



Tıp Dünyası

15 Ağustos 2005 Sayı 137

“örgütlü emek, sağlıklı toplum”

www.ttb.org.tr

dışarıdan
göz ...

“...Anlaşılan kendiminkiler gibi o akşam pek çok hekimin içinde gerilen telleri koparmıştım....”

Oğuz Haksever yazdı.

■ Sayfa 7'de

Sağlık Bakanlığı, uygulamalarındaki başarısızlığını tescilledi: Zorunlu hizmet yeniden!

Tıp Dünyası - ANKARA - Sağlık Bakanlığı'na, “son derece olumsuz” bir uygulama olarak nitelenerek iki yıl önce kaldırılan “zorunlu hizmet” uygulaması geri getirildi. Sağlık Bakanlığı'nın eleştirerek kaldırdığı bir uygulamayı yeniden yaşama geçirmesi, AKP Hükümeti'nin politikalarındaki başarısızlığın tescili olarak yorumlandı.

21-22 Haziran 2003 tarihli Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongresi'nde yaptığı konuşmada, zorunlu hizmetin kaldırılmasını hekimlere “müjde” olarak veren Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ, bu konuda şunları söylemişti:

“Hizmeti yeterince ulaştıramadığımız bölgelerde zorunlu hizmet diye bilinen uygulamalar yerine gönüllü hizmet esasını getirmeye çalışıyoruz. Şu anda Türk hekimlerinin üzerinde maalesef son derece olumsuz bir uygulama olarak süren zorunlu hizmeti kaldırıyoruz. Ben de mecburi hizmet yaptım ama bu iki sözcüğün nasıl bir araya getirildiğine hala şaşıyorum. Kavramsal olarak da son derece mahsurlu gördüğüm bir ifade ve uygulamadır. Bunu kaldırıyoruz.”

Zorunlu hizmetin kaldırılmasından sonra,

Recep Akdağ 2003:

Şu anda Türk hekimlerinin üzerinde maalesef son derece olumsuz bir uygulama olarak süren zorunlu hizmeti kaldırıyoruz. Ben de mecburi hizmet yaptım ama bu iki sözcüğün nasıl bir araya getirildiğine hala şaşıyorum. Kavramsal olarak da son derece mahsurlu gördüğüm bir ifade ve uygulamadır. Bunu kaldırıyoruz.

Recep Akdağ 2005:

AKP olarak sağlıklı bir sosyal devlet hizmeti olarak görüyoruz ve bundan sonra da böyle görmeye devam edeceğiz. Uygulamalarımız bunun en güzel kanıtıdır. Piyasalaştırılan sağlık hizmetini yeniden devletin şefkatli kollarına emanet ediyoruz.



söylediklerini unutmuş gibiydi: **Piyasalaştırılan sağlık hizmetini yeniden devletin şefkatli kollarına emanet ediyoruz.**

diğini ileri sürdü. Akdağ, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki hekim açığını kısa vadede bu şekilde çözmeye çalışırken, uzun vadede de ülkedeki hekim sayısını artıracaklarını açıkladı.

Sağlık Bakanlığı'nın bu politik tutarsızlığı yasanın TBMM'deki görüşmeleri sırasında da eleştirildi ve “bakanlığın aczinin itirafı” olarak değerlendirildi.

Yasa ne getiriyor?

Yasaya göre, yurt içinde veya yurt dışında öğrenimlerin tamamlayarak tabip, uzman tabip ve yan dal uzmanlık eğitimini tamamlayarak uzman tabip unvanını kazananlar, her eğitimleri için ayrı ayrı olmak kaydı ile zorunlu hizmet yapacaklar. Tasarı halindeyken 200 ile 500 gün olarak belirlenen zorunlu hizmet süresi, yasa görüşmeleri sırasında “ihtiyacı karşılamayacağı” gerekçesiyle 300 ile 600 gün olarak belirlendi. Bu süre, DPT Müsteşarlığı tarafından hazırlanan ilçelerin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Sıralaması'na göre şöyle kademelendirilecek: ■ devamı sayfa 3'te

Cumhurbaşkanı'na TTB'den ziyaret

Sağlık Bakanlığı'nın tıp ve sağlık alanının birikimlerini yok sayarak arka arkaya gündeme getirdiği yasal düzenlemelerle ilgili olarak gerek kamuoyunda, gerek TBMM'de yoğun temalar sürdüren TTB Merkez Konseyi, Cumhurbaşkanı Sezer ile de 7 Temmuz 2005 günü bir görüşme yaptı.

Tıp Dünyası - ANKARA - Sağlık Bakanlığı'nın tıp ve sağlık alanındaki birikimleri yok sayarak arka arkaya gündeme getirdiği mecburi hizmet, şef ve şef yardımcılığı kadrolarına sınavsız atama yapılması, sözleşmeli çalışma gibi düzenlemelerle ilgili olarak gerek kamuoyunda, gerek TBMM'de yoğun temalar ve çalışmalar sürdüren TTB Merkez Konseyi, bu süreçte Cumhurbaşkanı Ahmet Necdet Sezer ile de bir görüşme yaptı. Sezer, görüşmenin ardından eğitim hastanelerinin şef ve şef yardımcılığı kadrolarına Sağlık Bakanlığı tarafından sınavsız atanmalarına yönelik düzenlemeyi TBMM'ye geri gönderdi.

7 Temmuz 2005 günü gerçekleştirilen görüşmede TTB İkinci Başkanı **Dr. Metin Bakkalcı**, profesör ve doçentlerin eğitim hastanelerinin şef ve şef yardımcılığı kadrolarına Sağlık Bakanlığı tarafından sınavsız atanması, bedeli döner sermayeden karşılanmak üzere sözleşmeli sağlık personeli çalıştırılması, uzmanlık alanlarında yan dal eğitimi için asistanlık sınavlarının Sağlık Bakanlığı'na yapılması ve yeni tıp fakülteleri açılması konularındaki TTB görüşlerini Sezer'e aktardı. Bu başlıklarda bugüne kadar yaşanan yasal süreçler ve Danıştay kararlarına ilişkin bir dosya da Sezer'e iletildi. ■ devamı sayfa 3'te

Yeni TCK'nin hekimler arasında kaygıyla karşılanan maddeleri tartışıldı

‘Suçun cezalandırılması sağlık hakkının önünde’

Türk Tabipleri Birliği Hukuk Danışmanları Avukat Ziynet Özçelik ve Avukat Mustafa Güler ile Sağlık Bakanlığı Hukuk Danışmanı Avukat Adem Keskin, yeni Türk Ceza Kanunu'nun hekimler arasında kaygıyla karşılanan maddelerini Tıp Dünyası'nın düzenlediği “yuvarlak masa” toplantısında değerlendirdiler.

■ Sayfa 4 ve 5'te



Ekip arkadaşlarımızın sorunları

Hemşireler, bugün düşük ücretle çalışmadan, kadın olmanın yarattığı sorunlara; eğitimde standart yoksunluğundan, branşlaşmamanın getirdiği sıkıntılara kadar pek çok konudan şikayetçiler.

2. Sayfa da

“Afet Yönetiminde İşbirliği Protokolü” imzalandı

8. Sayfa da

“Çocuklara verilen sözler tutulsun”

Kocaeli'de düzenlenen "Yoksulluk ve Çocuklara Etkileri" sempozyumunda, hükümetten çocuklara verdiği "yoksulluğu önleyici sosyal politikalar uygulama" sözünü tutması istendi.

7. Sayfa da

“Sağlık hakkını aramak suç değil!”

8. Sayfa da

Gündem...

Dr. Füsun Sayek

Kişisel bir gündem



Karikatür; “Hayat, biz başka programlar yaparken başımıza gelenlerdir” diyor. Gerçekten doğru sözler. Kafamızda pek çok program, kimisi başlamış pek çok proje, hekimlik, sağlık alanlarında ve genel anlamda yoğun bir gündem. ■ devamı sayfa 3'te

GSS ‘tıbbi yoksulluk’ yaratacak!

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kayıhan Pala, tüm yurttaşları kapsayacakmış gibi görünse de, GSS kapsamında olmanın sağlık hizmeti almaya yetmeyeceğini açıkladı. Kayıhan Pala, böylece Türkiye'nin “ailenin, bireylerinin yaşadığı sağlık sorunu nedeniyle yoksullaşması” olarak tanımlanan “tıbbi yoksulluk” kavramıyla tanışacağını söyledi. ■ Sayfa 7'de



Adana, Adıyaman, Mersin ve Gaziantep-Kilis Tabip Odaları'ndan,

Kamuoyuna çağrı

“Gün yaşanan şiddet çılgınlığına cesaretle karşı çıkabilme günüdür. Gün ülkemizin demokrasisini yetkinleştirme günüdür. Gün ‘güvenlik’ adına korkuya teslim olmama, bireysel ve toplumsal özgürlüklerimize sahip çıkma günüdür.”

■ Açıklamanın tam metni Sayfa 8'de



Ekip arkadaşlarımızın sorunları

“Sağlıkta Dönüşüm” adıyla gündeme getirilen hızlı “özelleştirme” girişimleri, sözleşmeli çalışma, iş güvencesiz ortam bütün sağlık çalışanlarını olumsuz etkiliyor. Ekip arkadaşlarımız hemşireler, bugün düşük ücretle çalışmadan, kadın olmanın yarattığı sorunlara; eğitimde standart yoksunluğundan, branşlaşmanın getirdiği sıkıntılara kadar pek çok konudan şikayetçiler.



Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi hemşireleri (sol baştan) Nejla Yılmaz, Yasemin Tuncer ve Nurdan Yıldırım ile Türkiye’de hemşireliği, hemşirelerin sorunlarını ve çözüm önerilerini konuştuk.

Tıp Dünyası - ANKARA - “Sağlıkta Dönüşüm” adıyla yürütülen politikalar; hızlı “özelleştirme” girişimleri, sözleşmeli çalışma, iş güvencesiz ortam bütün sağlık çalışanlarını olumsuz etkiliyor. Ekip arkadaşlarımız hemşireler, bugün düşük ücretle çalışmadan, kadın olmanın yarattığı sorunlara; eğitimde standart yoksunluğundan, branşlaşmanın getirdiği sıkıntılara kadar pek çok konudan şikayetçiler. 1954 tarihli yasanın artık gereksinime yanıt vermemesine karşın, halen yeni bir yasal düzenlemenin yapılmaması; varolan yasada tanımlanmayan pek çok işi yapıyor olmaları da cabası.

Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi hemşireleri **Nurdan Yıldırım, Yasemin Tuncer** ve **Nejla Yılmaz** ile Türkiye’de hemşireliği, hemşirelerin sorunlarını ve çözüm önerilerini konuştuk.

- İlk önce “Türkiye’de hemşireliği” konuşalım isterseniz. Hemşirelikte neredeyiz?

Türkiye’de hemşirelik, sağlık hizmeti veren ekip üyelerinden biri olarak önemli bir yere sahip olmakla birlikte hak ettiği değeri göremiyor. Hemşire, toplumumuzda hekimin yardımcısı gibi algılanıyor; sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğu dile getirilse de bu söylem uygulamaya yeterince yansımıyor. Oysa sağlık hizmetleri bir bütündür ve her disiplin sağlıklı/hasta birey için çalışır.

- Tıp ve sağlık ortamına ulaştırılan bir gazete için “abes” bir soru olmasını istemem ama; hemşirenin görevleri nelerdir? Nedir hemşireliğin tanımı?

Hemşireliğin farklı tanımları yapılmış aslında. 19. yüzyılda Florence Nightingale hemşireliği “**hastayı iyileştirmek için hasta çevresinin iyileştirilmesi ve düzenlenmesi eylemi**” şeklinde; 20. yüzyılda Henderson ise “**bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç**” olarak tanımlamış. U-

luslararası Hemşireler Birliği de bu tanıımı benimsemiş. 1980 yılında Amerikan Hemşireler Birliği hemşireliği “**yardım sunan bir meslek**”, **hemşirelik uygulamasını “var olan ve olabilecek sağlık sorunlarına karşı gösterilen insan tepkilerinin tanı ve tedavisidir”** diye tanımlamıştır.

- Türkiye’de hemşireliğin temel sorunları nelerdir?

Farklı düzeylerde eğitim alma: Ülkemizde hemşirelik eğitimi lisans, önlisans, açık öğretim, lise sonrası 18 aylık kurs ve ortaokul sonrası 4 yıllık lise şeklinde beş ayrı düzeyde verilmiştir ve bu farklılık devam etmektedir. Bu heterojenlik mesleği algılama, mesleki çabaları benimseme, belirli bir gelire sahip olma gibi özelliklerinden dolayı mesleği olumsuz etkiliyor. Eğitim düzeylerinin farklılığı, çalışma yaşamında yetki ve sorumluluklara yansımıyor. 1996 yılında kapatılan Sağlık Meslek Liseleri 2001 yılında tekrar açıldı, hemşirelerin üniversite düzeyinde eğitim talepleri dikkate alınmadı. Oysa şu an dünyada ortaokul sonrası lise eğitimi ile yetinen ülke bulunmuyor.

Hemşirelik Kanunu: 1954 yılında çıkarılan 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu hemşirenin değişen ve yapmakta olduğu rol ve işlevlerini kapsamıyor. Avrupa Birliği süreciyle birlikte hızla uyum yasaları çıkarılırken hemşirelik yasasının gündemde olmaması, çıkan yasaların ülkemiz sağlık ihtiyaçlarını yansıtmadığı gerçeğini gösteriyor.

Hemşire istihdamı: Sağlıkta dönüşüm adıyla yürütülen politikalar, genelde sağlık çalışanlarını, özelde hemşireleri oldukça olumsuz düzeyde etkilemiş; halen etkilemeye devam etmektedir. Sağlıktan kar elde etmeyi hedefleyen bu politikalar tedavi edici sağlık hizmetlerine dayandığı, koruyucu sağlık hizmetlerini yok saydığı ya da finansal olarak bireysel sorumluluk alanına daralttığı için hemşirelerin istihdam sorunları ülkemiz dahil, pek çok ülkenin önemli bir sorunu. Ülkemizdeki toplam 80 bin hemşirenin yüzde 90’ı tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışıyor. Bunun yanında tedavi edici sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kadronun yarısından bile az sayıda hemşire ile yürütülmektedir. Örneğin 300 yataklı bir çocuk hastanesi için 400 hemşire kadrosu belirlenmişken 150-170 hemşire ile hizmet verilmektedir.

Yaşama geçirilmeye çalışılan aile hekimliği uygulamasıyla koruyucu sağlık hizmetlerinde hemşirenin etkinliği daha da azaltılarak, güvencesiz çalışma ortamı yaratılmaktadır.

Ayrıca, kamusal istihdamın daraltılması nedeniyle, meslektaşlarımız ya işsiz, ya özel sektörde ya da kamu da sözleşmeli statüde çalışmaktadır. Şu anda Sağlık Bakanlığı yetkililerinin 16 bin hemşirenin işsiz olduğunu açıklamasına karşın, 30 bin 220 hemşire açıkta, iş beklemektedir.

Böylesi yoğun koşullarda çalışan hemşireler kendi alanları olan bakımı başkalarına bırakma tehlikesiyle karşı karşıyadır. Bu durum mesleğin özzerliğini, bakım kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, hemşireliğin sadece hekim istemlerini uygulayan bir

meslek olarak algılanmasına neden olmaktadır.

Branşlaşma: Ülkemizde temel eğitim sonrası akademi dışında branşlaşma olanakları yoktur. (Ameliyathane hemşireliği, yoğun bakım hemşireliği, onkoloji hemşireliği vb.) Yıllarca onkoloji hemşireliği yapmış hemşireler çok farklı alanlarda çalıştırılabilmektedir. Bu durum mesleki doyumunu azaltarak tükenmişliği artırmaktadır.

Cinsiyet: Hemşireliğin sosyolojik özelliklerinin en başında gelen önemli faktör cinsiyettir. Ülkemizde erkek hemşirelerin sayılarının çok az olması ve hemşireliğin kadınlara özgü bir meslek olarak algılanması mesleğin gelişimini olumsuz yönde etkiliyor. Ataerkil aile temelli toplumumuzda kadınlardan erkeğe boyun eğme ve saygı beklendiğinden, kadınlardan oluşan hemşirelik de bu anlamda büyük ölçüde payını almıştır.

- Bunların hepsi başlı başına birer sorun tabii. Peki hemşireler, en çok neden yakınıyorlar?

Ülkemizdeki sağlık sisteminde geleneksel sağlık anlayışı hakim. Hastanın merkezde olmadığı, hasta hakkında karar verenin tek başına hekimin olduğu bu anlayışın değişmesi gerekiyor. Türk Hemşireler Derneği’nin 2000 yılında hemşire, ebe ve sağlık memurlarının meslekten memnuniyetine ilişkin yaptığı araştırmada; araştırmaya katılan hemşirelerin yüzde 41.9’unun mesleğinden memnun olduğu, yüzde 58.1’inin mesleğinden memnun olmadığı saptanmış. Memnuniyetsizlik nedenleri ise ücret yetersizliği, görev yetki ve sorumluluklarının belli olmaması, risk fazlalığı, görev dışı işlerde çalıştırılma, meslekte ilerleyememe, toplumun mesleğe yönelik olumsuz yaklaşımı, yoğun çalışma temposu, yardımcı sağlık personeli olarak değerlendirilme, fazla çalışma ve istenilen branşta çalışamama olarak sıralanmış.

Ülkemizde sağlık ve hemşireliğe yönelik planlamalarda hemşirelerin olmaması ya da yeterince temsil edilmemesi de mesleğin otonomi kazanmasını olumsuz etkileyen faktörlerden biri olarak görülüyor.

- Sorunların çözümü için neler yapılabilir? Siz neler öneriyorsunuz?

Hemşirelik profesyonel bir meslektir. Gelişmiş ülkelerde meslekleşme sürecini tamamladığı halde yurdumuzda sayılan nedenlerle ülkemizde meslekleşme istenilen düzeyde değildir.

