

İLERİ TEKNOLOJİK ALT YAPI, MODERN YÖNTEMLER VE
BRANŞLAŞMIŞ UZMAN HEKİM KADROSU İLE ARTIK BİRÇOK
KALP HASTALIĞI TEDAVİ EDİLEBİLİYOR.

Kalp hastalıklarının tanı ve tedavisinde yeni nesil teknoloji ve modern yöntemler

Kalp damar hastalıkları tüm dünyada en önemli ölüm nedenlerinden biridir. Dünyada her yıl 17.5 milyon kişi, ülkemizde de yaklaşık 200 bin kişi kalp damar hastalıkları nedeniyle hayatını kaybediyor. Yani bu yazıyı okumaya başladığınız andan itibaren ülkemizde, her 2.5 dakikada 1 kişi kalp damar hastalığından hayatını kaybedecek.



Doç. Dr. Fethi Kılıçaslan, Doç. Dr. Celal Akdeniz, Prof. Dr. Volkan Tuzcu, Prof. Dr. İrfan Barutçu, Prof. Dr. Muhsin Türkmen, Prof. Dr. Halil Türkoğlu, Prof. Dr. Atif Akçevin, Yrd. Doç. Dr. Bekir Kayhan, Yrd. Doç. Dr. Tijen Alkan Bozkaya, Yrd. Doç. Dr. Cihangir Ersoy

Türkiye'nin deneyimli kalp uzmanları Medipol'de!

Türkiye'nin en önemli isimlerinden oluşan kalp uzmanları, son teknoloji ile donatılan Medipol Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Hastanesi'nde bir araya geldi. Medipol Üniversitesi Kalp Damar Cerrahisi Hastanesi, alanlarında uzman, deneyimli güçlü ekibi, son teknolojiyle donatılmış modern alt yapısı ve ileri tanı ve tedavi yöntemleriyle yenidoganadan erişkine her yaş grubuna 7/24 hizmet veriyor.



Kalp ve damar hastalıklarında modern girişimsel yöntemler ve cerrahi yaklaşımlar

► Pedyatrik Kalp Cerrahisi ► Doğumsal Kalp Hastalıklarında Kateter İle Tedav ► Doğumsal Kalp Hastalıkları Cerrahisi, Kalp Ritim Bozuklukları Girişimi: Elektrofizyoloji ► Koroner Anjiyografi ► Stent ve Balon Anjiyoplasti Uygulamaları ► Koroner Bypass Cerrahisi ► Küçük Kesik Koroner Bypass ► Kalp Kapağı Tamir ve Değişim Cerrahisi ► Perkütan Valvüloplasti ► TAVI (Transapikal ve/veya Transkateter Aort Kapak İmplantasyonu) ► Kateter Ablasyon ► Geçici ve Kalıcı Pace-Maker Takılması ► AICD Takılması ► Üç Odacıklı Pace-Maker Takılması ► Endovasküler Aort Cerrahisi (EVAR) ► Torasik Endovasküler Aort Cerrahisi (TEVAR) ► Hybrid Uygulama ► Dijital Substraction Anjiyografi (DSA) ► Karotis Artere Stent Uygulama (CAS) ► Karotis Artere Endorterektomi (CEA) ► Periferik Cerrahi Bypass ► Periferik Endoluminal Bypass ► Varis Cerrahisi ► Endovenöz Varis Cerrahisi ► Kardiyomiyopati Cerrahisi

KALBE ÖZEL YENİ NESİL TEKNOLOJİK ALT YAPI

256 Kesit Bilgisayarlı Tomografi (BT)
(1 saniyenin daha altında, dünyada kaydedilmiş en düşük radyasyonlu kalp taraması)



Kardiyak MR
(MR anjiyografi ile klasik anjiyografiye gerek kalmadan damarların 3 boyutlu görüntülenebilmesi)

Bi-Plan ve Mono Plan Dijital Flat Panel Anjiyografi Sistemleri
(Çok düşük doz, çok yüksek görüntü kalitesi ve 56" LCD Flexivision monitör sistemi)



Kardiyak Ultrasonografi/Ekokardiyografi
(Altın standart; tek kalp atımında tüm kalbin 4 boyutlu görüntülenmesi)

Kardiyak Spect
(4 kat daha hızlı ve düşük dozlu çekimler)

Elektrofizyoloji Sistemleri
(3 boyutlu haritalama)



EKG Data Yönetim Sistemi
(EKG bilgilerine uzaktan erişilebilir, yönetilebilir ve saklayabilir)



**MEDİPOL
MEGA**
ÖZEL MEDİPOL MEGA
HASTANELER
KOMPLEKSİ





MART-NİSAN-MAYIS 2013
İLKBAHAR, SAYI 26
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
İlker Köse
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Dr. Bülent Öztay
Doç. Dr. Hanefi Özbek
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Prof. Dr. Haydar Sur
Prof. Dr. Muzaffer Şeker
Prof. Dr. Akif Tan
Doç. Dr. Mustafa Taşdemir
Dr. Mahmut Tokaç
* Soy isimlere göre alfabetik sırayla

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Murat Çakır

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0212 453 48 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayımcının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Sağlıkta sınır tanımamak

Artan nüfusun, gelişen teknolojinin, hızlanan ulaşımın ve kolaylaşan iletişimin gittikçe küçülttüğü bir dünyada yaşıyoruz. Dünya savaşları ile birbirine düşen ve ulus devletlerle ayrışan toplumlar, gün geçtikçe farklı ittifaklar geliştirmeye çalışmakta, kurdukları birliklerle dayanışma yolları aramakta. Bu değişim, ülkeler arası sınırların önemini gittikçe azaltmıştır. Günümüzün uluslararası güç dengeleri karşısında siyasi hükümlerlikleri sınırlandırmada dahi yetersiz kalan ülke sınırları; kültür, hizmet, ticaret gibi alanlara set çekmekten gittikçe uzaklaşmaktadır.

Evliya Çelebi'nin ömrünü tükettiği seyahatlerini günümüzde işi gereği çok kısa sürede yapan insan sayısı az değil. Bir ülkede ikamet edip diğer ülke sınırları içinde mesai yapanlar, aynı günde hava yoluya bir ülkeden başka bir ülkeye gidip dönenler, günümüzün nadir olmayan örneklerini teşkil ediyor. Öyle ki, başta eğitim olmak üzere birçok alanda uluslararasılaşma gibi kavramlar gündemimize girmiş durumda.

Nerede olursa olsun, sağlıklı olmak her insanın hakkıdır. Bu denli hareketli dünyamızda insanların sağlık hakkı talepleri de sınır tanımamaktadır. İkamet ettiği, istihdam edildiği ya da seyahat ettiği yerde sağlık talebinde bulunulabildiği gibi, bu talebin yerine getirilmesi için de seyahat edilebilmektedir. Sağlık sistemleri, sigorta sistemleri bu talepleri sorunsuz karşılayabilmek amacıyla birbirleri ile iletişim ve uyum yolları aramaktadır. Bir yandan sınır ötesi sağlık hizmetlerini ve bunun

finansmanını gündeme alırken diğer yandan sağlık hizmeti talebiyle sınır ötesi seyahatlerin gündemimize girdiğine şahit oluyoruz.

Sağlık hizmeti çoğu kez insani kaygılarla, karşılık beklemeden başka ülkelerin muhtaç insanlarına taşınmaktadır. Yine çok sayıda gönüllü kuruluş bu hizmet yarışında görev almaktadır. Bu anlamda sağlık hizmetleri mazlum toplumlara uzanan dost eli gibidir. Siyasi ihtilaflara, toplumsal gerginliklere rağmen sağlık; şefkatin, vicdanın, tebessümün, dostluğun sözcüsü olagelmıştır. Dünya tarihi, buna rağmen ne yazık ki misyonerlerin maşası, illegal araştırmaların kılıfı, zararlı ürünlerin tüketim aracı halini almış olan sağlık hizmetlerine de da şahit olmuştur. Başta cerrahi yöntemler olmak üzere tıbbi gelişmelerin önemli bir kısmının savaşlarda yürütülen sağlık hizmetleri esnasında gerçekleşmesi de sağlığın bu ikircikli ve burukluk veren diğer yönüdür.

Sağlık bir insani hak, bir kamu sorumluluğu olmasının yanında, günümüz teknolojisi kapsamında önemli bir ticari sektör halini de almıştır. Sağlık hizmeti ülke sınırlarını kolayca aşan bir hizmet sektörüne dönüşmüş, sağlığın ithalatı ve ihracatından söz edilir olmuştur. Turistin sağlığı ile ilgili düzenlemeler yaparken sağlığın turisti de sektörde önemli bir rol kapmıştır. Sağlık, bir

yandan toplumsal sorumluluk kapsamında kâr amaçlı meta olmaktan uzak tutulmaya çalışılırken, diğer tarftan taşıdığı potansiyel bakımından önemli bir ekonomik araç olarak görülmeye başlamıştır. Mevcut sınırlı kaynakların toplum yararına sarf edilmesi öncelenirken, bu kaynakların ticari üretim aracına kaydırılmasının doğuracağı riskler tartışılmaya muhtaçtır. Bu farklı bakış açılarının önümüzdeki dönemin sağlık sistemlerinin şekillenmesinde önemli rol oynayacağı kanısındayız.

SD bu sayısında dosya konusunu farklı boyutları ile sınır ötesi sağlık hizmetlerine ayırdı. Dosyada yer alan yazıların ve röportajların okuyucuda önemli bir farkındalık oluşturmalarını umuyoruz. Ne var ki, konunun bu dosya kapsamına sığmayacak kadar geniş ve çok yönlü olduğunu da biliyoruz. Örneğin STK'ların bilhassa 3. Dünya ülkelerine sundukları sağlık hizmetinin “yumuşak güç” olarak dış politik arenadaki güç dengelerine yansımaları da detaylı olarak irdelenmesi gereken bir husus. Gene kısaca “tele robotik cerrahi” diye adlandırılacak kıta ötesinden tıp hizmeti ortaklıkları ya da hastane-hizmet ortaklıkları da önemli konular. Sınırların en azından fiilen giderek ortadan kalkacağı önümüzdeki yıllar, sınır ötesi sağlık hizmetlerinde yepyeni gelişmelere gebe. Bilhassa sağlık hizmet sunucuları ve politika yapıcılarının bu konuya özel ilgi göstermelerinde fayda var.

İçindekiler

6

AVRUPA BİRLİĞİ'NDE BİR DEV DOĞUYOR:
HASTALARIN VE SAĞLIK HİZMETLERİNİN
SERBEST DOLAŞIMI
DR. AYŞE TURAN

8

TÜRKİYE'NİN DIŞA DÖNÜK POLİTİKALARI
VE SAĞLIK ÇALIŞMALARI
Ö. FARUK KOÇAK

10

YURTDIŞINA TEDAVİ İÇİN GÖNDERDİĞİMİZ
VATANDAŞLARIMIZLA İLGİLİ BİR DEĞERLENDİRME
PROF. DR. İRFAN ŞENCAN

12

DIŞİŞLERİ BAKANI AHMET DAVUTOĞLU:
KENDİ VATANDAŞININ SAĞLIK SORUNLARINI
ÇÖZEMEYEN BİR DEVLET, DÜNYADA DA
ÇÖZÜMÜN BİR PARÇASI OLAMAZ



16

TİKA'NIN YURTDIŞINDAKİ SAĞLIK FAALİYETLERİ
DR. ENVER ARPA



20

ULUSLARARASI ALANDA TÜRKİYE SAĞLIK
SEKTÖRÜNÜN ROLÜ: AZERBAIJAN
PROF. DR. ORHAN CANBOLAT

22

YERYÜZÜNDEN NOTLAR
PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN

26

KUTUPYILDIZI SAĞLIK GÖNÜLLÜLERİ:
ENDONEZYA'DAN NİJER'E SINIR ÖTESİ FAALİYETLER
DR. SELAHATTİN SEMİZ - DR. SERHAT ONUR

30

TÜRK STK'LARIN YURTDIŞINDAKİ SAĞLIK
FAALİYETLERİ
ÖMER ÇAKKAL

32

DIŞ İLİŞKİLERİMİZDE “YUMUŞAK GÜÇ” OLARAK
STK'LARIN SAĞLIK HİZMETİ VE KONYA ÖRNEĞİ
PROF. DR. MUZAFFER ŞEKER

34

DÜNYAYA UZANAN YARDIM ELİ: TÜRK KIZILAYI
AHMET LÜTFİ AKAR - PROF. DR. TURAN ASLAN

36

SINIR ÖTESİ TIBBİ YARDIM VE
YERYÜZÜ DOKTORLARI
DR. KEREM KINIK



40

SINIR ÖTESİNE TAŞMAK YA DA SINIR ÖTESİNDE
GÖNÜLLÜ OLMAK
DR. HARUN CANSIZ

44

SINIR ÖTESİ SAĞLIK: TECRÜBELER,
TESPİTLER, ÖNERİLER
DR. ÖZLEM SAATÇI - DR. BURCU POLAT

46

SOMALİ BÜYÜKELÇİSİ DR. KANI TORUN:
DEVLET İKTİSATLI ÖLMALİ, STK'LAR
KALICI PROJELERLE GELMELİ

50

İNSAN TİCARETİ MAĞDURLARI VE MÜLTECİ/
SİĞINMACILARIN SAĞLIK HİZMETLERİNE
ERİŞİMİ: BİR STK DENEYİMİ
YRD. DOÇ. DR. BERNA EREN

56

TÜRK VATANDAŞLARINA YURT DIŞINDA
SAĞLIK HİZMETLERİ
HÜSEYİN ÇELİK

58

SINIR ÖTESİNDE SAĞLIK SİGORTASI
DR. CEM KÖYLÜOĞLU

60

İNSANİ AMAÇLI İLACA ERKEN ERİŞİM PROGRAMI
DOÇ. DR. HANEFİ ÖZBEK

62

TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ VE SAĞLIK
BAKANLIĞI'NIN ÇALIŞMALARI
DR. DURSUN AYDIN

64

TİCARET ALANI OLARAK SINIR ÖTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ
DR. MEHMET G. HIZARCI

66

SINIR ÖTESİNDEN MÜDAHALE:
ROBOTİK TELE CERRAHİ
POF. DR. EYÜP GÜMÜŞ

68

YASA DIŞI SINIR ÖTESİ SAĞLIK SEKTÖRÜ: ORGAN
TİCARETİ, TAŞIYICI ANNELİK VE SPERM BAĞIŞI
YRD. DOÇ. DR. MURAT VOLKAN DÜLGER

74

SINIR ÖTESİ SAĞLIK HİZMETİ VE HUKUK
DOÇ. DR. AYFER UYANIK ÇAVUŞOĞLU

76

SAVAŞ MAĞDURLARININ KORUNMASINA YÖNELİK
ULUSLARARASI HUKUK
YRD. DOÇ. DR. LEVENT KORKUT

78

KÜRESEL SERMAYE, KÜRESEL SAĞLIK
PROF. DR. AKİF TAN

80

ÖZEL HASTANELERİN YABANCI HASTANELERLE
İŞBİRLİĞİNE GENEL BAKIŞ
MEDİNE BUDAK

82

DR. RATİP KAZANCIGİL: TÜRKİYE SAĞLIKTA
HALEN MODEL ARAMA SEVDASINDA



88

SAĞLIKTA VİZYON: OTORİTE KULLANIMI
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

90

BAİS-İ ŞEKVA BİZE HÜZN-İ UMUMİDİR KEMAL (1)
PROF. DR. ŞABAN ŞİMŞEK

92

HEM MÜSLÜMAN, HEM EŞCİNSEL OLUNABİLİR Mİ?
PROF. DR. MUSTAFA BİLİCİ

94

CERRAHİNİN BÜYÜSÜ
PROF. DR. HASAN FEVZİ BATIREL

100

MİSYONERLERİN OSMANLI TOPRAKLARINDAKİ
SAĞLIK FAALİYETLERİ
DR. MAHMUT TOKAÇ

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Avrupa Birliği'nde bir dev doğuyor: Hastaların ve sağlık hizmetlerinin serbest dolaşımı

Dr. Ayşe Turan



1961 yılında İzmit'te doğdu. 1987'de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993'de Leuven Katholieke Universiteit-Belçika'da Göz Hastalıkları uzmanı oldu. Avrupa Birliği Uluslararası İlişkiler alanında yüksek lisans yaptı. Stanford ve Harvard Üniversitelerinde göz hastalıkları alanında sertifika programlarını tamamladı. 1993 yılından beri Sağlık Bakanlığı bünyesinde yurtiçi ve yurtdışında çok çeşitli görevler yürüttü. Profesyonel tercüman rehberlik eğitimi de alan Turan İngilizce, Flamanca ve Fransızca bilmektedir. Halen Bakanlık bünyesinde sağlık için seyahat çalışmaları kapsamında AB Cross Border Healthcare 2020 direktif mevzuat çalışmalarını takip eden Dr. Turan, evlidir ve 3 çocuk annesidir.

İngiltere'nin hasta bekleme listelerinde fazla beklemekten mustarip bir kişi olan Watts Hanım, 2003 tarihinde Fransa'da ortopedik cerrahi ameliyatı oldu ve faturasını İngiliz Sağlık Bakanlığı'na yolladı. 2006 yılında AB Adalet Divanı, İngiltere'nin uzun bekleme listeleri ile hastaların tedavi olmasının insan hakkını zedelediğine karar vererek faturanın ödenmesine hükmetti. Bu kararı takiben AB'de Hastaların ve Sağlık Hizmetlerinin Serbest Dolaşımı Kanunu çalışmalarına geçildi. Yasama süreci, 2 Temmuz 2008'de AB Komisyonu tarafından teklif sunulması ile başladı. Temmuz 2008 – Eylül 2010 arasında ilk hukuki değerlendirme dönemi geçildi. 19 Ocak 2011'de AB Parlamentosunda oylama yapıldı. 28 Şubat 2011 tarihinde Konsey tarafından kabul ve 4 Nisan 2011 Resmi Gazetede yayımlama ile 24 Nisan 2011'de direktif/kararının yürürlüğe girmesi başarıldı. Geçiş süreci 30 ay ile sınırlıdır (25 Ekim 2013). İkili görüşmeler çerçevesinde 27 AB üyesi ülke arasında Mayıs-Ekim 2011 döneminde komite çalışmaları yapılarak, üye ülkelerin yapması gerekli ölçüm ve değerlendirme değişiklikleri tanıtıldı. AB'de Sınır Aşan Sağlık Hizmetleri Komitesi kuruldu ve yasanın uygulanması sürecinde üye devletler düzenli resmi toplantılar yapacak uygulamaları tartışıp oylamaktadır.

Avrupa Birliği; insanların, mal, hizmet ve sermayenin serbest dolaşımı felsefesi ile kuruldu. Sağlık hizmet sektörünün

AB'de gündeme gelmesi için 30 yıl süren hazırlık dönemi tamamlandı. Sağlık, risk seviyesi en yüksek faaliyet alanlarından olduğu için 2011 yılından 2020 yılı sonuna kadar resmi geçiş dönemi ilan edildi. 9 Mart 2011 tarihinde imzalanan, AB ülkelerinde hasta ve sağlık hizmetlerinin serbest dolaşımını başlatan CrossBorder Healthcare 2020, bütün uygulamaları ile 2020 yılında 27 ülkede zorunluluk haline gelecektir. 2013 Ekim ayından itibaren Ulusal Temsilci Kurumlar çalışmaya başlayacaktır. Birlikte çalışma ağları özellikle teknoloji, hastalıkların tanı ve tedavilerinde kanıta dayalı uygulama ve tedavi protokolleri kullanımı, reçete ve eczacılık hizmetlerinde ortak ağ, hasta kayıtlarının paylaşımı, sağlık eğitimi ve ortak sağlık araştırmaları gibi 8 ana başlıkta resmi çalışma grupları ile faaliyete başladı. Bu ağlarda kendini tanımlayabilen kurumlar, sağlık hizmeti sunmada AB tarafından resmi tanınırlık kazandılar. Sağlık hizmeti sunucuları arasında doktor, hemşire, diş hekimi ve eczacılar gibi profesyonel mesleklerde ülkemiz AB düzeyindedir. Tıbbi cihazlarda CE belgesi bütün AB ülkelerinde geçerli olduğu halde, kalite izleme grubu, sorun çıkan malzemeleri anında haber veren bir sistem kurdu. Ülkemiz, AB'ye komşu olması ve gümrük birliği sebebi ile ekonomik ve bilimsel imkânlardan en üst düzeyde faydalanma hakkına sahiptir. Bize düşen, uyum sağlayabileceğimiz konularda hızlı hareket ederek denklik bulunan grup çalışmalarına katılmak

ve tecrübe kazanmaktır. Bahsedilen direktif (AB kanunu) toplam 40 sayfadan oluşmakta ve yönetmelikleri binlerce sayfaya ulaşmaktadır. Bu yeni kanun ve uygulamaları bölümler halinde aşağıda basitleştirildi.

Hasta Serbest Dolaşımı Direktifi temel ilkeleri:

- Her hasta, tedavi aldığı AB ülkesinde geri ödeme hakkına sahiptir.
- Sağlık hizmetinin güvenliği ve kalitesi teminat altındadır.
- Sağlık sistemleri arasında güdümlü çalışma kurulacaktır.

Hastaya teminat verilen haklar:

- Ulusal irtibat kişisi aracılığı ile gerekli bütün bilgiye ulaşabilecektir.
- Hastalar yetkilendirme öncesi tanzim kurallarını / ret edilme şartlarını / tanzim düzeylerini / ön ödeme ihtiyaçlarını bileceklerdir.
- Prosedür garantisi - hasta sorumluluklarını bilecek / kurallar şeffaf olacak / yönetimle ilgili kararları sorgulayabilecek / mahkemelere gitme hakkı olacaktır.

Ulusal İrtibat Uzmanı (ÜİU): Her ülke, vatandaşlarını haberdar etmek için Ulusal İrtibat Uzmanlarını belirler. Hastalar bu bilgiler ile hareket ederler: Haklar, görevler, tanzim, kalite, güvenlik



AB ülkeleri sağlık hizmet sektörüne 4 trilyon dolarlık dünya pazarında yer almak için stratejiler geliştirmektedirler. Almanya, Macaristan, Polonya ve İngiltere ulusal stratejiler ile butik hastaneler oluşturarak hem AB vatandaşlarını hem de Ortadoğulu hastaları hedeflemektedirler.

standartları, sağlık hizmet sunucuları, hizmet sunumundaki kısıtlamalar, şikâyet ve hak arama yöntemleri, kanuni çözüm arama yolları bilgilendirilir.

Koruyucu önlemler: Tanzim şartları: Ulusal temsilci yalnızca kendi ulusal düzeyinde ödeme yapacaktır. Ulusal geri ödemenin üzerinde hiçbir ödeme yapılamaz. Devletler kendi sınırları içinde uygulanacak kuralları tanımlarlar. Ulusal şartlar gidilen ülkedeki tedavide de şart koşulabilir. Sağlık sistemi için ciddi risk durumunda devletler ön izin uygulaması getirebilir.

Ön izin: Ön izne tabi olma: Planlama gerektiren şartlar varsa gerekebilir. Hastanede 1 gece yatış- yüksek teknoloji gerektiren cihaz kullanımı- hastaya veya halka zarar verici uygulamalar- hizmet sunucunun kalite ve güvenilirliğinde şüpheli durumlarda ÜLU vakayı inceleyebilir.

Ön izin vermede zorunluluk: Eğer ülke vatandaşına makul sürede bu tedaviyi uygulayamıyorsa bu durum ön izni vermekte zorunludur.

Ön iznin ret edilebileceği durumlar: Hastaya veya topluma güvenlik riski oluşmasında, Sağlık hizmeti veren grubun kalite ve güvenliğinde şüpheli varsa, Sağlık hizmeti makul sürede kendi ülkesinde verilebilecek ise ön izin ret edilebilir.

Nadir hastalık hastaları

Bilgiye daha rahat ulaşım: Özellikle tedavi gerektiren hastalar için Ulusal İrtibat Uzmanı (ÜIU) bilgi toplama ve dağıtma ile görevlidir. İşe özel sağlık uzmanlarının takibinde ve ileri merkezlerin koordineli çalışmasında AB elektronik ağları yaygınlaştırılacak ve kullanılacaktır. Ön izin kararları için sahada uzman ekip değerlendirmesi hızlı bir şekilde yapılacaktır

Kalite ve güvenlik

Şeffaflık ve kredibilite: Hizmet verici ve uygulanan standartlar hakkında bilgiye ulaşım.

Devlet sorumluluğu: Hizmet vericinin kalite ve güvenilirliğinden şüpheli varsa ön izni ret etme.

Devletlerarası ortak çalışma: Kalite ve güvenlik standart rehberleri üzerinde ortak güdümlü çalışma yapılır.

Sağlık sistemleri arasında ortak çalışma

Reçetelerin tanınması: Avrupa İhtisas Merkezleri Ağları ile uzmanlık ve bilginin yayılması için bilim adamlarının karşılıklı değişimi ve ortak çalıştırılmasıdır.

Sağlık Teknoloji Değerlendirme Kurumu: AB'nde kurulmakta olan kalıcı bir yapı ile karar vericilerin doğru sağlık yatırımı ve harcamalarının planlanmasıdır.

Elektronik Sağlık Kayıt Sistemi: Ortak hizmet sunumuna doğru ilk adım güvenlik, kalite, tedavinin sürekliliği, sağlık bilimsel araştırmalarında kullanılmasıdır.

Yukarıda Hastaların Serbest Dolaşımı kanunun temelleri özetlendi. AB, bu kanunun uygulanması hakkında 5 milyon Euro ödeme yaparak London School of Economics Üniversitesi'nden yol haritası çalışması yapıldı.

ECAB

AB'nde hasta ve sağlık hizmetlerinin serbest dolaşımı 14 başlıkta ele alınmaktadır:

- 1- Sağlık çalışanları kalitesi
- 2- Ülkelerdeki tedavi protokolleri
- 3- Tıbbi kayıt ve bilgi toplama

- 4- Reçetelendirme ve ilaçlar
- 5- Hastaların bilinçli seçimi ve sağlık hizmetleri kalitesinin halka şeffaf bildirimi
- 6- Uzun süreli bakım hizmetlerinde kalitenin ölçülmesi ve raporlama
- 7- Sınır bölgelerinde hastaneler arası ortak çalışmalar
- 8- Tele-tıp ve elektronik kayıt sistemlerinin uyumlaştırılması
- 9- Diş hastalıkları tedavisi
- 10- Hizmet kalitesinin yayınlanması
- 11- Hasta ve sağlık hizmetleri serbest dolaşımının nicelik takibi
- 12- Potansiyel riskler- verilerden elde edilen dersler ve uygulama politikasında yapılması gereken değişiklikler
- 13- Toplanan bilginin dağıtılması
- 14- Projenin yönetimi

Yol haritası üzerinde projeler ve kurumlar temelinde çalışılmaktadır. Bu yasa ile ilgili önemli saptamalar arasında hastanın kaynaklandığı ülkenin ücret tarifelerinin geçerli olduğu unutulmamalıdır. AB ülkeleri pahalı sağlık AR-GE çalışmalarını, sağlık eğitimini de ortak yapmak üzere circular training/ eğitim döngüleri ve ECRIN gibi ortak dil oluşturma gruplanmaları yapmaktadır.

AB ülkeleri sağlık hizmet sektörüne 4 trilyon dolarlık dünya pazarında yer almak için stratejiler geliştirmektedirler. Almanya, Macaristan, Polonya ve İngiltere ulusal stratejiler ile butik hastaneler oluşturarak hem AB vatandaşlarını hem de Ortadoğulu hastaları hedeflemektedirler. AB ülkelerinde hastaların serbest dolaşımı, hem sağlık biliminin daha ileri gitmesini sağlayacaktır, hem de sağlık hizmet sektörünün çalışma prensiplerini tanımlayarak standartlar getirecektir. Ülkemiz bu kanunun uygulamalarına farklı aşamalarda gerekçeli olarak dâhil olabilir ve ortak çalışmaya katılabilir. Müzakerelere başlamak için dosya hazırlanmaktadır.

Türkiye'nin dışa dönük politikaları ve sağlık çalışmaları

Ö. Faruk Koçak



1964 yılında Kırıkkale'de doğdu. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümünden mezun oldu (1986). İş hayatına Toplu Konut İdaresi'nde başladı. 1988-2001 yılları arasında çeşitli ilçelerde kaymakam adaylığı ve kaymakamlık görevlerinde bulundu. 2001-2009 yılları arasında Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu'nda çalıştı. Koçak, 2009 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Avrupa Birliği, diplomasi, yeni kamu yönetimi, sosyal güvenlik, adalet ve eşitlik ilişkisi üzerine akademik çalışmaları bulunmaktadır. Koçak, evlidir ve dört çocuk babasıdır.

Yeni yüzyılın başlangıcında ülkemiz derin değişim ve dönüşümler yaşıyor. Bu alanlardan biri de, sağlık. Hem iç hem de dış konjonktür, ülkemize yeni roller biçiyor. Sağlık Bakanlığı, bu yeni rollere uygun olarak yeniden yapılanıyor; yeni araçlar ve stratejilerle kendi halkına verdiği hizmeti, insanlığa da sunuyor. Bunu, derin bir kültür mirası ve felsefi arka planı olan politikalar geliştirerek yapıyor. Aslında sınır ötesi sağlık hizmetlerini konu alan bir yazıya "küreselleşen dünyada" veya "küçük bir köy haline gelmiş olan dünyamızın" gibi klişe cümlelerle başlamamız beklenirdi. Küreselleşme kavramı ve tüketilme hızı, tarihin ne kadar hızlandığının da aslında bir göstergesi. 3 bin yıl hüküm süren Sasaniler, 600 yıl ayakta kalan Osmanlı, 70 yıllık Sovyet İmparatorluğu, 50 yıllık entegrasyon sürecini daha tamamlamadan dağılma sinyallerini veren Avrupa Birliği, günler süren halk hareketleri sonucunda devrilen Ortadoğu diktatörleri, bu hızlanan sürecin gerçek hayattaki örnekleri.

İnsan ömrü uzuyor. İnsan ömrü uzarken en az ortalama ömre sahip ülkelerle en yüksek olanlar arasındaki makas da giderek açılıyor. Japonya, İspanya ve Kuzey Avrupa ülkeleri gibi gelişmiş dünyanın doğumda beklenen ortalama hayat süreleri 80 yılı aşarken; Afganistan, Sudan, Somali gibi ülkelerde 40'lı yıllarda kalıyor. Ortalama insan ömrüne yansıyan bu eşitsizlikler, aslında sağlığın sosyal belirleyicilerindeki eşitsizliklerin bir sonucu. Bu eşitsizlikler, ülkeler ve bölgeler arasında yaşandığı gibi, aynı şehirde yaşayanlar ve hatta aynı ailenin fertleri

arasında bile görülebiliyor. Cinsiyetler, farklı etnik gruplar ve sosyoekonomik gruplar arasında da eşitsizlikler artarak devam ediyor.

Eşitsizlik, adaletsizliğin kendisi olmamakla beraber en önemli göstergelerinden biri. Adalet, herkese hakkı olanı vermektir ve "mülkün temelidir". İster milli, isterse milletlerarası düzeyde olsun adaletin ortadan kalktığı veya zedelendiği yerlerde/ zamanlarda, "mülk/devlet/düzen/rejim ayakta durmıyor. Tarih, bu durumun kayıtlarıyla dolu. Medeniyetlerin hemen hepsi, teorik veya retorik düzeyinde adalet üzerine kurulmuştur. Ancak her zaman iynin bilgisi insanı iyi yapmadığı gibi, teori ise her zaman realiteye dönüşemeyebiliyor. Bunun içindir ki, değerler düzlemi ile uygulamalar düzlemi çelişki içinde olabiliyor. Uluslararası düzeyde adaletsizliklerin zirveye ulaştığı dönemler -ki böyle bir dönemde yaşıyoruz-, bazı ülkelere, adaletin temsilcisi veya dünyanın "vicdanı" olma misyonunu yüklüyor.

Batı medeniyeti kısa süren üstünlük döneminde kurduğu uluslararası sistemin adaletli olmasını ne yazık ki sağlayamadı. Bunun en önemli göstergesi ise, diğer medeniyet havzalarında yaşanan çatışmalar ve derin fakirliktir. Medeniyet geçmişimiz ve tarihi ilişkilerimiz, Türkiye'ye, bu adaletsiz sisteme karşı durarak dünyanın vicdanı olma misyonunu yüklüyor. Uluslararası konjonktürle beraber Türkiye'nin kendi içinde yaşadığı ekonomik, sosyal, siyasi ve sistemsel dönüşüm de, bu misyonu destekleyen bir süreç olarak ortaya çıkıyor.

Türkiye, söylem düzeyinde dünyanın

vicdanı olup Gazze'de, Suriye'de, Myanmar'da yaşananlara tepki gösterirken, eylem düzeyinde de buralara karşı insani sorumluluğunu yerine getirmek gibi bir ahlaki tavrı da gösteriyor. Bunun en önemli tezahürü olarak din, etnik köken, dil, mezhep vb. ayrımları gözetmeden İran'dan Haiti'ye, Pakistan'dan Sudan'a, Somali'den Banda Aceh ve Japonya'ya kadar, sağlık başta olmak üzere insani yardım sağlıyor. Bunu sadece devlet olarak değil, sivil toplum kuruluşları aracılığıyla doğrudan halktan halka da yapıyor. Bu yardımların en başında da sağlık hizmetleri geliyor. Türkiye'de son 10 yılda yaşanan derin dönüşümün ve her alandaki değişimin en önemli ayaklarından birini de sağlık oluşturuyor. Peki, bunun arkasında ne tür bir politik tercih ve felsefe var ki, uzun yıllar süren ve neredeyse herkes tarafından artık çözülemez olarak görülen büyük problemler bu kadar kısa zamanda çözülüyor ve Türkiye yardım alan ülke konumundan, yardım veren ülke konumuna geliyor?

Bu sorunun cevabı, aslında bütün politikalar için temel oluşturacak bir felsefi yaklaşımı ve politik tercihi yansıtır. Felsefenin temelinde insanın "zübde-i âlem" olduğu, tek bir insanın aslında tüm âleme karşılık geldiği, dolayısıyla ne yapılıyorsa her şeyin doğrudan insanı hedef alması gerektiği yani "insan merkezilik" yatıyor. Son 10 yıllık dönemde evrensel kapsayıcılık gelişmiş ülkeler seviyesine çıkarılmış, halkın sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırılmış, düşük gelirli halk finansal risklerden korunmuş, böylece vatandaş memnuniyeti ve nihayet doğumda beklenen hayat süresi (yaklaşık 4 yıl) artmıştır. Üstelik bu, aynı

düzyeindeki ölkelerin kullandığı kaynağı göre çok küçük bir miktar ile gerçekleştirilmiş, bu başarı tabii olarak dünya sağlık kamuoyunun dikkatini çekmiştir.

Bu gelişmeler sağlanırken hem diğer ölkelerin tecrübelerinden ve iyi uygulamalarından hem de uluslararası uzmanlık kuruluşlarının birikimlerinden azami ölçüde faydalanılmıştır. Bu anlamda, ölkemizin geçmiş pratiğinde pek görölmeven Bakanlığın dış ilişkileri ile ölkede içinde yürütölen hizmetlerin geliştirilmesi için anlamlı bir bağlantı kurulmuş ve halkın parasıyla yürütölen dış ilişkiler, halkın faydasına dönüştürölmüştür. Bu, dış ilişkilerimizin; bir taraftan ölkede içindeki sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini desteklerken, diğer taraftan da uluslararası kuruluşlar ve devletlerarası ikili ilişkiler yoluyla insanlığın sağlığına katkı yapan iki yönlü tabiatını göstermektedir.

Türkiye'nin artan jeopolitik ve uluslararası siyasi önemi ve ekonomi gücü ile sağlık alanındaki başarısı birleşince hem uluslararası kuruluşlardan hem de diğer ölkelerden işbirliği talepleri sayıca ve kapsam olarak artmıştır. Önceleri rutin ve sıradan ikili işbirliği faaliyetleri yürütölürken, giderek kapsamı ve etkisi genişleyen işbirlikleri geliştirilmiştir. Bunun en önemli örneğı, bazı ölkelerde ortak işletilmesi planlanan ve yapılan/yapılacak eğitim ve araştırma hastaneleridir. Bu hastaneler, uzman yetiştiren kurumlar olarak, ilgili ölkelerdeki sağlık insan gücüne kalıcı katkı sağlayacaklardır. Diğer bir örnek ise, gelişmekte olan ölkelerin sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine verilen destekler. Bu yolla, yine ilgili ölkelerde kalıcı sonuçlar doğuracak kapasite geliştirilmektedir.

Bakanlığımızın yaptığı bu yatırım ve hizmetler kadar, STK'larımız da hizmet yapmakta; ölkemizin değerler düzeyinde temsil ettiğı misyonu eyleme dökmektedirler. Bakanlığımız, hem STK'lar hem de Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı (TİKA) ile yakın işbirliği içinde ölkemizin dış politika hedefleriyle uyum içinde bu hizmetlerini geliştirerek devam ettirmektedir. Bu yıl Sudan, Nyala'da TİKA tarafından yaptırılan eğitim araştırma hastanesi Sudan Sağlık Bakanlığı ile ortak işletilmeye başlanacak ve açılışı Başbakanımız tarafından gerçekleştirilecektir. Yine Somali'de TOKİ tarafından yapımı bu yıl tamamlanacak olan 200 yataklı eğitim ve araştırma hastanesi, Bakanlığımız ve Somali Sağlık Bakanlığı tarafından ortak işletilmeye açılacaktır. Gene Başbakanımızın talimatıyla projelendirilen 200 yataklı eğitim ve araştırma hastanesinin yapımına Afganistan'da başlanacak ve 2 yıl içinde tamamlanarak aynı metotla ortak işletmeye açılacaktır. Bu hastaneler 5 yıl ortak işletilecek, 5. yılın sonunda yönetim tamamen ilgili ölkeye devredilecek, 5 yıl tarafımızdan izlenip gerekli destekler verilecek ve

sonrasında bir üniversite veya eğitim araştırma hastanesi ile irtibatlandırılarak münasebetleri kalıcı hale getirilecektir.

İkili düzeyde sağlanan gelişmelere paralel olarak uluslararası kuruluşlar düzeyinde de gelişmeler sağlanmıştır. Uzun yıllardan sonra ilk defa Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yönetiminde bir temsilcimiz görev yapmış (Prof. Dr. Sabahattin Aydın) ve ortak birçok proje gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Türkiye'nin başarılı politikaları ve uygulamaları, DSÖ'nün en üst düzeyde ilgisini çekmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'ne taraf olan ölkemizin bu sözleşmeyi başarı ile uygulaması sonucu, Başbakanımız R. Tayyip Erdoğan, bir önceki Bakanımız Recep Akdağ ve yine bir önceki Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı Cevdet Erdöl'e DSÖ tarafından ödöl verilmiştir. Ayrıca Türkiye'nin başarılı uygulamaları diğer ölkelere örnek gösterilmiş, birçok ölkede bu örneğı incelemek üzere DSÖ ile işbirliği yaparak Türkiye'ye gelmiş ve gelmeye devam etmektedir.

Sağladığımız başarılar, yine DSÖ 2011 Genel Kurulunda bir teknik brifing ile "evrensel kapsayıcılık" başlığı altında diğer ölkelere Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından anlatılmış, DSÖ'de görölmemiş bir ilgi ile karşılanan brifingin yankıları halen devam etmektedir. Yine DSÖ bölge ofisi ile birçok ortak proje yürütölmekte, bölge içi ve dışındaki ölkelere yönelik ortak faaliyetler düzenlenmektedir. Örneğın, 2012 yılının sonunda gerçekleştirilen Sağlık Diploması Kursuna, Avrupa ve Doğı Akdeniz bölgesinden üst düzey sağlık ve Dışışleri Bakanlığı temsilcileri katılmışlardır. Bu yıl Avrupa Bölge Toplantısı Eylül ayında ölkemizde gerçekleştirilerek, yine Avrupa Bölge Ofisi ile ilişkilerimizi bir başka düzyeye taşıyacak bir Stratejik İşbirliği Anlaşması/Protokolü imzalanacaktır. DSÖ'nün yanında OECD, İslam İşbirliği Teşkilatı, UNICEF ve diğer birçok uluslararası kuruluş ile benzer çalışmalar devam etmekte, ölkemizin müessiriyeti gittikçe artmaktadır.

Bu noktada, bir başlığı da Avrupa Birliğine ayırmak yerinde olacaktır. Uzun süredir, Türkiye karşıtı partilerin iktidara gelmesiyle ve son olarak da Kıbrıs Rum Kesimi'nin dönem başkanlığı ile asgariye inen ilişkiler İrlanda'nın dönem başkanlığı ile yeniden canlanmaya başlamış; bunun öncesinde Fransa'daki başkan değışikliği de bunun zeminini hazırlamıştır. Ancak bu durgunluk döneminde dahi teknik seviyede çalışmalar devam etmiş, ölkemizin hayırna olacak çalışmalarda bir gerileme olmamıştır. Başta da belirttiğim gibi Avrupa Birliği şu anda ciddi bir ekonomik kriz yaşıyor ve entegrasyonun tetikleyicisi olan ekonomi, disentegrasyonun da tetikleyicisi olma potansiyeli taşıyor. 4-5 Mart 2013'te yapılan son Gayri Resmi Bakanlar Toplantısının sadece heyet başkanlarına açık yemekli

oturumunun konusu da finansal kriz dönemlerinde sağlık harcamaları idi. Çok şükür ki bu konuda en rahat ölkede Türkiye idi. Yine Avrupa Birliği'nin sahte ilaçla mücadelesinde ölkemizde uygulanan İTS (İlaç Takip Sistemi) örnek alınmak üzere incelemeye alınıyor. Bizden bu konuda işbirliği talep ediliyor.

Önümüzdeki dönemde, ikili ilişkilerde sağlık sistemi güçlendirme faaliyetlerine öncelik vereceğiz. Sınır ötesi sağlık hizmetlerimizi; STK'lar, yerli ve yabancı akademik kurumlar, düşünce kuruluşları ve uluslararası kuruluşlar ile daha gelişmiş bir koordinasyon ve işbirliği içinde sürdüreceğiz. Tabii olarak, bu hizmetler çok güçlü ve geniş bir insan kaynağı gerektiriyor. Bunun ölkemizde var olduğunu bilmekle birlikte, geleceğede yönelik özellikle akademik kurumlar ile ortak programlar düzenleyerek mevcut kapasitemizi geliştireceğiz. Gelişen bu kapasitemizi de uluslararası kuruluşlardaki temsiliyetimizi artırarak destekleyecek çalışmalar yapacağız.

Türkiye'de STK'ların uluslararası platformda bir üst sınıfa geçerek büyük fonların yönetiminde yer almalarını sağlamak ise başka bir hedefimiz. Bunun için daha yakın çalışacağımız ve daha kurumsal hale gelmiş bir işbirliği mekanizmasını STK'lar ile birlikte kuracağız. Ölkemizin bir sağlık üssü haline gelmesi için de, sağlık turizmi dahil olmak üzere bir çok alanda ihtiyacımız olacak milli düzenlemeler ve milletlerarası anlaşmalar yapmayı, sağlık sektörünün güçlenmesi için liderlik ve kolaylaştırıcı rolümüzü geliştirmeyi hedefliyoruz.

İnsani amaçlı sınır ötesi sağlık hizmetlerini güçlendirmek üzere, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile getirdiğimiz araçları da daha etkin kullanmayı hedefliyoruz. Bu çerçevede, STK'larımız ile senkronize çalışmayı ve özel sektörü de bu alana daha aktif katmayı planlıyoruz. Yine aynı KHK ile Bakanlığımıza sınır ötesi sağlık tesisi kurup işletme imkânı verilmiş, ayrıca insani amaçlı olarak mecburi hizmeti olan devlet hizmet hükümlölüğü olan hekimlerimizin yurtdışında görevlendirilmesi durumunda burada geçen sürelerinin mecburi hizmetten sayılması imkânı getirilmiştir.

Her şey, her an değışiyor. 21. yüzyıl, ölkemizi daha güçlü, daha müreffeh ve aynı zamanda sorumluluğı daha yüksek bir ölkede haline getiren değışimlerle başladı. 2023 ve 2071'i düşünebilen ve planlayabilen bir ölkede haline gelmenin her bireye ve kuruma yüklediğı sorumluluklar var. Ya bunları yerine getirip insanlığa hizmet edeceğiz veya eskiden olduğu gibi mazeretlere sığınıp bahane üreten ve hep başkalarından bir şeyler bekleyen edilgen ölkelerden biri olacağız. Tarih ve konjonktür bize ilk seçeneğı dayatıyor. Aslında ikinci bir seçeneğimiz yok!

Yurtdışına tedavi için gönderdiğimiz vatandaşlarımızla ilgili bir değerlendirme

Prof. Dr. İrfan Şencan



1969 yılında Ankara'da doğdu. İlkokul ve ortaokulu köyünde, liseyi Meteoroloji Teknik Lisesi'nde tamamladı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra (1992) Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ihtisasını tamamladı. Yardımcı doçent olarak göreve başladığı ve çeşitli idari görevlerde de bulunduğu Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2005'te doçent oldu. 2005 yılında Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH'de klinik şefi ve başhekim yardımcısı olarak çalışmaya başladı. 2006-2008 yıllarında aynı hastanede başhekimlik yaptı. 2010 yılında Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde profesör kadrosuna atandı. Halen Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Vekili olarak görev yapmaktadır.

Sağlığına kavuşmak için ikamet ettiği ülkeden başka bir ülkeye herhangi bir sebeple tedavi amaçla gidilmesine sağlık turizmi adı verilmektedir. Bu amaçla yurt dışına gidene de sağlık turisti denir. Sağlık turizmini sadece hastanelerde tedavi edilen bir eylem

olarak değerlendirilmek doğru değildir. Sağlıklı yaşam elde etme amaçlı her türlü turizmin sağlık turizmi kapsamında görüldüğü bilinmektedir. Sağlık turizmi, üç ana başlıkta değerlendirilmektedir.

1. Hastanelerde tedavi ve ameliyat gibi işlemleri kapsayan tıp turizmi
2. Termal tesislerde rehabilitasyon ve

dinlenme gibi hizmetleri ifade eden termal turizm

3. Geriatrik tedavi merkezlerinde veya yaylalarda sosyal aktivitelerle birlikte uzun süreli konaklamaları içeren yaşlı ve engelli turizmi.

Sağlık turizmi sadece yoksul ülkelerden varlıklı olanlara ya da sağlık hizmetleri



1997-2012 yılları arasında yurtdışına tedavi amaçlı gidenler

	1997	1998	1999	2000	2001	2001	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Toplam
İlk Gidiş	82	63	89	92	49	24	20	25	31	13	13	26	36	38	34	18	653
Kontrol	8	13	15	21	18	13	7	11	20	16	12	18	42	57	69	51	391
Toplam	90	76	104	113	67	37	27	36	51	29	25	44	78	95	103	69	1044

1997-2012 yılları arasında yurtdışına tedavi amaçlı gidenler

Teşhis	Hasta sayısı	Yüzde
Akciğer nakli	261	25,0
Kemik iliği nakli	127	12,2
Gen/ İmmunoterapi/ Nötronoterapi	80	7,6
Tümör Nükleer Madde/ Radyoterapi	75	7,2
Tümör Cerrahi-Medikal Tedavi	71	6,8
Tümör medikal tedavi için	51	4,9

yetersiz olan ülkelerden yeterli olanlara doğru insanların göçtüğü bir olgu değildir. Sağlık turizminin nedenlerini şöyle sıralayabiliriz:

1. Ülkesinde yüksek teknolojiye sahip sağlık hizmetleri ve profesyonel insan kaynaklarının azlığı veya yokluğu,
2. Tedaviyle birlikte tatil yapma arzusu,
3. Sağlık hizmetlerinin kendi ülkelerinde pahalı olması,
4. Çok daha kaliteli sağlık hizmeti almak istenmesi,
5. Kendi ülkesinde herhangi bir sebepten dolayı ameliyatının veya uygulanan tedavinin bilinmesinin istenmemesi (Estetik cerrahisi, infertilite tedavisi vb.)
6. Ülkesinde iklim ve coğrafi olarak tatil için kısıtlı imkân olduğu durumlarda yapılan turizm hareketliliği (ormanlık, yaylalar tarihi ve kültürel zenginliği olan ülkelere gidiş), çoğunlukla termal tesisin ve termal turizm imkânlarının çok olduğu bir ülkede tatil yapma talebi.
7. Kronik hastaların, yaşlıların ve engellilerin başka ortamlara gitme ve tedavi olma isteklerinin oluşması,
8. Uyuşturucu ve farklı bağımlılıkları olan kişilerin farklı veya daha uygun ortamlarda olma istekleri,
9. Kişinin hayata tutunma ve yaşam isteği.

Sonuç olarak sağlık turizmi çok çeşitli olup birçok sebebi de içinde barındırmaktadır. Temel sebep, daha iyi imkânlarda farklı bir ülkede sağlığını tekrar elde etmek için yapılan turizm çok çeşidi olup hızla yükselen bir sektördür.

Ülkemizde karşılanamayan sağlık hizmetlerinin yurtdışından temini konusunda geçmişte önemli sıkıntılar yaşanmaktaydı. Yurtdışı tedavi imkânı sadece emekli sandığına mensup devlet memurlarına verilmiş bir hak idi, toplumun % 90'ını kapsayan diğer kesimlerin böyle bir hakkı yoktu. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasıyla birlikte

artık ülkemizde tedavi olamayan tüm vatandaşlarımız belirli sevk prosedürlerini tekâmül ettirmeleri halinde yurtdışında tedavi olabilmektedirler.

Yıllar önce yurtdışına gitmek konusunda birçok engel olmasına rağmen sevkle veya kendi parasını ödemek şartıyla birçok hasta tedavi için yurtdışına giderken bugün bu sayılar çok azalmıştır.

Her ülke tedavi için az veya çok hastasını yurtdışına göndermektedir. Bu ülkelerin bir kısmı ise tedavi için sağlık turizmi kapsamında yurtdışından hasta kabul eder. Örneğin ABD'ye yüz binlerce hasta tedavi için gelirken aynı ülkenin milyonlarca hastası yurtdışına tedavi için gitmektedir. Ülkemizden son yıllarda çok spesifik birkaç alanda az sayıda hasta yurtdışına tedavi için giderken birçok ülkeden yüz binlerce hasta her alanda tedavi için ülkemize gelmektedir.

Geçmiş yıllara göre sağlık sistemimiz çok güçlenmesine rağmen yurtdışına sosyal güvenlik kapsamında giden hasta sayısında azalmamış gibi görünmesinin asıl sebebi, önceden sadece emekli sandığı üyelerine tanınan hakkın tüm vatandaşlarımıza tanınmasındandır.

Türkiye'den yurtdışına vatandaşlarımızın tedavi amacıyla gidebilmesi için gerekli prosedür şöyle olmaktadır: Doku ve organ nakli için, hastanın Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış doku ve organ nakli merkezlerine başvurusu sonrası; diğer tedaviler için ise üniversite hastaneleri veya eğitim ve araştırma hastanelerinin sağlık kurullarınca düzenlenen rapor sonrasında bu rapor ile hakem hastane olan Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvurusu ve verilen ilk raporun onaylanması üzerine Sağlık Bakanlığı'na uygun görülmesi ile işlem tamamlanmaktadır. Akabinde ilgili onay evrakları gerekli işlemler için (harcırah ve tedavi ücretlerinin nasıl ödeneceği hususları ile ilgili olarak) Sosyal Güvenlik Kurumu'na gönderilmektedir.

Yurtdışına gönderilecek kişinin gideceği ülke, hastanesi ve bu hastane ile iletişimi hasta veya gönderen hekim tarafından yapılmaktadır. Bakanlığımız bu aşamalara müdahale etmemekte ve aracılıkta bulunmamaktadır.

Yurtdışında tedavi gören vatandaşlarımızla ilgili istatistikler

1997 yılından bugüne kadar 15 yılda 1044 hasta yurtdışında tedavi görmüştür. 2013 yılından itibaren konunun halkımız tarafından daha bilinir olması ve kapsamın genişlemesi nedeniyle biraz daha artması beklenmektedir. Akciğer naklinin başı çektiği hasta sirkülasyonunu; KİT, gen/immunoterapi/nötronoterapi, tümör, böbrek, kalp ve damar, medikal ve karaciğer tedavileri izlemektedir.

Hastaların tedavi gördükleri ülkelerin başında Amerika Birleşik Devletleri, Almanya ve Avusturya gelmektedir. Daha sonra Fransa, İngiltere ve İsrail hasta gönderiminde en çok ismi geçen ülkelerdendir. 1997-2012 yılları arasında tedavi amaçlı yurtdışına en fazla hasta gönderilen ülkeler ABD (529 hasta ile % 50,7'lik oran), Avusturya (226 hasta ile % 21,6'lık oran) ve Almanya'dır (119 hasta ile % 11,4'lik oran).

Her ülkenin vatandaşlarını yurtdışına teşhis veya tedavi amacıyla göndermesi farklı sebeplerle gerçekleşmektedir. Hastaların bir kısmı kendi ülkesindeki imkânların yetersizliği, kimisi maliyetlerin yüksekliği kimisi ise uzun bekleme süreleri nedeniyle kendi ülkeleri dışında sağlık aramaktadırlar. Ülkemizdeki sosyal güvenlik imkânlarının genişlemesine paralel olarak yurtdışında tedavi fırsatları artmış olmasına rağmen sağlık sisteminin gelişmesi sayesinde bu sayılar artmamış, buna mukabil ülkemizdeki sağlık merkezleri kayda değer şekilde hasta çekmeye başlamıştır. Ülkemizdeki sağlık altyapısının kalitesi ve rekabetçi fiyatları sayesinde tedavi için ülkemize gelen hastaların sayısında ve gelir miktarında önümüzdeki 10 yıl içinde şimdiki rakamın 10 katına çıkması hedeflenmektedir.

Dışişleri Bakanı Ahmet Davutoğlu: Kendi vatandaşının sağlık sorunlarını çözemeyen bir devlet, dünyada da çözümün parçası olamaz

Ömer Çakkal

Prof. Dr. Ahmet Davutoğlu'nun, Bakanlık görevini üstlenmesinin ardından dış politikada gözle görülür bir farklılaşma söz konusu. Cumhuriyetin kuruluşundan beri daha içinde kapanık, sınırlarının içine odaklanan politikalar, AK Parti Hükümetleri döneminde sınır ötesindeki meselelerle daha çok ilgilenen bir seyir izledi. Bu politika, Davutoğlu'nun Bakanlığı döneminde zirveye ulaşmış durumda. Sınır ötesinde sağlık hizmetlerini masaya yatırdığımız SD'nin yeni sayısında, sınır ötesinde sunulan ya da sınır ötesinden gelen sağlık çalışmalarına katkı veren Dışişleri Bakanlığına da mikrofon uzatmak gerekiyordu. Dışişleri Bakanımız Prof. Dr. Ahmet Davutoğlu, sağ olsun SD'nin röportaj teklifini geri çevirmedi ve sorularımızı yanıtladı.

Sıfır sorun politikası, insani diplomasi, aktif dış siyaset gibi kavramlar, bakanlığınız döneminde sıkça kullanılıyor. Bu kavramları devletin sağlık politikası ile ilişkilendirmeniz mümkün mü?

Türkiye, yükselen demokratik standartları ve başarılı ekonomik performansına paralel olarak son yıllarda bölgesinde ve ötesinde barış ve istikrar için giderek daha fazla sorumluluk üstlenmektedir. Buna ilaveten son yıllarda, özellikle bölgemizde yoğunlaşan siyasi ve sosyal dönüşümler ülkemizin çok boyutlu ve ön

alıcı dış politikasının barış, istikrar ve refah için önemini daha da artırmaktadır. Dış politikamızın esaslarından birini, ulusal çıkarlarımızla savunduğumuz evrensel nitelikli değerler arasında optimum dengenin bulunması oluşturmaktadır. Söz konusu değerler manzumesinin özünde insan odaklı bir dış politika anlayışı yatmaktadır. Esasen köklü dış politika geleneğimizin çağdaş koşullara uyarlanmış hali olan "sıfır sorun politikası" da bölgemizde işbirliği ve sahiplenmenin geliştirilmesine dönük ortaya konmuş bir ideali simgelemektedir. Bu değerlendirmede ışığında ülkemizin kamu ve özel işbirlikleriyle bölgesinde ve ötesinde bilimden, ekonomiye, sanayiden ticarete ve tabii ki sağlığa kadar uzanan geniş bir yelpazede öncü bir konumda bulunması, bölgemizde arzu ettiğimiz işbirliği ve dayanışma ruhunun geliştirilmesi için olmazsa olmazlarımızdır. Diğer bir deyişle günümüzde dış politika vizyonunuzun diğer bölgesel aktörlerce paylaşılması için öncelikle eğitim, kültür, sağlık gibi temel alanlarda örnek teşkil eden bir konuma ulaşmış olması gereklidir. Bunlar esasen bir ülkenin "yumuşak güç" unsurlarıdır. Bu nedenle sağlık politikamız ile dış politika vizyonumuz arasında organik bir ilişkiden söz edilebilir.

Bu politikanın sağlık ayağı hakkında neler söylersiniz?

İlk günden beri bir noktanın altını

çiziyoruz: İçerde kendi vatandaşının taleplerini karşılayamayan, onların sorunlarını çözemeyen bir devlet, dünyada da küresel problemlerde çözümün bir parçası olamaz. Biz içerde her alanda bir restorasyondan geçerken, devletle milletin ilişkilerini tamir edip yeniden tanımlarken bunun en önemli yansımalarından biri de hiç şüphesiz sağlık alanında gerçekleşti. İçerde yaşanan bu tamir sürecinin belki de en önemli sonuçlarından biri; vatandaşımızın başı sıkıştığında, hastalandığında devletine güvenebileceğini hissetmesini sağlamak olmuştur. Bu güven de başta dış politika olmak üzere her alanda kendini göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinin uluslararası etkileşimde yumuşak güç (soft power) olduğu söylenmekte. Bu anlamda uluslararası ilişkileri güçlendirmek amacıyla sağlığın bir politika aracı olarak kullanılması konusunda ne düşünüyorsunuz? Türkiye'nin böyle bir stratejisi var mı?

İleri bir boyuta ulaşan küreselleşme nedeniyle artık dünyamızda karşılıklı bağımlılık artmıştır. Bu, sadece ekonomik anlamda geçerli bir durum değildir. Aynı zamanda artan iletişim olanakları sayesinde bireyler ve toplumlar arasındaki iletişim ve etkileşim de büyümüştür. Bunun sonucu olarak günümüzde ülkelerin birbirleriyle ilişkileri geçmişe



oranla çok daha fazla boyutlu bir nitelik taşımaktadır. Nitekim bugün artık askeri gücün ötesinde, bir ülkenin ekonomiden enerjiye, demokrasiden eğitime kadar her alanda sahip olduğu özellikler dış politikasındaki etkinliğinin de belirleyici unsurları arasında yer almaktadır. Bir başka deyişle bu yeni dönemde, az önce ifade ettiğim gibi, yumuşak güç unsurları uluslararası ilişkilerde hiç olmadığı kadar önem kazanmıştır. Türkiye bu hızlı değişim sürecinde yükselen güçler arasında yer almaktadır. AB'ye aday ülke konumunun yanı sıra, NATO'nun önemli bir parçası olan ancak aynı zamanda farklı kültür ve coğrafyalarla iletişim ve empati kurma yeteneğine de sahip olan ülkemiz, çok boyutlu dış politikasında tüm bu tarihi, coğrafi ve beşeri derinlik unsurlarından azami ölçüde yararlanmaktadır. Ülkemiz hızla büyüyen ekonomisi, güçlenen sanayisi, dünyadaki önde gelen silahlı gücü gibi sert güç unsurlarına ilaveten esasında dünyanın başlıca yükselen yumuşak güçlerinden biridir. Küresel düzeyde Türkiye'ye olan bakışın bu hızlı değişimini doğru şekilde kanallize etmek ve yönlendirmek, dış politikanın başlıca araçlarından biri olan kamu diplomasisinin temel önceliğidir. Algı yönetimi ancak gelişmiş bir stratejiyle mümkün olabilir. Türkiye, dış politikasını kurgularken ve hayata geçirirken böyle bir stratejiyle hareket etmektedir. Bütçeden büyük pay ayırdığımız sağlık alanı, tabiatıyla söz konusu algı yönetim stratejisinin önemli parçalarından birini oluşturmaktadır. Ülkemizin sahip olduğu

doğal imkânların yanı sıra gelişen tıbbi olanaklarımız, ileri sağlık alt yapımız, yetişmiş insan gücümüz, maliyet konusundaki avantajlı konumumuz sayesinde sağlık sektörümüz ülkemizin en önemli çekim güçlerinden biri haline gelmiştir. Ufukları genişleyen dış politikamızın hayata geçirilmesinde bu önemli değerden azami şekilde faydalanmaya devam edeceğiz. Nitekim EXPO-2020'ye talip olan İzmir, sağlık konusunu temel slogan olarak belirlemiştir. Bu konudaki kampanyamızı tüm dış teşkilatımızla birlikte sürdürüyoruz. Bu süreçte tüm diplomatlarımızla birlikte, sağlık ve diplomasiyi harmanlayarak İzmir'e hak ettiği EXPO ev sahipliğini kazandırmaya çalışıyoruz.

Ülkemizdeki “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlıkta ciddi bir dönüşüm yaşandı. Bu konuda diplomatik kaynaklardan krizler (doğal afetler, savaşlar vb.) dışında ülkemiz sağlık hizmetinden yararlanmak üzere size diplomatik başvurular oluyor mu?

Özellikle son on yılda ülkemizde “Sağlıkta Dönüşüm Programı” adı altında önemli bir reform gerçekleştirilmektedir. Buna koşut olarak sağlık alanında işbirliği konusu da diğer ülkelerle ikili ilişkilerimizde daha fazla gündemde yer almaya başlamıştır. Bu bağlamda, hâlihazırda 59 ülke ile sağlık alanında işbirliğine yönelik 107 anlaşma yapmış bulunuyoruz. Ürdün, Japonya, G. Kore, Libya, Malezya, Endonezya, Kırgızistan, Benin, Maldivler, Togo,

“İçerde kendi vatandaşının taleplerini karşılayamayan, onların sorunlarını çözemeyen bir devlet, dünyada da küresel problemlerde çözümün bir parçası olamaz. Biz içerde her alanda bir restorasyondan geçerken, devletle milletin ilişkilerini tamir edip yeniden tanımlarken bunun en önemli yansımalarından biri de hiç şüphesiz sağlık alanında gerçekleşti.”



Lübnan Zambiya, Romanya ve Gambiya ile sağlık alanında yeni anlaşmaların/protokollerin imzalanmasına yönelik çalışmalara devam edilmektedir. Günlük işleyişte yabancı ülkelerin Türkiye'nin sağlık hizmetlerinden ve deneyiminden yararlanması, Bakanlığımız ile TİKA Başkanlığının koordinasyonunda, Sağlık Bakanlığımızca mevcut sağlık işbirliği anlaşmalarımız kapsamında devam ettirilmektedir. Bu çerçevede, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi/sağlık sistemi desteği sağlanması, insan gücü kapasitesinin geliştirilmesi ve teknik/eğitim desteği ve sağlık altyapısı desteği sağlanması ile akdedilmiş anlaşmalar kapsamında yabancı uyruklu kişilerin ülkemizde tedavi ettirilmesi, diğer ülkelerle sağlık alanında işbirliğimizin ana faaliyet sahalarını oluşturmaktadır. Afganistan, Sudan, Yemen, Somali, Cibuti, Moritanya, Moğolistan sistem

kurulumu ve stratejik planlama konusunda yardımda bulunduğumuz, ilgili makamlarla ortak çalışma grupları ihdas ettiğimiz, Türk ve ilgili ülke doktorlarının bir araya gelmesini sağlayan etkinlikler düzenlediğimiz belli başlı ülkelerdir. Diğer taraftan Afganistan, Arnavutluk, KKTC, Azerbaycan, Sudan, Yemen ve Kosova ile akdedilmiş işbirliği anlaşmaları uyarınca anılan ülkelere her yıl toplam 745 hasta ülkemizde tedavi edilmektedir. Karadağ, Moritanya, Somali, Irak, Kırgızistan ve Nijer'le de halen hazırlıkları yürütülen anlaşmalar kapsamında her yıl belli kontenjanlar dâhilinde hastaya ülkemizde ücretsiz tedavi imkânı da sağlanacaktır. Turistik ve iş görüşmesi amaçlı seyahatler dışında, ülkemize özel bir amaçla seyahat etmek isteyen yabancılara ita edilen vizeler, "Özel Meşruhatlı Vizeler" olarak adlandırılmaktadır. Bu çerçevede, ülkemize tedavi olmak amacıyla gelen

yabancılara "Tedavi Meşruhatlı Vize" verilmektedir. Diğer taraftan, Türkiye'de mukim diplomatik temsilcilikler, tedavi amacıyla ülkemize gelmek isteyen vatandaşlarıyla ilgili olarak gerekli vize ve ikamet izni kolaylığı sağlanması yönündeki taleplerini Bakanlığımıza iletmektedirler. Söz konusu talepler olumlu olarak değerlendirilerek İçişleri Bakanlığımıza intikal ettirilmektedir.

Sağlık hizmeti almak üzere son yıllarda yurtdışından gelen yurttaş ve yabancı sayısında artış var. Bunun Türkiye'nin uyguladığı ekonomi ve sağlık politikalarıyla bir ilişkisi var mı?

2008 yılında Türkiye'de sağlık hizmeti alan turist sayısı 74 bin iken, 2011 yılında bu rakam 156 bini aşmıştır. Bu kişilerin 60 bini münhasıran sağlık hizmetlerinden faydalanmak amacıyla ülkemize gelmişlerdir. Gözlenen bu artış, elbette uygulanan bilinçli politikaların sonucudur. Ülkemizin köklü ve hayli yüksek düzeye erişmiş tıp birikimi, kapsamlı ve çağdaş politikalarla bir hizmet ihracı kaynağı olarak ülke menfaatine katkı sağlar olmuştur. Geline aşamada, ülkemizde 40'ın üzerinde JCI (Joint Commission International) tarafından akredite edilmiş uluslararası standartlarda sağlık kuruluşu mevcuttur. Türkiye bu bakımdan, 1 Ocak 2013 itibarıyla dünyada üçüncü sırada yer almaktadır. Başta İstanbul ve Ankara olmak üzere özel, kamu ve üniversite hastanelerinde, dünyadaki en yüksek teknolojiyle, en karmaşık operasyonlar icra edilmektedir. Birçok hastanemizde onkoloji, kardiyovasküler cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi, estetik cerrahisi, göz ve diş branşlarında ileri teknolojiye dayalı sağlık hizmetleri verilmekte, robotik cerrahi, MR hizmetleri, kemik iliği ve organ nakli yapılabilmektedir. Bu birikimin yabancı hastalarla buluşabilmesi için Sağlık Bakanlığımızca modern hizmetler sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı bünyesinde 7 gün 24 saat esasında Arapça, İngilizce, Almanca ve Rusça tercümanlık hizmeti verilmektedir. Bu hizmet, 2013 yılında Farsça ve Fransızca olarak da verilmeye başlanacaktır. Böyle bir uygulama dünyada yaygın olmayıp, ülkemiz öncü olmuştur. Gene tüm doktorlar mesleki zorunluluk sigortası yaptırmak durumunda olup, herhangi bir tıbbi hata halinde hastaya sigorta tarafından anında tazminat ödenmektedir. Ulusal akreditasyon ölçütlerine göre hizmet veren tüm hastanelerimiz yılda 2 kez denetlenmektedir. Sağlık turizmi ile ilgili tüm işlemler ve koordinasyon, kanun gereği Sağlık Bakanlığımızın sorumluluğundadır. Ülkemizde yaşayan 75 milyon vatandaşımızın tamamı, zorunlu sağlık sigortası kapsamında hem özel hastanelerden hem de kamu ve üniversite hastanelerinden sağlık hiz-

meti alabilmektedir. Ayrıca termal turizm kaynakları açısından dünyada yedinci, Avrupa da birinci sırada bulunmaktayız. Bu çerçevede, ülkemizde termal oteller hızla yaygınlaşmaktadır. Yatırımcılar için birçok teşvik mevcuttur. Sonuç olarak ülkenin iklimini, doğal güzelliklerini, tarihi ve kültürel zenginliklerini, hastanelerimizdeki Batı standartlarındaki sağlık hizmetlerini ve termal tesislerini kendi insanımıza olduğu gibi ülkemize gelen tüm misafirlerimize de sunuyoruz. İzmir'in "Herkes İçin Sağlık" temasıyla EXPO 2020 adaylığı da ülkemizin sağlık alanında gerçekleştirdiği reformları ve ulaşılan noktayı dünya kamuoyuna gösterme amacına yönelik bir girişimdir. İzmir'in başarılı olacağına ve EXPO'yu hakkıyla gerçekleştireceğine inancımız tamdır. Burada değinmek istediğim bir başka önemli husus, Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu - DEİK bünyesinde oluşturulan Sağlık Turizmi İş Konseyi'dir. Günümüzde yeni atılımların yalnızca kamu sektörü tarafından yürütülmesinin mümkün olmayacağını bilincindeyiz. Bu nedenle DEİK'in sağlık turizmine yönelik faaliyetlerini çok önemsiyor, destekliyoruz.

Son yıllarda, artan kapasitemizin ve gelişen yeteneklerimizin sonucu Hükümetimizin resmi kanallardan yaptığı insani yardımlar önemli bir artış kaydetmiştir. Ancak bu yardımların belki de daha fazlası, gücünü çok büyük ölçüde halkımızın bağışlarından alan sivil toplum kuruluşlarınınca gerçekleştirilmektedir. Sivil toplum kuruluşlarımızın gönüllüleri herhangi bir çıkar gözetmeden, tamamen insani duygularla, ihtiyaç dünyanın neresinde olursa olsun, yardım elini uzatmaktadır. Bu yardımlar, gıda yardımıyla barınmaya, kalkınma yardımıyla sosyopsikolojik desteğe, çok farklı alanlarda gerçekleştirilmektedir. Elbette, son on yılda ülkemizde sağlık hizmetlerinde büyük bir atılım gerçekleştirilmiş, sağlık personelinin bilgisi ve becerisi artmıştır. Sağlık alanında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarımız, gönüllü doktorları, hemşireleri Afrika'nın en ücra köşeleri dahil olmak üzere, dünyanın her köşesine götürmekte ve burada ücretsiz tedaviler, ameliyatlara gerçekleştirilmektedir. Biz Bakanlık olarak tüm bu faaliyetleri çok olumlu buluyor ve destekliyoruz. Sivil toplum kuruluşlarımızın gittikleri ülkelerdeki Büyükelçiliklerimize varlıkları ve faaliyetleri hakkında bilgi vermelerini bekliyoruz. Tabiatıyla Büyükelçiliklerimiz, bu ülkelerde sorunlar yaşamaları halinde, imkânları ölçüsünde bu sivil toplum kuruluşlarımızın yetkililerine ve gönüllülerine desteklerini esirgemeyeceklerdir.

Sınırlarda mülteci kamplarında, Filistin'de, Arakan'da, Somali'de veya deprem benzeri doğal afetlerde ülkemizin çalışmalarında eskiye göre daha sistematik ve stratejik bir iyileşme söz

konusu mu? Bu konunun temel kriterleri, hazırlık organizasyonu, stratejik önemi ve hassasiyetleri konusunda düşüncelerinizi alabilir miyiz?

Hükümetimiz, deprem başta olmak üzere, birçok doğal afete karşı ulusal kapasitemizi arttırmayı bir hedef olarak belirlemiş ve bu yönde önemli bir aşama kaydetmiştir. Esasen, doğal afet durumlarında ve insani krizlerde yurt dışına acil yardım sağlanabilmesi de her zaman hazırlıklı olmayı gerektirir. Saydığınız ülkelere ve dünyanın farklı coğrafyalarındaki birçok bölgeye sağlanan yardımlar ülkemizi uluslararası yardım sisteminde "yükselen donör ülke" konumuna yükseltmiştir. Yardımlarımız tüm uluslararası toplumun takdirini ve beğenisini kazanmaktadır. Bu yardımlar çok büyük oranda ikili düzeyde ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmakta, ayrıca ihtiyaç duyulduğunda diğer ülkelerle veya uluslararası yardım kuruluşlarıyla birlikte yardım faaliyetleri de gerçekleştirilmektedir.

Yurtdışında yaşadığınız dönemdeki tecrübelerinizden yola çıkarak uluslararası sağlık hizmeti sunumunun ticari boyutunu "sağlık turizmi" açısından değerlendirebilir misiniz?

Her ülkenin vatandaşlarına ve yabancılara sunduğu sağlık hizmetinin kolay erişilebilirliği ve kalitesi, o ülkenin gelişmişlik düzeyi hakkında doğrudan fikir verecek bir göstergedir. Bugün her Türk vatandaşı iftiharla ülkesinin bu noktada, bırakın gelişmiş ülkelerle aynı seviyede olmayı, birçok AB ya da OECD üyesi ülkeden daha ileri bir düzeyde olduğunu bilmelidir. Ayrıca, Türkiye'de JCI standartlarında verilen sağlık hizmetinin ücret bakımından diğer ülkelerle mukayesesi yapıldığında ülkemizin avantajı net biçimde ortaya çıkmaktadır. Bu çerçevede, "sağlık turizmi" kavramına bir yandan ticari getirisi, diğer yandan Türkiye'nin tanıtımı bakımından önem veriyoruz. Ülkemize gelen her turisti, Türkiye'nin gönüllü elçileri olarak geri göndermek istiyoruz. Türkiye'de tedavi olan sağlık turistlerinin de bu bakımdan en deneyimli ve etkili elçiler olarak yurtlarına döneceklerinden şüphemiz bulunmamaktadır.

Sanırım seçim çalışmalarınız sırasında Konya il merkezinde bir trafik kazası yaşamışsınız ve ilçede gerçekleştireceğiniz planlı seçim çalışmanızı iptal ederek yaralı kızımla birlikte hastaneye gidip hastanın durumu netleşinceye kadar hastanede kalarak takip etmişsiniz. İnsani diplomasinin kökleri sanırım buralara dayanıyor. Sağlık, hastalık, insan ilişkisi içinde sağlık hizmeti ve sağlık çalışanlarının yeri konusunda neler söylemek istersiniz?

Doğru haklısınız, Fatma Nur isimli küçük

"Ülkemiz hızla büyüyen ekonomisi, güçlenen sanayisi, dünyadaki önde gelen silahlı gücü gibi sert güç unsurlarına ilaveten esasında dünyanın başlıca yükselen yumuşak güçlerinden biridir. Ülkemizin sahip olduğu doğal imkânların yanı sıra gelişen tıbbi olanaklarımız, ileri sağlık alt yapımız, yetişmiş insan gücümüz, maliyet konusundaki avantajlı konumumuz sayesinde sağlık sektörümüz ülkemizin en önemli çekim güçlerinden biri haline gelmiştir."

bir kızımız yaşının da getirdiği heyecanla yola fırlayınca böyle bir kaza yaşamıştık. Hemen hastanede tedavi altına alındı ve böyle bir olay yaşandıktan sonra da o günkü tüm programlarımı iptal etmiştim. Çok şükür hafif bir şekilde atlattı Fatma Nur bu kazayı. Sonrasında da hem kendisi hem de ailesi ile görüşmeye devam ettim. Orada da gördüm ama zaten eşim Sare Hanım sebebiyle ben de sağlık çalışanları ailesinin bir ferdiyim. Çok zaman olmuştur ki Sare Hanım bir doğum için ameliyattayken ben kapının önünde gece yarısı doğumun bitmesini beklemiş ve birlikte eve dönmüşüzdür. Tam tersi de mümkün tabii. Gece yarısı bir telefonla doğum için apar topar soluğu hastanede aldığımız ve gün ağarırken dünyaya yeni gelen bir bebeğin sesiyle evimize döndüğümüz vakidir. Bakan olduktan sonra bu hazzı o kadar sık yaşamıyorum. Bu da beni üzüyor açıkçası. Kendi ailemden de biliyorum ki sağlık çalışanları çok kutsal bir görev yerine getiriyorlar. Kimi bir hayatı kurtarmaya çalışıyor, kimi bir hastasının hiç olmazsa kısa süre ağrısını azaltma gayreti içinde. Tabii biz inançlı insanlar olarak şifanın, ölümün Allah'tan olduğuna iman ediyoruz. Sağlık çalışanları hayırlı haberlere vesile olabilmek için 24 saat çoğunlukla kendi ailelerinden, çocuklarından ve hatta kimi zaman kendi sağlıklarından fedakârlık yaparak bu hizmeti yerine getirmeye çalışıyorlar. Hepimizin onlara gönül ve teşekkür borcu var. Bunu da kendi adıma sizler vesilesi ile buradan dile getirmek isterim.

TİKA'nın yurtdışındaki sağlık faaliyetleri

Dr. Enver Arpa



1963 yılında Bingöl'ün Güveçli Köyü'nde doğdu Ankara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nden 1988 yılında mezun oldu. 1991-1994 yılları arasında Ürdün Üniversitesi İlahiyat Fakültesi'nde tefsir alanında yüksek lisans yaptı. Daha sonra Türkiye'ye dönerek doktora programını tamamladı. Ankara'nın Altındağ ilçesinde İmam Hatip olarak göreve başladı. 1997 yılında Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı'na Şube Müdürü olarak atandı ve 2008 yılına kadar bu görevini sürdürdü. 2008 yılında Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı'nda uzman olarak göreve başladı ve Sudan Program Koordinatör Yardımcılığına atandı. 2009 yılında Sudan Program Koordinatörü oldu ve bu görevini 2011 yılına kadar sürdürdü. 2012 yılında TİKA Ortadoğu ve Afrika Dairesi Başkanı olan Dr. Arpa, halen bu görevini sürdürmektedir.

Gelişmekte olan ülkelere, kalkınmalarına destek sağlamak üzere ülkemizin yapmakta olduğu aynı ve nakdi yardımları koordine etmekle görevli kurum olan Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı, hâlihazırda 30 ülkede bulunan 33 Program Koordinasyon Ofisiyle bu görevini ifa etmektedir. TİKA, bu ofislerin yanı sıra 70'e yakın ülkeyle de büyükelçilikler aracılığıyla veya direk yapılan müracaatlarla işbirliğinde bulunmaya, çeşitli proje ve programlarla bu ülkelere kalkınma desteği sunmaya çalışmaktadır. Yürütülen bu proje ve programların önemli bir bölümünü sağlık alanındaki faaliyetler oluşturmaktadır. Zira az gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde temel sorunların başında sağlık sorunu ve bu sektörün yetersizliği gelmektedir. Bu ülkelerde yaşamakta olan insanların çoğu,

ortaya çıkan hastalıkların pençesinde kıvrılmakta ve yeterli tedavi imkânları bulamadığı için ya hayatını kaybetmekte ya da bu sorunlarla mustarip olarak yaşamını sürdürmeye çalışmaktadır.

Kalkınma yardımlarına ihtiyaç duyan alıcı ülkelerin hemen hepsinde sağlık sektörü hizmete uygun fiziki mekânlardan, modern tıbbî ekipmanlardan, yetişmiş sağlık elemanlarından yoksun olarak sağlık hizmeti sunmaya çalışmaktadır. İnsan hayatının her şeyin önünde olması gerektiğinden hareketle öncelik sıralaması yapılacaksa öncelikle desteklenmesi ve geliştirilmesi gereken alanların en başında sağlık sektörü gelmelidir. TİKA, bu düşünceden hareketle sürdürmekte olduğu dış yardım faaliyetlerinde sağlık alanına büyük önem vermektedir. Kendisine ayrılan bütçenin önemli bir bölümünü sağlık projelerine tahsis eden

TİKA, bu alanda yapılacak yardımların stratejisini iyi belirlemeye, projelerin analizlerini sağlıklı bir şekilde yapmaya ve bu yolla uygulanan projelerden arzu-lanan neticeyi sağlamaya çalışmaktadır. Zira yürütülecek projelerin ilgili ülkenin gerçekleriyle örtüşmesi, coğrafi yapısı, gelişmişlik düzeyi ve uygulama kapasitesiyle uyumlu olması projelerin başarısı için son derece önemlidir.

Şimdi TİKA'nın yurt dışında az gelişmiş ülkelere yönelik olarak uyguladığı projelerden bazı örnekler verelim ve ardından ülkemizin bu konudaki politikasının nasıl şekillenmekte olduğunu örnekler üzerinden inceleyelim. Kalkınma yardımlarının en önemli sektörlerinden biri olarak kabul edilen sağlık sektöründe TİKA tarafından yapılmakta olan yardımlar iki temel başlık altında planlanmakta ve raporlanmaktadır:



1. Genel sağlık

Hastane, klinik gibi tıbbi birimlere verilen aynı/nakdi yardımlar, ambulans hibeleri, doktorların gördüğü eğitim ve stajlar gibi genel sağlık katkılarını içerir. Madde bağımlılığının sağlık boyutu ile ilgili mücadele de bu kapsamda değerlendirilir. Aşağıdaki hususlar Genel Sağlık Alt Sektörleri olarak belirlenmiştir:

- Sağlık sektörüne ilişkin politikalar, planlamalar ve programlar; sağlık bakanlıklarına, halk sağlığı birimlerine yardımlar; kurumsal kapasite inşası ve danışmanlık hizmetleri; okul yönetimi ve yönetişi; sağlık sigortası programları ve diğer düzeyi belirtilmemiş eğitim faaliyetleri,
- Temel sağlık araştırmaları dışında kalan tıbbi araştırmalar,
- Laboratuvar, uzmanlaşmış klinik (örn. kemik iliği merkezleri) ve hastane yapım, onarım ve donanımları; ambulans hibeleri, diş hekimliği hizmetleri; ruh sağlığı hizmetleri; tıbbi rehabilitasyon; bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrol altına alınması; tıbbi anlamda madde bağımlılığının kontrolü bu kapsamda değerlendirilmektedir.

