



TIBBİ CİHAZ SEKTÖRÜ
ÜLKE EKONOMİLERİNİN
DİNAMOSU

SON 20 YILDA
SAĞLIK POLİTİKALARININ
PANORAMASI



klินิกiletışim®

MEDİKAL SEKTÖRÜN YENİLİKÇİ DERGİSİ

HAZİRAN-TEMMUZ 2023 YIL:6 SAYI:27



MESLEKİ İYİ HAL BELGESİ
BAŞVURULARI
TÜM ZAMANLARIN EN YÜKSEK
SEVİYESİNE ULAŞTI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK
HİZMETLERİNİN
FİNANSMAN MODELİ



PAHALILIK NEDENİYLE
PEDIATRİDE İLACA ULAŞIM
ÇOK ZOR

TOPLUMSAL CİNSİYETE
DAYALI İŞ BÖLÜMÜ
KADINLAR İÇİN ENGEL

ILO'YA GÖRE
KÜRESEL İSTİHDAM
UÇURUMU DERİNLEŞİYOR

DEPREM BÖLGESİNDE
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
UZMANLIK EĞİTİMİ NASIL?

Linet Multicare X En Üst Düzey Yoğun Bakım Yatağı



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

%67

Daha az kuvvetle
Hastayı lateral tilt ile
döndürmek mümkün

%95

Memnuniyet oranıyla
yeni Opticare X
yüzüstü modu

%63

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

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

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 nebulizörü, 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

		Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modeli 11
	TTB’ye “İyi Hal Belgesi” Başvuru Sayısı Zirvede 16	
Tıbbi Cihaz Sektörü Ülke Ekonomilerinin Dinamosu 18		Son 20 Yılda Sağlık Politikalarının Panoraması 22
		Adıyaman, Hatay ve Kahramanmaraş’ta Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Nasıl? 30
	Pahalılık Nedeniyle Pediatriye İlaça Ulaşım Çok Zor 34	
Toplumsal Cinsiyete Dayalı İş Bölümü Kadınların Çalışma Hayatına Engel Oluyor 36	Liv Hospital’ı Online Gezme İmkânı 38	
		İLO: Küresel İstihdam Uçurumu Derinleşiyor 40
İÇİNDEKİLER		

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





Yurtdışında Görev Yapmak İsteyen Hekim Sayısı Arttı

Fatma Ergüzeloğlu

Türk Tabipleri Birliği, 15-31 Mayıs 2023 tarihleri arasında "İyi Hal Belgesi" almak için yapılan başvuru sayısının 144'e yükseldiğini açıkladı. Yurtdışında görev yapmak isteyen hekimlerden, mesleki faaliyetlerinin yürütümüne ilişkin olarak haklarında herhangi bir olumsuz kayıt bulunup bulunmadığı yönünde ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından istenen bu sicil bilgisi son yılların en yüksek rakamına ulaşmış vaziyette. 2023 Mayıs itibariyle 881 kişinin talep ettiği söz konusu belge, 2022'de 781 ve 2021'de 329 kişi tarafından talep edilmişti.

Sağlık hizmetlerinin Ekonomik Politikası

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin payı yıllar içinde düzenli olarak artarken, devletin payı azalıyor. Son 20 yıla bakıldığında, devletin sağlık hizmetleri alanındaki finansal sorumluluklarının büyük bölümünü çalışanların üzerine yüklediği görülüyor. Genel sağlık sigortası kapsamında alınan sağlık sigorta primi yanı sıra sağlık hizmeti sunumunda kişilere yönelik birçok yeni ödeme kalemi eklendi. TTB'nin yayımladığı Toplum ve Hekim dergisinin Mayıs-Haziran 2023 sayısında yer alan ve klinikiletişim okurları için derlediğimiz makaleler, Türkiye'nin son 20 yıldaki sağlık politikalarına ilişkin dikkat çekici bilgiler sunuyor. Sağlıkta reform programları, sağlık hizmetlerinin finansman modelleri, toplam ve cari sağlık harcamaları ile genel sağlık sigortası fon gelir ve giderleri ile AKP hükümetlerinin özel hastanelerle Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden kurduğu ilişki biçimi günümüz sağlık politikalarının başlıca belirleyicileri arasında yer alıyor.

Özel Hastaneler ve SGK

1995 yılına kadar olan "Butik Özel Hastaneler Dönemi", 1996-2005 yılları arasında, 5510 sayılı SSGSS Yasası'nın kabulüyle değişti ve Sosyal Güvenlik Kurumunun özel hastanelerden hizmet satın alımı önündeki engel kaldırıldı. Günümüzde "Mega Özel Hastaneler Dönemi" olarak adlandırılan bugün ise özel hastanelerden en büyük hizmet alıcısı doğrudan kişiler değil, SGK'dır. SGK, tedavi harcama giderlerinin 2009 yılında %30.9'unu, 2015 yılında %23.9'unu, 2021'de %19,6'sını ve 2022 yılında da %17,9'unu satın almıştır.

Koruyucu Ağız Dış Sağlığı Politikalarına İhtiyacımız Var

Türkiye'de son 20 yılda ağız ve diş sağlığı alanında uygulanan politikaların eğitim, çalışma ve halk sağlığı alanına etkilerinin detaylıca değerlendirildiği bir başka makalede, ulusal bir koruyucu ağız dış sağlığı politikası oluşturulması gerektiği vurgulandı. Performans yönetmeliğindeki haksız uygulamalar ile uzman diş hekimleri ile diş hekimlerinin arasındaki iş barışının bozulduğu belirtilerek, "Performans sistemi hekimlerin tedavi planlarını şekillendirmekte, hatta hasta seçmeye yönlendirmektedir. Bir grup hekim, daha basit, az zaman gerektiren, puanı yüksek işlemleri tercih etmekte; zor, komplikasyon riski yüksek, hastaya rahatsızlık verebilecek ve buna bağlı olarak da şikâyet edilmesine yol açabilecek veya puanı düşük tedavileri yapmaktan kaçınmaktadır. İngiltere'de benzer finansal teşviklerin hizmet sunumuna etkisi değerlendirildiğinde diş çekimi gibi daha az zaman gerektiren işlemlerin arttığı, kanal tedavisi gibi daha uzun zaman gerektiren işlemlerin ise önemli bir azalma gösterdiği saptanmıştır" denildi.

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
Haziran-Temmuz 2023

klinikiletişim®, 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.

Johnson & Johnson

MEDICAL DEVICES COMPANIES

Yaşadığımız toplumun sağlığı ve geleceği için hayata dokunuyoruz.

Hastaların ve sağlık çalışanlarının yaşam kalitesini arttırmak ve dokunduğumuz her hayatı güzelleştirmek için paydaşlarımıza güçlü çözüm ortaklıkları sunuyoruz.

Tüm iş birliklerimizde hastayı odağımıza koyarak, yenilikçi ürünler ve fikirler sunmayı, güvenilir ve ulaşılabilir olmayı önceliklendiriyoruz.

Kardiyovasküler hastalıklar, minimal invaziv çözümler, açık cerrahi çözümleri, beyin cerrahisi, ileri sterilizasyon ürünleri, kanama durdurucular ve meme estetiği gibi başlıca alanlarda köklü geçmişimizden aldığımız güçle bugünün sağlığı ve yarının geleceği için çalışıyoruz.



[in klinikiletisim dergisi](#)
[@klinikiletisim](#)
[f klinikiletisim dergisi](#)
[Turkcell Dergilik](#)

ARTIS icono

Gerçek bir inovasyon ikonu.

Yeni ARTIS icono, görüntü kalitesi ve sistem performansı olarak ilham veren bir standart olma yolunda ilerliyor.⁽¹⁾ Structure Scout adı verilen materyale özel görüntüleme ve yeni roadmap özelliklerini içeren OPTIQ adı verilen kontrast destekli görüntü zinciri sayesinde yüksek çözünürlüklü görüntü kalitesi sunarken, şimdiye dek görülmemiş CT görüntülerinin alınmasına imkan sağlıyor.^(2,4) DynaCT HighSpeed özelliği ile çok daha hızlı ve kaliteli, hareket artefaktını otomatik olarak azaltarak CT görüntüsü alınmasını sağlıyor.^(1,2) İnme hastalarının direkt anjiyografi odasına alınmasını sağlayarak girişimin çok daha hızlı gerçekleştirilmesine imkan veriyor.⁽³⁾ Akıllı algoritmaları sayesinde, hastaya özel en uygun görüntü kalitesi ve doz dengesini sağlayarak kontrast destekli üst düzey görüntü kalitesi ortaya çıkarıyor.^(1,2) Yeni Artis Icono, inme gibi zamanla yarışılan alanlarda hasta hayatını kurtarmaya yönelik uygulamalar taşıyor. Böylelikle zaman engelini en aza indirmeye yardımcı oluyor.⁽³⁾

siemens-healthineers.com/artis-icono



Referanslar

- ¹ ARTIS icono Datasheet
- ² ARTIS icono Neuro Brochure Page 6-7
- ³ Psychogios MN et al., Stroke 2017; 48(11):3152-3155
- ⁴ M. Dehairs et al., Implementation of a spatio-temporal figure of merit for new automatic dose rate control regimes in dynamic X-ray imaging. Phys Med Biol. 2019 Feb 5;64(4).

**“ÖZEL HASTANELERDE
MÜRACAAT BAŞINA ORTALAMA
MALİYET
DEVLET HASTANELERİNE GÖRE,
2019 YILINDA %243,
2020’DE %253 VE
2021 YILDA DA %255
DAHA FAZLADIR”**



Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modeli

“Hastane türüne göre müracaat başına SGK’ye ortalama hasta maliyeti, ikinci basamak devlet hastanelerinde 51,9 TL, özel hastanelerde ise 126,0 TL, 2020 yılında aynı sırayla 71,8 TL, 181,5 TL ve 2021 yılında da 79,4 ile 202,6 TL’dir”

TTB’nin yayımladığı Toplum ve Hekim dergisinin Mayıs-Haziran 2023 sayısında yer alan ve Prof. Dr. Onur Hamzaoğlu tarafından hazırlanan “AKP’li Yıllarda Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Neoliberal Kamu Sağlık Sigortası Modeli” başlıklı dosyada öne çıkan hususları, klinikiletişim okurları için derledik.

Makale; altı başlık altında neoliberal kapitalizm, sağlıkta reform programı, sağlık hizmetlerinin finansman modelleri, toplam ve cari sağlık harcamaları ile genel sağlık sigortası fon gelir ve giderleri ile AKP hükümetlerinin özel hastanelerle Sosyal Güvenlik Kurumu üzerinden kurduğu ilişki biçimi sayısal verilere dayalı olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin payı yıllar içinde düzenli olarak artarken, devletin payı azalmaktadır.

Sağlık Sistemlerinin Dört Temel Bileşeni

Sağlık sistemleri genel olarak emek gücü, örgütlenme, hizmet sunumu ve finansman başta olmak üzere, dört temel başlık altında incelenmektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık sistemleri dört temel bileşenden oluşmaktadır. Bu dört bileşenin her biri ayrıca yapısal özelliklerine göre kendi içinde de alt gruplara ayrılmaktadır. Örneğin sağlık hizmetlerinin finansmanında, gerçekleştirilen sağlık harcamalarının kaynağı dikkate alındığında, üç farklı modelin varlığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için herhangi bir biçimde kaynak ayrılmayıp, kişilerin kendileri tarafından karşılanması “Kaynak Yok” olarak adlandırılmaktadır. Bu finansman modelinde yurttaşların, kullandıkları her bir hizmet karşılığında ceplerinden harcama yapması zorunludur. Ve ancak, satın alabildikleri kadar sağlık hizmetine ulaşabilmektedirler.

İkincisi, “Genel Bütçe”dir. Beveridge modeli olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık risklerinin kolektif riskler olarak kabulünün de bir sonucu olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanı hükümet ve/veya yerel yönetimler aracılığı ile genel bütçeden, doğrudan devlet tarafından karşılanır.

Üçüncüsü ise “Sağlık Sigortası”dır. Sağlık sigortası, gelecekteki sağlık risklerine karşı bir ön ödeme planıdır. Kamu ve özel sağlık sigortası olmak üzere, birbirinden farklı iki tipi vardır.

Kamu Sağlık Sigortası

Birincisi, ilk kez 19. yüzyılda uygulanmaya başlayan, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ve finansmanının kısmen de olsa kamusallaşmasını sağlayan “kamu sağlık sigortası”dır. Bismarck Modeli olarak da bilinen bu modelde sigortalılık, genellikle toplumun belirli bir gelir düzeyinin altında olanları için zorunludur. Düzenli aylık geliri olanları (çalışanları) ve onların ailelerini (bakmakla yükümlü oldukları kişileri) kapsar. Gelire orantılı (düşük maaşı/ücreti olan az, yüksek maaşı/ücreti olan fazla) prim ödenir ve prim miktarı sağlık riskleriyle ilişkisizdir. Başka bir ifadeyle, sigortalıların ücretlerinden/maaşlarından kesilen primin miktarına bakılmaksızın, kamu sigorta kapsamındaki herkes ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler sunulmakta/ sigortanın kapsamında olan bütün hizmetlerden yararlanabilir. Sağlık hizmeti kamu sigorta kurumunun kendisi tarafından sunulabilir (direkt sistem), kurum sağlık hizmetini satın alabilir (indirekt sistem) ya da hem sağlık hizmeti üretilir hem de sağlık hizmetini üreten kamu ya/ya da özel sağlık kuruluşlarından satın alabilir (karma sistem). Kişi çalıştığı-primi kesildiği (ödediği) sürece sağlık hizmeti kapsamındadır. Örneğin, Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), kamu sigortası kapsamındaki hak sahiplerine, 2005 yılında hastaneleri Sağlık Bakanlığı’na devredilene kadar, hem kendi hastanelerinde (direkt sistem) sağlık hizmetini kendisi üreterek (direkt sistem) hem de Sağlık Bakanlığı, devlet üniversitesi ya da özel hastanelerden ve görüntüleme merkezlerinden hizmet satın alarak (indirekt sistem) her iki biçimde hizmet sunmuştur. Kamu sağlık sigortası modelinde çalışma dönemi sonunda emeklilik hakkı kazananlar, genellikle bu dönemde prim ödemediği kapsamda kalır ve hizmetten yararlanır. Bu modelde, çoğu zaman devlet de sağlık için oluşturulan bu fona genel bütçeden düzenli katkıda bulunmaktadır.

Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortasında ise yalnızca sigortalanan prim öder. Özel sağlık sigortasında, kamu sağlık sigortasında olduğu gibi, sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin herhangi bir hakkı bu değildir. Her birinin ayrı ayrı sigortalınması gerekir. Ayrıca, özel sağlık sigorta modelinde prim miktarı sağlık risklerine göre

“1975 yılında 79, 1996 yılında 159, 2004 yılında 253 olan özel hastane sayısı, 2008 yılında 400’e, 2011 yılında 503’e, 2018 yılında da 577’ye ulaşmıştır. COVID-19 pandemisinin başladığı 2020 yılında özel hastane sayısı 566’ya kadar gerilerken, 2021 yılında 571’e yükselmiştir”

belirlenir ki bu uygulama aktüeryal sistem olarak adlandırılmaktadır. Sigorta kapsamına alınacak sağlık risklerinin kapsamı arttıkça, sigortalının ödeyeceği prim miktarı da artar. Prim miktarı, sigorta yaptıracak kişinin demografik ve sağlık özelliklerine (yaş, hastalık durumu vb.) göre farklılık gösterir. Hastalanma riski yüksek olanlar (hizmetten daha fazla-daha sık yararlanma potansiyeli taşıdıkları gerekçesiyle) diğerlerinden yüksek prim öder. Fon yönetimi, diğer bir ifadeyle, sağlık sigorta şirketleri özeldir ve sigortalıları için özel ya da kamu sağlık kuruluşlarından hizmet satın alır. Sigortalı ile fon yönetimi (sağlık sigorta şirketi) arasındaki sözleşme genellikle bir yıl ile sınırlıdır. Sözleşmenin süresi bittiğinde, tarafların kararı ile yenilenmesi gerekir. Sigorta şirketi de sözleşmeyi yenilememe hakkına sahiptir. Özellikle hastalanma riski (hizmet kullanma olasılığı) artan sigortalılar bu tür sorunları yaygın olarak yaşamaktadır. Sigorta şirketleri, sigortalılar arasında, sigortalılık döneminde, yeni kronik bir hastalık tanısı alanlardan poliçeyi yenileme döneminde, aynı teminat paketi için daha yüksek prim talep etmekte ya da kanser vb. maliyeti yüksek hastalığı tespit edilmiş kişilerin sigortalılığını yenilemeyebilmektedir. Günümüzde sağlık hizmetlerinin finansmanında tek bir modelin uygulandığı ülke bulunmamaktadır.

SSK, ES ve Bağ-Kur Birleştirildi

Türkiye’de 20 Mayıs 2006 tarihinde, 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası” ile üç kamu sosyal güvenlik kurumu (SSK, ES ve Bağ-Kur) birleştirilerek, tek bir kurum haline getirilmiştir. Yeşil kart kapsamındaki kişiler için de yapılan gelir testi sonrasında hanede yaşayanların kişi başı gelir ortalaması net asgari ücretin üçte birinin altında olması halinde herhangi bir prim ödemeksizin 60/C-1 yeni adıyla sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı bir kurum olup, diğer kamu sigorta kollarının (emeklilik, analık, malullük vb.) primleriyle birlikte, sağlık sigorta primlerini de toplamakta ve sigorta kapsamındakiler için Sağlık Bakanlığı, özel (vakıf üniversite hastaneleri de dâhil) ve devlet üniversitesi hastanelerinden tedavi edici sağlık hizmeti, eczanelerden ilaç, gözlükçülerden gözlük, medikal firmalarından da sigortalılar için ortez, protez ve tıbbi malzeme satın almaktadır. Diğer bir ifadeyle, daha önce üç ayrı kurum tarafından gerçekleştirilen sağlık harcaması, Mayıs 2006’da SGK’nin kurulmasının ardından ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa’nın (SSGSS) uygulamaya girdiği tarihten itibaren tek elden yapılmaktadır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası

SSGSS Yasası, 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilip, 1 Ocak 2007 tarihi itibarıyla uygulamaya girmesi öngörülmesine karşın, Anayasa Mahkemesi tarafından

bazı maddelerinin iptal edilmesi nedeniyle, önemli bir bölümü ancak, 1 Ekim 2008 tarihinde, tamamı ise 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla uygulamaya girmiştir. Ekim 2008 tarihinden itibaren, 5510 sayılı SSGSS Yasası’nın uygulamaya giren hükümleri ile birlikte, Türkiye’de sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için bazı istisnalar dışında, yurttaşlara sağlık primi ödemesi koşulu getirilmiştir. Yine bu Yasa ile Türkiye’de sağlık hizmeti sunumu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel (vakıf üniversite hastaneleri dâhil) hastaneler tarafından sunulurken, bu kurumlardan en büyük hizmet alıcısı da SGK olmuştur. SGK, prim topladığı sigortalılarının tedavi hizmet giderlerini belirli koşullar kapsamında bu kuruluşlara ödemektedir. Bunun dışında ilaç giderleri de yine bu kurum tarafından belirli koşullar altında ödenmektedir. Devlet memurlarının sağlık giderleri ilgili bakanlıkların bütçelerinden karşılanmaktadır. Emekli olduktan sonra ise aktif çalışırken ödemiş oldukları prim karşılığında SGK (ES) tarafından karşılanmaktadır.

Neoliberal Kamu Sağlık Sigortası Modeli

Sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerini kullananlar tarafından dolaylı ya da doğrudan yapılmasının sağlanması ve sağlık hizmet sunumunun toplumsal bölüşümün yeniden düzenlendiği alan olmaktan çıkartılıp, birikim alanına dönüştürülebilmesi için Türkiye’de de onlarca ülkede olduğu gibi Dünya Bankası ve (AKP) Hükümetler(i) eliyle planlanıp uygulamaya konan sağlık hizmetlerinin finansman modeli “neoliberal kamu sağlık sigortası modeli” olarak adlandırılabilir. AKP eliyle uygulamaya konan finansman modelinin, kamu sağlık sigortacılığı olduğu zannedilebilir. Oysa, uygulamaya konan ve adına genel sağlık sigortası (GSS) sistemi dedikleri model, literatürde ve uygulamadaki bilinen haliyle kamu sağlık sigortası modelinin oldukça dışındadır. Öncelikle, düzenli sağlık primi ödüyor olmak ya da sağlık sigortası prim borcu olmaması sağlık hizmetini kullanabilmek için yeterli değildir. Hizmeti kullanabilmek için “reçete katılım payı”, “muayene katılım payı”, “ilaç katılım payı” ve “ilaç fiyat farkı” gibi sayısı 10’u geçen başlıkta ek ödeme yapmak zorunluluğu bulunmaktadır. Ayrıca, kamu sağlık sigorta sisteminin temel özelliklerinden birisi olmasına karşın, AKP’nin Dünya Bankası (DB) iş birliği ile kurduğu GSS modelinde, sigorta prim miktarı gelire orantılı değildir (Ayrıca, SGK, 5510 sayılı SSGSS Yasası’nın 68. maddesinde yer alan, kendisine tanınan düzenleme yetkisine dayanarak çıkartılan tebliğler aracılığıyla, her istediği zaman ve miktarda katılım payı miktarlarını değiştirebilmektedir. Ve bugüne kadar gerçekleştirilen bütün uygulamalar sigortalıların (çalışanın, emekçinin, işçinin) aleyhinde olmuştur.



“Kamu sosyal güvenlik kurumları, tedavi harcama giderlerinin 2004 yılında %12.6’sı ile özel hastanelerden sağlık hizmeti satın alırken, 2009 yılında %30.9’u, 2015 yılında %23.9’u, 2021’de %19,6’sı ve 2022 yılında da %17,9’u ile tedavi edici sağlık hizmeti satın almıştır”

Sağlık Harcamalarının GSYG İçindeki Payı

Türkiye’de toplam sağlık harcamasının gayri safi yurt içi gelir (GSYG) içindeki payı (orantısı) 1999 yılında %4,8 ve 2002 yılında %5,4, iken AKP’li ilk yıl olan 2003’de %5,3 olarak gerçekleşmiştir. Daha sonra, 2008 ve 2009 yıllarında %6,1 ile tarihinin en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Bununla birlikte, yalnızca AKP’li yılların değil, son 20-25 yılın da en düşük payı 2018’de %4,4 ile gerçekleşmiştir. AKP’li yıllarda ülke genelinde gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının GSYG içindeki payı beş dönemde incelenebilir. Hükümet olduklarının ilk yıllarında başlayan ve düzenli olarak artışın yaşandığı 2003-2009 dönemi, hızlı düşüşün yaşandığı 2010-2012 dönemi ve 2013-2015 yılları da yeniden yükseliş dönemi ki bu dönemde ancak birinci dönem olarak adlandırdığımız sekiz yıllık dönemin ilk yarısındaki (2003-2005) seviyesindeki paya ulaşılabilmiştir. Ardından, 2016-2019 yılları arasında yeniden azalma gerçekleşmiştir. Söz konusu pay, beşinci dönem olarak adlandıracağımız ve sağlık harcamalarının tüm dünyada zorunlu olarak artırıldığı COVID-19 pandemisinin başladığı ve dünya ile birlikte Türkiye’yi de alevleri içine aldığı yıl olan 2020’de %5,0, 2021’de ise ancak %4,9 ola-bilmiştir. AKP’li bütün yıllarda, Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının GSYG’deki payı OECD ve AB ülke ortalamalarının her zaman gerisinde kalmıştır

TÜİK İstatistik Hesaplama Yöntemi 2012’de Değişti

Türkiye’de ilgili kamu kurumlarının sağlık harcamaları ile ilgili düzenli olarak veri-bilgi paylaşımı, 2010 yılından itibaren, başlangıçta geriye dönük olarak-önceki yıllar için, TÜİK tarafından “Sağlık Harcama İstatistikleri” başlığını taşıyan haber bültenleri aracılığıyla, hemen her yıl gerçekleştirilmektedir. TÜİK, 2010 yılında 1999-2007 yılları için, 2011 yılında 2008 yılı için, 2013 yılında 2009-

2012 yılları için benzer hesaplama yöntemini kullandığı verileri paylaşırken, Kasım 2014’te yayımladığı 2012 ve 2013 yıllarına ait sağlık harcama verilerinin hesaplanmasında, önceki yıllardan farklı, yeni bir hesaplama yöntemi kullandığını belirtmiştir. Durum böyle olunca, 2012 yılı verilerinin her iki yöntemle hesaplanmış sonuçlarına ulaşması mümkün olmuştur. Söz konusu yıl için ilk hesaplamada, toplam sağlık harcaması 72 milyar 820 milyon TL olarak yer almakta ve bu harcamanın yalnızca %4.53’ünün sağlıkta yatırım için kullanıldığı bildirilmektedir. Daha sonra yapılan hesaplama sonuçlarına göre, 2012 yılında gerçekleşen toplam sağlık harcamasının 2 milyar 532milyon TL azaltılarak, 70milyar 288milyon TL olduğu açıklanmıştır. Bununla birlikte, yatırım harcamalarının payı, önceki hesaplamaya göre, %16.1’lik bir artışla, %5.26 olarak gerçekleştiği belirtilmiştir.

Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları

İlk aşamada, 1999-2012 dönemi için değerlendirdiğimizde, 2000 yılındaki toplam sağlık harcamasının bir önceki yıla göre %40 artarak gerçekleşmesine karşın, bir önceki yıla göre artış; 2003 yılında %23, 2008 yılında %12, 2012 yılında ise %10 olmuştur. Bu durum, toplam sağlık harcamalarındaki artışın yıllar içinde giderek azalmakta olduğunu göstermektedir. Toplam sağlık harcamaları içinde yatırım harcamalarının payı 2008 yılına kadar düzenli olarak artış göstermesine rağmen, 2009 yılında gerçekleşen keskin bir düşüş ile birlikte, azalmaya başlamıştır. İkinci aşamada, 2012-2019 dönemi için toplam sağlık harcamalarında bir önceki yıla göre artışın ortalama %13’lere ulaştığı, yatırım harcamaları için ayrılan payın da %6’nın üzerine yükseldiği izlenmektedir. Dünya ve Türkiye için özel bir dönem olan COVID-19 pandemisinin ilk yılında toplam sağlık



“Düzenli sağlık primi ödüyor olmak ya da sağlık sigortası prim borcu olmaması sağlık hizmetini kullanabilmek için yeterli değildir. Hizmeti kullanabilmek için reçete katılım payı, muayene katılım payı, ilaç katılım payı ve ilaç fiyat farkı gibi sayısı 10’u geçen başlıkta ek ödeme yapmak zorunluluğu bulunmaktadır”

harcamalarındaki artış %20, ikinci yılında %29 olarak gerçekleşmiştir. Yıllar içindeki seyir izlendiğinde, son iki yıldaki olağan olmayan artış oranlarının hızla gerileyeceği öngörülebilir.

