



TTB'DEN KAPSAMLI
PANDEMİ RAPORU

TUS KONTENJANLARI
NELER SÖYLÜYOR?



klınıkiletışim[®]

MEDİKAL SEKTÖRÜN YENİLİKÇİ DERGİSİ MAYIS | HAZİRAN 2022 YIL:6 SAYI:23



ÖZELDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN
%20'SİNİN AYLIK KAZANCI
SADECE YAŞAMINI
İDAME ETTİRMEYE YETERLİ

DEĞER TEMELLİ
SAĞLIK SİSTEMİ İLE
NELER DEĞİŞECEK?



2022 KÜRESEL
RİSKLER RAPORU
NE DİYOR?

TÜRKİYE
AŞI ÜRETİMİNE
YATIRIM YAPMALI

TÜSAP
İLAÇ VE ECZACILIK
TEMASI İLE TOPLANDI

PANDEMİ,
ÇOCUK İŞÇİ SAYISINI
ARTIRDI

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

Küçükkalköy 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



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](http://www.acendis.com.tr)



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.



Değer Temelli Sağlık Hizmetlerinin Koşulları Neler?

Fatma Ergüzeloğlu

Sağlık sisteminde uzun zamandır tartışılan ödeme modelleri ilk kez geniş kapsamlı bir çalıştayda konu oldu. Ankara'da kamu otoritelerinin ve özel sektör temsilcilerinin katılımıyla düzenlenen Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Çalıştayı, bu alanda ilk kez kurulan Değer Temelli Sağlık Hizmeti Derneğine (DETESADER) ev sahipliği yaptı kuruldu. Derneğin Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Haluk Özşarı ile beraberinde 34 kurucu üyesi bulunan DETESADER, söz konusu uygulama konusunda yapacakları çalışmalar ile kamu için de referans kaynağı olmayı hedefliyor.

Sağlığını ve Hastalığını Yönetmek Kişinin Elinde

Değer Temelli Sağlık Hizmetinin ne olduğunu anlatan Özşarı, çalıştayda yaptığı sunumda şu bilgileri verdi: "Bu modelin temelinde yatan faktör, sorumluluk bilinci ile ilişkilidir; kendi sağlığına sahip çıkma sorumluluğunu hastaya veriyorsunuz. Amaç asla harcama veya maliyeti azaltma değil. Bu kaynağı en iyi şekilde nasıl kullanımın yöntemini öğrenmek de diyebiliriz. Bunun için hedef nüfus belirleniyor, etki ve çıktılar saptanıyor, birbirlerinden farklılıkları, eşik değerleri belirleniyor, hizmet koordine ediliyor, ödeme mekanizmaları ve teşviklerle de destekleniyor. Hastayı sürece dahil ediyorsunuz. Önce sağlığını yönet, hasta olduğun zaman da hastalığını yönet deniliyor hastaya. Hastaneler sayısal veriler yerine yaşam kalitesine sunduğu katkılara bakıyor veya engellilik durumunu ne kadar ortadan kaldırdığına bakıyor. Kazanımlar ve ortak değer üretmeye kadar giden bir süreç bu model. Hastadan sağlık hizmeti sunucusuna, geri ödeme mekanizmasına kadar kökten bir değişim söz konusu. Kazanım odaklı ve bütüncül bakış açısına sahip."

TUS Kontenjanları Bakanlığa Tahsis Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve tıpta uzmanlık derneklerinin gündeminde; hekimlerin çalışma hayatları ve bunun ayrılmaz parçası kabul edilen eğitim hayatlarına ilişkin gelişmeler var. Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) 2022 yılı 1. Dönem uzmanlık öğrencisi kontenjanları, HASUDER tarafından tepkiyle karşılandı. Tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitimi için ayrılan kontenjanların artırılmış olmasının Türkiye'de Halk Sağlığı Ana bilim Dalı kadroları tarafından verilen halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin eğitici/öğrenci dengesindeki mevcut sorunların derinleşmesine yol açacağı ifade edildi. Kadroların neredeyse tamamının Sağlık Bakanlığı altında açılmış olması da ayrıca eleştirildi.

Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Durumu

TTB Özel Hekimlik Kolu ise özel sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin sorunlarını saptamaya yönelik anketin sonuçlarını paylaştı. Ankete 65 ilden 1370 hekim katıldı. Katılımcıların %60,51'i 21 yıl ve üstü süredir çalışıyor. Buna karşın %55'i 10 yıl ve altı süredir özel sektörde çalışıyor. Hekimlerin sadece %20'ye yakınının aylık kazancı, yaşamını idame ettirebilmesi için yeterli! %32'sinin primleri olması gerekenden daha düşük düzeyde yatırılıyor. TTB raporunda ucuz hekim işgücü yaratmanın tehlikelerine dikkat çekti.

2022 Küresel Riskler Raporu

Yine bu sayıda TTB'nin son derece kapsamlı pandemi raporunu bulabilirsiniz. Pandeminin olumsuz sonuçlarını 2022 Küresel Riskler Raporunda da görmek mümkün. Marsh Türkiye, Zurich Sigorta stratejik ortaklığında ve TÜSİAD'ın destekleriyle yapılan etkinlikte ifade edildiği üzere; uzmanlar küresel ekonomik iyileşmenin önümüzdeki üç yıl içinde değişken ve dengesiz olacağına inandıklarını belirtiyor.

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
Mayıs - Haziran 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



12

DEĞER TEMELLİ
SAĞLIK SİSTEMİ
ÇALIŞTAYI
ANKARA'DA YAPILDI

HALK SAĞLIĞI
UZMANLARININ
İSTİHDAM SORUNLARI
NELER?

20



ÖZELDE ÇALIŞAN
HEKİMLERİN SOSYAL VE
EKONOMİK SORUNLARI

22



EKMUD: HEKİMLİK
ONURUMUZ KORUNMALI
VE ÖZLÜK HAKLARIMIZ
VERİLMELİ

25

2022 KÜRESEL RİSKLER
RAPORU NE DİYOR?

26



TÜRKİYE
AŞI ÜRETİMİNE
YATIRIM YAPMALI

28



TÜSAP
İLAÇ VE ECZACILIK
TEMASI İLE TOPLANDI

32

PANDEMİ, ÇOCUK İŞÇİ
SAYISINI ARTIRDI

34



BEYAZ MİTİNG
ANKARA'DA YAPILDI

54



TTB'DEN KAPSAMLI
PANDEMİ RAPORU

42



ABDİ İBRAHİM'DEN,
GÜMRÜK KONTROLSÜZ
DOĞRUDAN İHRACAT

56



15 SORUDA MAYMUN
ÇİÇEĞİ HASTALIĞI

38

Ağaçlar Geleceği Fısıldıyor...

Her ağaç gibi kökleri aracılığıyla iletişim kuran Erguvan Ağacı; sıcak ve kuru havalara dayanıklı olması ile biliniyor. Canlıların büyümek için ihtiyaç duyduğu azotu toprağa bağlayarak gelecek için dönüşümün gerekliliğini anlatıyor.

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

NUVE
www.nuve.com.tr



EN SERİSİ İNKÜBATÖRLER



9-12
KASIM
2022

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

YOĞUN BAKIM 2022

CORNELIA DIAMOND RESORT HOTEL, ANTALYA

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



GENX
KONGRE

DEĞER TEMELLİ SAĞLIK SİSTEMİ ÇALIŞTAYI ANKARA'DA YAPILDI



**PROF. DR. HALUK ÖZSARI: “BU MODELİN
TEMELİNDE YATAN FAKTÖR, SORUMLULUK BİLİNCİ
İLE İLİŞKİLİDİR; KENDİ SAĞLIĞINA SAHİP ÇIKMA
SORUMLULUĞUNU HASTAYA VERİYORSUNUZ. AMAÇ
ASLA HARCAMA VEYA MALİYETİ AZALTMA DEĞİL.
BU KAYNAĞI EN İYİ ŞEKİLDE NASIL KULLANIRIMIN
YÖNTEMİNİ ÖĞRENMEK DE DİYEBİLİRİZ”**



**MEDICANA SAĞLIK GRUBU INTERNATIONAL ANKARA HASTANESİ TARAFINDAN JOHNSON
& JOHNSON MEDİKAL TEKNOLOJİLER TÜRKİYE VE BOSTON SCIENTIFIC İŞ BİRLİĞİ İLE
DÜZENLENEN DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİ ÇALIŞTAYI 9 MAYIS 2022 TARİHİNDE
ANKARA JW MARRIOTT OTEL'DE DÜZENLENDİ**



Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Çalıştayı 9 Mayıs 2022 tarihinde Ankara JW Marriott Otel'de Medicana Sağlık Grubu International Ankara Hastanesi tarafından Johnson & Johnson Medikal Teknolojiler Türkiye ve Boston Scientific iş birliği ile düzenlendi.

Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu, Hazine ve Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, SGK, TİTCK, DMO, özel hastaneler, kamu hastaneleri, sağlık sektörü sivil toplum örgütleri ile tıbbi cihaz sektörü endüstri temsilcilerinin katıldığı çalıştayda değer bazlı sağlık hizmetleri kavramı ve bu yönde dönüşümlerde teşvikler ve stratejilerin neler olması gerektiği, uygulama modelleri alanında uzman uluslararası isimlerin de katılımıyla tartışıldı.

Medicana International Ankara Hastanesi Başhekimisi Öğretim Üyesi Dr. Gülçin Türkmen Sarıyıldız çalıştayın açılış konuşması yaparak, sağlığın finansal sürdürülebilirliğinin sağlanmasında farklı bir boyuta geçilmesi gerektiğini belirtti ve dünyanın 2000'li yıllardan bu yana ödeme yöntemini değer temelli sağlık hizmet modeli üzerinden kurguladığını ifade etti.

Hiçbir Finans Sistemi Mükemmel Değildir
Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Çalıştayına katılan TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Recep Akdağ şunları kaydetti:

"Ödeme biçimleri açısından şu esasa dayanıyor: özel sektöre SUT listeleri üzerinden ödeme yapıyoruz, kalanını vatandaşın almasını söylüyoruz. Yüzde 200 vatandaşın pay alan yaklaşımın çok yanlış olduğunu düşünüyorum. Bu büyük haksızlık. Bir yandan vatandaş odaklıyız diyeceğiz öte yandan özel hastanede yüzde 200 fark alacağız. Bu yüzde 200 fark oranının da çalışmadığını, bununla sınırlı olmadığını biliyoruz. Şimdi bir de muayanehanecilik de yaygınlaştı, orada kimin ne aldığı ölçüsü bile yok.

Asistana Ulaşıyorum Ama Öğretim Üyesine Fark Ödüyorum

Öğretim üyesine fark ödemesi söz konusu biliyorsunuz, böyle bir hak var fakat uygulamada hastalar asistana ulaşıyor ve asistandan hizmet alıyor. Asistana ulaşıyorum ama öğretim üyesine fark ödememe fırsat veren bir uygulama söz konusu olan. Böyle hak olmaz!

Özele Gidiyorsam Mecburiyetten Gitmeliyim!

GSS için vatandaşa prim ödettiler, bir vatandaş GSS'ye prim ödemek istemezse özel sigortaya prim ödemek isterse buna izin vermiyoruz. Buna imkan yok. Sosyal adaletçi bir sistem kurmuşuz. Madem öyleyse ben zamanında kamuda uzman hekime ulaşamıyorsam özele gittiğimde benden yüzde 200 fark ücreti almaya kimin hakkı olabilir? 5 kuruş bile alamazsınız. Ben özel hastaneye gidiyorsam mecburiyetten dolayı gitmiş olmamalıyım. Bu benim



PROF. DR. RECEP AKDAĞ : “DEĞER BAZLI BİR ÖDEME DE YAPSAK ŞU AN YİNE SUT ÜZERİNDEN YAPACAĞIZ. FARKLI BAKANLIKLARDAN KATILAN 9 KİŞİYLE BUNU YAPMA ŞANSIMIZ YOK. TAM ZAMANLI ÇALIŞAN, SAĞLIK TEKNOLOJİ DEĞERLENDİRMESİ YAPAN, KLİNİK KALİTEYİ DE İÇİNE ALAN ŞEKİLDE YOĞUN BİR ÇALIŞMA İÇİNE GİRMEMİZ LAZIM”

için tercihse başlangıçta yüzde 30 vardı, şimdi ise yüzde 200 ve daha fazlası biliyorsunuz... Bunu kabul edilemez buluyorum.

Değer Bazlı da Olsa Ödeme SUT Üzerinden

Eğer değer bazlı ödeme sistemine geçecek isek önce reel bazlı ödeme sistemine geçmeliyiz. Bu yapılabilir bir iş! Değer bazlı bir ödeme de yapsak şu an yine SUT üzerinden yapacağız. Farklı Bakanlıklardan katılan 9 kişiyle bunu yapma şansımız yok. Tam zamanlı çalışan, sağlık teknoloji değerlendirmesi yapan, klinik kaliteyi de içine alan şekilde yoğun bir çalışma içine girmemiz lazım. Akademisyenlerden oluşan bir derneğin kurulması da çok yerinde. Global bütçeleme ve özel sektöre yapılan ödeme modeli ile bu iş düzelmez.

Muayenehane Sayısı İnanılmaz Arttı

Kimseyi suçlamıyorum ama özelden hizmet alma durumu vatandaş için yük haline geldi maalesef. Yasal olmadığı halde alınan yüklü fark ücretleri var. Acilden alınan farklar var. Muayenehane sayısı inanılmaz arttı. Özel hastanelerde legal olmayan ve acilden giriş yapan hastadan alınan fark ücretleri var. Sağlıkta katastrofik harcamanın 10 bin hanede 43 olması bizim için alarm verici bir durumdur. Özel sağlık kuruluşlarının hacim olarak büyümesinin değil uzmanlık kabiliyeti açısından da büyümesinin kontrol altında büyümesi şarttır. Buna muayenehaneler de dahildir. Türkiye’de uzman sayımız hala çok az. Erzurum’da çocuk metabolizma uzmanı yok mesela. Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu bu konuyu ele almalıdır.

Aile Hekiminin Ücreti Kesilmemeli

Hastanın kendi sağlığını koruması yönünde teşvik verebiliriz; fakat buna karşın sağlığı bozulan kişinin yani diyabetini kontrol altında tutamayan ya da obez olan kişinin primini arttırma yoluna gidersek bu sistem yürümez. Sağlığını iyi korumuş kişinin primini azaltarak bunu yapabilirsiniz. Nitekim Sağlık Bakanlığımız aile hekimleri ile ilgili yeni bir atak yapmaya çalıştı, siz belli bir yere ulaşamadınız diye aile hekiminin ücretini kesmeye çalışırsanız bu iş yürümez. Ama daha iyisini başarana kadar biraz daha performans ödemesi yaparsanız bu iş yürür. Bir kişiye hizmet verirken sağlığa erişimden ve o işlemin yapılmasından bahsederiz. Yapılmayan ya da yapılamayan bi işlemin kalitesinden kim bahsedebilir?

Sağlığa Hasta Açısından Bakmalıyız

Türkiye’de erişim büyük ölçüde var ama maalesef uzmanların özel sektörde yoğunlaşmasından dolayı mecburen özel sektörden hizmet alınma ihtiyacı da erişimi engelleyen bir finansal unsur haline geldi. Sistem hastalar yani bireyler için var... Konuya hasta açısından bütüncül bakmalıyız. Çalışma, Sağlık, Maliye, Hazine Bakanlıkları, özel sektör, hasta dernekleri Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu öncülüğünde bir araya gelmeli, çalışma yapmalı ve değer bazlı sağlık sistemine geçmeliyiz.”

Muayenehanecilik Üzerindeki Baskı Kaldırılmalı Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Çalıştayında söz alan Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Üyesi Dr. Ümmü Gülşen Öztürk:

"Doktorlarımızın aşırı gayret ve çabası ile sürdürülebilen bir sağlık sistemimiz var şu anda.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ : “MUAYENEHANE SAYISI İNANILMAZ ARTTI. ÖZEL HASTANELERDE LEGAL OLMAYAN VE ACİLDEN GİRİŞ YAPAN HASTADAN ALINAN FARK ÜCRETLERİ VAR. SAĞLIKTA KATASTROFİK HARCAMANIN 10 BİN HANEDE 43 OLMASI BİZİM İÇİN ALARM VERİCİ BİR DURUMDUR. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ HACİM OLARAK BÜYÜMESİNİN DEĞİL UZMANLIK KABİLİYETİ AÇISINDAN DA BÜYÜMESİNİN KONTROL ALTINDA BÜYÜMESİ ŞARTTIR”



PROF. DR. RECEP AKDAĞ : “SAĞLIK BAKANLIĞIMIZ AİLE HEKİMLERİ İLE İLGİLİ YENİ BİR ATAK YAPMAYA ÇALIŞTI, SİZ BELLİ BİR YERE ULAŞAMADINIZ DİYE AİLE HEKİMİNİN ÜCRETİNİ KESMEYE ÇALIŞIRSANIZ BU İŞ YÜRÜMEZ. AMA DAHA İYİSİNİ BAŞARANA KADAR BİRAZ DAHA PERFORMANS ÖDEMESİ YAPARSANIZ BU İŞ YÜRÜR”

Doktorlarımız aşırı çalışıyorlar ve ekonomik olarak karşılığını alamıyorlar. 15 dakika süreli hasta bakıyorlar ve bu sürdürülebilir değil... Bunun yükü de devlete çıkıyor.

Bazı çok değerli hocalarımız var ki onlardan yararlanmalıyız, karşılığı yok bunun... Doktorlarımız çok mağdur. Üzerlerindeki bu yük alınmalı. Muayenehanecilik üzerindeki baskı kaldırılmalı. Zor ve maliyetli koşullarda eğitim alan hekim mutlu edilmelidir; özel muayenehane açması serbest bırakılmalıdır ve muayenehaneciliğe ‘tu,kaka’ denilmemelidir.”

Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Ütopik Bir Vizyon Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Çalıştayına katılan Sağlık Bakanı Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın:

“Değer temelli sağlık hizmeti kavramı, hastalar için daha fazla değer elde etmeyi amaçlayacak. Hasta için değer, hastanın akibeti demektir. 1960’lı yıllardan beri sağlık hizmet literatürüne baktığımızda sağlık hizmetine hep sıfat ekleme ihtiyacı duyuyoruz. Sağlık kalitesi, memnuniyeti vs. Bu şunu gösteriyor; verdiğimiz sağlık hizmetinden memnun değiliz ki sıfat arayışındayız.

Hasta memnuniyetini ölçerken hastaya ‘Bizi nasıl buldun’ diye sorarız; değer bazlı sistemde ‘Sen nasılsın’ diye sorarız. Belirli maliyet karşığında en iyi akibeti yakalamayı hedefliyoruz. Akibet çıktı değildir, nasıl ölçüleceği ayrı bir tartışma konusu.

Maliyet – akibet eksenli değer bazlı sistemi eksik bulamkal birlikte sağlık hizmeti sunan tüm paydaşların davranışlarını değiştirecek düzeyde etkili olduğunu düşünüyorum. Bunu küçümsememek lazım.

Değer temelli sağlık sistemi; tıbbi cihazlar, ilaçlar dahil fiyatlandırmayı, geri ödemeyi, sağlıkta satın almayı, sağlık sigortacılığını kökten etkileyecek bir unsur. Yaklaşık 15 sene önce değer temelli sağlık hizmetleri telaffuz edilmeye başlandığında bir sağlık ekonomisti bunun ütöpik vizyon olduğunu ifade ediyordu ki buna katılıyorum.”

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Sağlık Ekonomisi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Haluk Özşarı konuşmasında şunları kaydetti:

“1950’ler girdilerin yani kaynakların yönetildiği dönemlerdi: İnsan kaynağı, makine, para, materyal ve yönetim. Kaynak yönetimin yetersiz kalması anlaşıldığında ise kaynakları paketlemişler. Örneğin diyabet, kardiyovasküler cerrahinin tedavisinin maliyeti ortaya konulmuş. Bu modelin de yetersiz kaldığı anlaşıncı, mesela bazı hastaların daha fazla hastanede yatıyor, bazı hastalıkların eşlik eden hastalıkları var, dolayısıyla DRG - Diagnosis-Related Groups olarak bilinen Tanıyla İlişkili Gruplar modelini oluşturmuşlar. Bunun da yetersiz kaldığı 2000’lere gelimndiğinde sağlık hizmetlerinde çıktıların somutça, rahatlıkla ölçülemediği fark



PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN: “DEĞER TEMELLİ SAĞLIK SİSTEMİ; TIBBİ CİHAZLAR, İLAÇLAR DAHİL FİYATLANDIRMAYI, GERİ ÖDEMEYİ, SAĞLIKTA SATIN ALMAYI, SAĞLIK SİGORTACILIĞINI KÖKTEN ETKİLEYECEK BİR UNSUR. YAKLAŞIK 15 SENE ÖNCE DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETLERİ TELAFFUZ EDİLMEME BAŞLANDIĞINDA BİR SAĞLIK EKONOMİSTİ BUNUN ÜTOPIK VİZYON OLDUĞUNU İFADE EDİYORDU Kİ BUNA KATILIYORUM”

edilmiş. Daha sonraki süreçlerde; sonucu, kazanımı, akibeti yönetmek için hastayı yönetmek mecbur hale geldi. 2001’de değer temelli sağlık hizmetine ilişkin ilk makale yayınlanmış. 2004’de değer bazlı tıpla ilgili Oxford’da yapılan yayın var.

Kendi Sağlığına Sahip Çıkma Sorumluluğu

Bu modelin temelinde yatan faktör, sorumluluk bilinci ile ilişkilidir; kendi sağlığına sahip çıkma sorumluluğunu hastaya veriyorsunuz. Amaç asla harcama veya maliyeti azaltma değil. Bu kaynağı en iyi şekilde nasıl kullanımın yöntemini öğrenmek de diyebiliriz. Bunun için hedef nüfus belirleniyor, etki ve çıktılar saptanıyor, birbirlerinden farklılıkları, eşik değerleri belirleniyor, hizmet koordine ediliyor, ödeme mekanizmaları ve teşviklerle de destekleniyor. Hastalık süreçlerini özetleyen klinik rehberler hazırlanıyor mesela değer temelli ödemeye geçiliyor keza. Hastayı sürece dahil ediyorsunuz. Önce sağlığını yönet, hasta olduğun zaman da hastalığını yönet deniliyor hastaya... Sistemin odağında hasta var, 360 derece yöntemiyle tüm paydaşları içeriyor ve iyi uygulamalara ulaşmak hedefleniyor. Hastaneler sayısal veriler yerine yaşam kalitesine sunduğu katkılara bakıyor veya engelliilik durumunu ne kadar ortadan kaldıracabildiğine bakıyor. Kazanımlar ve ortak değer üretmeye kadar giden bir süreç bu model. Hastadan sağlık hizmeti sunucusuna, geri ödeme

mekanizmasına kadar kökten bir değişim söz konusu. Kazanım odaklı ve bütüncül bakış açısına sahip.”

Değer Temelli Sağlık Hizmeti Derneği Kuruldu

Başta kamu olmak üzere tüm paydaşlardaki farkındalığı artırmak amacıyla Değer Temelli Sağlık Hizmeti Derneği (DETESADER) kuruldu. Öncü bir dernek olduğumuzu düşünüyorum. Amacımız bu konularda politikalar yapılırken çalışma yapmak, geri ödeme sistemleri, fiyat yöntemleri konusunda gelişmeleri takip etmek ve aktarmak, politika önerileri oluşturmak ve oluşunların hayata geçmesi için gerekli faaliyetleri koordine etmek, ulusal-uluslararası kişi ve kurumlarla çalışmalar yapmak ve bunun akademik ayağını oluşturmaya gayret etmektir. Sektör paydaşlarının yer aldığı 34 kurucu üyesi bulunan Derneğimizin Yönetim Kurulu Başkanım, Başkan Yardımcısı Hüseyin Çelik, Genel Sekreter Zafer Çalışkan, Sayman Abdullah Yüksel ve Üyeler; Ömer Güzel, Baki İtez, Ümit Dereli’dir.

