

SAĞLIK MECLİSİ

Doğru Teşhis, Doğru Tedavi

Yıl: I Sayı: 2 Ağustos 2022

02 *Dünden Bugüne
Sevk Zinciri*

12 *Sevk Sistemine
Bakış*

18 *Kudüs
Gezi Notları*



KALDIM

*Kalbim
Hangi köşede kaldı
Ben kimde...*

*Gönlüm
Hangi neşede kaldı
Ben sende...*

*Nefsim
Hangi şerde kaldı
Ben mahşerde...*

—Dr. Abdullah Kansu

**Sağlık ve
Medeniyet
Derneği****Katkıda Bulunanlar**

Dr. M. Kasım Karahocagil
Dr. Yunus Emre Bulut
Dr. M. Emin Demirkol
Dr. Harun Çolak
Dr. M. Mikdat Akbaş

İletişim

www.saglikmedeniyet.org
saglikmedeniyet@gmail.com
İkitelli OSB 6.Cadde No:1 Kat:3
Beyaz Tower, Başakşehir
İSTANBUL - TÜRKİYE

**Sağlık ve Medeniyet Derneği
Yönetim Kurulu**

Dr. Ahmet YiğİTALP
Dr. Öğr. Üy. Abdullah KANSU
Dr. Ahmet ERÇEK
Uzm. Dr. Hilmi KARADENİZ
Dr. Kemal KARATAŞ
Uzm. Dr. Murat GÖÇGÜN
Ecz. Mürşit KOÇTÜRK
Dr. Ümit DOĞAN
Dr. Yusuf EREN

Çare Arıyoruz;

Sağlık yediden yetmişe herkesi ilgilendiren hayati bir mesele. Ülkemizde de sistemler işleyene kadar bireylerin gayreti ile sağlık hizmeti sunumunun açıkları kapatılmaya çalışılıyor. Yıllardır düzene oturtulamayan sevk sisteminde de durum maalesef bundan ibaret.

Bu sayımızda; ülkemizdeki mevcut sevk sistemi masaya yatırılarak, dünyadan da örneklerle çözüm yolları aramaya çalıştık. Sahadan, sistemin kalbinden yazan, fikir ve önerileri paylaşan birbirinden değerli hekim arkadaşlarımıza teşekkür ediyorum.

Arşivinizde yer alacak dosya konularının ilginizi çekeceğine eminim.

Ve Kudüs...

Kıymetli hocamız Prof. Dr. Mustafa Kasım Karahocagil'in gönlünden damlayan satırları okurken tekrar heyecanlanacak ve o mukaddes toprakların özlemini çekeceksiniz.

İkinci sayımız ile sizlerleliyiz.

Dr. Mehmet Ağırman

DÜNDEN BUGÜNE SEVK ZİNCİRİ

Dr. Yunus Emre Bulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi,
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ülkemizde son dönemde tek başına yıllarca iktidarda kalan ve devrim gibi icraatlara imza atan Ak Parti'nin ilk kez girdiği 2002 Erken Genel Seçimi için yayınladığı ilk seçim beyannamesinde: "Nitelikli bir sağlık hizmeti için;sağlam bir hasta sevk zinciri sistemi kurulacaktır." demektedir. Ak Parti hükümetinin 2003 Aralık ayında başlattığı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın 13 bileşeninden biri "Etkili, Kademeli Sevk Zinciri"dir.



Yıllar içerisinde Hem Seçim Beyannamesi'nde hem de Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer verilen bazı maddelerin **başarıyla yerine getirilmiş olduğu** görülmektedir:

- ◆ Herkesin temel sağlık ihtiyacını, gerekirse özel sektörle iş birliği yaparak sağlanması,
- ◆ Yaygın ve erişimi kolay sağlık hizmet sistemi kurulması,
- ◆ Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımının kaldırılması,
- ◆ Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici olarak yeniden yapılandırılması (2 kez yeniden yapılandırıldı),
- ◆ Herkesi tek çatı altında toplayacak bir Genel Sağlık Sigortası Sistemi kurulması,
- ◆ Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde bilişim teknolojilerinden azami ölçüde yararlanılması ve karar sürecinde etkili bilgiye erişim için: sağlık bilgi sistemi kurulması,
- ◆ Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının

teşvik edilmesi, ulusal ilaç ve tıbbi cihaz kurumu kurulması.

Aşağıda sıralanan bazı maddelerin ise -farklı bakış açıları olabilmekle birlikte- **yerine getirilse bile zaman içerisinde etkisini yitirdiği ve ilgili alanlarda yeni reform ihtiyacının olduğu** görülmektedir:

- ◆ Anne ve çocuk sağlığına özel bir önem verilmesi,
 - ◆ Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
 - ◆ İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
 - ◆ Güler yüzlü sağlık hizmet sistemi, bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü oluşturulması,
 - ◆ Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları...
- Sevk zinciri ile ilgili maddelerin ise **birkaç başarısız "pilot" girişimden öteye gitmediği, hiçbir zaman ülkeye yaygınlaştırılmadığı** görülmektedir. Halbuki -Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda yer aldığı şekliyle- hasta memnuniyetini esas alan, güçlü ve kaliteli bir aile hekimliği uygulaması, sistemin esasını oluşturmaktadır.



Etkin bir sevk zinciri ile:

- ◆ Hastanelerdeki gereksiz yığılmaların önüne geçilecek,
- ◆ Tedavi hizmetlerinde kalite artışını sağlayacak,
- ◆ Sağlık harcamalarındaki israf azaltılacak,
- ◆ Üst basamağa sevk edilen hastalar, tedavinin devamı, izleme ve bakım için sevk edildikleri kurumlara geri gönderilirken tutulan kayıtlar, kayıt sistemini güçlendirecek,
- ◆ Kişiler aile hekimliklerince sürekli izlenebilecek, bu sayede kaliteden ödün verilmeksizin düşük maliyetli sağlık hizmet sunumu mümkün olabilecektir.

Ayrıca sevk zincirine tabi olmak istemeyen hastalar, bazı ek maliyetler karşılığında istediği hastaneye başvurabilecektir.

Ancak -etkin yada değil- bir sevk zincirinin kurulamamış olmasından mıdır bilinmez; sevk zincirinin esasını oluşturması beklenen aile hekimliği uygulaması, aile hekimi olmayan hekimler tarafından "aile hekimlerinin çok maaş aldıkları ama sabah 8 - akşam 5 sadece oturduklarının" zannedildiği; aile hekimleri tarafından ise; bütün angarya işlerin kendilerinde olduğu, poliklinik ve RPT (ilaç yazma)'den vakit bulunursa negatif/pozitif performansa tabi görevleri yerine getiren ve iş yüklerinin devamlı artıran bir sistemden öteye geçmemektedir. Zaman içerisinde ölüm raporu, silah ruhsatı için rapor, sporcu sağlık raporu, evlilik öncesi danışmanlığı ve raporu gibi kendi kayıtlı hastalarının çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması gibi işlerin aile hekimleri tarafından hararetle tartışıldığı ve kimi aile hekimlerince reddedildiği bir sistemde hasta memnuniyetinden söz etmek mümkün olmamaktadır. Mevcut haliyle aile hekimliği

uygulaması, kuruluşunun ilk yıllarındaki parlak dönemlerin aksine- sağlık ocağı sistemine geri dönüşü tartışılır hale getirmiştir. Hastanelerdeki yığılmalar ise MHRS (Merkezi Hastane Randevu Sistemi) ile bile engellenememiştir, tedavi hizmetlerindeki kalite tartışmalıdır, sağlık harcamalarındaki israf ve dışa bağımlılık had safhadadır, 1,2 ve 3. basamak sağlık kurumları arasında iletişimi sağlayacak etkili bir kayıt sistemi halen kurulamamıştır.

Peki mevcut şartlarda sevk zinciri getirilebilir mi?

