

**Kadın hekimler
ne yaşar, ne ister?**

Kadın Komisyonumuzun
görünür kıldığı sağlık
alanından eşitsizlik, ayrımcılık
ve taciz tabloları...

► SF50



**İSTANBUL
TABİP ODASI**

Hekim Sözü

İSTANBUL TABİP ODASI YAYIN ORGANI • SAYI: 2 • MART - NİSAN 2019



**100
YILDIR**

**ÜLKEMİZE
MESLEĞİMİZE VE GELECEĞİMİZE
SAHİP ÇIKIYORUZ**

1919 yılında İstanbul'da gerçekleştirilen
İlk 14 Mart Tıp Bayramı Kutlaması.

27

Kızamık hastalığı ve ülkemizde vaka artışları

Ülkemizde ve dünyada kızamık vakalarında görülen artışın nedenleri ve Sağlık Bakanlığı'nın üzerine düşen sorumluluklara dair bir değerlendirme yazısı

36

Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı ile Yargı ve akademi üzerine

Barış Akademisyenleri davası süreci üzerinden Türkiye'de yargı, akademi ve aydın duruşu üzerine bir röportaj

40

Bülent Şık ile Sağlıklı Beslenme Üzerine...

Sağlıklı beslenmeye dair diyet tarifi içermeyen bir röportaj. Obezite ile mücadelenin toplumsal boyutları neler? Çocuklarımız zehirlenmesin, demek, suç olabilir mi?



DOSYA:

100. YILINDA 14 MART TIP HAFTASI

► SF06



100
YILDIR

ÜLKEMİZE
MESLEĞİMİZE VE GELECEĞİMİZE
SAHİP ÇIKIYORUZ

100
YAŞINDA
1919-2019
14 MART

14 Mart Tıp Bayramınız
Kutlu Olsun

99
Yıl
İSTANBUL
TABİP ODASI

Editörden...

Gerektiğinde...

Bu yıl, bu topraklarda ilk modern anlamda tıp fakültesinin, Tıbbiye-i Amire'nin kuruluşunun 192., ilk 14 Mart kutlamasının 100., İstanbul Tabip Odası'nın (İTO) 3. Mıntika Etibba Odası olarak kuruluşunun ise 90. yılı.

Doğduğunuz andaki yıldız ve gezegenlerin konumunun sizin kişiliğinizi belirlediği şeklinde inanışlar halen var olsa da, bilimsel düşünce eğitimi almış insanlar olarak biz hekimler kişiliğimizin genlerimiz, doğum-gelişim sürecimizdeki koşullar ve yaşantımızla şekillendiğini kabul ederiz.

Kişiliğimizin şekillenmesinde belki en belirleyici olanlar ise, yaşadığımız süreçlerin izleyicisi olmak ile o süreçlere müdahil olup, mücadele etmek arasında yaptığımız iradi tercihlerdir. İlk 14 Mart, Cumhuriyet'i ve odamızı kuracak hekimlerin tercihlerini izlemekten değil, mücadele ve müdahale-den yana yaptığını açıkça ortaya koymaktadır.

Bu sayıda dosyamızda, ülkemizde hekimliğin kimliğini, kişiliğini belirlediği önemli tarihlere geri dönüp bakacak, tarihi dönüm noktalarını tanıyıp ve öznesinden dinleyecek, sağlık alanında içinden geçtiğimiz dönüşüm sürecini ve geleceğimizi tartışacağız. Kitap tanıtım bölümümüz de dosya konumuz, Şeref Etker'in İkinci Meşrutiyetin Tabip Örgütleri kitabına ilişkin Fatih Artvinli'nin yazısı ile destekleyecek.

Diğer yazılarımız ise, dosya konumuzu güncel mücadelelere işaret ederek tamamlıyor: Daima "hoca"ımız Şebnem Korur Fincancı'nın insan hakları ve barış, Bülent Şık'ın sağlıklı beslenme ve yaşam hakkı için mücadeleleri, Ergün Demir ve Güray Kılıç'ın sağlık için ödediğimiz primlerin "kaçırıldığı"nı rakamlarla ortaya koyuşu, Recep Koç'un yazısıyla ele aldığımız kızamık vakalarındaki artış, "Kadın Hekim Olmak" isimli forumdaki bildirimlerden özetle İTO Kadın Komisyonumuzun görünür kıldığı eşitsizlik, inkar ve taciz tabloları, Emre Güranlı'nın sergilediği tümüyle "şantiye"-ye dönüşmüş bir kentin taşıdığı sağlık riskleri, İsmail Gönen'in işaret ettiği bilimsel gelişmelerle gündemimize düşen etik tartışmalar, Süheyla Ekemen'in sanat alanından bir örnekle sağlıktaki şiddeti besleyen dile tavrı alma çağrısı ve Fransız meslektaşlarımızın imzaya açtığı ilaçların ücretli oluşuna karşı manifesto...

100. yılda yeni bir istibdatın karanlığı da olsa karşımızdaki, biz bu toprakların yetiştirdiği ülkesine, mesleğine, geleceğine sahip çıkan hekimleriyiz. Biliyoruz, bu ülkenin birikimini temsil ediyoruz ve beraberken çok güçlüyüz. Hatta gerektiğinde yıkılan ne varsa, yeniden kuracak kadar.

100. yılımız, hepimize kutlu olsun!



İki ayda bir yayınlanır.
Yıl:1 • Sayı: 2 • Mart- Nisan 2019

İstanbul Tabip Odası'nın
bilimsel, kültürel, aktüel yayın
organıdır.

İstanbul Tabip Odası
Yönetim Kurulu Adına Sahibi:
Dr. Osman Öztürk

Yazı İşleri Müdürü:
Dr. Ozan Toraman

Editör:
Dr. Ozan Toraman

Yayın Kurulu
Dr. Süheyla Ağkoç
Dr. Süheyla Ekemen
Dr. İsmail Gönen
Dr. Ekim Nehir
Dr. Zeynep Turgut
Dr. Osman Öztürk
Dr. Koray Yalçın

Sayfa Tasarımı:
Alaattin Timur

İletişim Adresi:
Türkocağı Cd. No:9, 34440
Cağaloğlu, İstanbul

Tel: 0212 514 02 92

Faks: 0212 513 37 36

E-posta:
hekimsozu@istabip.org.tr

Web:
www.istabip.org.tr

Basım Yeri:
Alper Basım San. ve Tic. Ltd. Şti.
Maltepe Mah. Gümüşsuyu Caddesi
Litros Yolu 2. Matbaacılar Sitesi
4NA24 Topkapı-İstanbul
0 212 613 34 83
www.alperbasim.com

*
İmzalı yazıların düşünsel sorumluluğu
yazarına aittir.

*
Bu dergideki ilan ve reklamlardaki sözü
edilen ürün ve hizmetlerin etkinliği veya
niteliği İstanbul Tabip Odası'nın garan-
tisi altında değildir.

DOSYA



14 MART'IN YÜZÜNCÜ YILINDA
TIBBIN DÜNÜ, BUGÜNÜ YARINI

06

GÖRÜŞ

23

GEN DÜZENLEME YOLUYLA
BEBEK TASARIMI

GÜNCEL SAĞLIK

25

HAYATIMIZA GİREN
YENİ İLAÇLAR
FDA 2018 LİSTESİ



HUKUK

33

OHAL DÖNEMİNİN HUKUKA AYKIRI MİRASI
GÜVENLİK
SORUŞTURMASINI
GEÇEMEMEK



04 YÖNETİM
KURULU'NDAN

08 DOSYA
YÜZÜNCÜ YILINDA
14 MART TIP BAYRAMI

11 İSTANBUL TABİP ODASI
90 YAŞINDA

15 DR. ERDAL ATABEK
"YOLUMUZ DEVAM EDİYOR"

18 DÖNÜŞEN SAĞLIK
VE HEKİMLİK

20 TIBBIN YARINI VAR MI?

27 GÜNCEL SAĞLIK
KIZAMIK HASTALIĞI VE
ÜLKEMİZDE VAKA ARTIŞLARI

30 SAĞLIK POLİTİKALARI
SGK PRİMLERİ SAĞLIK İÇİNDİR

47 SAĞLIK HAREKETLERİNDEN
İLAÇLARIN TOPLUMSAL
MÜLKİYETİ İÇİN BİR MANİFESTO

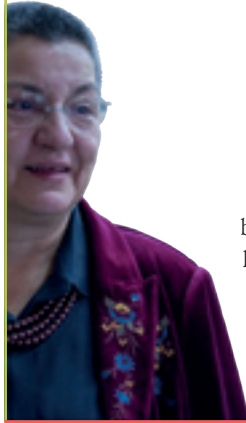
52 KİTAP
İKİNCİ MEŞRUTİYETİN
TABİP ÖRGÜTLERİ

55 KÜLTÜR SANAT
AH SÜREYYA MÜZİKALİ

56 BULMACA

RÖPORTAJ

36



PROF. DR. ŞEBNEM KORUR FİNCANCI İLE YARGI VE AKADEMİ ÜZERİNE

Ben nerede doğduysam, orada büyüdüm. Bu toprağın çok derinlerinde köklerim. Burası benim memleketim. Nereye gideceğim? Yurtdışına gittiğimde yurtdışındaki meslektaşlarım "Kal burada, gitme." diye bir kaygı ifade ediyorlar. Çok kaygılılar, hiç alışık değiller. Biz biraz alışığız da... Ben 90'lardan beri yargılanıyorum, bunlar yeni değil ki...

RÖPORTAJ

40

BÜLENT ŞIK İLE SAĞLIKLI BESLENME ÜZERİNE...



KENT

44

KENTLEŞEN ŞANTİYELER ŞANTİYELEŞEN KENTLER



KADIN

50

KADIN HEKİMLER NE YAŞAR NE İSTER?





Quo vadimus*

Her ne kadar devleti yöneten zevat ve onların sözcüleri “Hepimiz aynı gemideyiz. Mesele beka meselesi” dese de, meslektaşlarımızın önemli kısmının ruh hali Cem Karaca’nın şu şarkısındaki sözler gibi:

*“Bindik bir alamete
Gidiyo’z kıyamete.
Yol dediğin, yol gibi
Ulaşmalı bir yere...”*

Toplumun en tuzu kuru kesimlerinden olduğu varsayılan hekimler tükenmişlik sendromundan müzdarip. Hekimlerin çoğu, daha çok çocukları ile ilgili olmak üzere gelecek kaygısı, ekonomik hak kayıpları, siyasi baskı, ağır çalışma koşulları ve sağlıkta giderek artan şiddet başta olmak üzere yaşadıkları olumsuzluklar nedeniyle mutsuz, daha da kötüsü umutsuz. Bir kısmı “çekip gitti”, daha büyük kısmı ise çekip gitmenin hesaplarını yapıyor. En çok tercih edilen ülke açık ara Almanya. Ekşisözlükte “Doktorların Almanya’ya göçü” şekline açılan başlık altında 21 sayfalık giriş yapılmış durumda. Gitmeyi düşünmeyenler arasında ise mesleği bırakıp, başka iş yapmayı planlayanlar oldukça fazla.

Başlıkta yer alan soru (Quo vadimus) bir yönüyle gelecekte “Ne olacağız?” anlamını taşır, bir yönüyle de “Ne yapmalı?” sorusunu akla getirir. “Ne olacağız?” umutsuzluk içerirken, “Ne yapmalı?” umut aşılayan bir sorudur ve aslında doğru soru “Ne yapmalı?”dır.

Evet, ne yapmalı, nasıl yapmalı da tükenmişlik sendromundan kurtulmalı. Ekonomik hak kayıpları, siyasi baskı, şiddet, adaletin ve eğitim sisteminin deyim yerindeyse, “dibe vurması” yalnız hekimleri değil tüm toplumu etkiliyor. Sadece meslek grubu olarak hekimlerin kendini kurtarmasının mümkün olmadığı, adil bir toplumsal çözümün gerekli olduğu açıkça görülüyor. Böyle bir çözüm şüphesiz kendiliğinden gelmeyecek. Çözümü toplumun diğer emekçi kesimleri ile birlikte bulacağız. Örgütlenme, dayanışma, mesleki gelişim çalışmalarını demokratik ve katılımcı bir şekilde ilerletmek bize düşen görevler.

Bu dönemde rutin işler dışında yapabildiklerimiz:

Temsilcilik seçimlerini daha yaygın bir şekilde gerçekleştirdik. Yeni dönem temsilciler kurulumuz çalışmaya başladı. Hastaneler ile oda arasındaki bağ güçlendi. Yerelde yaşanan sorunlara beraber yanıt arıyoruz.

*Quo vadimus (nereye gidiyoruz)



Sağlıkta şiddet sorunu ile ilgili basın açıklaması, yürüyüş, nöbet eylemleri yanında odamız bünyesinde “Sağlıkta Güvenli Çalışma Ortamı- Çalışma Grubu” kuruldu ve üyelerimize güvenli bir çalışma ortamının hepimiz için hak olduğu vurgulayan, yasal haklarımızı ve mevzuatı tanıtan, alınması gereken önlemler, kriz öncesi ve sonrası süreç yönetimi başlıklarını içeren eğitimler verilmeye başlandı. 55. Türk Pediatri Kongresi ile uzmanlık derneklerinin kongrelerinde bu eğitimlerin verilmesi için ilk adımı atıyoruz, diğerleri için görüşmelerimiz sürüyor.

Kanun hükmünde kararname (KHK) ve güvenlik soruşturması bahanesi ile çalışma hakları ellerinden alınan meslektaşlarımız ile dayanışma eylemleri yapıldı.

Emekli hekim ücretlerinde iyileştirme adı altında yapılan adaletsiz uygulama ile ilgili yasal süreç başlatıldı. İnternet sitemizde, hukuk büromuzun hazırladığı örnek itiraz dilekçelerimizi meslektaşlarımızla paylaştık.

Uzmanlık dernekleri temsilcileri ile bir araya gelerek sağlıkta şiddet, reklam ve etik ihlaller, uzmanlık eğitiminin sorunları konularında ortak çalışma yapılması kararlaştırıldı. Her iki ayda bir düzenli toplantılarla bir araya gelinecek.

Çoğu asistan hekim 60 meslektaşımızın katıldığı “Tıbbi İngilizce Kursu”muzun ilk dönemi, 25 Şubat’ta başarıyla tamamlandı. İkinci grup eğitimine ara vermeden, mart ayı itibarıyla başladı.

Bu yıl İstanbul Tabip Odası’nın 3. Bölge Etibba Odası adıyla kuruluşunun 90. yılını kutluyoruz. Yıl boyunca 90.yıl logosunu kullanacağız.

2019’un aynı zamanda 14 Mart’ın “Tıp Bayramı” olarak kutlanmasının 100. yılı olması nedeniyle TTB’nin öncülüğünde tüm tabip odaları ile birlikte İstanbul’da “Büyük Hekim Yürüyüşü” adı ile en derin köklerimizden bulunduğu Haydarpaşa Tıbbiye’sinden Kadıköy’e yürüyeceğiz. 100 yıl önce 1919’un en karanlık işgal günlerinde yılmınlığa düşmeyen, “özgürlük, eşitlik, adalet ve kardeşlik” şiarıyla emperyalistlere ve işbirlikçi saraya inat direnen meslektaşlarımıza selam yollayacağız.

Gecenin en karanlık anı sabaha en yakın olduğumuz andır.

Hekim Sözü dergimizin ilk sayısı bizi umutlandırdı. İkinci sayı elinizde.

Umudumuz tükenmesin. Enseyi karartmayalım.



100
YAŞINDA
1919-2019
14 MART



DOSYA

14 Mart'ın yüzüncü yılında >>
Tıbbın dünü, bugünü, yarını



14 Mart 1827 bu topraklarda ilk modern anlamda tıp eğitimin başlangıcını ve geleneksel sağlık uygulamalarından kopuşu temsil etse de, 1919'dan beri 100 yıldır "14 Mart Tıp Bayramı" ülkelerine, mesleklerine, geleceklerine sahip çıkan hekimlerin günü. Bu nedenle dosyamızda, ülkemizde hekimliğin dünü, bugünü, yarınını ele aldık.

Yüzüncü yılında 14 Mart Tıp Bayramı

Nuran Yıldırım*

“Türk tıbbına hizmetlerini, henüz yeni bitmiş olan Birinci Dünya Savaşı’nda, vatan savunmasına katkılarını ve şehitlerini vurgulamakla, hocalarından miras aldıkları, “Tıbbiyelik Ruhu” ile vatanlarına sahip çıkacaklarını göstermek istemişlerdi.

13 Kasım 1918’günü Haydar-paşa’daki Tıp Fakültesi öğrencileri ve hocaları öğlen tatili sırasında denizden gelen top sesleriyle irkildiler. Telaşla pencerelere koşuştular. Mondros Mütarekesi’nin (30 Ekim 1918) ardından savaşın galibi İttifak Devletleri’nin donanması törenle İstanbul Boğazı’na giriyordu. Düşman gemilerini yaşlı gözlerle izlediler. Çok geçmeden Ocak 1919’da Tıp Fakültesi’ni gezen İngiliz heyeti; askeri öğrencilere ayrılmış bölümün boşaltılmasını, askeri öğrencilerin eğitimin yapıldığı sivil tarafa taşınmasını istedi.

Askeri öğrencilerin yatakları, kliniklere ve laboratuvarlara taşındı. Bunu İngiliz askerlerinin Tıp Fakültesi’nin büyük bir kısmına yerleşmesi izledi (3 Şubat 1919). Askeri Tıbbiyeliler yer yataklarında yatıyordu, üniforma giymeleri de yasaklanınca, derslere ve laboratuvarlara gecelik entarileriyle girerek durumu protesto ettiler. Sonunda üniformalarına kavuştular.

Tıbbiyeliler, İstanbul’un ve okullarının işgalini içlerine sindiremiyorlardı. İşgal kuvvetleri her türlü toplantıyı yasaklamıştı. Hem suç olmayacak hem de işgali protesto edecek bir şey yapmalıydılar. Uzun fikir alışverişleri sonunda, Tıp Fakültesi’nin 14 Mart 1827 tarihinde Tıphâne-i Âmire adıyla

açılışının 92. yılını kutlamaya karar verdiler. Okullarının kuruluşunu kutlamalarına kimse itiraz edemezdi.

14 Mart 1919 günü, Beyazıt’ta Zeynep Hanım Konağı’ndaki Darülfünun Konferans Salonu’nda yapılacak tören, Tıp Fakültesi Talebe Cemiyeti tarafından organize edilecekti. Gerekli izinleri alındı.

Toplantıya, başta Feyzi (Feyzullah İzmidî, 1845-1923) Paşa ve Besim Ömer Paşa olmak üzere Tıp Fakültesi ve Darülfünun hocaları, İngiliz-Amerikan-Fransız Kızılhaç temsilcileri, Fransız Sıhhiye Müfettişi-i Umumisi, İnas Darülfünunu [Kadınlar Üniversitesi] öğrencileri ve Osmanlı basını temsilcileri katılmış, Tıp Fakültesi ile İnas Darülfünunu öğrencileri ayrı yerlere oturarak salonu doldurmuştu.

Tıp Fakültesi Talebe Cemiyeti’nin hazırladığı program uyarınca önce Tıbbiyeli Kemal, okulun tarihçesini anlattı. 14 Mart 1827’de açılan Tıphâne-i Âmire ile geleneksel tıp eğitiminin, sınıfları ve ayrı ayrı hocaları olan bir okula geçilmişti. 1839’da Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane adını aldıktan sonra 41 yıl Fransızca eğitim yapılmıştı. Tıp eğitiminde Fransızcanın egemenliğine son vermek amacıyla zorlu bir mücadeleyle girişen Kırımlı Aziz Bey ve arkadaşlarıyla, Türkçe tıp terimlerini geliştiren hocaları anlattı.

Ardından iyi bir hatip olan Memduh Necdet (Otacı/Otaman), Tıbbiye kayıtlarından çıkarılmış sayısal bilgileri paylaştı. Kuruluşundan 1919 yılına kadar Tıp Fakültesi’nden 4.607 Türk, 240 Rum, 170 Ermeni, 79 Musevi, 11 Sırp-Bulgar olmak üzere toplam 5.107 hekim mezun olmuş, 103 mezun Avrupa’ya gönderilmişti. Mezunların 81’i Paris’te, 71’i Berlin’de, 10’u Viyana’da, 5’i de Londra’da uzmanlık eğitimi almıştı. Memduh Necdet konuşmasını, Tıp Fakültesi’nin Birinci Dünya Savaşı’na katkılarını rakamlarla dile getirerek sürdürdü. Tıp Fakültesi, Birinci Dünya Savaşı boyunca 765 öğrencisini silah altına vermişti. 346 öğrenci geri dönmemiş, bir kısmı cephelerde şehit düşmüş bir kısmı ise tifüse kurban olmuştu.

Vatana sağlık hizmeti sunmak üzere yetiştirilen hekimler ve vatan uğruna verilen şehitlerden sonra sıra işgal kuvvetlerine seslenmeye gelmişti. Memduh Necdet konuşmasını; “İtiraf ediyoruz ki vatan, bilhassa onun kalbi, beyni olan İstanbul bu dakikada korkunç bir buhran geçiriyor. Ama korkmuyoruz... Buradayız, burada kalacağız...İstanbul bizimdir, çünkü halife ve hakan yatağıdır. İstanbul bizimdir çünkü şehitler ve tarih buradadır. İstanbul bizimdir çünkü istiklâl buradadır.” cümleleriyle bitirdiğinde salon alkıştan inliyordu. Coşkulu

*Prof. Dr., Bezm-i Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

tezahüratın ardından misafirlere çay ve pasta ikram edildi. Bundan sonra kürsüye gelen Âkil Muhtar Bey davete icabet eden Kızılhaç heyetine teşekkür etti. İnas Darülfünunu son sınıf talebesi Mediha Hanım bu teşebbüsleri için Tıbbiyelilere teşekkür etti. Son konuşmayı yapan Besim Ömer Paşa, erkek ile kadının sosyal mevkilerinden bahsetti ve salonda erkek öğrencilerle İnas Darülfünunu kız öğrencilerinin ayrı taraflarda oturmalarını şu sözlerle eleştirdi; “Eğer, şimdi burada bulunduğunuz gibi, Türk gençliği bir tarafta, Türk kadınlığı bir tarafta ayrı ayrı çalışacak olursak yükselemeyiz.”

15 Mart 1919 günü yayınlanan İstanbul gazeteleri töreni “Tıbbiyelilerin Dünkü İçtimalı: Mektebin Tarihçesi-Âteşin Bir Nutuk- İstanbul Bizimdir.” başlığıyla vermişti.

Tıp Fakültesi Talebe Cemiyeti, ertesi sene de Türk tıp hayatının 93. yılını kutlamak üzere, 14 Mart 1920 günü Kadıköy Apollon (bir yıl sonra Hale adını aldı) Sineması'nda bir tören düzenledi. Saat 14:30'da önce Tıp Fakültesi'nin kısa tarihçesi anlatıldı ve projeksiyon eşliğinde hocaların hizmetleri dile getirildi. Dr. Müderris Kemal Cenap (Berksoy) ve Tıp Talebe Cemiyeti adına son sınıf öğrencisi Fahreddin Kerim (Gökay) birer konuşma yaptılar.

Merasim İzmir Marşı ile sona erdi. İzmir marşı dinleyiciler ile yerli ve yabancı misafirleri coşturmuş, Tıp Fakültesi öğrencisi Şehzade Ziyaeddin Efendi de oldukça heyecanlanmıştı. Geç vakitlere kadar süren tören, öğrencilerin milli hislerini kamçılıyordu. İki gün sonra 16 Mart 1920'de İstanbul'un işgal edilmesi, halkta ve özellikle gençlik arasında büyük bir üzüntü yaratmıştı. Öğrenciler aynı gün Tıp Fakültesi'nin Haydarpaşa'daki binasının (günümüzde Sağlık Bilimleri Üniversitesi) iki kulesinin arasına büyük bir Türk bayrağı asarak vatan savunmasında taraf olduklarını ilan etmişlerdi. İşgali izleyen günlerde kimi hocalar Malta'ya sürülürken Tıbbiyeliler de birer ikişer Anadolu'ya geçip Kuva-yı Milliye'ye katılmaya başladılar.

İşgal altındaki İstanbul'da üçüncü kutlama, 14 Mart 1921 günü Kadıköy'deki Hale Sinemasında (sonraları Reks Sineması) yapıldı. Tıp Fakültesi Müdürü, hocaları ve öğrencileri, İstanbul'daki asker ve sivil hekimler, Şehzade Ziyaeddin Efendi, Hahambaşı, Sıhhiye-i Askeriye

Reisi Yusuf Ziya Paşa, Sihiye Müdür-i Umumisi Dr. Abdullah Cevdet Bey, Azerbaycan Sefareti'nden bir heyet ve hatta işgal ordularına mensup hekimlerin katıldığı tören pek manalı ve muhteşem olmuştu.

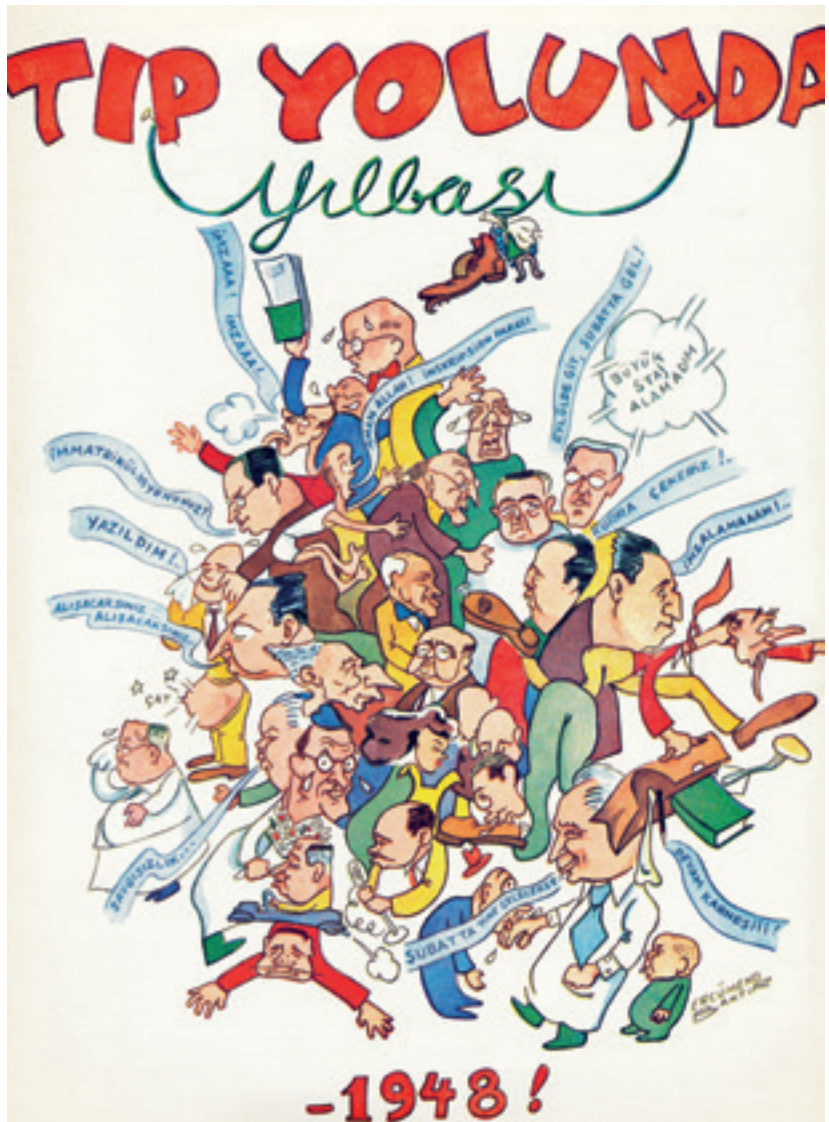
Sahneye tıbbın kudretini temsilen bir sancak ile bir kafa iskeleti konmuştu. Saat 14:30'da Marş-ı Sultani ile başlayan toplantıda açış konuşmasını yapan Dr. Memduh Necdet, Tıp Fakültesi'nin tarihini anlattı. Çay ve pasta ikramının ardından son sınıf talebelerinden Fahrettin Bey, projeksiyonla yaptığı gösteride tıp üstatları hakkında bilgiler verdi. Anatomi Hocası Mahzar Paşa ile Türkçe tıp terminolojisinin oluşturulmasında hizmetleri geçen Kırımlı Aziz Bey'in ruhlarına Fatiha'lar okunduktan sonra resim sergisi gezildi.

Aradan iki ay kadar zaman geçmiş, yıldönümü münakaşaları tabipler arasında ve basında sürüp gitmişti. 19 Mayıs 1921'de

“

İtiraf ediyoruz ki vatan, bilhassa onun kalbi, beyni olan İstanbul bu dakika korkunç bir buhran geçiriyor. Ama korkmuyoruz... Buradayız, burada kalacağız...İstanbul bizimdir çünkü istiklâl buradadır...

“





14 Mart 1920, Kadıköy Apollon Sine-ması'nda Tıp Fakültesinin bir kısım hocaları ve asker sivil tıp öğrencileri.

fakülte konferans salonunda, Prof. Refik (Güran), Ziya Nuri (Birgi) Paşa, Raşit Tahsin (Tuğsavul) Bey'in katıldıkları bir toplantı yapılmış, Askeri Sıhhiye Dairesi Harp Tarihi Sıhhiye şubesinde görevli Dr. Yzb. Osman Şevki (Uludağ) Bey bir konuşma yapmış, Türk hekimliği tarihinin 94 yıl değil 500 yıllık bir geçmişe sahip bulunduğunu ve kutlamanın 14 Mart değil 12 Mayıs'a alınması gerektiğini ileri sürmüş, o yolda karara varılmıştı.

Kurtuluş Savaşı'nın ardından İttifak Devletleriyle imzalanan Lozan Antlaşması'nın Türk Tıbbı açısından en önemli maddeleri, yabancı üyelerin çoğunlukta olduğu karantina teşkilatının lağvedilip yerine Hudut ve Sevahil Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi'nin (günümüzde Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) kurulması ve Türkiye Cumhuriyeti'nde yabancı hekimlerin çalışmasının yasaklanmasıdır (24 Temmuz 1923). Uzun müzakereler sonunda kabul edilen bu iki maddeyle yabancı hekimler Türkiye Cumhuriyeti'nde çalışma haklarını kaybettiler.

1 Ocak 1929 günü Maarif Vekili Mustafa Necati Bey'in apandisit ameliyatını izleyen günlerde ölmesi, hem ulusal hem de Avrupa basınında geniş olarak ele alındı. İstanbul basını operasyonu sorgularken Avrupa basınında, yabancı hekimlerin çalışmasının yasaklanması eleştiriliyor ve Türk hekimlerinin yetersiz olduğu ileri sürülüyordu. Türk hekimliğinin ve onları yetiştiren Tıp Fakültesi'nin hakir görüldüğü bu ortamda, Dr. Osman Şevki'nin (Uludağ), tıp eğitimimizin 15. yüzyıla kadar uzanan köklü bir geçmişi olduğunu göstermek amacıyla, Tıp Bayramı için, usta-çırak yöntemiyle hekim yetiştiren Bursa Darüşşifası'nın hizmete girdiği 12 Mayıs 1399 tarihinin esas alınması önerisi benimsendi. 1929-1934 yıllarında 12 Mayıs'da yapılan kutlama-

lar, 1935 yılında tekrar 14 Mart'a alındı. Bu değişiklikte, Türk tıbbında geleneksel eğitimden kopuş ve modern tıba yönelişin, Tıphane-i Âmile ile başlamış olması dikkate alınmıştı.

Tıp Talebe Cemiyeti'nin her yıl düzenlediği bu kutlamalar gelenekselleşip, Tıbbiyeliler Bayramı'na dönüştü. Her Tıbbiyeliler Bayramı'nda, Türk Tıbbının gelişimi anlatılıp Türk Tıbbına yön vermiş hocalar anılıyordu. Tıp Talebe Cemiyeti, 14 Mart günlerinde, "Tıp Yolunda Yılbaşı" adıyla yayınladığı dergide hocalarla öğrencileri buluşturuyordu. Hocalar, tecrübelerini, anılarını, çeşitli konulardaki görüşlerini öğrencileriyle paylaşıp, öğrenciler de karikatürler ve fıkralarla hocalarını hicvederdi.