Koruyucu Sağlık Anlayışı Yerleşmedi

TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü, Bilim Kurulu Üyesi Hüseyin Çelik konuşmasında şunları kaydetti:

“Genel Sağlık Sigortası vatandaş için tasarlanmış bir Kanun’dur. Bu bir hak olarak tanımlandı yardım veya lütuf değil... GSS’nin yasalaşma sürecinde koruyucu sağlık hizmetlerinin kişiye yönelik olanlarını Kanun’a

PROF. DR. HALUK ÖZSARI: “ÖNCE SAĞLIĞINI YÖNET, HASTA OLDUĞUN ZAMAN DA HASTALIĞINI YÖNET DENİLİYOR HASTAYA... SİSTEMİN ODAĞINDA HASTA VAR, 360 DERECE YÖNTEMİYLE TÜM PAYDAŞLARI İÇERİYOR VE İYİ UYGULAMALARA ULAŞMAK HEDEFLENİYOR. HASTANELER SAYISAL VERİLER YERİNE YAŞAM KALİTESİNE SUNDUĞU KATKILARA BAKIYOR VEYA ENGELLİLİK DURUMUNU NE KADAR ORTADAN KALDIRABİLDİĞİNE BAKIYOR”

PROF. DR. HALUK ÖZSARI: “DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ DERNEĞİ (DETESADER) İLE AMACIMIZ; GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ, FİYAT YÖNTEMLERİ KONUSUNDA GELİŞMELERİ TAKİP ETMEK VE AKTARMAK, POLİTİKA ÖNERİLERİ OLUŞTURMAK VE OLUŞANLARIN HAYATA GEÇMESİ İÇİN GEREKLİ FAALİYETLERİ KOORDİNE ETMEKTİR”

koymak için çok büyük zorluklarla karşılaştık. Bir çok kesim ‘Biz sigorta şirketi miyiz? Koruyucu sağlık ile ne işimiz var?’ şeklinde itirazlar yöneltti. Sigorta şirketinin varlık sebebi aslında kişiyi hayatta tutmak. Çünkü hastalanan her birey ondan bir şeyler alıp götürüyor. Kanun’a bunu koyduk ama zaman içinde bunun uygulandığını pek göremiyoruz maalesef. Koruyucu sağlığın Genel Sağlık Sigortası tarafından sahiplenildiği, en önemli değerın sağlık olduğu yaklaşımı ile bu misyondaki varlığını, Kanun’daki yetkiye de dayanarak, hatırlatmak istiyorum. GSS’nin yeniden yapılandırıldığı bir gelecek dönemi görmek şansımız olur umarım.”

Sağlık Harcamaları ve Değer Temelli Sistem

Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Zafer Çalışkan ise şunları kaydetti:

“Ülkelerin sağlık harcamalarının gerisinde yatan kaygıları var; bunlardan biri sürdürülebilirlik. Birçok ülke için önümüzdeki yıllarda, özellikle tedavi hizmetlerindeki gelişmeler, yeni ajanlar ve teknolojilerin gelişmesiyle beraber bilgi teknolojilerinin sağlık alanına girmesinin kamu yönetimleri için baskı aracı olacağını biliyoruz. Bu fotoğraf bize ekonomik yapı ile sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi de göstermekte. İkinci kaygının kaynağında ise harcanan paranın karşılığının ne olduğu! Bunu elbette görüyoruz. Sağlıklı yaşam süreleri burada önemli bir gösterge olmasına rağmen artık yetmiyor. Uzun, kaliteli yaşamın yeğane belirleyicisi sağlık hizmetleri değil. Ama özellikle tedavi hizmetleri söz konusu olduğunda biz sağlık hizmetlerine daha fazla odaklanıyoruz.

Kronik Hastalıklar Değer Yöntemini Zorunlu Kılıyor

Sağlık harcamalarının önemli tetikleyicisi olan özellikle kronik hastalıklarda artan yükü, sağlık hizmetlerinde değer yöntemini zorunlu hale getirmiştir. Bu bizi mevzuatta da yeni düzenlemelere götürecektir. Bu, sağlık politikacılarının en önemli konusu; çünkü hedefte sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi yatmakta. Sağlık

ekonomisi açısından da bunu mümkün olan en az maliyetle yerine getirmek gerekiyor. Değer temelli yönetim bize bu süreci sağlıyor.

Nihai Hedefimiz Maliyetleri Kontrol Etmek

Finansman, fiyatlama ve geri ödeme açısından baktığımızda iktisadi ilkeler karşımıza çıkmakta, bu kaçınılmaz. Değer bazlı iktisadi ilkeyi nasıl işletebileceğimize bakmamız gerekiyor fakat karşımızda bir problem var: Sağlık ekonomisinde ikili bir ayak var, ne zaman ki kalite odaklı ve erişimi artırabilecek bir sağlık politikası uygulaması söz konusu oluyor o zaman maliyetin arttığını görüyoruz. Maliyet ile kalite arasındaki çelişki geçicidir. Bu bizi ister istemez değer konusuna götürüyor.

Sadece iktisadi ya da klinisyen değerlendirmesi ile değil hasta dernekleri ile daha fazla iç içe olduğumuz bir süreç yaşıyoruz ve değeri belki de böyle ele almak gerekiyor. Ana yapının merkezinde hastanın olduğu bütüncül, tedavi bittikten sonra yaşamın sürdüğü her anı izleyen bir süreçte ancak değer temelli sağlık hizmeti kurabiliriz. Ne yazık ki çok kolay değil. Hem yasal düzenlemelerin yapılması gerekiyor hem de sağlık hizmeti organizasyon yapısını yeniden değerlendirmek gerekiyor.

Değer temelli sağlık yönetimi işleyişine başlamak gerekiyor. En nihayetinde hedefimiz maliyetleri kontrol etmek olmalıdır. Sadece kaynakları arttırmak yeterli olmuyor bu kaynakları etkin, verimli kullanmanın yegane yolu değer temelli sağlık hizmeti sisteminin kurulmasıdır.”

Şu Anki Tahmini Bütçemiz 240 Milyar

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü: Prof. Dr. Gökhan Tuna Öztürk, şöyle konuştu:

“Değer temelli sağlık hizmeti, sağlıkta finansal sürdürülebilirliğin sağlanması için önemli. Şu anki tahmini bütçemiz 240 milyar ki enflasyon seviyesi düşünüldüğünde bu daha da artacak gibi duruyor. Bir önceki sene 178 milyar daha önce 130 milyardı. Bu artış göz önüne alındığında finansal sürdürülebilirliğin devamı çok mümkün görünmüyor. Bunu sağlamak için de bazı düzenlemeler yapmamız gerekiyor. Değer

PROF. DR. ZAFER ÇALIŞKAN: “SAĞLIK HARCAMALARININ ÖNEMLİ TETİKLEYİCİSİ OLAN ÖZELLİKLE KRONİK HASTALIKLARDA ARTAN YÜKÜ, SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER YÖNTEMİNİ ZORUNLU HALE GETİRMİŞTİR. BU BİZİ MEVZUATTA DA YENİ DÜZENLEMELERE GÖTÜRECEK”



PROF. DR. GÖKHAN TUNA: “DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMETİ, SAĞLIKTA FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİN SAĞLANMASI İÇİN ÖNEMLİ. ŞU ANKI TAHMİNİ BÜTÇEMİZ 240 MİLYAR KI ENFLASYON SEVİYESİ DÜŞÜNÜLDÜĞÜNDE BU DAHA DA ARTACAK GİBİ DURUYOR. BİR ÖNCEKİ SENE 178 MİLYAR DAHA ÖNCE 130 MİLYARDI. BU ARTIŞ GÖZ ÖNÜNE ALINDIĞINDA FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİN DEVAMI ÇOK MÜMKÜN GÖRÜNÜYOR”

temelli sağlık hizmetlerine önem veriyoruz. Bununla ilgili iki proje başlattık. Tıbbi cihaz kullanımıyla ilgili; kalite odaklı finansman yönteminin uygulanması... diğeri ise ilaç ödemelerinde kullandığımız ilaçlar için maliyet etkililik analizinin uygulanması. Buradaki hedeflerimizin; finansmanını sağladığımız sağlık hizmetlerinin niteliği ile kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesi; hastalık yükünü oluşturan sağlık olgularının sağlık harcamasına etkisinin azaltılması; aynı işlemlere yönelik yeniden başvuruların minimuma indirilmesi; kanıta dayalı ve hasta odaklı fiyatlandırmanın planlanması; hasta güvenliği ve memnuniyetinin artmasının sağlanması olarak ifade edebilirim.

Etkin Bir Geri Ödeme Modeli Oluşturacağız

Her istediğimizi tam olarak gerçekleştiremediğimiz bir sistemimiz var; Sektörün şikayetleri arasında; maliyetlerinin çok düşük olması, yapılan işlemlerin artması varken bizim şikayetlerimiz; uygunsuz işlemlerin çok fazla olması... Buna bir standardizasyon sağlamamız gerekiyor. Kaliteli hizmete daha yüksek ödeme yapmayı kurum olarak biz bundan sonraki süreçte teşvik etmeyi planlıyoruz. Mesela, bir işlem, özellik olarak birbirinden farklı olmayan iki ayrı hastanede aynı hastalara uygulanmasına rağmen revizyon oranları bir hastanede binde bir iken birinde yüzde 5 ise; birinde yoğun bakıma giriş oranı yüzde 8 iken birinde yüzde 1’in altında ise biz bunlara aynı ödemeyi yapmak istemiyoruz. Aynı durum ilaç ödemeleri için de geçerli. Etkin bir geri ödeme modeli oluşturmayı planlıyoruz.

Öncelikle Teknoloji Değerlendirme Sistemi Kurulmalı

Uluslararası Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Birliği Başkan Yardımcısı Doç. Dr. Rabia Kahveci, “Değer bazlı sistem konusunda dünyadaki örneklerle bakalım ve iyi örnekleri alalım, kendi ülkemizi iyi tanıyalım. Tüm sistemi birden radikal şekilde değiştirmeye gerek yok. Belli koşulları - hastalıkları – teknolojileri ve seçilecek örnekleri çoğaltarak ilerleyebiliriz. Öncelikle teknoloji değerlendirme sistemi kurulmalı ve sistem bunun üzerine inşa edilmelidir diye düşünüyorum. Doğru zamanı, metodolojiyi, paydaşları belirlemek, toplantıları planlamak ve aldığımız kararları yazmakla başlamalıyız” diye konuştu.

TİTCK Gerekli Desteği Sağlayacaktır

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) Sektörel Hizmetler Dairesi Başkanı Servet Sarıhan ise “Sosyo-kültürel ve ekonomik açıdan her toplumun bir yapısı var, değer kavramının altı doldurulurken bu hususlara dikkat edilmelidir. Geçmişten gelen birikimlerimizle birlikte biz de kendimize uygun bir kurgu oluşturmalıyız diye düşünüyorum. TİTCK olarak düzenleyici ve denetleyici bir kurumuz. Bir ürünün takibi, kontrolü, piyasaya arzı, kullanımı, geri dönüşü bizler için önemli. Değer bazlı sağlık sisteminin oluşturulmasında Kurumumuz gerekli desteği sağlayacaktır. Cihazların arzı ve sonraki süreçlerine güvenliği temel alarak gerekli desteği sunacağımızı ifade etmek isterim” dedi.



Ferda Bayşu

FERDA BAYŞU: “DEĞER TEMELLİ SAĞLIK HİZMET SATIN ALMASI İLE HASTALARA YAPILAN TIBBİ MÜDAHELEDE, FİYAT DIŞINDA HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİ VE SAĞLIĞININ SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİNE OLAN ETKİSİ BÜTÜNCÜL ŞEKİLDE ELE ALINIYOR. TOPLAMDA KAZANDIRDIĞI ‘DEĞER’ İ HEDEFLİYİP EN KALİTELİ ÜRÜNÜN, EN İYİ FİYATLA VE YÜKSEK MEMNUNİYET DÜZEYİYLE TEMİN EDİLMESİNİ SAĞLAYAN SÜRDÜRÜLEBİLİR BİR YAPI KURGULANIYOR”

SGK GSS Genel Müdürlüğü Yönetim Hizmetleri Daire Başkanı Zehra Eryılmaz ise her ülkenin sosyal devlet anlayışı, geri ödeme modeli, teminat paketinin kapsamı, sunduğu hizmetin niteliğinin değişken yapısına dikkat çekerek, SGK bünyesinde başlattıkları diz protez pilot çalışma üzerine bilgiler verdi.

Boston Scientific Orta Asya & Pakistan Bölge Direktörü ve Araştırmacı Tıp Teknolojileri Üreticileri Derneği (ARTED) Başkan Yardımcısı Serhan Acar da çalıştayda söz alarak, sektörün gerçekleştireceği tüm çalışmalara destek olacaklarını belirtti.

Bölgesel bir danışmanlık firması olan Econix adına katılan Dr. Güvenç Koçkaya, İngiltere’de yapılan bir araştırma sonucunu paylaşarak, “Hastalar karar verme süreçlerinde daha fazla yer almak, hele ki hastalık risk derecesi yüksekse karar verme sürecinde de daha fazla yer almak istiyor. Çünkü insanlar anlaşılacağı üzere ölümden korkuyorlar.Şu anda önümüze gelen tüm tedaviler hedefe odaklı, yani kişisel. Bu sebeple bütçeyi daha iyi yönetmeliyiz” diye konuştu.

Sürdürülebilir Hizmet Sunumunun Kriterleri Neler?

Uluslararası uygulamaların değerlendirildiği ikinci panelin moderasyonunu Johnson & Johnson MedTech Türkiye Devlet İlişkileri ve Politikaları Direktörü Ferda Bayşu gerçekleştirdi. Panele canlı yayın ile katılan Johnson & Johnson Medtech değer bazlı sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi

ve politikaları konularında yetkin, üst düzey yöneticilerinden Dr. Karin Cerri, Dr. Joanna Entwistle, Naam Jamshed ve Irina Dorokhova Avrupa, Orta Doğu, Afrika ve gelişmekte olan ülkelere uygulama örnekleri paylaşarak, değer bazlı sağlık hizmetleri konusunda sunumlar yaptılar.

Ferda Bayşu, değer bazlı sağlık hizmetleri konusu özelinde ve düzenledikleri organizasyona ilişkin ülkemizde sistemin bugünden yarına dönüşmesinin kolay olmadığını ifade etti. Bayşu, “Değer bazlı sağlık hizmetleri uygulamasının konunun tüm paydaşları tarafından konuşulması, tartışılması son derece önemli... Bu kapsamda ilk defa düzenlenen böyle bir çalışmaya liderlik etmekten mutluluk duyuyoruz.

Hastalara yapılan tıbbi müdahalenin, fiyat dışında hastanın yaşam kalitesini ve sağlığının sürdürülebilirliğine olan etkisini bütüncül şekilde ele alıyoruz. Toplamda kazandırdığı ‘Değer’ i hedefleyip en kaliteli ürünü, en iyi fiyatla ve yüksek memnuniyet düzeyiyle sunarak sürdürülebilir bir yapı kurguluyoruz. Tüm bu kritik hususların detayları ile tartışıldığı toplantımızda, Türkiye’deki değer bazlı sağlık hizmetleri uygulamaları konusunu çok değerli paydaşlar ile; kamu ve özel sektör temsilcileri, tıbbi cihaz sektör paydaşları ve firmamızın konusunda uzman yetkilileri ile değerlendirme fırsatı bulduk. Toplantımızın hayırlı çıktılara vesile olmasını temenni ediyor, tüm katılımcılara teşekkür ediyorum” diye konuştu.

TUS KONTENJANLARI NELER SÖYLÜYOR?

“TIPTA UZMANLIK SINAVI (TUS) 2022 YILI 1. DÖNEM UZMANLIK ÖĞRENCİSİ KONTENJANLARI, SON YILLAR İÇERİSİNDEKİ EN YÜKSEK SAYILAR OLARAK DİKKAT ÇEKİYOR VE KADROLARIN NEREDEYSE TAMAMI SAĞLIK BAKANLIĞINA AÇILDI”

HASUDER adına Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu tarafından yapılan açıklamada, şunlar kaydedildi:

“Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) 2022 yılı 1. Dönem Uzmanlık Öğrencisi Kontenjanları ÖSYM tarafından ilan edilmiştir. Tıpta uzmanlık sınavında Halk Sağlığı kadrolarında 96’sı Sağlık Bakanlığı adına, 5’i yabancı uyruklu ve 1 tanesi misafir askeri personel olmak üzere toplam 102 kadro olduğu görülmektedir. Bu kadro bir önceki TUS döneminde ilan edilen 87 kişilik kontenjana göre %17’lik bir artışa karşılık gelmektedir. Ancak ilan edilen diğer uzmanlık dallarına ait kadroların son yıllar içerisindeki en yüksek sayılar olduğu ve neredeyse tamamının Sağlık Bakanlığı adına kadrolar olduğu anlaşılmaktadır. Bu gelişme ile ilgili halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin en üst düzeyde olmasını amaç edinen Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu’nun aşağıda yazılı olan bazı çekinceleri olmuştur:

1. Mevcut gelişme ülkemizde sürdürülen tıpta uzmanlık eğitiminin bütün ana ve yan dalları için olmuştur. Bu yaklaşımın uzmanlık alanlarının özel ve özgün koşullarını dikkate almadığı anlaşılmaktadır.

2. Tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitimi için ayrılan kontenjanların artırılmış olması Türkiye’de Halk Sağlığı Anabilim Dalı kadroları tarafından verilen halk sağlığı tıpta uzmanlık eğitiminin eğitici/öğrenci dengesindeki mevcut sorunların derinleşmesine neden olabilecektir. Kontenjan artışları mevcut eğitici kadrosunun nitelikli eğitimin standartlarını koruyarak sürdürmesini engelleyebilir. Mevcut Çekirdek Eğitim Programı’nda da onaylandığı şekilde uzmanlık eğitimi verilebilmesi için asgari eğitici sayısı 2 olup mevcut güncel gelişme bu dengenin bozulmasına neden olacaktır. Bu nedenle anabilim dallarındaki

eğitici kadroların da artırılması planlanmalıdır.

3. Uzman hekim planlamasının stratejik olarak yapılması gerekmektedir. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER)’in 2022 yılı Mart ayında yayınlanan “Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanlarının Sorunları ve Çözüm Önerileri” başlıklı raporda Sağlık Bakanlığında Çalışan Halk Sağlığı Uzmanı Sayısı 2021 yılı Aralık ayı itibarıyla 531’dir. Sağlık Bakanlığı PDC (Personel Dağılım Cetveli) kadrosunda Halk Sağlığı uzmanı sayısı ise 616’dır. Mevcut kadrolara ek olarak bu dönem ilan edilen uzmanlık öğrencisi kadrolarının atamasında PDC doluluğu sorunu da oluşacaktır. Dolayısıyla halk sağlığı uzmanlık öğrenci kadrolarındaki artışlar ilerleyen yıllarda atama ve çalışma ortamında sorunlara neden olabilecektir. Bu nedenle PDC kadrolarının da artırılması gerekmektedir.

4. Uzmanlık eğitimi için kadroların Sağlık Bakanlığı altında açılmış olması neredeyse tamamı üniversitelerin tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalları tarafından sürdürülen eğitim kadrolarındaki şimdiye kadar gözetilmiş olan dengenin bozulmasına neden olmuştur. Bu dengenin korunması uzmanlık eğitim süreci açısından son derece değerlidir. İlan edilen kadroların Sağlık Bakanlığı adına olması tıpta uzmanlık öğrencilerinin maaş, sabit ve ek ödeme kaynaklı sorunlar, özlük hakları, vb. konularında kadro tiplerine göre eşitsizliklere neden olabilmektedir.

5. Kadroların planlanması aşamasında uzmanlık derneğimiz ülkemizde tıpta halk sağlığı uzmanlık eğitiminin en üst düzeyde sürdürülebilmesi için eşgüdüm içinde çalışmaya ve mevcut bilimsel birikimini bu amaçla paylaşmaya her zaman açıktır.”

“HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI UZMANLIK EĞİTİMİ VERİLEBİLMESİ İÇİN ASGARI EĞİTİCİ SAYISI 2 OLUP MEVCUT GÜNCEL GELİŞME BU DENGİNİN BOZULMASINA NEDEN OLACAKTIR. BU NEDENLE ANABİLİM DALLARINDAKİ EĞİTİCİ KADROLARIN DA ARTIRILMASI PLANLANMALIDIR”

“SAĞLIK BAKANLIĞINDA ÇALIŞAN HALK SAĞLIĞI UZMANI SAYISI 2021 YILI ARALIK AYI İTİBARIYLA 531’DİR. SAĞLIK BAKANLIĞI PDC KADROSUNDA HALK SAĞLIĞI UZMANI SAYISI İSE 616’DIR. MEVCUT KADROLARA EK OLARAK BU DÖNEM İLAN EDİLEN UZMANLIK ÖĞRENCİSİ KADROLARININ ATAMASINDA PERSONEL DAĞILIM CETVELİ DOLULUĞU SORUNU DA OLUŞACAKTIR”

ÖZELDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN %20’SİNİN AYLIK KAZANCI SADECE YAŞAMINI İDAME ETTİRMEMEYE YETERLİ

“ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN MESLEKTAŞLARIMIZ NİTELİKLİ ÜCRET GASPI, TAŞERON HEKİMLİK, CİRO BASKISI, GÜVENCESİZ ÇALIŞMA, SENDİKASIZLIK, MESLEKİ TÜKENMİŞLİK, ÇALIŞMA SAATLERİNİN FAZLALIĞI, AŞIRI NÖBET, UYGUN OLMAYAN ÇALIŞMA KOŞULLARI, YETERSİZ MESLEKİ EĞİTİM GİBİ BİRÇOK SORUN YAŞAMAKTADIR”

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Özel Hekimlik Kolu, özel sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin sorunlarını saptamaya yönelik anketin sonuçlarını paylaştı. Ankete 65 ilden 1370 hekim katıldı.%60,51’i 21 yıl ve üstü süredir çalışıyor. Buna karşın %55’i 10 yıl ve altı süredir özel sektörde çalışıyor.

» Hekimlerin sadece %19,78’inin aylık kazancı yaşamını idame ettirebilmesi için yeterli oluyor. %32’sinin primleri olması gerekenden daha düşük düzeyde yatırılıyor.

» %26,72’sinin gelirleri yarıdan fazla, %27,3’ünün gelirleri yarıdan az düştü. %27,45’inin gelirlerinde anlamlı bir değişiklik olmadı. Gelirinin arttığını söyleyenlerin oranı sadece %13,43 oldu.

» %75’ine yakını yasal olarak belirlenenenden daha uzun süreler çalışmaya zorlanıyor. Buna karşın %64,67’si fazla çalışmanın ücret karşılığını alamıyor. %73,35’i resmi tatillerde de çalışmak zorunda kalıyor.

» %33,36’sı daha zor ve daha az izin alabiliyor. %62,63’ü ciro baskısı yaşıyor. %56,86’sı iş güvencesi kaygısı yaşıyor. Emekli olma kaygısı yaşamayanların oranı sadece %25,62.

» %54,96’sı bilimsel toplantı ve kongrelere katılamıyor.Sadece %29,49’u çalışma koşullarından memnun.

» %71,61’i olanağı olsa yurtdışına gidebileceğini belirtiyor.

» %64,84’ü hekimliğin değersizleştirilmesini, %45,44’ü Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı, %41,36’sı sağlık politikalarını, %26,19’u ülkenin genel ekonomik durumunu emeklerinin karşılığını alamama sebebi olarak görüyor.

Standart Bir Sözleşme Oluşturulmalı

Basın toplantısında söz alan Özel Hekimlik Kolundan Dr. Ömer Buhşem, ne zaman özel sağlık kurumunda çalışan bir hekimle görüşseler “Mutsuzuz” yanıtı aldıklarını, gelecek kaygısının ise başlıca sebep olarak görüldüğünü söyledi. Sorunların birikmiş bir halde

olduğunu kaydeden Buhşem, özel sektörde özlük haklarının korunabilmesi için standart bir sözleşme oluşturulması gerektiğini ifade etti.

Serbest Meslek Erbabı Olarak Çalışma Yaygın
İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu üyesi Dr. Cegergün Polat çalışma usullerine ilişkin yaptıkları anket çalışmasını aktardı. Hekimlerin %60’ının serbest meslek erbabı olarak çalıştığını belirten Polat, son yasal düzenlemeyle birlikte hekimlerin hak arama ve örgütlenme zeminlerinin kaydırıldığını dile getirdi.

TTB Merkez Konseyi II. Başkanı Doç. Dr. Ali İhsan Ökten de özel sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin özellikle sözleşmelerine dikkat etmesi ve ihtiyaç halinde hukuki destek almaları gerektiğini ekledi.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Özel Hekimlik Kolundan yapılan değerlendirmede şunlar kaydedildi:

“Özel sağlık sektörünün daha fazla kâr isteği ve çalışan hakları ile ilgili sorumluluktan kaçınmadan kaynaklı olarak bu alanda çalışan meslektaşlarımızın sorunları giderek katmerleşmektedir.