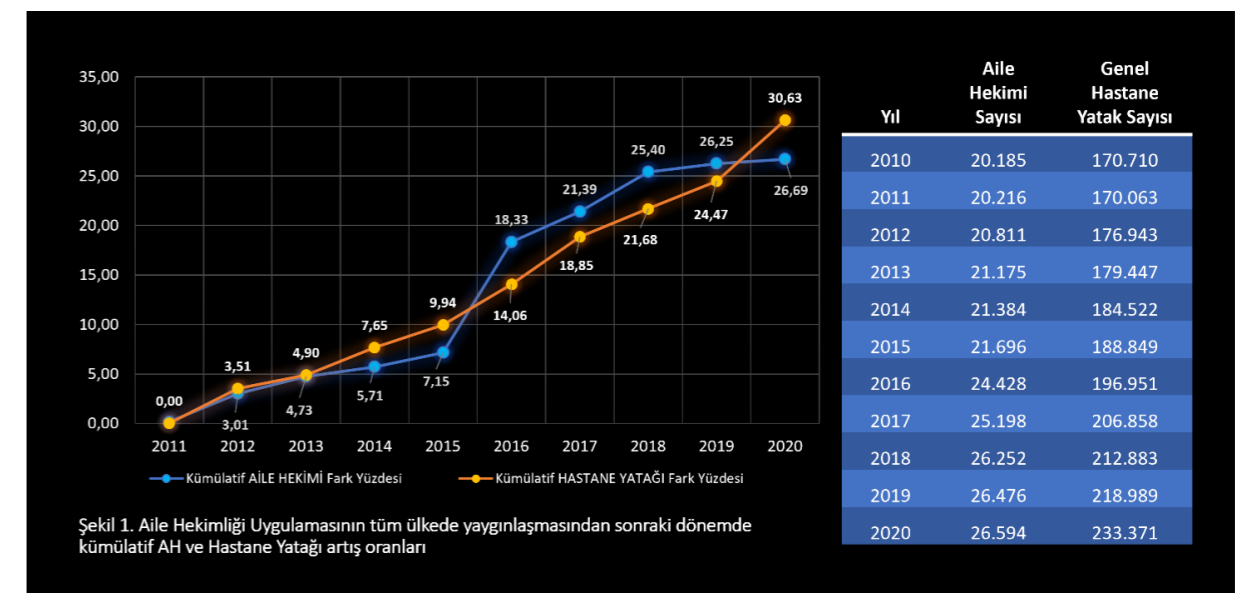
2020 yılında 1, 2 ve 3. basamak sağlık kurumlarında yıllık toplam 594.415.026 adet muayene gerçekleştirilmiştir. Bunun 347.141.196 (58,4)'sı 2 ve 3. basamak sağlık kurumlarına, 247.273.830 (%41,6)'sı ise aile hekimlerine aittir. Buna göre kaba bir hesapla her bir aile hekimi günlük ortalama **46 hasta** muayene etmiştir. Bu sayının hastanelerde MHRS'den 10 dakikada 1 hasta muayene randevusu verildiği göz önüne alındığında bir günlük maksimum muayene sayısı olan 42'den daha fazla olması dikkat çekicidir. Optimal kapasitenin üzerinde hizmet veren aile hekimliği uygulamasına, %58,4'lük payın yani toplam muayene yükünün üçte ikisinin de eklenmesi mevcut şartlarda mümkün görünmemektedir. Bugün için

sevk zinciri, eğer görev yapan 40.000 civarında aile hekimi olsa idi -5 dakikada bir muayene- ile ancak gerçekleştirilebilirdi.

24/11/2004 tarihinde kabul edilen 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ve 06.07.2005 tarihinde yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik'te açıkça belirtilen ve uygulanmadığı takdirde hem vatandaşa hem de aile hekimlerine yaptırım öngören düzenlemeler içeren Sevk Zincirinin mevcut aile sağlığı merkezi ve aile hekimi altyapısı ile uygulanamamış olmasının bir sebebi de bu olsa gerek.

Sevk Zinciri için altyapı hazırlığı var mı?

2010 yılı Aralık ayında, Türkiye'nin bütün illerinin kademeli bir şekilde Sevk Zinciri'nin bel kemiği olan Aile Hekimliği Uygulamasına geçişinden günümüze kadar "aile hekimi" sayısı %26,7 artış göstermiştir. Fakat aynı dönemde "genel hastane yatak sayısı" %30,6 artmıştır (Yıllara göre objektif ve karşılaştırılabilir bir veri olması sebebiyle "genel hastane yatak sayısı" kullanılmıştır) (Şekil 1). Genel hastane ve hastane yatak sayısında ihtiyacı karşılamak elbette önemlidir fakat aile hekimi sayısının sürecin başındaki sayının en az iki katına çıkması gerekirken, ancak dörtte bir kadar artırılabilmiş olması son derece düşündürücüdür.

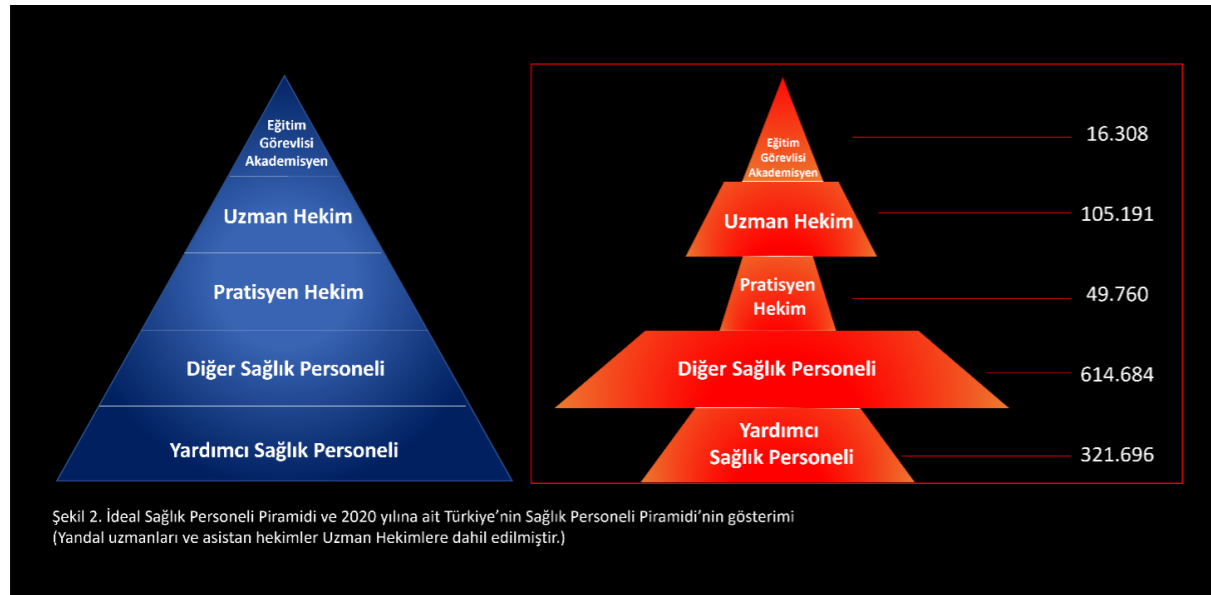


Şekil 1. Aile Hekimliği Uygulamasının tüm ülkede yaygınlaşmasından sonraki dönemde kümülatif AH ve Hastane Yatağı artış oranları



İdeal sağlık personeli piramidinde en altta ve sayıca en fazla olması gereken grup yardımcı sağlık personeli, sonra sırasıyla diğer sağlık personeli, pratisyen hekimler, uzman hekimler/yan dalcılar, en üstte de sayıca en az olan da eğitim görevlisi akademisyenler bulunmaktadır. Ülkemizde ise ideal sağlık personeli piramidinden son derece uzak olan dağılım dikkat çekicidir. (Şekil 2). Uzman hekimlerin sayısının pratisyen hekimleri en az ikiye kattığı bir sistemde sevk zincirinden bahsetmek oldukça zordur.

dürlüğü, 112 acil sağlık hizmetleri ve hastanelerdir. Hem Aile Hekimliği Uygulaması'nın güçlendirilmesi, hem de diğer kurumların işleyişlerinin olumsuz etkilenmemesi için muvafakat işlemleri bir takım kurallara bağlanmıştır. Önceleri muvafakat işlemleri çoğunlukla kurum idarecilerinin inisiyatifine bırakılmış iken, 2017, 2019 ve 2020 yıllarındaki düzenlemelerle muvafakat isteyen personel ile ilgili aktif çalışan doluluk oranları dikkate alınmaya başlanmıştır. Bu düzenleme ve oranlar kimi zaman Aile Hekimliği Uygulaması'na kaçmak(!) isteyen personeli kurumda tutmaya yaramaktadır. Kimi zaman da idarecileri yine kurumdan kaçmak(!) isteyen personeline muvafakat vermek zorunda bırakmıştır. Sonuçta sınırlı sayıdaki insan kaynağını, bir taraf kazanım; diğer taraf ise kayıp olarak görmektedir.



Peki Aile Hekimliği Uygulamasında Ekibin Diğer Üyesi Aile Sağlığı Çalışanlarında durum nedir?

Aile Hekimliği Uygulamasına, aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olarak sözleşme imzalamak suretiyle giriş yapmak için kendi çalıştığı kurumdan muvafakat alınması gerekmektedir. Bu kurumlar Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat, il/ilçe sağlık mü-

Sonuç Olarak...