2. Temel sağlık

Kamu sağlığının korunması, salgın hastalıklarla mücadele, (hemşire, laboratuvar teknisyeni, ilkyardım personeli gibi) temel sağlık personelinin eğitimi, kamu sağlığı konusundaki bilinçlendirme kampanyaları bu kapsamdadır. Temel sağlık sektörünün alt sektörleri olarak da aşağıdaki konular belirlenmiştir:

- Temel ve birinci düzey sağlık programları; paramedikal hizmetler ve hasta bakımı programları; temel sağlığa ilişkin ilaç/aşı hibeleri,
- İlçe düzeyindeki hastanelerin, (uzmanlaşmış olanlar hariç) kliniklerin ve dispanserlerin yapım, onarım ve donanımı,
- Annelerin beslenmesi, emzirme, emzirme sonrası beslenme, çocukların beslenmesi, (okul öğrencilerine yönelik beslenme gibi) doğrudan beslenme programları; mikro-besin (micro-nutrient) eksikliklerinin tespiti; A vitamini, iyot, demir ve benzerlerinin temini; beslenme düzeyinin izlenmesi; beslenme ve gıda hijyeni eğitimi; hane halkı gıda güvenliği çalışmaları,
- Bağışıklık sağlama çalışmaları, bulaşıcı hastalıklar ile parazitlerden kaynaklanan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü,
- Nüfusun sağlık bilgi ve uygulamalarının iyileştirilmesi adına bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, halk sağlığı ve bilinçlendirme kampanyaları düzenlenmesi,
- Sıtmanın önlenmesi ve kontrolü,

Tablo: TİKA'nın yurt dışında gerçekleştirdiği sağlık projelerinden bazı örnekler

Ülke	Proje Adı	Durumu
Burkina Faso	Sağlık Ocağı İnşası	Tamamlandı
Fildişi Sahili	Abidjan Kardiyoloji Enstitüsüne tıbbi cihaz temini	Tamamlandı
Filistin	Tubas Türk-Filistin Dostluk Hastanesi İnşası ve Tefrişi	Devam Ediyor
Filistin	Gazze Türk-Filistin Dostluk Hastanesi İnşası	Devam Ediyor
Filistin	Kudüs Kızılay Hastanesine Acil Çağrı Sistemi Kurulması	Tamamlandı
Güney Sudan	Juba Hastanesindeki Tıbbi Cihazların Tamiri	Tamamlandı
Güney Sudan	7 ebeben ülkemizde eğitimi	Tamamlandı
Güney Sudan	Ambulans Temini, 1 adet	Devam Ediyor
Kenya	Ambulans Temini, 3 adet	Devam Ediyor
Kenya	Acil Vaka Yönetimi Eğitimi, 20 Doktor	Tamamlandı
Libya	Misurata Fizyo-Terapi Hastanesi İnşası	Devam Ediyor
Libya	Yefren Hastanesine Tıbbi Cihaz Temini	Tamamlandı
Lübnan	PCR Cihazı hibesi	Devam Ediyor
Madagaskar	Mahajanga Üni. Dışçılık Fakültesine Dışçılık Eğitim Malzemesi Temini	Tamamlandı
Moritanya	Ambulans Temini, 2 adet	Devam Ediyor
Moritanya	Sağlık Çalışanlarının Eğitimi	Tamamlandı
Nijer	BİSEG derneğine Fako Cihazı Hibesi	Tamamlandı
Senegal	Mbolo Biram Sağlık Ocağı Tadilat ve İnşaatı	Tamamlandı
Senegal	Kanser Erken Teşhis Cihazı Temini, 2 adet	Tamamlandı
Senegal	İşitme Engelliler Merkezi Tadilatı ve Tefrişatı	Tamamlandı
Senegal	Zihinsel Engelliler Merkezi Tadilatı Tefrişatı	Tamamlandı
Senegal	Mballing Cüzzamlılar Köyü Dispanseri Tadilatı ve Tefrişatı	Tamamlandı
Senegal	Thiamene Keur Souleymane Kasabası Sağlık Ocağı İnşası ve Tefrişi	Tamamlandı
Senegal	Asker Malûller Vakfına Tıbbi Ekipman Temini	Tamamlandı
Senegal, Nijer, Mali, Burkina Faso, Gine Bissau	Ambulans Hibesi, 8 adet	Tamamlandı
Somali	Türk Hastanesi İnşası ve İşletilmesi	Devam Ediyor
Sudan	Nyala Türk Hastanesi İnşası ve İşletilmesi	Devam Ediyor
Sudan	Polis Hastanesinde görevli 36 sağlık çalışanının eğitimi	Devam Ediyor
Sudan	Ebe Eğitim Merkezi Tefrişatı	Devam Ediyor
Sudan	Ebe Eğitimi, 13 ebe	Tamamlandı
Sudan	Sağlık Çalışanlarının Eğitimi, Nyala Hastanesi Çalışanları, 16 Kişi	Tamamlandı
Tunus	Hasta Tedavisi, 14 kişi	Tamamlandı
Tunus	Ambulans Temini, 4 adet	Tamamlandı
Yemen	80 hastanın tedavisi	Tamamlandı
Yemen	15 sağlık çalışanının ülkemizde eğitimi	Tamamlandı
Yemen	Ambulans hibesi, 2 adet	Tamamlandı
Yemen	Diyaliz Merkezleri Kurulması, 3 adet	Devam Ediyor
Özbekistan	Onkoloji Cerrahilerine Uygulamalı Staj Programı	Tamamlandı
Afganistan	Cumhurbaşkanlığı Koruma Genel Müdürlüğü Sağlık Kliniği Personeli Kapasite Arttırma Programları (3 Grup)	Tamamlandı
Saraybosna	Haciçi Binjezevo Sağlık Ocağı ve Donanımı Projesi	Tamamlandı
Kazakistan	Sağlık Uzmanları Eğitimi (Toplam 190 doktor eğitime alınacaktır)	Devam Ediyor
Kırgızistan	Oş Şehrine 150 yataklı Hastane inşası	Devam Ediyor
Kırgızistan	Oş ve Celalabat şehirlerindeki 2 Hastanenin Onarımı	Tamamlandı
Özbekistan	Kemik İliği nakli Merkezi İnşası ve Uzman eğitimi	Devam Ediyor
Özbekistan	Mobil Klinik Temini	Tamamlandı
Özbekistan	Hamile Kadınlar Eğitim Merkezine Destek	Tamamlandı
Özbekistan	PLASTİK CERRAHİ OPERASYONLARI	Tamamlandı



- Tüberkülozun önlenmesi ve kontrolü ile bu hastalığa yönelik aşılama çalışmaları,
- Sağlık personelinin temel sağlık hizmetleri alanında eğitilmesi bu kapsamda değerlendirilmektedir.

TİKA'nın yurt dışında gerçekleştirdiği sağlık projelerinden bazı örnekler

TİKA, yürütmekte olduğu sağlık projelerinde temel olarak ilgili ülkenin sağlık sektörünü iyileştirmeyi, insanların daha kaliteli sağlık hizmeti almasını sağlamayı hedeflemektedir. Hedef ülkelerde, özellikle de Afrika kıtasında hemen tüm hastaneler hem fiziki mekân hem de hizmet kalitesi yönünden oldukça kötü durumdadır. Bu ülkelerdeki tüm sağlık sektörünü fiziki mekânlar yönünden kaldırmak, arzu edilen düzeye çıkarmak mümkün değildir. Bu durumdaki herhangi bir bölgede güzel bir hastane yaptırmak ve işletmesi için herhangi bir tedbir almadan terk ederek gelmek, soruna köklü bir çözüm kazandırmamaktadır. Bunun, sadece o hastanenin yapıldığı bölgeye kısmi bir faydası olacaktır. Öte yandan bölgenin sağlık sektörünün kapasitesinin, sahip olduğu bilgi ve birikim düzeyinin üstünde bir hastane yaptırılması durumunda yerel işletme mantığındaki yetersizlikler yüzünden bu hastanenin hedeflenen düzeyde hizmet sunması da mümkün olmamaktadır. Kısa bir süre sonra bu hastane de hizmet kalitesi yönünden diğer yerel hastanelerle aynı duruma getirilmektedir. Böylece yapılan bu yardım, ülkenin sağlık sektörüne herhangi bir iyileştirme katkısı sağlamadan tabiri caizse arada kaybolmaktadır. Yapılan incelemelerde bu durum açık bir şekilde müşahade edilmektedir. Pek çok ülkede donör bazı ülkeler tarafından yapılan

ve düzgün işletilemediği için harabeye dönüşmüş olan hastane, sağlık merkezi gibi birimlerle karşılaşıyorsunuz. Sözgelimi Sudan'ın Güney Darfur Eyaletinde İtalyanlar tarafından yaptırılan küçük bir hastanenin bile personel ve maddi imkânsızlıklar yüzünden işletilemediği için boş olarak bekletildiği ve bir yıl gibi kısa bir süre işletilmiş olmasına karşın kötü kullanımdan dolayı adeta harabeye dönüştüğünü bizzat müşahade ettik.

Geri kalmış ülkelerin çoğunda işletme sistemlerindeki aksaklıklar yüzünden sağlık sektörü ihtiyaçlara cevap verebilecek bir yeterlilikte olamamaktadır. Hastanelerin döner sermayeleri, gelir ve gider dengelerini sağlayamamaktadır. Yönetimlerdeki karma yapılanmalar hastanelerdeki istihdam politikasına da yansımakta ve ehil eleman istihdamından ziyade eş, dost ve akraba istihdamı öne geçmektedir. Dolayısıyla donör ülkelerin, büyük ölçekli modern bir hastane yapıp yerel makamların işletmelerine terk etmekten ziyade sağlık sektörünün geliştirilmesi için zihniyet dönüşümü sağlayacak olan eğitim projelerine, mevcut kurumların iyileştirilmesine, ekipman eksikliklerinin giderilmesine ağırlık vermesi sektörün kalkındırılmasına daha makul katkılar sunacaktır. Bunun için ilgili ülkenin öncelikle sağlık idarecilerinin, sonra doktorlarının, diğer sağlık elemanlarının, sağlık teknikerlerinin eğitilmesi, modern tıbbi anlayışla tanıştırılması, tabiri caizse tıbbî anlamda bir zihniyet dönüşümüne tabi tutulması büyük bir önem arz etmektedir. Bu sağlanmadan yapılacak hastaneler ne kadar modern ve yeterli imkânlarla sahip olsa da tek başına bir çözüm olmamaktadır.

Özellikle Afrika kıtasında eğer donör ülke tarafından bizzat işletilemeyecekse yerel idarelerce işletilmesi çok zor

Büyük meblağlar harcanarak inşa edilen hastaneleri işletme yönüyle desteklemeden bırakıp gelmek, bu hastaneleri kısa sürede işlemez hale gelmeye terk etmekle eş anlamlı olacaktır. Bu yüzden özellikle Afrika ülkelerinde inşa edilen hastanelerin bahsettiğimiz zihniyet dönüşümüne katkı sağlayacak şekilde donör ülke tarafından işletilmesi ve tedricî olarak ilgili ülkeye devredilmesi, sürdürülebilirlik açısından zorunluluk arz etmektedir.

olacak bu tür büyük hastaneler yerine bölgede mevcut sağlık ihtiyaçlarına acil çözümler üretecek daha küçük çaplı ve bölgenin sahip olduğu eleman potansiyeli ile işletilebilecek, sürdürülebilir projeler uygulamak daha yararlı olacaktır. Sözgelimi katarakt ameliyatı, sıtmayla mücadele, ebe eğitimi, hemodiyaliz üniteleri gibi acilen ihtiyaç duyulan hususlara ağırlık verilmesi, teşhis için ihtiyaç duyulan malzeme ve ekipmanın sağlanması hem pratik yarar sağlama hem de sürdürülebilirlik açısından daha yararlı olmaktadır. İşletilemez boyutta büyük hastaneler yapma yerine mevcut hastanelerin onarımı ve daha uygun hale getirilmesi, doktorlarının kullanma becerisine sahip olduğu ekipmanların sağlanması direk çözüm üretme anlamında büyük bir öneme haizdir. TİKA bu amaçla daha çok aşağıdaki hususlara öncelik tanımaktadır:

1. İlgili ülkelerde bulunan hastanelerin gerekli onarımlardan geçirilerek fiziki yönden iyileştirilmesi, ihtiyaç duyulan ve doktorlarının kullanma becerisine sahip olduğu ekipmanla donatılması.
2. Ölüm sebeplerinin başında gelen sıtma, böbrek yetersizliği, doğum esnası anne ve bebek ölümleri gibi sebepleri azaltacak projelere ağırlık verilmesi, bu alanda eğitim ve bilinçlendirme programlarına öncelik tanınması.
3. İlgili ülkelerin sağlık kurumlarında görev yapmakta olan doktor, hemşire, teknisyen gibi sağlık elemanlarının



alanlarında yetiştirilmek ve modern gelişmelere muttali kılınmak üzere ülkemizde eğitime alınmaları ve lüzumu halinde Türkiye'den gönderilecek uzmanlarla yerinde uygulamalı eğitimler verilmesi ve bu yolla hastanelerin kapasitelerinin artırılması.

4. Yaşam kalitesini direk etkileyen katarakt ve diğer hafif hastalıkların tedavisi hususunda STK'larla yapılmakta olan işbirliğinin geliştirilmesi, STK'ların uygulama kapasitesinin güçlendirilmesi ve etkin projeler uygulama imkânlarının artırılması.

5. Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yapılarak ilgili ülkelerde önceden belirlenen ağır vakaların Türkiye'den gönderilecek tecrübeli uzmanlarla yerinde ameliyat edilerek uygulamalı eğitimler verilmesi ve bu yolla hastane tecrübelerinin artırılması. Alıcı ülkede tedavi imkânı olmayan ağır vakaların ise ülkemizde tedavi edilmesi.

Türkiye tarafından geliştirilmekte olan yeni bir sistem

Gelişmekte olan ülkelere, ülkemiz tarafından TİKA ve Sağlık Bakanlığımızın işbirliğiyle sağlanmakta olan sağlık desteğinin, ilgili ülkelerin sağlık sektörüne gerçek anlamda katkı sunmasını sağlamak üzere dünyada benzeri olmayan yeni bir sistem geliştirilmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalar tamamlanmış olup önümüzdeki günlerde uygulamaya konulacaktır.

Yukarıda da işaret ettiğimiz gibi büyük meblağlar harcanarak inşa edilen hastaneleri işletme yönüyle de desteklemeden bırakıp gelmek, bu hastaneleri kısa sürede işlemez hale gelmeye terk etmekle eş anlamlı olacaktır. Bu yüzden özellikle Afrika ülkelerinde inşa edilen

hastanelerin bahsettiğimiz zihniyet dönüşümüne katkı sağlayacak şekilde donör ülke tarafından işletilmesi ve tedaricî olarak ilgili ülkeye devredilmesi, sürdürülebilirlik açısından zorunluluk arz etmektedir. İnşa edilen hastanelerin teknik kadrolarının bu işletme süresince, hastaneye konulan ekipmanları kullanma konusunda gerekli eğitimlerden geçirilmesi ise hayati derecede önem arz etmektedir.

Yukarıda verdiğimiz listelerde de görüleceği üzere TİKA'nın yurt dışında yürütmekte olduğu sağlık projeleri arasında büyük hastane inşası ve işletilmesi projeleri de bulunmaktadır. Türkiye inşa etmekte olduğu bu büyük hastanelerle ilgili ülkelerde sağlık sektörünü modern anlayışlarla tanıştırmayı, ülkemizin sahip olduğu tecrübeyi aktararak bu alanda bir zihniyet dönüşümü sağlamayı hedeflemektedir.

TİKA tarafından Sudan'ın güney Darfur bölgesinde inşa edilen 150 yatak kapasiteli hastanenin bu amaca uygun olarak işletilmesi için Sağlık Bakanlığımızla işbirliği yapılarak 5 yıllık işletme ve ardından 5 yıllık izleme sürecini kapsayan bir proje hazırlanmış bulunmaktadır. Proje, hastanenin iki ülkenin işbirliğiyle işletilmesini ve tedaricî olarak Sudan makamlarına devrini öngörmektedir. İki tarafın üyelerini atayacağı ortak bir komisyon marifetiyle idare edilecek olan hastanenin tüm birimlerine Türkiye'den uzman doktorlar ve sağlık elemanları gönderilecektir. Bu doktorların yanında Sudanlı doktorlar ve sağlık çalışanları eş zamanlı olarak görev yapacaklardır. Bu yolla Türk doktorların sahip olduğu bilgi ve tecrübe paylaşımına çalışılacaktır. Her yıl Türkiye'nin sağlamakta olduğu doktor ve sağlık elemanı tedarici olarak azaltılacak ve beş yılın sonunda tama-

men Sudanlı doktorlara devredilerek izleme sürecine geçilecektir.

5 yıllık işletme süresince Sudan tarafının atayacağı asistanlar hem bu hastanede hem de Türkiye'deki hastanelerde alanlarında eğitim alacak ve eğitimden sonra bu hastanede çalışmaları sağlanacaktır. Hastanenin sürdürülebilirliğinin sağlanması için oluşturulacak döner sermaye sistemi ilk yıllarda TİKA tarafından desteklenecek ve tedarici olarak kendi kendini idare edebilecek hale getirilmeye çalışılacaktır. Sudan hastanesi için hazırlanan bu projenin aynı amaçlarla Somali'de, Afganistan'da Gazze'de inşa edilmekte olan hastanelerde uygulanması için de hazırlıklar yapılmaktadır.

İşletme sürecinin ardından 5 yıl süreyle bu hastanelerle devam ettirilecek olan izleme sürecinde de her türlü bilgi ve tecrübe paylaşımında bulunulacak ve danışmanlık sağlanacaktır. Böylece bir yandan acil olarak ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri kaliteli bir şekilde sağlanacak diğer yandan ilgili ülkelerin sağlık sektörü iyileştirilecek ve gerçek anlamda bir kalkınma desteği sağlanmış olacaktır.

Bu türden bir hizmeti tüm muhatap ülkelerde sağlamak takdir edilir ki mümkün olamamaktadır. Bu yüzden diğer alıcı ülkelerde de mümkün olduğunca sunulan sağlık hizmetinin aynı zamanda eğitici olmasına ve sağlık sektörünün kalkınmasına yardımcı olmasına özen gösterilmektedir. Bu amaçla, ülkemize iletilen sağlık eğitimiyle ilgili hemen tüm taleplere olumlu cevap verilmeye çalışılmaktadır. İlgili ülkelerin doktor ve diğer sağlık çalışanları yine Sağlık Bakanlığımızla işbirliği yapılarak Türkiye'de belirlenen hastanelerde eğitime alınmakta ve son tıbbi gelişmelerden haberdar olmaları sağlanmaktadır.

Uluslararası alanda Türkiye sağlık sektörünün rolü: Azerbaycan

Prof. Dr. Orhan Canbolat



1986 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Tıbbi Biyokimya alanında doktorasını tamamladı. İtalya, Almanya ve İspanya'da misafir öğretim üyesi olarak çalıştı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalında Yardımcı Doçent ve Doçent, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Profesör oldu. 2000 - 2002 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'nda İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü olarak görev yaptı. 2003 yılında SSK, Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü yaptı. TUS Biyokimyası, Kimyasal Savaş Gazları, İlaç - İlaç Politikaları, İktidar Aynası ve Işığa Işık Tutmak isimli 5 kitabı bulunmaktadır. Dr. Canbolat, halen Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyokimya Ana Bilim Dalında görev yapmaktadır.

Sağlık sektörü; politik, ekonomik, sosyal, hukuksal boyutlarıyla çok ciddi küresel ve yerel etkilere sahiptir. Bu alanda özellikle ülkemizde son dönemde ortaya çıkan gelişmeler, sağlık alanını dış ülkeler bakımından cazip hale getirmiştir. Son dönemde özel sektör açısından sağlık hizmeti sunumu uluslararası alana yönlendirilmektedir. Çevremizde global anlamda gelişen siyasi ve ekonomik olaylar ve sağlık sektöründe son dönemde aldığımız mesafe, ülkemizi bölgenin sağlık merkezi haline getirmiştir. Bu alanda yetişmiş sağlık insan gücümüz ile özel sektörün gelişmiş alt yapısı; özellikle Azerbaycan, Irak, Kuzey Afrika, Balkanlar ve hatta İngiltere, Hollanda gibi Batı ülkeleri bakımından ülkemizi çok önemli bir tedavi merkezi haline getirmiştir. Özellikle Ekonomi Bakanlığının geçen yıl uygulamaya koyduğu teşvikler, bu alanda özel sektör için önem taşımaktadır. Ülkemizde ilk defa sağlık sektörünün "hizmet sektörüne" döviz getirici işlemler başlığıyla Ekonomi Bakanlığı tarafından teşvik edilmesi ciddi bir olumlu zihniyet değişimidir. Uygulama, sağlık sektörümüz açısından çok büyük değer taşımaktadır. Sağlık alanında uluslararası sağlık hizmeti sunumunun değerinin en kısa zamanda Dışişleri Bakanlığı, Turizm Bakanlığı, TİKA ile Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar Başkanlığı tarafından da anlaşılacağı ümit edilmektedir. Sağlık alanı, ülkemiz bakımından çok önemli bir tanıtım ve iletişim alanı olmaya başlamıştır. Ülkemize son dönemde sağlık sektörü aracılığıyla önemli miktarda döviz girdisi sağlanmaya başlamıştır. Bu çalışmaların daha kuvvetlendirilerek devam ettirilmesi, sadece

tedavi hizmetleri sunumu yönünden değil bahsi geçen ülkelerin sağlık insan işgücünün eğitilmesi, sağlık alanı vasıtasıyla ortaya çıkan işbirliklerinin geliştirilmesi ve yerelde ortaya çıkabilecek çalışmalar açısından da büyük önem taşımaktadır.

Önümüzdeki dönemde ülkemizde sağlık sektöründe çok ciddi değişimler yaşanacaktır. Bu değişimleri doğru yönetebildiğimiz takdirde, Türkiye sadece bölgesinin değil global anlamda tüm sağlık sektörünün önemli paydaşlarından bir tanesi olabilir. Ülkemiz, özellikle yakın çevre ülkeler başta olmak üzere Avrupa, Afrika ve Orta Asya ülkelerinin önemli bir kısmı için sağlık hizmeti sunucusu olarak ön plana çıkmaktadır. Bu alanı "sağlık turizmi" alanı olarak tanımlamak tek başına doğru bir ifade tarzı olmayıp alanın turizm boyutundan ziyade "uluslararası sağlık hizmeti sunumu" boyutuyla tanımlamak gerekmektedir. Sağlık hizmeti sunumunun turizm başlığıyla tanımlaması, bu alanda ortaya çıkan hizmet sunumunda bir yanlışlığın ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Olayın önemi, turizmin boyutundan ziyade sağlık hizmetini sunumunun uluslararası alandaki kalitesi, rekabet gücü ve sürdürülebilirliği yönüyle göz önünde tutulmalıdır. Ülkemizin bu alanda ön plana çıkmasına, özellikle özel hastanecilik sisteminde ortaya çıkan gelişmeler, sağlık iş gücümüzdeki kalite artışı, ülkemizde Sağlık Bakanlığı ve sosyal güvenlik sistemi uygulamaları yol açmıştır.

Son yıllarda ülkemiz özel hastanecilik sektöründe global pazarda rekabet edebilecek nadir sektörlerimizden bir tanesi haline gelmiştir. 2003 yılında % 2,3 olan

özel sağlık hizmeti sunumunun toplam sağlık hizmeti sunumuna oranının 2013'te % 30'a ulaşması ve oranın önümüzdeki beş yıl içerisinde % 40 oranına çıkacağı projeksiyonu, bu alandaki değişimin ciddi bir göstergesidir. 58.000 civarında olan uzman hekimimizin yaklaşık 28.000 civarındaki bir kısmının özel sektörde görev yapması, sağlık alandaki gelişmeleri yansıtmaları bakımından önemlidir. Özel sağlık sektöründe ortaya çıkan gelişmeler ve sağlık işgücünün özel sektöre yönelmesi, özellikle Sağlık Bakanlığı'nca ortaya konulan bazı düzenlemelerle kontrol altına alınmaya başlanmıştır. Özel hastane açılması, hekim sayılarının özel hastaneler için sınırlandırılması, özel hastaneler için cihazların alımının ve kullanımının sınırlandırılması ve klinik alanlarla ilgili sınırlandırmalar, özel hastane sektörünü dış alana yönlendiren temel faktörlerden bir tanesidir. Önümüzdeki beş yıl içerisinde bakanlığın planladığı şehir hastanelerinin hayata geçmesiyle veya özel sektörün planladığı üst düzey hastanecilik sisteminin gelişmesiyle orta ölçekli hastanelerin rekabet gücü kalmayacaktır. Bu durumun sinyalleri şu anda mevcut olup küçük veya orta ölçekli hastanelerin önemli bir kısmı mali yönetim problemi yaşamaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun "sağlık uygulama talimatı" aracılığı ile ortaya koyduğu düzenlemeler sonucu özellikle hizmet sunum bedellerin sabit tutulması, katkı paylarındaki sınırlandırmalar, sistemin fatura denetimlerinin artışı, cihaz ve malzeme kullanımına getirilen sınırlandırmalar özel sektörü uluslararası alanı yönlendiren bir diğer sebeptir. Özellikle son beş yılda bu alanda ciddi değişimler

olmuş, küçük ve orta ölçekli işletmeler yerini daha büyük yapılara veya gruplara bırakmaya başlamışlardır. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ödediği rakamlarla özel sağlık sektöründe küçük ve orta ölçekli kuruluşların rekabet etmek veya gelişme sağlaması artık mümkün değildir.

Yukarıdaki bahsi geçen konuların yanı sıra ülkemizin önde gelen özel sağlık işletmelerinin hisselerinin çok uluslu sermaye tarafından satın alınması, bu alanı dış ülkeler bakımından cazip hale getirmektedir. Dış sermayenin sağlık sistemine yatırım yapması, özellikle dış ülkelerin vatandaşları ve sağlık paydaşları tarafından bir çeşit güvenlik göstergesi olarak algılanmaktadır. Bu bakımdan özel sektör hastaneciliğinde ciddi yapısal ve işlevsel değişiklikler ortaya çıkacaktır.

Özel hastanecilik alanında yer alan grupların elinde sistemlerini ayakta tutmalarını sağlayacak iki faktör mevcuttur. Bunlardan bir tanesi yeni uygulamaya geçen "destekleyici sağlık sigortacılığı", diğeri ise "sağlık hizmet sunumunun" uluslararası alana yönlendirilmesidir. Destekleyici sağlık sigortacılığı, birçok büyük hastane sistemi tarafından kullanılmaya başlanmış olup sistemin gelecekte 20 milyon kişiye ulaşması planlanmaktadır. Yeni durum, özellikle sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği açısından hayati öneme sahiptir. Bu uygulama, orta vadede özel sektöre nefes aldıracaktır. Önümüzdeki dönemde sistemdeki sigortalı sayısı artırırlarken kâr sınırları daralacak, fakat pazar büyütülerek genel kârlılık büyütülmeye çalışılacaktır. Sağlık alanında Sağlık Bakanlığı veya üniversite hastanelerinin yurt dışı açılımlarda bulunmalarının önünde ciddi hukuksal, ekonomik ve idari engeller bulunmaktadır. Sağlık hizmetinin uluslararası alanda sunumunda esas rolü, özel sağlık sektörü oynayacaktır. Yukarıda bahsi geçen bilgiler dahilinde bu alanda özellikle Irak, Azerbaycan, Kuzey Afrika ülkeleri ve Kazakistan sağlık alanında uluslararası seviyede hizmet sunulabilecek ve işbirliği yapılabilecek ülkelerin başında gelmektedir.

Azerbaycan'la olan tarihi bağlarımız, coğrafi alanın yakınlığı, ulaşım kabiliyetlerinin artması, Azerbaycan sağlık işgücünün ülkemizde eğitilmesine bağlı olarak orta çıkan gelişmeler, Azerbaycan'ın ekonomik alanda gösterdiği başarılar ülkemiz bakımından Azerbaycan'ı sağlık alanında işbirliği yapma bakımından cazip hale getirmektedir. Yaklaşık 9 milyon civarında olan Azerbaycan nüfusunun %54'e yakın kısmı kentlerde, % 46'ya yakın kısmı da köylerde yaşamaktadır. Şehirleşme hızı son dönemlerde artmakta ve kente göç artmakta, bu durum ülkede sağlık sunumu şeklinde de değişikliğe yol açmaktadır. Son 5 yılda sağlık için ayrılan kaynak 4 kat fazla artırılmıştır. Son 2 yılda Bakü ve

çevre kentlerde sağlık hizmeti sunumuna yönelik bütçede artış gözlenmektedir. Azerbaycan Tıp Üniversitesi, tıp doktoru yetiştirme sorumluluğu olan yegane kurumdur. Tıp doktorlarının yüzde otuza yakın bir kısmı, ihtisas yapmak üzere başta Türkiye olmak üzere Rusya, Almanya, Ukrayna gibi ülkeleri tercih etmektedir. Sağlık eğitiminde ülkenin dışa açılma politikalarının sonuçları önümüzdeki on yıl içerisinde daha net ortaya çıkacaktır. Sağlık sisteminde ciddi bir devlet sigorta sistemi bulunmamaktadır. Buna karşılık son dönemde bazı şirketlerin çalışanlarına özel sağlık sigortası yaptırdığı gözlenmektedir. Bu bakımdan sistemde sağlık hizmeti ödemeleri hastanın cebinden çıkmaktadır. Uygulamada yerel anlamda sağlık sisteminin sunumunun karşılığı olan birim rakamların Türkiye'den daha yüksek olduğu gözlenmektedir. Sistemin yürütülmesinde kamu hastaneleri genel anlamıyla Sağlık Bakanlığı ile ilişkilendirilmesine rağmen bazı bakanlıkların kendilerine ait hastaneleri bulunmaktadır. Hekimler hem kamuda hem de özelde hizmet sunabilmektedirler.

Azerbaycan, komşu ülkeler içerisinde sağlık sistemine en fazla yatırım yapan ülke olup özellikle özel sağlık hizmetinin sunumunda ciddi gelişmeler yaşanmaktadır. Ülkedeki yatırımcıların düşüncesine bağlı olarak sağlık sisteminin kârlı olduğu algısına bağlı olarak özellikle Bakü'de küçük ve orta ölçekte çok fazla klinik, tıp merkezi ve hastane açılmış ve açılmaya devam etmektedir. Sağlık sektöründe hastane sektöründe ortaya çıkan bu enflasyonun bir süre sonra dengeleneceği düşünülmektedir. Bu durumu gören daha ciddi sağlık hizmeti sunucuları sistemlerini çeşitlendirmek ve güçlendirmek yoluyla gelecekte ortaya çıkabilecek gelişmelere karşı tedbir almaktadır.

Azerbaycan sağlık sistemindeki değişimler Türkiye açısından birçok gelişmelerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Ülkemiz ile Azerbaycan arasında gelişen sağlık işbirliğinin birinci döneminde Azerbaycan'dan hastaların bireysel olarak veya bazı hekimler aracılığıyla ülkemize gönderilmeleri ve hastaların bu şekilde tedavileri amaçlanmıştır. Bu süreçte hastaların özellikle tedavilerini yürütülmesinde ciddi problemler yaşanmıştır. Bu dönemi takiben ülkemizdeki özellikle cerrahi alanıyla uğraşan bazı hekimlerin bireysel gayretleriyle Azerbaycan'a gitmeleri ve orada kısa süreler kalarak genellikle çok kısa sürede fazla hasta tedavi etmeleri yolu açılmıştır. Bahsi geçen süreçte hasta – hekim ilişkisi kısa sürede çok fazla hasta tedavi edilmesine bağlı olarak olumsuz olarak etkilenecektir. Ayrıca Azerbaycan'a bahsi geçen yöntemle hizmet veren hekimlerle hastane işletmecileri arasında da hukuki bir takım problemler ortaya çıkmıştır. Bu şekilde çalışan hekimlerin

önündeki önemli bir engel, Azerbaycan ve ülkemizin hukukuna göre bahsi geçen işbirliklerinin tanımlanmamış olmasıdır. Her iki uygulama için artık Azerbaycan bakımından bir dönüm noktasına gelinmiştir. Her iki yöntemin uygulanması sonucu sağlık hizmetinin sunumunda ortaya çıkan malpraktis durumları, hasta memnuniyetsizliği ve hekimlerin hastalarına cerrahi uygulamalar yaptıktan sonra Azerbaycan'da kalmayıp kısa sürelerde ülkeyi tek etmeleri veya ülkemize gönderilen hastalardan kendi hastalarımıza kıyasla çok yüksek ücretlerin alınması, memnuniyetsizliği artırmıştır. Bu arada yurtdışında eğitim görüp Azerbaycan'a dönen hekimlerin sayısındaki artış ve özel sağlık sektörüne yapılan ciddi yatırımlar, artık bu iki yöntemin işlemlerini zorlaştırmaktadır. Tüm bunların yanı sıra geçen yılın son döneminde Azerbaycan Sağlık Bakanlığının yurtdışından Azerbaycan'a gelen doktorların izinlerini ciddi olarak denetlemesi ve bu uygulamaya karşı hareket eden işletmelere ciddi ekonomik, hukuki ve idari yaptırımlar uygulaması, sistemde değişiklikleri zorlamaktadır. Anlaşıldığı kadarıyla Azerbaycan özel sağlık sektörü, ekonomik olarak sağlık hizmetleri sunumunu idame ettirebilecek gelişmişlik seviyesine ulaşmıştır. Azerbaycan açısından temel problem, ülkedeki yerel eğitilmiş sağlık iş gücüdür. Bu problemim çözülmesi Azerbaycan'ı bölgede sağlık alanında parlayan yıldızlardan bir tanesi yapabilir. Gelinecek noktada ülkemizdeki özel sağlık kuruluşlarının Azerbaycan'la ilgili planlamalarını yeni döneme göre yapmaları daha gerçekçi olacaktır. Bu alanda özellikle Bakü başta olmak üzere yerelde faaliyet gösteren sağlık işletmecileriyle ortak sağlık işletmeciliği alanına girilmesi veya özel hastanelerin işletmelerini ortak olarak yürütülmesi, yeni dönemde ortaya çıkabilecek gelişmelerdir. Ayrıca kısa bir zaman sonra ülkemiz özel sağlık sektöründe yer alan kurumlar Azerbaycan'da hastane açıp işletmeye başlayacaklardır. Her iki tarafın özel sağlık sektörünün ortak olarak sunacağı hizmetin önemli bir getirisi, Azerbaycan'daki sağlık iş gücünün yerelde eğitiminin sağlanması veya devam ettirilmesi olacaktır. Bu konu, özellikle Azerbaycan tarafından çok ciddiye alınmaktadır. Ülkemiz özel sağlık sektöründe görev alan eğitimcilerin bu bilgi ve birikimlerini Azerbaycan'a taşımaları, karşı tarafça önemli bir beklenti haline gelmiştir. Bu beklentiye yapılacak olumlu katkılar, sadece sağlık alanı değil iki ülke arasındaki tüm ilişkilere olumlu olarak yansıtacaktır. Azerbaycan'ın, ekonomik gelişmişliğini bu şekilde beş yıl daha sürdürdüğü takdirde, ülkemizin önemli özel sağlık kuruluşları için cazibe merkezi haline geleceği aşikârdır. Özel sağlık sektörü alanında Azerbaycan'la karşılıklı iş birliklerinin gelecekte dönemde artarak devam edeceği beklenmektedir.

Yeryüzünden notlar

Prof. Dr. M. İhsan Karaman



1962 yılında İstanbul'da doğdu. 1986'da İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994'de bir yıl kadar Houston-ABD'de Baylor College of Medicine'de misafir ürolog olarak çalıştı. 1996'da doçent, 2008'de ise üroloji profesörü unvanını aldı. 2011 yılında da çocuk ürolojisi yandal uzmanlığı diploması alan Karaman, halen İstanbul Üniversitesinde Tıp Tarihi ve Etik doktora programına da devam etmektedir. Prostat kanseri konusunda hazırladığı bir bilimsel kitap, katkıda bulunduğu 30'dan fazla kitap bölümü yazarlığı, 250'den fazla ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış bilimsel çalışması ve almış olduğu 500'ün üzerinde uluslararası atıf mevcuttur. Karaman'ın "Cinsel Sağlıktan Mutlu Aileye" isimli popüler eğitim kitabı da 2012 yılında yayınlandı. Dünya İslami Tıp Birlikleri Federasyonu (FİMA) Başkan Yardımcısı, Yeryüzü Doktorları Türkiye Yönetim Kurulu Başkanı ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Başkanı olan Karaman, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Bu yazıda, Yeryüzü Doktorları hakkında kısa bir kurumsal bir bilgi aktarımından sonra, sınır ötesi sağlık hizmetlerinde görev alan gönüllülerin duygu ve düşüncelerini yansıtan anekdotlar sunacağım. Yeryüzü Doktorları Derneği; Türkiye, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nden bir grup hekim ve sağlık çalışanının girişimi ile 2000 yılında Manchester/İngiltere'de kurulan bir uluslararası tıbbi ve insani yardım örgütüdür. 2004 yılında Türkiye Şubesi açılmıştır. Uluslararası alanda "Doctors Worldwide" olarak tanınan Yeryüzü Doktorları, temel sağlık ve tıbbi bakım hizmetlerine yeterince ulaşamayan ihtiyaç sahiplerine tıbbi ve insani yardım götürmek amacıyla dört kıtada otuzun üzerinde ülkede projeler yapmıştır ve yapmaktadır.

İngiltere ve Türkiye'de hayır kurumu olarak kayıtlı bulunan Yeryüzü Doktorları, Kızılay- Kızılhaç Federasyonu ve Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konsey'in (ECOSOC) istişari statüdeki üyesi olup, BM En Az Gelişmiş Ülkeler Sivil Toplum Forumunun (UN-LDC's NGO Forum) on yıllığına ev sahibi ülke koordinatörlüğünü yürütmektedir. BM İnsani Yardım Ofisi (OCHA), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), UNICEF, İslam İşbirliği Teşkilatı (OIC) gibi kuruluşlara akredite projeler gerçekleştiren Yeryüzü Doktorları, ulusal anlamda da Başbakanlık Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı (TİKA), Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD), Sağlık Bakanlığı ve Türk Kızılayı gibi kurum ve kuruluşlarla ortak projeler yürütmektedir.

Misyon değil, merhamet!

Yeryüzü Doktorları, yardıma muhtaç bölgelere sadece sağlık yardımı ulaştırmak için gider. Bu çabaların başka hiçbir amacı, misyonu ve beklentisi yoktur. Yeryüzü Doktorları çatısı altındaki profesyonel çalışanların ve gönüllülerin çalışma biçimini; kişisel görüşler, inançlar, aidiyetler değil, tüm dünyaya deklare edilmiş ilkeler belirler. Titizlikle korumaya çalıştığımız bu ilkeleri şöyle sıralayabiliriz:

Zarar vermemek: Yeryüzü Doktorları, hekimliğin "Öncelikle zarar verme" ilkesi gereği yapılacak olan yardımların sonuçlarını düşünür; bireysel, toplumsal ve çevresel etkisini hesaplar; yapılacak yardımlarda zarar vermemeyi, ahlaki bir vecibe sayar.

Özerklik ve bilgilendirme: Yeryüzü Doktorları, iyi hekimliğin önkoşullarından ve tıp etiğinin temel düsturlarından olan özerklik ilkesine uyarak, tıbbi müdahalede bulunacağı hastalara tedavinin detayları, muhtemel sonuçları ve çıkabilecek komplikasyonlar konusunda bilgi verir, hastaları aydınlatır.

Meşru ve bilimsel metot uygulama: Yeryüzü Doktorları, bilimsel ve faydası kanıtlanmış tanı ve tedavi yöntemlerine, koruyucu hekimlik ilkelerine bağlı kalarak faaliyetlerini gerçekleştirir. Hiçbir suretle hastaların tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri, gerekli bilimsel aşamalardan geçmemiş, ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanmaz.

Gizlilik: Yeryüzü Doktorları, tıbbi desteğe ihtiyaç duyan hastaların bilgilerini, hasta izin ve onayı olmadan üçüncü kişilerle paylaşmaz.

İnsana saygı ve hekim tarafsızlığı: Yeryüzü Doktorları, faaliyetlerinde insan sağlığına, hayatına ve kişiliğine saygı gösterir. Hastaların cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini, mezhebi, ahlaki düşünceleri, kişiliği, sosyal konumu ve siyasal düşüncesine bakmaksızın muayene ve tedavi konusunda en üst düzey dikkat ve özeni gösterir.

Yetkinlik dışı faaliyette bulunmama: Yeryüzü Doktorları, tıbbi görevlerini yerine getirirken gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında; kendinde olmayan özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunmaz.

Olağanüstü durumlar ve savaş: Yeryüzü Doktorları, her durumda ve şartta evrensel tıbbi etik kurallarını, yansızlıkla uygular. Savaş, tehcir ve iltica gibi olağanüstü durumlarda tıbbi yardım hizmeti alması gereken insanlara evrensel hukuk ilkeleri çerçevesinde yardım eder.

Ayrıca, Yeryüzü Doktorları tüm kültür ve medeniyetlerde kabul görmüş ahlaki ve insani değerlere saygı duyar. Bu çerçevede insan kutsallığı, ahlakilik, tevazu, diğerkâmlık, dürüstlük ve güvenilirlik, bağımsızlık, açıklık, adalet, hakkaniyet, hürriyet, saygınlık, hoşgörü, mahremiyet, hizmet, yardım, sağlığın devamlılığı ve korunması gibi insani ve toplumsal değerleri korur ve yüceltir.



Yeryüzü Doktorları profesyonel çalışanları ve gönüllüleri, davranışlarında her türlü yerel ve kültürel hassasiyetleri dikkate alır ve saygı duyar. Gelenek ve göreneklerin insanların doğuştan getirdikleri bir hak olduğunu kabul eder ve hizmetlerinde bu özellikler nedeni ile ayrımcılık yapmaz.

Faaliyet alanları:

Yeryüzü Doktorları, görev tanımı ve vizyonu gereği, gerek ulusal gerekse sınır ötesi sağlık hizmetlerini üç faaliyet alanında gerçekleştirmektedir. Bunlar;

1. Acil tıbbi ve insani yardım: İster insan, ister tabiat kaynaklı olsun felaket durumlarında, kısa vadeli acil müdahale, yardım ve tedavi hizmetleri.
2. Uzun vadeli-kalıcı sağlık hizmetleri: Yetersiz hijyen, kötü hayat şartları, fakirlik, açlık, kıtlık gibi nedenlerle gelişebilecek hastalık ve salgınların önlenmesi amacıyla, genişletilmiş tıbbi yardım ve bakım hizmetleri
3. Rehabilitasyon, yeniden yapılandırma ve tıbbi eğitim: Özellikle ülkenin veya bölgenin kendi sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde, sağlık sisteminin ve tıbbi hizmetlerin yeniden düzenlenmesidir.

Niçin gönüllüüz?

Yeryüzü Doktorları, yeryüzünde muhtaçlara yardım etmek için çalışan, onların acılarını dindirmek için çaba sarf eden her meslekten gönüllüsünü bir anlamda “Yeryüzü Doktoru” olarak kabul ediyor. Bize göre; insanlığa ve iyiliğe dair kalbinde bir dert taşıyan, sadece insanların değil insanlığın da yara aldığı her coğrafyaya şifa vesilesi olma gayretiyle imkânını, enerjisini, sanatını, tecrübesini her türlü şahsî menfaatlerinden bağımsız olarak ortaya koyabilen vicdan sahibi her insan, Yeryüzü Doktorları gönüllüsüdür. Yeryüzü Doktorları gönüllüsü, “orada ve her yerde” bir iyilik elçisidir.

Yeryüzü Doktorları’nın doktordan mühendise, ev hanımından mimara, hemşireden öğrenciye, bilgi-işlemciden eczacıya, basın mensubundan sanatçıya uzanan yelpazedeki 3000’den fazla gönüllüsü, sağlık hizmeti ve eğitimlerinden lojistiğe, ofis çalışmalarından afet arama ve kurtarma çalışmalarına kadar uzanan geniş bir alanda muhtaç coğrafyalara ulaştırılan yardım hizmetlerine insan ve insanlık uğruna emek vererek ciddi katkıda bulunmaktadır.

İşte bu gönüllü iyilik elçilerinden biri, Göğüs Hastalıkları Uzmanı Dr. Levent

Bu güneş bizim, bu ay bizim, bu yeryüzü bizim. Onların da değil mi aynı zamanda? Bizler sıcacık evlerimizde huzur içinde yatarken onlar kumun ortasında yanmaktalar. Vücudunda açılan bir delikten dışkılarının öylece akmasını seyreden bir çocuğu hayal edebilir misiniz? Ya onun başında bekleyen çaresiz annenin gözündeki ümitsiz bakış, teslimiyet, canından bir parçanın günden güne eriyip gitmesi... Anlayabilir miyiz bu kadarını?

Dalar, niçin gönüllü olduğunu şöyle anlatıyor: "... İnsan kısacık ömründe neler biriktirebilir? Neden biriktirmek ister? İnsan, kendine itiraf etmese, etmekten korksa da çok güçsüz, minicik olduğunu bilir. Büyümek ve güçlü olmak ister. Tüm ömrün amacı budur. Bunun için para biriktirir, zenginlik güçtür. Şan ve şöhret biriktirmek ister, itibar güçtür. Adalelerini geliştirir. Güçlü ve değerli hissetmek için biriktirir de biriktirir. Ama zaman bunların hepsini sizden geri alır. Kabre indiğinizde toprak olan yine toprağa döner, üstünüzü biriktirdikleriniz örter.

Oysa güçsüz olduğunu bilen için farklı bir yol vardır. Elinde olanı, vücudunu ve aklını, iyilik, erdem ve güzellik biriktirmek için kullanmak. Mevlana, "dünya hayatı bir denize, sen de bir gemiye benzersin" diyor. "Deniz suyu geminin yanında ve altında ise gemi seyrini tamamlar, limana güvenle varır. Ama geminin içine girerse gemi batar, dibi boylar" diyor. Deniz suyunu dışarıda bırakmanın yolu ise açık. Dünyaya dair arzuların, seni tevazu ve merhamette kararlı kılmalı. Şöyle diyeceksin: "Ben bir nehirim. Yol boyunca her şeyi taşıyım. Tarlalar sularım, balıklar beslerim, kenarımda çiçekler, ağaçlar büyür. Çocuklar üstümden kayık yüzdürür. Sona ulaştığımda hiçbir şey birikmez bende, denizde kaybolurum."

O zaman eşyaları, anıları, dünyaya dair her şeyi sırtında taşımak doğru değil, çok da yorucu. Taşındığını kalbinde taşımak lazım. Dünyada güçlü olmak için biriktirdiklerinizi, ilminizi, paranızı... Vicdanınızı korumak için dağıtmak doğru belki ama yeterli değil. Vicdanın kendisi olmak gerek. Cenab-ı Hak "Yalnız benim nimetimle rahatlayın, o sizin toplayıp yığdıklarınızdan daha hayırlıdır" diyor. Şöyle düşünüyorum: Ben işte, geçip gidiyorum. Geçtiğim yerlerde beni kimse bilmesin, ama çiçekler açsın. Kirliliği, taşıdığım suyla yıkansın. Tarlalar, taşıdıklarıyla ekin versin. O yüzden ben yoksul, mazlum çocukların gülümsemelerini; acısı dinmiş bir annenin yüzündeki rahatlamayı, gerçekten sevildiğini gören bir insanın gözündeki ışıltıyı biriktiriyorum. Mezara indiğimde biriktirdiğim her şey geri alınacak, toprak olan yine toprak olacaksa, çocuk gülümsemeleri benden dünyaya geri döndüğünde dünya daha aydınlık olur belki. Üstüme kendi biriktirdiklerim devrilecekse, altında kaldığım ağırlığı daha kolay taşıyım belki. Ben bu yüzden gönüllü oluyorum."

Uykusuz geceler boyu

Yeryüzü Doktorları gönüllüleri gibi sınır ötesi sağlık hizmetlerine katılanların, özellikle dünyanın en fakir ve muhtaç coğrafyasını teşkil eden Afrika'daki görevlerden gelenlerin yaşadığı ortak bir kader var: Uykusuz geceler boyunca,

şahit olduklarını düşünmek! Ağlamak, çırpınmak ve bir şeyleri değiştirebilmek için, şahit olduklarını herkesin hissedip bir şeyler yapması için haykırmak. İşte bunlardan biri de Nijer dönüşünde duygularını dile getiren gönüllümüz Sabire Hemşire. Bakın, neler söylüyor: "... Yeniden Nijer'deydik çok şükür. Hepimiz bir parça oradayız aslında, çünkü bir yanımız onlarla kaldı. Vermeyi bilen, karanlığa ışık olan, düşenin elinden tutabilen yanımız orda kaldı. Şefkatimizi de yanımıza alıp kendi dünyamıza geri döndük yeniden. Her şeyi olan, ama hiçbir şeyi yokmuş gibi davranan yanlarımızla yeniden döndük küçük hayatımıza. Şimdi sorgulama zamanı kendimizi. Nasıl yaşıyoruz, daha fazla ne yapabiliriz? Bu güneş bizim, bu ay bizim, bu yeryüzü bizim. Onların da değil mi aynı zamanda? Bizler sıcacık evlerimizde huzur içinde yatarken onlar kumun ortasında yanmaktalar. Hepimize bahşedilmiş bu kocaman yeryüzünü onlara da yaşanılır kılmak için neler yapmalıyız. Yaptığımız hizmetleri kalıcı kılsak gözümüz arkada kalmaz. Öncelikle bunları düşünmeli, bir yol haritası çizmeliyiz. Elimizde bir poşet şekerle, o tatlı, masum çocukların deyimiyle "bonbon" dağıtarak bir şey yapamayız. Anlık sevinçlerle sadece kendimizi kandırıyoruz aslında. Küçük siyah bir el, beyaz bir ele avuç açıyor ve içine bonbon koyuyoruz. Bu belki de bizim kendi nefsimizin bir kandırmacası. Vererek mutlu olup egolarımızı tatmin ediyoruz belki de. Ama bir yere kadar hepsi. Verdik, geldik ya şimdi, hayat orada öylece bıraktığımız gibi devam ediyor. Şekerler tükendi, elbiseler yırtıldı. Paylaştık, yardım ettik, hissettik, yalnız olmadıklarını gösterdik. Bizi bulan hastayı ameliyat ettik. Ya yarın gelen, sonra gelen, onlar n'olucak şimdi? Kim tutacak ellerinden, kim ışık olacak karanlığa?

Şimdi başlıyor asıl mesele. Afrika'da daha neler yapmalıyız, neler bırakmalıyız? Geleceğin ümitleri olan çocukların oturacak bir sıraları bile yok hatta bir sınıfları bile. Ya hastane adına yapılan o zifiri karanlık, kuytu odalarda yatan çocuklar, anneler, babalar, onlar n'olucak şimdi? Çaresizce, kuru bir yataкта ölümü beklemek nedir, bilebilir miyiz? Yatarak ölmeyi beklemek! Bunu hangimiz hayal edebiliriz? Oralarda çok sıradan bu. Kader adeta, başka seçenek yok! Vücudunda açılan bir delikten dışkıların öylece akmasını seyreden bir çocuğu hayal edebilir misiniz? Ya onun başında bekleyen çaresiz annenin gözündeki ümitsiz bakış, teslimiyet, canından bir parçanın günden güne eriyip gitmesi... Anlayabilir miyiz bu kadarnı?

Bir hastane, bir okul neleri değiştirmez, bir düşünsenize. Sağlıklı nesiller üreten beyinler var etmez mi bir memleketi. Öyleyse, öncelik insan yetiştirmekten

geçecek belki de. Acil ihtiyaçlara sonuna kadar yardım edip çözüm bulmanın yanında, sağlıklı bir yaşamı nasıl devamlı kılabiliriz, bunu planlamalıyız, hayata geçirmeliyiz. Ayakta kalabilen her toplum büyük bedeller ödemiştir. Yıllarca sömürülen, uyutulan, üstü örtülen Afrikalı bizler silkelemeli, uyandırmalıyız. Artık bebekler ölmesin, yeni anne olan kadınlar bebeklerine sarılabilsin diye insanlık adına bir şeyler yapabiliriz. Ancak o zaman insanlığımızın hakkını verebiliriz.

Gittim, gördüm, hissettim paylaştım. Dokundum ben o acıya. Tüm yaşadıklarım gerçektir. Ölümü bekleyen o küçük kız çocuğu gerçektir! Doğum yapmayı başaran, ama yaşamayı başaramayan, yavrusunu emziremeyen anne gerçektir. Gerçeğin ta kendisiydi hem de. Bütün bu trajediyi kendi süslü hayatımızın neresine koyabiliriz, sıcak çorbamızı nasıl gülümseyerek içebiliriz. Bütün bunların altında eziliyorum şimdi. Aklım almıyor bu yalnızlığı. Kendi hayatlarında acıyla, yoksullukla, hastalıklarla, cehaletle yalnız bırakılmış kocaman bir toplum. Tüm bu gördüklerimin altında kaldım, ezildim, utandım insanlığımdan. Ve şimdi ümit etmek istiyorum, duygularımı paylaşıp çözümleri yaşamak, çareleri görmek istiyorum. Herkes bilsin istiyorum; şimdi çok uzaklarda bir bebek ağlıyor, ölüyor... Bunları düşünüp herkesin huzuru kaçsın istiyorum. Bir kıpırdanma olur belki ve bizler daha çok yardım edebiliriz diye hayal etmek istiyorum. Bir şeyler değişsin istiyorum. Aslında naçizane düşünüp duruyorum sadece. Ve sesleniyorum; yeryüzü hepimizin ve herkesin sağlıklı, mutlu yaşamaya hakkı var. Bu şans yakalamış insanların, bundan bihaber olanlara da yaşanılır kılmak gibi bir görevleri olduğunu anlatmak istiyorum. Şimdi hep beraber düşünelim ve elimizi taşın altına koyalım. Haydi, Afrika için bir şeyler yapalım. Size minnettarlıkla bakan, teşekkür eden bir çift sürmeli göz! Bunu yaşamak ne kadar güzel bilir misiniz? Bu, her şeye değer. Siz de yaşayın, yaşatın, ne dersiniz!"

İyi misin babacığım?

Bir başka insan hikâyesi de üroloji ameliyatları yapmak için gittiğimiz Kenya/Mombassa'da bizim önümüze çıktı. Görev dönüşünde kaleme aldığım notlara birlikte göz atalım: "... Resimde görülen ihtiyar zat Kenya/Mombassa'da yaşayan bir yeryüzü sakini. 75 yaşında. İdrar yolunda tıkanma olmuş, doktorlar normal yoldan sonda takamayınca göbek altından delerek karınına bir boru yerleştirmişti. Son 7 senedir idrarı bu borudan bir torbaya geliyordu. Kenya'da sosyal güvenlik sistemi olmadığından özel ve devlet hastanelerinde ameliyatını yaptıramadı, buna maddi imkânları yetmiyordu. Bir ay önce radyoda bir anons duydu, yeryüzünün bir yerle-

rinden onun vatanına, şehrine ürologlar gelecek ve Sayyida Fatima Hastanesinde prostat ameliyatları yapacaklardı. Hem de kesip biçmeden, kapalı yolla, endoskopik olarak. Bu hastane bir hayır cemiyetince destekleniyordu, ameliyatı için bir ücret ödemesi gerekmeyecekti. Karar verdi, müracaat etti. Tetkikleri yapılarak ameliyat için hazırlandı ve hayatının dönüm noktası olacak günü beklemeye başladı. 12 Ocak 2011 sabahı, o hastanede, orada ve her yerde olmak için adanmış yeryüzü doktorlarınca ameliyat edildi. Hayatının ilk ameliyat tecrübesiydi bu. Korkuyor, titriyordu. Spinal anesteziyle yapılan ameliyatı sırasında kendisine “iyi misin babacığım” diye soranlara çenesi titrediğinden cevap veremiyordu. Çok değil, 40 dakika sonra ameliyatı bittiğinde ise yıllardır olmadığı kadar mutluluk doluydu. İnanamıyordu, 7 yıldır hayatının her saniyesini birlikte geçirdiği idrar torbasından kurtulmak, herkes gibi gönlünce sokaklarda dolaşmak, torunlarını özgürce sevmek. Kenya’da, Mombassa’da... Hayatın tadına yeniden varan 75’lik bir ihtiyar, bilmediği, tanımadığı, belki bir daha hiç görmeyeceği “Yeryüzü Doktorları”na dua ediyor, insanlığın var olduğuna ve yerkürenin döndükçe iyiliğin var olacağına bir kez daha inanıyordu. Birkaç gün sonra tekrar torunlarını kucağına alacak, onlarla fakir ama mutlu sofralarına oturacak olan Kenyalı bu ihtiyar, bilmese de, tanımasa da ezelde kardeş olduğu bir insan evladının, bir Yeryüzü Doktorunun elinden şifa bulmuş, ebede kadar söylenecek bir kardeşlik türküsünün dizeleri olmuştu artık...”

Çağın siyah aynası: Afrika!

Nihayet, sizlerle paylaşmak istediğim son anekdot, Doğu Afrika kıtlık ve kuraklık krizi sırasında Başbakan Sayın Recep Tayyip Erdoğan’la birlikte yaptığımız Somali ziyaretinden sonra kaleme aldığım duygularım olacak. Burada, aslında sınır ötesi sağlık hizmetlerinde birçok gönüllünün karşılaştığı yeryüzü gerçeklerinin ve bunların insan vicdanında açtığı derin yaranın haykırışlara dönüşmüş resmini göreceksiniz:

“... Ben, Somali’de, yitirilmiş umutların, kayıp giden hayatların, göz pınarlarını kurutan yığınla acının tanığı oldum. Zaman tüneline belki 100 yıl geriye gittim; “biz buradayız, bu haldeyiz; siz neredesiniz, insanlık nerede” diyen bakışların tanığı oldum.

Yeryüzünde... Afrika’da... Somali’de... Mogadişu’da... Bir anne ve kucağında can çekişen yavrusunun tanığı oldum. Bir varmış, bir yokmuş misali aniden yok oldu yavrucağı. Zaman dondu adeta. İnsanlığımın soyundum. Acziyetimi büründüm. Anın vacibi utanç da olsa az gelirdi, utandım.

Düşündükçe ürperdim: Hesapların görüldüğü günde, cansız bedenleri çöplüklere atılan Somalili çocuklara “hangi suçlarından öldükleri” sorulduğunda... Biz ne diyeceğiz? Biz, Somali’de, Kenya’da, Etiyopya’da boncuk gözlü çocukların bir yıldız gibi bu hayattan kayıp gitmesini seyrettik insanlık olarak. Koca bir dünya idik, BM idik, süper devletler idik, petrol kralları idik. Ama köpek mamalarına verdiğimiz paranın yarısını bile ayıramadık, o masumlar açlıktan sürünerek ölmesin diye... Bizi affet ey Somalili, Kenyalı, Etiyopyalı, Sudanlı çocuk! Bizi affet!

Somali, çağın siyah aynasıdır. Eğer topyekûn insanlık, o aynaya bakmaya cesaret ederse, unuttuğu bu coğrafyada başkalarının doymak bilmez iştahları yüzünden aç ölen insanların acısını pervasızca seyreden kendi çirkin yüzünü görecektir. Aç ve muhtaç bırakıp, kavga ve çatışmalarından nemalandığı, katillerinin elinden lütfen gelecek üç lokma ekmeğe mahkûm kıldığı masumların; merhamet ve vicdanını kızgın çöllerde bırakıp sahra yolcularına tecavüzü zevk edinen vahşilerce kirletilince “canımı da al Yarab!” diye semalara avaz eden çaresiz annelerin ahı bir gün yeryüzünü tutacaktır.

On binlerce insan; bebek, çocuk, genç, yaşlı, kadın, erkek... Etrafı dikenli tellerle çevrili, çöpün, lağımın, hastalığın, perişanlığın kol gezdiği kamplara toplanmış... Aylarca yıkanmadan, günlerce yemeden, yıllarca gülemeden yaşıyor. Yaşamak denirse... Her birine bir insanın zor sığacağı, sopalara paçavraların sarıldığı barınaklarda birer ikişer aile... Gıda, su, hijyen, ilaç, aşı, şefkat, ilgi... Temel insan ihtiyaçlarının hepsinden mahrum halde ölümün nefesini duyuyorlar enselerinde. Bütün bir dünya bir hayaleti izler gibi nefesini tutmuş, bir film sahnesini seyrediyor adeta. Uzaktan, steril bir şekilde... Ve biz giriyoruz onların bu yeknesak dünyasına. Tenlerine, bedenlerine, ellerine, yüzlerine dokunuyoruz. Yoksulluklarını, çaresizliklerini kısa süreliğine de olsa sarıp sarmalıyoruz. Sevgiyle, şefkatle, çekinmeden kucaklıyoruz bebeklerini, ihtiyaçlarını... Bir saman alevi gibi, bir köpüğün sönmeyeceği gibi, o masum yüzler bir an aydınlanıp sonra yine aynı karanlığın içine yuvarlanıyor. Tarıfsız acılar ülkesinin güzel insanları...

Şimdi kıyam zamanıdır dostlar; açıkta ve gizlide, gecede ve gündüzde kıyama durup, arzin ve semanın sahibine açalım ellerimizi ve yakaralım: “Cennet kokulu çocuklar ölmesin, anneler kan ağlasın; yeryüzünde, Somali’de, Afrika’da...”

Bilal’lerin, Necaşi’lerin ülkesi yangın yeri. Sessiz çığlıkları dinsin, bütün bir beşeriyet o masumların ahıyla hâk ile yeksan olmasın diye bu yangına su dökmeye zamanıdır dostlar. Gelin hep birlikte

Yeryüzünde... Afrika’da...

Somali’de... Mogadişu’da...

Bir anne ve kucağında

can çekişen yavrusunun

tanığı oldum. Bir varmış,

bir yokmuş misali aniden

yok oldu yavrucağı. Zaman

dondur adeta. İnsanlığımın

soyundum. Acziyetimi

büründüm. Anın vacibi

utanç da olsa az gelirdi,

utandım. Ben, Somali’de,

yitirilmiş umutların, kayıp

giden hayatların, göz

pınarlarını kurutan yığınla

acının tanığı oldum.

şu mübarek iklimde, sevdiklerini geride bırakıp Somali’ye, Kenya’ya, Etiyopya’ya koşan tüm şefkat elçilerinin, yardım kurumlarının, Yeryüzü Doktorlarının kutlu çabasına destek verelim. Rabbimizin Beled Suresi’ndeki emrine uyalım ve varlığımızı yoksulluğun kurbanlarına harcayalım: “Yahut şiddetli bir açlık gününde kendisiyle yakınlığı olan bir yetimi yahut yerde sürünen bir yoksulu doyurmaktır.”

Son söz

İşte Yeryüzü Doktorlarının hikâyesi budur. “Bu hikâyenin arka planında hangi saikler, hangi vicdani kaygılar var” dersanız, son sözümüz de bu olsun: Hani, “Bir insana hayat veren, bütün insanlığa hayat vermiş gibidir” düsturumuz vardı ya, işte tüm Yeryüzü Doktorlarının Asya’da, Afrika’da, doğuda ve batıda, orada ve her yerde yaptığını yapabilmenin; işte Yeryüzü Doktorlarına gönül vermenin, daracık bir ömre sınırsız bir anlam sığdırmanın, kendisine ihtiyaç duyulduğunda sağına ve soluna bakınmadan “ben varım” diyebilmenin sırrı bu inanç ve düşünce yatıyor.

Soruyorum size? Açlığın, sefaletin, çaresizliğin, savaşların ve bunların mahkûm kıldığı hastalık ve sakatlıkların bilinmeyeceği bir dünya mümkün mü? Neden olmasın? Yeryüzü Doktorları, bu evrensel hedefe varmak için yollarda. Bu kutlu seferin son durağı çaresizlikten bir insan tekinin dahi ölmeyeceği bir yeryüzü coğrafyasıdır. Varamasak da, hayatımızı o yolda harcamaktır muradımız. Orada ve her yerde! Dilerim Rabbinden, merhamet ete kemiğe bürünsün, iyilik tüm yeryüzünü kuşatsın.

Kutupyıldızı Sağlık Gönüllüleri: Endonezya'dan Nijer'e sınır ötesi faaliyetler

Dr. Selahattin Semiz



1962 yılında Sivas, Gürün'de doğdu. İlk ve orta eğitimini Gürün'de tamamladıktan sonra 1985 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Kırşehir, Kaman'da mecburi hizmetini, GATA-Ankara hastanesinde askerlik hizmetini, İstanbul Haseki Hastanesi Radyoloji Kliniğinde ihtisasını tamamladı. Halen Özel Afiyet Hastanesi'nde Radyoloji Uzmanı ve yönetici olarak çalışmaktadır. Hekimlik hayatı boyunca birçok STK'da aktif görev aldı. Sağlık Vakfı'nda yönetim kurulu üyesi ve 1999 Gölcük Depreminde Sağlık Vakfı temsilcisi olarak görev yaptı. Halen Gönüllüler ve Kutup Yıldızı Sağlık Gönüllüleri üyesidir. Deprem, sel ve tsunami sonrası Endonezya-Ace, Pakistan-Keşmir ve Pakistan-Pencap bölgelerinde sağlık gönüllüsü olarak çalışmalara katılan Dr. Semiz evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Dr. Serhat Onur



1970 yılında Burdur'da doğdu. Muğla Atatürk İlkokulu, Burdur Bucak Ortaokulu, Antalya Çağlayan Lisesi ve 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1991) bitirdi. Batman SSK Hastanesi'nde tamamladığı mecburi hizmeti sonrası İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Kliniği'nde Üroloji uzmanlık eğitimi aldı. Halen Üsküdar Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Gönüllüler Cerrahi Grup Başkanlığını yapan Dr. Onur, Kutup Yıldızı ve BİSEG Dernekleri yönetim kurulu üyesidir. Nijer, Mali ve Filistin'de sağlık gönüllüsü olarak çalışmalara katılan Dr. Onur, evlidir ve 2 kız çocuğu babasıdır.

Türkiye'de sivil toplum çalışmaları, Ağustos 1999 Gölcük ve Düzce depremleri sonrasında yoğunlaşmaya başladı. Bu dönemde oluşan büyük yıkımı çözmek için her koldan yapılan çalışmalara sivil toplum kuruluşları da can-ı gönülden katılmışlardı. Bu büyük felaketin yaralarını sarmak için devlet-millet ele ele vermiş, tüm imkânlar seferber edilmiş, insanlar ekmeğinden artırdığı yardımlarını afetzedelerle paylaşmıştı. Bu dönemde yaşananlar toplumsal hafızada yer ettiği kadar sivil toplumların hafızasında afetlerde yardımlaşma ve hazırlık açısından güçlü bir yer oluşturdu.

Derneğimizin kuruluşunda yer alan hekimler ve sağlık personeli, 1999 Gölcük-Düzce depremini yaşamış, bu dönemde afet bölgelerinde çalışmış gönüllü hekimler tarafından kuruldu. Bize bu konuda en önemli örnek olan kuruluş, Gölcük sahilinde yerleşmiş Rusya'dan gelen sağlık yardım ekibi idi. Rus ekip, Gölcük'te oluşan deprem felaketini duyduktan sonra çok kısa bir sürede organize olmuş, portatif çadırları ve tıbbi malzemeleri ile çok kısa sürede afet yerine ulaşmış ve iyi organize bir ekip oldukları için çok önemli sağlık hizmetleri yapıyorlardı. Şişme çadırları ile ameliyathanesi,

polikliniği ve dinlenme alanları ile etkin ve verimli bir hastane sistemi oluşturmuşlardı. Biz o zamanlar henüz yeni organize olan bir ekip olduğumuz için, onlardan daha kalabalık ve gayretli olduğumuz halde; onlar kadar hızlı, verimli ve etkin çalışmalar yapamıyorduk.

O günlerdeki acı tecrübeler ve sonrasında devam eden yardım çalışmaları, bizleri afetlerden önce organize ve hazırlıklı ekipler oluşturmaya ve dünyanın her yerinde zor durumdaki insanlara hizmet etmek için çalışmaya yöneltti. Bu çalışmalardan kısa bilgileri aşağıda sunmaya çalışacağız.

Endonezya-Bande Açe afet çalışmaları

2004 yılı son aylarında Endonezya'da yaşanan deprem sonrası Tsunami felaketi bölgeyi adeta harap etmişti. Yüzyılın felaketi olarak adlandırılan bu afette yüzbinlerce insan hayatını kaybetmiş, afet sonrası hayatta kalan insanlarda çok ciddi sağlık ve gıda sorunları ile karşı karşıya kalmıştı. Tüm dünyadan ve Türkiye'den sivil toplum kuruluşları bu ihtiyaçları karşılamak için seferber olmuştu. Bizler de bu uzak diyardaki insanların zor zamanlarında yardımcı olmak için ekipler gönderdik. Bande

Açe şehrindeki Malahayati Hastanesi, tsunami sonrası sular altında kalmış, sağlık çalışanlarından bir kısmı hayatını kaybetmişti. Derneğimiz bu hastanenin tadilat ve bakımının yapılması, tıbbi cihazlarının yenilenmesi ve tekrar hizmete girmesini sağladı. Bölgeden gelen diğer gönüllü sağlık çalışanları ve doktorlarla işbirliği yaparak sağlık hizmetleri aksamadan devam ettirildi.

Pakistan-Keşmir Depremi Çalışmaları

2005 yılı aralık ayı... Pakistan-Keşmir'de büyük bir deprem oluyor. Yine yüzbinlerce insan etkileniyor. Hekim arkadaşlarla beraber Keşmir'in başkenti Muzafferabad bölgesine gidiyoruz. Şehrin girişinde İHH gönüllülerinin kurduğu bir çadır kentin içine çadır hastane yapıyoruz. Hem çadır kentten hem de civar bölgelerden gelen afetzedelere bakıyoruz. Bu seyahatten kalan unutulmaz hatıralar... Hemen karşımızdaki dağ yamacından artçı depremlerle kalkan toz bulutları... Ortadan ikiye ayrılmış yollar... Alt kısmı tamamen çökmüş, adeta bir korku geçidine dönmüş yamaçlar ve yollar... Tıklım tıklım kamyon kasalarında seyahat eden insanlar... Bayram sabahı mezar başlarında gül yaprağı serperek

gözyaşı döken kadınlar... Çadır kentte leğenlerde neşeyle yıkanan çocuklar... Ve sonra bu çadır hastane yerine kurulan güzel bir kalıcı hastane yapılması... Bu seyahatte bizleri çok etkileyen en önemli hatıralardan biri de enkazın başında bekleyen acılı, çaresiz insanlara aksakallı bir ihtiyarın söylediği şu söz: *"Kimse yardım etmese de Türkiyeli kardeşlerimizin yanımızda olması bize yeter..."*

Pakistan'da sel felaketi sonrası çalışmalar

Pakistan, 2010 Ağustos ayında tarihinin en ağır felaketlerinden birini yaşadı. Ülkenin kuzey bölgesi Muson yağmurları sonrasında taşan nehirlerle sular altında kalmıştı. Pakistan'ın üçte biri sular altında kalırken yaklaşık 20 milyon insan bu felaketten etkilenmiş, binlerce insan sellerde boğulmuştu. Milyonlarca insan sel felaketi sonrası açlık, barınma, salgın hastalıkların tehdidi altında idi. Birleşmiş Milletler Başkanı Ban Ki Moon gördüğü manzarayı anlatırken, *"Bu gördüğüm en büyük küresel felaket. Durumu ancak küresel işbirliği ve yardımlarla düzeltebiliriz"* diyordu.

Pakistan'ın sel felaketine yardım etmek için insani yardım gönüllüsü sivil toplum kuruluşları olarak yardımlar konusunda işbirliği yapma kararı almıştık. Biz Kutupyıldızı Sağlık Gönüllüleri Derneği olarak sağlık ekiplerini kurma ve tespit edilen bölgede sağlık hizmeti verme görevini aldık. İSRA Vakfı ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi Afet Koordinasyon Ekibi çevre sağlığı, yiyecek-gıda temini, barınma-ev yapımı, destek hizmetleriyle ilgilenecekti. Diğer insani yardım kuruluşları (Hüdaî Vakfı, Deniz Feneri Derneği vs.) aynı ve nakdi yardımlarla çalışmaları destekleyecekti.

İlk ekibimiz, eylül ayı içinde Pakistan'a gidip çalışmalara başladı. Pakistan'ın kuzey batısında sel felaketinden en çok etkilenen Multan Vilâyeti Muzaffergarh-Basira Bölgesi merkez olarak seçildi. Bu bölgede bir sağlık merkezi ve çevresindeki binalar tamir ve bakımdan geçirilmiş, yardım merkezi olarak hizmete sunulmuştu. Sağlık merkezi çevresindeki binalar yatakhane, yemekhane ve gönüllülerin barınma ve sosyal ihtiyaçları için hazırlanmıştı.

Kasım ayı başında 4 doktor, 2 sağlık memuru ve 2 hemşireden oluşan sağlık ekibimiz, diğer yardım gönüllüleri ile beraber ikinci ekip olarak Pakistan'a gittik. Zor ve maceralı bir yolculuktan sonra Basira kentinde oluşturulan afet yardım merkezine vardık. Sağlık merkezi ve çevresinde oluşturulan barınma ve sosyal alanı görünce şaşırdık. Doğrusu afet bölgelerinde hizmet veren gönüllüler için daha önceki afet bölgelerine göre çalışma ortamı oldukça iyiydi. Daha önce hizmet verdiğimiz afet bölgelerinde çok



zor şartlar altında çalışırken, bu defa ortak çalışmanın ve işbirliğinin bereketiyle oldukça uygun bir ortam kurulmuştu.

İlk günden itibaren hastane önünde uzun kuyruklar oluşturan hastaları muayene ve tedavi etmeye başladık. Günlük 350-400 hastaya bakıyorduk. Bu arada müdahale ve müşahade hastaları, acil durumlar ve hastaneye gelemeyen ev hastaları bu hizmetin kayıt dışı ekstraları idi. Hastanenin tek ambulansı zaman zaman evlerden hastaneye, bazen de hastaneden diğer üst sağlık merkezlerine hasta taşıyordu. Bazı hastalar kendi imkânları ile sağlık merkezimize gelmek durumunda kaldıklarında öküz veya eşek arabaları ile bize ulaşıyorlardı. Bazen bakım ve tedavileri bu öküz veya eşek arabalarının üzerinde yapılıyordu.

Sabah erken saatlerden itibaren sağlık merkezi önünde beklemeye başlayan hastalar, genellikle çocuk ve kadınlardan oluşuyordu. Beslenme bozukluğu ve kirli ortama bağlı enfeksiyon hastalıkları, en sık gördüğümüz durumlardı. İshal, sıtma, ÜSVE, cilt enfeksiyonları çok sık karşılaştığımız hastalıklardı. Bu hastalara muayene sonrası ilaçlarını veriyor, tedavilerini düzenliyorduk. Türkiye'deki gibi, *"Sana bu ilacı yazalım, git eczaneden al, kullan"* demek mümkün değildi. Zira ne ilaç alacak bir yer, ne de ilaç alacak imkânları vardı. Aylık geçim seviyeleri 30-50 dolar arasında idi. Bu miktarla

Gidilen ülkelerdeki bıktırıcı bürokrasi ve lojistik yönden sıkıntıların mevcudiyeti, çalışılan hastanelerdeki medikal cihaz parkurunun çok yetersiz olması, Türkiye'den götürülüp kullanılan ve sonraki seyahatler için orada bırakılan tıbbi cihazların korunma ve bakım problemleri, gönüllü sağlık ekiplerinin çalıştığı kurumlarla yaşadığı izin sorunları ve en önemlisi STK'lar arasındaki koordinasyonsuzluk sebebiyle son dönemlerde bu faaliyetlerin hızı biraz kesilmiştir.

ancak karınlarını doyuruyorlardı. Başka ek masrafa harcayacak paraları yoktu. Bu nedenle muayene ettiğimiz hastalara Türkiye'den getirdiğimiz ilaçları verip tercümanlar vasıtası ile kullanımını anlatıyorduk.

Bazı anneler çocuğunu muayene ettirmek, vereceğimiz bir paket mamayı almak veya çocuğuna alt bezi almak için saatlerce bekliyordu. Bu annelerden biri, hemen her gün kucağında başka bir çocukla gelip çocuğu muayene ettiriyor, ilaç alıyor ve sonra da mutlaka mama vermemiz için ısrar ediyordu. Zayıf bünyeli, el ve ayaklarında sakatlıklar bulunan bu kadın dikkatimizi çekmişti. Bir arkadaş, "Bu kadın her gün gelip bizden yardım almak için acaba numara mı yapıyor?" diye bizi uyardı. Kadını tanıyan Hacer Hemşire, hemen yanımıza geldi. "Biz bu kadının evine yardım için gittik. Bu kadın ve kendisi gibi dul olan bir başka kadınla birlikte 17 tane yetim çocuğa bakıyorlar. Bu kadın her gün bu yetimlerden birini muayene ettiriyor. Ne kadar yardım etseniz haklıdır. Yardımlar için endişe etmeyin" dediğinde olaya bakışımız değişmişti.

Sağlık hizmeti verirken aynı zamanda gönüllülerimizin bu insanlara ulaştırmamız için bize emanet ettiği yardımları da bu insanlara vermeliydik. Yardımları gerçek ihtiyaç sahiplerine ve ihtiyacı kadar verebilmek için gayret ediyorduk. Kimine ilaç ve mama, kimine ev yaptırmak için kerpiç-tuğla, kimine ameliyat ve yol parası, kimine iş için dikiş makinesi-koyun-keçi-inek almak veya nakit para yardımı yapmak şeklinde yardımları yerine ulaştırdık.

Aslında bölgede her ev başka bir hikâye veya melodramın mekânı gibiydi. Afet ekiplerimizden bir grup arkadaş, genç bir kadının sel felaketi sonrası geçirdiği travmadan dolayı yataktan kalkamadığını ve evde muayene edilmesi gerektiğini söylediler. Sağlık ekibi olarak muayene ve incelemeye gittik. Tek odalı bir evin içerisinde "çarpayı" adı verilen sedye gibi bir yatakta yatan kadını muayene ettik. Travma sonrası oluşan ezik ve kırıklardan başka beslenme bozukluğuna bağlı zayıflık da dikkat çekici idi. Tedavisini ayarladık. Bahçede hastanın odasının bitişiğinde başka bir tek odalı ev inşaatı çalışması vardı. Bu evin de hastanın selde dul kalan kız kardeşine ait olduğu ve hem hastaya hem de çocuklarına bakmak için onun yanına ev yapmaya çalıştığını öğrendik. Bize emanet edilen ve ihtiyaç sahiplerine ulaştırmamız istenen hayırlar için bundan daha isabetli neresi olabilirdi? Bu ev Kutupyıldızı Sağlık Gönüllüleri'nin yardımı ile daha geniş ve güzel olarak yapıldı.

Başka bir gün hastane önüne evinden eşek arabası ile getirilmiş bir hasta için acil olarak bizi çağırdılar. Hastayı içeri almadan önce acil bir durum olmasın



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

diye arabadan indirmeden muayene ettik. Hasta sel baskını sonrası düşerek felç olmuş orta yaşlı bir erkekti. Pakistan'da diğer hastane ve merkezlerde gereken müdahale ve ameliyatlara yapılmış. Fakat omurilik kopması olduğu için tedavi şansı kalmamış. Ama hasta son bir ümit, "Türk doktorlar gelmiş. Bir de onlara muayene olayım." diye bin bir zorlukla sağlık merkezimize gelmişti. Ne yazık ki ona ancak vitamin ilaçları ve moral verebildik.

Böyle yüzlerce trajedi ile her gün karşılaş-yorduk. Ama bu insanlar yaşama ümidi ve mücadelesini kaybetmemiş, zor şartlarla mücadele eden, elindeki az imkânları paylaşmaya çalışan gayretli insanlardı. Nasıl ki onların bize Kurtuluş Savaşı'nda verdiği destek bizim moralimizi yükseltmiş, yalnız olmadığımızı hissettirmiş, mücadele gücümüzü artırmışsa, bugün de bizlerin küçük ama samimi çalışmalarımız onlarda bu tesiri yapacaktır inşallah.

Nijer özelinde Türk hekimlerin Afrika'daki sağlık faaliyetleri

Türkiye'de yurt dışı sağlık faaliyetleri denince ilk akla gelen fotoğraf karesi; hareket etmeye, bakmaya, nefes almaya yani kısacası yaşamaya mecali kalmamış bir deri bir kemik Afrikalı çocuk ve onu hayata tutundurmaya gayret eden sağlık ekibinin fotoğrafıdır. Bu tarz simge fotoğraflar sadece Türkiye'de değil, tüm dünyada kamuoyu oluşturmak ve yardım toplamak amacıyla kullanılmaktadır. Bunlardan en çarpıcısı, fotoğrafçı Kevin Carter'in 1994 yılında Sudan'daki bir kampta çektiği ve Pulitzer ödülü alan,

zayıflıktan ölmek üzere olan siyah küçük kız çocuğu ile yakınında tüneyen akbabayı yansıtan fotoğraftır. Afrika'nın bu yürek yakan görüntüleri, çoğunlukla mülteci kamplarındandır ki, kamplarda dahi bu tip terminal dönem vakalara sıklıkla rastlanmamaktadır. 2005 yılından beri, kara kıta Afrika'da "gönüllüler" üst kimliği ile sağlık faaliyetleri yürüten ve 13'ü Nijer, toplamda 15 kez bu kıtaya giden bizlerin şahit olduğu terminal dönem vakaların sayısı oldukça azdır. Bu tarz acıklı tablolar, Afrika'daki buzdağının görünen kısmı olup, temeldeki sağlık sorunları çözülmeden bu tabloların önüne geçilmesi çok zor görünmektedir. Bu yüzden yurt dışında sağlık faaliyeti yürüten sivil toplum kuruluşlarının öncelikli hedefi, çalışılan ülkelerde kalıcı çalışmalara imza atabilmektir.

