

# saha

YURTTAŞLIK DERNEĞİ • DÖRT AYLIK SÜRELİ YAYIN

## PANDEMİ: SAĞLIK KRİZİ VE YURTTAŞLIK

Pandeminin aynasında devlet ve yurttaşlık - Evren Balta

Güneşi patentlemek: İnsani güven(siz)liğimiz ve sağlığımız - Hakan Ataman

Pandemi, toplumsal eşitsizlikler ve sağlık hakkı - Tuğba Zeynep Şen

Daha adil bir hayat mümkün: Halk sağlığı penceresinden salgın - Yeşim Yasin

COVID-19 sınavında Milli Eğitim, Sağlık, İçişleri Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı -  
Cafer Solgun

İstanbul Planlama Ajansı: Salgın, planlama ve veri odaklı belediyecilik - Oktay Kargül

Salgın politikalarının istisna hali: Çalışan yurttaşlar - Aslı Odman

Pandemi günlerinde dayanışma: Derin yokluktan derin eşitsizliğe - Hacer Foggo

Göçmenlere yönelik sağlık politikaları ve 'geçicilik' - Deniz Mardin

Toplumunu aşağıdan yukarıya yeniden kurmak için sosyal hizmetleri yeniden düşünmek -  
Uğur Tekin ve Neşe Şahin Taşgın

Salgının Medikopolitiği üzerine - Özen B. Demir





Bu dergi Yurttaşlık Derneği (eski adıyla Helsinki Yurttaşlar Derneği) tarafından hazırlanmaktadır.

**İmtiyaz Sahibi:** Ayşe Esra Koç (Yurttaşlık Derneği adına)

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü ve Editör:** Fırat Genç

**Tasarım:** Nur Ayman

**Kapak Fotoğrafı:** Burcu Yürüyen

**Katkıda Bulunanlar:** Bu sayıda kullanılan fotoğrafların büyük çoğunluğu "Korona Günlerinde Fotoğraf" başlıklı kolektif çalışma kapsamında üretilmiştir. Başta çalışmanın yürütücülerinden Özcan Yaman'a, katılımcılar Bircan Akman, Hülya Avdan, Yahya Koçaoğlu, Kamile Kurt, Aysegül Yılmaz ve Burcu Yürüyen'e dergimize verdikleri destekten dolayı teşekkürü borç biliriz.

**Yayın Danışma Kurulu:** Gürhan Ertür, Barış Alp Özden, Beyhan Sunal, Melek Taylan, Fikret Toksöz, Emine Uçak

**Basıldığı Yer:** İstanbul **Tarih:** Aralık 2020 **Matbaa:** Mart Matbaa Sistemleri San. ve Tic. A.Ş.  
Mart Plaza Merkez Mah. Osman Paşa Çiftliği Ceylan Sokak No: 24/1 Nurtepe, Kağıthane/İstanbul.

**Yurttaşlık Derneği:** Gümüşsuyu Mah. Ağa Çırağı Sokak No: 7 Daire: 3, Beyoğlu/İstanbul

**Telefon:** +90 212 292 68 42 **Faks:** +90 212 292 48 44

**E-posta:** iletisim@hyd.org.tr **Web:** www.hyd.org.tr

**saha** ücretsizdir. **saha**'da yayımlanan makale ve söyleşilerdeki ifadeler Yurttaşlık Derneği'nin görüşlerini yansıtmayabilir. Abone olmak için Yurttaşlık Derneği ile iletişime geçebilirsiniz.



Bu yayının mali giderleri *Civil Rights Defenders* tarafından desteklenmiştir.  
Dergide yer alan görüşler, destekleyici kurumun görüşlerini yansıtmamaktadır.

# İçindekiler

- 2** **EDİTORYAL** » Fırat Genç
- 3** **SÖYLEŞİ** » Evren Balta  
**Gerçekleştiren:** Fırat Genç  
Pandeminin Aynasında Devlet ve Yurttaşlık
- 10** **MAKALE** » Hakan Ataman  
GÜNEŞİ PATENTLEMEK: İNSANİ  
GÜVEN(SİZ)LİĞİMİZ VE SAĞLIĞIMIZ
- 17** **MAKALE** » Tuğba Zeynep Şen  
PANDEMİ, TOPLUMSAL EŞİTSİZLİKLER VE  
SAĞLIK HAKKI
- 24** **MAKALE** » Yeşim Yasin  
DAHA ADİL BİR HAYAT MÜMKÜN:  
HALK SAĞLIĞI PENCERESİNDEN SALGIN
- 32** **MAKALE** » Cafer Solgun  
COVID-19 SINAVINDA MİLLİ EĞİTİM,  
SAĞLIK, İÇİŞLERİ BAKANLIĞI VE  
DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI
- 43** **SÖYLEŞİ** » Oktay Kargül  
**Gerçekleştiren:** Fırat Genç  
İstanbul Planlama Ajansı: Salgın, planlama  
ve veri odaklı belediyecilik
- 52** **MAKALE** » Aslı Odman  
SALGIN POLİTİKALARININ İSTİSNA HALİ:  
ÇALIŞAN YURTTAŞLAR
- 60** **MAKALE** » Hacer Foggo  
DAYANIŞMA GÜNLERİNDE DAYANIŞMA:  
DERİN YOKLUKTAN DERİN EŞİTSİZLİĞE
- 67** **MAKALE** » Deniz Mardin  
GÖÇMENLERE YÖNELİK SAĞLIK  
POLİTİKALARI VE 'GEÇİCİLİK'
- 74** **SÖYLEŞİ** » Uğur Tekin ve Neşe Şahin Taşğın  
**Gerçekleştiren:** Fırat Genç  
Toplumunu aşağıdan yukarıya yeniden  
kurmak için sosyal hizmetleri yeniden  
düşünmek
- 82** **SÖYLEŞİ** » Özen B. Demir  
**Gerçekleştiren:** Fırat Genç  
*Salgının Medikopolitiği üzerine*

# BU SAYIDA

COVID-19 pandemisinin tetiklediği küresel sağlık krizi, yurttaşlığın anlamını ve devlet-toplum ilişkilerini kökten biçimde etkilemeye aday tarihsel nitelikte bir olay. Halihazırda derin ve çok-boyutlu (ekonomik, siyasal ve ekolojik) bir kriz içerisinde geçmekte olan dünyanın pandemiyin yarattığı sarsıntının ardından ne yöne doğru yol alacağını belki bugünden kestirmek mümkün değil. Ancak hiç kuşku yok ki, yaşadığımız günlerin uzun erimli sonuçları olacak. Keza geride bıraktığımız bir yıl ekonomiden sosyal politikaya, toplumsal cinsiyet ilişkilerinden çevreye, uluslararası politikadan güvenlik teknolojilerine bir dizi alanda çarpıcı, hatta yıkıcı etkiler üretti. Halk sağlığı adına alınan tedbirlerin neden olduğu işsizliğin ve gelir yıkımının boyutu, sayılı ülke haricinde kalan geniş bir coğrafyada kolaylıkla altından kalkılamayacak mertebeye varmış durumda. Bu şoku geçici gelir desteği gibi programlarla şimdilik telafi etmeyi başarmış ülkelerde ise ekonomik toparlanmanın ne vadede ve biçimde olacağı belirsizliğini korumaya devam ediyor. Ekonomik belirsizlikler eşzamanlı olarak son kırk yılda neredeyse tüm dünyada hayata geçirilmiş olan yapısal reformların neden olduğu sorunları da ortaya sermiş durumda. İşsizliğin arttığı, çalışan yoksulluk olgusunun kalıcılaştığı, refah devleti uygulamalarının altın oyulduğu bir konjunktürde ortaya çıkan pandemiyin ilk eldeki sonuçları tam da bu reformlar nedeniyle çok daha ağır tecrübe ediliyor.

Diğer yandan, tüm bunların son on yılların hakim politikalarına yönelik bir sorgulamayı ve tepkiyi doğurması da olası. Pandemi, zaten parıltısını büyük ölçüde yitirmiş olan neoliberal küreselleşmeciliğe yönelik rahatsızlığı derinleştirebilir. Ancak bunun daha fazla özgürlük ve eşitliğin kapısını açıp açmayacağı hâlâ bir soru işareti. Yelpazenin bir ucunda otoriter popülist akımların otarışı vaatleri, diğer ucundaysa evrensel temel gelir hakkı ya da ilerici vergilendirme gibi talepler yer alıyor. Kısacası, gerek pandemi koşullarının ortaya çıkardığı sonuçlar, gerekse pandemiyin neden olduğu akut şokun ardından yaşanabilecek dönüşümler politik mücadelenin konusunu oluşturuyor. Bu mücadelelerin nasıl seyredeceği yurttaşlık mefhumunun da içeriğinin nasıl yeniden tanımlanacağını belirleyecek. Yurttaşlığı yalnızca içerdiği haklar ve ödevlere ilişkin normatif boyutuyla değil aynı zamanda bir pratikler toplamı olarak düşünecek olursak, post-pandemi dönemde yurttaşlığın anlamının bu çetin sorgulamalar ve mücadeleler içerisinde yeniden kurulacağını ifade edebiliriz. Devlet-toplum ilişkilerinin daha güvenlikçi, kısıtlayıcı ve denetimci bir yöne gidip gitmeyeceği, aşağıdan gelişen tepkilerin ne ölçüde etkili olacağına bağlı.

**saha**'nın bu sayısında pandemiyle birlikte beliren küresel manzaranın Türkiye bağlamındaki izdüşümlerine odaklanıyoruz. Son yirmi yılda radikal bir dönüşüm geçirmiş olan Türkiye'nin serüvenini küresel boyuttaki gelişmelerle birlikte ele alıyoruz. Pandemiyin izlerini geniş bir sahada takip etmeye, böylece yaşanan sağlık krizinin halihazırda var olan ekonomik politik bağlamla nasıl etkileştiğini sorgulamaya gayret ediyoruz. Bu anlamda sayının odağında karşı karşıya olduğumuz koşulların özellikle sesi daha zayıf çıkan kesimler açısından ne türden sonuçlar ürettiği sorusu yer alıyor. Muradımız Türkiye'de yurttaşlık pratiklerinin daha eşitlikçi ve özgürlükçü bir biçimde yeniden düşünülmesi çabasına katkıda bulunmak.

## Pandeminin aynasında devlet ve yurttaşlık

COVID-19 pandemisinin ortaya çıkardığı alışılmadık koşul ve pratiklerin siyasal ve toplumsal etkileri neler olacak? Bildiğimiz anlamıyla yurttaşlığın sınırlarının silikleştiği bir tarihsel evrede eşzamanlı olarak tüm dünyayı saran bu akut kriz halini nasıl anlamak gerekir? Özyeğin Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi öğretim üyesi Evren Balta ile *Tedirginlik Çağı: Şiddet, Aidiyet ve Siyaset Üzerine* başlıklı kitabından hareketle bu zorlu soruları konuştuk.

**Kitabınızda bir tedirginlik çağında yaşadığımızı ve bunun da mayasında yaygınlaşmış belirsizlik hali olduğunu iddia ediyorsunuz. Bununla kastınız nedir? Dahası, belirsizlik bugüne özgü olmadığına göre, bugün için yeni ya da farklı olan nedir?**

**Evren Balta:** Belirsizlik aslında insanın deneyimine içkin bir şey, yani sadece bugüne ait bir şey değil. Bundan 500 yıl önceye de gitsek, 1000 yıl önceye de, çok daha büyük belirsizlikler

buluruz. Depremi ne zaman olacağını bilmiyorsun, yerin niye sarsıldığını bilmiyorsun, ne zaman fırtına çıkacağını bilmiyorsun. Bugün bütün bu belirsizlikleri azaltacak çok daha fazla aracımız var elimizde. Ama ben biraz da sorunun en temel yerlerinden birisinin bu olduğunu düşünüyorum. Bütün bu gelişmelerle birlikte bizim belirsizliği kontrol etme arzumuz ve bunun imkanı çok artmış durumda. Hemen hepimiz için bütün bu riskler kontrol edilmesi

Başına ne gelirse gelsin bunun müsebbibi sensin ve hayatı kontrol edebilirsin. Şimdi önündeki 30 yılı düşün, her şeyi planla, bütün riskleri bir kağıda dök, hemen hepsine yönelik bir takım önlemler al, eğer yapamadıysan bunun sorumlusu sensin, başarısızsın!





Fotoğraf: Özcan Yaman

gereken şeyler haline geldi. Yani bunları artık dışsal faktörlere göndermede bulunarak, örneğin kadere ya da tanrıya bağlayarak açıklamıyoruz. Biz aslında her şeyi kontrol etmek istiyoruz. Çok ciddi bir kontrol arzumuz var. Ama öte yandan kendi hayatımızı kontrol edebilme kapasitemiz azalmış durumda, özellikle de kişisel hayatımızda. Bu biraz neoliberalizmle de alakalı bir şey. Kolektif mekanizmaların olduğu, kalıcı bağların olduğu bir dünya yok artık. Dolayısıyla kontrol etme arzumuz ile kontrol etme kapasitemiz arasındaki boşluk belirsizliği çok daha tahammül edilemez bir şey haline getiriyor. Belki de buradaki en önemli şey belirsizliğin tahammül edilemez bir şey haline gelmiş olması bizim için.

En azından İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, tüm dünyada farklı biçimlerle ve mekanizmalarla da olsa, belirsizlik durumuyla baş etmeye çalıştık. Hayatımızda belli başlı bazı sabitler vardı, refah devleti gibi. Ya da aile de mesela bir sabit, sabit olarak görülebilecek bir şey. Bazen refah mekanizmasını aileniz

sağlar size. Hemen aynı anda tüm dünyada bu türden mekanizmaların ya bozulduğunu ya çürüdüğünü ya da ortadan kalktığını gördük. Bir yandan neoliberalizm sağlıktan eğitime bütün refah sağlayıcı kolektif güvenlik sistemlerini aşındırdı. Bugün hayat boyu kalıcı bir kariyerin olamıyor örneğin. Kendini sürekli yeniden icat etmek, kendini yeniden gerçekleştirme, yeni kariyerlere yatırım yapmak zorundasın. Dolayısıyla işle kurduğumuz ilişki değişti. "Bir kariyer sahibi oldum, buradan emekli olacağım, hayatım boyunca orada çalışacağım" diyen bir insan yok artık. Buna bağlı olarak haklar, emeklilik hakkı ya da işsizlik güvenceleri yine hepimiz için farklı düzeylerde de olsa kayboldu. Bir takım işlerin kaybolmasını da ekleyelim buna. İkincisi, riskleri karşılamamıza yönelik kolektif mekanizmalar da ortadan kalkıyor. Neydi bunlar? İşsizlik güvencesi örneğin ya da çocuğumu iyi bir okula gönderebilme hakkı ya da hasta olduğumda parasız iyi bir sağlık hizmeti alabilme hakkı. Üçüncüsü, az önce de belirttiğim gibi, kişisel bağlarımız da

aşındı. Sosyal medyadan kentsel hayatın değişimine bunun da bir sürü nedeni var kuşkusuz. Son olarak, başımıza gelenlerin bizim kontrolümüz dışında olduğuna dair düşünce sistemi de güçsüzleşti. Bunlar aslında insanı rahatlatan türden sistemlerdir. Bu kayıp duygusu sadece sekülerlerde değil, dindar olan gruplarda da çok güçlenmiş durumda: Başına ne gelirse gelsin bunun müsebbibi sensin ve hayatı kontrol edebilirsin. Şimdi önündeki 30 yılı düşün, her şeyi planla, bütün riskleri bir kağıda dök, hemen hepsine yönelik bir takım önlemler al, eğer yapamadıysan bunun sorumlusu sensin, başarısız! Yani kendisine ve çocuklarına aşırı yatırım yapan, her şeyi düşünmekten kendisi sorumlu, bir tür yatırımcı birey hali bence bütün dünyada çok hegemonik durumda ve bu dindar kesimlerde de böyle. Sonuçta çok yüksek derecede kontrol arzusu olan bir birey var ama bu bireyin aslında hayatta kontrol etmesi gereken şeyler karşısında kontrol kapasitesi çok düşmüş durumda. Aradaki boşluk belirsizliğin tahammül edilemez hale gelmesine neden oldu gibi geliyor bana.

**Pandemi gibi bahsettiğiniz belirsizlik halini akut biçimde pekiştiren bir anda dünya genelinde belirli bir liderlik tipinin ve siyaset tarzının –en genel geçer tabirle otoriter popülizim– benzer türden tepkiler verdiğini gördük. Siz kriz karşısında verilen bu yanıtların gerisinde yatan motivasyonları nasıl değerlendiriyorsunuz?**

**E.B.:** Tarz benzese de bunun nedenlerinin farklı olabileceğini atlamamak gerekir. Örneğin Türkiye’de sorunun ihmal edilmiş olmasının gerekçesi büyük ölçüde krizin büyüklüğü karşısında sistemin çaresiz ya da zayıf kalmasıyken, başka yerlerde başka gerekçeler ön plana çıktı. Fakat aslında bütün bu liderlerin en temel ortak özelliği, sorun yokmuş gibi davranmaları ve de sorunun büyük oranda başkaları tarafından, dışarıdakiler tarafından abartıldığını iddia etmeleri. Bu liderlerin hemen tamamı kriz yaratan, krizden beslenen aktörler. Kriz yoksa bile kendileri kriz yaratıp, krizi sadece kendilerinin çözebileceğini iddia ediyorlar. Fakat korona krizi onların yaratmadığı, boyutları ve işleyişi itibarıyla dışardan gelen bir kriz; dolayısıyla bir tür şaşkınlık ve sürpriz faktörü çok güçlü burada.

İkincisi, kolaylıkla çözebilecekleri bir kriz değil bu; hatta bu liderlerin normalde kriz çözmekte kullandığı araçlardan başka araçlar gerektiren, başka bir tür devlet aklını ya da kurumsal aklı harekete geçirmeyi gerektiren, örneğin uzmanlık, danışma, birlikte koordine olmak, ortak davranmak, kurumları güçlendirmek, devlet-vatandaş ilişkisinin şeffaflığı gibi zaten kaybolmuş bir takım yönetme özelliklerini geri çağırın bir kriz aslında. Daha başarılı çözümler üretmiş olanlar da bunları yapabilenler. Bunları geri çağırmanız demek, tüm bunların belki de gitmemek üzere siyasete geri dönmesi demek. Bu da sizin var olmamanız anlamına gelecek. Çünkü varlığınızı sağlayan şey tam da bunlarla kavga etmek. Kavga ettiğiniz şeyleri geri çağırma çok zor, çünkü siyaseti başka bir rotaya kendi ellerinizle sokabilirsiniz. Özellikle Trump’ın siyaset tarzında böyle bir şey var. Yani nefret ettiği, sürekli olarak kavga halinde olduğu uzmanlık, bilimsel görüş vs. gibi şeyleri geri çağırma arzusu diyelim buna.

Bir de tabii bu liderler komplocu, ciddi ölçüde komplocu bir düşünce biçimine sahipler. O nedenle en azından bir kısmı aslında bunun abartıldığını düşünüyor.

Trump ya da Brezilya Devlet Başkanı Jair Bolsonaro bunu açıkça söylüyor da. Bunu yapmak başlarda daha zordu belki, ama şimdi giderek toplum da alıştıkça ölüm oranlarına ya da hastalığa, abartıldı demek ya da medyada uzmanlarla kavga etmek daha kolay hale geliyor.

**Bu çerçevede Türkiye’ye gelecek olursak, salgının yönetilme biçimini nasıl anlamak gerekir sizce?**

**E.B.:** İlk dönemi bir şaşkınlık evresi olarak görmek gerekir bence. Bir şaşkınlık evresi yaşandı. Böylece en azından ilk 3-4 ayda, yani salgının ilk dalgasında, az önce bahsettiğim umursamazlık halinde bir parantez açılmış oldu. O aşamada Bilim Kurulu ya da uzmanların fikirleri bir nebze ön plandaydı. Belki Türkiye önlemlerin en sert uygulandığı yerlerden biri değildi ama şimdi olduğu gibi de değildi o ilk aylarda. Dolayısıyla o evredeki şaşkınlık faktörü bence Türkiye’nin krizle mücadelesinde uzmanlara daha fazla yer açılmasına, küresel gelişmelerin izlenmesine ve kuralların bir nebze daha sert uygulanmasına neden oldu.

Ama bence iki nedenle bu sona erdi. Birincisi, Türkiye’nin malum ekonomik durumu. Bu tarz önlemleri uygulayacaksanız bunları bir takım koruma paketleriyle birlikte yapmanız lazım. Ekonomik olarak hem o dönemde işini kaybedenlerin korunması, hem sektörlerin korunmasıyla ilişkili bir planın geliştirilmesi gerekir. Bu türden mekanizmaların olabilmesi için de ekonominizin en azından bir takım önceliklerinin burada olması lazım. Ya da daha güçlü bir ekonomik sisteme sahip olmanız lazım. Türkiye’nin zaten içinden geçtiği ekonomik kriz durumu, bilmem kaç yerde askeri müdahalede bulunuyor olması, yani toplumsal refahın bölüşümünün asıl öncelik olmaması buna elvermedi. Anlaşılan bugün için asıl öncelik küçük önlemlerle durumu idare etmek, günü kurtaracak şeyler yapıyorlar.

İkincisi ve bence daha önemlisi, sürpriz faktörünün de ortadan kalkmasıyla birlikte gördükler ki, Türkiye’de öyle aşırı sayıda insan ölmüyor ve de bu ölümler büyük bir infial yaratmıyor. Toplumsal olarak buna biraz alıştık, buna meydan okuyan bir toplumsal muhalefet de yok. Hatta belki tam tersine “kapatırsanız işimizi kaybedeceğiz, aman kapatmayın” diyen bir sürü grup da var. Alt sınıflardan tutun çok zenginlere kadar. Çok zenginler

Sağlık vatandaşlığı mefhumunun güçlenmesi, devletin izolasyon dönemlerinde bir takım yardımlar yapmaya başlamış olması, bu krize bağlı olarak işsizliğin vs. artacak olması, refah vatandaşlığı anlayışı çerçevesinde yeni bir vatandaşlık mutabakatının biçimlenmesine neden olabilir.

kâr oranlarının azalmasını istemiyordur, aşağıdakiler işlerini kaybetmek istemiyordur, dolayısıyla ekonomiye ağırlık veren diyen bir tür koalisyon da var aslında.

**Salgının ilk günlerinden itibaren kimi gözlemler bu krizin, akıl, rasyonalite, bilimsel düşünce gibi mefhumların son yıllarda yaşadığı itibar kaybını tersine çevirebileceğini dile getirdiler. Sizin yorumunuz ne olur?**

**E.B.:** Çok karmaşık bir resim var karşımızda. Bir yandan mesela aşıyla birlikte bu meselenin çözülmesine dair çok ciddi bir beklenti, arzu, dolayısıyla bir saygı hali var. Trump’ta bile var bu, çünkü bunu kesin çözüm olarak görüyor. Türkiye’nin aşı çalışmaları diye el üstünde tutulan gruplar da var, hem sosyal medyada hem yönetim nezdinde. Bilim siyaseti olarak yeniden kurgulanıyor burada. Bir yanda aşıyla ilgili bu tarz bir konsensüs var; aşının ne kadar önemli olduğu anlaşıldı, dolayısıyla aşı meselesi büyük oranda sizin küresel sistemdeki gücünüzü arttıracak bir şey, bir ulusal gurur meselesi olarak görülür hale geldi. Herkes öyle bir ulusal yarış içerisinde ki bilim insanları ülkenin olimpiyat yarışçılarına dönüştüler. Bu bir tarafı. İşin öbür tarafında da bir dizi kafa karışıklığı var, örneğin maske konusu. O konudaki tavsiyeler salgının ilk döneminde aynı değildi. Ya da tehdidin ne kadar büyük olduğu, karantinanın olması gerekir gerekmediği, seyahat kısıtlamalarının ne olacağı, hangi ilaçların, hangi tedavi protokollerinin kullanılmasının daha iyi olacağı konusunda çok ciddi tartışmalar oldu ve bunun aşağıya yansımaları aslında büyük bir kafa karışıklığı şeklinde oldu. Sosyal mesafemiz ne kadar olacakmış, bu ilaç iyiymiş gibi tartışmalar büyük oranda bir bilimsel belirsizlik olarak

tezahür ediyor ve ciddi bir güven sorunu yaratıyor sanıyorum. Evet bilim öne çıktı ve doktorlar ne derse yapalım, yapıyoruz da ama hâlâ korona virüsün 5G yüzünden ortaya çıktığına, bu virüsü Bill Gates'in yarattığına, maske takmanın hiçbir anlamının olmadığına, bunun özgürlüğümüzü kısıtlamaktan başka bir amacı olmadığına inananlar var; dolayısıyla bilimsel bilginin etrafındaki toplumsal komplö hissi de devam ediyor.

**Pandemi dediğimizde, ortaya çıkışı, yayılımı ya da sonuçları itibariyle gerçek anlamıyla küresel bir fenomenden bahsediyoruz. Diğer yandan, siyasal açıdan baktığımızda, pandemi tam da liberal küreselleşmecî akımların mevzi ve prestij kaybettiği bir konjunktürde ortaya çıktı. Sizce bu yaşadıklarımız ulus-devlet fikrine dair ne türden sonuçlar üretecektir? Böylesi bir spekülasyonun temel aksları üzerine biraz kafa yorsak. E.B.:** Tabii ki kısa dönemli etkisi büyük oranda ulusun kendi içine geri dönmesi oldu. Ekonomik milliyetçilikten sınırların kapatılmasına kadar ulusu güçlendirmek temel mesele oldu. Bu anlamıyla küreselleşme sürecinin tersine çevrilmesi

demek bu. Ama bu ne kadar kalıcı ondan çok emin değilim. Birincisi, küresel tedarik zincirlerine baktığımızda zaten devam eden, özellikle ABD-Çin çatışması nedeniyle, tedarik zincirlerinin yakınlaşması, yerelleşmesi, bölgeselleşmesi eğilimi söz konusuydu, kriz bu eğilimi hızlandırdı. Dolayısıyla mesela bu eğilimin kalıcı olacağını, en azından orta vadede kalıcı olacağını söylemek mümkün. Onun dışında, sağlığın mesela ulusal bir hizmet olarak sağlanıyor oluşu ve bunun da devam edecek olması aslında bir tür 'sağlık vatandaşlığı' hissini güçlendirecektir. Yani böyle yüzergezer, nerede olsa yaşarım anlayışının altı boşalacaktır, yere bağlı sabit haklara sahip olma arzusu ve bunun da ulus-devletler tarafından sağlanabileceği anlayışı kuvvetlenecektir. Bir tür sağlık vatandaşlığı olma arzusunu en azından bireysel düzeyde arttıracaktır diye düşünüyorum. Kaldı ki bir takım uzun dönemli etkileri olacağı da söyleniyor koronanın. Sağlık sistemleri üzerindeki yükün nasıl karşılanacağı gibi tartışmalar ulusal ölçekli olmaya devam edecek, bu açıdan belki de ulus-devletin refah ayağının biraz daha güçlendiği bir döneme giriyor olabiliriz.

Bunun bir sürü nedeni var, bu kriz bunlardan sadece bir tanesi.

Sağlık vatandaşlığı mefhumunun güçlenmesi, devletin izolasyon dönemlerinde bir takım yardımlar yapmaya başlamış olması, bu krize bağlı olarak işsizliğin artacak olması, refah vatandaşlığı anlayışı çerçevesinde yeni bir vatandaşlık mutabakatının biçimlenmesine neden olabilir. Dahası hem Avrupa'da hem Amerika'da Biden ya da Yeşil partiler gibi aktörlerin görece başarısı, artık sermayenin de yükselen sağ popülizmi dengeleme arzusuyla birlikte yeni bir uzlaşmanın ve koalisyonun güçlenmesine neden olacaktır. Sermayenin her katmanı değil belki ama böyle bir koalisyon var artık ve bu koalisyon da yeni bir uzlaşmanın gerekli olduğunu ifade ediyor. İklim krizi gibi küresel tehditler bu arayışı güçlendiriyor da. Bu tarz küresel tehditleri ortak bir biçimde gidermeye yönelik karbon emisyonlarının düzenlenmesi gibi yeni mekanizmalar biçimleniyor, ki bunlar da nihayetinde ulus-devlete büyük oranda bağlı olacak. Bu uzlaşma ulusal bir şey olacak.







Fotoğraf: Özcan Yaman

Öte yandan, eskisinden farklı olarak bu uzlaşmanın küresel bir boyutu da var. Çünkü uzlaşma bir takım yeni tehditler üstünden yapılıyor ve bunlar iklim krizinde ya da pandemide olduğu gibi gerçek anlamıyla küresel nitelikte. Sen sağlık sistemini ne kadar güçlendirirsen güçlendir bu sistemlerin her yerde güçlenmesine ve bir şekilde engelleme mekanizmalarının da aslında küresel olmasına ihtiyacın var. Zaman içinde bu tartışma buraya gelecek kesinlikle. Gelmek zorunda çünkü tehdit olarak gördüğümüz ulusal sistemin düzenlediği şeyler küresel.

**O halde paradoksal biçimde pandeminin neden olduğu kriz son 10-15 senelik evrenin sonlanma ihtimalini doğurmuş olabilir...**

**E.B.:** Evet, biraz öyle. Naomi Klein örneğin 'felaket kapitalizmi' dediğinde bunu bütünüyle sermaye üzerinden okuyor. Çok kabaca söylersek şöyle: Sermayenin başına çok kötü bir kriz geliyor, onlar da her zaman yapmak istedikleri bir takım

kötü şeyleri yapmak istiyorlar, hareketleri bastırmak istiyorlar ya da bir takım kuralları geçirmek istiyorlar örneğin, dolayısıyla krizi de fırsat biliyorlar. Şüphesiz bunun doğru bir tarafı var. Ama bu her zaman böyle olacak anlamına gelmiyor. Kriz dönemleri aslında bazen sermaye için de tercih edilir olmayan fikirlerin popüler olması anlamına geliyor. Aşağıda popülerleşmiş fikirlerin aslında yukarıyla bir uzlaşma yaratmasını da sağlıyor. Mesela İkinci Dünya Savaşı tam da öyle bir dönem. Sonuçta sermaye için ya da yönetici sınıflar için büyük bir kriz, erkek nüfusunuzun önemlice bir kısmını kaybetmişsiniz. Geride çalışmak zorunda olan kadınlar var, öksüz yetim çocuklar var ve onlara bakmak zorundasınız. Hiçbir zaman arzu etmediğiniz şekilde bir tür refah sistemini yaratmak zorunda kalıyorsunuz çünkü aşağıdan yükselen talebi kabul etmek durumundasınız. Bildiğiniz dünya elden gidecek eğer bunu kabul etmezseniz. Yani sadece kendi kârınızı düşünemezsiniz geldiğiniz o noktada. Bir şekilde onu

devam ettirmeniz lazım. Belki bugün de böyle olacak, çünkü bu tarz krizler bir süre sonra kapitalizmin sonlanması anlamına gelebilir. Bu kesinlikle böyle olur diyemeyiz elbette, ama buna kapı aralanmış vaziyette. O kapıyı seçersiniz ya da seçmezsiniz. Bu tarz krizler her zaman bir kapı aralıyor size, o araladığı kapının da gerisinde yıllardır süren tartışmalar var. Mesela biz vatandaşlık gelirini yıllardır tartışıyoruz. Ya da sağlık sistemlerinin iyileştirilmesi, herkese geniş sağlık sistemleri sunulması, eğitimin demokratikleştirilmesi, Yeşil Uzlaşma (Green Deal)... Bunlar zaten senelerdir var olan ama üst sınıflar ya da yönetici sınıflar arasında popüler olmamış fikirler. Bir gün o kapı aralanıyor ve bakıyor ki bu sınıflar aslında bu fikirlerin hayata geçmesi kendi kurtuluşları anlamına da geliyor.

**Ulus-devletin bir boyutu refah uygulamaları ise diğeri de denetim ve gözetleme boyutu. Pandeminin bu ikinci alanı genişleteceğine dair bekleneceği üzere geniş bir tartışma da yürüyor.**

**Kuşkusuz henüz tamamlanmamış bir süreç bu. Ama bugüne kadarki gelişmelerden yola çıkarsak, sizce ne yöne doğru ilerliyoruz?**

**E.B.:** Bu da işin tehlikeli boyutu. Bir yandan pozitif bir boyutu var, öte yandan o pozitif boyut devletin güçlenmesiyle birarada gidebilir. Sonuçta zaten bir süredir gördüğümüz bir eğilim bu; cezalandırıcı devletin (*punitive state*), yani devletin gözetleyen, izleyen, cezalandıran ayağının büyüdüğünü yıllardır gözlemliyoruz. Şimdi maalesef ki bu dönem ve bu durum aslında tam da devletin bu ayağının güçlenmesine de yol açabilecek gibi gözüküyor, zaten bir sürü devlet açısından bu oldu bile. Bunlar kalıcı mı, bilmiyorum.

Fakat şunu da düşünelim, bir takım hak ihlallerinin siyasetin bir parçası haline gelmesi aslında onların ihlal edilmesiyle ve ihlal edildiğinin de kitlesel biçimde fark edilmesiyle mümkün oluyor. Kuşkusuz öncesinde de vardı ama 11 Eylül'den beri devletlerin teknolojik gözetleme aygıtları bariz biçimde gelişti. Bununla birlikte mahremiyet haklarının ihlali konusu toplumsal muhalefetin gündemine daha ciddi biçimde girmiş oldu. Ben bir birey olarak mahremiyet haklarımı sadece devletlere karşı da değil, diğer bireylere ya da şirketlere karşı nasıl korurum,

nedir bu haklarım, sosyal medya çağında bunlar nasıl korunur, bunların ne kadarı firmalar tarafından toplanıp paylaşılabilir, ben rızayı nasıl verebilirim ya da geri alabilirim, bilgilerim uçağa bindiğimde mahrem bilgi midir yoksa kamusal bilgi mi gibi bir dizi soru böylece daha fazla gündeme gelmiş oldu.

Bu bir mücadele alanı kuşkusuz ve her seferinde daha fazla aşınıyor. Bence gelecek dönemin temel hak meselelerinden birisi mahremiyet haklarına ilişkin olacak; mevcut ulusal ve uluslararası kurumların, ulusal ya da uluslararası anlaşmaların tam anlamıyla

Bence gelecek dönemin temel hak meselelerinden birisi mahremiyet haklarına ilişkin olacak; mevcut ulusal ve uluslararası kurumların, ulusal ya da uluslararası anlaşmaların tam anlamıyla düzenlemediği en temel konulardan biri bu şu anda. Dahası biz mahremiyetin ve bu alandaki hakların ne olabileceğini tam anlamıyla da bilmiyoruz.

Eğer biz bunun mücadelesini vermezsek, o zaman tabii ki şu anki krize özgü tüm bu gözetleme ve denetleme uygulamaları kalıcı olur. Sonuçta yönetenlerin sizi izleyip hakkınızdaki bütün bilgileri toplama, o bilgiler üstünden sizi yönetme, siz daha arzunuzun ne olduğunu bilmeden arzunuzu tahmin etme ayrıcalığına sahip olma isteği çok güçlü.

düzenlemediği en temel konulardan biri bu şu anda. Dahası biz mahremiyetin ve bu alandaki hakların ne olabileceğini tam anlamıyla da bilmiyoruz. Aktivistler açısından da aslında tam olarak kodifiye edilmemiş, sınırları anlaşılmamış bir alan. Eğer biz bunun mücadelesini vermezsek, o zaman tabii ki şu anki krize özgü tüm bu gözetleme ve denetleme uygulamaları kalıcı olur. Sonuçta yönetenlerin sizi izleyip hakkınızdaki bütün bilgileri toplama, o bilgiler üstünden sizi yönetme, siz daha arzunuzun ne olduğunu bilmeden arzunuzu tahmin etme ayrıcalığına sahip olma isteği çok güçlü.





Fotoğraf: Özcan Yaman

**Özellikle salgının ilk aylarında yerel yönetimlerle merkezi hükümet kurumları arasında çatışmaların yaşandığına tanık olduk. Bu tabii ilk elde dar anlamıyla bir siyasal ihtilafın sonucu idi. Belki bir adım daha atarsak Türkiye'nin aşırı merkezîyetçi kamu sisteminin bugün aldığı biçimiyle verdiği bir reaksiyon olarak da düşünmek mümkün. Sizce salgın bağlamında yerel ölçeğin anlam ve içeriğine ilişkin neler söylenebilir?**

**E.B.:** Ben bu krizin en azından ilk dalgada ortaya çıkış biçimiyle esasen büyük kentlerin krizi olduğunu düşünüyorum. Terörizmden salgına yeni riskler ve tehditler üzerinden baktığımızda kentlerin ve daha küçük yerleşim yerlerinin dünyası aynı dünya değil artık. Duygulanım anlamında ya da tehditler anlamında büyük bir kopuş var. Dolayısıyla bence bu son krizin bizim hayatımıza soktuğu en önemli şeylerden birisi 'kentsel yaşam nasıl olmalı?' sorusu aslında. Tıpkı sağlık vatandaşlığını nasıl gündemimize soktuysa, kentin ve kentsel yaşamın yeniden düzenlenmesi de yeniden

düşünülmeli. Tabii ki kriz sonradan sadece kentlerin krizi olarak kalmadı, ama büyük oranda küreselleşmiş kentlerin oluşturduğu bir ağda ortaya çıktı ve yayıldı.

**Bunun kent karşıtı ya da metropol karşıtı diyebileceğimiz türden reaksiyoner görüşleri doğurması da gayet mümkün.**

**E.B.:** Bu zaten vardı da. Mesela Trump'a kimin oy verdiğine bakarsak, tabii ki o koalisyonda başka aktörler de var, ama bunun büyük oranda bir kent-taşra bölünmesi üzerine inşa olduğunu, yani sağ popülizmin aslında tam da bu küreselleşmeden faydalanan kentli ve eğitilmiş nüfusa onun dışında kalmış, sanayileşmenin çekildiği, tarımın endüstriyel tarımla birlikte büyük oranda eski gücünü kaybettiği taşradaki gruplar arasındaki çatışmadan çıktığını görebiliriz. Yani zaten kentlere ve kentli nüfusa yönelik bir öfke var. İki bu. İkincisi, ulus-devletin kendisi aslında bu bölünmeyi zorunlu askerlik gibi uygulamalarla az da olsa giderebiliyordu. Ama yeni yükselen yerellik hali ve

söylemi, yani büyük kentlerin giderek ulus-devlet bünyesinden koparak birbirleriyle eklemelenmesi hali, kent-taşra gerilimini iyiden iyiye arttırma potansiyeline sahip. Zaten metropoldeki elit networklerine ve onların gayri milli eğilimlerine yönelik aşağıdan gelen ciddi bir öfke var, bu türden eğilimler o öfkenin siyasi birimlerinin ortaya çıkması anlamına da gelebilir. Çok spekülâtif bir şey söylediğimin farkındayım, ama giderek boşa düşen taşra nüfusunun nasıl yeniden kalkınmaya dahil edilebileceğini, yeni türden kalkınma modellerini, küreselleşmenin nimetlerinin sadece büyük kentlerde kalmayıp ulusal nüfusa nasıl daha simetrik biçimde dağıtılabileceğini düşünmemiz ve konuşmamız gerektiğine kuşku yok. Bu da nihayetinde yurttaşlığı bugünün koşullarında evrensel olarak yeniden düşünmek demek. Bir yanıyla ahlaki, yani toplumu yeniden toplamak yapacak ve birbirimize karşı sorumlu olduğumuzu bize hissettirecek, bir yanıyla ekonomik ve politik boyutu olan yeni bir uzlaşma kurmak demek. ☹️

# GÜNEŞİ PATENTLEMELİK: İNSANİ GÜVEN(SİZ)LİĞİMİZ VE SAĞLIĞIMIZ

Devletlerin ve çok-uluslu şirketlerin hakim olduğu bir dünyada sağlık hakkının evrenselliği nasıl sağlanabilir? Pandemi koşulları bu zorlu soruyu bir kez daha tüm yalınlığıyla ortaya koydu. Hakan Ataman insani güvenlik perspektifinden bakarak sağlık hakkının normatif içeriğini tartıştığı bu yazısında pandeminin açığa çıkardığı gerilime işaret ediyor ve aşağıdan gelişen taleplerin ve müdahalelerin ne denli hayati olduğunu vurguluyor.

Küresel bir sağlık sorunu olarak COVID-19 pandemisi şiddetini giderek arttıran bir oranda gündelik hayat pratiklerimizin neredeyse tamamını olumsuz bir şekilde etkilemeye devam ediyor. Medya organlarının yansıttığı günlük vaka ve ölüm sayılarından anladığımız tek şey, sorunun çok büyük boyutlarda olduğu. Bize yansıtılan sayıların arkasına uzandığımızda ise çok daha ürpertici gerçeklerle yüzleşmek mümkün: İnsani güven(siz)liğimizin (*human (in)security*) farklı boyutlarıyla. Yaşlı bakım evlerinde ölüme terkedilenler, ev içinde kadınlara ve çocuklara yönelik dozunu arttıran fiziksel ve cinsel şiddet, işsizlik ve yoksullukla mücadele etmek zorunda olan insanlar ya da işsiz kalmaktansa ölüme göze alıp yollara düşenler! Tüm bu insani güven(siz)lik halleri bizlere sağlığın taşıdığı hayati rolü bir kere daha hatırlatmış oldu. Aslına bakacak olursanız 'sağlık' kadim Homeros destanlarından günümüze gündemden hiç de düşmüş değil. Antik Grek uygarlığının temsilcilerinin her daim zihinlerinde bir yerde tuttuğu bir konuydu sağlık. Sağlığın tanrıları ve tanrıçaları vardı. Günümüzde adapte edilmeden önceki haliyle, Hipokrat yemini hekim Apollon, Asklepios, Higiya, Panacea'ye hitap ederek başlardı.<sup>1</sup>

Ölüme mahkûm edilmesinin ardından, öğrencilerinin ve yakın dostlarının kendisini kaçması için ikna edemediği Sokrates'in *Phaidon* diyalogunda Kriton'a son sözü şu olur: "Asklepios'a

bir horoz adamıştık: lütfen borcumuzu öde ve onu sakın unutma."<sup>2</sup> Sokrates'in bu son sözü basit bir adak borcunun yerine getirilmesinden ibaret değildi. Sokrates, James E Bailey'in ifadesiyle "sivil yaşamda iyileştirici bir ethos için" çağrıda bulunuyordu: "Sokrates'in son sözleri, Atinalı yetkililerin onu susturma girişimlerini engelledi, Asklepios'un ideallerinin Atina kentinde (polis) hüküm sürmesi çağrısında bulundu ve tüm insanlar için en büyük görev olarak Asklepios'un örneklediği başkalarına karşı özverili olmayı tanımladı."<sup>3</sup> Ölümlü olmayı kabul etmek ama 'şifa' içinde yaşamak olarak özetleyebileceğimiz bu idealleri, biz bugün "en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkı" olarak ifade ediyoruz. Bu ideale ne kadar yaklaştığımız ise günümüz koşullarında gereken tartışmalı. Öyle sanıyorum ki, bu ideale en fazla ve belki de en son yaklaşan kişi biyo-felsefenin kurucusu olarak da bilinen, çocuk felcine karşı ilk başarılı aşırı geliştirdiği için 1954'de Nobel Bilim ödülünü alan Dr. Jonas Salk olmuştur. Edward R. Murrow'un bir televizyon programında kendisine sorduğu "Aşının patenti kime ait?" sorusuna karşılık olarak ise Dr. Salk şu cevabı vermişti: "Halka aittir diyebilirim. Patent diye bir şey yok. Güneşi patentleyebilir misiniz?"<sup>4</sup> Forbes dergisinin 2012 yılında yaptığı bir tespate göre, Dr. Salk bu tavrıyla 7 milyar dolardan olmuştur.<sup>5</sup> Günümüzde ise ilaç endüstrisi Dr. Salk'ın tavrını bir "kent

BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi "insanların korku ve yoksunluktan kurtulmasını" ve "insan onurunu" dile getirerek başlar. Bu ifadeler günümüzde "korkudan ve muhtaç olmaktan azade olma ve haysiyetli bir yaşam hakkı" olarak tanımlanan insani güvenlik tanımının da özünü oluşturur.

efsanesi" olarak nitelendirirken,<sup>6</sup> birzadan değineceğimiz üzere COVID-19'a karşı üretilen aşının dağıtımıyla ilgili yaşanan tartışmalarda utanç verici olmanın ötesine pek gidemiyor. Üstelik bu bir ilk değil.

Konuya insani güvenlik perspektifinden yaklaştığımızda ise, BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin giriş kısmına kadar geri gidebiliriz. BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi "insanların korku ve yoksunluktan kurtulmasını" ve "insan onurunu" dile getirerek başlar. Bu ifadeler günümüzde "korkudan ve muhtaç olmaktan azade olma ve haysiyetli bir yaşam hakkı" olarak tanımlanan



Fotoğraf: Özcan Yaman

insani güvenlik tanımının da özünü oluşturur. Bununla birlikte insani güvenlik kavramının kapsamlı bir tanımı ilk kez BM Kalkınma Teşkilatı'nın (UNDP) 1994 İnsani Güvenlik Raporunda yer almıştır. Rapora baktığımızda insani güvenlik yaklaşımının konvansiyonel 'güvenlik' anlayışının genel bir eleştirisi üzerine konumlandırıldığını görürüz: "Güvenlik kavramı, çok uzun zamandan beri, daraltıcı bir yorumla ele alınıyor: Dış saldırılara karşı bir toprak parçasının güvenliği, yabancılara karşı milli çıkarların savunulması veya bir nükleer holokost tehdidinde karşı küresel güvenlik olarak ele sınırlandırılıyor. Kişilerden ziyade ulus-devletler için uygulanıyor."<sup>7</sup>

UNDP'nin 1994 raporunda eleştirisini sunduğu konvansiyonel güvenlik yaklaşımı bugün ne yazık ki halen geçerliliğini koruyor. En bariz haliyle Türkiye Cumhuriyeti'nde Sağlık Bakanlığı'nın açıkladığı COVID 19 verilerinin gerçeği yansıtmadığı, gerçek verilerin Bakanlık

tarafından açıklanan verilerin çok üzerinde olduğu yönündeki eleştirilere cevapten Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca'nın sosyal medya hesabından açıklaması şu oldu: "Bilelim ki, salgınla mücadele sürecinde, devletimiz, halkının sağlığı kadar, ulusal çıkarlarını da, korumaktadır. Çünkü salgın hayatın bütün alanlarını etkilemektedir. Mesuliyeti olmayan bazı kişilerin tenkitleri, fotoğrafın bir noktasına mercek bakıp, leke aramaktan farksızdır."<sup>8</sup> Yeri gelmişken "mesuliyeti olmayan" ifadesinin karşılığının Türk Tabipleri Birliği olduğunu ifade etmek gerekir.<sup>9</sup> Oysaki tabipler yukarıda da ifade ettiğimiz üzere kadim zamanlardan bugüne en büyük 'mesuliyet' sahibidirler.

UNDP ise 1994 İnsani Güvenlik raporunda, konvansiyonel güvenlik anlayışı yerine, insani güvenliği birbiriyle karşılıklı bağımlılık ve karşılıklı ilişki içinde olan yedi bileşenle açıklar: Ekonomik güvenlik, gıda güvenliği, sağlık güvenliği,

çevre güvenliği, kişisel güvenlik, toplum güvenliği ve politik güvenlik. Bu yedi bileşene beş temel ilke eşlik eder.<sup>10</sup> Özetle ifade edecek olursak:

- **İnsan merkezlidir.** Kapsayıcı ve katılımın bir yöntem izleyerek, insani güvensizliklerin çözümünü yerel üretmeye ve toplumun beklentilerini toplumsa barışı gözeterek karşılamaya çalışır.
- **Kapsamlı çözümler üretmeye odaklanır.** Bu nedenle farklı sektörler ve topluluklar arasında bir diyalog geliştirerek çözümleri çok sektörlü ve ortaklı bir temelden hareketle geliştirir. Sektörler arasında tutarlılığı ve koordinasyonu sağlayarak dayanıklılığı güçlendirmeye çalışır. Tüm bunları yaparken dahili ve harici dışsallıkları göz önünde bulundurur.
- **Bağlama özgü çözümler üretmeye çalışır.** Derinlemesine bir analiz yaparak, tehdit altındaki hak ve özgürlükler kümesine odaklanır.



Fotoğraf: Özcan Yaman

Çözüm için yerelde var olan potansiyeli harekete geçirir. Yerel, ulusal, bölgesel ve uluslararası tüm boyutları ve bunun hedeflenen durum üzerindeki etkisini dikkate alır.

- **Proaktif**. Riskleri ve tehditleri derinlemesine analiz ederek, tepkisel olmak yerine önleyici stratejiler geliştirir.
- **Koruyucu ve Güçlendiricidir**.

İnsani güvenliğin yedi temel bileşeni ise kişisel ve siyasal haklar ile ekonomik, sosyal ve kültürel hakları bir araya getirir. Hatta daha da ötesine giderek çatışmalardan arınmış bir şekilde, barış içinde yaşamayı bir zorunluluk olarak hesaba katar. Böylece toplumsal kalkınma tek başına bir ekonomik kalkınma olmaktan çıkar. İnsan haklarının, demokrasinin, hukukun üstünlüğünün ve ekonomik kalkınmanın bir arada olduğu bütünlüklü bir yaklaşım sunar:<sup>11</sup>

- **Ekonomik güvenlik** bireylerin yaşamlarını sürdürebilecekleri temel geçim kaynaklarının garanti edilmesini içerir. Gerekli görülen hallerde devlet sosyal güvenlik ağının finansmanını

üstlenir.