Ülkemizin mevcut fiziki altyapısı ve sağlık insan gücü değerlendirildiğinde sevk zincirinin işletilmesinin mümkün olmadığı açıktır.

Dünya'da şimdiye kadar mükemmel bir sağlık sistemi kurulamamıştır. Ülkeler kendi kapasiteleri ölçüsünde günün şartlarına göre ortaya çıkan ihtiyaçların giderilmesi ve sorunları sınırlı kaynaklarla

çözebilmek için, çeşitli reform niteliğinde çalışmalar yapmaktadırlar. Burada önemli olan hükümetlerin sabırlı ve istikrarlı bir şekilde programlarını yürütmesidir. Bu programların hedefi sadece hasta memnuniyeti odaklı olmamalı, daha kaliteli hizmeti daha uygun maliyetle sunmak ya da satın almak temel hedeflerden biri olmalıdır.

Ülkemizde yıllara göre aile hekimi sayısındaki beklenenin altındaki artış, mevcut uzman hekim ve pratisyen hekim sayıları, en üst kademedeki yapılan açıklamalar, TUS sonrası ilan edilen asistan kadrolarındaki ciddi artış, kaynakların daha büyük hastanelere ayrılıyor olması tedavi edici sağlık hizmetlerine öncelik verildiğini göstermektedir.

Halbuki sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumunda önerilen hususların başında; birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, hizmet sunumunda basamaklar arası entegrasyonun sağlanması ve geri bildirim sistemini de içeren etkili bir sevk zincirinin geliştirilmesi gelmektedir. Sevk zincirinin, hastanelerdeki poliklinik ve acil servislerdeki yığılmaları önlediği ve toplam sağlık giderlerini ciddi oranda azalttığı gösterilmiştir. Bu nedenle birinci basamağı önceleyen, yıllara yayılmış, uzun vadeli programların istikrarlı ve kararlı bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi: 06.07.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25867

Haber Tarihi: 17.01.2007: <https://www.milligazete.com.tr/haber/837003/aile-hekimligi-sevk-zinciri-yumusatildi>

Haber Tarihi: 28.10.2008: <https://www.haberturk.com/saglik/haber/105216-saglikta-sevk-zinciri-geiyor>

Haber tarihi: 02.04.2018: <https://www.medikalnews.com/sevk-zinciri-pilot-bolgelerde-basliyor>

Köşe Yazısı Tarihi: 04.04.2018 <https://www.evrensel.net/yazi/81199/hastanelerde-sevkle-muayene-donemi>

Öztürk Y, Günay O. Halk Sağlığı Genel Bilgiler. Erciyes Üniversitesi Yayınları No:172. Kayseri, 2011

TC Sağlık Bakanlığı, 2017/21, 2019/6 ve 2020/1 Sayılı Genelgeleri.

Bektemür G, Arıca S, Gençer MZ. Türkiye'de Aile Hekimliğinde Sevk Zinciri Nasıl Uygulanmalıdır?. Ankara Med J, 2018;(3):256-66

55. Fifty-fifth World Health Assembly, Geneva, 13-18 May 2002: Resolutions and Decisions, Annexes. World Health Organization. Geneva, 2002

Başol E. Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. BJSS Balkan Journal of Social Sciences. Vol/Cilt: 4, No/Sayı:8, 2015

Kaynaklar

Ak Parti 2002 Genel Seçimleri Seçim Beyannamesi. Tanıtım ve Medya Başkanlığı. Ocak, 2015

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm. Aralık, 2003

T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistik Yıllığı, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020

5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Resmî Gazete Tarihi: 09.12.2004 Resmî Gazete Sayısı: 25665

SAĞLIKTA SEVK SİSTEMİNDE TÜRKİYE İLE DÜNYA ÖRNEKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. M. Emin Demirkol Bolu İl Sağlık Müdürü

Sağlık, insanın kendini her yönden iyi hissetme halidir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı sadece hastalıkların ve rahatsızlıkların olmayışı değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma hali olarak tanımlamaktadır. Bunlardan birinde var olan sorun, kişiyi sağlıklı olarak tanımlamak için yeterli olarak kabul edilmektedir. Bu tanım içinde var üç durum açısından tam iyilik halini etkileyen birçok faktör vardır. Yapılan çalışmalarda bu faktörler arasında sosyal çevre, eğitim ve okuryazarlık, iş ve çalışma koşulları, sosyal ve fiziksel çevre, sağlıklı çocuk gelişimi, sağlık hizmetleri, kültür vb. sayılmaktadır.

Kişinin kendini her açıdan iyi hissetme hali olan sağlığı etkileyen parametrelerden biri de sağlık hizmetinin kalitesidir. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti, sağlık hizmetinin verimli basamaklandırılması ve bu basamaklar arasındaki kuvvetli, etkin işbirliği ve koordinasyon, kolay ulaşılabilir, hızlı, yalın ve sonuç odaklı sunulan sağlık hizmeti, ikna edici bilgilendirme kaliteli sağlık hizmetinin en önemli bileşenlerindedir. Sağlık hizmetinin etkin, yalın ve verimli basamaklandırılması, sağlık politikasını belirlerken dikkate alınması gereken en önemli maddelerin başında gelmektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti hem kendi içinde etkili yürütülmeli hem de alt ve üst yönlendirmede bir düzen içinde işlemelidir. Sağlık hizmetinin bu bölümlerinin birbirlerine etkisi o kadar fazladır ki birinde var olan eksik veya yanlış yönetim diğer basamağa yük olmakta, onun da işleyişini sekteye uğratarak topluca sistemin bozulmasına neden olmaktadır. Bu sebeple her bir sistem parçası sadece kendi içinde değerlendirilmemeli,

sağlık politikası belirlenirken bütüncül yaklaşım ön planda tutulmalıdır.

Sağlık hizmet sunucularının basamaklandırılmasına dair mevzuata göre ülkemizde sağlık hizmeti birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak basamaklandırılmıştır. Birinci basamakta aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, 112 acil sağlık hizmetleri gibi sağlık hizmet sunumları yer almaktadır. Birinci basamak aile hekimliği sağlıkta ilk başvuru yeri olarak kronik hastalıkların takip edilmesi, kişilerin yaşam boyu her evrede sağlık açısından izlenmesi amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinin temelinde yer almaktadır. Bu hedefler için ilgili sağlık hizmetinin ve hizmet vericilerin kolay ulaşılabilir olması amaçlanmıştır. İkinci basamakta ise eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastanelerinin ana gövdeyi oluşturduğu sağlık hizmet sunucuları yer almaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmet sunucuları, ilgili mevzuatında tanımlanan ileri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip üst düzey hastanelerdir.

Ülkemizde sağlık hizmeti 2002'de başlayan sağlıkta dönüşüm politikası kapsamında yeniden planlanmıştır. Birinci basamakta aile hekimliği sistemi kurulmuş, her bir vatandaşımızın bir aile hekimine kayıtlı olup bu sistemde takipli olması hedeflenmiştir. Bu bağlamda aile hekimleri ve aile sağlığı elemanı olarak adlandırılan yardımcı sağlık personeli istihdamı artırılmış, ilgili sağlık personeline birinci basamaktaki hedeflere uygun eğitimler verilmiştir. Ülkemizde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetinde hekim ve sağlık personeli sayısı da artırılmış, şehir hastaneleri başta olma üzere

fiziki olarak son derece modern hastaneler inşa edilmiş, bu merkezler, ileri teknolojik tıbbi cihazlar ile zenginleştirilerek hastaların hizmetine sunulmuştur. Ayrıca tüm vatandaşlarımız, istediği sağlık basamağına istediği zaman ihtiyaç duyduğu ölçüde başvurma hakkına sahip olmuştur. Böylece sevk sistemi, hastayı takip eden hekimin tıbbi gereksinim görmesi durumunda bir tercih olarak işlemekte bir başka deyişle hekim, hastası için ihtiyaç duyarsa sevk sistemini çalıştırmaktadır. Fakat hasta bu sevk sistemi dışına rahatça çıkabilmekte, kendi tercihi ile randevu olarak bir üst merkeze veya başka bir merkeze sevki olmasa da cüzi bir katkı payı ödeyerek direkt olarak başvurabilmektedir.