Zamanla öğrenci cemiyetleri çoğalınca bayram düzenlemelerini Tabip Odaları üstlendi ve adı da "14 Mart Tıp Bayramı" oldu. 1976 yılından beri, 14 Mart'ı içine alan hafta "Tıp Bayramı ve Sağlık Haftası" olarak kutlanmaktadır.

Tıp Fakültesi öğrencileri neden her Tıp Bayramı'nda, okullarının tarihini anlatıyor ve hocalarının hizmetlerini dile getiriyorlardı?

1848'de fakülte olan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, Avrupa basınında ve tıp dergilerinde Osmanlı Devleti'nin batılılaşma sembolü olarak gösterilirdi. Onun devamı olan Tıp Fakültesi'nin tarihini, hocaların Fransızca eğitime karşı sürdürdükleri mücadeleyi, Türkçe tıp terimlerinin oluşmasına katkılarını, Türk Tıbbına hizmetlerini, henüz yeni bitmiş olan Birinci Dünya Savaşı'nda, vatan savunmasına katkılarını ve şehitlerini vurgulamakla, hocalarından miras aldıkları, "Tıbbiyelilik Ruhu" ile vatanlarına sahip çıkacaklarını göstermek istemişlerdi.

Ne gariptir ki İstanbul Tıp Fakültesi, yüz yıl önce İstanbul'u işgal eden ve okullarına yerleşen düşmanlara karşı okullarının tarihini dile getirip övünürken, yüz yıl sonra bugün, 14 Mart 1827'de açılan Tıphâne-i Âmile'nin devamı olduğunu iddia eden, 1839-1909 yılları arasında kullandığı Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane adını sahiplenen bir üniversite karşısında tarihine sahip çıkma çabası içindedir.

Günümüz hekimlerine "Tıbbiyelilik Ruhu"nu hatırlatıyor ve mesleki sorunlarla yılmadan mücadele etmeleri dileğiyle Tıp Bayramlarını kutluyorum.

KAYNAKLAR

Hekimlikte Kırk Yıl 1926-1966. İstanbul 1966.

Özata, Metin, Atatürk ve Hekimler. İstanbul 2015.

Özbay, Kemal, "Tıp ve Tıbbiyeliler Bayramı", Türk Asker Hekimliği Tarihi ve Asker Hastaneleri. İstanbul 1976, C. II, 139-140.

Sağlam, Teyfik, Büyük Harpte 3'üncü Orduda Sıbbi Hizmetler. İstanbul 1941.

Yıldırım, Nuran, "Birinci Dünya Savaşı'nın Meçbul Tıbbiyelileri", Doktor, Yıl.4, Sayı. 26 (Nisan-Mayıs 2005), 38-40. ; "I. Dünya Savaşı'nda Tıbbiyeliler ve 14 Mart'ın Tıp Bayramı Oluşu", Toplumsal Tarih, Sayı.171 (Mart 2008), 42-48. ; "14 Mart: Kurtuluş Mücadelesinin İlk Kıvılcımı", Bezmialem Aktüel, Sayı. 19 (2018), 28-30.

İstanbul Tabip Odası 90 yaşında! Nasıl kuruldu?

Ayten Arıkan*

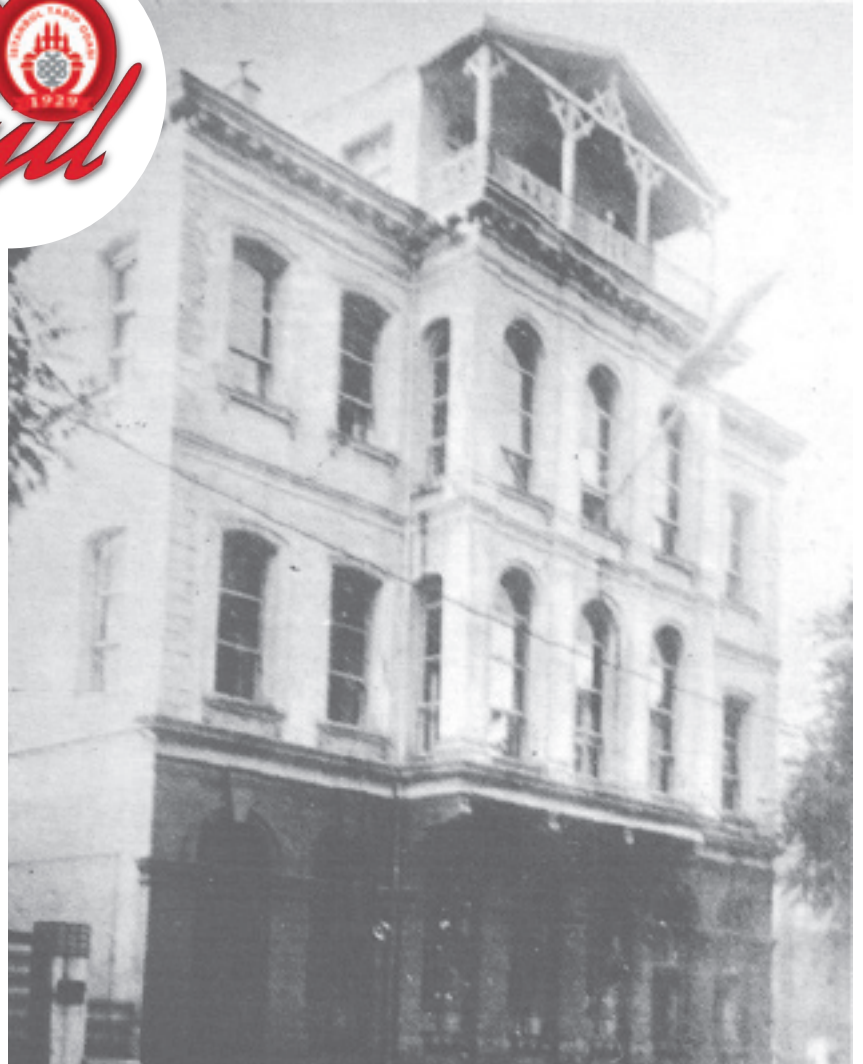
“

İstanbul Tabip Odası kurulduğu 1929 yılından günümüze dek en büyük amacı hekimlerin hak ve yararlarını korumak, hekimler arasında dayanışmayı sağlamak ve hastalara daha iyi hizmet verebilmek olmuştur.

”

İnsan odaklı hekimlik mesleği, beraberinde toplumu da ilgilendirdiğinden tarih içinde sosyal hayatta ilk gelişen meslek grubu olmuştur. Batıda 17. yüzyılda kurulmaya başlayan ilmi cemiyetler 18. yüzyıldan itibaren giderek artmıştır. Ülkemizde de hekimlik mesleğinde birlik ve beraberliğin ortaya çıkmasının 14 Mart 1827 tarihinde modern tıp eğitiminin başlamasından sonra kurulan hekim cemiyetleriyle başladığını söyleyebiliriz. Bu cemiyetler hekimlerin bilimsel açıdan ve mesleki açıdan gelişmesine çok yarar sağlamıştır.

Etibba-i Mülkiye Osmaniye Cemiyeti 1908'de İstanbul hastanelerinde görev yapan sivil tabiplerin özlük haklarını savunmak üzere kurulmuştur. Üyelerinin deontoloji kurallarına uymalarına özellikle dikkat çeken; hem bilimsel, hem de sosyal ve mali yönden destek sağlayan bir cemiyet olmuştur. 1919'da Kurtuluş Savaşımızın başlangıç yıllarında ülkemiz hekimleri arasında dayanışma ve yardımlaşma ihtiyacı doğmuştur. İstanbul'un İngiliz, Fransız, İtalyan ve Yunan kuvvetlerince işgal edildiği, Türklerin ve Türk hekimlerinin hor görüldüğü bir ortamda, 1919 yılında İstanbul Etibba Muhadenet (Dayanışma) Cemiyeti kurulmuştur. Etibba Mühadenet Cemiyeti, 1923 yılında Etibba Teavün (Yardımlaşma) Cemiyeti, 1935 yılında Türk Hekimleri Dostluk ve Yardım



Üçüncü Mıntika Etibba Odası (İstanbul Tabip Odası) ilk binası

Cemiyeti takip etmiştir.

1921 yılında; Sevr Anlaşması ile herhangi bir tıp okulundan diplomalı ya-

bancı bir kişinin Osmanlı Topraklarında istediği gibi doktorluk yapması bu dernek tarafından protesto edilmiştir.

*Dr. Öğretim üyesi, İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik ABD Başkanı



Yabancı hekim konusunun 1921'lerden beri ülkemizin gündeminde yer aldığını görüyoruz. Dernek, Türk Tabipleri Birliği'nin orijini olan Mıntıka Etibba Odalarının kurulmasına yardımcı olmuştur. Dernek sağlık istatistikleri yapmış, yardım sandığı kurmuş, yabancı hekim çalıştırılmasına karşı mücadele vermiş, hekimler arası anlaşmazlıkları çözmek için "Halli Müşkülat Komisyonları" kurmuş, vergilerin azaltılması için çalışmalar yapmış, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun çıkartılmasına yardımcı olmuş, Türk Hekimleri Dayanışma Vakfı'nı kurmuştur.

ETİBBA ODALARI

1928 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına (Tıp Meslekleri Uygulamalarına) Dair Kanun çıkartılır. Yasanın 14. maddesinde, hekimlerin meslek, onur ve menfaatleriyle ilgili sorunları ele almak ve mesleki etik kurallara yönelik aykırı tutumları değerlendirmek, hekimler arasında ortaya çıkan anlaşmazlıkları çözmeye çalışma amacıyla Etibba Odası kurulması kararı vardır. Aynı kanunun 18. maddesine göre hazırlanan ve 6 Mart 1929'da kabul edilen "Etibba Odaları Nizamnamesi" ise Resmi Gazete'nin 27 Mart 1929 tarih ve 1152 sayılı nüshasında yayınlanır. Bu nizamnamede 9 Bölgede Etibba Odası kurulmuştur. 3. Bölge Etibba Odası'nın merkezi İstanbul'dur. İstanbul'a Kırklareli, Edirne, Tekirdağ, Kocaeli, Bilecik, Zonguldak ve Bolu illeri bağlanmıştır.

"Üçüncü mıntıka" Etibba Odası "Heyeti idare azalıkları"nda, ilk Başkan olarak Dr. Tevfik Salim Paşa riyasete, Dr. Esat Bey'i kitabete (sekreterlik), Dr. Neşet Osman'ı muhasipliğe (sayman), Dr. Tevfik Recep'i veznedarlığa, Dr. Refik Münir Bey Efendi ise azalığa (üyeye) seçilmişlerdir.

Etibba Odası'nın bir sonraki yönetimi, 1930 yılında; Dr. Niyazi İsmet, Nazım Hamdi, Bahri İsmet ve Fethi Beyler'den oluşmuştur. Niyazi İsmet Gözcü Gülhane Tıp Akademisi'nin kurucusu, akademi komutanı ve 1 yıl kadar da İstanbul Milletvekilliği yapmıştır. Dünya çapında bir göz hekimidir. Dr. Fethi Bey, dönemin ilk bakteriyoloji uzmanlarından. Cerrahpaşa Hastanesinde laboratuvar şefidir. Bu dönemde, 1933 yılında tabip odasının bugün halen bulunduğu yerdeki bina Tevfik Salim Paşa tarafından satın alınmıştır.

Sonra Prof. Dr. Ziya Nuri Paşa ve Dr. Niyazi İsmet Gözcü başkanlık görevini yürütmüştür. Dr. Gözcü, daha sonra kendi adıyla anılacak olan tıp kütüphanesini

CUMHURİYET ÖNCESİ HEKİM CEMİYETLERİ

Ülkemizde de bu alanda ilk cemiyetleşme Osmanlı topraklarında çalışan yabancı hekimler tarafından kurulan Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane'dir. 15 Şubat 1856'da "Société de Médecine de Constantinople" adı altında İstanbul'da kurulmuştur. Sultan Abdülmecid, kuruluşunu onaylamış, aylık 50 altın lira tahsisat bağlamış ve onu himayesi altına aldığını belirten "Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane-i Osmaniye" adını vermiştir. Ancak Cemiyet, Osmaniye sıfatını hiç kullanmamıştır.

Kırım Savaşı sırasında müttefik (İngiliz, Fransız, Sardunya/İtalyan) ordularıyla İstanbul'a gelen tabip ve cerrahlardan bir grup, İngiliz ordusunda görevli Hollandalı Dr. Peter Pincoffs (1815-1872)'un önderliğinde kurulmuştur. Toplam 40 kişiden oluşan kurucu üyeler arasında Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'den Dr. K. Karatodori ve İstanbul'da çalışan bazı yabancı sivil hekimler de vardı. Daha sonra 1890'lı yıllarda Türk hekimleri de katılmıştır. Günümüze kadar devam eden, başlangıçta bu Cemiyet hem bilimsel hem de tabip odası kimliği taşıırken, 1908 yılından itibaren sadece bilimsel bir dernek olmuştur. Cemiyet'in adı 1925 yılında Türk Tıp Cemiyeti (sonra Türk

Tıp Derneği) olarak değiştirilmiş. Derneğin dergisi, 1935 yılında Osman Şerafettin'in cemiyet başkanlığına seçilmesiyle Türkçe olarak (Türk Tıp Cemiyeti Mecmuası, sonra Türk Tıp Derneği Dergisi) ve Fransızca özetler ile yayınına yeniden başlamıştır. 1945'te İngilizce özetler de eklenmiştir. Türk Tıp Cemiyeti 1956 yılında kuruluşunun 100. yılını kutlamıştır. 1973 yılında da Türk Tıp Derneği adını almıştır. Türk Tıp Derneği'nin 130. ve 140. kuruluş yılları



kurmuştur.

1933 yılında Yardım Sandığı kuruldu. 1935'de Tıbbi Kitaplar Sergisi açılmıştır. Etibba Odası genel olarak konuları;

- Hasta araçları (simsarlar)
- Yabancı hekim çalıştırma sorunu
- Hekim ücretlerinin düşüklüğü
- Vergilerin yüksekliği
- Uluslararası düzeyde Mesleki sigorta
- Uluslararası düzeyde diplomaların denkliği

da yayınlarla kutlanmıştır.

Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye ise Mekteb-i Tıbbiye öğrencisi olan Kırımlı Aziz Bey ve idealist birkaç arkadaşı tarafından 1862'de Fransızca yapılan tıp öğrenimini Türkçeleştirmek amacıyla kurulmuştu. Devam eden toplantılar sonrası içlerinden biri, Hoca Salih Efendi Mekteb-i Tıbbiye Nazırı olunca cemiyetin gizlenmesine artık gerek görülmemiş ve Sadrazama sunulan layiha sonrası 3 Mart 1867 yılında nizamnamesi tasdik olunarak resmen kurulmuştur. Türk hekimlerince kurulan ilk Milli Tıp örgütüdür. Cemiyetin merkezi Mekteb-i Tıbbiye idi. Toplantılarını okulun kitaplı-

ğında yapıyordu. Böylelikle cemiyet, Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin muallimler meclisi haline gelerek yarım yüzyıla yakın bir süre Mekteb-i Tıbbiye'nin tarihinde önemli bir yer aldı. Toplantılarda konuşmalar Türkçe yapılmış, tıbbi kitaplar tercüme edilmiş, bu kitaplar ders kitabı olarak okutulmuştur. Tıp Sözlüğü (Lugat-Tıbbiye) yayınlamıştır. 17 Mayıs 1895'te, Sultan Abdülhamit tarafından cemiyet toplantıları yasaklanmış ve dernek kapatılmış, (Abdülhamit hekimlerin gizli örgütlenmelerinden şüphelenen baskıcı bir yönetim uyguluyordu) ancak bu dönemde de bilimsel çalışmalarını gizli olarak devam ettirmiştir.

1908'de II. Meşrutiyetin ilanıyla 13 yıllık bir aradan sonra dernek yeniden açılmış, toplantılarını Mekteb-i Tıbbiye'nin konferans salonunda sürdürmüştür. 1923'de Cumhuriyet'in ilanından sonra adı "Türkiye Tıp Encümeni"ne çevrilmiştir. Bu şekilde cemiyetin akademik kimliği de belirginlik kazanmış ve 5 Kasım 1965 yılında "Türkiye Tıp Akademisi" adını alarak, yaşamını günümüze kadar sürdürmüştür. Tıp dilinin Türkçeleştirilmesi konusunda çalışmalar yapmış ve İstanbul Erkek Lisesi'nin karşısındaki ahşap bina olan eski İstanbul Tabip Odasında toplantılarını yapmıştır. Ülkemizin önemli sağlık konularında kongreler düzenlemiştir.



Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'nin 1921-1922 ikinci sınıf grubu (17.12.1921)

1935 senesinde 3. Bölge Etibba Odası'na dâhil olan Bilecik, Bursa, Kocaeli, Zonguldak bu bölgeden ayrılarak, Ankara'ya bağlanmış, İstanbul Etibba Odası'ndan 138 üye azalmıştır.

23 Nisan 1936 günü Çağaloğlu Etibba Odası binası boyanmış, bahçesi düzenlenmiş ve 2000 kitapla içeren bir kütüphane hazırlanmış, kapısına "Türkiye Tıp Encümeni ve Etibba Odası Kütüphanesi" levhası asılarak törenle açılmıştı.

1937-1938 yıllarında Yönetim Kurulu'na seçilen Dr. Yahya Orhan Tahsin konferanslara ağırlık vermiştir. Prof. Dr. Tevfik Sağlam, Prof. Dr. Fahrettin Kerim Gökay, nezaretinde yayın bürosu kurulmuştur.

1940-1941 döneminde başkanlığa Dr. Bahri İsmet Temizer seçildi. Hekimler için ayrı bir okuma odası açılarak bir kütüphane komisyonu kurulmuştur. Mevzuata aykırı doktor reklamları dikkatle takip edilerek, ilan sahiplerine ve Sağlık Müdürlüğü'ne gerekli tebligatlar yapılmıştır. Bu dönem alınan kararla idare ve haysiyet divanlarına üye olabilmek için 10 yıl yurtiçinde gerek serbest, gerekse devlet hizmetinde çalışmak ve 35 yaşında olmak şartı getirilmiştir.

Dr. Mim Kemal Öke'nin başkanlık yaptığı 1942-45 döneminde 1942 yılında Oda bünyesinde "Tıp Ailesi Yardımlaşma Cemiyeti" kurulmuştur.

1945-49'de Dr. Murat Cankat başkanlık yapmıştır. 17 Eylül 1947 tarihinde Paris'te toplanan, Dünya Tıp Birliği'nin kuruluş kongresine Prof. Dr. Murat Cankat, tüm Etibba Odalarını temsilen katılmıştır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı'nca oluşturulan bir komisyon Etibba Odaları yönetmeliğini inceleyerek Odalar arasında bir federasyon oluşturulmasına karar verilmiş, 1947 yılında Etibba Odaları Birliği kurulması gündemiyle, Etibba Odaları yeni yönetmelik taslağı hazırlanmaya başlanmıştır.

1949-51 yıllarında başkan Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli'dir. Bu yılların önemli konularının başında yine simsarlık konusu gelmektedir. Etibba Odası tarafından Tıp Fakültesinde deontoloji derslerinin daha etkin hale getirilmesi için Dekanlık'la temasa geçilmiştir.

1951 yılında Sağlık Bakanlığı'nda başlatılan Etibba Odaları Kanunu müzakerelerine tabip odasını Prof. Dr. Ekrem Şerif Egeli temsil etmiştir. "Yeni Hekim Odaları Birliği Kanunu" tasarısı 70 maddeden oluşmakta ve aralarında bölge sayısının 9'dan 12'ye çıkartılması, hekimler arasında yardımlaşma temini, deontoloji ve meslek şerefine korunması, ölüm sigortası tesisi gibi maddeler öne çıkmaktadır.

Prof. Dr. Murat Cankat'ın başkanlık döneminde (1952-1953) yeni hazırlanan kanun tasarısı incelenerek, eksikliklerin giderilmesi için çalışılmıştır.

“

23 Ocak 1953'te Etıbbı odaları kapatılarak, bugünkü Yasası'nın temelini teşkil eden Türk Tabipleri Birliği Yasası çıkartılmıştır.

”

TÜRK TABİPLERİ BİRLİğİ KURULMASI

23 Ocak 1953'te Etıbbı odaları kapatılarak, bugünkü Yasası'nın temelini teşkil eden Türk Tabipleri Birliği Yasası çıkartılmıştır. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu Büyük Millet Meclisi'nde 23.1.1953 tarihinde kabul edilerek, 27.1.1953 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanmış, ülke çapında 23 tabip odası kurulmuştur. Bu tabip odalarının birisi de İstanbul Tabip Odası'dır.

Türk Tabipleri Birliği kanunu 66 maddeden ibaretti. Geçici 3. madde gereğince etıbbı odaları Mart 1953'te Genel Kurulunu toplamış, TTB Büyük Kongresine gidecek 114 hekim ve dış hekim delege

seçilmiştir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın daveti ile ilk Büyük Kongre 27 Nisan 1953'te Ankara'da toplanmıştır.

Yasaya göre TTB Merkez Konseyi'nin çalışma yeri İstanbul'dur. 12 Eylül 1980 Darbesine kadar da öyle kalacaktır.

Görüldüğü üzere İstanbul Tabip Odası kurulduğu 1929 yılından günümüze dek en büyük amacı hekimlerin hak ve yararlarını korumak, hekimler arasında dayanışmayı sağlamak ve hastalara daha iyi hizmet verebilmek olmuştur. Ülkenin gerek siyasi gerekse tıbbi şartları ne olursa olsun daha uzun yıllar aynı ilkelerle hizmetlerine devam etmesi dileğiyle...

90.YIL KUTLU OLSUN

DR. TEVFİK SAĞLAM (TEVFİK SALİM PAŞA, 1882-1963)

1903'te yüzbaşı rütbesiyle askeri hekim olarak Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde önceleri stajyer, daha sonra iç hastalıkları asistanı olarak görev yaptı. Asistanlık dönemi başarılarla doludur. Yeni keşfedilen frengi mikrobunu Türkiye'de ilk defa gösteren; menenjitli hastalarda, o zaman için çok önemli bir sorun sayılan belkemiğinden su almayı Türk hekimliğine yerleştiren; sıtma, kan hastalıkları problemleriyle uğraşıp birçok yenilikler ortaya koyan Gülhane'nin modern ve genç âlimi, Süleyman Numan'ın parlak ve çalışkan asistanıdır.

1909'da Tıp Fakóltesi'nin III. Dahiliye Klinięi Laboratuvarı şefliğine getirildi. 1912 Balkan savaşı sırasında önce Kolera sonra Tifüsle mücadele etti. 1914'te iç hastalıkları öğretim görevlisi olarak Gülhane, Askeri Tıp Okulu'na girdi.

Birinci Dünya Savaşı sırasında Doęu İlleri Bulaıcı Hastalıklarla Savaş Bakanlığı'nı yürüttü. Şark cephesinde hem bulaıcı hastalıkları tedavi etti hem de tifüs aşısını bularak (Bu süreçte esnasında kendisi de tifüse yakalandığı için hastalığın seyrini bilmektedir) tıp literatürüne geçmeyi başardı.

Kurtuluş Savaşı yıllarında Askeri Sağlık Dairesi Başkanlığı'na atandı, ancak programı kabul edilmediği için istifa etti. Savaş sonrası 1923'de Gülhane Hastanesi'nin başhekimliğine atandı ve 1923-27 döneminde Gülhane en parlak devrini yaşıadı.

Aynı yıllarda Verem Savaş mücadelesini başlatarak, Verem Savaş Derneği'ni kurdu. 1931'de Gureba Hastanesi İç Hastalıkları Servisi'ne



geçti. 1933'teki Üniversite reformunda İstanbul Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na ve III. İç Hastalıkları Klinięi ordinaryüs profesörlüğüne atandı. 1936'da Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde iç hastalıkları şefi olarak göreve başladı. 1943-1946 arasında Tıp Fakóltesi'nin rektörlüğünü üstlendi. 1948'de Türkiye Ulusal Verem Savaş Derneği'nin başkanı oldu ve yurdun pek çok yerinde verem savaş dispanserinin açılmasını, tüberkülin testi, BCG aşılarının kampanyası, köylerde gezici verem tarama ekiplerinin kurulmasını sağladı. 1952'de emekliye ayrıldı, kendisini ölünceye kadar veremle savaş adadı.



1930'ların başı. Oturanlar sağdan, Akil Muhtar Özden, Tefvik Salim Sağlam; ayaktağiler sağdan, Niyazi İsmet Gözcü, Ahmet Süheyl Ünver.

“Yolumuz devam ediyor...”

Röportaj: Süheyla Ağkoç*

“

14 Mart’ın 100. yılı ve İstanbul Tabip Odası’nın kuruluşunun da 90. yılı vesilesiyle Dr. Erdal Atabek ile 1996 yılından beri “Kültürel Psikoloji” dersi verdiği Marmara Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi’nde buluştuk.

”



Bu yıl 14 Mart’ın 100. yılı ve İstanbul Tabip Odası’nın kuruluşunun da 90. yılı. Bu vesileyle bu tarihi yapanlardan bir isimle röportaj yapmak, Türkiye’de hekimliği ve meslek örgütümüzü konuşmak istedik. Sizinle başlayalım. Dr. Erdal Atabek bize biraz kendini anlatır mı?

Evet öncelikle “Hekim Sözü”nü kutluyorum. Çok güzel bir dergi ve devamında da başarılar diliyorum.

Türkiye’de hekimlik, tarihi itibarıyla ‘eğitimli aydın’ bir kitledir. Eğitimli aydın bir kitle olarak hekimler her zaman ülkesinin gidişinden, durumundan ve geleceğinden sorumluluk duymuşlardır. Kurtuluş Savaşı sırasında Tıbbiyeli Hikmet’ten başlayan ülkesinin geleceğinden sorumluluk duyma geleneği, günümüze kadar da devam etmiştir ve bundan sonra da devam edecektir. Bizim TTB’ye merkez

konseyine girişimiz 1960’lı yıllardadır. Ve o tarihten bizim girişimize kadar TTB Merkez Konseyi ve Tabip Odası çalışmaları bir tür protokol kuruluşu niteliğindedir. İlerleyen zamanlarda hekimlerin sorumluluk alması gerektiğini öne sürerek, 1965 yılında Merkez Konseyi’ne girdik. 1966 yılında bir ara dönemde ben başkanlığa seçildim. Başkanlığa seçilişimden daha önemlisi hekimlik hareketinin özüne kavuşma sürecini yaşamasıydı. Biz o zamana

*Dr., İstanbul Tabip Odası Sağlık Politikaları Komisyonu Üyesi



kadar akla gelmemiş olan, halk sağlığını korumak ilkesini gündemimizin birinci maddesi yaptık. Çünkü halk sağlığını korumak hekimin hem yetkisindedir, hem de hekim gücünü ifade eden en önemli kavramdır. Hekimi mesleğinde güçlü kılan halk sağlığına sahip çıkmasıdır. Halk sağlığına sahip çıkmak ve hekim haklarını halk sağlığı ile beraber görmek hekimin de sağlık ekibinin içine yerleştirmektir. Tek başına hekimin değil, hemşiresiyle sağlık memuruyla laborantıyla sağlığı bir ekip çalışması olarak görmek, bizim dönemlerimizin en önemli nirengi noktalarıydı.

Bunda 224 sayılı yasanın ve o zamanki Türkiye sağlık ve siyasal ortamının etkisinin de var olduğunu da düşünüyorum. Ne dersiniz?

Her zaman bu etki vardır ve biz özellikle dönemimizin can güvenliğini sağlamak ve demokratik haklarımızı öne sürmek suretiyle TTB'nin demokraside ve insan sağlığında görevlerini öne almayı hedef bildik. Bütün gündemlerimiz, açılışlarımız, büyük kongrelerimiz, tabip odalarımızın toplantı hedefleri hep can güvenliğinin sağlanması, insan sağlığının korunması ve demokratik özgürlüklerin yerleşmesi ilkeleriyle başlamıştır. Ve tartışmalarımız her zaman halk sağlığı, hekimler ve demokrasi mücadelesinin ortak noktalarında yürütülmüştür. Yine bizim çalışmalarımızda öne koyduğumuz şey, kolektif çalışmaydı. Yani Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve tabip odaları ile bütündü, o bütünlüğü ortak kararlarımızın yürütülmesi olarak gördük. Yasamızda yer almamasına rağmen Temsiller Meclisi'ni kurduk. Ve onu her bölgede ayrı ayrı toplantı yapmak suretiyle hayata geçirdik, bunlar da önemliydi. Hekim kuruluşları ilk defa değişik bölgelerde, Anadolu'nun çeşitli yerlerinde, Trakya bölgesinde, güneyde, kuzeyde, Antalya'da, Mersin'de, Trabzon'da, Samsun'da, Erzurum'da, Sivas'ta bu Temsiller Meclisi'ni yapmak suretiyle merkezlerin dışına çıkarak ilkelerimizi oradaki kitlemiz ile bütünleştirmeyi hedefledik ve bunu başardık.

Tabii ki her zaman karşınıza siyasal engeller çıkmıştır. Yani Türk Tabipleri Birliği'nin karşısına çıkan engeller Türkiye'de demokrasinin karşısına çıkan engellerdir. Her zaman baskı, antidemokratik önlemler, antidemokratik bir siyaset, sağda bir siyaset her zaman Türk Tabipleri Birliği'nin karşısına çıkan engel-

ler olmuştur ve bunlarla mücadele bizim temel görevlerimizden biri oldu.

1 1965'te başlayan süreciniz 80'lere, 12 Eylül'e doğru nasıl ilerledi? Özetleyebilir misiniz?

Tabii. 1965'ten sonraki süreçte 68 olayları çok sıcak yaşanmıştır. 68 Devrimi, Paris'ten başlayan işgaller İstanbul Üniversitesi işgali ile devam etti ve biz bu süreci yaşadık. O süreçte İstanbul'da ve Ankara'da yaşanan olayların biz her zaman demokratik tarafı olduk. Arabulucuklar yaptık ve çalışmalarımızı sürdürdük. Ve 1971'deki 12 Mart dönemini çok sıcak yaşadık. 12 Mart'tan 1980'e kadar geçen süre bizim örgütsel mücadelemizin çok sıcak bir aşaması olmuştur. 12 Eylül 1980'de biz artık o dönemdeki faşist darbenin hedefiydik, birliğimiz kapatıldı, biz değişik hapisane süreçleri yaşadık. Barış Derneği davasından ben tutuklandım. Ben tutukluyken, Türk Tabipleri Birliği aleyhine 141, 142'den yeni bir dava açıldı, biz onları yaşadık. Ama hepsinden yüzümüzün aklıyla çıktık ve örgütümüz temel eksenini hiç kaybetmeden yoluna devam etti. Bu bizim için çok büyük bir başarıdır. Hatta ben hapisteyken yapılan seçimlerde kazanan arkadaşlarımız nedeniyle, hapisanede arkadaşlarım beni kutlamıştır 'yolumuz devam ediyor' diye.

Bu ülkede sağlık ortamı ve hekimlik nasıl bir dönüşüm yaşadı?

“

Demokrasi temel görüşümüzdür, parlamenter demokrasiye dönüşümü sağlama da yine eğitimli bir güç olarak hekimlere düşen görev çok büyüktür. Bu mücadelemizi sürdürüyoruz, sürdüreceğiz de.

”



“

Büyük tehlikeler
ile karşı karşıyayız.
Bunlardan birisi
kapitalizmin sağlığı
sadece parası olana
tahsis etmesidir.
Bu temelde sağlığın
insan hakkı olduğu
kavramı ile çelişki-
lidir. Sağlık temel
insan hakkıdır.