Hemşirelik mesleğinde yaşanan sorunlar, hemşirelik uygulamalarına; hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarından olan bakım verme ve yardım etme işlevlerini yeterince yerine getirememesi, mesleki bilgi ve yeteneklerini etkin kullanamaması şeklinde yansımaktadır. Sonuçta toplum kaliteli hemşirelik bakımı alamamakta, sağlık hedeflerine ulaşmada

hemşirelik potansiyeli değerlendirilememektedir.

Sorunların çözümleri ve yapılabilirlecekler çok açık. Başta hemşirelerin yoğun çabaları olmak üzere sağlık hizmetleri yönetiminde görev alanlar ve sağlık politikalarını oluşturanlara önemli sorumluluklar düşüyor.

THD Başkanı Prof. Dr. Ülker:

“Lisans eğitimi şart”

Tıp Dünyası - ANKARA - Türk Hemşireler Derneği (THD) Başkanı Prof. **Dr. Saadet Ülker**, Sağlık Bakanlığı’nın İstatistik Yıllığı’na göre, Türkiye’de 70 bin hemşire bulunduğunu, Devlet Planlama Teşkilatı’nın 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı’na göre ise 200 bin hemşireye gereksinim olduğunu söyledi. Ülker, DPT verileri ile 16 bin 500 hemşirenin halen işsiz olması arasındaki çelişkiye dikkat çekti.

Hemşirelerin bir bölümünün vakıf işçisi statüsünde ya da temizlik firmalarının taşeronluğunda 100 milyon lira ile 350 milyon lira ücretlerle, iş güvencesinden yoksun koşullarda çalışmak zorunda kaldıklarını belirten Ülker, hemşirelerin parkbahçe bakımından, otomasyona geçen hastanelerde kayıt işlerini yapmaya kadar, **“insan bakımı”** dışında işlerle görevlendirildiklerini kaydetti.

Hemşirelik eğitiminde bir standardizasyon olmamasından yakınan Ülker, bunun uygulamada farklı sorunlara yol açtığını belirtti. Ülker, **“bakım”** adı verilen çok hassas bir süreci yürüten hemşirelerin, dünyanın diğer pek çok ülkesinde olduğu gibi lise üzerine 4 yıllık lisans eğitimin-

den geçmelerini gerektirmediğini vurguladı.

Ülker, sözlerini şöyle sürdürdü:

“Temel eğitiminde, mezuniyet sonrası eğitimde, kendi hizmetlerinin yönetiminde, mesleğini düzenleyen yasa ve yönetmeliklerde çok ciddi sorunları olan, mesleki deontoloji tüzüğü olmayan, kısacası kendi kendini denetleme ve geliştirme mekanizmalarının neredeyse tümünden yoksun bir meslek hemşirelik... Yetkililerin nerede boşluk varsa orada kullandığı bir mesleğin mensubu hemşire... Belirli çevrelerin iktidar oluşturmalarıyla birey olarak baş etmeye çalışırken, öte yandan mesleki kimliksizliğin neden olduğu derin çelişki ve bunalımların öznesi hemşirelik... Böylesi bir tabloya seyirci kalmamız olanaklı değil. Biz mücadele-ye, bu bilinçle, inandığımız ilkeler doğrultusunda devam edeceğiz.”



Aradabir...

Ne yapmalı?

Dr. Altay Martı*

Yeryüzünde yüzde 10 civarında kalıtsal olarak iyi insan var. Dışardan bakanlar bunları saf, tutunamayan, beceriksiz ve kıfayetsiz görebilir. Oysa bu iyi insanlar, çevremizde akrep gibi dolaşan ve gücünü tarihten ve zafiyetten alan kötülüğe karşı, kötülüğü küçümseyerek ve varoluşun gerçek anlamını içselleştirerek olmadık mücadeleye girerler.

Günümüzde kötülük demek globalizm demektir. İnsan ruhunu paçavraya çevirdiği yetmiyormuş gibi azgınlığından da hiç utanmaz. Şifrelerle, formüllerle usul usul tasarlansak nicedir hayata geçirilen globalizm sermayenin rahatça elini kolunu salladığı bir ortamda emeğin bölgesel ve sınırlı kaldığını bildiği için insanın alın terini önemsemez.

Sağlık alanında da global oyunlar sahneye konulmaya çalışılıyor. **“Bir lokma bir hırka”**yla asla yetinmeyecek olan ve artık tüketmek için can atan bir çok insana -doktor ve hastalar da dahil- hırslarını terkilerine alıp başkalarını ezerek yaşamları gerektiği öğütleniyor. Şu anda devlet memuru olan ve bir çok hakkı gasp edilmiş hekimlere uluorta dolaşan, canından bezmiş, bıkkın hastalar birer av olarak gösteriliyor. Eğer hekimler kalıtsal olarak iyi olan yüzde 10 dilimi içinde değillerse olacaktak vahim gibi görünüyor. Özelleştirilmiş bir hastanede her an kapı önüne konulma tehlikesini hep içinde taşıyan herhangi bir hekim hele de felsefi olarak **Marx’ı, Camus’yu, Sartre’i** değil de **Schopenhauer’i** ve **Nietzsche’yi** biliyorsa önce kendi meslektaşının sonra da hastasının rahatlıkla canına okuyabilir. Elini kolunu sağlık sektöründen çeken devlet de bu orta oyununu çayını yudumlayarak seyredebilir. Bu oyunda hastalar zaten her filmde esas oğlandan dayak yiyen figüran rolündedirler.

Genel Sağlık Sigortası’nın finansmanı nasıl karşılanacak? Hala primlerini ödeyemedikleri için hastanelerden kapı dışarı edilen Başkur’lu hastalar var. Nasıl işleyecek Genel Sağlık Sigortası? Memurdan, işçiden fazla prim kesip gücü yetmeyecek, onun da sağlığını korumaya çalışmak dayanışmaymış gibi görünüyor, ama bir açıdan da bakılırsa el kesesinden cömertlik yapmaktan başka bir şey değil. Bu haliyle Genel Sağlık Sigortası kimilerinin sigortasını attırabilir.

Yıllarca dağ bayır dolaşıp binlerce hastaya bakmış, mecburi hizmet yapmış, hekimleri yönetiyor olmanın tuhaf bir haz alan kimi yöneticilerle didişmiş ve bir türlü hak ettiğini alamamış koskoca bir hekim kitlesi pek yakında işsizler ordusuna katılabilir. Globalizm ve onun palazlanmamış hali olan kapitalizm insanı aç ve bitkin bırakır.

Tükenmişlik ve işine yabancılaşmayı artık doğal kabul eden hekimler derhal dayanışmaya geçmelidir. Global kafalı insanların yılışık gülüşlerini dondurmamak gerekir. Kötüçünlük ne olursa olsun mahkum edilmeli. **“İnsanın ihtiyacı insandır.”** Kebabçı kedisi gibi yalanan sermayedarlara asla yüz verilmemeli. Hekimler hem kendi onur, hak ve ruhlarını korumalı hem de hastalarınınkini.

Yeryüzüne başkalarının sefil hale düşmesine neden olmak ya da başkalarını alaşağı etmek, ruhunu ve kalbini paramparça etmek için gelmedik. Başı dik, sesini çıkarmasını bilen insanların tertemiz görüşlerinin insanda yaratacağı güven duygusunu tatmak için geldik. Kalıtsal olarak iyi olan yüzde 10’luk dilimdeki hekimlerin dediklerine kulak vermemiz gerekiyor. Bozgun yaşanmasına asla izin vermemeliyiz. Dayanışmalıyız. Dayanışmalıyız. Dayanışmalıyız. **“tek dışı kalmış canavardır”**, o ağza protez de yapılmaz.

*Luifi Kırdar Kartal Eğ. Ar. Hast., Radyasyon Onk. Uzm.

SES Genel Hukuk Sekreteri Doğan:

“Yeni yasal düzenleme gerekli”



Tıp Dünyası - ANKARA - Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES) Genel Hukuk Sekreteri **Şükran Doğan**, hemşirelik mesleğini düzenleyen 1954 sayılı yasanın çağın çok gerisinde kaldığını ve gereksinime yanıt vermediğini söyledi.

Doğan, koruyucu sağlık ve tedavide büyük sorumluluk alan; bireyin, ailenin, toplumun sağlığını koruma, gelişmesinde ya da hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hizmetlerin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinde önemli bir misyona sahip olan hemşirelerin, bugün en acil taleplerinin ilgili tarafların görüş ve taleplerinin de yer aldığı bir yasal düzenleme olduğunu bildirdi.

Hemşireliğin **“kadın mesleği”** olarak algılanmasından doğan sıkıntıların çok büyük olduğunu belirten Doğan, kadınların daha düşük ücretle çalıştırıldığını, en son kadının işe alındığını ama en önce çıkarıldığını söyledi. Doğan, özellikle aile hekimliği yaşama geçtikten sonra, hemşirelerin aile hekiminin yanında yardımcı personel gibi çalışacağını anımsatarak, temizlikten çay taşımaya kadar bütün işlerin hemşireye yaptırılmasının kaçınılmaz olduğunu anlattı. Hamilelik, süt izni gibi süreçlerin de aile hekiminin yanında sözleşmeli çalışacak hemşireleri hem zor durumda bırakacağını hem de perfor-

manslarını düşüreceğini anlatan

Doğan, hemşirelerin ekonomik özlük ve çalışma yaşamından kaynaklanan sorunlarını da şöyle sıraladı:

- Eleman eksikliği nedeniyle nöbetlerin sıklığı, fazla çalışma ve angarya
- Mesleğe cinsiyetçi yaklaşım
- Ön lisans ve lisans tamamlanmadan, bir dönemden sonra yararlanamamaları
- Sahada çalışan hemşirelerin yaşadığı sıkıntılar
- Maaşlarının açık sınırıının hemen üstünde yoksulluk sınırının ise çok altında olması
- Performansa göre ek ödeme (Döner Sermaye) uygulaması ile tamamen hekim merkezli değerlendirilmeleri, yine performans uygulaması ile rekabete yönlendirilmeleri
- Meslek hastalıkları ve risklerinden karşı koruyucu önlemlerin yetersizliği
- Meslekte branşlaşma ve uzmanlaşmanın olmaması her poliklinik / klinikte çalışmak zorunda olmaları
- İşyerlerinde ara meslek elemanı olarak görülmeleri, sekreterlik, kırtasiye, evrak işleri, fotokopi, makine bakımı vb meslek dışı işlerinde hemşirelere yüklenmesi,
- İşyerlerinde kreş, çocuk bakımevi vb bulunmaması veya yeterince olmaması sonucu, kendi çocuğunun bakımını yeterince gerçekleştirememesi,
- Nöbetli kuruluşlarda çalışması nedeniyle süt izinlerinden yararlanamaması,
- Görev ve sorumluluk yüklerini karşı yetkililerinin olmaması,
- En az 4 yıllık üniversite düzeyinde akademik kariyer yapabilecek şekilde hemşirelik mesleğine sahip olma.

İTO'dan ODSH organizasyonu kursu

Tıp Dünyası - İSTANBUL - Türk Tabipleri Birliği'nce düzenlenen Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu kursu 2-5 Haziran 2005 tarihlerinde gerçekleştirildi. İstanbul Tabip Odası'nın organizasyonu ile gerçekleştirilen kursa, Çanakkale ve Tekirdağ Tabip Odalarından hekimlerin de aralarında olduğu 20 kişi katıldı. İlk gün, öğrenim hedeflerinin, temel kavramların ve ODD Epidemiyolojisi'nin aktarıldığı kursta, "Sağlık Durum Değerlendirmesi", "Risk Grupları", "Yardımların Organizasyonu", "Ruh Sağlığı Sorunları", "Kampların Organizasyonu", "Hazırlıklı Olma", "Etik Sorunlar, "Sağlık Çalışanlarının Sorunları", "Bulaşıcı Hastalıklar", "Salgın İncelenmesi" dersleri verildi. Son gün, "Hizmet, Koordinasyon, Örgütlenme" başlıklı forumun ardından gerçekleştirilen sertifikla töreniyle kurs sona erdi.

Forum kısmında Marmara Bölgesi'ndeki ODSH organizasyonu faaliyetleriyle ilgili bir tartışma yürütüldü. Marmara Tabip Odaları ODSH Komisyonları Ortak Toplantısı yapılması kararlaştırıldı. İstanbul ODSH Komisyonu 28 Haziran'da kurs katılımcılarıyla toplanma ve yeni dönem çalışmalarına başlama kararı aldı. Farklı kurumlardan gelen katılımcıların ortak özelliği görevlendirmeye değil, gönüllü olarak kursa katılmaları oldu.

TTB olağandışı durumlar için "hızlı değerlendirme ve müdahale" ekipleri kuruyor

Tıp Dünyası - ANKARA - Olağandışı durumlar alanında 1990'lı yılların başından bu yana faaliyet gösteren TTB, 1999 yılında yaşanan deprem deneyimlerinin de ışığında ülke çapında bir organizasyona gidiyor.

Bu organizasyona göre "Hızlı Değerlendirme Ve Müdahale Ekipleri (HDM)" olarak adlandırılan ekiplerin kurulması ve bu ekiplerin olağandışı durumun türüne göre hızlı, sistematik bir değerlendirme yapması, gerekli görülen müdahaleleri ivedilikle planlayarak uygulaması ve rapor oluşturarak görüş bildirilmesi, bu sayede yaşanan olağandışı durum sonrası ilk evrede yapılacaklar konusunda yol gösterici olması planlanıyor.

Bu amaç çerçevesinde bölgesel ihtiyaçlar da göz önüne alarak oluşturulacak ekiplerin iki günlük bir kurs programı ile eğitimden geçirilmesi ve konu ile ilgili bilgi ve beceri kazanmalarının sağlanması hedefleniyor. Hızlı değerlendirme ve müdahale ekibi üyelerinin bu alanda TTB'nin temel eğitim kursu olan "Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Hizmetlerinin Organizasyonu" kursuna katılması olmaları gerekiyor.

HDM eğitim programının ilki 22-23 Ekim 2005 tarihlerinde İzmir'de yapılacak. İki günlük eğitim programı içerisinde, yaşanan olağandışı durumun türüne göre hızlı değerlendirme formülleri, sağlayacak standart modeller, deprem, göç-savaş, kimyasal kaza senaryoları üzerindeki değerlendirmeler ve müdahale yöntemleri ile acil müdahale organizasyonu uygulamalarını içeren bir "Acil Eğitim Seti" yer alıyor.

Zorunlu hizmet yeniden!

baş tarafı sayfa 1'de ■ - Altıncı grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerlerinde 300,

- Beşinci grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile altıncı grup ilçe merkezlerinde 350, - Dördüncü grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile üçüncü grup ilçe merkezlerinde 500, - Birinci grup ilçe merkezlerine bağlı yerleşim yerleri ile ikinci grup ilçe merkezlerinde 550, - Birinci grup ilçe merkezlerinde 600 gün.

Yasa "sözleşmeli çalışmayı" koruyor

Sağlık Bakanlığı veya Sağlık Bakanlığı'na uygun görülen diğer kuruluşlarda devlet memuru olarak görev yapanlar veya ilgililer, talepleri durumunda sözleşmeli olarak görev yapmakla yükümlü olacaklar.

TÖK Tıp Eğitimi Kurultayı yapıldı

Tıp Dünyası - ANKARA - Türk Tabipleri Birliği Tıp Öğrencileri Kolu (TTB-TÖK), hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası boyutları ile Türkiye'de ve dünyada son yıllarda en çok tartışılan konular arasında yer alan tıp eğitimi masaya yatırdı. Tıp eğitiminin çeşitli yönleriyle ele alındığı **"Tıp Eğitimi Kurultayı"** 7 Mayıs 2005 tarihinde Ankara'da gerçekleştirildi. Türkiye'deki 20 tıp fakültesinden gelen çok sayıda öğrenci, kurultayın öğle arasında Sağlık Bakanlığı önüne giderek bir basın açıklaması yaptılar.

Türkiye'deki tıp eğitiminin temel sorununun ücretsiz, yaygın ve nitelikli bir sağlık hizmeti örgütlenemeyişi olduğuna dikkat çekilen kurultayda, **"Türkiye, hala hekim mezun etme telaşında olup, nitelikli hekim yetiştirebilme kaygısına geçememiştir. Son 15 yılda gerekli alt yapı ve kadrodan yoksun olarak, politik kaygılarla açılan tıp fakülteleriyle, varolan sorun daha da ağırlaştırılmıştır"** saptaması yapıldı.

Türkiye'de tıp eğitimi ve sağlık sisteminin, birbiriyle etkileşmeyen iki ayrı alanmış gibi ele alındığına dikkat çekilen kurultayda, sağlık sisteminde yaşanan kriz yüzünden ne tıp eğitiminin, ne de ülkenin gereksinimi olan hekim profilinin sorgulandığına işaret edildi.

Kurultayın sonuç bildirgesinde özetle şunlara yer verildi:

- Tıp eğitimindeki değişim, müfredat değişikliği, yöntem ve teorik içerik değişikliği yapmakla

Yeni mezunlar "zorunlu hizmet" kapsamında değil

Tıp Dünyası - ANKARA - Türk Tabipleri Birliği, **"zorunlu hizmet"** uygulamasına ilişkin yasanın, Resmi Gazete'de yayımlandığı tarih olan 5 Temmuz'dan itibaren yürürlüğe girmesi nedeniyle 30 Haziran 2005 itibarıyla tıp fakültelerinden mezun olan hekimlerin bu kapsamda yer almayacağını açıkladı.

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 1 Temmuz 2005 günü bir basın toplantısı düzenleyerek, zorunlu hizmet ve yeni tıp fakültelerinin açılması konularına ilişkin değerlendirmelerde bulundu. Konsey adına açıklama yapan TTB İkinci Başkanı **Dr. Metin Bakkalcı**, 30 Haziran 2005 itibarıyla tıp fakültelerinden yaklaşık 4 bin hekimin mezun olduğunu belirtirken, bu hekimlerin zorunlu hizmet uygulaması kapsamına girmediğini bildirdi. Bakkalcı,

yaklaşık 4 bin hekim, 2 bin'e yakın uzman, bu hekimlerin aileleri ve sağlık kurumlarının bütün bu süre içinde gereksiz yere belirsizliklerle boğuştuklarını belirterek, **"Bu kadar gayr-ı ciddi bir yaklaşım, bu kadar plansızlık, bu kadar programsızlık olmaz. Bütün bunlar sağlık ortamına son derece zarar vermiştir"** diye konuştu.

