



TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ

**TÜBA-KANSER TEDAVİSİNDE
PAYDAŞLAR ARASI
KOORDİNASYONDA YAŞANAN
PROBLEMLER
SEMPOZYUMU RAPORU**

19 Aralık 2014

Editör: Prof. Dr. Taner DEMİRER



TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ

**TÜBA-KANSER TEDAVİSİNDE
PAYDAŞLAR ARASI KOORDİNASYONDA YAŞANAN
PROBLEMLER SEMPOZYUMU RAPORU**

19 ARALIK 2014

TÜBA - KANSER ÇALIŞMA GRUBU

Yürütücü

Prof. Dr. Taner DEMİRER

Çalışma Grubu Üyeleri

Prof. Dr. Yusuf BARAN

Prof. Dr. Celaletdin CAMCI

Prof. Dr. Nur OLGUN

Prof. Dr. Tayfun ÖZÇELİK

Prof. Dr. Ahmet ÖZET

Prof. Dr. Serdar ÖZKÖK

Prof. Dr. Mustafa SOLAK

Prof. Dr. Bülent ZÜLFİKAR

Doç. Dr. Murat GÜLTEKİN

Sunuş • Prof. Dr. İrfan ŞENCAN / T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı <i>Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı</i>	4
Sunuş • Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR / TÜBA Başkanı	5
Önsöz • Prof. Dr. Taner DEMİRELER / TÜBA Asli Üyesi (TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Yürütücüsü) ...	6
Davetli / Katılımcı Listesi	8
 OTURUM-I	
<i>Koordinasyonda Hekimlerin Yaşadığı Problemler</i>	
Erişkin Kanser Hekimlerinin Yaşadığı Problemler	19
Çocuk Kanser Hekimlerinin Yaşadığı Problemler	25
Oturum-I Tartışma Bölümü	29
 OTURUM-II	
<i>Koordinasyonda Hastaların Yaşadığı Problemler</i>	
Hekim Gözüyle Hastaların Yaşadığı Problemler	35
Hasta Gözüyle; Kanser Hastalığı Karşısında Mevcut Durum	39
Oturum-II Tartışma Bölümü	44
 OTURUM-III	
İlaç Ruhsatlandırılmasında Yaşanan Problemler	51
Farmasötik Sektör Gözüyle Koordinasyonda Yaşanan Problemler	55
Oturum-III Tartışma Bölümü	59
 OTURUM-IV	
<i>Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Koordinasyonda Yaşadığı Problemler</i>	
Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemlerde SGK'nın Çalışmaları Hakkında	65
Oturum-IV Tartışma Bölümü	66
 OTURUM-V	
<i>Sağlık Bakanlığı'nın Koordinasyonda Yaşadığı Problemler</i>	
Kanser Tedavisinde Sağlık Bakanlığı'nın Koordinasyonda Yaşadığı Problemler	77
Oturum-V Tartışma Bölümü	79
 OTURUM-VI	
<i>Kanser Kayıtlarının Dünü, Bugünü, Yarını</i>	
Türkiye'de Kanser Kayıtlılığı	85
Oturum-VI Tartışma Bölümü	88
ÖZET	92



Kanser, dünyada sebebi bilinen ölümler sıralamasında birinci, ülkemizde ise kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi olması açısından önemli bir toplum sağlığı problemidir. Bu nedenle Birleşmiş Milletler 2011 yılında, çağımızın hastalığı olarak nitelendirilen ve küresel bir sorun olan kanser ile mücadelede, ulusal kanser kontrol programlarını hazırlamaları ve uygulamaya geçmeleri hususunda ülkelere çağrıda bulunmuştur. Türkiye 2008 yılında ilk kez yayınladığı programını 2013 yılında yenileyerek, ulusal kanser kontrol programını oluşturan dünyadaki 25 ülkeden birisi olmuştur. 2013-2018 yılları için revize edilen yeni kanser kontrol programımız Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC), Uluslararası Kanser Önleme Örgütü (IPRI) ve ABD Kanser Enstitüsü tarafınca en başarılı programlar arasında gösterilmiş ve uluslararası kanser kontrol kitaplarında yer verilmiştir.

Ulusal Kanser Kontrol Programı'mız çerçevesinde;

Aktif kanser kayıtçılığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde sadece iki ilimizde yürütülmekte iken, son yıllarda yapılan çalışmalar ile 81 ilimizde aktif kanser kayıtçılığı başlatılmıştır.

Bakanlık olarak **kanseri önleme** çalışmalarımız arasında tütün ve obezite ile mücadelemiz çok başarılı sonuçlar ile hızla devam etmektedir. Bu programlara ek olarak kanser özelinde Türkiye Radon Haritalandırma ve Eylem Planı, Türkiye Asbest Kontrolü Stratejik Eylem Planı, Elektromanyetik Alanların Sağlık Etkilerinin İzlenmesi gibi çok yeni programları da başlatılmıştır.

Kanser tarama programlarımızla, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde (KETEM) ve aile hekimlerimiz tarafınca "Erken teşhis hayat kurtarır!" prensibiyle meme, kolorektal ve serviks kanserlerine karşı tarama hizmetleri ücretsiz olarak verilmektedir.

Kanser tedavisi olan vatandaşlarımızın ağır kontrolünde kullanılan morfinlere ulaşabilmeleri için yerli morfin tabletler üretilmiş ve piyasaya sürülmüştür. Benzer şekilde ilk defa ulusal ilaç firmalarımızca yerli kemoterapiler üretilmeye başlanmıştır. Robotik kemoterapi hazırlama ünitelerimizi ve radyoterapi merkezlerimizi 2023 planlamamıza göre yaygınlaştırmaya devam etmekteyiz. Sağlıkta dönüşüm öncesi 2004 yılında 19 olan kemik iliği nakil merkezi sayımız 2013 sonu itibarıyla 60'ın üzerine çıkmıştır. Ülkemizde uluslararası standartlara göre uygulanan tedavilere her bir vatandaşımız kolayca ve ücret ödemedi ulaşabilmektedir.

Ulusal Kanser Kontrol Programımızın eksiksiz işleyebilmesi, kanserle mücadelede yönetim şeması içindeki Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, **İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu**, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ortaklaşa çalışmaları ile mümkündür. Kanser kontrolünde ve tedavisinde ilerlemeler kaydetmemize rağmen bazen bu birimler arasında koordinasyon sıkıntıları görülebilmektedir. Bu çalıştay ile bu sorunların çözüleceğini umuyor ve bu nedenle çalıştay sonrası hazırlanacak raporu önemsiyoruz. Emeği geçen ve katkısı bulunan tüm değerli bilim adamlarımıza teşekkür eder, tüm milletimiz için hayırlı olmasını temenni ederim.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanı



TÜBA; ülkemizin ulusal akademisi olarak, bilimsel başarı ve liyakati ödüllendirme ve teşvik etme yanında, ülkemiz ve insanlık açısından “önemli ve öncelikli” konularda, kamuoyu ve yönetimine strateji ve politika düzeyinde bilim temelli danışmanlık işlevini de yerine getirmektedir. Ölüm nedenleri arasında Türkiye’de ve dünyada ilk sıralarda yer alan “kanser sorunu”na ilişkin olarak “TÜBA Kanser Çalışma Grubu”, öteden beri çeşitli faaliyetler gerçekleştirmektedir. Bu faaliyetlerden biri de 19 Aralık 2014’te Ankara’da gerçekleştirilen “TÜBA-Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemler Çalıştayı”dır. Son iki yılda Kök Hücre ve Kanser konusunda yapılan benzer toplantılarda olduğu gibi bu Çalıştay’da da konu, çeşitli yönleriyle ve ilgili tüm paydaş temsilcilerin katılımıyla ele alınmıştır.

Bilindiği gibi, kanser kayıt, önleme, tarama ve tedavisi konusunda, Türkiye’de son yıllarda sağlanan ciddi ilerlemeler sağlanmıştır. Buna karşılık, kanser özellikle de kanser tedavisi- konusunda ilgili kuruluşlar ve paydaşlar arası koordinasyon yetersizliğinin önemli bir sorun olduğu da bir gerçektir. Çok aktörlü hizmet/sağlık yönetiminde paydaşlar arası uyum ve ahengi ifade eden “koordinasyon”un geliş-

tirilmesi için etkili iletişim ve ilişkiler bu bağlamda çalıştay vb. bilimsel toplantılar önemli bir role sahiptir. Bu değerlendirmelere dayalı olarak düzenlenen Çalıştay, Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu (YÖK), TÜBA, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), üniversiteler, kamu ve özel kesim hastaneleri, meslek ve sivil toplum örgütleri, ilaç şirketleri gibi ilgili paydaş temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. İlgili konulara ilişkin oldukça verimli geçen sunum ve tartışmaları içeren altı (6) oturumda “kanser tedavisinde eşgüdüm” sorunu çeşitli yönleriyle irdelenmiş ve çözüm önerileri ortaya koyulmuştur. Diğer benzer etkinliklerimizde olduğu gibi bu Çalıştayda da, kayıt altına alınan sunum ve tartışmalar, TÜBA-Kanser Çalışma Grubu’nun titiz çalışmaları sonunda raporlaştırılmıştır.

TÜBA-Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemler Çalıştayı Raporu, konuya ilişkin tespit ve değerlendirmeler ile strateji ve politika önerilerini içermektedir. Kanser kayıt, önleme, tarama ve tedavisinde önemli başarıların ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) gibi yeni yapılanmaların oluşturulduğu bir süreçte, raporda yer alan ve paydaşların etkin katılımıyla ortaya çıkan tespit, değerlendirme ve önerilerin, özellikle “tedaviye ilişkin koordinasyon sorunları”nın çözümüne ilişkin karar ve faaliyetlere önemli katkılar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

İlgili paydaşların katılımı ve yoğun bir çalışma süreci sonucunda hazırlanan TÜBA-Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemler Sempozyumu ve Raporu’na katkı, destek ve katılımları için Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı Prof. Dr. İrfan Şencan’a, YÖK ve TÜBA Üyesi Prof. Dr. Mehmet Emin Yılmaz’a, Rapor’un editörlüğünü de yapan TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Yürütücüsü Prof. Dr. Taner Demirel’e, Grup ve Akademi üyelerimiz ile tüm moderator, panelistler de dahil olmak üzere emeği geçen, katılım ve katkı sağlayan herkese teşekkürlerimi sunuyorum. Rapor’un tüm paydaşlarımız, bilim ve sağlık camiamızın çalışmaları ile halkımızın sağlığı için faydalı olmasını diliyorum.

Prof. Dr. Ahmet Cevat ACAR
TÜBA Başkanı



19 Aralık 2014'te TÜBA-Kanser Çalışma Grubu tarafından Ankara Hilton Otel'de gerçekleştirilen TÜBA-Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemler konulu sempozyumumuzu başarı ile gerçekleştirerek rapor haline getirdik. Kanser hastalarımıza kaliteli ve standardı yüksek bir hizmet sunumu için paydaşlar arasındaki koordinasyon büyük önem arz etmektedir. Bilindiği üzere sağlık sisteminin işleyiş ve uygulaması ile ilgili bu zamana kadar dünya da mükemmeli yakalamış hiçbir ülke yoktur. Her ülkenin sağlık ve uygulamaları ile ilgili problemleri vardır. Temel amaç mümkün olduğunca sağlık hizmet ve uygulamalarında kalitenin artırılması olmalıdır. Bu sempozyumun en önemli amacı kanserlerin tedavisinde hizmet sunumunda kalitenin daha da artırılabilmesi için aksaklıkların belirlenmesi ve hızlı bir şekilde bunların üzerine gidilmesidir.

Türkiye'de kanser sıklığı dünya ve dünyanın gelişmekte olan ülkeleriyle benzerlikler göstermektedir. Türkiye'de yaşa göre standardize edilmiş kanser hızı erkeklerde 269,7 kadınlarda ise

173,3'tür (100 bin kişide) ve ülkemizde her yıl yaklaşık 98 bin erkek ve 63 bin kadın kansere yakalanmaktadır. GLOBOCAN verilerine göre Dünyada ortalama yılda toplam 14 milyon yeni kanser vakası gelişmekte ve yaklaşık 8 milyon kansere bağlı ölüm olmaktadır. Kanser hem ülkemizde hem de dünyada en önemli ölüm sebebi olmaya devam etmektedir.

TÜBA bünyesinde kanser konusunda yoğun bir çalışma içerisinde olan 2 önemli çalışma grubumuz mevcut olup bunlar: Kanser Çalışma Grubu ile Kök Hücre Çalışma Grubu'dur. 27-28 Aralık 2013'te yapılan TÜBA-Ulusal Kök Hücre Politikaları ile 27-28 Haziran 2014 de yapılan TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayları'nın raporları yayınlanarak ilgili paydaş kurum ve kuruluşlara gönderildi. Yine TÜBA Kanser Çalışma Grubu ile Gıda ve Beslenme Çalışma Grubu'nun ortaklaşa düzenlediği "TÜBA-Gıda Beslenme ve Kanser Önlenmesi Sempozyumu" da 22-24 Mayıs 2015 tarihlerinde Elazığ'da başarı ile gerçekleştirilmiş olup raporu hazırlık aşamasındadır.

TÜBA-Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyon sempozyumumuzda mümkün olduğunca konu ile ilgili tüm paydaşların temsilinin sağlanması hedeflenmiş olup TÜBA-Kanser Çalışma Grubu, Kök Hücre Çalışma Grubu, Sağlık Bakanlığımız, Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı, YÖK, AİFD, üniversite öğretim üyeleri, TTOD, TPOD, TROD üyeleri, farmasötik endüstri ve hasta dernekleri ile iş birliği içerisinde gerçekleştirilmiştir.

Sempozyumumuzda üzerine odaklandığımız başlıca konular: Koordinasyonda hekimlerin yaşadığı problemler, hastaların yaşadığı problemler, ilaç ruhsatlandırılmasında yaşanan problemler, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun koordinasyonda yaşadığı problemler, Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonda yaşadığı problemler, kanser kayıtlarının tutulması ile ilgili problemler, yeni kanser ilaçlarına ulaşım da güçlükler, ilaç ruhsatlandırılmasında yaşanan bürokratik engeller ve sürecin çok zaman alması ile öksüz hastalıklar ve öksüz ilaçlar komisyonunun henüz aktif çalışmıyor olmasıdır.

Her geçen gün sayıları hızla artan, pahalı, etkileri sınırlı ve az olan monoklonal antikor ve benzeri ilaçların ülkemize getirdiği maaliyet yükü ile hekimlerimize getirdiği bürokratik yük ve bu tür ilaçların rehabilite edilmesi ile alternatif tıp veya tamamlayıcı tıp ile ilgili bitkisel ürünlerin hasta ve hekimlere yaşattığı problemler de ele aldığımız önemli konular arasında yer almıştır.

Ülkemizde kanser konusunda duyarlılığın daha fazla artırılması, kanser tanı ve tedavilerinde standardizasyonun optimal düzeye çıkarılması, ülkemizde bu konuda hizmet sunan tanı ve tedavi merkezlerinde hizmet sunum kalitesinin daha da artırılması hem Sağlık Bakanlığımız'ın hem de ilgili paydaşlarımızın temel hedefleri arasında yer almakta ve almaya da devam etmektedir. Bu hedeflere ulaşmamızda Sağlık Bakanlığı (Kanser Savaş Daire Başkanlığı), TÜBA, TÜBİTAK,

YÖK, üniversiteler, devlet hastaneleri, Türk Eczacılar Birliği, (TEB) Sivil Toplum Kuruluşları (STK) gibi paydaşlar arasında harmoninin optimize edilmesi çok önem arz etmekte olup bu sempozyumunda en önemli hedefini teşkil etmiştir.

Sempozyumumuzda özellikle Amerikan Kanser Enstitüsü'nde (National Cancer Institute-NCI) nde düzenlenen sempozyumlarda olduğu gibi kısa sunumları takiben soru-cevap ve katkılar ile katılımcıların aktif katılımı sağlanmış ve bunlar kayıta alınarak Raporumuz'da yer almıştır. Bu yönü ile hem konuşmacılarımızın hem de katılımcıların aktif rol aldığı interaktif bir sempozyum gerçekleştirilmiş olup bu yönü ile de ülkemiz de ilkler arasında yer almıştır. Hazırladığımız bu Rapor konu ile ilgili tüm kamu kurum ve kuruluşlarına ve tüm katılımcılarımıza gönderilmiştir.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Taner DEMİRER

TÜBA Asli Üyesi

Avrupa Bilimler Akademisi Asli Üyesi

TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Yürütücüsü

DAVETLİ/KATILIMCI LİSTESİ*

Prof. Dr. Hakan AKBULUT TÜBA Asosye Üyesi Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı	Doç. Dr. Yasemin BASKIN Dokuz Eylül Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü Temel Onkoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Hikmet AKGÜL Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı	Prof. Dr. Meral BEKSAÇ TÜBA Asli Üyesi Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Hematoloji BD
Prof. Dr. Müge AKMANSU Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı	Prof. Dr. Mustafa BENEKLİ Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Alaattin AKTAŞ TÜBA Asosye Üyesi Uşak Üniversitesi Rektör Yardımcısı	Prof. Dr. Afif BERDELİ Ege Üniversitesi Moleküler Tıp Laboratuvarı Yöneticisi
Prof. Dr. Serap AKYÜREK Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı	Prof. Dr. Murat BEYZADEOĞLU Gülhane Askeri Tıp Akademisi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Bülent ALIÇ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı	Prof. Dr. Asuman BOZKIR Ankara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Eczacılık Teknolojileri Bölümü Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı
Doç. Dr. Necati ALKIŞ Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümü	Uz. Dr. Güledal BOZTAŞ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı
Dr. Sıla APPAK Vascular Oncology and Metastasis German Cancer Research Center (DKFZ)	Prof. Dr. Cem BÖRÜBAN Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Bilim Dalı
Prof. Dr. Ali ARICAN Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı	Prof. Dr. Harun CANSIZ YÖK Üyesi İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi KBB ABD
Prof. Dr. Fikret ARPACI Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı	Prof. Dr. Seçkin ÇAĞIRGAN İzmir Medicalpark Hastanesi, Hematoloji Klinik Başkanı Kemik İliği Nakli Merkezi Sorumlusu
Doç. Dr. Adem ASLAN TÜBA Asosye Üyesi Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkanı	Doç. Dr. Betül ÇAKIR Bezmialem Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı
Prof. Dr. Ferit AVCU Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hematoloji Bilim Dalı	Prof. Dr. Sema ÇALIŞ Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Meltem AYLI Ufuk Üniversitesi, Dr. Rıdvan Ege Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Hematoloji BD Başkanı	Prof. Dr. Yılmaz ÇAPAN Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Erden BANOĞLU TÜBA Üyesi Gazi Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Farmasötik Kimya Anabilim Dalı	Prof. Dr. Ali ÇAYKÖYLÜ Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Onkoloji Hastaneleri Psikiyatri Kliniği Eğitim ve İdari Sorumlusu
Prof. Dr. Yusuf BARAN Kanser Çalışma Grubu Üyesi İzmir Yüksek Teknoloji Enstitüsü, Fen Fakültesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	

*Davetli/Katılımcı Listesi, soyisim sırasına göre alfabetik sıralanmıştır.

Doç. Dr. Refik Emre ÇEÇEN Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD Başkanı	Ahmet HASALIGİL Celgene Medikal Direktör
Prof. Dr. Mustafa ÇETİN Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Erişkin Hematoloji Bilim Dalı	Eda GÖKAY ROCHE STK İlişkileri Müdürü
Ecz. Erdoğan ÇOLAK Türk Eczacılar Birliği Başkanı	Prof. Dr. Davut GÜL Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Yüksek Bilim Konseyi
Doç. Dr. Faysal DANE Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı	Prof. Dr. Bilal GÜMÜŞ Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
İsmet DEDE T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı	Prof. Dr. Hasan Veyisi GÜNEŞ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı
Ecz. Ayşe DEĞERTEKİN Janssen & Janssen Ruhsat Birimi Müdürü	Uz. Dr. Ezgi HACIKAMİLOĞLU T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Tuncay DELİBAŞI TÜBA Asosye Üyesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği	Prof. Dr. Kadir Mutlu HAYRAN TÜBA Asosye Üyesi Hacettepe Üniversitesi, Kanser Enstitüsü Preventif Onkoloji Anabilim Dalı
Ünal DEMİR Eczacıbaşı İlaç Pazarlama Pazarlama Müdürü	Prof. Dr. Cüneyt HOŞÇOŞKUN Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK TÜBA Asli Üyesi İstanbul Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı	Prof. Dr. Abdurrahman IŞIKDOĞAN Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
Doç. Dr. Ahmet DİRİER Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı	Prof. Dr. Mahmut İLHAN Avrasya Hospital Medikal Onkoloji Bölümü
Prof. Dr. Hülya ELLİDOKUZ Dokuz Eylül Üniversitesi, Onkoloji Enstitüsü Preventif Onkoloji Anabilim Dalı Başkanı	Prof. Dr. Savaş KANSOY Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ABD Başkanı Pediatrik KİT Ünite Sorumlusu
Prof. Dr. Sevim ERCAN TÜBA Asli Üyesi Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi	Doç. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı
Prof. Dr. Doğan ERDOĞAN TÜBA Asosye Üyesi Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı	Prof. Dr. Demet KARNAK Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
Dr. Gökhan ERGÜN Janssen Kurumsal İlişkiler Müdürü	Nazmi Yalçın KAYA Bristol-Myers Squibb İlaçları Pazar Erişim Departmanı
Prof. Dr. Çetin EROL YÖK Üyesi Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı	Doç. Dr. Semra ULUSOY KAYMAK Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği Eğitim Görevlisi

Uzm. Ecz. Harun KIZILAY Türk Eczacılar Birliği Genel Sekreteri	Yrd. Doç. Dr. Ali Aykan ÖZGÜVEN Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı
Uzm. Dr. Başak KOÇ İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı	Levent ÖZTEKİN Sanofi-Aventis İlaçları Satış ve Pazarlama Müdürü
Prof. Dr. İlknur KOZANOĞLU Başkent Üniversitesi, Adana Kemik İliği Nakli Merkezi Hücre İşleme Ünitesi	Doç. Dr. Mustafa ÖZTÜRK Gülhane Askeri Tıp Akademisi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
Prof. Dr. Şeref KÖMÜRCÜ Memorial Ankara Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümü	Prof. Dr. Mehmet ÖZTÜRK TÜBA Asli Üyesi Dokuz Eylül Üniversitesi İleri Biyomedikal Araştırma Merkezi Müdürü
Doç. Dr. Meltem Yüksel KURT Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı	Prof. Dr. Gülyüz ÖZTÜRK Acıbadem Üniversitesi, Atakent Hastanesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Kliniği ve Kemik İliği Nakli Ünitesi Sorumlusu
Prof. Dr. Nuriye Özlem KÜÇÜK Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı	Uz. Dr. Cansu ÖZTÜRK T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Ercüment OVALI Acıbadem Labcell Hücre Laboratuvarı ve Kordon Kanı Bankası Müdürü	Prof. Dr. Özgür ÖZYILKAN Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı
Dr. Deniz ÖNER Kanserle Dans Derneği Başkanı	Prof. Dr. Serpil Dizbay SAK Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı
Prof. Dr. Necati ÖRMECİ TÜBA Asli Üyesi Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı	Doç. Dr. Neriman SARI Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Eğitim Görevlisi
Prof. Dr. Tayfun ÖZÇELİK TÜBA Asli Üyesi, Kanser Çalışma Grubu Üyesi İhsan Doğramacı Bilkent Üniversitesi Fen Fakültesi Dekanı	Prof. Dr. Gülsan SUCAK Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Erişkin Hematoloji Bilim Dalı
Doç. Dr. Gülnihal ÖZDEMİR İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı	Prof. Dr. Fikrettin ŞAHİN TÜBA Asli Üyesi Yeditepe Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fak. Genetik ve Biyomühendislik Bölümü Başkanı
Prof. Dr. Evren ÖZDEMİR Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi Başhekimi	Doç. Dr. Orhan ŞENCAN Fatih Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Kürşat ÖZDİLLİ Medipol Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Genetik Bölümü	Doç. Dr. Filiz ÇAY ŞENLER Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
Prof. Dr. Gülsüm ÖZET Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Prof. Dr. Atilla TANYELİ İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Gaziosmanpaşa Hastanesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Kliniği

Prof. Dr. Coşkun TECİMER Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi Hematoloji Bölümü	Ecz. Arman ÜNEY Türk Eczacılar Birliği İkinci Başkanı
Prof. Dr. Murat TEKALP TÜBA Asli Üyesi Koç Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi Elektrik-Elektronik Mühendisliği Bölümü	Prof. Dr. Bülent YALÇIN Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği İdari ve Eğitim Sorumlusu
Doç. Dr. Pervin TOPÇUOĞLU Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı	Prof. Dr. Şuayip YALÇIN Hacettepe Üniversitesi, Kanser Enstitüsü Medikal Onkoloji Bilim Dalı
Doç. Dr. Selami Koçak TOPRAK Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı	Dr. Levent YANIK ROCHE Pazara Erişim ve Kamu İlişkileri Direktörü
Prof. Dr. Murat TUNCER Hacettepe Üniversitesi Rektörü	Prof. Dr. Mustafa YAYLACI Bayındır Hastanesi, Onkoloji Bölümü
Prof. Dr. Bahattin TUNÇ Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi	Prof. Dr. Akif YEŞİLİPEK Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Hematoloji Bilim Dalı
Dr. Semra Hatice TURAN T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı	Prof. Dr. Alpagan Mustafa YILDIRIM Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi Başhekim
Prof. Dr. Saffet TÜZGEN TÜBA Üyesi Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Rektörü	Doç. Dr. Handan YILDIZ Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı
Prof. Dr. İsmail Hakkı ULUS TÜBA Şeref Üyesi Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı	Prof. Dr. Mehmet Emin YILMAZ TÜBA Asli Üyesi YÖK Üyesi Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı
Doç. Dr. Doğan UNCU Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği	Prof. Dr. Uğur YILMAZ İzmir Medicalpark Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümü
Uz. Dr. Ezgi ŞİMŞEK UTKU T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı	Prof. Dr. Osman YÜKSEL TÜBA Asosye Üyesi Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ali ÜNAL Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi	Zeynep YÜZGENÇ Novartis Key Account Manager
Prof. Dr. Emel ÜNAL Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı Türk Pediatrik Onkoloji Grubu Derneği Bilim Kurulu Başkanı	









OTURUM - I

KOORDİNASYONDA HEKİMLERİN YAŞADIĞI PROBLEMLER

Oturum Başkanı:

Prof. Dr. Mustafa SOLAK
TÜBA Asli Üyesi
TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Üyesi
Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörü

Erişkin Kanser Hekimlerinin Yaşadığı Problemler



PAYDAŞLAR

Sağlık Bakanlığı

- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK)
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK)
 - Kanser Dairesi Başkanlığı
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK)

Sosyal Güvenlik Kurumu

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

- Sağlık Bakanlığı
- Üniversiteler

Uzmanlık Dernekleri (Tıbbi Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Pediatrik Onkoloji)

İlaç Endüstrisi

Başlıklar;

1- Tıbbi Onkoloji Yan Dal Uzmanlık Eğitimi

Yan dal uzmanlık kadrolarının belirlenmesi ve dağıtımında karşılaşılan sorunlar:

- a. Kadroların yıllar içinde düzensiz dağılımı
- b. Kadro dağılımında hastaneler arasında farklılıklar olması (Bu nedenle hizmetin sürdürülmesi ve eğitim aksamaktadır.)

- c. Gelişmiş üniversite hastanelerinde yeterli yan dal eğitim kadrosu verilememesi.
- d. Yan dal eğitimi sırasında eğitimin aksatılarak hizmetin sürdürülmesine ağırlık verilmesi.
- e. Bazı eğitim hastanelerinde belli hasta gruplarının yeterince görülememesi.
- f. Yeterli eğitimci sayısı olan merkezlere açılan yan dal kadrolarının az, yetersiz eğitimci sayısı olan merkezlere açılan yan dal kadrolarının ise fazla olması (Bu durum yan dal asistanlarının hizmet kadrosu olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır.)

Yan dal eğitimi ile ilgili çözüm önerileri:

- a. Yan dal asistan dağılımı eğitici sayısı dikkate alınarak bir program dahilinde yapılmalı
- b. Kurumlar arası ücret farklılıkları giderilmeli
- c. Bakanlık İhtisas Kurulu, Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ve Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (TTOD) Yeterlilik Kurulu'nun bir araya gelerek yan dal eğitimi konusunda görüşlerin paylaşılması
- d. Yan dal asistan eğitim süresince eğitime daha çok vakit ayrılmasının sağlanması için hizmete yönelik uzman kadrosu ve destek grupların oluşturulması (eğitim hemşiresi, psikolog, iç hastalıkları uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, eczacı) için istihdam sağlanması.
- e. Sağlık Bakanlığı'nın 2023'te öngördüğü Tıbbi Onkoloji uzman sayısı 1225'tir. Halen 120 profesör, 89 doçent, 170 uzman olmak üzere toplam 379 Tıbbi Onkoloji uzmanı ve 115 uzmanlık öğrencisi bulunmaktadır.
- f. 2023'e kadar 700 tıbbi onkoloji uzmanının daha yetiştirilmesi gerekmektedir. Yan dal eğitimi 3 yıl olduğundan, 2020 yılına kadar 5 yıl içinde toplam alınması gereken yan dal asistanı sayısı yine 700'dür. 2020 yılına kadar toplam 700 uzman daha yetiştirmek için her yıl $700/5 = 140$ yan dal asistanı alınması gereklidir.
- g. 2023'e kadar 700 yan dalcı alındıktan sonraki süreçte emekli olacak öğretim üyesi sayısı çok az olacağından yılda 80-100 onkoloji yan dal asistanı hedeflenebilir.

2- Mecburi Hizmette Karşılaşılan Sorunlar

Tıbbi onkoloji yan dal uzmanlarının mecburi hizmet ile ilgili sorunları:

- a. Alt yapısı tıbbi onkoloji hizmeti vermek için yeterli olmayan hastanelere uzman görevlendirilmesi.

- b. Alt yapısı tıbbi onkoloji hizmeti vermek için yeterli olan hastanelere uzman görevlendirilmemesi.
- c. Tıbbi onkoloji uzmanlarına yardımcı destek hizmeti verecek kadroların eksikliği.
- d. Bazı merkezlerde tıbbi onkologların iş yükünün çok fazla olması.
- e. Hem iç hastalıkları uzmanlık, hem de yan dal uzmanlıkta mecburi hizmet yapmak zorunda kalmaları.
- f. Mecburi hizmette eş durumunun dikkate alınmaması.
- g. Tıbbi Onkoloji Uzmanları görevlendirildikleri hastanelerde yaşadıkları sorunları çözmek konusunda zorluk yaşamaları
- h. Tıbbi Onkoloji uzmanlarının tek başlarına kanser hastalarının ve yakınlarının psikolojik yükünü kaldırmalarının istenmesi.
- i. Mecburi hizmeti biten meslektaşlarımızın özel sektörde kısıtlanan hatta yasaklanmaya çalışılan yan dal kadroları nedeniyle tekrar ailelerinin bulunduğu şehirlere dönememesi.

Mecburi hizmet çözüm önerileri:

- a. Tıbbi Onkoloji Uzmanlarının nüfusa orantılı ve dengeli bir şekilde ülkemizde dağılımının yapılması ve verimli çalışabilecekleri, bölgesel alt yapısı yeterli kanser merkezlerinde çalışmalarının sağlanması uygun olacaktır.
- b. Tıbbi Onkoloji Uzmanlarının iş yükünün azaltılması ve daha verimli çalışabilmeleri için onkoloji konusunda uzmanlaşmış eğitim ve tedavi hemşirelerine ihtiyaç vardır. Uzmanlık dernekleri ile iş birliği yapılarak kurslar düzenlenebilir ve kısa sürede uzmanlaşmış hemşirelerin yetişmesini sağlanabilir.
- c. Mecburi Hizmet İç Hastalıkları Uzmanı olarak veya Tıbbi Onkoloji Uzmanı olarak bir kez yapılmalıdır. Tıbbi Onkoloji Uzmanı olarak mecburi hizmete gitmeyenlere İç Hastalıkları Uzmanı olarak çalışma hakkı verilmelidir. Mecburi hizmet esnasında eş durumu mutlaka dikkate alınmalıdır.
- d. Tıbbi Onkoloji Uzmanları ve diğer onkoloji ile ilgilenen branşlar arasındaki yetki karmaşası düzeltilmeli ve Tıbbi Onkoloji Uzmanı sorumluluğunda olması gereken tedavilerle ilgili baskı yapılmaması konusunda hastane yetkilileri uyarılmalıdır. Bakanlığımız hekim güvenliği ve haklarını sağlamaya yönelik gerekli önlemleri almalı ve meslektaşlarımıza istekli ve huzurlu çalışabilecekleri ortamı sağlamalıdır.
- e. Tıbbi Onkoloji Uzmanları birbirine yakın bölgelerde bir arada hizmet verecekleri kapsamlı onkoloji merkezlerinde toplanmalı, hastaların

buralara taşınabileceği koşullar sağlanmalı ve gerektiğinde ise destek tedavileri hastaların bulundukları yerlerdeki İç Hastalıkları Uzmanları aracılığı ile yapılmalıdır. Böylesine ölümcül sonuçları olan bir hastalığın tedavisinde tıbbi onkoloji uzmanları tedavinin sorumluluğunu tek başlarına üstlenmek zorunda kalacakları yerlere gönderilmemelidir.

3- Sağlık Bakanlığı Hastanede Çalışan Uzmanların Sorunları

- a. Kamu hastaneler birliklerinin kurulması nedeniyle bazı uzmanların makam ve mevkii gibi hak kaybına uğramaları.
- b. Aşırı hasta yükü olması, bununla baş edilmesinde karşılaşılan güçlükler.
- c. Tıbbi Onkoloji tedavi planlamaları, yan etki değerlendirmeleri ile ilgili SGK ücretlendirmelerinin olmaması.
- d. Kanser hastalarının destek bakımında iç hastalıkları uzmanlarının özendirilmemesi nedeniyle destek alınamaması.

4- Özel Hastanede Çalışan Hekimlerin Sorunları

- a. İş güvencesinin olmaması.
- b. Çalışma sürelerinin uzunluğu.
- c. Özel hastanelerde yeterli kadro olmamasından kaynaklanan sorunlar.
- d. Hasta yükünün fazlalığı ve devamlı hasta görmelerinin istenmesi
- e. Gelir getirici tetkik ve görüntüleme yöntemlerinin daha fazla kullanılması
- f. Yayın yaparken karşılaştıkları sorunlar
- g. Özel hastanelerde hekimlerin aldıkları ücretlerin emekliliğe yansımaması.

5- Serbest Çalışan Hekimlerin Sorunları

- a. Muayenehane açmak konusunda karşılaşılan sorunlar
- b. Muayenehanenin fiziki koşullarının sağlanmasında karşılaşılan sorunlar.
- c. Muayenehanede küçük işlemler ve kemoterapi uygulamalarında karşılaşılan sorunlar.
- d. Muayenehanelerin yeterli koşulları sağladığında SGK'ya açılması ile ilgili çalışma ve önerilerin yapılmaması.
- e. Muayenehanelerde hasta bilgilerinin paylaşılmasını içeren sistemin getireceği etik sorunlar

6- Tıbbi Onkologların Aferez Sorumluluğu

- a. Tıbbi onkologların aferez sorumluluğu, kemik iliği, periferik kök hücre transplantı, periferik yayma yapma ve inceleme haklarının verilmesi

ve bu hizmetlerin Tıbbi Onkologlar tarafından yapıldığında geri ödenmenin sağlanması

7- İlaç Araştırmaları İle İlgili Sorunlar

- İlaç araştırmaları yönetmeliği akademik bazlı çalışmalar için açıklık getirmemektedir. Bu nedenle ilaç firmalarının yapmış olduğu çalışmalar dışında ülkemiz yararına olabilecek çalışmalar yapılamamaktadır.
- Endikasyonu olan ilaçlar ve standart tedavi giderlerinin SGK tarafından karşılanmasının sağlanması.
- Özel hastanelerde çalışmakta olan Onkoloji Uzmanlarının klinik çalışmalarda yürütücü merkez olma yetkisi elinden alınmıştır. Bu özel hastane hekimlerinin çalışma yapmasını engellemekte ve akademik arenadan uzaklaştırmaktadır.

8- Onkolojik İlaç Tedavilerinin Diğer Branş Hekimlerine Kullanımıyla İlgili Sorunlar

- Kemoterapi uygulamalarının SGK ve diğer sigorta kuruluşlarınca sadece tıbbi onkolog, pediyatrik hemato- onkolog, hematoloji uzmanlarınca rapor edilip bunların sorumluluğunda uygulandığında geri ödemeye alınmasının sağlanması.
- Tıbbi onkolog dışı hekimlerin kemoterapi yazması: Tıbbi onkolog varsa diğer uzmanlıkların KT yazmamasının sağlanması.
- Antibiyotik ve tüm destek ilaçların tıbbi onkoloji uzmanlarınca yazılabilmesi.

9- Endikasyon Dışı İlaç ile İlgili Sorunlar

- Ankara dışından yapılan başvurular için hala ıslak imzalı metin istenmesi nedeniyle yaşanan sorunlar.
- Aynı tanı ve evre için kimi hastaya endikasyon verilmezken kimine de endikasyon verilmesi.
- 2013 yılında denemiş olan fakat yürütülemediği gerekçe gösterilerek iptal edilmiş olan internet üzerinden başvuru yapılması işleminin yeniden gözden geçirilerek uygulamaya konması.
- Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Başkan Yardımcılığı/İlaç Ruhsatlandırma Dairesince verilmekte olan ilaç ruhsat ve endikasyonları işlemlerinin hızlandırılması ve geri ödeme kurumunca ödeme süreçlerinin hızlandırılması ülke ekonomisine katkı açısından önem arz etmektedir. Her iki kurumun koordineli olarak çalışmasının temin edilmesi.
- Kanser tedavisinde yeni kullanıma sunulan ilaçlar ve tedavi yöntemlerine ulaşımın, hem sağlık profesyonellerinin tedavi imkanlarını artırmak hem de hastaların beklentilerini karşılamak üzere daha hızlı süreçlere kavuşturulması.

- İlaçların (hem yeni hem de ithali yapılmayan) ülkemizde üretiminin teşviki.

10- Tıbbi Onkoloji Hizmetlerinde Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) Geri Ödemeleri ile İlgili Sorunlar

- İnfüzyonel kemoterapi (bolus, 1 saatlik, 1-8 saatlik, 48 saatlik, devamlı infüzyon) uygulamalarının belirlenmiş fiyatları güncel değildir. Bu fiyatların güncellenmesi (Türk Tabipler Birliği'nin (TTB) listesinde göre) ve yeniden ayarlanması gerekmektedir. Uygulama süresine göre iş yükü arttığı için ilave ücretlendirme olmalıdır.
- Kanser hastaların kemoterapi harici yatışlarında takip ücreti maalesef yoktur. Bu yatışlar destek tedavisi uygulamalarını ya da palyatif tedavi bakımlarını kapsamaktadır.

Bu uygulamalar

- yatan hasta takip ücreti,
 - palyatif bakım ücreti ve
 - destek tedavisi uygulama ücreti 'başlıklarında belirlenmeli, ücretlendirilmeli ve performans puanı belirlenmelidir.
- İç hastalıkları uzmanlarının da kanser hastalarını üstlenmeleri için kanser hastalarının destek bakımı için ücretlendirme yapılmalıdır. Kurumlarda kanser hastasının destek tedavisinde iç hastalıkları uzmanlarına ihtiyaç vardır. Bu hastaların bakımları zor olduğu için genellikle üstlenilmemekte ve onkoloji merkezlerine yönlendirilmektedir. İç hastalıkları hekimlerine kanser hastasına destek tedavisi sağladığında daha fazla geri ödeme verilmesi bu sorunu azaltabilir.

