

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp; Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Değerlendirme

Traditional and Complementary Medicine; An Evaluation on Applications in Turkey

^{ID} Feyzi DOĞRU^a, ^{ID} Ramazan Pars ŞAHBAZ^b

^aMalatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi - GETAT Uygulama ve Eğitim Merkezi, Malatya, TÜRKİYE

^bAnkara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Turizm Fakültesi, Seyahat İşletmeciliği ve Turizm Rehberliği Bölümü, Ankara, TÜRKİYE

*Bu çalışma, 2.Uluslararası Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Kongresi (24-27 Nisan 2019, İstanbul)’nda hukuk ve etik oturumunda sözlü olarak sunulmuştur.
Bu çalışma, Ahmet Yesevi Üniversitesi TÜRTEP Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezsiz Yüksek Lisans Programı’nda proje ödevi olarak hazırlanmıştır.*

ÖZET Son yıllarda ülkemizde ve dünyada bilinirliği gittikçe artan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları Resmî Gazete’de 27.10.2014 tarih ve 29158 sayılı aynı adlı yönetmelikle yasal bir zemine sahip olmuştur daha sonra yayımlanan genelgeçer ve yazılarla bazı unsurlar daha açık hâle getirilmiştir. Bu yasal düzenlemeler hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Yönetmelik kapsamında eğitim standartları yayımlanmış ve uygulamalarda bir standart getirilmeye çalışılmıştır. Bu eğitimler sonucu alınan sertifikalarla belirli standartlara sahip ünite ve merkezler kurularak hastalara hizmet vermeye başlanmıştır. Tıpta geleneksel, tamamlayıcı ve modern kavramları hakkında tartışılmış ve bu kavramların nasıl anlaşılması gerektiği vurgulanmıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaların tıptaki yeri Batı dünyasından örneklerle Türkiye ile karşılaştırılmıştır. Üzerinde durulan uygulamaların ücretlendirilmesi ile ilgili bilgiler tartışılmıştır. Ülkemiz bu konuda geç kalmış olsa da yaptığı çalışmalarla kısa zamanda ciddi mesafe katmıştır. Dünyanın bu alanda marka olan ülkelerine örnek olabilecek düzeyde bir mevzuata sahip olmuştur. Klinik pratikte bu mevzuatın uygulanabilmesi en az bu kadar önemlidir. Bu sebeple, karşılaşılan problemlerin çözüme kavuşturulması da oldukça önemli bir husustur. Yazımıza konu olan bu hususla yönetmeliğin yayımlanma süreci ve ilgili merkezlerin kurulması ve çalışması esasında klinik pratikte karşılaşılan bazı sorunlar ortaya konulmaya çalışılmış ve bu sorunlara ilişkin sağlık sistemimize entegrasyonu açısından bazı çözüm önerileri sunulmuştur. Üzerinde durulan uygulamaların ücretlendirilmesi ile ilgili bilgiler tartışılmıştır. Sunulan çözümler, yazının sonunda bilimsel verilerle desteklenmeye çalışılmıştır.

ABSTRACT In recent years, the traditional and complementary medicine practices, which have become increasingly known in our country and in the world, have had a legal basis in the Official Newspaper with the regulation of the dated 27.10.2014 and numbered 29158. Brief information is given about these legal regulations. Within the scope of the regulation, training standards were published and this standards was tried to be brought into practice. With the certificates obtained as a result of these trainings, units and centers having certain standards were established and services were started to be provided to patients. It is discussed about traditional, complementary and modern concepts in medicine and it is emphasized how to understand these concepts. Traditional and complementary medicine practices in place were compared with the samples with Turkey from the Western world. Information about the pricing of the applications discussed is discussed. Although our country is late on this issue, it has come a long way with its studies. It has a level of legislation that can be an example for the countries that are brands in the world in this field. In clinical practice, the implementation of this legislation is at least as important. Therefore, it is very important to solve the problems encountered. With this issue, some solution suggestions have been presented in terms of some problems encountered in the clinical practice during the publication process of the regulation, the establishment, operation of the centers and of their integration into our health system. At the end of the paper, the solutions presented were supported by scientific data. Potential benefits of these recommendations to health economics have been tried to be revealed.

Anahtar Kelimeler: Tamamlayıcı tıp; mevzuat; geleneksel tıp

Keywords: Complementary medicine; legislation; traditional medicine

Correspondence: Feyzi DOĞRU

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi - GETAT Uygulama ve Eğitim Merkezi, Malatya, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: dogrufeyzi@hotmail.com



Peer review under responsibility of Journal of Traditional Medical Complementary Therapies.

Received: 12 Nov 2019

Received in revised form: 10 Feb 2020

Accepted: 11 Feb 2020

Available online: 12 Feb 2020

2630-6425 / Copyright © 2020 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

MODERN & GELENEKSEL TIP

PROBLEM

Tıp bilimi sürekli gelişen ve yeniliklerin ortaya çıktığı bir alandır. Bu gelişim sürecinde eski ve yeni yöntemlerin çatışması kaçınılmazdır. Tıbbın eskileriyle daha yeni kısmı da birbiriyle sürekli tartışma hâlinde olup, bu durum bazı problemlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Tıbbın uğraşı alanı insan sağlığı olduğu için bu pek hoş karşılanabilir bir durum değildir.

AMAÇ

Bu derlemede, bir bütünün parçaları olan eski ve yeni uygulama ya da bakış açılarının birbirine rakip olarak görülmesinin doğurduğu sıkıntılar, halk arasında daha çok alternatif tıp olarak bilinen geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamalarının ülkemizdeki durumu yasal çerçevede ele alınacak ve klinik uygulamalarda karşılaşılan bazı sorunlara öneriler getirilmeye çalışılacaktır. Ortaya çıkan sonuçların, uygulayıcılara kaynak mahiyetinde ve mevcut mevzuatta yapılması gereken güncellemelere tavsiye niteliğinde olması hedeflenmektedir.

ÖNEM

Çalışmayı yaparken temel kaynak Sağlık Bakanlığınca 27/10/2014 tarihinde Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği olacaktır. Bu yönetmelik sonrasında sahadaki uygulamalarda ortaya çıkan durumun, çeşitli sorunların ve kazanımların üzerinde durmak suretiyle bazı önerilerde bulunmanın bu alana faydalı olacağı düşünülmektedir. Geçmişten günümüze bu alanda ortaya çıkan yenilikler ve öncesinde yapılan uygulamalarla bir sentez oluşturmak ortaya önemli bir bilgi birikimi koymaya yardımcı edecek, bunun da insan yararına kullanılması tababet ilmi adına çok büyük ilerlemeleri başlatabilecektir.

SINIRLILIKLAR

Bu çalışma belirli bir dönemdeki mevzuat bilgilerine göre şekillendirildiğinden ötürü mevcut mevzuatın güncellenmesi durumunda paylaşılan bazı bilgiler geçerliliğini yitirecektir.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu çalışmanın daha anlaşılabilir olması için öncelikle sağlık, modern ya da geleneksel kavramlarının doğru anlaşılması gerekmektedir. Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yalnızca hastalık ve sakatlık hâlinin olmayışı değil, bedenen ve ruhen tam bir iyilik hâli olarak tanımlanır. Öyleyse bu durumun bozulması hastalık olarak adlandırılabilir. Fakat normal kavramını kullanırsak anlaşılması daha zor olacaktır; normallik ve sağlıklılık aynı şeyi ifade edemeyebilir. Örneğin normal, çoğunluk tarafından paylaşılan durumu ifade ederken; üstün zekâlılık ve güçlü olmak gibi bazı nitelikler normalin dışında olup, sağlığa ayrıca katkısı olan durumlardır.