”

Şimdi büyük tehlikeler ile karşı karşıya olduğumuzu düşünüyorum. Bunlardan birincisi kapitalizmin sağlığı sadece parası olana tahsis etmesi gibi yaşanan bir tehlikedir. Bu temelde sağlığın insan hakkı olduğu kavramı ile çelişkilidir. Sağlık temel insan hakkıdır. Ücretsiz bir devlet hizmeti olmalıdır. Buna aykırı her şey insan sağlığına aykırıdır. Bugün sağlık, tamamen özel imkanları olanlara, parası olana göre ayarlanmış, satılan bir hizmet haline gelmiştir ve hekimleri bu noktada pazara çıkarılmış bir hizmetin elemanları yapma gibi çelişkili bir duruma sürüklemektedir. Bugün yaşadığımız çelişkilerden birisi budur.

İkinci büyük çelişki teokratik bir ortama sürüklenmiş Türkiye’de hekimliğin bilim dışı uygulamaların her türlü etkisine maruz bırakılmasıdır. Çok iyi bildiğiniz gibi sülükçüler, hacamatçılar ve bunun gibi çeşitli uydurma bilim dışı yöntemler tıp dünyasına da egemen kılınmakta ve bununla mücadele de dinci siyaset nedeniyle zorlaşmaktadır. İkinci büyük tehlike budur.

Üçüncü büyük tehlikeyi de insan sağlığının bütünüyle rastlantılara bırakılmış olmasında görürüm. Yani bugün insan sağlığının temel unsurları olan beslenme, barınma ve kentleşme gibi çeşitli alanlardaki savruluklar, bilim dışı uygulamalar insan sağlığını tehdit eden yeni unsurlardır, bunların biri de bağımlılıklardır.

Ve dijital dünyada giderek artan internet bağımlılığı, internetteki oyun bağımlılığı gibi yeni bağımlılık tipleri de uğraşmamız gereken yeni sorunlardır.

Bir diğer sorunu ruh hastalıkları bölümünde görüyorum. Dünyanın sürüklediği anksiyete ve depresyon yaratan koşullar nedeniyle bu hastalıkların giderek yaygınlaşması ve neredeyse normal bir ruh durumu sayılmasına yönelik tehlikelerdir. Bugünkü durumda da bu tehlikelerde hekimlerin sorumluluğunun arttığını, mücadele etmesi gereken alanın genişlediğini görüyorum.

Bugün için Türk Tabipleri Birliği’ni ve Odaların görevini nasıl tanımlarsınız?

Çok daha önemli görürüm çünkü Türkiye’de bilim dışı uygulamalar arttıkça bilimsel temele dayalı hekimlik mesleğinin ve sağlık ekibinin sorumluluğunun daha da arttığını düşünüyorum. Bilim dışı, eğitim dışı uygulamalar çoğaldıkça hekimlerin sorumluluğu ve yetkileri de artmaktadır.

Bugün biz eğitimli bir meslek grubu olarak yetkilerimizi çok daha güçlü biçimde kullanmalıyız, toplumu uyarma görevimizi çok daha yüksek sesle yapmalıyız. Toplumun maruz kaldığı hastalıklı durumu daha açık bir dille anlatmalıyız. Bugünkü sorumluluğumuzun ve yükümlülüğümüzün bu olduğunu düşünmekteyim.

Peki barış, demokrasi ve insan hakları bağlamında 2019 Türkiye’inde hekimler ne yapmalı?

Bir defa demokrasi temel görüşümüzdür, parlamenter demokrasiye dönüşümü sağlama yine eğitimli bir güç olarak hekimlere düşen görev çok büyüktür. Bu mücadelemizi sürdürüyoruz, sürdüreceğiz de. Bilimle ilgili olarak mücadelemizi daha büyük bir güçle sürdüreceğiz. Bilim dışı uygulamalarla, spekülasyonlarla halkın aldatılmasını engellememiz gerekiyor. Bu alanda İstanbul Tabip Odası’nın yapmış olduğu bir açıklama var; şarlatanlığa karşı çıkış son derece önemlidir. Bunun daha da güçlü biçimde Türk Tabipleri Birliği’nin bütün odaları tarafından benimsenip uygulanmasının gerekli olduğunu düşünüyorum. Mücadelemiz devam edecektir. Barış, demokrasi, insan sağlığı ve hekim hakları birbirinden ayrılmaz bir bütündür.

Başarılarınızın devamını diliyorum.



Dönüşen sağlık ve hekimlik

Cavit Işık Yavuz*

Değişim bir yandan sağlık alanında ve tıbbi teknolojide yaşanan gelişmelerle ilgiliyken diğer yandan da başta sağlık sistemlerindeki ve sağlık politikalarındaki gelişmeler olmak üzere politik alanla da yakından ilgili.

Hekimlik belki de şimdiye kadar hiç olmadığı kadar hızlı bir değişim geçiriyor. Bu değişimi hekimlik pratiğinden hekimlerin çalışma koşullarına, toplumsal konumundan özlük haklarına kadar geniş bir alanda sıralamak mümkün. Değişim bir yandan sağlık alanında ve tıbbi teknolojide yaşanan gelişmelerle ilgiliyken diğer yandan da başta sağlık sistemlerindeki ve sağlık politikalarındaki gelişmeler olmak üzere politik alanla da yakından ilgili. Bu politik alanın belirleyicileri kuşkusuz derin bir analizi gerektiriyor ve başka bir yazı konusu ancak sağlık politikaları alanına baktığımızda birçok ülkede sağlık sistemlerinde esen değişim ve dönüşüm rüzgârlarının fazlasıyla ortak yanlar içerdiğini görüyoruz.

Sağlıkta Dönüşüm Programı(SDP) uygulamaya geçtiği 15 yılı aşan süre içerisinde sağlık sistemini değiştirdi ve değiştirmeye devam ediyor. Bu programın temel yönelimi, sağlık reformu ekseninde sağlık alanında özel sektörün doğrudan teşviki, kamu sağlık kurumlarının sağlık alanında rekabet edebilecek sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, Sağlık Bakanlığı'nın rol ve işlevlerinin değişimi bileşenlerinde özetlenebilecek bir çerçeve içeriyor.

Genel sağlık sigortası, aile hekimliği ve hastanelerin idari ve mali yönden özertleştirilmesi SDP'nin üç sacayağı

olarak dikkat çekiyor. Bu bileşenlere ek olarak "şehir hastaneleri" adıyla uygulamaya konulan "Kamu-Özel Ortaklığı" başlığını da unutmamak gerek. Kamu sağlık hizmetlerinin esnekleştirilmesi ekseninde yapılan düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı doğrudan kendi hizmet sunduğu kurumların yapılarını ve bu yapılarıdaki istihdam biçimlerini değiştirerek kendisine planlama, politika belirleme ve denetleme işlevi getiriyor.

Bu noktada aşağıdaki değişimlerin yaşandığını görüyoruz.

HEKİM VE SAĞLIK ÇALIŞANI SAYISINDA ARTIŞ

SDP sürecinde Sağlık Bakanlığı sistemin ana aktörü haline gelmiş durumda. Toplam sağlık personelinin %64'ü Sağlık Bakanlığı'nda çalışıyor. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarına göre toplam sağlık çalışanı sayısı on beş yıl içinde (2002-2017) yaklaşık üç katına, hekim sayısı da 92 binden yaklaşık 150 bine çıkmış. Sağlık Bakanlığı tarafından 2023 yılında 200 bin hekim ihtiyacı olduğu belirtilmesine karşın artan tıp fakültesi kontenjanlarıyla 2023 yılında 218 bin hekim olacağı tahmin ediliyor. İhtiyacın üzerinde oluşacak hekim fazlalığının önümüzdeki dönemde ortaya çıkaracağı etkileri göz önüne almakta yarar var.

Hekim sayısındaki uzman ağırlığındaki artış izleniyor. 2002 yılında hekimlerin %49,4'ü uzman iken 2017 yılında

bu oran %54,0'a çıkmış, aynı yıllar içerisindeki pratisyen hekim oranı ise %33,6'dan %29,8'e gerilemiş. Tedavi hizmetleri ve hastane ağırlıklı bir sağlık sistemi eğiliminin güçlendiği izleniyor. Sevk zorunluluğunun olmamasıyla doğrudan hastane başvurularındaki artış, hastanelerde çalışan hekimlerin iş yükünü ve iş yoğunluğunu fazlasıyla arttırmış durumda.

ÖZEL SAĞLIK KURUMLARINDA ARTIŞ VE ÖZEL SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BÜYÜME

Sağlık kurumları içerisinde özel sektörün sayı ve ağırlığı artıyor. Özel hastane sayısı 2002 yılında toplam hastane sayısının %25'i iken 2017 yılında %38'i olmuş, aynı dönemde toplam hastane yataklarının %8'i özel hastane yatağı iken bu oran %22'ye çıkmış. Diğer yandan özel sağlık sektöründe tekelleşme eğilimi dikkat çekiyor. En büyük 5 özel hastane zinciri özel yatakların %28'ine sahip. Benzer bir eğilim hekim istihdamında da karşımıza çıkıyor. Türkiye'de toplamda hekimlerin yaklaşık beşte biri (%19,7), uzman hekimlerin de yaklaşık üçte biri (%29,4) özel sektörde çalışıyor. Özel sağlık sektörü özellikle hekim istihdamının önemli bir alanı haline gelmiş durumda.

KAMU HASTANELERİNİN İŞLETMELEŞTİRİLMESİ

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde mal ve hizmet alımlarında temel kaynak haline gelmiş durumda. 2016 yılı Tür-

* Toplum ve Hekim Dergisi Hakem Kurulu

kiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sayıştay Raporu'na göre Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin bağlı bulunduğu bu kuruma Genel Bütçe'den yaklaşık 12 Milyar TL ödenek tahsis edilmiş, döner sermaye geliri ise 27 Milyar TL olarak gerçekleşmiş. Döner sermaye harcamalarının %84'ü hizmet üretim gideri. Hizmet üretim giderinin %31'ini hizmet alımları (laboratuvar, yemek, görüntüleme vb), %24'ünü malzeme alımı (medikal, laboratuvar ve kırtasiye malzemeleri), %34'ünü personel ek ödemeleri ve %11'ini de diğer giderler oluşturuyor.

Kamuda çalışan hekimler temel ücretlerinin düşük olması nedeniyle toplam gelirden döner sermayeye bağımlı hale gelmiş durumdadır ve bu bağımlılık giderek yoğunlaşıyor. Bazı çalışmalar 2007-2015 döneminde kamuda çalışan uzman hekimlerin toplam aylık gelirlerindeki döner sermaye oranının %70-75 düzeyinde olduğunu, pratisyen hekimlerde bu oranın %60 civarında olduğunu gösteriyor. Bu durum da aslında hekimlerin ücretlendirmede bir esnekleşme yaşadıklarını gösteriyor. "Döner sermaye" kaynaklı ek gelir hekimin gündelik yaşamına ve hekimlik pratiğine doğrudan yansıyor. Bir "performans puanı" kaygısı ve rekabeti kimi zaman açık kimi zaman ise üstü örtük bir şekilde yerleşiyor sağlık kurumlarına. Kamuda çalışma dışında çalışma şansı kalmadığı için hekimler kamudan elde ettikleri geliri maksimize etmeye çalışıyorlar ve bunun da onlara gösterilen tek yolu döner sermayeden yapılan ek ödemeler. Bu durum var olan bu sistemin hekimlerce uyum ve kabulünde önemli bir etken.

Kamu sağlık kurumlarında rekabet farklı mekanizmalarla işlemekte, döner sermaye tavan ücretlerinin 5-10 kat artırılması ile özellikle sağlık hizmetlerine ve "akredite hekimlere" özendirici "teşvikler" getirilmekte. Önümüzdeki dönemde daha çok göreceğimiz bu tür uygulamalarla Sağlık Bakanlığı, hem çalışma biçimlerini hem de rekabeti teşvik edecek farklı ödeme ve "özendirme" mekanizmalarını getirmeye çalışıyor. Böylece hekimler arasında farklı beceri-bilgi-pratik düzeyine göre farklı ücretlendirmeler söz konusu olabilecek ve ücretlendirme yapılan işleme göre belirlenecek.

Özel sektörde çalışan hekimlerin ücretlendirme ve çalışma biçimleri ise farklı dinamiklerle şekillenen bir sorun alanı.

Bu alanda sözleşmeli-ücretli çalışma, serbest meslek makbuzu olarak adlandırılan farklı bir çalışma biçimi ve hekime şirket kurdurma yöntemiyle özel hastanelerle bağ kurulması gibi birbirinden farklı yöntemler karşımıza çıkıyor.

KAMUDA ÇALIŞAN HEKİMLER İÇİN YENİ ÇALIŞMA BİÇİMLERİ

Kamuda çalışan hekimler için yeni çalışma biçimleri getiriliyor. 5 Aralık 2018 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren düzenleme yeni bir sözleşmeli çalışma biçimini öngörüyor. Özellikle "şehir hastaneleri" ile ilgili süreci etkileyeceğini öngörebileceğimiz bu düzenleme ile "birlikte kullanıma konu" sağlık tesislerinde öğretim üye ve elemanları ile öğretim elemanı dışındaki diğer personelle, yürütülecek hizmetlere ilişkin en fazla üç yıl süreli ayrı ayrı sözleşme imzalanabilmesine ilişkin yasal altyapı hazırlanmış oldu. Bu düzenlemenin bundan sonrası için gelebilecek başka düzenlemelerin ve sözleşmeli çalışma biçimlerinin habercisi olduğu söylenebilir. Benzeri bir düzenleme 3 Ağustos 2018 Resmi Gazete'de sağlık turizmi alanlarına özel istihdam ve sözleşme düzenlemeyle gerçekleştirildi. Bu sözleşmeli çalışma biçimleri yıllık hedefler ve performans göstergeleriyle yapılan sözleşmeler. Aile hekimlerinin kamuda benzeri olmayan bir sözleşme biçimiyle çalıştığı da unutmamak gerekiyor.

Özet hekimler için çalışma koşullarında dikkat çeken değişimi üç başlıkta sıralamak mümkün: İstihdam kurallarının esnetilmesi, çalışma sürelerinin uzatılması ve iş yoğunluğunun artırılması. Yeni sağlık ortamının temel mottosu (sloganı) "rekabet" biçiminde öne çıkıyor. Hem kurumlar arasında, hem hekimler arasında hem de hekimlerle diğer sağlık meslek üyeleri arasında.

Dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetleri alanı, küresel kapitalizmin ihtiyaçları doğrultusunda dönüşüm geçiriyor. Bu dönüşüm tıp ve sağlık alanını etkileyen diğer değişimlerle birlikte hekimlik pratiğini etkiliyor, değiştiriyor. Sağlık hizmetleri alanında oluşturulmaya çalışılan "kontrollü rekabet" ortamında özellikle hekimlerin çalışma biçimleri ve özlük haklarında değişimler dikkat çekiyor. Sürecin şehir hastaneleri ve sağlık turizmi ile yeni bir aşamaya girdiğini de belirtelim.

KAYNAKLAR

3 Ağustos 2018 Resmi Gazete. Askerlik Kanunu ile Diğer Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

5 Aralık 2018 tarihli Resmi Gazete. Sağlıkla İlgili Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2008

Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010

Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2017

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu. Ağustos 2017.

Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış. TOBB, Aralık 2017.

Yalçınkaya K. Kamu Sağlık Hizmetlerinde Bütçe Temelli Dönüşüm ve Personel Ödemeleri Toplum ve Hekim, Mayıs-Haziran, 2018 Cilt 33, Sayı 3.

Tıbbın yarını var mı?

Melih Bulut*

“

Tüm dünya kaotik bir durumda, tüm meslekler bir bakıma krizde, fevkalade hızlı bir değişim ve dönüşümün etkisinde. Hekimlik de bu etkidenden nasibini alıyor ve alacak. Şu anda ülkemizde olduğu gibi iyi hekimlik yapmak giderek belki daha güç hale gelecek

”



Istanbul Tabip Odası yetkilileri Tıp Bayramının yüzüncü, Tabip Odasının doksanıncı yılı vesilesiyle çıkaracakları Hekim Sözü Dergisinin ikinci sayısında tıbbın dünü, bugünü, yarını konulu bir dosyalarının olacağını söyleyerek benden tıbbın yarınına irdelenecek bir yazı istediler. Doğrusu tıp ve sağlıkta olan biteni yakından izleyen, Sağlıkta Gelecek konuşmaları yapan bir eski hekim, hastane ve sağlık yöneticisi olarak Odamızın bu yaklaşımını önemli bir gelişme olarak görüyor ve kendilerine bana bu fırsatı verdikleri için de teşekkür ediyorum.

Bu yazıda sizlere herhangi bir kaynak kullanarak kolayca erişebileceğiniz baş döndürücü teknolojik ilerlemeleri alt alta sıralamayacağım. Amacım kendime sıkça sorduğum, bazen cevap bulduğum bazen cevap bulamadığım

sorular ile geleni, geleceği az da olsa öngörebilmek. İşte bu yüzden yazının başlığı kışkırtıcı oldu “Tıbbın Yarını Var mı?”.

Tüm mesleklerin geleceğinin sorgulandığı, bugün doğan çocuklarımızın hangi henüz tanımlanmamış işleri yaparak hayatlarını kazanacağının konuşulduğu, son derece hızlı değişen bir dünyada bu soru yerindedir. Bu soruya benim gibi “Evet insan veya insanlık var oldukça tıpta var olacaktır.” diye kesin bir cevabınız olsa bile “Nasıl bir tıp gelecekte var olacak?” sorusuna yanıt aramalıyız düşüncesindeyim.

Tıbbın sözlük karşılığı “Hastalıkları, sakatlıkları iyileştirmek, hafifletmek ya da önlemek amacıyla başvurulacak teknik ve bilimsel çalışmaların tümü,

hekimlik”. Doğal olarak tıbbın ana meselesi başlangıçtan itibaren hastalıklar oldu ve modern tıp binlerce yılda gelişerek 20. Yüzyılda doruk noktasına ulaştı. Bizim meslek hayatımız boyunca ilk kalp naklini yapan Dr. Barnard gibi uzman hekimler yıldızlaştırdı hastaneler tıbbın kutsal mabedi haline geldi. Öyle ki bu dönemde halk sağlığı gibi temel alanlar hatırlansa da sesleri pek duyulmadı, hastaneler ve tedavi edici hekimlik sağlık bütçelerinin aslan payını kaptı. Ancak 21. yüzyıla giriş ile beraber işler değişmeye başladı. Modern tıp uygulamaları kronik hastalıklar gibi çetrefil sorunların çözümünde pek yararlı olmuyordu. Hastanelerde gereksiz uygulamalar ve israf harcamaların üçte birini teşkil ediyordu, bazı ülkelerde komplikasyon ve hatalardan ölümler nedenler içinde epey üst sıralara yükselmişti. Kaynakların kıt olduğu bir dünyada sizce bu durum sürdürülebilir miydi? Bu kafada

* Prof. Dr., Çocuk Cerrahisi, Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği – Yönetim Kurulu Başkanı

gidersek bir yarınımız olabilir mi?

Artık tıbbın meselesi hastalıklar değil sağlık olmalıdır. Yani bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali. Çünkü insanların meselesi artık sağlık oluyor, öyle ki ülkemizde birkaç ay önce yapılan tüketici eğilim araştırmasında sağlıklı ürünlerin değil, sağlık veren ürünlerin tercih edildiği ortaya çıktı. İşte bu nedenle Avrupa Birliği ana şiarını "Bütün Politikalarda Sağlık" olarak ilan edip biyo-hukuk, biyo-ekonomi yaklaşımlarını benimsiyor. ABD'de devlet araştırma destekleri sadece doğrudan insan sağlığı ile ilgili çalışmalara veriliyor. Pekiyi, biz hekimler hastalıkları iyi biliyoruz diye sağlığı da iyi mi biliyoruz, sağlıkta da tartışmasız otorite miyiz?

Hayatın ve insan vücudunun bağlantısal bütünselliği, sağlığa da bütünsel yaklaşımı zorunlu kılıyor.* Artık çok iyi biliyoruz ki ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali içinde değilsek bedensel sağlığımız bozuluyor. Sadece hastalıkları tedavi etmekle kalıcı başarı sağlayamıyoruz, koruma ve geliştirme faaliyetleri de en az, belki de daha fazla tedavi kadar önemli. Hizmet, eğitim ve araştırma hem tıpta hem sağlıkta bir arada, bütünsellikte yürütülmedikçe verimli olmuyor. Acaba şu andaki tıp ve uzmanlık eğitimimiz sağlığa bütünsel yaklaşım üzerine mi oturuyor? İnsanın bütünselliğine aykırı bir durum oluşturan mevcut parçalı tıp uygulama kültürümüzle, anlayışımızla daha ne kadar devam edebiliriz?

2000 yılına girerken çok patırtı oldu, şöyle olacak, böyle olacak dendi. İlk yıllarda pek bir değişiklik hissedilmedi. Ancak 2007 ile beraber dünya hızla değişmeye başladı, dijitalleşme ve internet özellikle akıllı telefonların yaygın kullanımı ile beraber hayatın her alanını derinden etkiledi. Bugün birçok saygın düşünür, içinde bulunduğumuz dönemin tarım devrimi kadar insanlığı ve doğayı dönüştürücü olduğunu söylüyor. Ben bu durumu "Bilim Devrimi" olarak adlandırıyorum. Bilhassa temel bilimlerdeki muazzam üretim tıbbi bilgilerimizi her yıl neredeyse ikiye katlıyor. Sağlığın yakın gelecekte finansal açıdan lider sektör olması yıkıcı olarak adlandırılan yeni teknolojilerin bu alanda yoğunlaşmasına yol açıyor. Gün geçmiyor ki Apple, Amazon gibi teknoloji devleri sağlıkla ilgili bir yeni yatırım

açıklamasın. Bilim ve aşırı hız çağında bilime dayalı teknolojinin hızlı gelişmesine en iyi örnek CRISPR uygulamaları. Sadece yedi yıl önce tarif edilen bu DNA terziliği kullanılarak Çin'de HIV taşıyıcısı olmayan bebek bile dünyaya getiriverdiler! Genç Türk bilim insanlarının geliştirdiği CRISPR kiti ile kısa bir süre sonra evde lise, üniversite öğrencileri CRISPR deneyleri yapabilecekler. Çaresiz olan olan malign melanom, akciğer kanseri hastalarını immünoterapi ile tedavi edebilir hale geldik. Nanorobotlar sayesinde belki de yakın gelecekte bilinen anlamda kemoterapi tarih olacak. Multidisipliner çalışmaya, temel bilimlere gereken önemi vermeden, onların şekillendirdiği bir gelecekte onlarla yoğun işbirliği yapmadan nasıl var olabiliriz?

Tıbbın geleceğinden söz ederken yapay zekadan bahsetmemek olmaz. En iyi radyolog günde 200 kadar beyin MR'ı raporlayabilirken algoritmalar bunu binler, hatta onbinler seviyesinde yapabiliyor. IBM'in Watson süper bilgisayarı insanı satrançta yeniyor, malign melanomda daha doğru teşhis koyuyor. Çok değil 50 yıl sonra robotların, yapay zekanın erişeceği mükemmellikle insan cerrahların yerine ameliyat yapabileceği söyleniyor. Diğer taraftan sentetik biyoloji sayesinde inorganik maddelerden canlı üretebilmeyi başardık. Bu devasa gelişmelerin olduğu bir dünyada modern tıbbın babası Hipokrat'ın "Önce zarar verme" ilkesi bizi daha ne kadar taşıyabilir? Yapay zekanın karar destek sistemi olarak tıbbın her alanında hızla rutin pratiğimize girdiği bir dünyada onu hangi etik, deontolojik kurallara tabi tutacağız?

Yaşadığımız kaotik süreçte her şey hızla değişiyor, doğal olarak tüm kurumların da varlık gerekçesi sorgulanıyor. Türk Tabipler Birliği'nin geçmişle ilgili tüm faaliyetlerine çeşitli eleştiriler getirilebilirse de sadece hekimlerin menfaatine hizmet etmedikleri, kendi görüşleri olan hakkaniyet doğrultusunda halkın sağlığıyla ilgili taraf oldukları konusunda haklarını teslim etmek gerekir. Buna rağmen yeni tıp ve sağlık anlayışının kaçınılmaz biçimde gerekli olduğu önümüzdeki dönemde nasıl bir hekim örgütü sorusu da yerinde olacaktır. Tıp uygulamasının genelde lideri konumunda olan hekimlerin örgütü tabip odalarının dikey, içine kapanık,

“

“İnsan veya insanlık var oldukça tıpta var olacaktır.” diye kesin bir cevabınız olsa bile “Nasıl bir tıp gelecekte var olacak?” sorusuna yanıt aramalıyız düşünce-sindeyim.

”

*Bu konuda daha ayrıntılı bilgilenme için: Bütünsel Sağlık İçin Kavramsal Bir Çerçeve. Bulut M. Bulut A.K. <http://dergipark.gov.tr/tjpb/issue/39061>

“

Tıbbın meselesi hastalıklar değil sağlık olmalıdır. Yani bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali. Çünkü insanların meselesi artık sağlık oluyor

”

diğer sağlık meslek örgütleri ile sınırlı bir ilişkisi varken, nasıl sağlıkta önderlik yapabilirler? Şu sıralarda birçok sağlık meslek mezununun % 90'lara varan bir işsizlik sorunu için biz tabipler onlara yeterince destek veriyor, kol kanat geriyor muyuz? Farklı bir ifade ile hekim örgütü nasıl bir değişim geçirmelidir ki tıbbın yarınında etkin biçimde yer alabilsin? Sadece kamu sağlık otoritelerinin uygulamalarına endeksli bir çalışma anlayışı daha ne kadar sürdürülebilir? 20. Yüzyılın kurumları olan sendika, oda, dernek gibi yapılar yerine 21. yüzyılın iş yapma ve çalışma anlayışına daha uygun, yeni kuşak insanlara daha sıcak gelen yeni nesil örgütlenmeler icat etmeli miyiz? Böylece sadece kendi kendimizle dikey değil, diğer sağlıkçılarla yatay etkileşimler ve dayanışma içine girerek örgütlenmede de daha bütünsel bir yaklaşıma doğru ilerlemiş olur muyuz?

Hekimler olarak ekip çalışmasını, işbirliğini en iyi bilen meslek gruplarından birisiyiz. İşbirliği anlayışını dalga dalga genişleterek sağlığın her alanına yaymalıyız. Örneğin hastalarımızı korkmadan tüm süreçlerimizin içine dahil etmeliyiz. Onlarla ilgili kritik bir sürü karar alıyoruz, bilimsel kongreler yapıyoruz ama hastalara yeterince söz vermiyor, onları dinlemiyoruz. Hastalarımızla işbirliği bütünsel yaklaşımın gereğidir ve bu konuda mevcut güzel örnekleri yaygınlaştırmalı, derinleştirmeliyiz. Eskiden kalma bir alışkanlıkla, varlık nedenimiz olan hastaları işin merkezine almadan, onlara karşı sürekli buyurgan bir otorite olarak davranmaya devam edebilir miyiz? Elbette ki yalnızca hasta haklarına değil çalışanın ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağımıza da önem vermeliyiz.

İşbirliğinin bir gereği de iş bölümüdür. Kanımca, tedavi bizim işimiz, hekimlerin liderliğinde yürümeye devam etmeli ama belki de sağlığı korumayı gerekli eğitimi alarak yetişmiş sağlıkçılara; örneğin hemşirelere, ebelere, diyetisyenlere; geliştirmeyi ise sağlık yöneticilerine bırakmalıyız. Biz, ekibin önemli bir unsuru olarak, icap ettiği zaman onlara destek vermeliyiz. Son derece karmaşık bir iş olan tıp ve sağlık uygulamalarının bütün alanlarında işbirliğini en iyi biz sergilemezsek diğer sağlık meslek gruplarının doğru davranış içinde olmalarını nasıl bekleyebiliriz?

Bilginin hızla demokratikleştiği bir çağdayız, insanlar evlerinde arttırılmış ve sanal gerçeklik sayesinde üst düzeyde anatomi öğrenebilirler, tıp eğitiminin birçok dersine ulaşabilirler. O halde yüzyıllar içerisinde hekimler olarak bize tanınan ayrıcalıkların hakkını vermeliyiz. Bunun için öncelikle yaşadığımız zamanın ruhunu iyi kavramalıyız. Daha sonra bir taraftan değişen teknoloji ve anlayışa paralel olarak mesleki açıdan kendimizi geliştirirken, bir taraftan da multidisipliner çalışmanın gereğini yerine getirmeliyiz. Yani bilimsel devrimin ana taşıyıcıları olan; biyoloji, fizik, kimya, genetik, matematik, psikoloji, sosyoloji, mühendislik gibi buluşlarıyla sağlık ve tıp uygulamalarımıza katkı veren her disip-linden araştırmacılarla işbirliğimizi alabileceğine ilerletmemiz mesleğimizin geleceği açısından yararlı olmaz mı? Böylece evde CRISPR kiti kullanıp, anatomi öğrenen Google hekimlerinden epey farklılaşmaz mıyız?

Tüm dünya kaotik bir durumda, tüm meslekler bir bakıma krizde, fevkalade hızlı bir değişim ve dönüşümün etkisinde. Hekimlik de bu etkiden nasibini alıyor ve alacak. Şu anda ülkemizde olduğu gibi iyi hekimlik yapmak giderek belki daha güç hale gelecek. Kanaatimce sağlık için bireylere yaşam boyu bütünsel ilgi gösterip, hastalandıklarında mümkün olan en iyi tedaviyi uygulayıp toplumda da iyilik hali için gayret edersek ve teknoloji kadar insan kaynağı yatırımını da ihmal ettirmezsek kendimizi ve mesleğimizi başarıyla geleceğe taşıyız. En uygun şartlar sağlandığında bile zor, meşakkatli ancak diğer taraftan insanın bütün iyi hasletlerini ortaya koyabilmesini sağlayan bir mesleğimiz olduğu için ne mutlu bize. Nice 14 Mart'lara.





Gen düzenleme yoluyla bebek tasarımı

İsmail Gönen*

“İnsan embriyolarında genom değişikliği yaptığını açıklayan He Jiankui “Eğer insanlara yardım edebilecek teknolojiye sahipsek, çok sayıda insanın hayatını kurtarabiliriz.” şeklinde eleştirilere yanıt veriyordu.”

Cinli Araştırmacı He Jiankui, 26 Kasım 2018 de Associated Press'e yapay tohumlama prosedüründen önce insan embriyolarının genomlarını düzenlediğini ve bunun sonucunda DNA'sı değiştirilmiş iki bebeğin dünyaya geldiğini duyurdu. Bunun üzerine Jiankui'yi dünyanın her yerinden meslektaşları, yapılanların etik olmadığını sert bir şekilde eleştirdi. Londra Üniversite-Koleji'nden (University College London-UCL) kendisi de bu alanda çalışan araştırmacı Maryam Khosravi “Eğer bir şeyler yapabilecek durumda olmamız, bu bunu yapmamız gerektiği anlamına gelmez” şeklinde Twitter'dan açıklama yaptı. Çin'de 100'den fazla bilim insanı Çin Halk Cumhuriyeti yönetimine açık mektup yazarak, CRISPR yönteminin kullanılmasının taşıdığı büyük riskler nedeniyle insan genleriyle ilgili çalışmalarda sınırlamalar getirilmesini talep etti. 28 Kasım 2018 günü Uluslararası İnsan Genomunun Düzenlemesi Zirvesinde He Jiankui “HIV virüsü taşıyan insanların yardıma ihtiyaçları var. Bu hastalıklarla mücadele eden insanların acılarını anlamamız gerekiyor. Eğer insanlara yardım edebilecek teknolojiye sahipsek, çok sayıda insanın hayatını kurtarabiliriz.” şeklinde eleştirilere yanıt veriyordu. Bu konuyu gündeme taşıyıp, genetik bilimi temelinde biyoetik çerçevenin tartışılmasını istedik. 19. yüzyılın köşe taşı mikrobiyolog-

ları Robert Koch ve Louis Pasteur'ün postülatlarından 2003 yılında insan genomunun dizilenmesine kadar son 130 yılda tıp alanında sıra dışı gelişmeler ortaya çıktı. Şimdi insanlar daha uzun ve daha sağlıklı yaşamanın keyfini sürüyor. Gelecekte insan sağlığını daha iyiye götürecek gelişmelere her gün bir yenisi ekleniyor. CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Short Polindromic Repeat)- Cas9 gen düzenleme teknolojisi gen tedavisinin daha yaygın uygulanma ümitlerini artırdı. Bu teknoloji ile kanser tedavisinde yeni ilaçların geliştirilmesi de mümkün. CRISPR teknolojisi hastalık modellerin oluşturulması için DNA değişimi yapılarak hücre kültürü ve deney hayvanlarının üretilmesinde dünyada yaygın olarak kullanılıyor. Genel olarak bu teknoloji hastalıkların ortaya çıkışında veya ilerlemesinde o gen fonksiyonlarının çalışması, kök hücre tedavisi, insan doku kültürü uygulamalarında yeni fırsatlar sunmaktadır. CRISPR / Cas9 teknolojisinin iki temel bileşeni vardır: Hedeflenmiş DNA ile eşlenebilecek rehber RNA ve çift zincirli DNA'da kırıklara yol açarak modifikasyon yapılmasına olanak sağlayan bir endonükleaz olan Cas9.