SUT Geri Ödeme

- Kemoterapi gören hastaya aynı gün yapılan diğer ilaç infüzyonları, intramusküler enjeksiyonlar, subkutan enjeksiyonlar ve damar yolu açılması vb. hizmetlerin karşılığı ödenmemektedir. Yatan hasta fatura işlemlerinde hasta birinci gün kemoterapi alıp diğer günler sadece takip amaçlı olarak 5 gün daha yatırıldı ise 2. gün yapılan damar yolu açılması, enjeksiyon, subkutan enjeksiyon, intravenöz ilaç infüzyonlarının tutarı da alınamamaktadır.
- Tıbbi Onkologlar tarafından yapılan periferik yayma ve kemik iliği değerlendirmeleri için ödeme yapılmalıdır. Mevcut durumda sadece Hematologlarca yapıldığında geri ödeme yapılmaktadır. Bu işlemler Tıbbi Onkologlar tarafından yapıldığında performans puanlamasından yararlanılmalıdır.
- Patolojik incelemelerde moleküler tetkikler gün geçtikçe daha da artan oranlarda kullanılmaya başlamıştır. Bunlarda uygulanan yöntemler (FISH, CISH vb) değil, her biri isimleri ile ücretlendirilmeli, ücretlendirmeler güncellenmeli ve spesifik kod-

ları olmalıdır. Her bir testte kullanılan prob sayıları ve bu problemlerin fiyatları farklıdır. Örneğin Her2/neu reseptör tayini için hasta başına maliyet ile, SGK tarafından yapılan geri ödeme tutarı, EGFR ve K-RAS vb mutasyon tayinleri için hasta başına maliyet ile geri ödeme tutarları arasında çok ciddi farklar vardır. Geri ödeme yapılan tutar ile gerçek maliyet arasındaki bu farklar nedeniyle, bu testleri yapabilen eğitim araştırma ve üniversite hastanelerinde bu işlemler zararına yapılmakta, özel ve vakıf üniversitesi hastanelerinde hastaya ilave fark ücreti yansıtılmaktadır. Bu testlerin uygun bir şekilde ücretlendirilmesi hastalar ve ülkemiz lehine olup pahalı olan bu tedavilerin uygun hastaya verilmesi açısından önemlidir ve gereklidir.

KEMOTERAPİ HAZIRLAMA ÜNİTELERİ



Robotik Sistem



Yarı robotik (compounder) Sistem



Elle hazırlama (manuel) Sistemi

MEVZUAT

1- Sitotoksik ilaçların hazırlanması, depolanması,

taşınması, hastaya verilmesi, atıkların bertaraf edilmesi sırasında hastalar ve sağlık çalışanları bu ilaçların zararlı etkilerine maruz kaldıkları için önemli sağlık sorunları oluşabilir. Sağlık Bakanlığı 2005'te bu konu ile ilgili olarak bir genelge yayınlamış ve ardından da İş Kanunu kapsamında zorunlu güvenlik önlemleri içerisine alınmıştır. Bunun sonucu olarak günlük 7 ve daha fazla uygulama yapan hastanelerde "Antineoplastik İlaç hazırlama Merkezi" kurulmasını zorunlu kılınmıştır. Kanserojen ve Mutajen Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik 6/8/2013 tarihli ve 6331 sayılı İş Kanunu kapsamında yer almaktadır.

2- Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Türkiye'de Özellikle Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri 2011-2023'e göre kurumlarda kemoterapi ilaçlarının güvenli bir şekilde isteminin yapılması, hazırlanması ve uygulanmasında çalışan bireyleri korumak amacıyla tam otomatik sistem merkezi ilaç hazırlama ünitesi (Sınıf III), yarı-otomatik sistem merkezi ilaç hazırlama ünitesi (Sınıf III) ve kapalı sistem ilaç hazırlama aparatları kullanan (Sınıf II B) güvenli kabin kemoterapi ilaç hazırlama üniteleri önerilmektedir.

ROBOTİK VE YARI OTOMATİK SİSTEMLER

- Robotik sistemin TANIMI? Halen kullanılmakta olan mekanik kol şeklindeki sistemler mi robottur, yada bilgisayar kontrollü ilaç hazırlamaya yarayan sistemler mi?
- Ülkemizde tıbbi onkoloji hizmeti veren 110 tıbbi onkoloji kliniği mevcuttur. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'nun (TKHK) hazırladığı rapora göre, TKHK'na bağlı hastanelerde kullanılan kemoterapi hazırlama yöntemlerinin %56'sını "manuel hazırlama", %17'sini yarı otomatik ve %27'sini tam otomatik sistemler oluşturmaktadır.
- Otomatik ve yarı otomatik sistemlerin yatırım maliyeti çok yüksektir (gerek temiz oda gerekse cihaz maliyeti).
- Otomatik sistemler beklenenin aksine işgücü tasarrufu sağlamaz,

	Robotik Sistem	Yarı Otomatik Sistem
150 hastalık bir ünite için gerekli temiz oda	100 m ²	20 m ²
150 hastalık bir ünite için gerekli personel	12 – 14 personel	3 – 4 personel
Hazırlama doğruluğu	% 98-99	% 96-98
1 flakon hazırlama süresi	4,30 dk – 5,30 dk	1,00 dk – 1,30 dk

- sistem avantajları,
- steril ürün hazırlar,
- hassasstartım ile dolun yaptığı için sahte ilaçların ortaya çıkarılmasını sağlar,
- toksik atıkları ortamdaki güvenli şekilde uzaklaştırır,
- barkod okuyucu sayesinde hatalı ilaç ve doz olasılığını azaltarak hasta güvenliği sağlar,
- personelin toksik ajanlara maruz kalma ve yaralanma olasılığını azaltır,
- farklı ilaçlar arasındaki çapraz kontaminasyona engel olur,
- hasta bilgilerini, hasta için hazırlanan solüsyon bilgilerini, solüsyonda kullanılan her türlü ilacın miligram, mililitre bilgilerini ve sarf malzemelerini bilgilerini hafızasında tutarak verilerin izlenebilirliğini sağlar,
- mega form kullanıp miligram düzeyinde faturalandırıldığında ilaç maliyetlerinde %35 tasarruf sağlayabilir, atık ilaç miktarını azaltır.

Aşağıdaki bilgiler US Health Robotics firmasının web sayfasından alınmıştır.

www.health-robotics.com/en/customers/cytocare

UNITED STATES OF AMERICA (2) University of Colorado, CO (1 robot) University of Pennsylvania, PA (1 robot)	toplam 2 adet
Europe (4) Bolzano General Hospital, Italy (1 robot) České Budějovice Hospital, Czech Republic (1 robot) General University Hospital Prague, Czech Republic (1 robot) Krajská nemocnice T. Bati Zlin, Czech Republic (1 robot)	toplam 4 adet
Middle East (28) Ankara Oncology Hospital, Turkey (3 robots) Ankara Numune Hospital, Turkey (2 robots) Akdeniz University Hospital, Turkey (4 robots) Bursa Ali Sonmez Hospital, Turkey (2 robots) Capa University Hospital, Turkey (2 robots) Etlik Hospital, Turkey (2 robot) Haseki Hospital Istanbul, Turkey (2 robots) Kartal Hospital, Turkey (4 robots) King Faisal Specialist Hosp&Research Cent, Saudi Arabia (1 robot) Olayan, Saudi Arabia (3 robots) Erdogan University Hospital Rize, Turkey (1 robot) Sisli Etfal Hospital, Turkey (1 robot) Trakya University Hospital, Turkey (1 robot)	toplam 28 adet 24 adet Türkiye’de 17 Devlet hastanesi 7 Üniversite hastanesi 4 adet Suudi Arabistan
Asia/Pacific (11) Beijing Military 302 Hospital, China (1 robot) Kameda Medical Center, Japan (1 robot) Nagoya City University Hospital, Japan (1 robot) National Cancer Center Tokyo, Japan (1 robot) National Taiwan University Hospital, Taiwan (1 robot) Superior Product, Bangkok (1 robot) Tosho, Japan (5 robots)	toplam 11 adet

- Toplam olarak tam, yarı otomatik ünitelerde yılda 500.000'e yakın kemoterapi, manuel sistemde ise 120.000'e yakın kemoterapi hazırlanmaktadır. Ülkemizde tam veya yarı otomatik sistemler ile hizmet alan hasta sayısı yaklaşık 198.000 kişi, manuel sistemler ile hizmet alan hasta yaklaşık 60.000 kişidir.
- 1 Ekim 2014 tarihinden itibaren geçerli SUT'a göre, "Kurumunuza "serbest kodsuz malzeme" niteliğinde ve/veya SUT ve eki listelerde kodu olup da fiyatı olmayan tıbbi malzeme faturalandırılması 01/10/2014 tarihi itibarıyla mümkün olmayacaktır" ifadesi kullanılmaktadır. Bu nedenle kemoterapi hazırlama ve uygulama setlerine bu işleme başlama tarihi Nisan 2015'e kadar ertelenmiş olup sonrası için nasıl bir uygulama yapılacağı belirsizdir.
- Tasarruf sağlanabilmesi için ilaçların miligram/mililitre bazında (bölünebilir dozda) ücretlendirilmesi için gerekli mevzuat düzenlemesi yapılmalıdır.
- Kurumlar arasındaki farklılıkların giderilerek SGK anlaşması olan tüm özel, devlet, üniversite veya vakıf hastanelerine bu malzemelerin karşılığı ödenmelidir.
- SUT listelerinde bu malzemelerin kodlarının yer alması sağlanarak bundan sonra ortaya çıkabilecek sorunlar önlenmelidir.
- SUT'ta kodu ve geri ödemesi olması gereken set ve malzemeler ilgili hastanelerdeki hemşire, eczacı ve tıbbi onkolog temsilcileriyle toplantı yapılarak belirlenmelidir.
- Kemoterapi hazırlaması ve uygulaması için gerekli malzeme ve setlerin sadece kemoterapi uygulamalarında kullanılmasının sağlanması ve gereksiz kullanımların önüne geçilmesi gereklidir.

ÖNERİLER

Büyükşehir statüsündeki illerde Kapsamlı Onkoloji Merkezleri kurulmalı, bunun için alt yapısı hazır olan merkezler bu konuda teşvik edilmelidir.

Merkezi kemoterapi hazırlama üniteleri ülkemizin gerçeklerine göre dizayn edilmeli ve her bir ünite için hastane, il ve ülke genelinde denetim mekanizmaları oluşturularak sıkı bir şekilde denetlenmelidir.

Yardımcı sağlık personeli eğitimi, yetiştirilmesi ve teşviki için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır

Terminal dönem hasta bakımı için gerekli teşvikler özel sektörü de kapsayacak şekilde bir an önce aktive edilmelidir.

Sağlık Bakanlığı ve SGK ile uzmanlık dernekleri belli periyotlarda görüş alış-verişinde bulunmak üzere bir

araya gelmelidirler, özellikle geri ödemeyle ilgili yaşanan problemler tarafların fikirleri alınarak çözüme kavuşturulmalıdır.

Sağlık Bakanlığı bugüne kadar yapmış olduğu işleri ve genelge/yönetmelikleri hızla uygulamaya koymalı ve daha önemlisi sıkı denetlenmelidir.

İlgili uzmanlık kuruluşları ile hekimlerin sorunları tartışılarak çözüm yolunda daha somut adımlar atılmalıdır.

Medya yoluyla ve değişik yollarla kişisel menfaat sağlamak uğruna hasta ve yakınları üzerinde sömürü uygulamakta olan kişiler hakkında ilgili kanun/mevzuat hükümleri uygulanmalı ve bu kişiler yakın takip edilmeli ve denetlenmelidir.

Türk Tıbbi Onkoloji Derneği web sayfasındaki bu konu ile ilgili hazırlanmış raporlar ve dosyalara

http://kanser.org/saglik/index.php?action=dernek_gorusleri&type=category adresinden ulaşılabilir.

Çocuk Kanser Hekimlerinin Yaşadığı Problemler



Çocukluk çağı kanserleri; hayatı tehdit eden, uzun süre tedavi gerektiren ve bu nedenle de sadece çocuğu değil ailesini ve diğer sosyal çevresini de etkileyen nadir (yetim) hastalıklardır. Bir lösemili çocuğun ortalama etrafındaki 300 kadar insanı etkilediği söylenmektedir. Oldukça zor ve meşakkatli olan bu hastalıkların tedavisi sırasında karşılaşılan zorlukların hepsiyle neredeyse hastanın hekimi tek başına uğraşmak zorundadır. Bu durum sadece hastanın kendi sorunlarıyla sınırlı kalmamakta, ailenin de sorunlarıyla baş etmek gibi vicdani bir sorumluluk ve zorunluluğu da beraberinde getirmektedir.

Türkiye’de her yıl yaklaşık 2500 - 3000 yeni çocuk kanseri vakası görülmektedir. *En sık görülen tümörler sırasıyla* dünyadaki insidansa benzer şekilde; akut lösemiler, lenfomalar ve merkezi sinir sistemi (MSS - beyin ve omurilik) tümörleridir. Daha sonra sırasıyla nöroblastom, böbrek tümörleri, yumuşak doku sarkomları, kemik tümörleri, germ hücre tümörleri, karaciğer tümörleri, retinoblastoma, karsinomlar ve diğerleri gelmektedir.

Çocukluk çağında görülen kanserler ülkemizde görülen tüm kanserlerin %1’ini oluşturmakta olup, son yıllarda sıklığı 12/100 000’den, 18/100 000’e yükselmiştir. Çocuk kanser insidansındaki bu değişim, son 25 yıldaki % 11.5 artışla açıklanabilir. Onbeş yaş altında, 125.7/milyon/yıl olgudan, 140.2/milyon/yıl olguya; 15-19 yaş aralığındaki insidans ise, 182.3/milyon/yıl olgudan, 203.8/milyon/yıl olguya ulaşmıştır. Küçük iniş-çıkışlara karşın insidans artışı devamlılık göstermekte ve yılda %0.7 olarak bildirilmektedir. Son yıllarda *15 yaş altında*, MSS, akut lenfoblastik lösemi (ALL), osteosarkom, germ hücreli tümör ve hepatoblastomda artış gözükmekteyken, *15-19 yaş arasında ise* non-Hodgkin lenfoma (NHL), osteosarkom ve germ hücreli tümörlerde artış saptanmıştır. Bu insidans artışına rağmen, mortalitenin, 5/100’den 2,5/100’e indiğinin görülmesi yüz güldürücü bir gelişmedir. Bu gelişmeye en iyi örnek, son yıllarda özellikle çocukluk çağı ALL’lerinde %75-80 oranında kür şansı elde edilmiş olmasıdır. Bu başarıda, minimal reziduel hastalığın (MRD) monitorizasyonuna göre tedavinin yoğunlaştırılması kadar, genç erişkinlerde pediatri protokollerinin kullanılmasının da katkısı büyüktür. İlaveten, prognozu şüpheli-kötü olan olguların (bcr:abl⁺, Flt.3⁺) ayrı subgruplara alınarak tedavilerinin özelleştirilmesinin rolü çok büyüktür. Ülkemizde de, Amerikan Çocuk Onkolojisi Grubu (COG) protokolleriyle tedavi ettiğimiz kendi ALL’li hasta grubumuzda, benzer başarı elde edilebilmiş, özellikle standart riskli ALL’li hastalarda yaşam şansı %100 olarak bulunmuştur.

Ülkemizde onkoloji alanında yetişmiş hekim sayısı **Tablo 1**’de gösterilmiştir. Çocuk hematolojisi ve onkolojisi alanında 108 uzman bulunmaktadır. **Tablo 2**’de de başlıca çocuk hematoloji ve onkolojisi merkezlerimiz sayılmıştır. Bu merkezlerin bir kısmında kanserli çocuklarımızın kemoterapi ve diğer gerekli tedavilerinin yanı sıra, yüksek evreli ve tekrarlayan dirençli lösemi ve tümörlerin tedavisinde kök hücre nakli yapılmaktadır. Ülkemizde kemik iliği veya kök hücre nakli tedavisi yapan merkezlerimiz yıllar içinde artış göstermiştir (**Tablo 3**). 2004 yılında 19 olan kemik iliği nakli yapan merkez sayısı 2013 sonu itibarıyla 61’e çıkmıştır.

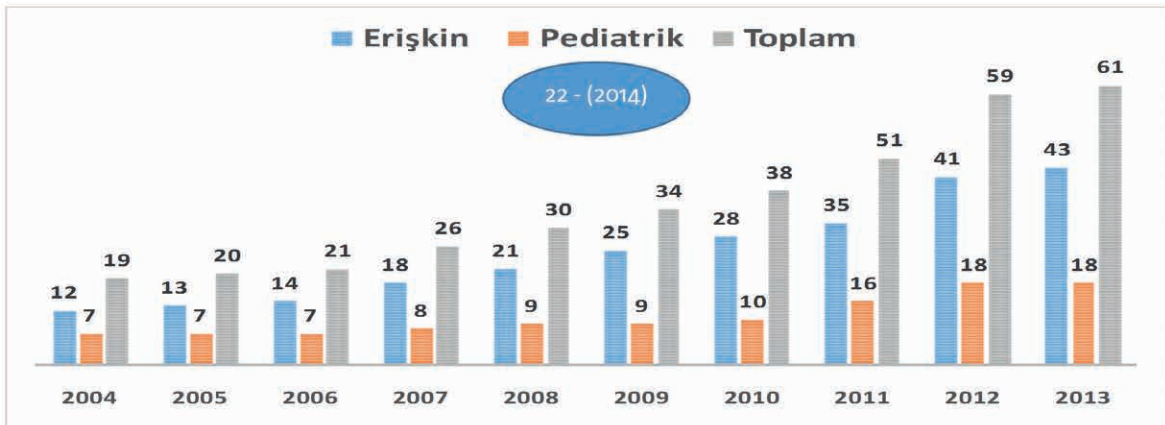
Tablo 1. Türkiye’deki onkoloji bilimiyle uğraşan yetişmiş uzman hekim sayısı

	SB	Üni	Özel	Toplam
Tıbbi Onkoloji	106	150	51	307
Radyasyon Onkolojisi	273	171	80	524
Onkolojik Cerrahi	6	27	-	33
Nükleer Tıp	291	162	98	551
Hematoloji	65	136	36	237
Çocuk Onkolojisi	12	32	4	48
Çocuk Hematolojisi	31	45	-	76
Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi		22 + 47 = 69		

Tablo 2. Türkiye’deki başlıca çocuk onkoloji merkezleri

İstanbul Üniversitesi – Onkoloji Enstitüsü, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD
Hacettepe Üniversitesi – Onkoloji Enstitüsü, Çocuk Onkolojisi BD
Dokuz Eylül Üniversitesi – Onkoloji Enstitüsü, Çocuk Onkolojisi BD
İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa ve İstanbul Tıp Fakültesi, CHO BD
Hacettepe Üniversitesi – Tıp Fakültesi, CH BD
Ege Üniversitesi – Tıp Fakültesi, Çocuk Onkolojisi BD
Ankara Üniversitesi – Çocuk Onkolojisi BD
Akdeniz Üniversitesi – Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD
Erciyes Üniversitesi – Çocuk Hematolojisi, Onkolojisi ve İmmünolojisi BD
19 Mayıs Üniversitesi – Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD
Kocaeli Üniversitesi – Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi BD
Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji EAH – Çocuk Hematolojisi Onkolojisi
Ankara Sami Ulus KD Çocuk EA Hastanesi – Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi

Tablo 3. Kemik İliği Nakli Merkezleri Değişimi (2004-2013)



Bütün başarılarla rağmen **Hiçbir kansere “iyi kanser” denilemez.** Çocuğun kendisi, ailesi, okuldaki arkadaşları / okul yönetimi, komşuları ve hastanın ve ailesinin ilişkili olduğu tüm camialar yani kısacası toplum çok ciddi şekilde her kanser vakasından

etkilenmektedir. Bu hastalıkta **başlıca sorunlarımız;** insan gücü eksikliği ve yerleşim alanı yetersizliğidir. Ayrıca; Çocuk yaşa özgü sorunlar (1), Aile ile ilgili sorunlar (2), Zamanla ilgili sorunlar (3) ve Çevreyle ilgili sorunlarda (4) oldukça önemlidir.

1. **Çocukla ilgili sorunların** başında; çocuğun derdini anlatamaması gelmektedir. Hastalığa bağlı sorunlar olarak, enfeksiyonlar (hastalığın bağışıklığı bozmasına bağlı), organ-uzuv kaybı (tümörün bulunduğu yere bağlı), nörolojik sekeller (yürüme güçlüğü, görme kaybı...) görülebilmektedir. Aldığı tedaviye bağlı olarak, büyüme-gelişme geriliği, radyoterapi (RT) tedavisine bağlı organ atrofileri ve hem kemoterapi ve RT'e bağlı ikincil maliniteler gelişebilmektedir. Kanser hastalığı, kaynaklandığı yerde büyüme ve komşuluk, lenfatik ve kan yoluyla yayılabilme özelliğine sahip olduğundan, erken evredeken tanınabilmesi tedavi şansı ve prognozu açısından çok önemlidir. Dünyada çocukluk çağı tümörlerinde ilk şikayetten tanı konuluncaya kadar geçen sürenin ortanca olarak en sık görülen tümörler; beyin tümörlerinde 93 gün, NHL'lerde 62 gün, lösemilerde 52 gün ve Wilms tümöründe 31 gün olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Onkoloji Bölümü'nün yaptığı çalışmada ise, beyin tümörlerinin ve özellikle kemik tümörlerinin daha erken zamanda (sırasıyla 56 ve 48 günler) tanınabildiği, NHL ve Wilms tümörlerinin ise benzer gün (sırasıyla 60 ve 25 gün) sonrasında tanı aldığı belirlenmiştir. Retrospektif olarak 1999 – 2009 yılları arasında 329 kanserli çocukla yapılan çalışmada, en uzun tanı süresinin germ hücreli tümör ve retinoblastom tanısında olduğu tespit edilmiştir. En kısa tanı süresinin ise böbrek tümörlerinde olduğu görülmüştür. Tanı süresini belirlemede, metastaz varlığı, hastanın gittiği ilk hastane ve çocuğu gören ilk hekimin en önemli faktörler olduğu gösterilmiştir. Pediatri uzmanı dışında bir doktorun hastayı ilk olarak değerlendirmesi, tanının gecikmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak, hastanın yaşı, tümörün cinsi, yeri ve uzak metastaz varlığı da tanıda geçen süreyi belirlemektedir. Çocuğun psikososyal sorunları da, hastalık öncesi sağlık durumuna (ek kronik hastalık, aşılar, anne sütü alımı), çocuğun sosyal ortamından (okul, oyun grubu, aile fertleri) uzaklaştırılmış olmasına, yeni yaşadığı strese (ağrı, invaziv girişimler, vücudunda meydana gelen değişiklikler) ve tedavi sonrası gelişebilen rölapslara, ikincil maligniteler ve geç yan etkilere bağlıdır.
2. **Aileyle ilgili yaşanan sorunların** başında psiko-sosyal sorunlar yer alır. Aileye hastalığı anlatmak başlı başına bir sorundur. Çünkü her ailenin eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu, hastalığa bağlı ön yargıları, hastalığı kabullenme süreci farklıdır. Bu nedenle her hasta ailesine farklı düzey ve içerikte bilgi verilmesi ve hastalık aşamalarında gerektiğinde aileyle görüşmelerin tekrarlanması en doğru yaklaşımdır. Bu görüşmelerde doğruluk esas alınmalı ve net bilgiler verilmeli, ailenin kafa karışıklığına

müsaade edilmemelidir. Ülkemizde erişkin kanser hastalarında görüldüğü kadar olmasa da, alternatif tedavilerin de aileler tarafından araştırılıp kullanılabildiği unutulmamalıdır.

3. Hekimin çok fazla sayıda hastaya hizmet vermesi gereken ülkemizde **zaman eksikliği** diğer bir önemli sorundur. Bu durum, en başta hastaya yeterli zaman ayrılamamasıyla sonuçlandığı gibi, eğitim, araştırma, idari hizmet ve danışmaya ayrılan zamanın da kısıtlı olması sonucunu doğurmaktadır.
4. **Çevreyle ilgili sorunların** başında ise özellikle büyük şehirlerde yatak sayısının yetersiz olması gelmektedir. Bu durum, ülkemizin bazı küçük şehirlerinde merkezlerin olmaması ve akrabalarının daha büyük şehirlerde olması ve de hastaların bir kısmının büyük şehirlerdeki hekimlere daha fazla güven duymalarından kaynaklanmaktadır. Ancak büyük şehirlere hastaların kayması, evinde kalacak akrabası yoksa barınma sorununu gündeme getirmektedir. Hasta sayısının artarak devam etmesi, bu hastalara hastalık süresince ve hastalığın tedavisinin sonuçsuz kaldığı terminal hastalık döneminde verilmesi gereken palyatif bakımın yetersizliğiyle sonuçlanmaktadır. Bu nedenle merkezlerin hasta kabul etme kapasitelerini artırma veya daha mükemmel merkezleri oluşturma girişimleri hız kazanmalıdır.

Bu sorunların çözümünde Sağlık Bakanlığı, SGK, STK, ulusal ve uluslararası akademisyenler, ilaç ve tıbbi cihaz endüstrisi (ilaç, görüntüleme) ve sağlık çalışanları (konsültan hekimler, acil hekimleri, aile hekimleri, hemşire, sağlık memurları, kayıt elemanları) el ele vermelidir. Sağlık Bakanlığı, endikasyon dışı ilaç temini, endikasyonu olup bulunamayan ilaçlar/ cihazlar ve meslek içi eğitimlerdeki sayı kısıtlaması gibi konularda görev yapmaktadır. İlaçların temini sırasında yapılan yazışmaların daha az işleme indirgenmesi, bu ilaçların temininde kolaylık sağlayacak ve hasta mağduriyeti önlenmiş olacaktır. Hekimin eğitimi için, güncel bilimin takibi esastır. Bu nedenle gerek yurt içi, gerekse yurt dışı bilimsel toplantılara katılma teşvik edici olmalıdır. SGK ile hasta yaş sınırlamaları (çocuk yaş grubunun tarifi-tedavi protokolleri) ve geri ödemede gecikmeden dolayı oluşan yetersizlikler konusunda sorunlar yaşanabilmektedir. STK'ların kanser hastalığı için kamuoyunda farkındalık oluşturma ve kanser hastasını ve ailesini destekleme konusunda bilinçlendirmede daha aktif görev yapmaları sağlanmalıdır. Akademisyenlerin, gerek klinik gerekse laboratuvar araştırmalarını arttırmak için, zaman, mekan, ödenek, kalifiye insan gücü, etik kurul onayları gibi sorunların çözümü konusunda iş birliği yapılmalıdır. Nadir görülmelerine bağlı olarak,

kanser ilaçlarını ülkemizde üretilmesi teşvik edilmelidir. Ülkemizde onkoloji hekimlerinin sayıca azlığı, buna karşılık hasta sayısının fazla oluşu, bu hekimlerin mesai saatlerini artırma zorunluluğunu getirmekte, bu da hekimin memnuniyetsizliğiyle sonuçlanmaktadır. Yardımcı personel için de benzer durum söz konusudur (hemşire, psikiyatrist, psikolog, vs). Onkoloji dışındaki branş hekimlerinin ve ülkemizde yeni yapılmaya başlanılan aile hekimlerinin, kanser hastalığına karşı farkındalıklarını ve bu konudaki bilgi ve tecrübelerini artırmak gereklidir.

Kanser hastalığında amaç; hastanın ömrünü uzatmak (1), hastalığın tekrarını azaltmak (2) ve hastaya sağlanan destek tedavilerini (hayat kalitesinin korunması, sağlanması, ilişkilerin kesilmemesi, devam etmesi, ekip halinde hastaya yaklaşım) genişletmektir (3). Özellikle hastalık atlatıldıktan sonra yaşamına devam eden bireyin, fiziksel ve ruhsal olarak tama yakın iyileşmesi en başta gelmesi gereken hedef olmalıdır. Bu nedenle, doğru tanının biran evvel konulması, nedenlerinin (kanser biyolojisi ve hastadaki polimorfizmleri) bilinmesi, kemoterapinin dünya standartlarında verilebilmesi, daha iyi destek tedavilerin sağlanması, her hastaya özel tedavi anlayışının benimsenmesi ve kötü seyirli gruplar için yeni tedavi stratejileri geliştirmek zorunludur. Bu amaçla, tedavi protokollerinin ihtiyaçlara ve olanaklara göre en iyi şekilde düzenlenmiş olması, ayaktan tedavi olanaklarının artırılması, erken ve geç komplikasyonların (oldukça) az yaşanması, tedavi günlerinde atlama olmaması, sağlık mensuplarının sürekli eğitimi ve ailelerin ve hastaların eğitimi sağlanmalıdır. Bu gerekliliklerin de sağlanması için, hekim, yardımcı sağlık çalışanı, aile ve hastanın oluşturduğu ekip çalışmasının olabildiğince benimsenmesi (24 saat hizmet sunmak, ulaşılabilir olmak, çocukla ve aileyle sürekli temas ve fikir birliği içinde olmak, tartışabilmek, ailenin sorumlu hekim, hemşire ve psikologu tanınması, her ferdin psikolojik yükü stresi paylaşması gerektiğine inanması, kararları alacak olan tıbbi ekibin çocuk ve ailesiyle istişare etmesi) gerekmektedir.

OTURUM-I TARTIŞMA BÖLÜMÜ

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. MUSTAFA SOLAK: Sayın Prof. Dr. Zülfikar Hocamıza bilgilendirici konuşması için teşekkür ediyorum.

Şimdi az bir süre soru-cevap ve tartışma zamanımız var. Ancak katkı ya da soruyu soran hocamızın kendilerini takdim etmelerini talep ediyoruz kayıt nedeniyle.

Arka sıradan Gülyüz Hoca Hanım, buyrun efendim sözü size vererek başlayalım.

PROF. DR. GÜLYÜZ ÖZTÜRK: Ben Prof. Dr. Gülyüz Öztürk, Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi Çocuk Hematoloji - Onkoloji Bölümü ve Çocuk Kök Hücre Nakil Ünitesi sorumlusuyum.

Çocuk Hematoloji Bilim Dalı ve Çocuk Onkoloji Bilim Dalı 2009 -2011 yılına kadar iki ayrı bilim dalı olarak çalışmalarını sürdürmüştür. Bu tarihte yapılan yasal düzenleme ile iki bilim dalı birleştirilerek Çocuk hematoloji Onkoloji Bilim Dalı başlığında toplanmıştır. Bu düzenlemenin amacı her iki bilim dalını ilgilendiren hastalıklara ortak hekim sayısı ile daha fazla hizmet verilebilmesidir. Bu gün bu amacın gerçekleşmediği görülmektedir.

Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı'nda yetişmiş hekim sayısı gerçekten yetersiz denebilecek kadar azdır. Bunun nedeni mesleğe başlama yaşının 33 olması ve hasta grubunun meşakkatli olmasıdır. Bu alanda yeni yetiştirilecek hekimlere gereksinim vardır. Yan dal uzmanlık sınavı ile araştırma görevlisi olarak kabul edilen hekimlerin istihdam ve eğitim yeterlilikleri çok önemlidir. Hastaya daha iyi hizmet verebilmek için öğretim üyesi sayısı az olan kurumlara çok sayıda Çocuk Hematoloji-Onkoloji yan dal araştırma görevlisi verilmesi yetersiz eğitim ve öğretim neden olmaktadır.

Hasta grubumuzda tanı ve tedavi için pek çok özellikli alt yapıya ihtiyaç vardır. Çocuk Hematoloji-Onkoloji uzmanı meslektaşlarımızın alt yapısı yetersiz hastanelerde mecburi hizmet istihdamı hasta tedavisinde katkı sağlayamamakta diğer yandan yetişmiş insan gücünün kullanılamamasına neden olmaktadır. Meslektaşlarımızın mecburi hizmetlerini öğretim üyesi az olan eğitim kurumlarında yapabilmesi pek çok sorunu çözebilir.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. MUSTAFA SOLAK: Peki Hoca Hanım, size çok teşekkür ediyorum.

Buyurun Sayın Hocam, buyurun efendim.

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Söz verdiğiniz için teşekkür ederim. Ben Doktor Serdar Özkök, Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği Başkanıyım.

Bülent Hoca ve Celaletdin Hoca'nın çok güzel sunumlarına radyasyon onkolojisi adına katkıda bulunmak istiyorum. Radyasyon onkolojisi bildiğiniz üzere kanserin temel tedavilerden birisidir. Yeni teknolojilerle birlikte birçok kanser türünün tedavisinde çok daha başarılı olduk. Bugün kansere kronik hastalık denebiliyorsa, buna radyasyon onkolojisinin büyük katkısı vardır. Bugün yaptığımız tedavilerle uzun süreli sağ kalımlar elde edebiliyoruz. Nüks olduğunda ikinci kez ışınıyoruz, hatta üçüncü kez ışınladığımız olgular var. Bunları yeni teknolojilerle sağlayabildik. Yeni teknolojiler ne yazık ki yurt dışı destekli, cihaz ve bakım ücretleri döviz ile ödenmekte. Her ne kadar dövizle bağlı yatırım olsa bile yapılacak yatırımlar hedefe yönelik tedavilere ödenen miktarlardan çok daha az olmaktadır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı yeni teknolojik cihazların alınmasına büyük katkılar sağlamış ve ülkemizde radyoterapi cihazları yönünden oldukça iyi bir duruma gelmiştir. Şu anda Türkiye'de büyük şehirlerde modern radyoterapi cihazı olmayan merkez yok. Ancak bu cihazların verimli kullanılması ve yenilenmesi gerekiyor. Ayrıca hekimlerin ülkemizdeki dağılımının dengeli olması gerekiyor. Bilhassa bizim disiplinimizde cihazın olmadığı yerlere hekimler atanmaya başlandı, mecburi hizmet kuralarına da cihaz olmayan yerler konmaya başlandı. Bakanlıkla daha önce yaptığımız görüşmeler sonrası cihazı olmayan yerlere atama yapılmıyordu ancak Kamu Hastaneleri Birliği kurulduktan sonra cihazı olmayan merkezlere atamalar yeniden başladı. Bugün Gaziantep'te iki tane arkadaşımız çalışıyor, uzman hekim istiyor yok, Konya'da yok. Ancak yeni cihaz alınacak denerek İstanbul'da şu anda cihazı olmayan yerlere mecburi hizmet atamaları yapılıyor. Bu dağılımın düzenlenmesi, en azından bunun için Bakanlık nezdinde söylediğimiz dağılımlarının yapılmasını istiyoruz. SUT önemli bir konu, Celaletdin Hocam söyledi, radyasyon onkolojisinde klinik onkolojik değerlendirme var, medikal onkolojide yok. Ancak SUT düzenlemesi Radyasyon Onkolojisi için 2004'te yapılmıştır. 2004'te yapılan düzenlemenin sonrasında çok az bir değişiklik yapılmıştır. Ne yazık ki yüksek teknolojik cihazlarla yapılan tedavilerin ödeme kodu olmadığı için onları kullanamıyoruz. Bu da başarı oranımızın yükselmemesine neden oluyor. Yüksek teknolojik tedavilerin SUT ü-

retlerinin düşük olması yeni yatırımların yapılmasını zorlaştırıyor. Bu nedenle SUT uygulama ücretlerinin artırılması gerekiyor.

Dağılıma bakmaz isek Radyasyon Onkolog, sayısı yeterli bulunmaktadır. Son yıllarda radyasyon onkolojisine asistan çok az alınmaktadır. Alınacak olan asistanların eğitici sayısı yeterli olan, iyi eğitim olanakları olan, cihaz ekipmanı yeterli olan, medikal onkoloji, pediatrik onkolojisi asistan eğitimi veren kurumlara alınması için Tıpta Uzmanlık Kurulu üyelerine ilet-tik. Tıpta Uzmanlık Kurulu kadroyu veriyor, YÖK bunu sormadan dağıtıyor. YÖK'ten asistan kadroları dağıtılırken bizlerden görüş alınmasının tüm onkoloji camiasına yararlı olacağını inanıyorum.

Çok teşekkür ediyorum.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. MUSTAFA SOLAK: Hocam, çok teşekkür ediyorum.

Şimdi zaman darlığı nedeniyle en fazla iki konuşma-cımıza söz vereceğim. Buyurun Sayın Hocam, zamanımız daraldı, son olarak size de vereceğim.

PROF. DR. ALİ ÜNAL: Çok teşekkür ederiz Sayın Başkan ve konuşmacılar.

Ben Erciyes Üniversitesi'nden Prof. Doktor Ali Ünal. Sayın Akademi Başkanımız'ın da söylediği gibi; Bilim adına çalışmaları, bilim kuruluşları yapar, üniversiteler yapar, YÖK organize eder. Bilim kuruluşları, TÜBA, TÜBİTAK, bilimsel dernekler ve özellikle STK bunları destekler.

Bakanlıklar ise sadece ulusal politikayı belirler. Eğer Bakanlık bilimi yapmaya çalışırsa o zaman olmaz ve sıkıntılı olur, bilim insanları baskı altında kalır. Kısaca şunu söyleyeyim: Ben kemik iliği nakli yapıyorum, kök hücre tedavileri yapıyorum. 14 yıldır kemik iliği bankası kurulmaya çalışılıyor. Erciyes Üniversitesi'ne bu görev verilseydi, 1 yıl içerisinde Türkiye ve Ulusal Kemik İliği Bankası kurulabilirdi. Özetle; bilimi, bilim insanlarına ve bilim kuruluşlarına bırakmak lazım.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. MUSTAFA SOLAK: Peki Hocam. Buyurun, size söz verip ardından Kansere Dairesi Başkanımıza son sözü vererek oturumu kapatacağım.

Evet, buyurun efendim.

DOÇ. DR. AHMET DİRİER: Ahmet Dirier ben, Gaziantep Üniversitesi Radyasyon Onkolojisindeyim.

Yine ben çocuk hematoloji onkolojisiyle ilgili bir şey söylemek istiyorum. Gülyüz Hanım'ın dediği gibi, Gaziantep'te biz bunun sıkıntısını çekiyoruz. Bakan-

lık bir kararla çocuk hematologlarına dedi ki "Siz aynı zamanda çocuk onkoloğusunuz." Şimdi Antep Devlet Hastanesi'nde çocuk hemato-onkoloğu var. Hasta gönderiyoruz; yok ben anlamam-bilmem, hasta başka yere gitsin. Şimdi bu arkadaş muhtemelen mecburi hizmetini bitirdikten sonra belki de çocuk hematoloji-onkoloji kliniği olmayan, belki bir Adıyaman Üniversitesi'ne öğretim üyesi olarak gidecek. Belki bir ne bileyim Maraş Üniversitesi'ne öğretim üyesi olarak gidecek. Ve yanına yan dal uzmanlık öğrencisi alacak değil mi sıkıntı bu Hocam?

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. MUSTAFA SOLAK: Hocam, konuları tekrarlamayalım da, öneri veya katkınız varsa onları dinleyelim, vaktimiz daraldı.

