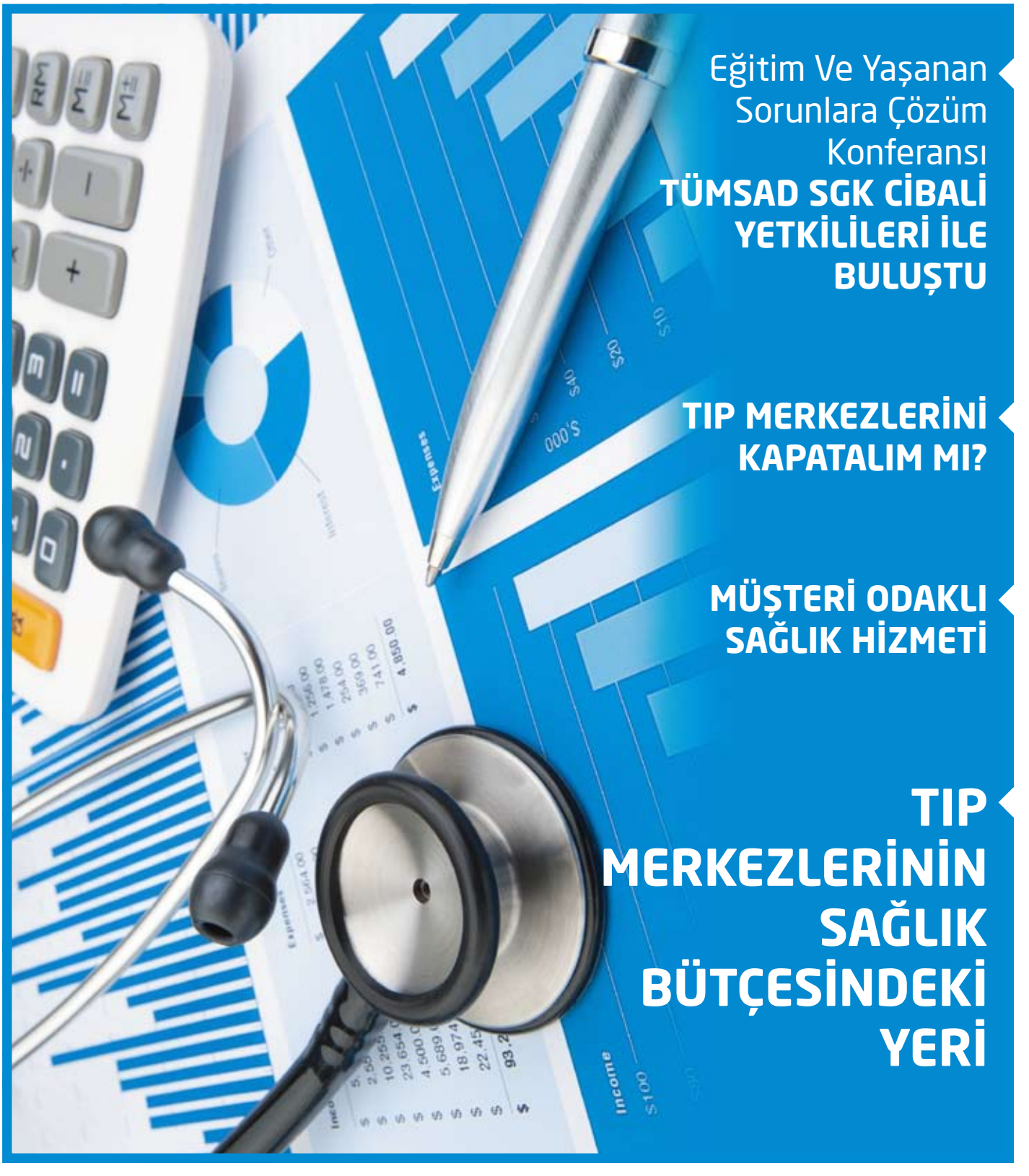
TÜM SAĞLIK KURULUŞLARI DERNEĞİ YAYINIDIR

HAZİRAN **2012** SAYI:**3**

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE HABER DERGİSİ

TÜMSAĞLIK



Eğitim Ve Yaşanan Sorunlara Çözüm Konferansı

TÜMSAD SGK CİBALİ YETKİLİLERİ İLE BULUŞTU

TIP MERKEZLERİNİ KAPATALIM MI?

MÜŞTERİ ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ

TIP MERKEZLERİNİN SAĞLIK BÜTÇESİNDEKİ YERİ

11 yıl

MEDİBAŞARI
sağlığınız emin ellerde...
TIP MERKEZİ

MEDİBAŞARI TIP MERKEZİ
Op.Dr.HİCABİ GÖKDERELİ
ÖNDERLİĞİNDE
11 YILDIR ÖNCE HİZMET ANLAYIŞIYLA SAĞLIK SEKTÖRÜNÜN BİR PARÇASI OLMAKTAN ONUR VE GURUR DUYMAKTADIR

Yeni Mahalle Hekimsuyu Cd. No:55 Küçükköy, G.O.Paşa / İstanbul **Tel: 0212 477 67 67** *www.medibasari.com*

1998'DEN BERİ SİZ SAĞLIĞINIZI BİZ GÜVENİNİZİ KAZANDIK

BRANŞLARINDA UZMAN HEKİMLERİMİZ MODERN TIBBIN TÜM İMKANLARI İLE ESENYURT'A HİZMET EDİYOR.

ESENCAN
CERRAHİ TIP MERKEZİ

Merkez Mh. Bağlarçeşme Girişi No:1 Esenyurt- İSTANBUL
Tel: +90 (212) **444 0 212** Fax: +90 (212) 620 34 14
E-Mail: info@esencantip.com

444 0 212 **www.esencantip.com**

çetinozalit

kırtasiye ve dijital baskı

MERKEZ:
Merkez Mah. Kirazli Cad.
No: 4/D Güneşli / İSTANBUL
E-posta: gunesli@cetinozalit.com
Tel: 0212 656 70 05
Fax: 0212 657 89 62
ŞUBE:
Doğan Araslı Cad. Şelale Plaza
No:8 Esenyurt / İSTANBUL
E-posta: esenyurt@cetinozalit.com
Tel: 0212 620 77 02
Fax: 0212 620 77 03

Ozalit
Kırtasiye
Renkli Fotokopi
Dijital Baskı
Araç Giydirme
Ftoblok-Foreks
Bina Giydirme
Tabela
Kaşe İmalatı
Pleksi Glass Sıvama
Bilgisayar Sarf Malzemeleri

HEWLETT® PACKARD

xerox

"zamanın değerini bilenlerin buluşma noktası..."

LMC
matbaacılık

Kurumsal Kimlik Çalışması
Bloknot
Afiş
Katalog
Etiket (Sticker)
Broşür ve El İlanı
Antetli Kağıt
Zarf
Anlaşmalı Evraklar
Sunum Dosyaları
Davetiye
Kartvizit

LMC MATBAACILIK
BİR ÇETİNOZALİT KURULUŞUDUR.

Burada Sağlığınız Önemli

Bölümler
Acil
Dahiliye
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Genel Cerrahi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kulak Burun Boğaz
Cildiye
Diş Hekimliği
Amaliyathane
Radyoloji
Ortopedi ve Travmatoloji
Nöroloji

AVRUPA
Cerrahi Tıp Merkezi

Tanı Laboratuarlarımız
Check-up
Biokimya Bakteriyoloji Laboratuarı
Patoloji
E.K.G.
Ultrasonografi
Renkli Doppler Ultrasonografi
Rontgen
Bilgisayarlı Tomografi
Mamografi
Panaromik Rontgen
Solunum Fonksiyon Testleri Ünitesi
Laboratuar

Doğan Araslı Cad. No: 116 Esenyurt /İstanbul
Tel : (212)699 30 00 Faks :(212) 699 30 02

www.avrupahastanesi.net

TÜMSAĞLIK

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE HABER DERGİSİ

TÜM SAĞLIK KURULUŞLARI DERNEĞİ YAYINIDIR

HAZİRAN **2012** SAYI:**3**

İmtiyaz Sahibi	TÜMSAD Adına Op.Dr. Hicabi GÖKDERELİ
Yazı İşleri Müdürü	Op.Dr. Hicabi GÖKDERELİ
TÜMSAD Yönetim Kurulu	Op. Dr. Hicabi GÖKDERELİ Cüneyt DENİZ Dt. Ahmet SELVİ Uzm. Dr. Ahmet KARATAŞ Uzm. Dr. Nezir ALIN Op. Dr. Hakan SEVEN Dr. Taşkın YENİDÜNYA Dr. Tanju DEMİR Dr. Ramazan DEMİR Op.Dr. İrfan BAŞPINAR Çetin KÖSE Uzm. Dr. Ümit AKÇAY Dr. Mustafa AĞIR Dr. Harun KAYA Uzm. Dr. Mehmet DERVİŞOĞLU Erdem ÜNER
Dernek Koordinatörü	Muzaffer YOLCU
TÜMSAD Dernek Sekreteri	Zeki DEMİRBAŞ
AS MEDYA ve TÜMSAĞLIK Genel Koordinatörü	Serdar YILMAZTÜRK
Editör	Orhan GÖKDEMİR
Hukuk Müşavirleri	Av. Muzaffer ÖZCAN Av. Bülent ÖZER
Tasarım Grafik	AS MEDYA
Fotoğraf Editörü	Ali YILMAZ
TÜMSAD Yönetim Adresi	Yeni Mh. Hekimsuyu Cd. No: 9 D:7 Küçükköy G.O.Paşa – İSTANBUL Tel: 0212 535 10 20 Faks: 0212 535 10 25 www.tumsad.org iletisim@tumsad.org
Baskı ve Cilt	TOR OFSET
Ajans & Yapım	EAS Bilişim Bilgisayar ve Medya Hizmetleri Ltd.Şti. Cumhuriyet Mh. Hurriyet Sk No: 12 / 3 Bahçelievler / İSTANBUL Tel : 0212 434 44 23 GSM: 0507 364 08 22 www.easbilisim.com info@easbilisim.com

Yazılarla ilgili her türlü hukuki ve etik sorumluluk yazarlara aittir. Yayımlanan yazılar kaynak gösterilerek kullanılabilir.

S.18 Tıp Merkezlerinin Sağlık Bütçesindeki Yeri

S.34 Müşteri Odaklı Sağlık Hizmeti

S.42 MAC.RON PROJE'den Tıp Merkezlerine Özel Projeler

S.44 2012 Sosyal Güvenlik Kurumu Sözleşmesi Üzerine

S.48 Tıp Merkezlerini Kapatalım mı?

S.56 İthal Doktor Kime Lazım?

S.62 Çocuk Yaşta Hamilelik Vakalarını İlgili Hekimlerin Bildirme Sorumlulukları

S.68 Sümerlerde ve Mısırlılarda İlk İlaçlar

S.74 Tüketim Farkındalığı ve Gönüllü Sadelik

S.78 Eski Osmanlı Evleriyle Bir Vaha: Mudurnu

MAC.RON PROJE'DEN TIP MERKEZLERİNE ÖZEL PROJELER

Mağaza, ofis, konut, turizm yapılarından sonra, son dönemde çalışmalarını sağlık sektöründe yoğunlaştıran MAC.RON PROJE, teknolojinin yeni olanaklarına açık bir mimarlık anlayışına sahip...

S.42

DR.TAŞKIN YENİDÜNYA: MEVCUT TIP MERKEZLERİ GELİŞMELERE AYAK UYDURARAK SİSTEMDE DEVAM EDECEKTİR

S.28

TÜMSAD SGK İL MÜDÜRÜ ve SGK CİBALİ MÜDÜRÜ'NÜ ZİYARET ETTİ

Op.Dr. Hicabi Gökdereli: Tıp merkezleri Türkiye'nin yerel şartları açısından hastanın ayağına kadar gitmiş ucuz, halkın cebini acıtmayacak şekilde hizmet vermeye çalışan kurumlardır.

S.26

Konferansta, SGK Cibali Merkez Müdürü Dt Yaşar RÜZGAR , Hakan KOYUNCU, Serhat GÜZELER ve Murat BAYHAN, 2012 SHS Hizmet Satın Alma Sözleşmesi ve Değişiklikler, Fatura İnceleme Usul ve Esasları ile İlgili Geri Ödeme Genelgesi, Sağlık Uygulama Tebliği Detayları, SGK Cezaları ve Kesinti Nedenleri konuları hakkında katılımcılar bilgilendirdi.

Eğitim ve Yaşanan Sorunlara Çözüm Konferansı

TÜMSAD SGK CİBALİ YETKİLİLERİ İLE BULUŞTU

S.12

KURUCUSU HASAN HÜSEYİN NAKIPOĞLU ANLATTI: İPEK PLASTİK(RUSCHMED)

İpek Plastik (Ruschmet) sektörün en dinamik kuruluşlarından biri. Mikro cerrahi iğne ve iplikleri üretmek gibi çok nazik bir alanda faaliyet gösteriyor.

S.32

medigold
TIP MERKEZİ

İÇ HASTALIKLARI
ÇOCUK HASTALIKLARI
GENEL CERRAHİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
KULAK BURUN BOĞAZ HASTALIKLARI
AĞIZ VE DİŞ HASTALIKLARI
ACİL
BİYOKİMYA VE MİKROBİYOLOJİ LABORATUARI
RADYOLOJİ RÖNTGEN ULTRASON DOPPLER
İKİNCİ DÜZEY DÖRT BOYUTLU ULTRASON
EKO - EFOR - HOLTER LABORATUARI
DOĞUMHANE
AMELİYATHANE

insani...
ilmi...
ilkeli...
hizmet...

Eski Edirne Asfaltı
No.191 Sultangazi
İSTANBUL
Tel: 0212 476 45 00 pbx
info@medigold.com.tr
www.medigold.com.tr

Op. Dr. Hicabi GÖKDERELİ
Başkan

başkandan

SGK YETKİLİLERİ İLE ÇOK FAYDALI BİR TOPLANTI YAPTIK

21 Nisan 2012 Cumartesi günü Barcelo Eresin Topkapı Otel'de, SGK yetkilileri ile çok faydalı bir toplantı yaptık.

TÜMSAD'ın düzenlemiş olduğu toplantıda kapsamlı bir sunum yapan SGK yetkilileri, anlaşmalı kurumlara yeni sözleşme ve değişiklikler, fatura inceleme usul ve esasları, kesinti nedenlerini anlattı. Konferansın son kısmında yaşanan sorunlara karşılıklı soru-cevaplarla çözüm arandı. Katılımcı üye ve yöneticilerimiz, yaşanan sorunlarla ilgili SGK yetkililerine sorularını yönelterek cevaplar aldı. Konuşmacılarla katılımcıların karşılıklı soru-cevap yaparak yaşanan problemlerin üzerine eğilmesi ve çözüm araması konferansın en ilgi gören kısımlarından birisiydi.

Bu toplantıları anlaşmalı olduğumuz kurumlarla aramızda yaşanan sorunları gidermek ve SGK ile koordinasyon içinde çıkacak sorunları minimize etmek amacıyla düzenlemiştik. Gördük ki, yetkililerle yüz yüze görüşme imkânı sağlayan bu organizasyon büyük ölçüde amacına ulaştı. Hem biz karşılaştığımız sorunları daha net bir biçimde ifade etme şansı bulduk, hem de SGK yetkilileri bu toplantılar sayesinde TÜMSAD bünyesindeki kurum ve kuruluşların sorunlarını daha net görme ve bu sorunları çözme aşamasında karşılıklı fikir alış verişinde bulunma fırsatı buldu.

Bu tür toplantılar, üyelerimize sağladığı faydaların ötesinde, sağlık sistemimizde izlenmesi gereken yol hakkında da ışık tutmuştur. Hepimiz sistemin bir parçasıyız, dolayısıyla bir parçada yaşanacak sorun sistemi de etkileyecektir. Koordinasyon, birbirimizi anlama ve katılım bütün sistemler için sağlık belirtisidir.

Konferansın soru-cevap kısmının gördüğü ilgiden de belli ki bu toplantıları daha sık ve daha kalabalık yapmamız gerekiyor. Tüm katılımcılara ve özellikle toplantıda surum yapan SGK yetkililerine teşekkürlerimizi bildirerek, önümüzdeki günlerde daha geniş kapsamlı ve katılımlı toplantıların müjdesini verelim.

TümSağlık dergisi, TÜMSAD için sorunları tartışma ve bu tartışmayı üyelerine ulaştırma noktasına önemli bir işlev üstlendi. Gönül ister ki, daha sık aralıklarla yayınımızı üyelerimize ulaştırabilelim. Öte yandan, üyelerimizin hem yaşanan sorunları hem de bu sorunlar hakkındaki görüş ve önerilerini bize ulaştırmasında ve TümSağlık'a yansıtmasında sayısız fayda var. Katılım burada da hem işin doğası gereğidir, hem de katılım kanallarından biridir.

Yeni sayılarda buluşmak dileğiyle...

Deontoloji, bir mesleği uygularken uyulması gereken ahlaki değer ve etik kuralları inceleyen bilim dalıdır. İnsanın belirli ödevleri olduğunu varsayan ahlak öğretilerini temel alır ve bu öğretilerden kaynaklanan görev ve kuralların çeşitli meslekleridaki somut izdüşümlerini inceler.

Deontoloji, bir mesleği uygularken uyulması gereken ahlaki değer ve etik kuralları inceleyen bilim dalıdır. İnsanın belirli ödevleri olduğunu varsayan ahlak öğretilerini temel alır ve bu öğretilerden kaynaklanan görev ve kuralların çeşitli mesleklerdeki somut izdüşümlerini inceler.

Tıbbi deontoloji ise tıp mesleğinin ahlaki, toplumsal boyutlarını ve bunların yasalara yansımasını düzenleyen kural ve ilkelerin tümüdür. Haliyle tıp tarihi ile ilgilidir.

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ilk Tıp Tarihi dersi 1856-1857 eğitim yılında, Dr. Charles Edwards tarafından verilmiş. Dr. Edwards Kırım Savaşı'nda Osmanlı ordusunda görevli bir İngiliz'di. O sırada hasta olan Refia Sultan'ın da özel hekimiydi. Kendisinden memnun kalan Refia Sultan'ın isteği üzerine 2.500 kuruş maaşla Tarih-i Tıp dersini okutmak üzere Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'ye (Askeri Tıp Okulu) atandı.

Deontoloji dersi de 1876 yılında programa girdi, sonra bu iki ders tek bir hoca tarafından değişik isimler altında okutuldu. Nurican Efendi, Deontoloji ders notlarını; Précis de Déontologie Médicale. Cours Elémantaire Professé A l'Ecole Imperiale de Médicine de Constantinople (Constantinople 1877) adıyla yayınlamıştır. Bu kitap Avrupa'nın 3. basılı medikal deontoloji kitabıdır.

Tıp Tarihi ve Deontoloji dersleri, henüz aydınlanmamış dönemler geçirerek 1933 Üniversite reformuna kadar sürdü. Üniversite Reformu'nda İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde "Tıp Tarihi ve Deontoloji Kürsüsü" kuruldu, başkanlığına da Doç. Dr. A. Süheyl Ünver tayin edildi.

Organ nakillerinin başlamasıyla Deontoloji daha bir önem kazandı. Dünya genelinde tıbbi teknolojinin gelişmesi sonucu bazı tıbbi uygulamaların tartışmalı hale gelmesi, konuya felsefi yönden yaklaşma gereğini doğurmuştu. Böylece, Deontoloji, Tıbbi Etik haline dönüştü.

20. yüzyılın başında modern fizik ana rahminde iken, dünyanın en önemli fizikçileri bir araya gelir, konuyu bir de felsefi yönüyle tartışırdı. Sonra araya savaş girdi, insanlık, modern fizikin bir ürünü olan atom bombası ile tanıştı. Yıkımın arkasında bir parça da "felsefe yetmezliği" vardı.

Özetle her şey paraya indirgenemez. Ahlakı unutulmuş mesleklerin kimseye bir fayda getirmediğini hem felsefe, hem de tarih söylüyor.

Özellikle önemli dönüşümlerin yaşandığı dönemlerde "etik" tartışması daha bir önemli. Ahlak, her işin başı!

Eğitim ve Yaşanan Sorunlara Çözüm Konferansı

TÜMSAD'ın SGK Cibali ile koordineli şekilde organize ettiği toplantıya SGK İl Müdür Yardımcısı Mehmet KARA, SGK Cibali Merkez Müdürü Dt Yaşar RÜZGAR ve yardımcıları Hakan KOYUNCU, Serhat GÜZELER, ve Murat BAYHAN katıldı. 2012 SHS Hizmet Satın Alma Sözleşmesi ve Değişiklikler, Fatura İnceleme Usul ve Esasları ile İlgili Geri Ödeme Genelgesi, Sağlık Uygulama Tebliği Detayları, SGK

TÜMSAD SGK CİBALİ YETKİLİLERİ İLE BULUŞTU

Cezaları ve Kesinti Nedenleri konuları hakkında katılımcılar bilgilendirdi.Konferansın son kısmında anlaşmalı sağlık kuruluşlarının sorunları üzerinde duruldu. Konuşmacılarla katılımcıların yaşanan problemlerin üzerine söyleşisi konferansın en ilgi gören kısımlarından birisi oldu. Konferans yaklaşık 250 kişinin katılımı ile büyük ilgi gördü.

TÜMSAD Yönetim Kurulu Başkanı Op.Dr. Hicabi GÖKDERELİ

SGK Müdür Yardımcısı Dr. Mehmet KARA

TÜMSAD'ın düzenlediği "Eğitim Ve Yaşanan Sorunlara Çözüm Konferansı" 21 Nisan 2012 Cumartesi Günü Barcelo Eresin Topkapı Otel'de gerçekleştirildi. SGK yetkilileri, anlaşmalı kurumlarla ilgili yeni sözleşme ve değişiklikler, fatura inceleme usul ve esasları ve kesinti nedenlerini anlattığı konferansın son bölümünde, sistemde yaşanan sorunlar tartışıldı.

Konferans, TÜMSAD Yönetim Kurulu Başkanı Op. Dr. Hicabi Gökdereli'nin açılış konuşmasıyla başladı. Gökdereli, bu toplantıları, anlaşmalı oldukları kurumlardaki sorunları gidermek ve SGK ile koordine bir şekilde sorunları minimize ederek çalışmak amacıyla düzenlediklerini söyledi. SGK İl Müdür Yardımcısı Mehmet Kara ise, bu toplantılar sayesinde TÜMSAD bünyesindeki kurum ve kuruluşların sorunlarını daha net görme ve bu sorunları çözme aşamasında karşılıklı fikir alış verişinde bulunma fırsatını elde ettiklerini belirtti.

Konferansta Hakan Koyuncu ve Serhat Güzeler, 2012 SHS Hizmet Satın Alma Sözleşmesi ve Değişiklikler, Fatura İnceleme Usul ve Esasları ile İlgili Geri Ödeme Genelgesi, Sağlık Uygulama Tebliği Detayları, SGK Cezaları ve Kesinti Nedenleri konuları hakkında katılımcılar bilgilendirdi. Konferansın son kısmında anlaşmalı sağlık kuruluşlarının sorunları üzerinde duruldu. Konuşmacılarla katılımcıların yaşanan problemlerin üzerine söyleşisi konferansın en ilgi gören kısımlarından birisi oldu. Cibali Merkez Müdür Yardımcısı Dr. Hakan Koyuncu'nun, 6 Şubat 2012 tarihli Hizmet Alımı Sözleşmesiyle ilgili değişiklikler hakkında anlattıkları özetle şöyle:

SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ

Sağlık uygulama tebliği konusunda bütün katılımcılar muhakkak SUT'u okumalı, incelemeli, yorumlamalı ve takıldıkları noktaları SGK yetkilileriyle birlikte istişare etmeli. Medula sisteminde halen yaşanan sorunlar var. Cibali SGK Merkezinde faturalama kısmı yok, ancak kurumların faturaladıklarını internet üzerinden Medula aracılığı ile inceleniyor. Bazen kurumlardan bu faturalama konusunda çok teknik sorularla karşılaşılıyor ve bu gibi durumlarda Ankara'daki yetkililerle ya da yazılımın satın alındığı firma yetkilileriyle görüşülmesi gerekiyor.

YEŞİL KARTLI SAĞLIK HİZMETİNİ ALACAK KİŞİLER

Yeşil kart verilerek sağlık hizmeti karşılanan kişilerin kurum tarafından devralınması ve yeşil kartta yaşanan kritik sürece değinildi. Şu anda SGK açısından yeşil kartı olup vizesi hala devam eden vatandaşların aldıkları hizmetlerin özel SHS'lerce Medula üzerinden faturalanamaması söz konusu. Bilindiği gibi yeşil kartlar en son çıkan 15 Mart 2012 tarihinden sonra radyoterapi, yoğun bakım ve acil halleri dışında kabul durumları söz konusu değil.

HAK VE YÜKÜMLÜLÜKLERE İLİŞKİN MADDELER

SHS'nin kurum tarafından çıkarılan mevzuat hükümleri ve kuruluş ve faaliyetleri ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan mevzuat hükümlerine uymakla yükümlüdür. Bu bağlamda tüm branşlarla ve tüm birimlerle ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan mevzuat hükümlerine uymakla sorumlusunuz. Bu maddeyle ilgili bir usulsüzlük söz konusu ise bizim sözleşmemiz açısından da 6-2-1'e göre dikkat etmemiz şart.

ACİL HALLERDE ANLAŞMASIZ KURUMLARIN MÜRACAAT, MÜSTEHAKLILIK SORGULAMA İŞLEMLERİ

Hasta, SHS'ye başvurduğu zaman onun müracaat ve kimlik tespiti işlemleri muhakkak yapılmalıdır. Spas'tan bu ve benzeri sorunlar yaşanmaktaydı. Ocak ayından itibaren bu tür sorunlar yaşayan hastanelerde sorunlar çözüme kavuştu. Bir vatandaş geldiği zaman onun TC numarasından ve kimliğinden müstehaklılık sorgulaması mutlaka yapılmalıdır. Tabii, acil durumlar söz konusu ise öncelikle bu durum giderilmelidir. Fakat sonrasında gelen provizyon alamama ve faturalandırmayı manuel olarak gerçekleştirme isteklerine karşı SGK'nın tavrı çok net ve kesindir. SGK, faturalandırmaları mutlaka Medula üzerinden gerçekleştirilmesi taraftarıdır. Zaten sadece bu sistem üzerinde takip edilebildiği ve Sağlık Tebliği gereğince de kurumlar bu hükme uymakla yükümlüdürler.

REKLAM KAMPANYA VE YÖNLENDİRME YASAĞI

Sağlık Bakanlığı'ndan alınacak izinle yapılacak olan kampanya ve tarama kapsamında check-up, tetkik, tahlil veya tedaviler, kişilerin isim ve TC numaraları takip eden ayın on beşine kadar kuruma fatura edilir. Örnekle izah etmek gerekirse: Birinci ay içerisinde bir tarama yapıldı. Bunun ikinci ayın on beşine kadar kuruma iletilmesi gerekiyor. Buradaki esas amaç, Sağlık Bakanlığından alınan izinle sahada yapılan taramaların kurumumuza fatura edilmemesinin önlenmesi ve bunların kurumumuzca takip edilmesidir. Sağlık Bakanlığı da bu konuda esnek değildir. Bu konuda sözlü şikâyetlerden ziyade yazılı şikâyetlere başvurulması, durumun incelenmesi ve değerlendirilmesi açısından da anlaşmalı kuruluşlar adına daha faydalıdır.

DENETİMLE İLGİLİ DURUMLAR

SGK olarak sözleşmeli SHS'lerden her türlü doküman, fatura ekleri ile ilgili tüm verileri talep etme hakkına sahibiz. Bu nedenle de yazışmalarımızda SHS'ler gönderdikleri yazıların yasal süresine dikkat etmelidirler. Yasal süreye dikkat etmeyen SHS'ler kurumlarını SGK nezdinde zor durumda bırakmakta ve cezai işlemlere tabi tutulmaktadır. Karşılıklı olarak iyi niyet üzerine kurulu bir ilişki içinde bulunan SHS'ler ve SGK arasındaki bu yazışmalara özen gösterilmelidir.

DOKTORLARIN ÇALIŞMA SAATLERİYLE İLGİLİ DURUMLAR

Çalışma saatleriyle ilgili değişiklikler söz konusu olduğunda dilekçe ile sözleşme servisimize bildirilmelidir. Bilindiği üzere yeni sözleşmeyle beraber bir hekimin saatte altı hastayla ilgilenmesi söz konusudur.

PERSONELE İLİŞKİN HÜKÜMLER

Hastalara hizmet verebilmek için sözleşme kapsamındaki branşlarda kuruluş ve tabii olduğu mevzuatla ilgili gerek personelin niteliği ile ilgili sayısal anlamda uyulması gerek bir kural söz konusuysa buna dikkat edilmelidir. Ayrıca bir kurumda hizmet veren bir branşta personelin en az %80'i ile anlaşma yapılmalıdır. Bir hekimin izinli ya da raporlu olduğu zamanları ve o hekimin yerine istihdam etme durumları sözleşme servisimize rapor edilmelidir ki SGK bu durumlarda hekimi Medula üzerinden pasifize edebilsin. Bu durumlarda hekimin kurumda olmadığı halde varmış gibi gösterilip Medula üzerinden faturalandırması tespit edilirse, bilindiği üzere SHS ciddi yaptırımlarla karşı karşıya gelebilmektedir. Örneğin tam zamanlı hekim olmadığı zamanlarda yerine yarı zamanlı hekimin çalışma saatleri tanzim edilip görevlendirilebilir.

ACİL HAL VE ACİL HALİN SONA ERMESİ

Acil halin sona ermesi ve acil halin sona ermesine müteakip işlemleri ek ücrete tabii olduğunun hastaya veya yakınına bildirilmesi ve hastanın onamının alınması gerekmektedir. SGK'nın bu konuyla asıl ilgilendiği bölüm ise bu taahhütnamelerin hastadan hangi zaman dilimi içinde alındığıdır. Denetimler sırasında hastadan peşinen alınan bu taahhütnameler tespit edilirse söz konusu taahhütnameler geçersiz sayılır. Hastadan bu taahhütnameler hastanın durumu stabilleşince, müteakip işlemler başlamadan alınmalıdır.

SUT'TA YER ALAN KURALLAR GEREĞİNCE KURUMA FATURA EDİLMEMESİ GEREKEN BİR İŞLEMİN KURUMA FATURA EDİLMESİ

Çok esnek ve her yere çekilebilecek bir madde olması hasebiyle biz de genel müdürlükten bu maddeyle ilgili bir yazı beklemekteyiz. Bu maddenin asıl vermek istediği mesaj ise SUT'u çok iyi bilmemiz, okumamız, anlamamız gerekliliğidir.

Soru-cevap kısmında öne çıkan sorular ve cevaplar da şöyle:

SORU: Bu sözleşme yönetmelik olarak düzenlenemez miydi? Hukuk yollarımızı kapatmak için özellikle imtiyazlı sözleşme, özel hukuk sözleşmesi ve yönetmelik arasında karma yapılmış olabilir mi? Hukuk yollarımızı her yönden tıkayan bu sözleşmenin Sağlık Hizmet Sunucuları açısından olumluya dönüşme ihtimali var mıdır?

CEVAP: Öncelikle yönetmelik daha çok idari hukuk kapsamında değerlendirilir. Sizlerle yapmış olduğumuz sözleşme daha çok özel hukuk hükümlerine tabidir. Bizler vatandaşa hizmet verirken kendi hukuk mevzuatımıza doğrudan sizi sokamayız. İdari hukuk ve özel hukuk bağlamında sıkıntılar ortaya çıkar. Tek taraflı olarak bizler de bir sözleşme yapsak o zaman direkt olarak size bir yaptırım yapma durumunda bulunuruz. Bu yüzden bu sözleşmenin sizin açınızdan daha uygun olduğunu düşünüyoruz. Daha sonraki zamanlarda yönetmelikle ilgili değişiklikler yapılır mı derseniz, biz ilgili kurumlara gerekli aktarmaları yaparız, onlar da incelemelerini yaparak konu hakkında hüküm verirler.

SORU: Acil onkoloji, kardiyoloji bölümünde sözleşmemiz var. 2012 sözleşmesi öncesi acilden yoğun bakım ve cerrahi hizmetleri manuel fatura edebiliyorduk. Ancak şimdi manuel fatura edilmesi istenmiyor. Kurumla anlaşması olmayan yoğun bakım ve cerrahi müdahaleleri ne şekilde fatura etmemiz gerekiyor.

CEVAP: Sözleşmesiz kurumlara vatandaşlar acilden başvurduğu zaman, acille ilgili hizmetleri onlara vermekle mükellefiz. Anlaşmalı olduğunuz birimler dışında acilden hizmet verme durumlarıyla ilgili genel merkezden elimize bir yazı ulaştı. Çok yakın bir zamanda bunu sizlerle paylaşacağız. Bu tür durumlar söz konusu olduğunda geçici olarak ilgili branş hekiminin Medula üzerinden tanımlanmasını talep edip, talebiniz onaylandığında da faturalandırmayı yapabileceksiniz.

SORU: Yeşil kartlıların kabulüyle ilgili detaylı bilgi alabilir miyiz?

CEVAP: Yeşil kartlarla ilgili olarak bir geçiş süreci yaşıyoruz. Yeşil kart vizesi devam eden hastalarımızın dışında yeşil kartın tanımıyla ilgili olarak GSS'li oldu birçoğu. Bu yeşil kartlı hastaların hastanelere başvurularını Acil 112 ambulans koordinasyonuyla yapılmış olması gerekiyor. Radyoterapi, yoğun bakım ve acil hal durumları söz konusudur. Bunun dışında sizin diğer branşlarla ilgili olarak ya da ayaktan başvurularda kabul etmeniz söz konusu değil.

SORU: Daha önceden biz doktorun izin süresi 7 günü geçerse kuruma bildiriyorduk. Yeni sözleşmeye göre daha kısa sürelerde de bildirmemiz gerekiyor mu ya da bunun bir süresi var mı? İş kazası durumlarında eğer vizite kartı yoksa adli vak'adan bildirin denilmişti. Hastanın devam eden rahatsızlıklarında iş kazası olarak mı yoksa yine adli vak'adan mı bildirmemiz gerekiyor?

CEVAP: Bir günlük izinlerin bile kesinlikle bildirilmesi gerekiyor. Bu konuda her hangi bir süre şartı yoktur. Adli vak'a ya da acilden giriş yapan hastanın devamında aldığı hizmetlerinde bize ilgili birimle giriş yaparak Medula üzerinden bildirilmelidir.

SORU: Hasta yeşil alan bulgularıyla acile bir iki gün arayla müracaat ettiğinde faturalamamız nasıl olacak?

CEVAP: Yeşil alanı öyle acil gibi tekrar tekrar kabul edemezsiniz. Örneğin; bir hasta polikliniğe geldi. Dâhiliyeye muayene oldu. Üç gün sonra dâhiliyeyle hiç ilgisi olmayan bir birime başvurdu. Bu tip durumlarda zaten sıkıntı yok. Eğer tekrar aynı birime, yani dâhiliyeye geliyorsa ve yine yeşil alan bulgularına uysa bile bu faturalandırma çok iyi bir algı yaratmaz. Çünkü bir hastayı ardı ardına yeşil alandan faturalandırmaya devam edersek ve kabul edersek hastayı bu bir silsile halini alır ki, bizim bu yeşil alan uygulamasını getirmemizdeki asıl amaç, acildeki yoğunluğu ve acil suiistimalini azaltmaktır.

SORU: Diyelim ki hasta bir kulak burun boğaza muayeneye geldi ve çocuk branşından konsültasyon oldu. Bu konsültasyon üzerinden de hastayı müşahedeye aldık. Ancak kulak burun boğaz üzerinden çocuk branşında faturalandırma yaptığımızda bir cezayla karşı karşıya geliyoruz. Bunun için araya çocukla ilgili bir branş mı açmamız gerekiyor ama aslında konsültasyon?

SGK Cibali Merkez Müdürü Dr. Yaşar RÜZGAR

CEVAP: Öncelikle orada çocuk branşının doktoru olmalı. Daha sonrasında siz o hastaya çocuk hastalıklarından bir yatış açmanız gerekiyor. Ancak siz faturalandırmayı çocuk hastalıkları üzerinden yapmanıza rağmen bir kesintiyle karşılaşmamanız gerekir. Eğer bir kesinti söz konusu ise talebiniz doğrultusunda inceleme yapılıp oradaki yanlış düzeltilir.

SORU: Özellikle baba sigortasından yararlanan gebeler hakkında herkesin kafası çok karışık. Bu gibi durumlarda bize hasta kabulünde sıkıntı olmaz, bizim için GSS priminin ödenmesi esas olandır denildi. Bu konuya bir netlik getirebilir misiniz?