En az 3 ay öncesinden başladığımız seyahat çalışmalarımızın yaklaşık 90 kalemlik bir ön hazırlık ayağı bulunmaktadır. Senede 2-3 kez seyahat düzenlediğimiz Afrika sağlık çalışmalarında bizleri en çok yoran, şevkimizi kıran hatta bazen seyahatleri iptal etmemize neden olan en büyük sıkıntıyı ise Afrika'daki bürokratik engel ve engellemeler oluşturmaktadır. Kafiledeki medikal ve paramedikal katılımcıların hepsinden vize istenmektedir. Hekimlere yönelik istenen belgeler oldukça kabark olup; "savcılıktan alınan iyi hal kâğıdı", "nüfus cüzdanı tasdikli sureti", "sağlık raporu", "tabip odasından alınan hekim olduğuna dair belge", "diploma ve uzmanlık belgelerinin aslı ve Fransızca tercümesi" sadece bunlardan birkaç tanesidir. Gerekli belgelerin hepsini tamamladıktan sonraki süreç ise, bunların gidilecek ülkenin Sağlık Bakanlığı ve diğer

gerekli kurumlarında işleme sokulmasıdır. Tüm hekimlerimizin, gidilen ülkenin “tabib odası”na kayıt olması gereği bizi en çok yoran hususlardan biri. Gönüllüler grubu olarak Nijer’de derneğimizin şubesi ve Nijerli bir yerel sekreterimizin bulunması hatta tüm seyahatlerimizden 1 ay önce bu ülkeye bir lojistik görevimizi göndermemize rağmen işler o kadar yavaş ve umursamaz yürüyor ki... Yüzyıllarca Afrika ve Afrikalıyı sömüren Batı, buralara dilini, dinini ve de bürokrasisini nakşetmiş. Hem çok hantal bir devlet yapısı, hem de bunu daha da hantallaştıran insan faktörü, Afrika’daki işlerimizi oldukça zorlaştırmaktadır.

Bu zorlu süreç, Afrika’ya gittiğimizde de peşimizi bırakmıyor. Gittiğimiz ülkelerin mahrumiyet bölgelerinde faaliyetlerimizi yürütmek, prensiplerimizden biri. Çünkü Afrika’da merkezi ve büyük şehirlerde hastaların hastane ve doktora ulaşması mümkünken, periferde bu imkân çok kısıtlıdır. Çalıştığımız Nijer’in Tessaoua Bölgesi de, başkent Niamey’den 18 saat uzaklıkta, yaklaşık 700 bin kişinin yaşadığı bir yerleşim alanı olup, mevcut hastanesinde sadece 2 aile hekimi bulunmakta. Bu hekimler de basit inguinal hernie, hidrosel ve sezaryen dışında cerrahi müdahale yapamamakta. Ayrıca hastanenin yeterliliği, branş uzmanlarının bulunmaması, sağlık hizmetlerinden ücret alınması gibi faktörler sebebiyle hasta yoğunluğu ve çeşitliliği çok fazla olup, Türkiye şartlarında göremeyeceğimiz uç vakalar Afrika’da sıradan hale gelmektedir. Afrika’daki kadınlarca “ölümden önceki dram” diye adlandırılan ve her 100 bin doğumda 124 oranında gözlenen *veziko vaginal fistül hastalığı*, bu uç vakalara örnektir. Veziko vaginal fistüllü vaka sayısı tüm dünyada yaklaşık 2 milyon civarıyken bunun büyük çoğunluğu sahra altı Afrika ülkelerinde ve yaklaşık 200 bini Nijer’de bulunmaktadır. Çok zor şartlarda yaşayan fistül hastalarının periferde bu tarz bir ameliyatı yapacak hekime ulaşma imkânı bulunmamaktadır. Nijer’de komplike veziko vaginal fistül ameliyatlarını yapabilecek hekim sayısı ise 4 civarındır. Gönüllüler olarak Nijer’e yapılan 13. seyahatimizi sadece veziko vaginal fistül ameliyatlarına yönelik olarak düzenledik. Nijer Niamey Üniversitesi Tıp Fakültesi Lamarde Hopital Fistül Merkezi’nin deneyimli ekibiyle 5 günlük ortak çalışmamızda 31 fistül ameliyatı gerçekleştirdik. Önümüzdeki dönemlerde fistül merkezi ile yapacağımız çalışmaları, akademik bir zemine taşıyıp ortak yayınlar yapmayı planlamaktayız. Daha önce bahsettiğimiz bürokrasi, maalesef fistül ameliyatları için de geçerli olup, yardım amaçlı gelen sağlık ekiplerinin Nijer’de yapacağı fistül vakaları için bu merkezden onay alması gerekmektedir.

Afrika ülkelerinde diğer önemli bir sorun da *katarakt* olup, görülme yaşı 30’a kadar

düşmüştür. Güneş ışınlarının dik gelmesi, proteinden fakir beslenme gibi bir çok faktöre bağlı olarak gelişen kataraktın tedavisi için Türkiye’den birçok STK’nın katılımı, Sağlık Bakanlığı ve TİKA (Türk İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı Başkanlığı)’nın da desteğiyle 2007 yılında başlatılan “Afrika Katarakt Projesi” kapsamında 100 bin kataraktlı hastanın ameliyatı planlanmış olup proje halen devam etmektedir.

Türkiye’den bu bölgelere giden sağlık ekiplerinin nihai hedeflerinden biri de; veziko vaginal fistül, katarakt gibi sık görülen hastalıklara yönelik branş hastanelerinin, bu hizmetin sunulmadığı periferik bölgelerde açılması ve yerel yönetimlerle beraber işletilmesini sağlamak olmalıdır. Yaptığımız 15 seyahatte gördük ki; hizmeti 12 aya yayıp kalıcı olunmadığı sürece yapılan sağlık yardımları taşıma suyla değirmen döndürmeye benzer. Biz de gönüllüler olarak, çalıştığımız bölgede hastane yapabilmek amacıyla gerekli arsayı satın alıp projesini çizdirdik. Finansman çalışmalarının devam ettiği “Nijer-Türk Köyü” projemiz bittiğinde; hastane, ebelik eğitim merkezi, hayvancılık ve zirai eğitim merkezi ile misafirhaneden oluşan bir kompleksimiz olacak. Hedefimiz Nijer’e sağlık yardımı faaliyetinde bulunan tüm yerli ve yabancı kuruluşların bu merkezi kullanması ve böylece hizmet devamlılığının sağlanmasıdır.

Son yıllarda ülkemizden yurtdışına özellikle de Afrika’ya yapılan sağlık faaliyetlerinde belirgin bir artış mevcuttur. Bu faaliyetlerin hız kazanmasındaki en büyük etken TİKA’nın bu tarz sağlık çalışmalarına verdiği destek olmuştur. Bu destekler sayesinde Türkiye’nin birçok bölgesinden sağlık ekipleri, STK’ların organizasyonu ile Afrika’nın Nijer, Mali, Burkina Faso, Somali, Sudan, Orta Afrika Cumhuriyeti, Kamerun ve Çad gibi ülkelerinde faaliyette bulundular. Gidilen ülkelerdeki bıkırtıcı bürokrasi ve lojistik yönden sıkıntıların mevcudiyeti, çalışılan hastanelerdeki medikal cihaz parkurunun çok yetersiz olması, Türkiye’den götürülüp kullanılan ve sonraki seyahatler için orada bırakılan tıbbi cihazların korunma ve bakım problemleri, gönüllü sağlık ekiplerinin çalıştığı kurumlarla yaşadığı izin sorunları ve en önemlisi STK’lar arasındaki koordinasyonsuzluk sebebiyle son dönemlerde bu faaliyetlerin hızı biraz kesilmiştir. Bundaki etkenlerden birisi de, alt yapısı zayıf ve uzun vadeli programlara sahip olmayan ekiplerin Afrika faaliyetlerini devam ettirememeleridir. Devam ettiren grupların ise bazen aynı ülkede çalışsalar bile birbirlerinden habersiz çalışmaları nedeniyle verimin düştüğü ve ülkemizin insani ve finansal kaynaklarının heba olduğu görüşündeyiz. Bu konudaki önerimiz ise; sağlık alanında yurt dışı faaliyetleri gösteren STK’ların TİKA çatısı altında koordine olup her ekibin bir ülkede veya bir alanda özelleşmesi,

Sağlık alanında yurt dışı faaliyetleri gösteren STK’ların TİKA çatısı altında koordine olup her ekibin bir ülkede veya bir alanda özelleşmesi, sağlık gönüllülerinin ortak bir havuzda toplanıp ekiplerin kurulması esnasında bu havuzlardan faydalanılması, seyahatler öncesi gidecek ekiplere brifing verilmesi, seyahatlere götürülecek tıbbi cihaz ve malzemelerin standardize edilmesi şeklinde atılacak adımlarla gereksiz iş gücü ve maddi kayıpların önüne geçilebileceği ve sağlık yardımlarının daha verimli olacağı düşüncesindeyiz.

sağlık gönüllülerinin ortak bir havuzda toplanıp ekiplerin kurulması esnasında bu havuzlardan faydalanılması, seyahatler öncesi gidecek ekiplere brifing verilmesi, seyahatlere götürülecek tıbbi cihaz ve malzemelerin standardize edilmesi şeklinde atılacak adımlarla gereksiz iş gücü ve maddi kayıpların önüne geçilebileceği ve sağlık yardımlarının daha verimli olacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

http://tr.wikipedia.org/wiki/Afrika_Katarakt_Projesi (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.fistulafoundation.org> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.gonulluler.info> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.kutupyildizidermegi.org.tr> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.tika.gov.tr/faaliyet-alanlari/sosyal-altyapilar-ve-hizmetler/saglik/2>(Erişim tarihi: 25.02.2013)

http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/ (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Vangeenderhuyzen C, Prual A, Ould el Joud D. Obstetric fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. Int J Gynaecol Obstet 2001; 73(1): 65- 6. (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Türk STK'ların yurtdışındaki sağlık faaliyetleri

Ömer Çakkal

Batılı sivil toplum hareketlerinin 200 yıldan beri çalışma yaptığı Afrika'da, SD'nin bu sayısı için röportaj yaptığımız Somali Mogadişu Büyükelçimiz Dr. Kani Torun'un da deyimi ile milyonlarca insan Hristiyanlık dininin mensubu haline geldi. Dinini değiştiren bir toplumun, kültürünü, sosyoekonomik dinamiklerini muhafaza ettiğini öne sürmek mümkün değildir. Batılı ülkeler, misyonerler eliyle 200 yılda bilhassa "kara kıta"yı sil baştan kurguladılar. Yaptıkları çalışmalar, çoğu kez kültürel ve ekonomik çıkarları eksenli oldu. Kalıcı çalışmalar yapmadılar, Afrika insanına deyim yerindeyse balık tutmayı öğretilmediler.

Ülkemiz sivil toplum hareketleri ise Afrika'yı adeta yeni yeni keşfediyor. Yıllar yılı kendi kabuğuna çekilen ülkemiz, bilhassa son 10 yıldır daha dışa açılmacı bir dış politika içinde. Bu politika, sivil toplum hareketlerinin vizyonuna ve çalışmalarına da ivme kazandırıyor. Gerek doğrudan sağlık hizmetine yönelik kurulmuş STK'lar, gerekse yardım amaçlı kurulmuş STK'lar, bilhassa açlığın ve yoksulluğun hüküm sürdüğü Afrika'da yoğun bir faaliyet içerisindeler. Sağlık alanında çalışma yapan STK'ların faaliyetlerini aşağıda derlemeye çalıştım.

İHH 600 bin kişiyi göz muayenesi, 60 bin kişiyi ameliyat ettirdi

İHH İnsani Yardım Vakfı'nın çalışma alanlarından bir tanesi de sağlık çalışmalarıdır. İHH'nın sağlık faaliyetlerini 2 bölüme ayırabiliriz. Bunlar yurt içinde ihtiyaç sahiplerine yönelik sağlık çalışmaları ve yurtdışında gerçekleştirilen sağlık çalışmaları. Yurt içinde gerçekleştirilen sağlık çalışmalarında ülkemizde bulunan hastaların tedavileri yapılmakta, vakıf merkezinde bulunan eczaneden sosyal güvencesi olmayan ihtiyaç sahiplerine ve mültecilere ilaçları ücretsiz verilmekte ve vakfa bağışlanan ilaçlar, tasnif edildikten sonra ihtiyaç duyulan sağlık kurumlarına gönderilmektedir. İHH İnsani Yardım Vakfı'nın son 1,5 içerisinde yurtiçinde ve yurtdışında bulunan hastane ve polik-

liniklere yaptığı ilaç ve medikal malzeme bağışının parasal değeri 10 Milyon TL'yi bulmuştur.

İHH 2012 yılı içerisinde Türkiye'ye sığınmış 28 farklı uyrukta binin üzerinde kişiye sağlık problemlerine göre 37 farklı bölümde yardımlar gerçekleştirilmiştir. Bu yardımların dışında sağlık çalışmaları kapsamında 13 Libya, 21 Somali, 1 Etiyopya 3 Filistin vatandaşı olmak üzere toplam 38 ameliyat ve çeşitli uyruklardan 25 mültecinin doğum işlemi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca sünnet organizasyonlarında toplam 75 mültecinin sünnet işlemi gerçekleştirilmiştir.

İHH İnsani Yardım Vakfı'nın yurt dışında yaptığı sağlık çalışmaları ise kendi içerisinde 2'ye ayrılmaktadır. Birincisi İHH'nın farklı bölgelerde gerçekleştirdiği sürekli sağlık çalışmaları. Bunlar Pakistan, Somali, Gazze, Endonezya, Suriye, Bangladeş ve Lübnan gibi ülkelerde partner kuruluşlar aracılığı ile oluşturulan poliklinik ve hastanelerde ihtiyaç sahiplerine yönelik sağlık hizmetleri. Bu poliklinik\hastaneler bölge insanın ihtiyaçlarına göre oluşturulup bölge halkının ücretsiz sağlık taramasından geçirilerek muayene edilmesini sağlamaktadır. Bu poliklinik\hastanelere yıl içerisinde belli dönemlerde Türkiye'den gönüllü sağlık ekipleri giderek destek vermektedir.

Yurt dışında gerçekleştirilen çalışmaların diğer bir ayağı ise acil yardım çalışmalarıdır. Dünyanın neresinde olursa olsun yaşanan savaş ve afetler sonrasında İHH İnsani Yardım Vakfı bölgeye gönüllü sağlık ekipleri göndererek orada sağlık çalışmaları yürütmekte, ihtiyaca göre bölgede sağlık merkezi kurmaktadır. Acil yardımlarda bölgeye giden sağlık ekipleri bölgenin ihtiyacına göre belirli branşlardan seçilmektedir. Bölgeye giden sağlık ekipleri, gerektiği takdirde ameliyatlara da girmektedir. Örnek olarak Gazze'de yaşanan bombardıman sırasında İHH'dan 4 gönüllü doktor Gazze'ye giderek bombardıman devam ederken doktor sıkıntısı yaşanan hastanelerde görev yapmış ve ameliyatlara girmiştir. Ayrıca Suriye'de yaşanan olaylardan kaçarak Türkiye'ye sığınmış mültecilere

yönelik sürekli sağlık taramaları yapılmış ve tedavileri gerçekleştirilmiştir. Belirli periyotlarda Türkiye'nin farklı bölgelerinden gönüllü sağlık ekipleri İHH ekipleri ile birlikte Türkiye-Suriye sınırına giderek sağlık taramalarına katılmaktadır.

Katarakt projesi

Tüm dünyada en çok görülen körlük nedeni olan katarakt, tedavi edilebilir bir görme kaybıdır. İHH'nın en önem verdiği konulardan birisi olan katarakt çalışmasına şu ana kadar Türkiye'den 79 doktor 106 hemşire ve sağlık memuru, farklı ülke ve bölgelerde destek verdi. Proje kapsamında şu ana dek 12 farklı ülkede 623 bin 322 sağlık taraması ve 215 bin 205 muayenenin ardından 58 bin 126 kişi ameliyat edilerek tekrardan görmeleri sağlandı.

Kimse Yok Mu bir nefes sıhhat için kıtalar aşıyor

Kimse Yok Mu Derneği, 32 şubesiyle Türkiye'nin 81 ilinde, yurt dışında ise 97 ülkede faaliyet gösteren; binlerce hayata dokunan, sınırlarını dünyanın sınırlarınca geniş tutan bir sivil toplum kuruluşu. Kurulduğu günden bu yana en zor coğrafyalarda yürüttüğü insani yardım faaliyetlerinin yanı sıra, kurmuş olduğu "ASYA" birimi çatısı altında yüz binlere insana sağlık yardımları götürüyor.

Yoksulluk, insanların hayatlarına bir zorlu bir imtihan olarak giriyor. Direnilmesi zor, sabredilmesi güç bu sınav kimi zaman çok daha büyük bir başka sınavla pekiyor: Sağlık sorunları ve bu sorunlara çare bulacak ekonomik güçten yoksunluk... Merceği biraz daha yakına, ailelerin içine, ateş düşen evlerin daracık odalarına tutalım. O odalarda, ya yatağa mahkûm bir yaşlı görürüz, ya ateşler içinde yanan bir çocuk ya da hayata tutunabilmek için bir ameliyata, bir ilaca muhtaç gencecik bir insan. Tedavileri mümkünken, tedavisi imkânsız hastalıklara tutulmuşçasına hayattan soyutlanan bu insanların hayatla aralarındaki tek duvar, paradır. Para, daha doğrusu parasızlık. Şimdi aynı merceği iyice genişletelim. Bu sefer,

görüŖ sınırlarımızı, Türkiye'yi çevreleyen coğrafi sınırlardan çok öteye götürelim. Afrika'ya, Güney Asya'ya, Orta Doğu'ya, Uzak Asya'ya... Oralardaki tek göz evlerin içinde gördüğümüz manzaralarla, ülkemizde gördüklerimiz arasında hiç fark var mı? Elbette yok. Bilakis, her iki manzara da ortak bir duygudan besleniyor: Acı. Acı; dil, din, ırk ayırt etmeyen bir duygu. Bazen çok uzağımızda, bazen de hemen yanımızda beliriyor. Ve kalbinde iyiliğin tohumları filizlenen herkes, her gönüllü biliyor: Eğer uzağımızdaki acılara ilgisiz kalırsak, bir gün o acılar tahmin edemeyeceğimiz kadar yaklaşır bize. Kimse Yok Mu, sağlık yardımları yapmak için işte bu yüzden kıtalar arası bir yolculuğa çıkıyor. Derneğin yaptığı sağlık çalışmalarını şöyle sıralayabiliriz:

- Sağlık taramaları
- İlaç yardımları
- Klinik/hastane yapımı ve desteklenmesi
- Göz ameliyatları
- Medikal malzeme desteği
- Tıbbi cihaz (diyaliz makinesi vs.) desteği
- Özel ameliyatların gerçekleştirilmesi (Omurga eğriliği tedavisi, cam kemik hastalığı tedavisi, yanık tedavisi vb.)

Kimse Yok Mu, bilhassa Afrika'nın tam ortasındaki Sudan'ın en sıkıntılı bölgesi Darfur'da büyük sağlık hizmetlerine imza attı. Darfur'da 2008 yılından bu yana 53 gönüllü doktor ve 17 sağlık görevlisi ile 12 bini aşkın katarakt ameliyatı gerçekleştiren Kimse Yok Mu, toplamda yaptığı 80 bin 362 göz muayenesiyle de Darfur'da ciddi bir sıkıntıya çare oldu. "Kara kıta"da sürdürülen bu sağlık faaliyetlerine, Burkino Faso, Çad, Kamerun, Orta Afrika Cumhuriyeti, Somali, Moritanya ve Senegal de eklenerek 2013 yılında daha geniş bir alanda, daha çok ihtiyaç sahibine sağlık hizmeti sağlamak hedefleniyor.

İhtiyaç sahiplerinin düzenli olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için gayret gösteren Kimse Yok Mu, Afrika'da Somali, Etiyopya, Uganda ve Kenya'ya; Asya'da ise Haiti ve Pakistan'a tıp merkezleri ve hastaneler inşa ediyor. Pakistan'da İkbaliye Kasabası'nda inşası süren ve 4 ayrı poliklinikten oluşan sağlık merkezinin yanı sıra 2012 yılı itibarıyla Haiti'de yapımı tamamlanan toplamda 40 yataklı, 6 poliklinikten oluşan hastane de ihtiyaç sahiplerinin hizmetine sunulmuş durumda. Ayrıca Kimse Yok Mu, Kenya Dadaab Mülteci Kampında, Somali MogadiŖu'da ve Suriye mültecileri için Kilis'te hizmet veren tıp merkezleri vasıtasıyla, gönüllü ve yardımseverlerinin de desteğini alarak halka sağlık yardımları götürmeye devam ediyor. Kimse Yok Mu, ihtiyaç sahiplerine sahada sunduğu sağlık hizmetlerinin yanında gittiği ülkelerde bulunan yerel sağlık ekiplerinin eğitimi konusunda da çalışmalar yürütüyor. Alanında uzman, gönüllü Türk doktorlar tarafından Türkiye'ye davet edilen az

gelişmiş ülkelerin sağlık ekiplerine tıbbi uzmanlık alanlarında çeşitli eğitimler veriliyor.

SAMEDER, Azerbaycan ile dostluk köprüleri kuruyor

Sağlık Mensupları Derneği (SAMEDER); doktor, diş hekimi, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarının sorunlarını her platformda dile getirmek, çözüm önerilerinde bulunmak ve mediko-sosyal bilimlerde katkı sağlamak için 1997 yılında Ankara'da kuruldu. Kurulduğu günden bugüne, amatör bir ruhla, gönüllülük esasına dayalı olarak konferanslar, seminerler, sosyal aktiviteler, yurtiçi ve yurtdışı gezi turları, yardım kampanyaları ve sağlık taramaları düzenleyen SAMEDER, sağlık mensuplarının insan ve çevre sağlığının korunmasına katkı sağlamaları ve bazı sosyal sorumluluklarını yerine getirebilmelerine yardımcı olma bilinciyle çalışmaktadır.

Bu bağlamda Türkiye ile Azerbaycan arasında "Şifa Köprüsü" kuruldu. Azerbaycan'da faaliyette bulunan Sağlamlık Namine Tabipler İctimai Birliği ile SAMEDER tarafından Azerbaycan'da sağlık hizmetleri kapsamında tespit edilen pilot bölgelere giden Türk doktorlar, 10 bin Azerbaycan vatandaŖını ücretsiz olarak muayene etti. Azerbaycan'a giden SAMEDER üyesi doktor ve sağlık çalışanları, Sumqayt şehrinde hastane ve polikliniklerde Hepatit B, Hepatit C, hipertansiyon, anemi, obezite ve diyabet taraması yaptı. Kan örnekleri olarak Azerbaycan vatandaşlarına sağlık durumları hakkında bilgi veren Türk doktorlar, iki ülke arasında dostluğun daha da gelişmesine katkı sağladılar. "Şifa Köprüsü Projesi" Azerbaycan'da Karabağ'dan zorunlu olarak göç eden Kaçkınlara olarak adlandırılan insanların yoğun olarak yaşadığı Başkent Bakü'ye 30 km. uzaklıktaki Sumqayt ilinde uygulandı. Bu sağlık taramalarına, SAMEDER'e üye 70'i erkek, 12'si kadın 82 gönüllü doktor katılmıştır. Ankara, Adana, Kayseri, Kırşehir ve Kırıkkale illerinden katılan doktorlar, bir hafta süreyle Bakü'de kalarak bu sağlık taramalarını Azerbaycan vatandaŖı olan doktor, hemşire, laborant ve destek personelleri ile birlikte gerçekleştirmişlerdir. Şifa Köprüsü'nün kapanış programı, Ankara Rixos Otel'de yapılmıştır. Sağlık Mensupları Derneği Başkanı Prof. Dr. Mikdat Bozer, kapanış konuşmasında, iki ülkenin sağlık bakanlıklarına sunduğu proje raporu ile ilgili bilgi vermiştir. Bozer, bu projeyi başka ülkelere de yaymak istediğini belirterek, gittikleri yerlerde hastalara bir şeyler vermeye çalışırken onlardan da çok şey öğrendiklerini ifade etmiştir.

Yardımlı kâh Suriye'de, kâh Gazze'de...

2006 yılı Eylül ayından itibaren fizibilite

çalışmalarına Yardımlı Derneği; çeşitli sivil toplum kuruluşları, kardeş yardım kuruluşları ile iştişare ve görüşmelerini Mart 2007'de tamamladı ve 55 kurucu üyenin bir araya gelmesiyle kuruluşunu tamamlamış oldu. Yardımlı Derneği'nin Yurt Dışında yapmış olduğu sağlık çalışmaları aşağıdaki gibidir.

Suriye:

- a) Sarf tıbbi malzeme gönderildi.
- b) Oradaki hekimler ile koordineli çalışılıyor. İstekleri doğrultusunda acil tıbbi yardım ve ilaç gönderiliyor.
- c) En fazla istenilenler: Kan dondurucu bant, antibiyotik, insülin, ağrı kesici, serum, çocuklar için ateş düşürücü.

Somali:

- a) Yardımlı Derneği'nin göz kliniği, bir yıldır Somali'de faaliyet gösteriyor. Klinikte, göz muayenelerinin dışında ve katarakt ameliyatları da yapılıyor.

- b) Somali'nin başkenti MogadiŖu'da Afrika'nın en büyük ve en donanımlı kadın doğum ve çocuk hastanesi inşa ediliyor. 100 yatağıyla hizmet verecek olan hastanenin temelini, TC. Başbakan Yardımcısı Bekir Bozdağ attı. Hastanede 5 bin 500 m2 kapalı alan, poliklinikler, ameliyathaneler, hasta odaları, konferans salonu, laboratuvar, eczane, misafirhane, cami, yoğun bakım, yeni doğan bölümleri üniteleri bulunacak.

Sudan:

- 3 bin 500 çocuk sünnet ettirildi.

Filistin-Gazze:

Gazze'de sağlık taraması ve tıbbi yardım yapıldı. Aynı zamanda Gazze'den getirilen hastalara Türkiye'de cerrahi müdahale yapılıyor. Öte yandan Somali'den getirilen hastalara, özellikle ortopedik ameliyatlar yapılıyor.

Yurtdışındaki engellilere akülü araba ve tekerlekli sandalye dağıtılıyor. Yardımlı Derneği aynı zamanda yardım kuruluşlarının göndermiş oldukları sağlık malzemelerinden oluşan konvoylara da mihmandarlık ediyor.

Temiz su kuyusu açılan yerler

- Sudan
- Somali
- Pakistan
- Pakistan, Pencap Bölgesi
- Pakistan, Serhad Bölgesi
- Etiyopya (HabeŖistan)

Dış ilişkilerimizde “yumuşak güç” olarak STK’ların sağlık hizmeti ve Konya örneği

Prof. Dr. Muzaffer Şeker



1961 yılında İzmir’de doğdu. 1986’da Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi’nden mezun oldu. 1995 yılında İngiltere’de Leicester Üniversitesi’nde insan anatomisi üzerine doktora derecesi aldı. 2000 yılında doçent, 2006’da profesör oldu. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yapan Şeker, 2008- 2010 yılları arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Kurucu Mütevelli Heyetinde de görev aldı. 2002 yılından beri Türk Anatomi ve Klinik Anatomi Derneği ile Temel Tıp Bilimleri Platformunda görev yapan Şeker, aynı zamanda TUBA üyesidir. Halen Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi’nin kurucu rektörü olan Dr. Şeker, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

*“Bu topraklara biz sevgiden başka bir şey ekmedik”
Hz. Mevlana*

OECD verileri, sağlığa yapılan yatırımlar ve vatandaş memnuniyet anketlerinin sonuçları; ülkemizde son yıllarda sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde vatandaşlarımızın sağlık hizmetinden yararlanmada uluslararası standartların üzerine çıktığını göstermektedir. Ülke içindeki bu olumlu gelişmelerin bir etkisi de; ülkemizde faaliyet gösteren resmi ve yarı resmi kuruluşlar ile sivil toplum kuruluşlarının

(STK) dünyanın birçok ülkesindeki mağdurlara yönelik sosyal sorumluluk projeleri geliştirmeleri olmuştur. Bu çalışmaları ile ülkemizin hayırseverlerinin emanetlerini kendilerinin organizasyon güçleri ile birleştiren bu STK’lar, dünyadaki mazlumlar için gerekli acil alanlarda sürdürülebilir, kalıcı yardım programlarını hayata geçirmektedirler. Dünyadaki insanlarla karşılıksız dayanışma örnekleri sergileyen STK’ların, atalarının izinde tarihi köklerinden aldıkları güçle Allah rızası için karşılıksız bir şekilde yardıma

koştuklarına şahit oluyoruz. Ülkemizin çok farklı bölgelerinde ve dünyanın dört bir köşesinde farklı kesimlerle sessiz sedasız yürütülen destansı çabalardan zaman zaman haberdar oluyoruz.

17 Ağustos Depremi: Devlet sisteminin çöküşü ve STK’ların sahne alışı

Kurtuluş Savaşı mücadelesinden sonra içine kapanan Anadolu’muzun, kendi





dertleri ile uğraşırken küllenen ve Bosna Savaşı ile yeniden canlanan örgütlü dayanışma kültürü, özellikle 17 Ağustos depreminde STK'ların büyük çabaları ile güçlenmiştir. Toplumumuz, büyük felaketlerde kenetlenerek STK'ların en büyük yardımcısı olmuştur. Konya'da da STK'ların faaliyetleri başlangıçta belediyelerle işbirliği içinde yürütülmeye başlanmış, şimdilerde ise her biri bağımsız bir şekilde büyük organizasyonlar olarak çalışmalarını sürdürmektedirler. Bu süreçte şehrin entelektüellerinin (ya da eşrafının) rehberliğinde, sanayii ve ticari dinamiklerinin destekleri ile irili ufaklı faaliyetler icra edilmektedir. Bu faaliyetlerin bazıları Konya merkezli, bazıları ise ülke çapında faaliyet gösteren STK'larca yürütülmektedir. Mesnevi'den aldıkları feyz ile Selçuklu başkenti Konya'da faaliyet gösteren irili ufaklı dernek, vakıf ve topluluktan bazıları; Yeryüzü Doktorları, SADAV, RİDA, Dost Eli, İHH, Deniz Feneri, Kimse Yok Mu, Mehir Vakfı, Cansuyu, Ribat ve Hastalara Yardım Vakfı'dır. Bu STK'lar, gönüllülerinden aldıkları desteklerle, birbirleriyle dayanışma ve kaynak paylaşımı içinde özverili çabalarını yürütmektedirler. Bu STK'larda kimi insanımız biriktirdikleri tasarrufları ile kimi insanımız ise nitelikli insan gücü olarak zamanlarını vakfederek vakıf kültürümüzü yaşatmaktadır. Bayramlarını ya da resmi izinlerini başka ülkelerde geçiren doktorlar, akademisyenler, hemşireler, asistanlar ve öğrenciler; bu destanın başkahramanları olarak saygıyı hak ediyorlar. Sağlık sorunlarının teşhis ve tedavilerinin yerinde çözümü için, heyetler halinde Asya ve Afrika'daki tehlikeli bölgelere kendilerini riske ederek fedakârca gitmekler. Bu hizmetler bazen de; koruyucu hekimlik adına hijyen ve sağlıklı beslenme için gerekli olan altyapıyı oluşturmak üzere su kuyuları açmak, gıda yardımlarında bulunmak, ilaç kampanyaları düzenlemek, dispenser ya da hastane inşaatlarını üstlenmek şeklinde yürütülmektedir. Gene sağlık

eğitimi faaliyeti yürütmekte, olanakları olmayan ülkelerin insan gücünün sağlık alanında nitelik kazanması için burslar verilerek bu çocukların ülkemizde okuması sağlanmaktadır.

Bu faaliyetlerde yer alan gönüllülerle sohbet ettiğinizde, insanlığa karşı önemli bir sorumluluğu yerine getirmenin huzurunu ve mutluluğunu yüzlerindeki tebessümden okuyor, her birinden mütevazı anlatımlarına karşın destansı insan hikâyeleri dinliyorsunuz. Bu hikâyeler, Afrika'nın ya da Asya'nın derinliklerinde edindikleri menfaatsiz dostlukların hikâyeleridir. Daha da önemlisi birçok tehlike atlattıklarına karşın yine de çekinmeden ve tatlı bir heves içinde ilk fırsatta bir kez daha aynı sosyal sorumluluk programlarına seve seve katılmak istediklerini duyuyorsunuz.

Beslenme bozukluklarının tedavisinden kronikleşmiş sağlık sorunlarının cerrahi yöntemlerle giderilmesine kadar şifa dağıtmaya gayret eden gönüllü sağlık elemanlarımız, aynı zamanda depremlerde, sel felaketlerinde, açlık ile mücadelede ve savaş mağdurlarının oluşturduğu kamplara yönelik çalışmalarda çok yönlü bir hizmet alanındaki boşluğu doldurmaya çaba gösteriyorlar.

Bu tür sosyal sorumluluk projeleri, ülkemizin dünya ülkeleri arasında itibarını artırdığı gibi geleceğe yönelik ülkemizin bu bölgelerle siyasi ve ekonomik anlamda sağlam temelli köprüler oluşturmasını da temin etmektedir. Ülkemizin sosyoekonomik nüfuz alanı genişlemektedir. Bu durum, sadece ticari ilişkilere yansımakta, aynı zamanda kültürel alanlarda ve eğitim alanında karşılıklı evlilikler ile yeni kurulan yuvalar sonucu kalıcı bir etkileşime dönüşmektedir. Ülkemizin sahici dostlarının sayısı artmaktadır. Emperyal düşüncelerle yıllarca sömürülmüş toplumlar, insanımızın karşılıksız ve içten duygularla yaptığı çalışmalar

Bu tür sosyal sorumluluk projeleri, ülkemizin dünya ülkeleri arasında itibarını artırdığı gibi geleceğe yönelik ülkemizin bu bölgelerle siyasi ve ekonomik anlamda sağlam temelli köprüler oluşturmasını da temin etmektedir. Ülkemizin sosyoekonomik nüfuz alanı genişlemektedir. Ülkemizin geleceğine uluslararası alanda oluşturulacak bir stratejik yatırım olarak düşünüldüğünde, bu çalışmalara destek olmak bizler için bir vatandaşlık görevidir.

karşısında takdirlerini ortaya koymaktalar. Bu yardım faaliyetlerinin içinde olan gönüllüler ise, bu çalışmaların insanlığa yapılmış en iyi yatırım olduğunu bilmekteler. *"İnsanların en hayırlısı insanlara güzel hizmetleri ile hayrı dokunanlardır."* müjdesi ile hareket eden bu STK'lara destek olmak ve sahip çıkmak bizim için de bir insanlık görevidir. Öte yandan ülkemizin geleceğine uluslararası alanda oluşturulacak bir stratejik yatırım olarak düşünüldüğünde, bu çalışmalara destek olmak bizler için bir vatandaşlık görevidir.

Dünyaya uzanan yardım eli: Türk Kızılayı

Ahmet Lütfi Akar



1951 yılında tarihinde Erzincan'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini İstanbul Pendik'te tamamladı, 1974 yılında, İstanbul Teknik Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Mimarlık Bölümü'nden mezun oldu. 2004 yılı Nisan ayında Türk Kızılayı Genel Merkez Kurulu üyeliği ile başlayan aktif Kızılay yöneticiliği, 2005 yılından beri Türk Kızılayı Genel Başkanı olarak devam etmektedir. Akar evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Prof. Dr. Turan Aslan



1955'te Balıkesir'de doğdu. İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Akademik kariyerini İnönü ve Zonguldak Karaelmas Üniversitelerinde sürdürdü. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı'nı yürüttü. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Klinik Şefliği, Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekimlik yaptı. Halen Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde AD Başkanlığı ve Türk Kızılayı'nda Denetçiler Kurulu Üyeliği görevlerini sürdüren Aslan, evlidir ve 4 çocuk babasıdır.

Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti adıyla 11 Haziran 1868 tarihinde kurulan Dernek, 1923'te "Türkiye Hilali Ahmer Cemiyeti", 1935'te "Türkiye Kızılay Cemiyeti", 1947'de "Türkiye Kızılay Derneği" adını almış. Kuruluşa "Kızılay" adını ise Ulu Önder Atatürk vermiştir. Türk Kızılayı'nın misyonu, "toplumun güç ve kaynaklarını harekete geçirerek, her koşulda, yerde ve zamanda, hiçbir ayırım yapmaksızın korunmasız insanlara yardım ederek her ne sebeple ortaya çıkarsa çıksın insan ıstırabını dindirmek ve insanlar arasındaki karşılıklı anlayışı, dostluğu, saygıyı, barışı ve işbirliğini geliştirerek, insan onurunu korumak" olarak tanımlanmıştır. Vizyon ise, "tüm toplumu kucaklayan ve tüm toplumun kucakladığı, ulusal ve uluslararası düzeyde saygınlığını ve hizmet kalitesini sürekli geliştiren bir insani yardım kuruluşu olmak" şeklinde karşımıza çıkıyor. Bu nedenle Kızılay, ihtiyaç anında dayanışmayı, ıstırap anından şefkati, farklılıklar karşısında hoşgörüyü, savaşın en kızgın anından insancılığı, merhameti, tarafsızlığı ve barışı simgeliyor.

7 temel ilke

Türk Kızılayı'nı, insani yardım alanında ayrı bir konuma ulaştıran ve ulusal bir dernek olmasının ötesinde yardım elini ülke dışındaki coğrafyalara uzatmasını sağlayan, yapının dayandığı 7 temel ilke vardır. Uluslararası Kızılay - Kızılhaç hareketinin etkin bir üyesi olan Türk Kızılayı, 1868 yılında dünyadaki ilk Kızılay olarak kurulmuştur. Uluslararası

harekete "kızılay" amblemini de Türk Kızılayı vermiştir. Bu hareket dâhilinde faaliyetler belli ilkeler doğrultusunda gerçekleştiriliyor. Türk Kızılayı'nın 7 ilkesini; insancılık, ayırım gözetmemek, tarafsızlık, bağımsızlık, hayır kurumu niteliği, birlik ve evrensellik olarak sıralayabiliriz. İnsani değerlerden oluşan bu 7 temel ilke içerisinde "ayırım gözetmemek" özellikle dikkat çekiyor. Türk Kızılayı, milliyet, ırk, dini inanç, sınıf ve siyasi düşünce farkı gözetmeksizin, insan ıstırabını, en hızlı şekilde ve zaruri ihtiyaçlara öncelik vererek dindirmeye çalışıyor. İşte bu düşünce yapısı, yerellikten evrenselliğe geçişin en büyük dayanağıdır. Çünkü dünyanın neresinde bir insan acısı yaşıyorsa oraya merhem olma iddiasıyla yola çıkıyorsanız, hiçbir ayırım gözetmeden çalışmalarınızı yürütmeniz gerekiyor.

Uluslararası statü ve saygınlık

Türk Kızılayı, dayandığı bu felsefeyi bazı ulusal ve uluslararası hukuksal dayanaklarla da destekliyor. Türkiye'nin de imza attığı Cenevre Sözleşmeleri gibi bazı uluslararası antlaşmalar, Türk Kızılayı'nın uluslararası statüsünü güçlendiriyor. Kızılay Kızılhaç Dernekleri Federasyonu'nun dünya çapına yayılmış çalışma ağı sayesinde Türk Kızılayı yardımlarını yabancı ülkelere kolaylıkla ulaştırabiliyor. Son dönemden birkaç örnek Türk Kızılayı'nın uluslararası insancıl hukuk statüsüne ayna tutmaya yeterlidir. İsrail'in çok sıkı ambargo uyguladığı Gazze'ye Türk Kızılayı yardım malzemelerini hiçbir zorluk çekmeden kolayca ulaştırmakta, hatta Gazze içerisinde daimi ofis kurarak kalıcı projelere de imza atabilmektedir.

Suriye'deki iç karışıklıklardan kaçarak ülkemize sığınan Suriyeli komşularımıza geniş çaplı insani yardım sağlayan Türk Kızılayı, sınır üzerinden karşı tarafa insani yardım sevkıyatı da yapabiliyor. Bu yardım şeklinin ülkemizdeki tek yetkili kurumu Türk Kızılayı'dır. Dış dünyaya kapılarını sınıksız kapatan ve Müslüman halkın zulüm gördüğü Myanmar'a girmeyi başaran ilk uluslararası yardım kuruluşu da Türk Kızılayı'dır. Türk Hükümetinin bu konudaki yoğun diplomatik çabaları ve bölgeye olan ilgisi de bu başarının gerçekleşmesinde çok etkili olmuştur.

Elbette sahip olunan uluslararası statü tek etken değildir. Türkiye'nin uluslararası gücü ve saygınlığı ile paralel olarak artan Türk Kızılayı'nın uluslararası saygınlığı da, bu kuruluşu tercih ve talep edilen bir seçenek haline dönüştürüyor. Peş peşe gerçekleştirilen başarılı insani yardım operasyonları sonucunda, dünyada bir "Türk tipi yardım modeli" olduğu söylenebilir. Dünyadaki ihtiyaç sahibi insanlar artık sadece kendilerine yardım edilmesini değil, Türkiye ve "Türk Kızılayı gibi yardım edilmesini" arzuluyor. Burada bir kazan kazan uygulamasına da şahit oluyoruz. Türk Hükümeti, yardım faaliyetlerinde Türk Kızılayı'na büyük destek veriyor. Uluslararası arenada gerçekleştirilen başarılı insani yardım çalışmaları, Türkiye'nin saygınlığına da çok olumlu katkılar sağlıyor.

Uzaklık nedir bilmeyen yardım kuruluşu

Son yıllarda Türk Kızılayı tarafından ger-

çekleştirilen ve her biri yardım destinına dönüşen insani yardım operasyonlarına kısaca değinelim. 2004 yılında Güney Asya'da, Endonezya'da büyük bir deprem meydana geldi. Ön tespitlerin ardından Türk Kızılayı insani yardım çalışmalarına başladı. Aceh Besar Lhokgna Bölgesi'nde yer alan 20 kampta yaşayan afetzede ailelerin ihtiyaç duyduğu temel yaşam materyalleri temin edildi. Rehabilitasyon dönemi faaliyetleri kapsamında Zeynel Abidin Hastanesi'nin ihtiyaç duyduğu tıbbi elektronik ekipman ve cihazlar tedarik edilerek söz konusu hastanenin restorasyonunu tamamlandı. İnşaat projeleri kapsamında ise 700 konutluk Lampuuk Türk Köyü, 350 konutluk Bitai Türk Köyü ile 2 ortaokul, 1 lise ve 1 ilkokul inşa edildi. Bunların haricinde birçok caminin ve kurumun tadilatları gerçekleştirildi. Deprem ve sonrasında meydana gelen tsunamiden etkilenen Sri Lanka'da ise binlerce hijyen seti, çanta ve kırtasiye malzemesi ile okul üniforması dağıtıldı. Rehabilitasyon dönemi faaliyetleri kapsamında ise, 2 bin 250 kişinin kalıcı konut ihtiyacını karşılamayı hedefleyen Matara Türk Kızılayı Köyü'nün inşaatı tamamlandı, 3 okul restore edildi.

Pakistan'a kapsamlı insani yardım

2005 yılında Pakistan'da meydana gelen deprem ise sonuçları itibariyle tüm dünyada yankı buldu. 70 binden fazla Pakistanlının hayatını kaybettiği depreme Türk Kızılayı anında müdahale etti. Toplamda 34 sevkiyatla 55 bin 794 ton yardım malzemesi; 15 uçak, 12 gemi ve 142 kamyon ile deprem bölgesine ulaştırıldı. Ayrıca bölgeye 1 sahra hastanesi ve 2 adet seyyar ekmek fırını gönderildi. Deprem bölgesinde kurulan 20 okul çadırında binlerce Pakistanlı çocuğa eğitimlerine devam etme imkânı sunuldu. 150 bin depremzede ve depremzede yakınına uzman psikologlar psikososyal destek verdi. Türk Kızılayı tarafından yürütülen kampanya sonucunda, 11 bin adet büyükbaş hayvan kurban edilerek Muzaffarabad, Bagh ve Balakot'ta afetzedeler arasında dağıtıldı. 2007 yılında 2 erkek lisesi, 2009 yılında Türk Kızılayı'nın daimi ofisi hizmete açıldı. Bagh yerleşim merkezinde, 300 kişi kapasiteli bir camii inşa edildi. Böylece Türk Kızılayı, Pakistan'da gerçekleştirdiği insani yardım çalışmaları ile 2 milyondan fazla insana yardım ulaştırmış oldu. Ayrıca, 2010 yılında Pakistan'da meydana gelen sel nedeniyle 13 uçak, 662 tır ve 161 demiryolu vagonundan oluşan 15 bin 445 ton insani yardım malzemesi de bölgeye sevk edildi.

Gazze ağlamasın

2006 yılında 10 bin ton ekmeklik buğday unu ve binlerce ton temel gıda maddesi Filistin halkına ulaştırıldı. İlaç ve tıbbi malzeme gönderildi. Çocukların eğitimlerine devam edebilmeleri için prefabrik okul

binası yapıldı, 100 bin okul çantası ve kırtasiye malzemesi ihtiyaç sahiplerine ulaştırıldı. 2008 yılında İsrail ve Filistin arasındaki gerginliğin artması üzerine "Gazze Ağlamasın" sloganıyla Türk Kızılayı kampanya başlattı. Bölgeye 129 tır ve 2 kargo uçağıyla muhtelif gıda, ilaç, tıbbi malzeme, battaniye ve hijyen setinden oluşan 2 bin 285 ton insani yardım malzemesi gönderildi. Diğer taraftan 38 ton muhtelif ilaç ve tıbbi malzeme de Hatay üzerinden Gazze Şeridi'ne ulaştırıldı. Bölgeye yönelik yardımların ve çalışmaların koordinasyonu için Daimi Hizmet Merkezi açıldı. Bu sayede "Gazze Şeridi İçme Suyu Rehabilitasyonu Projesi" hayata geçirildi. Proje sayesinde 240 bin Filistinli temiz içme suyuna kavuştu. Bölgede bulunan Türk Kızılayı Delegasyon Başkanlığı ile İslam Kalkınma Bankası arasında imzalanan protokol gereğince 2012 yılında tarım sektörüne yönelik çalışmalar yürütüldü. Bu iş için 2 milyon Dolar kaynak ayrıldı. 800 dönüm sebze, 250 dönüm üzüm, bin dönüm zeytin ve meyve, 500 dönüm soğan yetiştirme arazisinin ıslahı projesi hali hazırda gerçekleştirilmektedir.

Türki Cumhuriyetler de unutulmadı

2010 yılı yaz aylarında ise Kırgızistan'ın çeşitli bölgelerinde meydana gelen iç çatışmalar neticesinde ortaya çıkan insanlık dramını azaltmak amacıyla Barışın Tesisine İnsani Destek Operasyonu'na başlandı. Kırgızistan'a 13 ton, Özbekistan'a ise 40 ton yardım malzemesi ulaştırıldı. Bölgedeki 3 bin ihtiyaç sahibi aile için 25 bin ton muhtelif giyim malzemesi dağıtıldı. İslam Kalkınma Bankası ile ortaklaşa olarak tohum ve gübre temini projesi, sulama kanalları tadilat ve tamirâtı projesi, Oş şehri bölge çocuk hastanesi klinik servislerin rehabilitasyonu projesi, yetimhanelere destek projesi ve zarar gören evlerin yenilenmesi projesi yürütüldü.

Somali'de artık insanlar açlıktan ölmüyor!

Nüfusunun üçte biri açlık sınırının altında olan ve milyonlarca insanın açlık nedeniyle ölümlerine pençelediği Somali için "Afrika Açlık Çekiyor, Türk Kızılayı Yardıma Koşuyor" ve "Haydi Türkiye Afrika İçin İyilik Kandillerini Yakalım" sloganlarıyla kampanya başlatıldı. Kampanyaya medyadan da büyük destek geldi. Halkımızın yardımları Türk Kızılayı eliyle bölgeye ulaştırıldı. Bu kampanya sayesinde Somali'de on binlerce insan hayatı kurtuldu. Somali'ye karadan, denizden ve havadan gıda yardımı ulaştırıldı. 2 bin 600 çadır kurarak 15 bin 600 insanın barınma ihtiyacı karşılandı. Bölgede kurulan mutfak üniteleri her gün 25 bin 800 ihtiyaç sahibine üç öğün sıcak yemek sağlanmakta. Halen

Mogadişu kentinde barınma, gıda, hijyen, sağlık, su ve benzeri tüm temel ihtiyaçlar uluslararası standartlarda karşılanıyor. Yardımlar toplam 1 milyon kişiye ulaşmış oldu. İnsani Yardım Operasyonunun ikinci aşamasında ise kalıcı yapıların inşası için çalışma başlatıldı. İstanbul Büyükşehir Belediyesi ile işbirliği içerisinde gerçekleştirilen bu çalışmalar çok yakın bir zaman sonra hayata geçecek.

Suriyeli komşular misafir ediliyor

Türk Kızılayı'nın son dönemde yürüttüğü insani yardım operasyonlarından biri de, şu an halen devam eden, Suriyeli misafirlerin barınma ve gıda ihtiyaçlarının karşılanması projesi. Ülkemize sığınan 151 bin Suriye vatandaşının tüm ihtiyaçları AFAD ve Türk Kızılayı tarafından karşılanıyor. 31 bin 78 çadır ve 2 bin 58 konteynerde misafir edilen Suriye vatandaşlarına bugüne dek 32 milyon 659 bin 387 kap sıcak yemek Türk Kızılayı eliyle sunuldu. Suriyelilere yönelik yardımlar çadır kent ve konteyner ketherle de sınırlı kalmadı, Türkiye'deki akrabalarının yanına yerleşen Suriye vatandaşlarına da yardım yapıldı. Ayrıca Türk Kızılayı uluslararası statüsünü kullanarak, sınır üzerinden yardım malzemelerini karşı taraftaki ihtiyaç sahiplerine düzenli olarak ulaştırıyor. Son olarak Türk Hükümeti tarafından finansmanı sağlanan 35 bin ton un, Kızılay eliyle sınır ötesindeki ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmak üzere sınırdan teslim edildi.

Myanmar unutulmadı

Vatanları Myanmar'da zulme uğrayan, yüz binlercesi göç etmek zorunda kalan Arakanlı Müslümanlara insani yardım götürmek için de Türk Kızılayı harekete geçti. Hemen hepsi kamplarda yaşayan, bir dilim ekmeğe ve bir parça giysiye muhtaç insanlara Türk Kızılayı yardım elini uzattı. Ülkeden kaçan Müslümanların sığındığı Bangladeş ve Myanmar'da iki insani yardım ekibi oluşturuldu. Yardımlar hem Myanmar içerisinde hem de Bangladeş'teki mülteci kamplarına yönelik gerçekleştirildi. İlk etapta 250 ton pirinç temin edildi ve dağıtıldı. Binlerce gıda paketi ihtiyaç sahibi ailelere teslim edildi. Kurban Bayramı'nda Myanmar için de bir kampanya düzenlendi ve vekâlet verilen kurbanlar Myanmar'da kesilerek ihtiyaç sahiplerine ulaştırıldı.

Kızılay tüm dünyadaki muhtaçların umudu oldu

Türk Kızılayı son beş yılda 43 farklı ülkeye aynı ve nakdi insani yardım gerçekleştirdi. Yardımseverlerin destekleri ile sağlanan ve profesyonel kadrolarla idare edilen böyle bir insani yardım gücü, elbette Türk Kızılayı'nı dünyadaki ihtiyaç sahipleri adına vazgeçilmez bir noktaya yükseltti, muhtaçların umudu oldu.

Sınır ötesi tıbbi yardım ve Yeryüzü Doktorları

Dr. Kerem Kınık



1970'de Malatya, Hekimhan'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1993'de İÜ İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İBB Sağlık Dairesi'nde 1999 yılına dek Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. İstanbul 10. dönem İl Genel Meclisinde Sağlık Komisyonu Başkanı olarak görev aldı. AB Avrupa Bölgeler Asamblesinde İstanbul'u temsil etti. İngiltere'de Portsmouth Üniversitesinde Stratejik Bilgi Teknolojileri Yönetimi eğitimi aldı. Halen uluslararası bir teknoloji firmasının genel müdürlüğünü yürüten Dr. Kınık aynı zamanda Yeryüzü Doktorları Türkiye 2. Başkanı ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Başkan Yardımcısıdır. Dr. Kınık, evlidir ve üç çocuk babasıdır.

İnsani ve insanlığı kavramsal bir çerçevede tanımlamak çok kolay olmasa da, medeniyet dünyamızın inşa ettiği insanı, "mevcudiyetinin, istikametinin, değerlerinin ve sorumluluklarının farkında olan bir varlık" olarak tarif edebiliriz. Bu görüşle insani yardım çalışmalarına başlayan Yeryüzü Doktorları küresel adaletsizliği küresel vicdanla gidermeye çalışıyor. 13 yılını doldurmakta olan hareket, bugüne dek

dört kıtada; Türkiye, Sudan, İngušetya, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Filistin, Sierra Leone, Gana, Hindistan, Kenya, Bangladeş, Nijer, Gine Bissau, Suriye, Libya, Sri Lanka, Bosna Hersek, Irak, Kosova, Guatemala, Makedonya, Endonezya, Lübnan, Afganistan, Pakistan, Gürcistan, Azerbaycan, Batı Trakya, Yemen, Somali, Moritanya'nın da aralarında bulunduğu 30'u aşkın ülkeye tıbbi ve insani yardım ulaştırmıştır.

Sınır ötesine tarihsel ilgi

Uluslararası insani yardım tarihine göz attığımızda ilk organize örneklerin genelde devletlerarası ve çoğunlukla da siyasi çıkar temelli olduğunu görüyoruz. Selçuklu ve özellikle Osmanlı döneminde savaş, kıtlık, doğal afetlerde insanlara yardım amaçlı kurulmuş vakıfların faaliyetlerine de rastlıyoruz.



Gine, Bissau'da Simao Mendes Hastanesi Çocuk Kliniği

Osmanlının sınır ötesi yardımlarına, 1845'de başlayan İrlanda Patates Kıtlığı yardımını örnek gösterebiliriz. Dönemin Osmanlı Padişahı Abdülmecid'in, 1847 yılında İrlanda halkı için 5 bin Pound yardımda bulunmak istediği İngiliz hükûmetine bildirilmiş fakat bu yardım isteği Kraliçe Victoria'nın dahi kendi vatandaşlarına ancak 2 bin Pound yardımda bulunduğu gerekçesiyle geri çevrilmişti. Yapılmak istenen yardımın bin Pounda düşürülmesini rica eden İngilizlerin bu isteğini kabul eden padişah, 4 Pound değerinde buğdayı da gemilerle İrlanda'ya göndermişti.



Osmanlının sınır ötesi yardımlarına 1845'de başlayan İrlanda Patates Kıtlığı yardımını örnek gösterebiliriz. Bir diğer ismiyle Büyük Kıtık, İrlanda'da 1845 yılında başlayıp 1852 yılına kadar süren kitlesel açlık, hastalık ile buna bağlı oluşan kitlesel göç felaketiydi. Yaklaşık bir milyon insanın ölümü ve hastalanması ile sonuçlanmıştı.⁽¹⁾ Büyük kıtlığa, temel gıda maddelerinden olan patateslere bulaşan phytophthora infestans mantarı sebep olmuştur.⁽²⁾ 1845'te ekilen patatesin %40'ını, sonraki yıl tamamını yok eden mantar, yalnızca tarladaki değil ambarlardaki patatesleri de etkilemiştir. Bunun sonunda halk yedi yıl boyunca açlık çekmiştir. Yedi yıllık kıtlık sona erdiğinde kentin nüfusu %20-25 oranında azalmıştı.⁽³⁾

Adadaki kıtlığa rağmen devam eden İngiliz ablukası felaketi derinleştirmiş ve dönemin Osmanlı Padişahı Abdülmecid, 1847 yılında yardımda bulunmaya karar vermiştir. Padişahın İrlanda halkı için 5 bin Pound yardımda bulunmak istediği İngiliz hükûmetine bildirilmiş fakat bu yardım isteği Kraliçe Victoria'nın dahi

kendi vatandaşlarına ancak 2 bin Pound yardımda bulunduğu gerekçesiyle geri çevrilmişti. Yapılmak istenen yardımın bin Pounda düşürülmesini rica eden İngilizlerin bu isteğini kabul eden padişah, 4 Pound değerinde buğdayı da gemilerle İrlanda'ya göndermişti.

İlk olarak Dublin Limanı'na yanaşan gemilerin yüklerinin buraya boşaltılmasına izin vermeyince gemiler daha kuzeyde bulunan Drogheda Limanı'na demirlemişler. Kraliçe ve İngiliz hükûmeti bu yardımları nedeniyle padişaha 25 Mayıs 1847 tarihli bir mektupla yazılı olarak teşekkür etmiştir. İrlanda halkı da aynı şekilde padişaha bir teşekkür mektubu yollamışlardır.⁽⁴⁾

Bir süre önce Türkiye'ye resmi ziyaret gerçekleştiren İrlanda Cumhurbaşkanı Mary McAleese, 1847 yılında bir milyon İrlandalının hayatını kaybettiği Büyük Kıtık Döneminde Osmanlı Devleti'nin içi gıda dolu 3 gemisini Drogheda Limanı'na gönderdiğini hatırlatarak, "İrlanda halkı bu eşine az rastlanır bonkörük girişimini asla unutmadı ve bunun sonucunda sizin

bayrağınızdaki semboller, bu güzel yıldız ve hilali bölgenin sembolü haline getirdiler. Hatta futbol takımının formalarının üzerinde de bu güzel Türk sembollerini görüyoruz" demişti.

Yurt dışı sağlık yardımları alanında ise 11 Haziran 1868 tarihinde "Osmanlı Yaralı ve Hasta Askerlere Yardım Cemiyeti" adıyla kurulan Kızılay'ın ön planda olduğunu görüyoruz. Kızılay, 1876 Osmanlı- Rus Savaşı'ndan 1974 Kıbrıs Barış Harekâtı'na kadar geçen süre içinde, Türkiye'nin taraf olduğu tüm savaşlarda, cephe gerisinde kurduğu seyyar ve sabit hastaneler, hasta taşıma servisleri, donattığı hastane gemileri, yetiştirdiği hemşireler ve gönüllü hasta bakıcılar aracılığıyla savaş alanında yaralanan ya da hastalanan on binlerce mehtçığın ve düşman askerinin bakım ve tedavisine yardımcı olmuş, savaş esirlerine gereken insancıl yardımları yapmış, savaştan etkilenen sivil halkın bakımı ve korunması için çaba göstermiş, I. Meşrutiyetin ilanından sonra İstanbul'da görülen büyük kolera salgınından bu yana yurdumuzda ortaya çıkan doğal afetlerde felaketzedelerin bakımını,



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Yeryüzü Doktorları 2012 yılı içerisinde 7 farklı ülkede çalışma yürüttü. 131 hekim, 30 sağlık görevlisi ve 27 farklı meslek mensubunun katıldığı çalışmalarda 7 bin 307 muayene ve 738 ameliyat gerçekleştirildi. 2013 yılı için %50'lik bir artış öngörülen çalışmalar için sağlığın tüm alanlarından gönüllü başvuruları kabul edilmektedir.

barınması ve beslenmelerini sağlamış, uluslararası yardım faaliyetlerine katılmış, hemşirelik eğitimi, ilkyardım ve kanla ilgili hizmetler alanında öncülük yapmış, korunmaya ihtiyaç duyan pek çok vatandaşımıza gereken sosyal yardım ve hizmetleri sunmuştur.⁽⁵⁾

Yeryüzü Doktorları deneyimi

1 Mart 1992 – 14 Aralık 1995 Bosna Savaşı, 28 Şubat 1998 - 24 Mart 1999 Kosova Savaşı ve 17 Ağustos 1999 Marmara Depreminde Hayat Sağlık ve Sosyal Hizmetler Vakfı bünyesinde yürütülen amatör yardım çalışmalarının daha profesyonel bir çatı altında yürütülmesine karar verilmişti. O yıllarda devletin sivil topluma yönelik yaklaşımı, daha çok kısıtlayıcı ve yönlendirici olduğundan inisiyatif İngiltere'de başlatıldı. Farklı ülkelerden Müslüman kurucu üyelerin de katılımı ile Yeryüzü Doktorları uluslararası bir dernek olarak 2000 yılında kurulmuş oldu. Dört yıl sonra ise Yeryüzü Doktorları Türkiye açıldı. İnsani yardımın sağlık alanına yoğunlaşan Yeryüzü Doktorları doğal ve insan eli ile oluşan afetlere yaptığı acil yardımlarının yanı sıra Demokratik Kongo'da yürüttüğü bölgesel kapasite arttırmaya yönelik Sağlık Programı⁽⁶⁾ gibi uzun erimli uygulamalarda da tecrübe kazandı.

Birlikte balık tutmayı öğrenmek

Projelerinde üçlü bir yapı kuran Yeryüzü Doktorları bağışçıların desteği, gönüllülerinin deneyimi ve yerel paydaşlarının gücü ile sürdürülebilir modeller geliştirdi. Bu modellerde maliyet ve etkinlik, bilgi ve deneyim aktarımı, yerel kapasite oluşturma, ihtiyaç ve öncelik tespitine dayalı projeler yürütme temel unsurlar olarak tespit edildi. Yeryüzü Doktorlarının uzak coğrafyalarda yürüttüğü program, proje ve aktivitelerde yerel paydaşlarından da pek çok kazanımları oldu. Bu bağlamda ülkemizde pek gelişkin olmayan etno-tıp, tıbbi antropoloji, geleneksel tıp, tropikal hastalıklar gibi yan dallarda ciddi birikimler oluştu.

Aştığınla ya da görmediğinle karşılaşmak

Gelişmiş ülkelerde ve Türkiye'de yürütülen çalışmalar ve gelir düzeyinin yükselmesi ile neredeyse artık görülmeyen sıtma, kızamık, kolera gibi pek çok hastalığın Yeryüzü Doktorlarının çalışmalarını yürüttüğü az gelişmiş ülkelerde en temel halk sağlığı problemlerinden olması bilgilerin yeniden tazelenmesini gerektiriyor. Afrika'da yaygın olarak görülen AIDS tedavisi ve korunması, ülkemizde neredeyse hiç görülmeyen obstetrik fistül, nehir körlüğü, noma gibi hastalıklarda ise bölgesel hekimlerin deneyimlerinin iyi

gözlenmesi ise uygulamanın başarısını arttıran önemli bir faktördür.

Yazdığını yap, yaptığını yaz

İhtiyaçların ve beklentilerin artmasıyla genişleyen operasyonel büyüklük nedeniyle Yeryüzü Doktorları hızlı kurumsallaşma ve kurala dayalı yeniden yapılanma süreci geçirdi. Dernek, ilk dönemlerinde büyük oranda gönüllüleri eliyle yürüttüğü proje geliştirme, kaynak oluşturma, proje yönetme gibi alanlarda şimdilerde 30'a yakın merkez, 100'e yakın profesyonel saha çalışanı ile ciddi bir büyüklük yakalamış durumdadır. Yardım faaliyetlerine başlamadan önce ihtiyaç ve kaynak analizi, uygulama ve çıkış stratejilerinin tespiti gibi hazırlık ve planlama faaliyetleri ile proje yürütme metodu, uygulamaların başarısını arttırmaktadır.

Görülecek hesabımız var

İnsani yardım kuruluşlarında idari ve mali disiplin çok önemlidir. Gerçek ihtiyacın belirtilerek yardımların toplanması, toplanan yardımların amaçlarına uygun gelir bütçe kalemlerine kaydedilmesi ve gelen yardımların geliş amacına uygun olarak harcanması gerekir. Tüm bu süreçlerin hesap verebilirlik ilkesi çerçevesinde kaydedilmesi ve raporlanması, başarı ve başarısızlığın açıkça bağışçıya bildirilmesi etik açıdan zorunludur. Bu bağlamda Yeryüzü Doktorlarının kullandığı kurumsal kaynak planlaması, bağışçı ve gönüllü ilişkileri yönetimi, doküman ve form yönetimi ve proje yönetimi sistem ve yazılımları ile şeffaflık ve hesap verebilirlik azami düzeyde sağlanmaya çalışılmaktadır.

Gönüllü velinimetimizdir

Tüm insani yardım kuruluşlarının en kıymetli varlığı gönüllüleridir. Yeryüzü Doktorları bir ihtisas kuruluşu olmasına rağmen farklı mesleklerden gönüllüleri bulunmaktadır. Bini Türkiye'den olmak üzere 3 bin gönüllüsü ile sahada faaliyet gösteren Yeryüzü Doktorları, gönüllülerinin katkılarında daha çok istifade edebilmek ve daha çok gönüllü kazanmak için de çalışmalar yürütmektedir.

Sağlık sektöründe çalışan hekimler, diş hekimleri, eczacılar, psikologlar, hemşireler, sağlık teknikerleri, acil tıp teknisyenleri başta olmak üzere sağlık alanında eğitim almış tüm gönüllülerimiz pek çok alanda çalışabilirler. Başta yurtiçi ve yurtdışı operasyonlar kapsamında tanı, tedavi, cerrahi operasyon, biyoistatistik, ihtiyaç tespiti gibi çalışmalar olmak üzere görev yaptıkları kurumlarda Yeryüzü Doktorlarıyla yaptıkları çalışmaları katıldıkları programlarda tanıtarak, kongrelerde ve mümkün olan diğer ortamlarda sunarak

gönüllük bilinci oluşturup gönüllü çalışmalara katılabilirler.

Sağlık alanında eğitim almış ve almakta olan gönüllüler ise uzmanlık eğitimi için ülkemizde misafir edilen sağlık personeline tıbbî eğitim vermek, halk sağlığı alanında seminer ve konferanslar düzenlemek, halk sağlığına yönelik projeler geliştirerek okullarda, iş yerlerinde, sivil toplum kuruluşlarında temel sağlık bilincini artıracak eğitim programları düzenleyebilirler.

Gönül işinde gönül koymak olmaz ama

Gönüllülük, bu coğrafyaya kavramsal olarak çok uzak olmasa da geliştirilmesi ve teşvik edilmesi gereken bir müessesedir. Türkiye’de çalışma hayatının çok kırılgan ve rijit olmasından dolayı profesyonel çalışanların orta ve uzun vade gönüllü çalışma yerine bir aydan az, çoğu kez azami iki haftalık kısa vadeli çalışmaları tercih ettikleri görülmektedir. Çalışma hayatının daha esnek olduğu ve gönüllüğün teşvik edildiği Batı ülkelerinde bir yıla kadar ücretsiz izinlerin alınabildiği hatta özel sektörün bile sosyal sorumluluk bağlamında daha müsamahakâr olduğu gözlemlenmektedir. Son yıllarda TİKA ve Sağlık Bakanlığı’nın yapmış olduğu protokol çerçevesinde gönüllü sağlık çalışanlarına Sivil Toplum Kuruluşları aracılığı ile yürüttükleri projelerde idari izin verilmektedir. Gönüllü çalışmalarda belirleyici olan bir diğer husus da maddi kazançtır. Gönüllülük sürecinde oluşan maddi kayıplar çoğu kez tolere edilemediğinden çalışma süreleri kısa tutulmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu bağlamda teşvik edici uygulamalar yapsa da bu husus sürelerin belirlenmesinde hala etkilidir. Batı ülkelerinde yurt dışı çalışmalara gönüllü olarak gitmek isteyen gönüllüler çoğu kez ulaşım ve konaklama masraflarını kendileri karşılamakta, hatta üstüne derneğe bağış yapmaktadırlar. Bu bağlamda Türkiye gönüllülük alanında da bu tarz davranışların yaygınlık kazanması beklenmektedir.

Ah bir emekli olsam...

Gönüllük için ideal zaman olan emeklilik döneminde yardım faaliyetlerine katılmak ülkemizde oldukça kısıtlıdır. Toplumu-muzda emekli algısı ununu elemiş eleğini asmış, hayatının ritmini düşürmesi gereken bireyler olarak yer etmiştir. JICA Kıdemli Gönüllüsü Maruko’nun hikâyesi ilginçtir. Masayoshi Maruko uzun süre bir oto-teyp dükkânı işletmişti. 60 yaşını devirince Japon Uluslararası İşbirliği Ajansı (JICA) Kıdemli Gönüllü Programı’na başvurmaya karar verdi. Zambiya’daki bir meslek lisesinde elektrik mühendisliği dersi vermekle görevlendirildi. Daha önce hiç öğretmenlik yapmamış

olmasına rağmen en azından bir şeyden emindi: Bu iş ancak iş üzerinde öğretilirdi. Bu şiarla düşünüp nelere ihtiyaç olduğunu fark ettiğinde, öğretmenlik görevlerinin ötesinde bir çabayla işe sarıldı. Zambiya’da elektrik güç kaynağı sabit ve istikrarlı değildi, güneş enerjisi jeneratörlerine talep vardı. Bay Maruko derslerde televizyon ve radyoların nasıl tamir edileceğini öğretmenin yanı sıra, Solar Bike adında bir motosiklet ile Solar King isminde ödül kazanan bir solar lamba da dâhil olmak üzere yeni ürünler geliştirdi. Bay Maruko, Zambiya’daki faaliyetleri sayesinde bir JICA Kıdemli Gönüllüsü için yüksek düzeydeki bilgi ve beceriden daha önemli şeyler olduğunu keşfettiğini söylüyor: “Başkalarının mutluluğu için bir şey yapmak istediğinde, ilk kez bilgin ve hâkim olduğun teknikler gerçekten hayata iniyor.” Kıdemli Gönüllü Programı 2009 yılında tarım, ormancılık, balıkçılık, enerji, sağlık ve tıbbi bakım, insan kaynakları, eğitim, kültür ve spor alanlarında deneyimlerinden faydalanılmak üzere 40 ila 69 yaş arasındaki 445 kişiye, gelişmekte olan ülkelerde işbirliği faaliyetlerine katılma imkânı sağladı. Programın 1990 yılında başlamasından beri, toplam olarak 4462 kişi 64 ülkeye gönderildi.⁽⁷⁾

2012 böyle geçti

2012’de Gazze saldırısı, Suriye ve Yemen’deki iç karışıklıklar nedeni ile tedavi olmayı bekleyen yaralılar, Somali ve Nijer gibi Afrika ülkelerinde devam eden insani krizler nedeni ile Yeryüzü Doktorları ağırlıklı olarak savaş ve afet bölgelerinde çalıştı. Arap baharı coğrafyalarında yürütülen Kardeş Coğrafyalarda Sağlık Baharı Projesi, dudak damak yarığı ve hipospadyas tedavisi için yürütülmekte olan Gülümseyen Çocuklar Projesi ağırlıklı olmak üzere 2012 yılı içerisinde 7 farklı ülkede çalışma yürütüldü. 27 farklı gönüllü ekibi ile yürütülen bu çalışmalarda 188 gönüllü görev aldı. 131 hekim, 30 sağlık görevlisi ve 27 farklı meslek mensubunun katıldığı çalışmalarda 7 bin 307 muayene ve 738 ameliyat gerçekleştirildi. 2013 yılı için %50’lik bir artış öngörülen çalışmalar için sağlığın tüm alanlarından gönüllü başvuruları kabul edilmektedir.

Merhamet her yarayı sarar

Yeryüzü Doktorları, idealizminin bir ifadesi olarak kabul ettiği son mahruma ulaşıncaya dek düsturu ile yürüyüşüne devam etme kararlılığındadır. Bu çalışmaları bir borç ödeme vesilesi olarak gören gönüllülerinin katkılarıyla da “orada ve her yerde” olmaya devam edecektir.

Kaynaklar

1) Kinealy, Christine (1995) (İngilizce). *His Great Calamity: The Irish Famine 1845-52*. Dublin: Gill &



Drogheda United Futbol Kulübü, İrlanda Ligi’nin Premier kümesinde mücadele ediyor.

Macmillan. ss. 16-17. ISBN 1-57098-034-9.

2) Ó’Gráda, Cormac (2005) (İngilizce). *Ireland’s Great Famine: Interdisciplinary Perspectives* (1. publ. bas.). Dublin: University College Dublin P. ISBN 978-1-904558-57-6.

3) Vikipedi, Büyük Kıtık Maddesi

4) Akay, Latifa (29 Ocak 2012). “Ottoman aid to the Irish to hit the big screen” (İngilizce). *today’s zaman*. com. http://www.today’s zaman.com/newsDetail_get-NewsById.action?newsId=269871. (Erişim tarihi: 23 Ocak 2013)

5) <http://www.kizilay.org.tr/kurumsal/sayfa.php?t=-Kurumsal-Tarihcemiz> (Erişim tarihi: 16 Şubat 2013)

6) <http://www.doctorsworldwide.org/category/projects?country=democratic-republic-of-congo> (Erişim tarihi: 16 Şubat 2013)

7) Birleşmiş Milletler Gönüllüleri (UNV), 2011 *Dünyada Gönüllülüğün Durumu Raporu*, ss.31

Sınır ötesine taşmak ya da sınır ötesinde gönüllü olmak

Dr. Harun Cansız



1959 yılında Trabzon, Maçka'da doğdu. Maçka Zaferi Köyü İlkokulu, Maçka Ortaokulu, Pertevniyal Lisesi ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'ni (1983) bitirdi. 1983-1986 yılları arasında İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'nda pratisyen hekim olarak mecburi hizmetini tamamladı. 1986 yılında Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu'nda görev yaptı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı'nda 1987-1991 tarihleri arasında araştırma görevlisi, 1992 yılında Uzman Doktor olarak çalışmaya başladı. 1997 yılında doçent, 2004'te profesör oldu. 2010 yılında YÖK üyeliğine atandı. Halen İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde KBB Anabilim Dalında görev yapmaktadır.

Dünyamız bazen insan eli, bazen de doğal afetlerle sarsılmakta ve ortaya yardıma muhtaç insan yığınları çıkmaktadır. Uluslararası düzeyde sivil toplum kuruluşu bağlamında duyarlılığımız ve geleneğimiz, yakın zamanlara kadar maalesef unuttuğumuz bir erdemdi. Buna mukabil, Batılı sivil örgütler ister

insani amaçlı, ister misyoner amaçlı her tarafta yıllardan beri yer almaktadırlar. Dünyanın dört bir yanından gelen bu sivil toplum örgütleri, erkeğiyle kadınıyla bu mağdurların yardımına koşmaktalar. Sağlık alanında en popüler olanı da Sınır Tanımayan Doktorlar (MSF) Örgütü. Çok şükür ki ülkemizde bu insani ve sağlık yardımı alanlarında son yıllarda çok büyük gelişmeler var. İHH, Deniz

Feneri, Kimse Yok Mu, Cansuyu, Yardımeli, Kızılay ve özellikle sağlık odaklı Yeryüzü Doktorları, dünyanın hemen her noktasında inanılmaz güzellikte başarılarına imza atıyorlar.

Neden sınır ötesi? Neden sınır ötesinde gönüllü doktorluk? Bu soruya cevap bulmaya çalışırken, doğrusu nasıl başlamam konusunda beni çok etkileyen,



Bir Somali'yi, bir Sudanı, Nijer'i, Filistin'i yaşadığınız zaman, sokaklarında dolaşıp insanlarıyla konuşup dertleştiğinizde nasıl bir sorumluluğun altına girdiğinizi hissediyorsunuz. İçinizi dolduran bu ateş artık sizi bir an bile rahat bırakmıyor. Sınırların ötesine, bütün bir yeryüzüne taşıyor bu sorumluluk sizi. Bir yeryüzü doktoru ya da sınır tanımayan bir doktor oluveriyorsunuz.



düşündüren küçük bir öyküyü sizlerle paylaşmaya karar verdim: "Afganistan... Savaşta bir arkadaşım yaralandı. Alman sağlık ekibi gelip adamı alıp götürdüler. Adam iyileştikten sonra bana diyor ki; "Gözlerimi açtım bir melek, boynunda haçıyla, dudaklarına pamukla su veriyor. Bize yıllarca meleklerin Müslüman olduğu anlatıldı!" A. Aytekin

Hâlbuki insan olarak, doktor olarak, Müslüman bireyler olarak ve de tarihimizden gelen sorumluluklarımız var. Bizler yalnızca hanemizde veya yakınımızda olanlardan sorumlu değiliz, olamayız da. Allah bizleri yeryüzünün halifesi kıldığına göre yeryüzünde olan biten her şeyden belli oranda sorumluyuz.

Keşmir'den şunlara benzer şeyler yazmıştım: "Yerleşik hayata çok alışkın bir toplumuz. Belki yetişme tarzımızdan kültürümüzden kaynaklanıyor. İçinde yaşadığımız şartların dışına kolay çıkamıyoruz. Bizleri olduğumuz yere bağlayan çokça geçerli, haklı gerekçelerimiz mazeretlerimiz var. Bizi bağlayan kutsallarımız çok. Coğrafyalarımız, mallarımız, çoluk çocuğumuz evimiz parkımız kutsal. Makamlarımız, vakitlerimiz daha bilmem nelerimiz kutsal. Ya insanlığa, dünyamıza ve de Rabbimize adanmış vakitlerimiz nerede? Yeryüzünün farklı yerlerinde bize bel bağlayan mazlumlarımız, sorumluluklarımız nerede? Dünyamızda, sofranızda ya da gönlümüzde onlara yer açabiliyor muyuz? Yılda 10 ya da 15 gün... Hadi diyelim 5 yılda, 10 yılda hatta ömrümüzde sadece 10 ya da 15 günümüz yok mu bu mazlumlara için ayarabileceğimiz! Ya o beldelerimizde cirit atan dünyanın dört bir yanından gelenlerin kutsalları ne? Erkeğiyle kadınıyla bu insanların işi ne,

buralara nasıl gelebiliyorlar? Çok mu duyarlılar mazlumların, Müslümanların dertlerine de bizler değiliz! Bizi gerçekten çok mu seviyorlar? Yoksa bizde mi bir gariplik var!"

Keşmir'de Çorum'dan gelen bir genel cerrahla karşılaşmıştık. Dr. Suat adında biri. Herkesin tanımasını isterdim. Örnek bir adam: "... Bir de baktım ki para sayma makinasına dönmüşüz. ... Her şeyim var. Daha nereye kadar böyle gidecek (Evet nereye kadar?) Kızılay'ın ilanını duydum atladım geldim. Her nerede ve her ne zaman bir davetiniz olursa hazırım..." diye anlattı geliş öyküsünü. Başka söze gerek yok sanırım.

Ne ki senden alınmıştır, senin hayrındır. Ne ki veriyorsun, senindir; senin zenginliğindir. Bel bağladığın şeylerini cesurca ve mazeret bulma gayretine girişmeden terk et! Ve onlara asla güvenme. Senden alınanlar, seni terk edenler geri gelebilir. Ya O seni terk ederse! Eğer bu anlayışa ulaşırsak, hayatımızın her anı bir anlam kazanır, bir değer ifade eder! Başkaları için yaşamımızda bir yer açabilmek, onlar için yaşamak değil midir bizi değerli kılan, farklı kılan!

Bütün bu söylediklerim ancak bu sorunlu bölgeleri gördüğünüz zaman ya da yaşadığınız zaman anlamını buluyor. Bir Somali'yi, bir Sudanı, Nijer'i, Filistin'i yaşadığınız zaman, sokaklarında dolaşıp insanlarıyla konuşup dertleştiğinizde nasıl bir sorumluluğun altına girdiğinizi hissediyorsunuz. İçinizi dolduran bu ateş artık sizi bir an bile rahat bırakmıyor. Sınırların ötesine, bütün bir yeryüzüne taşıyor bu sorumluluk sizi. Bir yeryüzü doktoru ya da sınır tanımayan bir doktor

oluveriyorsunuz. Buna bir de tarihinizin, geçmişinizin size yüklediği sorumluluğu, hekimliğinizi ve inançlarınızı da eklerseniz, kanınız kaynamaya başlar, kendinizi sınırların ötesinde bulur ve bütün bir yeryüzüne taşarsınız.

Depremde göçük altında kalan insanın iniltisine, Filistin'deki çocuğun "fe eyne tezhebun?" ya da "uridu ebi!", "arun aleyküm!" diye haykırışlarına, Darfur'daki çocuğun gözyaşına, ağız kenarından akan salyalarına konan karasineklerin vızılına, Somali'de açlıktan ölenlerin acısına ya da Nijer'de sokağa terk edilen fistülli kadınların, mor menekşelerin acısına duyarsız kalamazsınız. Bütün bir yeryüzü büyük yıkımlar acılar yaşıyor. Her bölgenin kendine has ayrı bir derdi, ayrı bir sorunu var ve her gittiğiniz yerde ayrı duygular, ayrı dertler, ayrı acılar yaşıyorsunuz. Örneğin deprem ya da tsunami adeta bir kıyamet sahnesidir. Dağların tepelerin, devasa binaların, arabaların insanların çer çöp gibi savrulduğu, yerle bir olduğu bir mahşer sahnesi birden bire bütün bir değerlerin yerle bir olduğunu, makamın mevkiinin dünya zenginliğinin hiç bir şey ifade etmediğini, bir anlamı olmadığını apaçık bir şekilde görüyorsunuz. Keşmir depremi böyle bir kıyamet sahnesiydi. Karia Suresi'ndeki ayetlerin anlamını ben orada anladım ve yaşadım. Keşmir'de olduğumuz sırada artçı bir dalga gelmiş biraz ötemizde bir tepenin çöküşünü dehşet ve korku ile izlemiştik. Birden bire dünyada hiç bir değer, hiçbir şeyin ifade etmediğini hissediyorsunuz. Birden bire her şey değersizleşiyor. Böylesi bir ortamda hasta bakıyoruz. Bir anaya oğlunun adını soruyoruz, kadın yutkunuyor, hatırlayamıyor oğlunun adını



Mogadişu'da en az iki koruma almadan dışarı çıkamazsınız. Bununla beraber Türkiye'den geliyor olmanın büyük bir ayrıcalığı vardır ve her dem sevecen bakışları, misafirperverliği sonuna kadar hissedersiniz. Örneğin Darfur'da diğer STK/NGO'ların rahat dolaşması sorun olurken biz araçlarımızı Türk bayrakları ile donatarak caddelerde sevgi gösterileri altında rahatça tur atabiliyorduk. Kara Afrika'da Türkiyeli iseniz, Türk'seniz derinizin beyaz olduğunu hissetmezsiniz.