Cepten Harcamalar Yıllar İçerisinde Artmakta

Türkiye’de, 2003-2012 yılları arasında toplam kamu harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı, son olarak 2012 yılına ait verilere ulaşılabilir olmasına karşın, özellikle 2006 yılından itibaren düzenli olarak azalmaktadır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Mehmet Müezzinoğlu’nun, TBMM’deki “Sağlık Bakanlığı’nın 2014 Yılı Bütçesi” sunumunda gösterdiği 22 ve 23 numaralı grafiklerdeki veriler üzerinden yapılan hesaplamaya göre, kamu sağlık harcamalarının faiz dışı kamu harcamaları içindeki payı 2003 yılında %14,7, 2004 yılında %15,2 ve 2006 yılında da %16,4 iken, 2008 yılında %15,2’è, 2009 yılında %14,3’è, 2010 yılında %13,0’è ve 2012 yılında ise %11,7’ye gerilemiştir.

Aynı veri kaynakları kullanılarak, faiz dışı genel kamu harcamalarında 2012 yılında 2003 yılına göre artışın %104’è ulaştığı, kamu sağlık harcamalarında ise %62’de kaldığı hesaplanmıştır. Bu durum, söz konusu yıllar içinde, Türkiye’de sağlık harcamalarında gerçekleşen artışın kaynağının kamu değil, kişiler/cepten harcamalar olduğunun bir göstergesi olarak ele alınmalıdır.

Sağlık Harcama İstatistikleri

TÜİK’in haber bültenlerinde sunduğu Sağlık Harcama İstatistikleri başlıklı tablolarında harcamaların kaynağı, a) Genel Devlet ve b) Özel Sektör, harcama alanları ise a) Cari b) Yatırım harcamaları olarak gruplandırılmaktadır. “Genel Devlet” merkezi devlet, yerel devlet ve sosyal güvenlik, “Özel Sektör” ise hane halkları, sigorta

şirketleri ve diğer başlıklarından oluşmaktadır. Sosyal güvenlik başlığı üzerinden sağlık harcaması yapan sadece SGK’dır. SGK, tarafından esas olarak sadece cari sağlık harcaması gerçekleştirilmekte, anlamlı büyüklükte sağlık yatırım harcaması yapılmamaktadır. SGK tarafından gerçekleştirilen cari sağlık harcamasının, Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payı yıllar içinde artmıştır. Türkiye’de sosyal güvenlik kurumlarının, 2006 yılından itibaren de SGK’nın yaptığı cari sağlık harcamasının, Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payı 1999 yılında %54,6, 2002 yılında %53,4 iken, AKP hükümetleriyle birlikte, hızlı bir artış gerçekleşmiştir. Genel Devlet cari sağlık harcamaları içinde SGK’nın payı 2003 yılında %62,1’è, 2004 yılında ise %63,4’è yükselmiştir. Söz konusu artış, 2010 yılında %65,5’è ve 2011 yılın-da %65,8’è, 2013’de %73,9 ile zirvesine ulaşmıştır. Daha sonraki yıllarda da %70’in altına düşmemiştir. AKP hükümetleri, SGK’nın Genel Devlet cari sağlık harcaması içindeki payını %50’ler civarında almış, 2013 yılında %74’è ulaştırmıştır. COVID-19 pandemisinin ortaya çıktığı 2020 ve devamındaki 2021 yılında salgınla mücadelede aşı başta olmak üzere, merkezi devlet sağlık harcamaları zorunlu olarak arttığından, SGK’nın payında görece bir azalma yaşanmıştır. Bu nedenle son iki yılı dışarda tuttuğumuzda, yayımlanan veriler AKP hükümetlerinin sağlık hizmetleri için devlet tarafından gerçekleştirilen harcamaları SGK’nın üzerinden yürütmüş olduğunu göstermektedir

SGK ve Özel Hastaneler

AKP’li yıllardan önce, 1995 yılına kadar kamu sosyal güvenlik kurumlarının özel hastanelerden hizmet satın alması söz konusu olmamıştır. Ancak, 1996-2005

“Katılım payları başta olmak üzere, birçok yeni ödeme kalemi ile sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin payı yıllar içinde sürekli olarak artarken devletin payı azaltılmıştır”

yıllarında bazı kamu sosyal güvenlik kurumlarının özel hastanelerden çeşit/kalem olarak az sayıda da olsa toplam cirosu yıllar içinde artan sağlık hizmetini satın almaya başlaması ile özel hastanelerin hem sayıları çoğalmış hem de ülke genelindeki dağılımları yaygınlaşmaya başlamıştır.

1995 Yılına Kadar “Butik Özel Hastaneler Dönemi”

Özel hastaneler açısından, 1995 yılına kadar olan dönem “Butik Özel Hastaneler Dönemi”, 1996-2005 yılları arasındaki dönem ise “Geçiş Dönemi” olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte, 5510 sayılı SSGSS Yasası’nın kabulüyle kamu sosyal güvenlik kurumlarının özel hastanelerden tedavi hizmeti satın alması önündeki engel kaldırılıp, o zamana kadar çok büyük bölümü Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri eliyle sunulan yataklı tedavi hizmetleri, özel hastaneler eliyle de sunulmaya başlanmıştır. Çünkü AKP hükümetleri, kuruluşları için uyguladığı teşviklerin yanı sıra, “pazarda alan açmak, müşteri bulmak” için de özel hastane işletmelerine büyük destekler sunmuştur. SGK aracılığıyla, sağlık sigortası kapsamındakiler için hem hizmet satın almada özel hastaneleri tercih etmiş (kamu sağlık sigorta kurumunun özel sektörden hizmet satın alması) hem de fark ücreti vb. uygulamalarla özel hastaneleri diğerlerine göre önceleyen bir tutum takınmıştır.

“Mega Özel Hastaneler Dönemi”

Sistemli bir biçimde hayata geçirilen uygulamayla, ülkenin hemen hemen her yerinde ve öncelilere göre, daha büyük yatak kapasiteli özel hastaneler kurulmuştur. “Mega Özel Hastaneler Dönemi” olarak adlandırılan üçüncü ve son dönemde ise özel hastanelerden en büyük hizmet alıcısı doğrudan kişiler değil, SGK olmuştur. Olmaya da devam etmektedir. Kamu sosyal güvenlik kurumları, tedavi harcama giderlerinin 2004 yılında %12.6’sı ile özel hastanelerden sağlık hizmeti satın alırken, 2009 yılında %30.9’u, 2015 yılında %23.9’u, 2021’de %19,6’sı ve 2022 yılında da %17,9’u ile tedavi edici sağlık hizmeti satın almıştır. Başka bir ifadeyle, AKP hükümetleri topladığı primleri özel hastane patronlarına aktarmanın mekanizmasını kurmuştur. Böyle olunca, 1975 yılında 79, 1996 yılında 159, 2004 yılında 253 olan özel hastane sayısı, 2008 yılında 400’è, 2011 yılında 503’è, 2018 yılında da 577’ye ulaşmıştır. Bununla birlikte, COVID-19 pandemisinin başladığı 2020 yılında özel hastane sayısı 566’ya kadar gerilerken, 2021 yılında 571’è yükselmiştir.

SGK’nın Özel Hastanelerden Hizmet Satın Alımı

Kamu sağlık sigorta kurumu SGK, tedavi edici sağlık hizmetlerini, daha pahalı olmasına karşın, özel sektörden/hastanelerden satın almayı tercih etmektedir.

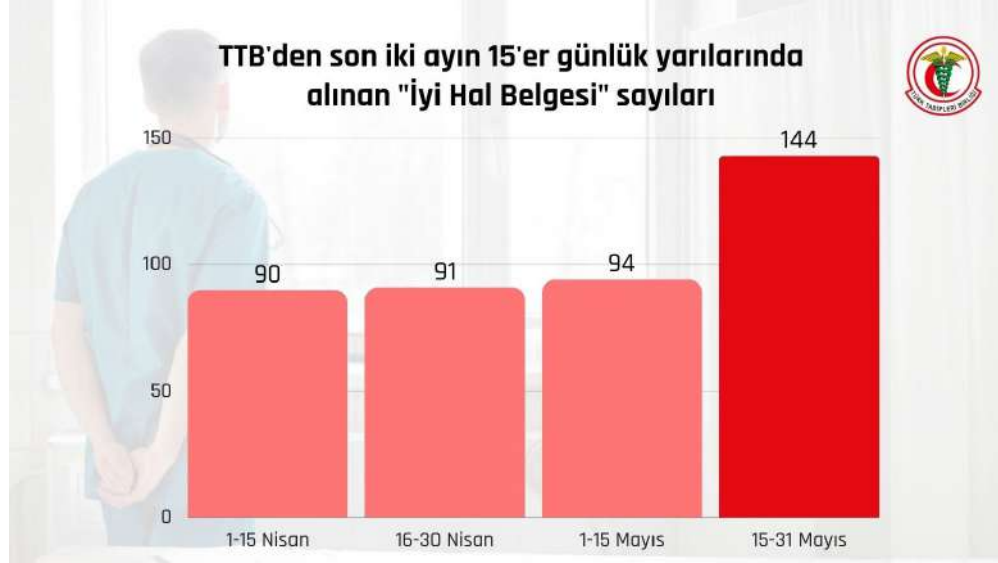
Örneğin, 2019 yılı verilerine göre, hastane türüne göre müracaat başına SGK’ye ortalama hasta maliyeti ikinci basamak devlet hastanelerinde 51,9 TL, özel hastanelerde ise 126,0 TL, 2020 yılında aynı sırayla 71,8 TL, 181,5 TL ve 2021 yılında da 79,4 ile 202,6 TL’dir. Özel hasta-nelerde müracaat başına ortalama maliyet devlet hastanelerine göre, 2019 yılında %243, 2020’de %253 ve 2021 yılda da %255 daha fazladır. Söz konusu farka rağmen, AKP hükümetlerinin SGK eliyle özel hastaneleri tercih etmesinin, hamilik yapmasının anlamı sözcüsü oldukları sınıfın çıkarlarına ne pahasına olursa olsun hizmet etmek ödevinin benimsenmiş olmasından başka hiçbir şeyle açıklanabilir gibi değildir.

Haziran 2003: Sağlıkta Dönüşüm Programı

1980’li yılların başında, DB tarafından, tüm ülkelerde var olduğu tanımlanan “sağlık krizi”nin çözümü için önerilen sağlık hizmetleri finansman modeli, Haziran 2003 tarihinde AKP Hükümeti tarafından gündeme getirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın da temel belirleyeni olmuştur. Türkiye’de, AKP’den önce sağlık hizmetlerinin finansmanında birbirine paralel olarak kullanılmakta olan genel bütçe ve kamu sigortası modeli, 2008 yılından itibaren yerini “neoliberal kamu sigortacılığı” modeline bırakmıştır.

GSS Primi Ödemek Yeterli Değil

Bu modelin uygulanması ile AKP’li 20 yılın sonunda, devlet, sağlık hizmetleri alanındaki finansal sorumluluklarının büyük bölümünü çalışanların üzerine yüklemiştir. Sağlık sigorta primi adı altında, yeni bir vergi toplamaya başlamıştır. Bununla birlikte, sağlık sigortası kapsamında olabilmek için düzenli olarak ödemek gereken genel sağlık sigortası primi sağlık hizmetlerine ulaşabilmek, hizmeti kullanabilmek için yeterli olmamaktadır. Yani sıra, sigorta kapsamındaki sağlık hizmetlerini kullanabilmek için prim ödemesine ek olarak, katılım payları başta olmak üzere, birçok yeni ödeme kalemi ile sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin payı yıllar içinde sürekli olarak artarken devletin payı azaltılmıştır. Türkiye’de AKP’li yıllarla birlikte, sağlık hizmetleri finansmanında “kişiden/cepten devlete, devletten patrona” mekanizması kurulmuş ve işletilmektedir. Öyle ki AKP hükümetleri tarafından yasal zorunluluk yaratılarak kişilerden toplanan primlerle oluşturulan GSS fonu, devlet eliyle özel hastaneleri teşvik etmek için kayırmacı bir biçimde kullanılmaktadır.



TTB'ye "İyi Hal Belgesi" Başvuru Sayısı Zirvede

Türk Tabipleri Birliği (TTB), 15-31 Mayıs 2023 tarihleri arasında "İyi Hal Belgesi" almak için yapılan başvuru sayısının 144'e yükseldiğini açıkladı. Özellikle yurtdışında görev yapacak olan hekimlerden, mesleki faaliyetlerinin yürütümüne ilişkin olarak haklarında herhangi bir olumsuz kayıt bulunup bulunmadığı yönünde ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından, bir sicil bilgisi istenmektedir. Tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de hekimlerin mesleki denetimleri meslek kuruluşu tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle ilgili kurumlar, hekimler hakkındaki sicil belgelerini hekimlerin meslek örgütü olan Türk Tabipleri Birliğinden istemektedirler.



TTB'den "İyi Hal Belgesi" almak için yapılan başvuru sayıları 2023 yılında son 11 yılın zirvesine ulaştı. 2023 yılında 851 kişi başvuruda bulundu. Bu yılın Mayıs ayının ilk yarısında başvuru sayısı 144 olarak kaydedildi.



Johnson & Johnson MedTech
Türkiye Genel Müdürü Ceylan Yokuş

Tıbbi Cihaz Sektörü Ülke Ekonomilerinin Dinamosu

“Tıbbi cihaz sektörü yüksek büyüme hızı ile ekonomilerin dinamik sektörlerinden biri olarak konumlanıyor. Pazar büyüme hızı da yüksek olduğundan, pazar trendlerinde ortalamanın üzerinde bir performans sergiliyor, dolayısıyla ekonomiye dinamizm getiriyor”

Johnson & Johnson MedTech Türkiye Genel Müdürü Ceylan Yokuş,
klินิกiletişim’in sorularını yanıtladı.

Kendinizden ve kariyer yolculuğunuzdan kısaca bahseder misiniz?

1982 Antalya doğumluyum. Lise öğrenimini Antalya’da tamamladıktan sonra üniversite öğrenimime Boğaziçi Üniversitesi Kimya Bölümünden devam ettim, ardından da İspanya’da EADA Business School’da yüksek öğrenimimi Uluslararası Pazarlama üzerine yaptım. Hacettepe Tıp kökenli bir anne-babanın çocuğu olarak, her daim cerrahiye ilğim vardı dolayısıyla iş arayışımı medikal cihaz sektöründe yoğunlaştırdım. 2006 yılında Johnson & Johnson Medtech yolculuğuma satış temsilcisi olarak başladım. İlk 5 yıl Türkiye organizasyonunda

satış temsilcisi ve ürün müdürü olarak görev yaptıktan sonra, 2011 yılında Avrupada Bölge Pazarlama ekibine katıldım. 2013 yılında Türkiye ekibine dönerek önce satış müdürlüğü ardından iş birim direktörlüğü görevlerini üstlendim. Ardından bir 5 yıllık Global Stratejik Pazarlama ve Global R&D tecrübelerim oldu. Bu yolculuğumda sırasıyla Kuzey Kaliforniya, Londra ve Münih’te yasadım; Robotik Cerrahi ve Dijital Cerrahi üzerine farklı görevler üstlendim. Dünyanın farklı yerinden insanlarla çalıştım, hayatımın her döneminde hatırlayacağım paha biçilmez tecrübeler edindim.

klินิกiletişim®



“Endüstride aktif olmak, politikaları şekillendirmede takipçi olmak, paydaşlarımız ile iç içe olmak başlıca stratejilerimiz arasında. Yönetim ekibimiz ile kamu iletişimini çok önemsiyor ve önceliklendiriyoruz. Endüstride çok önemli rol oynayan, proaktif katkı sağlayan paydaşlarımız ile çalışmaya devam ederek sektörün şekillenmesinde oyuncu olmayı önemsiyoruz”

Göreve gelişiniz ile önümüzdeki dönem içerisinde hayata geçirmeyi planladığınız plan ve projeler nelerdir? Johnson & Johnson’a katmayı hedeflediğiniz değerler neler olacak?

Hepimizin bildiği üzere son yıllarda Türkiye, sağlık sektöründe en önde gelen ülkeler arasında yer alıyor ve yurt dışından da çok sayıda kişi tedavi amaçlı ülkemize geliyor; alanında yetkin hekimlerimiz ve endüstriye hizmet veren teknolojiler sayesinde insanlar sağlığına kavuşuyor. Bu anlamda Johnson & Johnson MedTech Türkiye organizasyonu olarak bizler de ülkemizde sağlık sektöründe her gün daha çok insanın hayatına dokunacak çözümler geliştiriyor ve bununla gurur duyuyoruz. Önümüzde çok hedef var, teknolojilerimizin hastalara erişimi ve hastalarımızın sağlıklarına kavuşması bizim için her şeyden değerli. Göreve gelişim ile benim için çok heyecan verici bir dönüşüm başlıyor, Türkiye’nin sağlıklı geleceğine katkıda bulunmak için şirketimizi; hekimlerimiz, sağlık çalışanlarımız ve hastalarımız için daha fazla etki yaratan bir konuma getirmek için tüm ekip var gücümüzle çalışarak, endüstride başarı hikayeleri yazmaya devam edeceğiz.

Johnson & Johnson MedTech olarak Türkiye için hedef ve stratejileriniz nelerdir?

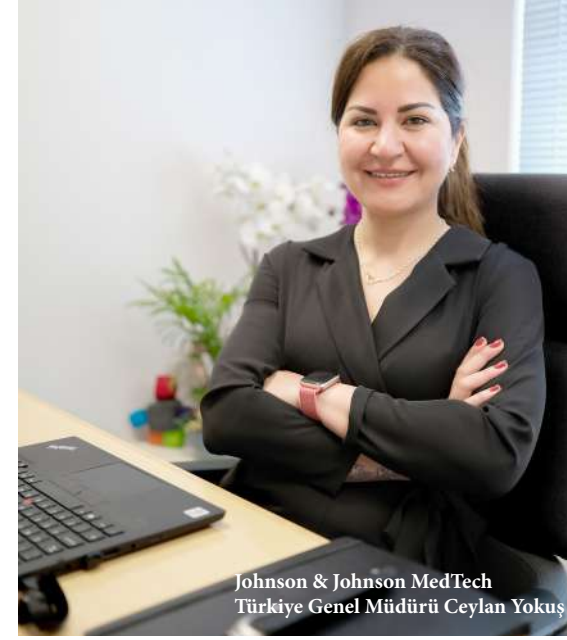
Katlanarak artan bir hızla ve sürekli olarak değişen düzen, hepimizi de gereken değişikliklere uymaya zorluyor. Firma ve oluşumlar, uyum ve hayatta kalabilmek için, hem çevre değişikliklerini önceden tahmin etmek,

hem de güçlü bir rekabet ortamında üstünlük sağlamak durumunda. Bana göre bir şirketin kültürü, kişilerin felsefesi, dünya görüşü, bakış açısı ile çok iç içedir. Şirketimizin kültürünü etkileyen en önemli nokta bana göre çalışanlarımız; onların nitelikleri, çalışkanlıkları ve iş birlikleridir. Geçtiğimiz yıl bu sayede gösterdiğimiz başarılar için bu sene de en başta hevesimiz aynı şekilde devam edecek, ben de bu anlamda elimden geldiğince ekibimizi desteklemeye gayret edeceğim. Ekiplerimiz ile omuz omuza çalışarak, en önemli öncelik olan ülke hastalarımıza en yeni ve yüksek teknolojiler ile çözüm oluşturmaya devam edeceğiz. Endüstride aktif olmak, politikaları şekillendirmede takipçi olmak, paydaşlarımız ile iç içe olmak önemli noktalardan bir diğeri. Yönetim ekibimiz ile kamu iletişimini çok önemsiyor ve önceliklendiriyoruz. Endüstride çok önemli rol oynayan proaktif katkı sağlayan paydaşlarımız ile çalışmaya devam etmek çok önemli, bu anlamda sektörün şekillenmesinde oyuncu olmayı önemsiyoruz.

Bir süredir yurt dışında görev yapan bir Türk iş kadını olarak uluslararası bir üretici markası olarak Türkiye ‘Tıbbi Cihaz’ endüstrisinde faaliyet göstermenin avantajlı, dezavantajlı noktaları, fırsat ve gelişim alanlarını nasıl değerlendirirsiniz, önerileriniz neler olabilir?

Küresel ekonomideki gelişmelere bakıldığında zaman ‘Tıbbi Cihaz’ sektörü çok ciddi büyüme gösteren alanlardan birisi olarak karşımıza çıkmış, teknolojik gelişmeler,

“Göreve gelişim ile benim için çok heyecan verici bir dönüşüm başlıyor; hekimlerimiz, sağlık çalışanlarımız ve hastalarımız için daha fazla etki yaratan bir konuma yükselmek için tüm ekip var gücümüzle çalışarak, endüstride başarı hikayeleri yazmaya devam edeceğiz”



Johnson & Johnson MedTech
Türkiye Genel Müdürü Ceylan Yokuş

“Ben ofisinde oturan bir lider değilim, hiçbir zaman olmadım. Bu yüzden haftanın yarısını ekibimizle birlikte sahada müşterilerimizi ziyaret ederek, geri bildirimlerini alarak; diğer yarısını ise ofiste toplantılar ve birebir görüşmeler yaparak planlıyorum. Benim en büyük motivasyon kaynağım insandır”

teşhis ve tedavi hizmetlerinin sunum şeklini ve kalitesini önemli ölçüde etkilemiş ve sağlık endüstrisini yeniden şekillendirmiştir. Son dönemdeki medikal gelişmeler teşhis, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı çok sayıda cihazın geliştirilmesini ve kullanıma sunulmasını mümkün kılmış ve bu destekle belirli hastalıkların tedavisinde önemli başarılar sağlanmıştır. Tıbbi cihaz denildiğinde çok fazla tür ve bunların alt gruplarından bahsetmiş oluyoruz. Sahip oldukları oldukça geniş ürün yelpazesi nedeniyle de tıbbi cihazların tanımı gibi sınıflandırılmalarında da farklı uygulama ve sistemler mevcuttur. Tıbbi Cihaz sektörü yüksek büyüme hızı ile ekonomilerin dinamik sektörlerinden biri, pazar büyüme hızı da yüksek olduğundan, pazar trendlerinde ortalamanın üzerinde bir performans sergilemektedir ve bu nedenle ekonomiye dinamizm getirir. Bir süredir yurt dışında görev yapan bir Türk kadını olarak ülkemizdeki sektör gelişmelerini özlemle takip etmiştim. Şimdi aynı heyecan ile ülke ve sektörüme katkı sağlamaya devam etmek beni oldukça heyecanlandırıyor.

Rutin bir iş gününün veya çalışma haftanız nasıl geçiyor? Çalışma hayatınızda beslendiğiniz, size iyi gelen motivasyon kaynaklarınız nelerdir?

Göreve 1 Mayıs 2023 itibarıyla başladığımdan ajandam oldukça yoğun bu sıra ancak bu çok heyecanlı ve mutlu bir yoğunluk. Ben ofisinde oturan bir lider değilim, hiçbir zaman olmadım. Bu yüzden haftanın yarısını ekibimizle birlikte sahada müşterilerimizi ziyaret ederek, geri bildirimlerini alarak; diğer yarısını ise ofiste toplantılar ve birebir görüşmeler yaparak planlıyorum. Benim en büyük motivasyon kaynağım insan. Bu gerek tedavi süreçlerine ürünlerimizle destek olduğumuzu bildiğimiz hastalar gerek ürünlerimize güvenen müşterilerimiz gerekse kendi iç ekibimiz. İnsanlarla bir arada olmak, onları dinlemek, onlarla başarıları, zorlukları paylaşmak ve yine omuz

omuza Credo'muz (Andımız) rehberliğinde misyonumuz için savaşmak en büyük enerji kaynağım.

Johnson & Johnson MedTech Türkiye organizasyonu olarak deprem sürecinde ülke geçirdiğimiz zor günlerde yaklaşımınız ve aksiyonlarınız nelerdi? Çalışanlarınız açısından ve sektör paydaşı olarak endüstride süreç yönetiminden biraz bahseder misiniz? Ülkemizi derinden üzen deprem felaketi sebebiyle firmamız uluslararası sivil toplum kuruluşlarının afet yardımı çabalarını desteklemek için 1 milyon dolar katkı sağladı. Aynı zamanda termal battaniye, hijyen ürünleri, ameliyat iplikleri, yara örtüleri ve diğer tıbbi ürünler dahil olmak üzere acil ihtiyaç duyulan diğer malzeme bağışları da tarafımızca gerçekleştirildi. Paralel olarak, felaketten etkilenen şirket çalışanlarımız ile ailelerine geçici konaklama ve ulaşım ile her türlü desteği sağlamaya çalıştık, organizasyonumuz için çalışanımız ve ülke vatandaşlarımız çok kıymetli.

Sağlık sektöründe çalışma hayali kuran gençlere, kariyer yolculukları, meslek seçimleri ve iş hayatı açısından öneri ve mesajlarınız nelerdir?

Ben kendi yolculuğumdan yola çıkarak genç arkadaşlarıma, “hayal kurmaktan kaçınmayın ve devamında mutlaka hayalinizi – o anda ne kadar ütöpik görünürse görünsün – bir plan etrafında kurgulayın” derim. Ne istediğini bilip, onu elde etmek için gereken çalışmayı iyi niyetle ve yapıcı tavırla yılmadan ortaya koyanın başaramama gibi bir olasılığı olamaz. Sağlık sektöründe çalışmak gurur verici; biliyorsunuz ki kullanılan her ürünle bir yerlerde birilerinin sağlığına kavuşup sevdikleriyle daha fazla zaman geçirmesine destek oluyorsunuz. Bunun verdiği mutluluk paha biçilemez.