CEVAP: Örnek üzerinden gidelim; Bir vatandaş geldi, 16 yaşından büyük ve gebe. Siz TC numarasından sorgulamayı yaptınız ve provizyonu aldınız. Sağlık hizmeti alabilir durumda. Bu kişi için alacağı hizmeti biz ödüyoruz. Siz bunu normalden de gönderseniz adliden de gönderseniz ücrette bir farklılık yok. Burada dikkat edilmesi gereken husus 18 yaşın altındaysa ve bekârsa adliden, 18 yaşın üstündeyse yani reşitse ve 18 yaşın altındaysa ama evliyse normalden göndermeniz gerektiğidir.

TIP MERKEZLERİNİN SAĞLIK BÜTÇESİNDEKİ YERİ

Tüm dünyada sağlık kuruluşları planlamasında öncelikle ayaktan tanı ve tedavi kuruluşlarının yaygınlaşmasını sağlamaya çalışıyor. Muayenehaneler, aile hekimleri, sağlık ocakları, poliklinikler, laboratuvar ve tıp merkezleri gibi küçük sağlık kuruluşları destekleniyor, teşvik ediliyor. Çünkü bu tür sağlık kuruluşlarının yaygınlaştırılması hem daha kolay, hem daha az maliyetli, hem de halka daha yakın ve çok noktada hizmet sunulmasını sağlıyor.

"Sağlıkta dönüşüm" politikasının yönünü anlamak için 2012 bütçesine bakmak yeterli. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesi için 17 milyar 241 milyon TL olarak ayrılan pay, 2012 yılında yüzde 16.7 oranında gerileyerek 14 milyar 358 milyon TL seviyesine indi. Sağlık Bakanlığına ayrılan kaynağın yüzde 50'den fazlası mal ve hizmet alımı için ayrılıyor. Bu alım da özel sektörden yapıldığına göre, özel sağlık kuruluşlarının sektördeki yerinin daha da artacağı aşikâr.

1 Ocak 2012'den itibaren herkesin gelirine göre GSS primi ödeyecek olması, 10 milyona yakın yeşil kartın iptali, muayene başına ücretin yanı sıra, hastalardan ilaç başına 3 TL katkı payı alınacak olması vb. gibi çok sayıda düzenleme, "sağlıkta dönüşüm"ün hem sağlık şemsiyesini genişletmek hem de maliyeti tabana yaymak istediğinin kanıtları.

Meclisteki 2011 bütçe görüşmelerinde genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan ödenek % 23,7 oranında arttırılmıştı. Bu oransal artışın parasal karşılığı 3 milyar TL'ye tekabül etmekteydi. Bu 3 milyarın 2 milyar TL'si de aile hekimliği sistemine ayrılmıştı; koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için sağlık bütçesinden ayrılan rakam ise 6 milyar 424 milyon TL'ydi. Bakan Akdağ yaptığı sunumlarda 2003 yılında 17,642 milyon olan kamu sağlık harcamalarının 2009 yılında 46,989 milyon TL'ye çıktığını anlatmıştı. Ne var ki, geriye doğru resmi bütçe rakamlarını taradığımızda, 2010 yılı bütçesinden sağlığa ayrılan pay % 4.86 iken, hükümet bu payı 2011 yılında % 5.62'ye çıkarmayı hedeflediğini duyurmuştu. Söz konusu artışın iki yıl arasındaki farkı % 2'yi bile bulmamaktadır. Evet, kamusal sağlığa yıllar bazında önemli harcamalar yapılmış ancak son yıllardaki artış eskisi gibi değildir. Önemli ölçüde bir ivme düşüşü gözlemlenmektedir.

Yıllar bazında ülkemizde sağlığa ayrılan paylar:

Oran(%) (milyar TL)
* 2008 4.85 10,8
* 2009 4.90 12,7
* 2010 4.86 13,9
* 2011 5.62 17,2

Bakanlığın yayınladığı son istatistiklerde Türkiye'deki toplam sağlık harcaması tutarı 2008 yılı itibariyle 57 milyar 682 milyon TL'dir. Bunun 52 milyar 320 milyon TL'si cari sağlık harcamalarına gitmiştir. Kamu ve özel sağlık harcamasının GSMH içinde payına baktığımızda kamu sağlık harcaması 4,44; özel sağlık harcamaları 1,43'tür. Kişi başı kamu sağlık harcamalarının tutarı 593 TL; kişi başı özel sağlık harcaması tutarı 218 TL'dir. Özel sektöre yönelik sağlık harcaması 15 milyar 583 milyon TL'dir Bunun yüzde 64,4'ü yani 10 milyar 36 milyon TL'si hastalar tarafından karşılanmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan SGK'nın 2008 yılı verilerine göre toplanan prim geliri 47 milyar 871 milyon, yaptığı toplam sağlık harcaması ise 25 milyon 404 milyon TL. Ortaya çıkan gerçek, sağlık harcamaları toplamının 2008 yılı itibariyle 16 milyar 880 milyon TL'sinin devletin kasasından çıkan kısmı olduğudur.

KATKI PAYLARI

Genel sağlık sigortalı vatandaşların eczanelere ödedikleri "ilaç katkı payı" ise 2009'da (geçmiş yıllara ait avanslar kapatıldığından) 441 milyon lira, 2010'da ise 353 milyon lira oldu. SGK'nın 2009'daki ilaç giderleri 13 milyar 161 milyon lira, 2010'da 13 milyar 468 milyon lira, tedavi giderleri 2009'da 15 milyar 129 milyon lira, 2010'da ise 18 milyar 150 milyon lira olarak gerçekleşti. Genel sağlık sigortası kapsamındakiler, hastanelere "muayene katkı payı" olarak 2009'da 466 milyon lira, 2010'da ise 1 milyar 377 milyon lira ödedi.

SGK, 2009'da devlet hastanelerine 7 milyar 875 milyon lira, üniversite hastanelerine 2 milyar 572 milyon lira, özel hastanelere 4 milyar 682 milyon lira ödedi; 2010'da ise sırasıyla yapılan ödemeler 9 milyar 584 milyon lira, 3 milyar 371 milyon lira ve 5 milyar 195 milyon lira oldu. SGK'nın tedavi yollukları dâhil toplam sağlık harcamaları 2009'da 28 milyar 863 milyon lira, 2010'da ise 32 milyar 80 milyon lira olarak gerçekleşti.

ÖZEL SAĞLIK SİSTEMİ

Sağlıkta Dönüşüm'ün 8 yıllık tablosu özel sağlık sektörünün ağırlığını arttırmıştır. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan hastane sayılarına göz atıldığında 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane sayısı 774 iken, 2009 yılında 834'e çıkmıştır.

Kamu ve özel arasındaki fark dikkat çekicidir. Özel sektör kamudan daha yoğun bir gelişme göstermiştir. 1987'de 116 olan özel yataklı tedavi kurumu sayısı, 2007'de 365 'e, 2011'de ise 490'a yükselmiştir. 2011 başı itibarıyla toplam yataklı tedavi kurumu sayısı 1439'a ve yatak sayısı 201 bine yaklaşırken; özel yataklı tedavi kurumu sayısının 490'a, yatak sayısının da 28 binin üstüne çıktığı görülmektedir.

Sağlık yatırımlarının yüzde 75'ini özel sektör gerçekleştirmektedir ve sağlığa yatırımları özel yatırımların toplamında yüzde 5'e yaklaşmaktadır. SGK'nın yaptığı sağlık harcamalarından özel hastaneler şimdiden yüzde 30 dolayında pay alacak kadar gelişme göstermiş durumda. 1987'de 116 olan özel yataklı tedavi kurumu sayısı, 2007'de 365'e, 2011'de 490'a, yatak sayısı da 28 binin üstüne çıktı.

Çalışma Bakanlığı da özel hastanelerin toplam tedavi harcamalarındaki payının yıllar itibariyle artış gösterdiğini açıkladı. Bu pay, 2002'de yüzde 14'ken, 2010'da yüzde 28,62'ye yükseldi. Özel hastanelere başvuru sayısı ise son 3 yılda hızla arttı. Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında (SGK) (yeşil kart ve memurlar 2007-2008'de genel sağlık sigortası kapsamı dışında olduğu için sistemde yer almadığından) dal hastanesi, diyaliz merkezi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi de dahil özel hastanelere 2008'de 30 bin 42 kişi, 2009'da 37 bin 683 kişi, 2010'da 43 bin 665 kişi başvurdu. Özel tıp merkezi, özel dal merkezi ve özel hastanelere toplamda ise 2008'de 56 bin 985 kişi, 2009'da 66 bin 194 kişi, 2010'da ise 71 bin 171 kişi gitmiştir.

Yıllara ve sektörlere göre hastane müracaat sayıları özel sağlık sisteminin gelişimini ampirik düzeyde doğrulamaktadır: Sağlık Bakanlığına 2002 yılında 110 milyon kişi başvurmuşken 2009 yılında 228 milyon 279 bin kişi başvurmuştur. Üniversite hastanelerine 2002 yılında 8 milyon 891 bin kişi başvurmuşken, 2009 yılında 19 milyon 364 bin kişi başvurmuştur.

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başladığı 2003 yılından bu yana özel hastanelerin SGK'dan aldığı pay %12' den, %31' e yükselirken, üniversitelerin payı %19'dan, %16'ya gerilemiştir.

BM Dünya Nüfus Fonu'nun (UNFPA) "Orta Asya ve Doğu Avrupa'da Ana Sağlığındaki İlerlemeler 2009" raporuna göre, doğumda anne ölüm oranları 2005'ten itibaren % 50 azaltıldığı halde, Türkiye'deki her 100 bin canlı doğumda anne ölüm oranı hâlâ Avrupa ortalamasının hayli üzerindedir. İstatistiklere göre son yıllarda hastaların cebinden sağlığa harcadıkları para, geçen yıla oranla 2 kat fazla artış göstermiştir. Sağlıkta dönüşüm politikalarının bir sonucu olarak, sağlık hizmetinde ciddi anlamda nitelik sorunu yaşanmasına ilaveten orta-

lama 150 TL civarında olan cepten sağlık harcaması tutarı önemli bir külfettir. Asgari ücretin 600 lira ve açlık sınırının 900 lira civarında olduğunu ülkemizde, cepten harcama miktarının 150 liralarda olması hiç de azımsanacak bir meblağ değildir.

Kısaca toparlayacak olursak Türkiye'de 2009 yılında toplam 295 milyon 262 bin 190 kişi (mükerrer başvurularla birlikte) sadece hastanelere müracaat etmiştir. Ülke nüfusunun 70 milyon civarında olduğu düşünülürse, tahmini bir oranlama ile her bir kişi en az 4 kez çeşitli hastalıklardan ötürü hastanelere başvuruyor.

Sağlık sektörü temsilcileri ile Sağlık

Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yetkililerinin katıldığı 'Sağlıkta 2012 Yılı Projeksiyonları ve Genel Değerlendirmeler' toplantısı işte böyle bir ortamda yapıldı. 25-29 Ocak tarihleri arasında düzenlenen toplanın açılış konuşmasını yapan SGK Başkanı Fatih Acar, sosyal devlet ilkesinin gereği olarak toplumun ve bireylerin sağlık açısından güvenliğinin sağlanmasının devletin görevi olduğunu belirtti. Acar, "Vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine ulaşımının önündeki engellerin kaldırılması hekime müracaat sayılarını ve sağlık hizmetlerinde memnuniyeti önemli oranda arttırmıştır. Dolayısıyla sağlık harcamalarını da etkilemiştir. Kamu sağlık harcamasının 2002 yılında yaklaşık 10 milyar TL iken, 2011 yılsonu itibarıyla 45 milyar TL'ye ulaştığını görmekteyiz. Sağlık hizmetlerindeki artış, gelişmişlik göstermektedir. Ancak sağlıkta geri ödeme sisteminin en önemli şartı sürdürülebilir olmasıdır. Akılcı ilaç kullanımı, tedavi maliyetlerinin belirlenmesi, güncel tanı ve tedavi rehberlerinin oluşturulması, güncel ilaç kullanım rehberlerinin oluşturulması ve bu rehberlerin hekimler tarafından kullanılması zorunlu hale getirilmesi ile vatandaşlarımızın sağlık harcamaları hakkında bilinçlendirilmesinin yanı sıra bu konuda farkındalık oluşturulması gibi düzenlemeler 2012 yılı ve sonrasında güncellememizin her zaman başında yer almalıdır" dedi.

ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİNE 6 MİLYAR 444 MİLYON LİRA

Sağlığa ayrılan bütçenin belirtili sınırlar içerisinde tutulması gerektiğini kaydeden Acar, "Sağlığa ayrılan bütçede her zaman cömert davranılmaya çalışılmıştır. Nitekim 2011 yılı için özel sağlık hizmetine 5 milyar 643 milyon lira gibi ciddi bir pay ayrılmışken, 801 milyon lira bütçe aşımı ile toplam 6 milyar 444 milyon lira seviyesine çıkmıştır. Bütün hizmetlerimizde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda da vatandaş memnuniyeti vazgeçilmez unsur olarak kabul edilmiştir. Bu düşünce ile devam eden değişim ve dönüşüme paralel olarak yeni bir sözleşme hazırlanmıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Faruk Çelik, sizlerin mağdur olmaması ve yine sizden gelen talepler doğrultusunda 6 Şubat 2012 tarihinde uygulamaya koymaya karar vermiştir. Yeni sözleşme, vatandaşımıza sağlık hizmetleri belli standartlarda sunulması, sade ve anlaşılır olması, fiillerle cezalar arasında hakkaniyetin tesis edilmesi, bürokrasinin azalması ve sağlık hizmetlerinin sunumunda sürekli sağlanması ilkelerine göre hazırlanmıştır. Yine sözleşmede, uzun süre değişmeden kullanılabilecek ve uygulamada tekdüzeliğe sağlayacak bir anlayışla yaklaşık olarak 40 kişilik bir teknik ekip oluşturularak, ilgili tüm kesimlerin tavsiye ve değerlendirilmeleri de dikkate alınmıştır" ifadesini kullandı.

"Yeşil kartların sağlık giderlerinin SGK tarafından karşılanmaya başlanması, robotik cerrahi işlemleri, suda doğum, greenlight gibi yeni istisnai sağlık hizmetleri belirlenmesi, yeni geri ödeme listesine giren tıbbi malzeme ve ilaç listesi uygulamaları gibi düzenlenmeler Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) revize edilmesi zorunlu kılmıştır. Geçen hafta sonu bu düzenlemeler Resmi Gazete'de yayınlanmış ve yürürlüğe girmiştir" diyen SGK Başkanı Acar, sözlerine şöyle devam etti:

"Özel sektörün en çok şikâyet ettiği suiistimal edilen acil müracaatlar ile ilgili yeni uygulamada yeşil alan hastası dediğimiz gerçek acil hastalarının da mağduriyetine neden olan hasta grubuna hem katılım payı çıkarılacak, hem de özel hastaneler bu hastalardan ilave ücret alabilecek imkâna getirilmiştir. Yeşil alana (salgın hastalıklar) ve acil hallerde özel hastaneler için kota uygulaması olmayacak. Son SUT düzenlemesi ile özel hastaneleri finansal açıdan rahatlatmak için tek yataklı odalardan 3 katına kadar alınabilecek ilave yatak ücretine ek olarak, 2 yataklı odalardan da 1,5 katına kadar ilave yatak ücreti uygulaması getirilmiştir."

ÖZEL HASTANELERE 'DAMARDAN ÇÖZÜM' TEMMUZ AYINDA

E-reçete uygulamasıyla reçete üzerinden yapılan usulsüzlüklerin önemli ölçüde azaltılmasına yönelik çalışmalar yapıldığına değinen SGK Başkanı Acar, sözlerine şöyle devam etti:

"Reçetelerin kâğıt ortamı yerine elektronik ortamda düzenlenmesi ve eczanelerce MEDULA sistemi üzerinden reçete sorgulanarak işlem yapılması uygulamasının yılsonunda tamamlanması planlanmaktadır. Pilot olarak Ankara 29 Mayıs Özel Hastanesi'nde e-reçete uygulamasının pilot uygulamasına başlamış bulunuyoruz. Sağlık karnesinin ve vizite kâğıdı uygulamasının kaldırılması ile kişilerin TC kimlik numarası üzerinden sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Bu durum sağlık hizmetleri verildiği halde 'verilmiş gibi gösterme' şeklindeki suiistimallerin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Bu suiistimallerin önüne geçilmesine yönelik olarak 'avuç içi damar izi' tarama yöntemiyle kimlik doğrulaması yapılabilmesine ilişkin bir çalışma yürütmekteyiz. Ve çalışmayı tamamlayarak özel hastanelerde uygulamaya 1 Temmuz 2012 itibarıyla başlatmayı planlıyoruz. Sağlık alanında yapılan suiistimalleri etkili olarak önlemek için başlattığımız 18 model içeren risk odaklı denetim üzerinde data madenciliği çalışmamızın bir kısmı tamamlanmış ve elde edilen veriler teftiş kuruluna analiz yapılması için gönderilmiştir. Yaklaşık 40 kişiden oluşan müfettişten oluşan teftiş ekibi, sağlık alanında tüm ülke sathında belirtilen risk alanlarına odaklanarak ve çok daha etkili ve verimli sonuçlar elde edeceğine inandığımız denetim çalışmasına kısa sürede başlayacaklardır. Söz konusu denetim sisteminde, veriye dayalı, şeffaf etkin ve yerinde bir denetim sisteminin temellerinin atılması hedeflenmektedir."

Acar, son olarak hastanenin kapasitesi ve hizmet dilim endeksi dikkate alınarak benzer hastanelerde işlem yoğunluğunu ve çeşidinin analizi, aynı branşta görev yapan doktorların günlük çalışma süresi dikkate alınarak poliklinik ve ameliyatların kıyaslanması ve benzeri faktörlerin dikkate alınacağını söyledi. Acar, "Bu yöntemle denetimler daha etkili olacak. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir, finansmanının yerinde sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanacak" dedi.

"TÜRKİYE'DE ÇOK FAZLA ÖZEL HASTANE AÇILDI"

Türkiye'de hiçbir sektörün sağlık kadar hareketli olmadığını belirten Akdeniz Sağlık İşletmeleri Derneği (AKSİD) Başkanı Dr. Ahmet Karakayalı ise, Türkiye'de 500 milyon kişi ve onların refakatçilerinin 1 yıl içerisinde sağlıkla iç içe olduğunu belirtti. Karakayalı, "Türkiye'de çok fazla özel hastane açıldı. Bununla transfer yaşanıyor. Sadece Antalya'da 30 tane özel hastane var. Tıp merkezlerini daha saymıyorum. Onkoloji ve yoğun bakım gibi alanlara kaymak istedik. Ama onun da kapsamı dar. Ya da yoğun bakımda çok geniş. Yoğun bakımdaki bir hasta hiçbir komplikasyon geçirmemesi lazım ki siz kar edebilesiniz. Ücret politikası bizi çok zorluyor. Sağlıkta 10-12 yılda o kadar çok kural değişti ki, son revizyonlarla futbol maçından basket maçına geçeceğiz. Her hücumda neredeyse sayı yemek üzereyiz. Şu anda sağlık turizmini konuşuyoruz. Kapsam o kadar genişledi ki Batılı ülkelerden ikili anlaşmadan dolayı 30 bin insan 'su' fiyatı ile bizden muayene oluyorlar" diye konuştu.

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği (OHSAD) Başkanı Dr. Reşat Bahat da, Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) acil olarak değişmesi gerektiğini kaydetti. Bahat, "7 yıldır artmayan SUT fiyatlarını vatandaşa anlatmak gerekiyor. Eninde sonunda anlaşmak zorundayız. Çünkü karşı tarafta mağdur olmaması gereken vatandaş var. SGK'nın bir gider kalemi olarak algılanmasını ve herkesin 'devletin kamburu' gibi görmesini anlamıyorum. Fransızlardan daha fazla muayene oluyoruz. Yüzde 80 memnuniyeti var. Bunun bir bedeli var. Devlet, 'memnun kalıyorsanız ben sizden bir meblağ alacağım' diyecek. Sistem sürdürülemez hale geliyor çünkü. SUT fiyatları yetmiyor. Mutlaka çözmemiz lazım. Parayı hak edene verilmesi lazım. Hastayı muayene edenler zarar ediyor. Acil olmayanlar haricinde vatandaştan olur alınılarak farkın kalkması lazım. Böyle SGK yürütemez. İdari ve mali hizmetlere geçilmesi lazım" ifadesini kullandı.

Bu tartışmaların ortaya çıkardığı farklı görüşler "Sağlıkta dönüşüm"ün tezahürleri. Düzenlemeler, katılım yetmezliği ile karşı karşıya. Haliyle, dönüşümün daha sancısız yürümesi için olumluluklar yanında olumsuzluklar da tartışılmalı.

Bunlardan bazılarını sıralayalım:

-Sağlık Sistemi Finansal Yönden Sıkıntılıdır.

2010 yılı için, Türkiye'nin toplam bütçe gelirleri 236 milyar TL dır. Sağlık giderlerinin ise 50 milyar TL üzerinde olduğu hesaplanmaktadır. Bu miktar, 7 yıl önce 10 milyar TL' nin altındaydı. Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçeden aldığı pay 14 milyar TL'ye, SGK'dan aldığı miktar 12.9 milyar TL'ye yakın olup, toplamda 27 milyar TL gibi dev bir bütçe ortaya çıkmaktadır. Bu çok yüksek bir bütçedir. SGK'nın sağlık harcamalarının toplamı yılda 30 milyar TL'ye yakın olup, genel bütçeden de SGK'nın açıkları için aktarılan miktar 30 milyar TL'nin üzerindedir. SGK'nın açığının nedeni işsizlik ve emekli sorunudur. Görüldüğü gibi, SGK'nın sağlık giderlerinin toplamı, SGK'nın verdiği toplam bütçe açığı kadardır. Türkiye'nin toplam bütçe açığı da 50 milyar TL civarında hesaplanmaktadır.

- İlaç giderleri çok artmaktadır.

Türkiye'de "ilaç fiyatları düşürülüyor" şeklinde yanlış bir kanı, yayılmaya çalışılmaktadır. Düşürülen, eczanelerden satılan ilaçların üzerindeki kutu fiyatlarıdır. Ancak, bu nitelikteki satışlar, ilaç sirkülâsyonunun zaten sınırlı bir oranını oluşturmaktadır. Asıl büyük para dolaşımı, SSK (SGK) ve hastaneler tarafından yapılan, ihalelerdeki büyük ilaç alımlarından kaynaklanmaktaydı. Bu alımlarda da ilaç fiyatları, kutu fiyatlarının üçte-dörtte-beşte biri fiyatlara inmekteydi. Yani toplamda oluşan ilaç giderleri, bugünküne oranla çok daha az miktardaydı. SSK'nın devredilmesi ve SSK ilaç fabrikalarının kapatılması ile ilaç a ödenen para dayanılmaz ölçülere ulaşmıştır. Şu anda ise, kutu fiyatlarında indirim yapılmasına rağmen ihale türü alımlar azaldığı için, ilaç giderlerinin maliyetleri eskiye oranla artmıştır. Bu durum, verilerle de ortaya çıkmaktadır. Tüm sektörlerde gerileme ve küçülmeler gözlenirken, Türkiye'nin ilaç giderleri son 7 yıl içinde, her yıl ortalama % 30-40 oranlarında büyümüştür. Sadece SGK'nın ilaç giderleri 14-15 milyar TL civarındadır. Toplam ilaç giderleri, muhtemelen 20 milyar TL civarındadır. Sağlık harcamalarının %42'den fazlası ilaca gitmektedir. Dünya ortalaması %13-14'lerde olup, Türkiye bu alanda dünya birincisidir. Sağlıkta temel açığın en önemli nedeni ilaçta ödenen paradır.

-Sağlık Bakanlığı, hedeflenen yapılanmadan uzaktır

Sağlıkta dönüşüm projesinde baştan itibaren, yetkililer tarafından sıklıkla ifade edilen durum, Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumundan çıkarak, yönetici, standartları belirleyici ve denetleyici bir role yöneleceği şeklindeydi. Ancak böyle olmamış aksine sağlıkta daha fazla hizmet verir hale gelmiştir sağlık bakanlığı hizmet sunumunda daha da büyüyor. Aynı zamanda da, kural ve standartları koyma ile denetleme görevlerini de yapmaya çalışıyor. Bunları yaparken de özel sağlık kuruluşlarını daha fazla köşeye sıkıştırarak yapma gayreti içindedir. Hem denetleyen hem hizmeti satan kurum olunca bağımsız bir kurum olma özeliğini yitiriyor.

-Sağlık kuruluşlarının teşvik planlaması yanlış gidiyor

Tüm dünyada sağlık kuruluşları planlamasında öncelikle ayaktan tanı ve tedavi kuruluşlarının yaygınlaşmasını sağlamaya çalışıyor. Muayenehaneler, aile hekimleri, sağlık ocakları, poliklinikler, laboratuvar ve tıp merkezleri gibi küçük sağlık kuruluşları destekleniyor, teşvik ediliyor. Çünkü bu tür sağlık kuruluşlarının yaygınlaştırılması hem daha kolay, hem daha az maliyetli, hem de halka daha yakın ve çok noktada hizmet sunulmasını sağlıyor. Tüm giderlerde de düşüş sağlanıyor. Bu nedenle, tüm ülkeler öncelikle ayaktan tanı ve tedavi kuruluşlarını destekliyor ve teşvik ediyorlar. Olabildiğince, sağlık sorunlarının çözümünü bu kuruluşlar üzerinden gerçekleştirmeye çalışıyorlar. Hastaneler ise en son çözüm şekli. Hastaneleri, yalnızca yatacak hastalar için kullanmaya çalışıyorlar. Türkiye'de ise, bu uygulama tersine çevrilmiş durumda. Hastane işletmeciliği teşvik ediliyor, poliklinikler muayeneler saf dışı edildi. Şimdi sırada tıp merkezlerini yok etmek var. Bununla ilgili çalışmalar başladı devam ediyor. Daha ekonomik, yaygın ve kolay olan muayenehaneler, laboratuarlar, poliklinikler ve tıp merkezleriyle sözleşme yapılmıyor. Bu kuruluşlar sistem dışına itiliyor. Yalnızca bununla da kalınmıyor. Muayenehaneler için, tamamıyla gereksiz ve dünya da örneği olmayan, yerine getirilmesi olanaksız zorlaştırma koşulları isteniyor.

Bu politikalara karar verilirken, dünya örneklerinin incelenmediği ortada. Akıl ve mantık kullanılmıyor. Hekim-

lerin kurduğu kurumların yok edilmesi için atalete sevk edilmeleri yetiyor da artıyor bile. Halkın ayağına hizmet götüren merkezler mahallelerde yok edilirken şehir dışlarında hastanelerin birleştirilerek hastane kampusları kurulacağı söyleniyor. Rutin hizmet amacıyla bu tür merkezlerin kurulması çok da akılcı değildir. Büyük kalabalıkların belli merkezlere taşınması verimli olmaz. Bu tür merkezler, ancak diğer birimlerde yapılmayan ileri girişimleri yerine getiren merkezler olurlarsa yararlı olabilirler.

-Özel hastaneler, yasadışı çalışmaya yönlendiriliyor

Bilindiği gibi, özel hastaneler SGK'nın ödediğinin en fazla yüzde 90'ı kadar, hastadan ilave fark alabilirler. Bu miktarı aşarlarsa, ceza ödemek durumundadırlar. Ancak bugün için, en isimlileri başta olmak üzere, özel hastanelerin çoğu hastadan bunun üzerinde ilave fark almaktadırlar. Almak zorundadırlar, çünkü maliyetlerini kurtaramazlar. Ya hastaneyi kapatmak zorundadırlar, ya da yasadışı çalışmaya devam etmek durumundadırlar. Ya da SGK paket ücretleri artıracak.

-Paket fiyat uygulaması yanlıştır

Önemli yanlışlardan birisi de, "paket fiyat" uygulamasıdır. Tasarruf amacıyla getirilen bu uygulama, giderlerin artışını sınırlamadı. Giderler artmaya devam etti. Üstüne üstlük, bu uygulama hasta bakım kalitesini çok geriletti. Ne yapılırsa yapılsın sabit bir fiyat ödendiği için, hastalar en az inceleme, en az laboratuar tetkiki yapılarak gönderilmeye çalışılıyor. Rutin tetkikler yerine artık en pahalı görüntüleme tetkikleri kullanılır hale gelmiştir. Özet olarak, hasta muayenesinin içi boşalmış ve 1960'ların sağlık ocağı hekimliğine dönülmüş durumdadır. Bu durum da, hatayı azaltmak amacıyla, reçetelere daha fazla ilaç yazmaya neden olmakta ve ilaç faturası kabarmaktadır.

-Sağlık alanında önemli eleman problemi vardır

Sağlık alanında, önemli bir kalifiye personel sıkıntısı bulunmaktadır. Yetkililer, sürekli olarak hekim açığından bahsetmektedirler. Ancak, mevcut potansiyel akılcı olarak kullanılmıyor. Hâlbuki muayenehanelerin teşvik edilmesiyle doktorların yapacağı fazladan çalışma, sağlık sistemine 20 bin hekimin tamgün çalışmasına eşdeğer bir üretim gücü katkısı sağlayacaktır.

Sağlık alanında asıl eksiklik, hemşire eksikliğidir. Süratle giderilmesi gereken eksiklik, hemşire eksikliği olmalıdır. Tıbbi laboratuar teknisyeni eksikliği de mevcuttur. Bunun için de, kısa süreli sertifika programlarıyla, biyolog, kimyager, su ürünleri gibi okul mezunlarından yararlanılabilir. Mevcut potansiyel, akılcı entegrasyonlarla değerlendirilmelidir.

ÖNERİLER, ÇÖZÜMLER, MUHTEMEL GELİŞMELER

Değerlendirmeler ışığında, çözüm önerileri ve önümüzdeki dönemin muhtemel gelişmeleri şöyle özetlenebilir.

- Sağlık yönetimi önerilere kapalı tavrına son vererek, diyaloga açık hale gelmelidir. Önerileri dinlemeli ve değer vermelidir.

- Sağlıkta finansal sürdürülebilirlik Türkiye'nin en önemli sorunudur. Popülizm, verirken iyidir. Ancak alırken sancılıdır. Türkiye kaçınılmaz olarak sağlıkta popülizmden dönüş sancılarını yaşayacaktır. Öncelikle, bunun bilinmesi gerekir. Eğer dönemezse, daha büyük bedeller ödeyecektir. Önümüzdeki dönemde: SGK, kendini kurtarabilmek için katkı paylarını yükseltmek zorundadır. Çoğu ilacı ve işlemleri ödeme kapsamı dışına almak zorundadır ve alacaktır da. Halkın, sağlık giderlerine daha fazla katılmasının yolları aranacak ve bulunacaktır.

- Sağlık politikasında zihniyet değişikliği gerçekleşmek zorundadır. Türkiye de sağlıkta dönüşüm tüm tarafların katılımı ile yeniden değerlendirilmelidir.

- İlaç giderlerinin azaltılması yönündeki baskı hep güçlü olacaktır. İlaç giderlerinin toplum sağlık harcamaları içindeki oranı % 13-15'lere ininceye kadar, bu baskı hissedilecektir.

- Sağlık Bakanlığı'nın yapılanması ve rolü değişmek zorundadır. Önümüzdeki dönemde sağlık bakanlığı, daha yansız, tüm sağlık kuruluşlarının yöneticisi rolüne doğru değişmeli, hizmet sunum işlevini azaltarak, yönetici-denetleyici rolünü öne çıkartmalıdır. Sağlık Bakanlığı bütçesi küçülecek, ancak daha etkin kullanılacaktır.

- Ayakta tanı ve tedavi kuruluşlarının önemi ve değeri daha iyi anlaşılacaktır. Türkiye vakit kaybetmeksizin bu yönde adımlar atmalıdır. Muayenehaneler, laboratuarlar, poliklinikler, tıp merkezleri gibi sağlık kuruluşları bir problem ve hasım gibi değil, aksine sistemin önemli ayakları ve partnerleri olarak kabul edilmelidir. Pahalı hastane işletmeciliği yerine, gideri daha düşük bu tür kuruluşlar teşvik edilmelidir.

- Hastane kampusları konusu rafa kalkmalıdır

- Özel hastanelerin yasadışı şekilde fark alması konusu çözüme kavuşturulmalıdır. Bunun için, fark alabilmenin üst sınırı muhtemelen serbest bırakılmalı, seçim hastanın kendisine bırakılmalıdır.

- Laboratuarın tanıdaki yerinin ve laboratuar sektörüne karşı yapılan haksızlığın farkına varılmalıdır. Laboratuar test birim fiyatları, gerçek maliyet değerlerinde yeniden düzenlenmelidir.

- Paket fiyat gibi basit ve geri uygulamalardan geri dönüş yapılamalı işlemler, hastalar ve hekimler daha iyi denetlenerek, işlem bazında uygulamaya adım adım dönülmelidir

- GSS daha iyi işler hale gelmeli. SGK, muayenehaneler, laboratuarlar ve polikliniklerle de sözleşme yaparak, vatandaşların istediği hekim ve sağlık kuruluşunu daha özgürce seçmesine olanak tanımalıdır.

- Sağlık alanındaki ara eleman sıkıntısı, sertifikasyon ve kurslar gibi akılcı yöntemlerle çözüme kavuşturulmalıdır.

MEDI TIME
SAĞLIK GRUBU

Nitelikli uzman kadroları,
Çağdaş hizmet anlayışı,
Tıp teknolojisindeki en son yenilikleri kullanarak
kaliteli sağlık hizmetini uygun koşullarla sunuyoruz

- Acil Servis
- Genel Cerrahi
- Kadın - Doğum
- Beyin Cerrahisi
- Laboratuvar
- Dahiliye
- Göz Hastalıkları
- Çocuk Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz
- Radyoloji
- Cildiye
- Ortopedi
- Diş Ünitesi
- Endoskopi Ünitesi
- 4 Boyutlu USG

ATAŞEHİR

DUDULLU

ÜSKÜDAR

MEDI TIME
CERRAHİ TIP MERKEZİ

Ferhatpaşa Mah. Yeditepe Cad.
No:85 Ataşehir / İstanbul
Telefon : (0216) 660 04 24
GSM : (0541) 660 04 40
Fax : (0216) 660 04 27
info@meditime.com.tr

MEDI TIME
DUDULLU TIP MERKEZİ

Bostancıyolu Caddesi No:43
Yukarı Dudullu, Ümraniye
Telefon : (0216) 527 05 47
GSM : (0541) 660 04 30
Fax : (0216) 526 26 03
dudullu@meditime.com.tr

ÖZEL
ÜSKÜDAR ANADOLU
HASTANESİ

Ahmediye Mah. Halk Cad. No:8
Üsküdar - İstanbul
Telefon : (0216) 341 88 88
GSM : (0541) 660 04 14
Fax : (0216) 492 88 78
info@uskudaranadoluhastanesi.com

TÜMSAD SGK İL MÜDÜRÜ ve SGK CİBALİ MÜDÜRÜ'NÜ ZİYARET ETTİ

Dr. Hicabi Gökdereli: Tıp merkezleri Türkiye'nin yerel şartları açısından hastanın ayağına kadar gitmiş ucuz, halkın cebini acıtmayacak şekilde hizmet vermeye çalışan kurumlardır. Biz şunu istiyoruz; sağlık sektörü tekelleşmesin, sağlık sektörü mevcut kurulu haliyle şekil alsın, yani vatandaşın tercihi ile devam etsin istiyoruz

TÜMSAD Başkanı ve Yönetim Kurulu üyeleri SGK İl Müdürü Ramazan Yıldız'ı ve SGK İl Müdür Yardımcısı Mehmet Kara'yı makamında ziyaret ettiler.Toplantılarda Tıp Merkezlerinin durumu görüşüldü. Toplantıya TÜMSAD adına Op. Dr. Hicabi Gökdereli, Alpaslan İlhami Motur, Dr. Taşkın Yenidünya, Dr. Tanju Demir, Dr. Ramazan Demir, Çetin Köse, Op. Dr. İrfan Başpınar, Dr. Harun Kaya, Dr. Mustafa Ağır katıldı.

TÜMSAD Başkanı Dr. Hicabi Gökdereli, toplantıda SGK İl Müdürü Ramazan Yıldız'a tıp ve dal merkezlerinin durumunu anlattı. Toplantının tutanakları şöyle:

Dr. Hicabi Gökdereli:

TÜMSAD daha çok tıp ve dal merkezi ağırlığını temsil eden bir dernek. Biz TÜMSAD olarak SGK'nın özel sektöre yönelik hizmet satın alma sözleşmesinde en başlarda devre dışı bırakılmıştık. O zamanlarda TÜMSAD olarak SGK'ya tıp ve dal merkezlerine kazandırılması adına çok büyük çaba sarf ettik ve derdimizi dinletmeyi başardık. Sayın Başbakanımıza kadar bütün yetkililer sorunlarımızı dinledi. Hakkaniyetsizlik giderildi ve şu anda da sistemin içindeyiz. Sizler de bizler de değişiyoruz. Gördüğüm kadarıyla sizler çok önemli bir yerdesiniz, sahayı izliyorsunuz. Yukarıya gerçek problemleri iletirken bur da bizi dinlemeniz, gözlemlemeniz çok önemli, bizler de yaptıklarımızın sonucunu görebilmek için yakın istişarelerde bulunmak istiyoruz.

