

**TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ
YAŞLILARIN HAYATIN ÇEŞİTLİ
ALANLARINDA YAŞADIKLARI
SORUNLARIN ARAŞTIRILARAK
ALINMASI GEREKEN TEDBİRLERİN
BELİRLENMESİ AMACIYLA KURULAN
MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONU**

**(10 / 1428, 2953, 3030, 3049, 3330, 3757, 4665, 4850,
5742, 5743, 5980, 5981, 5982, 5983, 5984, 5985, 5986,
5987, 5988, 5989, 5990, 5991, 5992, 5993, 5994, 5995,
5996, 5997, 5998, 5999)**



**2'nci Toplantı
9 Haziran 2022 Perşembe**



(TBMM Tutanak Hizmetleri Başkanlığı tarafından hazırlanan bu Tutanak Dergisi'nde okunmuş bulunan her tür belge ile konuşmacılar tarafından ifade edilmiş ve tırnak içinde belirtilmiş alıntı sözler aslına uygun olarak yazılmıştır.)

İ Ç İ N D E K İ L E R

I.- GÖRÜŞÜLEN KONULAR

Sayfa

II.- OTURUM BAŞKANLARININ KONUŞMALARI

1.- Komisyon Başkanı Erol Kaya'nın Komisyonun bugünkü gündemine ilişkin açıklaması

III.- SUNUMLAR

1.-, Halk Sağlığı Genel Müdürü Doç. Dr. Fatih Kara ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanı Dr. Banu Ekinci'nin,, yaşlılarla ilgili uluslararası ve ulusal çerçeve; birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık hizmetleri ve izleme, değerlendirme çalışmaları ile önerileri hakkında sunumları

2.- Kamu Hastaneleri Genel Müdürü Doç. Dr. Ahmet Zülfikar Akelma ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Pınar Koçatakan'ın, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yaşlılara sunulan sağlık hizmetleri ve önerileri hakkında sunumları

3.-Türkiye Kızılay Derneği Toplumsal Hizmetler Genel Müdürü Gazi Alataş'ın, Kızılay olarak yaşlılarla ilgi yapılan çalışmalar, planlar ile sorunlar ve çözüm önerileri hakkında sunumu

IV.- MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONLARI

A)GÖRÜŞMELER

1.- Halk Sağlığı Genel Müdürü Doç. Dr. Fatih Kara, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı Dr. Banu Ekinci ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürü Doç. Dr. Ahmet Zülfikar Akelma ve Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Pınar Koçatakan'ın yaptıkları sunumlara ilişkin görüşme



**YAŞLILARIN HAYATIN ÇEŞİTLİ ALANLARINDA YAŞADIKLARI SORUNLARIN
ARAŞTIRILARAK ALINMASI GEREKEN TEDBİRLERİN BELİRLENMESİ AMACIYLA
KURULAN MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONU**

**(10 / 1428, 2953, 3030, 3049, 3330, 3757, 4665, 4850, 5742, 5743, 5980, 5981, 5982, 5983, 5984,
5985, 5986, 5987, 5988, 5989, 5990, 5991, 5992, 5993, 5994, 5995, 5996, 5997, 5998, 5999)**

2'nci Toplantı

9 Haziran 2022 Perşembe

I.- GÖRÜŞÜLEN KONULAR

TBMM Yaşlıların Hayatın Çeşitli Alanlarında Yaşadıkları Sorunların Araştırılarak Alınması Gereken Tedbirlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu 14.35'te açıldı.

Komisyon Başkanı Erol Kaya, Komisyonun bugünkü gündemine ilişkin açıklama yaptı.

Halk Sağlığı Genel Müdürü Doç. Dr. Fatih Kara ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanı Dr. Banu Ekinci tarafından, yaşlılarla ilgili uluslararası ve ulusal çerçeve, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık hizmetleri ve izleme, değerlendirme çalışmaları ile önerileri,

Kamu Hastaneleri Genel Müdürü Doç. Dr. Ahmet Zülfikar Akelma ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Pınar Koçatakan tarafından, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yaşlılara sunulan sağlık hizmetleri ve öneriler,

Türkiye Kızılay Derneği Toplumsal Hizmetler Genel Müdürü Gazi Alataş tarafından, Kızılay olarak yaşlılarla ilgi yapılan çalışmalar, planlar ile sorunlar ve çözüm önerileri,

Hakkında sunum yapıldı.

Halk Sağlığı Genel Müdürü Doç. Dr. Fatih Kara, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı Dr. Banu Ekinci ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürü Doç. Dr. Ahmet Zülfikar Akelma ve Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Pınar Koçatakan'ın yaptığı sunumlara ilişkin görüşme yapıldı.

Komisyon gündeminde görüşülecek başka konu bulunmadığından, saat 17.02'de toplantıya son verildi.

9 Haziran 2022 Perşembe

BİRİNCİ OTURUM

Açılma Saati: 14.35

BAŞKAN: Erol KAYA (İstanbul)

BAŞKAN VEKİLİ: İbrahim Halil FIRAT (Adıyaman)

SÖZCÜ: Lütfiye Selva ÇAM (Ankara)

KÂTİP: Abdurrahman BAŞKAN (Antalya)

BAŞKAN EROL KAYA – Değerli arkadaşlar, hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Bugün yaşlıların sorunlarıyla ilgili Komisyonumuzun 2’nci toplantısını yapıyoruz.

II.- OTURUM BAŞKANLARININ KONUŞMALARI

1.- Komisyon Başkanı Erol Kaya’nın Komisyonun bugünkü gündemine ilişkin açıklaması

BAŞKAN EROL KAYA – Dün, 3 değerli bürokratımızı dinledik ve 1 akademisyen hocamızı dinledik. Öncelikle, verdikleri değerli bilgiler için kendilerine çok teşekkür ediyorum.

Mevlâna “Gençlerin aynada göremediklerini yaşlılar bir tuğlada görür.” diyor. Dolayısıyla bu süreçte iyi şeyler öğreneceğimizi ve öğrendiğimizi ifade etmek isterim ve tecrübe abidesi olan değerli STK’lerimizden ve bürokratlarımızdan istifade edeceğimizi de ifade etmek istiyorum.

Bugün Sağlık Bakanlığından Halk Sağlığı Genel Müdürümüz bizimle beraber.

Bir istirahatımız olacak -arkadaşlar rica ettiler- sadece, söz aldığınızda kendinizi kısaca bir tanıtırmanız; arkadaşlarımızın böyle bir talebi oldu.

Banu Ekinci Hanım, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı buradalar, kendilerine de “Hoş geldiniz.” diyoruz; Ahmet Zülfikar Akelma, Kamu Hastaneleri Genel Müdürümüz buradalar, hoş geldiniz; Pınar Koçatakan Hanım, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı, hoş geldiniz; Gazi Alataş, Türkiye Kızılay Derneği Toplumsal Hizmetler Genel Müdürü ve eski bir bürokratımız Gazi Bey, kendilerine de “Hoş geldiniz.” diyorum.

Şimdi, dün... Biz, tabii, burada Komisyon olarak da hani dinlemelerle ilgili bir çalışma yaptığımızı arkadaşlara da söyleyeyim. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığındaki 2 kişi mi sunum yapacak?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRÜ DOÇ.DR. FATİH KARA – Evet.

BAŞKAN EROL KAYA – Ben, on beşer dakika yani size toplam yarım saat vereceğimizi ifade edeyim. Soruları da ikinizin sunumu bittikten sonra ya da tamamı bittikten sonra da olabilir... Bu saat paylaşımını kendi aranızda, inşallah, uygun bir şekilde yaparsınız.

Buyurun, sizi dinliyoruz.

III.- SUNUMLAR

1.- Halk Sağlığı Genel Müdürü Doç. Dr. Fatih Kara ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanı Dr. Banu Ekinci’nin,, yaşlılarla ilgili uluslararası ve ulusal çerçeve; birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık hizmetleri ve izleme, değerlendirme çalışmaları ile önerileri hakkında sunumları

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRÜ DOÇ.DR. FATİH KARA – Sayın Başkanım, değerli Komisyon üyeleri; sizi saygıyla selamlayarak konuşmama başlamak istiyorum.

Sayın Başkanımızın önerileri doğrultusunda, biz süreyi de en iyi şekilde kullanarak hemen sunuma başlamak istiyoruz.

Ben Fatih Kara, Halk Sağlığı Genel Müdüryüm, halk sağlığı öğretim üyesiyim aynı zamanda. Yıllarca bu alanda çalışmış bir arkadaşımın bu sunumu burada sizlere takdim etmesinde dolayı duyduğum mutluluğu arz etmek istiyorum ve şunu da belirtmek isterim: “Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı” adı altındaki müstakil bir dairenin bu konuyla ilgili çalışıyor olması ve bu konuyla ilgili de bugün bu sunumu yapıyor olması bizim için de ayrıca bir kıvanç kaynağıdır.

Sözü fazla uzatmadan, şimdi Banu Hanım’a sunumu yapmak üzere mikrofonu vermek isterim izninizle.

BAŞKAN EROL KAYA – Banu Hanım da kendilerini tanıtınsınlar lütfen.

Buyurun.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANI DR. BANU EKİNCİ – Sayın Başkanım, sayın Komisyon üyeleri; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünde Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanı olarak 2012 yılından beri çalışıyorum. İç hastalıkları uzmanıyım.

Konuyla ilgili hem uluslararası hem de ulusal çerçeveyi sizlere sunarak başlamak istiyorum.

Önce yaşlılarla ilgili birkaç istatistik sunduktan sonra, uluslararası ve ulusal çerçeveden bahsederek devam edeceğim. Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık hizmetlerini ve izleme değerlendirme çalışmalarını anlatarak bitirmek istiyorum.

Ülkemizde, özellikle 2022 yılında, şu anda 8 milyon 65 yaş üstü bireyimiz var; toplumun yüzde 10’u yaklaşık. 2080’e geldiğimizde ise her 4 kişiden 1’i 65 yaş üstü olacak. Bu nedenle bütün sağlık planlarımızı 65 yaş üstü bireylerin hizmetlerini tamamlayacak şekilde planlamak zorundayız.

Nüfus piramidimiz gittikçe değişiyor ve üst kısımlarda gördüğünüz koyu mor alanlar yaşlılarla ilgili alanlar. Özellikle kadın yaşlıların daha çok arttığını belirterek devam etmek istiyorum. İl düzeyinde değerlendirdiğimizde, özellikle Karadeniz Bölgesi ve Orta Anadolu’nun bazı illerindeki 65 yaş üstü nüfusun belirgin olarak fazla olduğunu ve Çanakkale, Aydın ve Muğla gibi Ege illerinin de onları takip ettiğini söyleyebiliriz.

Yaşlılarla ilgili çalışmalarımızı yaparken hem tüm sağlık hizmeti noktasında hem yaşlı özelinde hizmeti ikiye ayırarak inceliyoruz. Tüm sağlık sisteminin en üst göstergesi ölüm nedenlerini izlemek. Bu nedenle tüm yaş grupları için ölüm nedenlerini izliyoruz. Dolaşım sistemi hastalıkları, kanserler ve solunum sistemi hastalıkları toplumda karşılaştığımız en sık üç ölüm nedeni; erkek ve kadında da aynı şekilde. Yaşlı üzerinde düşündüğümüz zaman alzaymır mesela özel bir konu. Ülkemizde, 2019 yılında, toplumda 4,3 oranında alzaymırdan ölüm olduğunu görebiliriz. 2013 yılından itibaren ölüm nedenleri istatistiklerini farklı ve kaliteli bir sistemde topladığımız için istatistiklerimizin daha objektif olduğunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Aynı anda, sağlık kayıtlarını incelediğimizde vatandaşlarımızdan her 3 kişiden 1’inin en az 1 kronik hastalığı olduğunu görüyoruz ve yaş gruplarına göre bu konuyu özelleştirdiğimizde 45-54 yaş grubunda birden çok kronik hastalığı olan kişi sayısı yüzde 31 iken 65 yaş üstünde 3’ten fazla kronik hastalığı olan kişi sayısı yüzde 14,3. Yani şu anda doğan bir kız bebek 80 yaşına kadar yaşıyor, şu anda doğan bir erkek bebek 78 yaşına kadar yaşıyor -beklenen yaşam süremiz- ancak biz sağlıklı olarak 58 yaşına kadar yaşayabiliyoruz. 58 yaşından sonra kronik hastalıklar başlıyor ve sağlığımızı kaybederek süreci hastalıklarla uğraşarak tamamlamak zorunda kalıyoruz.

Uluslararası politikada çerçeveyi tanımlarken hem bireyin kapasitesini hem onlara sunduğumuz sağlık hizmetini, uzun dönem bakım ve çevresini, hepsini aynı anda düşünmemiz gerekiyor çünkü hizmet planlarken her yaş grubunda bireyin fonksiyonel kapasitesine göre farklı hizmet planı yapmanız gerekecek. Genç olan bireylerin fonksiyonel kapasitesi yani kendi gününü kendisi kimseye muhtaç olmadan tamamlayabilen bireylerde kronik hastalıkları önlemek için faaliyetler yürütürken, sağlık hizmetlerimizi koruyucu sağlık hizmetlerine odaklarken; yaşlı gruba geldiğimiz zaman, onların kapasitesi azaldığı için günlük işlerinde başka birine muhtaç olma ihtimali arttığı için hizmet planlarken hem sağlık hizmetine erişimlerini hem bakım hizmetlerini hem de çevreyle ilgili düzenlemeleri bir arada düşünerek tamamlamamız gerekiyor.

Küresel olarak politikalarda Dünya Sağlık Örgütünün ülkelere önerileri vardı, 2016-2020 yılında bu politika çerçevesi çizildi. Taslak dokümanlar hazırlanırken biz de bu taslak dokümanları gözden geçirdik ve önerilerimizi sunduk.

Burada temel olarak tüm bireylerin sağlıklı yaşlanması hedeflenmekte. Sağlıklı yaşlanmanın teşviki, sağlık sistemlerinin yaşlı bireylerin ihtiyacına odaklanarak hizmet sunması, uzun dönem bakım sistemlerinin sağlık hizmetiyle bütünsel olarak sunulması, yaşlı dostu çevrenin oluşturulması ve izleme değerlendirme çalışmaları temel hedefler arasında yer aldı ve anahtar faaliyetler olarak da ülkenin bir sağlıklı yaşlanma çerçevesinin oluşturulması, kaliteye dayalı politika geliştirme ve yaşlı ayrımcılığıyla mücadele gibi faaliyet alanları belirlendi. Dünya Sağlık Örgütü bunları aynı zamanda izlemeye devam ediyor, ülkelere farklı sorular sorarak: “Bir odak noktanız var mı?” Bizim Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzde Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığının spesifik olarak bu konuyla ilgilenmesi bir odak noktası teşkil ediyor. 2015’ten beri ulusal planımız var, çok paydaşlı olarak çalışmalarımızı sürdürüyoruz. Yaş bazlı ayrımcılıkta hem sosyal hizmette hem sağlık hizmetinde kişi yaşlı olduğu için daha az tedavi edilmesi gibi seçenekleri gözden geçirerek hizmete erişimlerini artırmamız gerekiyor. Yardımcı cihazlara erişim, yaş dostu şehirler, sağlık hizmetlerinin yaşlı bireyler için sunduğu seçeneklerin kapsamlı değerlendirilmesi, uzun dönem bakımın değerlendirilmesi ve farklı izleme değerlendirme çalışmalarını ülkelerin yapıp yapmadığına göre Dünya Sağlık Örgütü sizin bu süreci nasıl yürüttüğünüzü izliyor.

Sağlık politikalarında sadece uluslararası politikaları gözlemlemiyoruz, aynı zamanda ulusal politikalarda hedefler ve politikaların yer alması için de öneriler hazırlıyoruz. Burada, ben, sadece alzheimerla ilgili 2 spesifik konuyu örnek olarak getirdim, çok daha fazlası var. Özellikle AR-GE’yle ilgili bir yaklaşım oluşturulması, 65 yaş üstü bireylere özel sağlık hizmeti sunulması gibi stratejik planda ve Onbirinci Kalkınma Planı’nda yaşlılara özelleştirilmiş konular da var. 2015 yılında biz, Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planımızı hazırladık, 2021’de tekrar güncelledik. Planımızda yaşam boyu sağlığın güçlendirilmesi, toplumun sağlık risklerinden korunması, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve izleme değerlendirme çalışmaları ana stratejilerimiz. Öncelikli ve destekleyici müdahalelerimiz var.

Sürem kısıtlı olduğu için hızlıca geçiyorum bunları, programımızın güncel hâlini sizlerle paylaşacağız.

BAŞKAN EROL KAYA – Siz nasıl geçerseniz geçin de ama biraz daha yavaş gidin. Konuları geçebilirsiniz ama anlattıklarınızı biraz daha yavaş anlatın, paniklemeye gerek yok, rahatız.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANI DR. BANU EKİNCİ – Süreyi rahat kullanmak açısından Sayın Başkanım.

Tüm toplumun sağlığının geliştirilmesi aslında sağlıklı yaşlanmanın temel bir parçası. Yani biz bebeğe anne sütü vermekten yaşlının inebileceği kaldırımın daha alçak yapılmasına kadar tüm süreci tarif etmek istiyoruz bu noktada ve fiziksel aktivite, evde sağlık hizmetleri, alzheimer, demans gibi

hastaların hizmete erişimi, yaşlı ihmal ve istismarı, acile başvuran yaşlıya sunulan sağlık hizmeti; konu başlığımız çok geniş. Sağlık Bakanlığındaki tüm genel müdürlüklerimizin faaliyetleri bu planın içerisinde yer almakta, aynı zamanda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının çalışmalarıyla da ortak çalışmalar yürütüyoruz. Destekleyici müdahalelerimizin çoğu, sosyal hizmet noktasında geliştirilen faaliyetlere bizim kontak sağladığımız faaliyetler.

Yaşam boyu sağlığın güçlendirilmesi için 2008 yılından itibaren tütün, sağlıksız beslenme, alkol kullanımı, fiziksel inaktivite ve tuz tüketimiyle ilgili pek çok risk faktörlerine yönelik programlar yürütüyoruz. Kronik hava yolu hastalıkları, kalp damar hastalıkları, böbrek hastalıkları, diyabet ve kanserle ilgili hastalık özelinde önleme ve kontrol programları yürütüyoruz. Bunların hepsi toplumun sağlıklı kalmasına yönelik.

Yaşlı bireylere hizmet sunarken hem birinci basamak sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti sunuyoruz hem ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hem palyatif bakım merkezlerinde hem de bakım kurumlarında. Bu 4 komponenti aynı anda düşünmemiz gerekiyor ve her komponenti düşünürken hem mevzuat hem farkındalık çalışması, iş gücü planlama, finansman ve izleme değerlendirme çalışmalarını bir bütün olarak ele alıyoruz.

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yaptığımız çalışmalarla devam etmek istiyorum. Öncelikle toplumumuzda yaşlı bireylerin karşılaştığı çoğu sağlık sorunu, yaşlılığın doğal bir parçası olarak değerlendirildiği için sağlık hizmetine başvurmazlar. Yani işitme kaybı yaşlılığın doğal bir sonucu ancak cihazlandığınız zaman bu sorunu çözebilirsiniz yaşlı başvurursa. Bu tür noktalarda toplumu bilgilendirmeye çalışıyoruz. Mesela, yaşlı bir bireyin yaşadığı çevrede, evde güvenli çevreyle ilgili bir tedbir alırsanız aslında düşüp kalçasını kırmak zorunda değil. Basit çözümlerle daha kapsamlı sağlık sorunlarını önlemek mümkün. Bu noktada toplumun farkındalığını artırmaya çalışıyoruz. Aile hekimliğimizde kronik hastalıklar ve yaş sağlığıyla ilgili yeni bir hizmet modeline geçmeye çalışıyoruz. Aile sağlığı merkezlerinde tarama ve izlemeler başlattık, aynı zamanda toplum sağlığı merkezlerimize bağlı olarak sağlıklı hayat merkezlerimiz yer alıyor. Aile hekimi, aile sağlığı çalışanı, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal çalışmacı ve psikoloğu bir ekip olarak tanımlamaya çalışıyoruz çünkü yaşlı bireylerin multidisipliner bir değerlendirmeye ve hizmet almaya ihtiyacı var. Biz, bunları aile sağlığı merkezimiz ve sağlık hayat merkezlerimizdeki çalışanlarımızla tanımlamaya, tamamlamaya çalışıyoruz. Geçen sene 1 Temmuzdan itibaren kronik hastalıklar ve yaşlı sağlığıyla ilgili bir tarama ve izleme modeli başlattık. Aile hekimleri, kronik hastalığı olan bireyleri ve yaşlı bireyleri değerlendirerek ihtiyaç duydukları hizmetlere yönlendiriyorlar.

Biraz ayrıntılarını vermek istiyorum bu noktada, biraz önce bahsettiğim başlıklarda. Hizmet standardize etmek için “Çok Yönlü Yaşlı Değerlendirmesi” geliştirdik, aile hekimlerinin yaşlıyı nasıl değerlendireceğinin standardını oluşturduk. Onlara bu konuyla ilgili eğitimler hazırladık. Tam pandemi başlarken eğitimlerimiz başlayacaktı ama şimdi uzaktan eğitime geçmek zorunda kaldık. Bir taraftan fizyoterapistlere de benzer eğitimleri veriyoruz. Yani aile hekimi bir yaşlı bireyi değerlendirirken özel olarak neyi incelemeli, bunun eğitimini ve kılavuzunu hazırladık. Fizyoterapistlere de sağlıklı hayat merkezine gelen yaşlıları nasıl değerlendirecek, bunlarla ilgili eğitimler verdik.

