TÜM SAĞLIK KURULUŞLARI DERNEĞİ YAYINIDIR

EKİM **2011** SAYI:**2**

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE HABER DERGİSİ

TÜM SAĞLIK

TIP VE AHLAK

TIP MERKEZLERİ: FİZİK ÇALIŞMAYA DEVAM!

SAYILARLA SAĞLIK SEKTÖRÜ

SAĞLIK POLİTİKALARI: TÜRKİYE VE AB

TIP MERKEZLERİ DİYOR Kİ...

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

EKİM **2011** SAYI:**2**

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	AS MEDYA Yayıncılık ve Reklam Hizmetleri Cumhuriyet Mh. Hurriyet Sk No: 12 / 3 Bahçelievler / İSTANBUL Tel : 0212 434 44 23 GSM: 0507 364 08 22 www.asmedyam.com info@asmedyam.com

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

s.36 Tıp Merkezleri Diyor ki...

s.44 Özel Hastane Yönetmeliği Değişti

s.46 Yöneticiler İçin Sözleşme Hazırlama ve İnceleme Yöntemleri

s.56 Legal&Medikolegal Danışmanlık Nedir?

s.58 Türkiye'nin Tüberkülozla İmtihanı

s.66 Teknoloji Dünyasından Haberler

s.68 Osmanlılarda Sağlık Teşkilatı

s.74 Sağlık Bakanı Recep Akdağ: Yabancı Doktor Çalıştırma Yasağı Kalkacak

s.76 "Sofrada Sıfır Artık" Kampanyasına Davet

s.78 Tarihin ve Doğanın Tanığı Bir Şehir: İznik

TIP MERKEZLERİ: FİZİK ÇALIŞMAYA DEVAM!

Tıp Merkezlerinin fiziki şartlarını düzenleyen "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" 15.02.2008 tarihinden bu yana toplam 7 kez değişti.

s.12

SAYILARLA SAĞLIK SEKTÖRÜ

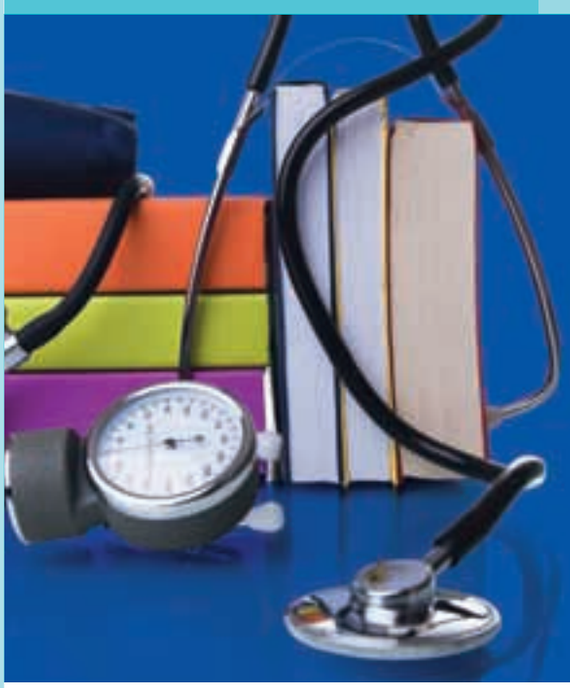
2011 başı itibarıyla 81 il içinde henüz özel hastane kurulmayan 15 il vardır. Bu 15 il dışında kalan 66 ilde özel hastane bulunmakta; ancak toplam hastanelerin yüzde 76'sı, yatak varlığının da yüzde 80'i ilk 20 ilde toplanmaktadır.

s.26

SAĞLIK POLİTİKALARI: TÜRKİYE VE AB

Türkiye nüfusu AB nüfusundan daha hızlı artmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının 2014 yılında yaklaşık 63 milyar ABD dolarına çıkacağı tahmin edilmektedir.

s.48



Etiğin ne olup ne olmadığı, evrensel bir etiğin olup olamayacağı, etik ilkelerin genel geçerliliğinin çerçevesinin ne olduğu da birçok etik meselede olduğu gibi somut bir gereklilik olarak bu tartışmalarda yer alır. Tıp etiği, insan yaşamı ve sağlığı noktasından etik bir soruşturma yürütmekte, neyin doğru, savunulabilir ve geçerli olduğuna dair çıkarsamaları belirli ilkeler doğrultusunda ortaya koymaya çalışmaktadır.

TIP VE AHLAK

s.38

KURUCUSU VE YÖNETİCİSİ AHMET SELVİ HOSPİTADENT'İ ANLATTI:

7. YILDA 6. KURUM

Dental sağlık turizmi kapsamında yurt dışından çok hasta geliyor. Açılışımızda Sayın Başbakan'ın da belirttiği gibi, eskiden Türkler yurt dışına gider tedavi olurdu, şimdi ise yurt dışından ülkemize sağlık hizmeti satın almak için geliyorlar. Gerçekten yurtdışından hasta getirmek için çok çaba sarf ediyoruz.

s.32

medigold
TIP MERKEZİ

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

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

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

TIP MERKEZLERİNİN SORUNLARI

Sağlık sistemimizin bir çekidüzen verilmeye ihtiyacı vardı, bir anlamda hala var. Türkiye'nin sağlıkta almak zorunda olduğu mesafe, gelişmiş ülkeler ölçü alındığından çok uzun. Ama öte yandan, Türkiye bulunduğu yer itibariyle pek çok ülkenin üzerinde ve çok ötesinde. Son on yılda yürürlükte olan sağlıkta dönüşüm politikasının da elbette bunda katkısı var. Sistem değişiyor, sistem değişerek daha ileriye doğru gidiyor. Ancak her hızlı değişiklikte olduğu gibi bir takım sorunlar da biriktiriyor.

Türkiye'deki sağlık sistemi içerisinde bizce çok önemli yer tutan dal ve tıp merkezlerinin yeterince düşünülmemiş izlenimi veren hızlı bir değişikliğe zorlanması bunun en önemli örneklerinden biriydi. Çok şükür girişimlerimizle, bu noktada önemli düzeltmeler yapıldı. Kapısına kilit vurulacak gözüyle bakılan bu kuruluşlar şimdi geleceğe daha bir umutla bakmaktadır.

Kimse, özel sağlık kuruluşlarının tamamının sorunsuz ve tam olduğunu iddia etmiyor. Pek çok eksiklik var ve elbette mümkün olan hızla tamamlanmalıdır. Ancak, sorunun düşünülmesi ve tamamlanması gereken başka yönleri de var.

Bu derginin dosya konusu işte bu sorunları ele alıyor. En çarpıcı tespitlerini tekrarlayalım:

"06.01.2011 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile 15.02.2008 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik bir kez daha değişti. 15.02.2008 tarihinde yapılan yönetmelik ile eski yönetmelik tamamen yürürlükten kaldırılmış yeni bir yönetmelik yürürlüğe girmişti.

Yönetmelik 15.02.2008 tarihinde tamamen değişerek yürürlüğe girmiş olmasına rağmen, aynı yönetmelikte 15.02.2008 tarihinden bu yana toplam 7 kez değişiklik yapıldı. Sağlık alanında yapılan düzenlemelerin bir kısmı da yargı kararları ile iptal edildi."

Bütün bunlar, tıpkı dal ve tıp merkezleri gibi, yönetmeliklerimizin de hala pek çok eksikliği olduğunun işaretleri. Bizler eksikliklerimizi tamamlamalıyız... Yönetmeliklerimizin de eksiklerini tamamlayıp, mevcut duruma daha uygun ve daha sancısız bir hale dönüşmesini umma hakkımız var.

"Hukuk devleti ilkesi, yürütme organının faaliyetlerinin yönetilenlerce belli ölçüde öngörülebilir olmasını, herkesin bağlı olacağı hukuk kurallarını önceden bilmesini, ekonomik ve sosyal yaşamlarındaki tutum ve davranışlarını buna göre düzene sokabilmesini gerektirir."

Öngörülebilir bir gelecek, hepimizi rahatlatacaktır. Unutulmamalı; dal ve tıp merkezleri de bu sistemin asli parçalarıdır.

editörden

Dünyanın sağlığı da pek parlak değil. Her yıl 6 milyon çocuk kötü beslenme; 1 milyon çocuk da sıtmadan ölüyor. Dünyadaki çocukları aşılamak için 3 milyar dolar yeterli, ancak kaynak bulunamıyor. Dünyada askeri harcamalara giden para ise 1 trilyon dolar...

Hekimlik garip bir meslek gurubu; hastasını iyileştirmek için uğraşır, hastası iyileşince de bir anlamda müşterisini kaybeder. Hekimler işsiz kalmak için uğraşıyor gibidir...

Bunun için kutsal bir meslektir hekimlik. Ama öte yandan istismara en açık mesleklerden biridir de. Hasta her anlamda hekime mecburdur; yaşam kalitesi bozulmuştur, eziyet çekmektedir, hayatı risk altındadır. Bu nedenle tıp ve etik, belki de alanın en hayati konularından biri. Her ne kadar felsefi bir yanı olsa da, üzerinde düşünülmeli ve elde olanlar paylaşılmalıdır. "Tıp ve etik" başlıklı yazımızın biraz da bu gözle okunmasında yarar var.

Bu sayıda, Türkiye'de ve dünyada sağlık hizmetinin bir portresini çıkarmaya çalıştık. Nereden bakılırsa bakılsın, birkaç tuzu kuru ülke dışında sağlık, dünyanın kanayan yaralarından biri. 2008 tarihli verilere göre, Türkiye'de kişi başına düşen yılda 586 dolar düzeyindeki sağlık harcaması, OECD ortalaması olan 2,809 doların beşte biri civarında.

Türkiye'de, toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı yüzde 7,6 olarak gerçekleşirken, OECD ortalaması yüzde 9, Yunanistan'da yüzde 10,1. ABD'de ise bu oran yüzde 15,6. 25 AB ülkesinde yüzbin kişiye 596 yatak düşerken, Türkiye'de 257 yatak düşüyor; yaklaşık yarı yarıya. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısına baktığımızda AB'de 347, Türkiye'de 139. AB ülkelerinde yüzbin kişiye düşen hemşire sayısı 728, Türkiye'de 248. Bin kişide bebek ölüm hızı AB'de 4.8, Türkiye'de binde 33.

Dünyanın sağlığı da pek parlak değil. Her yıl 6 milyon çocuk kötü beslenme; 1 milyon çocuk da sıtmadan ölüyor. Dünyadaki çocukları aşılamak için 3 milyar dolar yeterli, ancak kaynak bulunamıyor. Dünyada askeri harcamalara giden para ise 1 trilyon dolar... Dünyada 1 milyardan fazla insan günde bir doların altında gelirle yaşamakta, 2.7 milyar insan ise günde iki doların altında gelirle yaşamını sürdürmeye gayret etmekte. Dünyada temel eğitim almamış 114 milyon çocuk ve okumayazma bilmeyen 584 milyon kadın mevcut. Her yıl 6 milyon çocuk kötü beslenme nedeni ile beş yaşına gelmeden ölmekte. Afrika'da sıtma nedeni ile her 30 saniyede bir çocuk ölmekte, bir yılda ölen çocukların sayısı 1 milyonu aşmakta. 2.6 milyardan fazla insan, temel sağlık hizmetlerinden yoksun yaşamakta.

Hekimlik bu veriler nedeniyle de kutsal bir meslek. Bu nedenlerle toplumun hekimden etik kurallar uygun davranmasını isteme ve bekleme hakkı var. Ama hekimin de toplumdan hekimine sahip çıkmasını isteme hakkını doğuruyor bu.

Ne olursa olsun hekim ahlakına, toplum da hekimine sahip çıkmalıdır. Sağlıklı bir toplumun temel iki temel şartı bu.

Nice yeni sayılara...

maksimed
Sağlık ürünleri San. Tic. Ltd. Şti.

Laboratoires
ANIOS
Le professionnel de la desinfection

Ameliyathanelere Terminal dezenfeksiyon uygulaması (foglama)

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

TIP MERKEZLERİ: FİZİK ÇALIŞMAYA DEVAM!

Tıp Merkezlerinin fiziki şartlarını düzenleyen "Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik" 15.02.2008 tarihinden bu yana toplam 7 kez değişti. Bu mevzuat değişikliklerinden en çok etkilenen ise hekim sermayeli dal ve tıp merkezleri oldu.

06.01.2011 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan yönetmelik değişikliği ile 15.02.2008 tarihli Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik bir kez daha değişti. 15.02.2008 tarihinde yapılan yönetmelik ile eski yönetmelik tamamen yürürlükten kaldırılmış yeni bir yönetmelik yürürlüğe girmişti. Yönetmelik 15.02.2008 tarihinde tamamen değişerek yürürlüğe girmiş olmasına rağmen, aynı yönetmelikte 15.02.2008 tarihinden bu yana toplam 7 kez değişiklik yapıldı. Sağlık alanında yapılan düzenlemelerin bir kısmı da yargı kararları ile iptal edildi.

Hukuk devleti ilkesi, yürütme organının faaliyetlerinin yönetilenlerce belli ölçüde öngörülebilir olmasını, herkesin bağlı olacağı hukuk kurallarını önceden bilmesini, ekonomik ve sosyal yaşamlarındaki tutum ve davranışlarını buna göre düzene sokabilmesini gerektirir. Bu mevzuat değişikliklerinden en çok etkilenen ise hekim sermayeli dal ve tıp merkezleri oldu. Sürekli değiştirilen mevzuat, özel sağlık kuruluşlarının ayakta kalmalarını ve gelecek planı yapmalarını güçleştiriyor.

Özel sağlık kuruluşlarının açılış, çalışma, teknik ve fiziki koşullarını belirleyen yönetmelikte neler değişti?

1-) Muayenehaneler Yönünden

Muayenehanelerin açılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğüne bildirim yeterli iken, yönetmelik değişikliği ile muayenehane açılışı için gerekli belgelerin İl Sağlık Müdürlüğüne teslim edileceği daha sonra ruhsat için Sağlık Bakanlığının onayının gerektiği düzenlenmiştir.

06.01.2011 tarihinden önce açılmış olan muayenehanelerin Bakanlıktan onay alma zorunluluğu bulunmamaktadır. 1219 sayılı yasanın 5. maddesinde, muayenehane açılışı için İl Sağlık Müdürlüğü veya Bakanlıktan onay almak, ruhsat almak gibi bir zorunluluğa yer

verilmemiştir. 5. maddede, muayenehane açacak hekimin diploma, kimlik ve adres bilgileri hakkında İl Sağlık Müdürlüğüne bildirim yapması yeterli görülmüştür.

2-) Radyoloji, Biyokimya ve Mikrobiyoloji Laboratuarları, Fizik Tedavi Kuruluşları Yönünden

Yönetmelikte biyokimya ve mikrobiyoloji hizmeti sunulan yerler laboratuar; görüntüleme, radyoterapi, nükleer tıp, fizik tedavi gibi hizmetlerin sunulduğu yerler müessese olarak tanımlanmıştır.

Adı geçen bu kuruluşlar, bu yönetmelik kapsamında değilken yönetmelik kapsamına dahil edilmiştir. Bu kuruluşlar da, Sağlık Bakanlığı'nın planlama esaslarına göre açılabilecek, Bakanlığın uygun görmediği yerlerde laboratuar ve müessese açılmasına izin verilmeyecek. Halen açık olan bu kuruluşlar, teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz, tıbbi hizmet birimi ve sağlık personeli istidamı açısından planlamaya tabi olacaktır. Ayrıca, bu kuruluşlar, kuruluş ruhsatı ve mesul müdür belgesi almak için 2 ay içinde İl Sağlık Müdürlüğü aracılığıyla Bakanlığa başvurmak zorundadır.

3-) Poliklinikler Yönünden

Poliklinikler de planlama kapsamına alınmıştır. Bakanlığın uygun görmediği yerlerde poliklinik açılamayacaktır. Hali hazırda açık olan poliklinikler de teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz, tıbbi hizmet birimi ve sağlık personeli istidamı açısından planlamaya tabi olacaktır.

GENEL DÜZENLEMELER

1-) Kamudan istifa ederek özel sağlık kuruluşunda çalışacak tabip ve uzman tabiplerin istifa etmeden önce 60 gün içinde İl Sağlık Müdürlüğüne bildirim yapması gerekmektedir. 60 gün önce bildirimde bulunulmadığı takdirde hekimin özel sağlık kuruluşunda başlayışı yapılmayacaktır. İldeki tabip ve uzman tabip planlamasının daha kısa sürede yapılması halinde Müdürlüğün onayıyla bu süre daha kısa olabilecek.

2-) Tıp/dal merkezleri, poliklinikler, laboratuar ve müesseseler birbirleriyle veya özel hastanelerle

aynı il sınırları içinde birleşebilir.

3-) Poliklinikler, kadrosunda dört uzman bulundurmak şartıyla il sınırları içinde tek başına, diğer sağlık kuruluşları ile birleşerek tıp merkezine dönüşebilir.

4-) Tabip ve uzman tabipler, kadrolu çalıştığı kuruluş dışında en fazla iki sağlık kuruluşunda daha kadro dışı geçici çalışabilir. Kadrolu çalışan hekimin ayrılması ve 60 gün içinde başka bir tıp merkezinde veya özel hastanede kadrolu çalışmaya başlayamaması halinde kadro dışı çalışması iptal edilir.

5-) Yan dal veya iki ayrı uzmanlığı olan hekimler, kadrolu çalıştıkları uzmanlık dışındaki uzmanlık dalında kadro dışı geçici çalışabilir.

6-) Yaş haddinden veya kadrosuzluk nedeniyle emekli olan veya emekli olduktan sonra yaş haddine ulaşmış tabip ve uzman tabipler sağlık kuruluşunda kadro dışı geçici çalışabilir. Bu şekilde çalışanların başka bir kuruluşta çalışmak istemeleri halinde bu kuruluşta çalışmasına izin verilir.

7-) Ücretli veya ücretsiz izinli sayılarak yurtdışına gönderilen kamu görevlisi hekimler, ilgili mevzuattan kaynaklanan yükümlülüğü olanlar hariç yurtdışında mesleğini en az 2 yıl olmak üzere halen icra edenler, kadro dışı geçici çalıştırılabilir.

8-) Tabip ve uzman tabip eklenmemesi ve uzmanlık dallarıyla ilgili olmak kaydıyla, sağlık kuruluşuna tıbbi cihaz, tıbbi hizmet birimi ve tıp merkezine cerrahi müdahale birimi eklenebilir. Teknoloji yoğunluklu tıbbi cihazların eklenmesi Bakanlığın onayına bağlıdır.

GEÇİŞ DÜZENLEMELERİ

1-) 06.01.2011 tarihinden önce uygunluk belgesi/ruhsat alan sağlık kuruluşlarının tam zamanlı tabip/uzman tabip kadroları, sağlık kuruluşu kadrosu olarak kabul edilecek. Kısmi zamanlı çalışan tabip/uzman tabipler kuruluş kadrosuna dahil edilmeyecek.

2-) Sağlık kuruluşunda 06.01.2011 tarihi itibarıyla kadrolu çalışmayan tabip/uzman tabiplerden; sağlık kuruluşunda kısmi zamanlı olarak çalışanlar, sadece muayenehanesinde çalışanlar ve 11.03.2009 tarihinden sonra kadrosu olmadığı için kısmi zamanlı çalışma belgesi iptal edilenler, 28.02.2011 tarihine kadar ilgili Müdürlüğe başvurarak planlamadan istisna olarak kadro dışı geçici olarak çalışabilir.

3-) 06.01.2011 tarihinden önce uygunluk belgesi/ruhsat alan tıp merkezleri klinik uzman sayısı dördün altında olanlara, uzman sayısı dörde ulaşana kadar başka bir tıp merkezinden veya özel hastaneden kadro devralmasına izin verilebilir.

4-) 06.01.2011 tarihinden önce açılmış olan laboratuar ve müesseseler iki ay içinde kuruluş ruhsatı ve mesul müdür belgesi almak için Bakanlığa başvurmak zorundadır. Bu süre içinde başvuruda bulunmayanların faaliyeti başvuruda bulununcaya kadar durdurulur.

5-) 06.01.2011 tarihinden önce usulüne uygun ruhsat başvurusu

yapılan laboratuvar, müessese ve poliklinikler planlamadan muaf tutularak işlemleri sonlandırılır.

6-) Ruhsat/uygunluk belgesi alan laboratuar, müessese ve polikliniklere kadro eklenmesi, teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz eklenmesi Bakanlık onayına tabidir.

7-) 06.01.2011 tarihinden önce sağlık çalışanı eksikliğinden dolayı uygunluk belgesi alınan tıp/dal merkezlerinin askı süresi iki yıldır.

TIP MERKEZLERİNİN FİZİKİ ŞARTLARI

İlgili yönetmelikte tıp merkezlerinin fiziki şartları ile ilgili olarak da şu düzenlemeler yapılıyordu:

Madde 1:

"Poliklinik muayene odası: Tıp merkezlerinde, ruhsatında kayıtlı her klinik uzmanlık dalı için ayrı oluşturulacak; 8 m hekim çalışma alanı ve 8 m hasta muayene alanı olmak üzere en az 16 m genişlikte, yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan poliklinik muayene odası ayrılır."

Madde 2 :

"Katlar arası sedye ile hasta taşınmasına olanak sağlayacak şekilde merdivenin rıht yüksekliği 16-18 cm basamak genişliği 30-33 cm'yi sağlamak kaydıyla merdiven ve sahanlık ölçüsü en az 1,30 m olmalıdır. Merdiven rıhtları özürlülerin çıkışını zorlaştırmayacak şekilde düz bir satıhla bitirilmeli, merkez girişine özürlüler için uygun eğimli rampa yapılmalıdır."

Madde 3:

a) Hasta bekleme salonu: Bulunduğu kattaki her muayene odası başına en az 4 m alan düşecek şekilde bekleme salonları olmalıdır. Orta koridor bekleme amaçlı kullanılacak ise genişliği asgari 3 m olmalıdır. Bu durumda bekleme için tahsis edilmiş 1 m. bekleme alanı, toplam bekleme alanı hesabından düşülerek diğer bekleme alanlarının değerlendirmesi yapılır. Bekleme salonları ile bağlantılı bay-bayan tuvaleti olmalıdır.

b) Hasta muayene odası: Hizmet verilen her klinik uzmanlık dalı ve genel pratisyenlik için ayrı oluşturulacak; 8 m hekim çalışma alanı ve 8 m hasta muayene alanı olmak üzere en az 16 m genişlikte, yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan hasta muayene odası ayrılır. Hasta muayene odalarında uzmanlık dalına uygun araç, gereç ve donanım ile hasta muayene masası, soyunma bölümü ve lavabo bulunur. Klinik uzmanlık dalları dışındaki dallarda kadrolu veya kısmi zamanlı çalışan uzman tabip ve tabiplere yeterli sayıda ve genişlikte, yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan çalışma odaları ayrılabilir.

c) Acil muayene odası: Asgari 16 m genişlikte, acil müdahale için gerekli olan asgari tıbbi malzeme, donanım ve ilaçların bulunduğu ve başkaca bir bölüm tahsis edilmemiş ise enjeksiyon ve pansuman işlemlerinin de gerçekleştirildiği, sağlık kuruluşunun girişine yakın ve kullanıma uygun bir yerde bulunan ayrı bir oda,

ç) Arşiv birimi; Hasta ve yakınlarının dolaşım alanlarından izole edilmiş kapalı bir bölme veya oda,

d) Poliklinik giriş katta değilse, hastanın tekerlekli sandalye ile girebilmesini sağlamak amacıyla kuruluşun bulunduğu binada, girişi en az 80 cm genişliğinde asansör olmalıdır. Merdivenin sedye ile hasta taşınmasına olanak sağlayacak şekilde, rıht yüksekliği 16-18 cm, basamak genişliği 30-33 cm'yi sağlamak kaydıyla merdiven ve sahanlık ölçüsü en az 1,30 m olmalıdır. Merdiven rıhtları özürlülerin çıkışını zorlaştırmayacak şekilde düz bir satıhla bitirilmeli, kuruluşun girişine özürlüler için uygun eğimli rampa yapılmalıdır.

e) Yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına dair ilgili mevzuata göre yetkili merciinden belge alınması zorunludur.

f) Kuruluşun girişinde tekerlekli sandalye ve sedye girişi için en çok %8 eğimli rampa oluşturulur.

Geçici Madde 2-(1)

a) 31.12.2009 tarihinden itibaren en geç dört yıl içinde, tabip sayısı hariç olmak üzere bu Yönetmelik'e göre bina şartları ve fizik mekânlarını oluşturarak ruhsat almak zorundadır.

b) Tabip sayısında yapılacak artışlarda 9'uncu maddeye göre yapılan planlamaya uyulması zorunludur.

31.12.2009 tarihinden itibaren dört yıl içinde ruhsat almayan sağlık kuruluşlarının, uygunluk belgeleri iptal edilir.

c) Yeni ruhsat alıncaya kadar mevcut bina ve fizik mekân şartları ile tabip sayıları dışında bu Yönetmelik hükümlerine göre faaliyet-

lerine devam ederler. Ek 1'inci maddedeki istisnalardan bu kuruluşlar da yararlanır. Bu kuruluşların mevcut durumlarının tespitinde 15.2.2008 tarihindeki resmi kayıtlar esas alınır.

(2)15.2.2008tarihinden11.3.2009 tarihine kadar geçen süre içinde tabip bulunamadığı için uzmanlık dalı uygunluk belgesinden çıkarılan tıp/dal merkezleri, ilgili tabibin bulunması halinde çıkarılan uzmanlık dalını yeniden uygunluk belgesine işletebilir.

(3) 15.2.2008 tarihi ile 11.3.2009 tarihine kadar geçen sürede kadrolu tabibi olmadığından kadro hakkı sona eren tıp/dal merkezleri için 11.3.2009 tarihinden itibaren bir yıl içinde aynı dalda ve çalışma şeklinde tabip bulunur ise, kadroya eklenir. (Kaynak: Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik)

Son yönetmelik değişikliğiyle bu konuda yapılan yeni düzenlemeler ise şöyle:

AYAKTA TEŞHİS VE TEDAVİ YAPILAN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI HAKKINDA YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK

MADDE 1 – 15.2.2008 tarihli ve 26788 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 12/A maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin birinci cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"Poliklinik muayene odası: Tıp merkezlerinde, ruhsatında kayıtlı her klinik uzmanlık dalı için ayrı oluşturulacak; 8 m2 hekim çalışma alanı ve 8 m2 hasta muayene alanı olmak üzere en az 16 m2 genişlikte, yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan poliklinik muayene odası ayrılır."

MADDE 2 – Aynı Yönetmeliğin 12/B maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"a) Katlar arası sedye ile hasta taşınmasına olanak sağlayacak şekilde merdivenin rıht yüksekliği 16-18 cm. basamak genişliği 30-33 cm. yi sağlamak kaydıyla merdiven ve sahanlık ölçüsü en az 1,30 m. olmalıdır. Merdiven rıhtları özürlülerin çıkışını zorlaştırmayacak şekilde düz bir satıhla bitirilmeli, merkez girişine özürlüler için uygun eğimli rampa yapılmalıdır."

MADDE 3 – Aynı Yönetmeliğe aşağıdaki 12/Ç maddesi eklenmiştir.

"Polikliniklerde bulunması zorunlu tıbbi hizmet birimleri ve diğer alanlar

MADDE 12/Ç – (1) Polikliniklerde bulunması zorunlu asgarî tıbbi hizmet birimleri, bu birimlerin ve diğer mekânların fizik özellikleri şu şekildedir:

a) Hasta bekleme salonu: Bulundu-

ğu kattaki her muayene odası başına en az 4 m2 alan düşecek şekilde bekleme salonları olmalıdır. Orta koridor bekleme amaçlı kullanılacak ise genişliği asgari üç metre olmalıdır. Bu durumda bekleme için tahsis edilmiş bir metrelik bekleme alanı, toplam bekleme alanı hesabından düşülerek diğer bekleme alanlarının değerlendirmesi yapılır. Bekleme salonları ile bağlantılı bay-bayan tuvaleti olmalıdır.

b) Hasta muayene odası: Hizmet verilen her klinik uzmanlık dalı ve genel pratisyenlik için ayrı oluşturulacak; 8 m² hekim çalışma alanı ve 8 m2 hasta muayene alanı olmak üzere en az 16 m2 genişlikte, yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan hasta muayene odası ayrılır. Hasta muayene odalarında uzmanlık dalına uygun araç, gereç ve donanım ile hasta muayene masası, soyunma bölümü ve lavabo bulunur. Klinik uzmanlık dalları dışındaki dallarda kadrolu veya kısmi zamanlı çalışan uzman tabip ve tabiplere yeterli sayıda ve genişlikte, yeterli şekilde aydınlatılan ve havalandırılan çalışma odaları ayrılabilir.

c) Acil muayene odası: Asgarî 16 m2 genişlikte, acil müdahale için gerekli olan asgarî tıbbî malzeme, donanım ve ilaçların bulunduğu ve başkaca bir bölüm tahsis edilmemiş ise enjeksiyon ve pansuman işlemlerinin de gerçekleştirildiği, sağlık kuruluşunun girişine yakın ve kullanıma uygun bir yerde bulunan ayrı bir oda,

ç) Arşiv birimi; Hasta ve yakınlarının dolaşım alanlarından izole edilmiş kapalı bir bölme veya oda,

d) Poliklinik giriş katta değilse, hastanın tekerlekli sandalye ile girebilmesini sağlamak amacıyla kuruluşun bulunduğu binada, girişi en az seksen santimetre genişliğinde asansör olmalıdır. Merdivenin sedye ile hasta taşınmasına olanak sağlayacak şekilde, rıht yüksekliği 16-18 cm., basamak genişliği 30-33 cm. yi sağlamak kaydıyla merdiven ve sahanlık ölçüsü en az 1,30 m.

olmalıdır. Merdiven rıhtları özürlülerin çıkışını zorlaştırmayacak şekilde düz bir satıhla bitirilmeli, kuruluşun girişine özürlüler için uygun eğimli rampa yapılmalıdır.