Bu alanda yaşanan sorunlar ‘Özel Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Çalışma Koşulları, Ekonomik ve Sosyal Durumları, Mesleki Memnuniyetleri Gibi Mesleki Özelliklerinin Saptanması’ başlıklı anket çalışması sonuçlarına da yansdı. Türk Tabipleri Birliği Özel Hekimlik Kolu tarafından hazırlanan anket soruları 65 tabip odasına aracılığıyla özel hastanelerde çalışan meslektaşlarımıza yaygın bir biçimde ulaşıldı. 1370 kişi ankete katılım sağladı.

Ucuz Hekim İşgücü Yaratıldı

Siyasal iktidarın sağlık politikaları sonucunda kamusal sağlık hizmeti özel sektöre devredilmesi teşvik edilerek hızla büyüyen özel sağlık sektörü ortaya çıktı. Piyasa dinamikleriyle hareket eden özel sağlık sektörü, binlerce sağlık çalışanının çalışma koşullarını serbest piyasa koşullarına göre yeniden oluşturduğu bir ortam yaratmıştır. Yerli ve uluslararası sağlık sermayesi, sağlık alanından karlarını artırmak için müşteri olarak gördükleri hastaları özel hastaneler dışında gidebilecekleri alanları daraltmış ve ucuz hekim işgücü yaratmıştır. Özel sağlık kuruluşlarında çalışan meslektaşlarımızın iş güvencesi devlet ve tekelci sağlık sermayesi iş birliği ile ortadan kaldırılmıştır.



Hekimler ile Taşeron Çalışma İlişkisi Kuruldu

Meslektaşlarımız şirket kurmaya zorlanarak taşeron çalışma ilişkisi oluşturulmuştur. Sağlığın para ile alınıp satılan bir metaya dönüşmesi ile birlikte hekimler giderek emekleri üzerindeki belirleyicilikleri kaybetmiş, ücretlerindeki azalmanın yanı sıra iş sözleşmesi (Bordrolu-4A) yerine hizmet alım sözleşmesi (Şirket-4B) ile çalışmaya zorlanmaktadır. Bu yönde özel sağlık sektörü tarafından hekimlere yönelik ikna, tehdit, işe son verme de dahil her türlü etik ve yasadışı yöntem uygulanmaktadır. İş güvencesi ortadan kalkarken ücret ödemelerinde aksama, düzensiz ödeme, yıllık zam yapmama giderek yaygınlaşan bir düzene dönüşmüştür. Bu durum tekelci özel hastane sahiplerinin daha az vergi yatırması anlamına geldiği gibi meslektaşlarımızın çeşitli hak kayıplarını, özlük haklarının yitimi anlamına gelmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarında sözleşmeli olarak çalışan hekimlere dayatılan sözleşmeler iş güvencesinden yoksun hekimler aleyhine birçok madde içermektedir.

Resmi Tatil Günlerinde Çalışmaya Zorlanıyor

Özel hastanelerde çalışan meslektaşlarımız resmi tatil günlerinde çalışmaya zorlanmaktadır.

Meslektaşlarımız özel hastanelerde zemin alt katlar, yetersiz havalandırma, yetersiz izolasyon, uygun olmayan ortam ısısı, dinlenme odalarının olmadığı, kapalı, karanlık ortam, kirlilik gibi uygunsuz alanlarda uzun süreler çalışmaya zorlanmaktadır.

Geçtiğimiz haftalarda özel sağlık sektöründe çalışan hekimlerin doğrudan çalışma biçimini ve vergilendirilmelerini etkileyen kanun teklifi TBMM Genel Kurulu'nda görüşülerek kabul edildi. Böylece şirket sahibi hekimler de “serbest meslek erbabı”

olarak tanımlanmış olup, şirketlerinin kestiği faturalar da “serbest meslek makbuzu” olarak işlem görecektir. Kanun teklifinin yasalaşması ile birlikte hekimler çalışma hayatına ilişkin neredeyse tüm evrensel yasal korumalardan hukuk dışı yollarla zorla feragat ettirilmiş olacaktır.

Dayatmacı Sözleşmelere Son Verilmeli

Özel sağlık kuruluşlarında hekimler aleyhine birçok madde içeren dayatmacı sözleşmelere son verilmeli, meslek örgütümüz bu süreçlere müdahil olabilmeli, tabip odaları muhatap alınmalı böylece emek sömürsünün önüne geçilmelidir.

Meslektaşlarımız resmi tatil günlerinde çalışmaya zorlanmamalı, dileyen hekimlerin tatil yapma olanağı tanınmalıdır. Meslektaşlarımız çalışma koşulları ve çalışma alanları insanca çalışmaya olanak verecek biçimde düzenlenmelidir.

Meslektaşlarımız iş güvencesine sahip oldukları, emeklerinin karşılığını aldıkları, örgütlenme ve grev hakkına sahip olarak İyi hekimlik yapmak istemektedir.

Sonuç olarak yaptığımız anket sonuçlarına da yansıdığı üzere; özel hastanelerde çalışan meslektaşlarımız nitelikli ücret gaspı, taşeron hekimlik, ciro baskısı, güvencesiz çalışma, sendikasızlık, mesleki tükenmişlik, çalışma saatlerinin fazlalığı, aşırı nöbet, uygun olmayan çalışma koşulları, yetersiz mesleki eğitim gibi birçok sorun yaşamaktadır. Bu sorunları hep birlikte değiştirecek irademiz, gücümüz var. Emek bizim, söz bizim! Her koşulda ve her yerde hekimliği toplum ve kişi yararına uygulayıp geliştirmek için tüm meslektaşlarımızı yan yana durmaya, birlikte mücadele etmeye davet ediyoruz.



EKMUD: HEKİMLİK ONURUMUZ KORUNMALI VE ÖZLÜK HAKLARIMIZ VERİLMELİ

18 YIL EĞİTİM SONUNDA TIP DOKTORU UNVANINI ALMIŞ, SONRASINDA OLDUKÇA ZOR BİR İMTİHANI KAZANIP ENFEKSİYON HASTALIKLARI VE KLİNİK MİKROBİYOLOJİ UZMANI OLMUŞ HEKİMLERİZ. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ DEFALARCA ŞİDDETE UĞRADIĞI GÜNLER YAŞIYORUZ VE “ARTIK YETER” DEMEMİZİ KİMSE DUYMUYOR.

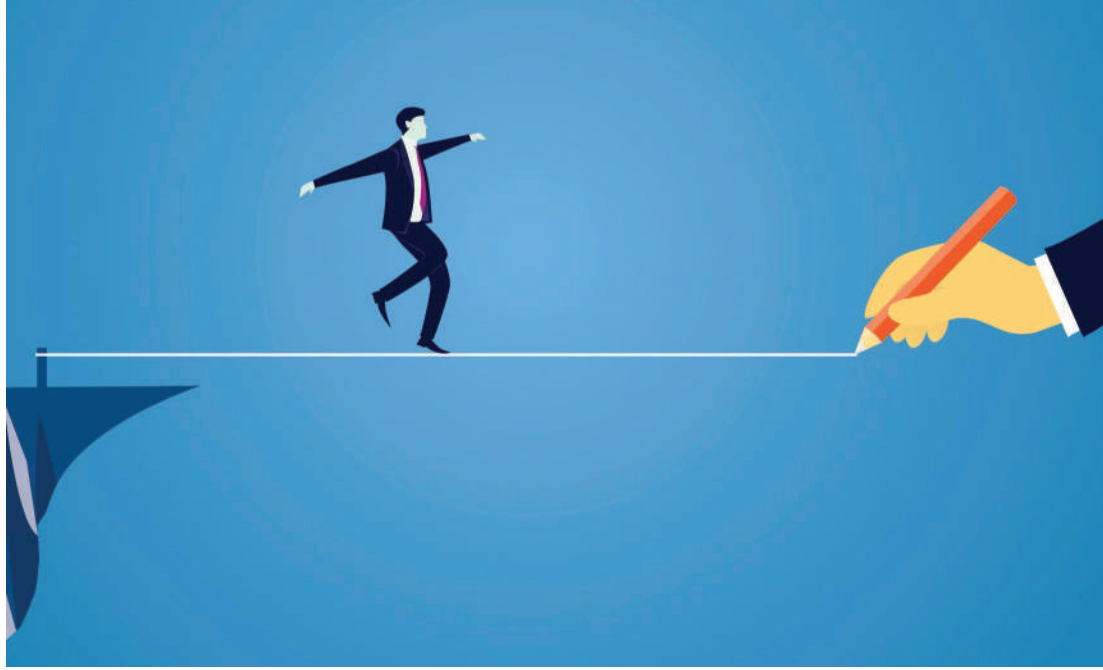
Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD) tarafından yapılan açıklamada şunlar kaydedildi:

“18 yıl eğitim sonunda tıp doktoru unvanını almış, sonrasında oldukça zor bir imtihanı kazanıp enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzman hekimisi olmuş üyelerimiz adına görüşlerimizi sizlerle paylaşmak istiyoruz.

Yıllardır gece-gündüz, tatil, mesai demeden var gücümüzle sadece işini yapan hekimleriz. Tıp fakültesi diplomasını aldığımız andan itibaren görev yerimizin memleketimizin neresi olduğu fark etmeden bize atılan görev bilinci ile mesleğimizin gereğini layığı ile yapmaya çalışıyoruz. Tüm dünyada yaşanan zor günler ne yazık ki ülkemizi de derinden etkilemiştir. Tedavi etmeye çalıştığımız pek çok hastalıkta, salgında olduğu gibi ülkemizin de derinden etkilendiği, insanların endişe ile

uzak durmaya çalıştığı COVID pandemisinde ön saflarda çalıştık ve çalışmaya devam ediyoruz. Ayrıca bizden sonra mesleğimizi devam ettirecek hekimler yetiştirmeyi kendimize amaç edindik. Buna karşılık sağlık çalışanlarının defalarca şiddete uğradığı günler yaşıyoruz ve “ARTIK YETER” dememizi kimse duymuyor.

Ayrıca şunu da ifade etmek isteriz ki; biz bu mesleğe gönül vererek çalışan hekimler için maddiyat önemli olsaydı zaten başka meslek seçerdik ve orada başarılı olurduk. Bizim meslektaşlarımız adına vurgulamak istediğimiz mesleğimize tüm makamlar tarafından saygı gösterilmesi, hekimlik onurumuzun korunması ve özlük haklarımızın verilmesidir.”



2022 KÜRESEL RİSKLER RAPORU NE DİYOR?

2022 KÜRESEL RİSKLER RAPORU, MARSH TÜRKİYE VE ZÜRİCH SİGORTA STRATEJİK ORTAKLIĞINDA VE TÜSİAD'IN DESTEKLERİYLE DÜZENLENEN ÇEVİRİMİÇİ ETKİNLİKLE AÇIKLANDI. BU YIL 17'İNCİSİ YAYIMLANAN RAPORDA, ÇOĞU UZMAN KÜRESEL EKONOMİK İYİLEŞMENİN ÖNÜMÜZDEKİ ÜÇ YIL İÇİNDE DEĞİŞKEN VE DENGESİZ OLACAĞINA İNANDIKLARINI BELİRTİYOR

2022 Küresel Riskler Raporu, Marsh Türkiye ve Zurich Sigorta stratejik ortaklığında ve TÜSİAD'ın destekleriyle düzenlenen çevrimiçi etkinlikle açıklandı. 31 Mayıs Salı günü çevrimiçi olarak gerçekleştirilen etkinliğin açılış konuşmalarını MMC Türkiye Başkanı Tayfun Bayazıt, Zurich Sigorta CEO'su Yılmaz Yıldız ve TÜSİAD Yönetim Kurulu Başkanı Orhan Turan gerçekleştirdi.

Bu yıl 17'incisi yayımlanan raporda, çoğu uzman küresel ekonomik iyileşmenin önümüzdeki üç yıl içinde değişken ve dengesiz olacağına inandıklarını belirtiyor. Raporun öne çıkan sonuçlarına göre; en önemli ve uzun vadeli riskler iklim riskleriyle ilgiliyken, en önemli kısa vadeli küresel endişeler arasında ise toplumsal bölünmeler, geçim krizleri ve

zihinsel sağlık durumlarında bozulmalar yer alıyor. Rapor; tüm liderleri üç aylık raporlama döngüsünün dışında düşünmeye, riskleri yöneten ve gelecek yıllar için gündemi şekillendiren politikalar oluşturmaya teşvik ediyor. Yükselen riskleri siber güvenlik, uzay rekabeti, iklim geçişlerindeki istikrarsızlık ve göç baskıları olmak üzere 4 alan özelinde inceleyen rapor, her bir riskin başarılı yönetimi için küresel koordinasyon gerektirdiğini belirtiyor.

Tayfun Bayazıt: “Önümüzdeki 10 Yılda Borç Krizleri ve Jeoekonomik Çatışmalar Ön Planda”

Kamu, özel sektör ve akademik dünyaya stratejik rehberlik etmesiyle ‘Küresel Riskler Raporunun önemli bir role sahip olduğunun altını çizen MMC Türkiye



MMC TÜRKİYE BAŞKANI TAYFUN BAYAZIT: “ÖNÜMÜZDEKİ 10 YIL İÇİNDE EN CİDDİ RİSKLER ARASINDA BORÇ KRİZLERİ VE JEOEKONOMİK ÇATIŞMALAR VAR; İLK DEFA BU SENE DETAYLICA VURGULANAN BİR DİĞER KONU UZAY!”



TÜSİAD YÖNETİM KURULU BAŞKANI ORHAN TURAN: “DÜNYADA ENFLASYONUN YÜKSEK, BÜYÜMENİN İSE BASKI ALTINDA OLACAĞI BİR SÜRECE GİRMEKTEYİZ. TEDARİK ZİNCİRİ PROBLEMLERİ, HAMMADDE VE GIDA FİYATLARINDA SÜREGELLEN ARTIŞ, İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE SAVAŞIN, GIDA VE SU ARZI ÜZERİNDEKİ ARTAN TEHDİDİ İLE KARŞI KARŞIYAYIZ”

Başkanı Tayfun Bayazıt, “Bu rapor ile amacımız değişen dünyaya paralel olarak değişen küresel risk faktörlerinin en doğru şekilde altını çizerek profesyonel ve toplumsal alanlarda farkındalığı yaratmak ve bu farkındalıkla tüm paydaşlara bir yol haritası çıkarmak. Bu seneki Küresel Riskler Raporunun temel çıktılarına baktığımızda ise, iklim ve toplumsal krizlerin ön plana çıktığını görüyoruz. 10 yıllık bir ufukta, gezegenin sağlığına yönelik endişeler hakim. Rapora göre; önümüzdeki 10 yıl içinde en ciddi riskler arasında borç krizleri ve jeoekonomik çatışmalar yer alırken, ilk defa bu sene detaylıca vurgulanan bir diğer konu başlığının uzay olması dikkat çekici. Uzayda artan rekabet, hem ticari hem de askeri anlamda büyüyen bir sorumluluk olması riskleri artırırken uzay yönetimi için yeni zorluklar yaratıyor. Ancak, evrensel bir kaynak olması gereken bu konunun, ortak faydaları ve sürdürülebilir yönetimini sağlamak için ülkelerin bir araya gelmesi için hala zaman var. Tüm risklere karşı kayda değer kolektif aksiyonlar alma yükümlülüğümüz olmalı” dedi.

Yılmaz Yıldız: “Ekonomik ve sosyal eşitsizliklerin arttığı bir döneme giriyoruz”

Diğer yıllardan farklı olarak Küresel Riskler Raporunda bu yıl risklerin kısa, orta ve uzun vadede ele alındığına dikkat çeken Zurich Sigorta CEO'su Yılmaz Yıldız kısa vadede sosyal risklerin, uzun vadede ise çevresel ve jeopolitik riskler ile sosyal barışı ilgilendiren meselelerin öne çıktığını belirtti. Bu yılki raporda özellikle “eşitsizlik” temasının vurgulandığını belirterek konuşmasına devam eden Yılmaz Yıldız “Covid sonrası tüm dünyada, hem ülkeler arasında hem de ülkeler içinde eşitsizlik artıyor. Ülkeler içinde sosyal anlamda genç-yaşlı, zengin-fakir, kadın-erkek arasında artarken, eşitsizliğin en çok öne çıktığı alanlar aşıya, eğitim imkanlarına ve dijital kaynaklara erişim olarak görünüyor. Hem Türkiye’de hem de dünyada artan yalnızlık, şiddet eğilimi ve gelir adaletsizliğine bağlı olarak endişe ve mutsuzluk daha yaygın

görülüyor; anksiyete ve depresyon vakaları artıyor. Covid herkese bulaşması anlamında demokratikti ancak bıraktığı tortu aynı değil. Önümüzdeki dönem eşitsizliklerin arttığı bir dönem ve bütün bu sonuçlar karşısında tüm karar alıcıların büyük çaba göstermesi gerektiği çok net ortada” dedi.

Orhan Turan: “Dünyada enflasyon yüksek, büyüme ise baskı altında”

“Geçtiğimiz iki yılda hem iş dünyası hem de toplum olarak çok önemli şoklara maruz kaldık” diyen TÜSİAD Yönetim Kurulu Başkanı Orhan Turan şöyle konuştu: “Önce salgın ve şimdi de elim savaş. Henüz birinin etkisi telafi edilememişken başka bir arz şoku ile karşı karşıya kalıyoruz. Küresel ekonomide rekor seviyelere ulaşan mali destek paketleri yardımıyla salgın etkileri yavaş yavaş silinirken; Rusya’nın Ukrayna’yı işgali ile başlayan süreç ekonomik görünümü tamamen değiştirdi. Dünyada enflasyonun yüksek, büyümenin ise baskı altında olacağı bir sürece girmekteyiz. Tedarik zinciri problemleri, hammadde ve gıda fiyatlarında süregelen artış, iklim değişikliği ve savaşın, gıda ve su arzı üzerindeki artan tehdidi ile karşı karşıyayız.”

Açılış konuşmalarının ardından Küresel Riskler Raporu, Marsh Kıta Avrupası Risk Yönetimi Lideri Carolina Klint ve Zurich Sigorta Grubu, Ticari Sigortalar CRO'su Eugenie Molyneux tarafından sunuldu. ‘2022 Küresel Riskler Raporu’ sunumunun ardından küresel risklerin uzman konuklarla tartışıldığı bir panel ile etkinlik sona erdi. Panele Koç Üniversitesi’nden Prof. Dr. Kamil Yılmaz, Ekonomi ve Dış Politikalar Araştırmalar Merkezi (EDAM) Direktörü Sinan Ülgen, Marsh Türkiye Eş CEO'su Tarık Serpil ve Zurich Sigorta CEO'su Yılmaz Yıldız konuşmacı olarak katıldı.



ZÜRİCH SİGORTA CEO'SU YILMAZ YILDIZ: “KISA VADEDE SOSYAL RİSKLERİN, UZUN VADEDE İSE ÇEVRESEL VE JEOPOLİTİK RİSKLER İLE SOSYAL BARIŞI İLGİLENDİREN MESELELER ÖNE ÇIKIYOR. BU YILKI RAPORDA ÖZELLİKLE ‘EŞİTSİZLİK’ TEMASI VURGULANDI”



TÜRKİYE AŞI ÜRETİMİNE YATIRIM YAPMALI

“ÜLKEMİZDE OSMANLI’NIN SON YILLARINDAN VE CUMHURİYET’İN İLK YILLARINDAN İTİBAREN AŞI ÜRETİMİ VE BAĞIŞIKLAMAYA ÖNEM VERİLMESİNE RAĞMEN, 1990’LI YILLARDA ÜLKEMİZDE AŞI ÜRETİMİNE SON VERİLDİ. UYGULANAN AŞILARIN TAMAMININ YURTDIŞINDAN İTHAL EDİLİYOR, AŞI TEDARİĞİNİN SÜREKLİLİĞİ VE MALİYETİ SORUN OLUŞTURUYOR”

“COVID-19 PANDEMİ AŞILAMA PRATİĞİ, DÜNYADA ÜRETİLEN AŞILARA ULAŞIMIN DA ADIL OLMADIĞINI ORTAYA KOYDU. HEM TÜRKİYE’DE HEM DE DÜNYADA AŞI GELİŞTİRMENİN ÖNEMİ KABUL EDİLDİ”

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu tarafından hazırlanan çalışmaya göre; Türkiye’de tam aşıli çocuk oranı %67, hiç aşı olmamış çocuklar ise %2 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar %90 tam aşıli olma hedefinin ciddi olarak altındadır.

Bağışıklama hizmetleri, her yıl tahminen 2-3 milyon çocuk ölümünü önleyen, bugüne kadarki en uygun maliyetli halk sağlığı müdahalelerinden biridir. İnsanlık tarihinde büyük salgınlara ve ölümlere yol açan pek çok hastalık günümüzde aşılamanın bir zaferi ve aşının gücü olarak artık görülmemektedir. Aşılarından; takvime uygun bir şekilde bütün bireyler yararlanmalıdır. Ülkemizde yaşlı nüfus 2021 yılında %9,7’ye yükselmiştir. Uzayan yaşam ömrü ile beraber yaşlı nüfustaki kronik hastalıkların (kalp, akciğer, böbrek hastalıkları, diyabet vb.) prevalansındaki artış erişkin bağışıklamasının giderek önem kazanmasına neden olmaktadır. Ayrıca yetişkinlerin, çocuklukta yapılan aşılarından çoğunun etkili koruyuculuk düzeyini muhafaza etmek için, hayat boyunca ek aşı dozlarına ihtiyacı vardır.

Bebek ve Çocukluklara 13 Hastalığa Karşı Aşı

Ülkemizde, 1981 yılında Genişletilmiş Bağışıklama Programı başlatılmış olup bugün program kapsamında bebek ve çocukluklara 13 hastalığa (boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, verem, çocuk felci, suçiçeği, hepatit A, hepatit B ile S. pneumoniae ve H.influenzae tip b’ye bağlı invaziv hastalıklar) karşı aşı yapılmaktadır. TNSA 2018 Raporu’na göre Türkiye’de tam aşıli çocuk oranı %67, hiç aşı olmamış çocuklar ise %2 olarak tespit edilmiştir. Bu oranlar %90 tam aşıli olma hedefinin ciddi olarak altındadır.

Ülke Takvimine Uygun Yapılan Aşılar

Dünyanın bazı ülkelerinde ülkemizde görülmeyen hastalıklar endemik olarak görülmektedir. Bu nedenle seyahat öncesinde insanların ülke takvimine uygun olarak aşılarını yaptırmaları çok önemlidir. Yolculuk öncesi değerlendirmede rutin aşılama programına göre eksik aşılar varsa tamamlanmalı ya da hiç aşılanmamış kişilerin de ilk aşılama serisini tamamlamalıdır.

Aşılar, ülkemizdeki tüm çocuklarımıza ve risk grubunda olan erişkinlere ücretsiz olarak uygulanmaktadır. Bebek, çocuk ve gebeler için olan aşılar Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmakta iken;

hac ve umre aşılamaları İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde tarafından yürütülmektedir. Seyahat için gerekli aşılar ise illerde Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü’nün yetki vermiş olduğu birimlerce gerçekleştirilmektedir.

1987 Yılından Beri Çiçek Aşısı Uygulanmıyor

Bağışıklama çalışmaları sonucunda; çiçek hastalığı 1977 yılından itibaren tamamen yok edilmiş, hastalık etkeninin yok edilmesi üzerine 1987 yılında çiçek aşısı uygulamasına ihtiyaç kalmadığından aşılması tüm dünyada durdurulmuştur. Yine çok önemli bir çocukluk çağı bulaşıcı hastalığı olan poliomiyelit (çocuk felci) hastalığına karşı dünya genelinde yaygın aşılama çalışmaları yapılmış ve hastalık yok edilme aşamasına gelmiştir. Ülkemizde son polio vakası 26 Kasım 1998 tarihinde görülmüş, daha sonraki yıllarda vahşi poliomiyelit vakası tespit edilmemiştir.