DOÇ. DR. AHMET DİRİER: Performansa dayalı bir sistem var. Diğer üniversiteler nasıl yapıyor bilmiyorum, ama bizim üniversitede şöyle bir sistem var: Bir havuz var, havuzda tüm pediatristler unvanlarına göre aynı şekilde alıyor. Bir düşünün, bir çocuk hemato-onkoloğuyla sosyal pediatri uzmanı aynı döneri alıyor. Bunun üzerinde çalışılması, düşünülmesi gerektiği kanaatindeyim.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. MUSTAFA SOLAK: Peki, katkılarınız için çok teşekkür ediyorum Murat Bey. Son söz sizeydi, sürem doldu efendim.

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Çok güzel geçen bu toplantı için bütün hocalarıma çok teşekkür ediyorum. Ben ve ekibimdeki arkadaşlarımız notlarımızı alıyoruz. Gücümüzün yettiği kadarıyla onkoloji camiasında preklinikten kliniğe kadar herkesin sesi olma gayretini göstereceğiz. 5 yıldır Kansere Daire Başkanlığı'nda görev alıyorum, 2 senedir daire başkanımıyım. TÜBA'nın özellikle son 1 yılda bağımsız bilimsel görüşler ile bize sağladığı güzel katkılar için başkanımıza teşekkür ederim. Sağlık Bakanlığı'nın da kendi danışma kurulları ile çok güzel işler başardık.

Şunun için söz istemiştım Hocam: Bakanlıkta her daire bilimsel komisyonlarla hareket ediyor. Kimse hiçbir şeyin uzmanı olamaz kıymetli hocalarım. Ben nereden bilebilirim radyoterapinin veya kemik iliğinin detaylarını. Ama bazen bilim insanları arasında da planlamalar farklılıklar gösterebiliyor. Tartışmalar sürebilir, yanlışlar olabilir, hepsi düzeltilir. Kansere Enstitüsü'nü burada vurgulamak istedim, bunun için söz aldım. Kıymetli Başkanım da ifade etti, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki NIH modelinin çok benzeri, hemen hemen aynısı. Biliyorsunuz Amerika Birleşik Devletleri'nde de hem NIH başkanını bizzat başkan atıyor ve hem de kendisine ait birde Kansere Danışma

Kurulu var. Bunun detaylarını aralarda konuşalım, ama Sağlık Bakanlığı'nın burada hiçbir şekilde bilime karışma gibi bir olayı yok. Sadece kanser enstitüleri projeleri açıyor, üniversiteleri belli sistemlerle yarıştırtıyor, bilim insanlarını bilim anlamında yarıştırtıyor, NIH'nin sisteminin aynısı, pratikte de uygulamada da böyle olmasını umut ediyoruz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. MUSTAFA SOLAK: Değerli katılımcılar, tebliğ sunan hocalarımızla birlikte soru soran ve katkıda bulunan hocalarımıza derin şükranlarımızı sunuyor ve birinci oturumu kapatıyorum. Hepinize saygılar sunuyorum.

OTURUM - II

KOORDİNASYONDA HASTALARIN YAŞADIĞI PROBLEMLER

Oturum Başkanı:

Prof. Dr. Dilek DİNÇOL

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Emekli Öğretim Üyesi

Hekim Gözüyle Hastaların Yaşadığı Problemler



Sağlıklı kişiler için kanser oluşumuna hazırlayıcı faktörler, tarama programları, tanı, tedavi, palyatif bakım ve son dönem bakımla ilgili birçok sorunlar yaşadığı gözlenmektedir. Bunların yanında kanser nedeniyle ortaya çıkan aile birey kayıpları ile ortaya çıkan sorunlar tartışılacaktır.

1- Sağlıklı Kişilerde Kanser Oluşmasına Hazırlayıcı Faktörler ve Bunlarla Mücadele

Temiz çevre, temiz su, toprak ve hava sağlanmasında sorunlar:

- Özellikle şehirleşme ile sanayi, ulaşım ve ısınma nedeniyle kullanılan fosil yakıtları nedeniyle hava kirliliği,
- Petro kimyasal ürünlerinin kullanımı, ulaşım nedeniyle nefes alınan havada kirlilik yabancı partikül varlığının artışı,
- Sağlıklı kişilerin sigara dumanı ve evlerde soba ve mangaldan dumanına maruz kalınması,
- Çevresel asbest ve Radon gazına maruziyet olması,
- Yaşam ortamlarında artan oranda radyomagnetik dalgalara maruziyet,

- Şehirlerde ve yoğun nüfusun yaşadığı bölgelerde yüksek gerilim hatlarının varlığı,
- Mesleki olarak çalışma ortamlarında kanserojen ajanlara artan maruziyet (Petro kimya tesisleri, fabrikalar, maden ocaklarında çalışanlar,)
- Başlıca hastalarımızın çevresel etmenlerle kanser gelişimine neden olan faktörlerdir.

Yoğun yaşama olan bölgelerde yürüyüş, spor aktivitelerinin yapacakları ortamların eksikliği: Özellikle şehir planlaması aşamasında bu nitelikteki yerlere yeterince mekân ayrılması önemli sorundur. Mevcut yapılaşmaların olduğu bölgelerde buna uygun alternatif projeler geliştirilmelidir. Şehirleşmede ne kadar çok aktivite tesisleri yer alıyorsa devletten alacakları pay buna bağlı olarak değişmelidir.

Sağlıklı beslenme ve beslenme alışkanlıklarının kazandırılması: Yüksek kalorili şekerli yiyecek ve içeceklerle mücadelede yetersizlik, özellikle çocuk ve gençlerin yüksek kalorili besinlere özendirilmemesi, aşırı tuzlu gıdalarla beslenme, kanser oluşumuna neden olduğu bilinen pişirme yöntemleri ve besin katkı maddeleriyle mücadelede yetersizlik toplumda kanser gelişimine neden olan ve mücadele edilmesi gereken faktörlerdir.

Geleneksel beslenme alışkanlıklarından kanser gelişimini kolaylaştıran mangal keyfi gibi alışkanlıklarla mücadele edilmesi bu alandaki mücadeleye katkı sağlayacaktır.

Sağlık, beslenme ve hastalık nedenlerinden korunmayla ilgili örgün ve yaygın eğitim:

- Bu eğitimler de amaç doğru davranış kazandırılması olmalıdır.
- En çok izlenen çocuk, gençlik ve erişkin film ve dizilerde, sağlık programlarında sağlık otoritelerinin belirlediği doğru mesajları içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

Halkın yer alacağı sosyal faaliyet, toplantı, kongre, toplantı ve sempozyumlarda halkın bilinçlendirilmesi, aksi faaliyetlerin yapıldığı toplantılara müsaade edilmemesi ve askerlerin eğitimlerinde, kışlada, camilerde, halkın bilinçlendirilmesine yönelik eğitimler yapılması gereklidir

Tarama programları: Ülkemiz gerçeklerine uygun etkinliği kanıtlanmış kanser tarama programlarının genişletilerek uygulanması, bu programlarda hedef kitlelerin katılımlarının sağlanması, ortaya çıkan

katkının objektif olarak değerlendirmesi gereklidir. Kanser tarama programları erken tanı ile hayat kurtarıırken, kanserin yüksek tedavi maliyetlerini önler. Kurumsal sağlık tesisleri, aile hekimliği sistemi, hastaneler tarama programlarında yer almalıdır. Bu programların devamlılığının sağlanması gerekir. Erken tanı konusunda başarılı merkezlerin ödüllendirilmesi ile başarı artırılabilir.

Kanserin erken tanısında hekimlerin görevleri: Kanserle ilgili olabilecek bir şikâyetle müracaat eden hastanın şikâyetlerinin göz ardı edilmemesi, dikkate alınması ve gerekli tanısal işlemlerin geciktirilmeden uygulanması gerekir.

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM), aile hekimliği sisteminin kanser taramaları, kanser önleme çalışmalarındaki rollerinin artırılması ile başarı artacaktır. Bunların yanında hastane randevu ve sonuç verme işlemlerinin kolay ve ulaşılabilir olması, uzun süreli randevu ve sonuç vermenin önündeki engellerin giderilmesi, uygulanan tanısal işlemlerin doğruluk ve güvenlik verilerinin yeterli olması gerekir.

Kanser tedavisinde hastaların karşılaştığı sorunlar: Kanser tedavi kararlarının multidisipliner ekip yaklaşımıyla yapıldığında başarı oranı yükselmektedir.

Bu yaklaşımı özendirici tedbirlerin alınması, multidisipliner kanser tedavisi uygulayan hastanelerin ve merkezlerin kanser tedavileri konusunda yetkilendirilmesi gerekir. Özellikle cerrahilerin bu alanda yetkin ve gelişmiş merkezlere yönlendirilmesi ile daha başarılı olunabilir. Kanser tedavilerinde hastalığın progresif özelliği dikkate alınarak uzun randevuların verilmemesi gerekir. Geciken randevular nedeniyle hastalar tedavi şansını kaybedebileceklerdir.

Yoğunluk ve performans sistemi vb. nedenlerle doktorun hastasına ayırdığı sürenin yetersiz olması nedeniyle yeterli iletişimin olmaması diğer bir sorundur. Teşhis aşamasında hastaların ilgili branşa yönlendirilmesindeki eksiklikler teşhisin gecikmesine neden olmaktadır. Hastanın tanı sonrası yönlendirilebileceği eğitim hemşiresi, diyetisyen, psikolog, manevi bakım uzmanı, gibi destekleyici personelin yetersizliği veya yokluğu zaman sorunu olarak ortaya çıkmaktadır.

Hastane koşullarının iyileştirilerek çok yataklı koğuş sisteminden 1-2 yataklı hastane odalarına dönüşüm olmalıdır. Yatan hastaların hastanede en uygun yatış süresinde tedavileri tamamlanmalıdır. Yatan hastaların yatış sürecinde konforlarını artırıcı sosyal faaliyetlere katılabilmelerinin sağlanması gerekir. Hasta refakatçileri için uygun koşulların sağlanması, ancak hastaların yatış sürecinde her türlü ihtiyaçlarının hastane tarafından karşılanması günlerce hastası başında bekleyen refakatçiler için önemlidir.

Hasta ve yakınlarının konaklaması için otelcilik hizmetleri olmalıdır. Tedavi sürecinde ve sonrasında hastaların iş kaybının önlenmesi veya maddi destek sağlanması ve sosyal güvenlik haklarının korunması gerekir. Yanlış tedaviye yönlendiren umut tacirlerinin takibinin ve haklarında gerekli hukuki işlemlerin yapılması gerekmektedir. Tedavi sonrası kısırlığa karşı sperm, yumurta ve embriyo saklanması ve bu gibi yöntemler için hukuki düzenlemelerin yapılması, geri ödeme kapsamına alınması gerekmektedir.

Hastalarının kanser tanısını bilmeleri önündeki engeller: Ülkemizde özellikle hasta yakınlar hastaların kanser tanısını öğrenmelerini önlemek için hekimleri bu yönde zorlanmaktadır. Ancak her türlü sorunu muza bildiğimizde belki önce üzültür karamsarlığa girebiliriz. Ancak daha sonra durumu kabullenip daha etkin mücadeleye başlayabiliriz.

2- Kemoterapi ve Radyoterapi Sürecinde Hastalarının Sorunları

Hasta yoğunluğu nedeniyle bazı merkezlerde kemoterapi ve radyoterapi uygulamaları için hasta yoğunluğu nedeniyle geç randevu verilmesi önemli bir sorundur. Bazı merkezlerdeki yeterli yetişmiş personel, donanım ve nitelikte olmaması, kemoterapi hazırlama ve uygulama ünitelerinde yetersizlikler, bazı radyoterapi merkezlerinin teknolojik ve yetişmiş insan gücü olarak geride olması karşılaşılan sorunlardandır.

Hastaların kemoterapi ve radyoterapi sonrası ortaya çıkan yan etki ve toksitelerle mücadelede karşılaşılan sorunlar, kemoterapinin bu alanda uzmanlaşmamış hekimlerce planlanması ve uygulanışı sonucu ortaya çıkan sorunlar diğer problemlerdendir.

Hafta sonu ve tatil günlerine tedavilerin rastlaması durumunda karşılaşılan sorunlar, Kemoterapi uygulamasıyla ilgili malzemelerde zaman zaman ortaya çıkan yetersizlikler, kemoterapi hazırlama ünitelerinde son dönemde SGK kısıtlamaları nedeniyle ortaya çıkan sorunlar çıkabilmektedir.

Uzun kemoterapi uygulamaları sırasında bazı kemoterapi ünitelerinde çeşitli sanat ve sosyal faaliyetler yapılması ile zor tedavi süreci daha kolay hale gelebilmektedir.

Kemoterapi hemşiresi sayısının yetersiz olması ve kemoterapi ünitelerinin alt yapılarının yetersiz olmasına bağlı tedavilerin gecikmesi, hasta ve yakınlarının önyargıları ve korku ve endişeleri nedeniyle kanser tanısının açıklıkla paylaşılamaması, bu nedenle tedaviye uyumun yetersiz olması başarıyı engellemektedir.

Bilgilenme eksikliği ve yanlış yönlendirmelere bağlı tıp dışı ve yanlış alternatif yöntemlere eğilimin tedaviye uyumu etkilemektedir. Hastaların iş kaybına bağlı maddi sorunlar yaşaması, hastaların tedavi merkezlerine ulaşım ve konaklama sorunları bulunmaktadır.

Ülkemizde klinik çalışmaların yetersizliği, hastaların çeşitli nedenlerle bu çalışmalara yeterince katılamaması ve geliştirilmekte olan tedavi yöntemlerinden yararlanamaması önündeki engeller kaldırılmalıdır.

İlaç ve kemoterapotiklerin temininde karşılaşılan sorunlar: Kanser tedavisinde etkinliği kanıtlanmış fakat ucuz olan bazı kemoterapotiklerin kar marjındaki düşüklük nedeniyle piyasadan çekilmesi hastaların mağduriyet yaşamalarına ve tedavi olabilecek hastaların bu şanslarını kaybetmelerine neden olabilmektedir. Bazı ilaçların geri ödeme listelerine geç girmeleri nedeniyle karşılaşılan sorunlar yaşanmaktadır. Endikasyon dışı ilaç ve tedavi yöntemi kullanımda kuralların tam olarak belirlenmemesi nedeniyle zaman zaman sorun yaşanabilmektedir. Kanser ağrı kontrolünde etkili morfin preparatlarının çeşitliliğinde yetersizlikler yaşanmaktadır.

3- Kanser Hastalığı Son Döneminde Sorunlar

DNR (Do not resuscitate): Son dönem kanser hastalarında daha önceden alınacak onay formu ile ölüm öncesi resusitasyon istemediklerini bildiren bir uygulama olup batı ülkelerinde kabul görmüş kanuni alt yapısı olan bir durumdur. Ancak ülkemizde bununla ilgili kanuni düzenleme bulunmamakta, hastalarımız son dönemlerinde yaşama katkısı olmayan gereksiz tıbbi müdahalelere maruz kalmaktadırlar. Bu durumla ilgili gerekli kanuni düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç vardır.

Son dönem bakım merkezleri-Palyatif bakım merkezleri (Hospice): Artık umutların tükendiği yaşam beklentisinin kalmadığı hasta grubunun kalan sürelerini insan onuruna uygun geçirecekleri merkezlere acil ihtiyaç vardır. Ailer giderek küçülmekte, şehir yaşamı ve çalışma koşullarının getirdiği zorluklar nedeniyle bu grup hastalar için aile desteği azalmaktadır.

Evde bakım ve desteğin zorlukları nedeniyle bu hastaları kabul edecek bakım ve desteğini sürdürecekt merkezlere çok büyük ihtiyaç vardır. Hastanelerin ise bu hasta grubu yerine gerçekten katkı sağlanacak hasta grubuna gerekli bakım ve desteği sağlaması gereklidir. Palyatif bakımın sağlanabilecek merkezlerin artırılması ve bu konuda deneyimli personelin yetiştirilmesi gereklidir. Son dönem bakım merkezlerinin açılması, toplumun bu konudaki olumsuz algısının ortadan kaldırılması gereklidir.

Evde bakım: Kanser hastalarının erken semptomatik, tanı konulma, tedavi ve son dönem bakım aşamalarında evde bakım hizmeti sunulması gerekmektedir. Evde bakım çoğu kez ailenin destek olmaksızın birçok nedenle altından kalkamayacağı yüklerle birlikte olabilmektedir. Kendine bakamayacak yalnız yaşayan kişiler için sorun daha büyük olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durumdaki kişiler bu alanda uzmanlaşmış

profesyonel desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu ihtiyaçların kişilerin sigortasınca karşılanması gereklidir. Bu alanda gönüllü kuruluşlar görev alabilir.

4- Kanserle Yaşayan ve Kurtulanların Sorunları

Kanser tanısıyla birlikte kişiler çoğu kez bulunduğu konumu ve statüyü kaybetmekte ve her geçen gün özgülüğünü kaybederek yaşamının devamı için başkalarına ihtiyaç duyar hale gelmektedirler.

Kanseri ile birlikte yaşayan hastaların karşılaştığı sosyal ve ekonomik sorunlar, kanserden tamamen kurtulan ancak uygulanan cerrahi ve kemoterapi ve radyoterapi nedeniyle organ fonksiyon bozuklukları ile yaşayan hastaların iş, ekonomik ve sosyal sorunları ortaya çıkmaktadır.

Kanser hastalarına yeterince destek verecek sivil toplum kuruluşlarının sayıca azlığı ve güçlerinin yetersizliği ve toplumun bu konudaki duyarlılığındaki yetersizdir. Toplum bu konuda bilinçlendirilerek bu hasta ve yakınlarına sosyal ve ekonomik ve destek konularında yapabilecekleri konusunda yönlendirilmelidir. Toplum, vakıf ve derneklerin kanser araştırmalarına katılım ve destek konusunda yönlendirilmesindeki yetersizlikler bulunmaktadır.

İş kaybına uğrayan hastalara gerekli maddi destek sağlanması ve soysal imkânlardan yararlanmaları, hastalara engellilere verildiği gibi bir kart tahsis edilerek en azından engellilerle eşit sosyal imkânlardan yararlanma şartlarının sağlanması. Böylece hayatın daha çok içinde olmalarının temin edilmesi, hastaların iş kaybına uğrasa bile tedavilerinin aksamaması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının devam ettirilmesi gereklidir.

Kanser araştırmalarına ulaşımında karşılaşılan sorunlar: Maalesef hastalarımız kanser tedavisinde yeni geliştirilen tanı ve tedavi yöntemlerine araştırma aşamasında ulaşılmasında sorunlar bulunmaktadır. Bunun başlıca nedeni bu alandaki çalışmaların öncelikle batı ülkelerinde yapılması, daha az oranda diğer ülkelerin bu çalışmaların içinde yer almasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca ülkemizde yeni yöntem ve uygulamaların geliştirilmesinde yetersizlikler bulunmaktadır. Hastalarımızda bu alanda yeterince bilinçli olmadıklarından çoğu kez bu çalışmaların içinde yer almak istememektedir.

Kanser tedavisinde halkın yanlış yönlendirilmesi ve şarlatanlarla ilgili sorunlar: Kanser tedavisinde etkinliği bilimsel yöntemlerle kanıtlanmamış pek çok çeşitli tedavi yöntemleri bu alanda yetkisiz kişilerce çoğu kez ticari amaçla hastalara pazarlanmakta, maalesef yapılan çalışmalarda %60-80'e kadar çıkan oranlarda hastalar bu ürün ve yöntemleri kullanmaktadır. Bu uygulamalar çoğu kez kayıt dışı illegal bir

gelir kaynağıdır. Hastalarımız içinde gereksiz külfet getirmekte zaman kaybına neden olmakta, alması gereken gerçek tedaviyi almaları gecikmektedir.

İnternet ve basın yayın organlarında yanlış ve taraftı yayınlar: Özellikle son dönemlerde internet ortamında hastaları yanlış yönlendiren yayınlar çoğu kez kaynağı belli olmadan yayınlanabilmektedir. Uydu üzerinden yayın yapan radyo ve televizyon kanallarında benzer nitelikte yayınlar yapılmaktadır. Ulusal yazılı ve görsel basın ve radyo ve TV kanallarında hastaları yanlış yönlendirebilecek bir sağlık editöründen geçmemiş haber yayınlar yapılmaktadır. Bazen özellikle TV dizilerinde hastalarımızın moral ve motivasyonlarını bozucu yayınlar olmaktadır.

Kanser nedeniyle yakınları, eş ve çocuklarını kaybedenlerin sorunları: Ailenin gelir getiren bireyinin kaybı ile geride kalanların karşılaştığı sorunlar, Annenin kaybı ile ailenin, çocuk ve eşin karşılaştığı sorunlar, Genç ve çocuk hastaların kaybıyla ailenin karşılaştığı sorunlar bulunmaktadır. Devletin geride kalan eş ve çocuklara eğitim sosyal haklardan yararlanma ve mağduriyet durumunda maddi destek konusunda pozitif ayrımcılık yapması gereklidir.

Kanser takip ve tedavisi sürecinde ortaya çıkan sorunların çözümünde yardımcı destek elaman eksikliği: Diyetisyen, Psikolog, Fizyoterapist, Eğitim hemşiresi, Sosyal hizmet uzmanı, Bu alanda eğitim almış din adamları, Gönüllü dernek ve kuruluşlar yönünde eksiklikler bulunmaktadır.

Aile desteğinden yoksun yalnız yaşayan kanser hastalarının sorunların: Zor, ıstıraplı ve uzun süreli bir hastalık sürecinde yalnızlık, sorunların üstesinden yalnız başına gelmeye çalışmak gerçekten büyük sorundur. Eş, dost, çocuk ve akrabaya en çok ihtiyaç duyulan maddi ve manevi desteğe ihtiyaç duyulan dönem bu zor dönemlerdir. Son dönemde sıkça karşılaşılan bu hastaların sorunlarının çözümü için çalışılmalıdır.

Nötropenik hasta ve Akut lösemili hasta Takibi için yatak eksikliği nedeniyle karşılaşılan sorunlar: Özellikle akut lösemili ve nöropenik ve febril nötropenik hastalar için hasta yatağı bulunmasında zorluklar yaşanmaktadır. Hastalar büyük şehirlerden daha küçük şehirlerdeki hastanelere gitmek zorunda kalmaktadır. Bunun yanında KİT için gereğinden fazla yatak ve merkez bulunmaktadır.

Bunların yanında Sağlığın giderek artan oranda ticarileşmesi ile ortaya çıkan yeni sorunlar, Hasta tedavi maliyetlerinin yükselmesi, Hastalara sağlığıyla ilgili harcama yapma zorunluluğu bazen aileler için yıkıcı olabilmektedir.

Kanser hastalarının karşılaştığı sorunların çözümünde diğer branş hekimlerinin olumsuz yaklaşımı: Onkoloji hastaları çoğu kez diğer ihtisas alanlarından

sağlıklarıyla ilgili sorunla karşılaştıklarında, acil müdahale gereken durumlarda gerekli sağlık hizmetini yeterince alamamakta, Onkoloji hastalarının kanser dışı diğer sağlık problemleri çoğu kez göz ardı edilerek gerekli sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar.

Sağlık uygulamaları ve tedavinin ilaç ve tıbbi cihaz ve malzeme endüstrisi tarafından yönlendirilmesi: Maalesef günümüzün en önemli sorunlarından biridir. Günlük tıp pratiği ve uygulamaları güçlü global ilaç ve malzeme endüstrisinin yoğun baskılarıyla yönlendirilmektedir. Sınırlı etkinliği olan uygulamalar, yöntemler çok farklı şekilde sunulabilmektedir. Doktorlar ve hastalar yoğun PR çalışmaları ile yönlendirilmeye çalışılmaktadır.

Hastalarımız için yukarıda tanımladığımız pek çok sorun bulunmaktadır. Birlikte yürüdüğümüz paydaşlarımız devlet kurumları, Sağlık Bakanlığı bu sorunların çözümü için önemli çaba ve gayret içinde olduklarını bilmekteyiz. Bu durum bizim gelecek için daha ümitli olmamıza sebep olmaktadır.

TÜBA olarak bir yıl içinde kanserle ilgili önemli üç toplantı düzenlenmesi çözüm iradesinin ne kadar güçlü olduğunun göstergesidir.

Kanuni kuruluş sürecini tamamlamış, yapılaşmaya başlayan Ulusal Kanser Enstitüsü de bu sorunların tanımlanması ve çözümünde önemli katkılar sağlayacağına ümit etmekteyiz.

Hasta Gözüyle; Kanser Hastalığı Karşısında Mevcut Durum



Türkiye’de kanser hastalarına sunulan bilimsel hizmetler son yıllarda oldukça gelişmiş ve ülkemizdeki kanser hastaları tedavilerini devlet desteğiyle de iyi bir şekilde görmektedirler. Diğer taraftan kanser hastalığının son yıllarda ülkemizde de artış eğiliminde olduğu gözlenmektedir. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı bu konuda çok önemli bir aşamayı gerçekleştirmiş, akredite kayıt merkezleri oluşturmuştur. Bu merkezlerin güvenilir verilerine dayanan değerlendirme de ülkemizde kanser hastalığının ciddi bir artış göstermekte olduğunu doğrulamıştır.

Kanserin erken teşhis ve tedavisi için erken teşhis ve tedavi merkezleri kurulmuş ve buralarda belirli kanser türleri için tarama programları oluşturulmuş olması, kanserin erken teşhisinde önemli bir rol oynamaktadır.

Kanserle ilk kez karşılaşan hastaların ve yakınlarının bu konudaki bilgisizlikleri hem toplumsal hem bireysel sorunlar yaratmaktadır. Aile içinde bile özellikle kadın kanserlerinde (meme ve rahim) aile birliğinin bozulduğu gözlenmektedir. Cehaletten dolayı kanser hastası kadınlar eşleri tarafından terk edilebilmekteler ya da bu hastalığı ölümcül diye düşündüklerinden bu sonuçla karşılaşmaktadır. Bu bakımdan hastanın ve hasta yakınlarının doktor ve bu konuda uzman mer-

kezler tarafından bilgilendirilmesi noktasında önemli sıkıntılar yaşanmaktadır.

Kanser hastalığı ile tanışan hasta; uzun vadeli hasta, hasta yakını, doktor eşliğinde uzun bir maratondan geçmektedir. Bu sırada çoğu hasta sıkıntı yaşamaktalar ve ortaya çıkan sorunlar nedeni ile bir kısmı tedavilerini yarıda kesmek zorunda kalmaktadırlar. Ya hastalar uzak yerden tedavi merkezine geldiği için kalacak yer sorunu yaşamakta ya da hasta yakınları kanser tedavisinin yüksek maliyeti yüzünden çoğunlukla tedaviden vazgeçilmektedir.

Kanser hastasının meslek edinme ve para kazanma hakkı bulunmalıdır. Çünkü kanser hastasının tedavi masrafları yüksektir. Ağır kanser vakaları, tedavi sürecinde aile birliğini ve maddi imkânları yok etmektedir. Bu nedenle devlet tarafından hastaların örgütlenmeleri desteklenmeli örgütlenen hastalara yasal dayanak hazırlanmalı ve bu örgütler kanser hastalarının haklarını savunacak mekanizmaya kavuşturulmalıdır.

Merkezden uzak veya coğrafi imkânsızlıklarından dolayı tedavi amaçlı İstanbul, Ankara, Bursa, İzmir, Adana gibi büyük şehirlerde tedavi olmayı seçen hastaların en çok yaşadığı sorunlar tedaviye gidebilmek ve hekime erişebilmek için maddi imkânsızlıklarından dolayı bunu erteleyen, zaman aşımına uğratan birçok hasta ve hasta yakını bulunmaktadır. Hastalığa ilk yakalanıldığı esnada hastanın ailesi elinde birikmiş parasını harcamakta tereddüt dahi etmemekte ancak zamanla elindeki para tükendiğinden borçlanmaya gidilmekte, komşu, arkadaş ve aile çevresinden yeterince borçlandıktan sonrada artık tedaviye gitmek veya hekime ulaşmak imkânsız hale gelmektedir.

İl ve ilçelerde bulunan sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarının hastalara yardımı konusunda ise mevzuatta kesin bir hüküm bulunulmadığından kanser hastalarına yol ve konaklama yardımı mülki amirlerin inisiyatifine bırakılmaktadır. Bu da zaman zaman sıkıntılara yol açmaktadır. Örneğin bir vali veya bir kaymakam bu inisiyatifi çok iyi niyetli kullanırken diğer taraftan bir vali veya bir kaymakam bu inisiyatifi kullanmamakta veya kullanmak için çaba sarf etmemektedir.

Kanser hastalığının nedenleri konusunda bugüne dek olan değerlendirmeler sigara kullanımını ana faktör olarak yorumlamaktadır. Sigara başta akciğer kanserleri olmak üzere birçok kanserin oluşmasında ve gelişmesinde en önemli faktörlerden biridir. Bu bakımdan Sağlık Bakanlığı’nın sigara ve diğer tütün ürünlerinin

kapalı ortamlarda kullanımının yasaklanmasına yönelik çalışmaları son derece isabetli olmuştur. Bu çalışmaların sonucu olarak ilerleyen dönemlerde sigaraya bağlı başta akciğer kanser olmak üzere birçok hastalık oranlarında gerileme yaşanması beklenmektedir. Dumanlı hava sahası prensibi son derece isabetlidir ve büyük bir hassasiyetle sürdürülmelidir.

Ülkemizde gıda maddelerinin sağlık açısından denetimi Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın uhdesindedir. Bu konuda bize ulaşan pek çok bilgi, özellikle tarım ürünlerinin denetiminin layıkıyla yapılamadığı şeklindedir. İhraç ürünlerinde bile zaman zaman yaşanan sorun, kontrolün çok daha sınırlı olduğu iç piyasaya yönelik üretimde çok daha büyük önem kazanmaktadır. Çiftçi özellikle tarım ilaçlarının kullanımında son derece bilinçsizdir, hatalı ilaç kullanımı (çok miktarda ve zaman faktörü dikkate alınmadan) tarım ilaçlarının bitkilerle insana geçtiğini düşündürmektedir. Tarım ilaçlarının kanser oluşumunda önemli bir etken olduğu bu noktada gözden kaçırılması gereken bir durumdur.

Kanser hastalarının sorunları ise daha çok başta ilaç olmak üzere tanı ve tedavi hizmetlerin erişimde yaşanmaktadır. Tıpta Uzmanlık Sınavı'nın "klinik tıp eğitimi" kalitesini olumsuz etkilemesi sonucunda, hekimlerin klinik yaklaşımları zayıflamış, çok fazla tetkik talebine karşılık, sonuç alınmasında zafiyet yaratmıştır. SGK sağlık harcamalarının azaltılması amacıyla haklı olarak tetkik ve ilaç kullanımına kısıtlamalar getirmiştir. Bu durum ne yazık ki gerçekten gerekli durumlardaki erişimi de olumsuz etkilemektedir. Özellikle tedavi üstünlüğü getiren yeni ilaçlara erişim de sınırlıdır. Benzer şekilde, kanser ağrısında kullanılan ilaçlara erişim de sorunludur. Transdermal olarak kullanılan ağrı bantları ve oral ağrı kesici gereksinimi zaman zaman SGK'nın öngördüğü değerden fazla olmakta, bu durum hastanın gereksiz yere ağrı çekmesiyle sonuçlanmaktadır. Kanser ilaçlarına erişimde getirilen sınırlamalar, en azından sağlık kurulu raporuna binaen azaltılmalıdır.

Kanser hastalığındaki artışa rağmen, onkoloji alanında hizmet veren hekimlerin sayısı son derece yetersiz kalmaktadır. Bu durum Tam Gün Yasası sonrasında olası ayrılmalar ile daha da olumsuz etkilenecektir. Sağlık hizmetlerine özellikle Anadolu'dan erişim kısıtlıdır. Yeni kurulan merkezlere karşılık, hastalar deneyimin daha yüksek olması nedeniyle büyük merkezleri tercih etmektedir. Hekim eksiği olan yerlere "6 ay- bir yıl rotasyon uygulaması" kabul görmemiştir. Buna karşılık, özellikle kontrol hastalarının seçilmiş merkezlerde gününbirlik ya da iki günlük kısa rotasyonlarla kontrolleri daha uygulanabilir ve ekonomik bir seçenek olarak görülmektedir. Hastaların merkezi sistemle kaydı ve hekimin uçakla ulaşımının mümkün olduğu bölge devlet hastanelerinde toplanmaları en

azından takip hastaları açısından kolaylık getirebilir ve hem ekonomik hem de uygulanabilir bir modeldir.

Hasta hakları konusundaki yaratılmaya çalışılan bütün duyarlılığa rağmen, hekimlerin bir kısmının olumsuz yaklaşımı konusunda sıkıntılar devam etmektedir. Bunda hasta sayısının çok olmasının yanı sıra, hekimlerin meslek algılarındaki bir deformasyonun da etkili olduğu yargısı yanlış olmayacaktır. Ne olursa olsun, kanser hastalığı diğer hastalıklardan daha farklı bir duyarlılığı gerektirmektedir. Onkoloji alanında hizmet veren hekimler diğer meslektaşlarına göre manevi olarak daha fazla baskı altındadır ve bu durum mesleki tükenmişliğe yol açmaktadır. Bu nedenle tıbbın bu özel alanında çalışan hekimlerin yetiştirilmesinde pozitif ayrımcılık sağlanması, bireysel duyarlılığın sürdürülmesi açısından gerekli görünmektedir. Bu yaklaşım, ülkemizdeki yetersiz onkolog sayısının artırılmasında da olumlu sonuçlara neden olacaktır. Zira onkoloji yukarıda sözü edilen manevi yük nedeniyle çok fazla tercih edilen bir branş değildir. Bu durum hematoloji ve medikal onkoloji yan dal ihtisasına olan başvuruların yetersizliği ile de aşıkardır.

Hastalara ve ailelerine psikolojik destek verilmesi büyük önem taşımaktadır. Tedavideki bütün ilerlemelere rağmen hastalığın ölümle aynı anlamda anılmasının önüne geçilememiştir. Bütün hastalar ve özellikle yakınları için uzman psikologlar tarafından hastalık psikiyatrisi yaklaşımı büyük önem taşımaktadır.

Kanser Hastalarının Yaşadıkları Belirli Sorunlar

- Medikal gereksinimi olan ancak ilgili sosyal güvenlik kurumu tarafından ödenmeyen medikal giderlerin gerek sosyal güvenlik gerekse de sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca oldukça sınırlı olarak karşılanması konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır.
- Tanı alan her hastanın Diyanet İşleri Başkanlığı'nın da görüşleri alınmak sureti ile bu insanlara inanç terapisi yapılması gerek Hristiyan gerek Yahudi gerekse de Müslüman kişilerin kendi din adamlarından terapi desteği alınması konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır.
- Psikolojik desteğin yeterli olmaması büyük bir sorundur. Hastalığın teşhisinde verilmeye başlanacak psikolojik destek, tedavi başarısını artırmamasının yanında hem yaşam süresini uzatacak hem hayat kalitesini artıracaktır. Psikolojik destek hizmetlerinin artırılması faydalı olacaktır.
- Kanser pahalı bir hastalıktır, tanı ve tedavi için gerekli işlemler için sıra bekletilmekte özellikle uzun süreli randevu gibi anlamsız zaman kayıplarının kanser hastalarının yaşam kalitelerini önemli oranda düşürmekte ve tıbbi tedavi gerek-

sinimleri zorlamamasına rağmen özel kurumlara yönlendirme yapılmaktadır.

- Kanser hastaları umut tacirlerinin eline düşmekte, suistimal edenler için yasal yaptırımlar yeterli değildir.
- Diğer illere tedavi için giden maddi durumu iyi olmayan hasta ve yakınlarına kalacak bir yer sıkıntısı yaşanmaktadır.
- Kanser hastalarına evde bakım konusunda önemli sıkıntılar yaşanmaktadır.
- Kanser hastası çocuklara uygun olarak eğitim-öğretimin toleranslı olmaması ve bu eğitim ortamının sağlanmaması.
- Kanser hastalarının yoğun tedavi dönemlerinde işlerine son verilmesi veya çalışabilir durumda olanlara iş verilmemesi sıkıntıları yaşanmaktadır. Kanser hastaları iyileştikten sonra dahi iş bulamamaktadır.
- İhtiyacı olan kanser hastası çocuk ve gençlere eğitim öğretimi için düzenli burs sağlanamamaktadır.
- Hastanelerde yetersiz yatak sayısı nedeniyle tedaviye geç başlanması söz konusu olabilmektedir.
- Terminal dönemindeki kanser hastalarının evlerine gönderilmeleri ve kaderleriyle baş başa bırakılmaları önemli sorunlardan biridir.
- Tedavi alınan bazı 3. basamak sağlık kuruluşlarında azarlanma, yasa dışı ücretler alınması vb. sıkıntılar yaşanmaktadır.
- Bazı ilaçların temininde güçlük yaşanması veya SGK'dan muaf olanları, TEB'in geç temin etmesi tedavinin aksamasına yol açmaktadır.
- Kanser tedavisi için bir algoritma olmalı, insanlar tanıları aldıktan sonra ne yapacaklarını bilememektedirler. Doktorlar sadece kanser değil her türlü hastalıkta kendi anlayışlarına bırakılmadan hastaları yönlendirmek konusunda meslek içi eğitime tabii tutulmalıdır.

Yaşanan Sorunlarla İlgili Çözüm Önerileri

Türkiye'de kanser tedavisi ve kanserle mücadele için aşağıdaki temel noktalarda düzenlemeler yapılması gerekmektedir. Bunlar;

1. Erken Tanı ve Tedavi Koşulları

Erken tanı ve tedavi koşulları; sağlığın iyileştirilmesi ve beklenen yaşam süresinin uzatılması, kaynakların israf edilmesinin önlenmesi gerekmektedir.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Kanser konusunda yetişmiş ve değişik alanlardan oluşan multidisipliner ekip

- Hastaların bilgiye erişim ve iletişim olanaklarının kalitesi ve ulaşılabilirliği
- Sorulara dürüst ve özenli cevap alabilme hakkı
- En son teknoloji
- Klinikle ilgili kılavuzlar
- Hastanın ikinci görüş alma hakkı
- Bekleme sırasının en az düzeyde olması
- Yürütülen klinik bir çalışmaya katılabilme olanağı
- Bilinçli tercihlerde bulunabilmeye destek olunması

2. Bakım Kalitesi

Bakım kalitesi, hasta ve ailelerinin ihtiyaçlarını karşılayabilecek kapsamlı bir yaklaşımla sağlanmalıdır. Bakım kalitesi, hasta ve ailelerinin yaşam kalitelerini iyileştirmeli, kaynakların daha etkin kullanımını sağlanmalıdır.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Hastalar, kendi bakımlarıyla ilgili kararlara doğrudan katılma hakkına sahip olmalıdır.
- Çok sayıda farklı sağlık hizmetinden faydalana-bilme (evde bakım, topluma yönelik hizmetler)
- Sağlık, sosyal ve psikolojik hizmetler arasında koordinasyon sağlanması
- Hasta yakını ailelere destek olunması
- Hasta ve yakınlarının ulaşabilecekleri kaynakların artırılması
- Ağrı tedavisini de içeren palyatif bakım ve destek tedavisinin sağlanması
- Klasik tedaviler yanında tamamlayıcı tedavilere entegrasyonda destek
- Multidisipliner sağlık ekibine ulaşabilme hakkı bulunması
- Özelleşmiş kanser hizmetlerine ulaşabilme
- Gönüllü kanser cemiyetleri arasında entegrasyon
- Gizlilik ve saygınlık içerisinde tedavi edilme hakkı

3. Hastalar ile Sağlık Çalışanları Arasındaki İlişkiler

İlişkiler, karşılıklı saygı ve güven içinde geliştirilmelidir. İlişkiler görev ve sorumluluklarla orantılı olarak yeniden tanımlanmalıdır.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Konsültasyon ve iletişim için yeterli zaman ayrılması
- Hastanın özgür seçim hakkı
- Tanı, tedavi, bakım ve hastalığın seyri ile ilgili bilgilendirilme ya da bilgilendirilmeyi istememe hakkı
- Uygun bir ortamda bilgi edinme hakkı

- Tedaviye veya tedavi aşamalarına izin verme ya da vermeme hakkı
- Kişisel tıbbi dokümanlara ulaşım hakkı
- Gizlilik hakkı
- Şikâyetlerin dinlenmesi ve cevaplandırılması hakkı
- İstenildiğinde ailenin sürece katılma hakkı

4. Hastanın Bilgilendirilmesi

Hastalar ve ailelerinin; hastalığı en iyi şekilde anlaması ve başa çıkabilmesi, üzüntü ve streslerinin azaltılması için hastalıkları ile ilgili doğru bilgiye ulaşmaları desteklenmelidir. Bu amaçla doğru bilgi sağlık çalışanlarından alınabileceği gibi, internet, dergi, televizyon vb. dış kaynaklardan ve kanser cemiyetlerinden alınabilir.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Tartışma ve iletişim
- Yazılı rehberlerin bulunması (hastaneler, terminal bakım merkezleri ve hizmetlerle ilgili)
- Kanser ile ilgili bilgilendirme standartlarının bulunması
- Sağlıkla ilgili derneklerin bilgiye ulaşmadaki rolleri artırılmalıdır.