Dünyada ki sağlık sistemini incelediğimizde ise sağlık sisteminde birçok ülkede farklı sevk sisteminin uygulanmakta olduğunu görmekteyiz. Bazı ülkelerde vatandaşların birinci basamaktaki sağlık sistemine kayıtlı olmaları zorunlu iken (Danimarka, İrlanda, İtalya, Portekiz, Hollanda, İspanya, Slovenya gibi); bazılarında ise vatandaşlar, bu sisteme kayıt için teşvik edilmektedir (Avustralya, Norveç, Polonya gibi). Kanada, Şili gibi ülkelerde ise birinci basamak hekimine kayıtlı olma zorun-

“ İkinci basamak sağlık hizmetine başvuruda ise bazı ülkeler, birinci basamaktan sevk edilmiş olma zorunluluğu getirmişken (Danimarka, Hollanda, Portekiz, İspanya, Kanada, Şili, Yeni Zelanda, Norveç, İngiltere gibi); bazı ülkelerde ise sevkli hasta için sistemin daha hızlı yürütülmesi veya daha az katkı payı ödenmesi gibi teşvik edici uygulamalar tercih edilmektedir (Belçika, Fransa, İsviçre; Meksika gibi).

luluğu bulunmamaktadır. İkinci basamak sağlık hizmetine başvuruda ise bazı ülkeler, birinci basamaktan sevk edilmiş olma zorunluluğu getirmişken (Danimarka, Hollanda, Portekiz, İspanya, Kanada, Şili, Yeni Zelanda, Norveç, İngiltere gibi); bazı ülkelerde ise sevkli hasta için sistemin daha hızlı yürütülmesi veya daha az katkı payı ödenmesi gibi teşvik edici uygulamalar tercih edilmektedir (Belçika, Fransa, İsviçre; Meksika gibi). Bazı ülkelerde ise birinci basamaktan ikinci basamağa sevk edilme zorunluluğu veya teşviki bulunmamaktadır (Avusturya, Almanya, İzlanda, Güney Kore, Japonya gibi).

İngiltere'de sağlık hizmeti, devlet hastaneleri üzerinden verilmektedir. Genel sağlık sistemi, hâlihazırda toplanan vergiler üzerinden finanse edilmekte ve tamamen ücretsiz olarak yürütülmektedir. Özel hastaneler ve özel görüntüleme hizmetleri çok yaygın değildir. Hastalar, en fazla 2.500 kişinin kayıtlı olduğu aile hekimlerine ilk olarak başvurmakta, hekiminin uygun görmesi durumunda bir üst basamağa gidebilmektedir. Hastaların, bir aile hekimine kayıtlı olma mecburiyeti olmadığı halde birinci basamaktaki herhangi doktorun sevki olmadan kendi inisiyatifleri ile hastanelere direkt başvurmadığı İngiltere'de genel pratisyenler, hastalar ve üst merkez hastaneler arasında köprü görevi görmektedirler. Hastalar, şikâyetlerini telefonla birinci basamaktaki sağlık görevlisine iletmekte, ilgili şikâyetler sağlıkçı tarafından hekime aktarılıp gerek görülürse hasta, sağlık merkezine davet edilmektedir. Aile hekimi tarafından değerlendirilen hasta, gerek görüldüğünde ilgili uzmanın olduğu ileri merkez has-



taneye randevusu alınarak sevk edilmektedir. Özel sağlık sigortası olan ve tedavisi sigortası tarafından karşılanan hasta yine aile hekiminin onayı ile özel hastaneye sevk edilebilmektedir.

Almanya'da ise yine aile hekimliğine dayanan sağlık politikası uygulanmaktadır. Genel olarak Almanya'da özel veya devlet sağlık sigortasının olması, devlet tarafından mecbur tutulmaktadır. Kişinin devlet sigortası olduğu durumda aile hekimlikleri, anlaşmalı klinikler ve hastanelerde herhangi bir katkı payı ödenmemektedir. Bu kapsamda ücretsiz sağlık hizmeti için aile hekimlerinin veya ilgili yerel kliniklerin hastayı, hastaneye sevk etmesi gerek-

mektedir. Kayıtlı bir aile hekiminin olmasının zorunlu olmadığı sistemde hastalar ücretlerini ödeyip sevk zinciri dışında ileri merkeze başvurabilmektedir. Bu sebeple İngiltere gibi Almanya da etkin sevk zinciri sistemi ile ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerde seçilmiş hastalara ücretsiz hizmet vermektedir. Böylece ileri düzey sağlık merkezleri, yoğunluğun daha az olduğu ve hastanın uzman hekim tarafından değerlendirildiği, sevkli hastaların daha çok sayıda bakıldığı merkezler olarak göze çarpmaktadır.

İsveç'te birinci basamak sağlık hizmetinin temelini aile hekimleri oluşturmaktadır. Kişiler istediği aile hekimini seçebilmektedir. Türkiye'de var olan sağlıklı hayat merkezlerinin yaygınlaştırıldığı İsveç'te zorunlu sevk sistemi olmayıp isteyen hastalar kendi inisiyatifleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine daha yüksek katkı payı ödeyerek başvurabilmektedirler. Aile hekimlerine ödenen katkı payının, ikinci ve üçüncü basamakta ödenen katkı payına göre oldukça düşük olduğu İsveç'te aile hekimlerinden sevk olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına başvuran hastalardan ise hiç bir katkı payı alınmamakta, sağlık hizmeti tamamen ücretsiz verilmektedir. Bu sistemden faydalanabilmek için kişilerin devlet sigortası olması şartının var olduğunu belirtmek gerekir. Bunun için devlet tarafından belirlenen yıllık sağlık sigorta ücreti, kişiden ilk birkaç muayenede tahsil edilmekte ve ödeme limiti tamamlandıktan sonra kişiler, sağlık hizmetinden tamamen ücretsiz faydalanabilmektedirler. İsveç'te acil durumlarda doğrudan hastaneye başvuru da uzun bekleme süreleri dikkat çekmektedir. Ayrıca özel hastane sisteminin aktif olmadığı ülkede aile hekimliği sistemi önleyici sağlık hizmeti amacıyla aktif çalışmakta, kayıtlı tüm vatandaşları bu merkezlerde ücretsiz bir şekilde yakın takip etmektedir.

İrlanda'da halk, sağlık hizmetlerinden "Tam, kısmi ve ücretli faydalananlar" olarak üç gruba ayrılmıştır. Vatandaşlar, sağlık hizmet basamağı fark etmeksizin sahip oldukları sağlık sigortalarına göre ödeme yapmaktadır. Diğer bir ifadeyle sevk sisteminden bağımsız olarak kişiler, istedikleri basamaktan sağlık hizmeti almakta, sigortalarına göre de sağlık



hizmet ödemesi yapmaktadır. İrlanda'da birinci basamak hekimine kayıtlı olma zorunluluğu olup, ikinci basamağa başvuru için birinci basamak hekiminin sevk etmesi şartı aranmaktadır.

Hollanda'da sağlık sistemi, sevk zincirine dayanmaktadır. Aile hekimliği üzerine kurgulanan sağlık sisteminde her vatandaşın, İrlanda'da olduğu gibi bir pratisyen doktora kayıtlı olması gerekmektedir.

“Aile hekimlerine ödenen katkı payının, ikinci ve üçüncü basamakta ödenen katkı payına göre oldukça düşük olduğu İsveç'te aile hekimlerinden sevk olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularına başvuran hastalardan ise hiç bir katkı payı alınmamakta, sağlık hizmeti tamamen ücretsiz verilmektedir.

Böylece hasta, kendi hekiminden ilgili uzmanlık alanının hizmet verdiği üst basamağa sevk olmadan gidememektedir.

Amerika'da ise eyaletler arasında bazı farklılıklar olsa da sevk sistemi aktif çalışmamaktadır. Sağlık hizmetinin pahalı olduğu Amerika'da yaşayan insanlar, imkânları nispetinde kapsamını kendilerinin belirlediği oranlarda da olsa mutlaka sigorta yaptırmak zorunda kalmaktadır. İstedikleri sağlık merkezine başvuran hastalar, teşhis ve tedavi sonrasında sigortaları karşılamazsa yüksek maliyetler ile karşılaşabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, sevk sistemlerinin işleyişlerinde görüldüğü gibi ülkeler arasında ciddi farklılıklar dikkat çekmektedir. Covid-19 pandemisi sonrasında hızlı, yalın, kaliteli, maliyet etkin, iyi yetişmiş insan gücüne dayalı, bilimi önceleyen, vatandaşlarının memnuniyetini sağlayan, sağlık turizmi ile ülkesine değer kazandıran sağlık sistemi tüm ülkelerin ana hedefleri arasına girmiştir. Bu yolculukta daha iyiyi, en doğruyu bulma çabaları günden güne tüm dünyada artacaktır.