- **Gıda güvenliği** herkesin fiziksel ve ekonomik açıdan temel gıdalara erişimini içerir. Gıda güvenliği insanların kendi gıdalarını bizzat kendileri yetiştirerek ya da üretmek elde edebilmesini, satın alma ya da kamusal bir gıda dağıtım sistemiyle elde edebilmesini de içerir.
- **Sağlık güvenliği** hastalıklardan ve sağlıksız yaşam tarzlarından korunmayı ve bu amaçla temel sağlık bakımına ve hizmetlerine erişimi içerir. Risk paylaşım sistemleri ve toplum temelli sosyal sigorta programları bu işin bir parçasıdır. Tüm seviyelerde salgın hastalıkları belirlemek için birbirine bağlı denetim sistemleri oluşturulmasını gerektirir.
- **Çevre güvenliği** doğanın tahrip edilmesinin önüne geçilmesidir. Bu amaçla doğal kaynakları ve çevresel bozulmanın (ormansızlaşma, çölleşme gibi) önüne geçilmesini hesaba katan sürdürülebilir uygulamaları içerir. Tüm seviyelerde doğal ve / veya insanın neden olduğu felaketler için erken uyarı ve müdahale mekanizmalarının geliştirilmesidir.

- **Kişisel güvenlik** bireyin devlet, devlet dışı aktörler ya da diğer bireylerin fiziksel şiddetinden korunmasıdır. Hukukun üstünlüğünün, insan hak ve özgürlüklerinin belirgin ve zorunlu olarak korunmasını gerektirir.

- **Toplum güvenliği** kültür kaybının önlenmesi ve etnik şiddetten arınma anlamına gelir. Etnik grupların ve toplumların kimliklerinin belirgin ve zorunlu bir şekilde korunmasını gerektirir. Kadına yönelik geleneksel baskıcı uygulamaların ve şiddetin ya da etnik/yerli/mülteci gruplarına karşı ayrımcılığın önlenmesidir.

- **Politik güvenlik** ise insan haklarından tam olarak faydalanma anlamına gelir. Aynı zamanda demokrasinin askeri diktatörlüklerden ve diğer ihlallerden korunmasıdır. Bu haliyle bireyleri politik ya da devletin baskısından, işkence ve kötü muameleden, yasadışı gözaltı ve hapsedilmelerden korunmasıdır.

İnsani güvenlik yaklaşımını geliştirmek için yapılan çalışmalar UNDP'nin 1994 tarihli İnsani Gelişim Raporuyla sınırlı kalmamıştır. Mart 1999'da Japonya Hükümetinin ve BM Genel Sekreterlik

ofisinin girişimiyle BM İnsani Güvenlik Fonu oluşturuldu. Mayıs 2004'de ise BM İnsani Güvenlik Birimi devreye girdi. BM Genel Sekreteri tarafından 2017'de BM Genel Sekreteri Özel Danışmanı sıfatıyla Yukio Takasu BM Kalkınma Hedeflerinin uygulanmasını da içerecek şekilde insani güvenlik yaklaşımının anaakımlaşması için çaba sarf ediyor.<sup>12</sup> Avrupa düzeyinde ise 2007 yılında Prof. Mary Kaldor'un çağrısıyla bir araya gelen İnsani Güvenlik Çalışma Grubu'nun Madrid Raporundan günümüze<sup>13</sup> insani güvenliğin Avrupa Birliği'nde anaakımlaşması için de çabalar mevcut.<sup>14</sup>

Şimdi bu haliyle asıl konumuz olan sağlığa tekrar geri dönecek olursak, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) anayasasının bize sunduğu sağlık tanımı da aslında yukarıda ifade ettiklerimizle tam bir uyum içindedir. DSÖ'nün 7 Nisan 1948 anayasasının giriş kısmı sağlığı dokuz temel ilkeyle açıklar:<sup>15</sup>

- Sağlık, sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma halidir.
- Erşilebilecek en yüksek düzeyde, sağlıktan yararlanmak, ırk, din, politik inanç, ekonomik ve sosyal koşullar gözetmeksizin her insanın temel haklarından biridir.
- Tüm halkların sağlığı barış ve güvenliğe ulaşmak için temel öge olup bireyler ve devletler arasındaki tam işbirliğine bağlıdır.
- Herhangi bir devletin sağlığın gelişimi ve koruma yönünde elde ettiği başarı herkes için değerlidir.
- Değişik ülkelerde sağlığın ilerlemesi ve hastalıkların, özellikle bulaşıcı hastalıkların kontrolünde görülen farklı gelişim ortak bir tehlikedir.
- Çocuğun sağlıklı gelişimi temel önem taşır, her gün değişen bir çevre içinde uyumlu yaşama yeteneği bu gelişim için gereklidir.
- Sağlığa tam anlamıyla erişmek için tıp, psikoloji ve ilgili bilgi olanaklarının tüm milletlere ulaştırılması gereklidir.
- Halk sağlığının geliştirilmesinde kamunun bu konuda aydınlatılması ve aktif işbirliği en büyük önemi taşır.
- Hükümetler kendi halklarının sağlığı yönünden sorumludurlar, bunu ancak yeterli sağlık ve sosyal önlemler almak koşuluyla gerçekleştirirler.

Bu haliyle sağlık "en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına

sahip olma hakkı" olarak çok sayıda uluslararası sözleşme kapsamında garanti altına alınmıştır.<sup>16</sup>

Sağlık hakkının ya da sağlık güvenliğimizin hayata geçirilmesi için Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik 1986'da düzenlenen birinci uluslararası konferansta kabul edilen "Ottawa Şartı", sağlığı "hayatın amacı" değil "gündelik yaşam için bir kaynak" olarak nitelendirir. Sağlığın "sağlıklı yaşam tarzının ötesinde refah" anlamına geldiğini belirten Ottawa Şartı, sağlıkta iyileştirmenin sekiz temel ön koşulunun güvenli biçimde tesis edilmesini gerektirir: Barış, barınak, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet.<sup>17</sup> BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi ise sağlık hakkı genel yorumunda, sağlık hakkının "birçok sosyo-ekonomik faktörü, beslenme, gıda, konut hakkı, güvenli içme suyu ve hijyen, güvenli çalışma koşulları" ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekerek, "her anlamda ve her aşamada gerçekleşmesi ve belirli bir ülkedeki koşullara dayalı" olacak şekilde sağlığı dört temel unsur üzerinden açıklamaktadır.<sup>18</sup>

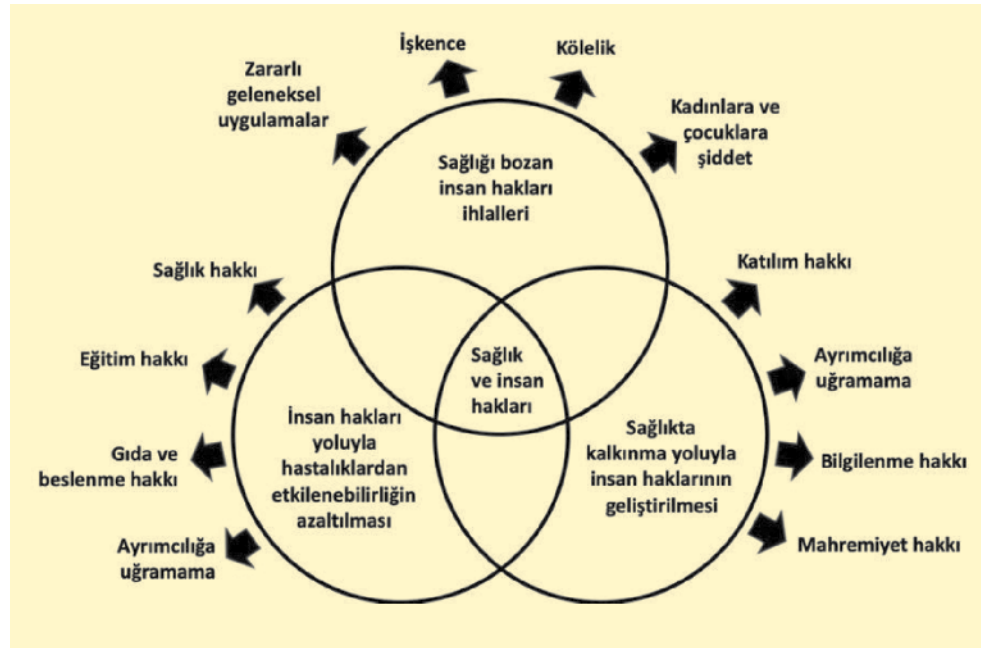
- *Mevcudiyet:* Yeterli sayıda ve işlevsel bir sağlık altyapısının var olmasıdır. Bu yeterli sayıda ve eğitimli sağlık personeli, yeterli sayıda sağlık malzemesi, hizmet sunumu, halk sağlığı ve sağlık bakımı için hizmetlerin ve programların var olması anlamına gelir.
- *Erşilebilirlik:* Sağlıkta erişilebilirlik

temelde dört konuyu barındırır: (i) Ayrımcılık olmaksızın sağlık hakkına herkesin eşit erişimi; (ii) Fiziksel olarak kırsal alanı da içerecek şekilde sağlık hizmetlerine kolay erişim; (iii) Bütçeye uygun ekonomik erişim ise herkesin sağlık hizmetlerinin bakımının bedelini karşılayabilmesidir. Zengin hane halkının yoksul hane halkına kıyasla orantısız bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanmasının önüne geçilmeli ve herkesin sağlık hakkından faydalanabilmesi için gerekli güvencelerin sağlanması şarttır. (iv) Bilgiye erişim kişisel sağlık bilgilerinin gizliliğini gözetecek şekilde herkesin bilgi alma, bilgi verme ve görüşlerini ifade etmesi anlamına gelir.

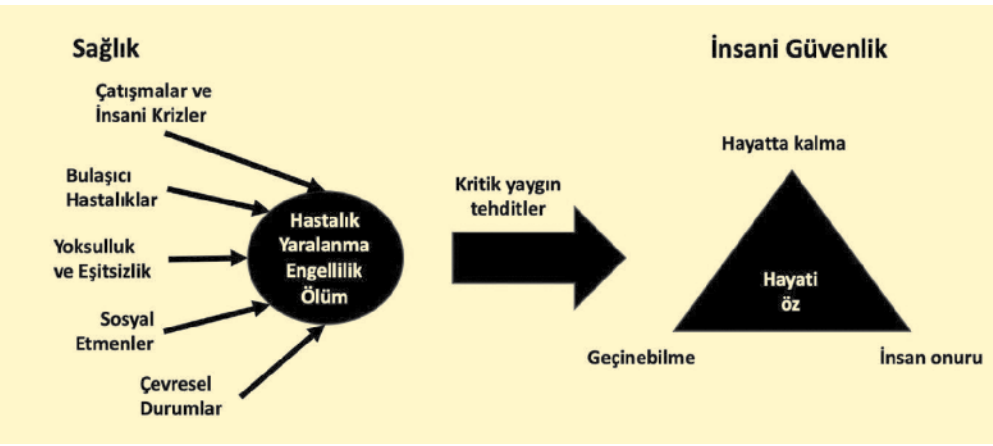
- *Kabul edilebilirlik:* Sunulan tüm sağlık hizmetleri, kullanılan malzemeler ve sağlık kurumlarının tümü tıp etiğine, hizmet sundukları kültüre, cinsiyete ve yaşam döngüsüne saygılı olmak durumundadır. Hizmetlerin gizliliği ve standartları yükseltecek şekilde sunulması önemlidir.
- *Kalite:* Kabul edilebilir olmanın yanı sıra sağlık kuruluşlarının kullandıkları malzeme ve hizmetler bilimsel ve tıbbi açıdan uygun ve kaliteli olmalıdır.

Bu açıdan bakıldığında sağlık konusunun genel çerçevesini aşağıdaki gibi bir tabloda özetlemek mümkündür.

DSÖ uzunca bir süredir insani güvenlik yaklaşımını kamu sağlık alanına uygulamak için çaba sarf ediyor.<sup>19</sup>



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü

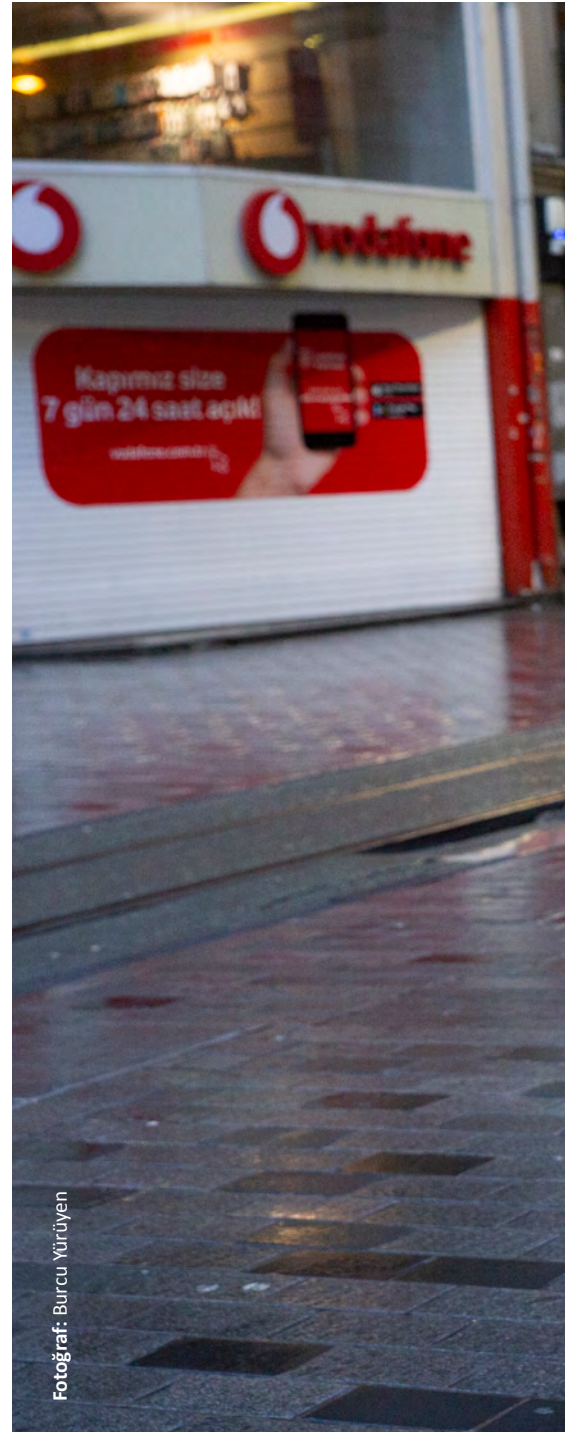
DSÖ'nün Amerika Kıtası Bölgesel Ofisi ise, konuyla ilgili olarak hazırladığı teknik belgede<sup>20</sup> daha önce 2003 yılında İnsani Güvenlik Komisyonu tarafından hazırlanan dokümanda geliştirilen tanımları güncelleyerek sağlığı olumsuz etkileyen güvensizliklere ve de insani güvenlik yaklaşımının sunduğu hayati öze dikkat çekiyordu.

Yukarıdaki tablo, aslına bakılacak olursa 'hali pür mealimiz' diyebiliriz. Hava sıcaklığı kayıtlarını 1850'den bugüne değin tutan BM Dünya Meteoroloji Örgütü (WMO) 2 Aralık 2020'de duyurduğu son raporunda, 2020 yılının son altı yıl içindeki en sıcak yıl olmaya aday olduğunu ifade etti. WMO'nun kayıtlarında 2016 şimdiki kadarki en sıcak yıl olma özelliğini sürdürüyor.<sup>21</sup> Kısacası dünyamız ısınıyor. İnsanın neden olduğu iklim değişikliği devam ediyor. Çatışmalar ve insani krizlerde bir azalma yok. Sadece komşu ülke Suriye'de Mart 2011'de çıkan silahlı çatışmalar nedeniyle 13,1 milyon insan yardıma muhtaç durumda, 6,6 milyon ülke içinde yerinden olurken, 5,58 milyon insan ülke dışında mülteci konumunda, 2,98 milyon kuşatma altında ve erişilmesi son derece zor yerlerde yaşamaya çalışıyor.<sup>22</sup> Tahminlere göre 400

binden fazla insan öldürüldü, çok daha fazlası yaralandı.<sup>23</sup> Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2019 verilerine göre OECD ülkeleri arasındaki gelir eşitliği çok geniş; Türkiye ise gelir eşitsizliğinin en yüksek olduğu Güney Amerika ülkeleri ve ABD ile birlikte anılıyor. Sağlık harcamaları konusunda ise Türkiye OECD ortalamasının (4000 USD) altındaki ülkeler arasında. Sağlık konusunda da Türkiye 2000 USD altında harcama yapan OECD üyesi Merkez Avrupa ve Latin Amerika ülkeleriyle birlikte değerlendirilirse, OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı bakımından en son sırada yer alıyor.<sup>24</sup> COVID-19 pandemisinin tüm dünyada olduğu kadar Türkiye'de yarattığı olumsuz etkileri bir kere daha hatırlatmak sanırım yeterli olacaktır.

DSÖ insani güvenlik ve sağlık arasındaki bağlantıya iyi örnek uygulamalarıyla birlikte dikkat çektiği bir diğer çalışmada ise, temel amacın savunmasız koşullarda yaşayan insanların direncini attırmak ve iyi bir sağlık hakkında faydalanmalarını temin etmek olduğunu ifade ediyor. Örgüt bu amaca ulaşmak için yapılması gerekenleri ise dört başlıkta topluyordu: (i) Önleyici

ve destekleyici bir yaklaşımı en üst düzeye çıkarmak; (ii) duyarlılığı ve hesap verebilirliği iyileştirmek; (iii) insanlar arasındaki önlenebilir farklılıkları en aza indirmek; (iv) topluları korumaya ve güçlendirmeye yönelik çabalar arasındaki sinerjiyi teşvik etmek. Tüm bunların yapılabilmesi için ise iki noktanın altını çizmekte fayda var. Birincisi, hizmetlerin sunulabilmesi ve gerekli yapıların kurulması için hükümetlerin aktif bir rol oynaması şarttır; ikincisi, insanların bilinçli karar alabilmek ve kendilerini koruyabilmek için topluluk becerilerinin geliştirilmesi gerekir.<sup>25</sup>



Fotoğraf: Burcu Yürüyen

Dünyamız ısınıyor. İnsanın neden olduğu iklim değişikliği devam ediyor. Çatışmalar ve insani krizlerde bir azalma yok. Sadece komşu ülke Suriye'de Mart 2011'de çıkan silahlı çatışmalar nedeniyle 13,1 milyon insan yardıma muhtaç durumda, 6,6 milyon ülke içinde yerinden olurken, 5,58 milyon insan ülke dışında mülteci konumunda, 2,98 milyon kuşatma altında ve erişilmesi son derece zor yerlerde yaşamaya çalışıyor.



Kısacası insani güvenlik nosyonu bize hayli bütünlüklü bir yaklaşım sunmaktadır. Ancak tam da bu aşamada sorulması gereken temel bir soru var karşımızda: Hükümetler üzerine düşen görevi yerine getirmezlerse ne olacak? Ya da varlıklı toplumsal kesimler hakkaniyete uygun olmayan bir şekilde ellerindeki kaynakları sadece kendi lehlerine kullanmak isterlerse bu durumu kim tersine çevirecek? Trump gibi aşırı sağcı popülist bir liderin ABD gibi bir süper gücün başkanlığını kaybetmesi şimdilik bir rahatlama yaratmış gibi görünüyor. Ancak tam tersi bir durumla da karşılaşabiliriz.

Kaldı ki dünyanın kalan kısmında Trump gibi haydutluğa meraklı çok sayıda devlet başkanı halen faal durumda. Daha da ötesi güneşi patentlemek isteyen çokuluslu şirketler yer küreyi yağmalamaya devam ediyor ve onlara dur diyecek bir mekanizma da şimdilik neredeyse yok gibi. COVID-19 aşısının adil dağıtımı için çabalayan DSÖ gibi kurumların ise neredeyse hiçbir yaptırım gücü yok.

Çok fazla geriye gitmeksizin HIV-AIDS pandemisinin en fazla etkilediği Güney Afrika Cumhuriyeti'nin ilaç firmalarıyla 2000'li yılların hemen başında yaşanan

Temel bir soru var karşımızda: Hükümetler üzerine düşen görevi yerine getirmezlerse ne olacak? Ya da varlıklı toplumsal kesimler hakkaniyete uygun olmayan bir şekilde ellerindeki kaynakları sadece kendi lehlerine kullanmak isterlerse bu durumu kim tersine çevirecek?



Güneşi patentlemek isteyen çok-uluslu şirketler yer küreyi yağmalamaya devam ediyor ve onlara dur diyecek bir mekanizma da şimdilik neredeyse yok gibi. COVID 19 aşısının adil dağıtımı için çabalayan DSÖ gibi kurumların ise neredeyse hiçbir yaptırım gücü yok.

mücadelesini hatırlayabiliriz. Bugün halen 7 milyon insanın HIV ile yaşadığı Güney Afrika o yıllarda 4.5 milyon civarındaki HIV taşıyan vatandaşına daha ucuz yoldan bir ilaç temin etmenin yolunu buldu. Brezilya ve Hindistan gibi ülkelerden ilaçların çok daha ucuza temin edilmesi için harekete geçti. Ancak Güney Afrika ilaç Üreticileri Derneği bunu önlemek için dava açtı. Mahkemeye son anda müdahil olan Tedavi Yönlendirme Kampanyası (TAC) ve diğer başka sivil toplum örgütlerinin müdahalesiyle Güney Afrika Anayasa Mahkemesi söz konusu davada insan onuru ve yaşama hakkını ön plana çıkaran bir karar alarak, ilaç üreticilerini haksız buldu ve HIV tedavisi gören Güney Afrika vatandaşlarının ucuz ilaca erişiminin önünü açtı.<sup>26</sup> Peki COVID-19 aşısının dağıtımında benzer bir sorun yaşanır mı bizler ne yapacağız? DSÖ Genel Direktörü Tedros Adhanom Ghebreyesus 4 Aralık 2020'de yapılan basın konferansında "zengin ve güçlü ülkelerin aşı izdihamında fakir ülkelerin ezilmesine müsaade edemeyiz" diyerek şöyle ekliyordu: "Yoksulluk ve açlığın aşısı yok, eşitsizliğin ve iklim değişikliğinin aşısı yok. Pandemi sona erdiğinde, başlamadan önce olduğundan daha büyük zorluklarla karşılaşacağız."<sup>27</sup> Bu aşamada insani güvenliğimizi devletlerin, ilaç şirketlerinin, patent firmalarının ve hatta hükümetler arası örgütlerin inisiyatifine bırakmaksızın aşağıdan yukarıya bizlerin talep etmesinden<sup>28</sup> başka bir çare varmış gibi görünmüyor. Bu talebin sanırım kelimenin tam anlamıyla 'küyerel' olması ise ayrı bir önem taşıyor. Yani yerelin özgün koşullarını küresel düzeyde dile getirip, buna göre eylemde bulunmak. Belki bu yüzden insani güvenlik yaklaşımı bu işe en uygun olanı.

- <sup>1</sup> *The Hippocratic Oath and Others*, MacMaster University Health Science Library, erişim: <https://bit.ly/39KhBrl>.
- <sup>2</sup> Platon, *Phaidon*, Çev. Ahmet Cevzici, Gündoğan Yayınları, 1989: s. 121, para. E-118.
- <sup>3</sup> James E Bailey, "Socrates's Last Words to the Physician God Asklepios: An Ancient Call for a Healing Ethos in Civic Life", *Cureus*, 2018, 10 (12): e3789, erişim: <https://bit.ly/39KhBrl>
- <sup>4</sup> *Global Citizens*, 29 Ocak 2013, You Tube, erişim: <https://www.youtube.com/watch?v=erHXKP386Nk>.
- <sup>5</sup> *Forbes*, "How Much Money Did Jonas Salk Potentially Forfeit By Not Patenting The Polio Vaccine?", 9 Ağustos 2012, erişim: <https://bit.ly/3lQLI8h>.
- <sup>6</sup> *Bio*, "The Real Reason Why Salk Refused to Patent the Polio Vaccine", 27 Ocak 2012, erişim: <https://bit.ly/3gtZebD>; ayrıca bkz. Stephan Kinsella, *Patent and Penicillin*, Mises Institute, 06.22.2006, erişim: <https://bit.ly/3ggfAUW>.
- <sup>7</sup> UNDP, *Human Development Report 1994*, New York ve Oxford, Oxford University Press, 1994: s. 22, erişim: <https://bit.ly/3qyONrS>.
- <sup>8</sup> Dr. Fahrettin Koca, Onaylı twitter Hesabı, 1 Ekim 2020, erişim: <https://twitter.com/drFahrettinkoca/status/1311638305981771776?s=20>.
- <sup>9</sup> Türk Tabipleri Birliği, "Sağlık Bakanlığı COVID-19 ölümlerini Dünya Sağlık Örgütü kodlarına göre raporlamıyor", 08 Nisan 2020, erişim: <https://bit.ly/2liALZW>; "Türk Tabipleri Birliği uyarıyor!", 23 Haziran 2020, <https://bit.ly/3qxN2uW>.
- <sup>10</sup> UNDP, *Human Development Report 1994*, s. 22-23; UN Human Security Trust, *Human Security Handbook*, 2016, ss. 7-8, 17, erişim: <https://bit.ly/3otCGdx>.
- <sup>11</sup> UNDP, *Human Development Report 1994*, s. 25-33; UN Human Security Trust, *Human Security in Theory and Practice*, 2009, s. 16, erişim: <https://bit.ly/3guifux>.
- <sup>12</sup> UN Trust Fund for Human Security (UNTFHS), erişim: <https://bit.ly/2VHA0gh>.
- <sup>13</sup> *A European way of security: the Madrid Report of the Human Security Study Group*, 2007, erişim: <https://bit.ly/3qyW8Yf>.
- <sup>14</sup> *Claim*, Yurttaşlık Derneği, erişim: <http://cn4hs.org/tr/>.
- <sup>15</sup> World Health Organization, *Constitution*, erişim: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>.
- <sup>16</sup> *Birleşmiş Milletler'de İnsan Hakları Yorumları*, Der. ve Çev. Lema Uyar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2006, s. 237.
- <sup>17</sup> Dünya Sağlık Örgütü, "Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanslardan Bildiriler", T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2011, s. 1.
- <sup>18</sup> *Birleşmiş Milletler'de İnsan Hakları Yorumları*, ss. 240-242.
- <sup>19</sup> Dünya Sağlık Örgütü, "Health and Human Security", 2003, erişim: <https://bit.ly/3mOEEFa>.
- <sup>20</sup> PAHO ve Dünya Sağlık Örgütü, "Human Security: Implications & Applications for Public Health", 23 Temmuz 2013, <https://bit.ly/2lYx2NP>.
- <sup>21</sup> WMO, *State of the Global Climate 2020: Provisional Report*, erişim: <https://bit.ly/3giYrKb>.
- <sup>22</sup> UNHCR, *Syria Crisis: 8 Years of the Syrian War*, erişim: <https://www.unhcr.org/syria-emergency.html>.
- <sup>23</sup> CNN World, *Syria Crisis*, erişim: <https://edition.cnn.com/specials/middleeast/syria>.
- <sup>24</sup> OECD, *Society at a Glance 2019: OECD Social Indicators*, 2019, ss. 98-112, erişim: <https://bit.ly/3gj8hvB>; OECD, *Health Expenditure and Financing*, <https://bit.ly/36QQER0>.
- <sup>25</sup> Marcelo Korc, Susan Hubbard, Tomoko Suzuki, and Masamine Jimba, *Health, Resilience, and Human Security. Moving Toward Health for All*, Japan Center for International Exchange and Pan American Health Organization, 2016, ss. 7-12 ve 26-28.
- <sup>26</sup> Pat Sidley, *Drug companies sue South African government over generics*, *BMJ*, 2001, Şubat, 322 (7284), s. 447, erişim: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119675/>; Oxfam, *South Africa vs. the Drug Giants: A Challenge to Affordable Medicines*, Oxfam Background Briefing, Şubat 2001, erişim: <https://bit.ly/3gjWhKp>.
- <sup>27</sup> Dünya Sağlık Örgütü, *WHO Director-General's opening remarks at the United Nations General Assembly Special Session*, 4 Aralık 2020, erişim: <https://bit.ly/39K6kat>.
- <sup>28</sup> Yurttaşlık ve İnsani Güvenlik Konferansı Açılış Toplantısı, Emel Kurma ve Ahmet İnsel, 23 Ocak 2015, erişim: <https://bit.ly/37H9Akb>.

# PANDEMİ, TOPLUMSAL EŞİTSİZLİKLER VE SAĞLIK HAKKI

Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politikalar Forumu'ndan araştırmacı Tuğba Zeynep Şen, temel bir hak olarak sağlık hakkının tesis edilebilmesinin koşullarını tartıştığı bu yazısında artan eşitsizlikler karşısında benimsenen politik tercihlerin ne denli kritik olduğunu vurguluyor.

30 Ekim günü yaşanan İzmir merkezli yıkıcı deprem “deprem değil bina öldürür” sözünün tekrardan sıkça duyulmasına sebep oldu. Her ne kadar medya ve siyasetçilerin dilinde daha çok savaş ve çatışmayı çağırıştıran bir dille (mücadele, çatışma, vs.) konuşulsa da, devam etmekte olan pandemiyi de depreme benzer bir afet olarak düşünmek daha doğru olur. Afetler üzerine çalışan sosyal bilimcilerin uzun süredir dikkat çektiği gibi, afetler her ne kadar insan iradesi dışında faktörler tarafından tetiklense de, krize –yani asıl felakete– sebep olan bu faktörler kadar, hatta belki daha da fazla, insanlar tarafından kurulan ve sürdürülen sistemlerdir.<sup>1</sup> Bu COVID-19 pandemisi gibi bir durumda ölümler tamamen sosyal ve siyasi koşullar sebebiyle yaşanıyor demek değil. Tabii ki en ideal sistemler ve politikalar söz konusu olduğunda bile ilacı ve aşısı bulunmayan, hatırı sayılır derecede ölümcül bir hastalığın hiçbir ölüme sebep olamamasını beklemek çok da gerçekçi olmayacaktır; modern tıbbın ve tüm sistemlerin belli sınırları var. Ama salgın hastalıkla pandemi, pandemi ile felaket arasındaki değişikliği belirleyen şey çoğu durumda sistemler ve politikalar.

İçinde bulunduğumuz pandemi ile sağlık hakkı ve onun çevresinde kurulan sistemler her zamankinden daha çarpıcı ve acil bir şekilde gündeme geldi. Sağlık hakkı hem insan hakkı, hem anayasal hak, hem de diğer haklarımızın tatmini için önemi sebebiyle temel bir hak. Peki, sağlık hakkı denildiğinde ne anlıyoruz? Bir hak olarak ifade edilmesi

devlete vatandaşlarının –ve ülke sınırları içerisinde yaşayanların– sağlığına dair birtakım sorumluluklar yüklüyor. Bu oldukça tartışmasız bir olgu, ancak bu sorumluluğun kapsamı daha çetrefil bir mesele. En dar anlamıyla devletin görevinin halkın ulaşabileceği bir sağlık hizmeti olmasıyla sınırlı olduğu savunulabilir: Devlet hizmet sunumunu kendisi yapmasa dahi böylesi bir hizmetin varlığı aracılığı ile sağlık hakkını hayata geçirebilir. Ne var ki bu okuma dar olduğu kadar gerçeklikten uzak. Sağlık hizmetinin varlığı o hizmete erişimi garantiemediği gibi, sağlık hizmetine erişim bile sağlıklı olmayı ya da sağlığa kavuşmayı beraberinde getiremeyebiliyor. Sağlık hizmetlerinin sunumu elbette hayati bir mesele, ancak devletin sorumluluğunu sadece bu hizmetlerin sunumunu ve bu hizmetlere erişimi sağlama olarak düşünmek yeterli değil.

## Sağlık politikaları ve pandemi

Bireylerin sağlığını tedavi edici bir sağlık hizmetine başvuru noktasına gelmeden belirleyen birçok sosyoekonomik etken mevcut.<sup>2</sup> Sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetleri verimli şekilde kullanabilme yetisi bu ilişkinin bir parçası, ama tamamı değil. Temiz ve sağlıklı su ve gıdaya erişim, çalışma koşulları, barınma koşulları, kişisel sağlığı iyileştirme ve sürdürmeyi sağlayan davranışları kazanma gibi sağlığı belirleyen birçok faktör sosyoekonomik koşullar tarafından belirleniyor. Alt gelir gruplarındaki kişiler bu etkenlerden olumsuz etkilendiği için sağlık sorunları yaşamaya daha yatkın olduğu gibi, sağlık sistemini kullanmakta daha çok engelle

Salgın hastalıkla pandemi, pandemi ile felaket arasındaki değişikliği belirleyen şey çoğu durumda sistemler ve politikalar.

karşılaştıkları için sağlık sorunlarının çözümüne ulaşmakta daha çok zorlanıyorlar. Sağlık hakkının diğer sosyal haklarla olan bu yakın ilişkisi tedavi edici tıbbın yanında hastalıkların tedavisinden ziyade engellenmesini hedefleyen koruyucu ve önleyici halk sağlığı politikalarının önemine işaret ediyor.

Pandemi başladığından beri genel olarak siyasi otoritelerin önünde ulaşılmaması gereken iki temel hedefin varlığından bahsedilebilir: hastalığın yayılmasının yavaşlatmak ve SARS-COV-2 virüsü ile ilişkili hastalık ve ölümlere engel olmak.<sup>3</sup> Bu hedefler hastalığın yayılmaya başladığı zamandan bu yazının kaleme alındığı Kasım ayına kadar değişmedi ve yaygın aşılama yapılması mümkün olana kadar da değişeceğini düşünmek mümkün değil. Bu iki hedefe, 4 Kasım'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayınlanan yol gösterici belgede<sup>4</sup> küresel stratejik hedeflerden biri olarak belirtilen aşı ve tedavi geliştirilmesi eklenebilir. Her ne kadar aşı ve ilaç üretimi genel olarak sağlık politikaları ve sistemleri tartışmalarında ön plana çıkmasa da, bu üç hedefin

genel hatlarıyla sağlık sistemlerinin üç farklı alanına işaret ettiği söylenebilir. Hastalığın yayılmasının engellenmesi önleyici tıp ya da halk sağlığının, virüse yakalananlarda ilişkili hastalıkların ve ölümün engellenmesi tedavi edici tıbbın, aşı ve tedavi geliştirilmesi ise araştırma ve geliştirme çalışmalarının alanına giriyor. Bu alanların üçü de bir ülkenin sağlık politikası tarafından yönetilir.<sup>5</sup> Çok genel hatlarıyla sağlık politikaları bir devletin sağlık hizmetlerinin sunumuna ve finansmanına dair yaptığı planlama, düzenleme, denetleme ve uygulamalarıdır. Hizmet sunumu sağlık hizmetinin kim tarafından (örneğin özel hastane veya devlet hastanesi) ve ne şekilde (örneğin sağlık ocağı ve araştırma hastaneleri gibi farklı türde sağlık kurumlarının varlığı) sunulacağına dair kararları ve uygulamaları kapsıyor. Aynı zamanda halk sağlığı söz konusu olduğunda hangi hizmetlerin sunulacağı da (örneğin hangi hastalıklar için zorunlu aşı olacağı) sağlık politikası tarafından belirlenir. Finansman ise bu hizmetlerin ödemelerinin ne şekilde ve kim tarafından (örneğin vergi yoluyla, kamu sağlık sigortasıyla, özel sağlık sigortasıyla ya da cepten ödemelerle) yapılacağını ve özellikle Türkiye gibi kamu sağlık sigortası olan ülkelerde bu sigortanın hangi işlemleri ve bu işlemlerin ücretlerinin ne kadarını kapsayacağına dair kararları kapsıyor. Başka bir deyişle hastalık durumunda kişinin ne tedavi alması gerektiği tıp biliminin alanıyken, tanı ve tedaviye erişimin ne şekilde olacağı sağlık politikası tarafından belirlenir. Bu politikalar belli ölçüde bilimsel olarak temellendirilebilir ama büyük ölçüde siyasi kararlara tabidir. Buna ek olarak, herhangi bir politikanın başarılı olması için doğru politika tasarımı yeterli değildir; devletin ve kurumlarının tasarlanan politikayı uygulayabilme kapasitesi burada önemli bir etken haline gelir. Sağlık politikası bağlamında bu kapasite türleri arasında hastane ve sağlık çalışanı sayısı gibi işlevsel kapasiteler kadar halkı halk sağlığı önlemlerine uymaya ikna edecek iletişimsel kapasite, gerekli harcamaları yapabilecek mali kapasite gibi, ancak bu örneklerle sınırlı olmayan, kapasiteler söz konusu.

Pandemi süresince yapılan müdahalelerin önemli bir bölümü halk sağlığı önlemleriydi. Bunun öne çıkan ve birbiriyle yakından ilişkili iki sebebi olduğu söylenebilir. Yeni tip koronavirüs için

Hastalık durumunda kişinin ne tedavi alması gerektiği tıp biliminin alanıyken, tanı ve tedaviye erişimin ne şekilde olacağı sağlık politikası tarafından belirlenir. Bu politikalar belli ölçüde bilimsel olarak temellendirilebilir ama büyük ölçüde siyasi kararlara tabidir.

halihazırda bir tedavi yöntemi ya da ilaç olmadığı için kişi hastalandıktan sonra hastalığın seyrini yönetmek ve zatürre gibi ilişkili ve potansiyel olarak ölümcül hastalıkların ortaya çıkmasına engel olmaya çalışmak dışında tedavi edici tıbbın elinden gelen bir şey olamıyor. Bu durum hastalığın yayılma hızıyla birleşince sağlık sistemlerinin hastalıkla baş edemeyecek derecede baskı altında kalacağına dair haklı korkular doğal olarak salgınla başa çıkmak için en faydalı yöntemin hastalığın yayılmasını engellemek olacağı sonucuna götürüyor.

#### Kriz yönetimi ve haklar

COVID-19 pandemisi olağandışı bir durum ve uzmanlar tarafından pandemiyi kontrol altına almak için özellikle halk sağlığı alanında olağandışı uygulamalar yapılması gerektiği söyleniyor. Bu süreçte sağlık hakkını korumak için alınan tedbirlerin önemli bir kısmı diğer hak ve hürriyetleri kısıtlayıcı nitelikte. Sokağa çıkma yasakları gibi bazı önlemler herkesin özgürlüklerini kısıtlarken, sağlık çalışanlarının istifa ve izin yasakları gibi uygulamalar sadece belli grupları etkiledi. Aynı zamanda birçok ülkede var olan HES kodu gibi

Kriz durumlarında kısıtlayıcı ve bazı durumlarda hak ihlali oluşturan önlemlerin alınması gerekli olabiliyor, ancak bu krize yönelik alındığı ifade edilen her bir önlemin doğrudan kabul edilebilir olduğu anlamına gelmez. Bu tür önlemlerin kabul edilebilir olması için önlemin hedefi geçerli olmalı, önlem hedefi etkin biçimde gerçekleştirilmeli ve uygulanacak önlem alternatif seçenekler arasında en etkin ve az hak ihlaline sebep olan seçenek olmalı.



takip ve izleme uygulamaları özel hayatın gizliliği ile ilgili tartışmalara sebep oldu. Özellikle kriz durumlarında bu tür kısıtlayıcı ve bazı durumlarda hak ihlali oluşturan önlemlerin alınması gerekli olabiliyor, ancak bu krize yönelik alındığı ifade edilen her bir önlemin doğrudan



Fotoğraf: Kamile Kurt

kabul edilebilir olduğu anlamına gelmez. Bu tür önlemlerin kabul edilebilir olması için önlemin hedefi geçerli olmalı, önlem hedefi etkin biçimde gerçekleştirilebilir ve uygulanacak önlem alternatif seçenekler arasında en etkin ve az hak ihlaline sebep olan seçenek olmalı.<sup>6</sup>

Kamu sağlığı önlemleri için tavizde bulunma zorunluluğu sadece haklar arasında yapılan tercihlerle sınırlı değil. Bu tedbirler insanları evlerine kapatıp sosyal mesafeyi gerektirdiği ölçüde ekonomik işleyişi yavaşlatıyor. Bu birçok kişi için potansiyel olarak pandemiden çok daha uzun süreli olacak iş ve gelir kaybı anlamına geldiği gibi, ülke ekonomisi üzerinde de ciddiye alınması gereken bir etkiye sahip. Ekonomiye dair endişeler

hiç de azımsanacak meseleler değil; kötü ekonomik koşullar başlı başına halk sağlığı için bir risk. Ancak şu anda içinde olduğumuz durumda virüsün yayılmasına engel olacak önlemlerle ekonominin kötüleşmesini durduracak uygulamalar birbirleriyle çelişiyor. Hangisine öncelik verilmesi gerektiği ise bilimsel olduğu kadar, hatta belki daha da fazla, siyasi bir mesele.

#### **Türkiye’de salgın yönetiminin bilançosu**

Türkiye’nin pandemiye tepkisi incelendiğinde karşımıza karma bir tablo çıkıyor. 11 Martta ilk resmi COVID-19 vakası açıklandıktan sonra hızlıca kamu sağlığı önlemleri alındı. Bunların arasında okullarda eğitime ara verilmesi, eğlence

mekânlarının kapatılması, seyahat ve sokağa çıkma yasakları gibi önlemler bulunuyordu. Halk sağlığı önlemlerinin yanında tedavi edici tıp hizmetlerinin kapasitesini arttırmak için sağlık çalışanlarının izin ve istifa haklarının askıya alınması ve bünyesinde COVID-19 ile ilişkili uzmanlığa sahip doktorlar veya yoğun bakım yatakları bulunan özel hastaneler dahil tüm hastanelerin ‘pandemi hastanesi’ kabul edilmesi gibi müdahaleler yapıldı. Hazırda ise ‘normalleşme planı’ açıklanarak bu önlemler aşamalı olarak gevşetilmeye ve kaldırılmaya başladı.<sup>7</sup> Bu yazı kaleme alındığı sırada il bazında maske takma zorunluluğu devam etse de kamu sağlığı önlemlerinin hemen hepsi artık kaldırılmış bulunuyordu. Resmi sayılara

göre sıkı önlemlerin alındığı bahar aylarında hastalığın seyri yavaşlatılabildi, ancak önlemler kaldırılıp bir nevi sürü bağışıklığı yaklaşımlarına geçildiğinden beri sayılar hızla tekrar artmaya başladı.

Sosyal mesafe, maske takma ve hastalık belirtisi görülmesi durumunda kendini izole etme gibi pandemi başından beri temel ve hayati olarak kabul edilen önlemler halkın bu önlemlere uymasını gerektiriyor. Bunun sağlanması devletin halkı bu kurallara uymaya ikna edecek etkili bir iletişim kapasitesine sahip olmasıyla yakından ilişkili. Ancak devletin vatandaşlarına bu uygulamaların neden gerekli olduğunu şeffaf ve gerçekçi bir şekilde açıklayarak gerekli bilgi paylaşımını uygun bir dille yapması vatandaşların bu kısıtlamaları kendi rızalarıyla kabul etmesini sağlayabilir. Özellikle pandemiyin ilk dönemlerinde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın vaka sayıları ve uygulamalar ile ilgili yaptığı düzenli açıklamalar, bu açıklamalarda kullandığı üslup ve aktif sosyal medya kullanımı bu açıdan başarılı olarak değerlendirilebilir. Ne var ki Temmuz sonundan itibaren vaka sayıları değil 'hasta' sayıları açıklanıyor, yani asemptomatik olan kişiler test sonuçları pozitif olsa da sunulan sayılara dâhil edilmiyor. Bu değişiklik sonucunda hastalığın yaygınlığına dair güncel verilerin tam haliyle yansıtılmıyor

olmasının devletin vatandaşla kurduğu bu güven ilişkisini sarsmış olması olası.

Bu tür insan hareketliliğini kısıtlayan müdahalelerin başarılı ve uygulanabilir olması sadece halkın bu önlemlerin gerekliliğini kabul etmesiyle değil, önlemlerin oluşturduğu şartlarda yaşayabilmesiyle de yakından alakalı. Kafe, restoran ve AVM gibi mekanların çalışmasına ara verilmesi ve sokağa çıkma yasakları gibi halk sağlığı önlemleri çalışanların gelir veya iş kaybı yaşamalarına sebep olacak nitelikteydi. İşten çıkarma yasakları, kısa çalışma ödeneği ve nakdi ücret ile işten çıkarmalara engel olunmaya çalışıldı ve hem işçi hem işverenin yaşayacağı gelir kayıpları bir miktar ikame edildi.<sup>8</sup> Bu destekler evde kalabilmesini sağlayacak araçlardı. Bu araçların işlerliği ise İŞKUR, SGK ve işsizlik fonu gibi hâlihazırda var olan kurumların idari ve ekonomik kapasiteleri sayesinde mümkün kılındı. Ancak her ne kadar var olan sosyal ve ekonomik politika altyapısı bu halk sağlığı önlemlerini uygulanabilir hale getirmek için kullanılmaya başlansa da bu altyapının bu amaç için kurgulanmamış olması birtakım sorunlara yol açtı. Türkiye'de kayıt dışı çalışma oranı yüksek olduğu için hem işten çıkarma yasağı toplumun önemli bir kısmının istihdamını koruyamadı, hem de gelir desteği sağlayan programlar

bu kişileri kapsam dışı bıraktı. Nakdi ücret desteğinin kayıt dışı çalışanları da kapsama alacağı Hazirana kadar açıklanmadı. Hazirandaki bu açıklamanın sonucunda kayıt dışı çalışanların ne ölçüde kapsama alınabildiğine ilişkin bir bilgi de paylaşılmadı. Buna ek olarak kayıtlı çalışan kişilere verilen destek miktarları özellikle İstanbul ve Ankara gibi şehirlerde yaşayanların evden çıkmadan hayatlarını sürdürmesine yeterli olacak miktarda değildi. Sosyal ve ekonomik politika altyapısının pandemi döneminde işletilme biçimine ilişkin bu sorunların halk sağlığı önlemleri ve uygulanabilirlikleri üzerinde önemli etkileri oldu.

### Pandemi ve toplumsal eşitsizlikler

Bununla birlikte COVID-19 pandemisi sağlığın sosyal belirleyicilerinin gücünü ortaya çıkardı. Her ne kadar pandemiyin başlarında bazı toplumsal figürler pandemiyin 'büyük eşitleyici' olacağını söylemiş olsa da, gelen veriler durumun hiç de bu şekilde olmadığını gösterdi. Sosyoekonomik statüleri düşük olan ya da marjinalize edilmiş olan kişiler hem SARS-CoV-2 hastalığının kendisinden hem de pandemi için alınan önlemlerin olumsuz etkilerinden daha çok etkileniyor. Bu kişilerin virüse yakalanma durumunda olumsuz sonuçlar doğuracak eş zamanlı hastalıklara sahip olma olasılığı daha yüksek olduğu gibi, sağlıklı





ve dengeli beslenme seçeneklerine ve gerektiği durumda takviye edici ürünlere erişimleri daha az olduğu için bağışıklık sistemlerini güçlü tutmaları daha zor. Birçok araştırmaya göre düşük gelir grubunda olanların ya da kayıt dışı çalışanların işlerini evden yapabilmeye ihtimali daha düşük.<sup>9</sup> Bu demek oluyor ki pandemi sürecinde işsiz kalma riskleri de daha yüksek, işlerinin devam etmesi durumunda evden çalışamayacakları için virüsle temas etme riskleri de. Ayrıca kısıtlama dönemlerinde zaruri iş olması sebebiyle çalışmaya devam eden ve düşük ücretli çalışan market çalışanı, kargo kuryeleri gibi çalışanların önemli bir kısmı da daha yüksek risk altındaydı. Bütün bunlara ek olarak kamusal alanda maske kullanımı son derece basit bir önlem gibi görünse de, düzenli ve doğru şekilde maske kullanımının bir hane halkına getirdiği ekonomik yükün özellikle düşük gelir grubu için azımsanmayacak bir miktar olduğunu da belirtmek gerekir. Yeniden kullanılabilen kumaş maskeler tavsiye edilse de, kullanılan kumaşın türüne bağlı olarak maskenin etkinliği

çok değişebilir.<sup>10</sup> Çoğu kişinin faydalı ve faydasız maskeleri ayırt edemeyeceği tahmin edilebilir ve bu tür maskelerin üretimi ve satışı ile alakalı etkin bir denetleme de yokmuş gibi görünüyor. Devletin vatandaşlarına düzenli, ücretsiz ve etkin maske sağlayamaması hem kamu sağlığı önlemlerine riayeti zor hale getiriyor, hem de sürekli olarak medikal maske alamayacak gruptakiler için ayrı bir risk faktörü oluşturuyor.

Halkın geniş kesimlerine test yapılması ve pozitif sonuç alan kişilerin temasta bulunduğu kişilerin tespit edilip test edilmesi bu süreçteki en etkin yöntemlerden biri olarak ön plana çıktı. Bu şekilde yaygın test uygulaması ise ciddi bir kapasite gerektiriyor. Yeterli sayıda test kitinin olmasının yanında, bu testlerin uygulanması ve değerlendirilmesi hem bu konuda gerekli uzmanlığa sahip elemanları hem de laboratuvar teknolojisini gerektiriyor. Türkiye dahil birçok ülke yeterli kapasiteye sahip olmadığı için ülkelerde testlerin kime yapılacağı belirtilere ve

Türkiye’de kayıt dışı çalışma oranı yüksek olduğu için hem işten çıkarma yasağı toplumun önemli bir kısmının istihdamını koruyamadı, hem de gelir desteği sağlayan programlar bu kişileri kapsam dışı bıraktı.

risk durumuna göre farklı şekillerde belirleniyor. DSÖ dahil birçok ulusal ve uluslararası sağlık kurumu hafif belirtileri olanların kendini izole edip belirtilerini izlemesini ve ciddileşme durumunda test yaptırmasını tavsiye ediyor. Bu tür önceliklendirmelerin sınırlı imkanların en etkin ve akılcı kullanımı açısından gerekli ve geçerli olduğu söylenebilir. Ancak hafif belirtilerle de olsa COVID şüphesi olan kişilerin iş ya da gelir kaybı yaşamadan kendini izole edebilmesi için hem kamu sektöründe hem de özel sektörde iş ve gelir güvencesine yönelik gerekli önlemlerin alınması şart. Bununla birlikte özel hastanelerde ücret karşılığında istek üzerine test yapılabilmesi hem sağlık sistemlerinde özelleşmenin ne şekilde eşitsizlik doğurduğunu çok canlı bir örneği, hem de devletin ‘pandemi hastanesi’ uygulamasına rağmen özel hastanelerin kapasitesini kamu sağlığı için tüm gücüyle kullanmadığının ya da kullanmasının sağlanmadığının bir işareti. Sağlık hizmetlerine erişim bir vatandaşlık hakkı olarak düşünüldüğünde ve özellikle pandemi gibi belirsiz ve güvensizlik hissi yaratan bir durumda test hizmetine erişimin parayla ilişkilendirilmesi eşit vatandaşlık hissine darbe vuran bir olgu.