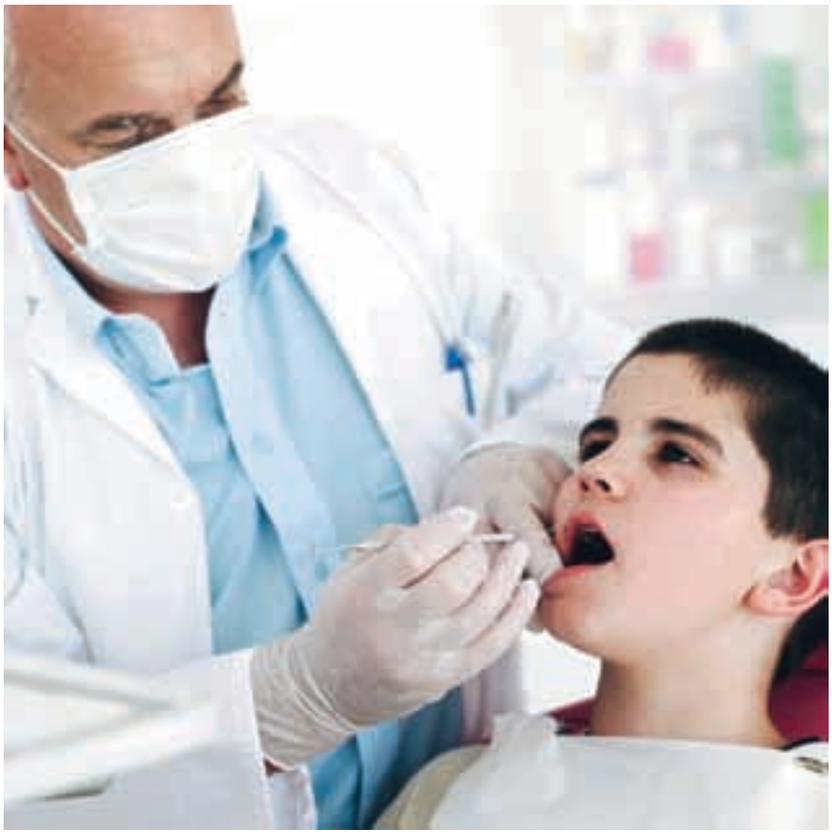
e) Yangına karşı gereken tedbirlerin alındığına dair ilgili mevzuata göre yetkili merciinden belge alınması zorunludur.

f) Kuruluşun girişinde tekerlekli sandalye ve sedye girişi için en çok % 8 eğimli rampa oluşturulur.

g) Hastaların ve personelin kullandığı bütün alanlar uygun bir şekilde havalandırılır ve yeterli güneş ışığı ile birlikte enerji kaynaklarından yararlanılarak aydınlatılmaları sağlanır. Merkezî veya kat kalorifer sistemi ve elektrikli ısıtma sistemi ile ısıtılır.

ğ) Tıbbî atıklar ve çöpler için 22.7.2005 tarihli ve 25883 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbî Atıkların Kontrolü Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak gerekli tedbirler alınır. Tıbbî ve evsel atıklar için ayrı ayrı çöp mahalleri tesis edilir."

Hukuk devleti ilkesi, yürütme organının faaliyetlerinin yönetilenlerce belli ölçüde öngörülebilir olmasını, herkesin bağlı olacağı hukuk kurallarını önceden bilmesini, ekonomik ve sosyal yaşamlarındaki tutum ve davranışlarını buna göre düzene sokabilmesini gerektirir.



MADDE 4 – Aynı Yönetmeliğin 13 üncü maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"(7) Bakanlık, sağlık kuruluşlarının ruhsatlandırılması işlemlerini gerekli görmesi halinde valiliklere devredebilir."

MADDE 5 – Aynı Yönetmeliğin 38 inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"MADDE 38 – (1) Aşağıdaki konular bu Yönetmeliğin eki;

a) Sağlık kuruluşlarında uzmanlık dallarına göre bulundurulması zorunlu asgarî tıbbî malzeme ve donanım listesi Ek-8'de,

b) Tıp merkezlerinde gerçekleştirilebilecek cerrahi müdahaleler listesi Ek-9'da,

c) Cerrahi müdahaleler için ilgili ünitelerde bulundurulması zorunlu asgari cihaz ve malzeme listesi Ek-10'da,

ç) Sağlık kuruluşlarında bulundurulması zorunlu asgari ilaç listesi Ek-11'de,

d) 25 inci maddenin birinci fıkrasında belirtilen temel laboratuar ve radyolojik tetkikler Ek-12' de, düzenlenmiştir."

MADDE 6 – Aynı Yönetmeğin geçici 2.nci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"GEÇİCİ MADDE 2 – (1) 39 uncu maddenin birinci fıkrasının (a) bendi ile yürürlükten kaldırılan Yönetmeliğe göre açılan sağlık kuruluşları;

a) 31.12.2009 tarihinden itibaren en geç dört yıl içinde, tabip sayısı hariç olmak üzere bu Yönetmeliğe göre bina şartları ve fizik mekânlarını oluşturarak ruhsat almak zorundadır.

Bu süre içerisinde sağlık kuruluşlarının Ek 1 inci maddeye göre başka bir yere taşınmaları halinde bina ve fizikî şartlar bakımından, 9.3.2000 tarihli ve 23988 sayılı Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır ve uygunluk belgesi tanzimi işlemleri Müdürlükçe sonuçlandırılır.

b) Tabip sayısında yapılacak artışlarda 9 uncu maddeye göre yapılan planlamaya uyulması zorunludur. 31.12.2009 tarihinden itibaren dört yıl içinde ruhsat almayan sağlık kuruluşlarının, uygunluk belgeleri iptal edilir.

c) Yeni ruhsat alıncaya kadar mevcut bina ve fizik mekân şartları ile tabip sayıları dışında bu Yönetmelik hükümlerine göre faaliyetlerine devam ederler. Ek 1 inci maddedeki istisnalardan bu kuruluşlar da yararlanır. Bu kuruluşların mevcut durumlarının tespitinde 15.2.2008 tarihindeki resmî kayıtlar esas alınır.

(2) 15.2.2008 tarihinden 11.3.2009 tarihine kadar geçen süre içinde tabip bulunamadığı için uzmanlık dalı uygunluk belgesinden çıkarılan tıp/dal merkezleri, ilgili tabibin bulunması halinde çıkarılan uzmanlık dalını yeniden uygunluk belgesine işletebilir.

(3) 15.2.2008 tarihi ile 11.3.2009 tarihine kadar geçen sürede kadrolu tabibi olmadığından kadro hakkı sona eren tıp/dal merkezleri için 11.3.2009 tarihinden itibaren bir yıl içinde aynı dalda ve çalışma şeklinde tabip bulunur ise, kadroya eklenir.

(4) 39 uncu maddenin birinci fıkrasının (a) bendi ile yürürlükten kaldırılan Yönetmeliğe göre açılan sağlık kuruluşlarının denetimi, EK-6 ve EK-7/b sayılı denetim formlarına göre yürütülür."

MADDE 7 – Aynı Yönetmeğin geçici 4 üncü maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.

"(6) Beşinci fıkraya göre polikliniğe dönüşmek için Müdürlüğe başvuru yapanlar, en geç altı ay içinde uygunluğunu sağlayıp müdürlükten "poliklinik uygunluk belgesi" almak zorundadırlar. Bu süre içinde tabip mesul müdürleri sorumluluğunda

@ahenk®

tıbbi tanı ve araştırma laboratuvarı

Hızlı ve güvenilir...

"Güvenlerini kazandığımız; hekim, hasta ve dostlarımıza adımızın ışığında hizmet vermeye devam edeceğiz."

Laboratuvarımız,

- BIORAD EQAS (ABD)
- College of American Pathologist (CAP) (ABD)
- EUROIMMUN (Almanya)
- RIQAS (İngiltere)

Uluslararası Kalite Kontrol programlarının devamlı üyesidir.

VAZGEÇİLMEZLERİMİZ

Hızlı ve doğru sonuç
Kesintisiz iletişim
Klinik laboratuvar konsültasyonu
Ekonomik fiyat politikası
Güleryüzlü hizmet

KALİTE

Merkez: Halaskargazi Cad. No:399-401 Kipman Apt. Kat:3 A-B 34381 Şişli/İST. (Şişli Ziraat Bankası üzeri) Tel: 0 212 230 08 38
Fatih Şube: Akdeniz Cad. No:19/2 Fatih/İST. Tel: 0 212 635 28 47 - 631 23 42
Avcılar Şube (SİMGE Laboratuvarı): Reşitpaşa Cad. No:51 Kat:2 D:3 Avcılar/İST. Tel: 0 212 591 29 26-27

www.ahenklab.com.tr

poliklinik olarak faaliyette bulunabilirler. Bu kuruluşlar, bina ve fiziki şartlar bakımından geçici 2 nci maddenin birinci fıkrası (a) bendinde öngörülen uyum süresi içerisinde yürürlükten kaldırılan 9.3.2000 tarihli ve 23988 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre değerlendirilerek Müdürlükçe uygunluk belgesi düzenlenir. Altı ay sonunda uygunluğunu sağlayamayan veya Müdürlük incelemesi sonucu başvurusu uygun bulunmayan yerlerin valilikçe faaliyetine son verilir."

MADDE 8 - Aynı Yönetmeliğin eki Ek-1/a, Ek-1/b ve Ek-1/c ekteki şekilde değiştirilmiş, ekteki Ek-8, Ek-9, Ek-10, Ek-11 ve Ek-12 eklenmiştir.

MADDE 9 - Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

MADDE 10 - Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

EK-1/a

1- TIP MERKEZLERİNDE RUHSATNAME BAŞVURUSU İÇİN GEREKLİ BELGELER

1) Tıp merkezi işleteninin, adı veya ticari unvanı ile açmak istediği kuruluşun adını, açık adresini, faaliyet göstereceği uzmanlık dalları ve türünü belirten ve merkezin açılışı ile ilgili işlemlerinin başlatılmasını talep eden imzalı başvuru dilekçesi,

2) Tıp merkezleri için, Bakanlıkça verilmiş ön izin belgesi ve ön izne esas mimari proje,

3) Binanın, "tıp merkezi veya özel sağlık tesisi" olarak yapı kullanma izni belgesi,

4) Tıp merkezinin olduğu binada 27.11.2007 tarihli ve 2007/12937 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kabul edilerek 19.12.2007 tarihli ve 26735 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde yangın için gerekli tedbirlerin alındığını, tesisatın kurulduğunu ve binanın bu açıdan uygunluğunu ayrıntılı olarak gösteren ve yetkili merciden alınan belge,

5) Tıp merkezi binası için ilgili mevzuata göre alınmış depreme dayanıklılık raporu,

6) Tıp merkezi ticaret şirketi tarafından açılacak ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicili gazetesinin aslı veya Müdürlük onaylı örneği ile şirket ortaklarının tamamının tabip olduklarını belgelemek üzere ortakların diplomalarının, varsa uzmanlık belgelerinin Müdürlükçe tasdikli suretleri; tıp merkezi gerçek kişi/kişiler tarafından açılacak ise fakültesi diploma/diplomaları ve varsa uzmanlık belgelerinin Müdürlükçe tasdikli suretleri,

7) Yönetmeliğin 25 inci maddesine göre laboratuar ile radyoloji hizmetlerinin gerek tıp merkezi bünyesinde ve gerekse hizmet satın

alma yoluyla nasıl yürütüleceğini gösterir belgeler,

8) Tıp merkezi tam donanımlı acil yardım ambulansı bulunduruluyor ise, Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğine göre alınmış Ambulans Uygunluk Belgesinin Müdürlükçe tasdikli sureti; ambulans hizmeti sunan özel bir kuruluş ile sözleşme yapılmış ise, Ambulans Servisi Uygunluk Belgesinin ve hizmet sözleşmesinin ıslak imzalı veya ıslak imzalı aslı görülerek Müdürlük onaylı örneği; Yönetmeliğin 24 üncü maddesinin sekizinci fıkrasına uygun ve ambulans hizmetinin karşılandığına dair Sağlık Müdürü tarafından onaylı belgenin sureti,

9) Yönetmeliğin 23 üncü maddesinin beşinci fıkrası uyarınca tıp merkezinin koordineli çalışacağı özel veya kamu hastane veya hastaneleri ile yapılan hizmet sözleşmesinin ıslak imzalı aslı görülerek Müdürlük onaylı örneği,

10) Mesul müdürün, tıp merkezinde mesul müdür olarak çalışacağına dair ıslak imzalı veya ıslak imzalı aslı görülerek Müdürlük onaylı mesul müdürlük sözleşmesi örneği; Yönetmeliğin 16.ncı maddesinin dördüncü fıkrasına göre mesul müdürlük yapmaya engel halinin bulunmadığını gösteren belgeler; mesul müdüre ait diploma ve var ise uzmanlık belgesi, T.C. Kimlik Numarası beyanı ve iki adet vesikalık fotoğraf,

a) Tıp merkezi işleteni şirket bakımından, mesul müdür şirket ortağı değilse şirket müdürü ile mesul müdür arasında imzalanan sözleşme; şirket müdürü ile mesul müdür şirket ortağı ise, -şirket müdürü, mesul müdür olamaz- şirket müdürü ve mesul müdür arasında imzalanan sözleşme,

b) Tıp merkezi işleteni gerçek kişiler ve mesul müdür de ortak ise, diğer ortakların mesul müdürlük konusunda yazılı ve imzalı rıza beyanları veya mesul müdürlük yapacak ortak ile diğer ortaklar arasında bu konuda yapılan sözleşme (mesul müdür ortak değil ise, bütün ortaklarla yapılan sözleşme),

11) EK-5'e göre tıp merkezinde tam zamanlı çalışacak asgari sayıdaki uzman tabipleri ve kısmi zamanlı çalışacak uzman tabiplerin/tabiplerin, diplomaları/uzmanlık belgeleri ile hizmet sözleşmeleri; sadece nöbet hizmeti sunacak olan tabip

Bu mevzuat değişikliklerinden en çok etkilenen ise hekim sermayeli dal ve tıp merkezleri oldu. Sürekli değiştirilen mevzuat, özel sağlık kuruluşlarının ayakta kalmalarını ve gelecek planı yapmalarını güçleştiriyor.

veya tabiplerin diplomaları, varsa uzmanlık belgeleri ve nöbet hizmeti ile ilgili sözleşme/sözleşmeler; tabip harici sağlık çalışanlarının hizmet sözleşmeleri ve diplomaları (diploma ve uzmanlık belgeleri ile sözleşmelerin, aslı görülmek şartıyla Müdürlük tasdikli suretleri; istenilir ise sözleşmeler ıslak imzalı verilebilir),

12) Tıp merkezinde çalışacak tabiplerin ve sağlık çalışanlarının ikişer adet vesikalık fotoğrafları,

13) Tıp merkezinde sağlık insan gücü haricindeki çalışanların, mesul müdür tarafından onaylı isim listesi ve T.C. Kimlik Numaraları,

14) Tıp merkezinde bulunması zorunlu tıbbi donanımın (cihazlar için marka, seri numarası veya bu numara yerine geçen bilgiler olacak şekilde) ve ilaçların, isim ve sayı olarak belirtilen mesul müdür imzalı listesi,

15) Çamaşırhane ve/veya mutfak hizmetlerinin dışarıdan satın alınması halinde, taraflar arasında yapılan sözleşme/sözleşmelerin mesul müdür tasdikli suretleri ve hizmet veren şirket/şirketlere ait ticaret odası faaliyet belgesi/belgeleri,

16) Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine göre düzenlenmiş tıbbi atık raporu ve tıbbi atıkların bertarafı için ilgili kurumla yapılmış sözleşme.

2- POLİKLİNİKLERDE RUHSATNAME BAŞVURUSU İÇİN GEREKLİ BELGELER

1) Poliklinik işleteninin, adı veya ticari unvanı ile açmak istediği kuruluşun adını, açık adresini, faaliyet göstereceği uzmanlık dalları ve türünü belirten ve sağlık kuruluşunun açılışı ile ilgili işlemlerinin başlatılmasını talep eden imzalı başvuru dilekçesi,

2) Müstakil binada ise, "sağlık kuruluşu" kaydının gösterildiği yapı kullanma izni belgesi; müstakil binada değil ise, bulunduğu binanın yapı kullanma izni belgesi (yapı kullanma izni belgesinin ilgili belediyesince onaylı örnekleri de olabilir),

3) Poliklinik binası müstakil ise, ilgili mevzuata göre alınmış depreme dayanıklılık raporu,

4) Polikliniğin olduğu binada 27.11.2007 tarihli ve 2007/12937 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kabul edilerek 19.12.2007 tarihli ve 26735 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde yangın için gerekli tedbirlerin alındığını, tesisatın kurulduğunu ve binanın bu açıdan uygunluğunu ayrıntılı olarak gösteren ve yetkili merciden alınan belge,

5) Yönetmeliğin 10.uncu maddesinin ikinci fıkrası uyarınca, hasta ve hasta yakınları ile poliklinik çalışanları için üç araçtan az olmamak üzere imar mevzuatına uygun şekilde otopark yeri ayrıldığına dair ilgili belediyeden alınan yazı,

6) Polikliniği açacak şirket ortaklarını gösterir ticaret sicili gazetesinin aslı veya aslı görülerek Müdürlük onaylı örneği ile şirket ortaklarının tamamının tabip olduklarını belgelemek üzere ortakların diplomalarının, varsa uzmanlık belgelerinin Müdürlükçe tasdikli suretleri; şirket değil kişiler tarafından açılacak ise, tıp fakültesi diplomaları ve varsa uzmanlık belgelerinin Müdürlükçe tasdikli suretleri,

7) Yönetmeliğin 25 inci maddesine göre laboratuar ile radyoloji hizmetlerinin gerek poliklinik bünyesinde ve gerekse hizmet satın alma yoluyla nasıl yürütüleceğini gösterir belgeler,

8) Ambulans hizmeti, Yönetmeliğin 24 üncü maddesinin dokuzuncu fıkrasında gösterilen şekilde verilecek ise buna dair işletenin yazılı ve ıslak imzalı beyanı; kendisine ait tam donanımlı acil yardım ambulansı olması halinde Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğine göre alınmış Ambulans Uygunluk Belgesinin Müdürlükçe tasdikli sureti; ambulans hizmeti sunan özel bir kuruluş ile sözleşme yapılmış ise, Ambulans Servisi Uygunluk Belgesinin aslı görülerek Müdürlük onaylı örneği, hizmet sözleşmesinin ıslak imzalı veya ıslak imzalı aslı görülerek Müdürlük onaylı örneği;

9) Mesul müdürün, poliklinikte mesul müdür olarak çalışacağına dair ıslak imzalı veya ıslak imzalı aslı gö-

rülerek Müdürlük onaylı mesul müdürlük sözleşmesi örneği; Yönetmeliğin 16.ncı maddesinin dördüncü fıkrasına göre mesul müdürlük yapmaya engel halinin bulunmadığını gösteren belgeler; mesul müdüre ait diploma ve var ise uzmanlık belgesi, T.C. Kimlik Numarası beyanı ve iki adet vesikalık fotoğraf,

a) Poliklinik işleteni şirket ve ortaklardan başkası şirket müdürü ise, şirket müdürü ile mesul müdür tabip arasında yapılan sözleşme; aksi halde, mesul müdürlük konusunda ortaklar kurulu karar defterinin aslı görülerek Müdürlük onaylı örneği,

b) Poliklinik işleteni gerçek kişiler ise, diğer ortakların mesul müdürlük konusunda yazılı ve imzalı rıza beyanları veya mesul müdürlük yapacak ortak ile diğer ortaklar arasında bu konuda yapılan sözleşme,

10) Poliklinik ortağı tabipler ile ve poliklinikte çalışacak tabip harici sağlık çalışanlarının ikişer adet vesikalık fotoğrafları,

11) EK-5'e göre istihdamı zorunlu olan ve tabip harici sağlık çalışanlarının hizmet sözleşmeleri ve diplomaları (diploma ve sözleşmelerin, aslı görülmek şartıyla Müdürlük tasdikli suretleri; istenilir ise sözleşmeler ıslak imzalı verilebilir),

12) Poliklinikte nöbet hizmeti verilecek ise nöbetçi tabibin diploması ve var ise uzmanlık belgesi ile nöbet hizmetine dair sözleşme (diploma/uzmanlık belgesi ve sözleşme, aslı görülmek şartıyla Müdürlük tasdikli suretleri; istenilir ise sözleşme ıslak imzalı verilebilir),

1) Poliklinikte sağlık insan gücü haricindeki çalışanlarının, isimleri ve mesul müdür tarafından onaylanmış isim listesi ve T.C. Kimlik Numaraları,

14) Poliklinikte bulunması zorunlu tıbbi donanımın (cihazlar için marka, seri numarası veya bu numara yerine geçen bilgiler olacak şekilde) ve ilaçların, isim ve sayı olarak belirtilen mesul müdür imzalı listesi,

15) Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine göre düzenlenmiş tıbbi atık raporu ve tıbbi atıkların bertarafı için ilgili kurumla yapılmış sözleşme.

EK-1/b

SAĞLIK KURULUŞUNUN DEVRİNDE RUHSATNAME İÇİN GEREKLİ BELGELER

1) Sağlık kuruluşunun işleteninin adı veya ticari unvanı ile kuruluşun adını, açık adresini, faaliyet göstereceği uzmanlık dalları ve türünü belirten ve sağlık kuruluşunun devri ile ilgili işlemlerinin başlatılmasını talep eden imzalı başvuru dilekçesi,

2) Sağlık kuruluşunun devrinin yapıldığını gösteren devir sözleşmesi yanında devralan ticaret şirketi ise, şirket ortaklarını gösterir ticaret sicili gazetesinin aslı veya aslı görülerek Müdürlük onaylı örneği; şirket ortaklarının tamamının tabip olduklarını belgelemek üzere ortakların diplomalarının, varsa uzmanlık belgelerinin Müdürlükçe tasdikli suretleri; gerçek kişiler için tıp fakültesi diploması ve var ise uzmanlık belgelerinin Müdürlükçe tasdikli suretleri,

3) Mesul müdürün, sağlık kuruluşunda mesul müdür olarak çalışa-

cağına dair ıslak imzalı veya ıslak imzalı aslı görülerek Müdürlük onaylı mesul müdürlük sözleşmesi örneği; Yönetmeliğin 16 ncı maddesinin dördüncü fıkrasına göre mesul müdürlük yapmaya engel halinin bulunmadığını gösteren belgeler; mesul müdüre ait diploma ve var ise uzmanlık belgesi, T.C. Kimlik Numarası beyanı ve iki adet vesikalık fotoğraf (Sağlık kuruluşunun türüne göre EK-1/a-1 veya EK-1/a-2'de belirtilen şekilde),

4-a) Tıp merkezi için EK-1/a-1'deki: Hizmet satın alma halinde 7, 8, 9, 15; sözleşmeler bakımından ve çalışanlarda değişiklik olması halinde yeni çalışanlar için 11, 12 ve 13; tıbbi atıkların bertarafı için 16.ncı maddelerde sözü edilen belgeler (devralan adına EK-1/a-1'de belirtilen şekilde düzenlenmesi),

b) Poliklinik için EK-1/a-2'deki: 7, 8; poliklinik ortağı tabiplerin ikişer adet vesikalık fotoğrafları; sözleşmeler bakımından ve çalışanlarda değişiklik var ise yeni çalışanlar için 10, 11, 12 ve 13; atıkların bertarafı için 15 inci maddelerde sözü edilen belgeler (devralan adına EK-1/a-2'de belirtilen şekilde düzenlenmesi).

EK-1/c

SAĞLIK KURULUŞUNUN BAŞKA YERE NAKLİ DURUMUNDA İSTENECEK BELGELER

1) Sağlık kuruluşunun işleteninin adı veya ticari unvanı ile kuruluşun adını, açık adresini, faaliyet göstereceği uzmanlık dalları ve türünü belirten ve sağlık kuruluşunun nakli ile ilgili işlemlerinin başlatılmasını talep eden imzalı başvuru dilekçesi,

2) Tıp merkezleri için, Bakanlıkça verilmiş ön izin belgesi ve ön izne esas mimari proje; poliklinikler için, oda esasında bütün mekânlarının ne amaçla kullanılacağını gösterir en az 1/100 ölçekli ve Müdürlük tarafından yerinde bizzat görülerek doğruluğu onaylanmış plan örneği,

3) Tıp merkezi için, tıp merkezi veya özel sağlık tesisi yapı kullanma izni belgesi; poliklinik için, müstakil binada ise sağlık kuruluşu kaydı olan, müstakil binada değil ise binanın yapı kullanma izni belgesi aslı veya ilgili belediyesince onaylı örneği;

4) Sağlık kuruluşunun olduğu binada 27.11.2007 tarihli ve 2007/12937 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kabul edilerek 19.12.2007 tarihli ve 26735 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde yangın için gerekli tedbirlerin alındığını, tesisatın kurulduğunu ve binanın bu açıdan uygunluğunu ayrıntılı olarak gösteren ve yetkili merciden alınan belge,

5) Tıp merkezi ve müstakil binada olacak poliklinik binasının ilgili mevzuata göre alınmış depreme dayanıklılık raporu,

6) EK-1/a-1 ve 2'de yer alan diğer hususlarda değişiklik var ise bu belgeler,

7) Sağlık kuruluşunda çalışacak tabipler ve diğer sağlık çalışanları ile ilgili değişiklik var ise, bunun için EK-1/a-1 ve 2'de sağlık çalışanları bakımından yer alan belgeler.

GENOMAR
DİAGNOSTİK

HIZLI VE GÜVENİLİR...

BİO-RAD D-10
HBA1C (HPLC) CİHAZI

* SAATTE 20 HASTA ÇALIŞABİLME
* DİREK KANDAN HBA1C ÇALIŞABİLME
* 3 DAKİKADA HBA1C SONUCU
* HPLC ÖLÇÜMÜ İLE HEMOGLOBİN VARİANTLARI
* BARCODLU ÇALIŞABİLME

BPC BIOSED
GLOBAL BİYOKİMYA CİHAZI

* 400 TEST/SAAT (700 TEST/SAAT ISE DAHİL)
* AYNI ANDA 70 HASTA YÜKLEMELİ
* 60 TESTİ AYNI ANDA ÇALIŞABİLME
* BARCODLU ÇALIŞABİLME
* ACİL GİRİŞ ÖZELLİĞİ

GENOMAR ELEKTRONİK VE TIBBİ CİHAZLAR
Ali Ay Sokak Gül Apt. No: 7/2 Küçükbakkalköy / İstanbul
Tel : 0216 574 25 37 Faks : 0216574 25 42
genomar@genomar.com.tr / www.genomar.com.tr

SAYILARLA SAĞLIK SEKTÖRÜ

2011 başı itibarıyla 81 il içinde henüz özel hastane kurulmayan 15 il vardır. Bu 15 il dışında kalan 66 ilde özel hastane bulunmakta; ancak toplam hastanelerin yüzde 76'sı, yatak varlığının da yüzde 80'i ilk 20 ilde toplanmaktadır. Bu sayılar da göstermektedir ki, Türk sağlık sektörü son yıllarda büyük bir değişim içindedir.

Türkiye'de de, "Sağlıkta Dönüşüm' ün önemli ayağı özel hastanelerin kurulması, sağlık yatırımlarının özel sektör eliyle gerçekleştirilmesi, hatta bu hizmet arzının "dışa açılması" oluşturuyor. 1990'larda başlayan sağlık yatırımları, daha çok 2003 sonrasında hızlandı ve bugünkü tabloyu ortaya çıkardı.

Türkiye'de toplam yatırımlardaki payı yüzde 75'e ulaşan özel sektörün, sağlığa yatırımları özel yatırımların toplamında yüzde 5'e yaklaşmakta. Sonuçta, 2006-2010 döneminde yılda ortalama 7-8 milyar TL'yi bulan sağlık yatırımlarının üçte ikisinin özel sektörce, üçte birinin devletçe yapıldığı söylenebilir.

Sağlıkta özel sektör yatırımlarının artmasının sonucunu, yataklı tedavi kurumlarında özel hastanelerin payında görmek mümkündür; Özel hastanecilik kısa sürede tedavi sunumunda önemli bir paya sahip olmuş ve gelecek yıllarda payım arttıracağına ilişkin işaretler vermeye başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 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.

Özel hastane yatırımları, beklenece-ği gibi, ağırlıkla istanbul'da toplanmış durumda. 55 özel hastanenin bulunduğu İstanbul'un özel hastane yatak varlığı da 10 binin üstünde ve toplam özel yatakların yüzde 37'sini aşmakta.

Özel hastane yatak varlığının yaklaşık yüzde 7'sinin yer aldığı Ankara'da 28 özel hastane bulunurken Antalya'da özel hastane sayısı şimdiden 24'ü bulmuş ve ilin toplam yatak varlığındaki payı yüzde 5'e ulaşmıştır.