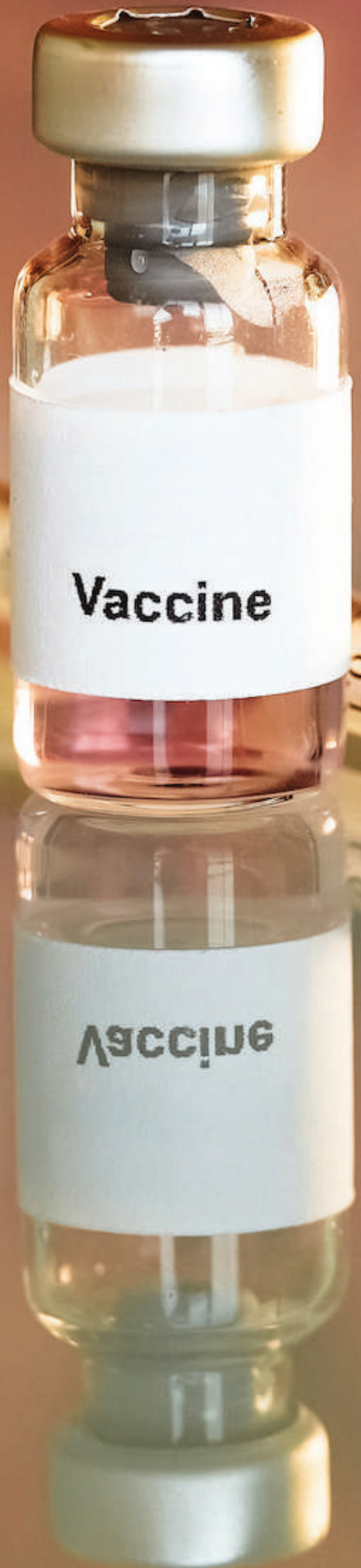
Toplumsal Bağışıklık Sağlanırsa Salgın Görülmez

Ülkemizin de içinde bulunduğu Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi 21 Haziran 2002’de Polio’dan Arındırılmış Bölge Sertifikası almıştır. Maternal-Neonatal Tetanoz (MNT) Eliminasyonu Programı, 1994 yılında başlatılmış; Nisan 2009’dan bu yana Türkiye yenidoğan tetanozunu elimine etmiş ülkeler arasına katılmıştır. Son difteri vakasının görüldüğü 2011 yılından bu yana ülkemizde difteri görülmemektedir. 2020 yılı Aralık ayında ise, DSÖ tarafından ülkemizin Kızamıkçık hastalığının elimine edildiği ilan edilmiştir.

Aşıların bu başarıları göz önüne alındığı zaman; aşı ve bağışıklamanın sağlıklı bir hayat sürmek için vazgeçilmez unsurlar olduğu anlaşılmaktadır. Aşıların hedef popülasyonda kapsayıcılık oranı %95’in üzerine çıkarsa ve bu düzey devamlılık sağlarsa ‘Toplumsal Bağışıklık’ sağlanmış olur. Toplumsal Bağışıklık sağlanan bir toplumda, o bulaşıcı hastalık salgın yapamaz ve zamanla vaka da görülmez.

Bağışıklama Hizmetlerimiz ile ilgili Sorunlar Neler?

Bağışıklama çalışmalarının önündeki her sorun yıllardır sürdürdüğümüz aşı ile önlenabilir bulaşıcı hastalıklarla mücadelemize sekte vurmaktadır. Ülkemizde son yıllarda bağışıklama hizmetlerimiz ile ilgili sorunlar;



“AŞILARIN HEDEF POPÜLASYONDA KAPSAYICILIK ORANI %95’İN ÜZERİNE ÇIKARSA VE BU DÜZEY DEVAMLILIK SAĞLARSA ‘TOPLUMSAL BAĞIŞIKLIK’ SAĞLANMIŞ OLUR. TOPLUMSAL BAĞIŞIKLIK SAĞLANAN BİR TOPLUMDA, O BULAŞICI HASTALIK SALGIN YAPAMAZ VE ZAMANLA VAKA DA GÖRÜLMEZ”

“TÜRKİYE’DE TAM AŞILI ÇOCUK ORANI %67, HİÇ AŞI OLMAMIŞ ÇOCUKLAR İSE %2 OLARAK TESPİT EDİLMİŞTİR. BU ORANLAR %90 TAM AŞILI OLMA HEDEFİNİN CİDDİ OLARAK ALTINDA”

- » COVID-19 Pandemi süresince bireylerin alması gereken rutin bağışıklama hizmetlerini zamanında veya hiç alamaması,
- » Aşının kendi yarattığı hastalık görülmeyen bir toplum halinin, ülke ve dünya genelinde toplumsal bağışıklama hedeflerinden ve aşının öneminden insanları uzaklaştırması (aşı paradoksu),
- » Aşı tereddütü ve reddinin yaygınlaşması,
- » Ülkemizde Osmanlı’nın son yıllarından ve Cumhuriyet’in ilk yıllarından itibaren aşı üretimi ve bağışıklamaya önem verilmesine rağmen, 1990’lı yıllarda ülkemizde aşı üretimine son verilmesi, uygulanan aşılardan tamamının yurtdışından ithal edilmesi aşı tedariğinin sürekliliği ve maliyetinde sorun oluşturması,
- » Ayrıca ithal edilen aşılardan, ülkemizde bazı ebeveynlerde aşı ve içeriğine güven sorunu yaratarak, aşı reddi ve tereddütü riskini artırması,
- » Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde bölge tabanlı sağlık hizmeti sunumundan uzaklaşmamız sonucunda aile hekimlerine kayıtlı olmayan ve dezavantajlı olan kişilerin aşılanmasında aksaklıklar meydana getirmesi ve son on iki yıldır yaşanan ve halen devam eden COVID-19 Pandemisinin son olmayacağı ve gelecekte de benzer pandemilerin görülme riskinin artması küresel bir gerçeklik olarak görülmektedir. Bu durum hem ülkemizde hem de dünyada aşı geliştirmenin önemini ortaya koyarken, COVID-19 pandemi aşılama pratiği dünyada üretilen aşıların ulaşımının da adil olmadığını ortaya koymuştur.
- » Toplumda aşı ve bağışıklamaya karşı güvenin artırılması, hedeflenen aşı kapsayıcılık hızlarına ulaşılması ve sürdürülmesi ve bu şekilde Toplumsal Bağışıklığın sağlanabilmesi için; Ülkemizde kamu yönetimi tarafından aşı üretimine (Türkiye’de olduğu gibi) yatırım yapılması ve kararlılığın sağlanması,
- » Aşı ve bağışıklama konusunda güvenin artırılabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından topluma yönelik propaganda yapılması, ilgili uzmanlık dernekleriyle işbirliği yapılması ve toplum önderlerinin bu konuda görünür olması,
- » Sağlık çalışanlarının motive edilmesi ve sürekli mesleki eğitimlerine ağırlık verilerek Bağışıklamada İyi Uygulamaların artırılması,
- » Temel sağlık hizmetlerinde toplum temelli planlama ve uygulama yapılması ve
- » Kamuoyuna yönelik aşı ve bağışıklama konusunda bilgilendirme yapılması önerilir.



TÜSAP İLAÇ VE ECZACILIK TEMASI İLE TOPLANDI

TÜBİTAK BAŞKANI PROF. DR. HASAN MANDAL: “COVID-19 TÜRKİYE PLATFORMU, YERLİ AŞI VE İLAÇ EKOSİSTEMİNİN İHTİYAÇLARINI TEMSİL EDİYOR. İNSAN KAYNAĞININ TEŞVİK EDİLMESİ, ÜRETİM ALTYAPILARININ ÜNİVERSİTE-SANAYİ-KAMU İŞ BİRLİĞİ İLE GÜÇLENDİRİLMESİ, AŞI VE İLAÇ İÇİN STRATEJİK ÖNEME SAHİP POLİTİKALARIN BİRLİKTE TASARLANMASI GİBİ DAHA ETKİLEŞİMLİ VE ŞEFFAF SÜREÇLER GEREKLİ”

27. TÜSAP Toplantısı, 3 Haziran Cuma günü, kamu, akademisyenler, STK ve özel sektör temsilcilerinin katılımı ile Marmara Üniversitesi Mehmet Genç Külliyesinde “İlaç ve Eczacılık” ana başlığında düzenlendi. “İlaç ve Aşıda AR-GE, Yerelleşme ve Teşvik Uygulamaları” teması ile yapılan toplantı, T.C. Sağlık Bakan Yardımcısı ve TÜSAP Yürütme Kurulu Başkanı Prof. Dr. Sabahattin Aydın, Cumhurbaşkanlığı Bilim Teknoloji ve Yenilik Politikaları Kurulu Başkan Vekili ve TÜBİTAK Başkanı Prof. Dr. Hasan Mandal, Cumhurbaşkanlığı Bilim Teknoloji ve Yenilik Politikaları Kurulu Üyesi Dr. Osman Coşkun, Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurul Üyesi Dr. Ümmü Gülşen Öztürk, TİTCK Başkan Yardımcısı Dr. Asım Hocaoğlu, TÜSEB Başkanı Prof. Dr. Erhan Akdoğan ve İKMİB İlaç Komitesi Başkanı Ahmet Altuğ Oğuz olmak üzere 63 üst düzey sağlık profesyonelinin katılımı ile gerçekleşti.

Prof. Dr. Hasan Mandal’ın ana konuşmacı ve Medipol Üniversitesi GETTAM Müdürü ve Öğretim Üyesi Dr. Mahmut Tokaç’ın moderatör olarak yer aldığı 27. TÜSAP Vizyon Toplantısı, Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) ve Türkiye İlaç Sanayicileri Derneği (TİSD) ile Abbott, Atabay, Eczacıbaşı, Gilead, Janssen ve Roche firmalarının katkıları ile düzenlendi.

27. TÜSAP Toplantısı’nda TÜBİTAK’ın gelecek vizyonundan bahseden Cumhurbaşkanlığı Bilim, Teknoloji ve Yenilik Politikaları Kurulu Başkan Vekili, TÜBİTAK Başkanı Prof. Dr. Hasan Mandal, aşı ve ilaç geliştirme süreçlerinde sanayi ve akademi ile “birlikte geliştirme ve birlikte başarıma” hedefi ile yola devam ettiklerini söyledi. 2021 yılı Dünya Ekonomik Forumu (WEF) Küresel Risk Raporu’nda yer alan önümüzdeki 10 yılda en yüksek etkiye ve en yüksek olasılığa sahip risklerden bahseden Prof.



TÜBİTAK BAŞKANI PROF. DR. HASAN MANDAL: “ÜRÜN GELİŞTİRME SÜREÇLERİNDE İNSAN KAYNAKLARINA ÖNEM VERİYORUZ. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ARAŞTIRMA VE SANAYİYE YÖNELİK PROJELERİNDE AŞI VE İLAÇ DAHİL TOPLAM 4.507 HEYECAN VERİCİ YENİ PROJEYİ DESTEKLİYORUZ”

Mandal; bu riskleri çevresel riskler, siber güvenlik açıkları, salgın hastalıklar ve toplumsal uyum, borç krizi ve küresel büyümede durgunluk olarak sıraladı.

Yerli ilaç ve aşı konusunda stratejik araştırma programlarında üniversite ve sanayi ile birlikte çalışıldığını sözlerine ekleyen Mandal, ürün geliştirme süreçlerinde insan kaynaklarına önem verdiklerini vurgulayarak, üniversite öğrencilerinin araştırma ve sanayiye yönelik projelerinde aşı ve ilaç dahil toplam 4.507 heyecan verici yeni projenin desteklendiğini ifade etti.

Birlikte geliştirme yaklaşımını içeren COVID-19 Türkiye Platformunun aynı zamanda yerli aşı ve ilaç ekosisteminin ihtiyaçlarını temsil ettiğini kaydeden Mandal; insan kaynağının teşvik edilmesi, üretim altyapılarının üniversite-sanayi-kamu iş birliği ile güçlendirilmesi, süreçlerin arasındaki geçişlerin optimize edilmesi, aşı ve ilaç için stratejik öneme

sahip politikaların birlikte tasarlanması gibi daha etkileşimli ve şeffaf süreçlerin gerektiğini sözlerine ekledi.

Önümüzdeki Engel Kendimiziz

Türkiye’nin tasarlamış olduğu VLP aşı teknolojisi de dahil, yenilikçi aşı teknolojilerinin farklı hastalıklara ve salgınlara yönelik uygulama potansiyelinin oldukça yüksek olduğuna temas eden Prof. Mandal, “TÜBİTAK, hocalarımız ya da Sağlık Bakanlığı tarafı olsun kendi aramızda pozitif bir değerlendirme yaptığımız zaman VLP ya da başka aşılarda burada bir potansiyel varsa ve iyi bir platformsa bunu başka aşılarda kullanmak için şu an önümüzdeki engel kendimiz oluyoruz. ‘Bu süreç bitti’ değil de esasında ‘Yeni bir süreç başladı’ noktasının gündemde olması önemli. Yaptığımız tüm çalışmalar, sadece pandemi döneminde değil kültürel yaklaşımda bir fırsat olarak görülmeli” diye konuştu.



PANDEMİ, ÇOCUK İŞÇİ SAYISINI ARTIRDI

“PANDEMİ SÜRECİNDE OKULLARIN KAPANMASI VE EKONOMİK YOKSULLAŞMANIN AİLELERİN ÇOCUK İŞÇİLİĞİNE İHTİYAÇ DUYMASINA NEDEN OLDUĞU TAHMİN EDİLMEKTEDİR. ÇALIŞMA BAKANLIĞI 2020 YILINDA ÇOCUK İŞÇİLİĞİYLE MÜCADELE KAPSAMINDA 12 BİN 457 ÇOCUĞA ULAŞMIŞKEN, 2021 YILI SONUNDA ULAŞMAYI PLANLADIĞI ÇOCUK İŞÇİ SAYISI İSE NEREDEYSE İKİ KATINA ÇIKMIŞTIR”

HASUDER Çocuk ve Ergen Sağlığı Çalışma Grubu adına Prof. Dr. Burcu Tokuç, Prof. Dr. Hilal Özcebe, Prof. Dr. Gamze Çan, Prof. Dr. Türkan Günay, Dr. Öğr. Üyesi Burcu Küçük Biçer ve Uzm. Dr. Tülin Çoban tarafından hazırlanan raporda; çocuk sağlığı, okuma düzeyi, işçiliği, koruyucu kurumlar yanı sıra pandemi etkileri detaylarıyla anlatıldı.

2020 yıl sonu itibarıyla, Türkiye nüfusunun %27,2'sini (22 milyon 750 bin 657) çocuklar, çocuk nüfusun %51,3'ünü erkek çocuklar, %48,7'sini kız çocuklar oluşturmaktadır. Türkiye'de 7 yaşına ulaşan bir çocuğun kalan yaşam süresinin ortalama 72,5 yıl (erkekler için 69,9 yıl ve kızlar için 75,2 yıl) olduğu hesaplanmaktadır. Yaş grubu 15-64 olan her 100 kişi başına düşen, 0-14 yaş grubundaki çocuk sayısını ifade eden çocuk bağımlılık oranı ise %33,7 olarak gerçekleşmiştir.

Türkiye tarafından 1994 yılında imzalanan Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne, Türk Ticaret

Kanunu'nun 6. maddesine, 5395 sayılı Çocukların Korunması Hakkında Kanun'un 3. Maddesine ve Türk Medeni Kanun'unun 11. Maddesine göre 18 yaşından küçük herkes çocuktur.

Risk Altındaki Çocuklar

Türkiye'de çocukların durumunu etkileyen makro ve mikro sebeplere baktığımızda makro sebeplerin başında nüfus artışı ve göçlerin geldiği görülmektedir. Suriye'den gelen mülteciler, iç göç, bozuk gelir dağılımı, yetersiz eğitim, hızlı nüfus artışı, atıl işgücü ve işsizlik oranlarındaki yükseklik gibi etmenler risk altındaki çocukların sayısının artmasında başlıca nedenler arasında sayılmaktadır. 0-18 yaş arasında olan ve yaşamlarında küresel ve kişisel nedenlere bağlı olarak yaşamları gereken yaşamın dışında bir yaşam içine sürüklenen çocuklar risk altındaki çocuklar olarak isimlendirilmektedir. Bu kapsam içine giren en önemli gruplar; istismara maruz kalan çocuklar, suçla itilmiş çocuklar sokakta yaşayan ve çalışan çocuklar ki bu gruba son dönemde mülteci çocukları da almak

“HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ VERİLERİNE GÖRE 2020 YILINDA 1000 CANLI DOĞUMDA PERİNATAL ÖLÜM HIZI 10.6, NEONATAL ÖLÜM HIZI 5.5, POSTNEONATAL ÖLÜM HIZI 3,1 OLARAK GERÇEKLEŞMİŞTİR”

gerekmektedir ve eğitim dışına itilmiş çocuklar sayılabilir. Risk altındaki çocuklardan bahsedildiği zaman öncelikle kimin riskte olduğu, risk altındaki çocukların kimler olduğu ve riskin neler olduğu konuları önem kazanmaktadır.

Bebek Ölüm Hızı Halen Yüksek

Çocuk sağlığının en önemli göstergeleri olan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı 2020 yılında sırasıyla binde 8,5 ve binde 10,6 olarak hesaplanmış, son 10 yıldaki yaklaşık %30'luk düşüşe karşın istenilen rakamlara henüz ulaşamamıştır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü verilerine göre 2020 yılında 1000 canlı doğumda perinatal ölüm hızı 10.6, neonatal ölüm hızı 5.5, postneonatal ölüm hızı 3,1 olarak gerçekleşmiştir. Ölüm ve ölüm nedeni istatistiklerine göre; 2019 yılında 1-17 yaş grubunda en fazla çocuk ölümleri, dışsal yaralanma ve zehirlenmeler nedeniyle gerçekleşmiştir.

Sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları nedeniyle 877 çocuk, iyi huylu ve kötü huylu tümörler nedeniyle 684 çocuk, konjenital bozukluk ve kromozomla ilgili anomaliler nedeniyle 509 çocuk hayatını kaybetmiştir.

Türkiye Sağlık Araştırması 2019 yılı sonuçlarına göre; çocuklarda son 6 ay içinde görülen hastalık türleri incelendiğinde 0-6 yaş grubunda %35,9 ile en çok üst solunum yolu enfeksiyonu, %28,7 ile ishal, %9,5 ile alt solunum yolu enfeksiyonu, %6,9 ile kansızlık izlemiştir. Yaş grubu 7-14 olan çocuklarda da %29,4 ile üst solunum yolu enfeksiyonu ilk sırada yer alırken %18,3 ile ishal, %14,2 ile ağız ve diş sağlığı sorunları, %10,9 ile göz ile ilgili sorunlar izlediği görülmektedir. Aynı araştırmada ailelerin beyanları doğrultusunda 2-14 yaş grubundaki çocukların %2,2 ile en fazla görmede zorluk çektikleri görüldü. Aynı yaş grubundaki çocukların %2,0'inin duymada, %1,5'inin öğrenmede, %1,4'ünün yürümede, %1,1'inin ise konuşmada zorluk çektikleri ifade edilmiştir.

Salgın Döneminin Etkisi

COVID-19 pandemisi döneminde ülkemizde okullar ya kapalı kalmış ya da seyreltilmiş yüz yüze eğitim

uygulanmıştır. Salgın döneminde öğrenciler eğitim haklarının yanı sıra okul ortamında elde ettikleri diğer haklarından ve okul ortamının sağlamakta olduğu koruma politikalarından da yeterince faydalanamamış; sosyal ve duygusal ihtiyaçları için önemli olan okul ortamından ve arkadaşlarından uzak kalmıştır. Tüm bu faktörler çocukların iyi olma hâlini doğrudan olumsuz şekilde etkilemiştir. Okulların uzun süre kapalı kalmasının öğrencilerin duyu durumunu olumsuz etkilediğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır. Salgın döneminin çocuklar üzerine etkisini inceleyen bir rapora göre, okulları 1-4 hafta arasında kapanan öğrencilerin %62'sinin; 17-19 hafta arasında kapanan öğrencilerin ise %96'sının olumsuz duygularının artmıştır.

13 Yaşından Sonra Okul Bırakma Oranı Artıyor

Çocukların eğitim durumuna bakınca, 2020-21'de 6-17 yaş dönemini kapsayan zorunlu eğitim çağında okullulaşma oranları %100'e ulaşabilmiş değildir. Kaygı verici şekilde çocuklar 13 yaştan sonra artan bir şekilde eğitim dışına çıkmaktadır. 14 yaşındaki çocukların %3,6'sı; 17 yaşındaki çocukların ise %15,5'i okula kayıtlı değildir. Okullulaşma, 2020-21'de ortaöğretim hariç tüm kademelerde bir önceki yıla göre düşüş göstermiştir. Ortaokul için 2020-21 eğitim-öğretim yılında ortaokulda net okullulaşma oranı %95,9'dan %88,9'a gerilemiştir. Oğlan çocukların net okullulaşma oranı %89,0; kız çocukların net okullulaşma oranı ise %88,7'dir.

Okul terki, kademelerden bağımsız bir şekilde eğitim dışına çıkmayla ilgili olup ortaöğretim kademesinde yoğunlaşmaktadır. 2004 doğumlu çocukların 15 yaşında (2019-20) net okullulaşma oranları %92,3'ken; 16 yaşında (2020-21'de) bu oran %88,5'e düşmekte; 15 yaşın yasal olarak çalışmaya başlama yaşı olması bu yaş grubunda görülen düşüşün nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

TÜİK: Türkiye'de 720 bin Çocuk İşçi Var

TÜİK 2019 Çocuk İşgücü Anketi sonuçlarına göre Türkiye'de 720 bin çocuk işçi olduğu, 5-17 yaş

“2019 YILINDA 1-17 YAŞ GRUBUNDA EN FAZLA ÇOCUK ÖLÜMLERİ, DIŞSAL YARALANMA VE ZEHİRLENMELER NEDENİYLE GERÇEKLEŞMİŞTİR. “SİNİR SİSTEMİ VE DUYU ORGANLARI HASTALIKLARI NEDENİYLE 877 ÇOCUK, İYİ HUYLU VE KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLER NEDENİYLE 684 ÇOCUK, KONJENİTAL BOZUKLUK VE KROMOZOMLA İLGİLİ ANOMALİLER NEDENİYLE 509 ÇOCUK HAYATINI KAYBETMİŞTİR”

“2019 YILINDA 1-17 YAŞ GRUBUNDA EN FAZLA ÇOCUK ÖLÜMLERİ, DIŞSAL YARALANMA VE ZEHİRLENMELER NEDENİYLE GERÇEKLEŞMİŞTİR. SİNİR SİSTEMİ VE DUYU ORGANLARI HASTALIKLARI NEDENİYLE 877 ÇOCUK, İYİ HUYLU VE KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLER NEDENİYLE 684 ÇOCUK, KONJENİTAL BOZUKLUK VE KROMOZOMLA İLGİLİ ANOMALİLER NEDENİYLE 509 ÇOCUK HAYATINI KAYBETMİŞTİR”

“ÇOCUK SAĞLIĞININ EN ÖNEMLİ GÖSTERGELERİ OLAN BEBEK ÖLÜM HIZI VE BEŞ YAŞ ALTI ÖLÜM HIZI 2020 YILINDA SIRASIYLA BİNDE 8,5 VE BİNDE 10,6 OLARAK HESAPLANMIŞ, SON 10 YILDAKİ YAKLAŞIK %30’LUK DÜŞÜŞE KARŞIN İSTENİLEN RAKAMLARA HENÜZ ULAŞILAMAMIŞTIR”

“AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI 2014 SOSYAL VE EKONOMİK DESTEK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ RAPORUNA GÖRE, ÇOCUKLARIN BAKIM VE KORUMA ALTINA ALINMA NEDENLERİNDE İLK SIRAYI %69,5 İLE EKONOMİK VE SOSYAL YOKSUNLUK ALMAKTADIR”

arasındaki çocukların istihdam oranının %4,4 olduğu tahmin edilmektedir. Bu grubun içindeki çocukların %4,5’ini 5-11 yaş arası çocuklar, %15,6’sını 12-14 yaş arası çocuklar, %79,7’sini 15-17 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır. 2012 yılında yapılan çocuk işgücü anketi sonuçlarına göre 6-17 yaş grubunda çalışan çocuk sayısı 893 bin kişiye 2019 yılında azaldığı görülmektedir. Bu azalma tarım sektöründe çalışan çocuk sayısının azalmasından kaynaklanmaktadır ancak 2019’da hizmet sektöründe çalışan çocuk sayısı (%51) artmıştır. Erkek çocuklar, kız çocuklarına göre daha fazla çocuk işçi olarak çalışmaktadır (sırasıyla %70,6 ve %29,4). 2012 yılında çocuk işçilerin %67’si 15-17 yaş grubunda iken 2019 yılında bu oran %80’e çıkmıştır. Çocuk işçilerin yaklaşık %34,3’ü eğitime devam etmemektedir.