İnsanlık tarihinde tıbbın gelişimi ayrı bir yer tutar. Her dönemde zamanın imkânları elverdiğince insanlar sağlığı korumaya ya da ona kavuşmaya çalışmışlardır. Sürekli ihtiyaç ve arayış içinde olunması, bu alanda çeşitli yenilikler ve gelişmeleri kaçınılmaz kılmıştır. Bu gelişim süreci zaman içinde kültürel, fiziksel ve coğrafi özelliklerden etkilenmiş, uygarlıklara özgü kimlikler kazanmıştır. Geleneksel Çin Tıbbı, Hint Ayurveda Öğretisi gibi disiplinler bu durumun en güzel örnekleridir. Yine bu gelişme çoğu zaman hastalıkları iyileştirme sürecinde kazanılan tecrübelerle, doğadan edinilen gözlemsel deneyimlerle, kimi zaman da dini yorumlamalarla kendine bir şeyler katarak sürmüş ve sonraki nesillere aktarılmıştır. Bu birikim ise “Geleneksel Tıp” kavramının temelini oluşturur.

Modern tıp, sağlığa ulaşmada tamamen somut kavramları, kimya ve fizik gibi bilim dallarını kaynak olarak kullanır, bedeni maddeten inceler. Bu süreç 18. yüzyılda özellikle teknolojik gelişmelerin yardımıyla bilimsel gerçeklerin deneysel metotlarla kanıtlanabilir ve tekrarlanabilir hâle gelmesiyle hızlanmıştır. Modern tıp, sırtını bilimsel kaidelere yaslayarak oldukça güçlenmiş, çeşitli sahalarda olağanüstü başarılar imza atmıştır. Bununla birlikte, kişinin ruhsal ya da enerji bedenini göz ardı ederek bazı soruları yanıtsız bırakmıştır. Yine, kendi gelişimiyle birlikte inanılmaz bir pazar ve sanayi kolunun gelişmesini sağlamıştır.

Bu tıp anlayışı hâlen hastanelerde sunulan sağlık hizmetinin hâkim akımı olup, tıp eğitimimiz de bu çerçevede sürdürülmektedir. Modern tıp, ortaya çıktığı zamanlardan bugüne büyük ilerleme ve gelişim

göstermiştir. Bu değişime baktığımızda özellikle aşuların keşfi ile insan hayatı için büyük tehdit olan bazı hastalıklar artık görülmemekte, yine antibiyotiklerin keşfinin 2. Dünya Savaşı'nda binlerce insanın hayatını kurtarmış olduğu fark edilmektedir.

Hâkim Batı tıbbı temelde hastanın şikâyetçi olduğu belirtileri ortadan kaldırmaya odaklanmış, tedavinin temel prensiplerinden olan “hastalık yoktur, hasta vardır” ilkesine çok da uyum gösterememiştir. Son üç asırdır yükselen bir grafik çizen modern tıp, son zamanlarda ortaya çıkan bazı olumsuz durumlara karşı kesin çözümler bulmakta zorlanmaktadır; salgınların ortadan kalkması yanında bir kısım konvansiyonel ilaçların etkisiyle bazı modern hastalıkların ortaya çıkışı tetiklenmiş, bununla beraber birbirinden habersiz, aşırı uzmanlaşan tıp dallarının insana bir makine gibi bakması, özellikle hastalar açısından başkaca tedavi alternatifleri arayışına sebep olmuştur. Alternatif tıp: Bu ifade, burada ele alınacak düşünceye uygun bir anlam taşımaktan uzaktır. Genel anlamda halk arasında hastaneler dışında tedavi edici uygulamaları tanımlarken kullanılmaktadır. Yapılan uygulamanın yerine geçen başka bir seçenek olarak ifade edilir. En acı olan ise bu uygulamaların sağlık meslek mensupları dışında suistimal edilmesidir ki konuyla alakalı tartışmaların çoğu ve tartışmalarda kullanılan negatif argümanların bir kısmı bu nedenle ortaya çıkmaktadır. Bu konu ileride daha detaylı olarak tartışılacaktır. Alternatif olarak görülen uygulamalar temelde ruh-beden bütünlüğü içinde hastaya yaklaşıp. Bu yaklaşım materyalist tıp anlayışına uymadığından dolayı dışlanmaktan kurtulamaz. Bununla birlikte, bu uygulamaları modern tıba entegre etmekteki en büyük zorluk, kanıt olgusunu sağlayacak, hâkim tıp tarafından kabul gören, bilimsel çalışmaların tasarlanmasındaki yine ileride tartışılacak olan sıkıntılardır.

Esasen bu derlemede tartışılan ve yönetmeliğe konu uygulamalar çeşitli kriterlere göre ayrı ayrı incelenmelidir. Kendi tanı-tedavi prensipleri olan ve bunu bir felsefeyle destekleyen akupunktur, homeopati gibi daha geleneksel bakış açısına sahip yöntemlerdir. Etki mekanizmaları bilimsel savlarla desteklenerek açıklanmaya çalışılan belirli prensiplerle tedavide kullanılan mezoterapi, proloterapi gibi enjeksiyon teknikleri ayrıca değerlendirilmelidir. Biyoterapi ajanlarının kullanıldığı hirudoterapi, apiterapi, larva uygulaması

gibi uygulamaların farklı gruplar olarak ele alınması, uygun bir tartışma ortamı oluşabilmesine ve standart oluşturmanın kolaylaşmasına yardımcı olacaktır. Yani alternatif diye değerlendirilen uygulamaların bir kısmı aslında kendine tedavi sanatında yer arayan, modern tıp çerçevesinde çalışabilecek bazı tekniklerdir. Görüldüğü gibi alternatif kelimesi yerine geleneksel ve tamamlayıcı kelimelerinin kullanımı oldukça yerinde bir tercih olmuştur. Sonuç olarak, bu durum bize “Tıbbın alternatifi olmaz.” cümlesini kurduracaktır.

MEVZUATA DAİR

Yapılan derleme ile kamuya ait bir ilçe devlet hastanesinde ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği uyarınca bir uygulama ünitesinin ve merkezinin kuruluşu ve çalışması esnasında karşılaşılan sorunlar değerlendirilmiştir. Değerlendirme yapılırken genel bir bakış açısıyla GETAT'ın gelişimi, yasal düzenlemeler, bu konuda açığa kavuşturulması gereken bazı noktalar, problemlerin çözümüne yönelik öneriler çeşitli bilimsel verilerle desteklenerek ortaya konulmaya çalışılmıştır. Mevzuatta karşılaşılan problemler her ne kadar işleyişi etkilemeye de zorlaştırmakta ve beklenmedik bir durumla karşılaşıldığında nasıl bir tepki verilmesi gerektiği net olarak bilinmemektedir.

TEMEL DAYANAK

Derlemede önemli bir yer tutan mevzuatın temeli olan kanun, 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'dur. Bu Kanun Cumhuriyet'in ilk kanun maddelerinden biri olup, sağlık alanında çalışan personelin çalışma usul ve esaslarını düzenlemektedir.

İlk olarak değinilmesi gereken konu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği'nde belirtildiği üzere 1219 sayılı Kanun'un 1 ve 2. maddelerindeki şartlara haiz kişiler hasta tedavi etmeye yetkili kılınmıştır. Özetle bu konuda uygulayıcılar, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş tıp fakültesi diplomasına sahip olmalıdır. Bu kapsam dışında menfaat temin etmek için olmasa dahi hekimlik icraatıyla meşgul olan kişilere karşı uygulanacak cezai yaptırım yine aynı Kanun'un 25. maddesinde belirtildiği üzere iki yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar idari para cezasıdır.

