

> BİRİNCİ GÜN / ÜÇÜNCÜ OTURUM

SUNUCU- Tekrar merhaba. Fransız Eczacıları Birliği'nden Sayın Marie-Laure Micoud elektronik sağlık kayıtlarında Fransa deneyimlerini bizlere aktarmak üzere aramızdalar. Kendilerini kürsüye davet ediyorum.

MARIE-LAURE MICOUD (Fransız Eczacıları Birliği)

Burada bulunmaktan, sizi görmekten çok mutluyum. Öncelikle özür dilemem gerekiyor, bir miktar yorgunum, çünkü bütün gece boyunca uyumadım. Bana nazik davranın lütfen. Aynı zamanda İngilizcem için de özür diliyorum, çünkü Fransız İngilizcesi konuşuyorum. dolayısıyla çok yavaş konuşmaya çalışacağım ve anlamadığınız bir şey olursa lütfen tekrarlamamı rica edin.

Belki size kısaca kendimi tanıtmam gerekebilir, çünkü beni herkes tanımıyordu. Bu toplantıda e-sağlığa ilişkin Fransa deneyimlerini aktarmakla görevliyim ve Fransız Eczacıları Birliği'ne danışmanlık yapıyorum. 3 ay önce hastaların elektronik kayıtlarından sorumlu bir bölüm olan Fransız Ulusal Projesi'nin Genel Müdür Yardımcısıydım. Dolayısıyla size ulusal bir projeden, Fransa'daki genel projeden bahsedeceğim. Eczacıların eczane kayıtlarından söz edeceğim. Umuyorum ki, sizleri bir yandan bu farmasötik projenin başarılı olduğu konusunda ikna edebileceğim; diğer taraftan Ulusal Proje çerçevesinde karşı karşıya kaldığımız pek çok ele alınması gereken zorluğu ve eksiklikleri sizlere açıklamaya çalışacağım.

Sizlere Fransa'daki çalışmalardan bahsedeceğim. Bu işin başlangıcında kişisel sağlık programı dahilinde, bizim DMP⁴ dediğimiz çok büyük ulusal bir projemiz vardı ve bu proje bakanlık tarafından yürütülüyordu. Projenin başında üç hedefli bir programı olan çok tanınmış bir doktor bulunuyordu. Bu hedeflerden bir tanesi maliyetleri azaltmak adına sosyal güvenlik hedefliydi. Bir diğer hedef, daha iyi bir sağlık bakımı, daha iyi bir tedavi ve bununla birlikte bütün araçların kullanılabilirdiği hastaneleri içeren, doktorların, hemşirelerin, eczacıların, aile hekimlerini içeren bir yapı oluşturarak daha iyi bir harcama gerçekleştirmektir.

Fransa ile ilgili bir takım rakamlar vermek bazı yapıları sizlere anlatmak istiyorum. Fransa'da herkes sosyal güvenlik kapsamı dahilinde. Tam olarak kaç kişinin olduğunu esasında bilmiyoruz, ama sosyal güvenlik şemsiyesi altında 64,5 milyon insanımızın olması gerekir. Türkiye kadar kalabalık değilsek bile, bir kıyaslama yapmaya yetecek bir miktar. Şöyle

⁴ DMP (Le Dossier Médical Personnel - DMP) : "Ulusal Kişisel Sağlık Kayıtları"; Fransa genelinde sosyal güvenlik kapsamındaki her kişinin kendi onayı doğrultusunda tutulmasına izin verdiği elektronik sağlık kayıtları projesidir.

.....

bir zorunluluk var: Herkes sosyal güvenlik sahibi olmak zorunda. Ama herkes kendi seçimini yapmakta özgür. İster kamu sistemine, ister özel sisteme dahil olabilir. Öte yandan sağlık personelinizi siz seçebiliyorsunuz ve ne şekilde tedavi edilmek istediğiniz konusunda da seçim hakkınız var. Tedavi konusunda büyük bir özgürlüğünüz var. Ama temel olarak herkes aynı temel sağlık güvenlik seviyesindedir.

Peki, ulusal projenin temel amacı neydi? Burada amaç sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmektir, çünkü bu konuda çok fazla şikayet vardı. Fransız halkı da kaliteyi geliştirmek istiyor, bundan emin olabilirsiniz. Peki, nasıl yapmak istiyorlar bunu? İlk önce koordinasyonu artırarak, bir koordinasyon kolaylaştırması sağlayarak. İkincisi; bilgi paylaşımı yoluyla. Son derece zor bir nokta bu, çünkü bizim için ileti alışverişi, bilgi paylaşımı konusunda bir karışıklık var. Bu ikisi aynı sorun değil. Esasında belgeleri paylaşmak e-posta adresleri değiştirmekten çok daha zor. Yani güvenli araçlarla bile olsa mesaj iletişimi bu yolla daha kolay. Ancak verimliliği artırmamız gerekiyor bu konuda. Koordinasyonu artırarak web olanaklarını kullanarak bilgi alışverişini daha basitleştirmemiz gerekiyor. Elbette, bu süreç içindeki uygunsuz durumları ve yanlışlıkların ortaya çıkmasını da engellemek gerekiyor.

Fransa'dan bahsettik. Orda herkes sigorta sahibi. Ancak İsveç gibi bizde de çok fazla bilişim sistemi var ve Fransa'daki yapının bir zayıflığı bu. Çünkü gerçekten birlikte işlerlik konusunda büyük sorunlar yaşıyoruz. Karşılıklı işlerlik (interoperability) için birtakım özel ağlarımız var; örneğin kanser ağı, diyabet ağı, ana çocuk sağlığı gibi bu işlere ayrılmış pek çok özgül ağlarımız mevcut. Ama bütün hastanelerin paylaştığı, hatta kamu hastanelerinin de paylaştığı tek bir bilişim altyapısına sahip bir sistemimiz yok. Bu da gerçekten önemli bir eksikliğimiz. Bazı rakamlar burada da görülebiliyor.

Bu sürecin çok çeşitli aktörleri var. Hemşireler, dış hekimleri, pratisyenler, eczacılar, doktorlar vb uzmanlardan oluşan 800 bin sağlık profesyonelimiz var. 23 bin civarında eczanemiz ve yaklaşık 60 bin eczacımız olması gerekiyor.

Finansman konusunda bazı rakamlar vermek istiyorum, çünkü bu konuda fazla konuşmadık. Ulusal projeler için oldukça önemli bir konu bu. Çünkü çok daha fazla para yatırmanız gerekiyor. Tek bir IT sisteminiz yoksa, çok fazla IT sistemi üzerinden çalışıyorsanız ve çok daha fazla para yatırmanız gerekiyor. Örneğin, ulusal projemiz için yaklaşık 125 milyon Euro 5 yıl içerisinde yatırılması gerekiyor. Yani oldukça yüksek bir rakam. Parayı kim veriyor biliyorsunuz? Fransa'da sosyal güvenlik sisteminin fonları var. Devlet bu kuruma para aktarıyor. Yani ulusal kurum projeden sorumlu bir devlet kurumu var. Esasında doğrudan değil, dolaylı yoldan sosyal güvenlik sistemi sağlık bakım bilişim sistemlerinin parasını ödüyor.

Fransa'da gayri safi milli hasılanın yüzde 11,1'ini sağlığa ayırıyoruz. Bu (10+0,1), yüzde 0,1 çok önemli değil, ama bunun farkında olmamız gerekiyor, önemli olan kısım bu çünkü.

.....

Sağlık bakım harcamalarının Fransa'da 2009'da yaklaşık olarak 185 milyar Euro civarında olacağı tahmin ediliyor. Fransa'da özellikle bir şey önemli, biz diğer ülkelere kıyasladığımızda ilaçlara çok daha fazla para ödeyen bir ülkeyiz. Burada rakamları görebiliyorsunuz. Fransa'da kişi başına ilaçlar için yıllık ortalama 555 Euro veriyoruz. Bunlar geri ödenen miktar. Her yıl geri ödenen miktar AB'de ise 413 Euro.

Başka şeylerden de bahsedilebilir. Yatırımların geri dönüşü konusu göz önünde bulundurulması gereken bir husus ama elbette bunu tam olarak saptamak o kadar mümkün olmuyor. Ama bu türden yatırımların geri dönüşü asla ve asla 10 yıldan önce gerçekleşmiyor. Yani 10 yıl beklemeniz gerekiyor ki bu yatırımlar size geri dönebilsin. Ama gerçekten kârlı bir alan bunu söyleyeyim.

Ulusal kişisel sağlık kayıtları konusundaki bilgilerde sistem içerisinde varolacak. Ancak gelecekte bahsediyorum. Şu anda henüz mevcut bir sistem değil ne yazık ki. Ulusal proje içerisinde her sağlık profesyonelinden ve her bilişim sisteminden gelen bilgileri içerecek bir yapı olacak gelecekte. Ama bunların hepsi sadece hastanın rızası üzerine verilebilecek, yani üç aktörümüz var burada söz konusu olan. Bir tanesi belgeleri sunan kişiler, diğeri verileri ve bilgileri veren kurumlar ve sonuncusu hasta.

Bu süreçte, tüm hastalardan kendi verilerinin sunulması konusunda rıza alındığından emin olunması gerekiyor. Yani bu sürecin resmi olması gerekiyor. Resmi olması şu demek: Akıllı kartlar yoluyla gerçekleşecek bunlar, yani hastanın rızası ile uyumlu bir yapının sağlanması gerekiyor. Hastanın verileri konusunda bir şeyler bilmek gerekiyor. Bu konuda hastanın resmi bir rıza vermesi gerekiyor. Tüm bunlar, yapılandırılmış ve yapılandırılmamış veriler. Yapılandırılmış veriler içine ne koymak istiyorsak koymamız ve bunun içerisinde görmemiz gerekiyor. Yapılandırılmış veriyi, örneğin diyelim ki, SNOWMED⁵ diyoruz bunun adına. Yapılandırılmış verilerin uygulanması için SNOWMED'i kendi dilimizde (Fransızca) kullanabiliyoruz. Elbetteki laboratuvar testleri, taburcu yazıları ve diğer bilgiler de bunun bir parçası. Ancak bu kamu sağlık stratejisi bağlamı içerisinde sunulan bir şeydi ve belirttiğim üzere, şu anda gerçek bir başarı sahibi değil.

Bir şey daha var: Pragmatik bir yaklaşım gerçekleştirdik. Helene'nin bize anlattığı üzere; pragmatik olmanız gerekiyor. Stratejiyi yaptınız, bir pilot projeyi gerçekleştirdiniz ve tek bir şeyi görmek istiyorum dediniz: Bilişim altyapısının nasıl çalıştığını test etmek istiyorsunuz örneğin. Bu yol zor ve gerçekçi olmanız gerekiyor, pragmatik olmanız gerekiyor. Bu yüzden de projeye mevcut araçlarla, mevcut bilişim sistemleriyle başlamanız gerekiyor. Çünkü Fransa'da belki binlerce bilişim sistemi var ve bu sistemleri bağlamak öyle kolay bir şey değil. Bu büyük bir sorun. Bir taraftan yerel deneyimleri zorlamak, onların değerlendirmesini almak istiyoruz ve bu değerlendirmeler temelinde bir sonuca ulaşmaya

⁵ Avrupa'da kullanılan tıbbi kodlama standardı. Türkiye'de kullanılan ICD-10 Standardına benzer bir işleve sahip.

.....

çalışıyoruz. Ama bu epey masraflı bir süreç. Yaklaşık 26 milyon _ harcamak durumunda kaldık bu yerel deneyimler meselesi konusunda. Çok da iyi dersler çıkarttığımızı söyleyemeyeceğim. Çünkü yeterince vakit harcamadık bu konuda. Yani deneyim miktarı yeterli değil, 6 aylık deneyimler aldık ki, bu yeterli değildi. 1 ya da 2 yıllık deneyimlere ihtiyacınız var. 6 ay öyle pek de ders çıkartmaya yetecek bir süre değil.

Aynı zamanda pratisyenlerden ya da uygulamacılardan gelen direnci de azaltmamız gerekiyor. Pek çok kişi teknik hususlara direnmiyorlar. Aslında kendi uygulamalarını değiştirmeleri gerekiyor ve o yüzden direnmiyorlar. Bu direnen kesimin çoğu doktor. Eczacılar çok daha az dirençlidirler Fransa'da. 10 yıllık süreç içerisinde daha çok ilerlemiş olurduk dirençler olmasaydı. İşte bu direnci azaltmak için bütün sağlık profesyonellerini projenin merkezine yerleştirmek durumundayız. Avrupa düzeyinde kurulan çalışma grupları aylarca çalıştı. Bu sürece girmek gerekiyor, yani çok uzun bir süreç denemek ve devam etmek gerekiyor. İnsanların kendi çalışma biçimleri hakkında söz sahibi olmaları gerekiyor. Aksi halde projenizi durdurabiliyor, duraksatabiliyorlar.

Pragmatik bir yaklaşımın yanı sıra politik bir destek de bulunması gerekiyor. Öncelikle Fransa'da hükümet bu sistemin sponsorluğunu yapıyor. Çok iyi bir politik desteğimiz olması gerekiyor hükümetten gelen. Ama finansmanı sosyal güvenlikten geliyor anlattığım gibi. Bu durum yapının zayıf kısmını oluşturdu, çünkü bu bir sağlık projesi, sosyal güvenlik projesi değil. Sağlıkla ilgilenen herkesle birliktesiniz ve bunların tek hedefi de masrafları azaltmak olmayabiliyor ya da tek hedefimiz de bu değil zaten. Yasal ortam da tabii ki bu konuda önemli, özellikle proje noktasında. İki tane yasamız var. Bunlar çalışma konusunda oldukça iyi bir yasal çerçeve oluşturuyor.

Peki, son 2 yılda tartışma konusu olan şeyler nelerdi? 2006 itibariyle önce hükümet bize dedi ki, "bütün bilişim sistemlerini Temmuz 2007 itibariyle bir araya getirmiş olmanız gerekiyor". Bu süre yeterli değildi. Özellikle doğrulama ve tanımlama süreçleri konusunda fazla yardımcı da olmadılar. Yani politikacılara bir şeyleri açıklamanız gerekiyor ve çok daha gerçekçi bir planlamanız olması gerekiyor. Aksi halde başarısız oluyorsunuz. Son derece uzun vadeli bir iş, birlikte işleyebilirlik konusunda çalışmamız gerekiyor. Fransa'da birlikte işleyebilirliğe aylar boyunca ulaşamadık, imkânsız bir süreçti. Bu yüzden de kaç yıla ihtiyacınız olacağını açık bir şekilde sunmanız gerekiyor.

Tartışılan hususlardan biri de, hasta kendi verilerinin güvenliği konusunda ne karar verecek? Elimizden geleni yaptık ve şu anda hastalar daha bağlılar bu projeye, çünkü bizonlar için en iyi şeyi yaptığımızı düşünüyorlar.