Özel hastanecilikte Gaziantep, dördüncü sıraya yerleşmiştir. Birçok sıralamada 3. sırayı alan İzmir, özel hastanecilikte 5'inci sıradadır. İzmir'de 19 özel hastanenin 972 yatağı bulunmaktadır. Özel hastaneciliğin ilk 20 ili arasında Güneydoğu illeri de bulunmaktadır. Örneğin Batman'da 6 özel hastanenin 434 yatağı bulunurken Diyarbakır'da 7 özel hastanenin 400 yatağı, Van'da 5 özel hastanenin de 372 hasta yatağı mevcuttur.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARINDA KAMU-ÖZEL DAĞILIM, 2011

Kuruluş	Yatak Sayısı	Kuruluş Payı	%	Yatak payı %
Sağlık Bakanlığı	842	120.535	58.5	60.1
Üniversite Hastanesi	62	35.001	4.3	17.4
Özel	490	28.147	34.1	14.0
Belediye Hastanesi	3	1.095	0.2	0.5
Milli Savunma	42	15.900	2.9	7.9
TÜRKİYE	1.439	200.678	100	100

İSTİHDAMDA DA ÖZEL

Özel hastanelerin arasında 450-500 yataklı büyük tedavi kurumlan kadar 40-50 yataklı küçük klinikler de bulunmaktadır.

2011 başı itibarıyla 81 il içinde henüz özel hastane kurulmayan 15 il vardır. Bunlar, Adıyaman, Bilecik, Sinop, Tunceli, Bayburt, Kırıkkale, Bartın, Ardahan, Kilis, Amasya, Artvin, Gümüşhane, Hakkâri, Kars, Şırnak'tır. Bu 15 il dışında kalan 66 ilde özel hastane bulunmakta; ancak toplam hastanelerin yüzde 76'sı, yatak varlığının da yüzde 80'i ilk 20 ilde toplanmaktadır.

Bu sayılar da göstermektedir ki, Türk sağlık sektörü son yıllarda büyük bir değişim içindedir. Sağlık sistemi, yeniden inşa edilmekte, özel sağlık sektörü daha aktif ve güçlü olarak ortaya çıkmaktadır.

Özel hastanelerin sayısı hızla artması da işte bu değişimin sonucudur. 2010 yılında 490 olan özel hastane sayısı 15 Şubat 2008 yılında yapılan Yönetmelik

değişikliğine rağmen 2011 yılında 500'ü geçmiştir. 2008 öncesi ön izin alan özel hastane yatırımlarının da 2011 yılı sonuna doğru faaliyete geçebileceği dikkate alındığında 2011 sonunda özel hastane sayısının 550 civarında olacağı beklenebilir.

2008 yılından itibaren özel sektör sağlık yatırımlarının kontrol altına alınmasına yönelik politikalara rağmen, özel sağlık sektörü Türkiye'nin en hızlı büyüyen sektörlerinden biridir. Özel Sağlık sektörü 2006'da yüzde 3,9, 2007'de yüzde 1,7, 2008'de yüzde 3,4, 2009 yılında ise yüzde 2,4 oranında büyüme kaydetti. Sektörün olumlu politikalarla teşviki ve devlet politikası ile desteklenmesi halinde önemli bir miktarda ihracatı da gerçekleştirebilecek potansiyele sahip olduğu da görülmekte.

Türk özel sağlık sektörünü küresel pazarda avantajlı kılan birçok özelliği bulunmakta. Bu avantajlar sektör açısından çok önemli fırsatlara dönüştürülebilecek durumdadır. Özel sektörün çok büyüdüğünü, büyümesinin durdurulması veya belirli bir oranda tutulması gerektiğini savunan görüşler küresel pazardaki büyük fırsatlardan ülkemizin yeterince yararlanamayacağını da biliyor olmalı.

Çok büyük bir gelişme kaydeden özel sağlık sektörünü içe döndürmek hem ülke hem sektör açısından sıkıntılar yaratacaktır. Küresel fırsatların kaçırılmaması, özel sağlık sektörünün uluslararası pazarlara açılması için kamu ve özel sağlık sektörü üst düzey bir işbirliği içinde koordine edilmelidir.

Özel sağlık sektörünün ülke ekonomisine en önemli katkılarından birisi, oluşturduğu istihdam. 500'den fazla özel hastane, tıp merkezi ve diğer sağlık kuruluşlarında 2011 yılında 128,608 kişi istihdam edildi. Bu işsizliğin en önemli sorun olduğu ülkemizde dikkate alınması gereken bir rakam.

Özel hastanelerde istihdam edilen çalışanların dağılım şöyledir.

Uzman Hekim	18,991
Pratisyen Hekim	3,724
Sağlık Hizmetleri Sınıfı (Diş tabibi, eczacı, Ebe, Hemşire, sağlık memuru, diğer)	83,437
İdari hizmet	22,456

2008 yılından itibaren özel sektör sağlık yatırımlarının kontrol altına alınmasına yönelik politikalara rağmen, özel sağlık sektörü Türkiye'nin en hızlı büyüyen sektörlerinden biridir. Özel Sağlık sektörü 2006'da yüzde 3,9, 2007'de yüzde 1,7, 2008'de yüzde 3,4, 2009 yılında ise yüzde 2,4 oranında büyüme kaydetti. Sektörün olumlu politikalarla teşviki ve devlet politikası ile desteklenmesi halinde önemli bir miktarda ihracatı da gerçekleştirebilecek potansiyele sahip olduğu da görülmekte.

Ülke sağlık sektöründe çalışan tüm uzman hekimlerin yüzde 29'u, tüm pratisyen hekimlerin yüzde 11'i, tüm sağlık hizmetleri sınıfında çalışanların (hemşire, ebe, sağlık memuru, sağlık teknisyeni vb.) yüzde 24'ü, tüm idari hizmetlerde çalışanların yüzde 22'si özel hastaneler tarafından istihdam edilmektedir.

Özel sağlık sektörü büyümesini bu oranda sürdürebilir ve insan kaynaklarına yönelik uygulanan planlama kaldırılırsa 2012 yılında istihdam edilen kişi sayısının 150 bine ulaşacağı tahmin edilebilir. Özellikle her yıl ortalama 200 bin sağlık turistinin geldiği de göz önüne alınırsa bu alanda ortaya çıkacak talebin karşılanması için yeni istihdam kaçınılmaz olacaktır. 2011 yılında beklenen yabancı hasta sayısına yönelik hizmet talebinin, istihdam artışını teşvik edeceğini söylemek mümkündür.

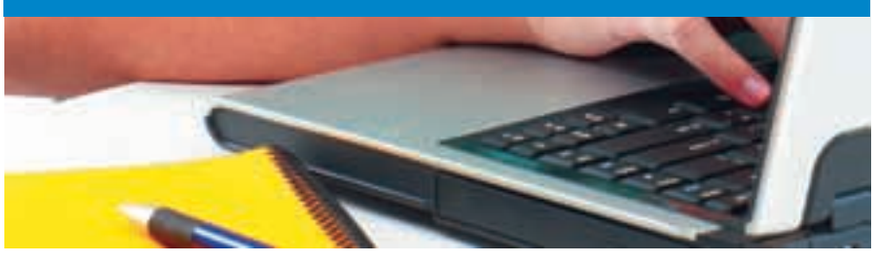
Özel sağlık sektöründe istihdam edilen sağlık personeli sayıları incelendiğinde uzman hekim sayısı 2008 yılında 17,786, 2009 yılında 20,104, 2010 yılında 19,749 olmuştur.

2008 yılında yaşanan ve sektörde deprem olarak yorumlanan Yönetmelik değişikliğine rağmen uzman hekim sayısında önemli bir düşüş olmadığı gözlenmektedir. Özel sağlık sektöründe istihdam edilen uzman hekim sayısı ve oranı (yüzde 30) kamu sağlık kurumlarının hizmet sunumunu tehdit edecek ve sağlık insan gücü planlamasını aksatacak boyutta değildir.

Özel hastanelere yönelik sağlık insan gücünü de kapsayan planlama faaliyetleri nedeniyle yeni personel alımları planlama iznine takılan sektörün istihdam ettiği uzman hekim sayısında yüzde 0,1 oranında azalma gözlenmektedir.

Özel sağlık sektöründe istihdam edilen hemşire sayıları incelen-

Özel hastanelere yönelik sağlık insan gücünü de kapsayan planlama faaliyetleri nedeniyle yeni personel alımları planlama iznine takılan sektörün istihdam ettiği uzman hekim sayısında yüzde 0,1 oranında azalma gözlenmektedir.



diğinde hemşire sayısı 2008 yılında 19,314, 2009 yılında 22,191, 2010 yılında 21,462 olmuştur. Özel hastanelerde istihdam edilen ebe hemşire sayısında da önemsenecek bir oranda değişim olmamıştır.

Türkiye sağlık sektöründe toplam 658,457 kişi istihdam edilmektedir. Bunun 457,021 kişisi (yüzde 69) Sağlık Bakanlığı'nda, 72,918 kişisi (yüzde 11) üniversite hastanelerinde, 128,918 (yüzde 20) kişisi özel sektörce istihdam edilmektedir.

sağlık hizmet maliyetlerindeki artış ve bu artış sonucunda toplam sağlık harcamaları yükseldi.

Ayrıca Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ortaya konulan yeni yasalar ve düzenlemeler de özel sağlık sektörüne yatırım yapmayı anlamlı hale getirmiştir.

Toplam sağlık harcamaları, 1999 ile 2006 yılları arasında, 7.6 milyar dolardan 31.5 milyar dolara yükselirken, toplam sağlık harcamalarının GSMH'dan aldığı pay, 1999 yılında yüzde 4.1 iken 2006 yılında yüzde 7.7'ye yükseldi. Türkiye'de özel sağlık harcamaları, 1992-2006 yılları arasında 4.4 kat arttı. 2002-2006 yılları arasında, özel sağlık hizmetlerinin kullanımı; hastaneye yatan hasta sayısı olarak yüzde 62.5, poliklinik muayene sayısı olarak da yüzde 102.9 oranında artış gösterdi.

Özetle, özel sağlık sektörü, bugün Türkiye'nin en hızlı büyüyen sektörleri arasında. Bu nedenle büyürken daha fazla muhatap alınmayı ve sağlık sisteminde daha fazla söz sahibi olmayı da hak ediyor.

Özel sağlık sektörü büyümesini bu oranda sürdürebilir ve insan kaynaklarına yönelik uygulanan planlama kaldırılırsa 2012 yılında istihdam edilen kişi sayısının 150 bine ulaşacağı tahmin edilebilir. Özellikle her yıl ortalama 200 bin sağlık turistinin geldiği de göz önüne alınırsa bu alanda ortaya çıkacak talebin karşılanması için yeni istihdam kaçınılmaz olacaktır.

Önümüzdeki yıllarda bu sektörde de hızlı bir el değiştirme, satın alma süreci ile yoğunlaşmanın artacağını, daha az sayıda sağlık grubunun sektörde hâkimiyet kuracağını söylemek mümkündür.

Rakamlardan anlaşılacağı gibi 2000'li yıllarda, özellikle son 5 yıl içinde özel sağlık sektöründe milyonlarca dolarlık yatırım yapıldı ve hastane sayısı büyük bir artış gösterdi.

Özel sağlık sektörünün son yıllarda bu denli yükselişinin bir nedeni, dünyada ve Türkiye'de sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyinin artmasına paralel olarak sağlık hizmetlerine olan talebin artışıydı. Öte yandan

Kadın Hastalıkları ve Doğum
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Genel Cerrahi
Kulak Burun Boğaz Baş ve Boyun Cerrahisi
İç Hastalıkları (Dahiliye)
Nöroloji (Sinir Sistemi Hastalıkları)
Ortopedi ve Travmatoloji
El ve Mikro Cerrahi
Diabet
Ağız ve Diş Sağlığı

ASYA SAĞLIK

"sağlığın gülen yüzü"

Göz Hastalıkları
Dermatoloji (Cildiye)
Beslenme ve Diyet
Güzellik Merkezi Lazer Epilasyon/Saç Ekimi
Plastik Estetik ve Rekonstruktif Cerrahi
Check-Up Ünitesi
Klinik Laboratuvar
Radyoloji/Görüntüleme Ünitesi
Endoskopi Ünitesi
Acil Servis

Küçükköy Meydan 537. Sokak
Merkez Camii Karşısı No:5
Küçükköy/Gaziosmanpaşa/İstanbul

Telefon : 0212 537 16 16
Faks : 0212 537 07 67
E-mail : bilgi@asyahastanesi.com

KURUCUSU VE YÖNETİCİSİ AHMET SELVİ HOSPİTADENT'İ ANLATTI:

7. YILDA 6. KURUM

Dental sağlık turizmi kapsamında yurt dışından çok hasta geliyor. Açılışımızda Sayın Başbakan'ın da belirttiği gibi, eskiden Türkler yurt dışına gider tedavi olurdu, şimdi ise yurt dışından ülkemize sağlık hizmeti satın almak için geliyorlar. Gerçekten yurtdışından hasta getirmek için çok çaba sarf ediyoruz.

-Ahmet Bey, diş hekimliğinden hastane yöneticiliğine geçtiniz. Biraz kendinizi tanıtarak serüveninizi anlatır mısınız?

-1964 yılı Kayseri doğumluyum. Evliyim, 4 çocuğum, bir torunum var. Çapa Diş Hekimliği Bölümü'nden mezun oldum. Dişhekimi olarak çalışmaya başladığım dönemde İktisat Fakültesini bitirdim. Bir süre muayenehane işlettim, sonra profesyonel yönetici olarak özel bir sağlık kurumunda çalışmaya başladım. Burada dişhekimliği ve yöneticilik görevlerini birlikte üstlendim. Aynı sağlık kurumunda Genel Müdürlük görevini de üstlenerek 3 hastane, 5 poliklinik açarak görevimi tamamladım.

1999 krizi ile birlikte dişhekimi ünvanımla muayene açtım. 2004'te Aksa Kliniği, Güneşli'yi devraldık. Buraya cerrahi birim ilave ettik, genel amaçlı ameliyathanesi ve doğumhanesi olan AKSA CERRAHİ TIP MERKEZİ haline dönüştürdük. Mesleğim diş hekimliği olduğu için hep bir diş hastanemiz olsun istiyordum. Arkadaşlarımla başlattığım proje ile 2006 yılında Bağcılar'da havaalanına yakın bir mevkide bir bina kiralayarak diş hastanesi açtık. Açılışımıza Sayın Başbakan da katılarak bize destek verdi. O günden bu yana Dental Sağlık Turizmi ile işimize devam ederek şube sayımızı arttırmaya çalıştık. Bağcılar, Fatih, Çamlıca, Pendik HOSPITADENT'ten sonra Mecidiyeköy'de 6. Hastanemizin açılış hazırlıklarını yürütüyoruz.

-Ahmet Selvi, 24 saatini nasıl geçiriyor?

-Genellikle erken kalkarım. Maillerimin ve iş takiplerimin kontrolünü yaptıktan sonra işime giderim. Trafik insana stres yüklediği için işe gidiş gelişlerimi trafiğin tenha saatlerinde yapmayı tercih ederim. Günümüzde iletişim araçlarını ve teknolojiyi iyi kullandığımı düşünüyorum, işlerimi uzaktan da takip edebiliyorum.

-Gün içersinde kurumları dolaşıyor musunuz yoksa toplantılar şeklinde mi oluyor?

-Hangi kurumda işim ya da toplantım varsa oraya gidiyorum. Organize olmuş bir yönetim sistemimiz mevcut. Her kurumun ve birimin sorumluları var, onların takiplerindeki işler bize rutin rapor olarak geliyor. Kurumları uzaktan kameralarla takip edebildiğimi tüm birim sorumluları bilir.

-Diş hekimliğinden sonra iktisat okumanızın faydasını görüyor musunuz?

-Ben Kayseriliyim. İktisat okumasak da anlarız, çünkü babamız esnaf. Günümüzde şartlar ekonomiyi iyi bilmeyi gerektiriyor. İşi bilimsel olarak bilmek; en azından bilanço okuyup, gelir tablosu analizi yapabilmek oldukça önemli. Tasarlanmış bir şey değildi ama o dönemlerde ekonomik olaylar çok yoğun cereyan ettiği için iktisat da okumuştum, şimdi bilgilerimi burada değerlendiriyorum tabii.

-Dişhekimi olmak mı yoksa yönetici olmak mı daha zor?

-Dişhekimi olmak daha zor. İşletme prensipleri her yerde aynı. İktisadın kurallarını hangi işletmede doğru uygularsanız başarılı olursunuz. Dişhekimliği ise ulvi ve keyif alarak yaptığım bir iş. Hastanın sıkıntısını giderdiğiniz zaman onun yaşadığı mutluluğu siz de yaşıyorsunuz.

Mezuniyetten sonra kısa bir dönem diş hekimliği yaptım ama akabinde yönetici ağırlıklı olarak çalıştım. Yöneticilik yapmayı da seviyorum. Çalışanlarını yönettiğim işletmede mutlu bir şekilde ürettiğini görmek beni motive ediyor. Şu anda belki 80'i hekim olmak üzere 250'ye yakın çalışanımız oldu. Bazen çok yorulduğumu hissetsem de insanlara istihdam sağladığımı düşünmek beni ayrıca motive ediyor. Bir de hassas olduğum en önemli noktalardan biri çalıştığım insanların ödemelerini düzenli olarak yapmaktır. Kayserili olarak pazarlık yaparız belki, ancak sözleşme tamamlandıktan sonra her şey düzen içerisinde yürür. Maaş ödemelerimiz de düzenlidir.

-Yedinci yılınızda 6. Kurumu oluşturuyorsunuz. Krizlerin bu kadar çok olduğu dönemler içinde ciddi anlamda büyüme kat etmişsiniz. Bu başarınızın sırrı nedir?

-İyi bir ekiple çalışmak ve belli disiplinleri uygulamak olsa gerek. Birbirini destekleyen ve alanlarında çok iyi, kaliteli bir ekibe sahibiz. Ayrıca, başarılı olmak adına koyduğumuz prensiplerimiz de var. Kadromuzu oluştururken, işe alım sürecinde her kademedeki çalışanımızı titizce inceliyoruz. Kaliteli malzeme ile hizmet vermek, işini sevmek, sağlıkla ilgili bir hizmet vermenin ağır sorumluluğunun bilincinde olmak da bizi başarıya götüren artılarımız. İşin diğer bir püf noktası da, kaliteli hizmetlerimizi düşük kar oranları ile sunuyor olmamız. Bu sayede daha fazla insana kaliteli hizmetlerimizle ulaşarak daha güvenilir bir şekilde

6. Şubemiz yolda ama sayıdan ziyade kaliteli işlemesi önemli. Biz temkinli ilerlemek istiyoruz. 6. Şube ile İstanbul'a Hospitadent'i yaymış bulunuyoruz. Yeni kurumlar ihtiyaca göre şube şeklinde açılacak. Ama Anadolu'dan da talepler almaktayız. Anadolu'ya Hospitadent'leri açmak için çalışmalarımız devam etmektedir.

büyüyor olduğumuzu başarılı olduğumuzu düşünüyorum.

Dental sağlık turizmi kapsamında yurt dışından gelen hastalarımız da yoğunluk teşkil ediyor. Hospitadent'lerin açılışında yaptığı konuşmasında Sayın Başbakan'ın da belirttiği gibi, "eskiden Türkler yurt dışına gider tedavi olurdu, şimdi ise yurt dışından ülkemize sağlık hizmeti satın almak için geliyorlar".

Gerçekten yurtdışından hasta getirmek için özel bir çaba sarf ediyoruz. Hem ülkemize döviz kazandırıyor, hem de ülkemizi yurt dışında tanıtıyoruz. Avrupa başta olmak üzere Azerbaycan, Uzak Doğu, Orta Doğu ve Afrika'dan çok sayıda hasta geliyor.

-Yurt dışındaki hastalara nasıl ulaşıyorsunuz?

-Ağız ve diş sağlığı sektörü, devlet özel kurumlara ödeme yapmadığı için Türkiye'de zor durumda. Sadece dişte yok bu. Muayeneler ve birçok klinik zor durumda. Ancak biz yurt dışından da gelen hastalarımız ile oldukça iyi bir konumdayız. Yurt dışında tanıtım yapıyoruz. İnternet sitemizi de çeşitli yabancı dillere göre hazırladık. İngilizce, Flemenkçe, Almanca, Arapça güncel sayfalarımız takip edilebilmekte. Alo diş hattımız üzerinden yabancı dilde cevap veren Hospitadent çalışanlarımız var. Yabancı hastaların gelmesi için çalışan özel bir ekibimiz ve ilgili birimlerimiz bulunmakta.

-Yabancı hastalara hizmet vermek sanırım daha zordur. Yabancı hastaların memnuniyetini kaliteli hizmet ve aldığı hizmetin fiyatı mı belirlemekte?

-Yurt dışından gelen hasta gerçekten kaliteyi arıyor. Ayrıca güler yüz ve ilgi de istiyor. Hastaların bu ihtiyaçları kurumlarımızda fazlasıyla karşılanıyor. Hastaların burada rahat bir ortamda tedavi olmaları için elimizden gelen her şeyi yapıyoruz. Onların havaalanlarından transferleri, otellerine yerleşmeleri (otellerden bu hastalar için uygun hesaplı fiyatlar aldık) ve tedavi süreçlerine kadar tüm ayrıntıları hallediyoruz. Bu ayrıcalıklı hizmetler sayesinde hasta tedavi olmak için çok daha rahat geliyor. Yalnız şunu ifade etmekte fayda var: yurt dışından gelen hastalarımızın yüzde 80'i Türk, geriye kalanı yabancı ve biz bu oranı arttırmaya çalışıyoruz. Türkiye'deki sağlık turizminin genel görünümü bu zaten. Yurt dışındaki Türkler ağırlıklı olarak geliyor ama biri gelmişse bir diğerini de getirmeye başlıyor. Ancak sitemizde de görüldüğü üzere yabancı hastalarımızın sayıları da artıyor. Hükümetimize ve ilgili bakanlıklarımıza bu noktada çok önemli bir görev düşüyor. Yabancı hastaların Türkiye'deki sağlık kurumlarına güven duymaları yönünde çalışmalar yapılmalı. Aldığım duyumlara göre bu çalışmaları yapıyor da ama bu yöndeki çalışmalar ne kadar hızlı ve yoğun yürütülürse o denli iyi olur. Hastanın güvenli gelmesi için biz birtakım garantiler veriyoruz. Mesela kurumumuza bir hasta geldi. Geçen yıl başka bir yerde bir hekim arkadaşa implant tedavisi yaptırdığını anlatıyor. Ama bu yıl geldiğinde o muayenehanenin kapandığını görmüş. Bu durum hasta için ciddi bir sıkıntı. Bir daha gelir de Türkiye'de tedavi görür mü artık? Böyle şeylerin olmaması için kurumların bir şekilde hükümete garanti vermesi veya bir şeklide sertifikalandırılma sürecinden geçmeleri gerekebilir.

Dental sağlık turizmi ile ilgili olarak son şunları söyleyebilirim. Ülkemizde altyapı, iyi hekimler, laboratuarlar, iyi diş hastaneleri var. Uzak Doğu'ya ya da Macaristan'a giden birçok hastayı Türkiye'ye getirebiliriz. Türkiye'nin dünya sağlık turizminden aldığı pay yüzde 1-2 civarında. Dental sağlıkta bundan daha az bir pay alıyor. Bu payın arttırılması, ülkemizin döviz ihtiyacının karşılanması ve cari açığın dengelenmesi açısından da çok önemli. Sanayi bakanımız yaptığı toplantıda "sağlık turizmini destekleyeceğiz" dedi ama uygulamalarda güçlükler yaşıyoruz. Ancak yakın zamanda bu konuda önümüz açılacak sanırım.

-Diş sağlığı alanında SGK, neden özel sağlık kurumlarından hizmet almıyor?

-Dünyanın hiçbir yerinde diş sağlığını karşılayan devlet ya da sigortanın olmadığı söylenmekte. Bu kısmen doğru ve haklı bir yaklaşım ama ben devletin en azından koruyucu diş hekimliği hizmetlerini satın alması gerektiğini düşünüyorum. 6 yaşında ki bir çocuğun 6 yaş dişi ömür boyu kalıyor ağzında ama ilk çürüyen de 6 yaş dişidir. Genellikle çıkacak zannedilerek bu diş çekilir. En azından 6 yaş dişlerinin tedavileri ve benzeri koruyucu tedavileri yapmak amacıyla özelden hizmet satın alınmalı. Bu satın alım yapılmadığı için diş hekimi muayenehaneleri zor durumda. Birçok diş hekimi muayenehanele-

rini kapatmış. Diş hekimleri genelde devlete geçiyorlar. Diğerleri de cesaret ederlerse bizim gibi diş hastanesi ya da diş merkezi açıyorlar. Görüştüğüm için biliyorum, bir çok dişhekimi arkadaşımızın işleri iyi değil. Dental sağlık turizmi yapanların durumları kısmen iyi ama yurt dışından hasta getirmek de o kadar kolay değil. Bunu başarabilenler ayakta kalabilir diye düşünüyorum.

-Genel olarak sektörü değerlendirirseniz.

-Hastanelerin ve Tıp Merkezlerinin kârlılığı azaldı. Tıp Merkezleri daha kötü durumda. Tıp merkezleri ile çok uğraşıyorlar, kalitesini yükseltmeniyeti var. Bu iyi bir gelişme ama bu kalite yükseltilmeye çalışırken kuruma çok fazla yük verilmemesi gerekir. Bizim de Tıp Merkezimiz var. Bizden hastane şartları gibi şartlar isteniyor. Bu zaten az kazanan tıp merkezleri için oldukça zorlayıcı bir durum. Birçoğu şu aşamada kapanmakla karşı karşıya, 1200 olan sayı 800'e indi. Zaten başta da tıp merkezleri bir mağduriyet yaşadı. Özel hastanelere SGK açıldı ama tıp merkezlerine açılmadı.

Bu nedenle tıp merkezleri 2 yıl çok mağdur oldu ve çoğu da bu aşamada kapandı. Kalanlar da 1 yıl rahat ettiler sonra tekrar gelirlerinde düşüş yaşandı. Kazanmayan bir müessesinin yeniden yatırım yapması da mümkün değil. İstenilen kriterlere uygun olan tıp merkezlerinin yeniden düzenlenmesi, istenilen özelliklere göre bir yere taşınması falan mümkün değil. 4 yıl süre verilmişti. 1,5 senesi geçti geriye kalan sürede de bunu yapabilmeleri çok zor. Bizim de bu konuda hastane olalım diye arayışlarımız var ama genel olarak tıp merkezi sektörü kapanma tehlikesiyle karşı karşıya.

-TÜMSAD'ı nasıl değerlendiriyorsunuz?

-TÜMSAD'ın kurucu yönetim üyesiyim ben. TÜMSAD bizim göz bebeğimiz tabiri caizse. Tüm tıp merkezleri TÜMSAD'a teşekkür borçlu diye düşünüyorum. TÜMSAD'ı 2006 yılında kurduk ve ayda 3-4 sefer Ankara'ya giderek sorunlarımızı anlatmaya ve

aşmaya çalıştık. Tıp merkezlerinin de SGK'ya hizmet satma hakkını aldık. Bu konuda emeği geçen herkese buradan tekrar teşekkür etmek isterim.

Şu anda tıp merkezleri vazgeçilemez bir konumda; çünkü ulaşılması kolay, devlete maliyeti düşük ve kalitesi yüksek. Artık tıp merkezleri devletin vazgeçebileceği kurumlar olmaktan çıkmış durumda. Tıp merkezlerinin hak ettiği yerde olmasını sağlamak için tüm sektör birlik ve gayret içinde olmalı. Bu da TÜMSAD çatısı altında bir araya gelip haklarını arayarak mümkün olabilir. 2006 yılından sonra TÜMSAD üye sayısını arttırarak bugünlere geldi. Yakın zamanda güzel bir dergi çıkarttık, daha da güzel şeyler yapmak adına arkadaşlarımızla beraber bir gayret içerisideyiz.

-Geleceğe dair hedefleriniz neler?

-6. şubemiz yolda ama sayıdan ziyade kaliteli işlemesi önemli. Biz temkinli ilerlemek istiyoruz. 6. şube ile İstanbul'a Hospitadent'i yaymış bulunuyoruz.

Yeni kurumlar ihtiyaca göre şube şeklinde açılacak. Ama Anadolu'da da şubeler açmak istiyoruz. Bu konuyla ilgili olarak bir ekibimiz kaliteden taviz vermeden şube sayımızı nasıl arttırabiliriz diye çalışmamakta. Özellikle sahil kesimlerinde kentlerde ve Anadolu'da da kurumlarımız olsun istiyoruz.

TIP MERKEZLERİ DİYOR Kİ...

Ülkemizde yapılan sağlık reformuyla birlikte sağlıkta dönüşüm politikaları oldukça hızlı bir yol almış, vatandaşlarımızın özel sağlık kurumlarından hizmet almalarının önü açılmıştır. Başarılı sağlık politikalarına imza atan sayın Sağlık Bakanımızın önümüzdeki süreçte daha iyi ve faydalı işlere imza atacağını ve sağlık sektörünün daha rahat bir nefes alacağını umut ediyoruz.