Bu arada, aile hekimlerinin ödeme yönetmeliklerini de değiştirdik. Kronik hastalıkların tarama izlemleri ve yaşlı sağlığıyla ilgili ödeme parametreleri değişti. Aynı zamanda bu çalışmaları yapabilmeleri için bir yazılım da hazırladık. Yani standart bir süreç tanımlı, standart bir yazılımla tüm kronik hastalığı olan bireyleri ve yaşlıları izlemeyi öngördük. 1 Ocak 2021 tarihinde sistem aile hekimlerinin kullanımına açıldı “Hastalık Yönetim Platformu” adı. Ancak bütün hastalıklar ve yaşlılarla ilgili tüm çalışmalar, modül modül sistemde yer almakta.

Aile hekimine kayıtlı tüm bireyler “hasta olanlar” “olmayanlar” ve “yaşlılar” diye 3’e ayrılıyor. Sağlıklı olanları tarıyoruz. Mesela, 18 yaşın üzerinde bir kişi gittiği zaman kan basıncını ölçüyor, 40 yaşın üzerinde birisi gittiği zaman kan şekerini ölçüyor; hipertansif mi, diyabetik mi onu inceliyoruz; yaşlı biri de gittiği zaman yaşlılıkla ilgili özel sorunları var mı diye inceliyor.

Bu özel sorunlardan ne kastettiğimi biraz açmak istiyorum. Dünya Sağlık Örgütü yaşlılarla ilgili değerlendirmeye ilgili olarak “ICOP” adında bir kılavuz yayınladı. Kılavuzun taslak çalışmalarında yer aldık, biz öncesinde biliyorduk. Kendi kılavuzumuzu hazırlarken başlıkların örtüşüyor olmasına da özellikle dikkat ettik. Bir yaşlıyı değerlendirirken fonksiyonel durumunu değerlendirmeniz gerekiyor. Yani günlük işlerini kendisi yapabiliyor mu, bunu değerlendirmemiz gerekiyor. Beslenme durumunu değerlendirmeniz gerekiyor ve mental durumunu değerlendirmeniz gerekiyor. Bu 3 başlığın aile hekimine gelen her yaşlı birey için standart değerlendirmesini sağlıyoruz; hem aile hekimi hem aile sağlığı çalışanı bu değerlendirmeyi yapabiliyor; bakım kurumunda ya da evde de bu değerlendirme yapılabilir.

Peki, fonksiyonel değerlendirme nasıl yapılır? Aslında çok basit olarak, siz poliklinikte oturuyorsunuz, kapıdan bir yaşlı birey girdi, size doğru yürüdü, yürüyerek geliyorsa kırılganlık ölçeğinden 1 puan alıyor, tam bağımsız bir yaşlı; sedyyle geliyorsa 9 puan alıyor, tam bağımlı yaşlı. Aslında, bu 1 puan ile 9 puan arasındaki süreçler tanımlandığı zaman bakıma geçiş söz konusu. Bu nedenle bu nokta kritik bizim açımızdan.

BAŞKAN EROL KAYA – Banu Hanım, ben size ilave süre vereceğim ama siz önemli şeyler anlatıyorsunuz. Hekim misiniz?

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANI DR. BANU EKİNCİ – Evet, iç hastalıkları uzmanıyım.

BAŞKAN EROL KAYA – Yani farz edin şimdi bütün hastalar burada. Yavaş yavaş, biraz daha yavaş rica ediyorum.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANI DR. BANU EKİNCİ – Peki.

BAŞKAN EROL KAYA – İlave süre vereceğim çünkü kıymetli şeyler söylüyorsunuz, atlamak istemiyoruz yani daha iyi anlayalım.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANI DR. BANU EKİNCİ – Yaşlının beslenme değerlendirmesinin yapılmasını istiyoruz çünkü ağız ve diş sağlığı sorunları sebebiyle ya da bir kronik hastalığı sebebiyle yaşlının beslenmeyle ilgili bir sorunu olabilir ya da belki parası olmadığı için beslenmeyle ilgili bir sorunu var. Bu nedenle beslenme sorununu tespit etmek için uluslararası bir ölçek kullanıyoruz ve mental değerlendirme yapıyoruz. “Mini mental test” dediğimiz tıbbi bir değerlendirme yöntemi; kişinin cisimleri hatırlaması, sizin söylediğiniz kelimeleri hatırlaması ya da sizin sözel olarak söylediğiniz cümleyi kâğıda yazması gibi farklı aşamaları olan bir test. Daha basiti de var aslında, saat çizdiriyorsunuz. Diyorsunuz ki yaşlı bireye: “Bana bir saat çizebilir misiniz?” Saati çizdi, kadrantları yazdı ve “Dört kırk beşi gösterebilir misiniz?” Dört kırk beşi de gösterdi akrep ve yelkovanla birlikte, mini mental testi bitirdik. Aslında çok karmaşık şeyler değil; basit, birinci basamak sağlık kuruluşlarında kolayca yapılabilen ve standart yapıldığı zaman da yaşlıların hayatında çok şey değiştirecek şeyler. Mesela, saat çizme testi ya da mini-mental test bozulmaya başladığı zaman, alzheimer ya da demansın ilk habercisi bu. Buradan tarama yaparak mental hastalıkları yakalamış olacağız. Tüm yaşlılara yılda en az bir kere bunun yapılmasını hedefliyoruz. Aslında yaşlının değerlendirmesi bir hayli karmaşık, tüm yapılması gereken testleri

yapmaya kalkıştığınız zaman bir kırk beş dakika sürüyor, biz bunları aşamalı hâle getirdik, on-on beş dakikada tamamlanacak bir standart süreç tanımladık. Bahsettiğim fonksiyonel değerlendirme, mini-mental test, beslenmeyle ilgili değerlendirmeyi yapıp bitirdiği zaman, bu alanların hiçbirinde sorun yoksa “Yaşlı tam bağımsız, alması gereken sağlık hizmetini alıp eve gidebilir.” diyoruz. Ama bu alanlardan birinde sorun var; merdiven çıkamıyor ya da hizmete gelemiyor, bu sefer sorularımız artıyor. Yani mesela yatağa tamamen bağımlı hastanın bası yarası var mı, ağrısı var mı, yaşlıda karşılaşılabileceğimiz tüm sorunları aşamalı olarak soruyoruz ama hepsini herkese sormuyoruz; sorun çıktıkça sorular artıyor, sistem bu mantıkla çalışıyor. Aynı zamanda biz bireyin geçmiş hastalıklarını, erişkin dönemde yapılması gereken aşılarını, ilaç tedavisini inceleyip buna bir düzen vermek istiyoruz. Yaşlılarımız ortalama 4 ila 11 tane ilaç kullanılıyor; gayet iyi biliyoruz, polikliniğe geldiği zaman bir poşet ilaçla geliyor yaşlılar. O ilaçların gereksiz olanlarının ayırt edilmesi gerekiyor, yan etkisi olanların, birbirleriyle uyumsuz olanların kesilmesi gerekiyor. Aile hekimliğinden bu bakış açısıyla yaşlı değerlendirilmesini de istiyoruz.

Güvenli çevreyle ilgili birkaç soruyu da sisteme ekledik. Güvenli çevre belki sağlık hizmetiyle hani yakından alakalı gibi görünmüyor ama çok küçük birkaç hatırlatmayla hastanın hayatında çok fazla şey değiştirebiliyorsunuz. Mesela, evde bir yaşlı var, kabloları kaldırtmanız, çok yüksek olan ya da kalın olan halıyı daha az kalın olan bir halıyla değiştirtmeniz gibi basit önerilerle yaşlıların kalçasının kırılmasına ya da merdivenden düşmesini engellemiş olabiliyorsunuz. Bu nedenle güvenli çevreyle ilgili sorularımızı ekledik.

Buradan sosyal hizmete geçişle ilgili bir süreç de tanımladık. Aile sağlığı çalışanı yani aile hekimi yanında çalışan hemşire, ebe arkadaşlarımız, meslekleri gereği bakım planı yapabiliyorlar, hastanede bunu gayet güzel yapıyorlar. Biz bunu aile sağlığı merkezinde ya da daha çok bireyin evinde bakım planı olarak yapmalarını da bekliyoruz. Kişinin günlük yaşam aktivitelerinde bir başkasının yardımına ihtiyacı varsa bakım planı yapılıyor. Yani tam bağımlı, 9 puan almış hastaya bakım planı yapılıyor. Ve bunun bakacak hiç kimsesi yoksa da uzun dönem bakım kurumlarından ya da sosyal hizmetten yararlanması için yönlendirmemiz gerekiyor bu noktada. Sağlık hizmetinden sosyal hizmete bütünsel geçişi sağlayabilecek bir yapı da öngördük.

Ağrı ve bası değerlendirmesinden bahsetmiştim. Aile sağlığı çalışanı arkadaşlar tespit ettikleri sorunlarda, bakım planı yaparken tespit ettikleri sorunlarda hemşirelikle ilgili müdahale planlayıp bakım planı yapabiliyor. Bakım planını hemşire kendisi de uygulayabilir, hasta bakıcı da uygulayabilir, hemşirenin kontrolünde hastabakıcı da uygulayabilir. Bu da uzun dönem bakım ile ilgili planda geçilmesi gereken bir süreç.

Özellikle pandemi döneminde yaşlılarımızın özellikle elektronik ortamda sağlık kayıtlarına ulaşması çok gerekliydi. 27 milyon kişi sağlık kayıtlarına bu süreçte ulaştı. Biz özellikle elektronik sağlık kayıtlarına erişimin yaşlılarda biraz daha sorun olacağını öngördük ve buna yönelik çalışmalarımız da devam ediyor. Birinci derece yakınları aracılığıyla hizmete ulaştılar çoğunlukla, dijital teknoloji açısından. Yaşlılarımız için bu süreci kolaylaştırmak için ekstra çalışmalar yapıyoruz.

Son olarak, izleme ve değerlendirme çalışmalarına geçmek istiyorum. Anlatacak çok şey var ama çok istatistik getirmedim ben özellikle, sadece bakış açısını sunmak istiyorum. Yoğun bakım yatak sayılarımız, artan ambulans sayısı, hemodiyaliz cihaz sayımız, hastalığa göre yatılan gün sayısı yani sağlık istatistikleri yıllığımızda izlediğimiz her parametre yaşlılarla ilgili çünkü hizmetlerimizin yüzde 30'unu yaşlılar kullanıyor, tüm topluma üretilen hizmetlerin yüzde 32'sini yaşlılarımız kullanıyor. Biz

pek çok inceleme sisteminden yaşlılarla ilgili süreçleri izliyoruz; ölüm bildirim sistemi, karar destek raporlarımız, klinik kalite çalışmalarımız, hastalık analizlerimiz, kronik hastalıklar ve risk faktörleriyle ilgili çalışmalarda yaş grubuna göre hastalıkların dağılımı, maliyet çalışmalarımız...

Yani envaiçeşit istatistik var, bunları buraya getirmedim, soru olursa cevaplayabilirim, bir tanesini sadece örnek olması açısından koymak istedim. Herhangi bir yardım almadan ya da bir yardım cihazı kullanmadan merdiven inip çıkamayan yaşlı sayısına baktığımız zaman –bu, Türkiye İstatistik Kurumunun beyana dayalı TÜİK Sağlık Araştırması’nın sonucu- 75 yaş üstünde yüzde 44 yani aslında 9 puana yaklaşan kişi sayısı 75 yaş üstünde yüzde 44. Bu da sağlık hizmeti ve bakımla ilgili süreci tasarlarırken tüm topluma göre değil de yaşlılara göre farklı şeyler yapmamız gerektiğinin somut göstergelerinden biri bizim açımızdan.

Bu arada tam pandeminin başında pilot uygulamaya çıkacağımız çalışmamızı da son olarak sunmak istiyorum. 65 yaş üstü bireylerin ihtiyacını ayrıntılı olarak tanımlamak üzere bir toplum çalışması planladık. Bir taraftan sağlık kayıtlarındaki güncellememiz devam ederken, bir taraftan da toplumdaki durumu da bilmemiz gerekiyor. 23 bin yaşlıya ulaşmayı öngörüyoruz bu çalışmayla. Ekim ayında sahada olabileceğimizi umut ediyoruz. Biraz önce bahsettiğim ayrıntılı değerlendirmenin tamamı yaşlılara yapılacak 23 üç bin yaşlıya ve buradan, kaç kişi 1 puan alır, kaç kişi 9 puan alır, kimin ağrısı var, kimin bası yarısı var; hepsini toplum düzeyinde öğrenmeyi planlıyoruz. Bu da bakım ihtiyacıyla ilgili daha iyi bir mali tahmin yapmamızı sağlayacak.

Şu anda anket soru taslağımızı tamamladık, TÜİK’ten örneklemi bekliyoruz, örneklem tamamlandı, bize teslim edecekler. Eylül ayında eğitim vereceğiz, ekim ayında da sahaya çıkacağız ve bu senenin sonunda toplum düzeyinde yaşlılara özel istatistikler konuşabilmeyi de hedefliyoruz.

Arz ediyorum Sayın Başkan.

BAŞKAN EROL KAYA – Banu Hanım, çok teşekkür ediyoruz. Ama bakın, beş dakika da ilave süre kullandınız, bence kıymetliydi süre açısından; yavaş olsa daha iyi olurdu.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANI DR. BANU EKİNCİ – Sayın Başkanım, anlatacak çok şey var, bu özetiydi.

BAŞKAN EROL KAYA – Peki.

NAZİR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Tek, tek soralım mı Sayın Başkanım.

BAŞKAN EROL KAYA – Yok, diğerleriyle birlikte olsun.

Şimdi, Sağlık Bakanlığından Pınar Hanım’ı mı dinleyeceğiz?

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRÜ DOÇ.DR. AHMET ZÜLFİKAR AKELMA – Ben bir giriş yapabilir miyim?

BAŞKAN EROL KAYA – Evet.

2.- Kamu Hastaneleri Genel Müdürü Doç. Dr. Ahmet Zülfikar Akelma ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Pınar Koçatakan’ın, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yaşlılara sunulan sağlık hizmetleri ve önerileri hakkında sunumları

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRÜ DOÇ.DR. AHMET ZÜLFİKAR AKELMA – Sayın Başkan, değerli Komisyon üyelerimiz; şimdi, öncelikle, tabii, yaşlı sorunlarına yönelik bu Araştırma Komisyonunun hakikaten, bizim açımızdan özellikle önemi çok büyük çünkü toplum olarak da hızlı bir şekilde yaşlanıyoruz ve hepimiz Allah ömür verirse, potansiyel olarak da yaşlı adayız, o gözle de bizim için kıymetli.

Şimdi, biraz önce Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün yapmış olduğu çalışmalara yönelik özetin sonrası bizim Kamu Hastanelerinde yapmış olduğumuz çalışmalarla bütünleşmiş olacak. Bizden Sağlık Hizmetleri Daire Başkanımız Doktor Pınar Hanım ikinci ve üçüncü basamak devlet hastanelerinde yaşlılara yönelik yapılan çalışmalara ait bir özet sunacak. Bir de sonunda da bizim kendimize ödev olarak çıkardığımız, geliştirilmesi gereken, gelişimine yönelik çalışmaları devam ettirdiğimiz süreçleri size anlatacağım.

Pınar Hanım, buyurun efendim.

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANI
DR. PINAR KOÇATAKAN – Sayın Başkanım, Sayın Komisyon Üyeleri; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Sunumumda ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında yaşlılara sunulan sağlık hizmetleri hakkında bir sunum yapmayı planlıyorum.

Yaşlılık, genel olarak biyolojik olduğu kadar aynı zamanda psikolojik, sosyolojik, toplumsal ve kültürel yönleri olan çok boyutlu bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü 65 yaş ve üzeri bireyleri yaşlı olarak kabul etmektedir. Hem dünyada hem ülkemizde toplam nüfus içerisinde yaşlı nüfus oranı giderek artmaktadır. Yaşlı nüfus artışının en önemli nedeni doğurganlık oranının düşmesi ve tıbbi teknolojinin gelişmesiyle birlikte doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasıdır. Ülkemizde nüfusun yüzde 8,5’uğuydu yüzde 10’lara kadar yükselmiş durumda, 65 yaş ve üzeri birey sayımız gittikçe artmakta. Dolayısıyla ülke olarak artık yaşlı nüfusa sahip ülkeler grubunda yer almaktayız. Günümüz dünyasında, yaşlı nüfusun nerede, kim tarafından ve nasıl bakılacağı sorularına birçok disiplin tarafından cevap aranmaktadır. Ülkemizde bu konuda kanıt temelli ulusal yaşlılık politikalarının yeniden yapılandırılması ve/veya geliştirilmesi bizim için yol gösterici olacaktır. Toplumun sağlıklı yaşlanması ve sağlıkta iyilik hâlinin devam ettirilmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesine yönelik programlar yapılmaktadır. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü olarak, tedavi edici sağlık hizmetlerinde bizim rolümüz bulunmaktadır.

Kamu hastanelerinde verilen birçok hizmetimiz bulunmaktadır: Poliklinik hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri, ameliyathane hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, özellikli sağlık hizmetler. Bu hizmetlerden hizmet alan kişilerin yaşlarına bakıldığı zaman ikinci ve üçüncü basamağa başvuran 65 yaş üstü kişi sayısının yüzde 32 oranında olduğunu tespit etmiş bulunmaktayız. Birçok özellikli hizmetler verilmekte. Bunlar içinde palyatif bakım ve evde sağlık hizmetleri ayrıca bir önem arz etmektedir. Biz Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü olarak, bu başlıklarda verilen hizmetlerin niteliğinin artırılması yönünde çalışmalar yürütmekteyiz. Ayrıca, 65 yaş ve üstü bireylerin sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmak yönünde çalışmalarımız bulunmakta. Ayrıca, yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde çalışmalar yürütmekteyiz.

Dünyada birçok araştırma yapılmakta, çalışma yapılmakta. Bu çalışmalar kapsamında, yaşlı sağlığına yönelik olarak, toplumun kendi kültürel yapısına uygun, saygılı ve duyarlı program ve hizmetlere erişimi sağlamak, erişim engellerini azaltmak hedeflenmektedir. Bu nedenle, özellikle yaşlı bireylerin yaşadığı alanların, ortamların iyileştirilmesi, ev ve toplum bakım hizmetlerinin düzenlenmesi; artık kendi evlerinde yaşayamayan yaşlılar için uzun süreli bakım hizmetlerinin sunulması, bununla birlikte palyatif bakım hizmetlerinin kapasitelerinin artırılması, kültürel olarak güvenli, kaliteli, sürekli bakım hizmeti sunmak için sürdürülebilir en iyi uygulamaları kullanmak amaçlarımız arasında yer almaktadır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde bu gruba verilen hizmetlerin kanıta dayalı klinik rehberler ve protokoller eşliğinde sunulması yönünde çalışmalar yürütmekteyiz. Böylelikle, daha kaliteli, etkin, efektif tedavi hizmeti sunmaktayız.

Biliyorsunuz “alzaymır” ve “demans” günümüzün önde gelen başlıklarından. Dolayısıyla bu hastalığın yükünü azaltmak, sağlık hizmeti sağlayıcıların hastaların teşhis ve tespitinde etkin ve efektif hizmet sunmasını sağlamak amacıyla, kanıta dayalı hazırlanmış, iyileştirilmiş bakım standartları sayesinde hizmet sunmak bizim için büyük önem taşımaktadır.

65 yaş üstü bireylerin sağlık hizmetine erişiminin kolaylaştırılması bakımından, özellikle 65 yaş üstü hastalara biz poliklinikte öncelik tanımaktayız. Bu kişiler polikliniğe geldiğinde sıra beklemeden muayenelerini olmaktadır, tetkik ve teşhislerini de yaptırabilmekteler. Ayrıca, sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlı hastalar için buradaki süreçleri kolaylaştıracak refakatçi personel desteği sağlamaktayız. Ayrıca, özellikle işitme engelli yaşlı hastalarımız için de hastane personelimize bu yönde eğitimler vererek bu hastalarımızın işlemlerini kolaylaştırma yönünde çalışmalar yürütmekteyiz.

Yaşlı, kimsesiz hastaların evden hastaneye, hastaneden hastaneye nakilleri de transferi de gene hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Özellikle, yaşlı hizmet sunumunun yoğun olduğu evde sağlık ve palyatif bakım hizmetlerinde personel için hizmet içi sertifikalı eğitimler yürütülmektedir. Sağlık tesislerinin de özellikle fiziki altyapısı planlanırken ve yapılırken, polikliniklerin özellikle yaşlıların kolay ulaşabileceği zemin katlarda konuşlandırılması yönünde çalışmalarımız bulunmaktadır.

Kamu hastanelerinde yürütülen palyatif bakım hizmetleri var. Yaşamı tehdit eden hastalığı bulunan özellikle yaşlı popülasyonun yaşam kalitesini artırmak, ağrı yükünü hafifletmek, semptom yükünü hafifletmek için kurulmuş, özelleşmiş ünitelerdir bunlar. Şu anda 447 merkezde, palyatif bakım yatak sayımızı da 6.133’e çıkararak bu hizmeti sunmaktayız.

Şekildeki grafikte görüldüğü gibi, 2015 yılında 1.672 olan yatak kapasitesi sayısı şu anda 6.133’e ulaşmış durumdadır.