Son 20 Yılda Sağlık Politikalarının Panoraması

"2004-2022 yılları arasında performansla dayalı ücretlendirme sistemi sonucu hekimlerde performansla dayalı ek ödeme, maaş miktarının üzerine çıktı. Uzman hekimler, maaşlarının %102'sini ek ödeme olarak alırken, 2010'da bu %181'e yükseldi"

TTB'nin yayımladığı Toplum ve Hekim dergisinin Mayıs-Haziran 2023 sayısında yer alan ve Doç. Dr. Özlem Özkan tarafından hazırlanan "Sağlık Emekçilerinin AKP ile Geçen 20 Yılı" başlıklı dosyada öne çıkan hususları, klinikiletışim okurları için derledik.

Makale; Adalet ve Kalkınma Partisinin (AKP) 20 yıllık iktidarı süresince 28 belge üzerinden Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın ve esnek üretimin sağlık emekçileri üzerine etkilerini insan kaynakları perspektifini dışlayarak, emek eksenli ve kapitalizm- esnek üretim- sağlık reformları-sağlık emekçileri ilişkisi bütünselliği içinde ele almayı amaçlamaktadır.

28 belge üzerinden, AKP hükümetlerinin 20 yılda sağlık emekçileriyle ilgili en fazla ele aldığı konular şunlardır:

1. Sağlık emekçilerinin sayısının az, istihdamının dengesiz dağılımı
2. Daha çok ara emek gücü eğitimi merkeze almakla beraber, diğer sağlık emekçilerinin de eğitimi
3. Çalışma mekanlarının değişmesi: Aile sağlığı birimleri, evde sağlık hizmetleri, şehir hastaneleri ve özel sağlık kurumları
4. Esnek ücretlendirme: Performansa dayalı ücretlendirme
5. Esnek İstihdam: Sözleşmeli, tele/uzaktan ve taşeron çalışma
6. İnsan kaynakları yönetimi (İKY): Kalite, verimlilik, rekabet, motivasyon
7. Hareket-zaman etüdü çalışma örneği: Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)
8. Fonksiyonel esneklik

Ele alınan bu sekiz konunun ortak noktası; kapitalizmin neoliberal ekonomipolitikalarını savunanların iddialarının tersine, sağlık emekçilerinin Sağlıkta Dönüşüm Programı ve esnek üretim mekanizmalarıyla bedenlerinin ve zihinlerinin tüm potansiyelleri kullanılarak, doğrudan ya da devlet eliyle sermaye sınıfının kârını maksimize etmeyi amaçlamasıdır. Böyle olunca, AKP ve taraftarlarının da 20 yılda sağlık emekçilerine bıraktığı miras özetle; sömürü oranı yüksek, sağlıklı, güvensiz, güvencesiz çalışma koşulları, düşük maaşlar, belirsiz, yetersiz, emekliliğe yansımayan ek ücretler, emek sürecindeki planlamanın, denetimin ve kontrolün kaybedilmiş olmasıdır.

Sağlık Emekçilerinin Sayısının Az, İstihdamının Dengesiz Dağılımı

Toplam 28 belgenin dördünde bu konuyla ilgili hiçbir bilgi bulunmamakla birlikte diğer alanlara göre sorun alanı, sorunun çözümüne yönelik öneriler ve hedefler bakımından en fazla yer alan bir konudur. Bu aynı zamanda, AKP hükümetinin ve Sağlık Bakanlığının (SB) en fazla öncellediği bir konu olup, halen de güncelliğini korumaktadır. Bu belgelerde sağlık emekçilerinin nitelik ya da yapısıyla ilgili sorunlardan bahsedilse de bundan ne kastedildiği ve buna nasıl ulaşılacağı açıklanmamıştır. Sağlık emekçilerinin sayısal olarak azlığı ve dengesiz dağılım sorunları ortaya koyulurken, iki belge dışında daha çok hekim, hemşire ve ebelerle odaklanılmış, diğer sağlık emekçilerinden ise neredeyse hiç bahsedilmemiştir. Yine bir belge dışında, sağlık emekçilerinin sayısı olarak azlığı son 20 yıl boyunca, sadece nüfus başına düşen sağlık emekçi sayısı, hekim ve hemşire, az sayıda pratisyen ve uzman hekim oranlarıyla, özellikle 2019 yılından sonraki belgelerde ise ek olarak, sağlık emekçilerinin coğrafik bölgelere, illere ve denge dağılımı verileriyle ortaya koyulmuştur. Bir belgede sağlık emekçilerinin planlamasında farklı yaklaşımların kullanılması gerektiğini hedeflemiş, daha sonra, 2023 yılı hedefleri için ebe yardımcısı, hemşire yardımcısı, odyolog ve odyometri teknikeri gibi bazı mesleklerin sayılarını iş yükleri üzerinden hesaplamıştır. Bu olumlu bir durumdur; ancak, bu hesaplara ve bazı sağlık emekçilerinin sayısal artışına gerek olmadığı saptamasına karşın, daha sonraki yıllarda bu hedeflere uyulmadığı görülmektedir.

Personel Dağılımı Cetveli Çalışması

Nitekim, sağlık emekçilerinin planlamasında SB, taşra teşkilatında çalışanların dağılımını belirlemek için Personel Dağılımı Cetveli çalışmasını başlattı, 2006 yılından itibaren sağlık emekçilerinin planlamasında insan kaynakları perspektifine hız verip, altı yıl sonra Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı "Sağlık İnsan Gücü Planlama Dairesi"ni kurdu. Ancak, bu planlama yapılırken, sağlık ihtiyaçları, iş yükü analizi vb. kapsayıcı teknikler yerine, bölgelere göre sağlık gereksinimini göz ardı eden, tüm emekçileri benzer verimlilikte ve iş yükünde çalıştığını varsayan nüfus başına düşen sağlık emekçilerinin durumunu ortaya koyan yaklaşımın dışına çıkılamamıştır. Durum saptaması böyle olunca, sağlık alanındaki başarı ve hedefler içinde çok önemli sınırlılıklar barındıran bu göstergelerin yanında, sağlık hizmeti alanların memnuniyeti ve hekime ulaşan nüfus üzerinden



“Performansa dayalı ücretlendirme; genelde kapitalizmin ekonomi politikalarının, özelde onun yapılandığı sağlık reformlarının en önemli rıza araçlarından birisidir. Hizmet başı ödemeye dayanan bu mekanizma, 17 yıl boyunca adım adım, sağlık emekçilerinin ek ödeme alma pahasına gereksiz ve fazla sağlık girişim yapmasına, sağlık harcamalarının artmasına ve etik dışı uygulamalara yol açmıştır”

değerlendirilmiştir. Hatta daha da ileriye gidilerek, bir belgede, sağlık hizmetleri ekip hizmeti olduğu halde, hemşirelerin halk sağlığı ve klinik hizmetlerde görev aldığından, sayısının artırılmasının uzun vadede sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırıcı ve maliyetleri düşürücü etkisi olacağı şeklinde eksik bir değerlendirme bile yapılmıştır. Ayrıca, birisi dışında tüm belgelerde üniversite mezunu ya da meslek yüksek okullarının hemşirelik programlarından mezun olmuş hemşirelerin hiçbirisi hemşire ve ebe olarak mezun olmadıkları gibi, bu iki meslek grubunun meslek tanımları ve görevleri tümüyle farklı olduğu halde, tüm belgelerde “ebe ve hemşire, ebe hemşire” olarak ifade edilerek, ikisinin toplam sayıları üzerinden değerlendirilmeler yapılmıştır. Üstelik, ülkemizde çok uzun yıllardır hemşireler farklı eğitim düzeylerinden mezun olduğu halde, hemşire kadrosunda istihdam edilmiştir. Ayrıca, ne yazık ki halen hemşire olduğu halde meslek dışı kadrolarda, ebeler ya da başka meslekler de hemşire kadrosunda istihdam edilebilmektedir. Bu durum, hemşire ya da ebe sayılarının gerçeği yansıtmamasını engellemektedir. Hiçbir belgede, sağlık emekçilerinin sayısal olarak azlığı ve dengesiz dağılımı sorunu ortadan kalktığına, sağlık emekçilerinin iş yüklerinin azalması, iş doyumlarının sağlanması, işçi sağlığı ve güvenliği açısından kazanımları olması gibi değerlendirmeler ise hiç yapılmamıştır.

İŞKUR Başvuruları

AKP'nin iddia ettiği gibi, sağlık emekçilerinin sayısında bir azlık olsaydı ya da bu konuda iyileşmeler sağlanmış olsaydı, İŞKUR'a iş aramak için başvuran ve iş bulamayan sağlık emekçisinin varlığından söz edilmezdi. Fakat, 2021

yılında, 15.938 hemşire, 3.462 diyetisyen, 6.684 klinik destek elemanı ve çoğunluğu diğer ara sağlık emek gücü olan toplam 72.638 sağlık emekçisi İŞKUR'a böyle bir beyanda bulunmuştur. Bunun dışında, SB'nin sayısız belgesinde sağlık emekçilerinin sayısının az olduğunu ve artırılması gerektiğini ifade ederken, TBMM'deki 2019-2023 yılları arasında sağlık bakanının yanıtlaması için verilen yazılı soru önergeleri incelendiğinde, günümüzde yaklaşık olarak toplam 600bin sağlık emekçisinin, 100bin hemşirenin, 70bine yakın tıbbi laboratuvar, 75bini aşkın anestezi, 30bin diyaliz tekniker ve teknisyeninin, 30bine yakın ağız dış sağlığı bölümü mezununun kamu sağlık kurumlarına atanmak için beklediği belirtilmiştir. 2019 yılında toplam 194.922 ön lisans mezununun sadece %2.96'sı, toplam 109.906 lisans mezununun %10.43'ü kamuda istihdam edilebilmiştir. Sağlık emekçilerinin sayısal azlığından bahsedilirken, bu kadar fazla sayıda sağlık emekçisinin kamuya atanamaması ise bir başka bir çelişkiye işaret etmektedir. Sonuç olarak, devletin ve kamunun raporlarında, AKP'li siyasetçilerinin söylemlerindeki sağlık emekçilerinin sayısının azlığına bağlı artışları ve halen devam eden talepleri, özünde bir yandan, emekçilerinin maliyetinin düşürülmesinin, ücretlerinin baskılanmasının aracı olurken, öte yandan kamu sağlık kurumları için değil, sayıları hızla artan özel sağlık işletmelerinin sağlık emekçisi ihtiyacını karşılamak vardır.

Esnek Ücretlendirme: Performansa Dayalı Ücretlendirme AKP'nin ilk parti programında (2002) sağlık emekçilerinin ücret politikalarının yeniden ele alınması gerektiğinden, bir yıl sonra SDP'de (2003) sağlık emekçilerinin devlet



“Taşeron sağlık emekçisi olmak; meslektaşlarıyla aynı işi yaptığı halde, geçici, örgütsüz, asgari ücret alan, ağır çalışma koşulları altında çalışan, kıdem tazminatı gibi çok sayıda özlük ve sosyal haktan mahrum bırakılan, denetimi ve kontrolüne bir de şirket yöneticilerinin eklendiği, meslek ve görev dışı işlerde de çalıştırılan en güvencesiz istihdam biçimidir”

memuru statüsünde bölge ve şehir farkı olmaksızın hepsinin aynı ücreti almasının sakıncasından bahsedilmektedir. Eş zamanlı sağlık kurumlarında istihdam edilen sağlık emekçilerine döner sermaye gelirlerinden performanslarına dayalı ek olarak ücretlendirilmelerinin pilot uygulaması 2003 yılında yapıldı ve 2004 yılında uygulama başladı. Böyle olunca, daha sonraki belgelerde açık olarak sağlık emekçilerinin performansına göre ücretlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Özellikle SB'nin “Sağlıkta İnsan Kaynakları” belgesinde (2011), en fazla yer alan ilk üç konu içindedir. Belgelerde, bu ücretlendirme mekanizmasının sağlık emekçilerinin motivasyonunu, verimliliğini, kamuda tam zamanlı çalışan hekim sayısını artırdığı sağlık hizmetlerinin niteliğini geliştirdiği, istihdam dağılımındaki dengesizliği giderdiği, sağlık emekçileri arasında ve kamu ya da özel sektörlerdeki ücret farklılıklarını azaltacağı iddia edilmiştir. Bunların yanında, emeklilik ödeneğini azaltması gibi, olumsuz sonuçların giderilmesi için gerekli çalışmaların başlatılacağı taahhüt edilmiştir (SB, 2011). Son beş belgede ise aile hekimliğinde 2010 yılından itibaren uygulanmasına rağmen, 2018'den bugüne ise aile hekimliğiyle diğer kurumlar arasındaki performans sisteminin nasıl entegre edileceği, hasta memnuniyeti gibi yeni kriterlerin eklenmesine yönelik tartışmalar ele alınmıştır. Bunların sonucunda, 2004-2022 yılları arasında performans dayalı ücretlendirmeye yönelik çok sayıda mevzuat ve uluslararası anlaşmalarla emekçiler aleyhine düzenlenmeler yapılmıştır. Kısa süre içinde, özellikle hekimlerde performansa dayalı ek ödeme, maaşı geçmiş diğer sağlık emekçilerinde ise önemli bir paya sahip olmuştur. Örneğin, uzman hekimler, maaşlarının

%102'sini ek ödeme olarak alırken, 2010'da bu %181'e yükselmiştir.

Performans: Sağlık Reformlarının En Önemli Rıza Araçlarından Biri

SDP'nin ve esnek üretimin mekanizmalarından birisi olan performansa dayalı ücretlendirme; genelde kapitalizmin ekonomi politikalarının, özelde onun yapılandırdığı sağlık reformlarının en önemli rıza araçlarından birisidir. Güvencesiz, düzensiz, belirsiz ve emekliliğe yansımayan bir ödeme biçimidir. Hekimi merkeze alıp, hekimin baktığı hasta ve yaptığı işlemlerin sayısına dayalıdır. Hizmet başı ödemeye dayanan bu mekanizma, 17 yıl boyunca adım adım, sağlık emekçilerinin ek ödeme alma pahasına gereksiz ve fazla sağlık girişim yapmasına, sağlık harcamalarının artmasına ve etik dışı uygulamalara yol açmıştır. Performans değeri olan hizmetler, sağlık emekçileri tarafından daha tercih edilir olmuştur. Aynı zamanda rekabete dayalı bir mekanizma olduğu için, hem sağlık emekçileri arasındaki dayanışmayı zedelemiş hem de hizmet verdikleri kişilerle ilişkileri bozmuş ve sağlıkta şiddete zemin hazırlamıştır. Gerek sağlık emekçileri, gerekse hekimler arasında eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Örneğin, uzman hekim ile hemşirenin 2000 yılında ek ödeme açığı 3.76 iken, on yıl sonra 4.82'ye yükselmiştir. Sağlık emekçilerinin işsizlik, iş sözleşmesinin feshedilmesinin, görevde yükselmelerinin ya da yükselememelerinin zeminini oluşturmaktadır. Hekimlerin klinik eğitime ayırdıkları zaman giderek azalmaya başlamıştır. Gerekli performansı sağlayabilmek için tatilsiz, izinsiz, sınırsız çalışma sürelerine ve hızlı çalışmaya yol açmıştır. Özellikle COVID-19 pandemi



“Bir diğer esnek istihdam biçimi tele/uzaktan çalışmadır. SB bünyesinde 2003 yılında başlayan e-sağlık çalışmaları 2004 yılında tamamlanıp, 2008 yılında da tele tıp projesine başlanmış, 2009 yılında ise bu proje yaygınlaştırılmıştır”

süresince Türkiye dâhil çok sayıda ülkedeki sağlık emekçileri çok ağır ve süresiz çalıştığı halde en büyük gelir kayıpları bu ödeme biçiminde olmuştur. Bu nedenle Türkiye gibi çok sayıda ülke, COVID-19 pandemisi başlar başlamaz belirli bir süre performansa dayalı ek ücretlendirmeyi askıya almış; ancak; düzensiz, değişen miktarlarda ek ödemeler de sorunu çözmek yerine derinleştirmiştir. Bugünlerde bu ücretlendirme mekanizması eskisi gibi ne yazık ki devam etmektedir.

Esnek İstihdam Modelleri

Sözleşmeli, taşeron çalışma gibi esnek istihdamın 2003 yılında 4857 Sayılı Kanun ile yasal çerçevesi oluşturulmuş, 2002-2008 yılları arasında emek piyasası tümüyle sermaye sınıfının ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlenmiştir. SB (2003), ülke düzeyinde sağlık emekçilerinin istihdamında dengeli dağılımının sağlanması amacıyla hekimlerin zorunlu (mecburi) hizmetinin kaldırılacağı, kamu kurumlarında istekli ve verimli çalışmanın koşullarının sağlanacağı ve devlet memuru statüsünde çalışmalarının mahzurları olduğu saptamaları yapılmıştır. Bu saptamaların çözümlerinden birisinin de “çakılı sözleşmeli” çalışma olduğu ifade edilmiştir. Eş zamanlı olarak, sağlık alanındaki istihdamda ilki 2003 yılında olmak üzere, 2005 yılına kadar mevzuat düzeyinde değişiklikler yapılarak, devlet memuru statüsünde devlet güvencesi altında 4/a kadrosunda çalışan sağlık emekçilerinin yanında, kamuda sözleşmeli çalışma başlamıştır. Kamudaki istihdamda başlıca sözleşme biçimleri sırasıyla; a) 2003 yılında 4924 sayılı yasaya göre sözleşmeli istihdam- çakılı kadroyla çalışma b) 2004 yılında aile hekimliği sözleşmesine bağlı aile sağlığı birimlerinde çalışanların bireysel sözleşmeye dayalı istihdamı c) 2005 yılında 657 Sayılı Kanunu'nun 4/b maddesine göre maaşları sağlık kurumunun döner

sermayesinden ya da devletin genel bütçesinden ödenen 4/b'ye dayalı istihdam d) 2005 yılında köy sağlık evleri ve sağlık ocaklarında vekil hemşire ve ebe statüsündeki çalışmadır.

2003'lü yıllarda hekimlerin mecburi hizmeti kaldırılıp, sözleşmeli çalışmayla dengesiz dağılım sorunu çözüleceği ileri sürülse de iki yıl sonra aynı Hükümet tarafından hekimlerin mecburi hizmet uygulamaları tekrar geri getirilmiştir. e) 2011 yılında 663 sayılı KHK ile SB hastanelerindeki, aynı mevzuata bağlı değişikliklerle 2017 yılında SB taşra teşkilatındaki tüm yöneticilerin sözleşmeli çalışması. Dolayısıyla, ülkemizde de sağlık alanında dünyadaki eğilime benzer olarak, kamuda sözleşmeli istihdam, esnek istihdam içinde en yaygın hale gelmiştir. Örneğin, 2004 yılında hemşirelerin %4.7'si, ebelerin %9.1'i, sağlık memurlarının %12.5'i 4B statüsünde çalışırken, bu, 2010 yılının Nisan ayında sırasıyla %28.8, %24.1 ve %60.2'ye yükselmiştir.

Ne Memur ne de İşçi Statüsünde

Ne memur ne de işçi statüsünde olan kamuda sözleşmeli istihdam, özetle, devletteki 4/a istihdam biçimine göre güvencesiz, işsizlik kaygısı yüksek, ücreti düşük ve özellikle döner sermaye yoluyla istihdam edilenlerde değişiklidir. Aynı meslek grubunda oldukları halde, sözleşmeli çalışmaya bağlı olarak bölünme, ayrılma ve çatışma ortaya çıkar. Vekil hemşirelerde ve ebelerde olduğu gibi, ilk çalışma yıllarında yıllık izin hakları olmamakta, diğer izinleri ya azdır ya da olsa bile kullanamamaktadır. Ayrıca, yıllık izin dışında diğer devlet memurlarına tanınan özlük ve nakil hakları da bulunmamaktadır.

Taşeron Çalışma

Diğer bir esnek istihdam biçimi ise kamu kurumlarında, hizmet satın alma yoluyla ihaleleri kazanmış özel şirketler



“Taşeron sağlık emekçisi olmak; meslektaşlarıyla aynı işi yaptığı halde, geçici, örgütsüz, asgari ücret alan, ağır çalışma koşulları altında çalışan, kıdem tazminatı gibi çok sayıda özlük ve sosyal haktan mahrum bırakılan, denetimi ve kontrolüne bir de şirket yöneticilerinin eklendiği, meslek ve görev dışı işlerde de çalıştırılan en güvencesiz istihdam biçimidir”

tarafından yine sözleşmeyle istihdam edilen geçici işçi statüsündeki “taşeron” çalışmadır. Sağlık alanında taşeron statüde çalışmayla ilgili ilk mevzuat 2003 yılında çıkmış, bir yıl sonra da bu hizmet alımıyla istihdam başlamıştır. Bu işçiler içinde hemşireler, ebeler ve sağlık bakım teknisyenleri gibi çok farklı sağlık emekçileri de bulunmaktadır. SB kurumlarında 2002 yılında 11.000 taşeron işçi sayısı, 2021 yılında 252.626’ya yükselmiştir Taşeron sağlık emekçisi olmak; meslektaşlarıyla aynı işi yaptığı halde, geçici, örgütsüz, asgari ücret alan, ağır çalışma koşulları altında çalışan, kıdem tazminatı gibi çok sayıda özlük ve sosyal haktan mahrum bırakılan, denetimi ve kontrolüne bir de şirket yöneticilerinin eklendiği, meslek ve görev dışı işlerde de çalıştırılan en güvencesiz istihdam biçimidir. Türkiye’de bu konuda sınırlı sayıda yürütülmüş araştırmaların sonuçları da bunu desteklemektedir.

Tele/Uzaktan Çalışma

Bir diğer esnek istihdam biçimi tele/uzaktan çalışmadır. SB bünyesinde 2003 yılında başlayan e-sağlık çalışmaları 2004 yılında tamamlanıp, 2008 yılında da tele tıp projesine başlanmış, 2009 yılında ise bu proje yaygınlaştırılmıştır. Kamuda tele/uzaktan çalışan sağlık emekçileri de artmaya başlamıştır. O günden bugüne, e-sağlık kapsamında; E-Nabız, Sağlık-Net, SABİM, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, MHRS, Çekirdek Kaynak Yönetim Sistemi, Temel Sağlık İstatistikleri Modülü, Sağlık Kodlama Referans Sunucusu, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Hastane Bilgi Sistemleri, Hasta Hakları Bilgi Sistemi, Elektronik Belge Yönetim Sistemi ve tele tıp uygulamaları bulunmaktadır.

Tele tıp kapsamında ise uzaktan radyoloji, patoloji EKG vb. görüntüleme hizmetleri yapılmaktadır. SABİM’in 184 numaralı telefon operatörlerinde çalışan sağlık emekçileri 7/24 saat danışmanlık ve şikayetleri almak gibi hizmetler vermektedir. Ayrıca, SB bünyesinde, tele sağlık kapsamında çağrı merkezindeki iletişim görevlilerinin yanında, sağlık emekçileri tarafından 7/24 seyir halindeki hava, deniz araçlarında meydana gelebilecek her türlü sağlık/hastalık sorunlarına uzaktan sağlık danışmanlığı ve denizden tıbbi tahliye hizmeti sunulmaktadır. Dünyada özellikle COVID-19 pandemisiyle gerek etkili kamusal önlemlerin alınamamasına, gerekse sağlık hizmetlerinin yetersizliğine de bir çözüm olarak tele sağlık hizmetleri daha önemli hale gelmiştir. Çok sayıda ülkede e-sağlık hizmetleri tümüyle yüz yüze sağlık hizmetlerinin yerine geçmiş, bu hizmeti veren sağlık emekçileri, hükümetler tarafından finansal olarak hatırı sayılır biçimde desteklenmiş, sağlık emekçilerini teşvik etmek için sundukları tele sağlık hizmetleri yüz yüze hizmetlerle eşit ölçüde ücretlendirilmiştir. Bu ve benzeri nedenlere dayalı olarak, ülkemizde de sağlık alanında yakın gelecekte tele/uzaktan çalışmanın yaygınlaşması büyük bir olasılıktır. SB’nin sağlık reformları kapsamında e-sağlık, tele sağlık hizmetleri çok uzun bir süredir gündeminde olduğu halde, istediği şekilde yaşama geçirememiştir. Ancak COVID-19 pandemisi tıpkı sağlık emekçilerinin eğitiminde olduğu gibi, e-sağlık, tele sağlık hizmetlerine adete ön uygulama fırsatı yaratmıştır. Nitekim pandemi sırasında 20 Şubat 2022 tarihinde “uzaktan sağlık hizmetlerinin sunumu” ile ilgili bir yönetmelik çıkarılmıştır. Bu yönetmelikle uzaktan sağlık hizmetleri için SB tarafından yetkilendirilmiş

“Nitelikli sağlık hizmeti için hekim muayenesinin 20 dakika olması gerekirken, Sağlık Bakanlığı MHRS üzerinden beş dakikada bir hastane muayenesini hekimlere dayatmaktadır. TTB’nin hukuki, mesleki ve nitelikli sağlık hizmeti için verdiği mücadelelere rağmen, bu süre ne yazık ki SB tarafından 10 dakika olabilmıştır”

kamu/ özel sağlık kurumlarının sahip olması gereken kriterler belirlenmiş, kurumların faaliyet izni prosedürleri tanımlanmıştır. Bu hizmet verilmeden önce hastanın bilgilendirilmesi, kimliğinin doğrulanması süreci tanımlanmış, kişisel verilerin korunması kapsamı ifade edilmiştir. Ayrıca, uzaktan sağlık hizmetlerinin içeriği de belirtilmiştir.

Sağlık Hizmetleri Sunumu Yüz Yüze Olmayı Gerektirir
E-sağlık, her ne kadar modern tıbbın argümanlarından birisi olduğu, sağlık hizmetinde etkinliği, eşitliği, niteliği artıracığı iddia etse de hem bu uygulamaya daha önceden geçmiş ülkelerin deneyimlerinden hem de sağlık reformlarının önemli yapı taşlarından birisi olmasından dolayı, hizmeti alanlar ve hizmeti sunan sağlık emekçileri açısından sayısız olumsuzluğa sahiptir. Sağlık hizmetleri sunumu yüz yüze olmayı, hizmet sunulan kişiye dokunmayı gerektirir. E-sağlık hizmetleri ise bu hizmetin yerine geçmeyi değil, onu tamamlayan hizmetlerden birisi olmalıdır. Ancak bu, bir yandan sağlık reformlarının kamusal alanda boş bıraktığı alanları doldurmak öte yandan, yine kamunun olanaklarıyla özel sektörü desteklemek, başta sağlık emekçileri olmak üzere, çok sayıda alanda sermaye sınıfının ya da işletmeye dönmüş sağlık kurumlarının kârı için maliyeti düşürmektir.