Yaruya Yakını Hizmet Sektöründe Çalışıyor

Çocukların %30,1’i tarım sektöründe, %23,7’si sanayi sektöründe, %45,5’i hizmet sektöründe çalışmaktadır. COVID-19 pandemisi öncesinde çocuk işçi sayısında bir miktar azalma kaydedilmişken, dünyada olduğu gibi pandemi döneminde bu durumun Türkiye’de de tersine döndüğü düşünülmektedir. Pandemi sürecinde okulların kapanması ve ekonomik yoksullaşmanın ailelerin çocuk işçiliğine ihtiyaç duymasına neden olduğu tahmin edilmektedir. Çalışma Bakanlığı bütçe görüşmelerinde bu gerçek gözler önüne serilmiştir; Bakanlık 2020 yılında çocuk işçiliğiyle mücadele kapsamında 12 bin 457 çocuğa ulaşmışken, 2021 yılı sonunda ulaşmayı planladığı çocuk işçi sayısı ise neredeyse iki katına (2021 yılı sonunda 27 bin, 2022 yılı sonunda 28 bin ve 2023 yılı sonunda ise 29 bin çocuk) çıkmıştır.

Pandemi Çocuk İşçiliği Arttırdı

Derin Yoksulluk ve Haklara Erişim Araştırmasında İstanbul’da ikamet eden, düzenli geliri olmayan, günlük ve güvencesiz işlerde çalışan 103 hane ile görüşülmüştür. Görüşülen hanelerin %13’ünde çocukların çalışmakta olduğu ve %6’sında eve yalnızca çocukların gelir getirdiği tespit edilmiştir. Pandemi sürecinde hane gelirinin eve düzenli, gıda alamayacak kadar düşmesi nedeniyle daha önce çalışmayan çocuklarında çalışmaya başladığı, bazı hanelerde uzaktan eğitimin ‘okulların kapanması’ olarak algılandığı ve çocukların çalışmaya başladığı belirlenmiştir.

10 – 19 Yaş Arası Nüfus 13 Milyona Yakın

Türkiye’de 2021 yılında 10-19 yaş arası nüfus yaklaşık 12.7 milyondur, ülke nüfusunun %15’ini 10-19 yaş ergen nüfus oluşturmaktadır. Cinsel istismarın başka bir görünümü diyebileceğimiz, çocuk yaşta evliliklerde ise, ülkemizde, 2021 yılında resmi olarak kayıtlara geçen evliliklerin %2,5’i 16-17 yaş grubunda, %9,4’ü 18-19 yaş grubundadır. Bu yaş grubunda evlenenlerin %90’ı kız çocuk, %10’u ise erkek çocuktur, yani cinsel istismarın başka bir görünümü diyebileceğimiz, çocuk yaşta evlilik yapmışlardır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verileri; 25-49 yaşlarındaki kadınların dörtte birinin 18 yaşına kadar, %4’ünün de 15.yaş gününden önce evlendiklerini göstermektedir.

Türkiye İstatistik Kurumuna göre güvenlik birimlerine 2020 yılında gelen veya getirilen çocukların karıştığı olay sayısı 450 bin 803 olmuştur. Bu olaylarda çocukların %37,9’unun mağdur olarak, %25,3’ünün kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiasıyla (suça sürüklenme), %18,5’inin kabahat işlediği iddiasıyla, %13,0’inin bilgisine başvurma amacıyla, %5,0’inin kayıp (hakkında kayıp müracaatı yapıp daha sonra bulunan) olması sebebiyle, %0,2’sinin ise bu nedenlerin dışındaki diğer nedenlerden dolayı güvenlik birimlerine geldiği tespit edilmiştir.

Koruyucu Aile Bakımı İstatistikleri

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı verilerine göre 2020 yılında kuruluş bakımı altında çocuk sayısı 12.667, SED desteği ile aile yanında desteklenen çocuk sayısı 126.508, koruyucu aile bakımı sağlanan çocuk sayısı 7.864’dır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2014 Sosyal ve Ekonomik Destek Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Raporuna göre, çocukların bakım ve koruma altına alınma nedenlerinde ilk sırayı %69,5 ile ekonomik ve sosyal yoksunluk almaktadır.



15-17 yaş grubunda cinsiyete göre işgücüne 30 000 katılma oranı (%), 2020 (Kaynak: Unicef Turkey Infographics - TÜİK, Hanehalkı İşgücü Araştırması, 2020)



15 SORUDA MAYMUN ÇİÇEĞİ HASTALIĞI

“MAYMUN ÇİÇEĞİ HASTALIĞI; 20 MAYIS İTİBARIYLA AFRIKA DIŞINDAKİ 13 ÜLKEDEN, 90’I KESİNLEŞMİŞ 56’SI ŞÜPHELİ OLMAK ÜZERE, 146 OLGU BİLDİRİLMİŞTİR. OLGULARIN BÜYÜK KISMI (130 OLGU) İSPANYA, PORTEKİZ, İNGİLTERE VE KANADA’DADIR. BU OLGULARIN ORTAK BİR KAYNAKTAN KAYNAKLANIP KAYNAKLANMADIĞI BİLİNMEMEKTEDİR”

Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (KLİMİK), 21 Mayıs 2022 itibariyle yayımladığı bilgilendirme ile maymun çiçeğine ilişkin sık sorulanlara yanıt verdi.

1. Yeni bir hastalık mıdır?

Maymun çiçeği hastalığı yeni bir hastalık değildir. Maymunlarda 1958’de tespit edildikten sonra insanlarda ilk olgu 1970 yılında Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nde görülmüştür. Nijerya ve Kongo Demokratik Cumhuriyeti başta olmak üzere, Orta ve Batı Afrika’daki tropikal yağmur ormanlarının bulunduğu 11 ülkede görülen bu hastalığın sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Afrika’da her yıl birkaç yüz olgu olduğu tahmin edilmektedir. Hastalık zaman zaman Afrika kıtasından infekte hayvanlar veya insanlar aracılığıyla diğer kıtalara taşınmakta, buralarda az sayıda insanın etkilendiği ve bölgesel olgu kümelenmeleri izlenmektedir.

2. Neden şimdi bu kadar dikkat çekti?

Şimdiye kadar Afrika dışında görülen olguların tamamının Afrika’dan gelen insanlar veya getirtilen kemirgenlerden kaynaklandığı bilinmektedir. Ancak Afrika dışında tespit edilen olgu sayısı son bir hafta içinde, bugüne kadar Afrika dışında görülen toplam olgu sayısını aşacak kadar arttığı için Dünya Sağlık Örgütü ve bilim camiasının dikkatini çekmiştir.

20 Mayıs itibariyle Afrika dışındaki 13 ülkeden, 90’ı kesinleşmiş 56’sı şüpheli olmak üzere, 146 olgu bildirilmiştir. Olguların büyük kısmı (130 olgu) İspanya, Portekiz, İngiltere ve Kanada’dadır. Bu olguların ortak bir kaynaktan kaynaklanıp kaynaklanmadığı bilinmemektedir.

3. Hastalığın etkeni biliniyor mu?

Evet, hastalığın etkeni maymun çiçeği virusu (Monkeypox Virus); çiçek virusuna akraba bir DNA virusudur. Orta ve Batı Afrika’da iki farklı genetik

“MAYMUN ÇİÇEĞİ HASTALIĞI OLARAK İSİMLENDİRİLMESİNİN NEDENİ, İLK OLARAK 1958’DE ARAŞTIRMA LABORATUVARINDAKİ MAYMUNLARDA ÇİÇEK BENZERİ BİR HASTALIK SALGINI YAPINCA FARKINA VARILMIŞ OLMASIDIR”

alt tipinin hastalık yaptığı bilinmektedir. Batı Afrika alt tipi, Orta Afrika (Kongo Havzası) alt tipine kıyasla daha hafif seyirli hastalık yapmaktadır. Geçen hafta içinde Afrika dışında görülen olgulardan elde edilen virusların tam genetik analizi henüz tamamlanmamış olmakla birlikte ilk bulgular Batı Afrika alt tipi olduğuna işaret etmektedir.

4. Virus insana maymunlardan mı bulaşmaktadır?

Adında “maymun” geçmekle birlikte maymunlardan daha çok sincap, sıçan, fare gibi kemirgenlerde bulunan ve onlardan insana geçen bir hastalıktır. Maymun çiçeği hastalığı olarak isimlendirilmesinin nedeni, ilk olarak 1958’de araştırma laboratuvarındaki maymunlarda çiçek benzeri bir hastalık salgını yapınca farkına varılmış olmasıdır.

Maymun çiçeği virusunun doğadaki rezervuarları ve doğal döngüsü tam olarak bilinmemektedir. Virus, şimdiye kadar doğal ortamdaki hayvanlardan iki kez izole edilebilmiştir: İlk olarak 1985 yılında Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nin Ekvator bölgesinde Afrika sincabından izole edilmiştir. İkincisi de 2012 yılında Fildişi Sahilleri’ndeki yağmur ormanlarında “mangabey” isimli bir maymun türüne ait ölü bir yavru primattan izole edilmiştir. Doğal rezervuar bu nedenle belirsizliğini korumaktadır.

5. Virus insana nasıl bulaşmaktadır?

Virus insana, infekte hayvan, infekte insan veya virüsle kirlenmiş cansız maddeler (giysiler, havlu, çarşaf

vb.) ile yakın temas sonucunda bulaşmaktadır. Virus sağlıklı kişilere, ciltteki gözle görülemeyecek çatlaklar/ çizikler, mukozalar (ağız, burun, göz) veya solunum sistemi aracılığıyla girer.

İnfekte hayvandan insanlara (zoonotik) bulaşma ısırik, tırmalama, hayvanın kan ve vücut sıvıları ile veya etyle temas, lezyonlara direkt temas veya tüm bunlarla kirlenmiş cansız materyalden indirekt yolla gerçekleşebilmektedir. İnsandan insana bulaşmanın esas olarak büyük solunum salgısı damlacıkları ile olduğu düşünülmektedir. Büyük damlacıklar uzak mesafelere gidemediğinden insandan insana bulaşma için; yüz yüze, uzun süreli ve yakın temas gereklidir. Bu da COVID-19’a benzer büyük salgınlar yapmasını engelleyebilecek bir özelliktir. Virus infekte insanın vücut sıvılarına, cilt lezyonlarına doğrudan temas ile direkt olarak veya yine bunlarla kirlenmiş cansız maddelerle temas ile dolaylı olarak cilt ve mukozalar yoluyla bulaşabilir. Cinsel yolla bulaşma kesin olmamakla birlikte yakın temas söz konusu olduğundan cinsel ilişki sırasında bulaşması mümkündür. Geçen hafta içinde görülen olguların bir kısmının bu yolla bulaştığı yönünde bildirimler vardır.

6. Çiçek hastalığı ve Suçiçeği hastalığı ile benzer bir hastalık mıdır?

“Çiçek”li hastalıklar virusların neden olduğu birbirine benzer hastalıklardır. Dolayısıyla çiçek ve suçiçeğinde görülen cilt lezyonlarına benzer lezyonlar maymun çiçeğinde de görülmektedir. Ancak hem

“VİRUS İNSANA, İNFEKTE HAYVAN, İNFEKTE İNSAN VEYA VİRUSLA KİRLENMİŞ CANSIZ MADDELER (GİYSİLER, HAVLU, ÇARŞAF VB.) İLE YAKIN TEMAS SONUCUNDA BULAŞMAKTADIR. VİRUS SAĞLIKLI KİŞİLERE, CİLTTEKİ GÖZLE GÖRÜLEMAYECEK ÇATLAKLAR/ÇİZİKLER, MUKOZALAR (AĞIZ, BURUN, GÖZ) VEYA SOLUNUM SİSTEMİ ARACILIĞIYLA GİRER”

lezyonların vücuttaki yerleşimleri hem görüntüleri hem de seyirleri farklıdır. Ayrıca çiçek hastalığı aşı sayesinde yeryüzünden silinmiştir. Maymun çiçeğinde lenf düğümlerinde şişme olması önemli bir başka farklılıktır. Yakın zamanda (son bir ay içinde) hastalığın görüldüğü Afrika ülkeleri ve İspanya, Portekiz gibi Avrupa ülkelerine gitmiş olan kişilerde hastalık belirtilerinin görülmesi maymun çiçeğini düşündürmelidir.

7. Belirti ve bulguları nelerdir?

Maymun çiçeği hastalığı, ateş, baş ağrısı, yorgunluk, yaygın vücut ağrıları, lenf bezlerinde şişlik ve cilt lezyonlarına (döküntülere) neden olur. Yakınmalar, virus ile temas ettikten sonra ortalama 6-13 gün sonra ortaya çıkar. Hastalığı ilk 5 gününde ateş, şiddetli baş ağrısı, lenf bezlerinde şişme, sırt ağrısı ve aşırı halsizlik görülür. Bu belirti ve bulguların çoğu birçok hastalıkta görülebilir ancak lenf bezi şişliğinin olması özellikle çiçek, su çiçeği ve kızamıktan ayırmada önemlidir. Ciltteki döküntüler, ateş başladıktan sonra 1-3 gün içinde ortaya çıkar; gövdeden çok yüzde, kollarda ve bacaklarda görülür. Avuç içi ve ayak tabaklarında, ağız içinde, genital bölgede ve gözlerde lezyon saptanabilir. Lezyon sayısı değişkendir; az sayıda veya çok fazla sayıda olabilir. Lezyonlar, düz bir kızarıklık şeklinde

başlayıp (makül), deriden kabarık hale gelir (papül); ardından içleri berrak sıvı ile dolarak “vezikül” görünümü alırlar. Veziküllerin içindeki berrak sıvı sarımsı renkte bir sıvıya döner ve “püstüller” oluşur. Püstüller, kabuk bağlar ve kabukların düşmesiyle lezyonlar ortadan kalkar. Bu süreç, genellikle 2-4 hafta sürer ve kendiliğinden iyileşir. Bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde hastalık ağır seyredebilir. Hastalığa bakteriyel enfeksiyonlar eklenebilir, zatürre, sepsis, ensefalit ve görme kaybı gelişebilir.

8. Belirtsiz enfeksiyon olabilir mi?

Bu konu net olmamakla birlikte Maymun Çiçeğinin COVID-19 gibi belirtsiz hastalık yapmadığı düşünülmektedir. İnfekte kişilerde belirtilerin ortaya çıkması bu kişilerin fark edilmesini ve izolasyona alınmasını sağlayacağından, maymun çiçeğinin toplumda COVID-19 veya belirtsizken bulaşan diğer enfeksiyonlar kadar yayılması beklenmemektedir.

9. Maymun çiçeği ile temas etmiş kişiler ne kadar süre takip edilmelidir?

Maymun çiçeği olduğu teyit edilen hayvan veya kişilerle temas etmiş olanlar, son temastan sonraki 21 gün boyunca belirti ve bulgular açısından izlenmelidir.

10. Hastalığın tanısı nasıl konuluyor?



“MAYMUN ÇİÇEĞİ HASTALIĞININ TANISINI KAN ÖRNEKLERİNDEN KOYMAK ÇOK OLANAKLI DEĞİLDİR. VİRUS, KANDA ÇOK KISA SÜRE KALDIĞINDAN PCR İLE SAPTAMAK GENELLİKLE MÜMKÜN OLMAZ. ANTİJEN VE ANTİKOR TESTLERİ DE DAHA ÖNCE UYGULANAN ÇİÇEK AŞISI VB. NEDENLERLE HER ZAMAN DOĞRU SONUÇ VERMEZ”

Hastalığın tanınabilmesi için öncelikle akla gelmesi önemlidir. Hastalık belirtileri gösteren kişilerin son bir ay içinde riskli bölgelere seyahat edip etmedikleri ya da benzer belirtileri olan birileri ile yakın temasları olup olmadığı sorgulanmalıdır. Maymun çiçeği hastalığından şüphe edildiği durumlarda lezyonlardan uygun şekilde elde edilmiş ve gerekli güvenlik önlemleri alınarak paketlenmiş örneklerin ilgili laboratuvara gönderilmesi gereklidir. Tahmin edileceği gibi bu test, rutin laboratuvarlarda yapılamaz ancak gerekli malzemenin, personelin olduğu biyogüvenlik düzeyi 2 laboratuvarlarda yapılabilir. Günümüzde tanı, PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) ile virusa ait DNA'nın örneklerde gösterilmesine dayanmaktadır.

Maymun çiçeği hastalığının tanısını kan örneklerinden koymak çok olanaklı değildir. Virus, kanda çok kısa süre kaldığından PCR ile saptamak genellikle mümkün olmaz. Antijen ve antikor testleri de daha önce uygulanan çiçek aşısı vb. nedenlerle her zaman doğru sonuç vermez.

11. Hastalık öldürücü müdür?

Maymun çiçeği genellikle 2-4 hafta içerisinde kendiliğinden iyileşmektedir. Ancak bağışıklığı baskılanmış kişilerde ve küçük çocuklarda ağır hastalık görülebilmektedir. Genel olarak hastalanan kişilerin %3-6'sı, çoğunluğu küçük çocuklar olmak üzere, maalesef kaybedilmektedir. Orta Afrika alt tipinde öldürücülük %11'e kadar çıkabilmekle birlikte güncel olgulara neden olan Batı Afrika alt tipinin öldürücülüğü daha düşüktür (%1).

12. Tedavisi ve aşısı var mıdır?

Maymun çiçeği hastalığı için yaygın kullanılan bir ilaç yoktur. Şimdiye kadar görülen olgular, sidofovir, brinsidofovir, tekovirimat (ST-246) isimli antiviral ilaçlar ve çiçek immünoglobulini uygulanarak kontrol altına alınmıştır. Tekovirimat isimli ilaç, hayvan ve insan çalışmalarından sonra 2022'de Avrupa İlaç Ajansı (EMA-European Medicine Agency) ve ABD FDA tarafından onaylanmıştır ancak dünyada yaygın olarak bulunmamaktadır.

ABD'de maymun çiçeği hastalığı için kullanılmak üzere 2019 yılında FDA tarafından onaylanmış JYNNEOSTM (Imvamune ve Imvanex adları ile de bilinmektedir) isimli aşı bulunmaktadır. Bu zayıflatılmış (atenüe) aşı, çiçek ve maymun çiçeğine karşı etkili olup içinde Modifiye Vaccinia Virus Ankara

suşu bulunmaktadır. Bu suş, Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Aşı Laboratuvarlarında, büyük olasılıkla at çiçeği virusunun seri pasajlarıyla çiçek aşısı suşu olarak geliştirilmiş Vaccinia Ankara suşunun, daha sonra Münih Üniversitesi'ndeki araştırmacılar tarafından daha güvenilir bir aşı sağlamak amacıyla tavuk fibroblast doku kültürlerinde yeniden seri pasajlanmasıyla elde edilmiştir. Laboratuvarında bu tür viruslarla çalışanlara ve salgın durumunda temas edenlerde kullanılmak üzere kısıtlı sayıda mevcut olduğu bilinmektedir. Aşı temastan sonra da uygulanabilmektedir.

13. Çiçek aşısı maymun çiçeğinden korur mu?

Dünya Sağlık Örgütü Afrika'daki tecrübelerden yola çıkarak çiçek aşısının maymun çiçeğinden %85 kadar koruma sağlayacağını bildirmektedir. Ancak çiçek aşısı 1980'den beri uygulanmamaktadır. Bu nedenle çiçek aşısı yapılmış kişiler bugün 40-50 yaş ve üzerindeki kişilerdir. Aradan geçen bu uzun süre sonunda koruyuculuğun hangi düzeyde devam ettiğini söylemek zordur. Bununla birlikte Afrika'daki ev içi bulaşmaların çiçek aşısı olmuş kişilerde daha az olduğu ve ağır hastalıktan korundukları gözlenmiştir. Laboratuvarında maymun çiçeği şüpheli örneklerin mümkünse aşılınmış kişiler tarafından çalışılması önerilmektedir.

14. Pandemiye yol açma olasılığı var mıdır?

Maymun çiçeği hastalığının belirti ve bulgularının belirgin olması, şimdiki bilgilere göre belirtsiz enfeksiyon yapmaması, yakın ve uzun süreli temas ile bulaşması, bir DNA virusu olduğundan daha az mutasyon geçirmesi ve kolay değişime uğramaması (COVID-19'daki gibi yeni varyantların çıkmaması) gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda COVID-19 gibi bir pandemiye yol açması pek beklenmemektedir.

15. Türkiye'de olgu saptandı mı?

21 Mayıs 2022 itibarıyla henüz ülkemizde bir olgu tespit edilmemiştir.



TTB'DEN KAPSAMLI PANDEMİ RAPORU

“PANDEMİNİN İLK 3 AYINDAKİ ÖLÜMLERİN NEDENLERİ İYİ İRDELENMİŞ VE BU DEĞERLENDİRMeye BAĞLI EK ÖNLEMLER ALINMIŞ OLSAYDI; ÖLÜMLERİN TAMAMININ ÖNÜNE GEÇİLEBİLİRDİ. AYRICA SAĞLIK BAKANLIĞI, AÇIKLADIĞI ŞEKİLDE 2020 ARALIK AYINDA SAĞLIK ÇALIŞANLARINI AŞILAMAYA BAŞLAYIP, AŞI TEREDDÜDÜNÜN ÖNÜNE GEÇMEYE ÇALIŞSAYDI; 2021 VE 2022 YILINDA GERÇEKLEŞEN ÖLÜMLERİN ÖNEMLİ BİR KISMI OLMAYACAKTI”

Türk Tabipleri Birliği tarafından yayımlanan, “Pandemi Sürecinde Türkiye’de Sağlık Çalışanı Ölümünün Anlattığı” başlıklı rapor Dr. Nasır Nesanır, Dr. Alican Bahadır, Dr. Özgür Karcioğlu ve Dr. Şebnem Korur Fincancı tarafından hazırlandı. Raporla şu bilgilere yer verildi:

“Dünyada ve ülkemizde kapitalizm hüküm sürerken olup bitenler, COVID-19’un işçi sınıfının bir hastalığı olduğunu bize göstermiştir. Birçok ülkede yapılan çalışmalara göre salgında hastalanma ve hastalığı ağır geçirme noktasında, tüm emekçiler arasında en riskli grup ise sağlık çalışanlarıdır. Ülkemizde de COVID-19 salgınında ilk ölen yurttaşımız bir sağlık emekçisiydi. Türkiye’de; bu ölümün gerçekleştiği 17 Mart 2020 tarihinden 28 Şubat 2021 tarihine kadar, COVID-19 nedeniyle kaybettiğimiz sağlık emekçilerinin önlenabilir ölümlerini değerlendiren bu raporla ülkemizin sağlık politikaları ve sağlık emekçilerinin durumuna dair bir bakış açısı sunulmuştur. Bilimsel bir salgın yönetimi ile sağlık çalışanlarının emekleri karşılıksız bırakılmadığında, çalışma koşulları iyileştirildiğinde sağlık çalışanlarının ölümleri önenebilecektir. Üzücü olan, Türkiye’de sağlık emekçilerinin haklarının ölümlerinden sonra bile gasp edilmesidir; COVID-19’un sağlık çalışanları için meslek hastalığı sayılması ile ilgili TTB’nin önerdiği yasa tasarısı, TBMM’de görüşülmemiştir. Meslek hastalığı konusunda illiyet bağı arayanları “Türkiye’de Sağlık Çalışanı Ölümünün Anlattığı” raporunu okumaya davet ediyor ve yeniden güçlü bir sesle dillendiriyoruz: COVID-19 Sağlık Çalışanları için Meslek Hastalığı Kabul Edilmelidir!