Tıp merkezleri önümüzdeki sürece endişeli bir durumda bakıyorlar, yeniden yapılanma ve uyum sürecinin var olan mevzuata göre çok zor bazen imkansız olduğunu düşünüyorlar. Türkiye genelinde yaklaşık 1000 adet tıp merkezi bulunmaktadır. Bu tıp merkezlerinin ürettikleri sağlık hizmetleri devlet ve vatandaş için daha az maliyetlidir, yaygın olması dolayısı ile daha kolay ulaşılabilir, sağlık hizmeti sunucuları olmalarıdır. Diğer taraftan baktığımızda cerrahi birimli olan tıp merkezleri yeterli olmasa da cerrahi listelerinde bulunan bir çok ameliyatı kendi kurumlarında yapabilmekte, bu hizmeti büyük bir öz veriyle halkımıza sunmaktadır.

Tıp merkezlerinin yapmış oldukları müdahalelerde oluşan komplikasyonlarda hastaların sevklerinin yapılması durumunda bir başka hastanedeki tedavi giderlerinin tıp merkezi tarafından karşılanması kurumları psikolojik baskı altında tutmakta ve kurumları zor duruma sokmaktadır. Bu uygulamanın hastanelerle kıyaslandığında haksız ve hakkaniyete dayanmayan bir durum olduğunun görülmesini istiyoruz. Buna gerekli hassasiyeti bizleri sevk ve idare eden kurumların hassasiyet göstererek gerekli düzenlemeleri yapacağına inanmaktayız.

31/12/2009 Tarihinde çıkarılan yönetmelik gereği tıp merkezleri içinde bir uyum süreci başlamış oldu. Bu uyum sürecinde eğer bir esneklik yada uzatılma olmazsa bir çok tıp merkezinin kapatılacağı gündeme gelmektedir. Bu uyum sürecinde yapılması gerekenlerin içinde önemli olanlardan bir kaçını kısaca özetlersek.

1- Müstakil bina şartı olması şartı,
2- İmar mevzuatına göre sağlık alanı üzerinde kurulmuş olması şartı,
3- Fizik şartları

En önemli konulardır, bu var olan uyum şartlarının merkezler adına biraz daha rahatlatılmasıyla uyum sürecide merkezler adına başarılı bir dönüşüm olacaktır. Daha önceden ruhsatlandırılmış olan tıp merkezlerine bir kolaylık yapılabilir yeni açılacak olanlarda bu mevzuata uygun inşa edilirler. Yani müstakil bina şartı yerine müstakil girişli (eski tıp merkezleri için) olmaları yeterli görülebilir. İmar mevzuatı gereği sağlık alanı şartıda çok ağır şartlardan biri olmaktadır. Kiralık tıp merkezleri için bu şartı yerine getirmek oldukça zor olmaktadır. Çünkü kiraladığınız yerin imar mevzuatındaki durumunu değiştiriyorsunuz mal sahibi buna ne kadar izin verecek. Tıp merkezlerinin sistemin içinde varolması gerektiğini hepimiz biliyoruz. Bu merkezlerde ciddi boyutta bir istihdam bulunmaktadır, 2013 yılının sonunda bu istihdamı tıp merkezlerinin kapanmasıyla nerede yaratacaksınız. Her bir tıp merkezi içinde bulundurduğu donanımlarıyla bir milli servettir, bunlarında yok olmasını hiç birimiz istemeyiz. Bu yönetmelik değişikliklerine Danıştay'da açılmış davalar bulunmaktadır halen dava süreçleri devam etmektedir.

Tıp merkezlerinin önüne set çekilmesi yerine, büyümelerine, istihdamı artırıcı yatırımlar yapmalarına olanak sağlayacak düzenlemeler yapmak gerekir. İlk sırada kadro sıkıntılarının bir an önce giderilmesi gerekir. Artık doktor kadrolarının ticari bir meta olarak taksi plakası gibi alınıp satılmaya başlandığı bir döneme geldik. Bu hususda çok fazla haksız kazanç elde edilmesine olanak sağlıyor. Sağlık Bakanlığının bu konuda ivedi bir düzenleme yapması gerekmektedir. Özellikle var olan tıp merkzlerinin istenilen standartlara gelirken hastaneye dönüşme aşamasında doktor kadro kolaylığı ve sağlık personeli açığı giderilmelidir.

İmar mevzuatı gereği sağlık alanına dönüşümde kolaylıklar sağlanmalıdır. Merkezlerimizi bu konu oldukça içinden çıkılmaz bir duruma getirmiştir. İmar mevzuatı yeniden gözden geçirilip düzenlenerek 1000 e yakın tıp merkezimizin yaklaşık 1,2 milyar TL.lik yatırım heba edilmemiş olacaktır. Serbest piyasa koşullarında sağlık bakanlığı uygulamalarında bir denge oluşturmaya devam edecektir.

Sağlık hizmetinin en uygun en kaliteli bir şekilde sunulmasını prensip edinmiş bakanlık uygulamasında vatandaşın memnuniyet süreci devam ettirilmiş olacağının düşüncesindeyiz. Bu konuyla ilgili gerekli istişareleri ilgili kurumlarla yapmaya ve hizmetimizi sürdürmeye devam edeceğiz.

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

TIP VE AHLAK

Etiğin ne olup ne olmadığı, evrensel bir etiğin olup olamayacağı, etik ilkelerin genel geçerliliğinin çerçevesinin ne olduğu da birçok etik meselede olduğu gibi somut bir gereklilik olarak bu tartışmalarda yer alır. Tıp etiği, insan yaşamı ve sağlığı noktasından etik bir soruşturma yürütmekte, neyin doğru, savunulabilir ve geçerli olduğuna dair çıkarsamaları belirli ilkeler doğrultusunda ortaya koymaya çalışmaktadır.

Hastalıkta insanın yaşamı ve dünyaya bakış açısı değişir. Yaşam kalitesi bozulmuştur, sıkıntılıdır veya yaşamı risk altındadır. İşte böyle bir yaşam kavgasında hastanın tek tutunduğu dal hekimidir. Etik, işte tam bu noktada bir sorundur. Hasta, niteliği itibariyle istismara açıktır. Bu nedenle her hasta, hekimin en büyük amacının hastasına yardım etmek ve tüm yararlı olabileceği olanakları kullanmak ve hastalık alanından onu uzaklaştırmak olduğundan emin olmalıdır.

Her ne kadar tıp etiği ve tıbbi deontoloji ayrı iki bilim dalı ise de bunların birbirlerine yakınlıkları ve bağlantıları bulunmaktadır. Çünkü tıbbi deontoloji hekim görevlerinden söz eder ve bilindiği gibi ahlaklı bir hekim de görevlerinin bilincinde olarak çalışır.

Bilindiği gibi Deontoloji Yunanca iki sözcükten oluşur. Bunlardan biri Deontos, diğeri Logos'dur. Deontos, Görev; Logos, Bilim anlamına gelir. Deontoloji ise Görev Bilim demektir. Etik ise, Ahlak Felsefesi anlamına gelir ve insanın eylemlerini konu olarak ele alır. Etiğin konusunu her türlü insan faaliyeti ve eylemi değil ahlaki eylemleri oluşturur. Etik, bir eylemi ahlaki açıdan iyi bir eylem yapan niteliksel durumu sormaktadır ve bu bağlamda ahlak, iyi ödev, gereklilik, müsaade vb. gibi kavramları ele alır.

Özetle Etik, ahlaki olanın özünü ve temellerini araştıran ve ayrıca insanın kişisel

ve toplumsal yaşamındaki ahlaki davranışları ile ilgili sorunları ele alıp inceleyen felsefe dalıdır. "İyi nedir?", "iyiyi ortaya çıkarmak için ne yapmalıyız?" gibi sorulara yanıt bulmaya çalışır.

TIB ETİĞİ

En genel anlamda tıbbi uygulamalar ve tutumların iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış olarak değerlendirilmesi ve bu değerlendirmelerin belirli ilkelere oturtulması girişimi tıp etiğinin alanını oluşturmaktadır. Felsefenin etik alanındaki tarihsel bilgi ve yaklaşımları bu alanda görülmekte, ortaya atılmış olan soru ve yaklaşımlar tıbbi pratik alanındaki sorunlarla birlikte yeniden temellendirilmeye ya da değerlendirilmeye çalışılmaktadır.

Etiğin ne olup ne olmadığı, evrensel bir etiğin olup olamayacağı, etik ilkelerin genel geçerliliğinin çerçevesinin ne olduğu da birçok etik meselede olduğu gibi somut bir gereklilik olarak bu tartışmalarda yer alır. Tıp etiği, insan yaşamı ve sağlığı noktasından etik bir soruşturma yürütmekte, neyin doğru, savunulabilir ve geçerli olduğuna dair çıkarsamaları belirli ilkeler doğrultusunda ortaya koymaya çalışmaktadır.

Etiğin tıbbi alanda uygulanması ciddi sorunları beraberinde getirmekte ve bunlar farklı yaklaşımlar arasındaki tartışmalarla sürdürülmektedir. Hangi ilkelerin kesin vazgeçilmez ve koşullar ne olursa olsun geçerli olduğu ya da belirli koşullarda olmadığı, eğer böyleyse ahlaki davranışın hangi koşulda nasıl bir geçerlilikle belirleneceği önemli ve genel tartışma başlıklarıdır.

Üzerinde tartışılan dört temel ilke olduğu belirtilebilir. Bunlar;

- Yarar sağlama ilkesi
- Zarar vermeme ilkesi
- Özerkliğe saygı ilkesi
- Adalet ilkesi

Bu ilkelerin kabulünde belirli bir mutabakat var gibi görünse de, genel olarak ilkelerin hepsinin aynı kesinlik ve geçerlilikte mi ele alınacağı, çelişkili durumlarda hangi ilkenin ne şekilde öncelikli ya da ayrıcalıklı olacağı, dahası olup olamayacağı açık olarak belirtilebilmiş görünmemektedir. Yasal ve ahlaki yükümlülükler belirli değerlerle birlikte gelmekte ve ilgili kişilerin bunları bildiği ve uyması gerektiği veri olarak kabul

edilmektedir. Deontoloji bu ilke ve kuralların bilgisidir. Böyle olmakla birlikte her gün ve her zaman kurallara uymayan durumlar, koşullar meydana gelebilmekte ya da kurallara bağlanmamış sorunlar belirebilmektedir.

Tıp etiği, giderek artan bir önemle hem belirlenen ya da bir şekilde zaten belirlenmiş olan kuralların değerlendirilmesini, hem meydana gelen yeni durumlar içinden meselelerin tartışılmasını yürütmeye çalışır. Ayrıca tıp etiğinin sorguladığı meselelerden biri de, belirlenecek ilke ve davranış modelleri ya da çıkarımların ülkeden ülkeye, kültürden kültüre, değerden değere değişecek nitelikte mi, yoksa uluslararası geçerlilik taşır nitelikte mi olacağı sorunudur.

BİR POLİTİKA UNSURU OLARAK TIP

Karmaşık bir toplumda yaşıyoruz. Bu karmaşık toplum içinde tıbbi hizmetlerin örgütlenmesi de çok karmaşık bir hale bürünmüştür. Sağlığa ulaşım, sağlık hizmetlerinin üretimi, hekimlerin yetiştirilmesi, sağlık hizmetlerinin dağıtımı eninde sonunda politik süreçlerin bir sonucudur.

Burada da kaynakların, çeşitli ölçeklerde dağıtımı söz konusudur. Büyük ölçekte, toplam bütçenin ne kadarı sağlığa ayrılacağı, sağlığa ayrılan bütçenin nasıl harcanacağı hükümetçe belirlenir. Orta ölçekte, kurumsal kaynakların nasıl harcanacağı kurum yöneticilerince belirlenir. Küçük ölçekte ise hizmet sunumu sırasında örneğin bir hastadan hangi testin isteneceğini hekim belirler. Tüm ölçeklerde dağıtım için temele soru, dağıtımın hangi ölçütlere göre yapılacağıdır. Bu noktada temel olarak göz önünde tutulması

Burada kesin olan küçük ölçekte yapılan seçimlerin daha üst ölçekteki dağıtım kararlarından önemli ölçüde etkilendiğidir. Sağlık politikaları, demek ki bu noktada çok önemlidir. Sağlık çalışanları tek başlarına bu kararları vermek durumunda bırakılmamalı, sorumluluk sadece onlara yüklenmemelidir.

gereken, her insanın gereksindiği sağlık hizmetine herhangi bir engelle karşılaşmadan erişme hakkı bulunduğudur; dolayısıyla sağlık hizmetlerinin dağıtımında adil olan, gereksinime göre dağıtımdır.

Bu durumda yeni bir soru ortaya çıkar: Gereksinim nasıl tanımlanabilir? Gereksinimin acilliği, gereksinim duyulan şeyin miktarı, bireyin o şeyden yararlanma kapasitesi gereksinimin boyutları olarak öne sürülmekte, bu ölçütlerin kullanılması önerilmektedir.

Bunun yanı sıra, çeşitli meslek ahlakı düzenlemelerinin belirttiği gibi, tıbbın temel değerlerinden biri ayrım yapmamaktır, dolayısıyla gereksinimi belirlerken ve kaynakları dağıtırken kişinin herhangi bir özelliği değil, sadece tıbbi ölçütler dikkate alınmalıdır. Burada kesin olan küçük ölçekte yapılan seçimlerin daha üst ölçekteki dağıtım kararlarından önemli ölçüde etkilendiğidir. Sağlık politikaları, demek ki bu noktada çok önemlidir. Sağlık çalışanları tek başlarına bu kararları vermek durumunda bırakılmamalı, sorumluluk sadece onlara yüklenmemelidir.

Buna karşın, sağlık çalışanlarının orta ve büyük ölçekteki dağıtım politikalarına ilişkin uyarıda bulunma ve öneri geliştirme sorumluluğu bulunmaktadır.

Örneğin, yoğun bakımların daha verimli çalışabilmeleri için, yasal ve etik açıdan bir dizi yeni düzenlemelere gereksinim vardır. Yaşamın sonu ve yaşamın kısıtlandırılması konularında mesleki derneklerin çalışmalar yapması ve bu çalışmaların sonuçları Sağlık Bakanlığı'nca yaşama geçirilmelidir.

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİ

19. yüzyılla birlikte tıpta bilimsel ve teknolojik gelişmelerin hızlanması, insan hakları kavramının gelişmesi ve kişi özerkliğinin temel değerlerden biri olarak benimsenmesi hasta-hekim ilişkisinde hastanın onamının önemini artırmıştır.

Hekimden tedavi öncesi hastayı bilgilendirmesi ve tedavi seçeneklerini açıklaması beklentisine, geçmiş yüzyılda insan üzerinde yapılan tıbbi denemelere ve yasal gelişmelere toplumun gösterdiği tepki neden olmuştur. Tıbbi uygulama için hastanın rızasını almanın hukuksal ve kavramsal dayanak noktaları tıp etkinliğinin başlangıcından bugüne çeşitli görünümleri ile saptanmakla birlikte, hastanın bilgilendirildikten sonra rızasının alınması yeni bir olgudur.

Rıza, önerilen tıbbi girişimle ilgili olarak kişiden alınan onaydır. Tıp etiği bağlamında rıza, hastanın kendisine uygulanacak tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmesi anlamındadır. Kaynağını kişinin özerkliği, be-

den bütünlüğü ve kendi yazgısını belirleme haklarından ve kişi özerkliğine saygı ilkesinden alan rızanın gerekliliği, tıp etiği ve insan haklarıyla ilgili uluslararası nitelikteki belgelerde de bir hak olarak kesinleşmiştir. Bu açıdan rıza, hukuksal niteliği de olan bir kavramdır. Buna göre, yeterliliği olan kişilerin rızası olmadan tanı, tedavi ya da bilimsel araştırmaya yönelik her hangi bir tıbbi girişim uygulanamaz..

Etik ve yasal açıdan, tıbbi müdahaleler öncesinde hastanın aydınlatılmış rızasının alınması bir zorunluluk olmakla birlikte bazı özel durumlarda hasta rızası aranmayabilir. Yaşam desteği alan ya da komadaki hastalar gibi hastanın bilincinin kapalı olduğu ve bu nedenle isteğini belirtemediği ya da yeterliliklerini kısmen kaybetmiş olan hastalar verilen bilgiyi anlama ve kavrama yeterliliğine sahip olamayacaklardır. Bu da rızanın geçerli olması için tanımlanan kriterlerin (Bilgilendirme, yeterlilik, anlama, gönüllülük ve karar verme) sağlanamamasına neden olur.

Bu durumda hekim, bilgilendirmeyi hastanın vasiliğini üstlenen yakınına yapma durumundadır. Hastanın yetersiz olması durumunda nasıl karar verileceğinin standartları hastanın önceden bildirmiş olduğu istekleri, hastanın genel değer ve inançları, hasta için en iyi olan olarak tanımlanabilir.

Rıza, sadece yasal zorunluluğu olan, hekimi ve hastaneyi korumak amacıyla düzenlen ve hastaya bu amaçla imzalatılan sıradan bir belge olarak görülmemelidir. Hekim tarafından, hastanın aydınlatılmasının ve rızasının alınmasının en doğal hakkı olduğu kabul edilmelidir. Bu durum içselleştirilmeli ve davranış haline getirilmelidir.

Hekim hastayı bilgilendirmeden ve rızasını almadan tıbbi girişimi hızla gerçekleştirmek zorunda kalabilir. Bu müdahale sırasında hekim hastaya yarar-zarar dengesini göz önünde bulundurarak karar vermelidir.

Rıza alınmanın geciktiği durumlarda da tıbbı müdahaleler sonsuz değildir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz" diyerek, yaşamın yitirilmesi ve hayati organların zarar görmesi gibi nedenlerle bu müdahale türünü sınırlandırılmıştır.

Tıp etiği, giderek artan bir önemle hem belirlenen ya da bir şekilde zaten belirlenmiş olan kuralların değerlendirilmesini, hem meydana gelen yeni durumlar içinden meselelerin tartışılmasını yürütmeye çalışır. Ayrıca tıp etiğinin sorguladığı meselelerden biri de, belirlenecek ilke ve davranış modelleri ya da çıkarımların ülkeden ülkeye, kültürden kültüre, değerden değere değişecek nitelikte mi, yoksa uluslararası geçerlilik taşır nitelikte mi olacağı sorunudur.

Hekimin neden acil müdahale etme gereğini duyduğu tıbbi kayıtlarla da açıklanabilmelidir.

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerine yatırılan hastaların önemli bir kısmı, uzmanların ifadelerine göre, uygun alternatifler bulunmadığından kabul edilmek zorunda kalınan, kısa süre sonra öleceği kesinlik kazanmış, tedavi umudu kalmamış hastalardan oluşmaktadır.

Yoğun bakım üniteleri, çok yüksek tıbbi harcamalarla hizmet veren ünitelerdir ve bu ünitelerdeki yatakların, sadece yaşamın kurtarılması amacıyla kullanılması gerekir. Bu nedenle ölümün açıkça görüldüğü, tıbbın ulaştığı seviyede tedavi olanağı ortadan kalkmış terminal dönem hastalarının, artık sadece ağrı ve diğer yakınmalarının dindirileceği ve ruhsal desteklerle buluşturulabilecekleri şekilde düzenlenmiş özel hizmet ünitelerinde bakılmaları gerekir. Gelişmiş Batı ülkelerinde, ölümün beklendiği evreye girmiş, diğer adıyla terminal dönem hastalarının bakılması için çeşitli bakım kurumları oluşturulmuştur.

talarının bedensel yakınmalarını dindirmek, ruhsal destek vermek üzere programlanmış ünitelerdir. Bu ünitelerde de yaşamı uzatıcı tedaviler uygulanmaz. Burada son evre hastalarının evlerinde kalabilmeleri için akut sıkıntıları giderilir.

3- Evde Bakım: Terminal dönem hastalarının yakınmalarını giderici sağlık bakımını evlerinde alabilmek üzere 24 saat kesintisiz hizmet ağı oluşturulması şeklinde yürütülmektedir. Dolayısıyla terminal dönem hastalarının bakımında, evde 24 saat acılarını gi-

Kaynağını kişinin özerkliği, beden bütünlüğü ve kendi yazgısını belirleme haklarından ve kişi özerkliğine saygı ilkesinden alan rızanın gerekliliği, tıp etiği ve insan haklarıyla ilgili uluslararası nitelikteki belgelerde de bir hak olarak kesinleşmiştir. Bu açıdan rıza, hukuksal niteliği de olan bir kavramdır. Buna göre, yeterliliği olan kişilerin rızası olmadan tanı, tedavi ya da bilimsel araştırmaya yönelik her hangi bir tıbbi girişim uygulanamaz..

Bunlar, yapılanmaları bakımından üç türdedir:

1- Hospice: Bir ev havası verilmiş, az yataklı, yaşamı uzatıcı tedavilerin uygulanmayıp, sadece yakınmaları giderici tedavilerin uygulandığı, gerekli sağlık elemanları ile donatılmış kurumlardır. Bu kurumlar, sadece gündüz bakım vermek üzere de yapılandırılmıştır. Böylelikle gündüz işte çalışan aile üyeleri, hastalarını gece evlerine tekrar alıp bakabilmektedirler.

2- Palyatif Ünite: Hastanelerin bünyesinde terminal dönem hastaderici tıbbi desteği alabilecekleri bir bakım organizasyonu oluşturmak, ana hedef olmalıdır. Evde kendilerine bakacak yakını olmayan hastalar için Hospice kurumları çare olabilecektir.

Terminal dönem hastalarının ağrı ve diğer yakınmalarının en etkili şekilde giderileceği tıbbi bakımın verilebilmesi için, "palyatif tıp" adı verilen bağımsız bir uzmanlık alanı açılmış ve uzmanlar yetişmiştir. Bu yolu açan ülke İngiltere olmuş, diğer Batı ülkeleri bu alanı ülkelerinde var etmekte gecikmemişler-

dir. Ülkemizde böyle bir uzmanlık alanı bulunmaması, kuşkusuz bir eksikliktir.

Terminal dönem hastaları için bu bakım olanakları var edilmediğinde hastalar, yakınlarının ısrarı ile yoğun bakım ünitelerine yatırılmakta, burada çok yüksek masraflar karşılığında, ünitenin amaçları dışında bir hizmet almaktadırlar.

Ayrıca ölüm, çocuk ve gençleri de içine alan bir gerçektir. Çocuk ve gençlerin de ölümcül hastalıkların son evresinde, daha uygun biçimde bakılacakları kurumlara gereksinimleri vardır. Batıda bu gereksinimi karşılamak üzere oluşturulmuş Çocuk Hospizlerinin pek çok örneği bulunmaktadır.

İkinci önemli yön, sağlık mevzuatımızda terminal dönem hastalarına yönelik olarak tedavinin sınırlandırılması ve kesilmesi konularında hekimin ölmekte olan hasta karşısında sorumluluğu açık olarak tanımlanmamıştır.

Oysa çeşitli Batı ülkelerinin başta hekimlerin temsilcisi konumundaki meslek örgütleri, hekimin görevinin sadece sağlığı korumak, hastalıkları yenmeye çalışmakla sınırlı olmadığını, ölmekte olan insana ölüme dek yardımcı olmanın da hekimin görevleri içinde olduğunu vurgulayan yönergeler yayınlamışlardır.

Bu yönergeler, hekimleri bağlayan aktif ötenazi yasağının bilincinde olarak düzenlenmiş olup, hekimin son evre hastalarını gereksiz tedavilerle hastayı hırpalamaması için açık bir şekilde yol gösteren, yasal bağlayıcılığa sahip metinlerdir.

Yoğun bakımların daha verimli ve randımanlı çalışabilmeleri için, yasal ve etik açıdan bir dizi yeni düzenlemelere gereksinim vardır.

HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ

Bir Sağlık Kuruluşuna, sağlık hizmeti almak için başvuran herkesin;

1. Hizmetten genel olarak faydalanma:

Adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamanın teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmaya,

2. Eşitlik içinde hizmete ulaşma:

Irk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları dikkate alınmadan hizmet almaya,

3. Bilgilendirme:

Her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu öğrenmeye,

4. Kuruluşu seçme ve değiştirme:

Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirmeye ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanmaya,

5. Personeli tanıma, seçme ve değiştirme:

Sağlık hizmeti verecek ve vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimliklerini, görev ve unvanlarını öğrenmeye, seçme ve değiştirmeye,

6. Bilgi İsteme:

Sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi sözlü veya yazılı olarak istemeye,

7. Mahremiyet:

Gizliliğe uygun olan bir ortamda her türlü sağlık hizmetini almaya,

8. Rıza ve İzin:

Tıbbi müdahalelerde rızanın alınmasına ve rıza çerçevesinde hizmetten faydalanmaya,

9. Reddetme ve durdurma:

Tedaviyi reddetmeye ve durdurulmasını istemeye,

10. Güvenlik:

Sağlık hizmetini güvenli bir ortamda almaya,

11. Dini vecibelerini yerine getirebilme:

Kuruluşun imkânları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirmeye,

12. Saygınlık görmesi:

Saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli sağlık hizmeti almaya,

13. Rahatlık:

Her türlü sıhhî şartlar sağlanmış, gürültülü ve rahatsız edici bütün etkenler giderilmiş bir ortamda sağlık hizmeti almaya,

14. Ziyaret:

Kurum ve kuruluşlarca belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ziyaretçi kabul etmeye,

15. Refakatçi bulundurma:

Mevzuatın, sağlık kurum ve kuruluşlarının imkânları ölçüsünde ve tabibin uygun görmesi durumunda refakatçe bulundurmayı istemeye,

16. Müracaat, şikâyet ve dava hakkı:

Haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türle başvuru, şikâyet ve dava hakkını kullanmaya,

17. Sürekli hizmet:

Gerektiği sürece, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya, hakkı vardır.

ÖZEL HASTANE YÖNETMELİĞİ DEĞİŞTİ

"Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" yine değişti. Resmi Gazete'de yayımlanan değişikliğe göre, kuruluşa yeni başlayacak tabip ve diğer sağlık personeli için, öncelikle mesul müdür tarafından çalışma belgesi düzenlenerek müdürlüğe onaylatılacak.

"Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" yine değişti. Resmi Gazete'de yayımlanan değişikliğe göre, kuruluşa yeni başlayacak tabip ve diğer sağlık personeli için, öncelikle mesul müdür tarafından çalışma belgesi düzenlenerek müdürlüğe onaylatılacak. Tabip ve sağlık personeli çalışma belgesi onaylandığı tarihten itibaren personel sağlık kuruluşunda çalışabilecek.

Değişiklikle, yönetmeliğin "Ruhsatnamenin geri alınması" başlıklı maddesine, "Kamu görevi olan ve/veya kanunen mesleğini serbest icra etme hakkı bulunmayan tabip ve tabip dışı personelin sağlık kuruluşunda çalıştırılması durumunda müdürlükçe, denetim formunda öngörülen sürelerde sağlık kuruluşunun faaliyeti geçici olarak durdurulur ve Bakanlığa bildirilir" fıkrası eklendi.

Kamu görevinden istifa ederek boş bulunan sağlık kuruluşu kadrosunda çalışacak tabip ve tabip dışı sağlık personeli ile özel sağlık kuruluşundan ayrılarak kamu hastanelerinde çalışacak tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, ayrılacağı ve başlayacağı kurum/kuruluşta planlama yapılabilmesi için, 30 gün önceden ayrılacakları kurumun/kuruluşun bulunduğu ildeki müdürlüğe bildirimde bulunacak. Bildirimde bulunmayanların sağlık kuruluşu kadrolarına başlayışı yapılmayacak. İldeki planlamanın daha kısa sürede yapılması halinde müdürlüğün muvafakati alınarak otuz günden önce de tabip/uzman başlayışına izin verilebilecek.

Değişiklikle, yönetmelik hükümlerine uymayanlar hakkında uygulanacak yaptırımlar da belirlendi. Yönetmelikteki, "Özel Sağlık Kuruluşları Denetim Formu"nda yapılan değişikliğe göre, "Kamu görevi olan ve/veya kanunen mesleğini serbest icra etme hakkı bulunmayan tabip ve tabip dışı personel çalıştırılıp çalıştırılmadığı; intern, stajyer öğrenci gibi serbest çalışma yetkisi olmayan kişilerce hastaya müdahale edilip edilmediği" durumuna göre eksikliğin giderilmesi için süre verilmeyecek ve poliklinik faaliyeti 10 gün durdurulacak. Bir yıl içerisinde aynı fiilin tekrarı halinde sağlık kuruluşunun tamamında, bir ay süreyle faaliyet durdurulacak. Üçüncü kez tekrarında ise sağlık kuruluşunun ruhsatnamesi/uygunluk belgesi iptal edilecek.

"Sağlık kuruluşundaki sağlık çalışanlarıyla ilgili kayıtların düzenli ve doğru şekilde mevzuatta belirtilen süre içinde il sağlık müdürlüğüne bildiriminin yapılıp yapılmadığına" ilişkin, eksikliğin giderilmesi için süre verilmeyecek ve sağlık kuruluşunun poliklinik faaliyetleri 1 gün durdurulacak. "Ayrılanın yerine başlayış dışındaki her türlü personel başlayışlarının esaslara uygun olup olmadığına" ilişkin eksiklik olması durumunda da, süre verilmeyecek, poliklinik faaliyeti 10 gün durdurulacak. Aynı uygunsuzluğun tekrarı halinde sağlık kuruluşunun tamamında bir ay geçici olarak faaliyet durdurulacak.

"Aynı uzmanlık dalında ayrılanın yerine hekim başlayışlarının esasa uygun olup olmadığına" ve "sağlık kuruluşunda çalışan uzman tabiplerin çalışma belgelerinin, çalıştıkları poliklinik odasında asılı olup olmadığı" durumunda eksikliğin giderilmesi için 5 iş günü verilecek. Verilen süre sonunda ilgili dalda poliklinik faaliyetine 1 gün ara verilecek.

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.