Bakkalcı, Sağlık Bakanlığı'nı sükknete davet ettiklerini belirterek, kullandıkları kavramları bile yeniden gözden geçirmelerini istedi. Bakkalcı, **"Her şeyi ellerine yüzlerine buluşturuyorlar. Bunun sonucunda da güven ortamı zedeleniyor. Hekimler böyle bir hükümete güvenemezler"** dedi.

Yeni tıp fakülteleri açılacağı yönündeki açıklamalara da değinen Bakkalcı, 2005 yılı itibarıyla

rıyla Türkiye'de yaklaşık 105 bin hekim olduğunu bildirerek, bu rakamın yetersiz olmadığını vurguladı. Bakkalcı, Devlet Planlama Teşkilatı'nın (DPT), Türkiye'de 2005 için öngördüğü hekim sayısının 89 bin olduğuna dikkat çekerek, hekim sayısının şimdiden bu rakamın çok üzerinde olduğunu kaydetti. TTB **"Tıp Eğitimi Raporu-2004"**'te Türkiye'deki tıp fakültelerinin durumunun ayrıntılı olarak yer aldığı belirten Metin Bakkalcı, anatomi laboratuvarı olmayan, patoloji laboratuvarı olmayan, kadavrası olmayan, bilgisayarı olmayan fakülteler bulunduğunu anımsattı. Bakkalcı, önce bu eksikliklerin giderilmesi gerektiğini vurgulayarak, **"Dükkan açar gibi, tıp fakültesi açılmaz"** diye konuştu.

kalınamalı; öncelikli olarak toplumun gereksinimlerine göre amaç ve hedefler belirlenmelidir.

- Tıp eğitiminde müfredat dinamik biçimde şekillenmeli, sık sık değerlendirilmelidir. Öğrenciye teorik bilgi birikiminin yanında beceri kazandırma yönelik pratik uygulamalar erken dönemde başlanmalıdır.

- Tıp fakültesi eğitim müfredatına tıp öğrencilerinin ülkesindeki ve dünyadaki değişimleri algılayabileceği sosyal bilimlere ait dersler konulmalıdır.

- Tıp eğitimi **"öğrenci merkezli"** ve **"hasta/hizmet alan merkezli"** olmalıdır.

- Hekim-hasta, hekim-hekim, hekim-insan, tıp etiği ve sağlık hizmetlerinin sunumunda **"ekip çalışması"** anlayışı konusundaki eğitime ağırlık verilmelidir.

- Tıp fakültelerinde eğitim müfredatı uzmanlık yönelimlidir ve son yıl beceriye dönük olması gereken intern'lük eğitimi TUS sebebiyle olumsuz etkilenmekte-

dir. Tıp fakültelerindeki eğitim müfredatı 1. basamak sağlık hizmetlerine göre şekillendirilmektedir. Pratisyen hekimlik özendirilmeli ve özük hakları iyileştirilmektedir. Pratisyen hekimlerin tıp bilgileri sürekli tıp eğitimiyle canlı tutulmalı ve belgelendirilmelidir.

- Tıp fakültelerine giriş puanlarındaki eşitsizlikler tıp eğitiminde olumsuzluklar yaratmaktadır. Bu, eğitimdeki fırsat eşitsizliğinin bir göstergesidir ve bu eşitsizlikler bir an önce ortadan kaldırılmalıdır.

- Öğrenci katkı payları yüksektir ve öğrenci belgesi, transkript vb. belgeler için para alınmaktadır. Bu da eğitimde fırsat eşitsizliğine yol açmaktadır. Eğitim parasız hale getirilmeli ve burs olanakları artırılmalıdır.

- Ülkemizde tıp fakültelerinin sayısı 52'yi bulmuştur. Bunların çoğu yeterlilik koşulları gözetilmeden; yerel istekler ve politik gerekçelerle açılmıştır. Tıp fakül-

tesi açılan bazı kentlerin altyapıları üniversite ortamına uygun değildir. Bunun için yeni tıp fakülteleri açılmamalı; alt yapısı ve kadrosu yeterli olmayanlar güçlendirilmeli veya kapatılmalıdır.

- Tıp fakültelerinde bugün yaklaşık 32 bin tıp öğrencisi bulunmakta ve her yıl 4 bin 500 mezun verilmektedir. Tıp fakültelerine gereğinden fazla öğrenci alımı, eğitici-öğrenci, öğrenci-hasta ilişkisini olumsuz etkilemekte, verilen tıp eğitiminin niteliğini düşürmekte ve hekimler için istihdam sorunu meydana getirmektedir. Bu sebeple kontenjanlar acilen yarıya düşürülmelidir.

- Tıp fakültelerine yeterli kaynak ayrılmamalıdır.

- Sağlığa ayrılan bütçe yüzde 3 dolayındadır. Bununla nitelikli bir sağlık hizmetinin verilmesi olanaksızdır. Bunun için sağlığa ayrılan bütçe acilen artırılmalı, bütçe dengesi koruyucu sağlık hizmetleri yönünde kullanılmalıdır.



Türkiye'deki 20 tıp fakültesinden gelen çok sayıda öğrenci, kurultayın öğle arasında Sağlık Bakanlığı önüne giderek bir basın açıklaması yaptılar.

Cumhurbaşkanı'na TTB'den ziyaret

baş tarafı sayfa 1'de ■ Şef ve şef yardımcılığı kadrolarına sınavsız atama yapılmasına ilişkin düzenlemeyi TBMM'ye geri gönderen Cumhurbaşkanı Sezer, 19 Temmuz tarihli geri gönderilme gerekçesinde **"Klinik şefi ve şef yardımcılığına atama yapılmaması görevle en uygun olanın seçilmesi yerine siyasal yandaşlık ölçütünün yeğlenmesini olanaklı kılan sistemin işyeri huzurunu ve çalışma barışını bozacağı, hizmet kalitesini ve verimini düşüreceği açıktır. Bu nedenlerle, incelenen yasanın 6. maddesiyle getirilen kural hizmet gereklerine ve kamu yararına uygun düşmemekte, dolayısıyla hukuka uygun bulunmamaktadır"** değerlendirmesine yer verdi.

TTB Merkez Konseyi heyetleri, söz konusu düzenlemelerle ilgili olarak TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu, Plan ve Bütçe Komisyo-

nu'nda gerçekleştirilen çeşitli toplantılara katılmış, TBMM'de hekim milletvekilleriyle temaslarda bulunmuş ve konuyla ilgili basın toplantıları düzenlemiştir.

"Tıp ve hukuk birikimleri yok sayıldı"

TTB Merkez Konseyi'nin bu süreçteki çalışmalarıyla ilgili bilgi veren TTB İkinci Başkanı Dr. Metin Bakkalcı, iktidarın uygulamakta ısrar ettiği politikalar sonucunda hekimlik mesleğinin değerlerinin, hekim hasta ilişkisinin, tıp ve sağlık ortamının bunca yıllık birikimlerinin, hukuk ortamının birikimlerinin ve yasanmanın fonksiyonunun örselenme riskiyle karşı karşıya olduğunu söyledi. Yasama ve yargının bütünüyle yürütmeye, yürütmenin de bütünüyle sıradan uluslararası odaklara (IMF ve Dünya Bankası gibi) devrinin söz konusu olduğunu kaydeden Bakkalcı, iktidarın tıp ortamının birikimlerine hürmet etmeyen, tıp or-

tamında hiçbir aktörüne hürmet etmeyen, toplum olmanın temel göstergesi olan ortak hukuku reddeden ve demokratik bir ülke olmaktan iyice uzaklaştıran bu tutumunun gündeme getirilen yasalarla somutlaştığını belirtti.

Metin Bakkalcı, **"Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerden Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Tasarısı", "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun, Devlet Memurları Kanunu ve Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Hükmünde**

Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" gibi isimlerinin bile anlaşılmaması çok güç olan ve kendi içinde çok sayıda değişik kanunlarda madde değişiklikleri ve yeni maddeler getiren ve dolayısıyla bütüncül hiçbir yaklaşım içermeyen, eklektik bu düzenlemelerin görüşülmesi sırasında madde başına 1 dakika bile ayrılmadığına da dikkat çekti. Bunun bir traji-komedi olduğunu belirten Bakkalcı, bütün bu süreçlerin TTB'nin değerlerinin ne denli anlamı ve doğru olduğunu ortaya koyduğunu belirtti. Cumhurbaşkanı Sezer'in, profesör ve doçentlerin şef ve şef yardımcılığı kadrolarına sınavsız atanmasını TBMM'ye geri göndermesinin TTB'nin yürüttüğü mücadele açısından bir kazanım olduğunu kaydeden Bakkalcı, bütün bu konulardaki çabaların sürdürüleceğini sözlerine ekledi.

gündem...

Dr. Füsun Sayek

Kişisel bir gündem



baş tarafı sayfa 1'de ■

Ama işte ben **"başıma gelenle"** başka programlarımın yerlerini bir süre için değiştirmek, yani kişisel gündeme dönmek zorunda kaldım.

Kikwood, **"Sağlıklı yaşlanmak istiyorsanız genetik ailenizi iyi seçin"** diyor ve buna karşın kabul ediyor ki genler yaşlanmada/hastalıkta yüzde 25 role sahipken, beslenme, egzersiz, çevre vb. diğer faktörler yüzde 75 oranında belirleyici oluyor. Bu faktörlerin pek çoğu bizim mesleğimiz için pek geçerli. O nedenle evet; **"hekim de hastalanıyor"**. Ama **"doktora gitmesini öğrenemiyor"**. Kanada'da yapılan bir çalışmada doktorların -genel topluma oranla çok düşük olarak- sadece yüzde 45'inin bir doktoru olduğu gösterilmiş. Genelde doktorlar **"koridorlarda"** birbirlerinden danışmanlık alıyor, yüzde 85'i hasta iken çalışıyor. Benzer bir durumu yaşadım. Daha sonrakı günlerde **"tedaviyi reddettiğim"** şeklindeki şehir efsanesinin aksine bir süre **"tanı konmasını reddettim"**. Bir doktorum olmadı ve **"e-hasta"** dönemi yaşadım. Sonra tanı... **"Çoğumuz hayatı biraz korkarak, biraz gergin ve biraz heyecanlı yaşarız. Saklambaç oynayan çocuklar gibiyiz aslında, bulunmamayı umarak ve bu bekleyiş içinde turnaklarımızı yiyerek bulunmak istiyoruz çünkü. Bu fırsat çok yakınlığınızda endişeleniyor ve korku bizi yendiğinde de gölgelerin derinliklerine iyice saklanıyoruz."** D. Chopra'nın bu söylediklerini yaşadım. Ardından tanı konulan her kanser hastası gibi; inkar, öfke, suçluluk ve nihayet kabullenme... Ve fark ettim ki tüm hastalar bu dönemleri çeşitli şekil ve uzunlukta yaşıyor... Ben kabullenme (evet bir kuzu gibi kabullendim) dönemine dek en uzun suçluluk dönemini yaşadım. **"Kendime neden daha iyi bakmadım", "neden daha doğru beslenmedim"** soruları ile yoğunlaşmış, **"sevdiklerimi üzdüm işte", "ne çok iş erteliyorum"** saptamalarıyla upuzun bir **"suçluluk dönemi"**nin ardından kabullendim. Evet bir sorun vardı, çözülecekti ve çözüldü benim katkım büyük olmak zorundaydı... Sevgili doktorlarım **Alev Türker, Emin Kansu** başta pek çok meslektaşım tanımın ve tedavimin şekillenmesini sağladı ve sağlıyorlar. Pek çok kahramanı iş başında tanıma fırsatım oluyor; onkoloji hemşireleri gibi... En kılcıl damarınızdan kalbinize sevgi pompalıyorlar. Karşılıksız.

"Algıda seçicilik" midir yoksa gerçekten sorun daha da mı büyüdü bilmem pek çok uzak yakın tanıdığın kanser tanısını, kanserden ölümünü işittim bu kısa süreçte. Etkilenmemek olanaksız. Yine algıda seçicilik herhalde; medyadan **"haberler"** aldım. Bir kısmı TV'lerde açık oturumlar şeklinde ve neredeyse hastalara tedavilerini biraktıracak sözlerin profesörlerce edildiği programlar. Bir kez daha bu konuların konuşulmasının ne denli bilimsel, dostça ve duyarlılıkla yapılması gerektiğini anladım.

Beni başka bir boyuta sıçratan **"kişisel gündem"**im ile sizleri daha çok tutmamalıyım. Benim kişisel gündemim var ama; TTB, Türkiye'nin sağlık gündemini hep en önde tutarak çalışıyor. İsimiz çok; şimdi daha yakından da izlediğim ilaca ulaşmaktan, tedaviyi sürdürebilmeye dek pek çok sorun var ve bu sorunların bir hekimler aracılığıyla çözülebilme olasılığı... İşte bunun için GSS'yi, bunun için geri ödeme planlarını, bunun için birinci basamağı, bunun için hekim bağımsızlığı ve sağlık çalışanları ile hekimlerin durumunu sürekli gündem yapıyor örgütümüz ve yapacak da.

Bana gelince; sevgi, bilimsellik ve dostlukla kucaklandığım ortamında; şehir efsanelerinin aksine tedavi yapıyorum. Uzun ve zaman zaman yorucu bu süreçte; hastalarımızın bizden, kendini sürekli geliştirme (bilimsellik, sürekli eğitim vb.), moral (olumlulukları öne çıkaran bir yaklaşım) beklediklerini bir kez daha hissediyorum ve öyle bir ortam bulabildiğim için **"şanslı hasta"** sınıfına giriyorum. Bu durumu sağlayan herkese sonsuz teşekkürler. Bir de hasta yakını olmanın zaman zaman hasta olmaktan zor olduğunu bilerek sevgili aileme... Ve TTB'deki sevgili çalışma arkadaşlarıma sabırları, onları eksik koymama ve üzme me rağmen koşulsuz sevgileri için teşekkürler ediyorum.

Her şeyin çok başındayım/(z), hep birlikte...

"caresiz dertlere düştiğim yok mu bunun çaresi? var:

yaşamayı ölecek kadar sevmek"

dedi **Can Yücel**. Ben de... yaşamayı seviyorum, koyduğum kısa ve orta dönem hedeflere de hep bunu hissederek sarılıyorum. En büyük desteğim ise canıma can katın **Can**... Ve işte, onunla iki gün önce birlikteyim.



Kişisel gündemden bu kadar. Gösterdiğiniz dostluk, sevgi ve tüm olumlu enerjinizi yanımda hissettiğimi bilmenizi istiyorum. Yakında asıl gündemlerimizle buluşmamızı diliyorum.

“Suçun cezalandırılması

Yeni TCK’nin hekimler arasında kaygıyla karşılanan maddeleri tartışıldı

*TTB Hukuk Danışmanları
Avukat Ziyet Özçelik ve
Avukat Mustafa Güler ile Sağlık
Bakanlığı Hukuk Danışmanı
Avukat Adem Keskin, 1
Haziran’da yürürlüğe giren
TCK’nin hekimler arasında
kaygıyla karşılanan maddelerini
Tıp Dünyası’nın düzenlediği
“yuvarlak masa” toplantısında
değerlendirdiler.*

Tıp Dünyası - Tıp Dünyası’nın gündemini konuşurken, TCK ile ilgili olarak hekimlerin kaygılarına daha somut yanıtlar üretmek gerek diye düşündük ve böyle bir toplantı planladık. Nasıl çekinceleri var hekimlerin? Ben bazı forumlardan ve gazetelerden de derledim, örneğin bir hekim “elimizde olmayan bir nedenle ortaya komplikasyon çıktığında yeni TCK’ye göre hekimler için ağır tazminatlar ve hapis cezası gelecek” demiş. Bir başkası “yasanın, hekimin elinden hiç komplikasyon çıkmayacak mantığı ile düzenlendiğini” söylemiş. Hakikaten böyle midir, abartı mıdır, yorum hatası mıdır? Aslına çok madde var konuşulması gereken ama biz yöntem olarak bizce önemli olan bazılarını öne çıkardık. Ayrıca önemli bulduğunuz varsa onu ekleyebiliriz, ya da bunların içinden çıkarmak istedikleriniz varsa onu çıkarabiliriz. En çok tartışılanlar kast, bilinçli taksir maddeleri, ikincisi ihbar. Daha çok var aslında. Mesela abortusla ilgili var. Abortusta şöyle bir şey var mesela; suçun mağduru olduğu tamamen beyana dayanacak gibi anlaşıyor. Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde süresi 20 haftadan fazla olmamak ve rıza olmak koşuluyla diyor. Bunu nereden bilecek hekim?

Madde 99/6: Çocuk düşürtme

Mustafa Güler: Psikiyatri konsültasyonu isteyip, beyana dayanarak bunu yapacak. Tecavüzden dolayı bir dava açılmış olabilir.

Ziyet Özçelik: Yürüten bir yargılama olabilir, olmayabilir de. Yeni TCK’ye göre, haklı olarak eşin de zorla cinsel ilişkiye girmesi tecavüz sayılıyor.

Adem Keskin: Ama burada şikayetin olması lazım. Yasal süre olan 10 haftadan sonrası için böyle bir şey gündeme geldiyse, bu süre içinde bir şikayet olmadıysa hekimin buna itibar etmemesi lazım.

ZÖ: Ama eğer kanun koyucunun hedefi gerçekten bir şikayetin varlığı ise, “şikayette bulunmuş olması kaydıyla” gibi bir ibare koyabilirdi oraya.

AK: Orada ispat yükü artık tamamen özellikle hekime ve kişiye aittir. Hekime genel bir emir veriyor. 10 haftaya kadar rızasıyla alabilirsin, 10 haftadan sonra ancak tecavüz ürünü ise alabilirsin diyor. 10 haftadan sonra böyle bir başvuru olduğunda, hekim tecavüz ürünü olup olmadığını nasıl anlayacak, tecavüz ürünü olduğu için buna müdahale ettiğini nasıl ispatlayacak, nasıl kendisini savunacak? Demek ki şikayet arayacak.

ZÖ: Peki Mustafa Bey’in söylediği psikiyatri konsültasyonu?