Tıp merkezleri Türkiye'nin yerel şartları açısından hastanın ayağına kadar gitmiş ucuz, halkın cebini acıtmayacak şekilde hizmet vermeye çalışan kurumlardır. Biz şunu istiyoruz; sağlık sektörü tekelleşmesin, sağlık sektörü mevcut kurulu haliyle şekil alsın, yani vatandaşın tercihi ile devam etsin istiyoruz. Bu bizim için de önemli, milli menfaatlerimiz için de önemli, yatırım yapmış insanlar için de çok önemli.

Tıp merkezlerinin sahiplerinin hepsi doktor, bu sektöre emek verdik. Emeklerimizin elimizden alınmasını istemiyoruz. Burada da iktidarın iradesi çok önemli, sizlerin bakış açıları çok önemli. Ben sizlerin bizi de gözeten bakış açısına ve daha önce Ankara'da yaptığımız temaslardan dolayı çok teşekkür ediyorum. Gerçek yöneticiler olduğumuz için sizlere konuşmaya, istişare etmeye çok önem veriyoruz. Hastaneler tabi ki olacak ancak mevcut tıp merkezleri de sistemde kalmalı diyoruz.

SGK il Müdürü Ramazan Yıldız:

Zaten rekabette zaman içinde kendi aralarında kapanıyorlar; tıp ve dal merkezleri ilk açıldığında çok daha fazla olduğunu biliyorum.

Op. Dr Hicabi Gökdereli:

Evet, o bakımdan sizlerin hakkaniyetli uygulama sürecini devam ettirmenizi istiyoruz.

SGK il Müdürü Ramazan Yıldız:

Bizim yaklaşımımız sizlere zaten sağlık uygulama tebliği çerçevesinde olur. Onun haricinde düzeltilmesi gereken konular varsa yazılı olarak bildirirseniz sorunlarınızı çözülebilecek şekilde önerilerinizi ilgili birimlerimize aktarabiliriz.

Op. Dr Hicabi Gökdereli:

Şimdi şunu söylemek istiyorum, ortada bir hakkaniyetsizlik var; bu hakkaniyetsizlik belki zamanla aşılır ama burada sizin yukarıya ileteceğiniz yerler çok önemli. Aramızda tabii ki çürük yumurtalar vardır bu yumurtaları ayıklayalım, doğru işler yaparak bu yumurtaları eritelim. Birçoğumuz cerrahi tıp merkezi sahibiyiz, küçük hastane ölçekli 1500 m2 2000 m2 olan yerler hastane statüsüne giriyor. Ama hastane fonksiyonu görmeyen tıp merkezleriyiz. Ancak günü birlik yatışlardan hastayı fatura edemiyoruz.

SGK il Müdürü Ramazan Yıldız:

Tıp merkezlerinin yatışları var mı?

Op. Dr Hicabi Gökdereli:

Tabii var, günü birlik yataklı kurumlarız ancak yataklı statüsünde olmadığımız için, tıp merkezleri ayakta teşhis tedavi olarak görüldüğü için sorunlar oluyor. Buna karşılık ameliyat yapıyoruz, doğum yapıyoruz, günü birlik hastayı alıyoruz ama burada hastanın ilacını da müşahedesini de yatak ücretini de hiçbir şeyini alamıyoruz. Burada bir haksızlık var, bundan sonra Sağlık uygulama tebliği (SUT) değişecekse en azından bu haksızlığı ortadan kaldırmak gerekir. Tıp merkezlerinin bilgi paylaşımı açısından yine sizinle paylaşmak istiyorum

SGK il Müdürü Ramazan Yıldız:

Biz geri ödeme kurumuyuz, sistemin nasıl işleyeceğine karar veremeyiz. Bölgesel asgari ücreti çalışması yapılıyor, bölgesel teşvikler var. Bu bölgesel fiyatlandırma SUT açısından yapılabilir diye düşünüyorum. Yani İstanbul, Ankara, İzmir; arakasından büyükşehirler, arkasından diğerleri diyerek Sağlık Uygulama Tebliğinde puanlandırma farkı koyulabilir diye düşünüyorum.

SGK İl Müdür Yardımcısı Mehmet Kara:

Büyük hastanelere kişiler her zaman ulaşamıyor. Hastanelerin her yere açılma olanağı zaten yok. Sokak aralarında küçük hastaneler tarzında tıp merkezleri oluşuyor ve bu kurumlardan çok güzel hizmet alınıyor ama uygulamaya bakıldığı zaman tıp merkezlerinin SUT fiyatları düşük. Ama şu an sağlık alanında çok muhteşem dönüşümler oldu. Ben bundan 5 sene öncesini hatırlıyorum, devlet hastanesinde kuyrukları hatırlıyorum, doktor yok, başka yerde değişik sebepler vs. Şimdi özel sağlık kuruluşlarına gidildiği zaman alınan sağlık hizmetleri ortada. Yani küçük hastanelerin, cerrahi tıp merkezlerinin ara sokaklara kadar gitmesi bizim için çok faydası var.

Op. Dr. Hicabi Gökdereli:

İstanbul sağlık sektörü açısından en hareketli yer. Bu zamana kadar hakikaten cezalandırıldık ama en azından sürdürebilir imkânımız oldu. Yumuşak geçiş yaptılar, bundan sonrada ben kendi yönetim kurulu toplantılarımız da söylüyorum, tıp merkezleri her zaman işin içinde olmalı. Sizlerle biz de dernek olarak yardımcı olmak istiyoruz, faydalı olmak istiyoruz. İstatistikî çalışmalar olursa daha iyi olur bence, kurumların çalışma performansları, yaptıkları hatalar vs. Bunları toplantılar yaparak paylaşma ihtiyacı var. Bu toplantıların çok çok faydalı olacağına inanıyoruz. Bu anlamda yakında yapacağımız eğitim toplantılarımıza sizlerin de katılımı arzu ediyoruz. Kurumları tanımak faydalı olacaktır.

SGK İl Müdür Yardımcısı Mehmet Kara:

Tabi bize de faydası olacaktır. Bir işlemi yaptıktan sonra hata yapılıp o kuruma ceza yazmak yerine, önceden kurumları bu anlamla uyarmak doğrusudur. Ne biz ceza ile uğraşacağız ne de sizler mağdur olacaksınız. Önceden uyarılması çok daha faydalı olacaktır.

Op. Dr. Hicabi Gökdereli:

Hem sağlık komisyonu başkanımız, özellikle sağlık bakanlığımız çok toplantılar yaptılar, çok sık bizimle paylaştılar. Bazen üzüldük bazen sevindik ama olayları onlar hep izlediler. Sayın Bakanımız kamu sektörüyle, özel sektör ile sorunları paylaşarak görüşlerimizi aldılar çünkü biz sahalardan yetişiyoruz.

Bizden bu anlamda aldıkları şeyler önemli. O yüzden bu görüşmelerimizi inşallah sık sık yaparız.

SGK İl Müdür Yardımcısı Mehmet Kara:

Tabi paylaşırız, biz size mevzuatı anlatmaya çalışırken sizler de bizlere özel sektörün yaşadıkları problemleri aktarmanız çok faydalı olur. Karşılıklı istişareler ile, toplantılar ile konuşursak zaten yol da alınmış olur.

DR. TAŞKIN YENİDÜNYA: MEVCUT TIP MERKEZLERİNİN GELİŞMELERE AYAK UYDURARAK SİSTEMİN İÇİNDE KALMALARI DESTEKLENMELİDİR

1998 yılında Esenyurt'ta kurulan Esencan Cerrahi Tıp Merkezi, sektöründe başarılı ve örnek bir kurum olarak dikkat çekiyor. Bölge insanının güvenini kazanan bir sağlık kurumu olmayı başaran Esencan'ın başarısında en büyük pay ise kuşkusuz Dr. Taşkın Yenidünya'ya ait. TÜMSAD'ın yönetim kurulu üyesi de olan Yenidünya ile söyleşimizde hem Esencan'ı, hem de Tıp Merkezlerinin geleceğini ele aldık.

Öncelikle sizi sizin ağzınızdan tanıtalım okurlarımıza. Taşkın Yenidünya kimdir?

1964 Arpaçay doğumluyum. Lise ve üniversite eğitimimi İstanbul'da tamamladım. İstanbul'da Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni 1987 yılında bitidikten sonra Anadolu'nun çeşitli yerlerinde görev yaparak mecburi hizmetimi tamamladım. 1992 yılında Esenyurt'ta sağlık ocağında çalışmaya başladım. O günlerden bu yana Esenyurt'tayım. 1997 yılından bu yana ise sadece özel sektörde çalışmaktayım.

Yoğun bir iş temponuz var. 24 saatiniz nasıl geçiriyor?

Bizler genelde hayatımız iş olan yaptıklarımızdan ne kadar streslide olsada zevk alan insanlarız . Genellikle sabah sekizde iş başı yapar, akşam saat altı-yediye kadar mesai yaparım. İş dışındaki vakitlerimi ailem ve çocuklarımla geçirmeyi severim. Sosyal faaliyetlere de zaman ayırmaya çalışırım. Sivil Toplum Kuruluşlarının önemine inanırım. İş adamları derneğimiz ESİDER ve sağlık kuruluşları derneğimiz TÜMSAD KAİ vakfı ve derneklere de zaman ayırmaya çalışıyorum.

Siz hem doktor hem de yöneticisiniz. Hangisi daha zor; doktor olmak mı yönetici olmak mı?

Doktor olmak daha zor. Yöneticililikte aldığınız kararları değiştirme, yanlışlarınızı öyle veya böyle bir şekilde düzeltme şansınız var. Ayrıca düzeltemeseniz de olumsuzluklar sadece sizi ve işletmenizi etkiliyor. Ancak hekimlik çok daha büyük bir dikkat ve sorumluluk gerektiriyor. Hekimlikte ise söz konu olan insan sağlığı ve hayatıdır. O yüzden hekimlik çok daha zor.

Bir sağlık kuruluşunun yöneticisinin doktor olması aslında güven verici bir durum.

Elbette, sağlık kuruluşunu bir hekimin yönetmesi, hasta ve hasta yakınlarını da pozitif olarak etkiliyor. Tıp merkezlerinin en büyük özelliği de bence burada otaya çıkıyor; çünkü tıp merkezlerinin hepsinin sahibi hekimdir. Hepsi de bu işe sermaye ile değil hekimlik gücüyle girmiş, çalışarak işletmelerini büyütmüştür. Sırf bu nedenle bile tıp merkezlerinin korunması ve tıp merkezlerine özen gösterilmesi gerekir diye düşünüyorum. Zaten hekim olmayan birinin tıp merkezi gibi bir yapıyı yönetmesi de çok zordur.

Esencanın kuruluşundan bu yana geçen süreci anlatır mısınız? Bir tıp merkezi kurmaya nasıl karar verdiniz?

Sağlık ocağında beraber çalıştığımız arkadaşlar ile beraber bir yer açalım dedik. O dönemlerde akşam hizmet verebilecek bir yer yoktu. Hem kendimizin zaman geçirebileceği hem de hastalarımıza bakabildiğimiz ufak, poliklinik tarzı bir yer ile başladık 1994 yılında. Daha sonra arkadaşlarımızdan bir kısmı ayrıldı. 1998 yılından bu yana da Esencan olarak çalışmalarımızı sürdürmekteyiz.

Esencan isminin de farklı bir hikayesi var. Onu da sizin ağzınızdan dinliyebilir miyiz?

1998 yılında tıp merkezimizi açma hazırlıklarımız tamamlanırken, "İsmine biz değil, hizmet alacak bölge insanı karar versin" dedik. O zaman bölgemizde 6 - 7 tane okul vardı. Bu okullarda isim yarışması düzenledik. Yarışmada hem çocukların hem de velilerinin görüşünü ayrı ayrı aldık. Bisiklet ödüllü yarışmamıza hemen hemen bütün çocuklarımız katıldı. Bir jüri oluşturduk ve o jüri "Esencan" ismine karar verdi. "Esencan" ismini öneren üç çocuğumuza da bisiklet hediye ettik. İnsanımız kendi koyduğu bu ismi benimsedi ve çok sevdi. Kimse "Esencan Tıp Merkezi" demiyor; kısaca "Esencan" denilince çoğu insan Esencan Tıp Merkezi'nin kast edildiğini anlıyor.

1991 yılından bu yana Esenyurt'tasınız. Başka bir yere de gidebilir, yatırımlarınızı başka bir yerde de yapabilirdiniz. Esenyurt sizin için ne ifade ediyor?

Benim Esenyurt'a geliş nedenim okuduğum bir gazete haberiydi. Haberde Esenyurt'tan yeni, gelişime açık ve göç alan bir bölge olarak bahsediliyordu. Bu haber üzerine, askerlik görevimi bitirdikten sonra Esenyurt'ta çalışmaya karar verdim. Askerlik sonrası önce Silivri'ye gittim ve burada toplum sağlığı merkezinde çalıştım. Daha sonra tayinimi Esenyurt'a yaptırdım ve burada çalışmaya başladım.

20 senedir Esenyurt'tasınız ve 15 senedir de Esencan Tıp Merkezi ile Esencan'a hizmet veriyorsunuz. 15 senede aldığınız yol ve sizi başarıya ulaştıran en önemli etkenler nelerdir?

Esencan Tıp Merkezinin kurucusu Dr. Taşkın Yenidünya, "Tıp merkezlerinin en önemli özelliği sahiplerinin hekim olmasıdır" diyor. Sırf bu nedenle bile tıp merkezlerinin korunması gerektiğini belirten Taşkın Yenidünya'ya göre değişime ayak uydurtabilen tıp merkezleri sistem içinde kalacak ve önleri açık olacak.

"Bence en önemlisi işinizi severek yapmak ve insanların güvenini kazanmaktır. İnsanlar; 'Biz Esencan'a gidersek onlar elinden geleni yaparlar, yoksa da bizi oyalamaz doğru yönlendirmede bulunurlar' şeklinde düşünüyorlar."

Bence en önemli faktör yaptığınız işi severek yapmak ve insanların güvenini kazanmaktır. İnsanlar; "Biz Esencan'a gidersek onlar elinden geleni yaparlar, yoksa da bizi oyalamaz doğru yönlendirmede bulunurlar" şeklinde düşünüyorlar. Bu güveni hak ederek kazanmak ve bu güvene layık olmak için elimizden geleni yapmak başarımızın en büyük nedenidir.

Peki ne tür yeniliklere imza attınız bu bölgede?

Bölgemiz çok sık şekilde gelişiyor. Biz buraya ilk geldiğimizde buranın nüfusu 25 bin idi. Şimdi ise 500 bin civarında. İlk geldiğimizde burada toplam hekim sayısı da 7-8 idi. Bugün hekim sayısı da nüfusa paralel olarak arttı. Esenyurt hızla gelişirken biz de bu gelişime ayak uydurduk.

Sektöre gelirsek, tıp merkezi sektörünü nasıl görüyorsunuz?

Türkiye değişiyor. Sağlık hizmetlerinin yapısı da çok hızlı değişiyor. Bu değişim içerisinde bence tıp merkezleri de değişecek. Ben bu sistemin içinde değişerek varlığını devam ettirecek tıp merkezlerinin yerinin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Halka çok yakın, halkın hemen ulaşabileceği, standardize edilmiş, yöneticisi hekim olan belli sağlık merkezlerinin desteklenerek geliştirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Fakat mevcut yapının değişeceğini tıp merkezleri de bilmeli bence. Artık bir apartman dairesinde 2 - 3 hekim ile bu işleri yürütmek mümkün değildir. Sağlık Bakanlığı'nın getirdiği bazı standartlar var. Bu standartlar insanları çok kısa vadede zorlamamalı ama uzun vadede bu standartlara muhakkak uymak gerekir. Sonuçta bu standartlara uyan kuruluşlar ayak da kalacaklar ve hizmetlerine devam edecek, diğerleri ise elenecekler.

Burada iyi niyetli ve azimli kuruluşlara gerçekten destek olunmalıdır. Bu destek bir kredi desteği olabileceği gibi bu tip kuruluşlara mekan bina gösterimi ile de verilebilir.

Tıp merkezlerinin önemi vatandaş ve devlet yeterince görülebiliyor mu sizce?

Tıp merkezlerinde kalite yükseldikçe hizmeti alanlar nezdinde de bu merkezler önem kazanıyor. İnsanlara yakın olması, maliyetlerin hem hasta hem de devlet için düşük olması ciddi bir tercih nedeni. Tıp merkezlerinin sağlık hizmeti sunucuları arasından çıkarılması çok ciddi bir boşluk yaratır. Bunun devamı ise ancak kalitenin arttırılması ile mümkündür. Tıp merkezlerinin sadece ayaktan reçete yazılan kurumlar değildir. Bunun tüm taraflarca bilinmesi tıp merkezlerinin gelişimine çok fayda sağlar. Yani tıp merkezleri, bir aile sağlığı merkezi değildir.

Devlet sizden daha ucuza hizmet alıyor. Halk da size daha kolay ulaşıyor. Bütün bunları göz önüne alırsak 2013 sendromu neden yaşanıyor? Yani devlet tıp merkezlerinin önemini tam göremiyor mu acaba?

Tıp merkezlerine neden daha az ücret ödendiğini de anlamak da zor. Aslında tıp merkezlerine daha fazla ücret ödenmesi gerekiyor, çünkü tıp merkezleri hastanelere göre daha butik bir hizmet veriyor. Bütün veriler tabi elimizde tam olarak yok, ortalama olarak konuşuyorum ama bir hastanede bir hastanın SGK'ya maliyeti tıp merkezinin belki 2-3 katı. Tıp merkezlerinin 2013 - 2014'te çok daha iyi koşullarda hizmet verilmesi isteniyorsa bu durum da gözden geçirilmelidir. Desteklememiz gerektiğini söylerken bu gibi koşulları da kastediyorum. Standartlara uymaya niyetli insanları bu anlamda da desteklemek lazım. Bu fiyatlar hastanelerin üzerine çıkarılmalıdır.

Peki, insanlar hastanede aldığı hizmeti tıp merkezlerinden de alabiliyor mu?

Tıp merkezleri bu yönde de daha çok desteklenmelidir. Verdiği hizmet kategorisinde birçok tıp merkezinin birçok hastaneden daha iyi hizmet verdiğini düşünüyorum. Tıp merkezleri iyi birer tanı merkezi olmalıdır böylece hastaneler daha işlevsel olabilir diye düşünüyorum.

Sizaynızamanda TÜMSAD'ın yönetim kurulundasınız. TÜMSAD, bu sektörü kucaklayıcı öncü derneklerinden birisi. TÜMSAD bu konuda ne gibi çalışmalarda bulunuyor?

Kamu da karşısında sorunları tek tek anlatacak bireyler değil, toplu hareket edecek, birçok kurum adına konuşabilecek STK'lar arıyor. Bireysel değil, toplu ve örgütlü haraket edebilmemiz bakımından bu tür yapılanmalar çok önemlidir. Sektöründe bu yapılanmaları desteklemesi ve güç vermesi gerekmektedir. Ben TÜMSAD'ın daha fazla destek görmesi gerektiğini düşünüyorum. TÜMSAD'ın tıp merkezleri için verdiği mücadeleler ve şu anda gördüğü işler önemlidir. Tıp merkezlerinin, cerrahi tıp merkezlerinin sorunlarının iletilmesi, gelecekte karşılaşacak şeylerin ön plana çıkarılması, kamuoyunu bu konularda bilgilendirme gibi konularda TÜMSAD ciddi çalışmalar yapmıştır. Üyelerin daha çok desteklemesiyle zamanla çok daha verimli de olabilir. TÜMSAD, önü açık üyelerin daha fazla katkılarıyla daha güçlü bir yapı olarak tıp merkezlerinin hakkını savunmaya devam edecektir.

Benim sormayı unuttuğum sizin eklemek istediğiniz bir şey var mı?

Ben umutsuz olmamak gerektiğini düşünüyorum. Tıp merkezlerinin muhakkak ki önünde sıkıntılar var ama biz işimizi iyi yaparsak, sağlık hizmeti almak isteyen insanları biz kendimize çekersek, bu insanlar bizi ayak da tutar diye düşünüyorum. Olayın temeli bu: Hizmeti almak isteyen insanlar var ve birileri bu hizmeti verecekler. Bu hizmeti biz iyi verirsek önümüz açık olur. Sektöre yeni tıp merkezleri girmeyecektir, belki yeni tıp merkezleri açılmayacaktır; ama mevcut tıp merkezleri işini iyi yaparak, gelişmelere ayak uydurarak sistemde devam edecektir.

ESENCAN
CERRAHİ TIP MERKEZİ

MOBİL SAĞLIK HİZMETLERİ

- İşe Giriş Muayeneleri
- Sağlık Raporu
- Ağır ve Tehlikeli İş Görebilir Raporu
- Akciğer Grafisi
- Portör Muayenesi
- Odiometri Testi (İşitme testi)
- Solunum Fonksiyon testi (SFT)
- Göz Muayenesi
- Kan Sayımı
- Kan Grubu
- Tam İdrar Tahlili
- Karaciğer Fonksiyon Testleri
- Hepatit A / B / C Testleri
- Serolojik Tetkikler
- Elektrokardiografi (EKG)
- İdrarda / Kanda Kurşun
- Aşılar (Tetanoz , Grip, Sarılık)
- Toksikoloji İdrarda / Kanda Toluen, Fenol, Vanilmandalik asit, Hippurik Asit
- Ve diğer talep edilen özel tahlil ve tetkikler...

Kurucusu Hasan Hüseyin Nakıpoğlu anlattı:

İPEK PLASTİK(RUSCHMED)

İpek Plastik (Ruschmed) sektörün en dinamik kuruluşlarından biri. Mikro cerrahi iğne ve iplikleri üretmek gibi çok nazik bir alanda faaliyet gösteriyor. Şirketin kurucusu Hasan Hüseyin Nakiboğlu, bu işlerinin yanında önemli sosyal sorumluluk projeleri de gerçekleştiriyor. Nakiboğlu, bütün bu faaliyetlerini TümSağlık'a anlattı.

Bize hikâyenizi anlatır mısınız?

Nakiboğlu-Ben Gaziantep doğumluyum. Orta öğrenimimi Gaziantep de yaptım daha sonra İstanbul Üniversitesi Kimya Fakültesi'nden mezun oldum. Almanya ve İngiltere'de lisan eğitimi aldım. Askerliğimi Eskişehir Hava Kuvvetleri'nde mühendis olarak yaptım. 1980 yılında plastik sektörüne girdim. 1996 yılına kadar Gaziantep'te plastik sektöründe imalat üzerine çalıştım. 1996 yılında İstanbul'a geldim, plastik ham madde üzerine ticari faaliyetlere başladım.

Bu arada sağlık sektörüne girmek de nasip oldu. 2004 yılında İpek Plastik (Ruschmed) olarak cerrahi iplikler üretimini yapan mevcut bir firmayı devir aldık. Firmayı devir alınca buradaki iş donanımını takviye ettik. Kaliteye daha çok önem verdik. İplikleri ve iğneleri en iyi yapıldığı ülkelerden getirttik. Steril ortamlarda imalatını yapıyoruz ve piyasaya sürüyoruz.

Ana şirketiniz Nakpa Plastik sektörünüzün önemli şirketlerinden bir tanesi. Siz plastik sektöründe faaliyet gösterirken neden İpek Plastik firmasını da alma gereği duydunuz?

Şöyle bir tabir vardır; yumurtaları aynı sepete koyma. Kimyacı olmam dolayısı ile bize bir teklif sunuldu, biz de bu teklifi kabul ettik. Şimdi yine İpek Plastik ile ilgili bir yan bir çalışmamız var, ayrıca eğitim konusunda da çalışmalarımız olacak.

Eğitim den kastınız nedir?

Gaziantep'te okullarla ilgili çalışmalarımız var.

İpek plastik

İpek Plastik Kimya Boya ve Sağlık Ürünleri San. ve Tic.A. Ş. Ruschmed markasını 2004 yılında devir alarak sağlık sektörüne girdi. Tesis İpek Plastik tarafından alındıktan sonra komple yeni makine ve ekipmanlarla donatıldı. Çalışan uzman kadrosuyla, konusunda sağlık sektörünün tüm ihtiyaçlarına cevap verebilecek bilgi ve donanımına sahip. Fabrika 10.000 metre kare kapalı, 2.000 metre kare açık alana sahip.

Ürünleri eriyen ve erimeyen olmak üzere on gruptan oluşmakta. Mikro cerrahi ipliklerinde 1750 çeşit ürünü mevcut. Ürünleri GMP- CE- TSE- FDA- ISO 13485:2003 standartlarına uygun olarak üretilmekte ve hizmete sunulmadan önce tüm test ve kalite kontrolleri yapılmakta.

Biraz bilgi verir misiniz?

Orada bir sosyal sorumluluk projesi olarak maddi imkânları zayıf olan öğrencilere ya da annesi veya babasını kaybetmiş olan öğrencilere destek maksadı ile gençlik ve eğitim merkezi kurduk. Babamın adını taşıyor. Ağabeyim Cahit Nakiboğlu adını taşıyan bir lise var, yengem Gülfer Nakiboğlu ve annem Hayriye Nakiboğlu'nun adını taşıyan okullar var. Bir tanede biz yapacağız inşallah.

Bütün bu işlerle nasıl baş ediyorsunuz?

Bunları iyi programlamaya çalışıyoruz. Yetişmek zor tabii. Sekiz sene MÜSİAD yüksek istişare kurumunda çalıştım, TİM yönetim kurulu üyeliği yaptım. Birlik Vakfı'nın yönetim kurulu üyesiyim, İstanbul 29 Mayıs Üniversitesi, Murat Hüdavendigar Üniversitesi mütevelli heyet üyesiyim ve Kilis organize sanayi yönetim kurulu başkan yardımcısıyım bütün bunları Araya sıkıştırıyoruz. Her şey para kazanmaktan ibaret değil.

İpek Plastik Satış Müdürü Mustafa PALABIYIKLI sektörde ne tür sorunlarla karşılaşıyorsunuz?

Özellikle kaliteyi yükseltmeye çalışıyoruz. Uluslararası standartları daha çok iyileştirmeye çalışıyoruz. Sağlık sektöründeki bazı sorunları ve taleplerimizi ilgili kurumlara iletmeye çalışıyoruz. Sorunlarımızdan bir tanesi de aşırı rekabet ortamı.

Özellikle Çin mallarının çok düşük fiyatlarla Türkiye'ye gelmesi. Mesela biz %100 krom çeliği kullanırken, onlar bakır üzeri krom kaplama malzemesi kullanıyor. Bu ürünleri kullanan hastaların enfeksiyon kapması yüksek bir ihtimaldır. Bu konuda hala biraz boşluk var, inşallah zamanla düzelir.

İpek Plastik İşletme Müdürü Zeynel AVCILAR İpek Plastik'in gelecek ile hedefleri neler?

İpek Plastik şu an sektörünün en önemli firmalarından biri. Bu konuma gelmek kolay değil. İlk önce firma içinde yönetimsel ve üretimsel kaliteyi yakalamanız gerekir. Biz firma olarak ilk önce firma içinde bu anlayışı benimsedik. Bu anlayış bize, sektör de ürün kalitesi yanı sıra, verdiği hizmet anlayışıyla da söz sahibi oldu. Gelecek te daha iyi bir konuma gelmek istiyoruz. Sektörümüzle ilgili genişleyerek gelişmeyi düşünüyoruz. İpek Plastik kısa sürede sektör de bir numara olacaktır.

MÜŞTERİ ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ

Hasta-hekim ilişkisinde güven duygusu nasıl önemli ise hastanın sağlık kuruluşlarına güven duyması da önemli bir unsurdur. Hasta hem hekiminden hem de hekimin çalıştığı kurumdan dürüst davranış bekler. Çünkü hastalığı ile ilgili hizmet alacağı hekim veya hastanenin bilgi, beceri ve deneyimini kendisi tam değerlendiremez. Bu ilişkide güçlü olan hekimdir. Hekim veya sağlık kuruluşu bu gücü yerinde veya yersiz, iyi ya da kötü, hastaya hizmet için veya kendi çıkarı için kullanabilir.

Tıbbi etik kuralları hastane-hekim-hasta üçgeninde oluşturulmalıdır. Hastane işletmelerinin topluma hizmet etmek, varlığını sürdürmek ve kar elde etmek gibi değişik amaçları vardır. Bunları yaparken deontolojik kuralları da sürdürmekle yükümlüdürler. Bu işletmelerde üreticiler hekim ve yardımcı sağlık personeli, tüketici ise hasta ve yakınlarıdır. Hastane yöneticilerinin üretici ve tüketicilere olduğu kadar hissedar sermayedarlara, Sağlık ve Maliye Bakanlıklarına, işçi ve işçi kuruluşlarına da sorumlulukları vardır. Özellikle özel sağlık kuruluşlarının kar amacına yönelik bir firma olmamaları gerekir. Ancak günümüzde resmi hastaneler de kar amacına yönelik bir yapılanma içinde olduklarından yarı özel bir konumdadırlar.

Hastane işletmelerinin amaçlarını ekonomik amaçlar ve ekonomik olmayan amaçlar olarak iki ana başlıkta incelenebilir. Ekonomik amaçlar karlılık, büyüme ve sürekliliktir. Ekonomik olmayan amaçlar ise tüketicinin (hastaların) korunması, doğa ve kültürün korunması, eğitim, kültür ve sanat faaliyetlerinin desteklenmesi, toplum değerleri ve iş ahlakı, ayrımcılık yapmama, çalışma hayatının niteliklerinin geliştirilmesi, yönetime katılma, çalışma saatleri, iş güvenliği ve işçi sağlığı, iş güvencesi, özürlülerin istihdamı gibi konulardır.

Hastanelerde hasta ve personelle ilgili sosyal sorumluluklar şu başlıklarla ifade edilebilir:

a) Sunulan sağlık hizmeti sorumlulukları:

- sağlık hizmeti güvenliği, hastanın bilgilendirilmesi ve korunması
- bireysel standartlara uygunluk, kaliteye önem
- sunulan sağlık hizmeti sonrası hizmetler

b) Çalışanlara karşı sorumluluklar:

- personelin işe uyumunu sağlamak
- çalışma ortamının iyileştirilmesi (ısınma, aydınlatma, gürültü, havalandırma)
- işe gidiş-dönüşlerde servis aracının bulunması
- iş kazalarını önleyici tedbirler
- meslek hastalıklarının önlenmesi
- koruyucu aşıların ve periyodik kontrol muayenelerin yapılması
- görevde yükseltmeler
- adil bir ücretlendirme sistemi
- çalışanların cinsel tacize karşı korunması

c) İş ahlakı ile ilgili sorumluluklar:

- güvenilir olmak
- işini mükemmel yapmak
- işi ehline vermek
- haksız rekabette bulunmamak
- fırsatçı politikalar izlememek

Serbest piyasa ekonomisinde sosyal sorumluluğa önem veren hastaneler, avantajlı duruma geçerler. Sosyal sorumluluk kavramına önem veren hastane işletmeleri bunu bir yatırım aracı olarak görmelidirler.

HASTANE ETİK KURALLARI

Hekimlik ve tıp uğraşı bazı toplumsal mekanizmalar tarafından kontrol altında tutulur. Bunlardan birisi de etik kurallarıdır. Bir sağlık kurumunda etik kurul kurmanın felsefesi, insani değerlere ilişkin karşılaşılan etik bir sorunun çözümünde rol almak ve bireysel olarak çözümlenemeyecek bir soruna "çoklu" bir ortamda çözüm önerisi getirmektir. Hastane Etik Kurulu üyelerinin tıp etiği yönünden eğitimli veya yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları gerekir. Bu eğitimden şüphesiz tıp etiği (deontoloji) uzmanı sorumlu olmalıdır.

HEK dışında değişik bilim dalları da kendi alanlarındaki etik sorunlar için etik kurullar oluşturabilir. Örneğin pediyatri etik kurulu, organ transplantasyonu etik kurulu gibi.

Hastane Etik Kurulunun diğer işlev alanları ise şunlardır:

• Hastanenin hizmet sunumunda tıp etiğine uygun politika geliştirilmesinde rehber kuralların oluşturulması

• Hekim ya da hemşirelerin karşılaştıkları etik ikilem yaratan klinik sorunlarda danışmanlık ve öneride bulunmak (HEK karar verici konumda değildir, öneri doğrultusunda hasta ve hekim karar verir)

• Geçmişteki almış olduğu kararların ve çalışmaların yeniden gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi (bu tür çalışmalar yeni gelişmeler ışığında daha doğru ve olumlu sonuç ve kararlara yol gösterici olacaktır)

HASTA VE HEKİM

Hasta-hekim ilişkisinde güven duygusu nasıl önemli ise hastanın sağlık kuruluşlarına güven duyması da önemli bir unsurdur. Hasta hem hekiminden hem de hekimin çalıştığı kurumdan dürüst davranış bekler. Çünkü hastalığı ile ilgili hizmet alacağı hekim veya hastanenin bilgi, beceri ve deneyimini kendisi tam değerlendiremez. Bu ilişkide güçlü olan hekimdir. Hekim veya sağlık kuruluşu bu gücü yerinde veya yersiz, iyi ya da kötü, hastaya hizmet için veya kendi çıkarı için kullanabilir.

Günümüzde hekim ve sağlık kuruluşlarının hastaya erdemli yaklaşımı ve davranışını güçlendiren en önemli etken maddi kazançtır. Sağlık alanındaki rekabet, kazanca yönelik girişimciliğin etik olmayan yollara sapmasına neden olmaktadır. Örneğin bir hastane yoksullara, sigortalı olmayanlara hizmetten kaçabilir, hastayı erken taburcu edebilir, kazanç amaçlı gereksiz tetkikler isteyebilir, gereksiz tedaviler yapabilir. Yeni bir cihaza yatırım yaptığında bu tetkike veya tedaviye talebi artırmak için etik sınırları aşan reklam ve pazarlama girişimlerinde bulunabilir. Tabip odası fiyatlarının altında veya üstünde ücret alabilir. Tanı ve tedavisi güç hastalara bakmak istemeyebilir.

Pahalı görüntüleme teknikleri hastanelere, görüntüleme merkezlerine ve doktorlara önemli bir kazanç kapısı oluşturmaktadır. Hastanın hikâye ve fizik muayenesi ile iyi değerlendirilememesi sonucu bu pahalı tetkiklere hastaların yönlendirilmesi günümüzde giderek artmaktadır. Bazı sağlık kuruluşları bu istismarın zeminini oluşturmaktadır ve hastalar anlaşmalı yerlere sevk edilmektedir. Bazı özel hastanelerde ise muayene ucuzdur ama tetkik ücretleri pahalıdır, hastane bu tetkiklerden büyük kazanç sağlar. Bu gibi hastanelerde maalesef doktora hastaneye para kazandıracak şekilde çalışması için baskı yapılabilmektedir.

Tabelasında "24 saat acil hizmet verilir" diye yazan pek çok klinik güven simsarlığı yapmaktadır. Çünkü gerekli donanım bulunsa da acil müdahaleyi yapacak uzman veya ekip bulunmaz. Yine acilde deneyimli hemşire veya teknik yardımcılar da yeterince yoktur. Böylece acil müdahale yapıldığını sanan hasta ve yakınları aldatılmış olur; tetkikleri yapıldıktan sonra bir bahane ile hasta daha büyük bir merkeze gönderilir. Bazı resmi kuruluşlarda ise çeşitli nedenlerle hastaların acil servise kabul edilmemesi de acı bir gerçektir.

Bütün bu olumsuz davranışların temeli hekimdir. Etik değerlere bağlı, erdemli bir hekim çalıştığı kurumun bu tip yanlış uygulamalarına karşı çıkmalıdır. Sorunun çözümü, sağlık kurumlarının çalışmalarında düzeni sağlayacak sağlam kuralların hazırlanması ve kurumların da sürekli sıkı denetim altında bulundurulmalarıdır.

