

COVID-19 MESLEK HASTALIĞI
SAYILSIN TALEBİMİZE
“VAZİFE MALULLÜĞÜ İLE İDARE EDİN”
MESAJI MI VERİLMEKTEDİR?

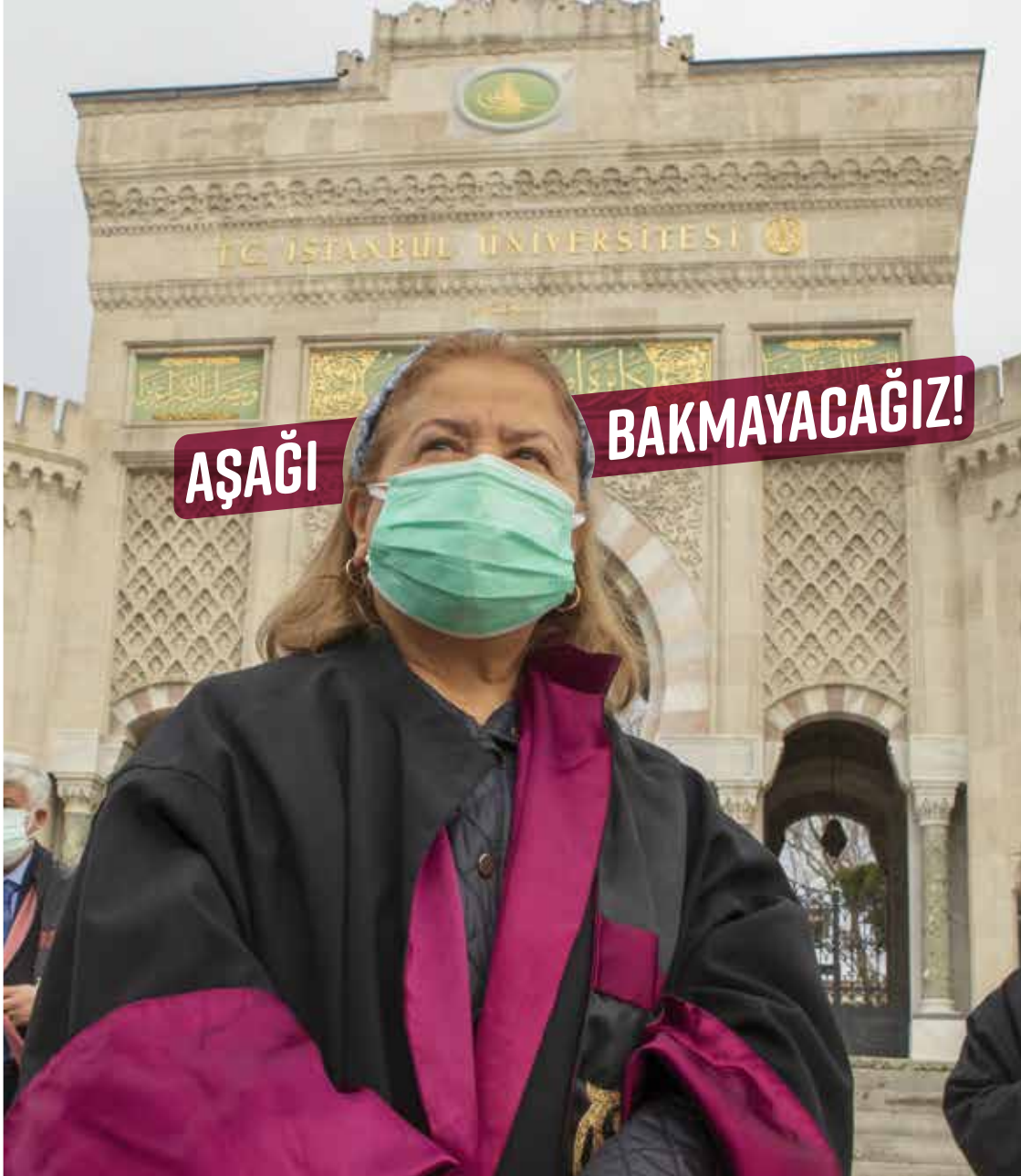
► SF31



İSTANBUL
TABİP ODASI

Hekim Sözü

İSTANBUL TABİP ODASI YAYIN ORGANI • SAYI: 13 • OCAK - ŞUBAT 2021



04

İstanbul'da koronavirüs salgını sürecinde filyasyon çalışmaları

İstanbul Tabip Odası Halk Sağlığı ve Çevre Komisyonu tarafından yayınlanan raporun özetidir.

08

Kayyuma hayır, üniversite iradesine evet!

İktidar, demokratik seçme hakkını, seçmen iradesini yok sayarak, kayyum mekanizmasını üniversiteleri de içine alacak biçimde genişleterek, bir yönetim biçimi haline getiriyor.

38

Teletıp uygulamaları

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, telekomünikasyon sistemleriyle iletilmiş hasta verilerini, belgeleri ve diğer bilgileri temel alan; mesafeli tıp uygulaması anlamına gelen teletıp uygulaması ile ilgili görüş açıkladı.



DOSYA:

AŞI

► SF11





Covid-19 Pandemisi sebebiyle Aralık-Şubat aylarında
yitirdiğimiz meslektaşlarımız başta olmak üzere tüm meslektaşlarımızı
saygı ve sevgiyle anıyoruz...



DR. NİMETULLAH REŞİDİ



DR. TAHİR GÜNGÖR İNCE



DR. İLHAN DOĞAN



DR. YAVUZ ERYILMAZ



DR. HALİL ONALT



DR. HASAN ERDOĞAN



DR. ŞENER KARAKIŞ



DR. GENGİZ ASLAN



DR. KAYA KILIÇ



**İSTANBUL
TABİP ODASI**



Aşağı bakmayacağız!

SARS CoV-2 virüsünün ilk olarak Çin'in Vuhan şehrinde ortaya çıkmasından bu yana bir yıldan fazla zaman geçti. Dünya Sağlık Örgütü'nün COVID-19'u pandemi olarak ilan etmesi ve aynı gün Türkiye'de ilk vakanın açıklanmasının yıldönümü de yaklaşıyor. SARS CoV-2 ise dünyada ve ülkemizde can almaya bütün hızıyla devam ediyor.

Aralık ayı başından itibaren alınan "yarım" tedbirler vaka ve ölüm sayılarını düşürse de salgın hâlâ kontrol altına alınabilmiş değil. Son haftalar-daki artış da ayrıca endişe veriyor.

Salgına karşı en önemli mücadele aracımız olan aşılama çalışmalarında ise belirsizlikler sürüyor. Sağlık çalışanlarının aşılama nispeten kolay ve hızlı gerçekleştirilebildi. Ancak on sekiz yaş üzeri nüfusu iki kez aşılayabilmek için gerekli 120 milyon doz aşının temin edilip edilemeyeceği, ne zaman temin edileceği, toplumun geniş kesimlerinin ne kadar sürede, nasıl aşılanabileceği hâlâ belli değil.

Dr. İlhan Doğan, Dr. Nimetullah Reşidi, Dr. Tahir Güngör İnce, Dr. Yavuz Eryılmaz, Dr. Hasan Erdoğan, Dr. Cengiz Aslan, Dr. Şener Karakış, Dr. Kaya Kılıç, Dr. Halil Onalt.

Son bir buçuk ayda sadece İstanbul'da COVID-19 nedeniyle kaybettiğimiz meslektaşlarımız.

Hekim/sağlıkçı kırımı devam ediyor!

...

Meslektaşımız Dr. Fikret Hacıosman 2 Ekim 2018 günü çalıştığı Medicana Bahçelievler Hastanesi'nde görevi başında Serhat Tunçdemir isimli katil tarafından öldürülmüştü.

Dr.Fikret Hacıosman'ın öldürüldüğünü haber alır almaz İstanbul Tabip Odası'nın yapmış olduğu çağrı ile yüzlerce hekim görev yaptığı hastane önünde toplanmış, "Artık Yeter! Sağlıkta Şiddet Son Bulsun!" diyerek basın açıklamaları ve yürüyüşler gerçekleştirmişti. O gün İstanbul Tabip Odası olarak yaptığımız açıklamada "Cinayete varan sağlıkta şiddet kanıksanacak, sakince karşılanacak, olağanlaştırılacak bir durum değil.

Bu ülkede çok ciddi bir sağlıkta şiddet sorunu var, bu durumu ülkeyi yönetenlerin bu açıklığıyla kavramasında fayda var. Sağlıkta yaşanan bu ölümcül şiddet, yani birer birer öldüğümüz, yani mesleğimizi yaparken, hastalarımıza bakarken, ameliyathaneden çıkarken ölümle karşılaştığımız bu tabloyu ciddi bir sağlık, ciddi bir güvenlik, ciddi bir toplumsal sorun olarak görmek ve çözüm bulmak zorundasınız." demiştik.

Sonrasında da meslektaşımızın ailesiyle birlikte davaya müdahil olduk ve katilin en ağır cezayı alması için uğraştık.

Dava nihayet 8 Şubat günü sona erdi ve katil Serhat Tunçdemir müebbet hapis cezasına çarptırıldı.

Sağlıkta Şiddet Sona Ersin!

...

Boğaziçi Üniversitesi öğrencileri ve öğretim üyelerinin AKP'li Kayyum Rektör Melih Bulu'ya yönelik protestoları toplumun birçok kesiminden büyük destek görerek devam ediyor. Siyasi iktidar ise tepkilere kulak vermek yerine demokratik haklarını kullanan öğrencilere saldırarak, göz altına alarak, tutuklayarak sindirmeye, susturmayla çalışıyor.

Konuyla ilgili olarak dinci gericilerin ellerinde şeriat bayraklarıyla 1 Şubat günü Beyazıt Meydanı'nda açıklama yapmasına ses çıkarmayan emniyet kuvvetleri ertesi gün Kadıköy'de yapılmaya çalışılan basın açıklamasına Kadıköy Kaymakamlığı'nın salgın bahanesiyle koyduğu yasağı gerekçe göstererek saldırdı ve 104 kişiyi göz altına aldı.

İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa öğretim üyeleri de 11 Şubat, Perşembe günü "Memleketimiz Adına Üzülüyoruz!" başlıklı bir basın açıklamasını okumak için Beyazıt Meydanı'nda toplandılar. Ancak basın açıklaması Fatih Kaymakamlığı'nın gene aynı bahaneyle koyduğu yasaklama gerekçe gösterilerek engellendi.

Hocalarımız da basın açıklamasını yürüyerek okudular ve bir kez daha tekrarladılar:

Aşağı bakmayacağız!



Hekim Sözü

İki ayda bir yayınlanır.
Yıl:2 • Sayı: 13 • Ocak-Şubat 2021

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

İstanbul Tabip Odası
Yönetim Kurulu Adına
Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü:
Dr. Osman Öztürk

Sayı Editörü:
Dr. Süheyla Ekemen

Yayın Kurulu
Dr. Süheyla Ağkoç
Dr. Ali Çerkezoğlu
Dr. Yasemin Demirci
Dr. Süheyla Ekemen
Dr. İsmail Gönen
Dr. Ekim Nehir
Dr. Osman Öztürk

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 garantisi altında değildir.

Hekim Sözü dergisi talep halinde
okurlarımızın posta adresine karşı ödemeli
kargo ile gönderilmektedir.
Talepleriniz için:
0212 514 02 92
numaralı telefondan iletişim kurabilirsiniz.

Yayın Kurulundan...

Pandemiyle geçen bir yılı geride bırakırken Covid-19 için aşılarda geliş-
tirilmiş olması ve aşılamaya çalışmalarının başlaması, salgının kontro-
lüne yönelik umudumuzu güçlendirdi. Bir yıldır beklenen aşıya iliş-
kin, bazı sağlık çalışanlarının bile yanlış ya da eksik bilgiyle davrandığını
ne yazık ki gördük. Dergimizi yayınladığımız gün, toplam ölüm sayısının
iki buçuk milyon insanı geçeceğini biliyor olmamıza rağmen aşıya yönelik
bu tereddütler neden? Yetmiş beş yıl önce Veba kitabında "Dünyadaki
kötülük neredeyse her zaman cehaletten kaynaklanır ve aydınlatılmamışsa
iyi niyet de kötülük kadar zarar verebilir" diyen Camus, ne kadar da haklı.
İyi niyeti aydınlatmak, doğru bilgiyi sunmak adına dosya konumuzu Aşı
seçtik. Çünkü Aşı candır!

Dosyamızda Selim Badur'la aşı çalışmalarını, Vedat Bulut'la Türkiye'de
aşının tarihçesini, Zeynep Varol'la aşının halk sağlığını çok ilgilendiren
politik bir konu olduğunu okuyabilirsiniz. Ek olarak aşı kararsızlığı neden-
lerini inceleyen bir makale, pandeminin finansmanı ve aşıya dair klinik
çalışmalar da dosyamız içerisinde. Aklınıza takılan soruların büyük kısmını
dosyamızla yanıtlayacağımızı ümit ediyoruz.

Etik sayfamızda son günlerin dikkat çeken konusu Teletıp'a yönelik TTB
Etik Kurul görüşüne yer verdik. Hukuk Köşemizde Oda avukatımız Oya
Öznur hekimler için çok önemli ve son kayıt tarihi 31.03.2021 olan kişisel
verilerin işlenmesi ve veri siciline kayıt zorunluluğu getiren 6698 sayılı
kanunu anlattı. Yönetim Kurulu üyemiz Güray Kılıç, Covid-19'un meslek
hastalığı sayılması talebimize, vazife malullüğü adı altında ne deniyor,
kastedilen nedir, açıkladı.

2017'de cesur bir kadının başlattığı İfşa hareketinin, milyonlarca kadının
katılımıyla büyüdüğünü hepimiz biliyoruz. İfşa'nın hem failin uyularını
kaçıran, hem de maruz kalanı tedavi eden etkisini ve önemini Özlem Al-
tuntaş kaleme aldı. Bu hareketin gücü gösteriyor ki artık kadınlar susmaya-
cak, susturulamayacak!

Her sayımızda olduğu gibi film, kitap ve bulmaca sayfalarımızla yaşadığ-
ımız bu zor günlere bir pencere açıyoruz. Mardin Eden, Ekim Nehir'in
güzel tanıtımıyla izlemek isteyeceğiniz filmlerden biri olabilir.

Veba'nın zihnimize kazınmış bir cümlesini daha paylaşmadan geçme-
yelim "Çocuklara işkence yapılan bu düzeni sevmeyi ölünceye kadar
reddedeceğim". Salgını faşizmi anlatırken kullanan Camus'nün anlattıkları
günümüze, gündemimize tam oturmuş gibi duruyor. İktidarların sıkıştığı,
ekonomik krizin ve yoksulluğun arttığı dönemlerde, baskıların artması
tesadüf değildir. Boğaziçi Üniversitesi öğrencilerine ve öğretim üyelerine
yapılanlar, elbet de tesadüf olamaz! Her anlamda hayatımızın daraldığı,
daraltıldığı şu günlerde, gündemi değiştirmek isteyenlere beyan olunur ki
çocuklarımıza işkence yapan her düzene karşıyız ve asla aşağıya bakmaya-
cağız.

04 ODAMIZDAN
İSTANBUL'DA KORONAVİRÜS
SALGINI SÜRECİNDE FİLYASYON
ÇALIŞMALARI

06 BİRLİĞİMİZDEN
AŞI CANDIR, AŞI HAYAT KURTARIR

08 ODAMIZDAN
KAYYUMA HAYIR,
ÜNİVERSİTE İRADESİNE EVET!

10 ODAMIZDAN
MEMLEKETİMİZ ADINA
ÜZÜLÜYORUZ!

31 SAĞLIK POLİTİKALARI
COVID-19 MESLEK HASTALIĞI
SAYILSIN TALEBİMİZE
'VAZİFE MALULLÜĞÜ İLE İDARE' EDİN
MESAJI MI VERİLİYOR?

34 HUKUK
KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİ VE
VERİ SİCİLİNE KAYIT ZORUNLULUĞU

38 ETİK
TELETIP UYGULAMALARINA
YÖNELİK TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
ETİK KURUL GÖRÜŞÜ

44 GÜNDEM

46 TABİP ODASI'NDAN
HABERLER

48 İNGİLİZCE BULMACA

DOSYA

AŞI



II

KADIN

36



Cinsel
şiddet ve
ifşa

KİTAP

41

COVID-19 PANDEMİSİ DEVAM
EDERKEN TIBBİ YAYINLARIN YANINDA
PANDEMİYİ EKONOMİK, POLİTİK,
TOPLUMSAL YÖNLERİYLE ELE ALAN
YAYINLAR DA GİDEREK ARTIYOR.

PANDEMİ VE COVID-19



KÜLTÜR SANAT

42



KİTABINI ARATMAYAN BİR ROMAN UYARLAMASI
Martin Eden



İstanbul'da koronavirüs salgını sürecinde filyasyon çalışmaları

İstanbul Tabip Odası

“

İstanbul Tabip Odası Halk Sağlığı ve Çevre Komisyonu tarafından hazırlanarak ocak ayında yayınlanan raporun özetidir. Raporun tamamına İstanbul Tabip Odası web sitesinden ulaşılabilir.

”

Salgın sürecinde filyasyon çalışmaları: “Salgının etkenine, kaynağına ve bulaş yoluna dair bilgileri toplamak, bulaş yolunun tespit edilmesi ile ilişkili örneklerin alınması (su/gıda/klinik), temaslılara dair bilgileri toplamak, uygun koruma ve kontrol önlemlerinin alınması, salgın raporu yazılması ve ilgililerle paylaşılması” görevlerini kapsamaktadır.

İstanbul'da Mart ayında başlayan filyasyon çalışmaları süreç içerisinde hem kapsam hem de temaslıların

tespiti ve kontrol önlemleri açısından değişmiştir. Salgının başında iki hekimden oluşan filyasyon ekibi daha sonra bir hekim ve bir yardımcı personel şeklinde devam etmiştir. Basılı formların yerine Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) sistemi kurulmuş ve bu sistem ile pozitif hasta numune bilgisine, temaslı kaydına, adres, telefon bilgilerine ulaşma ve bu bilgileri güncelleme imkanı olmuştur. Online bilgi girişi yapılan diğer sistem ise Filyasyon ve İzolasyon Takip

Sistemi (FİTAS)'dir. FİTAS bir telefon uygulaması olarak filyasyon ekiplerinin telefonuna yüklenmeye başlanmış ve bu uygulama ile HSYS'ye bildirilen vaka ve temaslıların adres ile telefon bilgilerine ulaşılabilenekte, evde izlem ve uygulanan tedavi notları girilebilmektedir. Bu uygulama ile aynı zamanda filyasyon ekibinin bildirilen vakanın adresine ne kadar zamanda ulaştığı ve vaka ile olan mesafesi kayda alınmaktadır.

Salgının başında COVID-19 pozitif

ve temaslı kişilerin kendilerini 14 gün evde izole etmeleri öngörüldü. Daha sonra COVID-19 testi pozitif olan hastaların 24 saatten az bir süre hastanede kalması durumunda 10 gün, 24 saatten fazla hastanede kaldılarsa 14 gün, yoğun bakımda kaldılarsa 20 gün izolasyonda kalmaları gerektiği bildirilmiştir. Son yayımlanan rehberde süreler güncellenmiş olup temaslı kişilerden 5-7. gün arasında numune alınıp negatif çıkmaları durumunda 7. günde izolasyon süreleri sonlandırılmaktadır.

Bu rapor hazırlanırken, filyasyon ekiplerinde çalışan sağlık çalışanları ile yapılan görüşmelerde Mart 2020- Aralık 2020 sürecinde filyasyon çalışmalarında yaşanan sorunlar tespit edildi ve çözüm önerileri getirildi. İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından koordine edilen filyasyon ekiplerinin örgütsel açıdan farklı sorunlar yaşadıkları aktarıldı. Bunların başında filyasyon ekibindeki sağlık çalışanlarına kurum içi eğitim düzenlenmediği ya da eğitim düzenleyen ilçelerde geçici görevlendirme ile gelen sağlık çalışanlarının sürekli değişmesi nedeni ile eğitimlere devam edilemediği yer almaktadır. Ayrıca sağlık profesyoneli olmayan sağlık çalışanlarına COVID-19 ve hijyen konusunda eğitimlerin düzenlenmemesinin bu çalışanlar arasında COVID-19 pozitif görülme oranını arttırdığı belirtilmiştir. Vaka sayılarının artması ile etkin bir filyasyon çalışması yapmanın imkansız hale geldiği ve filyasyonun kaç vakaya ne kadar zamanda gidildiği ile ölçülmesinin filyasyon çalışmalarını amacının dışında parametreler olduğu aktarıldı.

Çalışma şartlarının filyasyon ekibindeki sağlık çalışanlarının en temel ihtiyaçlarını gidermelerine olanak sağlamadığı, tualete gidecek yer bulmakta zorlandıkları, yemek yemek ya da su içmek için sahada hijyenik koşulların sağlanmasının zor olması nedeni ile bu ihtiyaçlarını birçok kez erteledikleri veya karşılayamadıkları paylaşılmıştır. Filyasyon çalışması yapanların vakaları kendi kişisel telefonlarından araması, mesai saatlerinin sürekli değişken ve günde en az 12 saat olması, ayrıca apartmanın merdivenlerinde ya da apartman boşluklarında numune

almanın zorlukları aktarılan diğer sorunlar arasında yer alıyordu.

Filyasyon ekiplerinin kendilerini korumaları için kullandıkları kişisel koruyucu malzemelerin bazen yetersiz ve kalitesiz olması COVID-19 açısından çalışanları riske atmaktadır. Ekte çalışanlara düzenli tarama yapılmaması, sağlık çalışanlarının sağlığı açısından önemli bir sorundur.

Filyasyon çalışmalarının gece saatlerinde de yapılması güvenliği açısından risklerle karşılaşılmasına neden olmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından halka yönelik rehberde tedavi kapsamında önerilen ilaçlar, karantina/izolasyon şartları ile ilgili bilgilendirme yapılmamış olması sağlık çalışanlarının hasta ve temaslıları bilgilendirirken sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır.

Kronik hastalıkları ve gebe olan sağlık çalışanlarının bir çok ilçede sahada çalışmaya zorlandıkları, çalışma şartlarına dair haklarını savunmak istediklerinde farklı yerlere geçici görev ile gönderildikleri belirtildi.

Filyasyon ekibindeki sağlık çalışanlarının salgın sürecinde COVID-19 ile ilgili tedavi ve diğer konularda uzman bir kişi tarafından desteklenmemeleri, hastaları ve temaslıları bilgilendirme ve karşılaşılan yan etkilerde yönlendirme açısından zorlanmalarına neden olmaktadır.

Yaşanan sorunlara karşı yapılan önerilerin başında, çalışma şartlarının temel ihtiyaçların giderilebildiği bir şekilde organize edilmesi gerekmektedir. Ayrıca filyasyon çalışmalarının etkin bir şekilde yapılması için her görüşmeye gerekli zamanın verilmesi ve ilçeler için standart bir çalışma saatinin belirlenmesi gerekmektedir. Öneriler;

- Geçici sağlık merkezleri: Okul ya da benzeri kamu kurumları, numune alınması ve ilaçların verilmesi için geçici sağlık merkezleri olarak kullanılabilirler. Bu şekilde hem numune alınması ve gerekli bilgilendirmelerin yapılması için uygun fiziksel koşullar sağlanabilir, ayrıca sağlık çalışanları bu merkezlerde temel ihtiyaçlarını giderebilirler.
- Kurum içi eğitim ve kişisel koruyucu

malzemeleri (KKM): İlçelerde filyasyon çalışmalarına yeni başlayanlara kurum içi eğitimlerin düzenlenmesi, bu eğitimlere şoförler dahil tüm yardımcı sağlık personelinin katılması gereklidir. Sağlık meslek mensubu olan ve olmayan tüm personele maske verilmesi ve belirli zaman aralıklarıyla filyasyon ekibindeki sağlık çalışanlarına tarama yapılmasına ihtiyaç vardır.

- İlçelerin vaka temelli kısıtlamalar uygulaması: İlçelerin mahalle temelli vaka sayılarını değerlendirerek gerekli yerlerde mahalleleri karantinaya almaları vb. kısıtlamalar uygulamalarına ihtiyaç vardır.

- Uzman doktorların filyasyon ekipleri ile belirli aralıklarla toplantı yapması: Filyasyon ekiplerinin belirli konularda danışabilecekleri uzman kişilerin olması daha nitelikli bir filyasyon yapılmasını sağlayacaktır.

- Hastalara yazılı bilgilendirme/egitim videoları: Sağlık Bakanlığı tarafından rehberdeki ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili bilgilendirici broşürler ya da eğitim videoları hazırlanmalıdır.

- Hastalara yönelik telefon hattı: İlçelerde hastaların ilaçlar ya da sağlık sorunları ile ilgili danışabilecekleri bir telefon hattı kurulmalıdır.

- Aile hekimleri ile iş birliği/koordinasyon sağlanması ; Aile hekimleri ile iletişim için ortak bir platform kurulmalıdır. Bazen hastaların iletişim bilgilerine ulaşılabilmesi için bazen de hasta ve temaslıların sağlık sorunları ile ilgili bilgi edinebilmek için aile hekimleri ile koordinasyon sağlanması gerekiyor.

- Rehberde net olmayan bilgilerin detaylandırılması: Hem tedavi protokolüne yönelik hem de izolasyon/karantina düzenlemelerinin netleştirilmesine ihtiyaç vardır.

- Temaslılardan numune alınması ve tedavilerinin düzenlenmesi: Hasta kişi ile aynı hanede olmayan temaslı kişilere kurumdan telefon ile ulaşarak semptomu varsa numune alınması şeklinde düzenleme yapılabilir.

- Ek ödemeler filyasyonda çalışan tüm ekip çalışanlarına eşit bir şekilde yapılmalıdır.





Aşı candır, aşı hayat kurtarır

Türk Tabipleri Birliği Pratisyen Hekimler Kolu

“

COVID aşısı sürecinde yaşadığımız belirsizlik ve sıkıntılar ortadadır. Son yıllarda, bazı aşılar için tedarik sorunu yaşanması, aşı reddinde artış, aşıya ulaşamayan nüfusun artması, göçmen çocukların bağışıklama sorunları gibi çok sayıda sorunla karşı karşıyayız.

”

Biz birinci basamak çalışanları yıllardır özverili çalışmalarla ülkemize kazandırdığımız bağışıklama hizmetlerine olan güvenin azaltılmasına müsaade etmemeliyiz.

Koruyucu hekimlik hizmetlerinin en önemli başlığı “bağışıklama”dır. Aşı hayat kurtaran en önemli değerdir.

Başarılı bir bağışıklama hizmeti toplum katılımının ve etkin bir sağlık eğitiminin gerçekleştirildiği, bütüncül ve toplum tabanlı bir sağlık örgütlenmesi ile mümkündür.

COVID aşısı sürecinde yaşadığımız belirsizlik ve sıkıntılar ortadadır. Son yıllarda, bazı aşılar için tedarik sorunu

yaşanması, aşı reddinde artış, aşıya ulaşamayan nüfusun artması, göçmen çocukların bağışıklama sorunları gibi çok sayıda sorunla karşı karşıyayız.

Türk Tabipleri Birliği (TTB) aşı sürecinin şeffaf bir şekilde yürütülmesi gerektiğini, sağlık emek-meslek örgütleriyle, uzmanlık dernekleriyle ortak çalışmanın bilimsel yönden

* TTB Pratisyen Hekimler Kolu tarafından 19 Ocak 2021 tarihinde düzenlenen basın açıklaması.



doğru olacağını ifade etti. Toplumun her kesiminden destek alınmadan pandemiyle mücadele etmenin güçlüklerini, birinci basamak sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimliğin pandemi mücadelesinde en başta gelen ve önem verilmesi gereken konular olduğunu her aşamada vurguladı.

Biz birinci basamak çalışanları yıllardır özveriyle çalışmalarla ülkemize kazandırdığımız bağışıklama hizmetlerine olan güvenin azaltılmasına müsaade etmemeliyiz.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında 2011 yılından itibaren kişiye yönelik tedavi ve koruyucu sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezlerince, topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ilçe sağlık müdürlükleri ve toplum sağlığı merkezlerince verilmektedir.

Bu kapsamda kişiye yönelik bağışıklama hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde yapılmaktadır.

Pandemi öncesi alarm veren çok sayıda sorun pandemi ile birlikte iyice görünür hale gelmiştir.

Son günlerde aşı hizmeti için aile sağlığı merkezlerinin koşullarıyla ilgili olumsuzluklar dile getirilmektedir.

Koşullar ve olanaklar ne olursa olsun birinci basamak hekimleri aşı hizmetinden çekinmemelidir.

Doğrudur; aile sağlığı merkezlerinde güvenli aşı dolabı sorunumuz var, çok sayıda yardımcı sağlık personeli eksikliği var, iş yükü fazla olan aile sağlığı merkezlerine ek personel desteği sağlanmıyor.

Doğrudur; güvenli çalışma ortamı yok, performans kesinti tehdidiyle cezalandırıyorlar, bina alt yapıları yetersiz, bizi karar mekanizmalarına katmıyorlar, yeterince bilgi vermiyorlar.

Az zamanda yatırım da yapmıyorlar, bina da sağlamıyorlar, hekimleri de taşeron gibi çalıştırıyorlar, yeni birim açılmasını inisiyatifte bırakıyorlar, sıfır nüfuslu birim tanımlıyorlar, seçen hekimin de rekabetçi piyasa koşullarıyla

la diğer meslektaşından hasta almasını ve ücretini diğerinin ücretini azaltarak arttırmasını bekliyorlar.

Bu sorunların ana kaynağının iyi örgütlenmemiş bir birinci basamak sistemi olduğu çok net olarak görülmektedir.