Virüsün hızla yayılması durumunda hastalara tedavi edici hizmetlerin sunumunda da benzer sorunlar yaşanacağı öngörülebilir. Pandeminin en yoğun döneminde İtalya’da sağlık sistemi üzerine binen yükü kaldıramadığı için ciddi hastalar arasında kimin tedavi görüp göremeyeceğine dair kararlar verilmesi gerekti. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde alışıldığın üstünde bir yoğunluktan bahsedilmesine rağmen bu yazının kaleme alındığı tarihte böylesi bir durum henüz Türkiye’de oluşmamış gibi görünüyor. Bununla

birlikte özellikle İstanbul gibi şehirlerde durum kötüleşmekte olduğu için bu tür durumların yaşanmayacağı kesin değil.

Hem test yapma hem de tedavi etme ile alakalı sorunlar sağlık sisteminin işlevsel kapasitesiyle alakalı. İtalya ve İngiltere gibi dünyanın en iyi sağlık sistemleri arasında sayılan sistemlere sahip ülkelerde de benzer ve hatta daha ciddi sorunlar yaşandı ve yaşanıyor. Bu hem koruyucu halk sağlığı önlemlerinin dikkatine önem çekiyor, hem de normal şartlar altında yeterli ve güçlü kabul edilen sağlık sistemlerinin kapasitesinin pandemi gibi olağanüstü bir durum karşısında yetersiz kalabildiğini gösteriyor. İngiltere ve İtalya örneklerinde gördüğümüz gibi dünyanın en güçlü sağlık sistemleri bile pandemiye karşılık veremedi. Singapur ise 2003 SARS epidemisinde sonra kapasitesini büyük ölçüde genişletmiş olduğu için vaka sayısı yüksek olsa da ölüm oranı ciddi derecede düşük olan bir ülke örneği olarak karşımıza çıkıyor. Bu noktada devletin planlama yaparken, yani hastane ve çalışan sayısını, sağlık sisteminin olanak ve imkânlarını belirlerken kararlarını hangi kistaslara göre vermesi gerektiği sorusu doğuyor. Genel olarak sağlık sistemlerinin normal şartlarda kullanılacak olandan biraz daha yüksek bir kapasiteye sahip olması bekleniyor

ve planlama buna göre yapılıyor. Ancak bu fazla kapasite COVID-19 boyutunda bir olayı öngörerek yapılmadığı için bunun gibi olağanüstü koşullarda hem çalışan sayısı, hem fiziksel altyapı, hem de kişisel koruyucu ekipman gibi gerekli araçların yetersiz kaldığı görülüyor. Planlama yapılırken ne ölçüde ihtiyaç fazlasının dahil edileceği ise oldukça siyasi ve ekonomik bir mesele; ciddi miktarda kapasite fazlasına sahip bir sağlık sistemi başka alanlarda kullanılacak ve kullanılması gereken devlet kaynakları üzerinde büyük bir yük olacaktır. Buna ek olarak devletlerin sağlık sistemlerini planlarken COVID-19 pandemisi gibi bütün dünyayı hazırlıksız yakalayan bir durumu öngörerek planlama yapmasını beklemek çok adil olmayabilir.

Sağlık sistemleri ve bu sistemlerin kapasitesi pandemi durumunda elbette çok hayati bir rol oynuyor. Bununla birlikte bu sistemlerin böylesi bir krize karşılık verebilmesi sadece tedavi edici tıbbı ve ona yönelik politikalara bağlı değil. Pandemi süresince küresel olarak gördüğümüz şey, halk sağlığının ve önleyici politikaların ne kadar önemli bir işlevi olduğuydu. Kişinin sağlığı sadece tedavi edici tıbbı erişimine bağlı değil. Sağlık çıktıları hastalanmaya kadar varan süreci şekillendiren birçok sosyal

Özel hastanelerde ücret karşılığında istek üzerine test yapılabilir olması hem sağlık sistemlerinde özelleşmenin ne şekilde eşitsizlik doğurduğunun çok canlı bir örneği, hem de devletin 'pandemi hastanesi' uygulamasına rağmen özel hastanelerin kapasitesini kamu sağlığı için tüm gücüyle kullanmadığının ya da kullanmasının sağlanmadığının bir işareti.

faktörün bir sonucu. Örneğin, COVID-19 sebebiyle ölüm riskini yükselten obezite ve kalp hastalığı gibi eş zamanlı sağlık sorunlarının ve sigara kullanma gibi davranışların sosyoekonomik durumla ve marjinalizasyonla olan ilişkisi hastalığın hepimizi eşit şartlarda yakalamadığını gösteriyor. Sağlık çıktıları ve sosyal belirleyicileri arasındaki bu ilişki pandemi







gibi halk sağlığı krizleri söz konusu olunca daha da önemli hale geliyor. Çünkü önleyici uygulamaların başarısı kişinin yaşam biçiminde ve gündelik pratiklerinde değişiklikleri imliyor ve bu değişiklikleri yapabilmeyi mümkün kılan olanaklara sahip olup olmama tarafından şekilleniyor. Bu çerçevede “evde kal” çağrıları hepimize iş güvencesinin, sosyal güvenliğin ve gelir garantisinin bu pandemiye sağlıkla atlatmak için ne kadar önemli olduğunu gösterdi. Bu seneden alınacak önemli derslerden biri sağlık sisteminin başarısının diğer politikalar ve sistemlerin başarısıyla organik bağa sahip olduğu. Sağlık hakkı hem bir insanlık hakkı, hem de vatandaşlık hakkı ve bu hakkın korunması her birey için çok önemli. Sağlık sistemlerinin herkes için erişilebilir ve kullanılabilir olması bu hakkın korunmasında hayati bir öneme sahip. Ancak sağlık hakkının korunması için atılması gereken adımlar sadece sağlık hizmetine erişim sağlamakla sınırlı kalmaz. Hem normal şartlar altında, hem kriz durumlarında sağlık hakkının hayata geçirilmesi için sağlığın sosyal belirleyicilerini de hesaba katan ve bu sorunları ele alan bütünlüklü sağlık politikalarının olması şart.

<sup>1</sup> E.L. Quarantelli (der.), *What is a Disaster? A Dozen Perspectives on the Question*. Routledge, 1998.

<sup>2</sup> M. Marmot ve R.G. Wilkinson (der.), *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. İlker Kayı (çev.) İnsev Yayınları, 2006.

<sup>3</sup> DSÖ, *Responding to community spread of COVID-19*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü, 7 Mart 2020; DSÖ, *Critical preparedness, readiness and response actions*. Dünya Sağlık Örgütü, 4 Kasım 2020.

<sup>4</sup> DSÖ, *Critical preparedness, readiness and response actions*. Dünya Sağlık Örgütü, 4 Kasım 2020.

<sup>5</sup> İlaç ve aşı geliştirme çalışmalarının genel anlamda devlet destekli ve özel sektör tarafında yürütülen araştırma geliştirme faaliyetlerine bağlı, ticarileşmiş ve teknoloji-yoğunluklu niteliği dolayısıyla ulusal sağlık politikalarını aşan sanayi politikaları ve uluslararası ticaret rejimi ile ilişkili boyutları olduğu da hesaba katılmalıdır.

<sup>6</sup> L.O. Gostin ve Z. Lazzarini, *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*. Oxford University Press, 1997.

<sup>7</sup> ayıs ortasına kadar alınan karar ve önlemlerin listesi için bkz. F. Budak ve Ş. Korkmaz, “COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği”. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 2020: 62-79.

<sup>8</sup> İstihdam ile alakalı olarak Haziran'a kadar yapılan uygulamaların listesi için bkz. V. Yılmaz vd., *COVID-19 Salgınında İstanbul'da Çalışan Deneyimleri*. Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu, Ağustos 2020.

<sup>9</sup> U. Aytun, U ve C. Özgüzel, *COVID-19 Sonucunda Evden Çalışabilirlik ve Eşitsizliğe Etkileri*. İSTANPOL ve Friedrich Ebert Stiftung, 2020; J.L. Dingel ve B. Neiman, “How many jobs can be done at home?” *NBER Working Paper 26948*. National Bureau of Economic Research, 2020; F. Saltiel, “Who Can Work From Home in Developing Countries?” *COVID Economics*, 7, 2020: 104-118.

<sup>10</sup> E. Fischer vd., “Low-cost measurement of facemask efficacy for filtering expelled droplets during speech.” *Science Advances*, Ağustos 2020.

# DAHA ADİL BİR HAYAT MÜMKÜN: HALK SAĞLIĞI PENCERESİNDEN SALGIN

Salgın hâlihazırda var olan toplumsal eşitsizlikleri ve kırılğanlıkları çıplak biçimde ortaya serdi. Virüsün hedef gözetmediğine ya da her birimizin ortak bir kaderi paylaştığına dair tüm iyimser kanaatler, mevcut toplumsal gerçeklik karşısında hızla berhava oldu. Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Yeşim Yasin, salgının bir bilançosunu çıkardığı bu yazısında halk sağlığı penceresinden sahici bir değişimin yolunun yalnızca ekonomik ya da kurumsal değil aynı zamanda zihinsel bir dönüşümden geçtiğini tartışıyor.

COVID-19'un hayatımıza girdiği andan beri halk sağlığından bahsetmediğimiz tek bir günümüz olmadı. Bu, bir şeylerin yolunda gitmediğinin en açık kanıtı. Çünkü 'görünmezlik kuralına' referansla biliyoruz ki, bir yerde halk sağlığından ne kadar çok söz ediliyorsa, işler o kadar kötü demektir.

## Peki öyleyse nedir bu halk sağlığı?

Elbette pek çok farklı şekilde tanımlamak mümkün ama benim en net bulduğum tanım şu: Sağlığı, nüfus ya da toplum düzeyinde ele alan disiplin. Halk sağlığı en geniş kesimlere en fazla yarar sunacak hizmetlere odaklanır. Klinik tıpta olduğu gibi tek tek insanlarla, yani bireyle değil, onların içinde bulunduğu gruplar, topluluklar ya da son kertede toplum ile ilgilidir. Klinik tıp tedavi odaklıyken, halk sağlığı koruyucu sağlık uygulamalarını önceler. Müdahaleleri üçlü bir sacayağı etrafında şekillenir: Önlemek, sağlığı geliştirmek ve korumak. Salgınların önlenmesi ya da çevreden insan sağlığına tehdit oluşturabilecek atıkların uzaklaştırılması ilk grup için örnek teşkil edebilir. Tütün ürünlerinin tüketimini azaltmak için "dumansız hava sahası" ya da insanları hareketsiz yaşamdan uzaklaştırmak için "her gün 10 bin adım" gibi programlar ikinci grupta yer alabilir. Solunumsal virüslere karşı

yaygın maske kullanımının desteklenmesi de koruma için güncel örneklerden biri olabilir. Daha somutlamak istersek, bir kardiyolog bir hastanın koroner kalp hastalığını tedavi etmek için çalışırken, bir halk sağlığı koroner kalp hastalıklarının toplumdaki yükünü azaltmak için, örneğin trans-yağ kullanımını sınırlayacak müdahaleler planlamaya ya da yaşlı-dostu şehir politikaları geliştirmeye çalışır. Bir birey olarak, tek başınıza halk sağlığı ile ilgili bir meseleyi yönlendiremez ya da değiştiremezsiniz; kolektif ve organize bir çaba gerekir. Halk sağlığı politikadan, özellikle de kamu politikasından bağımsız düşünülemez; alan kâr iştahı olanlar için çekici bir menü sunmadığından hizmetlerin kamu eliyle yürütülmesi esastır. Ayrıca politika, planlanan müdahalenin gerektiği zaman yaptırımlarla güçlendirilebilmesi için de elzemdir. Dolayısıyla halk sağlığı hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesinden sağlık bakanlığı ya da ülkenin en üst düzey kamusal sağlık otoritesi sorumludur. Çoğu zaman diğer devlet kurumları ve ilgili sivil toplum ile işbirliği yapmayı da gerektirir.

Klinik tıpta tanı için temelde laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemlerine başvurulur ve tedavide ilaç ya da ameliyat öne çıkarken, halk

sağlığı tanıda epidemiyolojiyi ve biyo-istatistiği, tedavide ise sağlık eğitimini, sağlığı geliştirici programları ve sağlık sistemlerinin imkânlarını kullanır. İnsan sağlığına bütüncül bakar; sadece sağlığın biyo-psiko-sosyal bileşenleriyle birlikte görmekten öte, bugün önemini çok daha iyi anladığımız 'tek sağlık' anlayışını, yani insan sağlığının, çevre/gezegen ve hayvan sağlığından ayrı düşünülemediği yaklaşımını merkeze alır. Unutmayalım, gezegenimizin sağlığı hiç bugünkü kadar tehlike altında olmadı; küresel iklim krizi ve zoonozlardaki dramatik artış en temel iki gösterge.

Disiplini diğer alanlardan ayrı ve özel kılan derin bir felsefesi olduğunun da altını çizmekte yarar var. Toplumsal eşitliği önceleyen, bireyi çevresiyle birlikte değerlendiren, yaşamı bütünlüğü içinde kavrayan, toplumsal etmenleri dikkate alan, risk gruplarına öncelik veren, kendi ile ilgili kararlara paydaşların katılımı için kanallar yaratan, sağlık hizmetlerinde entegre hizmete/ekip hizmetine inanan bir felsefi temel üzerinde şekillenir. Liste daha da uzatılabilir. Dolayısıyla halk sağlığının uhdesinde olamayacak bir konu bulmak neredeyse imkânsızdır ve bu düşünen bir insana müthiş bir entelektüel alan açar. Sağlığın sosyal yönüne vurgu yapar. Hatta tam da bu nedenle daha



1800'lerin ortasında araştırma yaptığı bölgede ortaya çıkan tifüs salgınının ana sebebinin, oradaki yaygın yoksulluk, işsizlik ve sağlıksız çevresel koşullar olduğunu büyük bir iç görüyle ortaya koyan ve "tıp sosyal bir bilimdir ve siyaset de büyük ölçüde tıptan başka bir şey değildir" diyen Alman patolog Virchow, halk sağlığının kurucularından kabul edilir.

Halk sağlığının yazgısı ya da büyük şanssızlığı şudur ki, doğal ya da siyasi bir afet söz konusu değilse, kanalizasyon sistemi çalışıyorsa, ortada bir hava ya da çevre kirliliği problemi yoksa, temiz içme suyuna erişim sorunsuzsa ya da anne/bebek/çocuk ölümleri kabul edilebilir sınırlardaysa, varlığını kimse fark etmez, adı hiç anılmaz.

Çok katmanlı sağlık sorunlarının çözümleri için sadece multi-disipliner değil, inter-disipliner işbirliklerine de açık olmak ethosunun önemli bir parçasıdır.

Buraya kadar her şey yolunda gözüküyor; ancak tam öyle de değil. Halk sağlığının yazgısı ya da büyük şanssızlığı şudur ki, doğal ya da siyasi bir afet söz konusu değilse, kanalizasyon sistemi çalışıyorsa, ortada bir hava ya da çevre kirliliği problemi yoksa, temiz içme suyuna erişim sorunsuzsa ya da anne/bebek/çocuk ölümleri kabul edilebilir sınırlardaysa, varlığını kimse fark etmez, adı hiç anılmaz. Halk sağlığı ancak somut bir sorunla karşılaşıldığı zaman görünür ve üzerinde konuşulur olur. En çok da hastalık salgınlarında varlığı hatırlanır. Ve bunun en temel nedeni epidemiyolojidir.

#### Epidemiyoloji derken?

Epidemiyoloji, halk sağlığının temel bilim alanıdır. Eski tanımında salgınlara/epidemilere özel bir vurgu olsa da, güncel tanımıyla sadece bulaşıcı hastalıklarla sınırlı bir alan olarak kalmamış ve hastalık, kaza ya da herhangi bir sağlık sorununun bir toplumdaki dağılımı ve belirleyicilerinin incelendiği ve sağlık sorunlarının kontrolü için uygulamalarda bulunan bir bilim dalı haline gelmiştir.

Bunun için sürekli ve sistematik bilginin (başta süreyans verileri) peşine düşer, analiz eder, yorumlar ve sonucu taraflarla paylaşır. Hastalık yükü açısından kronik ve dejeneratif hastalıklar giderek daha fazla öne çıksa da, enfeksiyon hastalıkları, özellikle de salgınlarının kontrolü epidemiyoloji açısından bugün de önemini koruyan sorunlardan biridir.

#### Salgın kontrolünde 4T reçetesi

Kolaylıkla tahmin edilebileceği gibi salgını kontrol altına almayı sağlayacak yöntemler konusunda en önemli uzmanlık birikimi halk sağlığındadır. Türkiye'de ilk COVID-19 vakasının rapor edildiği 11 Mart 2020 tarihinden beri sürekli altı çizilen basit bir gerçek var: Salgın sahada kontrol edilir. Elbette ülkenin hastane ve laboratuvar altyapısı, sağlık insan gücü, yoğun bakım yatak kapasitesi ve ventilatör sayısı, tıbbi görüntüleme teknolojileri ve klinik uzmanlıkların için içinde olması hastaların hızla tanı alıp tedavi edilebilmeleri açısından kritiktir. Ancak yeni vaka sayısını azaltarak, sağlık sisteminin sınırlarını zorlamadan salgını kontrol edebilmek için halk sağlığının 4T ile özetlenebilecek reçetesine ihtiyaç vardır. Test, Temaslı takibi, Tecrit (izolasyon) ve Tedavi (hatta son dönemde, için doğasına uygun olarak bu



Fotoğraf: Burcu Yürüyen

listeye beşinci bir T daha ilave edilmesi gereğine dikkat çekilmiştir: Temel gelir desteği). Ulusal düzeyde salgını kontrol etmeyi başaran ülkelerde, mobil test merkezleriyle de desteklenen yaygın test uygulamaları, gereğinde elektronik kod kullanımını zorunlu kılan temaslı takibi, zaman zaman karantina düzeyine varan sıkı izolasyon tedbirleri/hareket kısıtlamaları ve tedaviye olabildiğince erken dönemde başlamanın belirleyici olduğu göze çarpmaktadır.

#### **Biz nerede yanlış yaptık?**

Eleştirel bir değerlendirme yapılacaksa işe doğru yaptıklarımızdan söz ederek başlamakta yarar var. Olumlular listesinde ilk akla gelenlerden biri şu: Daha COVID-19 pandemisi ortada yokken, Türkiye'nin bir influenza pandemi planı vardı. Dolayısıyla ülke pandemiye 'görece' hazırlıklıydı diyebiliriz. Üstelik yeni tip korona virüs salgınından henüz söz edilmeye başlandığı günlerde, Türkiye'de henüz hiç vaka yokken bir Bilim Kurulu oluşturuldu. Ağırıklı klinisyenlerden oluşsa ve aralarında sadece bir halk sağlığı varsa da bir bilim kurulunun varlığı topluma güven verdi. Özellikle pandeminin başlarında Sağlık Bakanı'nın serinkanlı tavrı ve kararlı açıklamalarının da benzer katkısından söz edilebilir.

Ülkenin sağlık hizmetleri örgütlenmesi, gerek birinci basamak gerekse ikinci ve üçüncü basamakta hizmet veren sağlık kurumları, hastane ve yoğun bakım yatak kapasitesi, ileri görüntüleme yöntemleri başta olmak üzere teknoloji ve laboratuvar altyapısı ve sağlık insan gücü yeterliydi. Bir de bunların üzerine, zaten günlük rutinde çok (hatta yer yer insanüstü) çalışmaya alışmış sağlık çalışanlarını koyarsak, pandemi karşısında elinin güçlü olduğunu ifade edebiliriz. Oldukça ironik olacak ama dünyada her yıl kendi nüfusunun neredeyse iki katı acil başvurusu olan tek ülke olduğumuz hatırlanırsa, ilk aylarda pandemi hastanesi ilan edilen hastanelerde görev yapan acil çalışanları kendilerini butik bir tatil ortamında hissetmiş bile olabilirler. Bu dönemde özellikle risk gruplarına önerildiği halde pnömoni ve influenza aşılmasına erişim konusunda zorluklar yaşansa da, tedavide kullanılan ilaçlar her zaman yeterli ve erişilebilir oldu. Tanı-tedavi ve temaslı takibi ile ilgili protokol ve algoritmalar bilimsel gelişmelere paralel olarak güncellendi. Maske, mesafe ve el hijyeninin bireysel korunmada kritik olduğu, başta kitle iletişim kanalları olmak üzere birçok farklı mecrada ifade edildi. Bunlar iyi yapılanlar.

Oldukça ironik olacak ama dünyada her yıl kendi nüfusunun neredeyse iki katı acil başvurusu olan tek ülke olduğumuz hatırlanırsa, ilk aylarda pandemi hastanesi ilan edilen hastanelerde görev yapan acil çalışanları kendilerini butik bir tatil ortamında hissetmiş bile olabilirler.

Ne yazık ki birçok yanlış da yapıldı bu süreçte. Listeye iyi yaptıklarımızdan girdiği halde zamanla durumu tartışmalı hale gelmiş olanlardan başlayabiliriz: pandemi hazırlık planının olması, bilim kurulunun kurulması ve Sağlık Bakanı'nın tavrı. Pandemiye gerçekten hazırlıklı olsaydık, 80 milyonluk bir ülkenin tüm PCR sonuçlarını başlangıçta Ankara'daki tek referans laboratuvarından, birinci ayın sonunda da sadece altı referans laboratuvarından beklemek ve zaman kaybetmek zorunda kalmazdık. Öncelikli

İcracı kurum Sağlık Bakanlığı olsa da Bilim Kurulu'nda kararların nasıl verildiğini, hangi üyelerin alınan hangi kararlara katıldığını, uygulanan kararların hangilerinin bilim kurulunun önerisi ve/veya mutabakatıyla alındığını öğrenemedik. Ve fakat zaman geçtikçe alınan bir çok kararın, kurul üyeleri için de 'sürpriz' olduğunu öğrenebildik. Elbette etkisi bu düzeyde olan bir kuruldan hiçbir istifanın kaydedilmemiş olması, bilim sosyolojisinin nasıl siyaset sosyolojisi ile iç içe geçtiğini göstermesi bakımından bir hayli öğretici.

olarak sağlık çalışanlarını koruyacak en temel kişisel koruyucu ekipmanları (KKE) tedarik etmek bu kadar zor olmaz, onlarca sağlık çalışanı sadece KKE eksikliği yüzünden enfekte olmaz ya da hayatını kaybetmezdi. Bu noktada maske özel bir vurguyu hak ediyor. Hatırlarsınız, ilk birkaç ay basit bir cerrahi maskeye erişmek müstakil bir yazıda ele alınmayı hak edecek kadar zor, karmaşık ve yer yer toplumsal bir kara mizaha konu olacak nitelikte absürt bir hal almıştı.

Bilim Kurulu zaman içinde Bilimsel Danışma Kurulu oldu ve ardından bazılarının hangi amaca hizmet ettiği tam olarak anlaşılamayan farklı kurullar

türedi. İcracı kurum Sağlık Bakanlığı olsa da Bilim Kurulu'nda kararların nasıl verildiğini, hangi üyelerin alınan hangi kararlara katıldığını, uygulanan kararların hangilerinin bilim kurulunun önerisi ve/veya mutabakatıyla alındığını öğrenemedik. Ve fakat zaman geçtikçe alınan bir çok kararın, kurul üyeleri için de 'sürpriz' olduğunu öğrenebildik. Elbette etkisi bu düzeyde olan bir kuruldan hiçbir istifanın kaydedilmemiş olması, bilim sosyolojisinin nasıl siyaset sosyolojisi ile iç içe geçtiğini göstermesi bakımından bir hayli öğretici.

Benzer bir durum Sağlık Bakanı için de geçerli. Pandeminin başlarında adı en

güvenilen siyasetçiler arasında anılan bakan, zamanla yetkilerinin 'ancak bir yere kadar' olduğunu düşündürten bir seri açıklama ile gündeme geldi. Türk Tabipleri Birliği'nin pandeminin başından beri dile getirdiği "açıklanan resmi vaka ve ölüm sayılarının gerçeği yansıtmadığı" iddialarının, hem bizzat kendisinin dile getirdiği 'vaka/hasta' ayırımından, hem de yazarları arasında Sağlık Bakanlığı bürokratlarının da bulunduğu yayımlanmış uluslararası makalelerden doğru olduğunu anladık. Bu makaleler 'sehven' yayımlandıkları gerekçesiyle telaşla dergilerden geri çekildiler.

Gerek halk sağlıkçıların gerekse farklı meslek örgütleri ve odaların ısrarlı çağrılarına rağmen Sağlık Bakanlığı salgının ülkedeki durumu ile ilgili temel epidemiyolojik verileri açıklamama kararlılığını sürdürdü. Daha da kötüsü, bilimsel özerklik ilkesine aykırı bir çıkışla COVID-19 ile ilgili her tür araştırmayı bakanlığın iznine tabi kıldı; araştırma yapmak isteyen bilim insanları bu izin olmadan etik kurul başvurusu bile yapamadılar. Bu duruma Lancet'e yazdıkları bir yazı üzerinden itiraz eden bilim insanlarına sağlık bakanı şahsen Lancet'te yanıt verdi ve aslında ülke topraklarının bilim için gayet özgürlükçü ve mümbit olduğunu iddia etti. Belli





ki hasta/vaka ayırımında olduğu gibi, ülke tahayyüllerinde de oldukça fark bulunuyordu.

Filyasyona, daha doğru ifadeyle temaslı takibine geçildi. Vaka sayısı resmi rakamların ortaya koyduğunun ötesinde arttığı, ekipler hastalara ve onların temaslılarına yetişemediği, bu yüzden de her geçen gün daha fazla insan gücüne ihtiyaç duyulduğu için zamanla filyasyon ekiplerinde çaycı ya da kaporta

ustası gibi sağlık ile ilgisiz sektörlerden çalışanların da istihdam edildiği haberleri yayılmaya başladı. İl pandemi kurulları da geç kuruldu ve şehirler özelinde öncelik planlaması yapmada etkisiz kaldılar. Bu esnada yerel yönetimler kendi pandemi izleme kurullarını oluşturdu ve düzenli aralıklarla kendi verilerini yayımladılar. Belediyelerin açıkladığı ölüm verilerinin açıklanan resmi verilerin çok üzerinde olduğu dikkatlerden kaçmadı. Öte yandan resmi verilere

eleştirel bakan, eldeki tek bilgi kaynağı olan ve daha da az anlaşılır olması için birkaç kez değiştirilen 'turkuaz tablo'daki verilerin durumun gerçek boyutunu yansıtmadığını kanıtı dayalı olarak anlatmaya ve toplumu uyardırmaya çalışan bilim insanları hakkında soruşturma başlatıldı. Bilim insanının en temel toplumsal sorumluluğu 'halkı paniğe sevk etmemek' olarak yorumlandı. Bugün hâlâ salgında nerede olduğumuzu anlamaktan çok uzadı.



Başlarda toplu insan hareketliliğinin kısıtlanmasına yönelik muhtelif önlemler alınırken, 1 Haziran 2020'de etkili bir aşı ya da ilaç bulunmuş veya salgın kontrol altına alınmış gibi bütün kamusal tedbirlerin toptan kaldırılması, toplum üzerinde büyük bir gevşeme yarattı. Tek tek bireylerin sorumluluk olarak kamusal otoritenin boşluğunu doldurması beklendi. Bu vurguyla sürekli çağrılar yapıldı. Ve salgının kontrolsüz artışı bireysel sorumsuzluğa indirgend;

Tek tek bireylerin sorumluluk olarak kamusal otoritenin boşluğunu doldurması beklendi. Bu vurguyla sürekli çağrılar yapıldı. Ve salgının kontrolsüz artışı bireysel sorumsuzluğa indirgend; düşüncesizlik ya da tedbirsizlik olarak nitelendi, ayıplandı. Sorumlu, 'ah şu cahil halk'tı!

düşüncesizlik ya da tedbirsizlik olarak nitelendi, ayıplandı. Sorumlu, 'ah şu cahil halk'tı!

Salgının kontrolden çıkmasının bedelini en fazla sağlık çalışanları ödedi. Pandeminin başlarında gördükleri alkış ve saygı, yerini en iyi ifadeyle kayıtsızlığa bıraktı. Hem kendilerini hem sevdiklerini enfekte etmekten korktular. Yakınlarından uzakta kalmaya, kendilerini izole etmeye çalıştılar. Üstelik başlıca risk gruplarından oldukları halde testlere milletvekilleri, saray çalışanları ya da futbolcular kadar erişme şansları olmadı. Yanlış yönetimden sorumlu tutuldular. Aralıksız, dinlenmeden çalışmak zorunda kaldılar. Sahada çalışanlar dirençle karşılaştı, filyasyon ekipleri hastalara yetişebilmek için mesailerini gece yarısına kadar uzattı, hastalarla teması olanlar ayrımcılığa uğradı, vaat edilen ek ödemelerin büyük kısmı yapılmadı, izin kullanma ve istifa etme hakları ellerinden alındı. Hasta oldular, öldüler, "yönetemiyorsunuz, tükeniyoruz" dediler, sesleri duyulmadı. COVID-19 sağlık çalışanları için meslek hastalığı sayılmadı. Her geçen gün sağlıkçılardan yeni bir hasta ya da ölüm haberi geliyor; giderek daha fazla tükeniyorlar.

Bunlar kabaca ilk akla gelenler. Liste uzatılabilir, ancak özeti şu: Salgın yönetimi görece iyi başladı ancak gelinen noktada işler kontrolden çıkmış durumda. Bu yazının kaleme alındığı sırada Türkiye de *facto* toplum bağışıklığı stratejisine geçmiş gibi duruyor. Sonuçlarını ne yazık ki hep birlikte göreceğiz.

#### Kırılgan grupların görünmezliği

Bir de şu 'virüs romantizmi' meselesi var; diğer bir deyişle SARS-CoV-2'nin hiçbir ayırım yapmadan herkese demokratik ya da eşit mesafede olduğu miti. Oysa biraçın virüsün herkesi aynı şekilde etkilediğini, var olan eşitsizlikleri berraklaştırdığı gibi kırılganlıkları da arttırdı. Salgın toplumsal hayatta yeni fay hatları yarattı ve bundan en fazla zarar görenler yaşlılar, kadınlar ve kız çocukları,

emekçiler ve LGBTİ+'lar oldu. Yeni sorunlar mevcut eşitsizliklerle iç içe geçti, derinleşti. Üstelik salgının bu gruplar üzerindeki etkisi pandeminin kendisinden çok daha uzun sürecek gibi gözüküyor.

Salgında kuşkusuz en kırılgan grup yaşlılar oldu, olmaya devam ediyor. Dünyada 65 yaş üstü nüfusu aylarca evlerine kapatıp sosyal etkileşimlerini sıfırlayan tek ülke olarak hem fiziksel sağlıklarını hem de zihinsel ve duygusal sağlıklarını riske ettik. 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı ve kültürel özellikler nedeniyle Türkiye'de yaşlı insanlar için adeta morglara dönüşmüş huzurevleri ya da 'huzurlu ölüm protokolleri' gibi sorunlar gündeme gelmedi. Ancak risk grubundan çok enfeksiyon kaynağı gibi görülmelerine neden olan algı ve kamusal alandan dışlanmaları yaşlı (*ageist*) söylemlere zemin hazırladı, bağımlı ve muhtaç gibi kodlandılar, alay konusu oldular, istismar edildiler, ayrımcılığa uğradılar, kendilerini değersiz hissettiler. Uzun bir süre var olan tedavilerine devam etme konusunda bile kafaları karıştı, ihtiyaç duydukları halde korkudan sağlık kurumlarına başvuramadılar. Dışarıdaki yaşamdan kopma başta sarkopeni (kas fonksiyonlarında, gücünde ve kitlesinde azalma), düşmeler ve ev kazaları; artmış stres ve sosyal izolasyon anksiyete ve depresyon; dış uyaranların azalması demans, kognitif fonksiyonlarda bozulma, uyku sorunları ve daha ileri durumlarda intihar düşüncelerine varan bir dizi sağlık sorununa ortam hazırladı. Onları 'antika arabalara' benzetecek ya da "koronadan ölenlerin çoğunun bir ayağı çukurdaydı" diyecek kadar ileri gidenler oldu.

Toplumların kolektif hafızasının taşıyıcıları olarak görebileceğimiz yaşlı insanlara yönelik bu ötekileştirici uygulamalar kuşkusuz ileride daha çok tartışmaya konu olacak.

Kadınlar ve kız çocukları salgın boyunca çifte hatta üçlü yük üstlenmek zorunda kaldılar. Özellikle kapanma dönemlerinde ücretsiz ev içi emeği çarpıcı bir şekilde arttı. Bakım veren kurumların, kreş



**Fotoğraf:** Özcan Yaman

ve okulların kapatılmasıyla birlikte tüm bakım işlerini üstlenmek zorunda kaldılar: çocuklar, yaşlılar, engelliler ve hasta bakımı. Hasta bakımı ücretsiz emek olması dışında ev içi bulaş riskini de beraberinde getirdi. Kız çocukları, ev işleri ile de ilgilenmek durumunda kaldı, eğitimleri aksadı, kesintiye uğradı. İş hayatında olan kadınlar en temel sosyal güvenceden yoksun kayıt-dışı işlerde daha fazla çalıştıkları için işlerini ilk kaybeden çalışanlardan oldular. Formel işlerde çalışanların ev ve iş yaşamları birbiri içine geçti, hele de sağlıkçılar hem ön hatlarda hem de aralıksız

çalıştılar. Evlere sıkıştırılan yaşam bir yandan erkek şiddetini ve istismarı arttırdı, diğer yandan hukuki hak arama yolları ve yasal mekanizmalar daha az işletildi, sığınma evlerinin durumu belirsizleşti. Hastanelerin sadece öncelikli hizmetlere yönelmesi ve başvurma korkusu, cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerine erişimde sorun yarattı; gebeliği önleyici yöntemler, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması, gebelikte bakım hizmetleri ve üreme sistemi kaynaklı sorunlarda tedavi hizmetleri aksadı. Üstüne üstlük bırakın özel 'destek' programlarını, bu ülkenin kadınları böylesi

bir dönemden geçerken bile kazanılmış haklarını kaybetmemek için mücadele ettiler. Kadın cinayetlerinin 'kadın-kırımı' (*femicide*) boyutlarına vardığı bir ülkede kendilerinden çoktan vazgeçtiği anlaşılan iktidara rağmen İstanbul Sözleşmesi'nden vazgeçemediler.

Uzaktan çalışma belli sektörler ve belli meslek gruplarıyla sınırlı bir lüks iken, başta mavi yakalılar olmak üzere çalışan nüfusun büyük bir bölümü için böyle bir seçenek hiç var olmadı. Ülke yönetimi ekonomik öncelikleri toplum sağlığının üzerinde tuttuğu için salgınla mücadelede aslında 'sınıf bağışıklığı' stratejisinin benimsendiği iddia edildi. Büyük işyerlerinde toplu olarak hastalananlar, hasta hasta çalışmaya devam etmek zorunda bırakılanlar, en basit kişisel koruyucu ekipmanı olmadan işe devam edenler, çalıştıkları fabrikalara hapsedilenler, işten çıkarma yasal olmadığı halde hasta olduğu için işinden edilenlerle ilgili haberlere tanık olduk. Coğrafi olarak vaka yoğunluklarına bakıldığında en fazla vakanın kümelenildiği bölgelerin işçilerin en yoğun yaşadığı semtler olduğu ortaya çıktı. Kısacası yüz binlerce işçi yaşamlarını sürdürmek için sağlıkları ile işleri arasında asla kazançlı çıkamayacakları bir seçim yapmak zorunda bırakıldı.

Salgından önce de ilk akla gelen kırılğan gruplardan olan LGBTİ+'lar, giderek zorlaşan yaşam ve çalışma koşulları, bağışıklık sistemini zayıflatan ve COVID-19'a karşı daha savunmasız hale getiren hastalıkları ve ihtiyaç duydukları birçok sağlık hizmetinin 'gerekli' görülmediği için ertelenmesi, kısıtlanması veya durdurulması gibi sorunları aşmaya çalıştılar. Salgın ile ilgili olarak günah keçisi ilan edildiler, nefret söylemi üreten açıklamaların öznesi oldular, damgalandılar. Ev içinde birlikte yaşam zorlaştı, baskı, şiddet ve istismara uğradılar, destek mekanizmalarına erişimleri güçleşti. Heteronormativite kalıplarını kırıp bu grupların ihtiyaçları doğrultusunda çalışan bir avuç sivil toplum kuruluşunun bütçeleri daraldı, LGBTİ+ önceliklerini dikkate alarak sunulan zaten sınırlı birkaç sağlık hizmetine erişme şansları zayıfladı. Ekonomik yaşama katılım anlamında seçenekleri zaten kısıtlı olan bu topluluk, pandemi sürecinde istihdamdaki dalgalanmalardan da orantısız etkilendi, ilk işinden olanlar arasında yer aldı.



Salgın küçük bir şanslı azınlığa değmeden ilerlerlerken, 'makbul' olmayan grupların varlığı inkâr edildi ve ihtiyaçlarına gözler kapatıldı.

### Bu salgın bir gün bitecek mi?

Sorunun yanıtı 'evet, bu salgın elbet bir gün bitecek' ama salgınlar asla bitmeyecek. Etkili bir aşının, hatta aşıların bulunduğundan söz edildiği bir döneme girdik. Yakında yaygın olarak uygulanmaya başlayacak. Virüsü hedef alan spesifik tedavi seçenekleri de umut veriyor. Ancak bu salgınları mümkün kılan küresel kapitalizm paradigması bugünden yarına değişmeyecek. 1967'de William H. Stewart'ın "enfeksiyon hastalıkları kitabını kapatmanın, salgınlara karşı zafer kazanıldığını ilan etmenin [...] zamanı geldi" dediği günden bu yana hayatımıza 40'dan fazla yeni patojen girdi (hatta yakın geçmişimizdeki SARS ve MERS salgınlarına neden olan patojenler de koronavirüs ailesinden). Eski hastalıklar yeniden veya yeni formları ile ortaya çıktı; bazı hastalıklar da önceden hiç var olmadıkları coğrafi bölgelerde etkili olmaya başladı. Kısaca o günden bu yana onlarca hastalık salgını yaşandı. Nedenler çeşitli: Küresel iklim krizi, küreselleşmenin getirdiği hız, dünyanın hızla artan ve yaşlanan nüfusu, kalabalıklaşan şehirler, çarpık kentleşme, ormansızlaşma, plansız baraj yapımı, doğal ve siyasi afetler, artan antibiyotik direnci, endüstriyel tarımın yaygınlaşması ilk sıralarda sayabileceğizden. Ancak çok daha kritik olan bir neden daha var: insan-hayvan etkileşiminin artması. Doğayı daha fazla tahrip edip zarar verdikçe, hayvanlar daha fazla doğal habitatları dışında yaşamaya başlıyor. Her geçen gün insan, vahşi ya da evcilleştirilmiş hayvanlar ile daha fazla temas ediyor.

Tıpkı COVID-19 gibi dünyada yeni ve yeniden ortaya çıkan enfeksiyonların yaklaşık yüzde 75'inin zoonoz (hayvanlardan insanlara geçen) kökenli olduğu düşünülürse, hayvanlarla kurduğumuz ilişki sağlığımızı belirliyor diyebiliriz. Bilindiği gibi koronavirüsler daha önce de hayatımızdaydı; hatta SARS-CoV-2 hayvandan insana geçen yedinci koronavirüs. Bu yeni tip insana yarasalardan (ara konakçının karıncayıyan olduğu düşünülüyor) geçti. Kaynak Çin-Wuhan'daki bir vahşi hayvan pazarı. Çinliler kültürel olarak yılan, köpek, bambu fareleri gibi hayvanların yanı sıra pek çok vahşi av hayvanını tüketiyor. Keza pek çok farklı hayvan, pek çok farklı

coğrafyanın mutfak kültüründe yer alıyor. Yaşayan bir maymunun kafatasını kırıp, beynini hayvan canlıyken yemekte bir beis görmeyen insanların var olduğu bir dünyada, ülke adları çok da ayırıcı değil. Yüzünüzü buruşturduğunuzun görür gibi oluyorum. 'Bir insan nasıl köpek eti yer', değil mi? 'Canlı maymun mu'? Ya yarasa? Aman tanırım!

Sadece Frankfurt Okulu'nun değil, tüm zamanların en önemli düşünürlerinden Adorno "Auschwitz, bir insan bir mezbahaya bakıp da 'ama onlar hayvan' diye düşündüğü zaman başlar" demişti. Adorno'ya pek çok konuda referans verilir, ancak bu müthiş aforizması pek dolaşmaz ortalıkta... Neden, biliyor musunuz? Çünkü yüzleşmekten korktuğumuz konuları inkâr etme eğiliminde oluruz. Duyduklarımız derhal silinir belleklerden. Ve yüzleşmek cesaret ister. Öyleyse yüzleşelim.

"Ama onlar hayvan" dediğimiz sürece "siyahilerin yaşamları değerlidir" diye sokaklara çıkmaya devam edeceğiz. Çünkü beyazlar için "ama onlar..." "Ama onlar hayvan" dediğimiz sürece erkekler kadınları öldürecek. Çünkü erkekler için "ama onlar..." "Ama onlar hayvan" dediğimiz sürece cinsel yönelimi farklı olanlar nefret söylemlerine özne olmaya devam edecek. Çünkü heteroseksüeller için "ama onlar..." "Ama onlar hayvan" dediğimiz sürece mülteciler en pis işleri, karın tokluğuna yapmaya devam edecek. Çünkü yerel halk için "ama onlar..." O "ama" o kadar çok şey söylüyor ki...

Odağımızı kaçırmayalım ve asıl konumuza geri dönelim. Şu ya da bu sebeple, hayvanları yemek için öldürüyoruz ya, emin olun onlar da bizi öldürüyorlar. Üstelik sadece bugünkü gibi akut hastalık salgınlarıyla değil, zamanla etkilerini gördüğümüz kronik hastalıklarla da. Biz hayvanlara bugün zarar veriyoruz, onların verdiği zarar çoklukla zamana yayılıyor. Yavaş yavaş ölüyoruz. Kalp damarlarımızı tıkayan plaklarla, bağırsaklarımızdaki kanserle, eklem ve böbreklerimizde biriken ürik asitle...

Hayvanların sadece yaşamlarına son vermekle kalmıyor, çoğu zaman onları işkence ederek öldürüyoruz ve fakat bu vahşetle asla yüzleşmiyoruz. Hatta onları ötekileştirerek incinen vicdanlarımıza pansuman yapabilmek için hayvan ölülerine ceset değil 'leş' diyor, ölümlerini

Bir de şu 'virüs romantizmi' meselesi var; diğer bir deyişle SARS-CoV-2'nin hiçbir ayırım yapmadan herkese demokratik ya da eşit mesafede olduğu miti. Oysa bırakın virüsün herkesi aynı şekilde etkilediğini, var olan eşitsizlikleri berraklaştırdığı gibi kırılğanlıkları da arttırdı.

de 'telef olmak' diye tanımlıyoruz. Unutmayalım, dış dünya ve şeyler ile bağlantımızı dil üzerinden kuruyoruz. Kullandığımız dil sembolik evrenimizi, kim olduğumuzu ve nerede durduğumuzu belirliyor. Üstelik dahası da var; sadece hayvanları öldürmüyoruz, hayvanların toplu olarak yaşadığı çiftliklerin bulunduğu yerlerde doğa ölüyor, çevrede yaşayan insanlar ölüyor. Kısaca endüstriyel hayvancılıkla koca bir ekosistemi, kendi geleceğimizi yok ediyoruz. Başa dönersek bu dünyada kendi cehennemimizi yaratıyor, Auschwitz'i başlatıyoruz.

### 'Eski normallerinizi atın' veya başka bir dünya mümkün mü?

Doğrusu fazla iyimser değilim. Ancak yine de eğer bir başka yol varsa, çıkış noktasının tek tek hepimizin ortak aklından geçeceği kesin. Büyük anlatılara, kerameti kendinden menkul ideolojilere mürüt olmadan önce kendi mikro-evrenimize çeki düzen verebilirsek, değişimi kendimizden başlatabilirsek...

Eğer başka bir dünya mümkünse işe önce türcülüğümüzle, ikiyüzlü hayvan sevgimizle, yemek uğruna sofraya getirdiklerimiz, tabağımıza koyduklarımızla yüzleşerek başlamamız gerektiğini düşünüyorum. Böyle olursa önce ruhrlarımız şifa bulacak. Daha adil, daha şefkatli bir var oluş mümkün olacak. Ve zamanla bedenlerimiz, çevremiz, doğa ve toplumlar iyileşecek.

COVID-19'u elbet bir gün kontrol edeceğiz; esas mesele 'iştahımızı' kontrol edebilmek.

# COVID-19 SINAVINDA MİLLİ EĞİTİM, SAĞLIK, İÇİŞLERİ BAKANLIĞI VE DİYANET İŞLERİ BAŞKANLIĞI

Salgın koşulları tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de devletin yurttaşların temel ihtiyaçlarına ne ölçüde öncelik verdiği sorusunun daha kuvvetli biçimde sorulmasına neden oldu. Cafer Solgun, Yurttaşlık Derneği adına kaleme aldığı ve 2021 yılının Mart ayında yayımlanacak olan geniş kapsamlı raporun verilerinden hareketle bu soruya yanıt arıyor. Nihayetinde Türkiye’deki yönetici kadronun siyasal ve ideolojik önceliklerinin yurttaşların sahici taleplerinin önüne geçtiğini ayrıntılarıyla ortaya koyuyor.

32

2020 yazında COVID-19 salgını devam eder ve “ikinci dalga başlayacak mı?” yorumları yapılırken, Milli Eğitim Bakanı Ziya Selçuk düzenlediği basın toplantısında eğitimle ilgili merak edilen konularda açıklamalar yaptı. Selçuk’un açıklamalarında bir konu öne çıktı; Bakan Selçuk’a göre öğretmen maaşları ‘yük’ idi ve bu nedenle yatırım yapamıyorlardı. Selçuk’un 29 Ağustos 2020 günü düzenlediği basın toplantısında tartışmalara neden olan konuyla ilgili sözleri şöyle idi:

Eğitimde asıl yük, öğretmen maaşlarıyla ilgilidir. Milli Eğitim Bakanlığının bütçesine bakarsanız, yatırım bütçesinin çok küçük olduğunu görürsünüz. Neye göre, personel maaşına göre. Bu tüm okullar için böyledir. Yani asıl yük kira varsa kirada ve öğretmen maaşındadır.<sup>1</sup>

Selçuk’un sözleri, akıllara 2. Abdülhamit döneminde Maarif Nazırlığı yapan Emrullah Efendi’nin “Mektepler olmasa maarifi ne güzel idare ederdim” şeklindeki sözlerini getirdi. Tepkiler üzerine bu açıklamadan iki gün sonra 31 Ağustos 2020 günü Milli Eğitim Bakanı yeni bir açıklama daha yaparak,

“Öğretmenlerimizin itibarının, özlük haklarının yükselmesinin dışında hiçbir hedefim olamaz. Buradan böyle bir sonuç çıkarılıyorsa bir zorlama vardır” dedi.<sup>2</sup> Ancak eğitim alanında yeni yatırım yapamayışlarının “gerekçesi” olarak öğretmen maaşlarının “yüküne” işaret etmiş olan Selçuk’un, sözlerini düzeltmek yerine hangi eleştirileri neden ‘zorlama’ gördüğü anlaşılmadı.

Bu vesileyle Milli Eğitim’in meselelerini daha doğru ve sağlıklı anlamak için bazı verilere bakmak ve Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Diyanet İşleri Başkanlığı’nın verileriyle kıyaslamak, mevcut tabloyu daha geniş bir açıdan görmeye olanak sağlayabilir. Kuşkusuz bu bakanlıklar ve Diyanet, tesadüfi bir tercihini sonucu olarak öne çıkmış değil. Zira Milli Eğitim Bakanlığı, adı üzerinde, eğitim gibi temel bir alanla doğrudan ilgili ve sorumlu bir bakanlık. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 salgını nedeniyle çalışmaları daha da önem kazanan ve hemen her gün açıklamalarına, uyarılarına kulak verdiğimiz, eleştirilerle beraber çalışmalarını merak ettiğimiz, izlediğimiz, toplum sağlığı gibi hayati bir sorumluluğu bulunduğunu hatırladığımız bir bakanlık. İçişleri Bakanlığı, güvenlik gibi yine temel

bir alanla ilgili sorumluluğu olan bir bakanlık. Diyanet İşleri Başkanlığı (DİB) ise, bir kamu kurumu olarak çalışmaları ve özellikle de AKP iktidarlarıyla birlikte bütçesi her yıl katlanarak büyüyen bir kurum ve pandemi döneminde bir kez daha dikkatleri üzerinde toplayan, tartışma konusu olan bir kurum.

Her dört kurumun da gündelik hayatımıza doğrudan etki eden ‘ortak’ özellikleri var. Resmi kaynaklardan ulaştığımız veriler ışığında bakıldığında çalışmaları, sorumlulukları ve toplumu etkileyen yönleriyle görev ve sorumluluklarını ne şekilde yerine getirdikleri, bütçe, personel ve yatırımları ile birlikte gündelik hayatlarımızda ne ölçüde bir “ağırlık” oluşturdukları, diğer ülkelerdeki reel durumla kıyaslandığında ortaya çıkan sonuçlar, objektif ve sağlıklı bir kıyaslama yapmamıza imkan sağlamış olacak.