Tartışılan son husus ise sürecin maskelenmesini ve maskelenmemesi? Yani doktor hastaların neyi yapmasına izin veriyor ya da hastalar doktorların ne yapmasına izin veriyor? Fransa'da doktorlar parlamentoda çok güçlüler. Her zaman güçlüydüler. Bu tartışmanın

.....

herkese açık bir tartışma olması gerekiyor. Bu konuda politik bir tartışma yürütmek gerekiyor bu başlık üzerinde. Ve hükümet bu işin deontolojik boyutlarından etik kurullar ile sorumlu olmalı. Yani birtakım tartışmalar yapmanız gerekiyor, aksi halde ilerleyemiyorsunuz.

Son sorun; Fransa'da halen tartışılan bir sorun bu. Bölgesel kuruluşlarla ulusal kuruluş arasındaki uygunsuzluk. Fransa'da bölgesel organizasyonlarımız var, ama ulusal bir çerçeveye de ihtiyacımız var. Ulusal çerçeveye bu standartlar oluyor. Birlikte işlerlik standartlara semantik standartlara, klasifikasyonlara ihtiyacımız var ve bu ulusal yapıda mevcut ancak bölgesel organizasyonlar ile uyuma sorunu mevcut. Ve hasta bölgesel kurumlara başvuruyor. Bu farklılık önemli bir sorun yaratıyor. Hastalar çok sık taşınmıyorlar yaşadıkları yerlerden ve genelde bir bölgenin içerisinde bulunuyorlar. Bu süreci son derece geniş bir ulusal çerçeve ve çok bölgesel kuruluşla yürütmek ve paylaşmak zorundasınız. Fransa'da hâlâ Şubat ayında tartışılacak yeni bir yasamız var ve şu an hâlâ tartışma devam ediyor, bitirilmiş değil.

Bu sabah ve öğleden soran kişisel sağlık kayıtlarından ve bu kayıtları içeren sistem bahsettik. Bu sistem hasta için. Hastanın sağlık bakımının kalitesini geliştirmelisiniz, bu sistem güvenli olmalı ve internet üzerinden her taraftan erişilir olmalı. Mesela kişisel sağlık kayıtlarına evden ulaşılabilir olmalı diye düşündük her tür hasta için. Sağlık profesyoneli yazılımı yoluyla ofislerin de ulaşılabilir olması gerekiyor. Elbetteki bu işin içerisine hastayı dahil etmekle ilgili bir şey.

Sağlık bakım profesyonelleri için kişisel sağlık kayıtları ne tür faydalar getiriyor? Elbetteki hastaların daha iyi tedavi edilmesi, daha iyi bakım almaları sağlanıyor. Diğer profesyoneller tarafından, diğer sağlık görevlileri tarafından verilen bilgilere erişme olanağı veriyor. Belgelerin ve bilgilerin paylaşımını sağlıyor ve hastanın bir tür resmini, bir tür özetini sunuyor. Özet size insanlara vermek istediğiniz neyse onu sunduğunuz bir şeydir ve elbetteki verileri asla iki kez girmemeye (dublük etmemeye) çalışıyoruz, yani bir veri bir şekilde girilmeli, tek bir yazılımda olmalı. O yüzden veri asla ve asla dublük edilmemeli. Sadece tek bir noktada bulunmalı ve her zaman imzalanmış ve mühürlenmiş ve güvenli olması gerekiyor; bunlar son derece önemli hususlar ve elbetteki her olayı takip ediyoruz; çünkü bu konular son derece önemli hususlar.

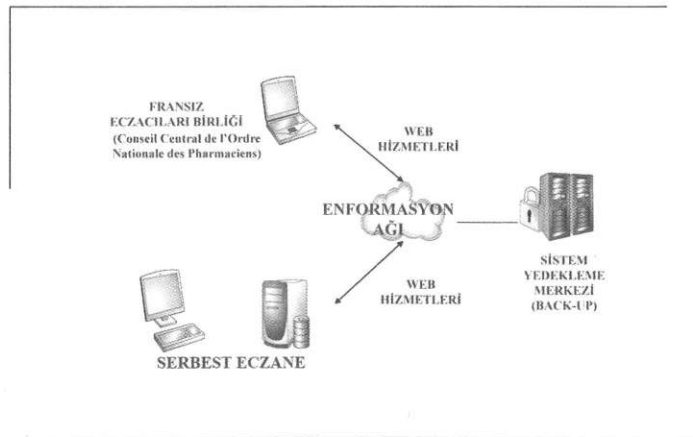
Fransa'daki farmasötik kayıtlardan söz edeceğim. Ulusal projenin şu an için durdurulduğundan bahsetmiştim, ama esasında farmasötik kayıtlar konusunda büyük bir başarı elde edildi. Aynı sürede ortaya çıkartılan bir yaklaşım ile şekillendirildi bu kayıtlar. 2007'nin başında çıkan bir yasa ile. Bu farmasötik kayıtlara ile ilgili projenin en temel karakteristiği Ulusal Eczacılar Birliği'nin bu pilot projenin sorumlusu haline getirilmesi. Birlik, ilk kez böylesi bir projeden operasyonel noktada sorumluydu. Ardından Fransa'da özel bir komisyonumuz var, bu konuda İngiltere'de de benzer bir komisyon var. Belki Türkiye'de de vardır. Özellikle kişisel verilerin korunması konusunda bir tür Fransa Denetim

Kurumu. Bunun amacı, kayıtları gerçekleştirmek ve denetlemek. 2 hafta önce, geçen Kasım ayında birlik farmasötik kayıtların bütün ülke çapında genelleştirilmesine karar verdi. Bu 2 yılda gerçekleştirilmiş oldukça büyük bir başarı.

Farmasötik kayıtların hedefleri neler? Bunlar elbetteki mesleki kayıtlar. Bunların eczacılar arasındaki koordinasyonu geliştirmesi gerekiyor, hastanın yararına elbette. Hem hastane eczanelerini hem de serbest eczaneleri birbirine bağlayan bir yapı bu. Hem serbest eczanelerden hastaların hem de hastane eczanelerinden alım yapan hastaların kayıtları tutuluyor. 4 ay süreyle buralardan yapılan ilaç satın alımlarını saklıyoruz. Bu bilgilerin toplanmasının amaçları, güvenli bir satın alma sürecinin sağlanması, advers etkilerin gerçekleşmesini engellemek ve gereksiz alımların olmamasını sağlamak. Bunlar üç temel hedef ve son derece önemli.

Bu farmasötik kayıtlar konusunda ortaya çıkartılan network ile risk altında olan insanların/hastaların bilgilerin yayılması yoluyla korunması amaçlanıyor. Alerjiler ve benzeri hususlar konusunda hastanın gerekli kontrollerinin yapılması sağlanıyor. Bu network içerisinde bilginin yayılması ile birçok konuda fayda sağlanıyor. Örneğin, bazı stokların geri çekilmesi olabilir. Bu gibi durumlarda, bunun duyurusunun/bildiriminin bu network aracılığıyla yapılması gerekiyor. Böylelikle ilaçların eczaneye gelemeden hastaya ulaşmadan durdurulması mümkün olabiliyor. Hasta eczaneye gidene kadar bu sürecin önceden takip edilmesi gerekiyor. Bu network dolayısıyla bilginin yayılması elbetteki ilaçta sahteciliğin de önüne geçmekte fayda sağlayacaktır.

Çok endişelenmenize gerek yok, karmaşık bir bilişim mimarisinden bahsedecek değilim, son derece basit. Ortalama olarak bir eczanede 4-5 masaüstü bilgisayar bulunuyor. Her eczanenin kendi server bulunmakta ve böylelikle kendi aralarında da küçük bir iletişim ağı bulunuyor. Her eczane web hizmetleri ile ana servis sağlayıcı bağlı. İki adet merkez sunucu bulunuyor bir yedekleme için. Bu sunuculara 7 gün 24 saat ulaşılabilir. Fransız Ulusal Eczacılar Birliği (CNOP) de bu ağa bağlı aynı zamanda.



.....

İnsanlar ya da hasta bir serbest eczaneye veya hastane eczanesine reçete ile geldiği zaman ki henüz e-reçete gibi işlev görmüyorsa da genelde bilgisayardan çıktısı alınmış bir reçete oluyor, elle yazılmış bir reçete olmuyor yani. Eczacı kendi eczacı kimlik kartını makineye sokuyor ve kendini tanıtıyor, burada eczacının adı doğrulanıyor.

Eczacı Kimlik Kartı (SmartCard)

Bunun amacı sadece eczacının ilaç verebilmesini sağlamak. Eczanede çalışan herhangi birisi ilaç veremiyor yani. Daha sonra hasta kendi sosyal güvenlik kartını veriyor ve makineye giriliyor. Makinenin iki slotu var ve buradan eczacı yerel bilişim sistemine ulaşıyor ve sonrasında eczacı o kart ile alınmış reçeteli/reçetesiz tüm ilaçları görebiliyor. İlaçlar nereden alınırsa alınır. Ancak bu kimlik doğrulama sistemi otomatik olarak geri ödemeyi başlatmıyor. Sadece son 4 ay içinde girilmiş kayıtlara ulaşmayı sağlıyor.

Kişisel Sosyal Güvenlik Kartı (SmartCard)

Son 4 ay çünkü; çünkü Fransa'da her doktor 3 aydan fazla reçete yazamıyor. Bu kronik hastalıklar için bir önlem. Her 3 ayda bir kronik hastalığa sahip olan kişilerin yeni bir reçete için doktora gitmesi gerekiyor; onun için sistem içinde bu rakamı 4 ay olarak belirledik.

Peki, bu sistemin başarısı neydi? Kasım 2007'de 80 bin farmasötik kaydımız vardı. Nisan 2008'de 200 bin farmasötik kaydımız oldu. Kasım 2008'de ise 1 milyon 600 bin farmasötik kaydımız vardı. Şimdi 1,7 milyondur. Bu sistemle her hafta, ama her hafta 80 bin ya da 100 bin kadar yeni farmasötik kayıt alınıyor, oldukça hızlı.

Bu sisteme kayıtlı eczaneler Nisan 2008'de 672 iken bugün sisteme bağlı eczanelerin sayısı 5 bine ulaşmış durumda. Böylelikle çok hızlı bir büyüme sergiledi farmasötik kayıtlar. Ayrıca bu kayıtları tasnif edebiliyoruz. Örneğin, Yaş gruplarına göre tasnif ettiğinde elimizdeki kayıtlar içinde en çok kaydın 60-75 yaş arası kişilere ait olduğunu, ikinci ve üçüncü sıralarda ise 50-59 yaş arası ve 75 yaş üstü kişilere ait olduğunu belirledik. Günde farmasötik kayıtlara yönelik 80 binden fazla başvuru alıyoruz. Ve bu gün geçtikçe artıyor.

Peki farmasötik kayıtlar; ilaçların advers etkileri konusunda çalışma yapabilmemiz için ne sağladı? Bu konuda aslında bir bilgi eksikliğimiz vardı. Advers etkiler konusunda 2006'da yapılan bir araştırmaya göre Hastaneye yatan 300 bin ila 365 bin arasındaki kişiler içinde advers etki olaylarının 125.000 ila 165.000 civarında engelenemediğini tespit ettik. Ve ilaç etkileşimlerinden kaynaklanan bu durumun ortadan kaldırılması ile yaklaşık 700 milyon Euro civarında artı bir masraf belirledik. Böylelikle bu veriler ışığında advers etkilerden kaçınabilmenin mümkün olduğu ortaya çıktı ve sosyal güvenlik masraflarının azaltılabileceğini öngördük. Bu konuda yeni bir çalışma gerçekleştirdik ama çok az vakayı inceleyebildik, çünkü değerlendirmeye o kadar çok insan gelmiyor.

.....

Farmasötik kayıtlar için oluşturulan bu network içinde reçete karşılamadan önce ilaçların etkileşime girebileceğine dair çeşitli seviyede alarmlar sistem tarafından gönderiliyor eczacının ekranına. Bu alarm seviyeleri 1'den 4'e kadar. 3. ve 4. seviye alarmlar çok ciddi alarmlar anlamına geliyor. Bu uyarılar ve reçetelerin karşılanması konusunda yaptığımız araştırmalarının sonuçlarına baktığımız zaman şu sonuçlara ulaştık. Hastaya açıklama ile birlikte ilaçları verenlerin oranı %72. Fazladan açıklama yaparak reçeteyi karşılayanların oranı yüzde 6. Reçeteyi karşılamayı reddedenlerin oranı ise % 1. Yüzde 19'unun reçeteyi yazan doktor ile (şimdilik telefon ile) iletişime geçtiğini; %3'lük bir kesimin ise reçetede uygun düzeltmeleri gerçekleştirdikten sonra uygun ilaçları verdiğini tespit ettik. Bu araştırma sonrasında sadece açıklama yapıp reçeteyi yine de verenlerin oranı %41' düşerken, daha fazla açıklama yapıp reçeteyi verenlerin oranı %38'e çıkmıştır. Reçeteyi karşılamayı reddedenlerin oranı %12'ye çıkarken, Doktor ile iletişime geçenlerin oranının %6'ya düştüğünü reçetede değişiklik yapanların oranının ise aynı kaldığını gördük. Bu oranlar bize gereksiz ilaç harcamalarının engellenebileceğini gösterdiğini söylemek istiyorum. Ayrıca bu süreci ileleyen aşamalarında reçete karşılamalarındaki ihlallerin ve sahteciliklerin ortaya çıkartılmasını amaçlıyoruz.

Tüm bu süreçten öğrendiklerimiz hakkında şunları söyleyebilirim. Öncelikle ulusal, kişisel sağlık kayıt sistemi durdurulmuş olmasına rağmen farmasötik kayıtlar projesi başarılı oldu. Öğrendiklerimiz ve projenin neden başarılı olduğuna dair fikirlerimiz şunlar: Öncelikle farmasötik kayıt eczacıları içeren tek bir mesleki kayıttır. Zaten mevcut olan ulusal kimlik doğrulama araçlarını (SmartCard) kullanmaktadır: Hem eczacı için (Cart Vitale) hem de hasta için (Sosyal Güvenlik Numarasını içeren SmartCard). 2010 yılında bir ulusal bir sağlık tanımlama numaramız olacağını bir IT kimlik numaramız olacağını düşünüyorum.

Farmasötik kayıtların oluşturulduğu ağ, bütün sağlık profesyonellerini içermiyor ve hepsi için bir iş yükü yaratmıyor. Farmasötik kayıtların tutulduğu portal çok sayıda bilişim sistemine kimlik numarası veriyor değil. Durum basit. Sadece 23 bin eczacı var. Ve onların kimlik bilgileri var sadece. Halbuki kişisel sağlık kayıtlarının tutulması durumunda 800 bin sağlık profesyoneli sistemin içindeydi. Ayrıca serbest çalışan doktorlara IT yazılımı sağlayan 200 den fazla şirket bulunmakta. Ve bu durum birlikte çalışabilirliğe engel oluşturuyor.