Ölen Hekimlerin %55’i Özel Sektördeydi

Bu raporda; salgının başından 28.02.2022 tarihine kadar COVID-19 hastalığına bağlı olarak yaşamını yitirmiş 506 aktif sağlık çalışanının yaşı, cinsiyeti, çalıştığı ili ve kurumu, aylara göre ölüm dağılımı, mesleği, kronik hastalık durumu, mesleklere göre ölüm hızları değerlendirildi. Türkiye’de, sağlık çalışanlarının %14,8’ini hekimler, %3’ünü eczacılar, %24,5’ini hemşire ve ebeler oluşturmakta iken; topladığımız verilere göre COVID-19’a bağlı ölümlerin %34,0’ü hekimlerde, %13,4’ü eczacılarda ve %7,3’ü hemşire ve ebelerde olmuştur. Türkiye’de hekimlerin %18,6’sı, diş hekimlerinin %51,9’u özel sağlık kurumlarında; ancak ölen hekimlerin %55,2’si, diş hekimlerinin %86,7’si ve eczacıların %98,5’i özel sağlık kurumlarında çalışmaktadır. Türkiye’deki 174.187 (2020) hekimin 71.933’ü kadın; 102.254’ü erkektir. Hekimlerde COVID-19’a bağlı ölüm 10.000’de 9,87; erkek hekimlerde 10.000’de 16,23; kadın hekimlerde 10.000’de 0,83’tür. Eczacılarda COVID19’a bağlı ölüm 10.000’de 18,86’dır. Hemşire-ebelerde COVID-19’a bağlı ölüm 10.000’de 1,28’dir. COVID-19’a bağlı nedenlerle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının %84,6’sı ve ölen hekimlerin %96,5’i erkektir. Türkiye’de, pandemide ölümlerin büyük çoğunluğunun 65 yaş ve üstünde olduğu ortada iken ölen sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 54,6’dır. Bu ortalama yaş hekimlerde 59,8; eczacılarda 65,8; hemşire ve ebelerde 40,7’dir. Ölen 34 yaş ve altındaki sağlık çalışanlarının %29,2’si; 35-49 yaş arasındakilerin %40,6’sı işçi statüsünde çalışanlardır. Acil sağlık hizmeti istasyonu çalışanlarından COVID-19’a bağlı nedenlerle hayatını kaybeden 14 kişinin

“COVID-19’UN SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN MESLEK HASTALIĞI SAYILMASI İLE İLGİLİ TTB’NİN ÖNERDİĞİ YASA TASARISI, TBMM’DE GÖRÜŞÜLMEMİŞTİR”

12’si ambulans şoförü olarak çalışmaktaydı.

Ölenlerin Yaş Ortalaması Düşük

Pandeminin ilk üç ayındaki sağlık çalışanı ölüm sayısının, sonraki 12 ayda gerçekleşen sağlık çalışanı ölüm sayısından çok düşük olması; hiçbir değerlendirme yapılmadığını ve önlem alınmadığını gösteriyor. Pandeminin ilk 3 ayındaki ölümlerin nedenleri iyi irdelenmiş ve bu değerlendirmeye bağlı ek önlemler alınmış olsaydı; ölümlerin tamamının önüne geçilebilirdi. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, açıkladığı şekilde 2020 Aralık ayında sağlık çalışanlarını aşılamaya başlayıp, aşı tereddüdünün önüne geçmeye çalışsaydı; 2021 ve 2022 yılında gerçekleşen ölümlerin önemli bir kısmı olmayacaktı. Ölen sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının düşük olması, iktidarın sağlık çalışanını yeterince korumadığının bir diğer göstergesidir. Erkek sağlık çalışanları için yaş ve ek hastalık, ölümlerde belirleyici olmuştur. Sağlık çalışanlarında ölüm sayısının, işçi statüsündekiler için 50 yaş ve altında daha fazla olması, pandeminin sınıfsal olduğunun bir göstergesidir. COVID-19 nedeniyle kaybettiğimiz hekimlerin sayısının fazla olması da sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve emeğin değersizleştirilmesi ile yakından ilgili olup; bunlar çok yönlü irdelenmelidir.

Özel Sektörde Çalışan Hekim Sayısı Daha Fazla

Sağlık çalışanları içinde; özel sektörde çalışan hekim, diş hekimi, eczacı sayısı kamuda çalışanlardan daha fazladır. Hiç çalışmamaları gereken bir yaşta, ekonomik nedenlerle ve hatta emeklilik sonrası özel sektörü tercih eden bu çalışanlar için ek önlemlerin alınmaması, çalışma saatlerinin kısıtlanmaması, ölümlerin daha fazla olmasında etkilidir. COVID-19’a bağlı ölen eczacıların, eczacı teknisyenlerinin, aile hekimlerinin ve işyeri hekimlerinin oranı dikkate alındığında; çalışma mekânları başta olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının irdelenmesi gerektiği görülecektir. Sağlık çalışanlarındaki enfeksiyon ve ölüm artışı, Türkiye’de pandemi önlemlerinin erken alınması için uyarıcı olmalı ve dikkate alınmalıydı. Sınırlı sayıda veri ile ortaya çıkan tablo; onlarca sağlık çalışanı, on binlerce insanın önlenabilir ölümlerle kaybedildiğini göstermektedir. Sağlık Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, TTB, sendikalar ve diğer ilgili oluşumların yer alacağı bir komisyon oluşturulmalıdır. Aynı komisyon; pandemi döneminde sadece doğrudan COVID-19 nedeniyle değil, dolaylı olarak pandeminin yol açtığı nedenlerle (iş yükünden kaynaklı intihar, tedavisi geciktirilen hastalıklar...) hayatını kaybeden bütün sağlık çalışanlarının her bir verisini tek tek inceleyerek raporlandırılmalı ve ölüm nedeni/nedenlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.

Virüsün Etkisini İlk Fark Eden Doktoru Devlet

Cezalandırdı

Yeni ve öldürücü bir virüs ile karşı karşıya olduğumuzu ve virüsün etkisinin çok büyük olabileceğini ilk olarak fark eden Dr. Li Wenliang’dır. 30 Aralık 2019’da Wuhan’daki koronavirüs salgınına karşı sağlık çalışanlarını ve halkı dikkatli olmaları konusunda uyararak, dünya geneline sosyal medya üzerinden acil durum çağrısı yapan “O” idi). Dr. Li, 3 Ocak 2020’de “koronavirüse ilişkin internet üzerinden halkı tahrik ederek tedirginlik” yarattığı gerekçesi ile tutuklanmıştı. Vakalar ilk görüldüğünde Çin Kamu Güvenliği Kurumu, Dr. Li’yi hastalıkla ilgili yalan iddialarda bulunmakla suçlayan bir belge imzalatmış; ayrıca Emniyet Müdürlüğü, Dr. Li hakkında söylenti yaydığı gerekçesiyle soruşturma açmıştı. Dr. Li, salgının yayılmasının ardından bırakılınca hastanedeki görevine geri dönmüş, sonrasında bir hastadan SARS-CoV-2 virüsü alıp, 33 yaşında 07.02.2020 tarihinde koronavirüs hastalığı-2019 (COVID-19) nedeniyle hayatını kaybetmişti. Doğayı ve insanı sömürerek eşitsizliklere yol açan kapitalizme teslim olmuş iktidarlar, Dr. Li’nin bize anlatmaya çalıştığı virüsü görmezden gelerek tüm dünyada yüzbinlerce insanın, binlerce sağlık çalışanının önlenabilir ölümüne yol açmıştır. Pandemi; var olan eşitsizlikleri, yoksullar üzerinden daha görünür kılmış ve derinleştirmiştir. Bu dönemde, neredeyse tüm iktidarlar tarafından toplumsal cinayet işlenmiştir. Nitekim 14.04.2022 tarihine kadar dünyada en az 502.767.555 kişi SARS-CoV-2 virüsü ile enfekte olmuş ve bunların en az 6.216.856’sı COVID-19 nedeniyle ölmüştür.

17 Binden Fazla Sağlık Çalışanı Hayatını Kaybetti

Dünya genelinde verilerin eksik toplanmasından dolayı ne SARS-CoV-2 virüsü ile enfekte olanların ne de ölen sağlık çalışanlarının sayısı hakkındaki veriler gerçek sayıyı yansıtmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün tahminlerine göre Ocak 2020 – Mayıs 2021 tarihleri arasındaki dönemde 80 bin ile 180 bin arasında sağlık çalışanı COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Halen COVID-19’a yakalanıp ölen sağlık çalışanlarının sayısına dair sistematik bir küresel izleme yapılmamaktadır. Sadece Uluslararası Af Örgütü’nün önderliğinde; 70’ten fazla ülkede, ölümlerin sayısını izlemek için çok çeşitli veriler derlenip analiz edilmiştir. Bu çalışmaya göre incelenen ülkelerde, 5 Mart 2021’e kadar 17.000’den fazla sağlık çalışanı, COVID-19 hastalığı ve ilişkili durumlar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Kimi ülkelerde, ölen hekim sayısı yüksek iken kimi ülkelerde hekim dışındaki sağlık çalışanlarının ölüm sayısı yüksektir. Merkez kapitalist ülkelerde hekim dışı sağlık çalışanı ölümü daha fazladır. Veri toplamak için kullanılan farklı yöntemler, sağlık çalışanlarının değişen tanımları, testlerin mevcudiyeti, eksik raporlama, sağlık çalışanlarına ait verilerin çok sınırlı olması gibi faktörlerin nedeniyle bu verilerin ülkeler arasında



“TÜRKİYE’DE HEKİMLERİN %18,6’Sİ, DIŞ HEKİMLERİNİN %51,9’U ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA; ANCAK ÖLEN HEKİMLERİN %55,2’Sİ, DIŞ HEKİMLERİNİN %86,7’Sİ VE ECZACILARIN %98,5’İ ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞMAKTADIR”

doğrudan karşılaştırmalar için kullanılması doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Çok sayıda çalışmada, ulusal ve uluslararası hükümet verilerinde, COVID-19 hastalarının insidans ve sonuçlarında cinsiyetin önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir.

Ölenlerin Çoğu Erkek Hekimler

Kadın sağlık çalışanları, SARS-CoV-2 ile daha çok enfekte olmasına karşın bu virüsten ölenlerin çoğunluğu erkek hekimler ve diğer erkek sağlık çalışanlarıdır. Bu farklılıklar, yalnızca yaş ve eşzamanlı hastalıklardaki farklılıklara değil, aynı zamanda hormonal farklılıklar, bağışıklık tepkisi, enflamatuvar belirteçler ve diğerlerinin yanı sıra davranışsal tutumların da yer aldığı etmenlerin birlikteliğine yorulabilir. ABD’de salgının ilk yılında ölen 3600 sağlık çalışanı, sağlık sistemindeki başarısızlıkları ortaya koyan bir pencere açmaktadır: COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanlarının üçte ikisinin; Amerika’nın sağlık iş gücündeki ırk, etnik köken ve ekonomik duruma bağlı derin eşitsizliği; bir gösterge olarak değerlendirilmelidir. Hemşireler, destek personeli ve huzurevi çalışanları da dahil olmak üzere günlük hasta bakımıyla ilgilenen düşük ücretli işçilerin COVID-19’a bağlı ölüm hızları, hekimlerden çok daha yüksek çıkmıştır. Yaygın kişisel koruyucu malzeme, test eksikliği, zayıf temaslı takibi, politikacılar tarafından tutarsız maske rehberliği, işverenlerin yanlış adımları ve işyeri güvenlik kurallarının devlet düzenleyicileri tarafından gevşek şekilde uygulanması, sağlık çalışanlarının karşılaştığı riski artırmış ve önlenebilir ölümlere yol açmıştır.

İş Yükü Fazlalığı, Güvencesiz Çalışma

Dünya nüfusun %4,2’sini barındıran ABD’de COVID-19’a bağlı ölümlerin yaklaşık %16,3’ü gerçekleşti. Yine ABD’li hekimler arasında beklenenden çok

düşük gerçekleşen COVID-19 ölüm sayısında, nitelikli kişisel koruyucu malzeme kullanımı da etkili olabilir. Dünyada, COVID-19’a bağlı sağlık çalışanı ölümlerinde, salgının başında maske kullanımı dâhil virüsten korunma ile ilgili yöntem bilgilerinin netleşmemesi, kişisel koruyucu malzeme eksikliği gibi önemli etkenlerin olmasıyla birlikte ölümlerin en fazla olduğu 10 ülkede; iş yükü fazlalığı, güvencesiz çalışma, sağlık çalışanları arasında yapılan ayırım da dikkati çekmektedir. Aynı 10 ülkenin, salgın yönetiminde başarısız olduğu da vurgulanmalıdır. Toplumun genelini koruyamadığınızda, sağlık çalışanını korumak olası değildir. Bir inşaat işçisinin iskeleden düşmesinin veya bir madencinin, bir kayanın düşmesiyle ezilmesinin “kaçınılmaz” olmadığı gibi bir sağlık çalışanının da rutin olarak işte çalışırken COVID-19 hastalığına yakalanması da “kaçınılmaz” değildir. Havalandırma sistemlerinde ve binalarda, gerekli yapısal iyileştirmeleri gerçekleştirmek; titizlikle denetlenen bir enfeksiyon kontrol sistemi içinde, havadan bulaşmaya karşı kişisel koruyucu malzeme sağlamak “zor” değildir. Böyle olduğunda, sağlık çalışanları ne çalıştığı ortamda enfekte olur ne de başkasına bulaştırır.

Nitekim bazı Asya ülkeleri, kayda değer bir sağlık çalışanı enfeksiyonu yaşamadan COVID-19 salgınını yönetmeyi başarmıştır. Sağlık sistemleri; kişisel koruyucu malzemelerin edinilmesi ve dağıtımına öncelik verip, bunların kullanımına ilişkin farkındalık oluşturabilirse sağlık çalışanları için COVID-19’dan tam korunma mümkündür. Nitekim yeterli önlemlerle sağlık çalışanlarının SARS-CoV-2 ile enfekte olmasının ve ölüm riskinin aşılabileceğini, veriler ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanlarının enfekte olmasının ve buna bağlı ölümlerin engellenebildiğinin örnekleri olduğuna göre Türkiye’deki sağlık çalışanları

“KADIN SAĞLIK ÇALIŞANLARI, SARS-COV-2 İLE DAHA ÇOK ENFEKTE OLMASINA KARŞIN BU VIRÜSTEN ÖLENLERİN ÇOĞUNLUĞU ERKEK HEKİMLER VE DİĞER ERKEK SAĞLIK ÇALIŞANLARIDIR. BU FARKLILIKLAR, YALNIZCA YAŞ VE EŞZAMANLI HASTALIKLARDAKİ FARKLILIKLARA DEĞİL, AYNI ZAMANDA HORMONAL FARKLILIKLAR, BAĞIŞIKLIK TEPKİSİ, ENFLAMATUAR BELİRTEÇLER VE DİĞERLERİNİN YANI SIRA DAVRANIŞSAL TUTUMLARIN DA YER ALDIĞI ETMENLERİN BİRLİKTELİĞİNE YORULABİLİR”

ölümleri, bu çerçevede değerlendirilebilir. COVID-19’a bağlı sağlık çalışanı ölüm verileri, salgının nasıl yönetilmediğinin de verisidir. Bu çalışmada, salgınla mücadelede ortaya çıkan eksikleri gösterebilmek amacıyla elde edilebilen veriler irdelenmiştir.

TTB Nasıl Çalıştı?

Gereç ve Yöntem Türk Tabipleri Birliği’nin il tabip odalarına yazdığı yazıyla onlardan, COVID-19 tedavisi alırken ölen sağlık çalışanlarının bilgilerini günü gününe istedi. Ek olarak her gün sosyal medyayı tarayarak buralardaki bilgileri de topladı. Toplanan verilerden hekim dışındaki sağlık çalışanlarının verileri; Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Hemşireler Derneği ve sağlık sendikalarının topladığı verilerle ay ay karşılaştırıldı. Çalışmaya, sadece Türkiye’de aktif çalışırken COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanları dâhil edildi. Türkiye’de; COVID-19 nedeniyle ilk sağlık çalışanı ölümü 17.03.2020; ilk hekim ölümü ise 01.04.2020 tarihinde olmuştur. Türk Tabipleri Birliğinin verilerine göre 17.03.2020 tarihinden 16.03.2022 tarihine kadar olan sürede 510 aktif sağlık çalışanı, 173 aktif görev yapan hekim COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir. 16.03.2021 tarihinden 10.04.2021 tarihine kadar ise iki sağlık çalışanı hayatını kaybetmiş olup, bunların ikisi de hekimdir. Bu raporda; TTB’nin yerel tabip odaları, sendikalar ve ilgili diğer sağlık örgütleri aracılığıyla topladığı verilere göre 17.03.2020 ile 28.02.2022 tarihleri arasında; COVID-19 hastalığına bağlı olarak yaşamını yitirmiş 506 aktif sağlık çalışanının yaşı, cinsiyeti, ölüm tarihi, çalıştığı ili ve kurumu, aylara göre ölüm dağılımı, mesleği, kronik hastalık durumu, mesleklerle göre ölüm hızları ve ayrıca hekimlerin branşları veri olarak değerlendirildi. Verilerin analizi için Microsoft Excel programı kullanıldı.

Ölen 506 Sağlık Çalışanlarının Bilgileri

Bulgular COVID-19’a bağlı nedenlerle hayatını kaybeden 506 sağlık çalışanının (28 Şubat 2022’ye kadar) %84,6’sı (428 kişi) ve ölen hekimlerin %96,5’i (166 kişi) erkektir. Türkiye’de ölen bütün sağlık çalışanlarının %45,9’u; hekimlerin %55,2’si; diş hekimlerinin %86,7’si ve eczacıların %98,5’i özel sağlık kurumlarında çalışmaktaydı. Türkiye’de sağlık çalışanlarının %23,8’i; hekimlerin %18,6’sı; diş hekimlerinin %51,9’u; ebehemşirelerin %14,5’i; diğer sağlık personelinin %22,2’si ve diğer personelin %24,8’i özel sağlık

kurumlarında çalışmaktadır. Sağlık Bakanlığına göre Türkiye’de 36045 eczacı görev yapmaktadır ve Eczacı Bilgi Sistemi verilerine göre ise eczacıların 26177’si serbest eczacı olarak çalışmaktadır.

Ölen Sağlık Çalışanlarının Yaş Ortalaması 54

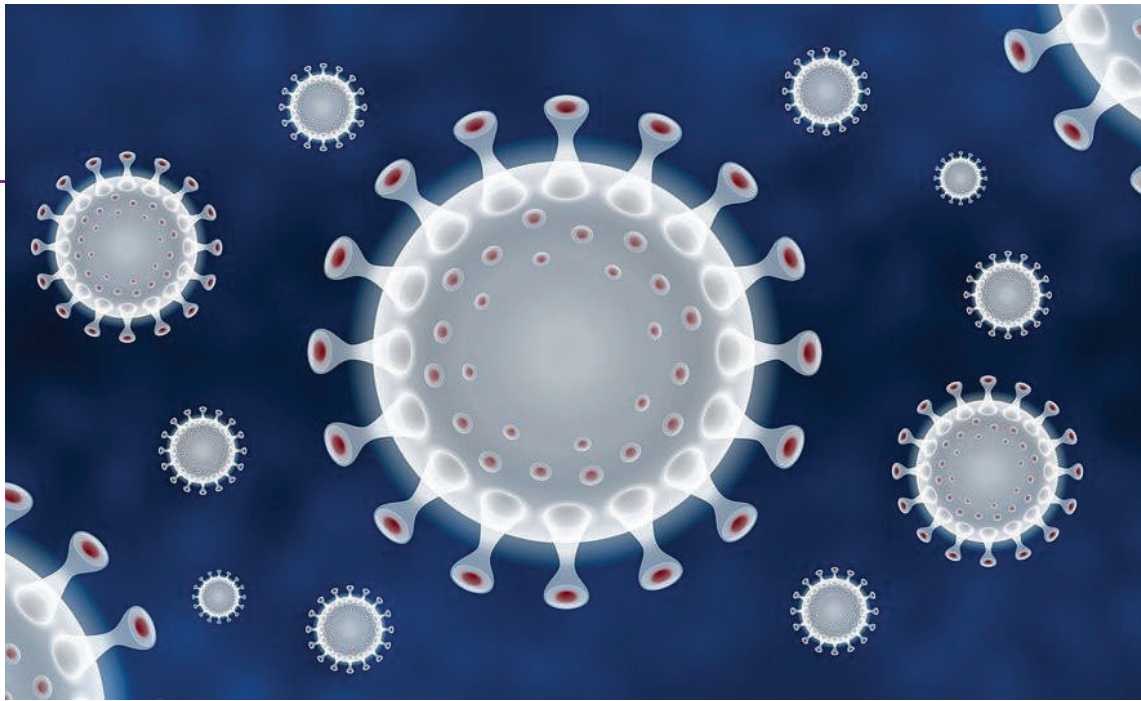
Türkiye’de sağlık çalışanlarının %14,8’ini hekimler, %3’ünü eczacılar, %24,5’ini hemşire ve ebeler oluşturur. COVID-19’a bağlı ölümlerin %34,0’ü hekimlerde; %13,4’ü eczacılarda ve %7,3’ü hemşire ile ebelerde olmuştur. Hemşire-ebelerde COVID-19’a bağlı ölüm 10.000’de 1,27’dir. Türkiye’deki 174.187 hekimin 71.933’ü kadın; 102.254’ü erkektir. Hekimlerde COVID-19’a bağlı ölüm 10.000’de 9,87; erkek hekimlerde 10.000’de 16,23; kadın hekimlerde 10.000’de 0,83’tür. Eczacılarda, COVID-19’a bağlı ölüm, 10.000’de 18,86’dır. Ölen 68 eczacının 67’si özel eczanelerde (serbest eczacı) çalışmaktaydı. Türkiye’deki özel eczane sayısı 26.177’dir. Bu durumda özel sektör eczacıları arasında, COVID-19’a bağlı ölüm 10.000’de 25,59’dur. Türkiye’de COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 54,6’dır. Bu ortalama yaş hekimlerde 59,8; eczacılarda 65,8; hemşire ve ebelerde 40,7’dir (Tablo 1). COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden hekimlerin yaş ortalamasına baktığımızda; yaş verisi elimizde olan işyeri hekimlerinde 63,7(21 kişi); aile hekimlerinde 57,0 (25 kişi). Genel cerrahlarda 64,80 (9 kişi); dahiliye uzmanlarında 64,2 (15 kişi); göz hastalıkları uzmanlarında 75,0 (3 kişi); KBB uzmanlarında 65,6 (5 kişi) ve radyoloji uzmanlarında 55,8’dir (6 kişi).

Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Kuruma Göre Dağılımı Nasıl?

COVID-19 nedeniyle ölen ve elimizde yaş bilgisi bulunan 34 yaş ve altındaki sağlık çalışanlarının %29,2’si; 35-49 yaş arasındakilerin %40,6’sı işçi statüsünde çalışanlardır; COVID-19 nedeniyle ölen hemşire ve ebelerdeki ölümlerin %82,9’u 50 yaş altında; hekimlerdeki ölümlerin %84,1’i ise 50 yaş ve üstündedir.

COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanlarından 34 yaş ve altındakilerin %45,8’i (11 kişi); 35-49 yaş arasındakilerin %28,6’sı (38 kişi); 50-64 yaş arasındakilerin %10,4’ü (19 kişi) ve 65 yaş ve üstündekilerin %6,6’sı (7 kişi) kadındır.

Türkiye’de ölen sağlık çalışanlarının %56,9’u hastanede; %17,8’i eczanede (67’si eczacı, 23’ü



“COVID-19’A BAĞLI NEDENLERLE HAYATINI KAYBEDEN 506 SAĞLIK ÇALIŞANIN (28 ŞUBAT 2022’YE KADAR) %84,6’Sİ (428 KİŞİ) VE ÖLEN HEKİMLERİN %96,5’İ (166 KİŞİ) ERKEKTİR. TÜRKİYE’DE ÖLEN BÜTÜN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ % 45,9’U; HEKİMLERİN %55,2’Sİ; DIŞ HEKİMLERİNİN %86,7’Sİ VE ECZACILARIN %98,5’İ ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞMAKTAYDI”

eczacı teknisyeni) çalışıyordu. Ölen 172 hekimin; %66,9’u hastanede, %14,5’i aile sağlığı merkezinde, %12,2’si işyeri hekimliği biriminde çalışmaktaydı. Ölen dış hekimlerinin %80’i özel muayenehanelerde çalışmaktaydı. Hastanede çalışan hekimlerin %63,5’i (73 kişi) özel hastanede çalışmaktaydı. Acil sağlık hizmeti istasyonu çalışanlarından 14 kişi COVID-19’a bağlı nedenlerle hayatını kaybetmiştir ve bunların 12’si ambulans şoförü olarak çalışmaktaydı.