## Milli Eğitim İstatistikleri ve açığa çıkardığı sorunlar

Milli Eğitim Bakanlığının (MEB) açıkladığı Milli Eğitim İstatistikleri: Örgün Eğitim 2019-2020 verilerine göre, Türkiye’de okul öncesi, ilköğretim ve ortaöğretim düzeyinde tüm özel ve devlet okullarında

# A BLOK

BU ALANDA SİGARA  
İÇİLMEZ



Sigara  
İçilmez



BU ALANDA SİGARA  
İÇİLMEZ

18 milyon 241 bin 881 öğrenci var. Toplam öğretmen sayısı ise 1 milyon 117 bin 686. Eğitim öğretim faaliyetleri 68 bin 589 okulda sürdürülüyor. Türkiye’de okul öncesi eğitim, ilköğretim ve ortaöğretim düzeyinde toplam 18 milyon 241 bin 881 öğrenci bulunuyor. Öğrencilerden 15 milyon 189 bin 878’i resmi, 1 milyon 468 bin 198’i özel ve 1 milyon 583 bin 805’i ise açık öğretim kurumlarında okuyor. Resmi okullarda eğitim görenlerin 7 milyon 781 bin 791’i erkek, 7 milyon 408 bin 87’si kız öğrencilerden oluşuyor. Özel okullarda ise 804 bin 170 erkek, 664 bin 28 kız öğrenci eğitim görüyor. Açık öğretimde kayıtlı aktif öğrencilerin 849 bin 39’unu erkekler, 734 bin 766’sını kızlar oluşturuyor.

Örgün eğitimdeki öğrencilerin 1 milyon 629 bin 720’si okul öncesi eğitimde, 5 milyon 279 bin 945’i ilkökulda, 5 milyon 701 bin 564’ü ortaokulda, 5 milyon 630 bin 652’si ortaöğretimde bulunuyor. Ortaöğretimdeki 5 milyon 630 bin 652 öğrencinin 3 milyon 412 bin 564’ü genel liselerde, 1 milyon 608 bin 81’i mesleki ve teknik liselerde, 610 bin 7’si de imam hatip liselerinde eğitim alıyor. MEB verilerine göre özel öğretim kurumlarındaki öğrencilerin toplam örgün eğitim içindeki oranı yüzde 8,8. Bu oran okul öncesi eğitim için yüzde 17,7, ilkökul için yüzde 5,2, ortaokul için yüzde 6,3, ortaöğretim için de yüzde 13,1. İstatistiklerde 2019-2020 eğitim öğretim yılı okullaşma oranlarına da yer verilmiş. Okul öncesi eğitim 5 yaşta net okullaşma oranı yüzde 71,22. Net okullaşma oranları ilkökulda yüzde 93,62, ortaokulda yüzde 95,90, ortaöğretimde yüzde 85,01 olarak kayda geçti.

Örgün eğitim kurumlarında görev yapan öğretmen sayısı 2019-2020 eğitim öğretim yılında 1 milyon 117 bin 686 olurken, bu öğretmenlerin 942 bin 936’sı resmi okullarda, 174 bin 750’si özel okullarda görev yapıyor. Öğretmenlerin 56 bin 218’i okul öncesi eğitimde, 309 bin 247’si ilkökulda, 371 bin 590’i ortaokulda, 380 bin 631’i ise ortaöğretimde çalışıyor. Örgün eğitimde, 54 bin 715’i resmi okul, 13 bin 870’ü özel okul, 4’ü açık öğretim okulu olmak üzere toplam 68 bin 589 okul bulunuyor. Bu okulların 11 bin 485’i okul öncesi eğitim, 24 bin 790’i ilkökul, 19 bin 268’i ortaokul ve 13 bin 46’si da ortaöğretim kademesinde yer alıyor. Resmi okullarda 588 bin 10, özel okullarda 139 bin 337 olmak üzere örgün

eğitimde toplam 727 bin 347 derslik bulunuyor.<sup>3</sup>

Milli Eğitim Bakanlığı’nın verileri yakından bakıldığında bu alanda yaşanan birçok düşündürücü olumsuzluğu da göz önüne seriyor. Okul öncesi eğitimde net okullaşma oranı yüzde 71 olarak tespit edilirken, bu oran ilkökulda yüzde 93, ortaokulda yüzde 95, ortaöğretimde yüzde 85. Bu oranlar, ilkökul, ortaokul ve liseler zorunlu eğitim kapsamında olmasına rağmen binlerce çocuğun eğitim sürecinin dışında kaldığını ortaya koyuyor. Bu çocuklar nerede ve ne yapmaktadırlar bilinmiyor.

Bir başka düşündürücü veri de açık öğretimdeki öğrenci sayısına ilişkin. Açık liselerin mesleki ve teknik eğitim alanında öğrenci sayısı azalırken, açık ortaokullardaki öğrenci sayısı artmış durumda. Açık ortaokullarda öğrenim görenlerin sayısı 2020 yılında önceki yıla göre 32 bin 884 artmış görünüyor. Bu çocukların örgün eğitimin dışında kalmaları, bakanlık yetkililerinin üzerinde ciddiyle düşünmesi ve çözüm üretmesi gereken bir sorun.

Özel öğretim kurumlarındaki öğrencilerin toplam örgün eğitim içindeki oranı yüzde 8,8. Bu oran, okul öncesi eğitim için yüzde 17,7, ilkökul için yüzde 5,2, ortaokul için yüzde 6,3, ortaöğretim için de yüzde 13,1. Dikkat çekici olan, 3 bin 176 olan özel ortaöğretim kurumu sayısının, 3 bin 65 olan “resmi genel ortaöğretim” sayısını geride bırakmış olması. Devlet olmanın temel sorumluluklarından olan eğitimin ‘ticarileşmesi’, ‘piyasalaşması’ eleştirileri, bu verilerle daha ciddi bir anlam kazanıyor. Buna karşılık MEB’in özel okullara yönelik teşvik politikası sonucu özel okul sayısı artmış olmasına rağmen öğrenci sayısında azalma söz konusu. Veriler, özel liselerde eğitim gören öğrenci sayısının 25 bin 911 azaldığını ortaya koyarken, bu durumun en açık sonucu pandemi şartlarının da etkisiyle özel okulların ekonomik olarak zor bir dönemde olduğunu gösteriyor.

2019-2020 eğitim öğretim döneminde örgün eğitim kurumlarında görev yapan 1 milyon 117 bin 686 öğretmenin 942 bin 936’sı resmi okullarda, 174 bin 750’si de özel okullarda görev yapıyor. Bakanlık bünyesinde görev yapan sözleşmeli öğretmen sayısı ise, 101 bin 730’a yükseldi. Bu durum kadrolu öğretmenler açısından bir eleştiri ve tedirginlik konusu.

Kaydedilmesi gereken bir başka veri ise, iktidar partisi ve MEB’in tüm teşvikine rağmen, 2019-2020 eğitim öğretim döneminde de imam hatip liselerindeki öğrenci sayısının azalmaya devam etmesi. İmam hatip liselerindeki öğrenci sayısı önceki yıla göre 2 bin 343 azalırken genel liselerdeki öğrenci artışı 198 bin 530 oldu. Bir yılda açılan 27 yeni imam hatip lisesi ile imam hatip lisesi başına düşen öğrenci sayısı 153’e kadar düşerken, genel lise başına düşen öğrenci sayısı ise 525 olarak gerçekleşti.

### MEB’in ‘yükü’ personel maaşları ve eğitim yatırımları

Temmuz 2020 tarihi itibarıyla ‘zamlı’ öğretmen maaşları kıdem ve derecelerine göre şu şekilde:<sup>4</sup>

Kıdem Yılı	Derece/ Kademe	Aylık Net Maaş
1/1	25 ve +	4.958 TL
1/4	24	4.956 TL
1/3	23	4.947 TL
1/2	22	4.939 TL
1/1	21	4.930 TL
2/3	20	4.836 TL
2/2	19	4.828 TL
2/1	18	4.820 TL
3/3	17	4.736 TL
3/2	16	4.729 TL
3/1	15	4.722 TL
4/3	14	4.662 TL
4/2	13	4.657 TL
4/1	12	4.651 TL
5/3	11	4.454 TL
5/2	10	4.449 TL
5/1	9	4.443 TL
6/3	8	4.427 TL
6/2	7	4.415 TL
6/1	6	4.417 TL
7/3	5	4.380 TL
7/2	4	4.375 TL
7/1	3	4.372 TL
8/1	3	4.361 TL
9/3	2	4.308 TL
9/2	1	4.304 TL
9/1	0	4.301 TL

Milli Eğitim Bakanlığı 2019 yılında genel bütçeden 113 milyar 813 milyon TL alırken, bu rakam 2020 bütçesinde 125 milyar 397 milyon TL oldu. Buna göre MEB’in bütçeden aldığı pay rakamsal olarak bir artış gösteriyor. Ancak eğitim uzmanı yazar Abbas Güçlü, MEB bütçesinin merkezi yönetim bütçesine oranının 2019 yılında yüzde 11,84

iken, 2020'de bu oranın yüzde 11,45'e gerilediğine işaret ediyor. Abbas Güçlü konuyu irdelediği bir analizinde bunu belirttikten sonra başka dikkat çekici tespitler de yapıyor:

- Eğitim bütçesinin milli gelire oranı OECD ortalaması olan yüzde 6'nın çok altında.
- MEB bütçesinin yüzde 73'ü personel, yüzde 11'i de sosyal güvenlik devlet primi giderlerine gitmekte.
- MEB bütçesinden eğitim yatırımlarına ayrılan pay 2002 yılında yüzde 17,18 iken, bu rakam 2009'da yüzde 4,57'ye kadar gerilemiştir. 4+4+4 sonrasında zorunlu olarak kısmen de olsa artışa geçen eğitim yatırımlarına ayrılan bütçe oranı, 2014 sonrasında yeniden azalmaya başlamıştır. 2019'da MEB bütçesinden eğitim yatırımlarına ayrılan pay yüzde 4,88 iken, 2020'de bu oran daha da düşerek yüzde 4,65'e indirildi.
- Eğitim devredilemez ve vazgeçilemez kamusal bir hak. Bu alanda yapılan çeşitli araştırmaların da gösterdiği gibi, devlet okullarında paralı eğitim uygulamaları yaygınlaştıkça, en düşük yüzde 20'lik gelir dilimindeki kesimin gelirleri içinde eğitim harcamalarına ayırmak zorunda oldukları pay artmaktadır. Söz konusu artış ise ancak gıda ve sağlık harcamalarından kısılarak gerçekleştirilebilmektedir.<sup>5</sup>

Bu tespitlerden anlaşılıyor ki, Bakan Selçuk'un sözleri çok da tesadüfi değildir. Ne var ki buradaki yanlış, eğitim gibi temel bir alanda görev yapan personelin maaşları ile yapılması gereken yatırımların birbirinin karşısına konulması olmaktadır. 'Maarif' eğitimciler olmadan yürütülemeyeceğine göre, bütçe oluşturulurken ihtiyaç duyulan yatırımlara gereği kadar pay ayrılması, aksine bu payın yıllar içerisinde giderek azalması bir siyasi tercih sorunu olmaktadır.

### Öğretmen maaşları ve eğitime yatırım sürekli düşüşte

Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası (Eğitim Sen), 2020 yılı bütçesinin açıklanmasının ardından kamuoyuna açıkladığı raporda, öğretmen maaşlarıyla ilgili bazı tespitlere yer verdi.

Buna göre; 1 ABD dolarının ortalama 1,56 TL olduğu 15 Ekim 2009 yılında bin 302 TL aylık alan bir öğretmen maaşıyla 898 ABD doları alabiliyorken, 15 Ekim 2019'da 3 bin 895 TL alan bir öğretmenin

dolar bazında aldığı maaş 660 ABD doları (1 \$=5,90 TL) seviyesine indi. Son 10 yıl temel alındığında 9/1 derecedeki bir öğretmenin maaşındaki aylık kayıp, dolar bazında 238 ABD doları oldu. 15 Ekim 2009'da bir öğretmen maaşı ile 15 çeyrek altın alabiliyorken, on yıl sonra aynı öğretmen maaşı ile 8 çeyrek altın ancak alabiliyor. 2020 yılı içerisinde döviz kurlarındaki dalgalanmada Türk lirasının uzun zamandır görülmemiş şekilde değer yitirdiği göz önüne getirilecek olursa, Eğitim Sen'in dolar üzerinden yaptığı bu kıyaslamada öğretmenler aleyhine büyük bir gerileme yaşandığını görmek gerekir.

Eğitim Sen'in tespitlerine göre MEB bütçesinden eğitim yatırımları 2002 yılından günümüze değin adeta sistematik bir düşüş eğrisi çiziyor. 2002 yılında MEB bütçesinde eğitim yatırımları yüzde 17,18 iken, bu oran 10 yıl sonra 2012'de yüzde 6,64'e, 2020 yılında ise yüzde 4,65'e kadar gerilemiş. Bu oran 5 milyar 830 milyon TL'ye denk gelirken, Diyanet'in bütçesinin 11 milyar 520 milyon TL olduğunu da belirtmek gerekir.<sup>6</sup>

### Kişi başına düşen öğretmen sayısı

Milli Eğitim Bakanı Ziya Selçuk, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda yaptığı sunumda, konuyla ilgili şunları söylemişti: "Bakanlığımıza bağlı resmi eğitim kurumlarında görev yapan 946 bin 114 öğretmenimiz bulunmaktadır. Öğretmen başına düşen öğrenci sayısı ilköğretimde 16'ya, ortaöğretimde de 11'e düşmüştür." Bakan Selçuk aynı konuşmasında ilköğretimde derslik başına düşen öğrenci sayısının ise 24 olduğunu belirtmişti.<sup>7</sup>

2019-2020 eğitim öğretim dönemi başında Eğitim Sen, eğitim alanında yaşanan sorunlara dikkat çeken yukarıda söz konusu edilen raporunda öğrencilerin zorunlu okul ihtiyaçlarını şöyle sıralıyor: "Türkiye'de eğitime yapılan harcama

'Maarif' eğitimciler olmadan yürütülemeyeceğine göre, bütçe oluşturulurken ihtiyaç duyulan yatırımlara gereği kadar pay ayrılması, aksine bu payın yıllar içerisinde giderek azalması bir siyasi tercih olmaktadır.

oranı OECD ortalamasının yarısından az olup, Türkiye OECD ülkeleri arasında Meksika'dan sonra eğitime en az harcamanın yapıldığı ülke olmayı sürdürmektedir" denilen raporda, OECD ortalamasında ilköğretim ve ortaöğretim kademelerinde kamu kaynaklarından yapılan eğitim harcamalarının oranının yüzde 90, hane halkı ve özel kaynaklardan yapılan harcamaların yüzde 9 olduğu belirtilerek, Türkiye'de kamusal eğitim harcamalarının oranının yüzde 75, hane halkı ve özel kaynaklardan yapılan eğitim harcamalarının oranının yüzde 25 olduğu vurgulanıyor.

Raporda, OECD'nin Bir Bakışta Eğitim 2018 Raporu'nda yer alan kademelere göre ülkelerin öğrenci başına yaptıkları harcamalar konusunda ise şu bilgilere yer verilmiş:

OECD ülkeleri ortalaması okul öncesi eğitimde 8 bin 759, ilköğretimde 8 bin 631, ortaöğretimde 10 bin 10 ve üniversitede 15 bin 656 ABD dolarıdır. Türkiye'de aynı harcamaları TÜİK'in son olarak yayınladığı 2017 Eğitim Harcamaları istatistikleriyle karşılaştırmalı olarak ele aldığımızda; okul öncesi eğitimde 2 bin 5;

Madde Adı	Aylık Fiyat Artışı	Yıllık Fiyat Artışı	Resmi TÜFE'ye Göre Alım Gücü Kaybı/Kazancı
Çocuk Kitapları	0,35%	14,90%	0,09%
Test Kitabı	1,23%	16,30%	-1,12%
Yazım ve Çizim Kağıtları	-1,71%	16,64%	-1,42%
Okul Çantası	3,43%	18,20%	-2,77%
Diğer Kırtasiye Malzemeleri	1,41%	30,51%	-13,48
Resim Boyaları	1,80%	33,11%	-15,74%
Okul Defteri	1,80%	33,73%	-16,28%
Kalem	1,99%	34,75%	-17,17%

İlköğretimde bin 591, Ortaöğretimde 2 bin 395 ve üniversitede 3 bin 736 ABD dolarıdır. Türkiye ile diğer OECD ülkeleri arasında kademeler bazında yapılan harcamalara yönelik farklılıklar azalmak bir yana giderek artmaktadır.

Raporda yer alan diğer bir dikkat çekici konu ise Din Öğretimi Genel Müdürlüğü. Eğitim Sen raporuna göre, bu genel müdürlük MEB'e bağlı olmasına rağmen "bakanlıktan büyük ölçüde bağımsız, hatta kimi politika ve uygulamalarıyla MEB'in de üzerinde bir kurum gibi davranmaya başlamıştır." Devamla, imam hatip okullarının bakanlığa bağlı okullar arasında ayrıcalıklı ve özel bir yere sahip olduğu belirtiliyor.<sup>8</sup>

### Sağlık Bakanlığı İstatistikleri

Küresel COVID-19 salgını, doğal ve kaçınılmaz olarak bütün ülkelerde sağlık sistemi ve işleyişinin durumunu insanların öncelikli gündemlerinden biri haline getirdi. Yaşanan süreçten hareketle bir genelleme yapmak gerekirse, dünyanın 'gelişmiş' kabul edilen ülkeleri de dahil olmak üzere, bu tür bir salgını pek az ülkenin kaldırarak, karşılayacak kapasitede olduğu görüldü.

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, 19 Mart 2020'de TBMM'de yaptığı koronavirüs bilgilendirmesinde, ülkelere göre 100 bin kişi başına düşen yoğun bakım yatak sayısı verilerine değindi. Bakan Koca açıklamasında Türkiye'de 100 bin kişiye 40 yoğun bakım yatağı düştüğünü aktardı.

Diğer ülkelerle kıyaslandığında ise şöyle bir tablo söz konusu:

Ükelere Göre 100.000 Kişi Başına Düşen Yoğun Bakım Yatak Sayısı	
Ülke	Yatak Sayısı
 Türkiye	40
 ABD	34,7
 Almanya	29,2
 İtalya	12,5
 Fransa	11,6
 Güney Kore	10,6
 İspanya	9,7
 Japonya	7,3
 Birleşik Krallık	6,6
 Çin	3,6
 Hindistan	2,3

Kaynak: Türkiye Verisi: Sağlık Bakanı'nın T.B.M.M'de Gerçekleştirdiği Açıklamadan, Diğer Ülkeler: Statista

Bu veriler, 12 Mart 2020'de Statista'da yayımlanan bir makede yer alıyor ancak birçoğu güncel değil. Makede de belirtildiği üzere, ülkelere ait yoğun bakım

yatak sayılarında, Almanya ve İtalya'ya dair veriler 2012; ABD'ye ilişkin istatistik 2015 ve Güney Kore, Çin ve Hindistan'a ait veriler ise 2017 yılına ait.

OECD'nin 2017 yılı verilerine göre, 1 milyon kişi başına düşen hastane sayısında birinci sırada 77,55 ile Güney Kore yer alıyor. Güney Kore'yi 66,39 ile Japonya ve 45,55 ile Fransa takip ediyor. Türkiye ise 1 milyon kişi başına düşen 19 hastanesiyle 31 ülke arasında 23. sırada bulunuyor.



OECD'nin 2017 yılı verilerine göre, 1 milyon kişi başına düşen hastane sayısında birinci sırada 77,55 ile Güney Kore yer alıyor. Güney Kore'yi 66,39 ile Japonya ve 45,55 ile Fransa takip ediyor. Türkiye ise 1 milyon kişi başına düşen 19 hastanesiyle 31 ülke arasında 23. sırada bulunuyor.





OECD, hükümetlerin zorunlu sağlık harcamalarının ülkelerin gayri safi yurt içi hasılasındaki (GSYH) oranını da açıklıyor. Hükümetlerin sağlık alanı için ayırdığı harcamaların GSYH'deki oranına bakıldığında Türkiye, yüzde 3,3 ile 36 ülke arasında sondan ikinci sırada yer alıyor.<sup>9</sup>

### Sağlık çalışanlarının sayısı

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın 1 Ocak 2020 itibarıyla CHP Milletvekili Mahmut Tanal'ın sorusuna cevaben parlamentoda yaptığı açıklamaya göre Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı hekimlerin sayısı 101.116 iken toplam hekim sayısı ise 164.594. Bu sayının açılımını içeren tablo şöyle:

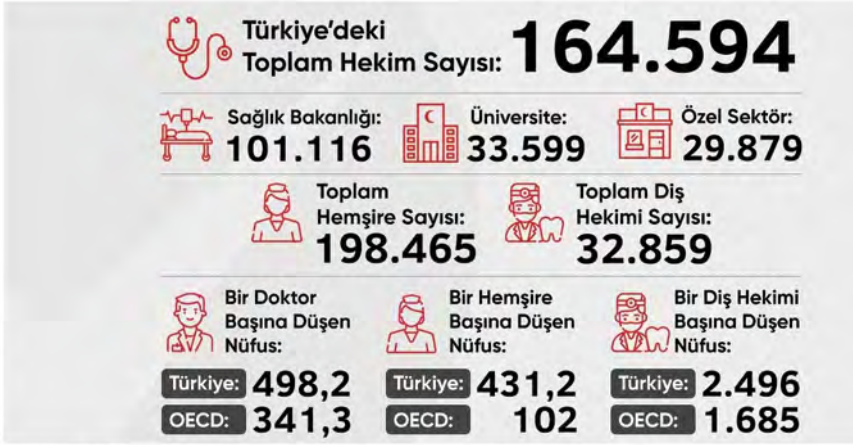
OECD, hükümetlerin zorunlu sağlık harcamalarının ülkelerin gayri safi yurt içi hasılasındaki (GSYH) oranını da açıklıyor. Hükümetlerin sağlık alanı için ayırdığı harcamaların GSYH'deki oranına bakıldığında Türkiye, yüzde 3,3 ile 36 ülke arasında sondan ikinci sırada yer alıyor. Son sırada yüzde 2,8 ile Meksika var.

geliri sağlık çalışanları için önemli bir gelir kalemi. Sağlık çalışanları 5. dönem toplu sözleşme kapsamında Ocak 2020'den itibaren geçerli olmak üzere yılın ilk altı ayı için diğer memurlar gibi yüzde 4, yılın ikinci diliminde de yine yüzde 4 zam aldılar.

### Vaka sayısı mı, hasta sayısı mı?

Sağlık Bakanı Fahrettin Koca, bilindiği üzere salgının başladığı günden bu yana günlük verileri düzenli olarak paylaşıyor ve maske, mesafe ve temizlik kurallarına uymak konusunda uyarılarda bulunuyor. Bakanlık bünyesinde oluşturulan Bilim Kurulu da düzenli şekilde toplanıyor ve toplantı tutanakları kamuoyuna açıklanmamakla beraber, muhtemelen salgının gidişatını değerlendirerek alınması gereken önlemler konusunda hükümete önerilerde bulunuyor.

1 Ekim 2020 günü Bakan Koca'nın Bilim Kurulu toplantısı ardından yaptığı açıklama, önceki 'rutin' açıklamalarından farklı olarak kamuoyunda şaşkınlıkla karşılandı. Çünkü Koca, açıklanan verilerle ilgili "Gerçek sayılar açıklanmıyor" kanaatindeki yurttaşları adeta haklı çıkaran sözler sarf etti ve günlük açıklanan tablodaki hasta sayısının toplam günlük pozitif vaka sayısı olmadığını, sadece semptom gösteren hastaları yansıttığını söyledi: "Her vaka hasta değildir. Çünkü testi pozitif çıktığı halde hiçbir semptom



Koca'nın açıklamasında, Türkiye ile OECD sağlık verilerinin karşılaştırmasına ulaşmak da mümkün. Buna göre Türkiye'de bir doktor başına düşen kişi sayısı 498,2. OECD ülkelerinde bu sayı ortalama 341,3. Kişi başına düşen hemşire sayısında ise Türkiye daha geride: Bir hemşire başına düşen nüfus Türkiye'de 431,2 iken, OECD ülkelerinde bu sayı ortalama 102.

### Sağlık çalışanlarının maaşları

Sağlık personeli içerisinde en önemli personel dağılımını doktorlar ve hemşireler oluşturmaktadır. Döner sermaye

Kamu Ajansı'nda sağlık çalışanlarının maaş durumuyla ilgili verilen bilgiler şöyle:<sup>10</sup>

Lisans Mezunu Sözleşmeli Sağlık Personeli (maaş+sabit)	4.335 TL
Önlisans Mezunu Sözleşmeli Sağlık Personeli ( maaş+sabit)	4.150 TL
Ortaöğrenim Mezunu Sözleşmeli Sağlık Personeli (maaş+sabit)	4.010 TL
Sağlık Teknikeri ve Sağlık Memuru - Lisans Mezunu	3.820 TL
Hemşire maaşı	5.420 TL
Ebe maaşı (1/4)	5.420 TL
Yeni başlayan Ebe Maaşı (8/1)	4.800 TL
Asistan (Sağlık hizmetleri-6/1)	6.300 TL

göstermeyenler var. Büyük çoğunluğu bunlar oluşturuyor. Filyasyon ekiplerimiz ağırlıklı bunları tespit ediyor." Bu sözler, günlük vaka sayısının açıklanan hasta sayısından 20 kat fazla olduğunu ortaya koyuyordu.

Bu yaklaşıma, bazı Bilim Kurulu üyeleri de dahil olmak üzere ciddi tepkiler geldi. Bakan Koca'nın "ulusal çıkarları" halk sağlığının önüne koyması, koronavirüs salgını ile mücadele konusunda devletin muhtemelen ekonomik kaygılar nedeniyle esas aldığı anlayışı gözler önüne sermesi bakımından oldukça düşündürücüydü.<sup>11</sup>

### İçişleri Bakanlığı verileri

İçişleri Bakanlığı deyince akla 'güvenlik' ve 'emniyet teşkilatı' geliyor ve bu da 'terör' ve 'güvenlik' sorunlarının sürekli gündem oluşturduğu bir ülke olmamız itibarıyla son derece doğal. Bu özelliği nedeniyle en 'faal' bakanlıkların başında geldiğini söylemek abartı olmasa gerek. Daha önce kuvvet komutanlığı pozisyonunda Türk Silahlı Kuvvetleri bünyesindeki Jandarma Genel Komutanlığı'nın İçişleri Bakanlığı'na bağlanmasıyla birlikte bakanlığın 'ağırlığı' daha da arttı.

Polis teşkilatı, 2019 sonu verilerine göre, 323 bin 842 kişilik bir personel kapasitesine sahip. Ülke nüfusunun yüzde 79'una hizmet veriyor. Emniyet personelinin 307 bin 813'ü emniyet hizmetleri, 16 bin 29'u ise diğer hizmet sınıflarından oluşuyor. Emniyet hizmetleri sınıfının yüzde 6,6'sını polis amirleri, yüzde 86,4'ünü polis memurları, yüzde 7'sini ise çarşı ve mahalle bekçileri oluşturuyor.

Emniyet teşkilatı bünyesinde 1, 2, 3 ve 4. sınıf olarak 3 bin 528 emniyet müdürü, 596 emniyet amiri, 402 başkomiser, 1932 komiser, 13 bin 994 komiser yardımcısı, 2 bin 268 kıdemli başpolis memuru, 2 bin 126 başpolis memuru, 261 bin 648 polis memuru, 21 bin 319 çarşı ve mahalle bekçisi görev yapıyor. Polislerin yüzde 93'ü erkek, yüzde 7'si ise kadınlardan oluşuyor.<sup>12</sup>

### Kişi başına düşen polis ve jandarma sayısı

AB istatistik kurumu Eurostat verilerine göre Birlik genelinde 2009'dan bu yana polis sayısı Türkiye'nin aksine yaklaşık yüzde 3,4 azaldı ve 1,6 milyona indi. AB'de her 100 bin kişi için ortalama 318 polis/jandarma görev yapıyor. Türkiye'de ise Jandarma Genel Komutanlığı ve Emniyet

**Emniyet Genel Müdürlüğü'nün Aralık 2007 itibarıyla 'Emniyet Hizmetleri sınıfında' yer alan personel sayısı 187 bin 510 olarak kaydedilirken, bu rakam 2018'de 255 bin 974'e yükseldi. Bu, Türkiye'de son 10 yılda polis (jandarma hariç) sayısının yüzde 36 oranında artmış olduğunu ortaya koyuyor.**

Genel Müdürlüğü'nün 2018 verileri dikkate alındığında 100 bin kişiye 540 polis/jandarma düşüyor. Emniyet Genel Müdürlüğü'nün Aralık 2007 itibarıyla 'Emniyet Hizmetleri sınıfında' yer alan personel sayısı 187 bin 510 olarak kaydedilirken, bu rakam 2018'de 255 bin 974'e yükseldi. Bu, Türkiye'de son 10 yılda polis (jandarma hariç) sayısının yüzde 36 oranında artmış olduğunu ortaya koyuyor.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin verilerine göre Türkiye'nin 2007'de jandarma personeli sayısı yaklaşık 140 bin idi. Jandarma Genel Komutanlığı'nın Mart 2018 tarihli duyurusunda bu rakamın 176 bine yükseldiği görülüyor. 100 bin kişiye düşen polis sayısı dikkate alındığında Güney Kıbrıs 573 polisle Türkiye'yi geride bırakan tek AB ülkesi olarak ön plana çıkıyor.<sup>13</sup>

Kişi başına düşen güvenlik görevlisi sayısının sürekli artış göstermesi iktidar sözcüleri tarafından genellikle 'övgü dolu' açıklamalara konu oluyor. Ne var ki polis ve jandarma sayısındaki bu 'rekor' artış oranları bir ülke ve toplum için bir 'gelişmişlik' göstergesi olmanın tam aksi bir gösterge olarak kabul ediliyor.

### Polis maaşları

Göreve yeni başlayan polis memuru ile görevde 25 yılını doldurmuş polis memuru arasında yaklaşık yüzde 10-15 oranında farklılık bulunuyor. Buna göre emniyet teşkilatında göreve yeni başlayan bir polis memurunun (8/1) maaşı 5.233 TL, görevde 25 yılını tamamlamış kıdemli bir polis memurunun (1/4) maaşı da 5.954 TL civarında.<sup>14</sup>

D/K	Kıdem yılı	15 Temmuz 2020 net maaş	
		Vergi oranı yüzde 15	Vergi oranı yüzde 20
1/4	25 ve üstü	5.995 TL	5.868 TL
1/4	24	5.992 TL	5.866 TL
1/4	23	5.990 TL	5.864 TL
1/4	22	5.988 TL	5.862 TL
1/4	21	5.986 TL	5.860 TL
1/3	20	5.977 TL	5.851 TL
1/2	19	5.968 TL	5.843 TL
1/1	18	5.960 TL	5.835 TL
2/3	17	5.864 TL	5.745 TL
2/2	16	5.856 TL	5.737 TL
2/1	15	5.848 TL	5.730 TL
3/3	14	5.835 TL	5.718 TL
3/2	13	5.828 TL	5.711 TL
3/1	12	5.721 TL	5.610 TL
4/3	11	5.659 TL	5.552 TL
4/2	10	5.653 TL	5.546 TL
4/1	9	5.647 TL	5.540 TL
5/3	8	5.505 TL	5.399 TL
5/2	7	5.499 TL	5.394 TL
5/1	6	5.493 TL	5.388 TL
6/3	5	5.477 TL	5.373 TL
6/2	4	5.472 TL	5.368 TL
6/1	3	5.467 TL	5.364 TL
7/1	3	5.427 TL	5.326 TL
8/3	2	5.418 TL	5.317 TL
8/2	1	5.273 TL	5.172 TL
8/1	0	5.269 TL	5.168 TL



## Jandarma Genel Komutanlığı personel sayısı

2018 yılı Jandarma Genel Komutanlığı Faaliyet Raporunda yer alan bilgilere göre, jandarma, subay, astsubay, uzman erbaş, memur pozisyonunda kurumda yer alan personel sayısı toplam 189 bin 915. Unvanlara göre personel sayısı ise şöyle: 4.706 jandarma subayı, 1465 jandarma yedek subayı, 29.261 jandarma astsubayı, 17.711 jandarma uzman jandarma, 69.779 jandarma uzman erbaş ve 63.372 jandarma er-erbaş. Bunların dışında kurum bünyesinde istihdam edilen işçi ve memur statüsünde çalışanlar da var; ancak bunların sayısı açıklanmamıştır.<sup>15</sup>

Görevine yeni başlayan uzman çavuş maaşı 4,600 lira ile 4,950 lira arasında ve Doğuda görev yapan jandarma uzman çavuş maaşı ise 6 bin lira ile 7,500 lira arasında değişiklik gösteriyor. Sözleşmeli er maaşları ise 3 bin 500 TL ile 4 bin 500 TL arasında değişiklik gösteriyor. Maaş oranlarındaki değişikliğin nedeni, görev yapılan bölgeye göre belirleniyor olması. Subay maaşları görev bölgesine ve rütbesine göre 4 bin TL ile 8 bin TL arasında değişiklik gösterebiliyor. Astsubay rütbeli personellerin aldığı maaşlar ise ortalama 4 bin lira ile 5 bin 500 TL arasında değişiklik gösteriyor.<sup>16</sup>

## Takviye Kuvvetler Birliği

Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesindeki Güvenlik Dairesi Başkanlığınca ilk defa Ankara Gölbaşı'nda kurulan Takviye Hazır Kuvvet Birimi, daha sonra Ankara Emniyet Müdürlüğü'nde oluşturuldu. İçişleri Bakanı Süleyman Soylu'nun talimatı sonrasında aynı birimin İstanbul Emniyet Müdürlüğü bünyesinde de kurulması için çalışma başlatıldı. Birimin kurulmasıyla ilgili altyapı çalışmasının tamamlanmasının ardından Cumhurbaşkanı Erdoğan'ın imzasını taşıyan kararnameyle birimin İstanbul'da kurulması resmîyet kazandı.

2018'deki genel seçimler öncesinde Emniyet Genel Müdürlüğü merkez teşkilatı bünyesinde kurulan Takviye Hazır Kuvvet Polis Birimi, öncelikle Cumhurbaşkanı Erdoğan başta olmak üzere üst düzey yetkililerin ülke genelinde yapacağı temaslarda görev alıyor. Ankara'da merkez ve Ankara Emniyeti olmak üzere iki ayrı grupta yaklaşık 600 personelden oluşan Takviye Hazır Kuvvet Polis Birimi'nde görevli polisler, teşkilat içinden özel olarak seçilip yetiştiriliyor.

Silah kullanmanın yanı sıra, afet ve acil yardım ile müdahale ve hava araçlarıyla müdahale eğitimleri de alan Takviye Hazır Kuvvet Polisleri, seçim güvenliği çalışmaları çerçevesinde il emniyet müdürlüklerinin talepleri doğrultusunda Ankara'dan kiralanmış özel uçaklarla görev alanlarına sevk ediliyorlar. Uzun yıllardır emniyet teşkilatında faaliyet yürüten Çevik Kuvvet Şubeleri'nden bağımsız olarak görev yapan Takviye Hazır Kuvvet Polisleri, bundan sonra İstanbul'da da kurulu olarak faaliyet yürütecek.

İstanbul ve çevresindeki kentlerin yanı sıra ihtiyaç halinde farklı bölgelerdeki kentlere de gönderilecek olan polisler, aynı zamanda "gerektiği hallerde" İstanbul'un güvenliğinin sağlanmasına katkı verecek. Örneğin ibadete açılan Ayasofya Camii'nin çevre güvenliğinin sağlanmasında Ankara'dan gönderilen Takviye Hazır Kuvvet Polisleri görev yaptı.<sup>17</sup>

## "Burası Türkiye, Norveç değil!"

4 Nisan 2015'te Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren İç Güvenlik Paketi ile ilk defa 1934 yılında kabul edilen Polis Vazife ve Salahiyet Kanunu'nda tanımlanan emniyet mensuplarının mevcut yetkileri adeta 'sınır tanımayan' ölçüde genişletildi. Kamuoyunda tartışmalara neden olan bu 'paket' yasa ile güvenlik güçlerine ne gibi yetkiler tanındığını kısaca hatırlatmakta yarar olabilir.

- Polis herhangi bir nedenle, adeta 'gözüne kestirdiği' birinin üstünü arayabiliyor.
- Polise müşteri, mağdur ve tanıkların ev ve işyerlerinde ifadelerini alma yetkisi getirildi.
- Polisin silah kullanma yetkileri genişletildi. Buna göre; sapan, demir bilye, molotof kokteyli, havai fişek gibi yanıcı maddeler dahi silah kapsamına konularak bunlara karşı polise silah kullanma yetkisi getirildi.
- Yargı kararına gerek duyulmaksızın 48 saat süreyle 'dinleme' yetkisi tanındı.
- Toplantı ve gösteri hakkını işlemez hale getirecek düzenlemeler yapıldı; emniyet güçlerinin bu hakkın kullanılmasını engelleyecek son derece subjektif ölçülerle hareket etmelerinin önü açıldı (Göstericilerin giysilerinde görülen bir amblem, bazı göstericilerin yüzünü kapatması, gazdan korunmak için gaz maskesi takması vb.).

- 'Önleyici gözaltı' adı altında tanınan uygulamayla herhangi bir savcı ya da yargı kararı olmaksızın yurttaşlar gözaltına alınabiliyor.
- 5442 sayılı İl İdaresi Kanununun 11. maddesi değiştirilerek bir yargı yetkisi olan ve dolayısıyla savcılara ait olan suç soruşturma yetkisi vali ve kaymakamlara devredildi.<sup>18</sup>

Bununla birlikte, Anayasa Mahkemesi'nin (AYM) anayasal güvence altındaki hak ve özgürlüklerle ilgili bazı kararları iktidar çevrelerinde AYM'nin kaldırılmasını dahi telaffuz edecek düzeyde tepkilere neden oluyor. Bunu en açık şekilde dillendiren isimlerin başında ise İçişleri Bakanı Süleyman Soylu'nun geldiğini kaydetmek gerekir. Soylu, AYM kararları ile ilgili rahatsızlıklarını AYM'ye ilettiklerinde "hukuk nasihatleri" aldıklarını kaydederek, "Burası Türkiye, Norveç değil" diyor. Bu yaklaşımıyla da görev ve sorumluluklarının cari hukukla bağlı olduğunu bir kenara ittiği gibi demokrasilerde evrensel birer norm olan hak ve özgürlükler konusundaki 'hissiyatını' da en açık şekilde dile getirmiş oluyor.<sup>19</sup>

## Diyanet'in personel ordusu ve maaş oranları

Türkiye İstatistik Kurumu'nun Haziran 2020 enflasyon oranlarını açıklamasının ardından memur maaşlarına ve emekli aylıklarına yılın ikinci yarısı için yapılan zam oranına göre (yüzde 5,75), Diyanet İşleri Başkanlığı personeli vaizlerin (1/4) maaşı 5.536 TL'den 5.854 TL'ye, imam maaşları ise 3.272 TL'den 3.460 TL'ye yükseldi.<sup>20</sup>

Dev bir bütçeye sahip olan Diyanet'in personel sayısı yıllar içinde katlanarak arttı. Başkanlığın resmi verilerine göre, 2019 yılı itibarıyla personel sayısı 127 bine yükseldi. Kıyaslamak gerekirse, Diyanet'in merkez ve taşra kadrolarında görev yapan personelin sayısı, devlet hastanelerinde görev yapan hekim sayısının 26 bin üzerinde. 2020 yılındaki 11,5 milyar ödenek ile birçok icracı bakanlığı geride bırakan Diyanet'in personel sayısı da 2006 yılından 2019 yılı sonuna kadar yüzde 59 arttı.

Diyanet kadrolarında, 'din hizmetleri' adı altında sınıflandırılan personelin sayısı 95 bin 87 ile ifade edilirken bölümlere göre bu sayı şu şekilde: İmam: 60 bin 808, Müezzin-kayyım: 12 bin 28, Vaiz ve cezaevi vaizi: 2 bin 624.

İktidarın, 10 nüfuslu köylere dahi cami yapılması 'hassasiyeti' ülkedeki cami sayısının da artmasına neden oldu. Diyanet'in verilerine göre, 2011 yılında 83 bin olan cami sayısı 2018 yılında 88 bin 681'e çıktı.<sup>21</sup> Diyanet'in 2021 bütçesinden alması öngörülen pay, son yıllardaki artış grafiğinin yeni bir boyutunu oluşturdu. Hazine ve Maliye Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 2021-2023 dönemini kapsayan Orta Vadeli Mali Plana (OVMP) göre, kurumun bütçesi 11,5 milyar liradan 12,9 milyar liraya yükselecek.<sup>22</sup>

#### Rakam ve istatistiklerin anlattığı

Bütçe yapmanın mantığı, basitleştirerek ifade etmek gerekirse, aslında çekirdek bir ailenin kısa, orta ve uzun vadeli (örneğin günlük, haftalık, aylık) bütçe planlaması yapmasından temelde farklı değildir. Sınırlı geliri olan bir ailenin uzun vadeli plan yapması çok da mümkün olmamakla beraber, yine de söz gelimi "paramız olursa..." umut ve ihtimaline bağlanmış olarak evi yoksa ev almak, arabası yoksa araba almak gibi uzun vadeli denilebilecek hedefleri olduğu söylenebilir. Belli bir gelir vardır ve buna karşılık gündelik hayatın kaçınılmaz harcamaları (kira, faturalar, temel gıda maddeleri, eğitim gibi) başta olmak üzere giderlerin buna göre planlanması yapılır.

Devlet bütçesinin mantığı da aşağı yukarı budur. Kuşkusuz devlet bütçesi daha karmaşık ve geniş hacimli bir çerçevede ele alınmaktadır. Sosyal, siyasi, ekonomik boyutları bulunan ülke yönetiminin gerektirdiği giderler, sağlık, güvenlik, ulaşım, eğitim gibi kamu idaresinin sorumluluğu altında olan alanların giderleri ve beraberinde bu alanlarda mevcut eksiklerin giderilmesine yönelik belirlenen hedeflerin gerçekleştirilmesini sağlayacak yatırım planlamalarının gereksindiği giderler. Bu giderlerin karşılandığı gelir kalemleri de bellidir ve bunların başında da yurttaşlardan çeşitli biçimlerde alınan doğrudan ve dolaylı vergiler gelmektedir.

Devlet bütçesi oluşturulurken temel kalemlerin yanı sıra belirlenen hedef ve ihtiyaçlar dahilinde tercihlerin de oynadığı önemli bir rol vardır. Örneğin, COVID-19 salgını nedeniyle çalışmalarını önem kazanan Sağlık Bakanlığının sorumluluğundaki eksiklikleri görmezden gelmenin 'bedeli' ağır olur. Bu ihtiyaçlar görmezden gelinemez. Bir başka

Dev bir bütçeye sahip olan Diyanet'in personel sayısı yıllar içinde katlanarak arttı. Başkanlığın resmi verilerine göre, 2019 yılı itibarıyla personel sayısı 127 bine yükseldi. Kıyaslamak gerekirse, Diyanet'in merkez ve taşra kadrolarında görev yapan personelin sayısı, devlet hastanelerinde görev yapan hekim sayısının 26 bin üzerinde.

örnek olarak bir deprem ülkesi olan Türkiye'de deprem riskine karşı alınması gereken önlemleri almanın siyaseten sorumluluğunu taşıyan Çevre ve Şehircilik Bakanlığı sorumluluğu altındaki ihtiyaçları görmezden gelerseniz bunun 'bedeli' de ağır olur. Nitekim her sarsıntıda ciddi can ve mal kayıpları yaşanıyor, büyük şehirlerdeki plansız, yanlış yapılaşmanın yol açacağı riskler gündeme geliyor. Buradan hareketle bir önem ve aciliyet planlaması yapılması doğal ve kaçınılmazdır denebilir.

Diyanet İşleri Başkanlığı'nın hem teşkilat olarak hem de idare ettiği bütçe itibarıyla öncesi bir yana son 18 yılda sürekli büyüyen bir grafiği olmasının ne tür bir ihtiyaç analizinden ileri geldiği tartışmaya değer, düşündürücü bir sorudur. Bu sorunun cevabı, denilebilir ki iktidar partisi liderinin "dindar nesiller yetiştireceğiz" şeklindeki beyanında karşılığını bulmaktadır. Ve bu da belli ki ihtiyaçlardan ziyade iktidar partisinin ideolojik, siyasi tercihleriyle ilgilidir.

Bir kıyaslama yapmak gerektiğinde, yukarıda verilen rakam ve istatistiklerden hareketle, gündemde ve göz önünde olan bir bakanlık olması nedeniyle Sağlık Bakanlığı ve DİB personel oranlarına bakılabilir. Diyanet İşleri Başkanlığı personel sayısı yaklaşık 130 bin kişi ve 2019 yılı itibarıyla personeli için harcanan para 8,2 milyar TL. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hekim sayısı ise aynı yılın rakamlarına göre 101 bin 116.





Türkiye’de her yıl 600 yeni camii yapılıyor. Diyanet’in bütçeden aldığı parayla karşılaştırdığında camii başına 130 bin TL düşüyor.

Türkiye’de yaklaşık 88 bin cami var. Şeriatla yönetilen ve 2018 yılı rakamlarına göre nüfusu hemen hemen Türkiye ile aynı olan İran’da 50 bin camii var. Yine şeriatla yönetilen bir başka ülke olan 33,7 milyon nüfuslu (2018) Suudi Arabistan’daki camii sayısı ise 38 bin. Türkiye’de her yıl 600 yeni camii yapılıyor. Diyanet’in bütçeden aldığı parayla karşılaştırdığında camii başına 130 bin TL düşüyor. Milli Eğitim Bakanlığı bütçesinin yüzde 35’inin din öğretimine ayrıldığı dikkate alındığında, 44 milyar lirayı da bu orana eklemek gerekiyor. Bu hesaba göre Diyanet’in bütçesine kişi başına 144 lira ödeniyor. Dört kişilik bir ailenin Diyanet’e zorunlu katkısı 576 TL oluyor.<sup>23</sup>

Ülke yöneticilerinin reel ihtiyaçların önüne ideolojik, siyasi tercihlerini koymalarının da bir mantığı var elbette ve bunu yapanların toplumu kendi ideolojik tercihlerine göre şekillendirmek, beraberinde iktidarlarını sağlamlaştırmak arzusuyla böyle hareket ettikleri söylenebilir. Bunu milliyetçi bir iktidar partisi de yapabilir, sol iddialı veya dini siyasetle harmanlamayı tarz olarak benimseyen bir parti de. Bunu, beğenelim veya beğenmeyelim, belli bir ölçüde anlamak mümkündür. Kendi ideolojisini ve duyarlılıklarını yansıtmadan, sorunu sadece ‘görev’, ‘sorumluluk’ ve ‘ihtiyaçlar’ kapsamında ele alarak iktidar olmayı ancak hayal edebiliriz. Ne var ki örneklendirdiğimiz sağlık ve deprem gibi hayati anlamı bulunan konularda klişe bir ifadeyle ‘siyasetler üstü’ bir hassasiyetle hareket edilmesini istemek, beklemek de bir hayali dillendirmek olmasa gerek. Çünkü bu alanlarda sorumlu bir anlayışla hareket etmek, iktidar olmanın en çıplak gereklerindedir. Belli ki devlet ve yönetim anlayışında köklü bir reform ihtiyacı, en temel gündemimiz olması gereken sorunlarımızdan biridir ve bunun üzerinde daha çok konuşmak, tartışmak gereği vardır.

<sup>1</sup> ilgili haber burada: <https://www.cumhuriyet.com.tr/haber/bakan-selcuk-ogretmen-maaslarinin-yuk-oldugunu-iddia-etti-1762030>.

<sup>2</sup> <https://www.birgun.net/haber/ziya-selcuk-tan-ogretmen-maasi-aciklamasi-niyetim-cok-acik-313910>.

<sup>3</sup> <https://www.hurriyet.com.tr/egitim/turkiyenin-egitim-ogretim-istatistiklerini-aciklandi-41603792>.

<sup>4</sup> <https://www.mebpersonel.com/meb-personeli/2020-temmuz-ayi-zamli-ogretmen-maaslari-h242188.html>

<sup>5</sup> Abbas Güçlü analizinin sonunda “Çözüm nedir?” başlığı altında ise şunları kayda geçirmiş: “Bu noktada, her şeyin daha fazlasını istemek en kolayı. Peki, gelir artmadan, pay artarsa, diğer alanlara yapılacak harcamalar ne olacak? Elbette eğitim çok önemli ama sağlığın, güvenliğin, tarımın, enerjinin ve diğer alanların önemli olmadığını da kimse söyleyemez. Cumhuriyet’in ilk yıllarında kıt kaynaklarla eğitimde çok büyük mucizeler yaratıldı. Yine başarabiliriz. Evet, kaynaklar çok yetersiz ama onun doğru kullanımı ve artırılması da bir o kadar önemli. Özetin özeti: Eğitimi devlete havale ederek hem bu işin içinden sıyrılmayız hem de daha iyi bir eğitim şansı yakalayamayız! Çözüm, herkesin taşın altına elini koymasıdır!”

<sup>6</sup> <https://egitimsen.org.tr/2020-meb-butcesi-temel- ihtiyaclara-yanit-vermemektedir/>.

<sup>7</sup> <https://www.bolgegundem.com/bakan-selcuk-ogretmen-basina-ogrenci-sayisi-ilkokulda-16-ortaokulda-11e-dustu-1081328h.htm>.

<sup>8</sup> <https://egitimsen.org.tr/2019-2020-egitim-ogretim-yili-basinda-egitimin-durumu/>.

<sup>9</sup> Sağlık Bakanlığı istatistikleri ile ilgili daha detaylı bilgiler, tabloları alıntılıdığınız bu kaynakta mevcut: <https://www.dogrulukpayi.com/bulten/turkiye-nin-saglik-istatistikleri>.

<sup>10</sup> <http://www.kamuajans.com/maaslar/bransina-gore-2020-yili-saglik-personeli-temmuz-ayi-maasi-ne-kadar-h549660.html>.

<sup>11</sup> Konuyla ilgili haber burada: <https://www.birgun.net/haber/korona-verileri-ulusal-cikarlar-icin-gizlenmis-317652>.