Bugün Fransa'da tüm eczaneler yüzde 100 bilgisayarlaştırılmış durumda, yani hepsinde bilişim sistemleri var. Öte yanda, çoğunlukla eczaneler tıbbi pratiklerini paylaşmak zorunda değiller; bence bu son derece önemli bir husus, başarının temel hususlarından biri. Çünkü eczacılar verileri paylaşıyorlar, ama tıbbi uygulamaları paylaşmıyorlar. Çünkü gördüğümüz üzere, ilaç vermek istiyorlarsa veriyorlar, ama bilişim sistemi onları şunu ya da bunu yapmaya zorlamıyor. Diğer eczacı ilacı veriyor mu vermiyor mu, onu bilmiyor eczacı yani sadece bilgi paylaşılıyor, ama tıbbi pratikler, tıbbi uygulamalar paylaşılmıyor. Bu önemli bir başarı kriteri.

Öte yandan, kişisel sağlık kayıt sisteminin içerisinde çok sayıda paydaş/kullanıcı olduğu için sorun yaşanıyor ve tabii böyle bir sistemin de finansmanı bir başka sorun. Ayrıca ulusal kişisel sağlık kayıtları oluşturmak için güçlü bir politik destek söz konusu değildi ve doktorlar çok fazla direnç göstermişlerdi sisteme. İşte bu yüzden ulusal projeden sorumlu yeni ekip umuyorum ki, daha yavaş hareket edecek ve her şeyden önce hükümet düzeyindeki politikacıları kişisel sağlık kayıtları konusundaki projeye devam etmeleri konusunda ikna edecekler. Hükümet ve Sağlık Bakanlığı bu ulusal projenin yürütücüsü olan ekibi daha fazla destekleyecek olursa doktorların dirençleri ile karşılaştıklarının da daha güçlü olacaklar ve uygulamada daha az aksaklık olacak.

Eczacılar ve doktorlar ile önümüzdeki dönem ulusal projenin daha iyi sonuçlar alacağını umuyorum. Bugünden Ulusal Tabipler Odası, ulusal bir sağlık kaydının ortaya çıkartılması noktasında verilerin verilmesi konusunda ve verilerin değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yürütmeye başlamış durumda. İlerde doktorlar için ve belki e-reçeteleme, e-ilaç dağıtımı ve benzeri konularda da daha genel bir ulusal sisteme ulaşabileceğiz Fransa'da.

Korkarım, çok çok uzun konuştum, ama sorunuz varsa lütfen tereddüt etmeyiniz. (Alkışlar)

Ivana SILVA- Çok teşekkür ediyorum. Sadece birtakım açıklamalar yapmak istiyorum, belki katılımcılar için de daha iyi olacak. Şu an için kendi eczane raporlarını, farmasötik kayıtlarını verip vermemek hastaya kalmış bir şey, yani eczacı bunun faydalarını açıklıyor, ama zorunlu bir şey değil. Peki, bu konuda herhangi bir zorunlu süreç bir geçiş olacak mı, yoksa sürekli olarak gönüllü mü gerçekleştirilecek?

MARIE-LAURE MICOUD- Bu 2007'de yasal çerçevenin olduğu dönem yapılan siyasi bir seçimdir; ulusal proje için tabii. Ve gelecekte de zorunlu olmayacak.

SALONDAN- Ülkenizin deneyimlerini paylaştığınız için teşekkür etmek istiyorum. İki sorum olacak. Birincisi; anladığım kadarıyla, veriler ve deneyimler bizim tarafımızdan geliyor, hasta tarafından değil. Peki, hastalar konusunda bir deneyiminiz var mı, mutlular mı bu e-sağlık süreçlerinden? Çünkü dün meslektaşların pek çoğu bu dergiyi görmüştür, Türkiye'de Bolu'da bir pilot projemiz yürüyor ve bu bir bilimsel veri değil, ama kişilere projeden memnun olup olmadıkları sorulmuş, insanlar pek mutlu değiller bu projeden. Üzerinde çip olan bir kartımız var ama işimize yarayıp yaramadığı konusunda bir fikrimiz yok diyorlar. Fransız Halkı bu konuda nasıl bir tepki gösterdi? Çünkü en önemli hedefimizin vatandaşların refahı, mutluluğu, tatmini olduğunu söylemiştik.

MARIE-LAURE MICOUD- Her iki proje de Fransa'da son derece popüler oldu. Bir dizi anket gerçekleştirdik, insanların yüzde 80-85'i son derece mutluydu. Ne olduğunu detaylı bir şekilde bilmiyorlar, ama seviyorlar. Eczane raporları konusunda, farmasötik kayıtlar konusunda da aynı şey geçerli. Son derece az sayıda insan kayıtlarını açmayı reddetti.

.....

O anki tartışma konusuna bağlı tabii bu tür hususlar. Ulusal kimlik kartlarıyla ilgili bir sorunumuz vardı, o konuyla ilgili bir şey çıktı. Ama şu an için insanlar bazen tabii ki reddediyorlar, ama genelde her zaman reddedenler yurttaşların yüzde 10'undan azı oluyor. Kayıtlar açıldığı zaman da, istedikleri zaman kapatabiliyorlar, bazı verileri gizleyebiliyorlar vb. Çok az sayıda kişi, yüzde 1'den azı kendi seçimlerini değiştirme şansları olsa bile açıyorlar ya da açmıyorlar, ama açtıktan sonra kalıyor o öyle. Bunun yararlı olduğunu düşünüyorlar, çünkü Fransa'da halk eczacılara ve doktorlara güveniyor sanırım. Türkiye'de de bu böyledir, ve sağlık personelimiz güvenilir kişiler, bize güveniyorlar.

SALONDAN- Bir ikinci soru ekleyebilir miyim? Son derece ilgili bir konu bu. İlk cümlelerde demiştiniz ki, belki sosyal pazarlama son derece önemli bu tür bir projede. Bu örneğinde nasıl bilmiyorum. Bir tür bilgilendirme, anons ve bu tür üyelerin, yani hastaların, doktorların, hemşirelerin bu işin içerisinde olması, onların bu projeye inandırılması son derece önemli. Dolayısıyla bu konuda sizinle hemfikirim. Başka fikriniz varsa, lütfen benimle paylaşın. Teşekkür ediyorum.

MARIE-LAURE MICOUD- Evet, çok haklısınız, son derece zordu, herkesi ikna etmeniz gerekiyor, büyük ölçekli bir iletişime ihtiyacınız var. İşin içerisinde uzmanların olması gerekiyor ve çok kolay bir süreç değil bu. Bizim projemizde bütçenin yarısı iletişim ve pazarlama kısmına verilmişti. Teşekkürler.

SUNUCU- Biz de değerli konuğumuza çok çok teşekkür ediyoruz. Uzun, yorucu ama aynı zamanda oldukça verimli bir gündü sanırım. Umarım herkes için öyledir. Bugün için programımız sona eriyor. Yarın 9.30'da tekrar buluşmak dileğiyle iyi akşamlar.

> İKİNCİ GÜN / BİRİNCİ OTURUM

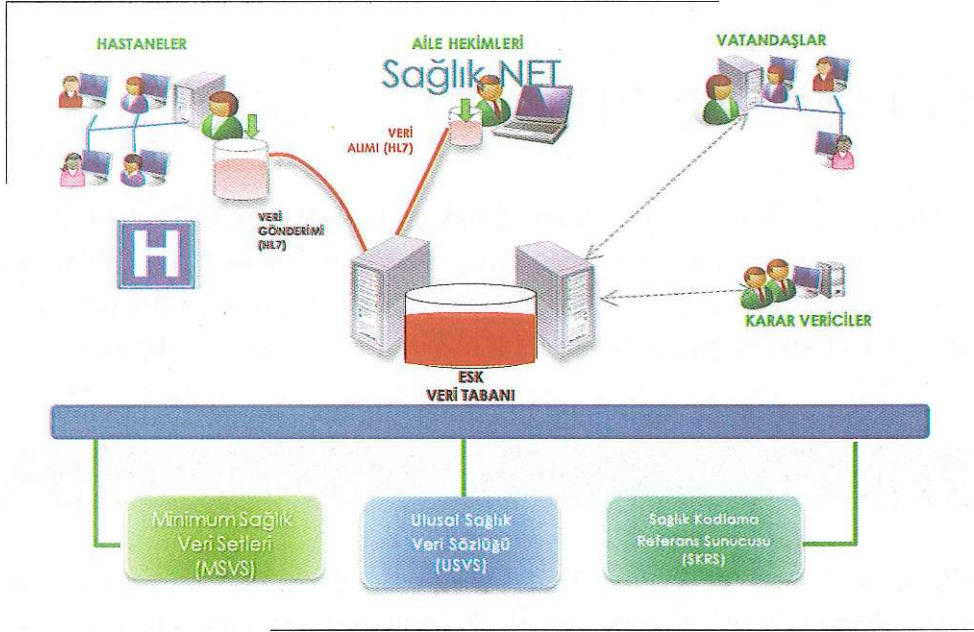
SUNUCU- Sayın konuklarımız günaydın. Elektronik Sağlık ve E-Reçete Uygulamaları Sempozyumumuzun ikinci gününe hoş geldiniz. Şimdi, Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'ndan Sayın Murat Gürel "Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi Sağlık-Net" sunumu ile sempozyumumuza katkı sağlayacaklar. Kendilerini kürsüye davet ediyorum.

MURAT GÜREL

Herkese günaydın. Endüstri mühendisiyim. Sağlık Bakanlığı'nda Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'nda danışman olarak çalışıyorum. Bu sunumu normalde Daire Başkanımız Dr. Ünal (HÜLÜR) Bey gerçekleştirecekti, ama şehir dışı programından dolayı bu sunum benim tarafımdan gerçekleştirilecek. Ankara'nın bu soğuk gününde dinlemek için burada toplandığınız için teşekkürler. Yabancı konuklarımız da olduğu için, tercüme kolaylığı olsun diye biraz daha yavaş anlatmaya çalışacağım.

Ben sizlere Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi, yani Sağlık-Net diye markalaştırdığımız bilgi sistemini tanıtmaya çalışacağım. İlk önce kavramsal açıdan Sağlık-Net hangi temeller üzerine oturuyor; bunun üzerine size fikir vermek istiyorum.

Sağlık-Net nedir? Sağlık-Net, sağlık kurumlarından üretilen her türlü veriyi doğrudan üretildikleri yerlerden standartlara uygun bir şekilde ve tüm paydaşların kullanımına açık bir şekilde toplayan bir platformdur. Bundan önce, Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan sistemlerde genelde veri değil bilgi toplanmaktaydı. Bu bilgiler sağlık kurumu tarafından kağıt veya web sayfası gibi bir ortamda toplanarak İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderiliyordu. İl Sağlık Müdürlüğü de bu verileri biriktirerek ilin toplam biriken verisi olarak Sağlık Bakanlığı'na göndermekteydi. Veri değil bilgi akışı olduğu için bu gönderilen bilgilerden yeni hesaplamalar yapmak ya da gelen bilginin doğruluğunu kanıtlamak çok zor olmaktaydı. Sağlık-Net bu anlamda, bu problemi çözmek için sahadan tamamen direk veriyi toplamak üzerine kurulmuş bir sistem. Sahadan veriyi toplamak istediğiniz zaman en büyük probleminiz bunları belirli bir standart içerisinde toplayamayacak olmanızdır. Eğer sahadaki uç birimler belirli bir standardizasyon içerisinde size veri göndermezse merkezde çok büyük bir karmaşayla karşı karşıya kalırsınız. Slayt üzerindeki şekilde ortada gördüğümüz elektronik sağlık kaydı veritabanı. Bu veritabanını besleyen en önemli iki aktör hastaneler ve aile hekimleri. Diğer gördüğümüz vatandaşlar ve karar vericiler kısımları ise daha çok buradaki veritabanından veri paylaşımına karar verme amacıyla bu bilgileri kullanacak olan aktörler.



Hastaneler ve aile hekimlerinin gönderdikleri veriler şurada görmüş olduğunuz 3 tane temel standart üzerinden bize akıyor. Bunlar Minimum Sağlık Veri Setleri, Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü ve Sağlık Kodlama Referans Sunucusundan oluşmakta. Şimdi kısaca bu standartlara bir göz atalım isterseniz.

Onun öncesinde şunu da söylemek lazım; standartlara niye ihtiyaç duyuyoruz? Az önce söylemiştim, sahadan veriler belli bir standardizasyon içerisinde gelmezse eğer bunları merkezde yönetmek imkansız. Bu resimde de görüyorsunuz sahada çok değişik özelliklerde, çok farklı renklerde uç birimler var ve bunları bir araya getirip anlamlı bir veri birlikteliği oluşturmak çok zor. Bunlara bir standart getirmek gerekiyor, yoksa ortaya çıkan şey anlamlı bir ses bütünü olmuyor.

Bizim standartları korumakla amacına ulaşmak istediğimiz şey, anlamlı bir ses çıkarabilmek. Bir hastane de, bir aile hekimi de veri gönderebilir ama her ikisi de do notasını ver dediğimiz de do notasını veriyorsa bu belli bir standart içerisinde anlamlı bir şekilde veritabanımıza yazılacak ve bunları işleyebilir bir halde olacağız.

Standartlarımız neydi, tekrar buraya dönecek olursak. Minimum sağlık veri setleriyle başlayalım isterseniz. Minimum sağlık veri setleri aslında sahadan toplayacağımız veri grupları anlamına geliyor. "Minimum" diyoruz, çünkü sahadan veriyi toplamak genelde zahmetli bir iş. Saha veriyi göndermekte pek istekli değildir biliyorsunuz. Adına minimum koymamızın amacı bu. Şu anda sistemde 46 tane minimum sağlık veri setimiz mevcut.



Burada belli başlılarını görüyorsunuz.

Aslında bu mantık, doğumdan ölüme kadar geçen temel sağlık kayıtlarını oluşturuyor. Örnek verecek olursak, doğum bildirimi, bebek beslenme veri seti, bebek izlem veri seti, aşı veri seti, ağız dış muayene, normal muayene veri setleri, gebeliğin izlenmesi, gebelik sonucu, lohusanın izlenmesi, bir bulaşıcı hastalıkla karşılaşmışsa bunun verileri, intihar krizi varsa bunların tespit ve izlemleri, yine aynı şekilde madde bağımlılığı varsa tespit ve izlemleri, herhangi bir şekilde organ veya kök hücre nakli söz konusuysa bunların verileri ve kronik hastalık bağlamında ele alacağımız kanser, diyabet ve diyaliz gibi hastalıkların takipleriyle yataklı tedavi hizmetlerinden faydalanma durumu ve ölüm bildirimi diye özetleyebileceğimiz veri setlerimiz mevcut.