Evde sağlık hizmetleri sunmaktayız. 444 38 33 iletişim merkezi telefon numarasıyla her isteyen hasta buraya başvurabilmekte ama bizim özellikle hizmet sunduğumuz hasta popülasyonu 65 yaş ve üstü bireyler. Yüzde 75’i 65 yaş ve üstü kişilerdir evde sağlık hizmetinden yararlanan. 81 ilde 86 il koordinasyon merkezimiz bulunmakta, 709 hastanede evde sağlık ekiplerimiz bulunmakta. 5.500 personelle, 1.715 araçla toplam 587 bin kayıtlı hastayla bu hizmetleri sunmaktayız.

Şekildeki grafiği de incelersek her ay yaklaşık 110 bin hastaya biz bu hizmeti sunmakta, 262 bin 357 ziyaret gerçekleştirmekteyiz.

BAŞKAN EROL KAYA – Bir daha alabilir miyim?

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANI DR. PINAR KOÇATAKAN – Her ay yaklaşık 110 bin kişi evde sağlık hizmetlerinden yararlanmakta, 267 bin ziyaret gerçekleştirmekteyiz. Yani 1 kişiye 2,6 gibi bir rakam, her ay ziyaret gerçekleştirilmekte Sayın Başkanım.

Yine, evde sağlığın yüzdesel dağılımına yaş grupları arasında bakacak olursak biraz önce de bahsettiğim gibi, 65-85 yaş arası hizmet alan hasta oranı yüzde 49, 86 yaş ve üzeri hizmet alan hasta oranı ise yüzde 26’dır. Hastalık gruplarına göre dağılımını “Evde sağlık hastalarının hangi gruplarına biz hizmet veriyoruz?” diye incelediğimizde, karşımıza en çok çıkan hastalık grubu nörolojik hastalıklar, daha sonra kardiyovasküler hastalıklar, ortopedi travmatoloji hastaları ve daha sonra kronik endokrin hastalıklar olarak devam etmektedir.

“Yaşlı bireyler için sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde ne gibi adımlar atılabilir?” dersek geriatri alanında hizmet sunan kliniklerin sayısı artırılabilir. Geropsikiyatri alanında disiplinler arası hizmet sunumlarının güçlendirilmesi desteklenebilir. Nakil hizmetleri ile sağlık tesisinde karşılama ve refakat hizmetlerinin genişletilmesi yönünde çalışmalar yürütülebilir. Yaşlıların uzaktan sağlık takip sistemiyle hizmete erişimlerinin artırılması yönünde çalışmalara başlamış bulunmaktayız, bunu daha da geliştirmeyi hedefliyoruz. Geriatri de akut bakım konusunda, toplumda ve tüm sağlık personelinde farkındalık oluşturulması yönünde çalışmalar yürütmekteyiz. Bu çalışmaların yanı sıra ayrıca ulusal geriatrik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanımının yaygınlaştırılması önem arz etmektedir. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanım politikalarının geliştirilmesinin sağlanması hedeflenmektedir. Akılcı ilaç kullanım politikalarının geliştirilmesi için uluslararası rehberler ışığında eğitim faaliyetlerinin düzenlenmesi, polifarmasinin azaltılması, yaşlılarda tıbbi cihazların etkin kullanımına yönelik eğitim ve farkındalık oluşturulması yönünde faaliyetlerimiz ve hedeflerimiz bulunmakta ve bu yönde çalışmalar yürütmekteyiz.

Arz ederim.

BAŞKAN EROL KAYA – Çok teşekkür ediyorum Pınar Hanım sizlere.

IV.- MECLİS ARAŞTIRMASI KOMİSYONLARI

A)GÖRÜŞMELER

1.- Halk Sağlığı Genel Müdürü Doç. Dr. Fatih Kara, Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Dairesi Başkanı Dr. Banu Ekinci ile Kamu Hastaneleri Genel Müdürü Doç. Dr. Ahmet Zülfiyar Akelma ve Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Pınar Koçatakan'ın yaptıkları sunumlara ilişkin görüşme

BAŞKAN EROL KAYA – Şimdi, Sağlık Bakanlığımızın kıymetli bürokratlarına sorusu olan arkadaşlarımıza söz vereceğim sırayla.

Sayın Esgin...

MUSTAFA ESGİN (Bursa) – Çok teşekkür ederim Başkanım.

Değerli arkadaşlar, hoş geldiniz. Değerli sunumlarınız için çok teşekkür ederim.

Tabii, AK PARTİ iktidarlarının en önemli başlıklarından, özelliklerinden, ayırt edici özelliklerinden biri yaşlılara ve engellilere vermiş olduğumuz önem ve bu politikalarındaki ayırt edici bakış açımızdır. Şunu söyleyebiliriz engelliler ve yaşlılarla ilgili: Son dönemde bu dezavantajlı grupların âdeta devletin görme alanına girdiğini görmekteyiz. Tabii, politika üretmek ve bunları sahaya yansıtmak konusunda, çeşitli bakanlıklarımızın önemli bir misyonu var. Sağlık Bakanlığımızın da burada çok önemli bir görevi var, görevleri var. Aslında, sunumlardan da anladığımız gibi, hatırladığımız gibi bunun spektrumunun ne kadar geniş olduğunu burada bir kez daha görme şansımız oldu. Tabii, yaşlılarımız baş tacımız, onlar için ne yapsak az ama her ay 110 bin yaşlımıza, vatandaşımıza evde sağlık hizmeti verilmesi, 267 bin ziyaretin her ay gerçekleşmesi gerçekten kayda değer anlam taşıyan bir özellik. Tabii, evde sağlık, evde bakım hizmetleriyle ilgili çalışmaların halkımızda da çok büyük olumlu yansımalarının olduğunu görüyoruz.

Ben şunu sormak istiyorum: Tabii, gerontoloji genel olarak yaşlılık bilimi, geriatri de sağlığa yansıyan boyutuyla bunun değerlendirildiği bir alan. Bu çerçevede geriatri merkezleri ve geriatri hastanelerine bakış açımız nedir, Sağlık Bakanlığımızın son bakış açısı nedir? Bunu değerlendirmek ve tartışmak istiyorum.

Bir de “Sağlıklı Hayat Merkezi” diye bizim bir uygulamamız var. Sağlıklı hayat merkezlerinin ben aslında çok önemli bir misyonu olduğunu ama bunun yeterince değerlendirilemediğini... Tabii, Covid de burada bir etken oldu ama bu çerçevede, sağlıklı hayat merkezlerinin yaşlılara dönük yönüyle nasıl daha fonksiyonel hâle getirilebileceğini de bizlerle, Komisyonumuzla paylaşmanızı istirham ediyorum.

Başkanım, tekrar teşekkür ediyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Şimdi, soruların hepsini alacağız ama cevaplar noktasında, bürokratlarımızdan istirhamımız, ilgili arkadaşlarımız da yani sadece sunum yapanlar değil yönetici arkadaşlarımız da cevap verebilirler.

Söz vermeye devam ediyorum.

Sayın İslam, buyurun, söz sizde.

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Bence sorulara yeterli cevap alabilmek önemli. Komisyon çalışma süresini biraz daha uzatabilir, bu başka mesele ki gerekirse uzatılır. O yüzden, benim tekrar önerim, sunumların hemen arkasından sunum yapan arkadaşımıza sorularımızı sormak ve sağlıklı bir sonuca ulaşmak için bu sorulara tek tek cevap almak.

Değerli arkadaşlar, değerli bürokratlar; öncelikle hepinize teşekkür ediyorum, gayet iyi hazırlanmış sunumlar. Yalnız şöyle bir şeyim var, bir iki nokta kafama takıldı: Sonuç nedir, sonuç? Nasıl değerlendiriyoruz? Hani, literatürdeki şeyle “outcome” yani neye dayanarak bu sonuçları değerlendiriyoruz, neyle mukayese ediyoruz? Hangi kriterlerle, hangi değerlendirme, ölçüm yöntemleriyle değerlendiriyoruz?

Tabii, karmaşık bir konu, geçmişte içinde çalıştığım da bir konu. Minnesota Üniversitesinde Robert Kane’le birkaç sene çalışma imkânı bulmuştum. Bunu sadece sistemimizi geliştirmek açısından, bir sorudan ziyade bir katkı olarak da düşünebilirsiniz.

Bir başka nokta: Cezaevindeki yaşlıları nasıl takip ediyoruz? Bununla ilgili özel bir çalışma var mı? Özellikle insan hakları bağlamında bize gelen birçok şikâyetle orada hem hastaların hem yaşlıların bakımlarının oldukça geri kaldığı, hatta ihmal edildiği yönünde ihbarlar alıyoruz. Bugün yaşlılar konusu açılmışken en azından bu bağlamda yapılan çalışmaları sizlerden, birinci ağızdan dinlemek isterdik.

Bir başlık daha var: Özellikle KHK’liler. Bu sizin kabahatiniz değil, bugünkü yanlış politikaların bir sonucu olarak sistemde belli kodlarla tanımlanıyorlar ve belli hizmetleri hem sosyal güvenlik açısından, zaman zaman da sağlık açısından alamıyorlar. Size kaç KHK’li yaşlılık meselesi üzerinden müracaat etti ve kaçına hizmet verildi, bunun da sonuçlarını bilmek isterdim.

Maliyet analizi yapıldı mı? Bu tip uygulamalara giden diğer ülkelerin sağlık ve bakım sistemleriyle karşılaştırıldı mı? Yani yine dünkü meselemiz, sadece skor vermek. Dün yine aynı konuyu konuştuk, eğer mazur görürseniz beni size de hatırlatmak isterim. “Galatasaray 3” demek bir skoru açıklamakta yeterli kalmıyor masadaki değerli meslektaşlarım; Fenerbahçe kaç, bunu söyleyeceğiz. Yani Galatasaray-Fenerbahçe karşılaştırması. Bana uzayda bir nokta verdiğiniz zaman, neyin altında, neyin üstünde, neyin sağında, neyin solunda olduğunu tespit etmem mümkün değil ama 2 nokta ve 3 nokta işimi daha çok kolaylaştırır.

Ben şu başlıkların en azından Komisyonun çalışması süresince cevaplanmasını arzu ederdim: Dünyada bu işlerle kaç ülke uğraşüyor, bizim konumumuz nedir? Tekrar ediyorum, bu sadece bir durum tespiti açısından. Maliyet analizleri; dünyada bu kaç mal oluyor, biz de kaç mal oluyor? Tabii, standart düzeltmeleri yapıldıktan sonra yani aynı standarda taalluk eden maliyet sonuçları. Bunlar birinci sunumla ilgili Sayın Ekinci'ye ve dolayısıyla Sayın Kara'ya yönelttiğim sorular.

İkinci sunum için: Sayın Koçatakan, uygulamalarınızda bir algoritma var mı? Yani geriatrik hastaların kronik hastalıklara yaklaşımında ve rehabilitasyonunda bütün hekimlerin uygulayacağı ve hastanın Muğla'da, Van'da veya Samsun'da farklı dönemlerde müracaatlarında tedavi değiştirmelerine neden olmayacak, hepimizi bir anlamda standardize edecek bir algoritma var mı? Bu da zor, bunu da biliyorum hekim olarak. En azından, bu yönde bir çalışma var mı?

Son zamanlarda dikkatimi çeken, aslında belki yakın çevremde de olayın zuhur etmesiyle gündeme gelen bir şey, evde röntgen çalışmalarınız önemli. Özellikle kalça kırığı tespitinde veya başka birtakım kırıklar açısından evde röntgen filmi çekme çalışmalarınız var mı veya bu yönde bir uygulama düşünüyor musunuz? Bununla uğraşan özel kuruluşlar var fakat bunlar hastaya oldukça maliyetli.

Çok teşekkür ederim, şimdilik bu kadar Sayın Başkan.

Sunumlara tekrar teşekkür ediyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Sayın İslam, teşekkür ediyorum.

Sayın Hüseyin Bey, buyurun.

İMAM HÜSEYİN FİLİZ (Gaziantep) – Sayın Başkan, değerli sunuculara teşekkür etmek istiyorum. Çok detaylı çalışmalarını burada sundular, onun için de teşekkür ediyorum.

Benim sorum çok kısa, aslında Sayın Cihangir İslam'ın birinci sorusuyla örtüşüyor. Yani bu kadar çeşitli hizmetler var, bir geri dönüş alınıyor mu? Hizmetlerden memnuniyet derecesi nedir? Böyle bir çalışma bu çalışmanın içerisine dâhil edildi mi? Kısaca sormak istediğim buydu.

Başkanım, müsaade ederseniz, başka bir komisyona katılmak üzere ayrılıyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Estağfurullah, daha evvel söylemiştiniz. Teşekkür ederim yani bu nezaketinize teşekkür ediyorum, sağ olun.

İMAM HÜSEYİN FİLİZ (Gaziantep) – Teşekkür ederim.

BAŞKAN EROL KAYA – Hüseyin Bey'in notunu da aldık.

Arkadaşlar, sırayı takip ediyorum gibi geliyor bana ama inşallah atlamıyorumdur, atladıysam çok özür dilerim.

Buyurun Sayın Başkan.

ABDURRAHMAN BAŞKAN (Antalya) – Sayın Başkan, kıymetli Komisyon üyesi arkadaşlarım, çok değerli bürokratlarımız; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Sunumlarınız için çok teşekkür ederim. Ben Abdurrahman Başkan, Milliyetçi Hareket Partisi Antalya Milletvekili.

Demin Pınar Hanım'ın sunumuydu yanılmıyorsam, özellikle yaşlılıkta en büyük hastalıkların ya da en çok değer verdiklerinizin demans ve alzheimer olduğundan bahsediyorsunuz. Gerçekten, bu yönetilmesi çok zor bir şey çünkü ailelerin de bir şeyi anlamayan bir insanı, söylediğini unutan birisini eğitmesi ya da ona yardım etmesi gerçekten çok zor. Bu Covid sürecinde bu süreçlerin arttığıyla ilgili, özellikle demans ve alzheimer ya da unutkanlık süreçlerinin arttığıyla ilgili çok fazla yazılanlar var. Tabii, süre çok erken yani Covid sürecinin daha iki-üç yıllık bir süreç olduğunu ve bununla ilgili tabii ki

makalelerin ya da bununla ilgili çalışmaların çok yoğun olduğunu düşünmeyebiliriz ama sizin elinizde bununla ilgili veriler var mı? Yani özellikle bu süreçte aslında bu da bir engellilik hâli gibi gözüküyor. Yani çoğu insan etrafında, ailesinde demans ve alzheimer yaşadığı için bunun ne kadar zor olduğunu bilir. Söylerken çok kolay söyleniyor ama yaşanırken çok zor yaşanan bir süreçten bahsediyoruz. Bununla ilgili elinizde bir şey var mı? Hakikaten bu süreçte bununla ilgili tedavilerin ne oranda bir verimliliği var? Yani çaba sarf ediyorsunuz, bu, yüzde 10 seviyesinde midir -çok da fazla olma ihtimali yok- yüzde 15 midir? Bununla ilgili bilgi verirseniz sevinirim.

Teşekkür ediyorum sunumlarınız için, gerçekten çok aydınlatıcıydı.

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Ben teşekkür ediyorum.

Buyurun Sayın Ekinci.

SEMİHA EKİNCİ (Sivas) – Kıymetli Başkanım, kıymetli milletvekillerimiz ve değerli bürokratlarımız; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Öncelikle sunumları için ben de teşekkür ediyorum. AK PARTİ hükümetlerimiz döneminde, Cumhurbaşkanımız Sayın Recep Tayyip Erdoğan'ın liderliğinde en başarılı olduğumuz alanlardan biri de sağlık. Bunun için bugüne kadar emeği geçen tüm Bakanlarımıza ve bürokratlarımıza da bir kez daha huzurlarınızda teşekkür etmek istiyorum.

Ben şunu öğrenmek istiyorum: Çocuk acil servislerimiz mevcut, oraya çocuklarımız gittiği zaman acil servis hizmeti alıyor. Acaba yaşlılarımız da diğer hastalarımızdan ayrı, yaşlı acil servis hizmeti alabilir mi? Hem hizmetlerimizin kalitesinin daha da artırılması hem de büyüklerimizin acil servise gittiği zaman daha hızlı hizmet alabilmesi noktasında.

Bir diğer konu da şu: Hocamız sunum yaparken dedi ki: “Büyüklerimiz ellerinde bir torba ilaçla geliyorlar ve orada şey yapıyorlar...” Ki buna bizzat biz de şahit oluyoruz, benim de babam 85 yaşında -tüm büyüklerimize Allah hayırlı, uzun ömürler versin- mesela bizim evde de yüzlerce ilaç var. İşte, bir kutu açılıyor, içinden 3-5 tanesi içiliyor, diğer kalan kısmı kalıyor. Burada hem ilaç israfının önüne geçebilmemiz açısından ilaçlardaki ilaç sayısı düşürülebilir mi? Çünkü bazılarında 30'ar var, bazılarında 10'ar var. Daha sağlıklı olabilir diye düşünüyorum.

Bir de işte, bir doktora gidiyor, (a) ilacı yazılıyor, bir başka doktora gidiyor (b) ilacı yazılıyor; yaşlılarımız hangi ilacı kullanacağına çok karar veremiyor. Ben konuya ilaç tasarrufu açısından baktım, o açıdan söyledim.

Bizi de sahada en çok rahatlatan hizmetlerden biri de evde bakım hizmetleri. Cidden şu ana kadar -ben Sivas Milletvekiliyim- Sivas'ta ve diğer illerde de çok güzel uyguluyor.

Ben tekrar, başta Sayın Cumhurbaşkanımız olmak üzere tüm Bakanlarımıza ve sizlere teşekkür ediyorum; sunumlarınızdan da faydalanabileceğiz.

Tekrar, Kıymetli Başkanımıza da söz verdiği için teşekkür ediyor, başarılar diliyorum Komisyonumuza.

BAŞKAN EROL KAYA – Sağ olun.

Kemal Bey, söz istemiş miydiniz?

KEMAL PEKÖZ (Adana) – İstedim efendim.

BAŞKAN EROL KAYA – Ben kapattım galiba yanlışla, çok özür dilerim.

Buyurun.

KEMAL PEKÖZ (Adana) – Teşekkür ederim Sayın Başkan.

Kurum temsilcileri hoş geldiniz, sizlere de teşekkür ediyorum.

Doğrusu konunun çok içinde olan biri olmadığım için, kısmen tıp kitabı yayıncılığı yaptığım zamandan dolayı birazcık ilgilim var. Onun dışında çok bildiğim bir alan olmamakla birlikte, dünden bu yana çok iyi sunumlar dinledik, sizler için de aynı şey geçerli.

Bilgileniyoruz bir yandan, bir yandan da “Ne yapabiliriz?” diye düşünmeye başlıyoruz açıkçası, onun için de faydalı oluyor, teşekkür ediyorum.

Şimdi, 2 şey sormak istiyorum. Bize istatistikleri verdiniz, bu istatistikler ile OECD ülkeleri arasında bir karşılaştırmalı istatistiğimiz var mı? Oradaki durum ne, bizdeki durum ne? Merak ediyorum.

Bir de bu çoklu ilaç meselesi gerçekten çok sıkıntılı bir şey. Onun için de zaman zaman, biz, kendimiz de çok az ilaç kullanmamıza rağmen -daha doğrusu kullanmamaya çalışıyoruz- gittiğimizde, bir ilaç yazdığında doktora, ben şu ilacı da kullanıyorum, bunun yanında bir sorun olur mu diye soruyoruz ama bunu sormayan çok sayıda insan var. Arkadaşların söyledikleri gibi torbalarla ilaç taşıyan arkadaşlar var. Bu hem ekonomik anlamda bir sorun hem de bünye açısından bir sorun; tabii, özellikle böbrekler üzerindeki tahribat nedeniyle. Bakanlık olarak ayrıca bu konuda bir bilgilendirme yapmak gerekir diye düşünüyorum, sadece bu Komisyonun işi değil de. Daha çok bilgilendirme ve yapılan hizmetlerin de anlatılmasında, bildirilmesinde fayda var. Çünkü yurt dışına gittiğimiz zaman ya da kaldığımız zamanlar oradaki işleyişin çok daha seri olduğunu görüyoruz. Ülkemizde ya bizim haberimiz olmuyor ya da insanların çoğunun haberi olmuyor ya da istenen düzeye ulaşmamıştır diye düşünüyorum.

Bu konularda sizin görüşleriniz nedir? Özellikle istatistik ve karşılaştırmayla ilgili durumumuz nedir?

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Kemal Bey, ben de teşekkür ediyorum.

İffet Hanım, buyurun.

İFFET POLAT (İstanbul) – Sayın Başkanım, değerli Komisyon üyelerim ve değerli kurum yöneticilerimiz; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Özellikle Sağlık Bakanlığımızın temsilcilerine teşekkür ediyorum, çok müstefit olduk sunuları için.

Ben bir şey sormak istiyorum: Tabii ki biz AK PARTİ olarak ilk günden itibaren en önemli hizmetlerimizden birisi sağlık hizmetleri. Gerçekten vatandaşlarımızın teveccühünü kazanmış, bizi her zaman takdir ettikleri bir alan sağlık alanı. Tabii ki sağlık alanı içerisinde de dezavantajlıların, engellilerin, yaşlıların sağlık süreçlerinin takibi de çok mühim. Son zamanlarda biz özellikle sahada yaşlılarımızın ve engellilerimizin sağlık raporları süreçlerinin çok uzadığı noktasında şikâyetler alıyoruz. Bu nokta tabii ki kurumdan kuruma, hastaneden hastaneye de bu değişiklik arz ediyor. Mesela kronik bir rahatsızlığı olan yaşlının kronik rahatsızlığının düzelme ihtimali -bilmiyorum yani ben doktor olmadığım için de soruyorum bunu- nedir? Yani yaşlılarımız bu raporlarla, engellilerimiz bu raporlarla neden çok meşgul ediliyor, sıkıntı çekiyor? Hem kurumlar meşgul ediliyor hem de hastalar da çok sıkıntı çekiyorlar; gelmek gitmek, beklemek vesaire.