<sup>12</sup> <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/emniyet-teskilati-175-yasinda/1798184#:~:text=Emniyet%20te%C5%9Fkilat%C4%B1%20b%C3%BCnyesinde%201%2C%202,ve%20mahalle%20bek%C3%A7isi%20g%C3%B6rev%20yap%C4%B1yor.%20>

<sup>13</sup> <https://tr.euronews.com/2019/01/04/avrupa-da-314-kisiye-turkiye-de-185-kisiye-bir-polis-dusuyor-polis-sayisinda-rekor-artist>.

<sup>14</sup> <http://www.kamuajans.com/maaslar/2020-yili-temmuz-ayina-ait-kidem-ve-hizmet-yilina-gore-egm-polis-memuru-maaslari-ne-kadar-h549643.html>.

<sup>15</sup> <https://polisaskeradaylari.com/jandarma-genel-komutanligi-personel-sayisi-aciklandi/>.

<sup>16</sup> <http://www.kamuajans.com/maaslar/2020-yili-temmuz-ayina-ait- tsk-uzman-cavus-ve-jandarma-uzman-erbaslarin-maasi-ne-kadar-h549664.html>.

<sup>17</sup> <https://t24.com.tr/haber/emniyet-istanbul-a-takviye-birlik-kuruyor,898229>.

<sup>18</sup> Konuyla ilgili hukukçu yorumlarını içeren bir yazı burada: <https://m.bianet.org/bianet/insan-haklari/163348-15-soruda-ic-guvenlik-paketi-ne-getiriyor>.

<sup>19</sup> Sabah gazetesinin “Soylu’dan AYM’ye sert tepki” başlığıyla duyurduğu haber burada: <https://www.sabah.com.tr/gundem/2020/03/26/son-dakika-icisleri-bakani-suleyman-soyludan-canli-yayinda-ayme-sert-sozler-bizi-gonulsuzlestiriyorlar>.

<sup>20</sup> <https://www.haber7.com/guncel/haber/2991666-imam-vaiz-maaslari-kac-tl-temmuz-2020>.

<sup>21</sup> <https://www.birgun.net/haber/diyanet-saglik-bakanligi-ile-yarisiyor-personel-sayisi-130-bine-yaklasti-292932#:~:text=PERSONEL%20SAYISI%20KATLANDI&text=Diyanet%27in%20merkez%20ve%20ta%C5%9Fra,sonuna%20kadar%20y%C3%BCzde%2059%20artt%C4%B1>.

<sup>22</sup> <https://t24.com.tr/haber/diyanet-in-butcesi-7-bakanligi-solladi-12-9-milyar-liraya-yukseltildi,908353>.

<sup>23</sup> Sözcü gazetesi yazarı Murat Muratoğlu’nun konuyla ilgili “Hesap ahrette, para Diyanet’te” başlıklı yazısı burada: <https://www.sozcu.com.tr/2019/yazarlar/murat-muratoглу/hesap-ahrette-para-diyanette-5412111/>.

## İstanbul Planlama Ajansı: Salgın, planlama ve veri odaklı belediyecilik

İstanbul Büyükşehir Belediyesi yönetimi hayli zorlu bir sınavla karşı karşıya. Bir yanda salgının neden olduğu toplumsal sorunlar yumağına çare üretmesi gerekiyor, diğer yandan hükümetin giderek sıkılaştırdığı siyasal engellerle baş etmenin mücadelesini veriyor. Bütün bunlar olurken de kentsel yaşamın sadece bugününü değil geleceğini de hesaba katan bir model geliştirme arayışında. Bu model arayışının en somut ifadelerinden biri olan İstanbul Planlama Ajansı'nın (İPA) genel sekreteri Oktay Kargül'le yaşanan akut krizin getirdiklerini ve de geliştirdikleri planlama anlayışının ana noktalarını konuştuk.

**Dilerseniz İstanbul bağlamında genel manzarayı tarif ederek başlayalım.**

**Salgının şu zamana kadarki sonuçlarına dair ne biliyoruz?**

**Oktay Kargül:** Salgın ilk başladığı günden itibaren tek bir alanı ya da tek bir kurumu/kuruluşu değil genel olarak tüm belediyeyi, hatta ilgili iştirakleri kilitledi. Kilitlemesinin temel nedeni de bilinmeyen bir krizle karşı karşıya olmamız. Kuşkusuz afetler her zaman gündemdedir, Afet Yönetim Planları her zaman konuşulur. Bununla ilgili anlık, günlük ya da üç günlük senaryolar hazır. Ama böylesi bir sağlık krizini deneyimlememiştik. Bunun getirdiği zorluklar oldu kuşkusuz. Hesaba katmak gereken birçok etken var. Birincisi kişilerin sağlık güvenliğini sağlamak. İki, bunu sağlarken aynı zamanda kişilerin gündelik hayatlarını idame ettirmeleri konusunda çözümler üretmek. Üç, ekonominin getireceği yükleri nasıl asgari düzeye indirebiliriz diye düşünmek. Bu temel kalemlerden hareketle seferberlik ilan edildi. Yani tüm konular bir kenara bırakıldı ve neler yapılabileceğine odaklanıldı. Tabii ki bir bilim kurulu oluşturuldu. Sahra hastanelerini incelemeye başladık. Olası müdahale ânında özellikle hastalığın yoğunlaştığı bölgeler için sahra hastaneleri önermeye başladık.

Bir yandan kimlere sosyal yardım götürüleceğini tespit etmeye çalıştık. İşin bu kısmı pratikte kolaydı, halihazırdaki kadro bunu hızlıca organize edebildi.

Asıl hikaye bundan sonra başladı, keza bu üç beş haftalık bir mesele değildi. Günler haftalar geçtikçe aileler bırakın hayatlarını kaliteli olarak idame ettirmeyi, günlük ihtiyaçlarını karşılayamaz noktaya geldi. İstanbul'da gündelik kazandığı ile geçinmeye çalışan çok sayıda insan var. Etkileşimin azaldığı yerde o kişilerin gelir kapısı ortadan kalkmış oldu. Bu insanları tespit edip ulaşmamız gerekiyordu. İşte bu kolay olmadı, bunun için yerelden sağlıklı bir bilgi almamız gerekiyordu. Bunu da olabildiğince organize etmeye çalıştık. Online başvurular oluyordu ama sizlerin de tahmin edebileceği gibi evinde interneti olmayan, cep telefonu kullanamayan insanlar var. Bunun için muhtarlardan, mahallelerin kanaat önderlerinden listeler talep ettik. Telefonla arayıp başvuru kayıtlarını aldık ve akabinde hızlıca yardım gönderdik. Yaklaşık 1,1 milyon haneden bahsediyoruz, yani kent nüfusunun dörtte biri. Ama bizim bakış açımız hiçbir zaman sadece bu insanlara erişmek/dokunmak olmadı. Bugünü kurtarıyoruz, yarını da kurtarıyoruz, ama asıl hikaye salgın bir yıl sonra da devam ediyor olursa buna nasıl müdahale edeceğiz.

**Bahsettiğiniz yardımların mahiyeti nedir? Merkezi hükümetin yaptığı yardımlardan farkı nedir bunların?**

**O.K.:** Bu yardımları biz ya koli olarak ya da alışveriş yardım kartı olarak yaptık. Bu yardımlar sokağa çıkılmadığında, mutfak alışverişi dahi yapılamadığında o kişilerin

Bugünü kurtarıyoruz, yarını da kurtarıyoruz, ama asıl hikaye salgın bir yıl sonra da devam ediyor olursa buna nasıl müdahale edeceğiz.

en azından o ayı kurtarabilmelerini sağlama amaçlıydı. Bunun haricinde konut problemi, kira problemi çok yaşanmaya başlamıştı. Analizlerimizde bu durum net biçimde görünüyordu. Bu tarz alt kırılımları çıkarmaya başladık, böylece oradaki kırılma noktalarını tespit edebiliyor olacaktık. Ulaşımına bağlı kırılma noktalarını, mekânsal yayılma riskini ya da kentsel yoğunluğa bağlı riskleri çalışmaya başladık.

Yaşamlarını devam ettirmek için kimler dışarıya çıkmak zorunda? Kimler sağlıklı bir eko-sistemde yaşamıyor? Hane halkı büyüklüğünden dolayı kimlerin gelir düzeyleri o konuta yetmiyor? Bu tür sorulara yanıt aradık. Bu tespitler sayesinde erişemediğimiz ya da ulaşamadığımız bir mahalle varsa İBB'nin kalıcı olan hizmetlerini oralarda yoğunlaştırabilme imkanımız olacak. Örneğin, şu an İstanbul'da en ucuz, en uygun ve en erişilebilir ekme İstanbul Halk Ekmek tarafından üretiliyor. Geçmiş dönemde Halk Ekmek büfeleri satışın daha fazla olacağı, ulaşımın kolay olduğu, transferlerin fazla olduğu yerlere kurulmuş. Ama en çok ihtiyaç olan yerler

Bir yol haritası izleyeceksek, çalışma yapacaksak, bunu kesinlikle veriye bağlı, gerçekçi ve geleceğe yönelik kurgulamamız gerekiyor.

Esenler, Sultangazi ya da Sancaktepe gibi. Bu ilçelerde ise büfe oranları çok az. Bunu tespit ettikten sonra hemen iştirakimiz olan İstanbul Halk Ekmek ile görüşüp “eksik olan ilçelerimiz bunlar, servis edeceğimiz noktalar buralar olmalı” dedik. İlk kriz ânında yardım kolilerini veya alışveriş kartlarını iletebiliriz. Ama ancak İBB'nin vermekle yükümlü olduğu hizmetleri o mahalleye kalıcı ve ulaşılabilir biçimde götürdüğümüz zaman sosyal belediyecilik kavramını hayata geçirmiş oluruz.

Ondan sonra İSADEM'lerin (İstanbul Aile Danışmanlık ve Eğitim Merkezleri) nerelere yoğunlaştığına baktık. Bunlar sosyal yardımların gittiği birimler. Bununla beraber Halk Market kavramımızı yine veri üzerinden çalışmaya devam ediyoruz. Eldeki bu verileri birleştirdiğimizde kırılma mahalleler bölgesel olarak önümüze çıkmış oldu. Yani bir yol haritası izleyeceksek, çalışma yapacaksak, bunu kesinlikle veriye bağlı, gerçekçi ve geleceğe yönelik kurgulamamız gerekiyor. Bazı şeyleri artık ezber yapmamak gerekiyor. Geçmişte şöyleydi: Belediye olarak şurada arazim var, burada arsam var. Buraya bina yapabilirim. Bu böyle olmamalı. Pandemi bize bunları öğretti. Pandemi ile birlikte kırılma mahalleler bölgesel olarak net bir şekilde görebildik. Olabildiğince bunu önümüze veri olarak koyup noktasal olarak bakmaya çalıştık ve bunu yaparken de idari sınırları dikkate almadık. Öyle mahalleler var ki, özellikle kentsel dönüşümde izlenen politikalarından sonra, sokağın bir tarafında hane halkı gelir düzeyi ortalama 500 TL iken diğer tarafında 5000 TL ya da 10.000 TL. Mahalle sınırı ile aldığın zaman o bölge tamamen kırılma mahalleler bölgesel olarak net bir şekilde görebildik. Biz onun yerine Petek Sistemi dediğimiz altıgen sistemler oluşturduk, böylece daha noktasal tespitler yapabilir hale geldik.

Kreşler bir başka önemli konu. Biliyoruz ki çocuklara yapılacak 1 dolarlık yatırımın uzun vadede ekonomiye 7-10 dolar arası getirisi oluyor. Çoğu yerde ekonomik çekincelerden dolayı ailelerin çocuklarını



okula gönderemediğine şahit olduk. Bunu kırmak için de 150 mahallede kreş açacağız dedik ve bunları çocuk nüfusunun fazla olduğu, gelir düzeyinin düşük olduğu alanlarda kuracağız. Bu iki parametreye üzerinden bölgeleri seçip uygulamaya başladık. İlk açılan kreşler de dikkat ederseniz Sultangazi, Sancaktepe, Pendik, Esenyurt, Küçükçekmece ve Beyoğlu'nda. Bu alanlara yoğunlaştık. Bunu yapmamızın en temel nedeni de şu: Biz hiçbir zaman sadece bugüne yönelik popülist hareketler içinde bulunup hizmet

götürmek istemiyoruz. Yani derdimiz İstanbul. Derdimiz bu kentte yaşayanlar. Onların mutlu olması bizi mutlu ediyor. İstanbul'da yaşayana dokunamadığımız sürece bu pozisyonlarda olmanın hiçbir anlamı yok. Eğer bu akıllı, bu sistematiği İBB'ye empoze edip en üst yönetimden tüm alt kılcal damarlara kadar yerleştirebilirsek olası bir stratejik planda, olası bir bütçe oluşturulmasında, olası yatırımlarda neyin, nereye, neden yapıldığı şeffaf bir şekilde açıklanabilir olur.



Kaynak: İstanbul Planlama Ajansı

Özellikle gelir düzeyi arasındaki uçurumların getirdiği sıkıntıları İBB'nin azaltabiliyor olması lazım. Seçim döneminde sosyal politikalar ve yoksulluk o nedenle en merkezi kavramlardı. Şimdi biraz daha yoksunluk kavramı üzerinden gidiyoruz. Yoksa bir çok şeyi yapabilir İBB. Bunu günlük geçişin 2 milyon olduğu alanlarda yapıp herkesin gözüne de sokabilir. Ama bizim derdimiz bu değil. Derdimiz herkese eşit şekilde ulaşabilmek, hizmet götürülebilmek. O nedenle bundan sonraki süreçte

de yapılacak tüm yardım, hizmet ve etkinlikler için önceliklerimizi veri odaklı olarak belirliyoruz. Mesela belediye olarak bölgesel istihdam ofisleri kavramını geliştirdik. Bunlar ciddi başvuru alıyor. Şimdiye kadar yaklaşık 12 bin kişi işe yerleştirildi. Bunların kentin neresinde açılacağına da artık bu veriden yola çıkarak karar veriyoruz. Kısacası temelde tüm çalışma prensiplerimizi, özellikle de pratiğe ilişkin çalışma prensiplerimizi veri odaklı olarak geliştirdik ve buna göre yoğunlaştırdık.

**Bu söylediklerinizden iki şey öne çıkıyor. Birincisi, pandemi İstanbul'un ne denli eşitsiz bir kent olduğunu tüm çıplaklığıyla ortaya çıkarmış durumda. İkincisi de bugüne gelene dek izlenen politikaların büyük ölçüde veri odaklı olmadığı. Diğer yandan bahsettiğiniz perspektif değişikliği bürokratik anlamda bir yenilenme gerektiriyor, hem kurum içerisinde hem de kurumlar arasında. Bunda ne ölçüde başarılı olundu?**  
**O.K.:** Kolay olmadı, biraz organ nakli gibi oldu. Yeni dokuyu kabul edenler oldu,





kabul etmekte zorluk yaşıyanlar oldu. Ama günün sonunda özellikle İPA'nın çalışmalarının çıktıkları görünür oldukça, zorluk yerine davetler görmeye başladık. Bu da ortak çalışmayı kolaylaştırdı. İPA'nın genel yapısı bu yüzden bir şirket ya da iştirak şeklinde değil, bir vakıf kurgusuna sahip. Şu an tüzel kişilik çalışmaları devam ediyor, organizasyon da bir icra kurulundan oluşuyor. İcra kurulunda ise İBB'nin genel sekreteri, genel sekreter yardımcıları ve ilgili daire başkanlıkları var, Etüt Daire Başkanlığı, Fen İşleri Daire Başkanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ulaşım Daire Başkanlığı, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Parklar ve Bahçeler Daire Başkanlığı gibi. Bu denli geniş bir masanın kurulmuş olması birbirinden kopuk iş yapma riskinin önünü kesti.

İPA farklı alanlara ilişkin verileri, araştırmaları, çalışmaları kullanarak bir vizyonun/stratejinin neden ve nasıl oluşturulacağını ortaya koyuyor. Bununla da yetinmiyoruz ve öneri ve vaatlerimizi de yol haritası çıkarmak için söylüyoruz. Mevcut bürokrasinin içinde günü okumak ve geleceğe yönelik politikalar belirlemek her zaman kolay olmuyor. İPA işte bunu sağlıyor. Örneğin İstatistik Ofisi ile birlikte tüm dataları birbiriyle konuşabilir hale getiriyoruz. Enstitü İstanbul uluslararası ortamlarda, kurumlarda, kuruluşlarda farklı meselelerin nasıl ele alındığını detaylandırıyor. Örneğin pandemiye ilişkin pek çok çalışma yaptı Enstitü, 'yeni normal süreci'nin nasıl olması gerektiğine dair rapor oluşturdu. Bunun için beş yüze yakın kaynak tarandı, sayısız makale çevrildi. Böylece UNDP gibi uluslararası kuruluşlar, OECD ülkeleri ya da C40 bünyesinde yer alan metropol yönetimleri pandemiye nasıl ele alıyorlar bunu izleme şansımız oldu. Neler yapıyorlar? Somut öneriler neler? Bunların hepsini ortaya döktüklerinde bize bir yol haritası çıkartabiliyorlar, referans alabileceğimiz noktaları gösteriyorlar.

Daha önce de söylediğim veri odaklı yaklaşımı mümkün kılan bu tür uluslararası deneyimlerden faydalanıyor olmamız. Bunlardan ilham alarak örneğin İstatistik Ofisi pandemi dönemine ilişkin çok çarpıcı ekonomik veriler derledi. En tahmin edilebilir olan turist sayısı yüzde 98 oranında azalmış. İkincisi iş verisi. Örneğin İŞKUR aracılığıyla bir işe yerleştirilenlerin sayısı yüzde 85 azalmış o aylarda. Dar gelirli ailelerin yüzde 78'inde borçluluk artmıştı yine. Bu vurucu rakamlar bize hangi

alanlara yoğunlaşmamız ve yönelmemiz gerektiğine dair yol gösteriyor.

**Bunlar çok kritik başlıklar şüphesiz, ama bir yanıyla da yerel yönetimlerin boyunu açacak türden meseleler. Bu minvalde İBB yakın döneme ilişkin nasıl bir önceliklendirme yapıyor?**

**O.K.:** Stratejik Plan revize ediliyor şimdi. Bir revizyon hakkı vardı ve bunu pandeminin ortaya çıkardığı koşullar uyarınca yapıyoruz. İstanbul Anayasası dediğimiz Vizyon Planını hazırlıyoruz. Bu uzun zamandır devam eden bir çalışmaydı, şimdi pandemi koşullarında yeniden ele alıyoruz. Pandeminin öğrettiklerini doğrudan dikkate alıyoruz. Örneğin, yeraltında kapalı pazar alanları yapılıyor. Bunun yapılmaması için olabildiğince ilgili belediyelerle görüşmeye başladık. Açık alanların önemini anlatmaya başladık. Bununla birlikte kent içinde dokunabildiğimiz herkese dokunmaya çalışıyoruz. Bakanlıkla kesişen çok konu oluyor. Mesela istihdam konusunda biz belediye olarak o istihdamı oluşturamayabiliriz. Ama İstihdam Ofisleri ile birlikte insanları doğru iş kaynaklarına yönlendirebiliriz. Organize Sanayi Bölgeleri ile beraber bir Sanayi Platformu Masası oluşturuluyor. İhtiyaç olan mavi yakalı personeli, ara kademe personeli buradan çıkacak veri doğrultusunda yönlendirebiliriz. Aynı zamanda Turizm Platformu şu an çalışmalarına devam ediyor.

Dediğiniz doğru, çoğu karar bizim boyumuzu aşabiliyor. Ama İstanbul'daysak, İstanbul'un yönetiminde isek, İstanbul'un yaşanabilir bir kent olması yolundaki adımlarını sağlamlaştırmak istiyorsak buradaki tüm paydaşlar ile aynı masada olmamız gerekiyor. Sanayicisiyle, sanatçısıyla, hastanesiyle, oteliyle Turizm Platformu bunu yapabildi mesela. Evet, kimseye maddi yardım yapılamayabilir, destek verilemeyebilir. Ama zaten her zaman bunu yapmak da doğru ve yeterli değildir. Tüm sağlık personelinin konaklamasını sağladı İTP. Bu konuda İBB olarak buna aracı olduk, otellerle görüştük. Bazen bütçe karşılığında bazen de bütçesiz belli oranda kapasitelerini ayırmalarını istedik. Böyle bir uzlaşma ile birlikte tüm sağlık personeline konaklama imkanı tanidik. Bununla da yetinmeyip aynı zamanda mesai saatlerine uygun olarak sabah/akşam yemek servislerini sağlamaya çalıştık. Yani bazen birebir

Yardımların nereye gideceği çok açık. Toplanan yardımların hesap hareketlerini göstermek son derece basit. Buna rağmen yerel belediyenin böyle bir hükmü ve izni yoktur şeklinde bir bürokratik engel çıkarmak son derece akıl dışı.

müdahale etmek yerine kolaylaştırıcı olmaya çalıştık. Olabildiğince çok yönlü çalışmaya önem verdik. Askıda fatura kavramını getirdik. İnsanların borçlarının tamamını İBB ödeyemiyorsa da bunu ödeyebilecek kişiler ile fatura sahipleri arasında aracı olmaya çalıştık. Tabii ki her şeye yetişmemiz mümkün olmuyor ama olabildiğince işbirliği içerisinde ortak hareket mekanizmasını kurgulayıp çalışma gayreti gösteriyoruz.

**Salgının ağırlığını hissettirdiği ilk aylarla birlikte İBB yönetimiyle hükümet arasındaki ilişkinin de açık bir çatışmaya evrildiğini gördük. Bu minvalde en can yakıcı meseleler neler oldu?**

**O.K.:** İlki kuşkusuz bağış için ayrılan hesapların bloke edilmesi idi. Yardımların nereye gideceği çok açık. Toplanan yardımların hesap hareketlerini göstermek son derece basit. Buna rağmen yerel belediyenin böyle bir hükmü ve izni yoktur şeklinde bir bürokratik engel çıkarmak son derece akıl dışı. İstanbul ya da Ankara A Partisi'nin, B Partisi'nin değil, orada yaşayan insanların. O insanların ihtiyaçlarını karşılamak gerekiyor ve bunun için de herkesin seferber olması gerekiyor. Özellikle deprem gibi, pandemi gibi, sel gibi afet ânlarında. En vurucu olan nokta buydu. Tabii ki bu bizi durdurmaya yetmedi. Buna alternatif olarak koli yardımlarını, askıda faturayı organize ettik.

İkincisi sahra hastanesi meselesi idi. Bu konuda da belediyenin tüm imkanlarını seferber etmeye hazırдық. Mekânsal organizasyondan hastanenin ihtiyaçlarına kadar çalışmalarımızı da yaptık. Bu noktada da yine yerel yönetimlerin ihtiyaçlarını bir kenara attılar. Açıkçası şunu düşünmeden edemiyorum: Hastanelere bu kadar yığılma olacağına, sahra hastaneleri ile bu yayılımı gerçekleştirmek hem sağlık hizmetine erişim anlamında hem de mevcut verilen sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi anlamında daha iyi olmaz mıydı?







**Kaynak:** İstanbul Planlama Ajansı

Özellikle şehir hastaneleri ile birlikte erişim iyiden iyiye zorlaştı. Şu an salgının artmasına neden olan en temel sorunlar erişilebilirlik, toplu taşıma, insanların bir yerden bir yere gitme ihtiyacı ve gittikleri yerlerdeki kapasite yoğunluğu. Burada bir işbirliğine gidilemez miydi?

Tekrar söylemekte fayda var, biz siyaset üstü bir yönetim sergiliyoruz. İPA bunun en somut örneğidir. Böyle bir yapı kurmadan da belediye içinde belli organizasyonlar, yapılar oluşturulabilirdi. Halbuki İPA bugün yaptıkları ile İstanbul'un geleceği için çalışıyor. Ömrü boyunca İstanbul için çalışmış ama yıllardır dışarda tutulmuş akılları işe dahil ediyor. Katılımcı bir şekilde tasarımlarını hayata geçiriyor. Biz bugün varız, bir sonraki seçimde olur muyuz olmaz mıyız kimse bilemez. Ama İPA İstanbul'a hizmet etmeye devam etmeli. Bu yüzden bu kurguya gidiyoruz. Her gelen yönetimle

politikaların değişmesi işlerin aksamasına da neden oluyor.

#### **Bahsettiğiniz Vizyon 2050 Planının kapsamı nedir, nasıl bir süreçle hazırlanıyor?**

**O.K.:** Vizyon 2050'nin iki yıllık bir termin akışı var. Tüm kentin anayasasını oluşturma iddiasındayız. Bunun temel nedeni de her gelen yönetimin kendi doğruları ve gerçekleri ile İstanbul'u sağa sola savuruyor olması. Yani şu an 2009'da yapılan bir Çevre Düzeni Planı var. Bizatihi o planı hazırlatan yönetim/ idare planın kırmızı çizgilerini ihlal eden uygulamalar yaptı. Planda çok net açıklamalar var: İstanbul'un projeksiyon nüfusu 16 milyondur, yerleşim kuzeye sığramamalıdır ve doğu-batı aksında olmalıdır. Hava alanları için lokasyon önerileri vardır mesela, karayolları ya da metro ağı ile ilgili öneriler vardır. Ama bunları hiçe sayarak projeler ortaya koydular, Üçüncü Köprü yapıldı, Marmara

Otoyolu yapıldı. Şimdi de Kanal İstanbul gerçeği var. Böyle gittiği sürece kent hiçbir zaman üstüne koyamaz. Kent doğayı bitirir, yaşam alanlarını bitirir. Tüketir ve mutsuz bir habitatın ortaya çıkmasına neden olur. Doğa kendisine ait olanı her zaman geri alır. İsteddiğimiz kadar işgal edelim. Bunu doğayla bütüncül ve birlikte yapmamız gerekiyor.

Vizyon 2050 aslında bunu sağlayacak. 17 konu başlığı var, bunlar kentin her noktasına değen konu başlıkları. Bunu da sadece kendi bakış açımızla değil, dünyaya bakarak yapıyoruz. Vizyon 2050 çalışması Birleşmiş Milletlerin sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda başladı. Oradaki 17 ana konu başlığı ve iki yüzü aşkın alt kırılım temel alınarak çalışmalar yapılıyor. Dünyada İstanbul ile eşdeğer düzeyde olan metropollerden, örneğin Barcelona, Berlin, Londra ve New York gibi metropollerden yönetici ve uzmanlarla görüşerek onların bu çalışmalarını nasıl ele



aldığını anlamaya çalışıyoruz. Tabii bu görüşmelerden hem mutlu hem hüzünlü ayrılıyor. Çünkü kaynak, coğrafya, *know how* gibi birçok konuda onlardan daha ileri durumda iken ve birçok şehir bu tür planlarda ikinci üçüncü revizyonlarına giderken biz başlamamışız bile.

Biz siyaset üstü bir yönetim sergiliyoruz. İPA bunun en somut örneğidir. Böyle bir yapı kurmadan da belediye içinde belli organizasyonlar, yapılar oluşturulabilirdi. Halbuki İPA bugün yaptıkları ile İstanbul'un geleceği için çalışıyor. Ömrü boyunca İstanbul için çalışmış ama yıllardır dışarda tutulmuş kişileri işe dahil ediyor.



Kaynak: İstanbul Planlama Ajansı

Şimdi de Kanal İstanbul gerçeği var. Böyle gittiği sürece kent hiçbir zaman üstüne koyamaz. Kent doğayı bitirir, yaşam alanlarını bitirir. Tüketir ve mutsuz bir habitatın ortaya çıkmasına neden olur.

Tabii bir diğer husus da planın nasıl yapılacağı. Tamamen katılımcı bir süreç ile yapılacak. Kendi alanında uzmanların koordine ettiği bir yapı kurguladık, ama Planı her bir başlığın uzmanı yazmayacak. O uzmana bağlı bir danışman kurulu ve aynı zamanda 200'ü aşkın paydaş listesi var. Toplamda belirlediğimiz 4 bine yakın bir paydaş listemiz var. İlk arama konferansına 100'ü aşkın akademisyen ve sektör paydaşı katıldı. Oradaki akılları da içeriye alarak bir çalışma yapıyoruz. Vizyon çalışması kurum içindeki 20-30 kişilik ekibin değil dışarıdaki deneyimin, birikimin, aklın içeriye nakli ile gerçekleşebilir.

Dahası paydaşlarımız arasında sadece Avrupa kentleri değil, Sao Paulo, Kahire, Johannesburg, Seul gibi metropoller de var. Bu görüşmelerde temel olarak süreci nasıl işlettiklerini, araçları nasıl kullandıklarını, nerelerde zorluklar yaşadıklarını, nerelere dikkat ettiklerini anlamaya gayret ediyoruz. Bütün bunlar dünya kentleri kuşkusuz. Zaman içerisinde görüştüğümüz, iletişimde olduğumuz kentlerin sayısı artacak. Pandemi krizi yaşanmasaydı bu işbirlikleri ile kent sayısını arttırıp ortak uluslararası masa oluşturmak gibi bir fikrimiz vardı. Bu kentlerin temsilcilerini, projeleri gerçekleştirenleri, vizyon planı hazırlayan ekipleri İstanbul'da bir konferans ile bir araya getirip çıkan paylaşımı/deneyimi tüm dünyaya aktarabilmek gibi bir hedefimiz de var. Çünkü bu tarz uygulamalar yapılan çalışmaların daha kalıcı olmasını, benimsenmesini ve önemsenmesini sağlıyor. Biz çalışmayı gerçekleştirip dört yıl sonra bir kenara atılmasını değil sürekli kendini tekrar eden/yenileyen bir sistematiğe olmasını istiyoruz. Tüm gayemiz bu yönde. ☺



Kaynak: İstanbul Planlama Ajansı

# SALGIN POLİTİKALARININ İSTİSNA HALİ: ÇALIŞAN YURTTAŞLAR

Pandemi etrafında biçimlenen politik gündemin en önemli ayaklarından biri verilerin güvenilirliği ve erişilebilirliği konusu. Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi öğretim görevlisi ve İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi üyesi Aslı Odman yazısında yurttaşlarla devlet arasındaki ilişkinin doğasını doğrudan etkileyen bu yakıcı başlığı tartışıyor.

## Salgın politikasında görünmez kılınan işyeri COVID-19 kümelenmeleri

Emek alanındaki pandemi dönemi politikaları, pandemi öncesi sosyal politikalar ile süreklilik arz ediyor. Pandemi döneminde de, pandemi öncesinde olduğu gibi çalışma hayatı odaklı bir sosyal politika mevcut değil. Resmi sosyal politikanın paradigmaları, çalışan bedenler değil, muhtaç bedenler üzerinden kurgulanıyor. İşyeri mekânları

ve yurttaşın çalışan hali, hem salgına karşı korumanın nesnesi hem de sağlık ve yaşam hakkı talep eden özne olarak alana dahil edilmiyor. İlk dışlanma veri, bilgi ve bellek alanında, ikincisi somut politika adımları alanında farklı şekillerde gerçekleşiyor; genel halk sağlığı yasaklarından müstesna tutma, genelleyici tanımlamalar, her türlü riske rağmen ekonomik zor ile çalışmaya mecbur edecek koşulların devamını sağlama ve işyerine dair koruyucu

mevzuatın uygulanmamasına –örneğin iş teftişlerini tamamen askıya alarak– göz yumma. Tüm bunlar ‘çalışma toplumları’ teşkil eden toplumlarımızda, salgının öncelikli bulaş mahallinin –sistemin sorgulanmayan üretim önceliğine paralel olarak– işyerleri olduğunun bilinmesine rağmen gerçekleşiyor. İşyeri COVID-19 kümelenmeleri (*workplace COVID-19 clusters*)<sup>1</sup> kavramı ve bu kavramı merkeze alan politikalar ülkenin tüm tahlil ve eylem alanlarında yokluğu ile göze



çarpıyor.<sup>2</sup> Bu da salgın yönetiminde, merkezi düzeyde Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı tarafından, yerel düzeyde ise valilikler tarafından merkezin sınıfsal politika tercihlerinin yerellere dayatıldığını kanıtlar nitelikte. Yerelin yereli olan ‘çalışma hayatı’ bilgisi salgın için ayrıştırılmış bir veri girdisi haline bile gelemiyor. Şimdiye dek merkezi sınıfsal politika tercihleri doğrultusunda elzem/elzem olmayan işkolları ayrımı yapılmadı, elzem olmayan işkollarındaki üretim durdurulmadı, ‘en kırılganın en fazla korunması’ şeklindeki sosyal adalet ilkesi gözetilmedi, nihayetinde üretim ve sermaye birikiminin sürekliliği önceliği bu olağanüstü koşullarda da esnetilmedi. Çalışan nüfusun sağlığı dışarıda bırakılarak, herhangi bir halk sağlığı politikasının etkin olması da zaten beklenemezdi.

Halbuki bugünkü üretim ve yaşam tarzımıza bakıldığında, salgının hızla yayılmasına imkan veren mekânsal ve zamansal kümelenmeler içerisinde – sağlık hizmeti veren mekânlar dışarıda bırakıldığında– işyerleri ve okullar göze çarpıyor. Okulların da hastanelerin de sağladığı hizmeti alanlar açısından değil, verenler açısından bakıldığında bir başka işyeri mekânı olduğu açık. Üretim sisteminde üretilen metallerin toplumsal faydasından bağımsız olarak ve ‘elzem işler’ ayrımına gitmeden üretimin sürekliliğine atfedilen öneme bağlı olarak, salgının öncelikli yayılma mahallerinin işyerleri (ve bu işyerlerine ulaşmak için kullanılan toplu taşıma araçları) haline gelmesi gayet anlaşılır. Anlaşılabilir olmayan ise Türkiye’de iş yerlerinde COVID-19 kümelenmelerine dair kavram, veri, ilgi üretiminin son derece az olması. İngilizce konuşulan ülkelerde ‘COVID-19 işyeri kümelenmeleri’ kavramının basın, sendikalar, işçi sağlığı, halk sağlığı alanındaki bağımsız ve merkezi devlete/eyaletlere/yerel yönetimlere bağlı kurumların bilgi, haber ve kampanyalarında sık sık kullanıldığını görüyoruz. Örneğin Birleşik Krallık’ta sendikalar ve yerel örgütlenmeler arası ağ kuran kıdemli bir taban platformu olan Hazards Campaign ve ağı dergisi *Hazards Magazine*, pandeminin başından beri #ShutTheSites (#ÜretimYerleriniKapatın!), #KillerWorkplaces (Öldürenİşyerleri), #StopThePandemicAtWork (#İştekiSalgınıDurdur), #WeAreNotDisposable (#KullanAtlıkDeğiliz) sloganları altında

Salgın riskini bireyselleştiren hiçbir tedbirin eşitlikçi sosyal koruma sağlayan sosyal ve emek politikalarının yerine geçemeyeceğini teslim etmek, işyerleri kümelerini takip etmek, verilerini paylaşmak ve işyeri ölçeğinde salgın politikası geliştirmenin dönemin halk sağlığı politikalarının en önemli eksiklerinden biri olduğunun altını çizmek gerekiyor.

‘işyeri COVID-19 kümelenmelerine’ dikkat çekiyor.<sup>3</sup> Hazards Campaign’in Kasım ayında başlattığı viral eylemindeki videosunda da işyerleri kümelenmeleri kaynaklı salgın yayılmasını engellemek için bir önlemler hiyerarşisi öneriliyor (Şekil 1).<sup>4</sup> Kanada Ulusal İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Merkezi (CCOHS)<sup>5</sup> imzalı bu önlemler hiyerarşisinde sosyal ve emek politikaları alanındaki politika adımları en etkin adımlar olarak en başta yer alırken, (Temizlik-Maske-Mesafe TAMAM gibi sloganların temelindeki) bireysel kişisel koruyucu donanım ve tıbbi olmayan maske kullanımı en az etkin önlem olarak tanımlanmış. Salgın riskini bireyselleştiren hiçbir tedbirin eşitlikçi sosyal koruma sağlayan sosyal ve emek politikalarının

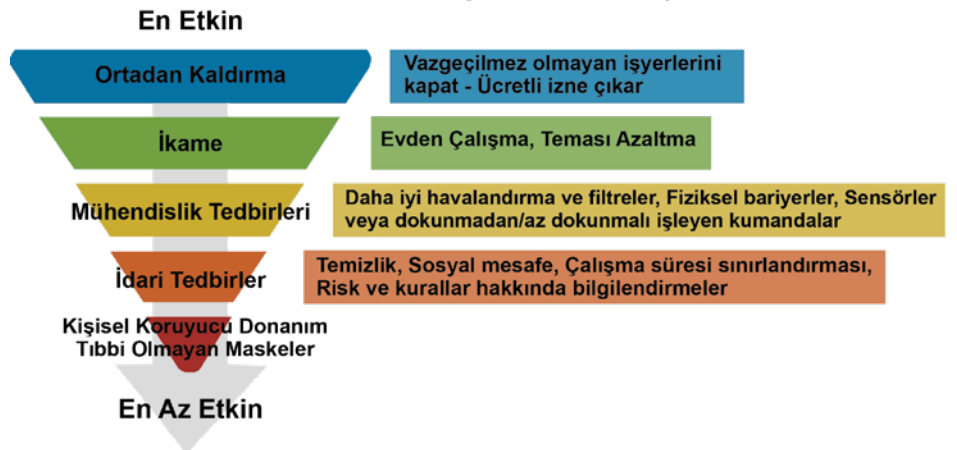
yerine geçemeyeceğini teslim etmek, işyerleri kümelerini takip etmek, verilerini paylaşmak ve işyeri ölçeğinde salgın politikası geliştirmenin dönemin halk sağlığı politikalarının en önemli eksiklerinden biri olduğunun altını çizmek gerekiyor.

Fakat pandemi öncesinde var olan ve pandemiye de yol açan mevcut güç ilişkilerinin dayattığı hegemonik bakış açısıyla konutlar, kamusal alanlar dururken, özel mülkiyetin alanı olan fabrikalar, plazalar, ofisler, madenler, organize sanayi bölgeleri, küçük sanayi siteleri, depolar, tersaneler, serbest bölgeler, şantiyeler, çağrı merkezleri, hastaneler, okullar, üniversiteler bir çalışma mekânı olarak hiçbir zaman ilgiye mazhar olamamıştı. Bu ise, en yaygın halkı korumanın yayılmayı engellemek veya yavaşlatmak için elzem olduğu salgın politikalarının başarısızlığının en önemli nedenlerinden biridir. Zira işçi sağlığının sağlanmadığı yerde, halk sağlığı politikaları da başarısızlığa mahkum kalıyor.

### İstanbul: Çalışan kentin görünmezliği

Tüm Türkiye geneline girmeden, salgının başkenti olan İstanbul’a baktığımızda, bu tezat daha da görünür oluyor. İstanbul da her metropolün olduğu gibi önce çalışan bir kenttir. Bu kentte de hemşerilik veya kent yurttaşlığı kimlik ve pratiğinin ciddi bir kısmı –işsizlik deneyimi dahil olmak üzere– çalışma hayatına aidiyet üzerinden kurulur. Burada sadece belirgin olarak tüketim ve konut mekânlarından da ayrılmış imalat sanayi için geçerli bir ‘işçi sınıfı aidiyetinden’ bahsetmiyoruz. Bir kent yurttaşı için tüketim (AVM, sanat

@HazardsCampaign İşyeri Covid-19 Kümelenmeleri



Şekil 1. @HazardsCampaign’in CCOHS’den (Canadian Center for Occupational Health and Safety) adapte ettiği diyagram.



Fotoğraf: Özcan Yaman

kurumları vs.) veya kamusal hizmetlere (ulaşım, eğitim, sağlık) ulaştığı mahal, bir diğer kent yurttaşı için çalışma mahallidir. 'Kültür Başkenti', 'Finans Başkenti' gibi soyutlamalar ile yan yana anılan, yakın zamana kadar revaçta olan 'Cool İstanbul' imgelerinin parıltılarının örttüğü kentin çalışma mahalleri, ânları ve koşullarıdır.

İstanbul'un çalışan ve çalışırken hastalanan yüzüne dair bir kaç belirgin emareden bahsedelim: Sınırlarında binlerce insanın çalışma ortamında yan yana gelmek durumunda kaldığı başta Tuzla tersaneler bölgesi, Ümraniye, Küçükçekmece, Büyükçekmece, yirmiyi yakın OSB ve Küçük Sanayi Sitesi, üç Serbest Bölge, sadece İstanbul Sanayi Odası'na kayıtlı on beş bine yakın işletmede çalışan milyonlarca çalışanı

barındırır.<sup>6</sup> Zeytinburnu, Ümraniye, Esenler, Bağcılar, Güngören, Bahçelievler, Avcılar, Esenyurt ve pek çok başka ilçenin muhtelif mahallesinde kent peyzajının önemli bir parçasını binlerce kötü havalandırılmış, bazen penceresiz formel, enformel veya yarı formel atölye, işlik ve apartman üstü, merdiven altı işletme oluşturur.<sup>7</sup> Devasa bir üretim ve tüketim mahalli olan İstanbul'u kesintisiz beslemek, giydirmek, hammadde ile tedarik etmek için kurulu yüzlerce liman, depo, antrepo, lojistik merkezinde işçinin yan yana, dip dibe ticaretin hızıyla uyumlu çalışmak zorunda kaldığı işyerleri vahim COVID-19 kümelenmeleri teşkil etmektedir.

İstanbul'da kayıtlı olarak faal olan, her türlü işkolundan toplam 544 bin

işyerinin sadece yüzde ikisini teşkil eden, toplam sayısı da 10 bin civarı olan işyerinde 50'den fazla (deklare edilmiş) işçinin çalıştığı, fakat bu işçilerin sayısının 1.720.000'e yaklaşarak kentteki istihdamın yüzde 40'ını geçtiğini ifade etmek riskin büyüklüğünü de göstermektedir. Zira 50'den fazla işçinin dip dibe, yan yana çalışması salgının yayılma hızını ciddi bir şekilde artırmaktadır. İstanbul'da sadece SGK kapsamında formel olarak çalışanların sayısı, 350 bini devlet memuru, 600 bin kadarı kendi hesabına olmak üzere 5,5 milyon kişidir. Evden çalışabilme oranının üst oranının en fazla yüzde 25'lerde hesaplandığı Türkiye geneline ilişkin oranın<sup>8</sup> İstanbul için biraz daha yüksek yansıdığını düşünsek bile, bu 4 milyondan fazla insanın 'evde kalma lüksü olmadan' ve bunlardan ciddi bir kısmının da salgının daha hızlı yayılmasına neden olan ölçeklerde çalıştığı anlamına gelecektir. Salgınla ilk hatta mücadele etmek zorunda kalan sağlıkçılar çalışmaları sürecinde; diğer çalışanlar ise işveren talimatı uyarınca evde kalamayıp çalışmaları, toplu taşıma/servis kullanmaları, işyerinde ortak kullanılan alanlarda bulunmaları gibi nedenlerle bulaşa öncelikli olarak maruz kalıyorlar. Kaldı ki resmi işsizliğin yüzde 15'lerden aşağıda olmadığı kentte,

Hemşerilik veya kent yurttaşlığı kimlik ve pratiğinin ciddi bir kısmı –işsizlik deneyimi dahil olmak üzere– çalışma hayatına aidiyet üzerinden kurulur. Burada sadece belirgin olarak tüketim ve konut mekânlarından da ayrılmış imalat sanayi için geçerli bir 'işçi sınıfı aidiyetinden' bahsetmiyoruz. Bir kent yurttaşı için tüketim (AVM, sanat kurumları vs.) veya kamusal hizmetlere (ulaşım, eğitim, sağlık) ulaştığı mahal, bir diğer kent yurttaşı için çalışma mahallidir.



işveren talimatı uyarınca çalışabilmek bazen bir ayrıcalığa bile işaret edebilir. Bu resme dahil olmayan, salgına açık bir şekilde kayıt-dışı, illegal çalıştırılan, yevmiye bazında çalışmak zorunda olan ciddi bir çalışan kesim daha vardır. İşsiz kaldığı için, iş bulma imkanı zaten olmadığı için, emekli veya malul aylığı yetmediği için gabin teşkil eden şartlarda en riskli ve güvencesiz işleri yapanlar, kapanan, kirasını ödeyemeyen veya cirosu geçim sınırının altına düşen küçük işletmelerde eskiden kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar veya hizmet sektörü işletmelerinde çalışan işçiler, temizlik, bakım işleri gittikçe azalan ve neredeyse hepsi sigortasız kadın ev işçileri, bu metropoliten haritada hiç yeri olmayan gıda zincirini ayakta tutan mevsimlik tarım işçileri ve çiftçiler, güvenilir ikamet adresi, yurttaşlığı bile olmayan mülteciler/göçmenler bu tabloya eklendiğinde, çalışma hayatının bin bir yüzü dışlandığında etkin bir halk sağlığı politikası uygulamanın imkansız olduğu aşikar hale gelecektir.<sup>9</sup>

Tüm bu 'çalışan İstanbul haritasına' bir de istihdam-konut ilişkisi İstanbul'u aşırı komşu iller Kocaeli ve Tekirdağ'daki

işyerlerine toplu taşıma araçları ve servislerle akan çalışanları eklemek gerekir.<sup>10</sup> İBB'nin 2-8 Nisan ulaşım verileri kullanılarak yapılan analizde İstanbul dışına çıkış hareketliliğinde Gebze, Kocaeli ve Tekirdağ'ın ön plana çıkmasının nedeninin, İstanbul'da oturan ve burada çalışan pek çok işçinin yarattığı mobilitenin olması kuvvetle muhtemeldir (Şekil 2). Yakın zamanda Bimtaş çatısı hazırlanan İstanbul Kırılmalı Haritası'nda da 'ulaşım kaynaklı kırılmalı' işaret eden mahalleler işyeri-konut hareketliliği hatlarında bulunmaktadır.<sup>11</sup> Aynı haritada 'kentsel yoğunluğa bağlı kırılmalı' arz eden pek çok mahallenin, 'sınıfın –güvenlikli site adacıları sınırları içerisinde– kendi içine kapanma imkanı olmayan', dağınık işyeri mahalleri ile iç içe, ana ulaşım hatlarını transit olarak kesen mahalleler olduğu gözle çarpıcıdır.

Özetle, salgın dışındaki 'olağan halde' de, çalışma koşulları, çalışırken ölme koşulları ve çalışma yerleri kamusal ilgi ve politiklardan uzak kalan çalışanlar, COVID-19 kaynaklı ölümlerde belirgin bir grup olarak görünmekte, fakat gene görünür olamamaktalar.

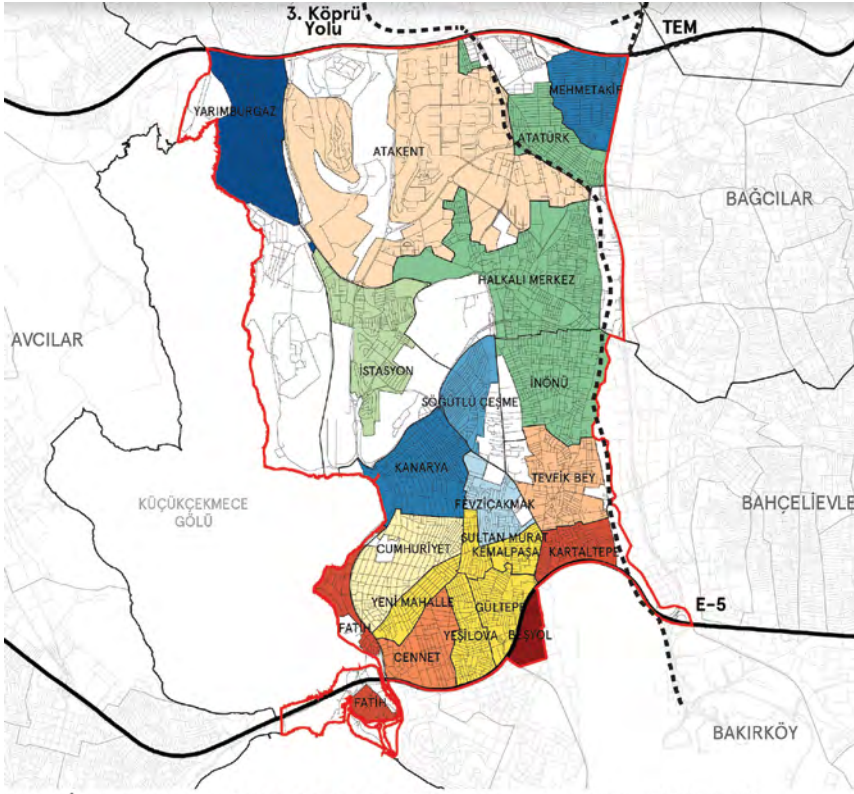
Salgın dışındaki 'olağan halde' de, çalışma koşulları, çalışırken ölme koşulları ve çalışma yerleri kamusal ilgi ve politiklardan uzak kalan çalışanlar, COVID-19 kaynaklı ölümlerde belirgin bir grup olarak görünmekte, fakat gene görünür olamamaktalar.

