşanmaktadır. Özellikle dirençli tüberküloz tedavisinde kullanılan yeni ilaçların fiyatlarının tüm ülkeler için ulaşılabilir düzeyde olması için destek gereklidir. Tüberküloz için yeni bir aşı yoktur. Halen, 101 yıl önce bulunan ilk verem aşısı (BCG) kullanılmaktadır. Covid-19 için 1 yılda çok sayıda aşı geliştirilmiştir. Yıllık aşı bütçesi de verem için 117 milyon iken, Covid-19 için 107 milyar dolardır. Bugün tüberkülozun tamamen bitirilmesi için yeni tekniklere dayalı, etkili bir aşının bulunması acil bir ihtiyaçtır."

Savaşlar ve Verem

Dünyada yaşanan bütün büyük savaşların verem hastalığında ciddi artışlara neden olduğu belirtilen açıklamada şu ifadeler kullanıldı: "Birinci ve İkinci Dünya Savaşları'nın olduğu dönemde özellikle

“BİRLEŞMİŞ MİLLETLER 2022 GÖÇ RAPORU'NA GÖRE, 2020 YILINDA YAKLAŞIK 281 MİLYON ULUSLARARASI GÖÇMEN VARDIR VE DÜNYA NÜFUSUNUN YÜZDE 3,6'SINI OLUŞTURMAKTADIR”

savaşa katılan Avrupa ülkelerinde, hastalık sayı ve ölümlerinde zirve yaşanmıştır. Türkiye tarihinin de en yüksek verem hasta ölümleri bu iki dünya savaşı döneminde görülmüştür. İstanbul'da yüz bin nüfusta verem ölümleri Birinci Dünya Savaşı'nda 351 iken İkinci Dünya Savaşı'nda 301 olarak kayda geçmiştir. Hasta sayısı da bu ölüm oranlarının iki katıdır. Savaşlar, yoksulluğu artırmakta, sosyal yapıları bozmakta, sağlık hizmetlerinin düzenli yürütülmesini zorlaştırmaktadır. Bütün bu koşullar, verem hastalığını da artırmaktadır. Türkiye'nin sınır komşularında yaşanan Irak ve Suriye işgali, Afganistan işgali, Afrika'daki savaşlar ve bunların yol açtığı göçler ülkemizde ekonomik, sosyal ve sağlık sorunlarını da birlikte getirmiştir. Bugün, bu etkiler sürmektedir. Ukrayna'daki savaşın yol açtığı göçleri de her gün izliyoruz."

Yoksulluk ve Hastalık Göçlerin Sonucu

Bölgemizde son 10 yılda büyük göçlere tanık olduk. Bu göçlerin çoğu ise savaşların ürünüdür. Türk Toraks Derneği Merkez Yönetim Kurulu savaşların acı faturasını halkların çıkardığına dikkat çekerek tüberkülozun göç ile ilişkisine dair şunları açıkladı: "Birleşmiş Milletler 2022 Göç Raporu'na göre, 2020 yılında yaklaşık 281 milyon uluslararası göçmen vardır ve dünya nüfusunun yüzde 3,6'sını oluşturmaktadır. 2020 yılında yaşanan göçler içinde Suriye'den Türkiye'ye olan yaklaşık 4 milyon göçmen, dünyada ikinci sıradadır. Birinci sırada Meksika'dan ABD'ye olan yaklaşık 11 milyon göçmen yer alır. Dördüncü sırada Rusya'dan Ukrayna'ya ve beşinci sırada Ukrayna'dan Rusya'ya, her biri yaklaşık 3,5 milyon göç söz konusudur. Göçler, insanların kendi ortamlarından ve sosyal olanaklarından kopmalarına yol açar. Yoksulluk yaratır. Yaşam koşullarını kötüleştirir. Sağlık hizmetlerinde önemli düşüşler yaşatır. Temizlik ile ilgili asgari koşullar sağlanamaz. Bütün bu fiziksel sorunlara, insanların yaşadığı sıkıntı ve üzüntüler de eklenince hastalıklar için uygun zemin ortaya çıkar, bulaşıcı hastalıklar