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

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

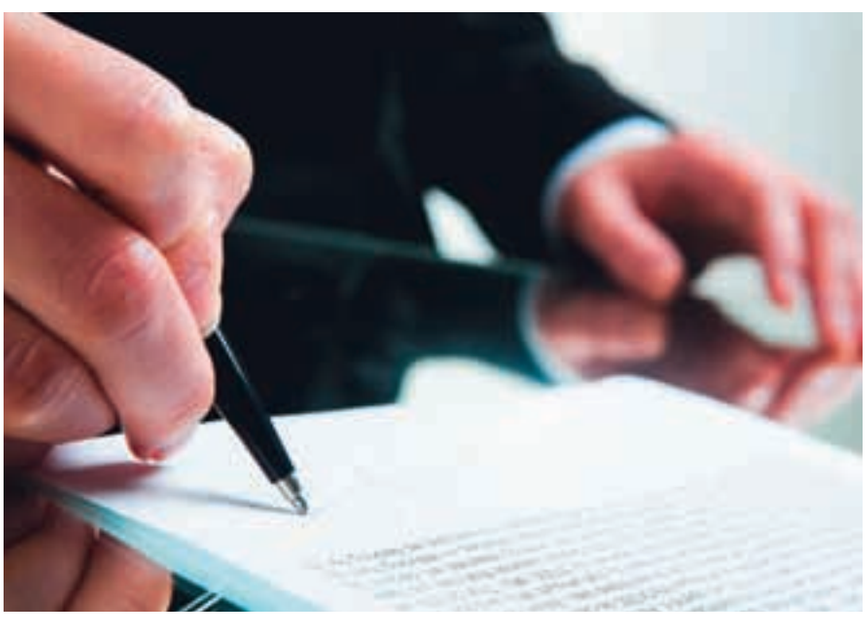
hukukçu gözüyle

Av. Muzaffer ÖZCAN
muzaffer@ozcanhukuk.com / www.muzafferozcan.av.tr

İş hayatımızda şirket sahibi ya da yöneticisi olarak protokol, akit, mukavele, kontrat, anlaşma, sözleşme gibi başlıklara sahip metinlerle sık sık karşılaşır ve bunları imzalarız.

Sözleşme; tarafların belli bir amaca yönelik olarak sonuç doğurmayı kararlaştırdıkları hukuki bir işlemdir. Sözleşmede her zaman iki taraf bulunur ve taraflar birbirlerine karşı yükümlülük altına girerler. Sözleşme ile yükümlülük altına girilen konular; sözleşme süresince ve sözleşmede yer alan şartlar doğrultusunda her iki tarafı da bağlar. Usulüne uygun olarak imzalanmış bir sözleşme hukuki çekişmelerde en kuvvetli deliller arasındadır.

Bu yazımızda önemine binaen sağlık yöneticileri için sözleşme hazırlarken veya önlerine gelmiş bir sözleşmeyi incelerken dikkat etmeleri gereken belli başlı noktaları anlatacağız. Şirketlerin faaliyetlerini hukuken sağlıklı ve risksiz gerçekleştirmesine katkıda bulunmak amacıyla hazırladığımız yazımızı, özellikle şirketlerde imza yetkisine sahip üst düzey yöneticilerin daha dikkatli okumalarını tavsiye ediyoruz. Vereceğimiz birkaç örnek belki bu dikkatin sağlanmasında gerekli ilgiyi sağlayacak, yeterince incelenmeden imza atılan bir metnin tahmin edilemeyen sonuçlarının olabileceğini gösterecektir.



Şirketlerin faaliyetlerini hukuken sağlıklı ve risksiz gerçekleştirmesine katkıda bulunmak amacıyla hazırladığımız yazımızı, özellikle şirketlerde imza yetkisine sahip üst düzey yöneticilerin daha dikkatli okumalarını tavsiye ediyoruz. Vereceğimiz birkaç örnek belki bu dikkatin sağlanmasında gerekli ilgiyi sağlayacak, yeterince incelenmeden imza atılan bir metnin tahmin edilemeyen sonuçlarının olabileceğini gösterecektir.

Her sözleşmede genellikle aşağıdaki bölümler bulunması gerekmekle birlikte sözleşme serbestîsi gereği tarafların isteğine göre bunlar azaltılıp çoğaltılabilir ya da isimleri değiştirilebilir. Sözleşme içeriğinin konu başlıkları altında toplanması hem hazırlayan hem de daha sonra değerlendirenler açısından kolaylık sağlamaktadır.

1. Sözleşmenin Başlığı
2. Sözleşmenin Tarafları
3. Sözleşmenin Konusu
4. Tarafların Yükümlülükleri
5. Ödeme yapılacaksa tutar, para birimi ve ödemenin ne şekilde yapılacağı (Nakit, vadeli, senetle vb) ve vadesi
6. Temerrüde düşmenin sonuçları (Cezai şart, gecikme faizi oranı)
7. Cezai şart varsa hangi durumda gündeme geleceği ve şekli
8. Sözleşmeye konu edimlerin ayrıntılı açıklaması (mesela bir taraf ürün satıyorsa bu ürünün tüm özellikleri, adedi)
9. Sözleşme konusu işin ya da malın teslim ya da ifa şekli, zamanı,

YÖNETİCİLER İÇİN SÖZLEŞME HAZIRLAMA VE İNCELEME YÖNTEMLERİ

yeri, süresi,

10. Garanti Süresi ve Şartları,

11. Sözleşmenin imza tarihi ve yeri ile nüsha sayısı,

12. Anlaşmazlıklarda öngörülen çözüm yolları (tahkim vb.) ve yetkili mahkeme,

13. Sözleşmenin Süresi,

14. Varsa ekleri

15. Sözleşmenin feshi şartları ve şekli ile fesih sonrası yapılacaklar.

SÖZLEŞME HAZIRLAYACAKLARA VE İMZALAYACAKLARA TAVSİYELERİMİZ:

Genellikle çok sık sözleşme imzalanmayan bir şirket sahibi veya yöneticisi isek sözleşmelerde bazı önemli noktaları gözden kaçırmamız kaçınılmaz olabilmektedir. Aşağıda sayılan maddeleri bir kontrol listesi olarak kabul ederek sözleşmeyi inceleyip değerlendirebilirisiniz.

1. Sözleşme imzalarken karşı tarafın imza yetkisini araştırınız. Sözleşme ekine imza sirküleri ve Ticaret Sicil Gazetesini de ekleyiniz. Ticaret sicil gazetesi ve imza sirkülerini karşılaştırınız

2. Şirketlerin imza ile birlikte kaşe de kullanmaları gerekmektedir, bunu unutmayınız.

3. Sözleşmelerin noter önünde yapılması ispat kolaylığı sağlamakla birlikte zorunlu bir husus değildir. (Bazı sözleşmeler şekle tabidir, bunları taraflar kendi aralarında yapamazlar)

4. Sözleşmelerde taraf sayısınca nüsha hazırlanmalı ve taraflarda birer nüsha kalmalıdır. Bu nüshalar arasında hiçbir farklılık olmamalıdır.

5. Sözleşmelerin her sayfası taraflarca ayrı ayrı imzalanmalı ve mühürlenmelidir.

6. Tarafların Ticari Unvan ve isimleri Sicil Gazetesindeki veya Nüfus Cüzdanındaki aslına uygun şekilde yazılmalıdır.

7. Tarafların yükümlülükleri açık ve anlaşılır bir şekilde yazılmalı, yoruma ve şüpheye meydan bırakılmamalıdır.

8. Sözleşmeye yazılan rakamlar, yazı ile de ayrıca yazılmalıdır.

9. Daha anlaşılır olması bakımından sözleşme yukarıda sayılanlar gibi çeşitli başlıklardan oluşmalıdır.

10. Şart olmamakla beraber her sözleşmede yapılacak işi garanti altına almak için kefil veya teminat olması uygun olacaktır.

11. Yabancı dilde hazırlanmış sözleşmelerin imzalanması söz konusu ise, bunların çevirilerinin sözleşme içeriği konusunda bilgi sahibi tercümanlarca yapılması ve bu tercümelerin incelendikten sonra imzalanması uygun olacaktır. Bu noktada sık yapılan bir hata, sıradan yabancı dil bilen bir kişiye yaptırılan tercümenin yeterli görülmesidir. Bu türlü yabancı metinlerin konunun uzmanlarınca çevirilerinin yapılmasıdır.

12. Sözleşmenin imzalanmasından sonra elimizde kalan ıslak imzalı nüsha güvenli bir şekilde muhafaza altına alınmalıdır. Aynı nüshanın bir veya birkaç fotokopisi de çıkarılarak gerekli hallerde fotokopiler kullanılmalı orijinal nüsha üzerinde karalama veya işlem yapılmamalıdır.

13. Taraflar aralarında anlaştıktan sonra sözleşmeye kanunlara aykırı olmayan her hususun yazılması mümkündür. Bu nedenle diğer tarafın bunun sözleşmeye yazılması mümkün değil veya gerek yok nitelemelerine aldırmadan tüm isteklerinizi sözleşmeye geçirebilirsiniz.

14. Taraflar tedbirli olup, sözleşme imzalanmadan önce sözleşmeden kaynaklanan yükümlülüklerini ifa etmemelidirler.

15. Sözleşme incelemeyi ve imzalamayı aceleye getirmeyin, ayaküstü sözleşme imzalamayın. Kararınız verdikten sonra da imzalamaktan çekinmeyin.

16. İş hayatınızın ya da mesleki kariyerinizin başında iseniz sözleşme imzalamadan geleceğinizi etkiyecek imzayı atmadan bir kez daha düşünün ve inceleyin!

17. Sözleşmeler ekleriyle birlikte bir bütündür. Onların da aynı dikkatle incelenmesi gerekir.

18. Sözleşmede maddeler arasındaki uyum kontrol edilmeli ve maddeler birbiri hükümlerini geçersiz ya da anlaşılmaz kılacak şekilde düzenlenmemelidir.

19. Sözleşme yapma görüşmeleri bazen uzun saatler devam edebilmekte, taraflar önceden bir taslak üzerinde anlaşmış olsalar bile görüşmede şartlarda değişiklik yapabilmektedirler. Bu gibi durumlarda önceden iyi hazırlık yapmış, esneyebileceği son noktayı belirlemiş olan taraf genelde lehine bir sözleşmeyle toplantıdan ayrılmaktadır. O yüzden sözleşme görüşmelerine girmeden önce çok iyi bir hazırlık yapılması uygun olacaktır.

20. Lütfen bir sözleşmeyi imzalamadan hukuki denetim için şirketinizin hukuk danışmanına mutlaka inceletiniz. Bunun uzun vadede her zaman faydalı bir davranış olduğunu unutmayınız.

SAĞLIK POLİTİKALARI: TÜRKİYE VE AB

Türkiye nüfusu AB nüfusundan daha hızlı artmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının 2014 yılında yaklaşık 63 milyar ABD dolarına çıkacağı tahmin edilmektedir; ancak devlet sağlıkla ilgili kamu harcamalarını sınırlandırmayı başaramazsa, bu rakam daha da yükselecektir. 2015 yılının sonuna kadar, ilaç ve tıbbi cihaz pazarlarının toplam büyüklüğünün, sırasıyla 22,8 milyar ve 3,12 milyar ABD dolarına ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Avrupa Birliği'ne aday ülke konumunda bulunan Türkiye, 2003 yılından beri uygulanmakta olan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını ve kaliteli hizmet anlayışının yerleştirilmesini hedefliyor. Bu noktada da elbette model Avrupa. Ancak, Türkiye'nin gerek genel bütçeden sağlığa ayırdığı pay, gerekse GSMH içinde kişi başına düşen sağlık harcamalarıyla ilgili istatistiki bilgileri, Türkiye'nin Avrupa ülkelerinin çok gerisinde kaldığını ortaya çıkarıyor.

Deloitte Türkiye'nin OECD verilerine dayanarak hazırladığı 21.08. 2008 tarihli "Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi 2008" raporuna göre, Türkiye'de kişi başına düşen yılda 586 dolar düzeyindeki sağlık harcaması, OECD ortalaması olan 2,809 doların beşte biri civarında kalıyor. Türkiye'de, toplam sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı yüzde 7,6 olarak gerçekleşirken, OECD ortalaması yüzde 9, Almanya, Fransa, İsviçre gibi ülkelerde ortalama yüzde 11 düzeyinde, Yunanistan'da yüzde 10,1. ABD'de ise bu oran yüzde 15,6.

Yine OECD'nin 2007 tarihli raporunda, 25 AB ülkesinde yüzbin kişiye 596 yatak düşerken, Türkiye'de 257 yatak düşüyor. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısına baktığımızda AB'de 347, Türkiye'de 139. AB ülkelerinde yüzbin kişiye düşen hemşire sayısı 728, Türkiye'de 248. Bin kişide bebek ölüm hızı AB'de 4.8, Türkiye'de binde 33.

AB Sosyal Model üzerindeki ısrarını AB Temel Haklar Şartı'nın konmasını benimseyerek gösterdi. AB Temel Haklar Şartı özgürlükler, eşitlik ve dayanışma, adil çalışma şartları, sosyal güvenlik ve sosyal yardım, kadın ile erkek arasında eşitlik ve toplu pazarlık ve grev gibi sendika hakları üzerine bölümleri kapsıyor. 2. bölümü oluşturan Temel Haklar Şartı kapsamında ve paylaşılan yetkiler çerçevesinde halk sağlığına yer veriliyor.

Buna karşın birliğe üye ülkeler arasında sağlık ve sağlık finansman sistemleri, hizmet sunumu, mevzuat ve uygulama konularında farklılıklar bulunuyor. İtalya, İngiltere ve İrlanda gibi bazı ülkelerde sağlık hizmetleri tamamen devletin sorumluluğunda iken, Belçika, Fransa ve Almanya'da sağlık hizmetlerinde devlet ve özel sektör olmak üzere karma sistem uygulanmakta. Hollanda biraz daha ayrıksa; sağlık sektöründe özel sektör ağırlıklı.

Birlik içinde yapılan düzenlemelerle insan sağlığı ve çevrenin korunması güvence altına alınmış. Örneğin, Maastricht ve Amsterdam antlaşmaları ile özellikle, kamu sağlığı alanında yeni bir perspektif yaratılmış, kişilerin (sağlık çalışanı ve hastalar dahil), hizmetlerin (sağlık sektörü dahil) ve malların (tıbbi cihazlar, gıda, farmasotik ürünler dahil) AB içinde serbest dolaşımlarını sağlamak için çalışmalar yapılıyor. Avrupa Birliği'nde sağlıkla ilgili doğrudan düzenlemeler ise genellikle, Birlik'de görülen; enfeksiyon ve bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, kanser, AIDS, alkol ve ilaç bağımlılığı gibi önemli sağlık konularıyla ilgili.

AB ile Türkiye arasında yürütülmekte olan müktesebatın uyumlanması programı çerçevesinde Türkiye'nin hazırladığı "Ulusal Program" da sağlık sektöründe mevzuat uyumuna yönelik düzenlemeler yer alıyor. Alt konu başlıkları altında sağlık alanında mevzuat uyumunun yapılması öngörülen konularla ilgili olarak şu ifade yer alıyor:

Yine AB'nin sağlıkla ilgili olarak 2003 öncesi düzenlediği ortak programlar şöyle:

Halk Sağlığı Çerçeve Programı (2001-2006), Kanserle Mücadele Programı (1996-2000), AIDS ve Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi Programı (1996-2000), Uyuşturucu Bağımlılığı ile Mücadele Programı (1996-2000), Kirliliğe Bağlı Hastalıklara İlişkin Program (1999-2001), Yaralanmaların Önlenmesi Programı (1999-2003),Sağlığın İzlenmesi Programı (1997-2001).

Ancak Avrupa Parlamentosu ve Konseyi'nin 23 Eylül 2002 tarihli kararı ile tüm

sağlık programları birleştirilerek Halk Sağlığı Eylem Planı başlığı altında toplandı.

Birinci Halk Sağlığı Eylem Planı 2003-2008 yıllarını kapsıyordu. Türkiye 27 Kasım 2002 tarihinde mutabakat zaptını imzalayarak programa dahil olmuştu.

Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Ulusal Program incelendiğinde, sağlığa ilişkin hedeflerin toplumun genel sağlık düzeyinin ülkede yaşayan herkesi kapsayacak ve memnun edecek biçimde yükseltilmesi, yaşam sürelerinin ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, bölgeler ve gelir grupları arasındaki sağlık düzeyi farklarının mümkün olduğu ölçüde azaltılması ve buna ilişkin gerekli altyapının oluşturulması amaçlanmakta.

RAKAMLARLA TÜRKİYE'DE SAĞLIK

Türkiye'nin sağlık sisteminde de, AB ile yapılan uyum çalışmalarıyla birlikte 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde pek çok değişikliğe uğradı. Sağlıkta dönüşümün en önemli aşaması olan Genel Sağlık Sigortası uygulaması 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girdi.

GSS'nin yürürlüğe girmiş olması bir başarıdır. Ancak halen uygulamada pek çok sorun yaşanmaktadır.

2008 yılında dünya genelinde sağlık harcamaları, 5,6 trilyon ABD dolarına, bir başka bir ifadeyle küresel GSYİH'nin % 10'nuna ulaşmıştır. 2009 yılında, harcamalar % 3'lük bir düşüşle 5,5 trilyon ABD dolarına gerilemiştir. Bunda yaşanan ekonomik kriz etkili olmuştur. 2009 yılında, Türkiye kişi başına sağlık harcamaları açısından altmış ülke içinde 35. sıradadır ve aralarında Güney Kore, Brezilya, Rusya, Meksika, Çin ve Hindistan'ın da yer aldığı, gelişmekte olan önemli pazarlar arasında 3. sırada yer almaktadır. Aralarında Türkiye'nin de yer aldığı gelişmekte olan pazarlardan bazılarında 2004 ile 2009 yılları arasında çift basamaklı yıllık bileşik büyüme oranları görülürken, ABD ve İngiltere gibi gelişmiş pazarlarda, aynı dönemde tek basamaklı büyüme oranları görülmüştür. 2013 yılına kadar Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcamalarının, Çin ve Hindistan gibi diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, Avrupa'daki birçok gelişmiş ülke ve ABD'den daha yüksek bir yıllık bileşik büyüme oranında artması beklenmekte. Bu durum temel olarak, kişi başına düşen yıllık gelirdeki artış, ortalama yaşam süresindeki kademeli yükseliş ve sağlık hizmetlerindeki iyileşmenin Türkiye gibi ülkeleri yatırım yapmak için elverişli hale getirmesinin bir sonucudur. 2014 yılının sonunda, sağlık harcamalarının 7,2 trilyon ABD doları olacağı ve küresel GSYİH'nin % 9,6'sını oluşturacağı tahmin edilmekte.

2005 ile 2009 yılları arasındaki sağlık harcamalarının bölgesel dağılımı, toplam küresel harcamaların neredeyse yarısının Kuzey Amerika'da yapıldığını göstermektedir. Büyüme hızı bakımından, 2005 ile 2009 yılları arasında % 4,1'lik bir yıllık bileşik büyüme oranına sahip Kuzey Amerika, diğer beş bölgenin gerisinde kalmaktadır.

Aynı dönemde, % 12,3'lük bir oranla geçiş ekonomileri en yüksek büyüme oranını yakalamış ve bu ekonomileri % 11,5'lik yıllık bileşik büyüme oranı ile Latin Amerika izlemiştir. Sonuç olarak, Kuzey Amerika ve Batı Avrupa dışındaki tüm bölgeler, 2005 ile 2009 yılları arasında % 5,8 olan dünya yıllık bileşik büyüme oranının üzerinde bir oran yakalamıştır.

Japonya, Rusya ve Ukrayna 2009 yılı itibarıyla sırasıyla 12,7, 9,8 ve 9,3 ile bin kişi başına düşen yatak sayısının en yüksek olduğu ülkelerdir. Dünya ortalamasının 2012 yılında da 1,7 olarak kalması öngörülmektedir. 2009 yılında, Avrupa ülkelerinden İtalya, Yunanistan ve Avusturya, sırasıyla 6,0, 5,7 ve 5,3 ile bin kişi başına düşen doktor sayısının en çok olduğu ülkelerdir. Kişi başına düşen yatak sayısı oranın yüksek olduğu Ukrayna, kişi başına düşen doktor sayısı oranı bakımından da dördüncü sırada bulunmaktadır.

Türkiye, 2008 ve

2009 yıllarında, bin kişiye düşen yatak sayısı bakımından, gelişmekte olan önemli pazarlar içinde 3. sırada (Brezilya ve Çin'in az bir farkla önünde) yer almaktadır, ancak her iki yılda da, büyüme hızı dünya ortalaması olan % 2,8'in biraz altındadır. Bin kişiye düşen doktor sayısında, Türkiye 2008 ve 2009 yıllarında dünya ortalaması olan % 1,7'nin biraz üzerine çıkmıştır. Gelişmekte olan diğer pazarlar arasında, Türkiye 2008 yılında 4. sırada yer almış ve 2009 yılında Güney Kore ve Çin ile % 1,7'lik aynı orana ulaşarak 3. sıraya yükselmiştir.

Türkiye'de sağlık harcamaları 2009 yılında 38 milyar ABD doları tutarında gerçekleşmiştir ve GSYİH içinde % 6,2'lik bir paya sahiptir.1 Sektörün önemli bir bileşeni olan ilaç pazarı 2009 yılında 10,8 milyar ABD doları tutarında gelir elde etmiştir. Türkiye, dünyadaki en büyük 16. ilaç üreticisi ve Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve İspanya'nın ardından Avrupa'daki 6. en büyük ilaç pazarıdır. Türkiye sağlık sektörünün gelecek vaat eden bir unsuru olan tıbbi cihaz pazarı dünyadaki en büyük 30 pazarın arasında yer almaktadır. 2010 yılında Türkiye tıbbi ekipman ve sarf malzemeleri pazarının büyüklüğünün 2,1 milyar ABD doları olduğu hesaplanmaktadır. Bununla birlikte, Türkiye nüfusu AB nüfusundan daha hızlı artmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının 2014 yılında yaklaşık 63 milyar ABD dolarına çıkacağı tahmin edilmektedir, ancak devlet sağlıkla ilgili kamu harcamalarını sınırlandırmayı başaramazsa, bu rakam daha da yükselecektir. 2015 yılının sonuna kadar, ilaç ve tıbbi cihaz pazarlarının toplam büyüklüğünün, sırasıyla 22,8 milyar ve 3,12 milyar ABD dolarına ulaşacağı tahmin edilmektedir.

DAHA SAĞLIKLI BİR DÜNYA MÜMKÜN

Bütün bunlara karşın dünyanın sağlığı pek parlak değil. Her yıl 6 milyon çocuk kötü beslenme; 1 milyon çocuk da sıtmadan ölüyor. Dünyadaki çocukları aşılamak için 3 milyar dolar yeterli, ancak kaynak bulunamıyor. Dünyada askeri harcamalara giden para ise 1 trilyon dolar...

Aşağıdaki bilgiler Birleşmiş Milletler'in 'Millenium Projet' adlı çalışmasından alınmıştır:

• Dünyada 1 milyardan fazla insan günde bir doların altında gelirle yaşamakta, 2.7 milyar insan ise günde iki doların altında gelirle yaşamını sürdürmeye gayret etmektedir.

• Dünyada temel eğitim almamış 114 milyon çocuk ve okuma-yazma bilmeyen 584 milyon kadın mevcuttur.

• Her yıl 6 milyon çocuk kötü beslenme nedeni ile beş yaşına gelmeden ölmektedir.

• Her gün HIV/AIDS nedeni ile 6 bin insan ölmekte ve 8 bin 200 insan bu ölümcül hastalığa yakalanmaktadır.

• Afrika'da sıtma nedeni ile her 30 saniyede bir çocuk ölmekte, bir yılda ölen çocukların sayısı 1 milyonu aşmaktadır.

• Her 3.6 saniyede bir insan açlıktan ölmekte, ölenlerin çoğunluğunu ise beş yaşından küçük çocuklar oluşturmaktadır.

• 2.6 milyardan fazla insan, yani dünya nüfusunun yüzde 40'ından fazlası, temel sağlık hizmetlerinden yoksun yaşamakta, 1 milyardan fazla insan ise güvenli olmayan kaynaklardan elde edilen suyu kullanmaktadır.

• Çoğu çocuk olmak üzere her yıl 5 milyondan fazla insan sudan kaynaklanan hastalıklar nedeni ile ölmektedir.

• Afrika nüfusunun yüzde 40'ı günlük temel besin maddelerinden yoksun.

• Afrikalı kadınların yüzde 40'ından fazlası temel eğitim alamamaktadır.

• Sahra Altı Afrika'da yaşayan kadınların gebelik sırasında ölüm oranı 16'da birdir, bu risk Kuzey Amerika'da yaşayan bir kadın için 3700'de birdir.

• Gelişmekte olan ülkelerdeki doğumların yarısı ehliyetli bir yardımcının yardımı olmadan gerçekleşmektedir.

CTM
CEYLAN TIP MERKEZİ

www.ceylantipmerkezi.com

Tomografi - Emar - Rontgen - Ultrason - Labaratuar

Kadın Doğum - Genel Cerrahi - Çocuk - KBB

Dahiliye - Diş - Sünnet

sağlık hizmetlerinde 25 yıllık tecrübe...

Kuvai Milliye Caddesi
No:12/14 Kat: 1
Kocamustafapaşa / İstanbul

Tel: 0212 529 61 74 - 530 12 11
Faks: 0212 584 41 99

OECD 2007 SAĞLIK RAPORU

HEKİME BAŞVURU

Son 15 yılda OECD çapında hekimlere başvuru artı. Kuruluşa üye ülkelerde yıllık artış ortalama yüzde 0.7 oldu. Türkiye kişi başına hekime başvuruda yılda yaklaşık yüzde 7 ile en fazla artışı bildirdi. Bu durum, hekim sayısındaki oldukça hızlı artışın, sağlığa yönelik kamu harcamalarında bu dönemde görülen keskin yükselişin ve Yeşil Kart ile düşük gelirli hastalar için sağlık hizmetlerine erişimde sağlanan iyileştirmenin sonucu olabilir.

AIDS VAKALARI

Türkiye'de 2000 yılında AIDS vakaları milyonda 0.7 olarak ölçüldü, 2005'te ise bu rakam milyonda 5'e çıktı. Türkiye'de AIDS vakası oranının seyri şöyle oldu (1 milyon kişide vaka oranı): 1985 (0.0), 1990 (0.3), 1995 (0.4), 2000 (0.7), 2005 (5.0). Bazı ülkelerde milyon kişiye düşen AIDS vakası oranları ise şöyle: ABD (137), Portekiz (79.5), Meksika (45.3), İsviçre (37.1), İspanya (36), Çek Cumhuriyeti (1.1), Kore (1.4), Slovak Cumhuriyeti (0.6)

NÜFUS ARTIŞI

Türkiye'de nüfus artışı sürüyor. Sağlık ve uzun dönemli bakım için talep ve finansman kısmen ülkelerin nüfus yapısına bağlıdır. OECD ülkelerinde 65 yaş ve üstü nüfus yükseldi ve gelecek on yıllarda bu durumun sürmesi bekleniyor. Türkiye, en genç nüfuslu ülkeler arasında bulunuyor. Türkiye, yüzde 10 oranında 65 yaş ve üstü nüfusa sahip ve Türkiye aynı zamanda doğum başına 2.1 çocuk ile en fazla doğurganlık oranına sahip ülkeler arasında bulunuyor.

ÖMÜR BEKLENTİSİ

OECD ülkeleri içinde ömür beklentisi en düşük ülke, Türkiye ve Macaristan. Bununla birlikte ömür beklentisi Macaristan'da 1960'tan bu yana yavaş biçimde artarken, Türkiye'de OECD ortalamasına hızlı bir şekilde yetişerek arttı.

BEBEK ÖLÜMLERİ

2005'te OECD ülkelerinde bebek ölüm oranları Japonya ve İskandinav ülkelerinde, 1000 canlı doğumda 2 ya da 3 ölüm olarak en az görüldü. Diğer uçta 1000 doğumda 19 ölümün görüldüğü Meksika ile 1000 doğumda 24 ölümün görüldüğü Türkiye yer aldı. OECD ortalaması 5.4.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

ABD, Yunanistan ve Meksika hariç sağlık harcamalarının ana finansörü kamu sektörü Sağlık harcamasında kamunun payı 2005 yılında yüzde 73 olarak belirlendi. Lüksemburg, Çek Cumhuriyeti, birçok İskandinav ülkesi, İngiltere ve Japonya'da kamu finansmanı yüzde 80'lere ulaştı. Türkiye ve Portekiz sağlık harcamalarında tarihsel olarak ve görece düşük kamu payına sahip Ayrıca Türkiye'de özel sağlık sigortaları az.

AKUT TEDAVİ HASTANE YATAKLARININ KULLANIMI

Üç aya kadar tedavi ya da bakım anlamına gelen akut tedavi hastane yatağı sayısı en çok Japonya'da, sonra Kore, Almanya ve Avusturya'da bulunuyor. Bu ülkelerde 1000 kişiye 6 akut tedavi yatağı düşüyor. En az yatak sayısı ise 1000 kişiye 2.5 yatak ile, Meksika, Türkiye ve İsveç'te ölçüldü. Yetersiz olanağa sahip ülkelerde fiyatları dolayısıyla MR ve CT tarayıcıları kişi başına en az sayıda Meksika, Macaristan ve Türkiye'de bulunuyor.