Daha önce aynı ekip içinde bir bütünün parçası olarak, birlikte çalışıp birlikte üreten ve sorunlara tek güç olarak müdahale eden 25 binin üzerinde hekim ve bir o kadar ebe ve hemşire aile hekimliği sistemiyle bütünden ayrılmıştır. Aile hekimliği sistemine geçildiğinden bugüne ilçe sağlık müdürlükleri ile aile hekimlikleri arasında süreci birlikte yürütmeye yönelik işbirliği oluşturulabilmiş değildir. Süreci birlikte değerlendirme ve çözüm üretme olanağı da oluşmadığı gibi iletişimde ciddi sıkıntılar yaşanmaya devam etmektedir.

Güven, sağlık hizmeti sunumu için çok önemli bir gerekliliktir.

Birinci basamağı öncelleyen sistem kısırlanmış sağlık talebi yaratmakta ve herkesi ikinci ve üçüncü basamağa yönlendirmektedir. Ticarileşme en önemli güvensizlik kaynağıdır. Sağlığı tüketim aracı olarak gören sağlık sisteminde hizmet kurumlarına eşit güven oluşmamaktadır. Aile sağlığı birimlerinden başlayarak her kademede hizmet sunumunu sınıflandırmaktadır.

Veriler devletçe şeffaf şekilde ve zamanında paylaşılmamakta, sorunlara yönelik bilimsel çalışmalar yapılması bürokratik işlemlerle zorlaştırılmaktadır. Yapılan bilimsel çalışmaları açıklayanlara ise hukuki ve idari baskı uygulanmaktadır.

Başta TTB olmak üzere meslek odaları ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerine karar mekanizmaları içinde yer verilmemesi alınan kararlara ve uygulamalara güven sorunu oluşmasının bir diğer nedenidir. Bir diğer güven

sorunu oluşturan durum ise paylaşılmayan ya da eksik sunulan bilgiler ve hangi bilimsel veriler ışığında alındığı bilinmeyen uygulamaların varlığıdır.

Sistem biz hekimleri karar veren değil sorgulamadan yapan uygulamacılar haline getirmektedir. Birinci basamak hekimliği ayrı bir mesleki disiplindir.

Türkiye, cumhuriyet dönemi boyunca ciddi bağışıklama birikimine sahiptir. Çiçek, Polio, Kızamık gibi hastalıklar tamamen eradike edilerek çok önemli başarılar elde edilmiştir. Bu başarılar aşının ne kadar etkili bir koruyucu sağlık uygulaması olduğunun en önemli kanıtıdır.

Koruyucu hekimliği en önemli görevi olarak gören biz birinci basamak hekimleri toplum sağlığını koruma sorumluluğumuzun bilincinde olarak toplumun etkin bağışıklama oranına ulaşabilmesi için üstümüze düşen görevi yapacağız. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı'nca COVID aşısı

ile ilgili belirsizliklerin ve kısıtlılıkların derhal giderilmesini, aşıya karşı güven kaybına yol açacak söylemlerden ve uygulamalardan derhal vazgeçilmesini bekliyoruz.

Güvenli bir toplum bağışıklığı sağlamak ve toplumda aşı tereddüdünü ortadan kaldırmak için TTB Aşı Tutum Belgesi'nde belirtilen tüm aşamalar Sağlık Bakanlığı'nca şeffaflıkla paylaşılmalıdır.

"Aşı candır", hiçbir şekilde maliyet hesapları gündeme getirilmemelidir. Gereksinim duyulan herkese devlet tarafından temin edilmeli ve ücretsiz olarak yapılmalıdır.

Halkın aşıya olan güvenini sarsacak bilimden uzak her türlü davranış ülkemiz halkına yapılacak çok büyük haksızlıktır.

Aşı Candır.

Aşı Birinci Basamak Hekimlerinin İşidir.





Kayyuma hayır, üniversite iradesine evet!

İstanbul Üniversitesi Demokratik Üniversite Girişimi

“

Boğaziçi Üniversitesi rektörlüğüne kayyum atandı. İktidar, demokratik seçme hakkını ve seçmen iradesini yok sayarak, kayyum mekanizmasını üniversiteleri de içine alacak biçimde genişleterek, bir yönetim biçimi haline getiriyor.

”

Boğaziçi Üniversitesi'ne demokratik seçme hakkı ve seçmen iradesi yok sayılarak kayyum rektör atanmasına tepkiler sürüyor. Son olarak İstanbul Üniversitesi Demokratik Üniversite Girişimi (İÜDÜĞ) 21 Ocak 2021, Perşembe günü 12.30'da İstanbul Üniversitesi ana kapısı önünde gerçekleştirdiği basın açıklamasıyla anti demokratik atamaya tepkisini ortaya koydu.

“Kayyuma Hayır, Üniversite İradesine

Evet!” çağrısıyla gerçekleştirilen basın açıklamasına İstanbul Üniversitesi'nden öğretim üyeleri, İstanbul Tabip Odası (İTO) Başkanı Prof. Dr. Pınar Saip, Öğretim Üyeleri Derneği Başkanı Prof. Gülhan Hoştürk, Eğitim-Sen 6 Nolu Şube Başkanı Beyzade Sayın, Boğaziçi Üniversitesi öğretim üyesi Doç. Zeynep Kadirbeyoğlu, İTO Yönetim Kurulu üyeleri Prof. Dr. Rukiye Eker Ömeroğlu, Dr. Murat Ekmez ve İTO Denetleme Kurulu Üyesi Dr. Nazmi Algan katıldı. 2015 yılındaki İs-

tanbul Üniversitesi rektörlük seçiminde en yüksek oyu alan ancak benzer bir anti demokratik tavırla rektörlük hakkı elinden alınan Prof. Dr. Raşit Tükel de basın açıklamasına katılan isimler arasındaydı.

Etkinliğin moderatörlüğünü yapan Beyzade Sayın açılış konuşmasında; yıllardır demokratik, özerk, özgür üniversiteyi, akademik özgürlüğü, kurumsal özerkliği, kamusal finansmanı ve güvenceli çalışmayı savunduklarını



ancak sürecin tam tersine işletildiğini dile getirdi. Üniversitelerin akademik, bilimsel özgürlüğü günden güne yok edilirken, demokratik teamüllere aykırı olarak tepeden inme, kayyum niteliğinde rektör atamaları yapıldığını vurguladı. Bunun son örneğinin Boğaziçi Üniversitesi'nde yaşandığını, bu anti demokratik uygulamaya karşı öğretim üyeleri ve öğrencilerin direndiğini, onların direnişinin yanında olduklarını söyledi.

Boğaziçi Üniversitesi'nden Doç. Zeynep Kadirbeyoğlu yaptığı konuşmada üniversitelerin demokratik, katılımcı bir yapıya kavuşması için mücadeleyi sürdüreceklerini dile getirdi ve İÜDÜĞ bileşenlerine verdikleri destek için teşekkür etti.

Etkinlikte son konuşmayı yapan, İstanbul Üniversitesi'nin seçilmiş rektörü Prof. Dr. Raşit Tükel ise şunları dile getirdi: "Bugün yine üniversiteyi savunmak için bir araya geldik. Üniversite aslında bir çevredir, bilim üretme üzerine kurulu bir ortak alandır. Üniversiteyi üniversite yapan özellikler vardır. Bunlardan bir tanesi bilimsel özgürlüktür. Bilginin üretilmesi, araştırılması, belgelenmesi aracılığıyla bilgiyi edinme, geliştirme ve iletme özgürlüğüdür. Bir de akademik özerklik vardır ki öğretim elemanları, öğrenciler ve idari personelin oluşturduğu üniversite çevresinin aktif olarak yer aldığı, üniversiteyi yönettiği akademik özgürlük alanıdır. 2015 yılında burada bir çok kez, bu değerleri savunmak için bir araya geldik. Seçimle gelenin atanması gerektiğini vurguladık. Seçim yapılıyor, fakat buna uyulmadan atamalar gerçekleştiriliyordu. Bir OHAL kararnamesiyle seçim tümüyle kaldırılmış oldu. Üniversite bilim üretir, üniversite siyasi-ekonomik güç odaklarının etkisi altında var olamaz. 1988'de Lima Bildirgesi'nde üniversitenin iktidarlardan, siyasi ve ekonomik güçlerden korunması gerektiği, bilimsel özgürlüklerin, akademik özerkliğin olması gerektiği vurgulanıyordu ve bir tehdit olarak bu duruma dikkat çekiliyordu. Aradan geçen 31 senede bahsedilen tehdidin hangi boyuta geldiğini görüyoruz. Ülkemizde de son beş yılda geline nokta ortada. Boğaziçi rektörünün atanmasının hemen ardından yaptığı konuşma çok çarpıcı. Rektör 'Üniversitenin kamu ve özellikle de özel sektörle olan ilişkileri çok zayıfladı, bunları geliştirme-

miz gerekiyor. Hocaların, öğrencilerin ürettiği bilginin ticarileştirildiği bir ekosistem geliştirilmelidir' diyor. Yani bizim üniversitelerde ticarileşme konusunda karşısında durduğumuz bütün düşünceleri bir plan proje olarak savunabiliyor. Buradaki atanma sadece iktidara yakın olmak değil, ekonomik güç odaklarına da yakın olmak durumudur. Biz bu anlayışa karşı demokratik, özerk, özgür ve katılımcı üniversiteyi savunuyoruz. Bununla ilgili mücadelemizi sürdüreceğiz, Boğaziçi'nde direnen öğrencilerin ve akademisyenlerin yanında olmaya devam edeceğiz."

Yapılan konuşmaların ardından basın metnini Eğitim-Sen 6 Nolu Şubeden Görkem Doğan kamuoyuyla paylaştı. Açıklamada şunlar dile getirildi:

"Türkiye, evrensel utanç listesine bir yenisini daha ekledi. 2 Ocak 2021 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan kararla Boğaziçi Üniversitesi rektörlüğüne kayyum atandı. İktidar, demokratik seçme hakkını ve seçmen iradesini yok sayarak, kayyum mekanizmasını üniversiteleri de içine alacak biçimde genişleterek, bir yönetim biçimi haline getiriyor. Bunun son örneği Türkiye yükseköğreniminin en önemli kurumlarından, Boğaziçi Üniversitesi'nde yaşandı. Üniversitenin kapısına kelepçe vurularak, Türkiye toplumsal belleğine bir travma olarak silinmez bir iz bıraktı. Ankara Üniversitesi bahçesinde iliksiz cübbelerin üzerine postallarla basılmasının açtığı yara henüz kabuk bağlamamışken, atılan bu adım yarayı daha da derinleştirdi. Boğaziçi Üniversitesi'ne kayyum atama kararı, "sosyal ve kültürel iktidar" olamamanın öfkesinin üniversitelerden alınmak istendiğinin göstergesidir. "

“

Üniversite bilim üretir, üniversite siyasi-ekonomik güç odaklarının etkisi altında var olamaz. 1988'de Lima Bildirgesi'nde üniversitenin iktidarlardan, siyasi ve ekonomik güçlerden korunması gerektiği, bilimsel özgürlüklerin, akademik özerkliğin olması gerektiği vurgulanıyordu ve bir tehdit olarak bu duruma dikkat çekiliyordu. Aradan geçen 31 senede bahsedilen tehdidin hangi boyuta geldiğini görüyoruz.

”



Memleketimiz adına üzülüyöruz!

İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'dan Öğretim Üyeleri

“

İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'dan öğretim üyeleri Boğaziçi Üniversitesi direnişini desteklediklerini bildiren açıklamayı 11 Şubat günü Beyazıt Meydanı'nda yapmak istedi ancak öğretim üyelerinin toplanması Valilik tarafından yasaklandı. Öğretim üyeleri bu yasağa rağmen yürüyüşe geçerek bildirimlerini okudular.

”

İstanbul Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa'dan öğretim üyeleri olarak Boğaziçi Üniversitesi'ne kurum dışından, meşru ve liyakata uygun olmayan bir rektör atanmasına ve üniversite senatosunun görüşü alınmaksızın tepeden inme bir kararnameyle iki yeni fakülte kurulmasına karşı yapılan haklı itirazlara katılıyor, akademik özgürlük ve üniversite özerkliği için anayasal haklarını kullanan herkesi destekliyoruz.

Kurumlarını korumak için Boğaziçi Üniversitesi öğrenci, öğretim üyeleri ve bileşenlerinin çok yüksek katılımı ve özenli şekilde gerçekleştirdikleri bu barışçıl protestoları örgütleme iddiasıyla belirli öğretim üyesi ve öğrenci topluluklarının hedef gösterilmesini son derece tehlikeli buluyor, bu tür kışkırtıcı girişimlerden hızla vazgeçilmesini talep ediyoruz.

Boğaziçi Üniversitesi'nde bir ayı aşkın süredir yaşananlar, Türkiye'de birçok üniversitenin son yıllarda maruz bıraktığı antidemokratik uygulamalara yeni bir örnektir. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa ve İstanbul Üniversitesi'nden öğretim üyeleri olarak bizler, üniversitenin temel ilkelerine yönelik bu müdahalelere maalesef yabancı değiliz. 2015 yılında yapılan rektörlük seçiminde üniversitemizin iradesi yok sayılmış ve en yüksek oyu alan aday yerine daha düşük oy alan adayın ataması yapılmıştır. Bunun ardından, 2018 yılında üniversitemiz, bütünlüğü, köklü tarihi ve kurumsal kimliği görmezden gelinerek ikiye bölünmüştür.



Türkiye üniversitelerinin uluslararası sıralamalarda hızla gerilemesi üniversiteler üzerinde antidemokratik uygulamaların yoğunlaştığı bu döneme denk gelmektedir. Üniversitelerin özerk ve demokratik süreçleri dışında verilen tüm tepeden inme kararlara itirazlarımızı o günlerde dile getirdiğimiz gibi bugün de tekrarlıyoruz.

Üniversitelerin ana bileşeni öğrencileridir. Öğretim üyeleri olarak bizler, öğrencilerin demokratik ilkeler ve evrensel değerlere sahip çıkan, içinde yaşadığı topluma fayda sağlayan özgür bireyler olmalarına çaba sarf ederiz. Üniversitelerinin akademik ve idari özerkliği için barışçıl protesto hakkını kullanan öğrencilerimizin orantısız polis şiddetine maruz bırakılması, hem bu çabamıza gölge düşürmekte, hem de gençlerin geleceğe ve memleketimize dair ümitlerini kırmaktadır. Talebimiz, bu süreçte anayasal haklarını

kullanırken gözaltına alınan, tutuklanan ve konut hapsi ile cezalandırılan öğrencilerin serbest bırakılmasıdır.

Unutulmamalıdır ki, küresel ölçekte yaşanan salgın sebebiyle geçirdiğimiz olağanüstü dönem, toplumların bilimsel araştırmaya ve gelişime muhtaç olduğunu bir kez daha ve belki de en güçlü şekilde kanıtlamıştır. Bilimsel araştırma, ancak akademik özgürlüğün ve özerkliğin olduğu, her türlü baskıdan arındırılmış kurumlarda yapılabilir ve bilim, ancak bu ilkelere bağlı toplumlara hizmet edebilir.

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa ve İstanbul Üniversitesi'nden öğretim üyeleri olarak üniversite olmamızı sağlayan değerlerimizi ne pahasına olursa olsun savunacağımızı, demokratik yollardan itiraz hakkını kullanmanın bir insanlık hakkı ve onuru olduğunu kamuoyuna saygıyla duyururuz.

DOSYA 
EDİTÖR: SÜHEYLA EKEMEN

AŞI

DOSYA İÇERİĞİ

- 12 TARİHSEL SÜREÇTE TÜRKİYE'DE AŞI ÜRETİMİ
- 15 AŞI VE KLİNİK ÇALIŞMALARIN ÖZELLİKLERİ
- 18 AŞININ EKONOMİ POLİTİĞİ
- 20 AŞI KARARSIZLIĞI VE REDDİNİ ÖNLEMekte SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ROLÜ VE ÖNEMİ
- 23 PANDEMİ SÜRECİNDE SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIĞIN FİNANSMANI
- 26 PROF. DR. SELİM BADUR'LA DÜNYA VE TÜRKİYE'DE AŞI ÇALIŞMALARINA BAKIŞ



Tarihsel süreçte Türkiye’de aşı üretimi

Vedat Bulut*

“

Türkiye Cumhuriyeti kurulduğunda tüberküloz, tifüs ve sıtma gibi birçok bulaşıcı hastalık önemli sağlık sorunlarının başında gelmekteydi. Mustafa Kemal Atatürk’le yaşıt olan Dr. Refik Saydam Cumhuriyetin ilanından bir gün sonra Sağlık Bakanı olarak atanmıştır ve görevini 14 yıl boyunca sürdürmüştür.

”

Tarihsel süreçte varilasyon (inokülasyon) tekniğinin kullanımı oldukça eskidir. Bu bilimin tarihteki ilk uygulamaları sayılabilecek çalışmalar, eski Çin ve Ön Asya’da görülmektedir. Bu bölgelerdeki Şaman ve halk hekimlerinin, Çiçek hastalığı lezyonlarından alınan materyali solutarak veya sağlam kişilerin dokularına ekerek (variolation), bu hastalıktan korunmayı sağlamaya çalıştıkları kaydedilmektedir. Ancak, Ebubekir Razi’ye kadar, bu konuda ayrıntılı tanımlama ve yazılı kaynağa ulaşamamaktadır. Çinli alim, Ko-Hung’un “Çou Hou Pei Çi” adlı eseri (M.S. 3. yy.) çiçek hastalığından ilk söz eden eser olmakla birlikte, ayrıntılara değinmemektedir. Yüzü aşkın tıp kitabı yazar Ebubekir Razi’nin M.S. 10. yy.da yazdığı bir kitabı da Çiçek hastalığı üzerinedir. İbn-i Sina da Çiçek hastalığı üzerine yazılar yazmıştır.

Osmanlı döneminde aşıcı kadınlar, ceviz kabuklarında ya da incir yapraklarında hastaların döküntülerinden alınan irini biriktirir, deriyi hafifçe çizerek bu irini aşılar, sonra yara yerini gül yapraklarıyla kapatırlardı. Bu Çiçek hastalıklarının % 17 oranında ölümlere yol açtığı çağlarda, sadece %1 lik ölüm oranı ortaya koyan bir uygulamaydı ve yaygın olarak



kullanılmaktaydı. Aynı, uygulamalar veba hastalığı için denenmişse de kötü sonuçları sebebi ile terk edilmiştir. Ancak bu teknik bugünkü anlamıyla aşılama uygulamalarından oldukça farklıdır. On sekizinci asrın başlarında, bir İngiliz sefirinin eşi olan, Lady Montagu, İstanbul’da gördüğü bu uygulamayı ilginç buldu ve 1718 yılında küçük oğluna da uygulattı. İngiltere’ye yazdığı bir mektupla 1721 yılında bu gözlemini aktardı. Edward Jenner, 1798’de hasta inekten aldığı materyali sağlıklı bireylere inoküle ederek (vaccination) ve bağışıklanmayı ispat ederek, bu konuya ilmi hüviyet kazandırmıştır.¹ Çiçek aşısı, İngiltere’den Fransa’ya daha sonraları, ünlü

düşünür Voltaire aracılığıyla geçmiştir.

1805 yılında bu eski yöntem Osmanlı tarafından bazı kurallara bağlandı. Osmanlı İmparatorluğu’nda çiçek aşısı ilk kez 1840’ta isteğe bağlı olarak yapılmaya başlamış ve 1868 yılında ise çıkarılan bir yasa ile doğumu takiben ilk üç ay içinde uygulanması zorunlu hale getirilmiştir. 1889’da çiçek aşısı üretim merkezi (Telkihane) kurulmuştur. Çiçek aşısının uygulanması için 1885’te dünyada ilk olan “Çiçek Nizamnamesi” adıyla kanun çıkarıldı ve aşı yaptırmayan kişilerin askeri ve yatılı okullara girmesi yasaklandı. İlerleyen yıllarda nizamnameye, yeni doğan bebeklerin aşılanması, çocuğu nu aşılatmayan ailelere ceza kesil-

* Prof. Dr., TTB Genel Sekreteri

mesi gibi maddeler de eklendi. 1915 tarihli son nizamnamede ise Osmanlı Devleti'nde yaşayan herkese altı aylık, yedi yaşında ve 19 yaş sonuna kadar olmak üzere üç defa aşılanma mecburiyeti getirildi.^{2,3}

Pasteur bir tıp hekimi olmaması nedeniyle uzun süre yeterli mali destek alamamış ve çalışmalarına güven duyulmamış bir bilim insanıydı. 1885 yılında kuduz aşısıyla ilgili başarılı sonuç aldığından bile çalışmalarına uzun süre değer verilmedi ve tıp etiğine uygun olmayarak 9 yaşındaki Joseph Meister'e yaptığı uygulama nedeniyle yargılandı. 1886'da 350 kişiye uyguladığı kuduz aşısı çalışmalarında sadece bir kişi öldüğünde kabul gördü.⁴ Mali

ile Osmanlı'da "Dârü'l-Kelb Tedavihanesi" kurdular. Osmanlı Devleti'nin ilk kuduz aşısı ise Mekteb-i Tıbbiye-i Askeriye-i Şahane'de 1888 yılında üretildi. 1892'de bu laboratuvarlarda ilk çiçek aşısı üretimi de başladı. Bu tarihte İstanbul'da büyük bir kolera salgını çıktığında², Abdulhamit Pasteur'den yardım istedi. Pasteur en iyi asistanlarından biri olan Dr. Chantemesse'i gönderdi. Dr. Chantemesse salgın sonrasında İstanbul'da kalmayı istemedi ve Pasteur'ün diğer bir öğrencisi olan Dr. Nicolle İstanbul'a taşındı ve uzun yıllar hekimlik yaptı.

İstanbul'da Demirkapı'da 1893 yılında kurulan Bakteriyolojihane-i Şahane 1895 yılında Nişantaşı'na taşındı. Dr.

teri ve veba aşısı ilk kez uygulandı. I. Dünya Savaşı yıllarında yoğun kalabalık ve kötü hijyen koşulları tifüsün yaygınlaşmasına neden olmuştu. O dönemde Dr. Reşat Rıza Bey, Dr. Tevfik Salim ve Dr. Refik Saydam tifüse karşı aşı çalışmaları yapmışlardır.

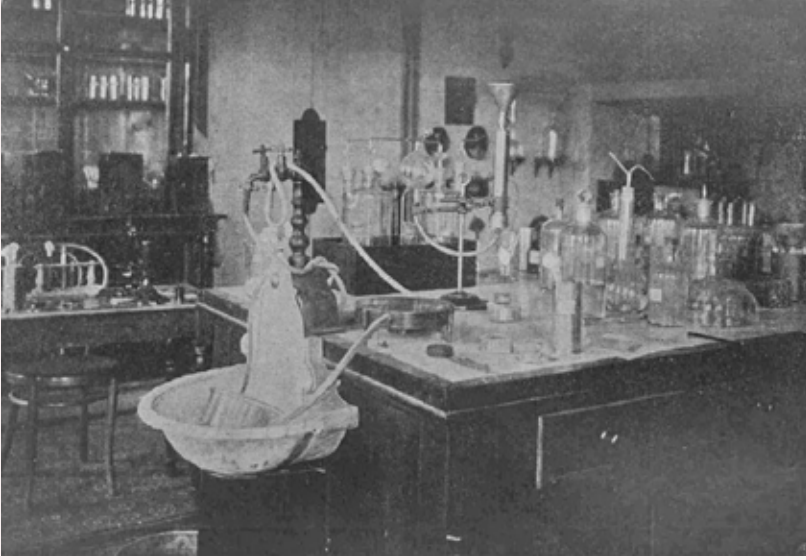
Kurtuluş savaşı sırasında zor koşullar altında da hayvan ve insan aşısı üretilmeye devam edildi. İstanbul'un işgali sonrasında aşı merkezi önce Eskişehir, daha sonra da Kırşehir'e taşındı. Aynı dönemde Afyon'da da çiçek aşısı üretilmeye devam edildi. Erzurum'daki serum laboratuvarı Rus işgali sırasında Halep, Niğde, Sivas ve Erzincan'a taşındı. Kastamonu'da da aşı üretimi yapıldı.

Türkiye Cumhuriyeti kurulduğunda tüberküloz, tifüs ve sıtma gibi birçok bulaşıcı hastalık önemli sağlık sorunlarının başında gelmekteydi. Mustafa Kemal Atatürk'le yaşıt olan Dr. Refik Saydam Cumhuriyetin ilanından bir gün sonra Sağlık Bakanı olarak atanmıştır ve görevini 14 yıl boyunca sürdürmüştür. Dr. Refik Saydam'ın çabalarıyla Türkiye'de verem (BCG) aşısı üretimine 1927 yılında başlandı ve daha sonra aşı çalışmaları için 27 Mayıs 1928 tarihinde kurulan Hıfzıssıhha Enstitüsü görevlendirildi. Aynı dönemde Paris Pasteur Enstitüsü'nde eğitim almış olan Zekai Muammer Tunçman, Diyarbakır'daki Kuduz Enstitüsü'nde görevlendirilmiş ve 1927 yılında Semple tipi kuduz aşısını üretmiştir. Bu çalışmaları nedeniyle Fransız Hükümeti tarafından 1959 yılında Légion d'honneur nişanı verilmiştir. Türkiye'de 1931'den 1996 yılına kadar tetanoz ve difteri aşısı bu enstitüde üretilirdi. Dr. Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü'nde 1937'de ise kuduz aşısı üretimi başladı. Sağlık Bakanlığı'nın sitesinde yer alan bilgiye göre, 1938 yılında kolera salgını için Çin'e aşı gönderildi. 1942 yılında tifüs aşısı ve akrep serumu üretimi başlarken 1947'de Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kuruldu. 1950'ye gelindiğinde Türkiye'deki influenza laboratuvarı Dünya Sağlık Örgütü tarafından Uluslararası Bölgesel İnfluenza Merkezi olarak tanındı ve influenza aşısı üretimine geçildi. 1968'de kurulan serum çiftliği-



destek almak için birçok devlet adamına yazdığı mektuplardan birisi de 2. Abdulhamit'e yazılmıştır. Pasteur İstanbul'a gelerek burada çalışma yapabileceği önerilerek davet edilmiş, ancak Fransa'dan ayrılmayı kabul etmemiştir. Bunun üzerine ikinci öneride Osmanlı'dan üç öğrencinin Pasteur'la çalışmak üzere gönderilmesi teklif edilmiş ve bu teklif Pasteur tarafından uygun bulunmuştur. Karşılığında², Abdulhamit Pasteur'e "Mecidiye Nişanı" ve 10.000 Frank'lık mali destek sağlamıştır. 1886 yılında İstanbul'dan Paris'e giden heyette ilk Dr. Hüseyin Remzi Bey, Zoeros Paşa ve Veteriner Hüseyin Hüsnü Bey'dir. Bu heyet yaklaşık bir yıl sonra geri dönerek, yanlarında getirdikleri teknoloji

Nicolle ve yardımcısı Dr. Adil Bey burada çalıştı. Bakteriyolojihane'de difteri serumu üretilmeye başlandı, sıtma ve Şark çıbanı hastalıkları çalışıldı. Burada sırasıyla 1896'da difteri, 1897'de sığır vebası aşısı üretilirdi. O yıllar İstanbul'da Fransız ve Alman hayranlarının politik çekişmeleri arasında kaldı. 1898'de Osmanlı'yı ziyaret eden Kayzer Bakteriyolojihaneyi gezmek istediğinde izin vermedi ve gözden düştü. İttihat ve Terakki Partisi Dr. Nicolle'ü hedef haline getirdi. Veba salgınıyla uğraştığı 1901 yılında istifa ederek Fransa'ya dönmüştür. Onun yerine bir Fransız hekim olan Remlinger geldi ve 1908'e kadar çalıştı. 1903 yılında kızıl serumları üretilirdi, 1911 yılında tifo, 1913 yılında kolera, dizan-



Kaynaklar

1) Jenner E, *Inguify into the Causes and Effects of the Variolae Vaccinae*, 1798

2) Saçaklıoğlu F, Davaş A, Döner B ve ark. Aşı Pazarı Can Pazarı: Aşı Üretiminin Perde Arkası. *Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi*, Ankara, Mart 2003. ISBN: 975-6984-47-3.

3) Kılıç AO, Solmaz G, Turaç G. Ülkemizde aşı Ar-Ge potansiyeli. "Şenel S, Derici KM (Editörler). Aşı: Akademik, Endüstriyel ve Resmi Otorite Yönüyle. Hipokrat Yayınevi, Ankara, 2020. s. 1-9.

4) Jackson, Alan C., ed. (2013). *Rabies: Scientific Basis of the Disease and Its Management* (3rd ed.). Amsterdam: Academic Press. pp. 3-6. ISBN 978-0-12-397230-9.

5) Deliöğlu Gürban Sİ, Sağlam Metiner P, Gül A, Kımız I. Aşı teknolojisi: Geleneksel aşılardan güncel biyoteknolojik aşıya. *CleanRoom News Gazeteden*. Sayı 7, 2018. sf.16-17

6) Hilleman MR. Vaccines in historic evolution and perspective: a narrative of vaccine discoveries. *Vaccine*. 2000 Feb 14;18(15):1436-47. doi: 10.1016/S0264-410X(99)00434-X.

7) Satman İ, Türkiye'de Aşı ve Serum Üretiminin Tarihçesi, <https://www.tuseb.gov.tr/tubke/uploads/genel/files/baberler/Turkiyede-Asi-Serum-Uretimini-Tarihcesi.pdf>

8) Demir-Dora D. Aşılar da iyi imalat uygulamaları (GMP). "Şenel S, Derici KM (Editörler). Aşı: Akademik, Endüstriyel ve Resmi Otorite Yönüyle. Hipokrat Yayınevi, Ankara, 2020. s. 73-81.