Sağlık hizmeti veren resmi ve özel kurumlar bu hizmete katılan her unvan ve kademedeki ilgililer ve hizmetten faydalanma hakkına sahip tüm fertleri kapsayan Hasta Hakları Yönetmeliği Sağlık Bakanlığı tarafından Resmi Gazete'de 1 Ağustos 1998 yılında yayınlanmıştır. Buna göre sağlık hizmetlerinin sunulmasında şu ilkelere uyulması gerekmektedir:

a) Hizmetin her safhasında bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde yaşama hakkının en temel insan hakkı olduğu göz önünde bulundurulur.

b) Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma hakkına sahiptir ve hiçbir merci ve kimsenin bu hakkı ortadan kaldırma yetkisi olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.

c) Sağlık hizmeti verilirken hastaların din, ırk, dil, mezhep, siyasi düşünce, inanç, ekonomik ve sosyal durum gibi farklılıkları dikkate alınmaz.

d) Tıbbi zorunluluk ve kanunda yazılı haller dışında rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.

e) Kişi, rızası ve bakanlık izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.

f) Kanun ile müsaade edilen ve tıbbi zorunluluklar dışında hastanın özel hayatı ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

Sağlık kuruluşları ve hizmette görevli personel, hastalarına adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet vermekle yükümlüdürler.

Bir sağlık kuruluşu hastaya verilen sağlık hizmetlerinin neler olduğunu ve faydalanma şeklini hasta istediğinde vermelidir. Bu bilgileri verecek birimi de kurumlar kurmalıdır. Hasta talep ederse, kendisine bizzat verecek olan hekim ve diğer personelin kimlik, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir.

Tıbbın ilkeleri ve tıbbi mevzuat hükümlerine aykırı aldatıcı mahiyette tanı ve tedavi yapılamaz.

Hastaya sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyanın bir sureti, isterse verilir. Hastalık durumunu bildiren rapor hasta isterse düzenlenmelidir.

Sağlık kuruluşları hasta ile ilgili bilgileri, kanunla izin verilen haller dışında açıklayamazlar.

Her türlü tıbbi müdahalede hastanın rızası gerekir. Bu rıza her müdahale için ayrı ayrı hazırlanmış "aydınlatılmış onam" adı verilen belgelerin hasta tarafından okunaklı imzalanması şeklinde yapılmalıdır ve etik bir gerekliliktir. Sözlü bilgilendirme yeterli değildir. Yazılı bilgilendirme hastanın sorumlu hekimi tarafından yapılmalıdır.

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta, kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Tedavinin uygulanmamasından dolayı doğacak sonuçların hastaya veya yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Sağlık kuruluşu hasta ve yakınlarının can ve mal güvenliğini korumak ve sağlamak için gerekli tedbirleri almak zorundadır.

Sağlık kuruluşları imkan ölçüsünde hastaların dini görevlerini yerine getirebilmeleri için veya talep halinde manevi destek için din görevlisi davet etmek gibi gerekli tedbirleri alır.

Sağlık kuruluşunun hizmet personeli hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilerine güler yüzlü, şefkatli ve hizmetle ilgili mevzuat ve yönetmenlik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır.

HASTA ODAKLI SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

Çağımızda, artan rekabet, teknoloji, eğitim düzeyi, lojistik ve iletişim imkânları işletmelerin müşteri beklenti ve isteklerini faaliyetlerin odağına almayı zorunlu kılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde insancıl nedenlerin de eklenmesiyle bu zorunluluk daha da kuvvetlenmiştir. Hasta merkezli sağlık hizmeti sunumu kabul edilen çağdaş yaklaşımdır.

Sağlık hizmetlerinin hasta odaklı sunumu konusunun açıklanmasında öncelikle sağlık işletmelerinin müşterisi kavramının açıklanması ve müşteri memnuniyetinin işletmelere katkısının üzerinde durmak gerekiyor. Genelde müşteri özelde hasta tatminin sağlanması müşteri beklentilerinin bilinmesi ile mümkündür.

1. Sağlık İşletmelerinin Müşterisi: Hasta halk arasında sağlığı bozulan, ağrısı, sancısı bulunan, bedeni veya ruhsal sıkıntısı olan kişi olarak bilinmektedir.

Hastanın daha iyi anlaşılması için hastalığın tanımlanmasında fayda vardır.

maksimed
Sağlık ürünleri San. Tic. Ltd. Şti.

Sancaktepe Mah. Osmangazi Cad. 12. Sokak No:8 (Yeni iklim hast. karşısı) Bağcılar / İSTANBUL
Tel: 0212 659 70 07 | Tel-Fax: 0212 435 58 83

Sağlık kavramı ile çağrışım yapan hastalık en yalın biçimiyle sağlık durumunun çeşitli nedenlerle normalden sapma göstermesidir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü hastalığı, organizmanın yaralanması ya da çeşitli nedenlerle homeostatik dengenin bozulması olup, beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da getiren bir durum olarak tanımlamıştır.

Hasta Hakları yönetmeliği hastayı, 'sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulanan kimse' olarak tanımlamıştır.

Hasta, müşteri mi veya değil mi? soruları sağlık sektöründe tartışılan bir olgudur. Konuya farklı yaklaşımlar söz konusudur. Hastayı müşteri olarak görenler ve hastanın müşteri olarak görülmesine karşı olan görüşler vardır.

Genel anlamda müşteri, parası için hizmet edilen kişi olarak anlaşılmaktadır. Hasta ise, daha çok düştüğü sıkıntılı durumdan, hiçbir maddi karşılık beklemeden kurtarılacak ve yardıma muhtaç kişi olarak da düşünülmektedir. Bu açıdan hastayı, müşteri olarak değerlendirmek bu işi bizzat yapan, özellikle sağlık hizmeti çalışanları rahatsız ettiği gözlenmektedir. Ancak, sağlık hizmetleri de üretilen ve tüketilen bir hizmet türüdür. Sağlık kurumları ve çalışanları ürettikleri hizmetlerden dolayı gelir ve ücret elde etmektedir. Sağlık hizmetinden faydalananlar aldıkları hizmet karşılığında kendileri veya kendilerinin yerine sigorta şirketleri, devlet veya üçüncü kişiler ödeme yapmaktadır. Bu nedenlerle sağlık hizmetlerini satın alanları müşteri olarak değerlendirmek en azından kavramsal düzeyde yanlış olmayacağı düşünülmektedir. Hasta, ailesi, çevresi, refakatçileri ve ziyaretçileri hastanenin başta gelen müşterileri konumundadır. Hastane diğer iç ve dış müşterileri ile birlikte hasta ve hasta yakınlarına sağlık hizmeti verebilmek için çalışmaktadır.

MÜŞTERİ MEMNUNİYETİNİN ÖNEMİ

Müşteri odaklılık çerçevesinde, işletme için müşterinin önemi, müşteri gereksinimleri, beklentileri, tutumu, algılaması, tatmini, memnuniyeti ve kalite kavramları gündeme gelmektedir. Bu kavramlar birbirini tanımlamada, bazıları birbirine yakın anlamlarda ve birbirinin yerine kullanılmaktadır.

Müşteri memnuniyeti; müşterinin bir mal veya hizmet alma kararından itibaren mal veya hizmeti araştırması, bulması, alması, kullanması, tamiri, bakımı ve tüketmesi süreçlerinde yaşadığı olaylar ve elde ettiği faydalar ile beklentilerini karşılaştırması sonucunda ulaştığı kanaati olarak tanımlanabilir. Müşteri tatmini memnuniyeti kavramı yerine kullanıldığı gibi dar anlamda sadece müşterinin ürün performansını değerlendirmesi içinde kullanılmaktadır.

İşletmeler için müşteri memnuniyetinin öneminin anlaşılması, işletmelerin müşteri kaybetme nedenlerinin araştırılmasında görülmektedir. İşletmeler, ölüm, taşınma, arkadaş etkisi, rakiplerin çekmesi, üründen memnuniyetsizlik ve hizmetlerden memnuniyetsizlik nedenleriyle müşteri kaybetmektedirler.

Sağlık kurumlarının en önemli müşterisi olan hastaların tatmini, sağlık kurumlarının temel çıktılarından biridir. Hasta tatmini; hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentilerin üstünde hizmet verilmesi olarak tanımlanabilir. Hasta tatminini belirleyen birinci faktör, hasta beklentileri, ikinci faktör ise hastanın aldığı hizmeti algılaması olup, algılanan hizmetin beklenen hizmeti karşılamasıdır. Hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biridir.

Sağlık kurumlarında hasta memnuniyetinin dört nedenden dolayı önem taşıdığı ileri sürülmektedir. Bunlar; İnsancıl nedenler, Ekonomik nedenler, Pazarlama ve Etkililik...

Hasta memnuniyetinin önemini vurgulayan nedenlerin başında insancıl nedenler gelmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği, hasta haklarını sırf insan oldukları için insanların sağlık hizmeti ihtiyacını duyduklarında elde ettikleri haklar olarak tanımlamaktadır.

Hastaların temel haklarının başında, tıbbi gereklere ve çağdaş bilim ışığında insan onuruna yakışır bir şekilde sağlık hizmeti alması gerektiğini ifade etmektedir.

Ekonomiklik, pazarlama ve etkililik nedenleri hastane işletmesi ve hasta açısından diğer işletme ve müşterilerle örtüşmekte olup yukarıda kısmen açıklanmıştır.

MÜŞTERİ BEKLENTİLERİ

Müşteri beklentilerinin kalite ve müşteri memnuniyetinin temel belirleyicisi olduğu görülmektedir. Müşteri odaklı bir işletme olabilme veya ürün sunabilme için öncelikli araştırılması ve bilinmesi gereken unsurun müşteri beklentileri olduğu çok açıktır. Temel belirleyici unsur olan beklentilerin, ortaya çıkış süreci ve neler olduğunun belirlemek gerekir. Müşterinin sadece ürünle ilgili beklentisi yoktur, ürüne nasıl ulaşacağı, hangi şartlarda satın alabileceği, satın alma esnasında kendisine nasıl davranılması gerektiği, satın alma sonrası oluşacak sorunların nasıl gideceği, hatta ürünün tüketimi sonucu oluşacak atıklardan nasıl kurtulacağı da beklentilerin içerisinde yer alabilir.

Beklentiler sübjektiftir, değişebilir ve ifadesi bazen zordur. İhtiyaç ve beklentilerin bazıları açık olmakla birlikte bazılarının keşfedilmesi gerekir. Müşteri beklentilerinde müşterinin alım gücü de büyük rol oynar.

Müşteri beklentileri, kalite kriterlerini oluşturmaktadır. Müşteri beklentilerinin oluşması bir süreçtir. İhtiyacın ortaya çıkmasıyla başlar, beklentileri etkileyen faktörlerle şekillenir, ürünün satın alınması ve kullanılması neticesinde karşılanıp karşılanamadığı anlaşılır. Yaşanan bu deneyim sonucunda beklentiler ve beklentileri etkileyen faktörler yeniden düzenlenirler. İhtiyacın tekrar ortaya çıkmasıyla beklentiler döngüsü yeniden harekete geçer. Müşterileri beklentilerinin oluşması ve karşılanma süreci, Şekil'de gösterilmiştir.

Hasta beklentilerinin oluşma süreci ve etkileyen faktörleri, sağlık hizmetlerinin kendine özgü farklılıklarını gözeterek açıklamak gerekmektedir.

Sağlık hizmeti ihtiyacının ortaya çıkması: Sağlık hizmeti ihtiyacının ortaya çıkması planlı bir şekilde olmamaktadır. Beklenmedik bir anda ortaya çıkan ağrı veya şikâyet insanı hastanenin müşterisi haline getirir. Çoğu kez bu ihtiyacın karşılanması ertelenemez ve acildir.

Kimse hasta olmayı istemediği halde hasta olduğuna dair algısının oluşması durumunda günün her hangi bir saatinde beklemeden sağlık hizmeti almak için hastaneye veya hastane acil servislerine başvurur. Normal zamanda hastane tercih etme imkânı olsa bile acil hallerde en yakın hastaneye gidilir.

Hastaların kişilik özellikleri ve hasta olmama istekleri: Hasta, hastane açısından müşteri olmakla beraber, diğer mal ve hizmet piyasasındaki müşterilerden farklılık arz eder. İnsanlar alış veriş yapmayı yani müşteri olmayı genel anlamda isteseler bile, hastane müşterisi olmayı çoğu kez istemezler. Hiç kimse, kanser, tüberküloz, şeker hastası, hipertansiyon hatta grip dahi olmak istemez. Hastalık hastaları haricinde bebek sahibi olmak isteyen insanlar belki hastanenin müşterisi olmayı isteyebilirler ama onların da birçok çekinceleri vardır.

Hastalar, hizmet almak istedikleri hastanelere gelirken ağrı sızı içinde olabilirler. Hastalığının ne olduğunu bilmeyebilirler. Hatta ölüm korkusu taşıyabilirler. Hastalar ne kadar eğitimli olsalar da sağlık hizmetleri hızlı gelişen, aşırı uzmanlaşmış ve en son teknolojiyi kullanan bir alan olduğu için kendilerine yapılacak tıbbi müdahaleleri ve çıkacak sonuçları bilemezler. Bu nedenlerle huzursuz, telaşlı, yaralı, hatta bilinci kapalı olarak başkaları tarafından hastaneye götürülmüş olabilirler.

Hastaların hastalık algısından itibaren verecekleri tepki kişisel özellikleri ile farklılaşır.

Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, mesleği ve sosyal sınıfı beklentilerinin oluşmasında etkilidir. Cinsiyete ve yaşa göre görülebilecek hastalıklar değişmektedir. Prostat erkeklerde, gebelik kadınlarda, çocuk felci çocuklarda görülen rahatsızlıklardır. İlkokul eğitimi almış bir kişiyle, üniversite eğitimi almış bir kişinin sağlık hizmeti beklentisi aynı olmaz. Sağlık personeli olan bir hasta ile köylü bir hastanın sağlık hizmeti talepleri aynı değildir.

Hastanın tutumları, inançları, yaşam tarzı, alışkanlıkları ve kişilik özellikleri de beklentilerin oluşmasını etkiler. Sağlık hizmetleriyle ilgili olumlu bir tutuma sahip olan kişinin beklentileri ve sağlık algısı da diğerinden farklı olacaktır. Dini inançlar hastalık algısını ve tedavi yöntemleriyle ilgili tercihleri etkilerler.

Hastaların ekonomik imkânları:

Hastaların ekonomik durumu alacakları sağlık hizmetini farklılaştırmakla birlikte, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin karşılanması uluslar arası sözleşmeler, anayasa ve yasaların güvencesi altındadır. Maddi imkânı olsun veya olmasın her vatandaşın sağlık hizmetlerinden ihtiyacı nispetinden alma hakkına sahiptir. Ekonomik durumu iyi olan hastalar özel hastane veya özel doktor tercihinde bulunabilmektedir. Ekonomik durumu iyi olmayan hastalar ise kamu hastanelerinin verdiği hizmete razı olmakta veya ellerinde ki bütün maddi varlıları hastalıklarının tedavisinde kullanmak için harcayabilmektedir.

Hastanın müşteri olarak ifade edilmesine karşı çıkanların ileri sürdüğü bir nokta parası olmayan hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini almayacağıdır. Sosyal devlet olma gereği parası olmayan hastaların sağlık hizmetini almalarını sağlamak devletin görevidir.

Hastane işletmeleri ve sağlık personeli açısından bakıldığında hastaya verilen her türlü hizmetin ücreti hasta tarafından, prim ödediği sağlık sigortası tarafından veya sosyal devlet tarafından ödendiği gerçeği görülmelidir. Sonuç itibariyle hastane ve sağlık çalışanları verdikleri hizmetlerin karşılıklarını almaktadır. Her şeye rağmen ekonomik düzeyi düşük olanların sağlık hizmetinden yeterince yararlanamadıkları genel bir kanattır.

Hastaların hastane hizmetleriyle ilgili deneyim ve tecrübeleri: Hastaların daha önce aldıkları sağlık hizmetleri beklentilerin oluşmasında çok etkilidir. Birçok hasta ilk defa hastaneye giderken kendisine ne yapılacağı konusunda bir endişe ve çekingenlik içindedir. Hastanın aldığı sağlık hizmetinin kalitesi ne kadar yüksekse beklentisi de o derece artacaktır. Hasta hekim ve hemşireden güler yüz ve anlayış görmüş ise bir daha ki gelişinde de güler yüz ve anlayış bekleyecektir. Güler yüz ve anlayış görmemiş ise ve birçok kez gittiğinde yine görmüyorsa bu durumu kabullenmekte ve beklentisini bu tecrübeleri ışığında oluşturmaktadır.

Çevresel Etkiler: Hastaların üzerinde, aileleri, arkadaşları, komşular, çevrelerindeki insanlar ve uzmanların tavsiyeleri ve önerileri etkilidir. Bazen hastalar hastaneye bile gitmeden arkadaşının önerdiği bir ilacı alarak kullanabilir. Televizyonda seyrettiği bir uzmanın açıklamalarıyla doktora başvurabilir.

Sağlık Hizmetinin Değeri: İnsanların hastalıklara atfettikleri önem farklı farklıdır. Bazı insanlar hastalıkları günlük yaşantılarını etkilemiyorsa, ağrı veya sızı vermiyorsa bu durumu hastalık olarak değerlendirmemektedir. Bazıları da en küçük şüphede hasta olduklarını düşünmektedirler. Ayrıca her hastalık aynı ölçüde değer taşımaz.

Sağlık Hizmetleri Pazarının Yapısı ve Fiyatı: Ülkemizde sağlık hizmetleri ve hastaneler kamusal ağırlıklı hizmetlerdir. Beklentileri aldıkları sağlık hizmetini kalitesi etrafında oluşmaktadır. Oluşan bu olumsuz sarmalın kırılması ancak alternatif sağlık hizmetlerinin oluşmasıyla veya mevcut hizmetin kalitesinin değişik nedenlerden dolayı yükselmesiyle mümkündür. Sağlık sigortası tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinde fiyat önemli bir unsur görülmemekle birlikte, hastaların kendilerinin ödemek zorunda oldukları ücretlerde fiyat beklentilerin önemli sınırlayıcısıdır.

Hasta odaklı sağlık hizmeti sunma yaklaşımlarının başında Toplam Kalite Yönetimi yaklaşımının sağlık kurumlarında uygulanması gelmektedir. Sağlık Bakanlığının başlatmış olduğu Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Uygulamaları yaklaşımının sonuçları da sağlık kurumlarını hasta odaklılığa doğru götürmektedir. Sağlık kurumlarında uygulanmamakla birlikte işletmelerde müşteri odaklılığı sağlayan (modern) pazarlama yaklaşımının hasta odaklılık konusunda sağlık kurumlarına katkı yapacağı düşünülmektedir.

Türkiye'de sağlık hizmeti sunum kalitesini belgelemek amacıyla hastane yönetimleri, Türk Standartları Enstitüsü'ne TS-EN ISO 9000 belgesi almak için başvuruda bulunmaktadırlar. ISO 9000 serisinde yer alan standartlar ülkemizde sıklıkla kullanılmaktadır.

Bu standartlar üretim ve hizmet sunumu faaliyetleri sırasında beklenmedik veya kabul edilemeyecek aksamalar ortaya çıktığı zaman düzeltici önlemlerin alınması ve kalite ile ilgili problemlerin en aza indirilmesi için önleyici ve düzenleyici önlemleri içermektedir.

ISO 9000 kalite güvence sisteminin gerekliliklerine uygun bir sistemin kurulması ile yönetimi, daha sistematik ve denetlenebilir tarzda iş görme olanağını tanır. Kuruma, dünyada en çok tanınan standarda sahip olması nedeniyle saygınlık kazandırır.

Toplam kalite yönetimi yaklaşımına göre müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı kriteridir. Teknik anlamda kaliteli hizmet sunumunun zorunlu olduğunu ancak bunun müşterileri tatmin etmende yeterli olmayacağını varsaymaktadır. Yalnızca dış müşteri olarak adlandırılan ve sağlık kurumundan kişilerin tatmini üzerinde odaklaşmamakta, aynı zamanda iç müşteri olarak adlandırılan kurum personelinin de tatminini ön planda tutmaktadır.

Sağlık kuruluşlarındaki problemlere kalıcı çözümler üretmek için;

balık vermiyoruz, balık tutmayı öğretiyoruz!

SGK, Özel Sigorta Süreçleri
TİG Sağlık Kuruluşu Adaptasyonu
Hizmet Kalite Standartları Süreçleri
Yönetim Süreçleri
Eğitimler
Hekim Tıbbi Hataları
(Medikolegal konsültasyon ve eğitim)
Medula Veri Kontrol ve Analizi
Çözüm Ortaklı Projeler

USK SAĞLIK HİZMETLERİ DANIŞMANLIK
EĞİTİM VE BELGELENDİRME TİC.LTD.ŞTİ.
Kartaltepe Mahallesi Limonçiçeği Sk. Aydıner Apt.
B Blok No: 3 / 5 Bakırköy, İSTANBUL / TÜRKİYE
Tel : +90 212 543 93 50-51
Faks: +90 212 543 38 06
bilgi@usk.com.tr

www.usk.com.tr

USK DANIŞMANLIK

MAC.RON PROJE'DEN TIP MERKEZLERİNE ÖZEL PROJELER

Mağaza, ofis, konut, turizm yapılarından sonra, son dönemde çalışmalarını sağlık sektöründe yoğunlaştıran MAC.RON PROJE, teknolojinin yeni olanaklarına açık bir mimarlık anlayışına sahip bir kurumdur.Firma iç mekan tasarımında, minimalist formları ustaca kullanarak, birlikte çalıştıkları kurumlar için geliştirdikleri konseptler ile geleceğin teknolojisine yer açıyor.

MAC.RON PROJE, son dönemde sağlık sektörüne yönelik projeleriyle gündemde olan bir mimarlık şirketidir. Bu sektörde çözüm ortağı gibi çalışan firma, Özel MEDİGOLD Tıp Merkezi'nin mekan konsepti ve uygulamalarını gerçekleştirdi. 2002 yılından beri, birçok alanda çalışmalarını sürdüren firmanın kurucu ortaklarından mimar CEMAL LÜKÜS ile, yeni uygulanmış projeyle ilgili olan sohbetimiz;

MEDİGOLD TIP MERKEZİ - AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ

Projenizden bahseder misiniz ?

İSTANBUL – Sultangazi bölgesinde Özel MEDİGOLD TIP MERKEZİ bünyesinde ağız ve diş sağlığı poliklinik katı projesini tasarladık. Hastane ortakları ile , bu proje talebi hakkında görüşerek gayet güzel bir uyum içerisinde uygulamamızın bitimine kadar birlikte çalıştık. Ortakların modern mimariye olan yakınlıkları, ayrıca bizlere verdikleri cesaret ve özgürlük projemizi güçlü kılmıştır.

Mekanın mevcut hali nasıldı ?

Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği olarak tasarladığımız kat, daha önceden hasta yatak katı olarak kullanılmaktaydı. Proje netleştikten sonra söz konusu 6. Kat sadece taşıyıcı strüktür ayakta bırakılacak şekilde yıkılarak, yeni projenin uygulanmasına hazır hale getirildi.

Sizler işe nereden başlayıp, nasıl ilerlediniz?

Tasarım ile ilgili fonksiyonlar tespit edildikten sonra, projenin ilk çıkış noktası netleştirildi. Amaç ihtiyaçtan doğan fonksiyonelliğin ön planda olduğu, estetik ile desteklenmiş sade, şık, aydınlık ve net çizgilere sahip bir mekan yaratmak idi. Hazırlanan proje üzerinde hemfikir olduğumuzda kullanılacak renklerin, hasta üzerinde rahatlatıcı ve hijyen etkisi bırakacak şekilde, malzemeleri ise temizlik, yoğun sirkülasyona dayanıklılık ve maliyetler göz önünde bulundurularak tespit ettik. Diş polikliniğinin bulunduğu mekanlar hastanın konforu, hekimin ise rahat çalışma ortamı gözetilerek tasarlanmıştır.

Kullanılan renkler ve malzemeler nelerdi ?

Zeminde mekanın hem aydınlık olması, hem de temizliğin daha net bir şekilde hissedilebilmesi açısından beyaz granit seramik tercih edildi. Ayrıca hijyen açısından kolay temizlenebilir malzeme olmasına dikkat edildi. Duvarlarda da yine beyaz renk kullanıldı. Poliklinikte ve hasta bekleme holünde cam seperatörler ile cam kapılar kullanılarak mekanın hem dışarıdan algılanabilmesi, hem de daha ferah olarak hissedilebilmesi sağlandı. Hekim çalışma ve sterilizasyon tezgahlarında hijyen ve çalışma kolaylığı açısından corian malzeme tercih edildi. Dolaplarda beyaz parlak MDF Lam kullanıldı.

Aydınlatmanın çok önemli olduğu mekanda, poliklinik kısmında gökyüzü efektli LED aydınlatmalar, hasta bekleme holünde ise minimalist armatürler kullanıldı. Ayrıca hasta bekleme holünde mekana renk katmak adına özel tasarım kırmızı ve siyah deri oturma grupları kullanıldı.

Yine bu gruplarla uyumlu yağlı boya tablolar ve dekoratif objeler seçilmiştir. Her açıdan mekana hakim olunabilecek bir noktaya kayıt kabul veznesi yerleştirilerek, sistemin işleyişinin tümüyle o katta çözülmesi sağlanmıştır.

Sağlık merkezi projelendirmenin incelikleri nelerdir?

Dekorasyon projede oldukça önemli konulardan birisidir. Ancak fonksiyonla ve sistemin alt yapısı ile birlikte çözülmesi, birbirlerini tamamlamaları, tasarımın doruk noktasıdır. Arka planda gözükmeyen detay ve zorunlulukları çözmek, bazen dekorasyonun önüne geçebiliyor.

Havalandırma sistemleri, sterilizasyon, aydınlatma, ünitlerin drenaj ve kompresör sistemleri ve birçok unsurun çözümlenmesi, tasarımı etkiliyen ögelerdir. Bu inceliklerin dekorasyonla birlikte çözülmesi ise mimara ayrı bir mesleki zevk vermektedir.

Sizce bir diş polikliniğinde öne çıkması gereken en önemli unsurlar nelerdir?

Özellikle sağlık sektörü denildiğinde, ihtişamdan önce donanım ve mimari tasarımın tüm ihtiyaçlara cevap vermesi önceliklidir. Güncel mevzuatlar çerçevesinde hazırlanan çalışmalar özellikle hasta ve çalışanların taleplerine cevap vermelidir. Maliyet harcamaları doğru yapılarak, bilinçli kararlar verilmelidir. Tüm alanlarda hijyenik ve sirkülasyona dayanıklı malzemeler kullanılmalı, renk seçimlerinde hastayı rahatlatacak renkler tercih edilmelidir. Mobilyalar kolay temizlenebilir olmalı, aydınlatmaya ve mekanın ferah olmasına dikkat edilmelidir.

Uz.Dr.Cengiz KONUKSAL
USK Sağlık Hizmetleri

2012 SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SÖZLEŞMESİ ÜZERİNE

2012 yılının başında yayınlanan ancak Özel Sağlık Hizmet Sunucularının özellikle belirlenen orandan fazla alınan ilave ücretlerle ilgili cironun %30 u oranında alınabilecek olan cezai şart uygulamasına odaklanan itirazları sonrasında yapılan %10 indirim ve kısmi branş sözleşmeli hastaneler tarafından kullanılabilecek olan branşta var olan hekimlerin %80 i ile SGK hizmeti verilmesi kazanımları sonrası Sosyal Güvenlik Kurumu ile Özel Sağlık Hizmet Sunucuları arasında Şubat 2012 başında imzalanmıştır.

2012 yılı SGK sözleşmesi genel anlamda değerlendirildiğinde;

Sözleşme taslak metinler ve yürürlükte olan sözleşme metni üzerinden değerlendirildiğinde cezai şartlar ve fesih maddelerinin gruplandırılarak daha sade bir dil ile yazılmasına özen gösterildiği görülmektedir.

Şöyle ki;

a. Yürürlükte olan sözleşme metnine göre cezai şart maddeleri azaltılmış (50 adetten, 36 adete indirilmiş) ,

b. Sözleşmenin fesih edilmesi zorlaştırılmış (11.3.3), ceza ve fesih kasıt unsuru varlığına bağlanmış,

c. Uygulanacak cezai şart miktarlarında azalmaya gidilerek, toplamda 1 yıllık SGK cirosunun ortalamasının % 20'u tavan olarak saptanmış (ceza bütçesi),

d. Daha sonradan devreye girmek üzere 1 yıllık fesih süreleri ile 100.000 TL ve üzeri cezaya neden olan fiil/tutar/süreler hakkında tahkime başvurma olanağı getirilmiş,

e. Belirli oranlarda oluşan cezai şartların ve yersiz ödemelerin tahsilinde taksitlendirme sağlanmış,

f. Kısmi branş anlaşmalarına zorunlu olarak "acil branşı" eklenmiş, sözleşme (kısmi branş/ tüm branş) yapılan branşlarda hekimlerin %80 i üzerinden hizmet verme zorunluluğu getirilmiş,

g. Sözleşmenin amacı kaliteli, erişilebilir ve tıp biliminin genel kabul gören kurallarına uygun sağlık hizmeti sunulması olarak belirlenmiş,

h. Sağlık hizmeti alacak kişiler "Sağlık Hizmeti Sunucusuna başvuran tüm hastalar" olarak tanımlanmış,

i. Sağlık hizmetleri sunumunda hakkaniyet, verimlilik ve etkinliğin sağlanması amacıyla sağlık harcamalarına ait her türlü veri ve bilgiye ulaşma hakkı Sosyal Güvenlik Kurumu nun yükümlülükleri arasına girmiştir.

Fakat;

a. Sözleşmenin cezai şart ve özellikle fesih işlemlerinin İl Müdürlüklerince yürütülecek olması,

b. Her ne kadar tekil olarak değerlendirildiğinde cezai şart miktarlarında azalma olmasına karşın son bir yıllık ciro ortalamasının % 20'sine kadar tavan bir ceza bütçesinin belirlenmiş olması,

c. Sözleşmenin 14.maddesi ile ilk kez "kasıt unsuru" nun tanımı yapılarak sözleşme metninde 4 önemli maddede geçmesi ve "belirli olmayan önemli oran, önemli tutar" gibi muğlak ifadelerle kasta götüren kararların İl Müdürlükleri nce verilerek uygulanacak olması,

d. Hekim, mesul müdür, yönetim kurulu üyesi, ortaklar açısından kasta dayalı değerlendirilebilecek fiiller sonucu hekim meslek icrası ve işletme yönetimi açısından çeşitli mağduriyetlerle sonuçlanabilecek olması bakımından değerlendirildiğinde;

sözleşmenin özellikle SGK İl Müdürlükleri nde sorumluluk almış yöneticiler ile Sağlık Hizmeti Sunucundaki yöneticiler tarafından daha dikkatli olarak yürütülmesini zorunlu hale getirmektedir.

Sözleşmenin İl Müdürlükleri nce yürütümü esnasında uygulama birliği açısından mutlaka uygulama genelgesi, uygulama rehberi vb. bir dökümanın varlığına gereksinim olduğu, SGK nın bu konuda bir çalışma başlattığı ve sonlandırmak üzere olduğu bilinmektedir.

Özel Sağlık Sektörünün ilave ücret cezalarına odaklanan itirazları haklı olmakla birlikte Özel Sağlık Kuruluşları nı sürecin yönetilmesi bakımından daha zorlayacak sözleşme maddeleri etrafında da görüş ve önerilerinin olması gerekir. Sözleşmenin yürütümünde henüz çok büyük problem geri bildirimleri yaşanmamasına rağmen geriye dönük işlemlerle bir çok özel sağlık kuruluşunun sözleşme ile ilgili cezai şartlarla karşılaşacağı açıktır.

Üzerinde odaklanılması gerektiğine inandığım öne çıkan maddelere baktığımızda;

"Kasıt unsurunun değerlendirilme biçimi nasıl olacaktır?"

"Cumhuriyet Savcılıkları na suç duyurusu yapılmasında kriterler nasıl belirlenecektir?"

"11.1.10.maddede yer alan SUT'ta belirtilen kurallar uyarınca Kuruma fatura edilmemesi gereken bir işlemin fatura edilmesi halinde uygulanacak 3000TL lik cezanın içeriği nasıl doldurulacaktır?"

"11.1.10.madde gereği ikinci tespitte 11.2.5. maddeye göre 3 ay süre ile branşın pasif edilmesi, neden diğer fesihlerde olduğu gibi 11.3.3.maddesinde yer alan fesih kaldırma yönteminin uygulanmadığı?"

"Aynı şekilde 7.5.2, 7.5.3 ve 7.5.4.maddelerde yer alan reklam tanıtım yönlendirme cezai şartlarının yukarıda olduğu gibi 11.3.3.madde kapsamında neden fesihinin kaldırılamadığı?"

"11.1.9.maddede yer alan SUT işlem branş ilişkisinin değerlendirici inisiyatifinde olduğu gerçeği ve her vaka için yaşanacak 3000TL veya işlemin 5 katı cezai şart uygulanma olasılığı"

"Hizmet alımı ile ilgili geçtiğimiz sözleşme metinlerine göre eksik kalmış branşların ne olacağı?"

Bütün bu ve buna benzer soru işaretlerinin uygulama genelgesi, uygulama rehberi vb. yazılı mevzuat ile aydınlığa kavuşması beklenmelidir.

Cezai Şart, Atıf Madde, Tutar,Fesih Maddesi, Fesih Durumu, Fesih Kaldırma ve Cezai Şartın cironun %20 tavanına dahil olup olmadığı ile ilgili doküman aşağıda yer almaktadır.