Bir de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığımızla bu sağlık hizmetlerinin koordinasyonu noktasında ortak bir çalışmanız var mı, bu çalışmaları nasıl planlıyorsunuz? Bunu da bir anlatabilseniz çok mutlu olurum.

Teşekkür ediyorum Başkanım.

BAŞKAN EROL KAYA – İffet Hanım, ben de teşekkür ediyorum.

Selva Hanım, buyurun.

LÜTFİYE SELVA ÇAM (Ankara) – Sayın Başkanım, değerli Komisyon üyeleri; ben de bürokratlarımıza çok teşekkür ediyorum, Banu Hanım’a ve Pınar Hanım’a; sunumları oldukça geniş olmasına rağmen çok kısa bir şekilde anlattılar, çok faydalandığımızı özellikle söylemek isterim. Özellikle de bu aile hekimlerine yönelik yapılan eğitimleri çok değerli buluyorum.

Benim de sorum şöyle olacak: Etki analizi konusunda Bakanlığımızın yapmış olduğu bir çalışma var mı? Farkındalık eğitimleri yaptığınızı söylediniz, yazılımlar yapılmış. Bunun ne kadar kullanılabilir? Eğitimleri verdiğimiz kişiler eğitimlerinizi uygulayabiliyorlar mı, bunu da öğrenmek istiyorum. Eğitimlerin sıklığı ne kadar, yani bir güncelleme yapıyor muyuz bu eğitimleri verirken? Çünkü çok sürdürülebilir bir şeyin olması lazım; sürekli değişen bir... Yani hem hastalıkların yapıları konusunda hem verilen hizmetler konusunda. Ayrıca hastalardan ve yakınlarından da dönüş alabiliyor muyuz? Yani biz bir şeyler yapıyoruz ama onlardan olumlu ya da olumsuz memnuniyet etki analizleri olabiliyor mu?

Bunun dışında, sizin bu hizmetleri verirken karşılaşmış olduğunuz zorluklar neler? Hizmete erişim konusunda yani yaşlıların tabii ki ebeveynleri var, çocukları var, torunları var, hizmete erişim noktasında sıkıntı yaşadıklarına dair bir tespitiniz var mı? Bunlara sonuçta biz de çözüm önerilerini sunacağımız için bunu da çok önemli buluyorum.

Teknolojiye bir atıfta bulunuldu. Geronteknoloji konusunda yani yaşlıların teknolojiye erişimi konusunda bir çalışmamız var mıdır? Bunun da bir cevabı varsa öğrenmek isterim.

Ayrıca, biz hep aktif yaşlanmadan bahsediyoruz. Aktif yaşlanma konusunda yaşlılarımızı zorluyor muyuz? Çünkü şöyle de bir durum var. “Aktif yaşlanacaksınız” diye bir sürece soktuğumuzda bu onların üzerinde bir stres unsuru da olabilir diye düşünüyorum. “Başarılı yaşlanma” kavramı artık geliştirildi. Sosyalleşmelerini, onların sosyal hayatın içerisinde bulunmalarını sağlayacak belki de Aile Sosyal Politikalarla bir çalışmanız var mıdır Sağlık Bakanlığı olarak? Bunu da öğrenebilirsem çok memnun olurum.

Teşekkür ediyorum tekrardan, sağ olun.

BAŞKAN EROL KAYA – Biz de teşekkür ediyoruz.

Söz Bakanlıkta.

Fatih Bey, buyurun.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. FATİH KARA – Şimdi, ilk sorudan itibaren başlamak isterim.

Sayın vekilimize teşekkür ediyorum çünkü sağlıklı hayat merkezleri oldukça da önem verdiğimiz bir alan ve burada biz tedaviden daha ziyade koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği bir alan olarak buraları değerlendiriyoruz; diyetisyenimiz, fizyoterapistimiz, sosyal çalışmacımız, psikologumuzla buralarda vatandaşa hizmet vermek gayretindeyiz.

Banu Başkanımın anlatmış olduğu, birinci basamakta başlattığımız bu modül, Hasta Yönetim Platformu aslında tam da bunu sağlamak üzere, koordinasyonu sağlamak üzere kurgulanmış bir şey. Birinci basamakta... Yani bunu anlatırken de şu algılanmasın: “Bunlar ‘miş’li ‘muş’lu anlatılıyor, acaba başladı mı?” Hepsi başladı, hepsi uygulamaya geçti ve bunun için bir zamana da ihtiyaç var; etkilerinin değerlendirilmesi için, analizlerinin yapılması için bir zamana ihtiyacımız var fakat

Hastalık Yönetim Platformu’muzla, çok standart formlarla, uluslararası standartlarla ve herkese aynı standartla bir uygulama yapıyoruz. Sağlık çalışmamız o modülü açtığı zaman kendisine bir inisiyatif tanımıyor, hekimin inisiyatifi vardır muhakkak, tedavide veya bir uygulamada fakat orada bir algoritma gösteriyoruz ve bu algoritma doğrultusunda standart uygulamaları yapmasını da sağlıyoruz. Şu an sağlık bilgi sistemlerimizle birlikte hazırlamış olduğumuz bilgi sistemleri ile birlikte otomasyon vasıtasıyla bu kişilerin sağlıklı hayat merkezleriyle de irtibatları sağlanarak, otomatik randevuları da alınarak bu kişilere buradan ikincil hizmetlerini almaları için bir süreç işletiliyor. Yani sağlıklı hayat merkezlerini çok daha aktif bir şekilde, çok daha efektif bir şekilde kullanılmak üzere kurgularımız var ve onlarla ilgili süreçleri de işletiyoruz Sayın Vekilim, inşallah daha da iyi olacak diye düşünüyorum.

Ben şimdi bazı konuları anlatacağım ama Başkanım da birazdan ayrıntılarıyla ilgili birkaç konuyu da arz edecek.

“Sonuç nedir, nasıl değerlendiriliyor?” Sayın vekilimiz sormuş idi. Sonuç nedir? 2021 yılında başladık, 2021 yılındaki birinci aşamamız -bunlar aşama- şudur: Bir, tespit aşaması. Biz öncelikli olarak bu modülle belli hastalıklarda, belli kronik hastalıklarda, belli durumlarda Türkiye’deki mevcut durum nedir, bütün ülkenin taranması ve bu taramanın sonucunda da “Süreçte bizim ülkemizde şu durumdan -mesela diyelim ki diyabet- şu kadar kişi etkilenmiştir, diyabetlidir.” diyebilecek konuma geleceğiz. Henüz o konuma gelmedik. Geldikçe biz bu sonuçları ilan edeceğiz.

Birinci aşama tespit, ikinci aşama izleme, üçüncü aşama müdahale şeklinde bir yaklaşımımız olacak. Sefer Hocam burada değil herhâlde, kendisi halk sağlıkçı, bizim de hocamız, dışarı çıktı sanırım, o da çok iyi bilir, bir şeyi tespit etmeden onunla ilgili bir müdahalede bulunan şansınız olmaz. Bu çok sağlıklı bir tespit çünkü biz aile hekimlerimize belli hedefler veriyoruz ve bu hedef dâhilinde bu nüfusunun tamamını tarama durumunda ve bu taramayı yaparken de zorunluluk olmamakla birlikte bir motivasyon var. Bu alanda “Yapmadın.” diye herhangi bir ceza olmamakla birlikte motivasyon var. Zaten asli görevlerinden biri olduğu için bu çalışmalar aile hekimlerimizin de şu an artan sayıda bu konuda müdahaleleri var diye biliyorum. Yani 2022 yılı bittiği zaman muhtemelen biz bu sonuçları sizlere açıklamış olacağız. Türkiye’deki taramalarımız sonucunda, bu izlemelerimiz sonucunda ne kadar kişiye dokunabildik, ne kadar kişide neyi tespit edebildik, bunları sizlerle paylaşmış olacağız.

Cezaevi yaşlılarıyla ilgili bir soru vardı. Cezaevlerinde de bizim aile hekimliği birimlerimiz var, bu aile hekimlerimizin uygulamış olduğu modüllerin aynısı, uygulamaların tamamı cezaevlerindeki aile hekimi arkadaşlarımız, hekimlerimiz tarafından da uygulanmaktadır. -birinci basamak için konuşuyorum- bunun dışında herhangi bir uygulama yoktur.

Birinci basamak için tekrar konuşuyorum çünkü diğer alan ilgili arkadaşımızın alanı, onun için oraya girmek de istemem, bilmediğim bir alana girmeyi de sevmem. Herhangi bir ayırım yapmaksızın Türkiye Cumhuriyeti vatandaşımızın tamamına, herhangi bir bilgi orada, ekranımızda olmaksızın -yok yani bizde böyle bilgi yok- her türlü birinci basamak sağlık hizmeti verilmektedir efendim, yani tanımlanmış olan bütün sağlık hizmetleri, birinci basamak olarak tanımlanan bütün sağlık hizmetleri herkese biistisna verilmektedir.

BAŞKAN EROL KAYA – “Biistisna” derken “bilaistisna” demek istediniz herhâlde.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. FATİH KARA – “İstisnasız olarak.” Bilaistisna, özür dilerim, yanlış kullandım. Bilaistisna -yanlış oldu, özür diliyorum- verilmektedir.

Algoritma var mıdır? Bu sistemin kendisi zaten bizzat algoritmadır. Bu algoritmada birinci basamak için söylüyorum, ikinci basamak tarafını konuşmuyorum. Bu algoritma dâhilinde bizler hizmetin alınmasını sağlıyoruz, ikinci basamağa yönlendirme yapıyoruz, Aile Bakanlığıyla irtibata bu algoritma dâhilinde geçmeye gayret ediyoruz sosyal çalışmacılarımız vasıtasıyla ve bu algoritmayı yürütmeye gayret ediyoruz.

Onun dışında, akılcı ilaç... Bu ilaç kullanımıyla ilgili süreçlerde bazı olumsuzluklar olabilir ancak bir eylem planı var. Bu da İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğümüzün yürüttüğü bir eylem planı “Akılcı İlaç Eylem Planı” isminde. Bununla ilgili çalışmalar var, ayrıntıları belki onlar verebilirler, Banu Başkanım da verebilir.

“Hizmete ulaşmakta zorluk var mı?” Şimdi, bazen aile hekimlerimiz arıyorlar, bazen derken gelmeyenler arıyorlar: “Bakın, Hastalık Yönetim Platformu kapsamında bizim sizleri izlememiz önemli, sizlerin rahatsızlıklarınızı tespit etmemiz varsa öncesinden önemli.” Davet ediyorlar fakat bu davet esnasında her zaman karşılık bulamayabiliyorlar. Bir taraftan da TÜİK’in yapmış olduğu bir araştırma var. Yaşlılarımız, Sayın Bakanımızın ifadesiyle büyüklerimiz, bir kişiyle yani yanındaki bir kişiyle sağlık hizmeti almaya gelme arzusunda, öyle bir isteği var, kendi tek başına gittiği zaman bu hizmeti tam olarak alamayacağını veya bir şeylerin eksik olacağını düşünüyor. Bu anlamda da aslında belki ailelere, yakınlarla iş düşmekte, beraber toplum olarak bu süreci yürütmemiz gerekir diye düşünüyorum.

Benim eksik bıraktığım yerler var, Banu Başkanım belki ekleyecektir.

İzniniz olursa efendim, Banu Başkanım söz verebilir miyiz?

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Bir noktayı vuzuha kavuşturabilir miyiz?

BAŞKAN EROL KAYA – Bitirsinler ondan sonra eksik kalırsa...

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) – Banu Hanım konuştuğunda ben yoktum, kusura bakmayın, ben de bir...

BAŞKAN EROL KAYA – Sizin için ekstra bir süre vereceğim.

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) – Teşekkür ederim.

Öncelikle, teşekkür ederiz sunumlarınız için.

BAŞKAN EROL KAYA – Siz dinlediniz mi?

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) – Ben dinledim yani Sayın Genel Müdürümüzün sunumunu diledim zaten ona soracağım sorumu da.

Şimdi, burada, özellikle, yaşlılarla alakalı önce bir tespitten bahsedildi. Yani “Tespit etmemiz lazım, durumu tespit etmemiz lazım, müdahale etmek için.” doğru bir yaklaşım. Fonksiyonel durum değerlendirmesinden bahsedildi, mental testler yapılacağından bahsedildi, bunu kim yapacak? Aile hekimleri yapacak ve bu testlerin, mental testlerin toplamda kırk beş dakika süreceğinden, on beşer dakikalık kademeler hâlinde yapılacağından biraz evvel herhâlde siz bahsetmiştiniz yanlış hatırlamıyorsa.

Evet, ben şöyle bir hesap yaptım: Mesela, benim aile hekimimin 4 bin hastası var, 4 bin tane.

Şimdi, benim bölgemin yaklaşık yüzde 10’u 65 yaş üstü insan yani 400 tane hasta yapıyor. Benim aile hekimimin toplam, bir yıl içerisinde, kırk beş dakika, kademeli de olsa kırk beş dakika bu mental testleri yaptığını varsayarsak ne oluyor? On sekiz bin dakika yapıyor, üç yüz saat yapıyor, yaklaşık kırk iş günü yapıyor, sadece sizin bu bahsetmiş olduğunuz testleri yapması. Yani o da ne oluyor? Ayda yirmi dört, yirmi beş iş günü olduğunda varsayarsak, bir buçuk ayını buna ayırması lazım.

Şimdi, ben aile hekimine gidiyorum, konuşmaya bile fırsat bulamıyorum. Yani 4 bin hastası var, yaklaşık 150-160 tane poliklinik yapıyor günde, bunun yanında... Biraz evvel “O kadar çok hedef veriyoruz ki.” dediniz, hakikaten o kadar çok hedef veriyorsunuz ki adamlara yani bu insanların o kadar çok iş yükü var ki poliklinik yapıyorlar, bunun yanında aşıları takip ediyorlar, gebeliği takip ediyorlar, sorun çıkarsa -atıyorum- bir tane hasta, takip etmesi gereken gebe hastaneye giderse, orada test olursa, gebe olduğu orada ortaya çıkarsa mesela ceza yiyor bu insanlar. Hakikaten zor şartlarda yaşayan, çalışmaya çalışan, iş yükü olan bu insanların... Bu bahsetmiş olduğunuz şey çok güzel, hakikaten olması gerekir de bunu nasıl yapacağız? Yani bu altyapıyla, bu hekim sayısı ile, bu iş yüküyle bu nasıl yapılacak, inanın bende bu soru işareti.

Ben bunu söylemek istemiştım.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN EROL KAYA – Peki, ben teşekkür ediyorum.

O soruyla beraber...

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Şunu tamamlamak istiyorum, belki cevap verecek. Sorum anlaşılmamış da o yüzden önemsiyorum Sayın Başkan.

BAŞKAN EROL KAYA – Peki, buyurun bakalım.

Böyle bir usulümüz yok yalnız, başladıktan sonra bir daha söz... Arkadaşlarımız yazsınlar, eksik kalırsa soralım.

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Sayın Başkan, önemli olan doğru anlaşılma, sorum anlaşılmamış.

Şimdi, değerli arkadaşlar, şunu söylemek istiyorum: Ortaya bir yöntem koyuyorsunuz, bu bir anlamda getirdiğiniz, bize açıkladığınız uygulama, bir anlamda bunu bir tedavi olarak kabul edebiliriz hani “treatment” anlamında, doğru bir şey.

Şimdi, benim öğrenmek istediğim şu: Sizin bu uygulamanıza giren popülasyon ile bu uygulamanın dışında kalan popülasyonun hastalıkları önlemede veya hastalıkların ilerlemesini yavaşlatmada -anlatabiliyorum- sonuçlardan bunu kastediyorum. Bununla ilgili -tabii, daha yeni başındasınız- bir anlamda da benim bu söylediklerim mesleki anlamda hani baştan iyi bir arşiv tutarak, iyi bir şey tutarak bunu çok iyi takip etmek. Ha, bunların karşılaştırılması ve benzer sistem olan ülkeler ile bizim ülkedeki uygulamaların karşılaştırılması ve maliyet analizlerinin... Yani sonuçtan, “outcome”dan şey yaptığım, bizim tedavimiz, bizim bu yöntemimiz, bizim bu idari uygulamamız ne kadar başarıya ulaştı ve bunun için, eğer yoksa dünyada, bir ölçüm yöntemini şimdiden geliştirmek.

Teşekkür ederim Sayın Başkanım.

BAŞKAN EROL KAYA – Peki, ben teşekkür ediyorum.

Devam ediyoruz.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. FATİH KARA – İlk sorulara cevap vermek adına, müsaade eder misiniz?

BAŞKAN EROL KAYA – Evet, buyurun.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. FATİH KARA – Öncelikle, tekrar teşekkür ediyorum sayın vekillerimize.

Sanırım, kendimizi yeterince ifade edemedik diye düşünüyorum. Yaşlılıkla ilgili o sorgulamalar kırk beş dakika değil, on beş dakikanın sonunda sorun çıkanlara tespit ettiklerimize ilave oluyor.

LÜTFİYE SELVA ÇAM (Ankara) – Kademeli olarak.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. FATİH KARA – Kademeli olarak oluyor. Onun için, o süreyi üçte 1’e indirebiliriz.

İkincisi, kayıtlara geçmesi adına önemli; başka bir yerde gebelik tespit edildi diye biz aile hekimimize herhangi bir şekilde ceza vermiyoruz.

Üçüncüsünü de söylemek isterim. Aile hekimlerinin maksimum sınırı 4 bindir yani bir aile hekimimize bağlı nüfus 4 bin, en fazlası; bunu aşağıya doğru çekmeye gayret ediyoruz. Şu an Türkiye ortalaması 3.249, dün itibarıyla, 3.249 Türkiye ortalaması. Bunu biz 2.700'lere kadar çekmek gayretindeyiz, bunun için uğraşıyoruz, o zaman çok daha farklı şeyleri...

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) – Ama şöyle bir şey de var, şunu da belirteyim: Yani şimdi 3 kademede... İlk kademede on beş dakikalık testte şunu diyebiliyor musunuz? Belki gelen hepsi bir sonraki teste geçecek.

BAŞKAN EROL KAYA – Bakırlioğlu...

Arkadaşlar, karşılıklı konuşamayız.

Lütfen sözünüzü tamamlayın. Usul yok, böyle bir usul yok.

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) – Tamam usulün olması üzerine...

BAŞKAN EROL KAYA – Belki diğer arkadaşlar cevap verecekler.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. FATİH KARA – Sayın Vekilim, o zaman müsaade ederseniz, birinci basamakla ilgili geri kalan kısımları tamamlamak üzere Banu Hanım’a söz verebilirseniz sevinirim.

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) – Sayın Başkanım, usul üzerinde bir söz almak istiyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Bir bitirelim, ondan sonra tartışırız.

Buyurun.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANI DR. BANU EKİNCİ – Sayın Başkanım, şu an devam etmekte olan tartışmadan devam edip tüm sorulara yani kalan sorulara cevap vermek istiyorum kendi çalışma alanımızla ilgili olarak.

Biz, aile hekimlerinin iş yükü analizini 2016 yılında stratejik plan hazırlarken yaptık. Bir günde kaç gebe izliyor, kaç bebek izliyor, yaşlıları ne kadar izleyecek, kronik hastalık taraması izlenimini ne kadar yapacak; hepsini hesapladık aslında. 4 bin nüfusluların bu işi her gün, her hafta yapmasını zaten beklemiyoruz, 2.700 ideal nüfusuna göre hesaplamalarımızı yaptık. Bu izlemlerin hiçbirisi her hasta için... Gönlümüz ister ki her hastaya bunu anında uygulayabilelim ama insan kaynağını geliştirmek sağlık sisteminin en yavaş olduğu bir alan ne yazık ki. Biz, nüfusu indirdikçe hedefin yüzde 90’a doğru çıkmasını istiyoruz. Yani yüzde 40 hedefiyle başlayıp 90’a doğru çıkacak şekilde bir süreç olarak tasarladık ve tüm sonuçları beklerken, Genel Müdürlüğümün bahsettiği bu yazılım sistemi hem analiz hem etkinlik hem de sonuçları izlemek için bir arşivleme sistemi de tutuyor “background”da. Yani şu anda biz nasıl bir iş yapmakta olduğumuzu izliyoruz, beş ila on senenin sonunda ne işe yaradığını da görmüş olacağız. Bu yaptığımız işlerin hiçbirisi yeni keşfedilmiş bir iş değil, maliyet etkinlik çalışmaları var. Biz ülkemizle ilgili maliyet etkinlik çalışmalarını 2018 yılında yaptık, kronik hastalıklarla ilgili. Yani biz buraya 1 lira harcarsak “Tuz tüketmeyin.” demek için 1 lira harcarsak kaç lira kazanacağız yatırım geri dönüşü olarak? Beş yılda 55 lira, on beş yılda 83 lira. Yani bu maliyet çalışmaları, “web” sayfaları...