Bu hususun başta ele alınmasının nedeni, ilgili yönetmelik hükümlerince belirli şartları sağlamaları hâlinde sadece tabiplere ve kendi alanlarında olmak üzere dış hekimlerine uygulama yetkisinin verilmiş olmasıdır. Bununla birlikte, yine 1219 Sayılı Kanun'da ek madde 13'e göre diğer sağlık meslek mensuplarının da teşhis ve tedavi yapamayacağı, reçete yazamayacağı belirtilmiş ve kendileriyle ilgili yönetmeliklerde görev tanım ve sınırları çizilmiştir.

BATI DÜNYASINDA GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

Türkiye'de GETAT uygulamalarıyla ilgili yönetmeliğin çıkışı ve bu uygulamaların yasal zeminde, işi hasta tedavisi olan insanların eline verilmesi, halk arasında bu uygulamaları sadece el becerisi olarak gören ve tıbbi bilgiye sahip olmayan kişilerin elinden kurtaracak, doğru temellerde gelişmesi yönünde büyük etkisi olacaktır. Yapılan iki araştırmaya bakacak olursak; Amerika Birleşik Devletleri'nde erişkinler üzerinde yapılan çalışmada, son bir yıl süresince tamamlayıcı tedavilerden en az birini kullanmış bireylerin oranı 1990 yılında %33,8 iken, bu oranın 1997 yılında %42,1'e yükseldiği saptanmıştır.¹ Yine yapılan bir gözden geçirme çalışmasında; erişkinlerde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanım prevalansının %9-65 arasında değiştiği ve kullanım oranının yıllara göre giderek arttığı saptanmıştır.² Bu durumun ülkemizde de benzer olduğu tahmin edilmektedir. Avrupa genelinde toplanan 2014 yılı verilerine göre yapılan benzer bir çalışmada, 12 aylık süreçte tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerin kullanımı sorgulanmış ve çalışılan popülasyonun %25,9'unun bu tedavi modalitelerinden birini kullandığı izlenmiştir.³ Bu çalışma incelendiğinde, Avrupa'da tamamlayıcı ve alternatif tedaviler olarak tanımlanan bu tür uygulamaların yaygın bir şekilde kullanıldığı görülmektedir. Bu uygulamalar sadece koruyucu hekimlikte değil tedavi maksadıyla da tercih edilmektedir. Aynı çalışmada, anlamlı olarak kadınların erkeklerden daha çok, yükseköğretim düzeyindeki kişilerin yine daha çok bu tedavi uygulamalarını kullandıkları yorumu yapılmıştır.

Farklı bir durum da merdiven altı uygulama yapan kişilerin herhangi tıbbi sorumluluklarının olmayışı ve gelişebilecek bir komplikasyona nasıl müdahale edileceği konusunda bihaber olmalarıdır.

Literatürde geçen ve bu uygulamalar adına negatif veri oluşturan olguların birçoğu yanlış ve bilinçsiz uygulama ve kullanım ile ilişkilidir.

Avrupa Birliği geneline göz attığımızda, bazı ülkelerde konuyla ilgili yasal düzenleme olup, kimi ülkelerde herhangi bir düzenleme yoktur. Orta ve Güney Avrupa ülkelerinde bu uygulamalar çoğunlukla hekimler tarafından uygulanmakta olup, Kuzey Avrupa'da daha çok ayrı meslek dalları olarak değerlendirilmektedir. Avrupa geneline bakıldığında 180.000 bin civarında hekim, bir veya daha fazla sayıda uygulama ile ilgili bilgi ve beceri sahibidir.⁴ Benzer bir çalışma, 2012 yılında bu sayıyı 145.000 hekim ve 160.000 hekim dışı uygulayıcı olarak vermiştir.⁵ CAMDOC Raporu'nda dikkat çeken diğer önemli bulgu ise mevcut ya da hazırlık aşamasındaki yasal mevzuatta sağlık profesyonellerinin uygulayıcı olmasına yönelik yapılan çalışmalardır. Bu durum, idari makamların, yukarıda belirttiğimiz sağlık profesyonelleri dışındaki uygulamaların tehlikelerini fark etmiş olduğu ve düzeltmeye çalıştığı fikrini oluşturmak için yeterlidir. Yine aynı raporda mevcut olan bir tablo, Avrupa ülkelerinde ilgili mevzuatın ne durumda olduğu bilgisini özetlemektedir (Tablo 1).

Ugulayıcıların eğitimi ile ilgili olarak 2006 yılında Avrupa'daki 265 tıp fakültesinden anket doldurması istenerek yapılan bir çalışmada; katılımcı fakültelerin %40 oranında herhangi bir uygulama alanında eğitim verdiği ortaya çıkmıştır.⁶ Günümüzde, GETAT uygulamalarının konumu gereği herhangi bir hekimin uygulayıcı olmasa bile doğru bilgiye sahip olması zorunluluk hâline gelmiş durumdadır. Tıp eğitiminde hekim adaylarına bu uygulamalar hakkında bilgi vermek amacıyla fakültelerimizde müfredat kapsamında uygulayıcı yetkisi vermese bile seçmeli olarak yer verilmesi ve hekim adaylarının bu konularla ilgili fikir sahibi olması bu yönüyle gereklidir. Ülkemizde mevcut durumda, mezuniyet sonrası eğitim olarak verilmekte olan eğitim standartları zamanın ihtiyaçlarına göre düzenlenerek daha verimli ve etkin hâle getirilebilir.

Çoğu hasta yukarıda da belirtildiği üzere tedavi sürecinde hekimine bilgi vererek veya vermeyerek bu uygulamalardan bir şekilde faydalanmaktadır. Bazı uygulamalar ya da kullanılan bitkisel ajanlar uygula-

TABLO 1: CAMDOC raporuna göre Avrupa ülkelerinde GETAT mevzuatları 2010 yılı.⁴

Devlet yönetmeliği	Ülke
GETAT mevzuatı olan ülkeler	Belçika (1999), Bulgaristan (2005), Danimarka (2004), Almanya (1939 ve 1998), Macaristan (1997), İzlanda (2005), Norveç (2004), Portekiz (2003), Romanya (1981), Slovenya (2007)
Hazırlıktaki GETAT mevzuatı	İrlanda, Lüksemburg, Polonya, İsveç
Bazı GETAT tedavilerinin mevzuatı	Kıbrıs, Finlandiya, İtalya, Litvanya, Letonya, Lihtenştayn, Malta, Romanya, İngiltere
GETAT yasası yok	Avusturya, Estonya, Fransa, Yunanistan, Hollanda, İspanya, Slovakya
Ulusal anayasada GETAT	İsviçre

CAMDOC Alliance-collaboration of European and international doctors' associations in the field of CAM Complementary and Alternative Medicine. GETAT: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp.

nan konvansiyonel tedavi ile etkileşime girerek ciddi problemlere neden olabilmektedir. Fakat bu olumsuzluklar hekim ya da hasta olarak reddederek değil, bilgi sahibi olarak bertaraf edilebilir. Hastaların bu uygulamaları kullanmalarına rağmen sağlık profesyoneline bilgi vermemeleri ya da eksik bilgi vermemelerinin ana nedeni, hekimin bu konuda ön yargılı davranacağını veya nasıl tepki vereceğini bilmemeleri nedeni ile korkmalarıdır.