BİRİNCİ BASAMAK AÇISINDAN SEVK SİSTEMİNE BAKIŞ

Uzm. Dr. Harun Çolak

Türkiye, Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi aktörlerin de etkisi ile 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programını uygulamaya koymuştur. Bu kapsamda aile hekimliği uygulamasına ilk olarak 2005 yılında pilot uygulama ile Düzce ilinde başlanmıştır. Pilot uygulama sonrasında, 2006 yılında 6 il, 2007 yılında 7 il, 2008 yılında 17 il, 2009 yılında 4 il ve son olarak da 2010 yılında kalan 46 ilde aile hekimliğine geçilmiştir. Aile hekimliği ile birlikte etkili ve kademeli bir sevk zinciri de hedeflenmiştir.

Sağlıkta sevk zinciri; kişinin önce birinci basamak sağlık kuruluşuna (aile hekimliği) başvurması, burada çözülemeyen sorunları için ikinci basamak sağlık kuruluşuna (devlet hastaneleri) birinci basamak tarafından yönlendirilmesi, burada da çözülemeyen sorunları için üçüncü basamak sağlık kuruluşuna (eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri) ikinci basamak tarafından yönlendirilmesidir.

Düzce’de Temmuz 2006’da birkaç ay süreyle uygulanan zorunlu sevk zinciri uygulaması aile hekimleri üzerinde sevk baskısını çok artırmış ve uzun süreli olmamıştır. 2008 yılında ise 4 ilde (Denizli, Isparta, Gümüşhane ve Bayburt) sevk mecburiyeti getirilmiş ancak aile sağlığı merkezlerinin bu yükü kaldıramayacağı anlaşıldığından bu uygulamadan kısa sürede vazgeçilmiştir.

Sevk zincirinin başlangıç noktası aile hekimleridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yakınma ve hastalıkların %85-90’ına çözüm bulunabilmektedir. Aile hekimlerinin görev ve sorumlulukları arasında; aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak da bulunmaktadır.

Sağlık sistemlerinin daha kaliteli ve ekonomik olması için etkili ve kademeli bir sevk zincirinin ku-



rulması gerekir. Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı ise hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak sağlık hizmeti almasıdır. Bu açıdan sağlık sisteminin koordinatörü konumundaki aile hekimleri, bireylerin ve hizmet sunucuların zaman kaybına neden olacak yanlış yönlendirmeleri, düzensizlikleri ve gereksiz sağlık harcamalarını önleyici etkiye sahiptir. Aile hekimleri sağlık harcamalarında israfı önlemek yanında, ikinci basamakta gereksiz yığılmaları, kuyrukları ve hasta mağduriyetlerini engeller. Aile hekimleri, hastaların birinci basamakta tedavisinde ve sevk edileceklerin doğru ve hızlı sevk edilmesinde en etkin sağlık hizmeti sunucularıdır.

Ancak sevk işlemi, mevzuat zaruretleri dışında halkımızın kültürüne hiç girmemiştir. Vatandaşımız sorunu çözümediği için değil, sorununun çözüleceğine inandığı yer için sevk talebinde bu-

“*Vatandaşımız sorunu çözümediği için değil, sorununun çözüleceğine inandığı yer için sevk talebinde bulunmaktadır. Kişilerin sevk zincirine uymaları için öncelikle sorunlarının aslında birinci basamakta çözüleceğine inanmaları gerekmektedir.*

lunmaktadır. Kişilerin sevk zincirine uymaları için öncelikle sorunlarının aslında birinci basamakta çözüleceğine inanmaları gerekmektedir. Vatandaşın buralarda sorunun çözüldüğünü görmesi ise bu merkezlere olan güveni artırarak öncelikle buralara başvurmasını kolaylaştıracaktır.

Sağlıkta dönüşüm programının vatandaşlara belki de en hoş gelen kısmı “Hekim Seçme Özgürlüğü” olmuştur. Kişiler sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında istedikleri hekime, yaşadıkları yerden de bağımsız olarak başvurabilme hakkını kazandıklarını hissetmişlerdir. Bu sınırsız özgürlük hissi de günümüzde sevk zincirinin uygulanamamasının nedenleri arasındadır.

Özellikle yerel sağlık yöneticileri ve sağlık profesyonellerinin toplumun sağlık bilincini arttırmada, aile hekimliği poliklinikleri ve aile sağlığı merkezlerini etkin kullanmada çok önemli sorumlulukları vardır. Zorunlu sevk zinciri uygulaması yapılamıyorsa bu bilincin artırılması için halkın bütününe ulaşacak devlet ve sivil toplum örgütü destekli eğitim ve tanıtım projeleri geliştirilmesine olanak sağlayacak çalışmalar başlatılmalıdır.

Sevk zinciri sisteminin başarılı olması için sistemin başarısızlığına neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması gerekir. Mevcut haliyle bir aile hekimi yaklaşık ortalama 3500 nüfustan sorumlu bulunmaktadır. Bu sayının fazla olması, mevcut nüfusa verilen hizmetlerin yetersiz kalmasına, hekim-hasta ilişkilerinin zayıflamasına, hasta memnuniyetinin azalmasına ve hastaların aile hekimini değiştirmelerine neden olmaktadır.

İngiltere, Portekiz, Norveç, Finlandiya, Hollanda, İzlanda, Danimarka ve Küba'da zorunlu sevk zinciri uygulaması mevcuttur. Danimarka'da her aile hekimi 1600 kişinin takibinden sorumludur. Hollanda'da ortalama kayıt 2300, İngiltere'de ise 1800'dür. Buna mukabil Fransa gibi bazı ülkeler ise zorunlu bir sevk zinciri uygulaması olmaksızın muayene sayılarının %80'ini birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapmayı başarmışlardır. Sevk zincirinin tam anlamıyla yürütülmesi için aile hekimine kayıtlı nüfusun yaklaşık 2000 kişiye indirilmesi öngörülmelidir. Fakat bu süreçte kendisine kayıtlı nüfusu azalan aile hekimlerinin ekonomik kayıplarının önlenmesi için de düzenleme yapılması gerekmektedir.

Etkili ve kademeli bir sevk zincirinin hayata geçirilebilmesi için zaman ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde kapasite artışına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu açıklar kapatılınca kadar sevk zincirini özendirici tedbirler hayata geçirilmelidir. Bunun için birinci basamak özendirilmeli ve başvuru için hiçbir caydırıcı müdahale yapılmamalı, katkı payı, ücret vs. alınmamalıdır. Kişinin hasta olmaksızın yılda en az bir kez aile hekimine başvurmasını sağlayacak, zorunluluk, teşvik, ödüllendirme

“Hastaların farklı basamaklardan hizmet almasına yasadışı getirilmeksizin, onları önce birinci basamağa yönlendirecek, doğrudan 2. Basamağa başvurmayı caydıracak teşvikler uygulanmalıdır. Bunun için hastanelerde sevkle gidenlerden düşük, sevsiz başvuranlardan yüksek (en az 2 veya 3 katı) katkı payı alınabilir.



vs. yapılmalıdır. Hastaların farklı basamaklardan hizmet almasına yasadışı getirilmeksizin, onları önce birinci basamağa yönlendirecek, doğrudan 2. Basamağa başvurmayı caydıracak teşvikler uygulanmalıdır. Bunun için hastanelerde sevkle gidenlerden düşük, sevsiz başvuranlardan yüksek (en az 2 veya 3 katı) katkı payı alınabilir.

Ülkemizde sevk zinciri uygulamasının henüz zorunlu olarak uygulanmaması sebebiyle, hastaların birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmadan üst basamak sağlık kuruluşlarına gitmelerinde yasal olarak bir engel veya kural yoktur. Ancak sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından, en basit düzeydeki rahatsızlıklar için dahi ikinci ve üçüncü basamağa başvuruda bulunulması, ciddi sıkıntılara yol açmaktadır. Hastanelerde bazı branşlarda randevu bulunamamasının sebeplerinden birisinin de sevk zincirine uymamak olduğu düşünülebilir. Gereklisi yapıldıktan sonra zorunlu sevk zincirine geçilmesi, tedavilerin daha pahalı olan üst basamaklardan birinci basamağa kaydırılmasıyla, kamu bütçesi üzerindeki yük de hafifleyecektir.