Dediğim gibi, çok özet bir şey anlattık, “background”da bir sürü çalışma var bunları tamamlarken yaptığımız. Yaşlı özelinde maliyet etkinliğini belirlemek için süre daha erken çünkü önce, şu an sorun tespitindeyiz, bir taraftan tespit ettiğimiz sorunları kaydediyoruz ve kaydederken de etkinlikle ilgili bahsettiğim saha çalışmasında maliyet hesaplaması da yapacağız. Yani 23 bin kişide inceleme yaptıktan sonra ilave maliyet hesaplaması da yapacağız, bu ilk iş yüküyle ilgili.

Yaşlılarla ilgili, on beş dakikalık analizde ortalama 3 ya da 4 yaşlıda tam bağımlı, 9 puan almasını bekliyoruz bir aile hekiminde yani 400 kişinin tamamı 9 puan almayacak, büyük bir çoğunluğu 1 puan alacak, on beş dakika sürecek ve özellikle tam bağımlı alanlar, bir aile hekiminin başına şu anki hesaplamamızda 3-4 tane düşüyor. Bir günde bir yaşlıyı tarayarak ya da izleyerek aile hekimi yüzde 100 başarı sağlayabilir, bu hesaplamaların hepsini biz hem iş bazında hem süre ve iş yükü bazında 2016’da yaptık.

Özellikle, yaşlılara sunulan hizmetlerle ilgili bahsettiğim saha çalışmasında sorular var, genel toplumla ilgili bilgileri almaya çalışacağız. Memnuniyet anketleri, konu özelinde değerlendirilebilir, TÜİK bu konuda memnuniyet anketleri yapıyor, sağlık hizmetleriyle ilgili olan da var, yaşlıların farklı konularıyla ilgili olanı da var; o yüzden biz özel bir memnuniyet anketi tasarlamadık.

Covid sürecinin alzaymırı arttırdığıyla ilgili bir soru vardı. Herhangi bir idrar yolu enfeksiyonu bile alzaymır ya da demans sürecini hızlandırabilir; bu iyi bilinen bir tıbbi gerçektir. Covid de bir enfeksiyon, elbette bir kötüleşme bekliyoruz ama bunun istatistiklere yansımaları biraz zaman alacak, bu nedenle şu an size bir rakam veremiyorum.

İlaç israfı ve polifarmasiyle ilgili, Akılcı İlaç Eylem Planı’nda 3 konu var: Antibiyotikler, solunum sistemi ilaçları ve yaşlıların polifarmasisi. Bununla ilgili her il düzeyinde eğitimler verilerek süreç Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumumuz tarafından yürütülmektedir.

Yaşlıların istatistikleri en karışık konu aslında. Dünya Sağlık Örgütü’nün de kafası karışık çünkü o kadar çok değerlendirilmesi gereken alan var ki en önemlisinin hangisi olduğuna henüz karar vermedi ülkeler. Biraz önce bahsettiğim eylem planında farklı parametreler var; işte fonksiyonel değerlendirme, ülkelerin planının olup olmaması gibi parametrelerle süreç izlenmeye çalışılıyor. Avrupa bölgesinden bir tane örnek vereyim, biraz önce gösterdiğim slaytlardaki süreçle ilgili. Uzun dönem bakımla ilgili Avrupa bölgesinde 46 ülkenin çalışması var mesela, biz de bununla ilgili çalışması olan ülkeler arasında yer alıyoruz.

İlaç raporlarıyla ilgili OECD istatistiklerinde yaşlılara özel 2-3 tane konu vardı: Birincisi, yaşlılarda antidepresan yazma oranıydı; ikincisi, kalça kırığı nedeniyle ameliyata girme oranıydı, bir de kronik hastalığı olan yaşlıların hizmete erişimi nedir? 3 parametre vardı, biz oraya istatistiklerimizi gönderdik. Ama her konu özelinde “Şu yapılmıca başarılı olacaksınız.” diye bir parametre olmadığı için hangi ülkeyi başarılı kabul edeceğiz, hangisini başarısız kabul edeceğiz henüz bir karşılaştırma yok. Biz, yaşlılarla ilgili olarak bu noktayı sıkı bir şekilde takip ediyoruz.

Dünya Sağlık Örgütü’nün en son 2020 yılında bir raporu yayınlandı yaşlı istatistikleriyle ilgili. Bizim, şu anda bulmayı hedeflediğimiz bilgileri soran alanlar var burada.

İlaç raporlarıyla ilgili bir konu soruldu. Aslında, ilaç raporları konusu biraz sıkıntılı bir konu. Şöyle sıkıntılı: Kısıtlamak kolay ama kısıtladığınız zaman toplumun bu kısıtlamayı nasıl algılayacağı bir sorun. Çünkü siz bir hekime gittiniz, bir ilaç yazıldı size, sonra o ilaçla ilgili bir yan etki ortaya çıktı, başka bir ilaçla değiştirmesi gerekti, başka bir ilaç yazdı. Yani merkezî sistemden o ilacı niye değiştirdiğine dair temel bir bilgi elde edemediğimiz için kısıtladığınız zaman hastanın nasıl bir sorun yaşayacağını baştan öngöremeyebilirsiniz. Hani kısıtlanabilir, bunu ülkeler farklı şekillerde yapıyorlar,

mesela İngiltere kutu ilaç vermek yerine sayarak ilaç veriyor. İlaç israfını azaltmak için farklı yöntemler kullanılabiliyor ama şu anda tüm ilaç sektörünü etkileyecek, kutuları değiştirecek bir plan yapmak ve vatandaşın konforunu değiştirecek bir şey yapmak üzerine düşünülmesi gereken bir alan hem de iyi düşünülmesi gereken bir alan.

Bahsettiğim tüm çalışmaları biz Aile Bakanlığıyla hep ortak yürütüyoruz. Tüm çalışmalarımızda hem Sağlık Bakanlığındaki tüm genel müdürlüklerimizle ortak, aynı masa etrafında buluşuyoruz hem de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığımızla ortak çalışmalar yürütüyoruz.

Eğitim ve uygulamanın etkinliğiyle ilgili, şimdi, biz eğitimlerimizi verdik, aile hekimleri uygulamaya başladılar. Henüz bir senemiz bu sene temmuz ayında dolacak tam olarak. Şu anda arka planda bir karar destek raporu sistemi, düzenli olarak rapor üretecek bir sistem hazırlıyoruz, o sistemin hazırlıkları henüz bitmedi. O sistem tamamen hazır olduğu zaman sizlere hem kronik hastalıklarla ilgili hem yaşlı sağlığıyla ilgili yıllık bu sistemde ne elde ettiğimize dair raporlar sunuyor olacağız.

BAŞKAN EROL KAYA – Yani şunu mu söylüyorsunuz: Temmuz ayında bir yıl dolunca -Komisyonda ekime, kasıma kadar çalışacağız- umuyoruz ki “Bu verileri göreceğiz.” diyorsunuz Komisyonda.

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞLI SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANI DR. BANU EKİNCİ – Yani sağlık hizmetinde olanlarla ilgili verileri sunmaya çalışacağız. Bir de ekim ayından aralık ayına kadar yaptığımız araştırmanın da ilk raporlarını ocak ayından sonra verebileceğiz; bu şekilde bir takvim verebilirim.

Genel Müdürlüğümüzün hizmete erişim noktasında bahsettiği sorunlar... Mesela TÜİK istatistiklerinde farklı rakamlar vardı, yaşlılarımızın yüzde 40’ı bir yakınının onu sağlık hizmetine götürmesini bekliyordu. Bu tür sorunları çözmekle ilgili ekstra çalışmalarımız var, bununla ilgili teletıp, uzaktan sağlık hizmeti sunumuyla ilgili bir projemizi burada saptama olarak anlatmak istiyorum; sunuma koymamıştım çok uzun sürecek diye. Uzaktan sağlık hizmeti sunumuyla ilgili yönetmelik şubat ayında yayımlandı. Şubat ayındaki yönetmelikte biz kronik hastalıkları ve yaşlıları özel bir grup olarak kendimiz tanımladık. Bunlarla ilgili vatandaşın uzaktan erişebileceği basit videolar hazırladık; sistemi nasıl kullanacak, kronik hastalığı olan bir birey sistemi kullanınca aile hekiminden ne bekleyecek, bunların hepsini tanımlayarak süreci tasarladık. Burada yaşlılar da var yani yaşlıların da hizmete erişmesiyle ilgili aile hekimi arkadaş ona herhangi bir şey sorduğu zaman sorduğu sorunun tam olarak karşılığı ne olacak, bunları da yaşlılara anlatmaya çalıştık.

Hipertansiyon projemizin 2’nci fazı var. Burada, yine, memnuniyetle ve tedaviye erişimle ilgili süreçleri sorgulamayı öngörüyoruz.

Teknolojiye erişimle ilgili yeni bu Teletıp Projesi’nin 2’nci fazında yaşlılara özellikle odaklanmayı öngördük. Yaşlılara sunulan testlerle ilgili tüm çalışmalarda biz aşamalı gidiyoruz, sorunun şiddetine göre süreci değerlendiriyoruz. Teknoloji erişimiyle ilgili de özellikle pandemi döneminde yaşlılarımızın dijital sağlık hizmetlerine genellikle bir yakını aracılığıyla daha çok eriştiklerini tespit ettik. Bu noktada, e-Nabız uygulamamız kolaylaştırıcı bir faktör, e-Nabız uygulamasında akıllı asistan bölümü var. Kronik hastalığı olan bireylere yapılan tedavi planlarını ve yaşlılarla ilgili süreçleri akıllı asistan kısmında erişime açacağız yakın bir zaman içerisinde. Kişi kendi e-Nabzını açtığı zaman, aile hekiminin onun için yaptığı planı ya da tespit ettiği sorunu kendi akıllı cihazından da görebiliyor olacak.

İlk etapta hızlıca aklıma gelenler bunlar.

Teşekkür ediyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Teşekkür ederim.

Peki, Kamu Hastanelerini de dinleyelim.

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. AHMET ZÜLFİKAR AKELMA –Ben öncelikle teşekkür ediyorum.

Şimdi, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğümüzün eksik kalan kısımlarını tamamlamaya çalışacağım. 1'inci soru, sayın vekilimizin sorduğu “Geriatri merkezleriyle ilgili nasıl bir yol planlanıyor?” Şimdi, efendim, dünyada da geriatriyle ilgili geriatri uzmanları son yıllarda özellikle daha ön plana çıkmaya başladı, hâlihazırda da bizde de şu anda 51 geriatri uzmanımız aktif olarak çalışıyor. Bir yaşlı bakım yani yaşlı hastanesi ya da yaşlıya ait bir merkez bizim planlamamızın önceliği değil yani bizim önceliğimiz daha çok dal hastaneleri veya belirli bir alana bakan sağlık merkezinden daha çok multidisipliner bir yaklaşımın içerisinde bu hasta gruplarımıza bakmak. Bu sadece yaşlılar için değil, bu aynı zamanda son dönemde özellikle ruh ve sinir hastalıklarıyla ilgili konseptimiz de bu şekilde çünkü bu hasta grubumuz aynı zamanda birçok sağlık ihtiyacına aynı anda ihtiyaç duyuyor. Dolayısıyla, hastanelerimizin içerisinde geriatri servisleri ve buna hizmet verecek olan sağlık konseptinin bütünleşmiş bir hâliyle bu yönde çalışması...

MUSTAFA ESGİN (Bursa) – Bu palyatiflerin de devreye girmesi son derece anlamlı olur.

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. AHMET ZÜLFİKAR AKELMA – Evet, onu da özellikle ben belirtmek istiyorum: Son yıllarda özellikle palyatif bakım servisi, “palyatif servis” dediğimiz servislerimiz hem çocuk hastalarda, daha da çok erişkinlerde. 6.133 tane yatağımız var şu anda, şu andaki mevcut yatak sayımız aslında neredeyse doygunluğa ulaşmış durumda, ihtiyacımızı karşılayacak noktaya geldi. Tabii, burada bizim yapmış olduğumuz bu palyatif servislerle ilgili çalışma birinci aşama çalışmaydı, öncelikle ulaşılabilir bir hizmeti sağlamak. Bir sonraki aşama da bizim şu an gündemimizde olan bu palyatif servislerle ilgili yeni tespit ettiğimiz bazı aksaklıkları daha üst bir noktaya taşımak. Şu anda bizim de gündemimizde burada yatan hastaların özellikle uzun dönem takipleri için nihayetinde kendi ortamında yaşamasını istiyoruz; kendi evinde, kendi toplum içerisinde, kendi kendine yetecek bir noktaya gelmesi. O yüzden bu süreçlerin olabildiğince de hızlı bir şekilde topluma doğru kayması gerekiyor. Bu noktada, bizim yakın dönemde yine buna yönelik bir çalışmamız olacak.

Şimdi, ben şöyle sırayla gideyim. Bir soru vardı KHK'lilerin sağlık hizmetleriyle ilgili. Yani sağlık hizmetleri evrensel olarak özellikle bizim ülkemizde bütün vatandaşlarımıza eşit bir şekilde ulaşım sağlanıyor, bu konuda herhangi bir kısıtlama söz konusu değil.

Yine, şöyle bir soruyu ben not almıştım, evde bakımla ilgili, evde sağlıkla ilgili. Şimdi, efendim, evde sağlık konsepti ülkemizde çok üst düzeyde uygulanan bir sağlık hizmeti. Yani bu konuda bizim özellikle şu an geldiğimiz noktada, şöyle, yaklaşık 2,6 ziyaret hani 260 bin ziyarete ulaşıyor. Buradaki hasta grubu, evde bakım, bir şekilde evden çıkamayan, raporlarıyla tespit edilmiş olan hastalara biz hizmet veriyoruz. Buradaki hizmetle ilgili de yine şu anda bizim üzerinde çalışmış olduğumuz projede bütünleşik bir sağlık hizmeti anlayışını biraz da üst seviyeye çıkarmayı hedefliyoruz. Yani şöyle ki: Evde sağlık hastası, hastane, aile hekimi, 112 transfer aynı zamanda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının yine “Vefa Grubu” dediğimiz orada sosyal destek amaçlı, bütün bunların hepsini bir arada barındıracak hizmetleri tek elden kontrol edecek bir yapıya doğru evrilme konusunda çalışmamız devam ediyor ama hâlihazırda zaten biz bunu aktif bir şekilde yürütüyoruz. Son dönemdeki gelişmemiz şu: Uzaktan Sağlık Hizmeti Yönetmeliği'miz yayımlandı. Uzaktan Sağlık Hizmeti Yönetmeliği'nin de esası şunu ihtiva ediyor: Sağlık hizmetinde uzaktan yapılması muhtemel her şeyi kapsıyor dolayısıyla bu da bize şöyle imkânlar verdi, evden çıkamayan hastanın mümkün oldukça evde bütün işlerini tamamlamak istiyoruz. Bu anlamda sağlık raporları özellikle 10 tane ilde uzaktan hizmetle evde sağlık raporu

uygulamasının pilot uygulaması bitti artık. Yakın bir zamanda biz bu illeri daha da genişleteceğiz. Yani bu sistem şöyle çalışıyor: Sağlık kurulundan alınan bir randevu saatinde evde sağlık ekibimiz hastanın evine normal bakım için gittiği bir randevusunda orada gerekirse uzaktan görüntülemeyle kurul, heyet üyelerini hastayla ilgili görüntüleme ve görüşme sağlayarak o konudaki kanaatine ulaşabilirse kanaatini de ortaya koyarak böylece bakımla ilgili işte birtakım ihtiyaçlarını belirten ilaç raporu, birtakım malzeme raporları gibi hatta bütün bunların hepsini orada tamamlamak üzere yapılan bir çalışmayı ifade ediyor. Şu an bu çalışma yakın bir zamanda daha da yaygınlaştırılacak. Bu bizim önem verdiğimiz çalışmalardan bir tanesi.

Şimdi, yine sağlık kurullarıyla ilgili bir şey vardı, son dönemde randevuların kolaylaştırılmasıyla ilgili. Aslında şöyle birkaç konu var, ben ifade etmek istiyorum. Şimdi, normalde bizde randevu alım aşamalarında toplumun nispeten dezavantajlı kabul edilen engelli ve yine yaşlı grubuna öncelik tanıyoruz. Yani elektronik sistemlerimizde bu gruplara bizim kapasitemizin yüzde 10'u daha rahatlıkla ulaşılabilir olarak geçiyor; bir. İkincisi ise "Sağlık Kurulu" diye bir randevuyu zaten ayrı tanımladık, yani orası bizim normal sistemin dışında işleyen bir randevu sistemi. Yani tabii, burada nihai bir çözüme ulaşmış mıyız? Hayır. Çünkü bu konudaki ihtiyaç çok çeşitli bir ihtiyaç, yani aynı anda bir kurul raporu, birden fazla hekim, çok fazla tetkik veya inceleme gerektirebiliyor ama bunlar sürekli gündemde olan, yani hastanede de olabildiğince ihtiyaç duyulan bütün polikliniklerin bir arada, bir koridorda olması gibi, ulaşılabilir en yakın yerde olması gibi, elektronik olarak da önceliklenmesi gibi çalışmalar. Bunlar siz de takdir edersiniz ki devamlı geliştirilmesi gereken konular ama hâlihazırda şu anda bir öncelikleri var ve aynı zamanda sağlık kurulu raporu sistemde tamamen bağımsız olarak alınabilen raporlardan bir tanesi.

Şöyle bir soruyu da ben not aldım, Covid sonrası kronik hastalıklarla ilgili genel olarak şöyle bir kanaat uyanmaya başladı: Acaba bazı kronik hastalıklar arttı mı Covid sonrası? Özellikle alzheimer ve demansla ilgili. Şimdi, Post Covid diyemiyoruz yani Post Covid hastaları var, henüz Covid bitmediği için tamamen Covid bitti de diyemiyoruz ama bizim Post Covid hastaları takip eden, uzun dönemde de başına neler geldi, nasıl bir seyir izleniyor diye merkezlerimiz var. Buradaki merkezler bu hastaları ağırlıklı olarak akciğer açısından ama aynı zamanda sistemik diğer bütün problemler açısından takip ediyor. Bizim buradaki bilgilerimiz şu anda literatüre dayanıyor. Literatürde biz de zaman zaman acaba mı diye olan yayınları takip ediyoruz ama tam tersi şunlarla da karşılaşıyoruz: Aslında bu bir fazlalık değil, Covid döneminde sağlık hizmetinin ulaşımı ve aynı zamanda bu konudaki isteksizlikten de kaynaklanan kümülatif bir birikmişlik de olabilir. Yine, bütün bunların da buna yansımış olma ihtimali mümkün dolayısıyla şu anda net bir sonucumuz söz konusu değil. Bu ancak zaman içerisinde bizim daha net bir şekilde ortaya koyabileceğimiz durumlardan bir tanesi.

Bir konuyla ilgili Sayın Sivas Milletvekilimizin sorusu "Çocuk acil servisleri vardı, acaba yaşlı acil servisleri olabilir mi?" diye. Şimdi, efendim, şöyle, tabii ki teorik olarak olabilir olmaz değil ama biz bunu şu an öcelemiyoruz. Çünkü biz yaşlıları ayrı bir yerde, ayrı bir acil servis gibi... Yani bunun çok uygun bir format olduğunu şu an düşünmüyoruz çünkü toplumun içerisinde hastanede de herkes gibi bir yerde... Ha, şu olabilir: İşlerin daha hızlı bitmesi, takiplerin daha hızlı yapılması, birtakım ek ünitelerle desteklenmesi tabii ki ama yaşlı servisi şeklinde bir servis şu an gündemimizde hâlihazırda yok.

Bir diğer konu: Torba şeklinde çok fazla ilaçların olduğuna dair. Ben, buna bir ekleme yapmak istiyorum. Şimdi, hekim olarak biz de bunu çok fazla yaşıyoruz. Eskiden şunu çok yapardık: Vatandaş geldiği zaman işte "Şuraya gittim, buraya gittim, bir de size geldim." Hangi ilaçları kullandın? Hatırladığı, hatırlamadığı ya da torbasını getirdiyse mutlu olurduk. Efendim, işte torbada şu ilaçlar var,

bakıp karar veriyorduk. Şimdi, Sağlık Bakanlığımız elektronik sistemi şu an çok üst düzeyde kullanıyor. Yani özellikle son dönemde e-Nabız programında sadece vatandaşın ulaşabildiği bir sistem değil, aynı zamanda elektronik olarak burada hastanın hem tetkiklerine hem görüntülerine hem aynı zamanda buna ek birtakım programlarla kullandığı ilaçlara hem aile hekimi hem de hastanelerin ulaşabiliyor olması bu konuda çoğu zaman bizim işimizi kolaylaştırıyor. Ama nihayetinde sadece torba ilacı azaltmak sağlık hizmeti sunucuları tarafından başarılabilecek bir konu değil, aynı zamanda bunun sağlık okuryazarlığıyla da desteklenmesi gerekiyor. Sağlık okuryazarlığı, Bakanlığımızın hep gündeminde olan bir konu. Esasında Covid öncesi çok daha yoğun programlarımız da vardı ancak tabii ki bazen acil konular bu tür yaklaşımları biraz geride bırakabiliyor ama bu bizim sürekli gündemde tutmaya çalıştığımız gerek halka yönelik bilgilendirme faaliyetleri gerekse birtakım eğitim programları, akılcı antibiyotik kullanımı, akılcı ilaç kullanımı gibi programlarla süregelen bir çalışma ve bunu sürekli devam edilmesi gereken konular olarak görüyoruz.