şaşıyor. Dr. Oktay Kaya ile birbirimize bakakalıyoruz. *"O gün insanlar yayılmış pervaneler gibi olurlar... Dağlar da atılmış yün gibi..." "O gün, hiçbir dost, dostun halini sormaz..." "O gün, kişi kaçır kardeşinden, anasından, babasından, eşinden oğullarından..." "O gün, herkesin derdi kendine yeter..."*

İnsanlar gerçekten pervaneler gibi, çekirge sürüleri gibi dağılmış, evleri yurtları yerle bir olmuş. Bir ev yıkıntısında hasta bakmaya gidiyoruz, yıkıntılar arasında hasta yere uzanmış, acıyla kıvranıyor. Yanı başında bir direğe bağlı geriye kalan ineği ile aynı yerde. İnsanın içi parçalanıyor. Benzer bir mahşeri tabloyu biz de yakın zamanda Düzce ve Çorlu depremlerinde yaşamamış mıydık? Hiç kimse yaşadığımız bu rahat bu güzelim yaşam süreçlerinin ilelebet süreceğini garanti göremez ki!

Savaşlar gibi insan eliyle yaşanan felaketler maalesef çoğunlukla Müslüman ülkelerde yaşandı. Buralara gelen yardım kuruluşları da son zamanlara kadar Müslüman olmayan kuruluş ve şahıslardı. Neyse ki artık başta Türkiye ve Malezya olmak üzere birçok İslam ülkesinde bu tür organizasyonlarda büyük bir artış görülmektedir.

Bu felaket bölgelerinde bulunmak riskler de taşır ama içinde bulunduğunuz hal sizde bu korku duygusunu tatlı bir heyecana ve mutluluğa dönüştürür. Ölümü, ölüm korkusunu önemsemezsiniz bile. Çünkü siz orada kendiniz için değil, başkaları için varsınızdır. Zaman zaman risk almanız da gerekir. Bazen sokakta dolaşmanız bile risklidir. Mogadişu'da en az iki koruma almadan dışarı çıkamazsınız. Bununla beraber Türkiye'den geliyor olmanın büyük bir ayrıcalığı vardır ve her dem sevecen bakışları, misafirperverliği sonuna kadar

hissedersiniz. Örneğin Darfur'da diğer STK/NGO'ların rahat dolaşması sorun olurken biz araçlarımızı Türk bayrakları ile donatarak caddelerde sevgi gösterileri altında rahatça tur atabiliyorduk. Türkiye'den doktorlar gelmiş diye oluşan uzun hasta kuyruklarını unutabilmek mümkün değildi. Kara Afrika'da Türkiyeli iseniz, Türk'seniz derinizin beyaz olduğunu hissetmezsiniz.

İsrail tarafından acımasızca bombalanıp yerle bir edilen Beyrut'a Dr. Süleyman Gündüz, Dr. Mustafa Karadeniz ile Yeryüzü Doktorları olarak gittiğimizde yaklaşık 300-400 m ötemize 21 adet füze saldırısı olmuş cehennemi andıran o vahşeti bizzat yaşamıştık. Gazze'de 2008 saldırısında Şifa Hastanesinin önünde teşhir edilen İsrail roketleri ile vurulmuş iki ambulansı sonraki gidişimizde maalesef kaldırmışlardı. Şifa Hastanesinin bahçesindeki o ambulanslar, Gazze'nin durumunu gerçek anlamda tüm canlılığıyla ortaya koyuyordu.

Gittiğiniz yerlerin zorlu hayat şartlarını, yoksulluğunu iliklerinize kadar hissedersiniz. O insanları anlamaya çalışır, kendinizi de o şartlara hazırlar, uydurursunuz. Somali'de tahtadan el arabası şeklinde icat edilmiş sedye, Darfur'da at arabasından ambulans, Kırgızistan'da, Nijer'de, Kongo'da her biri diğerinden kötü muayene ve ameliyathane şartları anlatılacak gibi değil. Kendi ülkenizde alıştığınız çalışma şartlarını beklemez, o şartlara göre hizmet üretmenin yollarını bulmaya çalışırsınız. Yani zor zamanda zor şartlarda hizmet etmektir bir anlamda sınır ötesi doktorluk! Somali bunun en yoğun görüldüğü yerlerden sadece birisi. Çalıştığımız hastanenin ve hastaların durumu içler acısı. İlginç manzaralarla karşılaşıyorsunuz. Uzman doktor sayısı çok sınırlı. İlginç olanı bir genel cerrah var ki alaylı! Tıp okumamış. Önceleri mortalitesi çok yüksekmiş ama şimdi çok meşhur bir cerrah! Hastanenin başhekimisi göğüs cerrahi uzmanı ama her şeyi yapıyor ve gerçekten de harikalar yaratıyor. Benim, ülkedeki ilk KBB uzmanı olduğumu söylediler. Solunum ve beslenme güçlüğü olan, hipofarenkste büyük bir tümörü bir hastayı tanıdım. Trakeostomi açılmış, gastrostomi tüpü yerleştirilmişti. *"Muayene eder misiniz?" dediler.* Muayene etmek için ne endoskopi cihazları ne larenks aynası ne de alın aynası var. *"Biraz sedasyon yapın. Entübasyon yapılan laringoskopi bakabilirim"* dedim. Baktım 7-8 cm'lik bir tümör! *"Çıkarabilir misiniz?"* diye sordular, *"Olur tabii ki"* diye cevapladım. Hazırlıklar tamamlandı, hasta hemen uyutuldu. Ameliyata başladım, boynu açıp hiyoid kemik altından girip larenkse hipofarenkse ulaşıp kitleyi çıkarmayı planladım. Büyük ve özellikli bir ameliyat! Kanama kontrolü için koter istedim, yok!

"Eyvah, yandık" diye söylendim. Bir ara anestezi teknisyeni bana çok yakın çalışıyor diye bakındım, her halde uzatma hortumu yoktur diye düşündüm! Anestezi cihazı olmadığını,ambu ile ameliyatı sürdürdüklerini ameliyat bitiminde fark ettim. Anestezi cihazı ve koter yokluğunda parsiyel faringo-larenjektomi gibi büyük bir ameliyatı Allah'ın yardımıyla sorunsuz olarak tamamladık...

Varlıkta yokluğu yaşayabilirsiniz sınır ötelerinde. Örneğin Gazze! Dünyanın en büyük açık hava hapishanesi. Altı yanı kuşatılmış, hepi topu 10x45 km'lik bir alana tıkmış 1,5 milyon insanın yaşadığı ki dünyanın en yoğun nüfusuna sahip Gazze. Dört yanı kara, hava ve deniz olmak üzere İsrail tarafından, diğer yanı Mısır tarafından (Hüsnü Mübarek dönemi) kuşatılmış, bir açık hapishane. Dünyanın en büyük hapishanesi... Yer. Yerin altı. Oradan çıkabilirsin sadece ya ölere ya da başarabilirsin tünel kazarak. İnsanlar burada hayatları pahasına kazdıkları tünellerden nefes almaya, hayata tutunmaya çalışıyor. Dışa açılan, nefes alabildikleri tek yer yeraltı tünelleri. Yardım kuruluşları bazı modern cihazları getirip bırakmışlar. Servis yok, kullanmayı bilen yok, en temel alet ve edevatı bulamazken bir de bakarsınız depolarda son derece modern cihazlar durmakta! Birçok alanda elektronik çöplüğe dönmüş gibi olur, bir işe yaramaz. Gazze anlatılabilecek bir yer değil. Ancak görünce yaşanınca anlaşılabilecek bir dünya ayıbı, bir modern dünya utancı.

Gazze bizim en sık gittiğimiz bölgelerden biri. Zira İsrail canı sıkıldıkça bomba yağdırır, füze yağdırır Gazze'ye. O nedenle Gazze'de doktorlara sürekli ihtiyaç duyulur. Orada insanlar iki şekilde ölüyor: Birisi bombalarla hemen, bir diğeri de her yanından kuşatılarak boğazı sıkılarak yaşarken yavaş yavaş. Biri ölürken, biri yaşarken... Ama tüm bunlara rağmen insanların bir kabulleniş, bir teslimiyet, inanılmaz bir tevekkül vardır. Tüm zor şartlara rağmen kimse terk etmeyi düşünmez Gazze'yi. Savaş zamanı yaralı tedavi edersiniz, diğer zamanlarda savaşın ortaya çıkardığı komplikasyonları. Beklentiler bazen çok yüksek olur, karşılayamazsınız! Bir genç kız bacağını gösterir, baldırında tamiri mümkün olmayan büyük bir defekt! Evde kalmamak için düzeltmenizi ister. Bir delikanlı, iki gözünü ve burnunun bir bölümünü kaybetmiştir. "Doktor, bana öyle bir burun yap ki kızlar peşimden koşsun" der tüm sevecenliği ile. Bir genç kadın savaşta iki gözünü kaybetmiş eşini getirir, elinde eski fotoğrafı ile. "Hiç değilse çocuklarımın korkmadan bakabileceği bir yüz" der. Yutkunursunuz, ne diyeceğinizi bilemezsiniz Gazze'de. Gazze'nin öyküleri ne yazmakla ne de saymakla biter. Lübnan'daki kamplara gittiğimizde

"Beyrut'tan kalanlar"da aşağıdaki notları yazmıştım: "İsrail Filistin'i ya da Filistinlileri beş parçaya ayırmış. Birincisi yurt dışına giden, başka ülkelerde yaşayan Filistin (ki en iyi durumda olan ve en tercih edilen Filistinliler bunlar). İkincisi İsrail içinde yaşayan, üçüncüsü Gazze'de, dördüncüsü Batı Şeria'da ve sonuncusu da Filistin dışında Ürdün, Suriye, Lübnan ve Mısırda Mülteci statüsünde yaşayan Filistin.

1948'de İsrail'in Filistin'i işgalinden sonra anayurtlarından zorla çıkartılan Filistinlilerden 400 binden fazlası Lübnan'daki göçmen kamplarında hayatını sürdürüyor, evlerine topraklarına dönecekleri günü özlemle, sabırla ve büyük bir umutla bekliyor. Filistinliler Lübnan'da tüm insani haklardan mahrum tutularak mülteci statüsünde, yoksulluk ve sefalet içinde yaşıyorlar.

Daha önce Gazze'de bulundum, Batı Şeria da bulundum. Her birinin kendine has sorunları var. Ama burada gördüklerinize inanamıyorsunuz. 60 yıldan fazladır yüz binlerce insanın yaşadığı bu kamplardaki sokaklar bildiğiniz sokaklar değil, evler bildiğiniz evler değil. Burada yaşam da bildiğiniz yaşam değil. Burada insanlar yaşamıyor, yaşamaya çalışıyorlar. İnsanlar hayatta değil, hayata tutunmaya çalışıyorlar. Tam 63 yıl...

En büyük tehlike, kamplardaki altyapı sorunları nedeniyle baş gösteren hastalıklar. Burada koruyucu sağlık hizmetinden söz etmek mümkün değil. Tüm bu olumsuz yaşam koşullarına rağmen insanı rahatlatan bir şey var ki insanlar çok temiz. Üstlerinin başlarının temizliğine seviniyorsunuz. Kamplarda temiz su bulunmaması ve çöplerin belediyelerce toplanmaması gibi nedenlerle sık sık bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkıyor (Trablus'taki Beddavi kampında her adım başı gözü kıpkırmızı-göz nezlesi insanla karşılaşıyorsunuz ve hiç göz doktorları yok!). Çocukların ve büyüklerin tedavileri kamplardaki yetersiz, dar imkânlı çeşitli sağlık merkezlerince (yardım kuruluşları, Filistin Kızılay'ı gibi) elverişsiz imkânlarla sağlanıyor.

İleri bakım tetkik ya da tedavi gerektiren hastaların şanslı olanları BM'nin/UNWRA özel yazışmalarıyla, Lübnan devletinin hastanelerinden yararlanabiliyorlar. Kamplarda ameliyat yapabileme umuyla sağlık taraması yaptığımız bir sürü hastayı, bir şeyler yapamamanın üzüntüsüyle, kaderiyle geride bırakıp kamptan ayrılmak durumunda kaldık. Muayene ediyorsunuz ama yaptırabileceğiniz tetkik çok sınırlı. Ameliyat endikasyonu koyuyorsunuz, ameliyat yapacak ortam yok. Gözlük yazıyorsunuz, alma imkânı yok. Burada ileri sağlık sorunu olan hastalar için de çözüm bulunmuş: Herkes

Somali'de tahtadan el arabası şeklinde icat edilmiş sedye, Darfur'da at arabasından ambulans, Kırgızistan'da, Nijer'de, Kongo'da her biri diğerinden kötü muayene ve ameliyathane şartları anlatılacak gibi değil. Kendi ülkenizde alıştığınız çalışma şartlarını beklemez, o şartlara göre hizmet üretmenin yollarını bulmaya çalışırsınız. Yani zor zamanda zor şartlarda hizmet etmektir bir anlamda sınır ötesi doktorluk!

hastalığı ile sağlık sorunuyla yaşıyor, yaşamayı öğreniyor...

60 yıldır bu gayri insani yaşama reva görülen ya da mahkum edilen insanlarla bir an olsun empati yapabilir miyiz? Onlar için bir şeyler yapar mıyız? En azından bu şartlarda yaşayan insanların varlığından haberdar olur muyuz? Bu unutulmuş ya da unutturulan insanlara gönlümüzde bir yerler açabilir miyiz? Hele bu şartlarda çocuk olmanın ne demek olduğunu düşünür müyüz? Burada ıstırap ve sefalet, daha dünyaya gözünü açmadan, anne karnında başlar. Böylesi bir hayata göz açmak, bu çocukların daha ne kadar zaman kaderi olacak? Rahatsız etmiyorsa sizi Filistinli çocuğun bakışları, eğer hala kulaklarınız tıkalı ve görmüyorsa gözleriniz, bu insanlığın yüz karası kamplara hala duyarsızsanız... Ey insanlar, bilin ki Filistin'in bu mazlum çocukları size haykırıyor feryat ediyorlar: "Arun Aleyküm! Arun Aleyküm!" (Utanç üzerinize olsun!) Bu utanç hepimize yeter.

Olamadığımız, ulaşamadığımız dünyanın farklı bölgelerinde ne acılar ne yıkımlar yaşandığı, oradaki insanların ne hal üzere bulunduklarını hissetmek, hissedebilmek, oralarda olabilmek ve müdahil olabilmek... Sınır ötesine taşmak! İşte insana sonsuz bir haz veren duygu bu olmalı Ya da sınır ötesinde gönüllü olmak!

Sınır ötesi sağlık: Tecrübeler, tespitler, öneriler

Dr. Özlem Saatçi

Dr. Burcu Polat

Dünyada ilk gönüllü sağlık hizmeti belki de Hz. İsa ile başlamıştır. İnsanlık tarihi boyunca devam edegelen bu sağlık serüveni çok değişik politik, siyasi, ekonomik ve kültürel mecralardan akarak günümüze kadar ulaştı. Zamanla ülkeler arasında sınırlar oluştu ama sağlığın sınır tanımadığı çok geçmeden anlaşıldı. Kendi ellerimizle yol açtığımız küresel ısınma nasıl hepimizin sağlığını tehdit ediyorsa, başka bir ülkedeki epidemik virüs de bizim için aynı şekilde tehlikeliydi. Bu noktada biz de sınırları aşan bir sağlık anlayışı yani küresel, dünyasal sağlık belki de “yurtta sağlık dünyada sağlık” modelini geliştirmek durumundaydık...

Türkiye son yıllarda sağlık alanında girişimci faaliyetlerini artırmıştır. Bu faaliyetleri; sağlık turizmi ve yurtdışı sağlık hareketleri olarak iki başlıkta toplayabiliriz. Sağlık turizmi ile dünyanın her yerinden hastaların, cazip teklifler ve fırsatlarla ülkedeki modern hastane komplekslerinde tedavilerinin yapılması mümkün olmaktadır. Yurtdışı sağlık hareketlerinin küçük bir kısmını, özel olarak seyahat eden tıbbi ekibin operasyonlarını hastanın bulunduğu ülkede gerçekleştirmesi oluştururken, büyük bir kısmını gönüllülük ilkesiyle yola çıkan kişilerin ve kuruluşların faaliyetleri oluşturur. Gönüllü kişilerin ve kuruluşların çalışmalarını yoğunlaştırdığı afet hali dışında, yoksul ve kötü koşullara sahip bölgeler genellikle Müslüman nüfusun fazla olduğu yerlerdir. Türkiye’de “Müslüman sağlık hareketi” olarak eleştirilen bu faaliyetler, biyo-psiko sosyoekonomik

ve insan hakları açısından olmazsa olmazların bir sonucudur. Zor şartlara ve sorunlara sahip bu ülkelerin ya da toplulukların sağlık politikalarına katkıda bulunmak, yardımlaşma ve paylaşma zemini oluşturmak önemlidir. Bu amacın gerçekleşmesine yönelik ülke kalkındırma politikaları, ülkelerarası işbirliği programları sayesinde aydınlanma, farkındalık ve harekete geçme ile küresel sağlık alanında ilerleme sağlanabilmektedir. Küresel sağlık anlayışı; özellikle sağlığı koruma, hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyon alanına katkı sunan tüm faaliyetleri kapsar, kapsamalıdır.

Ayrıca mülteci ya da savaş nedeniyle yer değiştirmek zorunda kalmış kamp sakinlerinin sağlık yönetimi de sınır ötesi faaliyetler kapsamında değerlendirilebilir (yerin ve yardımların düzenlenmesi, su kaynağı, çöp sorunu, yiyecek ve hijjeni, çocukların aşılınması vb.) Yine Hac döneminde açılan Diyanet İşleri Başkanlığımıza bağlı hastane ve bu kapsamda Suudi Arabistan’da sunulan sağlık hizmeti de en uzun soluklu ve büyük çaptaki sınır ötesi sağlık deneyimlerimizden biridir.

Gönüllülük hareketleri dünyada çok yaygın ve çok iyi organizasyonlarla tüm insanlara ulaşma çabasıdır. Yerel sağlık ekibinin ve yetkililerinin desteğini almak, amaca ulaşma noktasında yol almayı kolaylaştırmaktadır. Sağlık sistemlerinin yapılanmasında o ülkenin şartları ve ihtiyaçları gözetiildiğinden, bu yapılanma iyi düzenlenmemiş olsa bile en azından başlangıçta bu sistemle çatışmamak çalışmaların verimini artı-

racak ve güven tesis edecektir. Süre çok değişken olmakla birlikte genellikle en fazla 2 haftalık sürelerle bulunulan ülkelerde, hastaların daha sonraki izlemleri ve sonuçlarının bildirilmesi, yerel destek almadan mümkün olamaz. Bu hassas bölgelerde Türk hastanelerinin açılması ile sürekli ama değişen sağlık ekibi bulundurma yoluyla sağlık hizmetinin istikrarı sağlanabilir. Fakat büyük bir coğrafyada farklı çözümler de üretmek gerekir. Nitekim geçtiğimiz yıl içinde bahsedilen hastane projeleri yavaş yavaş hayata geçmeye başlamıştır (Somali-Mogadişu örneği) Ayrıca kalıcı küçük sağlık ve sağlık eğitim birimleri kurarak buralarda yerleşecek, o yörenin insanlarıyla yaşayıp sorunlarını tespit edebilecek ve çözümler hususunda kuruluşları yönlendirebilecek, bilgi akışını sağlayabilecek sağlık gönüllüleri teşvik edilebilir. Ütopik görünen bu yaklaşım, sorunlu bölge insanlarına ulaşmada, noktasal bir çözüm olup birleşerek gerçek anlamda doğrusal bir ivme kazandırabilir. Paralel olarak Türkiye’deki uzmanlardan “tele tıp” yoluyla sürekli destek alınabilir ki sağlık gönüllüsü/ sağlık çalışanı ihtiyaç duyduğu anda profesyonel tıbbi yardıma ulaşabilsin.

Tıp fakülteleri; bünyelerinde uluslararası çalışma grupları oluşturulmasını organize ederek, ihtiyaç duyulan alanlarda düzenli eğitim ve personel değişimi ile sağlık çalışanlarını eğitebilir. Farklı deneyimlerle sorunlara, hastalıklara yönelik koruyucu tedbirlerin geliştirilmesi, teşhis ve tedavi seçeneklerinin araştırılması ve yeni çözüm mekanizmalarının harekete geçirilmesi sağlanabilir.



Tüm bu sağlık çalışmalarının kalıcı sonuçlar doğurabilmesi için sıkıntılı bölgelerde temel beslenme ve beslenmenin sağlıklı sürdürülebilmesine yönelik çözümler de göz ardı edilmemelidir. Beslenme ve sağlık, birbirinin gölgesi gibidir. Temiz içme suyu ve tarım, hayvancılık ile ilgili köklü kalıcı yaklaşımlar gereklidir. Bu bölgelerde çalışan, keçi dağıtımı, su arıtma ve su kuyusu açma faaliyetleri yürüten birçok Türk STK vardır.

Mevzu bahis olan bu coğrafyalarda ilaç denemeleri yapan, operasyon tekniği geliştirme yolları arayan ve bunun için ilk çalışmalarını mazlum insanlar üzerinde uygulayan, organ borsasına hizmet eden, modern köle ticaretinin sadık çalışanı bir kısım “misyoner Batılı”ya karşı mücadele vermek, kötü hafızayı tazelemek ve ezber bozmak belki de bizim misyonumuz olmalıdır! Bu bağlamda sağlık alanındaki gönüllülerin dışında da her alandan insanların sahada yer alması gerekmektedir. Ayrıca yoksun ya da yoksul bölgelere sürekli yabancı yardımı, yerel-lokal yönetimlerin sağlık girişimi açısından tembelleşmesi ve atıl hale gelmesi riskini içinde barındırır ki bu da ancak “balık verme, balık tutmayı öğret” kuralı ile çözülebilir. Bu bağlamda, Türkiye’den giden gönüllü sağlık kuruluşlarının devlet desteği alabilmesi, “eğitim projesi” şartına bağlanabilir.

Bir diğer önemli nokta, bu çalışmaların sadece fiziksel sağlık üzerine yoğunlaşmasıdır. Ruh sağlığı açısından ne yapılabilir, ne önerilebilir konusu ile ilgili de mesai ayırmak gereklidir. O ülkenin kendi şartlarında rehabilitasyon ortamları yaratmak, yaralayıcı değil yaratıcı fikirler sunmak, üretilen sosyal projelerle yöre halkını oldukları gibi kabullenerek değiştirmek değil geliştirmek yönünde hizmet etmek, ilke olarak kabul edilebilir. Bu projeler içinde, “Hastalıktan korun, sağlıklı yaşa, tedaviden kurtul!” şeklindeki koruyucu sağlık geleneği de özendirilebilir.

Hizmet verilecek bölgeler için düzenli ziyaretlerin ve kontrollerin yapılması, yerel motivasyon açısından çok önemlidir. Gönüllü kuruluşların çalışmalarını yıllık planlarla düzenleyip bir üst çatı altında birleşerek emeklerinin ve enerjilerinin daha verimli ve istikrarlı kullanımı mümkündür. Bu alanda rol alan tüm gruplar, sen-ben demeden karşılıklı tecrübe paylaşımı ile elde edecekleri bilgi ve enerjiyi ihtiyaç duyan tüm insanlara yerinde ve zamanında ulaştırmada vesile olacaklardır. Sağlık alanındaki ihracatımızın; küçük sağlık taramaları, küçük gruplara yapılan operasyonlar, ilaç ve gıda dağıtımından öteye geçip daha ileri noktalara doğru ilerlediğini görmekteyiz. Bu alanda öncü ülkeler, ilkler arasına girmek dileğiyle...

Kalıcı küçük sağlık ve sağlık eğitim birimleri kurarak buralarda yerleşecek, o yörenin insanlarıyla yaşayıp sorunlarını tespit edebilecek ve çözümler hususunda kuruluşları yönlendirebilecek, bilgi akışını sağlayabilecek sağlık gönüllüleri teşvik edilebilir. Paralel olarak Türkiye’deki uzmanlardan “tele tıp” yoluyla sürekli destek alınabilir. Yerel-lokal yönetimlerin sağlık girişimi açısından tembelleşmemesi noktasında, Türkiye’den giden gönüllü sağlık kuruluşlarının devlet desteği alabilmesi, “eğitim projesi” şartına bağlanabilir.

Somali Büyükelçisi Dr. Kani Torun: Devlet iktisatlı olmalı, STK'lar kalıcı projelerle gelmeli

Ömer Çakkal

İngiltere'de bir grup Müslüman doktorun girişimleri ile yola çıkan Doctors Worldwide'in (Yeryüzü Doktorları) kurucularından Dr. Kani Torun, bir yılı aşkın süredir Somali'de büyükelçilik görevini yürütüyor. Uzun yıllar Afrika'da gönüllü hekimlik yapan, dahası yönetici olarak büyük sağlık organizasyonlarını planlayıp uygulayan Dr. Torun, son aylarda ise Afrika'nın sorunlarına elçilik penceresinden bakıyor. Türkiye'de bulunduğu bir Cuma sabahı Üsküdar'da bulduğumuz Kani Torun'un tespit ve eleştirilerine kulak vermek gerekiyor: *"Afrika'da şeker, obezite ve kanser diye bir şey yok. Temel hastalıklar sıtma, enfeksiyonlar ve anne ölümleri ki bunlar basit tedbirlerle önlenabilir. Türkiye'nin 30 milyon dolar harcıyıp Darfur'da hastane yapması yanlış oldu. O hastaneyi götürecek altyapı yok. Sen bıraktığın*

anda o sistem çökecek. Parayı iktisatlı kullanmanın yolunu bilmemiz gerekiyor. Darfur'da birer milyon dolara 40 yataklı 3-4 tane hastane kurulabilirdi. Yerel STK'larla işbirliği yapıp bir süre sonra işletmesi onlara devredebilirdi. Açık söyleyeyim, 1 haftalığına oraya doktor götürüp hasta muayene ettirmenin ve birkaç ameliyat yaptırmanın o topluma kalıcı hiçbir etkisi yok. İnsan yetiştirmek ve altyapıya yatırım yapmak gerekiyor."

"Afrika'daki hastalıklar basit tedbirlerle önenebilir"

Sayın Torun, diplomat kökenli biri değilsiniz. Elçilik göreviniz öncesi STK'lar eliyle Afrika'ya sağlık hizmeti ulaştıran bir hekimdiniz. Elçilik görevinizden önceki çalışmalarınızı biraz anlatabilir misiniz?

Tıp eğitimi sonrası Türkiye'de bir miktar akademik hayatın ardından gene akademik çalışma için 1996'da İngiltere'ye gittim. 2000 yılında İngiltere'de büyük çoğunluğu Hindistan ve Pakistan asıllı Müslüman doktor arkadaşlarla Yeryüzü Doktorlarını kurduk. O ekibin içinde Türk olarak tek ben vardım. 2001'de resmen faaliyete geçti. 10 yıl boyunca CEO olarak işin başında bulundum. Ağırıklı olarak Afrika olmak üzere Güneydoğu Asya'ya, Balkanların belirli bölgelerine hatta Orta Amerika'ya sağlık yardımında bulunduk. Bu dönemde afetlerle, savaşlarla yüz yüze kalmış toplumlara yardımda bulunmak ve gene Afrika'da belirli bölgelerde uzun vadeli sağlık projelerini hayata geçirmek şeklinde temelde 2 farklı çalışma yürüttük. Pakistan'daki deprem, Nijer'deki kıtlık, savaş sonrası dönemlerde rehabilitasyon çalışmaları-





mız da oldu. Gene Kongo, Kenya'daki ülkelerde geçici olmayan projeler ürettik. Kırsalda yapılan ana-çocuk merkezleri gibi. Bütün bu çalışma devam ederken 2011 Ağustosunda Başbakanımızın Somali ziyareti sonrası Mogadişu'ya Büyükelçi olarak atandığım tebliğ edildi ve onun üzerine görevi bıraktım ve 1,5 yıldır Somali için çalışıyorum.

Şimdi isterseniz Somali özelinden yola çıkarak Afrika'daki sağlık fotoğrafını genel hatlarıyla ortaya koyabilir miyiz?

Önce şuradan başlayalım: Afrika'nın sağlık sorunları neler? Oradan başlarsak bu ihtiyaçlara ne oranda cevap veriliyor, onu konuşmak daha doğru olacaktır. Afrika'nın sağlık sorunları Türkiye'den çok farklı. Afrika, enfeksiyon hastalıklarının ağırlıklı olarak ölüm nedeni olduğu bir coğrafya. Özellikle 5 yaş altı çocuk ölümlerinin sebeplerine bakarsanız büyük çoğunluğunun enfeksiyon hastalıkları olduğunu görürsünüz. Örneğin Türkiye'de ölüm nedenlerini sayarken kalp hastalıkları, şeker, trafik kazaları, son zamanlarda kanseri dile getiririz. Peki, Afrika'da ne var? Afrika'da ölüm nedenlerinin en önemlisi sıtma. İki, suyla bulaşan hastalıklar. Üç, üst solunum yolları enfeksiyonları ki bunların bir kısmı kızamık gibi aşıyla önlenabilen hastalıkların komplikasyonları olarak ortaya çıkıyor. Sonra HIV ve AIDS. Yine bir sağlık sorunu olarak söyleyeyim, anne ölümleri. Bütün bunların hepsi çok basit tedbirlerle önlenabilen hastalıklar. Sıtmanın ilacı var. Suyla bulaşan hastalıklar, içme suyu ile ilgili. Üst solunum enfeksiyonlarının önemli bir kısmı, kızamık gibi aşıyla önlenabilen hastalıkların komplikasyonları. Bunların önemli bir kısmı aşı kampanyaları ile önlenabilir. HIV ve AIDS konusunda ülkelere göre farklı çözüm yolları uygulanabilir. Tabi HIV ve AIDS

sağlığın ötesinde biraz da sosyal bir problem. Anne ölümleri doğru düzgün bir sağlık sistemi kurarak ve gebelikteki sağlıklı kontrollerle ve basit sağlık hizmetleriyle önlenabilir. Dolayısıyla Afrika'ya bakarken bu fotoğrafa bakmak lazım. Afrika'da kanseri konuşmuyoruz. Kalp hastalıklarını konuşmuyoruz. Obeziteyi, şekerli konuşmuyoruz. Şehirleşen belli bölgelerde ciddi trafik kazası sorunları var. O da aslında eğitimle ve yolların kalitesi ile alakalı. Peki Afrika'da bunlara nasıl çözüm bulunuyor? Aslında çok da çözüm bulunuyor diyemem. Batılı kurumlar gittikleri yerlerde kalıcı kurumlar kurmak yerine sadece bir hastalığa yönelik geçici kampanyalar yapıyorlar. Ve hallettik deyip ülkelere dönüyorlar ama sorunlar bir süre sonra tekrar hortluyor. Basit bir şey söyleyeyim: BM ile bağlantılı olarak DSÖ ile ortak çalışmalar yürüten uluslararası bir fon olan Global Fund, Afrika'da üç tane hastalığa bakıyor. Tüberküloz, sıtma ve HIV - AIDS. Global Fund'un örneğin Uganda'daki bütçesi Uganda'nın sağlık bütçesinden daha fazla. Ama neye bakıyor? Sadece 3 hastalığa bakıyor ve altyapıya yatırım yapmıyor. Bunlar ülkelere büyük paralarla girdikleri için yerel sağlık personeli de istihdam ettiklerinde o ülkenin sağlık sistemi çöküyor. Ülkenin milli sağlık kurumları çöküyor. Batılı STK'lar da aynı şekilde altyapıya yatırım yapmıyor. Onun için biz o ülkelere girdiğimizde altyapıya yatırım yapacağız dedik. Biz çıktığımızda o hizmet devam etsin, en önemlisi o. Şu anda Türkiye'nin yaptığı çalışmaların önemli bir kısmı altyapıya yönelik. Dolayısıyla Afrika'da kırsalda ya da kentte insanların sağlık yönünden en önemli ihtiyacı birinci basamak sağlık merkezleri. Bu birinci basamak sağlık merkezleri iyi çalışırsa aslında Afrika'da iki ve üçüncü basamak sağlık merkezlerine çok az iş düşer. Mesela biz Kongo'da ana-çocuk sağlığı

“Afrika'da ölüm nedenlerinin en önemlisi sıtma. İki, suyla bulaşan hastalıklar. Üç, üst solunum yolları enfeksiyonları. Sonra da HIV ve AIDS. Yine bir de anne ölümleri. Bütün bunların hepsi çok basit tedbirlerle önlenabilen hastalıklar. Sıtmanın ilacı var. Temiz su ile pek çok hastalık önlenabilir. Kızamık aşısı ile üst solunum yolu enfeksiyonlarının önü alınabilir. Doğru dürüst doğum merkezleri kurulursa anne ölümleri azaltılabilir.”

merkezleri kurduk. Bir ameliyathanesi olan, 15-20 yataklı merkezler. Oradaki doktorlar tıp fakültesini bitirirken sezaryen ve apandisit ameliyatını yapabiliyorlar. Dolayısıyla basit tıbbi müdahaleler o ameliyathanede yapılabilir. Başta Afrika'da 5 temel hastalığı saydım ya, bu merkezler 5 hastalığın beşine de cevap verebilir merkezler. Ve çok düşük maliyetlerle kurulabiliyorlar.

Afrika ülkelerinde bizim bildiğimiz manada özel, üniversite, devlet hastaneleri var mı?



Hepsi var aslında. Kâğıt üzerinde. Öncelikle şunu bilelim: Afrika'da her türlü sağlık hizmeti paralıdır. Hatta STK'ların verdiği sağlık hizmetlerinin bir bölümü de paralıdır. Afrika ülkelerinde devletlerin bir şeyi karşılaması diye bir şey söz konusu değil. Sağlık hizmeti pahalı bir hizmet. Devletlerin bunu finanse edecek güçleri yok. Bunu özel sektöre ve STK'lara devretmiş durumdalar. Özel sektör bu işi paralı yapıyor. STK'lar da işi döndürebilmek için bir kısım hizmetleri ücretli yapıyor, bir ölçüde de bedava hizmet verebiliyor. Buna rağmen ekonomik piramidin en üstündeki yüzde 10'un bile erişebildiği doğru düzgün hastane yok. Kaliteli, birinci sınıf hizmet veren hastaneler yok. Buna Somali de dahil. Afrika büyük bir coğrafya. Sahra altında 50 küsur ülke var. Özel sağlık hizmetlerinin çok geliştiği, Avrupa standardında sağlık hizmeti veren Güney Afrika Cumhuriyeti'ni saymazsak Afrika'nın genelinde yerel imkânlarla kurulmuş hastaneler var. Bunların kalitesi çok düşük. Onun için parası olan insanlar bile sağlığa erişmekte güçlük çekiyorlar. Örneğin Kongo'da acil bir durumu olan zengin hastalar ambulans uçaklarla Güney Afrika'ya gidiyorlar. Bu ambulans uçaklar birçok bölgede çalışıyor. Çünkü kırsalda sağlık merkezi pek yok. Yani Afrika aslında Türk özel sağlık sektörü için de önemli bir yatırım alanı. Bunun altını çizmek isterim. Yatırım yapıp insanları aldatmadan doğru düzgün bir sağlık hizmeti verseler Afrika'da çok ciddi karşılığı ve getirisi var. Kaliteli sağlık hizmetine para ödeyebilecek insanların olduğu bölgeler var. Nijerya, Kenya, Kongo'nun büyük şehirleri, Tanzanya hatta Somali bunlar arasında sayılabilir.

Türk özel sağlık sektöründen bir grup şimdiye dek Afrika'da bir hastane kurmuş mu? Ya da bir hazırlık var mı?

Böyle bir hastane var mı ya da bir hazırlık

var mı bilmiyorum ama ben buradan özel sağlık sektörüne çağrıda bulunuyorum. Afrika'ya yatırım yapılabilir.

“STK'lar Afrika'ya açılım politikasının önemli bir ayağıdır”

Türkiye'nin devlet ve STK'lar eliyle Afrika'daki sağlık çalışmalarına biraz daha yakından bakabilir miyiz? Ne gibi çalışmalar yapılıyor?

Yapılan işleri birkaç kategoride inceleyebiliriz. Birincisi STK'ların Türkiye'den gönüllü doktor götürerek yaptığı yardımlar var. İşte doktorlar 10-12 gün boyunca sağlık taraması yapıyor, gittikleri yerde ameliyathane varsa birkaç ameliyat yapıyorlar vs. Bunlar, kısa süreli, kalıcı olmayan şeyler. Bu çalışmaların önemli bir kısmı TİKA parası ile yapılıyor. TİKA'dan destek alarak gidiyorlar. Onun haricinde devletin bizzat yaptığı sağlık yardımları var. Mesela şimdi Darfur'da Nyala'da büyük bir hastane yapıldı. Somali'de hastane yapılıyor. Bu tür büyük yatırımlar var. Bir de gene bunların haricinde STK'ların yaptığı eğitim amaçlı çalışmalar var. Yani şöyle söyleyebilirim: Henüz Türkiye stratejik bir planlama ekseninde bir çalışma yapabiliyor demek mümkün değil. Yapılan çalışmalar büyük çoğunlukla o günkü sorunlara dair çalışmalar. Öncelikle Afrika'daki sağlık fotoğrafını doğru bir şekilde okumak gerekiyor. Nyala'ya Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin 30 milyon dolarlık hastane yapması bana göre yanlış. Çünkü orada o kalitede bir hastaneyi götürecek altyapı yok. Sen bıraktığın anda o hastanenin sistemi çökecek. İşletmesi sorun. Burada amaç, oradaki sağlık sorunlarına maksimum çözümü getirecek minimum finansla yapılacak merkezler olmalı. Yani parayı iktisatlı kullanmanın yolunu bilmemiz gerekiyor. 30 milyon dolara 30 tane 50 yataklı küçük çaplı hastane yapılabilirdi. Çok sofistike cihazlar koymadan, bir

“Afrika'daki sağlık fotoğrafını doğru bir şekilde okumak gerekiyor. Nyala'ya Türkiye Cumhuriyeti Devleti'nin 30 milyon dolarlık hastane yapması bana göre yanlış oldu. Çünkü orada o kalitede bir hastaneyi götürecek altyapı yok. Sen bıraktığın anda o hastanenin sistemi çökecek. Parayı iktisatlı kullanmamız gerekiyor. Darfur'da birer milyon dolara 40 yataklı 3-4 tane hastane kurulabilir ve yerel STK'larla işbirliği yapıp bir süre sonra işletmesi onlara devredebilirdi.”

iki röntgen cihazı ve ameliyathane ile donatılacak merkezler kurulabilirdi. Burası ticari bir hastane değil ki. Yardım amaçlı yerde bunu gözüteceksin. Bu koca hastane nasıl dönecek? Darfur'da birer milyon dolara 40 yataklı 3-4 tane hastane kurulabilir ve yerel STK'larla işbirliği yapıp bir süre sonra işletmesi onlara devredebilirdi. Küçük hastane olduğu için işletmesi daha kolay olurdu. MR'ından her türlü tetkikin yapılabileceği laboratuvarlara kadar 100-150 yataklı bir hastane kuruldu ama işletmesi zor. Aynı şey Mogadişu'da yapıldı ama orası bir başkent ve ileride yerel bir üniversiteye devredilebilir. Hem eğitim faaliyetlerinde de kullanılacak bir hastane. Bir de Afrika'da hastane kurarken insanların neyi nasıl kullanacaklarını da hesap etmek gerekiyor. Her şeyi elektronik yapmak sıkıntılı. Afrika'da daha mekanik sistemler kuracaksın. İnsanların işletmesi daha kolay olsun, bozulduğunda tamiri daha kolay olsun. Afrika ve Amerika'da kendilerini yetiştirmiş ve ileride şartlar oluştuğunda ülkelerine dönüp hizmet etmek isteyen önemli bir diaspora var. Ancak her Afrika ülkesi için bu böyle değil. Bir yatırım yapılırken insan kaynağı iyi hesap edilmeli.

Diyorsunuz ki genel fotoğrafa bakıldığında bir dağınıklık var. Yani stratejik bir çalışma yerine sorun odaklı ilerleyen, sorun bittiğinde geri çekilen, finansın



pek de iktisatlı kullanılmadığı bir yapı var. STK'lar neler yapıyorlar? Sanırım onlar da sorun odaklı gidip geliyorlar...

STK'lar son zamanlarda kalıcı projeler yapmaya başladılar. Yeryüzü Doktorları, Mogadişu'da 60 yataklı bir hastane açtı. Yerel bir üniversite ile ortaklaşa bir çalışma içinde Türkiye'den giden doktorlar bu hastanede yerel doktorlara eğitim veriyorlar. Yani insan yetiştiriyorlar. O hastane, bir süre sonra Somalilerin yürütebileceği bir hastane haline gelecek. Ancak burada önemli bir soru var: Bu sağlık merkezleri ayakta kalabilmek için ciddi bir finans kaynağına ihtiyaç duyduğu için bir süre sonra kaçınılmaz bir şekilde özel hastanelere dönüşmek zorunda kalacaktır. Çünkü ömrübillah bu kadar fonlama bulamazsın. Burada sorun devletlerde. Devletler, vatandaşlarının temel sağlık hizmetlerini karşılayamıyor. Belki ileride bunu karşılayabilirse sorun ortadan kalkar. Gene Kimse Yok mu Derneği de bir üniversite ile işbirliği içinde 70 yataklı bir hastane kuruyor. Gene benim başlattığım bir çalışma ile Yeryüzü Doktorları Kongo'da bir hastane kurdu ve orası da bir eğitim hastanesine dönüştürülecek. Aslında STK'lar stratejik çalışma noktasında devletten daha önde. Belki ileride devletin fonları ve planlamaları ile işler STK'lar eliyle yürütülebilir. Bu belki verimliliği de artırır. Böyle bir gidiş de var. Biliyorsunuz devletin yaptığı işlerde kaynak israfı daha çoktur, özellere göre. Yardım işlerinin özel sektörü de STK'lardır. Devletin STK'ları yönlendirmesi ve eğitmesi gerekir.

Yaklaşık son 10 yılda AK Parti Hükümetleri döneminde daha proaktif bir dış politika izleniyor. Bu politikaların Afrika'daki sağlık çalışmalarına etkileri var mı?

Proaktif politikanın önemli ayaklarından biri sağlık. Bakın, Afrika'nın kendine has

durumu var: Dış politikada siz bir ilişki başlatırken size hemen, "Bize ne vereceksiniz?" diyorlar. "Size STK'lar eliyle gelelim, hastaneler açalım" dediğinizde bu yardımlar ister istemez politikanın bir enstrümanı haline geliyor. Devlet adamları da ziyaretlerde mutlaka bu anlamda çalışan STK'ları yanlarında götürüyorlar. Onların çalışmalarına destek oluyorlar. Örneğin Başbakanımızın en son Nijer ziyaretinde eşi Emine Hanım'ın, Yeryüzü Doktorlarının orada yapmaya başladığı ve fistül hastalıklarının tedavi edileceği hastaneyi ziyaret etmesi, bu yardımların desteklenmesi anlamına geliyor. Sağlık STK'ları Afrika'ya açılım politikasının önemli bir parçası ve ayağıdır.

"Afrika'ya 1 haftalığına doktor götürüp hasta muayene ettirmenin topluma kalıcı bir etkisi yok"

Son olarak Batılı ülkelerin çalışmalarını ve Türk STK'larının çalışmalarının onlardan ne gibi farklılıklar gösterdiğini konuşabilir miyiz?

Batılı ülkeler Afrika'da çok eskiler. Avrupalıların Sahraaltı Afrika'ya girmesi 1800'lere dayanıyor. Özellikle de 1880-1910 arasındaki 30 yıl uluslararası diploması ya da uluslararası ilişkiler literatüründe "Scramble for Africa" diye anılır. Yani "Afrika'ya hücum" gibi bir anlama geliyor. O günkü büyük güçler bu dönemde Afrika'yı büyük ölçüde paylaştılar. İngiltere, Fransa, Almanya, Belçika hatta Portekiz, bir ölçüde İspanya. O dönemde yapılan çalışmalara bakarsanız çıkar eksenli olduğunu görürsünüz. Yol yapmışsa onun oradan getireceği malların taşınması içindir. Altın bulmuşlar, o altını sahile ulaştırmak için demiryolu yapmışlar. Bugün bu tür şeyleri büyük ölçüde Dünya Bankası ve IMF üzerinden yapıyorlar.

Adamları para verip borçlandırıp sonra da istedikleri politikaları uygulatıyorlar. Belli alanlarda yönlendirme yapıyorlar. Örneğin sağlık alanında STK'ları da dahil olmak üzere yaptıkları bütün işler belli hastalıklara yönelik ve kalıcı değil. Kalıcı bir sağlık altyapısına asla yatırım yapmıyorlar. Onlarla bizim aramızda bence en büyük fark bu. Son derece bilinçli ve stratejik olarak böyle yapıyorlar. Sürekli kendisine muhtaç ediyor. Gelelim misyonerlik faaliyetlerine. Misyonerler eliyle ciddi bir Hristiyanlaştırma çalışması yapılmış. Sahraaltı Afrika'da 200 yıl önce çok az Hristiyan vardı. Sayıları çok az, beyaz tenli Hristiyan'dı bunlar. Bilhassa yerel dinlere mensup bölgelerde bu çalışmaları yürüttüler. Şu anda Sahraaltı Afrika'nın yarısından fazlası Hristiyan. Hemen hemen her tarafta misyoner okulları açtılar. Okumak isteyenlerin gidecekleri neredeyse tek okul onlarındı. Bugün sağlık personelinin yetiştirilmesine yönelik onların da belli çalışmaları var ama yetişen personel Afrika'da durmuyor. En önemli sorunlardan biri de bu. Batılı STK'larla bizimkiler ortak çalışma yapmıyorlar. BM çatısı altında ortak toplantılar düzenleniyor ama ona da bizimkiler katılmıyor. Çünkü orada aynı sorunlar devamlı konuşulur ama iş yapılmaz. Bizimkiler o toplantılarda zaman israfına neden olmaktadır sahada çalışmayı tercih ediyorlar. Ama onların da hatası, arada bir düşünüp değerlendirme yapmamaları. Bir durum bakmak ve daha stratejik ilerlemek gerekiyor. Açık söyleyeyim, 1 haftalığına oraya doktor götürüp hasta muayene ettirmenin ve birkaç ameliyat yaptırmanın o topluma kalıcı hiçbir etkisi yok. Sadece o andaki sorunu çözersiniz. İnsan yetiştirmek ve altyapıya yatırım yapmak gerekiyor. Afrika'da hastaneden çok, daha küçük çaplı sağlık merkezlerine ihtiyaç var. Tabi bu tür analizleri ve yönlendirmeleri de TİKA'nın yapması gerekiyor.

İnsan ticareti mağdurları ve mülteci/sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi: Bir STK deneyimi

Yrd. Doç. Dr. Berna Eren



Orta öğrenimini 1979 yılında Kadıköy Anadolu Lisesi'nde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1993 yılında Leeds University Nuffield Institute for Health'te Hastane Yönetimi Masterını, 2003 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Halk Sağlığı Doktorasını tamamladı. Sağlık Bakanlığı'na bağlı çeşitli kurumlarda çalıştıktan sonra 1992-2004 yılları arasında İstanbul Sağlık Müdür Yardımcısı olarak görev yaptı. 2005 yılında İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'na Genel Müdür olarak atandı ve 2007 yılında Müttevelli Heyet üyesi oldu. Halen İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğretim üyesi olarak görev yapmakta olup akademik ilgi alanları üreme sağlığı, epidemiyoloji ve sağlık yönetimidir. Dr. Eren evlidir ve bir çocuk annesidir.

Dünya genelinde ilk çağlardan bugüne dek yaşanmakta olan demografik dönüşümün başlıca bileşenlerinden biri, doğumlar ve ölümler ile birlikte göçlerdir. Daha iyi bir hayat, güvenlik ve korunma beklentileri ile ülkelerini terk eden bireyler, bu süreçte pek çok sorunla karşılaşmaktadırlar. Bu sorunların başlıcaları arasında barınma, eğitim, çalışma ve güvenliğin yanı sıra sağlık sorunları yer almaktadır. Bu sorunlara çözüm bulmak ve göç olgusu içindeki bireylere sosyal, ekonomik, psikolojik destek sunmanın yanında hizmetlerden yararlanmalarını sağlamak, çoğu zaman resmi kurum ve kuruluşlardan çok sivil toplum kuruluşlarına (STK) düşmektedir. STK'lar, tüm dünyada, hızlı karar alma ve uygulama özellikleri, esnek yapıları, hedef gruba kolay erişebilmeleri, ulusal ve uluslararası iletişim ağları oluşturabilmeleri gibi özellikleri nedeniyle bu alanda önemli rol oynamaktadırlar.

Bu yazıda, kurulduğu yıllardan bugüne toplumdaki hassas gruplara yönelik programlar yürüten İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı'nın -bu alanda ülkede ilk olma özelliği taşıyan- çalışmalarında, 2005-2012 yılları arasında Genel Müdür

olarak edindiğim bilgi ve deneyimi sizlerle paylaşmaya çalıştım.

Göç

“Kişilerin yerleşmek amacıyla bir yerden başka bir yere gitmeleri hareketi” olarak tanımlanan göçün nedeni; ekonomik, siyasi, sosyal veya kültürel faktörlerden biri veya bunların bir karışımı olabilmektedir. Gidilen ülkenin yasalarına uygun bir şekilde ülkeye giriş yapılması ve gerekli izinler alındıktan sonra ikamet edilmesi yasal göç kapsamında değerlendirilirken; giriş yapılan ülkenin yasal giriş ve çıkış için gerekli olan şartlarına uyulmayarak sınırın geçilmesi veya ülkeye yasal yollardan girildikten sonra izin alınmaksızın ikamet edilmesi durumunda yasadışı göç kavramı ortaya çıkmaktadır. Uluslararası literatürde, yasa dışı göç kavramı yerine “düzensiz göç” kavramı da kullanılmaktadır. Yasa dışı göç, yasal göçü yönetememenin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Bir insan hareketi olarak, iltica olgusunu göç kavramından tamamıyla ayrı tutmak mümkün değildir. Göçte olduğu gibi iltica hareketinde de kişilerin çeşitli gerekçe-lerle ülkelerini terk etmeleri ve yasal ya da

yasal olmayan yollardan diğer ülkelere göç etmeleri söz konusudur. İltica ve göçü birbirinden ayıran en önemli nokta, iltica eden kişilerin ülkelerini zulüm görme korkusuyla terk etmeleri ve bu kişilere sağlanan sistemli bir uluslararası korumanın varlığıdır.

Günümüzde özellikle hedef ülkelerin güvenlik kaygısı ile ciddi önlemler alması nedeniyle göç olgusunun insani boyutu gözden kaçırılmaktadır. Göç eden kişiler, en temel insan haklarına sahip olmak amacıyla hedef ülkeye varmayı başardıklarında dahi çok zor şartlarda barınmak ve çalışmak zorunda kalmakta; yakalandıkları takdirde de sınır dışı edilme korkusuyla yaşamaktadırlar.

Türkiye, bölgedeki coğrafi konumu, demokratik ve ekonomik yapısı ve diğer bölge ülkelerine göre gelişmişliği nedeniyle hem yasal hem de yasadışı göçe maruz kalmaktadır. Türkiye Büyük Millet Meclisi İçişleri Komisyonu'nun 27.06.2012 tarih ve 10 sayılı raporunda belirtildiğine göre; 1953 yılında ülkemize giriş yapan yabancı sayısı 100 bin civarında iken, 2011 yılı sonu itibarıyla bu sayının 217 bin 206'ya ulaştığı, TÜİK verileri ile gösterilmektedir.



Ancak Türkiye Büyük Millet Meclisi Avrupa Birliği Komisyonu'nun, 6.6.2012 tarih ve 17 sayılı kararında belirtildiği üzere, yasal ve yasadışı yollarla gerçekleşen göç hareketlerini düzenleyen mevcut mevzuatımız ve kurumsal altyapımız, ülkemizin bugünkü ihtiyaçlarını karşılamaya yetmemektedir. Bu durum; barınma, eğitim, çalışma gibi birçok sorunun yanında sağlık sorunlarını da ortaya çıkarmaktadır.

İnsan ticareti mağdurları

İnsan ticareti, yasa dışı güçle bağlantılı önemli bir kavram olup kadınların, çocukların ve erkeklerin sömürü amacıyla kaçırılması, zorla alıkonulması ve zorla çalıştırılması olarak ifade edilebilir. Son on yıllarda tüm ülkeleri etkilemeye başlayan insan ticareti olgusu, ağır bir insan hakları ihlali olup modern çağın köleliği olarak kabul edilmektedir.

Türkiye, insan ticaretinde hedef ülkedir. 2000'li yıllarda insan ticareti ile mücadeleye başlayan ülkemizde 2004 yılından 2012 yılı sonuna kadar İçişleri Bakanlığı tarafından belirlenen insan ticareti mağduru sayısı, toplam bin 290 kişidir. Mağdurların çoğunluğu kadın, istismar tipi ise cinsel istismardır. Bununla birlikte kadınların, erkeklerin ve çocukların işgücü istismarıyla da karşılaşmaktadır. Devlet istatistiklerindeki rakamlar çok yüksek olmamakla beraber, konunun uzmanları bu istatistiklerin buzdağının yalnızca görünen ucu olduğu konusunda hemfikirlerdir. İnsan ticareti mağdurları, çoğunlukla eski Sovyet Cumhuriyetleri vatandaşlarıdır.

İnsan ticareti mağdurları, içerisinde bulundukları durum ve maruz kaldıkları şiddet ile sömürünün cinsine ve ağırlığına göre değişik mağduriyetler yaşamakta;

barınma, tıbbi ve hukuksal destek, tercüme ve bulunduğu ortama uyum, gönüllü geri dönüşünün sağlanması gibi çeşitli konularda yardım ve desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bu mağduriyetlerin başında sağlık sorunları ve bu sorunlar arasında da üreme sağlığı sorunları ile psikolojik sorunlar gelmektedir.

Önemli sayıda mağdur, cinsel sömürüye uğradıkları için cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanmakta ve/veya istenmeyen hamileliklerle karşı karşıya kalmaktadırlar. İnsan tacirlerinin bir kontrol mekanizması olarak kullandıkları yöntemler sonucunda uyuşturucu bağımlısı olabilmekte; insan tacirlerinin elinden kaçma ve kurtulma girişimleri sırasında değişik boyutlarda fiziksel travmalara uğrayabilmektedirler. İnsan tacirlerinin, mağdurları baskı altında tutmak amacıyla uyguladıkları baskı sonucunda psikolojik durumları bozulmakta; bazı mağdurlar daha önce içinde bulundukları ortamdaki kaynaklanarak psikolojik ve duygusal çöküntüye girebilmektedirler.

İnsan ticareti ile mücadele çalışmaları kapsamında karşılaşılan sağlık sorunlarına çözüm olması amacıyla alınan 05.12.2003 tarih ve 2003/6565 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı'nda, *insan ticareti mağduru olduğu tespit edilen ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda olmayan yabancı uyruklu hastaların, resmi sağlık kurum ve kuruluşlarınca sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanacakları ve tedavilerinin ücretsiz sağlanacağı* ifade edilmektedir. Bu durum, Sağlık Bakanlığı'nın 09.01.2004 tarih ve 544 (2004/02) sayılı Genelgesi ile tüm valiliklere duyurulmuş; ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın konuyla ilgili 26.04.2004 tarih ve 6679 (2004/62) sayılı Genelgesi, ilgili bakanlıklara, kamu kurum ve kuruluşlarına, sivil toplum kuruluşlarına ve tüm valiliklere gönderilmiştir.

İstanbul ili, İçişleri Bakanlığı tarafından bir uydu kent olarak kabul edilmemekte; sağlık kuruluşları ise kimlik numarası olmayan kişileri sağlık turizmi kapsamında değerlendirerek daha fazla ücret talep edebilmektedir. Acil başvurularda sağlık kuruluşlarının neredeyse tamamında sorun yaşanmamakta ve hastanelere acilden giriş yapılabilmektedir. Ayrıca, psikolojik /psikiyatrik sorunların yatarak tedavisi gerektiğinde hastalardan ücret istenmektedir.

Ayrıca, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 24.04.2004 tarih ve 2004/62 sayılı Genelgesi'nde; *insan ticareti mağdurlarına sunulan sağlık hizmetleri hakkında veri toplanabilmesi ve sağlıkla ilgili verilerin tek merkezden takip edilebilmesi için ilgili kurumlarca Sağlık Bakanlığı hastanelerine sevk edilen mağdurlara ait bilgilerin İl Sağlık Müdürlüklerinde toplanarak oluşturulacak aylık listelerin Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne gönderilmesi* ile ilgili düzenleme yapılmıştır.



Sağlıkta Dönüşüm Programı
öncesinde Ana Çocuk
Sağlığı ve Aile Planlaması
merkezlerinden ücretsiz
faydalanabilen mülteciler/
sığınmacılar, aile hekimliği
sistemine geçişle beraber
adrese dayalı sistem
gerekçesiyle ana çocuk
sağlığı hizmetlerinden
(hamilelik, yenidoğan
muayene, aşı vb.) ücretsiz
faydalanmakta sorunlarla
karşılaşmaktadırlar.

2003 yılında İnsan Ticaretiyle Mücadele Programı'nı başlatan ve ülkemizde bu konuda çalışmaya başlayan ilk sivil toplum kuruluşu olan İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (İKGV), 2004 yılında açtığı sığınma evinde yabancı uyruklu insan ticareti mağduru kadınlara destek hizmeti sunmaktadır. Ülkemizin insan ticareti mağdurlarına yönelik olarak açılmış ilk sığınma evi olan bu merkezde, emniyet güçleri tarafından "İnsan Ticareti Mağduru" oldukları tespit edilen kadınların barınma, beslenme, giyim ve güvenlik gibi ihtiyaçları karşılanmakta ve mağdurlar gerekli hizmetlere yönlendirilmektedir.

İnsan ticareti mağdurlarının yaşamış oldukları travmatik deneyimler nedeniyle, sığınma evinde kaldıkları süre içinde kendilerine psikolojik destek sağlanmakta; İKGV'nin görevli psikoloğu, sığınma evine gelişinden hemen sonra her mağdurla bir görüşme ve psikolojik değerlendirme yapmaktadır. Bu değer-

lendirme ile mağdurun psikolojik destek gereksinimi tespit edilmekte, kendisine uzun vadede etkili baş etme yolları konusunda danışmanlık hizmeti verilmektedir. Eğer devamlı bir psikolojik destek ihtiyacı varsa, mağdurun güvenli geri dönüşü sağlanana kadar bu seanslar devam etmekte; psikolog gerek gördüğü takdirde mağduru psikiyatriste sevk etmektedir. Psikolog tarafından mağdurlarla bireysel görüşmelerin yanı sıra grup toplantıları da gerçekleştirilmektedir.

Mağdurların sağlık sorunları ve tıbbi bakım gereksinimleri olduğunda, Sağlık Bakanlığı'nın genelgesi doğrultusunda Sağlık Bakanlığı hastanelerine sevk işlemleri Kaymakamlık kanalıyla gerçekleştirilmektedir. Mağdurlar en çok jinekolojik hizmetlere ihtiyaç duymaktadır. En sık rastlanan problemler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) ve istenmeyen gebelikler olarak sıralanmaktadır.

Ancak tüm bu düzenlemelere rağmen, insan ticareti mağdurlarının sağlık hizmetlerinden yararlanmasında karşılaşılan sorunlar tamamıyla ortadan kaldırılabilmiş değildir. Bu sorunları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

1. Üreme sağlığı ve haklarına ilişkin ihlaller

Özellikle cinsel sömürü ile karşılaşan ve fuhşa zorlanan yabancı uyruklu insan ticareti mağdurları arasında, istenmeyen gebelikler yaşayanlar bulunmaktadır. Bu kadınlar arasından cinsel şiddet sonucu gerçekleşen bu gebeliğin sonlandırılmasını talep edenlerin Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bu hizmete erişiminde sorunlar yaşanmaktadır.

27.05.1983 tarihli sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 5. Maddesi, "*Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir*" demektedir. Uygulamada, gebeliği 8 haftanın altında olanlarda nispeten daha az sorunla karşılaşmakla birlikte, gebelik süresi büyüdükçe girişimde bulunulması ihtimali azalmaktadır. İKGV'nin destek verdiği mağdurlardan pasaportlarına el konmuş olanlar için resimli kimlik bilgisi istendiği; pasaportu olan ve evli olan mağdurlardan ülkelerindeki eşin izninin istendiği vakalar olmuştur.

2012 yılındaki bir vakada ise, gebeliği 8 ila 10 hafta arası olan kadına, gerekli ekipman/ilaç olmadığı gerekçesi ile Sağlık Bakanlığı hastanesinde müdahale yapılmamış ve kadının özel bir hastaneye götürülmesi bizzat sağlık personeli tarafından önerilmiştir. Bu durum,

mağdurun devletin sunduğu ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engellemekte; ayrıca özel sektörden sağlık hizmeti satın almak, mağdura destek sunan sivil toplum kuruluşu için maddi bir yük anlamına gelmektedir.

2. Mahremiyet ve gizlilik ilkesinin ihlali

İnsan ticareti mağduru olduğu emniyet güçleri tarafından tespit edilen kadınlar; mağdur destek programına dâhil olduktan ve gerekli bilgilendirme yapıp onaylarının alınmasından sonra, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) açısından test yaptırma olanağına sahip olmaktadır. Uygulamada ise, destek programına dâhil edilmeden önce, genellikle fuhuş nedeniyle yakalanmış diğer kadınlarla birlikte test merkezine gönderilmekte ve bu süreçte gerekli danışmanlığın verilmesi ve onaylarının alınması gibi haklarından mahrum bırakılmaktadırlar. Test uygulanan ve CYBE tanısı konan mağdurlardan bazılarının tahlil sonuçları mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uygun olmayan şekillerde duyurulmaktadır.

3. Hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilme

İnsan ticareti mağdurları ile yapılan görüşmelerde; test sonucunda ortaya çıkan CYBE'ler ve/veya tedavi süreci konusunda bazı mağdurların sağlık personeli tarafından bilgilendirilmedikleri ortaya çıkmaktadır. Mahremiyet ve gizlilik ilkesini ihlal eden sağlık kuruluşları, bazı durumlarda ise ilk test merkezinde elde edilen sonuçları "mahremiyet" gerekçesi ile mağdura destek sunan kuruluşlarla paylaşmamakta; bu nedenle kimi zaman bu testler Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bir kez daha yaptırılmaktadır. Bu da zaman ve insan kaynakları açısından fazladan bir maliyet anlamına gelmektedir.

4. İleri tarihlere verilen sağlık işlemi randevuları

Yabancı uyruklu insan ticareti mağdurları, ülkemizde belirli bir süre destek hizmeti aldıktan sonra ülkelere geri dönmektedirler. Bu süre içerisinde özellikle dış rahatsızlıkları ya da görüntüleme gerektiren işlemlerde randevular çok ileri tarihlere verildiği için bu hizmetten faydalanmaları mümkün olmamaktadır.

5. İlaç giderleri

Sağlık Bakanlığı genelgesi, sadece sağlık hizmetlerinin ücretsiz verilmesini düzenlemekte, ancak ilaç ve protez vb. giderleri karşılamamaktadır. İnsan ticareti mağduru olanların ayakta tedavilerine yönelik ilaç ihtiyacının Sağlık

Bakanlığı'nca veya başka bir şekilde karşılanmadığı durumlarda Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından karşılanabileceği, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün 20.05.2009 tarih ve 8237 sayılı genelgesinde belirtilmektedir. Ancak, söz konusu vakıflara yapılan başvuruların sayıca fazlalığı, değerlendirme sürecinin uzun ve karmaşık oluşu ve önceliğin Türk vatandaşlarına verilmesi vb. nedenlerle; insan ticareti mağdurlarının ilaç, protez vb. ihtiyaçlarının karşılanması zorluklar yaşanmaktadır.

Mülteci ve sığınmacılar

Göçle bağlantılı diğer önemli kavramlar ise mülteci ve sığınmacılardır. Kendileri ve aileleri için geleceklerini garanti altına almak adına bulundukları yeri terk etmeyi seçen göçmenlerin aksine mülteciler, hayatlarını kurtarmak ve özgürlüklerini korumak için evlerini terk eder ve başka ülkelere sığınır. Kendi hükümetleri onlara herhangi bir koruma sağlamaz. Hatta genellikle mültecilere zulüm tehdidi yaşatan kendi hükümetleridir. Mülteci ve sığınmacı sözcükleri Türkçe ve Arapçada "sığınan kişi" anlamına gelirken Türk Hukukunda iki farklı anlama karşılık gelmektedir.

Türkiye; Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1951 Sözleşmesi'ni 29 Ağustos 1961 tarihinde 359 sayılı Kanunla kabul etmiş; 1951 Sözleşmesine Ek 1967 Protokolü'ne ise, sözleşmeden kaynaklanan hakkı kullanarak coğrafi çekince ile taraf olmuştur. Buna göre Türkiye, özellikle Avrupa'dan gelen mültecilere uluslararası koruma sağlama yükümlülüğü altında olup sözleşmenin koşulları, Türkiye'nin Avrupalı olmayan mültecilere karşı hukuki sorumluluklarını bertaraf etmesine imkân vermektedir.

İçişleri Bakanlığının *Türkiye'ye İltica Eden veya Başka Bir Ülkeye İltica Etmek Üzere Türkiye'den İkamet İzni Talep Eden Münferit Yabancılar ile Topluca Sığınma Amacıyla Sınırlarımıza Gelen Yabancılar ve Olabilecek Nüfus Hareketlerine Uygulanacak Usul ve Esaslar Hakkındaki 1994 Yönetmeliği* uyarınca, Avrupa'dan gelen sığınmacılar Sözleşme uyarınca mülteci statüsü almak için Hükümete başvuruda bulunabilirken, Avrupa dışından gelen mülteciler yalnızca "geçici sığınmacı statüsü" alabilmektedir. Bu ikinci gruptaki kişilere Türkiye'de sunulan koruma geçici olduğundan yaptıkları başvuruları Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK/UNHCR) kabul etmekte ve mülteci statüsü tanınan kişilerin üçüncü ülkeye yerleştirilmesi yönünde çalışmaktadır.

Türkiye'de 31.01.2013 itibarıyla 19 bin 203 mülteci ve 13 bin 703 sığınmacı bu-

lunmakta olup toplam 32 bin 906 kişinin çoğunluğunu Irak, İran ve Afganistan'dan gelenler oluşturmaktadır.

Mülteci ve sığınmacıların öncelikli amacı, yaşamlarına yönelik bir tehdidin olmadığı çevrede hayatlarına devam edebilmek olsa da, mültecilik; zorlu ve geleceği belirsizlikler içeren bir yaşam anlamına gelmektedir. Pek çok mülteci ve sığınmacı, ülkelerinde ciddi fiziksel ve psikolojik travmalar yaşamış insanlardır. Kişileri ülkelerinden göç etmeye zorlayan nedenler, çoklu travmaların görülmesine sebep olabilmekte; bu çoklu travmalarla beraber geline ülkedeki yaşam koşulları, sığınma politikası ve insan haklarına verilen değer gibi etkenlerle karşılaştıkları çok çeşitli sorunlar da bu sorunlara eklenmektedir.

Türkiye'de mülteci ve sığınmacıların çoğu, kötü yaşam koşullarında ve düşük sosyoekonomik durumlarda yaşamakta, hijyenik ve düzenli barınma koşullarına sahip olamamakta, yetersiz ve sağlıklı beslenmektedir. Bu durum, çeşitli hastalıkları beraberinde getirmektedir.

Yaşanılan mekâna bağlı olarak gelişen hastalıklar, sağlık problemleri içinde en başta yer almaktadır. Bunlar arasında rutubete ve soğuğa bağlı olarak üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları ve romatizma gibi hastalıklar en fazla görülmektedir. Psikolojik hastalıklar, depresyon, anksiyete gibi hastalıklar da, içinde bulunulan ortama bağlı olarak gelişebilmektedir. Mülteci ve sığınmacılar arasında en yaygın görülen hastalıklar; kanser, kalp, tansiyon, hepatit, diyabet gibi kronik hastalıklardır.

Türkiye'deki mülteci ve sığınmacıların büyük bir kısmını oluşturan kadınlar ve çocuklar ise daha hassas ve risklere açık durumdadırlar. Mülteci kadınlar ve kız çocukları sığınma öncesinde, kaçışları sırasında ve sığınma ülkesinde cinsiyete dayalı şiddete, fiziksel ve cinsel saldırı ve istismara, eşlerinin istismarı ve terk etmesine, silahlı çatışmaya ve zorla askere alınmaya, cinsel sömürüye ve fahişeliğe zorlanmaya, kişi olarak tanınmamaya ve belge eksikliğine ve/veya geri dönüşlerinden sonra fiziksel ve cinsel saldırı ve istismara maruz kalabilmektedirler. Ayrıca, sığındıkları ülkede dil bilmemelerinden, çalışamamalarından, sürekli ev içerisinde kalmalarından kaynaklanan psikolojik rahatsızlıklar da ortaya çıkabilmektedir.

Türkiye'de sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişilerin güvence altına alınması ile bu sigortalardan yararlanacak kişiler ve sağlanacak hakları düzenleyen 16.06.2006 tarih ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'na göre İçişleri



Yirminci haftanın sonuna kadar yasal bir engel olmamasına karşın cinsel şiddet mağduru kadınların hamileliklerinin sonlandırılmasında da ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Tercüman sorunu nedeniyle sağlık personeliyle iletişim sorunları yaşanmaktadır. Bazı vakalarda sağlık personelinin gizlilik ve tedavi sorumluluklarını göz ardı edip başvuruları ihbar etmeleri bile söz konusu olmaktadır.

Bakanlığı'nın sığınmacı ve vatansız olarak tanıdığı kişiler ile mütakabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, genel sağlık sigortalıları arasında sayılmıştır.

Ancak bu haklardan yararlanacak kişilerin bu şekilde sınırlandırılmış olması, Türk Devletinin yetki sınırları kapsamında olan ve hem Türkiye Cum-

huriyeti Anayasası hem de 1951 Cenevre Sözleşmesi dâhilindeki temel haklardan yararlanmaya hakkı olan kişilerin önemli bir bölümünü genel sağlık sigortası kapsamı haricinde bırakmaktadır. 5510 sayılı Kanun kapsamı dışında kalan iki gruptan biri mülteciler; bir diğeri de iltica başvuruları İçişleri Bakanlığı'nda incelenmekte olan ve Türkiye'de kaldıkları süre içerisinde hiçbir sosyal güvenlik sistemi kapsamına girmeyen, Avrupa'dan ve Avrupa dışından gelen "sığınma başvurusu sahibi" kişilerdir.

Ülkemiz vatandaşı olmayan ve muhtaç durumda olan yabancılara SYD vakıflarından yapılacak yardımlar ise, Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün 20.05.2009 tarih ve 8237 sayılı genelgesi ile düzenlenmiştir.

Genelgeye göre, İçişleri Bakanlığı'nca mülteci/sığınmacı statüsü verilmiş yabancılar/vatansızlar, uygun olan durumlarda mütakabiliyet esasının da dikkate alınması şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayanlar, 5510 Sayılı Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kapsamında sigortalı sayıldıkları için SYDV'ye sadece sağlık dışı yardımlar için başvurabilmektedirler.

Öte yandan, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında yer almadıkları için genel sağlık sigortalısı sayılmayan iltica/sığınma başvuru sahiplerine ise, ikamet ettikleri yerdeki SYD Vakıflarına yabancı kimlik

numarasının yer alacağı SYDV başvuru formu veya başvuru dilekçesi ve yabancılar şubelerinden alınacak statülerini teyit eden belge ile başvurmaları halinde ayakta tedavilerine yönelik ilaç giderleri ile sadece kronik hastaların ayakta tedavi giderleri ve bu tedavilere yönelik tıbbi malzeme bedellerinin karşılanabileceği belirtilmektedir.

İçişleri Bakanlığı'nın; çoğu zaman karışıklıklara neden olan mülteci, sığınmacı, iltica başvurusu sahibi ve sığınma başvurusu sahibi yabancıların sağlık giderleri ile ilgili mevcut düzenlemelere açıklık getirmek amacıyla yayımladığı 19.08.2010 tarihli genelgede;

a) Avrupa Konseyi ülkelerinden gelen ve Türkiye'de iltica talebinde bulunan yabancılara "iltica başvurusu sahibi" dendiği ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında genel sağlık sigortasından yararlanamayacakları;

b) Avrupa Konseyi ülkeleri dışından gelen ve Türkiye'de iltica talebinde bulunan yabancılara "sığınma başvuru sahibi" dendiği ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında genel sağlık sigortasından yararlanamayacakları;

c) Avrupa Konseyi ülkelerinden gelen ve statü belirleme prosedürünü tamamlayarak İçişleri Bakanlığı'nca iltica talepleri kabul edilmiş yabancılara "mülteci" dendiği ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında genel sağlık si-

gortasından yararlanmaları konusunun belirsiz olduğu (Oysa SYDV Genelgesi, Avrupa ülkelerinden gelen ve mülteci statüleri kabul edilenlerin hizmetlerden yararlanabileceğini ifade etmektedir);

d) Avrupa Konseyi ülkeleri dışından gelen ve statü belirleme prosedürünü tamamlayıp İçişleri Bakanlığı'nca sığınma talepleri kabul edilmiş yabancılara "sığınmacı" dendiği ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında genel sağlık sigortasından yararlanacakları belirtilmektedir.

İKGV, 2002 yılında İstanbul'da başlattığı mülteci/sığınmacılara psikolojik destek projesini yıllar içerisinde Ankara, Eskişehir, Bilecik, Kütahya, Ağrı ve Van illerini de ekleyerek 2010 yılından bu yana 7 ilde psikolojik ve sosyal destek hizmet sunumu olarak sürdürmektedir.

İllerdeki İKGV ofislerinde sosyal çalışanlar, psikolog (gerektiğinde psikiyatrist desteği) ve tercümanlar aracılığıyla, hedef grup hakları konusunda bilgilendirilmekte, bu haklardan yararlanmalarını sağlamak üzere destek ve danışmanlık hizmeti sunulmakta, sağlanan sosyal desteğin etkisini arttırmayı amaçlayan toplumu bilgilendirme ve işbirliği ağ çalışmaları yapılmaktadır.

Tüm bu düzenlemelere rağmen mülteci/sığınmacıların da sağlık hizmetlerinden yararlanmasında karşılaşılan sorunlar tamamıyla ortadan kaldırılabilmemiş değildir. Bu sorunları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

a) Sağlık hizmetlerinden yararlanma: İstanbul ili, İçişleri Bakanlığı tarafından bir uydu kent olarak kabul edilmemekte; bu nedenle bu ilde ikamet eden kişilere yabancı kimlik numarası verilmemektedir. Resmi işlemlerde kullanımı gerekli olan bu numaranın olmamasından ötürü başvuru aile hekimliğine kayıt yaptıramamaktadır. Kaydın misafir olarak yapılması doktorun inisiyatifindedir ancak doktorlar da bunu tercih etmemektedir.

İstanbul'da yabancı kimlik numarası olmayan kişilerin sağlık kuruluşları tarafından kabul edilmesinde de sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık kuruluşları kimlik numarası olmayan kişileri sağlık turizmi kapsamında değerlendirerek daha fazla ücret talep edebilmektedir. Randevu ile çalışan kliniklerden telefon ya da internet ile randevu alınmasında yine kimlik numarasının olmayışı sorun yaratmaktadır.

Acil başvurularda sağlık kuruluşlarının neredeyse tamamında sorun yaşanmamakta ve hastanelere acilden giriş yapılabilmektedir. Bununla birlikte hastanın durumu stabilize edildiğinde ve acil dönem sonrası tedavi için

İnsan ticareti, Birleşmiş Milletlerin "Sınır aşan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'ne Ek İnsan Ticaretinin, Özellikle Kadın ve Çocuk Ticaretinin Önlenmesine, Durdurulmasına ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol"ünde "kuvvet kullanarak veya kuvvet kullanma tehdidi ile veya diğer bir biçimde zorlama, kaçırma, hile, aldatma, nüfuzu kötüye kullanma, kişinin çaresizliğinden yararlanma veya başkası üzerinde denetim yetkisi olan kişilerin rızasını kazanmak için o kişiye veya başkalarına kazanç veya çıkar sağlama yoluyla kişilerin istismar amaçlı temini, bir yerden bir yere taşınması, devredilmesi, barındırılması veya teslim alınması" olarak tanımlanmıştır.

Mülteci, Birleşmiş Milletlerin *Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Sözleşmesi*'nde, "ırkı, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da söz konusu korku nedeniyle yararlanmak istemeyen her şahıs" olarak tanımlanmıştır.

hastalar hastane bünyesindeki diğer polikliniklere yönlendirildiğinde kayıt ve tedavi giderlerinin karşılanmasında sorunlar yaşanmaktadır. Ayrıca, önemli sayıda mülteci/sığınmacıda görülen psikolojik /psikiyatrik sorunların yatarak tedavisi gerektiğinde hastalardan ücret istenmektedir.

b) İlaç temini: Sivil toplum kuruluşlarının düzenlediği kampanyalarla bir miktar ilaç sağlanıyor olsa da tüm ilaçları bulmak mümkün olmamaktadır.

c) Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanma: Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezlerinden ücretsiz faydalanabilen mülteciler/sığınmacılar, aile hekimliği sistemine geçişle beraber adrese dayalı sistem gerekçesiyle ana çocuk sağlığı hizmetlerinden (hamilelik, yenidoğan muayene, aşı vb.) ücretsiz faydalanmakta sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Ayrıca, yenidoğan ve çocuk aşılarının mülteci/sığınmacı çocuklarına ücretsiz ve programlı biçimde uygulanması söz konusu olmadığından bu durum aynı zamanda bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır.

d) Üreme sağlığı ve haklarına ilişkin ihlaller: 10 haftanın sonuna kadar istenerek düşük başvurularında başvuranın evli olup olmadığı araştırılmakta, eşleri yanlarında olmayan ya da belgelerinde evlilik durumları yer almayan mülteci/sığınmacı kadınlar açısından bu durum sorun oluşturmaktadır. Kişi evliyse, eşinden izin alması talep edilmektedir. Yirminci haftanın sonuna kadar yasal bir engel olmamasına karşın cinsel şiddet mağduru kadınların hamileliklerinin sonlandırılmasında da ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır.

e) Sağlık personeli ile iletişimde sorunlar: Tercüman sorunu nedeniyle sağlık personeliyle iletişim sorunları yaşanmaktadır. Ayrıca sağlık personelinin mülteci/

sığınmacı hastaların statüsü nedeniyle tereddüde düştüğü sık rastlanan bir durumdur. Bazı vakalarda sağlık personelinin gizlilik ve tedavi sorumluluklarını göz ardı edip başvuruları ihbar etmeleri bile söz konusu olmaktadır.

Kaynaklar

"Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu" Hakkında 2008/13 Tarih ve Sayılı Başbakanlık Genelgesi

Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün "Ülkemiz Vatandaşı Olmayan ve Muhtaç Durumda Bulunan Yabancılara SYD Vakıflarından Yapılacak Yardımlar" Hakkındaki 20.05.2009 Tarih ve 8237 Sayılı Genelgesi

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği. <http://www.unhcr.org.tr>, (Erişim tarihi: 25.02.2013)

<http://www.multeci.net>, (Erişim tarihi: 25.02.2013)

İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı (çevrimiçi) <http://www.ikgv.org/>, (Erişim tarihi: 25.02.2013)

İnsan Ticareti <http://www.asayis.pol.tr/insanticaret.asp> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

İnsan Ticareti Türkiye İstatistikleri. <http://www.countertrafficking.org/tr/whose.html>, (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün "İnsan Ticareti İle Mücadele" Konulu 2004/62 Tarih ve Sayılı Genelgesi

Sivil Toplum Kuruluşları için Mülteci El Kitabı. <http://www.hyd.org.tr/multecielkitabı> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Türkiye Büyük Millet Meclisi 24. Yasama Dönemi 2. Yasama Yılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu Tasansı ile İnsan Haklarını İnceleme Komisyonu, Avrupa Birliği Uyum Komisyonu ve İçişleri Komisyonu Raporları. <http://www.amnesty.org.tr/ai/system/files/ss310.pdf> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Ulusal Yönlendirme Mekanizmaları. OSCE/ODIHR. Varşova, 2006. <http://www.osce.org/tr/odihr/13971> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Yasadışı Göç ve Göçmen Kaçakçılığı http://www.egm.gov.tr/icerik_detay.aspx?id=125 (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Yasadışı Göç ve İnsan Ticaretiyle Mücadele <http://www.mfa.gov.tr/sub.tr.mfa?16230690-da19-4ca4-803a-177d71a0c7e1> (Erişim tarihi: 25.02.2013)

Türk vatandaşlarına yurt dışında sağlık hizmetleri

Hüseyin Çelik



1965 yılında Afyon'da doğdu. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Kamu Yönetimi lisansının ardından (1987) "Avrupa Birliği'nin Ekonomik Yapısı" ve "Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği" yüksek lisansları ile TODAİE "Kamu Yönetimi" uzmanlığı programını tamamladı. DPT 8, 9 ve 10. Kalkınma Planları Sağlık Özel İhtisas Komisyonu üyesidir. TÜSİAD Sağlık Politikaları ve Stratejileri Alt Komisyonu başkanlığı ve TOBB Sağlık Kurumları Meclisi Üyeliği, Sağlık Bakanlığı Planlama ve İstihdam Komisyonu üyeliği, Akredite Hastaneler Derneği kurucu üyeliği, SSK Genel Müdürlüğü Müfettişliği, Adana Sağlık Turizmi Derneği Başkanlığı yapmıştır. Halen Acıbadem Adana Hastanesi Direktörlüğü ve Adana Sağlık Turizmi Derneği Başkanlığı görevlerini yürüten Çelik, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Sağlık hizmetlerinin kapsamına, sunum mekanizmalarına ve finansmanına ilişkin hususlar; her ülkenin kendine özgü kuralları ile yürütülmektedir. Ancak giderek globalleşen dünyada mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı yanında, sağlık hizmetlerinin de dolaşımının önemi ve bunun finansmanı, giderek daha çok önem kazanan konular arasında yer almaktadır.