Kalite, Verimlilik, Rekabet, Motivasyon

İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY), işletmenin kârını ve piyasada rekabet gücünü artırmak için, üretim girdisi olarak gördüğü emekçileri doğru, etkin ve verimli bir şekilde kullanmak olmak üzere, tüm çalışma yaşamının yönetimini ifade etmektedir. Bir başka ifadeyle, emekçilerin emek verimliliğinin sürekliliğini sağlayarak, tüm kapasitelerini/potansiyellerini kullanarak, ortaya çıkan yüksek iş gücü devir hızının işletmeye/şirkete en üst düzeyde aktarılmasını sağlamaktır. Çünkü işletmeler için öncelik, var olan sermayelerini kaybetmeme onu koruma ve beraberinde artırma gayesindedir. Dolayısıyla, İKY’de minimize edilmesi hedeflenen maliyet, maksimize edilmesi için hedeflenen kâr temel amaçtır. Böyle olunca, İKY’nin merkezi konumdaki temaları ve kavramları; insan kaynağı, motivasyon, eğitim, rekabet, verimlilik, liderlik kalite, örgütsel bağlılık, misyon ve vizyondur. Emekçilerin işe alınmasından başlayarak, onların eğitimlerin geliştirilmesi, performans değerlendirmeleri, ekonomik ve sosyal hakları, sağlıkları ve güvenliği gibi faaliyet alanları bulunmaktadır. İKY ve Toplam Kalite Yönetimi (TKY) kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının ‘yeni’ yönetim biçimlerinden olup, aynı amaca sahip olup, temel kavram setleri ve yaklaşımları da birbirine benzerdir, İKY’nin merkezinde emekçiler, TKY’nin merkezinde ise emekçilerin yanında, hizmet alanlar gibi geniş kapsamlı başka unsurlar da bulunmaktadır. TKY’nin yaşama geçirilebilmesi için işletmenin İKY’yi uygulaması gerekir.

Sağlıkta Şiddet Göz Ardı Edilmekte

Genelde kapitalist ülkelerdeki sağlık reformlarının, özelde ülkemizdeki SDP’nin sekiz bileşeninden birisinin bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık emekçilerinin olması gerektiği, diğeri sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyondur. Ayrıca, sağlık alanındaki insan kaynağının (SAİK) planlanması, istihdam edilmesi, yönetimi, planlayan kurumlar arası koordinasyonunun sağlanması, bunun için sağlık yöneticilerinin ve kalite uzmanlarının yetiştirilmesi ve sağlık alanında istihdam edilmesi de ifade edilmiştir. Dolayısıyla, SDP’de gerek İKY’nin, gerekse TKY’nin yaşama geçirileceğinin hedeflendiği açık olarak görülmektedir. Bunların ardından, konuyla ilgili mevzuat değişiklikleri yapılmıştır. Örneğin, sadece 2005-2011 yılları arasında TKY ile ilgili doğrudan 22 mevzuat çıkarılmıştır. Özel sağlık kurumlarında hep olagelen İKY ve TKY birimleri işletmeye dönmüş başta hastaneler olmak üzere, kamu sağlık kurumlarında da kurulmaya başlamış, bugün ise yaygınlaşmıştır. İKY’ye göre, sağlık emekçileri, işletmeler/işletmeye dönmüş kamu kurumları için bir yatırım kaynağı olarak kabul edilir ve bu nedenle, onlardan azami ölçüde yarar sağlamayı ya da üretken kılmayı amaç edinir. Emekçilerin motivasyonlarının yüksek tutulması, ertesi günü işe gelebilecek kadar sağlık hizmetleri sunulması, işletmelerin kârlılığını etkilemeyecek kadar özlük haklarının verilmesi bunlardan bazılarıdır. Gerek incelenen belgelerde, gerekse AKP’nin 20 yılında genelde sağlık emekçilerin sağlığı, güvenliği, özelde sağlıkta şiddet göz ardı ettikleri çok önemli bir alandır. Nitekim COVID-19 pandemisinde de bu açık olarak görülmüştür.

Hareket-Zaman Etüdü Çalışma Örneği: MHRS

F.W. Taylor tarafından 20. yy’ın başlarında tüm kapitalist işletmelerde kârın maksimizasyonu amacıyla, işin daha hızlı yapılabilmesi ya da işçinin işyerindeki tüm zamanını sadece işle geçirmesi (‘tembelliğinin ve aylıklığının önlenmesi’) için başvurduğu araçlardan birisi de zaman ve hareket etüdü çalışmaları olmuştur. Buradan hareketle, analogi yapılarak MHRS incelenmiştir. Kamu sağlık kurumlarında e-sağlık uygulamalarından birisi olan MHRS, kişilerin SB’ne bağlı hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine daha hızlı ulaşmak için Alo182 aranarak, canlı operatörlerden, web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kişilerin istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilmesini sağlayan bir sistemdir. SDP’nin en önemli işlevlerinden birisi olup, temeli 2003 yılında atılmış, 2009 yılında Türk Telekom ile protokol imzalanmış, 2010-2011 yılları arasında 11 ilde pilot uygulaması yapılmış, 26 Mart 2012 tarihinde de ülke düzeyinde MHRS hizmet vermeye başlamıştır. MHRS’ye 2013 yılında aile sağlığı birimleri, iki yıl sonra da yine SB’ye bağlı yan dal poliklinikleri hizmet kapsamına alınmıştır. COVID-19 pandemisi süresince, MHRS’nin alt



"Neoliberal kapitalizmin ekonomi politikalarının belirleyiciliğinde esnek üretim ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile şekillenen emek süreci, sermaye sınıfının/ işverenin kârını artırırken, sağlık emekçilerinin emek sürecinde özgür, bağımsız karar vermesini, harekete geçmesini, kendi kendini yönetmesini, kontrolü elinde bulundurmasını ya da inisiyatif kullanmasını engelleme hedefindedir"

yapısı üzerinden uzaktan muayene ve aşı programı hizmet vermiştir.

Beş Dakikada Bir Hastane Muayenesi

Hekimler de MHRS ile başta SB olmak üzere, yöneticilerin denetimi altında, onların belirlediği sayıda ve hızda hastayı muayene etmekte ve diğer sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Nitelikli sağlık hizmeti için hekim muayenesinin 20 dakika olması gerekirken, SB MHRS üzerinden beş dakikada bir hastane muayenesini hekimlere dayatmaktadır. TTB'nin hukuki, mesleki ve nitelikli sağlık hizmeti için verdiği mücadelelere rağmen, bu süre ne yazık ki SB tarafından 10 dakika olabilmıştır. Bu da SB'nin MHRS ile sağlık hizmetlerinde nitelik amacıyla olmadığını açık olarak gösteren başka bir kanıttır. Ayrıca, hekimlik mesleği açısından da özerkliğin kaybedilmesi, sağlıkta şiddete zemin oluşturması, oldukça sınırlı zaman nedeniyle hatalı mesleki uygulamaların kapısını aralanması, kişilerin hak ettiği hizmeti alamaması ve sanki bunun bir parçası gibi gösterilmesi vb. sayısız olumsuz sonuca yol açmaktadır

Sonuç Yerine

Bu çalışma kapsamında incelenen 28 belge üzerinden sağlık emekçileri; kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarını yaşamın her alanında yaşama geçirmeye kendini adanmış AKP ve yandaşları tarafından 20 yıldır metalaştırılmış, doğrudan piyasada değişim için üretilen, yararlılık ve işlevsellik fonksiyonunu kaybetmek üzere olan sağlık hizmetlerini sunan öznelerle dönüştürülmeye zorlanmıştır. Neoliberal kapitalizmin ekonomi politikalarının

belirleyiciliğinde esnek üretim ve SDP ile şekillenen emek süreci ise sermaye sınıfının/ işverenin kârını artırırken, sağlık emekçilerinin emek sürecinde özgür, bağımsız karar vermesini, harekete geçmesini, kendi kendini yönetmesini, kontrolü elinde bulundurmasını ya da inisiyatif kullanmasını engelleme hedefindedir. Bunun en önemli aktörlerinde birisi olan AKP, bu hedefleri yaşama geçirmek için mevzuatlar çıkaran, rıza araçlarından performansla dayalı ücretlendirmeyi uygulayan, kendisinin ekonomi politikalarının karşısında olan ya da desteklemeyen sağlık emekçileri ve örgütlerini cezalandıran, baskı altına alan, insan onuruna yakışmayan çalışma koşullarına mahkum eden bir yerde konumlanmıştır.

Çalışmanın amacına ulaşmak için analiz edilen veri kaynakları (belgeler);

1. "Sağlık Emek Gücünün AKP ile Geçen 15 Yılı" başlıklı makalede kullanılan 20 veri kaynağı; AKP Programı, SDP, Sağlık Bakanlığı (SB)'nin Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu, AKP'nin toplam sekiz hükümet programından ulaşılan yedisi (58- 62, 64,65), yine toplam sekiz hükümetin eylem planlarından ulaşılan üçü (58,60,64), AKP'nin dört genel seçim beyannamesi (2002, 2007, 2011, 2015), iki kalkınma planı (9 ve 10) ve AKP 2023 Vizyonudur (Özkan, 2017).
2. Bu yazıda 20 kaynağa ek olarak, kullanılan yeni sekiz veri kaynağı; SB'nin 2023 Yılı Sağlık İş Yükü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi, 11. Kalkınma Planı, 9 Temmuz Cumhurbaşkanlığı Hükümet Sistemine Geçilmesiyle Cumhurbaşkanlığı II. 100 Günlük İcraat Programı, Cumhurbaşkanlığı'nın 2019-2023 yılları arasında yıllık programlarıdır.

TBMM'deki 2019-2023 yılları arasında Sağlık Bakanının yanıtlaması için verilen yazılı soru önergeleri incelendiğinde, günümüzde yaklaşık olarak toplam 600bin sağlık emekçisinin, 100bin hemşirenin, 70bine yakın tıbbi labaratuvar, 75bini aşkın anestezi, 30bin diyaliz tekniker ve teknisyeninin, 30bine yakın ağız diş sağlığı bölümü mezununun kamu sağlık kurumlarına atanmak için beklediği belirtilmiştir

Adıyaman, Hatay ve Kahramanmaraş'ta Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Nasıl?

“Eğitim kurumları mevcut haliyle çekirdek eğitim müfredatında belirlenen asgari niteliklere uygun eğitim verme koşulunu sağlayamamaktadır. İdarenin bu durumu gözeterak istisnasız biçimde tüm tıpta uzmanlık öğrencilerini, talepleri halinde, görevlendirmelidir Aksi halde eğitim öğretim hakkı engellenmiş olacaktır”

Türkiye Psikiyatri Derneği, deprem sonrası Adıyaman Hatay ve Kahramanmaraş illerindeki tıp fakültelerinde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitimini değerlendirdi. Fiziki incelemeler ile kurumlardaki uzmanlık öğrencileri ve öğretim üyeleri ile yapılan görüşmelerden alınan bilgiler ışığında hazırlanan raporda; kurum hakkında genel bilgiler, kurumun genel nitelikleri, kuruma ait birimlerin nitelikleri, deprem sonrası psikiyatri kliniğinin mevcut hizmet durumu, özelleşmiş birimler, uzmanlık öğrencilerinin aylık nöbet sayısı, psikiyatri acil servis günlük başvuru sayısı, psikiyatri acil servis güvenlik koşulları, nöbet dinlenme odası, günlük dış birim konsültasyon sayısı, eğitim olanakları, uzmanlık öğrencilerinin barınma koşulları, uzmanlık öğrencilerinin nakil ve geçici görevlendirme talepleri başlıkları irdelendi. Raporda şu hususlar öne çıktı: “Ülkemizde yaşanan depremin etkilerinin azaltılmasında sağlık hizmeti sunumu kadar ertelenemez olan uzmanlık eğitiminin ikamesi de önemlidir. Uzmanlık eğitimi almakta olan uzmanlık öğrencilerinin ve uzmanlık eğitiminde görev yapan akademisyenlerin gerek mesleki ortam gerekse sosyal yaşam koşullarının, eğitimin gerektirdiği nitelikte olması, yaşanan zorlukların dikkate alınması, eğitimde yaşanacak aksamaların sadece eğitim alan açısından değil uzmanlık eğitiminin standartlarının korunması açısından da önemli olacağı muhakkaktır.

Uzmanlık Eğitiminin Temel Koşulları Nelerdir?

Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık eğitiminin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesi için bazı temel koşullara ihtiyaç duyulmaktadır:

Kuramsal ve Uygulamalı Eğitim: Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri, psikiyatrik bozuklukları tanıma ve tedavi etme becerilerini edinmelerini sağlayabilecek yüksek nitelikli eğitim programlarına erişime ihtiyaç duyarlar. Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenmiş çekirdek eğitim müfredatı uyarınca temel alanlarda yeterli düzeyde kuramsal eğitim ve klinik deneyim edinmeleri gerekir. Farklı hasta popülasyonları ile çalışabilmek, farklı tedavi yöntemlerine dair eğitim almak ve disiplinler arası iş birliği kurmayı öğrenmek nitelikli bir eğitimin vazgeçilmez unsurlarıdır.

Denetim: Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin klinik becerilerini geliştirmeleri ve nitelikli bir sağlık hizmeti sağlayabilmeleri için düzenli denetime ihtiyaçları vardır. Denetim, bireysel ve grup denetimi, vaka çalışmaları ve hekim-hasta etkileşimlerinin gözlemlenmesi gibi birçok şekilde gerçekleştirilebilir. Denetleyicilerin ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri ile yakın temas içinde çalışmaları ve olumlu bir öğrenme ortamı oluşturmaları önemlidir.

Destekleyici Çevre: Ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin mesleki açıdan gelişebilmeleri için destekleyici ve yeterli altyapı ve donanıma sahip bir öğrenme ortamında olmaları önemlidir. Uzmanlık öğrencilerinin ihtiyaç duyduklarında her türlü sağlık hizmetlerine, meslektaş desteğine ve meslekleriyle ilişkili kaynaklara erişimi olabilmelidir.

İş-Yaşam Dengesi: Psikiyatri uzmanlık öğrencilerinin tükenmişlik sendromu yaşamalarını önlemek için sağlıklı bir iş-yaşam dengesine sahip olabilmeleri gerekir. Bu durum ise, nitelikli barınma koşulları, kişisel aktiviteler ve dinlenme için gerekli ortam ve zaman, sağlıklı beslenebilme ya da ulaşım araçları gibi kaynaklara erişebilmeleri ile mümkündür. Rapora konu olan bölgeler incelendiğinde bölgede görev yapmakta olan uzmanlık öğrencilerinin süreçte ihtiyaç duydukları temel koşulların büyük bir bölümünün sağlanmasının mümkün olmadığı anlaşılmaktadır.

Deprem Sonrası Ağır Tablo

Bölgede yaşanan depremler çok sayıda can kaybına, hastaneler dahil pek çok binanın yıkılmasına ya da ağır hasar görmesine neden olmuş, günlük yaşamın, eğitim hizmetlerinin olağan akışı içinde sürdürülebilmesini olanaksız kılmıştır. Uzmanlık öğrencilerinin barınma, güvenlik gibi temel yaşam gereksinimleri ön plandadır. Bu sorunlar çözülmeden iyilik hallerinin sağlanması ve TUKMOS çekirdek eğitim müfredatına uygun şekilde uzmanlık eğitiminin sürdürülmesi mümkün değildir. Eğitim sürecindeki aksamaların giderilmesi uzmanlık eğitiminin standartlarının korunması açısından önemlidir.



“Hatay’da hizmet, sahra hastanesinde yürütülmektedir. Adıyaman Üniversitesi ve Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi hastanelerinin binalarının durumu ile ilgili güvenilir bir açıklama bulunmamaktadır. Söz konusu üç üniversite hastanesi binasının yapı güvenliği ve depreme dayanıklılık analizleri ivedilikle yapılmalıdır”

Uzmanlık Eğitimi için Uygun Ortam Bulunmuyor

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında halen uzmanlık eğitimi için uygun ortamın bulunmadığı, uzmanlık öğrencilerinin barınma ve çalışma koşullarının uygunsuz olduğu görülmektedir. Uzmanlık öğrencilerinin orada bulunmasının eğitimleri açısından bir katkı sağlamadığı, rektörlük tarafından az sayıda uzmanlık öğrencisinin kısa bir süre görevlendirilebileceği kararı sonucunda Adıyaman’da bulundukları anlaşılmıştır.

Barınma ve Güvenlik Sorunları Öncelikli

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında uzmanlık öğrencilerinin öncelikle barınma ve güvenlik sorunlarının giderilmesinin gerektiği, bu sorunlar giderilmeden uzmanlık öğrencilerinin iyilik hallerinin sağlanması ve TUKMOS çekirdek eğitim müfredatına uygun şekilde uzmanlık eğitiminin sürdürülmesinin olanaklı olmadığı anlaşılmaktadır.

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında mevcut koşullar altında ve yakın bir zamanda TUKMOS çekirdek eğitim müfredatına uygun şekilde tıpta uzmanlık eğitiminin sürdürülmesinin mümkün olmadığı anlaşılmaktadır. Üç üniversite hastanesinde de hem uzmanlık öğrencileri hem de öğretim üyeleri depremi doğrudan yaşamışlar ve yeterli yardımın ulaşmadığı ilk günlerde çok ağır yaşantılara tanıklık etmişlerdir. Bu ruhsal yükü eğitim alabilmeleri ve sağlık hizmetine katkıda bulunmaları zorlaşmıştır.

Hatay’da Sahra Hastanesinde Hizmet

Hatay’da hizmet sahra hastanesinde yürütülmektedir.

Adıyaman Üniversitesi ve Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi hastanelerinin binalarının durumu ile ilgili güvenilir bir açıklama bulunmamaktadır. Söz konusu üç üniversite hastanesi binasının yapı güvenliği ve depreme dayanıklılık analizleri ivedilikle yapılmalıdır. Uzmanlık eğitimi hastane binalarının dayanıklılık durumlarının analiz sonuçları ile uzmanlık öğrencileri ve öğretim üyelerinin çalışma ve barınma koşullarına ilişkin değerlendirmeler ve sunulabilecek imkanlar göz önüne alınarak planlanmalıdır. Aralıklı çalışıldığı için ve hizmet ön planda olduğundan bazı uzmanlık öğrencileri yeterli bilgi ve beceri edinmeden hizmet sunma durumuyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu durum uzmanlık öğrencilerinde ciddi bir çaresizlik duygusuna neden olmakta ve ruhsal yüklerini daha da artmaktadır.

Uzmanlık Eğitime Ara Verilmeli

Anabilim dalı öğretim üyeleri uygun görse bile, üniversitelerin yöneticileri, uzmanlık öğrencilerinin eğitim yetkisi bulunan başka kurumlarda görevlendirilmelerini, 15.03.2023 tarihli Tıpta Uzmanlık Kurulu kararında yer alan “kendi eğitim kurumlarının uygun görmesi halinde” ibaresine dayanarak çoğunlukla uygulamamaktadırlar. Uygulayan üniversiteler de az sayıda uzmanlık öğrencisinin sadece üç ay görevlendirilmesine izin vermektedirler. Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından düzenlenecek ziyaretler ile her üç üniversitedeki ruh sağlığı ve hastalıkları anabilim dallarının eğitim yeterlilikleri değerlendirilmeli, eğitim yeterliliği bulunmadığı belirlenen anabilim dallarında belirli bir süre uzmanlık eğitime ara verilmeli, uzmanlık öğrencilerinin belirli bir süreyle başka bir eğitim kurumunda görevlendirilmeleri sağlanmalıdır. Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından, belirlenen sürenin

“Her üç üniversitedeki ruh sağlığı ve hastalıkları anabilim dallarının eğitim yeterlilikleri değerlendirilmeli, eğitim yeterliliği bulunmadığı belirlenen anabilim dallarında belirli bir süre uzmanlık eğitimine ara verilmeli, uzmanlık öğrencilerinin belirli bir süreyle başka bir eğitim kurumunda görevlendirilmeleri sağlanmalıdır”

sonunda yapılacak uzmanlık eğitimin yeterliliğine ilişkin değerlendirmeler sonucunda da söz konusu kurumların eğitim yetkilerinin kaldırılması ya da eğitime devam edilmesi konusunda bir karar alınmalıdır. Eğitim yetkisi kaldırılan kurumlar eksikliklerini gidererek eğitim yetkisini almak için Tıpta Uzmanlık Kuruluna yeniden başvurabilmelidir.

Başka Kurumlarda Eğitime Devam Etmek

Kahramanmaraş merkez olmak üzere 6.2.2023 tarihinde meydana gelen deprem sonrasında, bölgedeki tüm hekimler ihtiyaç duyulan acil sağlık hizmetinin karşılanması için çalışmıştır. Öncelikli ihtiyacın karşılanmasının ardından tıpta uzmanlık eğitiminin nasıl sürdürüleceği konusu gündeme gelmiştir. Bu konudaki tereddütleri gidermek üzere Tıpta Uzmanlık Kurulu 15.3.2023 gün ve 2293 sayılı kararla depremden etkilenen illerdeki uzmanlık eğitimi almakta olan uzmanlık öğrencilerinin, olağanüstü hal süresi içinde başvuruda bulunmaları koşuluyla Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 18/3. Maddesi uyarınca talepleri de dikkate alınarak ve kendi eğitim kurumlarının uygun görmesi halinde eğitim verme yetkisi bulunan başka kurumlarda görevlendirilebileceklerine karar vermiştir. Olağanüstü hal süresi 6.4.2023 tarihi itibarıyla dolmuş olup bu süre içerisinde tıpta uzmanlık öğrencilerinden başka kurumlarda eğitimine devam etmek isteyenlerin başvuruda bulunduğu, Rektörlükler tarafından bu başvuruların tümünün kabul edilmediği, genellikle geçici süreyle ve dönüşümlü olarak başka kurumlarda görevlendirilmelerine izin verildiği öğrenilmiştir. Bilindiği üzere 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun 3/t-3. Maddesi uyarınca bir yükseköğretim olan tıpta uzmanlık eğitimi ile bir alanda hekimlere özel yetenek ve yetki sağlamak amaçlanmakta, derinlemesine bilgi, beceri ve deneyim kazandırılmaktadır.

Eğitim Hakkı Göz Önünde Bulundurulmalı

Yükseköğretim olması nedeniyle uzmanlık öğrencilerinin hak ve yükümlülükleri belirlenirken eğitim hakkının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Anayasa'nın 42.maddesinde kimsenin, eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılamayacağı, eğitim ve öğretim kurumlarında eğitim, öğretim, araştırma ve inceleme ile ilgili faaliyetlerin yürütüleceği ve bu faaliyetlerin her ne suretle olursa olsun engellenemeyeceği düzenlenmiştir. Tıpta ve Dişhekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 11/6. Maddesinde de uzmanlık öğrencisinin programlarda, Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenmiş müfredat ve standartlar çerçevesinde eğitim verilmesinin sağlanmasını akademik kuruldan isteme hakkı olduğu, akademik kurulca talebin karşılanamaması ya da akademik kurulun verdiği karara uzmanlık öğrencisinin itiraz etmesi halinde bu durum eğitim kurumunca on beş iş günü içinde

Bakanlığa bildirileceği, nöbet, çalışma ve eğitim odaları gibi eğitsel ve sosyal gereksinimleri karşılayan altyapı ve diğer standartların kurumca sağlanacağı belirtilmiştir. Aktarılan hukuksal düzenlemeler uyarınca Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından belirlenen çekirdek eğitim müfredatına uygun olarak ve buradaki asgari standartlarda eğitim verilmesi aynı zamanda uzmanlık öğrencileri yönünden bir hakken idare tarafından da bir yükümlülüktür.

Uygulama ve Araştırma Hastaneleri Ciddi Hasar Gördü
Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından hazırlanan işbu raporda tespit edildiği üzere eğitim kurumlarının uygulamalı eğitimi gerçekleştirdikleri yerler olan uygulama ve araştırma hastaneleri ciddi hasar görmüştür. Kurumların kimi bölümleri kullanılamaz hale gelmiş, kimi bölümleri başka birim ve kişilere tahsis edilmiş, hatta Hatay ilinde sağlık hizmetleri sahra hastanelerinde sürdürülmektedir. Eğitim kurumlarının fiziki olanaklarının tıpta uzmanlık eğitimini sürdürmeye elverişli olmadığı anlaşılmaktadır. Zaten bu koşullar nedeniyle Tıpta Uzmanlık Kurulu'na alınan 15.3.2023 günlü kararda, uzmanlık öğrencilerine kurum değiştirme hakkı tanınmıştır. Kararda her ne kadar bu talebin kabul edilmesi kendi eğitim kurumlarının uygun görmesi koşuluna bağlanmışsa da idarenin müfredat ve standartlara uygun eğitim verme koşullarını gerçekleştiremeyecek durumda bulunması ve Anayasanın 42. Maddesi ile güvenceye kavuşturulan eğitim ve öğretim hakkının tam ve gereği gibi sağlanabilmesi için istisnasız, koşulsuz biçimde talep eden uzmanlık öğrencilerinin taleplerinin kabul edilmesi gerekecektir. Bu nedenle Rektörlüklerin tıpta uzmanlık eğitimi için fiziki koşulların dahi sağlanmadığı bir tabloda uzmanlık öğrencilerinin nitelikli tıpta uzmanlık eğitimi alma taleplerini karşılamak konusunda herhangi bir takdir yetkisinin olmadığını düşünüyoruz. Aksi düşünülse dahi Kurumların izin verme konusunda alacakları kararlarda kamu yararı ve hizmet gereklerini gözetmeleri gerekmektedir. Eğitim kurumlarının kurum değiştirme taleplerine ilişkin yapacakları değerlendirmede önceliği tıpta uzmanlık öğrencilerinin nitelikli eğitim alma hakkına vermeleri gerekmektedir. Zira hekimliğin doğrudan yaşam ve sağlık hakkına ilişkin olması nedeniyle tıpta uzmanlık eğitiminin içeriği ve niteliği oldukça önemlidir. Danıştay kararlarında da tıp gibi doğrudan insan yaşamını ilgilendiren konularda idareye tanınan takdir yetkisinin akademik gereklilikler, bilimsel gerekçeler ile sınırlı olduğunun altı çizilmiştir. Tıpta uzmanlık eğitimi dersler, düzenli olarak programlanmış seminer, konferans, panel gibi "kuramsal eğitim" ile eğitim süresi boyunca, süpervizyon altında, hasta takibiyle ilgili klinik deneyim, beceri ve tutum kazandırmaya yönelik "uygulamalı eğitim" bütününden oluşmaktadır. Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından her bir uzmanlık alanı için oluşturulan TUKMOS eliyle uzmanlık öğrencilerinin tamamlaması gereken asgari kuramsal ve



uygulamalı eğitim içeriği belirlenmiş, Kurulun sayfasında çekirdek eğitim müfredatları ilan edilmiştir. Bu müfredata göre nitelikli bir tıpta uzmanlık eğitimi için eğitim kurumunun sağlaması gereken vaka çeşitliliği, kütüphane, eğitim olanakları, bilimsel çalışma olanakları vb bir dizi koşulun bir arada bulunması gerekmektedir. Ne var ki saha gözlemlerinden kurumların fiziki koşullarının tıpta uzmanlık eğitimini sürdürmeye uygun olmadığı anlaşılmaktadır.