Ben son olarak da şunu özellikle belirtmek istiyorum: Evde sağlıkla ilgili bütünsel sağlık hizmeti konusunda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığıyla işbirliğimizi daha da güçlendireceğiz. Yani hasta bizim sistemimize düştüğü zaman aynı anda bütün sistemlere bir arada düşmesi konusunda. Onu özellikle burada belirtmek istiyorum.

Teknolojiyi kullanım konusunda yaşlılarla ilgili bir çalışma var mı? Bu konuda şöyle: Yaşlıların teknolojiyi kullanmasının daha sınırlı olduğunu biliyoruz, belli bir yaş grubu teknolojiye zorlanıyor. Burada, bizim elimizde net olan veri şu: Örneğin, bizim randevu sistemimiz birçok yönden aynı anda randevu alınabilir olarak bulunuyor, sadece elektronik olarak “web” tabanlı değil, sesli yöntemlerle de destekleniyor. Yani bu konu geliştirilmesi gereken konulardan ama çok haklısınız, şimdilik özellikle telefon trafiğinin açık kalması bu açıdan önemli.

Daire Başkanımızın eklemek istediği bir konu yoksa bu kadar efendim.

Çok teşekkür ediyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Teşekkür ediyorum.

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Evde film çekebiliyor muyuz?

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRÜ DOÇ. DR. AHMET ZÜLFİKAR AKELMA – Efendim, şu an için biz, tabii, evde birçok tedaviler yapabiliyoruz, yani hani bu, kan alma, tetkik, şu, bu filan hatta bazen daha ileri ama evde bir grafi çekimi takdir edersiniz ki çok iyi portal cihazlara ihtiyaç duyuyor. Bizim şu an böyle bir çalışmamız yok.

BAŞKAN EROL KAYA - Gündeminizde olsa iyi olacak gibi görünüyor.

Kızılayı dinliyoruz.

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) - Usulle alakalı bir şey demiştim ya, onu söyleyebilir miyim? Birazdan demiştiniz ya.

BAŞKAN EROL KAYA – Bitirince ondan sonra yaparız dedim usul tartışmasını ama.

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) – Tabii, tartışırız, belki ondan sonra daha rahat ederiz.

BAŞKAN EROL KAYA – Bitmez arkadaşlar, şöyle bir şey söyleyeyim: Burada on beş dakikada ne sağlıkla ilgili sorularımıza tam cevap almak... Belki arkadaşlarımız dışında başka arkadaşları dinlememiz gerekir. Şunu yapabiliriz: Tekrar Sağlık Bakanlığını çağırabiliriz, onu yapabilirim, anlatabildim mi? Ama her soruya istediğimiz cevaba ulaşmamız mümkün olmayabilir yani onun açısından söyledim, yoksa sizin sözünüzü kısmak anlamında söylemiyorum.

AHMET VEHBİ BAKIRLIOĞLU (Manisa) – Eyvallah, ben bir soru sormuşum, belki sorduğum soru yanlış anlaşıldı, ben kendimi ifade edemedim veyahut da soruya cevap verilirken aklıma başka bir soru geliyor belki onu destekleyecek, belki buradaki herkesin biraz daha kafasında açılmasını sağlayacak. Yani burada, işte, biz sorularımızı sorduk, sayın bürokratlarımız cevaplarını veriyor, orada biraz daha interaktif olursa yani biz arada da soru sorabilirsek daha rahat olacak, daha iyi olacak gibi geliyor bana.

BAŞKAN EROL KAYA – Peki.

Sefer ağabeye laf atıldığı için... Sen yoktun ama arkandan laf atıldı, ben hukukunu korumak adına söz veriyorum. Sonradan gelmiş...

SEFER AYCAN (Kahramanmaraş) – Tamam.

BAŞKAN EROL KAYA – Ama laf attılar yani. Burada hakikaten dediler ki... İyi bir lafı ama hoca olarak bahsettiler.

Buyurun.

SEFER AYCAN (Kahramanmaraş) – Teşekkür ederim.

Her 2 Genel Müdürümüze ve Daire Başkanımıza da teşekkür ediyorum.

Yani ben burada milletvekilliği kimliğinden daha çok, bir hekim olarak olayla ilgili bazı şeyler söylemek istiyorum yani eski Genel Müdür, eski Sağlık Bakanlığı Müsteşarı olarak. Genel müdürlerimizin söylediklerinden memnun oldum çünkü bakış açısı çok önemli sayın milletvekilleri. Yani bu “geriatri hastanesi” “geriatri kliniği” gibi kavramlar artık yok yani bunlara şey yapmamak lazım. “Palyatif bakım” çok farklı bir şey, bunlarla yaşlı bakımını karıştırmamak lazım.

Torba ilaç meselesi, bence hepsinin tek sorunu var ya da nedeni var. Tek elden takip ve izleme yapmamız lazım, kaynakları doğru kullanmamız lazım. Türkiye’de de her şeye yeni bir klinik, her şeye yeni bir hizmet alanı oluşturmak çok pratik değil, uygulanabilir değil. Böyle bir yaklaşım da sağlık hizmetlerinde doğru bir yaklaşım değil, entegre bakış açısını yerleştirmemiz lazım. Entegre bakış açısıyla bakmamız gerekiyor olaylara, onun için de “Şu anki mevcut sistem içerisinde nasıl yapabiliriz?”i düşünüyorum. Bunun da en doğrusu aile hekimleri tarafından bu işin yapılmasıdır. Aile hekimleri, kendine kayıtlı kişileri takip ettikleri için, kendine kayıtlı yaşlıların da takibini yapmakla yükümlüdür. Orada, işte, çok fazla, torbalarca ilacın sorunu şu: Kişi dolaşıyor, birbirinden habersiz, farklı farklı hekimlere gidiyor; hâlbuki aile hekimliğiyle koordine olsa, verilen ilaçlar veya tedaviler aile hekimi koordinasyonunda takip edilse, bu karmaşıklık ve bu çarpıklık da ortadan kalkar.

Sağlık okuryazarlığı güzel, doğru bir terminoloji ama şu anki yaşlılarımız için çok uzak bir kavram. Onun için biz bu “evde sağlık hizmeti” kavramını, “evde yaşlıya sağlık hizmeti bakımı”nı aile hekimliği içerisinde entegre etmemiz lazım. Bu, hastanenin işi de değil. Hastane evde sağlık hizmeti götürmez, öyle beklentiye de girmek pratik de değil. Hastanenin işi değil. Hastanenin gidip de evde yaşlıya, yaşlı hastaya bakmasını beklemek... Hiçbir ülkede böyle bir uygulama yok, böyle bir beklenti de doğru değil. Bence bizim hastanelerdeki hekimler ya da hastane yönetimleri fedakârca bunu yapıyor ama esas işi değil, hastanenin işi değil bunlar, öyle beklentilere de girmek lazım.

Hocam, söyledığınız... Röntgen, tabii, yapıldı, daha önce de röntgen cihazları evlere götürüldü de çok zor işler bunlar.

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) - Kalça kırığı için bu... Neyse şimdi...

SEFER AYCAN (Kahramanmaraş) – Hastayı taşımak lazım.

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Kalça kırığı başka bir şey yani ona yönelik...

SEFER AYCAN (Kahramanmaraş) – Yani hastayı taşımak, götürmek... Çünkü sadece film çekmek de değil, film çekmek de biliyorsunuz orada pozisyon vermek falan da zor işler. Sadece film değil, işte tomografiye götüreceksiniz, tomografiyi nasıl yapacaksınız?

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Kalça kırığı filmi çok basit şekilde çekilir. Çünkü kırık değilse hastanın mobilize edilmesine gerek yok, birkaç gün yatak istirahati...

SEFER AYCAN (Kahramanmaraş) – Yani zor işler, o çok da pratik değil. En doğrusu aile hekimliği koordinasyonunda, entegrasyonunda bunu yapmak. Aile Bakanlığının da işi değil. Aile Bakanlığının sadece yaşlının sosyal hizmetlerini vermesi lazım, sağlık hizmetlerini vermesi gereken Sağlık Bakanlığıdır. Bunun da takibini, koordinasyonunu yapacak, şu anki Türkiye’deki sağlık hizmeti işleyişi açısından en uygun yer aile hekimliğidir diye düşünüyorum. Onun üzerinde kurgulaşmak, onun üzerinde geliştirmek ve organize olmak gerekir diye düşünüyorum.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN EROL KAYA – Sefer Bey, biz 2 sefer teşekkür ediyoruz. Birincisi, burada usul olarak artık bu oturmuş olsun yani Komisyon üyemiz burada olmasa bile söz hakkını vereceğim bilinsin. Dışarıdan gelen milletvekillerimiz olduğu zaman yani Komisyon dışındaki arkadaşlar en sonu beklemek zorundalar yani onlara da söz verebilirim ama en sonu bekleyecekler.

Bir de ağabey, yani hakkınızda iyi şeyler söylendi, tebrik ediyorum.

Kızılâyı dinliyoruz, buyurun.

III.- SUNUMLAR (Devam)

3.-Türkiye Kızılây Derneği Toplumsal Hizmetler Genel Müdürü Gazi Alataş’ın, Kızılây olarak yaşlılarla ilgi yapılan çalışmalar, planlar ile sorunlar ve çözüm önerileri hakkında sunumu

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Sayın Başkan, sayın Komisyon üyeleri; ben Türk Kızılây adına bugün buradayım. Aile Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığından sonra, özellikle Sağlık Bakanlığının yanında tabii sunum yapmak zor bir şey, devasa bir kurumun yanında.

Kızılây olarak bizim burada bugün bulunma sebebimiz, biz daha çok sahada yaşlılarla birçok anlamda ilgileniyoruz ama aynı zamanda “Kızılây Bakım” adı altında huzurevlerimiz var yani hem genel hem de özel ilgileniyoruz.

BAŞKAN EROL KAYA – Gazi Hocam, kendinizi kısa bir tanıtmanız iyi olurdu.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Ben Kızılây’da Toplumsal Hizmetler Genel Müdürü olarak şu an çalışıyorum, daha önce Sağlık Bakanlığında Ruh Sağlığı Eylem Planı koordinatörü olarak çalışmışım Recep Akdağ Bakanla, ondan sonra Aile Bakanlığında Fatma Şahin Bakanla 2011-2015 arasında müsteşar yardımcısı olarak çalıştım, sonrasında da Çalışma Bakanlığında Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü olarak çalıştım. Kamudan emekli olduktan sonra da 2019 yılının sonunda, 2020 yılının başından beri de Kızılâyda daha çok sosyal hizmetler, sosyal faaliyetler alanından sorumlu kişi olarak çalışıyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Siz 65’i geçtiniz de mi emekli oldunuz, merak ettim yani?

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Yok, 65’i geçmedim ama sonuçta hani yaşlılık komisyonu için de iyi bir şey sayılabilirim yani.

BAŞKAN EROL KAYA – Peki, buyurun.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Ben, burada, aynı zamanda Bakım bölümümüzün Genel Müdürü Ramazan Bey ve gene oradan, yönetimden Hurşit Bey’le beraber bulunuyorum Kızılay adına.

BAŞKAN EROL KAYA – Arkadaşlarımıza da hoş geldiniz diyorum.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Hızlıca ben sunumumuza geçmek istiyorum.

Kızılayı tabii herkes biliyor ama hani biz çok eski, 1868’den beri kurulmuş ve daha çok yaralı askerlere yardım yapmak için kurulmuş bir derneğiz. Çeşitli isimleri var, en son “Türkiye Kızılay Derneği” adını 1947’de aldık ve işte Atatürk tarafından da “Kızılay” adı verilmiştir. Kurucularımız da Marko Paşa, Abdullah Bey, Kırmırlı Aziz Bey ve Serdar-ı Ekrem Bey’dır. Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç’ın bir üyesiyiz. Biz Uluslararası Kızılay ve Kızılhaç’ın ilkelerine de tarafız. Bunlar da slaytta gördüğünüz gibi, bazı slaytları zamanı iyi kullanmak için hızlı geçeceğim ama şey olursa tabii ki...

Şimdi, aslında Aile Bakanlığının sunumunu dinlemedim ama muhtemelen aynı slaytları onlar da kullanmıştır. Yaşlılık alanı, konuşulduğunda insanı daraltan, geniş bir alan ama şöyle bir şey, bir STK perspektifinden ben biraz bugün sunumu yapmak istiyorum ve o yüzden zannediyorum sayın Komisyon üyeleri için de daha yakın bir sunum olacağını umuyorum.

Şimdi, mesela, yaşlılık önemli bir sorun, yaşılanıyoruz ama aslında Türkiye olarak biz, 2000’li yılların başıyla 2050’li yıllara kadar en avantajlı dönemi yaşıyoruz. Yani genç nüfusun azaldığı, yaşlılık artışının nispeten az olduğu yani 15-65 yaşın en fazla olduğu bir dönem ve o yüzden hani avantajlı dönemimiz ama 2050’lerden sonra ciddi bir dezavantajlı dönem de başlayacak bizim için.

Peki, Türkiye’de yaşlıların sorunlarını konuşurken yani bir STK gözüyle biz baktığımızda, birçok şey var. Yani “yaşlılık” kavramı nasıl bir şey? Şimdi, işte, şöyle ifadeler hep vardır: “Yaşını başını almış.” Yani “Yaşını başını almış.” hem bir saygı hem de aslında içinde bir ufak da -nasıl diyeyim- eleştiri ya da hani şey de hissettirir ya da “Bir ayağı çukurda.” Mesela, “Saygı duyulan bilge kişi.” Bu, benim birçok kongrede, sempozyumda hep duyduğum bir laftır. İşte, “Bilge kişidir, danışılacak kişidir.” Ama ben yaşlılara yaşlı olduğu için danışılan bir vaka hiç görmedim bugüne kadar, hani “Yaşlıdır, bilgedir, hadi gidip danışalım.” diye bir şey hiç görmedim. Bu, aslında o saygıyı ifade edip biraz da hani “bilge kişi” deyince, ötekileştirmenin de bir başlangıcını bazen açabilen bir yaklaşım. Bizim yaşlılardan beklediğimiz, böyle kenarda köşede hani tespihini çeksin, işte namazını kılın, ibadetini yapsın, öbür tarafa hazırlansın gibi toplumsal bir bakışımız var, bunu birazdan da açacağım.

Şimdi, bizdeki yaşlılara bakarken önemli bir sorun, biz, işte, birçok kıyaslamalarımızı Batı kaynaklarıyla yapıyoruz. Yani, işte, literatür karşılaştırmalarımızı ya da işlemlerimizi Batı’yla kıyaslıyoruz. Ama mesela bu, zor alanlardan bir tanesi. Yani, şöyle düşünün: İstanbul’a bir turist otobüsü geldiğinde, Sultanahmet Meydanı’nda kapılarını açtığında, içinden 70-80’li yaşlarda bir sürü turist iner ve böyle şıkır şıkır gezerler. Biz de mesela Anadolu turlarında, Türkiye kaynaklı, hep böyle 20li, 30’lu yaşlarda insanlar iner. Yani, bu mesela, çok temel bir farklılıktır. Aslında, gezmek tozmak gençlerin işi, Avrupa’da öyle değil gibi ya da yurt dışında. Bizde de, tabii, değişiklik var minimal ama majör olarak böyle bir ayırım yapılabilir diye düşünüyorum. Yani, bizde yaşlının, aktif yaşlanma mesela, yıllardan beri sözünü ettiğimiz bir şey ama bizim kafamızdaki şablonun ötesinde davranmaya başladığı zaman bir yaşlı biraz daha hareketli, canlı olduğu zaman “Ya bir dakika, bu rahatsızlanıyor mu?” deriz. Ben, meslek olarak tıp doktoruyum, psikiyatri uzmanıyım. Mesela, yaşlıya depresyon tanısı koymak çok zordur Türkiye’de, çok ağır değilse. Çünkü şöyle: Zaten depresyon tanısı koyarken bizim kullandığımız kriterler hayattan zevk almama, uyku sorunları, yeme içme, suskunluk falan. Bu zaten bizim toplumsal olarak bir yaşlıdan beklediğimiz bir davranış modeli olduğu için, hani, depresyonda mı

yoksa normal yaşı mı gibi... Bir insana tanı koymak için de hekime getirmek lazım. Genelde, mesela, depresyon tanısı çok erken konan bir tanı değildir ama yaşlılarda çok daha geçtir. Çünkü o kişinin doktora getirilmesi çok gecikir her zaman. Böyle bir sorun vardır. Bu sağlık sistemini eleştiri anlamında değil de işin doğasını anlatmak için söylüyorum.

Peki, bizde yaşlılık sorunlarını... Bir komisyonun tüm alanlarına bakarken, bir sınıflandırma da yapmak lazım. Şimdi, sağlık sorunu çok daha çerçevesi çizilebilir ve şey yapılabilir bir sorun ama yaşlılık sorunu aslında çok büyük de bir sorun. Bu anlamda, hangi yaştan bahsediyoruz? Yani kırsal bölgedeki yaşı başka bir şey, kentteki başka bir şey, sağlıklı yaşı başka, bakıma ihtiyacı olan başka, ailenin yanında kalan başka her biri farklı. Ama bizdeki en önemli soru, bizim STK olarak, yani biz sahada sürekli bu kesimi her anlamla ilişkisi olan bir yapı olarak, ben şey olarak düşünüyorum, bizim çok hızlı bir kentleşme sürecimiz var. Bu kentleşme sürecimiz aslında birçok sosyal sorunun da başlangıcı. Yaşlılarla ilgili sorunların da en önemli kaynaklarından bir tanesinin bu çok aşırı hızlı kentleşme olduğunu düşünüyorum.

Peki, yaşlılık nedir, kimdir? Yani herkes, yani kime yaşı diyeceğiz? Mesela, Aile Bakanlığı 2022 sayılı Kanun'da 65 yaş üstünü yaşı kabul eder, huzurevine yatırırken farklı kriterlerde farklı yaşları, Sağlık Bakanlığı yaşı derken başka bir şey, DSÖ'nün yeni tanımlaması o ama aslında sosyal sorun olarak baktığımızda kime yaşı diyeceğimizi aslında kişinin kendisi biraz belirliyor ve kişinin geçmiş yaşamı belirliyor. Çünkü herkesin yaşlılığı farklı bir şey. Yani, işte, köyde ekin ekmiş, sürekli şey yapmış bir insana 50'lilerden sonra yaşı diyebilirsiniz aslında. Çünkü onun torunları vardır, çocukları vardır artık onlar çalışmalıdır bahçede, tarlada. 50, 60 yaşındaki bir adamın gidip köyde, bahçede çalışması, torunları varken biraz tuhaf. Yaşı başlı adam ama şimdi şehirde bu böyle değil en azından ya da emekli olmak da bazen yaşlılık belirtisidir ama ben de emekliyim mesela.

Şimdi, toplumsal sorunlar yani yaşlılığın bir şeyi olarak baktığımızda, tüm sosyal sorunlar global. Tabii, çok alt detaya girilebilir, dijitalleşme başka bir başlık oraya girmiyorum ama yaşlılarla ilgili bir boyutu da var. Hızlı kentleşme aslında tüm dünyada bir sorun. Bir de kentte yaşlanma da bir sorun. Şimdi, kentte yaşlanma dediğim yani yaşlılığın, hızlı kentleşmenin olduğu yerde sorunları çok daha farklı. Çünkü temelde yaşlılık bir statü değiştiriyor. Yani köydeyken ki durumu, konumu farklı bir şey, şehre geldiğinde çok daha farklı bir statü oluyor. Rollerinde bir değişiklik oluyor yaşlıların ve dolayısıyla saygınlıklarında bir azalma oluyor aslında.

Sanayileşmenin çok derin etkileri var. Bunların her biri çok uzun konuşma konusu olduğu için hızlı geçiyorum. Yaşlılığın kendisi tek başına ekonomik olarak kişinin fakirleşmesinin zaten bir sebebidir yani. Maaşının azalması, gelirinin azalması ya da çocukları, torunları ya da birileri tarafından paylaşılmaması. Yani her anlamda, genel anlamda ekonomik girdide bir azalma olur. Sonuçta, aslında, kentte yani köyde ya da daha kırsal alanda yaşayan yaşı metropollerde, büyük şehirlerde sosyal izolasyona tabi olurlar. Yani, işte, apartmandan inip çıkmanın zorluğundan tutun da birçok sebepleri konuşulabilir. Sosyal izolasyonun sonucu da bir depresyon. Çok sıkıtr yaşı da depresyon yani yaşlılık depresyonu normal hayatta hepimizin geçirdiği bir şeydir. Normal bir insan hayatında 2-3 kere geçirir depresyonu ama yaşlılık depresyonu normal popülasyona göre daha sık beklediğimiz bir şeydir ve bir de yaşlılara yapılan ayrımcılık vardır, az önce de geçti. İşte, zorunlu emeklilik bir ayrımcılıktır ya da iş bulamaması. Yani "Sen yaşlısın, iş vermiyoruz." gibi ya da çalıştığında da düşük ücret alması. Toplumsal ayrımcılığı herhâlde "ihtiyar", "bunak" gibi ifadeler, aslında böyle bir ayrımcılığın da var olduğunu, bütün o saygı, bilge kişi gibi şeylerin yanında aslında böyle bir şey olduğu da bir gerçek.