O ŞEHİRE ÖZLEM

*Bir hasret içimde, senden ayrılah
Şu göğsümde var bir sancı
Özlem mi desem, hayal mi?
On altı yılım saniyeler kadar hızlı*

*Uzun kış gecelerinde sen beni ısıttın
Açlığında sen doyurdun beni mertçe
Yalnızlığında en sadık dostum oldum
Şefkatle kucakladın beni*

*Ey rüyalarımı süsleyen şehir
Masmavi denizin, merttir insanın
Uzaklardan seslenir Süphan Dağ'ın
Anınca bir hüznün düşer gönlüme*

*Hasretin yakar beni
Rüyalarımın varırım sana
Bir gece Muradiye'nin zikreden şelale suyuna
Asma köprüsünden koşarım
Bitmez ki rüyalarım*

*Bir gece uçarım Çatak'ın pamuk renginde,
Buz gibi Kanispi şelalesine*

*Gece vakti Bahçesaray'a varırım
Kvrım kvrum dağdan inen yollarımdan*

*Erçek'den Özalp'a bakar
Koşar koşar, Erciş'in yeşiline dalar
İnci kefalı göçüne katılırım
Kalbim göğsümden çıkıyor zannederim*

*Anınca bir hüznün düşer gönlüme
Hasretin yakar beni*

*Dalıp berrak suyuna
Kaybolan güneşini seyrederim
Şahmeran akar, ardında deryalar*

*Gevaş'ı seyrederim, sırtımda Artos kuvveti
Uçar uçar Akdamar'a konarım
Aşkın sesini duymak için
Uçarım Zeve'ye acına ortak olmak için*

*Hinlikten eser yok yüzünde
Güven var gözlerinde
Sensin benim hemşehrim*

*Anınca bir hüznün düşer gönlüme
Hasretin yakar beni*

—Dr. Mustafa Güneş

Artan TUS Kadrolarının Asistanlık Eğitimine Etkileri

Dr. M. Mikdat Akbaş Dahiliye Asistanı

Hepimizin bildiği üzere bu yılın ilk dönem tıpta uzmanlık sınavının ardından ÖSYM uzmanlık öğrencisi kontenjanlarında ciddi bir artış gerçekleşti. Son 6 tercih döneminde toplam kontenjan sayısı 5-6 bin dolaylarında seyrederken son sınavın ardından kadro sayısı 12.294 olarak açıklandı. Üstelik daha önce pek rastlamadığımız şekilde belli başlı branşlarda 4-5 kata varan kadro artışı meydana gelmesi bizleri oldukça şaşırttı. Özellikle radyoloji, dermatoloji, plastik cerrahi, kulak burun boğaz, göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, psikiyatri gibi daha yüksek puanlarla tercih edilen bölümlerdeki kontenjan artışı dikkat çekici.

Bu artışlar doğal olarak akıllara çeşitli sorular getirdi;

- ◆ Kontenjan artışı gerekli miydi?
- ◆ Eğer gerekliyse bu artışları zamana yaymak daha doğru olmaz mıydı?
- ◆ Artan tus kadroları asistanlık eğitimini nasıl etkileyecek?
- ◆ Uzun vadede nitelikli uzman hekim sayısı azalacak mı?
- ◆ Zaten asistan ve uzman hekim açığı olan branşlar nasıl etkilenecek?

Yüz bin kişi başına düşen doktor sayısı istatistiklerinde Avrupa ülkelerini her zaman geriden takip eden ülkemizde doktor açığı olduğu yadsınamaz

bir gerçek. Doktor iş yükü fazlalığı, nöbet ertesi hakkı kullanılmayan 36 saatlik çalışma periyotları, asistan hekimlerin çok sayıda nöbet tutması, hastaların MHRS randevusu bulamama şikayetleri, muayene sürelerinin kısaltılmasına rağmen randevu yetersizliğinin devam etmesi, çok ileri tarihlere verilen radyolojik görüntüleme, biyopsi, endoskopik işlem randevuları bunu doğrular nitelikte. Birçok güncel problemimizin altında yatan bu nicelik eksikliği ortada iken kontenjan artışının yersiz olduğunu söylemek haksızlık olacaktır.

Yerleştirme ve ek yerleştirme sonuçlarına göre toplam 10.876 hekim, uzmanlık programlarına başlama ya hak kazandı. Uzun zamandır pratisyen hekimlik yapan, sınavda yeterli puanları elde edemedikleri için istedikleri bölümleri kazanamayan hekimler için kontenjan artışları büyük bir fırsat oldu. Bazıları sıralamada daha altlarda olsalar da istedikleri bölümlere yerleşebildiler. Bu durumu eleştirenler olsa da, tıp fakültesini bitiren her hekimin yeterli eğitimi alması koşulu ile istediği her alanda uzmanlık yapabilmesinde bir beis olmadığını düşünüyorum. Tabii ki bu sağlanırken diğer alanlardaki uzman sayısı ve yeterliliği gözletildikten sonra. Ayrıca 10 bin küsur yeni uzman hekimin daha yetişmesi sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve hekimlerin iş yükünün bölünmesi adına oldukça sevindirici bir gelişme.

Kontenjan artışlarının bazı bölümlerde astronomik rakamlara çıkması ise tüm anabilim dallarını doğru

veya dolaylı yollardan etkileyecek gibi görünüyor. Örneğin çalıştığım hastanede radyoloji bölümüne başlayacak olan 12 yeni asistanın halihazırda 11 kişi olan asistan kadrosu arasına nasıl karışacağı, birebir eğitimin çok önemli olduğu bir branş olması hasebi ile eğitici kadronun eski mevcudun 2 katına nasıl aynı eğitimi vereceği, bu sıkıntılı süreçte yetişen yeni asistanların kendilerinden sonra gelenlere nasıl yol göstereceği, gerekli bilgi ve tecrübeleri nasıl eksiksiz edineceği hayli merak konusu. Yine astronomik kadro artışları olan cerrahi branşlarda ameliyat becerilerinin ve girişimsel diğer işlemlerin nasıl öğrenileceği de asistanlık eğitimi adına düşündürücü gelişmeler arasında. Oysa ki tek sınav döneminde bu denli ciddi bir değişiklik yapmak yerine 4-5 sınav dönemine yayılarak peyderpey artışlar yapılmasının, aynı zamanda hem fiziki imkanların hem akademik kadroların buna hazırlanmasının daha kontrollü ve şu anda ön göremediğimiz olası başka problemlerin de önüne geçen bir yöntem olacağı muhakkak.

Yine yerleştirme ve ek yerleştirme sonuçlarının ardından açıklanan verilerde 1853 kontenjanın da boş kaldığı görüldü. Bu kadroların dağılımında ise beyin ve sinir cerrahisi, genel cerrahi, çocuk cerrahisi, göğüs cerrahisi, kalp damar cerrahisi, çocuk sağlığı ve hastalıkları, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, acil tıp kadroları başı çekmekte. İstanbulda bir eğitim araştırma hastanesinde 16 kadın hastalıkları ve doğum, 13 çocuk sağlığı ve hastalıkları kadrosunun tamamının boş kalması dikkat çekici veriler arasında. Yine perifer illerde benzer durumlar çokça görülüyor. Bu tabloya bakıldığında çeşitli zorlukları nedeni ile daha az tercih edilen bu bölümlerin diğer bölümlerde görece daha fazla olan kontenjan artışlarından ciddi derecede etkilendiği görülüyor. Bazı kadroların tamamen boş kalması hem mevcut asistan ve uzman hekimlerin iş yükünü arttırarak hizmet kalitesini etkiliyor hem de istifa ve yurt dışına hekim göçü problemlerini körüklüyor. İlerleyen yıllarda bu bölümlerde uzman hekim açığı oluşmasına veyahutta mevcut açığın artmasına davetiye çıkarıyor. Halbuki bu bölümlerdeki çeşitli

zorlukların giderilmesi veya onları telafi edecek cezbedici yanlar oluşturulması gerekiyor. Yani bazı problemleri çözme gayesi ile yapılan bu artışlar bir gediği kapatırken diğer taraftan da başka gedikler açılmasına yol açıyor.

Sağlık sistemimizin mevcut problemlerinin altında yatan sebeplerden önemli bir kısmı da bu anlık, hızlı çözümlerden kaynaklanıyor. Misalen hastaların randevu bulamaması nedeni ile MHRS sürelerinin kısaltılması hekimlerin hastalarla yeterince ilgilenememesine, muayeneye yeterince vakit ayıramamasına, gereksiz laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri istemesine, kendisi yeterli vakti ayırabilse belki de çözebileceği vakaları başka branşlara yönlendirmesine, hastaların ise çözümsüz bir şekilde oradan oraya dolanmasına sebep olarak ve sağlık sisteminin tıkanmasına yol açıyor.

Asistan hekimler olarak; kontenjan artırılması ile meselenin çözüleceğine inanmıyoruz. Kontenjan artırılmasına karşı değiliz ancak 'yaptım oldu' culuğa ve plansızlığa karşıyız. Hekimlik yapmanın giderek zorlaştığı bugünlerde, hekimliğin ve toplum sağlığının geleceği adına sağlık politikalarında daha bütüncül, ileriye dönük ve planlı politikalar izlenmesini temenni ediyoruz.