5. Hastalar ve Yakınlarına Psikolojik Destek Sağlanması

Hastalar ve yakınlarının; tanı, tedavi ve tedavi sonrası süreçlere uyumları için duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasında psikolojik desteğin sağlanması esastır.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Hastalığın her döneminde psikolojik desteğe ulaşabilmek
- Sağlık çalışanlarının, psikolojik destek ve iletişimle ilgili uygun eğitimlerinin sağlanması
- Kanser derneklerinin hastane içinde ve toplum düzeyinde rol almaları
- Hastalara destek amaçlı haberleşme ağının ve eski hastaların deneyimlerinin paylaşılmasının geliştirilmesine yönelik aktiviteler
- Eski hastalar, yeni hastalara gönüllü destek sağlayabilir
- Kanserle ilgili telefon yardım hattının kurulması

6. Sosyal Destek ve Maddi Yardımlar

Zor durumda olan hasta ve ailesine, kanserin doğrudan ya da dolaylı olarak getireceği ek yükleri önleyecek şekilde sosyal ve maddi destek sağlanması olanakları geliştirilmelidir.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Maddi yardımın nereden ve nasıl bulunacağı konusunda yol gösterilmesi
- Yasal haklar ve bunlara başvuru konusunda yardım
- Hastalık süresince ve hastalık sonrası dönemde desteğin sağlanması
- Gerektiğinde aile bireylerine özel desteğin sağlanması
- Kanserli çalışanlara özel güvencelerin sağlanması (hastalık izni, yarım gün çalışma, işten çıkarılmama garantisi)
- Kanserli hastalara eğitim ve iş imkânlarının sağlanması

7. Rehabilitasyon

Hastalara tedavi sırasında ve sonrasında iyileştirme olanağı sunulmalıdır. Bu, hastalara daha iyi bir yaşam kalitesi, duygusal iyilik hali ve sağlığın yeniden kazanılmasını sağlayacaktır. Rehabilitasyon, tam rehabilitasyon, tam kapsamlı (fiziksel, sosyal psikolojik, ruhsal ve mesleki) ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Rehabilitasyon, tedavinin bir parçası olarak hastaya özgün olmalıdır
- Kanser tedavileri, tedavinin yan etkileri ve tedavi sonrası dönem ile ilgili sürekli eğitim programlarının düzenlenmesi
- Tedavi yan etkilerinin azaltılması ve önlenmesi (örneğin tedavi sonrası depresyon)
- Düzeltici ameliyat olanağı sağlanması
- İş bulma olanaklarının kolaylaştırılması
- İş yerine adaptasyon sürecinde önyargı ve damgalamanın önlenmesi noktasında desteğin sağlanması
- Banka kredisi ve sigortadan faydalanma olanağının sağlanması
- Evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi

8. Palyatif Tedavi (Rahatlatıcı Tedavi)

Yaşamın son günlerinde, hasta ve ailesine desteğin iyileştirilmesi ve problemlerin en aza indirilmesi konusunda palyatif tedavi ve bakımın sağlanması ve ulaşılabilirliği desteklenmelidir.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Hastaya göre uyarlanmış ve esnek çözümler sağlanması
- Hastanın son anını geçirmek istediği yeri seçme hakkı bulunmalı

- Şikâyetlerinin etkin olarak kontrol altına alınması hakkı
- Ölüm öncesi ve sonrası aileye desteğin sağlanması
- Genel ve özel palyatif bakıma ulaşımın kolaylaştırılması
- Multidisipliner ekibe ulaşabilme hakkı

9. Hasta Savunuculuğu

Hastaların savunulması, en iyi tedavinin sağlanması ve en iyi sonuca ulaşılması için hastaların, sağlık çalışanlarıyla aktif birlikteliğini ve ortaklığını güçlendirmelidir. Bu, optimum tedavi ve sonucun oluşmasına yardım edecektir. Hasta savunması aynı zamanda, hizmetlerin planlanması ve geliştirilmesinde hastaların rolünü dikkate alınmalıdır.

Bunlara ilişkin önemli noktalar şunlardır;

- Yetkili makamlarda ve hastanelerde hasta derneklerinin desteğinin alınması
- Hasta dernekleri ile paydaşlar arasında yapıcı diyalogun sağlanması
- Farklı organizasyonlar arasında haberleşme ağının geliştirilmesi
- Hastaların etkin şekilde savunmalarını yapabilmeleri için destek ve eğitimin sürekli sağlanması

OTURUM-II TARTIŞMA BÖLÜMÜ

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Çok teşekkürler, Salih Yüce. Evet, salondan söylenenlere katkılar olacaktır herhalde? Buyurun Necati Bey.

DOÇ. DR. NECATİ ALKIŞ: Teşekkür ederim. Ben Doktor Necati Alkış Ankara Onkoloji Hastanesi tıbbi onkolojiden. Tüm konuşmacılara da teşekkür ederim. İki şeyi vurgulamak isterim. Bir, kanserli hastalara ait maluliyet raporlarının biraz daha kapsamlı ve açık olmasında fayda var, çünkü hasta veya sahipleri bizden maluliyet raporu istiyorlar. %’de kaç olacak? Bu hususta mevzuat tam açık olmadığından problem yaşıyoruz. Bunu yetkililerden istirham edeceğiz.

İkincisi de, hiç değinilmedi ama Sağlık Bakanlığı hastanelerinde merkezi randevu sistemi diye bir şey var ve yetkililer bizden hastalarımızın büyük bir kısmını bu merkezi randevu sisteminden bakmamızı istiyorlar. Ama yeni teşhis alan hastalar bu hususta ilgili uzmanlara ulaşmakta, yani merkezi randevu sisteminde randevu almakta zorlanıyorlar. Yan daldan randevu almak için aile hekimi veya dahiliyecinin bu hastaları sevk etmesi veya yeşil listeye eklemesi gerekir. Yeşil listeye eklenen hasta da 90 günle sınırlı. Biz eski hastalarımızı da o listeye attığımızda 90 gün sonra o kapanıyor yeni hastalarda o listeye eklenmediği için problem yaşıyorlar. Kanser teşhisi alan hasta herhangi bir tıbbi onkologdan her zaman Merkezi Randevu Sistemi üzerinden randevu alabilmeli. Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Teşekkür ederiz.

Evet, buyurun.

DOÇ. DR. AHMET DİRİER: Ahmet Dirier, Gaziantep Üniversitesi Radyasyon Onkolojisi’nden. Aslında dile getirilmedi ama kanserli hastaların büyük sorunlarından bir tanesi epikriz. Çoğu zaman epikriz ya verilmiyor ya da eksik bilgi veriliyor. Mesela yakın zamanda yaşadığım bir olay; bir başka hastaneden bize gelen hasta. Hasta osteosarkom, çocuk onkolojisi radyasyon onkolojisinden konsültasyon istemiş; “osteosarkom tanısıyla takip eden hastanın değerlendirilmesi”. Yani tedavi cevabı yok mu, var mı, yoksa progresyon mu hiçbir şey yok. Altına da radyasyon onkoloğu arkadaş sadece randevu vererek “şu gün saate gelmesi uygundur”. Hasta da diyor ki, “ya Antep’te yok mu bu tedavi?” Var. “Ben o zaman Antep’e gideyim” bize geliyor. Hasta Suriyeli, derdini zaten anlatamayan bir hasta. Epikriz büyük sorun. Epikriz

nasıl olabilir? SGK’nın bir doktor sayfası var, oradan hastaların radyoloji sonuçlarına ulaşma imkanımız var, oraya yüklenebilir, belki bunun çalışması yapılabilir. Hasta nereye giderse gitsin o doktor hastanın epikrizine ulaşabilmeli.

Diğer bir husus, kanserli hastaya morfin türevi ilaç yazıyoruz diyoruz ki, 3 ay sonra kontrole gel. Hasta bulunduğu yerde sağlık ocağına gittiği zaman “aa morfin! ben bunu yazamam”. Yazamayacağına dair kanun var mı? Yok. Yani bununla ilgili Bakanlık belki bir genelge, belki bir uyarı mahiyetinde yazı gönderebilir sağlık ocaklarına.

İş gücü kaybıyla ilgili sağlık kurulu raporları konusunda Necati Bey’e katılıyorum. Hasta diyor ki, sağlık kuruluna müracaat etmek istiyorum klasik dahiliye, ortopedi, cerrahi, psikiyatri vesaire sıralanıyor. Aslında hasta belki o bölümlerin hiçbirisini ilgilendiren bir hasta değil. Belki beyin tümörü, beyin cerrahisi, nöroloji, tıbbi onkoloji, belki radyasyon onkolojisini ilgilendiren bir hasta. Bunlara göre sağlık kurullarının ayrıca düzenlenmesi gerektiği kanaatindeyim. Diyecelerim bu kadar.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Evet, arkadan bir söz isteyen var.

DOÇ. DR. MUSTAFA ÖZTÜRK: Doçent Doktor Mustafa Öztürk Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı. Genelde bu tür toplantılarda sürekli hastaların yaşadıkları sorunlar vurgulanır. Ben özellikle hekimlerin sorunlarıyla ilgili beş maddeyi vurgulamak istiyorum. Çünkü hekimlerin ve sağlık çalışanlarının sorunlarını çözdüğümüz takdirde, hastaların da sorunlarının zaman içinde çözüleceğine inanıyorum.

Birinci sorun: Kanser hastalarının tanı anındaki işlemlerinin yavaş yürümesiyle ilgili hekimlerin yaşadıkları sorunları oluşturmaktadır. Görüntüleme yöntemlerinin randevularının geç döneme verilmesi, biyopsi alınması ve sonuçlandırılması ile ilgili gecikmeler, neticelerin raporlama aşaması, malzeme ve ilaç temini konusunda yaşanan sıkıntılar hekimin ve sağlık çalışanlarının hastaya daha sağlıklı ve hızlı hizmet vermesini engelleyen en önemli unsurlardır. Bu durum vicdan sahibi hekimleri rahatsız etmekte ve hastalara bir an önce doğru tanı konulması için hastane sistemi zorlanarak işlemlerin daha hızlı yürütülmesi için sağlık çalışanları tarafından yoğun gayret sarfedilmektedir.

Bunun dışında hastanın sağlık durumuyla ilgili yeni gelişmelerin ilgili kliniklerle konsülte edilmesi ve bir neticeye ulaşılması ciddi zaman almaktadır, bu durum hastanın ve hekimin yorulmasına ve ciddi zaman kayıplarına neden olmaktadır. Çoğu zaman başka bir branştaki hekime ulaşılması sıkıntı oluyor. Yurt dışında bunu çok rahatlıkla 'pager' sistemiyle çözmüşler. İlgili hekime bir mesaj gönderdiğiniz zaman hekim hemen size ait bir telefon numarasıyla anında ulaşabiliyor. Türkiye'de bunu çoğu zaman biz kendi cep telefonlarımızla ilgili hekimi aramak suretiyle yapmak zorunda kalıyoruz. Hastanelerde hekimlerin cep telefonlarını kullanan kurum içi internet iletişim ağı, örneğin 'Whats up' gibi programlar kullanılarak daha hızlı bir şekilde iletişim sağlanabilir. Maalesef tüm Türkiye'de standart olarak kullandığımız böyle bir sistem henüz yok.

Bunun dışında yardımcı eleman eksikliğimiz var. Yardımcı eleman eksikliği olması nedeniyle hekim hem psikolojik danışman, hem sosyal hizmet uzmanı, bazen tetkiklerin çabuk çıkmasını sağlayan personel olma görevini, diğer sağlık çalışanlarıyla, hasta arasındaki sorunları çözen kişi olma görevini sürdürmek zorunda kalıyor. Bu durum hekimi oldukça fazla yoruyor ve kendi işine yönelmesini engelleyerek tükenmişliği artırıyor. Bu durum aynı zamanda hekimin verimliliğini de azaltıyor.

İkinci sorun: Tedavi esnasında yaşanan sorunlar. Yetersiz yatak sayısı sorunlardan bir tanesidir. Bazen hastayı değişik tıbbi gerekçelerle kliniğe yatırmak istiyoruz, ancak klinikte boş yatağımız olmadığı için hastayı mecburen evine göndermek durumunda kalıyoruz. Bu durum hekimi vicdani olarak rahatsız eden ve hastanın sağlığını tehdit eden bir sorundur.

Kırmızı ve yeşil reçetenin yazılması kanser hastaları için vazgeçilmezlerden bir tanesidir. Bu tip reçetelerin yazılmasının zor olması ve bu tür reçetelerin aile hekimlerinde bulunmaması, reçeteler olsa bile diğer branşlardaki hekimlerin kanser hastaları için gerekli kırmızı ve yeşil reçeteleri yazmak istemiyor olmaları ayrı bir sorundur. Bu durum hastanın gereksiz yere ağrı çekmesine neden olan etmenlerin başında gelmektedir.

Bunun dışında yardımcı personelin yeterli düzeyde olmaması, yoğun hasta yükü nedeniyle hekimin hastaya yeterince zaman ayıramamasıyla neticelenmektedir. Hastalıkla ilgili bazı durumları hekimin hastasıyla daha özel bir şekilde konuşması gerekmektedir. Bu konuyla ilgili yeterince zaman ve uygun mekan ayarlanması onkolojik hastaya yaklaşımın vazgeçilmezlerinden olmalıdır.

Üçüncü sorun: Son dönem hastaya yaklaşımla ilgili hekim ve diğer sağlık çalışanlarının karşılaştıkları sorunlardır. Son dönem hastanın takibi ve tedavisi

hekim ve sağlık çalışanları çok yoran bir durumdur. Burada yetersiz yoğun bakım veya palyatif bakım merkezlerinin olması bütün yükün takip eden hekime kalmasına ve hekimin ciddi manada yıpranmasına neden oluyor. Hastasının genel durumunun bozulduğunu gören hekim yoğun bakımdan hastasını faydalandırmak istiyor, ancak kanser hastası diye yoğun bakımlar hastayı almıyor ve hasta mecburen uygun bir yatak bulunabilirse Tıbbi Onkoloji kliniklerinde takip ediliyor. Acile başvuran bir kanser hastasının genel durumunu bozan rahatsızlık yeterince irdelenmeden kısa yoldan Tıbbi Onkoloji kliniklerine gönderiliyor. Halbuki bu hastaların bir çoğunun Tıbbi Onkoloji dışındaki diğer branşların yardımına ihtiyaç duyduğunu biliyoruz. Bazen kalp krizi geçiren bir akciğer kanseri hastasının hasta yeterince incelenmediği için kardiyooloji yerine Tıbbi Onkoloji'ye yatırıldığını görüyoruz. Kanser hastalığını diyabet, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı gibi kronik bir hastalık olarak görülüp hastanın sorunu neyse ilgili branşları acile davet etmek ve diğer branşlardaki hekimlerin onkolojik hastaları sahiplenmelerini sağlamak önemlidir.

Bunun dışında şunu biliyoruz ki; bir radyoloji uzmanı/teknisyeni veya radyasyon onkoloji uzmanı/teknisyeni radyasyonun fiziksel etkilerinden dolayı rahatlıkla radyasyon izni alabiliyor. Fiziksel bir etkilenme olduğunu düşündüğümüzden dolayı 1 yılda yaklaşık olarak 1 ay civarında ilave bir radyasyon izni alınabiliyor. Fakat onkolojik hasta tedavisinde ruhsal yönden en fazla etkilenen onkoloji uzmanları/hemşireleri için hiçbir şey düşünülmemiş. Yani ultrason yapan bir hekime/teknisyene fiziksel olarak etkilendiği varsayılarak yılda bir ay civarında ilave bir izin verilebiliyor, fakat ruhsal olarak yılda yaklaşık olarak 150 veya 200 civarında ölüm gören bir hekime veya genç bir hemşireye bu konuda hiçbir alternatif sunulmamış. Bunun da bence kanunlara girmesi gereken önemli bir tezat olduğunu düşünüyorum. Çünkü insan sadece fiziksel bir varlık değil, aynı zamanda ruhsal olan bir varlık. Ruhsal yönüyle de öncelikle korunması gerektiğine inanıyorum. İşin bu yönü hiçbir şekilde bu gibi oturma odalarında vurgulanmıyor. Onkoloji kliniklerinde çalışan personel ile ilgili bu olayı göz ardı ettiğimizden dolayı onkoloji kliniklerinde çalışan hemşire bulmak veya hasta bakıcısı bulmak zorlaşıyor, insanlar daha az stres altında çalışabilecekleri klinikleri tercih ediyor. Birçok hemşire birkaç ay çalıştıktan sonra çalışma ortamını çok yoğun bulduğundan dolayı daha kolay kliniklere gitmek istiyor. Örneğin tıbbi onkoloji kliniğinde çalışmaktansa cildiye kliniğinde çalışmak bir hemşire için çok daha kolay bir iş olarak görülüyor. Daha zor şartlarda ve psikolojik baskı altında çalışılan yıllık ölüm sayısının çok olduğu kliniklerdeki personele (Tıbbi Onkoloji, kardiyooloji-dahiliye-anestezi yoğun bakımları gibi) radyoloji/radyasyon

onkoloji kliniklerinde sağlandığı gibi özel izinler verilebilmelidir. Bu durumla ilgili sağlık çalışanlarının genelini kapsayan adaletli ölçütler geliştirilebilir.

Dördüncü sorun: Hekimler ve diğer sağlık çalışanları olarak eğitime yeterince zaman ayıramıyoruz. Tüm yukarıda sayılan nedenlerden dolayı yoğun bir tempoda çalışan tıbbi onkoloji uzmanları ve diğer yardımcı personel hasta bakmaktan ve günlük rutin işleri yetiştirmeye çalışmaktan toplu eğitime yeterince zaman ayıramıyor. Sağlık çalışanlarının hastaya daha güzel yaklaşabilmeleri için kendilerini daha güzel bir şekilde eğitmeleri ve buna da zaman ayırabilmeleri gerekiyor. Bu konunun da göz ardı edildiğini ve yeterince önemsenmediğini düşünüyorum.

Beşinci sorun: Toplumda hekimin algısıyla ilgili sorunlar. Hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının toplumdaki saygınlığı çok hızlı bir şekilde erezyona uğradı. Bunun en önemli nedenlerinden birisi basın yayın kuruluşlarıyla sağlık çalışanlarının kişilikleriyle ve onurlarıyla oynanması, sağlık çalışanlarına şiddetin önüne yeterince geçilememesidir. Bu nedenle toplumda hekim algısının son derece kötü olmasıdır. Bu olumsuz durumun yazılı basın ve televizyonlar kanalıyla veya başka vasıtalarla hekime ve sağlık çalışanlarına saygı duyulacak bir konuma yükseltilmesiyle bertaraf edilebileceğine inanıyorum.

Sağlık çalışanlarının haklarının korunması aynı zamanda hastanelerde hukuk danışmanlarının bulunması, hekimin ve sağlık çalışanlarının bu hizmetten ücretsiz olarak yararlanmalarının sağlanması ile sağlanabilir. Sağlık çalışanlarına karşı yapılacak onur kırıcı ve şiddet içerikli davranışların çok şiddetli bir şekilde cezalandırılması ve davaların sağlık çalışanlarını yormadan hukuk danışmanları tarafından takibi hekimlerin kurumlarına bağlılıklarını artıracak ve davranış bozukluğu olan kişilerden sağlık çalışanlarını koruyacak önemli bir yöntemdir.

Tabi ki hastasına yeterince özen göstermeyen veya kişilik haklarına saygı duymayan hekimlerin de hastane yönetimi tarafından uyarılması, bu durumu alışkanlık haline gettiren personelin gerekirse cezalandırılması da gereklidir. Bunun yanında özverili çalışan ve yukarıdaki hususlara dikkat ederek hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutarak kurumun ve sağlık sisteminin yücelmesini sağlayan hekimlerin ve sağlık personelinin de ödüllendirilmesi gerekmektedir.

Bu davranış şekli sağlık çalışanlarının belli bir çizgiye çekilmesi, verimli çalışmaları, hastaların hızlı ve doğru sağlık hizmeti alması, sağlık kurumlarının yüceltilmesi ve dünyada örnek gösterilecek bir seviyeye ulaşmalarını sağlayacaktır.

Saygılarımla.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Peki, teşekkür ederiz Sayın Öztürk. Hekimin sorunu olmazsa, hasta sorunları da en aza inecektir düşüncesiyle daha çok hekim ağırlıklı bir önceki oturuma ait sorunları gündeme getirdiniz, ama hakikaten önemli bunlar da, özellikle vakit sorunu önemli, hastaya istediklerini tam olarak verebilmemiz için daha fazla zaman ayırabilmemiz lazım. Yeni sistemde özellikle performans sistemi, SGK'nın randevu sistemlerinde zamanı kısıtlaması bu konuda büyük problemler yaratıyor. İlgili kurumların yetkilileri şu anda burada yok herhalde, ama herhalde Sayın Demirel aracılığıyla onlara bir iletme olacaktır.

Başka söz almak isteyen var mı salondan? Evet, buyurun.

PROF. DR. ASUMAN BOZKIR: Ben Ankara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı'ndan Profesör Doktor Asuman Bozkır. Öncelikle toplantıya davet edilmemizden dolayı Taner Demirel'e ve diğer TÜBA ekibine çok teşekkür ettiğimizi bildirmek isterim. Ben katıldığım bu toplantıdan edindiğim deneyime göre gerçekten onkologların bu konuda ciddi sorunları olduğunu ve biz eczacılar olarak onlara bazı katkılarda bulunabileceğimizi düşündüğüm için söz aldım. Bu bahsetmiş olduğunuz robotik sistemler ve doza bağlı kanser tedavisinde kullanılan ilaçların hazırlanması konusunda Gaziantep Üniversitesi'nde eczacı arkadaşlarımızın çok başarılı çalışmalar yaptığını biliyoruz. Bu konuda eczacıların gerçekten hastanede onkologlara destek olması ve onkoloji açısından özel yetiştirilmiş eczacıların hastanelerde çalıştırılmasının önemli olduğunu düşünüyorum. Onun dışında akademik anlamda bizler pek çok araştırma yapıyoruz ve bildiğiniz gibi TÜBİTAK'ın desteklemiş olduğu önemli araştırma konularından birisi kanser tedavisi üzerine yapılan çalışma ve araştırmalar. Bizim de araştırmalarımızın son yıllarda çoğunluğunu bu tür konular içeriyor. Bizler akademik anlamda pek çok araştırma yapıyoruz, hedef organlara, kanser tedavisinde kullanılmak üzere akıllı ilaç taşıyıcı sistemler ve hedeflendirilmiş sistemler üzerinde çalışıyoruz. Ama bu çalışmaların çoğu yapmış olduğumuz deneyleri sadece formülasyon geliştirme ve klinik öncesi çalışmalar, yani hücre kültürü çalışmalarıyla ya da hayvan deneyleriyle bunların etkinliğinin kanıtlanması şeklinde. Benim şöyle bir önerim olacak! Gerçekten bu toplantı bana burada katıldığım süre boyunca şu isteği uyandırdı. TÜBA'nın önderliğinde bir sempozyum yapılsa bizler akademik anlamda bu konuda yapmış olduğumuz çalışmaları burada sunsak ve ülke olarak akıllı ilaç taşıyıcı sistemler ve hedeflendirilmiş sistemlere yönelik olan çalışmalarımızı kliniğe uygulama konusunda geliştirek ve bir adım ileriye götürsek. Çünkü biz bu ça-

lişmalarımızı kendimiz bilimsel anlamda yapıyoruz, yurt dışı/yurt içi kongrelerde sunuyoruz, belki ödöl-ler kazanıyoruz, ama sonunda bunu hayata geçirmek, insanların tedavisine sunmak ve o konuda bizim de bu zincirde bir katkımız olmasını sağlamanın önemli olduğunu düşünüyorum. Bu amaçla TÜBA'nın önder-liğinde yapılacak toplantılarla ve multidisipliner bir katılımın olmasıyla, özellikle onkologların ve diğer paydaşların katılımıyla daha hedefe yönelik, daha ba-şarılı çalışmalar yapılması gerektiğini düşünüyorum. Morfinle ilişkili belirtilmiş olan ilaç taşıyıcı sistem-lerin ve kontrollü salım sistemlerinin geliştirilmesi de bizim farmasötik teknoloj eczacı araştırmacılar olarak yapmamız gereken ve yaptığımız çalışmalar-dır. Bu konularda TÜBA'nın önderliğinde yapılacak sempozyum/çalıştaylar ile, biz bu çalışmalarımızı ölke içinde paydaşlar ile paylaşsak ve klinik açıdan önemli olacak birtakım verileri elde edilmiş araştır-maların desteklenerek bir ileri aşamaya götürölmesini sağlasak. Yurt dışında üretilmiş bazı ürünlerin ölke-mize gelmesini desteklemek yerine, aşama kaydetmiş araştırmalarımızın hayata geçirilmesi ve uygulanma-ları açısından yapılan bilimsel çalışmaların desteklen-melerinin önemli olduğunu düşünüyorum.

Tekrar teşekkür ediyorum.

OTURUM BAşKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Biz teşekkür ederiz. Bu sene içinde TÜBA kanser çalışma grubunun yap-tığı toplantılar TÜBA'nın böyle bir rolöl olabileceğini, bir aracı kurum rolöl üstlenebileceğini, organizasyonu, iletişimi, koordinasyonu sağlayabileceğini gösterdi. Umarız bundan sonraki çalışmalar, aktiviteler ve de paydaş kurumlar arasında daha etkin iletişimin sağ-lanmasıyla, güncele yansıyan, pratiğe yansıyan olum-lu sonuçların alınması gerçekleşir ve umarız, bundan sonraki sene içerisinde, 2015 içinde olumlu gelişme-ler görölmeye başlar.

Bu konu dışında başka katkısı olan var mı? Evet, Doktor şeref Bey.

PROF. DR. şEREF KÖMÖRCÜ: Ben Doktor şeref Kömöröl Memorial Ankara Hastanesi Tıbbı Onkolo-ji Bölümünden. Sorunlar dile getirildi umarım yerine ulaşır ve bunlar gerçekten çalışılır. Mevcut çıkan bazı kararlar var, bunları sağlık ekibine ve hastalara ile-tecek bir organizasyon yok. Söz gelimi evde bakım programı. 600 tane program kuruldu etkin veya de-ęil o ayrı bir tartışma konusu, ancak verimli olarak kullanılamıyor, hasta bilmiyor sağlık ekibi bilmiyor. Bu nedenle hizmet talep edilmiyor. Başka bir örnek, kanserli ve muhtaç metastatik kanser tanısı alan kişiye düzenlenen maddi yardım konusu. Metastatik kanserli hastaya 12 ay, lösemi tanısı alan kişiye 18 ay, maddi desteğe ihtiyaı varsa ayda 900 lira civarında

maaş düzenlenebiliyor. Bunu sağlık ekibi ve hastalar bilmiyor. Bu tür sosyal desteklerin bir bilgilendirme programı dahilinde hasta ve sağlık ekibine iletilmesi uygun olur. Teşekkür ederim.

OTURUM BAşKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Evet, bu konuda çok haklısınız. Sayın Ahmet Özet Hoca'nın konuşmasında belirttiğı "do not resuscitate-DNR" mesela. Resustas-yon dışı tutulma durumuyla ilgili sanıyorum bu sene içerisinde böyle bir yönetmelik çıktı, ama bu bizlere yeterince duyurulmadığı için pratikte bunu uygulaya-cak olan kişiler olarak pek fazla farkında olamıyoruz ve de pratiğe geçiremiyoruz. Herhalde bu bilgilendir-me sisteminin daha iyi işlemesi gerekiyor. Oturumu-muz için ayrılan sürenin sonlarına yaklaştık birak dakikalık süremiz var bir soru daha alabiliriz. Yemek arası vereceğiz bu oturumdan sonra ve saat 14.00'te üçüncü oturum için gene burada toplanılacak.

Evet, buyurun Özgür Hoca.

PROF. DR. ÖZGÜR ÖZYILKAN: Doktor Özgür Özyılkan, Başkent Üniversitesi Tıp Faköltesi. Biz STK örgütlerini kurumlarımızda daha çok görmek istiyoruz bu konuda. Yani bu hastaların ailelerin or-ganize olmaları konusunda bilmiyorum Salih Bey'e aslında benim sorum bu. Bir yasal engel, bir sorun var mı? Çünkü çok az. Yurt dışına gittiğimizde çok daha fazla göröluyoruz bu konularda aktif çalışan vakıflar var, dernekler var ama ölkemizde sayıları oldukça az-dır diye düşünüyorum yani bir elin belki de 5 parma-ğını, 10 parmağını geçmiyor. Bu konuda bilmiyorum Salih Bey'in söyleyecekleri var mı? Teşekkür ederim.

OTURUM BAşKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Evet, Salih Bey söy-leyeceğiniz var herhalde yanıt olarak.

SALİH YÜCE: Özgür Hocama teşekkür ediyorum. Bizler aslında gelişmiş ölkelerde bunu çok daha fazla görebiliyoruz. Ölkemizde de temennimiz o ki bunlar yaygınlaşsın. Evet, Hocam ne yazık ki sayımız çok az geçtiğimiz haftalarda ben İçişleri Bakanlığı'ndan aldım, meslek dernekleri dahil olmak üzere, uzmanlık dernekleri dahil olmak üzere ölkemizde 143 tane on-koloji üzerine alışan STK var ve bunların çoğunluğu zaten uzmanlık derneği. Bizim gibi hasta dernekleri toplanasınız Türkiye'de 40 tane STK yoktur, bunların 15-20'si daha pasif, 15-20'si kendi alanında alışabi-len en azından bir şeyler üreten bilen STK'lar. Bizim amacımız Türkiye'de bu STK'ların çoğalmasını sağ-lamak. Hatta örneğin artık ölkemizde bilinen meme kanseri, lösemi derneklerin yanı sıra akciğer kanseri hastalarının oluşturmuş olduğu dernekler. İşte sarko-ma hastalarının oluşturmuş olduğu dernekler. Yani

ülkemizde sık görülen hastalık gruplarının kendi derneklerini eğer dernek olamıyorsa bile gruplarını oluşturmak. Bu şekilde daha fazla çalışabiliriz, ama burada bizim en büyük eksikliğimiz ne yazık ki eğitim seviyemizin düşük olması. Bizim gibi hastalar bu alanda çok fazla durmayabiliyor. Hastalığı yendikten sonra ne yazık ki alandan çekilip artık kanser kelimesini dahi duymak istemediğinden çok sınırlı sayıda STK'larla mücadele etmek zorundayız bu alanda. Hasta okulları diye bir program yapmıştık Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığıyla birlikte. Adana'ya da gelmiştik Hocam Başkent'te de program yapmıştık. Belki bu tür programların çoğaltılması ve bu programlar sayesinde bütün illere ulaşılması öngörülebilir. Yine Kanserle Dans diye bir derneğimiz var kendileri sosyal medyada oldukça aktif ve bu konuda da olabildiğince iddialılar. Umarım hani hepimiz kendi alanımızda daha güzel işler yapabiliriz ve sizin dediğiniz seviyeye de ulaşmış oluruz Hocam. Teşekkürler.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Evet, Taner Hocam.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Arkadaşlar, biz kayıt yapıyoruz dolayısıyla, katkıda bulunan arkadaşların kendilerini takdim etmeleri, bulunduğu kurumu söylemeleri ve mikrofonu mümkün olduğunca ağız bölgesine yakın tutmaları çok iyi olacak. Biz bu sempozyumun sonunda tekrardan ulusal kanser politikalarında yaptığımız gibi rapor hazırlayacağız, kitap haline getireceğiz, Haziran sonunda da baskısını tamamlayıp gene sizlere ve paydaşlara sunacağız. Teşekkür ediyoruz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Evet, sanıyorum çok kısa olarak hemen son bir söz daha verebiliriz ondan sonra oturumu kapatalım.

DR. DENİZ ÖNER: Ben Kanserle Dans Derneği Başkanı Doktor Deniz Öner. Öneriniz hakikaten çok doğru bizim de bu konuda çalışmalarımız var ancak yeni bir derneğiz. Tüm Türkiye'ye; bütün onkoloji hastanelerine ve birimlerine bir anda ulaşmamız çok zor. Bunun yollarını arıyoruz, sizlerle beraber bir çözüm bulabileceğimize inanıyorum. Salih Yüce'nin de söylediği gibi bu desteği hastalarla değil sağlıklı gönüllü ve psikolojik eğitim de almış insanlarla yapmamızın çok daha verimli olacağını öngörüyoruz. Kısa süre içinde pilot olarak uygulamaya geçmeyi umut ediyoruz. Salih Yüce'nin de belirttiği gibi sosyal medyada sağladığımız psikolojik ve sosyal desteği, bizzat hastanelerde, bize henüz ulaşamamış hasta ve yakınlarının ellerini tutarak yapmamız gerektiğini biliyoruz. Çok teşekkür ediyorum.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. DİLEK DİNÇOL: Evet, çok teşekkürler toplantıyı kapatıyorum, öğleden sonraki oturumda görüşmek üzere iyi günler.

OTURUM - III

İLAC RUHSATLANDIRMASINDA YAŞANAN PROBLEMLER
FARMASÖTİK SEKTÖR GÖZÜYLE KOORDİNASYONDA YAŞANAN PROBLEMLER

Oturum Başkanı:

Prof. Dr. Taner DEMİRER

TÜBA Asli Üyesi

TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Yürütücüsü

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Hematoloji Bilim Dalı

İlaç Ruhsatlandırılmasında Yaşanan Problemler

(TEB, Endikasyon Dışı Uygulamalar, Öksüz İlaçlar, Öksüz Hastalıklar, Maliyeti Yüksek Monoklonal Antikor vb. Tedavilerin Rehabilitesi)



İLAÇ RUHSATLANDIRILMASI

Saygıdeğer Başkan, öncelikle TÜBA'nın böyle bir ortam sunmak suretiyle, yaşadığımız problemlere ilişkin tartışma, bilgilendirme ve sonuç üretme imkanını sağlaması sebebiyle müteşekkirim olduğumu ifade ediyim.

Bütün saygıdeğer hocalarımı, bu oluşuma verdikleri katkı için şükranlarımı sunarak selamlıyorum.

Bildiğiniz gibi Türkiye'de ilaç ruhsatlandırma işlemleri 1928 tarihli İlaç Yasası'na bağlı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Osmanlı Devleti zamanında, 1877 yılında, İhtira Beratı'nın yayımından beri ilaçla ilgili endüstriyel faaliyetler başlamış ve ilaç ruhsatlandırma işlemleri başlamıştır. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte birçok modern yasa tasarımı arasında 1928 yılında müstahzarlarla ilgili yasa da katılmıştır. Halen yürürlükte olan bu yasa çerçevesinde Bakanlık, ilaç ruhsatlandırma faaliyetlerini sürdürmektedir.

Tarihsel süreç içerisinde ilaçlarla ilgili gelişim hızına paralel olarak kurumsal yapı da değişiklik göstermiştir. Şube müdürlüğü, daire başkanlığı şeklinde devam

eden idari yapılanma, 1946 yılında Genel Müdürlük haline geldi ve 65 yıl devam etti. 2011 yılının 2 Kasım'ında 663 sayılı KHK'yla kurumsal yapı TİTCK Başkanlığına dönüşmüş oldu. Başkanlık beş başkan yardımcılığı şeklinde organize edildi ve her bir başkan yardımcılığı kendi bütçesiyle idare olunan bir yer haline getirildi. Kurum European Medicines Agency (EMA) tarafından tavsiye edilen formata oldukça yaklaşmış oldu. Ancak bundan sonra birincisi, KHK'dan kanuna dönmesi, ikincisi, bağlı kuruluş yerine ilgili kuruluş olması sağlanmalıdır. Böylelikle daha özerk bir yapıya kavuşturulması, mümkün olduğu kadar politikanın dışında tutulması, halkın sağlığıyla ilgili uzun vadeli ve yerinde kararların daha katılımcı bir yöntemle alınmaya başlanması gerekmektedir. Kurumun bilimsel değerlendirmeler anlamında özerkliğinin sağlanması çok faydalı olacaktır.

Kurumun günlük uğraşlarından biri olan ve gittikçe artan bir iş yükü getiren endikasyon dışı ilaç kullanımı ve yurt dışından getirilen ilaçlara ilişkin görevler, eskisine göre çok daha organize bir yapıya büründürülmesine rağmen, hala yapacak çok iş var.

Bu iş grubu içinde kanser hastalarında kullanılanların yekunu oldukça fazla, bu sebeple de bu konu bu topluluk için oldukça önemli.

Ülkemizde hastalarımızın ilaçları üç şekilde tedarik edilmektedir:

Birincisi, ruhsatlı ilaçlar. Bunların yaygın olarak hastane ve eczanelerden vatandaşlarımıza ulaştırıldığını biliyorsunuz.

İkincisi, ruhsatlı olduğu halde herhangi bir sebeple piyasada bulunamayan ya da Türkiye'de henüz ruhsatlanmamış olan ilaçların kurum onayıyla yurt dışından getirilmesi. Buna yurt dışı ilaç kullanımı diyoruz.

Bir başka yol ise, yine kurumun onayı çerçevesinde insani amaçlı ilaca erken erişim programı denilen bir yöntem. Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde çok yaygın işleyen bir sistem. Henüz ruhsatlı olmayan ilaçların ülkemizde, hatta dünyada ruhsatı bulunmasa bile, hastamıza hastalığıyla ilgili uygulanabilecek bütün seçeneklerin tüketilmiş olması halinde bir insan hakkı olarak, bir umut olarak ilaca erken erişiminin sağlanması hadisesidir.

Herhangi bir hastalığın tedavisinde bildiğiniz gibi asıl olan normal yolların kullanılmasıdır. Normal olan ilacın ruhsatlanması, güvenlik ve etkililiğinin bilimsel

komisyonlar aracılığıyla tasdik edilmesi, endikasyonların, kullanım dozajlarının, raf ömrünün belirlenmesi suretiyle piyasaya arzı, eczanelerden ya da hastanelerden vatandaşların temini şeklindedir.