Uzmanlık Eğitiminin Sürdürülmesi Olanaklı Değil

Uzmanlık öğrencilerinin barınma, temiz suya erişim, güvenlik gibi en temel ihtiyaçları ile ilgili sorunların dahi çözülmediği bir ortamda uzmanlık eğitiminin sürdürülmesi olanaklı değildir. Nitekim eğitimciler ve uzmanlık öğrencileri ile yapılan görüşmelerde tıpta uzmanlık eğitiminin kuramsal bölümünün yapılamadığı, ağırlıklı olarak sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirildiği, kimi eğitim kurumlarında eğitimciler ve öğrencilerin karşılaşmalarının dahi ciddi zorluk içerdiği ve uzunca bir süre de bu durumun süreceği anlaşılmaktadır. Bu tablo karşısında kuramsal eğitimin düzenli ve sürekli bir biçimde organize edilmesi, ruh sağlığı ve hastalıkları alanındaki rutin klinik uygulamaların eğitimcilerle birlikte gerçekleştirilmesi olanaklı gözükmemektedir. Bunun sonucunda ise tıpta uzmanlık öğrencilerinin yeterli eğitim alamamaları söz konusu olacaktır. Tıpta ve Dişhekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'nin 16/4-a-2 maddesinde; “Programda eğitici bulunmakla birlikte asgari nitelik ve standartların sağlanmadığı hallerde, başka kurumda görevlendirme yapılmadan, Kurulca 9 uncu madde uyarınca verilen süre boyunca eğitime aynı programda devam edilebilir. Bu süre içerisinde ilgili programda asgari nitelik ve standartların sağlanmadığı veya eğitime engel olan durumun ortadan kaldırılamadığı hallerde programdaki uzmanlık öğrencileri Kurulun belirleyeceği usul ve esaslara göre tespit edilecek programa, programın bağlı olduğu kurumun mevzuatına uygun olarak nakledilir.” denilerek TUKMOS eğitim müfredatının bir bütün olarak uygulanma zorunluluğu hüküm altına alınmıştır. Maddede atf yapılan Yönetmeliğin 9. Maddesinde Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından eğitim kurumunun denetiminin

yapılacağı, belirtilen eksikliklerin verilen süre içerisinde giderilmesinin isteneceği düzenlenmiştir. Ancak halihazırda eğitim kurumlarının kısa süre içerisinde TUKMOS tarafından belirlenen asgari koşulları taşıyor hale gelemeyeceği açıktır. Nitekim Tıpta Uzmanlık Kurulu bu durum üzerine inceleme yapma gereği dahi duymadan uzmanlık öğrencilerinin eğitimlerine farklı kurumlarda devam etmesine yönelik bir karar almıştır. Ayrıca tıpta uzmanlık öğrencilerinin esasen eğitim görenler olduğu, sağlık hizmetine de bu eğitimin bir parçası olarak katıldığı dikkate alındığında varsa sağlık hizmeti sunumunda duyulan ihtiyaç uzmanlar eliyle karşılanmalıdır. Bu anlamıyla kadro talebi, atama, görevlendirme istemleriyle sorun çözülebilecektir. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin ileride sağlık hizmeti sunumuna bir uzman hekim olarak katılacağı dikkate alındığında yeterli eğitim al(a) mamalarının hastalar üzerinde ciddi zararlar doğurması söz konusu olabileceği gibi kendilerini güvende hissederek mesleklerini icra edemeyeceklerinden alınan kararlar toplum üzerinde uzun erimli etkiler doğuracaktır.

Talep Halinde Görevlendirme İstisnasız Yapılmalı

Tüm bu açıklamalar ışığında; - Eğitim kurumlarının mevcut haliyle çekirdek eğitim müfredatında belirlenen asgari niteliklere uygun eğitim verme koşulunu sağlayamayacağı, - İdarenin bu durumu gözeterek istisnasız biçimde tüm tıpta uzmanlık öğrencilerini talepleri halinde görevlendirmesi gerektiği aksi halde eğitim öğretim hakkını engellemiş olacağı, - Aksine uygulamaların devam etmesi halinde TUK tarafından ivedi biçimde belirtilen kurumların denetiminin yapılarak uzmanlık öğrencilerinin diğer eğitim kurumlarına nakillerinin sağlanması gerektiği, - Sağlık hizmetinde hekim ihtiyacı var ise bu ihtiyacın uzman hekimler eliyle atama, geçici görevlendirme vb yollarla karşılanmasının kamu yararı ve hizmetin gereklerine uygun olacağı düşünülmektedir.”

“Uzmanlık öğrencilerinin barınma, temiz suya erişim, güvenlik gibi en temel ihtiyaçları ile ilgili sorunların dahi çözülmediği bir ortamda uzmanlık eğitiminin sürdürülmesi olanaklı değildir”

Pahalılık Nedeniyle Pediatriye İlaça Ulaşım Çok Zor



Prof. Dr. Çiğdem Aktuğlu Zeybek: “Türkiye gibi akraba evliliklerinin çok olduğu ülkelerde çekinik genden geçen hastalıklar oldukça sık görülüyor. Her geçen gün yeni bir hastalık ortaya çıkıyor. Genel olarak bakıldığında oldukça sık görülen hastalıklar olmasına rağmen maalesef ilaçları çok pahalı. İlaça ulaşım sıkıntısı çeken hastalar için alternatifleri kullanmaya başlıyoruz fakat etkilerini uzun dönemde göreceğiz”

Türkiye’deki en eski ve en köklü pediatri derneği olan Türk Pediatri Kurumu Derneği, 58. Ulusal Kongresini fiziki olarak 9 - 13 Mayıs tarihlerinde KKTC’de düzenledi. Limak Deluxe Hotel’de gerçekleşen ve 5 gün süren kongreye Türkiye genelinde 1.788 çocuk doktoru katıldı. Türk Pediatri Kurumu Başkanı Prof. Dr. Haluk Çokuğraş, son dönemlerde uzmanlık alanı olarak pediatri dalının daha az tercih edilmesi sebebiyle ülkemizin pediatri konusunda kritik bir dönemden geçtiğini söyledi. Bu nedenle 58’incisi hayata geçirilen kongrenin çok önemli olduğunu dile getiren Prof. Dr. Çokuğraş; Cumhuriyetin 100. Yılında gerçekleştirdikleri kongrenin ana konusunun cumhuriyetin kazanımları ve cumhuriyetin sağlık alanındaki getirileri olduğunun altını çizdi ve şunları söyledi:

“Görevimiz bu kongrelerde pediatri konusundaki güncel gelişmeleri tartışarak fikir alışverişinde bulunmak ve kongre çıktılarının geniş kitlelere ulaşmasını sağlamak. Biz pediatristlerin en büyük amacı, çocuklarla ilgili her türlü sorunda bir taraf olarak onların haklarını desteklemek ve onların sağlık sorunlarını gidermeye katkıda bulunmak, kısacası çocukların avukatlığını yapmak. Hocalar olarak

aynı zamanda bu alandaki uzmanların, asistanların sıkıntılarını dinliyor ve nasıl çözüme ulaşabileceğini konuşuyoruz. Maalesef ülkemizde sağlık çalışanlarının ciddi can güvenliği sorunu bulunuyor. Bazen sözlü, çoğunlukla ise fiziksel saldırılarla karşı karşıya kalıyoruz. Oysaki biz hekimler zor şartlarda insanlara daha sağlıklı bir yaşam sağlayabilmek çalışıyoruz. Tüm bunları göz önünde bulundurduğumuzda yeni mezun hekimlerin pediatri, yoğun bakım, cerrahi gibi riskli alanları tercih etmediğini görüyoruz. Branşlara azalan bu talep beraberinde farklı problemleri de getiriyor. Tıp fakültelerinde yetkin eğitici kadro sorunları doğuyor. Hedefimiz bunları dile getirerek çözümler bulunmasına destek olmak.”

Depremde 800’den Fazla Çocuk Uzuvarını Kaybetti

Deprem bölgesindeki çocukların sağlık sorunlarıyla ilgili ellerinden gelen katkıyı sağlayarak bu bölgede yaşanan acıları gidermeye çalıştıklarını belirten Haluk Çokuğraş sözlerine şöyle devam etti:

“Ülkemizde herkesin yaptığı gibi biz de çeşitli tıbbi malzemeleri tırlar ile ilgili yerlere gönderdik. Deprem bölgesinde olan şubelerimize destek olduk. Depremden



Prof. Dr. Fügen Çollu Çokuğraş: “Bir taraftan çocukların sağlığını korumaya çabalarken bir taraftan da tedavilerini gerçekleştirmeye çalışıyoruz. Tabii bunun en önemli noktalarından bir tanesi de ilaçlara erişim. Son dönemdeki ekonomik durum nedeniyle ilaçlara erişimde de ciddi sıkıntılar yaşamaya başladık”

etkilenen pediatristler için 5 konteyneri bölgeye götürerek onlara bir yaşam alanı sağlamaya çalıştık. Bunların yanında farklı kuruluşlar ve derneklerle el ele vererek depreme ampute olan çocuklarla ilgili bir proje hayata geçirdik. Deprem sebebiyle değişik uzuvlarını kaybetmiş 800’den fazla çocuk olduğunu biliyoruz. Bu çocukların proteze ve fizik tedavi olanaklarına erişmesini, bir taraftan da psikolojik destek almasını çok önemsiyoruz. Sürdürülebilir niteliği olan projemiz kapsamında 140 başvuru aldık. 18 çocuk değerlendirme sürecinde, 3 çocuğun ise protezi takıldı. Bu proje bizim için çok kıymetli. Amacımız çocukları fiziki ve mental açıdan sağlıklarına kavuşturmak. Şimdilik sadece depremezdelere hizmet veren bir proje olsa da zaman içerisinde başka nedenlerle ampute olmuş çocuklara da hizmet vermeyi planlıyoruz. Amacımız bir Ar-Ge bölümü kurarak, protez üretimi, uygulamaları gibi bir takım ek birimler oluşturmak.”

Ekonomik Durum İlaça Erişimi Güçleştiriyor

Çocukların beslenme alışkanlıklarının hayatlarını etkilediklerine parmak basan Türk Pediatri Kurumu YK Üyesi Prof. Dr. Fügen Çollu Çokuğraş; “Çocuklarda ilk 5 yaş beslenme açısından son derece önemli. Çocukların ileriki yaşlarda karşılarına çıkacak hastalıkları da etkilemesi açısından çok kritik. Pediatri alanının diğer branşlarda olmayan bir niteliği var. Bizim bölümümüzün ismi çocuk sağlığı ve hastalıkları. Adında sağlık geçen tek branşsız. Bir taraftan çocukların sağlığını korumaya çabalarken bir taraftan da tedavilerini gerçekleştirmeye çalışıyoruz. Tabii bunun en önemli noktalarından bir tanesi de ilaçlara erişim. Son dönemdeki ekonomik durum

nedeniyle ilaçlara erişimde de ciddi sıkıntılar yaşamaya başladık” dedi.

İlaçlar Çok Pahalı

İlaça erişimin tedavi seyrini etkilediğini söyleyen Türk Pediatri Kurumu YK Üyesi Prof. Dr. Çiğdem Aktuğlu Zeybek ise; “Ülkemizde ilaçlara ulaşamadığımız bir dönem oldu. Akabinde her türlü ilacı sağlayabildiğimiz hiçbir sıkıntı yaşamadığımız bir zamana geçtik. Şimdi ise yine bu konuda çok ciddi sıkıntılar yaşanıyor. Türkiye gibi akraba evliliklerinin çok olduğu ülkelerde çekinik genden geçen hastalıklar oldukça sık görülüyor. Her geçen gün yeni bir hastalık ortaya çıkıyor. Genel olarak bakıldığında oldukça sık görülen hastalıklar olmasına rağmen maalesef ilaçları çok pahalı. İlaça ulaşım sıkıntısı çeken hastalar için alternatifleri kullanmaya başlıyoruz fakat etkilerini uzun dönemde göreceğiz” dedi.

“100. Yılında Cumhuriyet” Temalı Fotoğraf Yarışması

5 gün süren kongre boyunca 6 farklı salonda gerçekleşen bilimsel panellerin yanı sıra katılımcıların, beslenme, yeni doğan, interaktif pediatrik acil, çocuk yoğun bakım, çocuk alerji/dermatoloji kurslarına katılma imkânı da oldu. Pediatri dünyası için oldukça önemli ve bilgilendirici olan, bilimsel programlar ve çeşitli kurslar ile zenginleşen kongrede Cumhuriyetin 100. yılını kutlama vesilesiyle “100. Yılında Cumhuriyet” Temalı Fotoğraf Yarışması düzenlendi. Gerçekleşen yarışmada 55 fotoğraf jüri tarafından değerlendirildi ve dereceye giren fotoğraflar ödüllendirildi.

Prof. Dr. Haluk Çokuğraş: “Yeni mezun hekimlerin pediatri, yoğun bakım, cerrahi gibi riskli alanları tercih etmediğini görüyoruz. Branşlara azalan bu talep beraberinde farklı problemleri de getiriyor. Tıp fakültelerinde yetkin eğitici kadro sorunları doğuyor. Hedefimiz bunları dile getirerek çözümler bulunmasına destek olmak”



Toplumsal Cinsiyete Dayalı İş Bölümü Kadınların Çalışma Hayatına Engel Oluyor

GYİAD İstihdam Çalışma Grubu : “Kadınların iş gücüne katılmasındaki en önemli engellerden biri, toplumsal cinsiyete dayalı iş bölümü! Araştırmamız, bu engelin üniversite mezunu kadınlar arasında da mevcudiyetini koruduğunu gösteriyor”

GYİAD İstihdam Çalışma Grubu ve İstanbul Ekonomi Araştırma iş birliğinde hazırlanan “Genç Kadın İstihdamı ve Yeni Ekonomi Raporu” yayımlandı. Raporda, “kadınların sosyal, siyasi ve ekonomik hayata katılımı olmadan, sürdürülebilir kalkınma hedeflerini gerçekleştirmek mümkün değildir” denildi. Raporun kamuoyuna sunumu ile birlikte GYİAD Genç Kadın İstihdamı ve Yeni Ekonomi Zirvesi de gerçekleştirildi. Türkiye’de gençliğin ihtiyaç ve sorunlarına çözümler üretmek ve onları temsil etmek vizyonuyla hareket eden GYİAD, ülkemizde kadınların sosyal, siyasi ve ekonomik hayata katılımını ortaya koyan “Genç Kadın İstihdamı ve Yeni Ekonomi Raporu”nu hazırladı. Rapor, 11 Mayıs 2023’te gerçekleştirilen GYİAD Genç Kadın İstihdamı ve Yeni Ekonomi Zirvesi’nde kamuoyuna açıklandı.

Zirvede, rapor sunumunun hemen ardından gerçekleştirilen panelde, GYİAD Yönetim Kurulu Başkanı İrem Pehlivanoglu Gürkaş, Türkiye Raporu Direktörü Can Selçuki, Cisco Türkiye Genel Müdürü Didem Duru, Coca-Cola Türkiye Genel Müdürü Başak Karaca, Medianova CDN Kurucusu CEO’su Serkan Sevim, PwC Türkiye Kıdemli Ortak Cenk Ulu konuşmacı; GYİAD Yönetim Kurulu Üyesi ve Kariyer.net CEO’su Fatih Uysal ise moderatör olarak yer aldı.

“Genç Kadın İstihdamı ve Yeni Ekonomi Raporu” hazırlanırken gerçekleştirilen araştırma kapsamında 18-35 yaş arası 1506 üniversite mezunu kadınla İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS) kapsamında

Türkiye’deki temsili 12 ilde CATİ (Bilgisayar destekli telefon anketi) yöntemiyle görüşüldü. Aralık 2022’de gerçekleşen araştırma doğrultusunda katılımcılara beş ana modülde çeşitli sorular yöneltildi.

Kadınların İstihdamı Artıyor Ama Hala Az
GYİAD İstihdam Çalışma Grubu öncülüğü ve İstanbul Ekonomi Araştırma iş birliğinde hazırlanan raporun verilerine bakıldığında, 2005’ten bu yana Türkiye’de daha fazla kadının aktif olarak iş hayatında rol almaya başladığı görülüyor. Ancak, kadınların işgücüne katılımı ve istihdam oranları, erkeklere kıyasla hala daha düşük seviyelerde kalıyor. Son yıllarda teknolojik gelişmelerin çalışma hayatındaki yansımaları, iş ortamında dijitalleşmenin ve otomasyonun arttığını gösteriyor. Bu süreç, var olan mesleklerin dijital dönüşüme uygun olarak değişmesini, çalışanların bilgi ve iletişim teknolojileri ile ilgili beceriler edinmesini ve Türkiye’de hâlihazırda problemleri olan kadın istihdamı sorununun dijital dönüşümle beraber yeniden ele alınması gerektiğinin önemini ortaya koyuyor.

Toplumsal Cinsiyete Dayalı İş Bölümü Sorunu
Hazırlanan raporla, Türkiye’de gençliğin ihtiyaç ve sorunlarına çözümler üretmek ve onları temsil etmek vizyonuyla hareket ettiklerini belirten GYİAD Yönetim Kurulu Başkanı İrem Pehlivanoglu Gürkaş, “Raporla, Türkiye’deki genç istihdam sorunu hakkında farkındalık yaratmak istiyoruz. GYİAD olarak gençlerin Türkiye’nin sadece geleceği değil, bugünü olduğunu biliyoruz. Ülkemizin sürdürülebilir kalkınması için atılacak



"Çalışmayan kadınların son işlerinden ayrılmasının sebepleri incelendiğinde, ev içi sorumluluklar payının diğer sebeplere kıyasla yüksek olduğu anlaşıyor. İş yaşamına katılma önündeki en büyük engel yüzde 30 ile 'çocuk bakımı' olarak öne çıkıyor. Zaman zaman veya tümüyle evden çalışan kadınların yüzde 41'i ise 'ev içi sorumluluklarından dolayı tümüyle işine odaklanamadığını' ifade ediyor"

her adımda, gençlerimizin ve kadın istihdamının potansiyelinin göz önünde bulundurulması gerektiğine inanıyoruz. Kadınların iş gücüne katılmasındaki en önemli engellerden birinin toplumsal cinsiyete dayalı iş bölümü olduğu biliyoruz. Araştırmamız, bu engelin üniversite mezunu kadınlar arasında da mevcudiyetini koruduğunu gösteriyor. Ayrıca ev içi sorumluluklar ve iş gücüne katılım arasındaki ilişkiye işaret eden birden çok bulgu da raporda yer alıyor. Katılımcıların önemli çoğunluğunun bir çalışma deneyimi var ve şu anda iş gücüne katılmamış olanların da yalnızca yüzde 6’sı, hiçbir koşulda ileride çalışmayı düşünmüyor. Tüm bu sonuçlar, Türkiye’nin halan kadın ve genç kadın istihdamında uzun bir yolunun olduğunu gösteriyor” şeklinde konuştu.

En Büyük Engel: Çocuk Bakımı

Kadınların işgücüne katılımların önündeki en büyük engelin toplumsal cinsiyet eşitsizliğine dayalı iş bölümü olduğu biliniyor. Araştırma kapsamında görüşülen kadınların yüzde 25’i çalışmadığını ve iş aramadıklarını belirtiyor. Bu kadınların çalışan veya iş arayan kadınlara kıyasla medeni hal ve çocuk sahipliğine bakıldığında, yüzde 71’inin evli ve yüzde 63’ünün ise çocuk sahibi olduğu görülüyor. Çalışmayan kadınların son işlerinden ayrılmasının sebepleri incelendiğindeyse, ev içi sorumluluklar payının diğer sebeplere kıyasla yüksek olduğu anlaşıyor. İş yaşamına katılma önündeki en büyük engel yüzde 30 ile “çocuk bakımı” olarak öne çıkıyor. Zaman zaman veya tümüyle evden çalışan kadınların yüzde 41’i ise “ev içi sorumluluklarından dolayı tümüyle işine odaklanamadığını” ifade ediyor. Diğer taraftan araştırmaya katılan kadın yöneticiler, kadın oldukları için karşılaştıkları en zor durumun, iş ve aile arasında kalma olduğunu ifade ediyor. Ayrıca tüm katılımcıların yüzde 52’si, işyerinde erkeklerin yükselme konusunda daha avantajlı olduğunu söylüyor.

Girişimci Olmak Bir Hayal

Katılımcıların sadece yüzde 9’u, kendi girişimini kurmuş olmasına rağmen, her 10 katılımcıdan 6’sı, ileride kendi girişimini kurmak istediğini ifade ediyor. Kurulmak istenen girişimlerde ise moda/tekstil ve eğitimin ön planda olduğu görülüyor.

Dijital Becerilerde İleri Seviyede Yetersizlik Mevcut

Katılımcıların önemli çoğunluğu, temel bilgisayar becerilerine (e-posta göndermek, Microsoft Office programlarını kullanmak, video konferansa katılmak, dijital pazarlama ve sosyal medya becerilerine), biraz veya büyük ölçüde sahip olduğunu ifade ediyor. Bilgisayar becerileri zorlaştıkça, bu becerilerde yetkin katılımcıların oranının da düştüğü tespit ediliyor. Yapay zeka/makine öğrenme becerilerine büyük ölçüde sahip olduğunu söyleyen kadınların oranı sadece yüzde 5. Bu durumun, toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkisine nitel araştırma kapsamında görüşülen kadın yöneticiler özellikle vurgu yaptı. Yazılım alanında kadınların hala çok az temsil edildiği, bu alanda da kadınların rahatça kendilerini gösterebilecekken, içinde bulundukları kültür gereği yazılıma ilgi göstermedikleri farklı katılımcılar tarafından sık sık tekrarlandı.

Yaşam Boyu Öğrenme bireysel inisiyatifte kalıyor

Katılımcıların çoğunluğu, üniversitede aldığı eğitimi, bilgisayar ve teknoloji yeteneklerini geliştirme konusunda yeterli görmüyor. Katılımcıların yaklaşık yüzde 50’si, bu alandaki eğitim açığını inisiyatifleri ile kapatmaya çalışıyor. Çalıştığı yerin teşvik etmesiyle beceri edinenler ise örneklemin yalnızca yüzde 13’ünü oluşturuyor. Çalışmayan katılımcılar, beceri edinmek için ağırlıklı belediye ve devlete bağlı kursları tercih ederken çalışanlar, işyerinde dijital becerilerini geliştirme fırsatı bulabiliyor. Bilgi iletişim teknolojileri alanında bilgi ve beceri edinme isteğindeki temel motivasyon, daha kolay iş bulabilme ve çalışma koşullarını rahatlatma olarak öne çıkıyor. Katılımcıların yeni beceriler edinme isteği yüksek olsa da, yüzde 39’luk kesim, edinilen becerilerin iş hayatına katkı sağlamadığını düşünüyor. Bu durum, üniversite eğitimi dışında elde edilen dijital becerilerin niteliğinin düşük olması veya beceri-iş uyumunun sağlanamamasını akla getiriyor.

GYİAD İstihdam Çalışma Grubu öncülüğü ve İstanbul Ekonomi Araştırma iş birliğinde hazırlanan raporun verilerine bakıldığında, 2005’ten bu yana Türkiye’de daha fazla kadının aktif olarak iş hayatında rol almaya başladığı görülüyor. Ancak, kadınların işgücüne katılımı ve istihdam oranları, erkeklere kıyasla hala daha düşük seviyelerde kalıyor



Liv Hospital'ı Online Gezme İmkânı

Uluslararası hasta danışmanları, doktorlar ve hastaları çevrimiçi bir araya getirerek, hastanenin tüm olanaklarını sadece bir link üzerinden 360 derece gezme imkânı sunan platform, Liv Hospital'da hizmete sunuldu



Türk Telekom ve Healthverse PanoramicWEB iş birliği ile tele sağlık alanında öncü teknolojiye sahip

dijital platform ilk kez Liv Hospital'da hizmete açıldı. Türkiye'nin önemli girişim projelerinden Healthverse PanoramicWEB, uluslararası hasta danışmanları, doktorlar ve hastaları çevrimiçi bir araya getirerek, hastanenin tüm olanaklarını sadece bir link üzerinden 360 derece gezme imkânıyla ziyaretçilere sunuyor.

Türk Telekom ile Healthverse PanoramicWEB iş birliği ile tele sağlık alanının öncü ve yerli dijital platformu, Liv Hospital'da hastaların ve sağlık sektörünün hizmetine sunuldu. Healthverse PanoramicWEB platformu sayesinde hastalar, dünyanın herhangi bir yerinden hasta danışmanı rehberliğinde hastaneyi 360 derece gezabiliyor, doktoruyla görüşerek yapılacak tedavi ile ilgili bilgi sahibi olabiliyor. Hasta danışmanları, doktorlar ve hastaları dijital bir ortamda çevrim içi olarak bir araya getiren Healthverse PanoramicWEB'de sağlık çalışanları, hastanede olmasalar dahi yazılım sayesinde hastanenin içine dijital olarak klonlanarak, görevlerini yerine getirebiliyor.