artar. Bütün bu sorunlar, bütünlüklü ve düzenli yürütülmesi gereken verem savaş çalışmalarında da ciddi eksikliklere neden olur. Sonuçta, tüberküloz hastalığında ve ölümünde artış görülür. Günümüzde Covid-19 salgınının etkisi de eklenince, dünya genelinde verem savaşının yaşadığı sorunlar, göçmenlerde katlanarak artmıştır. Dil ve iletişim sorunları nedeni ile de çözüm güçleşmektedir. Türkiye'nin farkı, göçle gelen insanlara, Türkiye vatandaşlarına sağlanan olanakların sağlamasıdır. Bu, dünyanın birçok ülkesine göre, göçmenlere büyük bir avantaj sağlamıştır. Tüberküloz ile ilgili hizmetlerin ücretsiz olması ve ülke çapında düzenli çalışan bir verem savaşı dispanserleri ağı olması verem savaşında başarılı bir model olarak öne çıkmıştır."

Yabancı Hastalar İlaça Daha Dirençli

Dernekten yapılan yazılı açıklamada yabancı hastaların ilaçlara daha dirençli olduğuna dikkat çekilerek şu sözler ile sonlandırıldı: "Türkiye'de kamunun ve özellikle Sağlık Bakanlığı'nın bu konudaki çabaları takdir edilmektedir. Başta İstanbul'da olmak üzere Verem Savaşı Dernekleri'nin ihtiyacı olan göçmen hastalara yönelik maddi ve sosyal destekleri de bu konudaki çalışmalara önemli katkı sağlamaktadır. Ülkemizde bulunan yabancı ülke doğumlu tüberküloz hastaları, toplam tüberküloz hastalarının yüzde 16'sını oluşturmaktadır. En çok Suriye, sonra sırasıyla Afganistan, Somali, Türkmenistan, Pakistan, Azerbaycan'dan hastalar bulunmaktadır. Yabancı ülke doğumlu hastalarda ilaç direnci daha fazladır. Yine yabancı ülke doğumlu hastalarda tedavi başarısı daha düşüktür. Bu durumda bile ülkemizdeki yabancı ülke doğumlu hastalara ücretsiz ve başarılı bir tüberküloz tanı, tedavi, koruma hizmeti sunmaktayız."

“2020 YILINDA YAŞANAN GÖÇLER İÇİNDE SURİYE'DEN TÜRKİYE'YE OLAN YAKLAŞIK 4 MİLYON GÖÇMEN, DÜNYADA İKİNCİ SIRADADIR. BİRİNCİ SIRADA MEKSİKA'DAN ABD'YE OLAN YAKLAŞIK 11 MİLYON GÖÇMEN YER ALIR. DÖRDÜNCÜ SIRADA RUSYA'DAN UKRAYNA'YA VE BEŞİNCİ SIRADA UKRAYNA'DAN RUSYA'YA, HER BİRİ YAKLAŞIK 3,5 MİLYON GÖÇ SÖZ KONUSU”



2020 YILINDA ÜLKEMİZDEKİ TÜBERKÜLOZ HASTA SAYISI 11.788

“SAĞLIK BAKANLIĞI, 2020 YILI RAPORUNDA ÜLKEMİZDEKİ TÜBERKÜLOZ HASTA SAYISININ 11.788 OLDUĞUNU VE 836 KİŞİNİN TÜBERKÜLOZ NEDENİYLE HAYATINI KAYBETTİĞİNİ BİLDİRDİ”

Halk arasında ‘verem’ olarak da adlandırılan tüberküloz hastalığı dünyada her yıl milyonlarca kişinin kapısını çalıyor. Acıbadem Taksim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı Doç. Dr. Tülin Sevim “Sağlık Bakanlığı, 2020 yılı raporunda ülkemizdeki tüberküloz hasta sayısının 11.788 olduğunu ve 836 kişinin tüberküloz nedeniyle hayatını kaybettiğini bildirmiştir. Dünyada her yıl yaklaşık 10 milyon kişi tüberküloza yakalanmaktadır ve 2020 yılında 1,5 milyon kişi tüberkülozdan ölmüştür. Tüberküloz dünyada ölüm nedenleri arasında 13. sırada yer almaktadır” dedi.