Şu anda Sağlık-Net üzerinde sadece sağlık verilerini toplamak için çalışma yürütülüyor. Halbuki veri setleri sadece sağlık veri setleriyle kısıtlı değil. Az önce söylediğim gibi 46 tane sağlık veri setimiz var. Bunlar vatandaş bazında doğumdan ölüme sağlık kayıtlarını toplamayı hedefliyor; ama merkezde, bakanlıkta işlerin yürütülebilmesi için, planlamaların doğru bir şekilde yapılabilmesi için kurum bazında idari veri setlerinin ve mali veri setlerinin de toplanması gerekiyor. Bu amaca yönelik çalışmalarımızı da 2009 içerisinde tamamlayarak kurum bazında tüm idari verileri ve mali verileri de bu platform üzerinden almayı hedefliyoruz.

Veri setlerimizde söylemek istediğimiz şey sahadan hangi verileri toplayacağımızdı. Bu veri setlerinin içerisindeki veri elemanlarını nasıl standardize edelim ki, herkes aynı notayı anlasın. Bunun için aslında biraz şematik bir çalışma yapmak gerekiyordu. Sahadan doğru bilgiye ulaşmak için verileri toplamak gerekiyor. Bu topladığınız verilerin ilişkilerini kurarak bunlardan bilgiler üretmek gerekiyor. Tek başına beş bilgisi bir anlam ifade etmiyor ama

.....

beş bilgisi atıyorum bir gebe hastasının doğurduğu çocuk sayısıysa bunu yaşıyla, daha önceki düşük yaptığı sayılarla ilişkilendirip bir ilişki kurduğunuz zaman bu artık bir bilgiye dönüşüyor. Eğer veri sizdeyse elde ettiğiniz bu bilgilerden yeni modeller kurmak mümkün. Bu modelleri kurduğunuz zaman Sağlık Bakanlığı merkezinde bir bilgi birikimi oluşuyor. Bu bilgi, bir bilgi birikimi üzerinden, modeller üzerinden bir anlayış biçimi ortaya çıkararak yönetim için stratejik anlamda bir sonuca ulaşmış oluyor. Aslında burada yapılmak istenen şey tamamen şu; bir kalite mantığı çerçevesinde bakacak olursak, bir şey yönetmek istiyorsanız ölçmek zorundasınız. Ölçemediğiniz şeyi yönetemezsiniz. Şubat ayındaki poliklinik sayısı 100 bin, Mart ayındakinin 120 bin olduğunu ölçebiliyorsanız orada bir artma olduğunu anlarsınız. Siz yönetmekte olduğunuz unsurların değerlerindeki artma ve azalmayı göremiyorsanız, tespit edemiyorsanız onu yönetemiyorsunuz demektir. Dolayısıyla yönetmek için önce ölçmeyi başarabilmek lazım. Ölçmeyi yapabilmek için ise bunları anlamlı şekilde sınıflandırmış olmak, gruplandırmış olmak gerekiyor, yani elmayla armudu karıştırmamak gerekiyor. Sınıflamayı yapabilmek için de tanımlamayı yapabilmemiz gerekiyor. Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü de bu tanımlama ve sınıflama aşamasında devreye giriyor. Ben sahadan hangi verileri toplayacağım, bu verilerin mantıksal çerçevesi nedir, teknik çerçevesi nedir, hangi cevap değerlere dönüşür, bunlar Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde tüm ayrıntısıyla anlatılıyor.

Biz sözlüğümüzü hazırlarken dünyadaki örneklerini de inceledik. Özellikle bu alanda öne çıkmış olan Avustralya örneği var, ama bunun dışında Filistin ya da Yeni Zelanda gibi örnekleri de görmek mümkündür. Sözlüğün içeriğinde ne var; sözlüğün içeriğinde olan şey, mesela bir örnek verecek olursak, aşı bildirimi yapılacağı zaman aşı veri paketini göndermek zorunda sana. Bu veri paketlerimizden sadece bir tanesi. Bu paketin içerisinde iki tane veri setimiz var. Birisi vatandaş kayıt kimlik bilgilerini gösteren veri seti, bir de aşıya ilişkin verileri gösteren veri seti. Bu veri setleri veri elemanlarından oluşuyor. Vatandaş kayıta kimlikle ilgili bilgiler varken, aşı veri setini de aşıya ilişkin hangi aşı olduğu, o aşının lot numarası ve bu aşının ne zaman yapıldığına ilişkin bilgiler vermiş oluyor.

Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünü anlattıktan sonra, Sağlık Kodlama Referans Sunucusu hakkında da bilgi vermek istiyorum. İlk defa karşılaşan insanlar için bu kadar farklı kelimeyi yan yana görmek genelde korkutucu oluyor, ama ben bir sonraki slaytta daha özet bir şekilde bunu anlayacağınız şekilde ifade edeceğim. Sağlık Kodlama Referans Sunucusunda yaptığımız şey şu: Tüm Türkiye'de kullanılan temel sağlık değerleri var, sağlık listeleri var. Bu bir tanı da olabilir, ICD tanısı da olabilir, ilaç kodları, klinik kodlar, sağlık kurumlarının listesi, aşı listesi veya izlem takvimleri de olabilir. Tüm Türkiye'nin aslında standart bir şekilde tek bir listeden beslenmesini sağlamak amacıyla bir server kurduk. O server'a dedik ki, Türkiye'deki tüm sağlık kurumları belirli bir standart listeden faydalansın. Herkes aynı cevap değerine dönsün ki, o veri bana geldiği zaman bir karışıklık olmasın dedik. Şimdi biraz sonraki örneğimde bunu net olarak anlayacaksınız.

.....

Sonuçta olan şey; Sağlık Bakanlığı ve sahadaki sağlık kurumları veritabanları üzerinden haberleşecekler. Biz minimum sağlık veri setlerini bir kutu gibi sahaya gönderiyoruz, ve bu kutunun içerisinde doludurulmasını istiyoruz. Bu kutu benim hangi verileri istediğimi ifade ediyor. Şu anda 46 tane böyle kutumuz var. Veri tarihleri bu kutunun içerisine koyacağım malzemeyi ben tanımladım zaten diyor. Yanlış bir malzemeyi koymaman için ya da benim tanımladığım malzemenin dışında içeriği bozuk bir malzeme koymaman için bana ne nitelikte malzeme göndereceğini de tanımladım diyorum. Onu da Ulusal Sağlık Veri Sözlüğünde tanımlıyorum. Bu şekilde 261 tane veri elemanımız var.

Sağlık Kodlama Referans Sunucusu (SKRS) ne işe yarıyor? Hepiniz markete gitmişsinizdir ve genelde şu talihsiz anla karşılaşmışızdır. Bir ürün alırsınız, üzerinde ya barkot yoktur ya da barkodu sistem okumuyordur kasada. Bu ne anlama geliyor; oradaki kasa bu malzemeyi, bu ürünü tanımıyor. Çünkü onun sisteminde bu tanımlanmamış. Sağlık Kodlama Referans Sunucusu'nun yaptığı işlev de bu. Ben diyorum ki, ben bu verileri istiyorum ama bu verileri gönderirken bana kafandan bir değer gönderme, ben ne göndereceğini de tanımladım zaten. Benim listelerim var, Sağlık Kodlama Referans Sunucusu diye bir yer koydum. Oraya bana ne cevap değerlendireceğini de listeledim. Bana cevap dönerken bu listedeki bu tablolar üzerinden cevap dönmen lazım. Eğer bu cevap değerlerini dönmezsen benim barkodumdan geçmez, benim barkodumdan geçmeyince ben onu alıp bakanlığın veritabanında ilgili rafa koyamam.

Sonuçta bu standartları koyduktan sonra, sağlık kurumu kendi bilgi sistemi üzerinde bu entegrasyonu gerçekleştiriyor, kendi bilgi sistemini bu standartlara göre revize ediyor ve kendi verilerini paketliyor ve HL7 teknik standardı dediğimiz standardı kullanarak Sağlık Bakanlığı'na belirli periyotlarla gönderiyor. Sağlık Bakanlığı da bu gelen paketi kendi standartlarına göre inceliyor, "Acaba benim gönderdiğim veri seti şablonuna uygun mu, veri elemanları benim istediğim gibi mi? SKRS, yani şuradaki barkot sistemine uygun bir şekilde bana cevap değeri dönmüş mü?" diye. Eğer bunların üçü de okeyse bunu aliyor veritabanına yazıyor. Herhangi bir hata varsa da cevap veriyor.

Bir senaryo üzerinden Sağlık-Netin entegrasyonunu anlayalım dersek, Ahmet Yılmaz adında bir hasta düşünün. Hastaneye başvurmuş, hasta kabul aşamasında 20 Ekim 2008 pazartesi günü geldiği bilgisi, kimlik bilgileri alınmış. Sonra doktora muayeneye girmiş. Hekimin adı Mehmet Hekimoğlu. Mehmet bey demiş ki; senin kan tahlili yaptırman lazım. Hastamız hastane içerisindeki veya dışarıdaki bir laboratuara gitmiş. Kan tahlili gerçekleştirilmiş. Tahlil sonucunu; entegre bir hastane ise zaten hekimimiz direkt görebiliyor ama entegre değil dışarıdansa laboratuvarına eliyle götürüyor belki de. Muayene sonucunda teşhis gerçekleştiriliyor ve doktor diyor ki; senin tanın budur, sana şu reçeteyi yazıyorum. Hastamız da reçetesiyle eczaneden bu hizmetini alıyor. Burada olağan şey ne, burada olağan şey şu; hasta Ahmet Yılmaz hastaneye geliyor. Bizim vatandaş kayıt veri setimizde bunun kimlik bilgileri yazılıyor. Hastaneye kabul ediliyor, bizim hasta kabul veri setine sevkli mi gelmiş, ne zaman gelmiş, hangi polikliniğe girmiş bu veriler kayıt ediliyor. Hasta

.....

doktor tarafından muayene ediliyor. Hekim, şikâyetlerini alıyor, istediği tetkikleri yazıyor. Laboratuar tetkikleri yapılıyor, laboratuar sonuçları yazılıyor. Hastanın reçeteleri reçete veri setinin içerisine yazılıyor ve hasta taburcu ediliyor, tedavi önerileriyle çıkıyor. Hasta çıkış veri setine de, nasıl çıktı, sevk mi edildi, taburcu mu edildi bunlar yazılıyor ve bu veriler gruplandırılıyor. Şu aşağıda gördüğümüz şeyler aslında bunun listesi.

Vatandaş/Yabancı Kayıt MSVS

Hastanın Adı ve Soyadı: Ahmet Yılmaz

TC Kimlik No:12345678905

Hasta Kabul MSVS

Hasta Kabul Zamanı: 20 Ekim 2008 Pazartesi 09:30

Muayene MSVS

Hekim: Mehmet Hekimoğlu

Hastanın şikayeti: İştahsızlık

İstenen Tetkik: Kan tahlili

Ana Tanı: Anemi

Tetkik Sonucu MSVS

Tetkik: Kan tahlili

Tetkik Sonuç Tarihi: 20 Ekim 2008 Pazartesi 10:30

Reçete MSVS

İlaç: Demir ilacı

İlaç Kullanım Şekli: Günde iki kez

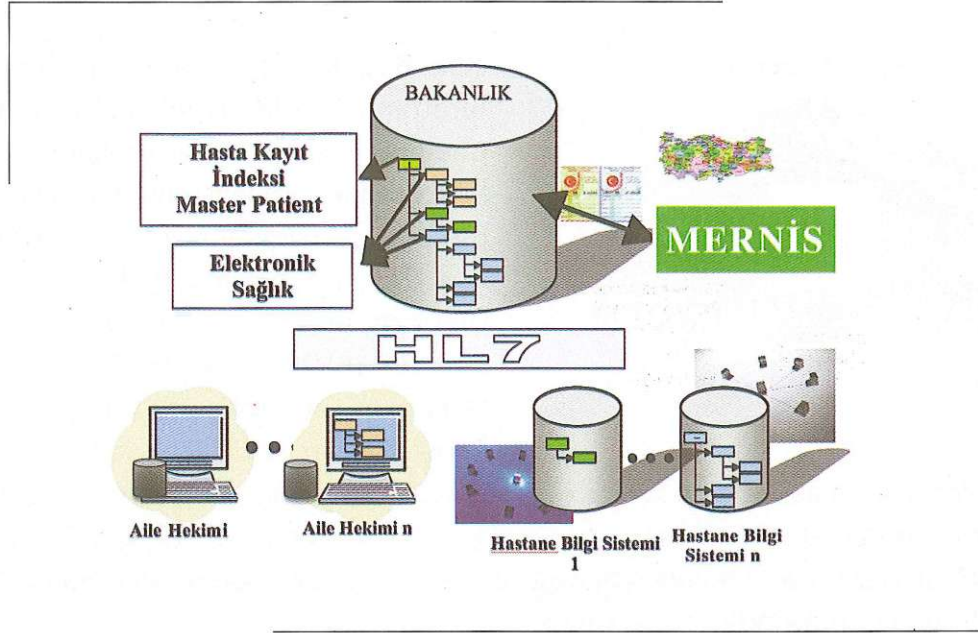
Hasta Çıkış MSVS

Hasta Çıkış Zamanı: 20 Ekim 2008 Pazartesi 11:30

Çıkış Şekli: Tedavi önerileriyle çıkış

Bu bilgi sistemleri tarafından veritabanlarından okunarak otomatik bir mesaja, bilgisayarın anlayabileceği bir hale dönüştürülüyor. Hastane bilgi yönetim sistemi kendisindeki veritabanındaki Ahmet Yılmaz bilgilerini alıyor, mesaj modülünde bunu, az önce gösterdiğim HL7 mesajına dönüştürülüyor. Oluşan HL7 bakanlığa gönderiliyor. Bakanlık bu gelen mesaj paketini açıyor ve kendi veritabanına yazıyor. Bu haliyle baktığınız zaman Sağlık Bakanlığı sahadaki devlet hastanesi, aile hekimi, özel hastane, üniversite hastanesi gibi temel aktörlerin hepsinden bu şekliyle veriyi toplamış oluyor. Aslında Elektronik Sağlık Kaydı dediğimiz şey, temel olarak bu mantıkla oluşuyor.

Adım Adım Sağlık Kaydı...



Burada da yine basit bir örneğini görüyorsunuz. Aile hekimi, kendisinde oluşan bir hasta kaydını Bakanlığa gönderiyor. Şunları aile hekimleri olarak düşünün. Birinci aile hekimi, ikinci aile hekimi. Bu da birinci hastane, 50nci hastane diye düşünün. Aile hekimi kendisine gelen bir hastanın sağlık kayıt bilgilerini bakanlığa gönderiyor. Bakanlık bunun MERNİS'ten⁶ sorgusunu yapıyor, "evet, böyle bir vatandaş vardır" deyip kaydını açıyor. Bu kayıt açıldıktan sonra hasta kayıt indeksi oluşturuluyor ve bu kişinin Elektronik Sağlık Kaydı buraya yazılıyor. Bu vatandaş daha sonra başka bir hastaneye gittiği zaman o hastanede oluşan verisi de, direkt bu vatandaş kimlik numarası üzerinden bu indekse ekleniyor. Başka bir hastaneye giderse yine aynı şekilde bu kayıtlar birleştirilerek vatandaş bazında Elektronik Sağlık Kaydı oluşturulmuş oluyor.