CEZAİ ŞART TİPİ	CEZAİ ŞART	ATIF MADDE	ATIF MADDE AÇIKLAMA	TUTAR	FESİH MADDE	FESİH DURUMU	FESİH SÜRESİ	FESİH KALDIRMA (11.3.3)	(11.3.6) %20 TAVANA DAHİL
Sözleşmeye ilişkin	11.1.1	7.1.2	**Hastanın kendi isteği veya randevuya geç gelmesi gibi nedenlerle daha ileri bir tarihte randevu verilmesi veya işlem yapılması halleri hariç** olmak üzere, SHS, müracaatlarını kabul ederek muayenesini yaptıkları hastaların gerekli tetkik ve/veya tedavilerinin müracaat tarihleri itibariyle yapılmasını ve ileri tarihler için randevu verilmemesini, **zorunlu durumlarda randevu süresinin tanı amaçlı tahlil ve tetkikler için 15 (onbeş) günü, tedavi işlemleri için ise 30 (otuz) günü geçmemesini kabul eder**	3000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.1	7.2.	SHS, mevzuat hükümleri çerçevesinde hastaya temin ettirilen tıbbi malzeme ile yol ve gündeliklerle ilgili olarak düzenlenmesi gereken belgelerin mevzuata uygun olmaması ya da eksik tanzim edilmesi halinde bu eksiklikler hastanın kendisi tarafından tamamlatılabileceği gibi söz konusu eksiklik Kurumca da tamamlatılabilir. Kurum bu amaçla SHS'ye yazılı olarak tebligat yapar. SHS tebliğ tarihini izleyen **10 (on)** gün içinde gerekli düzenlemeleri yaparak Kuruma göndermek zorundadır. Belirtilen süre içerisinde eksikliklerin giderilmemesi ya da Kuruma bildirilmemesi halinde ilgili kişiye gerekli ödemeler Kurumca yapılarak, SHS'nin alacağından mahsup edilir	3000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.1	7.3	SHS, ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerini ve alınacak ilave ücret oranını gösterir EK-4'e uygun olarak oluşturulacak bir levhayı **hasta tarafından görülebilecek şekilde ilave ücretin tahsil edildiği yerlere** asmak zorundadır. SHS'nin sadece ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerinde faaliyet göstermesi halinde, ilave ücret alınmadığını 50*50 cm'den küçük olmamak kaydıyla asacağı bir tabela ile duyurması zorunludur	3000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.1	7.5.1	SHS'lerce, Sağlık Bakanlığından izin alınmak suretiyle gerçekleştirilecek kampanya ya da **tarama kapsamında check-up, tetkik, tahlil ya da tedavileri yapılan kimselerin isimleri** ve T.C. kimlik numaraları liste halinde ve/veya elektronik ortamda; kampanya başlangıç ve bitiş tarihleri ile birlikte kampanya ya da taramanın devam ettiği her ayı takip eden ayın 15'ine kadar Kuruma bildirilir	3000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.1	8.1	SHS, hastalara hizmet verebilmek için sözleşme kapsamındaki branşlarda kuruluş ve faaliyetiyle ilgili tabi oldukları mevzuata uygun olarak hekim ve sağlık personeli bulundurmak zorundadır. Aykırı bir durumun tespiti halinde bu durum ilgili **il sağlık müdürlüğüne yazılı olarak bildirilir ve gelen cevabi yazı göz önünde bulundurularak** sözleşme ve Kurum mevzuatı çerçevesinde gerekli işlemler yapılır	3000TL	YOK	YOK	YOK		EVET

CEZAİ ŞART TİPİ	CEZAİ ŞART	ATIF MADDE	ATIF MADDE AÇIKLAMA	TUTAR	FESİH MADDE	FESİH DURUMU	FESİH SÜRESİ	FESİH KALDIRMA (11.3.3)	(11.3.6) %20 TAVANA DAHİL
Sözleşmeye ilişkin	11.1.1	8.2	**SHS, Kurumla sözleşme yaptığı her bir branşta ayrı ayrı olmak üzere görev yapan hekimlerin %80'i üzerinden hizmet sunmak zorundadır. Hizmet sunmak zorunda olunan hekim sayısının hesaplanmasında, yarım ve üzerindeki küsuratlar yukarı, altındaki küsuratlar ise aşağı tamamlanır. Bildirilmesi gereken hekimler sözleşme başvurusu sırasında Kuruma bildirilir.** Daha sonra göreve başlayacak hekimler ise başlangıç tarihinden itibaren 3 (üç) iş günü içinde **Kuruma bildirilmek zorundadır. SHS bu bildirimler sırasında, hekimlere ait Sağlık Bakanlığı mevzuatı gereğince düzenlenen personel çalışma belgesi ile noter onaylı imza sirküsünü Kuruma eksiksiz olarak teslim eder.** Teslim edildiği tarihi izleyen **5 (beş) iş** günü içinde bu hekimler MEDULA'da aktif hale getirilir. SHS tarafından bildirilmediği tespit edilen hekim, personel çalışma belgesine istinaden MEDULA'da Kurumca re'sen aktif hale getirilir.	3000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.1	8.3	**SHS, Kurumla sözleşme yaptığı branşlarda görev yapan hekimlerin geçici (izin, rapor, eğitim vs.) veya sürekli ayrılmaları halinde bu kişileri ayrılış tarihleri itibariyle MEDULA'da pasif hale getirir. Bunlardan sürekli ayrılanlar 5 (beş) gün içinde Kuruma bildirilir**	3000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.1.1	SHS, doğrudan veya sevk edilmek suretiyle başvuran hastayı SUT'ta yer alan müracaata ve kimlik tespiti işlemlerine ilişkin düzenlemeler ile, Kurum mevzuatı doğrultusunda kabul etmek zorundadır. Kabul edilmeyen hastaya kabul edilmeme gerekçesi SHS yetkilisinin imzasıyla yazılı olarak bildirilmek zorundadır. Hastanın yazılı olarak Kuruma müracaatı halinde SHS'ce belirtilen gerekçe Kurum tarafından uygun bulunmalıdır	10000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.5.2	**SHS'ler ilgili mevzuata aykırı yersiz talep oluşturacak reklam ve tanıtım yapamaz. Tespit edilen bu durumlar ilgili Kamu Kurum ve Kuruluşlarına bildirilerek, gelen cevabi yazı uyarınca sözleşme ve Kurum mevzuatı çerçevesinde gerekli işlemler yapılır**	**10000TL**	**11.2.4**	**Tebliğ tarihinden itibaren 1 yıl içinde 2.kez tespit ve sonraki her tespitte**	**2 gün**	**KALDIRAMAZ**	**EVET**
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.5.3	**SHS'ler ilgili mevzuata aykırı yersiz talep oluşturacak kampanya ya da tarama yapamaz**	**10000TL**	**11.2.4**	**Tebliğ tarihinden itibaren 1 yıl içinde 2.kez tespit ve sonraki her tespitte**	**2 gün**	**KALDIRAMAZ**	**EVET**

CEZAİ ŞART TİPİ	CEZAİ ŞART	ATIF MADDE	ATIF MADDE AÇIKLAMA	TUTAR	FESİH MADDE	FESİH DURUMU	FESİH SÜRESİ	FESİH KALDIRMA (11.3.3)	(11.3.6) %20 TAVANA DAHİL
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.5.4	SHS'ler simsar ve benzeri yönlendirici personel bulunduramaz ve yönlendirmede bulunamaz. Hasta yönlendirmesine yönelik olarak diğer SHS'ler veya üçüncü şahıslarla işbirliği yapamaz.	10000TL	11.2.4	Tebliğ tarihinden itibaren 1 yıl içinde 2.kez tespit ve sonraki her tespitte	2 gün	KALDIRAMAZ	EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.6.4	SHS yetkilileri, denetim ekibine, denetim süresince konumlarına uygun bir çalışma ortamı sağlamak ve görevlerinin ifası sırasında gereken her türlü kolaylığı sağlamak ve yardımcı olmak zorundadır.	10000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.7.1	SHS; unvan, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyeleri, diğer şirket türlerinde ise ortakları ilişkin değişiklikleri, değişikliğin Türkiye Ticaret Sicil Gazetesi'nde ilan edildiği tarihten itibaren **30 (otuz)** gün içerisinde Kuruma bildirmek ve ilgili belgeleri sunmakla yükümlüdür. Aksi takdirde söz konusu bildirimlerin yapılmadığının tespit edildiği tarihten ilgili belgelerin Kuruma iletilmesine kadar SHS, MEDULA'da pasif hale getirilir	10000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.7.2	SHS, adres değişikliğini değişiklikten **1 (bir)** gün önce, faaliyet alanına ilişkin ruhsat ve bünyesinde bulundurduğu ruhsata işlenmesi gereken cihazlara ilişkin değişiklikleri ise değişikliğin meydana geldiği tarihten itibaren **3 (üç)** gün içinde Kuruma bildirmekle yükümlüdür.	10000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.7.3	Sözleşmenin imzalanmasından sonra SHS'nin ruhsatına/faaliyet izin belgesine sözleşmeye konu yeni bir branş eklemesi halinde, bu durum 10 (on) iş günü içinde Kuruma bildirilir	10000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	7.8.1	SHS, SUT'ta yer alan tetkik ve tahlillerden bir veya daha fazlasını gerçekleştiremediği hallerde, bu hizmetleri temin edeceği SHS'nin, görüntüleme merkezinin ve/veya laboratuarın ruhsat örneği ile alınacak hizmetleri gösterir hizmet alım sözleşmesini sözleşmenin yapıldığı tarihten itibaren **5 (beş)** iş günü içerisinde Kuruma iletmek zorundadır. Hizmet alınan SHS'nin Kurumla sözleşmesi yok ise hizmet alım sözleşmesinin Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarihten itibaren, 10 (on) iş günü içerisinde Kuruma hizmet alımı yapacak SHS'ye bildirimde bulunulur. Eğer bildirim olumlu ise bildirim tarihinden itibaren hizmet alımı başlamış sayılır. Ancak hizmet alınan SHS'nin hizmet alımı yapılan branşta Kurumla sözleşmesi varsa, Kurumca uygunluk bildirimine gerek olmaksızın, hizmet alım sözleşmesinin Kurum kayıtlarına intikal ettiği tarihten itibaren bu hizmetleri alabilir. Kuruma iletilmeyen ve Kurumca uygunluğu bildirilmeyen SHS'lerden hizmet alınması ve/veya bu hizmetlerin Kuruma fatura edilmesi halinde, bu işlem bedelleri ödenmez	10000TL	YOK	YOK	YOK		EVET

CEZAİ ŞART TİPİ	CEZAİ ŞART	ATIF MADDE	ATIF MADDE AÇIKLAMA	TUTAR	FESİH MADDE	FESİH DURUMU	FESİH SÜRESİ	FESİH KALDIRMA (11.3.3)	(11.3.6) %20 TAVANA DAHİL
Sözleşmeye ilişkin	11.1.2	9.2	Kısmi branş listesi (EK-2)'ye göre sözleşme yapmış olan SHS tarafından kabul edilen hastanın yatarak tedavisi süresince, SHS'nin kısmi branş listesinde bulunmayan ancak ruhsatında yer alan diğer branşlardaki hastaya yapılması zorunlu tetkik ve/veya tedavileri de Kurum mevzuatı doğrultusunda yapılarak, kısmi branş listesinde yer alan branş üzerinden Kuruma fatura edilir. Anlaşmalı olmayan branşlarda bu şekilde fatura edilecek işlemlerde Kurum mevzuatı ve bu sözleşme hükümleri geçerli olacaktır	10000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.3	7.4	SHS, hastaların muayene, tetkik/tahlil ve tedavilerine ait bilgilerini bu konudaki mevzuat hükümlerine uygun ve istenildiğinde kontrol edilebilecek şekilde kendi otomasyon sistemlerine kaydetmek, kaydedilen bilgilere dayanağı belgeleri ilgili mevzuat hükümlerince saklamak ve istenildiğinde Kuruma ibraz etmekle yükümlüdür.	20000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.3	7.6.3	SHS yetkilileri, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler adına düzenledikleri veya tutmak zorunda oldukları her türlü kayıt, fatura ve eki belgeler ile hazırlanması istenilen tablo ve raporları denetim süresi içerisinde denetim ekibine göstermek, vermek ve incelenmesine yardımcı olmak zorundadır	20000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.3	7.6.5	Denetim esnasında SHS'lerde görev yapan yetkililer ve çalışanlar denetleme ekibinin görevine engel olamazlar	20000TL	11.2.6	Tebliğ tarihinden itibaren 1 yıl içinde 2.kez tespit	1 YIL	MÜMKÜN	EVET
Sözleşmeye ilişkin	11.1.3	8.5	Kurumda çalışan personel, resmi sağlık hizmeti sunucusunda görev yapan başhekim veya başhekim yardımcısı, Kurumun sözleşme yaptığı SHS'lerde çalışamaz; mesul müdür, sahip, anonim şirketlerde yönetim kurulu üyesi ve/veya kurucu ortak, diğer şirket türlerinde ise ortak olamaz. Bu personelin SHS'den veya Kurumdan/başhekimliğinden/başhekim yardımcılığından ayrılmasına kadar SHS, MEDULA'da pasif hale getirilir	20000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
SUT A İLİŞKİN	11.1.4	YOK	Fatura eki belgelerin SUT'ta öngörülen şekilde usulüne uygun olarak düzenlenmediğinin veya bu belgelerin hiç iletilmediğinin tespiti halinde	HER BİR BELGE İÇİN 200TL	YOK	YOK	YOK		EVET
SUT A İLİŞKİN	11.1.5	YOK	SUT'a göre, Kurumca örneklemeye dâhil edilmeksizin tamamı incelenen fatura konusu işlemlerin Kuruma ayrı ayrı fatura edilmediğinin tespiti halinde	HER BİR FATURA İÇİN 2000TL	YOK	YOK	YOK		EVET
SUT A İLİŞKİN	11.1.6	YOK	SUT'ta belirtilen, hastaya sunulmuş olan hizmetleri ve ilave ücreti gösterir belgenin süresi içerisinde hastaya verilmemesi, acil halin sona ermesi sonrasında acil halin sona erdiğine ve müteakip işlemlerin ilave ücrete tabi olduğuna dair hastaya/hasta yakınına gerekli bilgilendirmenin yapılmaması hallerinde (YÜRÜRLÜK 01 MART 2012)	HER BİR BELGE İÇİN 300TL	YOK	YOK	YOK		EVET
SUT A İLİŞKİN	11.1.7	YOK	SHS tarafından SUT'ta belirlenmiş olan katılım payının alınmaması halinde	günlük 10.000 TL'yi geçmemek üzere her bir hasta için 500 TL	11.2.4	Tebliğ tarihinden itibaren 1 yıl içinde 2.kez tespit	2 gün	KALDIRAMAZ	EVET

CEZAİ ŞART TİPİ	CEZAİ ŞART	ATIF MADDE	ATIF MADDE AÇIKLAMA	TUTAR	FESİH MADDE	FESİH DURUMU	FESİH SÜRESİ	FESİH KALDIRMA (11.3.3)	(11.3.6) %20 TAVANA DAHİL
SUT A İLİŞKİN	11.1.8	YOK	SHS'lerce hastadan/hasta yakınından Kurum mevzuatına aykırı şekilde ilave ücretin alındığının tespit edilmesi halinde, ilave ücret alınan her bir hasta için, cezanın tebliğ edildiği tarihten önceki 1 (bir) yıllık fatura ortalaması; - 100.000 TL (dahil) ye kadar olan sağlık hizmeti sunucuları için 1.000 TL, - 100.000 TL - 500.000 TL (dahil) arası olan sağlık hizmeti sunucuları için 2.000 TL, - 500.000 TL - 1.000.000 TL (dahil) arası olan sağlık hizmeti sunucuları için 4.000 TL, 1.000.000 TL ve üzeri olan sağlık hizmeti sunucuları için 6.000 TL tutarından az olmamak üzere,	her bir kişi için fazla alınan ilave ücret bedelinin 5 (beş) katı, ancak Kurum mevzuatına aykırı olarak alınan ilave ücretin ilgili kişiye iadesi durumunda uygulanacak olan cezanın yarısı,	YOK	YOK	YOK		EVET
SUT A İLİŞKİN	11.1.9	YOK	Yapılan işlemin ait olduğu branş dışında başka bir branşta Kuruma fatura edildiğinin tespiti halinde	her bir takip için 3.000 TL'den az olmamak üzere işlem bedelinin 5 (beş) katı tutarında	YOK	YOK	YOK		EVET
SUT A İLİŞKİN	11.1.10	YOK	SUT'ta belirtilen kurallar uyarınca Kuruma fatura edilmemesi gereken bir işlemin fatura edilmesi halinde	bir fatura döneminde 3.000 TL'den az olmamak üzere işlem bedellerinin 5 (beş) katı tutarında	11.2.5	Tebliğ tarihinden itibaren 1 yıl içinde 2.kez tespit	3 AY SÜRE İLE BRANŞ PASİF	KALDIRAMAZ	EVET
DİĞER CEZAİ ŞART	11.1.11	YOK	Sağlık Bakanlığı veya Kurum mevzuatıyla, "tekrar kullanılmaması gereken tıbbi malzeme" olarak belirlenmiş olan malzemelerin, tekrar kullanımı halinde	bedelleri ödenmez ve her bir kullanım için 10.000 TL,	11.2.5	Tebliğ tarihinden itibaren 1 yıl içinde 2.kez tespit	3 AY SÜRE İLE BRANŞ PASİF	KALDIRAMAZ	EVET
DİĞER CEZAİ ŞART	11.1.12	YOK	Denetimle görevli olanların görevlerini yapmasını engellemek amacıyla cebir ve tehditte bulunan SHS'ler, fiil daha ağır bir cezayı gerektiren ayrı bir suç teşkil etmediği takdirde	Türk Ceza Kanununun 265 inci maddesi saklı olmak üzere 50.000 TL	11.2.7	Tespit edildiğinde	2 YIL SÜRE İLE FESİH	MÜMKÜN	HAYIR
DİĞER CEZAİ ŞART	11.1.13	YOK	Sağlık Bakanlığınca yasaklanan ilaç ve tıbbi malzemelerin verildiği ve/veya kullanıldığının tespit edilmesi halinde	her bir ilaç ve tıbbi malzeme için 30.000 TL,	11.2.7	Kasıtlı olarak işlendiğinin tespiti	2 YIL SÜRE İLE FESİH	MÜMKÜN	HAYIR

CEZAİ ŞART TİPİ	CEZAİ ŞART	ATIF MADDE	ATIF MADDE AÇIKLAMA	TUTAR	FESİH MADDE	FESİH DURUMU	FESİH SÜRESİ	FESİH KALDIRMA (11.3.3)	(11.3.6) %20 TAVANA DAHİL
DİĞER CEZAİ ŞART	11.1.14	YOK	Bozuk, zamanı geçmiş ilaç, kan ve kan bileşenleri ve/veya tıbbi malzemelerin verildiği ve/veya kullanıldığının tespit edilmesi halinde	her bir ilaç, kan ve kan bileşeni ve/veya tıbbi malzeme için 30.000 TL,	11.2.7	Kasıtlı olarak işlendiğinin tespiti	2 YIL SÜRE İLE FESİH	MÜMKÜN	HAYIR
DİĞER CEZAİ ŞART	11.1.15	YOK	Sağlık hizmeti sunulmadığı halde Kuruma fatura edildiğinin tespiti halinde	10.000 TL'den az olmamak üzere işlem bedellerinin 5 (beş) katı.	11.2.6	Kasıtlı olarak 1 yıl içinde 2.kez tespit	1 YIL SÜRE İLE FESİH	MÜMKÜN	HAYIR
DİĞER CEZAİ ŞART	11.1.16	YOK	Faturanın veya faturaya dayanak oluşturan belgelerin gerçeğe aykırı olarak düzenlendiğinin tespiti halinde	10.000 TL'den az olmamak üzere işlem bedellerinin 5 (beş) katı.	11.2.6	Kasıtlı olarak 1 yıl içinde 2.kez tespit	1 YIL SÜRE İLE FESİH	MÜMKÜN	HAYIR
DİĞER CEZAİ ŞART	11.1.17	YOK	Kurum tarafından sağlık yardımları karşılanmayan kişilere sunulan sağlık hizmetinin Kurum tarafından sağlık yardımları karşılanan kişiler üzerinden fatura edilmesi halinde	10.000 TL'den az olmamak üzere işlem bedellerinin 5 (beş) katı.	11.2.6	Kasıtlı olarak 1 yıl içinde 2.kez tespit	1 YIL SÜRE İLE FESİH	MÜMKÜN	HAYIR
DİĞER CEZAİ ŞART	11.1.18	YOK	Fatura ve/veya eki belgeler üzerinde Kurum zararına sebebiyet verilecek şekilde tahrifat yapıldığının tespiti halinde	10.000 TL'den az olmamak üzere işlem bedellerinin 5 (beş) katı.	11.2.6	Kasıtlı olarak 1 yıl içinde 2.kez tespit	1 YIL SÜRE İLE FESİH	MÜMKÜN	HAYIR
SÖZLEŞMENİN FESHİNE İLİŞKİN			Sözleşmenin SHS tarafından tek taraflı olarak feshedilmesi halinde	yok	11.2.1	Bildirim tarihinden itibaren	6 (altı) ay süre	KALDIRAMAZ	yok
SÖZLEŞMENİN FESHİNE İLİŞKİN			SHS'nin kapanması halinde; kapanma tarihinde sözleşme kendiliğinden sona erer. SHS'nin kapanması halinde bu durum 15 (onbeş) gün içinde Kuruma bildirilecek ve kapanma tarihini takip eden ayın ilk 15 (onbeş) günü içerisinde SHS'de mevcut olan faturalar Kuruma teslim edilecektir. Mücbir sebepler hariç, olmak üzere bu süre içerisinde teslim edilmeyen fatura bedelleri ödenmez	yok	11.2.2	Kapanma tarihinden itibaren			
SÖZLEŞMENİN FESHİNE İLİŞKİN			Sağlık Bakanlığı tarafından SHS ruhsatı iptali	yok	11.2.3	İptal tarihi itibarı ile			

ÖZEL FLORMED
KULAK-BURUN-BOĞAZ-DAL MERKEZİ
İÇ SOKAK VİLLA MERT No:8/10A ŞENLİKKÖY MAH. FLORYA / İSTANBUL **İletişim Hattı : 0212 598 32 00**
www.flormedkbb.com flormedkbbdalmerkezi@gmail.com

TIP MERKEZLERİNİ KAPATALIM MI?

Büyük hastaneler belirli kampuslara kurulmak zorundadır; bu zorunluluk ulaşım sorunlarını ve maliyetini birlikte getirir. Hâlbuki hastanın basit ameliyatlarını mahallesindeki ya da sokağındaki bir merkezde yaptırabilmesi, erişilebilir, ucuz bir hizmet ortaya çıkaracağı gibi, büyük hastanenin yükünü de azaltacaktır. Dâhili branşların çoğunun hizmeti buralarda verebilmesi mümkündür.

Planlama, önceden belirlenen hedeflere ulaşabilmek için yapılması gereken işlerin saptanması ve izlenecek yolların seçilmesi, yani geleceğe bakma ve olası seçenekleri saptama sürecidir ki genel toplum sağlığı açısından zorunludur. Planlama bir eylem için ne, nerede, nasıl, ne zaman ve kim tarafından yapılacağına ait sorulara cevap verilmesi, eylemin başarıyla gerçekleştirilmesi için en olumlu şartların hazırlanması sürecidir.

Bu sürecin başarılı olması için tüm aşamaların, akılcı, bilimsel ve katılımcı olması gerekir. Çünkü planlama kural koymak demektir. Kurallar ise uyulursa anlam kazanır. Kuralların başarıyla uygulanabilmesi, bilimsel verilerle ya da tarafların uzlaşmasıyla elde edilebilmesiyle mümkündür. Demek ki başarı, sistemin geleceğini etkileyebilecek ve etkilenebilecek olan kişilerin katılımı gerektirir. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Taslağı işte böyle bir zorunluluktan doğdu. "Herkese sağlık" şiarıyla yola çıkan planın hedefleri özetle şunlardı:

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,

- Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,

- Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,

- Hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,

- Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,

- Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,

- Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,

- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,

- Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,

- Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi,

- Sağlık alanında da e- dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Bu program çerçevesinde sağlıkta hizmet sunumunu ve finansmanı ayıran, ancak ikisini de eş zamanlı ele alan bir modeli öngören yapıda; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birlikte aşağıda öncelendirilen başlıklar altında yeni bir strateji ve aktivite planı hazırlanmıştı.

- Sağlık Bakanlığının Yönetim Yapısının Yeniden Düzenlenmesi; Önderlik, Planlayıcılık Ve Denetleyicilik Rolünün Güçlendirilmesi

B. Genel Sağlık Sigortası,

C. Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması

D. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü,

E. Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (E-Sağlık)

Sağlık politikalarının belirlenme süreci bugünkü yapısıyla incelendiğinde, sağlık politikalarının herhangi bir sistematiğe bağlı olmadan o günkü ekonomik ve siyasi tercihler çerçevesinde belirlendiği görülmektedir. Sağlık politikalarının geniş toplum katılımı sağlanmadan, günlük ihtiyaçlara cevap verecek şekilde belirlenmesi sistemin tutarlılığına ve bütünlüğüne zarar vermektedir. Makro düzeyde en önemli sorunlardan birisi, Sağlık Bakanlığının rol ve sorumluluklarının yeniden belirlenmesi ve uyumlu bir yeniden yapılanma sürecine girilmesidir.

Şurası açık ki, sağlık sisteminin merkeziyetçi yapısı hizmetlerin etkili ve verimli sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Buna karşın 8. Beş yıllık Kalkınma Planı'nda ülkemizde değişikliğin zorunluluk olduğu vurgulanarak, "Sağlık Bakanlığı halk sağlığını koruyucu, standart ve norm koyucu bir yapıya kavuşturulacak, doğrudan yataklı tedavi hizmeti sunumundaki rolü giderek azaltılacaktır" ifadesi yer almaktadır. Gereklilikler ortadır; sağlık hizmetlerinde merkezi idarelerin görev, yetki ve sorumlulukları azaltılmalı, il sağlık idarelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden belirlenmelidir. Hizmetin sunulmasında yerel yönetimlerin rolü arttırılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanmalıdır.

Cerrahi branşlarda her poliklinik vakası ameliyat demek olmadığına göre, teşhis hizmetlerinin büyük bir kısmı, özel bir risk taşımayan küçük ve orta grup ameliyatların nerdeyse tamamı buralarda yapılabilir. Daha küçük alanlarda, düşük maliyetli yatırımlar olduğu için hizmetin maliyeti de düşük olacaktır. Sürdürülebilirlik kaygısı çeken bir sağlık sisteminin bu avantajları ortadan kaldırarak kendisini basit ve orta işlerin daha pahalıya mal edildiği komplike işler için yatırım yapılmış kurumlara mahkûm etmesi kabul edilemez bir durumdur.

ÖZEL MUAYEHANELER VE TIP MERKEZLERİ AÇISINDAN DURUM

Tıp mesleği, tıpkı avukatlık ve gazetecilik gibi kendine has özellikleri olan bir meslektir. Kendi doğasından kaynaklanan nedenler ile avukatlık ve gazetecilik gibi hekimlik de memur kalıpları içersinde değerlendirilemez. Meslektaşlar ve hastalarla ilişkileri düzenleyen bir bilim dalı olan deontoloji dersinin gereği de bundan doğmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde son yıllarda yapılan bazı düzenlemeler ile kamuda çalışan ve özel muayenehanesi olan hekimlere getirilmek istenen kısıtlamalar etrafındaki tartışmalar da işte bu özellikten kaynaklanmaktadır.

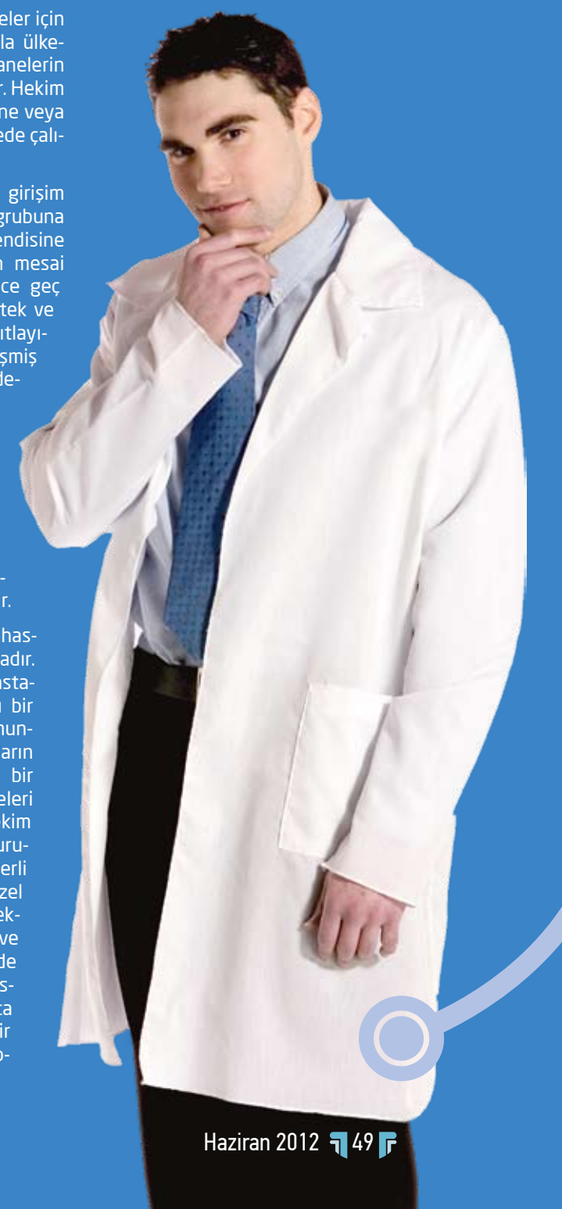
Muayenehanelerin kapatılması başarı mı yoksa başarısızlık mı getirecek sorusuna verilecek cevabı çok yönlü olarak etik, deontolojik değerleri göz ardı etmeden ayrıntılı olarak değerlendirmek yerinde olacaktır.

Ülkemizde bir yandan hekim açığının olduğunun ileri sürülmesi, bir yandan da kamuda çalışan tecrübeli hekimlere mesai saatleri dışında çalışma yasağı getirilmesi çabaları çelişkilidir. Hekim açığının deneyimli ve istekli hekimlerce belirlenmiş bir mesai çerçevesinde özel çalışma ile kapatılması daha verimlidir. Bu durum özel hastaneler için de geçerlidir. Zira uygulamayla ülkemizde giderek artan özel hastanelerin hekim bulması da zorlaşacaktır. Hekim açığı ancak birden fazla hastane veya muayenehane dışında hastanede çalışacak hekimler ile kapanabilir.

Her insanda olabilecek özel girişim hürriyetini belirli bir meslek grubuna yasaklamak da çelişkilidir. Kendisine güvenen başarılı bir hekimin mesai saatleri dışında gerekirse gece geç saatlere kadar özel çalışma istek ve çabasının önündeki tüm kısıtlayıcı engellemeler aslında yetişmiş insan gücünün bir tür israfı demektir.

Muayenesi olan hekim çalıştığı kamu hastanesinde kendisini daha dikkatli olmak zorunda hisseder ve de hassas davranır. Çünkü bu davranış, hekime hastane içinde ve dışında bir tercih edilirlik ve de prestij sağlayacaktır.

Ülkemizde 22 milyon kronik hastanın olduğu hesaplanmaktadır. Özellikle kronik hastalar hastanelere her gittiklerinde farklı bir hekime muayene olmak durumundadırlar. Bu durumdaki hastaların kendilerine sürekli bakacak bir hekimi daha fazla tercih etmeleri de doğaldır. Bu da ancak hekim ile hasta arasında aracı bir kurumun olmadığı sistemlerde geçerli olabilecektir. Bu da ancak özel hekimlik ile mümkün gözükmektedir. Kamu hastanelerinde ve kısmen de özel hastanelerde hasta hekimden ziyade hastaneyi tercih etmekte, hasta istemediği tercih etmediği bir hekime muayene olmak zo-



runda kalmaktadır. Bireysel anlamda hekimin doğrudan tercih edildiği tek sistem muayenehanelerdir.

Öte yandan muayenehane ile yolsuzluk arasında bağlantı kurmak, dürüst çalışan binlerce hekimi töhmet altına alıp karalamak anlamına gelir. Ayrıca muayenehane "dürüst" hekime lazımdır, yolsuzluk yapmak isteyenin ise muayenehaneye asla ihtiyacı yoktur.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Ülkemizde sağlık hizmeti kamu ve özel sağlık kuruluşları eliyle verilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu, kamu sigortacılığının sorumluluğunu üstlenerek bu hizmetleri ihtiyacı olan sigortalılar adına satın almaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu ile satın alınması arasındaki ilişkinin düzenlenmesi halkın sağlık hizmetine erişimi açısından çok büyük önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı asli görevi gereği sistemi düzenleyici ve kontrol edici rol üstlenmekle birlikte, özel sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılmasını ve hizmet denetimini yaparak, devlet hastanelerini ise bizzat işleterek sağlık hizmeti sunumunda önemli derecede rol almaktadır. Bu açıdan düzenleyici rolün ikinci plana itilmesi riski vardır.

Sağlık hizmet sunumu ile bu hizmetin vatandaşlar adına satın alınmasına olumlu veya olumsuz etkili olan ve bu ilişkiyi şekillendiren çok sayıda faktör vardır. Bu ilişkinin sağlıklı bir şekilde kurulabilmesi için sözü edilen faktörleri göz önünde bulundurmak gerekir. Yasal düzenleme sürecinde görüş oluşturan tarafların ve karar mevkiinde bulunanların bu faktörlerin artı ve eksilerini iyi değerlendirmeleri gerekir.

Mevcut sağlık kuruluşları ve mevcut sağlık personelinin, her doktorun kabul edilebilir, yeterli vakit ayırarak sınırlı sayıda hasta baktığı bir ortamda çalışması halinde yetersiz kaldığı kesindir. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırıldığı son yıllarda bu yetersizlik bütün sektör tarafından fark edilir hale gelmiştir.

Kamu yatırımlarının artması ve özel sektördeki yatırım patlaması sağlık kuruluşu açığını kapattıkça insan gücü açığı daha fazla ortaya çıkmaktadır. Uygulanan politikalar ve yeni sağlık hizmet sunucularının devreye girmesi her geçen gün sağlık hizmetine erişimi artırmakta fakat yetersiz sağlık personeli nedeniyle kendi içinde yetersiz müesseseler meydana çıkmaktadır. Bu yetersizliğin üstesinden gelmek için hemşire, fizyoterapist ve doktor gibi sağlık personeline talep artmakta ve kontrolsüz personel kaymaları olmaktadır. Maaş, iş gücü ve iş güvencesi değişkenliğine bağlı olarak özel sektör içinde, özellikle az kârlı kuruluşlardan daha çok kârlı kuruluşlara, yatırım ve işletme maliyeti yüksek kuruluşlardan yatırım ve işletme maliyeti düşük kuruluşlara personel göçü olmaktadır. Bu göç düşük ücret ve yoğun mesai ile istihdam edilen hemşire göçünde olduğu gibi nadiren özelden kamuya ama daha çok kamu sektöründe maaş ve ek ödemenin özel sektörle kıyaslanamayacak kadar kısıtlı ve hasta yükünün fazla olmasından dolayı göç daha dramatik bir şekilde kamudan özele olmaktadır.

Sağlık hizmeti talepçi (hasta) ile sunucu (hastane, doktor) arasında bir hizmet alışverişi gibi düşünülebilir. Ancak hiçbir alışverişte olmadığı kadar bilgi asimetrisi vardır. Hizmeti sunan neredeyse bütün alışveriş boyunca hizmeti alan adına karar vermekte ve hizmetin kapsamını tayin etmektedir. Yani tek taraflı bir karar otoritesi mevcuttur. Bu durumda hizmet, sunucunun çıkarları doğrultusunda yönlendirilebilmekte, gerekli fakat zahmetli ve riskli işlerden kaçınılmakta, gereksiz fakat kolay ve kârlı işlere yönelmek mümkün olabilmektedir.

Kaldı ki bu uygulama temelde yanlış da değildir. Bu yüzden temiz ve kârlı hizmetler küçük, kendi kendine karar verme yeteneği olan, yetersizliğini kolayca deklare edebilen, bu konuda hastayı ikna etmesi kolay olan "özel" sağlık kuruluşlarında, riskli sonu tatsız olan, masraflı, yorucu hizmetler hastaya gönderebilecek yeri olmayan başta eğitim hastaneleri ve üniversite hastaneleri olmak üzere büyük "kamu" hastanelerinde olmaktadır.

Aslında yaygın sağlık hizmetlerinde arz talep dengesizliği bulunmasına rağmen, işletmeler az yatırımla maksimum kârı elde edebilmek için yatırım yaptıkları özellikli alanlarda (tıbbi görüntüleme, tüp bebek, gren light, fako vs.) tanıtım yapmakta, promosyon ürünleri ve hatta pirim dağıtarak talebi artırmaktadır.Bu artmış suni talep sağlık insan gücünün çok daha elzem olduğu alandan kârlı ve promosyonu yapılan alanlara kaymasına yol açmakta, yukarıda sözü edilen dengesizliğe katkı yapmaktadır. Mevzuatımızdaki reklâm yasağı bu durumu önlemeye yetmemektedir.

Bazen sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması ile ilgili olarak alınan tedbirlerin ve yapılan reformların, suni sağlık hizmeti talebinin yaratılması ile sonuçlanması çok şaşırtıcı değildir. Sağlık hizmeti talebinin sınırlı olduğu ülkemizde bu durum şimdilik yeteri kadar önemli görülmese de,

PROJE ve UYGULAMA HİZMETLERİ

Ofis
Konut
Hastane & Tıp Merkezleri
Mağaza & Showroom
Restaurant & Cafe
Otel & Turizm Yapıları
Sanayi Yapıları
Fuar & Stand Tasarımı
Eğitim Kurumları

MAC.RON
PROJE DEKORASYON İNŞAAT San. Ve Tic. Ltd. Şti.

Bağdat Caddesi Soylu Apartmanı No:161 D:5
Selamiçeşme - İstanbul
Tel: 0216 369 8510 Fax: 0216 369 8530 Gsm: 0532 615 7384
e-mail: macron@macron.com.tr
www.macron.com.tr

sağlık personeli sıkıntısının farkına varılması ile birlikte dikkat çekmeye başlamıştır. Ayrıca bu durum sağlık harcamaları açısından Sosyal Güvenlik Kurumu'nun gündemini her geçen gün daha fazla işgal edecektir.

SAĞLIK HİZMETİNDE ROLLER

Sağlık hizmeti sunucuları temel başlıklar olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sınıflanmaktadır. Birinci basamakta yer alanlar muayenehaneler, özel poliklinikler, ana çocuk sağlığı merkezleri, verem savaş dispanserleri, sağlık ocakları ve pilot uygulama illerinde aile hekimleri ile toplum sağlığı merkezleridir. Sosyal Güvelik Kurumu'nun birinci basamaktan hizmet alımı kısaca sadece kamu sektörü ile sınırlıdır.

İkinci basamak sağlık kuruluşları özel tıp merkezleri, özel dal merkezleri, ilçebelde entegre hastaneleri, küçük ölçekli devlet hastaneleri, büyük ölçekli devlet hastaneleri, dal hastaneleri, tıp fakültesinin eğitim verdiği bölge dışındaki vakıf üniversitesi hastaneleri (SUT'a göre) ve spesifik alanlarda ruhsatlandırılmış tedavi merkezlerinden oluşmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu bunların hemen hepsinden hizmet satın almaktadır. Bu sağlık kuruluşları arasında yatırım, istihdam, hizmet sunum tarzı, hizmet kalitesi ve en önemlisi hizmet verilen hasta grubunun risk ve maliyetleri açısından büyük farklılıklar olabilmektedir. Bu yüzden ikinci basamak, hizmet satın almada en fazla ihtilaf alanını oluşturmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri (dal hastaneleri dahil), üniversite hastaneleri ve vakıf üniversitelerinin tıp fakültesi eğitiminin verildiği bölgedeki hastanelerinden (SUT'a göre) oluşmaktadır. Bu kuruluşların hepsinden istisnasız hizmet alınmaktadır. Bu kurumların hasta portföyü ve kurumsal yapılanmaları gereği maliyet artırıcı unsurlar fazla olduğundan vakıf üniversite hastaneleri dışındakiler finansal sıkıntı çekmektedir.