### Verilerde mekânsallık yoksunluğu: Rakam paravanlarıyla kamusal sorumluluğu bireyselleştirmek

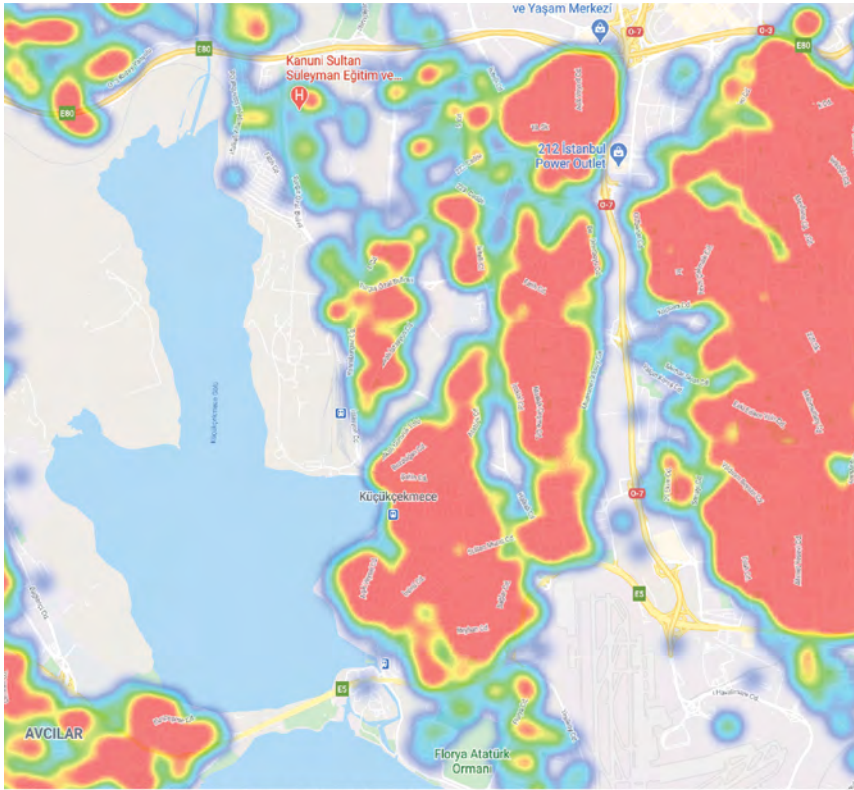
Peki görünürdeki veri nasıl bir veridir ve neyi, nasıl göstermektedir? Türkiye'de resmen ilk COVID-19 vakasının görüldüğü açıklandıktan on altı gün sonra, 27 Mart 2020 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın COVID-19 pandemisi bilgilendirme sitesi açıldı.<sup>12</sup> Aynı gün türkuaz renkli Türkiye Günlük Koronavirüs Tablosu ile tanıştık. Tasarımı açısından saatli maarif takvimi yapıyla Turizm Bakanlığı logosunun karışımını andıran bu tablonun yaygın kamusal iletişim alanı, akşamları aynı saatlerde Sağlık Bakan'ının –endişeli vatandaşlardan mürekkep takipçi sayısını hızla artırdığı<sup>13</sup>– şahsi twitter hesabından (1 Aralık 2020 tarihine dek) paylaşılarak günbegün genişledi. Kamu sağlığını ilgilendiren bu akut konudaki veri paylaşımında kurumsal değil kişisel bir sosyal medya hesabının kullanılması, toplumsal risk / kriz / afet iletişimi ve kamusallık anlayışı açısından ayrıca analiz edilmeyi hak ediyor. Bu verilerin güvenilirlikleri ise üç aşamada ciddi darbe aldılar. Önce 29 Temmuz'da veri kategorileri, 'yoğun bakım' ve 'entübe hasta', 'ağır hasta sayısı' ve 'zatürree oranı' ile ikame edildi. Sonra 30 Eylül'de uluslararası geçerlilikleri olan 'vaka' ve 'hasta' tanımları ile oynadığı resmen açıklandı.<sup>14</sup> En son ise 26 Kasım'da bir gerekçe göstermeksizin tekrar uluslararası kabul gören rakamlara geri döndü. Bu zamana dek gerek Büyükşehir Belediyeleri'nin Mezarlıklar Müdürlüklerinden elde ettiği 'bulaşıcı hastalığa bağlı ölümler' açıklamaları, gerekse TTB, bağımsız veri bilimciler ve araştırmacı gazetecilerin hesaplamaları<sup>15</sup> ile 'resmi verilere' dair oluşan bilimsel şüpheli davranışın artık toplumun



Şekil 2. Sefer Selvi, Lemana, 1 Nisan 2020.



2018 İstanbul Geneli Yaş-Rahîç Bedel Haritası (harita.kent95.org)



06 09 2020 - Hayat Eve Sığar Uygulaması

Şekil 3. Küçükçekmece ilçesinde Sosyo-Mekânsal Farklılaşma ve COVID-19 Yayılımı. Harita: Murat Tülek. (Güvenlikli sitelerin yoğun olduğu, orta-üst rayiç bedele sahip Atakent Mahallesi ile, İkitelli Küçük Sanayi Sitesi güneyindeki sanayi kulvarını teşkil eden, irili ufaklı fason işyerlerine ev sahipliği yapan Halkalı, İnönü, Atatürk ve Mehmet Akif mahalleleri arasındaki enfeksiyon risk oranı farkı çarpıcıdır. Tabii ki bu harita<sup>17</sup> pek çok başka etken göz önünde bulundurulur da okunabilir.)

geneline teşmil edildiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Burada değinmek istediğimiz nokta ise bu her gün yayınlanan ve günbegün güvenilirliğini yitiren tabloda karşımıza çıkan, ayrıştırılmamış ve mekânsallaştırılmamış verilerin –mesela bir veri kategorisi haline gelemeyen ‘işyeri COVID-19 kümelenmeleri’ örneğinde olduğu gibi– salgına halk sağlığı adına müdahalede ne gibi kapıları kapadığıdır. Ayrıştırılmamış/mekânsallaştırılmamış veriler derken, vakaların ve ölümlerin bölge, il, ilçeler ve mahalleler gibi idari ölçeklere, cinsiyete, yaşa, gelir gruplarına, meslek gruplarına / işkollarına, elde edilmiş eğitim imkanlarına, eşlik eden hastalıklara, hastalık bulgularına ve risk gruplarına göre tek tek ve ayrıştırılarak dağılımının verilmemesinden bahsediyoruz. Salgının etkilerinin mekânda ne gibi toplumsal farklılaşmaları görünür kıldığını sorgulamaya imkan sağlayacak araçların yokluğunda<sup>16</sup> hangi kıstaslara göre farklılaştırarak, isabetli sağlık ve sosyal politikalar uygulanması gerektiğinin bilgisine de erişemiyoruz (Şekil 3).

Bulaşıcı hastalığın kadim toplumsal fay hatlarından ilerleyen ve onları derinleştiren farklılaştırılmış yaygınlığını görememek ve analiz edememek, somut risk gruplarına doğru müdahale ölçeklerinin tespit edilememesini de beraberinde getiriyor. Bu konuda merkezi kamu otoritelerinin veriye yaklaşımı aynı iş cinayetleri, kadın cinayetleri, insan hakkı ihlalleri alanındaki yaklaşımını hatırlatıyor. Verinin birimlerine isim/kavram atama ve tanı koyma yetkisi, toplama ve paylaşımı merkezileşiyor. Şeffaflık ve hesap verebilirlikten uzaklaşarak yok saymanın ve gözetim altına almanın bilgisi haline geliyor. Pandemi özelinde verinin toplumsallaşması ve mekânsallaştırılmaması, birinci basamak/önleyici tıbbın mekânsal örgütlenmesinin<sup>18</sup> yerine geçirilen devasa Şehir Hastanelerine kadar uzanan merkezi örgütlenmenin zaafını da akut ve ‘can alıcı’ bir şekilde ortaya döküyor.

Süreçte ‘yurttaş’ ile paylaşılan ikinci veri türü olan HES uygulaması ise verileri hükümet kurumlarının doğrudan erişimine ve kontrolüne açan merkezi bir sistem kullanıyor ve halihazırda milyonlarca kişi<sup>19</sup> bu uygulamayı

indirmiş ve birer HES numarası edinmiş durumda. HES numarası şehirlerarası toplu taşıma araçları otobüs, uçak ve trenleri kullanmak için ve gittikçe daha fazla kamu kurumlarına (ve merkezi sınavlara, bazı özel kurumlara, fuarlara, hatta halı saha maçları gibi bazı yerlerdeki sair etkinliklere) giriş için mecburi tutulmaya, bir nevi daha yaygın bir 'sağlık GBT'si' gibi kullanılmaya başladı. Ayrıca daha sonra eklenen 'İhbarında Bulun' uygulaması<sup>20</sup> ile riski, güvenliği ve polisiye tedbirleri de bireyler arasına indirgeyen, toplumsal açıdan çok tehlikeli bir yaklaşım 'teknolojikleştirilmiş' ve her yere taşınan bireysel akıllı telefonlara yerleştirilmiş oldu. İşçi sağlığı ve iş güvenliğinden esirgenen ihtimam ve yatırım, bir kere daha polisiye tedbirleri daha da meşrulaştırarak kamusal alan asayiş güvenliğine yönlendirilmiş oldu.

Aynı zamanda adrese dayalı (ADNKS) bu statik temsiliyetin daha minör bir sosyal zaafı da, toplu taşıma araçlarını kullanarak çalışmaya mecbur olan ve kentte hareket etmeye devam edenler için, konut hariç hastane, transfer noktaları gibi pek çok enfekte hastanın bir araya geldiği alanlara dair yanlış bir izlenim uyandırıyor olmasıdır. Yaratılan yanıltıcı 'düşük risk' algısı bu uygulamanın en başta açıklanan amacına da aykırı sonuç vermektedir.

### Karşı-veri veya kaybın verisi: Meslek hastalığı, iş kazası veya vazife malullüğü olarak COVID-19

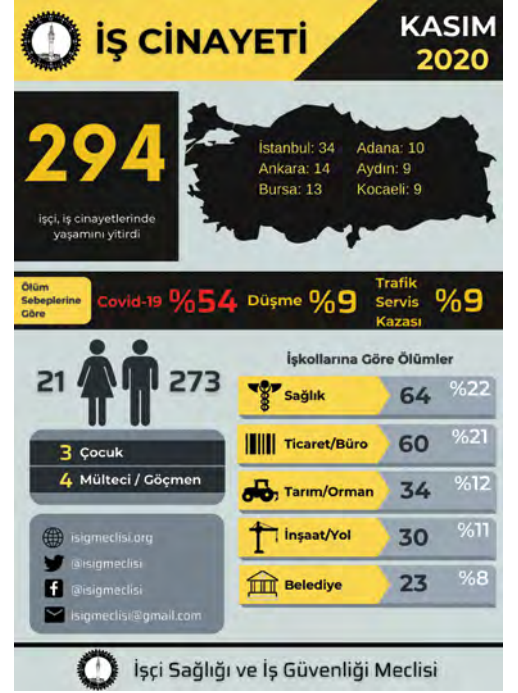
Tam da bu yüzden salgının ilerlediği ve derinleştiği fay hatları hakkında tabandan veri tutmak ve paylaşmak daha da önemli hale geliyor. Bu yazı dahilinde işyerleri ve çalışma hayatının görünmez kılınmasına karşı mücadele veren İstanbul İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği (İSİG) Meclisi'nin pandemi dönemine dair çizdiği tabloya değinmek yerinde olacaktır.

İSİG Meclisi Mayıs 2011'den beri aylık ve senelik olarak, yaş, cinsiyet, il, vatandaşlık durumu, işkolu ve iş cinayeti nedenlerine göre ayrıştırarak iş cinayeti raporları yayınlıyor.<sup>21</sup> COVID-19, birinci iş cinayeti nedeni olarak ilk defa 2020 Nisan raporunda belirdi. O zamana dek şantiyelerdeki mükerrer ölüm nedeni olan yüksekten düşme ve tarım işkolunda mevsimlik işçilerin kitlesel ölümü ile büyüyen trafik kazası gibi öne çıkan iki iş cinayeti nedenini hızla geçerek, sene sonuna dek her ay kesintisiz olarak

bu konumunu korudu. COVID-19 en son açıklanan Kasım 2020 raporunda çalışırken ölümlerin yarısından çoğunun nedeni haline gelmiştir (Şekil 4). Bu basit veri tutma sürecinden bile çalışma ile ölümün illiyet bağı kurulabilirken, salgın sağlık çalışanları için bile bir meslek hastalığı olarak tanınmamakta. Hatta 'bulaşıcı hastalığa çalışırken maruz kalanların' durumunun iş kazası/ meslek hastalığı olarak tanınmaması için kanuna uygunluğu tartışmalı olan bir SGK Genelgesi bile çıkarılmış durumda.<sup>22</sup>

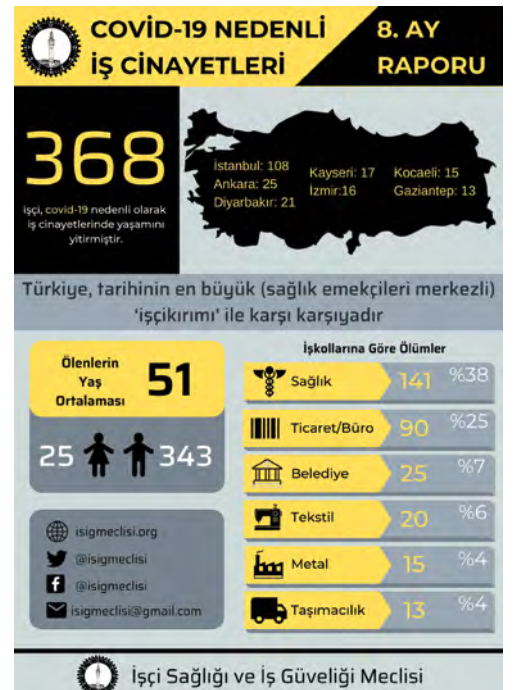
İSİG Meclisi'nin 13 Kasım tarihli üçüncü ve sonuncu COVID-19 kaynaklı iş cinayetleri raporunda, ulusal ve yerel basın taramasına ve de basına yansımayan ölümlerle ilgili olarak yerellerdeki güvenilir kaynaklara (sağlık örgütleri, işçilerin mesai arkadaşları) dayanılarak, en az 368 insanın pandemi sırasında aktif çalışırken enfekte olarak hayatını kaybettiği ortaya kondu (Şekil 5).<sup>23</sup> Buna göre çalışırken ölenlerin en az 108'i kümülatif vaka sayısında pandeminin merkezi olmaya devam eden İstanbul'da yaşıyor ve çalışıyordu. Ölenlerin yüzde seksen beşi ücretli (işçi ve memur), kalanı kendi nam ve hesabına çalışıyordu. En çok ölüm meydana gelen işkolları ise şunlardı: 141 işçi sağlık, 90 işçi ticaret/büro/egitim/sinema, 25 işçi belediye, 20 işçi tekstil/deri, 17 işçi güvenlik, 15 işçi metal, 14 işçi taşımacılık (şoför ve pilot), 10 işçi konaklama. Ölenlerin yaş ortalaması 51 idi. Türkiye'de 65 yaş ve üzeri ölümlerin oranının Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesine göre çok daha düşük, yani genç ölümlerin oranının daha yüksek olması,<sup>24</sup> aktif çalışan nüfusun salgın karşısında yaşadığı eşitsizliklere delalet eden bir durumdur.<sup>25</sup>

Toplumsal afetin can bedelini eşitsiz olarak taşıyan bu işkollarında sağlık emekçileri (TTB ve SES) ve metal işçileri (Birleşik Metal İş Sendikası), işkollarına özel salgın verileri tuttular. Sağlık çalışanları için bu süreç tam bir kıyım olarak yaşanmakta. Salgının başından beri hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının sayısını 6 Aralık itibarı ile 221'e yükselmiştir.<sup>26</sup> Keza dokuz şubesinden altısı İstanbul ve İstanbul'un sanayisinin yayıldığı yakın çevresinde bulunan Birleşik Metal-İş Sendikası'nın, örgütlü olduğu işyerlerinde salgının başından beri derlediği verilerle 20 Kasım'da paylaştığı rapor çarpıcıdır.<sup>27</sup> Sendikaların örgütlü olduğu işyerlerinde



Şekil 4. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'nin Kasım 2020 tarihli raporundan.

9-16 Kasım 2020 haftasında aktif vaka sayısı 771 ile beş hafta öncesinin yaklaşık 9 katına ulaşmıştır. Raporda aktif vaka sayısında bu dönemde yaşanan yüksek artış oranının, üye yoğunluğunun olduğu Gebze ve İstanbul Anadolu yakasındaki işyerlerindeki artıştan kaynaklandığı, bu bölgelerde bu rakamın 39'dan 347'ye fırladığı, tanı konulmuş işçi sayısının yüzde 30'a vardığı işyerleri olduğu



Şekil 5. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi'nin 13 Kasım 2020 tarihli raporundan.



belirtilmiştir. Sendikanın örgütlü olduğu işyerlerinin dörtte üçünde COVID-19 tanılı aktif vaka bulunması ve de salgının başından beri hastalanan işçilerin sayısının sendikanın toplu sözleşme kapsamındaki işyerlerinde bulunan toplam işçi sayısının yüzde 7,3'üne denk gelmesi, Türkiye ortalaması ve Türkiye'nin çalışan nüfus ortalamasındaki vaka oranlarının üzerinde seyreden bir 'faal ev dışında çalışan hastalığının' varlığını düşündürmektedir.

İnanıyoruz ki, sair işkollarında İstanbul ölçeğinde benzer veriler tutulabilse

idi, üretime ara vermeyen, tam tersine hastalanan işçilerin yerine fazla mesai ve yoğunlaştırılmış çalışma ile çalışma koşullarını 'henüz sağlıklı kalanlar için' zorlaştıran işyerlerindeki orantısız can ve sağlık bedeli daha da görünür olacaktı. Verileri tutulmayarak, paylaşılmayarak geniş kamuoyu açısından görünmez alana itilen, ev dışında ve faal çalışmak zorunda olanların yüksek hastalık oranları, salgının sadece işçi sınıfı değil, tüm toplum içindeki yayılım hızını artırmaya devam ediyor. Bir kere daha işçi sağlığı olmadan halk sağlığı olamayacağını acı bir bedel ile tecrübe ediyoruz.

Verileri tutulmayarak, paylaşılmayarak geniş kamuoyu açısından görünmez alana itilen, ev dışında ve faal çalışmak zorunda olanların yüksek hastalık oranları, salgının sadece işçi sınıfı değil, tüm toplum içindeki yayılım hızını artırmaya devam ediyor.

<sup>1</sup> Türk Tabipler Birliği COVID-19 İzleme Kurulu, 8. Ay Değerlendirme Raporu, s. 10'daki (son erişim tarihi 12 Aralık 2020) ilk değiniden önce bu kavramın Türkçe dilindeki salgın politikasına dair kurumsal yayınların hiçbirinde geçmediğini görüyoruz.

<sup>2</sup> Avrupa Birliği'nin resmi kurumu Avrupa Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (European Center for Disease Prevention and Control)'un aynı başlıklı raporu için bkz, "COVID-19 clusters and outbreaks in occupational settings in the EU/EEA and the UK", 11. Ağustos 2020, (en son erişim 11 Aralık 2020). Bu raporda AB'ye üye 15 ülke ve Birleşik Krallık'ta pandeminin başından itibaren işyeri COVID-19 kümelenmelerinin kayda geçirildiğini anlıyoruz (Mart-Temmuz başı arasında 1376 kümelenmeden bahsediliyor).

<sup>3</sup> <http://www.hazardscampaign.org.uk/>.

<sup>4</sup> <https://twitter.com/ReelNewsLondon/status/1323969689467441153?s=20>.

<sup>5</sup> <https://www.ccohs.ca/products/posters/covid-hierarchy/>.

<sup>6</sup> bkz. SGK İstatistikleri Eylül 2020.

<sup>7</sup> Temerçin ve Aldırmaz'ın 2014 verileri ile yaptıkları araştırmada İstanbul'un sanayisinin işyeri sayısı olarak % 33,3'ünü, istihdamın ise % 29,1'ini sadece aşağıdaki 17 mahalle bünyesinde barındırmaktadır. Tuzla'da Aydınlı ve Tepeören, Ümraniye'de Yukarı Dudullu, Esenkent ve Esenşehir, Zeytinburnu'nda Maltepe, Eyüp'de Topçular, Bayrampaşa'da Yenidoğan, Bağcılar'da Mahmutbey, Evren ve Bağlar, Bahçelievler'de Yenibosna, Başakşehir'de Ziya Gökalp, Arnavutköy'de Hadımköy, Esenyurt'da Akçaburgaz, Avcular'da Cihangir ve Beylikdüzü'nde Yakuplu mahalleleri sanayi faaliyetlerinin mahalle ölçeğinde yoğunlaştığı alanlardır. Kadir Temerçin ve Yolcu Aldırmaz, 2017, "İstanbul İlinde Sanayi: Tarihsel Gelişim, Yapısal Değişim, Mekânsal Dönüşüm", Kadir Temurçin ve Murat Ali Dulupçu (der.), *Türkiye'de Mekânsal ve Bölgesel Dönüşümler* içinde, Süleyman Demirel Üniversitesi Yayınları, s 8.

<sup>8</sup> Uğur Aydın ve Cem Özgüzel, *Türkiye'nin Evden Çalışması Mümkün Mü?*, <https://sarkac.org/2020/04/turkiyenin-evden-calismasi-mumkun-mu/>, 12 Nisan 2020.

<sup>9</sup> Pandemi sürecinde veri olarak temsil edilemeyen, sahadan anlatılar olarak derleyen iyi bir gazetecilik çalışması için, Pınar Öğünç'ün *Gazeteduvar*'daki 22 Mart-22 Mayıs 2020 arasında 36 bölüm halinde yayınlanan, çalışma hayatına dair yazı dizisine bkz. <https://www.gazeteduvar.com.tr/yazarlar/2020/05/22/son-soz-niyetine-pandemi-zayiati/>.

<sup>10</sup> İBB Bilimsel Danışma Kurulu Üyesi Dr. Nilüfer Aykaç'ın Mayıs 2020 tarihli, Ulaşım A.Ş. İstanbul çıkış hareketliliği verilerine dayanarak kaleme aldığı "Verilerle İstanbul Profili-Kovid-19 İstanbul" raporuna göre, İstanbul'da imalat sanayi yoğun bölgelerde gerçekleşen hareketlilik kentteki vaka artışını hızlandırdı, risk Avrupa Yakası'nda Avcılar, Bağcılar, Bahçelievler, Esenyurt, Ümraniye, Çekmeköy ve Küçükçekmece ilçelerinde ve D-100 hattında, Anadolu Yakasında ise Kurtköy, Pendik, Samandıra, Ümraniye ve Tuzla'nın belli ilçelerinde daha yüksek idi. Nilüfer Aykaç ve Osman Elbek, "İstanbul COVID-19", *Birikim Dergisi*, 2 Kasım 2020; *Son Dakika: İstanbul'da Mavi Alarm Verildi*, 16 Kasım 2020, Milliyet Gazetesi, <https://www.milliyet.com.tr/galeri/son-dakika-mavi-alarm-verildi-istanbulun-5-ilcesinde-6355569/3>, son erişim tarihi: 4 Aralık 2020.

<sup>11</sup> İstanbul Kırılğanlık Haritası, 16 Kasım 2020 tarihinde açık erişime sunulmuştur. <https://kirilganlik.istanbul/>.

<sup>12</sup> <https://covid19.saglik.gov.tr/>.

<sup>13</sup> Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca'nın şahsi twitter hesabı, 11 Martta 390 bin takipçiye sahipken, 1 Aralık 2020 itibarıyla bu sayı 6 milyon 400 bine ulaşmış, bkz. <https://medyascope.tv/2020/04/30/saglik-bakani-fahrettin-kocanin-twitter-analizi-takipci-sayisi-391-binden-5-milyona-cikti-yaklasik-4-milyon-kez-retweet-edildi/>.

<sup>14</sup> <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/saglik-bakani-koca-her-vaka-hasta-degildir/1991187>.

<sup>15</sup> Bu konuda TTB COVID-19 İzlem Kurulu'nun pandeminin ilk ayından beri her ay çıkardığı değerlendirme raporlarını, Bilim Akademisi'nin yayın organı *Sarkaç*'tan Mesut Erzurumluoğlu (@mesuturkiye), Defne Uçer Şeylan (@DefneUcer), Zeki Berk (@zekib), Güçlü Yaman (@gucluyaman) ve Fatih Tank'ın (@fatih-tank) açık olarak paylaştıkları veri bilimsel çalışmalarını, pandeminin erken dönemlerinde 'fazladan ölümler' hakkında yaptıkları haberlerle *Financial Times* ve *New York Times*'i anmak yerinde olacaktır.

<sup>16</sup> İstanbul'da 959 mahallenin sosyo-ekonomik profili ile HES uygulamasındaki risklilik derecelerini örtüştürerek, sağlığın sosyal belirleyicileri hakkında somut sorular sormaya çalışan bir ön-araştırmayı, TTB COVID-19 İzlem Kurulu 6. Ay Değerlendirme Raporu çerçevesinde, kent araştırmacısı Murat Tülek ile birlikte gerçekleştirmiştik: Aslı Odman ve Murat Tülek, "COVID-19 Pandemisi döneminde sosyo-mekânsal eşitsizlikler ve veri / halk sağlığı ilişkisi", [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor\\_6/covid19-rapor\\_6\\_Part60.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part60.pdf). Buradaki tüm İstanbul'u kapsayan interaktif harita için bakınız: <https://cdn.knightlab.com/libs/juxtapose/latest/embed/index.html?uid=5967edae-f052-11ea-bf88-a15b6c7adf9a>.

<sup>17</sup> <https://cdn.knightlab.com/libs/juxtapose/latest/embed/index.html?uid=45f703b4-3c0f-11eb-83c8-ebb5d6f907df>.

<sup>18</sup> Türk Tabipleri Birliği, *Kentlerde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi. Çok Sektörlü Yaklaşım*, 2007, Ankara, s 39.

<sup>19</sup> Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi Başkanı Ali Taha Koç, 6 Mayıs'ta Dijital Gündem adlı internet sitesinin düzenlediği video konferansında Türkiye'de geliştirilen Hayat Eve Sığar uygulamasını 6 Mayıs itibarıyla yaklaşık 5 milyon kişinin indirdiğini söylemişti, bkz. <https://siberbulten.com/sekorel/trky/hayat-eve-sigar-uygulamasindaki-veriler-kolluk-kuvvetleriyle-paylasiliyor/>. Bu rakamın – mükerrer indirme ve silmeleri de kapsadığı da hesaba katılırsa– Aralık 2020 itibarıyla bir kaç misline çıkmış olduğunu düşünmek yanlış olmayacaktır.

<sup>20</sup> Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı ve Sağlık Bakanlığı Toplum Bilim Kurulu Üyesi Prof. Dr. Mustafa Necmi İlhan, AA muhabirine uygulamaya yeni eklenen 'ihbar' bölümünü şu şekilde anlatıyor: "Vatandaşlar, eğer şüpheli bir durum olduğu düşünülüyorsa buradan bildirim yapabilecekler. Yani vatandaşlar 'ihbarda Bulun' uygulamasıyla da gönüllü denetçi olacak. Kurallara uymayanları uyarmak, kimi zaman sorun olarak karşımıza çıkabiliyor. Bir yerde bu noktada bir yoğunluk varsa o yerin bildirilmesi doğru bir yaklaşım. Çünkü, orası herkes için koronavirüs açısından bir tehdit olacaktır." <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/adan-zye-hayat-eve-sigar-uygulamasi-/1963779>, 5 Eylül 2020.

<sup>21</sup> <http://www.isigmeclisi.org>.

<sup>22</sup> Şeref Özcan, "İş kazası, meslek hastalığı, vazife malullüğü", *Evrensel*, 13 Aralık 2020, <https://www.evrensel.net/haber/420985/is-kazasi-meslek-hastaligi-vazife-malullugu>.

<sup>23</sup> <http://isigmeclisi.org/20577-salgina-issizlige-acliga-ve-guvencesiz-calistirmaya-karsi-mucade>.

<sup>24</sup> Kayıhan Pala, "Türkiye'de COVID-19 Pandemisi", *TTB COVID-19 İzlem Grubu 6. Ay Değerlendirme Raporu* içinde, s. 109.

<sup>25</sup> Ayrıca DİSK, 24 Nisan 2020 günü derlediği ve üyelerinin yüzde yetmişine ulaşılarak yaptığı (toplam 130.000 kişi) bir araştırmada (<http://disk.org.tr/2020/04/covid-19-disk-raporunun-ucuncusu-yayinlandi/>), en az 535 işçinin COVID-19 pozitif olduğunu tespit etmiştir. Bu oran hem Türkiye geneliyle hem de Türkiye çalışma çağındaki nüfus içindeki 1000 kişiye düşen pozitif oranları ile karşılaştırınca (sırasıyla 1,3/1,6/4,1) en az iki ile üç misli fazladır. DİSK'in pandemi dönemi 16 Nisan, 20 Nisan, 27 Nisan ve 8 Temmuz raporlarına [www.disk.org.tr](http://www.disk.org.tr)'den ulaşılabilir. [www.disk.org.tr](http://www.disk.org.tr)'den ulaşılabilir.

<sup>26</sup> TTB'nin anlık olarak sağlık çalışanlarının kaybı verisini tutan sitesi için: <https://siyahkurdele.com/>.

<sup>27</sup> Birleşik Metal İş, *Metal Sektöründe Salgın Raporu*, 20 Kasım 2020, <http://www.birlesikmetal.org/index.php/tr/guncel/basin-aciklamasi/1603-metal-sektorunde-salgin-ciddi-boyutlara-ulasti>.

# PANDEMI GÜNLERİNDE DAYANIŞMA: DERİN YOKLUKTAN DERİN EŞİTSİZLİĞE

Pandemi toplumun en altında yer alanlar için çok daha yıkıcı sonuçlar yarattı. Gündelik açlık tehdidinden çocukların bütünüyle eğitim sisteminin dışında kalması olasılığına bir dizi yakıcı başlık masada duruyor. Derin Yoksulluk Ağı, İstanbul'un dört bir köşesinde sürdürdüğü dayanışma faaliyetleriyle hem bu sorunları gündeme getirmek hem de çare üretmek için kurulmuş bir sivil inisiyatif. İnisiyatifin başını çekenlerden Hacer Foggo, yakın zamanda yayımladıkları bir araştırma raporunun bulgularını özetlediği bu yazıda kamu idaresinin ve yerel yönetimlerin sorumluluklarına dikkati çekiyor.

Dünya Bankası'nın son verilerine göre çatışma, iklim değişikliği ve COVID-19, en düşük gelire sahip olanların yaşam standartlarının yükseltilmesi açısından son yirmi yılda kaydedilen ilerlemenin

hilafına, 2022 sonuna kadar 176 milyon kişiyi aşırı yoksulluğa itebilir. Dünya Bankası Türkiye masasının birkaç ay önce yayımladığı rapora göre, önümüzdeki dönemde Türkiye'de genel olarak yoksul

olarak tanımlanan kişi sayısı 1.2 milyon kişi daha artabilir. Diğer yandan COVID-19 salgını, bu süreçte işini kaybeden, işini yapamaz duruma gelen kişileri, kesimleri destekleyen, görünürlüklerini



Yetkililer, pandemi önlemlerini açıklarken derin yoksulluk yaşayan, yani düzensiz geliri olan, sosyal güvencesi olmayan, günlük ya da yevmiye usulü çalışanları, tek göz odalı evde 7-8 kişi yaşayanları, sağlıklı ve dengeli beslenmek bir yana karnını doyuramayanları, televizyonu, tableti, interneti olmayan çocukları maalesef göz önünde bulundurmadi.



Fotoğraf: Hacer Foggo

artırmayı hedefleyen, salgına karşı yeterli önlem alamayanlara yönelik çeşitli dayanışma ağlarını da ortaya çıkardı. Dayanışma ağları pandemi süresince 'yoksullaşan' ailelere umut oldu. Bu dayanışma ağlarının en önemli özelliği ise dayanışmayı yardımseverlik ya da hayırseverlik olarak değil, hak temelli bir bakışla yapmaları ve yoksulluğun yarattığı güçsüzlüğe, gelecek kaygısına ve öfkeye karşı 'buradayız' mesajını vermeleriydi. Yani eşitsizliğe karşı durarak kalıcı eşitsizliğin farkına varılmasını, azaltılmasını ve nihayetinde ortadan kalkmasını hedefleyen dayanışmalar örgütlendi. Bu dayanışma ağlarından biri de pandemiyle birlikte iyice yoksullaşan güvencesiz ve günlük çalışanları desteklemek için kurduğumuz Derin Yoksulluk Ağı idi.

### Derin yoksullar için Evden Değiştir Kampanyası

Sağlık Bakanlığı 11 Mart 2020 tarihinde 'evde kal' çağrısı yaptı ve hepimiz evlerimize döndük; birkaç gün sonra daha önce çalışma yaptığımız kentlin arka sokaklarında yaşayanların "evde hiç yiyecek kalmadı" çığlığı ise artık komşuda da bir şeyin kalmadığının göstergesiydi. Yani bu evlerde en temel gıda olan un ve yağ da bitmişti. Yapılacak tek şey bu çığlığa dayanışma ile yanıt vermekti ve 18 Mart 2020 tarihinde #EvdenDeğiştir sloganı ile Derin Yoksulluk Ağı'nı (DYA) kurduk. Derin Yoksulluk Ağı,

destekçilere IBAN vermeden, ailelerle kapandıkları evlerinden dayanışmayı amaçlayan bir model geliştirdi. Bu modele göre DYA, destekçilerle aileleri eşleştiriyor ve destekçilerin online alışveriş kanallarından aileler için alışveriş yapmalarını sağlıyordu.

Peki nedir bu derin yoksulluk? Derin yoksulluğu, gelir düzeyi göstergelerinin yanı sıra kronik bir sosyal dışlanma ve eşitsizlik durumu olarak tanımlıyoruz. Derin yoksulluk öncelikle gıda, barınma, sağlık, eğitim gibi temel ihtiyaçların yanı sıra kamu hizmetlerine erişimden de ciddi şekilde yoksun kalmak demektir. Derin yoksulluk yaşayanların en önemli durumu çocuklarına geleceksizlik ve yoksulluğu miras olarak devretmeleridir. Yetkililer, pandemi önlemlerini açıklarken derin yoksulluk yaşayan, yani düzensiz geliri olan, sosyal güvencesi olmayan, günlük ya da yevmiye usulü çalışanları, tek göz odalı evde 7-8 kişi yaşayanları, sağlıklı ve dengeli beslenmek bir yana karnını doyuramayanları, televizyonu, tableti, interneti olmayan çocukları maalesef göz önünde bulundurmadi. Yani derin yoksulluk yaşayanlar uzaktan çalışmaları mümkün olmayan, garson, geri dönüşüm işçisi, gündelikçi, çiçekçi, seyyar satıcı, müzisyen, terzi, tekstil işçisi, inşaat işçisi, kaynakçı, ev emekçisi, atık kağıt işçisi, elektrikçi, otel çalışanı, berber gibi güvencesiz mesleklerle hayatını kazanmaya çalışanlardı. Yani,

pandemiden önce de zaten zor günler için hiçbir birikimi olmayan, düzenli ve yeterli gelirden yoksun olanlardı. Bu dönemde 50 metrekairelik tek odalı evlerde kalabalık bir şekilde kalmak zorunda kalan 'sosyal mesafe', 'uzaktan eğitim', '65 + evde kal' gibi çağrılarının anlamsız kaldığı ailelerdi. Çocuklarına düzenli yemek yediremeyen anneler bebeklerine mama ve bez almakta da güçlük çektiler; interneti olmayan çocuklar için eğitimin, hiçbir birikimi olmayan yaşlılar için 'alışverişe çıkan zabitanın' bir önemi yoktu.

### Evde mi kalsın, aç mı kalsın?

Bu kesimler o dönemde sokağa çıkma izni verildiği dört saat boyunca evlerine biraz para getirebilmek için kağıt topluyor ya da sokakta satıcılık yapıyorlardı. DYA, dünyadaki tüm kurumların hazırlıksız yakalandığı bu durumda, toplumun en kırılgan, en güvencesiz kesimlerini destek vermek isteyenlerle buluşturarak bugüne kadar 2 bin 500'ü aşkın aileyi destekledi, desteklemeye de devam ediyor. İstanbul'un 34 ilçesine destek verdi, fakat ilginçtir ki en yoğun destek talep eden kesimin Şişli, Beyoğlu, Fatih, Çekmeköy ve Ataşehir ilçelerinde olduğunu gördük. Oysa bu ilçeler İstanbul'un hem en merkezi hem de emlak fiyatları açısından ortalamanın üzerinde sosyo-ekonomik seviyeye sahip ilçeleridir. Bir diğer deyişle derin yoksulluk şehrin göbeğindeki bu ilçelerin arka sokaklarında en üst seviyede idi.





Derin Yoksulluk Ağı, karantina biter bitmez Heinrich Böll Stiftung Vakfı'nın sponsorluğunda ve Açık Alan Derneği aracılığı ile *Pandemi Döneminde Derin Yoksulluk ve Haklara Erişim Araştırması* başlıklı bir çalışmaya başladı.<sup>1</sup> Saha görüşmeleri Temmuz-Eylül 2020 arasında İstanbul Ataşehir, Beyoğlu, Çekmeköy, Fatih, şişli ve Ümraniye odakta olmak üzere Avcılar, Esenyurt, Üsküdar, Sancaktepe, Sultangazi ve Sultanbeyli ilçelerinde 103 katılımcı ile yüz yüze yapıldı. Derinlemesine görüşmelerde bölgedeki ailelerin demografik bilgileri, pandemi öncesi ve sırasında eğitim, sağlık, sosyal yaşam, çalışma hayatı, güvenlik, beslenme ve bakım gibi temel haklara ne derece erişebildikleri; bu alanlarda yaşadıkları güçlükler ve onların gözünden çözüm önerileri ele alındı.

Araştırma, pandemi döneminde özellikle çocukların beslenme, sağlık ve barınma gibi temel ihtiyaçlarının yanı sıra, eğitim ihtiyacında da ciddi sorunlar yaşandığına işaret ediyordu. Araştırmaya göre hanelerin yüzde 6'sında yalnızca çocuklar çalışıyordu, yani özellikle pandemi ile birlikte çocuklar evi geçindirmeye başlamıştı. Bunun temel nedeni ise ailede çalışan yetişkinlerin hastalık veya farklı bir sebeple çalışamayacak durumda olması ya da ailede çalışan yetişkinlerin gelirinin ihtiyaçları karşılamaya yetmemesiydi. Çalışan çocuklar doğal olarak eğitime devam edemedikleri gibi, zaten online eğitime devam edebilmenin temel şartı olan bilgisayar, tablet gibi cihazlar ve internete de erişemiyorlardı.

Araştırmaya konu olan günlük ve güvensiz işlerde çalışan nüfusun yüzde 42'sini kağıt, hurda, naylon toplayıcılar oluştururken, bunları yüzde 15'le tekstil işçileri, yüzde 8'le temizlik işçileri, yüzde 7 ile seyyar satıcılar ve çiçekçiler ve yüzde 3'le de müzisyenler takip ediyordu. Ortalama kazanç ise ayda 700 ile 800 TL arasındaydı. Görüşme yapılan kişilerin hiçbirinin 'uzaktan çalışma' şansı olmadığını için 'evde kal' denildiğinde 'aç kalmak'la karşı karşıya kalıyorlardı. Yine sokağa çıkmaya başladıklarında ise insanların pandemi döneminde seyyar satıcılardan alışveriş yapmaktan korkması, günlük temizlik işçilerini çağırılmaları gibi faktörler bu kesimdeki işsizlik ve gelir kaybının en önde gelen nedenleri oldu. Tüm bunlara rağmen bu süreçte kaçak ya da virüs korkusuyla çalışanlar ise "evde aç kalmak ya da dışarıya çıkıp risk almak"

ikilemi arasında kaldıklarını dile getirdiler. Raporda Cengiz adlı kişi şunu söylüyordu örneğin: "Kaçak işe çıkmaya çalıştım ki 5-10 lira bir şey yapayım, ekmek alayım. Eve bir lokma ekmek sokayım derken bu sefer ceza olması, virüs olması korkutuyor."

Araştırmanın çerçevesinde derinlemesine yapılan görüşmeler birçok ailenin açlıkla karşı karşıya geldiğini gözler önüne seriyordu. Özellikle günlük işlerde çalışan, pandemi öncesinde de derin yoksulluk koşulları altında yaşayan ve gıdaya erişmekte zorlanan hanelerin ellerindeki işleri de kaybetmeleri sonucu gıdaya ulaşamamaya başladıkları görülüyor. Pandemiyle birlikte gıdaya ulaşmakta çok zorlanan aileler gıdaya ulaşabilmek için çöpten toplamak zorunda kaldıklarından bahsederken, bir yandan da çöpten topladıklarını tüketmenin riskini anlatıyorlardı. Görüşme yapılan 100 kişiden 14'ü gıdaya hiç erişemediğini, yüzde 49'u sadece belirli besin gruplarına ulaştığını, yüzde 53'ü ise eskiye göre daha fazla öğün atladığını belirtiyordu.

Özellikle günlük işlerde çalışan, pandemi öncesinde de derin yoksulluk koşulları altında yaşayan ve gıdaya erişmekte zorlanan hanelerin ellerindeki işleri de kaybetmeleri sonucu gıdaya ulaşamamaya başladıkları görülüyor.

Ataşehir'de yaşayan bir kağıt toplayıcı bu durumu şu sözlerle ifade ediyordu: "Aç kalınca insan her şeye sinirleniyor, kendi haline, neden böyle olduğuna, topluma, sisteme, düzene, her şeye..."

Araştırmanın ve pandemi döneminin en çarpıcı örneklerinden biri de bebekli ailelerin mama ve bebek bezine ulaşamamaları, mama yerine bebeklerine şekerli su içirdikleri, bez yerine poşet



Fotoğraf: Hacer Foğgo



Fotoğraf: Hacer Foğgo

bağladıklarını söylemeleri idi. Yani araştırmaya katılan 103 hanenin yalnızca yüzde 4'ü sorunu yaşamadan bebek bezi ve mama alabildiklerini belirtirken, yüzde 74'ü çok zorlandıklarını, yüzde 21'i ise hiç alamadıklarını vurguluyordu. Hijyen konusunda kadınların durumu da ayrıca vahim bir tablo ortaya çıkarıyordu. Pandemi döneminde destekler olmadan yalnızca 10 kadından 2'si hijyenik pet ihtiyacını karşılayabildiğini belirtti.

### Dijital eşitsizlik bir kuşağı eğitimden koparacak

Pandemi ile birlikte uzaktan eğitime geçilmesi, güvencesiz çalışan ailelerin internete erişemediği koşullarda birçok çocuğun eğitimine de engel oldu. Nicel verilerle de desteklendiği üzere, çocukların uzaktan eğitime katılmamalarının en öne çıkan sebebi teknolojik imkanların yeterli olmaması. Bazı aileler çocukların öğretmenleri çevrimiçi ders düzenliyor olsa da çocuklarının internet olmadığı için katılmadığını belirtirken, bazı aileler evde uzaktan eğitime ulaşabilecekleri herhangi bir dijital imkanın olmadığını söylüyordu. Çocukların eğitimden kopma riskleri derinlemesine görüşmelerde

önemli bir tema olarak ortaya çıkıyordu. Görüşme yapılan ailelerden bazıları çocuklarının çeşitli sebeplerle eğitimlerini tamamlamadan okullarını bıraktıklarını anlatırken, bazı aileler çocuklarının eğitimlerine devam edip edemeyecekleri hakkındaki kaygılarını dile getirdi. Görüştüğümüz çocuklara ya da ebeveynlerine okullar uzaktan eğitime geçtikten sonra dersleri takip edip edemediğini sorduğumuzda verdikleri cevaplar durumun vahametini ortaya koyuyordu. Sonuçlar şöyle: yüzde 57'si dersleri takip edemiyor çünkü tablet, bilgisayar ya da televizyonları yok, yüzde 60'lık grubun yüzde 54'ü için en büyük engel internet bağlantısı olmaması, yüzde 45'i için takip eden bir yetişkin olmaması, yüzde 39'u için yeterli

bilgiye sahip olmamak, yüzde 18'i için isteksizlik ve yüzde 7'si için çalışmak zorunda olmak ve diğer engeller. Bir anne saha görüşmesinde şöyle söylüyordu: "Televizyon Eba TV'yi çekmiyor diye komşudan izlemeye gitti. Ee pandemi var, insan korkuyor, hem göndermeye hem rahatsız etmeye. Canlı derslere hiç katılmadılar. Bazen ödevleri oldu onu da babalarının benim telefonumla yapmaya çalıştılar. Babaları gelince telefona sarılıyorlar ders için."

### Peki ne yapmalı?

Araştırma sonuçlarına göre aileler için üç önemli mesele var: Temel beslenme ihtiyaçları giderilsin, işini kaybedenler için sosyal destekler oluşturulsun, fatura ödemelerinde indirimle gidilsin. Buradan

Bazı aileler çocukların öğretmenleri çevrimiçi ders düzenliyor olsa da çocuklarının internet olmadığı için katılmadığını belirtirken, bazı aileler evde uzaktan eğitime ulaşabilecekleri herhangi bir dijital imkanın olmadığını söylüyordu. Çocukların eğitimden kopma riskleri derinlemesine görüşmelerde önemli bir tema olarak ortaya çıkıyordu.



Fotoğraf: Özge Ergin



Fotoğraf: Hacer Foğgo

Pandemi süreci yoksullukla ilgili olarak yerel yönetimlerin sosyal hizmet mevzuatının ve akademik raporların yeterli olmadığını, sahada uygulanabilir önlemler alınması gerektiğini ve geçici değil sürdürülebilir çözümlere ihtiyaç olduğunu gösterdi.

hareketle yerel yönetimlere ve kamu idaresine yönelik olarak şu önerileri sıralayabiliriz:

- İstihdam açısından işsizlik, hastalık vb. durumlarda sosyal güvence verilmesi;
- Kriz sonrası yeni istihdam imkanlarında fırsat eşitliği sağlanması;
- Yerel yönetimler tarafından geçici barınma merkezleri kurulması;
- Atıl durumdaki yıpranan konutların yenilenerek cüzi tutarlarla ihtiyaç sahiplerine kiraya verilmesi;
- Temel gıda, temiz su ve hijyen malzemelerine erişimin sağlanması için sosyal market uygulamalarının ya da yerel yönetimler kontrolünde mağazaların kurulması;
- Yerel yönetimler tarafından benzer durumlar için önceden bütçe oluşturulması;

- Hastalığa yakalanan / karantina altındaki kişilere temel bakım ve beslenme desteği verilmesi;
- Maske gibi koruyucu malzemelerin ücretsiz sağlanması;
- Pandemi döneminde Yeşil Kart borçlarına bakılmaksızın sağlık hizmetinin kesintisiz verilmesi.

Pandemi süreci yoksullukla ilgili olarak yerel yönetimlerin sosyal hizmet mevzuatının ve akademik raporların yeterli olmadığını, sahada uygulanabilir önlemler alınması gerektiğini ve geçici değil sürdürülebilir çözümlere ihtiyaç olduğunu gösterdi. Bu nedenle yoksulluk olgusunun pandemi öncesi ve sonrası olarak derinlemesine yeniden masaya yatırılması hem hükümetin, hem yerel yönetimlerin, hem de bu konuda çalışan sivil toplum örgütlerinin görevi. Derin

yoksulluk yaşayanlara geçici değil kalıcı ve sosyal güvenceli işlerde çalışabileceği koşulların yaratılması gerekiyor. Kısacası hem hükümetin hem yerel yönetimlerin derin yoksulluk yaşayan aileler için acil önlemler alması gerekiyor.

Derin Yoksulluk Ağı hak temelli dayanışma örgütleyen ağlardan yalnızca biri; dayanışma ağları elbette yaygınlaşmalı fakat bu ağların, yerel yönetimlerin, kamunun yerini alması tabii ki mümkün değil. Esas olan bu sivil inisiyatiflerin işaret ettiği alanlarda yerel yönetimlerin ve devletin geçici değil kalıcı çözümler üretmesi ki çocuklara kalan miras yoksulluk olmasın. Pandemi döneminde sokaklarda seyyar satıcılık yapan yaşlı biri bana şunu söyledi: "Torunlarım her sabah kalktığında gözüme bakıyorlardı. Ben onlar bana her baktığında kendimi suçlu hissediyordum. Çalışmıyordum ve eve bir şey getiremiyordum, bir çikolata dahi alamadım."

Hikaye bu çocukların geleceği.

<sup>1</sup> Araştırma sonuçlarının tamamına ulaşmak için bkz. <https://derinyoksullukagi.org>.



# GÖÇMENLERE YÖNELİK SAĞLIK POLİTİKALARI VE 'GEÇİCİLİK'

Pandemi Türkiye sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yanlarının çok daha belirgin biçimde ortaya çıkmasına neden oldu. Diğer yandan sisteme erişimin herkes için eşit sonuçlar yarattığını düşünmek hatalı olur. Bu açıdan göçmenler bilhassa üzerinde durulması gereken bir grup. Deniz Mardin göçmenlerin sağlığa erişim hak ve koşullarını düzenleyen yasal değişiklikleri detaylı biçimde tarif ettiği bu yazısında pandemi ile birlikte çok daha yakıcı hale gelen kurumsal sorunların bir bilançosunu çıkarıyor.

Göçmenlere yönelik sağlık politikaları 2013 yılında Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu'nun (YUKK) yayımlanması ile köklü bir değişim geçirdi. Bu kanun ile göçmenlerin hak ve yükümlülükleri belirlendi. UNHCR (Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği) verilerine göre YUKK'un kabul edildiği Nisan 2013 tarihinde Türkiye'de 35.664 mülteci ve sığınmacı bulunuyordu ve bu kişilerin 14.688'i sığınmacıydı, yani başvuruları değerlendirilme aşamasındaydı.<sup>1</sup> Ek olarak yaklaşık 400.000 Suriyeli mülteci bulunuyordu ve Suriyeli mültecilerin yaklaşık yarısı mülteci kamplarında kalıyordu. YUKK ile o sırada Türkiye'de bulunan, başvurusu değerlendirme aşamasında olan ve statü sahibi tüm mültecilerin sağlık sigortasına ve buna bağlı olarak sağlık hizmetlerine erişimi mevzuat kapsamında sağlandı.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini en çok etkileyen olgulardan biri sağlık giderlerinin karşılanabilir olmasıdır. Bu ancak ya kişinin sağlık giderlerini karşılayacak ekonomik şartlara sahip olmasıyla ya da genel sağlık sigortasına erişiminin sağlanması ile mümkün. Kanunun yayımlanmasından önce 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası yasası sadece "vatansız ve mülteciler"<sup>2</sup> kapsarken, YUKK ile Türkiye'de bulunan şartlı mülteci başvurusu ve statü sahibi olan kişilerin sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerine erişim hakkı sağlandı. Hatta daha önce toplu göçler sırasında sadece o anda yaşanan olaya ve göç eden kişilere

mahsus düzenlemeler yapılırken, geçici koruma statüsü ile Suriyeli mültecilere bir hukuki statü tanınarak sağlık hakları ve erişim şartları düzenlendi. Vatandaş olmayan kişilerin yani yabancıların sağlık hakkını ele alan bu kanundan sonra farklı mevzuat genişletildi. Yönetmelik ve genelgeler ile sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağı, erişim şartları detaylandırıldı.