9) <https://hsqm.saglik.gov.tr>. Türkiye'de Aşının Tarihçesi

10) Moxon R, Reche PA, Rappuoli R. Editorial: Reverse Vaccinology. *Front Immunol*. 2019 Dec 3;10:2776. doi: 10.3389/fimmu.2019.02776. eCollection 2019.

11) Bulut V, Hardalac F. Dönüşümsel İmmünolojide in Siliko Modelleme ve Algoritmalar Türkiye Klinikleri J Immun Allergy-Special Topics 2017;10(1):18-28

de tetanoz, gazlı gangren, difteri, kuduz, şarbon akrep serumları da üretilmiştir. 1976'da kuru BCG aşısının deneysel üretimi başladı, 1983'te de kuru BCG aşısı üretimine geçildi. Ülke de hastalıkların yok olması ile 1971'de tifüs, 1980'de çiçek aşısı üretimi sonlanmıştır. 1980'li yıllardan bu yana biyoteknoloji (BT) ve informatik teknoloji (IT) alanında gelişmelerle rutin bağışıklama programında kullanılan rutin aşılar yeni teknolojilerle üretilmeye başladı, yeni subünit aşılar geliştirildi.^{5,6} 1990'lı yıllara gelindiğinde Refik Saydam Hıfızısıhha Kurumu tarafından toplam 18 farklı tip aşı üretildiği görülmektedir. Refik Saydam Hıfızısıhha Enstitüsü'nün çağa uygun teknolojilerle yenilenmemesi sonucu olarak, 1995 yılında Semple tipi kuduz aşısı, 1996'da DBT üretimi durdurulmuş ve 1998 yılında eski teknoloji ile üretilen BCG aşısı üretimine, ekonomik olmaması nedeniyle son verilmiştir. Sonuç olarak Refik Saydam Hıfızısıhha Kurumu'nda aşı üretiminin durdurulduğu 1998 yılından beri Türkiye'de lisanslı bir aşı üretilmemektedir. Aşı üretiminin sona ermesi ile aşılar satın alınarak temin edilmektedir.

DSÖ 1992 yılında güvenli ve iyi üretim konusunda bir kılavuz yayınlanmıştır. ABD Gıda ve İlaç Kurumu (FDA) ve Avrupa Birliği İlaç Ajansı (EMA) da "İyi Üretim Uygulamaları" (GMP) konusunda kılavuzlar yayınlamışlardır. Türkiye'de veteriner ve beşeri aşı üretiminde ilgili bakanlıklar Avrupa standartlarını esas alarak Güncel İyi Üretim Uygulamaları (cGMP) ve Avrupa Farmakopesi kurallarını benimsemiştir (European Commis-

sion, 2018).⁷ Bu nedenlerle 1999 yılında GMP kriterlerine uygunluk sağlanmadığı için Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi'nde yeni yöntemle üretilen tetanoz aşısı kullanıma girememiştir.^{7,8}

1998 yılında aşı üretim faaliyetleri durdurulan Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi, 2 Kasım 2011 tarihinde kapatılarak o tarihte yeni kurulan Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde yer alan Ankara Halk Sağlığı Merkez Laboratuvarı haline dönüştürüldü.⁷

İki binli yıllarda aşıların Türkiye'de üretimi konusunda tekrar ilgi artmıştır. 2009 yılında beşli karma (DaBT-IPV-Hib), 2011 yılında dördümlü karma (DaBT-IPV) 3 yıllık alımı yapılırken kademeli olarak paketleme ve enjektöre dolum teknolojisi ülkemize getirilmiştir. 2010 yılında zatürre aşısı (KPA-Konjuge Pnömonok) yine 3 yıllık alım garantisi karşılığı paketleme, enjektöre dolum yanında formülasyon teknolojisinin de ülkemize getirilmesi sağlanmıştır. Halen yerli bir firma tarafından akrep ve yılan antiserumları da üretilmektedir. 2015 yılında yedi yıllık alım garantisi ile tetanoz ve difteri aşılarının kademeli olarak antijen üretimine kadar yapılması planlanmıştır. 2018 yılı içerisinde dolumu yapılırken 2019 yılında antijenin tamamen yerli üretilmesi planlanmış ancak başırlanamamıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından halen akrep ve difteri serum üretimi devam etmektedir. Bunun yanında öncelikle diğer stratejik serumlar ile hepatit A, Hepatit B, Suçiçeği aşısı yerli aşı üretimleri de hedeflenmektedir.⁹

Günümüzde neoliberalizmin ve vahşi kapitalizmin sağlık politikalarını yönettiği, devlet anlayışının sosyal devlet olmaktan uzaklaştığı görülmektedir. Geçmişte kamu kurumları tarafından üretilen ve stratejik ürün olan aşılar artık KÖİB yatırımları ve özel sektörün ilgi alanı olmuştur.⁷ Dünya özellikle son 30 yıldır Ters Aşı Bilimi (Reverse Vaccinology)¹⁰ ve in siliko immünolojik tekniklerle yeni bir döneme girmiştir.¹¹ Bu yöntemlerle önce yapay zeka ortamında modellenen ve aminoasit veya gen dizileri belirlenen aşı adayları seçilmekte ve AR&GE çalışmaları sonra klinik öncesi ve klinik denemelerle çalışmalar sürdürülmektedir.

Aşı ve klinik çalışmaların özellikleri

Ali Yağız Üresin *

COVID-19 salgınından önce dünyada ihtiyaç olan alanlarda aşı geliştirilmesinin hızlandırılması için girişimler vardı. Bir bakıma altyapı hazır, gereksinim, odaklanma, kaynak aktarımı ve kamuoyu ve sağlık otoritelerinin desteği sürecin bu denli hızlanmasını sağladı.

AŞILAR NASIL HIZLI GELİŞTİRİLDİ?

Doğrusu COVID-19 salgınından önce dünyada ihtiyaç olan alanlarda aşı geliştirilmesinin hızlandırılması için girişimler vardı. DSÖ, sağlık kuruluşları, bazı firmalar, hatta Bill Gates ve zarif eşi Melinda'nın vakfı on yıllardır 30 milyon çocuğun aşılabilmesi için çalışmalar yapıyorlardı. Çip mip

* Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji ABD.

gündemde değildi o esnada. Kaynak aktarımının yanında, prelinik araştırmaları verimlendirmek, klinik araştırmaların maliyetini düşürmek ve hızlandırmak, onay süreçlerini dinamikleştirmek, hatta fikri mülkiyet haklarını esnekleştirmek, üretim kapasitesini arttırmak üzerine çalışmalar da yapılıyordu. Tabii o sıralarda önde gelen virüsler Hepatitis C virüsü (HCV), Human immunodeficiency virüsü (HIV), Respiratorysyncytialvirus (RSV)v.b. idi¹. Ancak daha yakın za-

man dilimine rastlayan SARS, MERS ve Ebola salgınları da ilaçta olduğu gibi aşıda da bu güne hazırlanılmasında büyük rol oynadılar. Bir bakıma altyapı hazır, gereksinim, odaklanma, kaynak aktarımı ve kamuoyu ve sağlık otoritelerinin desteği sürecin bu denli hızlanmasını sağladı.

BÜTÜN ÇALIŞMALAR TAMAMLANMADAN NASIL ONAY VERİLDİ?

Hal-i hazırda dünyadaki hiçbir CO-





DSÖ, EMA, FDA in ortak görüşü toplum sağlığını bu denli tehdit eden salgın durumlarında yarar- la ilgili veriler riske ağır bastığında sınırlı kullanım onayının verilmesi yönünde³. Bu sadece bu aşılar için geçerli değil, daha önce de uygulanmış ilkeler.



VID-19 aşısının ruhsat öncesi çalışmaları bildik anlamda tamamlanmadı. Gündemdeki uygulamalar tamamen öngörüldüğü ölçekte sonuçlanmamış çalışmaların erken verilerinden türetilen kestirimlere dayanıyor. Sinovac aşısı da dahil bazı aşılarda Faz 1-2 çalışmalarının sonuçları, bazı Faz 3 çalışmalarının dizaynları, bazı erken analizler bilimsel dergilerde yayınlandı, ama bilgilerimiz alışılmadık ölçüde firma yetkilileri ve araştırmacıların basına açıklamalarına dayanıyor. Neticede tüm sağlık otoriteleri yaklaşık 400-40000 arası sağlıklı katılımcıda tasarlanmış klinik denemelerde 20-120 civarı hastalığa yakalanan vakanın aktif aşı ve plasebo gruplarına dağılımı üzerinden yapılan erken kestirimlere dayalı olarak acil/erken/şartlı kullanım onayı veriyor. Aslında en az 1 yıl sürmesi gereken Faz 3 çalışmalarının, Moderna'nın ilk insan çalışmaları-na geçen Martta başladığı kabul edilirse, tamamlanmış olması mümkün değil². Ama yine de DSÖ, EMA, FDA in ortak görüşü toplum sağlığını bu denli tehdit eden salgın durumlarında yarar- la ilgili veriler riske ağır bastığında sınırlı kullanım onayının verilmesi yönünde³. Bu sadece bu aşılar için geçerli değil, daha önce de uygulanmış ilkeler. Ama klinik araştırma hakkındaki bilgileri kitap ve makale okuyarak kitap yazarların kitaplarını okuyarak öğrenince havsala sınırlı oluyor bazı müelliflerde. Bu arada ilaçlarınki gibi hastalarda değil sağlıklı katılımcılarda yürütülen aşı çalışmalarının, çok güçlü temsilci son noktalar (antikor v.b.) bulunduğu ve hastalığın diğer hastalıklara kıyasla daha kısa sürede belirti verip sonuçlandığından hareket edildiğinde eş zamanlı ve hızlı yürütülebilmesi anlaşılır olmaktadır⁴.

AŞILARIN SONUÇLARI ARASINDAKİ FARKLARIN ANLAMİ NE?

Gün geçmiyor ki aşılarda etki yüzdelere değin yeni bir haber okumayalım. Birininki %95, diğerinin ki %97, öbürününki yarım dozla başlanırsa %90, tam dozla başlanırsa %70, berikinin ki bizde %91, Brezilyada önce %100, sonra 78, sonra 50, Ruslar açıkladı %100 müş, İsrail'de ilk dozdan sonra %50'nin altında çıkmış. Sayı vermenin eril güç yanılsaması ve istatistiğin sanal kesinlik zorbalığı ile işler iyice içinden çıkılmaz oluyor. Araştırma

istatistiğinin duayeni Prof.Dr. Mustafa Şenocak ile bu konuyu konuştuk (personalcommunication) ve salgının başından beri yapılan mortalite kestirimleri, virüsün sıçrama kapasitesi gibi hesaplamalar da dahil, burada verilen sayılardan şu anda bu aşılarda hele de bireylerde bu düzeylerde etkili olacağı algısının teknik terimle "gülünç" olduğu çıkarımına vardık. Yukarıda anılan sağlık otoritesinin %50 üzerinde etkililik ve yeterli güvenlilik eşliğinin sınırlı onay için kanaat oluşturmalarının tecrübeye dayalı bir zemini var, bunun ötesindeki sayılar tamamen çalışmadan alınan kesite, katılan popülasyona, o sıradaki salgın hızına, hatta mevsime göre değişkenlik gösterebilir. Çok basitçe; salgının daha şiddetli seyrettiği, daha az korunan popülasyonlarda daha yüksek yüzdelere alabilirsiniz, kaldı ki birkaç aylık süreçte alınan bu sonuçlar, bir yıl sonra nerede olunacağını kesin olarak bildiremez. Yine de verili risk zemininde, salgın uzadıkça mutasyonların da arttığı ve aşılarda örneğin ilaçlara göre çok daha öngörülebilir etkileri ve klinik çalışmaları açıklanan hepsinin ikna edici güvenlilik verileri olduğu göz önüne alındığında verilen sınırlı kullanım onayları gerçekçidir. Bu noktada hala "95, 50'den büyüktür, ben Alman aşısı olmak istiyorum, Çin aşısının verisi yok, FDA onaylamadan güvenmem" diyorsanız aşağıdaki kısa öyküyü okuyunuz, demiyorsanız, atlayabilirsiniz.

James Bond filmlerinin başında genelde hareketli bir kovalamaca sahnesi olur. Bu sahne sıklıkla mahalli kıyafetli esnafın ve tavukların çığlık çığlığa kaçtığı, rengarenk kumaşlar, kapacak ve narenciye havada uçuştugu, tezgah ve çeşitli emtianın hasar gördüğü egzotik bir doğulu mekanda cereyan eder. Biz de James Bond ile birlikte bu "komik" insanları vaveylaları ve zarar ziyanları ile baş başa bırakıp, akşamki şık davete akar, sosyetik içkiler yudumlarız. Fakat bazı James Bond filmleri ülkemizde geçer ve Bond ve avanesinin aynı vandallığıkah Mısır Çarşısında, kah Topkapı sarayında, kah Yerebatan sarnıcında hiç orada görmediğimiz ahali, eşya ve deve mevesi eşliğinde sergilediğini görürüz. Meğer ki o egzotik gariban figürasyon bizizdir. Akşamki şık baloda ancak hep aynı

ortadoğulu esmer aktörlerin çok lazımsa bozuk bir Türkçeyle canlandığı, her nedense Anglo-Sakson çıkarlarını bu coğrafyaninkinden üstün tutan Bond yancısı karakterler olarak boy gösterebiliriz. Yani biz filmde kendimizi batılı ile özdeşleştirip oryantal karakterleri hor görürken o karakterler bizi remzetmektedir. Tabii Bond'un her macerasında kendisine tahsis edilen yüksek teknoloji arabayı paralayıp, Bond kızının ve bir iki yakın arkadaşının ölümüne sebep olarak arkasında harabe bırakması ile; Bond'un anavatanı ve filmlerini üreten kolonisinin salgın kontrolündeki başarısı arasında bağlantı kurabilirsiniz.

ÇALIŞMADA YER ALMAYAN POPÜLASYONLARA AŞI YAPILIR MI?

Özel durumlar dışında yapılır. Birincisi örneğin sanılanın aksine bizde uygulanmaya başlanan Coronavac aşısının erken klinik çalışmalarına ve Çin'de Temmuz ayında acil kullanıma sunulmasına dayalı 65 yaş üstü güvenlik verisi vardır. Ama daha önemlisi onay öncesi klinik çalışmalara özel durumlar dışında "hassas popülasyonlar" (yaşlılar, gençler, gebeler, emzirenler, azınlıklar, engelliler, başka hastalığı olanlar v.b.) katılmaz. Bunun iki etik sebebi vardır: 1. Katılımcıların korunması. Hassas popülasyonlar ancak doğrudan birey olarak tıbbi fayda görebilecekleri klinik çalışmalarda katılımcı olabilirler. Faz 3'te bu henüz bilinmemektedir. 2. Çalışmaların kısa zamanda geçerli sonuç verebilmeleri için katılımcı popülasyonu mümkün mertebe homojen ve karıştıncı (confounding) faktörlerde arınmış olmalıdır.

Buna mukabil daha önceki çalışmaların üzerine Faz 3 bir şekilde etkililik ve güvenlik konusunda kanaat oluşturduysa ve ürün toplumda sınırlı da olsa kullanıma sunulduysa bu kez yarar beklentisi arttığından hassas popülasyonlardan bu seçeneğin esirgenmesi bir tür ayrımcılık haline gelmektedir. Bu bakımdan sağlık otoriteleri gebeler ve emzirenler de dahil olmak üzere eğer kişinin hastalanma riski yukarıdaki bilgi eksikliğinin getirdiğine ağır basıyorsa aşının uygulanmasından yana ağırlık koymaktadır⁴.

SONUÇ:

Günümüzde gelinen noktada biraz bilim

kurgu bir kehanette bulunmak istiyorum. Bu imge muhayyileme geçen gün tevdi edilen; "Kafeciler, lokanta esnafı ne yapacak?" suali üzerine yerleşti. Aslında birçok alışkanlığımızın, eğilimimizin ve yatırımımızın çok da hayati ya da sürdürülebilir olmadığını, hatta çevre ve salgınlar zemininde zararlı olabileceğini bu süreçte idrak etmiş olmalıyız. Hal böyle olunca yeme içme sektörünün özellikle İstanbul'da dünya çapında az benzeri olan (Hong Kong? Pekin? Belki Paris?) yaygınlığı da sorgulanmalı. Buradan çıkarak, küçük işletmelerin ABD'de, Almanya'da örneği görülen panayır alanı açık hava standı modeline yönelmelerini, belediyelerin Pazar alanı gibi, açık havada gezerken yeme içme alanları tesis etmelerini hayal ettim. Bu hayal, aşılar ve sair COVID-19 ürünlerinin yakında kapitalizmde mutad olduğu üzere talebin üzerinde bir arza ulaşacakları öngörüsüyle birleşince, çeşitli emtianın yanında aşılardan da tezgahlarda satıldığı, hatta oracıkta kişilere özel üretildiği, bir köşede antikorumların bakıldığı, renk renk ışıklı makinelerde hastalık riskinizin tesbit edildiği, mutant varyantlarınızın horoskopunun okunduğu bir distopik tabloya dönüştü. Filhakika, günlük haberleri izlediğinizde aşılar, ilaç adayları ve tanısal yöntemlerin gidişi arzın talebi geçeceğinin önemli bir göstergesi. Sürekli eleştirdiğimiz medya/informasyon döngüsünün kırılması da bizim yetilerimizin ötesinde. Yani gerçekten tedavi ve tanı araçlarının tamamlayıcı tıp ürünlerinin yanında internet ve tezgah üstüne indiği günlere hazırlıklı olmalıyız. Hem Coronavirus SARS2 dışı, öncesi ve sonrası bir çok virüsün kronik hastalıklardan daha fazla can ve kaynak kaybına yol açma potansiyeli keyfiyetini idrak ettiğimizde bütün bunlar daha eşitlikçi ve katılımcı bir sağlık ikliminin habercisi de olabilir. Günümüzdeki tüketim ve keyfe dayalı hizmet sektörünün sürdürülebilir olması beklenmemeli zaten. Buralardaki istihdam fazlası çevre ve sağlık bilinci ve uygulamalarına elbette etik, bilimsel ve yasal standartları ile birlikte yöneltilebilir. Kültür sanat etkinlikleri müstesna tabii, bunlar derhal "eylence" kategorisinden çıkarılıp, temel gereksinimler başlığı altında yer almalıdır. Sonuçta siyah-be-yaz somurtuk statükoculuk devrimcilere hiçbir zaman hayretmemiştir.

Kaynaklar

1. Vaccines: Accelerating Innovation and Access Global Challenges Report, Author(s): Hilde Stevens, Isabelle Huys, Koenraad Debackere, Michel Goldman, Philip Stevens, Richard T. Maboney | Publication year: 2017
2. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html>
3. <https://www.who.int/news/item/31-12-2020-who-issues-its-first-emergency-use-validation-for-a-covid-19-vaccine-and-emphasizes-need-for-equitable-global-access>
4. <https://www.ema.europa.eu/en/events/public-stakeholder-meeting-approval-roll-out-covid-19-vaccines-eu>



Aşının ekonomi politiği

Zeynep Sedef Varol*

Ülkeler arası maske savaşlarından aşı savaşlarına geçiş yapıldı. Oysa bugün Covid-19'un küresel maliyetinin %0.059'u ile herkese yetecek aşı üretilmesi mümkündür.

Tarih boyunca toplumların ölümcül bulaşıcı hastalıkları yenmesini sağlayan aşı sadece, bilimsel ve halk sağlığı ile ilgili bir konu olmayıp, sosyal, ekonomik ve politik bir meseledir. Covid-19 pandemisi güncel olarak bu meseleyi insanlık tarihinde yaşayarak bir kez daha deneyimlemeye vesile olmuştur. Sağlık iş gücü ve gerekli malzemenin yani kaynakların pandemiyle mücadelede yetersiz kalması virüsün Çin sınırlarını aşıp dünyaya yayılana kadar aslında 'kar getiren' ve 'ekonomiye zarar veren' bir mesele olarak ele alınmasıyla ilgilidir. Olası bir pandemiye kaynakların önceden ayrılması küresel kapitalizm açısından sermayenin 'karlı' olmayan bir alanda bekletilmesidir. 2018 yılından bu yana SARS, MERS benzeri aşısı olmayan virüs hastalıkları Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) gündemindeyken Covid-19 virüsü sınırları aşıp küresel ekonomiye tehdit oluşturduğunda aşı çalışmalarının başlaması 'aşı pazarı'nın tarihsel dönüşümüne dair güncel bir örnektir.

YENİ PANDEMİLER ÖNCESİ AŞI PAZARI

Aşı üretim süreçleri ekonomi politik

açısından heroik evre (1930'lar ve öncesi), gelişme ve farklılaşma evresi (1940-1980), özelleştirme evresi (1970-1990) ve kamu özel ortaklıkları (1990 sonrası) olmak üzere dört dönemde incelenmektedir.¹ 18. yy'de bulunan çiçek aşısı, 19. yy'de bulunan kuduz aşısı heroik evrenin ilk adımlarıdır. Bu adımları Pasteur Enstitüsü'nün kurulması izlemiştir. Gelişme ve farklılaşma evresinde konjuge aşılar gibi gelişmiş teknolojilerin devreye girdiği görülmektedir. Bu dönemde ulusal aşı üretimi söz konusuysen DSÖ bağışıklama konusunda en önemli otorite olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerin kendi aşı ihtiyaçlarının %80'ini karşıladığı bu evre polio eradikasyon programının da gerçekleştirildiği evredir. 1980'lere gelindiğinde kamu kurumlarının özelleştirilmesinden payını alan aşı üretimi 'kar getirmeyen' bir alan haline gelmiştir.¹

Aşının ürüne dönüşme aşaması kar açısından düşük karlı olan bir alan olduğu için az sayıda ilaç şirketinin ilgi duyduğu bir alandır. Bu yüzden son 30 yılda genel bağışıklama programında yer alan aşılarda üretimde bile sorun yaşanmıştır. 2000'li yılların başında Birleşmiş Milletler aşı üretimi için kamusal yatırımın şart olduğu

söylemiştir. Bu aşı pazarının garanti edilmesi için de gerekli bir adımı ifade etmektedir. Bu dönemde temel bağışıklama kapsamındaki aşılarda üretim için ABD, Kanada, İngiltere gibi ülkeler kamu yatırımı yapmıştır. Bu yatırımlar özel şirketler aracılığıyla aşı üretiminin sürdürülmesini sağlarken küresel ölçekte bir pazarı da beslemiştir. Sanofi-Pasteur, Merck & Co., GSK, Wyeth, Novartis ve Johnson & Johnson aşı pazarının tamamına yakını kontrol etmektedir. Ancak bu şirketler aşı üretimini Brezilya, Hindistan, Güney Kore, Japonya, Meksika gibi ülkelerle iş birliği içinde yapmaktadır. Dolayısıyla genel bağışıklama programı içinde olan ucuz aşılarda üretim bir nevi Asya pazarında gelişmekte olan ülkelere bırakılmıştır.^{1,2}

Sağlık alanında neoliberal politikaların etkisiyle hastalık ve tedavi odaklı stratejiler ilaç endüstrisinin dünyadaki en karlı alanlardan biri olmasını sağlarken, esasen bu politikaların baş aktörü olan Dünya Bankası, IMF gibi uluslararası kuruluşlar aşı üretiminin kar getirmeyen bir alan olarak pazarda yer almasına neden olmuştur. Bu da aşı üretiminin dünyada bir sorun haline gelmesine sebep olmuştur. 2001 yılında DSÖ, UNICEF, DB,

*Dr., Halk Sağlığı Uzmanı, TTB Halk Sağlığı Kolu

uluslararası kalkınma örgütleri, ulusal hükümetler, Bill Melinda Gates Vakfı gibi hükümet dışı oluşumlar GAVI/Bağışıklama İçin Küresel İş Birliği'ni kurmuştur.³ Aşının kamusal sorumluluktan çıkıp 'sürdürülebilir pazar faaliyeti' haline gelmesi anlamına gelen bu adım küresel neoliberalist piyasada üretimi ve rekabeti teşvik etme amacı taşımaktadır. Böylelikle pazarın büyütülmesi yoluyla yeterli aşının üretilmesi hedeflenmiştir.

Aşı ve ilaç üretimi söz konusu olduğunda Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) patent yasası olarak bilinen Fikri Mülkiyet Hakları Anlaşması (TRIPS) önemli bir belirleyicidir. Bu anlaşmayla 20 yıl süreyle şirketlere bir ilacı ya da aşıyı üretme-satma-ithal etme hakkı sağlanmaktadır. Başka bir ülkenin/ şirketin bir aşının ya da ilacın eş değerini üretmesinin ve dağıtması için patent süresinin dolması ve jenerik üretim sürecinin başlaması gerekmektedir. Az gelişmiş ülkelere ilaç ve aşı temini sağlayan Hindistan, Brezilya, Tayland gibi ülkeler TRIPS anlaşması nedeniyle bariyere takılmıştır. 2000'li yılların başında Afrika'da HIV/AIDS bir pandemi olarak tanımlandığında antiretrovirallerin toplumun ulaşabileceği fiyat bandında muadillerinin üretimi üzerinden açılan davalar ses getirmiştir. DOHA deklarasyonu ile 2001 yılında DTÖ'nün açıklamak zorunda kaldığı "TRIPS'in HIV gibi pandemilerde esnetilebileceği" kararı 2016 yılına kadar geçerli olmuştur. Ancak sıtma, HIV gibi hastalıklara karşı aşı geliştirmek halen kar getirmeyen bir üretim alanı olmaya devam etmiştir.⁴ Ta ki domuz gribi, kuş gribi gibi hastalıkların ortaya çıktığı yıllara kadar milyonlarca insanın hayatını kurtarabilecek aşılar üretilmemiştir.⁵ 2004-2007 yılları arasında grip aşısının satışları diğer farmasötiklerden dört kat hızlı olacak şekilde artmış, grip aşısının fiyatı beş kat artmıştır.⁵ Dünya yeni hastalıklar ve pandemiye gündemine aldığından beri geleneksel patentsiz aşılar pazarda ilgi görmese de yeni üretilen aşılar bir kar alanı olarak pazarda yerini almıştır.

COVID 19 PANDEMİSİ VE AŞI

Covid-19 pandemisi tek başına halk sağlığını tehdit eden bir durumdan öte tüm dünyada üretim ilişkilerini etkileyen en önemli sorun olmuştur. Bu açıdan gerek hastalığın tedavisine yönelik ilaç üretim süreci gerekse de pandemiye karşı kapsamlı çözüm olabilecek aşı üretimi

tüm dünyada gerek hükümetlerin ve hükümet dışı fon sağlayan kuruluşların ciddi destek sağladığı alanlar olmuştur. Merkez kapitalist ülkeler Covid-19 aşı geliştirme çalışmalarına 2020 yılında 17 milyar euro ön yatırım yapmışlardır.⁶ Bu yatırımlar özünde üretilen etkin aşılardan yüksek sayılarda almak için yapılan yatırımlardır. Zira bağış kampanyası sırasında "tüm dünyada kimseyi arkada bırakmayacak şekilde" bir buluş ve üretim süreci sözü verilmişken dünya nüfusunun %13'ünü oluşturan merkez kapitalist ülkeler aşılardan %51'ini satın almıştır. Kanada kişi başı dokuz doz, ABD yedi doz, İngiltere beş doz aşı alırken Bangladeş 9 kişi için bir doz aşı alabilmiştir.⁷ Avrupa Komisyonu resmi twitter adresinde Ocak 2021 sonu itibarıyla tüm AB ülkelerine yetecek kadar aşıya sahip oldukları ve yaz sonuna kadar nüfusun %70'ini aşılamayı hedefledikleri bildirilmiştir.⁸ Mevcut tabloda ise dünya nüfusunun %61'inin 2022 sonuna kadar aşılana mayacağı öngörülmektedir. Öte yandan ilaç şirketlerine yapılan kamusal yatırımlar aşının daha fazla insana ulaşması için harcanabilecekken ilaç şirketlerinin kar elde edeceği bir yatırım olmuştur. Moderna aşısına yapılan bağış 2,5 milyon dolarken şirket aşılardan kar edeceğine, ABD'de tek dozu 12-16 dolara ve diğer zengin ülkelere 35 dolara satacağına dair açıklama yaptı. Şirketin bu açıklamasını dayandırdığı amaç ise aşı üretimine fon sağlamak ve daha fazla yoksul insan için aşı üretmek olarak belirtildi. Ancak bu şirketin dünya nüfusunun %6'sına yetecek kadar aşı üretim kapasitesi olması merkez kapitalist ülkelerin dışına çıkacak bir aşı üretim sürecinin ötesine geçilemeyeceğini göstermektedir.⁷

SONUÇ

Ülkeler arası maske savaşlarından aşı savaşlarına geçiş yapıldı. Oysa bugün Covid-19'un küresel maliyetinin %0.059'u ile herkese yetecek aşı üretilmesi mümkündür.

Aşı tedariginde ekonomik, teknik sorunlar toplumların bağışıklanmasında büyük sorunlara neden olur. Aşı serbest piyasa koşullarında bir meta olamayacak kadar önemli bir halk sağlığı meselesidir. Bu denli yaşamsal bir konuda patent ve sınırlara takılmayan kamusal bir üretim süreci halklar arasında bağışıklama eşitsizliğini önleyebilecek olmalıdır.