2015 yılında Sun Yat-Sen Üniversitesi'nden Dr. Junjiu Huang ilk defa insan embriyo genomunda düzenlemek için CRISPR teknolojisini uygulamaya çalışmıştır. Yardımcı üreme

teknikliğiyle üretilmiş, tripronüklear (3PN) zigot üzerindeki Beta Talasemi ve Orak Hücreli Anemiye sebep olan HBB geninde* düzenleme yaparak bu gendeki mutasyonları CRISPR/Cas9 ile bazı zigotlarda düzeltildiğini bulmuştur. Köşe taşı olan bu çalışma Protein & Cell dergisinde yayınlandığında dünya çapında ilgiyle karşılanmıştı. Bunun üzerine birçok bilim insanı, insan embriyo genomunda yapılan gen düzenleme çalışmalarının etik olmadığı çünkü yapılan değişikliklerin kalıcı olduğu ve nesilden nesile geçerek birçok tehlikeye yol olabileceğine işaret etmişlerdi (Cyranoski, 2015). Bilim insanları ve biyo-etikçiler embriyo genomundaki düzenlemenin Pandora'nın Kutusuna benzediğini, içinden nasıl kötülüklerin çıkabileceğinin bilinmediğine işaret etmektedir. Bu teknolojinin kusursuz olmadığı, ortaya çıkabilecek yanlış gen kesilmelerinin kalıtsal değişikliklere yol açabileceğini, başarılı düzenlemelerin bile ilerideki sonuçlarının şimdiden tahmin edilemeyeceğini söylemektedirler. Bu teknoloji sadece hayatı tehdit eden hastalıkların genetikini düzenlemek için değil, ayrıca zeka, görünüm gibi insan kapasitesini değiştirmekte kullanılabileceğine dikkat çekmektedirler. Bu nedenle bireylerin sağlığında geri dönüşsüz değişikliklerin insanlık onurunu nasıl yok edeceği, insanlar arasında adaletsizliklere yol açabile-

* Yrd. Doç. Dr., İstinye Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzm.

“

Gen düzenlemesinin klinik uygulanması için yan etkilerine ilişkin ileri araştırmalara, aynı zamanda etik ve sosyal uygulamalarla ilgili daha geniş tartışmalara ihtiyaç var.

”

ceği ve tüm toplum ve gelecek nesiller için bilinmeyen ve tahmin edilemeyen tehlikeler barındırmaktadır.

İyi haber ise, düşünüldüğünde bireyleri genetik olarak değiştirilmesi o kadar basit değildir. En doğru ve en güvenilir CRISPR versiyonu kullanılsa bile istenilen özelliklerin embriyo genomunda programlanması pek mümkün olmayabilir. Burada sınır koyan teknoloji değil, doğanın kendisi olabilir.

Birincisi, bu teknolojinin uygulanabilmesi için bir kalıtsal özelliğin %100 DNA ile belirlenmiş olması gerekir, bunun anlamı, bir özelliğin kalıtımının %100 veya ona yakın olması gerekir. Daha düşük kalıtım hızı taşıyan özellikler ise yaşam tarzı, eğitim, stres gibi genetik olmayan faktörlerle ilişkilidir. Gerçekten de insan özelliklerinden birçoğunun kalıtımı, embriyo genetiği ile değiştirilebilirliği sınırlıdır. En sık kalıtsal insan özelliklerinden göz rengi, çillenme ve dalgalı saç gibi tahmini kalıtım oranı sırasıyla %98, %91 ve %85-90 civarındadır. 50 yıldır kalıtım çalışmaları göstermiştir ki; en arzu edilen insan özelliklerinin büyük bir kısmının kalıtsal geçiş hızı çok daha düşüktür. Örneğin daha yüksek bilişsel fonksiyonlar %50, kas gücü %70 ve kişilik %45 gibi düşük oranda kalıtsal olarak belirlenir.

İkinci olarak gen değişiminin pratik değerinin olması için kalıtsal özelliğin tek bir varyantının olması veya sınırlı sayıda varyantlar arasındaki ilişkinin bilinmesi gerekmektedir. Teknik olarak çok sayıda lokusta DNA düzenlemesinin doğru olarak yapılması mümkün olsa da 10 veya yüzlerce lokustaki varyantların nasıl programlanacağı yakın zamanda öğrenemeyeceğimiz bilgilerdir. Bununla birlikte istenilen kalıtsal özelliğin genetik düzenlenmesi, doğru genlerin doğru yerlere konmasıyla da tek başına ilişkili değildir. Zeki insanlar sadece doğru genlere sahip oldukları için değil, aynı zamanda gen ve çevrenin doğru kombinasyonuna sahip oldukları için zekidirler. Düzenleme sırasında gelecekte nasıl bir çevreye sahip olacağını bilemediğimiz gibi, doğru genlerin şimdi ve gelecekte neye ihtiyacı olacağını da kestiremeyiz.

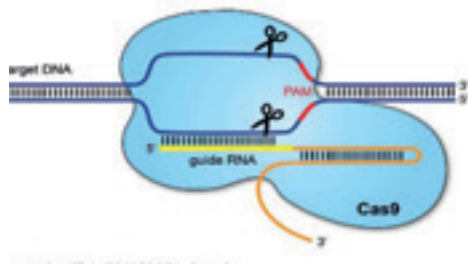
Bu iki kritere bakıldığında insan embriyo genomundaki düzenleme deneylerinin neden beta talasemi mutasyonu tamiri için yapıldığını neden tip 2 diyabet, depresyon, veya kanser için yapılmadığını daha iyi anlayabiliriz. Bu nedenle tek gen mutasyonu ile ortaya çıkan Beta Tala-

semi, Duchene Muskuler Atrofi, Kistik Fibrozis, ileride gen düzenleme teknolojisinin uygulanabileceği hastalıklardandır. Ancak tek gen hastalıklarında embriyo genetiğinde yapılacak düzenleme de bazı tehlikeler barındırmaktadır. Polimorfizm gibi mutasyonlarda, bir genin ekspresyonunun artmasıyla bir hastalığın riskini artırırken, diğer bir hastalığın riskini azaltabilir, bu durum mutasyonların “antagonistik pleiotropik etkileri” olarak isimlendirilir. Bunun en bilinen örneği Orak Hücreli Anemi veya Talasemi Minor Geni taşıyan bireylerin ölümcül malarya riskine karşı korunmasıdır.

Uluslararası İnsan Geni Düzenleme Zirvesinde gene düzenleme teknolojilerinin temel ve klinik-öncesi çalışmalarda veya germ-line DNA içermeyen somatik hücre DNA değişiklikleri içeren klinik çalışmalarda kullanılabileceği önerilmiştir. Bu öneri Amerika, Çin, İngiltere bilim akademilerinde de onaylanmıştır. Ayrıca UNESCO Uluslararası Biyoetik Komisyonu tarafından da altı çizilen önerilerden olmuştur. Germ-line gen düzenlemesinin klinik uygulanması için teknolojinin potansiyel yan etkilerine ilişkin ileri araştırmalara, aynı zamanda etik ve sosyal uygulamalarla ilgili daha geniş tartışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır.

He Jianki'nin çalışmasına geri dönersek, getirilen eleştirilerinin en önemli yanı, çalışmanın ciddi metodolojik ve etik sorunlar içerdiğini ortaya koymasındır. Çalışmaya katılan HIV'li bireylerden onam alınmamış, gönüllülerde umut yaratılmış, böylece araştırmaya yönlendirme ve özerklik ihlal edilmiş, çalışmanın bazı aşamalarının nerede yapıldığının açıklanmamış, izin süreçleri yürütülmemiş, çalışma yayınlanmadan medya yoluyla duyurulmasına çalışılmıştır. Bu çalışmada ciddi bias olduğuna dair kuşku yaratmaktadır. Bir çocuk hekimi olarak, bilimdeki bu gelişmelerin tek gen ile kalıtılan birçok çocuk hastalığına umut oluşturmaya karşın, insan embriyosunda yapılacak genetik müdahalelerin gelecek nesiller için büyük riskler barındırmaktadır.

Diğer yandan insan hayatına uygulanacak bir yöntemin savunulması için güvenilir ve etkili olduğu bilimsel olarak kanıtlanmış olmalıdır. Bilimsel bilginin üretilmesinde etik çerçevenin nasıl çizilmesi gerektiği ve biyoetik yaklaşımın nasıl olması gerektiği üzerine konunun uzmanlarınca daha çok tartışılacağı umuyorum.



Hayatımıza giren yeni ilaçlar

FDA 2018 LİSTESİ

Koray Yalçın *

“

İlk kez “Belli Hasta Grubu İçin Sınırlandırılmış Antibiyotik” onaylandı. Gerksiz antibiyotik kullanımının önüne geçmek için antibiyotik sadece belirli hasta gruplarında ve kesin olarak belirlenmiş şartlar altında kullanılabilecek.

”

Ülkemizde ilaçlar son dönemde yapılan zam oranlarıyla gündemdeyken, biz bu yazıda geçtiğimiz 2018 senesi boyunca Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış yeni ilaçları yakından incelemeye çalışacağız.

Yeni bir ilacın ABD’de kullanıma girmesi için FDA onayı alması bir zorunluluk, FDA onayı aynı zamanda bir prestij ve pazarlama aracı olarak da görülüyor. Maalesef çoğu zaman bir ilacın FDA onayı alması, konusu olan hastalığın çaresinin bulunması gibi gerçekdışı bir algıyı da beraberinde getirebiliyor.

2018’DE REKOR SAYIDA YENİ İLAÇ

FDA tarafından yıllık ortalama 33 yeni ilaca onay veriliyor. 2018 yılı

ise, 59 yeni ilaç onayıyla son 10 yılın zirvesine yerleşti. Son 10 yıllık grafik incelediğinde 2013 ve 2016 yılı göz ardı edilirse onaylanan ilaç sayısında istikrarlı bir yükselme trendi olduğu göze çarpıyor. İlaç sektörüne harcanan para ve ilaç sektörünün ABD’nin çok ötesine ulaşan pazar payı hesaba katıldığında yeni onay alan ilaç sayısındaki artış şaşırtıcı olmuyor. Konuya daha “iyimser” bakmaya çalışsak da, rekor ilaç sayısına ulaşılmış olması bilimsel çalışmaların kalitesini ve etkinliğini tek başına göstermeye yetmiyor.

ALANINDA İLK OLAN İLAÇLAR

Rekor sayıda ilacın onaylandığı 2018 senesinde, yeni onay almış ilaçların %38 kadarı alanında bir ilk olma özelliği taşıyor. Bu ilaçların içinden özellikle ibalizumab-uiyk etken maddeli Trogarzo diğer tedavi seçenekleri-

ni yitirmiş HIV-1 pozitif hastalar için yeni bir umut olarak görülebilir. Bu ilaç HIV-1 tedavisinde kullanılan ilk monoklonal antikor olması nedeniyle de dikkat çekiyor. Geliştirilmesi yaklaşık 15 yıllık bir süreci kapsayan ilacın patent hakları ise Tayvan Hükümeti tarafından finanse edilen Tai Med Biologics şirketine ait.

Alanında ilk olmasıyla öne çıkan bir diğer ilaç ise Fabry Hastalığının tedavisinde kullanılacak olan migalastat etken maddeli Galafold. Bugüne kadar enzim replasmanı ile tedavi edilen hastalık bu yeni ilaçla birlikte, defektli olan enzimin aktivitesinin artırılması yoluyla etkili olacak. Kullandığı özgün tedavi mekanizmayla ilgi çeken ilacın FDA ile macerası ise biraz meşakkatli olmuş. İlk başvurusu 2016 yılında reddedilen ilaç aynı yıl içinde Avrupa Birliği’nde onay alıp kullanıma girmiş.

* Uzm. Dr., Çocuk Hematolojisi

“

FDA benzer bir raporu her sene yayınlıyor. Yukarıda sıraladığımız öne çıkan başlıklar devasa bir ilaç pazarının her sene vitrine konulan parçalarını oluşturuyor. Bu parçaların altında kalmamak için ülkemizde jenerik ilaç üretiminin ötesine geçecek ve ilaç sektörünü tekellerin elinden alacak bir üretim modelinin kurgulanması gerekiyor.

”

FDA başkanının değişmesi sonrası ilaç şirketi yeni bir lobi faaliyetine başlayıp ilacın onayı için söz almış ve “beklenen onay” iki yıllık bir gecikme sonrası 2018’de verilmiş.

NADİR HASTALIKLAR VE MARIJUANA'DAN YAPILAN FDA ONAYLI İLK İLAÇ

Nadir hastalıklar etkiledikleri nüfusun çok düşük olması nedeniyle çoğu zaman ilgisizliğe mahkum ediliyor. İlaç şirketleri kazancın düşük olması nedeniyle bu alanlarda çalışma yapmaktan ve para harcamaktan özellikle kaçınıyorlar. Bu nedenle nadir hastalıklar söz konusu olduğunda maliyetlerin artması nedeniyle durdurulan ilaç çalışmalarına rastlamak hiç de sürpriz olmuyor. Bu dezavantajları nedeniyle nadir hastalıklar için kullanılan birçok ilaç “orphan” (öksüz/yetim) olarak tabir ediliyor. FDA verilerine göre 200 binden daha az ABD vatandaşını etkileyen nadir hastalıklar için 39 farklı ilacın onaylandığı 2018 yılı, bu anlamda da özel bir yıl olmuşa benziyor. Bu kategoride yeni onay alan ilaçlardan birisi ise hitap ettiği nadir hastalıktan çok üretildiği etken maddeyle anılıyor. İkisi de ciddi epilepsi formları olan Lennox-Gastaut sendromu ve Dravet sendromu tedavisinde kullanılan cannabidiol etken maddeli Epidiolex, marijuanadan üretilmiş olmasıyla bir ilki oluşturuyor.

ÖNCELİKLİ DEĞERLENDİRME

2018’de onay başvurusu yapan ilaçları %73’ü öncelikli değerlendirmeye alınarak onaylanmış. FDA yeni bir ilaç için öncelikli değerlendirme kararını hastalığın ciddiyetine ve yeni ilacın etkinliğine bakarak

karar veriyor. Ancak ilaç şirketleri belli bir ücret karşılığında öncelikli değerlendirme satın alabiliyorlar. Bu nedenle öncelikli değerlendirme sayısındaki artışın tek sebebinin tıbbi öncelikler olmadığını unutmamak gerekiyor.

ANTİBİYOTİK KULLANIMINDA BİR İLK: BELLİ HASTA GRUBU İÇİN SINIRLANDIRILMIŞ ANTİBİYOTİK

Geçtiğimiz yıl açıklanan onaylarda gözlenen bir ilk uygulama ise enfeksiyon hastalıkları ve antibiyotik direnci konusunda örnek gösterilebilecek bir uygulama olarak takdiri hak ediyor. FDA, non-tüberküloz mikobakterinin (NTM) yol açtığı akciğer enfeksiyonlarının tedavisinde lipozomal amikasinin inhaler formu olarak piyasaya sürülecek Arıkayce isimli ilacı “Belli Hasta Grubu İçin Sınırlandırılmış Antibiyotik” (Limited Population Pathway for Antibacterial and Antifungal Drugs) olarak onayladı. Bu sayede adı geçen antibiyotik sadece belirli hasta gruplarında ve kesin olarak belirlenmiş şartlar altında kullanılabilir. Bu sayede gereksiz antibiyotik kullanımının da önüne geçilmesi sağlanacak.

SONSÖZ

FDA benzer bir raporu her sene yayınlıyor. Yukarıda sıraladığımız öne çıkan başlıklar devasa bir ilaç pazarının her sene vitrine konulan parçalarını oluşturuyor. Bu parçaların altında kalmamak için ülkemizde jenerik ilaç üretiminin ötesine geçecek ve ilaç sektörünü tekellerin elinden alacak bir üretim modelinin kurgulanması gerekiyor.

Kızamık hastalığı ve ülkemizde kızamık vaka artışları

Recep Koç*

Dünya Sağlık Örgütü'nün ve TTB'nin dikkat çektiği aşılama kararsızlığı ve aşı oranlarındaki düşüşler, vakaların çoğalması ve yayılmasına zemin hazırlamaktadır.

Kızamık sadece insanları etkileyen enfeksiyon hastalıklarından bulaştırmıcılığı en yüksek olanlardan biridir. Aşı öncesi dönemde 2-3 yılda bir salgınlar yapan bir hastalıkken, aşılama ile birlikte salgınlar arası süre artmış ve hastalığa yakalanma yaşı yükselmiştir. Bir hastanın 9-10 kişiyi enfekte edebildiği bilinmektedir. Ortam ısısında, yüzeylerde ve nesneler üzerinde en fazla 2 saat, havada ise 30 dakika enfektif kalabilirken, ısıya çok duyarlı olduğundan, 56 °C'de 30 dakikada inaktive olur. Donmaya karşı ise dirençlidir ve yıllarca bozunmadan kalabilir.

Virüs öksürük, hapşırma ile havadaki damlacıkların solunmasıyla, bulaş içeren burun veya boğaz salgılarından temas yoluyla bulaşmaktadır.



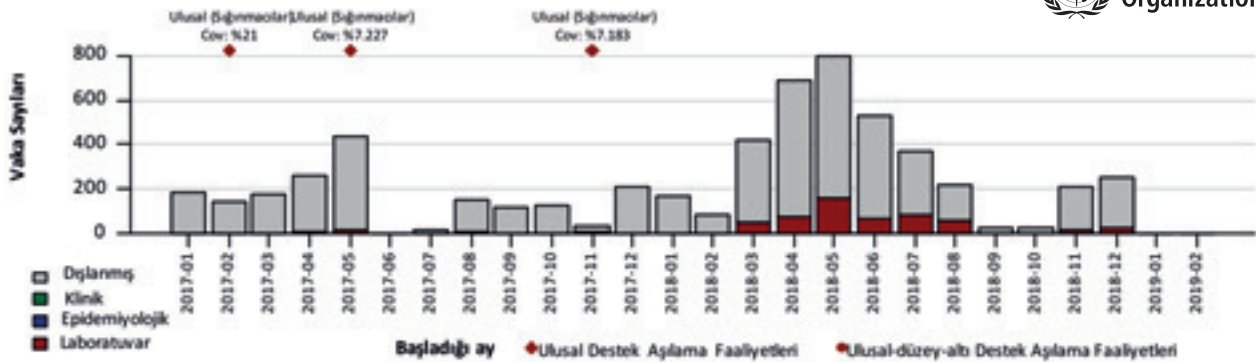
Kızamık hastalığı olan kişiler döküntünün 4-7 gün öncesinden başlayarak, döküntünün 4-7 gün sonrasına kadar bulaştırmıcı olmaktadır. Makülopapüler döküntüleri diğer bazı hastalıklara benzese de, 38 °C'den yüksek ateş, öksürük, burun akıntısı ve konjunktivit kızamık için karakteristiktir. Kızamığın kesin tanısı laboratuvar testleri ile konmaktadır: Kızamığa özgü IgM antikoru saptanması, virüsün izolasyonu, RT-PCR ile kızamık viral RNA

saptanması, 2-4 hafta arayla alınan serum örneklerinde kızamığa özgü IgG antikor titresinde belirgin (en az 4 kat) artış.

Temas öncesi korunma, aşılama ile mümkündür. Kızamık aşısı canlı aşıdır. Temas sonrası ise bağışıklık yetmezlikle kişilere, gebelere, aktif kızamıklı anneden doğan bebeklere ve 6 ay altı bebeklere 6 gün içerisinde immünglobülin yapılmalıdır.

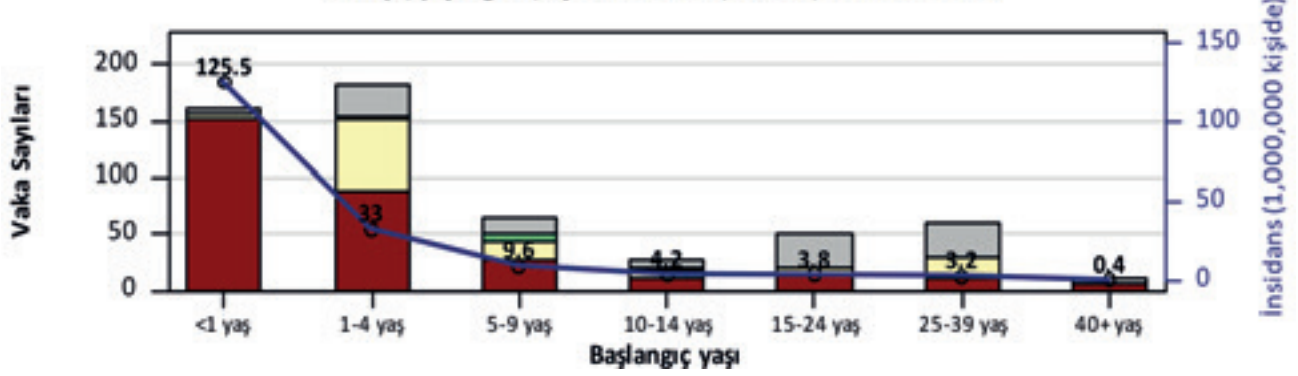
Ülkemizde kızamık aşısı 12 aylık ve 6 yaşında olmak üzere iki doz olarak yapılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2017 yılı rakamlarına göre 1 yaş bebeklerimize yaptığımız kızamık aşılama oranı %96 iken, 6 yaş çocuklarımızda bu oran %86'lara kadar düşmektedir. Birinci aşılamadan sonra bağışıklama oranları %93'lere

Kızamık Vakaları: Türkiye



* Aile Hekimi, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

Türkiye, yaş dağılımı, aşılanma durumu, insidans, Ocak-Aralık 2018



ulaşırken, ikinci aşıdan sonra %97'lere çıkmaktadır. Bu oranlar iki doz aşılanmanın ne kadar önemli ve hayati olduğunu bize göstermektedir. İki doz aşılanmanın %97-98'leri geçmesi sonucu bağışıklık oranının %94'lere getirilmesi kızamık eradikasyonunu sağlaması ve yeni vakaların çıkmasını önlemesi açısından değerlidir.

2017 yılı rakamlarına göre, 80 milyonu geçen nüfusumuzda, 1.271.000 bir yaş-altı bebeğimiz, 6.728.000 5 yaş altı çocuğumuz vardır. Nüfus artışı yıllara göre binde 9 ile 10 arası değişmektedir. Genç bir nüfusa sahip ülkemizde aşılanma çalışmalarının önemi ortadadır.

1984 yılından itibaren yapılan düzenli aşı kampanyaları ile binler seviyesinde görülen yıllık kızamık vakaları zaman içerisinde en alt seviyelere düşürülmüş, yıllık çift ve tek rakamlı vakalara kadar indirilmiştir. 2013 yılında ise Sağlık Bakanlığının ithal vakalara bağladığı bir salgın yaşanmıştır. Laboratuvar da doğrulanmış 7415 kızamık vakası aşılanma yöntemlerimizi tekrar sorgulamamıza,

hatamızın ve eksigimizin nerede olduğunu tartışmamıza yol açmıştır. Bölgesel ve mültecilerin yoğun olduğu yerlerde yapılan mop-up aşılamalar, salgının büyümesini engellemiştir. Daha sonraki yıllarda azalan vakalar, 2017 yılında 84 iken, 2018 yılında tekrar artışa geçerek, ilk dokuz ayında 510 vaka ile (2018 yılı toplamı 557 vaka) gündemimize gelmiş, bir milyonda 6,48 insidans ile DSÖ istatistiklerinde yer almıştır.

Bu vakaların

- Mart ve eylül ayları arasında yoğunlaştığı
- Vakaların üçte birini 1 yaşından küçük aşısız bebekler,
- Vakaların üçte birinden fazlasının 1-4 yaş grubundan olduğu ve bunların yarısının aşısız, diğer yarısının tek doz aşı olduğu,
- Geriye kalan bölümün büyük kısmının da yarısının aşısız, diğer yarısının ise tek doz aşı olarak 5-9 yaş arasında yer aldığı görülmektedir.

Avrupa'da 2017 yılında 23.927 kızamık vakası görülürken, 2018'de kızamık vakaları önceki yıla göre üç kat artarak, 82 bin 596'ya ulaşmıştır. Ukrayna'da 53 bin, Sırbistan'da 5 bin, İsrail'de 3 bin, Fransa'da 3 bin, İtalya'da 2 bin 500 vaka tespit edilmiştir. 72 çocuk ve yetişkin bu hastalık nedeniyle hayatını kaybetmiştir.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) 05.04.2018 tarihinde "Aşı Candır, Hayat Kurtarır" kampanyası sırasında yaptığı basın açıklamasında konuyu gündeme getirmiş, "Sağlık Bakanlığı, aşılanma hizmetlerini tanımladığı Genişletilmiş Bağışıklama Genelgesi'ni 2009'dan bu yana güncellememiştir. Medyaya, gerek popülist söylemler nedeniyle gerekse aşı karşıtlığı

“

Bu hastalık önlenilebilir bir hastalıktır. Kızamık aşısı yaygın uygulandığı ve kızamık vakasına rastlanmadığı takdirde bu hastalık da silinecektir.

”



üzerinden yansıyan haberler ailelerin kafasında şüpheler oluşturduğunda, Sağlık Bakanlığı yine sessizliğini korumuştur. Oysa Bakanlıktan beklenen, topluma güçlü mesajlar vererek aşılınmayı teşvik etmesi iken bu suskunluk aşırı reddedenlerin sayısını büyütme başka bir işe yaramamaktadır. Sağlık Bakanlığı'nı aşılama konusunda sorumluluk almaya ve göreve davet ediyoruz.” demiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün ve TTB'nin dikkat çektiği aşılama kararsızlığı ve aşı oranlarındaki düşüşler, vakaların çoğalmas ve yayılmasına zemin hazırlamaktadır. Ülkemizde 2013 yılında yaşanan kızamık salgını bu konuda alınacak önlemlerin gözden geçirilmesini ve 2015 yılındaki Anayasa Mahkemesi'nin vermiş olduğu yasalık unsuru bulunmadan ebeveynin rızası olmaksızın sağlık tedbiri yolu ile çocuğa aşı yapılmasının Anayasa'nın 17. maddesine aykırı olduğuna dair kararından dolayı oluşan kanuni boşluğun doldurulmasının gerekliliğini ortaya çıkarmıştır.

- Aşılamanın düzey ve takibinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde, üniversitelerin, TTB temsilcilerinin de yer aldığı izleme kurullarında yapılması, kamuoyunun doğru ve açık bir şekilde aydınlatılması
- Zorunlu aşıların yapılmasına ait bir kanunun çıkarılması ve bu aşıların yapılmasının toplum sağlığı açısından gerekli olduğunun kamuoyuna anlatılması, halkın bilgilendirilmesi
- Aşı yaptırmayan ailelere yaptırım konulması
- Mevsimlik işçi ve göç edenlerin, göçmenlerin, mültecilerin, kaçakların bulundukları yerlerde aşı yaptırmalarının kolaylaştırılması ve sağlanması, göçmen polikliniklerinin daha aktif hale getirilmesi
- Sınırlarımızın güvenli hale getirilmesi, riskli ülkelerden gelenlerin aşı kontrolünün yapılması, eksik aşılarının burada tamamlanması
- Aile hekimliklerindeki negatif performansın kaldırılması, kayıtlı kişi olup olmadığına bakılmaksızın, misafir bebek ve çocukların aşı kontrollerinin yapılması, aşı takviminin uygulanması
- İlçe Sağlık Müdürlüklerinde aşı birimleri açılarak, aşılamanın yapılabilmesi, seyyar aşı ekiplerinin programlanarak,

gerektiğinde mop-up çalışmaları için hazır halde tutulması

- Özel veya kamu sağlık kurumlarına, çeşitli nedenlerle başvuran; herhangi bir kontrendikasyonu olmayan aşılınmaya elverişli bebek ve çocukların aşı takvimine göre kontrol edilip, uygun aşılarının yapılması sağlanmalıdır.

Subakut sklerozan panensefalit (SSPE), santral sinir sisteminde kızamık virüsü ile oluşan kronik, ilerleyici, ölümcül bir yavaş virüs enfeksiyonudur. Kızamık geçirildikten sonra, virüsün beyne yerleşmesiyle yaygın demiyelinasyon, enflamasyon, beyin beyaz cevherinde immün zedelenmeye bağlı inflamatuvar ve nörodejeneratif bir hastalıktır. Genellikle çocuk ve genç adolesan döneminde görülmekle birlikte daha erken ve daha geç olgulara da rastlanmaktadır. Kızamığa karşı aşılınmamış, aşılmasına rağmen yeterli bağışıklık düzeyine ulaşmamış, 12 aydan önce tek doz aşıya bağlı bağışıklık düzeyinin düşük ya da aşılardan önce kızamık geçirmiş çocuklarda görülür. Özellikle kızamığın 2 yaşından küçük geçirilmesi halinde sıklığı artmaktadır. Hastalık kızamık virüsü alınmasından ortalama 5-6 yıl sonra ortaya çıkmaktadır. Kızamık enfeksiyonunun nadir görülen (1/300.000) geç dönem komplikasyonudur.

Türkiye'de 2 bine yakın çocuk "Subakut Sklozezan Panensefalit" hastalığına yakalanmış durumdadır. 1995-2002 yılları arasında doğan çocuklarda daha sık rastlanan SSPE hastalığı, Türkiye'de en çok Diyarbakır, Batman, Şanlıurfa ve Mardin'de görülmektedir. Sağlık Bakanlığı raporuna göre, 1995-2005 arasında bildiriimi yapılmış bin 131 SSPE'li hasta bulunmaktadır. Bu hastalık önlenilebilir bir hastalıktır. Kızamık aşısı yaygın uygulandığı ve kızamık vakasına rastlanmadığı takdirde bu hastalık da silinecektir. Dolayısıyla aşının yaygın uygulanması ve aşı oranının toplumda yüksek olması önemlidir.

Sağlık kurumlarındaki aşılamlarda kaçırılmış fırsatlara meydan verilmemelidir. Kurumdaki fiziki yapı ve sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik, sağlık çalışanının eğitim ve motivasyon eksikliği, ailelerin aşı konusunda yetersiz eğitimleri ile hatalı geleneksel davranış ve inanışları yol açmaktadır. Aşılama kaçırılmış fırsatların engellenmesi için bağışıklamadaki uygulama ölçütlerini her sağlık çalışanının bilmesi ve uygulaması gerekir.