AK: Psikiyatri konsültasyonu kişinin sadece psikiyatrik durumunu ortaya koyabilir. Fakat bu sadece akıl ruh sağlığının yerinde olup olmaması meselesi değil, tecavüz ürünü olup olmadığına ilişkin emareyi hekimin araması lazım. Yarn kendini savunabilmesi için. Yoksa sadece beyana dayalı olursa, 10 haftayı geçiren herkes bu tecavüz ürünüdür diyerek, bunun tahliyesini sağlayabilir.

ZÖ: Bir kadın olarak kadınların kolay kolay, tecavüze uğramadığı halde 10 haftadan sonra “ben tecavüze uğradım bebeğimi de bu nedenle aldırarak istiyorum” diyeceğini sanmıyorum. Kaldı ki; eğer siz kadının beyanına inanmazsanız, o zaman da kadınlar türlü hallerle bunu düşürme yoluna gidecekler, hem kendi sağlıklarını hem de bebeğin sağlığını tehlikeye düşürecekler gibi bir bakış açısı da var.

AK: Ama bu çok farklı bir şey o zaman küretajda sınırı tamamen kaldıracaksınız. Kadın bunu illegal ya da tip

kuralları dışında sonlandırmaya çalışır, dolayısıyla sınır koymayalım sonucuna gelir ki bu asla kabul edilemez. Özellikle yasak ilişkilerde insanlar biraz da cahil ise, erken fark edemediyse, 10 haftadan sonra fark edilen gebeliklerin sona erdirilmesi hep bu gerekçeyle dayandırılarak yapılmaya çalışılacaktır.

MG: Bu kadar genel konuşmalarla tabii bence işin çözümünü bulmak da çok kolay değil. Hekime gelen kişinin o anda içinde bulunduğu sosyal durumu, kişisel durumu, o an içinde bulunduğu çevresel koşullar vs. bunların hepsi değerlendirilerek bir şekilde karara varmak gerekir. Sonuç olarak tabii, şöyle bir şey düşünülebilir. Sadece psikiyatri konsültasyonu değil, belki heyete sokabilir onu. Heyet raporu alınabilir. Kararı paylaşmak adına, sadece kendisinin karar vermemesi adına.

TD: Bunu hekimlere önerabiliyor muyuz o zaman?

MG: Bunun garantisi yok ama sorumluluğu paylaşması gerekir. Aslında çok fark etmeyecek. Bunu 280 ile birlikte düşünelim şimdi bakın. “Benim ırzıma geçildi, bu çocuk ırza geçme ürünüdür, bu nedenle bunun alınmasını istiyorum” dediğiniz zaman hekim bunu bildirecek. Bunu bildirdiği zaman suç ile ilgili bir adım atılmış olacak. O adım atılmış olacağı için, ister hekime gelmeden önce adliyeye uğramış olsun, isterse adliyeye gelmeden önce hekime uğramış olsun, sonuç pek fazla değişmeyecek.

TD: Hekim gebeliği sonlandırır mı?

MG: Ben olsam orada öncelikle sağlık durumlarına bakıp sonrasında da kişinin beyanının değerlendirilmesi bakımından psikiyatri konsültasyonu veya heyet raporu alınmasını isterim.

AK: Ben olsam, bunu başlatan ben olmamalıyım diye düşünürüm.

MG: Ama 280 ne diyor; suça ilişkin emareyi gördüğün anda bildireceksin diyor. Eski 530 kapsamında da, şimdiki 280 kapsamında da bu zaten bildiri mi gerektiren bir hal.

AK: Genel anlamda öyle. Haklısınız. Ama burada birbirini tamamlayan bir mekanizma var. Yani eğer, kişinin sadece beyanına dayanarak bebeği alırsam ve o mekanizmayı başlatan da ben olursam, korkarım yarın bu kendimi sağlama alma konusunda sıkıntıya sokar.

MG: O zaman işte bu mekanizmayı kurmamız lazım. Şikayet var ise alabiliriz dedik ya; o zaman şikayetin varlığını geçerli saymayacağız, savcı dava açtırsa diyeceğiz, değil mi?

AK: Kişinin böyle bir iddia ile başvurmış olması, bu prosedürü başlatmış olması benim için bir kaninedir...

MG: O zaman şekle boğulmuş oluyoruz bakın; Numune’ye gitmeden önce Adliye’ye uğrayıp girerse mesele yok diyorlar. Orada aslında bir çelişkiye düşmüş oluyoruz.

ZÖ: Adem Bey iki yönden bunu söylüyor: Bir; gerçekten on haftayı aşmış normal gebelikler için sık kullanılan bir yol olabilir diye bir kaygı var. İki; hekim açısından sorun olabilir, suç konusu olmayan bir gebeliği sonlandırdığı için hakkında soruşturma açılabilir. Bence istisnalara değil normal olana bakmak gerekiyor ve buradan akıl yürütmek gerekiyor. Burada kanun koyucu böyle bir yolu çizmiş ve bunu çizerken sizin belirttiğiniz gibi bir koşul aramamış. O da düşünelirdi; savcılığa suç duyurusu ya da iddianame düzenlenmesi gibi bir koşul arayabilirdi. Burada kişinin beyanı esas alınmış. Bence hekimlere önerilebilecek; bir kere bunun has-tane ortamında ve uzman hekimlerle yapılması gerekiyor. Kişinin beyanı alındıktan sonra, daha sonra hekim açısından bir sorumluluk doğurmaması bakımından fiil ehliyeti var mı, yok mu, bu açıdan Mustafa Bey’in söylediği psikiyatri konsültasyonu istenmesi önemli. İkincisi, bence kişinin beyanı alınırken, mümkünse bir kurul tarafından bu beyanın alınması ve görülmesi, ondan sonra da sonlandırılması uygun olur. Ayrıca 280 kapsamında da, eski 530’a göre de suç olduğu için, bunu da adli vaka olarak tespit edip bildirmesi gerekiyor. Normal sürecin böyle işlemesi gerekiyor.

TD: Ama bunun dışında hukuk önünde, ilk başvuru hekimin hukuki sorumluluğunu heyete dağıtması gibi bir durum yok değil mi? Görüş almış mı oluyor sadece?

MG: Ama heyetin görüşü ilerde kriminal noktaya taşınması durumunda hekim açısından da rahatlatıcı olacak. Ama işlere başlanmadan önce kişiye şunun da bildirilmesi lazım; bu işler yapılırken adliye de bu bildirilecek, bu noktada bilginiz olsun denilmesi lazım. Yani aydınlatma yükümlülüğünün prosedüre ilişkin bir aydınlatmayı da kapsamaması gerekir.

Madde 280: İhbar yükümlülüğü

TD: Buradan bağlantılı olarak madde 280’e, “bildirim yükümlülüğüne” geçelim mi? Ben maddeyi okuyayım: “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirtiyle karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu hapisle cezalandırılır.”



Mustafa Güler:

“Sadece psikiyatri konsültasyonu değil, belki heyete sokabilir onu. Heyet raporu alınabilir. Kararı paylaşmak adına, sadece kendisinin karar vermemesi adına.”

MG: İnsan hakları evrensel bildirgesine de, anayasaya da aykırı bir hüküm var burada. Eski 530 ile 280 arasında ne farklar var bir ona bakalım isterseniz. Suçun bildiri mi için 530’da kişiye karşı işlenmiş bir suç olması gerekiyordu, burada o koşul aranmıyor, böylece her türlü suç kapsamına alınıyor. 530’da önce sağlık hizmetini ver, sonra bildir diyor-du, şimdi acilen, gecikmeksizin bildireceksin diyor. Üçüncü olarak da 530’da eğer bildirilmiş kişi takibata maruz kalacak ise bildirmeyebilirsiniz diyordu, burada bunu da kaldırıyor. Bir de çunu ekleyebiliriz; oradaki ceza para cezasıydı, burada ise 2 yıla kadar hapis cezası öneriliyor. Sağlık hizmetine erişmenin önünde bir engel, sağlık hizmetinin sunumunda engeller çıkıyor ortaya. Absürd bir örnek vereyim size. Geçen gün hekim arkadaşlar arasında konuşuldu. Siz bir operasyon yapıyorsunuz, bu sırada da bir perforasyon yaptınız. Beceremediniz, bir türlü de onarmıyorsunuz. Cerrah başka bir ağabeyinizi çağırırdınız. O, orada kusurun varlığını tespit etti, orada aslında suç var. Ne yapacak şimdi?

AK: Bildirecek... Bildirmesin mi?

MG: Önce bildirip, ondan sonra mı ameliyat edecek?

AK: Gecikmeksizin demesi, tıbbi yardımdan önce değildir herhalde.

MG: Ama eski düzenlemedeki önce işini yap, sonra bildir’i kaldırıyor mesele.

AK: Önceki tabii çok daha net. Aslında kanunlaşma sürecinde bu mesele çok tartışıldı ve farklı görüş ve teklifler Parlamento’ya iletilmiş. Ama bunlar kabul görmedi. Burada korunan değerlerden, yarışan haklardan üstün olan hangisidir, o noktada bir tercihtir bulunuldu.

MG: Tam o noktaya geleceğim. Biraz önce verdiğim örnekte düşüncün; eğer bildireceğini düşünürseniz başka bir cerrahı çağırmanız. Kendi başınıza o işi çözmeye çalışırsınız, bunu yaptığınızda da hasta ölebilir. Burada, güvenlik sağlığa tercih edildi aslında; 280 ile 530 arasındaki temel fark bu.

AK: Güvenlik demeyelim de, toplumun huzuru...

ZÖ: Suçluların cezalandırılması sağlık hakkıyla yarıştığında, suçun tespiti sağlığa tercih edildi.

AK: Bunun sonuçları tam olarak tahayyül edilebilseydi, belki de böyle bir düzenleme yapılmazdı.

ZÖ: Adem Bey, biz Alt Komisyon Başkanı’na ve Adalet Komisyonu Başkanı’na gittik. Yanımızda psikiyatri derneği başkanı, başka dernek temsilcileri de vardı. Somut örnekler üzerinden, kendi deneyimleri üzerinden anlattılar. Burada tahayyül edememekten çok, belli bir noktayı tercih etme var. Çünkü Alt Komisyon Başkanı dedi ki, “**Dağdaki teröristlerin başı olan hekimler var, bu madde esasen onlar için işleyecektir**” dedi. Biz de, “**Dağdaki terör örgütünün başı olan hekimler varsa, zaten hekimlik mesleğinden değil, terör örgütü üyesi olmaktan yargılanır ve ceza alır. Bu nedenle o madde, bu durumu karşılayan bir madde değildir**” dedik. Ama kesinlikle böyle bir algı var. Ceza siyasetinde kanımca eğer cezayı artırıyorsanız veya bir davranış suç olarak tanımlıyorsanız, toplumda bunun çokça işleniyor olması gerekir değil mi, bunu mutlaka önleme isteği olabilir. Ben bu kapsamda, sağlık personeli yönünden bu maddeye baktım; bu konuda çok mu suç işleniyor da böyle bir ihtiyaç doğdu diye, bulabildiğim tüm içtihat programlarını taradım. Bir tek karar örneği bulamadım, suçı bildirmeden dolayı ceza almış tek bir sağlık personeli bulamadım.

TD: Hekimlerin sorduğu bazı sorular var. Onlara ilişkin yorumlarınızı almak istiyorum. Mesela şöyle bir soru var: 17 yaşında imam nikahlı gebe, sağlık ocağında normal gebelik takibi için başvurduğu zaman ihbar etmeli miyim? Bir başka soru: Hastayı muayene etmeden önce bize söyleyeceğiniz anamnez, bize anlatacağınız içerisinde kanunsuz bir durum olur ise kanunen bunu ihbar etmem gerekiyor, bunun size bildiriyorum demeli miyim? diye soruyor. Bir başka örnek, 8 aylık nörolojik defisitli olan hastayı muayene eden çocuk hekimini, bu durumun doğumdan kaynaklanan hekim hatası olduğunu düşünürse, doğumu yapan kadın doğum uzmanını ihbar etmeli mi? gibi sorular var. Aslında benim için en ilginç, hasta geldiği zaman gerçekten bunu söylemeli mi hekim? Çünkü aydınlatılmış onam’a bakarsak yapacağı şeyi anlatıyoruz, orada karara katılmasını sağlıyoruz, vereceği bilgilerin nasıl kullanacağını anlatıyoruz. Bir de böyle bir yükümlüğüm olduğuna göre, bunu da hastanın bilmesi gerekiyormuş gibi geliyor...

AK: O bilgilendirme yükümlülüğü kapsamında değil bana göre. Söyleyeceğin şeylerde suç unsuru varsa bunu bildiririm demek aydınlatılmış onamın bir parçası ve bilgilendirme yükümlülüğü kapsamında bir şey değil.

ZÖ: Adem Bey, ben sizden bu konuda biraz farklı düşünüyorum. Avukatlık ve hekimlik güven meslekleri. Ve sır saklama yükümlülükleri de özel olarak düzenlenmiş meslekler. “Bana suç oluşturabilecek bir şeyi söylediyse ben bunu derhal bildireceğim” dediğiniz zaman sağlık hakkını da, savunma hakkını da dinamiklersiniz ve bu meslekler yapılamaz hale gelir. Sağlık alanına baktığımızda ise, kişi hekime geldiğinde anamnez denilen öyküsünü anlatır. Her şeyi hiç çekinmeden söyleyebilelidir ki, hekim en doğru tanıyı koyabilsin ve en uygun tedaviyi uygulayabilsin. Hasta, bu anlatacağı şeyin korunmayacağını ve bu sınırlarını ifşa edileceğini düşündürse eğer, bilgilerini hekimen saklar. Artık bu öyle bir noktaya ulaşır ki, suç nitelendirmesi -hakimler, hukukçular ya da diğerlerini bir kenara koyacak olursak- ahlaki, etik ya da belli bir toplum içinde yapılması uygun olmayan davranışlara kadar ulaşabilir. Bu durumda bütün bunların saklanması, asla hekime açıklanmaması gibi bir sürece gitmiş oluruz. Ve bir güven mesleği olmaktan kaynaklı hekimliğin koruduğu hakların da korunamaması, yerine getirilememesi gibi bir süreç işler. Meseleye bu bütünsellik içinde bakmak gerekiyor.

MG: Sağlık alanında baktığınızda, tabii ki işin içinde kişilerin sağlığa ulaşmasında sıkıntı boyutu var. Psikiyatristler ne yapacaklar? Kişi psikiyatriste gittiği zaman ona her şeyi alatacak ki, psikiyatrist ona ilişkin bir teşhis koyacak, tedavi uygulayacak vs. Sır saklamamın iki boyutu var. Biz hastayla ilgili boyutunu konuşuyoruz. Bir de hekimle ilgili boyutu var. Sır saklamamın teorisi, felsefesi, temeli nereye gidiyor? Eğer ben sizin sınırlarınızı ifşa etmezsem siz bana gelirsiniz. Hastanın bana gelmesini sağlayan şey, aslında benim onunla aramdaki giz meselesidir. O giz korumadığım sü-

rece bana hasta da gelmez sonuçta.

TD: Aslında ikiye ayırmak belki mümkün. Soruyu tekrar o şekilde sormak istiyorum: Bir tanesi hastanın bize başvurmaması neden olan olayla ilgili suç. Bir tanesi de başka yasaları ihlal etmesinden kaynaklanabilecek suç. Mesela bu 17 yaşındaki imam nikahlı kadının gebe olması konusunda; ben burada normal bir gebe takibi yapıyorum. Ben bunu bildirmeli miyim? İkincisi de, doğrudan bir suçun mağduru ya da failiyse bana geldiğinde ne yapmam gerekiyor?

MG: Burada tabii, güvenlik hizmetlerinin içinde hekimlerin katılması olması yanlış olan taraf. Toplumun huzur ve sükunu meselesinde, toplumun huzur ve sükununu koruması gerekenler bellidir. Bütün meslek gruplarını bunun içine kattığınız zaman “**herkes ülke savunmasında yerini alacaktır!**”. Laf olarak güzel ama bundan ayrıntılarına baktığınız zaman çok sıkıntı doğacağı anlaşılmaktadır.

ZÖ: 15 yaşını bitirmiş olan çocukla cebir, şiddet ve hile olmaksızın, cinsel ilişkide bulunan kişi, şikayet üzerine 6 aydan 2 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır, diyor yasada.

AK: Şimdi hekim bir kere yaşını soracak. Yoksa 17 yaşındaki bir kişinin gebe olması başlı başına suç teşkil eden bir olay değil. Suça muttali olması gerekiyor.

ZÖ: Şöyle toparlayabiliriz onu. Yasa, 15 yaşını bitirmiş ama 18 yaşını tamamlamamış yani reşit olmamış küçüklerin cinsel ilişkiye girmesini şikayet olursa -rıza olsa bile- suç kabul ediyor, ama şikayet olmazsa suç kabul etmiyor. Hekim Adem Bey’in söylediği gibi bakacak, eğer 15 yaşını bitirmemişse, altındaysa her koşulda takibi şikayete bağlı suç olmadığı için, her koşulda suç olarak düşünüp, 280’e göre bildirmekle yükümlü. Ama 15 yaşın üzerdekilerle ilgili olarak böyle bir bildirme yükümlülüğü yok, diyebiliriz.

TD: Az önceki soruyu da, yani hekimin ihbar yükümlülüğünü de “**aydınlatılmış onam sorumluluğu içinde değil**” olarak mı değerlendiriyoruz?

MG: Bence değerlendirmemek lazımdır. Yani seninle ilgili olarak edineceğim bilgiler içerisinde suç teşkil eden bir şey var ise, bu aydınlatma yükümlülüğü içerisinde değil. Başka bir şeyin içinde olabilir. Aydınlatma yükümlülüğü psikiyatristler için geçerli olabilir mesela. Şunun için olabilir. Dermatoloğa ben cildimi gösteriyorum, geçiyorum. Ötekine ben ruhumu açıyorum, evimi açıyorum, gecemi açıyorum, gündüzümü, bütün giz alanlarımı açıyorum.