Endikasyon dışı ilaç kullanımı, bir ilacın ülkemizde onaylanmış olan endikasyonlarının dışında bir endikasyonda veya belirlenmiş doz aralığının dışında bir dozda veya belirlenen bir yaş aralığının dışında bir yaş grubunda veya farmasötik şeklinin farklı bir şekle dönüştürülmek suretiyle kullanılması işlemlerine verilen isimdir.

Sistem endikasyon dışı ilaç kullanımı için başvuruların kuruma ulaşması ile işlemeye başlar. İşleyiş, başvuru daha önceden kurumda bir benzeri değerlendirilmiş ise aynı kararın verilmesi ya da üzerinde bilimsel tartışma yapılacaksa danışmanlara iletilmesi ve karar üretilmesi (uygun ya da ret), kararın ilgili hekime veya başvuru sahibine bildirilmesi şeklinde bir süreçtir. Bu aşamadan sonra hekim tarafından uygun bulunan kullanım kararı ile reçete üretilir. Karar uygun değilse hekimin yeni bir başvuru yapması mümkündür.

Kurumda evvelce reçetelerin onaylanması şeklinde bir uygulama vardı. Reçete öncesi bilimsel tartışma modeline geçildi. Burada yapılmak istenen hasta ya da hasta yakınlarının kuruma gelip kendileri için önerilen ilacın peşinde gezmelerinin engellenmesi idi. Aslında bu sorun tamamen çözülebilmiş değildir.

Bugün burada yaşadığımız bu sorunun şimdikinden daha iyi bir uygulama önerisi ile çözülmesini beklemekteyiz.

Biraz da yurt dışı ilaç kullanımına değinmek istiyorum.

Bir kılavuz yayınladık ve bu kılavuzumuzla yurt dışı ilaçların nasıl temin edileceğini tarif ettik. Kılavuza uygun başvuruların yapılması halinde Türkiye’de bulunmayan ilaçların yurt dışından hastalar adına tedarik edilmesi için ilgili izinler düzenlenmekte. Bu kılavuzun eki olarak da ilaç listesi yayınlıyoruz, her hafta da güncelleniyor. Çok dinamik bir yapı burası ve hekimlerimiz gerçekten literatür taramasını çok iyi yapıyorlar. Hastaları için bütün yenilikleri yakından takip etmek suretiyle en etkili tedaviye hastalarını ulaştırmayı istiyorlar. Bu nedenle de başvurular, tartışmalar süreklilik kazanıyor ve güncellenme işlemlerini de düzenli olarak yapmak gerekiyor.

Süreç başvurunun yurt dışı ilaç tedarik birime ulaşması, birim tarafından değerlendirilip liste kapsamı içinde veya dışında bir iş olarak tasnif edilmesi, liste kapsamında ise otomatik onay verilmesi, liste kapsamında değilse diğer kurumlarla (TEB ve SGK) yazışmaya geçilerek ilacın tedarik listesine ilave edilmesinin sağlanması şeklindedir. Böylelikle ilaç geri

ödemeye alınmış olmaktadır. Geri ödeme sürecinde olmayan ilaçlar için bunlar geçerli değildir. Kurumda onay verildikten sonra hasta bedelini kendi ödemek suretiyle ilacını temin edebilmektedir.

Yurt dışı ilaç listesinde kullanım şartı belirtilen bir ilaç için belirtilen kullanım şartını taşıyan hastalara kurumumuzdan ek bir onay alınmasına gerek bulunmamaktadır. Yurt dışından ithaline kurum tarafından onay verilen ilaçlar yurt dışı ilaç tedarikçileri aracılığıyla temin edilmektedir. Bu araçların kimler olduğunu yayınladığımız kılavuzun ek-8’inde görebilirsiniz.

Kurumda başvuruların en sık ret edilme gerekçeleri şunlardır:

Birincisi, ruhsatlı bir tedavi seçeneğinin mevcut olması ve bu mevcut seçeneğinin kullanılmamış olması ya da eğer kullanılmış ise başvuru sırasında bunun belirtilmemiş olması.

İkincisi ilgili ilaçla ilgili etkililik, güvenlik bilgilerine ilişkin hastanın yarar göreceğine ilişkin kanaatin net olarak oluşmaması.

İnsani amaçlı ilaca erken erişim programı, ülkemizde Bakanlıkça ruhsatlandırılmış ve ulaşılabilir mevcut tıbbi ürünlerle tedavisi başarısız olmuş, ciddi veya acil veya hayatı tehdit edici bir hastalığı olan ve bu konuda düzenlenmiş klinik araştırmalar kapsamına alınamayan hastalara, ülkemizde ruhsatlı olmayıp diğer ülkelerde ruhsatlı olan veya ruhsatlanma işlemleri başlatılmış olan ilaçların, ilacın hak sahibine insani gerekçelerle ücretsiz olarak temin edilmesini amaçlayan bir düzenlemedir. Şu anda onkoloji, hematoloji alanında sekiz adet erken erişim programı yürütülmektedir.

PAYDAŞLARIMIZ ve SORUNLARIMIZ

Dört tane paydaşımız var, ilaç sektörü, tedarikçiler, hekimler ve SGK.

TEB şu anda yasal olarak SGK’yla protokolü olan ve yurt dışından ilacı tedarik eden kuruluştur. Başvuruların yüzde 40’ının çeşitli sebeplerle iade edildiğini görüyor ve bunu azaltmaya çalışıyoruz. Zira bu hastaya ilacının daha geç ulaşması anlamına geliyor.

Bir diğer husus, onay verilen ilacın temin süresinin uzamasıdır. Tamamen edilgen bir konumda bulunan TEB, ilacı ancak bulabildiği zaman getirmektedir. Çünkü ilaçların kimisi tedarik edilen ülkelerde de bulunamaz oluyor. Sürümü az olan ürünlerin tedarikinde çok ciddi problemler var. Bunların bir kısmı ticari değeri son derece zayıf ürünler bu ürünleri üreticisinden istediğiniz miktarda bulamayabiliyorsunuz. Kimi zaman teknik sebeplerle ilacın üretiminin durduğunu ya da azaldığını görebiliyorsunuz. Örneğin geçtiğimiz yıllarda çok önemli bir enzim ilacının üreticisinin biyolojik kirlilik sebebiyle ürerim hatları

uzun zaman hatlarının kapalı kaldı ve tedarikte ciddi sıkıntı yaşandı.

SGK'yla ilgili yaşanan üç önemli sorun var.

Birincisi, ruhsatlı ilaçların geri ödeme listesine girmesinin uzun zaman alması. İkincisi yurt dışından tedarik edilmesi uygun bulunan ürünlerin yurt dışı ödenecek ilaçlar listesine alınması düresinin çok uzun süre alması.

Üçüncüsü yurt dışı ilaç fiyatı güncellemelerinin çok geç yapılması.

Hekimler ve ilaç sektörüne buradan duyurmak istediğimiz bir husus var; 18 Ocak 2014 tarihinde bir kanun değişikliği oldu. Buna bağlı olarak beşeri ilaçların tanıtım faaliyetlerini düzenleyen yönetmeliğimizde değişiklik yaptık. Şirketlerin endikasyon dışı ilaç kullanımını teşvik etmesi cezai müeyyide kapsamına alındı. Bu husus artık bir suç teşkil etmektedir.

Nüfusumuz artıyor, hastanelerimizin sayısı artıyor. Hastanelerimizde çalışan uzman sayısı artıyor, özellikle yan dal uzmanlıkları artıyor, bunları göz önüne aldığımız zaman, endikasyon dışı ilaç kullanımının da sayısal olarak arttığını görüyoruz. Ancak bu noktada özellikle yeni ilaçlarda yan etkiler konusunda, uzun dönem etkililik ve güvenlilik konularında yeterince bilgi olmadığımızı dikkate alarak fayda ve zarar oranlarına daha çok dikkat edilmelidir.

Değerlendirme sürecinde, gerek kurumda çalışan personel, gerekse danışmanlık hizmeti veren hocalarımızın, kararlarını başvuru evraklarındaki bilgiler üzerinden oluşturduklarını dikkatlerinize sunmak istiyoruz; bu çok önemli bir hadise. Başvuruların dikkate alınmadığı, yerinde bulunmadığı şeklindeki düşünceler ikinci planda kalmalıdır.

2015'te arkadaşlarımızla beraber bu süreci daha iyi yönetebilmek için iki önemli karar almış bulunuyoruz.

Birincisi, işin normal sisteme dönüştürülmesi, ruhsatlandırma faaliyetlerindeki hızımızın artması ve ilaçların ruhsatlı alanda bulunuyor olması.

İkincisi, ise elektronik ortamın daha yaygın bir şekilde kullanılması ve erişimle ilgili hiçbir sorunun yaşanmaması.

Ruhsatlandırmayla ilgili bir-iki cümle söyleyecek olursak, teknik, format ya da literatür eksikliklerinin bilimsel komisyonlarla başvuru sahipleri arasında çok fazla yazışmaya konu olması ruhsatın verilme sürecini uzatmaktadır. Halk sağlığı açısından önemli ilaçlarda GMP süreci son derece iyi yönetiliyor. Bir ilaç birinci öncelikli olarak sınıflandırılır ve hızlı ruhsat kararı alınırsa bütün değerlendirme süreçlerinde öncelik hakkı kazanmakta ve ruhsat süresi çok kısalmaktadır.

Bir iki cümle ile de yetim ilaçlar konusuna değinme-

liyim. Yetim ilaç toplumda görülme sıklığının azlığı sebebi ile bilimsel veri oluşturmak için yeterli hasta bulunamaması ve ticari kaygılarla üreticilerin imkan ve ilgi göstermedikleri hastalıkların ilaçlarına verilen isimdir. Avrupa Birliği (AB) mevzuatında nüfusun onbinde 5'inden daha azında görülen hastalıkların ilaçları yetim ilaç statüsündedir. Bizim nüfusumuz açısından onbinde 5 rakamı oldukça yüksektir.

Yetim ilaçlarla ilgili bir başka sorun, AB alanında üye ülkeler içerisinde 25 tane KOBİ belirlenmiş ve bu KOBİ'lere öncelik hakkı tanınmıştır. Özel fikri mülkiyet hakları verilmiştir. Ülkemiz AB üyesi olmadığı halde, Gümrük Birliği alanındaki bütün ticari aksiyonlardan birebir etkilenmektedir. Yani AB alanında yetim ilaç üreten bir şirketimiz bulunmayacak ancak AB tarafından ortaya çıkarılacak bütün sonuçlardan ticari olarak etkileneceğiz.

İlginiz ve sabrınız için çok teşekkür ediyor, saygılar sunuyorum.

Farmasötik Sektör Gözüyle Koordinasyonda Yaşanan Problemler



KANSER İLAÇLARINA ERİŞİM

Yeni tedavi imkanlarına erişim, sağlık sistemi organizasyonu, kıt kaynaklar, yeni teknolojilerin kullanımı ve erişimine yönelik yasal mevzuat ve prosedürler ve sağlık alanındaki ekonomik önceliklendirmeler ve benzeri faktörler nedeniyle kısıtlanmaktadır.

Yenilikçi ilaçların hastaların kullanımına sunulabilmesi (pazara erişim) çok kritiktir. Pazara erişim olmadan, hastaların klinik etkinlikten ve klinik uygulamadan yararlanma fırsatından yararlanamaz. Yeni bir ilacın pazara erişim kazanması için bazı süreçler vardır, ve son zamanlarda özellikle fiyatlandırma ve geri ödeme konusu artan bir önem kazanmıştır. Bu süreçler ve doğru zamanda pazara erişim sağlamaya yönelik öncelikler ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

Herhangi bir hastalığın tedavisinde asıl olan; güncel tedavi rehberleri doğrultusunda etkililiği ve güveni-

lirliği bilimsel ve yeterli sayıda klinik çalışmalar ile kanıtlanmış, ilgili endikasyonda standart dozu belirlenerek Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ilaçları kullanmaktır. Bu kapsamın dışında kalan ilaçlar ile yapılması zorunlu olan tedaviler için Sağlık Bakanlığının izni gerekmektedir.

Bu resmi onay ve geri ödeme sürecinde pazara erişimi engelleyebilecek çeşitli faktörler söz konusudur. İlki ve en bekleneni yenilikçi ilaçların onaylanmaması veya geri ödemeye hiç dahil olmamasıdır. Süreç aynı zamanda zaman alıcı olabilir ve pazara erişim gecikebilir. Türkiye’de ilaçların diğer ülkelerle kıyaslandığında ruhsat alım ve geri ödeme kapsamına giriş süreci daha uzundur. Yeni bir ilacın Türkiye pazarına erişimi bir kaç yıl gecikmeli olabilmektedir. Bu süre diğer çalışmalarda da belirtilmiştir (PPRI, 2007; Lichtenberg, Tatar, Çalışkan, 2014). 2005-2014 yılları arasında FDA onayı alan 58 kanser ilacının Aralık 2014 tarihi itibarı ile sadece 19 adedi pazarda mevcut görünmekte olup hepsinin erişilebilir oldukları tartışmalıdır.

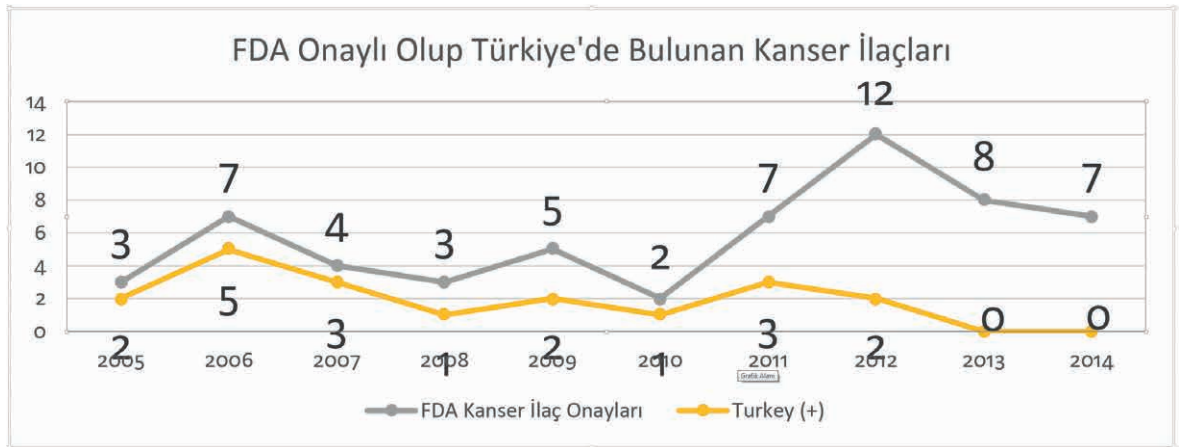
Ruhsatlı tedavi seçenekleri kalmayan veya ruhsatlı tedavi seçeneklerinin kullanılması kontrendike olan ve hastalık progresyonu görülen hastalar için; bilimsel verilere dayanarak hastaların doktorları tarafından TİTCK’e “endikasyon dışı ilaç kullanım başvurusu” yapılmaktadır.

Ülkemizde ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu halde piyasada bulunamayan ilaçlar için «Sağlık Bakanlığı Ek Onayı Gerektirmeyen Yurt dışı İlaçlar Listesi» (Eğer kullanılmak istenen ilaç bu listede ve hastanın tanısı tanımlanan endikasyona uyuyorsa doğrudan TEB’e başvuru) (2014 yılında 34 onkoloji ilacı bulunmakta).

Ülkemizde ruhsatlı olup ruhsatındaki koşullar dışında kullanılmak istenen ilaçlar için «Sağlık Bakanlığı Ek Onayı Gerektirmeyen Endikasyon Dışı İlaçlar Listesi» (Eğer kullanılmak istenen ilaç bu listede ve hastanın tanısı tanımlanan endikasyona uyuyorsa doğrudan eczaneden temin) (2014’te 38 onkoloji ilacı bulunmakta)

Tablo 1-2. FDA'den onay alıp Türkiye'de bulunmayan kanser ilaçları

Yıllar	FDA Onayları	FDA Kanser İlaç Onayları	Türkiye (+)	nelarabine	vandetanib	cabozantinib	trastuzumab emtansine
2005	20	3	2	lubiprostone	ibrutinib	ponatinib	obinutuzumab
2006	22	7	5	vorinostat	ipilimumab	pertuzumab	blinatumomab
2007	18	4	3	ixabepilone	brentuximab vedotin	ziv-aflibercept	pembrolizumab
2008	24	3	1	iobenuane	vismodegib	pomalidomide	idelalisib
2009	26	5	2	degarelix	carfilzomib	radium-223 dichloride	belinostat
2010	21	2	1	pralatrexate injection	enzalutamide	dabrafenib	ceritinib
2011	30	7	3	Romidepsin (infusion)	bosutinib	trametinib	siltuximab
2012	39	12	2	ofatumumab	regorafenib	afatinib	ramucirumab
2013	29	8	0	eribulin mesy-late	omacetaxine mepesuccinate		
2014	35	7	0				
Toplam	264	58	19				



Yeni moleküllerin bir kısmı kısıtlı sayıda bazı imtiyazlı hastalar için Sağlık Bakanlığı'nın verdiği onay doğrultusunda TEB üzerinden daha büyük maliyetlerle ülkemize getirilmekte ya da bir kısım hastaların erişimine hiç sunulamamaktadır. İlaç fiyatlarının mevcut ürünlerin piyasadaki sürdürülebilirliği üzerine olumsuz etkisi ile TEB vasıtasıyla getirilen ilaçların sayısının artması, böylece hastalar arasındaki ilaçlara erişim adaletsizliğinin büyümesi beklenmektedir.

KANSER TEDAVİSİNDE PAYDAŞLAR ARASI KOORDİNASYONDA YAŞANAN PROBLEMLER

I. KANSER İLAÇLARINA ERİŞİM SORUNLARI

1- İlaç Bütçesinde ve Fiyatlandırma Politikalarındaki Zorluklar/Baskılar

Sağlığa ayrılan bütçenin kısıtlı olması yeni ilaçların pazara erişiminde ki en önemli engeldir. İlaç bütçesinde ve fiyatlandırma politikalarındaki zorluklar/

baskılar nedeniyle ilaç reel fiyatlarının geldiği seviye Avrupa'nın en ucuzunun yaklaşık %60 altında yer almaktadır. Fiyat endeksi dikkate alındığında bütün ilaçlardaki değer kaybı kanser ilaçları içinde geçerlidir.

Öneri:

- İlaç bütçesinin kanser gibi kronik ve hastaların ilaca erişiminin elzem olduğu alanlar öncelikli olarak değerlendirilerek hazırlanması ve fiyatlandırma politikalarının gözden geçirilmesi

Yapılabilecekler:

- İlaç bütçesinin kronik hastalıklara öncelik verecek şekilde düzenlenmesi
- Fiyat kararlarının revizyonu

2- Ruhsatlandırma Karar Sürecinin Uzunluğu

Ruhsatlandırma sürecinde gecikmeler, GMP denetimlerinde yavaşlık

Öneri:

- Ruhsatlandırma karar sürecinin kısaltılması

Yapılabilecekler:

- Ruhsatlandırma sürecinde ve GMP denetiminde süreçlerin hızlandırılması
- GMP denetimi esnasında ruhsatlandırma sürecine paralel başvuru yapılması imkanlarının genişletilmesi
- Ruhsatlandırma sürecinde şeffaflık sağlanması

3- Endikasyonların Ruhsatlandırılmasında ve Geri Ödenmesinde Yaşanan Kısıtlamalardan Kaynaklı İlaç Erişiminde Yaşayan Sorunlar

Referans endikasyon ifadesine göre (EU/FDA) daha dar kapsamlı endikasyonların onaylanması

Yapılabilecekler:

Endikasyonların Avrupa ve Amerika ile aynı kapsamda onaylanarak Türk hastaları için bu ülkeler ile eşit erişimin sağlanması

4- Geri Ödeme Karar Sürecinin Uzunluğu

Yeni ruhsat ya da endikasyon ilavesi almış ilaçların geri ödeme programına geç girmesi

Öneri:

Ruhsat ile paralel geri ödeme başvurusu yapılarak, rutin başvurulara kıyasla, olası zaman kayıplarının engellenmesi.

(Ruhsatlandırma ana komisyonunca endikasyon ve pozolojisi onaylanıp teknik ruhsatlandırma sürecine geçen ürünlerin bu süreçte SGK tarafından da değerlendirilmesi)

Yapılabilecekler:

- Uluslararası benzeri süreçlerin incelenmesi
- Sağlık Bakanlığı ve SGK arasında bu metodun işletilebilmesi için gerekli noktaların belirlenmesi
- Teknik değerlendirme alt yapısının güçlendirilmesi

5- Nadir Hastalıklar ve Yetim İlaçta Yaşanan Sorunlar

Türkiyede Nadir hastalıkların yeterince tanımlanmamış olmasından dolayı yetim ilaçların tüm ihtiyacı olan hastalara doğru ve etkin bir biçimde ulaştırılmaması

Öneri:

Yetim ilaç yönetmeliğinin yayımlanması ve Ruhsat, fiyat ve geri ödeme mekanizmaları hızlandırılarak, TİTCK ve SGK ortak çalışmasıyla FDA'da uygulandığı şekilde "fast track" kategorisine alınarak hızla ihtiyacı olan vatandaşımıza "güncel kurdan" ulaştırılmalı.

Yapılabilecekler:

- Türkiye'deki nadir hastalıkların demografisinin ortaya çıkartılması.
- Yetim ilaç tanımının AB normları ile uyumlu hale getirilmesi.
- 5 yılı aşkındır taslak halinde olan "Yetim İlaç" mevzuatının yayınlanması
- Fiyatlandırma ve geri ödeme mevzuatlarında yetim ilaçlar için tanımlanmış maddelerin yürürlüğe konması

II.YENİ KANSER İLAÇLARINDA MALİYET ETKİLİLİK SORUNLARI

Sağlık ekonomisi ve farmaekonomi konuları Türk geri ödeme sisteminde çok uzun geçmişi olmayan konulardır (OECD, 2009). Maliyet minimizasyonu ve bütçe etkisi hala yeni geri ödeme kararlarında etkilidir. Ayrıca şirketler ve otoriteler arasında bu konularda hala bir tecrübe ve bilgi eksikliği mevcut olmakla beraber, özellikle uluslararası ilaç firmaları giderek daha analitik yaklaşımlarda da bulunmaya başlamıştır.

Öneri:

Yeni kanser ilaçlarının büyük bir kısmı hedefe yönelik tedavilerden oluşuyor. Uzun süredir kullanılan ve artık fiyatları çok ucuz olan sitotoksik kemoterapiler ile karşılaştırarak yeni hedefe yönelik tedavilerin maliyet etkinliklerini gösterebilmek neredeyse imkansız. Bu yeni kanser ilaçlarının geri ödeme değerlendirmelerinde maliyet-yararlılık analizinin ve tüm maliyeti göz önünde bulunduran toplumsal bakış açısının birincil öncelikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca sunulan analizlerde endikasyon dışı kullanım dozları ve endikasyonların (gerçek hayat ile uyumlu olacak şekilde) da SGK tarafından değerlendirilmeye alınması gerekmektedir.

III. PREKLİNİK ve KLİNİK İLAÇ ARAŞTIRMALARINDA YETERSİZLİK

Onkoloji alanında yapılan çalışmalar toplam araştırma geliştirme faaliyetlerinde preklinik ve faz 1 seviyeleri göz önüne alınırsa toplamda yüzde 30'dan daha fazla bir paya sahiptir. Faz 2 ve Faz 3 çalışmalarında kanser ilaçlarının payının azalması erken fazlardaki aktivitenin fazlalığına ve başarılı sonuç üretmek için yapılan klinik çalışmaların zorluğunu göstermektedir.

Öneri:

Onkoloji alanındaki hızlı gelişmeler ile yeni ürünlerin klinik gelişme sürecindeki araştırmalar da daha kompleks olabiliyor. Bu klinik araştırmaların farklı bir bakış açısıyla değerlendirilmesi gerekebiliyor. Daha erken fazlarda bu çalışmaları Türkiye'de yürütülmesi için

imkan/teşvik sağlamak, hastalarımızın bu ilaçlara çok daha erken ulaşabilmesine imkan verebilir.

IV. KANSER İLAÇLARINDA PARALEL TİCARET ve TÜRKİYE'DEKİ FİYATLARIN REFERANS ALINMASI

- Ülkemizdeki hastaların kullanımına sunulmak amacıyla Türkiye'ye ithal edilen ilaçların üçüncü şahıslar tarafından yurt dışına yapılan ihracatları (paralel ticaret) Türkiye'deki hastaların ilaca erişiminde ciddi sorunlara yol açmaktadır.
- Türkiye'deki fiyatları referans alan ülkelerin sayısı her geçen gün artmaktadır. Türkiye'yi doğrudan veya dolaylı yoldan referans alan ülke sayısının 25'i geçmiş olması, Avrupanın en ucuz ilacını sunan Türkiyede sürdürülebilir ve öngörülebilir kaliteli ilaca erişimin önünde bir tehdittir.

Öneri:

TİTCK'nin fiyatları şifreli alana koyması kısmen sorunu çözmüş olsa da sorunun esas kökeni olan fiyatların sürdürülemez bir biçimde çok düşük olmasını aşmaya yönelik olarak 2011'dan beri işletilmesi durdurulan güncel kurun işletilmesi dahil, gerekli finansal düzeltmeler yapılmalıdır.

Yapılanlar:

TİTCK 20.11.2014 tarihli 2014/11 sayılı Genelge ile, Ülkemiz ihtiyacına istinaden ithalatına izin verilen beşeri tıbbi ürünlerin piyasada bulunabilirliğini sağlamak maksadıyla, kamu sağlığı ve hizmet gerekleri gözetilerek, söz konusu ithal ürünlerin ülke dışına çıkarılmak suretiyle başka ülke piyasalarını yönlendirilmesi uygun bulunmadığından, sistem üzerinden engellemeler dahil olmak üzere her türlü tedbir alınacağını duyurmuştur.

OTURUM-III TARTIŞMA BÖLÜMÜ

PROF. DR. ERCÜMENT OVALI: Herkese merhabalar, ben Acıbadem Labcell'den Profesör Doktor Ercüment Ovalı.

Bir GMP laboratuvarında çalışan birisi ve de Türkiye'de ürün geliştirmeye çalışan bir grubun bir elemanı olarak özellikle Saim Hocama bir soru sormak istiyorum.

Yetim İlaç (Orphan drug) yönetmeliği ya da düzenlemesi hep şöyle algılanıyor: Yabancı firmaların başvuruları halinde onlara Avrupa'daki kurallar gereği fiyat politikalarına nasıl bakacağımız. Oysa Orphan Drug düzenlemesi her yıl dört binde 1 kullanılacak bir ilacın başından sonuna, yani üretiminden özellikle klinik çalışmalarına kadar geçen sürede devletçe desteklediği bir politikayı akla getirmektedir. Bugün kullandığımız bazı antikörlerin gelişmesi ve özellikle onkolojik bilimlerde maliyetleri oluşturan ilaçların hemen tümü Orphan Drug uygulamasından faydalanılarak kendi ülkelerinde üretilmiş ilaçlardır. Türkiye'de bence yapılması gereken önemli şeylerden bir tanesi, yetim ilaç yasasının üreticiyi destekleyecek şekilde, yani sadece yurt dışından gelerek bu uygulama kapsamında ülkede satılmak üzere giren ilaç üzerine dizayn edilmeden Türkiye'de üretilebilecek orphan drug kapsamına girecek ilaçların desteklenmesi için bir an önce çıkartılması lazım.

Eğer Türkiye'de şu soruyu kendi kendimize soruyor ve bir türlü cevabını veremiyorsak, niçin bu ülke kendi ilacını şu ana kadar çıkarmadı sorusunun cevabını vermek istiyorsak, bir an önce yetim ilaç düzenlemesinin doğru bir şekilde ve bu ülkeye özgün olarak çıkartılması lazım, sadece yabancı ilaç firmalarını koruyacak şekilde değil, bunun altını çizmek istiyorum.

Bununla çok ilgili olduğu için, bizim daha önce çalıştayda aldığımız kararlar doğrultusunda, TÜBA olarak aldığımız kararlar doğrultusunda bir önemli sorun daha vardı, bu sorun özellikle ilaç geliştirecek ya da geliştirmeye çalışan ya da kliniklerinde değişik ilaç çalışmalarına girmeye çalışan önemli kliniklerin önünde çok büyük bir sorun var. Bu da, klinik araştırmalarla ilgili fonların hizmet alımına ayırdıkları paranın %25'i geçememesi gibi bir kriterdi. Bu ne anlama geliyor? Siz eğer bir klinik araştırma hizmet alımını %25'le kısıtlarsanız, bu ülkede hiçbir şekilde klinik araştırma yapamazsınız anlamana gelir? Yani siz eğer hastaya çekilecek MR için, bu hizmet alımına giriyor, bunu ödemeyiz, ama bunun karşılığında sana MR cihazını alırım mantığına sahipsek, klinik araştırmalar yapamayız.

Ben o yüzden bu iki konuyu; birincisi, klinik araştırmalarla ilgili hem yönetmelik, hem de fonların hızla gözden geçirilmesi gerektiğini hatırlatmak için söylüyorum.

İkincisi de, yetim ilaç yasasının sadece yurt dışından ülkemize girecek ilaçları kapsamı çerçevesinde görülmemesi gerektiği, 20 yıldır çıkması gereken ülkemize özgün yetim ilaç yasasının, bir an önce çıkması gerektiğini hatırlatmak istiyorum.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TANER DEMİRER: Teşekkür ediyorum.

Sayın Kerman, bir yorum yapmak ister misiniz?

Buyurun mikrofonu.

DR. SAİM KERMAN: Saygıdeğer Hocam, yerinizi göremedim ama... Ha, maşallah saçlar kocaman, bizimki gibi değil, imrendim size.

Yetim ilaçlarla ilgili bir yasaya gerek yok hocam. 2001-83 sayılı AB ilaç yasası Türkiye'ye adapte edilmiş durumda, bu bir kılavuz olarak zaten çıkartılabilir durumda veya bir yönetmelik olarak çıkartılabilir durumda. İlaç temel yasası, ilaçla ilgili gerekliliklerin karşılandığı temel yasa zaten yetim ilaçlar için gerekli.

Buradaki imtiyaz, emin olun, ne kadar satır arası varsa ekonomik imtiyazlara dayanıyor, fikri mülkiyet imtiyazlarına dayanıyor. Şimdi bu noktada bizim sıkıntımız nedir, ona karşılık da neler yapıyoruz?

Birincisi, Ekonomi Bakanlığı'mızın yayınladığı teşvik mekanizmasını özellikle bu ilaçların da içinde olduğu bir ilaç sınıfını soktuk biyoteknolojik ilaçlar olarak, burada bunlar varlar zaten.

İkincisi, TÜBİTAK'ın ar-ge ilanları da bunun için zaten özellikle hazırlandı. Ben geçen ay konuştum Başkan Yardımcısıyla, yeni çağrılar her sene yenilemek suretiyle olgunlaşmış projelerinize çok açıklar ve inanılmaz büyük bir rakamla tek bir ürüne verilirse 100 milyon lira gibi bir rakamla başlayabiliyorsunuz içi dolu bir projeye. Yani bu oldukça önemli bir başlangıç rakamı diye düşünüyorum. Elbette şimdi başka rakamlar telaffuz ediliyor 1,5 milyar dolara mal oluyor yeni bir ilacın çıkması filan diye. Fakat artık bilgi çok yaygınlaştı, belki ilaç kütüphaneleri için zemin oluşturan kimyasallar ya da biyoteknolojik ürünlerin bulunduğu molekül listeleri o kadar zengin ki artık, o kadar büyük başlangıçlara ve eliminasyonlara gerek

yok. Belki parlak fikri olan insanlar için ortamın biraz daha bilgiyle ve donanımla bahsettiğiniz gibi zenginleştirilmesi, bu maliyeti de düşürecektir diye düşünüyoruz. Zaten artık globalleşen dünyada yaygınlaşan bilginin özellikle ortaya çıkardığı hızlı bir ticarileşme süreci de yaşıyoruz. Gerçi Hasan Bey biraz değindi bazı konularda sorunlar olduğunu.

Fakat ben bu endikasyonların Türkiye’de dar olmasıyla ilgili tartışmanın, Nurullah Hocam burada, en çok yaşıyor bu sorunu kurumumuz adına, o karşılıyor, özellikle onun ekibi karşılıyor, özür diliyorum, ekibiyle beraber karşılıyorlar. Güvenlilik ve etkililik üzerindeki bilimsel verilerin yeterliliği üzerinden yürüdüğünü düşünüyorum. Diğer yandan, AB tarafında ya da FDA tarafında ilaca endikasyonunda da öyle aman aman çok geniş verilmiyor Hocam. Yani endikasyonun maalesef patentle korunuyor olması, firmaları bir molekülün endikasyon dizisini sırasıyla devreye sokmasına sebep oldu. Aynı molekülü gastrointestinal tümörlerde 5 bin liraya Sosyal Güvenlik Kurumu satın alıyor, KMLD 1400 liraya satın alıyor aynı molekülü aynı dozda, aynı hasta için. Bu olacak şey değil yani. Fiyatın endikasyonla nasıl değiştiğinin en güzel göstergesini söylüyorum. Bunlar firmalar için inanılmaz bir fikri mülkiyet alanında çatışma ortamı oluşturdu. Aslında burada, biz hep söylüyoruz, patent iyi bir kalkan olmalı, patent asla bir silah olmamalı. Kalkan o şirketin fikri mülkiyetini korurken, silah başka insanları, özellikle sağlık alanında vurmaya başlayan bir hale dönüşüyor, başka şirketleri batıran bir hale dönüşüyor ve dünya bu konuda niye bilmiyorum büyük bir uzlaşma içerisinde. Yani çözmeniz gereken sorunlar fikri mülkiyet konusunda bana kalırsa yaşadıklarınız çok çok az bir yüzde tutacak.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TANER DEMİRER: Teşekkür ediyorum.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TANER DEMİRER: Kendinizi mikrofonla takdim edin.

PROF. DR. GÜLYÜZ ÖZTÜRK: Ben Profesör Doktor Gülyüz Öztürk, Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi’nde çocuk hematoloji ve onkoloji ve çocuk kemik iliği nakil sorumlusu olarak bulunuyorum.

Ben hastaların tedavi süreci ile ilgili ilaç ve tedavi endikasyonları ile ilgili sorunu aktarmak istiyorum.

İlaç ve tedavi endikasyon listeleri merkezi otorite tarafından güncel ve uluslararası standartlara uygun olarak düzenlenmeli ve 6 aylık ve/veya yıllık periyotlarda yenilenmelidir. Düzensiz uygulamalar sorunlara neden olmaktadır. Bu düzenlemenin gereği; güncel

tıbbi gereksinimlerin uzun süreç ve bürokratik işlemlere takılmasının ve yanlış uygulamaların engellenmesidir. Mevcut uygulama doktor ve hasta maduriyetine neden olabilmektedir.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan güncel endikasyon listeleri eş zamanlı olarak SGK tarafından ödeme programına alınmalıdır.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TANER DEMİRER: Teşekkür ediyorum.

Sayın Hocam, buyurun.

DR. ELİF COŞKUNÇAY: Doktor Elif Coşkunçay, Pfizer İlaçları Onkoloji Ülke Medikal Lideri’yim.

Öncelikle bu fırsat için çok teşekkür ederiz.

Gülyüz Hanım’a önce bir yorumum olacak. Sanırım burada biraz ilaç firmalarına da görev düşüyor, eğer gerçekten endikasyon dışı başvuruda olan ürünler var ve bunlar genel pratiğe geçmişse, artık bu ürünlerin o endikasyonlar için ruhsatlandırılması için ilaç firmalarının başvurması gerekiyor. Mümkün olduğunca herhalde endikasyon dışı başvuruları azaltmak için böyle bir yükümlülüğümüz de var ilaç firmaları olarak.

Benim sormak istediğim şey, ticari amaçlı olmayan klinik araştırmalar için daha önceki yönetmeliklerde bir bölüm ayrılmıştı “Ticari Amaçlı olmayan klinik araştırmalar” dediğimiz bölüm için, ama son yönetmelikte buna dair bir bölüm ya da yönlendirme yok. Ve sadece sponsorlu klinik çalışmalar değil, esas bu ülkenin gerçekten kendi akademisyenleriyle, araştırmacılarıyla kendi klinik çalışmalarını yapmasına da ihtiyacı olduğunu düşünüyoruz. Yönetmelikte bununla ilgili bir yönlendirme yeniden yer alacak mı, bir düzenleme yapılacak mı, öğrenmek isterim.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TANER DEMİRER: Evet, herhangi bir yorum var mı?..

Buyurun.

DR. HÜSEYİN YILMAZ: Sizin belirttiğiniz noktalara biz de sonuna kadar katılıyoruz. Ülkemizde klinik araştırmaların yeterince olmadığını ve bunun çok daha ileri seviyede olması gerektiğine katılıyoruz.

2014 yılı içerisinde kanunumuzda yapılan değişiklikler sonrası yönetmeliğimiz ve ilgili kılavuzlarımızı yayınladık. Bununla beraber, çok geniş katılımlı birçok paydaşı içine alacak bir çalıştay yapmayı planlıyoruz 2015’in Şubat ayının 26-27’sinde İzmir’de. Bu çalıştaydan çıkacak sonuçlar doğrultusunda yeni revizyonlara gidilebilir ve daha ileriye adımlar atılabilir diye düşünüyoruz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TANER DEMİRER: Kendinizi tanıtırmısınız?

DR. HÜSEYİN YILMAZ: Hüseyin Yılmaz, TİTCK Kurum Başkan Yardımcısı.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TANER DEMİRER: Ben şimdi bir saptamada bulunmak istiyorum. Biz geçen hafta San Antonio'ya gittik meme kanseri sempozyumuna, Türkiye'den 25 dolayında hekim vardı. Orada görülen şu, sadece benim değil, diğer hekim arkadaşlarımızın da ortak kanaati: Bizim ülkemiz bilimsel araştırmalarda hızla geride kalıyor, aradaki fark (gap) açılmaya başladı iyice. Bunun sebebi de etik kurullar ve kurullar, yani klinik araştırmalardaki bürokratik işlemlerin oldukça bezdirici ve yorucu olması ve üniversitedeki akademisyen hocalarımızın bunun üstesinden gelememeleri, bu da caydırıcı bir etki olarak ortaya çıkıyor. Hakikaten bu sempozyum ve önümüzdeki yıl yapmayı planladığımız etik kurullar ve kurullar sempozyumu bir yönüyle bence çok önem taşıyor, iyi duyurulursa herhalde çok isabetli olacak.

Teşekkür ederim.

Başka sorusu olan var mı?

Buyurun efendim.

BİR KATILIMCI- ... (Mikrofonsuz Konuşma)

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TANER DEMİRER: Peki, oturumumuzu bitiyoruz, bir sonraki oturuma geçeceğiz şimdi, 4. oturuma.

Ben Sayın Profesör Doktor Serdar Özkök'ü davet ediyorum, Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği Başkanı ve TÜBA Kanser Çalışma Grubu üyemiz.

Buyurun.

OTURUM - IV

SOSYAL GÜVENLİK KURUMUNUN KOORDİNASYONDA YAŞADIĞI PROBLEMLER

Oturum Başkanı:

Prof. Dr. Serdar ÖZKÖK
TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Üyesi
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemlerde SGK'nın Çalışmaları Hakkında



Kanser tedavisine yönelik tüm sağlık hizmetleri SGK tarafından karşılanmakla birlikte uygulamalar sırasında birçok problemlerle karşılaşmaktayız. Kurumun kanser tedavisinde ödediği ilaç harcaması 2 Milyar TL civarındadır. Bu rakam tüm ilaçların %12-13'üne tekabül etmektedir. Yurt dışından doğrudan temin edilen ilaçların neredeyse yarısı kanserle ilişkili ilaçlardır. Kanser ilaçlarının maliyet açısından artan yükü ve hastalarımızın ilaca çabuk ulaşma zorunluluğu SGK'nın birçok alanda planlama yapmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu durum aynı zamanda kanser tedavisinde paydaşlar arasındaki ilişkinin artırılması, problemlerin hızlıca belirlenip güçlü bir koordinasyonla sonuca ulaşmayı gerektirmektedir.