Bu durum ele alındığında hastalarımızın bir şekilde tercih ettiği ve bazı durumlarda olumsuz sonuçlara sebep olabilen bu uygulamaların günümüz şartlarında bilimin süzgecinden geçirilmesi elzem hâle gelmiştir. Bunun yanında kimi uygulamalar için ortada olan binlerce yıllık tecrübenin göz ardı edilmesi abesle işteğal etmektir. Fakat bu uygulamaları ele alıp değerlendirebilmek için de bazı çerçevelerin, sınırların ve kontrol mekanizmalarının varlığı elzemdir. Bunun yolu, uygulayıcı hekimlerin yaptığı uygulamaları daha çok yazıya dökmeleri ve bilim dünyasıyla bilimsel bir dille paylaşmalarından geçer. Mevcut yasal zemini fırsat bilerek kontrollü, randomize klinik çalışmalar tasarlayarak bu yayınların kalitesi de artırılmalıdır. Etik kurullarda bu uygulamalarla ilgili üyelerin bulunması, etik izinlerin alınmasını kolaylaştıracak ve araştırmaya hevesli bilim insanlarını teşvik edecektir.

Bu kapsamda 2010-2012 yılları arasında programdaki adıyla tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının Avrupa'daki durumunu araştırmaya yönelik bir proje başlatılmıştır. Üzerinde tartıştığımız Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği, bu programın sonucunda ortaya konan rapora ve DSÖ'nün 2014-2023 geleneksel tıp stratejisine dayanarak oluşturulmuştur. Buradaki odak ve ortaya konmak istenen, hastanın ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının bakışıyla

ortak bir terminolojik dil oluşturmak, güvenilir ve etkili hizmetin verilebilmesini sağlamak, eksiklikler varsa standartlar oluşturmak ve bunlar için gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktır. Yine bu yönetmelik; bu strateji ve raporda belirtildiği üzere geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaların ülkemizdeki durumunu belirlemede ve buna bağlı politikaların geliştirilmesine, kaynakların verimli ve güvenli bir şekilde kullanılmasına, bu konuyla ilgili farkındalığın artmasına, kalite standartlarının geliştirilerek bu kapsamda bazı rehberlerin oluşturulabilmesine, kişilerin oluşturulan bu standartlar dâhilinde hizmet alabilmesi ve bu hizmete erişiminin kolaylaştırılmasına olanak sağlamayı hedeflemiştir. Yine bu amaçla hizmet sunucularının yetiştirilmesi ve hizmet sunumuyla ilgili çeşitli standartlar getirilmiştir.

Özellikle ülkemiz, bu konudaki mevzuat çalışmalarını hızla ortaya koymaktadır. Güncel mevzuatımız, geleneksel tıbbın ön planda olduğu kimi ülkelerde kendi yasal düzenlemelerine kaynaklık edecek güçtedir. Yine, klinik uygulamalar ve bilimsel çalışmalara rehberlik edecek ve bunun esaslarını belirleyen rehberler ve etik kurulların tesis edilebilmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir.

TÜRKİYE'DE GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİ

Genel Hükümler

İlgili yönetmelik hükümleri incelendiğinde klinik pratikte karşılaşılan bazı durumlar hakkında öneriler getirilecek olunursa:

Yönetmelik, bu hedefleri ortaya koyarken dü-

zenlemeleri, kamu ve özel sağlık kuruluşlarını ve sağlık profesyonellerini kapsam içine alarak yapmıştır. Ülkemizde yönetmelikte yer alan uygulamalardan bazılarının, yetkisi olmadığı hâlde sağlık meslek mensupları dışında, sağlık müdürlüklerinden başka kurumlardan alınan çeşitli ruhsatlarla açılan işletmeler (belediyelere bağlı sağlık ve güzellik merkezleri gibi) ya da kayıt dışı olarak merdiven altı diye tabir edilen alanlarda gerçekleştirilmekte olduğu bilinmektedir. Bunlara dair hususlar dayanak olan yasal mevzuatta mevcutsa da özellikle bu alanda müdahil olunması konusunda il sağlık müdürlüklerinin yetkilendirilmesi hususunun belirtilmesi, yetkisiz uygulayıcıların belirlenmesi, cezalandırılmasının sağlanması ve yetkisiz uygulamaların önlenmesi adına yararlı olacaktır.

Yönetmelik, birinci bölümünde ifade edilen tanımlar kısmında yer alan ünite ve merkez tanımları yanında hekim muayenehanesi ve dal merkezleri için ayrı bir başlık oluşturulmalıdır. Bu sayede yönetmelik eklerinde uygulamalar kısmında her uygulama için ayrı ayrı belirtilen, yapılmasına izin verilen endikasyonlar için mevcut maddeler bu başlıkta devam edilerek; hastanelerde acil ve tıbbi bakım olanakları daha geniş olduğundan merkezlerde uygulanmasına izin verilen endikasyonların hastanelerde açılan ünitelerce yapılmasına olanak sağlanabilir. Bu sayede kaynakların kamu yararına daha verimli kullanılması imkânı doğacaktır. Aynı şekilde, bu madde üzerinde yapılacak değişikliklerle, daha çok özel muayenehaneler dikkate alınarak oluşturulduğu anlaşılan bazı maddelerden olan ünite ve merkezlerde bulundurulması gereken asgari birimler, sağlık kuruluşlarında arşiv ve hasta bekleme alanlarının ortak kullanılabileceğini belirten 14. maddenin 2. bendine benzer şekilde bazı uygulamalar için bulundurulması zorunlu tutulan sterilizasyon, distilasyon cihazı gibi tıbbi alet ve cihazların hastane imkânları dâhilinde ortak kullanımının önü açılarak yine kaynak israfının önüne geçilebilir.

Yönetmelik, 16. maddesinde yer alan denetim ekibinde eğer il sağlık müdürlüğüne bağlı kurumlar bünyesinde mevcutsa bu yönetmelik kapsamında sertifika sahibi bir tabibin bulunması denetimlerin daha verimli olması açısından faydalı olacaktır.

Yönetmelik, 14. maddesinde yer alan uygulama alanının şartlarını düzenleyen madde bu alanın 12 metrekare olması gerektiğini belirtmiş, fakat son-

rasında bazı yanlış yorumlamalar neticesinde bilim komisyonunun önerisiyle 1-3 arasında uygulama için 12 metrekare; 4-6 arasında uygulama için 15 metrekare; 7-9 arasında uygulama için 18 metrekare; 10-12 arasında uygulama için 21 metrekare; 13-15 arasında uygulama için 24 metrekare olacak şekilde düzenlenmesi uygun görülmüş ve yanlış yorumlamaların önüne geçilmiştir.

İlgili eğitimlerin kamu yararına hizmet içi eğitim olarak alınmasını düzenleyen bir ek yazı ile izlenecek yol belirlenmiş, bu sayede bu uygulamaların kamu kurumlarında yaygınlaşması için bir adım atılmıştır. Burada, özellikle üzerinde durulması gereken bazı noktalar mevcuttur. Bu görevlendirmeye bazı şartlar getirilerek özellikle bilimsel faaliyetlerin yürütülmesi teşvik edilmiştir. Bunun yanında kamuda çalışan bir hekimin mevcut eğitim şartlarında bazı uygulama eğitimlerine katılması hem maddi açıdan hem de uzun süre görevinden ayrılması gerekeceğinden olanaksız görünmektedir. Bu düzenlemeyle bu sorun kısmen çözülmüştür. Başka bir genel dağıtımlı yazıyla son zamanlarda medyada da yer bulan bazı sağlık meslek mensubu olmayan kişilerin yaptığı özellikle merdiven altı diye tabir edilen yerlerde yanlış ve yetkisiz uygulamalar sonrasında sağlık müdürlükleri tarafından bu konuda adli ve idari tedbirlerin başlatılması ve takibine yönelik uyarıda bulunulmuştur. Bu durumun cezai müeyyidelerinin de caydırıcı nitelik kazanacak şekilde düzenlenmesi ve adli mercilerin bu konuda hassasiyetinin oluşturulması hizmet standartlarını yükseltecek ve stratejik hedeflere ulaşmamızı kolaylaştıracaktır.

Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Kamu kurumunda ünite veya merkezin açılmasının ardından hastanenin kullandığı bilgi yönetim sisteminde bu uygulamaların ayrı bir poliklinik olarak yapılabilmesi için sorumlu hekime ait branş kodu tanımlanması gerekmektedir. Uygulayıcı eğer uzman hekim ise kendi branşı dışında bir alanda olduğundan, pratisyen hekim ise poliklinik tanımlaması yapılamadığından hasta kaydı ile ilgili sorunlar yaşanabilmekte, işlemler ya acil ya da başka poliklinikler üzerinden yürütülmek zorunda kalmaktadır. Yapılması gereken, örneğin pratisyen hekim için ta-

nımlı olan 9999 Medikal ULAK (MEDULA) branş kodu gibi geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına özel bir branş kodu tanımlanması ya da hemodiyaliz sertifikası sahibi hekim benzeri ek bir sertifika kodu verilmesi ve bu koda gereken yetkilerin atanmasıdır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) provizyon, reçete gibi resmî işlemleri, belirlenmiş bu kodlar üzerinden yürütmektedir. Bu düzenleme yapılırken mevcut hemodiyaliz sertifikalı hekim çalışma prensipleri örnek alınabilir. İleriki zamanlarda bu uygulamaların Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamına alınması durumunda gerekli altyapının oluşturulması adına da elzemdir. Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinde karşılaşılan bir diğer problem ise kamu kurumlarında yeni uygulamalara has bazı sarf malzeme ve tıbbi cihazların Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi (MKYS) kaydının yapılması ve sarf kaydının hasta adına düşülerek faturalanmasında yaşanmaktadır. Örnek olarak ilk zamanlarda kupa uygulaması için kullanılan tek kullanımlık kupaların alımı sonrası MKYS'de bu sarf malzemenin bulunmaması, hastane deposuna kaydını ve hasta adına sarf düşülmesini olanaksız kılmıştır. Hâlihazırda MKYS kaydı yapılan malzemelerde bu sorun yaşanmamakta fakat SUT kaydı olmadığından fiyatlandırma manuel olarak yapılmak zorunda kalınmaktadır.

Kamu uygulayıcılarının karşılaştığı bir diğer sorun ya da eksiklik ise kamu kurumlarında ilgili uygulamaları yapan hekimlerin bu uygulamalarla ilgili ayrıca herhangi bir gelir ya da performans girdisi elde edememesidir ki uygulayıcı için negatif yönde etki göstermekte ve kamuda bu uygulamaların yaygınlaşmasına ciddi manada engel olmaktadır. Bu durumun önüne geçmek adına kurum ödemesi olmasa dahi ilgili işlemlerin puanlandırılabilmesi için bu uygulamaların SUT içinde yer edinmesi gerekmektedir. Yine HBYS'lerde uygulamalarla ilgili bazı aksaklıklar mevcut olup işleyişin daha sağlıklı olabilmesi adına bunların da düzenlenmesi gerekmektedir. Bu düzenleme SUT içinde EK-2B listesi içine kamu satış tarifesinde belirtilen kendi kodlarıyla eklenerek yapılırsa hem provizyon alınmasında hem de bilgi yönetiminde HBYS entegrasyonu sağlanmış olacaktır. Bu uygulamalara dair uygulayıcı yetkisi kazanabilmek amacıyla yukarıda belirtildiği gibi yasal düzenleme çerçevesinde alınan Sağlık Bakanlığı onaylı sertifika sahibi

olmak gerekmektedir. Performans puanlarının belirlenmesi hâlinde ise önümüze bu puanların hesaplanması sürecinde bazı aksaklıklar çıkmaktadır. Alınan puanlar sonucu gelire esas performans katsayıları bu hesaplamalarda dengesizliğe neden olmaktadır. Mevcut durumda bir pratisyen hekimin ya da temel tıp bilimleri uzmanlarının hesaplamaya esas katsayıları 0,8 ile çarpılırken, aynı uygulamayı aynı şartlarda yapan bir uzman hekim (klinisyen) için 2,4 ile çarpılmaktadır. Belirtildiği gibi aynı işleme farklı sonuçlar elde edilmesi yanında uzman hekimlerin bu şartlarda kendi alanlarına zaman ayırması zorlaşacak ve sağlık hizmeti sunumu aksayacaktır. Bu yönüyle ele alındığında yoğun emek harcanarak uygulanan bu işlemlere diyaliz ya da kan bankasında çalışan hekimlere uygulandığı gibi farklı bir katsayı uygulanması, bunun da 1,6 olarak, alan ya da uzmanlık gözetmeksizin sertifikaya esas olarak uygulanması bu dengeyi sağlayacaktır. İlgili bölümde verilen bilgiler makalenin kabulünden sonra 04/03/2020 tarihinde 31058 sayılı resmi gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik ile değişmiş ve bu yönetmeliğin ekinde bu katsayılar GETAT merkez ve ünitelerinde tam zamanlı çalışan akademik personel için 1.6 diğer hekimler için 1.3 olarak belirlenmiştir. Yine aynı ekte ödemeye esas puan olarak sağlık tesisi puan ortalaması ile genel tıbbi işlem puanı arasından yüksek olanın kabul edilmesi bildirilmiştir. Yine, hesaplamaya esas performans puanları uygulayıcı hekimin işlem için hastayla geçirdiği süre ve yapılan işlemin gerektirdiği hazırlık süreci dikkate alınarak belirlenmediği takdirde bu katsayıların olması da anlamlı olmayacaktır. Sağlık hizmetlerinin çeşitlendirilmesi amacıyla belli şartlarda bu sertifikalar kamu adına iki alanla sınırlı kalmak kaydıyla verilebilmekte ise de uygulayıcı açısından ciddi masraf ve zamana mal olmaktadır. Özel sektörde ciddi meblağlar karşılığında yapılan bu uygulamaların kamu satış tarifesindeki fiyatlar baz alınarak sunulması vatandaş için büyük bir hizmettir; bunun dikkate alınarak herhangi maddi ya da performans girdisi elde edemeyen kamudaki uygulayıcının da motive edilmesi önemlidir. Mevcut şartlarda ise kamu satış tarifesi üzerinden hastaya fatura edilerek hastane döner sermayesine alınan ücretlerden uygulayıcı hekime sadece belirli yüzdelerde ek ödemeler ya-