Sorunlarını konuşmaya geçsek... Şimdi, barınma ihtiyacı, güvenlik kaygısı, çok temeldir. “Güvenlik” derken silahlı şeye karşı güvenlik değil de kendini güvende hissetme anlamında. Ekonomik kaygılar, tabii, çok ön planda. Sağlık sorunları, yaşlanmanın zaten doğal sonucu bir sağlık şeyi var ki onu az önce arkadaşlar çok detaylı anlattılar. Kızılaya dönük bir bakım gereksinimi ve sosyal hayata katılım yani STK olarak bizim daha çok ilgilendiğimiz alan bu alan. Şimdi, ne zaman bakım, yaşlıya bakım ne zaman gündeme geliyor? İşte, özellikle yoksulluk varsa bakımı bir sorun. Yani bu yaşlıya bakımın halledilmesi gerekiyor. Yoksulluk, yani ekonomik şey var ama bazı şeyler eksik. Nedir? İşte, onunla ilgilenecek kişinin olmaması, işini yapacak kişinin olmaması yani ona destek olacak kişinin olmaması. Sağlık sorunları olduğunda bir bakım gündeme geliyor ve demans. Yani demansın tüm tipleri, başta alzheimer olmak üzere tüm alt tipleri olduğu zaman bir bakım çünkü bu demans sağlık kurumunda da halledilebilecek bir şey değil.

Kimler ilgileniyor? Şimdi, bu konuda, Aile Bakanlığı dün anlatmıştır. Mesela, Aile Bakanlığının çok huzurevleri var, kendisine ait ve özel huzurevlerini de yönetiyor. Aile Bakanlığında, mesela, “yaşlı yaşamevleri” diye bir model çalışmıştık. Bunu burada söylemek isterim. Yani o model şuydu “yaşlı yaşamevleri”. İşte, büyük şeylerle başladık. Ev tutacağız, çocukevleri modeli gibi. Yaşlıları oraya yerleştireceğiz, huzurevine yerleştirmeyeceğiz. Çünkü huzurevi bizim kültürümüze uygun değil ama mesela çalışmadı. Yani, şimdi, baktığınızda kurgu olarak, kültürel olarak, her şey olarak çok iyi olduğunu düşündüğümüz bir şeyi çalıştıramadık. Yani şu anki sayısını bilmiyorum ama açtığımız... Yani ben oradayken sayının çok artmadığını biliyorum. Birçok belediye falan da çalıştı.

Şimdi, belediyeler var bu alanda yaşlılara yönelik faaliyet gösteren, belediyelerin en zorlandığı alanlar diye düşünüyorum. Çünkü şöyle bir şey: Yani belediyeler, özellikle huzurevleri ve yaşlıların kalacağı yerler açıyorlar ya da sosyal mekânlar. Şimdi, belediyelerin birçoğu “Ben huzurevi açacağım.” Diye... Genelde seçim beyannamelerinde de oluyor. Burada siyasi görüş ve şeyi hiç katmıyorum yani Kızılay olarak zaten öyle bir şeyimiz yok, onun altını çiziyim. Ama şöyle bir şeyi ben tecrübemden de biliyorum. Ben, birçok belediye başkanını “Aman Başkanım, sakın bu işe girmeyin.” diye ikna etmeye çalışmışımdır. Çünkü şöyle bir şey var: Yani belediye başkanı orayı açtığı zaman kapasitesi belli, çalışacak personel sayısı belli. Mutlaka oraya şunu da al, bunu da al diye personelle ilgili bir şişirme talebi oluyor. Bu çok da doğal bir şey kendi doğasında. O, yükü arttıran bir şey, artı yatırdığınız ya da konaklattığınız huzurevindeki yaşlıların orada sorun yaşamaması mümkün değil. Yani ne kadar olursa olsun, mutlaka sorun yaşar insanlar ve onların mutsuz olması, sizden şikâyet etmeleri de kaçınılmazdır, o bir sorun. Artı, bir de yatırmadıklarının da gene sizden şikâyet ederler. Böylece, hani ne İsa’ya ne Musa’ya gibi bir durum olur ve çok para giden, hiç kimseye fayda... İşe aldığınız 3-5 kişi, belki 5 kişilik kadroya 10 kişi almışsınızdır, onun getirdiği sıkıntılar vardır ama almadığınız 20 kişinin sıkıntısı vardır. Bence, belediyelerin bu konuda çok büyük bir sıkıntısı var. Bu bizi yani Kızılayı direkt ilgilendirdiği için bu konuyu açtım. Özel sektör huzurevleri çalıştırıyorlar. Bildiğim kadarıyla Türkiye’deki özel huzurevlerinin yüzde 50’si kadarı dolu, kamuda Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyükşehirdekiler sıra bekliyorsunuz ama doğudaki birçok huzurevini kapatmak zorunda kalmıştık, hiç gelen giden olmadığı için, şimdi tekrar açtılar mı bilmiyorum son durumu. STK olarak da, Kızılay olarak, “Kızılay Bakım” diye bir şeyimiz var Genel Müdürlüğümü tanıttırılmıştım, Darüşşafaka gibi başka STK’ler de var gene bu alanda çalışan. STK’lerin yaşlılık alanında özel çalıştığı... Aslında böyle birçok alanda çalışır STK’ler ama mesela bu alan STK’lerin da çok girmediği bir alan aslında. Bu da bence altı çizilmesi gereken bir şey.

Peki, bizim Kızılay olarak şeyimiz ne? Bizim stratejik planımızda 7 tane başlığımız var ve bunlardan bir tanesi “Sağlıklı Yaşam ve Yaşlanma” 2030’da ve bu 7 hedeften bir tanesi olan, bunun için de “Kızılay Bakımı” kurduk biz 2020 Martta. Bunun tüm süreçlerini çalıştık çok detaylı,

teknolojik şeyi de dâhil olmak üzere, ne yapacağız, nasıl yapacağız diye. Şimdi, biz aslında eskiden beri bağışlarla geçinen, bağışlarla iş üreten bir yapıyız; sanılanın aksine sadece bağıştır. Bize insanlar evlerini bağışlıyorlar. Aslında eskiden beri, biz bunu kurmadan önce de, şöyle bir şey var: İnsanlar evlerini ya da gayrimenkullerini ya da başka bir şeylerini bağışlıyorlar ve karşılığında diyorlar ki: “Ben istediğim zaman geleceğim ve siz bana bakacaksınız kendi huzurevinizde ya da şöyle şöyle...” diye. Bu taahhütnameden sonra, biz akit imzalıyoruz ve aslında, bizim zaten şu anda böyle kalan misafirlerimiz var huzurevlerimizde. Bu bir model yani Darüşşafakanın aynısı aslında, öyle söyleyeyim ama bunu biz daha geliştirelim, sadece burada kalmasin, Kızılayı bakımla ilgili daha şey yapalım diye. Şu an “12 tane tesis ve bin yatak” diye planlıyoruz ve kendi standartlarımızı, modelimizi ve çağdaş yapıya uygun şeyimizi kurduktan sonra da “franchising”le bu işi geliştirmeyi de düşünüyoruz. Yani Kızılay olarak –hedefimiz- bakım işinde Türkiye’de bir model ve bu işi götüren ana yapı olmayı düşünüyoruz. Bakım modelimizde herkese ulaşmayı hedefliyoruz. Resimler yani görseller tamamen bizim kendi huzurevlerimizden alınmıştır. Hem bağış hem ücretli uçtan uca bir sistem. Yani kişiyi biz bakım portföyümüze aldığımız zaman, hani onun evinde de bir ihtiyacı olduğu andan itibaren... Her türlü ihtiyacı; hastaneye gitmek, markete gitmek ya da herhangi bir yere gitmek ya da tatile gitmek dâhil olmak üzere bir hizmet modeli. Huzurevimize aldığımızda yine aynı şartlar ve vefat ettiğinde de defin de dâhil olmak üzere her şeyin tamamını kapsayan bir model anlayışımız var.

Kızılay Bakım -görseller Kartal’dan- bakım, sağlık, konaklama, psikososyal destek... Kendi hastanelerimizle iş birliğimiz, üniversitelerle iş birliğimiz var; ekip olarak da ilgili tüm personeli çalıştırıyoruz. Şu an aktif olarak çalıştığımız 3 tane tesisimiz var. Kartal’da, Kartal Belediyesiyle beraber çalışıyoruz orada. Akçakoca’da kendi tesisimiz var. Bir de “Saye Yeşilköy” diye yine Bakırköy Belediyesinden aldığımız ve Bakırköy Belediyesiyle beraber çalıştığımız bir şeyimiz var, 2022’de açmayı düşünüyoruz. Saye bizim model projemiz, VIP bir şey olacak bu. Görsellerde, şu anda yapılıyor, 2022 Kasımında açacağız inşallah Saye’yi. Diğer illerdeki projelerimiz de bunlar, yine benzer modellerle merkezler açmayı düşünüyoruz.

Bakım modelimiz içinde evde destek, evde bakım, koruyucu sağlık hizmeti ve evde psikososyal hizmetleri hedefliyoruz. Tabii, bunu kurarken bizim “yaşlı bakım yönetim sistemi” diye bir sistemimiz var. Yaşlılık sigortasıyla ilgili Türkiye Sigortayla da görüşmelerimiz devam ediyor. Biz kendi içimizde, kendi çerçevemizde bir sigorta sistemi oluşturalım diyoruz. Tüm bunları yaparken de aktüeryal sağlık hesaplamasıyla çalışıyoruz.

Peki, hani bakım konusunda “Türkiye modeli” derken... Aslında biz evde bakıma yönlendiriyoruz yani Türkiye olarak, Kızılay olarak değil de Türkiye olarak söyleyeyim. Bu, aslında bizim kültürümüze de uygun. Sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığında, bakım hizmetleri Aile Bakanlığında; özel sektör işin sadece konaklama ve bakım tarafında, belediyeler de sosyal destek tarafında.

Şimdi, kurumsal bakım... Hani, eleştiri ve katkı anlamında Komisyona da birkaç noktanın altını çizmek isterim. Yani kurumsal bakım aslında doğru bir bakım modeli değil, bizim yurt dışından ithal ettiğimiz ve zorunlu kaldığımız, tabii, şehirleşmenin de getirdiği de zorunlu bir şey. En ideali kişinin kendi evinde bakımıdır, kendi evinde yaşamının desteklenmesidir aslında, bakımı değil ama zorunluluklar var; bu tartışılabilir. Evde bakım açısından, sağlık hizmetleri açısından gayet güzel anlattı arkadaşlar ama ufak tefek aksilikler mutlaka oluyor. Bunun sürekli geliştirilmesi lazım.

Bakım hizmetleri açısından da sahada biz görüyoruz, bazı bakıcıların resmî şeyi olmadan baktıklarını ve bazı şeylerin yanlış yapıldığını. Hatta ben bu konuda eğitim almış insanların bile bazı yanlışlar yaptığını gördüğümü söyleyebilirim.

Psikososyal destek açısından da... Psikososyal destek biraz flu bir kavram; hani bazen amacını aşan şeyler oluyor, oranın da bir kontrolü gerekir.

Şimdi, finansal enstrümanlar açısından bu bakım işine bakıldığında, sahadan birkaç tane şey var. Mesela, yaşlı bakan evlatların miras hukukunda ayrı statüyle değerlendirilmesi gibi bir önerimiz olabilir aslında. Yani burada, toplumda çok ciddi bir sıkıntı var. Tabii, bunun, bizim Türk Medeni Kanunu'yla çelişen bir yanının olduğunu biliyorum ama aslında mesela İngiltere'de var böyle bir hukuk sistemi. Bilemiyorum, hani bu Komisyon nasıl bakar. Bu, sahada yaşlı ve bakıma muhtaç aile... Mesela şöyle bir şey söyleyebilirim: Evde bakım parası çıktığında, kimsenin bakmadığı engelli ve yaşlı birçok insan bir anda çok kıymete bindi ve evlatlar arasında paylaşılamayan kişi hâline geldi. Aslında miras hukuku açısından da bir çalışma yapılabilir diye öneriyorum.

Evde bakım hizmetlerini de içeren “yaşlı bakım sigortası” çok sık duyulur, “Yaşlı bakım sigortası gelsin, bakım sigortası gelsin.” Ben kişisel olarak bunun doğru bir yaklaşım olmadığını düşünüyorum; onu söyleyeyim, Kızılayın görüşü değil de şahsi görüşüm, Sağlık Bakanlığında, Aile Bakanlığında, Çalışma Bakanlığında çalışmış birisi olarak da şey yapayım. Çünkü bence bizim genel sağlık sigortası sistemimiz tüm bakım şeyini zaten kapsıyor; İngiltere'nin, Almanya'nın, Fransa'nın, Amerika'nın çok ötesinde bizim bir bakım sigortası sistemimiz zaten var. Çünkü kamuya getireceği yük çok yüksek bu bakım sigortasının. Bu Komisyon, zannediyorum, dinleyeceği birçok dernek, yapı ya da şeyden “Bakım sigortası gelmeli, iyi bir şeydir.”i duyacaktır. Ben de bir karşı görüş olarak bunu beyan etmek isterim. Bence iyi çalışılırsa çok iyi bir öneri olmadığı da görülür. Yani Türkiye'nin ihtiyacı yok, Türkiye'nin sağlık sistemi zaten birçok bakım sigortası sistemine yakın, yüzde 90'ı yakın.

Bir de bağış karşılığı... Şimdi mesela, biz ya da Darüşşafaka gibi kurumlar bağış karşılığı bakım hizmeti veriyoruz ama bunun hukuki bir altyapısı yok, bununla ilgili de bir çalışma gerekiyor. Toplumsal destek açısından da kamu politikaları önemli, STK'nın rollerinin tanımlanması lazım.

Şimdi yaşlıların sorunları dediğimde -bakım gereksinimini az önce anlattım- bir de sosyal hayata katılım var. Sosyal hayata katılımda tabii, birçok şey var; kültürel çok yanı var bu işin, sosyal faktörler çok fazla. Bizim yaşam tarzımız değişiyor. Aslında bu değişim çok hızlı, şu günün yaşlılarında da çok hızlı, bundan sonra gelecek yaşlılarda da çok hızlı. Şöyle söyleyeyim: Ben çocukluğumda köye gittiğimde elektrik yoktu, su yoktu. Suyu biz çeşmeden alırdık, giderdik kuyudan çekerdik; elektrik yoktu, gaz yağı yakardık falan. Mesela, benim dedemin normal hayatı buydu. Muhtemelen bundan üç yüz yıl önce de yaklaşık aynı yaşam vardı yani son üç yüz yılda çok minimal bir değişiklik olmuştu. Bundan kırk yıl öncesi ile üç yüz kırk yıl öncesi arasında çok az bir değişiklik olmuştu ama bundan kırk yıl öncesi ile şu günü karşılaştırdığınızda inanılmaz bir değişim var ve tüm insanlığın temel sorunlarının ana kaynağının bu olduğunu düşünüyorum. Aşırı hızlı... O yüzden, sizlerin, politika yapımcıların, siyasetçilerin, birçok kurumun ve yapının zorlanması ve çözüm üretmesindeki temel zorluk aslında işin doğasında. On bin yıl yaklaşık bir arpa boyu giden değişim son kırk yılda bin arpa boyu gitti gibi bir durum var ve bu herkesi zorlayan bir şey. O yüzden, Türkiye'deki “yaşlı” kavramına bakışı tekrar hatırlatmak isterim.

Peki, bizim sosyal hayatımızdaki nedir? Aslında literatürde önerilen birçok şey bizim doğal hayatımızda var. Nedir? Mesela, yaşlılar camilere giderler; sadece namaz kılmaya değil, namazın dışında da orada aslında sohbet etmeye, sosyalleşmeye ya da cemevleri aynı şekilde fonksiyon görür. Kahvehaneler... Ben İstanbul kökenliyim. Ankara'da pek yok ama mesela, İstanbul'da kahvehaneler aslında yaşlılar için tam bir sosyalleşme mekânıdır ve çok aktif bir görevi vardır. Mesela, indirimli yolculuk ya da bedava yolculuk uygulamaları yaşlıların sosyalleşmesine çok ciddi katkı verdi ama bu konuda yapılan projeler... Mesela ben “Huzurevinin arkasına yaptık. Yaşlılar hobi bahçelerinde ekin

eksiner.” filan gibi projeler görüyorum.” Tamamı çalışmaz. Biz kendi kafamızdan “Yaşlı adam, bu zaten köy kökenlidir, iki tane ekin ekerse mutlu olur.” falan diye... Ben biliyorum, huzurevlerinde “Ne ekeceğim ya, hazırı var, gidip alayım ben manavdan.” diyen bir sürü yaşlıyla ben kendim muhatabım. Bizim kendi kafamızda kurguladığımız bazı modellerin ve sistemlerin maalesef reel karşılığı yok ama hobisidir, ayrı bir şey, ona bir şey demiyorum. O yüzden bu “Sorunlar nedir? Çözüm önerileri nedir?”i biraz daha şey yapmak lazım.

Yaşlılarla ilgili üretkenlik en önemli şey, aslında tüm insanlar için öyle. Yani maaş ya da başka şeylerden çok, kendinin bir işe yaradığını düşünen insan mutlu insan olur; en önemli şey o. Yaşlıların da sorunlarının çözümü aslında belki onları üretkenliğe nasıl katarız? Bu illa da finansal üretkenlik değil. Biz Kızılay olarak ne yapıyoruz? Yani bunlar yaşlı popülasyon hem bizim yardım, gıda kolisi, yemek, yiyecek ya da harcama çeki verdiğimiz bir popülasyon; o ayrı ama onun dışında, biz yaşlılarla... Yani Kızılay gönüllülerinin çok büyük bir kısmı yaşlı insanlar ve biz sahada aslında bu insanlarla çalışıyoruz.

Tabii, şu anda Kızılayın, Kızılay Kadın, Genç Kızılay ve Engelsiz Kızılay yapılanmaları var, yaşlılara yönelik özel bir yapılanma yok ama zaten bizim şube başkanlarımız olsun, gönüllülerimiz olsun, sahada çalışan arkadaşlarımızın çoğu en az benim yaşında ya da benden yaşlı olan çok insan var. Yani bunun mesela ben önemli bir şey olduğunu düşünüyorum. Çünkü emekli olmuş bir insanın Kızılayda ya da belli STK’lerde çalışması onların bir işe yaradığı hissini vermesi anlamında çok önemli. Özellikle Avrupa’daki STK yapılanmalarını incellerseniz, birçok STK’nin tamamen aslında bu tip organizasyonlar olduğunu da görürsünüz. Yani sahada çalışan ve hani “emekli olduktan sonra da ben bir işe yarıyorum” duygusu insanın tatmini açısından önemli.

Hobilerle ilgili şey yaptım... Tabii, sosyal anlamda sorunların çözümü ne olabilir? Vallahi, köye dönüş aslında iyi bir öneri diye düşünüyorum yani bu modernleşme, işte, İstanbul gibi metropollerdeki yaşlıların sosyal sorunlarına baktığımızda, aslında onları o hayattan tekrar köye döndürecek bir şey olabilir.

Şimdi, son slayt bir model önerisi olarak, hani benim çok önemsedğim bir slayt.

Şimdi, bizim belli bir çalışmamız -yani ülkenin bir idari yapılanması var ama- İngiltere modelinin belki bir kopyası ya da bir iz düşümü olarak bir model önerisi. Şimdi, aslında sadece yaşlılarla değil de tüm sosyal sorunlarla yani bu engelliler olabilir ya da bağımlılar olabilir ya da diğer sosyal sorunlarla ilgili bu STK’nin ilgilenmesi ve bir STK’nin görevlendirilmesi ve onun finanse edilmesi ve bunun belediye üzerinden yapılması ve belediye ve STK’yi -burada yaşlıyı- denetlemesi, “İş iyi yapılıyor mu, yapılmıyor mu?” diye bakması, kaymakamlığın da belediye ile STK’nin ilişkisini değerlendirdiği, denetlediği ve STK’yi denetlediği bir yapı... Tabii, bu konseptte -yaşlı olduğu için- Aile Bakanlığının da mesela bu modelin başında... Aslında, bu mesela, İngiltere’de birçok alanda kullanılan bir model. Ben Türkiye’de bütün şeyler de düşünüldüğünde uygulanabileceğini düşünüyorum. Çünkü Aile Bakanlığının, bir kamu kurumunun çıkaracağı yönetmelik... Yani mesela bir yönetmelik yazdığınızda aynı yönetmeliği Hakkâri’de de, Trabzon’da da, Muğla’da da uygulayacağınızı düşündüğünüzde böyle sosyal konularda ciddi zorluk oluyor. Yani o yüzden ya muğlak yazıyorsunuz, işin ucu bir yere kaçıyor ya da çok rijit yazıyorsunuz sonradan sıkıntıya giriyorsunuz. Belediyeler bu anlamda -o bölgenin belediyesi olduğu- sosyal sorunlarda çok daha efektif olacaklardır ama kamu... Yani az önce de huzurevi örneğinden anlatmaya çalıştığım gibi, belediyelerin bizzat operasyonun içinde olması aslında -belediyecilik, Sayın Başkanımız da hani bu konuda çok daha şeydir- yani belediye başkanlarını da çok zorlayan bir şey. Bu yöntem, bu model bir çözüm önerisi olabilir diye düşünüyorum.

Arz ediyorum efendim.

BAŞKAN EROL KAYA – Gazi Hocam, çok teşekkür ediyoruz, ağızınıza sağlık.

Sorulara geçiyoruz.

Bıraktığınız yerden ben bir soru sormak istiyorum yalnız. Yani çok usulüm değil ama belediyelere laf attığınız için...

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Atmadım Sayın Başkanım.

BAŞKAN EROL KAYA – Kartal Huzurevi’ni Diyanet yaptı, sonra İstanbul Büyükşehir Belediyesine devredildi, sonra Kartal Belediyesine devredildi, şimdi Kızılayda, öyle anlıyorum.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Şöyle, Kartal Belediyesinde, biz beraber işletiyoruz şu anda.