Kaynaklar

- 1) Taner, Ş., Tamk, A. F. (2012) Aşı: Kutsalın metalaşması, Toplum ve Hekim, 27(1):14-26
- 2) Kresse, H. Shab, M. (2010). Strategic trends in the vaccine market, Nature Reviews Drug Discovery 9: 913-914
- 3) GAVI web sayfası (2009). http://fr.gavialliance.org/media_centre/press_releases/2009_11_18_vaccine_market_impact.php
- 4) Tamk, A. F., Taner, Ş. (2007) Aşı: Patent yasası ve Türkiye'de aşı üretiminin koşulları, Toplum ve Hekim, 22(4):87-94
- 5) Waldie, P ve Robertson, G. (2009). How vaccines became big business, <http://www.theglobeandmail.com/life/health/new-health/conditions/cold-and-flu/b1n1-swine-flu/bow-vaccines-became-big-business/article1414474/>
- 6) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_20_958
- 7) <https://www.oxfam.org/en/press-releases/small-group-rich-nations-have-bought-more-half-future-supply-leading-covid-19>
- 8) https://twitter.com/EU_Commission/status/1352882509353254912



Aşı kararsızlığı ve reddini önlemekte sağlık çalışanlarının rolü ve önemi

Marangoz B*, Han Yekdeş D**, Eskiocak M***

Aşı kararsızlığı/reddi Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2019'da dünyayı tehdit eden on küresel sorundan biri olarak nitelenmiştir. Ülkemiz için bilinen son güncel aşı reddi vaka sayısı yirmi üç bindir.

Aşı kararsızlığı, aşılama hizmetlerinin mevcudiyetine rağmen erteleme veya reddetme durumu olarak tanımlanırken, Dünyada ve Türkiye'de hızla büyüyen bir sorundur ve dünya aşı ile önlenebilir hastalıklarla mücadelede elde edilen kazanımların kaybedilmesi riski ile karşı karşıyadır. Öyle ki aşı kararsızlığı/reddi Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2019'da dünyayı tehdit eden 10 küresel sorundan biri olarak nitelenip, ülkemiz için bilinen son güncel aşı reddi vaka sayısı 23bindir^{1, 2, 3}.

Türkiye'de 24 Ocak kararları ile birlikte neoliberal ekonomik düzenin sağlık hizmetlerine yansması sonucunda sağlık hizmetlerinde kamusalılığı azalarak hizmetlerin özelleştirilmesi, koruyucu hizmetler ve halkın sağlığı konusunda politik isteksizliğin belirmesi, özellikle de birinci basamak sağlık örgütlenmesinin değişmesi ile zaman içerisinde ortaya çıkan sağlık örgütü ve halk arasında ortaya çıkan güven sorununun, aşı kararsızlığı/reddini ülkemiz için bir halk sağlığı sorunu olarak ele almakta etkili olduğu düşünülmektedir⁴.

Ülkemizde aşı kararsızlığı/reddi sorununun tam olarak ne zaman başladığına ilişkin bilgi yoktur ancak; Türkiye'de

ye'de sağlık çalışanları ile yapılan bir niteliksel araştırmada Türkiye'de görev yapan sağlık çalışanları, "ebeveynlerin aşı reddinin" son 10 yılda bir sorun haline geldiğini belirtmiştir⁵. Mersin Merkez ilçede aile sağlığı elemanlarının yaklaşık yarısı aşı kararsızlığı/reddi ile karşılaştığını ifade etmiştir⁶.

Kişilerin aşı ile ilgili kararsızlık yaşadığı ya da aşılanmamayı tercih etmesinin siyasal, sosyal, bilimsel, dinsel bağlamda ve mevcut sağlık hizmetinin özellikleri ile ilişkili pek çok nedeni vardır; söz konusu aşuya, içinde bulunulan zamana ve mekana göre çeşitlilik gösterir, genellenemez^{4, 7}. Aşı kararsızlığını azaltmaya ve önlemeye yönelik çalışmalar, altta yatan nedenlere özgü olmalıdır⁸.

Aşı kararsızlığının en önemli nedenlerinden birisi sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili yanlış ya da eksik bilgiye sahip; bilimsel bilgiye dayalı bir tutum geliştirmiş olmaması ve bu doğrultuda davranmamasıdır^{5, 9}. Öte yandan Mersin Merkez ilçe'de yapılan çalışmada bağışıklama konusunda kendisinin yeterli olduğunu düşünen aile sağlığı elemanlarının, aşı kararsızlığı/reddi ile daha az karşılaştığı saptanmıştır⁶. Günlük mesleki pratiği sırasında toplumla doğrudan iletişimi olan sağlık çalışanları başta olmak üzere sağlık çalışanlarının, toplum tarafından aşı ile ilgili en güvenilir bilgi

kaynağı olarak görüldüğü ve kişilerin aşı yaptıрма kararını vermesinde çok etkili olduğu bilinmektedir².

Ülkemizde 2019'da Ankara ilinde yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun bağışıklama anamnezi almadığı, 2018'de Edirne'de bir üçüncü basamak hastanesinde yapılan araştırmada hekimlerin yarısından fazlasının bağışıklama anamnezi almadığı görülmüştür^{10, 11}. Edirne'de 2020 yılında aile sağlığı elemanlarının değerlendirildiği başka bir araştırmada ise katılımcıların %30'unun bağışıklama anamnezi almadığı görülmüştür¹². Dünya Sağlık Örgütü'ne göre aşı kararsızlığı belirleyenlerinden biri olan sağlık çalışanı tutumu, sağlık çalışanlarının başvuruların bağışıklama durumunu sorgulamaları, kişiye uygun aşıları önermeleri ve hizmet sunumu ile desteklenirse aşı kararsızlığını olumlu yönde etkileyerek azalmasına yol açabilir¹³.

Oysa ülkemizde kişi başı düşen doktor, hemşire gibi sağlık çalışanları sayısı OECD ülkelerinde son sıralarda yer almaktadır¹⁴. Kişi başı muayene süresinin araştırıldığı bir çalışmada ise Türkiye'de bu sürenin 2002'den 2018'e dek azaldığı ve OECD ülkeler ortalamasının altında olduğu ve aynı çalışmada hekime müracaat sayısının en fazla artış gösteren OECD ülkesinin Türkiye olduğu görülmüştür¹⁵.

*Edirne İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Edirne, Türkiye

**Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

***Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye

Ülkemizdeki sağlık personelin diğer ülkelere oranla nicelik olarak az, iş yükü olarak yoğun olarak çalışması ve halkın bağışıklama hizmetlerine yönelik en güvenilir bilgi kaynağı olan sağlık çalışanlarının uygun çalışma koşullarına kavuşturulması ile sağlanabilir.

Ülkemizde aşırı reddeden ailelerin sosyodemografik özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada ise aşırı reddetme nedenleri arasında aşının çocuklar için tehlikeli olabildiği ve aşılar güvenmemesi; aşıların faydasının olmadığı inancı ve doğal bağışıklığın daha iyi olduğu düşüncesi ilk üç neden olarak belirlenmiştir¹⁶. Ülkemizde sağlık çalışanlarının aşı kararsızlığı/reddi vaka deneyimleri de benzer minvaldedir.

Türkiye’de sağlık çalışanları ile yapılan bir niteliksel çalışmada tüm sağlık çalışanları, çocuklarının sağlığını korumak için aşının gerekli olmadığını düşünen ailelerin aşırı reddettiğini belirtmiştir⁵. Aynı çalışmada geleneksel ve geniş ailelerin aşının gerekliliğini anlamakta güçlük çektiğinden; aşı karşıtı ailelerin aşı olmamanın bir soruna yol açmayacağını ve hastalıkların çocuklarının virüslere yanıt vermesinde yardımcı olarak, bağışıklık sistemlerini güçlendirdiğini iddia ettiklerinden bahsedilmiştir. Sağlık Çalışanları, iyi eğitilmiş bazı ailelerin dahi tüm aşıları kabul etmediğini, aşıların koruyucu olduğu hastalıklar elimine edildiği için bazı aşıların gereksiz olduğuna inandıklarını belirtmiştir⁵.

Mersin ilçelerinde Aile Sağlığı Elemanları ile yapılan çalışmaya göre deneyimledikleri aşı kararsızlığı ve reddi olgularının ilk nedeni aşı içeriğindeki maddelere güvensizlik, ikinci nedeninin ise aşı sonrası yan etkilerdir⁶. Türkiye’de 36 ilde yapılan niteliksel çalışmada sağlık çalışanları, ailelerin aşıların çok sayıda antijen içermesinin aşı kararsızlığıyla sonuçlandığından bahsetmiştir⁵.

Sağlık Çalışanları aşırı eklenen katkı maddeleri ile ilgili şüphelerin, hem eğitilmiş ailelerde hem de İslamiyeti kabul eden ve tarikata mensup ailelerde aşı reddinin bir nedeni olduğunu vurgulamıştır. Görüşme yapılan bölgelerin yarısındaki sağlık çalışanları,

aşının otizm ve malignitenin de içinde olduğu bazı ciddi hastalıklara neden olabileceği inancıyla aşırı güvensizliğin mevcut olduğundan bahsetmiştir⁶.

Sağlık çalışanlarının deneyimlerine göre ebeveynler, yurtdışında çok uluslu şirketlerce üretilen aşılar güvenmiyorlar ve aşılar devlet tarafından üretilmediği için aşıları reddediyorlar. Aşıları yurt dışından geldiği için güvenilmez bulmayan aileler, aynı zamanda aşıların sağlık hizmeti sunucuları tarafından yeterince kontrol edilmediğine inanmaktadır. Bazı ailelerin, aşı içeriğinin ulusal otoritelerce kontrol edilmesi ve onaylanmasını talep ettiklerinden bahsedilmiştir⁵.

Aşıların reddedilmesinde bir diğer faktör ise mevcut sağlık sistemine güvensizliktir. Bu kişilerin uygulanan sağlık programlarına güvenmemekle kalmayıp evde doğum yaptığı, alternatif tıp uygulayıcılarına başvurduğu hatta bazı bölgelerde topuk kanı alınmasını reddettiği belirtilmiştir⁵. Aşırı reddeden ailelerin sosyo-demografik açıdan araştırıldığı başka bir çalışmada ise bu ailelerin yenidoğan tarama testlerini de reddettiği, alternatif tedavi yöntemlerine modern tıptan daha fazla yöneldiği, profilaktik D vitaminini daha düzensiz kullandıkları, düşük gelir ve eğitim seviyesine sahip olduğu saptanmıştır¹⁶.

Sağlık Çalışanları mufazakar dini yaşam tarzına veya dini liderin aşı ile ilgili heves kırıcı yaklaşımına bağlı dini kaygıların aşı içeriği ile ilgili olduğunu ifade etmiştir⁵. Mersin’de aile sağlığı elemanları ile yapılan çalışmada ise dini nedenler, aşı reddinin aşının içeriğine güvensizlik ve olası yan etkilerden korkudan sonra üçüncü nedenidir⁶.

Sağlık çalışanları, aşı karşıtı içeriği olan çok sayıda sosyal medya kanalı olduğunu, bu kanallara erişen bazı ailelerin aşırı reddettiğini ifade etmiştir ve sosyal medyada olduğu gibi yazılı ve görsel medyada da konvulzyon, paralizi, alerji gibi aşırı bağli negatif deneyimlerin geniş şekilde yer bulduğunu belirtmiştir. Tüm bunlar ailelere zarar vermektedir⁵.

Topçu ve ark aşırı reddeden aileler ile yaptıkları çalışmaya göre ülkemizde

ebeveynler aşı ile ilgili bilgilere; sosyal medya ve bloglardan, sosyal çevreden ve yazılı medyadan erişmektedirler¹⁶.

Aşırı reddeden birçok aile, kişisel hak ve özgürlükler bağlamında sağlık çalışanlarının çocuğu aşılama hakkına sahip olmadıklarını ifade etmektedir. Bazı aileler, daha önce Genişletilmiş Bağışıklama Programı’ndaki aşıların sadece ebeveyn izni ile yapılacağına karar veren mahkeme sonucuna bağlı olarak çocukları ile ilgili kendilerinin kararverici olduklarını öne sürerek çocuklarını aşılamayı reddetmektedir⁵.

O halde bağışıklama hizmetlerinin temel sağlık hizmetlerinin çekirdeğinde olup ülkemizde öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti ile sunulması nedeniyle başta birinci basamak sağlık çalışanlarının bağışıklama ile ilgili bilgili ve donanımlı olmaları çok önemlidir^{6, 17}. Aşı kararsızlığı/reddi vakaları ile ülkemizin bağışıklama konusunda başarılarla dolu deneyimlerinin yanı sıra kanıta dayalı güncel bilgiler ile baş edilebilir.

Aşı kararsızlığı/reddi vakalarının iyi yönetilmemesi, aşı kararsızlığı/reddinin doğrudan nedeni olmasa da bu soruna önemli derecede katkı sunar (18). Bu nedenle sağlık çalışanlarının aşı kararsızlığı/reddi vakalarını yönetmekte motivasyonu ve tutumu, doğru şekilde iletişim kurabilmesi çok önemlidir¹⁹.

DSÖ sağlık çalışanlarının aşı hakkında kararsız olan veya aşırı reddeden kişilerle iletişim sırasında dikkat edilmesi gerekenleri ve izlenilmesi gereken yolu “motivasyonel görüşme” olarak nitelemiştir²⁰. Buna göre aşı kararsızlığı vakası ile görüşme sırasında güven ilişkisi çok önemlidir; tartışmacı üslup yerine anlayışlı, sabırlı, yol gösterici ve işbirlikçi bir tutum benimsenmelidir. İlkın, bu kişilerin aşı kararsızlığının bağlamı ve nedenleri etrafıca anlaşılmalı çalışılmalıdır: “Ne”, “Neden”, “Nasıl”, “Anlat bana” açık uçlu soruları ile kişinin kendini en iyi şekilde ifade etmesi sağlanmalıdır. Kişiyi kararsız kılan neden(ler)in sağlık çalışanı tarafından anlaşıldığının belirtilmesi için kararsızlık nedenleri sağlık çalışanı tarafından kişiye doğrudan onun sözleriyle (basit yansıtmalar)

veya sağlık çalışanının düşünceleriyle birlikte (kompleks yansıtma) ifade edilerek kişi yanıtlanmalıdır. Sağlık çalışanı tarafından söz konusu gerekçede güçlü yönler onaylanmalı ve endişeler doğrulanmalıdır. Ardından kişinin aşılar ile ilgili bilgisi sorulmalı, sağlık çalışanının mevcut bilgisi (konu dışına çıkmadan ve yeni kararsızlık nedeni oluşturmaktan kaçınmak suretiye) paylaşılarak kişiye bilgi sağlanmalı, ne anlaşıldığı doğrulanmalıdır. Son olarak kişinin kararı aşılanmak ise karar onaylanmalı ve kişi aşılanmalıdır; kararsızlık/red devam ediyor ise kişi ile kesinlikle tartışılmamalı, tekrar bir görüşme planlanarak kapı açık bırakılmalıdır. İlk görüşmede aşı kabulü sağlanamayan kişiler, daha sonraki görüşmelerde ikna olabilmektedir. Kararsızlığın sürmesi halinde il/ilçe aşı yönetim ekibi ile görüşme sağlanabilir. Bu görüşme yapılırken bütüncül yaklaşım olarak kişinin sosyal, kültürel özellikleri ve eğitim seviyesi gözlemlenmelidir²⁰.

Aşı hakkında kararsız olan veya aşırı reddeden kişilerle görüşmede mutlaka aşağıdaki önemli noktalara değinilmiş olunmalıdır:

- Aşı ile önlenabilir hastalıkların, hastaneye yatış ve ölümlerle sonlanabileceği
- Ülkemizdeki vaka sayılarında ciddi azalmalar görülen, bazı hastalıkların diğer ülkelerde yaygın olduğu ve uluslararası seyahat edenlerle ülkemize getirilebileceği
- Aşılanmayan çocuğun, hastalığı diğer çocuğa (aşılanmak için çok küçük yaşta olan veya lösemi, diğer kanser türleri gibi tıbbi durumdan dolayı aşılanamayan) bulaştırabileceği
- Eğer her anne baba çocuğunu aşılatmazsa, bu hastalıkların toplumumuza güçlü şekilde döneceği
- Aşılanmayan çocuğun toplum bulaşıklığı (toplumun büyük çoğunluğunun aşılanmasıyla bir hastalığa karşı korunma düzeyi) ile korunamadığı
- Kızamık ve boğmaca gibi bazı aşı ile önlenabilir hastalıkların yaygın olduğunu ve yüksek aşıli toplumlarda yaşayan aşılanmamış kişilere bulaşabileceği

• Çocuğu eğer aşılanmazsa ve bunun sonucu olarak hastalanırsa ciddi zatürre, hastaneye yatış, beyine zarar, felç, menenjit, uzuv kaybı, nöbetler, sağırılık ve ölüm gibi ciddi sonuçlarla karşılaşabileceği

• Hastalık salgınları boyunca çocuğun çocuk bakım hizmetlerinden, okuldan, spor faaliyetlerinden ve diğer organize edilmiş aktivitelerden uzak kalabileceği

• Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, Türk Tabipler Birliği, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği aşılanma ile hastalıkların tümünden korunmayı önerdiği

Sağlık çalışanlarının bağışıklamaya ilişkin kapasitelerini artırmaya yönelik çalışmalar ile varsa kendi kararsızlıklarının giderilerek, günlük mesleki pratiklerinde bağışıklamanın yer alması ve sağlık çalışanlarının insan hakkı, yaşam hakkı ve çocuk hakkı bağlamında aşı savunuculuğu hayati önemdedir.

Edirne ilinde tüm aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının aşı kararsızlığı ve aşı reddi vakaları ile baş etme kapasitelerini artırmak için bağışıklamaya ilişkin bilgilerinin güncellendiği, aşılanmama olgusu ve aşı kararsızlığı/reddini anladıkları ve buna yönelik kanıta dayalı bilgiler ve doğru iletişim tekniğiyle tutum geliştirmelerini amaçlayan her iki müdahale çalışmasında sağlık çalışanlarının eğitimden olumlu etkilendikleri saptanmıştır^{12, 21}.

Bütünüyle kamusal, güven ilişkisinin sağlandığı etkili bir sağlık hizmeti savunusu ve talebi, etkin bir birinci basamak sağlık hizmeti, bağışıklama hizmetlerini ile ilgili sorunların da çözümü olacaktır.

Kaynaklar:

1. Larson HJ, et al. Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. *Vaccine* 2015;33.34:4165-4175. who.int. [Internet].
2. Ten threats to global health in 2019. (Erişim Tarihi 20.02.2019). <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>.
3. Gür, E. (2019). Aşı kararsızlığı-aşı reddi. *Türk Pediatri Arşivi*, 54(1), 1-2.
4. Eskiocak, M. & Marangoz, B. (2019). Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu. *Türk Tabipleri Birliği Yayınları*
5. Yalçın S.S. Bakacak A.G. Topaç O. Unvacci-

nated children as community parasites in National Qualitative Study from Turkey *BMC Public Health* (2020) 20:1087 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09184-5>

6. Yalçın, B. N. B., Tunç, A. Y., & Şaşmaz, C. T. (2019). Mersin il merkezinde çalışan aile sağlığı elemanlarının aşı kararsızlığı veya reddi ile karşılaşma durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 18(3), 155-169

7. World Health Organization. *Vaccination and trust*. Copenhagen: publications of the WHO Regional Office for Europe, 2017

8. who.int [Internet]. Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy http://awareness.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccine_hesitancy_2pager.pdf

9. Favina M, Steinglass R, Fields R, Banerjee K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, *International Health* 2012;4:(4):229-238.

10. Büyükdemirci, Erkan, and Fatma Nur Baran Aksakal. "Ankara İl Merkezindeki Bazı Aile Hekimlerinin Erişkin Aşılanma Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi." 3. International 21. National Public Health Congress. 2019

11. Han-Yekdeş, Didem, Altunok A, Eskiocak M, Marangoz B. "Bir Üniversite Hastanesindeki Hekimlerin Bağışıklamayla İlgili Tutumları." *Klinik Dergisi* 33.3 (2020): 255-9

12. Han Yekdeş D. Edirne ilinde çalışmakta olan aile sağlığı elemanlarının bağışıklama ve aşı tereddüdüne ilişkin bilgilendirme ve tutum geliştirilmesine yönelik müdahale çalışması. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Danışman Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak), 2020 Edirne).

13. who.int [Internet]. Report of the sage working group on vaccine hesitancy. https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf.

14. <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart> <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm#indicator-chart>

15. Çıraklı, Ü. 18 OECD Ülkesinde 2002-2018 Yılları Arası Kişi Başı Ortalama Hasta Muayene Sürelerinin Karşılaştırılması. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 3(1), 48-59

16. Topçu, S., Almış, H., Başkan, S., Turgut, M., Orhon, F. S., & Ulukol, B. (2019). Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey. *The Indian Journal of Pediatrics*, 86(1), 38-43

17. A Global Strategy to Leave No one Behind: Immunization Agenda 2030 A Global Strategy To Leave No One Behind. World Health Organization: 2019 August:3-6 (Erişim tarihi:17.11.2019). https://www.who.int/immunization/ia2030_Draft_One_English.pdf?ua=1.

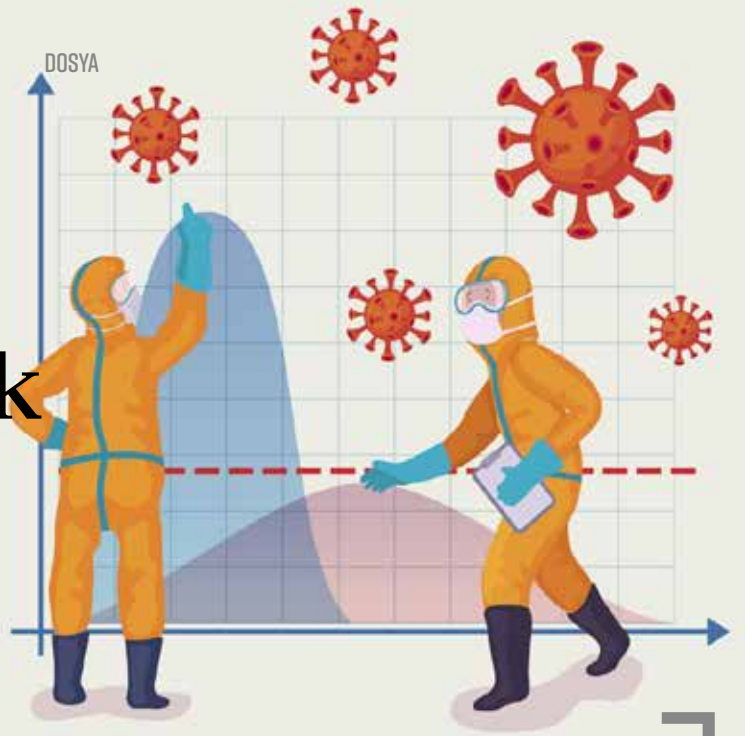
18. Definition of Vaccine Hesitancy, its Scope and Vaccine Hesitancy Determinants Matrix: Report of The Sage Working Group On Vaccine Hesitancy. World Health Organization: 01 October 2014:7-13. https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf

19. Favina M, Steinglass R, Fields R, Banerjee K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, *International Health* 2012;4:(4):229-238

20. who.int. [internet]. Health worker training module: conversations with hesitant caregivers pptx. (Güncellenme tarihi: Mayıs 2017, Erişim tarihi: 14.11.2019). https://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/

21. Marangoz B. Edirne ilinde çalışmakta olan aile bekimleri ve Edirne ili aşı yönetim ekibini bağışıklama ve aşı tereddüdüne ilişkin bilgilendirme ve tutum geliştirilmesine yönelik müdahale çalışması. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Danışman Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak), 2019 Edirne

Pandemi sürecinde sosyal güvenlik ve sağığın finansmanı



Bu yazıda sosyal güvenliğın kapsamı, pandemi döneminde yapılan mevzuat değışiklikleri, tanı ve tedaviye erişimde yaşanan finansal sorunlar ve SGK'nın sağığ harcamları ile ilgili gerçeklerini paylaşacağız.

Ergün Demir*

Pandemide “çocuklarım aç, iş istiyorum” diyenlere, “koronavirüs öldürmedi beni ama sahipsizlik, çaresizlik, umutsuzluk öldürdü” notunu bırakanlar ile hastane ve yoğun bakım servislerinde yer kalmadığı için evde izole edilerek hayatını kaybedenler de eklendi.

İşsizlik ve yoksulluktaki artış sosyal korumaya olan gereksinimi giderek artırır ve pandemi gibi olağan dışı bir dönemde yaşanan sorunlar daha da yakıcı hal alırken, konunun muhatabı olan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı'nın sesi çıkmamakta, twitter paylaşımları ile sorunu çözdüğünü sanmaktadır. AKP Genel Başkanı Erdoğan ise her seçim döneminde olduğu gibi yine, Sosyal Güvenlik Kurumu'nu (SGK) “kim batırdı, zarar ettirdi...” gibi polemiklerle geçmişe gönderme yaparak, 18 yıldır çözemediği sorunların sorumluluğunu üzerinden atmakta ve siyasi popülizm yapmaktadır. Oysa sosyal güvenlik; yoksulluk, işsizlik, gelecekle ilgili eko-

nomik belirsizlik, yaşlılık ve hastalık gibi sosyal tehlikelerin ortaya çıkarcığı olumsuzlukları hafifletmeyi ya da yok etmeyi sağılayan önlemleri içerir. Çağdaş dünyada sosyal güvenlik devletler için bir kamu görevi, kişiler içinse bir haktır.

Salgın döneminde temel ihtiyaçlarını karşılayamayan ve hayatını sürdürmekte güçlük çeken vatandaşların sayısı daha da artmaktadır. Bu zorlukların yanı sıra COVID-19 tanı ve tedavi sürecinde hizmete erişimde ekonomik gerekçelerin engel oluşturması da, hayati bir başlık olarak öne çıkmaktadır. Hal böyle olunca uygulanan sosyal güvenlik politikası daha da önem kazanmaktadır. Oysa iktidar bu alanda tam bir bilgi kirliliği ile gerçekleri tersyüz etmekte ve çarpıtmaktadır.

Bu yazıda sosyal güvenliğın kapsamı, pandemi döneminde yapılan mevzuat değışiklikleri, tanı ve tedaviye erişimde yaşanan finansal sorunlar ve SGK'nın sağığ harcamları ile ilgili gerçeklerini paylaşacağız.

SOSYAL GÜVENLİK KAPSAMI

Sosyal Güvenlik Kurumunun Ekim 2020 sigortalı istatistiklerinde Sosyal Sigorta kapsam dışı nüfus oranı %13'tür. Hiçbir sosyal güvencesi olmayan, çalışmayan, 18 yaşını doldurmuş ve öğrenci olmayan 10.771.110 kişi sosyal güvenlik kapsamı dışındadır. Sosyal sigorta kolları ve kapsamla ilgili istatistiklere yansıyan yüksek oranlı kişisel kapsam verileri, gerçekçi göstergelere dayanmayan verilerdir. Nüfusun %99,9'u sosyal güvence kapsamındadır söylemi, gerçeği yansıtmamaktadır. Bakan dahil siyasi parti yöneticileri malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası (uzun vadeli sigorta kolları) ile genel sağığ sigortasını kapsam ve oran bakımından aynı anlamda kullanılarak kamuoyuna yanlış bilgi vermektedir. SGK gelir-gider dengesinin sağığ harcamlarının artmasına bağılı olarak bozulduğu ve “açıkların” artığı yönündeki ifadelerle algı yaratılmaya çalışılmaktadır. SGK gelir-gider dengesi açıkları gündemdeki yerini tüm yakıcılığıyla korurken; bu açığın genel sağığ sigortası fonundan değıl sosyal

*Dr. Pratişyon bekim, araştırmacı yazar

SGK Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Sağlık Harcama Kalemleri	Harcama Tutarları				
	2015	2016	2017	2018	2019
Tedavi	39.557	45.594	51.260	59.092	69.504
İlaç	18.895	21.374	25.166	30.989	39.628
Reçete Hizmet Bedeli	146	217	313	339	387
Diğer	814	863	948	1.146	1.231
Toplam	59.411	68.048	77.687	91.566	110.749

Kaynak: SGK Yıllık Faaliyet Raporları - Sağlık Harcama Tabloları

sigorta fonlarından kaynaklandığının altını çizmek gerekmektedir.

Bakanın, Türkiye'deki nüfusun tamamının sağlık sigortasından faydalandığını belirtmesine rağmen genel sağlık sigortası (GSS) kapsamında olup primlerini zamanında ödeyemeyerek borçlu duruma düşen yaklaşık 6 milyon vatandaşın sağlık hizmetlerine erişimi sorunludur. Konuyu takip eden kişi ve meslek örgütlerinin baskısıyla prim borcu olan kişilerin sağlık hizmetlerine erişim engeli Cumhurbaşkanı Kararı ile 31 Aralık 2021 tarihine kadar tekrar ertelenmiştir. Aslında GSS ve BAĞ-KUR prim borcu olan vatandaşların prim borçlarının yapılandırılması son üç yılda 4 kez ertelenmesine, faizlerinin silinmesine ve 12-18 ay taksitlendirilmesine rağmen borçluluk durumu devam etmektedir. Sağlık hizmetine erişime kalıcı bir çözüm üretilmelidir. Kuşkusuz pandeminin derinleştiği kriz, yoksulluk, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve işsizlik azaltılmadan soruna köklü bir çözüm getirmek de mümkün değildir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

SGK sağlık hizmetlerini finanse eden esas kurumdur. Kurum, GSS kapsamındaki sigortalılara ve hak sahiplerine sunulan sağlık hizmetlerini kamu-özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularından protokol ve sözleşmeler yoluyla satın almakta; GSS fon gelirlerinden de sağlık hizmet sunucularına sundukları hizmet karşılığı olarak ödeme yapmaktadır.

Tedavi ve ilaç giderleri, çalışanların (4/a,4/b,4/c) ve işverenlerin ödedikleri GSS primleri, vatandaşların verdiği vergilerden oluşan devlet katkısı ve vatandaşlardan alınan tedavi katılım

paylarının oluşturduğu GSS fon gelirlerinden ödenmektedir. Finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini, teşhis ve tedavi yöntemlerini, ödeme usul ve esaslarını belirlemeye Sağlık Bakanlığı'nın da görüşünü alarak sadece SGK yetkilidir.