KİŞİ BAŞINA SAĞLIK HARCAMASI

2005'te OECD'de sağlığa kişi başına en yüksek harcamanın yapıldığı ülke, alma gücü paritesiyle kişi başına 6 bin 401 dolar harcanan ABD oldu. Bu OECD ülkeleri ortalamasının yaklaşık 2.2 katına eşit oldu. OECD ülkelerin yarısı 2 bin 500-3 bin 500 dolar bandında bulunuyor. Sıralamanın diğer ucunda ise Türkiye, Meksika, Polonya, Slovak Cumhuriyeti ve Kore'den oluşan beş ülke yer alıyor. Bu ülkelerde kişi başına sağlık harcaması OECD ortalamasının yarısından daha az.

***17 Kasım 2007 tarihinde yayımlanmıştır.**

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

uzman görüşü

Dr.Sermet GÜN ERDEM
L&ML Danışmanlık

Uz.Dr.Cengiz KONUKSAL
USK Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliği, kişisel verilerin korunması, standardizasyonun sağlanması ile ilgili olarak değişen ve gelişen mevzuat çerçevesinde yasal başvuru mekanizmalarının giderek daha çok kullanıldığı bilinen bir gerçektir.

2010 yılı itibariyle Mesleki Mesuliyet Sigortasının zorunlu hale getirilmesiyle bu sürece sigorta şirketleri de dahil olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ve sonrasında ortaya çıkan olumsuzluklar, karşılıklı uzlaşma ile çözülebildiği gibi çoğunlukla konu adli mercilere intikal edebilmektedir. Sağlık kuruluşlarının bu tür olumsuzluklara yol açmayacak şekilde yapılanmalarını yeniden düzenlemeleri gerektiği gibi, çalışanlara yönelik eğitimlerin verilmesine dair öteden beri var olan sorumlulukları daha da önem kazanmıştır.

"Medikolegal Konsültasyon" terimi; sağlık hizmeti alanlar, bu hizmeti verenler ve ülkedeki hukuk sistemi arasındaki etkileşimle ilişkilidir. Medikolegal Konsültan Hasta Şikayet Yönetimi, Hasta Güvenliği ve Kalite Yönetimi ekibinin bir parçası, partneri olarak görev alır. Hukuk Departmanına bilirkişilik hizmetleri genel tanımı kapsamında destek sağlar.

01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu, özellikle adli travmatoloji, cinsel saldırılar, postmortem incelemeler gibi adli tıp hizmetleri açısından farklı tanımlar getirmektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin hukuki ve cezai sorumlulukları açısından da tanımlarda değişiklikler dikkat çekmektedir. 2005 yılının ikinci yarısında yürürlüğe giren bu kapsamlı değişikliklerle birlikte meslektaşlarımız da ciddi sıkıntı ve endişe içindedir. Bu durum ülkemize özgü olmayıp hekimlerin, uzun zamandır, dünyanın her yerinde, üzerlerindeki malpraktis sigortalarından kaynaklanan ağır yükün hafifletilebilmesi için talepleri bulunmaktadır. Politik, hukuksal beklentilerin gerçekte moral değerler dışında ciddi katkıları tartışmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında yaşanılan aksaklıklar nedeni ile son yıllarda daha kalıcı ve hızlı çözümler araştırılmaktadır. Hata yapan sağlık personelinin daha etkin değerlendirilmesi için bir takım yasal düzenlemeler yapılmış ve yeni önlemler de gündeme gelmiştir. Hasta hakları yönetmeliği ile hastaların hakları korunurken, sağlık personeli ile ilgili düzenlemeler çok gerilerde kalmıştır. Mevcut müphem düzenlemelerde olduğu gibi yeni ve ağırlaştırılan koşulların, açılan birçok davada sağlık hizmeti sunanların ceza ve tazminat sorumluluğu ile karşı karşıya kalması sonucunu doğuracağı öngörülebilmektedir. Mevcut koşullarda, Türkiye'de hiç bir sağlık kurumu kendini malpraktis davalarının uzağında görmemektedir.

Hekimlerin ve hastanelerin üzerinde bulunan tazminat yükünün azaltılabilmesi için mevcut hukuksal düzenlemeler kapsamında; tıbbi uygulama hataları risk yönetimi kavramı içinde kalabilecek, "tıbbi savunma stratejisi" sağlık kuruluşları tarafından yapılandırılmalıdır. Burada tek başına finansal kayıpların ya da hataların en aza indirilmesi çabası ya da önleyici tedbirler bulunmamalı, söz konusu krizin yönetilmesinde; sağlık profesyonelleri ve hastane açısından adli tıbbi prosedür ve bilirkişilik alanında ön görülerde bulunmak üzere çalışma yapılmalı ya da bizzat bilirkişilik hizmeti sağlanmalıdır. Bu hizmet, öncelikle sonucun öngörülmesi yolu ile kişisel ve kurumsal stresi azaltmak şeklinde olmalıdır.

Hukuksal alandaki bu öngörü, savunmanın elini güçlendirmektedir. Yeni TCK sonrası yerleştirilmeye çalışılan "uzlaşma" kapsamında da hukuki anlamda risk yönetimi açısından ciddi katkı elde edilmektedir. Bu aşamada önerilen sistemin sağlık kuruluşlarının başta hukuki destek birimi olmak üzere hasta şikayet yönetimi birimi, hasta güvenliği ve kalite yönetiminin önemli bir partneri olacağı söylenebilir. Medikolegal Risk Yönetimi ile sağlanan tıbbi savunma stratejisi; finansal kayıpları ve hasta üzerindeki istenmeyen sonuçları en aza indirgemeyi hedef almaktadır.

Bilindiği gibi tüm istenmeyen (tanımlanmamış olanlar dahil) sonuçlardan ve komplikasyonlardan kaçınılabilmiş olsa dahi tüm malpraktis tazminatlarının ödenmesinden kaçınılamaz. Çok çarpıcı bir veri de mahkemeye yansıyan olguların sadece %20'sinin gerçek tıbbi malpraktis olguları olmasıdır. Bunun anlamı; ciddi yapılanmış bir medikolegal risk yönetiminin savunmak zorunda olduğu %80'lik bir olgu grubunun var olduğudur.

LEGAL&MEDİKOLEGAL DANIŞMANLIK (L&ML) yukarıda farklı akademik ortamlarda sunulan makale ve konuşmalarından alıntı yapılan Prof. Dr. Abdullah Coşkun Yorulmaz, Jur. Dr. Yusuf Tunç Demircan ve Av. Füsun Yağlı'nın tarafından yürütülen "tıbbi savunma stratejisi" başlıklı proje, sektörde kalite, standardizasyon ve sağlık hizmetleri organizasyonu konularında faaliyet gösteren USK Sağlık Hizmetlerinin birikiminden gelen tecrübeler ve birikimli akademisyenler, uzman hekimler ve sağlık hukukçularının da dahil olduğu bir yapılanma ile sağlık kuruluşları, hekimler ve

LEGAL&MEDİKOLEGAL DANIŞMANLIK NEDİR?

sağlık çalışanları, sigorta şirketleri ve hukukçulara destek misyonunu üstlenmek üzere kurumsal bir boyut kazanmıştır.

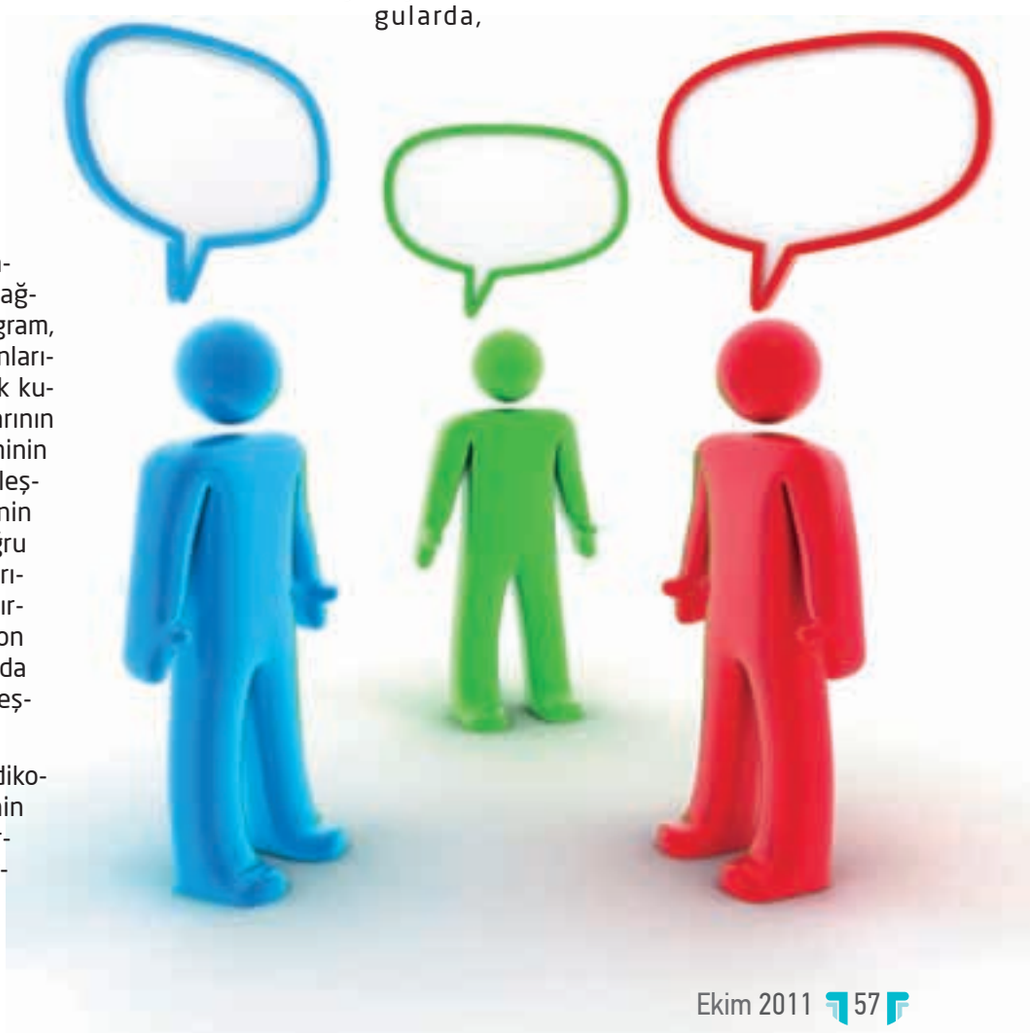
LEGAL&MEDİKOLEGAL DANIŞMANLIK (L&ML) Sağlık Kuruluşlarına yönelik hizmetlerinin ana başlıklarını; sağlık kuruluşlarının mevzuata uygun olarak işletilmesi, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, kaliteli, hatasız ve eksiksiz sağlık hizmetinin verilmesi, hasta ve hekim memnuniyetinin sağlanması, yasal süreçlerin doğru yönetimi oluşturmaktadır.

Bu doğrultuda, öncelikle Sağlık Kuruluşunun mevcut durumunu tespit etmek üzere uzmanlar tarafından hazırlanmış, kurum yöneticileri ve çalışanlarının katılımıyla bir LMD değerlendirme programı uygulanmaktadır. Uygulama sonuçlarından elde edilecek veriler doğrultusunda saptanan eksikliklerin giderilmesi için sağlık kuruluşuna özgü risk analizi yapılması ve bir program hazırlanması gerçekleştirilmekte; kaliteli hizmet sunumunun yanı sıra, yasal sürece uygun işleyişin de sağlanması için hazırlanan bu program, LMD tarafından; sağlık çalışanlarının yasal sorumlulukları, sağlık kuruluşunun kalite ve standartlarının sağlanması, hasta hakları biriminin oluşturulması, var olanların iyileştirilmesi, otomasyon sisteminin eksikliklerinin saptanması, doğru ve yeterli aydınlatma formlarının ve onam formlarının hazırlanması, kalibrasyon-enfeksiyon ve çevre güvenliği konularında verilecek eğitimler ile zenginleştirilmektedir.

LMD tarafından sunulan medikolegal danışmanlık hizmetlerinin öncelikli amacı, risk değerlendirmesi yaparak, olumsuz sonuçların daha ortaya çıkmadan tespiti ve önlenmesidir. Bu sistemin ikinci hedefi ise, bir şekilde başlatılmış yasal süreçlerin doğru yönetiminin sağlanmasıdır. Bu doğrultuda, mevcut şikayetlerin incelenmesi, sağlık kuruluşu ve/veya sağlık çalışanı aleyhine açılan davaların medikolegal açıdan değerlendirilmesi, şikayete sebep zararın komplikasyon/malpraktis (hatalı uygulama) ayrımının yapılması, uzlaşma tekliflerinin incelenmesi ya da uzlaşma teklifinin hazırlanması, uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca gerek Ceza Muhakemesi Kanunu, gerekse de 1 Ekim 2011 tarihinde yürürlüğe girmesi beklenen Hukuk Muhakemesi Kanunu çerçevesinde, adli makamlara yansıyan olgularda, taraf bilirkişiliği, uzman mütalaası ve yargılama makamları önünde yapılan çapraz sorguya bizzat katılım gibi yollar ile savunmanın desteklenmesi, gerek konunun adli tıbbi yönlerinin tam olarak mahkeme önünde tartışılabilmesi, gerekse de danışmanlık verilen sağlık kuruluşunun ihtiyaç duyduğu bilirkişilik desteğinin sağlanabilmesi LMD'nin temel hedefleri arasında yer almaktadır.

Molla Gürani Mah. Şht. Pilot Mahmut Nedim Sok. No:3 D:2-3
Aksaray/FATİH

Tel:0212 5439350-51
Fax:0212 5433806



TÜRKİYE'NİN TÜBERKÜLOZLA İMTİHANI

İlk veremle savaş cemiyeti 1918 yılında kuruldu. İkinci Milli Türk Tıp Kongresi 1928 yılında ana gündem olarak veremi işledi. Türkiye 1950'li yıllara kadar veremle savaşmak için dispanserler ve hastaneler açtı. Özetle, Türkiye'de veremle mücadele bir yüzyıldan daha uzun zamandır sürdürülmekte.

Ülkemizde tüberküloz hastalığı, 20. yüzyılın ilk yarısında bir numaralı ölüm nedeni idi. 1940'lı yıllarda her yıl bin kişiden 2-3'ü verem nedeniyle ölüyordu. Özellikle yirminci yüzyılın üçüncü çeyreğinde yürütülen yoğun verem savaşı çabaları sonucunda durum değişti. Tüberküloz önemli bir ölüm nedeni olmaktan çıktı.

Türkiye'de 12-15 milyon kişinin enfekte olduğu, yani vücutlarında henüz hastalık oluşturmamış verem mikrobunun olduğu hesaplanmaktadır. Bu insanların yaklaşık yüzde onu yaşamlarının bir döneminde verem hastası olacaklardır. Verem savaşı dispanserlerinde kayıtlı hasta sayısı 2000 yılında 18.038 iken, 2005 yılında 20.535'dir. Kayıtlı hastalar dışında, resmi ve özel hekim ve hastanelerde de tedavi edilen bazı hastaların olduğunu biliyoruz. Türkiye'de yılda yaklaşık 25 bin tüberküloz hastasının ortaya çıktığını tahmin edebiliriz.

Bu hasta sayılarının nüfusa oranı, sanayileşmiş ülkelerde yüzbinde 20 ve altında, Asya ülkelerinde yüzbinde 100'den, Afrika'da sahra güneyi ülkelerde ise 300'den fazladır. Ülkemizde ise kayıtlı hastalar yüzbinde 27'dir.

Düzensiz ve hatalı tedaviler yüzünden ilaçlara dirençli veremli hasta sayılarının ülkemizde yüksek oluşu önemli bir sorunumuzdur.

TÜBERKÜLOZLA YÜZYILLIK MÜCADELE

İlk veremle savaş cemiyeti 1918 yılında kuruldu. İkinci Milli Türk Tıp Kongresi 1928 yılında ana gündem olarak veremi işledi. Türkiye 1950'li yıllara kadar veremle savaşmak için dispanserler ve hastaneler açtı. Özetle, Türkiye'de veremle mücadele bir yüzyıldan daha uzun zamandır sürdürülmekte.

Birinci Verem Danışma Kurulu 1949 yılında ilk kez toplanmış ve "elde mevcut verem istatistiklerine göre memleketimizde hamle şeklinde bir verem savaşı yapılmasına katî zaruret vardır" diyerek çok önemli kararlar almıştır. "Verem savaşını tanzim, takip ve murakabe edecek bir verem

savaşı genel müdürlüğünün kurulması" ile başlayan karar ve öneriler, yeni dispanserler, dernekler, verem yatakları açma yanında, BCG aşısı, orduda verem savaşı, okullarda veremle savaş ve personel yetiştirme konularında kararlar almıştır. Verem Savaşı Hakkında 5368 sayılı Kanun 11.4.1949 tarihinde kabul edilmiş ve önemli bir bütçe verem savaşına ayrılmıştır.

Yaygın BCG uygulanmasına ülkemizde 1951 yılında başlandı. Sağlık Bakanlığı, 1952 yılından sonra Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF ile anlaşmalar yaptı. Geniş çaplı aşı kampanyaları ve bütün Türkiye'yi kapsayan mikrofilm taramaları yapıldı. Birinci devir aşı kampanyası çalışmaları 1959 yılında tamamlandı.

Verem Savaşı Genel Müdürlüğü 1960 yılında kuruldu. 1976 yılına kadar tüm yerleşim yerleri kadastro usulü ile mikrofilm taramasından geçirildi. Verem savaşı dispanserlerinin eğitim, tanı ve tedavi çalışmaları başarıyla yürütülürken düzgün bir kayıt düzeni kurularak ve eğitimli bir ara kademe ile yönetim ve denetim çalışmaları sürdürüldü. Verem savaşına hükümetlerin verdiği önem ve yürütülen program nedeniyle 1950'lerden 1970'li yılların ortalarına kadar hastalığa karşı başarılar elde edildi.

Yetmişli yılların ortalarından itibaren konuya verilen önem azaldı. Verem Savaşı Genel Müdürlüğü, 1982 yılında Daire Başkanlığına dönüştürüldü. O yıllarla birlikte hastalıkta yeniden artış seyrine girdi.

BCG'li ve BCG'siz enfekte kişi sayı ve oranları ile ilgili Türkiye'de yapılan iki büyük çalışmanın sonuçları şöyledir:

Yıl	Nüfus	BCG'li	%	BCG'siz PPD (-)	%	BCG'siz PPD (+) Enfekte Olanlar	%
1959	26.735.000	6.724.000	25	5.079.000	19	14.971.000	25
1982	46.312.000	29.640.000	64	5.094.000	11	11.578.000	56

Türkiye'yi temsil eden 1982 yılından sonra yapılmış bir prevalans çalışması yoktur. Tüberküloz enfeksiyon oranları ülke çapında araştırılmamıştır.

Türkiye'de tüberküloz prevalansının 1950'de binde 30, 1960-1964'te binde 21-30, 1970'lerde binde 1 olduğu tahmin edilmektedir. Bu konuda son çalışma 1982 yılında yapılmış ve Türkiye'de tüberküloz prevalansı binde 3,58 bulunmuştur. Bu araştırmaya ilişkin yayımlanmış olan bölgelere göre prevalans oranlarını gösteren bir tablo alttadır:

Bölgeler	Prevalans (binde)
Ege	1,86
Akdeniz	2,32
İç Anadolu	2,48
Marmara	3,66
Doğu Anadolu	3,73
Trakya	3,97
Karadeniz	4,80
Güneydoğu Anadolu	7,44
Türkiye geneli	3,58

Enfeksiyon Oranları başlıklı bölümde vermiş olduğumuz 1982 yılına ait rakamlar ile yapılan hesaplamalarda ülkemizde BCG aşısının koruyuculuğu %72,7 bulunmuştur. Ülkemizde 1997 yılına kadar dört kez uygulanan BCG aşısı, bu tarihten itibaren 2 uygulamaya indirilmiştir: sıfır yaş ve 6-7 yaş. Türkiye'de BCG aşılaması, genişletilmiş bağışıklama çalışmalarının bir parçası olarak yürütülüyorsa da, verem savaşı grupları köylerde hala aşı çalışmalarına destek olmaktadırlar. Birçok il ve ilçemizde de verem savaşı dispanserleri aktif olarak aşılamayı yürütmektedirler.

Ülkemizde tüberküloz (TB)'un durumu ile ilgili temel veriler yetersizdir. Ülke genelini yansıtan Sağlık Bakanlığı/Verem Savaşı Daire Başkanlığı'nın (VSDB) sunduğu verilerde eksiklikler bulunmaktadır.

Hastaların yaş dağılımında düzenli onar yıllık aralıklar değil, 25-44 ve 45-64 gibi 20 yıllık gruplar vardır; cinsiyet dağılımı yoktur. Bakteriyolojik veriler eksik ve hatalıdır

Tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde de bir kohort analiz yöntemi kullanılmamaktadır, onun yerine yıl içinde tedavisi tamamlanan hastaların sonuçları yayımlanmaktadır. Bu nedenle çeşitli verem savaşı dispanserleri tek tek kendi verilerini kongrelerde bildiri olarak sunmakta, dergilerde yayımlamaktadırlar. Hastane klinikleri, üniversitelerdeki servisler de belirli sürelerde izledikleri hastaların özelliklerini yazılı olarak bildirmektedir.

Verem Savaşı Daire Başkanlığının yukarda sözü edilen verileri topladığı sistem 1953'te başlamış, 1974 yılında bugünkü şeklini almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, 1993 yılında TB için acil durum ilan etmesinden ve 1994 yılında yeni bir "framework" yayımlamasından sonra DSÖ ve IUATLD tarafından TB ile ilgili kullanılan terimler, veri toplamada kullanılan başlıklar yeniden belirlenmiştir. DSÖ 1995 yılından bu yana dünyada TB'un durumunu yansıtan raporlar yayımlamaktadır; bu arada Avrupa'da TB sürveyansı için yeni bir yapılanma gerçekleşmiş ve 1995 yılından itibaren Avrupa'da TB'un durumunu yansıtan raporlar yayımlamaktadır. Bu raporlarda Türkiye ile ilgili veriler hep eksiklikler içermektedir.

Toplam 25 174 389 bir nüfusa hizmet veren verem savaşı dispanserlerine 1999 yılında kaydedilmiş hastaların toplam sayısı 9.179'dur ve insidansı 100 000'de 36.46'dır.

Türkiye'de 12-15 milyon kişinin enfekte olduğu, yani vücutlarında henüz hastalık oluşturmamış verem mikrobunun olduğu hesaplanmaktadır. Bu insanların yaklaşık yüzde onu yaşamlarının bir döneminde verem hastası olacaklardır.

Yayma pozitif olanların sayısı 3 699, insidansı 100 000'de 14.69'dur. Hastaların 8 358'i (%91.06) yeni, 821'i (%8.94) eski olgudur. Verem savaşı dispanserlerine 1999 yılında kayıtlı hastaların insidansı, yüzbinde 36.46'dır; Türkiye genelinde ise 33.7'dir. Bu farklılıkta özellikle İstanbul'un 41.5 olan yüksek insidansının rol oynadığı görülmektedir. Bu bölgede yayma pozitif akciğer tüberkülozlu hastaların insidansı ise 100.000'de 14.7'dir. Bu insidans rakamları ile Türkiye, dünyada orta derecede insidansı olan ülkeler arasında yer almaktadır.

Bir uçta yüzbinde 20'nin, hatta 10'un altında insidansı olan sanayi ülkeleri, diğer uçta yüzbinde 250'nin üstünde insidansı olan Güneydoğu Asya ve Sahra güneyi Afrika ülkeleri yer almaktadır. Eski Sovyetler Birliğine dahil olan ülkelerde ise yüzbinde 100 civarında bir insidans vardır.

AIDS VE TÜBERKÜLOZ

Tüberküloz ve AIDS birbirlerine eşlik eden iki önemli hastalıktır. Dünyada AIDS hastalarında tüberküloz en çok öldüren tek hastalıktır. Türkiye'de halen AIDS'li vakaların sayısının az olması nedeniyle, buna bağlı bir tüberküloz artışı görülmemektedir. HIV pozitif insan sayısı arttıkça tüberküloz bu grupta ciddi bir sorun haline gelebilir.

Ülkemizde tüberkülozun durumu değerlendirildiğinde, hastalık insidansı açısından başarılı kontrol programı uygulamış ülkeler ile, hiç kontrol programı uygulamamış ya da kötü programlar uygulamış ülkeler arasında bir konumumuzun olduğu görülmektedir. Hastalık insidansı Avrupa ülkelerinin çoğunda yüz binde 20'den az iken, Hindistan, Bangladeş, Çin gibi ülkelerde yüz binde 100'ün üstünde, hatta 200'ün üstündedir. Ülkemizde tüberküloz ile enfekte nüfusun oranı yüksektir; yani enfeksiyon havuzu hala büyüktür. Hastalık insidansı yüz binde 40-60 arasındadır. Bakteriyolojik tanı koymak konusunda ciddi eksikliklerimiz vardır. Standart kısa süreli tedavi rejimlerinin kabul edilmiş olmasına karşın ülkemizde bu tedavilerin uygulanmasında ilaç rejimi, tedavi süresi ve tedaviye uyum konusunda sorunlar vardır. İlaç direnci oranları yüksektir. Tedavisiz ya da yetersiz tedavi almış birçok kronik vaka toplumda serbestçe yaşamlarını sürdürmektedirler. Bu durum yakın gelecekte başlangıç ilaç direnci yüksek olan hastaları karşımıza çıkaracaktır.

DÜNYADA TÜBERKÜLOZUN DURUMU NEDİR?

Bütün kıtalarda, bütün ülkelerde tüberküloz vardır. Günümüzde hala tek mikrobun yaptığı en çok öldüren bulaşıcı hastalıktır. Yılda 9,2 milyon insan bu hastalığa yakalanırken 1,6 milyonu ölmektedir. Dünyadaki bütün hastalıkların yüzde 2,5'unu ve önlenebilir ölümlerin yüzde 26'sını oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Ör-

gütü, verem hastalığı için "Acil Durum" ilan etmiştir. Dünyada verem hastalarının sayısı yıllar içinde artış göstermektedir.

Dünyada tüberküloz en çok Güney-Doğu Asya ve Sahra Güneyi Afrika'da bulunmaktadır. Hindistan, Çin ve Endonezya'da Dünya'daki hastaların yarısı bulunmaktadır. Toplam 22 ülkede, dünyadaki tüberküloz hastalarının yüzde 80'i bulunmaktadır.

Tüberkülozun kontrolü için çabalarını zayıflatan ülkelerde hastalık artış göstermektedir. AIDS hastalığı da veremi artırmıştır. Eski Sovyetler Birliği ülkelerindeki artış bu iki nedenle olmaktadır. Sanayileşmiş ülkelerde 1980'li yıllarda hastalığın artışı bu iki nedene ve göçlere bağlıdır. Sahra Güneyi Afrika'da verem hastalığının nüfusa oranı, dünyada en yüksek orandır, bunun temel nedeni HIV/AIDS'tir.

TÜRKİYE'DE VEREM SAVAŞI 2011 RAPORU

Bu hastalıkla ilgili son veri Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Dairesi Başkanlığı'nca hazırlanan "Türkiye'de Verem Savaşı 2011 Raporu." Rapora göre 2009 yılında toplam 17 bin 402 tüberküloz hastası verem savaşı dispanserlerinin kayıtlarına girdi. Yeni olguların oranı yüzde 91.6 (15 bin 943), önceden tedavi gören olguların oranı ise yüzde 8.4 (bin 459) olarak saptandı.

Sağlık Bakanlığı'nın raporuna göre "ince hastalığa" erkekler kadınlardan daha fazla yakalanıyor. Bu hastaların 10 bin 519'u (yüzde 60.4) erkek, 6 bin 883'ü (yüzde 39.6) kadın. Buna göre erkek hasta sayısı kadınların 1.5 katı fazla.

Rapora göre, verem en çok genç ve orta yaş grubundaki kişilerde görülüyor. Kayıtlardaki tüm hastaların yüzde 1.3'ü 0-4, 4.2'si 5-14, 20.5'i 15-24, 36.1'i 25-44, 26'sı 45-64, 11.9'u ise 65 yaş ve üstü kişilerden oluşuyor.

OSMANLIDAN GÜNÜMÜZE VEREM SAVAŞI

Osmanlı Veremle Savaş Cemiyeti

Türkiye'de verem hastalığı ile mücadele, Osmanlı devrinden itibaren çeşitli dernekler öncülüğünde yürütülmüştür. 1918 yılında Prof. Dr. Besim Ömer Paşa tarafından kurulan Osmanlı Veremle Savaş Cemiyeti'ni, Dr. Behçet Uz tarafından 1923 yılında kurulan İzmir Veremle Mücadele Cemiyeti Hayriyesi ve Balıkesir Veremle Mücadele Cemiyeti izlemişti. İstanbul'un işgali üzerine Osmanlı Veremle Savaş Cemiyeti kapanmak zorunda kaldı.

İstanbul Veremle Savaş Cemiyeti

OsmanII Veremle Savaş Cemiyeti'nin bıraktığı 116 lira ve bazı eşyalar, 1927 yılında İstanbul Veremle Mücadele Cemiyeti'nin kurulmasında kullanıldı. İstanbul Veremle Mücadele Cemiyeti, Dr. Tevfik Salim Paşa, Dr.Tevfik İsmail Bey ve 24 arkadaşı tarafından kuruldu. İstanbul Veremle Mücadele Cemiyeti, başlangıçta çalışmalarını broşür basma, sağlık dergisi yayınlama, konferans düzenleme gibi propaganda faaliyetleri üzerine yoğunlaştırdı; hükümetin ve halkın veremle mücadele zorunluluğuna ikna edilmesine çalıştı; BCG aşısı kampanyalarına önderlik etti. 1929 yılında Eyüp'te bir dispanser, 1932 yılında Erenköy'de bir sanatoryum kurdu.