İllere Göre Hayatını Kaybeden Sağlık Çalışanı Dağılımı

Elde ettiğimiz verilere göre Türkiye nüfusunun % 4,12’sini (3.526.510) içeren 12 ilde (Ardahan, Artvin, Bayburt, Bilecik, Bitlis, Burdur, Mardin, Muş, Şırnak, Siirt, Tunceli, Yozgat) COVID-19 nedeniyle yaşamını yitiren sağlık çalışanı yoktur. Yaşamını yitiren sağlık çalışanlarının %28,9’u (146 kişi) Ankara, İstanbul ve İzmir’de çalışmaktaydı. Ölen sağlık çalışanları içinde hekim olanlar; Ankara’da %37,1, İstanbul’da %48,9 ve İzmir’de %71,4’tü. Osmaniye’de ölen sağlık çalışanlarından %55,6’sı (5 kişi); Tekirdağ’da %66,7’si (4 kişi) işçiydi. Ankara’da ölen hekimlerin %84,6’sı (11 kişi); Bursa’da %62,5’i (5 kişi); İstanbul’da %68,2’si (30 kişi) özel bir kurumda çalışıyordu. COVID-19’a bağlı hekim ölümlerinin %25,6’sı (44 kişi) İstanbul’da; %8,7’si (14 kişi) İzmir’de; % 7,6’sı (13 kişi) Ankara’da, % 5,8’i (10 kişi) Mersin’de; eczacı ölümlerinin %19,1’i (13 kişi) İstanbul’da; %5,9’u (4 kişi) Denizli’de, hemşire-ebe ölümlerinin %2,7’si (1 kişi) İstanbul’da; işçi statüsünde çalışanlarda ölümlerin %13,3’ü (16 kişi) İstanbul’da, % 5,8’i (7 kişi) Diyarbakır’da, %4,2’si (5 kişi) Osmaniye’de olmuştur. 2021 Mart, Nisan ve Mayıs aylarındaki sağlık çalışanı ölümlerinin %43,2’si İstanbul’da gerçekleşmiştir.

Ölen Hekimlerin %15’i Aile Hekimiydi

COVID-19 nedeniyle yaşamını kaybeden hekimlerin %12,2’si işyeri hekimi; %15,7’si aile hekimi olarak çalışıyordu. COVID-19 nedeniyle yaşamını kaybeden 506 sağlık çalışanının 49’unun (47’si hekim) ek hastalık bilgisine ulaşılabildi. Bu 47 hekimin sadece %14,9’unda (7 kişi) ek hastalık yoktu. Ek hastalığı olan 40 hekimde hipertansiyon, diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar gibi bir ya da birden çok hastalık vardı. Sağlık çalışanlarından COVID-19 nedeniyle ölenlerin (28 Şubat 2022 tarihine kadar) %54,7’si 2020 yılının eylül, ekim, kasım, aralık ve 2021 Ocak ayında yaşamını yitirmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan verilere göre pandeminin başından 28 Şubat 2022’ye kadar bütün Türkiye’de COVID-19’a bağlı 94.445 ölüm gerçekleşmiştir. Bu ölümlerin %20,7’si yukarıda belirtilen beş ayda gerçekleşmiştir. COVID-19 nedeniyle 2021 yılının Ocak ayında ölen hekimlerin %85,7’si, 2021 yılının Şubat ayında ölen hekimlerin %75,0’i, 2021 yılının Mart ayında ölen hekimlerin %80’i, 2021 mayıs ayında ölen hekimlerin %83,3’ü özel bir sağlık kurumunda çalışmaktayken; 2021 yılının Eylül ayında ölen hekimlerin %71,4’ü, 2021 yılının Ekim ayında ölen hekimlerin %100’ü, 2021 yılının Aralık ayında ölen hekimlerin %75’i ve 2022 yılının Ocak ayında ölen hekimlerin %100’ü kamu sağlık kuruluşunda çalışmaktaydı.

Bakanlığın İstatistikleri Daha Düşük

Türkiye’de, COVID-19 nedeniyle gerçekleşen ölüm sayılarının aylara göre dağılımına bakıldığında; genel nüfustaki ölüm sayılarının artış ve azalışlarıyla, hekimlerin ve hekim dışı sağlık çalışanlarının ölüm

Türkiye’de COVID-19 Nedeniyle yaşamını Yitiren Sağlık Çalışanlarının Çalıştığı Kuruma Göre Dağılımı

	Hastane	Aile Sağlığı Merkezi	İşyeri Hekimliği Birimi	İl-İlçe Sağlık Müdürlüğü	Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu	Özel Muayenehane	Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	Eczane	Göçmen Sağlığı Merkezi
Hekim	115 (66,9)	25 (14,5)	21(12,2)	5(2,9)	0(0,0)	4(2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,2)
Diş hekimi	2(6,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	24 (80,0)	4(13,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Eczacı	1 (1,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	67 (98,5)	0 (0,0)
Hemşire, ebe	31 (83,8)	3 (8,1)	0(0,0)	2 (5,4)	1(2,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Diğer sağlık hizmetleri çalışanı**	41(80,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (13,7)	1 (2,0)	2 (3,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Memur, sağlık hizmetleri sınıfında olmayan teknisyen	21 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (21,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
İşçi, eczane teknisyeni, güvenlik görevlisi ve ambulans şoförü	77(64,2)	1 (0,8)	0 (0,0)	6 (5,0)	12 (10,0)	0 (0,0)	1 (0,8)	23 (19,2)	0 (0,0)
Toplam	288(56,9)	29 (5,7)	21 (4,2)	26 (5,1)	14 (2,8)	30 (5,9)	6 (1,2)	90 (17,8)	2 (0,4)

* Satır yüzdesi,

** Sağlık memuru, tıbbi sekreter, paramedik, biyolog, kimyager, veteriner hekim ve çevre, acil tıp, laboratuvar, röntgen, diş anestezi teknisyeni/tekniker

“TÜRKİYE’DE KAMUDA ÇALIŞAN HEKİM SAYISI, ÖZEL SEKTÖRDE ÇALIŞAN HEKİM SAYISINDAN ÇOK YÜKSEK OLMASINA RAĞMEN COVID-19 NEDENİYLE ÖLEN HEKİMLER ARASINDA ÖZEL SEKTÖRDE ÇALIŞAN HEKİM ORANI ÇOK DAHA YÜKSEKTİR”

sayılarındaki artış ve azalışlarla genel olarak paralellik görülmektedir. Türkiye nüfusunda meydana gelen ölümler içerisinde sağlık çalışanlarının yüzdesi; Mart 2020’den Haziran 2020’ye kadar azalarak %0,34 seviyesine düşmüş; Haziran 2020’den Ağustos 2020’ye kadar ise artarak %2,80 (en yüksek seviye) olmuştur. Bu değer, Nisan 2021’e kadar azalarak (Ekim 2020’de az bir artış gösterse de) %0,17’ye kadar inmiştir. Pandeminin ilk iki senesindeki düşük seviye ise %0,04 ile Şubat 2022’de yaşandı (Şekil 5). Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye nüfusu için açıkladığı COVID-19 ölüm sayılarının gerçek ölüm sayılarından çok düşük olduğu, belediye e-devlet verilerinden edinilmiş fazladan ölüm verileri ile görülmektedir

Şeffaflık ve Bilimsellik Kriterler

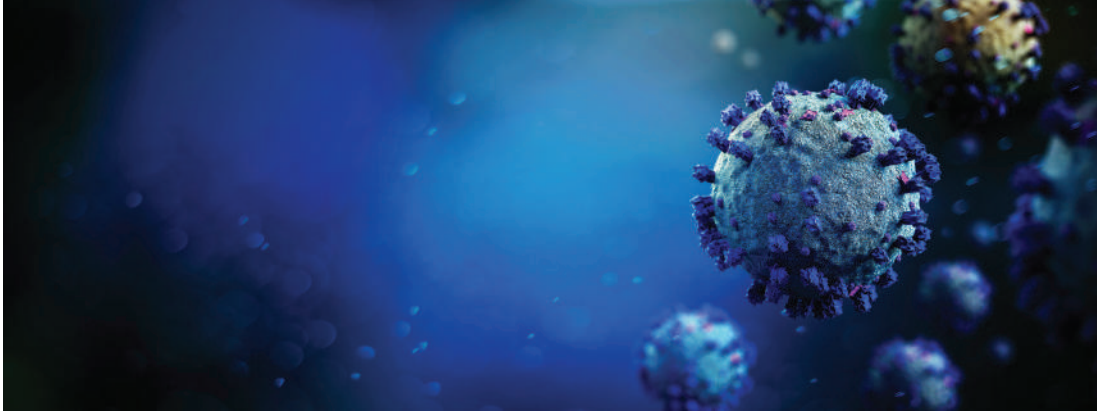
Pandemide mücadelede başarılı ülkelere baktığımızda, dört özellik dikkat çekiyor: Birincisi; şeffaflık ve bilimsellik kriterlerinden vazgeçilmemesi; İkincisi; yerel yönetimlerin, sağlık, emek ve meslek örgütlerinin ve toplumun pandemi sürecine dahil edilmesi; Üçüncüsü; COVID-19’un sınıfsal yapısından dolayı, çalışan veya işsiz toplum katmanlarına,

yoksul ve yoksullaşacak kesime, özellikle toplum hareketliliğinin sınırlandırılma dönemlerinde, hiçbir ekonomik ve sosyal kayıp yaşatmadan destek sunulması; Dördüncüsü; vaka temelli müdahalelerin (test, temaslı izleme, izolasyon karantina dahil) ve nüfus temelli müdahalelerin (yüz maskelerinin takılması, fiziksel mesafe ve kalabalıklardan, başta parti kongreleri olmak üzere toplantılardan ve kapalı alanlardan kaçınma) birlikte yürütülmesidir.

Salgın Verileri Gizlendi veya Eksik Açıklandı

Türkiye ise birincisi pandemi boyunca salgın verilerini ya gizlemiş ya da eksik açıklamış, bilimsellikten uzak kararlar almış; ikincisi, kendi bileşenlerini pandemi sürecine dahil etmemiş; üçüncüsü, topluma yeterince ekonomik ve sosyal destek sunamamış; dördüncüsü, vaka temelli ve nüfus temelli müdahaleyi başarılı yürütememiştir. İşte bütün bu nedenlerle sağlık çalışanlarının ölümleri, başarısız pandemi sürecinin bir yansımasıdır. COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanlarının var olan verileri irdelendiğinde, şu sonuçlara ulaşılmaktadır:

“SAĞLIK BAKANLIĞI, SALGININ BAŞINDAN BUGÜNE, HEM SARS-COV-2 VİRÜSÜ İLE ENFEKTE OLAN HEM COVID-19 NEDENİYLE ÖLEN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇALIŞTIĞI İL, ÇALIŞTIĞI KURUM VE BÖLÜMÜ, ÇALIŞMA KOŞULLARI, ÇALIŞTIĞI MEKANIN FİZİKSEL ÖZELLİKLERİ, HAVALANDIRMASI, KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN YETERLİLİĞİ, PERİYODİK OLARAK PCR TESTİ YAPILIP YAPILMADIĞI, DEMOGRAFİK BİLGİLERİ, MESLEĞİ VE EK HASTALIĞI İLE İLGİLİ HERHANGİ BİR VERİ PAYLAŞIMINDA BULUNMAMIŞTIR”



“COVID-19 NEDENİYLE GERÇEKLEŞMİŞ VEYA GERÇEKLEŞEBİLECEK ÖLÜMLERİN HER BİRİ ÖNLENEBİLİR ÖLÜMLERDİR. BUNA DAYANARAK, SAĞLIK BAKANLIĞI VE ÇALIŞMA BAKANLIĞI İLE BİRLİKTE TTB, SENDİKALAR VE DİĞER İLGİLİ OLUŞUMLARIN YER ALACAĞI BİR KOMİSYON OLUŞTURULMALIDIR”

1- Sağlık Bakanlığı; 2 Eylül 2020 tarihinde, pandemi boyunca PCR testi pozitif olan sağlık çalışanı COVID-19 vaka sayısını 29.865 (52 ölen) olarak açıklamıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, 9 Aralık 2020 tarihinde PCR testi pozitif olan sağlık çalışanı COVID-19 vaka sayısını 120.000 ve ölüm sayısını 216 olarak açıkladıktan sonra, yeni veri de sunmamıştır. Sağlık Bakanlığının açıkladığı bu iki veriden yola çıkıldığında, sağlık çalışanları arasında enfeksiyon-vaka (bir kısmı tarama) fatalite hızı %0,17 ile 0,18 arasında bulunmaktadır. TTB'nin yerel tabip odaları, sendikalar ve diğer sağlık örgütleri aracılığıyla topladığı verilere göre COVID-19 hastalığına bağlı olarak ilk sağlıkçı ölümü, 17.03.2020 tarihinde gerçekleşmiştir. Bu tarihten 28.02.2022 tarihine kadar 506 aktif sağlık çalışanı, COVID-19 hastalığından dolayı yaşamını kaybetmiştir. Sağlık Bakanlığının, 2 Eylül 2020 ve 9 Aralık 2020 tarihinde sağlık çalışanları için açıkladığı verilere dayanarak hesaplanmış, yukarıda belirtilen enfeksiyon-olgu fatalite hızı, ölen 506 sağlık çalışanına uyarlandığında; pandeminin başlangıcından 28.02.2022 tarihine kadar en az 290 bin sağlık çalışanının PCR testinin pozitif olması beklenmektedir. Üstelik enfeksiyon-vaka fatalite hızı sağlık çalışanlarının henüz aşılanmaya başlamadığı dönemden olduğu için gerçek vaka sayısının çok daha fazla olduğunu söyleyebiliriz. Bu da tüm sağlık çalışanlarının en az dörtte birinin SARS-CoV-2 virüsü ile enfekte olduğunu, dolayısıyla pandeminin iyi yönetilemediğini gösteren başka bir kanıttır.

2- Avrupa'da sadece 8 ülkenin (Birleşik Krallık, İrlanda, Almanya, İspanya, Belçika, Hollanda, Letonya, Çekya) resmi verilerine ulaşılabilmiştir. Türkiye'deki COVID-19 nedeniyle ölen hekim sayısının en az dörtte birinin SARS-CoV-2 virüsü ile enfekte olduğunu, dolayısıyla pandeminin iyi yönetilemediğini gösteren başka bir kanıttır.

tarihleri ve ülkelerdeki sağlık çalışanı sayıları da hesaba katıldığında; Türkiye'de hayatını kaybeden hekimlerin oranının da karşılaştırılan ülkelere daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu 8 ülkenin çoğunda, COVID-19 sağlık çalışanları için meslek hastalığı sayılmışken; Türkiye'de de meslek hastalığı olarak kabul edilmesine ilişkin, TTB'nin öncülük ettiği yasa tasarısı, reddedilmese de henüz gündeme getirilmemiş, sürüncemede bırakılmıştır. Yüzün üzerinde ülkede, sağlık çalışanları için COVID-19 hastalığının meslek hastalığı kabul edildiği ve mevzuatla güvence altına alındığı halde; Türkiye'de iktidar, sorumlusu olduğu sağlık çalışanları ölümleri için “Evde hastalananlar var, nasıl meslek hastalığı kabul edelim?” açıklaması ile sağlık çalışanlarına bakış açısını ortaya koymuştur. Bir yılı aşan pandemi sürecinde; evi, sokağı, fabrikayı, okulu, sağlık kurumunu virüsten temizleyememek; başlı başına bir yetersizliktir.

3- Sağlık çalışanları arasındaki ölüm hızı, 2021 Ocak ayında aşının kendilerine sunulmasından bu yana görünür bir şekilde yavaşladı. Sağlık Bakanlığı, söz verdiği şekilde 2020 Aralık ayında sağlık çalışanlarını aşılayabilseydi ve aşı tereddüdünün önüne geçilebilseydi; 2021 ve 2022 yılında gerçekleşen ölümlerin önemli bir kısmı olmayacaktı.

4- 2021 yılındaki sağlık çalışanlarının ölümlerinde; aşı reddi/tereddütleri göz ardı edilmemelidir. 2021 Nisan ve Mayıs ayında ölen sağlık çalışanlarının 9'unun aşı durumuna TTB tarafından erişilebilmiştir. Aşı durumuna erişilen 9 sağlık çalışanından 6'sının, aşı ile ilgili tereddütleri sonucunda 2 doz aşı olmadıkları bilinmektedir. Haziran ve sonrasında ölen aktif sağlık çalışanlarından aşı durumuna erişilebilenlerin sayısı ise 59'dur; 23 kişinin aşısız olduğu, 13 kişinin 2 doz Sinovac (Coronavac), 4 kişinin 2 doz Biontech (Comirnaty), 10 kişinin 3 doz Sinovac, 2 kişinin

Türkiye'de COVID-19 Nedeniyle Hayatını Kaybeden Hekimlerin Branşı ya da Yaptığı İşe Göre Çalıştığı Sektör ve Kronik Hastalık Durumu*

Branşı ya da yaptığı iş	Çalıştığı Kurum n(%)		Kronik Hastalık Durumu n(%)			Toplam** n(%)
	Kamu n(%)	Özel n(%)	Evet	Hayır n(%)	Bilinmiyor n(%)	
Acil Tıp Uzmanı/Acil Tıp Asistanı	2 (66,6)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,6)	3 (1,8)
Aile Hekimi	25 (100,0)	0 (0,0)	6 (24,0)	2 (8,0)	17 (68,0)	25 (14,5)
Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı	2 (50,0)	2 (50,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	3 (75,0)	4 (2,3)
Beyin ve Sinir Cerrahisi Uzmanı	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (1,2)
Biyokimya Uzmanı	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (1,7)
Çocuk Cerrahi Uzmanı	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (4,1)
İç Hastalıkları Uzmanı	4 (26,7)	11 (73,3)	6 (40,0)	1 (6,7)	58 (53,3)	15 (8,7)
Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanı	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,2)
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanı	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,2)
Gastroenteroloji	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
Genel Cerrahi Uzmanı	3 (33,3)	6 (66,7)	3 (33,3)	1 (11,1)	5 (55,6)	9 (5,2)
Göğüs Hastalıkları Uzmanı	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)	3 (1,7)
Göz Hastalıkları Uzmanı	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	3 (1,7)
Halk Sağlığı Uzmanı	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
İntern Hekim	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
İşyeri Hekimi	2 (9,5)	19 (90,5)	5 (23,8)	0 (0,0)	16 (76,2)	21 (12,2)
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	3 (33,3)	6 (66,7)	1 (11,1)	0 (0,0)	8 (88,9)	9 (5,2)
Kalp ve Damar Cerrahisi Uzmanı	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,2)
Kardiyoloji Uzmanı	1 (33,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (66,7)	3 (1,7)
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Uzmanı	2 (40,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	4 (80,0)	5 (2,9)
Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanı	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	1 (100,0)	2 (1,2)
Nefroloji	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
Nöroloji Uzmanı	2 (50,0)	2 (50,0)	2 (50,0)	0 (0,0)	2 (50,0)	4 (2,3)
Nükleer Tıp Uzmanı	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Tıbbi Onkoloji Uzmanı	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
Ortopedi ve Travmatoloji Uzmanı	1 (20,0)	4 (80,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	5 (2,9)
Patoloji Uzmanı	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	2 (1,2)
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanı	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (0,6)
Pratisyen hekim (aile hekimi olmayan)	9 (60,0)	6 (40,0)	2 (15,7)	0 (0,0)	13 (84,6)	15 (8,7)
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	2 (40,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	4 (80,0)	5 (2,9)
Radyoloji	5 (83,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	6 (3,5)
Romatoloji Uzmanı	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)
Üroloji	0 (0,0)	5 (100,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	5 (2,9)
Toplam	77 (44,8)	95 (55,2)	40 (23,3)	7 (4,0)	125 (72,7)	172 (100,0)

*Sattır yüzdesi, ** sütun yüzdesi

“TÜRKİYE'DE COVID-19'A BAĞLI ÖLÜM YÜZDESİ EN YÜKSEK SAĞLIK MESLEK GRUBU ECZACILARDIR VE ÖLEN ECZACILARIN NEREDEYSE TAMAMI SERBEST ECZACIDIR”

1 doz Biontech, 1 kişinin 2 doz Sinovac – 1 doz Biontech, 6 kişinin 2 doz Sinovac-2 doz Biontech aşısı yaptırdığı öğrenilmiştir. Üç doz Sinovac aşılı ve 2 doz Sinovac-2 doz Biontech aşılı olduğu öğrenilen toplam 2 sağlık çalışanının immünsüpresif tedavi aldıkları bilinmektedir. Diğer tam aşılı olan sağlık çalışanlarının ise ek hastalık bilgisine henüz ulaşılammıştır. Haziran ve sonrasında ölen aktif sağlık çalışanlarının önemli bölümünün aşısız olması veya 2 doz Sinovac aşısından sonra ek doz yaptırmaması; aşı tereddüdü/reddinin sağlık çalışanları arasında da büyük bir sorun olduğunu bize söylemektedir. Aşı kararsızlığı; 2019 yılında, küresel sağlığı tehdit eden 10 başlık arasındaydı. Türkiye'deki aşılama

oranları göz önüne alındığında; Sağlık Bakanlığının, gerek sağlık çalışanları gerek toplum üzerinde etkili bir aşı kabul çalışması yapmadığı; mevcut yönetim anlayışının aşıya güven duygusu oluşturamadığı söylenebilir. Dolayısıyla Türkiye; aşı tedariki ve dağıtımındaki zorlukları çözmede sonradan başarılı olsa bile COVID-19 aşısına karşı oluşan tereddütleri engellemeyerek ölümleri de önlememiştir.

5- Ölümlerdeki sağlık çalışanlarının yüzdesinin, Haziran 2020'ye kadar düşerek %0,34 seviyesine gelmesine rağmen daha sonraki aylarda yükselişe geçmesi, hazıranda hastanelerin de normalleşmesiyle birlikte sağlık çalışanlarının virüse karşı daha da



“DÜNYADA AZ SAYIDA HÜKÜMET, KAPSAMLI VERİ TOPLAMIŞTIR. TÜRKİYE’NİN DE ARALARINDA OLDUĞU PEK ÇOK ÜLKEDE İSE HERHANGİ BİR ÇALIŞMA YAPILDIĞINA DAİR HİÇ PAYLAŞIM YOKTUR. TÜM DÜNYADA, BİLİMSSEL ÖLÇÜTLERLE ELDE EDİLMİŞ, HESAP VEREBİLİRLİK VE ŞEFFAFLIK İLKELERİNE DAYALI BİR VERİ DERLEMESİ VE ANALİZİ OLMADAN, DOĞRU VE KAPSAYICI BİR DEĞERLENDİRME ÇOK ZOR OLACAKTIR”

korunmasız kılınması olarak değerlendirilebilir. Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji (1 kişi), göğüs hastalıkları (3 kişi) gibi branşlara göre üroloji (5 kişi), ortopedi ve travmatoloji (5 kişi) gibi branşlarda COVID-19 nedenli ölüm sayısının daha fazla olması; her sağlık çalışanının COVID-19 riskiyle karşı karşıya olduğunun göz ardı edildiğini ve salgın kontrol altında değilken yeterli koruma olmadan rutin çalışıldığını düşündürmektedir.

6- Türk Tabipleri Birliği’nin uyarılarına rağmen yapılan 2020’nin mayıs ve haziran aylarındaki yeniden açılma uygulamaları sonrasında; sağlık çalışanlarındaki ölüm artışı, Türkiye nüfusundaki ölüm artışına göre daha erken yükselmeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın verilerinin doğruya yakın olduğu kabul edildiğinde bile sağlık çalışanlarındaki enfeksiyon ve ölüm artışı, önlemlerin erken alınması için uyarıcı olmalıydı. Bu uyarı dikkate alınsaydı, onlarca sağlık çalışanı da binlerce insan da ölmeyecekti.

7- Pandemi boyunca bazı ülkelerde sağlık çalışanı ölümleri hiç olmamış; bazılarında da salgın başında gerçekleşen ölümler irdelenerek alınan önlemlerle sonraki dönemde sağlıkçı ölümüne rastlanmamıştır. Türkiye’de ise Haziran 2020 dahil Şubat 2022’e

kadar sağlıkçı ölümlerinin %90’ından fazlasının gerçekleşmesi, yeterli önlem ve ders alınmadığını göstermektedir. Pandeminin ilk 3 ayındaki ölümlerin nedenleri iyi irdelenmiş ve bu değerlendirmeye bağlı ek önlemler alınmış olsaydı, ölümlerin tamamının önüne geçilebilirdi.

8- Türkiye’de kamuda çalışan hekim sayısı, özel sektörde çalışan hekim sayısından çok yüksek olmasına rağmen COVID-19 nedeniyle ölen hekimler arasında özel sektörde çalışan hekim oranı çok daha yüksektir. Bu durum, özellikle bazı illerde ve 2021’in ocak, şubat, mart ve mayıs aylarında çok belirginleşmiştir. COVID-19 nedeniyle kaybettiğimiz hekimlerin sayısındaki yükseklik, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve emeğin değersizleştirilmesi ile yakından ilgili olup, çok yönlü irdelenmelidir.