Yıl	Kesinleşmiş Vakalar
2006	34
2007	3
2008	3
2009	8
2010	15
2011	105
2012	698
2013	7415
2014	572
2015	342
2016	9
2017	69
2018	557

KAYNAKLAR

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Ülke bilgi sayfası, <https://www.who.int/countries/tur/en/>, son erişim 20.02.2019

Güzel Tunçcan Ö, "Hasta nasıl yönetilmeli? Kızamıklı hasta yönetimi", <https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2013/10/K%C4%B1zam%C4%B1k-hasta-nas%C4%B1l-y%C3%B6netilmeli-klimik-271113.pdf>, son erişim 20.02.2019

Freund A., Dünya Sağlık Örgütü: Kızamık vakaları Avrupa'da üç kat arttı, Deutsche Welle Türkiye, 20.02.2019, <https://www.dw.com/tr/d%C3%BCnya-sa%C4%B1k%C4%B1k-hasta-nas%C4%B1l-y%C3%B6netilmeli-klimik-271113.pdf>, son erişim 20.02.2019

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) Türkiye sayfası, Kızamık ile ilgili Sık Sorulan Sorular, https://www.unicef.org/turkey/ir/_ec11.html, son erişim 20.02.2019

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Merkez Konseyi, TTB Halk Sağlığı Kolu, TTB Aile Hekimliği Kolu ortak basın Açıklaması, "Aşı Candır, Hayat Kurtarır: Sağlık Bakanlığı'nı aşılama konusunda göreve davet ediyoruz!", 05.04.2018, http://www.ttb.org.tr/kollar/_abek/haber_goster.php?Guid=7d41d014-38d0-11e8-99c6-28ace4759ba9, son erişim 20.02.2019

SGK primleri sağlık içindir!

Ergün Demir*, Güray Kılıç**

“

Genel sağlık sigortası fon gelirleri genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerini karşılamak için yeterlidir!

Ekonomik kriz ortamında neden vatandaşın hala tedavi katılım payı alınmakta, üniversite hastaneleri iflasın eşiğine getirilmektedir?”

”

SGK, sigortalılarına sunduğu sağlık hizmetini kamu özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularından (kamu ve özel sağlık hizmet sunucuları, eczaneler, optisyenler) protokol ve sözleşmeler yoluyla hizmet satın almakta ve sağlık hizmetlerini finanse ederken topladığı GSS fon gelirlerden sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmet karşılığı olarak ödeme yapmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili etkinlikler şu üç başlık altında toplanabilir: Gelir toplama, fon biriktirme ve sağlık hizmeti satın alma. GSS fonu

yani gelirleri sağlık sigorta primleri, devlet katkısı ve kullanıcı katkısından oluşmaktadır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI FON GELİRLERİ

Genel sağlık sigortası fon gelirlerini işçilerin, kamu çalışanlarının, bağımsız çalışanların, ev hizmetlerinde ve diğer çalışanların ödedikleri primler, devletçe karşılanan primler, primini kendisi ödeyenler, sağlık primi devlet katkısı ve vatandaşlardan alınan tedavi katılım payları oluşturmaktadır.

GSS primleri, gelir temelli olup gelir-

den belli oranda prim alınması şeklinde olur. Çalışan sigortalılar için GSS prim tutarı, prime esas kazançlarının (SGK' ya bildirilen kazançlarının) %12,5'dir. Bu primin %5'i sigortalı, %7,5'i ise işveren hissesidir. İsteğe bağlı sigortalılar için GSS prim tutarı, prime esas kazançlarının (SGK' ya bildirdikleri kazançlarının) %12'sidir.

Genel Sağlık Sigortası Fon Gelirleri Tablosu'nda görüldüğü gibi GSS fon gelirlerinin önemli kısmını çalışanlardan (4/a,4/b,4/c) alınan prim gelirleri oluşturmaktadır. GSS fon gelirlerinin yaklaşık %65'ni çalışanlardan alınan

* Pratisyen bekim, araştırmacı yazar

** Uzm. Dr. İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu

GENEL SAĞLIK SİGORTASI FON GELİRLERİ

Ek 5. Bütçe Gelirlerinin Ekonomik Sınıflandırması

Bütçe Gelir Kodu	Bütçe Gelirinin Türü	Cari Yıl Tutar TL				
		2013*	2014	2015	2016	2017
800.02.02.01.01	İşçilerden Alınan GSS Prim Gelirleri	26.409.686.822	28.297.822.515	34.113.154.046	43.330.978.562	53.750.264.623
800.02.02.01.02	Bağımsız Çalışanlardan Alınan GSS Prim Gelirleri	2.586.643.499	3.181.423.246	3.767.774.624	3.244.640.934	3.819.379.032
800.02.02.01.03	Memurlardan Alınan GSS Prim Gelirleri	9.463.867.965	10.276.047.753	10.861.899.134	12.520.958.998	13.580.723.906
800.02.02.01.04	Primi Devletçe Karşılanan GSS Prim Gelirleri	8.281.504.866	6.416.954.858	9.460.177.349	5.873.677.855	11.190.720.802
800.02.02.01.05	Primini Kendisi Ödeyenler (60. mad.)	392.039.805	478.272.965	727.080.014	777.791.497	790.172.008
800.02.02.01.13	Ev Hizmetlerinde Çalışanların GSS Prim Gelirleri	0	0	11.690.281	64.288.648	104.654.282
800.02.02.01.99	Diğer Prim Gelirleri	-	22.286.526	694.426	273.001	1.168.025
800.02.05.01.02	Sağlık Primi Devlet Katkısı	10.700.051.115	12.286.935.555	13.781.565.041	18.254.124.986	20.288.137.670
800.03.01.02.56	Sağlık Hizmetlerine İlişkin Gelirler	-	612	226.068	2.334.556	244.865
800.05.02.09.01	Katılım Payları	2.726.349.685	2.911.710.397	2.959.811.234	3.092.198.139	3.754.888.464
810	Bütçe Gelirlerinde Red ve İadeler Toplamı	- 680.394.685	- 2.245.507.151	- 3.364.292.355	- 4.571.512.522	- 7.315.412.191
	TOPLAM	59.879.748.862	61.625.947.280	72.319.779.867	82.585.664.968	99.964.941.490

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu 2014-2017 Yılları Faaliyet Raporları, Ek 5 Bütçe Gelirlerinin Ekonomik Sınıflandırılması Tablosu. SGK 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, 5.18-19

GSS prim gelirleri,%11'ni primi devletçe karşılanan (eski yeşil kartlılar) prim gelirleri,%20'sini sağlık primi devlet katkısı,%4'nü tedavi katılım payları oluşturmaktadır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI FON GİDERLERİ

Genel sağlık sigortası fon giderlerini; Emeklilerin ve diğer hak sahiplerinin tedavi, sağlık malzemesi ve ilaç giderleri ile sosyal güvenliği olanların tedavi, sağlık malzemesi ve ilaç giderleri oluşturmaktadır.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI FON GELİR VE GİDERDENGESİ

2014-2015-2016-2017 yılları SGK faaliyet raporları bütçe kodları ile Ek 5 bütçe gelir ve Ek 2 bütçe giderlerinin ekonomik sınıflandırma tablolarında elde ettiğimiz veriler ve SGK 2013 Sayıştay denetim raporundaki bulgular ışığında; Genel sağlık sigortası fon gelirleri, genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerini karşılamak için yeterli gelmekte ve hatta fazla vermektedir.(2014 yılı öncesi SGK faaliyet raporlarında ekonomik sınıflandırma gelir gider tabloları yer almamaktadır.)

GSS FON GELİRLERİ

YASAL MEVZUATA UYGUN KULLANILMAMAKTADIR

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel

Sağlık Sigortası Kanunu Madde 74; Genel sağlık sigortası gelirlerinin kullanım amacı "Genel sağlık sigortası prim gelirleri; yönetim giderleri, genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılmaz" ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu Madde 37'de ise "Sosyal sigorta fonu, genel sağlık sigortası fonu ile hiçbir şekilde birleştirilemez ve fonlar arasında kaynak aktarılamaz." hükümleri yer almaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu 2013 ve 2016 Yılı Sayıştay denetim raporlarında genel sağlık sigortasından sağlanan ve sağlık hizmetleri dışında başka bir amaçla kullanılmaması gereken genel sağlık sigortası fonunun 5510 ve 5502 Sayılı Kanunlara aykırı olarak sosyal sigorta fonu açıklarını kapatmak için kullanıldığı tespit edilmiştir.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Ekonomik kriz giderek derinleşmekte ve başta yoksullar olmak üzere toplum tamamını etkiler hale gelmektedir. Artan gelir eşitsizliği, istihdamın korunamaması, yoksullaşma, işsizlik geniş toplum kesimlerinin sağlık ve sosyal güvenlik ihtiyacını daha da artıracaktır.

Yukarıda tablolarda ayrıntılarıyla belirttiğimiz gibi devletin resmi verilerine göre; Tedavi katılım paylarının da içinde yer al-

“

Sağlık hizmetleri dışında başka bir amaçla kullanılması gereken genel sağlık sigortası fonunun kanunlara aykırı olarak sosyal sigorta fonu açıklarını kapatmak için kullanıldığı tespit edilmiştir.

”

GENEL SAĞLIK SİGORTASI FON GİDERLERİ

Ek 2.Bütçe Giderlerinin Ekonomik Sınıflandırması						
Bütçe Gider Kodu	Bütçe Giderinin Türü	2013*	2014	2015	2016	2017
830.05.05.06.20	Emeklilerin ve diğer hak sahiplerinin tedavi ve sağlık malzemesi giderleri	31.021.483.734	33.456.398.384	38.336.746.317	44.522.195.570	52.266.873.588
830.05.05.06.21	Emekliler ve diğer hak sahiplerinin ilaç giderleri	926.198.444	1.330.392.976	1.417.201.637	1.551.933.319	2.262.445.025
830.05.05.06.22	Sosyal güvenliği olanların tedavi ve sağlık malzemesi giderleri	6.433.868	9.732.257	13.355.557	36.550.232	73.035.612
830.05.05.06.23	Sosyal güvenliği olanların ilaç giderleri	15.093.781.147	15.995.574.462	17.754.788.816	20.018.316.421	24.068.204.677
	TOPLAM	47.047.897.195	50.792.098.081	57.522.092.329	66.128.995.543	78.670.558.904

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu 2014-2017 Yılları Faaliyet Raporları, Ek 2.Bütçe Giderler Tablosu
SGK 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, S.18-19



finansal sıkıntı yaşamakta ve faaliyetlerini sürdürmekte zorlanmaktadır.

Bugün için nitelikli ve komplike sağlık hizmetlerinin büyük kısmını veren üniversite hastanelerinde, "yeter artık, ilaç ve tıbbi malzeme borçlarımızı ödeyemiyoruz, birçok önemli ameliyatı da yapamayacak duruma geldik" haykırışlarını duymayan kalmadı. Bu durum sadece sağlık hizmetinin kalitesini ve gelişimini değil; bilimsel araştırmaları, tıp ve uzmanlık eğitimini de olumsuz etkilemektedir.

Yukarıdaki tabloda da görüldüğü gibi; Tedavi katılım payı uygulamasına son verilmesi, başta üniversite hastaneleri olmak üzere finansal sıkıntı yaşayan hastanelerin sorunlarının çözülmesi için ve GSS kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması, kamusal sağlık yatırımları yapılması ve kapsamlı koruyucu ve önleyici sağlık atılımları gerçekleştirilmesi için yeterli kaynak bulunmaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu acilen;

- Vatandaşın aldığı tedavi katılım payı uygulamasını iptal etmeli,
- Başta üniversite hastaneleri olmak üzere finansal sıkıntı yaşayan hastanelerin sorunlarını çözmeli,
- Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastanelerinin eğitim fonunun desteklenmesine yeterli katkı vermeli,
- GSS fon gelirlerini ise 5510 sayılı Kanunda belirtildiği şekilde sadece sağlık hizmetleri harcamaları için kullanmalıdır.

dığı genel sağlık sigortası fon gelirleri, genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetlerini karşılamak için yeterli gelmekte ve hatta fazla vermektedir.

Ancak, SGK genel sağlık sigortası fon varlığında kalması ve sağlık hizmetleri için kullanılması gereken fon varlığını kanunun açık hükmüne rağmen açıkları kapatmak için sosyal sigorta fonuna aktarmıştır.

İşsizlikle boğuşan ve yoksulluk sınırının altında kıt kanaat yaşam sürmekte olan yurttaşlar ise sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğunda rakamların da açıkça gösterdiği gibi SGK tarafından hiçte gerek olmadığı halde katılım payı alınmaktadır. SGK, GSS fon varlığı fazla vermesine rağmen gözlerini hala yoksullukla yaşam mücadelesi veren vatandaşın cebindeki üç kuruşa göz dikmekten çekinmemektedir.

Diğer yandan üniversite hastaneleri başta olmak üzere kamu ve özel birçok hastane

GENEL SAĞLIK SİGORTASI FON GELİR – GİDER DENGESİ (2013/2017)					TL – Kr.
	2013*	2014	2015	2016	2017
Toplam GSS Fon Geliri	59.879.748.862,28	61.625.947.280,80	72.319.779.280,80	82.585.664.968,00	99.964.941.490,00
Toplam GSS Fon Gideri	47.047.897.195,48	50.792.098.081,70	57.522.092.329,50	66.128.995.543,60	78.670.558.904,70
GSS Fon Varlığı (olması gereken)	12.831.851.666,80	10.833.849.191,10	14.797.687.537,70	16.456.669.424,40	21.294.382.585,30
Kaynak; SGK 2014-2017 Yılları Faaliyet Raporları Ek.5 Gelir Ek.2 Gider Tablosu					
* SGK 2013 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, S.18-19					

OHAL DÖNEMİNİN HUKUKA AYKIRI MİRASI:

“Güvenlik soruşturmasını geçememek”

Oya Öznur*

“Şüpheli birtakım ibarelere dayanılarak hekimlerin devlet hizmetine/kamu görevine girme hakları, uzmanlık eğitimi görme hakları, mesleklerini icra etme hakları ortadan kaldırılmakta, masumiyet karinesi ihlal edilmektedir.”

29.10.2016 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 676 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin (KHK) 74. maddesi ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun “devlet memurluğuna alınmanın şartları”nı düzenleyen 48. maddesine bir alt bent eklendi. Bu değişiklikle birlikte “Güvenlik soruşturması ve/veya arşiv araştırması yapılmış olmak” kamu görevlisi olarak atanmanın genel şartlarından biri haline getirildi.

Oysa bu değişiklikten önce kamu kurum ve kuruluşlarının tüm birimlerinde değil, gizlilik dereceli birimlerinde çalıştırılacak personel için güvenlik soruşturması ve arşiv araştırması yapılmaktaydı. Bu tarihten sonra ise “güvenlik soruşturması şartı”, tıp fakültelerinden yeni mezun olanlar başta üzere kamu görevine ilk kez veya yeniden atanan her hekim için ciddi bir soruna dönüştü. Sağlık Bakanlığı ve Üniversiteler tarafından hiçbir özel gerekçe belirtilmeksizin, “657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 48. maddesinin birinci fıkrasının (A) bendindeki atama şartlarını taşımadığı” ileri sürülerek çok sayıda hekimin atama işlemi yapılmadı. Hukuk Büromuz tarafından açılan emsal davalar da dahil olmak üzere idare mahkemele-



rinde çok sayıda dava açıldı, açılmaya da devam ediliyor.

HUKUKUN TEMEL İLKELERİ İHLAL EDİLİYOR

İdari makamlar atama işlemleri öncesinde “güvenlik soruşturması ve/veya arşiv araştırması” bilgisini Emniyet Genel Müdürlüğü’nden talep etmekte ve “istihbari bilgi” adı altında gönderilen belgeye bakarak atama işlemini yapıp-yapmamaya karar vermektedir. Hemen belirtelim ki bu süreçte izlenen yöntemin hukuka uygun hiçbir yönü yoktur. Kesin, kanıtlara dayanan, somut, şüpheden uzak olgular yerine, kişinin kendisi veya aile bireyleri

hakkında “yasa dışı örgütlerle irtibat”, “iltisak” vb ibareler içeren notlar gönderilmekte; bu notlar yargı kararıyla kabul edilmiştir. Oysa bu “bilgi”lerin de, bunlara dayanılarak tesis edilen işlemlerin de hukuki denetimlerinin neye göre yapılacağı önemli bir sorun olarak ortada durmaktadır.

Sadece şüpheli birtakım ibarelere dayanılarak hekimlerin devlet hizmetine/kamu görevine girme hakları, uzmanlık eğitimi görme hakları, mesleklerini icra etme hakları ortadan kaldırılmaktadır. Böylece, gerek Anayasa’nın 38. maddesinde, gerekse Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin

* Avukat, İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu

“

Ceza sorumluluğunun şahsiliği hukukunun temel ilkelerinden biridir. Kimsenin başkasının fiilinden sorumlu tutulmamasıdır. Ancak dava dosyalarındaki “istihbari bilgi” notlarının pek çoğunda hekimlerin anne-babalarına, kardeşlerine ilişkin isnatlar yer almaktadır.

”

6/2. maddesinde yer alan “masumiyet karanesi” açıkça ihlal edilmektedir. Oysa “masumiyet karanesi” hukuk devletinin temel yapı taşlarından biri olarak öngörülmüş ve güvenceye bağlamıştır. Bu karine uyarınca hiç kimse, hakkında yargı organlarınca verilmiş ve kesinleşmiş bir mahkûmiyet hükmü bulunmadıkça suçlu kabul edilemez, yaptırıma tabi tutulamaz. Ne var ki haklarında kesinleşmiş ceza veya mahkûmiyet kararı olmadığı halde, şüpheli istihbarat bilgilerine dayanılarak kişiler hakkında son derece ciddi yaptırımlar uygulanmaktadır. Üstelik atamaları yapılmayan kişilerin büyük çoğunluğu hakkında değil mahkûmiyet kararı, herhangi bir ceza soruşturması dahi bulunmamaktadır.

Kişiler üzerinde son derece ağır sonuçlar yaratan bu ve benzeri işlemler, Danıştay tarafından da “masumiyet karanesi”nin ihlali olarak değerlendirildiği halde, uygulama aynen devam etmektedir. Nitekim Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, 06.02.2017 tarih ve 2014/2390 E., 2017/346 K. sayılı kararında, Jandarma Genel Komutanlığı’na memur olarak atanması yapılmayan davacıyla ilgili olarak;

“...olayda, yapılan güvenlik soruşturması kapsamında elde edilen ve davacının ... terör örgütü ile iltisaklı olduğuna ilişkin istihbari nitelikte bilginin, somut bilgi ve belgelerle desteklenmediği sürece, bu örgütün veya başka bir örgütün üyesi olduğunu veya yasadışı siyasi, yıkıcı, bölücü ideolojik görüş veya eylem içerisinde olduğunu kanıtlayan hukuken geçerli bir belge olarak kabulüne olanak bulunmadığı gibi, bu nedenle hakkında yapılmış bir işlem ya da açılmış bir kamu davası sonucunda verilmiş bir mahkûmiyet kararı da bulunmadığından, davacının anılan göreve atanmasında şahsı açısından bir engel bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.” diyerek, işlemin hukuka aykırı olduğunu saptamıştır. Danıştay 12. Dairesi de 16.09.2015 tarih ve 2015/440 E., 2015/4835 K. sayılı kararında, ataması yapılmayan kişinin davasını reddeden mahkeme kararını bozmuştur. Kararın gerekçesinde şöyle demiştir;

“...yapılan güvenlik soruşturması kapsamında elde edilen ve davacının 2008-2009 yılları arasında ... Üniversitesinde öğrenci iken, bölücü terör örgütü görüşleri doğrultusunda faaliyet gösteren oluşumun sempatizanı olarak tanındığına dair istihbari nitelikte bilginin, somut bilgi ve belgelerle

desteklenmediği sürece, bu örgütün ya da başka bir örgütün üyesi olduğunu veya yasadışı siyasi, yıkıcı, bölücü ideolojik görüş veya eylem içinde olduğunu kanıtlayan hukuken geçerli bir belge olarak kabulüne olanak bulunmadığı gibi, bu sebeple hakkında yapılmış bir işlem ya da açılmış bir kamu davası sonucunda verilmiş bir mahkûmiyet kararı da olmaması karşısında, davacının anılan göreve atanmasında şahsı açısından bir engel bulunmadığı sonucuna varılmıştır.”

Yine Danıştay 12. Dairesi, 02.07.2015 tarih ve 2015/1008 E., 2015/4473 K. sayılı kararında da, hakkında beraat kararı verilen davacının memuriyete girmesinde hukuki bir engel olmadığını belirtmiştir. Buna göre;

“Masumiyet karanesi, kişinin suç işlediğine dair kesinleşmiş bir yargı kararı olmadan suçlu olarak kabul edilmemesini güvence altına alır. Bu güvencenin bir görünümü olarak hiç kimse, suçluluğu hükmen sabit oluncaya kadar yargılama makamları ve kamu otoriteleri tarafından suçlu olarak nitelendirilemez ve suçlu muamelesine tabi tutulamaz.”

Ayrıca, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’nin 21.01.2014 tarihli “İhsan Ay/ Türkiye” kararında da önemli kriterler vurgulanmıştır. Kararda, Diyarbakır’da bir dershanede sözleşmeli olarak çalışmaya başlayan başvurunun, Valilik tarafından hakkında yürütülen güvenlik soruşturması ileri sürülerek sözleşmesinin yenilenmemesine ilişkin işleme yönelik olarak, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin “özel ve aile hayatına saygı hakkı”nı düzenleyen 8. maddesinin ve “adil yargılanma hakkı”nı düzenleyen 6. maddesinin 1. fıkrasının ihlal edildiğine karar verilmiştir.

“Masumiyet karanesi” kadar önemli bir





başka ilke de “suç ve cezaların şahsiliği” ilkesidir. Önemle belirtelim ki kişilerin aile bireyleri ile ilgili “istihbarat bilgisi” gerekçe gösterilerek olumsuz işlem yapılması, bu ilkenin ihlali anlamına gelmektedir. Anayasa’nın 38. maddesi ile 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 20. maddesinde kurala bağlanan “ceza sorumluluğunun şahsiliği” ilkesi, herkesin kendi fiilinden sorumlu tutulmasını, cezanın yalnız suçu işleyenlerle iştirak edenlere verilmesini, suça katkısı bulunmayanlara ceza sorumluluğu yükletilemeyeceğini; hiç kimsenin işlemediği bir suçtan dolayı sorumlu tutulamayacağını, bir başkasının işlediği suçun, suçu işlemeyenlere sirayet edemeyeceğini ifade etmektedir.

Ceza sorumluluğunun şahsiliği, ceza hukukunun temel ilkelerinden olup bu ilkenin amacı bir kimsenin başkasının fiilinden sorumlu tutulmamasıdır. Ancak dava dosyalarına gönderilen “istihbari bilgi” notlarının pek çoğunda hekimlerin anne-babalarına, kardeşlerine ilişkin isnatlar yer almaktadır. Bu notlara dayanarak olumsuz işlemler yapılması hukuka aykırıdır. Nitekim Danıştay 1. Dairesi, 25.03.2003 tarihli 2003/15 E., 2003/40 K. sayılı kararında;

“...Anayasanın 38. maddesinin yedinci fıkrasında yer alan “Ceza sorumluluğu şahsidir.” hükmü, suç işleyen kişinin dışındakilerin bu suç nedeniyle cezalandırılmayacağını öngören ceza hukukuna ilişkin evrensel bir ilkedir. Kişinin yakınları ve birinci derece akrabalarının güvenlik soruşturması ve arşiv araştırmasına tabi tutulmasının onlar bakımından bir cezalandırma olarak değerlendirilmesi mümkün değildir...” sonucuna ulaşmış ve olumsuz işlemin hukuka aykırı olduğunu saptamıştır.

Anayasa, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Türk Ceza Kanunu hükümleri ile Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’nin ve Danıştay’ın kararları, güvenlik soruşturmalarının ve bunlara dayanarak yapılan işlemlerin hukuka aykırı yönlerini açıkça ortaya koymaktadır. Buna rağmen uygulamanın aynen devam etmesi, hukuka aykırılığın sürmesine ve yeni mağduriyetler doğmasına sebep olmaktadır.

İPTAL KARARLARI VERİLMEMEYE BAŞLADI

2017 yılından bu yana çok sayıda olumsuz işlem hekimler tarafından idare mahkemelerine taşındı. Aradan geçen zamanda davaların çoğu karar aşamasına geldi. İlk sonuçlanan davalarda -geç de olsa- bu haksız işlemler iptal edildi. Ankara 13. İdare Mahkemesi, 2018/572 E., 2018/2593 K. sayı ve 20.12.2018 tarihli kararında;

“...davacıya isnat edilen durumun niteliği itibarıyla bir terör örgütüne müzahirlik olması itibarıyla davacı hakkında edinildiği belirtilen bilgilerin somut ve şüpheden uzak bir şekilde ortaya koyulamadığı, davacı hakkında UYAP ortamında yapılan araştırmada herhangi bir soruşturma-kovuşturma kaydı bulunmadığı gibi davalı idarece davacının güvenlik soruşturması ve arşiv araştırmasının olumsuz sonuçlanmasına sebep olacak başkaca bir tespit, bilgi ve belge de dosyaya sunulmadığı anlaşıldığından tesis edilen işlemde hukuka uygunluk bulunmamaktadır” gerekçesiyle iptal kararı verirken, Ankara 1. İdare Mahkemesi de 2018/212 E., 2018/1953 K. sayı ve 27.09.2018 tarihli kararı ile benzer sonuca ulaştı.

Bu kararların ve benzer davalarda verilecek iptal kararlarının istinaf sürecinden geçerek kesinleşmesinden sonra Sağlık Bakanlığı’nın ve Üniversitelerin “güvenlik soruşturması” konusunda hukuka uygun bir yöntem benimseyip benimsemeyeceklerini göreceğiz. Hukuka aykırılıkları yargıya taşımayı sürdüreceğiz.

“

Ulusal ve uluslararası hukuk Danıştay’ın kararları, güvenlik soruşturmalarının ve bunlara dayanarak yapılan işlemlerin hukuka aykırı yönlerini açıkça ortaya koymaktadır. Buna rağmen uygulamanın aynen devam etmesi yeni mağduriyetler doğmasına sebep olmaktadır.

”

Şebnem Korur Fincancı ile yargı ve akademi üzerine...

Röportaj: Süheyla Ekemen

“

Söylenen şey şu: “Savaş yapmayın, insanları öldürmeyin.” Bunun nasıl bir suç olabileceğini anlamak mümkün değil. Dolayısıyla hakikatten “Bu insanlar bu savaş ile suç işliyorlar. Biz de bu suça ortak olmayacağız.” demekle onların canını acıttık.

”

‘Bu suça ortak olmayacağız’ bildirgesi nedeniyle yargılandığınız davada İstanbul 37. Ağır Ceza Mahkemesi 19 Aralık 2018 tarihinde 30 aylık hapis cezası kararına vardı. Dava süreciniz ve kararlar ile ilgili olarak düşünceleriniz nelerdir?

İlk başta pek bir gururlandım, “En ağır cezayı verdi mahkeme bana, yaşasın!” şeklinde (Gülüyor). Aslında bir taraftan hakikaten böyle bir duygu yaşadık hep beraber, yaşıyoruz. Çünkü her ceza ne kadar doğru bir iş yaptığımızı bir kere daha kanıtlamış oluyor. Demek ki bundan rahatsız oldular, demek ki rahatsız olacakları bir şey yaptılar ve biz bunu dile getirince bu rahatsızlık bize zarar verme davranışına dönüştü. Bize ne kadar çok zarar vermeye ve canımızı acıtmaya çalışırlarsa o kadar haklılığımız kanıtlanıyor, diye bir duygumuz var başından beri. Çünkü söylenen şey şu: “Savaş yapmayın, insanları öldürmeyin.” Bunun nasıl bir suç olabileceğini anlamak mümkün değil. Dolayısıyla hakikatten “Bu insanlar bu savaş ile suç işliyorlar. Biz de bu suça ortak olmayacağız.” demekle onların canını acıttık. O yüzden ilk başta böyle...

Bana 30 ay verdiler, “Gencay Abiyi de geçtim.” falan diye sevinirken sonra birden 3 yıla



çıktı cezalar. Yonca Demir'e örneğin... Genç insanlara üstelik. Bizim Gencay abinin, benim zaten suçumuz çok. Ortalıkta dolaşıp durmadan devleti eleştiriyoruz ki, zaten yurttaş olarak devleti eleştirmek bizim görevimiz. Çalıştığımız sivil örgütler dolayısıyla da bunu söylemeye yetkimiz var. Örgütlerden dolayı insanlar, yani basın da kulak veriyor bize. Ama Yonca genç bir akademisyen. Zaten akademi hayatını mahvettiler gencecik insanların. Güvensizliğe, işsizliğe mahkûm ettiler çok sayıda insanı. Bir de üstüne böyle ağır cezalar inanılır gibi değil. Dolayısıyla çok öfkeliyiz. Zaten bütün bu 1,5 yıllık süreç içinde Çağlayan'da harcanan mesai yeterince öfkeliendiren bir durum.

Emeğimizi çok daha anlamlı işler yapmaya kullanabilecekken zamanı-

mızı alıyor, bu ülkenin geleceğinden çalışıyorlar. Çağlayan'da yargılanan insanlara baktığımda akademi alanında en yetkin insanların bu metni imzaladığını görüyorum. Üniversitelerin içi boşaltıldı, çok üzücü. Sadece bu yargılama süreci de değil kanun hükmünde kararnamele çıkarılan insanlar, en üretken insanlar. Yayınlarına baktığımızda çok önemli çalışmalar yapmışlar. Her birinin üniversite dışında da çalışmalarını sürdürdüğü de görüyoruz.

Yargılandığımız başka davalar var mı?

Tabii. Bir günlük gazete editörlüğü de onlardan biri. Bu editörlük mevzu ilginç bir durum. Çünkü gönüllü destek olmak amacıyla yaptığımız bir iş bu. Birden karşımıza propaganda suçuyla geliyor. Propaganda da ne! Gazetede yer alan haberler... Gazetede yer alan haberlerle ilgili söylenecek bir şey yok. Sonuçta ifade özgürlüğü olarak tanımlanabilecek birtakım haberler, haber başlıkları var. En çok rahatsız oldukları, savcının en çok rahatsız olduğu devleti "düşman" diye tanımlamış bir haber başlığı. Diyor ki, "Devlet düşman mı?". Ben dedim ki "Devlet düşman olarak görülebilir. Bazen yani iyi bir organizasyon yapmıyorsa. Bunda bir sıkıntı yok, ifade özgürlüğü." dedim. Bana çok kızdı. Mesela benim tutuklanma nedenlerinden biri o haberdirdi. 27 Şubat'ta duruşma var, herhalde esas hakkında mütalaa çıkar. Sonra da bize savunma için gün verirler mi yoksa o gün hemen karar vermeye niyetlenirler mi bilmiyorum. Bir de Erdoğan'a hakaret davam var. Gerçi o zaman cumhurbaşkanı değildi, o yüzden ondan cezam biraz daha hafif olacak. Gezi sürecinde genç çocuklar ölünce "Emri ben verdim" demişti. Ben de "RTE suçunu itiraf etti." demiş, retweet yapmışım. Birkaç tane de soruşturma açmışlar ama kovuşturmayla yer olmadığı kararı çıkmış...

Bunlar ne kadar kötü, anlamsız işler, komik bir taraftan da...

Bu dava süreçleri belirsizlik yaratması nedeniyle sıkıntılı da. Yani ne olacak şimdi? Hakikatten cezaevine girecek miyiz? Gірsem, yatsam, bitse sorun yok. Ama bekleme süreci hali, ne zaman gireceğim? Ne zaman onaylanır?

Böyle, askıda kalmış gibi....

Hem TİHV'in (Türkiye İnsan Hakları Vakfı) başkanı olmanız hem de yoldaşlığınız nedeniyle diğer Barış Akademisyenleri'nin davalarının da takipçisisiniz. Yonca Demir'le ilgili olarak biraz bahsettiniz, diğer davalarla da ilgili gözlemlerinizi neler?

ŞKF: Öncelikle yargılama sürecine ilişkin ve yargı mensuplarına ilişkin gözlemler var. Hepimizin gözlemleri bunlar. Bir kere ağır ceza mahkemelerinde olmayacak kadar genç insanlar ağır ceza mahkemesi heyetinin üyeleri. Bir "Ağır Ceza Mahkemesi Başkanı" dediğimizde belli bir ağırlığı olur, deneyimi olur. Çünkü Ağır Ceza Mahkemesi -adı üstünde zaten- cezalar bakımından oldukça ağır birtakım suçları değerlendiriyor. Bunu hakkıyla yapabilmek için biraz deneyim gerekiyor. 30'lu yaşlarında insanlar ağır ceza mahkemesi başkanı olarak görev yapıyor. Bir entelektüel birikim olmadığını görüyoruz. İşte, benim duruşmamda en komiği: Emile Zola, dedim ben. Bir türlü anlayamadı hâkim. Emine Solan, diye yazdırmaya çalışırken, biz düzelttik. Emile Zola'yı, Dreyfus Davası'nı bilmiyor olmak, Durkheim'ı tanımiyor olmak...