BAŞKAN EROL KAYA – Ha, beraber işletiyorsunuz ama yanlış hatırlamıyorsam bunu Diyanet yaptı.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Biliyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Sonra kendisi işletemedi Büyükşehirle verdi.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Evet.

BAŞKAN EROL KAYA – Yani bunu nasıl değerlendiriyorsunuz? Merak ettim yani. Çünkü bir kurum yapıyor, işletemiyor, başkasına veriyor, o da başkasına veriyor, sonra o da gidiyor bir ortak çağırıyor filan. Böyle bir soru sordum.

Bütün arkadaşlara söz isterlerse söz vereceğim.

Kemal Bey, buyurun.

KEMAL PEKÖZ (Adana) – Teşekkür ederim.

Öncelikle sunumunuz için teşekkür ediyorum, eksik olmayın.

Bir düzeltme yapmak, daha doğrusu bir şeyi söylemek istiyorum. Siz “Köylerde 50-55 yaşına gelince artık çalışmasına gerek yok, bu adam yaşlandı.” falan dediniz. Türkiye’nin tarımdaki ortalama çalışma yaşı 56 dolayısıyla daha on-on beş sene çalışırlar merak etmeyin.

İkincisi: Bakım hizmetinde “franchising”den söz ettiniz. “Franchising” nasıl bir şey, nasıl bir uygulama olacak doğrusu kafamda bütünleşmedi, onu da öğrenmek istiyorum.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN EROL KAYA – Kemal Bey, teşekkür ediyorum.

Cihangir Bey, buyurun.

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) - Teşekkür ederim Sayın Başkan. Önce, sayın hatibin müsaadesiyle, bir önceki konuyla ilgili bir cümle söylemek istiyorum.

Sayın Hocam, Değerli Hocam, röntgen konusunu rutin olarak söylemedim. Ben bir ortopedi cerrahıyım, kalça kırığı belli bir yaş üstünde çok sık görülen ve yaşla âdetâ, yaşlanmayla özdeş bir kırıktır. Ayrıca omurga kompresyon kırıklarında, bunlarda olmak üzere, hani hastayı boşuna ambulansla hastaneye götürüp getirmeden eğer mesele sadece ve sadece kalçada bir kırık mı yoksa yumuşak doku zedelenmesi mi yani yatak istirahatiyle geçecek bir durum mu? Bunu ayırdı için düşünülebilir, uygulamalar da vardır. Ha, bunun da bir analizi yapılır, hem maliyet hem maddi manevi hastaya eziyet açısından bir çözüm olabilir.

Sunuma çok teşekkür ediyorum. Fazla söyleyeceğim bir şey yok. Evet, miras hukuku konusunu ilk defa duydum, bana oldukça şey geldi. Fakat burada böyle bir düzenleme eğer yapılacaksa -ilk defa gündeme geldi- şu yola kanallı olmamalı: Yani düşününüz, yaşlanmış bir hasta, belki hayatı boyunca devlete hiçbir sağlık masrafında bulunmamış. E, bu devletin bir anlamda yaşlılıkta onu finanse etmesi de gerekir; bunu söylemeye çalışıyorum. Ha, ondan sonra miras hukuku bir anlamda daha özel bir hukuktur. Yani bunları üst üste koyarak yani hastanın bakımının maliyetini hastanın birikiminden ziyade devlete yükleyerek bu işi çözmek zorundayız ama tebrik ediyorum, gerçekten enteresan bir konu yani üzerinde düşünmeye değer.

Bu tesislerde bakılacakları nasıl şey yapıyorsunuz? Bir “random” rastgele sisteminiz var mı ya da ağırlığına göre mi şey yapıyorsunuz, yoksa ne bileyim, referansa mı bakıyorsunuz? Onu da açıkça öğrenmek isterdik.

Kurumların işletilememesi, başkasına devredilmesi, başkasına devredilmesi, Sayın Başkan önemli bir noktaya temas etti, tamamen kanaatimce plansızlıktan ve koordinasyonsuzluktan kaynaklanıyor. Hâlâ, cumhuriyetin 100’üncü yılında biz bu koordinasyonsuzluk ve plansızlığı çözemedik.

Bütün hatiplere tekrar teşekkür ediyor, saygılarımı sunuyorum.

BAŞKAN EROL KAYA – Başka söz isteyen...

LÜTFİYE SELVA ÇAM (Ankara) – Sayın Başkan...

BAŞKAN EROL KAYA – Buyurun Başkanım.

LÜTFİYE SELVA ÇAM (Ankara) – Ben de çok teşekkür ediyorum. Gerçekten, çok faydalı ve psikiyatri uzmanı olmanızın getirdiği o birikimle de çok farklı bir açılım oldu diye düşünüyorum.

Şimdi, baktığımızda 2020 yılında, Mart 2020 yılında herhâlde değil mi yaşlı bakımıyla ilgili bir süreç başlatmışsınız? Çok yeni. İki yıllık bir süreç, belki iki yılı yeni tamamladınız. Burada “sağlıklı yaşam ve yaşlanma” başlığı altında değerlendirilmiş. Gelen yaşlılar için burada ne yapıyorsunuz yani biraz açabilir miyiz? Yani sağlıklı yaşlanma konusunda onlara bir önderlik... Yani nasıl bir süreç geliyor? Bunu çok merak ettim.

Bir de şöyle bir ifadede bulundunuz: “STK’lerde yaşlıların aktif olması...” Özellikle üreten, üretken olmaları, onların çok daha iyi hissetmelerine sebep oluyor “Emekli olduktan sonra da bir işe yarıyorum.” diye.

Bir de tabii, emekli olamayan ev kadınları var. Yani ne kadarı sizin bu bakım alanlarının içerisinde bilemiyorum ama hakikaten merak ettiğim bir konu. Önce eşleriyle çok yakın ilgileniyorlar, onu bir görev hâlinde alıyor, daha sonra çocuklarıyla, daha sonra torunlarıyla ve hepsi büyüdükten sonra ciddi bir de kayıpla birlikte ciddi bir boşluk yaşayan annelerimiz, ninelerimiz vesaire var. Yani buradaki süreç nasıl oluyor? Gerçekten, onlara orada bir üretkenliği nasıl yaşatabiliyorsunuz? Neye yaradıklarını hissettirebiliyorsunuz? Az önce söylediniz işte “tespihini al, kenarda otur” tarzının dışında nasıl bir şey yapıyorlar? Bilgilendirirseniz çok memnun olacağım.

BAŞKAN EROL KAYA – Başka söz isteyen görmüyorum.

Gazi Hocam, mükemmel bir şey anlattınız, kimse soru sormadı ya da kimse sizi anlamadı ama ben istifade ettiğimi söyleyeyim.

Buyurun.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Yorgunluğun da bir katkısı var.

BAŞKAN EROL KAYA – Hocam, özür dilerim. Arife hocam da bir soru sormak istiyor.

Hocam, buyurun.

ARİFE POLAT DÜZGÜN (Ankara) – Modeliniz gerçekten güzel gözüküyor da maliyeti nasıldır? “Bunu Kızılay olarak yapıyoruz.” dediniz ya, kaç kişiye yapıyorsunuz çünkü sayılar bir yerde 17, 18 gibi çok küçük sayılar gördüm. O yüzden, bu modelde kaç kişiye bakım verebiliyorsunuz?

BAŞKAN EROL KAYA – Hocam, teşekkür ediyoruz.

Hocam, buyurun.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Ben sırayla hızlı şey yapmaya çalışayım.

Şimdi, Kartal Belediyesi neden devretti, o süreçler neden şey oldu? Aslında sunumda da anlatmaya çalışmıştım yani belediyeler yani Diyanet Vakfı için söylemiyorum ama belediyeler bu işe sosyal belediyeçilik anlamında bir başlıyorlar hani “Huzurevi, bakımevi çok iyi bir şeydir.” deyip sonra işin içine girdikten sonra aslında nasıl büyük bir hata yaptıklarını görüyorlar çünkü bu belediyelerin yapmaması gereken bir şey. Aslında kanunda yani belediye başkanının görevleri kanunun maddesinde de var hani bu yapması belediye başkanının bizzat şeyinde de yazar ama zaten model önerimizde o yüzden hani belediyeler bu işi STK’ler üzerinden yapmalı mutlaka. Belediye bir, “know-how”, iki, bunun sürdürülebilirliği, üçüncüsü işte diğer sosyal sorunlardan dolayı yani iyi bir şey yapıyorsunuz ama aldığınız eleştiri ve akıttığınız kaynak yani bir huzurevine akıttığı kaynağı belediye bir parka akıtsa çok daha büyük artısı ve oyu olur geri dönüş anlamında yani belediyelerin seçim sözü sırasında hep bütün başkanlarının verdiği bir sözdür, sonra da aslında yanlış yapıldığı da ortaya çıkandır.

Şimdi, “franchising”... Neden “franchising” ve nasıl olacak? Şöyle, şu anda bakım veren Türkiye’de maalesef çok fazla özel kurum ve kamunun da kurumu var. Tabii, ideal olan aslında bu bakımın evde olması ve şeyde olmaması lazım yani hani o kesin ama bizimkisi bakımdan çok biraz daha huzurevi bakım arası bir şey. Şimdi, biz diyoruz ki biz bir standartlarımız kendimiz koyalım yani kendimiz hani “Kızılay”, “Kızılayın huzurevi” dediği zaman insanlar... Şimdi, mesela “Darüşşafaka” deyince bir şey geliyor insanın aklına, “Kızılay bakımı” deyince de bir kalite, bir standart, bir model, bir şey gelsin onu biz belirleyelim ondan sonra da işte hani bunu mesela var olan huzurevleriyle anlaşma yapabiliriz, artık o hani Kızılayın şeyi gibi olabilir gibi bir şey düşünüyoruz. Yani biz aslında hani 12 tesis planlıyoruz ama bunu yüzlerceye çıkartabiliriz. Aslında bu söylediğim aynı bugünkü Avrupa’da birçok ülkede var, yani Belçika’da var, Avusturya’da var, Fransa’nın bir bölgesinde var yani Kızıllaçların yaptığı var ya da gene derneklerin yaptığı model var. Yani belli bir kalite ve standardı oluşturup bizim hani kalite ve standardı bir STK olarak denetlememiz çok daha efektif olacağı için ben iyi bir model olacağını düşünüyorum.

KEMAL PEKÖZ (Adana) – Finansmanı siz sağlamış olacaksınız.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Şöyle, aslında şöyle, bizim bir başka sayın vekilimizin sorusuyla da şey yapayım, yani bize “Bakılacakları nasıl belirliyorsunuz?” sorusuna. Biz şu anda bakım şeyini bağış üzerinden yapıyoruz yani kişinin bize bağışladığı mal varlığı karşılığında yapıyoruz. Yani ücretsiz bakım ya da hani yoksullara bakım gibi bir şey onun için çok cüzi bir kotamız var ama o zaten hani Aile Bakanlığının sorumluluk alanında ve onun şeyinde. Sonuçta biz hani bağışlarla ancak hizmet üretebildiğimiz için...

NAZIR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Yani VIP bakım oluşuyor, öyle mi? VIP bakım.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Şöyle, VIP bakım da var, ortalama şey de var ama diğer hani yoksullara bakım çok cüzi bir şeyimiz var, kotamız var ama onun dışındaki bakım zaten hani Aile Bakanlığı ve devletin uhdesinde gitmesi gereken bir şey.

NAZİR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Ama Kızılayın hedefleriyle örtüşüyor mu, yani sadece zengin bakımı, VIP bakım?

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Şöyle, yani hani bu nasıl baktığınıza göre değişir. Yani Kızılayın bir güvenle ilgili, bakım hizmetinde güvenle ilgili bir algısı var. Çünkü insanların şöyle bir kaygısı var: “Yani tamam ben parasını vereyim ama başıma ne gelecek?” Zaten hani yurt dışından falan da bu konuda birçok habere siz de şahit olmuşsunuzdur hani huzurevlerinde olan olaylar. Bakım verdiğimiz kişinin yani işte 85-90 yaşına gelmiş ve onlar ekonomik durumu iyi ama kendisini yönetemiyor ya da şey yapamıyor, bir yerde kalmak istiyor. Böyle bir popülasyon var ve bu popülasyona bir destek vermek lazım. Bir kere hani, bunlara bakım veriyoruz.

NAZİR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Kızılayın görevi mi bu? Yani bu başka bir kurum veya başka bir yapılaşma altında yapılabilir. Yani Kızılayın görevine baktığımda bütün vatandaşlara özellikle belki de daha güçsüzlerden başlamak üzere veya zor duruma düşmüşlerden başlamak üzere yapılan bir örgüt olarak benim kafamda şekilleniyor ve öyle biliyorum. Ama şuraya baktığımızda sadece ve sadece zenginlere hizmet eden, âdeta lüks otel standardında bakımevleri. Bu yapılmasın demiyorum, Kızılay bunu yapmasın, başkası bunu yapsın.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Şöyle, haklısınız yani hani bu Kızılay sonuçta biz kendimizi afetlerde yardım yapan veya sosyal hizmet üreten, sosyal yardım yapan bir yapı olarak ve işte insanlara hani sıcak bir çorbaya ihtiyacı olana çorba şey yapan bir kurumuz. Yani biz de kendimizi öyle görüyor, öyle tanınıyoruz ve biz bu faaliyetleri gönüllülük esasıyla da yapan, yani profesyonel kadro dışında daha ağırlıklı olarak personelimiz de gönüllülerden oluşan bir yapı. Tamam ama bizim özellikle bize bağış yapan yani bize mesela diyor ki: “Benim çocuğum çocuğum yok, malımı Kızılaya bağışlamak istiyorum.” ve bağışlıyor “Ama bir tane şartım var.” diyor. Ve bu aslında Mart 2020 de biz Kızılay Bakımı kurduk. Yoksa...

NAZİR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Darülacezenin falan yok mu öyle uygulaması?

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Hayır, yok. Darüşşafakanın var, İstanbul’da Darüşşafakanın var.

NAZİR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Yani Kızılayın hedefleriyle örtüşmüyor diyorum değerli arkadaşlar.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Sayın Vekilim, şöyle, hedefleri değil de şöyle söyleyeyim: Bize bağış yapan insanlar yani bize “Yaptığı bağışı biz kullanalım.” diye yani arazi olabilir, bina... Bağışını yapıyor, tüm malını bağışlıyor Kızılaya ama diyor ki: “Yaşlandığımda başıma bir şey gelirse siz bana bakar mısınız?” Biz de evet bakarız diyoruz.

ABDURRAHMAN BAŞKAN (Antalya) – Şu anda buna talep hakikaten var mı?

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Var, oldukça çok.

BAŞKAN EROL KAYA – Şöyle bir şey soralım da Hocam, sen de rahatla biz de rahatlayalım: Kızılayın toplam yıllık hizmeti içerisinde bu konuştuğumuz, tartıştığımız konu nedir? Kızılayın toplam ürettiği hizmet içerisinde bunun payı nedir yüzde?

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Yani binde 1’den daha az.

BAŞKAN EROL KAYA – Ha, o kadar. Ama burada ahlakilik bakımından Cihangir Bey’in söylemek istediği şu: Keşke bunu Kızılay yapmasa ama sanırım siz galiba buradan biraz daha fazla alıp başka yere aktarıyorsunuz gibi geliyor, ben öyle anladım.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Şöyle aslında yani bu Bakımı kurmamız 2020 Mart ama öncesinde de zaten şöyle bir realite var yani hani biz sürekli bağış alıyoruz; bize insanlardan yani tarlasını bağışlayan da var, evini bağışlayan da var. Yani epey bir bağış şeyimiz var, vatandaşın teveccühü var bu konuda ama bazı bağışçılarımız -hepsi değil- yani 10’da 1’i belki, belki daha az, diyor ki bağış şartına: “Ben olur da hani düşkünlük başlarsa, bana hayatımın son döneminde bakar mısınız?” Biz de “Bakarız.” diyoruz yani zaten şu anda bizim huzurevlerimiz var böyle faaliyet gösteren. Böyle bir realite varken biz de dedik ki ya bu bakım işini biz yapıyorsak, zaten yapıyoruz, Türkiye’de de bir sorun var bununla ilgili, biz Kızılay olarak bu işe el atalım ve bunu geliştirelim. Yoksa şey değil, yani zaten bize bağış yapmış bir kişiyi şöyle yani biz onu alıp da bir başka huzurevine yatırıp parasını verelim gibi bir şeyi de biz çok uygun bulmuyoruz yani bizim bağışçımız, biz her şeyiyle ilgileniyoruz onun, kendi huzurevimizde bakmak isteriz. Bunu yani bir yardım modeli gibi de düşünmeyiniz lütfen ama şey değil ama hani “Kızılay, böyle VIP hizmet vermeli mi?” gibi sorarsanız yani bence hani bize dairesini, şeyini bağışlamış bağışçılarımızı başımızın üstünde taşıyız.

NAZİR CİHANGİR İSLAM (İstanbul) – Sayın Hocam, önemli olan o değil. Fakir bir insanın “Ben de böyle bir yerde kalmak istiyorum.” dediğinde sizin verdiğiniz cevap ve Kızılayın düştüğü durum. Bunu eklemek isterim.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – Haklısınız, öyle bir kısıtımız var.

BAŞKAN EROL KAYA – Devam edelim Hocam. Eleştiriye de dikkate alın.

TÜRKİYE KIZILAY DERNEĞİ TOPLUMSAL HİZMETLER GENEL MÜDÜRÜ GAZİ ALATAŞ – “Sağlıklı yaşlanmayla ilgili ne yapıyorsunuz ya da ev kadınlarıyla ilgili?” Şöyle bir şey söyleyebilirim Sayın Vekilim, yani bizim Kızılay Kadın başta olmak üzere aslında tüm Kızılay şubelerinde kadınlar çok aktif ve bunların çok büyük kısmı da ev hanımı ve bizim yani hem şöyle, hem kullanıcı olarak geliyorlar Kızılay şubelerine hem de iş yani şey Kızılay şube temsilcisi. Şöyle birçok şeyimiz var: Yani işte kurslardır, şeylerdir hani “Niye geliyorsunuz?” sorusunun cevabı sıklıkla şu: Ya, bir sosyalleşme aracı aslında onlar için, bazen evden kaçma aracı ya da işte “Ya, şubede işim vardı, o yüzden şunu yapmadım.” deme aracı belki de ama kendini iyi hissettikleri ve gerçekten kendilerini orada var ettikleri bir alan olduğunu ben görüyorum şube ziyaretlerinde. Kadınların engellsine, yaşlısına bakıp ondan sonra onlar vefat ettikten sonra hem bakım parasından olup hem belli bir yaştan sonra da açıkta kalmaları sorunu bizim de hani dert ettiğimiz bir sorun, o konuda haklısınız yani aynı düşünüyoruz. Sağlıklı yaşlanmayla ilgili biz... Sonuçta, Kızılay aslında ilk kuruluşunda da hani yaralı askerlere yardım için, devletin diğer STK’lerinden farklı “devlete yardımcı bir STK” diye, kendini kurarken de öyle tanımlamış. Hani STK’ler devletten bağımsızdır ve tanımlamalarını genelde pek öyle yapmazlar ama Kızılay bunun istisnası, devlete yardımcı o anlamda. İşte, Sağlık Bakanlığı özellikle Halk Sağlığıyla böyle bir şeyimiz var. Yani onların hani eksikliğini tamamlamak anlamında değil, sadece

onların kamu olmasından kaynaklanan bazı kısıtları bizim için çok kısıt olmuyor. İşte, biz, çok daha rahat faaliyet yapabiliyoruz ve bu anlamda bir şeyimiz var yani bilinçlendirmeler olsun, gezilerdir, koşulardır, şeylerdir. Tabii, bu anlamda Kızılay sonuçta bir dernek ve şubelerimize biz bu anlamda şey yapıyoruz yani “Şu alanda çalışın.” diye. Her şube aslında, her bölge yani şöyle söyleyeyim: Mesela, Konya Şubesi yürüyüş düzenliyor da, Hakkâri Şubesi trekking yaptırıyor insanları toplayıp ve orada biz eğitim yapıyoruz şu anda. Özellikle, Kızılay Kadın üyelerine sağlıklı yaşama ve yaşlanmayla ilgili şu anda eğitim veriyoruz, 10 bin kişiyi geçtik en son eğitici eğitim verdiğimiz ve bu insanlar kendi çevrelerine şey yapıyor. Bunu tabii şey gibi düşünürseniz yani bir devlet memuru mantığıyla değil de halkın içine böyle şeyleri yaydığınızda onun etkinliği çok daha yüksek. Yani hani devlet memuru... Yani sağlık ocağındaki bir hemşire hanımı bu eğitimle sahaya sürmek başka bir şey, işte komşumuz Ayşe teyzeyi böyle donatıp onu şey yapmak başka bir şey. Ben, bir hekim olarak ki sayın vekillerimizden de hekim arkadaşlarımız var, diğer hekim arkadaşlar da hiçbirimiz annemizi şeye inandıramamışızdır yani bizim tıbbi olarak söylediğimiz mi doğrudur yoksa komşu teyze mi? Her zaman komşu teyzeler haklıdır yani onlar bilirler ve biz onları aşamadık bir türlü yani biz aslında o gücü kullanıyoruz.

BAŞKAN EROL KAYA – Peki, çok teşekkür ediyorum.

Arkadaşlar, çok teşekkür ederim.

Toplantıyı kapatıyorum.

Kapanma Saati: 17.02