Vatandaş olmayan kişilere dair istatistikler yıl bitiminden sonra yayımlandığı için mevcut rakamlar genellikle bir önceki yıla ait oluyor. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre uluslararası koruma başvurusu yapan sayısı 2018 yılında 114.537 ve 2019 senesinde 56.417 idi. Toplam şartlı mülteci başvurusu yapan ve statü sahibi sayısı ise yaklaşık 400.000'di.<sup>3</sup> Geçici koruma altında bulunan Suriyeli mültecilerin sayısı ise yaklaşık 3,6 milyon ve düzensiz göçmen sayısı yaklaşık 450.000'di.<sup>4</sup> 2019 yılında tüm mültecilerin<sup>5</sup> sayısı YUKK'un yayımlandığı 2013 yılı ile karşılaştırıldığında yaklaşık on katı artmıştı. Artan sayılarla beraber Suriyeli mültecilerin kamplardan şehirlere gelmeleri ise yeni düzenlemelerin yapılmasını gerektirmişti.

Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişim şartları ve sunulacak hizmetler Geçici Koruma Yönetmeliği ve genelgelerle düzenlenmiştir. Toplu göç olayı olağanüstü bir hal olarak ele alındığından Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişim şartları Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)

tarafından organize edildi. İlk yayımlanan genelgede Suriyeli mültecilerin sadece sınırdaki bulunan on bir şehirde sağlık hizmetlerinden yararlanabilecekleri belirtildi. Ancak aynı yılın Eylül ayında mültecilerin iş, barınma ya da farklı nedenlerle büyük şehirlere gelmesi sonucu tüm şehirlerde hizmetlere erişim hakkı verildi. Bu mevzuatın yayımlanmasına kadar geçen sürede büyük şehirlere gelen mülteciler sağlık sorunları yaşadıklarında hastaneye başvuruyorlardı ancak birçok kez geri çevrildiler. Sağlık giderlerinin AFAD tarafından karşılandığı bu dönemde hastane başvurularının kontrol edilebilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinden sevk alınması zorunlu kılındı. Bir yıldan az bir süre sonra ise sevk zorunluluğu kaldırıldı. Sevk uygulamasının yapıldığı süreçte Göçmen Sağlığı Merkezleri de uygulamaya konuldu. Göçmen Sağlığı Merkezleri ile ilgili mevzuat 2015 yılında yayımlandı; ilk açılan merkezlerde Türkiye vatandaşı hekimler çalışıyordu. Ancak bu hekimlerin çoğu göçmen hastaların sağlık, sosyal, kayıt ya da hukuki statüleri ile ilgili bilgilendirilmemişlerdi. Ayrıca tercüman desteği sağlanmadığı için mevzuat kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim sağlanmış olsa da pratikte iletişim sorunu birincil engeldi.<sup>6</sup>

2016 yılında başlayan ve 2020 yılı sonunda tamamlanması planlanan SIHHAT projesi (Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve

Türkiye Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi Projesi) Suriyeli mültecilere sunulan birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesini amaçlıyordu. Proje kapsamında Suriyeli sağlık çalışanlarına eğitimler verilerek göçmen sağlığı merkezlerinde çalışma olanağı sağlandı, Suriyeli mültecilere anadillerinde sağlık hizmeti sunuldu. Ancak Suriyeli sağlık çalışanlarının denklik talebinde bulunmaları için gerekli belgeleri tedarik etmeleri mümkün olmadığı için çalışanların sağlık sistemine tam bir entegrasyonu sağlanamamış oldu. Yani Suriyeli sağlık çalışanları SIHHAT projesi kapsamında göçmen sağlığı merkezlerinde çalışma hakkına sahip oldular ancak hastanelerde ya da aile sağlığı merkezlerinde çalışmaları mümkün değildi.<sup>7</sup> Hatta Göçmen Sağlığı Merkezlerinin yine bir proje kapsamında başladığı ve belirli bir süre sonra projenin

biteceği düşünülecek olursa sağlanan bu istihdam şartlarının da 'geçici' olduğu anlaşılabilir. Bu durum aynı zamanda Suriyeli sağlık çalışanlarının iş güvencesi olmadan çalışmalarına, özlük haklarının da ihlal edilmesine neden oldu.

Dahası birçoğu farklı uzmanlıklara sahip, uzun süredir, belki yıllardır birinci basamak sağlık hizmeti sunmamış hekimlerin gebe takibi, bebek aşıları, kronik hastalıkların takibi gibi koruyucu sağlık hizmetlerini sunmalarının beklenmesi, tıbbi hatalara ilişkin mesleki kaygıları arttırdı. Örneğin bir gastroenterologdan gebe takibi yapmasının istenmesi, hem nitelikli bir sağlık hizmet sunumunu zorlaştırmakta, hem de sağlık çalışanının kendi mesleğini iyi bir şekilde icra etmesinde sıkıntılı bir durum yaratmaktadır.<sup>8</sup> Proje kapsamı dışında bir de Suriyeli mültecilerin kurduğu klinikler bulunuyor. Ancak altı

ay aralıklarla izin alınması talep edilen bu gönüllü kliniklerin çoğu kayıtsız sağlık merkezleri olarak hizmet vermeye devam ediyor. Bu gibi sağlık merkezlerinin devam etmesinin nedenlerinden biri Suriyeli mültecilerin anadillerinde uzman hekimlerden sağlık hizmeti alma olanağına sahip olmaları; diğer neden ise Suriyeli sağlık çalışanlarının SIHHAT projesi dışında kendi mesleklerini icra etme olanaklarının kısıtlı olması.<sup>9</sup>

Göçmen Sağlığı Merkezleri, ismi tüm göçmenlere yönelik olduğunu düşündürse de öncelikle Arapça konuşan göçmenlere, özellikle de Suriyeli mültecilere hizmet sunuyordu. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı tarafından diğer göçmen ve mültecilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları için Yabancı Uyruklular Poliklinikleri (YUP) kuruldu. Sağlık Bakanlığı bu polikliniklerin kuruluşunu şu şekilde açıklamıştı:<sup>10</sup>



Göç İdaresi Genel Müdürlüğü verilerine göre ülkemiz, geçici koruma altına alınan Suriyelilerin yanında çoğu Pakistan, Afganistan ve Irak'tan olmak üzere farklı uyruklardan göçmene de ev sahipliği yapmaktadır. Bu doğrultuda Bakanlığımız, söz konusu kişilere, koruyucu sağlık hizmetleri ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele öncelikli olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerini sunmak için Yabancı Uyruklular Polikliniği açılmasına karar vermiştir.

Bu polikliniklerde Göçmen Sağlığı Merkezlerinden farklı olarak Türkiye vatandaşı doktorlar çalışıyor ve bu nedenle hizmet sunumunda dil bariyeri yaşanmaya devam ediyor. Dolayısıyla bu poliklinikler göçmenlere sunulan sağlık hizmetlerinin farklı gruplar arasında ayrışmasına neden oluyor.

Göçmen Sağlığı Merkezlerinde Arapça hizmet sunulması milyonlarca kişinin anadillerinde sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını sağladı, ancak başvuruların sağlık durumu ile ilgili verilerin paylaşılmaması mültecilerin sağlık ihtiyaçlarının ne kadarının karşılandığının anlaşılmasını önüyor. Göçmen Sağlığı Merkezleri ve Yabancı Uyruklular Poliklinikleri, ülke vatandaşlarına hizmet veren Aile Sağlığı Merkezlerine paralel bir sistem olarak hizmet sunuyor ve bu merkezlerin mevcut sistemle kesişmemesi toplumu ayrıştıran bir olgu haline geliyor. Bu sağlık merkezleri bir açıdan mültecilere ayrıcalıklı hizmet sunumunu sağlarken,

**Göçmen Sağlığı Merkezleri verilen hizmetlerin bir merkezden diğerine farklılaştığı, etkinliğinin sadece niceliksel yöntemlere değerlendirildiği, proje bazlı uygulanan, göçmen toplumun bir bölümüne hizmet veren, sağlık hizmetlerine erişim sorunlarını geçici bir süre çözmek amaçlı ortaya konan bir çözüm yöntemi.**

diğer taraftan mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminde yaşadıkları sorunları izole eden/görünmez kılan bir role sahipler. Göçmen Sağlığı Merkezleri verilen hizmetlerin bir merkezden diğerine farklılaştığı, etkinliğinin sadece niceliksel yöntemlerle değerlendirildiği, proje bazlı uygulanan, göçmen toplumun bir bölümüne hizmet veren, sağlık hizmetlerine erişim sorunlarını geçici bir süre çözmek amaçlı ortaya konan bir çözüm yöntemi. Bu merkezler özellikle yeni gelen göçmenlere sağlık hakları ile ilgili bilgilendirmelerin yapıldığı, sağlık hizmetlerine erişimde kolaylaştırıcı/destekleyici bir rolde olup, mevcut sisteme geçiş yeri olarak kullanılması durumunda sağlık sistemi içerisinde çok daha anlamlı bir yere sahip olabilir. Buna benzer, sadece mültecilere hizmet sunan bir yapı İngiltere'de uygulanıyor. Bu sağlık merkezleri hem koruyucu sağlık hizmetleri hem tercüman desteği sunarak mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimlerine destek oluyor, aynı zamanda sağlık sistemi ve belirli sağlık sorunları ile ilgili eğitimler düzenleyerek sağlık okur yazarlığının geliştirilmesini sağlıyor.<sup>11</sup> Sağlık hizmetlerine erişimde birinci basamak sağlık hizmetleri çok önemli bir yere sahip. İyi bir koruyucu sağlık hizmetinin olması, kronik hastalıkları olan kişilerin düzenli takip edilmesi, göçmenlerin acil hizmetlerine başvurularını, hastanede yatış ve yoğun bakım gereksinimlerini azaltıyor.<sup>12</sup>

Paralel bir sistemin kurulmasının nedenlerinden biri mevcut birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olan Aile Sağlığı Merkezlerine erişimde yaşanan sorunlardı. Bunlardan ilki bu merkezlerde aile hekimine kayıt yaptırmakta yaşanan güçlüklerdi. Bu durum Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında getirilen uygulamalardan doğuyor, çünkü aile hekimliği sistemi öncelikli olarak kayıtlı hastalara hizmet vermekle ve bu kişilerin izlemelerini yapmakla yükümlü. Bunların arasında gebe takibi ve aşıların önemli bir yeri var çünkü aile hekimleri bu takipleri yapmamaları durumunda 'cezai puan' uygulamasına<sup>13</sup> tabi tutuluyorlar. Aile hekimleri Türkiye vatandaşları da dahil kendilerine kayıtlı olmayan kişilere eğer o gün uygun randevu yeri varsa 'misafir hasta' olarak hizmet verebiliyor. Çok sık yer değiştiren göçmenlerin takiplerini yapmakta zorlandıkları için aile hekimleri göçmen başvurularını

**Mevcut aile hekimliği sistemi göçmenlere yönelik sağlık hizmeti sunmak için şekillendirilmedi ve uygulanan şekli ile göçmen-dostu bir sağlık sistemi değil.**

'kayıtlı hasta' olarak değil 'misafir hasta' olarak kabul etmeyi tercih ediyorlar.<sup>14</sup> Sistem içerisinde zorluklarla karşılaşan göçmenlerin sadece bir kısmı bu konuda daha gönüllü davranan aile hekimlerine kayıt yaptırmaya fırsatı buluyor. Ayrıca aile hekimlerine tercüman desteğinin sunulmaması başvuruların sorunlarını anlamalarını ve yönlendirmelerini de zorlaştırıyor. Esasında farklı ülkelerde de benzer sorunların yaşandığı görülüyor. İngiltere'de aile hekimlerinin göçmenleri kaydetmeme nedenleri arasında sürekli yer değiştirmeleri, takiplerinin zor olması ve iletişim bariyerleri gösteriliyor.<sup>15</sup> Şunu söyleyebiliriz ki mevcut aile hekimliği sistemi göçmenlere yönelik sağlık hizmeti sunmak için şekillendirilmedi ve uygulanan şekli ile göçmen-dostu bir sağlık sistemi değil.<sup>16</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunulması, bu hizmetlere erişirken doğabilecek maddi engelleri ortadan kaldırıyor. Ancak hastanelere başvurularda kişinin kayıtlı ya da sağlık güvencesine sahip olup olmaması ilk karşılaşılan sorunlar olmaya devam ediyor. 2019 yılının Aralık ayında yayımlanan kanun hükmünde kararnameye<sup>17</sup> kadar mültecilerin sağlık sigortaları Göç İdaresi Genel Müdürlüğü tarafından ödeniyordu. Bu mevzuat sonucu YUKK'ta yapılan değişiklik ile Türkiye'de bir yıldan fazla süredir bulunan mültecilerin sağlık sigortalarını kendilerinin ödeyeceği belirtildi. Sadece özel ihtiyaç sahibi kişilerin sağlık sigortasının karşılanmasına süre sınırı getirilmeyeceği açıklandı. Yayımlanması ile hemen uygulamaya konan bu değişiklik birçok kişinin sağlık sigortalarının iptal olmasına ve sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına neden oldu. Bu durum kanser, diyabet, hipertansiyon vb. kronik hastalıkları olan, acil hizmetler için hastanelere başvuran kişilerden ödeyemeyecekleri ücretlerin

Mültecilerin sağlık sigortalarının sadece ikamet etmeleri öngörülen şehirlerde geçerli olması, sosyal ya da istihdam nedeni ile başka şehirlere yaşamaya giden kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engelliyor.

talep edilmesine, tedavilerine devam edememelerine ve sonuç olarak sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına neden oldu. Ayrıca mültecilerin sağlık sigortalarının sadece ikamet etmeleri öngörülen şehirlerde geçerli olması, sosyal ya da istihdam nedeni ile başka şehirlere yaşamaya giden kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engelliyor.<sup>18</sup>

Sağlık sigortasından yararlanma koşulları ile ilgili yapılan son değişiklik pandemi sürecinde sağlık hizmetlerine erişimi daha da zorlaştırdı. Birçok kişi COVID-19 olduğundan şüphelenmesine rağmen maddi yetersizlik ya da kayıtlı olmama gibi sorunlardan dolayı hastaneye başvurularını geciktirdi. Nisan ayında önce COVID-19 için tetkik ve tedavilerin acil hal kapsamına alınması, daha sonra kişilerin sosyal güvencesi olup olmamasına bakılmadan COVID-19 tanı testlerine ve tedavisine erişebileceğinin açıklanması göçmen ve mültecilerin COVID-19 ile ilgili yaşadıkları sağlık sorunlarında hastaneye başvurabilmelerini sağladı. Ancak kronik hastalıkları olan ve sağlık sigortası olmayan, kayıtsız olan ya da ikamet etmesi öngörülen şehirde yaşamayan birçok kişi tedavilerini devam ettirmekte zorlandıkları için daha fazla risk altında hayatlarını sürdürmeye çalışıyor. Ayrıca göçmen ve mültecilerin kamu tarafından sağlanan sosyal yardımlardan yararlanamaması daha da yoksullaşmalarına neden oldu. Sosyal ve diğer yardımlar bazı şehirlerde yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşları tarafından sağlandı.<sup>19</sup>

Sağlık hizmetlerine erişimde en çok sorunla karşılaşan göçmen grubu ise kayıtsız göçmenler. Kayıtsız göçmenler sağlık ihtiyaçları olduğunda kolluk



Fotoğraf: Özcan Yaman

kuvvetlerine haber verilme korkusu nedeniyle devlet hastaneleri yerine ekonomik durumları olanak sağlıyorsa özel hastanelere gitmeyi tercih ediyorlar. Devlet hastanelerine gidildiğinde kayıtsız göçmenlere hangi hizmetlerin sunulacağı ve bu hizmetlerin nasıl ücretlendirileceği ile ilgili bir mevzuat bulunmaması sonucu hastanelerde farklı uygulamalarla karşılaşılıyorlar. Özellikle bazı hastanelerde ücretlendirmenin Sağlık Turizmi Genelgesi temel alınarak yapılması, sigortasız bir kişiden talep edilenin üç, dört hatta beş kat daha fazla ücret talep edilmesi kayıtsız göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini imkansız hale getiriyor. Esasında bu genelge ülkeye sadece sağlık hizmeti almaya gelmiş yabancılar için düzenlenmiş olmasına rağmen kayıtsız göçmenlere yönelik bir mevzuatın bulunmaması hastanelerde keyfi bir ücretlendirme yapılmasına neden oluyor. Halihazırda iş olanakları kısıtlı olan bu göçmen grubundan kişiler bu giderleri ödeme durumları olmadığı için sağlık sorunları çok kötüleşmedikçe hastanelere başvurmuyorlar.

Başvuramalarına neden olan diğer bir sorun ise kayıtsız, belgesiz olmak. Her ne kadar sağlık mevzuatında, özellikle acil durumlarda, kişilerin belgesiz olması sağlık hizmeti alamayacakları

Bazı hastanelerde ücretlendirmenin Sağlık Turizmi Genelgesi temel alınarak yapılması, sigortasız bir kişiden talep edilenin üç, dört hatta beş kat daha fazla ücret talep edilmesi kayıtsız göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimini imkansız hale getiriyor.

anlamına gelmesi de başvuranın kabul edilip edilmemesi acil serviste çalışan sağlık memurunun inisiyatifine kalıyor. Kişilerin ihtiyaç duymalarına rağmen başvurularını geciktirmeleri ya da hiç başvuramamaları sağlık sorunlarının daha da ilerlemesine, bazen geç başvurdukları için iyileştirilebilecek hastalıkların ölüm ile sonuçlanmasına da neden oluyor.<sup>20</sup>

Göçmenler hastaneye başvurduklarında şehirler arası ya da aynı şehirde kurumlar arası farklı uygulamalarla karşılaşılıyorlar. Özellikle kayıt ve ücretlendirme aşamasında karşılaşılan





### Sağlıkta dönüşüm ve göçmenler

YUKK'tan önce göçmenlerin sağlık hakkı ve sunulacak hizmetlere dair net bir mevzuat bulunmamasına rağmen bir kısım göçmen sağlık hizmetlerine erişebiliyordu. Ancak 2012 yılından itibaren yapılan değişikliklerle hastanelere başvurularda sorunlar yaşanmaya başlandı. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık sisteminin 'desantralizasyon'u ile kararların merkezde değil yerelde, bölgesel olarak alınması planlanıyordu. Bu şekilde karşılaşılan sorunlara cevap üretmenin daha hızlı olacağı, ihtiyaçlara yönelik sağlık hizmetlerinin şekillendirilmesinin daha kolay olacağı amaçlanıyordu. Ayrıca hastanelerin daha özerk yapılar haline gelerek kendi harcamalarını kontrol etmeleri ve sağlık giderlerinin azaltılması da hedeflerin arasındaydı. Sağlık hizmetlerinin toplumun katılımı ile şekillendirilmesi de yapılması öngörülenler arasında yer alıyordu. Kurumlarda sağlık giderlerinin kontrolünün sağlık hizmetlerinin sunumunda bir öncelik haline gelmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma şartlarını belirleyen bir olgu haline geldi. Bunun sonucunda sağlık giderlerini karşılayabilenlerin hizmetlerden yararlanabileceği algısı kabul görmeye başladı. Desantralizasyon ile merkezi karar verme mekanizmalarının bir kısmı yerel/bölgesel kurumlara devrediliyor ve bunun sonucunda politika geliştirme, toplumun sağlık durumunun iyileştirilmesi yereldeki kurumların sorumluluğu haline geliyor. Ancak Türkiye gibi bölgesel sosyo-ekonomik farklılıkların olduğu, yerel yönetimlerin gerekli şekilde desteklenmediği bir ülkede karar mekanizmalarının yerel kurumlara aktarılması ulusal ölçekte sağlık hizmetlerinin sunumunda farklılaşmaya, sağlıkta eşitsizliklerin artmasına neden oluyor.<sup>24</sup> Bu konuda en fazla eşitsizliğe maruz kalanlar ise göçmenler gibi kırılgan gruplar oluyor.

Sağlık politikalarını değerlendirebilmekte yaşanan sorunlardan bir diğeri ise sağlık verilerine erişilememesi. Sağlık politikalarının sonuçlarının değerlendirilebilmeleri için kişilerin sağlık durumlarının takip edilmesine, verilerin analiz edilmesine ihtiyaç var. Ancak yabancılara dair sağlık kayıtlarından sadece niceliksel verilerin paylaşılması, örneğin verilen poliklinik hizmeti ya da hastanede gerçekleştirilen doğum sayısı vb., sunulan hizmetin ne kadar o topluma

farklı uygulamalar görevdeki sağlık çalışanının bireysel bir inisiyatifi olduğu düşünülse de genellikle kurumsal karara bağlı bir uygulama oluyor. Örneğin 2016 yılında Eskişehir'de yapılan bir araştırma şehirdeki hastanelerin mültecileri kabul mekanizmalarında farklılıklar olduğunu gösterdi. İnsani yardım statüsüne sahip kişilere yönelik yayımlanan bir mevzuat bir hastane tarafından tüm mültecilere yönelik olarak uygulanıyordu. Sonuçta tüm mültecilerin sağlık sigortası olmasına rağmen bu hastanede sigortasızmışlar gibi ücret talep ediliyor, hastanedeki bazı bölümler ise başvuranları kabul edemeyeceğini belirtiyordu.<sup>21</sup> Bir mevzuatın yayımlanmasından sonra kamu kurumlarında görülen farklı uygulamaları Lipsky "sokak düzeyi bürokrasi" olarak adlandırıyor<sup>22</sup> Ne yazık ki belirli hakların mevzuatta tanınması uygulamada da haklara erişimin sağlanacağı anlamına gelmiyor. Tam da bu noktada kamu çalışanlarının kurumsal kararları devreye giriyor. Yani politika geliştirilmesinin ardından uygulamaya nasıl koyulduğunun ardından mevzuatın ve başvuranların ihtiyaçlarına cevap verebilirliğinin değerlendirilmesine ihtiyaç var. Diğer açıdan sağlık hizmetlerine başvuran bir göçmenin hastaneler arası uygulamada farklılık ile karşılaşması sağlık sistemini anlamasını

ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasını zorlaştırıyor.<sup>23</sup>

Karşılaşılan bir diğer sorun ise sağlık alanında tercüme hizmetlerini düzenleyen, kontrol eden bir sisteme dair mevzuatın bulunmaması ve bunun sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan iletişimi engellemesi. İletişim sorunlarının farklı şekillerde çözülmeye çalışıldığı bu alanda başvuranlar bazen Türkçe bilen çocuklarını, akrabalarını ya da tanıdıklarını tercüman olarak getiriyor. Bazen ise farklı dil bilen sağlık çalışanları kendi görevleri dışında tercüman görevi görüyorlar. Bu durum göçmenlerin bazen tanıdıklarına sağlık sorunlarını açıklamak istemediklerinden, bazen tanımadıkları insanlara özel sorunlarını paylaşmak istemediklerinden kısıtlı bilgi paylaşmalarına neden oluyor. Başvuranın sağlık sorununu iyi açıklayamaması sağlık çalışanının tetkik veya tedaviye karar vermesinde zorlanmasına neden oluyor; ayrıca dil bariyeri sağlık çalışanının tedaviyi açıklamasında bir engel yaratıyor. Sağlık çalışanları kısıtlı sürede, tercüman olmadan başvuranların sorunlarını anlamaya ve buna çözüm bulmaya çalışıyor ancak yanlış tanı ve tedavi uygulama kaygısı başvuran sayılarının artması ile daha da sık yaşanıyor.



uygun şekillendirildiğini, erişilebilir, giderlerin karşılanabilir, kapsayıcı olduğunun değerlendirilmesini imkansız hale getiriyor.<sup>25</sup> Ayrıca yapılan mevzuat değişikliklerinin sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinde nasıl bir değişikliğe neden olduğunu anlamayı da zorlaştırıyor.

Türkiye’de göçmenlere yönelik sağlık politikalarını etkileyen temel unsurlardan bir diğeri ise YUKK’ta mülteci, şartlı mülteci, ikincil koruma ve geçici koruma altındaki kişilerin uzun süreli ikamete başvurma haklarının olmadığı belirtilmesidir.<sup>26</sup> Bu durum tüm mevzuat ve uygulamaların ülkede sadece belirli bir süre bulunacak kişilere yönelik düzenlenmesine ve ani değişimlerin yapıldığı, proje temelli, geçici uygulamaların planlanmasına

neden oluyor. Tüm bu statülerdeki kişilerin bir ‘geçicilik’ politikası kapsamında ele alınması ise hâlâ en temel sorun. Mevzuatın uygulamaya konulma aşamasında sunulacak hizmetlerin mültecilerin Türkiye’de buldukları belirli süreyi düşünerek planlanması birçok yapı ve hizmetin kurumsallaşmasının ve geliştirilmesinin önüne geçiyor.

‘Geçicilik’ ve devletin ‘öteki’ne yönelik tutumu vatandaş olmayan herkesin bu topraklarda belirsizlik ile yaşamasına neden oluyor. Sağlık hakkı açısından kapsamlı bir mevzuat olmasına rağmen uygulamada farklılıkların yaşanması esasında hiçbir hizmetin net, kesin ve kalıcı olmadığını gösteriyor. Uygulamalar her an değiştirilebiliyor ve bu sorgulanabilir bir konu olmuyor. Hangi

Tüm bu statülerdeki kişilerin bir ‘geçicilik’ politikası kapsamında ele alınması ise hâlâ en temel sorun. Mevzuatın uygulamaya konulma aşamasında sunulacak hizmetlerin mültecilerin Türkiye’de buldukları belirli süreyi düşünerek planlanması birçok yapı ve hizmetin kurumsallaşmasının ve geliştirilmesinin önüne geçiyor.

veriler temel alınarak değişim yapıldığı açıklanmıyor. Göçmenlerin geçicilik hali uygulanan sağlık politikalarına da yansıyor. Bu durum aynı zamanda göçmenlerin kendi haklarını savunabilmelerini, hak ve hizmetlere dair taleplerde bulunabilmelerini ve yaşanan sorunlarda çözüm üretim mekanizmalarına katılmalarına mani oluyor. Göçmenlerin sağlık verileri değerlendirilerek, sağlık ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, toplumun katılımı sağlanarak, belirli aralıklarla uygulamaların etkinliği gözden geçirilerek sağlık politikalarının düzenlenmesine ve bu yolla kalıcı uygulamaların hayata geçirilmesine ihtiyaç var.



Fotoğraf: Özcan Yaman

<sup>1</sup> [https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2017/02/istatistik\\_aralik\\_tr\(1\).pdf](https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2017/02/istatistik_aralik_tr(1).pdf).

<sup>2</sup> Türkiye’de ‘mülteci’ Avrupa’da yaşanan olaylardan kaçan kişileri kapsadığı için mevzuat kapsamında uluslararası literatürde kabul edilen Avrupa Birliği ülkeleri dışından gelen mülteci ve sığınmacı statülerine sahip kişilerin sağlık sigortasından yararlanma hakkı yoktu.

<sup>3</sup> <https://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2019/11/UNHCR-Turkey-One-Page-Fact-Sheet-Oct2019.pdf>.

<sup>4</sup> Göçmenler ile ilgili istatistiklere Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’nün sayfasından ulaşılmıştır: <https://www.goc.gov.tr/>.

<sup>5</sup> Bu makalede ‘mülteci’ terimi mülteci, şartlı mülteci, geçici koruma altındaki kişilerin tümünü kapsayacak biçimde kullanılmaktadır.

<sup>6</sup> Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S. ve Güldal, D. (2016) “Bir Toplum Sağlığı Merkezi Örneğinde Sığınmacı ve Mültecilere Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, *TJFM & PC*, 10 (1): 6-12.

<sup>7</sup> <https://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-suriyeli-doktorlar-ozel-calisma-izni-ile-gorev-yapacak-11-681-72660.html>.

<sup>8</sup> Kayali N. (2020), “Syrian Refugees Navigate Turkey’s Shifting Health Care Terrain,” *Middle East Report Online*, November 24, 2020.

<sup>9</sup> Cloeters G. Ve Osseiran S. (2019), *Healthcare Access for Syrian Refugees in Istanbul: A Gender-Sensitive Perspective*, İstanbul Politika Merkezi, İstanbul.

<sup>10</sup> <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yabanc%C4%B1-uyruklar-poliklini%C4%9Fi.html>.

<sup>11</sup> Rhodes, H. (2009) “Dedicated Primary Care Service for Asylum Seekers in Leicester, UK” A. Fernandes ve J. P. Miguel (der.), *Health and Migration in the EU: Better Health for All in an Inclusive Society* içinde, Instituto Nacional de Saude Doutor Ricardo Jorge, Lizbon.

<sup>12</sup> Norredam, M., Mygind, A., Nielsen, A. S., Bagger, J., ve Krasnik, A. (2007) “Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin”, *The European Journal of Public Health*, 17(5): 497–502.

<sup>13</sup> Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, madde 18.

<sup>14</sup> Demir, E., Ergin, I., Kurt, A. Ö. ve Etiler, N. (2016) “Sığınmacıların/geçici koruma altına alınanların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında mevcut durum ve yaşanan sorunlar, engeller”, I. Ergin (der.), *Savaş, Göç ve Sağlık* içinde, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.

<sup>15</sup> Hargreaves, S., Holmes, A. H., Saxena, S., Le Feuvre, P., Farah, W. ve Shafi, G. (2008) “Charging systems for migrants in primary care: The experiences of family doctors in a high-migrant area of London”, *Journal of Travel Medicine*, 15(1): 13-18.

<sup>16</sup> <http://www.ahef.org.tr/Detay/1561/Suriyeli-Multeciler-Saglik-Hizmetleri.aspx>.

<sup>17</sup> Bazı Kanunlarda ve 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim tarihi: 1.12.2020, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/12/20191224-1.htm>

<sup>18</sup> Çakmak, E. (2015) “Siyah=Yabancı=Göçmen: Afrikalı göçmenlerin İstanbul deneyimine dair bir okuma”, L. Körükmez ve İ. Südaş (der.), *Göçler Ülkesi* içinde, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

<sup>19</sup> Mardin D., Bahar Özvarış Ş., Sakarya S., Kayı İ., Gürsoy G., Yukarıkır N. ve Başpınar A. (2020) “Covid-19 Sürecinde Türkiye’de Göçmen ve Mültecilerin Durumu”, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, Covid-19 Özel Sayı: 112-118.

<sup>20</sup> Mackreath, H. (2018) *Undocumented Migrant Access to Healthcare in Istanbul: Differential inclusion and regimes of citizenship, gender and racialization*, İstanbul Politika Merkezi, İstanbul.

<sup>21</sup> Mardin, F.D. (2019) *Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi: Metropol- uydu şehir karşılaştırmaları*, yayımlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

<sup>22</sup> Lipsky, M. (2010) *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, Russell Sage Foundation, New York.

<sup>23</sup> Sevinin E. ve Alpman P. (2020) *Göçmenlerin İstanbul’daki Sağlık Hizmetlerine erişimlerinin Önündeki Engeller ve Kolaylaştırıcılar*, saha raporu, Göç Araştırmaları Derneği, İstanbul.

<sup>24</sup> Pavolini E. ve Vicarelli G. (2012) “Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS”, *Current Sociology*, 60(4): 472-488.

<sup>25</sup> Örneğin bkz. <https://www.cnnturk.com/turkiye/saglik-bakanligi-suriyelilere-saglanan-saglik-hizmetlerini-acikladi>.

<sup>26</sup> Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu, madde 42. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6458.pdf>.

## Toplumunu aşağıdan yukarıya yeniden kurmak için sosyal hizmetleri yeniden düşünmek

COVID-19 salgını toplumsal açıdan sonuçlarının ne olacağını kestirmenin hayli güç olduğu tarihsel nitelikte bir fenomen. Pek çok yorumcu halen ucu açık bir süreci deneyimlediğimizi ifade ediyor. Diğer yandan salgının birinci yılını doldurmuşken üzerine fikir yürütebileceğimiz hayli gözlem biriktirdik ya da bu yönde pek çok değerli fikri çabaya tanıklık ettik. Bu yıl sekizincisi düzenlenen ve spesifik olarak salgının çok boyutlu etkilerine odaklanan Sosyal Hizmetleri Yeniden Düşünmek konferansı da bu minvaldeki en kapsamlı girişimlerden biri oldu. Konferansın düzenleme komitesinden İstanbul Kent Üniversitesi öğretim üyesi Uğur Tekin ve Maltepe Üniversitesi öğretim üyesi Neşe Şahin Taşğın'la sosyal hizmet alanını odağa alarak salgının bize gösterdiklerini konuştuk.



**Dilerseniz ilk olarak bu konferansla neyi amaçladığınızdan başlayalım. Bu çok katmanlı belirsizlik hali içerisinde böylesi bir buluşmayı organize etmekle muradınız neydi, ne türden bir yaklaşıma sahiptiniz?**

**Uğur Tekin:** Biz bu buluşmaları Ekim 2011'den beri yapıyoruz, ama ilk defa online olarak gerçekleştirdik. Konferansların temel amacı, sosyal hizmetlerin temel sorunsallarını tartışmaya açmak, çeşitli alanlarda yürüyen uluslararası tartışmaları Türkiye'ye taşımaktır. Salgın sosyal hizmetlerde yapısal değişim sağlayacak ya da bir dizi alanda müdahale yöntemlerini etkileyecek bir durum olduğu için bu sene bu konuyu seçtik. Pandemi bağlamında değişen toplumsal yapı ile bağlantılı olarak zaten bir süredir Türkiye'de genişlemekte olan sosyal hizmet alanının nasıl yeni biçimler alacağı sorusunu temel aldık. Bu alan gerek eğitim gerek müdahale biçimleri itibarıyla hızla büyüyen bir alan, dolayısıyla pandemi bağlamında ele alınmayı bilhassa gerektiriyor.

**Salgınının kamuoyunda nasıl temsil edildiğine bakıldığında sıklıkla karşımıza 'hepimiz aynı gemideyiz' vurgusu çıkıyor. Toplumsal farkların ve eşitsizliklerin salgının işleyiş biçimi ve etkileri açısından ne türden sonuçlar yarattığı söylenebilir? Türkiye bağlamında öne çıkan tartışma aksları nelerdir sizce, nelerin altını çizmek gerekir?**

**U.T.:** Konferansta yapılan konuşmalarda da öne çıktığı gibi, bu sürecin faturası toplumdaki belli kesimlere kesiliyor. Burada bilhassa çalışanların durumu, işsizlik ve yoksulluk, yoksulların durumu gibi başlıklar öne çıkıyor. Bu hastalık herkesi etkilemiyor sonuçta. İlk başta daha mobil orta sınıf kesimlerde yaygınlaşsa da hastalığın asıl yayılımı yoksullar arasında oldu. Sosyal yapının bu hastalığa bağlı olarak değişmesinde yoksullar ve çalışanlar, belli alanda çalışanlar etkili oldu. Gelirin düşmesi ve işsizlik ciddi bir sorun. Türkiye açısından yoksulların desteklenmesindeki sosyal fonların çok sınırlı olması da bir diğer ciddi sorun. Zarar gören kesimlere yönelik bazı Avrupa ülkelerinde kısmi destekler olmasına rağmen Türkiye'de bu çok sınırlı oldu ve genellikle bu tür destekleyici fonlar iş yapılarını ayakta tutmak adına kullanıldı. Yoksulların kendi imkânlarını genişletecekleri bir alana doğru kaymadı. Türkiye'de bu daha

bariz, ama genel olarak dünyanın her yerinde toplumsal imkânlarından daha az yararlanan kesimler bu süreçten daha çok etkilendiler.

**Neşe Şahin Taşğın:** Türkiye'de zaten bütün toplumu kapsayan, toplumun her kesimine ulaşabilen, kapsayıcı bir sosyal hizmet sistemi yok. Toplumun çok az bir kısmının yararlanabildiği, onun da başvuru sistemine bağlı olduğu, yani başvuranın hizmet alabildiği bir sistem var. Sorun yaşayana kapsamlı, erişilebilir hizmetlerin sunulabildiği bir sosyal hizmet yapımız yok. Dahası özellikle son yirmi yılda sosyal hizmet alanının dönüşümüyle, özellikle Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın yürüttüğü çalışmalara bakacak olursak, sosyal yardım odaklı bir politikanın izlendiğini görürüz. Pandemide ne oldu? Çok az sayıda olan sosyal yardım yararlanıcısının sayısı arttı. Çok sınırlı bir sosyal yardım veriliyor insanlara.

Elbette çok çeşitli sosyal yardımlar var Türkiye'de, onu da söylemek lazım. Örneğin Özal döneminde kurulan, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (SYDTF) üzerinden dağıtılan sosyal yardımlar var, merkezi hükümet tarafından sunuluyor bunlar. Yine aynı bakanlığın çocukları kurum bakımına almadan, aile yanında desteklemek ve eğitime devamını sağlamak amacıyla ağırlıklı olarak kadınlara ve çocuklara verdiği sosyal ve ekonomik destek (SED) var. Engelli üyesi olan hanelere, özellikle kadınlar üzerinden verilen evde bakım yardımı var. Bir de aslında Ayşe Buğra'nın yıllardır ifade ettiği gibi belki Türkiye'deki tek hak temelli sosyal hizmet diyebileceğimiz, 2022 sayılı yasa kapsamında yaşlılara ve engellilere verilen yaşlılık ve engellilik aylıkları var. Bunlara yerel yönetimlerin sosyal yardım ya da sosyal destek müdürlüklerinin aynı yardımlarını ekleyebiliriz; özellikle koli dağıtımları, gıda destek paketleri, gıda kartları gibi.

Pandemi sürecinde ne oldu? Zaten sınırlı sayıda olan sosyal yardım yararlanıcılarının ihtiyaçları katlanarak arttı. Yakın zamanda yaptığımız bir saha araştırmasında da çok net ortaya çıktı bu. İkincisi, pandemi sürecinde, özellikle bu kapatmalar döneminde, küçük esnaf ve bazı çalışanlar çok doğrudan etkilendiler. Kimdi bunlar? Bazıları basına da yansdı, bizim yaptığımız saha araştırmasında

Türkiye'de bütün toplumu kapsayan, toplumun her kesimine ulaşabilen, kapsayıcı bir sosyal hizmet sistemi yok. Toplumun çok az bir kısmının yararlanabildiği, onun da başvuru sistemine bağlı olduğu, yani başvuranın hizmet alabildiği bir sistem var. Sorun yaşayana kapsamlı, erişilebilir hizmetlerin sunulabildiği bir sosyal hizmet yapımız yok.

da çıktı. Minibüs şoförleri, kuaför ve berberler, garsonlar, özel okulda çalışan öğretmenler, özel okul öğretmenleri ücret alamadılar mesela. Tüm bu kesimler zaten mevcut olan bu dağılık sosyal yardım yararlanıcılarının içine eklendiler. Ama bu süreçte verilen en fazla yardım Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Sosyal Yardımlaşma Vakıfları aracılığıyla bir defaya mahsus olarak dağıttığı 1000 TL oldu. İstanbul'un bir ilçesinde sosyal hizmet merkezinde çalışan bir arkadaş şöyle ifade etmişti: "800 bin nüfuslu ilçede bir ayda 20 bin e-devlet başvurusu aldık ve bunları karşılamamız mümkün değil." Yani zaten kırılğan ve sınırlı olan sosyal hizmet ve sosyal yardım kapasitesine inanılmaz bir yüklenme oldu bu dönemde.

**Konferansın çağrı metninin önemli vurgularından biri de, salgın karşısında sosyal hizmet alanının ne kadar kritik olduğu gerçeğinin ortaya çıktığı idi. Diğer yandan alanın bilgi, uygulama ve yaklaşım açılarından eksiklerinin de görünür olduğunu söylüyorsunuz. Bunları biraz somutlamanız mümkün mü? Keza sosyal hizmetler alanını da içeren sosyal politika alanı, pek çok araştırmacının da vurguladığı gibi, son 20 senenin anlaşılması açısından son derece kritik. Bu arka planı da düşündüğümüzde salgından hareketle neler söylenebilir?**

**N.Ş.T.:** Açıkçası yaptığımız araştırmada bu yönde bir tartışmanın devlette olduğuna dair bir izlenim edinmedik. Özellikle Bakanlık'ta çalışanlar "Biz sadece sosyo-ekonomik destek taleplerindeki artışı biraz esnettik, ilgili yönetmelikte (SED Yönetmeliği) bulunan bir 'olağanüstü durumlarda bu koşullar aranmaz' maddesine dayanarak

beyan esaslı, isteyen herkese yardım verdik” diye çok söylediler bize. Bunun dışında Türkiye’de, merkezi hükümetin sunduğu sosyal hizmet ve yardımların içeriğinin genişletilmesi, artırılması dışında bir tartışma ben duymadım. Bakanlık’ın yaptığı bütçe tartışmalarında da duymadım. Pandeminin olası uzun vadedeki etkilerine dönük olarak, oradaki kaynağı üç birimden beş birime çıkarmak... Bunun dışında devlet düzeyinde örneğin bir asgari gelir tartışması yapıldığını ben duymadım.

**U.T.:** Sadece devlette değil genel olarak sosyal hizmet camiasında da farklı hizmet sunuşlarına ilişkin böyle bir tartışma olmadı. Bizim bu konferansta yapmak istediğimiz zaten, sosyal hizmet camiası içinde farklı tartışmaların gündeme gelmesini sağlamak. Mesela belediyelerde de böyle bir tartışma gündeme gelmedi. Çok sınırlı olarak onlar da imkânlarını artırmaya çalıştılar, her başvuruyu karşılamak için. Bir de tabii şu anda Türkiye’de sosyal hizmetlerden kimin sorumlu olduğunun tam olarak belli olmaması konusu var. Belediyeler çok yeni girdiler bu sürece. Belediyeler de

Merkezi hükümetteki temel sorunlardan biri bilgi paylaşımı olmaması. Ayrıca iki başlı yürüyen sistem olması nedeniyle birden fazla destek alan kesimlerin ya da desteğin nereye yönlendiğinin tespit edilememesi gibi bir dizi sorun yaşanıyor. Bilgi paylaşımı İstanbul Belediyesi’nin de en büyük sorunu, onlara bilgi aktarılmaması nedeniyle kendi bilgi kaynaklarını kendileri yaratmak zorunda kaldılar.

merkezi hükümet gibi; AKP’nin politikası gibi bir patronaj ilişkisi üzerine kurulu bir sistem uyguluyor. Yani kendi oy alacağı kesimlerin desteklenmesi ve kendine bağlaması üzerine kurulu bir sosyal yardım sistemine doğru evrimleştiler. Merkezi hükümetteki temel sorunlardan biri bilgi paylaşımı olmaması. Ayrıca iki başlı yürüyen sistem olması nedeniyle

birden fazla destek alan kesimlerin ya da desteğin nereye yönlendiğinin tespit edilememesi gibi bir dizi sorun yaşanıyor. Bilgi paylaşımı İstanbul Belediyesi’nin de en büyük sorunu, tartışmalara da yansdığı gibi, onlara bilgi aktarılmaması nedeniyle kendi bilgi kaynaklarını kendileri yaratmak zorunda kaldılar. Bu süreçte etkin olmaları söz konusu ama onların faaliyet alanları da bir iki örnek dışında sözünü ettiğimiz türde sosyal yardımlar üzerinden oluyor.

**N.Ş.T.:** Farklı ülkelerde bu sürecin nasıl deneyimlendiğine baktığımızda, ülkelerin tarihsel ve politik koşullarına bağlı olarak değişik uygulamalar görülüyor tabii. Ama sosyal hizmet akademisyenleri açısından, uluslararası sosyal hizmet aktivistleri açısından baktığımızda, pandeminin sosyal eşitsizlikleri derinleştireceği, dolayısı ile sosyal hizmetleri de içeren, kapsayıcı çalışmaların yapılması için hükümetlerin zorlanması gerektiği ve sosyal hizmet sunumunun hak temelli, insan hakları temelli olması gerektiği savunusunun yükseltilmesi vurgusu var. Biz de aslında konferansta bu temayı bir şekilde vurgulamaya çalıştık.





Özellikle 1990'lardan itibaren refah devletinin geriletilmesiyle ve neoliberal politikalarla başlayan sosyal hizmetlerin özelleştirilmesi ve kamu desteğinin çekilmesi gelişmiş refah devleti ülkelerinde de yaşanan bir süreç. Özellikle Avrupa'da buna yönelik bir tepki doğdu tabii; "bakın neoliberal politikaların sosyal hizmetlere olumsuz etkilerini pandemi ne güzel gösterdi" deniyor. Bu şekilde refah devleti uygulamalarının tekrar geri çağrıldığını görüyoruz. Bunların hiç olamadığı bizim gibi ülkelerde ise bunu tekrar tekrar hatırlatmak gerekiyor. Afrika ülkelerinde biraz daha farklı, örneğin toplum temelli çalışmalar öne çıkıyor. Türkiye'de ne oluyor? Türkiye'de özellikle merkezi hükümete bağlı çalışanlar, "Biz niye kapatılmıyoruz?" diye isyan ediyorlar. Tabii burada bireysel farklar da öne çıkıyor. 100 tane çocuğun kaldığı bir çocuk yuvasında çalışan bir sosyal hizmet uzmanı, canla başla çocuklar için, çocukları korumak için, kapatılan bu kurumda günlük hayatı organize etmek için çalışırken, diğer bir sosyal hizmet uzmanı psikolog düzmece bir raporla idari izin alıp altı ay işyerine uğramayabiliyor. Aslında sosyal hizmet kuruluşları, yatılı sosyal hizmet kuruluşlarının koşulları işler acısı pandemi sürecinde. Personel

sorunları, toplu yaşamaktan kaynaklanan sorunları var. Hani biz övünüyoruz ya bu süreçte huzurevleri terkedilmedi diye. İtalya'da İspanya'da biliyorsunuz "Çalışanlar huzurevlerini terk ettiler" diye haberler çıktı. Bizde bu olmadı, görüşmecilerimizin söylediği gibi. Çünkü bir huzurevi elemanı ne kadar salgından korksa da işini bıraktığında aç kalacak. Açlık korkusuyla insanlar riskli koşullarda çalışmaya devam ettiler.

**U.T.:** Konferansta ABD'den bir konuşmacının da söylediği gibi, dünyada iki farklı yaklaşım var bu konuda. Birincisi, kontrol sisteminin bir parçası olan sosyal hizmet, diğeri de toplumdaki zayıf kesimlerin yanında duran ve onların haklarını savunan sosyal hizmet. Burada Amerika Brezilya karşılaştırması ile ilgili örnekler verdi konuşmacı. Amerika'da daha çok devletin kontrol sistemlerine bağlı sosyal hizmet vardır. Brezilya'daki sosyal hizmet çalışanları ise kendilerini daha çok işçilerin, çalışanların, proletaryanın bir parçası olarak tanımlar. Bizim yaklaşımımız, açtığımız tartışma ve pandemiye yaklaşırken de sosyal hizmete yaklaşım tarzımız bu ikincisinden yana. Yani bir kontrol sistemi değil, zayıf kesimlerin yanında duran, onlarla

birlikte kendini inşa eden, harekete geçen, kendi haklarını savunurken onlarla ilgili modeller geliştiren, daha çok toplumsal hareketlere dayalı bir sistem. Orta Avrupa'da gelişen sosyal hizmet sürecine baktığımızda, daha fazla hak temelli yaklaşım olduğunu söyleyebiliriz. Temelinde bu yatıyor zaten; yani devletin görevini yerine getirmek değil, insanların yanında duran, onların haklarını savunan bir yaklaşım tarzı ve uygulama. İşte bu ikinci ayağı, sosyal hizmet içinde tartışmaya açmayı amaçlamıştık biz.

Mesela Gezi olayları olduktan sonra yaptığımız ilk toplantıda, "Gezi olaylarından biz neler öğrenebiliriz? Sosyal hizmetteki faaliyetleri inşa ederken Gezi olayları bize neler öğretti?" gibi var olan toplumsal hareketlerden etkilenen ve onun bir parçası haline gelip toplumdaki yapıyı değiştirmeyi de önüne koyan, kontrol amaçlı sosyal hizmetten kopuk bir sosyal hizmet anlayışını tartışmaya açtık. Bizim hak temelli dediğimiz yaklaşımın temelinde bu var. Bunu pandemi ile bağladığımız takdirde, Neşe'nin demin dediği gibi sürecin yükünü taşımak önemli. Yöntem olarak burada sorunlar vardı pandemi sürecinde. Birincisi sosyal hizmet buna hazır değildi,



**Fotoğraf:** Bircan Akman

tıpçılar bu tür alanlarda çalışmaya daha hazırlıklı. Halbuki sadece deprem ve afet dönemlerinde faaliyet gösteren sosyal hizmet bireyleri vardı alanda ve onlar da buradan getirdikleri çok sınırlı deneyimi taşıyabildiler. Bunun dışında Afrika'da bir takım savaş bölgelerinde Kızılay'ın yürüttüğü hizmetlere dair deneyler var. Sosyal hizmetlerin bunun dışında pandemi dönemine dair bir deneyimi yoktu. Pandemi deneyiminden biz ne sonuçlar çıkarıyoruz? Bu da bizim için çok önemli. Gelecekte sosyal hizmetin dediğimiz kapsamda nasıl gelişeceği üzerine, pandemi döneminde nasıl çalışacağımız üzerine teorik ve uygulamada ne gibi yöntemler geliştireceğimizi deneyimliyoruz? Ne gibi mekanizmalar kurulabilir ki bu tür

pandemi dönemlerinde sosyal hizmet daha efektif, toplumun yanında duran bir hizmete dönüşebilir. Onun içindir ki belediyeler tartışmasında ele aldığımız yerel yapılar, dayanışma grupları ve toplum içinde alttan örgütlenmiş yapıların desteklenmesi ve bunların güçlendirilmesi çok önemli.