"Yabancı Hasta Sayısını Artırmayı Hedefliyoruz"

Liv Hospital Grup Koordinatörü Meri İstiroti, Healthverse PanoramicWEB sayesinde hem Türkiye'nin sağlık turizminde hem de Liv Hospital'ın yabancı hasta oranının bir sene içinde iki katına çıkabileceğine dikkat çekti. Liv Hospital Grup Koordinatörü Meri İstiroti, "Liv Hospital olarak, Healthverse PanoramicWEB ile hastalarımızın bire bir sağlıkla ilgili sorunlarını dinleyerek ve ihtiyaçları olan tedaviyi anlatarak son teknolojik donanıma sahip hastanelerimizi gösterme fırsatı bulduk. Böylece hastalarımız hem onları en iyi şekilde anladığımızı ve geldiklerinde A'dan Z'ye hangi süreçlerin onları beklediğini uluslararası hasta danışmanlarımızdan, doktorlarımızdan birebir deneyimleyerek dinlediler ve gördüler. Bu, bize olan güveni inanılmaz destekledi. Şimdiden Healthverse PanoramicWEB üzerinden yaptığımız görüşmeler sonucunda hastaların tercihi olduğumuzu görmek bize büyük mutluluk veriyor. Hem yurtdışından gelen hasta sayısının artmasında hem de tele sağlık alanında milat oluşturacak bir platform olan Healthverse PanoramicWEB ile bir ilke imza atmanın gururunu yaşıyoruz" dedi.

"Sağlıkta İnovasyon Ekosistemini Güçlendiriyoruz"

Türk Telekom Kurumsal Satış Genel Müdür Yardımcısı



"Dünyanın neresinde olursa olsun hastalar internetin olduğu her yerden sadece gönderilen linki tıklayarak bağlantı kurabiliyor. İster VR gözlük, ister cep telefonu, ister bilgisayardan Healthverse PanoramicWEB'e kolaylıkla bağlanmak mümkün"

Mustafa Eser, konuya ilişkin şöyle konuştu: "Türk Telekom olarak, herkes için erişilebilir iletişim ilkesi ve insan odaklı yaklaşımımızla çözümler sunmaya devam ederken, yenilikçi dijital çözümler ile iş birlikleri yapıyoruz. Özellikle dijitalleşmenin tüm iş süreçlerinde daha aktif olduğu günümüzde teknolojimizi seferber ederek herkesin hayatını kolaylaştırmayı amaçlıyoruz. Bu kapsamda işletmelerin de mevcut teknoloji altyapılarına, iş yapış biçimlerine ve dijital dönüşüm ihtiyaçlarına en uygun yeni nesil teknolojileri sunuyor; donanım, servis ve danışmanlık hizmetlerine kadar tek bir noktadan ve uçtan uca çözümler oluşturuyoruz. İşletmelerin dijital yolculuklarına destek olurken, sağlıktan ulaşım, enerjiden güvenliğe pek çok alandaki öncü teknolojinin de destekçisiyiz. İşletmelerin küresel rekabette öne çıkmaları için dijitalleşme süreçlerine katkıda bulunduğumuz gibi uluslararası arenada geçerli yenilikçi fikirleri ve teknolojileri geliştiriyor ve destekliyoruz. Healthverse PanoramicWEB gibi alanında önemli çalışmalar gerçekleştiren girişimlerle birlikte sağlık sektöründe önemli bir projenin hayata geçmesinden de mutluluk duyuyoruz."

Dijital İletişim ve Pazarlama Platformu

Healthverse PanoramicWEB Kurucu Ortağı Beliz Teoman Ünay, "Dijital altyapı çözüm ortağımız Türk Telekom ile birlikte, tele sağlık alanında dijital iletişim ve pazarlamada oyunun kurallarını değiştirecek yepyeni bir platform oluşturduk; bu sağlık sektörü için yeni

bir milattır" dedi. Ünay şöyle devam etti: "Healthverse PanoramicWEB, sağlık alanında 'online deneyim' tanımını yeni bir boyuta taşıyor. Gerçeklik ve sanal gerçeklik arasındaki ayrımı birbirine yaklaştıran bir uygulama olarak öne çıkan dijital platformumuz, Türkiye'nin sağlık alandaki gücünü uluslararası çapta pekiştiriyor. Healthverse PanoramicWEB tüm özellikleriyle sağlık sektöründe dijital iletişim ve pazarlama alanında hastane-hasta ilişkisini en üst düzeyde kurabilmeyi sağlayan yenilikçi bir platform. Ortağım Ulaş Aksan ile birlikte platformumuzu her geçen gün geliştirmeye devam edeceğiz."

Sanal Gerçeklik Deneyimi

Ziyaretçiler, Healthverse PanoramicWEB sayesinde diledikleri yerden VR gözlük, cep telefonu ya da bilgisayar aracılığıyla 360 derece kameralarla boyutsal hale getirilmiş mekânı gezabiliyor, yüz yüze görüşme imkânının da bulunduğu sanal gerçekliği bir yönetici eşliğinde veya tek başına deneyimleyebiliyor. Admin eşliğinde ziyaretlerini yapan kişiler sorularını anlık olarak sorabilirken, tek başlarına yaptıkları gezilerde tüm teknolojik detayların yer aldığı Healthverse PanoramicWEB'in içine yerleştirilen bilgi ve videolara eşzamanlı olarak ulaşabiliyor. Bu sistemle düzenlenecek seminer, konferans, fuar gibi organizasyonlarla birçok katılımcının ve şirketin masrafları azalıyor, herkes için bütçe tasarrufu sağlanıyor.



Eş zamanlı olarak farklı dil seçeneklerine göre 360 derece video izlenebilir ve işitme engellilerin kullanımı için Healthverse PanoramicWEB'de yazışma modülü mevcut



ILO: Küresel İstihdam Uçurumu Derinleşiyor

“ILO raporuna göre, artan borç oranları da dahil olmak üzere birbirini güçlendiren krizler, gelişmekte olan ülkeleri orantısız bir şekilde etkiliyor, yüksek gelirli ve düşük gelirli ülkeler arasındaki küresel istihdam uçurumunu derinleştiriyor. COVID-19 salgını ile daha da kötüleşen mevcut eşitsizlikler artıyor”



ILO Çalışma Yaşamı Gözlem Raporu'nun 11. baskısına göre, 2023 yılında küresel işsizliğin salgın öncesi seviyelerin altına düşerek, 191 milyona gerilemesi ve küresel işsizlik oranının yüzde 5,3 olması beklenirken, tahminler düşük gelirli ülkelerin toparlanma sürecinin çok gerisinde kaldığını gösteriyor.

ILO, Afrika ve Arap bölgesindeki düşük gelirli ülkelerin, bu yıl pandemi öncesindeki işsizlik seviyelerine ulaşmasının pek mümkün olmadığını öngörmektedir. Kuzey Afrika için 2023 yılında işsizlik oranının %11,2 (2019'da bu oran %10,9); Sahra Altı Afrika için %6,3 (2019'da bu oran %5,7); ve Arap Devletleri için %9,3 (2019'da bu oran %8,7) olması öngörülmektedir. Diğer bölgeler, Latin Amerika ve Karayipler'de %6,7 (2019'da bu oran %8,0), Kuzey, Güney ve Batı Avrupa'da %6,3

(2019'da bu oran %7,0) ve Orta ve Batı Asya'da %7,8 (2019'da bu oran %9,2) ile oranlarını kriz öncesi seviyelerin önemli ölçüde altına indirmeyi başarmıştır.

Artan istihdam uçurumu

İşsizlik oranlarının ötesinde, ILO tarafından geliştirilen yeni bir gösterge olan iş açığı, özellikle gelişmekte olan ülkelerde karşılanamayan istihdam talebinin daha kapsamlı bir ölçüsünü sunmaktadır. Çalışmak isteyen ancak bir işi olmayan tüm kişileri kapsamaktadır. İstihdam açığındaki farklılıklar, küresel istihdam uçurumuna daha fazla işaret etmektedir. Düşük gelirli ülkeler %21,5 gibi endişe verici bir oranla en büyük istihdam açığı oranıyla karşı karşıyayken, orta gelirli ülkelerdeki oran %11'in biraz üzerindedir. Yüksek gelirli ülkeler %8,2 ile en düşük oranları kaydetmektedir. Rapora göre ayrıca, düşük gelirli ülkeler, 2005 yılında %19,1 olan istihdam açığı oranının 2023 yılında %21,5'e yükselerek uzun vadede artış gösterdiği tek ülke gelir grubunu oluşturmaktadır.



Artan Borç Seviyeleri

Gelişmekte olan ülkeler için, artan borç seviyeleri ek zorluklar oluşturmakta ve politika müdahalelerinin kapsamını önemli ölçüde daraltmaktadır. Mali ve finansal kısıtlamalar, çatışma, doğal afetler ve kendilerini güçlendirme eğiliminde olan ekonomik krizler (çoklu kriz) gibi karmaşık tehditlere yanıt verilmesini engelleyerek istihdam açığını daha da kötüleştirmektedir. Rapora göre, borç sıkıntısı içinde olan düşük gelirli gelişmekte olan ülkeler, 2023 yılında %25,7'ye ulaşan ve borç sıkıntısı riski düşük olan gelişmekte olan ülkelerdeki %11'e kıyasla önemli ölçüde daha yüksek bir istihdam açığı ile karşı karşıyadır.

Sosyal Adaleti Sağlamak

Rapor aynı zamanda gelişmekte olan ülkelerdeki önemli sosyal koruma politikası eksikliklerine dikkat çekmekte ve yatırımların artırılmasının büyük ekonomik, sosyal ve istihdam faydaları sağlayacağına ve küresel istihdam uçurumunu daraltacağına dair yeni kanıtlar sunmaktadır. Özellikle, dünya genelinde %77,5 olan yaşlı nüfusun sırasıyla sadece %38,6 ve %23,2'sinin emekli maaşı aldığı alt-orta gelirli ve düşük gelirli ülkelerde temel yaşlılık maaşlarını incelemektedir. Gözlem, gelişmekte olan ülkelerde evrensel temel yaşlılık aylığı uygulamasının 10 yıl içinde kişi başına düşen GSYH'yi %14,8 oranında artıracığını ve aşırı yoksulluğu (günde 2,15 ABD Dolarından daha az gelirle yaşayanların oranı) %6 puan azaltarak mevcut oran olan %15,5'ten ciddi bir düşüş sağlayacağını tespit etmiştir.

Rapora göre, sosyal korumanın finansmanı zordur, ancak ulaşılamaz değildir. Gelişmekte olan ülkeler için, ulusal yoksulluk sınırı seviyesinde yaşlılık aylığı sağlamanın yıllık maliyeti, GSYİH'lerinin %1,6'sına eşdeğer olacaktır.

Koordineli Mali Destek İhtiyacı

Analiz, toparlanma ve yeniden yapılanmanın kimseyi geride bırakmamasını ve uzun vadeli yapısal dönüşümü desteklemesini sağlamak için çoklu kriz ve şokların yaşandığı bir dönemde istihdam yaratma ve sosyal koruma için küresel mali desteğe yönelik güçlü bir durum ortaya koymaktadır. Rapor, düşük gelirli ülkelerde sosyal yatırımlar için mali alan yaratılmasının kritik önemini vurgulamaktadır. Bu hususun, uluslararası finansal mimarinin reformuna ilişkin mevcut küresel tartışmanın bir parçası olarak ivedilikle ele alınması gerekmektedir.

“Düşük gelirli ülkeler %21,5 gibi endişe verici bir oranla en büyük istihdam açığı oranıyla karşı karşıyayken, orta gelirli ülkelerdeki oran %11'in biraz üzerinde. Yüksek gelirli ülkeler %8,2 ile en düşük oranları kaydediyor”

“ILO raporuna göre düşük gelirli ülkeler, 2005 yılında %19,1 olan istihdam açığı oranının 2023 yılında %21,5'e yükselerek uzun vadede artış gösterdiği tek ülke gelir grubunu oluşturuyor”



Sağlık Turizmi Dijital Pazarlama ile Büyüyor

"Yurt dışındaki hastalar güvenilir ve uluslararası akreditasyonlara sahip kliniklere veya doktorlara rağbet gösteriyor. Dijital pazarlama ve SEO uygulamalarıyla bu niteliklere ulaşabilen klinikler ve doktorlar ise globalde öne çıkabiliyor"

Türk Sağlık Turizmi Derneği'nin (TÜSATDER) verilerine göre ülkemizin sağlık turizmi hacmi 2022'de 4 milyar dolara ulaşırken, Türkiye'ye gelen sağlık turistlerinin sayısı da gün geçtikçe yükseliyor. Bu süreçte ülkemizi 1 milyon 258 bin sağlık turisti ziyaret ederken, kaydedilen oranın üçte birine 2023'ün henüz ilk çeyreğinde ulaşıldığı görülüyor. Sağlığın birçok alanında hizmet veren markalar ve doktorlar ise büyüyen sektördeki payını artırmak için dijital pazarlama stratejilerine yatırım yapıyor. Profesyonel SEO Eğitmeni Ayhan Karaman, Türkiye'de sağlık turizminin dijital pazarlama stratejileriyle daha hızlı büyüdüğünü vurgulayarak, Arama Motoru Optimizasyonu (SEO) ve dijital pazarlamada atılacak doğru adımlarla sağlık turizmi hacminin kısa sürede katlanabileceğini söyledi.

Dijital Pazarlama Sağlık Turizminde Önemli

Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde kritik bir konumda bulunduğunu belirten Profesyonel SEO Eğitmeni Ayhan Karaman, "Dijital pazarlama sağlık turizminde önemli bir yere sahip. Doğru dijital pazarlama stratejileriyle sağlık turizmindeki talebi yükseltmek ve yönlendirmek mümkün. Çünkü dijital pazarlama ve SEO çalışmaları, ülkemizdeki doktorların arama motorlarında öne çıkmasını sağlıyor. Bu da dünyanın dört bir yanındaki hastanın odağını ülkemize çeviriyor" dedi.

"Dijitaldeki kanallarla yabancı hastalara ulaşmak mümkün"

Yurt dışındaki hastaların uygun fiyat, deneyimli doktor, özel tedavi uygulamaları ve konforlu tedavi süreçleri gibi

faktörlere dikkat ettiğini ifade eden Profesyonel SEO Eğitmeni Ayhan Karaman, dijital pazarlama ve SEO'da birçok unsurun bütüncül bir perspektifle değerlendirilmesi gerektiğini belirterek, "Web sitesi içeriklerinden sosyal medya pazarlamasına, PR yönetiminden reklamlara kadar dijitaldeki birçok kanalla yurt dışındaki hastalara ulaşmak çok kolay. Yurt dışında bir dijital pazarlama ağı oluşturarak, sağlık kuruluşunun veya doktorun vizyonu ve misyonu anlatılabilir. Bu aşamada lokalizasyon öne çıkıyor. Farklı dillerde lokalize edilmiş web siteleri veya sosyal medya hesapları, hizmetleri daha anlaşılır hale getiriyor. Sağlık turizminde payını artırmak isteyen kuruluşların ya da doktorların hedef ülkelere yönelik dijital içerik planlamasına yönelmesi gerekiyor" şeklinde konuştu.

Dijital Pazarlamaya Yatırım Yapanlar Öne Çıkıyor

Türkiye'de sağlık hizmeti verenlerin yurt dışındaki hastalara ulaşabilmesi için dijital kanalların stratejik bir rol üstlendiğine dikkat çeken Profesyonel SEO Eğitmeni Ayhan Karaman: "Yurt dışındaki hastalar güvenilir ve uluslararası akreditasyonlara sahip kliniklere veya doktorlara rağbet gösteriyor. Dijital pazarlama ve SEO uygulamalarıyla bu niteliklere ulaşabilen klinikler ve doktorlar ise globalde öne çıkabiliyor. Böylece yurt dışındaki potansiyel hastalarla daha kolay iletişim kurabiliyor ve sektörün daha hızlı büyümesini sağlıyor" dedi.

"Doğru dijital pazarlama stratejileriyle sağlık turizmindeki talebi yükseltmek ve yönlendirmek mümkün. Çünkü dijital pazarlama ve SEO çalışmaları, ülkemizdeki doktorların arama motorlarında öne çıkmasını sağlıyor"

Türkiye'de HIV Vakaları Son 10 Yılda 8 Kat Arttı

"HIV vakaları Türkiye'de son 10 yılda 8 kat artış gösterdi. Yapılan bilimsel modellemelerde, Türkiye'deki enfekte birey sayısının, saptanamayan vakalarla birlikte, en az iki kat daha fazla olduğu tahmin ediliyor. Bununla birlikte Türkiye, tedaviye erişim ve tedavide başarılı ancak, test ve tanıda hedeflerin gerisinde"



35 yıldır HIV/AIDS alanında yenilikçi tedaviler geliştirmeye odaklanarak bu hastalıkların ölümcül olmaktan çıkıp, yönetilebilir hale dönüştürülmesi için çalışan Gilead, Türkiye'de anonim teste erişimi desteklemek amacıyla "Hayata Pozitif Destek" HIV test kiti bağış programını duyurdu. Güncel araştırmalara göre Türkiye'de HIV ile yaşayan bireylerin yalnızca bir bölümü tanıya erişebiliyor. Bu da HIV testine erişimi hayati derecede önemli kılıyor. HIV tedavisinde dünyanın ilk tek tablet rejimini geliştirerek enfeksiyonu çaresiz bir hastalık olmaktan çıkartıp, kronik bir sağlık durumuna dönüştürmeyi başaran Gilead, ülkemizde anonim test imkanlarına erişimin artırılması ve risk altındaki bireylerin tanı öncesi farkındalığına katkıda bulunmak amacıyla hayata geçirdiği "Hayata Pozitif Destek" bağış programını sürdürüyor. Program kapsamında hali hazırda HIV/AIDS Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri (GDTM)'lerde kullanılan testler ile aynı spesifikasyona sahip ücretsiz HIV test kiti bağışında bulunulacak. İlgili kurum ve kuruluşlar bağış talepleri için hayatapozitifdestek@gilead.com adresinden konuyla ilgili iletişime geçebilecekler. Bağış programı kapsamında tüm resmi kurum, dernek, STK, laboratuvar ve üniversiteler tarafından iletilecek bağış talepleri değerlendirilecek.

Anonim Test İmkanlarına Erişim Artırılmalı

Gilead Medikal Direktörü Dr. Serhan Sevgi HIV'le mücadelede teste erişimin önemine şu sözlerle dikkat çekti: "Sağlık Bakanlığı'nın 2019-2024 yılları arasını kapsayan Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı'nda da yer aldığı üzere özellikle risk altında bulunan bireylere yönelik özel programların geliştirilmesi ve uygulanması enfeksiyonun

yayılımının önlenmesinde önemlidir. HIV/AIDS'ten korunma ve bulaş yolları hakkında bilgi verilmesi, ücretsiz ve gizlilik esasları içerisinde HIV test hizmetinin sunulması, test öncesi ve sonrasında danışmanlık hizmetinin sunulması, tedavi için doğru merkeze yönlendirme yapılabilmesi ve tedavi devamlılığının sağlanması HIV/AIDS'in kontrolünde önemli noktalardan biridir. Çünkü, erken tanı, uygun tedavi ve tedavinin devamlılığı sayesinde HIV ile yaşayan bireyler bulaştırıcı olmadan uzun süre sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürebilmektedir.

Gilead Türkiye desteğiyle IQVIA tarafından yayımlanan "COVID-19 Dönemi Sonrası HIV Politikaları Raporu" na göre HIV vakaları Türkiye'de son 10 yılda 8 kat artış gösterdi. Yapılan bilimsel modellemelerde, Türkiye'deki enfekte birey sayısının, saptanamayan vakalarla birlikte, en az iki kat daha fazla olduğu tahmin ediliyor. Bununla birlikte Türkiye, tedaviye erişim ve tedavide başarılı ancak, test ve tanıda hedeflerin gerisinde. Ülkemizde anonim test imkanlarına erişimin artırılması ve toplumda HIV farkındalılığının yaygınlaştırılması, alınması gereken acil aksiyonlar arasında yer alıyor. Gilead olarak bu sorumluluk bilinci ile risk altındaki bireylerin anonim teste erişim imkanlarını artırmayı hedefliyoruz. "Hayata Pozitif Destek" bağış programı Sağlık Bakanlığı 2019-2024 Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı'nın 3 temel amacı olan HIV/AIDS yeni vaka sayısı ve enfeksiyona bağlı ölümleri azaltmak, HIV/AIDS'e yönelik sağlık hizmetlerinin kapasitesini geliştirmek ve HIV ile yaşayan bireylere yönelik ayrımcılığı ve mahremiyet ihlallerini önlemek amaçlarının her birine katkı sağlıyor.

<https://www.gilead.com.tr/-/media/gilead-turkey/pdfs/gilead-turkey-post-covid-19-hiv-policies.pdf>

"HIV/AIDS'ten korunma ve bulaş yolları hakkında bilgi verilmesi, ücretsiz ve gizlilik esasları içerisinde HIV test hizmetinin sunulması, tedavi için doğru merkeze yönlendirme yapılabilmesi ve tedavi devamlılığının sağlanması HIV/AIDS'in kontrolünde önemli noktalardan biridir"



HIMSS Turkish Community Şikago'da düzenlendi

Sağlık bilişim etkinliği HIMSS Global Health Conference & Exhibition, 17-21 Nisan 2023 tarihlerinde Şikago'da gerçekleşti. Küresel sağlık ekosistemindeki sağlık bilişimi ve teknolojileri alanında yoğunlaşan 40.000'den fazla profesyonelin canlı ağ oluşturabildiği etkinlikte Türk firmalar HIMSS Turkish Community şemsiyesi altında bir araya geldi

Türkiye'den 60'ın üzerinde sağlık profesyoneli ve yöneticisinin katılım sağladığı; 15 firmanın standıyla ve 32 kurum ve kuruluşun da toplu olarak yer aldığı HIMSS Turkish Community, Hollandalılar ile birlikte en yüksek katılım oranına sahip komite oldu. HIMSS Global'de HIMSS Turkish Community kapsamında Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı Dr. Şuayip Birinci ve bakanlık yetkilileri de Bakanlık düzeyinde yer aldı. HIMSS Turkish Community'de stanlı katılım ile yer alan firmalar şöyle; 2M, Akgün, Albert Health, Bordatech, E-Kalite, Ekspotürk, Livemedi, Medrics, Ortus, Pusula Yazılım, Science Cream, Simplex, TİGA, USHAŞ, Virasoft.

Dünyanın çok sayıda ülkesinden gelen Sağlık Bakanlığı yetkilileri HIMSS bünyesinde gerçekleşen Governmental Delegations etkinliğinde bir araya geldi. Bu kapsamda

HIMSS Turkish Community Başkan Yardımcısı ve Ekspotürk Genel Müdürü Beşir Kemal Şahin de HIMSS Avrasya ilgili olarak ülkelerin bakanlık yetkilileri ile temaslar gerçekleştirdi. Bu temaslar neticesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölge Direktörü Dr. Hans Kluge ve HIMSS Başkanı Harold Wolf ile Türkiye'nin uluslararası pazarlarda yerini güçlendirecek ve dijital dönüşüm başarılarını daha geniş kitlelere duyuracak eylem planı ve yapılması gerekenlere dair görüş alışverişinde bulunuldu.

HIMSS Eurasia Basın Lansmanı

Türkiye'nin sağlıkta dijital dönüşüm başarısında rol alan Türk firmaların ABD pazarına girmesi ve genişlemesi amacıyla yönelik olarak 17 Nisan'da Westin Hotel'de toplantı yapıldı. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakan Yardımcısı

Yenilikçi teknolojilerin görücüye çıktığı etkinlikte, Türk firmaların yapay zeka, teletıp, mobil sağlık, teleradyoloji, makine öğrenimi gibi alanlarda geliştirdiği yeni nesil ürünler ziyaretçilere sunuldu



Dr. Şuayip Birinci'nin öncülüğünde gerçekleşen ve Türk sağlık bilişim sektörünün küresel pazarlarda yoğunlaşması ve tutunması için gerekli şartların konuşulduğu toplantı Ekspotürk, HIMSS Turkish Community ve TOBB Chicago birlikte organize etti. Toplantıda ayrıca 22-24 Kasım 2023 tarihlerinde İstanbul'da yapılacak HIMSS Eurasia Sağlık Teknolojileri Konferansı ve Fuarı'nın basın lansmanı yapıldı. Sağlık bilişimi ve teknolojileri alanında Asya, Avrupa ve Afrika kıtalarını kapsayan uluslararası bir etkinlik olan HIMSS Avrasya için Kasım ayına kadar yapılması planlanan hazırlık takvimi paylaşıldı.

Türk Bilim İnsanı Dr. Hande Özdinler ile Buluşma

HIMSS programı kapsamında TOBB Şikago organizasyonu ile Ekspotürk ve HIMSS Turkish Community üyeleri, Akademisyen Dr. Hande Özdinler eşliğinde Northwestern University'ye hastane ziyaretinde bulunarak buradaki sağlık bilişimi ve teknoloji uygulamalarını yerinde görme imkanı buldu. Moleküler biyoloji ve genetik alanındaki çalışmaları ile tanınan Türk bilim insanı Dr. Hande Özdinler kendi ismi ile Northwestern University bünyesinde kurulan laboratuvarı da gezdirerek burada yapılan ALS hastalığına ilişkin çalışmalar hakkında bilgi verdi. Amerika'da kendisi gibi çok sayıda Türk bilim insanının inovatif kazanımlı akademik çalışmalara devam ettiğini kaydeden Dr. Özdinler, Türkiye'den gelen start upların Amerika'da iş birliği ve iş faaliyetleri yapmasının zorlukları ve kazanımlarına yönelik deneyim paylaşımlarında bulundu.





Abdi İbrahim İlaç, Bilgi Teknolojileri Sektörüne Girdi

Abdi İbrahim bünyesinde bir kurum içi girişimcilik hikayesi olarak başlayan teknolojik iş çözümleri şirketi Abdi Business Technologies, farklı sektörlere teknoloji alanında çözümler üretmek amacıyla kuruldu



Abdi İbrahim ilaç şirketi, iş dünyasındaki 111 yıllık deneyimini ve vizyonunu bilgi teknolojileri alanına aktarıyor. Teknolojik iş çözümleri şirketi Abdi Business Technologies, siber güvenlik, bulut bilişim ve dijital dönüşüm gibi geniş bir yelpazede hizmet ve çözümler sunuyor. Yazılım geliştirme, veri analitiği ve iş zekası, siber güvenlik, bulut bilişim, validasyon ve danışmanlık hizmetleri başta olmak üzere teknolojik iş çözümlerinde derin uzmanlığa sahip olan Abdi Business Technologies müşterilerine endüstri standartlarına uygun, güvenli ve etkili çözümler sunarak, işlerini geliştirmelerine ve maliyetleri azaltmalarına yardımcı oluyor.