PANDEMİ SÜRECİNDE YAPILAN SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT) DEĞİŞİKLİKLERİ

COVID-19 olası/kesin tanılı hastaların yoğun bakım sürecinden önce ve sonra serviste yatış sürecinde yapılacak her türlü işlem/girişim/tetkik/tahlil için ilave ücret ve pandemi tedavisine yönelik ilaçlar için SGK tarafından SUT düzenlemesi 4 ve 9 Nisan ile 9 Mayıs 2020 tarihlerinde gerçekleştirildi.

Bu değişiklikleri ile; COVID-19 tedavisinde kullanılan ilaçların karşılanması, servis ve yoğun bakımlarda yatan hastalarda mevcut SUT fiyatına ilaveten "pandemi bakım hizmeti" adıyla yeni bir hizmet tanımlanması, pandemi olgularına yönelik tanı ve tedavilerin acil hal kapsamına alınarak tanı-tedavilerinden ilave ücret alınmaması, Sağlık Bakanlığı tarafından pandemi süresince hastanelerce temin edileceği bildirilen pandemi tedavisine yönelik ilaçların ve hastalığın tanı ve tedavisinde kullanılan tanı (PCR) ve antikor testlerinin ödeme kapsamına alınması sağlandı.

COVID-19'DA TANI VE TEDAVİYE ERİŞİMİN FİNANSMANI VE ARTAN CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI

Bu mevzuat değişikliklerine rağmen pandemi döneminde vatandaşların cepten sağlık harcamalarında artış olmuştur. Bu durumun iki önemli ne-

deni vardır: İlki salgınla birlikte kamu hastanelerinin neredeyse tamamının pandemi hastanesi ilan edilmesiyle ilgilidir. Bu ilan sonrası bu kurumlarda zorunlu olmayan (elektif) başvurular, girişimler ertelenmiştir. Ancak özellikle riskli gruplara yönelik sağlık hizmetlerine erişimde bir planlama yapılmamıştır. Bu durumda yaşlı hastalar, gebeler, hematoloji-onkoloji hastaları, kronik hastalığı olanlar ve ameliyat olması gerekenler özel sağlık kuruluşlarına yönelmek durumunda kalmışlardır. Bu durumu fırsat olarak gören birçok özel hastane ve sağlık kuruluşu kayıt dışı olarak her türlü tıbbi işlem için SUT bedellerinin %200 ve ötesinde ücret talep etmişlerdir. Bu durum da cepten sağlık harcamalarını artmasına yol açmıştır.

Diğer bir neden ise COVID-19'a yönelik olarak tanı testleri ve hastane tedavi giderlerine maske, yüz siperliği, hijyen malzemesi, ateş ölçer gibi kişisel koruyucu malzemelerin ücretlerinin eklenmesidir. 3 Şubat 2021 tarihinde TÜİK tarafından yayımlanan Ocak 2021 Tüketici Fiyat Endeksi'nde de görüleceği üzere hane halkı harcamalarındaki en önemli artış gıda ve ulaştırmadan sonra %16,99 oranıyla sağlık alanında gerçekleşmiştir.

COVID-19 VE SGK SAĞLIK HARCAMALARI

Bakan Selçuk, Bakanlığının bütçe görüşmelerinde yaptığı konuşmada, 2020 yılında COVID-19 sebebiyle sağlık harcamalarının arttığını, SGK sağlık harcamasının 2020 yılı sonunda 136,9 milyar TL olarak gerçekleşeceğini tahmin ettiklerini, salgından olumsuz etkilenen 43 devlet üniversitesi tıp fakültesi sağlık araştırma ve uygulama merkezine hizmetlerin sürdürülebilir-

liğini teminen 1,7 milyar TL ek bütçe desteği sağlandığını ifade etmiştir. Bakan Selçuk, 17 Aralık 2020 tarihinde OHSAD tarafından düzenlenen “11. Sağlıkta Ortak Çözüm Toplantıları’na video mesaj ile katılarak “COVID-19 test, tedavi ve bakım hizmetleri için GSS kapsamında tüm bu ödemelerin 4,4 milyar liraya ulaştığını” açıklamıştır.

Türkiye’de sağlık hizmet alanının yaklaşık %70’i kamu, %30’u da özel sektörden oluşmaktadır. Özel sağlık sektöründe özellikle büyük hastane zincirlerinde önemli gelir kaynağı “sağlık turizmi”dir. Pandemi nedeniyle yurtdışından gelen yabancı hasta sayısının düşmesiyle bu başlıktaki gelirleri azalmıştır. Özel sağlık sektörü, kamu hastanelerine gidemeyen elektif vakalara, COVID-19 tedavi süreçlerine, yoğun bakım ve test ücretlerine yoğunlaşarak düşen gelirlerini yeniden sağlamaya yönelmişti. Zaten salgınla birlikte kamu hastanelerinin neredeyse tamamı pandemi hastanesi ilan edilmiş ve başta operasyonlar olmak üzere hemen tüm işlemler ertelenmişti. Bu durumda bu hastalar özel sağlık kuruluşlarına yönelmek durumunda kaldı. Pandemi döneminde OHSAD Başkanı’nın “sürekli zarar ederek hasta bakamayız, COVID-19 hastası kabul etmeyeceğiz” açıklaması, “COVID-19 hastalarına devlet ve üniversite hastaneleri baksın, elektif vaka ve işlemlere özel hastaneler baksın, hastalardan %200 ve ötesi ilave ücret alınsın” şeklinde bir “iş bölümünün” SGK ile aralarında zimmen yapıldığını düşündürdü.

SGK 2020 Eylül Sağlık İstatistikleri verilerine göre hasta müracaat sayıları-

nın tüm sağlık kurumlarında azaldığı; ote yandan fatura tutarı bakımından eksiye düşen kurumların iddia ettiği gibi özel hastaneler değil devlet hastaneleri olduğu görülmektedir. Aksine özel sağlık kurumlarının fatura tutarları azalan hasta sayısı ile paralel olmayacak biçimde artmıştır.

Ülkemizde kullanılan aşılardan tümü yurtdışında üretilmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın takviminde yer alan aşılardan kullanıma ücretsiz sunulmaktadır. Ücretler vatandaşlardan alınan vergilerden oluşan genel bütçeden karşılanmakta; GSS fonundan aşı ücreti için ödeme yapılmamaktadır.

Aşı tedarik konusunda Sağlık Bakanı ve AKP Genel Başkanının açıklamalarına bakılırsa aksamalar olmakta, bu durum da aşı tereddütüne yol açmaktadır. Aşı sürecinin, dağıtılamayan “5 adet maske” ve IBAN numarası verilerek istenen PCR testi meselesine dönüşmemesini ümit etmekteyiz.

GERÇEK YOKSULLUK ENVANTERİNE ULAŞILAMAMAKTADIR.

Sosyal yardımlar, yoksulluk içinde olup temel ihtiyaçlarını karşılayamayan ve yaşamlarını en düşük düzeyde dahi sürdürmekte güçlük çeken kişi ve ailelere karşılıksız olarak sağlanan, aynı ve nakdi olarak yapılan yardımları kapsamaktadır. Kişilerin sosyal güvenliğini güvence altına almak ve sosyal güvenliğin önemli bir unsuru olan sosyal yardımları yapmak devletin sorumluluğundadır. 2015 yılından sonra faaliyet raporunda Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Bilgi Sistemine kayıtlı hane ve kişi sayısı yayımlanmamıştır. Türkiye sosyal yardım istatistikleri bülteninin yayım-

dan kaldırılması ile gerçek yoksulluk envanterine de ulaşılamamaktadır. Bu durum artan yoksul ve muhtaç sayısının üzerini örtmeye yönelik bir hamle olarak değerlendirilebilir.

Bakan Selçuk, Bakanlığının bütçe görüşmelerinde yaptığı konuşmada “Pandemi Sosyal Destek programıyla, 6 milyondan fazla haneye 1.000’er TL nakdi destek sağlandığını” ifade etmiştir. Ancak, resmi verilerde 2019 yılı için sosyal yardımlardan faydalanan toplam kayıtlı hane sayısı 3 milyon 209 bindir. Resmi verilerde sosyal yardımlardan faydalanan kayıtlı hane sayısı ile Bakan’ın açıkladığı hane sayıları arasında fark nereden kaynaklanmaktadır? Bütünleşik Sosyal Yardım Hizmetleri Bilgi Sistemine kayıtlı hane ve kişi sayısı yayımlanmadığından dolayı durumun siyasi tercihe göre sosyal yardım, mükerrer yardım ya da pandemi döneminde muhtaç ve yoksulluk kervanına yaklaşık 3 milyon hanenin eklendiği yönünde taminlerde bulunmak mümkündür.

Sağlık hizmeti kamusal anlayışla yapılandırılmış bir sistemle sağlanmalıdır. İşçiler ve yoksulların ivedilikle desteklenmesi gereklidir. Türkiye’nin kaynakları bu destekler için yeterlidir. Nitelikli, kamusal kaynaklı sağlık hizmet sunumuna her zamankinden daha fazla gereksinim duyulan bu olağan dışı dönemde, hastaları mağdur edecek uygulamalardan hızla vazgeçilmelidir. Sağlığı hak değil, gereksinim diye tanımlayarak, işi kişilerin sorumluluğuna havale eden, dolayısıyla satın alınması gereken bir hizmet olduğunu ifade eden anlayışa karşı çıkıyoruz. Sağlık, herkesin parası kadar sahip olabileceği bir hizmet değil, haktır!

Tablo: Sağlık Hizmeti Sunucusu Türüne Göre Analiz Bilgileri

2019-2020 (İlk 9 ay) Değişim Oranı			
Sağlık Hizmeti Sunucusu	Müracaat Sayısı	Fatura Tutarı (KDV Hariç)	Müracaat Başına Ortalama Maliyet
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	-38,41 %	-21,36 %	27,68 %
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	-31,75 %	-1,56 %	44,22 %
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri	-16,31 %	14,79 %	37,16 %
Üniversite Sağlık Tesisleri	-29,52 %	2,01 %	44,73 %

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bültenleri. Sağlık İstatistikleri 2020 Eylül

PROF. DR. SELİM BADUR'LA Dünyada ve Türkiye'de aşı çalışmaları

Röportaj: Süheyla Ağkoç

Mikrobiyoloji Uzmanı Prof. Dr. Selim Badur ile Koronavirüse ilişkin aşı tartışmalarını, Türkiye'nin aşı politikasını ve aşıya ilişkin dünyada yaşanan son gelişmeleri konuştuk.

Hocam sizinle Dünya'da ve Türkiye'de aşı çalışmalarını konuşmak istiyorum.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bir tanımlaması var. Aşı ve enfeksiyonla çalışan insanların başucu kitabı gibi gördükleri "Vaccines" kitabının yazarı olan Stanley Plotkin "temiz içme suyu kullanımı dışında, insanlığın hastalıklarla mücadelesinde, antibiyotikler de dahil olmak üzere, en önemli buluş aşılar olmuştur" der. Aşı gelişimi ile ilgili bütün süreci değerlendirsek, başlangıçta konvansiyonel bir yaklaşım olduğunu görürüz. İlk adımlar atıldığında virüslerden bihaberdi bilim

dünyası. Bakterileri alıp, çoğaltıp, öldürmek ya da sersemletmek ve daha sonra bu ölü ya da hastalık gücü zayıflatılmış bakteriyi aşı olarak kullanmak biçiminde bir yol izleniyordu. Amaç gerçek bir enfeksiyon sürecinde etkeninin yaptıklarını taklit ederek immün sistemini uyarmaktı. Bu tarz inaktif ya da atenüe aşılar günümüzde hala kullanılıyor. Klasik ama geçerliliği kanıtlanmış, oldukça etkili aşılar. Ancak zaman içinde bu aşılar ateş, koldaki ağrının fazla olması gibi bir takım lokal yan etkiler olduğu gözlemlendi. O zaman sadece immünojen dediğimiz bölümlerini saflaştırılmalı ve bunu verelim şeklinde bir yaklaşım doğdu. 1940'ların sonunda önce mikroorga-

nizmanın biraz daha saflaştırıldığı subunit aşılar hazırlandı, oradan da split aşılar geçildi. Yani kademe kademe aşıların saflaştırılması işlemine başvuruldu. İçerikler saflaştırılınca yan etki riski azaldı, ama bu kez bakıldı ki immün sistemi uyarma gücü de azaldı. İşte o aşamada mikroorganizmaların saflaştırılması sürecinde kaybettikleri immün sistemi uyarma gücünü arttırmak için adjuvanlar kullanılmaya başladı.

Tabi saflaştırılan aşılar kadar geçen süreçte iki önemli gelişmeyi atlamamak lazım; biri difteri, tetanosda olduğu gibi toksin aşıları. Sadece toksinlerinin hastalık yaptığı anlaşıldıktan sonra toksin elde edip ona karşı

Dr., Hekim Sözü Yayın Kurulu Üyesi

bir bağışıklama söz konusu oldu. Bu bahsettiğimiz aşılar hep bakteri aşıları için geçerli idi. 50'li yıllarda, önce embriyonlu yumurta daha sonra hücre kültüründe virüslerin üretilmesi ile birlikte virüs aşılarının hazırlanması ve bakteriler için bahsettiğim yöntemlerin virüs aşıları için de kullanılması gündeme geldi.

***B**en de virüsleri soracaktım, virüsler ne zaman hayatımıza girdi?*

Virüslerin geçmişine, insanlarla ilişkilerine baktığımızda, genetik özelliklerimiz açısından inceleme yapılır ise, insan genomunun belirli oranda virüslere ait olduğunu görmekteyiz. Virüsler ne zaman hayatımıza girdiden çok viral enfeksiyonlarla ne zaman sorun yaşamaya başladık, demek daha doğru. Solunum yolu enfeksiyonları ve pandemi benzerliğinden hareketle; herkes 1918'lerde yaşanan İspanyol gribinden bahseder. O dönemde salgına bir virüsün yol açtığı bilinmiyor idi. Hastalardan bugün pnömokok, influenza gibi isimlendirdiğiniz bakteriler izole edildiğinden o salgının bir bakteri enfeksiyonu olduğu düşünülüyor di. Virüslerin izolasyonu 1930'lara kadar uzanır. Örneğin influenzanın 1932'dir. 1950'lere gelindiği zaman hücre kültürleri ve embriyon yumurtada virüslerin üretilmesi sağlandıktan sonra daha fazla miktarda virüsün kültürü yapılabilir ve onların da aşılarmaları başladı.

Saflaştırılmış aşılarından hemen sonra 70'li yıllara gelirken devreye kombine aşılar girdi. Birçok kez enjeksiyon yapmak yerine birden fazla aşı bir araya getirilip, en önemli örneğini kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısında gördüğümüz biçimde kombine edildi. Tabi bu iş üç tane aşıyı yan

yana koymakla olmuyor, bu kadar basit değil. Her bir etkeni eklediğiniz zaman diğerinin etkisi bozulmasın (interferans) diye çalışmalar yapmak gerekti. O güne dek örneğin pnömokok aşısında olduğu gibi polisakkarit aşıları kullanılıyordu. Bunlar iyi immünojen olsalar bile IgM sınıfı antikor yapıyorlar, bellek hücrelerini uyarmadıklarından çok kısa süreli bağışıklık sağlıyorlardı. Bu nedenle bu polisakkaritleri alıp bir büyük protein molekülü ile konjuge ettik ve böylece konjuge polisakkarit aşıları gündemimize girdi. Pnömokoklardan başka Meningokoklara karşı ve H. influenza için konjuge aşılar hazırlandı.

Bunun dışında aynı mikroorganizmanın insan ve bir başka canlıdaki türlerinin genetik harmanlanması sonucunda reassortant aşılar oluşturuldu, örneğin rotavirüs aşısı, insan ve sığırların rotavirüslerinin harmanlanması sonucunda elde edildi. Süreç böyle ilerlerken 1980'lerden sonra önemli bir gelişme oldu ve modern aşı teknolojileri adını vereceğimiz dönemde önce rekombinant DNA (R-DNA) aşısı ilk olarak gündeme geldi. Önceleli enfekte bireylerin plazmalarındaki antijenleri saflaştırarak elde ettiğimiz Hepatit B aşısını bu aşamada R-DNA teknolojisi ile hazırladık. Kısacası etken mikroorganizmanın genetik maddesini Saccharomyces gibi bir mantarın içine entegre edip, mantar çoğalınca antijen

bölgesini de dolaylı yoldan çoğaltmış yani rekombinasyon yapmış oluyorsunuz. R-DNA teknolojisi önce Hepatit B aşısı için kullanıldı, daha sonra diğer aşılar hazırlandı. Bu arada unutmamak lazım papilloma aşısında olduğu gibi virüs benzeri partiküller (VBP) dediğimiz, içinde genetik maddesi olmayan ama dışı tamamen

aynı olan bir virüs yapısı da aşı olarak kullanıldı.

2000'li yıllara geldiğimiz zaman bir başka çağ atlama söz konusu oldu aşı konusunda, örneğin "Revers vaccinology" dediğimiz yöntem geliştirildi. Burada mikroorganizmanın genom yapısı dizi analizleri ile incelenip, immünojen olabileceğini düşündüğünüz antijen bölgelerini saptamak, onların içinde hangileri yüzeyde eksprese ediliyor, hangileri antikor oluşturabilir, yüzey antijenlerine karşı oluşan antikorların hangilerinin gerçekten bakterisidal etkisi var gibi bir azalmaya giderek eliminasyon yöntemi ile aşı hazırlıyorsunuz. Mikroorganizmanın nükleik asidinin sekanslaması yapıldıktan sonra moleküler biyoloji, immünoloji ve bilgisayar programları bilimleri bir araya gelerek aşı hazırlanıyor. Örneğin Menenjit B aşısı bu şekilde hazırlandı ve dünyadaki ilk örneğidir. Tabi bütün bunlar olup bitirken bir de benim asistanlık yıllarımdan beri adını duyduğumuz, ama bir türlü ete kemiğe bürünemeyen, ancak pandemi ile gündemimize gelen bir takım aşılar var. Örneğin DNA aşıları, RNA aşıları, bunun yanı sıra vektör aşılardan bahsedilmeye başlandı. Ve nihayet "yapısal vaccinology" denilen yöntemler de var.

***B**ütün bu gelişmeler olurken aşı politikaları nasıl şekilleniyor, insanlık bundan nasıl faydalanıyordu?*

Hep söylenir "Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü'nde biz zamanında 20 tane aşı ürettiyorduk, artık üretmiyoruz" diye. Tabi lokal aşı üretimleri, özellikle devletlerin kar amacı gütmeyen halk sağlığı yararına yaptığı üretimler söz konusuydu; Türkiye de aşı ürettiyordu. Ama daha sonra aşı işi neoliberal politikalarla beraber tamamen kar amaçlı şirketlerin bir ticari metası haline geldi, ne yazık ki. Bu şirketlerin kuruluş amaçları kar etmek. Geline nokta artık devletlerin kar amacı gütmeyen kendi yurttaşları için aşı üretmeleri süreci bitmiş gibi görünüyor. Yani bir iki istisna vardır elbette Küba'daki gibi; ama bunun dışında çok uluslu bir takım şirketlerin ürettiği ürünlere ve patent yasalarına bağlı kaldık. Bu konuda en iyi örnek bana kalırsa, 1980'li yıllarda anti-



retroviral ilaçlarla ilgili. O yıllarda AIDS hastasının bir yıllık tedavisi yaklaşık 11-12 bin dolar tutuyordu. Bu ilaçların jenerik formülleri üretildi, örneğin Hindistan'daki Cipla Kuruluşu yaptı, yıllık tedavi 12 bin dolardan 300 dolara düştü. O zaman Günay Afrika Cumhuriyeti antiretroviral ilaç alımı için ihale açarken Cipla da girsin dedi. Tabi bütün ilaç şirketleri, ticari ambargo, patent yasası falan diye ayağa kalktılar. İlaç şirketlerinin iki gerekçeleri vardı, ben o kısmı daha çok önemsiyorum, birincisi eğer patent yasasını uygulamaz yani jenerik ilaç alırsanız ARGE'ye gerekli yatırımı yapamayız, ikincisi jenerik ilaçlar orijinal ilaçlar kadar etkili değil. Hemen akabinde DSÖ jenerik ilaçların etkinliğinin de orijinal moleküller kadar olduğunu gösterdi. İlaç şirketleri biz ARGE'ye yatırım yapamayız diyorlardı ama zaten hiç birisi ARGE çalışmaları sonucunda elde edilmiş ilaçlar değildi. Çok cüzi fiyatlara satın aldıkları bir takım küçük araştırma merkezlerinin buldukları moleküllerdi. Uzatmayayım, birçok aktivist ve AIDS ile çalışan sivil toplum örgütü tepki gösterdi, ilaç şirketlerini, kongreleri bastılar ve protestolar sonucunda geri adım atıldı.

Tabi bunu "milli aşımızı üretelim" biçiminde sloganlaştırmak da doğru değil, tamam da, nasıl üreteceksiniz. Bu bana, zamanında bakanlık yetkilileri tarafından çok sorulan bir soruydu; "biz niye aşı üretmiyoruz hocam", derlerdi. Bina veriyoruz para da veriyoruz, niye olmuyor? Bir bilim politikası, bilime güven politikası olmadıktan sonra, ben para verdim, bina verdim yapın! Buna indirgediğiniz zaman konudan hiç anlamadığınız ortaya çıkıyor. Uzun soluklu araştırmalar gerekli, yatırımlar ve bilimin değerini bilmek gerekli. Örneğin Hepatit C'deki çalışmaları nedeniyle bu yıl Nobel ödülü alan araştırmacılarla yapılmış röportajları okumuştum. Biz 15 senedir Hepatit C virüsü üzerinde çalışıyor, hiçbir şey bulamıyorduk, "kardeşim 15 sene oldu hadi bir şey bulacaksın bul" diyen olmamış, sorgusuz sualsiz yatırım yapmışlar. Yatırım yapacaksınız, 100 taneden 10 tanesi bir buluşa, ürüne dönüşecek, 90 tanesi dönüşmeyecek. Siz bunu göze

almadıktan, uzun vadeli zamansal ve parasal yatırım yapmadıktan sonra, bir bilim politikanız olmadıktan sonra, olmuyor bu işler.

Sars-Cov2 aşısının gelişimini biraz anlatabilir misiniz?

Aşı konusunda iki ana akım var. Biri daha modern teknikler; vektör aşıları ya da RNA aşıları. Vücutta protein sentezini yani immün sistemi uyaracak protein moleküllerini direkt olarak vermek yerine RNA'sını veriyorsunuz, o RNA'nın istenen proteinleri üretmesini, o proteinlerin de immün sistemi uyarmasını hedefliyorsunuz. Birinde RNA'yı direkt olarak veriyorsunuz, vektör aşısında ise RNA'yı Adenovirüs gibi canlı ya da cansız vektörler içine koyuyorsunuz. Mekanizmayı çok basite indirgeyip böyle açıklamak mümkün. RNA-protein-immün yanıt üçlüsü şeklinde özetlemek olası. Diğeri ise daha klasik bir aşı üretim yaklaşımı olan inaktif aşı. Burada ise, virüsü öldürüp, bütün olarak, etkenin içerdigi tüm viral proteinleri veriyorsunuz ve böylece doğrudan immün sistem uyarılması gerçekleşiyor. COVID-19 etkeni olan Sars-Cov-2'yi alıyorsunuz bir şekilde inaktive ediyorsunuz; örneğin Çin'de beta-propiolakton gibi bir kimyasal maddeyle inaktivasyon yapıyor, bu inaktive ettiğiniz bütün mikroorganizmayı veriyorsunuz; bu durumda virüs vücuda verildiği zaman onun bütün yapısal elementleri immün sistemi uyarcak ve bir immün yanıt meydana gelecek.

Her iki tekniğin de birtakım avantaj ve dezavantajları var. İnaktif aşı için çok fazla miktarda virüsü üretilip, daha sonra öldürmeniz lazım, bu pahalılığı beraberinde getiriyor. Uzun süre uyarı yapmadığı için adjuvant eklemeniz lazım ve tekrar dozlar, ikinci, belki sonra rapel doza ihtiyaç var. Avantajı ise, ben bunu önemsiyorum, mikroorganizmanın tamamını verdiğiniz için her komponentine karşı immün yanıt oluyor. Bu daha güçlü bir immün yanıt sağlıyor. RNA aşılarında ya da vektör aşılarında ise sadece Spike proteini dediğimiz, yüzey çıkıntıları-na yani S proteinlerine karşı antikor

“

"Biz niye aşı üretmiyoruz hocam", derlerdi. Bina veriyoruz para da veriyoruz, niye olmuyor? Bir bilim politikası, bilime güven politikası olmadıktan sonra, ben para verdim, bina verdim yapın! Buna indirgediğiniz zaman konudan hiç anlamadığınız ortaya çıkıyor. Uzun soluklu araştırmalar gerekli.

”

oluştugu için o bölgedeki herhangi bir mutasyonda elinizdeki aşılar etkisiz kalabiliyor. RNA aşıları, daha iyi sonuç alınan aşılar diye yansıtılmamalı. Bu yöntemle, bir aciliyet karşısında çok süratle aşı hazırlayabiliyor, mikroorganizmanın bir mutasyonu olursa, yeni mutant suşa karşı hemen ufak bir değişiklikle aşı üretebiliyorsunuz. Ama orada da çok tartışılmayan farklı sorunlar var. Bunlar hassas moleküller olduğu için lipid nanopartiküller içinde veriliyor vücuda. Lipazlar bu lipit yapıyı bozuyorlar; açığa çıkan RNA protein sentezine başlıyor. Açığa çık-



tıktan sonra bu protein sentezinin ne kadar sürdüğünü bilmiyoruz henüz. Ve lipit yapısındaki polietilenglikol-den kaynaklanan birtakım alerjilerden bahsediliyor.

Tabi bu arada bu yapılardan bahsederken, yapısal immünoloji demiştik, çok ilginç bir aşı teknolojisi var; gündemde değil şu anda. Önce RSV için hazırlanmıştı. Daha sonra Avusturalya'daki Queensland Üniversitesi bu aşığı Sars-Cov2 için çalıştı. Çok da iyi bir teknoloji. Yaptığınız spark proteinlerini bir kelepçe ile kitlemeniz lazım. Kelepçe olarak 80 aminoasidik bir

polipeptit kullanıyorlarmış. Ama ön çalışmalarda bir baktılar ki, kullanılan polipeptitin, HIV yapısında yer alan bir bölge ile benzerlik göstermesi nedeni ile, gönüllülerin bir bölümünde anti HIV antikorları pozitif olmuş. Hemen durdurdular çalışmayı.

Şimdi RNA aşıları, inaktif aşılar veya vektör aşılarının savaşı devam ediyor. Bunlar ciddi savaşlar haline dönüşecek. Aşılarla ilgili, unutmayalım ki, bir pazar ve ticari kavga söz konusu. Bu nedenle deyim yerindeyse, çok belden aşağı vurmalar başlayacaktır. Örneğin bakıyorsunuz, Reuters haber ajansı

“

Bütün bu gelişmelere baktığınız zaman demek ki birtakım şeyler yanlış yapılıyor. Kar amacı güderek doğayı, ekolojiyi hiç dikkate almadan bu şekilde saldırırsanız, pandemilerin sayısı gittikçe artacak ve daha sıklıkla ortaya çıkacaktır.

”



gibi saygın bir haber ajansı Brezilya'da yapılan inaktif Çin aşısı Sinovac ile ilgili çalışma sonuçlarını "Bu aşının etkinliği %50'dir" diye veriyor mesela. Aslında öyle değil. Çünkü aşı çalışması üç aşamada yapılıyor. Ağır hastalığa karşı %100, orta şiddette hastalığa karşı %75 dolaylarında, daha hafif hastalığa karşı %50 etkili. Vay bu aşı %50 etkili deniyor. Ama kimse "mRNA aşıları da zaten ağır hastalığa karşı yüzde 90-95'lerde koruyor, ama biz mRNA ya da vektör aşılarının hafif hastalıktan ne kadar koruduğuna dair bir bulguya sahip değiliz. Belki de onlarınki daha da düşük olacak. Sonuçta, yalan söylemeden ama gerçeklerin bir kısmını saklayıp, bir kısmını söyleyerek bir savaş oluyor.

Bunu da söylemeden edemeyeceğim, insanların aşı ortaya çıktı pandemi sorun olmaktan çıkıyor diye düşünmeleri çok yanlış. İki önemli faktör var: birincisi bu aşıların, gerçek dünya verilerine baktığınız zaman, %95 etkinliği %60-70'lere düşecektir. Çünkü Faz 3 çalışmaları hep ideal koşullarda yapılan çalışmalardır. Kronik hastalığı vb. olanları almazsınız gönüllüler arasına. İkinci olarak da toplumun %100'ünü aşılayamıyorsunuz. Bu nedenlerden ötürü pandeminin aşı ile sonlanması öyle kısa sürede gerçekleşmeyecek.

İkinci olarak şunu da belirtmeliyim. Bu aşı bizi enfeksiyondan koruyacak ama, aşılanan kişiler virüs alıp kendilerinin hasta olmamalarına karşın etrafa yayabilecekler mi? Bunun böyle olduğu düşünülüyor. Sars-Cov2 aşıları, hangisi olursa olsun, sistemik olarak bütün vücutta bir immün sistem uyarısı yapıyor, ama mukozal immüniteyi uyarmıyorlar. Mukozal immüniteyi uyarmadıkları için burun, boğaz mukozasına virüsün gelip yerleşmesini ve daha sonra oradan dışarıya atılmasını engelleyemiyorlar. Yani bu tarz bir yaşama alışmamız gerekecek bir süre için.