Yukarıda belirtilen farklı hizmet sunucularının baktıkları hastaların standart olması düşünülemez. Hastaların yaşı, taşıdığı risk faktörleri, hastanın beklenti düzeyi, hastanenin faaliyet alanı ve imkanları, riskli ve komplike hastayı sevk edebilme yeteneği veya her halükârda kabul etme zorunluluğu, asistan ve öğrenci eğitiminin getirdiği ilave zaman ve iş gücü ihtiyacı, hastanenin yönetici ve personel istihdam modeli ile personelini seçebilme yeteneği, mal ve hizmet satın alma yöntemleri, vergilendirmeler, zorunlu kesintiler, yatırım fizibilitesinin isabetli veya isabetsiz oluşu, vakıf, konsolide bütçe subvansiyonları ve tahsilat zamanı gibi çok sayıda değişken göz önünde bulundurularak sunulan sağlık hizmetlerinde maliyet analizi yapılmak zorundadır. Hizmetlerin fiyatlandırılmasında bu derecede kapsamlı bir veriye dayanılmadığı aşikârdır. Buradaki belirsizlik, faklı kurumların farklı verilerle kendi durumlarını izah etme gayretine yol açmakta ve bu alanı uzlaşılması zor hale getirmektedir.

Hastanelerin sınıflanarak farklı fiyat uygulanması talepleri kısmen yukarıdaki ana gruplar içinde yapılabilmekte ancak aynı basamak hastanelerinin kendi aralarında sınıflanarak farklı fiyat uygulamaları tatminkâr olamamaktadır.

REKABET ORTAMININ EŞİTSİZLİĞİ

Sağlık hizmet sunucuları arasındaki görev ve kapasite farklılıklarından başka bu kurumların farklı mevzuatlar çerçevesinde hizmet veriyor olmaları, benzer hizmetleri farklı şartlarda vermelerine yol açmaktadır.

Kamu ve özel sektörün farklı alanlarda avantajları ve dezavantajları vardır. Yatırım bölgesinin ve hizmet alanının tercihi, yatırımda kamu desteği, istihdam miktar ve şekli, yönetici tayini, idari yargının sisteme müdahalesi, mal ve hizmet alımları, hasta seçebilme esnekliği, vergilendirme ve zorunlu kesintiler, kamu alacaklarının tahsili gibi hususlar sağlık işletmelerinin verimliliğinde büyük rol oynamaktadır. Bu hususların hemen hemen hepsi kamu ve özel sektörde ayrı dinamiklere bağlıdır. Bu avantaj ve dezavantaj dengesizliği hakkaniyete dayalı bir rekabet ortamı oluşturamamaktadır.

Sağlık hizmetlerinde hizmet başı veya vaka başı ödemelerde hizmet sunucu, kârını maksimize edebilmek için hizmet hacmini veya sunduğu hizmetin birim fiyatını artırmak zorundadır. Eğer sabit ve düşük bir fiyat politikası uygulanırsa, hizmet sunucu hastaya yeteri kadar zaman ayırmaksızın, kaliteyi göz ardı ederek çok sayıda hizmet üretmeye çalışacaktır. Eğer hastaya zaman ayırmaya zorlanır, kalite denetimleri başarılabilirse bu sefer birim fiyatlarını yükseltmeye zorlanacaktır. Birinci yöntemin çok yaygın olarak kullanılması, olabildiğince çok sayıda kişinin sağlık hizmetine erişebildiği, kuyrukların, bekleme listelerinin olmadığı ancak verilen sağlık hizmetinin kalitesinin tartışılır olduğu bir durum ortaya çıkarmaktadır. İkinci yöntemin yaygınlaşması ise yükselen hizmet fiyatlarını karşılayabilen toplumun belli kesimlerinin daha kaliteli ve saygın hizmet alma fırsatı elde ettiği, buna

karşılık ek ücret ödemeden hizmet alan kesimin hizmet aldığı alanda arz ve talep arasındaki açığın daha da büyüdüğü, bu alanda hizmet veren sağlık personelinin daha fazla yük altına girdiği ve kalitenin daha fazla bozulduğu bir durumla karşılaşmak kaçınılmaz olmaktadır. İkinci yöntem yaygınlaştıkça bu dengesizlik daha da büyüyecek hatta toplumun diğer kesiminde bekleme listeleri ve kuyruklar oluşacak ve memnuniyetsizlik artacaktır. Sektörün bir kısmı, az fakat kaliteli ve kârlı bir sisteme zorlanırken sektörün diğer kısmı çok fakat kalitesiz kuyrukların olduğu, memnuniyetsizliğin giderek arttığı bir pozisyona itilecektir.

Bu yüzdendir ki, sosyal politikaları öne çıkarmayı amaçlayan bir yapıda, sağlık hizmeti alanında yatırım yapan özel sektörün diğer ticari alanlarda olduğu gibi sadece "kâr amaçlı işletmeler" oluşturma hedefi, özel sağlık kuruluşlarının sistemde yaygın olarak rol almasının önünde önemli bir engel haline gelmektedir. Özel sektörün sistemde sağlıklı bir şekilde ve daha fazla rol alması, "kâr amacı gütmeyen" prestij amaçlı, kamu teşvikli ve vakıf destekli özel sağlık kuruluşlarının geliştirilmesi ile mümkün olabilecektir.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KAMU VE ÖZEL SEKTÖR PAYLAŞIMI

Sağlık, ülkenin temel gelişmişlik düzeyini gösteren ve aynı zamanda toplumların ekonomik kalkınmasında da rol alan önemli faktörlerin başında gelmektedir. Ülke ekonomileri içinde sağlık sektörü önemli derecede bir pay sahibidir. Bu yüzden kaliteli hizmet üretimi hedeflenirken kıt kaynakların verimli kullanımı diğer alanlarda olduğu gibi önem kazanmaktadır. Sınırlı kaynakların, sağlık kurumlarının ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde en uygun olarak dağıtılması gerekmektedir. Ancak bu dağıtım, sağlık kurumlarının sundukları hizmetin hacmi ve kalitesi ile paralel olmak zorundadır. Sağlık hizmeti insan hayatının kalitesi ile doğrudan etkili bir sorumluluk alanı oluşturduğundan bu sektördeki finansal veya yönetsel zafiyet, diğer sektörlerdeki gibi sadece üretim düşüklüğü ile sonuçlanmayıp aynı zamanda insan hayatının kalitesinde düşme ve toplumun sağlık düzeyinin bozulması anlamına gelmektedir. Kısacası bu sektördeki kötü yönetimin bedeli insan hayatıdır. Bu yüzdendir ki, diğer sektörlerin aksine sağlık sektörü için sadece piyasa şartlarının ve serbest rekabet ortamının oluşturacağı bir sistem savunulamamaktadır. Bu alanda, korumacılık, destekleme, kontrollü dağılım, istihdam dengesi, hizmet standardizasyonu, karşılıksız hizmet ve kâr amacı güdülmemesi gibi faktörler ön plana çıkmaktadır.

Kaynağı ne kadar artırırsak artıralım, yeni gelişmelerle birlikte, halkın sağlık bincinin yükselmesi, talep şeklinin ve hacminin artması, endüstriyel gelişmenin ve yaşlanan nüfusun doğuracağı yeni sağlık talepleri bir sınır çizmemizi kaçınılmaz kılmaktadır. Hangi düzeyde olursa olsun, böyle bir hizmet sınırı, bu sınır ötesinde hizmet talep eden bir kesimin var olmasını yok edemez. Kendi kaynaklarını kullanarak bu hizmeti talep eden bir kesim olacaktır. Yurtiçinde bu hizmete erişemeyenler, yurtdışında hizmet arayışına girecektir. Kamu sağlık hizmet sektörünün, yaygın olma, toplumun her kesimi tarafından erişilebilir olması, dengeli dağılım kapasitesi bulunması, kâr kaygısı bulunmaması, devlet güvencesi nedeniyle daha sınırlı maaşla personel istihdam edebilmesi gibi avantajları vardır. Bu yüzden sağlık siteminde varlığı ve ağırlığı kaçınılmaz olmaktadır. Nitekim, her türlü özerkleşme ve desantralizasyon girişimlerine rağmen, kamu sağlık hizmetlerinin sistemdeki ağırlığının yarıya düştüğü bir ülke örneği yoktur.

Ancak kamu kuruluşlarının hantallığı, hızlı kararlar verememesi, dinamik bir şekilde yapılanamaması gibi dezavantajları bulunduğundan, bu hususlar yetki devirleri ve kamu kurumu yetki ve kontrolünde sunulan bazı alt hizmetlerin özel sektör arcılığıyla daha dinamik olarak sağlanmasıyla aşılmaya çalışılmaktadır.

Kısacası özel sektör, kamu sağlık hizmetleri içinde dinamik ve rekabetçi güçüyle ve kamunun kontrolü altında yer alabilmekte ve bu yönüyle kamunun ürettiği sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Özel sektörün kendi yatırımı ile oluşturduğu sağlık kuruluşları arcılığı ile hizmet vermesi, diğer önemli bir rolü olmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının sistemde yer alırken, uygun fizibilite ile gerçek ihtiyaç alanlarını belirleyerek yatırım yapabilmeleri, daha verimli ve kârlı alanlarla hizmetlerini sınırlayabilmeleri, yatırım, mal ve hizmet alımlarında kamunun sınırlayıcı mevzuatına takılmadan dinamik davranabilmeleri, istihdam şeklinde, personel ve yönetici seçimindeki esneklikleri, verimlilik ve performansa göre ücret verebilmeleri gibi avantajları vardır.

SAĞLIKTA FİYAT POLİTİKASI

Kamu ve özel sektör arasındaki avantaj ve dezavantaj farklılıkları bu hizmetlerin karşılığı olan fiyatların belirlenmesinde hakkaniyet sağlanmasını güçleştirmektedir. Şartların iki sektör arasında tamamen aynı olduğunu varsaysak bile, kâr etme ihtiyacı ilave bir harcama kalemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı birim fiyatlarla hizmet vererek

bu ilave yükü karşılayabilmek için özel sektör, hizmet hacmini artırmak ve verimliliğini kamu sektörünün üzerinde tutmak zorundadır. Böyle bir durum özel sektörü tercih etmede yüksek beklenti düzeyi olan yurttaşların beklentisinin aksine bir durum oluşturmaktadır. Nitekim kapsamlı sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarında kamu kuruluşları ile kıyaslanabilecek bir hizmet yüküne ulaşılmadığı bilinmektedir.

Özel sağlık kuruluşlarının önemli bir kısmı aynı özellikteki sağlık hizmetini sunsalar da, farklı düzenlenmiş mekânlarda, hastalara daha fazla vakit ayırarak, hastaların beklentilerini daha iyi karşılayacak tarzda hizmet sunma gayreti içindedirler. Bu ilk planda birim hizmet için daha fazla hizmet alanı, daha fazla yatırım miktarı ve daha fazla personel istihdamı anlamına gelmektedir. Bu durumda sosyal güvenlik şemsiyesinin taahhütlerini aşan bir finansman ihtiyacı doğmaktadır. Bunu da doğrudan hastadan veya özel sağlık sigortalarından alarak karşılamaktadırlar. Eğer doğrudan hizmet sunan özel sektörün sistemdeki oranı yükselirse, doğası gereği, daha fazla ücret ödeyerek daha fazla personeli kendine çekecektir. Ancak bu personelin özel sektöre geçtiğinde kamuda olduğu kadar hizmet üretmesi beklenmemelidir.

Sağlık, insan hayatının her yönünün kapsayan, kapsamı geniş bir alanı ifade etmektedir. Son yıllarda bu alanda ilişkilerin düzeyi, karşılıklı rollerin tanımı, iletişim ve algı düzeyleri değişimi hızla kendini göstermiş, teknolojik gelişmeler süreçlerin hemen her noktasında yerini almıştır. Bu denli hızlı ve çok yönlü değişim belki birçok farkı sektörde de kendini göstermektedir. Ancak sağlığın insan hayatını kuşatma gücü, ana konusunun bizzat insan olması, bu değişimin yaygın kitleler tarafından kolayca fark edilmesini sağlamaktadır.

Doğaldır ki, bütün ilerlemeler paralel olamaz; sektörün homojen olması beklenemez. Bu hızlı değişime ayak uydurmada geç kalan aktörler, hızla kendini göstermektedir.

TIP MERKEZLERİ GEREKSİZ Mİ?

Eleştirileri biliyoruz; Tıp ve dal merkezlerinde çalışan doktorlar kapasitelerini tam olarak kullanamıyorlar, işgücü israfı oluyor. Bilhassa cerrahi dallarda ameliyat kapsamlarının çok sınırlı olması bu dallardaki hekimlerimizi atalete mahkûm ediyor. Bunlar yaygın bir kanaatin yansımasıdır. Hal böyle iken, tıp merkezleri ile Sosyal Güvenlik Kurumunun sözleşme yapması buralara hasta akışını sağlamış ve doğal olarak kamu kurumlarından ve özel hastanelerden uzman doktorların tıp merkezlerine geçişi hızlanmıştır. Bu vakıa karşısında tıp merkezlerinin sistemi zorladıkları, gereksiz oldukları ve hatta zarar verdikleri yönünde görüşler ileri sürülmeye başladı.

Bir aktörün senaryodaki kötü bir rolü oynamasından kötü biri olarak algılanması doğru değildir. Tıp merkezleri bugünkü haliyle, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından kurgulanmış birinci basamak sağlık kuruluşları gibi dar alanda rol yapmak zorunda bırakılıyor. Bunun yanında, ülkemizdeki birinci basamak genel kabulün aksine buralarda uzman hekimlerin çalışması öngörülüyor. Aslında Mevzuata bakıldığında özel polikliniklerin birleşik pratisyen hekim muayeneleri, tıp merkezlerinin de birleşik uzman hekim muayeneleri tarzında düşünüldüğü anlaşılıyor. Muayeneler gerçekte birinci basamak sağlık hizmeti verdiklerine göre bu yapılar da farklı bir fonksiyon icra etmiyor demektir.

Gerçi bu kurgunun ülkemiz pratiğine çok iyi oturmadığı fark edildiğinden, Cerrahi tıp merkezi, laboratuvar vs. gibi detaylandırmaya gidilmiş, ancak nedense ruhsat verilen ameliyathanelerde ameliyat yapılmasına izin verilmemiştir. Altyapısı eksik, cerrahi yoğun bakım, anestezi uzmanı ve birçok destek branşı olmayan hastanelerde cerrahların yaptığı ameliyatlarda bir sınırlamaya gidilmezken, sadece yataklı hizmeti farklı olan tıp merkezlerine yaptırım uygulanmıştır. Yani bu merkezler mevzuat yoluyla atalete zorlanmaktadır. Her ne kadar teşekküllü büyük hastanelerin ölçek ekonomisi, bir çok hizmetin bir arada olması dolayısı ile entegre hizmet gibi avantajları varsa da, sağlık sisteminde ikinci basamak hizmetlerini sadece böyle hastanelere mahkum etmek, hizmete erişilebilirliği ve hizmetin maliyetini artıracaktır.

Büyük hastaneler belirli kampuslara kurulmak zorundadır; bu zorunluluk ulaşım sorunlarını ve maliyetini birlikte getirir. Hâlbuki hastanın basit ameliyatlarını mahallesindeki ya da sokağındaki bir merkezde yaptırabilmesi, erişilebilir, ucuz bir hizmet ortaya çıkaracağı gibi, büyük hastanenin yükünü de azaltacaktır. Dâhili branşların çoğunun hizmeti buralarda verebilmesi mümkündür. Cerrahi branşlarda her poliklinik vakası ameliyat demek olmadığına göre, teşhis hizmetlerinin büyük bir kısmı, özel bir risk taşımayan küçük ve orta grup ameliyatların nerdeyse tamamı buralarda yapılabilir. Daha küçük alanlarda, düşük maliyetli yatırımlar olduğu için hizmetin maliyeti de düşük olacaktır. Sürdürülebilirlik kaygısı çeken bir sağlık sisteminin bu avantajları ortadan kaldırarak kendisini basit ve orta işlerin daha pahalıya mal edildiği komplike işler için yatırım yapılmış kurumlara mahkûm etmesi kabul edilemez bir durumdur.

Netice itibarıyla tıp merkezleri bugünkü mevzuattan kurtarılarak aktif gün hastaneleri şeklinde yapılandırılmalıdır. Gerekirse bir üst kurumla işbirliği yapmaları sağlanabilir. Ancak bu düzenleme büyük hastanelerin tıp merkezi açmaları şeklinde geliştirilirse "kârlı hasta avcılığı"na dönüşebilir.

Belirsizlik sürüyor, beklentiler de. Tıp merkezlerinin üstlendiği roller de ortada. Biri ya belirsizliği ortadan kaldırsın ya da açıkça söylesin. Tıp merkezlerini kapatalım mı?

ERA TIBBİ MALZEME SANAYİ TİC. LTD. ŞTİ.

Kocasinan Merkez Hh.Köyiçi Cd. Merkez Sk.No:4/1 Bahçelievler-İstanbul
Phone: (+90)0 212 630 40 04 Fax : (+90)0 212 630 04 74
Email :eramedikal2009@hotmail.com

İTHAL DOKTOR KİME LAZIM?

Türkiye'de mesleklerini icra etmek isteyen yabancı sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ilişkin usul ve esasları düzenleyen yönetmelik, diş hekimi, eczacı, ebe ve hasta bakıcılar hariç özel sağlık kuruluşlarında çalışacak tüm yabancı sağlık meslek mensuplarını kapsıyor.

Sağlık Bakanlığı, 22 Şubat 2012 tarihinde yabancı sağlık meslek mensuplarının Türkiye'de özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına izin veren Yönetmeliği yayınladı. Yönetmeliğe göre diş hekimi, eczacı, ebe ve hasta bakıcı dışında kalan hekim, hemşire, psikolog, fizyoterapist, teknisyen, tekniker, kısaca otuza yakın mesleğe sahip kişilerin ülkemizde çalıştırılmasına izin verilecek. Bu kişiler, özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler, laboratuarlar vb. bütün özel sağlık kuruluşlarında çalışabilecek.

Haberlere göre ithal doktor ve hemşirenin Türkiye'de çalışılabilmesinin önü açılır açılmaz, komşu ülkelerin yanı sıra Almanya, Fransa ve ABD'den de binlerce doktor özgeçmişlerini göndererek iş talebinde bulundu.

Sağlık Bakanlığı'nın yabancı hekim ve hemşirenin Türkiye'de çalışabilmesinin önünü açan Kanun Hükmünde Kararnamesi komşu ülkelerde çalışan beyaz önlüklüleri heyecanlandırdı. Son bir ayda Türkiye'de iş arayan yabancı doktorların sayısı 2 bini aştı. Konuyla ilgili haberlere göre; Irak, İran, Bulgaristan, KKTC, Yunanistan, Azerbaycan, Kırgızistan gibi yakın, komşu ülkelerin yanı sıra Almanya, Fransa, İngiltere hatta ABD'den bile Türkiye'de iş arayan doktor var.

SAĞLIĞIMIZ MI BOZULDU DOKTORLARI MI ÇOK SEVDİK?

Sağlık Bakanlığı, koruyucu ve temel sağlık hizmetleri için 2012 yılı bütçesinden tam 6 milyar 652 milyon TL ayırdı. Bu rakamın yüksek olmasının altında ise bakanlık rakamlarına göre hekime müracaatta yaşanan artış yatıyor. 8 yıl önce yılda 3 defa ortalamasıyla doktora giden vatandaşlar, bu yıl sayıyı neredeyse 8'e çıkardı. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2011 yılında kişi başına müracaat sayısı 7.7 oldu. Aile hekimliği uygulamasıyla vatandaşın doktora ulaşımını kolaylaştıran yeni sağlık sistemine ilişkin veriler de yılları içindeki değişimi gözler önüne serdi.

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasıyla üç ayrı dönemdeki hekime müracaat sayısını karşılaştırdı. Buna göre, 1994'te vatandaşların sağlık ocağı veya hastaneye yılda başvurma sayısı sadece 1.7 idi. Bu rakam 2002'de yılda 3 defaya yükseldi. 2011 yılında ise sağlık ocağı, aile hekimi veya hastaneye yıl içinde müracaat sayısı 7.7'ye çıktı.

Yine Sağlık Bakanlığı, üç ayrı dönem için teşhis ve tedavi hizmetlerindeki rakamları karşılaştırdı. 8 yıl önce bir içinde 184 milyon muayene, bu yıl sayı 492 milyon muayeneye çıktı. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde muayene sayısı ise bu yıl 7 milyonu aştı. Bugün itibariyle 69 ilde, 739 hastanede bulunan çağrı merkezi yoluyla günde ortalama 70 bin kişi randevu alarak muayene oluyor.

Bu gelişmeler sağlıkta nitelikle elaman açığını arttırdı. "İthal doktor" uygulaması da bir iddiaya göre bu açıkla ilgili.

YABANCI HEKİMLERİN ÇALIŞMA KOŞULLARI BELİRLENDİ

Türkiye'de özel sağlık kuruluşlarında yabancı hekimlerin çalışabilmesi için diploma ve/veya uzmanlık belgelerinin denkliği, ilgili merci tarafından onaylanması ve Bakanlıkça tescil edilmesi; Türkçe dil sınavında Avrupa Dil Portfolyosu kriterlerine göre (B) veya üzeri seviyede başarılı olmaları gerekiyor.

Yabancı sağlık meslek mensuplarının Türkiye'de özel sağlık kuruluşlarında çalışma usul ve esaslarına dair yönetmelik, Resmi Gazete'de yayımlandı.

Türkiye'de mesleklerini icra etmek isteyen yabancı sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ilişkin usul ve esasları düzenleyen yönetmelik, diş hekimi, eczacı, ebe ve hasta bakıcılar hariç özel sağlık kuruluşlarında çalışacak tüm yabancı sağlık meslek mensuplarını kapsıyor.

Yönetmeliğe göre, yabancı sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında mesleklerini icra edebilmeleri için gereken koşullar şöyle:

"Diploma ve/veya uzmanlık belgelerinin denkliği onaylanmış ve Bakanlıkça tescilleri yapılmış bulunmalı. Mesleğini icra etmesine kanunen engel hali bulunmamalı. Üniversitelerin Türkçe Öğretimi Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından yapılan Türkçe dil sınavında Avrupa Dil Portfolyosu kriterlerine göre (B) veya üzeri seviyede başarılı olunmalı. İlgili mevzuata göre Türkiye'de çalışma ve ikamet izni almış olunmalı. Hekimler için zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırılmalı."

Yabancı sağlık meslek mensubu tarafından çalışmak istenilen özel sağlık kuruluşuna müracaat edilmesi gereken başvuru koşullarına göre kişinin özel sağlık kuruluşunda çalışma başvurusu, mesul müdür tarafından ilgili belgelerle ile birlikte Müdürlüğe ulaştırılması gerekiyor. Dosyada eksiklik ve/veya uygunsuzluk bulunmaması halinde dosya Bakanlığa gönderilecek.

Başvuru dosyası, Bakanlıkça planlama kapsamında ilgili belgeler açısından değerlendirilecek. Uygun bulunması halinde yabancı sağlık meslek mensubunun diploması tescil edilerek mesleğini icra etmesinin Bakanlıkça uygun bulunduğuna dair belge düzenlenecek.

İlgili mevzuat kapsamında çalışma izni ile ikamet izni alınarak gerekli belge ile birlikte personel çalışma belgesi düzenlenmesi için Müdürlüğe başvurulacak.

Yabancı sağlık meslek mensubu, personel çalışma belgesinin Müdürlük tarafından onaylandığı tarihten itibaren özel sağlık kuruluşunda çalışabilecek.

İlgili yönetmeliğe göre "ithal

hekim"ler kamu sağlık kuruluşlarında çalışmayacak, muayenehane açmayacak.

BAŞVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER

Yönetmeliğe göre, başvuru için gerekli belgeler şöyle:

-İlgili merci tarafından diploma ve/veya uzmanlık belgelerinin denkliğinin kabul edildiğini gösterir belge.

-Üniversitelerin Türkçe Öğretimi Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından yapılan Türkçe dil sınavında Avrupa Dil Portfolyosu kriterlerine göre (B) veya üzeri seviyede başarılı olduğuna dair belge.

-Türkiye'de ilk defa meslek icrasında bulunacakların, geldikleri ülkenin Sağlık Bakanlığı veya Büyükelçiliğinden alınan ve kanunen mesleğini yapmaya engel halinin bulunmadığını gösteren belge.

-Çalışacakları özel sağlık kuruluşu ile yabancı sağlık personeli arasında yapılan ve yabancı sağlık personeline ödenecek aylık ücret miktarının da belirtildiği hizmet sözleşmesi.

Yabancıları çalıştırabilmek için; hiç Türkiye Türkçesi bilmeyenlerden bir seviye üstte Türkçe dil bilgisi yeterli görülmüştür.

Geldikleri ülkenin üyesi oldukları meslek örgütlerinden mesleki sicilleri yerine Sağlık Bakanlığı veya Büyükelçiliğinden alınan ve kanunen mesleğini yapmaya engel olmadığını gösteren belgeler sunulacaktır.

Hekimler için zorunlu mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırılacaktır.

KİMİN İÇİN?

Düzenlemeden bu meslektaşlarımızın özel hastaneler ve özel sağlık kuruluşlarının yoğun olarak bulunduğu belli merkezlerde çalıştırılacağı anlaşılmaktadır. Yabancı hekimlerin ülkemizde hekim yetersizliği bulunan bölgelerde çalışmasını sağlayıcı bir düzenleme yoktur.

Yabancı hekimler yerlilerden farklı olarak mecburi hizmete tabi tutulmayacaktır. Yalnızca Türk vatandaşı olan hekimler tıp fakültesi, uzmanlık ve yan dal uzmanlık eğitimleri için üç kez 300 ile 600 gün arasında mecburi hizmet yapmaya devam edecektir.

Türk vatandaşı hekimlere bu gün uygulanan haksız çalışma sınırlamalarının yabancı hekimlere uygulanmasına yönelik bir düzenlemede yapılmamıştır.

Sağlık hizmetinin gerektirdiği iyi derecede Türkçe dil bilgisi aranmamakta, hiç bilmeyenlere göre biraz Türkçe bilmek yeterli görülmektedir. Türkçeyi iyi bilmeyen, yalnızca en sık kullanılan sözcükleri anlayabilen, düşüncelerini ayrıntılı olarak aktarmaktan yoksun kısaca belirtebilen insanların nitelikli sağlık hizmetini veremeyecek olması önemsenmemiştir.

Dünyada demokratik ülkelerde hekimlerin mesleki sicillerini meslek örgütleri tutmaktadır. Bu sicillerin istenerek Türk Tabipleri Birliği tarafından incelenip uygun bulunması da aranmamaktadır. Bunun yerine elçilikten, konolosluktan kanunen hekimlik yapmasının yasaklanmamış olması yeterli görülmektedir.

Hekimin önceki mesleki sicilinin meslek örgütü tarafından araştırılmasına, hekimlik meslek kurallarına aykırılık halinde mesleki disiplin ve yaptırımların uygulanmasına ve zararların karşılanmasına yönelik düzenlemeler, sağlık hakkını güvence altına alacak biçimde düzenlenmemiştir.

Türk doktorları, toplumun sağlık sorunlarını ve sosyal sorunları bilerek, hizmet isterlerine uygun biçimde yetiştirilmektedirler. Bir doktorun, toplumsal gerçekleri ve koşulları bilmeden sağlık alanında hizmet vermesi, nitelikli hizmet üretilmesi yönünden sakıncalıdır. Yabancı doktorların dil sorunları da, bu olumsuzluğu artırıcı bir öğe olarak değerlendirilmektedir.

Öte yandan, ülkemizde, doktor sayısının yetersizliğinden çok dengeli ve adil olmayan bir dağılım ve sağlık alanında altyapı eksikliği sorunu bulunmaktadır. Ayrıca, ülkemizin kimi yöresel koşulları, çalışma koşulları ve ekonomik koşullar göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'ye nitelikli yabancı doktor gelmeyeceği de bir gerçektir. Türkiye Cumhuriyeti yurttaşı doktorların henüz istihdam sorunu

BOĞAZİÇİ | ECZA DEPOSU

Sağlıklı bir gelecek için, Güvenilir bir adım.

Hedefimiz:
Sağlıklı bir gelecek için güvenilir bir adım' sloganıyla başladığımız bu yolda hedefimiz, sağlık sektöründe farklılıklar yaratarak, dünya standartlarında ve çağımızın yenilikleriyle, gelişen ve değişen Dünya da sizlere verdiğimiz hizmeti her zaman geliştirmektir.

İlkelerimiz:
Başlıca ilkemiz iş ahlakı olup, iş yaşamımızın temelini oluşturur. Sağlık sektöründeki var olan konumumuzu, müşterilerimizle olan ilişkimizi, güvenilir ve kaliteli hizmet anlayışımızı korumak ve ürünlerimizi iyi dağıtım ilkeleri doğrultusunda en iyi şartlarda size sunmaktır.

İnsan Kaynakları Politikamız:
Çalışanlarla şirket yönetimi arasında köprü vazifesi görerek bu bağı kuvvetlendirir. Çalışanların memnuniyetini ve motivasyonunu ön planda tutar, çalışanlara eşit fırsatlar verilerek sürekli gelişmelerini ve başarılı olmalarını sağlayacak alt yapıyı oluşturup, başarılı performans gösteren çalışanları ödüllendirmektir. Çalışanların sürekli üstün performans göstermelerini sağlayarak, sağlık sektöründe en çok tercih edilen şirket olmak ve konumu korumaktır.

Boğaziçi Ecza Deposu
Sağlık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
Esentepe Mah. Evrim Sok. No: 34/A Kartal/İSTANBUL
E-Posta: bogaziciecza@bogaziciecza.com
bogazicieczadeposu@ttmail.com

Tel: (0216) 306 50 18
www.bogaziciecza.com

İTHAL DOKTOR YÖNETMELİĞİ

Resmî Gazete Sayı: 28212 YÖNETMELİK / Sağlık Bakanlığından:
YABANCI SAĞLIK MESLEK MENSUPLARININ TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÇALIŞMA USUL VE ESASLARINA DAİR YÖNETMELİK

BİRİNCİ BÖLÜM / Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar
Amaç : MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı; Türkiye'de mesleklerini icra etmek isteyen yabancı sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.
Kapsam : MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik; diş hekimi, eczacı, ebe ve hastabakıcılar hariç özel sağlık kuruluşlarında çalışacak tüm yabancı sağlık meslek mensuplarını kapsar.
(2) Türk soylu diş hekimi, eczacı, ebe ve hastabakıcılar hakkında 25/9/1981 tarihli ve 2527 sayılı Türk Soylu Yabancıların Türkiye'de Meslek ve Sanatlarını Serbestçe Yapabilmelerine, Kamu, Özel Kuruluş veya İşyerlerinde Çalıştırılabilmelerine İlişkin Kanun uygulanır.
Dayanak: MADDE 3 – (1) Bu Yönetmelik; 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 40.ıncı maddesine, 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 1 inci, 4 üncü, 30 uncu, 47 nci, 63 üncü ve Ek 13 üncü maddelerine, 25/2/1954 tarihli ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanununun 3 üncü maddesine ve 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.
Tanımlar: MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;
a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
b) Mesul müdür: Özel sağlık kuruluşlarının Bakanlık ve Müdürlük nezdinde temsilcisi olan idari ve tıbbi sorumlusunu,
c) Müdürlük: İl Sağlık Müdürlüğünü,
ç) Yabancı: Türkiye Cumhuriyeti Devleti ile vatandaşlık bağı bulunmayan kişiyi, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM / Çalışma Şartları ve Çalışma Başvurusu
Çalışma şartları: MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki yabancı sağlık meslek mensupları, aşağıda yer alan şartları sağlamak kaydıyla özel sağlık kuruluşlarında mesleklerini icra edebilirler:
a) Diploma ve/veya uzmanlık belgelerinin denkliği onaylanmış ve Bakanlıkça tescilleri yapılmış bulunmak.
b) Mesleğini icra etmesine kanunen engel hali bulunmamak.
c) Üniversitelerin Türkçe Öğretimi Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından yapılan Türkçe dil sınavında Avrupa Dil Portfolyosu kriterlerine göre (B) veya üzeri seviyede başarılı olmak.
ç) İlgili mevzuata göre Türkiye'de çalışma ve ikamet izni almış olmak.
d) Hekimler için, zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırmak.
Çalışma başvurusu: MADDE 6 – (1) Yabancı sağlık meslek mensubu tarafından, çalışmak istenilen özel sağlık kuruluşuna başvuru yapılır.
(2) Kişinin özel sağlık kuruluşunda çalışma başvurusu, mesul müdür tarafından Ek-1 sayılı cetvelde yer alan belgeler ile birlikte Müdürlüğe intikal ettirilir.
(3) Dosyada eksiklik ve/veya uygunsuzluk bulunmaması halinde dosya Bakanlığa gönderilir.
(4) Başvuru dosyası, Bakanlıkça planlama kapsamında ve Ek-1 sayılı cetvelde yer alan belgeler açısından değerlendirilir. Uygun bulunması halinde yabancı sağlık meslek mensubunun diploması tescil edilerek mesleğini icra etmesinin Bakanlıkça uygun bulunduğuna dair belge düzenlenir.
(5) İlgili mevzuat kapsamında çalışma izni ile ikâmet izni alınarak dördüncü fıkradaki belge ile birlikte personel çalışma belgesi düzenlenmesi için Müdürlüğe başvurulur. Yabancı sağlık meslek mensubu, personel çalışma belgesinin Müdürlük tarafından onaylandığı tarihten itibaren özel sağlık kuruluşunda çalışabilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM / Son Hükümler
Yürürlük: MADDE 7 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.
Yürütme: MADDE 8 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.
EK-1 / BAŞVURU İÇİN GEREKLİ BELGELER
1) İlgili merci tarafından diploma ve/veya uzmanlık belgelerinin denkliğinin kabul edildiğini gösterir belge.
2) Üniversitelerin Türkçe Öğretimi Uygulama ve Araştırma Merkezleri tarafından yapılan Türkçe dil sınavında Avrupa Dil Portfolyosu kriterlerine göre (B) veya üzeri seviyede başarılı olduğuna dair belge.
3) Türkiye'de ilk defa meslek icrasında bulunacakların, geldikleri ülkenin Sağlık Bakanlığı veya Büyükelçiliğinden alınan ve kanunen mesleğini yapmaya engel halinin bulunmadığını gösteren belge.
4) Çalışacakları özel sağlık kuruluşu ile yabancı sağlık personeli arasında yapılan ve yabancı sağlık personeline ödenecek aylık ücret miktarının da belirtildiği hizmet sözleşmesi.

çözülmemişken, yabancı uyruklu doktorların Türkiye'de çalışmasını olanaklı kılmanın yerinde olmayacağı değerlendirilmektedir.

FAYDALARI

-Yurtdışına eğitim için gitmiş ve çeşitli nedenlerle TC vatandaşlığından çıkarak o ülke vatandaşlığına geçmiş doktorların tekrar yurda dönmesi, yani sınırlı bir tersine beyin göçü sağlanabilir.

- Türkiye'de tıp fakültelerinden mezun olmuş veya Türkiye'de ihtisas yapmış olan Türkî Cumhuriyetler, İran, Irak, Filistin, Kıbrıs ve Batı Trakya başta olmak üzere çeşitli ülke vatandaşları olan doktorların eğitimlerinin tamamlanmasından sonra Türkiye'de kalmaları kolaylaşacaktır.

- Bu şekilde Türkiye'de eğitim görmüş ve ülkesine dönmeyerek yasa dışı bir şekilde özel poliklinik veya hastanelerde nöbet tutarak hayatını kazanmaya çalışan doktorların yasal çerçeve içine alınmasını sağlayacaktır.

- Turizm kentlerine düzenli turlar yapan turizm şirketleri, denkliği YÖK tarafından kabul edilmiş yabancı doktorların mevsimlik olarak Türkiye'ye gelmelerini ve turizm mevsiminde sağlık hizmeti vermelerini sağlayabilir.

- Yabancı sermaye sahiplerinin Türkiye'de pahalı sağlık yatırımları yapmaları halinde, yurtiçinden ve daha çok yurtdışından paralı hastaları çekebilmek için buralarda "ünlü" yabancı doktorları çalıştırmalarına fırsat verebilir. Bu turizm kaynağından yararlanmak isteyen sermaye sahipleri için tıbbi düzeyi Avrupa ile ölçüşebilen Türkiye'nin uygun bir vasat olduğu inkâr edilemez.

- Şu anda paralı azınlığa hizmet etmekte olan sınırlı sayıdaki büyük özel hastanelerimizin aynı amaçla "ünlü" isimleri doktor listelerinde göstermelerine fırsat tanımış olacaktır.