ZÖ: Ben biraz daha farklı düşünüyorum. Eğer bu yasaların düzenlenmesinden yola çıkacak olursak; 280 diyor ki, “**herhangi bir suç emaresi görmüşsen bunu bildirmekle yükümlüsün**”. Suç da değil emare, bir belirti. Bunu nasıl nitelendirecek peki hekim? Olağan, normal, genel hayat tecrübelerine göre ortalama bir insan nasıl nitelendireceksin öyle. Bir polis, hakim ya da avukat gibi değil. Aydınlatma yükümlülüğü içinde hekimin uygulayacağı herhangi bir şeyin, bir şey açısından doğurabileceği zararları bildirmek de olduğuna göre, bence bu madde kapsamında hekimlere bir görev daha düşüyor. “**Eğer söyleyeceğiniz şeyler içerisinde herhangi bir suç emaresi olabilecek bilgi var ise ben de bunları bildirmek zorundayım. Çünkü yasa bana böyle bir yükümlülük verdi ve siz de bundan zarar görebilirsiniz**”i bence söylemesi lazım.

AK: Kolluk kuvvetlerinin zanlıyı yakaladığında haklarını okumasına benzedi bu.

ZÖ: Evet, çünkü hekim orada kolluk kuvveti haline getiriliyor. Ve bunu hastanın bilmesi gerekiyor.

MG: Hekimin hastaya ilişkin aydınlatma yükümlülüğü hekimin mesleğinin uygulanmasıyla ilgili bir şey.

ZÖ: Nasıl bir polis bir kişinin ifadesini almaya başladığında, söyleyeceği her şeyin aleyhine delil olarak kullanılabileceğini söylüyorsa, avukat çağırma hakkı olduğunu belirtiyorsa, o andan itibaren başlayan süreç kriminal bir süreç aynı zamanda, yani hakları zedeleyebilecekse, özgürlüğü sınırlandırılabilirse, bir zarar görebilecekse bunu bildiriyor. Eski 530’a göre olsa ben sizinle kesinlikle aynı fikirdeyim aydınlatılmış onam konusunda. Ama şimdi, hekimin hiç de işi olmadığı halde, hasta ona anlatmaya başladığında konuşmasını kendiyile ya da başkalarıyla ilgili “**suç e-**

maresi” alırsa bildirmek durumunda değil mi? O zaman da hastanın bu bildirimini yapılabileceğini bilmesi gerekiyor. Ama hasta şunu da biliyor. Hekimin Hipokrat yemini adı altında sır saklama yükümlülüğü var, önce zarar vermeme yükümlülüğü var. Hasta bunları da biliyor.

AK: Bildirim yükümlülüğü ile ilgili olarak, bu hekimin aydınlatacağı bir mesele değil. Bunun resmi gazetede yayımlanmasıyla tüm vatandaşlar tarafından biliniyor olduğu kabul ediliyor artık.

ZÖ: Peki o zaman hasta hakları yönetmeliğindeki pek çok yüküm TCK ile işleme hale geldi diyebilir miyiz?

MG: Tabii, işleme hale geldiğini söyleyebiliriz. Hasta hakları yönetmeliğinin sır saklamaya ilişkin, hastaların verdiği bilgilerin sır teşkil ettiğine ilişkin maddesi, konusu suç olan sırlar bakımından işleme durumdadır.

TD: Başka bir şey sorabilir miyim? TCK’de yine hekimin sır saklama yükümlülüğüne dair madde duruyor mu hala? Bunlar çelişince ne olacak?

ZÖ: Eski TCK’de bu güven mesleği dediğimiz meslek mensuplarının sırları saklamalarına ilişkin bir yükümlülük vardı. TTB de ilk verdiği görüş ve önerilerde bu maddenin korunması gerektiğini söyledi. Ama yeni düzenlemede ticari ve sanayi sırların, işletmelerle ilgili sırların ifşa edilmesinin suç olduğu düzenlenmiş durumda, fakat bu konu yer almıyor. Çelişme diye bir şey olmayacak artık. O gelişmeyi kanun koyucu tümünden ortadan kaldırmış!

Madde 135: Kişisel verilerin

kaydedilmesi

MG: Farklı haller çıkacak karşımıza. Şimdi sigorta şirketlerine benimle ilgili bilgilerin verilmesi meselesi. Kişisel verileri hukuka uygun olarak verme meselesi. Provizyon alıyor değil mi? Ne oldu, Mustafa Güler’in gözüne iğne battı. Karşındaki öğrendi onu. Ben sigorta şirketine böyle bir bilgiyi verdim ya da vermedim. Ben bu bilgiyi sigorta şirketine vermediysem hastane burada ne yapacak? Mustafa Güler’in gözüne iğne battı bilgisini verdi işte hukuka aykırı olarak. Yargıtay bunu iyi yorumlayabilir tabii.

ZÖ: Bence burada hekimlerin yapacağı şey, daha işin başında, hasta oraya girdiği andan itibaren eğer özel sağlık sigortasından yararlanacak istiyorsa, sağlıklı ilgili verilerin, bilgilerinin sigorta şirketiyle paylaşılmasını istediğini yazılı olarak belirtmesi lazım.

MG: Eğer bilinçsiz geldiyseniz ne yapacaksınız? Elli tane soru çıkacak böyle.

ZÖ: Ben hekimlerin durduğu yerden bakıyorum. Hastayla sigortacı arasındaki ilişki 2 tarafı bir ilişki. Üçüncü kişileri etkileyebilir ama doğrudan üçüncü kişileri bağlayıcı bir ilişki olarak değerlendirecek peki hekim? Olağan, normal, genel hayat tecrübelerine göre ortalama bir insan nasıl nitelendireceksin öyle. Bir polis, hakim ya da avukat gibi değil. Aydınlatma yükümlülüğü içinde hekimin uygulayacağı herhangi bir şeyin, bir şey açısından doğurabileceği zararları bildirmek de olduğuna göre, bence bu madde kapsamında hekimlere bir görev daha düşüyor. “**Eğer söyleyeceğiniz şeyler içerisinde herhangi bir suç emaresi olabilecek bilgi var ise ben de bunları bildirmek zorundayım. Çünkü yasa bana böyle bir yükümlülük verdi ve siz de bundan zarar görebilirsiniz**”i bence söylemesi lazım.

AK: Kolluk kuvvetlerinin zanlıyı yakaladığında haklarını okumasına benzedi bu.

ZÖ: Evet, çünkü hekim orada kolluk kuvveti haline getiriliyor. Ve bunu hastanın bilmesi gerekiyor.

MG: Hekimin hastaya ilişkin aydınlatma yükümlülüğü hekimin mesleğinin uygulanmasıyla ilgili bir şey.

ZÖ: Nasıl bir polis bir kişinin ifadesini almaya başladığında, söyleyeceği her şeyin aleyhine delil olarak kullanılabileceğini söylüyorsa, avukat çağırma hakkı olduğunu belirtiyorsa, o andan itibaren başlayan süreç kriminal bir süreç aynı zamanda, yani hakları zedeleyebilecekse, özgürlüğü sınırlandırılabilirse, bir zarar görebilecekse bunu bildiriyor. Eski 530’a göre olsa ben sizinle kesinlikle aynı fikirdeyim aydınlatılmış onam konusunda. Ama şimdi, hekimin hiç de işi olmadığı halde, hasta ona anlatmaya başladığında konuşmasını kendiyile ya da başkalarıyla ilgili “**suç e-**

MG: Zimni onayın çerçevesi ile ilgili olarak yarın öbür gün problem çıkabilir.

TD: Sadece sigorta şirketleri değil, mesela özel sağlık kuruluşlarını düşünelim. Şöyle bir senaryo düşünelim: Bilimsel araştırma şirketleri var artık Türkiye’de. İlaç şirketleri için örneğin tutuyorlar. Onun için de gidiyor mesela, 3 tane hastayla anlaşıyor. O da 2 yıl içerisinde örneğin o datayı oluşturup, o ona satıyor, o öbürüne satıyor... Şimdi

sağlık hakkının önünde”

bu 135'in ikinci fıkrasına baktığım zaman; böyle bir şey olursa suç işlenmiş olacağı yönünde bir yorumda bulunuyorum. Doğru mudur bu? Eğer sizin söylediğiniz ayrıntılı onamı vermediyseniz, böyle bir suç ortaya çıkar mı?

MG: Toplanan veriler buradaki çerçevedeyse çıkar tabii ki.

TD: Buradaki çerçeve. Çünkü sağlık durumuna ilişkin veri. Öyleyse, yürütülecek olan, hatta belki de şu anda yürütülmekte olan bilimsel araştırmalara dair de buradan ciddi bir sıkıntı çıkabilecek gibi görünüyor.

MG: Ama araştırmalarda kişinin ismine ilişkin bir veri yok ki. Burada kişisel bilgiyi korumadaki maksat nedir? Mustafa Güler'in siyasi, dini, ırkı, cinsi vs bilgilerinin kendisinin rızası olmaksızın toplumca bilinmesinde bir fayda yoktur.

TD: Veri deyince, sadece yazılı veri anlaşılmasın. Mesela plesentadan küçük bir parça üzerinde genetik bir araştırma. Normalde çöpe atılan bir parça bu. Bundan üretilecek bilgi de veridir. Sadece benim yaşıım, cinsiyetim değil.



Adem Keskin:

“Ben kanı ne için veriyorum, benden alınan kanın ne için alındığını ve onun ne yapıldığını bilmem lazım. Arkadaş, biz senin kanının şu kadarını tahlil edeceğiz ama şu kadarını da genel amaçlı olarak saklayacağız diye bilgilendirmeleri lazım. Kişinin rızası dışında alınmasına dayanıyor, yani bu kural ihlal ediliyor. Yoksa kişisel veri meselesi bu değil. Kişisel veri olarak kabul edilebilmesi için, bir aidiyet kurulması lazım.”

AK: Kişiye mahsus olursa veridir. Ama kişiye mahsus olmazsa veri değildir.

TD: Bir hastane, kendisine başvuran hastaların kanlarından 10 yıl boyunca 1 ml depoluyor. Bu kendilerine söyleniyor mu? Her zaman söylenmiyor. Burada sıkıntı doğarmış gibi geliyor.

MG: İsimle mi depolanıyor, isimsiz mi?

TD: İsimsiz ama sonuçta genetik materyal bu.

ZÖ: Bence sıkıntı doğar. Normal bilimsel araştırmalarda, bu araştırmalara katılan kişilerin rızasının alınması gerekiyor. Rıza olmadan, kendisinden alınan bir takım materyallerin saklanması ve kullanılması meselesi Biyoetik Sözleşmesi'nde düzenleniyor. Bu sözleşmenin 13. maddesine göre, kişinin rızası alınmadan saklanması hukuka aykırı.

AK: Burada esas problem şu: Ben kanı ne için veriyorum, benden alınan kanın ne için alındığını ve onun ne yapıldığını bilmem lazım. Arkadaş, biz senin kanının şu kadarını tahlil edeceğiz ama şu kadarını da biz genel amaçlı olarak saklayacağız diye bilgilendirmeleri lazım. Kişinin rızası dışında alınmasına dayanıyor, yani bu kural ihlal ediliyor. Yoksa kişisel veri meselesi bu değil. Kişisel veri olarak kabul edilebilmesi için, kişiyle bir aidiyet kurulması lazım. Aidiyet kurulmadan yapılrsa bir problem yok ama rıza alınmaması kuralını ihlal ediyor. Aldığınız kan örneğinden bir miktarını bile saklıyorsanız, bunun da bilgilendirilmesi lazım.

MG: Kan demeyelim, gelin şuna idrar diyelim. Kan sonuçta müdahaleyle alınıyor ya, idrar diyelim. 3 ml idrar ge-

liyor, 2 ml ile çalışıyorlar, 1 ml'yi saklıyorlar. Üstüne adımı, sanımı, hiçbir şeyi yazmıyorlar. Sadece 37, erkek, Türkiye'li sadece bunu yazıyorlar. Çünkü araştırma için onun Mustafa Güler olduğunu bilmek önemli değil. Önemli olan öbür verilere girmek. O nedenle idrarlar orada toplanıyor, birileri geliyor üzerinde çalışıyor, 37 yaşındaki Türkiye'li erkeklerin idrarları üzerinde çalıştık diyor. Şimdi bunu ceza kanununun neresinden cezalandıracağsınız?

ZÖ: Biyoetik Sözleşmesi ve UNESCO'nun çalışmalarında bu konuda bir düzenleme var. Kişinin onayı mutlaka alınmak zorunda.

AK: Rıza dışında aldığın idrarın bir miktarını da başka amaçla sakladın. Onu saklarken, kişiyle bağıı kopardığın, kime aittir, nedir, kod yok, bir işaret yoksa suç değildir.

ZÖ: Ben sizi alıyorum ama ben şuradan hareket ediyorum. Anayasanın 17. maddesine göre kişilerin bedensel bütünlüğü üzerinde devredilemez, dokunulamaz hakları mevcuttur. Buna bir biçimde müdahale edilebilmesi için hukukun izin verilmiş olması gerekiyor. Bunun sınırlandırılabilmesi için hukukun izin verilmiş olması gerekiyor. Buna izin verilmemişse, başta hukuka aykırı. İdrar da olsa, kan da olsa; vücut bütünlüğüm içinde bunlar da var. Paranoya yapmak istemiyorum ama bugün kişilerin en ufak bir dokusundan, salgısından onunla ilgili çok özel bilgilere ulaşmak mümkün.

MG: O söylediğinde hiçbir kuşku yok.

Madde 21/2: Olası kast

TD: Diğer önemli başlığımızda gelim mi? Hekimleri en fazla endişelendiren, olası kast, bilinçli taksir konusu...

AK: Yeni TCK çıktı, hukuki sorumluluğu da getirdi, düne kadar hiç yoktu hukuki sorumluluğu hekimin sanki...

TD: Evet, böyle bir hava var. Bu ne kadar gerçekçi?

AK: Olası kast bir kere hekimlikte söz konusu değil. Asla gerçekleşecek bir şey değil. Hekimlik uygulamasında bilinçli taksir de pek söz konusu değil. Belki çok ender durumlarda söz konusu olabilir. Bir hastaya tıbben yapılması gereken her şeyi yapıyorsunuz, kanunun öngördüğü dikkat ve özeni gösteriyorsunuz, ama bir komplikasyon gerçekleşiyor. Sizin ne hukuki, ne cezai sorumluluğunuz vardır. Yeni ceza kanunu bu noktada eskisinden hiçbir farklılık getiriyor. İkincisi, bilinçli taksiri niye getiridi kanun koyucu? Dedik ya, duygusal toplum olmanın sonucu diye. **“Vatan-daş çekiyor kafayı, basıyor 180'e, trafikte 20 kişiyi öldürüyor. Taksirle adam öldürmeden dolayı 3 gün sonra çıkıyor. Aman bu nasıl hukuk?”** diyor vatandaş. Bilinçli taksir bunun için getirildi. Sen zir sarhoş araba kullanırsan, bilirsin ki kaza yapabilirsin ve insanları öldürebilirsin. Sonucu istemiyorsun ama öngörüyorsun. İstemediğin halde öngöre göre yaptıysan burada bilinçli taksir vardır diyor ve ceza veriyor. Hekimlikte bunun uygulanması ne olabilir? Atıyorum, hekim zir sarhoş ameliyata giridi. Sarhoşken ameliyat yapamayacağını, hastaya zarar verebileceğini bilir bir hekim. O zaman, sen sarhoşken ameliyata girdiysen ve hastaya zarar verdin sen bu bilinçli taksire girer.

ZÖ: Tam burada bir soru sorabilir miyim? İlapçi hekimlerimiz var, özellikle küçük şehirlerimizde ve cerrahi branşlarda çok sık rastlanan bir şey. Haftanın 7 günü icapçı, acil müdahale anlarında çağırılıyor. Ben Trakya'da rastlamıştım. Göğüs cerrahisi alanında tek uzmandı. E 5 karayolundan dolayı da sürekli bir trafik kazası hali söz konusu. Şimdi bu adam yılın neredeyse her günü icapçı konumunda olduğu için -ekstremler örnekler veriyorum ama olmayan şeyler değil, yaşanmış şeyler bunlar- hastanın hayatı tehlikesi de var ama alkolü de. Hastaya hemen müdahale gerekiyor. Ne yapacağız?

AK: 7 gün 24 saat icapçı görevi olan bir hekim alkol almayacak!

TD: Orada sıkıntı 7 gün 24 saat çalışıyor olması.

AK: Evet, sıkıntı orada dediğiniz gibi. Ama 7 gün 24 saat devamlı hizmete hazır hale bulunması gereken bir hekim mesleğini icra edemez hale gelinece kadar içmeyecek.

ZÖ: Bu hekim 10 yıldır oradaydı.

MG: 70 kişiyi ya da 130 kişiyi sabahdan akşama kadar muayene etmekle

yükümlü kılınmış, poliklinikte çalışan bir hekim. Biliyor, görüyor ki ben böyle muayene edersem, iyi doktorluk yapamam diye...

AK: Biliyoruz ki, hal ve maslahat çok önemlidir hukukta. Orada artık 70 kişiyi muayene etmek zorundaysa, bu 70 kişiyi nasıl hizmet edebilirse bir hekim, ondan bekleyebileceğimiz odur.

MG: Bu savunmayı hiçbir yerde kabul etmiyorlar biliyor musunuz?

ZÖ: Adem Bey, bu performans dayalı döner sermaye ile ücret ödenmesine başlanmasından sonra, günde 80 tane psikiyatri hastasına bakan psikiyatristimiz var. Psikiyatri alanında 80 tane polikliniğin bu alanın tip kurallarına uygun yapılamayacağını biliyoruz.

AK: Bir de en çok endişe edilen; Sağmacılar hekimle dolacak, yeni TCK'de cezalar ertelenmiyor, paraya çevrilemez falan deniyor. Bunlar da yanlış.

TD: Şöyle bir soru sormak istiyorum ben. Hekimlerin 1 Haziran'dan itibaren uygulamada daha çekimler olmaları için neden var mı?