Bu çalışmada, sadece Türk vatandaşlarının sınırlarımızın ötesinde sağlık hizmetlerinden ne şekilde yararlanacağına ilişkin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümleri dikkate alınmış, yabancı ülke vatandaşlarının Türkiye'de sağlık hizmetinden yararlanma şekli, başka bir çalışmanın konusu yapılacaktır.

5510 sayılı Kanun hükümleri öncesi, yurt dışında sağlık hizmetlerinin sağlanması, kişilerin çalışma statülerine bağlı olarak Çalışan Devlet Memurları, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Yeşil Kart mevzuatlarına göre eşit olmayan bir şekilde yürütülmekte idi. 1.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren 5510 sayılı Kanun ile vatandaşlık temeline bağlı olarak sağlık güvencesi getirilerek, hak ve yükümlülükler vatandaşlık temeline dayalı olarak düzenlenmiştir.

1. Geçici ya da sürekli görevle gönderilme halinde sağlık hizmetlerinin finansmanı:

1.1. Kapsanan kişiler ve sağlık hizmetleri

GSS kapsamındaki kişilerin yurtdışında sağlık yardımlarından yararlanması, çalışma biçimine göre farklılık göstermektedir. Kanunun 66'ncı maddesi gereği işverene bağlı çalışan, 4/a (SSK) ve 4/c (ES) kapsamında çalışan kişilerin; geçici görevle gönderilmeleri halinde acil hallerde, sürekli görevle gönderilmeleri halinde ise acil hal koşulu aranmaksızın sağlık hizmetleri SGK tarafından karşılanmaktadır. Sürekli görevle gönderilme halinde, bu kişilerin bakmakla yükümlü olduğu hak sahiplerin de sağlık giderleri yurtdışında SGK tarafından karşılanmaktadır.

Kanunun Ek 4 üncü maddesi gereği kamu idarelerinde çalışan genel sağlık sigortalısının sürekli görevle yurtdışında görevlendirilmesi halinde hak sahipleri ile birlikte yurtdışında bulunduğu ülke mevzuatı gereği yapılması zorunlu muayene, kontrol ve aşı gibi Türkiye de Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin giderleri, Türkiye'de ödenen tutarları geçmemek üzere ayrıca ödemesi yapılmaktadır.

Sürekli görevle görevlendirilenlerin dış tedavileri de yine Kanunun Ek 4'üncü maddesi kapsamında ödenmektedir. Buna göre;

a) Dış çekimi, kanal tedavisi, diş dolguları ve travma sonucu oluşan çene defektlerine yapılan cerrahi müdahalelerle, protez tamirlerine ait tedavi bedelleri aynen,

b) Diğer dış tedavilerine ait giderler ise bedeli ödenecek her bir dış tedavi kalemi için faturada yer alan tutarı geçmemek kaydıyla, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından aynı tedavi için tespit edilen birim fiyatların % 100 oranında artırılması suretiyle bulunacak miktar üzerinden ödenmesi kuralı getirilmiştir.

Gözlük camı ve çerçeve bedeli için ise Türkiye'de SGK tarafından ödenen tutarın %100'ünü geçmeyecek şekilde ödenmektedir.

Kendi nam ve hesabına çalışan 4/b kapsamındaki kişiler için ise, yurtdışında sağlık giderleri karşılanmamaktadır.

Kanunda geçici görevlendirme, 6 aya kadar yapılan görevlendirmeler olarak kabul edilmiştir. 6 ayı geçen görevlendirmeler ilse sürekli görevlendirme olarak sayılmıştır.

Yurtdışında sağlık güvencesi, Kanunda sayılan haller dışında, ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri ile sağlanmaya çalışılmaktadır. Her geçen gün ikili sosyal güvenlik sözleşmelerinin artması, bu sorunu kısmi olarak azaltmakla birlikte kalıcı çözüm için mütakabiliyet ilkesine uygun olarak politikalar geliştirilmesi hedeflenmelidir.



1.2. Geçici ya da sürekli görevle gönderilme halinde sağlık hizmetlerinin finansmanın üst sınırı:

Yurt içinde tedavinin ya da tetkikin sağlanmadığı durumlarda, ödenecek bedelin üst sınırı bulunmaktadır. Buna göre SGK tarafından ödenecek tutar, yurt içindeki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenecek bedelleri geçemeyecektir. Bu tutarı aşan kısmının İşveren tarafından ödenmesi öngörülmüştür. Ancak ikili sosyal güvenlik sözleşmesi bulunan ülkelerde, öncelikle sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanacaktır.

1.3. Geçici ya da sürekli görevle gönderilme halinde yurtdışında özel sigorta yaptırılması yoluyla finansman:

SGK tarafından geçici veya sürekli görevlendirme halinde, sağlık hizmeti giderleri, yapılan harcama bedellerinin ödenmesi suretiyle karşılanabileceği gibi, sağlık sigortası yaptırmak suretiyle de karşılayabilmektedir. Ancak bu durumda ödenecek prim tutarı, SGK ya ödenen prim tutarını geçememektedir.

2. Yurt içinde tedavinin yapılamaması halinde finansman:

Kanunun 66'ncı maddesi gereği, GSS kapsamındaki sigortalı ve hak sahiplerinin yurtdışında sağlık yardımlarının karşılandığı bir diğer durum ise, tedavilerinin Türkiye'de yapılamaması haldir. Sağlık Bakanlığının, yurt içinde tedavisinin yapılamadığını belirtmesi koşulu aranmaktadır. Bu kapsama tetkikler de dahil bulunmaktadır. Bu durumda sağlık hizmeti bedelinin tümü ödenmektedir. Ancak SGK'nın söz konusu tedaviye ilişkin yurtdışında sözleşmeli

olduğu bir sağlık hizmeti sunucusu var ise ödenecek tutar, bu sözleşmeli fiyatı geçememektedir.

3. Yurtdışında askeri veya güvenlik amaçlı görevlendirilme halinde:

Yurtdışında askeri veya güvenlik amacıyla görevlendirilenlerin sağlık giderleri SGK tarafından karşılanmaktadır. Ancak yurtdışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunan kişilere ödenen tutarı aşan kısmı, yine işverenleri tarafından karşılanmaktadır.

4. Yurtdışında turistik amaçla bulunması halinde finansman:

Kanunla yurtdışında tedavi giderlerinin ödenmesi koşulları, 66'ncı ve Ek 4 üncü maddelerde sayılan hallerle sınırlandırılmış olup, idareye bu kapsamı genişletici bir uygulama yapma hakkı verilmemiştir. Kişinin yurtdışında bulunduğu ülkede ikili sosyal güvenlik sözleşmesi var ise sosyal güvenlik sözleşmesi hükümleri uygulanmaktadır. Bunun dışında turistik amaçla yurtdışında bulunmak halinde sağlık giderleri ödenmemektedir.

5. Yurtdışında sağlık hizmeti sunucuları ile sözleşme yapılması halinde finansman:

Kanunun 73'üncü maddesi kapsamında sağlık hizmetinin bizzat SGK eliyle sunulması kabul edilmemiş, bu hizmetin SGK tarafından yurtdışında sözleşmeler yoluyla temin edilmesi veya sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucudan alınan bedelin geri ödenmesi suretiyle karşılanması öngörülmüştür. SGK'ya Kanunun 77'inci

maddesi ile yurtdışındaki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının duyurulması görevi verilmiştir. Sigortalı ve hak sahipleri, sağlık hizmeti sunucularını seçme hakkına sahip bulunmaktadır.

6. Yurtdışında sağlık amacıyla gidişlerde yol, gündelik ve refakatçi gideri ödenmesi:

Yurtdışına SGK tarafından yapılacak sevklerde, gündelik, yol, yatak ve yemek giderleri Kanunun 65'inci maddesi kapsamında GSS kapsamında ödenmektedir. Ancak bu ödemelerde Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen tutarlar ödenmektedir.

5510 sayılı Kanun kapsamında sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesinde, bireylerin görev icabı değil de turistik amaçla yurtdışında bulunmaları halinde sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi, Kanun kapsamına alınmamıştır. Bunda, ülkemizdeki sağlık hizmeti sunucularının önceliklenmesi amaçlanmış, sağlık hizmeti sunumu uluslararası rekabete açılmamıştır. Diğer taraftan bireylerin zorunlu sigortaya tabi olarak ödedikleri primler karşılığında sağlık hizmetini yurtdışında almak istemeleri halinde, alınan sağlık hizmeti giderlerinin SGK tarafından ödenen tutarlar kadarının ödenmesi de aynı şekilde Kanun güvencesine alınmamıştır.

Yurtdışında sağlık güvencesi, Kanunda sayılan haller dışında, ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri ile sağlanmaya çalışılmaktadır. Her geçen gün ikili sosyal güvenlik sözleşmelerinin artması, bu sorunu kısmi olarak azaltmakla birlikte kalıcı çözüm için mütakabiliyet ilkesine uygun olarak politikalar geliştirilmesi hedeflenmelidir.

Sınır ötesinde sağlık sigortası

Dr. Cem Köylüoğlu



1966 yılında Burdur'da doğdu. Kulu Merkez İlkokulu, Konya Maarif Koleji ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra birinci basamak ve acil sağlık hizmetlerinde çalışan Köylüoğlu, daha sonra Şişli Etfal Hastanesi'nde Aile Hekimliği ihtisasını tamamladı ve 2000 yılında sigorta sektörüne geçti. Halen bu alanda yöneticilik yapmakta ve Türk Sigorta Birliği Sağlık Komitesi Başkanlığı'nı sürdürmektedir. Aynı zamanda Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Yüksek Okulunda konuk öğretim elemanı olarak Sağlık Sigortaları dersleri verirken, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, Yönetim ve Organizasyon Doktora Programında öğrenime de devam eden Dr. Köylüoğlu, evli ve iki çocuk babasıdır.

Sağlık, turizm ve sigorta sektörlerinin her biri yeterince karmaşık ve hassas hizmet alanları iken, bunların birleştiği noktada yürüyen "sağlık ve turizm sigortası" başlığı altında işlerin daha da karmaşık olarak algılanması doğaldır. Konuyu irdelemek için iki önemli başlığa ayırmamız uygun olacaktır.

1. Sınır ötesi sağlık hizmeti alma olanakları açısından sigorta ve sağlık turizmi
2. Seyahat eden kişilerin ve bu kişilere hizmet sunan tedarikçilerin diğer güvence ihtiyaçları

1. Sınır ötesi sağlık güvenceleri

Kendi ülkenizde geçerli olan sağlık güvenceniz, yurtdışında da geçerli olabilir mi? Acil durumlar dışında, planlı tıbbi hizmetler için de güvence sağlayabilir mi?

a) Sağlık Güvenceli Turizm (Seyahat Sağlık Sigortası): Turizm, iş veya öğrenim amaçlı seyahat sırasında olası acil sağlık sorunlarının sigortalandığı klasik "seyahat sağlık" güvencesinin, özel ve kamu olarak iki bölümü bulunmaktadır.

Özel seyahat sigortaları, acil sağlığa ilaveten başka ek güvencelerle birlikte seyahatin bütününe odaklanarak daha da farklılaşır. Eksik teminat ve limitler nedeniyle bu alanda halen yaşanan sorunlar olduğunu da bir yana not ederek devam edebiliriz.

Seyahatteki kamusal yaklaşıma bakarsak; hemen her ülkenin sağlık sisteminde, vatandaşının seyahati sırasındaki acil sağlık sorunları için çeşitli güvenceler oluşturulduğunu görmekteyiz. Kendi ülkenizdeki sağlık sigorta sisteminde bu giderleri belirli bir ölçüde, genellikle kendi fiyat tarifeniz kadar geri alabilirsiniz. Günümüzde buna bizim SGK güvencemiz de dahildir. Ayrıca protokol kapsamında karşılıklı anlaşmalar ile bazı ülkelerde cebinizden hiç para ödemedi de bu hizmetleri alabilirsiniz. Ve tabi ki karşı taraf vatandaşları da acil durumlarda Türkiye'de SUT tarifesinden hizmet alırlar.

b) Güvenceli Sağlık Turizmi (Sınır Ötesi Sağlık Sigortası): Pek çok konuda üye ülkeler arasındaki sınırları kaldıran Avrupa Birliği, acil olmayan sağlık hizmetlerinde de sınırları kaldırmaya yoğunlaşmıştır. Özellikle Akdeniz ülkeleri için doğrudan ve dolaylı bir gelir kaynağı olarak bu durum çok kritik bir önem kazanmıştır. Sağlık ve sosyal güvencesi olan Avrupa vatandaşlarının emekli olduktan sonra bu ülkelerde yaşamayı tercih etmeleri, sağlık güvencelerinin de bu ülkelerde geçerli olmasına çok bağlı hale gelmiştir. Böylelikle emekli kuzey AB vatandaşları, Akdeniz ülkelerinde mülk edinerek ve emekli maaşlarını ve sağlık güvencelerini de bu ülkelerde harcayarak döviz cinsinden ciddi bir kaynak yaratmaktadırlar. Bazı AB ülkeleri için oldukça avantajlı olan bu durum karşısında elbette dezavantajlı bir taraf da bulunmaktadır. Şimdilik sadece 10 milyar Euro olarak hesaplanan bu hacim, toplam sağlık harcamalarının %1'ine kar-

sılık gelmekte ve ağırlıklı olarak acil tıbbi hizmetlerden oluştuğu görülmektedir. İnsanların elektif işlemleri daha çok kendi ülkelerinde yaptırma eğiliminde olduğundan hareketle hesaplamalar bu bazda öngörülmüştür. Ancak Akdeniz ülkelerinde yerleşik düzene geçenlerden kaynaklanacak taleplerle bu hacmin yükseleceği, dolaylı maliyetlerle birlikte kaynak ülke sistemlerine daha fazla yük bindireceği de savlanmaktadır. Dolaylı maliyeti de biraz açarsak; turizm destinasyonundaki "seçici" sağlık merkezleri talebi yönetebilecektir. Günün sonunda "maliyet etkin" yaklaşımla "verimli riskleri" kendilerinde tutacak, "yüksek maliyetli riskleri" ise kaynak ülkeye yönlendireceklerdir. Bu şekilde anti-seleksiyona uğrayarak kaynak ülkeye yönelen "yüksek maliyetli riskler", önce buradaki sağlık hizmet sunucularında ciddi bir verimlilik sorunsalı yaratacak, aktüeryal hesapları allak bulak ederek yine kaynakta yeni önlemler ve ek kaynaklarla çözümler aranacaktır. Uzamış mevzuat sürecinde bu tartışmalar önemli bir yer tutmuştur. Tüm bunlara rağmen 2008 yılında başlamış olan mevzuat süreci nihayet İspanya'nın AB dönem başkanı olduğu 2011 yılında parlamentodan geçmiş ve yürürlüğe girmiştir. Ekim 2013 tarihine kadar üye ülkelerin uyumu için süre verilmiş olup pek çok detaylı düzenleme çalışılmaktadır. Özellikle sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenliğine ve kişilerin her aşamada bilgilendirilmesine, ayrıca provizyon süreçlerine ilişkin düzenlemeler göze çarpmaktadır.

Sağlık, turizm ve sigorta sektörlerinin her biri yeterince karmaşık ve hassas hizmet alanları iken, bunların birleştiği noktada yürüyen “sağlık ve turizm sigortası” başlığı altında işlerin daha da karmaşık olarak algılanması doğaldır. Peki, kendi ülkenizde geçerli olan sağlık güvenceniz, yurtdışında da geçerli olabilir mi? Acil durumlar dışında, planlı tıbbi hizmetler için de güvence sağlayabilir mi?

c) Güvencesiz Sağlık Turizmi (Nakit Ödeyen Hastalar): Kendi ülkelerinde güvenceleri bulunmayan, sınır ötesinde teminatları geçersiz veya geçişi zorlaştırılmış olan sigortasızlar da bulunmaktadır. Hizmet bedelini kendisi karşılayacak, “cepten ödeyen sağlık turisti” olarak sağlık hizmeti alacaklardır. Bu kişiler hem hastane seçimlerinde hem de hizmetlerin güvenliği konusunda daha seçici olacaktır. Kurumlar ve hatta ülkeler arasındaki rekabeti de yukarı taşıyacaklardır. Nakit ödeme yapmaları ve kendi ülke tarifelerine bağlı olmadan hizmet alabilmeleri ise olumlu yanları olacaktır.

2. Tedarikçilerin Güvence İhtiyaçları

Yukarıdaki farklı statüleri dışında tüm sağlık turizmi katılımcılarının bazı ortak noktalardaki tedarikçileri ile onların sigorta ihtiyaçlarını şu şekilde sıralayabiliriz:

a) Uçuş: Uluslararası uçuş kuralları çerçevesinde, tedavi öncesi ve sonrasında seyahat edebilir sağlık düzeyinde olmayanlar için özel önlemler almak ve bu konudaki risklerin güvence altına alınması kritik ve belirleyici bir süreçtir. Kaldı ki sektörün gelişimi için en önemli destek bu alanda verilmektedir.

b) Transferler: Uçuş dışındaki ulaşım; havaalanı-otel-hastane-turistik geziler sırasında kapsamlı ve sağlık destekli bir organizasyon, ciddi bir yaklaşımı hak

Türk vatandaşlarının yurt dışı sağlık harcamaları ile ilgili mevcut üç durum şöyledir:

1) Kişi yurt dışında sürekli görevlendirildiyse, kendisi ve bakmakla yükümlü olduğu yakınlarının her türlü sağlık harcaması, kişiyi görevlendiren kurum tarafından karşılanır, faturanın SGK payı kurumuna geri ödenir.

2) Kişi geçici görevle yurt dışına çıktı ise geri ödeme sadece kişinin acil başvurularında yapılır.

3) Diğerleri ise SUT’da 4.4.2 geçici ya da sürekli görevlendirilme dışında yurt dışında bulunma halinde sağlanacak sağlık hizmetleri başlıklı maddesinde; “Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında bulundukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, bulundukları ülke ile Türkiye arasında sağlık, yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde sağlık hizmetleri, giderleri ile yol giderleri gündelik ile ve refakatçi vb. giderler ödenmez” olarak belirtilmiştir. Ülkemizle Hırvatistan Cumhuriyeti, Lüksemburg Büyük Dukalığı, Arnavutluk Cumhuriyeti, Kanada Hükümeti, Kebek Hükümeti, Çek Cumhuriyeti, Bosna Hersek Cumhuriyeti, Danimarka Kraliyeti, Gürcistan Hükümeti, Romanya, Azerbaycan, Makedonya Cumhuriyeti, Bulgaristan Cumhuriyeti, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, Libya Arap Halk Sosyalist Cemarihiyesi, Norveç Krallığı, Fransa Cumhuriyeti, İsveç Krallığı, İsviçre, Avusturya Cumhuriyeti, Belçika Krallığı, Hollanda Krallığı, Federal Almanya Cumhuriyeti ve İngiltere arasında 24 farklı sosyal güvenlik sözleşmesi bulunmaktadır.

Bu 24 ülke ile olan sosyal güvenlik sözleşmesinde, kısa vadeli sağlık konusunda da hüküm bulunması durumunda acil sağlık harcamaları SUT fiyatı üzerinden geri ödenmektedir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 4. maddesinin 1. fıkrasının (a), (b), (c) bentleri ile geçici 4. maddesi kapsamında sayılanlar ile emekli, gelir ya da aylık alanlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmeli ülkelerin hangilerinde sağlık sigortası uygulamalarından yararlanabileceği çok açık değildir. Sosyal Güvenlik Sözleşmesi olmayan diğer ülkelerde yapılan sağlık harcamaları ile ilgili ise herhangi bir işlem yapılamamaktadır.

Kısaca daha fazla sayıda ülkeyi içeren geniş katımlı, herkesin kolaylıkla ulaşip anlayabileceği kadar açık ve şeffaf, GSS şemsiyesi altındaki herkesin yararlanabileceği ölçüde kapsamlı, ülkeler arasındaki sağlık hizmetlerinden doğan maliyet farklılıklarını da göz ardı etmeyen gerçekçi tüm ülkelere uygulanacak standart bir sözleşmeye ihtiyaç vardır.

etmektedir. Özellikle trafik sigortalarında 2011 Şubat ayından bu yana yaşanan kaotik süreç nedeniyle, SUT üzerindeki giderlerin açıkta kaldığını da göz önüne alırsak... Zorunlu sigortalar; trafik sigortası, karayolu yolcu taşımacılığı zorunlu koltuk ferdi kaza sigortası, zorunlu karayolu taşımacılık mali sorumluluk sigortası zaten aktif ve geçerli olmalıdır. İlaveten ihtiyari sorumluluk sigortaları, zorunlu sigorta limitleri üzerinde işleyecek bu sigortalarının limitleri gerçekten koruyucu nitelikte olmalıdır.

c) Konaklama: Hastane dışındaki konaklamanın, işin niteliğine ve gereken güvencelere sahip, engelsiz bir mekân olması gerekmektedir. Bu alanlarda özellikle üçüncü şahıs mali sorumluluk, yangın ve diğer özel risklerin (gıda zehirlenmeleri, emanetler vs.) güvence altında olması beklenmelidir.

d) Hastaneler, hekimler ve sağlık hizmeti sunmaya yetkili kişiler: Sağlık kurumları için kalite ve risk yönetimi sertifikasyonlarından önce, tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası ve hastane mesleki sorumluluk sigortası ile tamamlayıcı nitelikte ihtiyari -isteğe bağlı- malpraktis sigortaları yapılması

gerekmektedir. Burada da hekim zorunlu malpraktis sigortasının limitlerinin yeterli olmayabileceği ve isteğe bağlı olarak ilave teminat alınmasının gereğini tekrar vurgulamak durumundayız. Ayrıca hastane mesleki mesuliyet sigortası ile hastane yönetimi için sorumluluk poliçesi yaptırılması sağlanacaktır. Özellikle bu konudaki teminatların varlığı ve yeterliliği, gelecek sağlık turisti için olmazsa olmaz bir sorgudur. Pek çok yabancı sigorta şirketi, hastane anlaşmaları için akreditasyon sertifikalarından önce bu güvenceleri sorgulamaktadır.

e) Seyahat acenteleri (yurtdışı ve TR): Türkiye’deki seyahat acenteleri için 1618 sayılı yasada tanımlanmış zorunlu mali sorumluluk sigortaları yapılmakla birlikte burada da yeterli güvence sağlanamamaktadır. Zira her türlü olayda ilk olarak bu tüzel kişiler dava konusu olduğundan, yıllarca süren bu davalar nedeniyle de ticari faaliyetleri bloke olmaktadır. Ülkemizde yaygın olmamakla birlikte hukuki koruma sigortası ile bu gibi haksız açılan davalara karşı, dava sonuçlanıncaya kadar başta seyahat acenteleri olmak üzere tüm hizmet sunucular için farklı bir güvence daha sağlanmış olmaktadır.

İnsani Amaçlı İlaça Erken Erişim Programı

Doç. Dr. Hanefi Özbek



1965'te Sivas'ta doğdu. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi (1991). Van Kapalı Cezaevi'ne tabip olarak atandı (1991). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık-Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı tabip kadrosuna naklen geçti (1993). Van Türk Musiki Derneği'ni kurdu (1993). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Müzik Eğitimi Bölümü'nü kuruluşunda görev aldı (1994). Farmakoloji ve Toksikoloji doktorasının ardından (1998) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yardımcı doçent doktor olarak göreve başladı (1998). Sağlık Bakanlığı'na İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak geçti (2008). Tıp Farmakoloji alanında doçent unvanını aldı (2011). Bir dönem Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı olarak görev yapan Özbek, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyesi ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun Müdürüdür. Dr. Özbek, evli ve iki çocuk babasıdır.

Hastalıkların önlenmesi, teşhisi veya tedavisi için kullanılan her türlü ilaç, aşı, kan ürünü ve benzeri tıbbi ürünlerin üretimi, ruhsatlandırılması, fiyatlandırılması, gereğinde ithal edilmesi işlemleri devletin izni ve kontrolü altındadır. Bu meyanda, yukarıda sayılan tıbbi ürünlerin pazarda bulundurulması ve ihtiyaç anında vatandaşlara sunulması Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır.

Bir ilacın ruhsatlandırılması işlemleri ABD ve AB'de olduğu gibi Türkiye'de de belirli prosedürlere bağlıdır. Bu prosedürlerin yerine getirilmesi bazen iki seneyi aşkın bir süreyi gerektirebilmektedir. Eczaneler, ruhsatlandırılmamış bir ilacı hastaya sunamazlar. Bu nedenle Türkiye'de henüz ruhsatlandırılmamış bir ilacın, ihtiyaç halinde hastaya temin edilmesi önemli bir sorun oluşturabilmektedir. Hastaların böyle bir ilacı, ruhsatlandırılana kadar beklemeleri de mümkün olamayacağına göre, hastanın ilaca erişimini sağlamak ve bunun için gerekli düzenlemeyi yapmak Sağlık Bakanlığı'nın görevlerindendir. Bu konuda bir çözüm olarak "Endikasyon dışı ilaç kullanımı" ve "insani amaçlı ilaca erken erişim programı" Sağlık Bakanlığı tarafından aynı adlı kılavuzlarla düzenlenmiştir.

Endikasyon dışı ilaç kullanımı (off label use): Ülkemizde onaylanmış endikasyonların dışında ve/veya standart dozların üstünde ilaç kullanımı ile ülkemizde henüz ruhsatlandırılmamış ilaçların şahsi tedavi amacıyla yurt dışından getirilerek kullanımı hususları "endikasyon dışı ilaç kullanımı" olarak adlandırılmaktadır. Bu programın amacı endikasyon dışı (off label use) kullanılan veya şahsi tedavi amacıyla yurt dışından getirilen ilaçların tıbbi, etik, hukuki, farmakoekonomik ve akılcı kullanımını temin etmektir.

Endikasyon dışı ilaç kullanımı başvuruları için www.titck.gov.tr internet adresinden temin edilecek başvuru formunun hastanın doktoru tarafından doldurulup imzalanması ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na gönderilmesi gerekmektedir. "Bilgilendirilmiş Hasta Olur Formu" ve "Sağlık Kurulu Raporu örneği"nin de başvuruya eklenmelidir. Bu başvurular, ilgili birim ve bilim danışma komisyonları tarafından ivedilikle değerlendirilmekte (bazen aynı gün içinde cevap verilmekte) ve sonuç, hastanın doktoruna kargoyla ve aynı zamanda e-mail ile bildirilmektedir.

Yurtdışından getirilecek ilaçlar için sonuç raporuna "yurtdışından ithali uygundur" şeklinde bir ibare düşülerek ilacın ithal

izni de aynı yazı içinde verilmiş olmaktadır. Bu ilaçların ithali Türk Eczacıları Birliği (TEB) tarafından yapılmaktadır. TEB'e yapılacak başvuruda, sağlık kurulu raporunun bir örneği, reçete aslı, nüfus cüzdanı fotokopisi ve iletişim bilgilerinin sonuç raporuna eklenmesi gerekmektedir. www.titck.gov.tr sayfasında yayımlanan "Yurtdışı İlaç Listesi" içerisinde bulunan ilaçlar için Bakanlığa başvurmaya gerek olmayıp doğrudan TEB'e başvurulmaktadır. Acil durumlarda kullanılması gereken ancak ülkemizde bulunmayan ilaçlar için de hastaneler miktar belirtmek suretiyle Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na başvurabilmekte ve bu ilaçların ithali yine TEB tarafından yapılmaktadır. Bakanlığın yayınlarından, endikasyon dışı ilaç kullanımı için yapılan başvuruların yaklaşık % 95'inin uygun bulunduğu anlaşılmaktadır.

Endikasyon dışı ilaç kullanımı kapsamında ithal edilen ilaçlar Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir. Türkiye'de ruhsatlı ilaçların fiyatı Sağlık Bakanlığı'nca belirlenmekte, SGK'nın geri ödeme kapsamına aldığı ilaçların fiyatı ise daha da aşağıya çekilebilmektedir. Endikasyon dışı ilaç kullanımı kapsamında ithal edilen ilaçların fiyatı için pazarlık edebilme gücünün, ruhsatlı ilaçlardaki kadar olamayacağı açıktır.

Bu durum, ilaç firmalarının bazı ilaçlar için Türkiye’de ruhsat almak yerine, bu ilaçların “endikasyon dışı ilaç kullanımı” yoluyla teminine sıcak bakmalarına yol açabilme ihtimalini de içinde bulundurmaktadır. Böylece hem ruhsat almak için aylarca uğraşılmayacak, hem de ilaç daha yüksek bir fiyatla satılabilecektir. Özellikle kanser tedavisi gibi bazı alanlarda kullanılan ilaçların önemi ve bunun yanında ne kadar pahalı oldukları göz önüne alındığında, endikasyon dışı ilaç kullanımı konusunda ilgili tüm tarafların azami dikkat göstermesi hususunun altının önemle çizilmesi gerektiği düşüncesindeyiz. Bu nedenle ilaç ruhsatlandırma süreçlerinin hızlandırılması, endikasyon dışı ilaç kullanımı sebeplerinden birini ortadan kaldıracak ve bu tür ilaçlara duyulan ihtiyacı azaltabilecek bir faktör olarak ele alınabilir.

Endikasyon dışı amaçla kullanılan ilaçların yan etki sıklığı ve bu yan etkilerinin ağırlığı genellikle ve yeterince bilinmemektedir. Bu nedenle bunları kullanan hastalarda ciddi yan etki görülme riski yüksektir. Bu durum, bir yandan onarmaya çalışırken diğer yandan daha fazla bozmaya benzer bir durumla karşılaşılması riskini de beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla endikasyon dışı ilaç kullanımı programını işletmeye karar verirken bir kez daha düşünmek ve elde edilecek yararın ortaya çıkacak zarardan daha fazla olması hususuna dikkat etmek gerekmektedir. Yani hasta güvenliğinin her zaman ön planda tutulması noktası, hekimin dikkat edeceği ilk husus olmalıdır.

İnsani Amaçlı İlaça Erken Erişim Programı (Compassionate Use): Bu program, ülkemizde Bakanlıkça ruhsatlandırılmış ve ulaşılabilir mevcut tıbbi ürünlerle tedavisi başarısız olmuş ciddi veya acil, hayatı tehdit edici bir hastalığı olan ve bu konuda düzenlenmiş klinik araştırmalar kapsamına alınamayan hastalara uygulanmaktadır. Ülkemizde ruhsatlı olmayıp, diğer ülkelerde ruhsatlı veya henüz ruhsat almamış (deneme aşamasında) ilacın, ilacı geliştiren/temin eden firma tarafından insani gerekçelerle ücretsiz temin edilmesi amaçlanmaktadır. İnsani amaçlı ilaca erken erişim programı, bu program dahilinde tedaviye alınması sorumluluğu yazılı olarak üstlenilmiş ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’na bildirilmiş olan hastalara uygulanmaktadır.

Bilimsel olarak izah edilebilir, çok nadir istisnai durumlar dışında, dünyada en az Faz-II çalışmaları tamamlanmış ve Faz-III çalışmaları başlamış olan ilaçlar bu programa alınmaktadır. Bir ilacın bu programa alınabilmesi için ülkemiz dahilinde Faz çalışmaları yapılması şartı aranmaz. Bu program klinik ilaç araştırması değildir. Programı yürüten hekim/



hekimlere herhangi bir ad altında ödeme yapılamaz. Bu programda ilacın etkililiği ile ilgili bilgi toplanılması amaçlanmaz ve bu tür bilgiler toplansa dahi, ilacın Sağlık Bakanlığı nezdinde ruhsatlandırılmasıyla ilgili prosedürlerde kullanılmaz. Bu programa katılabilmek için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’na başvurmak gerekmektedir. Başvuru için www.titck.gov.tr internet adresinden temin edilecek başvuru formu (İnsani Amaçlı İlaça Erken Erişim Programı Kılavuzu’nun içindeki ek dosyalar) hastanın doktoru tarafından doldurularak Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’na gönderilmelidir.

Bu program, eğitim ve araştırma hastanelerinin yanı sıra uygulama yapılacak yer yönünden yeterliliği onaylanmış devlet hastaneleri ile özel hastanelerde de uygulanabilir. Ancak poliklinikler, özel muayenahaneler, sağlık ocakları ve dispanserlerde uygulanamaz. İlacın kullanımı sırasında yapılacak rutin tetkikler dışında hiçbir tetkik ücreti hastaya ya da geri ödeme kurumuna ödettilerilemez. Aynı hasta için aynı zamanda hem endikasyon dışı ilaç kullanımı programı, hem de insani amaçlı ilaca erken erişim programına başvuru yapılamaz. Hekim ve hasta bu programlardan uygun olanı kendileri seçerler.

Kaynaklar

Banu Bayar. Ülkemizde Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı. Sağlık ve İnsan, 12: 20-21, 2012

Sağlık Bakanlığı, Endikasyon Dışı İlaç Kullanımı Kılavuzu

Sağlık Bakanlığı, İnsani Amaçlı İlaça Erken Erişim Programı Kılavuzu

Endikasyon dışı ilaç kullanımı kapsamında ithal edilen ilaçlar Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir. Türkiye’de ruhsatlı ilaçların fiyatı Sağlık Bakanlığı’nca belirlenmekte, SGK’nın geri ödeme kapsamına aldığı ilaçların fiyatı ise daha da aşağıya çekilebilmektedir. Endikasyon dışı ilaç kullanımı kapsamında ithal edilen ilaçların fiyatı için pazarlık edebilme gücünün, ruhsatlı ilaçlardaki kadar olamayacağı açıktır.

Türkiye'de sağlık turizmi ve Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları

Dr. Dursun Aydın



1966'da Konya'nın Beyşehir ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Antalya'da tamamladı. Tıp eğitimini Atatürk Üniversitesi'nde 1993'te tamamladı. Erzurum'da SSK Hastanesi'nde başlayan mesleki kariyeri, kısa süreli İstanbul deneyiminin ardından 1996'da Erzurum'da Doğunun ilk özel sağlık kuruluşunu bir grup arkadaşı ile açması ile devam etti. 2005'e kadar hastanenin başhekimliği görevini yürüttü. 2005 yılında Ankara'ya taşınan Aydın, Sağlık Turizmi Derneği'ni kurdu ve 2010 yılına kadar bu derneğin kurucu genel başkanlığını yaptı. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Koordinatörü olarak atanan Aydın, daha sonra Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'na dönüşen birimin halen yöneticisi olarak görevini sürdürmektedir.

Sağlık turizmi; bir kişinin sağlığına kavuşması veya sağlığını geliştirmesi için herhangi bir nedenle yaşadığı ülkeden başka bir ülkeye seyahat etmesidir. Sağlık turizminin birçok alt bileşeni vardır.

1) Medikal turizm: Uluslararası hastaların tedavi ve rehabilitasyon amaçlı sağlık kurumlarından hizmet alması şeklinde olan sağlık turizmi çeşididir.

2) Termal turizm ve medikal SPA: Kaplıca suları veya otelcilik hizmetleriyle birlikte medikal masaj, peloid gibi bazı tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapıldığı sağlık turizmi çeşididir.

3) Yaşlı ve engelli turizmi: Yaşlı ve engellilerin bakım, rehabilitasyon ve medikal tedavilerinin bir arada olduğu sağlık turizmi çeşididir.

Görüldüğü üzere sağlık turizminin birçok çeşidi mevcuttur. Odak nokta, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) de tanımladığı anlamda insanların sağlığına kavuşmak için yapılan tüm seyahatler diye özetlenebilir (DSÖ'ye göre sağlık; kişilerin ruhsal ve fiziksel olarak tam iyilik halidir).

Ülkemiz her üç sağlık turizmi türünde de çok ciddi potansiyele sahiptir. Bu bağlamda Türkiye; özellikle coğrafi ko-

num, kültür ve iklim ile sağlıkta dönüşüm projesiyle sağlık hizmetlerinin geldiği nokta göz önünde bulundurulduğunda sağlık turizmi noktasında dünyada en cazip ülkelerden birisidir.

Dünyada sağlık turizmi son 10 yılda hızla gelişmiştir. Sadece tıp turizmi için seyahat edenlerin sayısı 10 milyonu aşmış ve yıllık 100 milyar Dolarlık bir ciroya ulaşmıştır. Ayrıca termal turizm, medikal SPA, yaşlı ve engelli turizminde seyahat edenlerin sayısı ve bu alanda dönen ciro tam olarak bilinmemekle birlikte medikal turizmdekinden çok daha üst sıralardadır. Zaten turizm sektörünün çeşitlendirilmesi ve 12 aya yayılması, Türkiye gibi turizm ülkelerinde bir zorunluluk haline gelmiştir. Özellikle 20 ülke, turizm ve sağlık turizmi konusunda kıyasıya rekabet içinde bulunarak çok ciddi çalışmalar yapmaktadırlar. Malezya, Ürdün, Hindistan, Almanya, İngiltere ve hatta ABD, tıp turizminde çok ciddi çalışmalar yürütmektedir. Örneğin Almanya'da birçok hastane sadece medikal turizme yönelik hizmet vermektedir. Bu konuda devlet sonsuz desteğini esirgememektedir. 2011 yılı sağlık turizmi yılı ilan edilerek bu konudaki çalışmalara ivme kazandırılmıştır. Başta Ortadoğu'da olmak üzere Türk Cumhuriyetlerinde de bu amaçla butik hastaneler açılmaktadır. Sağlık turizmi artık tam bir ticari konu olup ülkelerin ekonomisinde çok önemli

bir yer almaktadır. Turizm sektörü 12 aya yayılma ve istihdam edilme hususunda çok önemli bir hizmet sektörü olmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık turizmi çalışmalarına gelecek olursak, dünyadaki sağlık turizmi alanındaki bu baş döndürücü gelişmeler ve ülkemizin potansiyeline paralel olarak son yıllarda yüz binleri aşan hastaların tedavi için ülkemize gelişi, Bakanlığımızı harekete geçirmiştir. 2010 yılında Bakanlığımızda Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü kurulup faaliyetlerine başlamıştır. 2012 yılında Bakanlığımızın teşkilat kanunuyla (663 KHK) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Dairesi kurulmuştur. Böylece ülkemizde sağlık turizmi ile ilgili işlemlerin yapılması ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanması, kanunla görev olarak Bakanlığımıza verilmiştir.

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'nın görevleri

- Sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı ile ilgili hizmetleri planlamak, gerekli izinleri vermek,
- Sağlık turizmi ile ilgili iş ve işlemleri ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak yürütmek,
- Yaşlı ve engelli turizmi ve termal turizmi ile ilgili kaplıcaları, içme merkezlerini

ve iklim kür merkezlerinin (klimaterapi merkezleri) faaliyetlerini sağlık turizmi açısından izlemek,

d) Yurt dışından ülkemize tedavi olmak için gelecek hastaların sağlık turizmi açısından kabul kriterlerini oluşturmak ve bu hastaların talep ve şikâyetlerini incelemek,

e) Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamındaki hastalara gerektiğinde yardım ve danışmanlık hizmetlerini sunmak ve kayıtlarını tutmak,

f) Sağlık serbest bölgeleri ile buralarda sunulacak sağlık hizmetlerine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,

g) Sağlık alanında ikili işbirliği kapsamında ülkemize gelen ve tedavisi uygun görülen hastalara ilişkin işlemleri planlamak ve koordine etmek.

Bakanlığımızın sağlık turizmindeki ana hedefi; ülkemizi bölgesinde sağlık turizminde lider ülke konumuna getirmek, uluslararası standartlarda sağlık turizmi hizmetinin sürdürülebilirliğini sağlamak, gerekli denetimleri yapmak, uluslararası hastalar başta olmak üzere sağlık turizminin tüm paydaşlarına konuyla ilgili rehberlik etmektir.

Bakanlığımızın sağlık turizmi ile ilgili çalışmaları

1) ATT ve ÖHY'de yapılan değişiklikler ile konaklama tesislerinde sunulacak sağlık hizmetleri düzendi. Klinik konukevi geriatrik tedavi merkezlerinin açılabilmesinin önü açıldı. Aynı ilde olmak şartıyla, faaliyette olan bir sağlık kuruluşu konaklama tesisinde şube olarak rehabilitasyon, obezite, diyaliz vb. konularında poliklinik açabilerek, 500 yatağın üzerindeki otellerde acil sağlık hizmetleri için sağlık üniteleri zorunlu hale getirildi. Yine aynı şekilde klinik konukevi ve geriatrik tedavi merkezleri aynı ilde şube gibi açılacaktır.

2) 2011/41 sayılı Bakanlığımızın genelgesiyle kamu sağlık kuruluşlarında yabancılar sağlık hizmeti sunum usulleri ve ücretlendirmesi düzenlendi. Bu genelge kapsamında Türk vatandaşların haricindeki yabancılardan kara ve hava ambulans nakillerinin ücretlendirilmesi yapıldı. Kamu hastanelerinde yurt dışı hasta birimi ve tercümanlık hizmetlerinin düzenlenmesi yapıldı.

3) Uluslararası destek birimi (444 47 28), Bakanlığımız bünyesinde 7/24 saat, 5 dilde (Almanca, İngilizce, Arapça, Rusça ve Farsça) sağlık alanında yabancı hastalara tercümanlık ve danışmanlık hizmeti vermektedir. Yabancı bir hasta hastaneye gittiğinde, muayene için işlemlerini yaptırırken yanında tercüman yok ise 444 47 28 numaralı hattan tercümanlık hizmeti alabilir. 112 ve 184

numaralı hatlar, yabancılar aradığında telekonferansla tercümanlık hizmeti vermektedir. Artık ülkemize gelen 32 milyon genel turist ve tedavi amaçlı gelen sağlık turisti, kendi dilinde sağlık hizmeti alabilmektedir. Ülkemiz, bu uygulamanın bu şekilde kapsamlı ve sürekli verilmesiyle dünyada bir ilke imza atmıştır.

4) Sağlık turizminin, tanıtım için hazırladığı web sitesinde ülkemizin de sağlık hizmeti sunumunu ve imkânlarını anlatan kamu ve özel tüm sağlık kuruluşlarının listesi ve iletişim adresleri bulunmaktadır. Ayrıca ülkemizin turizm, kültür ve tarihinden bahseden güncel bir web sitesi oluşturmuştur. www.saglikturizmi.gov.tr ve www.healthtourism.gov.tr adreslerinden ulaşılan bu portal, Türkçe dışında 4 dilde Almanca, İngilizce, Rusça ve Arapça yayın yapmaktadır.

5) Sağlık turizminde tanıtım ve bilgilendirme noktasında ülkemizin sağlık turizmi potansiyelini ve sağlık kurumlarını yurtdışına tanıtmak için tanıtım genelgesinde değişiklikler yapılmıştır. Buna göre, yurtdışına yönelik olarak Türkçe dilinde olmamak şartıyla;

a) Sağlık kuruluşları fiyat listesi web sitesinde yayımlanabilecek,

b) Hasta onayını almak şartıyla hasta hikâyeleri yazılı veya video olarak yayımlanabilecek,

c) Sağlık merkezlerinde sunulan hizmetler ve çalışanlara ait bilgiler web sitesinde yayımlanabilecektir.

6) Diğer bakanlıklarla işbirliği içinde yapılan düzenlemeler noktasında ise sağlık turizminden elde edilen gelirlerden %50'ye varan vergi indirimi başladı. Ayrıca sağlık turizminin yurtdışına tanıtımıyla ilgili finansal destekle ilgili mevzuat, Ekonomi Bakanlığı'nca çıkartıldı. Bu kapsamda çok çeşitli yurtdışı gezileri, araştırmalar, analizler ve tanıtımlarla destek verilmektedir.

a) Ekonomi Bakanlığı'na 2012/4 sayılı tebliğ ile sağlık turizminin yurtdışına tanıtımında finansal destek sağlanmıştır

b) Maliye Bakanlığı'nca yayımlanan 6322 sayılı Kanunun 9. Maddesiyle sağlık turizminden elde edilen gelirlerden %50 vergi muafiyeti sağlanmıştır. Bu kanunun uygulama usul ve esaslarıyla ilgili tebliğ, 31 Aralık 2012 4 mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanmıştır.

c) Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın termal yatırım planlaması ve yatırım teşvikleri.

Devam eden çalışmalarımız

a) Konaklama Tesislerinde Açılacak Sağlık Kuruluşları Genelgesi,

b) Aracı Kurumlar Ve Sağlık Turizmi Süreçleri Yönetmeliği

c) Kür - Rehabilitasyon Ve Medikal SPA Merkezleri Yönetmeliği

d) Sağlık Serbest Bölge Yönetmeliği

e) Sağlık turizmi hizmeti sunacak sağlık kuruluşlarında uluslararası kriterler.

Hedeflerimiz ve stratejik planımız

Hedefimiz

a) Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirerek Sağlık Turizminde lider olmak,

b) 2015 yılı 500 bin hasta 7 milyar Dolar gelir,

c) 2023 yılında 2 milyon hasta 20 milyar Dolar gelir.

Amaç: Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek.

Hedefe yönelik stratejiler (2013-2017):

a) Sağlık turizmi kapsamında tanıtım yapmak ve cazibe oluşturmak,

b) Sağlık turizmi kapsamında verilen hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek,

c) Sağlık turizmi hizmet kapsamını genişletmek,

d) Sağlık turizmi yönetimini iyileştirmek.

Yayınlarımız

- Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi 2011

- Türkiye'deki Medikal Turizm Araştırması 2011

- Medikal Turizm Araştırması

- Sağlık Turizmi Süreçleri

- Sağlık Turizmi El Kitabı 2012

- Medikal Turizm Raporu 2012

- Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2012

- Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu 2012

Ticaret alanı olarak sınır ötesi sağlık hizmetleri

Dr. Mehmet G. Hızarcı



Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 6 yıl aktif hekimlik yaptıktan sonra Eczacıbaşı, Trophy Radiology, Dubai Healthcare City (DHCC), İstanbul Cerrahi Hastanesi ve Medical Park Hastaneler Grubu'nun da aralarında olduğu sağlık kuruluşlarında üst yöneticilik görevlerinde bulundu. Philips Healthcare'da Türkiye Genel Müdürü, Orta Doğu Direktörü ve Avrupa Direktörü olarak görev yaptı. Koç Üniversitesi'nde MBA, Fransa'da Insead Üniversitesinde finans eğitimi ile Harvard Business School'da sağlık hizmetleri yönetimi programlarını tamamlayan Hızarcı'nın çalışma alanları inovasyon, strateji oluşturma ve uygulama, marka tasarımı ve geliştirme, iş mükemmelliği, sağlık turizmi ve finans gibi konulardır. İngilizce, Hollandaca ve Fransızca bilen Dr. Hızarcı, halen Medipol Sağlık Grubu Strateji ve İş Geliştirme Koordinatörü olarak görev yapmaktadır.

Dünyanın hangi ülkesinde olursanız olun, sağlık hizmetlerinin şöyle veya böyle bir çeşit kriz içinde olduğunu görürsünüz. Gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde altyapı, teknoloji ve kaliteli hizmet sunumu olsa bile, artan sağlık harcamaları, yüksek maliyetler ve bu hizmetlere erişim büyük bir problem olarak durmaktadır. Öte yandan, gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmeti sunumuyla ilgili kaynaklarda artışlar olsa da, kaliteli hizmete yönelik artan talebi ve ihtiyaçları homojen bir şekilde karşılamak, en önemli sorunların başında gelmektedir. Gelişmişlik düzeyi düşük ülkelerde ise, kaliteli sağlık hizmetleri ya yoktur ya da çok sınırlı olarak bulunmaktadır. Sonuçta her ülke, bir yandan sağlık hizmetleri kalitesini artırmaya çalışırken, diğer yandan maliyetleri kontrol altında tutma gayreti içindedir. Bu sorunlar, özellikle problemleri büyük ya da olanakları kısıtlı ülkelerde sağlık hizmetlerini tatminkar bulmayanlar arasında yeni arayışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Medikal turizm tam olarak nedir?

Aslında başka bir ülke ya da coğrafyaya sağlık hizmetleri için seyahat etmek, yeni bir kavram değildir. İnsanlar daha iyi sağlık hizmeti almak, daha gelişmiş olanaklardan yararlanmak için eski çağlardan beri seyahat etmiştir. Öte yandan sağlık hizmeti almak için seyahat etmek, hizmet sunumunun giderek küreselleşmesi, artan transport olanakları, teknolojik gelişmeler, çok sayıda dil bilmek ve tercüme olanakları; "medikal turizm"

adını verdiğimiz milyarlarca Dolarlık bir hizmet sektörünün gelişmesine neden olmuştur.

Genel olarak ve sıklıkla medikal turizm adlandırılması yapılmakla birlikte, tıbbi amaçlı seyahat (medical travel), sağlık turizmi (health tourism) gibi terimler de aynı amaçla kullanılmaktadır. Bu hizmetlerin tümünü kapsayan ve en sık medikal turizm olarak adlandırılan bu sektör içinde yer alan temel tanımlar ise şöyle ifade edilebilir:

- Tıbbi amaçlı seyahati yapan sağlık turistine hizmet veren kuruluş, sağlık hizmeti sunucusu (healthcare provider),
- Bu işler sırasında destek hizmetleri veren kurum, acente (facilitator ya da agent),
- Ağız ve diş sağlığı amaçlı seyahat, diş turizmi (dental tourism),
- Rejenerasyon ve sağlıklı yaşam amaçlı seyahat wellness, su tedavileri ve termal tesislerinden yararlanmak üzere yapılan seyahatler ise spa turizmi olarak adlandırılmaktadır.
- Ayrıca alternatif tıp hizmetlerinden yararlanmak üzere yapılan ve ayurveda, homeopati, meditasyon vb. alanları kapsayan holistic medicine olarak adlandırılan sağlık turizmi alanları da hızla gelişen bileşenler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Neden medikal turizm?

Medikal turizmin ortaya çıkışının temel nedeni, hasta ve hasta yakınları için sağlık hizmetleri sunumunda rekabetçi

değer yaratılmasıdır. Bu değerler arasında;

- Aynı hizmet, tanı ve tedavi uygulamaları için daha uygun maliyetler,
- Daha kaliteli sağlık hizmeti sunumu,
- Bu hizmetlere hızlı ve kolay erişim,
- Kişisel (özel) olanaklar ve gizlilik,
- Turizm ve gezmek, alışveriş olanakları; en önemlileri olarak sayılabilir.

Bu hizmetler arasında; insan kaynaklı temel yetkinlikler (hekimlik ve hemşirelik hizmetleri), tıbbi ve diğer teknolojiler (hızlı ve en ileri tanı ve tedavi yöntemleri), konfor, kültürel özellikleri içeren taleplere cevap verebilme, bütünsel kalite ve tıbbi çıktılar, rekabetçi avantajın öne çıkan öğeleridir.

Bütün bunları başka bir ülkede ya yetersizlik ya da yüksek maliyetli elde etmeye göre daha avantajlı olarak yapabilmek, bunu sürdürebilir bir şekilde devamlı aynı standartlarda yerine getirebilme, hem hizmet zincirinin halkaları olan hastane ve acenteler için, hem de bu hizmeti verebilen ülkeler için bir yandan yeni ve daha iyi gelir kaynakları oluşturmada, diğer yandan tüm tamamlayıcı sektörler için de kayda değer bir genişleme olanağı sunmaktadır.

Bütün bu temel ve yan nedenlerle, özellikle bu hizmetleri kaliteli ve makul maliyetlerde sunabilen sağlık kurumları ve ülkeler için büyük fırsatlar ortaya çıkmakta olup, bu alana olan odaklanmanın artmasıyla kurumlar ve ülkeler arası artan bir rekabet ortaya çıkmaktadır.

Yeni bir büyüme alanı olarak yeni fırsatlar sunan sağlık turizmi alanında, 2015 yılında 500 bin uluslararası hasta ve 7 milyar Dolar gelir; Cumhuriyetimizin kuruluşunun 100. yılı olan 2023 yılında ise, bölgesinde lider ve dünyada söz sahibi bir ülke konumuna gelme ortak vizyonumuza destek olmak üzere 1 milyon uluslararası hasta ve 20 milyar Dolarlık bir gelir hedeflenmektedir.



Sorunlar

Bir yandan sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda gelişmişlik gösteren ülkeler ve kurumlar bu sektörün nimetlerinden yararlanırken; öte yandan zaten oldukça kompleks bir yapıda olan sağlık hizmetleri sunumu zincirine seyahat, otelcilik, dil, kültür, yasal düzenlemeler, uluslararası sigorta şirketleri ve ödeyici kurumlar gibi yeni bileşenlerin eklenmesiyle karmaşıklık artmakta, dolayısıyla de çözülmesi gereken sorunları da beraberinde getirmektedir.

Bu sorunlar arasında başta gelenler şunlardır:

- Doğru bilgiye zamanında erişim,
- Güvenirlilik,
- Seyahat ve tıbbi işlemler öncesi ve sonrasında ortaya çıkabilecek sorunlar,
- Tıbbi komplikasyonlar ve takip,
- Dil ve kültürel engeller,
- Sürdürülebilir kalite düzeyi,
- Etik ve yasal konular,
- Maliyet yanlışlıkları,
- Geri ödeme ve sigorta konuları.

Bütün bu çok ve karmaşık noktaları olan hizmet zincirini rekabetçi ve sürdürülebilir bir şekilde sunmak, yüksek seviyede koordinasyon ve farklı kurum ve birimler arasında ciddi işbirliklerini gerektirir. Elbette bütün bunları layıkıyla yapan ve değer yaratan kuruluş ve ülkelerin sorunları çözmeleri çok daha kolay olmakta, dolayısıyla da rekabetçilikleri artmaktadır.

Sağlık turizminde rekabet ve ülkemiz için fırsatlar

Bir yandan küreselleşme nedeniyle ülkeler arası iletişim, ulaşım, işbirliği ve rekabet artarken, diğer yandan bu alanda yıllar boyunca yetkinlikler geliştirmiş, ekonomik olarak hızlı büyüme içinde olan, tıbbi ve diğer teknolojileri üreten ya da onlara hızlı erişen ülkeler, sağlık turizmi alanında da birbirleriyle rekabet eder hale gelmektedir. Özellikle öne çıkan ülkeler arasında Hindistan, Singapur, Malezya, Güney Kore, Tayland, Almanya, Ürdün, Tayland ve ABD öne çıkmaktadır. Bu ülkelerin en önemli ortak yanı; özellikle gelişmiş ülkelerde eğitimlerini almış, başta hekim olmak üzere sağlık çalışanlarıdır. Ayrıca bu ülkeler, sundukları sağlık hizmetinin kalitesi yanında, bu hizmetin maliyeti ile de farklılıklar göstermektedir.

ABD ve Almanya, bir yandan yüksek kalite ve ücretleriyle uluslararası gelir düzeyi yüksek hastaları çekebilirken, öte yandan özellikle kendi ülkelerinde ödenmeyen ya da sigortası olmadığından erişilemeyen (ABD) pahalı hizmet alanlarında başka ülkelere hasta gönderen ülkeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Hindistan düşük fiyat ile yüksek sayıyı hedefleyen stratejiler uygularken; Güney Kore, Singapur ve Malezya orta düzeyde; Ürdün ve Tayland ise daha düşük düzeyde fiyat stratejileri ile uluslararası hasta çekmeye çalışmaktadırlar. Tüm bu ülkelerde tıbbi hizmet kalitesini yukarıda tutmaya çalışma gayretleri sürerken, değişik düzeylerde hizmet standartları, dolayısı ile farklı fiyat/performans oranları karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizde ise başta kendi halkımıza vermeye gayret ettiğimiz yükselen bir kalite düzeyinde kamu ve özel sektör sağlık hizmeti sunucuları tarafından verilen hizmetler, kaliteli hekim yetiştiren tıp fakültelerimiz, diğer sağlık personeli yetiştiren okullarımızın gelişimi, artan ekonomik refah düzeyimizin getirdiği en yeni tıbbi ve diğer teknolojilere erişimle birlikte ulaşım ve otelcilik hizmetlerinde yıllar boyunca oluşturduğumuz birikmiş deneyimlerimiz, ülkemizin başta termal kaynaklar olmak üzere, tarihi ve coğrafi zenginlikleri ve erişim kolaylıkları, sağlık turizmi alanında çekici ve rekabetçi bir ülke olarak tanınmamıza sebep olmaktadır.

Son yıllarda bu alana odaklanma ve sektörün sunduğu olanaklar, ülkemiz yönetenlerinin de dikkatini çekmeye başlamış; sağlık turizmi, desteklenen bir sektör olarak kabul görme aşamasına gelerek bu alanda hatırı sayılır teşvikler de sağlık hizmeti sunucularına birer destekleyici fırsat olarak ortaya konmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığımız tarafından Sağlık Turizmi Dairesi ve uluslararası sağlık destek birimleri kurulmuş, Turizm ve Ekonomi Bakanlıkları ile birlikte koordinasyon çalışmaları hız kazanmıştır.

Bütün bunların ışığı altında yeni bir büyüme alanı olarak yeni fırsatlar sunan sağlık turizmi alanında, 2015 yılında 500 bin uluslararası hasta ve 7 milyar Dolar gelir; Cumhuriyetimizin kuruluşunun 100. yılı olan 2023 yılında ise, bölgesinde lider ve dünyada söz sahibi bir ülke konumuna gelme ortak vizyonumuza destek olmak üzere 1 milyon uluslararası hasta ve 20 milyar Dolarlık bir gelir hedeflenmektedir.

Sınır ötesinden müdahale: Robotik tele cerrahi

Pof. Dr. Eyüp Gümüş



1966 yılında Malatya'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra (1990) pratisyen hekim olarak Diyarbakır Lise'de 2 yıl görev yaptı. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde üroloji uzmanı, doçenti ve klinik şef yardımcısı oldu. 2006-2012 yılları arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği ve Üroloji Klinik Şefliği görevlerini sürdürdü. Halen Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD Öğretim Üyesi ve Robotik Cerrahi Derneği Başkanı olan Dr. Gümüş, evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Tele tıp, sağlıkla ilgili konularda günümüz teknolojisinin sınırları dahilinde bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanılarak yapılan uzak mesafeli müdahale, verilen hizmet ve bilgi alışverişidir. Bu müdahale, hastadan uzaktaki bir cerrahın, hastanın başındaki robota verdiği komut olabileceği gibi, radyoloji patoloji, ultrason gibi hizmetlerin sunulması veya hasta ile ilgili gerekli bir verinin ya da bilginin ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumlarıyla paylaşımı da olabilir.

Günümüzde robotik cerrahi müdahaleler; başta ürolojide prostate kanseri, böbrek kanseri, mesane kanseri ameliyatları olmak üzere; jinekolojide rahim, over kanserleri; genel cerrahide mide, barsak, pankreas, tiroit cerrahisinde; kulak burun boğaz alanında larinks cerrahisinde ve kalp cerrahisinde kapak ve by-pass ameliyatlarında yaygınlaşarak kullanım alanları bulunmaktadır. Robotik cerrahinin konvansiyonel müdahalelere göre üstünlükleri bilinmekte ve her geçen gün gelişen teknolojiler, geleceğin ameliyathanelerini şekillendirmektedirler. Gelişmiş kontrol ve haberleşme teknolojileri, ameliyathanelerle ve ameliyathanedeki ekipmanlarla bütünleşmekte; cerrahlara ustalıklarını, becerilerini arttırma ve hastalara hassas ve keskin müdahale yapma şansı vermektedirler. Günümüzdeki robotik cerrahi sistemleri, bu anlamda ameliyathanelere entegre olmuş ve cerrahlara işlemlerinde yardım etmektedirler.

Robotik tele cerrahi; hastanın uzağındaki non-steril alandaki cerraha (bu başka bir şehir, başka bir kıta da olabilir)

ameliyat sahasına ait görüntü, ses ve hasta bilgileri gibi verilerin eşzamanlı olarak kontrollü aktarılması ve cerrahın bu verileri kullanarak hastanın başında steril alandaki robotu komuta ederek ve steril alandaki cerrahi ekibi yönlendirerek müdahalesini gerçekleştirmesidir. Cerrah, hasta başındaki robotun hastanın içine cerrahi alana yerleştirilmiş kollarını uzaktan kontrol eder. Cerrah, edindiği üç boyutlu görüntü ve el hareketlerini çok iyi algılayan robotik enstrümanların ileri eklemleme teknolojisi sayesinde, kendisini operasyonu yapıldığı merkezde gibi algılamaktadır. Bu sayede cerrah için, hiç temas etmediği hastayla aralarındaki mesafe kavramı ortadan kalkmaktadır. 1990'ların başında NASA'nın başlatmış olduğu uzaktan ameliyat yapılabilmesini amaçlayan çalışmalar, tele robotik cerrahinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur. 90'lı yılların sonunda ve 2000'li yılların başında cerrahi robot üreten ticari firmaların oluşmasıyla bu alandaki gelişmeler hızlanmıştır. Bütün bu gelişmeler sonrasında 7 Eylül 2001 tarihinde Prof. Jacques Marescaux ve ekibi, New York'tan Fransa'daki bir hastaya kolesistektomi (safra kesesi ameliyatı) yaparak "Trans Atlantik Tele Robotik Cerrahi" gerçekleştirmişler, bu tür bir cerrahinin yapılabilir olduğunu kanıtlamışlardır. Bu operasyona, Atlantik Okyanusu'nu tek başına uçarak geçen Charles Lindbergh'in ismi verilmiş ve "Lindbergh operasyonu" olarak anılmaya başlamıştır.

Uzaktan cerrahi, AAM teknolojisi (Asenkron Aktarım Modu) sayesinde hızlıca yapılmaktadır. AAM, yüksek hızlı ses, video ve veri aktarımını sağlamak için dizayn edilmiştir ve hücre geçiş teknolojisini

kullanmaktadır. Hücre geçiş teknolojisi, küçük boyutlarda hücrelerin ağ aracılığı ile bilgisayar arası veri aktarımı sağlar. AAM teknolojisi, saniyede maksimum 10 gb veri aktarımı sağlar. Bu teknoloji sayesinde daha fazla transatlantik operasyonlar yapılabilir. Robotik cerrahide laparoskopiye oranla daha iyi el açısı sağlanabilir. Da Vinci cerrahi sisteminde "Endowrist" olarak adlandırılan ekipmanlar kullanılır ve cerraha 7 açıdan farklı derecelere hareket sağlar. Bu da normal cerrahiden daha rahat hareket imkânı sağlar ve cerrahın titreme gibi problemleri durumlardan korunmayı sağlar.

"Lindbergh Operasyonu"ndan bu yana uzaktan ameliyatlar çok sayıda yerde, birçok kez yapılmıştır. Örneğin Kanada'daki bir laparoskopik cerrah olan Dr. Anvari, Hamilton'a 400 km uzaktaki North Bay'da çok sayıda uzaktan ameliyat gerçekleştirmiştir. Dr. Anvari her ne kadar özel olmayan sıradan iletişim bilgilerini kullanan fiberoptik bağlantıyı kullansa da prosedür boyunca hiçbir bağlantı problemi yaşamadı.

Teknolojideki hızlı gelişmeler, uzaktan ameliyathanelerin yüksek düzeyde özelleşmesine sebep oldu. Kanada'nın Toronto şehrinde, Mt. Sinai Hastanesi'ndeki gelişmiş cerrahi merkezindeki ameliyathane odaları, odanın ışığını açmak, operasyon masasına ve diğer cerrahi aletlere gerekli pozisyonu vermek gibi işlemler artık cerrahin sesiyle yapılabilmektedir. Devam eden iletişim teknolojisindeki gelişmeler, daha geniş bant kalınlıkları ve daha güçlü bilgisayarlarla uzaktan cerrahi dağıtımların daha kolay ve daha düşük maliyetli olarak hızla daha iyiye gideceği düşünüyor.



Robotik cerrahinin diğerk bir potansiyel avantajı da, uygunluktur. Londra'da GUY Hastanesinde yapılan araştırmada, 304 hastada yapılan geleneksel ve uzaktan böbrek cerrahisi kıyaslanmıştır ve sonuç olarak böbrek taşlarına uygun yaklaşımda robotik ameliyatlar daha başarılı bulunmuştur.

Uzun mesafeli olarak yapılan bu cerrahilerde, bilginin ve doktorun yeteneğini yansıtabilmesinde birçok durum söz konusudur. Bu konuda geliştirme araştırmaları yapılmaktadır. Mobil ameliyathanelerle hemen müdahale edilerek savaşlarda insanların hayatlarının kurtarılabilmesi (tele presence, tele cerrahi ve tele robotik ile kombine edilerek) olasılığından dolayı, bu konu silahlı kuvvetlerin de yüksek derecede ilgisini çekmiştir. Travma-pod isimli proje, ABD ordusunun İleri Savunma Araştırma Ajansı tarafından denenmektedir. Savaş alanındaki askerlerin spesifik cerrahlar tarafından tedavisi öngörülmektedir.

Bu hassas işlemleri devam ettirebilmek, büyük ölçüde geri bildirimlere dayanır. Örneğin bir yumurtayı elimizde tutabilmek için ne kadar baskı yapmamız gerektiğini öğrenmek çok kolaydır. Robotik cerrahide de cerrahların aletlere dokunmadan önce ne yoğunlukta güç kullanacaklarını algılamaları gerekmektedir.

Haptik teknoloji veya güç geri bildirimi olarak bilinen bir sistem, bu yeteneği simülasyonla geliştirmektedir. "Haptik", dokunma bilimidir. Haptik geri beslemenin herhangi bir tipi, eldeki dokunma duyusuna karşı bir tepkisel güç sağlar. Tele cerrahideki haptik teknoloji, insizyonun veya hastanın bir resmini yaparak cerraha neyin üzerinde çalıştığını dokunuyormuş gibi gösterir. Bu teknoloji, cerraha tendonları ve kasları, sanki hastanın vücudundaymışçasına hissedebilme yeteneğini sağlar. Ancak bu sistemler uzaktan cerrahilerde kullanılan ağırlardaki gecikmelere karşı çok hassastır.

Sağlık sigorta sistemleri, uzaktan cerrahi ile yapılan işlemlerde ödeme yapmamaktadır. Sistemin uygulamaya girmesinden önce hukuki sorumluklar detaylandırılmalı ve gelişebilecek sorunlara karşı önceden hazırlık yapılmalıdır. Örnek olarak protokoller, eğitimler evrensel uyumlu aletler geliştirilmelidir. Ayrıca eğitimli anestezi uzmanı ve yedek cerrah bulunmalıdır. Çünkü robotun çalışması esnasındaki problemler bu şekilde aşılabılır. Lindebergh operasyonu, bu ameliyatların olabileceğini ve gelişime açık olduğunu göstermiştir. Ancak tele cerrahinin yaygınlaşması için aşılanması gerek uzun bir yol olduğu aşıkârdır.

7 Eylül 2001 tarihinde Prof. Jacques Marescaux ve ekibi, New York'tan Fransa'daki bir hastaya kolesistektomi (safra kesesi ameliyatı) yaparak "Trans Atlantik Tele Robotik Cerrahi" gerçekleştirmişler, bu tür bir cerrahinin yapılabilir olduğunu kanıtlamışlardır. Bu operasyona, Atlantik Okyanusu'nu tek başına uçarak geçen Charles Lindbergh'in ismi verilmiş ve "Lindbergh operasyonu" olarak anılmaya başlamıştır.

Yasa dışı sınır ötesi sağlık sektörü: Organ ticareti, taşıyıcı annelik ve sperm bağıışı

Yrd. Doç. Dr. Murat Volkan Dülger



1975 yılında İstanbul'da doğdu. İÜ Hukuk Fakültesi'nde lisans (2000), İÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Bölümü'nde yüksek lisans (2004) ve doktora (2010) öğrenimi tamamladı. 2012 yılından beri İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapan Dülger'in çalışma alanlarını ceza hukuku, ceza muhakemesi hukuku ve bilişim hukuku oluşturmaktadır. Dülger'in çalışma alanlarıyla ilgili dört adet kitabı ve yayımlanmış çok sayıda makalesi bulunmaktadır.

Günümüzde özellikle insan üzerinde gerçekleştirilebilecek cerrahi müdahalelerin boyutlarının ve çeşitlerinin çoğalması ile bu tür tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğu sorununa yeni bir yaklaşım gereksinimi duyulmaya başlanmıştır. Hekimler, mesleklerinin gereği olarak, kişinin vücut bütünlüğüne müdahale etmekte hatta davranışlarıyla ya kişinin yaşamının kurtarılmasını sağlamakta ya da ölümüne neden olabilmektedirler. Hekimin hangi anda hangi hareketi yapmasının ya da yapmamasının hukuka uygun veya aykırı davranış olacağına saptanması, ceza hukuku açısından son derece önemlidir.

Yasalara göre yeterli olan kişi (genel anlamda reşit ve temyiz kudretinin haiz olması), bedenine yapılacaklara karar verme hakkına sahiptir ve kendi isteği dışında hiçbir girişim için zorlanmamalıdır. Hekimin ve sağlık çalışanlarının muayene olan veya tedavi gören kişinin çıkarları doğrultusunda hasta için en iyi olanı bildikleri varsayılmaktadır. Tıp etiğinin en temel ilkelerinden birisi kişilerin, kendileri için en iyi olanı değerlendirebileceği düşüncesidir. Katılımcı/hastanın kendisi için en iyi olana karar

verebilmesi noktasında aydınlatılmış onam ilkesi önem teşkil eder. Aydınlatılmış onamda, hekim ile hasta/katılımcı ilişkisinde katılımcı/hasta, yeterince bilgilendirildikten sonra tedaviye onay verip vermediğini açıklar. Kişinin kendi bedenine ilişkin olarak vereceği bu karar elbette koşulsuz şartsız geçerli değildir. İçinde bulunulan dönemin sosyal, ahlaki, ekonomik, psikolojik ve etik koşullarına göre düzenlenen mevzuat uyarınca, kimi eylemler hukuken yasaklanmakta ve yasağın ihlal edilmesi durumunda yaptırıma bağlanmaktadır.

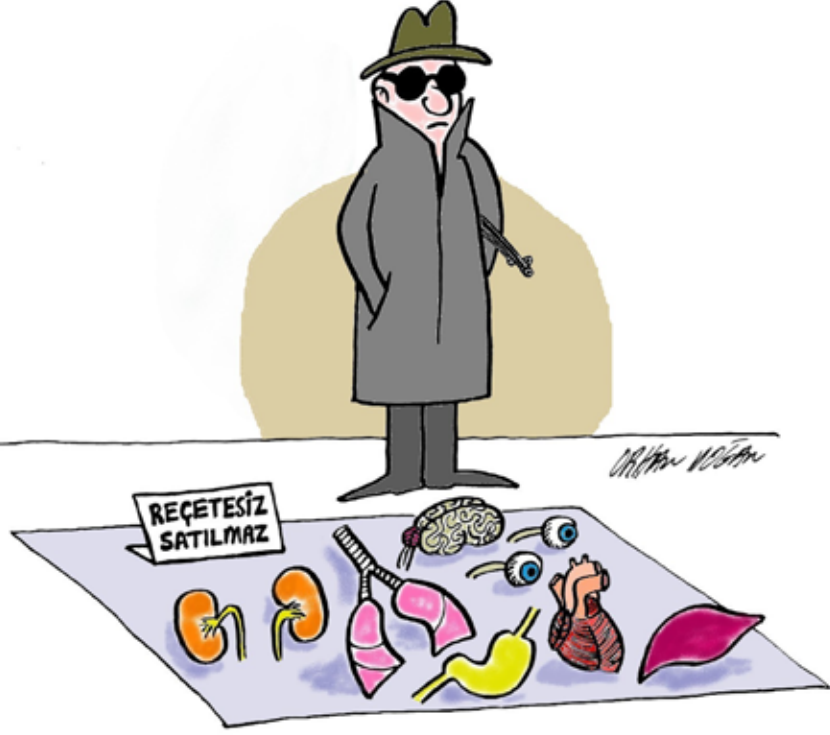
Günümüz tıp biliminin gelişmeleri ışığında, bu alanın ve hukukun klasik sorunlarının ötesinde yepyeni sorunlar ortaya çıkmıştır. Özellikle teknolojinin gelişmesi, seyahat olanaklarının artması ve sağlık turizmi adında yeni bir sektörün ortaya çıkması, insanların şifa bulmak amaçlı arayışlarını kâbusa çevirebilmekte ve kendilerini mağdur edebilmektedir. Çalışmamızda bu bakış açısından hareketle sırasıyla organ ticareti, sperm bankaları ve taşıyıcı annelik gibi sınır ötesi gerçekleştirilen birtakım sağlık hizmetlerinin mevcut ulusal durumları, uluslararası boyutları ve hukuka uygunluk/aykırılık durumları inceleme konusu yapılmakta ve değerlendirilmeye çalışılmaktadır.

Biyolojide doku, bir vücudun veya organın yapı öğelerinden birini oluşturan hücreler bütünü; organ ise belirli bir görevi veya görevler bütünü yapan doku grubu olarak tanımlanmaktadır. Organ nakli, vücutta görevini yerine getiremeyen bir organın yerine canlı bir vericiden veya ölüden alınan sağlam ve aynı görevi üstlenecek organın aktarılması işlemidir. Organ nakli, günümüzde birçok ileri evre organ hastalıklarında geçerli bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde organ nakli bekleyenlerin sayısı oldukça yüksektir. Bu ihtiyacı karşılamaya yetecek sayıda bağışçı bulunmaması, organ bekleyen hastaları organ satın almaya yöneltirken, ekonomik zorluk içersinde bulunan kimseleri de organ satmaya yöneltmektedir. Bu durum dünya genelinde de farklı değildir. Zengin diyaliz hastalarının, özellikle organ ticareti kendi ülkelerinde hukuken yasaklanmışsa ve yaptırıma tabiyse, organ nakli için dünyayı dolaştıkları; İngiliz ve Almanların Hindistan'a, Japonların ABD'ye, Kuzey Amerikalıların Peru ve Brezilya'ya gittikleri ve bu ticaretin "tıbbi turizm" adı altında profesyonel olarak organize edildiği bilinen bir gerçektir.

1982 tarihli T.C. Anayasasının 17. maddesinin 2. fıkrası uyarınca "Tıbbi

zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz". Bu doğrultuda hukukumuzda organ nakillerinin nasıl gerçekleştirileceği 2238 sayılı *Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun* (ODNK) ile düzenlenmiştir. ODNK'da yasak eylemler başlıklı bir düzenleme bulunmaktadır. ODNK m.15 gereğince "Bu Kanuna aykırı şekilde organ ve doku alan, saklayan, aşıl原因 ve nakledenlerle bunların alım ve satımını yapanlar, alım ve satımına aracılık edenler veya bunun komisyonculuğunu yapanlar hakkında, fiil daha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde iki yıldan dört yıla kadar hapis ve 50.000 liradan 100.000 liraya kadar ağır para cezasına hükmolunur". Bunun yanında bahsi geçen konuya ilişkin suçlar, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) m.91 ve devamında düzenlenmiştir. Sonraki yasa niteliğindeki TCK hükümlerinin uygulama alanında, ODNK m.15 değil; TCK'nın düzenlemeleri uygulanırken; TCK m.91, organ ve doku naklinin koşullarını belirlemeksizin konuya ilişkin ceza yaptırımına yer verdiğinden, organ ve doku naklinin koşulları hususunda ODNK'daki düzenleme geçerlidir. ODNK m.7/d uyarınca vericinin evli olması halinde birlikte yaşadığı eşinin, vericinin organ ve doku verme kararından haberi olup olmadığını araştırıp öğrenmek ve öğrendiğini bir tutanakla tespit etmek veya ODNK m.7/f uyarınca kan/sihri hisimlik/yakın kişisel ilişkilerin mevcut olduğu durumlar ayırık olmak üzere, alıcının ve vericinin isimlerini açıklamamak veya ODNK m.10 gereğince organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve naklinin, bu işler için gerekli uzman personele, araç ve gerece sahip sağlık kurumlarıncaya yapılmaması örneklerinde olduğu gibi; ODNK'da düzenlenip TCK'da düzenlenmeyen eylemler hususunda ise ODNK m.15'teki yaptırım hükmü kullanılmaktadır. Bu düzenlemelerle beraber Türkiye, *Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi*'ni (Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi) imzalamış, 9.12.2003 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanan 5013 sayılı Yasa ile adı geçen uluslararası sözleşmenin onaylanmasını uygun bulmuş, ancak sözleşmenin 20. maddesinin 2. bendine, ODNK'nın 5. maddesiyle uyumlu olmadığı gerekçeyle çekince koymuştur. 2012 tarihli *Organ ve Doku Nakli Yönetmeliği* nin ve TCK'nın ilgili hükümlerinin kapsamı ODNK'nın 2. maddesinde açıklanmıştır. Buna göre oto-greftler, saç, deri alınması, aşılması ve nakli ile kan transfüzyonu bu kapsama girmeyip, yürürlükteki sağlık mevzuatı çerçevesinde gerçekleştirilecektir.

Gerek ülkemizde gerekse diğer ülkeler-



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

deki organ aktarmayla ilgili düzenlemeler birbirinden farklı koşullara bağlı tutulmuştur. Hukukumuzda organ veya doku ticaretinin izin verilen kapsam dışında yapılmasına ilişkin yasak düzenlemesi, TCK m.91, 92 ve 93'te yer almaktadır. Organ veya doku alınmasının temel ayrımı, ölüden ve canlı insandan olmak üzere yapılmıştır. Tıbbın günümüzdeki gelişim düzeyinin ortaya çıkardığı verilere göre, bugün insanın ölüm anını saptamanın ölçütü, beyin ölümdür ve beyin ölümü gerçekleştiği anda artık bir canlıdan söz edilemez. Canlı kişiden yapılacak organ veya doku nakli de yine ODNK hükümlerine göre düzenlenmiştir.

TCK'nın 91. maddesi "organ ve doku ticareti" başlığı altında hukuken geçerli rıza olmaksızın kişiden organ ve doku alınmasını, hukuka aykırı olarak ölüden organ ve doku alınmasını, organ ve doku satın alma, satma ve aracılık etmeyi, hukuka aykırı yollardan elde edilmiş olan organ ve dokuyu saklama, nakletme veya aşılama, belirli çıkar karşılığında organ veya doku teminine yönelik olarak ilan veya reklam verme veya yayınlama eylemlerini düzenlemiştir. Organ vericisinden organ alınması işlemi açısından bir hukuka uygunluk nedeni bulunabilmesi, alıcının iyileştirilmesi amacına bağlı olmaktadır. Bunun dışındaki nedenler için veya iyileştirme amacına uygunluk ile orantılı olmayan müdahalelere verilecek rıza geçerli olmayacaktır. Bu çerçevede özellikle organ ve dokunun ticari amaçlarla bağışlanması sorunu ortaya çıkmaktadır. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 21. maddesine göre "insan bedeni ve parçaları kendi başına hiçbir ticari kazançta kullanılmaz". Nitekim Dünya Tabipler Birliği

de Ekim 1985'te Brüksel'de yapılan 37. Genel Kurul Toplantısında bir duyuruyla, organ aktarması için insan organlarının satılmasını kınamıştır. Ancak bu durum, kendisine organ nakledilen kişi açısından geçerli değildir. Bu kişi, organı almak için para ödemeyi kabul etmiş olsa dahi asıl amacı sağlığını veya yaşamını kurtarmak olacağından, verdiği rızanın geçerliliği kabul edilmelidir. Ancak alınan organın, vericinin yaşamını sürdürmesi açısından önem taşıması ve organın alınmasının bu kişinin sağlığı açısından orantısız bir tehlike yaratması durumunda da organ aktarmaya gösterilen rızanın hukuka ve ahlaka aykırı olduğu sonucuna varılmaktadır. Organ ve doku aktarmaları, vericinin iyileşmesine yönelik olmadığından, bu gibi durumlarda hekimin aydınlatma yükümlülüğünün en geniş kapsamla ele alınması gerektiği konusunda görüş birliği bulunmaktadır. Vericinin kararını etkileyebilecek her şey bildirilmeli, hiçbir şey saklanmamalıdır.