“ Tek sınav döneminde bu denli ciddi bir değişiklik yapmak yerine 4-5 sınav dönemine yayılarak peyderpey artışlar yapılmasının, aynı zamanda hem fiziki imkanların hem akademik kadroların buna hazırlanmasının daha kontrollü ve şu anda ön göremediğimiz olası başka problemlerin de önüne geçen bir yöntem olacağı muhakkak.

KUDÜS GEZİ NOTLARI

Dr. M. Kasım Karahocagil

Mekke Allah'ın haremî, Medine Resulullah'ın haremî, Kudüs mü'minlerin haremîdir. Haremî (kutsalın), esirse, sen de özgür değilsin...

An-Najah Üniversitesi'nin Filistin/Nablus'ta düzenleyeceği bir tıp kongresine katılarak, akademik anlamda Filistin'e destek vermek amacıyla, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi ve Sağlık Medeniyet Derneği'nden katılan 25 kişilik bir doktor grubuyla AID (Uluslararası Doktorlar Derneği) ve MEDICS (Uluslararası Tıbbi Yardım Derneği) derneklerinin destekleriyle yola çıktık. Sefirimizden döndükten sonra aslında bu sefere ne kadar çok ihtiyacım varmış diye düşünüyorum... Bu ihtiyacı henüz hissetmeyen herke-



anlaşması yapılıyor. Bu antlaşmaya göre 6000 km² Filistinlilere verildi, ama İsrail bu antlaşmaya hiçbir zaman uymadı. Filistin topraklarında yerleşim yerleri açmaya devam etti. Ariel Şaron daha sonra Filistinlilere bırakılan bölgelerin çevresine "utanç duvarları" yaptırmaya başladı. Öyle ki Filistinliler bu bölgelere adeta hapsedilmiş oldular. Bu bölgelerde kontrol tamamen İsrail askerlerindedir ve bu gün hala kimse bu bölgelerden İsrail'in izni olmadan girip çıkamaz. Mesela Filistin bölgelerinde araba plakaları beyaz zemin üzerinde

yeşil plakalıdır ve Kudüs'e ve yahudi yerleşim alanlarına kesinlikle giremezler. Mevcut sınırların tamamını İsrail kontrol ediyor. Hatta Ürdün üzerinden Batı Şeria'ya bile ancak İsrail vizesi ile girebilir. **Bu bir abluka ve boykot uygulaması olup, asıl amacı yaşam şartlarını zorlaştırarak sosyodemografik yapıyı yahudiler lehine çevirmektir.** İsrail'in Doğu Kudüs'ü fiilen ilhak etmesine rağmen burada yaşayan Filistinliler Ürdün pasaportu taşıyıcılar bile resmi olarak hiçbir ülkenin vatandaşı kabul edilmiyor. Doğu Kudüs'te Filistinliler, İsrail makamlarının verdiği "Kudüs Kimlik Kartı" ile şehirde ikamet etme iznine sahip bulunuyor.

Ülke yok, devlet yok, kimlik yok, silah yok, asker yok... Bağımsızlık, can güvenliği, mal güvenliği, eğitim kurumları, iş, aş, para yok, imkân yok... Lakin İslam var, iman var, ihlas var... Teslimiyet, takva, tevekkül var...

Sokaklarında adım başında İsrail işgal kontrol noktaları, elleri tetikte bekleyen Siyonist katiller; Müslümanların ise kalplerinde muhabbet, sürur, huzur var.

Mescid-i Akşa'nın Kanuni Sultan Süleyman tarafından yapılan surlarına kadar ulaştıktan sonra otobüsten iniyor ve Mescid-i Akşa'ya doğru yürüyor. Önce Mescid-i Akşa'nın hemen yanında bulunan meşhur bir kahvaltı salonuna uğruyoruz. Kahvaltı için değil, **Emad İshak Ebu Hatice'nin hikayesini dinlemek için.** Mescid-i Akşa'ya 15-20 mt uzaklıktaki babadan kal-

ma 6 metre kare dükkanını elinden almak için İsrail'in yaptığı bütün baskılara direnmiş sıradan bir Filistinli O, Hatice'nin babası, anlatmaya başlıyor; Yedi yıl önce tutuklayıp, bu dükkanda hiç bir şey satamazsın, dışında yap ne yapacaksın demişler. Görünen gerekçe dükkânın Yahudi tarihi için önemli bir eser olması, asıl gerekçe **Kudüs'ün altındaki 15 tünelden ikisinin keşiştiği bir yerde olması.** Beş ayrı avukat tutuyor ve uzun süre sonra davayı kazanıyor. İsraili yetkililer dükkânını aç ama biz seni her gün denetleyeceğiz deyip, günlük 350 dolar denetleme parasını bile kendisinden alıyorlar. Elektrik su parası ve diğer vergiler nedeniyle zorlandığı bir zaman dükkânını tam 31 milyon dolara satın almak istiyorlar. Ama üç ay önce ölen ve **"bu dükkân bizim değil ümmetin, biz burada emanetçiyiz"** diyen babasının sözünü hatırlayıp hatırlatıyor bize Emad İshak Ebu Hatice. Hiçbir ülkeden yardım talebine cevap gelmezken, Türkiyeli Müslümanların destek verdiğini, TİKA eliyle ve bireysel desteklerle dükkânını büyütüp hizmet vermeye devam ettiğini, bu sebeple misafir değil ev

Osmanlı'nın yaptırdığı sebil karşılıyor bizi, her zaman her yerde olduğu gibi, çünkü Osmanlı bir su medeniyetiydi aslında. Abdest aldık, geçmiş zamanlarda kimlerin burada abdest aldığını şöyle bir düşünerek, sonra muhteşem görüntüsü ile Kubbetü's-sahre karşıladı bizi. Peygamberimizin miraca yükseldiği o mübarek yer.

sahibi olduğumuzu heyecanla vurguluyor.

Orada şahit oluyoruz ki; İsrail Kudüs'de Müslümanların sayısını azaltabilmek için elinden gelen her şeyi yapıyor. Satın alabileceği her şeyi maddi değerini çok üstünde fiyat vererek, satın almaya çalışıyor. Satın aldığı her yere İsrail bayrağı ve önemli bir yere Yahudi şamdanı dikerek, burasının artık Yahudilere ait olduğunu ilan ediyor. Satın alamadığı yerleri ise çıkardığı bazı kanunlar çerçevesinde anlamsız gerekçelerle gasp ediyor. İsrail çalıştırılmayan kullanılmayan her yeri; tarla, dükkân, ev hatta özel mülk olsa bile işgal edebiliyor. İşgal edeceği bir tarlaya gidip konteynir bırakması, burası kullanılmayan bir alan o halde

İsrail devletinin malıdır demesi yetiyor. Daha sonra dışarıdan getirdiği Yahudilere gasp ettiği yerleri ücretsiz vererek sosyodemografik yapıyı bozuyor. Bunu başardıklarını maalesef üzülerek görüyoruz. **Kudüs'de yahudi nüfusu 600 bine yaklaşmışken, müslüman nüfusu 200 bine düşmüş durumda ve durum gittikçe daha da kötüleşiyor.**

Kahvaltıdan sonra kendimizi hemen Mescid-i Akşa'ya attık. Önce Osmanlı'nın yaptırdığı sebil karşılıyor bizi, her zaman her yerde olduğu gibi, çünkü **Osmanlı bir su medeniyetiydi aslında.** Abdest aldık, geçmiş zamanlarda kimlerin burada abdest aldığını şöyle bir düşünerek, sonra muhteşem görüntüsü ile Kubbetü's-sahre karşıladı bizi. Peygamberimizin miraca yükseldiği o mübarek yer. Uhud dağı gibi parça parça küçülmüş ve bu yüzden üzeri örtülerek muhafaza edilmek istenmiş, hani tam altında peygamberimizle Ulü'l-azm peygamberlerin sohbet ettiği, Hz. İbrahim adına atfedilen dünyanın en eski mihrabının bulunduğu **ruhlar mağarasını bağrında taşıyan o Kaya**

(Hacer-i Muallak). İsrâ... Kudüs... Miraç... Hüzün yılında İsrâ ile Mekke'den Kudüs'e, Miraç ile Kudüs'ten Allah'a... Ne mübarek bir yolculuk. Ve tabii ki hemen yanında peygamberinizin 124 bin peygambere namaz kıldırıldığı makam. **Rabbim! burada iki rekat bir namaz kılsam, umut buya, peygamber efendimizin Livaü'l Hamd sancağı altında haşrolur muyum acaba?... Ve korku, iki rekat değil bin rekat ta kılsam bu mekanda, Kudüs affeder mi beni, Mescid-i Aksa razı olur mu benden?**

Sonra Kubbetü's-sahre'den çıkıp kibleye doğru yürüyoruz, karşımızda muhteşem Kible Mescidi. Nurettin Zengin'in

yaptırdığı 12 bin parçadan oluşan çivi ve tutkal kullanmadan yapılmış minberlerden biri burada. Nurettin Zengi oğullarının nezaretinde üç tane yaptırmış bu minberlerden. Ölmeden önce Sela-haddin Eyyübi'yi çağırması ve vasiyet etmiş. Ben Kudüs'ü fethetmeden ölürsem bu minberlerden birini Mescid-i Aksa'da Kible Cami'sine, birini de El Halil'de Harem-i İbrahim Cami'sine koyarsın. **Hedefinden o kadar emin ki yapımı yıllarca süren bu minberlerin fethedilecek mübarek topraklarda nereye konulacağını bile vasiyet ediyor.** Allah'a ona ve vasiyeti yerine getirene rahmet etsin. Ve Avusturyalı bir yahudi tarafından Kible Camii yakıldığında, yanıyor bu minber. Vasiyeti yeniden yerine getirmek ise bize düşüyor, Elhamdülillah. Türkiye TİKA eliyle yeniden yaptırıyor bu minberi.