MG: Şimdi bir fevran çıktı ortaya. İyi ki çıktı! Niye? Çünkü kişiler hem yaptıkları işle ilgili olarak neler yaptıklarını, nasıl yaptıklarını gözden geçirme ihtiyacı hissetiler ve dönüp bunları düzeltmeye ilişkin olarak neler yapılabileceği yönünde bir tartışmanın içine girmeye başladılar. Şimdi günde poliklinikte 80 tane hasta bakmak zorunda kalan kişi, önce başhekimliğine, arkasından bakanlığa bildirme gibi farkındalıklara girmeye başladı. Bu noktası bence olumludur. Kişilerin yaptıkları işleri gözden geçirme, nasıl daha iyi yapılabileceği yönünde bir çabanın içine girilmiş olması olumlu bir yaklaşım olarak gündeme gelebilir.

AK: Bana göre, hekimlik uygulamalarında çekingen davranmayı gerektirecek bir şey olamaz yeni TCK'de. Cezanın üst sınırı artırıldı sadece; 2 yıldan 6 yıla kadar. Belki bu 1 yıllık üst sınır artışından dolayı çok riskli vakalara müdahale etmekten belki kaçınılabılır, tabiri caizse ne şeytanı gör, ne ihlasi oku hikayesi var ya, belki riskli vakalarla biraz çekingenlik olabilir, dediğim gibi üst sınırdaki bu artış ve ayrıca çok gündemde tutulması yüzünden.

ZÖ: Basit yaralama suçlarında 1 yıllık artış biliyorsunuz. Nitelikli haller olduğunda bu oranlar biliyorsunuz daha da artıyor.

AK: Nitelikli hallerde artıyor ama nitelikli hallerin olacağına biz zaten ihtimal vermiyoruz.

ZÖ: Nitelikli haller nedir; uzuv kaybı, kemik kırılması vb. Kemik kırılmasıyla ilgili bir hesap yaptık; 24 yıla kadar çıkarabilmiştik cezayı. Yarı artırmalara girdiğinizde bu madde daha yukarı çıkabiliyor nitelikli hallerde. Hekimlerimizi endişelendiren yanlar; sağlık sisteminin organizasyonundaki alt yapı yetersizliği, personel yetersizliği. Birçok cerrah, ameliyathanelerdeki personel yetersizliğine bağlı olarak ameliyatlarda sıkıntı çektiklerini söylüyorlar. Şimdi bunlar varken... Ya da şimdi isim vermek istemiyorum ama 2 katlı apartman dairesinde ya da minicik barakalarda eğitim veren tıp fakültelerimiz varken, yani eğitimin, sistemin standardizasyonu yokken ve çalışma koşulları hata yapmaya çok elverişliyken, hatanın olasılığı çok yükseliyor. TCK'de cezaların şahsiliği esas olduğunda, bu durumda şu anki sistem yargılamaya pratiğimizdeki, bu işin tek hedefi hekim olarak çıkıyor karşımıza. Bütün bunlar ne yazık ki tartışılmıyor. Oysa bütün bunlar o hatanın, suçun oluşumuna etki eden unsurlar. Biz sistemi tartışmadan hekim hatalarını tartışır duruma geliyoruz. Peki hekimlerin hata yapıp yapmadığını neye göre öleceğiz? Ama ben biliyorum; A üniversitesi, Yüksek Sağlık Şurası, adli tıp farklı söylüyor. Aynı konuda iki farklı yargı kararı bulabiliyoruz. Bütün bunlar tabii insanı tedirgin ediyor, hem cezalar yüksek, hem de kusurun olup olmadığı ölçekek mekanizmalar sorunu. Üstelik de bu kararı verecek yargıçlar açısından baktığında, bu alana uzaklar, o zaman bir kaos doğmaz mı?

MG: O zaman şöyle bir şey çıkar ortaya. Herkes oturacak ne yaptığına bir bakacak. Kötülük ne olacak? Herkes defansif tıbbu geçecek. Başım ağrıyor diye gelene MR çekirecek vs.

TD: Defansif tıp uygulaması için gerçekçi bir neden var mı?

MG: Bu metin Adem Bey'in söyle-

diği gibi iyimser yorumlınırsa sorun olmayabilir. Umarım yargıçlar da sizi dinlemiştir.

Madde 83: İhmalî davranışla kasten adam öldürme

ZÖ: 83. maddeye geleceğim. Bu ceza kanununda cezaların artırılmış olmasının ötesinde farklı bir şey var mı, var. Yaralama suçunun unsurları içinde sayılamayacak ama görevi ihmal suçlarının arasında sayılabilecek davranışların cezası ikiye katlanmış durumda. 83. maddenin gerekçesinde, sağlık alanından örneklerin epeyce verildiğini görüyoruz. Birinci örneği okuyorum: **“İhmal, kişiye belli bir icrai davranışta bulunma yükümlülüğü yüklendiği hallerde bu yükümlülüğe uygun davranılmamasıdır”**. Belli bir icrai davranışta bulunma yükümlülüğüne aykırı olarak bu davranışın gerçekleştirilmemesi sonucunda bir insan ölmüş olabilir. Örneğin bir sağlık kuruluşunda görev yapan tabip durumu acil olan hastaya müdahale etmez ve sonuçta hasta ölür.

TD: İhmal sadece bu olamaz. Sadece buysa hiçbir doktor ihmalde bulunamaz...

ZÖ: İhmalî davranışla ölüme sebebiyet vermek, yani icrai bir davranışta bulunmayarak. İcrai davranışta bulunma konusunda bir yükümlülüğünüz olacak, bunu yerine getirmedığınız için, ihmal ettiğiniz için ihmal yoluyla kasten adam öldürmekten sorumlu tutuluyorsunuz. Bir acil vaka geldi, müdahale etmediniz, öldü. Tamam çok basit bir örnek, çok anlaşılır bir şey. Aynı anda 5 tane acil vaka geldi, 2 hekimsiniz. İki tanesini öncelikli aldınız, üçüne daha sonra müdahale ettiniz. Üçünün hasta yakını olarak kendinizi düşündüğünüzde, hastanız diyelim ki o anda öldüğünde, ortada bir ihmal var mı? Mesela özel bir transplanstasyon yapıyor, kullanılan değişik ilaçlar var, tercihte bulunabiliyorsunuz. Diyelim ki yanlış bir tercihte bulundunuz. Öbür ilacı verdiniz. İhmale girer mi girmez mi?



Ziyne Özçelik:

“Avukatlık ve hekimlik güven meslekleri ve sır saklama yükümlülükleri de özel olarak düzenlenmiş meslekler. “Bana suç oluşturabilecek bir şeyi söylediğinde ben bunu derhal bildireceğim” dediğiniz zaman sağlık hakkını da, savunma hakkını da dinamitlersiniz ve bu meslekler yapılamaz hale gelir.”

MG: Buraya girmez, belki malpraktise girer.

AK: Malpraktise bile girmez. İki tane seçenek varsa, hekim birinden birini tercih edecek. Bunu tercih ederken, diğer kişinin bir takım bünyevi özelliklerinden dolayı veya başka nedenlerden dolayı...

ZÖ: Yanlış yorum yaptığ diyelim...

AK: O ancak taksir olur, dikkat ve özen eksikliği olur. İhmalî davranış yok orada.

TD: Burada çok sınırlı bir şey mi var yani? Ancak bana başvuran adama bakmazsam mı? Yoksa herhangi bir şekilde bakmaya niyetlendim, yanlış da yaparsam, özensiz de davransam ihmale girmiyorum mu?

ZÖ: Sizin kadar içim rahat olamıyor. Gerekçenin devamında, **“medeni kanuna göre çocuklarını koruma ve gözetleme yükümlülüğü olan aile bu kuru-**

ma ve gözetleme yükümlülüğünü ihmal ederse” diyor. Diyelim ki çocuk sokağa fırladı, öldü. Burada ihmal yoluyla kasten adam öldürme olabilir mi? Hekimler açısından baktığımda şöyle bir akıl yürütüyorum ben. Hekim, hastasına o alanda, o hastalığa, subjektif koşullarına uygun olacak biçimde, tıp biliminin olanaklarını, standartlarını vs.'yi dikkate alarak gerekli uygun tedaviyi uygulamakla yükümlü. Yargıtay kararları diyor ki, **“en ufak bir şüpheli bile ortadan kaldırmak durumundasın sen, hafif bir dikkat eksikliğinden dahi sorumlusun”**. İhmal ne demek? Bu kavramla beraber düşündüğümde, eğer hekim bunları yapmadıysa, bunda hataya düştüyse, eksik davrandıysa, bunun sonucunda da ölüm gerçekleşmişse, ihmal kavramı içinde değerlendirilir mi, değerlendirilmez mi?

AK: O zaman hepsini buraya sokarsınız, o zaman taksire, bilinçli taksire gerek olmaz.

ZÖ: Şimdi, **“ihmalî davranışla öldürme suçu kasten işlenebileceği gibi taksirle de işlenebilir”**. Bakın burası ilginç. Belli bir yönde icrai davranışta bulunma yükümlülüğü altında bulunan kişi... Biraz önce açıkladım hekimin durumunu... Bu yükümlülüğünün gereği olan icrai davranışta bulunmaması sonucunda **“gereği olan”**, bakın öyle diyor: bir insanın ölebileceğini öngörmüş ise olası kastla işlenmiş olan öldürme suçunun oluştuğunu kabul etmek gerekir. Buna karşılık belli bir yönde icrai davranışta bulunma yükümlülüğü altında olan kişi, bu yükümlülüğe aykırı davranışının bilincinde olduğu halde bunun sonucunda bir insanın ölebileceğini objektif özen yükümlülüğüne aykırı olarak öngörmemiş ise taksirle işlenmiş öldürme suçundan dolayı sorumlu tutulmak gerekir.

TD: Evet, bu çok yoruma açık ve çok riskli bir şey gibi...

AK: Bu aslında duruma açıklık kazandırıyor bana göre, öyle tehlikeli bir sonuç değil. Belki biraz daha duruma açıklık kazandıran, rahatlatan bir ifade aslında o gerekçedeki ifadeler.

MG: Nereden baktığınıza bağlı. İyimser bakarsanız, az önce verdiğimiz örnekte şu ilacı almış olmasıyla artık ihmalden kurtulmuş olacak değil mi? Ama kötümser bakarsanız, onu değil, kardeşim şunu alacaktın sen. Yüklümlendiğin davranışı ihmal etmiş vaziyettesin.

AK: Orada çok ağır bir şart getirmiş. **“İcrai davranışa eşdeğer bir ihmal olması lazım”** diyor. Bu çok önemli bir kriter. İcrai davranışa eşit olması lazım. Bu işin odak noktası. Esas temel prensibi o. Onu gözden kaçırdığımız an her sonuca ulaşırız.

ZÖ: İcrai davranışa eşitliği noktasında bunun gerekçe bölümüne bakmak zorundayız. Neyi kastediyou, icrai davranışa eşitlik konusunda?

MG: **“Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanuni düzenlemelerden veya sözleşmelerden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması.”**

ZÖ: Evet, şimdi hekimlerin kişilerin tedavileriyle ilgili gerek kanuni düzenlemeler, gerekse sözleşmeden -vekalet sözleşmesinden- kaynaklı yükümlülükleri var mı, var. Yine icrai davranışa eşit dediğimiz, hekimlerin bu yükümlülüğü nedir, en uygun tedavi yöntemini tespit edip uygulamak. En basit özen eksikliğinden bile sorumlusun, en ufak bir tereddüti bile ortadan kaldırmak durumundasın diyor Yargıtay kusuru tespit ederken hekimlere yönelik. Peki durumun gereği olan tedavi, dikkatsizlik, özensizlik nedeniyle bir biçimde, bir ihmalî davranıştan söz edilebilir mi? Elbette edilebilir.

MG: O zaman taksirle öldürmeyi ortadan kaldırıyorusun.

ZÖ: Evet, biz de o zaman 83. maddeye karşı çıkarken bu kesinlikle, taksirle işlenebilecek suçları da içine alır hekimlik alanında ve ihmal yoluyla kasten öldürme olarak değerlendirilebilir, gerçek insanları hiç de durumlarına uygun olmayan cezalarla yüzyüze gelebilir diyoruz.

AK: Şimdi bu aslında taksirle, dikkat ve özen eksikliği nedeniyle hastaya zarar vermenin nitelikli bir hali.

MG: Olması gereken o aslında, maddenin yazılış tarzı çok kötü. Oradaki sıkıntı ne biliyor musunuz? Maksatlarını yazdıkları gerekçe, zaten maddeden daha kötü.

AK: Orada çok haklısın. Genel man-

tık içerisinde, kanunun bütünlüğü içerisinde, hayat tecrübelerimiz, şimdiye kadarki uygulama tecrübeleri ile baktığımızda biz de bu yoruma ulaşıyoruz. Ben aslında bu noktada çok da kötümser değilim. Çok değil, aslında kötümser değilim. Neticede robot değiliz, insan olarak bizim de duygularımız, reflekslerimiz var. Yarııı savcının, hakimın biri gider hastaneye, orada hekime kızar, istediği muameleyi görmez, elime düşersen canına okurum der, düştüğünde bu şekilde uğraştırır mı uğraştırır. Bu ihtimal dahilindedir. Buna olamaz demek mümkün değil.

MG: Siz spesifik olarak söylüyorsunuz da, bunun genelleşmesine yönelik olarak kanun imkan tanıyor. Yargıtay'ın bunu keseceği kanaatindeyim ben. Düzenlemeyi Yargıtay iyi yorumlayıp, iyi götürebilir. Ama bu bir temenni tabii sadece.

AK: Ben böyle düşünmüyorum. Normal aklışelim ile düşünen, iyi niyetle yorumlayan, uygulayan, iyi niyetle yargılama yapan bir hakim için böyle bir ihtimal bana göre söz konusu değil. Kanun ne kadar kötü yazılmış olursa olsun, bu sonuca hiçbir hakim ulaşamaz. Ama risk var mıdır, vardır.

ZÖ: Ben şu açıdan bakıyorum. Şimdi TCK, kişilerin en temel hak ve özgürlüklerini gerektiginde sınırlandırabilen bir kanun. Hak ve özgürlüklerini sınırlandırdığı hatta ortadan kaldırdığı için, bunun uygulayıcılar açısından bir uçtan bir uca savrulabileceği durumlara izin vermemesi gerekiyor. Yani daha somut, herkes tarafından daha ortak anlaşılabilir bir dille kaleme alınması gerekiyor. Biz bir öneride bulunmuştuk, demiştik ki madem kastınız odur, o zaman gerekçesinde de açın bunu, deyin ki; sağlık personeli açısından bu ihmali davranışın kasten işlenmesi halinde, kasten ihmali davranışın gerçekleştirilmesi halinde bu madde kapsamında değerlendirilebilir, deyin. Ama böyle bir yorum olmayınca, sağlık personelinin basit dikkat ve özen eksikliğiyle gerçekleştirdiği ölüme sebebiyet halleri bile bunun içine girebilir durumda, yorumladığınızda.

AK: Gerçekten ceza hukukunun bu mahiyeti nedeniyledir ki, ceza kanununda genişletici yorumlar olmaz, yorum yapılamaz, kanunsuz suç olmaz, kanunsuz ceza olmaz, mutlaka suçun unsurlarının net olarak belirlenmesi lazım, vs. vs. Ceza kanunumuzda ceza normlarının uygulaması yapılırken de bu temel prensiplerin hiçbir zaman gözden kaçırılmaması lazımdır esas olarak. Dediğim gibi hukuğun temel kurallarını, ceza hukukuna hakim olan temel ilkeleri, kanun bütünlüğünü düşündüğün zaman aslında yanlış bir yöne sapmak normal şartlarda pek olası değil. Ama, hakim dediğim gibi objektif karar vermezse, duygularıyla hareket ederse, refleksleriyle hareket ederse, bu risk her zaman vardır, belki bu kapıyı biraz açık bırakmıştı.

ZÖ: Peki, böyle bir sorununuz var, önlem olarak; bunun değiştirilmesi gibi bir çaba yürütülebilir önümüzdeki dönemde, ikinci olarak bu süreçte sağlık personeline, hekimlere ne önerebiliriz meselesi var. Benim aklıma şöyle bir şey geliyor. AHM'ye de yansınan, İspanya ve Almanya'da sağlık personelinin çalışma sürelerine ilişkin kararlar var. Diyor ki, bir hekim kesintisiz 11 saatte daha fazla çalıştırılmaz, nöbet de dahil olmak, icapçı nöbetler de dahil olmak üzere. İkincisi de hekimler haftada fazla çalışma da dahil olmak üzere 48 saatten fazla çalıştırılmaz. Şimdi, bizim ülkemize baktığımızda, bir kere herhalde bu ceza kanunu uygulamasında uzun çalışma saatlerine, uzun nöbetlere sahip hekimlerimiz açısından hata yapma olasılığını çok artıran bir unsur. Bu tür sorunlarla yüz yüze geldiklerinde hekimlerimizde şunu önerebiliriz. Sağlık Bakanlığı'na çalışma saatlerinin hata yapmalarını önleyecek, dikkatlerinin azalmasını ortadan kaldıracak bir çalışma saati düzenlemesi isteyebilirler değil mi?

AK: Hakikaten şu anda iki tane kanun tefkifi var konuyla ilgili. Hekimlerle ilgili bu bilinçli taksir, olası kast konusunun kaldırılmasını talep eden iki kanun tefkifi var. Şu sahnada bunlar kabul görmeyecektir, uygulamayı görmeden. Ama uygulamada hakikaten sıkıntı olursa, düşünülecektir. Bu sahnadan sonra bizim yapmamız gereken, hataya neden olan koşulları ortadan kaldıracak, çalışma şartlarını iyileştirecek şeyler üzerinde durmaktır, bunun müdaelesini vermektr.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi Doç. Dr. Kayıhan Pala, GSS'yi anlattı:

GSS ‘tıbbi yoksulluk’ yaratacak!

Tıp Dünyası - ANKARA - Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi **Doç. Dr. Kayıhan Pala**, Sosyal Güvenlik Reformu Tasarıları'ndan biri olan Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) kamuoyuna çok yansıtılmayan yanlarını ayrıntılarıyla değerlendirdi. Pala, GSS'nin bütün yurttaşları kapsayacakmış gibi görünse de, GSS kapsamında olmayan sağlık hizmeti almaya yetmeyeceğini açıkladı. Pala, böylece Türkiye'nin **“ailenin, bireylerinin yaşadığı sağlık sorunu nedeniyle yoksullaşması”** olarak tanımlanan **“tıbbi yoksulluk”** kavramıyla tanışacağını söyledi.