Covid-19 pandemisinin tüberkülozun tanı ve tedavisini son derece olumsuz etkilediğini belirten Doç. Dr. Tülin Sevim, 24 Mart Dünya Tüberküloz Günü kapsamında yaptığı açıklamada tüberkülozun en sık görülen 6 önemli belirtisini anlattı, önemli uyarılar ve önerilerde bulundu.

Solunum Yoluyla Bulaşıyor

Halk arasında ‘verem’ olarak da bilinen tüberküloz, hava yoluyla kişiden kişiye yayılan, bulaşıcılığı yüksek bir enfeksiyon olarak günümüzde de çok sayıda kişiyi etkisine almaya devam ediyor. Acıbadem Taksim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı Doç. Dr. Tülin Sevim, tüberkülozun, başta akciğerler olmak üzere tüm organlarda görülebilen bir hastalık olduğunu belirterek “Tüberküloz insandan insana solunum yoluyla bulaşır.



Doç. Dr. Tülin Sevim

Tüberküloz hastası öksürürken, hapşırıırken çok sayıda basili dış ortama saçır. Havada asılı olarak kalan bu mikroplar, hastalığın diğer insanlara bulaşmasına neden olmaktadır. Tüberküloz, insanlık tarihi kadar eski bir hastalıktır ve hala önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir” diyor. Türkiye’de tüberküloz kontrol çalışmalarının asıl olarak “Verem Savaşı Dispanserleri” tarafından yürütüldüğünü, Sağlık Bakanlığı 2020 yılı raporuna göre ülkemizdeki tüberküloz hasta sayısının 11.788 olduğunu, 836 kişinin de tüberküloz nedeniyle hayatını kaybettiğini söyleyen Doç. Dr. Tülin Sevim

“DÜNYADA HER YIL YAKLAŞIK 10 MİLYON KİŞİ TÜBERKÜLOZA YAKALANMAKTADIR VE 2020 YILINDA 1,5 MİLYON KİŞİ TÜBERKÜLOZDAN ÖLMÜŞTÜR. TÜBERKÜLOZ DÜNYADA ÖLÜM NEDENLERİ ARASINDA 13. SIRADA YER ALMAKTADIR”

şöyle konuşuyor: “Dünyada her yıl yaklaşık 10 milyon kişi tüberküloza yakalanmaktadır ve 2020 yılında 1,5 milyon kişi tüberkülozdan hayatını kaybetmiştir. Tüberküloz dünyada tüm ölüm nedenleri arasında 13. sırada yer almaktadır.”

Covid-19 pandemisi çok olumsuz etkiledi!

Covid-19 pandemisinin, tüm dünyada ve ülkemizde tüberküloz kontrolünü olumsuz yönde etkilediğini belirten Doç. Dr. Tülin Sevim “Sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak Covid-19 ile mücadelede görevlendirilmesi, insanların Covid-19 korkusu ile sağlık kurumlarına başvurmaktan çekinmeleri tüm dünyada temel tüberküloz hizmetlerinde ciddi aksamalara neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü; 2020 yılında 2019’a kıyasla çok daha az sayıda kişiye tüberküloz tanısı konularak tedaviye başlandığını bildirmiştir. Pandemi döneminde diğer birçok hastalıkta olduğu gibi tüberküloz tanı ve tedavisinde de gecikmeler yaşanmaktadır. Bu nedenle Covid-19 pandemisi sonrası tüberküloz hastalığında önemli artış yaşanabilir” diyor.

Tüberkülozun en sık görülen 6 belirtisi!

Tüberkülozda görülen belirtilerin hiç birisinin tüberküloza özgü olmadığını, diğer birçok hastalıkta da görülebildiğini belirten Doç. Dr. Tülin Sevim şöyle konuşuyor: “Tüberkülozun en önemli özelliği sinsi bir hastalık olmasıdır; hafif şikâyetlerle başlar ve yavaş ilerler. Erken tanı için 2-3 haftadan daha uzun süredir öksürük yakınması olan kişiler mutlaka göğüs hastalıkları polikliniğine veya Verem Savaşı Dispanserlerine başvurmalıdır. Akciğer grafisi ve balgam muayenesi ile hızla tanı koyup tedaviye başlamak mümkündür.” Göğüs Hastalıkları Uzmanı Doç. Dr. Tülin Sevim, tüberkülozun en sık görülen 6 belirtisini şöyle sıralıyor;