3 ameliyathane 2 doğumhane, biyokimya laboratuvarı, radyoloji endoskopi (gastroskopi, kolonoskopi) üniteleri ve lüks hasta odaları ile
MODERN SAĞLIK HİZMETİ

özel araf cerrahi merkezi

- GENEL CERRAHİ
- İÇ HASTALIKLARI
- KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM
- ÇOCUK HASTALIKLARI
- KULAK BURUN BOĞAZ
- GÖZ SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
- ÜROLOJİ
- ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ
- BEYİN CERRAHİSİ
- NÖROLOJİ
- CİLDİYE
- PLASTİK CERRAHİ
- UZMAN AİLE HEKİMLİĞİ
- ÇENE CERRAHİSİ
- 24 SAAT DİŞ HEKİMLİĞİ
- 24 SAAT ACİL
- BİYOKİMYA LABORATUVARI
- RADYOLOJİ (Röntgen - Ultrason- Bilgisayarlı Tomografi - Mamografi)
- ENDOSKOPİ (Gastroskopi-Kolonoskopi)
- PSİKOLOG
- BESLENME VE DİYET POLİKLİNİĞİ
- ESTETİK MERKEZİ (Saç Ekimi - Lazer Epilasyon - Kavitasyon)

Hürriyet Mah. Atatürk Cad. No:45 Güneşli -Bağcılar / İSTANBUL
(0212) 515 1919 www.arafcerrahimerkezi.com

hukukçu gözüyle

Av. Zekeriya YILMAZ
www.muzafferozcan.av.tr / 0216 532 0025

ÇOCUK YAŞTA HAMİLELİK VAKALARINI İLGİLİ HEKİMLERİN BİLDİRME SORUMLULUKLARI

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 278'inci maddesinde düzenlenen "suçu bildirmeme" maddesi, Anayasa Mahkemesi'nin 30/6/2011 tarihli ve E.2010/52, K.2011/113 sayılı Kararı ile iptal edilmiş olup, kararın Resmi Gazete'de yayımlandığı 15/10/2011 tarihinden altı ay sonra yürürlüğe girmesi hüküm altına alınmıştır. Bu maddenin iptalinden önce, işlenmekte olan ya da işlenmiş olmakla birlikte, sebep olduğu sonuçların sınırlandırılması halen mümkün olan bir suçu yetkili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılıyordu. Ayrıca mağdurun onbeş yaşını bitirmemiş bir çocuk, bedensel veya ruhsal bakımdan özürlü olan ya da hamileliği nedeniyle kendisini savunamayacak durumda bulunan kimse olması halinde ise verilecek ceza, yarı oranında artırılıyordu.

Anayasa Mahkemesi'nin ilgili maddeyi iptali üzerine, işlenmekte ya da işlenmiş olan bir suçun yetkili makamlara bildirme yükümlülüğü de ortadan kalmış oldu.

Yukarıdaki genel hükmün dışında, Türk Ceza Kanunu'nun 280'inci maddesinde "sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi" ayrıca özel olarak düzenlenmiş olup bu maddede her hangi bir iptal ya da değişiklik söz konusu değildir.

Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

Madde 280- (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Dolayısıyla, sağlık mesleği mensubu olan; hekim, diş hekimi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerin sorumlulukları devam etmektedir.

Sağlık mesleği mensubundan, kamu görevlisi statüsünde mi yoksa özel bir sağlık kurumunda çalışanların mı kast edildiği tam olarak anlaşılmamaktadır. Maddenin gerekçesindeki; "Kamu görevlisi sıfatını taşıyanların yukarıdaki 279'uncu madde kapsamında olduğu..." ifadesinden, kamu görevlisi sıfatını taşıyan sağlık mesleği mensuplarının bu madde kapsamında olmadığı anlaşılmaktadır. Söz konusu 279'uncu madde, kamu görevlilerinin suçu bildirmemesini düzenlemektedir.

Kamu görevlisinin suçu bildirmemesi

Madde 279- (1) Kamu adına soruşturma ve kovuşturmayı gerektiren bir suçun işlendiğini göreviyle bağlantılı olarak öğrenip de yetkili makamlara bildirimde bulunmayı ihmal eden veya bu hususta gecikme gösteren kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Suçun, adlî kolluk görevini yapan kişi tarafından işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

O halde, 280'inci madde kapsamındakilerin, "özel statüde bulunan sağlık mesleği mensupları"nın olduklarını düşünmek daha doğru olacaktır. Aksi görüşte olanlar ise, kanun koyucunun, suçu bildirmeme bakımından, önce 278'inci maddede genel ve 279'uncu maddede kamu görevlilerine ilişkin düzenleme yaptıktan sonra, 280'inci madde de özel olarak "sağlık mesleği mensupları"na yönelik özel düzenleme yaptığını, dolayısıyla kamu ya da özel ayrımının bulunmadığını tüm sağlık mesleği mensuplarının bu madde kapsamında olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Sağlık mesleği mensupları, görevleri gereği muayene, ameliyat, tahlil vb. işlemleri yaparken rastladıkları bulguların suçtan kaynaklandığı yönünde bir şüpheye düştüklerinde, bildirme yükümlülükleri doğmaktadır. Burada bahsi geçen işlemler, kendiliklerinden başvuran kişilerdeki bulgulardır. Adli bir iş için gönderilen kişi hakkındaki gizlemeler ya da bildirimden kaçınmalar, TCK m.257 (görevin kötüye kullanılması) ve diğer hükümler kapsamında değerlendirilecektir.

Sağlık mesleği mensubu, bulguyu normal bir davranışın sonucu olarak algılar ve bunda yanılabilmesi de tıbbî olarak kabul edilebilirse söz konusu suç oluşmayacaktır.

Bulgunun maddi bir olay ve durum olması gerekmekte, beyanlardan ya da açıklamalardan öğrenme durumlarında bildirim yükümlülüğü bulunmamaktadır.

Ayrıca sağlık mesleği mensubuna, yakınları (nişanlısı, evlilik bağı kalmasa dahi eşi, kan hısımlığından veya kayın hısımlığından üst veya alt soyu, üçüncü derece dâhil kan veya ikinci derece dâhil kayın hısımları, evlatlık bağı bulunanlar) söz konusu olduğunda, Anayasa'nın 38/5 maddesi hükmünce ceza verilmesi mümkün olmayacaktır.

Bir anlamda suç ihbarı olan bildirimler, CMK m.158 gereği, Cumhuriyet Başsavcılığına veya kolluk makamlarına yapılabilir. Valilik veya kaymakamlığa ya da mahkemeye yapılan ihbar, ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir. Bildirimler hem yazılı hem de tutanağa geçirilip imzalanmak üzere sözlü de yapılabilmektedir. CMK m.158/4'de aşağıdaki hüküm yer almaktadır:

Madde-158- (4) Bir kamu görevinin yürütülmesiyle bağlantılı olarak işlendiği iddia edilen bir suç nedeniyle, ilgili kurum ve kuruluş idaresine yapılan ihbar veya şikâyet, gecikmeksizin ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin, 49'uncu maddesinin Ek fıkrası gereği özel hastaneler, "kliniklerinde takip ettikleri gebeler, yenidoğan ve bebeklerin izlenmesi ve kontrolü için Bakanlıkça istenilen kayıt ve bildirimleri istenilen formatta ve sürelerde Bakanlıkça belirlenen birime bildirmekle" yükümlüdür.

Aynı zamanda bir kamu görevi yürüten hekimlerin, görevini yaptığı sırada, bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmemesi suçu, görevinin yürütülmesiyle ilgili bir suç niteliğindedir. Dolayısıyla, örneğin bir hekimin kendisine müracaat eden 15 yaşından küçük hamile bir kız çocuğuna dair bilgiyi, ilgili Yönetmeliğe uygun şekilde Bakanlıkça belirlenen birime bildirimde bulunması halinde sorumluluktan kurtulacağını düşünüyoruz.

Sağlık mesleği mensubunu azmettiren ya da yardım edenler, sağlık mesleği mensubu olmasa dahi, suça iştirak hükümleri (TCK. m.38, m.39, m.40/2) kapsamında sorumlu olacaklardır. Örneğin, durumu bildirmeye karar veren ve harekete geçen hekimi, bu kararından vazgeçiren ve harekete geçmemesini sağlayan kişi "azmettiren"; bildirim yapılmaması için kayıtları kısmen değiştiren, gecikmesi için işlemleri yavaşlatan diğer bir görevli de "yardım eden" sayılacaktır.

Hekim ve diğer sağlık mesleği çalışanlarının, görevlerini yaparken, bir suçun işlendiği yönünde bir belirtiye rastladıklarında yetkili makamlara bildirmemeleri veya geciktirmeleri halinde ceza almalarına ilişkin açılan davaların çok yaygın olmadığını söyleyebiliriz. Bununla birlikte fazla dava açılmaması, öncelikle doğal nedenlerle olmadığı şüphesi uyandıran ölümlerde, gerekli bildirimler yapılmadan defin ruhsatı düzenlenmesi ile "küçüklerin hamileliği durumundaki doğum ve diğer tıbbi müdahaleler"e önem verilmediği anlamına gelmemektedir. Bu yazının konusu, çocuk yaşta hamilelik vakalarının, sağlık mesleği mensuplarınca bildirilmemesi olduğundan, diğer konulara değinilmemiştir.

ÇOCUKLARIN CİNSEL İSTİSMARI (Çocuk Yaşta Hamilelik)

Hekimler, görevleri gereği muayene, ameliyat, tahlil vb. işlemleri yaparken rastladıkları bulguların, suçtan kaynaklandığı yönünde bir şüpheye düştüklerinde, yetkili mercilere bildirim yapmakla yükümlüdürler. Hamile çocuklarla ilgili bildirim yükümlülüğünün ayrıntıları ve sorumluluk sınırları, konunun hassasiyeti bakımından her iki taraf için oldukça önem arz etmektedir. Çocuk yaşta hamilelikler, "cinsel istismar" kavramı içinde, Türk Ceza Kanunu'nun 103'üncü maddesi hükümleri kapsamında değerlendirilmektedir.

Çocukların cinsel istismarı, TCK'nın 103'üncü maddesinde ele alınmış, birinci fıkrada cinsel istismar suçunu işleyene verilecek ceza belirtildikten sonra, "a" ve "b" bentlerinde ise, cinsel istimrardan ne anlaşılması gerektiği ortaya konulmuştur.

Çocukların cinsel istismarı

Madde 103- (1) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismar deyiminden;

a) Onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış,

b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar,

Anlaşılır.

(2) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Madde metninde, cinsel istismara ilişkin çocuklar; "15 yaş öncesi" ve "15 yaş ile 18 yaş arası" olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. 18 yaş ve üstü ergin kişilere karşı işlenen fiiller için "cinsel saldırı" ifadesi kullanılmasına rağmen çocuklar açısından "cinsel istismar" ifadesi kullanılmıştır.

15 yaşını tamamlamamış ya da tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş çocuklar bakımından cinsel istismar suçunun oluşması için failin herhangi bir cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen (uyku, sarhoşluk, şok gibi) bir davranışta bulunması şartı aranmamış, 15-18 yaş arasında ise cinsel istismardan söz edebilmek için bu şart aranmıştır.

O halde cinsel istismar suçunun mağduru;

1-Onbeş yaşını tamamlamamış olan erkek veya kız çocukları,

2-Onbeş yaşını tamamlamış fakat maruz kaldığı fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan erkek veya kız çocukları,

3-Cebir, tehdit, hile ya da iradeyi etkileyen başka nedenlere dayı olarak cinsel davranışa muhatap olan, onbeş-onsekiz yaş arasında bulunan erkek veya kız çocuklarıdır.

Mağdur, faille aynı cinsten olabileceği gibi farklı cinsten de olabilir.

Düzenleme, mağdurun yaşına dayalı yapıldığından, yaş tespiti gerek mağdur ve fail, gerekse sağlık mesleği mensupları açısından önem taşımaktadır. Ülkemizde nüfus kayıtlarıyla ilgili sorunlar giderilmediği ve doğumlara ilişkin kayıtlar sağlıklı yapılmadığı için, mağdurun yaşının tespitinde resmi nüfus kayıtları her zaman gerçek yaşı göstermeyebilmektedir. Dolayısıyla yaş tespiti için genelde fiziki muayene yanında radyolojik muayene de yapılarak rapor düzenlenmektedir.

Sağlık mesleği mensuplarının bildirme yükümlülükleri için suçun varlığı yönünde bir şüphenin bulunması yeterli olduğundan, örneğin bir hekimin muayene ettiği bir kız çocuğunun hamile olduğunu tespit etmesi halinde, nüfus kaydında çocuğun yaşının yüksek görülmesine rağmen, genel bir fiziki muayenede belirlenebilecek şekilde yaşının küçük olduğu anlaşılıyorsa, hekimin suçu bildirme sorumluluğundan söz edilecektir.

Medeni Kanun gereği 18 yaşını tamamlamadan, örneğin 17 yaşında evlenme ile veya 15 yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir. Ancak TCK bakımından mağdur 18 yaşını bitirmemişse, evlenmiş olması ya da mahkemece ergin kılınmış olsa da, söz konusu eylemler TCK. 103 ve 104'üncü madde kapsamında değerlendirilmektedir.

Reşit olmayan (18 yaşını tamamlamayan), fakat 15 yaşını bitirmiş olan çocuklarla, cebir, tehdit ve hile olmaksızın (kendi rızasıyla) cinsel ilişkide bulunan kişinin, şikâyet üzerine cezalandırılmasına ilişkin TCK'nın 104'üncü maddesi, Anayasa Mahkemesi'nin 23.11.2005 tarih ve 103/89 sayılı Kararı (RG:25 Şubat 2006/26091) ile iptal edilmiştir.

SONUÇ

Hekimler (ve diğer sağlık mesleği çalışanları), görevleri gereği muayene, ameliyat, tahlil vb. tıbbi işlemleri yaparken rastladıkları bulguların, suçtan kaynaklandığı yönünde bir şüpheye düştüklerinde, yetkili mercilere bildirim yapmakla yükümlüdürler. Çocuk yaşta hamilelik, "cinsel istismar" kavramı içinde, Türk Ceza Kanunu'nun 103'üncü maddesi hükümleri kapsamında değerlendirilmektedir.

Yukarıda yapılan açıklamalar doğrultusunda, hekimler kendilerine başvuran ve hamile olduğunu tespit ettiği kız çocuklarından;

1-Onbeş yaşını tamamlamamış,

2-Onbeş yaşını tamamlamış fakat maruz kaldığı fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş,

3-Onbeş-onsekiz yaş arasında olup da, cebir, tehdit, hile ya da iradeyi etkileyen başka nedenlere dayalı olarak kendi rızaları dışında hamile kalmış olanları, gecikmeden Cumhuriyet Başsavcılığına veya kolluk makamlarına bildirmek zorundadır.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin, 49'uncu maddesinin Ek fıkrası gereği özel hastaneler, "kliniklerinde takip ettikleri gebeler, yenidoğan ve bebeklerin izlenmesi ve kontrolü için Bakanlıkça istenilen kayıt ve bildirimleri istenilen formatta ve sürelerde Bakanlıkça belirlenen birime bildirmekle" yükümlüdür.

Aynı zamanda bir kamu görevi yürüten hekimlerin, TCK 280'inci maddede geçen "sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi" suçu görevinin yürütülmesiyle ilgili bir suç niteliğindedir. Dolayısıyla bir hekim, kendisine müracaat eden 15 yaşından küçük hamile bir kız çocuğu ilgili, Yönetmeliğe uygun şekilde Bakanlıkça belirlenen birime bildirimde bulunması halinde sorumluluktan kurtulacağı kanaatindeyiz.

Diğer taraftan, ülkemizde nüfus kayıtlarıyla ilgili sorunlar giderilmediği ve doğumlara ilişkin kayıtlar sağlıklı yapılmadığı için, mağdurun yaşının tespitinde resmi nüfus kayıtları, her zaman gerçek yaşı göstermeyebilmektedir. Bu sebeple yaş tespiti için fiziki muayene yanında genelde radyolojik muayene de yapılarak raporlar düzenlenmektedir.

Sağlık mesleği mensuplarının "suçu bildirme yükümlülükleri" için "suçun varlığı yönünde bir şüphe"nin bulunması yeterli olduğundan, örneğin bir hekimin muayene ettiği bir kız çocuğunun hamile olduğunu tespit etmesi halinde, nüfus kaydında çocuğun yaşının yüksek görülmesine rağmen, genel bir fiziki muayenede belirlenebilecek şekilde yaşının küçük olduğu anlaşılıyorsa, hekimin suçu bildirme sorumluluğundan söz edilecektir. Bu durumda hekimlerin, gebelik takip sistemine bildirimde bulunması yeterli olmayacak, Cumhuriyet Başsavcılığına veya kolluk makamlarına da bildirimde bulunması gerekecektir.

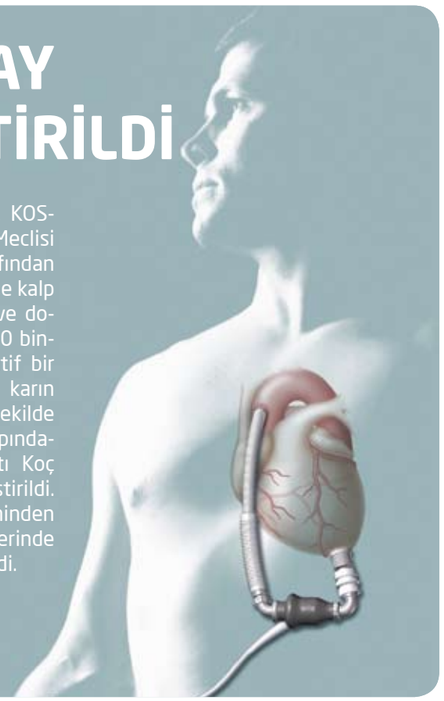
ALERJİK NEZLEYE TEKNOLOJİ ÇARE BULDU!

Hem mevsimsel, hem de tüm yıl süren alerjik nezle ile boğuşanlar, çareyi en yeni teknolojik tedavi "rhinolight" yani ışık tedavisinde buluyor. Özellikle bu mevsim çok rastlanmasına karşın kimi hastalarda yıl boyunca süren ve ilaç tedavisi gerektiren alerjik nezlenin neden olduğu hapşırık, kaşıntı, şiddetli burun akıntısı gibi şikâyetler artık birkaç dakikalık seanslarla uygulanan ışık tedavisi ile ağrısız bir şekilde ortadan kaldırılıyor. Her seansta iki ila üç dakika arasında değişen sürelerde uygulanan Rinolight tedavisinde, özel dalga boylarındaki ışınların karışımından oluşan bir ışık kullanılıyor ve burun delikleri yolu ile yapılan uygulama sırasında herhangi bir sıcaklık ya da ağrı hissi oluşmuyor. Rhinolight uygulaması dokularda herhangi bir kalıcı hasar oluşturmadığından alerji hastalarında hiçbir sorun oluşmadan uzun dönemler kullanılabiliyor.

KÖK HÜCRE TEDAVİSİ, KALP KRİZİ GEÇİRENLERDE BAŞARILI OLDU

ABD'de bilim adamları, kalp krizi geçiren hastaların kalbinde oluşan hasarı hastaların kendi kalbinden aldıkları kök hücreleri kullanarak iyileştirmeyi başardı. "Lancet" tıp dergisinde yayımlanan araştırmada, hasarlı dokunun yüzde 50 oranında azaldığı ve yeni kalp hücrelerinin sayısında beklenmeyen bir artış gözlendiği belirtildi. Cedars-Sinai Kalp Enstitüsü'nde yapılan araştırmaya kalp krizi geçiren 25 hasta katıldı. Kalp krizinden bir ay sonra hastaların boyunlarındaki damarlardan kalplerine gönderilen boru yardımıyla kalp dokusundan örnek alındı. Laboratuar ortamında her bir örnekten elde edilen yaklaşık 25 milyon kök hücre, kalbi çevreleyen atardamarlara nakledildi. Sol karıncıktaki hasarlı dokunun oranı, tedaviden altı ay sonra yüzde 24'ten yüzde 16'ya, bir yıl sonra ise yüzde 12'ye azaldı. Hastalarda hasarlı dokunun yerine beklenmeyen bir biçimde sağlıklı kalp dokusunun oluştuğu tespit edildi. Daha önce de Louisville Üniversite'sinde kalp yetmezliği teşhisi konmuş hastalar, kendi kalplerinden alınan kök hücrelerle tedavi edilmişti.

TÜRKİYE'NİN İLK YAPAY KALP POMPASI GELİŞTİRİLDİ



Koç Üniversitesi Üretim ve Otomasyon Araştırma Merkezi direktörü Doç. Dr. İsmail Lazoğlu ve araştırma ekibi, Florance Nightingale Hastanesi Kalp-Damar Cerrahisi Bölümü'nden Prof. Dr. Suha Küçükaksu'nun işbirliğiyle Türkiye'nin ilk Vücut içine Yerleştirilebilen Minyatür Yapay Kalp Pompası Sisteminin prototipi geliştirildi.

Karın boşluğuna yerleştirilecek şekilde tasarlanan 5 cm çapındaki minyatür, özgün tasarımıyla patentlendi. Türkiye'nin ilk Vücut içine Yerleştirilebilen Minyatür Yapay Kalp Pompası Sisteminin Geliştirilmesi Projesi ayrıca, Türkiye Makina İhracatçılar Birliği, TÜBİTAK, KOSGEB, Türkiye İhracatçılar Meclisi ve Ekonomi Bakanlığı tarafından ödüle layık görüldü. Ülkemizde kalp yetmezliği sorunu yaşayan ve donor kalp bulamayan her yıl 10 binden fazla hasta için alternatif bir çözüm olarak düşünülen ve karın boşluğuna yerleştirilecek şekilde tasarlanan yaklaşık 5 cm çapındaki minyatür sistemin imalatı Koç Üniversitesi'nde gerçekleştirildi. Minyatür kalp pompası sisteminden laboratuar performans testlerinde oldukça iyi sonuçlar elde edildi.

GELİŞEN VE YENİLENEN KADROMUZLA
7 GÜN 24 SAAT HİZMETİNİZDEYİZ

- ACİL
- ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
- GENEL CERRAHİ
- ORTOPEDİ
- GÖZ
- GÖĞÜS HASATLIKLARI
- DERMATOLOJİ
- DİYET VE BESLENME
- LABORATUVAR
- DAHİLİYE
- KADIN HASATALIKLARI VE DOĞUM
- KULAK BURUN BOĞAZ
- NÖROLOJİ
- RADYOLOJİ
- DİŞ SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
- LAZER EPİLASYON
- RÖNTGEN
- DİOT LAZER EPİLASYON
- MEDİKAL CİLT BAKIMI
- SAĞLIKLI ZAYIFLAMA
- ENDOSKOPİ
  GASTROSKOPİ
  KOLONOSKOPİ
  SİGMOİDOSKOPİ
- MR
  TOMOGROFİ
  DOPPLER
  USG
  MAMOGRAFİ

GELİŞEN VE YENİLENEN KADROMUZLA 7 GÜN 24 SAAT HİZMETİNİZDEYİZ

ÖZEL
ÇEKMEKÖY TIP MERKEZİ

Şehit Şahinbey Cd. No: 14 Çekmeköy / İstanbul
Tel: 0216 642 02 04 www.cekmekoytipmerkezi.com

NÜKLEER TIP İLAÇLARI YURTDIŞINDA DA ÜRETİLECEK

Eczacıbaşı Yöneticisi Erdal Karamercan, nükleer tıpta kullanılan radyoaktif ilaçlarla ilgili yurt dışındaki ilk tesislerinin iki ay içinde Romanya'da devreye gireceğini bildirdi. Karamercan, kanser teşhisine yardımcı görüntüleme teknolojilerinde kullanılan radyoaktif ilaçlar üzerinde çalıştıklarını belirterek şu bilgiyi verdi: "Ürettiğimiz radyoaktif ilaçlar, özellikle PET/CT ve SPECT/CT gibi en son teknoloji cihazlarda kullanılıyor. Bu ürünler hastaya enjekte edildikten sonra, ilgili cihazlar kullanılarak gerek metabolik aktivite gerekse anatomik görüntülerin alınıp birleştirilmesi sonucunda, tümörün lokasyonu ve gelişimi açısından son derece önemli bilgiler veriyor. Bu da klinik çalışanlarına hem tedavi planlaması hem de tedavinin takibinde inanılmaz bir kolaylık sağlıyor."

KALP KRİZİNİ BİLDİREN CİHAZ GELİŞTİRİLDİ

ABD'de henüz test aşamasında olan cihazın, kalp krizini tespit edebildiği belirtiliyor. Cihaz, ana damarlardan biri pıhtı ile tıkanır tıkanmaz "bip" sesi veriyor ve titreşime geçiyor. Fransız "Le Figaro" gazetesinin internet sitesinde yayımlanan makalede, köprücük kemiğinin altına, kalbin yakınına yerleştirilen cihazın, ana damarlardan biri pıhtı ile tıkandığında sinyal vererek kalp krizini tespit ettiği belirtildi.

Cihazın etkili olup olmadığı Amerikalı Dr. Robert Wlodarczyk ve ekibi tarafından ABD'deki 75 sağlık merkezinden 1020 kişinin katıldığı klinik araştırmalarla test ediliyor. Cihazın yaygınlaşması halinde kalp krizi geçirenler ve kurtulanların oranının yüzde 25-30 artabileceği belirtiliyor. Daha önce kalp krizi geçirmiş olanların derisinin altına yerleştirilecek cihazın yaklaşık 30 bin TL'ye satılması planlanıyor.

KÖRLER İÇİN YENİ UMUT

Uzun yıllardır tamamen kör olan iki İngiliz, yeni göz implantları sayesinde kısmi olarak görmeye başladı. Retinanın arkasına yerleştirilen implantlar sayesinde hastalar ışığı algılamaya ve bazı şekilleri seçmeye başladı. Yeni göz implantları Oxford Üniversitesi Göz Hastanesi ve Londra King's College Hastanesi tarafından geliştirildi. Projeyi Prof Robert MacLaren ve Tim Jackson yönetiyor. Chris James ve Robin Millar adlı iki hasta yıllar önce retinis pigmentosa adı verilen hastalık nedeniyle görme yetilerini kaybetmişlerdi. Bu hastalık gözlerdeki fotoreseptörlerin zamanla fonksyonlarını yitirmesine neden oluyor. 3 mm kare'lik mikroelektronik çipin içinde 1500 ışığa duyarlı piksel bulunuyor. Göz implantının içindeki bu pikseller fotoreseptör görevi görüyor. Bu implantlar ameliyatla retinanın arkasında yerleştiriliyor. Daha sonra implantlar ince bir kablo ile kulak arkasına yerleştirilen kontrol mekanizmasına bağlanıyor.

Işık göze girdiğinde çipe ulaşıyor ve pikselleri harekete geçiriyor. Pikseller ise optik sinirlere elektronik sinyaller yolluyor ve bu da görüntünün beyne ulaşmasını sağlıyor. Çipin hassasiyeti kafatasına yerleştirilen manyetik bir plaka sayesinde kulağın arkasından kontrol edilebiliyor. Ancak uzmanlar henüz implantların deneme aşamasında olduğunun altını çiziyor. İmplantlar şimdilik sadece İngiltere'de 12 hastaya takılacak.

Özel EKOTOM TIP MERKEZİ

kaliteli...güleryüzlü...

doğru teşhis...doğru tedavi...

- GENEL CERRAHİ
- DAHİLİYE MUAYENESİ
- KARDİYOLOJİ MUAYENESİ
- ÜROLOJİ
- NÖROLOJİ
- RADYOLOJİ
- KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
- EKOKARDİYOGRAFİ
- ELEKTROKARDİOGRAM (EKG)
- KEMİK DANSTİOMETRE
- MAMOGRAFİ
- MR (Magnetic Resonance)
- RENKLİ DOPPLER
- RİTİM HOLTER
- TANSİYON HOLTER
- RÖNTGEN
- SİNTİGRAFİ
- BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ (BT)
- ULTRASON (USG)
- ENDOSKOPİ
- KOLONOSKOPİ
- GASTROSKOPİ
- TAŞ KIRMA ÜNİTESİ (ESWL)
- LAZER EPİLASYON
- PSİKİYATRİ
- FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON
- ORTAPEDİ ve TRAVMATOLOJİ
- UZM.PSİKOLOG
- DİYETİSYEN
- DİŞ HEKİMLİĞİ

Merkez Mh. Salihpaşa Cd. Huzur Sk. No:4/A (SSK.Hast.Yanı) G.O.Paşa/İstanbul
Tel : (+90) 212 578 64 61 - 62 - 63 Fax : +90) 212 578 64 60
E-Mail : info@ekotom.com.tr Web : www.ekotom.com.tr

Sümerlerde ve Mısırlılarda İLK İLAÇLAR

Çağdaş meslektaşları gibi Sümerli hekim de ilaçlarının ana maddelerini bitkisel, hayvansal ve maddesel kaynaklardan sağlıyordu. Gözde mineralleri Sodyumklorid (tuz) ve potasyum nitrattı (güherçile). Hayvansal maddelerden, süt, yılan derisi, kaplumbağa kabuğu kullanıyordu. Ancak ilaçların çoğunun kaynağı bitkiler dünyasıydı

Bildiğimiz anlamıyla ilacın tarihi aslında şifacılığa, en az onun kadar eski olan kocakarı iksirlerine ve Şamanizm'e dayanıyor. Eski çağlarda çeşitli otlar kaynatılarak veya yakılarak elde edilen sıvılar ya da doğrudan otların kendileri hastalara tedavi amacıyla verilirdi.

Bu otları bilen ve tedavi görevini üstlenen, genellikle kabilenin şamanı ya da yörede yaşayan ve Hıristiyanlıkla beraber cadı olarak adlandırılacak olan kocakarılar olurdu. Bu kişiler aileden gelen -Şamanlıkta seçilmiş kişiye aktarılan- bilgilerle tedaviler uygularlardı.

İlaca dair bilinen ilk kayıt M.Ö. 3000 yılına Sümerlere aittir. Adı bilinmeyen bir hekim tarafından ıslak topraktan 16 santim uzunluğunda, 9,5 santim genişliğinde bir tablete çivi yazısıyla yazılmıştır.

İçeriği tam olarak çözülememiş olan bu çivi yazısı tablet, bugün Philadelphia Üniversite Müzesinde sergileniyor.

Eski Mısır ve Çin'de de birçok rahatsızlık için çok erken çağlardan itibaren çeşitli tedaviler uygulandığına kayıtlarda rastlanıyor. Homeros, Mısırlı doktorların ilaçlarını "otlardan elde edilen ve bazen zehirli olabilen maddeler" ifadesiyle tanımlar. Mısır'ın iyileştirme tanrısı Tot, aynı zamanda ilk fizikçi ve cerrahtır. Bilinen ilk doktorun adı ise Sinv'dir. Bu ismin yazılışı "cine", önüne gelen "met" adlıyla birleşince, Latince'ye Tıp kelimesinin "metcine" olarak yerleşmesine neden olmuştur.

Herodotus, Euterpe'sinde tıptan "sanat" olarak bahsedecek ve şu yorumu yapacaktır: "Tıp sanatçıları kendi aralarında bölünmüş durumdalar. Her biri tek bir rahatsızlıkla ilgileniyor ve diğerleriyle uğraşmıyor. Kimi göz, kimi kafa, bazıları dış, bazıları da iç rahatsızlıkları tedavi ediyor." Romalı Diodorus Siculus ise Mısır'da tedavi için para ödenmediğinin altını çizerek, olayın diğer bir boyutunu dile getirir. Hastalar doktordan hoşnut kaldıklarında, iyileştiklerinde genelde ufak hediyelerle teşekkür etmektedirler.

Bu dönemden kalan bazı papirüslerde ilaç tariflerine rastlanmaktadır. Bunlardan en bilineni olan Edwin Smith Papirüsü'nde (M.Ö. 1600) diagnostik, prognostik ve anatomiyle ilgili bilgiler yazılıdır. Yine bu dönemden kalan papirüslere göre, Eski Mısır'da ilaçlar mineral, bitkisel ve hayvansal olmak üzere üç ana maddeden yapılmaktaydı: Bal, sarımsak ve soğan da en çok kullanılan maddelerdi. Özellikle kulak rahatsızlıklarının tedavisi için birçok yöntem bulunmaktaydı. "Pharmacy" kelimesinin de "phahri" (ilaç) ve eski Mısırca "haki" (büyü) kelimelerinin birleşmesinden oluştuğu sanılmaktadır.

O dönemlere ait bazı bulgulara bir göz atalım. M.Ö. 1900 yılına ait Kanun adlı papirüste kadın hastalıklarının tedavisine yönelik bilgiler, M.Ö. 1650 yılına tarihlenen Edwin Smith papirüsünde, anestezide kullanılan ilaçlar, M.Ö. 1550 yılında yazılan Erman papirüsünde ise çocuklara verilen ilaçlar anlatılmaktadır.

Hekimlerin çeşitli hastalıklarda kullandıkları ilaçların tarifleri ise Ebers, Hearst, London ve Berlin papirüslerindeaçıklanmıştır.

Ağız yoluyla alınan ilaçların listesi de M.Ö. 1200 yılında yazılan Chester-Beatty papirüsünde bulunuyor.

Mısır'ın bilgisinin Antik Yunan'a geçmesiyle Tıp ile tanışan Batı toplumu, doktorlukla ilgili temel prensiplerini de bu dönemde belirler; çeşitli okullar kurulur. Bu okullardan en önemlisi olan Hipokrat Okulu'nun prensipleri bugün edilen Tıp yeminin ilkel halini oluşturmuştur. Hipokrat kadar önemli kabul edilen Galen'in zehirler ve şifalı otlarla ilgili araştırmalar yaptığı bilinmektedir.

Antik Yunan'da şifalı ot bilgisi hastaları tedavi etmenin yanı sıra, savaşçıları boyamak, acıyı azaltmak ve zehir üretmek amacıyla kullanılmaktaydı. Politik oyunların büyük yer kapladığı yaşam biçimleri, hele Sokrates'in de kendini baldıran otuyla zehirlediği düşünüldüğünde, bu akla oldukça yatkındır.

TARİHİN İLK İLAÇ FORMÜLLERİ

İ.Ö. üçüncü bin yılın sonlarına doğru yaşamış olan isimsiz bir Sümerli hekim, meslektaşları ve öğrencileri için en değerli tıbbi reçetelerini bir araya getirip kaydetmeye karar verdi.

Islak topraktan 16 cm uzunluğunda 9,5 cm genişliğinde bir tablet hazırladı, kamış kalemin ucunu eğik biçimde yonttu ve zamanın yazısıyla gözde ilaçlarının bir düzinesini tablete kaydetti. İnsanlığını bilinen en eski tıp "el kitabı" olan bu belge, bir Amerikan kazı ekibince ortaya çıkarılıp Philadelphia Üniversite Müzesi'ne götürülünceye değin dört bin yılı aşkın süre Nippur kalıntıları altında gömülü kalmıştır.

Bu belgeden öğrendiğimize göre, çağdaş meslektaşları gibi Sümerli hekim de ilaçlarının ana maddelerini bitkisel, hayvansal ve maddesel kaynaklardan sağlıyordu. Gözde mineralleri Sodyumklorid (tuz) ve potasyumnitrattı (güherçile). Hayvansal maddelerden, süt, yılan derisi, kaplumbağa kabuğu kullanıyordu. Ancak ilaçların çoğunun kaynağı bitkiler dünyasıydı; hıyar-şember, mersin, şeytantersi, kekik gibi bitkiler; söğüt, armut, köknar, incir ve hurma gibi ağaçlar. İlaçlar bitkinin tohumundan, kökünden, dalından, kabuğundan ya da zamkından hazırlanmıştı ve günümüzde olduğu gibi katı ya da toz halde saklanmış olmalılar.

Hekimimiz dıştan sürmek için hem merhem hem süzülmüş sıvılar, içmek için de sıvı ilaçlar öneriyordu. Genel olarak merhem bileşikleri, bir ya da daha çok otun dövülmesiyle elde edilen tozun, şaraba katılması ve karışama reçine ve sedir ağacı yağı dökülmesiyle hazırlanıyordu. Irmak çamurunun dövülmesiyle hazırlanan bir diğer ilaçta ise elde edilen toz, su ve balla yoğruluyor ve karışımın üzerine reçine yerine "deniz" yağı dökülüyordu.