Biraz da algılamaya yönelik olan kavramsal kısmı çözdükten sonra, bir platform olarak Sağlık-Net hakkında biraz daha teknik bilgilere girelim. Sağlık-Net, aslında e-sağlık platformunun altında bizim geliştirdiğimiz bir uygulama. Biz e-sağlık çalışmalarımıza 2005 yılında Aile Hekimliği Bilgi Sistemiyle başladık. Aslında Aile Hekimliği Bilgi Sistemimiz bugün gerçekleştirdiğimiz Sağlık-Net uygulamasının küçük bir prototipiydi. Şu anda 20'nin üzerinde ilde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi çalışıyor ve 12 milyondan fazla kişinin Elektronik Sağlık Kaydı şu anda oluşturulmuş durumda zaten. Bu Sağlık-Net kısmındaki işin küçük

⁶ Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi (Central Population Management System). Detaylı bilgi için, bkz. http://www.nvi.gov.tr/Hakkimizda/Projeler,Spot_Mernis.html

bir modeli zaten başarılı durumda. Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde kazanılan tecrübeler 2008'de kurduğumuz Sağlık-Net platformuna aktarıldı ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Sağlık-Net platformu üzerinde çalışır hale getirildi.



Ben Sağlık-Neti anlatıyorum ama diğer taraftan e-sağlık uygulamalarıyla ilişkisini göstermek adına diğer projelerimizden de bilgi vermek için, bu şemsiyenin altında diğer projeleri de isimlendiriyorum. Mesela, Tele Tıp da yine bir e-sağlık projemiz. Bu platformun üzerinde çalışıyor. 2009'da devreye girecek olan Merkezi Hastanede Randevu Sistemimiz var, pilot proje olarak. 2009'da devreye alınacak ve vatandaşlarımız

telefonla randevu alarak hastanelere gidecekler. Bu yöndeki proje de yine Sağlık-Net platformuyla entegre olarak çalışıyor ve diğer projelerimiz de var. Bunlar akıllı kart (SmartCard), mobil imza, e-reçete gibi uygulamalar ki, öğleden sonra zaten Sami (KIRAÇLI) Bey⁷ pilot projeler hakkında bilgi verecek.

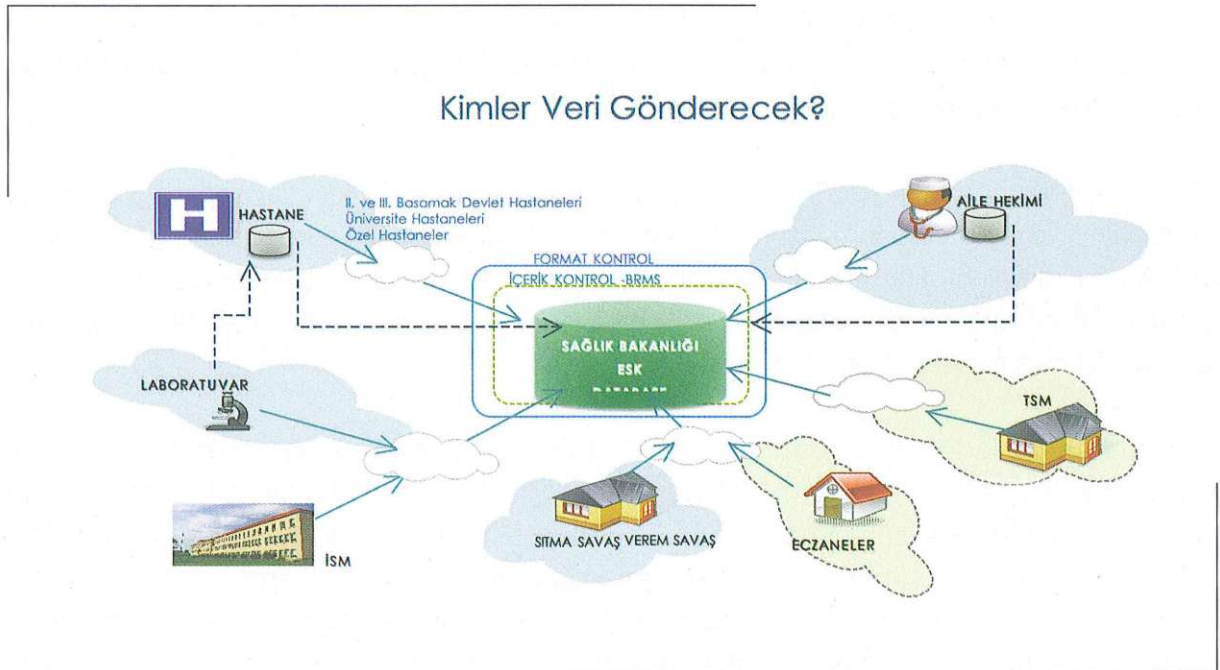
Sağlık-Net hakkında ana bilgiler nelerdir? Sağlık-Net Bakanlığımızın sahadan dönemsel aralıklarla ihtiyaç duyduğu her türlü veriyi toplamak için oluşturulmuş bir platform. Vatandaş bazında sağlık verilerini toplayacağımız, kurum bazında ise idari ve mali verileri toplayacağımız bir platform. Veriler doğrudan üretildikleri yerlerden toplanıyor ve bu veriler sağlık kurumlarından otomatik olarak aylık, haftalık ya da günlük periyotlarla bize bildirilecek. Gelen veriler istenen şekilde analiz edilerek, raporlanarak herkesin kullanıma açılacak. Bu projenin amacı, Elektronik Sağlık Kaydı veritabanı oluşturmak. Türkiye'nin vatandaşları için elektronik ortamda sağlık kaydı yoktu, bunun oluşturulması hedeflendi ve projenin ihale bedeli 2,4 milyon dolar. Projeyi diğer ulusal ve dünya örnekleri ile karşılaştıracak olursak web servisleri sayısı itibarıyla, Türkiye'nin en büyük projelerinden olduğu söylenebilir. Avrupa ülkelerinde başarılı e-sağlık uygulamaları genelde eyalet bazında ya da İskandinav ülkeleri gibi küçük ülkelerde gerçekleştiği için genellikle daha çok küçük ölçekteki nüfuslara hitap etmektedir. Türkiye gibi 60-70 milyonluk bir örnekte, genelde böyle başarılı uygulamalar göremiyoruz ya da görürsek de kısıtlı oluyor. Herkesin bildiği şekilde İngiltere'nin bu alanda çok büyük bir projesi var. 12.7 milyar sterlin harcadığı söyleniyor ve hala bu projeye itirazlarının devam etmekte. Bizden yapısal olarak çok farklı, onlar tüm altyapıyı değiştiriyorlar biz sadece standartları belirliyoruz, sahaya karışmıyoruz. Sahanın bize entegre olmasını söylüyoruz. Son olarak da şunu söyleyeyim; benim bildiğim kadarıyla HL7 V.3 standardının kullanıldığı ilk ve tek e-sağlık projesi Sağlık-Net.

⁷ Sosyal Güvenlik Kurumu (Social Security Institution)

Veriler nasıl gönderilecek? Bir kere Sağlık-Net bir bildirim sistemidir. Bir otomasyon sistemi değil yani biz online değil offline çalışıyoruz. Bu şu demek; muayene verileri bize günbe gün gönderilecek ancak herhangi bir şekilde Sosyal Güvenlik Kurumu'nda olduğu gibi provizyon (Reçete Onay Sistemi) verme gibi bir işlemimiz yok şu aşamada. Dolayısıyla akşamları; gece veya gündüz sahada oluşan bilgilere kurum istediği zaman otomatik olarak ulaşılabilecek. Buradaki temel yaklaşımımız muayene verilerinin günlük olarak gelmesi, diğer izlem verilerinin ise ilgili ay içerisinde gönderilmesi şekilde. Veriler uluslar arası bir sağlık mesajlaşma standardı olan HL-7 standardına uygun olarak toplanacak.

Veri gönderiminde zorlanılacak noktalar nelerdir? Bir kere hastanelerimizde yapılan poliklinik sayısı itibarıyla verinin hacmi çok büyük olabiliyor. Buna uygun insan kaynağı kapasitemiz olmayabiliyor. Teknik kapasite de HL-7 gibi bir mesajlaşma standardı üzerinde olduğumuz için kısıtlı olabiliyordu. Bunlar dar boğaz noktaları idi. Biz bu dar boğaz noktalarını aşabilmek için çok sayıda eğitim verdik. Sağlık kurumlarımıza ve kuruluşlarımıza temel Sağlık-Net eğitimi verdik, hem de yazılım firmalarına teknik anlamda HL-7 konusunda nasıl mesajlaşmayı gerçekleştireceklerine ilişkin çok sayıda eğitim verdik. Toplamda 2 bin 224 Kişi'ye eğitim verildi. Hatta bu Cuma, Cumartesi, Pazar yine firmalara yönelik HL-7 konusundaki teknik sıkıntıları çözmek için yeni bir çalıştayımız daha var.

Sağlık-Nette aktörler ve raporlama nasıl, o konuda birkaç bir şey söyleyelim sonra da toparlayalım. Kimler veri gönderiyor? Hastaneler ve aile hekimleri birinci aktörler.



.....

Biz Şu anda sağlık ocaklarından veri toplamayı düşünmüyoruz birinci basamakta, çünkü zaten birinci basamak aile hekimliğine dönüşmekte. Dolayısıyla aile hekimliği dönüşümü sürerken sağlık ocakları üzerinde böyle yapısal bir değişiklik üzerine gidilmesini istemedik. Onun dışında hastanenin içerisinde veya dışarısındaki laboratuvarlar var. Burada Şunu belirtmek lazım; bu temel en büyük aktörler olan hastaneler ve aile hekimleriyle sistem veritabanları üzerinden otomatik olarak mesajlaşacak şekilde kuruldu. Diğer taraftan il sağlık müdürlükleri, sıtma savaş, verem savaş gibi birimler veya daha uç birimler web üzerinden bize bağlanarak da veri gönderebilecek şekilde dizayn edildi. Aslında temel yaklaşım Şuydu; biz sahadan toplayacağımız her veri seti için hem veritabanlarının otomatik olarak haberleşebileceği bir mesaj sistemi kurduk, hem de her veri seti için portalımızda bir web sayfası oluşturduk. Yani herhangi bir sağlık kurumu gelip kendi verilerini Internet bağlantısı üzerinden de bize gönderebilecek. İl Sağlık Müdürlükleri, Sıtma Savaş, Verem Savaş gibi birimler de bu Internet sayfaları üzerinden bize veriyi gönderebilecektir.

Burada arka planda gördüğünüz üzere Eczaneler ve Toplum Sağlık Merkezleri var. Şu anda bu sistemin içerisinde aktif olarak bulunmayan aktörler bunlar ama bunların da yer alacağı, ileriye yönelik planlar var. Özellikle toplum sağlığı merkezleri birinci basamakta sağlık ocaklarının coğrafi görevlerini aile hekimleri yüklenemediği için o boşta kalan kısımları, coğrafi temelli sağlık hizmetinin götürülmesi noktasındaki kısmı görev edinmiş durumda. Buraya yönelik de muhtemelen önümüzdeki yılın sonuna doğru bir yazılım çalışması başlatılacak.

Gönderilen veriler destek sistemi üzerinden raporlanıyor. Şu anda Sağlık-Net portalımız yayında. Halihazırda tasarımı tamamlanmış olan 86 tane raporumuz var. Hatırlarsanız aile hekimliği sistemimizi zaten kurmuş olduğumuz için halihazırda Aile Hekimliği Bilgi Sistemi üzerinden bu raporları alabiliyoruz.

Ne tür raporlar görebileceğiz? Türkiye'de dün gerçekleşen poliklinik sayısı örneği verilebilir ya da İzmir ilindeki nüfusun yaş ve cinsiyetine göre dağılımı. Türkiye'de illere göre kanser vakalarının dağılımı, HIV pozitif olduğu düşünülen kişilerin izlenen istatistikleri veya son bir ayda Ankara ili Polatlı ilçesinde görülen ishal vakaları gibi sağlık kayıtları üzerinden bilgileri görmemiz mümkün olacak.

Son olarak projedeki son durum ve yakın gelecek planlarımız hakkında bilgi vermek istiyorum. Projeyi geliştirme çalışmaları 2008 yılı içerisinde devam etti ve 17 Kasım tarihinden itibaren test sürecini başlattık. Şu anda, hastanelerimizden veriler gönderilmekte. 300-400 civarında hastanemiz test çalışmasını zaten yapıyor Şu anda. Test süreci 31 Aralık tarihinde sona erecek ve 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren gerçek verileri toplamayı başlamayı hedefliyoruz. Diğer taraftan sistemin yedeği, yani felaket kurtarma merkezinin de Konya ilimizde kurulması yönünde projemiz devam ediyor. Bir gecikme olmazsa bunun da 31 Aralık tarihine yetişmesini planlıyoruz.

.....

Bundan sonra ne olacak? 2009 yılı içerisinde yapacağımız ilk şeylerden birisi mali ve idari veri setlerini hazırlamak, kurum bazında hangi verilerin gönderileceği, mali ve idari verilerin ne olacağına yönelik çalışma yapıyoruz. Sağlık veri setleri revize edilecek. Bizim burada uyguladığımız yöntem şu; her sene bunlar revize edilecek ve her sene Haziran ayı içerisinde o yılın revizyonu duyurularak 31 Aralık 2009 tarihinden itibaren artık bunlar geçerli olacaktır denecek, yani sahaya da 6 aylık bir entegre olma zamanı tanınacak.

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine (ADNKS) geçiş gerçekleşecek. Bugünlerde seçim dolayısıyla bu ADNKS diye kısalttığımız, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi konusunda polemikler sürüyor ama sağlık verilerinin doğru yönetilebilmesi için böyle bir sisteme ihtiyacımız var. Hatta keşke mümkün olsa da bu çalışmayı yapan arkadaşlar bunun coğrafi kodlarını da ekleseler. Türkiye'de her kurum bu kodlara ihtiyaç duyuyor. Sağlık Bakanlığı da duyuyor, belediyeler de duyuyor, İçişleri Bakanlığı da duyuyor, Savunma Bakanlığı da duyuyor. Bunları herkes kendi bütçesinden yönetmeye çalışıyor, maliyetlendiriyor. Halbuki bu, adrese dayalı nüfus kayıt sistemi içerisinde olmalı. Yani ben Murat Gürel Çankaya'nın şu koordinatlarında oturuyor şeklinde bir koordinat bilgisi olsa, bunların coğrafi bilgi sistemi entegrasyonu çok daha kolay olacak. Biz de sistemimizi adrese dayalı nüfus kayıt sistemi üzerinde çalışır bir hale getireceğiz.