Ulusal Veremle Savaş Cemiyeti

1945 yılında Sağlık Bakanlığı'nın vereme öncelik verme kararı üzerine veremle savaş dernekleri kurulması sağlık müdürlüklerince teşvik edildi. 1948 yılında ülkedeki verem savaş derneği sayısı 48'e ulaşmıştı. Sağlık Bakanlığı ve İstanbul Verem Savaş Cemiyeti'nin düzenlediği verem konferansında bir araya gelen ilgililer, ulusal bir dernek kurulmasına karar verdi ve böylece 1948'de Ulusal Verem Savaş Derneği kuruldu. Ulusal derneğin başkanlığına Dr. Tevfik Sağlam geldi ve 1963 yılındaki vefatına kadar başkanlığı sürdürdü. Derneğin merkez binası Ankara'da, genel sekreterlik bürosu ise İstanbul Verem Savaş Cemiyeti'nin bünyesinde bulunmaktaydı. 1948 ve 1949'da çıkarılan 5237 ve 5368 sayılı kanunlar sayesinde verem savaş dernekleri, belediyelerden aktarılacak gelire ve kurdukları hastanelere bakanlıktan sağlanacak personel ve nakdi yardım imkânına kavuştu.

Sosyal Komiteler

İstanbul Verem Savaş Derneği'ne bağlı Sosyal Komite'nin verimli çalışmalarını ve hanımlardan gördüğü ilgiyi göz önüne alan Ulusal Derneğin tavsiyesi ile diğer yerel derneklerde de hayırsever hanımlardan oluşan "sosyal komiteler" kuruldu. Bu komiteler derneğin kurduğu dispanserlerde kalan veremlilere ve ailelerine yiyecek-yakıt dağıtımı, yatak-battaniye sağlama gibi konularla ilgilenmekteydi. İleriki yıllarda sosyal komiteler eğitsel-sosyal yardımlar ve nakdi yardımlar sağlanması gibi işlevler yüklendi.

Ulusal Verem Savaş Dernekleri

Ulusal Verem Savaş Derneği, 1987 yılında Dr. Hamdi Açan başkanlığında iken yerel verem savaş derneklerinin bağlı olduğu bir federasyon haline geldi ve Türkiye Ulusal Verem Savaşı Dernekleri adını aldı.

İTHAL DOKTOR DÖNEMİ BAŞLIYOR

Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra kadrolarında, ihtiyaca ve işin özelliğine göre, vatandaşlık şartı aramaksızın yabancı uzman görevlendirmeye hazırlanıyor.

Sağlık alanında köklü değişikliklere yol açacak kararname taslağına göre, bakanlık ve bağlı kurumlarının merkez teşkilatında görev yapacak personel, il ve ilçe sağlık müdür ve yardımcıları ile buralardaki uzmanlar sözleşmeli çalıştırılacak. Sözleşmelerin süresi 2 yıldan 4 yıla kadar olabilecek. Süre bitiminde sözleşme kendiliğinden sora erecek. Sözleşmesi sona erenlerin performansları "yeterli görülenlerle" yeniden sözleşme yapılabilecek.

Müsteşar, müsteşar yardımcısı, Sağlık Politikaları Kurulu üyesi, başkanı, başkan yardımcısı ve il sağlık müdürlerinin sözleşmeleri Sağlık Bakanı tarafından yapılacak. Merkez teşkilatındaki diğer personelin sözleşmeleri ise bakanın altında görev yapacak olan İnsan Kaynakları Başkanı tarafından yapılacak. Buradaki sözleşme yapma yetkisi alt birimlere devredilebilecek. Taşradaki il sağlık müdür yardımcısı, ilçe sağlık müdürü ve yardımcısı ile il teşkilatındaki uzmanların sözleşmeleri, il sağlık müdürü tarafından yapılacak.

HELİKOBAKTER PİLORİ KANSERE YOL AÇIYOR

Tüm dünyada yaygınlığı giderek artan ve mide hastalıklarının en önemli nedenlerinden olan helikobakter pilorinin DNA'ya zarar vererek mide kanserine yol açtığı tespit edildi. Bakteri, yerleştiği hücrenin DNA'sında çift zincirli kırılmalara neden oluyor.

Helikobakter pilori ile ilgili araştırmaya Zürih Üniversitesi Moleküler Kanser Araştırmaları Enstitüsü'nden Anne Müller ve Massimo Lopes imza attı. Araştırmada HP'nin yerleştiği hücrenin DNA'sında çift zincirli kırılmalara yol açtığı görüldü. Kırılmalar sonucu hücrenin genetik materyalinin hasar gördüğü, dokuda mutasyona neden olduğu, kontrolsüz hücre çoğalması sonucu mide kanseri oluştuğu belirlendi.

Bilim insanları, helikobakter pilori enfeksiyonunun şiddeti ve süresinin, süreçte önemli rol oynadığını, enfeksiyonun kısa sürede antibiyotikle tedavi edilmesi halinde, çift zincir kırılmalarının vücudun doğal mekanizması içerisinde onarıldığını bildirdi. Ancak uzun süreli enfeksiyonda ortaya çıkan hasarın tamir edilemez olduğunu ifade eden bilimciler, enfeksiyonun uzun sürmesi halinde çok daha fazla sayıda çift zincir kırılması oluştuğunu, insan vücudunun ya bunları yarım yamalak onarabildiğini ya da hiç tamir edemediğini belirtti.

ZEYTİNBURNU TIP MERKEZİ

www.zeytinburnutipmerkezi.com

SGK ANLAŞMALIYIZ

- ✓Acil (24 Saat)
- ✓Genel Cerrahi
- ✓Kulak - Burun - Boğaz
- ✓İç Hastalıkları (Dahiliye)
- ✓Göz Sağlığı ve Hastalıkları
- ✓Kadın Hastalıkları ve Doğum
- ✓Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- ✓Ağız ve Diş Sağlığı

Hizmetlerimiz

- Sağlık Raporu
- Evlilik Raporu
- Sürücü Olur Raporu
- Panoramik Röntgen
- Tüm Röntgen Tetkikleri
- Tüm Laboratuvar Tetkikleri

Yenidoğan Mahallesi 58/1 Sk. No:1
(Depo Durağı) Zeytinburnu / İST.
Tel.: 0 212 665 70 10 - 558 40 52

"Sağlığınız İçin Herşey" "Sağlığınız İçin Herşey" "Sağlığınız İçin Herşey"

- ✓Acil (24 Saat)
- ✓Genel Cerrahi
- ✓Cildiye
- ✓İç Hastalıkları (Dahiliye)
- ✓Göz Sağlığı ve Hastalıkları
- ✓Kadın Hastalıkları ve Doğum
- ✓Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
- ✓Ağız ve Diş Sağlığı
- ✓Radyoloji

Hizmetlerimiz

- Sağlık Raporu
- Evlilik Raporu
- Sürücü Olur Raporu
- Panoramik Röntgen
- Tüm Röntgen Tetkikleri
- Tüm Laboratuvar Tetkikleri

Ahmet Kutsi Tecer Caddesi
No:43 Merter - İSTANBUL
Tel.: 0 212 643 31 01 - 643 31 02

www.bizimtipmerkezi.com

Özel Bizim Tıp Merkezi

SGK ANLAŞMALIYIZ

KANSERDE %20 ARTIŞ

İngiltere'de kanserle ilgili araştırmalar yürüten bir vakıf, son on yılda dünya çapında kanser vakalarının sayısının yüzde 20 oranında arttığını açıkladı.

Dünya Kanser Araştırmaları Fonu'nun yaptığı araştırmada, her yıl 12 milyon yeni kanser tanısı konulduğu belirtiliyor. Bu sayı, ortaya çıkan yeni HIV/AIDS vakalarının dört katından da fazla.

Dünya Kanser Araştırmaları Fonu, kötü beslenme ve hareketsiz hayat sürdürmekle bağlantılı 2,8 milyon kanser vakasının, aslında önlenebileceğini vurguluyor.

Hem gelişmekte, hem de gelişmiş olan ülkeleri kapsayan araştırmada kanser vakalarıyla alkol kullanımı ve obezite arasında ilişki kuruluyor.

"KIRIK KALP" SENDROMU

İsveçli bilim insanları yıllardır öne sürülen bir teoriyi kanıtladı. Araştırmacılar, yaşanan kalp kırıklıkları ve acıların kalbe ölümcül derecede zarar verebildiğini belirledi.

'Kırık kalp teorisi' üzerinde çalışan araştırmacılar derin üzüntünün kalp kaslarında fiziki olarak hasara yol açtığını keşfedip, bunu da 'kırık kalp sendromu' olarak adlandırmış, ancak bunun nasıl gerçekleştiğini bulamamıştı.

İsveçli bilim insanı Mikronörograf Yrsa Sverrisdottir ve ekibi 2 yıl boyunca kırık kalpleri inceledi, kalbin nasıl kırıldığını buldu. Araştırma sonucuna göre, stres altında salgılanan hormonlar kalpte yığılıyor, kalp de savunmak için kendini kapatıyor. Fiziksel açıdan sapasağlam olan bir kalp, duygusal çöküntüye maruz kaldığında şekil değiştiriyor ve kan pompalamakta zorlanıyor. Bu da kalbe ciddi zarar veriyor.

Sağlık Bakanı Recep Akdağ: GEREKİRSE HASTALARI AVRUPA'YA GÖTÜRÜRÜZ

Sağlık Bakanı Recep Akdağ, 'Tam Gün' düzenlemesi nedeniyle üniversite hastanelerinde ameliyat sıkıntısı yaşandığı yönündeki iddialara karşı, "gerekirse hastaları Avrupa'da tedavi ettiririz" dedi. Akdağ uygulamayı da savundu ve üniversite hastanelerini rant alanları halinden çıkarmak istediklerini söyledi.

Üniversitelerde hocalık yapan akademisyenlerin dışarıda çalışmasının önünde hiçbir engelin olmadığını belirten Akdağ, bu akademisyenlerin aynı zamanda hem üniversite hastanelerinde çalışmalarının, hem de muayenehane hizmeti vermelerinin getirdiği sıkıntıları dile getirdi.

Üniversite hastanelerinde personel açığının olacağı iddialarına da cevap veren Recep Akdağ, "Biz Sağlık Bakanlığı olarak tedbirleri alacağız ve böyle bir açık olursa bu açığı biz dolduracağız" dedi.

Sağlık Bakanı, YÖK'e yazı yazdıklarını ve bu durumda olan akademisyenler varsa Sağlık Bakanlığı'na bildirilmesi gerektiğini belirttiklerini vurguladı.

ÖZEL

Sultan Gazi

CERRAHİ TIP MERKEZİ

HİZMET VERDİĞİMİZ BRANŞLARIMIZ

*Kadın Hast ve Doğum
*Kardiyoloji
*KBB Hastalıkları
*Göz Hastalıkları
*Çocuk Hastalıkları
*Genel Cerrahi
*Dahiliye (İç Hastalıkları)
*Ağız ve Diş Sağlığı
*24 SAAT Acil

TANI TEŞHİS DESTEK BİRİMLERİMİZ

*Laboratuvar
*Mamografi
*Ultrasonografi,
*Röntgen
*Radyoloji
*Tansiyon Holter
*Ritim Holter
*Ekokardiyografi

SAĞLIĞINIZ BİZE EMANET

Modern ameliyathanemiz ve ameliyattan sonra konforlu müşade odalarımızla sağlığınızla ilgilenirken bile evnizin rahatlığını hissedeceksiniz...

Kurumumuz, sağlık hizmeti olan bireylerin ihtiyaç ve beklentilerini en iyi şekilde karşılamak için ulusal ve uluslararası sağlık hijyen ve çevre standartlarına uyarak sürekli iyileştirme ve geliştirme bilinci içerisinde en doğru hizmeti en kısa sürede sunmaktadır.

SGK, Bağkur , Emekli Sandığı Muayene ve Ameliyatlardan

Fark Almıyoruz !

50. Yıl Mh. O Cd. 2161 Sk. No: 27
Sultangazi / İSTANBUL
www.sultangazitipmerkezi.com

Bilgi ve randevu için

667 1 667

CANON
YAZICILAR İÇİN GÖRSEL KULLANMA KLAVUZLARI

Canon, fotoğraf veya video çekmeye yeni başlayan ve kendini geliştirmek isteyen kullanıcıları için kurduğu Canon Görsel Akademi artık Canon yazıcılar için de eğitimler veriyor.

Canon yazıcı alan herkes www.gorselakademi.net üzerinden videolu kullanma kılavuzlarına ulaşabiliyor. Basit bir anlatımla kullanıcıların hayatını kolaylaştırmayı hedefleyen bu videolu kullanım kılavuzları, ürünler hakkında kurulum ve temel eğitimleri içermenin yanı sıra ürünü nasıl kullanılacağı hakkında da detaylı bilgiler içeriyor. Satın alınan yazıcının tarama, fotokopi gibi her bir özelliği için ayrı ayrı videolar bulunuyor ve kullanıcılar her ihtiyacı olduğunda bu videolara rahatlıkla ulaşabiliyor. Sadece birkaç saniyelik üyelikten sonra kullanıcıların hizmetinde olan www.gorselakademi.net sitesinde Canon'un PIXMA serisi yazıcıları için de artık videolar bulunuyor ve yakın zamanda tüm yazıcı ürün gruplarının videoların kullanımda olması hedefleniyor.

Yazıcıların her bir özelliğiyle ilgili videolar sayesinde o ürünle ilgili kullanıcıların daha önce keşfetmediği özelliklerle ilgili de bilgiler veriliyor. Ayrıca bazı modellerle ilgili kullanıcıların yaşayabileceği potansiyel problem ve bu problemlerin çözüm yolları da detaylı bir şekilde videolarla anlatılıyor.

PENTAX Q :
DEĞİŞTİRİLEBİLİR LENS SİSTEMLİ AYNASIZ FOTOĞRAF MAKİNESİ

Yalnızca 3.1 cm genişliğindeki gövdesi ile PENTAX Q modeli, dünyanın en küçük ve en hafif aynasız fotoğraf makinesi olma özelliğine sahip. Profesyonel SLR fotoğraf makinesinin üstün performansına sahip Q modeli, 12.4 megapiksel yüksek çözünürlük, arka aydınlatmalı 1/2.3-inç CMOS sensör ve yeni geliştirilen süper-kompakt Q-mount lensler gibi özelliklere sahip. PENTAX Q modelinin, 30 fps'de H.264 kayıt formatı ile full HD video kayıt ve HDMI çıkışı özelliği de bulunuyor.

SAMSUNG'DAN YÜKSEK ZUM ÖZELLİKLİ FOTOĞRAF MAKİNELERİ

Samsung'un yüksek zuma ve geniş çekim açısına sahip fotoğraf makineleri WB210 ve PL210 kolayca kaliteli fotoğraflar çekmeyi mümkün kılıyor. 22.4mm ince tasarıma sahip WB210 uzaktaki nesneleri hiç olmadığı kadar detaylı bir şekilde mükemmel çekmeyi sağlayan 12X optik süper zum özellikli lens barındırıyor. WB210, 14MP çözünürlük ve kullanım kolaylığı sunan dokunmatik ekranı ile de dikkat çekiyor. PL210 ise yalnızca 19.7mm boyutundaki ince gövdesinde 10X optik zumlu 27mm geniş açılı lensi ile 3.0 LCD ekran barındırıyor. PL210 ayrıca 14MP çözünürlük ve HD video özellikleri ile yüksek kalitede görüntü sağlıyor.

SAMSUNG'DAN
GÜNEŞ ENERJİSİ İLE ÇALIŞAN İLK NETBOOK

Samsung, geçtiğimiz ay dünyanın güneş enerjisiyle çalışan ilk 10 ekranlı Netbook PC modeli NC215S'i pazara sunduğunu duyurdu. Hafif cihaz yalnızca güçlü performans ve kolay taşınabilirlik sunmakla kalmıyor, aynı zamanda hem çevreye duyarlı, hem de ekonomik özellikleri ile de dikkat çekiyor.

İki saat süresince güneş ışığı altında kalmak Netbook'a bir saate kadar enerji sağlıyor. Netbook'taki Samsung'un SuperBright yansımayı önleyici ekranı sayesinde kullanıcılar, güneş ışığı altındayken dahi ekranda rahatça çalışabiliyor.

Değirmen

Medikal Tıbbi Malz. Paz. Ltd. Şti.

※ PAMUK ※ GAZLI BEZ ※ ENJEKTÖR ※ AMELİYAT SÜTURLARI ※ ANTİSEPTİK
※ LATEX ELDİVEN ※ CERRAHİ ELDİVEN ※ I.V. KANÜLLER ※ TIBBİ FLASTERLER
※ RÖNTGEN FİLMİ ※ RÖNTGEN BANYO SOLÜSYONLARI ※ ULTRASON JELİ
※ ULTRASOUND KAĞITLARI ※ ETHICON VE TYCO ÜRÜNLERİ

Beybi dogsan BETASAN B.BRAUN BD Tibbest hayat Plasti-med

Molla Şeref Mah. Fındıkzade Sok.No.13/1 FINDIKZADE Fatih / İSTANBUL
Tel: +90 212 621 32 47, +90 212 523 32 83 Fax: +90 212 621 32 48
E-mail : degirmenmedikal@hotmail.com

OSMANLILARDA SAĞLIK TEŞKİLATI

Selçuklular döneminde hasta bakılan müesseseye şifahane veya Maristan denilmiştir. Daruşşifa daha sonra Osmanlılarca da kullanılmıştır. Farsça kökenli Maristan ise sıhhat yeri anlamına gelir. Bimar ise sıhhatsiz anlamına gelir. Böylece zamanla Bimaristan sağlığı yok olmuş kişilerin yattığı yer, yani Hastane anlamında kullanılmıştır.

Türk tarihi içinde sağlık hizmetlerini ve sağlık kurumlarını çok eski döneme ve bölgelere götürmek mümkündür. Orta Asya Türk boylarında hastaların tedavi edildikleri bilinmektedir. Bu dönemde hastalar önce diğer çadırlardan ayrı bir çadıra konulmakta iyi oluncaya kadar veya ölünceye kadar diğer insanlardan ayrı tutulmaktaydı.

Selçuklular döneminde hasta bakılan müesseseye şifahane veya Maristan denilmiştir. Daruşşifa daha sonra Osmanlılarca da kullanılmıştır. Farsça kökenli Maristan ise sıhhat yeri anlamına gelir. Bimar ise sıhhatsiz anlamına gelir. Böylece zamanla Bimaristan sağlığı yok olmuş kişilerin yattığı yer, yani Hastane anlamında kullanılmıştır.

Darüşşifalar vakıf olarak örgütlenmişler ve tedavi yanında hekimlik öğretimi de üstlenmişlerdir.

Bugünkü bilgilere göre Anadolu'da ilk sağlık kurumu Danişmendoğlu Mehmet tarafından yaptırılan Niksar Darüşşifasıdır. (1170) Kısa bir süre sonra Kayseri'de de bir Darüşşifa merkezi yapılmıştır. Sivas Darüşşifası, Selçuklu Darüşşifalarının en büyüğüdür. 1768'e kadar aynı amaçla kullanılmıştır. Bunları Sivas Divriği Daruşşifası (1228) Kemaleddin Şadi Bey ve Aksaray Darüşşifaları (1219-1233) Çankırı Darüşşifası(1235) Akşehir Darüşşifası(1260) Kastamonu marsitanı (1272) Tokat Pervane Bey Darüşşifası (1275), Rahatoğullarının Sivas'da yaptırdıkları Darül- rahha (Düşkünler evi1288) ve yine ayrı yüzyılda kurulan Erzurum, Erzincan darüşşifası ve Mardin Maristanı ve

Anadolu Selçuklu devletinin tarihe karıştığı 1308 yılında biten Amasya Darüşşifası izlemiştir.

Selçuklu sağlık kurumları Osmanlı devrinde devam ettirilmiş ve bunlara ilaveler yapılmıştır. Osmanlılar aldıkları kentlerde bu eski örneklere uygunsağlık tesisleri kurmuşlardır. Bunlardan bazıları 1399'da açılan Bursa'daki Yıldırım Darüşşifası, İstanbul'da Fatih Darüşşifası (1470), Haseki Bimarhanesi (1539), Süleymaniye Darüşşifası ve tıp medresesi (1555) Toptaşı Bimarhanesi (1538) Atik Valide Darüşşifası (1583) Sultan Ahmed Daruşşifası (1616)'rın. XVIII. Yüzyılda Zeytinburnu'nda Askeri Tıp Merkezi kurulmuştur. Bu tip sağlık kuruluşları arasında da Gümüşsuyu, Kuleli, Davutpaşa, Maltepe, Tophane, Levent çiftliği, Topçular, Cebehane, Mabeyn, Hassa askeri, Kumbarahane, Tersane, Tıphane, Ahırkapı, Rami, Bab-ı seraskeri, Trabya, Topbaşı tıp hastaneleri sayılabilir. 1827 yılında şehzade başında Tulumbacılarbaşı Konağında tıphane ve cerrahhane açılmış, Viyana'dan getirilen bir doktor başına geçirilmiştir.

Fâtih Sultan Mehmed devri, tibbî faaliyet ve gelismeler bakimindan önemli bir devirdir. Fâtih, saglik islerini organize eden Hekimbaşılık (Reisu'l-Etibba) müessesesini kurarak, başına Kutbeddin Ahmed'i getirmisti. Sultan Fâtih'in oğlu II. Bâyezid ise Edirne'de Kirişhâne Mahallesi'nde bir cüzamhane ile akıl hastanesi yaptırmıştır. Evliya Çelebi, Seyahatname adlı eserinde Fâtih, Süleymâniye, Sultânahmed hastahanelerini anlatır.

Osmanlı'nın klasik döneminde tıp adamlarına büyük önem verilmekte, yerli tıp adamlarının yanı sıra farklı bölgelerden gelen tabibler de Osmanlı'da ilgi görmekteydi. Bu dönemin tabipleri ameliyatlar yapabilmekteydi. Örneğin nebatî (bitkisel tıp) tıpla meşgul olan Altunîzâde'nin (öl. XV. yüzyil sonlari) idrar darlığı çekenlere başarılı sonda ameliyatları yaptığını Şakaik-i Numaniye'den ögrenmekteyiz.

Osmanlı devletinde tıp eğitimi Anadolu Selçukluları'ndan devraldığı miras doğrultusunda devam ediyordu. Tıp ile uğraşmak isteyen aday iyi bir medrese eğitimi görmüş olmalıydı. Aday usta ve hekimlerden bir veya bir kaçını hoca olarak seçiyor ve eğitimine giriyordu. Bu hocalar öğrencisini belli bir programla eğitiyordu. Darüşşifalarda ayrıca tıp eğitimi alan kadrolu öğrenciler de bulunabiliyordu. Sonradan Süleymaniye Tıp Medresesi gibi sadece tıp eğitimi veren medreseler de kurulmuştur. Ayrıca usta çırak usulüyle ve esnaf teşkilatı içinde yetişen tabipler de çoğunlukta idi.

Osmanlı Darüşşifalarında hastalıklar çeşitlerine göre ayrılmış ve hastalığın çeşidine göre ayrı ayrı bölmelerde tedavi edilmiştir.

Öncelikle hükümdar ve ailesinin sağlığını korumak, bazen de devletin sağlık politikasını yürütmek için ihdas edilmiş hekimbaşılık daha çok sağlık işlerinin yönetimi ile ilgiliydi. Hekimbaşılar başta hükümdar olmak üzere hükümdarın ailesinin sağlığını korumakla yükümlüydüler Bunun yanında padişahın yemeklerinin ve ilaçlarının hazırlanmasına nezaret ederdi. Sarayın ihtiyacı olan mum ve sabunlar onun formülüne göre imal edilir; saraydaki iki Eczane ve 5 Darüşşifa sayıları 25-30 arasında değişen cerrah, kehhal ve hekimlerin, düzenli çalışmalarını sağlardı. Muhtelif şehirlerdeki hastanelerde hekim tayin ve azilleri, İstanbul ve civarındaki yerleşim alanlarındaki yerli ve yabancı hekimlerin teftişi, gerektiğinde onların imtihanı ve bu sınav sonucunda başarısızları meslekten men etme "muayenehane" dükkan sayısını azaltma yetkisine sahipti.

Osmanlılar'da büyük camilerin yanlarında bir de şifahane binası bulunurdu. Eskiden dahili ve harici hastalıklar evlerde ve diğer değişik mekanlarda tedavi edildiği için bu binalar doğrudan doğruya ruh hastalıkları içindi. Osmanlıların ilk dönemlerinde şifa hane ve Bimarhane tabirleri akıl akıl hastalarına mahsusu tedavi yerleri için kullanılmıştır. Diğer hastahanelere ise sıhhat, afiyet veya sağlık yurdu denmiştir.

Osmanlıda tabipler cüzama da özel önem verirdi. Bu hastalığın tedavisi için yapılan müesseselerde miskinhane veya miskinler tekkesi de denilmiştir.

CERRAHHANELER

Cerrahi insanlık kadar eskidir. Tababetin bu bölümü harici travmalar, kırıklarla başlamıştır. Bunu içindeki tıp ilminden önce başladığı muhakkaktır. İnsanlar arsında savaşlar dolayısıyla yaralanmalar olunca bunlara bakım ve tedavisi işleri de önem kazanmıştır. İşte bu zamanlarda daha içi hastalıklarıyla ilgili geniş bir bilgi yoktur.

XIV. ve XV. Yüzyıllarda Osmanlı memleketleri içinde tababet sanatını icra edenler Hristiyan ve Yahudi teba idi. Bunların arasında iyi tabipler yanı sıra sahte tabiplerin de varlığı bilinmektedir. Bu önemli meslek Osmanlı hükümetince tespit edildikten sonra bunların ehil olup olmadıklarını hekimbaşı bir imtihanla tespit etmekte ve ehil olanlara ehliyet name vermekte, ehil olmayalar ise bu işten men edilmekte idiler.

ECZAHANELER (DARU'L EDVİYE)

Türk tıp tarihindeki eczane olgusunu iki gurupta incelemek gerekmektedir. Birincisi daruşşifaların bünyesindeki eczanelerdi. Daha sonraki dönemlerde eczaneler bağımsız olarak da açılmıştı. Askeri hastanelerin çoğalmasıyla 1830'lu yıllarda eczanelerde kurulmaya başlandı. 1866'da Askeri Eczane-i Amire müdürlüğünden askeri hastanelere ve revirlerine gönderilen ihtiyaç listeleri gereğince bu müesseseler ilaçlarını temin ediyorlardı.

Sağlık sistemi içinde ecza ticareti de önemli bir yer tutmuştur. Eskiden ecza ticaretiyle uğraşanlar iki sınıftır. Birincisi Drogistler; toptancılar, ithalat ve ihracatı bunlar yaparlardı ve eczacılara satarlardı. Ekseri eski han odalarında yazıhaneleri vardır ve depolarında mallarını saklarlardı. Ecza ticaretiyle

uğraşan diğer bir zümre de Aktarlardır. Akakir yani Droğ sattıklarından Aktar diye adlandırılmışlardır. Çıraklar usta tarafından yetiştirilirler, esnaf usulünce peştamal kuşattırılarak usta olurlardı.

Osmanlı tıbbı Batı'yla ilişkilerine paralel olarak değişmiş ve bugünkü halini almıştır.

Batıyı tanıma ve açılma dönemi 18. Yüzyıldadır; bu dönem eğitimde yenileşme hareketlerinin görüldüğü ve Batı'daki gelişmelerin tercümeler yoluyla aktarıldığı bir dönemdir.

19. yüzyıl ise Batıya açılış ve modernleşme dönemi olmuştur. 1827'de Mustafa Behçet'in çalışmalarıyla kurulan Tıbhâne-i Âmire ve 1839'da kurulan Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şâhâne dönemin önemli tıp eğitimi kurumlarıdır.

Batı'da bilimin son derece ilerlediğini ve Osmanlıların çok geri kaldığını düsünen II. Mahmut, tercüme ile vakit kaybedilemeyeceğini söyleyerek hekimliğin Fransızca okunmasını emretmiştir. 1827'de ordunun tabib ve cerrah ihtiyaçlarını karsılamak amacı ile Hekimbası Mustafa Behçet Efendi'nin önderliğinde Tıphâne-i Âmire adında bir tıp mektebi açılması yolundaki çalışmalara baslanmış. Mustafa Behçet Efendi bu mektebin ilk nizamını hazırlamış ve Türkiye'de modern tıp mektebinin kurucusu olmuştur. Gülhane bahçesinde bulunan binalarda faaliyetine baslayan Tıphâne-i Âmire'yi aynı yıl Şehzadebaşı'nda açılan Cerrahhane takip etmistir. 1831-1832 tarihlerinde Cerrahhane, Topkapı Sarayı bitişiğindeki bir binaya nakledilmiştir. 1836'da iki mektep birleştirilmiş, 1839'da da Gülhane'den Galatasaray'a tasınmıs ve mektebin başına Avustruyalı doktor C. Ambroise Bernard getirilerek mektebin adı Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahâne olarak değiştirilmistir.