ODNK m.3 uyarınca "Bir bedel veya başkaca çıkar karşılığı, organ ve doku alınması ve satılması yasaktır" ve bu yasağın yaptırımı TCK'da düzenlenmiştir. Dolayısıyla hukukumuzda organ ve doku ticareti yapmak yasaklanmıştır. Organ ticaretinin büyük bir bölümünü oluşturan böbrek ticaretidir. Ne yazık ki dünyanın çeşitli ülkelerinde böbrek alım satımı çok yaygınlaşmıştır. Bu durum özellikle yoksul vericiden alıp zengin alıcıya satmak; diğer bir deyişle varlıklı alıcının sağlığını yerine getirmek için yoksulu risk altına bırakmak görünümündedir. Arap ülkelerinde ve Güneydoğu Asya'dan yüzlerce böbrek hastası transplantasyon için Hindistan'a gitmektedir. Fiyatların ucuz, bulunacak böbreğin bol olması

Hindistan'ı yıllar içinde dünyanın böbrek transplantasyonu merkezlerinden biri haline getirmiş; hatta hekimlerce “*böbrek pazarı*” olarak adlandırılmasına neden olmuştur. Bu ticareti yapan birçok sayıda arka sokak/merdiven altı kliniği açılmıştır. Bu tarz klinikler, verici çekmek için ilanlar vermekte; yasal bir engele takılmamak adına bu işi, “*ödüllü hediye*” adı altında yürütmektedirler. Ödüllü hediye veya ödüllendirilmiş bağış, donöre verdiği organ karşılığında takdim edilen belirli miktardaki maddi menfaattir. Verici, yaptığı bağış karşılığında ödüllendirilmektedir; kısacası ödüllü hediye, organ ticaretindeki alım-satımın yumuşatılmışıdır. Özellikle dünyanın kadavra organlarının bulunmadığı ve nüfusun farklı kesimleri arasında belirgin olarak malvarlıksal fark olan Hindistan, Uzak ve Yakın Doğu gibi bölgelerde konumlanmış ülkelerde; Çin, Nepal, Mısır ve Türkiye gibi ülkelerde hızla artan nüfus, uluslararası insan organı ticaretinin gelişmesine yol açmıştır. Son yıllarda Rusya, Romanya ve Moldova'da da organ ticaretinin arttığı bilinmektedir. Bunun sonucunda da insan böbreklerinin, zengin bir alıcı grubuna nakledilmek üzere fakir ve muhtaç kimselerden satın alındığı; komisyoncular, özel hastaneler ve doktorlara yüksek kar sağlayan bir tıbbi uygulama türü ortaya çıkmıştır. Böbreklerini veren bu fakir ve muhtaç kimseler çoğu zaman, zorda kalarak böbreklerini satmalarına yol açan ekonomik durumlarına bir nebze olsun katkıda bulunmak üzere kendilerine vaat edilen bu karşılığı alamamakta ve böbreklerinden olduklarıyla kalmaktadırlar. Örneğin Çin'in “*İnsan Organı Nakli Yönetmeliği*”ne göre organlarını bağışlayan insanlar sadece evli çiftler veya yakın akrabalar olabilirler. Bu sebeple, bu ilişki dereceleri ile ilgili maddi gerçeklikte var olmayan yakınlığı sahte belgelerle belgelemek adına çeşitli araçlar türemiştir.

Birleşmiş Milletlere bağlı Dünya Sağlık Örgütü (WHO) organ kaçakçılığının ulaştığı dehşet verici noktayı, 2012 yılının ortalarında yaptığı açıklama ile gözler önüne sermiştir. Örgütün yaptığı araştırmalara göre her yıl yaklaşık on bin karborsa böbrek satışı gerçekleşmekte, bu da saat başı bir böbrekten fazla etmektedir. Örgüt, diyabet ve benzeri hastalıkların artışı nedeniyle böbrek satışına talebin arttığını açıklamıştır. Yasadışı şekilde nakledilen organların %75'ini böbreklerin oluşturduğunu belirten örgüt, hastaların çoğunlukla Çin, Pakistan ve Hindistan'da ameliyat olduklarını ortaya koymuş ve alıcıların tek bir böbrek için 200 bin dolara (367 bin TL) kadar bedel ödeyebildiğini açıklamıştır. Böbreklerini verenlere ödenen miktarın ise en fazla 5 bin dolar (9 bin TL) olduğunu, paranın geri kalanının ise aracılık edenler ile doktorlar arasında paylaşılmakta olduğunu açıklamıştır. Ayrıca Türkiye, hem zengin ve fakir ülkeler arasında

transit ülke konumunda hem de tıbbi yeterlilik açısından (hastane ve doktorlar açısından) iyi durumda olduğundan ameliyatlara gerçekleştirileceği ülke seçiminde tercih edilmektedir.

Canlı vericiden yapılan organ naklinde üç temel ilke vardır: *Birincisi*, vericiden bir organ alınması; vericinin sağlığını, yaşamını veya işlevsel bütünlüğünü zedelememelidir. *İkincisi*, vericilerin organ bağışına baskı veya zorlama olmaksızın kendi rızalarıyla gönüllü olmalarıdır. *Üçüncüsü*, verici girişimin muhtemel sonuçları ve risklerinden tamamıyla haberdar edilmelidir.

Organ ticareti düzeninde vericilerin çoğu, toplumun fakirlik ve ekonomik güçlükler nedeniyle sağlık ve beslenmenin zaten kısıtlandığı bir kesimden gelmektedirler. Bu bireylerin bulundukları şartlarda gerçek anlamda gönüllü ve zorlamasız bir rızaya sahip olduklarını söylemek gerçekçi değildir. Ayrıca arka sokak ameliyathanelerindeki sağıksız koşullarda, ameliyatı yapan hekimlerin tıp bilgisi ve tecrübesi sorgulanmadan, bilinmeden gerçekleşen nakillerde vericinin sağlığının, organlarının işlevsel bütünlüğünün ve yaşamının zedelenmesi de kuvvetle ihtimaldir. Ayrıca verici nakil hakkında yeterli kadar bilgilendirilmemekte, son anda vazgeçen vericilerin istekleri göz ardı edilerek, operasyonun basit olduğu yönünde yüzeysel telkinlerde bulunularak ve artık bu yola girildiğinden bir daha geri dönüş olamayacağından bahisle, organları adeta zorla alınmaktadır. Bunun yanı sıra alıcılar da masraflar, verici seçimi ve değerlendirme ile incelemelerin kalitesi bakımından hastane ve hekimlerin insafına kalmış durumdadırlar.

İnsan vücudunun sıradan mallar gibi bilinen ve önceden belirlenmiş meblağlar karşılığında satılabilecek bir meta olarak kabul edilmesi halinde, toplumda yozlaşma ve haksız ve adil olmayan bir erişim ve dağıtım sistemi davet edilmiş olur; çünkü bu sistemde zengin daima alıcı tarafta, fakir ise verici tarafta olacaktır.

Organ ticaretinin önüne geçmek için kadavra üzerinden nakil programlarına yönelerek canlı akrabalar dışında akraba ve duygusal yakınlığı olmayan vericilerden ticarileşme tehlikesi nedeniyle organ alımı engellenmelidir. Gerek dünyada gerekse Türkiye'de yasal yollardan organ nakli için çok uzun sıralar beklemek gerekmektedir ve çoğu zaman da ölene kadar bu sıralar gelmemektedir. Bu sebeple yasa dışı yollardan, organ ticareti yapılması tercih edilmektedir. Bireylerler dini, ekonomik veya sosyal nedenlerle organ bağışı yapmaktan çekinmektedirler. Dünya kapsamında sırada bekleyen bir sürü alıcı varken, bu şartlar altında yasal verici bulunmasında

zorluk çekilmektedir. Dolayısıyla ya kişiler hem devlet eliyle hem de STK'larla organ bağışına teşvik edilmeli ya da canlı insandan yapılan organ bağışı çok daha sınırlı tutularak sıkı denetimle organ nakli gerçekleştirilmelidir. Nitekim Dünya Sağlık Asamblesi, 1987 yılında canlı insanlar arasında insan organlarının kar amaçlı ticareti ile ilgili endişesini dile getirmiş, bu ticaretin en temel insani değerlerle uyuşmadığını, bunun BM üretimi olan Evrensel İnsan Hakları Bildirgesine ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasasının ruhuna aykırı olduğunu belirtmiştir.

Sperm bankası

Daha önceden tüm gerekli testlerin yapılarak döllenebilirliği kanıtlanmış sağlıklı spermelerin, soğutulmak suretiyle saklanması takiben çocuk sahibi olamayan kişi/kişilere verilmesiyle gerçekleşen hukuki işleme sperm bağışı; bu işlemin genel itibarıyla gerçekleştirildiği merkezlere sperm bankaları denilmektedir.

Sperm bağışı isteyen kadının veya kliniğin, sperm bankasına müracaat etmesi üzerine banka, alıcıya tıbbi ve yasal şartları anlatmakta ve alıcının şartları kabul ederek ödemeyi yapmasıyla sözleşme kurulmaktadır. Alıcı, fotoğraflarına ve tüm kişisel bilgilerine bakarak kimliğini gizlemek istemeyen bağışçılar arasından bir seçim yapar ve banka, istenen spermi alıcının tedavi göreceği kliniğe gönderir. Sperm almak isteyenler tercihlerini, sperm bağışçısının uyruğu, ten rengi, göz rengi, boyu, kan grubu, zekâ seviyesi gibi, belirledikleri kriterler doğrultusunda yaparlar.

2010 tarihli *Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik* m.18 gereğince, üremeye yardımcı tedavi yöntemleri uygulamaları ile ilgili yasaklar başlığı altında Türkiye'de sperm bağışı yapmanın ve sperm bankası açmanın yasal olarak mümkün olmadığı düzenlenmiştir.

Ancak, sperm bankası yoluyla çocuk sahibi olmak isteyenler yurtdışına çıkmakta veya yasadışı yollarla yurtiçinde bu işlemi uygulamaktadırlar. Sperm bağışı ülkemizde yasaklanmakla beraber, yurtdışında bu işleme başvurmak isteyen kişilere danışmanlık hizmeti verilmekte idi. Ancak yönetmelik değişikliğiyle sperm bankasından elde edilen sperm ya da yumurta aracılığıyla hamile kalmak, bu yöntemi kullanmak ve hatta bu yöntemi tavsiye etmek yasaklanmıştır.

Çeşitli ve kendine göre haklı gerekçeler ile sperm bankasına izin vermeyen Sağlık Bakanlığı'nın, hastalarını yurtdışındaki sperm bankalarına yönlendiren ya da

teşvik eden tüp bebek merkezlerini de kapatması gerekecektir. Yönlendirme veya aracılık yapan klinik ilk seferinde üç ay, aynı eylemi ikinci kez yaparsa süresiz olarak kapatılacaktır. Hastasını teşvik eden hekimlerin de tüp bebek çalışmasına ilişkin sertifikaları Sağlık Bakanlığı tarafından iptal edilecek ve uygulamayı yapan, buna aracılık eden, gebe kalan kişi ile donör, Cumhuriyet Savcılığı'na bildirilecektir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı'ndan, bu kişilerin haklarında başlatılacak soruşturmada TCK m.231 düzenlemesi çerçevesinde değerlendirme yapılacağı açıklaması gelmiştir.

Suç ve ceza içeren düzenlemeler ancak kanunda yer alabilir ve açıkça görülmektedir ki sperm bankasını yasaklayan düzenleme bir yönetmelik hükmüdür. Bu düzenlemelere aykırı hareket edildiğinde idari yaptırıma tabi olunacağı belirtilirken, Cumhuriyet Savcılığı'na suç ihbarında bulunularak TCK m.231'e dayanarak adeta kıyas yapılarak soruşturma başlatılacak olması, suç ve cezanın kanunla belirlenmesi gerektiği ilkesini ve ceza hukukundaki kıyas yasağını hiçe saymaktır. Bu tür eylemler suç politikası gereğince cezalandırılmak isteniyorsa bunlar için ya TCK'da ya da ilgili yasasında ayrı bir suç tipi oluşturulmalıdır.

Sperm bankası uygulamasına karşı olanlar, savlarını desteklerken insanın ticarete konu edilemeyeceğini, pazar malı gibi alınıp satılamayacağını öne sürseler de hukuken bir "insan"dan söz edebilmek için 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu m.28 uyarınca aynı zamanda kişiliğin de kazanılma anı olan tam ve sağ doğma şartı aranmaktadır. Dolayısıyla sperm ve tam ve sağ olarak doğmamış cenin henüz insan sıfatını kazanmamıştır. Hatta 5237 sayılı TCK'da düzenlenen insana karşı işlenebilen kasten öldürme gibi suçlar cenine/sperme karşı işlenemez, zira bunlar insan sayılmazlar. O halde sperm satın almanın hukuken insan ticareti olup olmadığı tartışmalı bir konudur. (Burada önemle belirtilmesi gereken, bahsi geçen insan ticareti, TCK m.80'de suç normu olarak düzenlenen "insan ticareti" değil; insan alım-satımının ticarete konu edilmesidir).

Sperm donasyonunun tercih edilme sebebi çeşitlilik göstermektedir. Sperm donasyonuna başvurmak isteyen evlilik bağı içerisinde bir çift, kanser tedavisi için verilen radyoterapi veya kemoterapiye bağlı testis hasarı veya doğuştan sperm üretiminin olmaması gibi durumlarda, erkeğin çocuklarına geçme olasılığı olan kalıtsal hastalığı varsa ileriki zamanlarda kullanmak için sperm bankalarından sperminin dondurulmasını isteyebilmekte ya da erkekte hiç sperm bulunmaması, az

bulunması, mevcut sperm morfolojisinde bozukluklar olması ve yapılan tedaviler sonucunda gebelik elde edilememesi durumlarında veya akraba evliliğinden dolayı risk altında olan çiftler sperm donasyonuna karar verebilmektedirler. Bunların dışında, evlilik bağı bulunmayan bekar bir kadın da sperm donasyonu yöntemi ile bizzat doğum yaparak çocuk sahibi olmak isteyebilmektedir.

Danimarka'da bulunan, Ole Schou tarafından kurulan dünyanın en büyük sperm bankası Cryos, yılda 2000'den fazla bebeğin doğumuna vesile olmakla birlikte, 70'ten fazla ülkeye de sperm ihracatı yapmaktadır. Bankanın donörlerinin çoğunluğunu üniversite öğrencileri oluşturmakta olup haftada bir-iki kez bankaya gelerek bağıшта bulunmakta, böylece sperm donörlüğünden gelir elde etmektedirler. Bankanın kurucusu, bankayı yeni kurduğu zaman reklam ihtiyacı olduğunu, sperm bankasını ve sperm donörlüğünü ilk kez duyanların şaşkınlıklarını gizleyemediğini ancak zamanla insanların bunu kanıksadığını ve artık reklama dahi ihtiyacı olmadığını belirtmiştir. Danimarka, Yunanistan, Kıbrıs, ABD, İngiltere, Belçika gibi pek çok ülkede sperm bankaları bulunmakta, hukuken sperm donasyonu yapmakta engel bulunmamaktadır. Sperm bankası, ülkemizde uzunca bir süredir duyulan bir kurum olmasına rağmen, önyargıyla bakılmaktan kurtulamamıştır.

Ancak bunun yasal düzenlemeye kavuşturulmasının ve hukuksal bir zemine oturtulmasının tüm sorunları giderdiği söylenemez. Bu durumda dahi çeşitli hukuksal sorunlar ortaya çıkmakta, hatta içinde bulunduğumuz yargı çevresinde en üst yargısal organ diyebileceğimiz Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) dahi çeşitli kararlar vermek durumunda kalmaktadır. Nitekim cenin konusunda verdiği 2006 tarihli son kararında AİHM, Birleşik Krallık aleyhine yapılan bir başvuruyu değerlendirmiştir. Söz konusu başvuruya neden olan olayda başvuru ve partneri 2000 yılında bir üreme kliniğe başvuruda bulunmuşlar, yapılan tahliller sonucunda başvuruçunun yumurtalık kanseri olduğu ve yumurtalıklarının alınması gerektiğine karar verilmiştir. Operasyon öncesi başvuruçunun on bir yumurtası alınarak partnerinin spermi ile döllenmiş ve altı adet embriyo dondurulmuştur. Bu işlemden bir süre sonra başvuruçunun partnerinden ayrılmış ve embriyolardan taşıyıcı anne ile çocuk yapmak istemiştir. Bu esnada durumdan haberdar olan eski partner çocuğun genetik babası olmak istemediğini belirtmiş ve embriyoların kullanılmasını engellemiştir. Ulusal mahkeme partner lehine karar vermiştir. AİHM bu konuda Avrupa genelinde bir konsensüs olmadığı görüşünden hareketle, her

bir hukuk sisteminin kendi takdir yetkisi bulunduğuna işaret etmiştir. Sonuç olarak AİHM yapılan başvuruyu reddetmiş, yapay döllenmeyle üretilmiş embriyonun, taşıyıcı annenin rahmine yerleştirilinceye kadar Birleşik Krallık hukuk tarafından korunmadığına, dolayısıyla yaşama hakkının bulunmadığına karar vermiştir.

Ülkemizin sosyokültürel geleneklerine, örf ve adetlerine bağlı ahlaki yapısı nedeniyle sperm bankası uygulamasına sıcak bakılmadığını söylemek yanlış olmaz. Zira toplumda "babasız çocukların dünyaya gelmesinin hoş karşılanmadığına" ilişkin bir görüş hâkimdir. Ayrıca doğacak çocuk bakımından nesep sorunu yaşanacağı düşünülmektedir. Bunun yanında miras hukuku açısından birtakım sorunlar oluşabilecektir. Sperm bankasına bağıшта bulunan bir bağışçının, ileride kız kardeşine de bankadan sperm transferi yapılabileceği olasılığı ahlaki ve etik kuralların yeniden sorgulanmasına neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı ise "Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik" ile başkalarına ait ya da sahibi belirsiz sperm ve yumurtalarla gebeliğin, Türkiye'de "soy bağıının" yani babalığın belli olmasının esas alındığı gerekçesiyle yasak olduğunu vurgulamaktadır.

Taşıyıcı annelik

Taşıyıcı annelikte, gönüllü çiftlerden alınan yumurta ve sperm hücreleri, laboratuvar ortamında birleştirildikten ve embriyo oluşturulduktan sonra taşıyıcı anneye aktarılmaktadır. Cenin taşıyıcı anne karnında dokuz aylık süreci tamamladıktan sonra doğum gerçekleşmektedir. Bu uygulama, özellikle genç yaşta ve anne olamadan çeşitli hastalıklar sebebiyle rahmini kalıcı olarak kaybeden kadınların kendi genlerinden/yumurtalarından bir çocuğa sahip olabilmeleri açısından için bir umut ışığıdır. Herhangi bir sebepten ötürü çocuk doğurma yeteneğinden yoksun ya da doğurması kendisi için tehlikeli olabilecek bir kadının, çocuğunu, onun yerine rahminde taşıyan kadına taşıyıcı anne denmektedir. Bunun tek yolu daha önce doğum yapmış sağlıklı bir kadın rahmini kullanmaktır.

Taşıyıcı anne karnında gelişen çocuk, besinleri ve oksijeni taşıyıcı annenin bedeninden alır. Ayrıca taşıyıcı annenin içinde bulunduğu aşırı stres-üzüntüye bağlı psikolojik travmalardan etkilenir. Bunun yanında taşıyıcı annede bulunan AIDS, hepatit gibi birtakım viral hastalıklar da çocuğa geçebilir. Dolayısıyla taşıyıcı annenin sağlık kontrolünün çok iyi yapılmış olması gerekir.

Bu tür yeni üreme teknikleri üzerine uygu-

lamalar, çeşitli sebeplerle toplumumuzda çocuk sahibi olmada geleneksel aile anlayışına ters düşmektedir. Sperm donasyonu uygulamasında da olduğu gibi 2010 tarihli *Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik* m. 18 uyarınca taşıyıcı annelik ülkemizde yasaklanmıştır.

Türkiye’de yasak olan taşıyıcı annelik uygulamasına bir İslam ülkesi olan İran’da da rastlanmakta, Tahran, İsfahan ve diğer şehirlerdeki bazı tıp merkezlerinde kısır çiftler için taşıyıcı annelik seçeneği olarak sunulmaktadır. ABD, İngiltere, Brezilya, Belçika’nın yanı sıra taşıyıcı anneliğin yasal olduğu yerlerden biri de Yunanistan’dır. Taşıyıcı annelik yoluyla anne-baba olmak isteyen birçok çift, Yunanistan’ın Girit adasına gitmekte ve transfer işlemlerini burada gerçekleştiren aileler daha sonra Türkiye’ye dönüp gözlerden uzakta, kendi aralarında yaptıkları sözleşmeye uygun olarak dokuz ay geçirmektedirler. Kıbrıs’ta da taşıyıcı annelik uygulaması hukuken yasak olduğundan, Türk aileler yakın olmasından ötürü çoğunlukla Girit’i tercih etmektedirler. Bu da taşıyıcı anneliğin Türkiye açısından sınır ötesi yasadışı boyutunu gözler önüne sermekte ve bu işi yasa dışı yollardan yapmanın çok da zor olmadığını göstermektedir.

Taşıyıcı anneliğin yasaklanmadığı ülkelerde çalışan doktorlar, çiftlerin hangi ülke vatandaşı olduğuna veya hangi ülkede yaşadıklarına bakmaksızın, çalıştıkları ülkenin hukukuna göre mesleklerini icra etmekte ve işlemlerini gerçekleştirmektedirler. Sonuç olarak ülkemiz vatandaşları da bu yolla yurt dışında çocuk sahibi olabilmektedirler. Dolayısıyla böyle bir temel içgüdü karşısında yasaklar engel oluşturmamakta, sadece insanları ülkemize açısından yasak olan yasa dışı yollara itmektedir.

Türkiye gibi taşıyıcı anneliği yasaklayan Almanya, Fransa ve İspanya gibi ülkelerde bu yasağın temel amacı insan vücudunun metalaşmasının önlenmesi ve çocuk satışına karşı olmaktır. Belçika, Hollanda, Finlandiya ve Hindistan gibi bazı ülkeler ise taşıyıcı annelik hakkında herhangi bir yasal düzenleme yapmayarak sessiz kalmakta bir çeşit sessiz rıza göstermektedirler. Ukrayna’da, ABD’nin Kaliforniya Eyaleti’nde ve İsviçre’nin Zürih Kantonu’nda ve bazı koşulların varlığı halinde İngiltere’de (üreme hücrelerinin anne veya babaya ait olması ve mahkeme kararı olması), yine bazı koşullarla Yunanistan’da (mahkeme izni) taşıyıcı annelik serbesttir. Taşıyıcı anneliğin bu ülkelerde kabul edilmesindeki temel sebepler ise bu alandaki yasa dışı uygulamalardan ve genetik hastalıklardan korunmaktır.

Taşıyıcı anneliği yasaklayıp alternatifi olarak evlat edinmeyi göstermek pek de yerinde bir tercih olarak görülmemektedir. Zira evlat edinmede her iki ebeveynle de hiçbir şekilde genetik bağ bulunmamaktadır. Tipik bir evlat edinmede mevcut bir çocuk evlat edinilirken, taşıyıcı annelikte ebeveynler karakter/fiziksel özelliklerine göre taşıyıcı anne seçebilmektedirler. Kısacası evlat edinme ile taşıyıcı annelik uygulamaları birbirlerinden tamamen farklıdır.

Taşıyıcı annelik sözleşmesi neticesi doğan çocuğun, bu durumun zararlı etkilerine maruz kaldığına dair deliller olmadıkça, bireylerin verdikleri üreme kararlarına saygı duyulmalıdır.

Taşıyıcı annelik sözleşmesi, sosyal ve ekonomik bakımdan daha az avantajlı kadınları sömürmekte; üçüncü dünyanın yoksul kadınlarının, normal yollardan çocuk sahibi olamayan veya kariyerleri sebebiyle bu planlarını erteleyen batılı kadınların üreme noksanlıklarını karşılamak için araç olarak kullanılmasına neden olmaktadır. Üremeye yardımcı yeni teknikler, artık uluslararası bir endüstri haline gelmiştir. Kendi ülkelerindeki hukuki yasak ve sınırlamalar yüzünden daha ucuz, hızlı ve kolay taşıyıcı anne bulunabilmesi ve cinsiyet tercihi olanağı gibi nedenler, batıdan üçüncü dünya ülkelerine üreme amaçlı turizmi teşvik etmektedir. Kendilerini koruyacak yeterli hukuki düzenlemeler bulunmamasına rağmen pek çok genç ve kalifiye olmayan Asyalı ya da Doğu Avrupalı kadın için taşıyıcı annelik, kendi ülkelerindeki yasal bir işten kazanabileceklerinden çok daha fazla para kazanmayı vaat etmektedir. Örneğin Hindistan’da kişi başı yıllık gelir 500 dolar civarında iken 3000-6000 dolar arasında bir gelir elde etme fırsatı veren bu sektör, yoksul Hintli kadınlar için çekici bir finansal seçenek sunmaktadır. Nitekim bu sektörün ülkenin ikinci büyük endüstrisi haline geldiği iddia edilmektedir.

Sperm donasyonu uygulamasında tartışılan ve uygulamaya konu olan bebeğin yani insanın, ticarete konu olup olamayacağı taşıyıcı annelik uygulamasında da tartışılmalıdır. Taşıyıcı annelik sözleşmesi, bebek satışı ile aynı şey olmayıp çocuk üzerindeki ebeveyn haklarının transfer edilmesi ile eşdeğer görülmektedir. Yalnız bu konuda bir hususu daha düzeltmek gerekir. Hukuki bakış açısından taşıyıcı anneye yapılan ödeme ebeveynin velayet hakkının gönüllü çifte transferi karşılığı ödenen bir bedel değil; yalnızca taşıyıcı annenin çocuk üzerindeki hukuki ebeveynlik iddiasından gönüllü çifte lehine vazgeçmesi karşılığıdır. Çünkü taşıyıcı annenin hakkı, devredilebilir değil ancak vazgeçilebilir bir hakktır. Ancak taşıyıcı

annelik sözleşmesi, bebek satışı olarak düşünülemese bile ahlaken reddedilmeye devam edilmektedir. Bebeğin taşıyıcı anneden gönüllü çifte teslimi, sözleşmenin esaslı bir niteliğidir ve bir çocuğun sevgi ve cömertlik dışında bir başkasına verilmesi çocuğun bir bakıma nesneleştirilmesidir.

Dünya uygulamasına bakıldığında, ABD’nin bazı eyaletlerinde ve bazı Avrupa ülkelerinde taşıyıcı anneliğin para karşılığında yapılarak ticarete dönüştürülmesi yasaklanmıştır; kimilerinde ise taşıyıcı anneliğin belli bir ücret karşılığında yapılması yasal olarak zorunlu tutulmuştur. Taşıyıcı annelerle çeşitli anketler/araştırmalar yapılmıştır. Ragone’nun ABD’de 1988’den 1996 yılına kadar üç farklı taşıyıcı annelik programı merkezinde yürüttüğü araştırmaları, yirmi sekiz taşıyıcı anne ile yapılan hem yüz yüze sohbetler hem resmi mülakatların ürünüdür. Ragone öncelikle “*Sizi taşıyıcı anne olmaya iten nedenler nedir*” sorusuna taşıyıcı annelerden gelen cevapların birbirinin aynı olduğunu gözlemlemiş, genellikle kısır bir çiftin çocuk sahibi olmasına yardım etme isteği, mali kazanç ve hamilelik sevgisi gibi belli başlı ama tekrarlayan sebeplerle karşılaşmıştır. Ancak bunun yanı sıra Ragone’nun çalışması, kadınların daha önceden yaptırdıkları kürtaj operasyonunun ve/veya çocuğunu evlatlık vermekten doğan suçluluk duygusunun da onları taşıyıcı anne olmaya motive edebildiğine işaret etmektedir. Kadınlara, doğurdukları bebeğin kendilerine ait olduğunu düşünüp düşünmedikleri sorulduğunda istisnasız hepsi de böyle düşünmedikleri cevabını vermişlerdir. Onlara göre doğurdukları bebekleri belli bir süre sonra gerçek anne-babasına vermek, bebekten vazgeçmek değil, onu ebeveynlerine geri vermek anlamına gelmektedir. Ancak bu tip istatistiksel veriler, elbette ki yapıldığı toplumun geleneklerine, yapısına ve kültürüne göre değişebilecektir.

Türk Medeni Kanunu m.282 uyarınca anne ile çocuk arasındaki soybağı doğum ile kurulur. Taşıyıcı anneliğin yasal olarak mümkün olması halinde yapılacak yeni düzenlemelerin yanı sıra bu gibi düzenlemelerin de değişmesi gerekecektir. Nitekim taşıyıcı annelik sözleşmesi ile doğan çocuğun hukuki statüsünü belirlemek çok da kolay değildir. Zira taşıyıcı anne tarafından doğurulan çocuğun annesi hukuken taşıyıcı annenin mi, yoksa taşıyıcı anneye transfer edilen embriyonun oluşumunda kullanılan yumurta hücrelerinin sahibi olan kadının mı olacağı sorusu bir hayli tartışmalıdır. “Çocuğun soy bağı kiminle kurulmuş olacaktır?” Taşıyıcı annenin vücudu yalnızca embriyonun gelişip bebek olarak dünyaya gelmesinde aracı olarak

kullanılmıştır. Ancak bebek fiziki gelişimini taşıyıcı anne karında tamamlamış, bu süreçte ondan beslenmiştir. Babalıkta soy bağı ise aynı şekilde gerçek annenin tespitinden sonra anne ile evlilik bağı içinde olan koca veya tanıma yoluyla veya hâkim hükmüyle kurulacaktır. Eğer bu düzenlemeler hâlihazırdaki şekliyle kalırsa taşıyıcı anne, soy bağına kurulduğu anne olarak kabul edilecek, bebeğin oluşmasında yumurtaları kullanılan anne ise çocuğu ancak evlat edinme şartlarını yerine getirerek evlat edinebilecektir. Taşıyıcı annenin evli olması durumunda da, taşıyıcı anne, anne kabul edilirken babalık karinesine göre çocuk evlilik birliği içinde meydana geldiğinden, baba taşıyıcı annenin kocası olarak kabul edilecektir. Bunun önüne geçmek için, taşıyıcı annenin doğum yapacağı hastaneye yumurtaların alındığı kadının adıyla yatması halinde de TCK m.231’de yer alan çocuğun soy bağına değiştirme suçu işlenmiş olacaktır.

Nitekim 4 Temmuz 1995 tarihli UK Independent Gazetesi’nde Hollanda polislinin, Hollanda, Almanya ve Belçika’da yaşayan ve üreme yeteneğinden yoksun çiftler için taşıyıcı annelik yapacak genç Polonyalı kadınlara tuzağa düşüren ve pazarlayan bir çete yakaladığına, kadınların Polonya gazetelerinde kendi takdirlerine göre taşıyıcı annelik yapıp iyi para kazanmaları vaadi taşıyan reklamlar ile kandırıldığına, çetenin ticari amaçla taşıyıcı annelik organize etmek ve kadın ticari yapmaktan hapis cezasına çarptırıldığına ilişkin bir haber yayınlanmıştır.

Bu bağlamda üreme amaçlı turizmin hukuksal bir düzene kavuşturulmamış olması büyük bir eksiklik olarak görülmektedir. Üreme amaçlı turizmin insanların duygusal ve ekonomik ihtiyaçlarını sömüren kirli bir sektör olduğu ve taşıyıcı annelik sözleşmesinin ticari bir yanı olduğundan, bir anlamda çocuk ve kadın ticaretine izin verdiği görüşü ortaya çıkmaktadır.

Sonuç

Sonuç olarak üç önemli tıbbi gelişmeyi başlık alarak yaptığımız incelemede, insanlara umut sunan ve şifa dağıtan tedavi yöntemlerinin kötüye kullanılabildikleri ve taraflar mağdur edilirken, bazı kişilerin (özellikle organize suç örgütlerinin) bu sayede yüksek miktarda haksız kazanç sağladıkları görülmektedir. Ancak hukuka aykırı durumlar tespit edilerek bunlar suç olarak düzenlenmeli, failer hakkında etkin soruşturma yapılarak suç işledikleri tespit edilenler cezalandırılmalı ve bu alanda mutlaka uluslararası ortak çalışmalar yapılarak yeknesak kurallar oluşturulmalıdır.

Bunun yanı sıra ulaştığımız bir diğer

sonuç ve önerimiz, hukuksal kavramların yeniden tanımlanmasının gerektiğidir. Doğum öncesi insan varlığının hukuki konumu, uzun yıllardan beri tartışılmaktadır. Kısa bir zaman öncesine kadar bu tartışma kürtajla sınırlı kalmıştır. Ancak günümüz dünyasında kök hücre çalışmaları nedeniyle embriyonun deneylerde kullanılmasından, klonlama yoluyla canlı üretimine, yapay döllenenler yoluyla rahim dışında döllenecek olanaklarının kullanılmasına, insan yumurtası ile hayvan genetik malzemesinin birleştirilmesine kadar geniş bir yelpazede araştırma, deney ve uygulama amacıyla embriyolar kullanılmaktadır. Günümüz hukuk sistemlerinde doğum öncesi insan varlığı “kişi” olarak kabul edilmemektedir. Dolayısıyla embriyonun bir hücre yığınının ibaret, basit bir eşya olarak kabul edilmesi mümkün olabileceği gibi, insan türüne ait bir canlı olması nedeniyle kişiye eşit bir konumda kabul edilmesi de mümkündür. O halde, klasik hukuk düşüncesinden yola çıkılarak varılan her iki çözüm de içerisinde kendine özgü sorunları barındırmaktadır. Böyle bir ikilem içinde önerimiz, insanlığın “avcılık – toplayıcılık” aşamasından günümüzde kadar gelen mal - kişi ayrımının yeniden ele alınması ve bu kavramların yeniden tanımlanarak üçüncü bir kategorinin oluşturulmasının düşünülmесidir.

Bu bağlamda belirtmek istediğimiz bir diğer sonuç, taşıyıcı anneliğin özellikle uluslararası boyutunun en popüler üremeye yardımcı olanaklardan biri haline gelmesine karşın, bu alanda hem ulusal hem de uluslararası alanda tam bir yasal boşluğun bulunmasıdır. Hukuk, tıptaki ilerlemelerin ve buna bağlı sosyal gelişmelerin gerisinde kalmış durumdadır. Günümüzde halen geçerli olan ve kaynağını Roma Hukukunda bulan “*Mater semper certa es*” (*ana her zaman bellidir*) kuralı bugün artık hukuksal problemlerin çözümünde yetersiz kalmaktadır. Dolayısıyla bu alanda hem tıbbi, hem sosyal hem de hukuksal gereksinimler dikkate alınarak yeni ve çözüm odaklı düzenlemeler yapılmalıdır.

Kaynaklar

Erman, Banş, *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2003.

<http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/85107.asp>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

<http://epochtimestr.com/index.php/bir-dolandiricilik-olayi-cindeki-yasadisi-organ-ticaretini-gozler-onune-serdi>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

<http://haber.sol.org.tr/devlet-ve-siyaset/insanlik-disi-bir-pazar-organ-ticareti-haber-38363>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

<http://health.howstuffworks.com/pregnancy-and-parenting/pregnancy/fertility/sperm-bank.htm>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Organ>, (Erişim tarihi: 4.2.2013)

<http://www.bulenttiras.com/medyada-tup-bebek-sperm-banklarina-yasak-gerektisi-turk-soyunu-koruma/>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

http://www.cypusivf.net/sperm_donasyonu.html, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

<http://www.dailymail.co.uk/news/article-2193780/Sperm-donation-Wife-man-secretly-donated-sperm-calls-spouses-consent-mandatory.html#axzz2Jx2qJ976>, (Erişim tarihi: 4.2.2013)

<http://www.guardian.co.uk/society/2012/nov/02/worlds-biggest-sperm-bank-denmark>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

<http://www.hastahaklari.net/NewsPrint.aspx?id=124&ModuleName=haberleri>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

<http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/20491210.asp>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

http://www.hurriyetaile.com/bebek-bekliyoruz/genel/tasiyici-annelikle-ilgili-hukuki-duzenleme-yok_22439.html, (Erişim tarihi: 6.2.2013)

http://www.sabah.com.tr/Gunaydin/Yazarlar/tuzun/2008/12/22/Baskasinin_rahmi_ile_anne_olan_kadinlar_var, (Erişim tarihi: 6.2.2013)

<http://www.saglikaktuel.com/haber/kacakcilarinson-slogani-bir-bobrek-bagisla,-yeni-bir-ipad-al-26139.htm>, (Erişim tarihi: 5.2.2013)

<http://www.tasiyicianne.com/dr-murat-vural-ile-tasiyici-annelik-uzerine>, (Erişim tarihi: 6.2.2013)

Korkut, Levent, “Biyohukuk Bakış Açısıyla AİHM Kararlarında Ceninin Hukuki Statüsü”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, s.25, Aralık-Ocak-Şubat 2012-2013.

Metin, Sevtap, “Yörüngesinden Çıkan Tabiat: Etik, Sosyal, Psikolojik ve Hukuki Görünümleriyle Taşıyıcı Annelik”, *Sağlık Hukuku Makaleleri*, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2012.

Özbek, Veli Özer/M. Nihat Kanbur/Koray Doğan/Pınar Bacaksız/İlker Tepe, *Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2010.

Sayman, Yücel, “Mevcut Hukuk Sistemi Biyolojik Gelişmeler Karşısında Acız Kalıyor”, *Röportajı Yapan: Ömer Çakkal, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, s.25, Aralık-Ocak-Şubat 2012-2013.

Şensöz Malkoç, Ebru, “Milletlerarası Özel Hukukta Boşluk: Taşıyıcı Annelik”, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, s.25, Aralık-Ocak-Şubat 2012-2013.

Taşkın, Ahmet, Organ ve Doku Nakillerinde Hekimin Cezai Sorumluluğu, Ankara, Adil Yayınevi, 1997.

Tek, Gülen Sinem, “Türk Hukukunda Kadının Vücudu Üzerindeki Tasarruf Hakkını Sınırlayan Düzenlemeler”, *Sağlık Hukuku Makaleleri*, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2012.

Vatanoğlu, Elif, “Günümüzde Tıp Bilimindeki Etik İlkeler”, *Sağlık Alanında Etik ve Hukuk Uluslararası Sempozyumu 17-19 Nisan 2008*, T.C. Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, 2008.

Yıldız, Ali Kemal, “Organ Naklinden Kaynaklanan Etik ve Hukuk Sorunları”, *Sağlık Alanında Etik ve Hukuk Uluslararası Sempozyumu 17-19 Nisan 2008*, T.C. Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, 2008.

Sınır ötesi sağlık hizmeti ve hukuk

Doç. Dr. Ayfer Uyanık Çavuşoğlu



İlköğretimini Almanya'da (1986), Köln Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde (Almanya) başladığı yükseköğretimini ise İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde (1991) tamamlamıştır. Aynı fakültede başladığı akademik kariyerini 2010 yılı itibarıyla Koç Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde sürdürmektedir. Uzmanlık alanı milletlerarası özel hukuk, aile hukuku ve milletlerarası tıp hukukudur.

Stratejik eylem planı (2010-2014)⁽¹⁾ ve 2023 sağlık vizyonu ve hükümet programında belirtilen gibi Türkiye'nin sağlık turizmi alanında dünyadaki yerini alması amacıyla gerekli hukuki alt yapı çalışmaları devam etmektedir. Sağlık turizminin geliştirilmesi amacıyla 2010 yılında Sağlık Turizmi Birimi,⁽²⁾ 2011 yılında bu birimi devralan Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü;⁽³⁾ bu Müdürlük bünyesinde de Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı⁽⁴⁾ kurulmuştur. Yabancı ülkeden gelecek hasta başvuru potansiyeli olan illerde, Sağlık Bakanlığı'nın uygun görmesine göre ildeki hastanelerden birinde veya il sağlık müdürlükleri bünyesinde Yurt Dışı Hasta Koordinasyon Merkezleri⁽⁵⁾ kurulmuştur. Şu anda Medikal (Tıp) Turizmi, Termal Turizm-Spa Wellness, İleri Yaş ve Engelli Turizm ve Turistin Sağlığı⁽⁶⁾ bölümleri faaliyetlerini sürdürmektedir. Ayrıca sağlık turizmi bakımından pek çok mevzuatta gerekli değişiklikler yapılmış; finansal destek⁽⁷⁾ ve vergi muafiyeti⁽⁸⁾ sağlanmıştır. Bunun yanı sıra yabancı hekim ve hemşirelere özel sağlık kuruluşlarında çalışma hakkı tanınmıştır.⁽⁹⁾ Devam eden çalışmalar arasında 2013 yılı içerisinde oluşturulması planlanan Sağlık Serbest Bölgesi⁽¹⁰⁾ ve sağlık turizminin usul ve esaslarına ilişkin yönetmelik hazırlıkları sayılabilir.

Sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'ye gelen yabancıların taraf olduğu hukuki olay veya işlemler neticesinde değişik boyutları olan hukuki problemlerin çıkması kaçınılmazdır. Bu durum, yeni gelişen bir sektör olarak sağlık turizmi ile paralel yeni bir hukuk dalının doğuşuna yol açacaktır. Tıp hukuku, maddi hukuk düzeninde bağımsız ve yasal düzenlemeleri tek kaynaktan birleştirilmiş bir hukuk dalı değildir. Aksine, başta anayasa hukuku olmak üzere, ceza hukuku, idare hukuku ve medeni hukuka ilişkin konuları da kapsamına alan interdisipliner bir hukuk dalıdır. Tıbbın uygulanmasından kaynaklanan hekim, hastane işleteni ve hatta Sağlık Bakanlığı'nın sağlık turisti karşısındaki hukuki sorumluluğu, yabancılık unsuru içermesi sebebiyle

"milletlerarası tıp hukuku" başlığı altında incelenmesini gerektirir. Ancak bilinmelidir ki, sağlık hukuku alanında devletlerin milli hukuklarının yanında birden çok devlet için birleştirilmiş "milletlerarası tıp hukuku" bulunmamaktadır. Gelecekte de dünya üzerindeki her devlette uygulanabilen bir milletlerarası tıp hukukunun tesis edilmesi güçtür. Burada kullanılan "milletlerarası" kelimesi, bu hukukun kaynağını değil, kapsamına aldığı konuların yabancılık unsuru içermesini ifade etmek için kullanılmalıdır.

Sağlık hizmetinden yararlanmak amacıyla gelen veya ülkemizde turistik gezi amacıyla bulundukları sırada acil sağlık hizmeti alan yabancı hastalar, haksız tıbbi uygulamalar nedeniyle hukuki, idari ve ceza davası açabilirler. Hiç şüphesiz, sağlık personelinin kamu ya da özel bir sağlık kuruluşunda veya serbest çalışması, sorumluluğun tarafları, şekli ve prosedürü bakımından farklılık arz edecektir.

Hukuki sorumluluk açısından

Sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'ye gelen turistin karşılaşacağı hukuksal sorunlarda, en adil ve en uygun çözümleri getiren maddi hukuk kuralları araştırılmadan doğrudan doğruya Türk maddi hukuk hükümlerinin uygulanmasına gidilemez. Tarafların vatandaşlığı, mutlak meskeni veya hizmetin satın alındığı yer bakımından yabancılık unsur taşıyan tıbbın uygulanmasından kaynaklanan hukuki olay ve ilişkilerde uygulanacak hukukun; 12.12.2007 tarihinde yürürlüğe giren, 27.11.2007 tarihli ve 5718 sayılı "Milletlerarası Özel Hukuk ve Usul Hukuku Hakkında Kanun" (MÖHUK)'a⁽¹¹⁾ göre tespit edilmesi ve uygulanması gerekmektedir. Bunun istisnası, doğrudan uygulanma niteliğine haiz olan kuralardır. Bu kuraların yabancı bir hukukun uygulanması halinde de müdahale gücü vardır. MÖHUK'a göre araştırılan ve bulunan hukuk, hiç şüphesiz Türk Hukuku veya yabancı hukuk olabilir. Uygulanması gereken hukuk hakkında yapılan hata, iç hukuk düzenlemesi olan kanunlar ihtilafı kurallarının ihlal edilmesidir.

Bu sebeple yabancılık unsuru içeren sağlık turizmi ile ilgili bir hukuki ihtilafa bakan Türk hâkiminin, ihtilafı Türk Hukuku yerine yabancı hukuka veya yabancı hukuk yerine Türk Hukukuna göre çözüme kavuşturması, temyiz itirazına sebep olur. Türk milletlerarası özel hukukunda, tıbbın uygulanması ile ortaya çıkan bir hukuki olay ve ilişkide, uygulanacak devlet hukukunu gösteren hükümlerin (kanunlar ihtilafı kurallarının) uygulanmasından önce, milletlerarası bir sözleşmenin bulunup bulunmadığı incelenmeli, varsa öncelikle uygulanmalıdır (MÖHUK m. 1 II). Bu konuda, "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunmasına Dair Sözleşme",⁽¹²⁾ İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi" ve "İşkencenin ve Gayri İnsani ya da Küçültücü Ceza veya Muamelenin Önlenmesine Dair Avrupa Sözleşmesi" zikredilebilir. Ayrıca sağlık alanında Türkiye ile 55 ülke arasında ikili işbirliği sözleşmesi akdedilmiştir. Ancak bu sözleşmeler uygulanacak hukuku göstermemektedir.

Uygulanacak hukukun MÖHUK'un hangi hükmüne (kanunlar ihtilafı kuralına) göre tespit edileceği, taraflar arasındaki ilişkinin hukuki niteliğine (vasıflandırılmasına) bağlıdır. Sağlık turisti ile hekim arasında aracısız kurulan hukuki ilişki (*tedavi veya hekimlik sözleşmesi*), doktrin ve içtihatla göre vekâlet sözleşmesi olarak vasıflandırılmaktadır. Buna karşılık sağlık turisti, tedavisi için özel bir sağlık kuruluşuna başvurmuş ise, hasta ile özel sağlık kuruluşu arasında "*hasta kabul sözleşmesi*" kurulmuş olacaktır.

MÖHUK'ta bu sözleşmelere ilişkin özel hüküm bulunmamaktadır. Uygulanacak hukuk genel akit statüsü olan MÖHUK m. 24 dikkate alınarak tespit edilmeye çalışılacaktır. Söz konusu hükme göre, hastane işleteni/hekim ile sağlık turisti arasındaki sözleşmeye uygulanacak hukuk, öncelikle tarafların iradesi doğrultusunda tespit edilecektir (hukuk seçimi). Taraflar bir hukuk seçiminde bulunmamışlar ise, karakteristik edim borçlusu olarak hekim/

hastane işletenin işyeri hukuku uygulanacaktır (MÖHUK m. 24 IV). Dolayısıyla sağlık hizmeti almak amacıyla Türkiye'ye gelen hasta ile hekim/özel sağlık kuruluşu arasındaki sözleşmeden kaynaklanan hukuki ihtilaflara, sağlık hizmetinin satın alındığı hekimin muayenehanesinin veya hastanenin bulunduğu ülke hukuku olarak Türk Hukuku uygulanacaktır.

Sağlık turisti doğrudan doğruya hekime başvurduğu durumlarda; hekim, sözleşmeden kaynaklanan yükümlülüklerini anlaşmalı olduğu bir sağlık kuruluşunda da ifa edebilir. Bu durumda hekim, sağlık turistinin hastanedeki sağlık personelinin verdiği ve/veya hastanenin araç ve gereçlerinden dolayı uğradığı zararlardan dolayı yardımcı şahıslar ve hastane işleteni ile birlikte sorumludur. Sağlık turisti, tedavisi için doğrudan doğruya özel sağlık kuruluşuna başvurduğu durumda, sağlık hizmetini veren hekim, yardımcı şahıs olarak hastane ile birlikte sorumlu olmaktadır (Türk Borçlar Kanunu m. 66, m. 116). Burada sağlık turisti ile hekim arasında ayrıca tıbbi tedavi sözleşmesi akdedilmemektedir. Sağlık turistinin; sözleşmeye aykırılıktan dolayı sağlık hizmetini gereği gibi yerine getirmeyen ya da özensiz, hatalı, kusurlu yerine getirilmesinden dolayı hastane işletenine/hekime karşı dava açarak uğradığı zararının tazmini amacıyla maddi ve/veya manevi tazminatı talep etmesi gerekmektedir.

Sağlık turisti, hastane işleteni/hekime karşı *haksız fiil hükümlerine* dayanarak da dava açabilir. Hukuka aykırı tıbbi müdahale yeri hukuku olarak, Türk Borçlar Kanunu'nun hükümlerine göre tazminata hükmedilecektir. Ancak zarar meydana geldikten sonra, sağlık turisti ile hekim/hastane işleteni arasında yabancı bir hukukun uygulanacağı kararlaştırılabilir (MÖHUK m. 34).

İdari sorumluluk açısından

Sağlık turisti, sağlık hizmetini *devlet veya kamu tüzel kişiliğine* sahip hastaneden alıyor ise, taraflar arasında bir sözleşme ilişkisi kurulmaz. Kamu hastanesinin sorumluluğu idare hukuku kurallarına göre çözümlenmektedir. Diğer bir ifadeyle, sağlık turisti; hiç, geç veya kötü ifa edilen sağlık hizmeti sebebiyle zarara uğramışsa, Sağlık Bakanlığı'na karşı hizmet kusuru sebebiyle idari yargıda dava açarak zararının tazminini talep edecektir. Ancak sağlık hizmetini yerine getiren sağlık görevlisinin kişisel kusuru sebebiyle, dava adli yargıda açılabilir. Diğer taraftan Bakanlık, sağlık personelinin hukuka aykırı tıbbi uygulamaları sebebiyle meydana getirdikleri zararları tazmin ettikten sonra, ilgili sağlık personeline rücu yoluna gidebilmektedir. Cezai sorumluluğu bakımından, hekimin kamu kurum ve kuruluşunda çalışan bir hekim olup olmaması ayrımı önemli değildir. Hekim Türk Ceza Kanunu'nda suç oluşturan fiili sebebiyle cezalandırılacaktır.

Hekim/hastane işleteni/Sağlık Bakanlığı ile sağlık turisti arasındaki hukuki ilişkiden kaynaklanan hukuki ihtilafların Türk mahkemelerinde görülmesi beklenir. Ancak sağlık turisti, davasını yurt dışında açmayı uygun görebilir ve orada elde ettiği mahkeme kararının Türkiye'de hüküm ve sonuç doğurmasını Türk mahkemesinden talep edebilir. Hekim veya hastane işleteni aleyhine elde edilen tazminata ilişkin yabancı mahkeme kararlarının Türkiye'de hüküm ve sonuç doğurabilmesi için tanınması ve tenfiz edilmesi gerekmektedir (MÖHUK m. 54). Buna karşılık sağlık turistinin yurt dışında Sağlık Bakanlığı aleyhine idari yargıya ait bir dava açması söz konusu olamaz. Ancak özel hukuka ilişkin haksız fiil sorumluluğu gerekçesiyle dava açılabilir. Sağlık Bakanlığı'nın özel hukuk işleminden kaynaklanan sorumluluğu gerekçe gösterilerek yabancı ülkede açılacak davada yargı bağımsızlığı iddiasında bulunulamayacak ise de, kesin hüküm niteliğine haiz yabancı mahkeme kararının Türkiye'de tanınması ve tenfiz talebi, husumet yönünden reddedilmesi gerekir. Buna karşılık, sağlık turistinin; uğradığı zararın tazmini için sağlık personeli aleyhine elde ettiği yabancı mahkeme kararının Türkiye'de hüküm ve sonuç doğurması için tanıma ve tenfiz davası açması mümkündür.

Cezai sorumluluk açısından

Ceza kanunlarının uygulanmasında dikkate alınan "ülkesellik ilkesi"ne göre, sağlık personeli veya sağlık turisti yabancı olsa da devlet kendi ülkesinde işlenen tüm suçları kendi yasalarına göre cezalandırır. Bu ilkeye göre, bir kişinin yabancı veya Türk vatandaşı olması önemli değildir, zira önemli olan suçun işlendiği yerdir. Buna göre, Türkiye'ye gelen yabancı turistlerin hatalı tıbbi uygulama sebebiyle açacakları ceza davaları, Türk kanunlarına tabi olmak zorundadır (TCK m. 8). Türkiye'de işlenen suçtan dolayı, yabancı ülkede hüküm verilmiş olsa da, kişi Türkiye'de yeniden yargılanacaktır (TCK m. 9). Ancak işlenmiş bir suça verilecek cezanın tayininde yabancı ülkede gözaltında, gözlem altında, tutuklulukta, hükümlülükte geçen süreler (TCK m. 16) dikkate alınabilir. Buna karşılık sağlık turistlerin örneğin mukim oldukları yabancı ülke mahkemelerinde açtıkları ceza davaları sonucunda aldıkları ilamlar tenfiz usulüne tabi tutulmaması da (yani bunların Türkiye'de infaz edilmesi mümkün olmasa da), bunlarda yer alan kişisel haklarla ilgili hükümler hakkında tenfiz kararı istenebilir (MÖHUK m. 50 II).

Sonuç

Türkiye'de sağlık hizmeti alan sağlık turistinin uğradığı zararların tazmini amacıyla açılan davalara, gerek haksız fiilin ika yeri ülkesinin Türkiye olması sebebiyle, gerekse de tedavi sözleşmesinde karakteristik edim borçlusu olan hekimin/ sağlık kuruluşunun işyerinin bulunduğu ülke olarak Türk Hukuku uygulanmalıdır. Ancak sağlık turisti ile hekim/hastane

işleteni, aralarındaki sözleşmeye yabancı bir hukukun uygulanmasını kararlaştırabilirler. Keza taraflar, uyumsuzluk doğduktan sonra haksız fiil sorumluluğuna uygulanacak hukuku da seçebilirler. Buna karşılık sağlık turisti, hukuka aykırı tıbbi müdahale sebebiyle uğradığı zararın tazmin edilmesi için yabancı bir ülkede dava açmışsa ve bu davanın sonucunda kendi lehine bir hüküm almışsa, bunun Türkiye'de hüküm ve sonuç doğurması için Türk mahkemelerinden tanıma ve tenfiz talebinde bulunmalıdır. Yabancı ülkede Sağlık Bakanlığı aleyhine görev/hizmet kusuru sebebiyle idari yargıya ait bir dava açılmayacağı gibi, Bakanlık aleyhine elde edilen yabancı mahkeme kararının Türkiye'de hüküm ve sonuç doğurması da mümkün olmayacaktır. Fakat kamu hastanelerinde gerçekleşen hukuka aykırı tıbbi müdahale sebebiyle sağlık personelinin tazminat ödemeye hükmeden yabancı mahkeme kararlarının Türkiye'de hüküm ve sonuç doğurması mümkün olabilir.

Kaynaklar

1) Devlet Planlama Teşkilatı'nın 9. Kalkınma Planında (2007-2013) Türkiye'nin fiyat, hizmet kalitesi ve jeotermal kaynaklar açısından rekabet üstünlüğü göz önüne alınarak sağlık hizmetleri turizmi desteklenmesine karar verilmiştir [RG 1 Temmuz 2006-26215 (Mükerrer)].

2) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 31 Mart 2010 tarih ve 18529 sayılı Onayı ile kurulmuştur.

3) Bkz. 5 Mayıs 2011 tarihli 15298 sayılı Makam Oluru.

4) 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame [RG 2 Kasım 2011-28103 (Mükerrer)].

5) <http://www.saglikturizmi.gov.tr/saglikkuruluslari/20-yurt-disi-hasta-birimi-olan-kamu-hastaneleri.html> (Erişim tarihi: 25 Şubat 2013).

6) Her yıl 32 milyon turiste acil sağlık hizmeti sunulmaktadır, bkz. <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-78966/h/faaliyet.pdf> (Erişim tarihi: 25 Şubat 2013). Kamu, özel ve üniversite hastanelerine gelen yabancı uyruklu hastalar, web tabanlı programa kayıt edilmektedir. Sadece 2012 yılında 210.000 yabancı hasta Türkiye'de tedavi görmüştür, bkz. www.saglikturizmi.gov.tr; www.healthtourism.gov.tr (Erişim tarihi: 20 Şubat 2013).

7) Bkz. Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ (Tebliğ No:2012/4), bkz. http://www.ekonomi.gov.tr/upload/97ADAF28-B22E-E2B0-2A7E8DFF21E8AF4C/2012_4_Tebliğ.pdf (Erişim tarihi: 25 Şubat 2013).

8) 6322 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanun ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, m. 9 (RG 15 Haziran 2012-28324).

9) Bkz. Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Şartlarına Dair Yönetmelik (RG 22 Şubat 2012-28212).

10) Bkz. 663 sayılı KHK, m. 49. 15 Şubat 2013 tarihli Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilen maddeler arasında 49. Madde bulunmamaktadır, bkz. <http://www.anayasa.gov.tr/index.php?l=gundem&id=449> (Erişim tarihi: 25 Şubat 2013).

11) RG. 12 Aralık 2007-26728.

12) 2004/7024 Biyoloji Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanması Hakkında Karar (RG 2 Nisan 2004-25439).

Savaş mağdurlarının korunmasına yönelik uluslararası hukuk

Yrd. Doç. Dr. Levent Korkut



1985 yılında Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun olduktan sonra siyaset bilimi ve hukuk alanlarında yüksek lisans çalışmalarına devam etti. 1990-1993 yılları arasında Chicago Üniversitesi'nde konuk öğrenci olarak bulundu. 2002 yılında Ankara Üniversitesi'nden kamu hukuku doktorası derecesi aldı. 1993-2011 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi'nde görev yaptı. 2011 yılından itibaren Medipol Üniversitesi'nde anayasa hukuku alanında çalışmalarını sürdürmektedir. 2007-2010 yılları arasında Uluslararası Af Örgütü Uluslararası Yönetim Kurulu üyeliği yapmıştır. 2012 yılında Cumhurbaşkanı tarafından yeni oluşturulan İnsan Hakları Kurulu üyeliğine seçilmiştir. Anayasa hukuku ve insan hakları hukuk alanında çeşitli kitap, çeviri, araştırma ve makaleleri yayımlanmıştır.

Sınır aşırı sağlık yardımı, insani yardımın önemli bir unsurunu oluşturur. Deprem, kıtlık, iç çatışma, iki devlet arasında ya da uluslararası nitelik taşıyan savaşlar; sınıraşırı sağlık yardımının önem kazandığı doğal ya da insan kaynaklı felaketlerdir. İnsani yardım alanında devletlerin uyması gereken kurallar, uluslararası hukuk metinlerinde düzenlenmiştir.

Birleşmiş Milletler Sözleşmesinin 2. maddesinin ilk fıkrası, devletlerin eşit egemenliği ilkesini kabul etmiştir. Bu çerçevede, bir devlet kendi ülkesinde yaşayan insanların temel gereksinimlerinin sağlanmasından birinci derecede sorumludur. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 1991 yılında, insani yardım alanında birincil sorumluluğun egemenlik kullanan devlette olacağını kararlarına yansıtmıştır.⁽¹⁾ Söz konusu ilke, başta silahlı iç çatışmalar olmak üzere sivil halkın insani yardımdan mahrum kalmasına neden olmaktadır. İç çatışmalarda, genellikle çatışmanın bir tarafı olan devletler, çatışan taraflara ya da bu taraflardan birisine yakın sivil toplum kesimlerine insani yardımdan kaçınılmaktadır. Hatta devletler; deprem, kıtlık gibi doğal afetlerde süregiden bir çatışma hali olmasa dahi çeşitli nedenlerle kendi sorumlulukları altındaki sivil toplum kesimlerini insani yardımdan mahrum bırakabilmektedir.

Günümüzde uluslararası ya da devletlerarası silahlı çatışmalar azalırken devletlerin egemenlik alanlarındaki alanlarda iç silahlı çatışmaların sayısı artmaktadır.

1990'lardan bu yana iç silahlı çatışmalara sahne olmuş devletler, çatışma taraflarına hiç bir insani yardım yapmadıkları gibi, dışarıdan yardım yapılmasını da engellemektedir. Çoğu örnekte sivil halka yönelik katliam, insanlığa karşı suç ve soykırım uygulamalarının da bizzat devlet güçleri tarafından gerçekleştirildiğine tanık olmaktadır. Böyle bir ortamda uluslararası toplumun başvurabileceği iki yol bulunmaktadır: İnsani askeri müdahale ve insani yardım.

İnsani amaçlarla bir devlete askeri müdahalede bulunma, tüm uluslararası müdahalelerde olduğu gibi ancak Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyinin kararı ile hukuki nitelik kazanabilir. Birleşmiş Milletler, günümüze kadar insani müdahale konusunda başarılı bir icraat ortaya koyamamıştır. Birleşmiş Milletler kuvvetleri, Bosna'da insani müdahalede bulunmakla birlikte başarısız olmuş, Rwanda'da tüm dünyanın gözleri önünde gelişen soykırımı seyirci kalmıştır. Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi; ya geç karar vermekte, ya hiçbir karar almadan olaylara seyirci kalmakta veya daimi üyelerin vetoları yüzünden bir karara varamamaktadır. Özellikle Suriye örneği, Güvenlik Konseyinin veto yetkisine sahip beş daimi üyesinden herhangi birinin (ABD, Fransa, İngiltere, Rusya ve Çin) onayı olamazsa insani müdahale kararının alınmadığını, tüm açıklığıyla ortaya koymaktadır. Güvenlik Konseyinin mevcut yapısının değiştirilmesi, veto yetkisinin tümüyle kaldırılması veya insani müdahalelerde veto yetkisinin uygulanmaması önerileri geliştirilmişse de bu reformlar günümüze kadar uygulanamamıştır.

Uluslararası insani yardım, etkili bir insani askeri müdahalenin yapılamadığı durumlarda, sivil halkın insani yardım yokluğu nedeniyle zarar görmemesini sağlayacak tek çaredir. Hem geleneksel uluslararası hukuk, hem de sözleşmeler, konuyla ilgili bazı düzenlemeleri içermektedir. İnsani yardım alanındaki uluslararası gelenek; hukuk kuralları, Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu tarafından derlenmiştir. Bu derlemede yer alan 56. kural, silahlı çatışmanın taraflarına, ihtiyaç içindeki sivil halka hızlı bir şekilde ve engel çıkartılmadan insani yardımın ulaştırılmasına izin verme ve kolaylaştırma yükümlülüğü getirmektedir.⁽²⁾ Sözleşme hukukunda ise, savaş hukukunu düzenleyen Cenevre I, II, III ve IV sözleşmelerinin ortak 3. maddesinde, savaşlarda insani boyutla ilgili düzenlemeler mevcuttur. Ancak bu düzenlemeler "insani yardım"ı açıkça düzenlememiş, "yardım alma" ve "yardım verme" haklarına yer vermemiştir.

Cenevre Sözleşmelerinin insani yardımla ilgili hükümlerini daha ayrıntılı düzenlemek amacıyla 1977 yılında kabul edilen II nolu Protokol, silahlı çatışmaya katılın ya da katılmasın yaralı ve hastaların korunmasını hüküm altına almıştır. Protokol ile silahlı çatışma bölgesinde bulunanlara durumlarının gerektirdiği tıbbi bakım ve hizmetin mümkün olan en kapsamlı şekilde ve en az gecikmeyle sunulması kuralı kabul edilmiş, sağlık yardımının verilmesinde herhangi bir ayrımcılık yapılmaması öngörülmüştür. Ancak, II nolu Protokolün uygulama alanı, ülke içi silahlı çatışmalar bakımından daraltıcı bir şekilde düzenlenmiştir. Bir ülkedeki iç karışıklıklar, gerilimler,

ayaklanmalar ve dar grupların devlete yönelik silahlı faaliyetleri iç silahlı çatışma olarak değerlendirilmemiş; muhalif grupların bir komuta altında hareket etmeleri ve ülkenin bir kısmını kontrol etmeleri, silahlı iç çatışmanın varlığı için ölçüt olarak kabul edilmiştir. Bu kurallar, devletler tarafından kötüye kullanılmakta; kendi ülkelerindeki silahlı faaliyetlerin iç çatışma boyutuna ulaşmadığı gerekçesiyle insani yardımla ilgili sözleşme hükümlerinin uygulanması engellenmeye çalışılmaktadır. Öte yandan, ek protokol hükümleri de "yardıma erişim hakkı" ile "yardım verme hakkı"nı düzenlememiştir.



Özet olarak geleneksel uluslararası hukukta yer alan devlet yükümlülüklerinin uygulamaya geçirilmeleri bakımından gerekli düzenlemelerin tatmin edici bir şekilde gerçekleştirildiğini söylemek mümkün değildir. İç silahlı çatışmalara sahne olan ülkelerin devletleri, insani yardımı çeşitli gerekçelerle engelleyebilmektedir. Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi, insani yardımla ilgili devletleri zorlayıcı kararlar almakla birlikte, bu kararların uygulamayı değiştirici bir etkisi olmamaktadır. Devlet dışı silahlı muhalif gruplar da benzeri engelleme faaliyetlerinde bulunabilmektedir.

Devletler ve devlet dışı aktörler, insani yardımı önlemek amacıyla değişik yöntemler izlemektedir. İlk olarak, devletler insani yardım örgütlerine bürokratik engeller çıkarmakta, örgütlerin ya da personelinin ülkeye girmesine engel olmaktadır. Belli bölgelere girişin yasaklanması ya da sınırlandırılması, yardım malzemelerinin taşınmasına ya da konuşlandırılmasına izin vermeme, yardım mazemelerinin düzenli akışını engelleme, sık karşılaşılan sorunlardır. İkinci olarak, devletlerin çatışma bölgelerinde ayırım gözetmek-sizin silahlı operasyonlar yapmaları, etkili insani yardım yapılmasını olanaksız hale getirmektedir. Böyle durumlarda insani yardım çalışanlarının yaşamları da tehlike altına girebilmektedir. Üçüncü olarak, devletler ya da devlet dışı aktörler, insani yardım çalışanlarını doğrudan tehdit edebilmektedir. Kimi örneklerde, insani yardım görevlileri kaçırılmakta, öldürülmekte, malzemeleri yok edilmekte ya da çalınmaktadır.⁽³⁾

Sınır aşırı sağlık yardımı, insani yardım faaliyetlerinin önemli bir boyutunu oluşturur. 1990'lardan günümüze kadar sadece iç çatışmalarda başta kadın, çocuk ve yaşlılar olmak üzere milyonlarca insan hayatını kaybetmiştir. Hayatını kaybedenlerin çoğunluğu sivil halktır ve insani yardım eksikliği kayıpların büyümesine neden olmaktadır. İç çatışmalarda yaralananlar gerektiği gibi tedavi edilememekte, kolera gibi kötü çevre koşullarından kaynaklanan hastalıklarla mücadele edilmediği

için hastalıklardan oluşan kayıplar önlenememektedir. Kötü beslenme koşullarında yaşayan insanlara gerekli sağlık yardımları ulaştırılamamakta, engelliler ve yaşlılar için gerekli tıbbi tedaviler yapılamamaktadır. İlaç ve tıbbi cihaz sıkıntısı nedeniyle onbinlerce insan yaşamını yitirmektedir. Örneğin, dializ cihazlarının bulunmaması nedeniyle böbrek hastaları ölüme terk edilmektedir. Bahsedilen bu sorunlar, bireylerin yaşam hakkına tecavüzle sonuçlanan insan hakları ihlallerine neden olmaktadır.

İnsani yardımın uluslararası hukukta yeterli düzenlemeye kavuşmamış olması somut olaylar incelendiğinde daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Günümüzde silahlı çatışmalarda sınıraşırı insani yardım probleminin yaşandığı en önemli örnek Suriye'dir.

Suriye'de silahlı iç çatışmaların başlangıcından günümüze kadar 2 milyon kişi ülke içinde yer değiştirmiştir. Yer değiştirenler uygun barınma, beslenme ve bakım imkanlarından yoksun bir şekilde yaşamlarını sürdürmektedir. En az 4 milyon kişinin silahlı çatışmalardan doğrudan etkilendiği düşünülmektedir. Bir milyona yakın kişi ülkeyi terk etmiş ve komşu ülkelere sığınmıştır. Komşu ülkelere yerleşenlerin yaşam koşulları genel olarak ülkede kalanlardan daha iyidir. Yaralıların tahliyesi ve tedavisi mümkün olamamakta, yaz ve kış koşullarından kaynaklanabilecek salgın hastalıklarla ilgili önlemler alınamamaktadır. İnsani yardım örgütlerine yönelik saldırılar sonucunda 8 Birleşmiş Milletler görevlisi ile 7 insani yardım gönüllüsü yaşamını yitirmiştir. Hastane ve ambulanslara yönelik saldırılar mal ve can kaybına neden olmaktadır. Suriye Kızılâyı 8 uluslararası yardım örgütüne ülke içinde çalışma izni vermiştir. Suriye'nin daha fazla insani yardım örgütüne izin vermesi için uluslararası baskı yapılmaktadır.⁽⁴⁾

Suriye örneğinde Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi insani müdahaleye yönelik bir karar alamamaktadır. Suriye devleti ise ülke içindeki çatışmaların bir iç silahlı çatışma değil, teröristlere

karşı mücadele olduğu gerekçesiyle insani yardımla ilgili uluslararası hukukun ülkede uygulanmasını engellemeye çalışmaktadır. Suriye, insani yardım görevlilerinin güvenliklerini sağlamamakta, ülke içindeki çalışmalarını kolaylaştırıcı önlemleri almaktan kaçınmakta, çok sayıda uluslararası örgütün bölgede çalışmasına izin vermemektedir.

1990'dan beri yaşanan olaylar ve Suriye örneği, bir an önce yeni kural ve kurumlarla daha etkili bir insani hukuk oluşturulması gereğine işaret etmektedir. "İnsani yardıma erişim hakkı" ve "insani yardım verme hakkı" uluslararası hukukta açık bir şekilde düzenlenmeli; insani müdahalelerde Güvenlik Konseyi üyelerinin veto yetkileri de dâhil olmak üzere üçüncü devletlerin engelleyici karar alma yetkileri sınırlandırılmalı; bu tür engellemelerde bulunan devletler oluşan insanlığa karşı suçlardan asıl devletle birlikte sorumlu tutulabilmeli; devletlerin insani hukuk ilke ve kurallarını hukuki yorumlarla uygulamadan kaçınmalarının önlemleri alınmalıdır.

Yaşam hakkı, bireylerin en temel haklarından biridir. Sağlık yardımıdan mahrum bırakılarak yaşam hakkının ihlal edildiği ve insan onurunu çiğnendiği silahlı çatışma ortamlarında daha etkili önlemler alınması, tüm devletlerin ve sivil kuruluşların en temel önceliği olmalıdır.

Kaynaklar

1) Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararları: 43/131, 8 Aralık 1988; 45/100, 14 Aralık 1990; 46/182, 19 Aralık 1991. Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi Kararları: 1706, 31 ağustos 2006; 1814, 15 Mayıs 2008; 1894, 11 Kasım 2009; 1906, 23 Aralık 2009; 1910, 28 Ocak 2010; 1923, 25 Mayıs 2010; 1970, 26 Şubat 2011.

2) Jean-Marie Henckaerts ve Louise Doswald-Beck (2005), *Customary International Humanitarian Law, Volume I*, Cambridge University Press, s. 193-200.

3) Melissa T Labonte ve Anne C. Edgerton (2013) "Towards a Typology of Humanitarian Access Denial", *Third World Quarterly*, Vol. 34, No. 1, s. 43-44.

4) Avrupa Komisyonu İnsani Ofis (ECHO), 11 Şubat 2013 İtibariyle Suriye'de Durum (Bkz. http://ec.europa.eu/echo/index_en.htm). (Erişim tarihi: 04.03.2013)

Küresel sermaye, küresel sağlık

Prof. Dr. Akif Tan



1961'de Ankara'da doğdu. 1985 yılında Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1990'da GATA Genel Cerrahi AB Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldı. 1996 yılında GATA Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve başladı. 2002 yılında doçent oldu ve 2004 yılında Kıdemli Albay olarak emekliye ayrıldı. Uzun yıllar Özel İstanbul Medipol Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde görev yapan Tan, geçtiğimiz yıl İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi dalında profesör kadrosuna atandı. Dr. Tan, evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Hollandalı Doktor Mathias Rath, 14 Haziran 2003 tarihinde sağlık sektörünü ve hastalığa dayalı ilaç endüstrisini suçlayarak hatta bu suçların içine Irak Savaşını da dâhil ederek uluslararası suçlar mahkemesine tüm dünyadaki insanlar adına dava açtı. Bu dava konusu, hastalığa dayalı ilaç endüstrisinin soykırım ve insanlık suçu işlediği, Irak Savaşı ile bağlantılı olduğu, iki suç alanında da aynı yatırım guruplarının ve politik yandaşlarının adına ve çıkarlarına hizmet ettiğiydi. Bu dava, ister istemez 1947'deki Nuremberg Savaş Mahkemesini hatırlattı. Çünkü bu mahkemede IG Farben Şirketi gibi büyük bir ilaç karteli ve yöneticilerinin büyük çoğunluğu suçlu bulunmuş; katliam, yağmacılık ve diğer suçlar dâhil insanlığa karşı işlenen suçlardan mahkûm olmuşlardı.

Nuremberg Savaş Mahkemesi, IG Farben Şirketini; Hoechst, Bayer, BASF olarak günümüzde halen devam eden ve her biri eski IG Farben Şirketinden daha büyük olan ilaç firmalarına bölmüştür. Bir petrokimya karteli olan şirket, savaşta kitle katliamlarında kullanılan gazların üretimiyle suçlanıyordu. Amerikalı Başsavcı Telford Taylor, mahkemenin açılış konuşmasında şunları söylemişti; *"Bu iddianame, bu kişileri insanlık tarihindeki en yıkıcı ve tahrip edici savaşa yol açmakla suçlamaktadır. Sanıklara köleleştirme, yağmalama ve cinayet suçlamalarını yöneltmektedir. Asıl savaş suçluları, çılgın Naziler değil bu sanık şirket yöneticileridir. İşledikleri suçlar gün ışığına çıkarılmazsa ve cezalandırılmazsa gelecekte Hitler'in işlediğinden daha*

büyük suçlar işlenecektir." Evet, bu haliyle savcı devasa bir ilaç ve petrokimya şirketini, yöneticilerini savaşın kadar hatta daha fazla suçluyor, gelecekte, doğru teşhis edilmediği takdirde, bu tür suçların dünya için daha tehlikeli daha ölümcül olabileceğini söylüyordu.

Daha 1940'larda ilaç endüstrisinin neredeyse bir savaş suçlusu olarak yargılanması, günümüzde yine aynı suçların, bölgesel savaşların ve ilaç endüstrisinin bölgesel savaşlardaki rolü nedeniyle suçlanması, delil ve belgelerle savaş suçları mahkemesinde dava konusu edilmesi, uzun yıllar boyunca ve günümüzde de böylesine ekonomik büyüklüğü olan bir endüstriyi biraz daha büyüteceğine almanızı, biraz daha fazla tartışma konusu yapmamızı, insanlık adına yakından inceleyip sorgulamamızı, bazı temel soruları tekrar tekrar sormamızı gerektiriyor.

Kalp hastalıkları, tansiyon yükseklikleri, şeker ve diğer metabolik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar ve kanser tedavileri noktasında kullanılan birçok ilaç, aşı, sağlık malzemesi, hastaneler, sağlık kuruluşları ile günümüzde devasa bir boyutu olan sağlık sektörü; elbette dünya hâkimiyetinde egemen olmak isteyenlerce hegemonyal amaçlar için kullanılacak ve bir güçler çatışması söz konusu olacaktır.

İlaç sektörü, beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici ve koruyucu olarak kullanılan sentetik, biyolojik, bitkisel ve hayvansal kaynaklı ilaç etkin ve yardımcı maddelerinin üretilerek, sağlık hizmetlerine sunulmasını sağla-

yan bir endüstri dalıdır. Tüm dünyada ortalama yaşam sürelerinin artışı dikkat çekmektedir. 1960-2000 yılları arasında ABD, Japonya ve Avrupa'da yaşam süresi ortalama 7-13 yıl artarak 83-85 yaşlarına yükselmiş, Çin'de neredeyse ikiye katlanmış ve 36'dan 70'e çıkmıştır. Bilim ve teknolojinin neden olduğu yenilikler, patent sürelerinin uzaması, sosyal güvenlik uygulamalarının kapsamının genişlemesi, genetik alanındaki gelişmeler ve dünya nüfus artışı ilaç sektörünün devasa şekilde büyümesine neden olmuştur. Sektörün mali gücü 2011 verilerine göre yaklaşık 700 milyar dolar olarak belirlenmiş, 2014 yılında bu rakamın %12'lik bir büyüme ile 760 milyar dolara ulaşması beklenmektedir. Medikal cihazlarla ilgili sektörel büyüklük 200 milyar dolar, tedavi kurumları ise 300 milyar dolarlık bir pazar oluşturmaktadır. Araştırma geliştirme çalışmalarına ayrılan harcamalara göre; otomotiv, elektronik, yazılım – bilgisayar, uzay – savunma sektörleriyle kıyaslandığında en yüksek payı ilaç sektörü almaktadır.

Kapitalist sistemin "oyun kuralları"nın yürürlükte olduğu küresel dünyada, sektörün ekonomik pasta payı büyüdükçe; ilacın değerini asıl ortaya çıkaracak olan "yarar" kavramı da insan için değil, "sistem"in kendisi için kullanılmaya başlanmıştır. Bu durumda şunu bir kere daha sorgulamamız gerekmektedir: Günümüz sağlık sisteminde asolan insan sağlığı mıdır, yoksa kâr ya da kazanç mıdır? Bu sorular; sömürgecilik süreçlerini, bu süreçte bilimin tarafsızlığı ve evrenselliğinin koz olarak kullanıldığını, sömürgeciliğin kapitalizmin gelişmesinde ne kadar önemli bir rol oynadığını bizlere tekrardan

Kapitalist sistemin “oyun kuralları”nın yürürlükte olduğu küresel dünyada, sektörün ekonomik pasta payı büyüdükçe; ilacın değerini asıl ortaya çıkaracak olan “yarar” kavramı da insan için değil, “sistem”in kendisi için kullanılmaya başlanmıştır. Bu durumda şunu bir kere daha sorgulamamız gerekmektedir: Günümüz sağlık sisteminde aslolan insan sağlığı mıdır, yoksa kâr ya da kazanç mıdır?

gösterebilir. Burada sağlık sektörünün küresel bazdaki yerine geçmeden önce, biraz da kapitalizmin, sömürgeciliğin küreselliğinden söz etmek gerekiyor.

Sömürgeciliğin bir aracı olan modern Batı bilimi, geçen zaman içerisinde kendisini tarafsız ve evrensel olarak alternatifsizmiş gibi sunmayı başardı. Aydınlanma felsefesinden esinlenen fikirler, yerli kültürlerin tahrip edilmesini hem meşrulaştırdı hem de onları değersizleştirdi. Günümüzdeki bilim ve teknoloji taşıyıcıları, sömürgeciliğin başlangıcındaki misyonerlerin yerini almış durumdadır. “Kurtuluş”, başlangıçta birçok ülkede misyonerler sayesinde Hristiyanlaşmak-tayken, daha sonra modernleşmekte, daha sonra Batılaşmaktaydı. Şimdilerde adı “kalkınma”, “çağ atlama”, hatta “çağı yakalama” oldu. Bunun sonucu olarak, bir bilim ve bilimsellik çılgınlığı da zihinsel alanı da bütünüyle kaplamış oldu. Bu imajlarla dolu reklamasyonlar, yeni sağlıklı uzun yaşam teknolojilerini, bakım ve güzelleşme ürünlerini sanki gündelik hayatın olmazsa-olmazlarıymış gibi pazarlanabilir hale getirdi.

Bu arada küreselleşme ile zengin ve yoksul ülkeler arasındaki fark hızla açılmakta olup neredeyse uçuruma dönmektedir. Dünya nüfusunun en zengin % 20'sinin gelirinin en yoksul % 20'ye oranı 1827'de 3 katı iken, bu oran 1990'da 60, 1997'de ise 76 kata çıkmıştır. Bu haliyle 2020 yılında 120 kata çıkması beklenmektedir. Bu makas, zengin ve yoksul ülkeler arasında olduğu kadar aynı ülkenin zengin ve yoksul kesimleri arasında da açılmaktadır.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan

Yoksulluk ile sağlık arasındaki çok yakın bir ilişki vardır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2004 yılı sağlık raporuna göre sahra altı Afrika ülkelerindeki 5 yaş altı ölüm hızları sanayileşmiş ülkelerdekini 1960 yılında 7 katı iken, 2002 yılında 25 katına çıkmıştır. Gene Afrika'daki ani ölümler Avrupa'nın 16 katı fazladır. Afrika'daki 45-59 yaş gurubu ölümleri 5 kat fazladır ve bu liste uzayıp gitmektedir. Bu istatistikler, yoksul ülkelerin sağlık alanında ne kadar büyük bir ihtiyaç oluşturduğunun da bir göstergesidir. Neredeyse tamamının gelişmiş ülkelerin tekelinde olduğu ilaç ve sağlık gereçleri endüstrisi; araştırma geliştirme faaliyetlerinin bir parçası olan insan denek ihtiyacını, bu yoksul ülkelerde yapmakta olduğu sağlık yardımlarının bir parçası olarak karşılayabilmektedir. Yoksulluğun neden olduğu şartlar nedeniyle hem bireysel hem de toplumsal alanda sağlık için harcama ihtiyacı artarken ne yazık ki harcama için yeterli gelir olmamaktadır. İhtiyacın fazla, imkânların az olduğu her yerde olduğu gibi açık ya da gizli bir sömür olması kaçınılmazdır.

Sağlığın teknolojiye bağımlılığının daha az olduğu, yerli faktörlerin ve üretimin he-

nüz küreselleşmeye yenilmediği yıllarda; kapitalizmin sağlık endüstrisinde ağırlığı daha hafifti. Günümüzde sermayenin uluslararasılaştığı ve merkezileştiği süreçte; az sayıda küresel şirket, az sayıda üretici ve ihtisas yoğunlaşması, az sayıda dağıtım kanalı ve dengeli sayıda eczane, tıbbi ürün mağazası dünya sağlık sektörünün genel özelliğidir. Sağlık sektörünün büyük kısmını oluşturan ilaç sektöründe 700 milyar dolara ulaşan pazarda ABD, AB ve Japonya'nın öne çıktığı görülmektedir. ABD'nin pazarın içindeki satışların % 42'sini, üretimin % 33'ünü ve araştırma geliştirmenin % 49'unu, ilaç şirketleri arasında ilk 10'a giren 5 büyük şirketinin bulunması, diğer 5 şirketin de yine Avrupa kaynaklı olması; pazarın bir anlamda gelişmiş ülkelere yönetildiğinin bir kanıtıdır.

Doktor Mathias Rath'ın Uluslararası Suçlar Mahkemesine açtığı dava henüz sonuçlanmamıştır ama sağlık sektörünün büyüklüğü, küresel sermaye ve küresel kapitalizm üzerinden bir sömürü olabileceği yorumunu hukuksal bir süreçten çok analitik olarak yapmamızı mümkün kılmaktadır.