2009'da Merkezi Hastane Randevu Sistemi diye söylediğim pilot projemiz başlayacak. Bunu aynı zamanda elektronik sevk olarak nitelendiriyoruz biz. Çünkü aile hekimlerimiz de hastanelerden hastaları için randevu alabilecekler. 2009 bu anlamda bizde verilerin toplanacağı bir yıl olduğu için, 2010 yılından itibaren Veri Madenciliği çalışmalarına hız vermeyi planlıyoruz. Merkezi hastane randevu sisteminin tüm Türkiye'ye yaygınlaştırılması 2010 yılında hedefleniyor.

Diğer taraftan, şu anda tarih veremediğimiz Toplum Sağlığı Merkezi Bilgi Sistemi devreye alınacak. Muhtemelen 2010 yılında, ama 2011'e sarkma ihtimali var. Biraz önce Sağlık-Net'in offline bir bildirim sistemi olduğunu söyledim ama bazı temel veri setlerinde online çalışma ihtiyacı hissediliyor. Bir hastanın izlem verisini göndereceğiniz zaman merkezde onun daha önce tespiti yapılmış mı, bunu görmüş olmanız gerekiyor. Yani madde bağımlılığı bildirimini yapmış olmanız gerekiyor ki, izlem bilgisi gönderilebilsin. Bunların kontrolörlüğünün sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için bazı servislerde online sisteme geçmemiz gerekiyor; bunu hedefliyoruz.

Şunu da eklemek istiyorum: En önemli kısımlardan birisi. Biz veri topluyoruz evet ama veriyi paylaşacak mıyız? En önemli sorunlardan birisi bu. Biz şu anda aile hekimleriyle verilerin bir kısmını paylaşacağız ama hastanelerle veriyi paylaşmıyoruz. Paylaşmayı planlamıyoruz. Sebebi de mahremiyet. Biraz sonra Songül (DOĞAN) Hanım mahremiyet konusunu anlatacak. Bir hastaneye gerçekten gitmediğim halde o hastane benim sağlık kayıtlarımı Murat Gürel geldi, bunun sağlık kayıtlarını bana gönderir misin diye bakanlıktan

.....

isteyebilir. O kişi gerçekten oradaymış gibi bir veri gönderdiğim takdirde bunun hukuki sonuçları çok mantıklı görünmüyor. Dolayısıyla benim gerçekten o hastanede olduğumu ispatlayacağım bir şey gerekli.

Bu da akıllı kart sistemidir. Ben o hastaneye gittiğim de kartım okutulduğu zaman, evet bu kişi gerçekten orada olmalı ki, Sağlık Bakanlığı da onun verisini o hastaneye paylaşabilsin.

Aile hekimlerimizde durum biraz daha farklıdır. O kişiden o aile hekimi sorumlu olduğu için izlem bilgileri, aşı bilgileri, temel sevk ettiği muayeneye ilişkin bilgiler aile hekimleriyle paylaşılacak. Bunu niye söylüyorum, önümüzde yine tarihi bilinmez projelerden, akıllı kart, e-reçete ve mobil imza gibi hem Türkiye'nin gerçekleri itibariyle ne zaman netleşeceği belli olmayan, hem de teknolojik altyapısının daha somutlaştırılması gereken projeler var. Bunlar da netleştiği zamanlar daha doğru, daha güzel, daha sağlıklı bir sistem kurmuş olacağız.

Ben teşekkür ediyorum. Programa geç başladığımız için kısaca bir iki soru varsa alayım, yoksa Songül Hanım'a sıramı bırakayım.

SUNUCU- Soru değil, ama birkaç tane soru var. Uygun mu sizce?

MURAT GÜREL- Buyurun.

SALONDAN- öncelikle sunumuzun için teşekkür ediyoruz. Mesela aşı veri seti dediniz. Slaydınızı aslında açabilirsiniz, oradan daha rahat gösterebilirim. Burada bebekler için özel muayenehanelere gidiliyor. Sağlık ocaklarında da Sağlık Bakanlığı'nın ödemesini gerçekleştirdiği aşılar var. Özel muayenehaneleri sistemin içerisine kaydettirme gibi bir girişiminiz olacak mıdır gelecekte?

MURAT GÜREL- Gelecekte mutlaka olacak, bunun planlarını yapıyoruz. Buradaki temel yaklaşım ne olacak onu söyleyeyim: Az önce söylemiştim ya, bizim Sağlık Kodlama Referans Sunucumuz var ve orada herkes kayıtlı. Burada kurum olarak bütün kurumlarımız var, ama muayenehanelerin bir kaydı yok. Onlara bir ruhsatlandırma aşamasında verilmiş ayrı bir numaramız yok. Muayenehanelerden de veri gelmesine ilişkin doğru düzgün bir düzenleme yok. Bu altyapı hazırlandığı zaman, yani ilk önce pazarın büyük kısmını hallettikten sonra, hastaneleri ve aile hekimlerini hallettikten sonra aşama aşama bu kısımlara da ilerlemeyi düşünüyoruz.

SALONDAN- Entegre olmayan laboratuvar da demiştiniz, hani belki elden götürür demiştiniz. Onlar için de aynı şey geçerli o zaman.

.....

MURAT GÜREL- Evet. Aslında laboratuvarlar için şöyle bir açılım var: Laboratuvarlarımız sistemde kayıtlı. Benim söylemek istediğim şey şuydu: Laboratuvarlarımızın kendi veritabanları olmayabileceği için, web üzerinden bağlanıp hastanın tetkik bilgilerini oraya girip gönderebilirler.

SALONDAN- Sağlık-Net şuanda offline çalışıyor dediniz. Aile hekimlerince sisteme girişi yapılmış olan hasta kaydı bakanlığa gelerek bu bilgi, MERNİS'ten sorgulama yapılıyor dediniz. Offline ise eğer bunu nasıl yapıyor?

MURAT GÜREL- Dün gelmiş olabilir bana. Onun verisini gönderiyor, ben onun mesajına dönüyorum. Onun mesajında eğer MERNİS'ten onay alınmamışsa senin bu gönderdiğin, bana 30 tane mesaj gönderdin dün, ama 23 üncü gönderdiğin mesajdaki kişinin kimlik bilgileri MERNİS'ten doğrulanmadı diyor. O şu demek: Aile hekimi o kişinin MERNİS bilgilerini düzelterek, ondan sonra gönderecek bana. O kişiye ulaşacak ya da başka bir şekilde çözecek.

Dr. SONGÜL DOĞAN- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi içerisinde aile hekimi hastasının kaydını yaparken MERNİS'ten online sorgulamasını yapabiliyor. Kaydını yaptıktan sonra, yine bizim merkeze gönderdikten sonra aslında bizim merkezde ikinci bir kontrol yapılıyor; ama bazı aile hekimlerinde MERNİS'ten sorgulamayı yapmadan direkt kayıt yaptığı için onlar yine de merkeze geldiği zaman kaçmıyor. Biz tekrar bunların kontrolünü yapabiliyoruz. İki tarafta sistem işliyor.

MURAT GÜREL- Aslında bu tür şeyler bizim iş kuralları dokümanlarımızda yayınladığımız şeyler. Sahaya diyoruz ki, bana ilk veriyi gönderirken MERNİS'ten doğrulamasını yap ondan sonra gönder. Benim "master patient index" dediğim listeye kaydettiğim hastanın tekrar MERNİS'te sorgusunu yapmıyorum ben. İlk kaydı yapılırken sorguluyorum, daha sonra değiştiği zaman gidip MERNİS'ten doğruluyorum. Dolayısıyla bu durum sadece ilk kayıtlarda geçerli zaten.

Prof. Dr. LEVENT ÜSTÜNES- Çok güzel bir sunumdu benim için, çok teşekkür ediyorum. Sağlanan aşamalar da hayata inşallah umduğumuz gibi geçer. Başarıyla Türkiye olarak dünyaya bunu bir örnek olarak sunarız. Yalnız burada bir eleştirim olacak. Dün yine sizden bir arkadaş güzel bir sunum yaptılar burada. O sunumda bazı eleştirilerim olmuştu, onları tekrarlamak durumundayım burada size de. Şimdi aile hekimliği sizin de sunumunuzda belirttiğiniz gibi, sizin için de bir pilot proje olmuş. Orada verileri elde etmişsiniz, esasa yönelik uygulamaları orada yapıyorsunuz. Şimdi bakın, benim görebildiğim kadarıyla Avustralya ve İngiltere'yi takip ediyorsunuz siz ağırlıklı olarak. Bu aile hekimliği de sanıyorum oradan örnek alındı veya esinlenildi. Uygulama olarak söylüyorum, elektronik anlamda veritabanı vesaire olarak değil. Şimdi dünyanın neresine bakarsanız bakın, aile hekimliği eczacısız ve ilaçsız olmaz. Burada en büyük kopukluk herhalde bu online çalışma zorluklarından da olacak. Eczaneleri ve eczacıları bu işin içerisine dahil etmiyorsunuz ve

bu sizin birkaç sene sonra gelebilecek projeleriniz arasında düşünülüyor. Halbuki, sağlık sistemi içerisinde en büyük yarar gerek devlete, gerek vatandaşa bu bağlantının kurulmasıyla olabilir. Eczacılığı ve eczacıları sağlık sisteminin dışında düşünülüyor gibi bir izlenim doğuyor burada. Bunun hızla bence düzeltilmesi lazım, projenin bu yönüne ağırlık verilmesi lazım. Eczaneleri sağlık sistemi içerisine entegre etmezseniz, ne kadar başarılı olursanız olun her gecikme bu projede bir yama, bir eksiklik olarak görülecektir. Unutmayın ki, bu sempozyum Türk Eczacılar Birliği'nin Avrupa Birliği'yle gerçekleştirdiği bir çalışma olarak karşımıza çıkıyor. Eczacılar geçmişten süzülerek gelen deneyimleriyle bilgisayar konusunda en deneyimli sağlık meslek grubu bugün Türkiye'de. Hekimlerden kat be kat, fersah fersah bilgisayar konusunda, konuları itibariyle çok daha deneyimliler ve sahadan bilgi toplanması konusunda da en az aile hekimleri kadar o veri setleri içerisinde eğer uygun, sözlük içerisinde uygun tanımlamaları yaparsak, çok değerli bilgileri sunabilirler yöneticilere, karar vericilere. Buna bir kez daha dikkati çekmek istiyorum. Teşekkür ediyorum tekrar.

MURAT GÜREL- Ben de teşekkür ediyorum. Haklısınız, yani en azından şu yönüyle söyleyeyim: Bir kere işin maddi olarak takibinin yapılabilmesi açısından, ilaç israfının önlenmesi ve ilacın kontrollü bir şekilde, sağlıklı bir şekilde verilebilmesi açısından bu kesin şart. Şunu da gözden kaçırmamak lazım: Her halükarda Sağlık Bakanlığı ilk başta hastaneleri ve aile hekimlerini kontrol altına almak istiyor. Oradaki veriyi sağlamaştırması lazım ki, ondan sonra bunun ikincil halkasında, ikincil halka belki yanlış olur, ama süreç olarak bir sonraki adımında ilaç alımı gerçekleşiyor. Burada yine bizi mevcut teknolojiler akıllı karta ve e-reçeteye doğru yönlendiriyor ve bunun altyapısı her halükarda bunun bir üst basamağını oluşturuyor. Bu temeli korumak gerekiyor ki, onun üzerine gidelim. Ama bunun çok önemli olduğu ve bunun kesinlikle vizyon anlamında ve stratejik olarak planlanması gerektiği ve o yönde adımlar atılması gerektiği bir gerçek. Başka soru yok galiba. Teşekkür ediyorum.

SUNUCU- Bizlerde sempozyumumuza yapmış olduğu katkıdan ötürü sayın Murat Gürel'e çok teşekkür ediyoruz. Şimdi "Elektronik Hasta Kayıtlarında Hasta Mahremiyeti" konusunda bilgi almak üzere Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığı'ndan Dr. Songül Doğan'ı kürsüye davet ediyorum.

Dr. SONGÜL DOĞAN

Ben de hepinizi şahsım ve kurumum adına saygıyla selamlıyorum. Sunumuma başlamadan önce, gerçekten öncelikle Türk Eczacılar Birliği'ne çok teşekkür etmek istiyoruz. Sizler tabii ki, sağlık sektörünün en önemli paydaşlarıdır. Böyle bir açılımda bulunduğunuz, bizleri de bu yaptığınız toplantıda, yaptığımız çalışmaları sunmamız için davet ettiğiniz için ayrıca tekrar teşekkür ediyorum.

.....

Murat Bey'in de bahsettiği gibi, bizim bir Ulusal Sağlık Veri Sözlüğümüz var ki, bu veri sözlüğü yaptığımız çalışmaların hepsinin temel standardı. Bu sözlükte ilaç setinden tutun reçete seti ya da yapılan tetkikler, muayene setleri hepsi mevcut. Bu elemanların hepsi tanımlanırken biz aslında birçok çalıştay gerçekleştirdik, fakat bundan sonraki yapacağımız çalıştaylarda kesinlikle sizleri de aramızda görmek istiyorum. Özellikle Ulusal Sağlık Veri Sözlüğüyle ilgili bir komite çalışmamız var. Bu komitemiz daha önce vardı aslına ama bu komiteyi güncelleme ve genişletme düşüncesindeyiz. Bu komiteye de sizleri davet etmek istiyoruz.

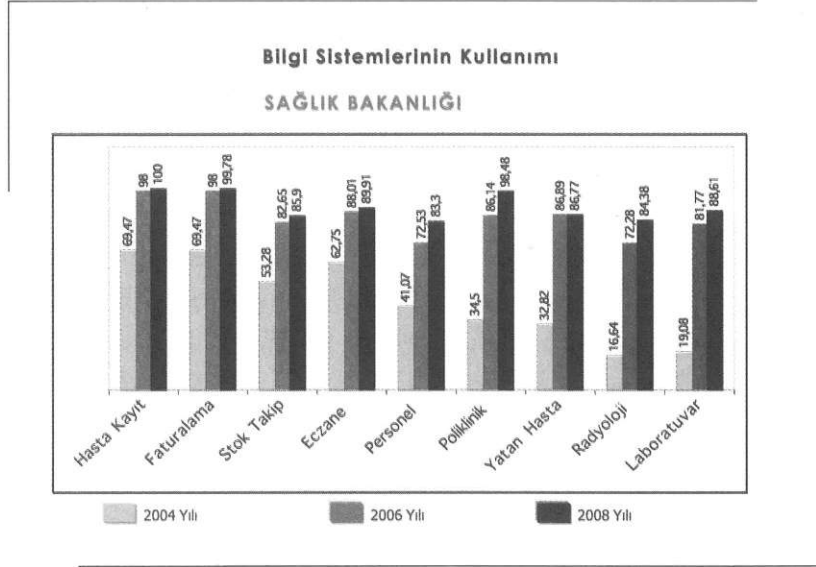
Aslında iki gündür sizlerin de gördüğü üzere, e-egitim gibi birçok e-uygulama yanında, e-sağlık uygulamalarının da arttığını görüyoruz. Özellikle internetin kullanımıyla, teknolojinin gelişmesiyle artık veriler çok kolay bir şekilde toplanmaya başlandı ve oradan alarak bunları diğer tarafa çok rahat gönderebiliyorsunuz. Biz de özellikle Sağlık-Net çalışmalarıyla birlikte karşımıza çıkacak olan veri yığını yada bilgi yığınına gördüğümüz için öncelikle bu kanuni çalışmaların yapılması gerektiğini düşündük ve bu anlamda Sağlık-Nete paralel olarak da sağlık verilerinin korunması için, güvenliği ve mahremiyetinin korunması için neler yapabiliriz diye çalışmalarımıza başladık.