“ Bu çağda Mescid-i Aksa'nın kandilleri olsa olsa onun için canları ve mallarından vazgeçen, direnen ve sabreden Kudüs'lü Müslümanlardır... Mescid-i Aksa'yı karanlıktan aydınlığa çıkaracak olanlar da onlardır. Bize düşen bu kandillere bir damla zeytinyağı olmak değil midir?

Sonra hemen Kible caminin yanından aşağıya caminin altındaki tünellere iniyoruz. Yer altında taşla örülmüş uzun koridorlardan geçip geniş, ferah ve teskin edici bir mekâna ulaşıyoruz. Mervan Mescid'i karşılıyor bizi. Mescidi yapandan çok "1948 İslami Hareket"inin, araç kullanmalarına izin vermeyen İsrail askerine rağmen, bütün hukuki engelleri aşmış, bir insan zinciri oluşturarak aylar içinde uzun yıllar ahır olarak kullanılmış bu mescidi temizlemesi ve ibadete yeniden açması etkiliyor beni. **Üç dört kilometre insan zinciri ile birkaç yılda temizlenen Mervan Mescid'inde gönül rahatlığı ile secdeye varıyorum, Şeyh Raid Salah'a selam ve dua ederek...**

Nihayet vakit Cuma vaktidir, Mescid-i Aksa'da Cuma vakti bir başkadır. **Akın akın Kudüslüler, Filistinliler, Müslümanlar geliyor. Kudüs'ün 7, Mescid-i Aksa'nın 10 kapısından.** Hangi kapı açıksa oradan, hangisi kapalı ise öbürünü zorlamak üzere, hüzünlü bir o kadar kararlı adamlar ve adımlar. Yüreklarının aynı sevda ile attığı yüzlerinden okunan binlerce Müslüman... İsrailden izin alarak mescide girmek ne kadar acı olsa da, tek bir Müslüman görmeye bile tahammül edemeyenler, Mescid-i Aksa'ya yönelen bu insan seli karşısında çaresiz kalıyor. **Biliyorlar ki bir kapıyı kapatsalar öbüründen girecek bu insanlar, hepsini kapatsalar da kimse yerinden kıpırdamayacak, Mescid-i Aksa kapılarında, Kadim Kudüs'ün dar sokaklarda bir sel gibi kıyama duracak.** İsrail Mescid-i Aksa'yı ziyarete gelenleri yıldırım, bıktırmak, usandırmak, bir daha

**Tur Dağını yaşa
Ki bilesin nerde Kudüs
Ben Kudüs'ü kol saati
gibi taşıyorum
Ayarlanmadan Kudüs'e
Boşuna vakit geçirirsin
Buz tutar
Gözün görmez olur
Gel
Anne ol
Çünkü anne
Bir çocuktan
bir Kudüs yapar
Adam baba olunca
İçinde bir Kudüs canlanır
Yürü kardeşim
Ayaklarına bir
Kudüs gücü gelsin...**

(Ocak 1972)
Nuri Pakdil

gelmemesini sağlamak için akla hayale gelmedik zorluklar çıkarıyor. **Filistinliler Mescid-i Aksa için öldürülmekten yorulmadılar, yılmadılar, Mescid-i Aksa'ya ulaşmaktan mı yorulacaklar, çıkarılan zorluklardan mı yılacaklar.**

Tek yürek hutbeyi dinliyoruz. Arapça hutbeyi anlamasakta Kudüs'den, Mescid-i Aksa'dan, hüzün günlerinden, İsrailin zulmünden, ümmetin dirilişinden ve geri dönüşünden bahsettiğini kalben biliyorum. Bir şiir gibi dinliyoruz bütün bir hutbeyi. Koca kible mescidinde çocuk sesleri dışında çit bile yok. İnsanlar öksürmüyor bile. **Anlıyorum ki Cuma namazı burada ümmetin ispat-ı vücut vesilesi haline gelmiştir. Biz varız, buradayız, Ey Beytülmağdis seni bırakmadık bırakmayacağız...**

Cuma namazı sonrasına müminler yeryüzüne dağılınca, Mescid-i Aksa'nın o mahzun havası dağılıyor birden, Kudüs bayram yerine dönüyor ve **Cuma'nın bereketi, bereketin merkezinde tüm olumsuzluklara rağmen**

yüzlere vuruyor. Kubbetussahra'nın altın kubbesi hiç olmadığı kadar parlıyor, ve Mescid-i Aksa Müslümanları çağırıyor, peygamberimizin dilinden; "Gelin ve namaz kılın bu topraklarda, Eğer gelemezseniz ve içeride namaz kılamazsanız, kandillerim için zeytinyağı gönderin." **Bu çağda Mescid-i Aksa'nın kandilleri olsa olsa onun için canları ve mallarından vazgeçen, direnen ve sabreden Kudüs'lü Müslümanlardır... Mescid-i Aksa'yı karanlıktan aydınlığa çıkaracak olanlar da onlardır. Bize düşen bu kandillere bir damla zeytinyağı olmak değil midir?**

"Mescid-i Aksa'yı gördüm düşümde/Götür Müslüman'a selam diyordu/Dayanamıyorum bu ayrılığa/Kucaklasın beni İslâm diyordu." Akif İnan.

Ey Kudüs sen bizim davamız sen bizim devamımız ve birçoğumuz fark etmesek de Sen bizim imtihanımızsın...

Babil kralı Nebukatnezar'ın Kudüs'ü ele geçirip tüm yahudileri sürgüne yollaması üzerine Yahudilerin "Ey Yeruslaim, seni unutursam, sağ elim kurusun veya sağ elim hünerini unutsun." sözüne nispetle; **Eğer seni unutursak kalbimiz kurusun ey Kudüs!...** Çünkü adını kalbimize bir mih gibi çaktık Ey Kudüs. Kimse söküp alamaz onu. Çünkü Kudüs Şairimiz Nuri Pakdil'in dediği gibi; **"Yüreğimin yarısı Mekke'dir, geri kalanı da Medine'dir. Üstünde bir tül gibi Kudüs vardır."**

DAVET EDİYORUZ!

**“Olmaya devlet cihanda,
bir nefes sıhhat gibi...”**

Bilad-i Şam’da savaş devam ediyor, etkileri daha yıkıcı bir şekilde hüküm sürüyor. Göç etmek, evini-yurdunu terketmek, sığınacak bir dam, tutunacak bir dal, nefes alabilecek bir soluk arayan milyonlarca kişi İdlib’te yaşam mücadelesine devam ediyor.

Sağlık ve Medeniyet Derneği olarak İdlib-Marata’da sağlık merkezi kurmak için kolları sıvadık, bismillah diyerek yola çıktık.

**Bu hayırlı hizmete sizleri de dahil olmaya,
başkalarını davet ederek vesile olmaya
davet ediyoruz.**

Çocuklar için, kadınlar için, yaşlılar için,
ihtiyaç sahipleri için

Sağlık ve sıhhatleri için,

Önümüzdeki kışa geç kalmamak için,

Soğukların ve hastalıkların kırıp geçmemesi için

Elinizi taşın altına koymaya

davet ediyoruz.

İdlib-Marata’da yapacağımız sağlık merkezine
bir tuğla olmaya **davet ediyoruz.**

Gayret etmeye, hareket etmeye

davet ediyoruz.

İnfak etmeye, hayırda yarışmaya

davet ediyoruz.

Hastalığı önleyecek ve tedavi edecek sağlık
merkezine bir nebze de olsa ilaç olmaya

davet ediyoruz.



**SAĞLIK ve
MEDENİYET
DERNEĞİ**

Al Baraka Türk Katılım Bankası
IBAN: TR65 0020 3000 0356 8616 0000 03