Özel hastanelerin yabancı hastanelerle iş birliğine genel bakış

Medine Budak



Ankara Üniversitesi Hemşirelik Okulu ve İşletme bölümlerini bitirdi. Acıbadem Sağlık Grubunda Kalite ve Hasta Güvenliği Koordinatörlüğü, ardından Özel Sema Hastanesinde Kalite Yöneticiliği yaptı. Bu süreçte JCI Akreditasyonu sürecini yürüttü. Boston'da, Harvard Medical International'da ilaç güvenliği, kalite ve hasta güvenliği konularında gözlem programlarına katıldı, ulusal ve uluslararası kongrelerde eğitmen ve konuşmacı olarak bulundu. Sağlıkta kalite, sağlık turizmi, hemşirelik yönetimi ve hastane yönetimi konularında uzmanlığı bulunan Budak, halen Kozyatağı Central Hospital'de Performans Geliştirme Müdürü olarak görev yapmaktadır ve İcra Kurulu üyesidir.

Afiliasyon (iş birliği), Türk Dil Kurumu tanımına göre; amaç ve çıkarları bir olanların oluşturdukları çalışma ortaklığı, teşriki mesaidir. Buradaki tanımı, resmi bir protokol ve kapsamı da ekleyerek geliştirmek yanlış olmaz. Nitekim işbirliği yapılan kurumlar arasında bir kapsam belirlenir (eğitim, ikinci görüş, yönetim vb.) ve resmi protokol yapılır. Kapsam, kurumun talep, beklenti ve ihtiyacına göre detaylı olarak belirlenecektir.

Afiliasyonla fark yaratabilirsiniz

Hasta bakımına odaklanmış Uluslararası Hasta Programları, bir hastanenin sağlık turizmi sürecinden kazançlı çıkmasını sağlayabilir. Dünyanın dört bir yanından hasta çekebilmek yeteneği konusunda çitayı yükseltmek isteyen bir sağlık organizasyonu, ancak "yenilikçi yaklaşım" ve "rekabetçi fiyatlar" ile fark yaratabilir. Sektör büyürken, uluslararası hasta programlarının rekabet edebilmesi; küresel afiliasyonların müzakere edilmesi ve uzun vadeli ilişkilerin kurulması ile mümkün olacaktır.

Bir organizasyonun üstlenmeye istekli olduğu risk düzeyine göre afiliasyon süreci, yurtdışında araştırmalara imkân sağlayan bir akademik değişim programı ve ziyaret / gözlemci programı ile başlayabilir. Bu yazıda afiliasyon hangi alanlarda gerçekleştirilebilir, hangi faydaları sağlayabilir, hangi konulara dikkat etmek ve önceden araştırmak gerekir sorularına yanıt arayacağız.

Hangi alanlarda afiliasyon yapılabilir?

Uluslararası Hasta Programı:

Uluslararası bir hasta programı oluşturmak, özellikle son dönemde Ekonomi Bakanlığı'nın "Döviz Kazandırıcı Hizmetleri Teşvik" kapsamında, bütün ölçeklerdeki sağlık kuruluşlarının masasındaki bir konu olduğunu biliyoruz. Peki, uluslararası bir afiliasyon, yabancı hasta turizmini destekleyebilir mi? Sadece yerel sağlık çalışanları ile hizmet veren hastanelerimiz, özellikle kendisini ispatlamış yabancı üniversite hastaneleri ile afiliye olduğunda anlaşmaları kapsamında birçok şeyden istifade edebilir duruma gelmektedir. Yabancı hastaların ihtiyacını daha iyi anlayıp, uluslararası seviyede hizmet sunmaya odaklanmaya başlar. Her ne kadar yurtdışında eğitim almış sağlık çalışanları veya yöneticiler bulunsada da, sistem adaptasyonu farklı bir konudur.

Kurumun, yabancı hasta getirebilmek için "güven" kazanabilmesi adına kendisini ispat etmesi gerekir. Uluslararası düzeyde hasta getirebilmek için bunu yapabilmek adına ciddi uğraşlar vermesi, bütçe ayırması şarttır. Yurtdışı afiliasyonu olan bir hastane, tedavi görmek için hastane arayışında olan bir yabancı hastanın gözünde 1-0 öne geçmiş olur. Aynı zamanda ödeyici kurumların anlaşma yapmalarında da önemli bir etkidir afiliasyon. Hasta direkt olarak kurumu seçmese bile, anlaşmalı olduğu sigorta şirketi tarafından hastanenin tedavi seçenekleri arasına otomatik olarak eklenmesini sağlar.

Uzun vadeli strateji ve hedefe yönelik bir yaklaşım

Uzun vadeli bir strateji herhangi bir organizasyon planının birincil ilkesi olacaktır. Stratejik plan; hasta sayısının artışı için gerekli zamanı, hasta sevk sisteminin oluşturulması ve ilişkileri geliştirmek için potansiyel fırsatları içermelidir. Kısa süre içinde, uzun vadeli strateji uygulanması halinde, uluslararası sağlık sigorta sözleşmeleri, kuruma belli bir hasta hacminin yönlendirilmesini sağlayabilir. Küresel pazarda rekabet edebilmek için bir marka ve güçlü bir uluslararası üne kavuşmuş olmak gerekir. Kurumun stratejik ve pazarlama gelişim planı, doğal ve bölgesel pazara odaklanmalı. Örneğin, Houston'ın petrol ve küresel gaz sektöründeki hâkimiyeti sonucunda, Houston Texas Medical Center için Orta Doğu önemli bir pazar haline gelmiştir. Nitekim Sağlık Bakanlığımız ile yakın ülkeler arasında imzalanan hasta tedavi protokolleri de böyle bir ilişkinin sonucunda ortaya çıkmıştır. Uluslararası ilişkiler geliştirmek için zaman ayırın ve sağlık kuruluşunun uzun vadeli stratejisini belirleyin.

Akademisyen ve gözlemci değişim programı:

Minimal düzeyde riskle yapılan en yaygın uluslararası anlaşma, akademik afiliasyon programıdır. Afiliasyon programı, sağlık kurumu ve onun partnerlerinin stratejik ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış olmalıdır. Akademik değişim programı, tıp öğrencilerine ve doktorlarına yurt dışında uzmanlık eğitimi ve / veya tıbbi bilgilerini geliştirme imkânı sunan çok önemli bir

araştırır. Ayrıca, afiliye kuruluş ile bilimsel araştırmalar ve klinik deneyler için yeni popülasyonlara erişim sağlanabilir.

Riski, iki kurum karşılıklı olarak birbirinden öğrenme fırsatından yararlanmadan programın sonlanması olabilir. Aynı zamanda afiliasyon programları, medikal sempozyum ve konferanslar vererek, sürekli tıp eğitimi programları sunarak ve personel geliştirme programları oluşturarak her iki organizasyon için de bir pazarlama aracı olarak kullanılabilir. Özel bakım ihtiyacı olan ve kurum tarafından bakımı sağlanamayan hastaları refere etmek/ikinci görüş almak için akademik afiliasyon programlarından istifade etmek mümkün. Bu durum, her iki markanın da yükseltilmesi için değerlendirilebilir.

Tavsiye ve danışmanlık hizmetleri

Küresel sağlık arenasında son on yılda giderek daha rekabetçi hale gelmiştir. Yurtdışındaki organizasyonlar (son zamanlarda yoğun olarak biz de), küresel uluslararası hasta pazarından pay elde edebilmek için sağlık turizmi sektörüne giriyorlar. Küresel rekabet, ülkelerin sağlık altyapısının gelişmesinde stratejik bir değişimi de gerektirmektedir. Kendi sağlık altyapıları ile daha rekabetçi olmayı tercih eden afiliye sağlık kuruluşları; kurumsal yönetim, standartların ve prosedürlerin geliştirilmesi, hasta güvenliği ve kalite yönetimi, personel ve yönetim, klinik geliştirme, kıyaslama (benchmarking), performans geliştirme ve uluslararası akreditasyon ile ilgili yardıma ihtiyaç duyabiliyor. İşte bu noktada, iş birliği yapılacak olan kurum iyi seçilmeli ve ihtiyaç duyulan başlıklarda protokol imzalanmalıdır.

Operasyonel destek ve yönetim hizmetleri

Operasyonel destek ve yönetim hizmeti anlaşmaları ile afiliye olunan kurumdan modelleme yapılarak hastaneye benzersiz bir yol haritası sağlayabilirsiniz. Bu ilişkiler geliştikçe, afiliasyon kültürünü yerel, ulusal ve bölgesel rekabet haline dönüştürebilirsiniz.

Bu aşamada yasalar devreye girmekte, bunu göz ardı etmemek gerekir. *Yasalar, yabancı bir ülkedeki afiliye sağlık kuruluşunu yönetmeye izin veriyor mu?* Johns Hopkins Medicine International CEO'su Steven J. Thompson'ın, "The Perils of Partnering in Developing Markets" (Harvard Medical Review, June 2012) adlı yazısında Anadolu Sağlık Merkezi ve John Hopkins arasında yaşanan yasal sorundan bahsediyor. TC Kanunlarına göre, hastane/kurum Türk vatandaşı tarafından yönetilmelidir. Bu engelin üstesinden gelebilmek için yönetim yapısında bazı değişiklikler yapılmış ve sorun çözülmüştür.

Dolayısıyla, afiliasyondan önce "ev ödevleri" çalışılmış olmalı ve yasal/hukuki açıdan herhangi bir sorun yaşanmayacağından emin olunmalıdır.

Tablo: ABD'deki kuruluşlar ile afiliye Türk hastaneleri ve afiliasyon alanları:

Anadolu Sağlık Merkezi Afiliye Kurum: John Hopkins Medicine İşbirliği Alanları: Klinik ve idari personeli için eğitim ve danışmanlık desteği: • Performans iyileştirme • Klinik program geliştirme • Hasta ve kalite yönetimi • Hasta güvenliği • Eğitim ve yönetim Johns Hopkins Hastanesi'nde, gözlem ve sürekli tıbbi eğitim programları gibi eğitim programları: • Afiliye olan kurumun doktorları, Johns Hopkins uzmanları ile a) Uzaktan tıbbi ikinci görüş b) Hasta sevk konularında iletişime geçebilir.
Amerikan Hastanesi Afiliye Kurum: Massachusetts General Hospital, Boston İşbirliği Alanları: International Executive Registry Network Hospital
Florence Nightingale Hastaneler Grubu Afiliye Kurum: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York; Methodist Hospital, Houston; Columbia University Medical Center, New York; Weill Medical College of Cornell University, New York; Barbara Ann Karmanos Cancer Institute, Detroit; Baylor College of Medicine, Houston; Center for Cell Therapy and Cancer Immunotherapy, Tel Aviv; Detroit Medical Center, Detroit; Wayne State University School of Medicine, Detroit İşbirliği Alanları: Teşhis ve tedavi
Şifa Üniversitesi Afiliye Kurum: Methodist International İşbirliği Alanları: Eğitim Anlaşması
Medicabil Hastanesi, Bursa Afiliye Kurum: Ranawat Orthopedic Center İşbirliği Alanları: Hasta bakımı, bilimsel araştırma ve eğitim
İŞBİRLİĞİ BİTENLER
Acıbadem Sağlık Grubu Harvard Medical International (2007 yılında sona erdi) • Hastane işleyişi • Organizasyonel gelişim ve eğitim • Klinik personel geliştirme • Hemşirelik liderlik programı • İnsan kaynakları yönetimi
Alman Hastanesi Boston Massachusetts General Hospital
International Hospital Methodist Hospital
Amerikan Hastanesi Methodist-Baylor Tıp Koleji-Johns Hopkins Tıp Merkezi-Colombia ve Cornell Üniversitesi Hastanesi-New York Presbyterian Hastanesi - Paris Amerikan Hastanesi.
Amerikan Hastanesi Cleveland Tıp Merkezi ve MD Anderson Kanseri Merkezi • Ortak bilimsel toplantı
Florence Nightingale Hastanesi ve içindeki Amerikan Kanseri Merkezi Methodist MD Anderson Kanseri Merkezi

Afiliye hastane listesine ait bilimsel bir kaynak bulunmamaktadır. Bu veri, web siteleri taranarak elde edilmiştir.

Mülkiyet:

Uzun süreli afiliasyon programlarından sonra John Hopkins ya da Harvard gibi kurumların hedefi, kendi kurumlarını afiliye oldukları ülkelerde açarak doğal bir yabancı hasta programı oluşturmaktır. Son zamanlarda şehir hastaneleri ihalelerinde özellikle Methodist, Harvard Clinic, Cleveland Clinic ve Mayo Clinic gibi sağlık devlerinin gözlerini Türkiye pazarına dikmiş olduğuna yakından tanık olduk.

Bunun diğer örneklerine bakacak olursak;
• Teksas Üniversitesi-İspanya Madriddeki ilk multidisipliner kanser merkezini açtı.
• Harvard Partners Medical International, Birleşik Arap Emirliklerindeki Dubai Sağlık Kenti içinde Üniversite Hastanesi kurdu (Harvard Medical School Dubai Center).
• Cleveland Klinik - Cleveland Klinik Abu Dhabi Hastanesi/2013'te açılacak.

Yerel marka ile bütünleşmiş afiliye bir

yabancı kurum, marka değerini yukarılara taşıyabileceği gibi iş birliğinin iptali halinde zarar da getirebilir. Dengeler çok iyi kurulmalı ve pazarlama/tanıtım faaliyetlerinde ne kadar kullanılacağına karar verilmelidir. Örneğin; Acıbadem Hastanesi - HMI işbirliği sonucunda markanın zarar gömediğini görüyoruz. Bundaki temel neden, sınırların çok iyi çizilmesi ve doğru pazarlama stratejilerinin uygulanması olabilir. Benzer bir durum Anadolu Sağlık Merkezi'nde yaşanır ise Acıbadem kadar kolay bir geçiş süreci yaşanmayacağını düşünüyorum. Hastanenin yenilenen marka çalışmaları kapsamında her ne kadar JHM telifuza minime indirilmiş olsa da, ilk lansmandan itibaren hastanenin bir Amerikan hastanesi olduğu düşünülmekte idi. Halen halk arasında John Hopkins Hastanesi olarak anılması ise bunun bir göstergesi olabilir.

"Afiliasyon veya iş birliği ilişkileri bozulursa, markaya ne olur?" sorusu akıllardan hiç çıkarılmamalıdır.

Dr. Ratip Kazancıgil: Türkiye sağlıkta halen model arama sevdasında

Dr. Mahmut Tokaç - Ömer Çakkal

Malatya'da 1920 yılında doğmasına karşın gençlik yıllarından beri Edirne'de yaşayan 93 yaşındaki Dr. Ratip Kazancıgil, kentin simge isimlerinden biri. Edirne'de sağlık müdürlüğünün de aralarında olduğu pek çok görev yapan, uzun yıllar Edirne Trakya Üniversite'sinde dersler veren, Edirne hakkında pek çok kitaba imza atan Dr. Kazancıgil, kentim simgelerinden 2. Beyazıt Şifahanesinin sağlık müzesine dönüştürülerek günümüze kazandırılmasında çok büyük çabalar harcamış bir isim. Kazancıgil, tüm bunların ötesinde 1940'lardan beri bizzat hekimlik ve yöneticilik yapması hasebiyle neredeyse tüm Cumhuriyet Dönemi sağlık politikalarını da canlı şahidi. Edirne'de Kazancıgil Hoca ile birlikte neredeyse bir gün birlikte geçirdik. Tıp

fakültesinde başlayan röportajımızı, Edirne Sağlık Müzesi'nde tamamladık. Şaşırtıcı bir şekilde berrak bir hafızası olan 93 yaşındaki bu tıp çınarının, geriye doğru 70 yıllık sağlık politikalarına dair tespitlerine kulak kesilmekte fayda var.

“Memleketimizde bir iş başarabilmek için sabırlı olacaksınız, kavgaya etmeyeceksiniz fakat peşini de bırakmayacaksınız”

Hocam ilk olarak kendi ağzından Doktor RatipKazancıgil'i tanıyabilir miyiz?

Efendim ben Malatya'nın yerli ailelerinden Kazancıgil Ailesinin mensubu olarak 1920 yılında Malatya'da doğmuştum. İlk, orta ve lise tahsilimi Malatya'da tamamladım. 1937'de Malatya Lisesi'ni bitirdim. Eskiden bugünkü gibi üniversite sınavları

yoktu. Liseyi bitirenler 15 gün sonra bir olgunluk sınavına giriyordu. İyi ve pekiyi derece tutturanlar tıp talebe yurduna giriyordu. Ben de Refik Saydam'ın kurduğu tıp talebe yurduna yatılı olarak kabul edildim. Yurt bize gayet güzel bakıyordu. Eski paşa konaklarını yurt yapmışlardı. Yiyecek içeceğimiz gayet muntazamdı. İç çamaşırlarımıza kadar bedava verirdiler. Palto ve ayakkabılarımızı, tramvay paralarını verirdiler. 6 sene yurtta kalma sonrası sizden 4 yıl zorunlu hizmet talep ediliyordu. Ya da isterseniz 3600 lira ödeyip bu anlaşmayı feshedebilirsiniz. Gayet güzel bir anlaşma. 3600 lira bugünün parasıyla herhalde 15-20 bin lira ederdi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1943 yılında mezun oldum. O zamanlar memleketimizde sıtma yangın halinde yaygındı. Adalar'daki Sıtma Enstitüsü'nde 2 ay sıtma stajı yaptım. 2. Dünya Savaşı yıllarıydı. Askere





gittim. Yedek subay okulunun ardından İstanbul'da 1. Ordu'ya katıldım. 3 sene askerlik yaptım. Askerlik sonrası Aydın'a atandım. 1950'ye kadar 4 yıl süreyle Aydın'da görev yaptım. 1950'de Trakya Sıtma Mücadele Reisi olarak Edirne'ye atandım. 10 sene bu hizmet devam etti. Ondan sonra 1985'e kadar Edirne Sağlık Müdürü olarak görevim devam etti. 1985'te Sağlık Müdürlüğünden emekli oldum. Fakat bu arada Süheyl Ünver Hoca'nın teşviki ile deontoloji ve tıp tarihi doktora'sı yapmıştım. Hoca'nın kerameti bu, keramet ileriye görebilmektir. O sayede yardımcı doçent kadrosu ile üniversitede göreve başladım. 92'de üniversiteden de emekli oldum. Fakat üniversite bırakmadı, ben de çalışmamı devam ettirdim. Şimdi de fahri olarak, ücretsiz olarak görevimi sürdürüyorum. Müzenin kurulmasında çalışmalarım oldu. Edirne üzerinde araştırmalarımız ve yayınlarımız oldu. Şu ana kadar 32 yayınıımız oldu. Halen daha o konuda çalışıyoruz. Hafta içi her sabah 8'de bir araba ile beni üniversiteye getiriyorlar. Akşam da bir başka hoca sağ olsun eve kadar bırakıyor. Hafta sonları da çalışmalarımı müzedeki odamda sürdürüyorum.

Hocam 2. Beyazıt Şifahanesinin müze oluşu nasıl gerçekleşti? Anlatabilir misiniz?

1970'li yıllarda Süheyl Ünver Hoca'nın Edirne'ye gelişlerinden birinde beraber Beyazıt Külliyesini beraber gezmiştik. O sırada restorasyon sürüyordu. "*Doktorum*" dedi, "*Gel burada bir tıp tarihi müzesi kuralım*". Müze fikrini ilk ortaya atan kişi Süheyl Hoca'dır. "*Müze olursa burada neler olmalı?*" dedim. Bir kâğıda eski yazıyla, şunlar şunlar konması lazım diye yazdı. Bu yazıyı saklıyorum. Ben o zaman Sağlık Müdürü idim. Hoca'nın bu emri üzerine vilayet kanalıyla Vakıflar Genel Müdürlüğü'ne başvurduk. Cevap geldi. Mukavelesi her sene yenilenmek kaydı ile 10 seneliğine müze olmasına izin verdiler. Ben kaynakları araştırmaya başladım. Evliya Çelebi 17. yüzyılda Edirne'nin her tarafını gezmiş. Külliye medreseyi ve şifahaneyi oda oda anlatmış. Orada müzikle tedavi konusunu anlatırken sahneyi tarif ediyor "*10 sazende ve hanende haftada 3 gün hastalara ve akıl hastalarına musiki fasılları yapılıyor...*" diyor. Ayırıyor bu ikisini. Bugün orayı tarif edenler bir akıl hastanesi olarak anlatıyorlar. Bu görüş, doğru değil. Burası çok

"50'li yıllarda entegrasyon sistemine geçiyoruz dediler. Sağlık Bakanlığı'nda ayrı ayrı genel müdürlükler vardı. Bunlara bağlı illerde müdürlükler vardı. Bunların hepsinin ayrı ayrı bütçesi vardı. Birinin kullandığı aleti öbürüne veremezsin. Kurslara gittik, bu çalışmalar yapılmaya çalışıldı. Ancak Bakanlığın kendisi entegre olmamıştı ki, iller entegre olsun. Herkes kendi bayrağını sallamaya devam etti. Bu şekilde entegrasyon da yattı!"



“Süheyl Ünver Hoca ve Rıfat Osman Bey birbirlerini çok etkiliyorlar. Süheyl Hoca Paris'teyken 10 sene süreyle mektuplaşıyorlar. Rıfat Osman Bey, kaç tane mektup yazmış biliyor musunuz? 750 tane! Bu mektuplar aşk mektubu değil. Hepsi sanat, tarih, Edirne, İstanbul üzerine.”

yönlü çalışan bir hastane. Akıl hastaları da tedavi ediliyor, diğer hastalar da. Ben de Evliya Çelebi'nin kaynağından yola çıkarak maketlerle canlandırmalar yapmak istedim. Böyle yaparken bir gün, bir yazı geldi: “Sözleşme iptal edilmiştir.” Şaşırdık kaldık. O dönem Ecevit-Erbakan Koalisyonu dönemi idi. Niçin olmuş diyoruz, yazışmalar yapıyoruz cevap yok. Sonradan işin perde arkasını öğrendik ki, “Put koyacaklar” diye iptal edilmiş. Ama bize söylenen buraya kanser araştırma-ları enstitüsü kurulacağı oldu. Topkapı Bezmialem Vakıf Gureba Hastanesi Başhekimisi İskender Bey geldi, görüştük. Kendisine dedim ki, “*Edirne gibi insan nüfusunun ve personelin olmadığı bir çıkmaz sokakta kanser enstitüsü olmaz. Bunu yapamazsınız ve yapmamalısınız*” Neticede kanser enstitüsü işinden vazgeçildi. Daha sonra dönemin vakıflara bakan Devlet Bakanı Hasan Aksay Bey

Edirne'ye geldi. Kendilerine durumu anlattım. “*Yemin billah benim haberim*” yok demesin mi? Hâlbuki kendisine yazıldı kaç defa. “*Müracaat edin, derhal verelim*” dedi. Gitti, müracaat ettik, yok. Yazdık ama neticede olmadı. Daha sonra orayı tıp fakültesine verdiler. Tıp fakültesine geçtikten sonra gene müze üzerinde çalışmaya başladım. Bu, ibret alınacak bir olaydır. Memleketimizde bir iş başarabilmek için sabırlı olacaksınız, kavga etmeyeceksin fakat peşini de bırakmayacaksın. Hangi dönem olursa olsun bu böyle. Rektörlüğe başvurduğum. Fakat meslek yüksekokulları için binaya ihtiyaçları vardı. Zaman oldu, yüksekokulları başka binalara taşıdıklarında gene müracaat ettik. Ve 1997 yılında nihayet müze olarak bakanlıklardan da tescilini yaptırdık. Bu yapının müze oluşunda dönemin rektörü Osman İnci Beyin çok yardımları olmuştur. Arkadaşlarla gönüllü

olarak müzeye her gün gidip gelmeye, elimizdeki kaynakları bir araya getirmeye başladık. Üniversitenin ayıracağı bir kaynak yoktu. İstanbul Ruh Hastalıkları Rehabilitasyon Derneği ile birlikte çalışma yürüttük. Şerefettin Sabuncuoğlu'nun *Cerrahiye* kitabında nasıl işlenmişse ve vakfiyede nasıl tarif edilmişse o şekilde yapılması konusunda çalışma yaptık. İstanbul'dan sanatkarlar geldi. Şehir Tiyatrolarından kostümcüler geldi. 15. yüzyılda nasılsa onu canlandırmaya çalıştık. Ve hastane bölümü böylece teşekkül etti. Dönemin tıp fakültesi olan medrese bölümü ise daha boştu. Oraya üniversite tarafından modern sanatlar galerisi açıldı. Tablolar vs. kondu. Fakat pek itibar görmedi. Çünkü binanın tabiatına, yapılışına aykırı idi. Sonunda Rotary Cemiyeti sponsor oldu. Ustalar geldi, kaynaklarda nasıl tarif edilmişse pencere kapaklarına kadar o şekilde restore edildi. Orada 15. yüzyılda Osmanlı'da hekimlik okulunu canlandırdık. Avrupa'dan sanatçılar geldi, buraya yaşayan müze dediler. Çünkü harici hiçbir şeyi sokmadık. Şimdi de bir şeyler eklemeyi teklif edenler oluyor, hayır diyoruz. O yüzyılda neler varsa aynısı olacak. 2004'te "Avrupa Müze Ödülü"nü almak üzere Strasbourg'a gittik, Avrupa Konseyi Merkezi'nde tören yapıldı, ödülü aldık. Almanya'da da bize ödül verildi. Külliye, merkezde cami, etrafında sosyal yardım kurumları, medrese ve hastane şeklinde inşa edilmiş. Burada bir aşevi varmış. Yemek pişirilip yoksul kişilere dağıtılmış. Gene caminin 2 tarafında tabhaneler varmış. Burayı bazı yazarlarımız matbaa olarak gösteriyor. 15. yüzyılda Osmanlı'da matbaa... Keşke olsa! Efendim tab, güç kuvvet demektir. Tab-ı takatim tükendi denir ya. Güç kuvvet bulunan yer, dinlenme yeri. Caminin 2 tarafında 4'er odalık birer misafirhane var. Vakfiye yazıyor. Gelen misafirler 3 gün boyunca yedirilir, içirilir, ondan sonra güler yüzle uğurlanır deniyor. Tabhane kısmı şu anda boş. Şu günlerde bir anlaşma söz konusu. Vakıflar Genel Müdürü Edirne'ye geldi. Oranın da kullanma hakkını üniversiteye vermeyi sözlü olarak ifade etti. Hatta 2 gün önce Valimiz ile bir görüşmemiz vardı. Sordum, "E olacak" dedi. Valimiz Hasan Duruer Bey, kültüre ve sanata şaşılabilecek şekilde çok duyarlı. Edirne'nin kültür ve sanatta gelişmesine çok katkısı var. Benim bütün kitaplarımı yeniden bastı. Şimdi o salonları da aslına uygun bir şekilde düzenlemeyi planlıyoruz. Fakat ben Valimize ve Rektör Bey'e de söyledim, o salonlardan birini modern bir mutfak haline getirilmesini istedim.

"Rifat Osman Bey, Süheyl Ünver Hocaya 750 tane mektup yazmış"

Hocam, bugünkü faaliyetlerimizde gelenekten istifade edilebilir mi?

Örneğin aşevi konusunda da böyle yapılabilir mi? Fatih'in vakfiyesinde aşevinden bahsedilen bölümde, "Gece sahanlar içinde evlerine götürüle" diye bir bölüm varmış...

Efendim o şöyle: Malatya'da bu işin yapılmış olduğunu, yaşayanlardan duydum. O zaman toplum bugünkü gibi umumi yardım kurumlarına sahip değildi. Mahallelerde oda işletmek diye bir gelenek vardı. Hali vakti yerinde olanlar oda açarlardı. Mahalleli akşamları odada toplanır, çay-kahve eşliğinde sohbet edilirdi. Oraya devam edenlerden durumu müsait olanlar, hali vakti yerinde olmayan kimselerin ihtiyaçlarını aralarında taksim ederlerdi. Kış başlarında kışlık ihtiyacı hazırlanırdı. Yükler hazırlanır ve gece yarısı kapılar çalınarak teslim edilirdi. Katırcılar yükleri indirip kapıyı çalar, kapının açılmasını beklemeden kapıdan uzaklaşırlardı. Kimsenin gururu incinmezdi. Osmanlı vakıflarına gelince bugün onların bir kısmı hududumuz dışında kalmış. Vakfiyelerde ihtiyaçlar en ayrıntısına kadar yazılırdı. Yemek yenecek kapların yıkanması esnasında kullanılacak bezlerin parasına kadar. Tabhaneye gelen misafirlerin hayvanlarını yemlerine kadar ve orada vefat ederlerse cenaze masraflarına kadar. Eskiden et hamalları varmış. Deniyor ki, "Her gün aynı kasaptan alışveriş edilmeyecektir. Etin nerede semizi bulunursa oradan alınacaktır." Biz bugün ne yapıyoruz, en ucuzu hangisi ise onu alıyoruz. Aramızdaki fark bu! Osmanlı vakıfları, böyle çalışan müesseseler. Edirne, tarihi boyunca birkaç defa işgale uğruyor. O dönemde bu müesseseler fonksiyon bakımından dejenerasyon alıyor. Hem aşevi, hem hastane bölümü fonksiyonunu yitiriyor. Ve hastane bölümü, sadece akıl ve ruh hastalarının izolasyon merkezi olarak kullanılıyor. Öyle bir hale geliyor ki, hastalardan bir kısmı İstanbul'a gönderiliyor. Ve buraya akıl hastanesi deniyor. Osmanlı'da hiçbir şifahane sadece akıl hastalıkları için yapılmamıştır.

Yaşamınızda Ordinaryüs Prof. Dr. Süheyl Ünver Hocanın da önemli bir yeri var. Hoca ile birkaç anınızı anlatabilir misiniz?

Anlatayım. Bu hatırayı bana Süleymaniye Kütüphanesi Müdürü Muammer Bey nakletti. Süheyl Hoca emekli olduktan sonra Cerrahpaşa'daki odasına gidip gelmeyi ve çalışmayı sürdürürdü. Ve Cuma günleri Süleymaniye Kütüphanesi'ne gelirdi. Saatte çok dikkat edermiş, hep aynı saatte gelirmiş. Gene bir Cuma hocayı bekliyorlar ama o vakitte gelmiyor. Merak ediyorlar. Yarım saat kadar sonra gelince, "Geciktiniz, merak ettik" diyorlar. "Yolda gelirken Azrail'i gördüm." diyor. Kalabalık, "E, ne yaptınız, ne konuştunuz?" deyince Süheyl Hoca, "Kendisine 'Beni ne zaman

"15 yılda tüm Türkiye sosyalize edilecek dendi, sosyalizasyon 15 senede ancak Gümüşhane'ye kadar gelebildi! 5 yıl daha istediler. Meclis izin vermedi. Vermedi ama kanun var, sosyalize olunması lazım. Vilayetlere birer yazı gönderildi, "Hepiniz sosyalize oldunuz!" Neticede sosyalizasyon zeki köylümüzün ifadesi ile soytarizasyon oldu. Hayvan bağladılar, ahır oldu. Yani İngiliz çimi, ayrık oldu."

alacaksınız' diye sordum. O da 'Ne zaman işin biterse o zaman alacağım' dedi." demiş. Efendim, işi bitirmemek lazım. Biz şimdi Azrail'i yanımıza yaklaştırmamak için işimizi hiç bitirmiyoruz. (Gülüyor) Birisini bitirmeden öbürünü ileri sürüyoruz. Hoca şunu söylemek istiyordu: "Eğer bir işin yoksa, bir şey yapmıyorsan, git kardeşim, boşuna kalabalık yapma". Hocanın felsefesi buydu. Bir de hocanın Edirne'ye ilgisinde başlıca sebep olan Dr. Rifat Osman Bey var. Türkiye'nin ilk röntgen uzmanı. 1904 yılında Edirne'ye geliyor, 1933'a kadar görev yapıyor. Rifat Osman Bey çok yönlü bir kişi. 10 parmağında 100 marifet var. Mimar, mühendis, fotoğrafçı, tarihçi, süslemeci. Süheyl Hoca ile 1926'da tanışıyorlar. Birbirlerini etkiliyorlar. Süheyl Hoca Paris'teyken 10 sene süreyle mektuplaşıyorlar. Rifat Osman Bey, kaç tane mektup yazmış biliyor musunuz? 750 tane! Bu mektuplar aşk mektubu değil. Hepsisi sanat, tarih, Edirne, İstanbul üzerine. Süheyl Hocanın mektupları Süleymaniye Kütüphanesi'nde. Bunların bir kısmını biz aldık. Böyle bir kişi Rifat Osman Bey. Şimdi biz de Rifat Osman Bey'in ayak izlerini tarif ediyoruz. Bu insanlar Cenabı Hak tarafından özel misyon ile vazifelendirilmiş insanlar. Bazı kimseler böyledir. Atatürk özel misyonla görevli bir kimsedir. Sıradan insan o işleri yapamaz. Rifat Osman Bey de böyle biridir.

"Sosyalizasyon, köylümüzün ifadesi ile soytarizasyon oldu"

Hocam geçmişin şifahane mimarisinden, eski hekimlerden neler öğrene-



Edirne'den köfte ve ciğer yemeden dönmek olmazdı. Ratip Hoca ve bize öğle yemeğinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Murat Tuğrul ve Deontoloji ve Tıp Tarihi Öğretim Görevlisi Nilüfer Gökçe de eşlik ettiler.

“Bir sistem kurulurken büyük emek ve para harcanıyor. Daha sonra gelenler beğenmeyip onu yıkıp yenisini inşaaya başlıyorlar. İktidara gelenlerin sağlık alanındaki görüşleri ekseninde sürekli değişiklik yapılıyor. Türkiye halen model arama sevdasında. Bu model uymadı, öbür modele çevirelim. Yazık oluyor ülkemize. Oysa yapmamız gereken 1920’den bugüne dek değişen sağlık sistemlerinin analiz edilmesidir.”

biliriz, bugün nasıl istifade edebiliriz?

Birçok şeyler öğrenebiliriz. Ancak hekimlik ve tıp günden güne ilerliyor. O nedenle ancak genel şeyler öğrenilebilir. Bugün dağlama ile bel fıtığı tedavisi yapamayız. Ama musiki ile tedaviyi öğrenebiliriz. Vakıf mantığı ile hastaların bilabedel tedavisinden bir şey öğrenebiliriz. Ha bunun dışında ne yapalım? Siz kardeşim Kurtuluş Savaşı'ndan çıkıştan alın, bugüne dek Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı hangi değişimlerden geçmiştir, onu ele alın. Daha önemli olan budur. Hangi etaplardan geçtik? Salgın hastalıklarla mücadele döneminden geçtik. Hekim ve sağlık personeli savaşta neredeyse sıfırlanmıştı. Bunun önlenmesi için savaş kanunları çıktı, o bir nefes aldırdı. O dönemde çıkarılan kanunların hepsinin adında savaş vardır. Sıtmayla savaş, veremle savaş, trahomla savaş, frengi ile savaş. Hastalıkları yok edilmesi gereken bir düşman ve kendisini savaşçı olarak gören bir sistem vardı. Ardından Behçet Uz döneminde sağlık merkezleri dönemi başladı. Büyük kasabalara birer sağlık merkezleri kuralım, köyleri ambulans servisleriyle buralara bağlayalım. Şehirlerde de hastaneler kuralım, orada tedavi edilemeyen hastaları şehirlere getirelim dendi. Çalışıldı ama başarılı olamadı. Neden? Ben her şeye nedeni ve sonucu ile bakmaya çalışırım. Tüm bu dönemleri gördüm, yaşadım. Ben savaş döneminden geliyorum. Sıtma savaşı döneminden geliyorum. Peki, neden başarılı olunmadı? Çünkü röntgen cihazı verdiler, röntgenci yok. Doğum aletleri verdiler, uzmanı yok. Veya uzmanı var, orada da röntgeni yok. Bu şekilde

sağlık merkezleri işi başarılı olmadı. Ondan sonra 50’li yıllarda entegre çalışma sistemine girelim dediler. Sağlık Bakanlığı’nda ayrı ayrı genel müdürlükler vardı. Bunlara bağlı illerde müdürlükler vardı. Bunların hepsinin ayrı ayrı bütçesi vardı. Birinin kullandığı aleti öbürüne veremezsin. Edirne Sıtma Mücadele Müdürü görevim sürerken Ana-Çocuk Sağlığı Müdürlüğüne mikroskop lazım oldu. Bizde kullanılmayan mikroskoplar vardı. Sıtmanın muhasebecisi Abdullah Bey’i çağırdım. Allah rahmet eylesin, “Başüstüne beyefendi” dedi. Aradan 10 gün geçti, soruyorum, mikroskop gitmemiş. Abdullah Bey’i tekrar çağırdım, “Efendim o mikroskoplar Unicef’ten geldi, o nedenle veremedik” dedi. “Oraya da Unicef yardım ediyor” dedim. Efendim orası Ana-Çocuk Sağlığı Unicef’i, biz Sıtma Unicef’iyiz” dedi. (Gülüyor) Şimdi Abdullah Bey haklı. O mikroskoplar Abdullah Bey’in zimmetinde orada duruyor. Bir müfettiş gelse ve eksik saysa Abdullah Bey’e ceza keser. Burada bu hikâyeyi anlatmamda maksadım şu: Entegre bir çalışma yok. Kaynakların ortak kullanımı diye bir olay yok. Birinin bütçesinden ötekine aktarmak mümkün değil. Hepsi böyle tutuyor. Bunu ortadan kaldırmaya çalıştılar. Kurslara gittik, bu çalışmalar yapılmaya çalışıldı. Edirne’de ve Mersin’de birşeyler yapılmaya çalışıldı. Edirne örnek oldu. Tüm hizmetleri birleştirdik. Bakanlığın kendisi entegre olmamıştı ki, iller entegre olsun. Herkes kendi bayrağını sallamaya devam etti. Bu şekilde entegrasyon da yattı mı, yattı! Geldik dördüncü döneme, sosyalizasyona. Herkesi bir heyecan sardı, efendim sosyalle oluyoruz. Sosyalizasyon Muş’ta

başladı. İyi ki orada başladı. Altyapıyı kuracaksın, personeli yetiştireceksin. Sonra tayinler başladı. Bir gün Ankara'ya gitmişim. Koridor dolmuş, taşmış. Sordum nedir bu? Bunlar sosyalizasyonla görevlendirilecek personel dediler. Müsteşara çıktım, "Bunlarla bu iş olmaz. Ben bunları tanıyorum. Bir kısmı serkeş, bir kısmı kumarbaz" dedim. "E ne yapalım, çağırarak gelmediniz" dedi. "Gazete ilanı ile evinize hizmetli çağırır gibi çağırırsanız tabi gelmeyiz" dedim. Kendilerine lojmanlarının hazır olduğu, pijamalarını çantalarına koyup gitmeleri söylendi. Ama gittiklerinde binaların temelini bile atılmadığını gördüler. İçlerinden gittikleri illerde farklı işlere girenler oldu. Benim sınıf arkadaşım Van'da İran'la afyon ticareti yaptı. Sağlık ocakları ve sağlık merkezlerinin nereye yapılacağını seçilmesi konusu da çok enteresan. Sağlık Müdürlüklerine yazı yazıldı, yer bildirin dendi. Sağlık müdürü dediğin kimse ömrünce köye çıkmamış. Hükümet tabibi de ya bir cinayet ya da bir salgın hastalık olursa köye gider, o bile gitmez. Ne yaptılar peki? Önlerine haritayı açtılar. Şöyle olsun, böyle olsun deyip Bakanlığa bildirdiler. Feodal sistem etkili oldu, ağanın köyüne sağlık ocağı yapıldı. 15 yılda tüm Türkiye sosyalize edilecek dendi, sosyalizasyon 15 senede ancak Gümüşhane'ye kadar gelebildi! 5 yıl daha istediler. Meclis izin vermedi. Vermedi ama kanun var, sosyalize olunması lazım. Vilayetlere birer yazı gönderildi, "Hepiniz sosyalize oldunuz!" (Gülüyor) Tüm bunları yaşadık biz. Hükümet tabibi levhalarını ters çevirdiler, ocak tabibi yazdılar. Tabela değişti sadece. Neticede sosyalizasyon zeki köylümüzün ifadesi ile soytarizasyon oldu. Lojman yapmış, ebe vermemiş. Hayvan bağladılar, ahır oldu. Yani İngiliz çimi, ayırık oldu. Bu arada söylemesi ayıp ama gene ayakta kalan Edirne'ydi. Bir dernek kurduk, kaynakları birleştirip sağlık ocaklarımızı tamamladık, vasıtalar sağladık, şu bu. Ankara'ya ne zaman bir heyet gelse Edirne'ye gönderirlerdi. Elde tek iyi örnek Edirne vardı.

"1920'den bugüne dek değişen sağlık sistemleri analiz edilmeli"

Anlaşılan bu şekilde sosyalizasyon süreci sona erdi. Peki, ondan sonra ne oldu?

Ondan sonra tam gün yasası çıktı. Demin anlattığım sebeplerden dolayı o da çıktı. Şimdi aile hekimliği... E kardeşim değişen bir şey olmadı. Dünkü ocak tabibine, bugün aile hekimi dediler. Kolay değildir aile hekimliği. Ucuza mal olmaz. İngilizler bunu yapıyor ama orada şehirleşmiş herkes. Bizimki gibi daha göçebe hayatı, yazın yayla, kışın kışlak yaşayan toplum yoktur. Bu olmaz. Nasıl ki tıp tarihini kaldırdılar. Hasta hakkı,

hekim hakkı, dejenere ettiler, işte şimdi de bu aile hekimliği. Tam günü koydular. Onu da kaldırdılar. Yani işin özeti, Türkiye halen model arama sevdasında. Saydıklarımın hepsi birer model. Fakat modelin şartlarını yerine getirmiyor. Getirmedikleri için bu model uymadı, öbür modele çevirelim. Yapan adamlar aynı adamlar, yapılanlar da aynı. Bir yandan ticarete bindirdiler. Özel hastaneler birer ticaret merkezi oldu. Yatak çeviriyorlar durmadan. Hekime maddi bakımdan değeri verilmiyor. Hasta geliyor, hekimi görmek bir mesele. Hemen eline bir deste kâğıt veriliyor. Git bunları yaptır gel. Analizler. Lüzumlu, lüzumsuz. Daha hastayla konuşmadan. Hastanede ne kadar alet, edevat varsa hepsinden bir geçiriliyor. Ondan sonra geliyor. Her birinin önünde bir ekran. Bilgisayar. Oraya geçiyor. Hasta ile konuşma yok. Tıp tarihinde görüyoruz, hastanın hekime inanması tedavinin yarısıdır. Hastanın hekime inanması için onunla konuşulması lazım. Hasta hakkı, hekim hakkı. Hastalarla hekimler artık mahkemelik oldular. Darüşşifalardan ne alabiliriz sualiniz olmuştur. Evet, belli kaideler alınabilir ama asıl yapmamız gereken 1920'den bugüne dek değişen sağlık sistemlerinin analiz edilmesidir. Neden başarısız olunduğu analiz edilmeli ve ardından da toplumumuzun ekonomik şartlarına, örfüne adetlerine, şartlarına uygun bir sistem yapılmalıdır. Biz bunu ele almıyoruz, dışarıdan modeller arıyoruz. Halen arama durumundayız. Halen model arıyoruz.

1926'da Sağlık Bakanlığı'nın çıkartmış olduğu bir kaynak var. Orada yaklaşık 15 ilde sıhhi müze olduğundan söz ediliyor. Adana, Bursa, İzmir, Ankara gibi illerdeki müzelerden tablolar var. İşte Ankara Sıhhi Müzesi diye resimler var. Edirne'nin geçmişinde o yıllarda sıhhi müze olduğuna dair bir bilginiz var mı?

Benim bildiğim sadece İstanbul'da sıhhi müze var. Sultanahmet'te. Diğerleri bizim anladığımız manada sağlık müzesi değiller.

1943 yılında tıbbiyeden mezun oldunuz. Hekimlikte bu sene 70. yılınız. 70 yıl içinde hekimliğin geldiği noktaya dair neler söylersiniz?

Deminden beri anlattıklarımda aslında bu sualinizin cevabını verdim. Halen bir telaş içindeyiz. Halen hastalarımızın istediği ölçüde ilgi gösteremiyoruz. Adil bir sosyal yardım ve hastanın istediği bir hekimlik sınıfı teşekkül etmiş değil. 1924 - 1936 arası savaş kanunlarını olduğu dönemde hekimler halka daha faydalı oluyorlardı ve hekimler büyük hizmetler yapmışlardır. Sıtmayla savaş, veremle savaş, trahomla savaş, frengi

"Halen bir telaş içindeyiz. Halen hastalarımızın istediği ölçüde ilgi gösteremiyoruz. Adil bir sosyal yardım ve hastanın istediği bir hekimlik sınıfı teşekkül etmiş değil. Bir sistem kurulurken büyük emek ve para harcanıyor. Daha sonra gelenler beğenmeyip onu yıkıp yenisini inşaya başlıyorlar. İktidara gelenlerin sağlık alanındaki görüşleri ekseninde sürekli değişiklik yapılıyor. Yazık oluyor ülkemize."

ile savaşlar hekimlik açısından Kurtuluş Savaşı kadar önemli bir savaştır. Büyük fedakârlıklarla o dönemde başarı elde edilmiştir. Ondan sonraki dönem hep denemeler ve hepsi başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Türkiye ideal bir sisteme gelememiştir. Bir sistem kurulurken büyük emek ve para harcanıyor. Daha sonra gelenler beğenmeyip onu yıkıp yenisini inşaya başlıyorlar. İktidara gelenlerin sağlık alanındaki görüşleri ekseninde sürekli değişiklik yapılıyor. Yazık oluyor ülkemize.

Hocam izninizle son olarak Edirne Sağlık Müzesi'nin bugününü konuşalım. Müzenin ülkemizde eşi benzeri yok. Müzeye gelen ziyaretçilerden ne gibi tepkiler alıyorsunuz, bundan sonra müzede neler olacak?

Açıldığı yıl 7 bin kişi ziyaret etmişti. Şimdi yıllık ziyaretçi sayısı 200 bine çıktı ve bunun 7 bini yabancı turist. Mankenlerle 15. Yüzyılın anlatılması ziyaretçileri çok etkiliyor. Ne olduğunu bilmeyen inançlı hanımlar dua ediyorlar (Gülüyor). Çocuklar hayretle bakıyor. Ben bir iki sefer çocukları da kandırdım. Ben şimdi ya burada ya kuyunun başında duruyorum. Bazen de heykellerin yanında put gibi duruyorum. Çocuklar gelip yoklamaya çalışıyorlar. Ondan sonra ben birden bire hareket edince çocuklar kaçıyor (Gülüyor). Şimdi müzemizi geliştirmek, bir salonu konferans salonu yapmak istiyoruz. Bir salonu canlandırma mankenler ile Osmanlı ziyafet sofrası yapmak istiyoruz. Ziyaretçilerin ihtiyaçlarını karşılayacak bir lokanta ve kafe kurmak istiyoruz. Bunlarla ilgili tabi sponsora, desteğe ihtiyacımız var.

Sağlıkta vizyon: Otorite kullanımı

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Dr. Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sağlıkta vizyon başlığıyla yayımlanan bu seri yazıları bazı başlıklara özet olarak değinip sonlandırmak istiyorum. Sağlıkta planlama, kaynakların verimli kullanımı için farklı düzeylerde iş birlikleri, Bakanlığın gittikçe artan ve yeni mevzuatla güçlenen denetim gücü, sağlığın geliştirilmesindeki liderlik rolü ve uluslararası ilişkilerde sağlığın yeri gibi hususların her biri ayrı bir makale konusu olacak derecede öneme haizdir. Gelecekte bu konuların, sağlık politika gündemini oluşturacak önemli tartışmalara kaynaklık yapacağı inancındayım.

Planlama ve afiliasyon

Piyasa dinamiklerinin tüketimi teşvik eden gücü, kaynakların verimli kullanımı kaygısı ve toplumun hakkaniyetli olarak sağlık hizmetlerine erişimi sorumluluğu, sağlık hizmetlerinde planlama zaruretini doğurmaktadır. Merkezi otorite tarafından yapılacak bu planlama, sağlık sektörünün bütününe içine almak zorundadır. Kısmi alanlarda bazı yatırımcıları kapsayan planlamalar, adaletsizliğe yol açtığı gibi beklenen faydayı vermeyecek ve yatırım alanları planlama dışına doğru kayarak sistem deforme olacaktır. Aslında doğru olan, merkezi otorite tarafından makro planda bir stratejik plan yapılması ve yerel otoritelerin bu stratejiler doğrultusunda uygulama planlarını geliştirmeleridir. Aksi takdirde detaya boğulan merkez, hata yapmaktan kurtulamayacak ve sağlık hizmetlerinin planlaması tartışılır olmaktan kurtulamayacaktır.

Sağlık hizmetlerinin planlanması konusu, yasalarımızda yer almasına ve Sağlık Bakanlığına bu sorumluluk yüklenmesine rağmen yıllardır ihmal edilen bir husus-

tur. Sağlık Bakanlığının ilk adımlarını attığı ve daha çok sağlık yatırımlarına odaklanan planlama girişiminin sadece özel yatırımcıyı kapsaması ya da sadece devlet yatırımlarını kapsaması bir anlam ifade etmeyecek hatta sisteme zarar verecektir. Bu itibarla, planlama bütün hastane yatırımlarını kapsamak zorundadır. Gelecekte bunun kaçınılmaz olacağını göreceğiz. Zira planlama ile kaynak paylaşımında ve hizmet dağılımında bir denge gözetilirken, bu planlamanın dışında kalan yatırımlar sistemde denge kurulmasını sürekli engelleyecektir. Bu yüzden eğer mevcut politikalara sahip çıkılırsa, çok yakın gelecekte üniversite hastanelerinin de bu planlama içine alınması kaçınılmaz olacaktır.

Bu durumda karşımızda yeni bir sorun bulacağız. YÖK'ün talebi ve TBMM kararıyla üniversiteler kurulmakta ve tıp fakülteleri açılmaktadır. Bu üniversiteler kuruldukları yerlerde hastane açma telaşı içine girmiş durumdadır. Yani yukarıda sözünü ettiğim dengesizlik bariz bir şekilde ortadadır. Bu dengesizlikten en fazla zarar göreceğiz olan, küçük yerlerde açılmak zorunda kalınan üniversite hastaneleri olacaktır. Zira uygun fizibilitesi olmayan üniversite hastaneleri ortaya çıkacaktır. Üniversitelerin planlama içine alınması da, bu tıp fakültelerini hastanesiz bırakacaktır. Her iki durum da kaçınılmaz gibi görünüyor. Yani ya üniversite hastanelerinin planlama kapsamında olması sonucu hastanesi olmayan tıp fakülteleri ya da planlama dışı olarak uygun olmayan yerlerde açılan ve verimli işletilmesi mümkün olmayan üniversite hastaneleri... Her iki durum da iç açıcı görünmüyor. Bu durumda, uygun bir planlama da olsa, çözüm bekleyen başka sorunların olduğu görünüyor.

Daha şimdiden, planlama çerçevesinde

hizmete girmiş hastanelerde eğitime yönelik tıp fakültesi uygulamalarının nasıl gerçekleştirileceği sorusu, yani üniversite-hastane birlikteliği (afiliasyonu) konusu gündemimize gelmektedir. Bugün için iki taraf da istekli görünmesine rağmen afiliasyondan taraflar farklı şeyler anlamaktadır. Ancak ihtiyaç her geçen gün daha fazla kendini göstermektedir. Üzerine uzlaşılabilecek model veya modeller hızla geliştirilecektir. Hatta bu modeller sadece planlama konusu ve küçük yerleşim birimlerindeki tıp fakültelerinin sorununu çözme hususundaki katkısının yanı sıra, büyük kentlerimizde bir yanda doktor eksikliği çeken hastaneler dururken, diğer yanda tıp fakültelerine yığılmış öğretim üyeleri sorununa da bir çözüm kapısı aralayabilir.

Sağlık Bakanlığının denetim gücü

Hizmet alanlarının standartlarının belirlenmesi ve ruhsatlandırılması kadar, beklenen düzeyde sürdürüldüğünün gözetimi ve denetimi de önemlidir. Hatta böyle dinamik bir gözetim ve denetim, ulusal anlamda var olan veya yeni belirlenen hedeflere ulaşılabilirlik yani performans açısından da çok önemli katkı sağlayacaktır. Ne var ki, Sağlık Bakanlığı enerjisinin ve kaynaklarının büyük bir bölümünü, sorumluluğunu taşıdığı hastanelere ayırmaktadır. Bu durum, hem denetim kapasitesini zayıflatmakta, hem de çıkar çatışması ortamında denetim ve yaptırımlarını sorgulanır kılmaktadır. Yani iki yönlü bir zaafiyet söz konusudur.

Kendi yönettiği ve başarısından sorumlu olduğu hastanelerdeki denetim ne denli yoğun olursa olsun, görev çatışması içinde ne kadar objektif kararların verilebildiği sorgulanmaktadır. Bakanlık,

Sağlık turizmi ve bundan ayrı olarak hasta mobilizasyonu, sınır ötesi sağlık hizmetleri, bunların standardizasyonu, karşılığının ödenmesi, sigorta kurumlarının bu ilişkideki rolü, bu sorunlara cevap teşkil etmek üzere e-sağlık çalışmalarının ülkeler arası ağlar haline dönüştürülmesi, klinik rehberler, hasta güvenliği sistemleri ve hasta hakları; önümüzdeki dönemde tartışma konuları arasında yer alacakların başlıcalarıdır.



Prof. Dr. Recep Akdağ, yaklaşık 10 yıl süreyle sürdürdüğü Sağlık Bakanlığı görevini geçtiğimiz aylarda Dr. Mehmet Müezzinoğlu'na devretti.

özel sağlık kuruluşlarının denetimini ne denli gayretle yürütürse yürütsün, yanlış olduğu, hakkaniyete uyulmadığı, kamu ve özel hastaneler arasında ayırmacılık yapıldığı ithamlarından kurtulamamaktadır. Üniversite ve belediye hastaneleri ise yasal sorumluluk alanında olmasına rağmen pratikte tamamen dışarıda bırakılmış durumdadır.

Bakanlığın öngördüğü yeni teşkilatlanma şeması yasalarsa, devlet hastanelerinin büyük çoğunluğu, Kamu Hastaneleri Birlikleri altında Bakanlığın düzenli ve sıkı denetimi altına girecektir. Bu hastaneleri yürütme sorumluluğu hafiflemiş olan Sağlık Bakanlığı, denetimlerini standartlaştırıp bütün hizmet sunuculara yayabilecektir. Çıkar çatışması alanlarının azalması, Bakanlık denetimlerinin daha kabul edilebilir ve benimsenir olmasını sağlayacaktır. Diğer yandan Sosyal Güvenlik Kurumu hizmet aldığı kurumları şimdiden denetlemektedir. Hastane standartları homojenleştikçe SGK denetimleri de daha standart bir konum kazanacaktır. Kısacası önümüzde denetimin gittikçe artacağı bir dönem görünmektedir. Oluşacak bu yeni ortam, sağlık hizmet sunucularımızın eski esnekliklerini azaltacak, sadece gelir-gidire odaklı işletmeler olmaktan onları uzaklaştıracaktır. Korkarım bu süreçte bazıları mücadeleyi terk etmek zorunda kalacaklardır.

Sağlığın geliştirilmesinde Bakanlığın liderlik rolü

Bakanlığın doğrudan icra yükünü hafifletmesi; sağlığın geliştirilmesine (promosyon), koruyucu hizmetlere, halkın sağlık eğitimine ve bilinçlenmesine daha fazla ve etkili odaklanabilmesine fırsat verecektir. Bu alanlarda Sağlık Bakanlığı liderlik konumunu pekiştirecek ve bütün sektörleri sağlık öncelikli hedeflere yönlendirebilecektir. Bunun güzel bir örneği, sigara ile mücadele politikasıdır. Bakanlık sigara ile mücadelede rol alan medya kuruluşları, emniyet güçleri, yerel yönetimler, sigara yasağını uygulayan kurumlar, oteller, restoranlar ve her türlü kamuya açık kapalı mekanların doğrudan yönetimine müdahil değildir; hiç olmamıştır. Ancak oluşturduğu liderlik rolü ve bunun sonucunda elde ettiği yasal destek sayesinde ülke çapında etkili bir mücadele programı yürütmektedir. Bunu obezite, alkol ve uyuşturucu, akciğer, kalp ve böbrek hastalıkları, diyabet ve kanser başta olmak üzere kronik hastalıklarla mücadelede de gösterebilir. Halkın sağlık konusunda okur-yazarlığını artırabilir, koruma ve tedavi süreçlerine katılımını teşvik edebilir. Kısacası Bakanlık yeni yapılanmasını tamamlayabilir ve liderlik rolünü iyi oynayabilirse, gelecekte halkın ve diğer bütün sektörlerin gündeminde sağlık önemli bir yer tutacaktır.

Avrupa Birliği gündemi

Aslında yukarıda değindiğim konuların büyük çoğunluğu sadece ülkemize has hususlar değildir; sağlık sistemi belli düzeyde olan bütün ülkelerde ortak trend olarak görülecektir. Ancak Avrupa Birliği, bağımsız farklı ülkelerin bir arada sınır tanımadan yaşadığı bir bölge olduğu için ilave bazı hususlar gündemde yer alacaktır. Hatta yeni sorunlar üretilip, üretilen bu sorunlara yeni çözüm arayışları olacaktır. Sağlık turizmi ve bundan ayrı olarak hasta mobilizasyonu, sınır ötesi sağlık hizmetleri, bunların standardizasyonu, karşılığının ödenmesi, sigorta kurumlarının bu ilişkideki rolü, bu sorunlara cevap teşkil etmek üzere e-sağlık çalışmalarının ülkeler arası ağlar haline dönüştürülmesi, klinik rehberler, hasta güvenliği sistemleri ve hasta hakları; önümüzdeki dönemde tartışma konuları arasında yer alacakların başlıcalarıdır.

Kaynaklar

Avrupa Birliği Sağlık Bakanları Gayri Resmi Toplantısı, 19-20 Nisan 2007 Aachen, Almanya

Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N and the International Healthcare Comparison Network: Capacity Planning in Health Care, A review of the International Experience. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008

Keith Barnard (Editor): The Future of Health – Health of The Future, Fourth European Consultation on Future Trends, Nuffield Trust and World Health Organization, London 1999

Bais-i şekva bize hüzn-i umumidir Kemal (1)

Prof. Dr. Şaban Şimşek



1956 yılında Rize’de doğdu. İlkokulu doğduğu köyde, ortaokul ve liseyi İstanbul’da tamamladı. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi’nden mezun oldu (1980). Göz Hastalıkları ihtisasını Göztepe ve Okmeydanı SSK Hastanelerinde tamamladı. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin kurucuları arasında yer aldı. Klinik Şefliği, Baştabiplik, Tabip Odası Başkanlığı ve Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı görevlerini yürüttü. 1999’da doçent, 2006 yılında profesör oldu. Milli Eğitim Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu, Yükseköğretim Kanun çalışmalarını yürüttü. Bu dönemde yaşadıklarını anlatan “Kırmızı Çizgi YÖK”, mizahi yazılardan oluşan “Doktorum Altın Kafeste”, gazete yazılarını derlediği “Vakitli Yazılar” ve “Göz Hastalıkları Temel Öğreti” (Türkçe ve İngilizce) adlı kitapları yayımlandı. Dr. Şimşek evlidir ve 2 çocuk babasıdır.

Geçenlerde Samsun Tabip Odası sağlık sistemi ile ilgili bir sempozyum düzenlemişti. Bana da “iş güvenliği ve meslek etiği” başlığıyla bir konu vermişlerdi. “*Tam gün yasası, sağlıkta dönüşüm, yeni sağlık sistemi*” filan denildi mi, konuşmadan edemem. Olay kişisel değil. Milletin sorunlarına gözünü-kulağını istese de kapayamayan bir insan ve bu mesleğin bir mensubu olarak derdimiz, geleceğe dair çok yönlü kaygılarımız var çünkü. Ne demişti Namık Kemal: “*Bais-i şekva bize hüzn-i umumidir Kemal / Kendi derdi gönlümün billah gelmez yadına*”

Aslında bu konuyu çok işledim. TV-radyo-panel konuşmaları, gazete-dergi makaleleri yanında bir de mizah ağırlıklı kitabım söz konusu. Mesela, bir ulusal gazetede “*Tam Gün Yasası mı Tam Güm Yasası mı?*” mı diye ardı ardına tam 10 makale yayımladık. Ulusal TV kanallarında defaatle, “*sağlıkta dönüşüm*” diye tabir edilen uygulamaların iyi yanlarını, sakıncalı taraflarını irdeledik bütün çıplaklığıyla. Hükümetin politikalarına muhalefet olarak yorumlanması ve iktidarı elinde bulunduranların hışmına uğrama ihtimalim çok yüksek olmasına rağmen bunu yaptık, yapabildik. Bu arada söylemiş olalım, bedelini de ödedik tabii; dışlandık ve küçük bir sürgün yedik.

Neyse, şimdi daha fazla konuyu açarsak hem yersiz olur hem de görevinden ayrılan o arkadaşımızın arkasından konuşmuş oluruz. Bu da bize yakışmaz. Şüphesiz bu dünyadaki en büyük hakem olan halk, zamanı geldiğinde kararını verecek, kim haklı kim haksız ortaya

çıkacak. Kişisel haklarımızın görüleceği yer ise elbette ki mizan terazi ve “Mahkeme-i Kübra”. Bir zamanlar bir Karadeniz bölge radyosunda şöyle ilginç bir cümle kullanılıyordu: “*Baktun ki olmayı bakmıyacasun*”.

İlk duyduğumda bir mana veremedim, “*Bu da ne demek oluyor*” dedim kendi kendime. Sonra işi kavradım ve baktım ki öyle ciddi ciddi yazmakla, konuşmakla olmuyor, bakmamaya başladım. Aslında baktım da öyle bakmadım; yöntemi değiştirerek baktım. Belki bir faydası olur diye anlattıklarımı bir de mizah diliyle anlatayım dedim ve ortaya bir kitap çıktı. Adı: “*Doktorum Altın Kafeste*”. İşte bu korsan konuşmamda öyle ciddi konulara değil bu gayri ciddi (!) kitaba “*değineceğiz*”; asıl konumuz olan iş güvenliği ve meslek etiğine peşrev olacak kadar tabii.

Aslında sağlık sisteminde yapılan olumlu çok şey var. Bunu inkâr etmemek lazım. Lakin doktorlar olarak bize yansıyan tarafında ve eğitimle ilgili kısımlarında da sorun çok. Bu toplantıda Bakanlıktan bir yetkili olsaydı sanıyorum tamamlayıcı bir unsur olurdu; arkadan konuşmak gibi olmazdı yani. Ama olmaması da kötü bir şey değil, zira konuşulanlar burada kalacak ve asla Bakanlığın kulağına gitmeyecek demektir bu! Yani “*rahat rahat konuşabiliriz*”, arkadaşlar!

Teyzemden çok mühim bir maruzat! (Anonim)

Tonton bir amca ile hanımı hemen her gün hastaneye geliyorlardı. Zaman içinde personelle de haşır neşir olmuşlar, muayene olsalar da olmasalar da birkaç saat oturup hasbîhâl etmeden

ayrılmıyorlardı. Bir gün, personelin biri amcamı yalnız görünce merak etmiş:

- Hayrola amca, yalnızsın, teyze nerde?
- Sorma evladım, bugün teyzen gelemedi; biraz rahatsız da!

Şerhi: Hani “*doktora ulaşım kolaylaştı*” demiştik ya, gördüğünüz gibi buna “*şek ve şüphe*” yok...

Bir yazar doktordan, sosyal yaşamda çok işe yarayacak güzel bir tavsiye! (Düzenleme: ŞŞ):

Eğer, kalabalık bir çarşıda sıkışırsanız enayilik edip WC aramakla vakit kaybetmeyin. Hemen bir SGK anlaşmalı sağlık kuruluşuna gidin, idrar tahlili gerekeciyle acilen plastik bir bardak isteyin ve işinizi bir güzel halledin. Devlet, hastaneye 1.25 TL verdiği için, eğer istiyorlarsa % 30 farkı, yani toplamda 40 kuruşu da ödeyin. İnanın umumi tuvaletten çok daha ucuza gelecek. Temizliğiyle, sabunuyla, kağıdıyla vs. verdiğiniz paraya değecektir. Dahası yorulmuşsanız, orada, güzel hosteslerin arasında beş yıldızlı otel kalitesinde koltuklarda dinlenebilir, bedavadan ikram edilen çayı da içebilirsiniz. Bu arada unutmayın, şayet çarşıda arabayla dolaşıyorsanız arabanızı hastanenin avlusuna park edebilirsiniz. Böylece sokaktaki değnekçiyle uğraşmaktan da kurtulmuş olursunuz. Haa, “*Benim TC Kimliğim var, idrar tahliline niye para ödeyeyim?*” demeyi akıl edebilmişseniz, o zaman zaten sorunu çözmüşsünüz demektir. *Gönül rahatlığıyla küçüğünün yanında büyüğünü de yapabilirsiniz! Sistem TC vatandaşına bunu hak olarak tanıyor çünkü!* Şerhi: Hani, “*sağlık hizmeti*

ucuzladı, kapsam genişledi” demiştik ya, valla “El Hak” doğrudur.

Bizim Temel’den sisteme katkı! (Anonim, düzenleme ŞŞ)

Bizim Temel’un yaşadığı kasabanın dış mahallesindeki kavşağın tam ortasında kocaman bir çukur varmış. Bu mendebur çukur, yıllardır çok can almış ama o zamana kadar da hiç kimse bir tedbir almamış; içine düşen düşene... Elenler (ölenler) bile oluyormuş. Bunun üzerine Temel, Cemal ve Dursun milletsever-vatansever-haksever duygularla soruna bir çözüm bulmaya ve bunun için de bir beyin furtunasi yapmaya karar vermişler.

Cemal:

- Yahu, burada çok kaza oluydu, cankurtaran geç geliyordu; bazen geliyordu, bazen gelmiyordu. Biz işi garantiye alalım. Bu çukurun yanında bir cankurtaran bulunduralım; 24 saat nöbet tutsun. Yaralanan oldu mi hama hastaneye kaldırsun.

Dursun:

- Oyle yapmıyalım; cankurtaran bozulur, hastaneye giderken zaman kaybi olur... Hem bu işün yağmuri, çamuri var. Daha pratik bir çözüm getirelim bu işe: Bu çukurun yanına bir Sağlık Ocağı yapturalım.

Temel:

- Ula sizda hiç mi akıl yok! Ne lüzüm var habunlara; bu kadar adama, bu kadar masrafa. Bu çukuri çarşıdaki Sağlık Ocağının yanına taşıyalım. Adam çukura düştü mi hama kaldırsunlar onu Sağlık Ocağına da!

Şerhi: Sağlığa gerçekten çok yatırımlar yapıldı. Harcamalar yıllık 6-7 milyar dolarlardan 40-50 milyar dolara kadar çıktı Allah’a şükür! Hani deyirim ki bir sağlık ocağı daha yapıp yeni masraflara gireceğine baydavaya Temel’un aklını kullansak! Devlet kutsaldır, camiye yardım!

Anonim dedik, düzenleme dedik, bu da “öz be öz” benden olsun

Bana en çok sorulan soru şu: *Sistem geri döner mi? Uzun söze gerek yok. Zaten uzman arkadaşlar her şeyi söylediler. Ben bölgemizden çok veciz bir atma türküsü ile fikrimi beyan edeyim size, açık seçik:*

Öküz kesti bağıni

Aştı Silan Dağı’ni

Yürü arkadan yürü

Tutarsun... (sonrasını tam hatırlıyamayorum ama galiba... “kuyruğunu” idi!)

Evet, böyle açmıştım Samsun’daki konuşmamı. Ve sonrasında yine aynı

minvalde asıl konuma, “İş Güvenliği ve Meslek Etiği”ne devam etmiştim. Burada kısa bir özet sunuyorum.

İş güvenliği

Bazı rakamlar...

- Ülkemizde sadece 2011 yılında, 400’den fazla işçi iş kazalarında öldü.

- Günde 172 iş kazası oluyor. Ortalama 2 işçi ölüyor, 5 işçi de sakat kalıyor.

- Son 1 yılda 2 bin 500 iş kazası soruşturması yapılmış.

- Türkiye, her yıl iş kazaları ve meslek hastalıkları sebebiyle 15 milyar Dolar kayba uğruyor.

- Kenenin ısırdığı bir hastanın solunum yolunu açmak isterken yüzüne kan sıçrayan üç doktor enfeksiyon kapmış. (Gazeteler)

- İki yıl önce, aynı hastanede görevli bir hemşire, Kırım Kongo hastalığına yakalanarak hayatını kaybetmişti.

- Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi acil servisine başvuran Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastasında kullanılan iğneyi yanlışlıkla kendine batıran Dr. Mustafa Bilgiç, kurtarılamadı. (Gazeteler)

İş kazaları sadece bize özgü değil aslında...

- Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) verilerine göre, dünyada her yıl 120 milyon iş kazası oluyor ve bunların 210 bini ölümlle sonuçlanıyor.

- Bu mesleki hastalık ve iş kazaları, gayri safi milli hasılları yüzde 3 ile 6 arasında kayba uğrattırıyor. Oysa unutmamak gerekiyor: Her insan; bedeniyle, kalbiyle, varlığıyla bir çiçek kadar narindir. Onları bu dişliler arasında ezmemeli.

İş güvenliğine çağdaş tehdit: İş yerinde mobbing

Önce izninizle mobbingi hatırlatayım: Ruhsal taciz, duygusal saldırı, psikolojik terör. *Sistematik psikolojik baskı* yaratarak ahlak dışı yaklaşımlarla, birilerinin; iş performansını, işe bağlılığını, zorluklara dayanma gücünü yok edip, işten ayrılmasını sağlamak, yıldırma.

Bu meyanda insanlara neler yapılmıyor neler. Çoğu bilinen şeyler. Dolayısıyla bunlardan söz etmeyeceğiz ama nasıl çözülebilecekleri hususunda bir şeyler söylemek sanırım yerinde olacak:

- Bu dünyadaki en üstün değer “hak” olduğunu benimsemek ve çocuklarımızı bu anlayışla yetiştirmek,

- Bu hakkın korunmasını teminat altına alacak sağlam bir “hukuk sistemi” oluşturmak ve bu çerçevede her vatandaşın

hak, yetki ve sorumluluklarını bilmesini sağlamak.

- “İş sağlığı eğitimi ve güvenliği birimlerini” geliştirmek.

- Üniversitelerde ilgili bölümler, “İş ahlakı ile ilgili birimler” açmak.

- Orta öğretimde özellikle de “meslek liselerinde ders olarak okutmak” ve pratik uygulamalarını yapmak.

- “İlgili Kanunları bir an önce yürürlüğe koymak” ve titizlikle uygulamak.

Sahi “iş güvenliği” mi demiştiniz?

- Mesela hukuksal durum filan!

Aaah ah. Sadece bir tanesini söyleyeyim: O da akşam yatarken, sorumlu-yükümlü olduğunuz mevzuatın sabaha değiştiğidir! Kâbuslu geceler ve iş güvenliğini derinden sarsan sorunlara “dokuz aylık gebe yeni bir gün” yani!

- Ya sağlığıya saldırılar!

Bu konuyu da çok işledik. Burada sadece bir hususa dikkati çekmek istiyorum. Aslında bu ülkede milletle doktor arasında bir sorun yoktur, hatta... Belki de “yoktu” desek daha doğru olacak. Çünkü bu topraklardaki insanlar doktoru ve sağlığını sevmiş, doktor ve sağlıkçıları da onları sevmiştir.

Ancak geline nokta, tıp bilgi birikimini ve emeğini değersizleştiren bir “işletmecilik” anlayışıyla toplumumuzun bir kısmında gelişen yoz kültür bu bağları önemli ölçüde zedelemiş, bu iki kesim giderek birbirinden uzaklaşmış olmuştur.

Nitekim bütün bunların sonucunda, sağlık kuruluşlarımızda, hiç de azımsanmayacak ölçüde adli olaylar meydana gelmeye başlamıştır. Bugün sağlık çalışanlarımız mobbing gibi ruhsal tacizlerin yanında maalesef ölümlere kadar varan fiziksel tacizlerle maruz kalmaktadır. Bu durumun insanımız, ülkemiz ve devletimiz için hiç de hayırlı gelişmeler olmadığı açıktır.

İş güvenliğinde bize özgü durumlar var mı?

Olmaz mı mesela: Üç ASELSAN mühendisi uçak tanıma sistemlerinin millileştirilmesi konusundaki başarılarından sonra peş peşe intihar etti. Jandarma raporu; “Her biri farklı yöntemlerle intihar etti” şeklinde. Genç mühendis Burhaneddin Volkan’ın, 3 arkadaşının şüpheli şekilde hayatlarını kaybetmesinin ardından kurumdan (ASELSAN) ayrıldığı ve yedek subay olarak vatani görevini yapmak üzere gittiği Ankara’daki birliğinde hayatını kaybettiği belirlendi. Üç ASELSAN mühendisinden biri olan Hüseyin Başbilen’in ölümünü inceleyen bilirkişi, savcılığa sunduğu raporda “Olay intihar süsü verilmiş bir cinayet” dedi. (27 Kasım 2011/Gazeteler)

Hem Müslüman, hem eşcinsel olunabilir mi?

Prof. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve ortaokulu Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı oldu. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri doçenti oldu. İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine Eğitim Hastanesi'ne dönüşüm amacıyla kurucu başhekim olarak atandı. Geçtiğimiz Haziran ayına kadar bu görevi sürdüren Dr. Bilici, Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na geçerek akademik hayata döndü. Biyolojik psikiyatri alanında çalışan Dr. Bilici, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Konunun anlaşılması için öncelikle bazı kavramları aydınlatmak gerekir. Biyolojik ve genetik olarak cinsiyeti belirleyen X ve Y kromozomlarıyla ve hormon salgılayan bezlerle ilgili bir anormallik yoksa insan dünyaya kadın (XX) ya da erkek (XY) olarak gelir. Bu kromozom ve ilişkili salgılarla alakalı bozukluklar konumuzun dışında olduğu için kısaca değinip geçeceğiz. Turner sendromu (X0), hermafroditizm, çeşitli kromozom anomalileri (XXX, XYY, XXY gibi), androjen duyarsızlığı sendromu ve testesteron senteziyle ilgili enzim eksikliği bu bozukluklar arasında sayılır. Bunlardan androjen duyarsızlığı sendromu özel ve 5-alfa redüktaz enzimi eksikliği bir öneme sahiptir. İlk grup vakalarda cinsel organlar görünüşte normaldir ancak rahim ve yumurta kanallarının olmadığı tespit edilir. Bu yüzden adet göremezler ve çocuk yapamazlar. Androjenlere yeterinden az maruz kalmış erkeklerin, yeterinden fazla maruz kalmış kızların yapısal farklılık gözlenmeksizin cinsel yönelimlerinin hemcinslerine doğru geliştiği görülmektedir. İkinci grupta ise cinsel organlarda belirsizlik nedeniyle kız gibi yetiştirilme ve buna bağlı olarak homoseksüelliğin ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Ancak genetik olarak kadın ya da erkek olmak uygun çevresel şartlar söz konusu olduğunda cinsel olarak üretken bireylere dönüşmeyi garanti eder. Aksi halde genetik olarak XX olan ancak davranış olarak erkeklerden hoşlanmayan insanların ortaya çıkmasına sebep olabilir. Bu nedenle "cinsellik" ile "cinsel kimlik" birbirinden farklı kavramlar olarak kar-

şımıza çıkar. XX, kadın cinselliğini ifade ederken belirli bir çevrede kadın olarak yetiştirilmek ise cinsel kimliği ifade eder.

Cinsellik, doğası gereği karşı cinsellikle birliyle ilişkiyi gerektirir. Bu anlamda "klasik cinsel ilişki" (KCI), XX ile XY'nin birleşmesine ve yeni nesiller oluşturmaya işaret ve hizmet eder. Ancak KCI'de de bireylerin cinsel hayatlarında çeşitli sorunlar ortaya çıkabilir. Bu sorunlara "cinsel işlev bozuklukları" denir. Tahrik olma, erkeklerde ereksiyon kadınlarda ıslanma zorluğu ve orgazm güçlüğü sık görülen cinsel işlev bozukluklarındandır. Buraya kadar her şey yolunda gibi görünüyör.

Mesele cinsel kimliğe gelince işler karışıyor. Bilindiği gibi kromozomlar ne olursa olsun insan yavrusu iki üç yaş civarında hangi cinsiyete ait olduğunu hissetmeye başlar. Daha sonra yetiştirilme ve kültürün de etkisiyle çocuk beş yaş civarında hangi cinsiyetin davranışlarını sergilemeyi tercih edeceğini netleştirir. Ergenlik döneminden sonra cinsel yönelim netleşir ve kişi cinsel haz ve tatmin nesnesi olarak neyi ya da neleri tercih ettiğini bilir. Bu dönemlerde ortaya çıkan temel kimlik hissindeki aksamlar, cinsel kimlik ve bazen de cinsiyet değiştirme (transseksüalizm) bozukluklarına yol açar. Ayrıca bu tercihteki yön değişikliği neticesinde eşcinsellik ya da homoseksüellik ve parafililer ortaya çıkabilir. Bozulmaların ortaya çıkmasında doğuştan gelen özellikler yanında sonradan kazanılan faktörler de rol alır. İşin doğrusu sağlıklı erkeklerin içinde bir miktar kadınlığın ve sağlıklı kadınların içinde bir miktar erkekliğin bulunduğuudur. Zira her iki cinsiyette de

karşı cinsiyetin hormonları vardır. Gerek erkekte, gerekse kadında cinsel arzunu tetikleyicisi bir erkeklik hormonu olan testosterondur. Normal şartlarda kadının içindeki erkek ya da erkeğin içindeki kadın zaman zaman kendini hissettirse de hiçbir zaman baskın duruma gelmez. Ancak olağanüstü şartlarda mesela kadınların öldüğü ve bebeklerin aç kaldığı zamanlarda erkeklerin göğüslerinde büyüme ve süt gelmesi beklenebilir.

Cinsel sapma terimi

Cinsel kimlik duygusu ve yöneliminde ortaya çıkan anormalliklerin tanımlanmasında hastalık ya da bozukluk yerine sapma teriminin kullanılması bir damgalamayı ve değersizleştirmeyi barındırmaktadır. Sapma ve bununla bağlantılı olarak sapkınlık terimi hastalıktan çok ahlaki açıdan bir dejenerasyonu işaret etmektedir. Hal böyle olunca hastaların tedavi edilmesinden çok cezalandırılması gündeme gelmektedir. Ancak bu durum cinsel sapmaların hastalık olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermez. Her türlü tecavüz, rıza dışı ilişkiler, çocuklara yönelik cinsel davranışlar ensest (aile bireyleri arasında cinsel ilişki) ve hayvanlarla cinsel ilişkiye girme (zoofili) sapmanın çeşitleri olarak görülür.

Homoseksüellik bir sapkınlık mıdır?

Homoseksüel davranışlar eski çağlardan beri bilinen bir davranıştır. Her toplumun bu tür davranışa tepkisi farklı olmuştur. Ayrıca aynı toplumun tepkisi zaman içinde farklılık gösterebilmiştir. Bu farklılık psikiyatrinin konuya yaklaşımını

da etkilemiştir. Önceleri bir hastalık olarak kabul edilen eşcinsellik, günümüz psikiyatrisinde bir hastalık olarak kabul edilmemektedir. Bu kabul etme ve etmeme konusu ayrıca tartışmaya değer; bir hastalık varsa vardır yoksa yoktur, kabul ne demek diye sorulabilir. Mesela tüberküloz kabule göre hastalık olmaktan çıkarılabilir mi diye akla gelebilir. Burada psikiyatri ile diğer tıp dalları arasındaki bazı farklılıklar gündeme gelmektedir; ancak konumuz bu farkları irdelemek olmadığı için geçiyoruz. Homoseksüellik konusunda yaşanabilen gelip geçici eşcinsel davranışlarla kalıcı homoseksüel yaşantılar birbirine karıştırılmaktadır. Kalıcı eşcinsellerin çocukluk yaşlarından itibaren karşı cinsiyetin davranışlarını sergiledikleri dikkati çeker. Mesela erkek çocukların oturarak işemesi bebeklerle oynaması, kız çocukların ayakta işemeye çalışma ve silahlarla arabalarla oynamak istemesi sıkça izlenir. Bu kişilerde içinde yaşadıkları toplumla bir çatışma ortaya çıkmazsa psikiyatrik bir sorun da gözlenmez. Erkek eşcinsellik kadın eşcinselliğe (lezbiyenlik) göre daha yaygın olarak görülür. Toplumun bu iki kesime tepkisinde de farklılıklar olabilir. Toplumun kadın eşcinsellere daha anlayışlı davrandıkları tahmin edilmektedir. Zira pek çok lezbiyen kadının erkeklerle evlendiği, bir taraftan kocasıyla istemeden de olsa cinsel ilişkiye girdiği, diğer taraftan eşcinsel davranışlarını gizlice sürdürdüğü bilinmektedir.

Cinsel davranışların sınırları

Aslanan heteroseksüel ilişkiyse, cinsel nesne olarak karşı cinsiyetin alınmadığı her tür ilişki patolojik kabul edilecektir. Mesela sadece çeşitli nesnelerle (fetiş) tahrik olan ve doyuma ulaşan parafilili olgular bu kapsamda değerlendirilebilir. Ayrıca cinsel eylemin yöneliminde anormallikler de parafilili kapsamında değerlendirilmektedir. Cinsel davranışlarda sınır konusu toplumlara ve zaman göre değişkenlik gösterebilir. İlle de bir sınırdan bahsedilecekse, tarafların birbirinden razı olduğu cinsel davranışları normal sınırlar içinde kabul edebiliriz.