Ben bugün sizlere, bilgi sistemlerinin kullanımı konusunda ne durumdayız, hangi güvenlik tehditleri önümüze çıkıyor ve ne gibi güvenlik tedbirleri alabiliriz, Bakanlık olarak bu konuda geliştirdiğimiz politikalar neler ve mevzuat çalışmalarında da neler öngörülüyor kısaca bunlardan bahsetmek istiyorum. Aile hekimliği uygulaması 2005 Eylül'ünden itibaren Düzce'de başladı ve şu anda da 30'a yakın ilimizde aile hekimliği uygulamasına geçildi. Yıl sonuna kadar, şu iki hafta içerisinde de, üç ilimizin geçmesi planlanıyor. Gördüğünüz gibi aslında hızlı bir süreç içerisinde Türkiye genelinde aile hekimi uygulaması veriliyor ve şu andaki mevcut sistemde 17 milyon vatandaşımız aile hekimliği uygulamasına kayıtlı. Bu demek ki, 17 milyona yakın vatandaşımızın da sağlık kayıtları oluşmaya başladı. Bu gerçekten büyük bir rakam.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarımızdan da, Murat beyin de bahsettiği gibi, 1.1.2009'dan itibaren verileri, oradaki sağlık kayıtlarını almaya başlayacağız. Aslında istatistiki verilere bakacak olursak, 2006 senesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlardaki poliklinik sayısı 96 milyon, 2007'de ise 210 milyon olduğunu görüyoruz. Bu artış göstermektedir ki, önümüze inanılmaz bir veri çıkacak, yani 210 milyon vatandaşın verisini biz almaya başlayacağız.

Tabii ki, bu veri çokluğundan dolayı da karşımıza gizliliği, güvenliği, mahremiyetiyle ilgili inanılmaz önemli sorunlar çıkacak. Hastanelerimize şöyle bir baktığımızda ise 2004, 2006 ve 2008 yıllarında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uyguladığımız bir anketimiz var, yani hastanelerimize elektronik ortamda bir anket hazırlıyoruz, gönderiyoruz. Mevcut bilgi sistemleri nelerdir, hangi modüller mevcuttur gibi çok detaylı hastane bilgi sisteminin altyapısını ölçeceğimiz soruları içeren bir anket. Bu anket sonuçlarına baktığımız zaman,

2006 senesinde özellikle modüler bazda düşük olan oranlarımızın - ben burada verileri aldım ki, eczane modülünü de göstermek istedim - 2008 yılında çok arttığını görüyoruz. Şu anda Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerimizin yüzde 100'ünde bir bilgi sistemi mevcut. Artık bu bilgi sistemlerini yada e-sağlık uygulamalarını çok rahat yapabileceğimiz bir yapıya geldik.



“Güvenlik tehditleri neler?” diye genel olarak bakarsak, bu da bir araştırma grubu tarafından yapılmış olan anket. Ankette; “web uygulamaların sıkça kullanılmaya başlanmasıyla beraber aşağıdaki tehlikelerden hangisi sizi daha çok kaygılandırıyor?” diye bir soru sorulmuş. Gördüğümüz gibi aslında buradaki sonuç çok çarpıcı, yani yüzde 79 virüsler, ama yine yüzde 79'u da bilgi sızmaları. Teknolojinin geliştirmiş olduğu güvenlik tehditlerinin yanında bir de artık içimizden kaynaklanan güvenlik tehditleri ortaya çıktı. Yapılan bu çalışmada şu da görülmüş; çalışanlarının beşte birinde bu güvenlik sızdırmalarının içeriden yapıldığı yani çalışan her beş kişiden birinin mutlaka bu sızdırma içerisinde yer aldığı görülmüş ve yapılan bu bilgi sızdırmalarının da aynı zamanda yüzde 90'ın kasıtsız olarak yapıldığı tespit edilmiş. Bu da bize gösteriyor ki, siz her ne kadar teknik anlamda güvenlik tedbirlerini sağlamış olsanız da içeride ve dışarıda da bu bilgi sızlamalarıyla ilgili tedbirlerinizi almanız gerekiyor.

Güvenlik kuralı olarak aslında geçerli olan üç temel yapı var. Bunlardan biri, yönetim olarak önleminizi alacaksınız. Nedir bunlar? Mevcut kanunlarınız, uygulamalarınız, prosedürleriniz. Fiziksel olarak önlemlerinizi alacaksınız. Nedir? Giriş çıkışı, teknik olarak gerekli olan güvenlik tedbirlerini sağlayacaksınız. Yani korunan veriye fiziksel olarak erişimi kontrol etmek için gerekli fiziksel tedbirlerden söz ediyoruz. Teknik önlemlerinizi alacaksınız ki, aslında uluslararası düzeyde geçerli olan birçok güvenlik tedbirleri var bu anlamda.

.....

Bunlar sağlık bilgilerinin gerekli kurumlara aktarımı sırasında oluşabilecek veri sızmasına karşı alınması gereken önlemler. Bizim de şu anda Sağlık Bakanlığı'nda uluslararası tüm kurallar uygulanmaktadır. Bu da, bize gösteriyor ki, aslında kanunlar, kullanıcı sözleşmeleri, prosedürler bunların hepsi aynı çatı altında sizin güvenlik politikalarınızı oluşturacak olan yapılar. Buna çok fazla değinmek istemiyorum, teknik anlamda gerçekten almanız gereken birçok basamak var ve bunları da çok rahatlıkla artık alabilirsiniz.

Fakat, en önemlisi, sunumda da bahsettiğimiz gibi, şu anda bizim verileri kurumlarla paylaşabilmemiz için yapılması gereken, alınması gereken faktörler var. Bunlardan bilinen kişinin bildiğı şey dediğimiz şey tek faktörlü kimlik doğrulama sistemleri ki, bu kişiye ait kullanıcı adı ya da şifredir; en basiti budur. İkincisi ise, iki faktörlü kullanıcı doğrulama sistemleri dediğimiz ki, bunlar da akıllı kartlar. Diğeri ise, gerçekten o kişi olduğunu, yani o kişi hastaneye gittiğı zaman bu kişi Songül Doğan olduğunu kanıtlayan elektronik imza gibi, parmak izi gibi, yüz tanıma gibi dediğimiz biyometrik yöntemlerdir.

İyi bir güvenlik politikası nasıl olmalıdır? Uygulanabilir olmalıdır. Siz bir politika geliştiriyorsunuz, ama kurumunuzda bunu uygulayabilecek bir yapınız yoksa, bunun hiçbir önemi yoktur. Anlaşılabilir olmalıdır, çünkü tüm çalışanlarınıza hitap etmelidir. Sadece bilgi sistemiyle uğraşan insanları değil, diğeri tarafta muayeneyle uğraşan, eczanede uğraşan sağlık personelinize de hitap etmelidir. Konular doğru ve açık bir şekilde tanımlanmalıdır ve politikanın nasıl uygulanacağına dair koşullarınız yer almalıdır. Biz bu amaçla Sağlık Bakanlığı olarak, ilk başta 7 Ekim 2005'te bilgi güvenliğı politikalarımızı oluşturduk ve tüm sağlık kurumlarımıza bunu gönderdik. Kurumlarımızda bu politikaların nasıl uygulanacağını, bu konularda hangi tedbirlerin alınması gerektiğı çok açık bir şekilde anlattık. İkincisi ise, gelişen teknolojiler ve yapılan projeler kapsamında 17 Eylül 2007'de tekrar bu güncellendi ve tüm sağlık kurumlarımıza gönderildi. Bu politikalar içerisinde hem çalışanlarımıza yönelik hem de yöneticilere yönelik politikalar ayrı ayrı ele alındı. Çalışanlara yönelik oluşturulan politikalar e-posta, şifre, anti-virüs, ağı yönetimi, İnternet kullanımı ve genel kullanım gibi 6 ana başlık altında toplandı. Yöneticilere yönelik Bilgi Güvenliğı Politikasına baktığımızda başlık sayısının arttığını görüyoruz, çünkü gerçekten kurumların güvenliğı sağlama anlamında en büyük sorumluluk yöneticilere düşüyor. şu anda konumuz olan da yöneticilere yönelik bilgi güvenliğı politikalarından biri olan kişisel sağlık kayıtlarının güvenliğı politikası nasıl olmalıdır. Bunu biz aslında önceden tanımladık, özellikle burada vurguladık. Hepimizin de bildiğı gibi sağlık kayıtları hastaya aittir. Öncelikle hastanıdır bu kayıtlar ve o kuruma aittir. Çalışanlar kendisine kayıtlı hastanın sağlık kayıtlarına erişebilmelidir, yani o kişinin hastalığının tedavisi sürecinde yer alan ve özellikle bizim, biliyorsunuz kanunlarda geçen sır saklama yükümlülüğü olan sağlık personeli bu kayıtlara ulaşabilir. Kurumda kimin hangi yetkilerle verilere ulaşacağı çok iyi tanımlanmalıdır. Rol bazlı dediğimiz, yani kimlerin hangi bölümlere ulaşabileceğini ve hangi zamanda, ne zaman ulaşıldığına dair de verilerinin tutulduğu kayıtların yapılması gerekiyor ve hastanın rızası olmadan yakınları dışında, üçüncü şahıslara, kurumlara bu veriler iletilemez. En önemlisi, kritik bilgi erişim hakkı olan çalışanlar ve firmalarla gizlilik anlaşması imzalanmalıdır.

.....

Yine hepimiz biliyoruz ki, sağlık kurumlarımızda özellikle hastane bilgi sistemlerinde destek veren birçok firma mevcut ve firma elemanları da bu programlar içerisinde çalışmaktalar. Öncelikle bu firmalarla bir gizlilik anlaşması yapılmasını söylüyoruz.

Mevcut durumda da aile hekimi sadece kendisine bağlı hastaların verisine ulaşabiliyor ve herhangi bir hastaneden sağlık alışanı, Sağlık-Netteki elektronik sağlık kaydı verisine ulaşamaz ve ulaşamayacak da. Daha sonra söyleyeceğim  faktör, kimlik doğrulama sistemleri yaygınlaşana kadar bu yapının oluşacağını düşünüyorum. Özellikle bakanlık merkezinde de çalışan herhangi bir kişi elektronik sağlık kaydı verilerine ulaşamayacak. İki veya üç faktörlü kimlik doğrulama araçları kullanıldığı takdirde ki, bu verileri yine dediğimiz gibi rolü gereği eğer ulaşması gerekiyorsa bunlara yetki verilecek.

Ülkemizde de uluslararası alanda da bu konuda birçok kanun, yönetmelik çıkarılmış, fakat uluslararası çıkartılan birçok mevzuat çalışmasında, birçok uygulamada hep şu söyleniyor: lkeler kendi ihtiyaçlarına göre bunları düzenlemeli, bunlara uygun kanunlar ve yönetmelikleri çıkarmalıdır. şu anda bizim için en geçerli olan hepimizin bildiği gibi Türk Ceza Kanunu. TCK' da verinin kişinin kendi rızası dışında yayınlandığı ya da ifşa edildiği takdirde gerekli cezalar öngörülmüştür. Fakat hiçbir yerde sağlık verisiyle ilgili spesifik bir alan tanımlanmış - yani sağlık verisi nedir, nasıl toplanır, nasıl kaydedilir, nasıl işlenir, nasıl paylaşılır - bunlarla ilgili tanımlanmış, hepsini kapsayacak bir mevzuat çalışması yok.

Bu nedenle, biz Ankara Barosu'nun düzenlemiş olduğu bir kurultayda özellikle bu konuyu tartışmaya atıktık. Hepimizin de aslında gördüğü gibi bu çalışma içerisine bilişimciler, hukukçular ve sağlıkçılar birlikte yer almalı. Ben belki sağlık anlamında kısmı tamamlayacağım, bilişimciler kendi teknik açılarından konuyu tamamlayacak. Hukukçular ise mevzuat yönündeki kısmı tamamlayacak. O yüzden bu üç paydaşın mutlaka bu konuda birlikte çalışması gerektiğini düşündük ve özellikle Ankara Barosu'yla ilk çalışmalarımıza başladık. Daha sonra iki tane önemli alıştay gerçekleştirdik. Bu alıştaydan birisini Mart 2008'de, diğerini Ağustos 2008'de yaptık ki, bu çalıştaya ilgili tarafların hepsini toplamaya çalıştık. İlgili kurumların hepsinin özellikle hasta hakları derneklerinden, uzmanlık derneklerinden, niversitenin tıp ve hukuk bölümlerinden, Türk Tabipleri Birliği'nden ki, ben bir kez daha onlara da teşekkür etmek istiyorum, gerçekten çok büyük katkıları oldu bu çalıştaylarda. Çok geniş anlamda, enine boyuna konular tartışıldı. Bir sağlık kurumunda, kimler bu veriyi görebilmeli, bu veri diğer kurumlara nasıl gönderilmeli. Bu kurumlar hangi verileri paylaşabilir. Bu başlıkların hepsi tartışıldı ve alıştay sonuç raporu düzenlendi.

Hepimizin bildiği gibi TBMM'nde son zamanlarda zaten hep tartışma konusu olan Kişisel Verilerin Korunması Kanun Tasarısı var. Aslında bizlerin, yani diğer kurumların sağlıkta olsun, diğer kurumlarda olsun bu verilerin güvenliliği ve mahremiyetiyle ilgili yapılması gereken mevzuat çalışmalarında temel almamız gereken yer bu kanun tasarısı. Bu kanun

tasarısı yine biliyoruz ki, 2004 yılından beri bir takım süreçlerden geçti, ama nihayet şu anda Adalet Komisyonu'nda tartışmaya geldi, görüşmelere başlandı. Bu kanun tasarısını incelediğimizde, sağlık verileriyle ilgili sadece 7'nci maddenin olduğunu ve bu maddede de sağlık verilerinin yine çok genel olarak tanımlandığını görüyoruz. O amaçla bu çalıştaylarda şu kararlara varıldı; en azından bu tasarıya sağlık verileriyle ilgili, sağlık verilerinin güvenliliği ve mahremiyetiyle ilgili korunması gereken alanların belirlenmesi ve bunun iletilmesi kararına varıldı. Verilerin tanımlanması, kaydedilmesi, taşınması, erişilmesiyle ilgili de sadece sağlık verilerinin güvenlik ve mahremiyetine has bir yönetmeliğin hazırlanması gerektiği kararı alındı. Bu anlamda da biz çalışmalarımıza başladık.