pılabilmesi düzenlenerek bu ciddi sorunun çözülmesi adına adım atılabilir. Hâlihazırda herhangi bir hekim kendi alanı dışında kurulan bu merkez veya üniteye çalışmak istediğinde karşılaşılan en büyük sorun, uygulayıcının maddi kaybıdır. Bunun için ödüllendirme mahiyetinde hastane idaresinin inisiyatifi ile ortalama performans üzerinden ek ödemeler yapılabilmekte ama bu 6 ayla sınırlı kalmaktadır. Yine, kendi uzmanlık alanında yapması gereken poliklinik aksamı ve oradan elde edeceği gelirin de düşüyor olması işin başka bir boyutudur. Haftanın belli günlerinde görevlendirilerek bu sorun çözülmeye çalışılmakta ama hasta yönüyle tedavi devamlılığının sağlanması açısından sorun olabilmektedir. Uygulayıcı olarak hastane kadrosunda olmayan, Sağlık Bakanlığına bağlı olarak çalışan hekimlerin çalışabilmesini düzenleyen herhangi bir madde bulunmadığından bu konuda ayrıca boşluk mevcuttur. Uygulayıcı olarak çalışmak isteyen aile hekimlerinin kamu ünite veya merkezlerinde çalışabilmesi sağlanabilir. Hastanelerde olmasa bile Aile Sağlığı Merkezleri (ASM)'nde özellikle koruyucu hekimlik maksadıyla yönetmelik dâhilinde yapılabilecek birçok uygulama mevcuttur. Birinci basamakta özellikle fitoterapi bilen aile hekimleri, bu alanda büyük gelişmelere yardımcı olabilecektir. Fakat ASM'lerde karşımıza özellikle ücretlendirme ve ödeme ile ilgili sorunlar çıkmaktadır. Hastaneler gibi döner sermayesi olan kurumlarda ücretlendirme kamu satış tarifesi üzerinden döner sermaye hesabına makbuz karşılığı yatırılmaktadır. Fakat aile hekimlerinin hastadan ücret talep etmesini gerektirecek, ek gelir getirici başka bir işlem yapması uygun olmadığından ve ödemenin alınabileceği bir kanal bulunmadığından SGK ödemesi olmayan bu uygulamaların yapılmasının fiziki olarak önü kapalı bulunmaktadır. Bu durumda ASM'lerde açılması planlanan üniteler için bağlı buldukları müdürlük döner sermayesi üzerinden işlem yapılması, açılan üniteye yapılacak uygulamaların yine kamu satış tarifesi dâhilinde ücretlendirilmesi, fakat aile hekiminin birincil görevini aksatmayacak şekilde yaptığı uygulamadan belirli yüzde ya da performans kuralları dâhilinde ek ücretlendirmeye tabi olması şeklinde yapılacak düzenleme; asli görevlerinden biri koruyucu hekimlik olan birinci basamakta, kamu sağlığına fayda gösterebilecek bu yöntemlerin uygulanabilmesi

açısından gereklidir.

Malpraktis, her branşta olduğu gibi bu alanda da söz konusudur. Bu uygulamaları yapan hekimlerin karşı karşıya kaldığı diğer bir sorun ise mesleki risk sigortaları konusundaki belirsizliktir. Bu durum, malpraktis davalarının oldukça gündemde olduğu ve suistimal edilmeye çalışıldığı günümüzde, hekimi koruyacak yasal altyapının yetersiz olması nedeni ile de hekimlerin özellikle fayda göreceğini bildiği bazı hastalıklara dahi uygulama yapmakta çekingen davranmasına, dolayısıyla hasta iyileşebilecekken iyileşemediğinden ötürü sağlık sistemi üzerine yük oluşturmaya devam etmesine ve bu alandaki gelişimin daha yavaş olmasına neden olmaktadır. Bu sigortalar da yine yukarıda belirtilen MEDULA hekim branş kodları üzerinden yapılmaktadır. Herhangi bir dava söz konusu olduğunda, çoğu uygulama hâkim olan modern tıp tarafından kanıt düzeyi yetersiz olarak görüldüğünden bilirkişilik görevi de bu uygulamaları bilen, uygulayan ve Sağlık Bakanlığı onaylı sertifika sahibi bir otorite tarafından yürütülmelidir.

Sonuç olarak uygulama yetkisi vermenin yanında klinik pratikte karşılaşılan durumların yasal mevzuatla desteklenmesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ücretlendirme ve Geri Ödeme

Türkiye'de hâlihazırda Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına girmeyip SGK tarafından geri ödemesi olmayan bu yönetmelik kapsamındaki uygulamaların Avrupa'da sigorta kapsamı konusunda yukarıda adı geçen CAMDOC Raporu'na bakılacak olursa, genel olarak değil uygulamaya özel durumlarla karşılaşılmaktadır. Bu uygulamalar içinde ana dallardan biri olan akupunktur için Avrupa'da Avusturya, Danimarka, Fransa, Almanya (kısmen), İtalya (bazı bölgeler), Slovakya, İspanya (bir bölge) ve İsveç'te tedavi ücretleri devletin GSS sistemi kapsamındadır. Ek olarak Avusturya, Bulgaristan, Fransa, Almanya, Yunanistan, İtalya, Letonya, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsviçre ve İngiltere'de özel sigorta şirketleri tarafından belli şartlarda ödeme alabilmektedir. Amerika'da ise birçok özel sağlık sigortası, kısıtlıdan geniş çerçeveye kadar geri ödeme almaktadır. Fakat sadece meslek profesyonelleri tarafından yapılan uygulamalarda, belirli şartlarda bu ödeme geçerlidir.⁷ 2012 "National Health Interview

Survey (NHIS)” anketine göre, önceki yıl akupunktur uygulanan hastaların dörtte birinin bu sigortalardan kapsamında, bunların da yalnızca üçte birinin tam kapsama sahip olduğu izlenmektedir.⁸ Ülkemizde SGK kapsamı hakkında konuşulmadan önce mevcut hâliyle kamu satış tarifesi üzerinde bu uygulamaların fiyatlandırma durumuna bakılacak olursa;

Tablo 2'de, kamu kurumlarında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği kapsamında ünite ve merkezlerde uygulanacak fiyatlandırma görülmektedir. Bu liste kamu satış tarifesinde B- ESTETİK, GELENEKSEL, TAMAMLAYICI TIP VE DİĞER İŞLEMLER başlığı altında bulunmaktadır

ve yönetmelik dâhilindeki uygulamalar ayrılmıştır. 48-51. sıralarda belirtilen mezoterapi uygulamaları anlaşıldığı üzere daha çok estetik amaçlı cilt rejuvenasyonu uygulamalarını kapsamaktadır. Bunun yanında 220. sırada belirtildiği üzere mezoterapi tekniği ozon tedavisiyle kombine kullanılabildiği gibi, kas-iskelet sisteminin akut ve kronik travma ve ağrı tedavilerinde de kullanılabilmektedir. Bu durumun fiyatlandırmada estetik ve tedavi uygulaması olarak aynı mezoterapi başlığında alınması daha anlaşılır olacaktır. Proloterapi ise ALGOLOJİ-AĞRI TEDAVİSİ UYGULAMALARI başlığı altında alınmış, yönetmelik dâhilinde olmasına rağmen daha önce bulunduğu

TABLO 2: GETAT uygulamalarının kamu satış tarifesindeki fiyatları.⁹

Sıra no	Kodu	İşlem adı	Açıklamalar	Fiyat (TL)
48		Mezoterapi Uygulamaları	Malzeme hariç, seans başına faturalanır.	
49	S100340	Yüz		200,00
50	S100350	Saçlı deri		200,00
51	S100360	Vücut		300,00
194		Geleneksel, Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları	Malzeme hariç, seans başına faturalanır.	
195	S101890	Akupunktur		50,00
196	S101900	Kinezyoterapi		30,00
197	S101910	Osteopati		60,00
198	S101920	Fitoterapi		75,00
199	S101930	Homeopati (ilk muayene)		90,00
200	S101940	Homeopati (sonraki görüşmeler)		50,00
201	S101950	Kupa tedavisi (hacamat)		50,00
202	S101955	Hirudoterapi (sülük uygulaması)		50,00
203	S101960	Apiterapi		75,00
204	S101970	Hipnoz		100,00
205	S101980	Maggot (larva) uygulaması		75,00
206	S101981	Refleksoloji uygulaması		50,00
207	S101982	Müzikterapi uygulaması		50,00
208		Kayropraksi		
209	S101990	İlk muayene ücreti		75,00
210	S102000	Servikal omurga manipülasyonu		60,00
211	S102010	Torakal omurga manipülasyonu		60,00
212	S102020	Lomber omurga manipülasyonu		60,00
213	S102030	Ekstremit eklemler manipülasyonları		50,00
214	S102040	Yumuşak doku mobilizasyonu		50,00
215	S102050	Uygulama merkezlerinde anestezi altında yapılacak manipülasyon ücreti		100,00
216		Ozon Uygulaması		
217	S102060	Minör uygulama için		25,00
218	S102070	Majör tedavi		50,00
219	S102080	İlgili uzmanlık alanı uygulaması		100,00
220	S102090	Mezoterapi		60,00
689	S550380	Proloterapi		50,00