Peki mutasyonu da konuşalım mı biraz?

Sars-Cov2 biliyorsunuz bir RNA virüsü. Bir RNA virüsü olmasına karşın bizi şaşırttı, çünkü beklediğimiz kadar fazla bir mutasyon olmadı şimdiye kadar. Birçok özelliğini şaşırtarak

okuyup, öğreniyoruz. Gerçekten de 20 sene viroloji çalıştım, hiç bu kadar grip, farklı davranışı olan bir virüs okumamıştım, karşılaşmamıştım. Bulaşma yolları, hangi reseptöre bağlandığı kısa sürede anlaşıldı; ancak gariptir solunum yolları enfeksiyon etkeni diyoruz ama her sistemde var ACE2 reseptörü. Onun için çok fazla organ tutulmasını da beraberinde getiriyor. Moleküler biyologlar, genetikçiler, bir virüste genetik yapıdaki her hangi bir değişikliğin etkenin davranışında farklılaşmaya neden olup olmadığına bakarak değerlendirme yaparlar; eğer virüsün davranışında bir değişime yol açıyorsa mutasyon; yol açmıyorsa varyant diyorlar. Farkındaysanız şimdiye kadar ki bütün farklılaşmalardan DSÖ ve bilim dünyasında varyant diye bahsediliyor. Bu varyanttan bahsederken Boris Johnson başta olmak üzere birçok politikacı, sağlık bakanı, bilim dünyasından bazı insanlar "daha ağır hastalık yapmıyor, ama çok daha hızlı yayılıyor" deseler de, benim bu konuda birtakım soru işaretleri var kafamda. Birincisi daha hızlı yayıldığına dair bilimsel bir yayın çıkmadı. Yayılım hızı diye verilen değerler bilgisayarda ki bir takım matematik modellemeler üzerinden yapılıyor. Diyelim ki nisan ayında on bin kişilik bir kasabada 200 kişi enfekte, kasım ayına geldigimiz zaman aynı kasabada üç bin kişi enfekte. Tabii ki üç bin kişi daha fazla insana yayacak. Yani virüs yapı değiştirmese bile yayma hızı daha da artmış olacak. Şimdi acaba aralık ayında İngiltere'deki artışlar bu varyant hızlı yayılıyor diye mi ortaya çıktı, yoksa zaten hızlı yayılma olacaktı da o sırada bu varyant mı izole edildi, bunu bilmiyoruz açıkçası. İngiltere de saptanan ilk varyantı (V1), G Afrika (V2) ve Brezilya dan (V3) yeni virüs tiplerinin saptanması izledi. Ama şu an öncelikle bu varyantların daha hızlı yayıldığı kabul edilmekte ise de, varyantların hiçbirinin en azından aşının oluşturulacağı antikordardan tamamen kaçması söz konusu değil.

Mutasyonlar için uyanık olmak lazım. Her ülkenin dizi analizlerini yapıp dolaşımdaki virüslerini izlemesi lazım. Bu mutasyonlar beni daha çok aşının oluşturacağı antikorlar açısından değil de ileride geliştirileceğinden emin

olduğum ve üzerinde çokça çalışıldığını bildiğim antivirallere direnç oluşturması açısından düşündürüyor. Daha bir antiviral çıkmadan direnç gelişebiliyor.

İnsanlık artık bu gibi salgınları daha sık yaşayacak, deniyor. Sizin bu konudaki görüşünüz nedir?

20. yüzyılın son çeyreğinde, aşıların, antibiyotiklerin kullanılması, temiz içme suyuna daha fazla erişim gibi nedenlerle enfeksiyon hastalıkları defteri artık kapandı deniyordu. Ama 2000'li yıllara geldiğimiz zaman işin hiç de öyle olmadığı görüldü. AIDS, dirençli tüberküloz, Sars, Ebola gibi yeniden ortaya çıkan ya da yeni ortaya çıkan birçok enfeksiyonla karşılaştık. Bunların sıklıkla görülmesinde birtakım nedenler var. Küreselleşme dediğimiz dünya düzenindeki farklılaşma ile paralel giden nüfus artışı, seyahatlerin yoğunlaşması, doğal ortamlarından koparılıp farklı amaçlarla kullanılan vahşi ya da evcil hayvanlarla temasın artması, ormanların sorumsuzca yok edilmesi, suyun ve toprağın kötü kullanımı, iklim krizi gibi 20. yüzyılda gelişme, başarı adı altında daha fazla para kazanmak için ekolojiyi ve doğayı mahveden nedenler... Ormanları kesiyorsunuz ormandaki yarasa ya da birtakım vektörler, artropotlar, keneler, sivrisinekler, tatarcıklar yerleşim bölgelerine atılıyorlar ve taşıdıkları mikroorganizmalar ile temas olasılığınız artıyor. Bana kalırsa yaşanan pandemi ilginç ve önemli bir konu; insanlığın bunun üzerine düşünmesi gerekiyor. Yani teknoloji, gelişme diyoruz ama daha fazla risk altında olduğumuzu atlıyoruz. Riskten arındırılmış değiliz. Herkesin öykündüğü, uzun yıllar parası olanın gidip Amerika'da Avrupa'da tedavi olduğu sağlık sistemlerinin nasıl çöktüğünü gördük. Bir mikroorganizma 10 günde çökertti koca batının sağlık sistemi. Bütün bu gelişmelere baktığınız zaman demek ki birtakım şeyler yanlış yapılıyor. Kar amacı güderek doğayı, ekolojiyi hiç dikkate almadan bu şekilde saldırırsanız, pandemilerin sayısı gittikçe artacak ve daha sıklıkla ortaya çıkacaktır.



COVID-19 MESLEK HASTALIĞI SAYILSIN TALEBİMİZE Vazife malullüğü ile idare edin mesajı mı verilmektedir?

Güray Kılıç*

“

Meslek hastalığı sigortasından sağlanan haklar, geçici iş göremezlik ödeneği, sürekli iş göremezlik geliri, ölüm geliri, cenaze ödeneği ve evlenme ödeneğidir.

Vazife malullerine sağlanan haklar ise faizsiz konut kredisi, eğitim öğretim yardımı, ek ödeme/ tütün ikramiyesidir.

”

Salgına karşı hayatlarını ortaya koyarak mücadele eden hekim ve sağlık çalışanlarının Covid-19 meslek hastalığı sayılması konusundaki talebine karşı Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı, Sağlık Bakanı

*Dr., İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi

ve AKP Genel Başkanı'nın yaptıkları açıklamalara bakıldığında meslek hastalığı yerine vazife malullüğünün öne çıkarıldığı görülmektedir.

Sağlık Bakanı'nın konunun özüne ilişkin hiçbir açıklaması yoktur. Sadece hayatını kaybeden sağlık çalışanlarını

şehit olarak niteleyip gözleri dolmaktadır.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı ise soruna teknik olarak bakmaktadır. “İllyet bağı kurulup gerekli dokümanlar ve şartlar sağlandığı sürece” diyerek mahkeme kapısını



“

Konun asıl muhatabı olan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı Zehra Züm-rüt Selçuk'un konu-yu var olmayan bir sorun olarak gördüğünü ifade etmesine karşı, Covid-19 ne-deniyile hayatını kay-beden meslektaşımızın eşinin yazdığı “size hakkımızı helal etmiyorum” cümlesi tüm sağlık çalışanlarının yüreğinde bir ateş gibi yankılanmış ve Bakan'a karşı bir tepkiye dönüşmüştür.

”

göstermekte, 4 -5 yıl sonra mahkemeden çıkacak sonuca havale etmektedir. Ayrıca çok az kişinin başvurduğundan bahisle Covid-19'un meslek hastalığı sayılmasını var olmayan bir sorun olarak görmekte-dir.

AKP Genel Başkanı kabine toplantısının ardından yaptığı açıklamada Covid-19'un meslek hastalığı sayılmasına ilişkin şu bilgileri paylaşmıştır: Vazife malulü sağlık çalışanlarımızın aileleri, maaştan ek ödemeye, faizsiz konut kredisinden çocuklarına eğitim öğretim yardımına, istihdam hakkından fatura indirimlerine kadar pek çok imkana kavuşacaklardır. Salgın döneminde hayatını kaybeden sağlık çalışanlarımızın kadrolarına göre vazife malulü/meslek hastalığı statülerinin hızla sonuçlandırılması sağlanacak.

Konuya ilişkin 3 farklı açıklama mevcut olup, bunları nasıl okumak gereklidir;

Konun asıl muhatabı olan Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı Zehra Züm-rüt Selçuk'un konuyu var olmayan bir sorun olarak gördüğünü ifade etme-sine karşı, Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden meslektaşımızın eşinin yazdığı “size hakkımızı helal etmiyorum” cümlesi tüm sağlık çalışanlarının yüreğinde bir ateş gibi yankılanmış ve Bakan'a karşı bir tepkiye dönüşmüştür.

AKP Genel Başkanı ise bu süreçte meslek hastalığının sürekli gündeme gelmesi-ni, kamuoyunda yer almasını azaltmak ve gündemden düşürmek için meslek hastalığından üstünkörü söz edip, meslek hastalığı tartışmalarının yerine kapsamı daraltmak amacıyla vazife malullüğünü öne çıkarmaktadır.

Acilen yapılması gereken şudur: Olağ-a-nüstü koşullar nedeniyle kapsamlı bir yasal bir düzenleme yapılana dek uygulama-da ortaya çıkacak farklılıkların ve mağ-duriyetlerin engellenmesi için Covid-19 pandemi süreciyle sınırlı olmak üzere, Covid-19 nedeniyle hastalanan ve vefat eden, fiilen sağlık hizmeti sunumuna katkı-lan tüm sağlık çalışanlarının ölümünün ve hastalığının başkaca bir araştırmaya veya illiyet bağı tartışmasına gerek kalmaksızın doğrudan meslek hastalığı olarak kabul edilmesi ve bu kabule göre de yasada belirtilen meslek hastalığı haklarından yararlanması, yakınlarına tazminat öden-mesi ve gelir bağlanmasını sağlayacak



hızlı bir yasal düzenleme (Cumhurbaşkanlığı Kararı ya da mümkünse TBMM'de Kanun) yapılmasıdır.

Peki neden meslek hastalığı yerine vazife malullüğü öne çıkarılmaya çalışılmaktadır.

1- Kapsam bakımından: Meslek hastalığı 5510 sayılı kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının a ve b bendinde belirlenen sigortalıları, vazife malullüğü ise c bendindeki kamu görevlilerini kapsar. Meslek hastalığının kapsamında bulunan sigortalıların sayısını vazife malullüğü kapsamında bulunan sigortalı sayısından çok daha fazladır.

2- Sağlanan haklar bakımından: Meslek hastalığı sigortasından sağlanan haklar, geçici iş göremezlik ödeneği, sürekli iş göremezlik geliri, ölüm geliri, cenaze ödeneği ve evlenme ödeneğidir. Vazife malullerine sağlanan haklar ise faizsiz konut kredisi, eğitim öğretim yardımı, ek ödeme/ tütün ikramiyesidir.

3- Haklardan yararlanabilmek için: Meslek hastalığı ve vazife malullüğü sigortasından doğan haklardan yararlanabilmek için herhangi bir prim günü sınırı bulunmamaktadır.

4- Gelir bağlanması için gereken “azalmış meslekte kazanma gücü” oranları



bakımından: Meslek hastalığı sonucu oluşan hastalık ve engellilik nedeniyle SGK Sağlık Kurulunca meslekte kazanma gücü en az %10 oranında azalmış bulunduğu tespit edilen sigortalıya gelir bağlanmaktadır. Malullük için (kamu görevlileri kapsamındaki sigortalının malul sayılabilmesi) ise çalışma gücünün veya meslekte kazanma gücünün en az %60'ını kaybettiğinin Kurum Sağlık Kurulunca tespit edilmesi gerekir.

Covid-19 pandemisinden sigortalı kapsam bakımından birçok meslek grubu etkilenmiş ancak en fazla etkilenen meslek grubu sağlık çalışanları olmuştur. An itibarıyla yapılan açıklamalarda 130 bin sağlık çalışanının hastalandığı ve bunlardan 257 hekim ve sağlık çalışanının hayatını kaybettiği bildirilmektedir.

Meslek hastalığı konusuna teknik olarak bakılması ve konunun sürüncemede bırakılmasının ana nedeni Covid-19 nedeniyle hastalanan ve hayatlarını kaybeden 4/a hizmet akdi ile çalışan işçilerin meslek hastalığı sigortasından doğan haklardan yararlanmalarını engellemektir.

Fiilen sağlık hizmeti sunumuna katılan sağlık çalışanlarının hepsi kamu görevlisi olmayıp, özel sağlık sektöründe, kendi nam ve hesabına çalışan hekim, eczacı, diş hekimi ve sağlık çalışanları ile kamu hastanelerinde görev yapan işçi statü-

sünde olan çalışanlar ile intörnler vazife malullüğü haklarından yararlanamazlar. Covid-19 nedeniyle hastalanma, iş göremezlik durumuna düşen ve hayatını kaybeden sağlıkçılar arasında çok sayıda kamu çalışanı olmayan sağlık çalışanı vardır.

En önemli sorunlardan biri de salgının başlangıcından beri hastalanan, komplikasyon gelişen hastaları İstanbul Tıp Fakültesi dışında takip eden bir merkezin bulunmamasıdır. Bu nedenle Covid-19 nedeniyle hastalanan sigortalının nasıl takip edileceği ve meslek kazanma gücü tespiti önemli bir sorun olarak durmaktadır.

“Meslek Hastalığı” ile “Vazife Malullüğü” ne ilişkin yetki ve karar Sosyal Güvenlik Kurumuna aittir. Dolayısıyla, SGK'nın iradesini sağlık çalışanları lehine göstermesi önemlidir. Sağlık hizmeti sunarken Covid-19 tanısı alan sağlık çalışanlarının durumu, hastalığı nerede kaptı tartışmasına girmeden meslek hastalığı/vazife malullüğü çerçevesinde değerlendirmelidir. SGK, bu iradeyi gösterdiği takdirde, Cumhurbaşkanı, Sağlık Bakanı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı'nın açıklamalarının bir anlamı olur. Aksi durumda, ilgililer hiçbir açıklama yapmamış ve düzenleme yapılmamış gibi, önceki uygulama çerçevesinde işlem yapılmaya devam edilecektir ki bu da yıllarca süren idari işlem ve yargı süreci demektir.

Sonuç olarak; siz bakmayın ekonominin uçuşa geçti söylemlerine, siz kanmayın Bakanın Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2071 yılına kadar mali açıdan bir risk taşımadığı açıklamasına ve son olarak bütçe görüşmelerinde söylediği yaptığımız ödemeler batan bir SGK ile yapılmıyor, işleyen sürdürülebilir bir SGK ile yapılıyor açıklamalarına.

Covid-19 pandemisi ile mücadele sırasında vefat eden veya hastalanarak mağduriyet yaşayan sağlık çalışanlarının mağduriyetlerinin giderilmesi ve zararlarının tazmin edilmesinin önünün yasal düzenleme yapılarak açılması gerekirken, AKP iktidarı sadece kamu görevlisi olan ve Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden hekim ve sağlık çalışanlarını vazife malulü sayarak Covid-19 meslek hastalığı sayılsın talebinin üzerini örtmeye çalışmaktadır.

“

“Meslek Hastalığı” ile “Vazife Malullüğü”ne ilişkin yetki ve karar Sosyal Güvenlik Kurumuna aittir. Dolayısıyla, SGK'nın iradesini sağlık çalışanları lehine göstermesi önemlidir. Sağlık hizmeti sunarken Covid-19 tanısı alan sağlık çalışanlarının durumu, hastalığı nerede kaptı tartışmasına girmeden meslek hastalığı/vazife malullüğü çerçevesinde değerlendirmelidir.

”

Kişisel verilerin işlenmesi ve veri siciline kayıt zorunluluğu

Oya Öznur*

Muayenehane, laboratuvar, müessese gibi sağlık kuruluşları için de 31.03.2021 son kayıt tarihidir. VERBİS'e kayıt yükümlülüğünü yerine getirmeyenler hakkında 39.337,22-1.966.861,00-TL arasında idari para cezası öngörülmektedir.

698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na göre kişisel veri, kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgidir. Kişilerin diğer bilgilerine nazaran daha yüksek bir korumaya tabi kılınan "ırk, etnik köken, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep veya diğer inançlar, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı ve cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri, biyometrik ve genetik verileri" ise özel nitelikli kişisel veri olarak adlandırılmaktadır.

Kanun'un kapsamına, kişisel verileri işlenen gerçek kişiler ile bu verileri tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olmak kaydıyla otomatik olmayan yollarla işleyen gerçek ve tüzel kişiler girmektedir. Örneğin, muayenehanede hiç çalışanı olmayan, sadece kâğıt şeklinde hasta dosyası tutan bir hekim, 6698 sayılı Kanun kapsamında değerlendirilmeyecektir. Kapsam dışında olanların da kişisel verileri genel hükümler çerçevesinde koruması gerekir.

Verilerin elde edilmesi, kaydedilmesi, depolanması, muhafaza edilmesi, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hâle getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi her türlü işlem, kişisel verilerin işlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Kural olarak, kişisel veriler ilgisinin açık rızası olmadan işlenmez. Ancak "açık rıza" aranmayan istisnalar da bulunmaktadır. Bunlar;

- Kanunlarda açıkça öngörülmesi,
- Fiili imkânsızlık nedeniyle rızasını açıklayamayacak durumda bulunan veya rızasına hukuki geçerlilik tanınmayan kişinin kendisinin ya da bir başkasının hayatı veya beden bütünlüğünün korunması için zorunlu olması,
- Bir sözleşmenin kurulması veya ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması kaydıyla, sözleşmenin taraflarına ait kişisel verilerin işlenmesinin gerekli olması,
- Veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması,
- İlgili kişinin kendisi tarafından alenileştirilmiş olması,

• Bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için veri işlemenin zorunlu olması,

• Veri sorumlusunun meşru menfaatleri için veri işlenmesinin zorunlu olması halleridir.

Özel nitelikli kişisel verilerin de açık rıza olmaksızın işlenmesi yasaktır. Sağlık ve cinsel hayat dışındaki özel nitelikli veriler, kanunlarda öngörülen hallerde ilgili kişinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir. Sağlık ve cinsel hayata ilişkin veriler ise ancak sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından; kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla ilgilinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir. Ayrıca, bu verilerin işlenmesinde, Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen yeterli önlemlerin alınması da şarttır.

Kişisel verilerin aktarılması durumunda da aynı kurallar geçerlidir. Yurtdışına aktarılacak kişisel verilerle ilgili olarak ise 6698 sayılı Kanun'un aradığı koşulların sağlanması gerekir.

*Av., İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu

VERİ SORUMLUSU VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Kişisel verilerin işleme amaçlarını ve vasıtalarını belirleyen, veri kayıt sisteminin kurulmasından ve yönetilmesinden sorumlu olan gerçek veya tüzel kişi "veri sorumlusu" olarak adlandırılmaktadır. Kurumlarda veri sorumlusu tüzel kişiliğin kendisidir. Örneğin hekimler tarafından kurulan şirketler açısından veri sorumlusu hekim değil, şirketin tüzel kişiliğidir. Muayenehanesinde çalışan hekimler açısından ise hekim doğrudan veri sorumlusudur. Veri sorumlusu, kişisel verilerin hukuka uygun olarak işlenmesini sağlayacak bütün gerekliliklerin yerine getirilmesinden sorumludur. Yükümlülükleri şöyle sıralanabilir;

Aydınlatma:

Kişisel verilerin elde edilmesi sırasında veri sorumlusu veya yetkilendirdiği kişi, verileri işlenecek kişilere; veri sorumlusunun ve varsa temsilcisinin kimliği, verilerin hangi amaçla işleneceği, kimlere ve hangi amaçla aktarılabilir, veri toplamanın yöntemi ve hukuki sebebi ile kişilerin hakları konularında bilgi vermekle yükümlüdür. Bu yükümlülüğün yerine getirilmesinin ispatlanması için yazılı yapılması önerilmektedir. Örneğin muayenehane hekimi veya temsilcisi tarafından yapılacak aydınlatmanın belgelenmesi için verileri işlenecek kişilere (hastalara/çalışanlara) yazılı olarak sunulup imzalatılması önemlidir.

Gerekli hallerde rıza alma:

Açık rıza, belirli bir konuya ilişkin veri işlemeye/aktarmaya yönelik olarak, bilgilendirilmeye dayanan ve bireyin özgür iradesiyle açıklanan rızadır. Kişisel verilerin işlenmesi ve aktarılmasının kişilerin açık rızasına bağlı olmadığı kanunda sayılı haller dışında, verilerin işlenmesi ve aktarılması için kişilerin açık rızalarının alınması gerekir. Kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi gibi amaçlarla işlenecek sağlık verileri dışındaki durumlar için (örneğin muayenehanede çalışanlar için) rıza metni kullanılması ve verisi işlenen kişinin bu metni imzalayarak onay vermesi

ispat bakımından önemlidir.

Aydınlatma ve rıza metinleri hazırlanırken TTB tarafından hazırlanan kılavuzdaki örnek metinden faydalanılabilir.

Tedbir alma:

Veri sorumlusu; kişisel verilerin hukuka aykırı olarak işlenmesini önlemek, verilere hukuka aykırı olarak erişilmesini önlemek ve verilerin muhafazasını sağlamak amacıyla uygun güvenlik düzeyini temin etmek için her türlü tedbir almak zorundadır. Kişisel verilerin kendi adına başka bir gerçek veya tüzel kişi tarafından işlenmesi hâlinde gerekli tedbirlerin alınması hususunda bu kişilerle birlikte sorumludur.

Denetim:

Veri sorumlusu, kendi kurum veya kuruluşunda 6698 sayılı Kanun hükümlerinin uygulanmasını sağlamak amacıyla gerekli denetimleri yapmak veya yaptırmak zorundadır.

Yanıt verme:

Kişisel verisi işlenen gerçek kişiler, verilerin silinmesi veya yok edilmesi veya verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle uğradığı zararın giderilmesi gibi taleplerle veri sorumlusuna başvuru hakkına sahiptir. Veri sorumlusu, kendisine iletilen talepleri en kısa sürede -en geç otuz gün içinde- sonuçlandırmalıdır. Veri sorumlusu, cevabını ilgili kişiye yazılı olarak veya elektronik ortamda bildirir.

Yükümlülük süresi:

Veri işleyen kişiler, öğrendikleri verileri 6698 sayılı Kanun hükümlerine aykırı olarak başkasına açıklayamaz ve işleme amacı dışında kullanamazlar. Bu yükümlülük görevden ayrılımlarından sonra da devam eder.

Bildirim yapma:

İşlenen kişisel verilerin kanuni olmayan yollarla başkaları tarafından elde edilmesi hâlinde, bu durumu en kısa sürede ilgilisine ve Kurul'a bildirmekle yükümlüdür.

VERİ SORUMLUSU SİCİLİ VE KAYIT ZORUNLULUĞU

Veri sorumlularının uymaları gereken

yükümlülüklerden sonuncusu Veri Sorumlusu Sicili'ne (VERBİS) kayıt olma zorunluluğudur. VERBİS, E-Nabız gibi hastalara ait kişisel verilerin kaydedildiği bir sistem değildir. VERBİS'e hastalara ait kişisel bilgiler gönderilmeyecektir.

VERBİS, veri sorumluları ile veri sorumlularının irtibat kişilerinin ve işlenen verilere ilişkin kategorik bilgilerin kaydedileceği bir sicildir. Kamu kurum ve kuruluşları ile yıllık çalışan sayısı 50'den az ve yıllık mali bilanço toplamı 25 milyon liradan az olan gerçek ve tüzel kişiler için son kayıt tarihi 31.03.2021'dir. Dolayısıyla muayenehane, laboratuvar, müessese gibi sağlık kuruluşları için de 31.03.2021 son kayıt tarihidir. VERBİS'e kayıt yükümlülüğünü yerine getirmeyenler hakkında 39.337,22-1.966.861,00-TL arasında idari para cezası öngörülmektedir.

VERBİS'e, kayıt olmadan önce bir veri envanteri hazırlanması gerekir. Bu envanter, işyerinin genel profilinin çıkarılmasına yönelik bir rapordur. Envanter, VERBİS'e gönderilmeyecek veya kaydedilmeyecektir. Kayıt sırasında faydalanılacak, veri sorumlusunun da saklanacak ve Kurul talep ederse ibraz edilecektir. Envanterde;

- Kişisel veri işleme amaçları
- Veri işlemenin hukuki sebebi
- Veri kategorisi
- Verilerin aktarıldığı alıcı grubu
- Verilerin saklama süresi
- Yabancı ülkelere aktarım konusu
- Veri güvenliğine ilişkin tedbirler yer alacaktır.

Yukarıda özetlediğimiz genel bilgiler dışında ihtiyaç duyulacak açıklamalara ve yol gösterici kılavuzlara İstanbul Tabip Odası'nın, Türk Tabipleri Birliği'nin ve Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun web sayfalarından ulaşılabilir.



Cinsel şiddet ve ifşa

Özlem Altuntaş*

İfşa ederken amaçlanan öncelikle yaşanan şiddetin kabulü ve zararın tazminidir. Maruz kalan yalnızlaştıran ve çaresiz hissettiren bu deneyiminin tanınmasını bekler, destek ve tanıklık ister.

Son aylarda ülkemizde birçok kadın, kendilerini taciz eden ünlü ve 'itibarlı' erkekleri sosyal medyada birtakım etiketlerle (#uykularınızkaçsın, #susmabitsin, #metoo, #bende) ifşa ettiler. 2017'de #metoo (ben de) etiketiyle bir kadının başlattığı bu hareket, aynı erkek tarafından cinsel saldırıya uğrayan kadınların birbirlerinden cesaret alarak uğradıkları şiddeti açıklamasıyla ve maruz kalan başka kadınların da suskunluklarını bozmasıyla büyüdü ve dünya çapında cinsel şiddete karşı bir isyana dönüştü. İfşa eden kadınların bir kısmı ekonomik ve sosyal olarak oldukça güçlü konumda olmalarına rağmen yaşadıkları şiddeti açıklamaları, failden uzaklaşabilmeleri, yardım ve adalet arayabilmeleri çeşitli bariyerler nedeniyle mümkün olmamıştı.

Her sosyal sınıf, kültür, statü, eğitim ve meslektan kadının maruz kalabildiği cinsel şiddet oldukça yaygın olmasına rağmen yeterince konuşulmayan, önlenemeyen, çoğunlukla cezasızlıkla

sonuçlanabilen bir suç. Maruz kalanları fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz etkileyen bir insan hakları ihlali. Cinsel şiddet, şiddet suçları içerisinde en yaygın, en hızlı artan, en gizli kalmış şiddet suçu (Gölge, 2013). En sık kadın ve çocuklar maruz kalırken, faillerin neredeyse hepsi erkek. Her cinsiyetten çocuklar, LGBTİ bireyler ve hayvanlar da cinsel şiddete maruz kalabiliyor. DSÖ'ne (2017) göre her üç kadından biri yaşamları boyunca fiziksel veya cinsel şiddete uğruyor. Cinsel şiddet ve yakın partner şiddetine uğrayan kadınların sadece onda biri resmi bildirimde bulunuyor/ adalet talep ediyor (ASPB, 2015). Çok yaygın olmasına rağmen çok çeşitli nedenlerle, cinsel şiddet olaylarının resmi rakamlardan çok daha fazla görüldüğü tahmin edilmektedir.

Kadını ve bedenini aşağılayan tutumlara, eşitlik karşıtı cinsiyetçi söylemlere, tecavüz şakalarına ve cinsiyetçi küfürlerle tolerans göstermenin taciz, istismar ve tecavüz gibi diğer cinsel şiddet biçimlerini de hoş görmeye

kapı araladığı bilinmektedir. Kadına yönelik ayrımcı ve eşitlik karşıtı tutum ve söylemler cinsel şiddetin yeniden üretimine katkıda bulunmaktadır. Birçoğumuz tıp eğitimi ve pratiğinde 'kadınlara uygun' görülen branşların sıralandığını, 'kadın cerraha tırnağını bile çekirtmem' diyen hocaların bulunduğunu biliyoruz. Cinsiyetçi ve ayrımcı 'şakalara' itiraz ettiğimizde 'hassas' olmakla yaftalanabiliyoruz. Oysa ki tam da bu söylemlerin devam etmesi daha ağır cinsel şiddet biçimlerinin de kabul görmesini sağlıyor.

Cinsel şiddet yaşayanlar terapi gibi güvenli bir ortamda bile bu şiddeti açıklamakta ve anlatmakta güçlük yaşarlar. Özellikle tecavüz, ensest gibi durumlarda, maruz kalanlar bazen yıllarca bu deneyimi hiç kimseye paylaşmayabilirler. Cinsel tacizi açıklamak da fail aynı ortamda ise oldukça zordur. Maruz kalanların şiddeti açıklayabilmeleri için yeterince destek göreceklərini bildikleri bir ortama ihtiyaçları vardır. Ullman (2010) cinsel saldırıya uğradığını açıklayan

*Dr., Psikiyatrist, İTO Kadın Komisyonu

üç kadından bir ya da ikisinin mağduru suçlama ve inanmama gibi olumsuz tepkilere, yani "ikinci bir saldırıya" maruz kaldığını bildirmiştir.