OSMANLI'DA YAZILAN BAZI TIP ESERLERİ

Ahmedî : Tervihu'l-Ervah, Müntehab-i Şifa

Hacı Paşa : Kitabu'l-Feride, Kitabu's-Saade ve'l-Ikbal, Kitabu't-Ta'lim, Şifau'l-Eskam ve Devau'l-Âlâm, Müntehab-i Şifa

Şeyhî : Kenzu'l-Menafi'

Mü'min b. Mukbil : Kitabu't-Tib, Miftahu'n-Nur ve Hazainu's-Surûr, Zahire-i Muradiye

Akşemseddin : Kitabu't-Tib, Maddetu'l-Hayat

Şerafeddin Sabuncuoğlu : Cerrahiye-i Ilhaniye, Mücerrebnâme

Bedr-i Dilsad : Kehhalnâme, Kemalnâme, Muhtasaru't-Tib

Ibn-i Şerif : Yadigâr-i Ibn-i Şerif

Mehmed b. Lütfuullah : Müfredat-i Tib

Şükrullah Şirvanî : Ilyasiye fi't-Tib

Kaysunîzâde Mehmed : Tıb Mecmuası

Halimî Lütfullah Efendi : Kasimiyye

Hekimsah Mehmed Kazvinî : Asbabu Sitteti'z-Zaruriyye, Mucez Şerhi, Nasihatnâme

Ahi Çelebi : Risâle-i Hassatu'l-Kilye ve'l-Mesâne, Mucez Tercümesi

Kaysunîzâde Mehmed b. Mehmed : ed-Dürretu'l-Muntahab, Düsturu'l-Bimâristan, Düsturu't,Tibbi'l-Misbah, Zâdu'l-Mesir fî Ilaci'l-Bevâsir

Atufî: Hifzu'l-Ebdân, Ravzu'l-Insan fî Tedabir-i Sihhati'l-Ebdân

Ilyas b. Isa : Müfredât

Nidaî : Baytarnâme : Manzume-i Tib, Menafi'n-Nâs, Tababet-i Beseriye ve Baytariyye

Takiyüddin Sirazî: Enisu'l-Etibba fi't-Tib

Mehmed Efendi : Menbau'l-Hayat

Davud Antakî : Bugyetu'l-Muhtac, ed-Durretu'l-Muntahab, Elfiye fi't-Tib, Letaifu'l-Minhac, Mecmau'l-Menafii'l-Bedeniyye

DİŞ HEKİMLERİ DE UZMANLIK SINAVINA GİRECEK

Tıpta ve diş hekimliğinde uzmanlık eğitimi mevzuatında yapılan son düzenlemeler sonucu, artık diş hekimleri de hekimler gibi merkezi bir sınava girerek uzman olabilecek.

Diş Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (DUS), ilk kez 2012 Bahar dönemi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (TUS) ile birlikte yapılacak. Böylece, daha önce "doktora" yaparak uzman unvanı alan diş hekimleri, sınavda aldıkları puana göre bir fakültede eğitim almaya hak kazanacak.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, 2012 yılı bahar ayında yapılacak TUS'la birlikte DUS'un da ilk kez yapılması için gereken yazıyı ÖSYM'ye gönderdi. 2012 yılında Bahar döneminde TUS'la birlikte DUS da yapılacak.

KATARAKTTA BIÇAKSIZ DÖNEM!

Bıçaksız lazer ameliyatlarından sonra katarakt tedavisinde de bıçaklı ameliyatlar tarih oluyor. Bıçaksız katarakt ameliyatı Türkiye'de ilk kez Kasım ayında Avrupa ile eş zamanlı olarak Femto Fako adı verilen lazer teknolojisiyle yapılabilecek. Tıp dünyasında devrim niteliğinde sayılan lazerle katarakt ameliyatlarında hasta çok kısa sürede iyileşecek ve günlük aktivitelerine hemen dönebilecek.

Lazerli katarakt uygulamasının bıçaklı katarakt devrini tamamen bitireceği ifade ediliyor. Çünkü Femto saniye laser ile katarakt cerrahisinde bıçak kullanımı tarihe karışacak ve daha güvenli hale gelecek. Komplikasyon riskleri önemli oranda düşecek.

TÜRK UZMANLARDAN KEMOTERAPİ YAZILIMI

Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı eyaletleri ve Avrupa'da uygulanan kişiselleştirilmiş kemoterapi programı için Türk bilim insanları bir yazılım geliştirdi.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Prof. Dr. Emin Ersoy ve Prof. Dr. Ekmel Tezel ile Hacettepe Üniversitesi'nden Biyolog Dr. Alper Doğan, dünyada ilk kez ABD'li bilim adamı Larry Weisanthal tarafından geliştirilen, halen ABD'nin bazı eyaletleri ve Avrupa'da uygulanan kişiselleştirilmiş kemoterapi uygulamasına yeni bir boyut kattı.

Bilim insanları, kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötik ilaçlarda hasta için en etkili ajanın seçilmesini sağlamak üzere Hacettepe Üniversitesi teknoparkında kurulan şirket aracılığıyla bir yazılım geliştirdi. Hacettepe ve Gazi üniversitelerinde klinikte uygulanmaya başlanan proje, Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeleri Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığınca (KOSGEB) da desteklenerek, kredilendirildi.

Bir yıl içinde bitirilmesi planlanan projede, meme kanseri, baş-boyun ve yumurtalık tümörü bulunan 90 hastanın tedavisinde hangi kemoterapötik ajanların etkili olduğu tespit edilecek ve hastaya uygun tedavi yöntemleri izlenecek.

sağlık hijyenle başlar...

KAĞIT GRUBU
TEMİZLİK GRUBU 30 KG
ÇÖP POŞETİ GRUBU
KOROZO GRUBU POŞETLER
TEMİZLİK KİMYASALLARI
ÇÖP KOVALARI
MOP GRUPLARI
TEMİZLİK APARATLARI

COMAOFFICE
Endüstriyel Gıda Temizlik Kırtasiye Paz. Tic. Ltd. Şti.

İstoç 39 Ada No: 5 Mahmutbey / İSTANBUL
TEL : (0212) 659 58 39 - 59 48 FAKS : (0212) 659 09 51
E-Posta : info@comaoffice.com.tr
www.comaoffice.com.tr / www.comaoffice.com

Sağlık Bakanı Recep Akdağ: YABANCI DOKTOR ÇALIŞTIRMA YASAĞI KALKACAK

Başarılı sağlıkta dönüşüm programına karşın Türkiye'de sağlık insan gücü sayısında yetersizlik olduğunu kaydeden Akdağ, "Ayrıca 1920'lerden kalma bir kanunda da Türkiye'de Türk vatandaşı olmayan doktorların çalışması yasak. Bunu kaldırmaya çalışıyoruz" dedi.

İngiltere'nin başkenti Londra'da düzenlenen "Küresel Sağlık 2011-Sürdürülebilir ve Etkin Sağlık Hizmetleri" konulu konferansın açılış konuşmasını yapan Sağlık Bakanı Recep Akdağ, Türkiye'de Türk vatandaşı olmayan doktorların çalışmasının yasak olduğunu belirterek, "Bunu kaldırmaya çalışıyoruz, Türkiye'deki ulusalcı tavırlar buna engel olmak istiyorlar ama bunu gerçekleştirmek zorundayız" dedi.

Bakan Akdağ, İngiliz Tıp Birliği ile sağlıkta verimliliği artırmak için çalışan "NICE" isimli kuruluşun ortaklaşa düzenlediği konferansta, Türkiye'nin sağlıkta dönüşüm programını nasıl başardığını ve bu başarının diğer ülkelere nasıl örnek olabileceğini anlattı.

Türkiye'deki sağlık sektörünün dünyanın yaşamakta olduğu ekonomik krizden çok az etkilendiğini belirten Akdağ, "Bizde de bu büyüme hızı azalacak biliyoruz, o nedenle sağlık hizmetlerini etkili ve sürdürülebilir bir şekilde sunmak için gayret etmeye devam etmemiz gerektiğini biliyorum" dedi.

Türkiye'de AK Parti iktidarından önce çok kötü bir sağlık sistemi olduğunu söyleyen Akdağ, "Önce insan diyerek yola çıktık. Kuşkusuz bu sağlık hizmetlerimize de yansıdı. İyi planlanmış, yapısal, sürdürülebilir bir Türkiye modeli oluşturduk. Tabii ki bu kendi sosyo-ekonomik gerçeklerimizle de örtüşüyordu" diye konuştu.

Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan aile hekimliği gibi çeşitli reformları anlatan Akdağ, sağlık çalışanlarının verimli çalışmaya yöneltildiğini ifade etti.

Sağlık kuruluşlarında yüksek teknolojiyi çok ucuza mal ettiklerini belirten Akdağ, Türkiye'de MR çektirmenin 40 dolar, CT'nin maliyetinin ise 35 dolar olduğunu söyledi. "Neden Avrupa'nın geri kalanında bunun 10 misli olduğunu, görüştüğüm hiçbir Avrupalı Sağlık Bakanı bana anlatamadı" diyen Akdağ, Türkiye'nin dünyadaki en gelişmiş cihazları kullandığını, yüksek teknolojinin herkese ulaştırılabildiğini belirtti.

Akdağ, uyguladıkları sağlıkta dönüşüm programından önce "ikili çalışmanın" yaygın olduğunu, devlet hastanelerinde çalışan hekimlerin aynı zamanda dışarıda ofislerinin bulunduğunu söyleyerek, sözlerini şöyle sürdürdü: "İkili çalışma içinde olan meslektaşlarımız, bir taraftan kamu hastanelerini kullanırken, öbür taraftan özel ofislerinin devam etmesini çok istediler. Bu mücadeleyi biz kazandık çünkü biz halkın tarafında duruyorduk, halk da bizim tarafımızda durdu. 100 yıllık bir kültürü değiştirdik, zor olduğunu tahmin edersiniz ve asla zayıflık göstermedik."

Başarılı sağlıkta dönüşüm programına karşın Türkiye'de sağlık insan gücü sayısında yetersizlik olduğunu kaydeden Akdağ, "Ayrıca 1920'lerden kalma bir kanunda da Türkiye'de Türk vatandaşı olmayan doktorların çalışması yasak. Bunu kaldırmaya çalışıyoruz, Türkiye'deki ulusalcı tavırlar buna engel olmak istiyorlar ama bunu gerçekleştirmek zorundayız. Türkiye'deki halkın da küresel bilimden ve bilimadamlarından yararlanma hakkı olduğuna inanıyoruz" diye konuştu.

Hazar
ilaç ecza deposu

HAZAR İLAÇ ECZA DEPOSU MEDİKAL VE KOZMETİK ÜRÜNLER SAN. VE TİC. LTD. ŞTİ.

uygun fiyat ve kaliteli hizmet

Müşteri beklentilerinin karşılanacağı en üst kalitedeki ürünleri satın alma aşamasında güven ve zamanında teslimat gerekliliğini ilke olarak kabul eden Hazar İlaç Ecza Deposu 2008 yılı Ağustos ayında sektördeki ticari hayatına başlamıştı r. Başladığı ilk günden itibaren ilaç depoculuk sektöründe faaliyet alanını hızla geliştirerek sürdürmektedir. Bölgesinde bulunan kamu kurum ve kuruluşlarına özel hastanelere, askeri hastanelere ve diyaliz merkezlerine uygun fiyat ve kaliteli hizmet anlayışı çerçevesinde İlaç ve serum satış hizmeti vermektedir.

ORHANTEPE MAH.
ITIR SK.NO:7 DÜKKAN:1-2
CEVİZLİ-KARTAL-İSTANBUL
TEL : 0216 305 85 88
FAX : 0216 305 80 29
MAİL : melike.aribas@hazarilac.com
fatih.firat@hazarilac.com

"SOFRADA SIFIR ARTIK" KAMPANYASINA DAVET

Çevre Kuruluşları Dayanışma Derneği ÇEKÜD "Sofrada Sıfır Artık" adı ile yeni bir kampanya başlattı. Bu kampanya ile israfa dayalı yemek kültürünün yeniden sorgulanması, israf ile ihtiyacın birbirinden iyi ayırt edilmesi gerektiği belirtilerek sofrada yapılan israfa dikkat çekiliyor.

ÇEKÜD tarafından yapılan açıklamada; Dünyamızda her türlü gereksiz kaynak tüketiminin israfa yol açtığı ve israfın çevre kirliliğinin temel unsurlarından biri olduğu belirtildi. Çevreyi, içindeki tüm canlıları sevmek ve korumanın her insan için sevgi temelli ahlaki bir yükümlülük olduğunun ifade edildiği açıklamada şunlar kaydedildi;

Bu projeyle sağlıklı beslenme, israf, aşırı tüketim, çevre sağlığı ve sosyal sorumluluklarımız konusunda toplumda bir farkındalık oluşturulmasını amaçlıyoruz.

İsraf her türlü imkan ve varlığı gereksiz ve ölçüsüz şekilde harcama, saçıp savurma anlamlarına geliyor ve çevre kirliliğinin temel unsurlarından biridir. Bu kirliliğin boyutunu kavramak için pirinç ve ekmek konusunda basit iki örneklendirme yapmak yeterli olacaktır.

Türkiye'de yaşayan 70 milyon kişi sofrasından günde bir pirinç tanesini çöpe atsa, günlük 2,5 ton pirinç israf ediliyor demektir. 70 milyon kişi günde bir kaşık israf etse 250 ton, bir porsiyon israf etse 5000 ton pirinç çöpe gidiyor demektir.

Zayi olan bir pirinç tanesini yetiştirmek amacıyla; tarlanın sürülmesi, tohumunun temini, ekilmesi, sulanması, gübrelenmesi, biçilmesi, işlenmesi, nakliyesi, depolanması, pazarlanması, pişirilmesi için ciddi bir emek ve enerji harcanmakta, bu işlemlerden dolayı havaya, suya, toprağa ciddi bir kirlilik yükü binmekte, kişisel ve global anlamda ciddi bir ekonomik kayıp oluşmaktadır.

Tarım Bakanlığının 2008 yılında hazırladığı Ekmek Raporu ise çarpıcı sonuçlarla dolu. Bu rapora gore Ülkemizde günde 123 milyon adet 200 gramlık ekmeğin üretildiğini, bunun sadece 116-117 milyonunun tüketildiğini ve ne yazık ki 6,1 milyon adedinin israf edildiğini belirtiliyor. Ekonomik değer itibariyle bir kilo buğdayın bir kilo ekmek demek olduğunu dikkate aldığımızda, 450-500 bin ton buğday her sene israf ediliyor, çöpe atılıyor.

Bugün dünyada birçok insan sağlıklı ve yeterli beslenme imkanlarından yoksun bir şekilde açlıkla pençeleşirken, bir çokları da sağlıksız gıdaları sağlıksız yollarla almaktan ya da haddinden fazla tüketmekten kaynaklanan hastalıklarla mücadele etmektedir. "Sofrada Sıfır Artık" sağlıklı beslenmenin ön şartıdır.

Açıklanan istatiksel verilere göre dünyada 800 milyon insan açlıkla, bir milyar insan susuzlukla mücadele etmektedir. Soframızdan çöpe giden yiyeceklerde, musluğumuzdan boşa giden sularda açlık ve sefalet içinde yaşayan insanların hakları vardır. "Sofrada Sıfır Artık" sağlıklı bir sosyal yapının ön şartıdır.

Tavsiye ettiğimiz self servis ve açık büfe, israfı önleyici en uygun servis usulleridir. Önemli olan kişinin iradesine sahip olup, tabağına kendine yetecek miktarda gıda almasıdır. Bu usulde ana masada kalan yemekler çöpe gitmeyip, tekrar işlenerek değerlendirilebilir.

Tabldot usulü standart yemek servislerinde ise kişinin zevk, ihtiyaç ve alışkanlıklarını gözetmek mümkün olmadığından, yemek artığı daha fazla olmaktadır.

Sonuç olarak bir insanın ekonomik imkanlarının çok olması, yediğinde, içtiğinde, giydiğinde israf etme hak ve yetkisini vermez. Çevremizi ve içindeki tüm canlıları onları yaratan ve bizlere emanet eden Rabbimiz adına sevmek ve korumakla yükümlüyüz. Bu kanuni bir yükümlülük değil sevgi temelli ahlaki bir yükümlülüktür.

Kainatı yaratan ve bütün güzellikleriyle birlikte insanoğluna emanet eden Yüce Yaratıcı Kur'an-ı Kerim'inde bu işin ölçüsünü ve çözüm yolunu şöyle özetlemiştir: "Yiyiniz, içiniz fakat israf etmeyiniz.

Kampanya ile ilgili bilgilere ve hazırlanan çeşitli görsellere www.cekud.org.tr, www.sofradasifirartik.com, www.sofradasifirartik.org adreslerinden ulaşılabiliyor.

TARİHİN VE DOĞANIN TANIĞI BİR ŞEHİR: İZNİK

İznik, bütünüyle "açık hava müzesi" olan tarihi ve antik bir şehir. Verimli toprağı, kendine özgü iklimi ve doğal güzelliği nedeniyle tarihin her döneminde insanlığın ilgi odaklarından biri haline gelmiş.

İznik, Bursa'ya bağlı 85.Km. uzaklıkta bir ilçedir. Tarihte dört kez başkent olmuş, Dört medeniyete ev sahipliği yapmıştır. Tarihi İÖ. 316 yılına kadar uzanan tarihi ile dünyada bir ilk'tir. Uzun bir tarih boyunca pek çok uygarlıklara yurt olmuş, birçok kalıntısı hala tarihe kafa tutarcasına dimdik ayakta durmaktadır.

İznik ismi, eski adı olan Nikéa'dan gelmektedir. Dönemde yaygın bir dönüştürme kuralına göre Rumca adın önüne 'sur içinde' anlamında olan is eki getirilerek isnikéa adı Türkçede İznik olmuştur.

İznik, bütünüyle "açık hava müzesi" olan tarihi ve antik bir şehir. Verimli toprağı, kendine özgü iklimi ve doğal güzelliği nedeniyle tarihin her döneminde insanlığın ilgi odaklarından biri haline gelmiş.

1080 Yılında Selçuklu Sultanı Kutalmışoğlu ile Selçuklulara, 1097 Yılında, Haçlı Ordusu kenti alıp Bizanslılara verinceye kadar başkent olarak kalmış, 1105'de de yeniden Bizans'ın eline geçmiş. Latinlerin İstanbul'u alması üzerine 1204-1261 yılları arasında Bizans'a başkentlik eden İznik, 1330'da Osmanlı topraklarına katılmış, 1335'e kadar Osmanlı Beyliği'nin merkezi olmuş.

İznik, Roma ve Bizans dönemlerinde önemli bir dini merkez. Hıristiyanlar arasında çıkan sorunları çözmek üzere MS. 325'de yapılan I. Konsül (Ekümenik Meclis) burada toplanmış. 787'de VII. Hıristiyanlık Konsili toplantıları da İznik'de yapılmış. İlk çağda kurulan kentin ızgara planı aynen korunmakta.

1495-1718 Yılları arasında Osmanlı çini sanatının merkezi olan İznik, ürettiği İznik çinisi ile günümüz antika dünyasında

hatırı sayılır bir yer edinmiş. Süslemede geometrik biçimlerin yerine bitkisel bezeme kullanılması İznik çiniciliğinin bir özelliği. Yeniden restore edilip hizmete açılan Süleyman paşa Medresesi, I.Murat Çiniciler Çarşısı, Nilüfer Hatun Çiniciler Çarşısı gibi mekanlarda ustalar bu eski sanatı yeniden canlandırmaya çalışıyor.

TARİHİ

İznik'te ilk yerleşimin M.Ö. 2500 yıllarına uzandığı sanılmakta. M.Ö. 7. yüzyıl öncesinde burada kurulan yerleşime 'Helikare' denmekteydi. Makedonya İmparatoru Büyük İskender'in generali Antigonus tarafından M.Ö. 316 yılında kent Antigoneia adını almış. İskender'in ölümünden sonra Antigonus ile general Lysimakhos arasındaki savaşı kazanan Lysimakhos kente, Antipatros'un kızı olan eşi Nikaia'nın adını vermiş. M.Ö. 293'te Bithynia Krallığı'na bağlanan kent, önemli mimari yapılarla süslenmiş. Bir süre Bithynia Krallığı'nın başkenti olan Nikaia daha sonra Roma'nın önemli bir yerleşimi olarak varlığını sürdürmüş.

325 yılı yazı başında Hıristiyanlık için çok önemli olan Birinci Konsül, İznik'de toplanmış. İmparator Constantinus'un da katıldığı toplantıda Hristiyanlıkla ilgili yortu günleri ve Nikaia Kanunları adı ile bilinen 20 maddelik metin bu Konsülden sonra kabul edilmiş.787 yılında İznik Ayasofya'sında VII. Konsül toplanıyor. Ayrıca VI. Haçlı Seferi sonucunda Bizans İmparatorluğu İstanbul'u kaybedince İznik'te Bizans Hanedan üyeleri tarafından İznik Latin İmparatorluğu kurulmuş ve bu imparatorluk daha sonra İstanbul'u fethederek Bizans İmparatorluğu'nu yeniden kurmuş.

İznik, Selçuklular'ın ve Osmanlılar'ın da başkenti olmuştur. 1331 yılında Osmanlı orduları tarafından ele geçirilmiştir. Osmanlı idaresinde İznik, sanat, ticaret ve kültür merkezi olmuş. Osmanlı döneminin ilk cami, medresesi ve imareti İznik'te inşa edildi.

Şehirde gezip görülebilecek önemli tarihi mekanlar şöyle:

İznik Ayasofya Müzesi: Bizans erken döneminde inşa edilen kilise, Osmanlı döneminde camiye çevrildi. 787 yılındaki Konsil bu kilisede toplandı. I. Dünya Savaşı sonrasında Yunan işgali sırasındaki bir yangınla kullanılamaz hale gelen yapı, 2007 yılına kadar harap haldeydi. Günümüzde müze olarak kullanılmakta.

İznik Müzesi, 1338 yılında Osmanlı Padişahı I. Murat tarafından annesi Nilüfer Hatun adına imaret olarak yaptırıldı. 19. yy sonlarına kadar çalışan imarethane, 1965 yılında müzeye çevrildi. Müzede İznik ve çevresindeki arkeolojik kazılarda çıkarılan eserler sergilenmektedir.

NASIL GİDİLİR?

İznik ilçesi Bursa iline bağlı ve ile 85 km uzaklıkta, Türkiye'nin Marmara bölgesinde, bölgenin güneydoğusunda ve kendi adıyla anılan gölün doğu kıyısındadır. İznik,doğudaki Lefke boğazı tarafından Sakarya vadisine bağlanır. Batıdaki göl-

Roma Tiyatrosu

I. Murat Hamamı

Süleymanpaşa Medresesi, günümüzde turistik amaçlı çini eserlerin satıldığı atölyeler tarafından kullanılmakta.

İznik Kilisesi

Zoimesis Tes Theotokos

Aziz Tryphonos Kilisesi

Sarı Saltuk türbesi

Yeşil Cami

Karsaksuyu vadisi ile Gemlik körfezi ile ilişkilidir.

Lefke boğazından geçen 30 km.lik yol ile Mekece tren istasyonuna ulaşır. Kuzeyin de Samanlı dağları, güneyin de ise Katırlı dağları ile çevrelidir. İstanbul Yeşilköy, Atatürk havaalanına uzaklığı karayolu ile yaklaşık 210 km. Ancak İznik, Yalova arası 60 km. olan karayolundan sonra Yalova'dan İstanbul'a deniz yoluyla yaklaşık iki saatte geçiliyor.

Yalova istikametinden İznik'e gel-

mek isterseniz Bursa karayolunu kullanmalısınız. Orhangazi'ye geldiğinizde şehir merkezindeki ışıklardan sola doğru İznik istikametine doğru sapacaksınız. Yaklaşık 42 km'lik bir güzergah takip ederek yol üzerindeki Boyalıca ve Çakırca köylerini geçtikten sonra İznik'e gelebilirsiniz.

Bursa'dan İznik'e gelmek de bir o kadar kolaydır. Toplam 85 km. lik bir yolculuk sonrası İznik'e ulaşabilirsiniz. Bursa 'dan İstanbul istikametine doğru yola çıkıp, Otobandan Gemlik ilçesini seçip, buradan otobanı takip ederek yaklaşık 5 km.

sonra Karsak kavşağına varacaksınız. Buradan sağa doğru dönün. Sırasıyla Gölyaka, Sölöz, Narlıca, Göllüce köylerini geçtikten sonra göl kıyısını takip ederek İznik 'e gelebilirsiniz. Bursa santral garajda her yarım saatte bir minibüs, saat başı da otobüsler ile İznik'e gelinebilir.

Adapazarı'ndan İznik'e gelmek için ise, Bilecik -Bursa istikametine doğru sırasıyla Pamukova, Mekece den sonra(Mekece çıkışındaki İznik ayrımından sağa dönüp) yaklaşık 25 dakikalık bir yolculuktan sonra İznik'e varabilirsiniz.

GÖL

İznik sadece zengin bir tarihe değil aynı zamanda güzel bir doğaya da sahip. İznik Gölü ayrıca görülmeye değer. İstanbul yönünden gelirken Orhangazi'den ayrılıp İznik'e giren yol, gölün kuzey kıyısından zeytinlikler arasından sürüyor. Yolu bir dizi güzel köyü aşıp İznik'e ulaşıyor. Göl kıyısında da piknik alanları, balık lokantaları sıralanıyor. Lokantalarda sazan ve yayın balığı bulunuyor. Bir de iyi bulgur pilavı yapıyorlar. Ülkemizin 5. büyük gölü olan İznik Gölü'nün su seviyesi Mayıs'ta yükselmeye başlıyor. Asfalt yolda gölün çevresinde tam bir tur atarsanız 85 km. tutuyor. Güney kıyıları kumsal olduğu için plaj olarak daha çok tercih ediliyor. Uygun mevsimde gidenler olta atıp şanslarını deneyebilirler.

İznik'ten Gemlik'e doğru gölün güney kıyısından gidildiğinde, bir dizi köy karşılar sizi. 2 katlı ahşap evleriyle bu köyler, Osmanlı'nın ilk yerleşimleri arasında sayılır. Yoldan biraz içeride kalsa da, bunların içinde en önemlisi de Gürledir. Gürle tepesine sırtını vermiş köyde, sadece minaresi ayakta kalmış ve 600 yıllık geçmişi olan Orhan Bey Camisi bulunuyor.

Yöre sakinlerince 800 yıllık olduğu iddia edilen ve Cenevizlilerden kalma olduğu söylenen bir hamam kalıntısı da görülebilir. Gürle sokakları arasında yapılacak bir gezinti sırasında. Gürle Tepesi köyden 1282 metre yukarıda. Köylüler trekking ve yamaç paraşütü türü aktiviteler için bölgenin uygun olduğunu söylüyorlar. İznik'e yaklaştıkça, zeytin ağaçlarının yanı sıra mevsimine göre bağlar ve salkım salkım üzüm ağaçları karşılar sizi. İznik'in Müşküle üzümleri, yüzyıllardır ününü sürdürmektedir. Narlıca köyünden sonra işte bu üzümlere adını veren Müşküle (Demirışık) köyüne çıkarsanız, o eski bal kokulu üzümleri değil, ama dünyanın en güzel zeytinlerini yiyebilirsiniz.

İznik Gölü'ne gelip de balık yemeden gitmek olmaz. Gölün tertemiz suyunda çok lezzetli balıkları yetişir. I. yüzyılda yaşamış Strabon'dan Evliya Çelebi'ye kadar İznik Gölü'nü ziyaret eden tüm gezginler gölün ünlü balıklarından söz etmişlerdir. Sazan, turna, akbalık, kızılkanat ve dev cüsseli yayın balıklarını, gölün dört bir yanında bulunan tertemiz kır gazinolarında yiyebilirsiniz. Ancak evinize götürmek isterseniz, o zaman yolunuzun üzerinde bulunan Çakırca Köyüne uğramanız gerekecek. Zeytin ürünün getirdiği zenginlik nedeniyle sanırım, göl çevresindeki çok az köy, balıkçılık ile geçinir. Bu köylerden en önemlisi Çakırca'dır. Gölde son yıllarda kerevit avı da çok önem kazanmıştır. Bu yol üzerinde Keramet Köyü'nde bir ılıca vardır. Yolun hemen yüz metre yakınındadır. Doğal konumuyla korunan ılıcanın bazı hastalıklara şifa olduğu söylenir. Göl ile ılıca arasında sadece 200 m. kadar uzaklık vardır. Sanırım, bir göle ve denize bu kadar yakın bir başka ılıca yoktur. Gölün dört bir yanında gezerken, büyük ve ilginç kuşlara rastlarsınız. Karabatak adı verilen kuş, göl çevresinde en sık karşılaşacağınız kuştur.

ACİL SERVİS
KULAK BURUN BOĞAZ
GENEL CERRAHİ
DAHİLİYE
ÇOCUK SAĞLIĞI
KADIN DOĞUM
DİŞ POLİKLİNİĞİ
GÖZ SAĞLIĞI
BEYİN CERRAHİSİ
FİZİK TEDAVİ
ESTETİK VE LAZER EPİLASYON

TOPLUM CERRAHİ TIP MERKEZİ

Gazi Mahallesi İsmetpaşa Caddesi Sultangazi / İstanbul
Tel&Faks : (0212) 650 80 00 Tel : (0212) 536 78 89
E-mail : info@toplumtipmerkezi.com
Web : www.toplumtipmerkezi.com

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 Tuğer 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, Kavitren Cihazları, Isırılı 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

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

SGK
SİGORTALI EMEKLİ SANDIĞI BAĞKUR
ANLAŞMAMIZ VARDIR

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.