Pala'nın **Tıp Dünyası**'nın sorularına verdiği yanıtlar şöyle:

- GSS sisteminin sağlık boyutunun nasıl işleyeceğini ana hatlarıyla anlatabilir misiniz?

Halen TBMM'de görüşülen Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanun Tasarısı'na göre, sistem şöyle işleyecek: Genel sağlık sigortalısı sayılanlardan (Madde 84) son bir yıl içinde 90 gün prim ödeme gün sayısı olan ve prim borcu olmayanlar (Madde 92), Kurum tarafından sözleşme imzalanmış sağlık sunucularından sevk sırasına uymak koşuluyla sağlık hizmeti alabilecekler. Alınacak sağlık hizmetleri kişiye yönelik koruyucu hizmetlerden ve ayakta ya da yatarak tedavi hizmetlerinden temel teminat paketi içerisinde yer alan hizmetler olacak.

- GSS'nin finansman boyutundan söz eder misiniz? Katılım payları, ödentiler vs. düşünüldüğünde, bunun vatandaşla yüklenen yeni bir ek vergi olduğunu söylemek mümkün mü?

Vatandaş GSS ile bir sürpriz bekliyor. Tedavi edici sağlık hizmetleri için her başvuruda muayene için şimdilik 2 YTL, ilaç ve tetkikler içinse yüzde 3 ile yüzde 20 arasında değişen tutarlarda katılım payı ödemek koşuluyla sağlık hizmeti alabilecekler (Madde 93). Üstelik katılım payının tutarı her başvuruda asgari ücret miktarına kadar çıkabilecek. Bir başka deyişle, yurttaşlar için prim borcu olmamak yetmeyecek; aynı zamanda aldığı sağlık hizmeti için ek olarak bir para ödeme zorunluluğu da getiriliyor. Kuşkusuz GSS finansman boyutuyla yeni bir fon oluşturma girişimidir.

- GSS, hükümetin iddia ettiği gibi, bu ülkede yaşayan herkesi sağlık sigortası kapsamına alabilecek bir uygulama yoksa burada yanıltıcı ifadeler var mı? Yani, bu iddianın aksine, sigorta kapsamı dışında kalabilecek kişiler olabilir mi?

GSS kapsamına kuramsal olarak ülkede yaşayan ve vatandaşlık numarası olan herkes alınır gibi görünüyör. Ancak burada temel sorun prim ödeme sırasında çıkacak. Çünkü vatandaşın GSS kapsamında olması sağlık hizmeti almak için yeterli değil. Sağlık hizmeti alabilmenin önkoşulu prim borcunun olmaması. Hükümet halen Yeşil Kart kapsamında olan kişilerin prim borçlarını genel bütçeden

ödemeyi; geri kalan yurttaşlardan da prim toplamayı hedefliyor. Kanımca, ulaşılamaz olan hedef budur. Prim toplamakla ilgili, başta yoksulluk olmak üzere ciddi sorunların olduğu biliniyor.

- Gelir düzeyi düşük kişiler açısından GSS'nin ne gibi etkileri olabilir?

Gelir düzeyi düşük kişilerle ilgili üç temel sorun, GSS ile birlikte sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlayacaktır. Birincisi prim ödemek zorunda kalacaklar. İkincisi tedavi edici hizmet için her başvuruda katılım payı ödemek zorunda kalacaklar ki, yapılan araştırmalar kullanıcı ödentilerinin yoksulların sağlık hizmetine erişimlerini kısıtladığını açıkça ortaya koymaktadır. Ve üçüncü olarak, vatandaşlar ancak temel teminat paketi içinde belirtilen sağlık hizmetlerinden yararlanabileceklerdir. Örneğin 16 yaş ve üzerinde ağız ve diş sağlığı muayenesi temel teminat paketi içinde yer almadığı için, 15 yaşından büyükler bu hizmetten yararlanamayacaklardır. Diş protezi yaptırmak için ise (eğer yaşarlarsa) 60 yaşına kadar beklemeleri gerekecektir (Madde 87). Yardımcı üreme teknikleri de temel teminat paketi kapsamı dışında bırakılmıştır (Madde 88). GSS yoksul ve dar gelirli yurttaşın sağlığını olumsuz etkileyecektir.

- Bu sistem, kamu sağlık hizmetlerinin sunumuna nasıl yansıyacaktır?

GSS kamunun sağlık hizmetlerinden çekilmesini amaçlayan bir bütünün parçasıdır. Kanun tasarısını incelediğinizde, bu eylemi açıkça görmek olanaklı. Kurum ancak sözleşme imzaladığı sağlık sunucularından hizmet alacak. Tasarıda ne Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlardan, ne de kamu sağlık hizmetlerinden söz ediliyor.

- Temel teminat paketi'nin kapsamadığı hizmetler açısından durum ne olabilir? Bu, pakette yer almayan herhangi bir hizmeti almak üzere sağlık kuruluşuna giden hastalar açısından ne gibi sıkıntılar yaratabilir?

Hastanın üç seçeneği var: Paket dışında bir hizmete gereksinim duyduğunda, bu hizmeti ya ek prim ödeyerek özel sağlık sigortaları aracılığıyla, ya da ceplerinden ödeyerek alabileceklerdir. Üçüncü seçenek ise, yoksulluk nedeniyle hizmet alınmaması olacaktır. Sağlık hizmeti almak için paraya gereksinim duyulması, ailelere evlerini, arabalarını, tarlalarını sattırabilir. Bunun sonucunda literatürde **“tıbbi yoksulluk”** olarak belirtilen toplumsal sorun oluşabilir. Ailenin bireylerinin yaşadığı sağlık sorunu nedeniyle yoksullaşması! Türkiye'de bazı aileleri böyle bir durumun beklediğini söylemek zorundayız...

- GSS ile özel sektöre ve özel sağlık sigortalarına açılan alanın genişleyeceğinden söz etmek mümkün müdür? Bunun sağlık hizmetlerinin maliyeti üzerindeki etkisi ne olabilir?

GSS'nin sağlık hizmetini özel sektörden (satın) alması hedeflenmektedir. Bu haliyle GSS özel sağlık sektörünün büyümesi sonucunu doğuracaktır. Ben özel sağlık sektörünün büyümesinden daha çok, asıl sorunun sağlık alanının özel sektöre terk edilmesi olduğunu düşünüyorum. Tüm dünyada sağlık hizmeti sunucularının üç temel hedefi vardır: Eşitlik, verimlilik ve kalite. Genel olarak **“eşitlik”** sağlık hizmetine herkesin ve gereksinim duyduğu ölçüde erişmesini, **“verimlilik”** kaynakların etkin kullanılmasını ve **“kalite”** hizmetten yararlanılanların hoşnutluğunu tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Özel sektör kar maksimizasyonu odaklı hizmet sunduğu için, eşitlik ilkesi ile ilgilenmez. Bu durum yoksul ve dar gelirli yurttaş olumsuz etkileyecektir. Anımsayınız, son Davos Uluslararası Forumu'nda ağırlıklı olarak sağlık konuşulmuştu ve Fransa Sağlık Bakanı **“Sağlık alanının hiçbir zaman özel sektöre terk edilemeyeceğini”** üzerine basa basa vurgulamıştı. Bu önemli olgu ülkemizde ne yazık ki politikacılar tarafından görmezden gelinmektedir.

GSS ile özel sağlık sigortacılığı da genişleyecektir. Çünkü pek çok kişi temel teminat paketinin gereksinimlerini karşılayamadığını görecektir. Dünyadaki uygulamalar, başlangıçta halkın tepkisini çekmemek için temel teminat paketlerinin geniş tutulduğunu ancak zaman geçtikçe kapsamın daraltıldığını göstermektedir. İlk genel seçimden sonra temel teminat paketinin kapsamının daraltılması kimseyi şaşırtmamalıdır. Kanun tasarısına konulan geçici bir madde ile Bakanlar Kurulu'na katkı paylarının 3 yıl süreyle ertelenmesi yetkisinin verilmesi, hükümetin halkın tepkisini çekmemek için kimi önlemler aldığını açıkça göstermektedir (Geçici madde 36). Burada yurttaşlar tarafından sorulması gereken temel soru şudur: IMF neden GSS yasasının çıkartılmasını Türkiye'ye borç vermek için şart koştumaktadır?

GSS ile sağlık hizmetlerinin kamuya maliyeti de artacaktır. Bunun iki önemli nedeninden birincisi, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması nedeniyle maliyete **“kar”** kaleminin eklenmesi ve ikincisi GSS nedeniyle yönetsel maliyetlerin artması olacaktır.

- Uygulama, sağlık çalışanlarının sözleşmeli çalışmasına ve sağlık işletmesi modeline nasıl yansıyacaktır?

Kamunun sağlık hizmetlerinden çekilmesi girişimi, sağlık çalışanlarının iş güvencesini ortadan kaldıracaktır. Bütünü incerseniz, sağlıkta dönüşüm paketi ve kamu idari yasası ile birinci basamakta sağlık ocakları kapatılıp aile hekimliği sistemine geçilmek istenmekte, ikinci basamakta da kamu hastaneleri il özel idarelerine devredilmektedir. Devir sonrası her hastanenin kendi yağıyla kavrulması hedeflenmektedir. Bu bağlamda, hastanelerde sözleşmeli çalışmaya başlanılacak , gelirleri giderlerini karşılayamayan hastane kapanacaktır. Bunun en tipik örneklerini merkez kapitalist ülkelerde bile görmek olanaklıdır. Verimli olmadığı ge-

rekçesiyle kamu taşra hastanelerinin kapanması, o bölgede yaşayan kişilerin yataklı tedavi hizmetine erişmesini engellemektedir. Bir hastanenin **“verimli”** hale getirilebilmesi için ise, ilk önce sağlık çalışanlarının özlük hakları kısıllacaktır. Daha az ücret, daha uzun çalışma saatleri ve daha fazla riskli ortamda çalışma. Sağlık çalışanlarını bekleyen geleceği böyle özetlemek olanaklı. Özellikle merkez ve doğu Avrupa ülkelerindeki sağlıkta dönüşüm modelleri sağlık çalışanlarının başına gelenleri açıkça göstermektedir.

- Hekimlik uygulamaları açısından modelin etkisi ne olabilir? Hekim-hasta ilişkisi açısından ne gibi sorunlar yaratabilir?

GSS'nin hekimlik uygulamalarını orta ve uzun dönemde nasıl etkileyebileceğini Almanya'dan bir örnekle açıklamaya çalışayım. Biliyorsunuz Almanya bizde GSS olarak adlandırılan sosyal sağlık sigortasını tüm dünyada ilk uygulayan ülkedir ve sistem bugün halen uygulanmaktadır. Ancak yılda 300 milyar Euro'nun üzerinde sağlık harcaması olan Almanya'da sosyal sağlık sigortası tıkanmıştır ve her geçen yıl bazı kısıtlamalara gidilerek sigorta sistemi ayakta tutulmaya çalışılmaktadır. Almanya'da sosyal sigorta sistemi hekimlerin hastalarına ayırabilecekleri süreyi sınırlıyor ve giderek süreyi azaltıyor. Örneğin muayenehanesinde hasta bakan bir hekime kurum bir hasta muayenesi için 12 dakika zaman veriyor ve hekimin daha fazla zaman ayırması halinde her hangi bir ek ücret vermeyeceğini bildiriyor. 12 dakika, a-namnez, tanı ve tedavi için. Kuşkusuz bu durum hekim ile hasta arasında iyi bir iletişim yaşanmasını kısıtlayıcı bir etmendir ve sonuç olarak hastanın hekiminden hoşnut kalmamasına yol açabilir.

- Bu modelin, Dünya Bankası ve IMF önerileri doğrultusunda uygulandığı başka ülkelerdeki sonuçlarından örnekler verebilir misiniz?

GSS aslında emekçiler açısından tüm dünyada sorun yaşıyor. Özellikle gelir dağılımının bozuk ve kişi başına düşen gelir düşük olduğu çevre kapitalist ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişim kısıtlanıyor, temel teminat paketlerinin kapsamı daraltılıyor.

Sermaye açısından ise, bu modelle birlikte aynı anda iki iş birden gerçekleştiriliyor. Bir yandan devletin sağlık hizmetleri için bütçeden daha az pay ayırması sağlanarak sermayenin vergi yükü hafifletiliyor ve uluslar arası sermayeye olan borçların ödenmesi güvence altına alınarak yeni sömürü biçimleri sürdürülüyor; diğer yandan dünyanın silah sektöründen sonra en karlı sektörü olarak adlandırılan sağlık sektörü piyasaya tamamen açılıyor, hem ulusal hem de ulusötesi sermayenin çıkarları doğrultusunda. Sağlık **“hak”** olmaktan çıkartılıp, parası olanın ancak parası yettiği kadar satın alabildiği bir gereksinime dönüştürülüyor. Olan budur.

resiz çocuklarını eve götürüp ölmelelerini bekleyecek hale düşüyor” diye konuştu.

Son 20 yılda izlenen neo-liberal politikalar yüzünden yoksulluğun arttığını belirten Şükrü Hatun, **“UNICEF ilk defa bu sene hazırladığı rapora ‘Çocukluk Tehdit Altında’ başlığını koydu. Bu evrensel bir sorun”** dedi.

Medya sokak çocuklarını damgalıyor

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu'ndan **Prof. Sevil Atauz** da, **“sokak çocukları”** üzerine konuştu ve medya tarafından yaygınlaştırılan tanımın çocukları damgaladığını belirtti. Güneydoğu'da yaşanan savaş ve göçün son 20 yılda sokakta çalışan ve yaşayan çocuk sayısını artıran başlıca etkenler olduğunu söyleyen Atauz, devletin bu durumla başa çıkacak sosyal mekanizmaları kuramadığını kaydetti.

Sempozyum, **“Çocuk Yoksulluğuyla Baş Etme Programları”, “Özürlü Çocukların Sorunları”, “Çocuk Yoksulluğu ve Riskleri”, “Çocuk İşçiliği”** gibi başlıklar altında yapılan grup çalışmalarıyla sona erdi.

dışarıdan Göz ...

*Oğuz Haksever**

“Kalpsiz cennet”

Öyküyü televizyon için, televizyon haberi formatında hazırlamıştım.

Doktor **Tse Yuen Man**'in hikayesini, bu dergi için bir makale, öykü veya bir anı yazmam istendiğinde daha bu talebin görüşmesini yaparken anımsamıştım.

“Bunu dergi okuyucuları için nasıl aktarırım?” diye düşünmüştüm.

Hazırladığım hikayenin metnini arşivden çıkartmış; bu yazıyı yazmaya başlarken önüme koymuş, düşünmeye başlamış, sonra da 15 Mayıs 2003 günü duyularımdan süzülüp kağıda oradan o akşam **“Ve İnsan”** programında ekrana yansıyan öykünün aslına sadık kalmaya karar vermişim.

Şöyle başlamıştım :

“Hong Kong'taki Tuen Mun Hastanesi'ne bugünlerde sadece hastalar, hasta yakınları ya da herhangi bir şekilde işi olanlar gitmiyor. Saygı ziyareti, Tuen Mun Hastanesi'ndeki insan açısının önemli bir parçası.”

Sonra da güzel bir görüntüden etkilenip,

“Hastanede beyaz çiçek-



lerle bezenmiş bir köşe var. Orada da siyah-beyaz bir fotoğraf... Fotoğrafta da gülümseyen genç bir kadın... Doktor Tse Yuen Man...” diye devam etmişim.

Ardından zihnimin baş köşesinde doktorun hastanenin baş köşesindeki gülümseyen fotoğrafı dururken; görsel hafızamın geri kalanındaysa hastanenin içindeki görüntüler akıp giderken, insanın yüreğini burkan olayı ezile ezile basitleştirmeye çalışmış, birkaç kelimeyle sayfalar yazan şairleri kıskanıp, özetteleyivermişim.

“Doktor Yuen Man, SARS'la mücadele eden yüzlerce hekimenin biriydi. Mart ayında hastalarının birinden SARS virüsü kaptı.

Önceki gün hayatını kaybetti.

Olayın duyulmasından sonra, başta meslektaşları Hong Konglular hastanede düzenlenen köşeyi ziyaret ediyorlar; getirdikleri çiçeklerle, oluşan beyaz bahçeyi biraz daha büyütüyor; mesajlara duyularını aktarıyorlar.

Bir not daha... Bir not daha...”

Doktorun ölümünün ardından hastaneye koşan televizyon ekipleri orada rapor-tajlar yapıyor. Bu görüntüleri de haberime aktarmıştım...

Biri, *“SARS'la mücadele etmek için gönüllü olan ilk doktorlardan biriydi. Çok cesur bir karar vermişti. Sonucun böyle olması beni üzdü”* demişti..

Diğeri, *“İnsanlara karşı çok sıca-cak, çok hoş biriydi. O'nunla birlikte olmak insana mutluluk verirdi”*

diye konuşmuştu...

Sonra hikayemi sürdür-müştüm...

“Bir not daha...”

Doktor Yuen Man, 35 yaşındaydı. Hüzünlü bir öyküydü onunki... Eşi de geçen yıl kan kanserinden ölmüştü.

Bir not daha...

Merak ettik. Acaba bu sağlık görevlisinin SARS kaptığı hastaya ne olmuştu?”

Hikayenin görüntülerini seyrederken video cihazının başından kakmış, Tuen Mun Hastanesi'ni telefonla aramıştım. Orada gecenin bir vakti olmasına rağmen halkla ilişkilerde birini bulabilmiş, sözkonusu hastanın öldüğünü öğrenmişim.

Sonra da sözü o yaşlı adam getirmiştim...

“Öykünün eksiğini böylece tamamladık ve türlü düşüncelerle yeniden görüntülerin başına döndük.

Ve bu yaşlı adamı gördük.

Sum Cheung, doktor Yuen Man'a saygı için hastaneye gelen Hong Konglulardan biriydi. Ama sıradan bir Hong Konglu olduğu söyle-nemezdi. SARS nedeniyle Tuen Mun Hastanesi'ne yatmış ve daha yeni taburcu olmuştu. Ailesi O'na “Senni tedavi eden doktor öldü” demişti.”