Örnek vaka

A.B. 22 yaşında erkek. Üniversite mezunu. 3 kardeşin en küçüğü. Bir abisi, bir de ablası var. Anne ev hanımı, baba memur. Aile A.B'nin bazı davranışlarından şüphelenerek odasını karıştırıyor ve bir günlük buluyorlar. Bu günlükte

erkeklere ilgisi olabileceğine dair notlar görünce dehşete kapılıyorlar. Ancak A.B'yi incitmekten de çekindikleri için bir psikiyatriste konuyu danışıyorlar ve oğullarını "erkek" yapması için yardım istiyor. Psikiyatrist, hastayla görüşmeden bir karar veremeyeceğini belirtiyor. Aile A.B.'ye son günlerde dalgın filan olduğunu söyleyerek kendisi için bir psikiyatristten randevu aldıklarını ifade ediyorlar. Biraz emrivaki neticesi psikiyatriste giden A.B.'nin öyküsünde küçükken kızlarla oynama ve kız oyunlarını tercih etme, buna mukabil futbol gibi erkek oyunlarından hoşlanmama olduğu dikkati çekiyor. Ergenlik döneminde çok samimi bir erkek arkadaşına bu durumundan bahsediyor. Arkadaşının da kendisi gibi olduğunu görünce rahatlıyor ve ona iyice alıyor. Bir süre sonra birbirlerinin bedenlerini tanımaya karar veriyorlar. Bu tanıma döneminde erkek bedeninin cinsel açıdan tahrik edici olduğunu fark edip telaşa kapılıyor. Telaşının altında dini düşüncelerinin olduğunu ifade ediyor. Psikiyatriste konuyla ilgili şu bilgileri aktarıyor: Resulullah (SAV) buyurdular ki: "Lut kavminin iğrenç fiilini işleyen kimse mel'un dur." "Ümmetim için en ziyade korktuğum şey Lut kavminin amelidir". Resulullah (sav) buyurdu ki: "Kimin Lut kavminin sapık işini yaptığını görürseniz, faili de mefulü de öldürün." A'râf Suresi 80-83. Ayetler: "Lût'u da (peygamber olarak) gönderdik. Kavmine dedi ki: "Sizden önce âlemlerden hiç birinin yapmadığı fuhşu mu yapıyorsunuz? Çünkü siz kadınları bırakıp da şehvetle erkeklerle gidiyorsunuz. Belki de siz haddi aşan bir kavimsiniz. Kavminin cevabı: "Onları (Lût'u ve taraftarlarını) kentinizden çıkarın, çünkü onlar, fazla temizlenen insanlarmış!" demelerinden başka bir şey olmadı." Hûd Suresi 78. Ayet: "Kavmi, (konuklarıyla çirkin ilişkide bulunmak üzere) ona doğru koşu koşu geldiler. Zaten onlar önceden de bu tür çirkin işleri yapıyorlardı. Lût dedi ki: 'Ey Kavmim! İşte kızlarım. Onlar sizin için daha temizdir. Allah'a karşı gelmekten sakının ve konuklarıma karşı beni rezil etmeyin. İcinizde hiç aklı başında bir adam yok mu?' Bu bilgileri verdikten sonra A.B. psikiyatriste şu soruları soruyor:

- 1) Bu durumda ben ruh hastası mıyım?
- 2) Hastaysam neye dayanarak bana hasta diyorsunuz?
- 3) Bana erkek bedeninden cinsel olarak hoşlanma duygusu nerden geldi? Normal dediğiniz erkekler kadın bedeninden hoşlanmayı kendileri mi seçti, ya da erkek olmak için kadınlardan hoşlanmak gerektiğini öğrendiler mi, yoksa onlara doğuştan mı bu his verildi?
- 4) Eğer bu hisler doğuştan ya da Allah'tan geliyorsa kadınlardan hoşlanan erkekler normal, erkeklerden hoşlanan erkekler neden anormal oluyor?

5) Yok eğer bu bir seçimse kadınları seçenler normal, erkekleri seçenler neden anormal oluyor?

6) Eğer kimden hoşlanılacağı öğrenme sonucu belirleniyorsa bazı erkekler erkeklerden, bazı erkeklerse kadınlardan hoşlanmayı öğrenmiş demektir. Bu durumda neden ilk grup anormal de ikinci grup normal kabul ediliyor?

7) Şimdi ben İslam'ın ve imanın şartlarını harfiyen yerine getirdikten sonra içindeki bu duygunun yol açtığı erkeklerden hoşlanma davranışımı yüzünden Müslümanlıktan çıkmış mı oluyorum? Peki, bu durumda ben hangi dinin mensubuyum?

Görüldüğü gibi cevaplaması çok zor sorular. Kaldı ki bazı soruları psikiyatristin tek başına cevaplaması imkânsız. Bazı sorulara sosyolog, filozof ve ilahiyatçıların cevap bulması gerekecek. İşin bir diğer yönü bu sorulara psikiyatristin cevap vermek zorunda olmadığıdır. Psikiyatrin görevi kendisine danışan hasta ya da sorunlu kişiye yardımcı olmaktır. Yardım her zaman sorulara cevap vermekle olmaz bazen hastayla birlikte soru sormak da ona yardımcı olabilir.

Sonuç

Şahsi kanaatim, cinsel davranışlarla ilgili değerlendirmeyi toptancı bir mantıkla kategorik olarak yapmanın yerine kişiye özel bir tutumu benimsemenin daha doğru olacağı yönündedir. Yukardaki vaka bana gelse yapacağım şey şu olurdu: Davranışlarının, duygularının ve düşüncelerinin yol açacağı avantajları ve dezavantajları ona göstermek ve tercihi ona bırakmak. Çoğunluğu heteroseksüel ve muhafazakâr bir toplumda erkeklerle ilgi duyan bir erkek olmanın zorluklarını bütün ayrıntıları ile ortaya koymak ve bu zorluklarla nasıl mücadele edebileceğini göstermek yararlı olabilir. Ayrıca böyle bir toplumda azınlık olarak zor şartlarda hayatlarını sürdüren eşcinsel toplumun bir üyesi olma durumunda başına gelebilecekler konusunda kişiye yol göstermek de büyük fayda sağlayacaktır.

Kaynaklar

Rosen I. *Sexual Deviation, Third Edition.* Oxford University Press, New York, 1996

Smith S, Gregorie A. *Sexual Disorders.* In: Appleby L, Forshaw DM, Amos T, Barker H, editors. *Postgraduate Psychiatry / Clinical and Scientific Foundations.* Arnold, London, GB, 2001. p. 382/395

Widom CS. *Sex Roles and Psychopathology.* Plenum Press, New York, 1984

Ziyalar A. *Cinsel Davranış Bozuklukları.* Yüce Yayınları, İstanbul, 2000

Cerrahinin büyüüsü

Prof. Dr. Hasan Fevzi Batirel



1970 yılında İstanbul'da doğdu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (1994) bitirdi. Göğüs Cerrahisi Uzmanı (1999), Doçenti (2005) ve Profesörü (2010) oldu. 1997'de NATO bursu ile altı ay süreyle Mehmet Öz'ün departmanında araştırmalara katıldı. 1999-2001 yıllarında Brigham and Women's Hospital, Harvard Tıp Fakültesi, Boston'da klinik üst ihtisas doktoru olarak çalıştı. 2008-2009 yılları arasında vekâleten Marmara Üniversite Hastanesi Başhekimliğini yürüttü. 2009-2010'da Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevlendirme ile klinik şefi olarak çalıştı. 2010'dan beri Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığını yürütmektedir. Dr. Batirel evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Tıp mesleğinin toplum içindeki saygınlığı, hala çok fazla. Tıbbın içinde de cerrahinin yeri ayrıdır. Hatta kendi aramızda cerrahi dışı branşlardaki arkadaşlara, “Doktorlar ikiye ayrılır, cerrahlar ve diğerleri” diye takılırız. Bununla beraber, her mesleğin sıradanlaşmaya başladığı yeni düzende, tıp mesleği ve cerrahliğin de itibarı değer kaybediyor. Bu, sadece Türkiye’de değil, tüm dünyada, hatta Amerika’da bile geçerli. Göğüs kalp damar cerrahisinin öncülerinden John Benfield, “Ah o eski zamanlar” başlığıyla yazdığı makalesinde çok güzel ifade etmiş: “Tıp mesleğini ve göğüs kalp damar cerrahisini karamsarlık kaplamakta. İhtisasa başlayan yeni asistanların eskiler kadar iş ahlakına sahip olmadıkları ifade ediliyor. Göğüs kalp damar cerrahisine en zeki ve en parlak tıp öğrencilerini artık çekemiyoruz. 1996 yılında açılan kadrolara 200 başvuru varken, 2007’de başvuru sayısı 96’ya indi. Kadroların % 30’u boş. Doktorların daha az paraya daha çok çalıştıkları inkâr edilemez. Hâlbuki genç avukatlar, ekonomi ve yüksek teknoloji uzmanları çok daha iyi kazanıyorlar. Bu da zeki gençlerin tıp ve göğüs kalp damar cerrahisinden uzaklaşmalarına neden oluyor.”

Ülkemizde tıp mesleği günümüzde en parlak öğrencileri çekiyor. Bunu büyük oranda hekimlerin gelirlerinin ülke standartlarının üzerinde olmasına bağlayabiliriz. Çünkü ortalama bir doktor devlet hastanesinde çalışması durumunda 7-8 bin lira kazanabiliyor. Ülkemiz için oldukça iyi bir rakam.

Bununla beraber, ABD’deki durum, ülkemizdeki göğüs kalp damar cerrahisi

için geçerli. Artık cerrah sayısı o kadar arttı ki, 1990’lardan itibaren göğüs cerrahisi ve kalp damar cerrahisi tıpta uzmanlık sınavında en az tercih edilen branşlar arasına girdi. Sınavda 200 sorudan 100’ünü yaptığınızda bir kadroya yerleşmek mümkün. Plansız bir şekilde uzman sayısının artması da önemli nedenlerden. 1994’te göğüs cerrahisi olmaya karar verdiğimde Türkiye’de 50-60 kişi varken, hâlihazırda 400 kişiyi geçtik. İngiltere’de 60, ABD’de 300 göğüs cerrahisi var.

Cerrahinin büyüsunü en güzel Prof. Clement Hiebert anlatır. Clement Hiebert, Belsey’in öğrencisidir. Yazıyı ilk okuduğumda, bir mesleğin büyüüsü bu kadar mı güzel yazıya dökülebilir demiştim. 17 Eylül 1988’de New England Cerrahi Derneğinin Montreal, Kanada’daki 69. yıllık toplantısında başkanın konuşması olarak edebi bir İngilizce ile yaptığı konuşma, 1989 yılında *Archives of Surgery*’de yayımlanmıştır. Cerrahiye anlatabilmek için bu muhteşem konuşmanın yeterli olacağı kanaati ile şimdi sizleri konuşmanın Türkçe tercümesi ile baş başa bırakıyorum...

“Nadiren Uğranır”: Cerrahiye meslek olarak seçmenin değerliliği üzerine...

Clement Hiebert, MD

Konuşmamın başlığı, Doğunun uzağında yer alan bir kasabanın adıdır ve konusu da cerrahinin keyfidir. Bu büyüleyici şey ve bir zamanlar bu odadaki tüm doktorların cerrah olmasını sağlayan iksir, zaman ve sıkıntıların küflenmiş dumanları arasından bize hala işaret etmektedir. Yozlaşmış

tekdüzeliği içinden sıyrın ve mesleğimize yeniden bir bakın. Mesleklerin en mükemmeli olduğunu iddia ediyorum ve bunu tartışacağım: İlk önce ücra bir ada ortamında tıp macerasına uzaktan ayna tutarak ve sonra cerrahin dünyasının üç harikası olan, vücut, zihin ve ruha bir merceklerle bakarak...

Ücra bir bölgede cerrahin çekici hayatı

Benimle, Harvard Tıp Fakültesinin üçüncü ve dördüncü yılları arasında yazın sınıf arkadaşlarım Jerry Foster ve Arnold Nevis’le birlikte gerçek doktor olmanın rüyasını gerçekleştirdiğimiz Newfoundland’de gelin. Saat sabah 4. Yer: Kuzeydoğu kıyısının açıklarındaki bir ada olan Twillingate’de bir balıkçı kulübesinin taş patikasının önü. Titriyorum. Biraz gecenin soğuğu, biraz da ilk ev doğumunu yaptırarak olmam nedeniyle. Doktor çantam ben doğmadan önce babam tarafından Boston’un North End bölgesinde sayısız ev çağrısına götürülmüştür ve 20 yıldan sonra hala içi eter ve iodoform kokmaktadır. Taşlı patikadan yürürken, bebeğin ben eve varmadan önce doğmasını umuyordum.

Dakikalar sonra, gidip gelen bir el lambası ile aydınlanan üst kattaki odada bebek doğdu. Tedirginlik kendisini rahatlığa bırakmıştı ama bu da kısa sürdü. El lambasını aşağıya tuttum, gölge altında kordonu aradım ama yerine küçük bir ayak tuttum. Bir an için doğan çocuğun ayağı diye düşünmeme rağmen, bebeğin yatağın ucunda olduğunu gördüm. “İkiz” diye bağırdım, uyanmış bir şekilde. “Aman Allah’ım” diye cevapladı Bayan Pardy, “Aynı şeyleri tekrar mı yaşayacağımı!”. Tüm



kalbim ve ruhumla ben de “Aman Allah’ım, ben de mi bunları tekrar yaşayacağım!” Duncan Reid’in, ‘Zor Doğum Şekilleri’ dersine niye dikkatimi vermemiştim! Ayak gelişte önemli manevra, boynun öne mi, arkaya mı atılmasıydı? Ya yanlış hatırlıyorsam? Üçüncü yıl dersinde uyu-yakaldım diye bu bebek ölecek miydi? Bayan Pardy ıkrıp bebeği doğrudan dışarı iterek durumu neticelendirdi. Yine rahatlatma. Ve yine mahcubiyet. Bağlama ve toparlama işleriyle uğraşırken, Bayan Pardy bebekler için yağ (grease) konusunu sordu. Newfoundland lehçesine yabancı ve bu bölgede yeni doğanların ciltlerini yağlama konusunda bihaber olduğum için yağ (grease) kelimesini, bebekler için dua (grace) diye anladım. O konu hallolduktan sonra, her iki koluma bebekleri yükledim ve dar merdivenlerden çocuklar ve akrabaların beklediği mutfağa indim, hepsi buydu. Ama baba, dışarıda kuşluk vakti ışıkları altında balık kümesinin üzerinde çalışıyordu. Heyecanlı bir şekilde çağırdım, “İki tane” dedim. Yüzüme şöyle bir bakıp, “Senin ilklerin mi?” diye sordu.

Bu tecrübeden üç şey öğrendim: Kendi kendine yetmenin ölçüsünü, şansın hazırlıksız zihnin yanında olduğunu ve ev doğumlarında su kaynatmanın, doğumdan sonra herkesin sobanın etrafında oturup yudumlayacağı bir sıcak çay için olduğunu. İki hafta sonra, aynı babaya boğulmuş bir fitik ameliyatı için damla

metoduyla eter anestezisi verdim. Bu sefer bana “Senin için ilk mi?” diye sorduğunu hatırlamıyorum.

1497’de bu kara parçasına ayak basan John ve Sabastian Cabot’un inatçı torunlarının yeri olan bu bozulmamış toprak parçasında geçirdiğim, hatıramda çok yer eden yazdan kalanlar bunlardı. Cabotların torunlarının hayatta kalma mücadeleleri, kışın sadece köpekler tarafından çekilen kızaklarla, yazınsa sadece sandallarla ulaşılabilen bir topluluğun yalnızlığı, yerleşim yerlerinin isimlerine de yansımıştı: Cehennemın Ağzı, Kalıntı Koyu, Şansa Gelinir, Cuma Körfezi Ve Nadiren Uğranır.

Bizim kahraman hocamız ve Notre Dame Körfezi halkı için neredeyse tanrı olan kişi, Newfoundland’e ilk kez Johns Hopkins’te tıp fakültesi öğrencisi iken gelen John Olds idi. Mezuniyet sonrası Twillingate’e dönerek 150 yataklı bir hastane kurmuş; hemşireler, eczacı kalfası yetiştirmiş ve kendi cerrahi aletlerini yapmıştı. Notre Dame halkı ile tüm hastane ve ev bakımları için aile başına yıllık 10 dolardan daha aza anlaşılmıştı. Tüm bunlar Amerika Birleşik Devletleri’ndeki sağlık planlamacılarının hayallerine, ‘sağlığı koruma işletmeleri’ fikri gelmeden 50 yıl önce olmaktadır.

Hastane, 400 mili geçkin bir sahil şeridinde dağılmış, yaklaşık 25 bin kişinin sağlık ihtiyaçlarını karşılıyordu. 20 metrelik yüzen

Sol gastroepiploik arter gerçekten var mı?

“Doğuştan kısa” yemek borusuna ne oldu? Astım için karotis cisimciğinin çıkarılması nereye gitti?

Şüphecilik ve merak.

Şimdi işte cerrahlara bir amentü! Bizler bir geleneğin muhafızlarıyız.

Bilgi bize verilmiştir, biz de onu aktarmalıyız.

Böylece bulduğumuz yeri daha iyi ve parlak şekilde bırakalım. Bilgiyi aktarmak için harcadığımız zaman, burada olmanın onurunun kirası olarak ödediğimiz şeydir.

bir poliklinik olan *Bonnie Nell*, içerisinde bir röntgen cihazı, aşçı, kaptan, hemşire ve doktor barındırıyordu ve hastanenin normal günlük çalışma alanının dışında yaşayan hastaların biriken hastalıklarına şifa vermek için kıyı boyunca dolaşıyordu. Kışın bu menzil, bir köpek ekibinin ulaşabileceği 20 mile çekiliyordu. Jerry, Arnie ve ben, ev ziyaretlerimizi, yolda buzdağlarından kaçınarak üstü açık bir balıkçı teknesiyle yapıyorduk. Elde Merck Manual, pruvada ayakta durup, açıkta kalan yanak ve ellerimize buz parçaları batarken, soruları genellikle hastaların yakın akrabası olan dümenciye bağırarak soruyorduk. Bu şekilde hem teşhis, hem de tedaviyi tahmin edeceğimizi ve gizli yatak başı araştırmasının utancından kurtulacağımızı umuyorduk.

Bir doktor, şunu hiçbir zaman sormaya çağını bilirdi:

- “Sorun nedir?”

Çünkü kesinlikle karşılık olan cevap şuydu:

- “Onun sizin bulmanız lazım!” Yerine şöyle olmalıydı;

- “Nesi var?”

- “Ah doktor, midesinde felaket bir ağrı var.”

Raşitizm, iskorbüt ve çok sayıda veremle karşılaşılıyordu. Günümüzde kanserin olduğu gibi, verem o zamanın korkulu kelimesiydi. Fiilen her ev bu hastalığı görmüştü. En iyi keşifler, ameliyat edilmesi gerekenlerdi. Aynı anda ambulans sürücüsü, diş hekimi, aile hekimi, eczacı, röntgen teknisyeni, anestezi uzmanı ve halk sağlığı çalışanları haline gelebiliyorduk. Her şeyin ötesinde cerrahıydık. Üçüncü sınıf öğrencileri olarak apendektomiler, sezaryenler ve bademcik ameliyatları yaptık, onların yanında sayısız diş çektik. Tüm bundan sonra, Harvard Tıp Fakültesindeki dördüncü senemizde yeni başlamış asistanın ilk apendektomisinde retraktör tutmak çok sıkıcı geliyordu.

Bir ameliyata başlamadan önce, Dr. Olds teşhisimizi onaylamak için “eğitim fonu” dediği bir kutuya bir çeyrek atmamızda ısrar ediyordu. Sadece, teşhis doğru olduğunda paramızı geri alıyorduk. Kutu tabii ki çok hızlı doluyordu. Bir gün Dr. Olds’a bu fonun oluşturulmasının amacını sordum. “*Oğlum, bu iş senin eğitimin için. Böylece bir daha aynı lanet aptal teşhisi yapmamayı hatırlarsın!*”

Her zaman az konuşan biri olarak, Dr. Olds yeni Twillingate rıhtımının açılışının onur konuşmacısıydı. Programdaki konuşma sırası, bölgenin din adamlarından iş adamlarına birçok kişinin yeni rıhtımın bu balıkçı toplumuna ne güzel şeyler katacağına yönelik uzun ve dokunaklı konuşmalarından sonra geldi. Dr. Olds, sırası geldiğinde kürsüye çıktı ve “*Bu rıhtım için söylenmesi gereken her şeyin gerçekten söylendiğinde inanıyorum*” dedi ve oturdu.

Cerrahinin üç boyutu

Şimdi, “Nadiren Uğranır”ın topraklarına yaptığımız bu unutulmaz gezintiye tuttuğumuz uzak aynayı bir kenara bırakalım ve el büyütecimizi alalım. Bir cerrahın hayatının büyüünü, çekici hayatı, ne zaman, ne de coğrafya tanıyan *vücut, zihin ve ruhun* hayatını ayrıntısıyla keşfedelim.

Vücut

Fiziksel hareket ile başlayalım, ameliyat odasındaki projelerle. Mesleğimizin adı, Yunanca manasıyla “el ile çalışmak”tan gelmektedir. Hipokrat zamanından beri başarıyla eşdeğer olan bir aktivite. Dört yüzyıl sonra, tam bir Romalı olan Celsus, hastayı tedavi etmek için üç yol olduğunu belirtti: Beslenme, ilaç ve cerrahi. Ama içlerinden sadece cerrahi işe yaramaktadır.

Cerrahi işe yarar ve bizler de işe yarayan şeylerin parçası olmanın peşinde koşarız. Onunla gelişiriz ve onunla besleniriz. Ameliyat yapmak, hastayı onardığı ve yenileştirdiği gibi cerrahı da onarır ve yenileştirir. Bir cerrah; yemek, içmek, uyumaktansa ameliyat odasında projesi üzerinde çalışmayı yeğler.

Bir projenin 5 özelliği vardır. Birincisi *bir başlangıcı, bir de sonu* vardır. Geriye dönüp bakabileceğiniz gibi, ileriye de dönebilirsiniz. Organlarla çalışmayı, kumrularla çalışmakla kıyaslayın. Bürokratik işlerin başlangıçları vardır ama nadiren iyi belirlenmiş sonları bulunur. İki istisnası, inşaat projeleri ve krizlerdir ki; bittiklerinde veya geçtiklerinde yöneticilerine bitmeyen komiteler ve konferanslar bataklığından kurtardığı için mutlu ederler.

İkincisi, *cerrahın projesi* birkaç saat içerisinde tamamlanabilir. “Ciltten cilde” kısa süresi içerisinde bir insanın başarabileceği, yarısı kadar değerli, bu kadar memnuniyet verici ve bu kadar süreklilik arz eden bir şey düşünebiliyor musunuz? Ameliyat uzun sürdüğünde cerrahlar sabırsız olurlar. Larry Barrows isimli eski bir üçüncü sınıf tıp öğrencisi, bir keresinde kapalı bir cumartesi gününü, fizik muayenesini yaptığı bir hastanın beyin cerrahisi ameliyatını seyrederken geçirdiğini anlatmıştı. Beklenenden çok zor olduğu ortaya çıkan vaka için başka sorumluluğu yoktu. Genel nezaket kuralları unutulmuş, ameliyat uzamış ve 12. saatin sonunda cerrah tarafından azarlanmaktan kurtulmuş neredeyse tek kişi olarak bizim tıp öğrencisi kalmıştır. Sonunda maskesini çıkarıp esmer tenini gösterdiğinde cerrahın kükremesini duyar: “*Ve dahası genç adam, bir dahaki sefere benim ameliyatımı seyretmeye geldiğinde, tertemiz traşlı olmanı istiyorum*.” “*Efendim*” der Barrows, “*Buraya geldiğimde tertemiz traşlı idim*.”

Projenin üçüncü özelliği, üzerinden gelinmesi gereken strestir. Mesela çözümlenmesi gereken bir sorun. İki yüzyıl önce İngiltere’den John Collins Warren, ameliyat yapmanın bu yönüne ilişkin babasına şu şekilde yazıyordu: “*Bir zamanlar cerrah olmayı isteyip istemediğimi sorduğumu hatırlıyorum. O zamanlar bir ameliyatın zorlukları hakkında yeterince fikir edinecek tecrübe edinmiştim, ama keyfini hiç görmemişim. Şimdi ise iyi bir ameliyatta Euclid problemlerini başarılı bir şekilde çözdüğümde aldığım keyfi görüyorum, bildiğim her şeyin ötesinde bir keyif.*”

Bir projenin dördüncü boyutu ise, bir dağa tırmanmaktan bir müzik aleti çalmaya kadar tüm haz duyulan zamanların ortak özelliği olan *odaklanılmış faaliyettir*. Cerrahlar bir seferde bir hasta ile bir organ ile ve bir kanayan ile uğraşırlar. Dıştan gelen uyarılar dışarıda kalırlar. Disiplin ve odaklanma bir cerrahın proje dünyasının boyutlarıdır. Üç örnek: Bir zamanlar sahra hastanesinde çalışırken koter kablosu kısa devre yaptı ve yanımda duran Britanyalı uzmanlık öğrencisinin önlüğü yanmaya başladı. Alevler neredeyse çenesine ulaştığı anda dahi soğukkanlı bir şekilde Deaver retraktörüne asıldığını hayretle izledim. Ancak o zaman masadan uzaklaşarak ateşi eldivenli elleriyle söndürmeye çalıştı. Bu noktada ameliyat hemşiresi uyardı, “*Jones, kendini kirletiyorsun. Tekrar üstünü değişmen gerekecek!*”

Oxford’da Kraliyet cerrahi profesörü (regius professor) Philip Allison’ı seyrettiğimi hatırlıyorum. Ayağını bir düğmeye bastığında, oda içerisinde, üzerinde “sessizlik!” yazan büyük bir işaret lambası yanardı. Dışarıda bombalar düşse bile cerrah sessizliği arzulamaktadır ve elindeki proje hariç hiçbir şeye önem vermeden ameliyatına devam eder.

Müteveffa Prof Lan Aird, Gasr el Abid Sahra Hastanesinde ameliyat yaparken, İkinci Dünya Savaşı’nın Kuzey Afrika safhasında dışarıda bombalar düşüyordu. Tarafsız bölge net bir şekilde belli değildi ve hastane çadırı herhangi bir zamanda hattın iki tarafına da düşebiliyordu. Profesör Aird, yaralı bir Alman komutanı ameliyat ederken, ameliyathane çadırına giren Mareşal Rommel’den başkası değildi. Aird’in sözleri: “*Garip ve muhtemelen eşsiz bir görüntüyü. Britanyalı doktorlar tutsak, Alman subaylar artık küstah değil, Britanya kanı veriliyor, Alman kanı akıyor, Britanya top mermileri Alman tanklarının üzerine düşüyor...*” Cerrah gürültüyü azaltmak için tankları çadırdan biraz uzağa almanın mümkün olup olmadığını sordu ve Mareşal Rommel, Çöl Tilkisi Panzer Grubuna 200 metre uzağa hareket emrini verdi.

Cerrahın projesi ile ilgili beşinci ve son boyutu ise *sorumluluk halinin* önemidir. Tüm takım oyunu sözlerine rağmen;



cerrahi, şahsi bir faaliyettir ve bu özellik hızlı hareket etmek gerektiğinde daha belirginleşir. Bir acil durumda, kafa karışıklığı işin içine karışan insan sayısının küpüdür (N3). (C.A.H. yayımlanmamış bilgi, 1969) Seltzer, Ölümcül Dersler 4 isimli kitabında, aşağıdaki gözlemi yapıyor: “Ve şimdi yalnız. Yaranın başında ne kadar çok kişi olursa olsun, kaç kişi onu takdir ve teşvik ederse etsin, bu kesiyi yapan, bu zor işin altına giren odur. Ve korkuyor, çünkü biliyor ki kestiği kanın değerine, paha biçilemez ve yerine konulamaz.”

Bizler bu hukuki saldırıyı yapma konusunda hak tanınanlarız. Bizler sorumlu kararları verenleriz. Bizler ameliyat iyi gittiğinde yakınlarına anlatırız ve bizler iyi gitmediğinde yakınlarının ellerini tutarız. Bizler başarıya alışmışız. Meslektaşlarımız bunu bilir ve zaman zaman bizleri yenemeyeceğimiz bir düşmanla karşı karşıya getirirler. Ama ne yapabileceğimizi ve ne yapamayacağımızı biliriz. Macaulay'ın Köprüdeki Horatio'sundaki dizeler bize ihtiyatlı olmamızı hatırlatır: “Geride olanlar ‘İleri’ diye bağırdı ve ileride olanlar ‘Geriye’ diye.” Lamar Soutter “Çarpışmayan bir kişinin cesareti ile söylenmiştir” der.

Winston Churchill cerrahın hayatındaki sorumluluk hali gerekliliğini doğru anlamış ve 10 Temmuz 1951’de büyük bir dinleyici kitlesine şöyle beyan etmiştir: “Onursal olarak cerrahi ve tıp sanatlarını icra edebi-

lirim. Her iki meslekte ciddi bir insan kıtlığı olmadığı sürece, şahsımı fazla zorlamam. Bu zor zamanlarda hiç şüphe yok ki, beni kenarda tutmak sadece mesleğe değil, serbest topluma da bir nefes aldiracaktır. Bir acil durum ortaya çıktığında, hangi yararlı alana öncelik vermem gerektiğine dair son kararımı vermiş değilim. Yaratılıştan ince işe ve risk almaya meyilli olduğumdan, cerrah rolünü seçeceğim düşünülebilir.”

Cerrahın zihni

Cerrahi değersiz bir uğraşı değildir. Beynin el fonksiyonlarını kontrol eden motor alanının kenarında, çok daha büyük bir alan düşünmeye ayrılmıştır. Cerrahın serebral korteksi iki alana sahiptir: Birinci alan klinik sağduyu içindir ve ikinci alan ise icat için. Bir bölüm anlar, diğer bölüm keşfeder. İlki hastalığı ortaya çıkarır, ikincisi hayallerin üzerini açar. Klinik işler için olan korteks yavaş ve zahmetle hareket eder, düşünür ve amaç sahibidir. Devreleri vızır vızır çalışır ve sonunda cerrahın ‘İnanıyorum, bu hasta bu işin altından kalkacak’ diye mırıldanmasını sağlar.

İcat için olan korteks ise, sezgileri güçlü, alışılmadık ve daha az tahmin edilebilirdir. Molekülleri birbirine çarpışır, döner, dolaşır ve hayran kalır. Mucit uyuyup rüyalar görürken sonunda bir anda patlayarak bağırır; “Evreka!”

Koestler, sanatsal yaratıcılığın, bir tarafta Goerge Bernard Shaw’un “% 90 terleme, % 10 ilham”, diğer tarafta ise Picasso’nun “Je ne cherche pas, je trouve” (“Aramıyorum, buluyorum”) diye özetlediği iki ucu olduğuna inanır. New England Cerrahi Derneği, her iki yönlü kâşifler açısından göz alıcı durumdadır. Bizim Picasso’larımız, ilk böbreği nakletmeden önce zihninde üç böbrekli bir insanın resmini çizen Joe Murray ve insan suretini suni deri ile örten Jack Burke gibilerini içerir. Bu organları nakletmeden önce, Murray ve Burke kendi zihinlerini taşımışlardır. Bizim ortamımızda başka Picasso’larımız da var ve zihinlerimizde onların taşıdığı “Evrekalar”. Eğer yaparsak, onlarla daha sık dirsek temasında bulunurduk. Bu derneğin çoğu üyesi Shaw’un % 90 “terleyicileri”dir. “Evrekalar”ımız küçük e ile yazılır ve mantığımız, mucidin yaratıcı patlamalarından daha az dikkat çekicidir.

Klinik korteks sadece bir kez Nobel ödülü almıştır ve 1909’da İsviçreli cerrah Emil Kocher bu onuru elde etmiştir. Aynı şekilde keşifler, sorun çözmek ve ödülleri her gün olmaktadır. İyileşen hasta, karşılaştırılmayacak bir memnuniyet ve tamamlama hissiyle bizi taçlandırır. Entelektüel faaliyet dayanağımızda, hayat ve ölüm vardır. Beynin hareketi sonsuzdur ve bizi evde, çalışma masasında, yatak başında ve ameliyathanede meşgul eder. Dinler, görür, soruşturur, göz atarız. Kafa yorar,

teşhis koyar ve aşama aşama açtığımız ve doğru noktasına yaklaştığımız ışıklandırılmış sahada hipotezimizi sınarız.

Cassell'in belirttiği gibi, cerrahlar nadiren ikinci bir düşünce lüksüne sahiptirler. Bir tedaviyi deneyemezler, arttırmaz veya değiştiremezler ve ancak ilk aşama başarısız olduktan sonra başka bir yaklaşım denerler. Cerrah, ameliyat masasında kararlılık, katıyet, hâkimiyet göstermek zorundadır. Acil durumlar çözülmelidir, beklenmedik bulgular öngörülmelidir, küçük avantajlar kullanılmalıdır.

Saatler önce "büyümüş" diye belirtilen dalak, küçük ve kenara saklanmış şekilde bulunabilir. Apandisit ile ilgili ortaya çıkabilir. Hastalık hastası komşunun ilerlemiş kanseri vardır. Yola getiriliriz, üzüldünüz ve akıllanırız. Hukuk dünyasının yanlış kararları ve temyiz işlemleri vardır. Sporda hatalar beklenir, tenisteki ikinci servis, Amerikan futbolundaki dördüncü iniş ve golfteki "mulligan". Beysbol sahalarında hatalar skor tabelasında kendisini gösterir. Cerrahın hatalı hesabı ise mezarlıkların granit taşlarında yontuludur ve hatıraları samanyolunda kalır.

Asistanken genç bir kadının, "*Merhaba, Dr. Hiebert*" diye beni selamladığını hatırlıyorum. Ondan sonra bir duraksama, "*Beni hatırlamıyorsunuz değil mi? Benim bebeğime bakmıştınız...*" Kadını hatırlıyordum ama doğru şekilde değil ve cevapladım, "*Evet, tabii ki sizi hatırlıyorum. Bebeğiniz nasıl?*" Onun cevabı "*Hatırlamıyor musunuz doktor? Ölmüştü.*"

Merhemimiz zamandır ve meslektaşlarımızın önünde yapılan açık itirafların ıstırap verici temizleyiciliğidir. Goerge Richardson asistanken, haftanın ölüm ve komplikasyonlarına yönelik raporuna; *Aeneid*'in ikinci kitabından bir atıfla, Aeneas kargaşalı bir yolculuğu takiben kıyıya vurduğunda Queen Dido'nun durumunu sormasıyla başlamıştır. Aeneas cevap verir, "*Infandum regina iubes renovare dolorem!*" (*Kraliçem, beni aynı acıyı tekrar tatmaya zorluyorsunuz!*)

Üniversitede (academia) veya genel pratikte "practicemia" olun, hepimiz gözlemek ve düşünmekle iç içeyiz. Keşfetmek, her zaman orada olan gerçeklerin üzerinin açılması demektir. Ama rahatlatıcı, fakat aldatici fikirlerimize sadık kalmamız nedeniyle gizlenmişlerdir. Bilgi ekledikçe, aynı zamanda bilgi çıkarırız, yeni kesinlikler bilginin yerini alır. Sol gastroepiploik arter gerçekten var mı? (Ben hiçbir zaman görmedim, en azından herhangi bir referans kitapta gösterildiği şekliyle.) Geçen senenin ven taşları neredeler? "Doğuştan kısa" yemek borusuna ne oldu? Mide dondurma, rahmin asılması, kalp anjinası için internal mammaria arterinin bağlanması veya

astım için karotis cisimciğinin çıkarılması nereye gitti? Şüphelilik ve merak. Şimdi işte cerrahlara bir amentü!

Bizler bir geleneğin muhafızlarıyız. Bilgi bize verilmiştir, biz de onu aktarmalıyız. Böylece bulduğumuz yeri daha iyi ve parlak şekilde bırakalım. Gordon Scannell'in cerrah babası yıllar önce benim babama öğretmiş. Gordon bir öğrenci ve asistan olarak bana yardım etti. Benim oğlum Timothy, başka bir alanda, kısa süreliğine Gordon'un tek oğlunun hocalığını yaptı. Üç nesil birbirine öğretiyor! Bir asistanın, bir zamanlar bizim asistanlara öğrettiğimiz ve bir zamanlar Frannie Moore, Dr.Churchill, Leland McKittrick, Goerge Nardi veya Earle Wilkins tarafından bizlere öğretilen aynı ifadeyi kullanması, öğüdü vermesi ve birinci sene asistanının sorusunu sormasına kulak misafiri olmaktan daha büyük bir keyif olabilir mi? Bilgiyi aktarmak için harcadığımız zaman, burada olmanın onurunun kirası olarak ödediğimiz şeydir. Taşıdığımız unvanın yerine getirilmesidir; neticede doktor (*docere*) öğretmek demektir.

Ruhi bağlantı

Cerrahiye bir meslek olarak seçmenin son ve en iyi bağıışı ruhi boyutudur. Korkulu engelleri aşmak açısından birbirine bağlanan dağ tırmanıcıları gibi, cerrahlar da özünde tektir. "*İnsan, ilişkilerin bağlandığı bir düğüm, bir ağ, bir örgüdür. Sadece ilişkilerin önemi vardır*" diye yazmış Antoine de Saint-Exupéry 1942'de. Cerrahların dostluğu her ülkeye ve her yaşa ulaşır. Özgündür ve mutlu eder ve ruhu besler.

Bugün size bahsedeceğim bağlar hastalarımızla olan bağlantılar. Borsk9, kitabı *Forgive and Remember* (Affet ve Hatırla)'da "*Cerrahi, hasta ile cerrahi tıbbın diğer sahalarından çok daha belirgin bir şekilde bağlayan geri döndürülemeyecek bir saldırgan tedavidir.*" diye yazar. Albert Schweitzer 10 ağrının kardeşliğinden bahsetmiştir; ağrıyı, "apoletini taşıyan herkesi birleştiren bir bağ" olarak nitelemiştir. Ki bu bağa ağırlı kişileri seven ve tedavi edenleri de ekleyebiliriz. Ağrının ortadan kalkmasının, yaşamın uzamasının ve vücudun iyileşmesinin sevinci, durmadan devam eden bir kutlamadır ve hem yeni hayatın kalitesi, hem de uzunluğu ile kat be kat artar. On yıllar sonra eğer cerrah iyileşmesine katkıda bulunduyorsa, bir hasta olayı günü gününe hatırlayabilir. Bir reçetenin doldurulması, beslenme önerileri ve tavsiyeler daha az iz bırakır.

Bu odadaki herkes ilişkinin dokunaklılığının ameliyatı gölgelediği sayısız örnekler anlatırlar. Bu vesile ile dört örnek veriyorum.

Maine Tıp Merkezinde kalıcı pacemaker takılacak ilk hastalardan birisi, işlemi nispeten rahat geçirmiş ama sonrasında

tamamen açıklanamayan bir koma nedeniyle ölümün kıyısına gelmiş bir kadındı. Uzun süre entübasyon ve sonunda trakeostomi gerektirdi. Aylar sonra ofisime geldi. Bir genç kızken evlenme vaadiyle kandırıldığını, hayatı boyunca erkeklerden nefret etmeye azmettiğini hatta öyle ki hastanede kendisine bakanlara dahi izin vermemeye kadar gittiğini itiraf etti. Kendisine verilen bakımdan çok etkilenmişti, pişman olmuştu ve tekrar topluma katılmıştı. Hatta hastanede gönüllü iş yapacak derecede.

Daha hafif bir örnekte, Rumford'dan bir bayan aynı işlemi lokal anestezi ile olmak için uzanmıştı. Birbiri ardına Maine hikâyeleri anlatıyordu. Sonunda ameliyatının bittiğini ve pacemaker'ın gayet iyi çalıştığını belirttim. Şöyle cevap verdi: "*İyi, öyle olmasaydı bile, iyi zaman geçirdik değil mi?*"

Mesleğim, UMUT projesinin ilk seferinde Batı Afrika'daki Gine Cumhuriyeti de dâhil olacak şekilde, çok uzak bölgelerde ameliyat yapmamı da gerektirdi. Gine'den dönüşümden iki ay sonra, Boston Portland uçuşundan iniyordum ve tam tesadüf, Afrika'dan eski bir hastamın da aynı uçakta olduğunu gördüm. 19 yaşında bir öğretmen olan Traore Kabine, bir şekilde Amerika'ya bilet bulmuş ve Afrika'dayken ağır aort kapak yetmezliğini düzeltememiş olan cerrahı bulmak için 7 bin mil seyahat etmişti. Sousou, Malenke, Foula ve Fransızca konuşuyordu ve cebinde 25 dolar vardı. Aslında karşılanmayı beklediği belliydi, benimse yolda olduğu hakkında hiçbir bilgim yoktu. 1965 yılıydı ve eskiyen kalp-akciğer makinemiz son günlerindeydi. UMUT gemisinde Batı Afrika'ya gidenlerden bir olan Gordon Scannell, cömertçe Traore'yi kurtarmaya geldi ve onun aort kapağını Massachusetts General Hospital'da değiştirdi. Hasta Portland'a döndü ve bizimle birlikte 5 ay kaldı. Onu, seyahatinin en iyi bölümü olarak nitelediği, kamp yapmaya götürdük. Bir keresinde ona sordum, "*Eğer havaalanında benimle karşılaşmasaydın, ne yapacaktın?*" "*Böyle bir şey olamazdı çünkü annem evde bizim karşılaşmamız için dua ediyordu!*" diye cevapladı.

Birkaç yıl önce, 80'lerinde düşkün bir çift ofisime geldi, çünkü karısı kocasının yakın zamandaki geçirme huyundan tedirgin olmuştu. Tahminimiz üzere, özofagus (yemek borusu) kanseri çıktı. Çok sevgili ve bağlı birer eştiler; ofisten çıkarken el ele olduklarını hatırlıyorum.

Sorunsuz bir özofagogastrektomiden bir yıl sonra hastanın Blue Hill'deki doktoru, kanserin geri geldiğini telefonda haber verdi. Yapışık mediasteni, 80'indeki çifti ve kötü haberi tekrarlamak için neredeyse 300 millik gidiş-dönüş yolculuğunu düşündüm. Aile hekimine hasta için yapılabilecek her

şeyin yapıldığını belirtmesini ve Blue Hill, Maine'in olmaları gereken yer olduğunu söyledim. Ertesi sabah haberlerde hastanın ve karısının ölüm haberleri vardı. Maine istatistik bürosunun bir yerlerinde iki ölüm sertifikası var, birisinin ölüm sebebi cinayet, diğerkinki ise intihar. Eksik kalan kelimeler ise “terk edilmiş ve teselli edilmemiş”.

Son söz

Bir cerrahın dünyasının temel doğrularına olan yolculuğumuzun neredeyse sonuna geldik. Arayışımız, tek savaşın hastalıkla olduğu Newfoundland'deki eski bir mace- rayaya nostaljik bir bakış ile başladı. Orada, hayatın baharında, “Nadiren Uğranır” topraklarında kıyas kabul etmeyecek keyif ve hazzı bulduk.

İlerideki yaşamın olgun tecrübelerinden, günlük sorunların karmaşıklığının ötesine cerrahinin üç boyutuna, el, kafa ve kalbin projelerine baktık. Bunu aradığımız amacın özü olarak sizinle tartıştım.

Kutsal kâse ulaşamayacağımız bir yerde mi? Dünyevi ve cismani olan, bizi ebediyen engelliyor mu? Cerrahinin değerlilik ve muhteşemlik hissini tekrar yakalayabilir miyiz? Tekrar eve gidebilir miyiz? Sekiz yıl önce Twillingate'e geri döndüm. İlk ev doğumumdaki ikizlerden biri altı aylıkken ölmüş, diğer hayatta olan erkek kardeşi ise adada olduğumu duyunca beni aramıştı. Yakışıklı bir balıkçıydı. Ebeveynleri ona benim adı vermişlerdi: “Clement” değil, “Hiebert” h'lerin telaffuz edilmediği bir yerde. Ada, kendisini ana karaya bağlayan otoyolun sonucu olarak değişmişti. Dr. Olds o zaman yaşıyor, hala çalışıyor, inatçı bir şekilde özgün ve her zamanki gibi özgürdü. Tozlu hastane yolu yapılmış, eski hastane yenilenmiş ve Kanada hükümetinin kontrolüne geçmişti. (Hastanenin yıllık bütçesi 2 milyon dolar olmasına rağmen, Dr. Olds'un tek kişi olarak toplam 50 bin dolar bütçeyle 1950'lerde yaptığından daha az hasta bakılıyordu!) Baş cerrah bir kadındı. “*Sen mi yetiştirdin?*” diye sordum, “*Hayır, ben dünyaya getirdim*” cevabı sürpriz olmadı.

Newfoundland basınındaki Dr. Olds'un 75. yaş günü nedeniyle takdir yazısında, donmuş Twillingate boğazında at süren bir cerrah ile karşılaşma hatırlanıyordu: “*Kar yaşıyordu, bir elinde pusula tutuyordu, diğerkinde dizginleri. Yeni Dünya adasında bir hastayı ziyaret etmek için buz üzerinde seyahat ediyordu...*”

John Mason Brown, “*Mükemmellik garip bir alışverıştır*” demiştir¹¹, “*Hayat bize çok az şey borçlu, oysa biz her şeyi. Gerçek mutluluk, sadece kendimizi bir amaç etrafında oyalamakla mümkündür.*”

Cerrahide en iyi saklanmış gizem, kendini tamamlamaktır. Kendini cerrahi sahanın

getirdiğinden daha büyük bir şeyin ve getirdiği nimetlerin içerisinde kaybetmelisin. Bir cerrahın hayatının keyfi, iyi bir şeyler yapmaktır. En iyi iş, hala oradadır. Hastalık, acı ve ıstırap düşmanlarımızdır. El, kafa ve kalbimizle savaşıyoruz.

Asistan devir teslim sırasında gelen arkadaşına her hastanın dosyasına dokunup söylerken hemşire bankosunda oturuyorum, “*308'deki safra kesesi iyi. 310'daki by passın elektrolit ve kalp verilerini kontrol et.*” Doktorun boynuna asılı olan steteskop, doğrulayıcı sembol olan Aesculapius'un asasının yerine geçti ve bilgisayar istasyonları, doktorun balıkçı kulübesi yolundaki yalnız yürüyüşünün yerine geçti. Bir kar fırtınasında Dr. Olds'u bir at üzerinde, bir elinde pusula, donmuş körfezden hastasını görmeye gittiğini düşünüyorum. Jerry ve Arnie ile kuzey ışıkları altında geçirdiğimiz yazı hatırlıyorum. Ve her şeyden fazla, Mrs. Pardy'nin ikizlerini kucağına aldığı şafağı hatırlıyorum. Twillingate iki yeni birey, tüyleri yeni bitmiş cerrah ise bir siyah çay kazanmıştı...

* * *

Clement Hiebert'in bu konuşması, 20. yüzyıl değerlerine göre yapılmış bir konuşma olarak kabul edilebilir. Bilgisayar başında saatler geçiren ve elektronik ortamda her işini halleden, robotik cerrahinin başladığına tanıklık eden bir nesil için demode gelebilir. Hatta bir Harvard veya Johns Hopkins mezununun nasıl olur da, hayatını ücra bir kıyı kasabasında veya bir oduncu ve balıkçı eyaletinde (Maine) geçirdikleri tartışılabilir. Ama hekimliğin ve cerrahlığın en önemli vasfı, sürekli ve özellikli insan ilişkisidir ve bunu her yerde yaşamak mümkündür. İnsanoğlu var olduğu sürece, birisinin elini tutmasına, sırtını sıvazlamasına ve sevmeye-sevilmeye ihtiyacı olacaktır.

Hayatın bir cilvesi olarak Dr. Hiebert, son yıllarını Parkinson hastalığından muzdarip olarak geçirmiş ve 3 Temmuz 2008'de 82 yaşında vefat etmiştir. Boston'daki ünlü çocuk hastanesinin cerrahi bölüm başkanı ve Hiebert'in yakın arkadaşı olan Prof. W. Hardy Hendren onun için, “*Mükemmel bir insandı, iyi bir cerrah ve iyi bir düşündürdü. Cerrahlık mesleğinde hep yenilikleri, arayışları olmuştur*” demiştir.

Ülkemizde de birçok iyi cerrah yetişmiştir. Özellikle 20. yüzyılın başlarında Cemil Topuzlu Paşa cerrahinin zirvesini temsil eder. Siyasi hedefleri nedeniyle Osmanlı'nın son hükümeti olan Damat Ferit Paşa hükümetinde Nafia Nazırlığı (Bayındırlık Bakanlığı) yapmış, bunun sonucu olarak ülke dışına sürgüne gönderilmiş, 1924'te geri döndükten sonra ise akademik faaliyetlerinden uzak kalmıştır. Oysa Haydarpaşa Numune Hastanesi'nin koridorlarında 1903 yılında, Avrupa'dan sadece 5 yıl sonra, açık kalp masajı

yapma cesareti olan büyük bir cerrahtır. Yeni Cumhuriyet sürecinde ve sonrasında bu ülke nice cerrahlar görmüştür. Ziya Nuri Birgi, Fahri Arel, Ahmet Burhanettin Toker, Tarık Minkari ve Süleyman Dırvana bunlardan bazılarıdır. Ama Cumhuriyetle birlikte özellikle dil devrimi sonucu yaşanan kopukluk, eskiye yönelik geleneklerin tamamen unutulmasına neden olmuştur. Bu kopuşa rağmen İstanbul ve Ankara üniversitelerinde cerrahi geleneği yılların birikimi neticesinde bir şekilde oturmuş ve devam etmektedir. Diğer kurumlarda ise hala oturma aşamasındadır.

Herkes cerrah olabilir mi? Cerrah olacak kişinin iyi bir göz hafızasının, hızlı karar verme yeteneğinin, kararlı duruşunun, nispeten soğukkanlı bir kişiliğinin ve biraz el becerisinin olması gerekir. Bunların bazıları zamanla elde edilebilir ama bazıları Allah vergisidir. Bir kişiyi en iyi kendisi tanıır ve istekleri ile yapabileceklerini örtüştüren kişi başarılı olur.

Hiebert'in muhteşem anlatımı belki bazı gençlere hayatlarını nasıl geçirmek istedikleri konusunda yön gösterebilir...

Kaynaklar

Borsk CL. *Forgive and Remember, Managing Medical Failure*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1979:29.

Brown JM. Quoted by: Gardner JW. *Excellence, Can We Be Excellent and Equal Too?* New York, NY: Harper & Row Publishers Inc; 1962:149.

Cassell J. *On Control, Certitude, and the 'Paranoia' of Surgeons*. Dordrecht, the Netherlands: D Reidel Publishing Co; 1987:231.

Churchill ED. *To Work in the Vineyard of Surgery: the Reminiscences of J. Collins Warren (1842-1927)*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1958:13.

Churchill W. *Never Give in, the Challenging Words of Winston Churchill*. Kansas City, Mo: Hallmark Publishers; 1967.

De Saint-Exupéry A. *Flight to Arras*. New York, NY: Harcourt Brace Jovanovich Publishers; 1942:chap 19.

Koestler A. *The Act of Creation*. New York, NY: Dell Publishing Co Inc; 1967:120.

Manjo G. *The Healing Hand, Man and Wound in the Ancient World*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1975:253.

McLeave H. *The life of Ian Aird, the Surgeon*. London, England: Heinemann Medical Books Ltd; 1964:98-105.

Schweitzer A. *Out of My Life and Thought*. New York, NY: Holt Rinehart & Winston; 1949:268.

Seltzer R. *Mortal Lessons, Notes of the Art of Surgery*. New York, NY: Simon & Schuster Inc Publishers; 1987:38.

Misyonerlerin Osmanlı topraklarındaki sağlık faaliyetleri

Dr. Mahmut Tokaç



1963 Ordu, Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlük yaptı. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olan Tokaç, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim görevlisidir.

Latince “*missio*” kelimesinden gelen “misyon”, genel anlamıyla bir kimseye, bir şey yapmak üzere verilen özel görev, yetki olarak tanımlanmaktadır. Misyonerlik ise kelime anlamı olarak bir dinin yayılması amacıyla yapılan sistematik faaliyetlerdir. Ancak “misyonerlik” denildiğinde kast edilen, özelde “Hristiyan misyonerliği”dir ve Hristiyan geleneğinden kaynaklanan, belirli metotlar kullanılarak Hristiyan dinsel değerlerinin yayılması için yapılan sistematik faaliyetleri ifade etmektedir. Misyonerliğin asıl amacı ne yapıp edip insanların Hristiyanlaştırılmasıdır. İlk misyoner kabul edilen Pavlus'tan günümüze misyonerler, hangi ülkeye sevgi ve barışı götürmek (!) adına girmiş olsalar, orada muhakkak sömürgeci bir yapılanma kurmuşlardır ve halkın hem ekonomisini hem de dini inançlarını sömürerek yok etmişlerdir. 1963 yılında bağımsızlığına kavuşan Kenya'nın ilk başkanı olan Jomo Kenyatta'nın sözü bu gerçeği tüm çıplaklığı ile gözler önüne sermektedir: “*Beyaz adam geldiğinde bizim topraklarımız, onların ise İncil'i vardı. Bize gözlerimizi kapayıp dua etmeyi öğrettiler. Gözlerimizi açtığımızda bizim elimizde İncil, onların ellerinde topraklarımız vardı.*”

XVIII. ve özellikle XIX. yüzyıl, misyonerlik

faaliyetlerinin hızlandığı ve birçok misyonerlik teşkilatının ortaya çıktığı dönemdir. Bu dönemde kurulan misyonerlik teşkilatlarının büyük çoğunluğu, çeşitli Protestan kilise ve cemaatleriyle irtibatlıdır. Misyonerlik, XIX. yüzyılda Afrika'da ve özellikle Çin ve Japonya gibi Hristiyanlığın girmeye başladığı yerlerde olmak üzere Asya'da çok yaygınlaştı. XIX. yüzyılda Hristiyan misyonerleri yalnızca dini öğretilerin anlatılması görevini yapan vaizler olarak değil, eğitim ve sağlık görevlileri ve sosyal hizmet uzmanları olarak da misyonerlik faaliyetlerinde bulunmuşlardır. “Ortadoğu”da olduğu gibi bazı bölgelerde çok defa eğitim, sağlık ve sosyal hizmet alanlarındaki faaliyetler doğrudan vaizlik faaliyetlerinin önünde yer aldı. Bu bağlamda Hristiyan ülkelerinde yetiştirilmiş birçok “*misyoner-doktor*” ve “*misyoner-öğretmen*”, misyon bölgelerine gönderildi.

Osmanlı ülkesinde misyonerler

Osmanlı ülkesinin Hristiyan misyonerleriyle tanışması Katolik misyonerlerle başlamıştır. XIV. Lui zamanında Fransa'ya gösterilen müsamahakâr tavrın neticesi olarak İstanbul'daki Fransız Büyükelçiliği'nin himayesinde Cizvit ve Fransiskan misyonerler ilk önce Müslümanlar üzerinde çalışmışlar,

bunda başarılı olamayacaklarını görünce Osmanlı Devleti içindeki gayrimüslim toplulukları kendilerine çalışma alanı olarak seçmişlerdir. Bu dönemde Fransa Kralı'nın talebi üzerine evvela Cizvitler'in İstanbul'da oturmalarına izin verilmiş, daha sonra bu izin genişletilerek Selanik, İzmir ve Atina'ya yerleşip propaganda faaliyetlerinde bulunmalarına müsaade edilmiştir. Osmanlı ülkesinde Cizvit ve Fransiskan misyonerler en çok İstanbul, İzmir, Halep, Suriye, Filistin, Mısır, Irak, Kıbrıs ve Orta Yunanistan'da faaliyet göstermişlerdir.

Cizvit tarikatının çalışmaları sonucunda, 1583'te İstanbul'da St. Benoît isimli Fransız Okulu açıldı. Cizvitlerden başka diğer Katolik tarikatları olan Fransiskan, Dominiken, Kapusen ve Frerler rahip ve rahibeleri de Osmanlı ülkesine gelmeye başlamışlar ve çoğu kendi isimleriyle anılan St. Joseph, St. Michel, St. Louis ve Notre Dame de Sion gibi okullarını açmışlardı.

Ortodokslar daha çok Ortodoks Rumlar, Yunanlar, Bulgarlar ve Sırlar üzerinde faaliyetlerde bulunurken; XIX. yüzyılda Osmanlı topraklarında misyonerlik faaliyetlerine başlayan Protestanlar, özellikle Ermeni azınlıklar başta olmak üzere Müslüman halka yönelik eğitim faaliyetle-

Türk Misyonlarına Yardım Cemiyeti'nin neşrettiği elli senelik kitapta hastanelerin rolü şu tarzda belirtilmektedir: "Tıbbi misyonlar İncil öğretiminin öncüleridir. Doktor, diğer misyonerlerle ne bir münasebeti olan, ne de bu münasebeti isteyen birçok insanı doğrudan doğruya kabul edebilir. Yobaz bir İslam mollası veya bir fakir onun elini öpecek; kör-topal, meflûç insanların, can çekişen ana babaların İsa'ya hazin yakarışlarını andıran bir sesle ona yalvaracaklardır."

rinde bulunmuşlardır. Osmanlı Devleti'nin sınırları içindeki en etkin iki Amerikan kurumu, İstanbul'daki "Robert Kolej" ile Beyrut'taki "Suriye Protestan Koleji" idi. Robert Kolej, Rothschilds ailesinin Fransa branşına mensup New Yorklu tüccar Christopher Rindler Robert'in maddi katkısıyla 1863'te kurulmuştur. Robert, Sultan Mehmet İstanbul'u nasıl Rumeli Hisarı'nı yaptırarak fethetti ise, kendisinin de oradan aynı şehri -bu kez kültürel açıdan- alacağını düşünerek okulun Bebek sırtlarında yapılmasında ısrar etmişti. 1866'da kurulan Suriye Protestan Koleji'nin tüzüğünde ise "Bu kolejin misyonerlik değeri üzerinde olması ve her profesörün de Hristiyan bir misyoner olmasında ısrar ediyoruz" deniyordu.

Değişik etnik köken ve dini inanca sahip unsurların bir arada yaşadığı geniş topraklara sahip olan Osmanlı Devleti, misyonerlik faaliyetleri için uygun bir zemine sahipti. Zira azınlıklara tanınan geniş haklar ve yabancılara verilen kapitülasyonlar, misyonerlerin faaliyetlerini kolaylaştıran faktörlerdi. Osmanlı Devleti'nin Batı ülkeleri karşısında zayıflamaya başlaması ve Batılı emperyalist güçlerin Osmanlı'ya karşı hemen her alanda üstünlüğü ele geçirmesine paralel olarak ülke topraklarındaki



Murat Gök

misyonerlik çalışmaları artmış ve XIX. yüzyılda zirveye ulaşmıştır.

Misyonerlik faaliyetleri ile ilgili olarak Mahmut Aydın şu iddiada bulunmaktadır: "Misyon kelimesi ilk kez XVII. yüzyılda Cizvitlerin tarikat kuruluş tüzüğünde, Türkleri Hristiyanlaştırmak üzere Papa III. Paul'dan özel izin ve görevlendirme istekleri ile ortaya çıkmıştır." Ona göre misyonerlik müessesesinin kurulmasının temelinde Türklerin Hristiyanlaştırılması projesi yer almaktadır. Ancak Aydın'ın iddia ettiğinin aksine Osmanlı Devleti döneminde Müslüman Türk halkını Hristiyanlaştırmaya yönelik misyonerlik faaliyetleri başarılı olamamıştır. Başlangıçta misyonerlere sıcak yaklaşan Müslümanlar, kendilerine Hristiyanlığın telkin edilmesi üzerine tepki göstermişlerdir. Örneğin Antep'teki Amerikan misyoner okulu olan Merkezi Türkiye Koleji'nin arsası bir Müslüman tarafından bağışlanmıştı. Yine kolej kurulurken birçok Müslüman maddi yardım etmişti. Ancak kolejde

misyoner politikasının ağır basması, Müslümanların bu yaklaşımını daha sonra olumsuz etkilemişti. Bu yüzden misyonerler eğitim faaliyetlerini Osmanlı Devleti'nin vatandaşları olan gayrimüslimler üzerine yoğunlaştırmışlardır. Bu okullar, buralarda öğrenim gören genç beyinlere, ayrılıkçı siyasi fikirlerin verildiği, Osmanlı Devleti'ni parçalamaya yönelik faaliyetlerin organize edildiği birer komita merkezi haline gelmiştir. Böylece gayrimüslim azınlıkları Osmanlı Devleti'ne karşı kışkırtmaya çalışmışlar ve onları ayrılmaya teşvik etmek suretiyle Osmanlı Devleti'ni parçalamayı hedeflemişlerdi.

XIX. yüzyılda Osmanlı Devleti'nde her alanda devlet politikası olarak uygulanan Batılılaşma hareketleri ve yeniden yapılanma girişimleri sonucunda farklı ırkların ve inançların yan yana yaşamasına imkân sağlayan devlet düzeni zayıflamasından istifade eden misyonerlerin teşvikleriyle Balkan topraklarında ortaya çıkan milliyetçi

akımlar ve ulus devletlerin ortaya çıkışı Osmanlı Devleti'nin Balkanlarda toprak kaybetmesine yol açmıştır. Örneğin Robert Kolej, Bulgarların bağımsızlığını kazanmasında adeta lokomotif görevini görmüştür. İngiliz ajan G. M. Fitzmaurice, 1906-1907'de üstlerine yazdığı raporda; *"Bulgaristan, doğuşunu ve mevcudiyetini Robert Kolej'e borçludur"* ifadesini kullanmıştır. Yine Merzifon'da Amerikan Protestan misyonierleri tarafından kurulan Amerikan Koleji, Merzifon Ermeni ayaklanmalarının tertiplendiği, yönetildiği bir merkez olmuştur.

Misyonierlik ve sağlık

Müslümanlara yönelik misyonierlik faaliyetlerini açıktan yaparak sonuç alamayan misyonierler, hastaneler ya da halkın içine herhangi bir yolla girmiş Müslüman kılıklı papazlar vasıtasıyla gizlice faaliyetlerini yapabilmekteydiler. Bu konuda Sarafian, Merkezi Türkiye Koleji'nden 1880'den 1915'e kadar 409 öğrencinin mezun olduğunu, bunların öğretmen, doktor, diş hekimi, vaiz ve işadamları olarak İmparatorluğun birçok bölgesinde çalıştıklarını belirtmektedir. Misyonierler açısından kolejin etkisinin büyük olduğu bir gerçektir. Ancak Türkler, Ermeniler ve Türkiye'de çalışan Amerikalıların ortak görüşü, hastanenin etkisinin kolejden daha fazla olduğuydu. Çünkü sağlık hizmetlerinden Müslümanlar da büyük ölçüde yararlanmaktaydı. Bilhassa büyük harpte, harbin getirdiği sefalet ve hastalıklara duçar kalan halk üzerinde bu hastanelerin büyük tesiri olmuştur. Türk Misyonlarına Yardım Cemiyeti'nin neşrettiği elli senelik kitapta hastanelerin rolü şu tarzda belirtilmektedir: *"Tıbbi misyonlar İncil öğretiminin öncüleridir. Bunlar başka bir envanjinin ağacı dikilmesi imkânsız olan yerlerde fidan yetiştirebilirler. Doktor, diğer misyonierlerle ne bir münasebeti olan, ne de bu münasebeti isteyen birçok insanı doğrudan doğruya kabul edebilir. Bir hekim nerede olursa olsun bir dispanser açtığı zaman, şifa verici mahareti yüzünden kendisine başvuranlarla kuşatılır. Yobaz bir İslam mollası veya bir fakir onun elini öpecek; kör-topal, meflûç insanların, can çekişen ana babaların İsa'ya hazin yakarışlarını andıran bir sesle ona yalvaracaklardır."*

Osmanlı ülkesinde ilk sağlık misyonierleri

Osmanlı Devleti sınırları içerisinde ilk sağlık misyonierleri, 1831'de gelmeye başlamışlardır. İlk misyonier doktorlar, bölgede gezici doktor olarak çalışmaktaydılar. Kalıcı sağlık misyonierleri olarak Dr. Asa Dodge, 1833 yılında Beyrut'a gelmiştir. 1835'te Amerikan Board, Dr. Ashabel Grant'ı her misyon merkezini sağlık olanaklarıyla donatmakla görevlendirmiştir. Daha sonra Dr. Cornelius Van

Dyke (1840), Dr. Azariah Smith (1843), Dr. Asakel Grant, Dr. Henry Lobdell ve Dr. George E. Post'ın ülkenin çeşitli bölgelerinde hekimlik yapmışlardır. Böylece misyonierlik hizmetleri, tıbbi yardımla da desteklenince hedefe daha kolay ulaşılacağı düşünülmüştür. Osmanlı Devleti'nin içinde bulunduğu yoksulluk ve olanaksızlıklar, sağlık alanında iyice kendini göstermekteydi. Bu durum karşısında halkın misyonier kurumlarına yönelmesi kaçınılmazdı. Sağlık hizmetinin özellikle Müslümanlar üzerindeki etkisi çok fazla kendini göstermekteydi. Misyonierler gezici doktorluk sistemini de uygulayarak daha fazla bölgelere ulaşmaktaydılar. Hastanede iyice sağlığına kavuşmadan çıkmış olanların köylerine gidilerek görüşmeler yapılmaktaydı. Tıp misyonuyla gelen Amerikalı misyonierler, hasta yataklarında yatan Müslümanlara başuçarlarında İncil okuyarak ve konuşarak telkinlerde de bulunmaktaydılar. I. Dünya Savaşı'na kadar Anadolu'da her misyon merkezinde sağlık ocağı, Adana, Antep, Talas başta olmak üzere 10 merkezde de Amerikan Hastanesi kurulmuştu. Sağlık alanında çalışan misyonierlerin en tartışmalı olanı Kırım Harbi dolayısıyla yaralı ve hasta İngiliz askerlerine bakmak üzere İstanbul'a gelen Florence Nightingale'dir. Kimilerine göre Batı hemşireliğinin kurucusu bir yardım meleği, kimilerine göre eli maşalı, kendinden başkasının başarısına tahammülü olmayan bir megaloman.

Kırım Harbi ve Florence Nightingale

Kırım Harbi, aslında Osmanlı Devleti'nin tarihi açısından ciddi bir kırılma noktası olarak görülebilir. Rusya'ya karşı Osmanlı Devleti ile ittifak yapan İngiliz ve Fransızların İstanbul'a gönderdikleri askerlerin kolera ve tifo, tifüs gibi salgın hastalıklara yakalanmaları ve ciddi kayıplar vermeleri, ayrıca askerlerin Beyoğlu bölgesindeki eğlence yerlerine akın etmeleri sonucunda aralarında frenginin yayılması gibi dünya sağlık tarihine damgasını vuran gelişmeler, yine bu savaş yıllarında yaşanmıştır. Ama en önemli gelişme Florence Nightingale'in adını duyurmasıdır.

Emrindeki rahibe ve hemşirelerle birlikte 5 Kasım 1854 tarihinde İstanbul'a gönüllü olarak gelen Florence Nightingale, Üsküdar'daki Mimar Sinan yapısı Kavak Kasrı'ndan kalan binalar ile Selimiye Kışlası'nın bir bölümünde hasta ve yaralıların bakımını üstlenmiştir. Buradan yazdığı mektuplar ve daha sonra yazdığı kitaplarla hemşireliğin ve hasta bakımının kuramını oluşturduğu düşünülmekte ve buradaki gayretleri nedeniyle Batı'da hemşireliğin kurucusu olarak kabul edilmektedir.

Fakat bütün bu gönüllü gayretler, savaş bölgesinden gelen yaralılar ve bastıran kış yüzünden hastaların giderek artması karşısında yetersiz kalacaktır. Üstelik binlerce İngiliz askerinin kolera yüzünden ölmesi, Florence Nightingale'in durumunu tartışmaya açmıştır. *"The Independent"* gazetesi 1998 yılında İngiliz arşivindeki gizli belgelere dayanarak verdiği haberde, şaşırtıcı bir iddia ortaya atmıştı. İddiaya göre Nightingale, tifo ve dizanteri gibi öldürücü olmayan hastalıklara uyguladığı yanlış teşhis ve tedavi yüzünden 15 bin İngiliz askerini ölüme yollamıştı. Bu iddianın benzerleri Nightingale'in zamanında da ileri sürülmüş ve İngiliz Parlamentosu bir araştırma komisyonu kurarak konuyu uzun boylu olarak araştırmıştır. Uzayan araştırmalardan ciddi bir sonuç çıkmayacağına kanaat getiren, aynı zamanda İstanbul'daki Robert College'in kurucularından olan Amerikalı misyonier rahip Cyrus Hamlin ve oğluyla birlikte İngiliz hastanelerinde gönüllü olarak çalışan rahip Sydney Godolpin Osborne, hak-sızlıklara dayanamayarak Selimiye'deki hastanenin Nightingale dönemindeki içler acısı durumunu, asepsi ve antisepsi uygulanarak kolayca tedavi edilebilecek kolera, tifo ve dizanteri gibi hastalıklardan -bu tedaviden Nightingale ve rahibelerinin habersiz olmaları yüzünden- her gün hastanelerde 50-60 kişinin öldüğünü ifade etmişlerdir. Nightingale bu olaylardan sonra bir Fransız hekim olan Dr. Scrive'den hastaları hastalıklarına göre ayrı koşullarda yatırma fikrini almıştır. Bu fikrin hayata geçmesi sayesinde pek çok İngiliz askeri tifüsten ölmekten kurtulmuş, bu durum da Nightingale'in kahraman ilan edilmesinde büyük rol oynamıştır.

Aslında Kırım Savaşı sırasında müttefikler arasında hem niteliksel hem de niceliksel olarak en iyi sağlık bakım hizmeti Fransızlar tarafından sunulmuştur. Fransızların sağlık örgütlenmesi çerçevesinde hasta bakımını bu konuda çok deneyimli olan ve sistemli bir çalışma düzeni bulunan rahibeler üstlenmiştir Kırım Savaşı sırasında İstanbul'da bulunan Fransız doktor Levy, temiz havanın hastanelerde ölüm oranını azalttığı görüşünde olmasına rağmen Nightingale bu konuda çok daha sonra adım atmıştır.

Nightingale, kendi görüşleri dışındaki görüşlere fazla itibar etmediği gibi kendisini tek otorite olarak görmekten hoşlanırdı, kimseye fırsat tanımazdı. Selimiye'deki çalışmaları sırasında, eski arkadaşı Mary Stanley'in kendisine sormadan 15'i rahibe ve 22'si hastabakıcı olan toplam 40 kişilik bir ekiple İstanbul'a gelmesine tepkisi çok sert olmuştur. Bu tepki, onun otoriter eğilimine ve başarıyı paylaşmaya kapalı oluşuna bağlanabilir. Uzun süre gemiden inmesi engellenen ve geri dönmek için finansal destek de

bulamayan Stanley ve ekibi, zorunlu olarak Selimiye'ye yerleştirilmişlerdir. Ancak Nightingale'in tepkisi yumuşamamış, Stanley'i etkisiz konuma getirip ekibini katı bir disiplinle yöneterek, pes edip İngiltere'ye dönmelerine neden olmuştur. Hemşirelik öğretisini oluşturmada yol gösterici olan Mary Stanley'in maruz kaldığı bu muamele, Nightingale'in iktidar mücadelesinde dostluğun ve vefanın yeri olmadığının göstergesidir.

Garip bir tesadüfle ön adı yine Mary olan, bakım hizmetlerinde yetkinliğini ispatlamış bir başka gönüllü misyoner Mary Seacole'un yardım önerisini de reddetmiştir. Mary Seacole, İskoç bir babanın ve hür bir siyahi annenin kızı olarak 1805'te o zamanlar İngiltere'nin sömürgesi olan Kingston'da (Jamaika) doğmuş. 1850'de Jamaika'da baş gösteren kolera salgınında şifalı otları kullanmak suretiyle pek çok hastanın iyileşmesini sağlamış ve bu başarısının ardından ünü, İngiltere'ye kadar yayılmıştır. Kırım Savaşı'nı ve hastanelerin içler acısı vaziyetini gazetelerden okuyunca gönüllü olarak cepheye gitmeye karar verir. Seacole'e Savunma Bakanlığı tarafından izin verilmez. Hatta Nightingale'in ekibine katılma arzusu da geri çevrilir. İşin peşini bırakmayan Seacole, bu defa kendi imkânlarıyla Üsküdar'a kadar gelir ve ekibe gönüllü olarak katılmayı, ülkesinin askerlerinin yaralarını sarmak, dertlerine derman olmak için beraberce çalışmayı arzu ettiğini söyler. Nightingale bu isteği reddeder. Bunun üzerine Seacole tamamen kendi imkânlarıyla Kırım'a gider. Cephede, askerin yanı başında salgın hastalıkların önlenmesi için çırpınır, bu hizmetini finanse etmek için askerlere yiyecek ve içecek satar ve kazandığı paraları da hasta ve yaralıların tedavi ve bakımına harcar.

Florence Nightingale, Kırım'daki hastaların ve yaralıların İstanbul'a getirilmesindeki aksamaları, oradaki organizasyon bozukluğuna bağlamış ve durumu düzeltmek üzere Mayıs 1855'te Kırım'a gitmek üzere İstanbul'dan ayrılmıştır. Askerler tarafından ilgiyle karşılanırsa da Balaklava Hastanesi'nin durumu ve çalışanlarının tutumu karşısında "yel değirmenlerine saldıran Donkişot" konumuna düşmüştür. Savunma Bakanlığı tarafından belirlenen görev ve yetki alanı doğudaki hastanelerle sınırlı olup Kırım'ı kapsamadığı için, Nightingale'in direktifleri dinlenmemiş, çabaları nafi kalmıştır. Cephedeki koşulların zorluğu sonucunda sağlık durumu bozulmuş, o dönemde "Kırım ateşi" olarak da adlandırılan bruselloza yakalanmıştır. İki hafta hastanede yattıktan sonra İstanbul'a dönmüş, ancak bu bozgunu zafere çevirmek üzere Savunma Bakanı Herbert'e yetkilerinin genişletilmemesi durumunda görevi bırakacağı tehdidini

içeren bir mektup yazmıştır. Beklediği yetki, 16 Mart 1856'da gelmiş; ikinci kez Kırım'a gitmiş ve hastane denetimi yapmıştır. Bir süre sonra da savaşın sona ermesiyle (30 Mart 1856) İngiltere'ye bir kadın savaş kahramanı olarak dönmüştür.

Nightingale'in meslek yaşamındaki temel motivasyonu, ilahi bir görevlendirmeye mazhar olduğu kanaatidir. Çalışmalarını bu kanaat çerçevesinde tanımladığı misyonun gerekleri olarak yürütmüştür. Dinine kuvvetle bağlı bulunan Nightingale, kendisine tanrı katından 1837, 1853, 1854 ve 1861 yıllarında dört kez vahiy geldiği iddiasında bulunmuştur. Onu hasta bakımına yönlendiren, bu vahiylerin ilki olmuştur. İkinci ve üçüncü vahiyler Kırım Savaşı öncesinde, dördüncü ise aile dostları ve Kırım Savaşı döneminin Savunma Bakanı Sidney Herbert'in 1861'de ölümünden sonra "nazil olmuştur". İlk vahyin gelişinden sonra her yıl kendini din yolunda ilerleyişi bakımından eleştirmiştir. Kitap yazma hazırlığı olarak Ortaçağ'a ait gizemli ve tasavvufi eserler okumuş ve notlar almıştır. Kırım'da hastalanmasından sonra gelişen ve kronikleşen posttravmatik stres sorununu, ailesinin beklentilerinden ve baskısından kaçış aracı olarak kullanmıştır.

Kırım Savaşı, Florence Nightingale için şöhretin kapısı olurken, Osmanlı Devleti için ise parçalanma sürecinde önemli bir kilometre taşı olmuştur. Osmanlı Devleti'nin son yüzyılında yoğun olarak eğitim ve sağlık alanında gerçekleştirilen misyonerlik faaliyetleri, Osmanlı Devleti'nin yıkılma sürecini hazırlayan en önemli etkenlerdendir.

Kaynaklar

Beyhan Mollahüseyinoğlu, *Türkiye'deki Ortodoks Misyonerliği*, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ahmet Hikmet Eroğlu, Ankara-2006

Faruk Taşkın, *Amerikan Misyoner Okullarından "Merkezi Türkiye Koleji" (1876-1924)*, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2007.

<http://tarihenotdus.com/dunya-tarihi/eli-masali-hemsire-florance-nightingale/#axzz2MP81Zpqq>. (Erişim tarihi: 28.02.2013)

http://www.zaman.com.tr/mustafa-armagan/meger-modern-hemsireligin-kurucusu-bir-zenciyim_2002342.html (Erişim tarihi: 28.02.2013)

Mehmet Aydın, *"Misyonerlik Faaliyetleri ve Türkiye", Türkiye'de Misyonerlik Faaliyetleri*, Türkiye Diyanet Vakfı Yayınları, Ankara, 2005.

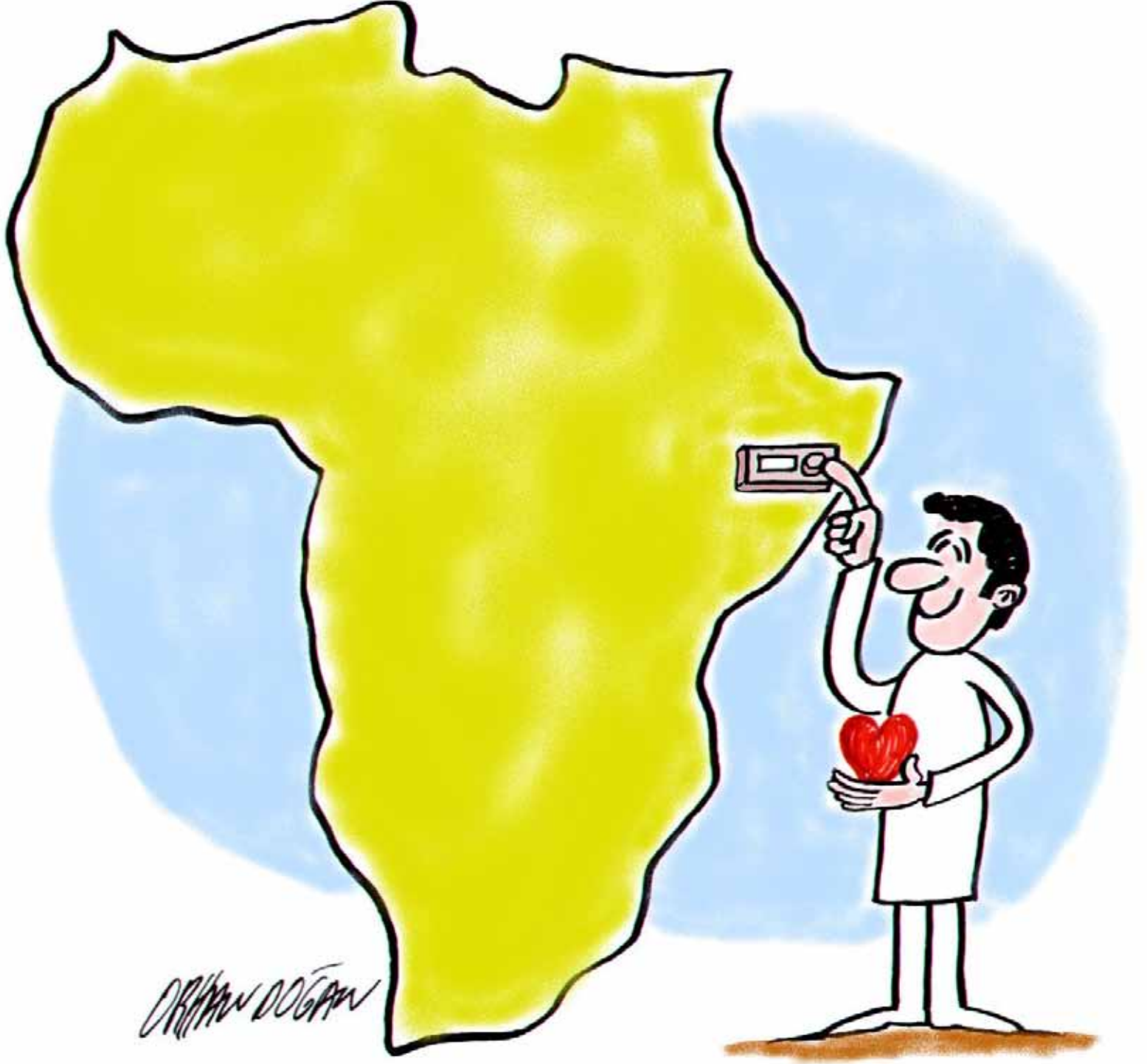
"Misyonerlik" maddesi, Şinasi Gündüz, TDV *İslam Ansiklopedisi*, C: 30, s:193-199, İstanbul, 2005.

"Misyon" maddesi, Meydan Larousse, c. 9, s. 843.

Serap TORUN, *"Kırım Savaşı'nda Hasta Bakımı ve Hemşirelik"*, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Danışman: Yar. Doç. Dr. Selim Kadioğlu, Adana, 2008.



Florence Nightingale'in meslek yaşamındaki temel motivasyonu, ilahi bir görevlendirmeye mazhar olduğu kanaatidir. Nightingale, kendisine tanrı katından 1837, 1853, 1854 ve 1861 yıllarında dört kez vahiy geldiği iddiasında bulunmuştur. Osmanlı Devleti'nin son yüzyılında yoğun olarak eğitim ve sağlık alanında gerçekleştirilen misyonerlik faaliyetleri, Osmanlı Devleti'nin yıkılma sürecini hazırlayan en önemli etkenlerdendir.



Karikatür: Dr. Orhan Doğan