Cinsel şiddete maruz kalanlar suçluluk, utanç gibi duyguları diğer şiddet biçimlerine maruz kalanlardan çok daha fazla yaşarlar, yargılanmak ve dışlanmaktan daha çok endişe ederler. Suçlu hissetmesi ve utanması gereken fail iken ataerkil toplum, şiddet açığa çıktığında maruz kalanların hayatlarını, davranışlarını yargılama eğilimindedir. Maruz kalanlar bu şiddeti açıkladıklarında yakınları ve çevresindekiler tarafından kuşkuyla karşılanabilirler, şiddeti 'davet edecek' davranışları olup olmadığı sorgulanır. Yaşam tarzı, kıyafetleri, 'oraya niye gittiği' sorularak adeta şiddete neden oldukları ima edilebilir. Karakolda, mahkemede yaşadıklarını yeniden anlatarak ikinci kez travmatize olmanın ve faille karşı karşıya gelmenin zorluğu nedeniyle adli bir süreç başlatmaktan ya da başlattığında sürdürmekten vazgeçebilir ya da tercih etmeyebilir. Failin tekrar saldıracağından, kendisini ve yakınlarının güvenliğini tehlikeye atacağından korkabilir. Saldırgan aile içinden olduğunda 'aile itibarı', 'rezil olmamak', 'namus' gibi gerekçelerle aile olayı inkar edebilir, saklamak isteyebilir. Benzer durumlar işyerleri, partiler, tarikatlar, siyasi gruplar, dernekler, sendika ve meslek odaları gibi gruplarda da görülebilir. O grubun 'itibarı' nedeniyle failin korunduğu, cinsel şiddetin üstünün örtüldüğü, yok sayıldığı, inkar edildiği, önemsizleştirildiği, failin herhangi bir yaptırımından uzak tutulduğu görülür.

Cinsel şiddet uygulayanların eş, partner, baba, akraba, komşu, öğretmen, iş arkadaşı, patron gibi çoğunlukla tanıdık kişiler olduklarını biliyoruz. Mevcut güç ilişkilerini, konumlarını kullanarak buna cesaret edebiliyorlar. Cinsel şiddeti açıklamak, hem kendini açmak hem de faili işaret etmeyi içeriyor. Cesaret ve sonrasında yaşanacaklara hazırlık gerektiren bir eylem. Cinsel şiddet suçlarının kanıtlanmasının güç olması, failin 'aramızdan biri' olması, erkek egemen hukukun hem adli hem de kurumsal düzeylerde varlığı, şiddete maruz kalanı korumakta yetersiz kalması gibi sorunlar nedeniyle ifşalar gerçekleşmektedir. Ifşa ederken amaçlanan öncelikle yaşanan şiddetin kabulü ve zararın tazminidir. Maruz kalan yalnızlaş-tıran ve çaresiz hissettiren bu deneyimi-

nin tanınmasını bekler, destek ve tanıklık ister. Başkalarının da aynı şiddete maruz kalmasını engellemek isteyebilir. Cinsel şiddet neredeyse her zaman bir üçüncünün olmadığı bir ortamda gerçekleştiğinden cinsel şiddet açıklandığında 'beyanın soruşturmaya esas olması' gereklidir.

Ifşalar cinsel şiddete karşı suskunluğun bozulmasını, failerin uykularının kaçmasını sağlıyor. Cinsel şiddetin kamusal olarak tartışılmasını, erkeklerin çoğu zaman normal gördüğü, taciz olarak kavramadığı davranışların kadınlarda ne tür bir rahatsızlığa yol açtığı konusunda bir fikir edinmeye ve bunları değiştirmeye zorluyor. Erkekleri kadınlar aleyhine işleyen birtakım erkek egemen 'ayrıcalık'lardan vazgeçmeye davet ediyor. Kadınlar birbirlerinden güç alarak cinsel şiddete karşı susmamayı tercih ediyor. Bu nedenle bulunduğumuz her ortamda cinsel şiddetin her çeşidine karşı fail kim olursa olsun, hangi 'mahalleden' olursa olsun sesimizi yükseltmek, kurumlarımızda toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik adımlar atmak, toplumsal cinsiyet temelli tüm şiddet biçimlerine karşı kadınların öncülüğünde geliştirilen tutum belgelerini uygulamaya geçirmek hayati önem taşıyor.

Gölge ZB (2013) *Cinsel Saldırıda Bulunan Erkekler*. Yüksel Ş, Gülseren L ve Başterzi AD (Ed), *Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı* (1. Baskı) içinde (s. 702-715). Ankara. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları. Dünya Sağlık Örgütü (2017), *Violence Against Women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü (2015), *Türkiye'de Aile İçi Şiddet Araştırması Raporu*, Ankara. s.162
Ullman SE, Peter-Hagene L. *Social Reactions to Sexual Assault Disclosure, Coping, Perceived Control and PTSD Symptoms in Sexual Assault Victims*. *J Community Psychol*. 2014 May 1;42(4):495-508. doi: 10.1002/jcop.21624. PMID: 24910478; PMCID: PMC4043331.



Teletıp uygulamalarına yönelik Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu görüşü



“Türk Tabipleri Birliği (TTB) Etik Kurulu, telekomünikasyon sistemleriyle iletilmiş hasta verilerini, belgeleri ve diğer bilgileri temel alan; müdahaleler, tanılar, tedaviye ilişkin kararlar ve tedaviyle ilgili daha sonraki tavsiyeleri içeren mesafeli tıp uygulaması anlamına gelen teletıp uygulaması ile ilgili görüş açıkladı.”

GİRİŞ

Teletıp uygulamaları teknolojinin gelişmesiyle geçtiğimiz on yılda yaygınlaşan bir olgu olarak karşımıza çıkmıştır. Salgın diğer alanlarda çevrim içi etkinliklerin artmasına neden olduğu gibi, sağlık alanında da teletıp uygulamalarının etkisini artırmasına yol açmıştır. Salgın dönemi ile birlikte daha sık gündeme gelmesi nedeniyle teletıp uygulamaları hakkında görüş oluşturulması gerekliliği ortaya çıkmıştır.

TANIMLAR

Konuyla ilgili olarak teletıp, tele sağlık, e-sağlık gibi birçok kavram ve bunlara ait farklı tanımlar kullanılmaktadır. Ortak dilin oluşturulabilmesi amacıyla Dünya Tabipler Birliği (DTB) tanımlarının referans alınmasının uygun olacağı düşünülmektedir. DTB'nin 60. Genel Kurulunda kabul ettiği ve 69. Genel Kurul'unda tekrarladığı gibi teletıp, “müdahalelerin, ta-

nıların, tedavi kararları ve önerilerinin telekomünikasyon sistemleri aracılığıyla iletilen hasta verilerine, belgelerine ve diğer bilgilere dayandığı uzaktan tıp uygulamasıdır.” Telesaglık ise “sağlık ve sağlık bakım hizmetleri ve bilgilerin büyük ve küçük uzaklıklarda sunulabilmesi için bilgi ve iletişim teknolojisinin kullanılmasıdır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Telesaglık kavramının teletıp kavramını da kapsadığı, önleyici sağlık desteği ile sağlık profesyonelleri ve halk için tıp/sağlık eğitimini de içerdiği görülmektedir.

E-sağlık ise diğer tanımları da kapsayacak şekilde çerçeve bir kavram olarak uzağa aktarım zorunluluğu olmadan, sağlık kayıtlarını da içeren sağlık hizmetlerindeki tüm elektronik kullanımlar olarak ifade edilebilir. Söz konusu teletıp uygulamaları; kaydet ve ilet (eşzamanlı teletıp), uzaktan izleme (monitorization) ve eşzamanlı

uygulamalar olarak, hekimle hasta arasında olabildiği gibi, iki veya daha fazla sağlık çalışanı arasında da gerçekleştirilebilmektedir.

Toplumsal değişimler, bilgi-iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve ucuzlaması teletıp uygulamalarını hızla artırmaktadır. Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki yenilikler ve bireylerin yeni teknolojileri kullanma konusundaki istekliliği hastaların zamanı ve mesafeyi algılama biçimlerini kökten değiştirmekte ve tıpla ilişki kurma biçimlerini yeniden şekillendirmektedir. Genel olarak bakıldığında teletıp uygulamalarının tanı, bilimsel araştırma, tıbbi izleme ve tedavi protokolleri, olağandışı durumlar, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik gibi alanlarda kullanıldığı görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü¹ kısaca ve kelime anlamıyla “uzaktan iyileştirme” olarak tanımladığı teletıp ile tanı ve tedaviye ilişkin bilgiye erişimin artacağını,

coğrafi engellerin aşılabileceğini, olağan-
dışı durumlarda ve özellikle kırsal ve
yetersiz hizmet alan topluluklar için
sağlık hizmetine erişimin artacağını,
kronik hastaların evlerinde sağlık
hizmeti alması sağlanarak öz bakımları
ve kendi kendine yetme becerilerinin
geliştirileceğini, sağlık kuruluşlarında
ki yoğunluğun azalacağını, hastaların
sağlık hizmetine erişim için ulaşım
zorluğu yaşamamasının ve zaman kaybı-
nın azalacağını belirtmektedir.

Pandemi sürecinde teletıp ile ilgili uy-
gulamaların da içinde olduğu tıbbi ve
etik gereklilikler, birçok ikileme neden
olmuştur. Teletıp uygulamalarının
hastaların muayenesi, tedavisi, izlemi
ve toplum sağlığına etkilerine ilişkin
verilere sınırlı düzeyde sahip olunması
da uygulamaların yaygın kullanılması
sırasında dikkate alınmalıdır.

HASTA HEKİM İLİŞKİSİ VE GÜVEN

Tıbbi uygulamaların temelini oluşturan, tıbbın kökenlerine kadar uzanan hasta hekim ilişkisi, tarihsel süreç içinde hem hak mücadelelerinin hem de bilimsel kanıtların etkisiyle büyük değişikliklere uğrayarak bugünkü ahlaki anlamına kavuşmuştur. Tıbbi hizmetlerin başlaması ile kurulan hasta hekim ilişkisi günümüzde, hastanın kültürel yapısına, özerkliğine saygı gösterilmesine ve her ilişkide tekrar üretilmesi gereken güven değeriyle kurulan ayrıcalıklı bağa dayanan özel-
likli bir insanlar arası ilişki modelidir. Hasta hekim ilişkisi ile gerçekleşen hasta mahremiyet alanının hekime açılması ve ortak karar verme gibi özellikler kendi başına bile tedavi edici olabilen güven iklimiyle olanaklıdır. Bu nedenle tıbbi uygulamalarda hayati öneme sahip olan söz konusu ilişkinin zenginleştirilerek ve özgüllüğünü koruyarak güçlendirilmesi, ekonomik/ politik müdahalelere konu olmaması önemlidir. Hekimlik uygulamalarında bilgi, teknik beceri kadar ahlaki değerlerin de etkili olduğu mesleğin evrensel ilkeleri ile ortaya konmuş ve genel kabul görmüştür.

Geleneksel yapıda, güvene dayanan hasta hekim ilişkisi yüz yüze iletişim ile başlayan anamnez, fizik muayene, laboratuvar, görüntüleme yöntemleri, tanı ve tedavi ile devam eden süreci kapsar. Sürecin etkili ve nitelikli olmasını belirleyen, güvenilir olmayı sağla-

yan temel faktörlerden birisi iletişim tekniklerinin etkin kullanılmasıdır. Bilimsel çalışmalara göre, etkili iletişimin bileşenleri değerlendirildiğinde, sözlü iletişimin %10, ses tonunun %30 ve beden dilinin ise %60 ile en büyük paya sahip olduğu görülmektedir². Ayrıca etkili iletişim için empatiyi de kapsayan etkin dinlemenin gerçekleşmesinin gerekliliği vurgulanır. Özellikle son çeyrek yüzyılda teknoloji ve toplumların sosyoekonomik yapılarındaki değişim tıp uygulamalarını, sağlık hizmeti sunum kültürünü, hekim kimliğini, hasta hekim ilişkisini etkileyerek farklı bir paradigmanın etkisine sokmuş ve teletıp, tıbbi süreçlerin önemli bir bileşeni haline gelmeye başlamıştır. Sağlık hizmetine erişimdeki adaletsizliğin giderilmesine katkı sunacağı gerekçesiyle kullanımı yoğunlaşan teletıp uygulamalarında nitelikli, etkin hasta hekim ilişkisinin kurulabilmesinin zorlukları ve sınırlılıkları olduğu açıktır. Genel olarak hasta hekim ilişkisine bakıldığında, hastanın güvendiği hekime gönüllü olarak başvurusu ve hekimin de hastanın kararlarına ve bağımsızlığına saygı göstermesi beklenir. Sonuç olarak, hekim ve hasta doğru tanı ve tedaviyi gerçekleştirmek için karşılıklı iletişim halindedir. Oysa teletıp uygulamalarında iletişimin bir cihaz üzerinden sağlanmasının nitelikli hasta hekim ilişkisini olumsuz etkileyeceği öngörülebilir. Diğer yandan örselenen hasta hekim ilişkisi sağlık hakkına erişimi engelleyecek, tıbbi uygulama hatalarına ve karşılıklı yabancılaşmaya neden olarak zarar görmeyi artıracaktır.

MAHREMİYET HAKKI

Bilişim teknolojilerinin kullanımının yoğunlaşması ve bilgiye sahip olmanın 'güç' olduğu algısı depolanan ve iletilen bilgilerden sızıntıları, bilgi hırsızlığını da artırmıştır. Yapılan bir çalışmada ABD'de bilgi çalıntılarının %76'sının sağlıkla ilgili olduğunun ortaya çıkması sağlık bilgilerinin elde edilmek istenen bilgilerden olduğunu göstermektedir³. Ayrıca pandemi ile birlikte elektronik ortamın kullanımının artması nedeniyle bilgi sızıntıla-

rının artma riskinin tespitiyle birlikte bilişim teknolojilerinin güvenliği sorunu da gündeme gelmektedir. Teletıp uygulamaları ile bilişim teknolojileri kullanılarak aktarılabilecek kişisel sağlık verilerinin ve mahremiyet hakkının nasıl korunacağı önemli ikilemelerdendir. Gizliliğin sağlanamamasının nitelikli hasta hekim ilişkisinin temeli güven değerini örseleyeceği öngörülebilecektir. Kişisel sağlık verilerinin elektronik ortamda kullanımının veri satma temeli üzerine kurulmuş şirketlerin yazılımları üzerinden gerçekleştirilmesi bilgi güvenliği üzerinde daha çok durulmasını gerektirmektedir. Teletıp ilişkisinin kurulmasından önce toplanan verilerin nasıl, nerede, ne kadar süreyle depolanacağı, işlenip işlenmeyeceği, kimlerin bu bilgilere ulaşabileceği, gizliliğinin nasıl korunacağı gibi konuların açıklığa kavuşturulması önemlidir. Sağlık hizmeti verilirken kişinin mahremiyetinin ve onurunun korunabilmesi amacıyla gizlilik ortamı gerçekleştirilmeli, teletıp uygulamaları sırasında üçüncü kişilerin hastanın

onamı dışında süreci takip etmesi engellenmelidir. Hasta mahremiyeti yanı sıra teletıp uygulamaları ile aynı mekânda bulunan üçüncü kişilerin ve sürekli erişilebilir durumda olan hekimin mahremiyet hakkının da örselenebileceği unutulmamalıdır.

Teletıp uygulamalarının etkinliğine ve etik bağlamına ilişkin bilimsel çalışmalar, araştırma etigi ilkeleri gözetilerek gerçekleştirilmelidir.

ÖZERKLİĞİN KORUNMASI

Bireyin özerkliğinin sağlık alanına yansması, hastadan aydınlatılmış onam alınması ile olanaklıdır. Teletıp uygulamaları sürecinde aydınlatılmış onamın tüm öğelerinin (bilgilendirme, anlama, gönüllülük, yeterlilik ve onam) nitelikli bir şekilde gerçekleştirilemeyecek olması özerkliğin korunamamasına neden olacaktır.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN METALAŞMASI

Türkiye'de perakende sektörünün satış listelerinde yerini aldığı örnekler göz önüne alındığında teletıp uygulamaları sağlık hizmetlerinin ticari-



leştirilmesi için yeni bir alan oluşturabilecektir. Teknolojiye ulaşmadaki eşitsizlikler sağlık hakkına erişimdeki eşitsizlikleri derinleştirebilecek ve bu durum adalet ilkesi ile çelişecektir.

YASAL BOYUT

Türkiye’de konuya özgü herhangi bir yasal düzenleme olmadığından, bir zarar oluşması durumunda sorumluluğun kimde olduğu ve nasıl tazmin edileceği belirsizdir. Alandaki uygulamaların artışı dikkate alınarak gecikmeksizin meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri, hasta dernekleri gibi sosyal taraflara danışmak suretiyle konunun yasal çerçevesinin oluşturulması zorunluluğu vardır. Yapılacak bu düzenleme de Anayasa ve uluslararası insan hakları sözleşmelerinde yer alan temel ilkelere uygun bir şekilde kaleme alınmalıdır.

Öncelikle Anayasa’nın 56. Maddesi gereğince kişilerin nitelikli sağlık hizmetine erişiminin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca tarafı olduğumuz Avrupa Konseyi Biyotıp Sözleşmesi’nin 4. maddesinde “Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.” şeklinde mesleki standartlar belirlenmiş ve 10. maddesinde de herkesin sağlığıyla ilgili bilgiler bakımından özel yaşamına saygı gösterilmesi, kişisel bilgilerini inceleyebilmesinin sağlanması gerektiğine vurgu yapılmıştır.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 23. maddesinde hekimin bizzat muayene etmeksizin tedavisine başlayamayacağı, 32. maddesinde ise bizzat muayene ve tedavi ettiği hastasına rapor verebileceği belirtilmektedir. Ayrıca 6. maddesinde de hekimlerin görevlerini yerine getirirken yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkelerine uyması gerektiği dile getirilmiştir. Benzer şekilde Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 16. Maddesinde de “Tabip ve dış tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmi metodları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fenni kanaata ve şahsi müşahadesine göre rapor verir.” ifadesi bulunmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliğinde de benzer etik ilkelere vurgu yapılmıştır. Görüldüğü gibi, bir sağlık hizmeti sunum şekli olarak kabul edilmesi durumunda teletıp uygulamalarında da hekim, özen yükümlülüğünü yerine getirerek mesleki



bilimsel standartlara ve etik ilkelere uygun sağlık hizmeti sunmalıdır.

DiĞER KONULAR

Teletıp uygulamalarının nitelikli emek olarak kabul edilen hekim emeğinin sömürülmesinin, değersizleştirilmesinin gerekçesi olarak kullanılabileceği göz önüne alınmalıdır.

Teletıp uygulamaları sırasında yaşanacak teknik sorunlar ve yetersiz alt yapı nedeniyle bireylerin zarar görme olasılıkları mesleğin en kadim ‘önce zarar verme’ ilkesi ile çelişecektir.

Hekimlerin teknolojiyi yetkin kullanamamaları da benzer sorunlar yaratabilecek başka bir etkidir. Hekimlerin teknolojiyi kullanma, yetkinliğe ulaşma ve teletıp hizmetlerinde yanlılıkların önlenmesi konusunda aktif adımlar atmaları hastalarına olan sadakatlerinin gereğidir.

Teletıp uygulamalarının birebir iletişime dayanan özelliği ile sağlık hizmetlerinin ekip anlayışıyla sürdürülmesi gerekliliği konusu da birbiriyle çelişen durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Teletıp uygulamalarının ticarileştirilmesi durumunda sağlık hizmetlerinin yüz yüze verilmesinin sağlayacağı güvencelerin ortadan kalkacağı ve nitelikli sağlık hizmeti alıyormuş algısı yaratılabileceği unutulmamalıdır. Bu koşullar devletin halkın sağlık hakkının gerçekleştirilmesi ödevinden kaçışına neden olabilecektir.

SONSÖZ

Hekimler mesleğin en temel etik ilkelerinden yarar sağlamayı gerçekleştirmek amacıyla iletişim teknolojilerini hep kullanagelmislerdir. Ancak teletıp uygulamalarının hekimlik mesleğinin altın standardı olan yüz yüze görüşmeyle gerçekleşen nitelikli hasta hekim ilişkisinin yerine geçmesi olanaksızdır. Bununla birlikte teletıp uygulamalarının, herhangi bir nedenle tıbbi yardıma sınırlı erişim olanağı olan hastalara

ulaşma, sağlık hizmetlerini iyileştirme, kişilerin özerkliklerini koruma/kendilerine yetme konularında katkı sunacağı da göz ardı edilmemelidir. Nitelikli, ulaşılabilir sağlık hizmetinin kamusal yaklaşımla, basamaklandırılmış şekilde örgütlenerek, en az değer harcayan sağlık politikaları geliştirerek sağlanabileceği bilinciyle, günümüz koşullarını verili olarak ele alıp teletıp uygulamalarını olmazsa olmaz yöntem olarak kabul etmeden ancak tanımlanmış durumlarda kullanmak uygun olacaktır. Yüz yüze hizmetlerle tutarlılığı kanıtlanmış, mesleki standartlara, hasta haklarına ve mesleğin evrensel değerlerine saygılı teletıp uygulamaları sağlık hakkına erişim için kullanılabilecektir.

Söz konusu mesleki standartlar ve etik ilkeler, alana uygunluğu, uygulamaya dahil edilebilecek kişiler, uygulamaların nasıl gerçekleştirileceği, yaşanacak olumsuzluklarda izlenecek yollar TTb bünyesinde alanın uzmanlarınca belirlenmeli, uygulamaların çerçevesinin çizileceği rehberler oluşturulmalıdır. Söz konusu rehberler oluşturulurken DTB’nin Teletıp Etiği Raporu ve Sağlık Hizmetinin Sağlanması İçin Telesaglık Kullanımına İlişkin Kılavuz İlkeler Raporu da dikkate alınmalıdır.

Teletıp konusunun yasalarla düzenlenmemiş olması, şüphesiz, yetkililerinin bu konuda sınırsız bir takdir yetkisi bulunduğu ve hekimlerin etik dışı davranabilecekleri anlamına gelmemektedir. Hekimler her durumda mesleki standartlara ve etik ilkelere göre davranmakla yükümlüdür. Bu nedenle, hekimlerin idari birimlerce üretilen düzenleyici işlemler ve bireysel kararlarla ilgili olarak etik sorumlulukları devam etmektedir. Tıp etiğine ve meslek kurallarına aykırı sonuçlar doğuracak teletıp uygulamalarından kaçınmak hekimin öncelikli ödevlerinden biri olacaktır.

DİPNOTLAR

¹Telemedicine. Opportunities and Developments in Member States. World Health Organization 2010 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44497/9789241564144_eng.pdf;sequence=1&isAllowed=y

²Eroğlu E ve ark. Etkili İletişim Teknikleri. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Ocak 2013, Eskişehir, sf. 7.

³Küçükparlak İ. Tele Sağlık Uygulamaları, Hukuki ve Etik Yönleri Üzerine Bir Tartışma. Kişisel Sağlık Verileri 4. Ulusal Kongresi. <https://www.kisiselsaglikverileri.org/605-kisiselsaglik-verileri-4-kongresi-videolari.html>

Pandemi ve COVID-19

Osman Öztürk*

COVID-19 pandemisi devam ederken tıbbi yayınların yanında pandemiye ekonomik, politik, toplumsal yönleriyle ele alan yayınlar da giderek artıyor.

Editörlüğünü O. Şadi Yenen ve Selim Badur'un yaptığı Pandemi ve COVID-19 da başlıklı kitap Ali Demirsoy'un "Yaşam Nedir?", Afşar Timuçin'in "İnsanın Evrendeki Yeri ya da Evrendeki İnsan İnsandaki Evren" başlıklı yaşamın ne olduğunun yanı sıra "İnsan olmanın neresindeyiz?" sorusuna felsefi cevaplar arayan makaleleriyle başlıyor. Devamında Çağrı Mert Bakırcı'nın yazdığı "Evrim, Evrim, Evrim: Her Yerde İşliyor" ve Çağatay Tarhan'ın yazdığı "Virüslerin İnsan Evrimindeki Rolü" bölümlerinde canlılar dünyasının evrimleşmesindeki anahtarlardan biri olan virüslerin evrimi anlatılıyor.

Kayıhan Pala "İklim Krizi Bulaşıcı Hastalıklar Bakımından Ne Vaat Ediyor?" sorusuna cevap verirken Osman Şadi Yenen "Epidemi ve Pandemi"-de "insanlık tarihinde büyük ve önemli 17. salgın" olan COVID-19'u ele alıyor; Fatih Artvinli "Salgınların Tarihi: Toplumsal ve Siyasal Açından Kısa Bir Bakış" makalesinde salgınların sosyal ve siyasal sonuçlarına değinirken Nuriye Ortaylı "Dünya Sağlık Örgütü Nasıl Çalışır, Pandemi'deki Rolü Nedir?"de DSÖ'nün çalışma ilkelerini ve COVID-19 sürecindeki rolünü anlatıyor.

Hakan Abacıoğlu ve Selim Badur'un "COVID-19 Etkeni SARS CoV-2'nin Virolojik Özellikleri", Esin Şenol'un "COVID-19: Nasıl Bir Hastalık?", Ener Çağrı Dinleyici'nin "COVID-19: İlaç mı Aşı mı?" başlıklı yazılarında hastalık ve aşı ayrıntılı olarak ele alınıyor.

Devamında dört halk sağlığının yazıları yer alıyor; Cavit Işık Yavuz'dan "Karantina, İzolasyon, Filyasyon", Tuğrul Erbaydar'dan "Salgını Sayılarla Okumak", Kayıhan Pala'dan Halk Sağlığı: Salgınlar ve Sosyal Sınıflar", Ümit Kartoğlu'ndan "Sağlıkta Toplumsal Cehalet ve Risk Algılaması Üzerine: Bitmeyen Yolculuk ve 5C".

İşıl Arıcan ve Selim Badur'un "Aşı Karşıtlığı" makalesinin ardından Helga Rittersberger ve Doğan Tılıç "COVID-19 Sosyolojisi?"nde salgını sosyolojik açıdan ele alıyor; Türker Kılıç "Sahip Olma' Kültüründen 'Yaşamdaşlık' Kültürüne Dönüşümün Önemli Bir Kavşağı Olarak COVID-19

Salgını" makalesinde COVID-19'un insanlığın "yaşamdaşlık kültürü"ne dönüşümünün önemli bir kavşağı olacağını ileri sürüyor.

Hasan Aydın'ın "Salgınlar ve İnançlar" yazısında kökleri geçmişe uzanan günümüz inançlarının salgınları nasıl yorumladıkları anlatılırken Selçuk Candansayar'ın "Salgınlar ve Ruh Sağlığı", Semih Dikkatli'nin "Pandemi, Ölüm, Ölüm Korkusu/Kaygısı ve İntihar" yazılarında salgının yol açtığı ruhsal sorunlar ve ruh sağlığını koruma programlarının önemine dikkat çekiliyor.

Devamındaki gelen Ali Bilgin Varlık'ın "Ulusal Güvenlik Sorunu Olarak Salgınlar", Barış Doster'in "Salgın Hastalık Sonrası Siyaset", Fatih Yaşlı'nın "Her Şey Sınıfsaldır, Elbette Salgın da", Güven Gürkan Öztan'ın "Sağ Popülist Liderler ve Pandemi", Mustafa Sönmez'in "Pandemide Türkiye Kapitalizminin Krizi", Hayri Kozanoğlu'nun "COVID-19 Sürecinde Dünya Ekonomisi" başlıklı beş yazıda salgının ekonomik, politik boyutları dünya ve Türkiye ölçeğinde ayrıntılı olarak inceleniyor.

Kitabın son iki yazısı Mustafa Çetiner'in "COVID-19 Pandemisinde Endüstriyel Tıp, Sağlık Sistemleri ve Medya" ve Sevil Bal ve Doğan Tılıç'ın "Koronavirüs Hastalığı ve 'Batı Karşıtlığı'" makalelerinden oluşuyor.

Toplam otuz yazarın kaleme aldığı yirmi dokuz bölümden oluşan Pandemi ve COVID-19 da konuyu multidisipliner olarak ele alan kapsamlı bir çalışma.



Pandemi ve COVID-19
Editörler: O. Şadi Yenen & Selim Badur
523 s.
Ayrıntı Yayınları, 2020.

*Dr., Hekim Sözü Yayın Kurulu Üyesi

KİTABINI ARATMAYAN BİR ROMAN UYARLAMASI

Martin Eden

Ekim Nehir*

“ Jack London: “Martin Eden için neden biraz üzölmeyeyim ki? Martin Eden bendim. Fakat Martin Eden bir bireyci idi bense bir sosyalist. İşte bu yüzden ben yaşamaya devam ediyorum ve bu yüzden Martin Eden öldü.”

Dünya edebiyatının en tanınmış yazarlarından Jack London'un aynı adlı kült romanından sinemaya uyarlanan Martin Eden İstanbul online Film Festivali'nde de gösterilmiş ve büyük ilgi görmüştü. 76. Venedik Film Festivali'nde prömiyerini yapan film 44. Toronto Film Festivali'nde de gösterildi. Venedik Film Festivalinde başrol oyuncusu Luca Marinelli en iyi erkek oyuncu ödölünü alırken, Toronto'da Platform Ödölü'ne layık görüldü. Filmin yönetmenliğini, çektiği belgesellerle birçok uluslararası festivale katılan, 2015 yılında ilk uzun metrajı Lost and Beautiful – Bella e Perduta'yı çeken İtalyan yönetmen

*Dr., Hekim Sözü Dergisi Yayın Kurulu Üyesi

Pietro Marcello yapıyor.