**Diğer yandan hem devletin sosyal politikalar için ayırdığı maddi kaynağın ve idari yapının hem de bu kapsamdaki sivil toplum örgütlenmelerinin son yıllarda ciddi biçimde genişlediği de söylenebilir.**

**U.T.:** Evet, son dönemde hızlı bir büyüme görüldü. 1960'larda eğitim olarak da kurumsal olarak da oldukça sınırlı bir yapı varken özellikle son yıllarda, kısmen

Avrupa Birliği uyum sürecindeki yasal değişimler ve gelişen bir takım projelerle bağlı olarak büyüdü bu alan. Mesela mülteciler için gelen yardımların sivil topluma aktarılması nedeniyle çok hızlı büyüyen sivil toplum yapılarının ortaya çıkması ve bunların sosyal hizmet alanındaki meslek elemanlarını emmesi gibi konjonktürel, kalıcı olmayan, kendi dinamiği ile gelişmeyen bir süreç yaşandı. Biraz da AKP'nin politikasına bağlı olarak gelişen sosyal yardımlar, toplumun bir kesimini kendisine bağlamak amacıyla yaptığı sosyal yardımlar gündemde. Ayrıca belediyelerin biraz önce konuştuğumuz patronaj meselesi var. Belediye başkanlarının kendi oy potansiyellerini kendilerinin yaratması için kurdukları bir sosyal





yardım sisteminde, sosyal hizmet böyle dalgalanmalı olarak geliyor. Her ülkede böyle süreçler yaşanmıştır mutlaka ama sonuçta zayıf bir sistem var Türkiye’de; biraz önce Neşe’nin bahsettiği gibi kurumsal yapısı zayıf. Eğitimli ve alanda deneyimli olan personel sayısı çok sınırlı, deneyimleri çok az. Genel deneyim çok az. Bunların hepsi handikap olarak sosyal hizmetin önünde, dolayısıyla bizim tartışmalarımızın da önünde duruyor. Bunun bir avantajı belki şekillenmemiş yapılardan bahsediyor olmamız. Güçlü kurumsal yapılar yok, kendi içindeki işleyişini daha netleştirmiş katı yapılar yok. Bunlara müdahale etmek mümkün, bizim bu konferanslarda da biraz denediğimiz bu. Bunları toplantılarımızda söylüyoruz, yeni oluşum sürecinde

Eğer biz sosyal hizmetin tek başına sosyal yardım olmadığını, sosyal hizmetin belli yapılar da geliştirmesi gerektiğini ve bu yapıların gelişkin personel ile birlikte toplumun yeniden inşasında alttan yukarı bir adım olabileceği anlayışını yerleştirebilirsek yerellerin önü açılır. Şu andaki merkezi hükümetle de bunu yapmamız mümkün değil.

olduğu için müdahale imkânımızın daha fazla olduğunu düşünüyoruz. Bu işin bir yönü. Diğer yandan, dediğim gibi pandemiye gelirken de diğer alanlarda olduğu gibi kendi deneyimi olmayan bir gruptan, yapıdan söz ediyoruz. Kurumsal yapıları parçalanmış, yasal arka planı netleşmemiş, iki başlı bir faaliyet var. Belediyeler kendi faaliyet alanını yürütürken aynı faaliyeti bakanlık da yürütmekte; ortak bir faaliyet yok. Hatta birbirlerinin ayağına basar tarzda faaliyet geliştirdiler, bilgi paylaşılmadı. Eğer yardım yapacaksanız sosyal araştırma yaptıktan ve rapor yazdıktan sonra yardım yapabilirsiniz kararı alındı. Bu durumda, belediyeler alana gitmek zorunda kaldılar. Kendi araştırmacılarını kendi personellerini alana sokmak zorunda kaldılar, buna zorunlu tutuldu belediyeler.

Üçüncü ayak dediğimiz, halkın kendini korumak için bu süreçte geliştirdiği yapılar var ve bunlar çok önemli bizim için. Mutlaka merkezi yapıların bunları desteklemesi gerekiyor, bunlara kaynak aktarması gerekiyor; çünkü pandemide yardım sürecinde devlet zaten sosyal inceleme yapmıyor, belediyeler kısmen bunu yaptılar, kimin ihtiyacı var kimin yok diye. İhtiyaçların nasıl dağıtılacağı konusunda belli bir sistemi ancak bu tür yerel inisiyatifler kurdular. Bu inisiyatiflerden gelen bilgilere dayanmak zorunda kaldı belediyeler. Meclis üyeleri bölge dernekleriyle ilişki kurmaya kalktı ve bu tür yapıların önemi ortaya çıktı. Merkezi yapının eğer yerelde bir ayağı yok ise, yereldeki ayağı da toplum içinde yer edinmemişse bu iş yürümüyor. Bu süreçte öğrendiğimiz önemli noktalardan biri budur.

**Az önce belediyelerin sosyal yardım konusuna esasen patronaj ilişkileri üzerinden yaklaştığını ifade ettiniz. Diğer yandan belediyelerin bu alandaki kaynak ve faaliyetleri de genişliyor. Bu bağlamda belediyelere düşen rol nedir, daha eşitlikçi bir yaklaşımın köşe taşları neler olabilir?**

**N.Ş.T.:** Ben bunun yerel yönetimler üzerinden çok zor olduğunu düşünüyorum. Bunu da siyasi bir ayırım gözetmeksizin söylüyorum, bütün belediyeler ne yazık ki meseleye patronaj ilişkileri açısından yaklaşıyorlar. Bunu kırmaya çalışan birkaç belediye var İstanbul’da, görüyoruz. Belediye başkanı üzerinden, görevlendirdiği kişiler üzerinden, daha eşitlikçi bir sosyal yardım sistemi geliştirmeye çalışan birkaç belediye var ama çok zor. İstanbul Büyükşehir Belediyesi’nde (İBB) durum biraz daha farklı gibi geliyor bana. İBB’den biz üç kişiyle görüştük; bütün İstanbul’a hizmet etmekle yükümlü olduğu için, İBB ilçe belediyelerinden biraz daha farklı. Henüz yeni gelişen bir sosyal hizmet yapılanması var, bir çaba var, çok sayıda genç yeni mezun işe alınmış durumda. Bizim görüştüklerimiz çok gençtiler. “Ne hissettiniz pandemide?” diye sorduk, “Tam da bizim çalışma zamanımız olduğunu hissettik” dediler ve gece yarılarına kadar nasıl çalıştıklarını anlattılar. Ben, “Ayrımcılık da oluyor muydu yardımlarda?” diye sordum, “Yukarıdan böyle bir şey olsa bile biz çalışanlar buna izin vermiyoruz” gibi bir yaklaşım sergilediler. Tek tek bireyler üzerinden sistem ne kadar işler, tartışılır tabii. Şunu anlatmaya çalışıyorum; yeni bir yapı oluşuyor orada. Çalışanlarda hak temelli bir bakış açısını yerleştirme çabası var. Merkezi düzeyde bu ne kadar var, bu bir soru işareti. Bence çok zor belediyelerle bu iş, merkezi düzeyde daha mı kolay? Hayır, orada imkânsız.

**U.T.:** Belediyeler ne kadar patronaj ilişkileri üzerinden yürüse de eğer biz sosyal hizmetin tek başına sosyal yardım olmadığını, sosyal hizmetin belli yapılar da geliştirmesi gerektiğini ve bu yapıların gelişkin personel ile birlikte toplumun yeniden inşasında alttan yukarı bir adım olabileceği anlayışını yerleştirebilirsek yerellerin önü açılır. Şu andaki merkezi hükümetle de bunu yapmamız mümkün değil. Yerelerde belli yerlerde yapmamız mümkün belki. Kadın sığınma evlerinden kreşlere, çocuk koruma evlerinden çocuk bahçelerinin nasıl inşa edileceğine kadar,

kent düzenlemesinde sosyal hizmet mantığının nasıl olması gerektiği üzerinde çalışılması gerekiyor. Daha gelişkin, günlük hayatın çeşitli alanlarına müdahale edebilen bir sosyal hizmet anlayışı, sosyal hizmet elemanları ve bunların alandaki etkinliği çok önemli. Etik değerleriyle de kurumların işleyişini kontrol eden, kendi meslek etiğini ön planda tutan, örgütlenmiş bir sosyal hizmet yapılanması bizim amacımız. Bunun parçası olmaya çalışıyoruz ve süreci böyle yönlendirmeye çalışıyoruz.

Tabii merkezi sisteme de önerilerimiz var. Bunlardan bağımsız değil ama bizim sosyal hizmet diye baktığımız süreç, sadece bir yardım aktarımı, bir yardım paylaşımı ve sosyal politikanın nasıl gelişeceği değil, toplumun aşağıdan yukarı nasıl inşa edileceği üzerine de perspektifler de geliştirmek ve bunun üzerine ağırlık vererek kurgulamak. Sosyal hizmeti yeniden düşünmek anlayışının temelinde bu yatıyor zaten. Yaptığımız konferanslarda bu tartışmayı yürütmeye çalışıyoruz. Her etkinlikte, belki en az bu konferansta vardı, sivil toplum kuruluşları bizim için çok önemli. Çok sınırlı da olsa tabii ki sivil toplum kuruluşları sistemin işleyişine entegre olmuş yapılara da dönüşüyor zaman zaman. Bunların deneyimleri bizim için çok önemli. Çünkü yeni oluşan mekanizma, devlet, şu andaki AKP hükümeti ile zaten çok kasmış durumda kendini. Toplumdan uzaklaşmış, kendi anlayışını topluma dayatan bir sistem var. Toplum yapılarını kendine uydurarak çalışıyor alttan yukarıya ama bunların da çok başarılı olduğu söylenemez. Belli yerlerde başarısı var, çok yaygın bir başarısı yok. Bunun kırılarak toplumun aşağıdan yeniden inşa edilmesi önemli aslında günümüzde. Sosyal hizmetin burada bir etken olması bizim için önemli.

**N.Ş.T.:** Sosyal hizmet literatüründe de toplum temelli sosyal hizmet önemli aslında. Birey odaklı, bireye hizmet götürme odaklı değil, toplum temelli, toplum odaklı, toplumu harekete geçirerek sorunların çözümü ve refah düzeyinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yürütmek. Yerelde zor dedim ama bunu yapabilmeyen tek yolu da aslında yerel yapılar. Bazı yerel yönetimlerle iyi örnekler, iyi modeller ortaya çıkarabilirsek bu gelecek için bir umut olabilir.

### **Tüm bu tartışma ve yeni yaklaşım oluşturma çabalarının kamu bürokrasisine ne ölçüde yansdığı söylenebilir?**

**N.Ş.T.:** Ben açıkçası bu tartışmaları takip ettiklerini düşünmüyorum, öyle bir gündemleri yok. Yani tek tük tanıştığımız olumlu bakan insanlar var tabii. Konferansları izliyorlar, çok yaralandık diyorlar ama şu anda Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın kadrosuna baktığımızda, sosyal hizmetle uzaktan yakından ilgisi olmayan alanlardan gelen insanları görürüz. Kuruluş müdürleri ağırlıklı din dersi öğretmeni, ilahiyat fakültesi çıkışlılar. Dolayısı ile yeni tartışmalarla ilgilenmek gibi bir derterli yok. Bürokrasinin üst kademelerinden bahsediyorum tabii. Diğer yandan bizim bu konferanslarımız bazı akademisyenleri çok etkiliyor, çünkü sosyal hizmet Türkiye'de yıllarca uygulama odaklı oldu hep. Yani sosyal politikayla genel siyasetle ilişkisi çok kurulamadı. Biz o ilişkiyi kurmaya çalışıyoruz. Akademisyenlerin çok ilgisini çekiyor, öğrencilerin çok ilgisini çekiyor ve aslında bu da çok önemli ve umut verici bir şey. Ama tabii Bakanlık bürokrasisine çok ulaşabildiğimizi düşünmüyorum.

**U.T.:** Bakanlık kadroları da boş durmuyor, bir takım modeller geliştiriyor. Sosyal hizmet camiasına "manevi sosyal hizmet" diye yeni bir şey soktular mesela. Din hocalarından, müteyyin sosyal hizmet uzmanlarından bir kısmı bu tür bir tartışmayı geliştirmeye başladı. Bakanlık bu çizgiyi hayata geçiremiyor, bir boşluk var, ama buna söylemsel düzeyde bir şeyler ifade ediliyor. Bunun örgütsel alt yapısı ya da gelişmesi nasıl olacak izleyeceğiz süreç içinde.

### **Bu yaklaşımın köşe taşları nedir? Örgütlenmiş olmasa da normatif olarak ne öneriyor?**

**U.T.:** Dini ilişkilerimiz nedeniyle zaten var olan sosyal anlayışın topluma yaygınlaşması, bizim İslami bir ülke olarak İslami değerlerimizin toplum içinde inşasıyla bir sosyal yapının kurulabileceği anlayışı... Ayrıca maddi yardım dediğin insanın elini tutmaktır, yardım etmektir, annelik babalık yapmaktır gibi kendi kavramlarıyla bir şey oluşturuyorlar. Bunun birebir karşılığı olan uygulamalar yok aslında. Tam netleşmiş bir şey değil ama bir tartışma var. Bu doçentlik tezlerinde, doçentlik tartışmalarında, çıkan kitaplarda da ortaya çıkmaya

başladı. Bu alan bizi de ilgilendiren bir şey olduğu için gözlüyoruz; ama dediğim gibi kurumsal yapılarda bunun müdahalelerini henüz görmedik. O bağlantıyı kuramadılar.

**N.Ş.T.:** Koruyucu aile sistemi örneğin. Ben 1990'lardan beri bu cama içindeyim, yıllardır kurulmaya çalışılan ama bir türlü kurulamamış bir sistemdi bu. Son 10 yıldır koruyucu aile sisteminde inanılmaz bir artış var. Bakanlığın web sitesine girin bakın kampanyalar şu düzeyde ilerliyor: "Bu yetime sen de elini uzat", "Ona sıcak bir yuva ver." Aslında tamamen dini duygular üzerinden ve bu sahada karşılığını da yavaş yavaş buluyor.

### **Konferanstaki önemli tartışma başlıklarından ikisi de toplumsal cinsiyet ve uluslararası göç idi. Pandemi bağlamında ortaya konan sınırlı pratik buralara ne tür yanıtlar verdi? İşaret ettiğiniz bakanlık bürokrasisi içinde mayalanmakta olan ideolojik perspektifler bu minvalde ne anlama geliyor?**

**U.T.:** Bir kere kadın hareketinin Türkiye'de güçlü olması bizim için de bir alan yaratıyor. Kadınların durumunu açığa çıkarıp bu güçlü yerden yaklaşarak soruna daha rahat yaklaşabiliyoruz. Onun için her tartışmamızda mutlaka böyle bir kadın perspektifi gündeme geliyor. Feminist yaklaşım yöntemsel olarak bizim önümüzü açıyor. İkincisi, kadın hareketinin Türkiye'deki en aktif örgütlenmiş yapı olması ve alttan yukarı eylem yapabilen, düşünce geliştirebilen bir yapı olması bizi de etkiliyor tabii..

Mülteciler açısından baktığımızda Türkiye'de son yıllarda en gelişkin sivil toplum mekanizması mülteciler alanında kuruldu. İlk defa sosyal hizmet alanı da sivil toplum merkezli bir sosyal hizmet çalışması yürüttü, önemli bir süreci üstlendi ve geliştirdi. Onun için de önemli bizim için mültecilik konusu. Göçmenlere yönelik sosyal hizmet faaliyetleri ve bu tür kurumsal yapıları tartışmaya açmak Türkiye için bilhassa önemli. Dünyada son yıllardaki en önemli sosyal olaylardan biri hareketli toplumların ortaya çıkması ve merkezlerle yönelen bu göç hareketinin mevcut sosyal dokudaki, siyasal dokudaki yansımaları. Bu durum bizi de etkiliyor. Türkiye'de özellikle sivil toplumun bu işin içinde güçlü olması, devlet dışı aktörlerin de etkin olması bizi belirliyor. Kendi konferanslarımızda da bunu ön planda tutuyoruz.



**N.Ş.T.:** Bu iki alanın güçlü olmasının yanı sıra kadınlar, LGBTİ'ler, göçmenler, mülteciler, eski hükümlü ve tutuklular gibi toplum kesimleri aslında her ülkede sosyal hizmetler alanının en çok başvurucusunu oluşturan gruplardır. Çünkü ayrımcılığa, ötekileştirilmeye, dışlanmaya en çok onlar uğrar, dolayısıyla yurttaşlık haklarından yararlanmak için en çok desteklenmesi gereken gruplar bunlardır. Mülteciler için yurttaşlık hakları söz konusu değil kuşkusuz ama kadınlar için ya da LGBTİ'ler için en temel yasal haklarını almada sorun yaşayanlar bu gruplar. Özellikle Türkiye açısından kadınlar ve LGBTİ'ler için söylüyorum. Bir de hem yerel yönetimlerde hem de merkezi hükümette kadınlarla ilgili

Kadınlar, LGBTİ'ler, göçmenler, mülteciler, eski hükümlü ve tutuklular gibi toplum kesimleri aslında her ülkede sosyal hizmetler alanının en çok başvurucusunu oluşturan gruplardır. Çünkü ayrımcılığa, ötekileştirilmeye, dışlanmaya en çok onlar uğrar, dolayısıyla yurttaşlık haklarından yararlanmak için en çok desteklenmesi gereken gruplar bunlardır.

farkındalık yüksek. Kadınlarla ilgili merkezi hükümetin, özellikle Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nı düşünerek söylüyorum bunu, başından beri kadını ailenin içinde konumlandıran, hizmetini ve sosyal politikasını oradan kurgulayan bir bakış açısı var. Bu çok belirgin ve bu gündelik hayatta sosyal hizmetlere de çok yansıyor. Bir sosyal hizmet kuruluşuna gittiğinizde şiddet mağduru bir kadın olarak, sosyal yardım arayışında bir kadın olarak, çocuğunun bakımında zorlanan bir kadın olarak bütün ötekileştirilmeyi, dışlanmayı, aile içinde konumlandırılmayı yaşıyorsunuz. Biz hep merkeze koyarak, aslında feminist bir perspektiften, sosyal hizmetin yapılmasını yerleştirmeyi amaçlıyoruz. LGBTİ konusu ise özellikle kurumsal yapılarda çok ciddi sıkıntılara neden olan bir konu. Ayrımcılık, dışlama, özellikle yatılı sosyal hizmet kuruluşlarında, gençlerin yaşadığı sosyal hizmet kuruluşlarında bu çocukların dışlandığı, ötekileştirildiği ve yok sayıldığına dair çok sayıda örnek biliyoruz. Bu konu merkezi hükümet düzeyinde sosyal hizmetlerin gündemine bir türlü gelemiyor bile. Çünkü biliyorsunuz en üst düzeyde "bu hastalıktır" açıklaması yapılıyor LGBTİ'ler için.

Devlet mültecilerle ilgili ise her hangi bir özel sosyal hizmet üretmiyor. Sadece mevcut sosyal hizmetlerin bir kısmından yararlandırıyor. Aslında baktığımızda göçmen ve mültecilerin ülkede var

Devlet mültecilerle ilgili her hangi bir özel sosyal hizmet üretmiyor. Sadece sosyal hizmetlerin bir kısmından yararlandırıyor. Aslında baktığımızda göçmen ve mültecilerin ülkede var olabilmeleri için onlara çok kapsamlı sosyal hizmetler sunulması gerekiyor. Türkiye bunu sivil topluma devretmiş durumda. Bu anlamda sivil toplum örgütleri aslında devletin taşeronluğunu yapıyor.

olabilmeleri için onlara çok kapsamlı sosyal hizmetler sunulması gerekiyor. Türkiye bunu sivil topluma devretmiş durumda. Bu anlamda sivil toplum örgütleri aslında devletin taşeronluğunu yapıyor şu anda. Hak temelli çalışan örgütler de var ama ihtiyaç temelli ve aslında günü idare eden çalışanlar yapan örgütler de çok var mülteci alanında. Ben sosyal hizmetlerin kurumsal olarak göçmen ve mülteciler alanına girmediğini düşünüyorum. Bunu ısrarla kendisinden uzak tuttuğunu düşünüyorum Aile Çalışma ve Sosyal Hizmet Bakanlığı'nın. ☹️

## Salgının Medikopolitiği üzerine

**Pandemi: Salgının Medikopolitiği / COVID-19 Kronikleri** yaşadığımız sarsıcı deneyimi hayli zengin bir bakış açısıyla katman katman ele alan, ama bunu yaparken yaşananların sahiciliğine karşı yersiz bir mesafe almaktan da kaçınan etkileyici bir çalışma. Özen B. Demir’le doğa bilimlerinden beşeri bilimlere hayli geniş bir sahada gezindiği kitabından hareketle bu dört başı mamur krizin görünür kıldıklarını konuştuk.

**Kitabınızın alt başlığında yer alan kronik tabiri bir tür zamanın nabzını tutma isteğini akla getiriyor. Dahası dipnotlardan birinde klinisyenlerin üstlenebileceği mini-etnografi pratiğinden dem vuruyor ve bir anlamda hekimi geleneksel konumundan feragat etmeye davet ediyorsunuz. Dilerseniz kitabın iddiasından, dolayısıyla bir hekim olarak sizin bu süreçte kendinize biçtiğiniz rolden başlayalım.**

**Özen B. Demir:** Belki de pek çok aktüel metin gibi, başta tasarlandığı hâlden saparak yolda şekillenmiş bir kitap bu. Günlük/günce türüne olan kişisel ilgim bir yana, ‘kronik’ tabiriyle esasında antibiyotik-öncesi devirlere ait salgınlara tanıklık eden isimlerce tutulan tarihsel güncelere işaret etme gayesindeyim; sözgelimi 17. yüzyılda Londra’daki meşhur veba salgınına kaydeden Samuel Pepys gibi örneklerle gönderme yapma gayesi... Ne ki bu, alelâde bir ‘vakanüvis’ mesaisinin dar kapsamını aşmalydı. Şimdilerde icra ettiğim işyeri hekimliğinden evvel, pandeminin ilk altı ayında Acil Servis’te görev yapmaktaydım ve (Dr. John Sassall’dan ilhamla) dosdoğru bir ‘sicil kâtipliği’ müessesesi olarak nitelenebilecek ‘klinik’ten kalkıp da zanaatın ötesine-berisine hareketlenen, belli başlı tarihsel okumalarla derinliklere süzülen kronolojik değil ama –dilerseniz, Hippokratik anlamını da sırtlayarak– *kairotik* bir kronik oluşturmayı tasavvur etmiştim. Öyle olmadı elbette. Neden sonra salgına dair yayınlanan metinler kümesine maruz kaldıkça, bir kısmını da nefasetle tattıkça, artık birilerinin de sistematik bir okurluk vazifesine memur olması gerektiğini düşündüm. Çok sayıda platformu günü gününe takip etmeye, tabir yerindeyse ‘fkr-i takip’

yapmaya, notlar çıkarmaya koyuldum ve beş-altı aylık bir yoğun emeğin neticesi olarak elinizdeki eser uç vermiş oldu. O bakımdan, ille gerekiyorsa, ‘kroniklerin bir tür kroniği’ etiketi sahiplenilebilir belki de.

Diğer taraftan hekimlik, sizin de imâ ettiğiniz üzere, ‘statü’ye dair kesif çağrışımlarla yüklü bir sözcük. Bunu, Türkiye orijinli hekimlerin erken Cumhuriyet döneminden itibaren kaleme aldıkları hatırat metinlerinden pekâlâ takip edebilirsiniz; öyle ki bir ara, *bibliyofilik* bir merakla edindiğim cilt cilt anı kitaplarının tafsilatlı –ve hatta *prosopografik*– bir hafriyatına girişme niyetindeydim ki, fırsat bulamadım doğrusu. Gerçekten de Batı’da adına *ego-document* denen kategoriye ait günlük, mektup, hatırat türlerinde görece olarak hariciyeciler ile birlikte en çok ürün vermiş meslek grubu olabilir hekimler. Gelgelelim bunlar, birtakım fedakâr yaşanmışlıklar ile sevimli/insancıl detaylar bir kenara bırakılırsa, ekseriyetle bürokratik/devletlû safralarla dolup taşan sakil ürünlerdir. Bana kalırsa Oliver Sacks’ın icra ettiği türden, yeryüzüyle ve dirimsel ihtiyaçla oynaşmayı tutkuyla seven bir ‘antropolojik tıp’ henüz Türkiye kara sularına uğramış değil. Gözleriniz oyuncaklı bir kaleydoskop bile taksanız, sermaye ve iktidar türlevleri dışında bir şeye rast gelmek, heyhat ki pek mümkün değil. Sorunuza dönerek, kendime bir ‘rol’ biçmişsem şayet, işte söz konusu manzarayı okunaklı kılmak ve o meyanda da kısmen estetize etmek diyebilirim.

**Salgınlardan biyolojiden sosyal teoriye hayli geniş bir menzilde ele alınması gereken hayli şümulü bir mesele olduğuna çalışmanız gayet net biçimde**

**ortaya koyuyor. Siz tüm bu malzeme zenginliğini bir arada tutmak adına medikopolitik kavramını kullanmayı öneriyorsunuz. Bununla neyi kastettiğinizi biraz açar mısınız? Bunun başka türden yaklaşımlara nazaran bize kattıkları neler olacaktır?**

**Ö.B.D.:** *Medikopolitik* esasında henüz tastamam kavramsallaştırılmamış, yani belirlenimi olmayan bir sözcük. Hoş, olması da gerekmiyor. Ona yer verişim, haddizatında belli başlı psiko-politik gerekçelere dayanıyor. Dahası ‘şâmil’ olmaktan ziyade *senkretik* bir potansiyel taşımasından ileri geliyor; 1980’lere tarihlenen ‘HIV/AIDS krizi’ne de hayli emek verdiğim için rahatça terennüm edebilirim ki, bir karmaşık totalite olarak salgın meselesini kuşatıp tüketmek pek olanaklı gözüküyor bana, hele hele güncelliğin ontolojisi içinde çerçevelemek... O açıdan daha ziyade *puantilist*, parçalı veya fragmental dokunuşları yeğlerim doğrusu.

Psiko-politik gerekçeler dedim az evvel, şöyle açayım: Her baktığı yerde ezme/ezilme ilişkisi, tahakküm üreten söylem, ‘kapatılma’ veyahut da hiyerarşi gören, dahası bireyleri özneler olarak çağırın bütün bir ‘politik doğruculuk’ *ethos*u kapsamında belli soruları sorulamaz, belli önermeleri de zinhar savlanamaz kılan, en fenası da pozitivizm eleştirisinden bilim-dışı rölativizme doğru paldır küldür yuvarlanan, ezcümle nitel/nicel bir ‘saha’sı olmadığı için sonsuz bir *teorisizm* patinajına hapsolan belli türden bir sosyal/beşerî bilimsel perspektifi duruşmaya çıkarmak adına, artık harciâlem (*buzzword*) bir hâle getirilerek altı oyulmuş olan ‘biyopolitika’ kavramından uzak





Fotoğraf: Ayşegül Yılmaz

durmayı seçtim. Söz konusu duruşmaya ilaveten, *medikopolitik* sözcüğünü, bu kez karşı-açıda konumlandığını varsayabileceğimiz şu ‘teknokratik’ bilim erbabının işkillendirici söylemlerini veya kendiliğinden ideolojilerini topa tutmak adına da işlevsel buldum. Öyle ki belli biyomedikal tezlerin ne tür siyasalarla eklemlediğine bakmamız, zahiri söylemlerin ötesine hamle yapmamız gerektiği çok açıktır. Dahası bilimi bir tür kaba istatistik kumkumalığına indirgeyemeyeceğimiz için de, Žižek’in şu sorusu çok haklıdır: “Koronavirüs salgınıyla birlikte tetiklenen ilginç bir soru da şudur, üstelik de benim gibi istatistik uzmanı olmayan biri için: ‘Veri’nin bitip de ‘ideoloji’nin başladığı yer neresidir?’ Şimdi izin verirseniz, bu nokta üzerinde hassaten durmak istiyorum. Bilim nâmına söz alan ‘teknokratik’ uzman bakışının ardını kurcalamak, bilim-dışı safsatalara göz kırpmak anlamına gelmez. Bilâkis, formun bir bilimsel ufuk şu minvalde edilebilir: COVID-19 veya ufuktan yükselecek (adını henüz bilmediğimiz) diğer yeni patojenlerin müsebbibi olan altta yatan faal öncül, sadece herhangi bir enfeksiyöz etken olarak klinik muhasebe alanında değil, o arada sermayenin ve diğer yapısal nedenlerin sabitlediği ekosistemik ilişkiler alanında da bulunur.

COVID-19 veya ufuktan yükselecek (adını henüz bilmediğimiz) diğer yeni patojenlerin müsebbibi olan altta yatan faal öncül, sadece herhangi bir enfeksiyöz etken olarak klinik muhasebe alanında değil, o arada sermayenin ve diğer yapısal nedenlerin sabitlediği ekosistemik ilişkiler alanında da bulunur.

Dolayısıyla, şunu itiraf etmek gerekir: Sosyal medya platformlarında, özgül olarak *Twitter*’da takip edilen onlarca bilim insanının, virolog, moleküler biyolog, patolog, mikrobiyolog, tıp doktoru gibi aktörlerden oluşan ve yeryüzünün, insanlığın geleceğine ilişkin kaygı güden, bilimsellik ölçütlerince tavsiyelerde bulunan birtakım uzmanların paylaşımlarına yeterince maruz kalmak, giderek bir tür ‘eksikliği’ duyumsatmaya başlar. Dünya Sağlık Örgütü’nün (*WHO*), Sağlık Bakanlığı’nın konuyla ilgili klinik kılavuzları, yetkili ağızların demeçleri, prestijli dergiler ile biyomedikal enstitü

mecralarına yansıyanlar, dahası filantrop hibecilerin, muktedir mümessillerinin, bulvar gazetelerinin söylemleri, dijital ortamdaki tartışma platformlarında devinen sözdağarı, hepsi bir hakikatin iskanlandığını duyumsatır. O da şudur: Analitik perspektiflerimizi belirleyen referans kaynaklarımız ile entelektüel yatırımlarımız, bir bakıma özneleştirici bir kolektivitete de göndermede bulunur.

Nasıl ki gündelik hayatın ezberine kazınmış politikayı görünür kılmak gerekiyorsa, bilimsel bilginin ortaya çıktığı merceğin de o kertede ‘nötral’ olmadığını anımsa(t)mak gerekir. Tam da daha sağlıklı bir bilimsel tutum adına, bilimin ‘cisimsiz, tarafsız ve evrensel’ akıl idealine sınıksız bağlı olduğuna ilişkin vasat kanaatleri feshetmek gerekir. “Bilime göre”, “Bilimin dediği”, “Bilim söylüyor” gibi majüskül içeren söz kalıplarının ardında Humboldt tipi üniversite modelinin (1810) çöküşüyle alakalı bir nostaljik ve hatta arkaik bir savruluşun, bir tür pagan mitolojisinin yattığını söylemek abartılı olmayacaktır. Bu söylem biçimi, devlet ve şirketler (basitçe, ikili korporasyon) kapitalizmini paranteze atan ‘tam bağımsızlık’ ve ‘has nötrallite’ çağrışımları taşır. Özellikle de tıp ve doğa bilimleri enstitülerini çoktan yarıp geçmiş olan ve artık piyasanın

inovasyon taleplerini maliyet-etkin bir biçimde karşılamaya hizmet eden, performans sistemlerine kapılanan ve o arada bilgiyi araçsallaştıran akademik endüstriye, işletme ve 'toplum kalite' modeline ilişkin bir miyopluğu performe eder. Bir tür kürsü dokunulmazlığını işletir, yer yer elitisttir, lonca otonomisine öykünür, araştırmacının 'bilgi için bilgi' formülasyonuna yollandığını varsayar, o kadar ki endüstriyel mühendislik faaliyetini bile dışarıda bırakır. Hâsılı, böylece *medikopolitik* sözcüğü, saf bir eleştirel tutumun, yani birtakım entelektüel şantajlarla kendi sınırlı alanını tahkim eden bilgi/teori mümessillerine sataşma çabamın bir dolayımı hâline gelmiş oldu. Tabii son tahlilde, tıbbî/bilimsel alanla girilen dostane bir diyalogun uzantısı olarak.

**Pek çok yorumcu COVID-19 salgınının belki uzunca bir süre unutulmuş bir hasleti, bir 'tür' olarak ortak bir kaderi paylaştığımız gerçeğini sert biçimde hatırlattığını ifade ediyor. Alınacak yön belli olmasa da bunun bir dönüm noktası olacağı imâsı da var burada tabii. Siz bu nevi 'türün selâmeti' iddialarıyla ilgili ne düşünüyorsunuz? Bu açıdan bugün yaşadığımız ne minvalde bir kriz?**  
**Ö.B.D.:** Bir iddia değil; bana sorarsanız enikonu gerçekçi bir saptama bu. Yakıcı eşitsizlikleri palyatif de olsa demokratikleştirmeye meylettığımız, kolektif bir 'fayda optimizasyonu' formülü arayışının yakamızdan çektiirdiği bugünlerde, bizi şu veya bu ölçüde farklı kılan bütün verili (ve çoğulcu) değerlerin paranteze atıldığı, kimliklerimizin soyulduğu bir ahvâldeyiz. Salgının koşulladığı panik dalgasıyla,

esasinda varsayımların benzer sonuçlar verdiği bir deterministik şemanın tam ortasındayız. Muhakemelerimizde toplumsal pozisyonlarımızın ve dahi kişilik hasletlerimizin askıya alındığı (hiç değilse alınmasının beklendiği) bir sıfır noktasını, başlangıç pozisyonunu idrak ediyoruz. Olumsuzluktan kaçışın, olumlu olanı tasavvur etme yönelimini çoktan ezip geçtiği bir *psikotik* momentteyiz. Bu dağarda değil mi ki, klinisyenler olarak aslı meselemiz, 'türün selâmeti'nin garantörlüğünü üstlenmek ve en temelde de 'yaşamak'tır. İnsan türünü tehdit eden mikrobik ajanların beklenmedik istilâsı, modernite ahvâlinde her zaman olduğu gibi, biyomedikal bilimlerin o ezeli meşruiyetini konsolide eder. Kamu sağlığı bileşenleri, bu kez bir 'olumlayıcı' biyopolitik müdahale adına ve türün selâmeti lehine söz alarak karşıımızdadır. Dolayısıyla hâlihazırdaki gelişmeler karşısında biyopolitik alet çantasına el alışkanlığı ile müracaat edilmesi, gayet anlaşılır bir durumdur.

Sürdürmeden anımsatalım. Muhtelif *vulgar* okumalara inat, biyopolitik kavrayışı esneten söz konusu yaklaşıma ilişkin ipuçları bizatihi Foucault veriminde de vardır. Fransız düşünür, (son tahlilde) bir *sosyal inşacı* olarak tasnif edildiğine sıklıkla tanık olunsa bile, bilimsel pratiğin kendi metodolojik olgunluğunu yakaladığı doğalcılıktan (*naturalism*) ayrı durmaz. Nitekim bir mülâkatında, Brezilya'da enfeksiyöz hastalıklarla ilişkili sağlık problemlerinin yüksek oranıyla ilgili olarak, ironiyle karışık doğalcı bir cümle sarf eder: "Parazitler, ne kadar 'tıp-karşıtı' olsak da, vardır; parazitler ortadan kaldırılabılır."

Yakıcı eşitsizlikleri palyatif de olsa demokratikleştirmeye meylettığımız, kolektif bir 'fayda optimizasyonu' formülü arayışının yakamızdan çektiirdiği bugünlerde, bizi şu veya bu ölçüde farklı kılan bütün verili (ve çoğulcu) değerlerin paranteze atıldığı, kimliklerimizin soyulduğu bir ahvâldeyiz.

Dönelim: Şimdilerde tıbbî disiplinler, insancılık ethosunu yeniden kuşanarak bir epistemik 'pozitiflik' oluşunu yeniden anımsatır. Alınan tüm önlemler, sekteye uğrayan, iptal edilen, ertelenen ve 'mesafelendirilen' başka her şey, eğitimler, müsabakalar, etkinlikler, toplantılar, sosyal programlar, kitlesel turizm, uluslararası kültürel faaliyetler ve diğerleri, bu meşru seferberlik uğrunadır. Reyonları hışımla boşaltılmış marketler, istiflenmiş bavullar, yağmalanan öteberiler, modern endişeyi saklamaya zinhar yetmeyen maskeler, sokağa çıkanların tek tek ateşini ölçen görevliler, vaaz edilen tutumlara uymadığı için gözaltına alınanlar, 'kitlesel histeri'yi fırsatçılığa tahvil etme hırsına kapılıp gidenler, evlerine kapananlar, beri yandan diğerkâmlığa davetiye çıkaranlar, o kaçınılmaz 'panik' dalgasını teskin etmeye yollananlar ve giderek paniğe ilişkin paniğin çarpan etkisi... Sütire gerisinde kamu otoritesi, nevezuhur bir 'şok doktrini' uyarınca, kendi konumunu yeğînleştirerek gelecekteki muhtemel ilişkisiz politik projeler için bir gerekçelendirme enstrümanı, yine başkaca toplumsal krizlerde kopyalanarak referans gösterilecek bir denetim ve optimizasyon teknolojisi temin etmiş olur.

Bu son noktadan devamlı ikrar etmeliyiz ki, bununla birlikte *olumlayıcı* biyopolitika, Türkiye gibi devletin kamu ayağının çoktan sakatlanmış olduğu ülkeler söz konusu olduğunda –ve dolayısıyla maliyetinin ağırlığı düşünülduğünde– pek de rasyonel bir teorik konumlanma sayılamaz. Öyle ki bu topraklarda devletin 'toplumun genel çıkarlarını koruma' dışındaki diğer iki işlevi, yani egemen sınıfın ve devleti yöneten kadronun (siyasî iktidarın)



çıkarlarına hizmet etme işlevlerini toplumun genel çıkarlarının fersah fersah önünde tuttuğundan bahsedebiliriz. Bu anlamda, salgın konjonktüründe aşikâr biçimde ortaya serilen kimi fırsatçılık ve 'gözden kaçırma' örneklerini sıralamak kâfi gelecektir: Orman arazilerinin imara açılması, durdurulmayan kaçak inşaatlarla betonlaşmaya devam edilmesi, sözgelimi Kanal İstanbul projesinin ilk etap ihalelerinin hücumla gerçekleştirilmesi veya Salda Gölü'nün tahrip edilmesi, Çevre Koruma Bölgesi sınırları içerisinde ve Doğal Sit Alanı statüsünde yer alan bölgelerin sanayi yapılaşmasına teslim edilmesi, nükleer reaktörlerin yeniden gündeme getirilmesi, 'dayanışma' adı altında

Bu topraklarda devletin 'toplumun genel çıkarlarını koruma' dışındaki diğer iki işlevi, yani egemen sınıfın ve devleti yöneten kadronun (siyasî iktidarın) çıkarlarına hizmet etme işlevlerini toplumun genel çıkarlarının fersah fersah önünde tuttuğundan bahsedebiliriz.

sermayeye kaynak aktarımı, muktedir mümessillerinin usulsüz alım/satım/ kiralama haberlerine erişim ve yayın yasağı getirilmesi, 'cezasızlık kültürü'nün

konsolidasyonu olarak infaz düzenlemesi, daha açıkçası, salgının hapishanelerde oluşturacağı riskten hareketle, 'terörle mücadele' iddiasıyla tutuklananlar gibi gazetecilerin de kapsam-dışı tutulduğu, suç örgütü mensupları ve kadına yönelik şiddet ile çocuklara karşı cinsel suçtan tutuklanmış kişiler için 'gizli af' niteliğinde görülebilecek bir ceza infaz indirimi tasarısının hazırlanıp yürürlüğe sokulması, kayyım atanan belediyelerin kural kaide tanımaması, bölgedeki 'zor aygıtı'nın ara vermediği gözaltı ve operasyonlar, hapis istemiyle açılan siyasî davalar, yayınlara yönelik sansür ve ilan ambargoları, RTÜK cezaları, kolonyal saiklerle yapıldığı gayet açık olan kimi köy karantinaları...





Aynı noktadan devam edersek, tıp pratiğinin ve kurumsal örgütlenmesinin topyekûn dönüşümüne neden olmuş olan neoliberalleşmenin karşı karşıya olduğumuz koşullara yanıt veremediği pek çok yerde net biçimde gün yüzüne çıktı. Bununla bağlantılı olarak, belki de uzun zamandır gözden düşmüş olan kimi kavram, yaklaşım ve pratikler –örneğin, halk sağlığı ya da koruyucu hekimlik– bir nebze daha hayırlı anılır oldu sanki. Siz bu türden paradigmatik dönüşümlerin yaşanma ihtimali üzerine neler söylemek istersiniz?

Ö.B.D.: Paradigmatik dönüşümler her zaman mümkündür. Ancak ihtimal vermiyorum. Şu klişeyi imdada çağırmalı: “Mümkün, ama muhtemel değil.”



‘Sürü bağışıklığı’ tezinin, muğlâk bir kolektif yaratma ve belirsizlikleri yönetilebilir kılma kapasitesine gönderme yaptığı söylenebilir. O hâlde adı konsun veya konmamış olsun, yürürlükte olan söz konusu tezin, virüsle ulusal ölçekte maliyetsiz baş etme ve yönetme olanağı sunduğu için güçlendiğinden söz edilebilir. Kaldı ki bunun ‘ulusal savaş’ konsepti bağlamındaki ideolojik işlevi de açıktır. Ulusal savaş, biyolojik düzleme kaydırılmış olur.

Kaldı ki, paradigma kaymaları *post-hoc* saptanıp konuşulacak momentlerdir bana kalırsa. Tam da paradigmanın bizlere temin ettiği kavranabilirlik sınırlarına veya *epistemik* şablonlara çarpıp durulacağı için, bu sırada ve bu anda teşhis veya teşrih edilemez; üstelik de ahir zamanların şu neoliberal ‘ebedî şimdi’sinde raptiyelenmiş özneler adına bunu başarmak büsbütün olanak-dışıdır. Hiç değilse ana arterin nereye kıvrılacağına ve nasıl bir seyir izleyeceğine dair öngörüler ise, vasat bir fütürizmden öteye gitmeyecektir. Diyeceğim o ki, kesinlikle ihtimal vermiyorum. Hele hele yapısal-tarihsel süreçleri mercek altına alan bir kavrayışın buna ihtimal vermesi zaten düşünülemez. Nitekim daha geçenlerde Meclis’e taşınan, 2021 yılı Merkezî Yönetim Bütçe Kanunu’nda öngörülen Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık yüzde yetmiş tedavi edici hizmetlere, buna karşın yüzde yirmi beşi ise koruyucu/önleyici hizmetlere ayrılıp mı? Burada üzerinde durulmaya değer olan şey, belki tam da sizi bu soruyu sormaya iten konjonktürel düzlemdir. Öyle ki bu analitik optik, şu incelikli paralaksı görebilmemizi mümkün kılar; açılmak adına müsaadenizle biraz olsun geriye doğru açılarak ilerleyelim: Hâlihazırdaki biyomedikal rejimde, koruyucu sağlık hizmetleri bahsinde, Hugh R. Leavell ile E. Gurney Clark’ın *Textbook of Preventive Medicine*’de (1953) ortaya attıkları şema doğrultusunda ‘birincil’ ve hatta ‘ikincil’ korumanın ötelendiği, hastane/tedavi tıbbını içeren ‘üçüncül’ korumanın yaygın olduğuna ilişkin sayısız eleştiri bugün –olanca haklılığıyla– ortadadır. Bunun piyasaya cangılına terk edilerek metalaştırılmış sağlık hizmetleri sektörünün kâr yönelimiyle paralel biçimde yerleşikleştiği çok açıktır. Öyle ki tedavi etmek, önlemeye kıyasla çok daha maliyetli ve bir o kadar da kârlı bir işlemdir. Şimdilerde ise, sizin de vurguladığınız gibi salgın yönetiminde ‘halk sağlığı’ diskurunun bütün bir biyomedikal uzmanlık dilini sarıp

sarmaladığına tanık oluyoruz. En çok da ‘sürü bağışıklığı’ (*herd immunity*) terimiyle seslendirilerek karakterize edilen söz konusu manzara, esasında hayli paradoksal bir manzaradır. Tedavi tıbbı, mevcut sağlık yapılanması hilâfına, bir ölçüde ikincilleşmiş görünmektedir. Hastalığın tedavisine ve kontrolüne yönelik bir ‘tıbbî’ çözümler tartışmasındansa, salgın demek ki bir *kolektivite* dolayısıyla gündeme oturmuştur. Dolayısıyla ‘sürü’nün söylemsel analizine soyunmak gerekir. Süratle gözden geçirilirse, ‘sürü bağışıklığı’ tezinin, muğlâk bir kolektif yaratma ve belirsizlikleri yönetilebilir kılma kapasitesine gönderme yaptığı söylenebilir. O hâlde adı konsun veya konmamış olsun, yürürlükte olan söz konusu tezin, virüsle ulusal ölçekte maliyetsiz baş etme ve yönetme olanağı sunduğu için güçlendiğinden söz edilebilir. Kaldı ki bunun ‘ulusal savaş’ konsepti bağlamındaki ideolojik işlevi de açıktır. Ulusal savaş, biyolojik düzleme kaydırılmış olur. Hepimizin şu veya bu biçimde deneyimlediği yahut tanıklık ettiği gibi, otomatik yapısal şiddetin saf ve karmaşık bir sistemi olarak neoliberalizm, kırılğan gruplara hücum eder.

**Türkiye özelinde salgının yönetilme biçiminin ana hatlarını nasıl tarif edersiniz? Hükümetin izlediği patikanın köşe taşları medikopolitik bir bakış açısından nasıl tanımlanabilir?**

Ö.B.D.: Yalın bir ifadeyle, ‘bürokratik merkezîyetçilik’ demek isterim. Bu husus, o çok sözü edilen ‘yönetememe’ krizinin dolaylı bir ifadesidir aslında. Zira bu yapısal imkânsızlık, esasında daha geniş bir problemin cüzüdür. Nitekim Türkiye’nin sağlık, güvenlik, refah ve özgürlük gibi temel başlıklar kapsamında, zaten içinde cebelleşmekte olduğu yönetememe krizi; toplumsal dinamizmden, yerel yönetimlerin yaratıcı ‘sivil’ politikalarından, tabandan filizlenen yerel dayanışma ağlarından ürken ‘hantal’ merkezîyetçiliğe pekâlâ bağlanabilir. Detaylarla uzun uzun açmak mümkünse



Fotograf: Burcu Yürüyen

de dosdoğru söyleyebiliriz ki, salgın yönetiminde kamu otoritesinin sözüm ona bilimsel/teknik gerekçeler adına siyasetleştirerek aldığı idarî kararlar; bal gibi sermaye kuvvetlerini semirten, güvenlik doktrinini derinleştiren, otarşik bir tahayyül doğrultusunda ülke sınırlarını milliyetçilik ve ümmet ideolojisiyle cilalayarak kalınlaştıran kararlardı.

Merkeziyetçiliğin sakıncasının ne olduğu sorulabilir. O hâlde, söyleşimizi bitirmeden eklenmesinde fayda gördüğüm –ve kitapta da genişçe yer verdiğim– kimi tarihsel noktalara temas etmenin sırasıdır: Biraz daha geriye doğru açıldığımızda, sağlık pedagojisinin yapısal defoları bahsinde şimdilerde daha da çok ilendiğimiz biyomedikal paradigmanın yerleşikleşmesinde ‘merkezleşme’ yanlıları ile onların ‘milliter’ biliminin tarihsel açıdan galip gelmesinin rolü çok açıktır. Öncesinde şu notu düşmek gerekir. Yaygınlıkla bilinir ki, 19. yüzyılın son çeyreğinde halk sağlığının doğuşu ve şekillenişinde, Robert Koch’un tüberküloza yol açan mikrobu (*Mycobacterium tuberculosis*)

Türkiye’nin sağlık, güvenlik, refah ve özgürlük gibi temel başlıklar kapsamında, zaten içinde cebelleşmekte olduğu yönetememe krizi; toplumsal dinamizmden, yerel yönetimlerin yaratıcı ‘sivil’ politikalarından, tabandan filizlenen yerel dayanışma ağlarından ürken ‘hantal’ merkeziyetçiliğe pekâlâ bağlanabilir. Salgın yönetiminde kamu otoritesinin sözüm ona bilimsel/teknik gerekçeler adına siyasetleştirerek aldığı idarî kararlar; bal gibi sermaye kuvvetlerini semirten, güvenlik doktrinini derinleştiren, otarşik bir tahayyül doğrultusunda ülke sınırlarını milliyetçilik ve ümmet ideolojisiyle cilalayarak kalınlaştıran kararlardı.

keşfetmesi ve onunla ilişkili tartışmalar hayli önemlidir. Rudolf Virchow, Koch’un bulunduğu basilin bireyde tüberküloz gelişmesi için ‘gerekli’ olduğunu, fakat ‘yeterli’ olmadığını, yeterlilik koşulunun ise bireyin içinde bulunduğu toplumsal bağlam olduğunu söylüyordu. Ne ki anaakım halk sağlığı disiplini, Koch postülatı istikâmetinde şekillendi. Hastalıklar, daima septomatik olduğu ânda gözlenebilen bir veya birkaç faktörün neden olduğu *biyolojik* olgulara indirgendi. Mikroplara ‘savaş’ ilan eden halk sağlığı da bu çerçevede, toplum

düzeyinde hastalıkları tek tek vakaların toplamı olarak görüyordu. Çoğul nedensellikler, çoklu-etkenler ağı ile sağlığın sosyal belirleyicilerinin elenmiş olduğu biyomedikal model kurumsallaştı. İşte söz konusu kurumsallaşma bahsinde, nadiren üzerinde durulan siyasal-bürokratik merkezleşme dinamikleri adına şu tarihsel detay hayli önem taşır: 19. yüzyılda merkezleşmiş, otoriter Prusya’nın liberal Hamburg’u yutmuş olması, Koch postülatına yaslanan biyomedikal paradigmanın zaferiyle koşuttur sahiden de. ☹️