Bir hâkim için üstelik...

Mümkün değil yani hukukçusun, tamam başka hiç ilgi alanın olmayabilir ama ses getirmiş davaları bilmek gerekiyor. Bülent Şık'ın duruşmada bahsettiği, Sacco ile Vanzetti Davasını bilmiyor örneğin... Hukukçusun tamam, başka hiçbir bilgi alanın olmayabilir ama ses getirmiş önemli davaları bilmek gerekiyor.

Yaşları çok genç ve son derece saygısızlar. Şimdi, biz birbirimizi tanımıyoruz. İlk defa duruşmada karşı karşıya geliyoruz. Bir muhabbetimiz yok. Birlikte çay içmişliğimiz yok, kahve içmişliğimiz yok. Bu kadar genç yaşta insanlar 'Sen' diye hitap ediyor karşısındakine. 'Sen' dediğinde şaşıırıyorsunuz. Nasıl bir hitap şeklidir bu? Geçen gün, "Kulağım çok duymuyor. İşitme cihazımın pili yok. Yüksek sesle mikrofonla konuşun." diye uyardım. 30'larında bir ağır ceza mahkemesi başkanı "Sen duyuyo'n mu sen?" dedi bana. Herkese böyle ifadelerde bulunuyorlar. Avukatlar defalarca uyarıyor,



bizler uyarıyoruz... hiç. Bir düzeysizlik, birikimsizlik...

Diğer taraftan, her yanı dökülen bir mahkeme süreci işliyor. Başlama saatleri çok keyfi. Sabah 9'da diyelim duruşma saati vermişler, 11'de başlıyor 12'de başlıyor.

Eziyet için sanki değil mi?

Saygısız bir tutum ile karşı karşıyayız. Özel güvenlik başlarda çok sıkıntılıydı bayağı sorun yaratıyorlardı. Bir itiş kakış hali vardı. Sonra bir tanesinin bir şekilde Sedat Peker ile -şu bizim kanımızla- fotoğrafı çıktı, sosyal medyada paylaşmış. Sosyal medya üzerinden epey bir eleştiri oldu. Anladığım kadarıyla onları çektiler. Şimdi olanlar biraz daha derli toplu, daha saygılı davranıyor. Sadece mahkeme heyeti değil yani saygısızlık yapan, son derece yakışsız konuşmalar, bir beton binanın içinde günlerimiz geçiyor, ciddi bir enerji kaybı.

Dava sürecine, çıkan karara, toplumun, meslek odalarının, meslektaşlarımızın ve öğrencilerinizin tepkisi ne oldu? Ne olmasını istediniz?

Doğrudan hekimliği ilgilendiren bir süreç olmamasına rağmen hem tabip odası hem Türk Tabipleri Birliği bütün meslektaşlarımız için çok aktif rol aldı. Hekimlerin duruşmalarına mutlaka tabip odasından temsilci arkadaşlarımız geliyordu ki ne kadar yoğun bir süreç olduğunu biliyoruz. Sağlık politikaları nedeniyle bir sürü sorun var ama ona rağmen iş bölümü yapıyorlar, mutlaka orada oluyorlar. Sonra da cezalar çıktıkça destek mesajları oluşturmak için basın toplantıları düzenliyorlar. Yayınlarında mutlaka yer veriyorlar. Uluslararası dayanışmayı örgütüyorlar, yani Dünya Tabipler Birliği ile bağlantıları kuruyorlar. Dolayısıyla ben bu süreçte meslek örgütümle hakikaten gurur duyduğumu bir kez daha söyleyebilirim. Her zaman duymuşumdur. İyi ki hekim olmuşum, iyi ki böyle bir meslek örgütüm var, demişimdir. Tabi meslek örgütünü yapanlar bizleriz sonuç olarak. Biz zaten insandan yana hekimlik yapmak için bir araya gelmiş ve bu alanda sağlık politikalarını düzenlemek için örgütle mücadele eden insanlarız. Şaşırtıcı değil ama mesela diğer meslek gruplarına baktığımda o dayanışmayı o desteği görmek olanaksız. Daha çok bizler oluyoruz. Onlarında meslek örgütleri vardır. Kimya odası olmaz mı? TMMOB önemli bir

örgüttür. TTB kadar önemli bir örgüttür. Yok sendikalar... Kısmen Eğitim-Sen özellikle daha etkin destek vermeye çalışıyor. Eğitim-Sen üyesi akademisyenler var. B.iz SES üyesiyiz. Bizden de kısmen böyle bir destek oluyor. Çok yorucu bir süreç, çok anlaşılır bir durum. Çünkü tüm bu örgütlerde de zaten boyunu aşmış iş yükü altında insanlar. Buna rağmen oda açısından inanılmaz bir desteği her zaman hissettim. Her duruşma öncesi zaten duyurular oluyor. Ben bugün Mustafa'ya gidemedim çok üzöldüm Mustafa Sercan'a. Baktım, bizim odadan arkadaşlar var orada. Dedim iyi Mustafa'yı yalnız bırakmamışız. Onun için zaten herkes öfkeleniyor bütün bu süreç. Öğrenciler tabii, çok kıymetli. Daha bugün fark ettim, eski mezunlardan öğrencilerim mesajlar göndermiş instagram'dan. Biri daha üçüncü sınıfta, ikinci sınıfta olanlar mesaj göndermişler. Çok haklı bir nedenimiz var: İnsan yaşamını koruyoruz, insan yaşamını koruduğumuz içinde herkes olumlu destek ve tepki veriyor.

Davanın sonuçlarına bağlı olarak hak kaybı yaşamama adına, 23 yıldır çalıştığınız İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı'ndaki öğretim üyeliği görevinizden 'zorunlu emekli' oldunuz. Bildiriye imza atan pek çok akademisyen de ya KHK ile ya da sizin gibi emekliliğe zorlanarak üniversitelerden uzaklaştırıldı. Üniversitelerdeki son durumu, akademik ortamı ve eğitimi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Şimdi tıp fakülteleri biraz daha iyi durumda diyebilirim. Neden iyi, ilginç bir şekilde genellikle tıp fakültelerindeki öğretim üyeleri sosyal dayanışmalara daha fazla katılırlar. Bu sefer öyle olmamış, sosyal bilimler alanından hareketlendiği için ortam, tıp fakülteleri daha az etkilendi. Ama üniversitelerde bunların dışında da ciddi bir yıkım var zaten. Çalışma koşulları uygun değil. Öğrenci sayıları çok fazla. O nedenle tatmin edici olmaktan uzak eğitim süreçleri. Bilimsel araştırmaların desteklenmesi ile ilgili sınırlılıklar çok fazla. Öyle olunca insanlar mutsuz. Tıp fakültelerinde bir de ekonomik koşullar zorladığı için insanları peş peşe erken emekli olmaya başladılar. Özel üniversiteye geçiriyorlar koşulları çok daha iyi diye düşünerek ya da tümüyle özel çalışmaya özel hastanelere falan gidiyorlar. Bir içi boşalmışlık hali vardı. Bizim ayrıca emekliye zorlanmamız, kanun hükmünde kararnemelerle görevden alınma durumla-

“

Benim duruşmamda en komiği: Emile Zola, dedim ben. Hakim anlayamadı. Emine Solan, diye yazdırmaya çalışırken, biz düzelttik. Emile Zola'yı, Dreyfus Davası'nı bilmiyor, Durkheim'ı tanımıyor olmak...

”

Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı ve arkadaşları, İstanbul 37. Ağır Ceza Mahkemesi'ndeki dava öncesi duruşma salonu önünde.



“

Bu süreçte meslek örgütümle hakikaten gurur duyduğum. Her zaman duyduğumdur. İyi ki hekim olmuşum, iyi ki böyle bir meslek örgütüm var, demişimdir. Tabii meslek örgütünü yapanlar bizleriz.

”

rı çok sarsıcı oldu.

Sosyal bilimler alanında da inanılmaz bir boşalma var. Şöyle bir tablo oldu: Öğrenciler bir şeyler öğrenmek istiyorlarsa bu dayanışma akademileri altında kurulan birtakım akademilerle, insanlar bir tür özgür üniversite ortamı oluşturup oralarda yapıyorlar. Ama tıp fakültelerinde böyle bir olanaklar yok. Tıp fakülteleri için çok yıpratıcı... Zaten öğrenci sayıları kontenjanlar çok artırılmış durumda. Şunu söyleyeyim sadece, şimdi benim açtığım, önemsedığımız, bir uygulama var: “Aydınlatılmış Onam Beceri Laboratuvarı”. Neden önemsiyordum, çünkü erken dönemde öğrencilerle buluşuyorduk.



Daha kliniğe başlamadan, bizim ağdalı tıp dilimizi öğrenmeden dil farkındalığı yaratıyor, hasta ile konuşma dili iletişim becerileri geliştiriyorduk. Artık o dersi açacak kimse kalmadı. Şimdilik ben ortada kalmasınlar, diye gidip, uygulamaları yapıyorum ama resmi olarak açma şansım yok. Pek çok öğretim üyesi için de aynı şey geçerli. Bu sadece benim örneğim. Kocaeli Tıp Fakültesi’nde de imzacı çok öğretim üyesi var, Kocaeli Halk Sağlığı nerdeyse boşaldı.

Hocam yurtdışında da mesleki başarılarınız, ödüllerinizi ve insan hakları alanındaki mücadelenizle tanınmış bir akademisyensiniz. En son Kasım 2018’de Almanya da Hessen Barış Ödülü aldığınızı biliyoruz. Davalar ve davaların sonuçlarıyla uğraşmak yerine yurtdışına gitmeyi, mesleğinizi yurtdışında yapmayı düşündünüz mü?

Benim hiç öyle bir düşüncem olmadı. Burası benim memleketim. Benim ana dilim. Benim dostlarım, benim ailem, her şey burada. Yani, burada doğdum, büyüdüm ben. Bir de üstelik şanslı insanlardanım hani. Türkiye çok göç hareketliliği olan bir ülke. Zorunlu göçler var. İnsanların ekonomik koşullar nedeniyle ilgili göçleri var. Bizim hiç öyle bir sıkıntımız olmadı. Ben nerede doğduysam, orada büyüdüm. Orada okula gittim. Aynı okulda önce öğrenci sonra öğretmen oldum. Büyük bir şans. Bu toprağın çok derinlerinde köklerim. Burası benim memleketim sonuç olarak. Nereye gideceğim? Ama yurtdışına gittiğimde yurtdışındaki meslektaşlarım “Kal burada, gitme.” diye bir kaygı ifade ediyorlar. Çok kaygılılar, hiç alışık değiller. Biz biraz alıştık da... Ben 90’lardan beri yargılanıyorum, bunlar yeni değil ki... Eskiden tabii, böyle yok tutuklandım, yok terör propagandası maddelerinden açılan davalar... Daha yumuşak davalar açılıyordu, onlardan da aklanıyordum zaten. Şimdi böyle sert olunca arkadaşlarım da gitme diyorlar. Diyorum ki, “Niye, beni müebbet mi mahkum etmek istiyorsunuz?”. Orada yatarım 10 ay, 2 yıl, 3 yıl, 5 yıl... neyse. Sonuçta kendi memleketimdeyimdir. İkincisi çıktığımda da özgür olacağım, hiçbir sıkıntı yok. Üstelik ben cezaevinde de özgürüm yani özgürlüğümden alıkoymadıklarını düşünecekler ama hiç böyle bir durum söz konusu değil. Ben işimi yapacağım; cezaevindeki hak ihlallerini gözlemleyeceğim, orayı tanımlayacağım.



Bülent Şık ile sağlıklı beslenme üzerine

Röportaj: İsmail Gönen

Dr. Bülent Şık ile sağlıklı beslenme, “Çocuklar zehirlenmesin!”, “Yiyip içtiklerimiz ne kadar güvenli?”, diyerek, yürüttüğü çalışmalar ve “Mutfaktaki Kimyacı” kitabı hakkında konuştuk.

Bu ay sağlık ve yaşam bölümünde Dr. Bülent Şık ile Sağlıklı Beslenme üzerine ayırdık. “Çocuklar zehirlenmesin!” diyerek, bugüne kadar yürütmüş olduğunuz çalışmalarınızla ve yazmış olduğunuz “Mutfaktaki Kimyacı” kitabı hakkında bizimle röportaj yapmayı kabul ettiğiniz için öncelikle teşekkür ederim.

İlk sorum, bebek beslenmesinde ilk 6 ay anne sütünden sonra verilebilecek en önemli olarak besin formül mamaları ailelere bunu öneriyoruz. Sizce bu doğru mu? Bebek mamaları anne sütü olmadığı zaman verilebilecek ürünler midir? Taşdıkları riskler var mı?

Anne sütü yoksa elimizde bebek sütü olarak nitelenen, yapısı anne sütüne benzetilmiş sütleri vermekten başka bir alternatif şimdilik yok. Uygun koşullarda üretilmişse ve içerik açısından mevzuatta belirtilen hükümlere uygunsa bebek sütü vermenin bilinen bir zararı yok. Bebek sütü ya da devam maması üretiminde kullanılacak sütlerin yüksek sıcaklıklarda işlenmesinden ötürü sütte bulunan indirgen şekerlerin, proteinlerde bulunan amino asitlerle reaksiyona girmesi sonucu ortaya çıkan bazı ürünlerin bebeklerde insülin hormonu, böbreklerin çalışması, bazı minerallerin emilimi ve alerji açısından olumsuz etkileri olup, olmadığını tespit etmeye yönelik çalışmalar var. Ancak bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar olumsuz bir duruma işaret etmiyor.

Bu meseleyi ele alırken bakış açımızı değiştirmek de şart. Meselelerin odak noktasına almamız gereken gıda anne sütüdür. Bence en sağlıklı çözüm, anne sütü ile beslenmenin önemli olduğu yaşamın ilk 2 yılında anne sütü-bebek ilişkisini sürdürmeye yönelik her türlü desteğin alınmasını sağlayacak yasal mevzuatın oluşturulmasını talep etmek ve uygulanmasını sağlamaktır. Örneğin, anne, baba ve çocuk ilişkisinin en çok zarar gördüğü yer işyerleridir. Yasal mevzuatımız çalışan sayısı 150’den fazla olan işyerlerinde ebeveyn çocuk ilişkisini sağlıklı kılmak için kreş oluşturulmasını zorunlu kılıyor. Ama uygulamada bunun örneği yok denecek kadar azdır. Özel sektör bir yana, kamu kurumlarındaki 0-6 yaş çocuklara yönelik kreş sayısı 2004’de 419 iken, şimdilerde 118’e düştü. Konuya sadece bebek sütleri veya mamalar üzerinden değil çalışanların hakları, bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin önemli olduğu ilk iki yılda kadınların çalışma hayatında yaşadıkları zorluklar; bu zorlukların aşılmasını sağlayacak yasal mevzuatların neden oluşturulmadığı gibi soruları esas



olarak bakmamız gerekiyor.

Ailelerde karşılaştığımız endişenin aksine, bütün çalışmalar aşıların otizme sebep olmadığı gösteriyor.

Ancak otizm insidansında son yıllarda bir artış var. Çocuk gelişimini tehdit eden bir etmen mi söz konusu? Neden besinlerle veya çevresel yollarla alınan toksik kimyasal maddeler olabilir mi?

Çevre sağlığı ile çocuk sağlığı birbirine yapışık. Toksik kimyasal maddelerin beslenme ve solunum yoluyla alınmasının çeşitli hastalıklara yol açtığını dile getiren çok büyük bir bilimsel literatür var. Çocuklar çevre kirliliğinin olumsuz etkilerine yetişkinlerden daha duyarlı ve yaş küçüldükçe bu duyarlılık artıyor. Toksik kimyasalların vücutta metabolize edilmesi, atılması, hormonal sistem veya organ gelişimi üzerindeki etkileri çocuklarda yetişkinlerden daha farklı olabiliyor. Örneğin, çevreyi kirlletici kimyasallar ile çocukluk çağında ortaya çıkan obezite sorunu, büyüme ve gelişme sorunları arasında bağlantı olduğu çok sayıda çalışmada dile getiriliyor. Ama biliyorsunuz aradaki nedensel bağlantı kesin olarak ispatlanana

kadar ya da şüpheler göz ardı edilemeyecek bir noktaya gelene kadar sağlık konusunda norm oluşturan kurumların bir aksiyona geçmesi olanaklı olmuyor. Sağlık konusunda otorite olan kurumların bakış açısı ve önerileri çok sorunlu. Bu kurumlar meselelerin kök nedenlerine değinmeden ya da o nedenleri çözecek adımlar atmadan tali konularla uğraşmakta çok mahirler. Örneğin çocuklarda en önemli sağlık sorunlarından biri olan obezitenin çevredeki obez yapıcı toksik kimyasallarla ilgisi ya da çocukların gündelik hayatta kolayca erişebildiği ucuz, besin içeriği boş binlerce yiyecek içeceklerle çevrili bir hayatın içinde yaşıyor olmaları hiç mesele yapılmıyor. Ülkemizde Tarım Bakanlığı'nın obez yapıcı kimyasalların gıdalara bulaşmasını engellemeye yönelik tek bir çalışması yok. Sağlık Bakanlığı'nın ve Milli Eğitim Bakanlığı'nın çocukluk çağı obezitesi sorunu ile mücadele etmeye yönelik programlarına bakıldığında meselenin "çocukların bilinçsiz beslenmeleri ve hareketsiz bir yaşama mahkûm olmaları" şeklinde özetleyebileceğim bir anlayışla ele alındığını göreceksiniz. Oysa bunun çok yetersiz bir bakış açısı olduğu aşikârdır.

Obezite günümüzde giderek artan bir sağlık tehlikesi olmasına karşın Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerine göre dünyada 842 milyon insanın yeterli besine ulaşamıyor. Bu bağlamda çocukluk çağı obezitesi önenebilir bir halk sağlığı sorunu mudur?

Obezite kesinlikle önenebilir. Ama bu konuyu gerçekten mesele yapan bir siyasal irade gerekiyor. Ama öncelikle şunu belirtmeliyim. Obezite sorunu tekil bir sağlık sorunu değil. Beslenme konusunda kendine yeterliliği esas alan küçük köylü tarımının dünyanın her yerinde gerilemesi; endüstriyel hayvancılığın yol açtığı kimyasal kirlilik; ormansızlaşma; modern tarım tekniklerinin yol açtığı toprak kaybı; kırsal alanların, deniz ve okyanuslardaki yaban hayatın tahribi; balık türlerinin neslinin tükenmesi gibi kapitalist sistemin yol açtığı pek çok olumsuz göstergeden biri. Yaşadığımız sorunları doğallaştırma sakıncası içeren bir dille ifade etmek gerekirse: Obezite içinde olduğumuz sağlıksız durumun semptomlarından biridir. Obezite dünya genelinde -zengin ya da fakir ülke fark etmiyor- en çok çocukları etkiliyor. En önemli nedeni ise besin içeriği zayıf, bol şekerli ve ucuz besinlerin yaygınlığı ve bu besinlere erişimin de çok kolay olması. Piyasada satılan ve çocukların severek tükettiği abur cubur olarak nitelenen ve şeker dışında neredeyse hiçbir şey içermeyen yiyecek ve içeceklerin etiket bilgileri üzerinden yapılacak basit bir inceleme bile bu ürünlerin her birinin ortalama 300-400 kalori içerdiğini gösterecektir. Piyasada fiyatı 0,5 ile 3 TL arasında değişen tahminimce üç bin çeşit ürün var böyle. Örneğin günlük kalori ihtiyacı 2000 olan okul çağında bir çocuk piyasada her yerde satılan bu ürünlerden birini yediğinde aldığı 300 kaloriyi harcamak için ise en az bir saat yürütmesi gerekiyor. Sadece bu basit örnek bile obeziteyi önlemek için az yiyin, bilinçli beslenin ve çok hareket edin önerisinin ne kadar gerçekdışı olduğunu sergilemeye yeter. Açıkça fark edilebileceği üzere temel mesele obeziteye yol açan ürünlerin üretilmesini engellemek ya da bu ürünlere çocukların erişimini sınırlamaktır.

Röportajımızın ikinci bölümünü de size yöneltilen "Yasaklanan bilgileri temin etme", "Yasaklanan bilgileri açıklama" ve "Göreve ilişkin sırrın açıklanması" gibi suçlamalarla hakkınızda açılmış bir dava sürüyor. Bu suçlamalar hakkında ne söylemek istersiniz?

Bu suçlamaları reddediyorum. Gıdalar ve sularla ilgili çalışmaların içindeydim. Bilimsel bilgilerin oluşturulmasında asli rol oynayan kişilerden biriydim. Sağlık Bakanlığı'nın araştırma sonuçlarını gizlediğine inanıyordum ve bu nedenle de elimde mevcut ve doğrulundan emin olduğum bilgileri de açıkladım. Sağlık Bakanlığı bana yönelttiği suçlamalar ile yaptığı araştırmanın sonuçlarını gizlediğini, elde edilen bilgileri de sır olarak gördüğünü teyit etmiş oldu. Ama bu ka-



bul edilemez bir tutum benim için. Halk sağlığını ilgilendiren konularda gizlilik ya da yasak bilgi olamaz. Aksine sorunların çözümü için bu meselelerin bilinmesine ve elbirliğiyle yürütülecek tartışmalara ihtiyaç var. Bunu sağlamanın yolu da insanların bilgi sahibi olmasını sağlamaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen projenin amacına ve kapsamı hakkında kısaca bilgi verebilir misiniz?

Sağlık Bakanlığı'nın 2011-2016 yılları arasında yürüttüğü ve ana başlığı "Kocaeli, Antalya, Tekirdağ, Edirne, Kırklareli İllerinde Çevresel Faktörlerin ve Sağlık Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi" olan araştırma projesinin amacı araştırma yapılan bölgelerde halk sağlığını tehdit eden bir durum olup olmadığını belirlemektir. Araştırma her biri bağımsız olarak yürütülen 16 farklı araştırma projesinden oluşuyor. Araştırmada köy ve mahalle bazında binlerce yerleşim bölgesinden örnekler alındı. Araştırmanın amacı çevresel ortamlardaki kanserojen madde kirliliğinin ne düzeyde olduğunu ve o bölgelerde yaşayan insanların soludukları hava, içtikleri su, yedikleri gıdalarla bünyelerinde kansere neden olan kimyasal maddeleri alıp, almadıklarını belirlemektir. Araştırmada toprak, su, gıda, hava, atık su ve Saroz, İzmit, Antalya körfezindeki deniz suyu ile kabuklu deniz canlıları ile balıklarda kansere yol açan kimyasal maddelerin kalıntıları araştırıldı. Bunun yanı sıra yüksek gerilim hatlarından doğan kanser riski, atık su arıtma tesislerinden deşarj edilen su ve akarsuların dip çamurları da analiz edildi. Havadaki toz parçacıklarına yapışan ve solunum yoluyla bünyemize aldığımız kanserojen kimyasalların araştırılması gibi çok spesifik araştırmalar da yapıldı. Araştırmada binlerce hanede yapılan anket ve tarama çalışmaları ile ailelerin soy geçmişlerinde kanser vakalarının görülüp görülmediği belirlendi. Aynı hanelerde yaşayan insanların vücutlarından alınan örneklerde ağır metal ve eser elementlerin bulunup bulunmadığı da analiz edildi.

Burada araştırmadaki rolünüz bakından biraz daha ayrıntılı bilgi verebilir misiniz? Bu çalışmaya nasıl katıldınız? Çalışma devam ederken nasıl çıkarıldınız?

2013-2016 yılları arasında araştırmada yer alan akademisyenlerden biriydim. O yıllarda Akdeniz Üniversitesi'nde bulunan Gıda Güvenliği ve Tarımsal Araştırmalar Merkezi'nde akademisyen

ve teknik müdür yardımcısı olarak görev yapıyordum. Araştırma merkezi gıdalarda ve sularla toksik kimyasalların tespitini yapmaya yönelik olarak kurulmuş bir merkezdir. Araştırma projesinin koordinatörü 2012 yılında merkezimizi ziyaret ederek gıdalarda ve sularla çeşitli toksik kimyasalların tespiti işini yapip yapamayacağımızı anlamak için benimle görüşmeye gelmişti. Yapılan görüşmeler sonrası araştırmanın gıdalar ve sularla ilgili kısmı araştırma merkezimizde yapıldı. Araştırmada binlerce gıda ve su örneğinin analizi işini organize ettim. Beni 2014 yılında araştırma ekibinin içine dâhil ettiler. Gıdalarla ilgili araştırma bulgularının değerlendirilmesi ve sonuç raporunun yazılması işini yapan ekibin içindeydim. 2016 yılı Ocak ayında üniversitede görev aldığım ya da yürütücüsü olduğum bütün araştırma projelerinden çıkarıldım. Bir barış akademisyeniyim. Barış bildirisine imza atan yüzlerce akademisyen gibi ben de 2016 yılı sonunda üniversitedeki kamu görevimden çıkarıldım ve sonrasında da araştırma çalışmaları ile bağım koptu. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü araştırma çalışmasının akıbetinin ne olduğunu anlamaya çalıştım. Zamanla araştırma sonuçlarının gizleneceğine dair bir kanaat oluştu bende. Çalışma sonuçlarından elde edilen bulgulara dayalı olarak ara raporlar bile yazılmıyordu. Halk sağlığını korumak için ilgili kamu kurumları uyarılmamış ve herhangi bir önlem de alınmamıştı. Bunun üzerine araştırma çalışmasının elimde mevcut kısımları üzerinde, özellikle de sularla ilgili kısımlar üzerinde çalışarak sonuçları halka açıklamaya karar verdim. Sular araştırmanın yapıldığı bölgelerdeki kimyasal kirliliği çok net bir şekilde gösteriyordu.

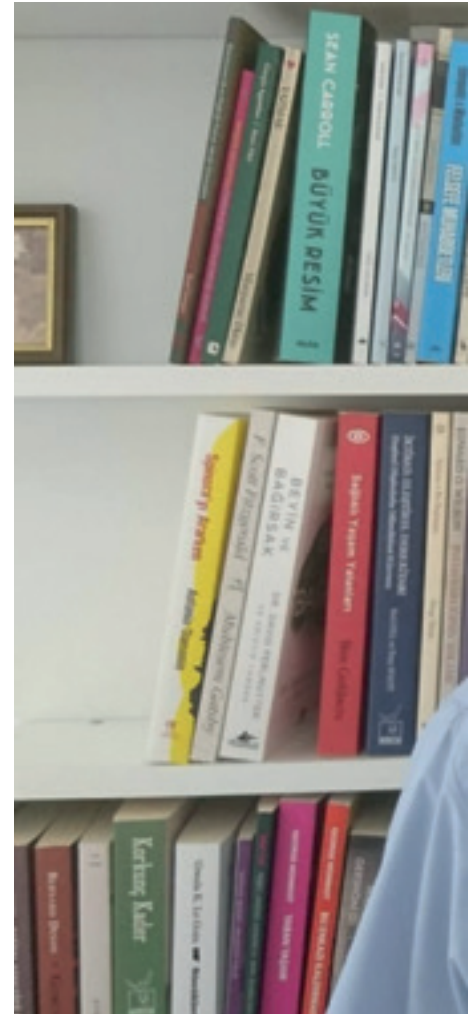
Bebek ve çocukların vücut ağırlıklı olarak düşük, hızlı bir büyüme-gelişme dönemindeler. Metabolizmaları da bir yetişkine kıyasla daha farklı çalıştığı için hormonal sistemi veya nöral sistemi bozucu kimyasallar en çok onlara zararlı etki gösteriyor. Bu yüzden araştırmanız en çok çocuk sağlığını ilgilendiriyor. Elde ettiğiniz bulgulardan çocukların nörolojik gelişimini etkileyebilecek en önemli kısmı nelerdir? İçme sularıyla ilgili çocukların nörolojik gelişimini ve hormon bozucu etkileri olabilecek neler tespit ettiniz?

Araştırma hormonal sistem bozucu kimyasal maddelerin gıdalardaki ve sulardaki kalıntı düzeyleri açısından çok kıymetli

“

En sağlıklı çözüm, anne sütü ile beslenmenin önemli olduğu yaşamın ilk 2 yılında anne sütü-bebek ilişkisini sürdürmeye yönelik her türlü desteğin alınmasını sağlayacak yasal mevzuatın oluşturulmasını talep etmek ve uygulanmasını sağlamaktır.

”



“

Sağlık Bakanlığı'nın araştırma sonuçlarını gizlediğine inanıyorum. Doğrudan emin olduğum elimdeki bilgileri açıkladım. Bakanlık bana yönelttiği suçlamalar ile araştırmanın sonuçlarını gizlediğini, bu bilgileri de sır olarak gördüğünü teyit etmiş oldu.

”

bilgiler içeriyor. Örneğin gıdalarda ve sularda hormonal sistem bozucu pestisitler ve ağır metallerin tamamı araştırıldı diyebilirim. Analiz ettiğimiz gıda ürünlerinde çok yaygın bir pestisit kirliliği vardı. Analiz edilen örneklerin %51,1'inde birden fazla sayıda pestisit kalıntısı tespit edildi. Örneklerin %11,2'sinde iki adet pestisit kalıntısı; örneklerin %5,1'inde üç adet pestisit kalıntısı ve örneklerin %3,5'inde en az dört adet pestisit kalıntısı tespit edildi.

Analiz edilen örneklerin %17,3'ünün mevzuatın izin verdiği oranların üzerinde pestisit kalıntısı içerdiğini ancak Avrupa Birliği ülkelerinde yapılan kontrol ve denetim çalışmalarında mevzuata aykırı pestisit kalıntısı oranının genelde %2'den daha az olduğunu belirtmek istiyorum. Tespit edilen pestisitlerin %39,3'ü çeşitli akademik yayınlarda hormonal sistem bozucu olarak sınıflandırılmaktaydı.

Ancak kimyasal kirlenmenin boyutlarını en iyi yansıtan sularla ilgili çalışmalar. Arsenik ve kurşun gibi hormonal sistem bozucuların Kocaeli, Kırklareli, Tekirdağ

ve Edirne illerinden alınan su örneklerindeki yaygınlığı ürkütücü boyutlardaydı. Örneğin Kırklareli, Tekirdağ ve Edirne illerinden alınan su örneklerinin %41,4'ü arsenik ve %20,4'ü kurşun içeriyordu. Kocaeli'nden alınan su örneklerinin %16'sı kurşun ve %46'sı alüminyum içeriyordu. Tespit edilen değerler bazı yerleşim bölgelerindeki suların içilmemesini gerektirecek kadar yüksekti. Araştırmada sadece bu ağır metallerin değil nikel, manganez, vanadyum, krom vb gibi diğerlerinin de (toplam 25 adet) çalışıldığı ve onların yaygın olarak sularda bulunduğu hesaba katılırsa meselenin halk sağlığı açısından taşıdığı önem daha iyi anlaşılacaktır.

Bu çalışmanın yürütüldüğü bölgede risk altında yaşayan çocuk ve erişkin sayısı hakkında bilgi verebilir misiniz?

2018 yılı itibarıyla araştırmanın yapıldığı beş ilde yaklaşık 7 milyon insan yaşıyor. Bu beş ilde yaşayan 0-18 yaş arası çocuk nüfus sayısı ise 1 milyon 300 bindir (%21,6). Araştırma sahasının genişliği ve bu bölgelerde üretilen çeşitli gıda ürünlerin Türkiye genelinde tüketildiği düşünülürse araştırmadan elde edilen bilgilerin çok daha geniş bir nüfusu ilgilendirdiği ise çok açık.

Sağlık bakanlığının yürüttüğü bu çalışmalarda çocuklarda ve erişkinlerde görülen kanser sıklığı ve hangi çeşit kanserlerin daha sık görüldüğü ile ilgili bilgiler içeriyor mu?