• Öksürük, balgam

Öksürük tüberkülozda en sık karşılaşılan belirtidir. Başlangıçta kuru öksürük şeklindedir, hastalık ilerledikçe balgam da eklenir. Üst solunum yolu enfeksiyonları, zatürre, akciğer kanseri, bronşektazi (bronşların kalıcı olarak genişlemesi) gibi birçok hastalık benzer şikâyetlere neden olabilir. Tüberküloz sinsi seyir gösteren bir hastalıktır, en önemli özelliği belirtilerin hafif şekilde başlayıp zaman içinde ilerlemesidir. Erken tanı için 2-3 haftadan uzun süren öksürüğü olan hastalarda mutlaka akciğer grafisi çekilmeli ve balgam muayenesi yapılmalıdır.

• Balgamda kan görülmesi

Bazı hastalarda hastalığın ilerleyen dönemlerinde kanlı balgam (hemoptizi) görülebilir. Özellikle akciğerlerinde yara (kavite) olan hastalarda; yara duvarındaki küçük bir damarın çatlaması balgamla karışık kanamaya neden olabilir. Hemoptizinin en sık nedenleri tüberküloz, bronşektazi ve akciğer kanseridir. Genç, daha önce herhangi bir akciğer hastalığı geçirmemiş, sigara içmeyen bir kişide balgamda kan görüldüğünde ilk akla gelmesi gereken hastalık tüberkülozdur.

• Göğüs ağrısı

Göğüs ağrısı daha çok akciğer zarı tüberkülozunda görülen bir belirtidir. Ağrı nefes almakla artar. Göğüs ağrısı; kalp ve akciğerlerin birçok hastalığında görülebilir. Göğüs ağrısıyla birlikte; bir süredir devam eden iştahsızlık, ateş, kuru öksürük gibi şikâyetler de mevcutsa tüberküloz düşünülmelidir.

• Ateş

Hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkan bir belirtidir. Ateş genellikle sabahları normal veya düşüktür, gün boyunca yükselir, öğleden sonra geç saatlerde veya akşam saatlerinde en yüksek düzeye ulaşır. Ateş, tüberküloz dışında da bir çok enfeksiyon veya enfeksiyon dışı hastalığın belirtisi olabilir.

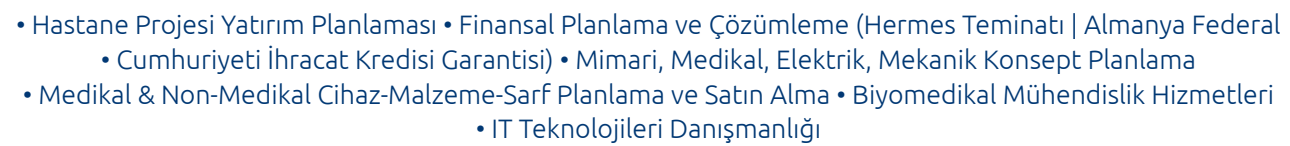
• Kilo kaybı

Göğüs Hastalıkları Uzmanı Doç. Dr. Tülin Sevim “Birçok hastalıkta olduğu gibi tüberküloz hastalarında da iştahsızlık, halsizlik ve kilo kaybı görülebilmektedir” diyor.

• Gece terlemesi

Hemen herkes uykusunda terleyebilir. Gece terlemesinin bir hastalık belirtisi olarak değerlendirilebilmesi için, beraberinde başka belirtilerinin bulunması, terlemenin yatak takımlarını ıslatacak veya kişiyi uykusundan uyandıracak boyutlarda olması gerekir. Tüberküloz hastalığının belirtilerinden biri olan gece terlemesi, lenf bezi kanseri (lenfoma), tiroit hastalıkları, diyabet gibi hastalıklarda da görülebilir. Hastanın diğer yakınmaları ile birlikte değerlendirilmesi gerekir.

» made with passion and precision



AGENDIS
Together. All the way.



MedPublish
www.med-publish.com

kurumsal İletişim çözümleri

yayıncılık | basılı, görsel ve dijital grafik tasarım
medya planlama | marka iletişimi | organizasyon

www.med-publish.com