Süzme yöntemiyle hazırlanan ilaç reçeteleri daha karmaşıktı ve bunların peşinden de bir kullanım kılavuzu geliyor. Bunlardan üçü için kaynatma yöntemi kullanılmış. İstenen özleri

özel
Unutmaz Tıp Merkezi
www.unutmaztipmerkezi.com.tr
hasta ve yakınlarına çağdaş sağlık hizmetini insancıllık ve bilimsellik ilkeleri çerçevesinde
GÜLERYÜZ, İLGİ, SEVGİ, ŞEFKAT
VE SAYGIYLA SUNUYOR...
İÇ HASTALIKLARI / KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM / ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI / RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI / GENEL PRATİSYENLİK
DİŞ HASTALIKLARI / BİYOKİMYA LABORATUVARI / RADYOLOJİ LABORATUVARI / DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLARI
DİYETİSYEN / MEDİKAL KOZMETİK ÜNİTESİ - LAZER - ZAYIFLAMA - PRP - CİLT BAKIMI
ÜMRANİYE BELEDİYE KARŞISI BOSNA BULVARI KISIKLI MAHALLESİ NO:5 ÜSKÜDAR TEL : +90 216 461 67 21

çıkarmak için, karışım suda kaynatılıyor ve olasılıkla daha fazla öz elde etmek için alkali ve tuz ekleniyordu. Reçetelerden hiçbirinde değinilmemiş olmasına rağmen, organik maddeleri ayırmak için sulu eriyiğin süzgeçten geçirildiğinde kuşku yoktur. Sonra da süzülen sıvının gövdenin ağrıyan serpilmesi ya da o bölgenin yıkanmasıyla tedavi gerçekleştiriliyordu. Ardından yağ sürülüyor ve bir ya da daha fazla ot konuluyordu.

İçilecek ilaçlara gelince; hasta açısından bunların içimini kolaylaştırmak için çoğunlukla kullanılan araç biraydı. Çeşitli otlar toz haline getirildikten sonra bira içinde eritilip hastaya içiriliyordu.

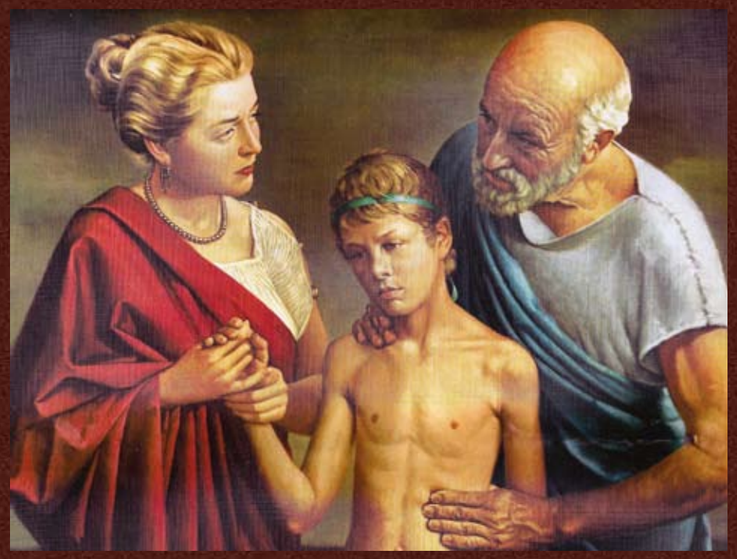
Bu tek tabletten bile Sümer'de eczacılık biliminin kayda değer ilerleme yaptığı açıktır. Tablet oldukça incelikli kimyasal işlemler ve süreçlerle ilgili, dolaylı da olsa, derin bir bilgi birikimi sunar. Örneğin, birkaç reçetede otların toz haline getirilmeden önce "arıtılma"sı gibi çeşitli kimyasal işlemler gerektiren bir şema önerilir. Kimyasal açıdan ilginç olan, tabletimizde çok fazla miktarda bitkisel yağ içeren özlerle ilgili alkali kullanımını iki reçete oluşudur, böylece dıştan kullanım için sabun üretilmektedir

Sümerli hekimimizce önerilen bir diğer madde ise, belli bir kimya bilgisi ile elde edilebilen potasyum nitrat ya da güherçiledir. Çok daha geç Asur döneminde de görüldüğü üzere, Sümerler de idrar gibi azotlu artık maddelerin aktığı arkları denetliyor, bulunan kristalize oluşumları arıtma için ayırıyorlardı. Kuşkusuz azotlu maddelerin yanı sıra sodyumklorid ve diğer sodyum potasyum tuzlarını içeren bileşenleri ayırma sorunu, olasılıkla bölünmüş kristalleştirme yöntemiyle çözülmüştü. Hindistan ve Mısır'da kalsiyum nitrat elde etmek için kadim kireç ya da eski harcı azotlu organik maddelerden ayrıştırma yöntemi hala geçerlidir; sonra güherçile elde etmek için kalsiyumnitrat potasyumkarbonat içeren odun külü ile arıtılıp buharlaştırılır.

Kadim metnimizde ilaçların hangi hastalıklara iyi geldiği belirtilmediği için tedavi edici değerleri bilinmiyor. Ayrıca maddelerin bileşiminde kullanılacak miktarların yanı sıra, ilacın ne miktarda ve ne sıklıkla kullanılacağı da belirtilmemiş.

Tabletimizi yazan Sümerli hekimin sihirli sözlere ve büyüye başvurmaması ilginçtir. Metnin hiç bir yerinde bir tanrıdan ya da bir cinden bahsedilmez.

İ.Ö. üçüncü bin yılda Sümer'de hastalıkları iyileştirmek için büyü ve cin çıkarma ayinlerinin bilinmediği anlamına gelmez bu. Tam tersine, büyülü sözlerin yazılı olduğu ve yazıtların yazarları tarafından da böyle olduğu belirtilmiş altmışa yakın küçük tabletten açıkça görüldüğü üzere böyle uygulamalar yapılıyordu. Sümerler'ler de daha sonraki Babilliler gibi, birçok hastalığı hastanın bedenindeki zararlı cinlere bağlıyorlardı.



Mısır'ın bilgisinin Antik Yunan'a geçmesiyle Tıp ile tanışan Batı toplumu, doktorlukla ilgili temel prensiplerini de bu dönemde belirler; çeşitli okullar kurulur. Bu okullardan en önemlisi olan Hipokrat Okulu'nun prensipleri bugün edilen Tıp yeminin ilkel halini oluşturmuştur.

TÜM YATIRIMLARIMIZ SAĞLIK İÇİN

MODERN TEKNOLOJİ

UZMAN PERSONEL

TIBBIN TÜM İMKANLARI

• GENEL CERRAHİ • NÖROLOJİ • CİLDİYE • KADIN DOĞUM •DİŞ • ÇOCUK HASTALIKLARI
• RÖNTGEN • DAHİLİYE • LABORATUVAR • ORTOPEDİ • ANESTEZİ VE REANİMASYON • GÖZ
• DİYETİSYEN • KBB • ACİL • ÜROLOJİ • PSİKOLOG • ENDOSKOPİ

ÖZEL ALİBEY HOSPITAL

Karadolap Mahallesi Neşeli Sokak No: 22 Eyüp-İstanbul
Tel: 0212 627 79 79 **Faks:** 0212 626 03 27
www.alibeyhospital.com.tr / info@alibeyhospital.com.tr

TÜKETİM FARKINDALIĞI VE GÖNÜLLÜ SADELİK

ÇEKÜD, geleneksel hale getirdiği çevre bilinci programlarına "Yeşil Pazarlama ve Tüketim Farkındalığı" konulu konferansı ile devam etti.

ÇEKÜD, geleneksel hale getirdiği çevre bilinci programlarına "Yeşil Pazarlama ve Tüketim Farkındalığı" konulu konferansı ile devam etti.

29 Nisan 2012 Pazar günü İstanbul Feshane Sadabat Salonu'nda gerçekleştirilen konferansta konuşan Karabük Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Ali Çağlar ÇAKMAK, yeşil pazarlama hakkında detaylı bilgiler vererek; hedonizm, içtepisel satın alma ve tutkulu satın alma gibi yanlış tüketici davranışlarına dikkat çekti ve bu davranışları belirleyen hususları dinleyicilere aktardı; gönüllü sadelik, tüketim ve tüketime bağımlılığını en aza indirmenin yolları irdelendi.

Ali Çağlar Çakmak'ın konuşma özeti aşağıda sunulmuştur.

Tüketim Farkındalığı nedir ?

Tüketim kişilere ilişkin gereksemeler nedeniyle malların ve hizmetlerin tüketilmesidir. Tüketici; kendisi veya ailesi için satın alma faaliyetinde bulunan veya satın alma potansiyelinde olan, tüketim faaliyetini gerçekleştiren kişidir. Tüketim ise mal ve hizmetlerin insan isteklerini gidermek üzere son kullanış şeklidir.

Tüketim ve tüketici dedikten sonra ihtiyaç ve istek diye iki kavram daha karşımıza çıkar. Çünkü tüketici davranışlarının asıl kaynağı ihtiyaçlardır. İhtiyaç, herhangi bir şeyin yokluğunun insanda oluşturduğu gerilim şekli, doğal veya kurulu dengesindeki bir bozulma halidir. İstek ise, hissedilen ihtiyacı tatmin etmek için tercih edilen şey anlamındadır.

Tüketici davranışlarında bugün ortaya çıkarılan bir sonuç var ki bu çok önemlidir; insanlar ürünleri temel fonksiyonları dolayısı ile değil içerdikleri anlamları nedeniyle satın almaktadırlar. Yani her satın alınan ürün sadece fonksiyonel faydaları dolayısı ile satın alınmıyor. Mesela bir kol saati bugün sadece zamanı göstermesi için alınmıyor, kendisine bunun dışında çok farklı manalar yüklenebiliyor.

Tüketici olarak nasıl davranıyoruz ?

Tüketici davranışı, kişinin özellikle ekonomik ürünleri ve hizmetleri satın alma ve kullanmadaki kararları ve bunlarla ilgili faaliyetleri olarak tanımlanabilir. Tüketici faaliyetleri zihinsel, duygusal ve fiziksel niteliklerde olabilir. Tüketici davranışı bilimi, tüketicilerin zaman, enerji ve para gibi kısıtlı kaynaklarını tüketime yönelik olarak nasıl kullandığını incelemeye çalışır.

Bir örnekle anlatmaya çalışalım. Yeni bir ürün pazara çıktığında yenilikçiler ilk satın alanlardır. Bu insanlar risk almayı severler. Firmalar bir ürünü piyasaya sürerken bu kitleyi hep göz önünde bulundurmaktadır. Bunlar toplumun %2-3ünü oluşturan ilk potansiyel müşterileridir ve gelir düzeyleri yüksektir.

Erken benimseyenler pazarın %13,5'unu oluşturur. Saygı duyulup ürünler için tavsiye edilen insanlardır. Mesela bir cep telefonu piyasaya sürüldüğünde önce "Yenilikçiler" satın alır, daha sonra "Erken Benimseyenler" ve sırasıyla "Erken Davranan Çoğunluk, "Geciken Çoğunluk" ve en son ürün "Geride Kalanlar" tarafından satın alınır.

Yeşil tüketici olabilir miyiz ?

Yeşil tüketici, standart tüketicilerin ötesinde yeni ürünlere ilgi duyan, yeşil ürünleri tercih eden, ürün satın alırken çevreye dost davranışlar benimseyen, bilgiyi araştıran, başkalarıyla ürünler hakkındaki görüşlerini paylaşan kişidir. Dikkatli bir alışverişçidir ve düşünmeden satın alma eğiliminde değildir. Öncelikli olarak çevrenin ihtiyaçlarını esas alır, marka sadakatinden yoksun olup ürün hakkındaki bilgiyi araştırır.

Bugün satın alma kararımızı markaların belirlediğini üzüntü ile müşahade ediyoruz. Önceki yıllarda tüketici bir üründen memnuniyetini ya da memnuniyetsizliğini sadece yakın çevresi ve tanıdıklarıyla paylaşırken şimdi internete giriyor ve daha büyük kitlelere ulaşmaya çalışıyor. Bu sebeple firmalar şimdi daha dikkatli ve çevre konusunda daha duyarlı davranmaya çalışıyorlar.

Kontrolsüz tüketim davranışları

Tüketiciler bir ürünü sadece daha önce belirttiğimiz gibi fonksiyonel faydası için almıyorlar. Mesela yemek yiyeceğim ama sadece doymak için yemiyorum, ya da bir ayakkabı alacağım ama sadece ayağımı yerden kesmek için değil, bana daha fazla şey katması için. Bu duyguları esas alan Hedonizm hazcılık anlamına gelir, yaşamın devamı için hazzı temel almaktır.

Hedonik tüketim; kişilerin ürünlere yönelik, hayal dünyalarının ve duygusal deneyimlerinin değişik yansımaları olarak tanımlanmaktadır. Hedonizmin belki de en önemli yönü alışveriş yapmadaki beklentilerdir. Alışveriş ve satın alma eylemlerinden beklentiler iki ana başlığa ayrılır: Faydacı beklentiler ve hedonik beklentiler.

Faydacı beklentilerde tüketici, ürünün işlevsel, nesnel özelliklerine ağırlık verir. Hedonik beklentilerde ise duygusal tepkiler, duygusal hazlar, düş kurma ve estetik beklentiler ön plandadır. Yüksek arzular, genişletilmiş ilgilenimler, fanteziler ve gerçeğin tatsızlığından kaçışlar gibi faktörlerin hepsi hedonik alışveriş deneyiminin belirtileridir. Bu açıdan bakıldığında, hedonik beklentiler öznel olduğu kadar semboliktirler. Tüketiciler çoğu ürünün tüketiminde her iki tip fayda beklentisine girmekle birlikte, bazı ürünleri hedonik, bazılarını ise daha fazla faydacı davranmaktadırlar.

Hedonik alışverişin nedenleri

- Maceracı Alışveriş
- Rahatlamak İçin Alışveriş
- Sosyal Amaçlı Alışveriş
- Fikir Edinmek-Son Modayı Takip Etmek
- Başkalarını Mutlu Etmek
- Fırsatları Yakalamak İçin Alışveriş

Satın alma işlemi iki belirleyici faktörün fonksiyonu olarak oluşur. Bunlardan birincisi satın alma niyeti, ikincisi ise çevre etkileri yada kişisel farklılıklardır. Satış öncesi zihni planlama ya da niyet şu şekilde oluşmaktadır.

- Alınacak ürün ve markanın belirlenmiş olması
- Ürün kategorisinin belirlenmiş olması
- Ürün sınıfının belirlenmiş olması
- Genel bir ihtiyacın belirlenmiş olması
- Bir ihtiyacın belirlenmemiş olması

Burada dikkat edilmesi gereken en önemli konu son maddedir. Buna "Plansız İçtepisel Satın Alma" denir ve bu herhangi bir plana dayanmadan çoğunlukla bir dürtünün aniden ortaya çıkması sonucu yapılan alımları ifade eder. Tüketicinin alışverişe çıktığında satın almayla ilgili bir planının olmaması durumunda satın alma karar sürecinin tüm aşamaları mağaza içinde gerçekleşir. İhtiyaçlar elbette kişiye ve zamana göre değişmektedir, önemli olan ihtiyaçlarımızı kendimizin belirleyebilmesidir. Dolayısıyla plansız satın alma davranışını pozitife çevirecek en önemli konu alışveriş listesi yapma alışkanlığı olacaktır.

Plansız satın almaların farklı türleri

- Tamamen plansız alımlar: Yeni bir ürünü/markayı görüp ona sahip olma isteği.
- Hatırlamalarla yapılan plansız alımlar: Önceden alışveriş listesinde olup da alınması unutulan bir ürünü hatırlayıp anında alım yapma.
- Öneriyle gelen plansız alımlar: Önceden hissedilmeye bir ihtiyacı tatmin eden bir ürünle karşılaşılıp ürünün ve diğer unsurların çekiciliğine kapılarak yapılan alımlar.
- Yapılan planlı alışverişin getirdiği plansız alımlar: Bir şeyi alma planı ile alışverişe gidip diğer markanın çekiciliğine, promosyonuna kapılarak alım yapılması.

Plansız satın almalar, alım esnasında heyecan duyulup fazla düşünmeden yapılması ve alımın olası negatif sonuçlarını görmezden gelme gibi nedenlerle eleştirilmektedir. Bununla birlikte bazı çalışmalarda plansız alımların mutlu, olumlu, girişimci ve farklı çeşitleri arayan kişilerce yapıldığı, pahalı ve daha fazla zaman ve çaba gerektiren yüksek ilgilenimli ürünlerin zaten plansız satın alınamayacağı görüşleri de mevcuttur.

Bireylerin ihtiyaç duymadıkları ve kullanmayacakları şeyleri almaları olarak tanımlanabilecek tutkulu satın alma ya da satın alma takıntısı yaklaşımında birey aslında aldıklarına çok az değer verir. Haz aldığı ve tatmin sağladığı şey, satın aldıklarına sahip olma duygusudur.

Satın alma takıntısına sahip kişilerdeki bulgular

Bazı araştırmacılar tutkulu davra-

nışın, kredi kartına sahip olma kolaylığı, gittikçe artan ve daha etkili hale gelen reklamlar, alışveriş merkezlerinde alışverişin kolaylaşması, televizyon ve internet aracılığıyla alışverişin artması ve toplumsal değerlerdeki değişmeler gibi modern yaşam biçiminin bir sonucu olduğunu ifade etmektedirler. Satın alma takıntısına sahip kişilerde şu bulgular tespit edilmektedir:

- Satın alma takıntısına sahip olanlar kendilerini kötü hissettiklerinde alım yaparlar ve alım ile rahatlama hissi yaşarlar.

- Alışverişe bir tür bağımlılık duyarlar, tıpkı alkol bağımlılığı gibi ve diğer bağımlılık türlerine de yatkınlıkları vardır.

- Kendilerine güvenleri azdır.

- Alma duygusunu kontrol etmede güçlük yaşarlar.

- Araştırmalar bağımlıların genel olarak kadın olduğunu göstermektedir.

Gönüllü sadelik çözüm olabilir mi?

Kontrolsüz tüketimi kontrol altına almanın iki yolu vardır: Bunlardan birincisi firma ve işletmeleri üretim ve pazarlama konusunda sınırlamak, baskılamaktır. Bunun serbest piyasayı olumsuz etkilemesi gib yan etkileri vardır ve bu sebeple tasvip edilmez.

İkinci yolsa bireylerin gönüllü davranışlarıdır. Tüketiciler ancak gönüllü bir davranışla tüketimi kontrol altına alabilirler. Bunu gönüllü sadelik olarak tabir edebiliriz.

Yukarıda bahsedilen tüketim davranışları kontrolsüz tüketimi oluşturan davranışlardır. Bu davranışların zıddı olarak kontrollü tüketim, ihtiyaca göre tüketim veya tüketim farkındalığı şeklinde ifade edilebilecek bir tüketim davranışı olarak gönüllü sadelik veya başka bir ifadeyle gönüllü basit yaşam tarzı kavramından bahsedilebilir.

Gönüllü sadelik, tüketimi ve tüketime bağımlılığı en aza indirmek ve günlük faaliyetlerde bireyin kontrolünü maksimize etmek isteyen bir yaşam biçiminin birey tarafından seçilme düzeyidir. Gönüllü sadelik maddi tüketimi sınırlandırmak suretiyle kişisel tatmini yaşamın ticari ve maddi olmayan yönlerinde arama modelidir. Gönüllü sadelik, düşük düzeyde tüketimin olduğu, çevreye karşı sorumluluğun ve kendi kendine yeterliliğin hâkim olduğu bir yaşam tarzını ifade etmektedir.

Gönüllü sadelik hareketi modern toplumun «iyi yaşam» tanımını sorgulamakta ve insanın iç dünyasını zenginleştiren, sosyal yönden yararlı ve çevresel açıdan sürdürülebilir olan daha az materyalist bir yaşamı savunmaktadır. Dolayısıyla gönüllü sadeliğin özünün, bireyin dış dünyasında olabildiğince sade ve basit, iç dünyasında ise zengin ve derinliği olan bir yaşam olduğu ifade edilebilir.

Gönüllü Sade Yaşam Tarzının temel boyutları

Pazarlama açısından bakılacak olursa Firmalar bireyler üzerinde o kadar çok kontrole sahip ki biz neye ne kadar ihtiyacımız olduğunu işletmelerden öğreniyoruz. Ama ideal durumda birey kendisi karar vermelidir.

Maddi sadelik: Kişinin yaşamını hem bir birey hem de bir tüketici olarak sadeleştirmesidir.

Belirleyicilik: Kişinin yaşamı üzerinde daha fazla kontrol sahibi olma ve diğer organizasyonlara daha az bağımlı olma isteğidir.

Ekolojik/çevresel duyarlılık: İnsanların ve kaynakların karşılıklı olarak birbirine bağımlı olduğunun farkına varılmasıdır.

İnsancıl ölçek: Küçük güzeldir anlayışına uygun olarak daha küçük ölçekli kurum ve teknoloji isteğidir.

Kişisel gelişim: Kişinin içsel yolculuğunda kendini keşfi ve geliştirmesidir.

Uygun teknoloji: Yüksek teknolojinin otomatik olarak kullanımından ziyade, üründe fonksiyonelliği, etkinliği ve enerji tasarrufunu sağlayacak uygun teknolojinin kullanımıdır. Gönüllü sadelikten teknolojinin kullanılmaması anlaşılmamalı. Gönüllü sadelikte esas olan en uygun teknolojinin seçimidir.

İlgili kaynaklar araştırıldığında Gönüllü sadelik kavramının literatüre ABD ya da batılı bir yazarın makalesi ile 1930 lu yıllarda girdiği söylenebilir. Ancak yerleşik Anadolu kültürü incelendiğinde bu kavramın sanki çok önceki devirlerde gönüllü sade yaşam tarzı varmış gibi pratikte asırlardır uygulanmakta olduğu görülecektir.

ÇEKÜD'ün ürettiği "Sofrada Sıfır Artık", "Sen Yoksan Kimse Yok", "Bir Fidan Borcun Var" gibi sloganlara bundan sonra "Gönüllü Sadelik" ile akalı bir slogan eklemek mümkün: "Sadeliği Gönlümüzce Yaşayalım"

ESKİ OSMANLI EVLERİYLE BİR VAHA MUDURNU

Kentsel SİT alanı ilan edilen Mudurnu, eski Türk evleri bakımından önemli bir özelliğe sahiptir. Sivil mimari özellikleri açısından Göynük evlerine benzerlik gösteren ilçenin, tarihini ve kültürünü yansıtan bu evler korumaya alınmıştır. İlçede bulunan 165 adet konut ve 8 adet cami, çeşme, hamam olmak üzere toplam 173 adet mimari değeri yüksek yapı bulunmaktadır.

Mudurnu, Bolu'nun bir ilçesidir. İl merkezine 52 km uzaklıktaki Mudurnu İlçesi eski Türk evleri bakımından önemli bir özelliğe sahiptir. Yeşilin hâkim olduğu ilçede bulunan 165 adet ev ve 8 Cami, çeşme ve hamam olmak üzere toplam 173 adet mimari değeri yüksek yapı nedeniyle "Kentsel Sit Alanı" ilan edilmiştir.

Türk sivil mimarisinin en güzel örneklerinden biri ise Armutçular Konağı ve Keyvanlar Konağıdır. Yöresel ev yemeklerinin tanıtıldığı konaklardan oda kiralamak da mümkündür.

İlçe sınırlarındaki Abant Gölü, Sülük Gölü, Karamurat Gölü, Şeyh-ül Ümran Tepesi görülmeye değer yerlerinden olup tüm Mudurnu'yu kuş bakışı izleme imkânı sunar. Ana gelir kaynağı hayvancılık olan Mudurnu'da bayanların hünerle işlediği iğne oyası da önemli bir gelir kaynağıdır. Demirciler çarşısında eskilerin el işlerini bu güne taşıyan birkaç esnaf bulmak da mümkündür.

Mudurnu'ya 5 km mesafede bulunan Babas Kaplıcası'nın metabolizma hastalıkları ve hafif diyabetliler üzerinde olumlu etkileri vardır. Konaklama tesisi olarak restore edilmiş konaklar tarih öncesinin ihtişamını taşımaktadır. Mudurnu'nun 30 km kuzeybatısında yer alan Sarot Kaplıcası Taşkesti - Ilıca Köyü hudutları içerisindedir. Bolu ili dâhilinde bulunan bütün maden sularından ayrı bir özellik taşıyan kaynak, sıcak ve sülfatlıdır.

Kentsel sit alanı ilan edilen ve 180'e yakın tarihi yapıyla ünlü bir ilçe Mudurnu, M.Ö. 5000 yıllarına kadar uzanan, Hitit, Frig, Pers, Roma, Anadolu Selçuklu ve Selçuklu, son olarak da Osmanlı İmparatorluğunun sınırlarında yer almış bir ilçedir. Kurtuluş Savaşında hem lojistik olarak hem de örgütlenme olarak Atatürk tarafından da Bolu, o dönemde büyük takdir almıştır.

TARİHİ VE TURİSTİK YERLER

Yıldırım Bayezit Camii ve Hamamı, Kanuni Camii, tarihi evler, Şeyhül Ümran, Şeyh Tevfik Efendi, Şeyh Fahreddin Rumi, Abdurrahim Tırsi, Karaarslan Baba, Davud-i Halveti Türbeleri görülmesi ve ziyaret edilmesi gereken yerlerdir. Her yıl Temmuz ayının ilk pazar gününde binlerce kişinin katılımıyla Şeyh-ül Ümran günü kutlanmaktadır. Ahiliğin çok eski bir geçmişi olan Mudurnu'da her hafta Cuma günü Cuma Namazından önce esnaf duası yapılır. Esnaflar arasında "orta parası" adıyla para toplanarak, ihtiyacı olanlara yardım edilir. Mudurnu'da her yıl Ekim ayının 2'nci haftasında Ahilik Kültürü Haftası düzenlenmektedir.

ULAŞIM

İlçe merkezi üç ayrı yönden gelen karayollarının birleştiği bir yerde kurulmuştur. Bolu'ya olan uzaklığı 50 km.dir. Ankara - Mudurnu arası 200 km, Akyazı 70 km, Adapazarı ise 100 km.dir.

MUDURNU EVLERİ

Kentsel SİT alanı ilan edilen Mudurnu, eski Türk evleri bakımından önemli bir özelliğe sahiptir. Sivil mimari özellikleri açısından Göynük evlerine benzerlik gösteren ilçenin, tarihini ve kültürünü yansıtan bu evler korumaya alınmıştır. İlçede bulunan 165 adet konut ve 8 adet cami, çeşme, hamam olmak üzere toplam 173 adet mimari değeri yüksek yapı bulunmaktadır. Armutçular Konağı ise bu yapılar içinde öne çıkmaktadır.

MUDURNU YILDIRIM CAMİİ

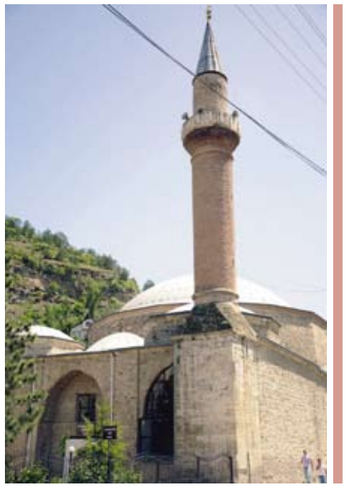
Mudurnu ilçesinde bulunan cami, 1382 yılında Yıldırım Bayezit tarafından şehzadeliği zamanında yaptırılmıştır. Kareye yakın dikdörtgen planlı caminin ana mekânını 19,43 m. çapında bir kubbe örtmektedir. Üç bölümlü bir son cemaat yeri vardır. Osmanlı mimarisinin ilk büyük kubbeli yapılarından olup, sekiz istinatlı camilerin de ilk örneklerinden olduğu kabul edilmektedir.

TARİHÇE

İlk Türk yerleşiminin Selçuklu döneminde başlandığını bildiğimiz Mudurnu, daha sonra Osmanlı İmparatorluğunun çekirdeğini oluşturan ana bölge içinde yer alır. Osman Bey döneminde yoğun Türk akınlarına uğrayan Mudurnu, Samsa Çavuş ve Köse Mihal'in rehberliğinde Osmanlı Beyliğinin ilk topraklarına katılır. I. Murat Döneminde, Osmanlı

Devletinin ilk düzenli ordusunun temeli olan "Yaya Örgütünü" oluşturan ve yine Osmanlının ilk Maliye Hazine örgütünü kuran Halil Hayrettin Paşa (Çandarlı Kara Halil) Mudurnu'ludur. Şeyh Fahreddin-i Rumi'nin öğrencisi olup, Mudurnu ahi örgütlerinde yetişen Çandarlı, daha sonra Osmanlı'nın ilk veziri olacaktır.

Fetret Devrinde güvenli bir Osmanlı beldesi olarak bilinen Mudurnu, Şehzade Mehmet Çelebi ve Emir Süleyman'a bir dönem sığınak olmuştur. 30 Ekim 1918 Mondros Ateşkes Antlaşması sonrasında Anadolu, işgal edilmeye başlanmıştır. Mudurnu ve yöresindeki yurtsever güçler, Osmanlı Teşkilatı Mahsusa Lideri Kuşçubaşı Eşref öncülüğünde 30 Mayıs 1919'da "Mudurnu Redd-i İlhak Cemiyeti"ni, 20 Ekim 1919'da "Mudurnu Müdafa-i Hukuk Cemiyeti"ni kurmuşlar.



MİMARİ YAPILAR

Mudurnu, Ankara Kültür ve Tabiat Varlıkları Koruma Kurulunun 20.10.1992 tarih ve 2691 sayılı ve 16.10.1995 tarih ve 4219 sayılı kararıyla 215 adet sivil mimarlık örneği yapı 5 adet cephesi korunacak yapı, 138 adette planla korunması gereken yapı tescillenmiştir. İlçenin giriş bölümü hariç tamamı sit alanıdır.

Geleneksel konutların belirgin özelliği, birkaç örnek dışında Batı Karadeniz'deki diğer örneklerle büyük benzerlik gösterir. Dingin pencere düzeni, blok etkili kararlı çıkmalar, topografyanın gerektirdiği yerlerde sokağın oluşumuna göre gönye çıkmalar, alaturka kiremitli kırma çatılar, çıkmaların üzerindeki üçgen alınlıklar hemen hemen her evde görülebilir. Cepheye görsel zenginlik katma amacıyla ahşap oyma tekniğiyle yapılmış balkon korkulukları ve kapı üstü süslemeleri yoğun bir şekilde yorumlanmıştır.

1997 yılında başlatılan Mudurnu Korunması Gerekli Sokakları Sağlıklaştırma projesi kapsamında Hızırfakı Mahalllesin'de 15 konutun restorasyonları 2006 yılında tamamlanmıştır. İlçe bu çalışmalarından dolayı 2003 yılı "Tarihi Kentler Birliği Başarı Ödülü" 2006 yılında da "Özendirme Ödülü" kazanmıştır.

YILDIRIM BAYEZID HAMAMI

Hamamdaki kitabeden 1382 yılında yaptırıldığı anlaşılmaktadır. Hamamın mimarı Ömür Bin İbrahim'dir. Hamamın erkekler kısmı daha büyük, kadınlar tarafı farklı derecede küçüktür. Hamamın dışı çekici olmazsa da içine girildiğinde mimari tarihimizdeki önemini anlayabiliriz.

Bu hamamın statiktitleri Osmanlı süslemeleri tarihinde bir dönüm noktası oluşturacak derecede önemlidir. En az 14. yy. sonlarında badem, çift badem, sarkmalar, büsküller, simetrik matematiğin kuralları kusursuz ve eksiksiz olarak uygulanmıştır. 2007 yılında onarıma alınmıştır. Ayrıca Kanuni Sultan Süleyman tarafından yaptırılan camide önemli bir kültür varlığıdır.

Özel GÜÇLÜ TIP MERKEZİ

"Sağlığınıza Doğan Güneş"

BÖLÜMLERİMİZ

GENEL CERRAHİ:
Op.Dr.M.Emin GÜÇLÜ
KADIN HASTALIKLARI:
Op.Dr.Türkan TANDOĞAN
İÇ HASTALIKLARI:
Uz.Dr.M.Can GÜNGEN
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI:
Mustafa UYAR
KBB HASTALIKLARI:
Op.Dr.Koray CENGİZ
ACİL HEKİM:
Uz.Dr.Oğuz Tucer YILMAZ
KARDİYOLOJİ:
Uz.Dr.Okan TARTAROĞLU

AMELİYATHANEMİZ VE DOĞUMHANEMİZ HİZMETE GİRMİŞTİR
(merkezimizde laparoskopik ameliyatlar yapılmaktadır.)

S.G.K

S.S.K., BAĞKUR, EMEKLİ SANDIĞI ANLAŞMAMIZ VARDIR

Genel Cerrahi / Kadın Hastalıkları ve Doğum
Kulak Burun Boğaz Branşlarında
AMELİYATLARIMIZ Başlamıştır

RADYOLOJİ
RÖNTGEN
ULTRASON

LABORATUAR
MİKROBİYOLOJİK
BİYOKİMYA
PATOLOJİ

CEBECİ MH.1 CEBECİ CD NO:47 SULTANGAZİ TEL:0212 667 00 30 FAX:0212 667 00 09

ARADIĞINIZ TÜM MARKA VE ÜRÜNLER CAZİP FİYATLARLA BURADA...

www.disburada.com

dişburada

24 saat açık diş deposu

KLİNİK DEMİRBAŞ
Mikromotorlar, Kavitron Cihazları, Işınlı Dolgu Cihazları, Ünit, Kron Sökücü, Airflow Cihazı, Otoklav, Panaromik-Röntgen, Beyazlatma Cihazı, Panaromik-Röntgen Cihazı, Ağız İçi Kameraları, RVG Cihazları, Amalgamatör Başlıklar, Başlık Yağlama Sistemleri

KLİNİK SARF
Dolgular, Ölçü maddeleri, Simanlar, Anestezik Ürünler, Frezler, Endodontik Ürünler, Beyazlatma Sistemleri, Filmler ve Banyo Solüsyonları, Dezenfeksiyon / Sterilizasyon Tek Kullanımlık Ürünler, Geçici Restorasyonlar, Ağız Gargaraları, Detertraj Cerrahi Profilaksi Kanal Pinleri/Postları

150 TL ve üzeri siparişlerde ÜCRETSİZ KARGO

- Bonus ve World özellikli kartlara 300 TL'ye kadar olan siparişlerde 3 taksit, 300 TL ve üzeri siparişlerde 6 taksit imkanı.
- Tüm siparişlerde 12 aya kadar taksit imkanı.

3M ESPE · CAVEX · Kerr · kuraray · DENTSPLY · septodont · Zhermack · NSK · VOCO THE DENTALISTS

0212 602 24 24

444 5 DİŞ 347

MEDILIFE
SAĞLIK GRUBU

Hizmet Verdiğimiz Branşlar

- İç Hastalıkları
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- Kadın Hastalıkları ve Doğum
- Göz Hastalıkları
- K.B.B Hastalıkları
- Diş Hastalıkları
- Kardiyoloji
- Cildiye
- Genel Cerrahi
- Çocuk Cerahisi
- Beyin Cerrahi
- Psikiyatri
- Aile Hekimliği
- Nöroloji
- Üroloji
- Ortopedi ve Travmatoloji
- Diyet Polikliniği
- Anesteziyoloji ve Reanimasyon
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
- Gastroenteroloji
- Radyoloji

Birimlerimiz

- Tüm Laboratuar Tetkikleri
- Dijital Röntgen PACS
- Taş Kırma Ünitesi
- Mamografi
- Kemik Dansitometri
- 1.5 tesla MR (Emar)
- Panoramik Röntgen
- 4 Boyutlu USG
- Kolposkopi
- Fizik Tedavi
- EEG · EMG
- İşitme Testleri
- Kardiyoloji (Eko · Efor · Holter)
- Gastroskopi · Kolonoskopi
- Spiral BT · Dental Tomografi
- Psikolojik Danışmanlık ve Testler
- Cinsel İşlev Bozukluğu Kliniği
- Dermatolojik ve Estetik Uygulamalar

SSK-EMEKLİ SANDIĞI BAĞKUR • SGK • ANLAŞMAMIZ VARDIR

www.ard.com.tr

Özel ÇAPA
MEDILIFE HASTANESİ
Millet Cd. N:125 Çapa - İST.
Tel: 0212 866 80 80

Özel BEYLİKDÜZÜ
MEDILIFE TIP MERKEZİ
Hürriyet Cd. N:7 Beylikdüzü - İST.
Tel :0212 866 80 80

Özel Çapa Tomoçek
GÖRÜNTÜLEME MERKEZİ
Başvekil Cd. N:3 Çapa/İST.
Tel :0212 589 15 92-93

MEDILIFE
MOBİL SAĞLIK HİZMETLERİ
Hürriyet Cd. N:7 Beylikdüzü - İST.
Tel :0212 876 77 66

www.medilife.com.tr www.facebook.com/medilifegrup

MEDILIFE SAĞLIK GRUBU 9001 - 2008 Kalite belgeli sağlık kurumudur.