Sorunuza yanıt olabilecek bilgileri içeren üç ayrı araştırma yürütüldü. Biri kanser ön tanısı konmuş kişiler üzerinde yapılan çalışma. Diğer hane bazında yapılan sağlık tarama çalışmaları. Ve sonuncusu hanelerde yaşayan insanların vücutlarından alınan örneklerde ağır metal ve eser elementlerin bulunup bulunmadığının tespiti. Bu araştırmalardan elde edilen bilgilerin sorununun yanıtını içerdiğini düşünüyorum.

Hekim ile hakim aynı kelime köklerinden gelir; her şeyi ölçüp değerlendiren, rasyonel düşünmeyi ilke edinen kişidir. En önemlisi de yapmış olduğumuz işte kendimizi her şeyden çok hastalarımıza ve topluma karşı sorumlu hissederiz. Umarım sizin yargılanma sürecinde topluma karşı sorumluluk hisseden hakimler en kısa sürede en doğru kararı verecektir. Hekim Sözü'ne vermiş olduğunuz bilgiler için tekrar teşekkür ederim.



Kentleşen şantiyeler, şantiyeleşen kentler

Gürkan Emre Gürcanlı

“Ölümler ve yaralanmalar. Neredeyse kentlerimizde bir savaş yaşıyor, hemen yanı başımızda. Üstelik ne zaman geleceği belli değil. Kim düşman kim dost hiç belli değil...”

Düşünün 30 binden fazla kişinin çalıştığı bir şantiye; 3. Havalimanı. Düşünün şantiyeye dönmüş bir semt, Fikirtepe. Daha onlarca örnek sayılabilir, bunlar ilk aklıma gelenler. Şantiyeler kentleşiyor, kentler şantiyeleşiyor. Beraberinde daha fazla sağlık ve güvenlik riskleri bizi bekliyor. Daha önce duymadığımız veya çok az duyduğumuz kavramlar, ifadeler karşımıza çıkıyor “kent suçu”, “hafriyat kamyonu terörü”, “katil beton mikserleri”, “yeni Çernobil asbest”... Gürültü, toz, koku, titreşim, zararlı maddeler, kimyasallar, trafik... Ölümler ve yaralanmalar. Neredeyse kentlerimizde bir savaş yaşıyor, hemen yanı başımızda. Üstelik ne zaman geleceği belli değil. Kim düşman kim dost hiç belli değil...

Düşünün, inşaat sektörü daraldı denilen 2018 yılında, 2017'ye oranla hafriyat kamyonu ve beton mikserinden dolayı ölümler %80 oranında artmış. 253 kişi, evet abartmıyoruz, 253 kişi beton mikseri ve hafriyat kamyonları yüzünden ölmüş, 943 kişi de yaralanmış (Şule İdil Dere Türkiye Hafriyat Kamyonu-Beton Mikseri Can Kaybı Raporu, 2018). Yine aynı raporda 2018

yılında kentlerimizde doğrudan kamu hizmeti verilirken 274 kişinin yaşamını yitirdiği, bunların 95'inin iş makinası, çöp kamyonu, itfaiye araca, yol bakım ve temizleme araçları gibi, belediyelere, Karayolları Genel Müdürlüğü'ne Emniyet Genel Müdürlüğü'ne, DSİ'ye... ait araçlardan kaynaklandığı görülüyor. Birkaç belediye dışında ise asbest konusu hala üzerinde durulan bir konu haline gelmemiş durumda ve 20 yıl sonrasını düşünmek bile korkunç. Peki, tüm bunlara ne diyebiliriz? Uygun tanım “kent suçu” olabilir ve oradan hareket edebiliriz.

Bu alanda mücadele yürüten Toplumcu Mühendisler ve Mimarlar Meclisi, bundan iki yıl önce kent suçlarıyla mücadele kararı aldığında ortaya öncelikle bir tanım koymaya çalışmıştı:

“KENT SUÇU NEDİR?”

Suç, hukuki bir kavram olarak kent ile ilişkilendirildiğinde çeşitli alt başlıklarda incelenebilir. Suç eyleminin, genel olarak Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) tanımlanan biçimiyle kent ile ilişkilendirilmesine sayısız örnek verilebilecek olsa da ceza yasaları kent suçunu tanımlamaktan uzaktır.

Uzun yıllardır ülkemizde “kent suçla-

rı”, “kente karşı işlenen suçlar” gibi kavramlarla tanımlanan ve asıl olarak kent yaşamını tahrip eden, kente ait olan kültürel, tarihi ve doğal zenginliklerin olumsuz yapısal değişikliklere uğramasına yol açan, kamu yararını gözetmeyen her türlü eylem bu kapsamda tanımlanmaktadır.

“Kent suçunun” yalnızca TCK kapsamında ele alınması yeterli değildir. İmar, Belediye, Kıyı, Orman, Boğaziçi, Çevre Kanunu gibi birçok yasal düzenlemede bu suçun kent ile dolaylı ya da doğrudan bağlantısını gösteren düzenlemeler bulunmaktadır. Öte yandan kent suçunun yalnızca yasal çerçevesinde ele alınmasının mevcut yasal düzenlemelerin bir dizi gayri meşru özelliği bulunmasından ötürü sınırları olduğu da bir gerçekliktir.

Kentlerimizin ve doğal yaşamımızın bir parçası olan ekosistemde, kalıcı yıkımlara yol açan uygulamaların ülkemizde sayısız örneği bulunmaktadır. Kente karşı işlenen suçlar ya da genel tanımıyla kent suçları, çeşitli eylemler sonucunda zarar gören kentler ve toplum ile kente zarar veren tarafların etkileşiminde ortaya çıkan bir suçtur. Bu suçun tanımı, tarafları ve sorumlularının yukarıda anılan şekilde yalnızca ülkemiz yasal mevzuatı kapsamında

* Doç. Dr., İTÜ İnşaat Fakültesi, İnşaat Mühendisliği Bölümü

ele alınması, kent suçunun faillerinin bizzat kanun koyucu mekanizmalardan kaynaklandığı düşünülecek olursa yanlış ve eksikli olacaktır.” (Kent Suçlarıyla Mücadele, TMMM).

“Mimarlar Odası, İnşaat Mühendisleri Odası ve pek çok demokratik kitle örgütünün yaptığı etkinliklerde, yayınladıkları farklı yayınlarda bu kavramdan söz ediliyor. Daha da eskiye gidersek örneğin Çağdaş Yerel Yönetimler Dergisi Eylül 1993 sayısında, bir panelde sunulmuş olan Kente Karşı Suç Kavramı Üzerine Düşünceler başlıklı bir bildiri (Yeter E. (1993).) ile yine aynı derginin 2008 yılı Temmuz sayısında da Kente Karşı Suç: Hukuksal Bir Çerçeve başlıklı yazılar bulunuyor (Karasu, 1993). Yeter (1993) “kente karşı suç” kavramının Türk hukuk sisteminde tek ve bütünleyici bir kavram olmadığı ve ceza hukukundaki suç kavramından farklı bir kavram olduğunun altını çiziyor. Karasu (2008) ise “kenti kent yapan değerlere ve kentli haklarına karşı işlenen suçlar” diyerek bu suçların yalnızca kentin fiziki görünümünü bakımından sonuçlar doğurmakla kalmadığını, daha geniş toplumsal ve siyasal sonuçlar yaratma potansiyeli de taşıdığını belirtir.

Doç. Dr. Gül Köksal ise, kent suçunun, bir anlamda öznenin kent olduğu ve bu özneye karşı işlenen suçun temsil etmekle birlikte bir anlamda da kent hakkını ihlal eden tutumlar nedeniyle kentte yaşayan her türlü canlının hakkına zarar verme durumuna işaret ettiğini söylüyor. Diğer bir deyişle, kent bünyesinde yaşayan her canlının refahı, sağlığı, gelişimi ve benzeri tüm temel hak ve özgürlüklerini eşit ve adil bir biçimde gözetilen bir anlayış karşısındaki her hareket, kent suçu olarak sayılabilir. (http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/cevre/54187/Kent_suclularini_de-sifre_edin.html#).

Sonuçta yalnızca Türk Ceza Kanunu'nun değil, İmar, Belediye, Kıyı, Orman, Boğaziçi, Çevre Kanunu gibi birçok yasal düzenlemenin ihlali veya hülleye geçersiz kılınmasından söz edilebilir. Buna son zamanlarda özellikle hafriyat kamyonlarıyla terör estiren projeler de düşünüldüğünde, İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği ve Trafik Kanunu hükümlerinin de ihlali dahil edilmek zorundadır” (Güranlı, Mimar.İst, 2017, Sayı:58)

KENT SUÇLARININ KAYNAKLARINA İNMEK

Kent suçu diyerek bir çerçeve veya çatı kavram ortaya koymak yararlı olacaktır. Çünkü kent suçu dediğimizde işin

içine hafriyat kamyonu ve beton mikseri kazaları da, yolda çukurlara düşen yurttaşlar da, çöp kamyonunun ezdiği işçi veya çocuk da, bir şantiyenin (özellikle şehir içi bina yapımları) çevreye verdiği gürültü, toz, titreşim ve zararlı madde yayılması gibi etkiler de, asbest maruziyeti de girebiliyor. Aynı zamanda bu kavram, şehir planlama ilkelerine, imara, estetiğe, kültüre, kısacası uygarlığı birikimi olan kent kültürüne karşı işlenen suçları da kapsıyor. Biz bu kısmı en azından bu yazıda bir yana bırakıp, sağlık ve güvenlik risklerine yoğunlaşalım.

Sağlık ve güvenlik riskinin ilk kaynağı kentsel dönüşüm. Çok ayrıntısına girmiyorum, kentsel dönüşüm adı altında yapılan yıkım işleri ve inşaat faaliyetlerinin yarattığı riskleri iki başlıkta incelenebilir:

Kentsel dönüşüm sonucunda şantiye haline gelen mahallelerdeki toza, gürültüye ve asbeste bağlı sağlık riskleri: Yıkımlar sırasında işçi sağlığı ve iş güvenliği ve çevresel riskler de ayrı bir başlık olarak tartışılmayı hak etmektedir. Yıkımlar ve yıkım sonrası ortaya çıkan yikintıların kaldırılması/depolanması konusu ülkemizde net bir şekilde tanımlanmamış bir alan olup, söz konusu süreç büyük riskler barındırmaktadır. Asbestle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Hakkında Yönetmelik hala çoğu belediye tarafından uygulanmamaktadır. Bu risklerden birisi olan binaların hemen hemen pek çok kısmında bulunan asbest ise toplum sağlığı açısından büyük bir risk arz etmektedir. Yıkılan binalarda asbest saptanmamakta, bertarafı yapılmamakta, asbestli malzemelerin taşınması ve depolanması yönetmeliklere uygun gerçekleştirilmemektedir. Tüm bunlara asbestten bağımsız olarak yıkımlar ve malzemelerin taşınması sırasında ortaya çıkan inşaat tozlarının yarattığı sağlık riskleri de eklemek zorundayız.



3. Havalimanı İnşaatı'nda sayısız ölüm ve kazaya sebep olan ayrıca çevre tabirbatı yaratan hafriyat kamyonlarıyla “gövde gösterisi” yapılmıştı.

“

Suç eyleminin, genel olarak Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) tanımlanan biçimiyle kent ile ilişkilendirilmesine sayısız örnek verilebilecek olsa da ceza yasaları kent suçunu tanımlamaktan uzaktır.

”

KAYNAKLAR

Karasu M.A (2008). Kente Karşı Suç: Hukuksal Bir Çerçeve, Çağdaş Yerel Yönetimler, Cilt 17, 4 Ekim 2008, s. 45-62. (http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/6419541ded188c5_ek.pdf?dergi=Cagdas%20Yerel%20Yonetimler%20Dergisi)

Yeter E. (1993). Çağdaş Yerel Yönetimler, Cilt 2, 5, Eylül, 1993, s. 43-48.

(http://www.todaie.edu.tr/resimler/ekler/16f2a0fd70b3d65_ek.pdf?dergi=Cagdas%20Yerel%20Yonetimler%20Dergisi)

<http://www.toplumcumeclis.org/index.php/yazilar/item/218-kent-su%C3%A7u%20A7lar%C4%B1yla-m%C3%BC-cadele>

http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/cevre/54187/Kent_sucularini_desifre_edin.html

Gürçanlı, G.E., Kent Suçu, İnşaat Terörüne dönüşürken... Mimar.İst, 2017, Sayı: 58)

Kentsel dönüşüm ile birlikte yıkım faaliyetleri kapsamında yapı makinaları ve hafriyat kamyonlarının yarattığı ciddi güvenlik riskleri: Yukarıda zikredilen rapor, bu konunun tüm elim sonuçlarını gözler önüne sermektedir. Sağlık ve Güvenlik ile ilgili yönetmeliklerden, Trafik Kanunu'na kadar, Çalışma Bakanlığı'ndan Sağlık Bakanlığı'na, Trafik Genel Müdürlüğü'ne kadar pek çok kamu kurumu bu konuyu muhatabıdır. Hafriyat kamyonlarının yasak saatlerde trafiğe çıkması önlenmemekte, kesilen cezalar yetersiz kalmaktadır. Kamyon ve beton mikserleri iş yetiştirme kaygısıyla, daha fazla kazanma hırsıyla adeta ara sokaklarda dahi yarış yapmaktadır. Tüm bunlara hafriyat kamyonlarının taşıma sırasında üzerlerine uygun branda veya benzer malzemeyle kapatmadan ilerlemeleri, bunun hem çevre hem trafik güvenliği açısından da ciddi bir tehlike doğurduğu bir gerçektir.

Kamu kurumlarında taşeron eliyle/liyakatsiz kişilerle iş yapma, bunun getirdiği plansızlık: Her ne kadar kamudaki taşeron işçiler, kamuya geçirildiyse de geçmişte taşeron eliyle kamu işlerinin yapılmamasının getirdiği sağlık ve güvenlik riskleri tahminlerin ötesindedir. Kimi zaman bir ana yol inşaatında manevra yapan bir araç, kimi zaman hizmet götüren bir belediye görevlisi, kimi zaman kazılan bir çukur, yanlış yapılan bir tesisat,

patlatılan bir doğal gaz hattı vs. tüm bu güvenlik risklerini yaratmaktadır. Tüm bunlara taşeron sisteminden bağımsız olarak kamu kurumlarına liyakatsiz kişileri alma ve tecrübe eksikliği de eklendiğinde, kamu hizmetleri kentlerde risk unsuru haline gelebilmektedir!

Kamu kurumları arasındaki eşgüdüm eksikliği: Yukarıda sayılanların hemen hemen hepsi bu başlık altına da yazılabilir. Bir doğalgaz kazısı nedeniyle kesilen elektrik veya internet, yeni dökülmüş asfaltın kazılıp, yeraltı hatlarının yenilenmesi ve bu işin defalarca yinelenmesi (uzun süre oturduğum mahalleimde evime giden yol 10 yıl boyunca 8-9 kez kazılmış ve üzeri asfaltlanmıştı) hepimizin gözlemlediği bir olgudur.

Bir yandan aşırı kar hırsı ile yıkılan, hızla yapılmaya çalışılan binalar, yollar, kimi zaman eksik, yanlış yürütülen kamu hizmetleri... Temelde bir plansızlık, toplumun çıkarı yerine gündelik sermaye çıkarlarının veya basit politik çıkarların öne konması en temel nedenler. Bir mühendislik projesi olarak görünen veya görülen en basit bir projenin bile toplumun çıkarları kapsamında tasarlanması, planlanması ve uygulanması zorunluluğu ise konunun teknik, tıbbi, yasal boyutların ötesinde toplumsal bir düzlemde ele alınması gerektiğini gösteriyor.

Kaynak: www.politeknik.org.tr



İlaçların toplumsal mülkiyeti için bir manifesto*



Medicament Bien Commun

Fransa'dan bir grup sağlıkçı, sendikacı, akademisyen ve siyasetçi sağlık aktivistinin kaleme aldığı ve uluslararası kamuoyunun imzasına açtığı “İlaçlar ortak mülkiyettir.” başlıklı metni sizlerle paylaşıyoruz.

NEYİ SAVUNUYORUZ:

• Sağlık evrensel bir haktır: Devletler, kamu makamları, sağlık alanında çalışan tüm insanlar, herkesin kaliteli bakım ve tedaviye eşit erişimini güvence altına almalıdır.

• İlaç tedavisine erişim, devredilemez bir hak olan sağlık hakkına dayanan bir insan hakkıdır.

• İlaçlara eşit erişim, sağlık hakkının kullanılabilmesinin önkoşuludur. Bu anlamda, ilaçlar, tek tek her bir ülkede ve küresel ölçekte, halkların kolektif ve demokratik mülkiyeti koşuluyla, insanlığın müşterek malı olarak kabul edilmelidir.

• İlaçlar üzerinde patentler tarafından sağlanan özel mülkiyet kavramı ve fikri mülkiyet hakkı tekeli ortadan kaldırılmalıdır.

• Kamusal sağlığın korunmasına öncelik sağlamak üzere finansal karlılık mantığından kopuş sağlanmalıdır.

• Küresel kamusal ve çevresel sağlık ilkesi, yeni bir ekosistemin yaratılması, uluslararası işbirliğinin yeniden kurulması ve evrensel bir sosyal güvenliğin tesis edilmesi, eylemlerimize yol gösteren değerlerdir.

GERÇEK BAĞLAM:

Meta üretimi perspektifiyle ele alınan ilaç üretimi, halkların ihtiyaçlarını karşılamamaktadır:

• Yüzde 20'lere ulaşan karlılığıyla kapitalizmin en karlısı olan küresel ilaç piyasası 1000 milyar Avroyu aşan bir ciro ifade etmekte ve eczacılık sanayilerine ekonomik sektörde kayda değer bir güç sağlamaktadır. Eczacılık sanayileri ilaçları basit anlamda pazarlanabilir bir mal gibi görerek bir yandan satış fiyatlarını Araştırma-Geliştirme (AR-GE) maliyetleriyle meşurlaştırırken diğer yandan pazarlamaya ve lobiciliğe AR-GE'den daha fazla para harcamaktadır.

• Yenilikçi tedaviler gerekçesi altında hükümetler, sağlık alanındaki ka-

rar alıcılar ve ecza çokuluslularının yöneticileri arasında, genelde düşük tıbbi değere sahip ecza moleküllerine yüksek fiyat ödemelerinin elde edildiği bir aptallar oyunu oynanmaktadır. Böylece, tüm dünyada, ilaç şirketleri, Fransa Sosyal Güvenlik sisteminde olduğu gibi, refah sistemi fonlarını ve kamusal sigorta fonlarını kullanabilmektedir. Kamusal sağlık ihtiyaçlarını hiçe sayarak ve şeffaflığın büsbütün ortadan kalktığı koşullarda, ecza grupları, hissedarlarını büyük ölçüde tatmin eden rahat bir karlılık kaynağını böylece garanti altına almaktadır.

• Adına “blockbuster” denilen [bir yıl içinde dünya çapında 1 milyar dolardan fazla satış rakamına ulaşan, ç.n.] en karlı moleküllerin patentlerine sahip olan ecza sanayi, piyasaya hâkim olmak için, bu politikayı en geniş ölçüde sömürerek, milyarlarca dolarlık yarar sağlamıştır. Diğer yaşamsal alanlar genelde ihmal edilirken, bazı tedavi alanları eşdeğer moleküllerle ağızına kadar doyunlaşmaktadır.

* Çeviri: Çiğdem Çıdamlı. Metnin orijinali ve söz konusu kampanya ile ilgili daha fazla bilgi için: <http://medicament-bien-commun.org/>

“

İlaç tedavisine erişim, devredilemez bir hak olan sağlık hakkına dayanan bir insan hakkıdır.

”



• Büyük İlaç Sanayi, yeni stratejiler arayışı içinde, bir yandan araştırmaları fason olarak kamu laboratuvarlarına veya küçük şirketlere yaptırırken, bir yandan da kendisi, kopyalanması daha zor olan ve fahiş fiyatlar talep etmelerine imkân veren biyolojik ilaçları geliştirmeye odaklanmaktadır. Bu yeni tedavilerse sadece kredi vermeye değer piyasalara yarar sağlayacaktır. Bu ticari mantık araştırmalara ayrımcı bir biçimde yaklaşmakta ve bazı yaşamsal tedavi alanlarındaki araştırmaların durmasına yol açmaktadır.

• Patent yasal sisteminin ilaçlara uygulanması çokuluslulara satış fiyatlarını belirlemede takdir yetkisi sağlamaktadır. İlaçlar patentleştirilebilir ürünler ortak yasasına tabi kılınmaktadır. İlaçlara patent yasal sisteminin uygulanması, özel sektördeki AR-GE yatırımlarını teşvik etme iddiasıyla, ecza şirketlerini 20 yıllık münhasır haklar sayesinde rekabetten bütünüyle korumaktadır. 1980'lerden bu yana, büyük ecza şirketlerinin kışkırtmasıyla, ilaçlar üzerindeki fikri mülkiyet hakları sürekli olarak pekiştirilmiştir. Böylece, DTÖ himayesi altında, Ticaret-

le Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşması (TRIPS- Marakeş, 1994), TRIPS+ hükümleri tarafından ağırlaştırılan bir biçimde, fikri mülkiyet haklarının uluslararası ölçekte saldırgan biçimde sömürüldüğü bir model oluşturmıştır. Nihayet, gen tedavilerinin geliştirilmesi örtüsü altında ve kamu-özel ortaklığı aracılığıyla, özel şirketler kamu üniversiteleri araştırmalarının sonuçları üzerinde fikri mülkiyet hakları sömürüsünü elde ederek, patentleştirmenin ölçüsünü canlı madde alanına kadar genişletme imkânına kavuşmuşlardır.

Astronomik yükseklikteki fiyatları nedeniyle sadece yeterli finansal araçlara sahip az sayıdaki kimsenin yararlanabileceği (genetik karakteristiklere dayanan) hedefli kanser tedavilerinde durum genel olarak budur.

İlaçların satış fiyatları ve bu fiyatların yol açtığı kar marjları, yalnızca patentlerin uygulanması ve bunun neden olduğu tekelle izah edilebilir. Böyle bir sistemin temel sonuçları ise nüfusun tamamının ilaçlara erişmesini zorlaştırmak veya hatta imkânsız hale getirmektir.



İSTİYORUZ:

- Sağlık hizmetlerine ve ilaçlara evrensel erişim. Kamusal makamlar, bu ihtiyaçları karşılayacak bir kamusal sağlık politikası, kamusal hizmetler ve araştırma bütçeleri anlamına gelen bu hakkı eşitlik, kalite ve emniyet ölçütlerine göre güvence altına almalıdır.
- İlaçlar dâhil, sağlık hizmetlerinin metaleştirilmesine ve ticarileştirilmesine karşı çıkıyor, kamusal sağlık hedeflerinin artık tüketimci modellerin hakimiyetinden çıkarılmasını istiyoruz. Yaşamsal ilaçlar “ulaşılabilir, ekonomik anlamda karşılanabilir, iyi kaliteli” olduğu ve “iyi kullanıldıkları” zaman, halkın öncelikli sağlık ihtiyaçlarının karşılanması mümkündür.
- İnsan nüfuslarının, gıda veya diğer karışıklarla, yeni moleküllerin test edilmesi için insan kobaylar olarak kullanılmasına karşı çıkıyoruz.
- Sermayenin karlılığını amaçlayan ve sağlık alanındaki kamu politikaları üzerinde güçlü basınçlar uygulayan ecza sanayi stratejilerine son verilsin. Bunun

için, yurttaşlar tarafından kontrol edilen, yeni AR-GE ve kaliteli ürün üretim ve dağıtım modelleri kurulmalıdır.

- Araştırmalar özgür bırakılmalı ve teşvik edilmelidir. Temel araştırmaların organizasyonu ve yönelimi ecza firmalarının finansal hedeflerine tabi kılınamaz. Sağaltıcı iyileştirmelerin önünü açabilecek araştırma sonuçlarının kullanılması ve yeniliklerin geliştirilmesi, yurttaşların kontrolü altında, dünya nüfusunun kamusal sağlık ihtiyaçlarına ve genel çıkara göre tanımlanmalıdır. Uluslararası işbirliği teşvik edilmeli ve kamusal fonlar gereken düzeylerde sağlanmalıdır. Sonuçlar, yeni keşifler ve yenilikler kamusallaştırılmalı ve böylece dünyada var olan bilimsel bilgi havuzu zenginleştirilmeli ve bilgi paylaşılmalıdır.

- İlaçlarla ilgili fikri ve endüstriyel mülkiyet hakları konusundaki uluslararası yasalar, kamu sağlığı önceliği temelinde, yeniden oluşturulmalıdır.

BU NEDENLE:

- İlaçlar üstündeki patent sistemi feshedilmelidir. Kimi ülkelerin patentlerin (zorunlu lisanslama) çevresini dolaşmak için elde ettikleri istisnalar kuşkusuz ecza firmalarını fahiş taleplerini geçici olarak geri çekmeye zorlamıştır, ancak bunlar uzun vadede sorunu çözmemektedir.
- Gelişmekte olan ülkelerin kamu sağlık politikaları üzerindeki tam denetimlerini yitirmelerine neden olan ve potansiyel üretici geliştirmekte olan ülkelerin hareket özgürlüğünü kısıtlayan Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşması (TRIPS) ve TRIPS + hükümleri, iptal edilmelidir.
- Genetik dizilimlerin ve patentleştirilebilir varlıklar içeren organizmaların patentleştirilmesi hakkındaki 98/44 sayılı Avrupa Direktifi gözden geçirilmelidir.

Tüm sağlık sistemi kullanıcılarını ve aktörlerini, ecza üretiminin ve arz zincirinin toplumsal ve kamusal mülke dönüştürülmesi istemiyle harekete geçmeye çağırıyoruz.

Sağlık sistemimizin temelleri olarak dayanışma ve evrensellik değerlerinin desteklenmesi zorunlu ve acildir. Bu nedenle, milyarlarca insanın ihtiyaçlarına gerçek yanıtların sahiden verilebilmesini sağlamak için, karar alma yetkisini hissedarlardan ve karar-alıcılardan oluşan çok küçük bir azınlığın ellerinden almalıyız.

“

Eczacılık sanayileri ilaçları satış fiyatlarını AR-GE maliyetleriyle meşrulaştırırken, diğer yandan pazarlamaya ve lobiciliğe AR-GE'den daha fazla para harcamaktadır.

”



Kadın hekimler ne yaşar, ne ister?

İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu

Komisyon adına Antalya çalıştayına katılan Aytül Gürbüz Tükel, Suzan Saner ve İncilay Erdoğan İstanbul Tabip Odası Komisyonu İstanbul Forumu notlarını Hekim Sözü için özetlediler.*

Birinci basamak hekimi, asistan hekim, acil servis çalışanı, iş yeri hekimi, cerrah, khk'lı, öğrenci, öğretim üyesi, zorunlu hizmetini yapan, LGBTİ, engelli, hamile, yönetici, ... kadın hekimler olarak, İstanbul Tabip Odasında 7 Şubat 2019 tarihinde bir forum gerçekleştirdik. Çeşitli kadınlık halleriyle, farklı kesişimsel yüzeylerde temas ettik; yüz yüze geldik.

Kadın hekimlerin yaşadığı zorlukların cinsiyetçi ayrımcılık, cinsel taciz, şiddet, yıldırma, işte ve evde çifte mesainin yaşattığı sorunlar etrafında şekillendiğini söyleyebiliriz. Tıbbın içinde cinsiyetsiz olmaya zorlanma, yönetsel süreçlerden dışlanma, bilgi ve otoritenin sorgulanması, bilimsel bilgi üretimine katılım daha az olması, hepimizin bildiği 'Doktor Bey' hitabı, dile getirilen diğer konular. Ve kadınlar bu sorunları tek başlarına çözmeye çalışıyorlar.

Kadınların ilk tıbbiye girişi 1922 yılında, üç kişi. Türkiye'de tıpta kadın hekim oranı %25. Sağlık personeli içinde hemşirelerin %97'si, tıp öğrencilerinin %27'si kadın. İlk kadın ürolog 2009'da uzman oldu, halen dokuz kişiler.

Kadın hekim olmakla ilgili özel bir hatıra yakalayamadığını düşünen arkadaşlarımız bile, tahmin etmedikleri şekilde konuşurken çok heyecanlandılar.

Çeşitli çalışma alanlarından kadın hekimlik hallerini paylaştılar. Acı veren bazı hatıraların söze dökülmesini hep birlikte kolaylaştırmaya çalıştık.

Başarılı geçen ihtisas sınavının sonrasında hakkında ihbar olduğu için başarısız bulunma, doçentlik sınavında vatan sevgisiyle ilgili söylev verilmesi, idari atama yapılmaması, hiçbir görevlendirme, kongre sempozyum konuşması alamama... Bunlar bir Kürt kadın hekim olarak kapı açacak kimsenin olmaması, kapıları itelemek zorunda kalan bir arkadaşımızın dile getirdikleri idi.

Zorunlu hizmet deneyimleri arasında el sıkımayı reddedip ahlaksızlıkla suçlayan savcılar, muayene olmayı reddeden erkek hastalar ile karşılaşan, zor zamanlarda TTB desteğini yanında bulan arkadaşımız vardı.

Birinci basamakta, usulsüz isteklerde kadın hekim karşısında daha çok ısrarcı olduğu, bütün sorunların premenstrüel sendroma bağlandığı, yaşlılığın arkasına sığınarak hoş görüleceği beklentisiyle genç kadın hekimlere üstü kapalı cinsel tacizin yaygın olduğu belirtildi. İşyeri hekimi arkadaşımız fabrikalar gibi hastanelerde de işçi sağlığı ve iş güvenliği bakış açısı olması gerektiğine, kadınların yaşamı yeniden üretirken erkeklerden günde ortalama üç saat daha fazla çalıştığına dikkat çekti.

Trans deneyiminden geçmiş kadın hekimlerin transfobiyle, ameliyat sonrası ise kadın kimliğini görmeme, cinsiyetsizleştirme ve ikiye bölme tavırlarla karşılaştığı dile getirildi.

Tabip Odası yönetiminin de yapısal olarak eril bir yer olduğu, genç kadın hekimlerin erillikten azade olamayıp arınmaya, abilerin, hocaların olduğu masada deneyimsizliği aşıp, bariyerleri kaldırıp var olmaya çalıştığı ifade edildi. Kadın hekimlerin %40 kotayı kabul ettirdiği ve bugün on iki Tabip Odası Başkanının kadın olmasının kıymetli olduğu söylendi.

Uzmanlık derneklerinde uzun yıllar kurucu başkanlık yapan, ön açıcı kadınların varlığı çok kıymetli, çünkü bulunduğumuz ortamlarda dili değiştiriyoruz, etkimiz olumlu oluyor; daha fazla söz ve idari görev almalıyız denildi.

Üroloji ve ortopedi gibi cerrahi branşlarda kadın hekim olmanın zorlukları; muhatap bulamayıp kovulma, 'efendi hocaların' olduğu klinikte bile başlarda odaya alınmama, göze batmamak için kat kat fazla çalışma, el üstünde tutulma görüntüsüyle angarya yüklenmesi, erkek asistan arkadaşları tarafından gülererek 'İsmail' adıyla çağırılma, kuvvet gerektiren diz kalça ile ilgilenmenin değil mikrocerrahi seçmenin beklenmesi, yıldırma, ciddiye almama, bıyık altından ya

da arkasından gülmeye çok fazla maruz kalma, muayyen gününde demesinler diye şikayet etmeme... olarak tarif edildi. Muayene olmayı reddeden hasta ise neredeyse yoktu. Zorlukların sonunda bir güçlenme hikayesine dönüşmesi de mümkündü: "Kendim 'yaklaşmayın, muayyen günümdeyim!' diyorum artık..."

Amfide hocaların cinsiyetçi sözlerine karşı çıkmak kolay olmadığı için tıp öğrencisiyken feminist bir örgütlenme içinde yer alma ihtiyacı ifade edildi. Ciddiye alınmama, toplumsal cinsiyet rollerine uygun tercih yapma beklentisi, hocalar arasında bile vardı.