alandan ifade edilmiştir. Bazı şartlarda kurum tarafından geri ödemesi yapıldığından ödeme şartlarının dışında S550380 koduyla yapılan işlemler hem hastaya fatura edilememekte hem de ödeme alamamaktadır. Diğer geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalardan farklı olarak kamu satış tarifesinde 50 lira malzeme hariç faturalandırılabilirken, 05/07/2018 tarihli güncel SUT Ek-2b hizmet başı işlem puan listesinde seans başı 7 lira kurum ödemesi ve 11 puan olarak belirlenmiştir. **Tablo 2**'de S100- S101- S102- ile başlayan kodlara sahip uygulamalar bu güncel girişimsel işlemler listesinde bulunmadığından herhangi bir performans puanı ve kurum geri ödemesi söz konusu değildir. Bu konuda sağlık politikaları doğrultusunda düzenleme yapılması durumunda bu sorun çözülecektir. Eğer bu konuda bir düzenleme yapılacak ve kurum ödemesinin tabi olduğu fiyatlandırma değerleri ya da performans puanlaması söz konusu olacaksa bu uygulamaların her biri için seans başına yaklaşık 20-30 dk kadar mesai harcandığı, direk hekim tarafından uygulamaya izin verildiği ve çoğunun yoğun emek sarfedilen uygulamalar olduğu dikkate alınmalıdır.

Kamu kurumlarının dışındaki özel sağlık kuruluşlarında ülkemizde standart bir ücretlendirme tarifi bulunmamaktadır. Bu konuda meslek odaları ya da ilgili kurumlar tarafından yapılacak bir çalışma ile belirli bir standart getirilerek tavan veya taban fiyatlarının belirlenmesi, yapılması gereken düzenlemelerdir.

Destekleyici Bilimsel Veriler

Konumuz olan uygulamaların etkinliği, kanıta dayalı tıp uygulamaları içindeki yeri ve bunların değerlendirilmesi ayrı bir tartışma konusudur. Bunlarla alakalı çalışmaların çoğu konvansiyonel farmakolojik tedavilerle etkinlik araştırması şeklindedir. Bunun yanında bu çalışmaların bazıları etkinliğin yanında fayda-maliyet analizleri yaparak aslında bu uygulamaların bu konuda göz önüne alındığında tedavi etkinliği yanında tedavi maliyetinin daha az oluşu, hastanın tedavi sürecinde ve sonunda daha az iş gücü kaybına uğraması, bazı hastalıklar açısından da tedavide sürekli ilaç ya da tedavi alımını gerektirmemesi yönüyle gelecekteki maliyetleri de azaltması ve tetkik ve hekim konsültasyonu gibi medikal giderlerin daha az olması yönüyle avantajlı hâle geldiği ortaya çık-

maktadır. Bu çalışmalardan birkaç örnek verecek olursak;

İlk olarak, 2002 yılında İtalya'da 120 migren hastasıyla yapılan bir çalışmada, 12 aylık uzun dönem tedavi ve takip sonrasında akupunkturla toplamda 9.823 olan atak sayısının 1590'a düştüğü, aynı dönemde migren hastası olan ve standart rehberlere göre tedavi alan kontrol grubunda bu sayının 8.405 den 3.084'e düştüğü; bunun yanında akupunktur grubunda iş günü kaybının 1.120, kontrol grubunda 1.404 olduğu ve ülke şartlarında toplamda yaklaşık ortalama hasta başı 700 Euro tasarruf sağlandığı ortaya çıkarılmıştır.¹⁰

İkincisi, 2004 yılında İngiltere'de 401 migren hastasında yapılan randomize kontrollü bir çalışmada akupunktur ve standart tedavi grubu bir yıl boyunca izlenmiş ve sonuç olarak akupunktur tedavisi alan grupta; baş ağrısı şiddetinin daha az olduğu, ağrının daha az ortaya çıktığı, ilaç alımının %15 oranında daha azaldığı, yine %15 oranında daha az iş günü kaybı olduğu ve %25 oranında daha az hekim ziyareti izlenmiştir. Sonuç olarak kaliteli yaşam yılına ulaşırken yıl başına maliyet etkinliği 30.000 -50.000 GBP arasında hesaplanmıştır.¹¹

Üçüncüsü, 1992 yılında yayımlanan bir makalede osteoartrit nedeni ile ameliyat planlanan 29 hastada akupunkturla şikâyetlerine yönelik tedavi düzenlendiği, bu hastaların 7'sinde şikâyetlerin ortadan kalkmasına bağlı ameliyatın iptal edildiği ve ortalama hasta başı 9.000 USD tasarruf sağlandığı belirtilmiştir.¹²

Bu örnekler daha da çoğaltılabilir fakat son bir örnek daha verecek olursak; 1993 yılında inme sonrası rehabilitasyon tedavisi alan 79 hasta rastgele iki gruba ayrılarak bir gruba standart tedavi, diğer gruba standart tedavinin yanında akupunktur tedavisi eklenerek uygulanmıştır. Sonuç olarak sadece standart tedavi alan grup ise ortalama 161 gün, ek olarak akupunktur tedavisi alan grup ortalama 88 gün hastanede ve bakım evinde kalmıştır. Yatan hasta maliyetleri dikkate alındığında, hasta başı yaklaşık ortalama 26.000 USD tasarruf sağlanmış olduğu görülmüştür.¹³

Bu sonuçlar göz önüne alındığında, hastalıkların tedavisinde belli kurallar çerçevesinde yetkili eller tarafından uygulanan, en başta tanımını yaptığımız

sağlığa ulaşma hedefimiz tıbbın uygulama alanıdır. Geçmişte yapılan uygulamaları modern değil diyerek reddetmek ya da bilimi temel alarak gelişen modern tıp sömürüdür diyerek karşı çıkmak, bu alanı kısıtlamak sağlık hedefine ulaşmayı zorlaştıracaktır. Tıbbın gelişmesi bir yönüyle insanların temel haklarından olan yaşama ve sağlık haklarının bir sonucudur. Kişiler, sağlığını koruma ve sağlığını korumaya yönelik tedbir alma hakkına sahiptir. Bu, vergi ödemek gibi yükümlülüklerini yerine getiren ve kendine tabi olan vatandaşlarına devlet erkinin sağlamakla yükümlü olduğu bir haktır. Bunu sağlarken sağlık hizmetlerinin çeşitlendirilmesi, gözetilmesi gereken bir seçenek olarak karşımıza çıkar.

Ulusal sağlık sistemimiz içinde kişilerin sağlık hakkından ücretsiz olarak yararlanabilmesi, yine çalışan memur ya da işçinin maaşından alınan kesintilerle ya da işverenin kendi adına yatırdığı aidatla finanse edilen SGK tarafından sağlanır. Bu kurum, çeşitli hasta istatistikleri göz önüne alındığında ciddi bir yükün altındadır. 2016 yılında Türkiye genelinde tüm kurumlar dâhil edildiğinde toplam hekime başvuru sayısı 686 milyon civarında iken, bu oran 2017 yılında 718 milyon seviyesine ulaşmıştır. Kişi başı hekime müracaat oranımız 8,9 olmuştur.¹⁴ Bektemür ve ark.nın İlaç Takip Sistemi veri tabanı üzerinden yaptığı retrospektif çalışmadaki verilere göre, sadece 2017 yılında %79,6'sı SGK tarafından karşılanan toplamda 1.898.870.351 kutu ilaç satışı gerçekleşmiş olup, TL bazlı maddi değeri 5.029.728.109 lira olmuştur.¹⁵ Bu veriler sadece ilaç masrafi olup, SGK tarafından ya da hastaların cepten ödeyerek aldığı yatarak tedavi ya da tıbbi müdahaleler gibi sağlık hizmetleri bunların dışındadır.