Hizmetler Neler?

Abdi Business Technologies'in şirketlere sunduğu teknolojik çözümler ise şöyle sıralanıyor: Kurumsal çözüm desteği (SaaS yazılım ürünleri, SAP danışmanlık hizmetleri, veri analitiği ve iş zekası çözümleri, e-imza ve mobil imza çözümleri vb.), Veri altyapı servisleri (Ağ ve altyapı, felaket kurtarma, iş sürekliliği, veri depolama ve yedekleme hizmetleri, IoT hizmetleri, fabrika üretim sistemleri altyapı hizmetleri vb.), Siber güvenlik çözümleri, ERP sistemleri, Dijital dönüşüm süreç desteği, Yönetişim ve risk uyum hizmetleri (IT validasyon, IT kalite, uyum süreçleri vb.), Yazılım geliştirme ve danışmanlık hizmetleri.

Finans, Perakende, Lojistik, Enerji Sektörleri

İş zekası, makine öğrenmesi, veri analizi ve yapay zekanın yanı sıra medikal pazarlama alanında da sosyal medya çözümleri, çağrı yönetim sistemleri, iş sürekliliği gibi pek çok alanda hizmet verdiklerini belirten Abdi İbrahim



**Abdi İbrahim Teknoloji Şirket
Direktörü Koray Kurt:**
“Finanstan perakendeye, lojistikten enerji sektörüne pek çok farklı sektöre hizmet sunuyoruz. Kişiselleştirilmiş teknoloji çözümlerimiz ile müşterilerimizin iş süreçlerinin optimize edilmesine destek olmak istiyoruz”

Teknoloji Şirket Direktörü Koray Kurt, şunları söyledi: “Girişimcilik ruhu ile Abdi İbrahim'in içinden doğan bir şirkettiz. Sürekli geliştirdiğimiz teknolojik çözümlerimiz, sektörlere ve şirketlere özel kişiselleştirilmiş hizmetlerimiz, know-how'ımız, dinamik ekibimiz ve cesur bakış açımızla, bilgi teknolojileri sektöründe yenilikçi çözümler sunan öncü ve lider bir şirket olmayı hedefliyoruz. Bu hedefe giden yolda ise en büyük avantajımız, Abdi İbrahim'in 111 yıllık deneyimi ve teknolojiyi en etkin şekilde kullanma kültürüdür. Hizmet anlayışımızı oluşturan beş temel değerimiz; müşteri odaklılık, kalite, inovasyon, güvenlik ve takım çalışmasıdır. Bu değerlerle ilaç sektörü başta olmak üzere finanstan perakendeye, lojistikten enerji sektörüne pek çok farklı sektöre hizmet sunuyoruz. Sektörlere ve şirketlere özel kişiselleştirilmiş teknoloji çözümlerimiz ile müşterilerimizin iş süreçlerinin optimize edilmesine, verimliliğin, kârlılığın ve müşteri memnuniyetinin artırılmasına destek olmak istiyoruz.”

"Yurt Dışı Pazarlara da Açılmayı Hedefliyoruz"

Uluslararası pazarlarda da var olmayı gelecek hedefleri arasında paylaşan Kurt; “Yurt dışındaki müşterilerimize de hizmet sunmayı ve ürünlerimizi pazarlamayı amaçlıyoruz. Bu konuda pazar araştırmaları ve uygun stratejiler üzerinde çalışıyoruz. Abdi İbrahim'in yurt dışındaki fabrikaları ve iştiraklerine hizmet ve ürünlerimizi sunarak ilk adımlarımızı atmayı planlıyoruz” diye konuştu.



Siemens Healthineers ARTIS icono ile İnme Tedavisinde Geline Son Nokta

Beyin damar hastalıkları, dünyada en fazla fonksiyon kaybına neden olan ve insanların yaşam kalitesini en fazla etkileyen ölüm nedeni olarak, ikinci sırada yer alan hastalık grubu* olarak gösteriliyor. İnmeye sebep olabilecek damar hastalıkları ise ülkemizde yaşamımızı tehdit eden sağlık sorunları arasında ilk sıralarda. Siemens Healthineers Türkiye, ARTIS icono sistemi ve yazılımlarıyla hekimlerin daha hızlı tanı koyabilmesine ve inme tedavisine yardımcı oluyor

Sağlık sektöründe çığır açan yeniliklere öncülük eden Siemens Healthineers, dijital teknolojiler, data ve yapay zekâyı kullanarak hem tıbbi süreçleri iyileştirmeye hem de insanlığı en çok tehdit eden hastalıklara karşı global ölçekte katkılar sunmaya devam ediyor. Türkiye’de diagnostik görüntüleme laboratuvar hizmetlerine, ileri tedavilerden satış sonrası servis ve bakıma kadar sektöre çok geniş bir portföyle hizmet veren şirket, sağlık hizmetlerini dijitalle dönüştürme ve yakın geleceğin en tehdit edici hastalıklarıyla mücadele hedefiyle kardiyovasküler bakıma, nörovasküler bakıma ve kanser bakımına odaklanıyor.

Dijital ikiz, yapay zekâ, sinematik gerçeklik ve tıbbi nesnelerin interneti (IoMT) gibi teknolojilerle sağlık sektöründe adından inovasyonlarıyla söz ettiren Siemens Healthineers, bu kez de inme tanısını ve tedavisini iyileştirmeye yönelik geliştirdiği ARTIS icono

ürün ailesi ile sağlık profesyonellerine ve hastalara, girişimsel radyoloji, nöro müdahaleler, kardiyovasküler bakım veya girişimsel cerrahi için, özel ihtiyaçlara göre tasarlanmış sistemini sunuyor.

Görüntüleme ve Girişimsel Yöntemler Bir Arada

Sağlıklı, normal bir insanın beyinde yaklaşık 86 milyar nöron bulunmaktadır, dolayısıyla inme meydana geldiğinde, nörolojik hasarı en aza indirmek için verilen mücadelede her saniye çok önemlidir. Bu nedenle inmeye neden olabilecek şekilde büyük damar tıkanıklığı yaşayan birçok hastanın görüntüleme ve mekanik trombektominin birlikte kullanıldığı girişimsel inme tedavisinden yararlanması gerekebilir. Ancak çoğu acil inme vakasında, hasta sağlık merkezine geldiğinde, aciliyetten dolayı görüntüleme adımı atlanarak büyük damar tıkanıklığı (LVO) şüphesi olabilecek hasta



doğrudan anjiyo odasına alınabilmektedir. Oysaki endovasküler müdahaleden önce anjiyo odasında hastanın perfüzyon durumunun değerlendirilmesi gerekebilir.

Siemens Healthineers tarafından geliştirilen ve “inovasyon ikonu” olarak adlandırılan ARTIS icono ürün ailesi ve farklı ihtiyaçlara göre geliştirilen yazılımları tam da bu noktada hekimlerin daha hızlı ve kesin inme tanısı koymasına ve inmeyi tedavi etmesine yardımcı oluyor. Her saniyenin önemli olduğu inme durumlarında, inme şüphesi olan hastaların geleneksel ön görüntülemeye ihtiyaç duymadan, anjiyografi odası içerisinde, ARTIS icono ile kanamaların görüntülenmesine imkan sağlıyor. Yapılan çalışmalar, teşhis ve müdahale için hastaların doğrudan anjiyo ünitesine götürülerek trombektomiye kadar geçen süreyi ortalama 34 dakika kısaltabileceğini gösteriyor.

syngo DynaCT Multiphase ile Anjiyografi Odasında Teşhis ve Planlama

ARTIS icono sisteminin yazılımı olan ve anjiyo odasında hastanın teşhis ve tedavi yönteminin karar verilmesine destek olan syngo DynaCT Multiphase, kollateral görüntülemeyi girişimsel yöntemleri prosedürün ayrılmaz bir parçası haline getirerek, mekanik trombektomi öncesinde sağlıklı tedavi kararlarının alınmasına yardımcı oluyor. 60 saniyeden kısa bir sürede 10 farklı zaman noktasını gösteren syngo DynaCT Multiphase ile kollateral görüntülemeye olanak sağlıyor. Serebral kan akışı ve kan hacminin azaldığı beyin bölgeleri ile gecikmeli kontrast alanı olan bölgeleri tespit edilmesine yardımcı olarak, hastayı bilgisayarlı tomografiye aktarmadan serebral kollateral damarların görüntülenmesi sağlıyor.

Kemikli Yapıların Etrafındaki Kanama Görüntülemek Mümkün

syngo DynaCT Sine Spin ise beyin bazal kısmını çevreleyen büyük kemikli yapılardan kaynaklanan artefaktların üstesinden gelmek için yeni bir çift eğimli yörünge kullanıyor. Kafatasından bazale kadar homojen yumuşak doku çözünürlüğü ile ARTIS icono, tüm beyin yumuşak doku görüntülenmesini yeni bir kalite ve tutarlılık seviyesine taşıyor. syngo DynaCT Sine Spin, trombektomi yapmadan önce ve tüm nöro müdahalelerden sonra kullanılabilir.

Daha Hızlı, Daha Standartlaştırılmış İş Akışı

Siemens Healthineers Case Flows ise, operasyonel verimliliği artırmak için özel olarak tasarlanmıştır. Manuel hazırlık adımlarını düzene koyarak ve sistemi sıfır kumanda kolu etkileşimi ile konumlandırarak rutin prosedürleri hızlandırır. Sağlık profesyonellerinin yeni ve daha karmaşık prosedürleri güvenle oluşturmaya yardımcı olur. Böylece profesyoneller, kendi tercihlerine ve durumsal ihtiyaçlarına bağlı olarak C-kol ve sistem konumları, SID, yakınlaştırma faktörü, filtreler, kolimasyon ve ekran düzeni gibi görüntüleme parametrelerini tek tuş ile gerektiği gibi ayarlayabilirler. Bu sayede inme şüphesiyle gelen hastalarda zaman yönetimi sağlamak ve kullanıcı kaynaklı oluşabilecek yanlış prosedür seçimi gibi hataların engellenmesi amaçlanmaktadır.

*<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/29-ekim-2021-dunya-i-nme-gunu.html>



TÜSAP Toplantısında Deprem ve Afetlerde Sağlık Hizmeti Konuşuldu

Sağlık Bakan Yardımcısı ve TÜSAP Yürütme Kurulu Başkanı Prof. Dr. Sabahattin Aydın: “Deprem sonrasında 50.000’i aşkın cenaze defnedildi. Çoğu sahibi o anda bulunmayan, kimliği bilinmeyen cenazelerin adli tıp ve defin süreçleri yaşandı”

31. TÜSAP Vizyon Toplantısı; 5 Mayıs 2023 Cuma günü, İstanbul Medeniyet Üniversitesi’nin ev sahipliğinde “Deprem ve Afetlerde Sağlık Hizmeti” ana başlığı ile yapıldı. Toplantı, başta T.C. Sağlık Bakan Yardımcısı ve TÜSAP Yürütme Kurulu Başkanı Prof. Dr. Sabahattin Aydın, T.C. Sağlık Bakan Yardımcısı ve TÜSAP Yürütme Kurulu Üyesi Dr. Şuayip Birinci, İstanbul İl Sağlık Müdürü ve TÜSAP Yürütme Kurulu Üyesi Prof. Dr. Kemal Memişoğlu ve OHSAD Başkanı Dr. Reşat Bahat olmak üzere 60’ın üzerinde davetlinin katılımı ile gerçekleşti. T.C. Sağlık Bakan Yardımcısı ve TÜSAP Yürütme Kurulu Üyesi Dr. Şuayip Birinci’nin ana konuşmacı ve OHSAD Başkanı Dr. Reşat Bahat’ın moderatör olarak yer aldığı TÜSAP Sağlık Hizmet Sunumu Toplantısı, Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) ve Türkiye İlaç Sanayicileri Derneği (TİSD) ile Janssen ve Roche firmalarının katkıları ile düzenlendi. Toplantıda konuşan İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Gülfettin Çelik, kamunun yanı sıra özel sektör, akademisyenler, STK temsilcileri, sektörel dernek, vakıf ve platformların temsilcileri gibi önemli bir katılımcı kitlesi ile yapılıyor olmasının ümit verdiğini söyledi.

50.000’i Aşkın Cenaze Defnedildi

Toplantının açılışını yapan T.C. Sağlık Bakan Yardımcısı Prof. Dr. Sabahattin Aydın, 6 Şubat Kahramanmaraş merkezli depremin ardından yaşanan sağlık hizmetlerine ilişkin süreçler hakkında bilgi verdi. Depremi sabah saat 04.17’de gerçekleşmesinin ardından Kahramanmaraş’a ilk il dışı Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE)’nin varış

saatinin 07.15 olduğunu belirten Aydın, diğer illere de tek tek bakıldığında her birine sabah saatlerinde ilk il dışı UMKE ekiplerinin ulaşmış olduğunu söyledi.

Deprem ve afetlerde sağlık hizmeti denildiğinde konuyu çok yönlü olarak ele almak gerektiğine dikkat çeken Aydın sözlerini şöyle sürdürdü: “Ulaşım ve iletişim ilk iki gün başa çıkmamız gereken en büyük iki problem alanlarıydı. Kurtarma ve ilk yardımla birlikte bölgede travma yaşamış personelin neredeyse tamamen işlevsiz kaldığı bir yerde o kadar devasa büyüklükte alana hizmet götürecek insanların sevgi ve yönetimi sağlandı. Bölgede hizmet edecek sağlık kuruluşlarının durumu, hangisinin ayakta kaldığı, hangisinin hizmet verebilir durumda olduğu tespit edilerek hizmet verebilir durumları, hizmet verilemeyen yerlerde seyyar/geçici sağlık kuruluşlarının tesisi gibi konular yönetilmesi gereken alanlar oldu. Tabii ki, insan ve bina ile hizmet bitmiyor. İlaç ve tıbbi cihaz ihtiyaçlarının giderilmesi, ihtiyaca göre temin ve sevgi, depolanma ve lojistik yönetimi bizlerin koordinasyonundaydı. Daha ikinci günden itibaren ciddi olarak kendini gösteren atık sorunu, hijyen ve tuvalet sorunu, kıscası yaygın bir halk sağlığı problemi aşama aşama sağlık hizmeti alanında bizi çok yakından ilgilendiren konular oldu.

Bu arada psikolojisi bozulmuş, aslında bedenlen var olsa da ruhen orada olup olmadığı meçhul olan 1000’lerce insana psiko-sosyal destek verilmesi gerekti. Hatta ve hatta hizmet etmek üzere oraya gönüllü olarak gitmiş ama o travmayı görünce kendisi de travma yaşamış, iki büyük



depremin ardından hizmet verdiği bina artçı depremlerle sallanınca panikle dışarı kaçmış onlarca sağlık personeli ve bunlara da sağlık ve psiko-sosyal destek konuları yönetildi. Diğer taraftan 50.000’i aşkın cenaze defnedildi. Çoğu sahibi o anda bulunmayan, kimliği bilinmeyen cenazelerin adli tıp ve defin süreçleri yaşandı. Sadece depremezdelelerin barınması ve yiyeceği değil, sahaya gönderdiğimiz binlerce insanın barınması ve yiyeceği de yine verdiğimiz bu sağlık hizmetinin tamamlayıcısı olarak bizim sorunumuzdu. Tüm bu alanlarda büyük bir sınavdan geçtiğimizi düşünüyorum.”

Her Alanda Kuvvetli İş Birliği Gerekli

31. TÜSAP Vizyon Toplantısında ana konuşmacı olarak konuşan ve deprem ve afetlerde sağlık hizmetine ilişkin sunum yapan T.C. Sağlık Bakan Yardımcısı Dr. Şuayip Birinci, sağlık hizmetinin hangi hızla gidilirse gidsin entegre olunan alanlarla birlikte sürdürüldüğünü ve bu nedenle her alanda kuvvetli bir iş birliğine ihtiyaç duyulduğunu söyledi. Bazen bu sebeple bazı kısıtlar yaşandığını ancak Sağlık Bakanlığının üstüne düşeni yaparak bu süreçten başarı ile çıktığını belirten Birinci, 11 ili etkileyen iki büyük deprem ve ardından 17.000 kadar artçı depremler sürecinde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunun SAKOM (Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi) tarafından yönetildiğini söyledi. Birinci, bu kapsamda verilen belli başlı sağlık hizmetlerini; köylere gezici sağlık taraması, sahra hastaneleri, olay yerinde ambulans UMKE hizmetleri, deprem ve artçılarda saha taraması, mobil sağlık hizmetleri, acil müdahale üniteleri ile çadırkent/konteyner kentlerde aile hekimliği birimi acil müdahale ünitesi şeklinde sıraladı. Depremin hemen ardından ulaşım kanallarının hepsinin seferber edildiği ve birkaç gün gibi çok kısa sürede afet bölgesinden 2564’ünün hava yoluyla, 48,758’inin karayoluyla ve 327’sinin deniz yolu ile olmak üzere 51.665 hasta/yaralının sevginin gerçekleştiğini söyleyen Birinci, Sağlık Bakanlığının yaklaşık her 10 personelinin birinin afet bölgesinde olduğunu ve deprem bölgesindeki sağlık tesislerinde 113.759 personel çalışmakta iken; deprem sonrasında 33.272 personelin daha görevlendirildiğini sözlerine ekledi. Afettede olarak hastanelere bugüne kadar 8,3 milyon üzerinde başvuru yapıldığını ve bu hastaların yaklaşık

9 bininin halen hastanelerde yatarak tedavi gördüğünü ifade eden Dr. Şuayip Birinci, sağlık hizmetleri yönetim süreçlerine ilişkin rakamlar paylaştı. Birinci, 116.594 deprezede başvurusunun yapıldığı Alo 184; 109 tır, 88 kamyon, 16 kamyonet ve 6 uçak ile yapılan ilaç ve tıbbi sarf malzemesi lojistiği; afet esnasında afetten en çok etkilenen 4 ilde 2.506.903 hasta ve yaralıya verilen 1. Basamak sağlık hizmetleri; yine deprem sonrası 89.232 kişiye verilen evde/yerinde bakım hizmetleri; 114.850 gebeye, 43.022 bebeğe, 81.800 lohusaya ve 544.202 bebek-çocuğa verilen izlem hizmeti; 2472’si tetanoz ve 913’ü kuduz olmak üzere uygulanan toplam 1.571.196 doz aşılama ve bu gibi hizmetler hakkında bilgi verdi.

OHSAD Başkanı Dr. Reşat Bahat: “Sağlık sistemi ve sağlık çalışanları bu sınavdan geçti”

Depremin yarattığı yıkımı Hatay’da bizzat gördüğünü ve İstanbul depreminin tanık olduğu felaket karşısında sönük kaldığını ifade eden OHSAD Başkanı Dr. Reşat Bahat, “Bu afet deprem bölgesine gitmeyenlerin anlayabileceği bir şey değil. Elinizde 11 tane iliniz, 100’lerce ilçeniz olduğunda, bu taraftan gözüktüğü kadar öyle havalı havalı konuşmalar yapabilme şansına sahip değilsiniz. Biz yıllardır depremi konuşuyormuşuz ama çok az şey yapıyormuşuz. Ayrıca İstanbul depremini yaşadım ama bizim yaşadığımız da Kahramanmaraş depremi yanında hiçbir şey değilmiş. Bu felaket öyle ya da böyle bir şekilde bu noktaya geldi. Devlet büyüklüğünü gösterdi ve hiçbir ülkenin yapamayacağı boyutta ilk üç günden sonra inşaat çalışmalarına girdi ve yaraları saracağını gösterdi. Bunun bedeli ekonomik olarak çok ağır olacak. Çok canlar kaybettik bu da ayrıca çok kötü oldu. Bir yandan bu süreç bizi İstanbul depremine de hazırlayacak” diye konuştu. Sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarının sınavdan geçtiğini ancak bir habitatin içinde yaşadığını sözlerine ekleyen Bahat, “Bakanlıklar içinde muhtemelen Sağlık Bakanlığı kadar görevini iyi yapan bir bakanlık yok ama biz bir habitatin içinde yaşıyoruz ve bu habitatta görevlerini iyi yapmayanlar bizim yapabileceklerimizi çok aşağıya çekiyorlar. Sağlık sistemi ve sağlık çalışanları bu sınavdan geçti mi? Evet geçti. Kendi başarıları ile mi geçti? Evet. Kaldı mı? Bazı bölümlerde kaldı. Kendi suçları mıydı? Çoğunlukla değildi. Bir bütünün parçası olduğunuz zaman maalesef bir sürü sıkıntıyı da yaşayabilirsiniz” dedi.

“Türkiye’de yapılması gereken, ulusal bir koruyucu ağız diş sağlığı politikasının Türk Diş Hekimleri Birliği ve Sağlık Bakanlığı önderliğinde, Sosyal Güvenlik Kurumunun finansmanı ile üniversitelerin bilimsel katılımları da sağlanarak oluşturulmasıdır. Kamu, koruyucu hizmetlerin üretilmesi, koordinasyonu ve finansmanı görevlerini tanımlamalı ve uygulamalıdır”

Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Politikalarına İhtiyacımız Var

“Diş çürükleri ve diş eti hastalıkları toplumun %90’ını etkilemektedir. Ağız kanseri en sık görülen sekizinci kanser tipidir ve dünya genelinde yılda yaklaşık olarak 400.000 ile 700.000 ölümün sorumlusudur. Dünya çapında yaklaşık 3,5 milyar insan 2019’da ağız hastalıklarından etkilenmiştir ve bu veri ağız hastalıklarını 300’den fazla hastalık arasında en yaygın grup haline getirmektedir”

TTB’nin yayımladığı Toplum ve Hekim dergisinin Mayıs-Haziran 2023 sayısında yer alan ve Dt. Ali Rıza İlker Cebeci ve Dt. Neslihan Sevim tarafından hazırlanan “AKP’li 20 Yılda Ağız Diş Sağlığı Alanındaki Dönüşüm ve Sonuçları” başlıklı dosyada öne çıkan hususları, klinikiletişim okurları için derledik.

Günümüzde diş çürükleri ve periodontal hastalıklar, en önemli ağız sağlığı sorunları arasında sayılmaktadır. Diş çürükleri ve dişeti hastalıkları toplumun %90’ını etkilemektedir. Ağız kanseri en sık görülen sekizinci kanser tipidir ve dünya genelinde yılda yaklaşık olarak 400.000 ile 700.000 ölümün sorumlusudur. Dünya çapında yaklaşık 3,5 milyar insan 2019’da ağız hastalıklarından etkilenmiştir ve bu veri ağız hastalıklarını 300’den fazla hastalık arasında en yaygın grup haline getirmektedir. 1990’dan itibaren toplanan Küresel Hastalık Yüğü verilerine göre, ağız hastalıkları küresel olarak en baskın sağlık problemi olarak bugüne kadar devam etmiştir. Başlıca ağız hastalıkları arasında tedavi edilememiş diş çürükleri, 2 milyar vaka ile en yaygın olanıyken yaklaşık 1 milyar vaka ile şiddetli periodontal hastalıklar ikinci sıradadır. Sonrasında yaklaşık 510 milyon tedavi edilmemiş süt dişi çürüğü ve 350 milyon tam dişsizlik vakası gelmektedir. Dünya genelinde ağız hastalıklarının birleşik olarak tahmini sayısı 5 ana bulaşıcı olmayan hastalık vakalarının yani zihinsel bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanserlerin toplamından yaklaşık 1 milyar kişi daha fazladır. 1990 ile 2019 arasında, tahmini ağız hastalıkları vaka sayısı 1 milyardan fazla artmıştır, bu artış yaklaşık %50 oranındadır. Aynı dönemde ağız hastalıklarının, yaklaşık %45 olan nüfus artışından daha yüksek bir oranda arttığı görülmektedir.

Ölümlerin %86’sı Gelişmekte Olan Ülkelerde

Her yıl 36 milyon insan bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak bilinen hastalıklarla yaşamını yitirmektedir

ve ölümlerin %86’sı gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ağız hastalıkları aynı risk faktörlerini (sağlıksız beslenme, tütün ve alkolün zararlı kullanımı, yoksulluk, sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizlik, zamanında gerekli koruyucu ya da tedavi edici hizmetlere ulaşamamak vb.) paylaşmaktadır. Tüm bu veriler ağız diş sağlığı problemlerinin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Alanı Boş Bırakıldı

Türkiye’de 2002 yılında bir ADSH ve 14 ADSM bulunurken 2017’de 22 ADSH ve 132 ADSM’ye ulaşmıştır. Ayrıca, 510 hastanede diş hekimliği hizmetleri sunulan birim bulunmaktadır. SB Fahrettin Koca, 24 Kasım 2022 tarihindeki TBMM’deki 2023 yılı SB Bütçe konuşmasında ADSH sayısını 36, ADSM sayısını da 133 olduğunu belirtmiştir. 2002 yılından itibaren bir yandan da kamuda istihdam edilen diş hekimleri sayısı artırılmaya başlanmıştır.

Kamuda ağız diş sağlığı hizmeti veren kuruluşların ve dişhekimleri istihdamının artması toplum sağlığını olumlu yönde değiştirecek bir gelişme gibi gösterilse de yoğun ve plansız şekilde açılan ADSM’ler zamanla sadece tedavi hizmetleri üreten ve hekimlerin performansa dayalı ödeme sistemi motivasyonu ile çalıştırıldıkları sağlıksız alanlar olmuştur. Sağlıksızlık, hem hastalar için hem de hekimler için artarak devam etmiştir. Bu süreçte, koruyucu ağız diş sağlığı hizmetleri üretme ve yürütme görevinin temelde kamunun görevi olarak ifade edildiği Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) çalışmalarına önem verilmeyip, koruyucu ağız diş sağlığı alanı boş bırakılmıştır. Koruyucu ağız diş sağlığı uygulamaları devreye sokulmadığı için, başarı olarak bireylerin ve sonuçta toplumun ağız diş sağlığı göstergeleri değil, dişhekimleri tarafından yapılan tedavi uygulama sayıları başarı algısı için lanse edilmiştir.

Performans Sistemi 2004’te Başladı

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2019



“Performans sistemi hekimlerin tedavi planlarını şekillendirmekte, hatta hasta seçmeye yönlendirmektedir. Bir grup hekim, daha basit, az zaman gerektiren, puanı yüksek işlemleri tercih etmekte; zor, komplikasyon riski yüksek, hastaya rahatsızlık verebilecek ve buna bağlı olarak da şikâyet edilmesine yol açabilecek veya puanı düşük tedavileri yapmaktan kaçınmaktadır”

verilerinde; 2002 yılında ünit başına düşen kişi sayısı 61.632 iken 2019 yılında 8.357'ye düştüğü, 2010 yılında 22.825.000 olan poliklinik işlem sayısının 2019'da 55.356.549'a yükseldiği görülmektedir.

Performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi, 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sistem, sağlık personelinin düzenli maaşına ek olarak; maaşın SB bütçesinden, performansa dayalı ek ödemenin ise genel sağlık sigortası sisteminden finanse edilerek kurum döner sermayelerinden ödendiği bir yöntemdir. SB'nin uyguladığı bu yöntemde, hasta muayene, teşhis ve tedavi faaliyetlerindeki katkı oranına göre ek ödeme miktarı değişmekte ve bu nedenle de sağlık çalışanları günün sonunda birbirleriyle yarışır hale getirilmektedir. Performans puanlarının; gerçekleştirilen işlemlerin gerektirdiği süre, komplikasyon riski gibi özellikleri ile uyumlu olmaması ve puanlar arası dengesizlik, kurum giderlerinin performans ödemelerinden karşılanması hekimler arasında gelir eşitsizliklerinin doğmasına yol açmaktadır. Gelir eşitsizlikleri farklı şehir ve kurumlarda, hatta aynı kurumdaki hekimler arasında bile gerçekleşebilmektedir. ADSM'de çalışan tüm diş hekimleri emeklerinin karşılığını almadıkları gibi aynı gelir düzeyini elde edebilmek için her geçen yıl daha fazla çalışmak zorunda kalmaktan yakınmaktadır.

Hekim Puanı Yüksek İşlemleri Tercih Ediyor

ADSM'lerde mevcut olan çalışmak koşulları ve performansa dayalı ödeme sistemi diş hekimlerinin hastanın yararını kendi çıkarlarının önünde tutma, mesleki bağımsızlık, sürekli gelişim ve mükemmellik gibi profesyonelliğin temel koşullarını gerçekleştirmesinin önüne geçmektedir. Sistem, hekimlerin tedavi planlarını şekillendirmekte, hatta hasta seçmeye yönlendirmektedir. Bir grup hekim, daha basit, az zaman gerektiren, puanı yüksek işlemleri tercih etmekte; zor, komplikasyon riski yüksek, hastaya rahatsızlık verebilecek ve buna bağlı olarak da şikâyet edilmesine yol açabilecek veya puanı düşük tedavileri yapmaktan kaçınmaktadır. Hekimler vicdanları ile davranma konusunda büyük gayret gösterebilir de

kendilerine dayatılan puan baskısı, hastaların talepleri ve hasta sayısından kaynaklı iş yükü, hastanın yararını önceleme sorumluluğunu yeterince gerçekleştirmelerini önlemektedir. Aynı zamanda uzmanlık kadrolarının kamuda verilmeye başlanmasından sonra performans yönetmeliğindeki haksız uygulamalar ile uzman diş hekimleri ile diş hekimlerinin arasındaki iş barışı da bozulmuştur. İngiltere'de benzer finansal teşviklerin hizmet sunumuna etkisi değerlendirildiğinde diş çekimi gibi daha az zaman gerektiren işlemlerin arttığı, kanal tedavisi gibi daha uzun zaman gerektiren işlemlerin ise önemli bir azalma gösterdiği saptanmıştır.

Performans Sistemi Dürüst Çalışmayı Olumsuz Etkiliyor

TDB'nin 2015 yılında yaptığı çalışmayla performansa dayalı ödeme sisteminin diş hekimliği alanındaki yansımaları somut olarak ortaya konmuştur. Çalışma verileri; SB tarafından yürütülen SDP kapsamında uygulanmakta olan performans sisteminin dürüst çalışmayı olumsuz etkilediğini (%88,0), bilimsel araştırmaya ilgiyi (%86,7) ve topluma daha iyi hizmet sunma olanağını azalttığını (%84,0), mesleki doyumu olumsuz etkilediğini (%83,6) ortaya koymaktadır. Araştırma grubunun %25,6'sının performans sistemini; tatmin ve kaliteyi engelleyen, %24,4'ünün ise hekimleri kaliteden kantiteye iten bir sistem olarak gördüğü anlaşılmaktadır. Ayrıca performans sistemiyle “mesleki dayanışmanın, yayın okumaya ve tedaviye yönelik işlem başına ayrılan sürenin, verilen sağlık hizmetinin niteliğinin” ciddi oranda azaldığı düşünülmektedir. Komplikasyon sayısı, etik dışı uygulamalar, endikasyonsuz işlem yapma, hasta şikayeti ve şiddet ise artan eylemlerdir. Performansa dayalı çalışma düzeni, diş hekimliği eğitimini olumsuz etkilemesi, hekim-hekim ve hekim-hasta ilişkisinde etik sorunlara neden olmasının yanında düşen hizmet kalitesiyle toplumun ağız diş sağlığının iyileşmesine de engel olmuştur.

klınikiletişim®

“Performans yönetmeliğindeki haksız uygulamalar ile uzman diş hekimleri ile diş hekimlerinin arasındaki iş barışı bozulmuştur. İngiltere’de benzer finansal teşviklerin hizmet sunumuna etkisi değerlendirildiğinde diş çekimi gibi daha az zaman gerektiren işlemlerin arttığı, kanal tedavisi gibi daha uzun zaman gerektiren işlemlerin ise önemli bir azalma gösterdiği saptanmıştır”

Bakanlık Serbest Çalışan Diş Hekimleri ile Rekabet Halinde

SB, kamu yararını gözeten, sağlık çalışanlarının emeğini ve sağlığını koruyan bir üst yapı olmalıdır. Oysa son yirmi yılda piyasanın tüm dinamiklerine uyum gösteren ve serbest çalışan diş hekimleri ile rekabet eden bir bakanlık profili görülmektedir. İşletmeciliğini SB'nin yürüttüğü ADSM zincirinde çalışan diş hekimleri, bu süreçte iş ve gelir güvencesi olmayan, mesleki değerlerini korumak için kendi sağlıklarından ve emeklerinin karşılığında ödün veren işçiler haline gelmiştir.

SDP ile beraber artan iş temposu, sorunlu ilişkiler, değersizlik hissi, nitelikli hizmet sunumuyla para kazanma arasında ikilemde kalma, ağırlaşan çalışma koşulları ve benzer baskılar ADSM diş hekimlerinin iş doyumunu engellemektedir. Mesleğine ve hastalarına yabancılaştıran, fabrikasyon bir üretimin parçası olduğunu hissedenden ADSM diş hekimleri, bu koşullarda çalışarak sağlıklarını kaybedeceklerinden endişelenerek ve tükenmişlik duygusuyla çıkış yolu aramaktadırlar. Sistemin kendilerini hasta ettiğini düşünen ve ruh sağlığı sorunlarından, kas-iskelet rahatsızlıkları ve kalp-damar hastalıklarından yakınan diş hekimleri, mevcut sistemin içinde kalarak; fiziksel, kimyasal, psikososyal, ergonomik risklerin, enfeksiyon riskinin yüksek olduğu çalışma ortamlarında sağlıklarının sürekli bir tehdit altında olduğunu hissetmektedirler.

Diş Hekimliği Alanındaki Sağlık Turizmi

Diş hekimliği alanındaki sağlık turizmi düzenlemesi «küreselleşme çağında hem tüm dünya insanları için hem de bizim gibi ağız diş sağlığı talebi ile diş hekimliği arzı dengesiz ülkeler için yeni bir olanak sunduğu» gerekçesiyle 2017 yılında çıkan bir yönetmelikle uygulamaya konmuştur.

Sağlık turizmi adı altında ülkemize gelen insanların ülkelerinde sağlık hizmetini neden alamadıkları ile ilgili uluslararası sorgulamaları yapmakla ilgili öneriler yerine uluslararası sağlık meslek kurumlarından ülkemizdeki sağlık turizmini desteklemeleri adına ülkelerinde denetim görevi yapmalarını istemek gibi gerçekçi olmayan öneriler şaşırtıcıdır. Ülkemize veya başka bir ülkeye sağlık turizmi amacıyla gitmeyi ve orada sağlık sorununu çözmeyi göze alan kişi, hekim ya da sağlık kurumu seçiminde sağlık kurumlarının yaptığı reklam veya turizm şirketlerinin tanıtımları dışında hangi gerçekçi verileri kullanacaklardır? Bununla beraber sağlık alanının herhangi bir yöntemle ticarileşmesinin hekimlerde ve sağlık çalışanlarında

etik sorunları da arttırdığı görülmektedir. Bu etik sorunların artması ülkenin sağlık sorunlarının çözülmesinde fayda sağlamayacaktır. Sonuç olarak sağlık alanı hangi nedenle olursa olsun ticari faaliyet alanına dönüştükçe bu etik ihlaller sağlık turizmi ile de sınırlı kalmayacaktır.

Daha Fazla ADSM, Daha Çok Diş Hekimi

AKP'li 20 yılda, SDP'nin neoliberal yapısı ile sağlık alanında eğitim politikaları da tüketime yönelik yapılandırılmıştır. Bu tüketime yönelik eğilim, tedavi hizmetlerini her zaman koruyucu hizmetlerin önüne çıkarmaktadır. Bu sistemin bilinçaltı ile hareket eden AKP hükümetinde sağlık sistemini kurgulayan akıllar da ağız diş sağlığı hizmet sunumunu “daha fazla ADSM, daha çok diş hekimliği” yöntemi ile koruyuculuktan uzak salt bozulan sağlığın tedavisi odaklı olarak sağlamaya çalışmaktadır. Bu gidiş, sonuç olarak diş hekimliği eğitimi alanının da çarpık büyümesine neden olmuştur. Özellikle 2002 yılından itibaren çarpık büyüme rahatlıkla görülebilir.

2022 yılından itibaren yeni bir fakülte açılmadan ve yeni bir ek kontenjan artışı olmaması halinde bile yıllık ortalama diş hekimliği sayısında %17,82 artış devam edeceğinden, 2028 yılında ülkemizdeki diş hekimliği sayısı 101.094 olacaktır. O günkü tahmini Türkiye nüfusu TÜİK verilerine göre 90.542.372.000 civarında olacağı öngörüsü ile diş hekimliği başına düşen kişi sayısı tahminen 895 kişi olacaktır. Bu oran 'DSÖ'nün 1/1500 olarak diş hekimliği başına düşen popülasyon ile ilgili önerisinin neredeyse 2 katı kadar fazladır.

Tedavi Hizmetleri Ulaşılamaz Maliyetlerde

Serbest çalışan diş hekimlerinin AKP hükümetlerinin neoliberal politikaların gereği olarak her alanda sermayeyi desteklemesi nedeniyle yaptıkları çeşitli düzenlemelere ek olarak ülkenin ekonomi yönetimleri ile getirildiği nokta nedeniyle de sorunları vardır. Devletin ağız diş sağlığı politikalarında, bireylerin ağız diş sağlığı hizmetlerinin karşılanması konusunda serbest hekimlerden hizmet aldıklarında hiçbir uygulama için geri ödeme seçeneği olmadığı için tüm harcamaları hane halkı cepten yapmaktadır. Bu nedenle hane halkının alım gücü düştükçe serbest diş hekimlerine başvuru oranları da azalmaktadır. Ekonomi yönetimi sonucunda Türk lirasının değersizleşmesi ağız diş sağlığı ile ilgili birçok ürünün yurt dışından karşılanması nedeniyle tedavi hizmetlerinin de ulaşılabilir maliyetlere yükselmesine neden olmaktadır.



“2022 yılından itibaren yeni bir fakülte açılmadan ve yeni bir ek kontenjan artışı olmaması halinde 2028 yılında ülkemizdeki diş hekimi sayısı 101.094 olacaktır. Türkiye nüfusu öngörüsü ile diş hekimi başına düşen kişi sayısı tahminen 895 kişi olacaktır. Bu oran DSÖ’nün 1/1500 olarak diş hekimi başına düşen popülasyon ile ilgili önerisinin neredeyse 2 katı kadar fazladır”

Serbest diş hekimlerinin muayenahanelerinin büyük bir çoğunluğun ADSM’lerin rekabeti nedeni ile azalan geliri, teknolojinin hızlı değişimi ve SB’nın dayattığı zorunluluklar nedeniyle artan giderlerini karşılayamamaktadır.

Ayrıca son dönemde, “Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” te yapılan düzenleme ile yasal engellerin de kaldırılmasıyla birlikte özel diş hekimliği hizmetlerinin kapısını, sağlığı tamamen kar amaçlı bir işletme alanı olarak gören büyük sermaye sahiplerine de açarak bu alanın emekçileri olan diş hekimlerini tamamen savunmasız, korunmasız bırakmıştır.

Kamu Serbest Diş Hekimlerinden Hizmet Almalı
Almanya modelini ele aldığımızda 1980’li yılların sonuna doğru başlayan koruyucu uygulamalar sonuçlarını günümüzde vermiştir. Almanya’da 12 yaş ve altı çocukların %70 inde çürük yok ve 12 yaş civarı çocukların ortalama DMFT değeri 0,7 olarak bulunmuş. Bu veri bize 12 yaş civarı çocukların tümünde çürük, dolgu, diş kaybı ortalamasının 1 dahi olmadığını 0,7 olduğunu gösteriyor. Bu hedefe varmak için, 1989’da hastalık fonları kapsamında bireysel profilaksi ve toplu profilaksi başlatılmış. 1991’den itibaren ülke genelinde tuzların florlanması sağlanmış. Çıkarılan kararlarla diş macunlarının

flor konsantrasyonları artırılmış. Ağız diş sağlığı açısından bilinçli hastalar yaratılması için yetişkinlerde de profilaksi artışı sağlanmış. Sadece bu bile çürük istatistiklerinde ilk 6 yılda ciddi azalmalara neden olmuş. Türkiye’de de yapılması gereken ulusal bir koruyucu ağız diş sağlığı politikasının TDB ve SB’nın önderliğinde Sosyal Güvenlik Kurumunun finansmanı ile üniversitelerin bilimsel katılımları da sağlanarak oluşturulmasıdır. Kamu koruyucu hizmetlerin üretilmesi, koordinasyonu ve finansmanı görevlerini tanımlamalı ve uygulamalıdır. Ayrıca TDB, ülkede ağız-diş sağlığı hizmetlerinin gelecek nesillere sürdürülebilir olarak devam edebilmesi için serbest diş hekimlerinin potansiyelinden faydalanılmasını ve gerekli koruyucu uygulamalar için kamunun özelden hizmet olarak uygulamaların yaygınlaştırılmasını sağlaması gerektiğini savunmaktadır. En iyi eğitim modeli olarak kabul edilen birebir eğitim modelinin serbest hekimlerin katılımı ile ağız diş sağlığı koruyucu ve engelleyici eğitimlerinin yaygınlaşacağı kabul edilmelidir.

Tüm Almanya’da koruyucu program ile ağız diş sağlığı verilerinin mükemmelleşmesi için 2011 yılında toplam 500 milyon Euro gibi bir kaynak ayrılmıştır. Türkiye’de de prim sistemlerinin adaletli kullanılabilmesi için önenebilir hastalıkların koruyucu uygulamalarla önüne geçilmesi sağlanmalıdır.



Leoni Plus HFO

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ventilasyon uygulaması, solunumu destekler, hayat kurtarır.



MADE IN GERMANY

LÖWENSTEIN
medical



ACENDIS Türkiye / Proje Yönetimi / Satış & Servis
Küçükbakkalköy Mah. Cem Sokak. No. 4 34750 Ataşehir-İstanbul
T: +90 216 470 49 49 F: +90 216 470 01 94

www.acendis.eu | www.acendis.com.tr
contact@acendis.eu | info@acendisservis.com.tr

in ACENDIS Healthcare ig acendishealthcare f acendistr



AstraZeneca Türkiye Türkiye'nin En İyi İşverenleri Listesinde 500- 999 Çalışan Kategorisinde Lider

AstraZeneca Türkiye, çeşitlilik ve kapsayıcılığın takdir edildiği, insana değer veren eşitlikçi yaklaşımın benimsendiği kurum kültürüyle Great Place to Work Enstitüsü'nün açıkladığı "Türkiye'nin En İyi İşverenleri – Great Place to Work Listesi"nde 500- 999 çalışan kategorisinde lider oldu.



**AstraZeneca Türkiye,
"Türkiye'nin En İyi
İşverenleri – Great Place
to Work Listesi"nde 500-
999 çalışan kategorisinde
lider oldu**

Great Place to Work (GPTW) Enstitüsü Türkiye'de 11. kez düzenlenen "Türkiye'nin En İyi İşverenleri – Great Place to Work Listesi"ni 9 Mayıs 2023 tarihinde açıkladı. Araştırma, geliştirme, temel ilaçların ve uzmanlık ürünlerinin üretimi ve sağlığın hizmetine sunulması alanında faaliyet gösteren AstraZeneca Türkiye, listenin 500 - 999 çalışan kategorisinde yerini alarak altı yıldır üst üste listeye girme başarısını gösterdi ve bu yıl bulunduğu kategoride zirveye yerleşti.

"Çeşitlilik, Kapsayıcılık, Fırsat Eşitliği"

AstraZeneca Türkiye'nin başarılarının arkasındaki en önemli faktörün insana saygı ilkesini temel alan kurum kültürü olduğunu söyleyen AstraZeneca Türkiye İnsan Kaynakları Direktörü Feyza Aysan, "AstraZeneca'da herkesin kendisini açıklıkla ifade edebildiği, aidiyet duyduğu, eşitlikçi, çeşitlilik ve kapsayıcılığın bulunduğu bir ortam yaratarak inovasyon yoluyla büyümeyi sağlıyoruz. Bu bakış açımızla, çeşitli ve benzersiz yeteneklere sahip çalışanlarımızın yenilik üretme konusunda özgür olabilmesi adına fikirlerle saygı duyulan, insanların desteklendiği ve güvenli hissettiği iyi bir çalışma ortamı sağlamayı hedefliyoruz. Bilime tutkuyla bağlı çalışanlarımıza değer veriyor; çeşitlilik, kapsayıcılık ve fırsat eşitliği kültürünü teşvik ediyoruz. Cinsiyet, ırk, milliyet, yaş, cinsel yönelim gibi konulardan bağımsız hakkaniyetli, eşit, dürüst, samimi, nazik, özenli, saygılı ve itibarlı bir yaklaşım sergiliyoruz." dedi.

Novo Nordisk Türkiye Türkiye'nin En İyi İşverenleri Listesinde 250-499 Çalışan Kategorisinde ilk 3'te Yer Aldı



Diyabet ve obezite yanı sıra nadir hastalıklar (hemofili, büyüme bozuklukları, hormon replasman tedavisi ve orak hücre hastalığı) ve diğer ciddi kronik hastalıklarda üretim yapan Novo Nordisk, Novo Nordisk Vakfı tarafından yönetiliyor ve Türkiye'de 1995 yılından bu yana faaliyetlerini sürdürüyor.

Great Place to Work Enstitüsü tarafından açıklanan 250-499 çalışan kategorisi genel sıralamada yer alan ilaç şirketleri arasında ilk üç sırada bulunan Novo Nordisk Türkiye İnsan Kaynakları Kıdemli Direktörü Kutay Kavukçu, "Tüm dünyada çok büyük bir nüfusu etkileyen ciddi kronik hastalıkları tedavi etmeye, yaşamları değiştirmeye ve sağlıklı toplumlar inşa etmeye öncülük ederken, bunun için en değerli kaynağımız ise değişime liderlik eden çalışanlarımız" dedi.

Şirketin Anayasası Novo Nordisk Tarzı

Kutay Kavukçu, şirketin işveren marka yaklaşımına yönelik yaptığı açıklamada şunları kaydetti:

"Novo Nordisk'in şirket kültüründe insana saygı ve değer ilk sırada yer alıyor. 100 yıllık tarihimize ve İskandinav kültürüyle şekillenen şirket kültürümüz ile hedeflerine temel olarak erişilebilir, çevresel ve sosyal açılardan sürdürülebilir bir iş yaklaşımını benimsiyoruz. Gösterdiğimiz bağlılığı ve saygıyı çalışma arkadaşlarımızla birlikte ekip olarak sürdürmek bizim için çok önemli. Aynı zamanda, çalışanların potansiyellerini her gün geliştirebilecekleri, şeffaf ve kapsayıcı çalışma ortamı Novo Nordisk'in en güçlü yönlerinden biri. Her geçen gün daha da dinamikleşen bir sektörde faaliyet gösteren köklü, yenilikçi ve değişimin öncüsü bir şirketiz. Bizim için şirketimiz demek, tüm çalışanlarımız demek ve burada tüm çalışma arkadaşlarımıza ön yargılardan arınmış bir şekilde eşit davranış sergilenmesi bizim en özen gösterdiğimiz konulardan biri. Öte yandan yine bu kültürün bir parçası olarak çalışanlarımızın her alanda seslerini duyurabilecekleri platformlara ve bu platformları sürekli geliştirmeye büyük önem veriyoruz. Çalışanlarımızın hem kariyerleri açısından hem de bireysel anlamda sürekli gelişimlerini destekleyecek adımları atıyor, liderlik için onlara insiyatif veriyoruz. Şirketin anayasası olan Novo Nordisk Tarzı'nda (NNWay) belirtildiği gibi, Novo Nordisk'te her zaman açık ve şeffaf iletişim hâkim ve geri bildirim kültürü önceliklendiriliyor. Geri bildirim dayalı performans değerlendirme sistemleri ile çalışma arkadaşlarımızı destekliyoruz. Şeffaflık ve kapsayıcılığın yanı sıra, her alanda çeşitliliği de destekleyen bir yaklaşımı benimsiyor ve uygun şekilde hareket ediyoruz."



**Novo Nordisk Türkiye,
"Türkiye'nin En İyi
İşverenleri – Great Place
to Work Listesi"nde 250-
499 çalışan kategorisinde
ilk üç sırada yer aldı**



AbbVie Türkiye Türkiye'nin En İyi İşverenleri Listesinde 250 - 499 çalışan kategorisinde 5. Oldu

abbvie

AbbVie Türkiye, "Türkiye'nin En İyi İşverenleri - Great Place to Work Listesi"nde 250 - 499 çalışan kategorisinde beşincilik ödülüne layık görüldü

AbbVie'nin dünyada ve Türkiye'de 10. yılını kutladığı 2023 yılında bu ödülün kendileri için ayrı bir anlam taşıdığını ifade eden AbbVie Türkiye ve Güney Avrupa İnsan Kaynakları Direktörü Seval Aksoy Aksoy, "AbbVie Türkiye ailesi olarak 10 yıldır kendimizi işimize adadık ve hep daha iyisini yapabilmek için geliştirdik. Kurulduğumuz günden beri binlerce hastanın hayatına dokunduk, bizi biz yapan harika bir kültür yarattık. Çalışanlarımızla birlikte inşa ettiğimiz, çalışan bağlılığını artırmamıza ve güçlü liderler yetiştirmemize olanak sağlayan kültürümüzle sektörde ayrışıyoruz. Herkesin fikirlerini yüksek sesle dile getirebildiği, zihinsel ve ruhsal olarak kendini güvende hissettiği, güvene, açık iletişime ve şeffaflığa dayalı kapsayıcı çalışma ortamımızla 10. yılımızda bu ödüle layık görülmekten ayrı bir onur duyuyoruz. Kültürümüzün gücüne dayanarak, layık görüldüğümüz bu ödül sonrasında da yaşama değer katan çözümler sunmaya ve hayallerimizi gerçeğe dönüştürmek için çalışmaya devam edeceğiz." diye konuştu.

"Türkiye'nin En İyi İşverenleri" araştırmasında her yıl art arda çeşitli kategorilerde ödüllere layık görülen AbbVie Türkiye; Great Place To Work Enstitüsü'nden bugüne kadar aralarında "Türkiye'nin En İyi İşvereni", "Pharma'nın En İyi İşvereni", "Yaşam Boyu Öğrenme Ödülü" de bulunan toplam 27 ödül aldı.



Lilly İlaç Türkiye'nin En İyi İşverenleri Listesinde

Lilly

Lilly İlaç, Great Place to Work sertifikalı yerel ve uluslararası işverenlerin dahil olduğu Türkiye'nin en iyi işverenleri araştırmasında dayanan Türkiye'nin En İyi İşverenleri 2023 listesine girdi

Lilly Türkiye olarak her zaman hem sektörde hem de şirket içinde dürüstlük, mükemmellik ve insana verilen değeri ön planda tutan bir vizyona sahip olduklarını belirten Lilly Türkiye İnsan Kaynakları Direktörü Defne Orhun, "Birbirimizi önemseydiğimiz ve birbirimize güvendiğimiz, çeşitliliğe önem veren, dahil edici ve eşitlikçi bir çalışma kültürüne sahibiz. Dünya çapında kabul gören Great Place to Work Enstitüsü tarafından açıklanan bu listede yer almamız ve çalışanlarımızın deneyimleri ve değerlendirmeleri sonucunda bu ödülü kazanmış olmamız çok değerli. Lilly İlaç olarak, yaptığımız her işte bize kılavuzluk eden köklü değerlerimiz, şirket kültürümüz ve çalışanlarımızın mutluluğuna odaklanan insan kaynakları uygulamalarımızla tüm Lilly Türkiye ekibi olarak elde ettiğimiz bu başarıyı daha ileri taşımak üzere çalışmaya devam edeceğiz." dedi.

Harika İşyeri Sertifikası

Lilly Türkiye Genel Müdürü Emily Millette, "Lilly Türkiye'de yenilikçilik anlayışına büyük önem veriyoruz. Yenilikçiliği, çalışma modelimizde ve insan kaynakları uygulamalarımızda güçlü bir şekilde etkinleştiriyoruz. Çalışanlarımıza mutlu olabilecekleri, beklentilerini karşılayabilecek bir iş yeri sunmak için de sürekli olarak gelişen ve değişen, her defasında daha iyiye taşınan bir yapıya sahibiz. Great Place to Work tarafından gerçekleştirilen analizlere dahil olarak 'Harika İşyeri Sertifikası'nı almaya hak kazanmamızın ardından Türkiye'nin En İyi İşverenleri 2023 listesinde yer almamız ve çalışan deneyimi konusunda fark yaratarak Türkiye'nin En İyi İşvereni unvanıyla ödüllendirilmemiz, ne kadar doğru bir yolda olduğumuzu bize bir kere daha göstermesi açısından çok kıymetli" diye konuştu.

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