En son yine, bu kanun tasarısına girmesi gereken maddeler hukuk müşavirliğimizle birlikte belirlendi ve bunlar ilgili yerlere iletildi. Bu maddeler kanunlaşırsa bizim bundan sonraki mevzuat anlamında yapacağımız çalışmalarımızı büyük ölçüde rahatlatacak. Yönetmelik çalışmalarımız da başladı. Bu yönetmelik çalışmalarımız da tamamlandıktan sonra, tabii ki şu anda biz sadece Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlara bilgi güvenliği politikaları uygulatabiliyoruz ama bu yönetmelik sayesinde artık bu tüm sağlık kurumlarını kapsayacak.

Ben çok teşekkür ediyorum. Çok teşekkür ediyorum. Varsa sorularınız cevaplamaya çalışayım, ama dediğim gibi bundan sonraki süreçte, Sağlık-Net dediğimiz zaman, güvenlik ve mahremiyet de onun en önemli bileşeni ve diğer çalışmalarda da biz sizlerle birlikte çalışmak istiyoruz. Çok teşekkür ederim.

SALONDAN- Öncelikle sunum için çok teşekkür ederim, hakikaten güzel bir sunumdu. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı'nda çok ciddi çalışmalar yapıldı. Bir sürü yeni sistem tasarlandı, kuruldu ve bazı hastanelerde bu sistemler halihazırda kullanılır durumda. Mahremiyet önemli bir konu tabii dediğiniz gibi ve bu sağlık verilerinin asıl sahipleri hastalar. Hastane boyutuna geçerse, bu hastalar hakkındaki sağlık bilgileri sisteme nasıl aktarıldı, nasıl kullanıldı? Sağlık Bakanlığı olarak siz hastanenin uygulaması gereken güvenlik politikalarını onlara sunuyorsunuz, ama acaba hastaneler kendi içlerinde bunu düzgün bir şekilde işletiyorlar mı yada sağlık bilgisini doktor değil de acaba başka birisi mi sisteme giriyor yada bu bilgiler nasıl paylaşılmaktadır? Bu tarz süreçlerin kontrolünü sağlayan iç yada dış mekanizması kurulması öngörülüyor mu? Bunu merak ediyorum.

Dr. SONGÜL DOĞAN- Çok teşekkür ederim. Çok haklısınız. Biraz önce bahsetmiş olduğum gibi, biz sistemle ilişki kuruyoruz ya da merkezden bir takım tanımlamaları yaparak, taşraya gönderiyoruz. Aslında zamanı gelmiş olan, 2009 yılı hastanelerimize yönelik stratejik planlarımız içinde de yer alan bir çalışmamız da, sadece hastanelerimizde değil tüm sağlık kurumlarımızda bu bilgi güvenliği politikaları ve yapacağımız yönetmelik çalışmalarısıyla ilgili birkaç çalıştay gerçekleştirmek olacak. Zaten tüm hastanelerdeki ilgili kişileri, bu konudaki sorumluları belirledik. Özellikle Sağlık-Net konusunda sorumlular belirlendi ve bu kişiler kurum içerisinde diğer çalışmalarını da koordine edecekler. Bu kişilerle çalıştay yapacağız ve çalıştayda en azından bu sorumluları bilgilendireceğiz.

.....

Sağlık Bakanlığımıza bağlı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde Hasta Hakları Şubesi mevcut, bu anlamda onlarla da çok yakın çalışıyoruz, çünkü gerçekten hastayla ilgili ilk orada bir takım kurallar konuluyor. Onlarla birlikte bir denetim mekanizması olarak neler yapabiliriz diye ortak çalışmalar yürütüyoruz. Biliyorsunuz, hasta hakları bir yönetmelik olarak yer alıyor şu anda ve onların da bir kanun çalışması var gündemde. Bunun içerisine neler koyulabileceği konusunda görüşmelerimizi sürdürüyoruz ama şu anda size sunabileceğim net bir sonuç yok. Fakat 2009 yılı içerisinde biz en azından mevzuatla ilgili kısmı halledeceğiz, ama teknik anlamda herhalde Murat Beyin birkaç eklemesi olacak, onu alalım.

MURAT GÜREL- Bilgi işlem dışından bir bilgi, ama bu konuda şunu söyleyebilirim. Bakanlıkta İzleme Değerlendirme Birimi var. İzleme Değerlendirme Biriminde her ile ait saha koordinatörleri mevcut ve bu saha koordinatörleri merkezle sahanın uygulamaları arasında bir koordinasyon ve yönetim işlevi görüyorlar. Bu birim yönetiminde JSI' la toplantılar yapıldı, eğitimler alındı ve kalite merkezi, kalite ve sağlık eksenli denetçiler yetiştirildi. 150 denetçiye bu anlamda teknik ve temel eğitimler verildi. Şu anda o arkadaşların ellerinde bir hastaneye gittikleri zaman teknik olarak hangi noktaları kontrol etmeleri gerektiğini gösteren kılavuzlar mevcut. Bakanlık idari olarak da, yönetsel olarak da bu adımları atıyor. Bu yapının kontrol edilecek kısımları var, ama bunun mevzuat çalışmalarının tamamlanması ve e-sağlık kanununun çıkarılmasıyla beraber bu durumun resminin netleşmesi gerekiyor. Resmi netleştikten sonra biz izleme değerlendirme biriminin, bu 150 kişilik denetçi kadrosuna sizin denetleme kriterlerinin içerisine bir başlık olarak bu bilişim başlığını da ekleyeceğiz ve bunun standardize bir şekilde belirli periyotlarda her sağlık kurumunun değerlendirilmesinde kullanılması gerekiyor diyeceğiz. Bu yapıyı sağlamayı hedefliyoruz.

Dr. SONGÜL DOĞAN- Başka soru var mı?

SALONDAN- Sunumunuz için teşekkür ediyorum. Bilgi izlenmesinin yanında hastanın izlenmesinin belki önümüzdeki iki yıl içerisinde başlayacağını söylüyorsunuz. Levent Hocamızın (Prof. Dr. Levent ÜSTÜNES) bahsettiği, ilacın izlenmesi, ilaçla hastanın beraber izlenmesi. Diğer sağlık personelinin izlenmesi de bu sistemde yer alacak. Dolayısıyla her türlü isteyerek yada istenmeyerek yapılan yanlış uygulama da bu şekilde istenirse takip edilebilecek. Bu anlamda yapılan yasal önlemler yada yasal durumlar nelerdir, gelişmeler nelerdir? Çünkü mahremiyet derken, sadece hasta mahremiyetinin değil; doktorun, sağlık personelinin mahremiyetinin de bir sorunsal olacağını düşünüyorum. Hatta belki arkadaşım o anlamda da düşünmemi sağladı. Bilgiyi girecek kişinin kim olacağı da bu anlamda önemli. Bir açıdan bize umut veriyor, bazı istenmeyen durumların önlenmesi açısından; ama tahmin ediyorum sağlıkçıların bir kısmını endişeye de sürükleyebilir bu sistem. Görüşlerinizi almak isterim, özellikle yanlış uygulama (malpractice) konusunda. Teşekkürler.

.....

Dr. SONGÜL DOĞAN- Çok haklısınız. Aslında şu anda 17 milyon vatandaşa sağlık kaydı oluşturuyoruz, ama biz bunu şimdi kimseyle paylaşmıyoruz ve yasal düzenlemeler yapılmadan da paylaşmayı düşünmüyoruz. Bu yasal düzenlemenin, tabii ki vatandaşın yanında yani hasta yanında mutlaka sağlık personelini de kapsaması lazım. Zaten biz öncelikle sağlık kurumunu güvenceye almak istiyoruz, çünkü siz bu veriyi üreten, gönderen kişiyi bir güvene alacaksınız ki, ondan size sağlıklı veri gelmeye başlasın. Yönetmelik çalışmasından çok yüzeysel bahsettim, ama bu veriyi kimin işlemesi lazım, sağlık çalışanları içinde veri kimler arasında paylaşılmalı gibi birçok alanı biz aslında tanımladık. Mesela uzmanlık derneklerinin o kadar ilginç fikirleri var ki... Örneğin psikiyatri uzmanlık derneğindeki bir arkadaşımız psikiyatri ile ilgili tanıyı sadece kendi uzmanlarının görmesi gerektiğini savunuyor. Diğer bir doktor, dahiliyecisi, çocukçu görmemeli diyor ya da şu da savunuluyor tabii ki; psikiyatri tarafından verilmiş bir ilaç dahiliyenin vereceği bir ilaçla etkileşebiliyor. O zaman diyoruz, bunu paylaşabileceğimiz en azından özellikli durumlarda paylaşılacak alanların artık belirlenmesi gerekir. Tamamen paylaşmama gibi bir durum da olmuyor. Dediğim gibi, her alanda detaylı bir şekilde çalışarak bunu tanımlamanız gerekiyor. Çocuk doktoru başka bir şekilde söylüyor, kadın doğum uzmanı başka bir şekilde söylüyor, ama bunun bir şekilde hem sağlığının yararına, hem de hastanın yararına ortak noktaya getirmek zorundayız. Biz mevzuat çalışmalarında bunu yapmaya çalışıyoruz. En azından bir anlaşmazlığa düştüğümüz zaman her iki tarafı da üzmemeyecek şekilde genel tanımlamaları yapmaya çalışıyoruz. Şu anda Türk Ceza Kanunu direkt bu sürece genel olarak hükmediyor. Orada şöyle olmuş, böyle olmuş, şu eksikmiş, bu eksikmiş, bundan dolayı ortaya çıkmış şekilde özel tanımlamalar yok. Özellikle kişi haklarının korunması konusunda.

Biz e-sağlık kanunuyla birlikte, özellikle bilgi teknolojilerinin nasıl kullanılacağı, nasıl paylaşılacağı, verinin nasıl işleneceği gibi konuların hepsini tek tek tanımlayacağız. Bu kadar yavaş hareket etmemizin nedeni de bu zaten. Yavaş hareket etmek dediğim, tüm tarafların görüşünü almak zorundasınız. Bir bilgi sisteminde ihtiyaç belirlenir, analizini yaparsınız, hemen kodlarını yazarsınız, sunabilirsiniz, ama bu öyle değil. Burada mevzuat çalışması da olduğu için ilgili tarafların hepsini bir araya getirmek zorundasınız. Malpraktis (Yanlış Uygulama) konusunda da çok detaylı bilgim yok, ama hukuk müşavirliğimiz en azından bizim e-sağlık kanunuyla ilişkilendirerek bir çalışma yapıyor. O tarafı da en azından üzmemeyecek, herhangi bir yasal sıkıntı oluşturmayacak şekilde çalışma devam ediyor.

SALONDAN- Teşekkürler. Eczacı olduğum için ilaçla ilgili, istenmeden malpraktisle ilgili belki bir şey önerebiliriz. Buradaki bütün eczacı arkadaşlarımız biliyorlardır. Levent Üstünes hocamızın yıllar önce hızlandırdığı, umut ediyorum sizler de biliyorsunuz, Rx Media Pharma diye bir programımız var. Bu programda her türlü etkileşim görülmekte, hastaya ve doktora uyarı verebilmektedir. Belki sizin kuracağınız, izlemek için yapıyorsunuz, online yapmıyorsunuz; ama kuracağınız programlarda bunu da içine ekleyebilirsiniz. Böylelikle sorunları gitgide azaltabiliriz. Çünkü biz eczanelerimizde o programsız hiçbir şey yapamıyoruz.

.....

Dr. SONGÜL DOĞAN- Çok haklısınız, bu çok önemli. Aile hekiminden örnek vererek gitmek istiyorum. Bir ilaç planlaması yapıyorum, en azından bizim mevcut olan bilgi sistemleri içerisinde bu uyarıları yada bu açıklamaları koyabileceğiniz yapıları oluşturmamız gerekiyor. Bu hem hekimin uyarılması, hem eğitilmesi anlamında da gerekli olan alanlar. Mesela, şimdi meslek hastalıklarıyla ilgili bir çalışma yapıyoruz. Buna meslek hastalığı diyebilmesi için şu kriterleri sağlaması gerekir. Bunları bilgi sistemleri içerisine entegre etmek çok kolay. Bunlar elinizde mevcut olduğu zaman, oradan seçtiği an karşısına bir uyarı çıkar. Uyarıya bakar, evet bu tamam, gereklidir der, kendisi yine seçebilir. Seçmemesine engel bir durum değil. Bazılarında da gerçekten seçmesine engel durumlar da var. Onu da yapabilirsiniz. Bunların hepsi mevcut, yapılabilir. O anlamda kesinlikle ben çalışmak isterim.

SALONDAN- Benim sorum daha çok öğleden sonra konuşulacak bir konu, ama ben veri güvenliği derken ilaç takip sistemi konusunu da hatırlatmak isterim. Biliyorsunuz 2010 yılından itibaren üretilen ilaçların ve ithal edilen ilaçların veritabanına iletilmesi söz konusu olacak. Hatta 2009 yılından itibaren bunlara başlanılacağı söyleniyor. Yönetmelik de bu şekilde geçiyor zaten. Bu iletilen verilerin güvenliği konusunda da mevzuat çalışması var mı? Bu da göz önünde bulunduruluyor mu? Onu öğrenmek istiyorum.

Dr. SONGÜL DOĞAN- Tabii ki, bahsettiğimiz gibi, aslında sağlık bilgi sistemleriyle ilgili tüm uygulamaları kapsayacak olan bir mevzuat çalışması olacak. Mesela mevzuat çalışmalarını da şu proje yada bu proje diye isim geçmez. İlaç takip sistemidir yada Sağlık-Nettir şeklinde değil; ama en azından bu güvenliği sağlayabilecek yapıların nasıl olması gerektiği veya bu veriler nasıl paylaşılacak, ilaç sendikalarıyla yada eczacılarla nasıl paylaşılacak bağlamı üzerinden verdiğiniz için konuşuyorum. Bunların hepsi tabii ki tanımlanacak. Bunların içerisinde öngörülüyor. Çok teşekkür ediyorum. Sağ olun.

SUNUCU- Bizlerde sayın Songül DOĞAN'a katkılarından ötürü çok teşekkür ediyoruz. Şimdi yarım saatlik bir mola vereceğiz, sonra tekrar devam edeceğiz.