Büyüyen sağlık ekonomisinin bu durumda daha verimli şekilde yürütülebilmesi adına GETAT uygulamalarının tedavide ortaya koyduğu tasarrufa dikkat edilerek ve devletimizin ekonomisi üzerindeki sağlık yükü göz önünde bulundurulduğunda esasen bu uygulamaların geri ödeme kapsamına alınması, orta ve uzun vadede hasta vizitlerini ve ilaç ihtiyacını azaltarak sağlığa harcanan giderlerin azaltılmasında etkili olacaktır. Fakat bu tedavilerde klinik faydanın görülebilmesi uygulama seanslarının devamlılığıyla doğru orantılıdır. Klinik bulgular ele alındığında, hastaların bir kısmında beklendiği üzere yapılan tek seans

uygulamada yanıt alınamamakta ve hasta tedaviyi terk edebilmektedir. Bundan ötürü geri ödeme kapsamına alınmasıyla bu durumun daha da artması öngörülebilir. Bu da kaynakların boşa harcanmasına neden olacak, beklenen maddi etkinliğin oluşmasını engelleyecektir. Önlem olarak direkt geri ödeme yapılmasındansa bazı medikal malzemelerin temininde uygulanan yöntem benzer şekilde, hastanın önce ilgili rapor ve reçeteyle hizmeti satın alması, sonrasında tedavinin raporda belirtilen şekliyle tamamlanmasının ardından ilgili tutarın hastaya geri ödenmesi şeklinde yapılacak uygulama, hastanın tedaviye devamını teşvik ederek bahsedilen kaynak ve mesai israfının önüne geçebilecektir. Aynı zamanda özellikle tıbbi standartlar dışında yetkisiz ellerde yapılan merdiven altı uygulamaların önü ciddi oranda kesilecektir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu sürecin doğru bir şekilde yürütülmesi, bu tür suistimallerin önüne geçilerek yapılabilir. Eğer bu konuda harekete geçilecekse özellikle tıp camiasının da kendi diliyle bilimsel açıdan doğru bilgilendirilerek baştan beri bahsettiğimiz geleneksel ve modern çatışmasının önü kesilmeli ve bu hareketin, yapılan tartışmalarla çözümsüzlüğe mahkûm edilmesi engellenmelidir. Derdi insan sağlığı olan her mantıklı akıl, bu konuda doğrularla ifade edilen her düşünceye açık olacaktır.

Ülkemiz, yaptığı çalışmalarla kısa zamanda ciddi yol katetmiş olmasına rağmen henüz yolun başındadır. Buna rağmen dünyada geleneksel tıbbi ciddi olarak uygulayan bazı ülkelerin bile örnek aldığı bir mevzuata sahiptir. Yasama ve yürütme organlarına yapılan bu öneriler, biz uygulayıcı hekimlerin ve bu hususta bizden yardım alan hastaların konuya hassasiyet göstermesiyle anlam kazanacaktır. GETAT uygulamalarının her ne kadar yanıtı dayalı olarak etkili olduğu görülse de yukarıda da belirtildiği üzere uygulayıcıların bu durumu bilimsel standartlarda bilgiye dönüştürüp kanıtla dökmesi, ilk yapılması gereken çalışmalar arasındadır. Son yıllarda katedilen yolun, harcanan kaynak ve sarf edilen emeklerin heba olmaması adına hem kamusal olarak hem de uygulayıcı ve hastaların şahsında bahsedilen düzenlemelerin yapılması, toplum sağlığını korumada GETAT uygulamalarını daha güçlü hâle getirecek,

kamu kaynaklarının daha verimli kullanılmasını ve tasarruf edilmesini sağlayacaktır. Sağlıkta hizmetin çeşitlendirilmesi ve geliştirilmesi adına yapılacak bu düzenlemeler tıp turizmini yurt içinde ve yurt dışında hareketlendirecek, sağlıkta Türkiye markasının daha da parlamasına yardımcı olacaktır. Ayrıca hastaların tedaviye ulaşımının kolaylaşabilmesi için gereken merkez ve ünite yaygınlığının kamuda sağlanması bu mevzuatın kolaylaştırıcı yönde ve mevcut sorunlar ortadan kaldırılmış şekilde düzenlenmesine bağlıdır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya

manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Feyzi Doğru; **Tasarım:** Feyzi Doğru, Ramazan Pars Şahbaz; **Denetleme/Danışmanlık:** Ramazan Pars Şahbaz; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Feyzi Doğru; **Analiz ve/veya Yorum:** Feyzi Doğru, Ramazan Pars Şahbaz; **Kaynak Taraması:** Feyzi Doğru; **Makalenin Yazımı:** Feyzi Doğru; **Eleştirel İnceleme:** Ramazan Pars Şahbaz.

KAYNAKLAR

- Eisenberg MD, Davis RB, Ettner S, Appel S, Wilkey S, Van Rompuy M, et al. Trends in alternative medicine use in the United States 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*. 1998;280(18):1569-75. [Crossref] [PubMed]
- Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2000;78(2):252-7.
- Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reipainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health*. 2018;46(4):448-55. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- CAMBrella CAMDOC Report. The regulatory status of Complementary and Alternative Medicine for medical doctors in Europe. 2010. [Link]
- von Ammon K, Cardini F, Daig U, Dragan S, FreiErb M, Hegyi G, et al. A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine. (CAM) Final Report of CAMbrella Work Package 5 (leader: Klaus von Ammon). *Health Technology Assessment* (HTA) and a map of CAM provision in the EU. [Link]
- Varga O, Márton S, Molnár P. Status of complementary and alternative medicine in European medical schools. *Forsch Komplementmed*. 2006;13(1):41-5. [Crossref] [PubMed]
- Lee BY, LaRicca PJ, Newberg AB. Acupuncture in theory and practice part 2: clinical indications, efficacy, and safety. *Hospital Physician*. 2004;40:33-8.
- Nahin RL, Barnes PM, Stussman BJ. Insurance coverage for complementary health approaches among adult users: United States, 2002 and 2012. *NCHS Data Brief*. 2016;(235): 1-8. [PubMed]
- 18.01.2019 tarih ve 23642684-010.99-117 sayılı Makam Olur'u ile Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi. [Link]
- Liguori A, Petti F, Bangrazi A, et al. Comparison of pharmacological treatment versus acupuncture treatment for migraine without aura-analysis of socio-medical parameters. *J Tradit Chin Med*. 2000;20(3): 231-40.
- Wonderling D, Vickers AJ, Grieve R, McCartney R. Cost effectiveness analysis of a randomised trial of acupuncture for chronic headache in primary care. *BMJ*. 2004;328(7442):747. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Christensen BV, Iuhl IU, Vilbek H, Bülow HH, Dreijer NC, Rasmussen HF. Acupuncture treatment of severe knee osteoarthritis. A long-term study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 1992;36(6):519-25. [Crossref] [PubMed]
- Johansson K, Lindgren I, Widner H, Wiklund I, Johansson BB. Can sensory stimulation improve the functional outcome in stroke patients? *Neurology*. 1993;43(11):2189-92. [Crossref] [PubMed]
- Birinci Ş, Ülgü M, Bora Başara B, Soyutun Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, editörler. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1106.Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık; 2018. p.5.
- Bektemür G, Şafak Yılmaz E, Arslanoğlu A, Beylik U, Adaş GT. [Out-of-pocket expenditure on medicines in Turkey]. *JAREM*. 2018;8(2): 101-8. [Crossref]