Düşük tehdidi, uzman hekim olarak çalışma şartlarının ağırlığından geç fark edilebiliyor. Asistanlıkta gebelik planlayabilen kimse yok. Cerrahi branşlarda 'şu kadar yıl evlenemezsin, çocuk yapamazsın' baskısıyla taahhütlerde bulunuyor. Gebelik olursa da yıldırma nedeni olabiliyor.

Acil tıp uzmanı kadın hekimler 'ben kadın mıydım' diye kendilerini sorgulayabiliyor: "Çalışırken kadın değiliz. Zamanla kıdemli kadın hekimleri de model alıp mücadele ederek içinden bir Zeyna, Amazon kadını çıkardım. Söz geçirmek için kabalaşıyorum, cinsiyetsizleşiyorum. Aynı saygı için daha çok çalışmak zorundayız."

Engelli bir kadın hekim ağır bir branş seçmemeli önyargısı üzerine konuşuldu. Nasıl hekimlik yapacak endişesinin altında kadın güzel, eksiksiz görünmeli, diğer kadınlarla yarışmalı düşüncesi vardı sanki. Görülmemek, zorlukların fark edilmemesi daha kırıncı olabiliyor.

Özel hastane yöneticiliği, başhekimlik yaparken primin verilmemesi, oyalanma yaşanabiliyor. Derhal istifa edince geri çağrılabilirsiniz. Kadın yönetici oranı %1 ve çoğu hemşire. Kadın yönetici, yönetici sayılmıyor. İkna edici bir özelliğinin olması, yılmayıp çabalamak gerekiyor.

Eş desteği iyi, beyaz, kadın olmanın

zorluk yaratmadığı bir kadın hekim içinse en büyük tehlikenin eril bir kadın olma tehlikesi olduğu konuşuldu. Yetkili olunca daha yüksek tondan konuşma beklentisine karşı kadınların eleştirisine açık olmanın önemli olduğu vurgulandı. Kadın mücadelesinin toplumcu bir mücadele ile birleşince anlamlı olduğu, birlikte mücadele gerekse de erkeklerin çok geride, feodal ailede kaldığı, evdeki eş, baba, erkek kardeşin evrilmesi için çabalamamız gerektiği ifade edildi.

Kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinin erkek egemen olduğu, çalışırken "Ağlama!" baskısının kadın hastalardan da gelebildiği, hemşire hanım söyleminden rahatsız olup "Hayır ben doktorum" ile feminist kızkardeş kadın doğumcu olma çelişkisinin yaşanabildiği ifade edildi. Hastanın doktorunu seçebileceği, cinsiyet tercihi de olabileceği, yine de erkek doktor tek başına hasta bakmayacak diye bir karar gelmesinin çok sıkıntılı olduğuna dikkat çekildi. Jinekoplastinin erkeklerin beğendiği kadın bedenleri üretmeye hizmet etmesinin üzücü olduğu ifade edildi.

Antalya'daki iki günlük çalıştayda kadın hekimlerin; uzmanlık alanı tercihinde, mesleki gelişim ve akademik yaşamda yükselmede, mesleki uygulama ve liyakat değerlendirmesinde, yönetici konumda yer almada, özlük haklarını elde etmede, özel yaşamı planlamada,

çocuk doğurma ve yetiştirme süreçlerinde, kamusal yaşama ve mesleki örgütlenme çalışmalarına katılımında toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklı sorunlar yaşadıkları dile getirildi.

Çözüm önerileri; sorunların görünür kılınması, çalışma ortamlarında toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya dönük düzenlemelerin, tutum belgelerinin, stratejik eylem planlarının oluşturulup uygulanması şeklinde sıralandı. Sağlık ortamında kadınların dayanışmasının ve meslek örgütlerinin soruna sahip çıkmasının belirleyici işlevi olduğu söylendi.

Kadın hekimlerin sözünün daha fazla duyulması umuduyla...

“

Kadın hekimlerin yaşadığı zorlukların cinsiyetçi ayrımcılık, cinsel taciz, şiddet, yıldırma, işte ve evde çifte mesainin yaşattığı sorunlar etrafında şekillendiğini söyleyebiliriz.

”



* TTB Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu, farklı uzmanlık ve çalışma alanlarından kadın hekimlerin sorunlarını değerlendirmek ve çözüm önerileri geliştirmek üzere 9-10 Şubat 2019 tarihlerinde Antalya'da "Kadın Hekim Olmak" temalı bir çalıştay gerçekleştirdi. Bu çalışmaya hazırlık için İstanbul'dan kadın hekimler 7 Şubat 2019'da İstanbul Tabip Odasında bir forumda buluştu.



“Tabipler, birleşiniz!” İkinci Meşrutiyet’in tabip örgütleri

Fatih Artvinli*

“

Dr. Şeref Etker’in İkinci Meşrutiyet’in Tabip Örgütleri isimli kitabı çoğunluğu başkent İstanbul’da olmak üzere İzmir ve Bursa’da kurulan yerel ve ulusal hekim örgütlerini mercek altına alıyor.

”

İkinci Meşrutiyet pek çok alanda olduğu gibi sağlık alanında da yeni bir ivme yarattı ve yeni hekim örgütleri ve birlikler birbiri ardına

kurulmaya başlandı. Meşrutiyetin, yurttaşları için öngördüğü kardeşlik (uhuvvet) ve eşitlik (müsavat) özellikle meslek dayanışmasını besleyerek der-

nekleşmeyi özendirdi. İkinci Meşrutiyetle birlikte adeta bir ‘dernekler alayı’ yaşandı fakat bunların pek azı kalıcı ve toplum içinde etkili olabildi.

* Dr. Öğr. Üyesi, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı
Not: Bu yazı, daha önce Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları dergisinde (Yıl: 2016, Sayı: 22: 173-176) yayımlanmıştır.

Tıp, eczacılık ve bilim tarihi yazılarıyla tanıdığımız uzman hekim, araştırmacı ve koleksiyoner Dr. Şeref Etker'in İkinci Meşrutiyetin Tabip Örgütleri isimli kitabı 1908 Temmuzundan başlayarak, çoğunluğu başkent İstanbul'da olmak üzere İzmir ve Bursa'da kurulan yerel ve ulusal hekim örgütlerini mercek altına alıyor. Son derece titiz bir araştırmanın eseri olan kitapta yazar, dönemin toplumsal ve siyasal atmosferini tıp çevrelerinin kendi içerisindeki tartışma ve dernekleşme süreçleri üzerinden inceliyor ve devrimin özellikle sivil hekimler arasında yarattığı devrimin değişik örgütlere dağılmış parçalarını bir araya getiriyor.

Osmanlı Devleti'nde kurulan ilk hekim örgütü 1856 yılında açılan ve çoğunluğunu yabancı hekimlerin oluşturduğu Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane/ Société Impériale de Médecine'dir. Frankofon olan bu cemiyet çok sıkı bir denetim altında tutuluyor ve Türk hekimlerin katılımı engelleniyordu. (s.11) Türkiye'deki tıp öğreniminin Fransızca olmasına karşı çıkan, Türkçe tıp dilini oluşturmayı amaçlayan ve Tıbbiye hocalarının öncülüğünde kurulan Cemiyet-i Tıbbiye-i Osmaniye, 1897 yılında II. Abdülhamid tarafından kapatılmış ve cemiyet ancak 1909 yılından sonra tekrar toplanabilmişti. Her iki cemiyet de Avrupa'nın tıp akademileri modelinde kurulmuş birer örgüttü; üyelerini seçimle alıyor, tıbbi etkinlikler düzenliyor, yayınlar yoluyla sağlık bilgisinin yaygınlaştırılmasına çalışıyordu. (s.445) Fakat İkinci Meşrutiyet'e kadar tabiplerin gerçek anlamda kapsayıcı meslek örgütleri, özlük haklarını savunacak cemiyetleri yoktu. İstanbul Etibba Muhadenet Cemiyeti kurucularının deyişiyle "avukatlardan leblebiciye kadar bütün esnafın senelerden beri müesses ve ihtiyaç-ı zaman ile mazhar-ı tekamül olmuş kuvvetli esnaf cemiyetleri mevcut olduğu halde, tababet gibi yüksek ve ince bir meslek mensubunun bu gibi bir ictimai teşkilat ihtiyacından vareste kaldığı" bir gerçektir. (s.445)

Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane'nin 1912-13 döneminde başkanlığını yapan ve Ermeni Etibba Cemiyeti'nin kurucu üyelerinden biri olan Dr. Garabed Yağubyan, İkinci Meşrutiyet ortamında tabipleri örgütlenmeye yönlendiren ve dönemin sorunlarını özetleyen bir bildiri kaleme almıştır. Kitapta 'Tababet mesleğimizin çıkarlarını savunalım' başlığıyla tam çevirisine yer verilen metin gerçekten çarpıcı tespitler-

le doludur. Mesleki çıkarlarımız hangi bakımlardan zarar görmektedir sorusuna cevap aradığı yazısında Dr. Yağubyan, hasta bakımında doktor değişimleri, ödeme sorunları, cerrahi müdahalelerin ücretleri konularını ele alarak çeşitli önerilerde bulunmakta ve yazısını şu sözlerle bitirmektedir: "İsteklerimize kulak verileceğini ve yakında Osmanlı İmparatorluğundaki Eskülapius'un mutsuz müridlerinin kaderlerini değiştirecek yeni bir çağın açılacağını ümid ediyoruz. Sendikalaşalım, çünkü birlikten güç doğar." (s. 28-30)

TÜRK, RUM, ERMENİ, MUSEVİ VE MİSYONER TABİP ÖRGÜTLERİ

Meşrutiyetin ilanından hemen bir hafta sonra 30 Temmuz 1908'de, İstanbul'daki sivil hekimlerden bir grup bir araya gelerek Etibba-yı Mülkiye-i Osmaniye Cemiyet-i İttihadiyesi adını verdikleri dernek çatısında bir araya gelmeye başlamıştır. Askeri hekimler ise aynı yıl Etibba-yı Askeriye-i Osmaniye İttihad Cemiyeti'ni kurmuşlar, 1912 yılında ise Etibba-yı Mülkiye Cemiyeti adıyla yeni bir örgütlenme ortaya çıkmıştır. Bu dönemde birbiri ardına açılan ve bazılarının tam olarak ne zaman faaliyetlerine son verdiğini bilemediğimiz tabip örgütleri ortaya çıkmıştır. Yazarın tespitiyle, "Her milletin kendi tabip örgütünü oluşturması, daha önce derneklere katılmamış olan tabipleri harekete katılmasını sağlarken, aynı zamanda ayrışmalara neden olmuştur". (s.27)

İstanbul'daki Rum tabipler, örgütlenme konusunda diğerlerine göre daha önce harekete geçmiş ve kalıcı kurumlar oluşturabilmiştir. Önce 1861 yılında İstanbul Rum Tabipler Derneği açılmış, bu uzun ömürlü olmayan derneğin ardından 1890

“

Osmanlı Devleti'nde kurulan ilk hekim örgütü 1856 yılında açılan ve çoğunluğunu yabancı hekimlerin oluşturduğu Cemiyet-i Tıbbiye-i Şahane'dir. Frankofon olan bu cemiyet çok sıkı bir denetim altında tutuluyor ve Türk hekimlerin katılımı engelleniyordu.

”



Ermeni Etibba Cemiyeti'nden hekimler



“

Birinci Dünya Savaşı'nın başlamasıyla birlikte hekimleri, hastaneler dışında bir araya getirecek bir ortam ve örgütlerin devam edebileceği yaşam koşulları kalmamıştır.

”

yılında Hipokrat Tabipler Derneği adıyla yeni bir dernek kurmuşlardır. (s.35-36) İkinci Meşrutiyet'in ardından ise 1910 yılında Dersaadet Rum Tabipleri Cemiyeti kurulmuş ve bu örgüt kapatıldığı 1923 yılına kadar İstanbul'daki Rum hekimlerin dayanışma ve yardımlaşma örgütü olarak çalışmıştır. Bu arada kitapta yer alan ve 1912 yılını kaynak alan bir belgeye göre, Balkan Savaşlarına kadar Osmanlı İmparatorluğu içindeki tabiplerin yaklaşık olarak yarısının Rum olduğunu öğreniyoruz. (s. 36 Dipnot 7) Büyük olasılıkla bu sayıma, askeri hekimler dahil edilmemiştir.

İstanbul'daki Ermeni hekimler, 1909 yılında dernekleşme çalışmalarına başlamış ve takip eden yıllarda Ermeni Etibba Cemiyeti kurulmuştur. Bu cemiyet çeşitli yayınların yanı sıra 1914 yılında Tıbbi Deontoloji İlkeleri adıyla bir metin yayımlamıştır. (s.165) Kitapta yazar bu cemiyet ve çalışmalarına daha geniş yer ayırarak, hem tüzüklerin hem de faaliyet raporlarının Türkçe çevirisini sunmuştur. İlginç bir dernek de, 1922 yılında kurulan Türk-Ermeni Muhadenet (Dostluk) Cemiyeti'dir.

İstanbul'daki Musevi hekimler ise 1914 yılında Memalik-i Osmaniye Musevi Etibba Cemiyeti adıyla bir dernek kurmuşlardır. (s.317) Cemiyet 1929 yılında Etibba Odaları kuruluncaya dek farklı isimlerle çalışmalarını sürdürmüştür. Bu dönemin ilginç örgütlenmelerinden biri de Türkiye'de faaliyet gösteren Amerikan Protestan Misyonerlerden, Harput'ta çalışan Dr. Henry Atkinson'un 1903 yılında oluşturduğu Küçük Asya Tabipleri Birliği/Asia Minor Medical Association'dır. Örgüt 1908 yılında Antep'te toplanan ilk genel kurulundan önce ismini Türkiye Misyoner Tabipler Birliği adını almıştır. (s.345)

TAŞRALI TABİPLER VE TIBBİYELİ ÖĞRENCİLER

İkinci Meşrutiyet'in ardından İstanbul dışında da yerel tabip örgütleri kurulmaya başlamıştır. Kitapta yer

verilen bu örgütlerden birisi, 1909 yılında İzmir'de kurulan Taşra Etibba-yı Mülkiye Cemiyeti, diğeri ise 1914 yılında Bursa'da kurulan Hüdavendigar Etibba Cemiyeti'dir. Bu arada yalnızca hekimler değil, Meşrutiyetten sonra Tıbbiye öğrencileri de örgütlenmeye başlamıştır. 1909'da Tıp ve İspençiyar Talebe Cemiyeti, 1910 yılında Darülfünun-i Osmani Tıp Fakültesi Talebe Cemiyeti, 1911 yılında Kadıköy'de kurulan Haydarpaşa Tıbbiyeliler Kulübü bunlardan bazılarıdır.

İttihad ve Terakki Cemiyeti (İTC) derneklerin kuruluşunu ve örgütlenmesini başlangıçta aktif olarak desteklemiştir ancak 31 Mart kalkışmasının ardından İTC Hükümeti çıkardığı Cemiyetler Kanunu ile her türlü dernek çalışmalarını sıkı bir denetim altına almıştır. (s.23) Birinci Dünya Savaşı'nın başlamasıyla birlikte hekimleri, hastaneler dışında bir araya getirecek bir ortam ve örgütlerin devam edebileceği yaşam koşulları kalmamıştır. (s.24)

Bugüne kadar tıp dernekleri üzerine yapılan çalışmalarda, burada bahsi geçen derneklerin bir kısmına yalnızca özet olarak değinilmiş, özellikle Meşrutiyet sonrası ortaya çıkan derneklerin oluşum ve gündemleri üzerinde ise hiç durulmamıştır. Bu kitapta ayrıntılı olarak incelenen tabip örgütlerinin gündemlerinde ve tüzüklerinde geniş yer tutan iki konu öne çıkmaktadır: hekimlere sağlanacak sosyal yardımlar ve tıbbi deontoloji kuralları. (s.447) Yazar, kitabın Saptama başlıklı sonuç kısmında, İkinci Meşrutiyetin tabip örgütlerinin dönemin sağlık kurumlarının içinde bulunduğu kargaşayı ve Türkiye'deki hekimlik düzeyini aşamayan kuruluşlar olarak kaldıklarını; ancak arayış içindeki tabiplere mesleki dayanışma bilincini aşıladıklarını belirtmektedir. (s.453)

Dr. Şeref Etker, İkinci Meşrutiyetin Tabip Örgütleri'nde sadece bir dönemin panaromasını sunmuyor aynı zamanda dönemin belli başlı hekimlerinin biyografilerine, örgütlerin tüzük ve yönetmeliklerine, meslek/deontolojik ilkelerine, toplantı gündemleri ve tartışmalarına geniş bir yer vererek hem dönem araştırmacıları için devasa bir kaynak oluşturuyor hem de tartışmaların bugün de devam eden izlerini sürüyor. Kitapta ilk defa günışığına çıkan belgelerin yanı sıra, tıp tarihinde bazı doğru bildiğimiz yanlışlar da düzeltiliyor.



Ah Süreyya Müzikali

Süheyla Ekemen

“

Belinde silahıyla karakter diyor ki: ‘Neden hastamı devlet hastanesine götürdünüz, özel hastaneye götürmediniz. Ben de kızdım doktoru dövdüm, hızımı alamadım hemşireyi de dövdüm...’

”

Bir dizinin başrol oyuncusu silahıyla ameliyathaneyi basıp cerraha ‘babamı ya kurtarırsın ya ölürsün’ diyor. Doktor karakteri ‘korku’ ile babanın hayatını kurtarıyor. Yoksa hastasını kurtarmayacak! Şu mafya, silah nelere kadir! TTB o dönem dizi ile ilgili şikayette bulunmuş ve RTÜK diziyi ceza vermişti. Ama artık o kadar çok alanda ve kanıksanan bir biçimde hekime yönelik şiddet meşrulaştırılıyor ki hangi biriyle mücadele edilebilir? Mafya dizileri popüler kılındı, kabadayılık yüceltilen kahraman karakterler yapıldı.

Bu kötü örnekleri çokça görmüş olmuştuk ama ilk kez tiyatro sahnesinde de sağlığın terörize edildiğine tanıklık ediyoruz. Tiyatrolar.com da 10 üzerinden 5 puan alan ne yazık ki sanatsal yanıyla değil, hekime yönelik şiddeti alenen destekleyen metniyle ilgimizi hak eden “Ah Süreyya” oyunu örneğin. Ne desem, neresinden tutsam bilemiyorum. Oyunun konusu özgün olmadığı gibi bir sanat yapıtında beklenen nedensellik ilişkisinden de uzak. Eski Türk filmi senaryolarından esinlenmeler, ‘Keşanlı Ali Destanı’ gibi bir tiyatro klasiğine öykünmeler olsa da onların yanına yaklaşamıyor bile. Ne yazık ki dili çok kötü, içeriğe uygun dilden ziyade küfür ve belden aşağı gülünçlüğü komedi sanma halleri... Oyunculuklar ile ilgili yorum yapmayacağım bu kadar kötü bir metini hangi oyunculuk kurtarabilir bilemiyorum. “Müzikal” teriminin kullanılması

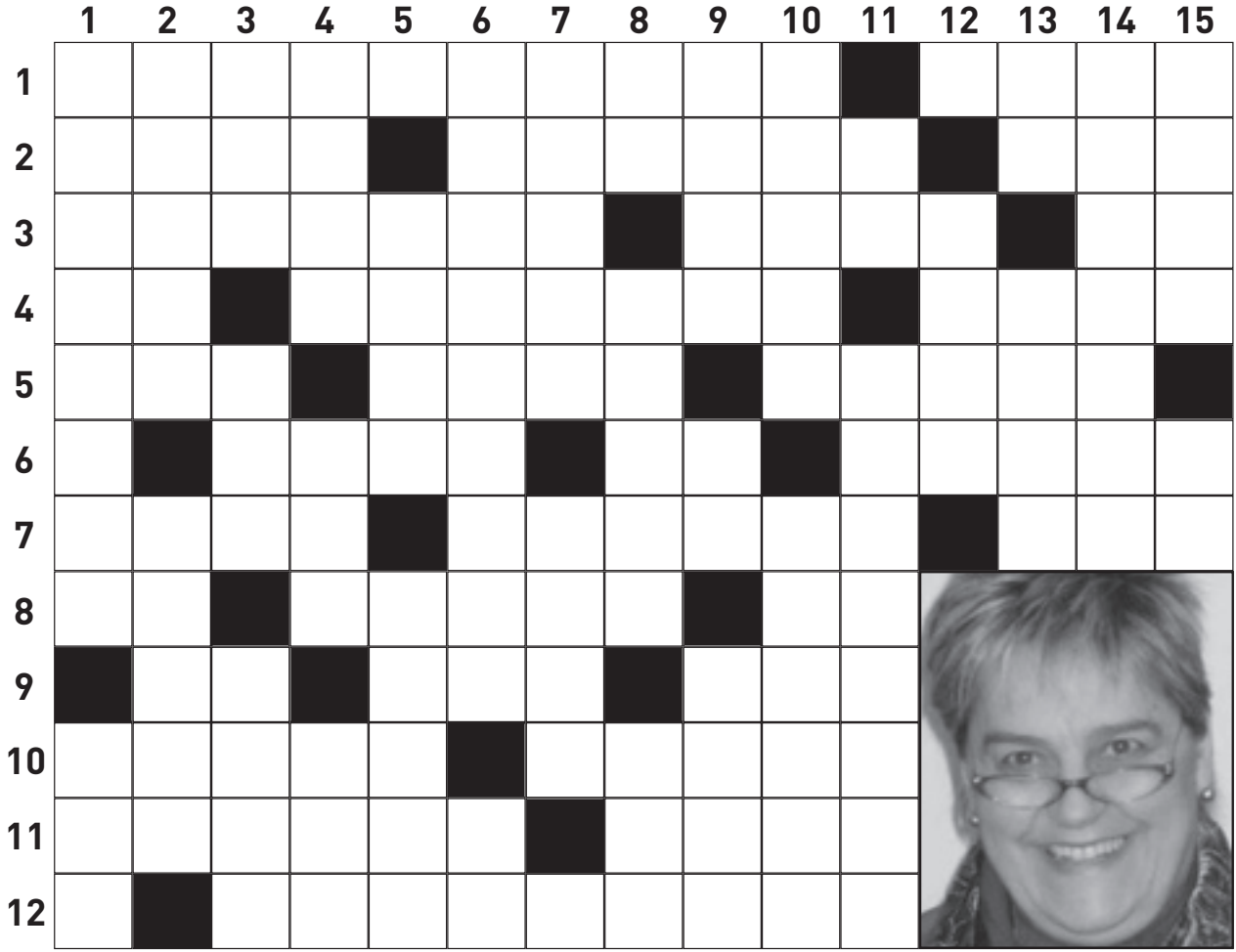
daha da ilginç tabii! Oyundaki tek güzellik başroldeki kadın oyuncunun sesiydi denebilir. Oyunla ilgili -cinsiyet ayrımcılığı içeren söylemleri de dahil- söylenecek çok şey var ama ne gerek... Oyunun yazarı ile oyundaki kabadayı canlandıran kişi aynı. Belinde silahıyla karakter diyor ki ‘Neden hastamı devlet hastanesine götürdünüz, özel hastaneye götürmediniz. Ben de kızdım doktoru dövdüm, hızımı alamadım hemşireyi de dövdüm...’ falan filan bu minvalde giden, oyunla da konuyla da ilgisi olmayan diyaloglar. Seyircilere baktığımızda gülünü de alkışlayanı da var. Şiddeti öven, destekleyen, meşrulaştıran herhangi bir söylemin, sanat etkinliğinin, haberin yanında olunabilir mi? “Ah Süreyya” için önerimiz gitmeyin, seyretmeyin, zamanınızı harcamayın, sinirlerinizi yıpratmayın.

Bu tür seyirlerin belki de tek yararı içimizi burkan bir farkındalığa aracı olması. Hekime yönelik şiddetin artışıyla, sağlık sistemindeki sorunları hekimlerin yarattığını işlenen senaryoların artışı bir tesadüf mü? Eskiden nadir olduğunda eleştirilen, kınan olaylar artık sıradanlaştırılmış durumda. Eski Türk filmlerinin sevecen, bilgili, güvenilir doktorundan bugün dizilerde izlediğimiz paragöz, korkak, sevimsiz, vicdansız doktorlara nasıl gelindi?

Son 15-20 yıl içinde sistematik olarak sağlığın ticarete dönüştürülmesi ile gelen parasız sağlığa erişememe durumu-

nu, iktidarlar sıklıkla siyasi malzeme olarak kullanıp sağlık alanının terörize edilmesine neden oldu. Parasız neredeyse hiçbir sağlık hizmetine ulaşamayan yoksulların elinde kalan tek şey öfkesi. Bu kıskırtılmış öfkenin boşalacağı bir alan olmalı elbette, bu işin en kolay yolu da her gün hastalarla yüz yüze olan sağlık çalışanları ve hekimler. Üstelik suçlu bulunduğu anda prim getiren bir sürece de giriyor olay. Çünkü sistemin çürümüşlüğü-nün sorgulanması yerine hekimin dövülmesi daha kolay. O zaman hem iktidarın hem de toplumun kolayına geleni yapabiliriz. Önce bir algı operasyonu ile bulanmış akilları belirli bir hedefe kitleyiz. Algı operasyonlarının en güzel aktığı yollarda görsel medya, televizyon dizileri, sahne sanatları... Güldürürken, eğlendirirken ya da heyecan uyandıran bir haber ile vermek istediğiniz mesajı belleğe yerleştirmek daha kolay. 10 yıl önce Recep İvedik filmini seyredip gülen insanların varlığı bizi dehşete düşürürken şimdi Recep İvedik günlük hayatımızın sıradan bir karakteri oldu.

Dizi, Film, tiyatro, haber ve benzeri daha birçok alandan gelen saldırılara, kültürel yapının değişimine yönelik bilinçli algı operasyonlarına karşı; alkışlamadan ya da “yuh”lamadan önce bilincimizi, estetik algımızı, direncimizi sağlam tutmak, boş vermemek, boş verdirmemek dileği ile sanatlı günler, güzellikler.



SOLDAN SAĞA

1. 1990-96 arası TTB Merkez Konseyi Üyeliği, 96-2002 yılları arası da da TTB Merkez Konseyi Başkanlığı yapan, 14 Mart 2006'da TTB tarafından Tıp Hizmet Ödülü verilen, 16 Ekim 2006'da aramızdan ayrılan değerli tıp insanı (Resimdeki) – Kimi ağır hastalıklar sırasında görülen, anlama, duyma ve devininin tümüyle yitimiyle beliren dalgınlık durumu. **2.** Semptom – Bir göz rahatsızlığı – Altın. **3.** Kekemelik – Kemiklerin iç boşluğundaki yağlı madde – Sodyumun simgesi. **4.** İlaç – Kafi – Malezya deliliği. **5.** Afrika'da bir ırmak – Başlıca belirtisi, kendiliğinden ortaya çıkıveren kısa, çabuk, değişken güçte devinimler olan bir hastalık – Doktor. **6.** Mengene – Yunanistan'ın plaka imi – Kestane rengi. **7.** Bir şeyin varlığını ortadan kaldırma – Gebreotu – Organ, uzuv. **8.** Boru sesi – İnce alay – Vilayet. **9.** Bir bağlaç "... Kırık" (serseri, sorumsuz) - yarar sağlayan, kazançlı, yararlı. **10.** İnce hastalık – "Bülent ..." (Şarkı Okuma Kitabı ve Çok Bilmiş Özne adlı kitapları da olan, Metis yayınları editörü, yazar). **11.** Apansız – Yavru, çocuk. **12.** Salisilik asidin tuzu.

YUKARIDAN AŞAĞIYA

1. Yutak yangısı – Kamyonet. **2.** Ürenin kanda birikmesi sonucu ortaya çıkan hastalık – Bir deri hastalığı. **3.** Uyanık, açık göz – Sıvılaştırılmış petrol gazı – Gözün renkli bölümü. **4.** Feza – Rachid Taha'nın yaptığı müzik türü – Tavrı, davranış. **5.** Keserek konuşan kimse – Bir makyaj malzemesi. **6.** Hekimlerin kalp, akciğer gibi vücudun iç organlarını dinlemekte kullandıkları bir araç – Nikelin simgesi. **7.** Atardamar – "... Batur" (Şair). **8.** Evet ünlemi – İngiltere kökenli sert bir spor – Rusya'da bir ırmak. **9.** Erhap – Bir nota – Yapım. **10.** Kalınbağırsak yangısı – Osmanlı donanmasında bugünkü tümamirale eş bir rütbe. **11.** Bir nota – Cerrahi operasyon. **12.** Özensiz. **13.** Basit şekerlerin ortak adı – Jeodezi ve fotogremetri mühendislerinin kullandığı arazi cetveli. **14.** Kadınlarda adet döneminde oluşan kanamanın bitmesi. **15.** Ter – Olumsuzluk veren bir önek

GEÇEN SAYININ ÇÖZÜMÜ:

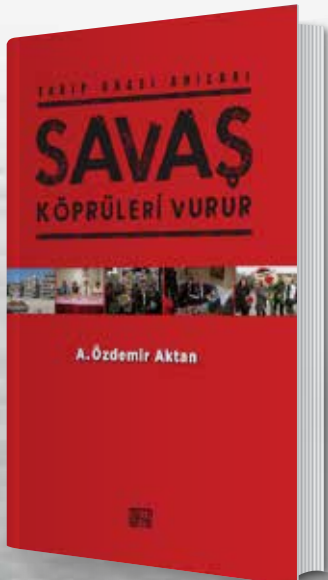
SOLDAN SAĞA: 1. Nusret Fişek-LSD. 2. Ozon-Elsa'nın-Pi. 3. Zulamdaki-Seman. 4. Ova-Lamarck-Uzo. 5. Ka-Van-Aabam. 6. Oh-Ski-Doz. Er. 7. Basil-Hiv-Anemi. 8. İzotop-Leto. 9. Al-Rok-Rir. 10. Ekotopya-At. 11. Ga-Az-Anüri. 12. Otit-Et-Çat. YUKARIDAN AŞAĞIYA: 1. Nozofobi-Ego. 2. Uzuv-Hazakat. 3. Solak-Solo. 4. Rna-Asit-Tat. 5. Ml-Kloroz. 6. Tedavi-Pop. 7. Flama-Kyat. 8. İskandil-An. 9. Şair-Over-Üç. 10. En-Caz-Tiara. 11. Kıska-Aortit. 12. Ne-Ben. 13. Muare. 14. Spazm. 15. Dino-Ti.



**HEKİM YAZARLAR
KİTAPLARININ GELİRİNİ
İSTANBUL TABİP ODASI
EĞİTİM BURSUNA
BAĞIŞLIYOR**

**KİTAPLARI ODAMIZDAN SATIN ALARAK
SİZ DE ÖĞRENCİLERİMİZE KATIKIDA BULUNABİLİRSİNİZ**

A. ÖZDEMİR AKTAN
TABİP ODASI ANILARI
SAVAŞ KÖPRÜLERİ VURUR



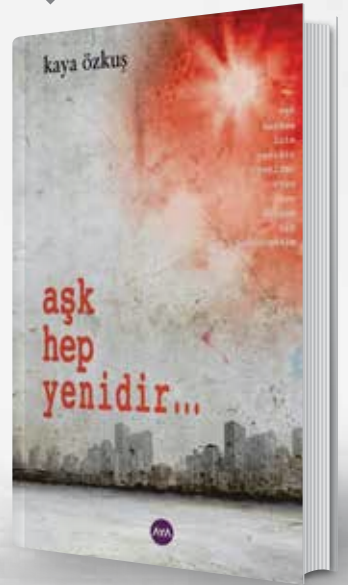
ALİ ÖZYURT
SÖZ UÇAR YAZI KALIR



KAYA ÖZKUŞ
ÖYLE GÜZEL YALNIZIM Kİ
SENİNLE...



KAYA ÖZKUŞ
AŞK HEP YENİDİR...



**İSTANBUL
TABİP ODASI**

1919'DAN 2019'A



BÜYÜK HEKİM YÜRÜYÜŞÜ

17 MART
PAZAR | 13.00

TOPLANMA Haydarpaşa Numune EAH Bahçesi



BASIN AÇIKLAMASI

Kadıköy İskele Meydanı



**İSTANBUL
TABİP ODASI**