Martin Eden, Jack London'ın hayatından izler taşıması nedeniyle yarı otobiyografik bir roman olarak kabul edilir. Film genel olarak kitabın ana çatışmasına sadık kalıyor. Genç ve zeki bir gemi işçisi olan Martin Eden'in çok daha üst sınıftan, zengin, entelektüel Morse ailesinin kızı Ruth ile tanışmasından sonra yaşadığı dönüşüm temel izleği oluşturuyor. Ruth'a olan aşkı zengin ailenin Martin'in aradaki kültürel farkı kapatması ve ideal bir iş edinmesi baskısına boyun eğmesine neden olur. 4 saat uykuyu bile fazla gördüğü çılgınca bir okuma ve öğrenme sürecine girer. Tüm fiziksel ve ruhsal enerjisini, mevcut olanaklarını seferber ettiği bu kendini geliştirme

sürecinde içindeki yazma arzusunu keşfeder. Bu arzu Ruth'la ortak bir gelecek kurabilmek için gerekli zenginliğe ulaşma arzusu ile iç içe geçmişir. Sefalet koşullarında yazdıklarının kabul görmemesine ve birçok kez reddedilmesine karşın nihayet bir kitabı kabul görür. Kitap basılır ve Martin büyük bir başarı, ün ve para kazanır. Fakat bu durum onu ciddi bir iç sorgulamaya iter; “ben bunları daha önce de yazdım ve defalarca geri çevrildi, neden şimdi bu kadar değer görüyor?” Bu sorgulama, içinde yer almak için bunca çaba gösterdiği, hayranlık duyduğu burjuva sınıfına dönük bir eleştiriye dönüşür. Bu sınıfın insanları bugüne kadar düşündüğünün aksine sıg, basit ve yüzeyseldir.



Martin, öğrenme sürecinde okuduğu kitaplar içinde en çok Herbert Spencer'in Neo-Darwinist fikirlerinden etkilenir. Spencer'in zayıf olanın güçlü karşısında her zaman kaybettiği, her zaman güçlü olanın hayatta kaldığı ve bunu doğal evrim olarak nitelendirdiği görüşünden yola çıkarak Nietzsche'nin bireyciliğine ulaşır ve bu görüşü benimser. Bireyselliği göz ardı etmesinin yeni patronlar doğuracağını söyleyerek Sosyalizmi eleştirir. İşçi eylemleri ve grevlerle sınıf hareketinin yükseldiği, Sosyalizmin insanları o derin yoksulluktan ve sefaletten kurtaracak bir umut kapısı olduğu bu dönemde Martin Sosyalizmle de temas eder, üzerine düşünür fakat bilinçli bir şekilde bireyciliği tercih eder.

Yönetmen filmde kitabın sonunda ölen Martin Eden'i öldürmüyor, denize gönderiyor. Film küçük farklılıklar dışında kitabın ana izliğine ve temel tartışmalarına sadık kalıyor. Uzun diyaloglarla örülü kitabı 2 saatlik bir filme 'sığdırmak' için zaruri olan kırpma dışında hikaye ve akış korunuyor. Roman uyarlamalarının en büyük handikapı olan 'kitabı daha iyiydi' eleştirisini bu film için dile getirmek pek mümkün değil. Yönetmen kitaptaki bazı karakterlerin ismini değiştirmiş. Örneğin Ruth Morse, Elena Orsini olmuş. Ayrıca kitaptaki Martin Eden İtalyan değil filmdeki gibi. Yönetmenin romanı filme aktarırken yaptığı en belirgin müdahalenin, zamanı ve mekanı değiştirmek olduğu söylenebilir. Romanın hikayesine ve



tezlerine sadık kalarak yapılan bu değişikliği Martin Eden'i yerel olmayan bir karakter olarak gösterme isteği olarak okumak mümkün. Film boyunca Martin Eden ile Elena'nın arasındaki sınıf farkı ve çatışması farklı şekillerde izleyicilere gösteriliyor. Dil, yönetmenin tecrübeli olduğu belgesel tekniğinin baskın kullanımı, zaman ve mekan algısına oynayan geri dönüşlerle ikisi arasındaki çatışmayı olduğu kadar arka planda ilerleyen dönemin çatışma ve tartışmalarını da başarılı bir şekilde yansıtıyor.

Jack London Upton Sinclair'e verdiği bir söyleşide kitaptaki amaçlarından birinin kahramanın kişiliğinde Nietzscheci bireyciliğe saldırmak olduğunu söyler. "Tek bir eleştirmen bile bunu fark etmediğine göre çuvallamış olmalıyım" diye devam eder. Filmin London'un söz ettiği amacı görünür kılmakta daha başarılı olduğunu teslim etmek gerek.

Jack London'la bitirelim: "Martin Eden için neden biraz üzülmeiyim ki? Martin Eden bendim. Fakat Martin Eden bir bireyci idi bense bir sosyalist. İşte bu yüzden ben yaşamaya devam ediyorum ve bu yüzden Martin Eden öldü."

Hizmet sözleşmeleri hukuka aykırıdır

TTB-UDEK

Türk Tabipleri Birliği ve uzmanlık dernekleri: İşbirliği protokolleri çerçevesinde imzalatılmak istenen hizmet sözleşmeleri tıp fakültelerinin işleyişine uygun değildir, hukuka aykırıdır.

Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK), Sağlık Bakanlığı'nın "Birlikte Kullanım Protokolü"nü imza atan devlet üniversitelerinin tıp fakültesi öğretim üyelerine ve bazı yerlerde tıpta uzmanlık ve yan dal uzmanlık öğrencilerine imzalatılmak istenen "Tıp Hizmet Sözleşmesi" ile ilgili bir açıklama yayımladı.

"Personel" olarak tanımlanan öğretim üyeleri ve öğretim görevlileri ile başhekim arasında imzalanması bildirilen tıp sözleşmenin hukuka, özlük haklarına ve akademik çalışma ortamına uygun olmayan maddelerine dikkat çeken TTB-UDEK, bazı küçük kurumlarda meslektaşlarına tek tek kişisel baskı ve tehdit ile sözleşmelerin imzalatılmaya çalışıldığını, imzalandığını ve çalışma barışının bozulduğunu aktardı.

Devlet üniversiteleri ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerin işbirliğine ilişkin yönetmeliğin defalarca yargıya taşınıp iptal edilmesine karşın 4 Mart 2020'de yeniden yürürlüğe konulduğunu hatırlatan TTB-UDEK, düzenlemenin Anayasa'ya ve 2547 sayılı kanuna aykırılığı savı ile açılan iptal davasının halen görüldüğünü belirtti.

Sağlık sistemini ayakta tutmaya çalışan sağlık çalışanlarının özlük haklarına yapılan saldırının tıp ve

tıpta uzmanlık eğitiminin zayıflatılması, halkın kaliteli sağlık hizmeti alabilmesinin engellenmesi anlamlarına geldiğinin altını çizen TTB-UDEK, "Anlaşmayı imzalasın, imzalamasın kanuni hakları baki olan hiçbir meslektaşımız bu baskı karşısında yalnız ve savunmasız değildir. Sözleşme imzalatılmaya çalışan öğretim elemanı meslektaşlarımızın profesyonel meslek örgütleri, TTB çatısı altında bir araya gelen uzmanlık dernekleri olarak, görevimiz gereği kanuni ve özlük haklarını kararlılıkla savunacağız" dedi.

TTB-UDEK, taleplerini şöyle sıraladı:

Sözleşmelerin imzalanması ile ilgili meslektaşlarımıza yapılan baskının kalkmasını,

Yönetmelikte ve protokollerde Anayasa'ya aykırı ve üniversite özerkliğini zedeleyen maddelerin düzeltilmesini,

YÖK'ün uygun görüşü alınmadan yürürlüğe konulan düzenlemelerin yürürlükten kaldırılmasını talep ediyoruz.

Açıklamanın sonunda üye derneklere YÖK, Sağlık Bakanlığı, TBMM başta olmak üzere baskı oluşturma çağrısı yapılırken; rektörlükler ve tıp fakültelerinin dekanlıklarından da böyle bir sözleşmenin imzalanmayacağı ve imzalama konusunda zorlama yapılmayacağı konusunda açıklama beklendiği kaydedildi.

Açıklamada imzası bulunan dernekler şöyle:

TTB-UDEK, Türkiye Biyoetik Derneği, Çocuk Romatoloji Derneği, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Türkiye Romatoloji Derneği, Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği, Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği, Türk Oftalmoloji Derneği, Türkiye Psikiyatri Derneği, Türk Radyasyon Onkolojisi Derneği, Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği, Türk Toraks Derneği, Türk Radyoloji Derneği, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, Türk Göğüs Cerrahisi Derneği, Akademik Geriatri Derneği, Patoloji Dernekleri Federasyonu, Türk Gastroenteroloji Derneği, Türkiye Acil Tıp Derneği, Türk Nöroradyoloji Derneği, Türkiye Çocuk Cerrahisi Derneği, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti, Türk Farmakoloji Derneği, Türk Yoğun Bakım Derneği, Türk Dermatoloji Derneği, Sualtı ve Hiperbarik Tıp Derneği, Türk Nöroşirürji Derneği, Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği, Türk Cerrahi Derneği, Türk Dermatoloji Derneği, Türk Nefroloji Derneği, Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği, Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği, Türk El ve Üst Ekstremiteler Cerrahisi Derneği, Türk Klinik Biyokimya Derneği, Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği, Türk İmmünoloji Derneği, Türk Tıbbi Onkoloji Derneği.

*TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu'nun 9 Ocak 2021 tarihinde yaptığı açıklamadır.

Öfkeliyiz; Çünkü tükendik! çünkü ölüyoruz!

İstanbul Sağlık Emek ve Meslek Örgütleri

İstanbul Tabip Odası, İstanbul Dişhekimleri Odası, İstanbul Eczacı Odası, İstanbul Veteriner Hekimler Odası, DİSK Devrimci Sağlık-İş Sağlık ve Sosyal Hizmet Uzmanları Sendikası (SES) İstanbul Şubeleri, Tüm Radyoloji Teknisyenleri ve Teknikerleri Derneği, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği

Ülkemizde ilk vakanın görüldüğü tarihten çok önce, sağlık emek ve meslek örgütleri olarak halkımızın sağlığı için, sağlık çalışanlarının sağlığı için size uyarılarda bulunduk. Bilimin, aklın yolunu gösterdik. Ama siz aklı, bilimi ve bizleri dinlemeyerek hem halkımızın hem de sağlık çalışanlarının hayatını tehlikeye attınız. Siyasi ve ekonomik kaygılarla aldığınız kararlar, ötesinde alamadığınız kararlar yüzünden on binlerce insanımızı, yüzlerce sağlık çalışanımızı kaybettik. Kaybetmeye de devam ediyoruz.

Her gün açıkladığınız sayıların her biri bir candı; anneydi, babaydı, çocuktu, eştı, dosttu. Bu canlarımızı sizin yanlış pandemi yönetiminiz nedeniyle kaybettik. Bu ölümlerin önemli bir bölümü önlenabilir ölümlerdi ve siz önlemediniz, önleyemediniz. En temel hakkımız olan “yaşam hakkımızı” ihlal ettiniz.

Salgının başından beri sürekli şeffaflık istedik ama hiçbir bilgiyi bizlerle paylaşmadınız. Halkın sağlığını değil, ekonomik çıkarları öncelediniz. Satışını yasaklayıp, herkese ücretsiz olarak dağıtmayı vaat ettiğiniz üç-beş maskeyi dağıtamadınız. Bilim insanlarının önerilerine ve kararlarına kulaklarınızı tıkadınız. Salgından politik başarı hikayesi çıkarmaya çalıştınız. Salgın konusunda doğruları söyleyenleri terörist ilan ettiniz. Geldiğimiz noktada maalesef haklı çıkmamanın üzüntüsünü yaşıyoruz.

Ekonomik ve siyasi kaygılarla aldığınız ve almadığınız kararlardan dolayı yitirdiğimiz on binlerce canın, yüzlerce sağlık çalışanının hesabını kim verecek?

Aylar öncesinden grip aşısı konusunda uyardık, gerekli çalışmaları yapın



dedik. Tüm toplumun aşılınması gerekirken, temin edilen aşı sayısı risk gruplarının hemen hiçbirine yetmedi. Sağlık çalışanlarını bile risk grubunda saymadınız. Yurttaşlarımız, yaşanan bu kaostan içinde aşı bulabilmek için ASM'ler, eczaneler, hastaneler arasında dolaştı durdu. Aşının bizler için bir hak, sizler için bir ödev olduğunu söyledik ama siz ödevinizi yapmadınız.

COVID-19 sağlık çalışanları için bir meslek hastalığı sayılmalıdır dedik. Siz samimiysiz, ciddiysiz şekilde konuyu bulandırınız. Biz yasa istiyoruz dedik, siz sağlık çalışanlarıyla alay edersesine, bir sayfalık yazıyla kamuoyunu yanıltmayı seçtiniz. Bizlerin, hukukçuların, milletvekillerinin anlattıklarını dinlemeyip sağlık çalışanlarını oyaladınız.

2020 yılını geride bıraktığımız bu günlerde sizleri tekrar ve daha güçlü uyarıyoruz. Ekonomik çıkarları ve siyasi kaygılarınızı değil halkımızın

ve bizlerin sağlığını önceleyin. Salgın yönetiminde aklı, bilimi ve bizleri dinleyin. Önlenabilir her ölümün sorumlusu sizsiniz. Yaşam hakkımızın ihlaline karşı sessiz kalmayacağız.

Pandeminin başından bu yana yaşamını kaybeden yurttaşlarımızın yakınlarına başsağlığı diliyoruz. Yitirdiğimiz tüm sağlık çalışanlarını bir kez daha saygıyla anıyoruz. Onlar hastalarının sağlığı için kendi canlarını hiçe saydılar ama sizin yönetememeniz yüzünden hayatlarını kaybettiler. Sağlık çalışanlarını ve vatandaşlarımızı kaybettiğimiz, yanlış sağlık politikaları sonucu ölümlerle ve tükenmişlikle geçen bir yılı geride bırakıyoruz ama tükenmememiz için, ölmememiz için yılın değil sizin zihniyetinizin değişmesi gerektiğini biliyoruz.

Sağlık emek, meslek örgütleri ve tüm sağlık çalışanları adına, size “Artık yeter daha fazla eksilmek istemiyoruz” diyoruz. Bizler yaşamak, yaşatmak istiyoruz!

* İstanbul Sağlık Emek ve Meslek Örgütleri tarafından 30 Aralık 2021 tarihinde düzenlenen açıklama.

28 ARALIK

GAZİANTEP SANKO ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE 12 YURTTAŞIN YAŞAMINI YİTİRDİĞİ YANGINLA İLGİLİ TTB VE TMMOB'DAN ORTAK AÇIKLAMA

19 Aralık 2020 tarihinde Gaziantep'te bir özel hastanede COVID-19 yoğun bakım ünitesinde yüksek akımlı oksijen cihazının alev alması sonucu oluşan yangında 12 vatandaşımız ölmüş, çok sayıda vatandaşımız yaralanmıştır. Pandemide gerekli tedbirlerin zamanında alınmaması sonucunda hastanelere başvuru sayıları ciddi oranda artmış; pandeminin ağırlaşması ile birlikte birçok hastanede yoğun bakımlarda doluluk oranları yüzde 100'ü bulmuş, hatta bazı hastanelerde aşmıştır. Sağlık Bakanlığı veya hastane idareleri tarafından sığınak, yemekhane, otoparklar da dahil olmak üzere birçok boş alan yoğun bakım yapılarak sorun çözülmeye çalışılmıştır. Yatak sayısını arttırma telaşı ile kurulan yoğun bakımlarda yeterli sağlık çalışanının olmaması; tıbbi cihazların kontrolünün zamanında



yapılmaması; yatak sayısından fazla sedyelerde hasta yatırılması nedeniyle tıbbi cihazların aşırı kullanımının getirdiği yıpranma; teknik altyapısı olmadan yeni tıbbi cihaz eklemeler; yeterli sayıda personel olmamasının veya aşırı çalışmanın getirdiği dikkatsizlik; oksijen terapi cihazlarının yangına

ve başka felaketlere neden olabileceği bilinmesine rağmen bunlara göz yumulması, Gaziantep'te olduğu gibi felakete varan sonuçlara neden olmuştur. Uyarıların dikkate alınmaması ve gerekli önlemlerin hızla hayata geçirilmemesi bu tür kazaların daha da artmasına neden olabilecektir.

06 OCAK

HAKKINIZ ÖDENMEZ DİYORLAR EK ÖDEMELERİ YAPMIYORLAR

Pandemi ile mücadelenin sadece sağlık emekçilerinin çabaları ile sürdüğü bu dönemde sağlık emekçileri ek ödeme olarak adlandırılan ve maaşlarının önemli bir kısmını oluşturan Kasım ayına ait ödemelerini alamamıştır. Bakanlık hastanelerinde buna gerekçe olarak ek ödemenin hesaplandığı programın bozuk olması gösterilmektedir.

Öne sürülen bahanenin akla ve mantığa sığmaması bir yana, hesaplanmasından dağıtım biçimine kadar birçok adaletsizliği barındıran, şeffaf yürütülmeyen, yıllardır itiraz ettiğimiz bu uygulamanın bir an önce sonlandırılması gerek-

mektedir.

Sağlık Bakanlığı pandeminin ilk günlerindeki adaletsiz ek ödeme dağıtımları nedeniyle de sağlık emekçilerinin tepkisini çekmiş ve belli düzenlemelerle bu durumu geçiştirmek yolunu seçmişti.

Varlığı o hastanelerde çalışan emekçilere dayanan bakanlık ödeme yapmadığı çalışanlarına bir açıklama gereği bile duymamıştır. İktidar ve bakanlığın her fırsatta övündükleri pandemi mücadelesinin bütün yükü sağlık emekçilerinin sırtında olmasına rağmen maruz bırakıldığımız bu muamele kabul edilebilir değildir.

Bu mücadelede yüzlerce sağlık emekçisi yaşamını yitirirken sadece seyirci pozisyonunda kalan iktidar ve bakanlık, meslektaşlarımızı anma için yaptığımız etkinliklerin bir kısmını engellemeye çalışmaktan dahi geri durmamıştır. Yaşamını yitiren meslektaşlarımız ile ilgili anma etkinliklerinde hiç bir bakanlık ya da sağlık müdürlüğü yetkilisini görememiş olmamız bir tesadüf müdür?

Pandemi döneminde yaşadığımız bütün yok sayılmalara rağmen iş akışını bozacak bir eylem biçimine başvurmamamızın temel sebebi toplum sağlığını koruma konusundaki duyarlılık ve çabamızdır.

07 OCAK



TTB'DEN REFİK SAYDAM HIFZISSİHHA KURUMU'NUN YENİDEN AÇILMASI ÇAĞRISI



Türk Tabipleri Birliği (TTB), "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" kapsamında 2011 yılında kapatılan Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün bağımsız bir kurum kimliğiyle yeniden açılması ve aşıda dışa bağımlılığın yerine yeniden toplumsal bir aşı politikasının belirlenmesi amacıyla 6 Ocak 2021 tarihinde çevrimiçi bir basın toplantısı düzenledi.

Toplantıya TTB Merkez Konseyi Başkanı Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı, İl Başkanı Doç. Dr. Ali İhsan Ökten, Genel Sekreteri Prof. Dr. Vedat Bulut ve Merkez Konsey üyesi Doç. Dr. Deniz Erdoğan ile tabip odalarının yöneticileri katıldı.

Açılış konuşmasını yapan Dr. Şebnem Korur Fincancı hükümetin salgın politikasına bağlı yaşanan sorunların aşılar ile birlikte daha da yakıcı hale geldiğini, şeffaflıktan yoksun hareket edilmesinin toplumdaki tereddüdü arttırdığını söyledi. Korur Fincancı, "Zamanında aşıları üreten ve ürettiği aşıları dünyaya ulaştıran bir ülkeden bugün aşı üretimi konusunda soru işaretleriyle dolu bir ülkeye gelmiş durumdayız" diyerek ve aşı hakkına vurgu yaparak konuşmasını sonlandırdı.

TTB Merkez Konseyi adına Dr. Ali İhsan Ökten'in basın açıklamasını okuması sonrası tabip odalarının yöneticileri söz aldı. Yapılan konuşmalarda da iktidarın salgın yönetimindeki başarısızlığının doğurduğu sorunlar dile getirilirken; etkili, güvenli ve nitelikli bir aşının ücretsiz ve erişilebilir olması gerektiğinin altı bir kez daha çizildi.

Basın toplantısında okunan açıklamanın tamamına aşağıdaki linkten ve QR kodu telefonunuza okutarak ulaşabilirsiniz.

<https://www.istabip.org.tr/6334-ttb-den-refik-saydam-hifzissihha-kurumu-nun-yeni-den-acilmasi-cagrisi.html>



ETKİNLİK TAKVİMİ

16 ARALIK 2020

E-Tur Düş Gezileri'nin ikincisinde Afrodiasis kentini gezdik.

22 ARALIK 2020

İstanbul Vergi Dairesi Başkanı'yla görüşme gerçekleştirdik.

26 ARALIK 2020

"İşletmelerde Pandemi Önlemleri İzlem ve Değerlendirmeler" Web Semineri gerçekleştirildi.

28 ARALIK 2020

Tıp öğrencileriyle Felsefe Buluşmalarının ikincisi yapıldı.

06 OCAK 2021

E-Tur Düş Gezileri'nin üçüncüsünde Efes kentini gezdik.

07 OCAK 2021

Covid-19 "Mikrobiyolojik Tanısında Güncel Yaklaşımlar" Web Semineri gerçekleştirildi.

10 OCAK 2021

Tıp Öğrencileri Komisyonumuz tarafından düzenlenen ve Ocak ayı içerisinde tamamlanan "Başka Bir Tıp Eğitimi Mümkün mü?" başlıklı toplantı dizisinin ilki yapıldı.

12 OCAK 2021

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü ziyaret edildi.

12 OCAK 2021

"Cinsel Şiddet Sonrası Suskunluk Duvarını Aşmak: İfşa" Web Semineri Yapıldı.

14 OCAK 2021

Temsilciler Kurulu Ocak Ayı toplantısı yapıldı.

19 OCAK 2021

"Aile Hekimleri Bodrum Katlarında, Hemşiresiz Aşı Yapmaya Zorlanıyor" başlıklı basın açıklaması yapıldı.

19 OCAK 2021

"Sağlık Turizmi: Getirdikleri Götürdükleri.." konulu Web Seminer yapıldı.

20 OCAK 2021

E-Tur Düş Gezisinde Ani harabeleri gezildi.

22 OCAK 2021

"Cumhuriyet Dönemi Bulaşıcı Hastalık Mücadelesi" Web Semineri gerçekleştirildi.

28 OCAK 2021

"Pandeminin Psikososyal Etkileri ve Başa Çıkma Yolları" Web Semineri Yapıldı.

03 ŞUBAT 2021

E-Tur Düş Gezisinde Troya anık kenti gezildi.

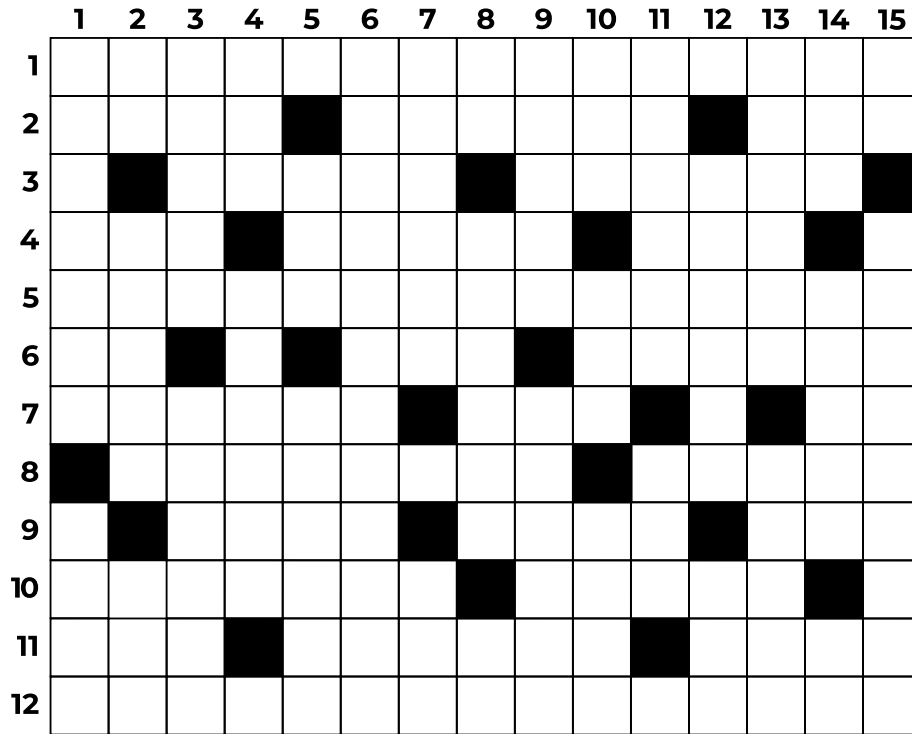
08 ŞUBAT 2021

Dr. Fikret Hacıosman'ın katiline müebbet hapis cezası verildi.



BULMACA

HAZIRLAYAN:
ÇAĞATAY GÜLER



ACROSS: **1.** A foramen in the internal acoustic meatus, posterior to the cochlear area, which transmits the nerves to the ampulla of the posterior semicircular duct. **2.** The pigmented, round, contractile membrane of the eye, sperforated by the pupil. ethylene. Prefix meaning exterior, external, or outward. **3.** The force that activates human impulses. A delicate, multilayered, light-sensitive membrane lining the inner eyeball and connected to the brain by the optic nerve. **4.** Abbreviation for immunoperoxidase assay. Relating to the zygomatic bone or the cheek. Prefix meaning eight. **5.** calcarine branch of medial occipital artery. **6.** Abbreviation for outpatient. Acronym for transient acantholytic dermatosis. Stensen. **7.** Marked with nevi. Abbreviation for radioimmunoprecipitation. Symbol for methyl. **8.** Pertaining to or inhabiting a river bank. Cyril, 20th-century U.S. pathologist, ... cell. **9.** Prefix meaning distance, end, other end. Lee G., 20th-century U.S. medical technologist, ... -Ishak stain. Symbol for arginine or its monoradical or diradical. **10.** A member of the order Acarina. Pierre C.A., French physician, 1787-1872, ... angle, ... law. **11.** Abbreviation for mole. Relating to noesis. John D.M., 20th-century U.S. ophthalmologist, Irvine- ... syndrome. **12.** Paint used to disinfect skin and to treat fungus infections of the skin.

DOWN: **1.** A chemical element, atomic number 14, atomic weight 28.086. Association of American Medical Colleges (abbrev). **2.** A chemical element, atomic number 77, atomic weight 192.2. A piece of blotting paper or filter paper impregnated with a medicinal solution. Abbreviation for coenzyme A. **3.** Relating to a nidus, or nest. The vital body organs. **4.** Abbreviation for galvanic skin response. Astley Paston, English anatomist and surgeon, 1768-1841, ... fascia, ... hernia, ... herniotome, ... ligaments, suspensory ligaments of ... **5.** lowest (L). Relating to, of the nature of, or containing salt; salty. **6.** The levorotatory form of norepinephrine. **7.** Imperfect or incomplete development. Any of a number of scaleless, snakelike fish. **8.** Symbol for rhodium. Gabriel, French physician, 1797-1876, ... decubitus. Abbreviation for Terminologia Anatomica. **9.** Arthur, English obstetrician and gynecologist, 1811-1887, ... line. A starch occurring in the rhizome of certain plants, which on hydrolysis yields fructose. **10.** Suffix indicating a ketone (-CO-) group. Symbol for aspartic acid or its radical forms. Prefix meaning harm, hurt, pain, injury. **11.** A flasklike vessel with a long neck passing outward, once used in distillation. A protein that associates with microtubules and other elements of the cytoskeleton. **12.** Prefix meaning icterus. immunoglobulin A. **13.** Maud L., Canadian pathologist in U.S., 1879-1960, Michaelis- ... constant, Michaelis- ... hypothesis. Morio, 20th-century Japanese surgeon, ... operation. **14.** Prefix meaning a quintillion, or million million times the unit to which it is joined. Paul H., German bacteriologist, 1876-1916, ... test. Symbol for tin. **15.** A compound which produced from L arginine by the enzyme nitric oxide synthase (abbrev). An agent that acts with or enhances the action of another.

ACROSS: 1. SINGULARFORAMEN 2. IRIS / ETHANE / EXO 3. L / DRIVE / RETINA 4. IPA / MALAR / OCT / 5. CALCARINEARTERY 6. OP / O / TAD / STENON 7. NEVOSE / RIP / R / ME 8. RIPARIAN / TOKER 9. A / TELE / LUNA / ARG 10. ACARINE / LOUIS / I / I. MOL / NOETIC / GASS 12. CASTELLANIPAINIT DOWN: 1. SILICON / AAMC 2. IR / PAPER / COA 3. NIDAL / VITALS 4. GSR / COOPER / T 5. U / IMA / SALINE 6. LEVARTERENOL 7. ATELIA / I / I / EEL 8. RH / ANDRAL / TA 9. FARRE / INULIN 10. ONE / ASP / NOCI 11. RETORT / TAU / P 12. A / ICTERO / IGA 13. MENTEN / KASAI 14. EXA / ROMER / SN 15. NO / SYNERGIST

DR. ALİ ÖZYURT
(1963 - ∞)

*Sevdalardayım
fark etmez kimse seni
uzaklardasın diye
neden gittiğini bilmezler
dağlar haykırmazsa eğer
ancak bilirim ben gerçeği
bekliyordum gideceğini
arkandan su dökmeden
razıydım kaderime
lekelenmeden biteceği için
İtir çiçekleri gibi
karşılaşın seni sonbahar
Ali Özyurt*

Sergi, Saygı ve Özlemle



**İSTANBUL
TABİP ODASI**

KORONA GÜNLERİNDE HEKİMLİK

14 MART
TIP HAFTASI
08-14 MART 2021



08-14 MART 2021
14 mart 
tıp haftası



**İSTANBUL
TABİP ODASI**