Geri ödeme süreçlerinin uzunluğu, ilaç üretiminin ülkemizde teşviki, know-how ve yetişmiş insan gücü yetersizliği, ilaç bütçesi ve fiyatlandırma süreçleri,

alternatif geri ödeme modelleri, sağlık teknolojilerini değerlendirme gibi birçok konu üzerinde güncel değerlendirmelerin yapılması ve sorunların çözülmesi gerekmektedir.

Aralık 2014 itibarıyla geri ödemeye başvuran kanser ilaçlarının değerlendirilip sonuçlandırılması en geç Ocak 2015'te bitmiş olacaktır. Bu, Geri Ödeme Komisyonu'nun çalışma hızının çok arttığını ve sürecin çok kısaldığının bir göstergesidir. Diğer taraftan ilaç firmaları fiyat endişelerinden dolayı ruhsatlandırma ve geri ödemeye başvurmadan çekiniyor görünmektedir. İlaç fiyatlarının iyileştirilmesi konusunda Kurumumuz iskonto oranında iyileştirme, hacim anlaşması ve fiyat - iskonto oranlarını gizleme konularını gündeme almıştır.

İlaç üretiminin ülkemizdeki teşviki konusunda Sağlık Bakanlığı ve ilaç sektörü ile çalışmalarımız devam etmektedir. Kombine ilaçların çoklukla geri ödemeye alınması düşünülmekte ve bu tarz ilaçların biyoteknolojik ürünlerin ülkemizde üretilmesi için de know-how ve yetişmiş insan gücünde tecrübe ve teşvik sağlayacağı düşünülmektedir.

Kurumumuz kanser tedavilerine daha efektif ve optimal ödeme yapmak için sağlık teknolojilerini değerlendirme konusunda üniversitelerle iş birliği içine girmiştir. 2014 yılı son çeyreğinde yapılan anlaşmalar ile farmakoeкономи ve sağlık teknolojileri konusunda akademik bilgi ve personel yardımıyla çalışmalarımızı hızlandırmış durumdayız.

SGK hastanın kanser tedavisi alırken karşılaştığı tüm sorunları dikkate almakta, onlar için gerekli hiçbir harcamadan çekinmemektedir. 2014 yılında 8 defa SUT'un güncelleyerek hastaların ilaç, malzeme ve tedavi ihtiyaçlarına hızlı bir şekilde cevap vermeye çalıştık. Değişen tanı ve tedavi şekilleri ile ortaya çıkan uygulama sorunlarını hasta, hekim ve kurumların birlikte çalışması ile aşılabileceğinin farkında olarak çalışmalarımız devam etmektedir.

OTURUM-IV TARTIŞMA BÖLÜMÜ

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet, teşekkürler Sayın Gül.

Evet, tartışmayla konuyu daha ayrıntılı olarak değerlendirmemiz en uygunu olacak. Bu konuda katkısı olan veya soru sormak isteyen.

Buyurun, efendim. Lütfen kendinizi tanıtip mikrofona konuşmanızı rica edeceğim.

PROF. DR. MERAL BEKSAÇ: Benim ismim Profesör Doktor Meral Beksaç, Ankara Üniversitesi. 15 yıla yakın bir süredir Türkiye’de akraba dışı verici bulunması, bununla ilgili gönüllü kazanımı ve transplant merkezlerine uygun nakil için verici bulunmasıyla uğraşıyoruz. Bu süreçte çok büyük ilerlemeler oldu. Ancak bazı sorunlarımız nedeniyle söz aldım. Tabii bu akademisyenlik dışında bir görev, onun için bu bağlamda ele almanızı diliyorum. Ocak ayında tam bir yıl önce Sağlık Bakanlığı’nda akademisyenlerle tedavi hizmetleri genel müdürlüğünde bir toplantıda bu biraz önce bahsettiğiniz geriye dönük ödemeyle ilgili karar alındı oysa bürokraside süreçlerin ne kadar yavaş işlediği malumunuz. Ancak Temmuz ayında Resmi Gazete’de yayınlanabildi ve uygulamaya girebildi, ama buna da şükrediyoruz. Fakat orada aldığımız kararlardan birçoğu uygulamaya maalesef giremedi, şöyle ki; bu Türkiye’de her yıl için yaklaşık 1000 civarında hastayı ilgilendiren bir durum. Senede Türkiye’de 250-300 civarında akraba dışı nakil yapılıyor. Bu kişilerle ilgili tüm ödeme süreçleri Türkiye’deki sağlıkla ilgili uygulamalardan çok farklı kurallara tabii ve büyük oranda yurt dışıyla ilişkili. Her bir işlem, her bir tetkik bile bir yazışma trafiğiyle en az bir ayda bir komisyonun önüne gidiyor, oradan onaylandıktan sonra Ankara’ya tekrar geri dönüyor ve eğer uygun görülürse ödeme süreci başlıyor. Biz ancak bundan sonra yurt dışına talebimizi iletebiliyoruz. Bu sorunun çözülmesi için geçen yılki komisyonda alınan karar kurumlara avans çıkarılması şeklindeydi ve SGK tarafından aslında olumlu görüş bildirildi, fakat maalesef uygulamaya girmedi. Bunun yapılması demek şu an verici araştırılırken yaşamını kaybeden hastaların sayısının çok azalması anlamına geliyor, onun için bir bunu dile getirmek istedim.

İkinci husus da; SGK’nın elinde çok büyük bir imkân var, Türkiye’de direkt olarak tedavi gören hastalıkların ve hastaların sıklıkları, tedavi başarıları yaşam süreleri gibi istatistikleri elde etmek mümkün. Bu konu-

da da bundan 7-8 ay kadar önce bir başvurumuz oldu, gerekli tüm koşulları sağladık, etik kurul onayıyla ve hatta bizden SGK’ya cüzi bir ödeme yapılması istendi. Bir asistanımızın tez çalışması olarak SGK bilgi işlem kurumu da onayladı. Fakat şu anda geldiğimiz nokta bir hukukçu görüşü bekleniyor, ondan dolayı hala adım atabilmiş değiliz. Eğer başarısak herhâlde bu Türkiye’de önemli bir ilerleme sağlayacak, Bundan sonra bu tip istatistikler için bu veri kaynağını çok iyi bir şekilde değerlendirme şansı olacak. Benim dileğim, informatik teknolojilerini bu biraz önceki sorumdaki avans açılması gibi, yazışma gibi bürokratik engelleri bu teknolojileri kullanarak artık günümüzde aşmamız gerektiği. Bu konuda SGK’nın aslında elinde imkân var, Bilişim Dairesi, açıkçası bu konu Türkiye’de kaç hastayı ilgilendiriyor? Bunun için bizim harcayacağımız efor, tüm hastalar için rantabilite açısından çok sıcak bakılmayan bir konu.

Teşekkür ederim.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Tabi hani şimdi hem bir soruymuş gibi göründü, ama hem de hani katkı da. Şimdi SGK’nın mekanizmaları gerçekten yavaş işliyor, hatta daha önceki TÜBA’nın İstanbul toplantısında çalıştayda demişler ki, o kadar hızlı bürokrat değişiyor ki SGK’da yani işler ilerlemiyor. Sadece ondan değil sizin mesela o veri çekme, veri isteme Türkiye’ye dair kanserle ilgili ve tedavisiyle ilgili. Yeni bir Torba Yasa da çıkarttık kişisel ve ticari veri hariç diğer verilerin verilebilir olduğuna dair. Fakat SGK’nın bir Yönetim Kurulu var. Yönetim Kurulu her şeye sıcak bakmayabiliyor. Şu anda doğru dürüst bir veri paylaşamıyorum, çünkü gündemde olan veriyi vermeyin deniyor, hatta Sağlık Bakanlığı da bu konuda muzdarip. Yani o sizin dediğiniz yavaş ilerleyen verileri kısmen çıkartabiliyoruz, veri paylaşımı noktasında ilginç bir uygulama var ama bu kanunla halledilecek ve şu anda hükümetin de gündeminde, yani kişisel verilerin saklanması ve paylaşılması mevzusunda ne kadarı kişisel, ne kadarı değil diye önümüzdeki aylarda yani 2015 içinde hükümetin gündeminde olacak. Belki SGK o zaman daha hızlı veri paylaşacak. O sizin dediğiniz avans ödemeleri noktasında da hani çok ayrıntılı bilmiyorum ama sistem her konuda hızlı işlemiyor. Bir aksilik oluyor para ve fon konularında ama genel prensip olarak biz ona karşı değiliz ve destekliyoruz. Aksayan bir yönü varsa biz onunla da ilgileniriz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Burada Sayın Hocamın söylediği önemli konu veri paylaşımı. Kanser kayıtları için daha doğru bilgiler verebilecek SGK'nın elinde büyük datalar var. Türkiye nüfusunun tamamına yakını SGK şemsiyesinde, ICD kodları giriliyor, radyoterapi, kemoterapi uygulanıyor, opere ediliyor, tüm bu bilgiler kanser kayıtlarında kullanılabilir. Bu bilgilerin bazıları belki hatalı girilebilir, ancak tüm veriler birleştirilip hatalı olanlar ayıklandığı zaman gerçek ve tama yakın kanser insidansları daha doğru olarak belirlenebilir. Bu verilerin paylaşımı yapılsa çok daha iyi olacaktır.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Doğru, şimdi onunla ilgili bizim çalışmalarımız var ondan da bahsedeyim isterseniz, hani nasıl yapacağız diye. Şu anda yine Torba Yasa'da çıkardığımız birkaç aylık bir hadise danışman hocalara para ödeyerek çalışma konusu, yani onun ekonomik değerlendirmesi gerekli mi, değil mi diye mesela böyle bir imkân getirdik gerçekten para veremiyorduk, yani sadece Ankara içindeki hocalarla genelde çalışıyorduk. Artık tüm Türkiye'deki hocalarla, hem de paralı bir şekilde parasını vereceğiz çalışacağız. Diğer taraftan bu veriyi nasıl kullanacağım diye birkaç üniversiteyle birlikte harekete geçtik, yani farmoko ekonomi noktasında... yani o standartları belirlemek, Türkiye için standartları belirlemek için. Bir çok çalışmamız var ama gerçekten hızlı ilerleyemiyor, belki bu şekilde hızlı ilerleyecek, SGK her zaman bahsediyoruz gerçekte 6 yıllık bir kurum. Evet, daha öncesi vardı 3 kurumu birleştirmişti, ama bir kurum tarihçesinde 6 sene, 7 sene çok az bir süre takdir edeceğiniz üzere son yıllarda kurumumuzda çok hızlı çalışan ve bürokrat değişimleri oldu. Kurum yeni yeni ve yavaş yavaş rayına oturuyor. Diyebilirim ki gerçekten yeni yapılanmamız bir senedir hızlı. Bakın geri ödemede ne kadar hızlı çalıştığımızı bir senede beş tur gitmişiz, normalde 3 tur gidecek bir ay sonra da en son turu bitireceğiz. Ama bazan her şey böyle hızlı ilerleyemiyor. Şimdi Sağlık Bakanlığı'ndan doktor istiyoruz, onlar da kendi prensipleri icabı her zaman veremiyorlar. Yani birçok şeyi uzman doktor, normal pratisyen hekim de yapabilir. İnanın kapasitemiz, iş yükümüz çok fazla, ama elimizdeki insan kaynakları yetersiz o yüzden de zaten dışarıdan hocalarla iş birliğine gittik, ama o yeterli değil. Neticede geleceğe ümitle bakabiliriz yavaş ilerliyor, ama gerçekten ilerliyor. Her soruna iletişime tamamen açık, şu anda sektör, hem Kurum Başkanı, hem Genel Müdürümüz, hem de Bakanla tamamen diyalog içine girebiliyor, hani kimse reddedilmiyor. Ama bütçe meselesi, SGK deyince hep bütçe problemi ve diğer öncelikler geliyor önümüze Neticede tabi ki bu problemler çözülecek.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet, en arkadan Savaş Bey.

PROF. DR. SAVAŞ KANSOY: Ben Doktor Savaş Kansoy, Ege Üniversitesi Pediatrik KİT ünitesi sorumlusuyum. Bugüne kadar Türkiye'de 600'e yakın kordon kanı ile çocuklara kök hücre nakli uygulandı. Burada bizim uygulamamızda rahatsız eden bir durum var, hepimizin bildiği gibi, kemik iliği nakillerinde bir konfirmasyon testi istenmektedir. Günümüzde, kordon kanı örneklerinde de konfirmasyon testi yapılmaktadır. Türkiye'de bugüne kadar gerçekleştirilen 600 akraba dışı nakilin yüzde 25'ini kordon kanıyla yapıldığı görülmektedir. Bu ciddi bir rakamdır ve sayı giderek de artmaktadır. Normalde kemik iliği vericisinden konfirmasyon testi ücreti SGK tarafından ödenirken, kordon kanı nakillerinde bu ücret SGK tarafından ödenmemekte ve transplantasyonun gerçekleştirebilmesi için bunu aileler ödemek zorunda kalmaktadır. Bu konu birkaç kez SGK mensuplarının da bulunduğu Sağlık Bakanlığındaki komisyonlarda dile getirilmiştir. Hastaların ve ailelerinin mağdur olmaması için bu durumun düzeltilmesini rica ediyoruz.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Paket uygulamamızda sizin dediğiniz gibi paketin haricinde çıkması gereken testler diye bir çalışmamız var, kemik iliği transplantasyonu ile ilgili bölümde bu konuyu değerlendiriyoruz, yani böyle bir çalışma gündemde inşallah da paylaşacağız.

PROF. DR. SAVAŞ KANSOY: Peki, teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Buyurun.

DR. HASAN BAĞCI: Doktor Hasan Bağcı, Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği'nden. Az önceki sunuma katılmış mıydınız bilmiyorum birkaç husus vardı sizi ilgilendiren ama...

UZM. DR. CEMİL GÜL: Yok, katılmadım.

DR. HASAN BAĞCI: Onlardan belki tekrar olacak salondakiler için ama, tekrar olmayacak bir hususu siz dile getirdiniz anladığım kadarıyla. Bu alternatif geri ödeme modelleri içerisinde güncel kur uygulanmayacağını söylediniz.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Şu anda sayın bakanımız Ali Babacan Bey, güncel kur bu dedi, yani daha doğrusu kendisi 1-95-95 dedi, hatta şu anda güncel kur değişikliği ile ilgili bir kararımız yok diye basına da açıklamada bulundu. O yüzden ben çok rahat söyledim.

DR. HASAN BAĞCI: O son slayta gelebilir misiniz? Alternatif geri ödeme modellerini de kapsayan kanun çıktı ve bu konu üzerinde ikincil mevzuat konusunda ciddi manada çalışılıyor.

UZM. DR. CEMİL GÜL: SGK'nın üzerinde çalışması gereken mi demek istiyorsunuz?

DR. HASAN BAĞCI: Evet.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Şöyle: Biz bunu çalışıyoruz, firmalar bize geliyor. En büyük sıkıntımız yurt dışı ilaçlar noktasında, alternatif ödeme noktasında yani yurt dışından gelecek ruhsatlandıracağız, geri ödemeye hızlı bir şekilde çekeceğiz. Sağlık Bakanlığı 6 ayda GMP dâhil bazı ilaçları ruhsatlandırabilir, stratejik ilaçlar vesaire veya yurt dışı ilaçtaki ilk 30 ilacı. Biz de 3 ay içinde geri ödeme prensip kararı almıştık, ama firmalar hep kaçak oynuyor, yani firmalar girmek istemiyor. Firmalar bir yol bulmuş yurt dışından ilaç temini noktasında, o nedenle biraz yavaş ilerliyor. Yani firmanın gelip ciddi manada bizimle tek tek her bir ilaç için konuşması lazım, bu biraz yavaş oluyor. Alternatif ödeme modeli geliştirebilmemiz için her bir ilaç için ayrı model geliştirmek gerekiyor belki bu biraz zaman alıyor.

DR. HASAN BAĞCI: Alternatif geri ödeme modeli için güncel kur olmadan alternatif geri ödeme modelinin olmayacağı kanaatindeyiz. Benim sunumumda vurguladım bu yıl için TEB kanalıyla getirdiğimiz ilaçları siz de telaffuz ettiniz 1 milyar 300 milyon TL.

UZM. DR. CEMİL GÜL: 1 milyar 300.

DR. HASAN BAĞCI: Evet, siz söylediniz.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Doğru ben söyledim.

DR. HASAN BAĞCI: Ve önümüzdeki yıl içinde TEB dışındaki başka tedarikçilerde devreye gireceği için rekabet oluşacak ve 2015 yılı için TEB bütçesinin en az 2 milyar olacağı tahmin edilebilir. TEB tarafından yurt dışından getirilen bazı ilaçlarda normal yoldan temin edilenden 4-5 kat daha fazlaya mal oluyor ve bunu SGK ödemeye razı oluyor. Bu ilaçların güncel kur üzerinden ödenmemesi paydaşlar arasındaki koordinasyondaki sorunlar arasında yer almakta olup bu sempozyumun da konusu.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Doğru, çünkü firmaların en önemli isteği güncel kur. Mesela, biyoteknolojik ürünlerde hiçbir şekilde yaklaşıyor, güncel kur bu seviyede durduğu müddetçe alternatif ödeme bile kâfi gelmez diyorlar haklısınız. Neticede demek ki bizim alternatif ödeme modelimiz biraz kenara doğru yavaş

yavaş itiliyor. Bu bir müddet sonra daha büyük farkındalık olarak ekonomi kurmaylarına gelecektir. Doğru, çünkü yurt dışından getirilen ilaçta geçen sene 830 milyonken, bu sene 1 milyar 300, gelecek sene daha fazla olacak belki iki milyar dediğiniz doğru. Herhâlde tam sorun ortaya çıkmadan öncelik olmadan değerlendirilmiyor.

DR. HASAN BAĞCI: Mevcut uygulamada kan ürünleri gibi güncel kur üzerinden ödenen hayli yüksek sayıda ürün var, her geçen yıl sayıları artarak temin edilmeye çalışılan endikasyon dışı ilaçlar, yurt dışı ilaçlar için de normal mekanizmalardan gelmesinin önünü açacak güncel kur uygulamasının başlaması gerektiğini düşünüyoruz.

Teşekkür ederim.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Peki bizi aşıyor, yani şu anda maalesef.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet, buyurun.

DOÇ. DR. SELAMİ TOPRAK: Doktor Selami Toprak, Ankara Tıp Hematoloji öğretim üyesiyim.

Şimdi ilgiyle izliyorum toplantıyı burada gerek Sağlık Bakanlığı az önce ayrılan Genel Müdürümüz, gerekse SGK, gerekse Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) yetkilileri. Şimdi burada paydaşlar arasında belki de en önemlisi doktor ve hasta biz karşı karşıya kalıyoruz. Sayın Hasan Bağcı'nın az önceki sunumunda çok net bir şey vardı ona yürekten katılıyorum. Bu kadar endikasyon dışı prosedürüyle uğraşmamız yerine, Sağlık Bakanlığı çok net ve basit olarak Avrupa ve Amerika rehberlerini güncel bir şekilde takip edip bunları endikasyon listesine alabilir. Dolayısıyla, ben de Avrupa'da yaşayan bir hasta gibi ya da Amerika'da yaşayan bir hasta gibi kendi hastama, yani Ankara'da bana gelen bir hastaya yurt dışında yaşayan hastalar gibi endikasyon dâhilinde ilk sıra ilacımı istediğim gibi kullanabilirim. Ama anladığım kadarıyla kullanamıyorum, çünkü Sağlık Bakanlığı endikasyon listelerini geç takip ediyor. Bu arada ben yine kullanmak istediğim ilacı SGK'nın geri ödemesindeki birtakım sorunlar nedeniyle örneğin güncel kur uygulaması nedeniyle geri ödemede yaşanan birtakım sorunlar nedeniyle zamanında kullanamıyorum. Euro'yu 1.9'dan hesaplıyorlar, firmalar da bu nedenle başvurmak istemiyor anladığım kadarıyla ruhsatı almak için ve firmalar yurt dışından yani endikasyon dışı yoluyla bu ilacı getirmeyi daha karlı buluyorlar. Bilmiyorum siz ne dersiniz bu konuda?

UZM. DR. CEMİL GÜL: Doğru, firmalar artık Türkiye'ye girmek istemiyor yani normal yollardan

girmek istiyor bu kesin. Bunun için gerçekten çok çalışmamız gerekiyor, ama güncel kur problemi hükümetin şu anda değiştirmedeği bir problem, yine aynı yere döndük yani neticede bu endikasyon dışı vesaire. Yalnız tabii bütçe problemleri var, herhâlde bizim şu anda yurt dışı toplam genel sağlık sigortasının bütçesi 56 milyar TL. Şu anda fonlardan, primlerden karşılanıyor, ekstradan bir de mesela SGK'nın cari açığı var, Türkiye'deki cari açığın en büyük sebebi SGK deniyor ama bu genel sağlık sigortasından değil, yani sağlık harcamalarından değil emekli ödemeleri, vesaireden. Aslında iyi gidiyoruz herhâlde bu iyi durumu bozmak istenmiyor, yani sağlık harcamaları noktasında onu bilemiyorum. Ama Ekonomi Koordinasyon Kurulu (EKK) meseleyi çok iyi biliyor, ayrıntılarıyla bilmese dahi meseleyi biliyor o güncel kurun ne kadar daha kendilerini bağladığını, bağlayamayacağını vesaire. SGK olarak bizim verilerimizi bürokratik yollardan siyasetçilere ulaştırma noktasında bir problemimiz yok yani biz bütün verileri onlara ulaştırıyoruz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Buyurun, mikrofonu alabilir miyiz ön tarafa?

ECZ. GÜVEN ARTIRAN: Ben de hepinize hoş geldiniz diyorum, inşallah toplantımız güzel sonuçlara vesile olur. İsmim Güven Artıran, Sağlık Bakanlığı TİTCK'de Başkan Yardımcısı olarak çalışmaktayım. Genel Müdür Yardımcısı ve Başkan Yardımcısı olarak, ilaç ve eczacılık ile, şu anda da ekonomik değerlendirmeler ve bilgi yönetimi ile birlikte çalışmaktayım.

Hocamızın, ruhsatlandırma ve endikasyonlarla ilgili olarak endikasyon dışı başvurularda yoğunluktan ve bunların FDA, EMA endikasyonları örtüşmemesi eş zamanlı olarak kabul edilmemesinden bahisle bir önerisi oldu. Ruhsatlandırma mevzuatımız 2001/83 sayılı AB direktifleriyle tam uyumludur. Bunun yanı sıra yine bilimsel komisyonlarımız da ruhsatlandırma süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Bir ilaç ruhsat müracaatı yapıldığında, artık süreçler tüm paydaşlarca iyice bilinmektedir. Şu anda önce bir GMP denetimi, arkasından da GMP başvurusu uygunluğu aldıktan sonra dosya ilgili teknik komisyonlara ve Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Danışma Komisyonu'na gidiyor. Şu anda salona şöyle bir baktığımda bu komisyonlarımızın üyesi pek çok hocamızı da görüyorum. Kurum hiçbir zaman bir ilacın endikasyonuna idare olarak karar vermez. Bu bilim komisyonlarımızın bilimsel veriler, literatürler ve de ülkemizde ki durumu da göz önünde bulundurularak verilen kararlardır. Bazen, endikasyonlar, Avrupa'yla, Amerika'yla tam uyumlu verilmemiş olabiliyor ancak, firmalar tabi bunları takip ediyorlar. Bazen de kliniklerden gelen endikasyon talepleri oluyor, ancak endikasyonlar fir-

maların sorumluluğu altında olduğu için bazı nedenlerden dolayı, firmalar o endikasyonlar için başvuru yapmıyorlar. Başvuru yapılmayan bir endikasyonda Bakanlık olarak, kurum olarak bizim o endikasyonu o firmaya, o ilaca vermemiz mümkün değil.

Ayrıca endikasyon dışı ilaç kullanımıyla, ruhsatlandırılmış bir ilacın kullanım endikasyonu yönünden, değerlendirmenin de birbirleriyle örtüşmediği ve hatta bazen endikasyon dışı başvurunun biraz daha farklı değerlendirilebildiği de bir gerçek. Endikasyon dışı ve yurt dışı ilaç kullanım başvuruları da siz değerli hocalarımızdan oluşan bilimsel komisyonlarımız tarafından değerlendiriliyor.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet, Sayın Demirer.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Sayın Gül, ben bir konuyu merak ettim, eğer doğru anladıysam TEB üzerinden geçen yıl 600 milyon liralık mı ilaç getirildi?

UZM. DR. CEMİL GÜL: Bizim tam antineoplastik değil de, kanser ve kanserle ilgili dolaylı ilaçlar 600 milyon civarında.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Tamam. Hiç maliyet analizi yapıldı mı? Eğer bu ilaçlar TEB üzerinden değil de, güncel kur uygulansa, işlemleri yapılsa ruhsatlandırılrsa normal yoldan olsaydı Türkiye kâr mı edecekti, ediyor mu acaba, maliyet analizi yapıldı mı?

UZM. DR. CEMİL GÜL: Şimdi şöyle bu birazcık hayali olur. Çünkü: aynı firma bir kere girmiyor düşüleceğini biliyor, yani düştüğü zaman mı demek istiyorsunuz? %41'e kadar yapıldı.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Evet. Simülasyon hani simülasyon...

UZM. DR. CEMİL GÜL: Tabi simülasyon yapıldı fakat şunu söyleyeyim: Ya bu biraz hayali oluyor. Çünkü firma mesela ne diyeyim? Biyoteknolojik üründe zaten girmeyecek girmiyor, girmeyeceğim diyor, yani sabit kurla asla girmeyeceğim diyor, sabit kursuz zaten çok aynı fiyatına. Bazı ilaçlar için hatta fiyat teklifi veriyorlar.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Hayır, güncel kurla girseydi.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Güncel kurla?

PROF. DR. TANER DEMİRER: Girseydi, güncel kurla girseydi, işlemler yapılsa ruhsatlandırılseydi simülasyon yaptığımızda 600 milyon, 600 milyon olarak mı kalıyor, daha mı aşağıda, ülke kâr mı ediyor?

UZM. DR. CEMİL GÜL: Şimdi şöyle: Biz eğer ilacı normal yurt içine alsak ruhsatlandırma için, artı fiyatlandırma tabi ki Sağlık Bakanlığı yapıyor fiyatlandırmayı biz de ilaveten iskonto yapıyoruz. Burada şöyle bir şey var: Biz talebi çok artırmış olacağız anlatabildim mi? Yani yurt dışından getirmeyip de yurt içine aynı fiyatla soktuğumuz zaman bizim öngöremediğimiz büyük bir talep artışı yaşayacağız.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Daha fazla ödeyeceğiz o zaman?

UZM. DR. CEMİL GÜL: Kesinlikle fazla ödeyeceğiz. Hatta bazen biz yurt dışından daha ucuza getiriyoruz çok ilginç. Bazı ilaçlar var ki biz yurt dışından daha ucuz getiriyoruz. Yine de olsun diyoruz, biz yurt dışından getirmeyelim ve ilacı yurt içine alalım diyoruz bu sefer maliye diyor ki; olmaz diyor. Madem ucuza getiriyoruz fiyat farkı küçük değil çünkü biraz fazla, diyelim ki 500 lira. Maliye diyor ki, yok olmaz diyor, çünkü o ödeme komisyonunun böyle bir yetkisi yok diyor. Yurt içine sokalım da, biraz daha ucuz olur, büyük bir talep artışı da olmayacak belli hastalıklarda yani mesela genetik hastalıklarda, ama neticede yapamıyoruz elimizden gelmiyor. Yani o komisyon her noktada yetkili değil, siyasilerin alacağı kararı o komisyon alamıyor.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Biz TEB'den de bir yetkili davet ettik bilmiyorum geldi mi TEB'den temsilci?

UZM. DR. CEMİL GÜL: Evet, gelmişti herhâlde dışarı çıktı.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Evet, merak ettiğim konu şu ki büyük rakamlar konuşuyoruz, herhâlde TEB'in de bundan bir kârı var yani, çünkü aracılık yapıyor.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Biz zengin olduklarını duyuyoruz da TEB'in hani...

UZM. DR. CEMİL GÜL: TEB burada olmayınca ben konuşmayayım, çünkü savunma hakkı veremiyoruz.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Bir diğer konu da gene kimseyi tabi yine suçlamak istemiyoruz da, hani fiyatlar bizde bayağı aşağı çekiliyor. Güven Bey'e onu soracaktım, acaba diyorum fiyat düşerken etken madde kalıyor mu içinde? Hani hekim olarak şüpheleniyorum bazen. Şeytanın avukatlığı bilmiyorum Güven Bey bir yorum yapar mı?

Not: Rekabet kurulu, TEB ve Türk Eczacıları Birli-

ği İktisadi İşletmesi hakkında soruşturma açılmasına karar verdi. Kurumun internet sitesinde yer alan duyuruya göre TEB'in Türkiye'de ruhsatlı olmayan ya da ruhsatlı olmasına karşın piyasaya arz edilmeyen ilaçların yurt dışından temin edilmesiyle ilgili uygulamalarda, hakim durumunu kötüye kullandığı iddiasını içeren şikayet üzerine yürütülen ön araştırma karara bağlandı. Elde edilen bilgi, belge ve yapılan tespitleri müzakere eden Kurul, bulguları ciddi ve yeterli bularak TEB ve Türk Eczacıları Birliği İktisadi İşletmesi hakkında soruşturma açılmasını kararlaştırdı. Soruşturma, adı geçen teşebbüs ve birliğin Rekabet Kanunu'nun ilgili maddesini ihlal edip etmediklerinin tespiti amacıyla başlatıldı. (24-08-15, Hürriyet Gazetesi)

ECZ. GÜVEN ARTIRAN: Ruhsatlandırılan her ürün kalite, etkililik ve güvenilirlik anlamında aynı standartlara sahiptir, orijinal ürünler ve jenerik ürünler için bütün koşulların tek tek sağlanması istenir, tüm teknik verileri yine bilim komisyonlarımızca incelenmektedir. Bunun yanı sıra bu ürünlerin hiçbirinin ruhsat öncesi analizi yapılmadan pazara da verilmmez. Ruhsatlı ve pazarda olan ürünler için piyasa kontrollerimizde hızla devam etmektedir. Randomize olarak bu ürünlerden alınan numuneler de analiz edilir. Cemil Bey'in bahsettiği daha düşük fiyatla ilaç temin ettikleri konusuna yönelik olarak biz ancak o ürünün orijini ülkeyi ve dünyada nerelerde ruhsatlı, kullanımda olduğu sorusunu bilirsek yorumlayabiliriz. Bizim kalite, etkinlik ve güvenilirlik kriterlerini baz alarak ruhsat verdiğimiz ürünlere ait fiyatlandırma sistemimiz dışsal referans uygulamasıdır. Ürünlere ait vermiş olduğumuz fiyatlar yaklaşık 25 ülke tarafından referans alınmakta ve bu ülkeler bizi takip etmektedirler. Hatta ülkemizdeki firmalar artık bundan şikayet etmeye başladılar ve biz detaylı fiyat listemizi artık sadece paydaşlarımızın kullanımına sunuyoruz. Onları bu baskıdan kurtarmak için şu anda sadece euro cinsinde referans fiyatları ilan ediyoruz. Kurumda ruhsatlandırma sürecine giren her ürün aynı standartlara, mevzuata ve teknik verilere göre değerlendirilir. Şahsi tedavi için ithal izni verilen yurt dışı ilaç tabii ki ruhsatlandırma prosedürüne girmiyor dolayısıyla, fiyat Kurumca verilmiyor. Dolayısıyla, bu bizim fiyatlarımızın belki yurt dışı ilaç teminindeki bazı ürünlere göre yukarıda kalmasına sebep olabilir. Ama yine de ülkemizdeki ilaç fiyatlarını düşündüğümüzde ürünlerin fiyatlarındaki ucuzluk kalite anlamında bir endişe getirmemeli bu sadece sistemsel bir sonuçtur. Bütün ruhsatlı ürünler dünya standartlarındadır.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet, teşekkürler. Şeref Bey, buyurun.

PROF. DR. ŞEREF KÖMÜRCÜ: Doktor Şeref Kömürçü, Memorial Ankara Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümü. Palyatif bakım hizmetlerinin ödeme planınıza alındığını söylemiştiniz, bununla ilgili biraz ayrıntı verebilir misiniz net tanımlandı mı, kod belli mi, hangi hastalar, hangi endikasyonlar kullanılacak, evde bakım ödemesi olacak mı? Teşekkür ederim.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Şimdi Sağlık Bakanlığı tabii tam manasıyla ayrıntılı çalışma yapacak, bu sene pilot uygulama Sağlık Bakanlığı'nda başlanacak, verileri göreceğiz, ona göre hareket edeceğiz. Palyatif bakım yine hastanede yapılacak bir bakım biliyorsunuz. Yani birinci, ikinci, üçüncü basamak yoğun bakımlar haricinde, palyatif bakım diye bir yerleri olacak. Yani bir hasta tanımlaması yapacaklar, şu özellikte işte odası şu olacak, monitörü şöyle olacak gibi kendileri bir tanımlama yapacak. Bir çalışma yapmışlar maliyet analizi vesaire ve bu konuda biz palyatif bakım tedavisi olarak Sağlık Bakanlığı'na tamam ekstra bir ödeme yapacağınız size dedik, daha henüz ayrıntı yok. Hatta üniversiteler de girmek istiyor, özel hastaneler de girmek istiyor. Şu anda pilot olarak Sağlık Bakanlığı ile başladık, diğer bilgiler Sağlık Bakanlığı'nda yani onların nasıl bir şey yapacağını bilemiyorum.

BİR KATILIMCI: ... evde bakım programının da palyatif bakım içerisinde olması gerekir.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Şu anda evde bakımı biz biliyorsunuz palyatif bakım gibi değerlendirmiyoruz. Palyatif bakımda şu anda şimdi büyük bir problem var dendi, yani yoğun bakımları bu tip hastalar çok işgal ediyorlar, ayrı bir tanımlama yapalım ve bir kısım hastaları oraya çekelim. Evde bakım da haklısınız, ama evde bakımda her şeyi biz ödeyemiyoruz neticede. Belki evde bakıma da bir destek olur, yani tabii evde bakımı desteklemek noktasında, bazı kötü hastalar oraya çekilebilir. Tabii Sağlık Bakanlığı'nın teklifi üzerine bu kararı aldık biz, bir sene sonra değerlendirmelerini yapacağız.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet, buyurun.

DOÇ. DR. MELTEM KURT YÜKSEL: Doçent Doktor Meltem Kurt Yüksel, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı ve Kemik İliği Nakil Ünitesi'nde çalışıyorum. Ben Ankara Tıp Fakültesinden hematoloji ihtisasımı aldıktan sonra mecburi hizmet görevim nedeniyle önce Ankara'da bir devlet hastanesinde (Dr. AY. Ankara Demetevler Onkoloji Hastanesi) çalıştım. Bu hastanenin Kemik İliği Nakil Ünitesi'nin kurulmasında görev aldım. Daha sonra 3 yıla yakın bir süre yine Ankara da özel bir hastane-

nin (Özel Medica International Ankara Hastanesi) kemik iliği nakil ünitesinin kuruluşunda görev aldım ve Kemik İliği Nakli Sorumlu Hekimi olarak çalıştım. Eylül 2014 itibarıyla Ankara Üniversitesi'ne geri döndüm. Bu süre zarfında, çalıştığım her kurumdaki geri ödemelerde SGK'nın yaklaşımının farklı olduğunu gözlemledim. Örneğin, devletteki denetlemeler çok yüzeysel, ödemeler hemen yapılırken, özelde çok ayrıntılı neredeyse didiklenerek, üniversitede özele göre biraz daha yüzeysel ama mutlaka didiklenerek geri ödemeler yapılmaktaydı. Ben bu konuda eşit olmayabilir, ama belki daha adaletli davranılması gerektiğini düşünüyorum birinci söyleyeceğim bu.

İkincisi de, ben ve pek çok meslektaşım, çalıştığımız kurumlardan SGK'nın davetlisi olarak toplantılara çağırıldık. Bu toplantılarda fikirlerimizi söyledik, önerilerde bulunduk. Mutabakatlarda, kurullarda, faturalarla ilgili, ödemelerle ilgili yaşanan sıkıntıları ifade ettik, onların düzeltilmesi yönünde çok emek harcadık. Ama gelinen noktada şaşkınlığımı ifade etmeden geçemeyeceğim çünkü siz az önce dediniz ki; "hocalara para vererek biz bazı şeyleri yaptıracağız". Benim düşüncem, eğer bu geri bildirimlerden faydalanılmış olsaydı herhâlde SGK başlangıcından beri yaşadığı sıkıntıların pek çoğunu aşmış olurdu ve zaten bedava yapılmakta olan işi, hocalara para vererek yaptırmak zorunda kalmazdı.

Teşekkür ederim.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Şimdi bir faturalandırmadan bahsettiniz değil mi? Biz geri bildirimle hepsini biliyoruz, görüyoruz. Bizde doktor açığı var, Sağlık Bakanlığı bize yeterince eleman (doktor) vermiyor daha önce de söylemiştim. Sağlık Bakanlığı'nın kendi ihtiyacı olduğu için bize yeterince atama yapamıyor. Şimdi SGK, Sağlık Bakanlığı'na ayrı bir uygulama yapıyor o kesin. Ama bu bizim Çalışma Bakanımızla, Sağlık Bakanlığı arasındaki iş birliği ve diyaloglardan kaynaklanıyor bazı kararlar aynı zamanda siyasi kararlardır bürokratik kararlar değildir yani çok dikkatinizi çekerim. Siyasetçinin kararıyla, bürokrasinin ki farklı oluyor siyasetçiler rahatlıkla karar alabiliyor, şöyle olsun diyebiliyor. Mutlaka altında teknokratların çalışması var bunun. Mesela, global bütçe değil mi? Şimdi biz yavaş yavaş hem üniversite hastanelerinde hem de belediye hastanelerinde global bütçe uygulamasına geçmek istiyoruz ve yavaş yavaş bu yönde talepler geliyor. Ayrımcılık neden var diyorsanız birçok sebepten var, yani hani en önemlisini ben size söyledim. Hem Sağlık Bakanlığı'nın bir devletin kendisi olduğu için, hem de orada alınan bütçe ödemelerinin kısmen de olsa siyasi karar olmasının bunda etkili olduğunu vurgulamak isterim. Ama bakın yani şöyle söyleyeyim: SGK yani üç kurumun çatısı bir çatı haline getirilip SGK kurulurken yani

sağlıkta dönüşüm projesi yapılırken kesinlikle aslında özel sektöre belli şeylerin verilmesi gerektiğiyle başlamıştı. Yani özel sektör başından beri dikkate alındı. Örneğin katkı payları mevzuları niye geliyor? Özel sektör bizim uygulamalarımız olduğu için geliyor, biz özel sektörü destekliyoruz. Maalesef hastaya bir yük geliyor, ama o da çok ilginç birçok sebebi var. Hani sağlıkta dönüşüm projeleri başlarken ne oldu? Çok büyük sağlık harcamaları olsa bile aslında özel sektör korunuyor, yani korunuyor demekle genel manada korunuyor. Ama tabii özel sektör devletle aynı değil maalesef...