Yaşlı adamın doktorunun ölümünden duyduğu üzüntüyü gösteren görüntüler içimde gerilen telleri koparmıştı. Ağlayan adam, bir şeyler söy-

lemişti. Allahtan haberi geçen ekip, İngilizce tercümesini aktarmıştı. Doktor Tse Yuen Man'ın tedavi ettiği **Sum Cheung**, ağlayarak;

“Herşeyi mesaja yazdım!” diye isyan etmişti.

Adam, herkes gibi kalp şeklindeki post-it kağıda bir şeyler yazıp, Tse Yuen Man



için hazırlanan köşedeki platforma yapıştırmıştı.

Allah'tan bu mesajın görüntüsü de çekilmiş ve yazılanlar İngilizce'ye çevrilmiştir.

Sonuçta da o televizyon öyküsü şöyle bitmişti:

“Ve bir not daha...”

Sum Cheung'un vücut dilindeki isyan, yazdığı mesajla kısacık bir not olarak dü-şülmüştü...

(Kalpsiz Cennet!) ...”

Öyküyü televizyon haberi için, televizyon haber formatında yukarıda gördüğünüz gibi italik harflerle yazmıştım...

Anlaşılan kendiminkiler gibi o akşam pek çok hekimin içinde gerilen telleri koparmıştım.

Zira o akşam, hatta öyküyü yılbaşında tekrar yayımladığımızda hekim dostlarından bir sürü hüzünlü teşekkür telefonları ya da mesajları almıştım.

** Gazeteci, televizyon programcısı*

Tıp Dünyası - KOCAELİ - Belediye, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşların 2-3 Haziran tarihlerinde düzenlediği **“Yoksulluk ve Çocuklar Üzerindeki Etkileri”** sempozyumunda konuşan akademisyen ve uzmanlar hükümetten **“yoksulluğu önleyici sosyal politikalar uygulamaya”** sözünü tutmasını ve sosyal hizmet uzmanı sayısının artırılmasını istediler.

2 Haziran 2005 günü Kocaeli Anakent Belediye Meclis Salonu'nda gerçekleştirilen sempozyumun ilk oturumunda konuşan Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu (SPF) kurucularından **Prof. Ayşe Buğra** yoksulluğun sadece bir gelir sorunu olmadığını, mücadelenin “vatandaşlık hakları” temelinde yürütülmesi gerektiğini kaydetti. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'nun (SHÇEK) **“dağılan aile yapısı ve bunun çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri”**nden yola çıkarak aile yapısını güçlendirecek önlemleri çözüm önerisi olarak sunmasına değinen Buğra, **“çocuklarına ailelerine gönderip ellerine de para tutuşturmanın** sorunu çözmeyeceğine dikkat çekti. Buğra, **“Kurum bakımının pahalı olduğu ö-**

“Çocuklara verilen sözler tutulsun”

Kocaeli'de düzenlenen "Yoksulluk ve Çocuklara Etkileri" sempozyumunda, hükümetten çocuklara verdiği "yoksulluğu önleyici sosyal politikalar uygulama" sözünü tutması istendi.

nermesi yanlış. Soruna para meselesi olarak bakamayız. Yoksulluğun tanım sosyal dışlanmadır. Bireysel hayırseverlikle insanların karnı doyar ama bu eşitsiz bir ilişki ve sosyal dışlanmayı ortadan kaldırmaz. Hepimize düşen sorumluluk tekil çözümler aramak yerine devleti göreve çağırma” diye konuştu.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi **Prof. Dr. Şükrü Hatun**, genel yoksulluğun çocukların yoksulluğundan ayırlamayacağını belirtirken, **“Yoksulluk bedene kazınan, bedende cisimleşen bir şey. Yoksullar daha sık ve daha ağır hasta oluyor; daha az yaşıyor; yoksulların çocukları daha**

fazla ölüyor; daha fazla sigara, daha fazla içki kullanıyorlar” diye konuştu.

“Yoksulluk pasif ötenaziye itiyor”

Hastanede karşılaştığı hastalardan örnekler veren Hatun, **“çocukları hastaneye getiren sebebin anne-babalarının yoksulluğu olduğunu”** ifade etti. Tek sebebi yoksulluk olan beslenme yetersizliğinin bir çocuğun tüm hayatını etkilediğine dikkat çeken Hatun, gelişiminin büyük bölümünü tamamladığı ilk üç yılda yeterli beslenemeyen bir çocuğun hayatının kalanını bunun getirdiği dezavantajla sürdürdüğünü belirtti. Hatun **“Yoksulluk insanların pasif ötenaziye itiyor. Tedaviyi karşılayamayan insanlar ça-**

Kamuoyuna açık çağrıdır:

“Bir yanda yola döşenen mayınlar, insan kaçırmalar, çöp kovalarında ve minibüslerde patlayan bombalar, orman yangınları, yargısız infazlar, 12 yaşında öldürülen çocuklar...

Diğer yanda var olan sorunları diyalog yolu ile çözmeyi amaçlayan bizler!

Bir yanda korkunun egemenliğini başat hale getirmeye çalışan şiddet tutsakları...

Diğer yanda korkuya teslim olmayan, gündelik yaşamını değiştirmeyen, şiddete meydan okuyan bizler!

Bir yanda şiddetin yöneldiği kesimlere ya da şiddetin üreticilerine göre tavır alan şiddet sempatizanları...

Diğer yanda kimden gelirse gelsin, kime yönelirse yönelsin, kendince hangi “yüce” amacı taşıdığını iddia ederse etsin şiddet eylemlerinin tümünü reddeden biz barış sevdalıları!

Biliniz ki bizler yenilmedik, pes etmedik, korkup saklanmadık. İşte buradayız ve bildiriyoruz:

- Her türlü şiddet eylemini reddediyoruz.
- Şiddet eylemini gerçekleştiren kim olursa olsun, eylem kime yönelirse yönelsin, amacı ne olursa olsun şiddetin insanlık dışı olduğunu bildiriyoruz.
- Hiçbir şiddet eylemini önüne “milli”, “devrimci”, “dini”, “devlet” gibi sıfatlar koyup aklamıyoruz, aksine tümünü lanetliyoruz.

- Şiddetin kör karanlığına düşmüş kişilerdir çağrımız:
- Hiçbir ideoloji insan hayatından daha değerli değildir.
- Hiçbir sorun şiddetin gölgesinde çözülemez.
- Hiçbir gerekece yarattığınız şiddeti haklaştıramaz, onu meşrulaştıramaz.
- Şiddet eylemlerine türüne, cinsine, yönüne, üretildiği birime göre tavır alanlardır çağrımız:
- Tüm şiddet eylemleri birbirisinin ayna görüntüsüdür.
- Her bir şiddet bir başkasını üreterek kendisinin devamını garanti altına alır.
- Şiddetin “taraf”ı yoktur, “mağdur”u vardır.

Şiddete koşulsuz, şartsız “HAYIR” diyenlerdir çağrımız:

- Gün yaşanan şiddet çılgınlığına cesaretle karşı çıkabilme günüdür. Gün ülkemizin demokrasisini yetkinleştirme günüdür. Gün “güvenlik” adına korkuya teslim olmama, bireysel ve toplumsal özgürlüklerimizde sahip çıkma günüdür.
- Gün her türlü acının bu ülkede bir daha var olmamak adına yok edilme günüdür.

- Gün geçmişte ve bugün yaptığımız hataları düşünme, yaşanan acıları paylaşma “öteki”ni dinleme ve onun kanayan yaralarına derman olma günüdür. Kamu adına, yani bizim adımıza siyaset yapanlara, devlet bürokrasisinedir çağrımız:
- Hiçbir zaman, hangi gerekçe ile olursa olsun, doğrudan ya da dolaylı biçimde hiçbir şiddet eyleminin tarafı, sorumlusu, yardımcısı, göz yumamı olamazsınız.
- Şiddetin tek panzehiri olan özgürlükleri genişletmek, sosyal devleti yetkinleştirmek ve kardeşlik tohumlarının kök salacağı zeminleri hazırlamaktır göreviniz. Herkesi üzerine düşen sorumluluğu yerine getirmeye davet ediyoruz.”

Adana, Adıyaman, Mersin, Gaziantep-Kilis Tabip Odaları

Türk-İş, Hak-İş, DİSK, KESK, TMMOB, KİGEM ve TTB’den sempozyum: ‘Türkiye’de Özelleştirme Gerçeği’

Tıp Dünyası - ANKARA - Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ), Hak İşçi Sendikaları Konfederasyonu (HAK-İŞ), Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu (DİSK), Kamu Emekçileri Sendikaları Konfederasyonu (KESK), Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği (TMMOB), Kamu İşletmeciliğini Geliştirme Merkezi Vakfı (KİGEM) ve Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) ortaklaşa düzenlediği **“Yirminci Yılında Türkiye’de Özelleştirme Gerçeği”** sempozyumu 26-27 Mayıs 2005 tarihlerinde Ankara’da gerçekleştirildi.

Sempozyumda, **“özelleştirme”**nin dünya ve Türkiye ölçeğinde gelişim sürecine ilişkin bazı tespitler aktarıldı ve özelleştirmeye karşı mücadele için yapılması gerekenler belirlendi.

171 kuruluşta kamu payı kalmadı

Özelleştirme, küresel kapitalizmin ürettiği krizini aşmak amacıyla, özellikle 1980’li yıllardan sonra mal, hizmet ve sermayenin küresel ölçekte sınırsız dolaşımını sağlamak için **“liberal reformlar”** adı altında dünya ölçeğinde dayattığı, ekonomik, toplumsal, siyasal ve ideolojik boyutları olan küresel politika araçlarından biri olan gelişti. Özelleştirme programları Türkiye’de 1984 yılında kamuya ait yarım kalmış tesislerin tamamlanması veya yerine yeni bir tesis kurulması amacıyla özel sektöre devir uygulamaları ile başladı. 1986 yılından itibaren hız kazanan

“IMF ve Dünya Bankası eksenli yıkım politikalarının geriletilmesine yönelik çabalar yoğunlaştırılacak, özelleştirme politikaları ile ülkemize ve yurttaşlarımıza yaşatılan yıkım birlikte geri püskürtülecektir.”

program çerçevesinde, günümüze kadar 183 kuruluşta halka arz, varlık satışı, devir işlemi ve blok satış yöntemleri ile yapılan özelleştirmeler sonucunda 171 kuruluşta hiç kamu payı kalmadı. Kısmen özelleştirme gerçekleştirilen diğer 12 kuruluşta ise halen kamu payı bulunuyor.

Dışa bağımlılık arttı

Bu süreçte, doğal tekeller alanında kamu işletmeleri parçalanarak, kamuya ait çimento sanayi, süt sanayi, et sanayi, yem sanayi, dokuma sanayi, orman ürünleri sanayi, gemi sanayi, gübre sanayi, enerji santralleri, kimya ve petrokimya tesisleri, maden işletmeleri, demir çelik işletmeleri, kağıt fabrikaları, telekomünikasyon hizmetleri, ulaşım hizmetleri ve bankacılık sektörü özelleştirilerek, alan yabancı tekelere bırakılmış, ülkemiz daha da fazla dışa bağımlı duruma getirildi.

Eğitim, sağlık, sosyal güvenlik de kapsama alındı

1990’lı yıllardan itibaren, KİT’lerin

dışında, Dünya Ticaret Örgütü kararları ve GATS hükümleriyle bağlantılı olarak eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve altyapı hizmetleri de özelleştirme saldırısına uğramaya başladı. Emek ve demokrasi güçlerinin istemleri doğrultusunda değil, küresel sermayenin egemenliğinin bir aracı olarak gündeme getirilen **“yerelleşme”** politikaları ile, su, toprak, orman, kıyılar ve madenler gibi doğal kaynaklar tüm yurttaşların yararlanacağı varlıklar olmaktan çıkarılmakta, alınıp satılabilir **“mal”** konumuna dönüştürüldü.

Sonuç: Artan işsizlik, derinleşen eşitsizlik

Özelleştirme programları sonucunda işsizlik arttı, eşitsizlik derinleşti, sosyal ve ekonomik doku zarar gördü, göçler başladı, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik ve altyapı gibi temel yurttaşlık hakları piyasalaştı ve yurttaşlar kamu hizmetlerinden yoksun kalmaya başladılar. Kamu yönetiminin tüm sektörlerde kınıldığı veya tarım sektöründe olduğu gibi dağıtıldığı, kamu adına ka-

“Afet yönetiminde işbirliği protokolü” imzalandı

Kızılay’ın çağrısıyla afet yönetiminde işbirliği protokolü imzalayan TTB, Türk Psikologlar Derneği, İstanbul ODTÜ Mezunları Derneği, bundan böyle “afet yönetim sürecinde”, “strateji ve politikaların belirlenmesinde”, “araştırma, planlama eğitim, proje, tatbikat ve değerlendirme faaliyetlerinde” işbirliği halinde olacak.

toplumun afetlerle mücadele kapasitesinin geliştirilmesini desteklemek, işbirliğini güçlendirmek ve taraflar arasındaki dayanışmayı geliştirmek” amacıyla imzalanan protokole

göre, **“afet yönetim sürecinde”, “strateji ve politikaların belirlenmesinde”, “araştırma, planlama eğitim, proje, tatbikat ve değerlendirme faaliyetlerinde”** işbirliği halinde oluna-

cak. Protokolde, şu konular karar altına alındı:

- Uluslararası Kızılay-Kızılhaç Derneklerinin temel ilkeleri, bağlı olunan Seville Anlaşması ve Cenevre Sözleşmeleri ile sivil toplum kuruluşlarının afet müdahale sırasındaki çalışma yöntemlerini düzenleyen davranış kurallarına uygun hareket edilecek.
- Ortak yürütülen faaliyetlerde, taraflardan biri diğer tarafın bilgisi dışında hareket etmeyecek.
- Olağanüstü hallerde göreve çağrılan gönüllüler, çalıştığı kurum ve kuruluşlar nezdinde ücretli izinli sayılacaklar.
- Kızılay ile işbirliği yürütecek olan tarafla uzmanlık alanlarına göre alt teknik protokoller imzalanabilecektir.

“Sağlık hakkını aramak suç değil!”

İstanbul 7. Asliye Ceza Mahkemesi, “G(ö)REVDEYİZ” etkinliklerinin, “Anayasa ve uluslararası sözleşmelerin kabul ettiği bir hak ve hak arama özgürlüğü kapsamı içinde olduğunu”, “mesleki ve sosyal haklarla ilgili olarak yapıldığını” ve “suç unsuru oluşturmadığını” bildirdi.

Tıp Dünyası – ANKARA - Türk Tabipleri Birliği’nin çağrısıyla 5 Kasım 2003 günü gerçekleştirilen **“GöREV”** etkinliğine katıldıkları için, haklarında TCK’nin **“iş bırakma”**yı düzenleyen 236. maddesine dayanarak toplam 255 yıl hapis istemiyle dava açılan 85 kişi, **“eylemin mesleki ve sosyal haklar ile ilgili olarak örgütsel uyarı niteliğinde yapıldığı ve suç unsuru oluşturmadığı”** gerekçesiyle beraat etti.

İstanbul Tabip Odası başta olmak üzere, toplumun çok büyük kesimini temsil eden 11 sendika ve meslek örgütünün (DİSK, KESK, Türk-İş İstanbul, Hak-İş İstanbul, Devrimci Sağlık İş, İstanbul Eczacı Odası, İstanbul Veteriner Hekimler Odası, İstanbul Eczacı Odası, HAYAD, SES) yöneticilerinin aralarında bulunduğu 85 kişinin, toplam 255 yıl hapis istemiyle yargılandıkları davanın 5. duruşması 20 Nisan 2005 Çarşamba günü İstanbul 7. Asliye Ceza Mahkemesi’nde gerçekleştirildi.

Savcının **“eylemin Anayasa ve ulus-**



lararası sözleşmelerin kabul ettiği bir hak ve hak arama özgürlüğü kapsamı içinde olduğu”, “mesleki ve sosyal haklarla ilgili olarak yapıldığı” ve “suç unsuru oluşturmadığı” yönündeki mütalaa-sının ardından, mahkeme tüm sanıkların beraatine karar verdi.

Türk Tabipleri Birliği’nden yapılan açıklamada, kararın, başta hekimler ve sağlık çalışanları olmak üzere, bu talepleri dile getiren tüm toplum kesimlerinin haklılığını kamuoyu nezdinde bir kez daha ortaya koyduğu belirtildi. Açıklamada, bu süreçte sağlık alanında yaşanan son gelişmelere; uzman ve başasistan atamalarına, aile hekimliği adı altında pratisyen hekimlerin iş güvencesiz ve geleceksiz bırakılmasına, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile toplumun sağlık hakkından yoksun bırakılarak **“paran kadar sağlık”** anlayışının yerleştirilmesine, sözleşmeli çalışmaya, kadrolaşmaya ve hastanelerin belediyelere devrine karşı mücadelenin daha da anlam kazandığı vurgulandı.

Kitap...Kitap...Kitap...



Tıp Dünyası - ANKARA - 1 Haziran’da yürürlüğe girecek olan Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) hekimleri ilgilendiren düzenlemelerle ilgili TTB görüşleri kitaplaştırıldı. **“Türk Ceza Yasası, Hekimler ve Sağlık Ortamına İlişkin Maddeleri Yorum, Öneri ve Eleştiriler”** adıyla yayınlanan kitabı, Avukat **Ziynet Özçelik** ve Adli Tıp Uzmanları Der-

TCK'deki değişikliklere ilişkin TTB görüşleri kitaplaştırıldı

neği Başkanı **Dr. Ümit Biçer** yayına hazırladı. Kitapta, 26 Eylül 2004 tarihinde TBMM’de kabul edilen ve yürürlüğe girmesi 1 Nisan 2005’ten 1 Haziran 2005’e ertelenen düzenlemeyle ilgili olarak, TTB’nin bugüne kadar çeşitli platformlarda dile getirmesinin yanı sıra hükümete de ilettiği görüşleri ayrıntılarıyla yer aldı.