9- Ölen sağlık çalışanları içinde özel sektörde çalışan hekim, dış hekimi, eczacı sayısı kamuda çalışanlardan daha fazladır. Hiç çalışmamaları gereken bir yaşta, ekonomik nedenlerle ve hatta emeklilik sonrası özel sektörü tercih eden bu çalışanlar için ek önlemler alınmaması, çalışma saatlerinin kısaltılmaması, -kamu hastaneleri genel olarak pandemi hastanelerine dönüştürüldüğünden- bakmaları gereken hasta

“TÜRKİYE’DEKİ AŞILANMA ORANLARI GÖZ ÖNÜNE ALINDIĞINDA; SAĞLIK BAKANLIĞI’NIN, GEREK SAĞLIK ÇALIŞANLARI GEREK TOPLUM ÜZERİNDE ETKİLİ BİR AŞI KABUL ÇALIŞMASI YAPMADIĞI; MEVCUT YÖNETİM ANLAYIŞININ AŞIYA GÜVEN DUYGUSU OLUŞTURAMADIĞI SÖYLENEBİLİR.”

sayısının artmış olması; ölümlerin fazla olmasında etkilidir.

10- Türkiye’de COVID-19’a bağlı ölüm yüzdesi en yüksek sağlık meslek grubu eczacılardır ve ölen eczacıların neredeyse tamamı serbest eczacıdır. Bu sayıya, yaş ortalaması eczacılardan çok düşük olan eczane teknikerlerini de dâhil ederek çalışma ortamlarının niteliğini irdelemek gerekir. Özellikle COVID-19’a bağlı ölen aile hekimlerinin ve işyeri hekimlerinin çalışma mekânları başta olmak üzere, bütün sağlık çalışanlarının çalışma mekânlarının ve çalışma koşullarının irdelenmesi, bu ortamlarda yapılması gereken düzenlemelere de ışık tutacaktır.

11- Dünyada sağlık sektöründe, çalışan sayısı önemlidir. Pandemi sürecinde kadın sağlık çalışanları, erkek çalışanlara göre daha fazla enfekte iken ölen sağlık çalışanları içinde erkeklerin yüzdesi dikkat çekici derecede yüksek olmuştur. Türkiye’de de ölen erkek sağlık çalışanı sayısı, ölen kadın sağlık çalışanı sayısından fazladır. Ölen erkek hekim sayısı ile ölen kadın hekim arasındaki fark ise çok daha yüksektir. Ölen erkek hekim, dış hekimi ve eczacıların çalışma yaşı; kadınlara göre çok yüksek olup, erkek sağlık çalışanları için yaş ve ek hastalık da ölüm sayısında belirleyici olmuştur.

12-Acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalışanlardan, COVID-19’a bağlı nedenlerle ölen 14 kişinin 12’sinin ambulans şoförü olması (ortalama yaş 50,5; çoğunluğu sözleşmeli işçi) olması, işçi statüsündekiler için 50 yaş ve altında ölüm oranının daha yüksek bulunması pandeminin sınıfsal olduğunun da göstergesidir.

13- Pandemide ölümlerin büyük çoğunluğunun 65 yaş ve üstünde olduğu göz önüne alındığında, ölen sağlık çalışanlarının yaş ortalaması (54,6) düşündürücüdür. Bu da iktidarın çalışan sağlıkçıyı yeterince korumadığını göstermektedir.

14- Hekim dışındaki sağlık çalışanlarından sadece bir kişinin ek hastalık bilgisine ulaşılabildi, hekimlerde ise 47 kişinin ek hastalık bilgisi mevcuttu. Bu verilere göre ek hastalık bilgisi olan hekimlerin büyük çoğunluğunda, ek hastalıkların ciddi düzeyde olduğu gözlemlendi. Hekimlerin bu hastalıklara rağmen pandemi boyunca ön saflarda çalışmak zorunda kalmaları iktidar tarafından dikkate alınmamış, çok sayıda hekim ölümü gerçekleşmiştir. Pandeminin başında sağlık çalışanlarının bu sorunlarına çözüm getiren ülkelerde çok az ölüm olmuş ya da hiç ölüm olmamıştır.

15- Bu çalışmada değerlendirilen verilere göre Türkiye’de 12 ilde, COVID-19 nedeniyle hiç sağlık çalışanı ölmemiştir. Bu illerde sağlıkçı ölümü olup olmadığı verisi, Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanmalıdır. Biz, sağlık çalışanı ölümü olmadığını varsayarsak; bu illerde sağlık çalışanlarını korumak için ne gibi önlemler alındığını, sağlık hizmetlerinde özel sağlık kuruluşlarının payının ne olduğunu, salgının şiddetinin düzeyini bakanlık ortaya koymalıdır. Dünyada, sağlık çalışanlarının ölümünde; ekonomik nedenlerden dolayı fazla çalışma, pandemide iş yükünün artması, aynı anda kamuda ve özelde çalışma, kişisel koruyucu ekipmanların eksikliği ya da hiç bulunmaması, tarama testlerinin yapılmaması, uygun olmayan fiziksel koşullarda ve havalandırması yetersiz mekanlarda çalışma, tükenmişlik, stres ve bitkinlik, ek hastalık ve cinsiyet ögesi, yaş ortalaması yüksek sağlık çalışanlarının da ön saflarda olması, hizmet içi eğitim eksikliği göz ardı edilemeyecek derecede önemli faktörlerdir.

Dünyada az sayıda hükümet, kapsamlı veri toplamıştır. Türkiye’nin de aralarında olduğu pek çok ülkede ise herhangi bir çalışma yapıldığına dair hiç paylaşım yoktur. Tüm dünyada, bilimsel ölçütlerle elde edilmiş, hesap verebilirlik ve şeffaflık ilkelerine dayalı bir veri derlemesi ve analizi olmadan, doğru ve kapsayıcı bir değerlendirme çok zor olacaktır. Sağlık Bakanlığı, salgının başından bugüne, hem SARS-CoV-2 virüsü ile enfekte olan hem COVID-19 nedeniyle ölen sağlık çalışanlarının çalıştığı il, çalıştığı kurum ve bölümü, çalışma koşulları, çalıştığı mekanın fiziksel özellikleri, havalandırması, kişisel koruyucu ekipman yeterliliği, periyodik olarak PCR testi yapıp yapılmadığı, demografik bilgileri, mesleği ve ek hastalığı ile ilgili herhangi bir veri paylaşımında bulunmamıştır. Halbuki, COVID-19 nedeniyle gerçekleşmiş veya gerçekleşebilecek ölümlerin her biri önlenebilir ölümlerdir. Buna dayanarak, Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığı ile birlikte TTB, sendikalar ve diğer ilgili oluşumların yer alacağı bir komisyon oluşturulmalıdır. Aynı komisyon, pandemi döneminde sadece doğrudan COVID-19 nedeniyle değil, dolaylı olarak pandeminin yol açtığı nedenlerle (iş yükünden kaynaklı intihar, tedavisi geciktirilen hastalıklar) hayatını kaybeden bütün sağlık çalışanlarının, her bir verisini tek tek inceleyerek raporlandırmalı ve ölüm nedeni/nedenlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır. Önlenebilir ölümlerde alınmayan önlemlerin tespiti ile bu önlemlerin alınmasında eksikliği bulunan sorumluların belirlenmesi, hesap verebilirlik ilkesinin gereğidir.”



ASTIMIN GÖRÜLME SIKLIĞI GİDEREK ARTIYOR

“DÜNYADA 339 MİLYON KİŞİNİN ASTIMI OLDUĞU TAHMİN EDİLİYOR VE DÜNYADA HER YIL 400 BİNDEN FAZLA İNSAN ASTIM NEDENİYLE HAYATINI KAYBEDİYOR. BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR ARASINDA ÜLKEMİZDE EN YAYGIN OLARAK GÖRÜLEN HASTALIK OLAN ASTIMIN GÖRÜLME SIKLIĞI GİDEREK ARTIYOR”



Dr. Dilşad Mungan

Alerji ve Klinik İmmünoloji Uzmanı Prof. Dr. Dilşad Mungan görülme sıklığı hızla artan astıma yönelik açıklamalarda bulundu. Türkiye’de astım hastalarının yalnızca üçte birinin kontrollü astıma sahip olduğuna dikkat çeken Mungan, hastalığın kontrol altına alınması sayesinde astımlı bireylerin normal yaşamlarını sürdürebileceğini söyledi.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre tüm dünyada

339 milyon kişinin astımı olduğu tahmin ediliyor ve dünyada her yıl 400 binden fazla insan astım nedeniyle hayatını kaybediyor. Bulaşıcı olmayan hastalıklar arasında ülkemizde en yaygın olarak görülen hastalık olan astımın görülme sıklığı giderek artıyor. Yapılan son çalışmalar Türkiye’de 4 milyonun üzerinde astım hastası bulunduğu, yani hastalığın her 100 kişiden beşinde görüldüğüne işaret ediyor. Alerji ve Klinik İmmünoloji Uzmanı Prof. Dr. Dilşad Mungan bu hastalığın dünyadaki ve ülkemizdeki güncel durumunu ve hastalığın tedavisindeki gelişmeleri GSK Türkiye’nin katkısıyla düzenlenen basın toplantısında kamuoyu ile paylaştı.

Astım Kronik Bir Hastalık ve Belirtileri Kontrol Altına Alınabilir

Güncel klinik çalışmalar doğrultusunda astım tedavisinde gelişmeler kaydedildiğini belirten Prof. Dr. Dilşad Mungan kronik bir hastalık olması sebebiyle astımın tedavisinin olmadığını düşünülmesinin tehlikeli bir yanılgı olduğunu



“TÜRKİYE’DE HER ÜÇ ASTIMLIDAN YALNIZCA BİRİNİN HASTALIĞI KONTROL ALTINDA! TEDAVİ EDİCİ İLAÇLARIN UYGUN DOZDA DÜZENLİ KULLANIMIYLA ASTIM KONTROL ALTINDA TUTULABİLİR”

belirtirerek astım kontrolünün önemine dikkat çekti. Mungan “Astım kronik bir hastalıktır. Tedavideki amaç hastalığı tamamen ortadan kaldırmak değil, belirtilerinin kontrol altına alınması ve hastanın yaşamının normale en yakın şekilde devam ettirilmesidir. Tedavi sürecinde şikâyetlerin ortadan kaldırılmasına, solunum fonksiyonlarının en iyi düzeyde tutulmasına ve hastanın normal yaşamını sürdürebilmesine odaklanılır. Uygun ilaç tedavisinin verilmesi ile astım belirtileri kontrol altına alınabilmektedir. Buradaki esas hedef tedavi edici ilaçların doktorun önerdiği dozda düzenli olarak kullanılmasıdır” dedi.

Prof. Dr. Dilşad Mungan “Astımın tedavisinde en önemli rolü kontrol edici ilaçlar üstlenir, kurtarıcı ilaçlar ise astım ataklarına karşı kullanılır. Kurtarıcı ilaçların anlık rahatlatma hissine kapılıp kontrol edici ilaçların göz ardı edilmesi büyük riskler taşır, astım ataklarını davet eder. Kontrol edici ilaçların düzenli kullanımı tedavinin başarısı için önem taşır” diyerek, kontrol edici ve kurtarıcı ilaçların birlikte, doğru kullanımının önemine dikkat çekti.

Hastaların Çoğunda Astım Kontrol Edilemiyor

Astım kontrolü kavramının tedavi sürecindeki önemine dikkat çeken Prof. Dr. Dilşad Mungan “Astım tedavisinde atakların engellenmesine ve hastanın ilaçların yan etkilerinden korunmasına dikkat edilir. Verilen tedavi ile yaşam kalitesinin yüksek tutulması ve bununla birlikte atakların engellenerek, ilaç yan etkilerinden korunma sağlanması astımın kontrol altında olduğunu gösterir. Dünya genelinde hastaların büyük bir bölümü kontrolsüz astıma sahip, bu olumsuz durum ülkemiz için de geçerli. Yapılan çalışmalar Türkiye’de kontrollü astımlıların tüm astım hastaları içinde yalnızca üçte bir oranında olduğuna işaret ediyor” dedi.

Mungan, astım kontrolünde hastaların ilaçlarını doktorunun önerdiği şekilde kullanmasının, sigarayı bırakmanın, obez hastaların kilo vermesinin, sağlıklı ve dengeli beslenmenin, düzenli egzersiz yapmanın ve solunan ortam havasını temiz tutmanın büyük rol oynadığına dikkat çekti.



BEYAZ MİTING ANKARA'DA YAPILDI: EMEK BİZİM SÖZ BİZİM, SAĞLIK HEPİMİZİN"

MİTING ALANINDA "SAĞLIKLI BİR GELECEK ELLERİMİZDE", "KARANLIĞA KARŞI MESLEĞİMİZE SAHİP ÇIKIYORUZ", "SERMAYEYE DEĞİL, SAĞLIĞA BÜTÇE", "SAĞLIKTA ŞİDDET SONA ERSİN", "5 DAKİKADA HEKİMLİK YAPILMAZ, 5 DAKİKADA SAĞLIK OLMAZ", "EK ÖDEME DEĞİL, TEK ÖDEME", "EMEĞİMİZİN KARŞILIĞI İNSANCA YAŞANABİLİR GELİR İSTİYORUZ", "ŞEHİR-ŞİRKET HASTANELERİNDEN VAZGEÇİLMELİDİR", "36 SAAT NÖBET ÖLDÜRÜYOR" YAZILI DÖVİZLER TAŞINDI

Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve sağlık emek-meslek örgütlerinin çağrısını yaptığı "Emek Bizim Söz Bizim, Sağlık Hepimizin" başlıklı Beyaz Miting, 29 Mayıs 2022 günü Ankara Anıtpark'ta gerçekleşti. Sağlıkta farklı alanlarından binlerce emekçi, Türkiye'nin dört bir yanından gelerek Anıtpark'ı doldurdu. Kortejlerde genç hekimler ve genç sağlık çalışanlarının yoğun bir katılım sağlaması dikkat çekti. Emek ve meslek örgütleri, demokratik kitle örgütleri ve siyasi partiler ile CHP ve HDP milletvekilleri de mitinge destek verdi.

Miting alanında "Sağlıklı bir gelecek ellerimizde", "Karanlığa karşı mesleğimize sahip çıkıyoruz", "Sermayeye değil, sağlığa bütçe", "Sağlıkta şiddet sona ersin", "5 dakikada hekimlik yapılmaz, 5

dakikada sağlık olmaz", "Ek ödeme değil, tek ödeme", "Emeğimizin karşılığı insanca yaşanabilir gelir istiyoruz", "Şehir-şirket hastanelerinden vazgeçilmelidir", "36 saat nöbet öldürüyor" yazılı dövizler taşındı. Sağlıkta şiddet sonucu 29 Mayıs 2015'te yitirilen Dr. Kamil Furtun için hazırlanan pankart da miting alanında yer aldı.

Miting, COVID-19 ile mücadele ve sağlıkta şiddet sonucu yaşamını yitiren sağlık çalışanları için bir dakikalık saygı duruşunda bulunulmasıyla başladı. Ankara Valiliği'nin Beyaz Miting'in örgütlenme sürecindeki yasadışı ve engelleyici tavrı da kürsüden kınandı. Daha sonra mitingin çağrıcısı olan 7 örgütün yöneticileri hazırladıkları açıklamaları yaptı.



PROF. DR. ŞEBNEM KORUR FİNCANCI: "EMEĞİMİZİ DEĞERSİZLEŞTİRENLERE KARŞI, BİZİ KÜÇÜCÜK POLİKLİNİK ODALARINA SIKIŞTIRIP BİRBİRİMİZDEN AYIRANLARA, PERFORMANSA MECBUR EDİP YOKSULLAŞTIRANLARA, SAĞLIKTA DÖNÜŞÜMÜN TAHRİP ETTİĞİ SAĞLIĞIMIZIN GÜNAH KEÇİSİ YAPANLARA, BİTMİYEN GÜNLERE HAPSEDİP TÜKETEREK KAMYON ALTINA SÜRENLERE İNAT DEĞERİMİZİN FARKINDAYIZ"

TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı sözlerine şöyle başladı: "Emeğimizi değersizleştirenlere karşı, bizi küçücük poliklinik odalarına sıkıştırıp birbirimizden ayıranlara, performansa mecbur edip yoksullaştıranlara, sağlıkta dönüşümün tahrip ettiği sağlığımızın günah keçisi yapanlara, bitmeyen günlere hapsedip tüketerek kamyon altına sürenlere inat değerimizin farkındayız. Biz sağlığımızı korumak için, nitelikli, etik değerlerimizle bütünleştirdiğimiz bir hekimliği sürdürebilmek için mücadele ederken, bugün Ankara'da hep birlikte 'Emek Bizim, Söz Bizim, Sağlık Hepimizin' diye bir kez daha seslerimizi, direncimizi birbirine katıyoruz."

Taleplerinin tüm topluma dönük olduğunu, sağlıksızlık üreten ne varsa ona karşı mücadele ettiklerini söyleyen Korur Fincancı, sağlık çalışanlarını yabancılaşmaya, parçalayıp bölmeye, düşmanlaştırmaya inat birlikte değiştirebilmenin gücüyle alanda olduklarını ifade etti. Korur

Fincancı, Edip Cansever'in Umuş şiirine atıfla "Gelin, o yeni başlangıçları birlikte var edelim" diyerek konuşmasını noktaladı.

Korur Fincancı'nın ardından TTB Tıp Öğrenci Kolu ve SES Öğrenci Komisyonu'nu temsilen Esmâ Eylem Dede, BDS Genel Başkanı Can Kirişçi, Tarım Orkam-Sen Genel Başkanı Ahmet Keleş, SHUDER Genel Başkanı Ramazan Yücel, Tüm Rad-Der Genel Başkanı Heybet Aslanoglu, Dev Sağlık-İş MYK üyesi Cumali Bolat, SES Eş Başkanı Selma Atabey ve KHK'li sağlık çalışanlarını temsilen Aslıhan Han da konuşmalarını yaptı.

Konuşmaların ardından Kardeş Türküler'in sahne aldığı miting, halaylarla son buldu.



ABDİ İBRAHİM, GÜMRÜK KONTROLSÜZ DOĞRUDAN İHRACATINI İLK KAZAKİSTAN'A YAPTI

ABDİ İBRAHİM İLAÇ FIRMASI, GÜMRÜK VE TİCARET BAKANLIĞI TARAFINDAN YETKİLENDİRİLMİŞ YÜKÜMLÜ STATÜSÜ (YYS) UYGULAMASI ÇERÇEVESİNDE VERİLEN YERİNDE İHRACAT İZİN BELGESİ İLE İLK İHRACATINI KAZAKİSTAN'A YAPTI

Abdi İbrahim, Esenyurt Üretim Kompleksinde yer alan Teknolojistik Merkezinden ilk yerinde gümrükleme ilaç sevkini Kazakistan'a gerçekleştirdi. Esenyurt Üretim Kompleksi'nde 50 bin 771 kutu ilaç konteynerlere yüklenerek, hiçbir gümrük kontrolüne tabi olmadan doğrudan ihraç edildi.

2016 yılından bu yana Yetkilendirilmiş Yükümlü Statüsü (YYS) uygulaması kapsamında gümrük yükümlülüklerini yerine getiren, kayıt sistemi düzenli ve izlenebilir olan, mali yeterlilik, emniyet ve güvenlik standartlarına sahip bir firma olarak faaliyet gösteren Abdi İbrahim, geçen yıl yetkinliğini ve yetkilerini daha da genişletti.

Ticaret Bakanlığı, 06.12.2021 tarihinde Abdi İbrahim'e firmalara yerinde gümrükleme imkânı sunan Yetkilendirilmiş Yükümlü Statüsü (YYS) uygulaması kapsamında Yerinde İhracat İzin Belgesi vererek firmanın ihracat faaliyetleri için birtakım kolaylıklar sağladı.

Türkiye'de bu belgeyi alan ilk ilaç firması olan Abdi İbrahim, Yerinde İhracat İzin Belgesi ile ihracat süreçlerini daha hızlı ve daha az maliyetli bir şekilde gerçekleştirebilecek, siparişleri iç gümrük idarelerine uğramadan gecikmeksizin direkt olarak kendi tesislerinden müşteriye teslim edilebilecek.

NOVO NORDİSK TÜRKİYE'YE YENİ GENEL MÜDÜR

NOVO NORDİSK TÜRKİYE OPERASYONLARINDAN SORUMLU BAşKAN YARDIMCISI VE GENEL MÜDÜRÜ POZİSYONUNA JENS Pİİ OLESEN ATANDI. OLESEN'İN NOVO NORDİSK'İN ULUSLARASI OPERASYONLARINDA 22 YILLIK TECRÜBESİ BULUNUYOR



Novo Nordisk Türkiye operasyonlarından sorumlu Başkan Yardımcısı ve Genel Müdürü pozisyonuna Jens Pii Olesen atandı. Olesen'in Novo Nordisk'in uluslararası operasyonlarında 22 yıllık tecrübesi bulunuyor. 2016'dan bu yana söz konusu görevi yürüten Dr. Burak Cem ise Varşova'ya global bir pozisyona, Güney ve Doğu Avrupa Bölgesinden sorumlu Kurumsal Başkan Yardımcısı olarak atandı.

80 ülkede yaklaşık 4 bin 300 çalışanıyla, 170 ülkede ürünlerini pazara sunan Novo Nordisk, 1923'te kurulan ve merkezi Danimarka'da bulunan bir global sağlık şirkettir. Diyabetin yanı sıra, obezite ile nadir kan ve endokrin bozuklukları gibi başka ciddi kronik hastalıkların üstesinden gelecek değişimleri gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. Global sağlık şirketi Novo Nordisk Türkiye Başkan Yardımcısı ve Genel Müdürü Jens Pii Olesen oldu. Son 22 yıldır çok sayıda farklı ülkede Novo Nordisk'in terapi alanları olan diyabet, obezite ve nadir hastalıkların ticari operasyonlarına liderlik eden Jens Pii Olesen, sürdürülebilir ve fark yaratan projeler yürütmesi ile biliniyor.

1 Haziran 2022 tarihi itibarıyla Türkiye'deki görevine başlayan Jens Pii Olesen konuya ilişkin yaptığı açıklamada, "Türkiye diyabet, obezite ve nadir hastalıklardaki faaliyetleri ve bölgesel merkez olmaya yönelik çalışmaları nedeniyle

Novo Nordisk'in global operasyonlarında stratejik öneme sahip ülkelerden biri. Bu stratejik konum, bugüne kadar yürütölen etkin çalışmalar ve önemli yatırımların başarısı. Dr. Burak Cem bu yöndeki katkılarından dolayı teşekkür ediyorum. Türkiye'deki başarılı ekiple birlikte tedavisini sunduğumuz terapatik alanlarda değişimin öncüsü olmaya devam ederek stratejik önemimizi daha da ileri taşıyacak işler yapmak için büyük heyecan duyuyorum" dedi.

Dr. Burak Cem Global Pozisyona Atandı
Novo Nordisk Türkiye Başkan Yardımcısı ve Genel Müdürlüğü görevini Ocak 2016 yılından bu yana sürdüren Dr. Burak Cem ise Güney ve Doğu Avrupa Bölgesi Kurumsal Başkan Yardımcılığı görevine atandı.

Dr. Burak Cem atama sonrası yaptığı açıklamada şunları söyledi:

"Novo Nordisk Türkiye'de görev yaptığım her gün insan hayatını iyileştirme misyonumuzun verdiği motivasyon ve heyecanla çalıştım. Buradaki ekibin başarılı çalışmalarına aynı heyecanla devam edeceğine yürekten inanıyorum. Jens Pii Olesen'e yeni görevinde başarılar diliyorum."



Anahtar Teslim (Turn-Key) Hastane Proje Hizmetleri

» made with passion and precision



- Hastane Projesi Yatırım Planlaması • Finansal Planlama ve Çözümleme (Hermes Teminatı | Almanya Federal Cumhuriyeti İhracat Kredisiz Garantisiz) • Mimari, Medikal, Elektrik, Mekanik Konsept Planlama
- Medikal & Non-Medikal Cihaz-Malzeme-Sarf Planlama ve Satın Alma • Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri • IT Teknolojileri Danışmanlığı

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

ACENDIS
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