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Buyurun, Sayın Demirer.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Ben bu Şeref Hoca'nın sorusuyla ilgili özellikle palyatif bakım ile ilgili bir saptama yapmak istiyorum. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde hospice center denen yaşlı, yatalak ve terminal hasta bakım merkezleri var bunlar normal hastaneler gibi değil. Yani palyatif bakımı normal hastanelerde yapmak çok akıllıca değil, maliyeti ciddi anlamda artırabilirsiniz. Oysa orta ve büyük ölçekli illerimize birer tane büyük bu tür merkezler (hospice center'lar) kurularak ve buralarda genelde nörologlar, iç hastalıkları uzmanları, ve bu konuda eğitim almış hemşireler, psikiyatristler, psikologlar ve din adamlarını çalıştırarak, maliyetleri akıllıca ve çok iyi bir şekilde düşürmek mümkün olabilir. Bu merkezler hangi hasta grupları için? Parapleji, quadripleji, alzheimer, parkinson, terminal dönem kanser hastaları için olacak. Yani bu nedenle herhâlde Türkiye'de bunu Bakanlığın gündemine alması lazım orta ve büyük ölçekli illerde gerçekten bu tür merkezlere çok ihtiyaç var.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Bakanlık gündemine almış, ama şu anda birdenbire palyatif bir geçim herhalde pat diye yapılamıyor.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Ama yani yaşlı ve yatalak hasta bakım merkezlerinin (hospice centerların) amacı zaten çoğunlukla palyatif için. Mesela bu yeni kurulan şehir hastaneleri var bence o şehir hastanelerinin en az 3'te 1'lik bölümünü bu palyatif bakım merkezleri olarak ayırmak lazım, iyi bir adım olur diye ben düşünüyorum.

UZM. DR. CEMİL GÜL: İşte palyatif bakım ona adım olmuş oluyor Hocam, aslında güzel bir başlangıç.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Evet.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Bir anda hospise geçemi-

yoruz ama Sağlık Bakanlığı bunun planlamasını yapmış, boş yataklarını görmüş vesaire haklısınız...

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Sayın Genel Müdürüm, ben de çok teşekkür ediyorum, ben Sağlık Bakanlığı THSK Kanser Daire Başkanımı. Hocam, böyle bir planlama yapıldı, sahaya acil bir rehber hazırlamamız gerektiğini sabah da Şeref Hocam ile görüştük. Aralık ayının sonuna kadar rehberi yayınlamayı planladık. Hospis konusunda çalışmalar devam ediyor, üç büyük ilimizde (Ankara, İzmir, İstanbul) en azından pilot uygulama olarak hospis kurulmasını istiyoruz. Yine planlamalarda 10 yılda 320 palyatif bakım merkezi kurulması mevcut. Palyatif bakım hizmetlerinin olmazsa olmazı birinci basamak aile hekimliğidir. Aile hekimlerinin palyatif bakım ve morfin ile ilgili eğitimleri önümüzdeki yıl başlayacaktır.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet, Sayın Gül, benim birkaç tane katkım olacak. Bir ilaç ruhsatı alıp geri ödemeye girdikten sonra endikasyonu değiştirilmemeli. Örneğin Pemetrekset isimli kemoterapi ilacı küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgularda önce birinci hatta endikasyon aldı, geri ödemeye girdi. Hastalara uygulanırken, birinci hatta ödeme durduruldu, ikinci hatta geri ödemeye alındı. Bu durum hastalar için büyük sorun oluşturdu, tedavi devam ederken bir anda ilacı kullanamaz duruma geldiler. Sonradan düzeltildi ancak o dönemde ilacı alıp sonradan alamayan kanser hastalarının psikolojilerinde büyük yıkımlar oluştu. İlaç ruhsatı hangi endikasyonda aldıysa aynı endikasyonda ödeme yapılması en doğrusu olacaktır.

İkincisi, ben radyoterapi ile eş zamanlı kemoterapi uygulayan bir klinisyenim. Düşük fiyatlı ilaçları örneğin Mitomisin-C gibi ilaçları bulamıyoruz. Bakanlık fiyat vermediği için böyle ucuz ilaçları firmalar üretmiyor ya da ithal etmiyorlar. Bu da etkin ucuz ilaçların kullanılamamasına yol açıyor. Bakanlığın SGK'nın bu tür ilaçların üretilmesine destek olması gerekli.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Yetim ilaç yani.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet yetim ilaç, bu ilaçları maliyet nedeniyle firmalar üretmiyor ve yurt dışından getirmek gerekiyor. Ayrıca Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği olarak isteklerimiz olacak. Radyoterapi daha önceden yeni teşhis edilmiş 100 kanser hastasının 60'ına uygulanırken, yaşam sürelerinin uzaması, kanserin kronik bir hastalık halini alması tekrar ışınlamaların yapılması ile günümüzde 75'ine uygulanmaya başlanmıştır. Aslında biz hedefe yönelik ilaçların maliyetlerinden daha düşük ücretlerle

kanseri tedavi edebilmekteyiz. Ancak biz şu anda dışa bağlı bir sektöüz. Radyasyon Onkolojisinde SUT değişikliği 2004 yılında yapıldı, ondan sonra üstüne hiçbir düzenleme yapılmadı, ücretler artırılmadı. Bunun için biz dernek olarak, siz SGK, üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri temsilcilerinden oluşan bir komisyon kurulmasını istiyoruz. Çünkü şu anda SUT'ta kullanılmayan gereksiz kalemler var, eklenmesi gereken kalemler var. Bir komisyon kurup, bu komisyonda bunları tartışmak yani bunlarla ilgili ortak bir paydada buluşmak uygun olacaktır. SGK bürokratlarında hızlı değişim olmadan, bir komisyon kurup tartışıp değişiklikleri yapabilirsek sizin akıllı ilaca ödediğiniz ücretlerden çok daha ucuza tedavi edebileceğimiz hastalarımız olacaktır. Bu konuda bize yardımcı olmanızı rica ediyorum.

UZM. DR. CEMİL GÜL: Bu konuda bize yani SGK'ya dernekler vasıtasıyla başvurduğunuz mu?

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Daha önceki yıllarda başvuru yapmıştık, konuşuldu fakat, yeni dönemde tekrar başvuru yapmamız uygun olacaktır. Başka, bu-
yur, Coşkun Bey.

PROF. DR. COŞKUN TECİMER: Ben Coşkun Tecimer, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı. Türkiye'nin yurt dışına ödediği ilaçlarla ilgili döviz giderek artmakta. Günümüzde yeni araştırmalar, yeni çalışmalarla yeni ilaçlar keşfediliyor ve bu daha da artıyor. Artık ben şöyle düşünüyorum: Türkiye'nin bu konuda kendi içinde ilaç üretme motivasyonunun daha da artması gerekir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı temsilcilerine sormak istiyorum, böyle bir çalışma var mı, bu konuda motivasyon nasıl artırılabilir? Bu konuda düşünce üretmemiz gerektiğini düşünüyorum.

Teşekkürler.

ECZ. GÜVEN ARTIRAN: Hocam, kesinlikle çok haklısınız bu konuyla ilgili olarak Bakanlığımız da diğer ilgili bakanlıklar gibi Kalkınma Bakanlığı koordinatörlüğünde bu konuya çok ciddi mesai ayırmakta. Sayın Başbakanımız da bu konuda hükümetimizin kararlılığını açıkladı. 10. Kalkınma planı 2014-2018 kapsamında 25 tane öncelikli dönüşüm programı belirlendi. Sayın Başbakanımız tarafından da dile getirilen bu öncelikli dönüşüm programlarından bir tanesi de "sağlık endüstrilerinde yapısal dönüşüm programı". Bunun dört tane bileşeni var içinde bu programın, bir tanesinden de biz kurum olarak sorumluyuz bu da "kamunun yönlendirme kapasitesinin artırılması". Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın sorumlu olduğu iki bileşen, Ekonomi Bakanlığı'nın sorum-

lu olduğu bir bileşen daha bulunmakta. Burada amaç Türkiye'de üretimi teşvik etmek ama yaklaşım yerli değil yerelleşme.

Teşvik konusunda Ekonomi Bakanlığınca geçen sene yapılan mevzuat düzenlemesiyle başvurular değerlendirilmeye başladı. TÜBİTAK keza biyoteknoloji alanında çağrılara çıktı, incelemeleri devam ediyor.

Bunun haricinde yine ar-ge kapasitesinin geliştirilmesi, iş ve çalışma eko sistemin geliştirilmesini, tıbbi cihaz alanı ile yine bütün bunların örtüştürülmesi gibi pek çok alanda çok ciddi bir çalışma devam etmekte. Kalkınma planı Yüksek Planlama Kurulu'na arz edilecek hale geldi. Kalkınma Bakanlığı'mız tarafından son değerlendirmeler yapılıyor. Burada yani ilaçla ilgili söylüyorum üretiminden, tüketimine kadar pek çok alanda, pek çok eylem var yetim ilaçlar da dâhil buna. Bu çalışmalar yaklaşık bir, bir buçuk senedir devam ediyordu, artık yayınlanmasını bekliyoruz. Evet, yurt dışı ikameyle ilaç temini yürümez, bu ezberin bozulması lazım. Yerli insülin üretimi projesi, yerli aşı, yerli plazma ürünleri üretimi ve yerli kanser ilaçları üretimi çalışmaları var.

Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Evet, çok teşekkürler Sayın Güven Bey. Ben Doktor Cemil Gül'e çok teşekkür ediyorum, çok güzel bir karşılıklı tartışma ortamı oldu hazırlıkları için teşekkür ederim. Tüm katılanlara da çok teşekkürler.

4:15'e kadar aradayız, kahve molası (Alkışlar)

(Kahve Arası)

OTURUM - V

SAĞLIK BAKANLIĞI'NIN KOORDİNASYONDA YAŞADIĞI PROBLEMLER

Oturum Başkanı:

Prof. Dr. Nurullah ZENGİN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yöneticisi

Kanser Tedavisinde Sağlık Bakanlığı'nın Koordinasyonda Yaşadığı Problemler



Kanser gerek etiyolojik faktörlerin sayı ve etkinliklerindeki artış gerekse tanı araçlarındaki ilerleme ve artan farkındalık nedeniyle daha fazla teşhis edilmektedir. Nitekim dünyada ve ülkemizde sebebi bilinen ölümler sıralamasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm sebebi haline gelmiştir. Kanser yol açtığı fiziki sağlık problemleri yanında psiko-sosyal sorunlara da neden olmakta ve kendine özgü karakteristiği ile mücadelesi zor bir halk sağlığı başlığını oluşturmaktadır.

Kanser çok değişik organ ve dokulardan gelişebilmekte ve bu çok çeşitli hücre tipleri ancak farklı ve kendine özgü tedavi modalitelerine cevap verebilmektedir. Bu nedenle kanserin tanı işlemlerinden tedavisine kadar yönetimi, multidisipliner bir çalışmayı zorunlu hale getirmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyon görevi bu sürecin her aşamasında kendini göstermektedir. Kanser tedavisinde Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyonda yaşadığı problemlerden bahsetmeden önce Sağlık Bakanlığı'nın kanser tedavisindeki rolü ve sorumlulukları şu şekilde özetlenebilir;

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. maddesinde "... Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı

içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir." hükmü yer almaktadır. Devlet anayasasının kendisine verdiği bu ödevi yerine getirme sorumluluğunu Sağlık Bakanlığı'na vermiş ve Bakanlığın görevini "... herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır." şeklinde tanımlamıştır. (663 sayılı KHK, madde 2)

Bakanlığımız kendisine verilen görevleri yerine getirmek amacıyla temel politika ve öncelik belirlemede yine Hükümetimiz tarafından hazırlanarak TBMM'de kabul edilen onuncu Kalkınma Planını esas almaktadır. Bu planda yer alan ve kanser hastalığı ve tedavisi ile ilgili bazı başlıklar aşağıdaki gibidir;

- Bireylerin beden ve ruhen tam bir iyilik halinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşımla geliştirilecektir.
- Sağlıklı hayat tarzı teşvik edilecek ve daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacaktır.
- Sağlık hizmet sunumunda klinik müdahalelerin etkililiğini, hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlar geliştirilecektir.

Bakanlığımız tüm bu görev ve planların kendisine yüklediği sorumlulukla "Birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmayı" kendisine stratejik amaç olarak belirlemiş ve bu amaca ulaşmak için konumuzla ilgili "Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini iyileştirmek", "Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak", "Bulaşıcı olmayan hastalıkların komplikasyonlarını kontrol etmek ve azaltmak", "Sağlıkta insan kaynaklarının dağılımını, yetkinliğini ve motivasyonunu iyileştirmeye devam etmek ve sağlıkta insan kaynaklarının sürdürülebilirliğini sağlamak", "Sağlık altyapısının ve teknolojilerinin kapasitesini, kalitesini ve dağılımını iyileştirmek ve sürdürülebilirliğini sağlamak" gibi hedefler belirlemiştir.

Yukarıda bahsedilen görevler, amaçlar ve hedefler doğrultusunda Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlü-

ğü'nün rolünü aşağıdaki sekiz başlıkta özetlemek mümkündür;

1. RUHSATLANDIRMA: Kamu ve özel sağlık tesisleri
2. PLANLAMA: Sağlık hizmet ve işgücü planlama
3. DENETİM: Özel ve kamu sağlık tesisleri
4. EĞİTİM: Sağlık eğitim standart ve sertifikasyonları
5. KALİTE: Sağlık kalite ve akreditasyon
6. ORGAN ve KAN: Organ ve doku nakli, kan hizmetleri
7. VERİ İŞLEM: Sağlık hizmet istatistik, bilgi işleme ve analizi
8. SEKRETERYA: Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK), Yüksek Sağlık Şurası, Sağlık Meslekleri Kurulu, Eczacılık uzmanlık kurulu

Yukarıda sayılan faaliyet alanlarından da anlaşılacağı üzere kanser tedavisi ile ilgili kamu ve özel sağlık hizmet sunucularına ait tesis, insan kaynağı, tıbbi teknoloji ve cihazlarla ilgili envanterler Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından takip edilmektedir. Bu veriler tüm diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi kanser tedavisi ile ilgili yapılan planlamalara da esas teşkil etmektedir.

Yukarıda bahsedildiği gibi kanser hastalığının kendine özgü yapısı nedeniyle tedavisi multidisipliner bir yaklaşımla yapılabilir. Bu gerekçeyle kanser tedavisi ile ilgili tedavi merkezlerinin tesis, insan gücü, tıbbi teknoloji, coğrafi ulaşılabilirlik ve sürdürülebilirlik açısından değerlendirilmesi yapılmış, makro ve mikro planlamalar bu verilere göre gerçekleştirilmiştir. Bu planlamalar doğrultusunda kanser tedavisi yapılacak birimler üç kategoride sınıflandırılmıştır;

1. Kapsamlı Onkoloji Merkezleri
2. Onkoloji Tanı ve tedavi Merkezleri
3. Onkoloji Hizmet Birimleri

Bu merkez ve birimlerin cihaz, insan gücü ve hizmet rolleri ile ilgili standartlar belirlenmiş ve tüm paydaşlarla paylaşılmıştır.

Tüm bu anlatılanlar ışığında “kanser tedavisinde sağlık bakanlığının koordinasyonda yaşadığı problemler” SWOT analizi ile şu şekilde özetlenebilir;

Güçlü Yönlerimiz

- Güçlü sağlık sistemi
- Dünya genelinde mevcut tüm standart tedavilere ulaşımın mümkün olması
- Radyoterapi ve kemoterapi gibi kanser tedavilerinin ücretsiz verilmesi

- Hali hazırda 30'dan fazla kanser ilacının yerli üretiminin olması
- Yetişmiş, dinamik ve fedakar sağlık meslek mensupları

Zayıf Yönlerimiz

- Sağlık işgücü yetersizliği ve ülke genelindeki dengesiz dağılım
- Tedavi yöntemlerinde önemli ilerlemelere rağmen dışa bağımlılığın devam etmesi
- Kısmen zayıf onkoloji organizasyon yapısı
- Mevcut merkezi kemoterapi hazırlama ünitelerinin verimli kullanılamaması
- Gereksiz ve yetersiz tedavileri önlemek için ulusal rehberlerin yetersizliği
- Robotik cerrahi eğitim merkezlerinin sayıca sınırlı olması, mevcut cihazların verimsiz kullanılması
- Her ilde kemoterapi ve palyatif bakım merkezinin olmaması

Fırsatlarımız

- Son dönemlerde yapılan çalışmalar ile kanser tedavisinde ulaşım sıkıntısı olan ilaç kalmasa da, yerli üretim fırsat ve potansiyelinin yüksek olması
- Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı'nın (TÜSEB) kurulması ve bu kapsamda Türkiye Kanser Enstitüsü'nün 6 ay içinde kurulacak olması
- Kanser ilaç ve yöntemleri ile ilgili araştırma ve geliştirme teşviklerinin olması
- Türkiye'nin araştırma ve geliştirme faaliyetlerine oldukça istekli ve dinamik akademisyenlere sahip olması
- Türkiye'nin gittikçe düzelen olumlu ekonomik göstergeleri

Tehditler

- Onkolojik yatırımların yüksek maliyetli oluşu
- Nitelikli iş gücü yetersizliği
- Hangi düzenleme yapılırsa yapılsın koordinasyona yatkın zihniyetin yeterli olmaması

Sonuç olarak, kanser hastalığının yönetim ve koordinasyonunda finans sorunları, işgücü azlığı ve araştırma altyapısındaki eksiklikler gibi tehdit ve zayıf noktalarımız aşılabilecek olursa, güçlü bir sağlık altyapısı, dinamik ve istekli işgücü ile araştırmaya ayrılan yüksek tutardaki kamu finans kaynaklarından oluşan güçlü yönlerimizle önemli fırsatların yakalanabileceği değerlendirilmiştir.

OTURUM-V TARTIŞMA BÖLÜMÜ

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. NURULLAH ZENGİN: Evet, Sayın Doğan Ünal'a çok teşekkür ediyoruz. Salondan soru ya da katkı alabiliriz.

Genel Müdürüm, belki bir katkı olacak ama sizin koordinasyondaki rolünüz de işaret etmek istediğim bir husus var. Öğleden önceki oturumlarda da gündeme geldi. Sayın Celalettin Camcı hekim gözüyle yaşadığımız sorunlar kısmında vurguladı. Aslında SGK'nın da çok güncel bir konusu; kemoterapi hazırlama noktasında farklı sistemler var. Ama bunların da ötesinde kemoterapi hazırlamasında "merkezi ünite" kavramında Türkiye yakın zamanda epey bir mesafe aldı, manuel aparatlar, yarı otomatik sistemler, robotik sistemlerle beraber. Kanserle ilgili pek çok konuda olduğu gibi burada da maliyet artışıyla birlikte belki bir refleks tavrıyla bir maliyet kısıtlamasına gitme noktasında SGK'nın bir uygulaması söz konusu. Bu konuda meydana getirilen kısıtlamalarla gerçekten bütün sistemler ilaç hazırlama noktasında bir tıkanma noktasına geldi. Medyada da yakın zamanda geniş bir şekilde yer aldı. Benim işaret etmek istediğim nokta, merkezi ünitelerle birlikte aslında birkaç basit tedbirle, geriye dönüşün sağlanabilmesi hususu var. Mesela, biz hala kutu düzeyinde faturalandırma yapıyoruz, artan ilaçları sisteme geri getirme ya da SGK'ya daha ucuz şekilde fatura etme noktasında zorluklarımız var. Aslında bu konu birden fazla kurumu ilgilendiriyor, ama koordine edici bir merkeze ihtiyaç var. Bu nokta 2023 planı içerisinde de yer alan bir husus, Genel Müdürlüğünüzün bir koordinasyon rolü oynaması güzel de bir örnek olacak. Bu hususa dikkatinizi çekmek istedim, zaten medyatik de bir konu.

PROF. DR. DOĞAN ÜNAL: Evet, teşekkür ederim. Zaten onkoloji planlamasını biz tekrar ele aldık, yani baştan revize ediyoruz, bu konuda ciddi bir çalışma başlattık. Bir örnek verecek olursak kapsamlı onkoloji merkezlerinde liyezon psikiyatrisi dahil herşeyi tartışıyoruz. Söylediğiniz merkezi ilaç hazırlama sistemi gibi konularda önümüzdeki aylarda tekrar çalışma yapacağız. Her türlü katkıya kapımız açık, yani burada iyi olsun, güzel olsun diye çalışıyoruz. Bir de bu SGK meselesinde hakikaten yoğun bir evrak trafiği yaşıyoruz. Yani kamu kaynaklarını da koruma adına öyle bir refleksle hareket ediliyor, ama bu konu olunca tabi akan sular duruyor, o yüzden elimizden ne geliyorsa yapmaya çalışıyoruz. Ama SGK tabi farklı bir otorite olduğu için biz sadece önerilerde bulunabiliriz.

Yani bu konuda da onkoloji kuruluş ve derneklerinden de bazı talepler, istekler geliyor mümkün olduğu kadar onları değerlendiriyoruz, ilgili yerlere yazıyoruz, komisyonlar oluşturuyoruz, yani SGK ile ilgili konularda elimizden geleni yapıyoruz. Yani burada kişisel olarak, dernekler olarak her türlü başvurunuzu yapabilirsiniz kesinlikle dikkate alıyoruz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. NURULLAH ZENGİN: Evet, buyurun Hocam, Meral Hocam.

PROF. DR. MERAL BEKSAÇ: Biraz önceki o oturumda var mıydınız bilmiyorum, ama ben Meral Beksaç, Ankara Üniversitesi'nden. Sağlık Bakanlığı'ndan katkıda bulunmasını beklediğimiz en önemli konulardan bir tanesi toplumun geneline yönelik uygulamalar ve önlemler. Son yıllarda sigara konusunda Bakanlığın aldığı önlemler hakikaten önemli, ama bunun ötesinde bazı mesleklerde örneğin, kimyasal maddelere mazuuriyet ile kanser ilişkisi. Özellikle hematolojik kanserlerde ve sizin branşınızda mesela mesane kanserinde bu ilişkiyi görüyoruz. Bu konuyla ilgili toplumsal nitelikte kontrol mekanizmaları yok, bilgilendirme yok, kişiler kanser olduktan sonra öğreniyorlar. Yine biz meslek olarak bazı coğrafi yerleşimlerde artmış kanser sıklığını gözölüyoruz. Örneğin kurşun madeni olan bir bölgeden gelen bir hastam o bölgede çok hasta olduğunu ifade ediyor. Bu doğrultuda Bakanlığın daha geniş kapsamlı epidemiyolojik ve istatistiklere dayanarak önce durum saptama, sonra da önlem alma gibi bir davranışa gitmesi gerçekleşmesini dileğimiz en önemli projelerden biri. Göreve yeni başladınız, bu arada tebrik ederim, hayırlı olsun. Ama bu konuya da önem verilmesi öncelikli bir dileğimiz.

PROF. DR. DOĞAN ÜNAL: Çok teşekkür ederim. Tabii bu konu daha çok Kanser Savaş Dairesi'nin alanına giriyor, yani koruyucu önlemler almak, bilinçlendirmek. Fakat ben şu kadarını söyleyeyim: Yani Ocak ayından itibaren çok güzel bir sistemi kullanmaya başlayacak Sağlık Bakanlığı. Bu sistem başarıya ulaşırsa ki inşallah ulaşacak, yani Ocak ayından belki Şubat ayından sonra bunun tanıtımlarını göreceksiniz. Burada özellikle küçük bir somut örnek vereyim; harita üzerinden işaretlediğiniz herhangi bir alandaki hastalık sıklıklarını görebilecek, çok detaylı bilgiler elde edebileceksiniz. Çok üst düzeyli bir program planlandı, yani Ocak ayından sonra bu söylediğiniz ki çok da yerinde bir istek hakikaten olması da gereken,

görevimiz de bu, verileri bu şekilde çok mikro düzeyde görebileceğiz. Ondan sonra daha rasyonel iş gücü, hizmet ve cihaz planlamalar yapabileceğiz. Kanser merkezlerinin hakikaten nerede olması gerekiyor? Bunları daha gerçekçi göreceğiz. Konuyla ilgili doğru söylüyorsunuz, yani her bölgenin ihtiyaçları farklı, kanser türleri farklı ve ona özel spesifik, özelleştirilmiş yaklaşımlar gerekiyor. Yani şu anda elimizdeki veriler muhakkak Murat Bey'ler de de vardır ve çok net bir şekilde görüyorlardır, ama gerçek zamanlı görme şansımız olacak.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. NURULLAH ZENGİN: Evet, kanserden korunabilme, preventif onkoloji, aslında kanserle mücadelenin ilk aşaması. Murat Hocam, bu konuda sizler neler söyleyeceksiniz?

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Hocalarımın da bildiği gibi meslek hastalıkları sadece kanser alanında değil, kanser dışı birçok hastalıkta da Türkiye'de kayıt ve istatistiklerinin genel anlamda en zayıf olduğu noktalardan birisidir. Biz 5 yıldır buna çalışıyoruz, çok önemli bir kitabı dijitalize etme gayretindeyiz, ben de yeni öğrendim, dünyada 100 bine yakın meslek varmış. ICD kodu gibi mesleklerin de kodları var. Hocam, bununla ilgili Bakanlık bir daire kurdu onlarla da birlikte, Genel Müdürümüzün de ifade ettiği gibi önümüzdeki yıl realize etmeye çalışacağız. Ama çok haklısınız ben de şöyle bir katkıda bulunayım: MTA'nın asbest haritasıyla, kurşun haritasıyla Türkiye'deki mezotelyoma, mesane kanserleri o kadar çok birbirine benziyorlar ki, işte bu 663-81 ilde halk sağlığı müdürleri, onların promosyonları bizim elimize güç kazandırdı. Önümüzdeki yıl bununla ilgili meslek hastalıklarıyla ilgili çok önemli planlarımız var, birazdan anlatacağım.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. NURULLAH ZENGİN: Aslında potansiyel kanser etkenleriyle ilgili yakın zamanda yine Kanser Dairesi'nin yayınladığı bir dizi rapor var. İsterseniz birkaç kelime ile bu raporlardan bahsetseniz Murat Hocam.

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Kanserojen her madde ile ilgili Cuma günü web sitemizde basında bu hafta kim konuşmuş, ne konuşmuş, doğru mu, yanlış mı onu koyuyoruz.

İki, herhangi bir madde kanserojen mi, değil mi? Bilimsel raporunu da her hafta koyuyoruz, bununla ilgili 100'ün üzerinde rapor hazırladık.

Üç, vatandaşta farkındalık arttı Hocam, eskiden Da-
iremiz yılda 7-8 tane kanser arttı ihbarı olurken, bu rakam 90'lara çıktı. Hocam sizde bir köy hakkında

varsa bir tespitiniz bize hemen bildirin. Bir de epidemiyolojik araştırma yapıyoruz, kanser arttığı zaman gerekli müdahalede bulunuyor onu da web sitemizden duyuruyoruz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. NURULLAH ZENGİN: Evet, belki bir cümleyle katkıda bulunmak adına, bir sistematik review kapsamında, çok güzel değerlendirme raporlarına web sayfasın da ulaşmak mümkün.

Evet, Taner Hocam, buyurun.

PROF. DR. TANER DEMİRER: Sayın Hocam, ben bir konuyu belirtmek istiyorum. Bizim ülkemizde kanserle ilgili basın ve medyada birçok haber çıkıyor. Bunlar da artık iyice çığırından çıktı, her geçen gün farklı konuda, uzmanıdır, değildir, kalifikasyonunu bilmiyorsunuz bir çok kişi görüş belirtiyor ve yanlış yönlendirmeler ve suistimaller oluyor. Esasen Bakanlık belki de sizin biriminizi ilgilendiriyor direkt olarak. Hani bu basın ve medyada televizyonlar olsun, yazılı medya olsun bunların sağlıkta tıbbi danışman kullanmaları zorunluluğu getirilmesi lazım kanunla, kalifiye tıbbi danışman bu Amerika'da, Avrupa'da var. Yani kalifiye tıbbi danışman gelen haberleri ya da televizyondaki sorumlu tıbbi danışman-inceleyip bu doğru mudur, değil midir, yapılmalı mı, yapılmamalı mı, yayınlanmalı mı? bu konuda karar vermeli ya da ilgili uzmanlardan görüş almalıdır. İlgili kurum veya sivil toplum kuruluşlarına sorarak, mesela Pediatrist Derneği'ne veya hematolojiye ya da Türk Tıbbi Onkoloji Derneği'ne bu konuşma doğru mudur, bu haber yapılmalı mı? Bu önlemler bence alınmalı ve bunun önüne geçilmeli. Çünkü her geçen gün bu bilgi kirliliği artmaya devam ediyor. Hastalarda konfüzyon yaratıyor, hekimlerin işini zorlaştırıyor, yani buna kesinlikle bir kanuni denetim getirilmesi gerekiyor. Her televizyonun, her medya organının istediğini oraya çıkarıp konuşturması, sağlık gibi bir konuda doğru değil aslında. Bunun yapılması lazım diye ben düşünüyorum. Sizin acaba bu konuda görüşünüz nedir? Son derece önemli bir konu bu.

PROF. DR. DOĞAN ÜNAL: Hocam, katılmamak mümkün değil hakikaten bu bir yaramız. Başa da çıkılamıyor, yani internet sayfalarının nerede konumlandığı nerede olduğu önemli, yani siz Türkiye'den direk müdahale edemiyorsunuz. Biraz önce ben hasta memnuniyetiyle ilgili bir toplantıdaydım o yüzden gelemedim, gün içindeki oturumlara katılamadım. Orada basınla ilgili konular her noktada olduğu gibi orada da gündeme geldi. Burada basından arkadaşlar da vardı ve onların ifadesi şu oldu: Yani biz bazı şikâyetlerimizi ilettik, mesela burayla ilgili değil ama organ nakli de bizim Genel Müdürlüğümüz uhdesi altında.

Burada dizilerde mesela bir organ mafyası konusunu işleme olayı vardır, yani bir yerde organınız alınır, bir çıkmaz sokağa atılırsınız. Allah’a şükür bunun Türkiye’de bir tane bile örneği yoktur. Yoktur hakikaten çok sevindirici bir şey, ama bu yine de işlenmektedir. Ve bunun işlendiği her bir dizide, bir programda binlerce kişi bizi telefonla arar ve organ bağışından vazgeçer. Biz bunu film setlerini, dizi setlerini ziyaret ederek aşmaya çalışıyoruz. Yani İstanbul’da birçok dizi setini ziyaret ettik ve onlara bunu negatif tanıtımdan pozitifte döndürmelerini rica ettik. Çünkü insanlar hani cebinde bağış kartıyla bir yerde bayılırlarsa ayıldıklarında organlarının alınabilme yanlış korkusunu yaşıyorlar bu takdimlerden sonra. Hâlbuki bir tane bile örnek yok hakikaten. Biz de bunu söyleyince basın mensuplarına, onlar da “haber yapan muhabir haberi hakikaten doğru yapıyor ama editöryal aşamada, mesela bir ilacın kansere çözüm olduğu şeklinde lanse edilmesi daha çok tercih ediliyor” dediler. Yani örneğin muhabir, “kansere umut olabilecek bir ilacın çalışmaları başladı” diye bir haber yazsa, bunun ileriki aşamalarda “kansere çare bulundu” şekline dönebildiğini söylüyorlar. Tabiatıyla burada onların da kendi üzerlerine düşen görevler var, yani zihniyet dedik ya yani orada da kendilerinin bu konularla ilgili çalıştaylar yapmaları, nerede eksiklik yapıyoruz diye bakmaları gerekiyor. Tabi Reklam Kurulu var bizim Genel Müdür Yardımcımız da orada görevli Ertuğrul Bey. Yani orada bizden bir temsilci var, bu ilaçların yanlış tanıtımı gibi konularda her seferinde, Ertuğrul Bey daha iyi bilir, yüksek miktarlarda ceza kesilir. Yani biz ve tüm paydaşlarımız ne kadar hassas davranacak da başa çıkılması zor bir konu sağlıkta yanlış tanıtım konusu.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. NURULLAH ZENGİN: Evet, peki bir soru daha. Hocam, buyurun.

PROF. DR. SERDAR ÖZKÖK: Sayın Genel Müdürüm, saygılar. Sabahleyin size sorunlarımızla ilgili özel olarak bilgi vermiştim, ama son olarak Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği Başkanı olarak sorunlarımızın çözümünde sizden yardım istiyoruz. Slaytlarınızda belirttiğiniz şekilde Radyasyon Onkoloğu sayısı yeterli gözükmemekte ancak uzmanların ülkemizdeki dağılımı ve yeni teknolojilerin hızlı gelişmesine bağlı olarak niteliksel bazı sıkıntılarımız var. Bu konuda Bakanlığımızla birlikte çalışma yapıyoruz, bu çalışmaların daha da gelişmesini talep ediyoruz. Kamu Hastaneler Birliği’nin kurulmasından sonra mecburi hizmet atamalarında sıkıntımız mevcut, daha önceki atamalarda cihazsız yerlere atama yapılmazken şu anda İstanbul’da cihazsız yerlere atamalar yapılıyor. Periferdeki üniversite hastanelerinde yeterli öğretim

üyeleri ve uzman yok. Lütfen, şu dönemde en azından mecburi hizmet atamalarını ihtiyacı olan üniversite hastanelerine yapalım, cihazı olmayan yerlere zorunlu hizmet atamalarını yapmayalım. Diğer sorunlarımızı ben zaten size daha sonra ileteceğim, çok teşekkür ederim.

PROF. DR. DOĞAN ÜNAL: Bu genel olarak ifade edilen bir şey, yani biz elimizden geldiği kadar üniversitelerden gelen talepleri olumlu karşılıyoruz, ama tek karar verici biz değiliz orada. Yani Genel Müdürlüğümüz bize üniversitelerden gelen talepleri iletiyor. Üniversiteler gerekçelerini de yazarak gönderiyorlar, Ama işte bu insan iş gücü planlaması konusuna gelince hakikaten Türkiye’yi düşününce nitelikli iş gücümüz az, fakat hizmet verilmesi gereken yerimiz çok. Bu nedenle bu paradoksla baş etmek hakikaten kolay değil. Devletin görevi sağlık iş gücünü böyle dengeli bir şekilde dağıtmak ve istekler de bu çerçevede içerisinde karşılanmaya çalışılıyor. Ama tekrar edecek olursak tek karar verici biz değiliz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. NURULLAH ZENGİN: Evet. En arkadan galiba bir katkı ya da soru var, onunla bitirelim. Buyurun.

DOÇ. DR. SELAMİ TOPRAK: Doktor Selami Toprak, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı Öğretim Üyesi. Sayın Genel Müdürlüğümüze bulmuşken ufak iki soru sormak istiyorum, çok kısa. Daha önce üniversitelerden, uzmanlık derneklerinden ve Bakanlıktan ortak bir komisyon oluşturularak çalışılan bir terapötik aferez endikasyon rehberi vardı. Bu rehber daha taslak halinde ve yayınlanmadı. Ne zaman yayınlayacak acaba?

Bir ikincisi de, aferez sertifikasyonu ile ilgili bir boşluk var, süreçte bir gecikme var. Bununla ilgili bir düzenleme var mı yakın gelecekte?

PROF. DR. DOĞAN ÜNAL: Şu anda aktüel bir düzenleme yok ve ileriki çalışmalar için de şu anda net bir şey söyleyemiyorum size ne yazık ki.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. NURULLAH ZENGİN: Evet, ilginize teşekkür ediyorum. Ben bizden sonraki oturumu yönetmek üzere, Tezer Hocamı davet ediyorum.

Teşekkür ederiz. (Alkışlar)

OTURUM - VI

KANSER KAYITLARININ DÜNÜ, BUGÜNÜ, YARINI

Oturum Başkanı:

Prof. Dr. Tezer KUTLUK
Hacettepe Üniversitesi, Kanser Enstitüsü
Pediyatrik Onkoloji Bilim Dalı

Türkiye’de Kanser Kayıtcılığı



Kanser Kayıtcılığı Nedir?

Belirli bir nüfusta ortaya çıkan tüm kanser vakalarıyla ilgili bilgileri toplamak ve bu bilgileri kanserin klinik ve patolojik göstergeleri ile birlikte tam olarak belgelemek işlemlerinin tümüne kanser kayıtcılığı denir. Kanser Kayıt Merkezi kanser tanısı almış hastaların kayıt edildiği yerdir. Merkez bulunduğu il sınırları içinde yaşayan ve kanser tanısı alan bütün hastaların verilerine ulaşmayı hedefleyen, uluslararası standartlara uygun biçimde ve topluma dayalı aktif yöntemle kanser verileri toplayan, nüfus tabanlı bir kayıt ve araştırma merkezi olarak da hizmet vermektedir. Bu çalışmaların ulusal düzeyde koordinasyonunu Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı, uluslararası düzeyde koordinasyonunu Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) ve Uluslararası Kanser Kayıtcılar Birliği (IACR) sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne bağlı olan IARC bu örgütten bağımsız olarak politika geliştirmektedir. Dünyanın kanser istatistiklerini toplayan bu ajansın, Türkiye ile birlikte 24 üyesi bulunmaktadır.

Türkiye’de kanser kayıtcılığında iki sistemde veri toplanmaktadır:

Pasif sistem: Hekimler ya da diğer sağlık personeli

tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri üzerinden doldurulan form elektronik olarak Sağlık-Net’e aktarılır.

Aktif sistem: Aktif sistemin temel direği kanser kayıt elemanlarıdır. Kanser kayıt elemanları tarafından başta TKHK hastaneleri olmak üzere, üniversite ve özel hastanelerde tek tek hasta dosyaları araştırılarak bilgiler kanser kayıt formlarına aktarılır. Bu formların Halk Sağlık Müdürlüğü bünyesinde yer alan Kanser Kayıt Merkezlerinde Canreg-4 bilgisayar programına girilmesinin ardından kalite kontrolü çalışmaları yapıldıktan sonra Kanser Daire Başkanlığı’na elektronik ortamda gönderilmektedir. Bu yöntemin en önemli amaçlarından biri ise uluslararası standartlara uygun karşılaştırılabilir veri toplayarak gerek yıllar içinde ülkemizdeki durumu izlemek gerekse de dünyadaki diğer ülkeler ile kendimizi karşılaştırarak uygulanan politikaları değerlendirmektir. Bunun için kanser kayıt merkezlerinde aktif kanser kayıt kuralları konusunda özel eğitim almış elemanlar ile çalışmak esastır.

Kanser Kayıtcılığı Nasıl Yapılmaktadır?

Merkezde müdürlükçe görevlendirilen, Başkanlığı-mız tarafından düzenlenen eğitimlerden geçen sağlık personelinin görevi ilin nüfusuna, hastane yüküne, kanser hastaları için referans merkezi olması durumuna göre değişmektedir.

Genel olarak:

1) Hastalık yükü düşük olan illerde hastanelerden kanser verilerinin aktif kanser kayıtcılık sistemine uygun olarak toplanmak,

Hastalık yükü yüksek olan illerde hastanelerde oluşturulan/oluşturulacak hastane kanser kayıt birimlerinde çalışan, hastane personeli ise; çalıştığı hastanedeki birimlerden aldığı bilgileri, kanser kayıt bilgi formuna eksiksiz ve doğru olarak işleyerek bunları belli aralıklarla ilde bulunan Halk Sağlığı Müdürlüğü bünyesinde kurulmuş olan Kanser Kayıt Merkezi’ne göndermek,

2) Hastane kanser kayıt birimleri ve diğer kaynaklardan gelen verileri eksiksiz ve doğru olarak bilgisayar ortamına aktarmak,

3) Bilgisayara girilen verilerin bir kopyasını alarak arşivlemek ve bilgisayar ortamında güvenle saklanmasını sağlamaktır.

Kanser kayıt personeli çalıştığı hastanedeki hastane bilgi yönetim sistemine girerek ICD-10 kodunda yer

alan C.00-C.98 ile D.00-D.48.9 arasında yer alan tüm malign ve insutu neoplazm tanımlı hastaları günlük/aylık olarak doküman halinde çıkarır. Aynı hastalara ait bilgileri teke indirir (duplikasyon) ve patolojisi kesinleşmiş ve kanser tanısı netleşmiş bilgileri, kanser kayıt bilgi formuna eksiksiz ve doğru olarak işleyerek varsa bilgisayar programında girişini yapar. Bilgisayar programı yoksa kilitli bir yerde gizlilik kurallarına uygun bir şekilde arşivler. Oluşturmuş olduğu veri tabanında kalite kurallarına uygun olarak verilerin son haliyle kaydı yapılır. Kaydı yapılan veriler, ilde bulunan Halk Sağlığı Müdürlüğü bünyesinde kurulmuş olan Kanser Kayıt Merkezi'ne fotokopileri gizli ibareli kaşe basılmış zarf ile resmi kanallarla gönderir. Veri tabanlarının tamlığı ve doğruluğu; öncelik belirleme, planlama yapma, doğru kaynak kullanımı ve aktarımı gibi stratejik noktalarda oldukça önem taşımaktadır. Kanser kayıtçılığında veri toplamayı anlatan akış şeması Şekil 1'de gösterilmiştir.

Kanser Kayıtçılığı Ülkemizde Nasıl Başlamıştır, Şimdi Durum Nedir?

Türkiye'de 1982 yılında kanserin bildirimi zorunlu bir hastalık olmasıyla beraber kanser kayıtçılığı gündeme gelmiştir. Başlangıçta pasif olarak yapılandırılan bu sistem, daha sonraki yıllarda aktif merkezlerin kurulmasıyla iki koldan veri toplamaya devam etmiştir. Türkiye'deki ilk aktif kayıt merkezleri 1992 yılında İzmir ve Diyarbakır'da kurulmuştur. Günümüzde ise 81 ilde aktif kanser kayıtçılığı yapılmaktadır (Şekil 2).

Dünya genelinde aktif kanser kayıtçılık oranı sadece %8'dir. Ülkemizde 15 ilde, 16 aktif kanser kayıt merkezi vardır ve nüfus kapsayıcılığı oranı 2012 başında %50'ye çıkarılmıştır. 2013 yılında 81 ilde aktif kanser kayıtçılığı ile kanser verisi toplanmaya başlanmıştır.

Kanser verileri çeşitli kalite kontrollerinden sonra raporlanabilmektedir. Toplanan veriler kalite kriterlerini karşılamıyorsa Türkiye raporunda yer verilmemektedir (Tablo 1). Aynı şekilde kanser kayıt merkezlerinden toplanan veriler IARC tarafından değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme sonucunda IARC verilerin doğru ve tam olduğunu yapılan analizlerle gösterirse verileri yayınlamaktadır. Hali hazırda 4 aktif kanser kayıt merkezi IARC tarafınca akredite edilmiştir.

İzmir kanser kayıt merkezi IARC tarafınca uluslararası eğitim merkezi (hub) olarak belirlenmiştir. Kanser kayıtçılığının yaygınlaştırılması, kanser kontrol çalışmalarında ülkelere liderlik yapılması için IARC tüm dünya üzerinde 500'ün üzerindeki aktif kanser kayıt merkezi arasından 6 merkez belirlemiştir. Bu 6 merkezden birisi de Sağlık Bakanlığı'na bağlı İzmir Kanser Kayıt Merkezi. İlki Hindistan Mumbai'de (2012)

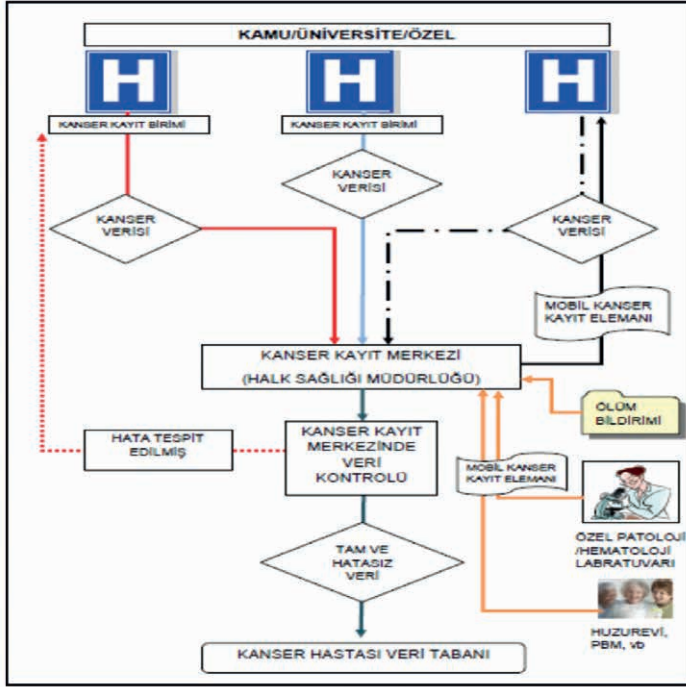
ve Güney Afrika'da (2012) kurulmuş olan merkezlerden üçüncüsü İzmir'de 2013 yılında açıldı. Daha sonra ise Buenos Aires 2014'te dördüncüsü kurulan eğitim merkezlerine 2015'ge iki merkez daha eklenecektir. Ülkemizde kanser kayıtçılığının yaklaşık 20 yıldır yapıyor olması ve kanser kontrolü alanındaki çalışmalarımız nedeniyle Kuzey Afrika ve Doğu Akdeniz ülkeleri için İzmir Kanser Kayıt Merkezimiz de eğitim merkezi olarak belirlenmiştir. İzmir Kanser Kayıt Merkezi'ne bağlı ülkeler Cezayir, Mısır, Libya, Fas, Güney Sudan, Sudan, Tunus ve Batı Sahra ile Ermenistan, Azerbaycan, Bahreyn, Kıbrıs, Gürcistan, Irak, İsrail, Ürdün, Kuveyt, Lübnan, Filistin, Umman, Katar, Suudi Arabistan, Suriye, Birleşik Arap Emirlikleri ve Yemen'dir. Bu ülkelerde var olan kayıtçılık çalışmalarını destekleyecek, olmayan ülkelerde kanser kayıtçılığını başlatacak çalışmalar yapılması beklenmektedir. Böylece Türkiye sadece kanser kayıtçılığı yapmakla kalmayıp, kanser kayıtçılığını öğreten ülke rolünü üstlenmiştir.

Bütün bu gelişmeler kaliteli ve doğru kanser verilerinin toplanmasını sağlamıştır. Kanser kayıtlarımızdaki iyileşme, toplumdaki yaşlı nüfusun artması, tıbbi alandaki gelişmeler ve özellikle de hastaların sağlık sistemine daha rahat ulaşması, teşhis ve tedavi alma olanaklarındaki gelişmeler nedeniyle kanser toplumumuzda artmış olarak görülmektedir. Ancak Dünya ülkeleri ile karşılaştırıldığında ülkemiz kanser sıklığının halen batı toplumlarından düşük olduğu dikkat çekmektedir. Türkiye'de dünya ortalamasının üzerinde bir artış söz konusu değildir.

Türkiye'nin son yıllardaki istatistikleri incelenirse, en sık görülen kanserler arasında erkeklerde akciğer, kadınlarda ise meme kanseri ilk sırada yer almaktadır. Bu yüzden bütün kontrol programı, obezite kontrol programı, kanser taramaları vb. bileşenler kanser kontrolünün önemli noktalarıdır.

Günümüzde kanser kayıtçılığı kanserin önlenmesi, taraması ve tedavisi dışında üniversitelerin de aktif katılımı ile daha organize olmuştur.

Şekil 1. Kanser kayıtçılığında veri akış şeması



Tablo 1. 2004-2009 Yılları arasında kanser raporları içindeki kanser kayıt merkezlerine ilişkin nüfus bilgilerinin dağılımı

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kanser Kayıt Merkezi sayısı	8	8	8	8	9	9
Örneklemedeki nüfus	11.mil	11.mil	11.mil	11.mil	16.mil	16.mil
Toplam nüfus	71.mil	72.mil	72.mil	70.mil	71.mil	72.mil
Toplam nüfus içindeki %	15,7	15,8	15,4	16,8	23,2	23,3

Şekil 2. Türkiye’de Kanser Kayıtçılığının Tarihçesi

- 1982 yılında kanser ihbarı zorunlu hastalık olmuştur.
- 1983 yılında KANSERLE SAVAŞ DAİRESİ BAŞKANLIĞI kurulmuştur.
- 1992 yılında İzmir ve Diyarbakır illerinde aktif kanser kayıt merkezi kurulmuştur.
- 2002 yılında İzmir ve Antalya
- 2004 yılında aktif kanser kayıt merkezi il sayısı artırılmıştır (Antalya, Samsun, Trabzon, Eskişehir, Adana.....)
- 2008 yılında Kocaeli
- 2010 yılında Gaziantep ve Malatya eklenmiştir.
- 2012 yılında İstanbul ve Mersin 15 il
- 2013 yılı itibarıyla tüm illerde aktif sistemle kanser verileri toplanmaya başlanmıştır.

OTURUM-VI TARTIŞMA BÖLÜMÜ

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TEZER KUTLUK: Sayın Gültekin'e teşekkür ediyorum. Bir organizasyonun başarısının kriterlerinden bir tanesi de zamanında başlaması ve zamanında bitmesi. Demek ki Sayın Demirer ve arkadaşları doğru planlamışlar ki zamanında başladı, 17.45'te bitmesi bizim kapanışa geçilmesi gerekiyor.

Teşekkür ederim düzenleyicilere. (Alkışlar)

Evet, zamanında gitti program, o nedenle tartışmaya da soru alabiliriz buyurun efendim. Salondan sorular alabiliriz buyurun.

BİR KATILIMCI: Benim iki tane sorum olacak. Bir tanesi, bu verilerle ilgili SGK'nın MEDULA sistemi var, Sağlık Bakanlığı Sağlık.NET diye bir sistem kuruyor. Yani bu kadar bütün Türkiye'yi kapsayan sistemlerimiz varken, yani daha bunlarla entegre bir şey olabileceğini düşünüyorum. Bunu belki de ayrıca onlarla da görüşmek gerekir diye düşünüyorum.

İkinci sorum da, dün açıklanan öncelikli dönüşüm programlarında bir tanesi kamu harcamalarının rasyonelleştirilmesiydi onunla ilgili 6. eylemde Sağlık Bakanlığı'nda koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi diye bir bölüm var. Bu bölümde diyabet, inme, akut miyokard infarktüsü ve koruyucu ağız diş sağlığı alınmış. Acaba burada niçin kanser yok.

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Çok teşekkür ediyorum Hocam. Birinci sorunuza yanıt vereyim; hem MEDULA hem Sağlık.NET'i entegre olarak kullanıyoruz, böylece pasif kayıtçılık yapıyoruz. Ancak bu iki sistem bildiğiniz gibi birbirinden farklıdır, Sağlık.NET Sağlık Bakanlığı'na bağlı iken MEDULA sistemi SGK'ya bağlıdır. MEDULA'daki veriler faturalandırmaya endekslidir, bu nedenle beyin MR'ı istemek için tanıyı beyin tümörü diye kodlamak gerekmektedir. Bu şekilde kodlama yapılırken MEDULA'daki verilere göre Türkiye'de geçen yıl teşhis olan 1 milyon 700 bin kanser olgusu vardır. Sağlık.NET'teki veriler ise Sağlık Bakanlığı'na bildirilen pasif bildirimlerden oluşur. Buradaki veriler ise doktorun bilgiyi doğru doldurması ile ilişkilidir. Örneğin; doktorlarımız tarafından Sağlık.net'e tüm Türkiye için gaitada gizli kan bir yılda 96 tane yazılmış. 1982'den beri pasif kayıtçılık formlarımızı doğru doldursaydık, aktif kayıtçılığa hiç ihtiyacımız olmazdı. Yakında yayınlanacak yönetmelik ile amacımız önümüzdeki 10 yıl içerisinde yüzde 100 pasif kayıtçılığa geçmektir. Patologlarla

bunun ilk adımı atılmıştır. Bundan sonra kemoterapi odasına, sonrasında radyoterapi bölümlerine parametre oluşturmak gibi adım adım ilerleyeceğiz. Doğrusu yüzde 100 pasif kayıtçılık yapmaktır, bu iş ile uğraşan onkoloğun, hemşirenin ve diğer çalışanların bilgiyi girmesidir.

Kıymetli Hocam, ikinci soruya da cevap vereyim; Kalkınma Bakanlığı'nın 10 başlığı var, yanılmıyorsa kanser konu başlığı 6 ve kanser önlenmesi de Kalkınma Bakanlığı'nın projeleri planındadır. Hatta Kanser Dairesi olarak en çok parayı isteyen bölümlerden biriyiz, asbeste, radona ciddi ciddi para istedik. Asbest ile ilgili 250 köyde ıslah çalışmaları yapmamız gerekiyor, bu projede Kalkınma Bakanlığı'nda var, dairemize çok ciddi maddi destek sunacak, kendilerine çok teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TEZER KUTLUK: Coşkun Bey, buyurun.

PROF. DR. COŞKUN TECİMER: Teşekkür ederim konuşmanız için. İstanbul Bilim Üniversitesi Medikal Onkolojiden Doktor Coşkun Tecimer. Türkiye'de kanser görülme sıklığını çıkarırken 8 ilde aktif kayıt yaptığınızı söylediniz ve buna göre de sanırım oradaki nüfusa oranlayıp Türkiye oranını veriyorsunuz. Şimdi bu 8 il nasıl seçildi? İstatistikte bir kural var, bir örnekleme tespit edilirken genele yansıtılması gerekir buna uyuldu mu, nasıl seçildi?

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Tabii Hocam, Sadece Türkiye'de ki hocalarımızdan değil IARC tarafından da belirlenen standartlara uygundur. Kuzey, güney, doğu, batı, yaş, kadın, erkek dağılımlarıyla uygun olan iller alınmıştır. Daha önce de çok seçilmiş, ama bir türlü realize edilememiştir. Aslında öyküyü hatırlarsanız 92'de başlıyor, ama Türkiye'ye ne yazık ki 2002'de ulaşıyor.

Sizlerle ilginç bir konuyu da paylaşmak isterim. Benim Kanser Dairesiyle tanışmam yıllar öncesine dayanmaktadır. Cumhurbaşkanımıza mecburi hizmet yaparken bir kanser enstitü projesi götürmüştüm. 'Ben bunu kurmak istiyorum, yaşım genç ama bunun Türkiye'nin geleceği' olduğunu söylemiştim. Bilmiyordum ki Bakanlıkta Kanser Dairesi varmış, onun da enstitü planları varmış, ama o dönemde eleştirilerimde olmuştu. Yani klinisyen olarak istatistik yok, kayıt yok, veri yok demiştim kıymetli Hocam. Kısmette burada çalışmak, Daire Başkanı olmak varmış. Kan-

ser Daire Başkanı olmadan önce ve olduktan sonra uluslararası düzeyde çok kursa gittim, epidemiyoloji kurslarına da gittim. Daha önce Türkiye'nin gerçek istatistiklerini veremeyeceğini düşündüğüm için aktif kanser kayıtçılığını eleştirdim ancak şu an almış olduğum kurslarla gördüm ki aktif kanser kayıtçılığı hakikaten müthiş bir sistem birebir tutuyor. Şu an gönlümüz yüzde 100 pasif kayıtçılıktan yanadır. Yani her kanser hastasının patolojideki teşhisinden, tedavinin sonuna kadar teşhisini biliriz.

PROF. DR. COŞKUN TECİMER: Şimdi verdiğiniz bu Türkiye ve 2011 yılı istatistikleri aktif kayıtçılık sonunda çıkan rakamlar mı, yoksa pasifi de içeriyor mu?

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Hayır, aktif kayıtçılık rakamlarıdır. Az önce anlattığım gibi pasif kayıtçılıkta yapıyoruz. İstatistiği biliyorsanız sistemden biraz bahsedeyim: Bir il eğer az önce olduğu gibi az bildirim yapmışsa ne oluyor? Türkiye'nin kanser insidansı az bildirim olduğu için 240'ken, 200'e düşürüyor. O yüzden biz verinin tamlığı, güvenilirliği en iyi olan 9 ilden yapıyoruz. Şimdi pasif veride de şuna bakıyoruz: Türkiye ortalamamız 240'ken bunun üzerinde bildirim var mı? Eğer bildirim yüksek olan ilçelerimiz, illerimiz varsa, hemen o bölgede 4 aylık epidemiyolojik çalışma yapıyoruz. Burada ki kanseri hemen takibe alıyoruz neden artmış olabilir diye? İşte Dilovası'nın yakalanması böyledir. Kanser burada arttı, nasıl dendi? Bildirimlerin fazla olmasıyla...

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TEZER KUTLUK: Diğer iller nasıl seçildi bilmiyorum.

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Ama kıymetli Hocam, 81 ilin verilerini ilk ne zaman göreceksiniz? güzel bir soru. Evet Güledal ne zaman göreceğiz 81 ilin 81'inde?

DR. GÜLEDAL BOZTAŞ: Başkanım, her bir ilde yeterli kalitede veriyi topladığımız zaman.

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Biz veriler tam güvenilir oldu dediğimiz an o ili Türkiye istatistiklerine sokuyoruz. Yani biz tamam arkadaş Tunceli oldu dediğimiz an Türkiye istatistiğine girecek, aksi takdirde uluslararası verimizi asla Sağlık.NET gibi tam olmayan verilerle dilüe ettirmiyoruz Hocam.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TEZER KUTLUK: Eski yıllardan bir anımı paylaşmak istiyorum. 8 il, 14 il nasıl seçildi bilmiyorum, ama İzmir'in nasıl seçildiğini biliyo-

rum. NCI'dan Selçuk Hanım gelmişti. Tesadüf ben de Dinçer Fırat Hoca'nın peşinde Ankara'da görüştüğü gruptaki en kıdemsiz kişi idim. İzmir seçildi, çünkü Selçuk Hanım NCI'da çalışıyordu. Türkiye'de böyle bir şeyi başlatmak için hevesli idi. Biz de biraz hevesliydik, Türk Kanser Araştırma Savaş Grubu'nda çalışıyordum, dedik ki; Ankara dururken İzmir seçilir mi? falan dedik, o zaman doğrusu İzmir olmasını biraz dikkatle karşıladık. Ama sonuçta bakın ben paneli açarken söylediğim gibi; bugün hakikaten İzmir'in artıları, eksileri vardır, ama bugün dünyada benim bulunduğum birçok toplantıda beğeni alan bir hale geldi. Bunu söyledikten sonra tabii Sayın Başkan'dan ve Güledal Hanım'dan bir ricam var, bunun 81 ile yaygınlaşması konusunda, Murat Bey'e de bunu diplomatik bir şekilde ifade etmiştim. Biraz tereddütlüyüm doğrusu, hala da biraz tereddüt taşıyorum. Açık sözlü davranacağım; İnsanlar birkaç bin kişiden anket yaparak hangi partinin hangi oyu çok yakın olarak tahmin edebiliyorlarsa, 81 ile ne gerek var diyorum. Tabii Murat Bey bunun cevaplarını bana verdi. Sayın Başkan sonuçta bir şey iyi yapılırsa iyi olur, kötü yapılırsa kötü olur. Siz 81 ilde kararlılık gösteriyorsunuz. Kayıtları 81 ile yaygınlaştırmaya çalışırken, mevcut kayıtların yapıldığı kayıtların düzeyini korumak var olanı bozmamak, riske atmamak gerekiyor. O nedenle o 8 il ya da 14 ili biraz yeni başlayan illerden ayırarak, oradaki düzeyi koruyarak diğerlerini onun düzeyine getirmek gerekiyor. Bu konuda özen gösterdiğinizizi biliyorum ama bunu burada bir kez daha söyleyerek size sorumluluk yüklemek istedim.

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Teşekkür ediyorum, hocalarımıza bunu mutlaka vurgulamak gerekir. Şimdi buradaki soru şu: Bilimsel olarak 81 ile gerek var mı? Hayır, yok hepimiz bilim adamıyız. Aktif kanser kayıtçılığında az önce de anlattığım gibi kuzey, güney, doğu, batıda seçilmiş nüfusumuzun yüzde 20'si bizim için yeterli ve zaten istatistiklerimizi de buradan yapıyoruz, yeter ki tam olsun, güvenilir olsun, kaliteli olsun. Neden 81 ilde yaygınlaştırdık? Çünkü, kanser çok gündem oldu ve aşırı derece soru geliyor. Pasif kayıta olmadığı için biz de bunlara anında yanıt veremiyoruz. Şöyle yanıt veriyoruz: Örnek vereyim; vatandaş arıyor, sadece vatandaş değil, milletvekillerimiz, devlet büyüklerimiz arıyor, Mersin'in şurasında kanser artışı var diye soru yöneltiyor, şu anda Mersin'de aktif kayıt merkezimiz yok, bu soruya cevap vermek için pasif bildirim bakıyorsun, doktorlarımız Türkiye ortalamasının 5'te 1'i kadar bildirim yapmış Mersin'den, sorulara yanıt veremiyoruz. Bu sefer buradaki siyasi otoriteler, valiler hepisi Mersin'nin de kanser haritasını görmek istiyorlar. Komşunuz Antalya'da var, bizde de olsun diyorlar. Bizde cevap olarak; yıllarca benim kapasitem 9'a ye-

tiyor 10'u, 11'i kaldıramıyoruz diye cevaplandırdık. Fakat Sağlık Bakanlığı'nın 663 yapılanması bize bazı fırsatlar sundu, teknolojiadaki gelişmeler bize bazı fırsatlar sundu, işte bu cep telefonları, smart telefonlar, iPhone'lar, iPad'ler. Bir örnek vereyim, mesela bugün yeni kurulan kanser kayıt merkezleri 20'yi geçti galiba Güledal değil mi? Google grubumuz var, gruba sorular geliyor, bunları cevaplandırıyoruz. Örneğin Ardahan'dan soru geliyor; Endometrial intraepitelyal neoplaziyi nasıl kodlayayım? Bu soruyu Ardahan'dan soruyor, İzmir yanıt veriyor. Dolayısıyla, Hocam sizinle dertleştiğimiz de içimde tereddüt ve korkular vardı, şimdi biraz sıyrıldım, rahatladım teşekkürler. İzmir'e teşekkürler. İş iyi gidiyor, korktuğumuz olmadı, ama tabi ki ilk 9 il önceliğimiz. Asla orada kalitenin düşmesine müsaade vermeyeceğiz.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TEZER KUTLUK: Evet Mutlu Bey bururun, en arkada arkadaşımız.

PROF. DR. MUTLU HAYRAN: Teşekkür ederim Sayın Başkan. Ben Profesör Doktor Mutlu Hayran, Hacettepe Üniversitesi'nde Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı Başkanı'yım. Aynı zamanda TÜBA Asosye üyesiyim.

81 ilin tamamının verisinin pasif yöntemlerle toplanabileceği konusuyla ilgili birkaç şey söylemek istiyorum. Tam ve doğru bir kayıt yapmak için muhtemelen yıllık 250 bin yeni kanser vakasından, her bir hasta ortalama 3-4 farklı hastanede görülse ve her birine ortalama 3-4 ayrı kod girilmiş olsa yılda yaklaşık 2 milyon veriyi değerlendirmek gibi bir zorlukla karşı karşıya kalacağız. Bu da şu demek: İster aktif, ister pasif kaydı temel alalım aslında hiçbir zaman kanser kaydıyla uğraşmak durumunda olan eleman sayımız azalmayacak. Belki eğitim ve donanımları değişecek, kullanılan yöntem ve bakılan yerler değişecek. İster aktif, ister pasif kayıt yapılsın, ki en ideali bu ikisinin kombine edildiği şekildedir, iş yükü azalmayacak. Kanser kayıt elemanlarının sayısının artırılabilmesi için, istenilen düzeye ulaşmış elemanların hem gelir düzeylerinin artırılması hem de aidiyet duygusunun gelişebilmesi için bunun bir meslek grubu olarak tanımlanması önemli. Bundan sonra da çalışma imkanlarının ve doğru performans uygulamaları kullanılarak kazandıkları ücretlerin de o meslekte kalmak istemelerini gerektirecek şekilde düzenlenmesi gerekir. Bunun çok önemli bir konu olduğunu düşünüyorum. Ben Bakanlığımızın ilgililerinin dikkatini çekmek adına bunun altını bir kere daha bir akademisyen olarak çizmeyi bir görev biliyorum. Bakanlığımızda olsun, diğer kuruluşlarımızda olsun ölçmeden hiçbir şeyin kalitesini iyileştirmemiz mümkün değil. Kanser yükünün kaliteli olarak ölçülebilmesi için de bunu

ölçen insanların mesleki aidiyet duygusunu ve mesleklerinin kalıcı olduğunu hissetmelerinin çok önemli olduğunu düşünüyorum.

Son bir şey olarak da şunu söyleyeyim: Temsiliyet adına. Aslında toplumdaki sorunların boyutunu belirlemek bir fizik muayene gibidir. Bir hastanın fizik muayenesi tek bir yöntem değil, farklı yöntemler kullanılarak yapılır ve bulgular yorumlanır. Bir toplumdaki sorunların boyutunun algılanması da bu şekilde, farklı yöntemlerle bilgi toplama ve bunları yorumlama yoluyla yapılır. Sürekli olarak veri toplama ile özel bir çalışma ile veri toplamanın yöntemleri de farklıdır. AB istatistikle ilgili belirlemeler için NUTS denilen, açılımı Nomenclature of Units for Territorial Statistics olan bir sınıflamayla demografik yapılarına göre sağlık ve diğer sosyoekonomik sorunları birbirine benzer bölgeleri Avrupa genelinde tanımlamıştır. Türkiye'de birinci basamakta 12 adet, ikinci basamakta 26 adet bölge vardır. Buna göre örneğin 26 bölgeden kaliteli veri toplayabilerseniz tüm ülkeyi tarif edebilmiş olursunuz. Bunu doğru yöntemler ile 12 ilden veri toplayarak da yapabilirsiniz. Temsiliyet için her ilden veri toplamak mutlak zorunluluk değildir. Buradaki konular süreyansla, aktif bir saha çalışması arasında temsiliyet sorunlarının farklı değerlendirilebileceği ile de ilgilidir. Kanser kayıtçılığı için tam bir istatistiksel temsiliyetten çok, kapsamı genişletmeye ve kaliteyi arttırmaya çalışırken uygulanamaz bir model ortaya çıkarmamaya dikkat etmek daha önemlidir.

Son söylediklerimin ilk bahsettiklerimi arka planda bırakmaması için kanser kayıt elemanlarının meslek- sel aidiyet duygusu ve çalışma koşulları konusunun bir kere daha altını çizerek, teşekkür ediyorum söz verdiğiniz için.

DOÇ. DR. MURAT GÜLTEKİN: Mutlu hocamıza Genel Müdürümüzün yanında bu konuyu dile getirdiği için teşekkür ediyorum. Sizinle bu konuyu Melbourne'de de konuştuğumuz gibi, bunu en çok isteyen Daireyim ben. 1990 yılından bu yana kanser kayıtçısı eğitiyoruz, eğittiğimiz elemanlar tabi hastanelerimizin içerisinde. Şu an tüm Türkiye de elemanlarımızın sayısı 230'u geçmez. Ben de isterim ki, eğittiğim kişiler belli bir özellikte olsun, Amerika'da, Avrupa'daki gibi mesleğinin adı kanser kayıtçısı olsun. Afyon'a gittiğinde de Sayın Rektörüm Afyon'un kanser kayıtçısından sorumlu olsun. Tayinler olunca Afyon'un kayıtçısını yeniden eğitiyorum, o kitapları yeniden üretiyorum. Kayıt elemanı kanserin evresini yazacak, forma laboratuvar verilerini yazacak, kemoterapisini yazacak, immünoterapisini yazacak, yani keşke kanser kayıtçılığı bir meslek olsa. Ama Genel Müdürlüğümüzde de sağlık alanında çok fazla meslek bölümlerimiz oluştu. Biz bu kadar savunsak da birinci basamakta aile hekimi, birinci basamakta özellikle

ebe, hemşire eksikliği varken kanser kayıtçılığı hususu biraz daha geri gündemde kaldı, ön plana alamadık. Ama haklısınız neticede biz 1990'lı yıllardan bu yana sürekli kanser kayıtçılarımızı eğiten bir daireyiz, bunun da altını vurgulayalım.

OTURUM BAŞKANI

PROF. DR. TEZER KUTLUK: Sayın Gültekin'e teşekkür ediyorum. Oturumu açarken söylediğim gibi zamanında başladık, zamanında bitirebildik. Bunun sağlanabiliyor olması da toplantı düzenleyicilerinin toplantıyı güzel organize ettiklerinin bir ölçüsü. Teşekkür ederim düzenleyicilere. (Alkışlar)

ÖZET

Prof. Dr. Taner DEMİNER (TÜBA-Kanser Çalışma Grubu Yürütücüsü)

1. Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemler ile ilgili yaptığımız çalıştay tüm paydaşların (Sağlık Bakanlığı, SGK, TÜBA, üniversite öğretim üyeleri, uzmanlık dernekleri, hasta dernekleri, tıbbi onkologlar, hematolog ve radyasyon onkologları ile farmasötik sektör) katılımı ile günümüze kadar bu konuda gerçekleştirilmiş en önemli ve konuyu yakından mercek altına almış bir toplantıdır.
2. Kanser tedavisinde paydaşlar arasında koordinasyonda yaşanan problemlerin asgariye indirilmesi ulusal politikalarla optimize edilmesi kanser gibi dünyada ve ülkemizde ölüm sebepleri arasında ikinci sırada yer alan ve her ülkeye ciddi anlamda ekonomik yük bindiren bir konuda çok önem arz etmektedir.
3. Kanser tedavisinde paydaşlar arasında yaşanan koordinasyon ile ilgili problemlerin asgariye indirilmesi için kanser tedavisinin multi-disipliner bir yaklaşım gerektirdiğinin bütün paydaşlar tarafından önemle dikkate alınması gerekmektedir.
4. Kanuni kuruluş sürecini tamamlayarak yapılaşmaya başlayan Ulusal Kanser Enstitüsü'nün kurulmasının bu sorunların tanımlanması ve çözümünde önemli katkılar sağlayacağı aşikardır.
5. Merkezi kemoterapi hazırlama üniteleri ülkemizin gerçeklerine göre dizayn edilmeli ve her bir ünite için hastane, il ve ülke genelinde denetim mekanizmaları oluşturularak sıkı bir şekilde denetlenmelidir.
6. Yardımcı sağlık personeli eğitimi, yetiştirilmesi ve teşviki için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
7. Sağlık Bakanlığı ve SGK ile uzmanlık dernekleri belli periyotlarda görüş alış-verişinde bulunmak üzere bir araya gelmelidirler, özellikle geri ödemeyle ilgili yaşanan problemler tarafların fikirleri alınarak çözüme kavuşturulmalıdır.
8. Sağlık Bakanlığı bugüne kadar yapmış olduğu işleri ve genelge/yönetmelikleri hızla uygulamaya koymalı ve daha önemlisi sıkı şekilde denetlemelidir.
9. İlgili uzmanlık kuruluşları ile hekimlerin sorunları tartışılarak çözüm yolunda daha somut adımlar atılmalıdır.
10. Medya yoluyla ve değişik yollarla kişisel menfaat sağlamak uğruna hasta ve yakınları üzerinde sömürü uygulamakta olan kişiler hakkında ilgili kanun/mevzuat hükümleri uygulanmalı ve bu kişiler yakından takip edilmeli ve denetlenmelidir.
11. Akademisyenlerin, gerek klinik gerekse laboratuvar araştırmalarını arttırmak için, zaman, mekan, ödenek, kalifiye insan gücü, etik kurul onayları gibi sorunların çözümü konusunda işbirliği yapılmalıdır.
12. Onkoloji dışındaki branş hekimlerinin ve ülkemizde yeni yapılanmaya başlayan aile hekimlerinin, kanser hastalığına karşı farkındalıklarını ve bu konudaki bilgi ve tecrübelerini arttırmak gerekmektedir.
13. Kanser tedavi protokollerinin ihtiyaçlara ve olanaklara göre en iyi şekilde düzenlenmiş olması, ayaktan tedavi olanaklarının artırılması, erken ve geç komplikasyonların (oldukça) az yaşanması, tedavi günlerinde atlama olmaması, sağlık mensuplarının sürekli eğitimi ve ailelerin ve hastaların eğitimi sağlanmalıdır.
14. Hastalar, kendi bakımlarıyla ilgili kararlara doğrudan katılma hakkına sahip olmalıdır. Sağlık, sosyal ve psikolojik hizmetler ve bu hizmetleri sunanlar arasında optimal koordinasyon sağlanmalıdır.
15. Hastalar ve ailelerinin; hastalığı en iyi şekilde anlaması ve başa çıkabilmesi, üzüntü ve streslerinin azaltılması için hastalıkları ile ilgili doğru bilgiye ulaşmaları desteklenmelidir.
16. Artık umutların tükendiği yaşam beklentisinin kalmadığı hasta grubunun kalan sürelerini insan onuruna uygun geçirecekleri Son dönem bakım merkezleri-Palyatif bakım merkezlerine (Hospice) acil ihtiyaç vardır. Terminal dönem hasta bakımı için gerekli teşvikler özel sektörü de kapsayacak şekilde bir an önce aktive edilmelidir.

17. Kanser hastalığının yönetim ve koordinasyonunda finans sorunları, işgücü azlığı ve araştırma altyapısındaki eksiklikler gibi zayıf noktalarımız aşılabilecek olursa, güçlü bir sağlık altyapısı, dinamik ve istekli işgücü ile araştırmaya ayrılacak yüksek tutardaki kamu finans kaynaklarından oluşan güçlü yönlerimizle kanser tedavisinde hem bölgemizde hem de dünya da lider ülkeler arasında yer alabilmemiz mümkün olacaktır.
18. Sağlık Bakanlığımız İlaç ve Eczacılık Kurumu tarafından yürütülen ilaç ruhsatlandırılması işlemleri hızlandırılmalı ve bürokratik prosedürler mümkün olduğunca azaltılmalıdır.
19. Endikasyon dışı ilaç kullanımı, yurt dışı ilaç kullanımı, TEB aracılığıyla temin edilen ilaçlar ve insani amaçlı ilaç erişimindeki bürokratik engeller hem hasta hem de hekim lehine mümkün olduğunca azaltılmalıdır.
20. Ruhsatlı ilaçların geri ödeme listesine girme süresi ile yurt dışından tedarik edilmesi uygun bulunan ürünlerin yurt dışı ödenecek ilaçlar listesine alınma süreleri mümkün olduğunca kısaltılmalı ve yurt dışı ilaç fiyatı güncellemeleri çok hızlandırılmalıdır.
21. Yetim Hastalıklar (Orphan Diseases) ve yetim ilaçlar (Orphan drugs) konusundaki işlem ve uygulamalar kolaylaştırılmalı ve hızlandırılmalıdır. Sağlık Bakanlığımız Yetim İlaç Komisyonunun daha aktif ve etkin çalıştırılması sağlanmalıdır.
22. SGK uygulama ve talimatlarının kanser tedavisinde paydaşlar arasındaki ilişkinin artırılması ve problemlerin hızlıca belirlenip güçlü bir koordinasyonla çözülmesi yönünde olması gerekmektedir.
23. SGK geri ödeme süreçlerinin uzunluğu, ilaç üretiminin ülkemizde teşviki, yetişmiş insan gücü yetersizliği, ilaç bütçesi ve fiyatlandırma süreçleri, alternatif geri ödeme modelleri, inovatif sağlık teknolojileri gibi birçok konu üzerinde güncel değerlendirmelerin yapılması ve sorunların çözülmesi gerekmektedir.
24. Kanserlerin tedavisinde ve geleceğe yönelik yapılacak çalışmalarda ve stratejilerin belirlenmesinde kanser kayıtçılığı çok önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığımız Kanser Savaş Daire Başkanlığının son yıllarda yaptığı önemli çalışmalar ile kaliteli ve doğru kanser verilerinin toplanması sağlanmış ve ülkemiz adeta kanser kayıtçılığını öğreten ülke konumuna geçmiştir.
25. Birden çok aktör (paydaş) tarafından yerine getirilen hizmetlerin verim, kalite ve maliyet açısından etkin olmasında “paydaşlar arası koordinasyon” önemli bir etkiye sahiptir. Koordinasyonun etkinliği ise büyük ölçüde, paydaşlar arasında açık-düzenli iletişim ve ilişkilerin varlığına ve sürdürülmesine bağlıdır. Bunun için “kanser tedavisi” ne ilişkin mevzuatın hazırlanması, planlama, örgütlenme, yürütme (tedavi), izleme ve kontrol aşamalarında ilgili tüm paydaşların katılım ve katkısına imkân veren düzenli bir iletişim-ilişki düzeninin kurulması ve işletilmesi gerekmektedir. Bu konuda, bu çalıştay gibi tüm paydaşların katılım ve katkısına imkân veren “özerk” platform ve etkinliklerin koordinasyon ve diğer yönetim süreçlerinin iyileştirilmesi için oldukça yararlı çıktılar sunduğu değerlendirilmektedir.

TÜBA-KANSER TEDAVİSİNDE PAYDAŞLAR ARASI KOORDİNASYONDA YAŞANAN PROBLEMLER SEMPOZYUMU RAPORU

19 Aralık 2014

TÜBA, bilim insanları ile bilimsel yaklaşım ve başarıların takdir ve teşvik edilmesi, bilim temelli danışmanlık yapılması gibi amaçlarla Eylül 1993'te kurulmuş, bütün bilim alanlarını kapsayan, ülkemizin bilimsel, mali ve idari bakımdan özerk ulusal akademisidir. Akademi çalışmalarını, başta üyeleri olmak üzere, bilim topluluğunun gönüllü katılım ve katkılarıyla yürütmektedir.

TÜBA 20 yıl boyunca, amaçları doğrultusunda çeşitli faaliyetler gerçekleştirmiştir. Akademi, bilimsel öngörü çalışmalarından bilim insanı ödül ve destek programlarına, uluslararası temsil görevlerinden bilimsel işbirliği projelerine, bilimsel konferanslardan kültür projelerine, bilimsel nitelikli birçok yayından Türkçe bilim terimleri projelerine kadar birçok program, proje ve faaliyet ile bilime ve bilim insanlarına hizmet amacı doğrultusunda faaliyetler göstermektedir.

TÜBA-Kanser Tedavisinde Paydaşlar Arası Koordinasyonda Yaşanan Problemler Sempozyumu Raporu, Akademi'nin mevcutları geliştirerek sürdürme yanında yeni program, proje ve faaliyetleri devreye sokma ve danışmanlık işlevini geliştirme politikasının ürünleri olarak ortaya çıkmıştır.



TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ

Piyade Sokak No: 27, 06690 Çankaya/ANKARA
Tel: +90 (312) 442 29 03 Faks: +90 (312) 442 72 36

 www.tuba.gov.tr

 www.facebook.com/turkiyebilimlerakademisi

 twitter.com/TUBA_TurkBlmAkd